

Spinal Disrafizmin Eşlik Etmediği Servikal İntradural Lipom: Olgu Sunumu

Uğur BOSTANCI, Etem BEŞKONAKLI, Tefik GÜÇ, Ali İhsan ÖKTEN,
Gökhan AKDEMİR, Yamaç TAŞKIN

ÖZET

Spinal intradural lipomlar nadir görülen, iyi huylu konjenital tümörlerdir. Spinal disrafizmin eşlik etmediği intradural lipomlar çok daha nadirdir ve 100'ün üstünde bir vaka rapor edilmiştir. Cerrahi tedavi, bu tür lezyonların intra ve ekstramedülar komponentinin olması nedeniyle zordur ve total çıkarım mümkün değildir. Bu yazıda 24 yaşında bir erkek hastadaki servikal spinal bölgedeki spinal disrafizmin eşlik etmediği bir intradural lipom olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Lipom, magnetik rezonans görüntüleme, spinal kord, spinal disrafizm

Düşünen Adam; 1998, 11 (2): 56-58

SUMMARY

Spinal intradural lipomas are rare and benign congenital tumours. Intradural lipomas without spinal dysraphism are even very rare and just over 100 cases have been reported up to date. The surgical treatment is difficult because most of these lesions have both intra and extramedullary components and can not be totally removed. In this paper, an extensive intradural lipoma of the cervical spinal region without spinal dysraphism is present in a 24 year-old man.

Key words: Lipoma, magnetic resonance imaging, spinal cord, spinal dysraphism

GİRİŞ

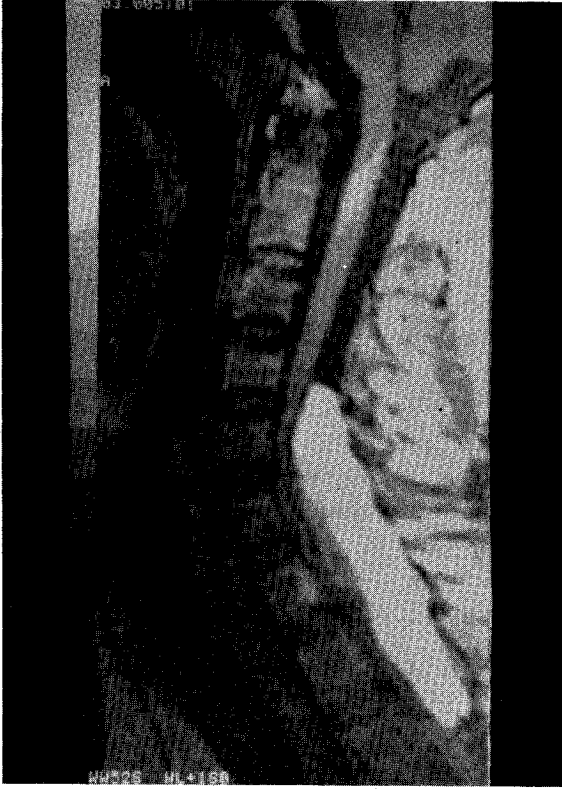
Intradural lipomlar, spinal disrafizmin eşlik etmediği tüm spinal cord tümörlerinin yaklaşık % 0.6-1'ini oluşturur (4-6,10,11). Çoğu raparlarda intradural lipomlar genellikle cauda ve conus bölgesindedir (3,5,6). Kadın ve erkekte görülme oranı eşittir (2,4,7,10). Bu lezyonların görülme yaşı açısından 3 yaş grubunda piki görülür. İlk 5 yaş içinde % 24, ikinci ve üçüncü dekatta % 55 ve beşinci dekatta % 16 oranında görülür (4,6,7,11).

Makalede kliniğimizde takip edilen, spinal disrafizmin eşlik etmediği, serviko-toraksik bölgede, magne-

tik rezonans görüntüleme ile saptanan ve myelopatik bulgularla seyreden bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

24 yaşında erkek hasta, 5 yıl önce başlayan sağ kol ve bacakta güçsüzlük, son 2 aydır da sırtında ağrı, kol ve bacaklarda kuvvetin daha da azalması, idrar kaçırma ve kasılmalar nedeniyle yatırıldı. Nörolojik muayenesinde spastik quatriparezi, C4 altında hipostezi, DTR'ler dört ekstremitede hiperaktif, bilateral babinski, 3-4 atımlı aşıl clonusu, idrar inkontinansı, anal tonus ve refleksi azalması saptandı. Direkt servikal grafilerde patolojik görünüm saptanmadı. Ser-



Resim 1. A: T1 ağırlıklı sagittal MR kesitinde servikotorasik intradural lipomun hiperintens görünümünün, magnetik rezonans görünümü.

vikotorasik MR'da C4-Th2 arasında T-1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens, T-2 ağırlıklı kesitlerde hipointens ve kontrast madde verilmesinden sonra kontrast tutmayan intradural kitle görüldü (Resim 1). Radyolojik görünüm kriterlerine göre intradural lipom ön tanısı kondu.

