


SERVİKAL SEMPATİK ZİNCİR SCHWANNOMU: 2 OLGU SUNUMU

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 27.03.2017

Kabul: 30.10.2017

Yayın: 30.10.2017

Recep Ünal¹, Ayşe Çeçen²¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi² Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi**Özet****SERVİKAL SEMPATİK ZİNCİR SCHWANNOMU: 2 OLGU SUNUMU**

Schwannomlar kranial, periferik ve otonom sinirleri saran Schwann hücrelerinden kaynaklanan kapsüllü, soliter, benign ve yavaş büyüyen kitlelerdir. Ekstrakraniyal schwannomların % 25-45' inin baş ve boyun bölgesinde görüldüğü bildirilmektedir. Sempatik zincirden kaynaklanan schwannomlar nadir bir alt gruptur. En sık bulgusu boyunda yavaş büyüyen ağrısız kitledir. Schwannomların ayırıcı tanısında, parotis tümörleri, lenfadenopatiler, karotis arter anevrizmaları, paragangliomalar ve diğer nörojenik tümörler düşünülmelidir. Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve anjiyografi tanıda yardımcı olabilir. Tedavide altın standart, tümörün köken aldığı sinirsel yapı olabildiğince korunarak bütünüyle eksize edilmelidir. Bu olgu sunumunda 2 yıldır boyunda ağrısız şişliği olan ve operasyon sonrası servikal schwannom saptanan 47 yaşında bayan hasta ve 54 yaşındaki erkek hasta sunuldu. Nadir görülen baş boyun schwannomlarının ve oluşabilecek komplikasyonlarının literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Baş ve boyun, Ekstrakraniyal, Schwannom

Abstract**CERVICAL SYMPATHETIC CHAIN SCHWANNOMA: 2 CASE REPORTS**

Schwannomas are capsular, solitary, benign, and slowly growing masses originating from Schwann cells surrounding the cranial, peripheral, and autonomic nerves. It is reported that 25% to 45% of extracranial schwannomas occur in the head and neck. Schwannomas very rarely arise from the cervical sympathetic chain. The most common finding is painless mass that slowly grows in size. Parotid tumors, lymphadenopathies, carotid artery aneurysms, paragangliomas and other neurogenic tumors should be considered in the differential diagnosis. Computerized tomography, magnetic resonance imaging and angiography can help in diagnosis. The gold standard in therapy should be fully excluded, as long as the nervous structure from which the tumor originates is preserved as much as possible. In this study, we present a 47-year-old woman and a 54-year-old male with schwannoma, who was administered painless swelling for 2 years. It was aimed to discuss the rare complications of the head and neck schwannomas in the context of the literature.

Keywords: Head and neck, Extracranial, Schwannoma

Giriş

Schwannomlar kranial, periferik ve otonom sinirleri saran Schwann hücrelerinden kaynaklanan, nadir görülen, kapsüllü, soliter, benign ve yavaş büyüyen kitlelerdir [1]. Schwannomların yaklaşık % 65' i serebellopontin (akustik nöroma) bölgede ortaya çıkar. Ekstrakraniyal schwannomların % 25-45' inin baş ve boyun bölgesinde görüldüğü bildirilmektedir [2]. Orta kulak, mastoid kavite, sinonazal bölge, orbita, boyun, posterior farenks, parafaringeal alan ve kafa tabanında da görüldüğü bildirilmiştir. Baş ve boyun schwannomları genellikle kranial sinirler (V, VII, IX, X, XI, XII), sempatik zincir, brakial veya servikal pleksustan kaynaklanır [2]. Sempatik zincirden kaynaklanan schwannomlar nadir bir alt gruptur [3]. Schwannomların insidansı 3000 doğumda 1' dir. Genellikle 20 ve 50 yaş arasında görülür. Kadın ve erkek oranı eşittir [4]. Genellikle ağrısız şişlik olarak semptom verir. Malign dönüşüm nadirdir. Ayırıcı tanısında, parotis tümörleri, lenfadenopatiler, karotis arter anevrizmaları,

