



Atipik Bir Şikayetle Başvuran Hastada Spinal İntramedüller Tümör Olgusu

A Case of Spinal Intramedullary Tumor Admitting with an Atypical Complaint

Alparslan Yetişgin, Dilek Şen Dokumacı*, Nergiz Keleş, Mahmut Demir**

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

**Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Sayın Editör;

On dört yaşında erkek hasta, son 6 aydır fark ettiği sağ bacağındaki kısıklık şikayeti için dış merkezde yükseklik takviyeli bot önerilmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde kırık/travma, gelişimsel kalça çıkığı, sırt/bel/kalça/bacak ağrısı olmayan hastanın poliomyelit sekeli dahil herhangi bir nörolojik hastalığı düşündüren özelliği de yoktu.

Doğumdan itibaren gelişim basamakları normal seyrettiği öğrenilen hasta, son 6 aydır sağ bacağındaki kısıklık nedeniyle yürürken hafif aksamaya başladığını ifade etti. Bundan başka ek şikayeti yoktu. Fizik muayenede, spina iliaka anterior süperior-iç malleol arası ölçümleri eşit iken, göbük-iç malleol ölçümünde sağ bacakta 1,5 cm kısıklık tespit edildi. Her iki bacak proksimal ve distal çap farkı (atrofisi) olmayan hastanın proksimal kas gücü muayeneleri normal iken, sağ ayak başparmak ve ayak bilek dorsifleksiyon kas gücü 3/5 idi. Bel, kalça ve ekstremiteler dahil diğer nörolojik muayenesi normaldi. Böbrek/karaciğer fonksiyon testleri, hemogram, kreatin kinaz, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, brusella aglutinasyon testleri normal sınırlardaydı. Torakolomber/pelvis radyografilerinde özellik olmayan hastanın sinir ileti çalışması da normaldi. Görüntüleme yöntemleri sonrası gerekirse iğne elektromiyografi yapılmasına karar verildi. Motor defisit göz önüne alınarak torakolomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. MRG'de, sagittal T2 ağırlıklı görüntüde; T12-L1 seviyesinde 47x20 mm boyutlarında, intramedüller yerleşimli ve konus medülleriste ekspansiyona neden olan, lobüle konturlu, büyük oranda kistik kitle lezyonu izlendi (Şekil 1). MRG; ayırıcı tanılar arasında öncelikle spinal dermoid kist, teratom düşünülmele beraber lokalizasyonu nedeniyle mikspapiller epandimom da düşünülmele raporlandı. Beyin cerrahisi bölümüne konsülte edilen hastaya en kısa sürede cerrahi eksizyon operasyonu önerilerek, bu konuda daha tecrübeli ve daha kapsamlı bir üniversite hastanesine sevk edildi.

Spinal tümörler lokalizasyonlarına göre ekstradural, intradural-ekstramedüller ve intradural-intramedüller olarak 3 grupta incelenebilir. İntramedüller spinal kord tümörleri (İMSKT), glial ve nonglial tümörleri kapsayan primer neoplazmlar ve metastatik



Şekil 1. Manyetik rezonans görüntüleme sagittal T2 ağırlıklı görüntüde T12-L1 seviyesinde 47x20 mm boyutlarında intramedüller yerleşim gösteren ve konus medülleriste ekspansiyona neden olan, lobüle konturlu, büyük oranda kistik kitle lezyonu izlenmekte

neoplazmlar olarak 2 ana gruba ayrılarak incelenebilir (1). Glial kökenli astrositom ve ependimom tüm İMSKT'lerin %80-90'ını oluşturur. Erişkinlerde en sık ependimom, çocuklarda ise astrositoma rastlanır (1,2). Nonglial primer İMSKT'ler içinde en sık görüleni hemanjioblastom olup, tüm İMSKT'lerin %3 ila 8'ini oluşturur. Çok nadir görülen diğer intramedüller kitleler arasında gliom, metastaz, lenfoma, primitif nöroektodermal tümör, germinom, epidermoid, lipom, meningiom, schwannom, sarkoidoz gibi granülatöz lezyonlar sayılabilir (1,3,4).

