

KLİVUS MENİNGİOMALARI (İKİ OLGU NEDENİYLE)

Dr. Osman Niyazi AKIN*, Dr. Korkut ALKAN**, Dr. Nusret DEMİRCAN***
Dr. Taner KAYA****

ÖZET

Klivus meningoimoları patolojik olarak benign olan ama anatomik lokalizasyonları dolayısıyla cerrahi yönden malign kabul edilen tümörlerdir.

Uzun sürede gelişip ve sessiz büyüyüp, çok büyük lokalizasyonlara ulaştığı zaman klinik bulgu verirler.

Bu tümörlerin tedavisi radikal olarak cerrahi eksizyondur.

Klinigimizde opere edilen petro-klival ve sfeno-petro-klival lokalizasyonlu iki klivus meningooma olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Klivus, meningooma, tedavi.

SUMMARY

CLIVUS MENENGIOMAS (CASE REPORTS)

Clivus menengiomas are pathologically benign tumors, but because of their anatomical locations, they are surgically considered to be malign.

These tumors expand very slowly and silently, and thus can not be diagnosed unless they become quite large. Those kind of tumors should be removed completely as possible as for treatment.

In this article, two clivus menengiomas were discussed which have been removed from the petro-clival and spheno-petro-clival regions in a surgery performed in our clinic.

Key Words: Clivus, meningooma, treatment.

GİRİŞ

Klivusda bulunan meningoimolar nöroşirürjinin korkulu rüyası haline gelmiştir. Bu bölgede bulunan meningoimoların sık görülmemesi ve yavaş büyümesinden dolayı, teşhisini geç kalmaktadır. Tümörlerin sessiz gidişli ol-

* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroşirurji Kliniği Yrd. Doç.

** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroşirurji Kliniği Doç.

*** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroşirurji Kliniği Doç.

**** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Kliniği Yrd. Doç.

ması ve uzun sürede klinik bulgular vermeleri mortalite oranlarını yükseltir (1).

1970'li yıllarda önce literatürde 26 olgunun opere edildiğini; ve ancak bir tanesinin total olarak çıkarıldığı bildirilmektedir.

Radyolojik tetkiklerin gelişmesi ve mikrosirürjikal tekniklerin ortaya çıkması sonucu klivus menigiomalarının eksizyonunda mortalite oranı % 20 nin altına düşmüştür (2).

Yaşargil ve arkadaşları (3), basal posterior fossa menigiomalarını klival, petro-klival, sfeno-petro, klival, alt klival (foramen magnum) ve serebello-pontin köşe grupları olmak üzere 5 gruba ayırmışlardır.

Kafa kaidesi menigiomaları intrakranial tümörlerin % 1inden daha azdır. Bu tümörler benign karakterdedir. Ancak anatomik lokalizasyonlarından dolayı malign seyir göstermektedirler (4).

Klivus menigiomalarında cerrahi rezeksiyon tek tedavi şartıdır.

Bu tümörler primer olarak petros kemiğin yüzeyine attakedirler.

