

# Soliter İnsülinomada Laparoskopik Dalak Koruyucu Distal Pankreatektomi: Olgu Sunumu

Umut BARBAROS, Aziz SÜMER, Mustafa TÜKENMEZ, Gülay KARAMAN, Ahmet DİNÇÇAĞ  
Selçuk MERCAN, Demir BUDAK

## Özet

Schwannom normal periferik sinir kılıfından veya Schwann hücrelerinden kaynaklanır. Nadir bir antitedir. Burada minimal invaziv teknik kullanarak cerrahi tedavi uyguladığımız bir adrenal schwannom olgusu ile ilgili deneyimimizi sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Schwannom, adrenal bez, laparoskopik tedavi

## Abstract

### Laparoscopic excision of an adrenal schwannoma. Case Report

Schwannoma is a benign nerve sheath tumor originating from the normal peripheral nerve. It is rare entity. Herein, we report our experience with the surgical treatment of an adrenal schwannoma case by minimally invasive technique.

**Key Words:** Schwannoma, adrenal gland, laparoscopic treatment

---

**Yazışma adresi:** Umut barbaros  
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana bilim Dalı  
34340, Çapa, İstanbul  
Tel: 02125331784  
e-mail: umutbarbaros@yahoo.com

---

## Giriş

Schwannom normal periferik sinir kılıfından veya Schwann hücrelerinden kaynaklanan, sıklıkla soliter, kapsüle ve asemptomatik benin bir tümördür. Schwannomlar sıklıkla kranial yada periferik sinirlerde bulunur. Retroperitoneyal yerleşimi nadirdir (1). Tüm retroperitoneyal kitlelerin ortalama olarak %1 ila %5' ni oluşturmaktadırlar(2).

Burada minimal invaziv teknik kullanarak cerrahi tedavi uyguladığımız bir adrenal schwannom olgusu ile ilgili deneyimimizi sunuyoruz.

## Olgu

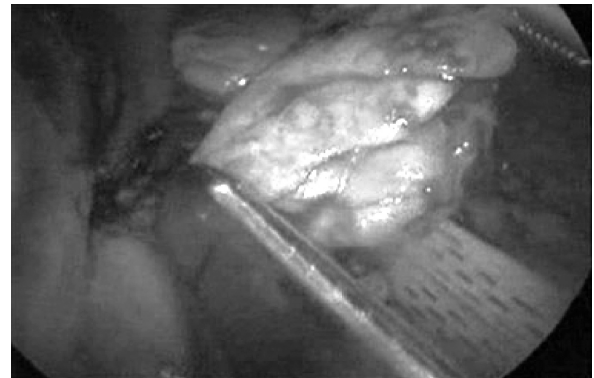
Yaklaşık üç aydır karın ağrısı şikayeti olan 49 yaşında bayan hasta; yapılan karın görüntüleme çalışmalarında sağ böbrek üstünde kitle saptanarak kliniğimize adrenal bezden kaynaklanabileceği düşüncesi ile gönderildi. Anamnezinde primer hipertansiyon nedeniyle ilaç tedavisi ve 15 yıl önce kolelityaz nedeniyle kolesistektomi ameliyatı mevcut. Fizik muayenede belirgin bir bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hormonal aşırı salgılama ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmadı. Karın ve pelvik bölgenin manyetik rezonans görüntülemesinde, T1 ağırlıklı kontrastlı koronal kesitlerde sağ adrenal bezden kaynaklanan 45x46 mm boyutlarında, sferik, homojen kontrast tutulumu ile birlikte kistik yapıyı düşündüren küçük hipotensif ve kontrast tutmayan alanlar saptandı. Kranial ve lateral olarak karaciğer ile yakın komşuluk gösteriyordu (Resim 1).

Önceki kolesistektomi ameliyatına bağlı olarak tümör ile karaciğer alt bölümü arasında sıkı yapışıklık olmasına rağmen; adrenal bez ve kitlenin kople eksizyonu dikkatli bir diseksiyon ile, olguya transperitoneyal laparoskopik eksizyon uygulanarak çıkarılabildi. Transperitoneyal lateral yaklaşım için olgu sağ

