

İntrakraniyal Psödötümöral Demiyelinizan Lezyon: Olgu Sunumu

Bülent CANBAZ, Saffet TÜZGEN, Rahşan KEMERDERE, Cihan İŞLER, Taner TANRIVERDİ

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul

✓ Bu yazıda intrakraniyal demiyelinizan yer kaplayan lezyonu olan fakat manyetik rezonans görüntülemelerde glial tümör olarak değerlendirilen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır. Elde edilen ilk patolojik bulgular lezyonun bir enfeksiyona (toxoplasmosis) sekonder olarak geliştiği yönünde idi. Fakat, lezyonun verilen medikal tedaviye cevap vermemesi ve giderek büyümesi nedeniyle tekrar değerlendirildiğinde demiyelinizan bir lezyon olduğu ortaya kondu. Bu yazıda yanlış tanı sunulmuş ve bu tip lezyonların morbidite ve mortaliteye neden olmadan nasıl önlenilebileceği tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Beyin tümörleri, demiyelinizan lezyonlar, glial tümörler, psödötümör

Intracranial Pseudotumoral Demyelinating Lesion: Case Report

✓ We present a case with a demyelinating lesion, which was first suspected to be a glial tumor in respect to its appearance on magnetic resonance imaging. Depending on the first pathologic examination, the lesion was thought to be an infectious event due to toxoplasmosis. However, as the disease progressed and did not answer to medical treatment, it was further evaluated and found to be a demyelinating lesion. In this report, we present a misdiagnosis and discuss how it could be prevented not to cause increased morbidity and mortality before instituting proper treatment.

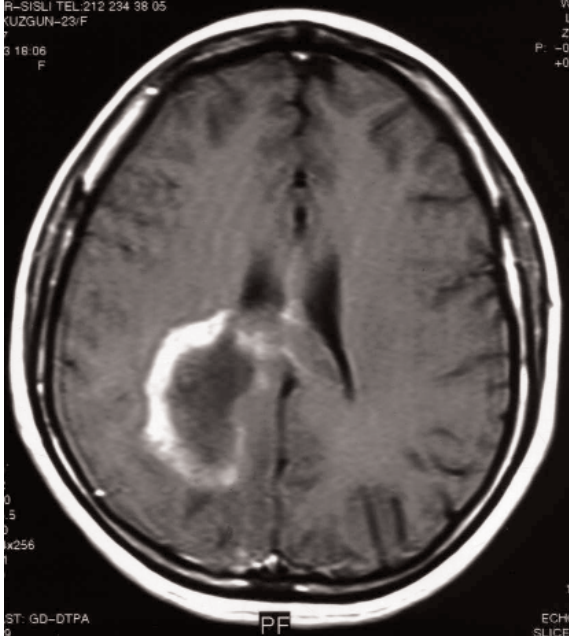
Key words: Brain tumors, demyelinating lesions, glial tumors, pseudotumor

Beynin demiyelinizan hastalığı, beyaz cevherin enfeksiyöz olaylar dışında oluşan inflamasyondur (7). Demiyelinizan hastalığın tanısı özellikle klinik ve radyolojik bulgulara dayanır. Literatürde karakteristik radyolojik bulguların bildirilmesine karşın, bu lezyonlar tümöral lezyonlar şeklinde değerlendirilebilmektedirler ve bu nedenle çok farklı tedavi uygulamaları gerektirebilir (2). Bu yazıda yanlış tanı konulan intrakraniyal bir demiyelinizan lezyon ve uygulanan agresif tedavi tartışılmıştır.

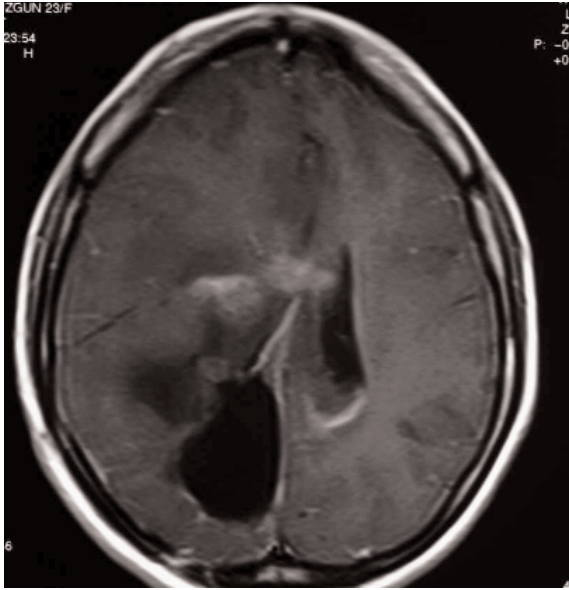
OLGU SUNUMU

Önceleri herhangi bir şikayeti olmayan 23 yaşında bayan hasta sol tarafında güçsüzlük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Güçsüzlük önce

