



## Nadir görülen bir önkol ağrısı nedeni: Posterior interosseöz sinir Schwannomu

*A rare cause of forearm pain: Schwannoma of the posterior interosseoz nerve*

Rana TERLEMEZ, Deniz PALAMAR, Beril DOĞU, Figen YILMAZ, Banu KURAN

### Özet

Schwannomlar 'nörolemma' olarak da adlandırılan schwann hücrelerinden kaynaklanan periferik sinirlerin en sık görülen benign tümörüdür. Sıklıkla baş ve boyun bölgesinden kaynaklanan soliter lezyonlardır. Tanı esasında ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ve histopatolojik incelemelere dayanır. Kapsüllü olduğundan dolayı cerrahi eksizyon sonrasında nüks ihtimali düşüktür ve iyi bir prognoza sahiptir. Biz bu olgu sunumunda ilk bakışta ganglion kistini taklit eden bir schwannom olgusu sunacağız.

Anahtar sözcükler: Ganglion kisti; önkol ağrısı; Schwannom.

### Summary

Schwannoma also known as 'neurilemoma' is the most common benign tumor of the peripheral nerves composed of Schwann cells. They commonly appear as solitary lesions originate from head and neck region. The diagnosis is based on USG (ultrasonography), MRI (magnetic resonance imaging) and histopathological examination. This encapsulated tumor has a good prognosis with low recurrence rate after surgical removal. In this case we present a forearm schwannoma mimicking ganglion cyst at first glance.

Keywords: Ganglion cyst; forearm pain; Schwannoma.

### Giriş

Schwannomlar genellikle baş ve boyun bölgesinde yer alan periferik, kraniyal ya da otonomik sinir kılıfındaki schwann hücrelerinden kaynaklanan yavaş büyüyen, solid, benign natürde tümörlerdir.<sup>[1]</sup> Schwannomların sadece %5'i üst ekstremitedeki periferik sinirlerden kaynaklanır.<sup>[2]</sup> Ağrı, parestezi, kuvvetsizlik gibi şikayetlerle karşımıza gelebilir. Olgumuzda schwannom nadir görülen bir lokalizasyonda, ekstansör digitorum komunis ve ekstansör digiti minimi kasları arasında yer almaktaydı. Nörolojik defisit oluşturmamış olan tümör, ganglion kistine benzer şekilde sadece ağrı ve lokalize şişliğe neden olmuştu.

### Olgu Sunumu

41 yaşında kadın olgu sağ önkol ekstansör yüzde ağrı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrısı

6 aydır devam eden olguda travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede sağ önkol ekstansör yüz distal kesimde ele gelen ağrılı şişlik mevcuttu; sağ el bileği eklem hareketleri açık fakat ağrılıydı. Lezyonun distalinde nörovasküler bir defisit yoktu. Öncelikle ganglion kisti olabileceğini düşündüğümüz lezyona, kliniğimizde yaptığımız ultrasonografik incelemede ekstansör digitorum komunis kası komşuluğunda sınırları düzgün 12\*10\*6 mm boyutlarında hipoekoik kitle imajı görüldü. Gri skala incelemede ganglion kistine benzer bir görünüm veren lezyona yaptığımız power doppler incelemede belirgin artmış doppler sinyallerinin görülmesi üzerine bu tanıdan uzaklaşıldı. Nodüler yumuşak doku kitlesinin ayırıcı tanısı için hastaya önkol manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. MRG'de sınırları düzgün, yuvarlak yapıda, T2 sekanslarda hiperekoik görünen kitlede yoğun

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

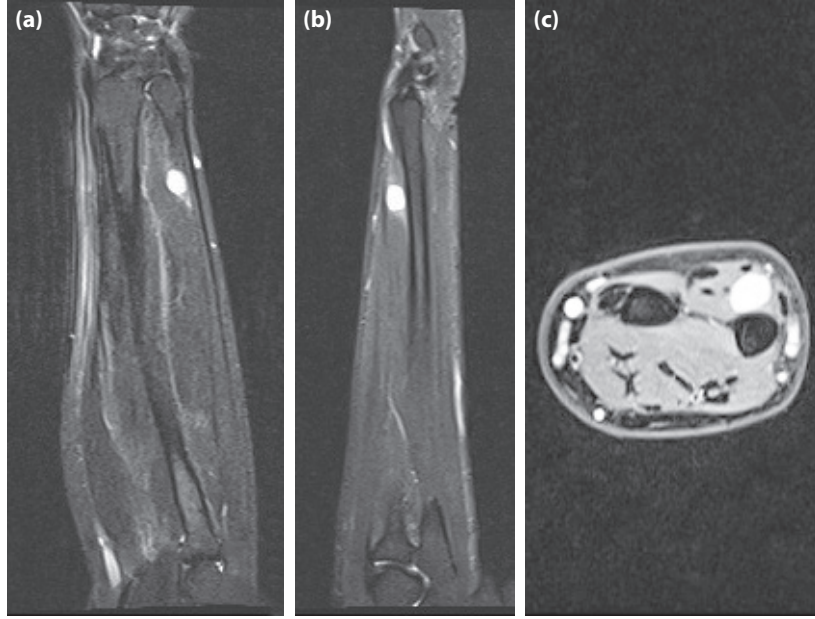
Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 04.10.2016 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 16.11.2016 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 03.01.2017

