

Boyunda Çok Nadir Rastlanan Multilobuler Paraganliom Olgusu: Olgu Sunumu

Very Rare Case Of Multilobular Paraganlioma In The Neck: Case Report

Haydar YAŞA* 0000 0001 6867 5184
Banu Bahriye AKDAĞ LAFÇI** 0000 0002 9032 2665
Füruzan AKTUĞ* 0000 0002 0204 9524

*Batı Anadolu Central Hospital,
Cardiovascular surgery department
**Kâtip Celebi University Ataturk
Training and Research Hospital

Yazışma Adresi: Haydar YAŞA
Batı Anadolu Central
Hospital Bayraklı-İzmir/Turkey.
Email: hyasa20@yahoo.com

Öz

69 yaşında kadın hasta boyun sol tarafında 2-3 yıldır var olan, lastik kıvamında, immobil, ağrısız kitle yakınması ile kliniğimize başvurdu. Fizik bakıda boyun sol tarafında, mandibula köşesi altında immobil, üzerindeki deride kızarıklık ve duyarlılık bulunmayan 3x4cm çapında kitle saptandı. Cerrahi yaklaşım için lezyon tarafındaki angulus mandibula alt ucu ile klavikulanın 1/3 medial kenarı arasında, sternokleidomastoid kasın ön kenarına paralel 8-10 cm'lik insizyon yapıldı. Tümörün çıkarılmasından önce ana karotis arter, internal ve eksternal karotis arterler, n.vagus ve n.hipoglossus teyplerle dönülerek kontrol altına alındı. Boyunda değişik boyutlarda 4 farklı kitle olduğu izlendi. Tüm kitleler total olarak çıkarıldı. Multilobuler paraganliom vakalarının çok nadir görülmesi ve geniş cerrahi rezeksiyon gereksinimi nedeniyle sunulmasının yararlı olacağı amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Multilobuler, karotis, cisim, tümör.

Abstract

69 -year-old female patient who has an immobile, painless and rubbery mass for 2-3 years applied to our hospital. At physical examination an immobile and 3x4cm wide mass was detected which is on the left side of the neck, under the corner of the mandibula, without skin redness and no sensitivity on. For the surgical approach, an 8-10 cm incision was made parallel to the anterior margin of the sternocleidomastoid muscle between the 1/3 medial margin of the clavicle and the angulus mandibula bottom on the the lesion side. Before removal of the tumor, the main carotid artery, internal and external carotid arteries, n.vagus and n.hypoglossus were rotated and controlled with the tapes. It was observed that there were 4 different masses in various sizes at the neck. All masses were removed totally. Since multilobular paragangliomas are seen very rarely and they should be aimed presenting because of the need for extensive surgical resection.

Keywords: Multilobuler, carotid, body, tumor.

Giriş

Pek çok malign ve benign boyun kitlesi mevcuttur.

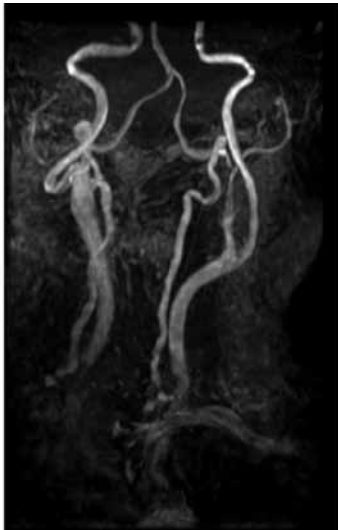
Geliş Tarihi:18.08.2016
Kabul Tarihi: 10.09.2017

Karotis cisminden köken alan paraganglioma (non-kromaffin paraganglioma) nadir görülen tümörlerden olmasına karşın baş boyun paragangliomalarının çoğunluğunu oluşturmaktadır(1). Bu neoplazmlar sık olarak karotis bifurkasyonda lokalize olan karotid cisimciği diye isimlendirilen paraganglionik dokudan gelişirler(2). Çoğunlukla asemptomatik seyrederler. Bu nedenle tanı geç konulabilir. Geç tanı konulduğunda büyüyebilir ve boyundaki önemli yapılara invazyon, bası bulguları ile ortaya çıkabilir. Boyunda kitle tespit edildiğinde araştırılması ve karotis cisim tümörü tanısı alması durumunda cerrahiye yönlendirilmesi gerekir.

