



Nadir Bir El Ağrısı Sebebi, Median Sinir Schwannomu

A Rare Hand Pain Cause, Schwannoma with Median Nerve Localisation

© Mehmet ALBAYRAK

Özel Tekirdağ Yaşam Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Tekirdağ, Türkiye

ÖZ

Schwannom, sinir kılıflarının sert, iyi sınırlı, kapsüllü ve yavaş büyüyen iyi huylu bir tümördür. Her yaşta görülebilir, en sık 20-50 yaş arasında görülür ve kadın/erkek oranı 2:1'dir. En sık baş ve boyunda görülür, ancak Schwannom'ların %20'si periferik sinirlerden kaynaklanır. Periferik sinir Schwannom'ları, semptomları çoğu zaman sinir tuzaklanmaları ile örtüştüğü için kolayca yanlış teşhis edilebilirler. Semptomlar kitleye veya çevre dokulara basılarak ortaya çıkar, Schwannom'ların medikal tedavisi yoktur, tedavi kitlenin tamamen çıkarılmasıdır. Bu olgu sunumunda, karpal tünel sendromu olarak yanlış tanı konulan ve yanlışlıkla ameliyat edilen, sol ön kolda median sinir Schwannom'u olan 64 yaşında bir erkek hasta bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Schwannom, median sinir, ağrı

ABSTRACT

Schwannoma is a firm, properly limited, encapsulated, and slow-growing benign tumor of nerve sheaths. It can be seen at all ages, most commonly between the ages of 20 and 50 years and the ratio of female to male is 2:1. It is most commonly seen in the head and neck, but 20% of Schwannomas arise from the peripheral nerves. Peripheral nerve Schwannomas can easily be misdiagnosed as nerve entrapment syndromes because their symptoms overlap most of the times. Symptoms occur by pressing on the mass or on the surrounding tissues. There is no medical treatment of Schwannomas, but the treatment is total excision of the mass. In this case report, a 64-year-old male patient with a Schwannoma of the median nerve in the left forearm, who was misdiagnosed and misoperated as carpal tunnel syndrome, is reported.

Keywords: Schwannoma, median nerve, pain

GİRİŞ

Schwannoma periferik sinir kılıfının sert, düzgün sınırlı, kapsüllü ve yavaş büyüyen iyi huylu bir tümördür¹. Her yaşta, çoğunlukla 20-50 yaş arasında görülebilir ve kadın erkek oranı 2:1'dir². Schwannom'lar %20 oranında periferik sinirlerden köken alsalar da daha çok baş boyun bölgesinde görünürler¹⁻⁴. Periferik sinir Schwannom'larının semptomları sinir sıkışma sendromu semptomlarını taklit edebilirler, bu nedenle ayırıcı

tanıda dikkatli olunmalıdır. Schwannom'ların tıbbi tedavisi yoktur, bu nedenle tedavisi tamamen cerrahidir⁵.

OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşında erkek hasta sol elinde ağrı ve uyuşma şikayeti ile görüldü. Hasta, herhangi bir sistemik şikayeti olmadığını ve bir yıl önce aynı şikayetlerle başka bir kurumda karpal tünel sendromu ameliyatı olduğunu ancak herhangi bir düzelme olmadığını ifade etti. Fizik muayenede sol elin

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mehmet ALBAYRAK, Özel Tekirdağ Yaşam Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Tekirdağ, Türkiye

Tel.: +90 533 660 50 13 **E-posta:** doktorm.albayrak@gmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0002-4074-7024

Geliş tarihi/Received: 30.03.2021 **Kabul tarihi/Accepted:** 14.08.2021

palmar tarafında açık karpal tünel gevşetme ameliyatı ile uyumlu iyileşmiş cerrahi skar izlendi. El ve el bileği normaldi, Phalen, Tinel Wartenberg ve Froment testleri negatifti ve duysal bozukluk yoktu. Ancak ön kolun palpasyonu sırasında elin başparmağı ve volar tarafta şiddetli ağrıya neden olan bir alan tespit edildi. Aynı bölgedeki Tinel testi de önemli ölçüde pozitif. Hastanın görsel analog skala (VAS) skoru 70 mm idi.

Elin röntgeni, nörofizyolojik tetkikleri ve manyetik rezonans görüntülemesi (MRG), ameliyat sonrası şikayetlerin devam etmesi nedeniyle yapılan sol üst ekstremité arteriyel ve venöz Doppler ultrasonografisi normaldi. Bununla birlikte, ön kolun MRG'sinde fleksör kaslar arasındaki volar yönde ve median sinir yoluna karşılık gelen lokalizasyonda bir yumuşak doku tümörü ortaya çıktı. Tümör iyi sınırlı, 23x16 mm boyutlarında, T1 ağırlıklı sekanslarda izointens ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens idi, gadolinum kontrast madde enjeksiyonu sonrası homojen bir kontrast artışı gösterdi ve Schwannom ile uyumluydu (Şekil 1A, 1B).

