

Servikal Bölge Omurilik Yerleşimli Primer Glioblastoma Multiforme

Primary Glioblastoma Multiforme of the Cervical Cord

Yalçın Kocaoğullar¹, Önder Güney¹, Fatih Erdi¹, Lema Tavlı²

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Nöroşirürji¹ ve Patoloji A.D.², Konya

Özet

Primer spinal intramedüller glioblastoma çok nadir görülen bir klinik durumdur. Bu olgu sunumu ile nadir görülen bu tümöral hastalığın özellikleri ve tedavisi hakkında bilgiler, ilgili literatür eşliğinde sunularak tartışılmaktadır. 50 yaşında erkek hasta kliniğimize özellikle son 2 aydır hızla kötüleşen bacak ve kollarda his ve kuvvet kaybı şikayeti ile başvurdu. Manyetik rezonans görüntülenmesinde spinal kordun C3 den C6 ya kadar bir lezyon tarafından genişletilmiş olduğu görüldü. Hasta opere edilerek tümöral lezyon subtotal çıkartıldı. Tümöral dokunun patolojik incelemesi sonucunda glioblastoma multiforme tanısına ulaşıldı. Sunulan bu olgu ile nadir görülen bu hastalığın ana bulguları konu ile ilgili literatür eşliğinde irdelenmektedir. Her ne kadar nadiren görülse de çok hızlı kötüleşen klinik seyri nedeniyle servikal patolojilerin ayırıcı tanısında primer spinal glioblastoma multiforme mutlaka akılda tutulmalı ve etkin bir tedavi için bir an önce tanısı konulup tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Spinal Kord Neoplazmları-Glioblastoma Multiforme-Cerrahi

Abstract

Primary spinal intramedullary glioblastoma is a very rarely seen clinical entity. By this case report main characteristic features and treatment strategies of this rarely seen neoplasm reported and discussed in the light of relevant literature. Fifty years old man admitted to our clinic with numbness and weakness of limbs for a year especially worsened last 2 months. Magnetic resonance imaging (MRI) showed expansion of the spinal cord from C3 to C6 by a lesion. The patient operated and tumoral lesion subtotally removed. The pathological results were consistent with glioblastoma multiforme. Main features of this neoplasm discussed with related literature in this report. Despite of the neoplasm's low incidence it's rapid progresive clinical course constrain us to make a correct diagnosis immediately to help the individuals.

Key words: Spinal Cord Neoplasms-Glioblastoma Multiforme-Surgery

GİRİŞ

Glioblastoma multiforme (GBM) erişkinlerde en sık görülen primer malign beyin tümörüdür. Bu duruma zıt olarak, primer spinal intramedüller glioblastoma çok nadir görülür. Bu olgu sunumun amacı nadir görülen bu hastalıkla ilgili temel bilgileri konu ile ilgili literatür eşliğinde sunup tartışmaktır.

OLGU

Bu yazının verilerinin toplanması yayınlanması hakkında hastadan ve ailesinden tüm gerekli yasal izinler alınmıştır.

Elli yaşında erkek hasta kliniğimize özellikle son 2 aydır hızla kötüleşen kollarda ve bacaklarda uyuşukluk ve kuvvetsizlik şikayetleri ile başvurusu ile yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayanesinde patolojik bir bulguya rastlanılmadı. Nörolojik muayenesinde sağda belirgin tetraparezi, ısı, dokunma ve ağrıya C4-7 dermatomlarında hipoestezi tespit edildi.

Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) spinal kordun C3-C6 arasında bir lezyon tarafından ekspansiyon edilmiş olduğu görüldü. Lezyon heterojen intensitede olup zayıf bir kontrast tutulumu göstermekte idi (Şekil 1,2). Tüm nöral aks kraniospinal MRG ile tarandı ve hastalığa ait

başkaca bir odağa rastlanılmadı.

Hasta opere edilerek C3-6 total laminektomi ve orta hat myelotomi uygulandı. İntramedüller tümöral doku subtotal eksize edildi. Histopatolojik incelemede yüksek oranda hücresel atipi, nekroz, pleomorfizm ve damarsal proliferasyon gösteren çok sayıda mitoz izlenen neoplastik hücreler görüldü.

Bu bulgular glioblastoma multiforme ile uyumlu olarak rapor edildi. Ek olarak neoplastik hücreler Glial Fibriller Asidik Protein (GFAP) ile pozitif boyanma göstermekteydi (Şekil 3,4).

