

DEV KAROTİS CİSİM TÜMÖRLÜ BİR HASTAYA CERRAHİ YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

Dr. Mahmut Mustafa Ulaş, Dr. Gökhan Lafçı, Dr. Utkan Sevük, Dr. Ertuğrul Taşkaya, Dr. Kerim Çağlı, Dr. Sadi Kaplan

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Sıhhiye/ANKARA

Karotis cisim tümörleri embriyolojik nöral krestten kaynaklanan ve çoğunlukla benign karakter gösteren nadir tümörlerdir. Karotid bifurkasyondaki karotid cismin paraganglionik hücrelerinden kaynaklanırlar; tumoral kitle olarak genellikle boyun lateralinde ve karotid bifurkasyonda bulunurlar. Patolojik lokalizasyonun özelliği nedeni ile tedavi edilmediklerinde bu tümörler eksternal ve internal

GİRİŞ

Karotis cisim tümörleri embriyolojik nöral krestten kaynaklanan ve çoğunlukla benign karakter gösteren nadir tümörlerdir. Ana karotis arter bifurkasyonunda bulunan karotis cisimciğinin paraganglionik hücre-lerinden gelişmektedirler. Her ne kadar malign transformasyon %3 gibi düşük oranlarda olsa da komşu vasküler ve nöral dokulara invaze olarak bası yapmaları nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilmeleri uygundur^{1,2}.

Karotis cisim tümörleri karotis bifurkasyonundaki kemoreseptör dokudan kaynaklanırlar. Boynun anterior üçgeninde büyüyen kitle varlığında karotis cisim tümörleri akla getirilmelidir. Genellikle yavaş gelişmeleri nedeniyle belli bir boyuta gelinceye kadar asemptomatiklerdir².

Vasküler yapılar veya kranial sinirlere bası yapmaya kadar sessiz seyrederek. Oforarinkse yapıları bası nedeniyle yutma güçlüğüne neden olabilirler³. Fonksiyonel olanlarda salınan katekolamine bağlı semptomlar ortaya çıkabilir. Yüksek rakımda yaşayanlarda ve kadınlarda daha sık görülmektedirler. Karotis cisim tümörlerinin diğer servikal paragangliomalarla ve diğer malign tümörler (akciğer, larinks, meme karsinomu) ile birlikte görülme ihtimali de olduğu için tek tarafı kitle ile başvuran her hastada tüm boyun ve tüm toraks dikkatle incelenmelidir⁴.

karotid arterleri sarma eğilimi gösterirler. Bu olgumuzda nadir görülen dev karotis cisim tümörlü bir hastamızı, tedavisini ve cerrahi yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Karotis cisim tümörü, Tedavi, Cerrahi, Prognoz, Kitle ekstirpasyonu

(Türk Girişimsel Kard. Der. 2006;10:128-130)

Tedavide tanı konur konmaz cerrahi uygulanmalıdır. Bu cerrahi de lokalize olduğu bölgenin öneminden dolayı çok dikkat ve tecrübe gerektirir. Bizim sunmayı amaçladığımız olgu da büyüklüğünden dolayı özellikle önem taşımaktaydı. Bu amaçla kliniğimizde ameliyat edilen dev karotis cisim tümörlü olgu literatürler ışığında burada sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Altmış bir yaşındaki kadın hasta boynunda ileri derecede şişlik ve nefes alıp vermede zorlanma nedeniyle kliniğimize başvurdu (Resim 1). Hastanın öyküsünde 17 yıl önce tespit edilen ve yavaş yavaş büyüyen bir kitle mevcuttu. Eşlik eden hipertansiyon ve KOAH mevcuttu ve hipertansiyona yönelik ve bronkodilatatör ilaç kullanıyordu.

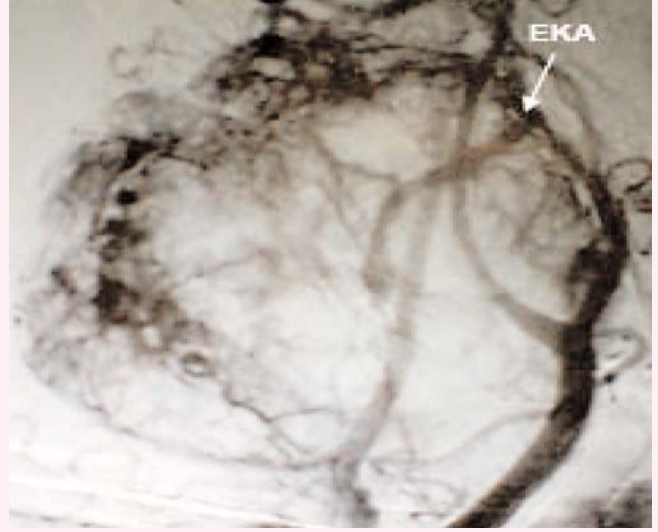
Yapılan fizik muayenede; genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve oryante, kan basıncı 130/70 mmHg, nabız 75/dk ritmik, solunum sayısı 18 /dk idi. Sağ servikal bölgede yukarıda mandibula alt kenarını aşağıda sağ subklavyan bölgeyi tamamen kapatmış halde yaklaşık 15x20 cm boyutlarında kitle mevcut olup, kitle büyüklüğü nedeniyle tiroid palpe edilemedi. Diğer sistem muayene bulguları normal olarak değerlendirildi.

