A Case Report of Bilateral Non-Familial Carotid Body Tumor

Ailesel Olmayan Bilateral Glomus Karotikum Olgusu

Bilateral Glomus Karotikum / Bilateral Carotid Body Tumor

Mehmet Fatih İnci[1], Fuat Özkan[1], Mehmet Kelleş[2], Mürvet Yüksel[1]
[1]Radyoloji Ana Bilim Dalı, [2]KBB Ana Bilim Dalı, Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş, Türkiye

Özet

Karotid cisim tümörleri, karotid bifurkasyonundaki nöroektodermal hücrelerden gelişen, nadir görülen tümörlerdendir. Karotid cisim tümörleri sıklıkla sporadik formda izlenirler; ancak hastaların yaklaşık %10'unda aile hikayesi vardır. Sporadik formda bilateral glomus karotikum çok nadir bir vaka olup boyunda her iki tarafta şişlikle gelen hastalarda bu lezyon da akılda bulundurulmalıdır. Ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografi bu lezyon için büyük oranda tanı koydurucu radyolojik görüntüleme yöntemleridir. Eksizyon sıklıkla tercih edilen tedavi seçeneğidir. Bu yazıda, 56 yaşında, ailesel olmayan, 1 yıldır ağrısız iki taraflı boyun şişliği şikayeti olan bilateral karotid cisim tümörlü erişkin erkek olgu güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler

Bilateral Glomus Karotikum; Ultrasonografi; Bilgisayarlı Tomografi

Abstract

Carotid body tumors are relatively rare paragangliomas that develop from neural crest cells at the bifurcation of the common carotid artery. Carotid body tumors are seen frequently in a sporadic form, although approximately 10% of the patients have a familial history of this disease. In the sporadic form bilateral carotid body tumors are seen very rarely and it should be considered in patients who were presented with bilateral neck mass. Ultrasonography and Computed Tomography are the essential imaging modalities for diagnosing these lesions. Excision is currently considered the treatment of choice. In this case, a 56 year-old man who presented with one year history of bilateral palpable neck masses and diagnosed non-familial bilateral carotid body tumor is discussed with recent literature.

Keywords

Carotid Body Tumors; Ultrasonography; Computed Tomography

DOI: 10.4328/JCAM.1291 Received: 11.09.2012 Accepted: 27.09.2012 Printed: 01.02.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 58-60
Corresponding Author: Mehmet Fatih İnci, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD. Kahramanmaraş, Türkiye.
GSM: +905073131880 F.: +90 3442211431 E-Mail: drfatihinci@gmail.com

Giriş

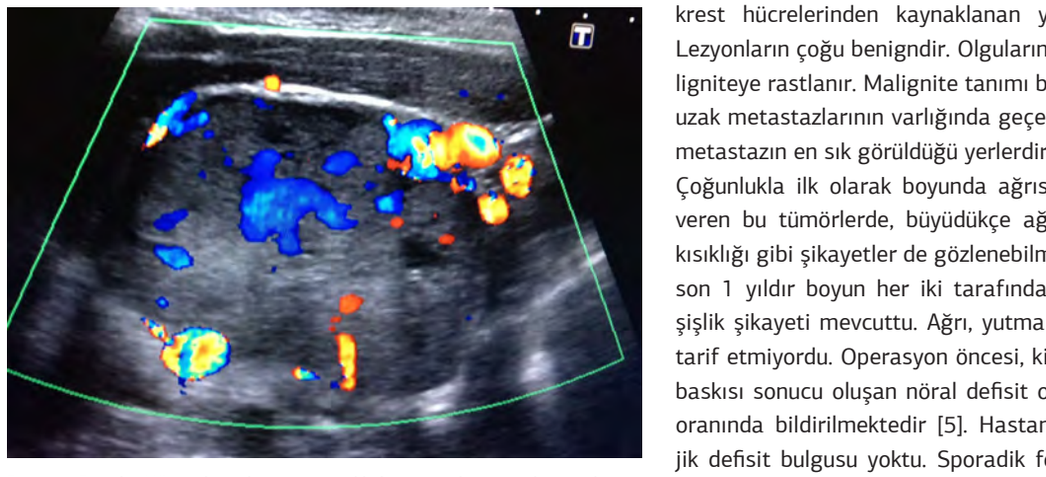
Paragangliyomalar baş ve boyun bölgesinin nadir görülen tümörleridir. Nöroendokrin hücrelerden köken alan bu tümörler genel tümör yüzdesinin yaklaşık %0.03'nü, baş-boyun bölgesi tümörlerinin ise %0.6'sını oluştururlar. İleri derecede kanlanması bulunan bu tümörler kafa tabanından arkus aortaya kadar uzanan alanda bulunabilirler [1].