sol bacakta başlıyor ve 20 gün içerisinde sol kola yayılıyor. Nörolojik muayenede sol üst ekstremitede motor kuvvet 3/5 ve sol alt ekstremitede ise 2/5 olarak bulundu. Ayrıca, sol kolda hipoestezi ve bilateral pozitif Babinski bulgusu saptandı. Bir intrakraniyal yer kaplayıcı lezyon (YKL) olabileceği düşünülerek kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. MRG’de sağ parietal yerleşimli lezyon saptandı. Lezyon T₁-ağırlıklı görüntülerde hipointens iken T₂-ağırlıklı görüntülerde hiperintens idi ve lezyon etrafında çok ciddi ödem mevcuttu ve ayrıca heterojen tarzda kontrast tutulumu vardı (Şekil 1). Lezyonun MR görüntüleri yüksek grade’li bir tümöral oluşumu işaret ediyordu ve hastanın serolojik testlerini de içeren preoperatif rutin kan tetkikleri normaldi.



Şekil 1. Preoperatif axial MRG. Sağ parietal yerleşimli etrafında ödem ve halka tarzında kontrast tutulum gösteren lezyon.



Şekil 2. Postoperatif 1. ay axial MRG. Lezyonda ciddi büyüme ve yaklaşık 12 mm sola herniasyon.

Hastaya posterior parietal kraniyotomi yapılarak lezyon önde motor alana zarar vermemek için subtotal çıkarıldı. Mikroskop altında nekrotik alanlar ve tromboze olmuş vasküler yapılar içermesi ve gri renkte olması lezyonun glial tümör olasılığını güçlendiriyordu.

Patolojik tanının enfeksiyon yönünde, özellikle toxoplazmosis, değerlendirilmesi nedeniyle hastaya, bir immün yetmezlik sendromu olabileceği şüphesiyle ileri tetkikler yapıldı. Kan sayımları, periferik yayma, CD4 sayısı ve immünoglobülin seviyeleri normal sınırlarda değerlendirildi. Pürifiye protein derivesi (PPD) 15 mm idi ve anti-HIV negatif olarak değerlendirildi. Fakat anti-toxoplasma IgG pozitif ve IgM negatifti.

Hastaya 1 aylık sürecek anti-toxoplasma tedavisi planlandı ve taburcu edildi. Takip süresinde hastanın semptomları tekrar gelişti ve giderek arttı. Postoperatif 2. haftada hastada bulantı ve kusma başladı. Çekilen kontrol kraniyal bilgisayarlı tomografide (BT) lezyon bölgesinde ödem saptandı ve anti-ödem tedavi verildi. Bu tedaviden hasta fayda gördü ve şikayetleri geriledi. Fakat, anti-ödem tedavi azaltılarak kesilince hastada tekrar sol hemiparezi başladı. Bu nedenle anti-toxoplasma tedavinin kesilmesine karar verilerek kontrol kraniyal MRG çekildi. MRG’de lezyonun çapında belirgin bir büyüme ve ödem tespit edildi. Ayrıca sola yaklaşık 12 mm herniasyon saptandı (Şekil 2).

Yapılan tüm tedavi seçeneklerine beklenen cevabın alınmaması nedeniyle patolojik spesimenler başka bir merkeze tekrar değerlendirilmek üzere gönderildi. Patoloji sonucu lezyonun bir demiyelinizan hastalık olduğu şeklinde rapor edildi. Kesin tanı konulduktan sonra hasta ileri tedavi amacıyla nöroloji kliniğine sevk edildi.

TARTIŞMA

Demiyelinizan plaklar, tümefaktif veya psödo plaklar olarak da bilinen büyük lezyonlar olup kütle etkisi yapabilirler (5). Bu tip lezyonlar gerek klinik ve gerekse de radyolojik olarak beyin tümörlerini taklit edebilirler (9). Hastalarda genellikle mental bozukluklar, baş ağrısı, epileptik nöbetler ve oküler semptomlar görülebilir. Ayrıca bu tabloya bizim hastanızda olduğu gibi duyu ve motor defisitler de eklenebilir (7). Bu yüz-

den intrakraniyal büyük demiyelinizan lezyonlar glial tümörlerden zor ayırt edilirler. Radyolojik olarak yaygın ödem, psödo-nekrotik kor veya kanama alanları görülür ve glial tümörler ile kolaylıkla karıştırılabilirler (4,8,11,12). Literatürde kistik demiyelinizan lezyonlar da tanımlanmıştır (13,14). Bizim olgumuzda, lezyon T₁ ve T₂-ağırlıklı görüntülemelerde sırasıyla hipo ve hiperintens görüntülerin elde edilmesi ve heterojen kontrast tutulumu lezyonun yüksek grade'li bir glial tümör olma olasılığını akla getirmektedir. Bu nedenle hastaya cerrahi tedavi planlanmış ve lezyon cerrahi olarak çıkarılmıştır.