Sorumlu Yazar: Ayşe Çeçen, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Samsun eğitim ve araştırma Hastanesi KBB Anabilim Dalı
aysebel55@hotmail.com

Çeçen A, Ünal R. Servikal sempatik zincir schwannomu: 2 olgu sunumu. ENTcase. 2017;3(4):110-115

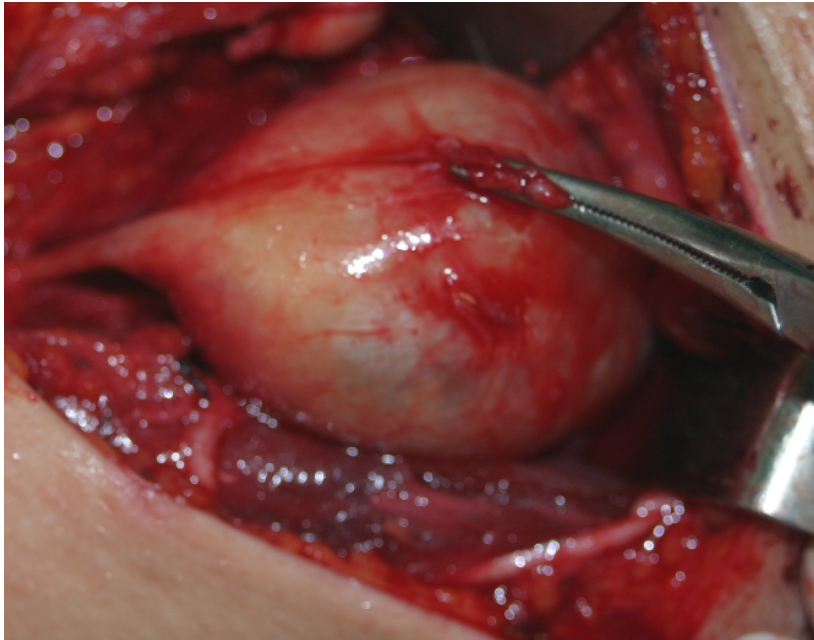
paragangliomalar ve diğer nörojenik tümörler düşünülmelidir. Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve anjiyografi tanıda yardımcı olabilir. Tanı klinik şüpheye dayanır ve cerrahi sonrası patoloji ile konulur [5]. Tedavide cerrahi önerilir. Geçici yada kalıcı Horner sendromu, servikal zincir kaynaklı schwannom cerrahisinde beklenen bir komplikasyondur [6].

