

Vagal Paraganglioma: Olgu Sunumu

Vagal Paraganglioma: Case Report

Dr. Erkan KURALAY,^a
Dr. Yaşar KARACA,^a
Dr. Tahsin KAYA,^b
Dr. Suna YOLDAŞ,^b
Dr. Oğuzhan ÖZDEMİR^c

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
^bAnesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
^cRadyoloji Kliniği,
Ordu Medical Park Hastanesi, Ordu

Geliş Tarihi/Received: 04.10.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 01.12.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Erkan KURALAY
Ordu Medical Park Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ordu,
TÜRKİYE/TURKEY
erkanece2000@yahoo.com

ÖZET Vagal paragangliomalar nadir tümörler olup, vagal sinirin perinöriumdaki paraganglionik hücrelerden köken alırlar. Glomus karotikum tümörlerinden daha sefalik yönde yerleşirler. Genellikle asemptomatik olsada, 9-10-11-12 kranial sinir paralizileri ile de karşımıza çıkabilirler. Bizde karotid bifürkasyonun üzerinde yerleşen ve ön tanısı glomus karotikum tümörü olan bir hastaya operasyon uyguladık. Postoperatif dönemde 10 ve 12. kranial sinir paralizisi gelişti.

Anahtar Kelimeler: Karotid cismi; vagus siniri uyarısı; safenöz ven

ABSTRACT Vagal paragangliomas are unusual tumors arising from nests of paraganglionic tissue within perineurium at various site of vagal nerve. These tumor has more cephalic localization than glomus caroticum tumors. Tumor usually asemptomatic but sometimes 9,10,11,12th cranial nerve involvement occur. We have performed a surgery to vagal paraganglioma which is recognized as glomus caroticum tumor preoperatively. Major arterial reconstruction may required during the surgery. 10th and 12th cranial nerve palsy after surgery almost inavoidable.

Key Words: Carotid body; vagus nerve stimulation; saphenous vein

Damar Cer Derg 2011;20(3):86-9

Paragangliomalar köken aldıkları yere göre özel isimler alırlar.¹ Orta kulak kavitesindeki paragangliomalara jugulo-timpanik paraganglioma, karotid bifürkasyonundaki karotid cisimden orijin alanlara karotid paraganglioma veya glomus karotikum tümörü, vagal sinirin içerisindeki nöral yarık hücrelerinden orijin alan tümörlerde vagal paraganglioma (VP) adı verilir.¹⁻³ VP son derece nadirdir ve büyüme şekilleri de değişkendir. Bazı VP'lar kafa tabanına doğru büyüyebildiği gibi bazılarında aşağıya doğru vagus siniri boyunca seyredebilir.² VP, paragangliomaların %5'inden az oranda görülür.¹ VP glomus karotikum tümörlerinden yukarı yerleşimli olduğu için cerrahi yaklaşımları değiştiren bir tümör türüdür. Bizde ülkemizde başka bir yayında bildirilmemiş VP olgumuzu sunmak istedik.

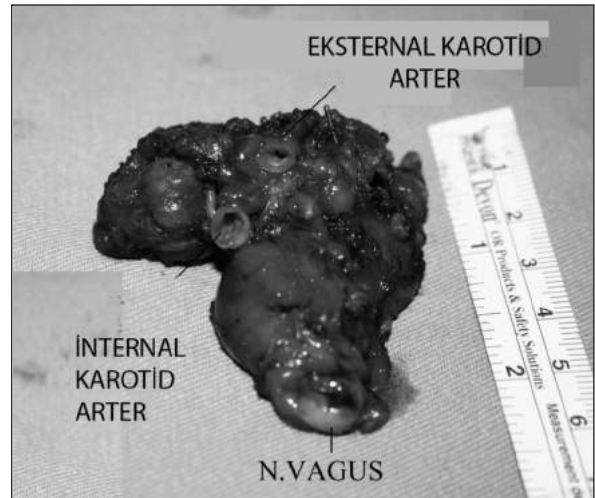


RESİM 1: Hastanın preoperatif manyetik rezonans anjiyografisi. Dikkat edileceği gibi karotid bifürkasyonunda İnternal karotid arter ve eksternal karotid arter arasında bir açılma yoktur (beyaz ok). Tümör bifürkasyonun 2,5 cm üzerinden başlamaktadır. Tümör internal karotid arteri tümü ile çevrelemiş ve juguler veni mediale doğru itmiştir.