Genellikle tek taraflı ve tek bir kitle halinde bulunurlar(1). Ancak çok nadirde olsa multilobuler tutulumda izlenmektedir. Bu yazıda literatürde çok nadir görülen multilobuler paragangliom olgusunun sunulmasının yararlı olacağı düşünüldü.

Olgu Sunumu

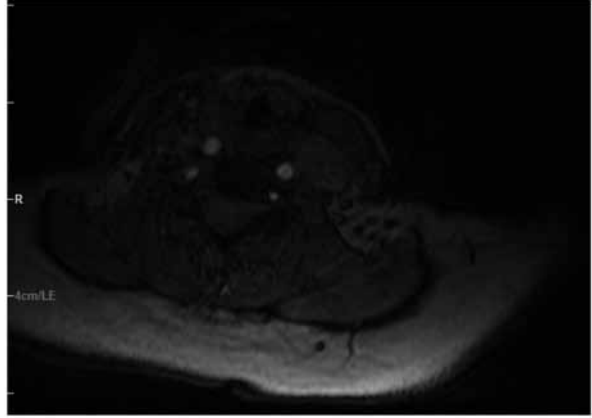
69 yaşında kadın hasta boyun sol tarafında 2-3 yıldır var olan, son 2-3 ayda büyümesi artan, lastik kıvamında, immobil, ağrısız kitle yakınması ile hastanemize başvurdu. Kitlenin büyümesi ile kulağa vuran ağrı, ses kısıklığı, katı ve sıvı yiyecekleri yutma güçlüğü olduğu öğrenildi. Fizik bakıda boyun sol tarafında, mandibula köşesi altında immobil, üzerindeki deride kızarıklık ve duyarlılık bulunmayan 3x4 cm çapında kitle saptandı. Laboratuvar bulguları normal sınırlarda olan olgunun boyun ultrasonografisinde karotis cisim tümörü olarak tanımlandı. Bilateral karotis MR anjiyografi yapıldı (Resim I).



Resim I: Bilateral karotis MR anjiyografik görünümü.

Solda karotis arter bulbus düzeyinden başlayan, internal ve eksternal karotis arterleri birbirinden ayırıp, orta ve geç arteriyal fazlarda belirgin boyanıp venöz fazda hızla yıkanma gösteren vasküler nitelikli, yer

kaplayıcı 3x4 çapında lezyon saptandı. Görünüm, karotis cisim tümörü ile uyumlu olarak değerlendirildi. Sol karotis arter normal olarak görüldü. Sol boyun MR görüntüleme tetkikinde; sol ICA(internal karotid arter) bifurkasyon düzeyine oturmuş glomus karotikum tümörü ile uyumlu olduğu düşünülen boyutu 3.5 cm çapa ulaşan multilobuler kitle lezyonu saptandı. Vasküler yapılarda buna bağlı belirgin açılanma izlen-



di (Resim II).

Resim II: Bilateral boyun MR görüntüsü.

Göğüs ve abdominal CT ile vücut metastaz açısından araştırıldı. Yapılacak cerrahi müdahale için onam alındı. Bu bulgularla yapılan preoperatif rutin hazırlıktan sonra hasta operasyona alındı.

Cerrahi teknik. Olgu genel anestezi altında ameliyata alındı. Cerrahi yaklaşım için lezyon tarafındaki angulus mandibula alt ucu ile klavikulanın 1/3 medial kenarı arasında, sternokleidomastoid kasın ön kenarına paralel 8-10 cm'lik insizyon yapıldı. Cilt, ciltaltı dokular geçildikten sonra, sternokleidomastoid kası laterale devrile edilerek ana karotis arter ve dalları eksplere edildi. Boyunda değişik boyutlarda birbirinden bağımsız 4 farklı kitle olduğu izlendi. Öncelikle n. vagus ve n.hipoglossus explore edildi. Tümörün çıkarılmasından önce ana karotis arter, internal ve eksternal karotis arterler teyplerle dönülerek kontrol altına alındı. Kitlelerin makroskopik görünümünde lobule, birbirinden bağımsız, sarı-kahverengimsi, lastik kıvamında ve karotis lojuna, parotis glandına bitişik konumda birbirine benzeyen 4 ayrı kitle tespit edildi. Karotis arterlere, venöz yapılara, n. hipoglossus ve n.vagusa invazyon saptanmadı.

