

OLGU SUNUMU

BAŞ BOYUN KANSERLERİNİN GELİŞİMİ SIRASINDA DURA TUTULUMU

INVOLVEMENT OF THE DURA DURING THE CLINICAL COURSE OF HEAD AND NECK CANCERS

Dr. Levent SAYDAM (*), Dr. Aytaç AKBAŞAK (**), Dr. Tülay TECİMER (***)

ÖZET : Baş boyun tümörlerinin, meninks tutulumuna yol açmaları çok nadir rastlanan bir durumdur. Bu tümörler daha çok lokal infiltrasyon yoluyla ilerleyen ve genellikle uzak yayılımı olmayan bir seyir izlerler. Bu makalede rezeksiyonu takiben 3 yıl sonra intrakranyal yayılıma yol açan bir parotid mukoepidermoid karsinomu nüksü sunulmuştur. Ameliyat sırasında duranın altında dura ile makroskopik bağlantısı olmayan tümöral kitlenin bazı beyin tümörlerinde görülen, "drop metastasis" mekanizmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir. Duranın mikroskopik incelemesi, baş boyun tümörlerinin hematojen yayılımdan daha çok lokal ekstansiyon yoluyla bu yapıyı tuttuğu seklindeki genel kanaate paralel bulgular ortaya koymuştur. Kanaatimizce kranyuma yakın komşuluktaki baş boyun tümörleri değerlendirilirken mutlaka meningeal karsinomatosis olasılığı akıldan tutulmalı ve tedavide gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler : Meningeal karsinomatosis, Mukoepidermoid karsinom, Baş boyun tümörleri.

SUMMARY : Tumoral involvement of the dura during the clinical course of head and neck tumors is a rare instance. These tumors usually spread by local extension rather than hematogenous dissemination. In this article we describe a case of recurrent mucoepidermoid carcinoma of parotid area with intracranial involvement which appeared 3 years after the original resection. Peroperatively, a subdural tumoral mass was found which showed no any macroscopic connection with dura. This was explained with drop metastasis mechanism which is a common extension feature in certain paranchimal brain tumors. The microscopic examination of dura revealed typical local extension characteristics of mucoepidermoid carcinoma.

In conclusion, despite rare occurrence of tumoral involvement of dura caused by head and neck tumors, dural involvement should be strongly suspected especially in the presence of such symptoms; head ache, single or multipl cranial nerve paralysis, e.g. If positive evidence of tumoral dissemination through the leptomeninges is found, the treatment regimen should be revised to eradicate the possible tumoral deposits.

Key Words : Meningeal carcinomatosis, Mucoepidermoid carcinoma, Head and neck tumors.

GİRİŞ

Leptomeningeal karsinomatosis serebrospinal pia-araknoid membranların tumoral infiltrasyonu olarak tanımlanan bir patolojik süreçtir. Meninkslere tümör infiltrasyonu gerek metastatik gerekse direkt olarak gelişebilen ve onkolojik açıdan önemli morbidite ve mortalite nedeni olan bir olgudur. Bu hastalar tedavi edil-

medikleri takdirde ilk tanıyı takiben ortalama 6 hafta içinde kaybedilmektedirler. (9) Akciğer ve meme kanserleri seyirleri esnasında nadir olarak meningeal metastaz yapan solid tümörlerdir. Solid tümörlerin meningeal metastaz ihtimalleri genellikle %4-5 civarında iken bu oran küçük hücreli akciğer kanserlerinde %9-28 arasında değişmektedir. (1)

Baş boyun kanserlerinde meningeal tutulum nadir olarak rastlanan bir bulgudur. Redman ve ark. yaptıkları bir çalışmada 5 yıllık bir

(*) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, K..B.D. Bölümü.

(**) Beyin Cerrahisi Bölümü.

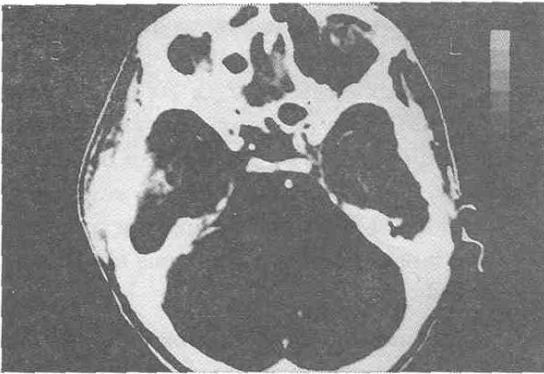
(***) Patoloji Bölümü, MALATYA

zaman dilimi içinde sadece 5 adet baş boyun primerlerinden köken alan meningeal karsinomatosis olgusu bildirmektedirler. (10) Literatür incelendiğinde bu konuda yapılan yayınların genellikle bir ya da iki olguluk serilerle sınırlı olduğu görülmüştür. (2, 6, 14)

