



OLGU SUNUMU

SERVİKAL VAGUSTAN KÖKEN ALAN  
KİSTİK SCHWANNOMA<sup>+</sup>

CYSTIC SCHWANNOMA OF THE CERVICAL VAGUS NERVE

Dr.Yücel ANADOLU\* Dr.Arzu Ural TATLIPINAR\* Dr.Muharrem GERÇEKER\*  
Dr.Suat AYTAÇ\*\*

ÖZET

*Schwannomalar benign, genellikle soliter, enkapsüle sinir kılıflarının schwann hücrelerinden kaynaklanan neoplazmlardır. Baş boyun bölgesinde lateral servikal bölge ve oral kavite en sık yerleşim sahasıdır. Parafarengial schwannomaların büyük bir kısmı n. vagus veya servikal sempatik sinirden orijin alır. Ultrasonografi (USG), magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanı ve tedavi yaklaşımında yardımcı yöntemlerdir. Tedavi sinirin fonksiyonunu koruyarak diseksiyonudur. Eksizyon ve sinir grefti ile reanostomoz, başarılı sonuçlar bildirilmiş diğer bir alternatiftir.*

*Olgu sunumuna konu olan hastamız 27 yaşında bir kadın hastadır. Sağ supraklavikuler bölgede yavaş büyüyen kitle yakınması ile kliniğimize müracaat eden hastanın, boynunda tiroid bezi sağ lobuyla komşu lokalizasyonda yaklaşık 5x3,5 cm boyutlarında yumuşak kıvamlı, hafif mobil kitle mevcuttu. Hastaya MRG ve USG çektirildi. Boyuna yapılan müdahalede mobil, enkapsüle, üst ve alt kutuplarından n. vagusu içine alan kitle kafa tabanına kadar takip edildi ve eksize edilerek çıkarıldı. Histopatolojik tanı kistik schwannoma olarak değerlendirildi. Vakanın genel dünya literatüründe nadir rastlanması nedeniyle bir olgu sunusu olarak sunulmuştur.*

**Anahtar Sözcükler** : N. vagus, schwannoma, boyun.

SUMMARY

Schwannomas are benign, solitary and encapsulated tumors. They are considered to originate from the schwann cells of the nerve sheath. The lateral cervical region and the mouth are the most common sites in the head and neck region. Most parapharyngeal schwannomas arise from the vagus nerve or the cervical sympathetic nerves. Ultrasonography, CT or MRI may be helpful for estimation of the tumor margins and infiltration of surrounding structures. Treatment is dissection of tumor while trying to preserve nerve function. Exicion and reanostomosis by a nerve graft is another successful alternative.

Our case is twenty-seven year old, female patient. She complaint of a slowly growing mass on the right supraclavicular region. The mass was mobile, soft, 5x3,5 cm in size and was adjacent to the right lobe of thyroid. Cervical USG, MRI were performed. During the operation a mobile and encapsulated mass originating from vagal nerve was dissected to the cranial base and then excised. Histopathological diagnosis was consistent with cystic schwannoma. This case was reported as it is quite rare to see a schwannoma originating from vagal nerve in cystic nature.

**Key words:** N. vagus, schwannoma, neck.

\* Ankara Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı - ANKARA

\*\*\* Ankara Üniversitesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı - ANKARA

+ 18-22 Eylül 1999 tarihlerinde İzmir'de düzenlenen 25. Ulusal Türk Otorinolarenoloji ve

Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Çalışmanın Yapıldığı Klinik(ler) : İbni Sina Hastanesi KBB Kliniği

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 24.08.201

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih : 12.10.2001

Yazışma Adresi : Dr. Yücel ANADOLU, AÜTF KBB Anabilim Dalı Sıhhiye - ANKARA



## GİRİŞ

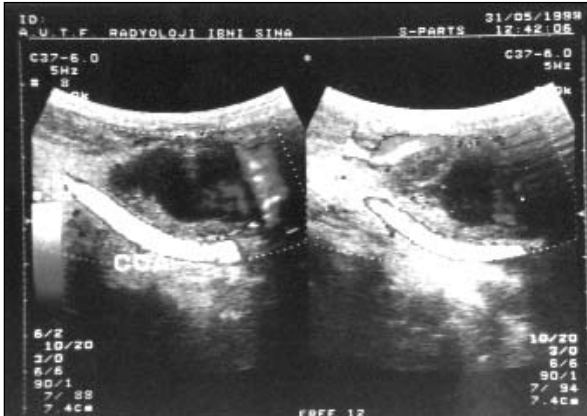
Schwannomalar benign, genellikle soliter, enkapsüle, periferik sinir kılıflarının schwann hücrelerinden kaynaklanan neoplazmlardır. Schwannomalar schwann hücre kılıfı ile kaplı tüm sinirlerden köken alabilirler. Optik ve olfaktör sinir dışında tüm kranial sinirlerden gelişebilirler(2). En sıklıkla akustik sinirin vestibüler dalı tutulurken, boyunda n. vagusta tutulum olmaktadır. Literatürde baş-boyun bölgesi kökenli schwannom oranı % 25-45 arasında değişmektedir(1). N. vagus orijinli schwannomalar yavaş gelişim gösteren, geç semptom veren, tanısı zor, nadir rastlanır tümörlerdir.

