

Olgu Sunumu

**Baş Ağrısı ve Nöbet Şikayetiyle Başvuran Hastada Temporal Yerleşimli Kalsifiye
Pilositik Astrositom**

Case Report

**Calcified Pilocytic Astrocytoma Located Temporal Lobe in a Patient With Headache
And Seizure**

**Necati ÜÇLER^{*1}, Tuncay ATEŞ², Mustafa SARI¹, Şeyho Cem YÜCETAŞ¹, Süleyman
KILINÇ¹**

¹Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Adıyaman, Türkiye

²Adana Çukurova Dr. Aşkı Tüfekçi Devlet Hastanesi, Adana , Türkiye

Adıyaman Üniv Sağlık Bilim Derg, 2015; 1(2):122-125

***İletişim Adresi:**

Necati Üçler

Adres: Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Adıyaman,
Türkiye

E-posta: necati_ucler@yahoo.com

Telefon: +90 416 2903842

Faks: +090416 2903842

Özet

Juvenil pilositik astrositom çocukluk döneminde ve genç erişkinlerde görülür. Bu tümörler genelde infratentoryal yerleşimlidir. Yavaş büyür ve malign transformasyon göstermezler. Ağırlıklı olarak posterior fossada yerleşmesi sebebiyle çocuklarda ani ölümlere neden olabilmektedirler. Bizim olgumuz çok sık olmayan bir yerleşimde olması ve klinik prezentasyonu posterior fossadaki yerleşime göre farklı bir bulgu vermesi nedeniyle dikkat çekmektedir. Olgumuz 17 yaşında ve baş ağrısı ve nöbet şikayetiyle başvurmuştur. Radyolojik ve patoloji değerlendirmeleri sonrasında kalsifiye pilositik astrositom tanısı aldı. Çocukluk çağında da nöbeti tetikleyen yapının bir tümöral kitle olabileceği mutlaka akılda tutulmalı ve görüntüleme sistemiyle kitle ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Kalsifiye, Pilositik Astrositom

Abstract

Juvenile pilocytic astrocytoma occurs in childhood and young adulthood. These tumors are usually located infratentorially. They grow slowly and do not show malignant transformation. They can cause sudden death in children mainly due to their posterior fossa localization. Our case has very infrequent localization and different clinical presentation for Juvenile pilocytic astrocytoma. The patient was 17-years old and presented with headaches and seizures. After radiographic and pathological evaluations, the case was classified as calcified pilocytic astrocytoma. Tumors should be kept in mind and should be ruled by the imaging system in childhood seizures.

Keywords: Epilepsy, calcified, Pilocytic astrocytoma

Giriş

Pilositik astrositom çoğunlukla ilk iki dekatta olmak üzere çocuklarda ve genç erişkinlerde görülür (1). Merkezi sinir sisteminin pek çok bölgesinde görülmekle birlikte, en sık görüldüğü lokalizasyonlar optik sinirler optik kiazma-hipotalamus, talamus serebellum beyinsapı, serebral hemisferler, daha nadiren medulla spinalis olabilir (1,2).

Nöroradyolojik olarak sınırları belirgin ve genellikle kontrast tutan bir kitle olarak görünürler. Kistik özellik göstermesi tanıyı kolaylaştırır. Yavaş büyür, stabilize olabilir hatta gerileyebilir. Bu tip tümörlerin belirti ve bulguları primer olarak intrakraniyal basınç artışına,

sekonder olarak serebellar nükleusların ve beyin sapının lokal basısına bağlıdır. Ayrıca beyin omurilik sıvısı dolamını bozarak hidrosefaliye sebep olabilirler. Bizim olgumuz bunlardan farklı olarak nöbet şikayetiyle başvurmuş olup iyi bir nörolojik muayene ve yerinde görüntüleme sonucu tespit edilen pilositik astrositom olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

17 yaş erkek hasta baş ağrısı nedeniyle daha önce bir çok kliniğe başvurmuş olup semptomatik tedavi almış. Hasta daha sonra acil servise nöbet geçirme şikayetiyle başvurmuş. İlk nöbeti olması nedeniyle anti-epileptik tedavi sonrası hastaya beyin bilgisayar tomografisi çekildikten sonra sol temporalde kitle nedeniyle kliniğimizce değerlendiriliyor (Şekil 1).

