

KAROTİS TÜMÖRLERİ (BİR VAKA NEDENİYLE)

Dr. Kadir DURGUT*, Dr. Mehmet YEŞİLTAY*, Dr. Mehmet GÖK**, Dr. Ufuk ÖZERGİN*,
Dr. Ufuk TÜTÜN*, Dr. Z. Işık SOLAK, Dr. Tahir YÜKSEK*, Dr. Hasan SOLAK*

* S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Karotis tümörleri kemoreseptör paraganglioma hücrelerinden menşe alırlar. Bu hücreler crista nöralisten orijinli embriyolojik hücrelerdir. Düşük insidanslarından dolayı günlük pratikte alışılmış değillerdir. Biz bu makalede klinik muayene ve anjiyografi ile teşhis edilen ve başarılı bir şekilde cerrahi olarak tedavi edilen bir vakayı takdim etmekteyiz. Bu tümörlerde günümüzdeki teşhis ve tedavi zorlukları tartışılmış ve literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler : Karotis tümörleri. Erken teşhis.

SUMMARY

Carotid Body Tumors

Carotid body tumors (synonymus chemodectoma, carotis tumor, glomus carotica) are tumors arising from chemoreceptor paraganglioma cells. These cells have proved to have an embryologic origin from neural crests. Due to their low incidence these tumors are not habitually found in daily practices. We present a case of carotid body tumor diagnosed by clinical examination and angiography which was successfully treated by surgery. The diagnostic and therapeutic difficulties present in these tumors are discussed and literature was reviewed.

Key Words: Carotid body tumors. Early diagnosis.

GİRİŞ

Karotis tümörü çok nadir bir neoplazidir. Bu tümör karotis cisminin tip 1 ana hücrelerinden menşe alır ve çoğunlukla 4. ve 5. dekada her iki cinsi de aynı oranda etkiler. Bu tümörlerde % 4-10 oranında ailesel geçiş olabilir (1). Bu vakalar diğer paragangliomalar ile birlikte sporadik olarak bulunabilir. Karotis tümörü yavaş büyüyen bir neoplazidir, lokal olarak agresiftir ve bölgesel lenf nodları ile çevre anatomik yapılara metastaz yapabilir. Cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra hastaların küçük bir yüzdesinde nüks olabilir. Tümörde erken teşhis ve cerrahın mahareti esastır.

Karotis tümörünün cerrahi tedavisi karotis tümörünün nörovasküler yapılara komşuluğundan dolayı zorluk arz etmektedir.

VAKA TAKDİMİ

M.H, 69 yaşında, kadın. 23 sene önce başlayan boynun sağ tarafında şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde genel durum iyi, TA 110 / 80 mm Hg, boynun sağ tarafında karotis trasesine uyan bölgede 7x 8x 8 cm boyutlarında kitle vardı. Kitle üzerinde sistolik bir üfürüm alınıyordu. Hastanın öz ve soy geçmişi özellik arzetmiyordu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

Yapılan karotis anjiyografisinde sağ eksternal karotis arter ve dallarından dolan muntazam konturlu, neovaskülarizasyon gösteren, sağ servikalde lokalize hipervasküler kitle görüldü (Resim 1). Histopatolojik tetkik sonucu karotis tümörü olarak geldi. Rutin biyokimya ve hematoloji tetkiklerinde AKŞ'nin 177 mg / dl ve sedimantasyon yüksekliği (saatte 132) dışında patoloji tespit edilmedi.

Karotis tümörleri düşünülen hasta operasyona alındı, sağ karotis trasesine uygun kesi yapılarak tümöre ulaşıldı. Herhangi bir şant ligasyon ve bypass gerekmeden vasküler yapılardan kolayca ayrılan tümör rezeke edildi. Kesi yerine penröz dren kondu. Dren bir gün sonra alındı. Komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 8. gün şifa ile taburcu edildi.



Resim 1 .Hastaya ait eyer (saddle) deformitesi gösteren karotis anjiyografisi .

TARTIŞMA

Geçmişte kemodektoma veya glomus karotika diye isimlendirilen karotis cisim tümörü karotis cisminin tek patolojik lezyonudur (2). Bu tümörün doğru isimlendirmesi paragangliomadır. Çünkü bu tümör crista nöralis menşelidir (2).

Bu tümörlerde ailesel geçiş olabilir (1). Yapılan çalışmalar geçişin otozomal dominant olduğunu düşündürmektedir. Ailesel geçiş araştırılmasında ultrason çok faydalı bir tarama teste olarak kullanılabilir (3).

Karotis tümörlerinin septomları nonspesifiktir. Hasta genellikle boyunda mandibula açısı altında bir şişliği farkeder. Tümöre bağlı obstrüktif uyku apnesi tarif edilmiştir (3). Bu tümörler hem pulsatil hem de ekspanzil olan karotis anevrizmalarının aksine yalnızca pulsatildir (2). Karotis bifürkasyonu üzerinde üfürüm duyulabilir (4).