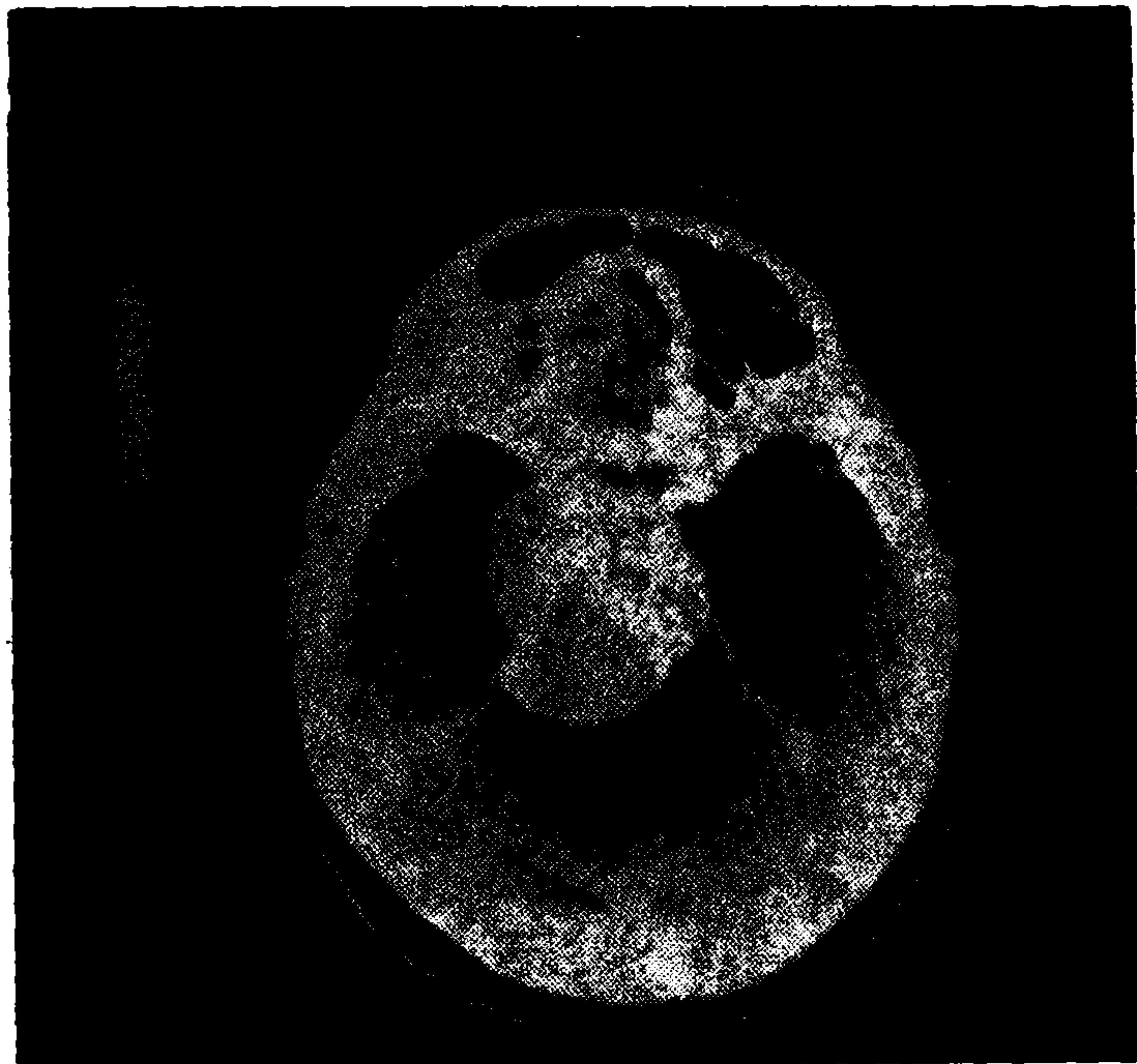
Bu bölgenin kafa kaidesi olmasından dolayı, operasyon esnasında retraksiyon bağlı olarak, basal kan damarlarında yaralanma, serebral ve serebeller tahribat sonucu strok ve ölümle sonuçlanan olaylar meydana gelebilmeektedir (5).

Tümör ile ilgili semptomlar birden ortaya çıkmaktadır. Kitleler büyük hacimlara ulaşınca bulgu vermektedir (6).