Bu makalede n. vagusun servikal kısmından köken alan, literatür bilgisine göre oldukça büyük ebatlı bir kistik schwannoma olgusu nadir rastlanması nedeniyle sunularak, literatür gözden geçirilmiştir.

## OLGU SUNUMU

Ankara Üniversitesi K.B.B. Kliniği'ne boynunda, sağ tarafta ortaya çıkan şişlik yakınmasıyla müracat eden 27 yaşındaki kadın hastanın yapılan muayenesinde, sternoklaidomastoid adale (SCM) posteriorunda, tiroid bezi sağ lobuyla komşu lokalizasyonda yaklaşık 5x3,5 cm boyutlarında, yumuşak kıvamlı, horizontal planda mobil, vertikal planda immobil, ağrısız kitlesi mevcuttu.

Hasta 2,5 ay önce farketdiği kitlenin boyutunda artma ya da azalma tanımlamadı. Kitlenin yayılım ve sınırlarının belirlenmesi, natürlü hakkında bilgi edinilmesi amaçlı ultrasonografi (USG) ve magnetik rezonans (MRG) çektilirdi. Ayırıcı tanı açısından tiroid sintigrafisi yapıldı. USG ve MRG sonucunda boyunun sağ yarısında SCM posteriorunda, tiroid bezi sağ lob inferolateral komşuluğunda, juguler ven ve ana karotis arter arası yerleşimde ve bu iki yapıda yaylanmaya yol açan kistik natürlü lezyon tespit edildi (Resim 1a,b). Tiroid sintigrafisi kitlenin tiroid bezi ile ilişkisinin olmadığını



RESİM 1a : V. jugularis interna ve a. karotis komünis arasına yerleşmiş olan ve bu iki yapıda yaylanmaya neden olan kitlenin preoperatif USG görüntüsü.



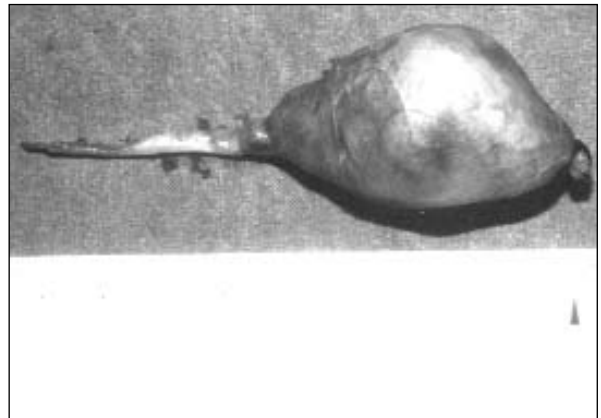
RESİM 1b : Kitlenin preoperatif MR görüntüsü.

ortaya koydu.

Hasta genel anestezi altında opere edildi. Sağda supraklavikuler bölgede kitle üzerinden cilt pililerine uygun horizontal kolye insizyonla cilt, cilt altı ve platisma geçildi. Künt diseksiyonla kitleye ulaşıldı. Kitlenin internal juguler ven ve a.karotis interna arasına yerleşmiş olduğu, superior kutbunda kafa tabanına doğru uzanan, inferior kutbunda mediastene doğru uzanan traktüsü olduğu gözlemlendi. Superior uç kafa tabanına kadar takip edildi. Kitlenin makroskopik görünümü, yerleşimi ve üst ve alt kutuplarındaki mevcut traktüslerin eksplorasyonu neticesinde intraoperatif yapılan değerlendirme schwannomu düşündürdü. Ancak kitlenin sinirden disekte edilerek sıyırılması ve siniri korumak mümkün olmadığından, alt ve üst sinir uçlarının bağlanması takiben kitle çıkarıldı(Resim 2).

Operasyon spesimeninin histopatolojik incelemesi sonucu, kistik schwannoma ile uyumlu idi (Resim 3).

