

**OLGU SUNUMU**

## NERVUS ACCESSORIUS SCHWANNOMU

### SCHWANNOM OF NERVUS ACCESSORIUS

**Dr. M. Serdar ÇELİKKANAT (\*), Dr. Yavuz Selim PATA (\*), Dr. Suat TURGUT (\*),  
Dr. Şafak DAĞLI (\*), Dr. Handan DOĞAN (\*\*), Dr. Cafer ÖZDEM (\*)**

**ÖZET:** Baş boyun schwannomları nadir olmamakla birlikte boyunda n. accessorius schwannomuna nadiren rastlanmaktadır. Kliniğimizde boyunda kitle ön tanısı ile opere edilen ve n. accessorius schwannomu tanısı alan vaka nedeni ile konu ile ilgili literatür incelenmiş, hastalığını tam ve tedavisi tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Aksesuar sinir, schwannom

**SUMMARY :** Although schwannomas of the neck is not rarity, the schwannoma of n. accessorius is seen rarely. A patient who was operated in our clinic for a mass in the neck and has got a diagnosis of the schwannoma of n. accessorius, the literatures has been reviewed, the diagnosis and the therapy of this entity has been discussed.

**Key Words:** Nervus accessorius, schwannoma

### GİRİŞ

Schwannomalar, Schwann hücrelerinden köken alan tümörlerdir (1,2, 4). Periferik kranial veya sempatik sinirler boyunca gelişebilirler (6).

Benign yavaş gelişen neoplazmlardır, birkaç mm den 20 cm ye kadar değişik boyutlarda olabilirler, küçük tümörlerin genellikle benign fusiform sert ve enkapsüle olmalarına karşın, büyük olanlar gri veya sarı beyaz renkte irregüler lobülasyon gösteren kitlelerdir (3). N. accessorius'a ait schwannom olguları çok nadirdir. Kragh ve arkadaşlarının (6) 148 baş boyun schwannomundan tümör orijini belirleyebildikleri 22 ve Al-Ghamdi ve arkadaşlarının (1) yayınladıkları 21 baş boyun schwannom vakasında n. Accessorius'a ait olgu yoktu.

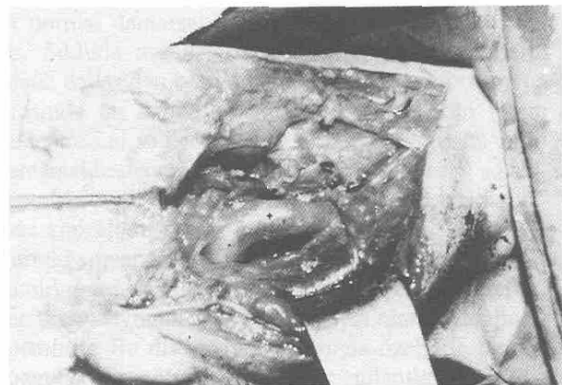
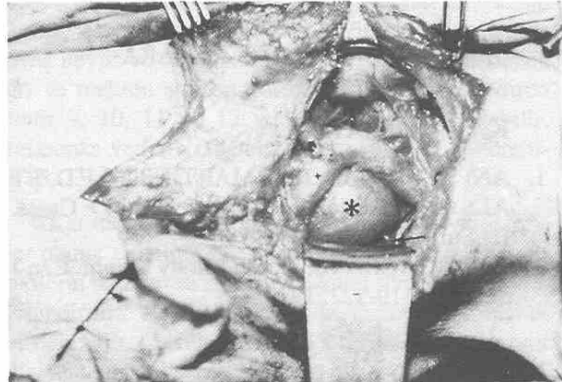
Fabrizi ve arkadaşları (4) spinal accessorius sinire ait bir schwannom ve bir nörofibrom sunduktan çalışmalarında benign soliter sinir kılıf tümörlerinin boyunda nadiren görüldüğünü bildirmişlerdir.

### OLGU SUNUMU

63 Yaşında bayan hasta boyun sağ tarafında bir yıl önce farkettiği, giderek büyüyen ağrılı şişlik yakınması ile başvurdu. KBB muayenesinde sağ angulus mandibula altında, 3 x 3 cm çaplı, palpasyonla ağrılı, üzerindeki ciltte renk değişikliği olmayan, mobil kitle saptandı. Bunun dışındaki KBB muayene bulguları doğaldı ve sistemik muayenesi normaldi. Boyun ultrasonografisi 39 x 25 mm lik lobüle lenfadenopati ile uyumlu olabilecek kitle şeklinde rapor edildi.

5-4-95 te genel anestezi altında juguler foramen den inferiora uzanan arteria karotis kammunis ve karotis bifürkasyonunun antreiora iten 4 x 3 x 3 cm lik lastik kıvamlı etraf dokulardan kolay ayrılan kapsülü

kitle çıkarıldı (Resim 1 a-b). Kitlenin distal ucunun n. accessorius ile devam ettiği görüldü, sinirin proksimal ucu kitlenin juguler forameni tutması nedeni ile tespit edilemedi. Lezyonun patolojik incelemesinde