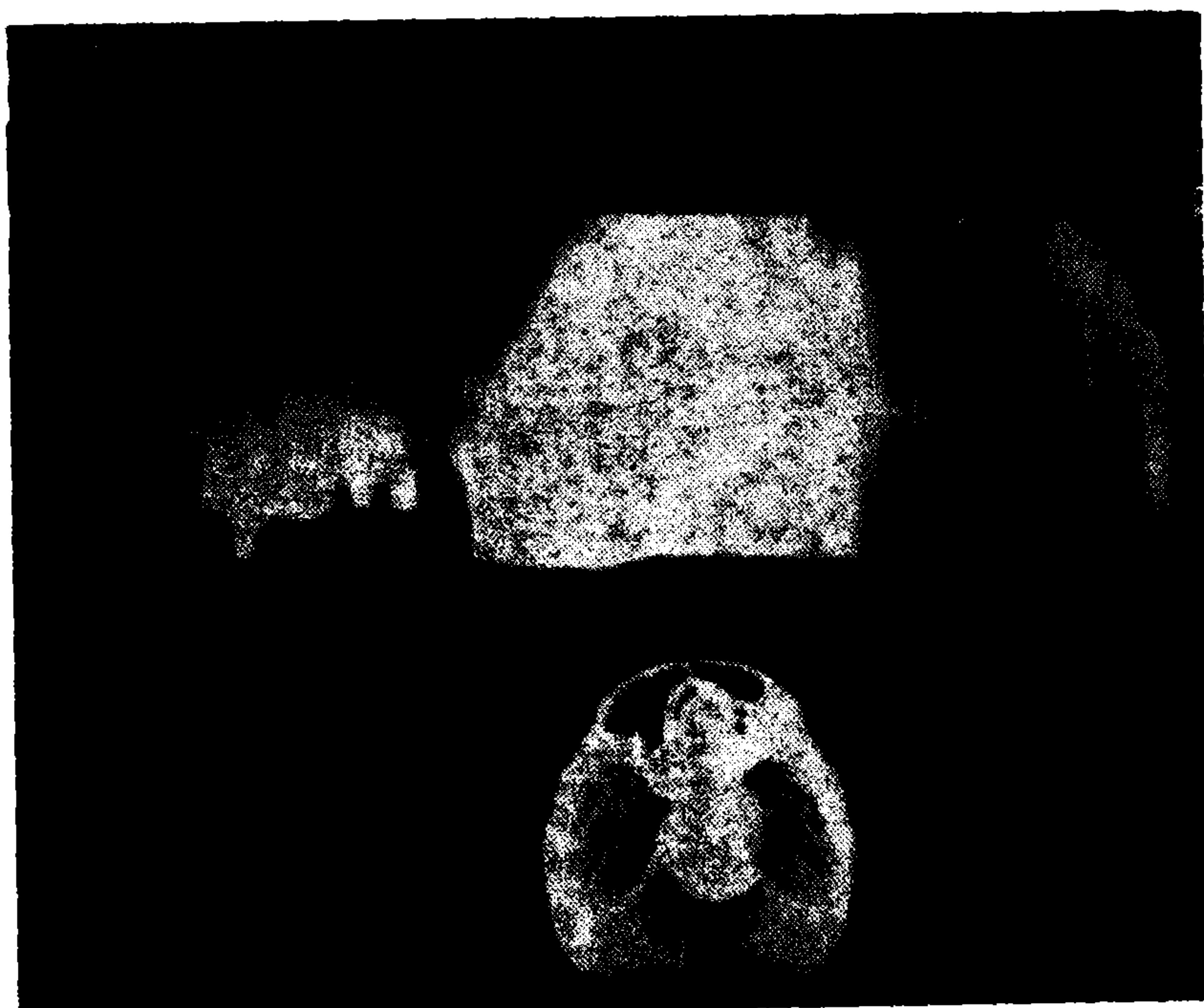
Tanı konmadan önce en yaygın şekilde görülen semptom yürüyüş ve denge kusurlarıdır. Daha sonra baş ağrısı ortaya çıkar. Oksipital ve bazenide kollara yayılan ağrılar görülebilir. Diğer bulgular işitmenin azalması veya kaybolması, fasial ağrı, mental durum değişiklikleri, görme bozuklukları, tinnitus, disfaji ve dizartri, kusma, vertigo, somatik ve sensorial motor bozukluklar görülebilmektedir (7).

