

Travma Sonrası Gelişen Dev İntratorasik Meningosel; Olgu Sunumu

Giant Intrathoracic Meningocele Development Following Trauma; Case Report

Vaner Köksal

Specialist, M.D.
Department of Neurosurgery
Rize 82. year State Hospital
vanerkoksal@hotmail.com

Arif Haberal

Specialist, M.D.
Department of Thoracic Surgery
Rize 82. year State Hospital
ahaberal@erciyes.edu.tr

Bülent Altınsoy

Specialist, M.D.
Department of Pulmonary Diseases
Rize 82. year State Hospital

İbrahim Suat Öktem

Assoc. Prof., M.D.
Department of Neurosurgery
Erciyes University Medical Faculty
oktemis@hotmail.com

Özet

Intratorasik meningocele nadir bir hastalıktır ve literatürde genellikle nörofibromatozis (NF) ile birlikte görülmektedir. Sunulan olguların çoğunda meningocele kesesi küçüktür yada asemptomatiktir. 12 yıl önce rutin sağlık taramasında belirlenen ve günümüzde tekrar görülen olgunun klinik şikayeti olmayıp, NF düşündürülen fizik muayene bulgusunda bulunmamaktaydı. Travma sonrası oluştuğu düşünülen, büyük boyutlara ulaşmış ancak asemptomatik olan intratorasik meningocele olgusu, radyolojik bulguları ile birlikte sunulmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: **Kazanılmış Meningocele; Nörofibromatozis; Spinal Kord Lezyonu.**

Abstract:

Intrathoracic meningocele is an uncommon disease that is usually associated with neurofibromatosis (NF) in the literature. Majority of the cases in the literature are asymptomatic or present with a small cyst. The present case, which had been first determined in a routine health screening 12 years ago and recurred today, had no physical symptoms or clinical complaints suggestive of NF. In this report, we present an asymptomatic intrathoracic meningocele case along with radiological results which occurs to have reached a large size and is believed to have formed after a trauma.

Key words: **Acquired Meningocele; Neurofibromatoses; Spinal Cord Injuries.**

Submitted : August 02, 2008
Revised : October 21, 2008
Accepted : April 24, 2009

Corresponding Author:

Dr. Vaner Köksal
Department of Neurosurgery
Rize 82. year State Hospital
Rize, Turkey

Telephone : +90 - 505 5212361
E-mail : vanerkoksal@hotmail.com

Giriş

İntratorasik meningesel nadir rastlanan bir patolojidir. Literatürde 1933 yılında Nörofibromatozis Tip 1 (NF1) ile ilişkili intratorasik meningesel olgusu ilk kez Phol tarafından tariflenmiştir ve günümüze kadar toplamı 100'ü geçmeyen intratorasik meningesel olgusu bildirilmiştir (1, 2). Sıklıkla Von Recklinghausen hastalığı (NF) ile birlikte görülmektedir. Olguların çoğu asemptomatik olup, rutin ya da başka nedenlerle çekilen akciğer grafisinde posterior mediastinumda kitle şeklinde saptanmaktadır. Çoğunlukla rastlantısal olarak saptanan meningesel kesesi küçüktür ya da asemptomatiktir.

Antero-lateral uzanımlı meningesel spinal meninkslerden inter-vertebral foramene doğru büyüyerek oluşur. Subaraknoid mesafe ile ilişkili bu alanın içerisini beyin omurilik sıvısı (BOS) doldurur ve paravertebral kistik kitle şeklinde görülür (2, 3). Ayrıca lezyonun içinde septalarla ayrılmış bölümler olabilir. Teorik olarak servikal ve lomber seviyelerde de antero-lateral uzanımlı meningesel oluşabilir. Ancak literatürdeki olguların çoğunluğu oluşumunun kolaylığı açısından intratorasik yerleşmişlerdir. Büyük boyutlara ulaşmış ancak asemptomatik kalmış intratorasik meningeselin, travma sonrası ortaya çıkması beklenmeyen bir komplikasyondur. Ayrıca hem nöroşirurji hem de akciğerin dahili hastalıkları literatüründe çok az sayıda kaynakta anlatılmaktadır. Bu lokalizasyondaki meningesellerin, posterior mediasten de oluşan kistik lezyonlar ile ayırıcı tanıda da, hatırlanması gereklidir.