Patoloji kliniğine 4 parça halinde gönderilen 1x2x3x1 cm ölçüde lobule kontürlü nodüler kitleler mikroskopik, histolojik ve makroskopik inceleme sonucunda paraganliom olarak tanımlandı.

Tartışma

Glomus karotikum tümörleri nöral krest kökenli non-kromaffin paraganglion hücrelerinden köken alırlar. Glomus tümörleri baş-boyunda karotid ve vagal cisimlerde, juguler ven çevresi, timpanik kavite, nazal

boşluk, nazofarenks ve orbitada gelişebilirler. Glomus tümörleri yavaş büyürler ve köken aldıkları bölgeye has semptomlar verirler. Karotis cisim tümörleri en sıklıkla görülen glomus tümörleridir. Bu tümörü sıklıkla sırasına göre glomus jugulare, glomus timpanikum ve glomus vagale izler(1). Diğer bölgelerde ise daha nadir görülürler.

Karotis cisim tümörü kadınlarda daha yaygın görülür ve %10 civarında iki taraflı izlenir(2). Olguların %7-9'unda ailesel yatkınlık vardır(3). Lezyonların çoğu benignedir, sadece olguların %3- 12.5'inde maligniteye rastlanır. Malign tümörlerde metastaz görülebilir. Bölgesel lenf ganglionları metastazın en sık görüldüğü yerlerdir(4). Uzak veya yakın metastaz varlığında tedavi şekli değişmektedir. Malignite ve nüks varlığında radyoterapi ve/veya kemoterapi tedaviye eklenmelidir.(5). Bu olguda uzak ve/veya yakın metastaz tüm vücut bilgisayarlı tomografi ile tarandı. Metastaz saptanmadı.

Belirli bir kütleyle varıncaya kadar semptom vermezler. Belirli bir çapın üstüne çıktığında ciddi tablolara yol açabilirler. Kraniyal sinir tutulumları, boyun arteriyel ve venöz yapıların invazyonu, trakeal ve özefagiyal tutulumlar izlenebilir. Ulaş ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada 5cm üzerindeki olgularda operatif komplikasyon oranı %67 bulunurken altındaki olgularda % 14 olarak belirtilmektedir(6). Ayrıca multilobuler olgularda komplikasyonların fazla görülmesi oranı daha yüksek olacağı öngörülebilir. Bu nedenle tanı konur konmaz operasyon kararının verilmesi yerinde olacaktır. Bizim hastada lokal invazyon saptanmamasına rağmen yaygın tutulum mevcuttu. Boyunun tüm hayatı dokuları özenle kitleden ayrıştırılarak zorlu bir cerrahi işlem uygulandı. Olgumuzda nörolojik, lokal veya serebral bir sorun yaşanmadı.

Glomus tümörlerine ait çeşitli sınıflama yöntemleri bulunmaktadır. Bunlardan; Alford ve Guilford' un 1962'de geleneksel olarak timpanikum ve jugulare olmak üzere 2 gruba ayırmışlardır: Bu gruplandırma sistemi, juguler bulbtan gelişip cerrahi olarak çıkarılmasında teknik olarak daha az komplikasyona yol açan, iyi prognoza sahip olmaları baz alınarak yapılmıştır. 1969'da Mc Cabe ve Fletcher tümörün neden olduğu kemik destruksiyonu derecesini baz alarak 3 gruba ayırmıştır(7). Jenkins ve Fisch, 1981'de glomus tümörüne uygulanan cerrahi plana göre tekrar bir sınıflandırma yapmıştır. Ayrıca Glenner ve Grimley embrioloji, histoloji ve lokalizasyonu gözönüne alarak glomusu paraganliomalar içinde sınıflandırmıştır. Shamblyn ve ark karotis cisim tümörlerini internal