Çalışmamızda kliniğimizde temporal kemik rezeksiyonu ve dura rezeksiyonu yaparak tedavi ettiğimiz bir olgumuz sunulmuş ve bu nadir patolojik tablo ile ilgili literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU

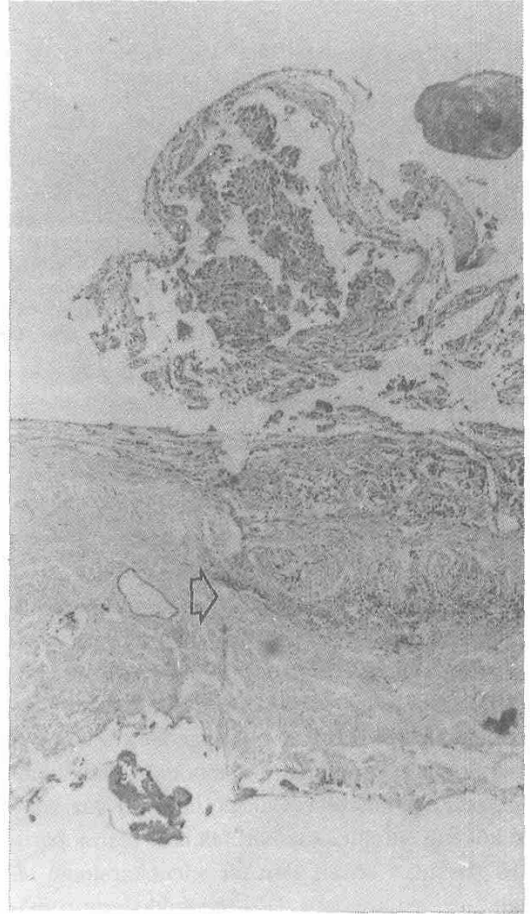
F.Y., 67 yaşında ev hanımı, yaklaşık 5 aydır sağ çene eklemine üzerinde şişlik ve başının sağ yarısında ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden 3 yıl önce sağ kulak önünde şişlik ve sağ yüz felci nedeniyle yazarlardan biri tarafından (LS) opere edildiği öğrenildi. Hasta ile ilgili kayıtlar incelendiğinde spesimenin Mukoepidermoid karsinom, sağ radikal parotidektomi olarak rapor edildiği görüldü. Kliniğimize başvurmadan önce takip eden K.B.B. uzmanı tarafından daha önceki ameliyat insizyonundan girilerek alınan biyopsi neticesi "Mukoepidermoid Karsinom" olarak bildirilen hastanın CT incelemesinde "sağ zigomatik ark altında yerleşen ve temporal kemiğin skuamoz parçasını destrükte ederek temporal fossaya giren tümöral kitle" tespit edildi. (Resim 1)



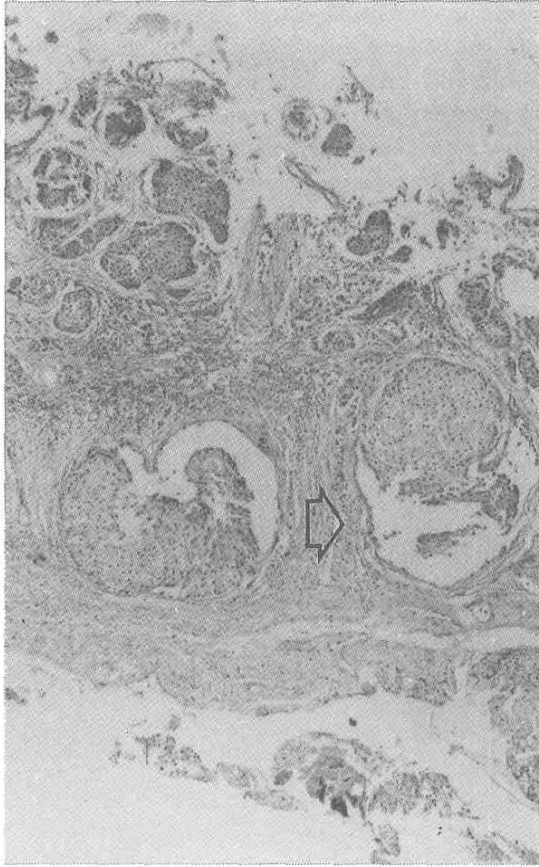
Resim 1 : Temporal kemiği destrükte ederek orta fossaya giren tümöral kitle.