Hastaya C4-Th2 arası total laminektomi yapıldı. Dura orta hattan açıldı. İntradural sarı renkli, sinir köklerini saran, medulla spinalisle ayrımı tam olmayan kitle görüldü (Resim 2). Ultrasonik aspiratuar yardımıyla kitlenin % 20-30 kadarı eksize edilerek geniş duraplasti yapıldı. Histopatolojik tanı lipom olarak rapor edildi. Ameliyattan 1 hafta sonra, hasta nörolojik tablosunda düzelme olmadan rehabilitasyon önerilerek taburcu edildi. 2 ay sonraki kontrolünde nörolojik durumu aynı olduğu görüldü.

TARTIŞMA

1876 yılında Gowers tarafından spinal disrafizmin eşlik etmediği ilk intraspinal lipom tarif edilmiştir



Resim 2. Dura açıldıktan sonra kitlenin intraoperatif görünümü.

(3,5,7). Günümüze kadar da bu tip intradural spinal lipomlu hasta sayısının 100'ün az üzerinde olduğunu bildirilmiştir (5,6). Medulla spinalis lipomu genellikle spinal disrafizmle birlikte. Bunlar lipomenin-gosel, diastometamyeli, Klippel-feil deformitesi, spina bifida tipleri gibi anomalilerdir ve genelde sakral veya lumbosakral defektle birlikte subkutan bir lipomatöz doku ile ilişki mevcuttur. Gerçek bir neoplazm değildir ve sıklıkla büyüme veya ilerleme gösterir.

Lipomların büyük çoğunluğu medulla spinalisin dorsal yüzünden kaynaklanır ve çoğunlukla orta hattadır (4,6,7,9). Histolojik olarak malignensi ve dediferansiyasyon bulgusu olmaksızın tek tip matür adipoz doku içerir (6). Gerçek malformasyon veya neoplazm olmamasına karşın büyüme kapasitesine sahiptir (4,8,11). Patolojik mekanizma tartışmalı olmakla birlikte olasılıkla nöral tüpün embriyonik anomalisidir (2,8).

Anormal yağ dokusu embriyonik gelişim sırasında şekillenerek normal medulla spinalis dokusu ile yer değiştirir (6). Çoğu vakada bu nedenle intramedüller ekstremitüller ayrımı yapmak zordur. Cerrahi sırasında bu ayrımı yapmaya yönelik girişimler gereksiz nörolojik defisitlere yol açabilir.

Bu lezyonlar medulla spinalis fonksiyonlarında değişme meydana getirmeden çok yavaş büyüme gösterirler. Bu yüzden semptomların uzun hikayesi olabilir (4,6,7). Bulguların 15-30 yıl öncesine dayandığı da görülmüştür (6). Klinik seyri de bu bulguların çok yavaş ilerlemesi şeklindedir (7,8,11). Bu yavaş ilerlemeden sonra klinikteki ani ve hızlı bir seyir görüldü-

ğünden hastalar tanındıklarında kötü nörolojik tablodadır. Klinik diğer medulla spinalis tümörlerinden farklı değildir ve lipomların büyüklüğüne ve lokalizasyonlarına göre değişkenlik gösterir ve myelopati, radikulopati veya her ikisi birlikte görülebilir (3,6,7). Semptomlar genelde spinal bölgede ağrı, duyu değişiklikleri, yürüme zorluğu, güçsüzlük ve inkontinans şeklindedir (4,6,11). Yavaş gelişen spastik monoparezi veya paraparezi sıklıkla görülen ilk semptomlardır (4).

Lezyonların klinik görünimleri farklı olabilmesine karşın radyolojik tanıları daha spesifiktir (7). Direkt servikal grafilerde spinal kanalın ön-arka ve transvers çaplarında genişleme, pediküllerde incelmeye ve erozyon görülür (3-11). Tanıda eskiden sık kullanılan myelografinin yerine günümüzde bilgisayarlı tomografi (BT) ve özellikle MRI kullanılmaktadır (4,5,7,8,10,11). BT'de lipomlar çok düşük dansiteli lezyonlar şeklinde görülür (2,5-11).