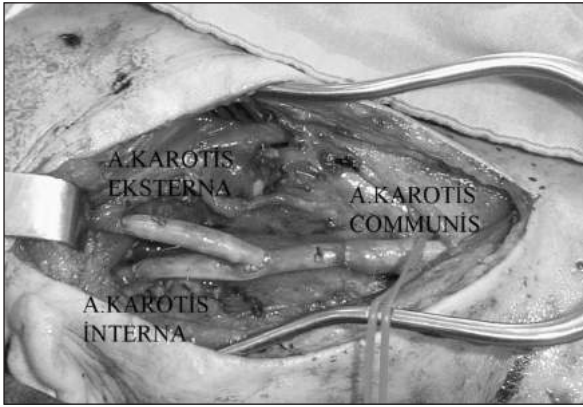
OLGU SUNUMU

Elli-üç yaşında bayan hasta beş yıldır var olan boyun sağ yarısında 5x5 cm ebatlarında ağrısız kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan MR incelemede (Resim 1), glomus karotikum tümörü saptandı ve bu ön tanı ile hasta operasyona alındı. Boyun sağ yarısından yapılan insizyonda önce proksimalden ana karotid arter (AKA) dönüldü. Bu seviyede Vagal sinir etrafında ve siniri de sert biçimde içine alan tümör yukarıda parotis bezin altına doğrudan ilerliyordu. Bu yüzden distal ucu tam farkedilmeyen tümörün yukarıdan aşağıya doğru emniyetli diseksiyonu mümkün değildi. AKA üzerinden aşağıdan yukarıya doğru diseksiyona başlandı. Bu ana karotid arter distali ve internal karotid/eksternal karotid arter bifürkasyonu kolayca diseke edildi. Klasik glomus karotikum tümörleri karotid bifürkasyonundan origin aldığı için ve bizim olgumuzda bu bölgelerin kolayca diseke edildiği için bu tümörün VP olduğu anlaşıldı. Tümör internal karotid arteri (İKA) ve eksternal karotid arteri (EKA) ve vagal siniri tamamen sarmakta idi. Yukarıdan parotis bezi altından diseksiyona devam edildi. EKA bulundu tümörün

kanlanması azaltmak için klampe edildi ve kesildi. Bu bölgede hipoglossal sinir tümör içerisine girmekte ve diseksiyon ile kurtarılması imkansızdı. İKA distal ucu yukarıdan gelen diseksiyon ile aşırı vaskülarize olan tümör yüzünden bulunamadı. Diseksiyona aşağıdan yukarı doğru devam edildi. Tümör tümü ile serbestleştirildi ve derin posteriora İKA distali bulundu ve teyp ile dönüldü. Safen ven hazırlandı ve çapı yeterli olduğu için greft olarak kullanılmaya karar verildi. Heparinizasyonu takiben klampler yerleştirildi. AKA, İKA transekte edildi. Hipoglossus sinirde tümör içerisine doğru gittiği için tümörden kesilerek ayrıldı. Tümör damarsal yapılarla ve vagal sinirle birlikte çıkartıldı (Resim 2). Önce safen ven proksimalde AKA'ye uç-uca anastomoz edildi. Aynı safen ven distalde İKA'ye uç-uca anastomoz edildi. Klamplenin EKA distaline safen ven uç-uca anastomoz edildi. Bu safen venin proksimal ucu da diğer safen vene uç-yan olarak anastomoz edildi (Resim 3). Postoperatif dönemde hasta erken dönemde mobilize edildi. Yutma güçlüğü gelişmediği için hasta kolayca oral beslenebildi. Ses kısıklığı gelişmedi fakat ses kalitesinde değişme gözlemlendi. Hasta ile kolayca iletişim kurulabildi.



RESİM 2: Tümör tamamen çıkartılmıştır. Dikkat edileceği gibi eksternal karotid arter tümörün üstünde net olarak saptanabilmektedir. İnternal karotid arter ise tümör içerisinde gömülü görülmektedir. Tümör vagal sinir boyunca aşağıya doğru ilerlemiş olduğu için vagal sinirler beraber çıkartılmıştır.



RESİM 3: Internal karotid arterin devamlılığı safen ven kullanılarak sağlanmıştır. Eksternal karotid arter için kullanılan safen venin proksimal ucu safen vene uç-yan olarak anastomoz edilmiştir.