Karotid cisim tümörleri baş-boyun bölgesinde en sık görülen paragangliomlardır (%60). Bu tümörleri orta kulak ve vagus paragangliomları izler. Orbita, nazal kavite, paranazal sinüs, nazofarenks, larenks, trakea ve tiroid bezinde nadir de olsa paragangliom görülebilir. Çoğunluğu benign olup %10'dan azı malign karakterdedir ve malign türler genellikle sporadik olgularda ortaya çıkar [2]. Karotid cisim tümörleri; çoğunlukla, 40 yaş sonrası, semptomatik ve fonksiyonel olmayan, tek yer kaplayıcı kitle lezyonları olarak prezente olurlar. Kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir. Bu tümörler genellikle sporadik olarak izlenmekle birlikte hastaların yaklaşık %10'unda aile hikayesi mevcuttur. Ailesel tipte geçiş otozomal dominant olup penetransları farklılık göstermektedir. Bu tümörler sporadik tipde olan hastalarda çok nadir olarak bilateral gözlenirken, ailesel tipdeki hastaların yaklaşık %35 inde bilateral olarak izlenmektedir [3].

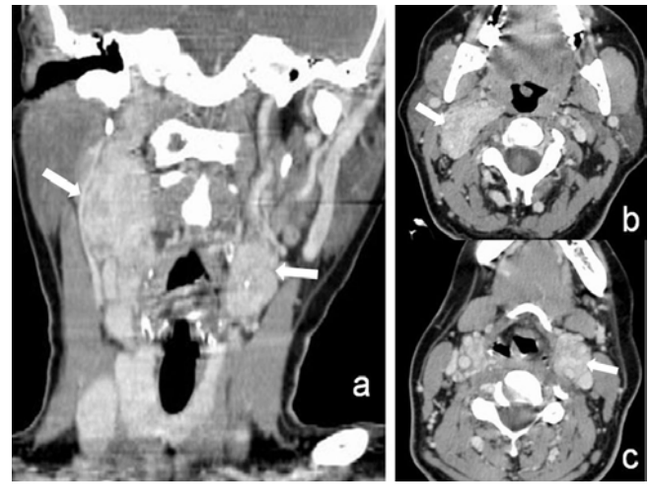
Bu yazıda, ailesel öyküsü olmayan ve boyunda şişlik dışında şikayeti bulunmayan, Ultrasonografi (US) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) bulguları ile tanı almış, bilateral interkarotid paraganglioma olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Ellialtı yaşında erkek hasta boynunun sağ tarafında daha belirgin olmak üzere her iki tarafta son 1 yıldır büyüyen şişlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Boyunda ağrı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, burun tıkanıklığı veya epistaksis gibi bir şikayeti yoktu. Soygeçmişinde glomus tümörü hikayesi yoktu. Fizik muayenede her iki jugulodigastrik bölgede ağrısız, yarı hareketli kitle palpe edildi. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Laboratuar bulgularında özellik yoktu. Yapılan US incelemede bilateral karotid bifurkasyonda internal karotid arter ve eksternal karotid arter arasından süperiora doğru uzanan, kısmen düzgün konturlu, çevre kas yapılarıyla benzer ekojenitede, Doppler US incelemede hipervasküler solid kitle lezyonları mevcuttu (Resim 1). Lezyonun çevre yapılar ile ilişkisinin belirlenmesi, optimum lokalizasyon ve karakterizasyonu için yapılan kontrastlı BT incelemede bilateral karotid bifurkasyonu düzeyinden başlayıp süperiora uzanan, karotid arter dallarında yaylanmaya yol açan, parafaringeal boşluğun retrostiloid kompartmanını dolduran, intravenöz kontrast madde sonrası belirgin diffüz kontrastlanma gösteren, sağda 45x40x20 mm, solda 30x22x33 mm boyutlarında komşu kas yapılarıyla benzer dansitede ancak hafif heterojen solid kitle lezyonları izlendi (Resim 2). Bu görüntüleme bulgularıyla hastaya bilateral glomus karotikum tanısı kondu ve operasyon öncesi anjiyografi önerildi. Hasta tedavisine başka bir merkezde devam etmek istediğini belirterek kendi isteği ile hastanemizden ayrıldı.