**Resim 1 a, b:** Kitle çıkarılmadan önce ve çıkarıldıktan sonra cerrahi sahanın görünümü.

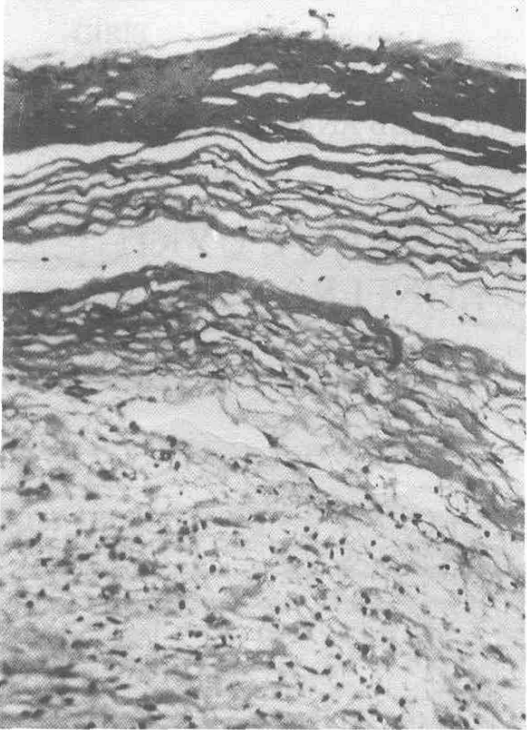
Kitle \* ile, n. accessorius çift ince ok ile, arteria karotis kammunis + ile, v. Jugularis interna çift kalın ok ile gösterilmiştir.

(\* ) Ankara Numune Hastanesi II. KBB Kliniği

(\*\*) Ankara Numune Hastanesi Patoloji Kliniği ANKARA



Resim 2: Sıkışmış sinir fasikülleri içeren kapsül altındaki hiposelüler tümör dokusu (H & E, x 100)



Resim 3: Kapsül ve stromadaki tümör hücrelerinde S-100 ile pozitif boyanma (S-100, PAP x 40).

rezidüel sinir lifleri içeren fibröz kapsül ile çevrelenmiş tümör dokusu izlendi (Resim 2). Lezyon fibröz kapsül altında hipersellüler Antoni A ve hiposellüler Antone B alanları içermekteydi. Antoni A alanları kıvrıntılı, spindle şekilli, hiperkromatik nükleuslu eozinofilik uzantılı stoplazmalı hücrelerin kısa demetler ve çaprazlaşan fasiküller oluşturduğu hipersellüler alanlar olup tümör hücreleri bu alanlarda yer yer nükleer palizatlanma gösteriyordu. Antoni B alanlarında ise gevşek bağ dokusunda hyalinize alanlar, dilate damar yapılan ve kanama alanları arasında daha az sayıda spindle şekilli tümör hücreleri gözledi. PAP yöntemi kullanılarak yapılan S-100 immunohistokimyasal boyasında tümör kapsülünde yer alan sinir fasiküllerinde ve tümöral hücrelerin stoplazmalarında pozitif boyanmanın varlığı dikkati çekti (Resim 3). Bu özellikleri ile vakaya schwannoma tanısı konuldu. Post op 6. aydaki kontrolünde tümör rekürrensine ait bulgu yoktu.

## TARTIŞMA

Nörojen tümörler; bir kısmı uygun bir tanımlama olmayan perinöral fibroma, fibroblastoma, neufibroma, periferik glioma, fibroglioma, nörofibroglioma, nörinom, nörolemmoma, neurolemmoma, schwannoma olarak isimlendirilmişlerdir.

Pek çok schwannom olgusunda ağrının tümör sahasına lokalize olduğu, fakat bazı vakalarda radiküler ağrı veya parestezi olabileceği ve ağrının palpasyon ile provoke edilebileceği bildirilmiştir (1, 2).

Olgumuzda da tek patolojik bulgu boyundaki ağrılı kitle idi ve preoperatif ön tanı cervical lenfadenopatiydi. Boyun yerleşimli tümörlerde preoperatif ayırıcı tanıda branchial cleft kistleri, cervical lenfadenopatiler ve carotid body tümörleri sayılabilir (3, 4).

Bu tümörlerde preoperatif doğru tanı oldukça güçtür. Al-Ghamdi ve arkadaşlarının (1) schwannom tanısı almış 21 vakalarından sadece altısında preoperatif doğru tanı konulabilmiştir.

Nöral kılıf tümörleride ana trunks veya sinirin dalı, kitlenin içine girebilir veya sinirin kılıfı kitleyi sarabilir (2, 5). Bu tümörlerde tedavi cerrahi eksizyondur (1, 2, 4). İnkomplet eksizyonlardan sonra rekürrens görülebilir (2, 6). Total eksizyon yapılan hastamızda postoperatif 6. ayda rekürrensine ait bulgu yoktu.

**Yazışma Adresi:** Dr. M. Serdar ÇELİKKANAT  
Ankara Numune Hastanesi  
II. KBB Kliniği  
ANKARA

#### **KAYNAKLAR**

1. AL-GHAMDI S, BLACK M J, LAFOND G: Extracranial head and neck schwannomas the J. Otolaryngol 21: 186-188, 1992.
2. BATSAKIS JG: TUMORS OF THE PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM. BATSAKIS JG (ed): Tumors of the head and neck. The Williams & Williams Company. Baltimore, 1974, Pp 231-249.
3. DAS GUPTA TK, BRASFIELD RD, STRONG EW, AT ALL; Benign solitary schwannomas (Neurilemmomas) Cancer24: 355-366, 1969.
4. FABRIZI AP, POPPI M, GIULIANI G: Benign solitary nerve sheath tumors of the spinal accessory nerve in the posterior triangle of the neck. Journal of Neurosurgical Sciences. 36: 247-250, 1992.
5. KATZ AD, PASSY V, KAPLAN L: Neuregenous neoplasms of major nerves of face and neck. Arch Surg 103: 51-56, 1971.
6. KRAGH LV, SOULE EH, MASSON JK: Benign and malignant neurilemmomas of the head and neck. Surg Gynecol Obstet 111: 211-218, 1960.