Olgu Sunumu

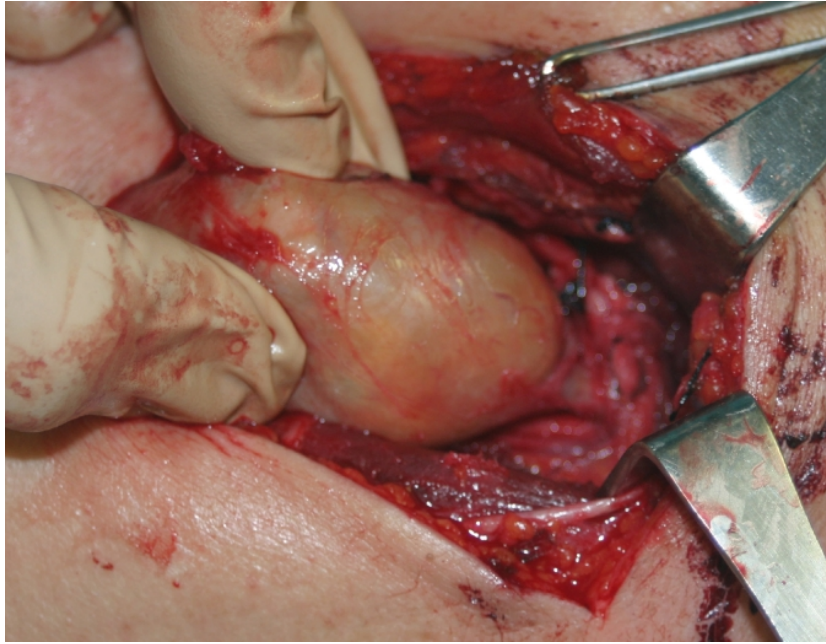
Olgu 1

47 yaşında bayan hasta boyun sol tarafında 2 yıldan beri olan ağrısız şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde; boyun solda orta servikalde yerleşik, semimobil, ağrısız, yaklaşık 3x2 cm boyutlarında kitle mevcuttu. Muayenesinde herhangi bir nörolojik defisit saptanmadı. Hastaya dış merkezde çekilen bilgisayarlı tomografide; solda karotis bifurkasyonu lokalizasyonunda 3x3 cm boyutlarında, kontrastlanan kitle saptandı. Glomus karotikum şüphesi nedeniyle manyetik rezonans istendi. Çekilen MR görüntülemesinde solda karotis-parafarengeal alanda 23x31x56 mm boyutunda iyi sınırlı, yuvarlak, T1' de kasa göre hafif intens, T2' de belirgin hiperintens, kontrast sonrası yoğun kontrastlanma gösteren, komşuluğundaki karotis vasküler yapıları laterale doğru deplase etmiş solid kitle lezyonu izlendi. Schwannom, nörofibrom ön tanısı alan hastaya vasküler patoloji ekartasyonu amacıyla anjiyografi yapıldı. İnternal ve eksternal karotid arter bifurkasyonu lokalizasyonunda hafif mediale doğru uzanan, ince arteriyel beslenmesi olan, düşük-orta derecede hipervasküler kitle lezyonu saptandı.

Hasta schwannom, nörofibrom ön tanısıyla operasyona alındı. Genel anestezi altında boyun solda cilt pililerine paralel yaklaşık 10 cm' lik insizyonla girildi. Cilt, cilt altı ve platizma geçildi. Solda karotis bifurkasyonuna yerleşik, internal-eksternal karotid arter, v. jugularis interna, n. vagus medialine yerleşik ve bu yapıları laterale itmiş olan, fuziform görünümde, yaklaşık 5x4 cm' lik kapsüllü kitle mevcuttu (Şekil 1, 2, 3). Kitlenin sempatik zincirden kaynaklandığı görüldü ve schwannom- nörofibrom düşünülerek kitle tamamen eksize edildi.