Spinal kord tümörlü çocuklarda semptomların başlaması ile tanı arasında en az 1 yıl süre geçmekte olup, bu süre 2 hafta ile 3 yıl arasında değişebilmektedir (5-7). Yürüme ve postür bozuklukları, motor defisit, sırt ve alt ekstremitelerde ağrı, sfinkter bozuklukları en sık görülen semptomlardır (5). İMSKT'lerde çocuklarda en sık görülen semptom nonradiküler ağrıdır (4). Bizim hastamızın tek şikayeti son 6 aydır fark ettiği tek taraflı bacak boyunda kısılma ve buna bağlı yürüme paternindeki bozulmaydı. Hasta tek taraflı kas gücü kaybının farkında değildi. Ayrıca özgeçmişinde sırt/bel veya bacak ağrısı tarif etmiyordu. Sinir ileti çalışmaları, radyografi ve kan tetkiklerinde herhangi bir özellik saptanmaması tanıda santral nedenlere yönlendirdi. Torakolomber MRG görüntülemesinde tespit edilen İMSKT hastanın semptomları açıklamaktaydı. Beyin cerrahisi kliniğine yönlendirilen hastaya en kısa sürede cerrahi için ileri merkeze başvurması önerildi. İMSKT'lerde tedavide temel hedef, nörolojik defisit oluşmadan tümörün cerrahi olarak total eksizyonudur. Hastaya şikayetlerinin 6. ayında tanı konulabildi. Ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene ile bacak boyu kısılğı şikayeti ile gelen hastanın nörolojik defisiti saptandı. Hastanın hastalığının erken tanısı ve erken tedavi ile nörolojik defisitinin ilerlemesi önlenmiş oldu.

Alt ekstremitelerde motor defisit ve buna bağlı yürüme bozukluğu ile gelen hastalarda sırt ve bel ağrısı olmasa dahi spinal tümörler akılda tutularak, MRG gibi ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Böylece yavaş büyüme özelliği gösteren tümörlerin tanısında gecikmenin ve gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilebileceği tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Medulla spinalis tümörleri, manyetik rezonans görüntüleme, nörolojik muayene, motor defisit

Keywords: Spinal cord tumors, magnetic resonance imaging, neurological examination, motor deficit

Etik

Hasta Onayı: Hastanın onayı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.Y., D.Ş.D., Dizayn: A.Y., D.Ş.D., M.D., Veri Toplama ve İşleme: N.K., A.Y., Analiz ve Yorumlama: D.Ş.D., A.Y.,

Literatür Arama: N.K., A.Y., Yazan: A.Y., M.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıklarını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Montano N, Papacci F, Trevisi G, Fernandez E. Factors affecting functional outcome in patients with intramedullary spinal cord tumors: results from a literature analysis. *Acta Neurol Belg* 2017;117:277-82.
2. Avcı E, Öztürk A, Bereket M, Karabağ H. İntradural spinal kord basıları: Literatür araştırması ve ilk olgularımız. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;1:18-25.
3. Treadway TL. Minimally invasive approaches for the treatment of intramedullary spinal tumors. *Neurosurg Clin N Am* 2014;25:327-36.
4. Erman T, İldan F, Yılmaz DM. İntramedüller tümörler. İçinde: Korfalı E, Zileli M, editörler. *Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları, Temel Nöroşirürji* 3. Baskı, 2010. s. 1605-16.
5. Dilber C, Acar S, Şekerci Z, Kandemir B. İntramedüller ependimoma (Olgu Sunumu). *T Klin Pediatri* 1994;3:72-4.
6. De Sousa AL, Kalsbeck JE, Mealey J Jr, Campbell RL, Hockey A. Intraspinal tumors in children. A review of 81 cases. *J Neurosurg* 1979;51:437-45.
7. Kopelson G, Linggood RM, Kleinman GM, Doucette J, Wang CC. Management of intramedullary spinal cord tumors. *Radiology* 1980;135:473-9.