Mevcut kitlenin teşhisine yönelik yapılan karotis renkli doppler usg'de boyun sağ lateralinde yer alan dev boyutta kitle, ana karotis arter (KKA) seyri boyunca arterle yakın komşuluk göstermekte ve Internal Karotis Arter (IKA) ile Eksternal Karotis Arteri (EKA) birbirinden uzaklaştırmaktaydı. Ayrıca kitle belirgin vasküler olup içerisinde düşük dirençli arteryel akım mevcut olup, bulgular karotis kılıfından köken alan paraganglioma ile uyumlu bulundu.

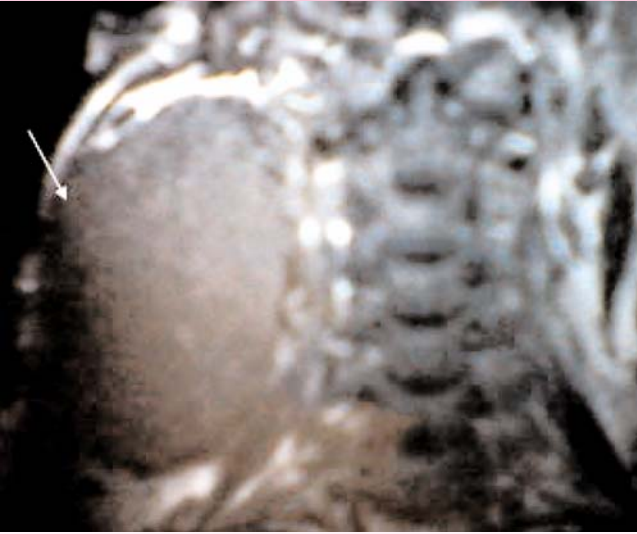
Resim 1: Dev karotis cisim tümörü olan hastanın preoperatif görüntüsü



Resim 2: Dev karotis cisim tümörünün Dijital Substrakting Angiografi (DSA) görüntüsü (EKA okla işaretli)



Resim 3: Dev karotis cisim tümörünün Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) görüntüsü (kitle okla işaretli)



Karotis arter DSA'da kitlenin IKA'den beslenmediği, EKA'den yoğun olarak boyandığı ve geç fazda da sağ Internal Juguler Ven'in (IJV) dolmadığı görüldü (Resim 2).

Boyun spiral BT ve MR tetkiklerinde komşu yapılara bası yapan ve en geniş yerinde yaklaşık 12 x 10 x 10 cm boyutlarda, sağ karotid kılıf yapılarından köken aldığı düşünülen gros solid kitle lezyonu izlendi. Kitlenin sağ parafaringeal boşluk lokalizasyonu, poststiloid uzanımı ve opaklaşma karakteristiği olası paraganglioma veya vagal nörinom olarak değerlendirildi (Resim 3). Operasyona hazırlık için ek tetkikler yapıldı. EKO normal olarak değerlendirilirken, SFT sonucu FVC %7, FEV1 %67 olarak değerlendirildi.

Genel anestezi altında cerrahi subadventisyal plandan gidilerek yapıldı. İnsizyonu takiben tümöral kitlenin makroskopik incelemesinde yaklaşık 15x20 cm boyutlarda ve boynun sağ tarafını tamamen işgal

ettiği görüldü. Tümör KKA, IKA ve EKA'ı, ven ve sinirleri invaze etmiş haldeydi. Önce KKA bulunarak proksimalden askıya alındı. Takiben EKA bağlandı. Tümör rezeke edildikten sonra KKA ve IKA'nın çok tortiyoz olduğu görüldü. Proksimalden rezeke edilerek rekonstrüksiyon sağlanarak uç uca anastomoz yapıldı. IKA'de oluşan ciddi vazospazm papaverinle çözüldü. Sternokleidomastoid (SCM) kası da rezeke edilerek iki adet pernöz dren oluşan poşa yerleştirildi. Kanama kontrolünü takiben katlar anatomik planda kapatıldı. Çıkarılan kitle patolojiye gönderildi. Operasyon 4 saat sürdü ve 4 Unite kan transfüzyonu yapıldı.

Kitlenin patolojik incelenmesi sonucunda tanının paraganglioma olduğu teyit edildi. Postoperatif 1. gün servise alınan hastanın klinik durumu sorunsuz olarak seyretti ve postoperatif 5. gün şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 16. ayında olan hastanın kontrolünde klinik şikayeti yoktur.