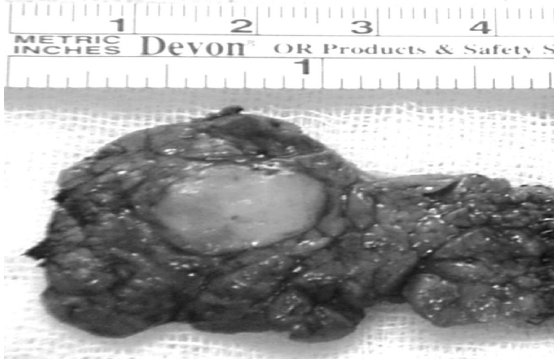


**Resim 1.** Sağ adrenal bezden kaynaklanan tümöral kitlenin MR görüntüsü.

tarafı yukarıda kalacak şekilde lateral dekübit pozisyonunda yatırıldı. Peritoneyal kaviteye ilk giriş açık teknik ile sağ ön aksiller çizgide kostal kenarın 2 parmak altından Hasson kanülü kullanılarak gerçekleştirildi. Pnömoreperitoneum sonrası sağ subkostal ve flank(böğür) lokalizasyonunda birbirinden 5 cm aralıklı üç ek trokar yerleştirildi. Önceki ameliyatına bağlı karın içi yapışıklıklar olmasına rağmen, sağ adrenal ile birlikte kitlenin komple eksizyonu dikkatli ve nazik diseksiyon ile herhangi bir komplikasyon olmadan tamamlandı. Adrenal ven kısa ve kalın olması nedeniyle endoskopik vasküler stapler ile kapatıldı (Resim 2). Ameliyat süresi iki saattir. Çıkarılan



**Resim 2.** Kısa ve geniş adrenal venin endoskopik vasküler stapler ile ligasyonu öncesi görünümü.



**Resim 3.** Çıkarılan spesmen: soliter tümör ile birlikte adrenal bez

spesmen 46x42x35 mm boyutlarında ve 44 gramdı (Resim 3). Histopatolojik incelemede; az stromal matriks ile beraber orta-artmış selülarite alanlarında uzamış iğsi hücrelerin oluşturduğu fasiküller (Antoni A ) ve aynı zamanda fokal miksoid değişikliklerin eşlik ettiği gevşek stromalı daha az hücre yoğunluğuna sahip alanlar (Antoni B) tespit edildi. Biz herhangi bir ganglion hücresi gözlemedik ve diffüz anti S-100 protein immünreaktivitesi ile birlikte düşük proliferasyon indeksinin olması (Ki-67) bizi Schwannom tanısına yönlendirdi. Olgu sorunsuz olarak ameliyat sonrası ikinci gün taburcu edildi.

### Tartışma

Schwannom ilk olarak Verocay tarafından 1908 yılında tanımlanmış ve 1920 yılında Antoni tarafından iki histopatolojik alt tipi olduğu belirtilmiştir (3). Schwannomlar genellikle benin karakterde olup sinir kılıfı ve Schwann hücrelerinden kaynaklanırlar. Sıklıkla kranial sinirler yada üst ekstremiteler sinirleri ile ilişkilidirler(4). Primer olarak adrenal bezden kaynaklanan Schwannoma oldukça nadir bir durumdur ve dünya literatüründe sadece bir kaç vaka bildirilmiştir (5-10).

Retroperitoneyal schwannom hastaların

bazılarında nonspesifik karın ve bel ağrılarının neden olmasına rağmen, genellikle asemptomatik bir kliniğe sahiptir. Laboratuvar çalışmalarında genelde bir özellik saptanmaz. Retroperitoneyal kitleleler genellikle ameliyat öncesi dönemde kesitsel görüntüleme yöntemleri ile saptanmasına rağmen; Schwannoma özel belirgin bir radyolojik görüntü olmadığından dolayı ameliyat öncesi dönemde Schwannom tanısı koymak zordur(11). Ek olarak bazı retroperitoneyal Schwannomalar heterojenite ve dejenerasyona bağlı olarak MRG tetkikinde feokromositoma yada malin tümörü taklit edebilirler (4). Bununla birlikte retroperitoneyal kitlenin tanısı ameliyat sonrası dönemde histopatolojik değerlendirmeye kadar netleşmez (12). Bu nedenle retroperitoneyal ve adrenal kitlelerin ayırıcı tanısını yapmak ve benin ve malin ayrımı için cerrahi rezeksiyon gerekir. Adrenal schwannomaların çok nadir olmasından dolayı adrenal schwannomun gros görüntüsü üzerine tartışmak oldukça zordur. Bununla birlikte bizim olgumuzda olduğu gibi, adrenal schwannom eğer büyük ve yukarı yerleşimli tümör ise karaciğer parankimi içine gömülü olacağından diseksiyonu zorlaştırabilir

Sinir kılıfı tümörlerinin ideal tedavisi tümörün komple çıkarılmasıdır(13). Ancak; doku ve organlara yakınlık ve bunların feda edilmesi durumunda özellikle yumuşak doku negatif cerrahi sınırı üzerine tartışmalar mevcuttur (13). Biz ameliyat öncesi ve sırasında malinite ihtimalini ekarte edemediğimizden dolayı kitle ile birlikte adrenal bezi komple çıkarmayı tercih ettik.