İletişim (Correspondence): Dr. Rana Terlemez. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, A Blok, 3. Kat, Şişli, İstanbul, Turkey.

Tel (Phone): +90 - 212 - 373 50 00 e-posta (e-mail): ranakaynar@hotmail.com

© 2017 Türk Algoloji Derneği



**Şekil 1.** (a) Koronal (b) Sagittal (c) Aksiyal kesitlerde distal ulna komşuluğunda T2 sekanslarda hiperintens ovoid kitle.

kontrast tutulumu saptandı (Şekil 1). MRG sonucu kitlenin elastofibrom, desmoid tümör gibi bir benign yumuşak doku tümörü olabileceği şeklinde raporlandı. Ortopedi bölümü ile konsülte edilen olguya kitle eksizyonu yapılmasına karar verildi. Operasyon sırasında kitlenin radial sinirin posterior interosseöz dalından kaynaklandığı görüldü. Periferik sinire hasar vermeden kitle enükleasyonu yapıldı. Makroskopik görünüm ile uyumlu olarak histopatolojik inceleme sonucu schwannom olarak raporlandı. Olgunun operasyon sonrasında ağrısı tamamen geriledi, el ve el bileği hareketleri açık ve ağrısız duruma geldi. Motor ya da duyuşsal bir defisit saptanmadı.

### Tartışma

Schwannomlar kadın ve erkeklerde eşit sıklıkla görülmekle birlikte; genellikle 30–60 yaşlar arasında ortaya çıkar. Üst ekstremitedeki periferik sinirlerde alt ekstremitedekilere göre daha fazla görülür.<sup>[3]</sup> Tüm schwannomlar arasında radial sinir kaynaklı olanların oranı %7 olarak bildirilmiştir fakat literatürde sadece sınırlı sayıda olgu sunumu bulunmaktadır.<sup>[4]</sup>

Schwannomlar daha derinde bulunan periferik sinirlerden kaynaklandığında ağrı, parestezi, kuvvetsizlik gibi semptomlarla karşımıza gelebileceği gibi sadece ağrısız bir şişlik olarak da prezente olabilirler. Tinel pozitifliği tümörün lokalizasyonu hakkında fikir verebilir. Fakat bu semptomların hiçbiri schwannomlar için tipik değildir.<sup>[5]</sup> Genelde yavaş seyirli tümörlerdir.

Olgumuz önkoldaki şişliği 1 yıl önce fark etmesine rağmen şişliğin büyümesi ile birlikte son aylarda ağrı şikayetinin de eklenmesi üzerine polikliniğimize başvurmuştu. Sinir trasesine uyan parestezi şikayeti yoktu, olgunun takiplerinde de herhangi bir nörolojik defisit saptanmadı.

Ayırıcı tanıda nörofibrom, ganglion kisti, lipom, ksantom, nadiren de malign yumuşak doku tümörleri de akılda tutulmalıdır. Olgumuzda hem klinik hem de ultrasonografik görünüm ilk planda ganglion kistini düşündürse de artmış doppler sinyallerinin görülmesi bizi bu tanıdan ve kisti aspire etmekten uzaklaştırdı. Ultrasonografi, ekstremitelerdeki yumuşak doku tümörlerinin ayırıcı tanısı için ilk basamak tetkik olarak kullanılabilir ve %59 oranında doğrulukla tanı koymada yardımcıdır.<sup>[6]</sup> Fakat tanıda belirsizlik veya malignite şüphesi varlığında mutlaka tamamlayıcı MRG de yapılmalıdır. MRG, schwannom tanısında altın standart görüntüleme yöntemi olarak kabul edilir. Schwannom tanısında nörolojik defisit varlığında elektrofizyolojik incelemelerden yardım alınabilir fakat kesin tanı için yeterli değildir. İnce iğne biyopsi de fasiküler hasar ve skar riskinden dolayı tanı için önerilen bir yöntem değildir.