Cerrahi sonrası 1. haftada yapılan videolaringostroboskopik incelemede sağ vokal kordda paralizisi tespit edildi. Sağ kord vokal paramedian hatta fikse idi. Sağ korddaki paraliziyi diğer kord kompanse ettiğinden, hastanın ses kalitesinde

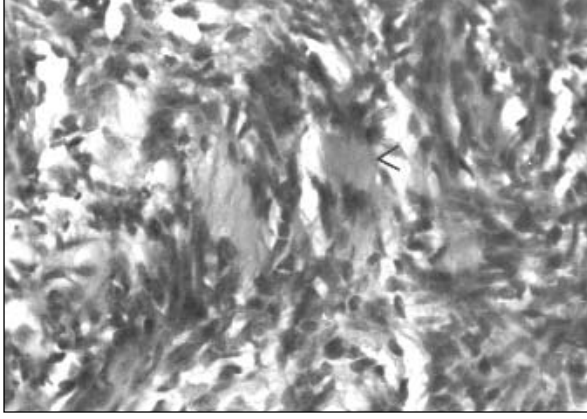


Resim 2 : Operasyon spesimeni



değişim tespit edilmedi, aspirasyon sorunu olmadı.

### TARTIŞMA



Resim 3 : Kistik schwannoma H&E X 50 < Verocay cisimleri

Schwannomalar boyunda lateral bölgede yerleşim gösterirler. Oval veya fusiform şekilli, enkapsüle, ağrısız, horizontal düzlemde hareketli, ancak vertikal düzlemde hareket-siz, bazen lateral farengeal duvarda itilmeye yol açan tümörlerdir(2). Schwannomalar solid, kistik veya fluktuan karakterde olabilir. Küçük tümörler sıklıkla fibrotik olma eğilimindeyken, büyük olanlar kistik yapıdadırlar(6).

Hasta genellikle lateral boyun bölgesinde yavaş büyüyen, ağrısız kitle yakınmasıyla hekime müracat eder. Büyük lezyonlar disfaji, başın sağa-sola çevrilmesiyle veya kitlenin palpe edilmesiyle ortaya çıkan spazmodik, nonproduktif tarzda öksürüğe neden olabilirler (8).

Histolojik olarak, schwannomalar 2 formdadır: Antoni tip A ve Antoni tip B. Antoni tip A ( fasiküllü ) formu; iğ şeklindeki hücrelerin çekirdeklerinin dizilimiyle oluşan palizat paternle karakterizedir. Antoni tip B ( retiküler tip ) miksoid alanlar içeren daha gevşek bir yapısı vardır. İçi asit polisakaritlerle dolu olan pseudokistik bölgeler de içerir. Bazen tümör tip A ve tip B'nin demarkasyon hattıyla birbirinden ayrıldığı mikst tipte olabilir (7,5). Bu çalışmada histopatolojik inceleme sonucu elde edilen bulgular mikst tipte uyumlu idi.

Literatürde baş-boyun bölgesi kökenli schwannoma oranı %25-45 arasında değişmektedir (1,5). Tümör bu bölgede servikal ve brakial pleksustan ve yüz ve skalpın subkuta-

nöz sinirlerinden gelişir. Parafarengial schwannomaların büyük bir kısmı n.vagus veya servikal sempatik sinirlerden orijin alır. Schwannomalar nadiren nazal fossa, oral kavite, orbita, orta kulak ve mastoidden kaynaklanabilirler. Literatürde larenksten köken alan schwannoma olguları da bildirilmiştir (6). 1926-1999 yılları arasında n. vagusun servikal kısmından köken alan schwannoma olgularını kapsayan literatür taramamız Tablo 1'de sunulmuştur.

MRG, USG, BT tanıya yardımcı tetkikler olarak kullanılabilir. Vagustan kaynaklanan schwannomalar a.karotis komünis veya a. karotis interna ve internal juguler ven arasında yerleşerek, arter ve ven arasındaki mesafede artışa neden olur(3).

Schwannomalar radyorezistan tümörlerdir. Esas olarak uygulanması gereken tedavi yöntemi; cerrahidir. Cerrahi teknik açıdan ideal yaklaşım, siniri koruyarak diseksiyonu gerçekleştirmektir. Ancak bu şekilde diseksiyon tümörün yerleşimi, büyüklüğü ve natürü (nekroz, frajilite ) nedeniyle her zaman mümkün olmayabilir. Literatürde sunulmuş olan çalışmalarda çoğunlukla yapılan uygulama tümörün sinirle beraber rezeksiyonu şeklindedir (7,2,6). Fonksiyon kaybının engellenmesi (disfoni, aspirasyon) amaçlı n.vagusun rekonstrüksiyonu için n.aurikularis magnustan elde edilen sinir grefti kullanılabilir. Sinirin fonksiyonunu tekrar kazanması erken veya geç dönemde olabilir (2,8).