Minimal invaziv yöntemlerdeki gelişme ile birlikte, merkezlerin çoğunda benin adrenal kitlesi olan olgularda laparoskopik adrenektomi açık tekniğin yerine geçmektedir ve ter-

cih edilen prosedürdür(14). Laparoskopik ve açık yöntemi karşılaştıran retrospektik çalışmalar mevcuttur. Her ne kadar bu çalışmalarda laparoskopik yöntemin ameliyat süresinin uzun olduğu belirtilmesine rağmen; azalmış ameliyat sonrası ağrı, normal diyete daha hızlı başlama, hastanede kalış süresinin ve normal aktivitelere dönüş süresinin kısa olması gibi üstünlükleri olduğu belirtilmektedir. Ayrıca komplikasyon oranı ve kan transfüzyon miktarının laparoskopik adrenelektomide daha az olduğu bildirilmektedir(14). Dünya literatüründe bu güne kadar farklı patolojilere bağlı bir çok lapaorskopik adrenelektomi vakası bildirilmesine rağmen laparoskopik yolla çıkarılma retroperitoneyal schwannomalı onbir vaka sunulmuştur (4, 15, 16). Bu olgulardan biri İnokuchi ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir. 35 yaşında bilateral adrenal kitlesi olan ve malingnensi şüphesi ile laparoskopik adrenelektomi uygulanan hastanın histopatolojik incelemesinde schwannoma tespit edilmiştir(4). Ohigashi sağ adrenalenden kaynaklanan benin schwannom laparoskopik olarak çıkarmıştır. Malin tümörlerin varlığında abdominal duvara implantasyon olabileceğinden dolayı açık girişi önermektedir(15). Morrison ve ark. 7 cm boyutunda sürrenal kitleyi laparoskopik olarak rezeke etmişler ve patoloji sonucu schwannom olarak tespit edilmiştir (16).

Sonuç olarak, nadir olmasına rağmen schwannoma adrenal kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Kesin tanı histopatolojik değerlendirme olmadan konulamaz. Bu lezyonların benin patolojilerine rağmen cerrahi tedavi yapılmalıdır. Minimal invaziv yaklaşım adrenal kitlelerin çoğunun çıkarılmasında güvenle tercih edilebilir.

## Kaynaklar

1. Gubbay AD, Moschilla G, Gary BN, Thompson I. Retroperitoneal schwannoma: a case series and review. Aust N Z J Surg 1995;65:197-200.
2. Sameer K, Sharma, Koleski FC, et al. Retroperitoneal schwannoma mimicking an adrenal lesion. World j Urol 2002;20:232-233.
3. Woodruff JM KH, Louis DN, Scheithauer BW. Schwannoma. Lyon, France: IRAC Press; 2000
4. Inokuchi T, Takiuchi H, Moriwaki Y, et al. Retroperitoneal ancient schwannoma presenting as an adrenal incidentaloma: CT and MR findings. Mag. Res. Imag b2006;24:1389-1393.
5. Arena V, De Giorgio F, Drapeau CM, et al. Adrenal schwannoma. Report of two cases. Folia Neuropathol 2004;42:177-179.
6. Bedard YC, Horvath E, Kovacs K. Adrenal schwannoma with apparent uptake of immunoglobulins. Ultrastruct Pathol 1986;10:505-513.
7. Lau SK, Spagnolo DV, Weiss Lm. Schwannoma of the adrenal gland: report of two cases. Am J Surg Pathol 2006;30:630-634.
8. Gonzalez GA, Perea R, Palacios LS, et al. A benign adrenal schwannoma. Medclin (Barc) 2000;115:518-519.
9. Igawa T, Hakariya H, Tomonaga M. Primary adrenal schwannoma. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi 1998;89:567-570.
10. Ikemoto I, Yumoto T, Yoshino Y, et al. Schwannoma with purely cystic form originating from the adrenal area: a case report. Hinyokika Kyo 2002; 48:289-291.
11. Brian KP Goh, Yu-Meng Tan, Yaw-Fui A. Chung, et al. Retroperitoneal schwannoma. Am j Surg 2006; 192:14-18.
12. Weiss SW GJ. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. St Louis, MO: Mosby; 2001.
13. Daneshmand S, Youssef Zadeh D, Chomie K, et al. Benign retroperitoneal schwannoma: a case series and review of the literature. Urology 2003;62:993-997.
14. Cameron YL. Current surgical therapy. St Louis, Missouri: Mosby; 2001.
15. Ohigashi T, Nonaka S, Nakanoma T, et al. Laparoscopic treatment of retroperitoneal benign schwannoma. Int J Urol 1999;6(2):100-3.
16. Morrison KB, McAuley IW, Kinahan JF. Laparoscopic resection of a juxta-adrenal schwannoma. Can J Urol. 2004;11(3):2309-11.