Şekil 1 : İntraoperatif üst kutup



Şekil 2 : İntraoperatif alt kutup



Şekil 3 : Makroskopik görünüm

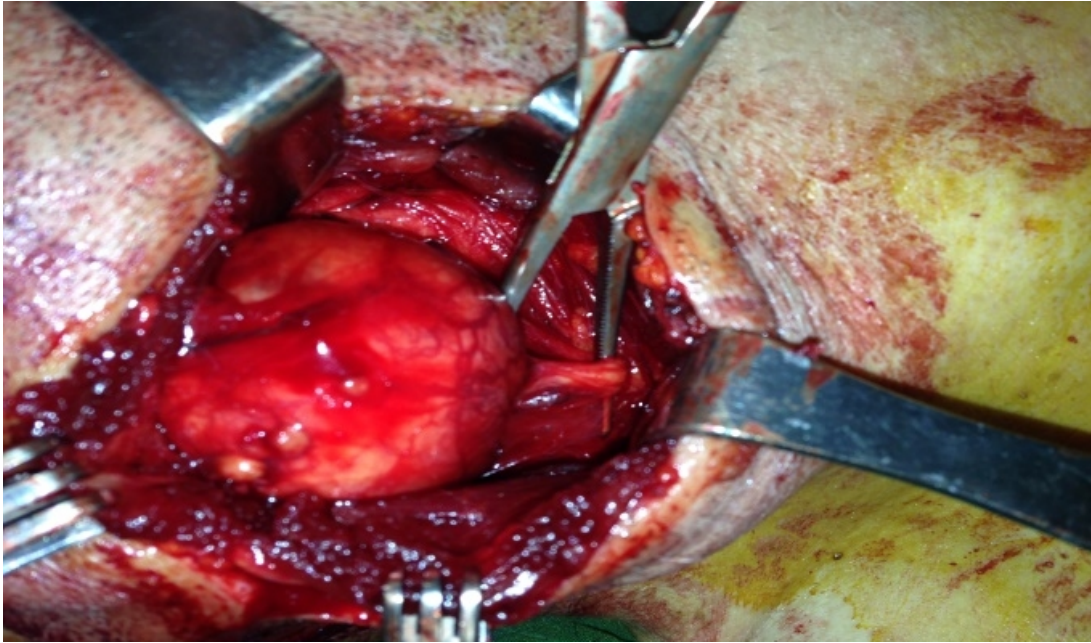
Olgu 2

54 yaşında erkek hasta boyun sağ tarafında yaklaşık 2 yıldan beri olan ağrısız şişlik nedeniyle dış merkeze başvurmuş ve dış merkezde boyundaki kitleden biopsi yapıp tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın muayenesinde; boyun sağda orta servikalde yerleşik, üzeri normal cilt ile kaplı, mobil, palpasyonla hassasiyeti olmayan yaklaşık 5x 5 cm boyutlarında kitle mevcuttu. Hastanın nörolojik muayenesinde patoloji yoktu. Hastadan dış merkezde alınan patoloji preparatları fakültemizde check ettirildi ve patoloji sonucu; lezyon olası low grade mezenkimal bir

neoplastik süreci düşündürmüştür, ancak örneğin çok küçük olması nedeniyle ek immunhistokimyasal çalışma ve daha ileri bir tanısal yorum yapılamamıştır olarak raporlandı. Kliniğimizde çekilen BT' de sağda düzey IIA' da (retrovasküler alanda) yaklaşık 4 cm' lik, SCM kas medialinde, paravertebral yerleşimli, çevre kas dokusu ve vasküler yapılar ile yer yer sınırlanırılmayan, heterojen solid dansiteli kitle lezyonu izlendi (organize abse?, nekrotik LAP?, malignite?).

Hasta operasyona alındı. Genel anestezi altında boyun sağda cilt pililerine paralel yaklaşık 8 cm' lik insizyonla girildi. Cilt, cilt altı ve platizma geçildi. Greater auriküler sinir tanımlandı. SCM kası mediale ekarte edildi ve kitle ile karşılaşıldı. Juguler ven, n. vagus ve carotis arter üzerine oturan ve bu yapıları yaylandıran, inferiorunda ve süperiorunda sinir kılıfı olan yaklaşık 5x4 cm' lik sarı renkli kitle mevcuttu, kitlenin sempatik zincirden kaynaklandığı görüldü ve schwannom- nörofibrom düşünülerek kitle etraf dokulardan diseke edilerek tamamen eksize edildi (Şekil 4, 5, 6).

Her iki hastanın postoperatif takiplerinde Horner sendromu gelişti. Başka bir nörolojik defisit saptanmadı. Patolojik inceleme sonucunda schwannom tanısı hastaların 2 yıllık takiplerinde nüks gözlenmedi, ancak Horner sendromunun devam ettiği görüldü.