Olgu Sunumu

Kırk iki yaşında erkek olgunun, 12 yıl önce akciğer grafisinde görülen lezyondan dolayı tüberküloz düşünülerek 3 ay kadar medikal tedavi aldığı, kendisinden öğrenildi. Akciğerinde görülen kaviter lezyonun düzelmemesi üzerine çekilen manyetik rezonans görüntülerinde (MRG) görülen lezyonun dural ektazi olduğu (Resim 1) ve klinik şikayeti olmadığı için herhangi bir müdahale gerekmediği söylenmiş. Olgu, tekrar gereken rutin sağlık kontrolü sırasında, sağ akciğer apeksini dolduran büyük kistik lezyonun görülmesi üzerine, tümör şüphesi ile kliniğimize başvurdu (Resim 2).

Yapılan genel fizik ve nörolojik muayenesinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Toraks tomografisinde 12x13x10 cm boyutlarında torakal 4. vertebranın sağ kenarında nöral foramende ayrışmaya neden olarak oluşmuş, içerisinde BOS ile aynı dansitede sıvı bulunan dev kistik lezyonu bulunuyordu (Resim 3). Göğüs

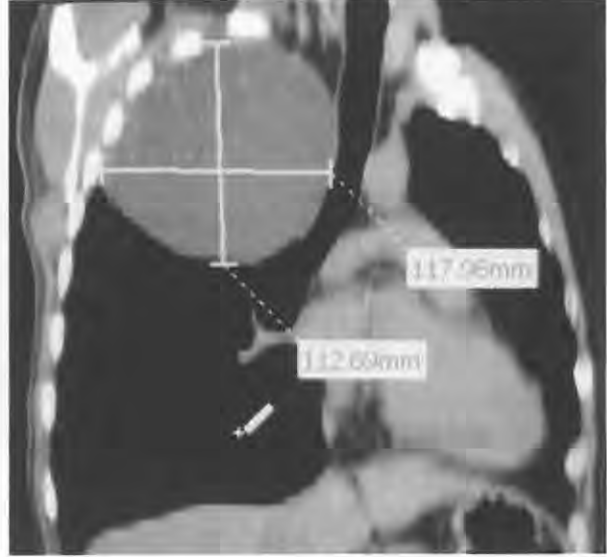
Hastalıkları konsültasyonu sonucunda hastada intratorasik kitleye sekonder solunum sistemi yetmezliği veya ilgili başka bir patoloji oluşmadığı saptandı. Öz geçmişinde 15-16 yaşlarında yüksekte sırtı üzerine düştüğü ve şimdiye kadar baş ağrısı, baş dönmesi şeklinde bir kliniği olmadığı öğrenildi. Nörolojik olarak stabil durumda olan hastaya; cerrahi girişim yapılmamasına, klinik ve radyolojik olarak 6 ay ara ile takip edilmesine karar verildi.



Resim 1. Sunulan olguya ait 12 yıl önce çekilen aksiyal kontrastlı (sol) ve koronal (sağ) T1 MR görüntüsü. Vertebranın sağ nöral forameninde deformasyona neden olarak meydana gelmiş intratorakal meningeoel izleniyor



Resim 2. Sunulan olgunun kliniğimize başvurusunda çekilen ön-arka akciğer grafisi. Sağ akciğer apeksini dolduran büyük kistik lezyon görünüyor.