Hastaya bu bulgularla sağ temporal kemik rezeksiyonu ve intrakranyal kitle eksizyonu planlandı. Operasyonda temporal lob durasının üzerine örten tümöral kitle eleve edildiğinde du-

ranın makroskopik olarak intact olduğu görüldü. Bu bölgede dura geniş olarak eksize edildi. Eksizyonu takiben duranın altında çevreye nifliler olmamış görünümde tümöral kitle eksize edilerek ayrıca spesimen yapıldı. Dura defekti daha önceden hazırlanmış perikranyum flebi ile onarıldı. Hasta herhangi bir problem gelişmeden postoperatif 10. günde, radyoterapi önerisiyle taburcu edildi. Patolojisi "az diferansiye mukoepidermoid karsinom" olarak rapor edilen spesimenin mikroskopik incelemesinde adalar ve kordonlar oluşturan, dar sitoplazmalı, yer yer mûsin içermeye tümör dokusu tespit edildi. Tümörün durayı çok küçük bir bölgede tam kat olarak tahrip ettiği (küçük ok), dural lenfatiklerinde tümör ile infiltre olduğu (büyük ok) dikkati çekiyordu (Resim 2, 3)



Resim 2 : Durayı tam kat infiltre eden tümöral doku. (küçük ok)



Resim 3 : Dural lenfatikler içindeki tümör dokusu, (büyük ok)

TARTIŞMA

Solid tümörlerin gelişimi sırasında meninkslere tümör yayılımı genellikle geç dönemde ortaya çıkan bir bulgudur. Literatür incelendiğinde baş boyun bölgesinden kaynaklanan tümörlerin nadiren bu patolojik hadiseye yol açtıkları görülmektedir. Wasserstrom ve ark. nın (14) Memorial Sloan Katering Cancer Center gibi bir kanser referans merkezinden bildirdikleri 90 olguluk bir seride sadece 2 baş boyun primeri bulabilmiş olmaları da bunu doğrulamaktadır. Bildirilen olguların çoğunluğunun paranasal sinüs malignensileri olmaları bu bölge ile kranium ve intrakranial oluşumlar arasındaki yakın komşulukla açıklanabilir. Çalışmamızda, tükrük bezi kökenli olduğu saptanan tek olgu olarak parotid glanddan köken alan bir adenokarsinom olgusuna rastlanmıştır. (12) Meninkslere tümör yayılımı şu mekanizmaları takiben ortaya çıkar (5, 6). 1) Direkt yayılım; 2) Perinöral lenfa-

tikler yoluyla retrograd yayılım ; 3) Perivaskular lenfatikler yoluyla sentripetal yayılım; 4) Dural tutulumu takiben korikoid pleksus yoluyla hematogen yayılım; 5) Dura damarları yoluyla direkt hematogen yayılım; 6) Cerrahi esnasında (iatrojenik) yayılım. Bizim olgumuzda gerek duranın direkt olarak penetrasyonunun gerekse lenfatikler içinde tümör hücrelerinin (Resim 2, 3) mevcudiyeti birden fazla faktörün aynı zamanda bu patolojik süreç de etkili olabildiğini göstermektedir. Sunduğumuz olguda diğer bir ilginç konu dura altında fakat dura ile direkt makroskopik bağlantısı görünmeyen tümöral kitledir. Burada intraparakranial medulloblastoma ve ependimoma gibi beyin tümörlerinin seyri esnasında sıklıkla rastlanan "drop metastaz"lara benzer bir mekanizmanın rol oynadığı kanaatine varılmıştır.

Dural metastazların varlığında belirti ve bulgular genellikle tutulumun yeri ve genişliğine bağlıdır. Baş boyun tümörlerinde yakın komşuluk nedeniyle kranyal sinir paralizileri daha sık görülmektedir. (2) Diğer solid tümörlerinin yol açtığı tutulumlarda ise spinal kord ya da kök belirtileri ön planda yer almaktadır. (2, 6, 10) Baş boyun orijinli olgularda medulla spinalis ya da ekleri yerine genellikle kranium tutulumunun nedeni olarak, yayılım mekanizmasının hematogen olmaktan daha çok lokal destrüksiyona bağlı olması gösterilmektedir. (10) Bunun dışında baş ağrısı, bulantı kusma, lokal ya da jeneralize epilepsi atakları, halusinasyonlar, mental bozukluklar ve koma gibi diğer görünüler de tabloya eklenebilmektedir (2, 5, 10) Bu belirti ve bulguları biri ya da birkaçının ortaya çıkmasında tutulumun yeri ve genişliği primer olarak belirleyicidir. Olgumuzda intrakranial kitleye rağmen baş ağrısı dışında herhangi bir nörolojik belirti ve bulgunun ortaya çıkmamış olması dikkat çekicidir.