Resim 1. Doppler US incelemede, sağ karotid bifurkasyonda internal karotid arter ve eksternal karotid arter arasından süperiora uzanan solid lezyonun yoğun vaskulariteye sahip olduğu görülmektedir.



Resim 2. Kontrastlı BT incelemede, bilateral karotid bifurkasyonu düzeyinden başlayıp süperiora uzanan, karotid arter dallarında yaylanmaya yol açan, intravenöz kontrast madde sonrası belirgin diffüz kontrastlanma gösteren hafif heterojen solid kitle lezyonları, a. koronal reformat görüntüde her iki taraftaki (oklar), b. aksiyal kesitte sağdaki (ok), c. aksiyal kesitte soldaki glomus karotikum tümörü izlenmektedir (ok).

Tartışma

Glomus tümörleri tüm otonom sinir sistemi boyunca uzanan nöralkrest kökenli paragangliyonik dokunun nadir ve iyi huylu neoplazmlarıdır. Glomus dokusunun baş ve boyunda başlıca yerleşim gosterdiği 4 bölge: (a) karotid bifurkasyon (karotid cisim tümörü); (b) inferior gangliyon bölgesi (ganglion nodosum) ve vagus sinirinin servikal kısmı (glomus vagale veya vagal paragangliyoma); (c) juguler bulbus bölgesi (glomus jugulare); (d) orta kulak kavitesidir (glomus timpanikum) [4].

Karotid cisim tümörleri karotid bifurkasyonunda, nöral krest hücrelerinden kaynaklanan yavaş büyüyen kitlelerdir. Lezyonların çoğu benigndir. Olguların sadece %3-12,5'inde maligniteye rastlanır. Malignite tanımı bu tümörlerin bölgesel veya uzak metastazlarının varlığında geçerlidir. Bölgesel lenf nodları metastazın en sık görüldüğü yerlerdir [3].

Çoğunlukla ilk olarak boyunda ağrısız şişlik şikayeti ile bulgu veren bu tümörlerde, büyüdükçe ağrı, yutma güçlüğü ve ses kısıklığı gibi şikayetler de gözlenebilmektedir. Bizim hastamızda son 1 yıldır boyun her iki tarafında zamanla büyüyen ağrısız şişlik şikayeti mevcuttu. Ağrı, yutma güçlüğü veya ses kısıklığı tarif etmiyordu. Operasyon öncesi, kitlenin çevre nöral yapılara baskısı sonucu oluşan nöral defisit oranı literatürde 0 ile %20 oranında bildirilmektedir [5]. Hastamızın herhangi bir nörolojik defisit bulgusu yoktu. Sporadik formda olan hastalarda bu tümörler çok seyrek olarak bilateral gözlenirken, ailesel formdaki hastaların yaklaşık üçte birinde bilateral olarak gözlenmek-

tedir. Multiple hastalık, daha çok aile hikayesi mevcut olan hastalarda gözlenirken, sporadik vakalarda nadiren izlenmektedir [3]. Bilateral karotid cisim tümörü olan hastamızda aile hikayesi mevcut değildi ve yapılan temporal BT ve abdominal US incelemeler normal olarak değerlendirildi.

Ameliyat öncesi karotid cisim tümörlerinin ayırıcı tanısında brankiyal kist, parotis bezi tümörü, karotid arter anevrizması, lateral aberran tiroid bezi, malign lenfoma, nörofibroma, tüberküloz lenfadenit ve metastatik karsinoma gibi bölgesel yerleşimi olan hastalıklar düşünülmelidir [1;2].