Histopatolojik çalışmalar, tanının konmasında tek başına yeterli gibi görülmemektedir ve kesin tanı için diğer klinik ve radyolojik bulgularla birlikte değerlendirilmelidir (9). Lezyon etrafını saran halka tarzındaki kontrast tutulum ve etrafındaki az miktardaki ödem demiyelinizan lezyonları glial tümörlerden ayıran karakteristik özelliklerdir. MRG, demiyelinizan lezyonların tanısını koymada altın standart olarak bildirilmiştir (5). Bununla beraber, şüphelenilen lezyon MR-spektroskopi ile de değerlendirilmelidir (1,15). Ayrıca, diffüzyon-perfüzyon MRG tümör olasılığını değerlendirmede yardımcıdır (6).

Gerek preoperatif ve gerekse histopatolojik tanıların dikkatli bir şekilde değerlendirilip ortaya konması agresif ve yanlış tedavi şekillerini ortadan kaldırarak mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltacaktır. Büyük demiyelinizan lezyonların biyopsi yapılarak tanısı konulabilir ve kütle etkisi cerrahi olarak ortadan kaldırılabilir (10). Kistik demiyelinizan lezyonların aspirasyonu da kütle etkisinin kaldırılmasında yararlıdır (14).

Sonuç olarak, bu tip radyolojik görüntülemelerde demiyelinizan lezyonlar da ayırıcı tanılar ara-

sında düşünülmeli ve invaziv tedaviler uygulanmadan önce tanıya yönelik ileri çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Bejar JM, Ziegler DK.** Onset of MS in a 24-month-old child. *Arch Neurol* 1984; 41:881-2.
2. **Caracciolo JT, Murtagh RD, Rojiani AM, et al.** Pathognomonic MR imaging findings in Balo Concentric Sclerosis. *AJNR* 2001; 22:292-3.
3. **Deborah IF.** Multiple sclerosis simulating a mass lesion. *J Neurol Opth* 2000; 20:147-53.
4. **Duquette P, Murray TJ, Pleines J.** MS in childhood: clinical profile in 125 patients. *J Pediatr* 1987; 111:359-63.
5. **Dresser LP, Tourian AY, Anthony DC, et al.** A case of myelinoclastic diffuse sclerosis in an adult. *Neurology* 1991; 41:316-8.
6. **Ernst T, Chang L, Walot I, et al.** Physiologic MRI of a tumefactive multiple sclerosis lesion. *Neurology* 1988; 51:1486-8.
7. **Gallucci M, Caulo M, Cerone G, et al.** Acquired inflammatory white matter diseases. *Child's Nerv Syst* 2001; 17:202-10.
8. **Golden GS, Woody RC.** The role of nuclear magnetic resonance imaging in the diagnosis of MS in childhood. *Neurology* 1987; 37:689-93.
9. **Heyman D, Delhaye M, Fournier D, et al.** Pseudotumoral demyelination: a diagnosis pitfall (report of three cases). *J Neurooncol* 2001; 54:71-6.
10. **Kalyan-Raman UP, Garwacki DJ, Elwood PW.** Demyelinating disease of corpus callosum presenting as glioma on magnetic resonans scan: a case documented with pathological findings. *Neurosurgery* 1987; 21:247-50.
11. **Kepes JJ.** Large focal tumor-like demyelinating lesions of the brain: intermediate entity between multiple sclerosis and acute disseminated encephalomyelitis? A study of 31 patients. *Ann Neurol* 1993; 33:18-27.
12. **Kumar K, Toth C, Jay V.** Focal plaque of demyelination mimicking cerebral tumor in a pediatric patient. *Pediatr Neurosurg* 1998; 29:60-3.
13. **Kılincoglu BF, Altınors N, Caner H, et al.** Pseudotumor cystic demyelinating plaque: Report of two cases. *Turkish Neurosurg* 2003; 13:61-6.
14. **Nejat F, Eftekhari B.** Decompressive aspiration in myelinoclastic diffuse sclerosis or Schilder disease: case report. *J Neurosurg* 2002; 97:1447-9.
15. **Poser S, Luer W, Bruhn H, et al.** Acute demyelinating disease. Classification and noninvasive diagnosis. *Acta Neurol Scand* 1992; 86:579-85.
16. **Zagzag D, Miller DC, Kleinman GM, et al.** Demyelinating disease versus tumor in surgical neuropathology. *Am J Surg Pathol* 1993; 17:537-45.