Resim 3. Sunulan olgunun bilgisayarlı toraks tomografisi. Solda aksiyal kesitlerde torakal 4. vertebranın sağ nöral foramendeki ayrışma defekti ve sağda koronal kesitlerde, kesenin ana bronş ve trakea ile yakın ilişkisi görüntüleniyor

Tartışma

İzole bir hastalık olarak da görülebilen intratorasik meningeselin, sıklıkla NF1 ile birliktelik gösterdiği bildirilmektedir (4). Kemik veya nöral dokudan kaynaklanan neoplaziler ile de beraber olabilirler. İntratorasik meningesellerin, travma veya mikrotravmalar sonucunda da oluşabileceği bildirilmektedir (5). Özellikle servikal spinal travmalardan sonra oluşan sinir kökü avulsiyonları ve travmatik dural yırtıklar ile meningesel gelişimi literatürde sıklıkla anlatılmaktadır (6). Bazı yayınlarda ise vertebral deformiteye neden olan izole displazi veya distrofi, travma veya cerrahi operasyondan sonra torakal meningesel gelişebileceğinden bahsedilmektedir (7,8). Ayrıca lomber disk cerrahisi sırasında, dura hasarına neden olunmasının da pseudomeningosel oluşumuna neden olabileceği bilinmektedir (9). Hastalığın etyopatogenezinde bugün için en geçerli görüş ise, vertebradaki bir defekt ya da genişlemiş intervertebral foramen yolu ile meninkslerin, intratorasik mesafede oluşan negatif basıncın vakum etkisiyle protrüzyonu şeklindedir (5). Pulsatil BOS basıncı ile birlikte inspiyumdaki negatif intratorasik basıncın oluşturduğu plevral traksiyon, subaraknoid mesafenin toraks boşluğuna doğru fitikleşmesini artırmaktadır. Olgumuzda da 12 yıllık sürede lezyonun büyük boyutlara ulaşmış olması, bu mekanizmaların doğruluğunu desteklemektedir.

NF1 otozomal dominant geçiş gösteren kalıtsal bir hastalık olup daha çok orta yaş kadınlarda görülmektedir ve tüm NF olgularının yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır (10, 11). "Cafe-au-lait" adı verilen kahverengi cilt lekeleri gibi tanısal değer taşıyan lezyonların yanında, iriste "Lisch" nodülleri, kifoskolyoz gibi iskelet anomalileri, nörofibromlar ve akustik nörinomlar (hemen daima tek taraflı) NF1'in karakteristik tablosunu oluşturan diğer patolojilerdir. Rubin ve Stratmeier'e göre intratorasik meningesel olgularının %68,8'inde NF1 birlikte görülmektedir (4). Ancak olgumuzda NF1'i destekleyen bir klinik bulguya rastlanılmamıştır.

İntratorasik mesafedeki bir lezyon, boyutu ile orantılı olarak genellikle solunum sistemi şikayetlerine neden olmaktadır. Ancak lezyon meningesel kesesi gibi nöral doku ile bağlantısı olan bir kitle ise, ya solunum sistemi ya da nöral doku ile ilgili şikayetler meydana getirecektir. Bununla birlikte toraks kavitesi büyük hacimli geniş bir boşluk olduğundan meningesel kesesinin kitle etkisi ile semptomatik hale gelebilmesi için çok büyük hacimli olması gerekmektedir. Olgumuzda kese 12x13x10 cm boyutlarına ulaşmış olmasına rağmen henüz klinik semptoma neden olamamıştır. Henüz şikayete neden olamamış bir lezyon için olguyu cerrahi müdahaleye ikna etmekte güçtür. Ayrıca kesenin plevral boşluğa rüptüre olma olasılığı hakkında yeterli bilgi yoktur (11). Güncel yayınlarda da sadece travma ile subaraknoidal-plevral fistül oluşabileceği bildirilmektedir (12). Özellikle

asemptomatik hastaların klinik ve radyolojik olarak takip edilerek kese büyüdüğü veya semptomatik hale geldiğinde cerrahi girişimin uygulanması gerektiği bildirilmektedir (13).