MR lipomlarda çok değerlidir ve kesin tanı koydurucudur (2,6). MR tümörün tam anatomik yerini ve medulla spinalis ile ilişkisini doğru olarak gösterir (8,9). T-1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens, T-2 ağırlıklı kesitlerde hipointens ve kontrast madde ile kontrast tutmayan sinyal değişiklikleri görülür (1,6,9). Günümüzde MR ile erken tanı daha kolaylaşmış ve şiddetli nörolojik defisit gelişmeden önce saptanma ile cerrahi dekompresyon daha etkili hale gelebilmiştir (6).

Lipomların komşu nöral dokuya yapışıklığı nedeniyle kitlenin total çıkarılmaya çalışılması sırasında intraoperatif medulla spinalis injurisine bağlı olarak cerrahi sonrasında nörolojik fonksiyonlarda bozulma meydana gelebilir ve çoğu raporlarda intradural lipomların total çıkarılmasının güç olduğu bildirilmiştir (6-10). Total çıkarım; tümör ve medulla arası hatın yokluğu, sinir köklerini sarması ve medüller infiltrasyon nedeniyle mümkün değildir (7,9,10,11). Lipomların cerrahi tedavisinde, agresif çıkarımın potansiyel komplikasyonları ve hastalığın yavaş se-

yirli olması nedeniyle çoğunlukla subtotal çıkarım, dekompresif laminektomi ve duraplasti ve yeterli olmaktadır (2,9).

Son yıllarda ultrasonografik aspirator ve laser ile bu lezyonlara daha radikal yaklaşımlar yapılabileceği tanımlanmıştır (2,5). Ultrasonografik aspirator lipomların komşu medullaya minimal zararlarla boşaltılmasında kolaylık sağlar (7,8,9). İntradural lipomların cerrahi tedavisindeki son gelişmelerden biri olan laser, kitlenin çıkarılmasında son derece değerli, efektif bir yöntemdir. Bu lezyonların yüksek sıvı içeriğinden dolayı laser, nöral yapılarda hasar meydana getiren fiziksel manipülasyon yapmaksızın yağ dokusunu eritip, buharlaştırarak etki etmektedir (5,6,9). Cerrahi tedavi dışında hastanın hızlı zayıflatılmasının veya kemoterapi ve radyoterapinin lipomların tedavisinde yeri olmadığı görülmüştür (3).

Sonuç olarak, medulla hasarından önce MR ile erken teşhis, subtotal çıkarım, geniş laminektomi ve duraplasti kalıcı medulla spinalis sekellerini önlemektedir.

KAYNAKLAR

1. Brown E, Matthes JC, Bazan C, Jinkins JR: Prevalence of incidental intraspinal lipoma of the lumbosakral spine as determined by MRI. Spine 19:833-36, 1994.
2. Dyck P: Intramedullary lipoma. Spine 17:979-81, 1992.
3. Gower DJ, Engles CF, Friedman ES: Thoracic intraspinal lipoma. B J Neurosurg 8:761-64, 1994.
4. Johnson RE, Roberson GH: Subpial lipoma of the spinal cord. Radiology 111:121-25, 1974.
5. Joubert J, Durheim DN, Copley IB: Cervical intraspinal lipoma in a pregnant patient. B J Neurosurg 7:437-41, 1993.
6. Lee M, Rezaei AR, Abbott R, Coelho DH, Epstein FJ: Intramedullary spinal cord lipoma. J Neurosurg 82:394-400, 1995.
7. Mc Gillicuddy GT, Shucart W, Kwan ESK: Intradural spinal lipomas. Neurosurg 21:343-46, 1987.
8. Mori K, Kamimura Y, Uchida Y, Kurisaka M, Eguchi S: Large intramedullary lipoma of the cervical cord and posterior fossa. J Neurosurg 64:974-76, 1986.
9. Rahman NU, Salih MAM, Jamjoom AH, Jamjoom ZA: Congenital intramedullary lipoma of the dorsocervical spinal cord with intracranial extension: case report. Neurosurg 34:1081-84, 1994.
10. White WR, Fraser RAR: Cervical spinal cord lipoma with extension into the posterior fossa. Neurosurg 12:460-62, 1983.
11. Wood BP, Harwood-Nash DC, Berger P, Goske M: Intradural spinal lipoma of the cervical cord. AJR 145:174-76, 1985.