OLGU 1:

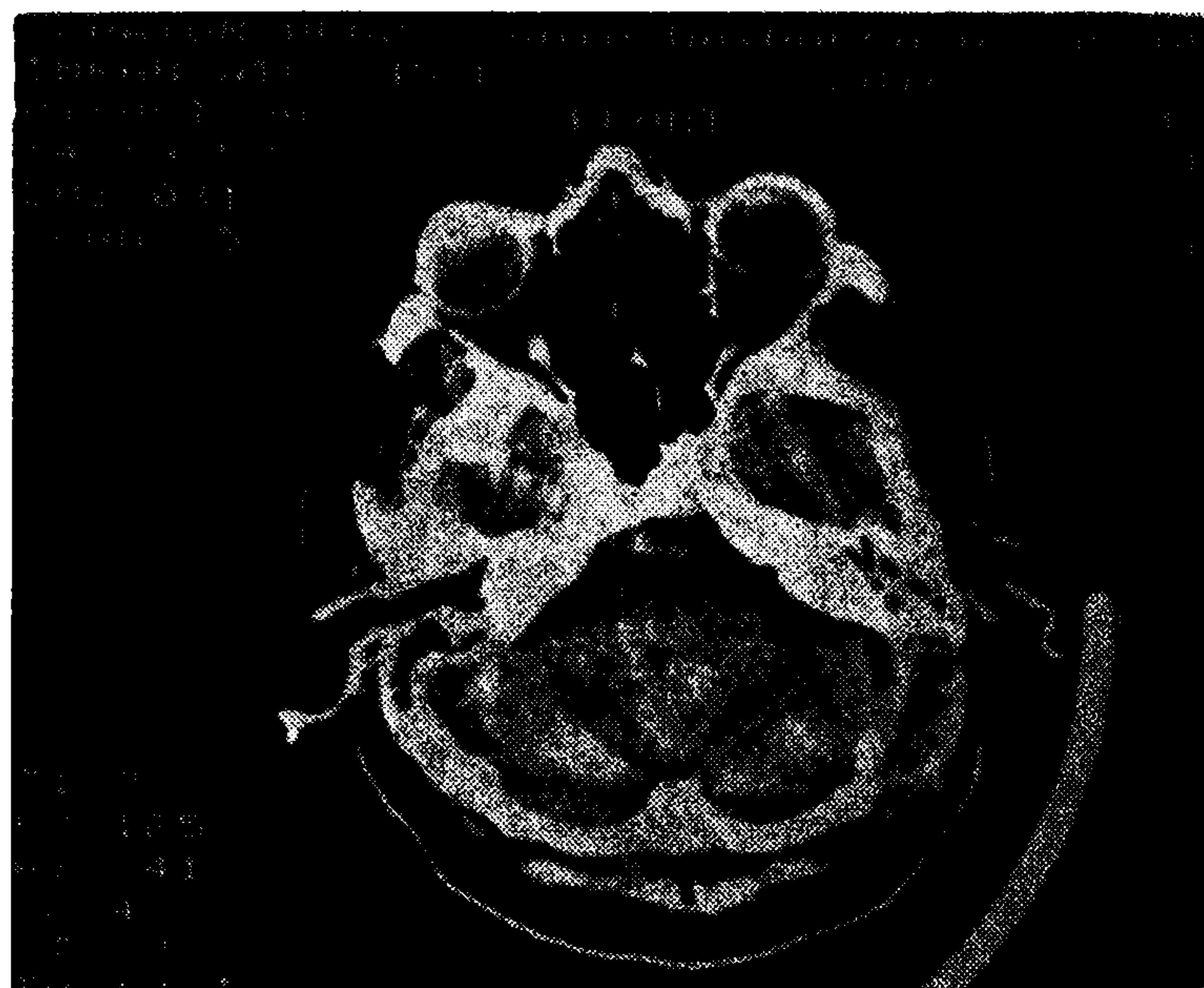
Altmış üç yaşında olan kadın hasta kliniğimize baş ağrısı, baş dönmesi ve turunkal ataksi ile müracaat etmiştir. Nörolojik muayenesinde serebeller testler bozuk bulunmuştur. Çekilen beyin tomografisinde kafa kaidesinden başlayan ve 3. ventriküle kadar uzanmakta olan çok büyük kitle görülmekte idi. Sol tarafta kavernöz sinüse infiltre olup, supraseller yayılım temporal fossaya 1 / 3 oranında geçmişti. Sağ tarafta temporal fossanın kenarına tentoriuma kadar uzanmakta idi. Tümör ayrıca anteriordan tamamen beyin sapını ve posterior fossanın 1 / 3 nü işgal etmiş idi.