Vakaların yaklaşık % 10'unda tümör maligndir.

Teşhiste ultrason tümörü diğer boyun kistlerinden ayırt etmede kullanılabilir. Color duplex scannig karotis tümörlerinin primer teşhisinde seçilecek noninvazif bir metottur (5). Bu metot aile taramalarında ve opere edilemeyen vakaların takiplerinde de kullanılabilir. CT ve MRI teşhiste daha faydalı bilgiler veren teşhis araçlarıdır. Teşhiste en önemli invazif metot selektif koroner anjiyografidir. Anjiyografi teşhiste altın standarttır (6). Anjiyografi karakteristik eyer deformitesi (saddle deformity) gösterir (Şekil 1). Çok büyük tümörlerde anjiyografi tümörü besleyen eksternal karotis arter dallarını gösterebilir.

Cerrahi tedavi ideal tedavi şeklidir (6). Büyük tümörlerde tümör hacmini küçültmek için preoperatif embolizasyon faydalı olabilir (6). Ancak hala tartışmalıdır (7). Karotis tümörü benign bile olsa, teşhis edilir edilmez daha sonra eksizyon problem olabileceğinden çıkarılmalıdır (6).

Cerrahide problem intraoperatif kanama, serebral ve komşu sinir yapıların korunmasıdır.

Dikkatli planlanmış operatif yaklaşım, özellikle internal karotis arter tutulumuna göre 3 gruba ayırmışlardır.

Grup 1 lezyonları bu arteri minimal tutmuştur.

Grup 2 lezyonları bu arteri kısmen tutmuştur, bu grupta diseksiyon problem olabilir.

Grup 3 lezyonları arteri ileri derecede tutmuştur. Diseksiyon oldukça zordur, intralüminal şant kullanılarak otojen venle arter rekonstrüksiyonu gerekir (8). Anatomik rekonstrüksiyon için tersine çevrilmemiş safen veni mükemmel bir grefttir (9).

Postoperatif kranial sinir kaybı minimal olabilir. Bununla birlikte baroreseptör yetmezliği ve first-bite ağrı postoperatif sekellerdir (10).

Radyasyon tedavisinin faydası minimaldir. Rezeke edilemeyen, kafa kaidesine kadar uzanmış tümörlere uygulanabilir. Postoperatif radyasyon tedavisi parsiyel rezeke edilmiş ya da nüks gösteren vakalarda faydalı olabilir (11,12).

Sonuç olarak boyunda şişlik ile başvuran hastalarda karotis tümörü de olabileceği akla getirilmelidir. Bu tür vakalarda erken teşhis ve tedavinin önemi bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Rossi P, Russo F, Pagenelli C, Forlini A, Danza F, Gentileschi PG. Carotid chemodectoma. Chir 1994; Jan-Feb: 15 (1-2): 21-8.
2. Rutherford Robert B. Vascular surgery volum 2.3 rd ed. NY: 1990.
3. Metersky ML, Castriotta RJ, Elnaggar A. Obstructive sleep apnea due to a carotid body paraganglioma. Sleep 1995; Jan: 105 (3pt 1): 231-5.
4. Javid H, Chowlo SK, Dyc WS, et al. Carotid body tumor. Resection or reflection. Arch Surg 1976;111: 344, 1076.
5. Wosey MJ, Laborde AL, Bower T, Miller E, Kresowik TF, Sharp WJ, et al. An evaluation of color duplex scannig in the primary diagnosis and management of carotid body tumors. Ann Vasc Surg 1992; Jan : 6 (1): 90-4.
6. Liapis C, Gougoulakis A, Karydakis V, Verikokos C, Doussaitou B, Skandalakis P, et al. Changing trends in management of carotid body tumors. Am Surg 1995; Nov : 61 (11): 989-93.
7. Maurizi M, Almadori G, Ferri E, Galli J, Ottaviani F, Paludetti G, Scarano E. Carotid body tumors. Acta Otorhinolaryngol Ital 1992; Nov-Dec: 12(6): 527-45.
8. Asanuma K, Sugeno A, Takemae T, Kobayashi S, Nomura S, Itoh N, Iida F. The safe and complete removal of a carotid body tumor with elements suggestive of a malignant potential by employing an intraluminal shunt. Surg Today 1995; 25 (2): 155 - 7.
9. Kambayashi J, Kawaski T, Higaki N, Kobayashi T, Yamada K, Mori T. Anatomical reconstruction of carotid bifurcation with a branched non-reversed saphenous vein J Cardiovasc Surg Torino 1992; Jul-Aug: 33 (4): 454-6.
10. Nctterville JL, Reilly KM, Robertson D, Reiber ME, Armstrong WB, Childs P. Carotid body tumors. Laryngoscope 1995; Feb: 105 (2): 115-26.
11. Far HW. Carotid body tumors : A 40 years study. CA 30: 260, 1980.
12. Lack EE, Cubillo AL, Woodruff JM, Farr HN. Paragangliomas of the head and neck region : A clinical study of 69 patients. Cancer 1977; 39: 397.