Şekil 4 : Kitlenin intraoperatif görüntüsü



Şekil 5 : Makroskopik görünüm



Şekil 6 : Preoperatif BT görüntüsü

Tartışma

Schwannomlar nadir görünen tümörlerdir [2]. Literatürde ekstrakraniyal schwannomların baş-boyun bölgesinde görülme oranları % 25-45 arasında değişmektedir. Schwannomlar kranial, periferik veya otonom sinirler gibi farklı anatomik yerlerden kaynaklanabilir [5,6]. Parafarengyal schwannomların büyük bir kısmı n.vagus veya servikal sempatik sinirlerden orjin alır. Schwannomlar nadiren nazal fossa, oral kavite, orbita, orta kulak ve mastoiden kaynaklanabilirler. Servikal zincirden kaynaklanan schwannomlar nadir görünen bir alt gruptur, yaygın olarak

20-50 yaş arasında görülür. Kadın erkek oranı 1:1 olarak rapor edilmiştir. Nonvestibular baş-boyun schwannomlu hastalardaki belirti ve bulgular kitlenin büyüklüğü, lokalizasyonu ve kaynaklandığı sinire bağlıdır. Ağrı ve /veya nörolojik defisit olmadan sadece ele gelen kitle ve tek ekseninde hareket eden şişlik en sık bulgudur [4,6]. Ağrı veya nörolojik defisit malignensiyi düşündürmelidir. Eksizyon öncesi Horner sendromu çok nadir bildirilmiştir [6].

Preoperatif görüntüleme tümör boyutu, konumu ve anatomik yapılarla ilişkisi hakkında bilgi verir ve cerrahi planlamada yardımcı olabilir. BT, MRI ve anjiyografi tanıda yardımcı olan tetkiklerdir. Kesin tanı patolojik inceleme ile konur. Schwannomlar radyorezistan tümörlerdir. Esas olarak uygulanması gereken tedavi yöntemi; cerrahi olarak total eksizyondur. Cerrahi teknik açısından ideal yaklaşım, siniri koruyarak diseksiyonu gerçekleştirmektedir. Ancak bu şekilde diseksiyon tümörün yerleşimi, büyüklüğü ve natürü (nekroz, frajilite) nedeniyle her zaman mümkün olmayabilir. Sinire hasar vermemek için yapılan totale yakın eksizyonlarda nüks oranları ile ilgili literatürde net bilgi yoktur. Sonrasında gelişen Horner sendromu iyi tolere edilir [6].

Sonuç

Sonuç olarak; servikal sinirden kaynaklanan schwannomlar nadir görülür. Genellikle tek taraflı, yavaş büyüyen ve ağrısız şişlik olarak görülür. BT ve MRI tanıda bize katkı sağlayabilir, ancak kesin tanı patolojik incelemeye dayanır. Tedavi seçimi uygun yaklaşımlarla tümörün cerrahi olarak tümüyle çıkarılmasıdır. Hastaya operasyon sonrasında gelişebilecek Horner sendromu ve diğer komplikasyonlar açısından detaylı bilgi verilmelidir.

Kaynaklar

1. Zhang H.et al. Extracranial Head and Neck Schwannomas: A Clinical Analysis of 33 Patients. Laryngoscope 2007; 117:278-281.
2. Nabuco de Araujo et al. Neck Nerve Trunks Schwannomas: Clinical Features and Postoperative Neurologic Outcome. Laryngoscope 2008; 1579-1582.
3. Ganesan S. et al. Horner's syndrome: a rare presentation of cervical sympathetic chain schwannoma. The Journal of Laryngology and Otology 1997; 3: 493-495
4. Malone JP, Lee WJ, Levin RJ. Clinical characteristics and treatment outcome for nonvestibular schwannomas of the head and neck. American Journal of Otolaryngology Head and Neck Medicine and Surgery 2005;26; 108-112
5. LEU YS and CHANG KC. Ekstracranial Head and Neck Schwannomas: A Review of 8 Years. Acta Otolaryngol 2002; 122: 435-437.
6. Aydın S ve ark. Horner's Syndrome Post-Excision of a Huge Cervical Sympathetic Chain Schwannoma. Turk J Med Sci 2007; 37 (3): 185-190.