TARTIŞMA

Karotis cisim tümörleri karotis bifurkasyonundaki kemoreseptör dokudan köken almakta olup, yavaş bir şekilde büyürler ve belirli bir büyüklükten sonra başta bası olmak üzere çeşitli semptomlarla kendilerini gösterirler². Tedavi seçimi hastanın yaşı, semptomları, tümörün boyutu, büyüme hızı, dominant hemisfer tarafında olup olmaması ve girişimin komplikasyonları da göz önüne alınarak dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Tümörün yavaş büyümesi, malignitesinin düşük olması ve serebrovasküler komplikasyonların görülme riski nedeniyle cerrahi tedaviye alternatif veya yardımcı radyoterapi veya embolizasyon seçilebilir. Preoperatif selektif besleyici arterlerin embolizasyonu halen tartışmalıdır. Preoperatif yapılması vaskülariteyi ve kanamayı azaltmakta, kitlenin total rezeksiyonuna olanak sağlamaktadır. Ancak preoperatif embolizasyon sırasında nadirde olsa inme gibi ciddi nörolojik defisit gelişebilmektedir. Bazı yazarlar ise radyoterapiye paragangliomaların radyorezistan olmaları ve radyoterapinin yan etki-

lerinden dolayı karşı çıkmaktadırlar. Ancak malign karakterde olan, bölgesel veya uzak metastazlarını yapmış olgularda operasyon sonrası, orta kulaktaki glomus jugularis tümöründe ve nüks görülen vakalarda radyoterapi gerekliliği kabul gören bir görüştür².

Tedavide hastanın yaşı, kitle boyutları, semptomlar ve oluşabilecek komplikasyonlar dikkate alınarak cerrahi karar uygulanmalıdır. Bazı cerrahlar operatif komplikasyonları azaltmak amacıyla rutin olarak karotis eksterna ve dallarının ligasyonunu önermektedirler. Matticari ve arkadaşları⁵ karotis eksternanın ligasyonunun gerekmediği ve korunabileceğini savunmaktadırlar. Fakat tümörün büyük ve karotis artere yapışık olduğu vakalarda eksternal karotis arterin ligasyonu güvenli bir cerrahi girişim imkanı sağlar¹.

Tümörün rezeksiyonu sırasında karotis eksternanın ligasyonu gerekiyorsa ve güdük basıncı 50 mmHg'nın altında ise şant kullanılması serebral infarkt riskini azaltır. Rutin olarak şant kullananlar da vardır. Karotis interna dalı korunmaya çalışılmalı, olmazsa safen ven veya sentetik greft ile onarım yapılmalıdır. Operasyon esnasında ciddi kanama nedeniyle ana karotis artere klemp koymak gerekebilir. Klemp süresinin 10 dakikanın altında olması durumunda nörolojik hasar gelişme riski çok düşüktür^{6,7}.

Vasküler dokulara ve nöral yapılara invazyon cerrahiye her ne kadar güçleştirir de tecrübeli merkezlerde sonuçlar yüz güldürücüdür. Yapılan çalışmalarda karotis cisim tümörlerinde 5 cm üzerindeki olgularda operatif komplikasyon oranı %67 iken, 5 cm altındaki tümörlerde %14 olarak gösterilmiştir. Shamblyn sınıflamasına göre grup I; diseksiyonu kolay olan küçük karotis cisim tümörleri, grup II; orta

büyükte olup karotis artere yapışmış olan tümörleri, grup III ise büyük ve karotise transmural şekilde invaze olan tümörleri içermekte olup, bu gruba rezeksiyon ve greftleme gerekir⁸. Bizim olgumuz Shamblyn sınıflamasına göre grup III'e dahil olduğu halde cerrahi teknikte greft kullanılmamıştır ve herhangi bir nörolojik komplikasyon gelişmemiştir. Hastamızda cerrahi yaklaşım başarıyla sonuçlanmış ve şifa ile taburcu edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Erentuğ V, Bozbuğa N U, Sareyyüpoğlu B, ve ark. Carotis cisim tümörlerinde cerrahi yaklaşımlar. TGKDC Dergisi 2004;12(4):277-79.
2. Rodruguez-Cuevas S, Lopez-Garza J, Labastida Almendero S. Carotid body tumors in inhabitants of altitudes higher than 2000 meters above sea level. Head and Neck 1998;20:374-78.
3. Ünlü Y, Azman A, Özyazıcıoğlu A, et al. Carotid body tumours (Paragangliomas). Asian Cardiovasc Thorac Surg 2001;3:208-11.
4. Elmacı TT, Kargı A, Onursal E. Karotis paragangliomaları. Damar Cer Derg 1999;3:111-15.
5. Matticari S, Credi G, Pratesi C, Bertini D. Diagnosis and surgical treatment of the carotid body tumors. J Cardiovasc Surg 1995;36:233-72.
6. Dağlar B, Kırallı K, Akıncı E, ve ark. Carotid body tumor. Koşuyolu Heart 1997;2:182-89.
7. Baçgel F, Özcan C, Baçgel K, ve ark. Bir Carotid Body Tümörü Olgusu. Damar Cer Derg. 1999;8:88-91.
8. Luna-Ortiz K, Rascon-Ortiz M ve ark. Does Shamblyn's classification predict postoperative morbidity in carotid body tumors? A proposal to modify Shamblyn's classification. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006;2:263:171-75.