Boyun US ve Doppler US inceleme, lateral boyun kitlesi ile başvuran ve paraganglioma olasılığı akla gelen hastalarda ilk sırada kullanılabilecek tanı yöntemleridir. Ancak, tedavi planı ve kesin değerlendirme için BT, manyetik rezonans görüntüleme (MR), MR anjiyografi veya dijital substraksiyon anjiografisine (DSA) ihtiyaç duyulabilir [2]. MR, kafa tabanına yayılım ve sinir patolojilerini gösterme açısından BT'den daha hassas iken; BT kemik erozyonlarını, orta kulak patolojilerini göstermek konusunda daha iyidir [2]. MR anjiyografi ile tümörle ilişkili damarsal yapılar görüntülenebilir. İnvaziv bir girişim olmasına rağmen tanıda en sık kullanılan yöntemlerden biri DSA'dır. DSA, tanının doğrulanması, multisentrik hastalığın gösterilmesi, eşlik eden feokromasitoma varlığının araştırılmasının yanında vasküler invazyonun belirlenmesi, embolizasyon ve olası İCA hasarında balon oklüzyon testi yapılarak karşı sistemin yeterliliğin araştırılması konularında yararlı olabilecek önemli bir tanı yöntemdir [2]. Operasyon öncesi selektif embolizasyon yapılması konusu tartışmalıdır. Embolizasyonu destekleyen çalışmalar, cerrahi sırasında kanamanın daha az olduğunu ve böylece operasyonun daha kolay ve komplikasyonsuz tamamlandığını bildirmektedir [6]. Diğer taraftan bazı çalışmalarda bu işlemin serabral emboli riski bulunduğu belirtilmiştir [4;6].

Tedavi seçimi hastanın yaşı, semptomları, tümörün boyutu, büyüme hızı ve hastanın genel durumu göz önüne alınarak yapılmalıdır. Cerrahi tedavi son dönemlerde karotid cisim tümörlerinin tedavisinde standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir [7]. Radyoterapi, cerrahi yapılmasının mümkün olmadığı, yaygın nörovasküler tutulum gösteren karotid cisim tümörlerinde tümörün büyümesini önleyici bir yöntem olarak bildirilmektedir [8].

Sporadik bilateral glomus karotikum çok nadir bir vaka olup boyunda her iki tarafta şişlikle gelen hastalarda bu lezyon da akılda bulundurulmalıdır. Tanıda US ve Doppler US, kontrastlı BT, MR ve MR anjiyografi gibi radyolojik incelemeler yararlıdır. Peroperatif komplikasyonları en aza indirmek için preoperatif embolizasyon yapılabilir. Erken cerrahi girişim uygulanması ile nörolojik ve vasküler komplikasyonlar azalacaktır. Radyoterapi, cerrahinin mümkün olmadığı durumlarda tümörün büyümesini önleyici bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Kargı Kaytez S, Ünlü İ, Göçmen H, Samim E, Uzunkulaoğlu H, Şahin E. Bilateral Karotid cisim tümörü: olgu sunumu Fırat tıp dergisi 2012; 17(1):46-9.
2. Pellitteri PK, Rinaldo A, Myssiorek D, Gary Jackson C, Bradley PJ, Devaney KO, et al. Paragangliomas of the head and neck. Oral Oncol 2004;40:563-75.
3. Ridgetid BA, Brewster DC, Darling RC, Cambria RP, LaMuraglia GM, Abbot WM. Familial carotid body tumors: incidence and implications. Ann Vasc Surg 1993;7:190-4.
4. Balatsouras DG, Eliopoulos PN, Economou CN. Multiple glomus tumours. J Laryngol Otol 1992;106:538-43.
5. Mafee MF, Raofi B, Kumar A, Muscato C. Glomus faciale, glomus jugulare, glomus tympanicum, glomus vagale, carotid body tumors, and simulating lesions. Role of MR imaging. Radiol Clin North Am 2000;38:1059-76.
6. Dickinson PH, Griffin SM, Guy AJ, McNeil IF. Carotid body tumour: 30 years experience. Br J Surg 1986;73:14-6.
7. Kızıl Y, Ceylan A, Köybaşıoğlu A, Göksu N, İnal E, Ural A. Glomus tümörleri: Klinik yaklaşımımız. Kulak Burun Boğaz Baş Boyun Cerrahi Dergisi 2004;12: 64-7.
8. Thabet MH, Katob H. Cervical paragangliomas: diagnozis, manegement and complications. J Laryngol Otol 2001;115:467-74.

How to cite this article:
İnci MF, Özkan F, Kelleş M, Yüksel M. A Case Report of Bilateral Non-Familial Carotid Body Tumor. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 58-60.