Resim 1. Preoperatif beyin tomografisi



Resim 2. Preoperatif beyin tomografisi.



Resim 3. Postoperatif beyin tomografisi.

Mikroşirurjikal olarak sol subtemporal yaklaşım ile temporal bölgedeki meningioma parsiyel olarak eksize edilmiş ve ayrıca beyin sapındaki tümörün bir kısmında çıkarılmıştır. Daha sonra ikinci seansta posterior fossada ki kitlenin çıkarılması planlanmıştır. Ancak hastanın genel durumunun ameliyata müsait olmaması dolayısıyla ve patolojinin meningioma çıkması üzere hasta radyoterapiye gönderilmiş ve bir ay sonra kaybedilmiştir.

Patoloji sonucu menengotelial meningioma tanısı kondu. Postoperatif kontrol tomografisi hastanın genel durumunun müsait olmaması nedeniyle çekilememiştir.

OLGU 2:

Hasta 35 yaşında kadın olup, kliniğimize vertigo yakınmaları ile müraaat etti. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Çekilen beyin tomografisinde kafa kaidesinde, sol tarafta petros kemiğin ucundan başlayan ve klivusa yamanır tarzda uzanan, sol temporal fossanın tentoriumıyla sınırlanan 2,5 x 1,7 cm. boyutlarında bir kitle ile karşılaşıldı. Hasta operasyona alınarak sol retromastoid yaklaşımıyla mikroşirürjikal olarak kitle total çıkarıldı. Tümøre menengotelial meningioma tanısı kondu.

TARTIŞMA

Klivus meningiomalarının gelişme süresinin uzun olması dolayısıyla tümör ile ilgili semptomlar ortaya çıktığı zaman, çoğu kez tümör çok büyük boyutlara ulaşmış olmaktadır.

Hastalarda % 90 oranında sırasıyla 5, 7, 8 kranial sinirlerle ilgili olarak defisitler görülebilmektedir. Klivus meningiomaları bazen kavernöz sinüs sendromları, pitüiter fonksion bozuklukları ve bazen foramen magnuma kadar büyüyebilmektedir (8).

Hastaların bir kısmında aqueduct obstrüksionuna bağlı hidrosefali gelişebilmektedir. Klivus meningiomalarında seçilmesi gereken cerrahi yaklaşım, tümörün lokalizasyonuna, büyülüğüne ve cerrahın tecrübesine göre değişebilmektedir (9).

- 1- Subokspital
- 2- Subtemporal
- 3- Retromastoid
- 4- Subokspital+Subtemporal (Transtentorial)
- 5- Transpetrozal
- 6- Transsfenoidal

- 7- Subtemporal+infratemporal
- 8- Transkohlear
- 9- Translabitint
- 10- Löfort 1 osteotomy
- 11- Transetmoidal lateral rinotomy
- 12- Transoral + transpalatal (10, 11, 12, 13).