Cerrahi girişim seçenekleri; laminektomi sonrası kesenin intradural tamirinin yapıldığı posterolateral ekstradural yaklaşım ve anteriordan torakotomi ile transtorasik yaklaşımdır. Kesenin lokalizasyonu ve boyutuna göre tercih edilebilirler (14). Cerrahi sırasında ve post operatif olarak da en sık karşılaşılabilecek komplikasyon meningoplevral BOS fistülüdür (5). Nüks çok nadirdir ve literatürde iki olguda rapor edilmiştir (2). Posteriorndan laminektomi uygulaması sonrasında anstabilite oluşması ise karşılaşılabilecek diğer önemli bir problemdir. Cerrahi stabilizasyonun da hastalara ayrı ek yükler getirdiği bilinmektedir.

Sonuç olarak; intratorasik meningosele nadiren rastlanır; kesenin boyutlarının küçük olduğu ve semptom oluşmamış olgularda tanı genellikle rastlantısal olarak konulabilmektedir. Bu olgularda cerrahi girişim seçeneği, kesenin büyüme gösterdiği ve nörolojik ya da solunumsal semptomların gelişmesiyle tercih edilmelidir. Meningosel kesesinin boyutları büyük dahi olsa asemptomatik hastalarda klinik ve radyolojik izlem en uygun seçenektir. Ayrıca travma sonrasında oluşabilen intratorasik meningoselin büyük boyutlara ulaşsa bile klinik şikayete neden olmayabileceği kanaatine varıldı.

Kaynaklar

1. Phol R. Meningocele in brustraum uter dem bilde eines intrathoraken rundschantens. *Rontgenpraxis* 1933; 5:747-749.
2. Dinç C, İplikcioğlu AC, Navruz Y, Cakabay M, Tufan A, Koşdere S. Nörofibromatozis Tip I ile birlikte görülen intratorasik meningocele: Olgu sunumu. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2006; 16:114-117.
3. Miles J, Pennybacker J, Sheldon P. Intrathoracic meningocele Its development and association with neurofibromatosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1969; 32:99-110.
4. Rubin S, Stratemeier EH: Intrathoracic meningocele; a case report. *Radiology* 1952; 58:552-555.
5. Martelli M, Treggiari S, Capece G, Sorrone A: Intrathoracic meningocele: A case report and review of the literature (Italian). *Minerva Chir* 1992; 47: 1845-1857,
6. Ertürk Ö, Fiener N, Kılınç M, Diren B. Travmatik servikal radikülopatilerde dural yırtık ve meningocele gelişiminin MRG ile değerlendirilmesi. *Tanıs ve Girişimsel Radyoloji* 2002; 8:468-470.
7. Turgut M, Alhan C, Cihangiroğlu M, Topçuoğlu MS. Isolated giant intrathoracic meningocele associated with vertebral corpus deformity. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2004; 3:381-383.
8. Ökten Aİ, Gezercan Y, Ergün R. Spinal tümör cerrahisinden sonra gelişen üç kompartmanlı psödomeningocele: Olgu sunumu. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2002; 12:262 - 266.
9. Ökten Aİ, Ergün R, Akdemir G. Lomber disk cerrahisinin nadir bir komplikasyonu: psödomeningocele. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 1998; 8: 43-46.
10. Maldonado RG, Extremera BG, Alegre V, Vara Thorbeck R: Intrathoracic meningocele presenting as a mediastinal mass lesion: Case report. *Zentralbl Neurochir* 1992; 53:11-14.
11. Rytman A. Lateral intrathoracic meningocele with spontaneous rupture into the pleural cavity diagnosed with RIHSA myelography. *Neuroradiology* 1973; 5:165-168.
12. Roca R, Álvarez C, Loinaz C, Toledo J. Persistent pleural effusion and post-traumatic subarachnoidal-pleural fistula. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1992; 6:165,
13. Zamponi C, Cervoni L, Caruso R: Large intrathoracic meningocele in a patient with neurofibromatosis: technical report. *Neurosurg Rev* 1996; 19: 275-277.
14. Chee CP. Posterolateral extradural approach for total excision of lateral thoracic meningocele: technical report. *Neurosurgery* 1987; 21:749-751.