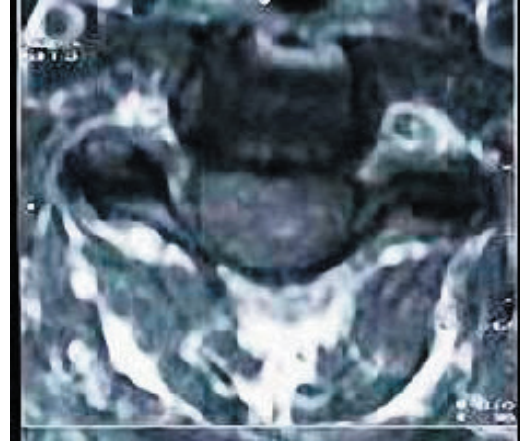
Ameliyat sonrası dönemde hastanın tetraparezisinde iyileşme kaydedildi. Ek problemi olmayan hasta operasyondan 1 hafta sonra taburcu edilerek radyoterapiye gönderildi. Operasyondan sonraki 2 yıldır hasta rutin poliklinik kontrolleri ile takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Glioblastoma multiforme erişkinlerde en sık görülen primer malign beyin tümörüdür. Buna karşın spinal intramedüller astrositomlar tüm santral sinir sistemi tümörlerinin yaklaşık



Şekil 1. Kontrastlı T1 ağırlıklı sagittal servikal MRG de spinal kordu ekspanse eden kitle lezyonu görülmektedir.



Şekil 2. T2 ağırlıklı aksiyal kesit kontrastsız MRG'de neoplazm görülmektedir.

%1'ini ve tüm spinal kord tümörlerinin %6-8'ini teşkil eder. Glioblastoma ise tüm intramedüller gliomların %7.5'ini ve tüm spinal tümörlerin ise sadece %1.5'ini oluşturmaktadır (1).

Spinal glioblastoma primer olarak oluşabileceği gibi başka bir odaktan yayılım sonucu ortaya çıkabilir.

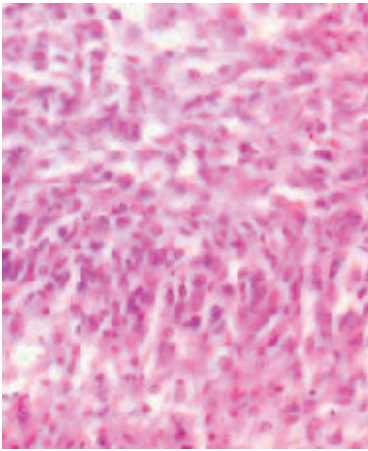
Spinal kordda intramedüller primer glioblastoma multiforme çok nadir olarak görülebilen bir neoplazmdır (2,3). Araştırmalarımıza göre literatürde 200'den az sayıda vakaya rastlanılmaktadır.

Hayatın erken dekadlarında daha sık görülmekte ve genellikle servikal ya da servikotototik yerleşim göstermektedir. Tanı öncesi geçen süre genellikle 1 yıldan daha az olup neoplazm oldukça hızlı ve agresif bir seyir göstermektedir.

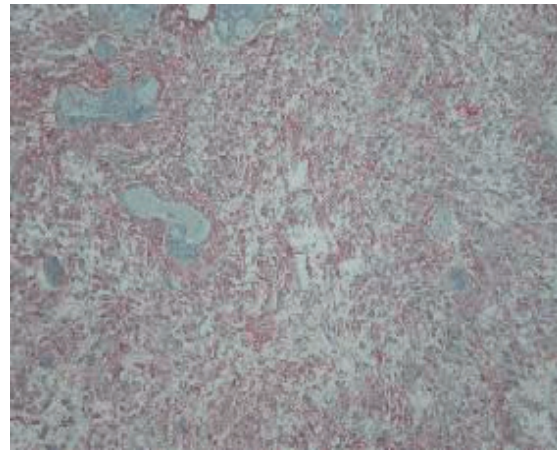
Başlangıç semptomları genellikle silik olup sıklıkla atlanabilir. Nörolojik kötüleşme ise hızlı bir şekilde oluşmakta ve defisitler ortaya çıkmaktadır (1).

Günümüzde MRG tanı için kullanılabilir en iyi görüntüleme yöntemidir (4,5). MRG'de neoplazm genellikle sınırları net belirli olmayan, T1 ağırlıklı görüntülemelerde spinal korda göre izo-hipointens, T2 ağırlıklı kesitlerde ise genellikle hiperintens olarak izlenmektedir. Tümoral doku içerisinde kistik alanlar sıkça görülebilmektedir. Düzensiz homojen kontrast tutulumu ve spinal kordun neoplazm tarafından ekspanse edilmesi diğer sık görülen bulgulardır (5).