Yapılan muayenede hasta post ikterik dönemde idi. Hasta cerrahi tedavi amaçlı kliniğimize yatırılmıştır. Çekilen beyin MR da sol temporal yerleşimli yer yer kistik komponentleri olan kalsifiye kitle görünütüsü tespit edildi (Şekil 2). Yapılan EEG sonucu nöbet odağının sol temporal lob olduğu tespit edilmiş olup hastaya operasyon önerildi. Cerrahi materyaline yapılan patoloji incelemesi sonucu kalsifiye pilositik astrositom tanısı aldı. 24 aylık cerrahi sonrası takiplerinde hastada nöbet gelişmedi.



Şekil 1: Beyin BT parankim penceresi. Aksiyel kesitlerde sol temporal lobda kalsifiye pilositik astrositom.



Şekil 2: Beyin MR T2 ağırlıklı aksiyel kesit. Yer yer kitle içi hipointens alanlar mevcut olan pilositik astrositom.

Pilositik astrositom, pleomorfik ksantoastrositom ve gangliogliom supratentoryal kistik neoplazilerin ayırıcı tanısında yer alan ve genellikle mural nodülle karakterize kistik tümörlerdir. Pediatrik olgularda en sık serebellum yerleşimli pilositik astrositom

görülmektedir (3). Optik sinir, kiazma, hipotalamus ve 3. ventrikülün pilositik astrositomu çocuklarda sık görülmektedir. intrasellar veya intrakranial uzanımlı büyük kitleler nadirdir. Bu tip tümörlerin nedeni bilinmemekte olup malign transformasyona geçiş nadirdir (4).

Juvenil pilositik astrositomalar hayatın ilk 2 yılında ve genç erişkinlerde daha sıktır (3). Juvenil Pilositik astrositomaların büyük bir çoğunluğu %80-85 oranında serebellar astrositom olarak görülmektedir (3). İntrakranial basınç artışına bağlı olarak baş ağrısı, bulantı, kusma, irritabilite, ataksi, görme bozuklukları gibi semptomlarla bize başvurabilirler . Ancak bizim olgumuz nöbet şikayetiyle acil serise başvurmuştur. Hastamız fokal epileptik nöbetle başlamış olup görüntüleme yapılarak kitle tespiti sayesinde generalize veya status epileptikus ile de sonuçlanabilecek bir lezyon atlanmasının önüne geçilmiştir. Be nedenle Pilositik astrositomda erken teşhis ve tedavi diğer hastalıklarda olduğu gibi çok önemlidir.

İntrakranial tümörde ani gelişen ölüm oranı yapılan otopsilerde %0.17 ile %0.54 oranında olduğu tespit edilmesine rağmen çocuklarda ve özellikle süt çocuklarında bu oran daha yüksektir (5, 6). Ellison ve arkadaşları teşhis edilmeyen juvenil pilositik astrositoma nedeniyle ani ölüm gerçekleşen 2 olguyu yayınlamışlardır (5).

Bu nedenle geçmeyen baş ağrısı nedeniyle başvuran hastada ayrıntılı bir fizik muayene ve gerekli görülmesi halinde görüntüleme yapılması çok önemli olup malign transformasyon nadir gösterse bile tümöral yapının nöbeti tetikleyebileceği ve bu hastaların geçirebileceği potansiyel epilepsi nöbetleri için cerrahi tedavinin gerekliliğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Barker DJP, Weller RO, Garfield JS. Epidemiology of primary tumors of the brain and spinal cord: a regional survey in Southern England. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 1976;39:290-296.
2. Nelson JS, Parisi JE, Scochet SS. Principles and practice of neuropathology. Mosby, 1993;123-124.
3. Arıca V, Bayaroğulları H, Tutanaç M, Arıca SH, Başarslan F; Arslan TM, Beyoğlu Y. Rotavirüs enteriti nedeniyle yatırılan bir olguda juvenil pilositik astrositom. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2011;1:31-34.
4. Tomlinson FH. Atypia and malignancy in pilocytic astrocytoma of the cerebellum: a clinicopathologic and flow cytometric study. *J Neuropathol Exp Neurol*, 1992;51:331.
5. Ellison D, Love S; Chinnelli L, Harding BN, Lowe J, Vinters HV. eds. Astrocytic neoplasms. In *Neuropathology*; 2nd ed. London, Mosby, 2004;623-640.
6. Abrahams NA, Prayson RA. The role of histopathologic examination of intracranial blood clots removed for hemorrhage of unknown etiology: a clinical pathologic analysis of 31 cases. *Am Diagn Pathol*. 2000;4:361-6.