TARTIŞMA

VP vagal sinirin perinöriumundaki paraganglionik dokulardan orijin alır ve pek de sık karşılaşmaz. Dünyada 200 olgu bildirilmiş fakat ülkemizde damar cerrahisi uygulamalarında bildirilen bir tümör değildir.⁴ Glomus karotikum tümörlerinin aksine VP'lar daha sefalik yönde yerleşirler ve İKA ile jugular ven arasında yer alırlar. Bazen kafa kaidesine doğru ilerler ve jugular foremeden kafa içersine yayılım gösterebilir.⁴ Orofaringeal tutulum ile farinks duvarı faringeal lümenine doğru devie olur ve tonsillerin medial yöne kaymasına sebep olabilir.⁵⁻⁷ VP histolojik olarak glomus karotikum tümörlerinden ayırt edilemez. Tanı koymada tümör lokalizasyonu büyük önem taşır. VP glomus karotikum tümörlerinden daha yukarıda yerleşir ve glomus karotikum tümörleri karotid bifürkasyonunda yer alıp İKA ve EKA arasında geniş mesafe olmasına yol açarlar. VP'larda ise karotid bifürkasyonunda bozulma yoktur ve İKA ile EKA arasında belirgin bir mesafe olmaz.⁸ VP glomus karotikum tümörleri gibi yüksek vaskularize bir tümördür. Preoperatif dönemde VP'dan şüphelenilen olgularda tümörün kafa kaidesinden diseksiyonu için beyin cerrahlarından yardım istenebilir. Tümör kan akımı eksternal karotid arter veya Asendan faringeal arterden

orijin alır. Sekretuar paragangliomalar serum katekolamin seviyesini artırarak hipertansiyon, baş ağrısı, taşikardiye ve terlemeye sebep olabilir. Sekretuar VP kafa ve boyun paragangliomalarının %1-3 kadarını oluşturur.¹⁻⁴ VP genelde 4-5 dekatta kadın hastalarda daha sık görülürler. Familiyal paraganglioma hikayesi olan hastalarda daha genç yaşlarda VP görülebilir. VP genelde maligndir. Nadir olgular olduğu için malignite insidensi net olarak bilinmemektedir.⁶ Fakat benign olan tümörlere müdahale edilmediği takdirde kafa kaidesini destruksiyona uğrattıp ölümlere sebep olabilmektedir.⁶ VP'lar genelde asemptomatik kitle olarak saptanırlar. İlerlemiş olgularda 9,10, 11,12. kranial sinir paralizileri ile de karşımıza çıkabilir. Tedavide genel yaklaşım cerrahidir. Tümör kanlanmasını azaltmak amacı ile sklerozan madde enjeksiyonu kullanımı sık nörolojik komplikasyonlar yüzünden bırakılmıştır. Büyük tümörlerde radyoterapi uygulaması, cerrahiye zorlaştırdığı için ancak ileri yaşı hastalarda cerrahi uygulanması imkansız olgularda kullanılmaktadır.⁵⁻⁸ VP cerrahi olarak tedavi edilmesi gereken bir tümördür. Cerrahi tedavide karotis arterlerinin tutulumu yanında kranial sinirlerin tutulumu da çok önemlidir. Özellikle çift taraflı tümörlerde iki taraflı vagus siniri veya hipoglossus siniri hasarlanmalarına mortalite gelişebilir. Tek taraflı tümörler vagal sinirin tutulmasından dolayı vagal sinirin korunması imkansız hale gelmektedir. Hipoglossal sinirin tümör kitlesi içersine girmesi ile hasarlanma olasılığı çok artar. Yaklaşık %70 olguda hipoglossal sinir hasarı gelişebilir. Bizim olgumuzda da hipoglossal sinir tümör içersine girdiği için korunması imkansız idi. Nervus laringeus rekurrens hasarlanması sonucu postoperatif vokal kord paralizisi gelişebilir. Konuşma ve yutma güçlüğü de oluşabilecek komplikasyonlar arasındadır.¹ Tümörün kafa kaidesine uzandığı durumlarda İKA distalinin bulunması imkansız hale gelebilir. Bu durumda İKA devamlılığının sağlanamadığı ve hemipleji geliştiği bildirilmiştir.

 KAYNAKLAR

1. Browne JD, Fisch U, Valavanis A. Surgical Therapy of glomus vagale tumors Skull Base surgery 1993;3(4):182-92.
2. Jansen JC. Paragangliomas of the Head and Neck. Clinical Implications of Growth Rate and Genetics. Enschede, Holland: Print Partners Ipskamp; 2001.
3. Olsen KD. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. Laryngoscope 1994;104(5 Pt 2 Suppl 63):1-28
4. Netterville JL, Jackson CG, Miller FR, Wana-maker JR, Glasscock ME. Vagal paraganglioma: a review of 46 patients treated during a 20-year period. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998;124(10):1133-40.
5. Chen E, DeSanto L, Gaffey T. Intravagal paragangliomas. Ear Nose Throat J 1985;64(4):190-5.
6. Heinrich MC, Harris AE, Bell WR. Metastatic intravagal paraganglioma: case report and review of the literature. Am J Med 1985;78(6 Pt 1):1017-24.
7. Sykes JM, O'Sysof RH. Paragangliomas of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am 1986;19(4):755-67.
8. Weissman JL. Case 21: glomus vagale tumor. Radiology 2000;215(1):237-42.