Histopatolojik olarak spinal ve serebral glioblastomlar hastalığın serebral formunda formunda görülebilen dev



Şekil 3. Neoplastik hücrelerin histopatolojik orijinal fotomikrografı. (H&E x40)



Şekil 4. İmmunhistokimyasal olarak tümoral dokunun orijinal fotomikrografında neoplastik hücrelerin GFAP ile boyanma gösterdiği görülmektedir. (GFAPx40)

hücreler dışında hemen hemen aynıdır. Dev hücreler hastalığın serebral formunda daha az sıklıkta görülmektedir (6).

Serebral glioblastomalı olguların otopsi serilerinde %23-27 oranında leptomeningeal tutulum görülmektedir (7,8). Bu metastazların genellikle beyin omurilik sıvısı (BOS) aracılığıyla taşınan neoplastik hücrelerden kaynaklandığı düşünülmektedir (9-11). Hastalığın seyrinde hidrosefali görülebilmekte ve bu durum hastanın nörolojik tablosunun akut olarak bozulmasına yol açabilmektedir. Hidrosefalinin kesin nedeni bilinmemekte olup bazı yazarlarca yüksek BOS protein değerleri patogeneizde suçlanmaktadır (3).

Uygulanacak cerrahi tedavinin esas amacı tümörün total rezeksiyonudur. Ancak bu genellikle mümkün olmamaktadır. Yüksek gradeli intramedüller astrositomlar sofistike nöroşirurjikal tekniklere rağmen total eksize edilememektedir. Nakamura ve ark. spinal kord tümörlerinde cerrahi tedaviden iyi sonuç alınabilmesinin neoplazmin histolojik tipi, cerrahi sınırların ayırt edilebilirliği, ve hastanın operasyon öncesi nörolojik durumuna bağlı olduğunu bildirmektedirler (12).

Uygulanacak cerrahide mümkün olduğunca agresif kitle küçültücü bir strateji belirlenmesi eklenecek radyoterapi ve kemoterapinin etkilerini artırabilmek amacıyla önem taşımaktadır. Daha önceki çalışmalarda radyoterapinin sağkalım üzerine iyileştirici etkileri olduğu gösterilmiş olup kemoterapinin tedavideki yeri ise açık değildir (12).

Spinal kord primer glioblastome multiformesi cerrahi tedavi ve diğer adjuvan tedavilerde son zamanlarda kaydedilen ilerlemelere rağmen halen yüksek mortalite ve morbiditesi olan malign bir neoplazmdır. Ortalama 15 ay sağkalım (1) bildirilen bu hastalıkta mümkün olan en kısa sürede doğru tanı konularak, uygun tedavinin başlanması son derece önemlidir. Özellikle hızlı progresyon gösteren nörolojik hastalıkların ayırıcı tanısında medüller ve diğer spinal hastalık bulgularının tespit edildiği hastalarda spinal kordun bu malign neoplazmı ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Ciappetta P, Salvati M, Capoccia G, et al. Spinal glioblastomas: report of seven cases and review of the literature. *Neurosurgery* 1991;28:302-6.
- 2- Banczerowski P, Simó M, Sipos L, et al. Primary intramedullary glioblastoma multiforme of the spinal cord: report of eight cases. *Ideggyogy Sz* 2003;56:28-32.
- 3- Cohen AR, Wisoff JH, Allen JC, et al. Malignant astrocytomas of the spinal cord. *J Neurosurg* 1989;70:50-4.
- 4- Acıkgöz B, Kalaycı M, Sanser G. Intramedullary spinal cord tumors. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3(51):150-6.
- 5- Koeller KK, Rosenblum RS, Morrison AL. Neoplasms of the spinal cord and filum terminale: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2000;20:1721-49.
- 6- Grisold W, Pernetzky G, Jellinger K. Giant-cell glioblastoma of the thoracic cord. *Acta Neurochir Wien* 1981;58:121-26.
- 7- Onda K, Tanaka R, Takahashi H, et al. Cerebral glioblastoma with cerebrospinal fluid dissemination: a clinicopathological study of 14 cases examined by complete autopsy. *Neurosurgery* 1989;25:533-40.
- 8- YungWA, Horten BC, Shapiro WR. Meningeal gliomatosis: a review of 12 cases. *Ann Neurol* 1980;8:605-08.
- 9- Andrews AA, Enriques L, Renaudin J, et al. Spinal intramedullary glioblastoma with intracranial seeding. Report of a case. *Arch Neurol* 1978;35:244-45.
- 10- Asano N, Kitamura K, Seo Y, et al. Spinal cord glioblastoma multiforme with intracranial dissemination—case report. *Neurol Med Chir Tokyo* 1990;30:489-94.
- 11- O'Connell JEA. The subarachnoid dissemination of spinal tumors. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1946;9:55-62.
- 12- Nakamura M, Ishii K, Watanabe K, et al. Surgical treatment of intramedullary spinal cord tumors: prognosis and complications. *Spinal Cord* 2008;46:282-6.