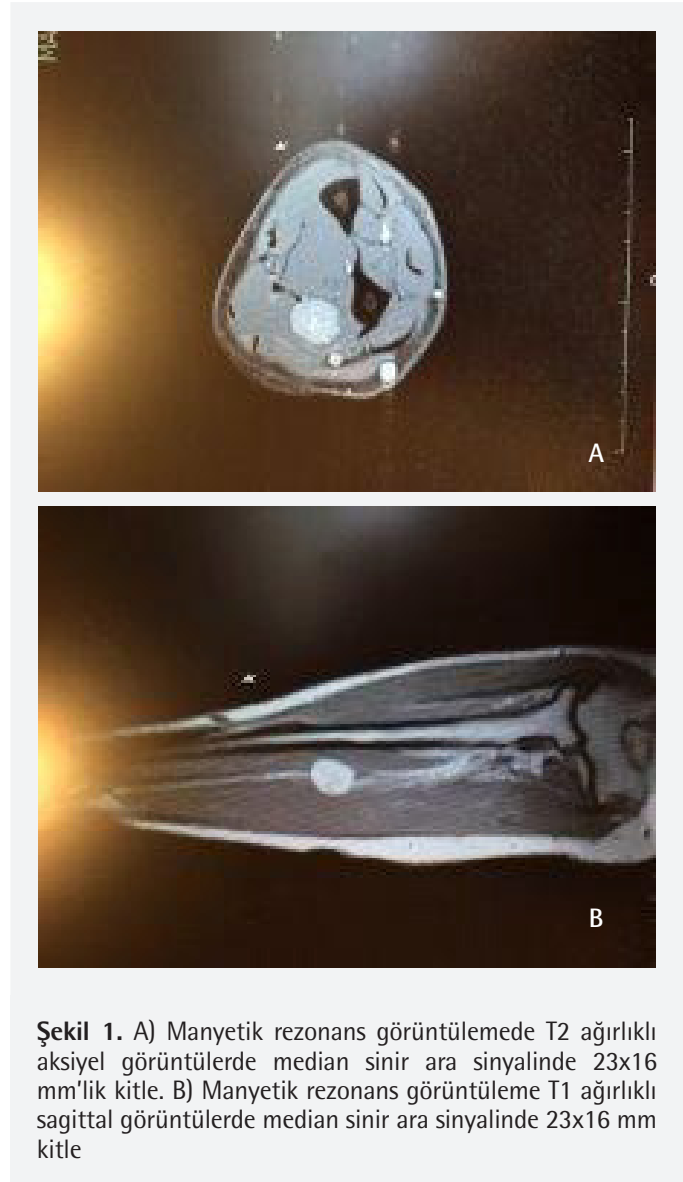
Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra genel anestezi altında pnömatik turnike kontrolü ile opere edildi. Sinir kılıfı açılarak tümör, sinire herhangi bir zarar vermeden tamamen çıkarıldı. Kitle iyi sınırlıydı ve çevre dokulardan kolayca ayırt edilebiliyordu. Kitlenin vasküler paket ve çevre dokulardan ayrıldıktan sonra median sinirden kaynaklandığı ortaya çıktı. Orta derecede sert, sarımsı, iyi sınırlı ve kapsüllü idi (Şekil 2A, 2B, 2C, 2D).

Ameliyat sonrası hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Hasta postoperatif birinci günde şifa ile taburcu edildi. Histolojik sonuç, bol iğ hücreli Antoni A dokusu ve küçük hücreli kalın duvarlı venli Antoni B dokusu içeren Schwannoma idi. İmmünohistokimyasal S-100 boyaması tanıyı destekledi. Hasta tüm şikayetlerinin hemen düzeldiğini bildirdi. İkinci haftanın sonunda tamamen asemptomatik ve günlük aktivitelerine döndü. İki yıllık takip sonunda fizik muayenesi tamamen normaldi ve VAS skoru 0 mm idi.

TARTIŞMA

Periferik sinir kılıfı tümörleri, Schwann hücrelerinden köken alan, iyi huylu ve ilk olarak 1908 yılında Verocay tarafından tanımlanmış tümörlerdir¹. Her yaşta görülebilmeye rağmen en sık 20-50 yaşları arasında görülür ve kadın erkek oranı 2:1'dir⁶. Tüm Schwannom'ların %20'si periferik sinirlerde bulunur². Median sinirin Schwannom'ları tüm el tümörlerinin %0,1-0,3'ünü oluşturur^{7,8}. Schwannom'lar nadiren malign transformasyon gösterirler ve kapsüllü ve iyi sınırlı tümörlerdir. Histopatolojik olarak bifazik patern gösterirler^{3,4}.