Schwannomların makroskopik olarak epinöryumdan oluşan bir kapsülü vardır. Mikroskopik olarak kollajen matriks içerisinde neoplastik schwann hücreleri bulunur. Mikroskopik olarak saptanan hücre ti-

pine göre üç ayrı grupta incelenir: Antoni A tipi; ince bipolar hücreler, koyu nükleuslar, demetler halinde hücre dizili mi vardır, Antoni B tipi; gevşek retiküler hücrelerden oluşur ve 3. grup ise Antoni A ve B karışımıdır.<sup>[7]</sup> Nadir olarak görülen malign schwannomda hücreler genellikle büyük eozinofilik stoplazmalı ve bol mitoz içeren atipik yapıdadır. Antoni A ve B alanlarının görülmesi benigniteyi destekler.<sup>[8]</sup>

Tedavisi cerrahi eksizyondur. Schwannomların tedavisinde kemoterapi ve radyoterapinin etkinliği sınırlıdır.<sup>[9]</sup> Ayrıca lezyonun benign nitelikte olmasından ötürü önerilmemektedir. Gerçek kapsüllü ve düzgün yüzeyle olmaları eksizyonu kolaylaştıran etkenlerdir. Total olarak çıkarıldığında nüks nadirdir. Nadiren de olsa tümörün malign transformasyon gösterebileceği unutulmamalıdır.<sup>[10]</sup> Cerrahi sonrasında tümörün kaynaklandığı sinirin özelliğine göre motor veya duyuşal nörolojik defisit görülebilir. Sinirin korunduğu ve sadece enükleasyon yapılan cerrahilerde defisit genelde traksiyon hasarına bağlı olduğundan geçicidir.<sup>[9]</sup> Bizim olgumuzda başvuru anında kitle etkisine bağlı ağrı dışında şikayet bulunmamaktaydı, operasyon sonrasında da duyuşal ve motor muayene normal saptandı.

Sonuç olarak schwannomlar, ekstremitelerde nadir görülen tümörler olmalarına rağmen, cerrahi sırasında sinirin korunması gerekliliği açısından ayırıcı tanıları titizlikle yapılmalıdır. Ultrasonografi tanıda ilk basamak tetkik olarak kullanılabilir fakat tanıda şüpheli varsa MRG ile tanı desteklenmelidir.

**Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.**

**Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.**

## Kaynaklar

1. Rodriguez FJ, Folpe AL, Giannini C, Perry A. Pathology of peripheral nerve sheath tumors: diagnostic overview and update on selected diagnostic problems. *Acta Neuropathol* 2012;123(3):295–319.
2. Holdsworth BJ. Nerve tumours in the upper limb. A clinical review. *J Hand Surg Br* 1985;10(2):236–8.
3. Ozdemir O, Ozsoy MH, Kurt C, Coskunol E, Calli I. Schwannomas of the hand and wrist: long-term results and review of the literature. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2005;13(3):267–72.
4. Donner TR, Voorhies RM, Kline DG. Neural sheath tumors of major nerves. *J Neurosurg* 1994;81(3):362–73.
5. Donner TR, Voorhies RM, Kline DG. Neural sheath tumors of major nerves. *J Neurosurg* 1994;81(3):362–73.
6. Höglund M, Muren C, Brattström G. A statistical model for ultrasound diagnosis of soft-tissue tumours in the hand and forearm. *Acta Radiol* 1997;38(3):355–8.
7. Akbay A. Peripheral nerve tumors. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2005;15(3):225–6.
8. Jiménez-Heffernan JA, López-Ferrer P, Vicandi B, Hardisson D, Gamallo C, Viguer JM. Cytologic features of malignant peripheral nerve sheath tumor. *Acta Cytol* 1999;43:175–83.
9. Langner E, Del Negro A, Akashi HK, Araújo PP, Tincani AJ, Martins AS. Schwannomas in the head and neck: retrospective analysis of 21 patients and review of the literature. *Sao Paulo Med J* 2007;125(4):220–2.
10. Topal Ö, Akman K, Erbek S. Giant Schwannoma of the Neck. *Selçuk Üniv. Tıp Derg* 2010;26(3):103–5.