karotis arter tutulma derecesine göre üç gruba ayırmışlardır(8). Tip 1'de internal karotis arter minimal tutulmuştur. Tip 2'de ise karotis arteriyel yapıları kısmen sarılmıştır; disseksiyon zordur, ancak tümör tamamen çıkarılabilir. Arteriyel yapıları invaze etme oranına göre en ileri aşama tip 3'tür ve bu aşamada-

ki tümör arteriyel yapıları tam olarak sarar. Ne yazık ki, tümörün bu yapılardan disseksiyonu mümkün olmamaktadır. Ancak bu olguda olduğu gibi multisentrik paraganliom varlığında sınıflama nasıl olacağı net değildir. Shamblyn sınıflamasına multifokal tümör vakalarına tip b şeklinde ekleme yapılmasının yararlı olacağı düşüncesindeyiz.

Ayırıcı tanıda yer alan bu bölgedeki karotis arter anevrizma ve elongasyonu nedeniyle perkutan ince iğne aspirasyon biyopsisi ameliyat öncesi karotis cisim tümörü tanısında çok tehlikeli olabilir(9). Tanıda invaziv veya invaziv olmayan testler kullanılabilir; ultrasonografi, MR anjiyo ve DSA çok yararlı bilgiler verir.

Ayrıca karotis cisim tümör olgularında cerrahi esnasında serebral emboli ve perfüzyon defektini önlemek amacı ile standart heparin yapımı tartışmalıdır. Karotis cisim tümörleri çok kanlanan dokulardandır. Ulaş ve arkadaşlarının bildirdikleri bir olguda 4 ünite kan transfüzyonu yapıldığı bildirilmektedir(6). Özellikle Shamblyn tip III' te internal, eksternal ve ana karotis arter invazyonu izlenmektedir. Bu esnada arteriyel manuplisyonlar sık olarak uygulanmaktadır. Karotis arter girişimi yapılacak olgularda (safen greft baypas, uc-uca anastomoz, uç-yan anastomoz) uygulanmalı diğer olgularda kanamayı arttırabileceği nedeni ile uygulanmamasının daha doğru olacağı düşüncesindeyiz.

Bu çalışma; Multilobuler paraganliom vakaları çok nadir görülmesi ve geniş cerrahi rezeksiyon gereksinimi nedeniyle sunuldu.

Kaynaklar

- 1- Mataracı İ, M.B.Rabuş, K.Kıralı, B.Kıran, M. Yanartaş, H. Sunar, ve ark. Karotis cisim tümörlerinin tanı ve cerrahi tedavisi. *TKDC dergisi* 2008;16(2):86-90.
- 2-Netterville JL, Reilly KM, Robertson D, Reiber ME, Armstrong WB. Carotid body tumors: A review of 30 patients with 46 tumors. *Laryngoscope* 1995; 105:115-126.
- 3-Ridge BA, Brewster DC, Darling RC, Cambria RP, LaMuraglia GM, Abbott WM. Familial carotid body tumors: incidence and implications. *Ann Vasc Surg* 1993;7:190-4.
- 4-Pacheco-Ojeda L. Malignant carotid body tumors: report of three cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110:36-40.
- 5-Rodríguez-Cuevas S, López-Garza J, Labastida-Almendaro S. Carotid body tumors in inhabitants of altitudes higher than 2000 meters above sea level. *Head Neck* 1998;20:374-78.
- 6-Ulaş M.M, G.Lafçı G, U.Sevük, E.Taşkaya, K.Çağlı, S.Kaplan. Dev karotis cisim tümürlü hastaya cerrahi yaklaşım:olgu sunumu. *TGKD* 2006; 10(3): 128-130.
- 7-Ünlü Y, Azman A, Özyazicioğlu A, Becit N, Erol K, Ceviz M, ve ark.. Carotid body tumors (Paragangliomas). *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2001;9:208-11.
- 8- Shamblyn WR, Re Mine WH, Sheps SG, Harrison EG. Carotid body tumor (chemodectoma). *Clinicopathologic analysis ninety of cases. Am J Surg* 1971;122:732-9.
- 9- K S. Kabukçuoğlu ve ark. *Türkiye Ekopatoloji Dergisi* 2003; 9 (3-4): 89-93