Antoni A tipi, fasiküller ve şeritler oluşturan uzun çekirdekli, sıralı iğ şeklindeki hücrelerden oluşur. Antoni B tipi, yayıf



bir miksoid matrisli az sayıda iğ hücreleri içeren hiposelüler alanlardan oluşur. Verocay cisimcikleri olarak adlandırılan paralel çekirdeklerle çevrili oval hücreli alanlar görülebilir. Olgumuzun histopatolojik incelemesinde de Schwannoma ile uyumlu fasiküller ve şeritler oluşturan çekirdekli, ardışık iğ şeklindeki hücrelerden oluşan Antoni A ve Antoni B bölgeleri görüldü.

MRG, tanı ve tedavi planı için uygun bir görüntüleme tekniğidir. T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal yoğunluğu belirgindir ve heterojen, keskin kenarlı kontrast tutulumu vardır. Lezyonun anatomik yerleşimini ve çevre yapılarla ilişkisini gösterir. Ayrıca ultrasonografi, kitlenin katı veya kistik yapısını ayırt etmeye yardımcı olabilir.

Bu tümörlerin ayırıcı tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisi tümörün nörojenik kaynağını ortaya çıkarabilir^{3,4}. Tüm bu



Şekil 2. A) Ön koldaki kitlenin median sinirden kaynaklandığını gösteren lezyonun intraoperatif görünümü. B) Ön koldaki kitlenin median sinirden kaynaklandığını gösteren lezyonun intraoperatif görünümü. C) Tümörün diseksiyonunu gösteren intraoperatif fotoğraf. D) Lezyon çıkarıldıktan sonraki median sinir

yöntemlere rağmen bu tümörlerin tanısı genellikle ameliyat sonrası konulabilmektedir^{1,5}.

Tedavide altın standart, tümörün kaynaklandığı sinir yapısını koruyarak tümörün tamamen çıkarılmasıdır. Eksik rezeksiyonlarda %10 nüks bildirilmektedir¹⁻⁵. Bizim olgumuzda damar-sinir paketinden diseksiyon yapıldıktan sonra tümör künt diseksiyonla sinirden total olarak çıkarıldı.

SONUÇ

Sonuç olarak periferik Schwannom nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Ameliyattan önce teşhisi zordur. Bulgularının karpal tünel sendromu ile birebir örtüşebileceği bir durum olan median sinir Schwannom'u, üst ekstremitelerde atipik ve geçmeyen ağrıların ayırıcı tanısında akılda tutulmalı ve klinisyen tanıyı kaçırmamaya ve gereksiz cerrahi müdahalelerin yapılmamasına özen göstermelidir.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmaya dahil edilen tüm hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Finansal Destek: Çalışma için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Padua L, Pazzaglia C, Insola A, Aprile I, Caliandro P, Rampoldi M, et al. Schwannoma of the median nerve (even outside the wrist) may mimic carpal tunnel syndrome. *Neurol Sci.* 2006;26:430-4.
2. Mersa B, Özçelik IB, Yeşiloğlu N. Isolated intraneural schwannoma of the median nerve. *J Hand Surg Eur Vol.* 2014;39:209-10.
3. Mankin HJ, Mankin KP. Schwannoma: a rare benign tumor of soft tissues. *Musculoskelet Surg.* 2014;98:95-9.

4. Eroglu U, Yakar F, Zaimoglu M, Ozgural O, Kahilogullari G. Median nerve schwannoma. *ANZ J Surg.* 2019;89:1158-9.
5. Aslam N, Kerr G. Multiple schwannomas of the median nerve: a case report and literature review. *Hand Surg.* 2003;8:249-52.
6. Padasali PS, Shankaregowda VS, Kshirsagar SD. Median nerve schwannoma: A case and review of literature. *Asian J Neurosurg.* 2015;10:212-5.
7. Albert P, Patel J, Badawy K, Weissinger W, Brenner M, Bourhill I, et al. Peripheral Nerve Schwannoma: A Review of Varying Clinical Presentations and Imaging Findings. *J Foot Ankle Surg.* 2017;56:632-7.
8. Kütahya H, Güleç A, Güzel Y, Kacira B, Tokar S. Schwannoma of the median nerve at the wrist and palmar regions of the hand: a rare case report. *Case Rep Orthop.* 2013;2013:950106.