**TABLO 1:** Vagusun Servikal Kısmından Köken Alan Schwannomalar

Yazar	Cins	Yaş	Lokalizasyon
Sekiguchi ve Oije(1926)	E	39	Sağ
Serafini(1931)	K	33	Sol
Sinakevic(1934)	E	-	Sağ
Cutler & Gross(1936)	E	69	Sol
	E	38	Sol
Deuticke(1936)	-	-	-
Dadidovic(1938)	E	22	Sol
Heinlein(1941)	-	-	-
Riccabona(1942)	-	-	-
Ehrlich & Martin(1943)	K	39	Sağ
Stich(1943)	-	-	-
Bustos(1945)	-	-	-
Garaduel(1946)	K	-	Sağ
Turchick(1946)	K	27	Sağ
Murley(1948)	K	19	Sağ
Kohler(1949)	-	-	-
Paul(1949)	E	31	Sağ
Slaughter & De Peyster (1949)	K	65	Sağ
	K	60	Sağ



**SERVİKAL VAGUSTAN KÖKEN ALAN KİSTİK SCHWANNOMA**

Parrella(1950)	E	53	Sol	Mukherjee(1979)	E	50	Sağ
Heinzelmann(1953)	-	-	-	Hawkins(1980)	K	10	Sol
Kecht(1953)	-	-	-	Sharaki(1982)	-	-	-
Boisseau(1955)	K	53	Sol	Shi Chueng Chang(1984)	E	32	Sağ
	E	29	Sağ	Abromowitz(1991)	-	-	-
	E	29	Sağ	Frukawa(1996)	E	36	Sol
Conley(1955)	K	11	Sağ		K	11	Sağ
Parness(1955)	K	51	Sağ		K	42	Sağ
Harrison&Anderson(1956)	E	82	Sol		E	50	Sol
Altany & Pickrell(1956)	E	39	Sağ		K	53	Sağ
	E	24	Sağ	Anadolu ve ark.(1999)	K	27	Sağ
	E	23	Sağ				
Gore(1956)	E	36	Sağ				
	K	55	Sol				
	E	34	Sağ				
	K	36	Sol				
Zeumer(1956)	-	-	-				
Penido(1957)	E	52	Sağ				
	E	59	Sağ				
	K	63	Sol				
Haas(1958)	E	34	Sağ				
	K	33	Sol				
	E	26	Sağ				
Mitchell(1958)	K	51	Sağ				
Verhaeghe(1960)	-	-	-				
Zippel(1960)	K	36	Sol				
Boles & Raines(1962)	E	26	Sağ				
Horwich ve Hawe (1962)	K	34	Sağ				
	E	47	Sağ				
Pang(1962)	K	39	Sağ				
Leichtling(1963)	E	48	Sağ				
	E	51	Sağ				
Putney(1964)	E	7	Sol				
Wayoff & Bernal (1964)	K	59	Sağ				
Vogl(1966)	E	59	Sol				
Tanaka(1967)	K	50	Sol				
	K	36	Sağ				
	E	56	Sağ				
Holland(1968)	K	53	Sağ				
Rosenfeld(1968)	E	64	Sağ				
	K	45	Sağ				
	K	14	Sol				
	K	32	Sağ				
Bestir(1969)	K	14	Sol				
	K	35	Sol				
Katz(1971)	K	53	Sol				
Reddick & Myers(1973)	E	35	Sol				
	K	24	Sol				
Andre'(1975)	K	52	Sol				
	E	38	Sol				
	E	64	Sol				
Mair(1976)	E	71	Sağ				
Pesavanto(1979)	K	12	Sol				

**KAYNAKLAR**

- 1) CATALANO P, FANG-HUI E, SAM PM. Fluid-Fluid Levels in Benign Neurogenic Tumors. AJNR 18:385-387,1997.
- 2) CHANG SC, SCHI YM. Neurilemmoma of The Vagus Nerve, A Case Report and Brief Literature Review. Laryngoscope 94:946-949, 1984.
- 3) FURUKAWA M, FRUKAWA M.Ç, KATOH K, TSUKUDA M. Differentiation Between Schwannoma of The Cervical Sympathetic Chain by Imaging Diagnosis. Laryngoscope 106:1548-1552, 1996.
- 4) GORE D.O, RANKOW R, HANFORD J.M. Parapharyngeal Neurilemmoma. Surgery, Gynecology and Obstetrics. 103:193-201,1956.
- 5) HAWKINS D.B, LUXFORD W.M , Schwannoma of The Head and Neck in Children. Laryngoscope 90:1921-1926, 1980.
- 6) MUKHERJEE D.K. Neurilemmoma of The Vagus Nerve. A Case Report. The Journal of Larynx and Otol. 93:187-192, 1979.
- 7) PESAVENTO G, FERLITO A, RECHER G. Benign Solitary Schwannoma of The Cervical Vagus Nerve. The Journal of Larynx and Otol. 93:307-316, 1979.
- 8) REDDICK L.P, MYERS RT. Neurilemmoma of The Cervical Portion of The Vagus Nerve. A Collective Review and Two Case Reports. Am J Surg. 125:744-747,1973.