Birinci olgumuz olağanüstü boyutlara ulaşmış ve önemli yapılara invaze olmuş bir tümördür. Bu tür olgular çok büyük boyutlara ulaşınca kadar önemli bir semptom vermezler. Dolayısıyla erken dönemde tesbit edilebilen vakalarda mortalite oranının daha düşük olacağı bir gerçekdir.

Subtemporal yolu tercih etmemizin nedeni,

- 1- Kolay ulaşılabilen bir yol olması
- 2- Morbidite oranının en az seviyede olması
- 3- Hastanın oturur pozisyonu kaldırılamayacağından dolayı, bu yaklaşım yolu tercih edilmiştir.

Ancak hastanın çok geç müracaat etmesi ve dolayısıyla ikinci yaklaşma müsait olamaması ve tümörün beyin sapi üzerinde aşırı büyümesi sonucu hasta kaybedilmiştir. Bu olgu Yaşargil'in sfeno-petro-klival grubuna girmektedir (3).

İkinci olguda hasta tümör küçük iken müracaat etmiştir. Bu nedenle olgunun radikal operasyon şansı yüksek olmaktadır. Bu olgumuzda retro-mastoid yaklaşım yolu kullanılmıştır. Tümörün tentoriun seviyesinin altında bulunmasından dolayı bu yaklaşım yolu ile tam çıkarılma olanlığı ortaya çıkmıştır. Bu olguda mikrosirürjikal teknik kullanılmıştır. Bu olgu Yaşargil'in petro-klival sınıflandırmasına uymaktadır.

SONUÇ

Klivus meningiomaları aşırı büyülüge ulaşmadan opere edilebilirse morbidite ve mortalite oranı çok düşüktür.

KAYNAKLAR

1. Glasscock M.E., Pensak M.L., Gulya A.J.: *Surgery of the skull base*, in: Rand R.W. (ed). Microneurosurgery, ed 3. St Louis. C V Mosby, 1985, pp 421-454.
2. Drammer R.B.: *The history of the lefort 1 osteotomy*, J Maxillofac Surg. 14: 119-124, 1986.
3. Yaşargil M.G., Mortera R.W., Curecic M.: *Menengiomas of basal posterior cranial fossa*. Adv. Tech Stand Neurosur. 7: 3-115, 1980.

4. House W.F., De la Cruz A., Hitselberger W.E.: *Surgery at the skull base. Transcochlear approach to the petrous apex and clivus.* Otolaryngol. 86: 770-779, 1978.
5. Fisch U., Kumar A.: *Infratemporal surgery of the skull base.* In: Rand R W (ed): Microneurosurgery, ed 3. St Louis. C V Mosby, 1985, pp 398-420.
6. Crockard H.A.: *Transoral approach to the base of the brain and upper cervical cord.* Ann R Coll Surg Eng. 67: 321-325, 1985.
7. House W.F., Hitselberger W.E.: *The transcochlear approach to the skull base.* Arch Otolaryngol. 102: 334-342, 1976.
8. Sekhar L.N., Schramm V.L.: *Subtemporal preauricular infratemporal fossa approach to large and posterior cranial base neoplasm.* J Neurosurg 67: 488-499, 1987.
9. Stevenson G.C., Stoney R.J., Perkins R.K.A.: *Transvertical transclival approach to the ventral surface of the brain stem removal of a clivus chordoma.* J Neurosurgery. 24: 544-551, 1966
10. Sekhar L.N., Janetta P.J.: *< cerebellopontine angle meningiomas.* J Neurosurgery. 60: 500-505, 1984.
11. Holliday M.J.: *Lateral transtemporal-sphenoid approach to the skull base.* Ear Nose Throat J. 65: 153-162, 1986.
12. Suzuki T., Tokuna H., Hakuba A.: *The orbito-zygomatic infratemporal approach.* International symposium on cavernous sinus. 1986, 290-398.
13. Fish U., Pillsbury H.C.: *Infratemporal fossa approach to lesions in the temporal bone and base of the skull.* Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 105: 99-107, 1979.