Semptomatolojinin patofizyolojisi ne olursa olsun dural metastazların tanısında klinik öykü ve dikkatli bir fizik muayene esastır. (14) Laboratuvar bulguları ve radyolojik incelemeler ise tanının doğrulanmasında kullanılırlar. En sık başvurulan laboratuvar yöntemi BOS incelenmesidir. BOS içinde malign hücrelerin varlığı genellikle leptomeningeal tutulum lehine yorumlan-

maktadır. (2, 10) Bunun yanında parankirnal beyin tümörlerinde dural tutulum olmadan direkt olarak BOS içinde malign hücre görülebildiği dolayısıyla ortaya çıkan bu "false positive" bulgu nedeniyle yöntemin çok da güvenilir olmadığı bildirilmektedir. (4) BOS incelemesinin negatif olduğu, ancak kuvvetle dura infiltrasyonu düşünülen olgularda LP tekrarı ve sitolojik çalışmanın yenilenmesi (2, 14), BOS glikoz seviyesi tayini (10), BOS protein düzeyinin çalışılması (11), BOS örneklerinde spesifik tümör markerlarının aranması (7, 13, 14) önerilmektedir. Bu çalışmalar sitoloji ile kombine edilerek bu tekniğin esasen ortalama %60 civarında olan sensitivitesini yükseltmek mümkün görünmektedir. (7, 13) Sunduğumuz olguda nörolojik belirti olmaması ve mukoeipidermoid kanserin gayet iyi bilinen lokal yayılım karakteristiği nedeniyle radikal rezeksiyon öncesi BOS sitolojik incelenmesi yapılmamıştır.

Duranın tümör tarafından tutulumu esas olarak kötü bir prognoza işaret eden bir bulgudur. Tedavi edilmeyen olgularda ortalama yaşam süresi 4-6 hafta olarak bildirilmektedir. (8, 9) Mevcut tedavi yöntemleri arasında kranyospinal radyoterapi, beyine radyoterapi uygulanması, intratekal ve/veya sistemik kemoterapi sayılabilir, (2, 10) Bizim olgumuzda postoperatif olarak sistemik kemoterapi (Cisplatin ve 5 FU) ve kranyum ışınlanması uygulanmıştır. Tedaviden sonraki 5. ay itibarıyla hastanın klinik izleminde bir sorun mevcut değildir.

Sonuç olarak bu olgu bizce baş boyun kanserlerinin "geleneksel" yayılım paternlerinin dışında çok farklı seyirler de izleyebileceğinin gü-

zel bir örneğidir. Bölgemizin kranyospinal aks ve bu aks içindeki organlarla yakın komşuluğu, özellikle rekürren olgularda baş ağrısı, bulantı kusma gibi belirtiler, kranyal sinir paralizileri ya da açıklanamayan spinal kord basısı belirtileri ortaya çıktığında mutlaka bu tanısız olasılık göz önünde tutularak hastaların değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Yazışma Adresi : Dr. Levent SAYDAM
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Hastanesi K.B.B. Bölümü,
MALATYA

KAYNAKLAR

1. ARONEY RS, DALLEY DN, CHAN WK, et al. Meningeal carcinomatosis in small cell carcinoma of the lung. Am J Med 71 :26, 32. 1981.
2. CHEN WEN B, HUSSEY DH, CLAMON GH, et al. Leptomeningeal carcinomatosis following craniofacial resection of an ethmoid tumor. J Surg Oncol 49 : 266 - 269. 1992.
3. CHOI HH, ANDERSON PJ. Diagnostic cytology of cerebrospinal fluid by the centrifuge method. Am J Clin Pathol 72 : 931 -943, 1979.
4. DINSDALE HB, TAGHAVY A. Carcinomatosis of the meninges. Canad Med Ass J 90 ; 505 - 512, 1964.
5. GONZALES - VTTALE JC, GARCIA - BUNNEL R. Meningeal carcinomatosis. Cancr 37 ; 2906 - 2911, 1976.
6. KOKKORIS CP, leptomeningeal carcinomatosis, Cancer 51: 154- 160, 1983.
7. MALKIN MG, POSNER JB. Cerebral fluid tumor markers for the diagnosis and management of leptomeningeal metastasis. Eur J Cancer Clin Oncol 22 : 387 - 392. 1986,
8. ARONEY RS, DALLEY DN, CHAN WK. et al. ; Meningeal carcinomatosis in small cell carcinoma of the lung. Am J Med 71 :26-32. 1981.
9. POSNER JB, Management of central nervous system metastases. Semin Oncol 4 : 81 - 91, 1977.
10. REDMAN BG, TAPAZOGLU E, AL SARRAF M. Meningeal carcinomatosis in head and neck cancer, Cancer 58 : 2656 - 2661. 1986,
11. RINGENBERG QS, FRANCIS R, DOLL DC, Meningeal carcinomatosis as the presenting manifestation of tumors of unknown origin. Acta Cytol 34 : 590 - 592. 1990.
12. THEODORE WH, Gendelman S, Meningeal carcinomatosis. Arch Neurol 38 : 696 - 699, 1981.