

# GEBELİKLE SEMPTOMATİKLEŞEN MİKSOPAPİLLER EPANDİMOM

Dr. Ayhan Bölük \*

Özellikle filum terminale kaynaklı miksopapiller varyant olmak üzere, kauda equina bölgesi epandimomlar için en sık lokalizasyondur. Magnetik rezonansa rağmen tanıda gecikme kuraldır. İlk gebelik sonrası semptomatik olan, ikinci gebeliğini takiben opere edilen filum terminale kaynaklı bir miksopapiller epandimom vakası sunulmaktadır. Gebeliğin tumor semptomatolojisi üzerine olan muhtemel etkisi vaka ile birlikte değerlendirildi.

**Anahtar kelimeler:** Miksopapiller epandimom, gebelik

## **Myxopapillary ependimoma and pregnancy**

The cauda equina is the most frequent location for ependymomas, particularly the myxopapillary variant, which generally arises from the filum terminale. Delays in arriving at the proper diagnosis have been the rule. This condition has been improved after the magnetic resonance imaging (MRI). We describe the clinical findings and MR imaging of a case of myxopapillary ependimoma arising in the filum terminale of a pregnant woman. She become symptomatic during after first pregnancy. She was operated after the second pregnancy. The possible mechanisms by which they may become symptomatic during pregnancy are reviewed

\* İnönü Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Nöroloji Anabilim Dalı  
MALATYA / TÜRKİYE

**Key words:** myxopapillary ependimoma, pregnancy

Özellikle filum terminaleden kaynaklanan miksopapiller epandimom olmak üzere epandimomlar için en sık lokalizasyon kauda ekuinadır<sup>1</sup>. Magnetik rezonans görüntüleme tekniği ile giderek artan iyileşme olmakla beraber tanıda gecikme kural gibidir. İki gebelik dönemini takiben kliniğinde bozulma gösteren yaklaşık sekiz yıl sonrası tanı ve tedavi alan bir filum terminale kökenli bir miksopapiller epandimom vakasını değerlendirdik. Gebeliğin tümör semptomatolojisi üzerine etkisi vaka ile birlikte ele alındı.

**Yazışma adresi:**  
Yrd.Doç.Dr.Ayhan BÖLÜK  
İnönü Üniversitesi Tıp  
Fakültesi  
Nöroloji Anabilim Dalı  
Tel: (422) 341 06 60  
Fax: (422) 341 00 36  
44100  
MALATYA

## **VAKA SUNUMU**

30 yaşında ev kadını son iki aydır artan her iki bacakta kuvvetsizlik, bel ağrısı ve bacaklarında uyuşukluk yakınması ile başvurdu. İdrar ve gaita semptomu ve seksüel disfonksiyonu yoktu. Sekiz yıl önce ilk doğumunun on beşinci günlerinde başlayan bacaklarda ağrı ve kuvvetsizlik yakınması ile bir

## Bölük

üniversite hastanesinde " sinir iltihabı " tanısı almış. Dört ay kadar tıbbi tedaviyi takiben yakınmaları iki yıl kadar devam ederek giderek düzelmış. İkinci doğumuna kadar hafif kuvvetsizlik ve buna bağlı yürüme güçlüğü devam etmiş. Başvurusundan on ay kadar önce ikinci doğumunu yaptığı ve doğumu takiben semptomların başladığı ve iki aydır giderek arttığı öğrenildi.

Nörolojik muayenede; motor sistemin değerlendirilmesinde her iki alt ekstremitede sağda daha belirgin olmak üzere kalça, uyluk ve bacak fleksörlerinde % 40-60 kuvvet azlığı vardı. Yürüyüş ancak destekle yapılmaktaydı. Duyu değerlendirilmesinde sakral 3, 4, 5 seviyesinde dermatomal hipoestezi ve sağ Th 12 sol L 1 seviyesi altında seviye veren duyu kaybı vardı. Pozisyon ve vibrasyon derin duyusu; alt ekstremitede sağda ileri derecede azalmış, solda ise alınamıyordu. Anal tonus ve anal refleks korunmuştu. DTR ler solda daha fazla olmak üzere altta azalmıştı.

Tam kan sayımı , kan biyokimyası, idrar, EKG, P.A akciğer grafisi, karın ve pelvik ultrasonografisi normaldi.

EMG de alt ekstremitelerde incelenen tüm L4, L5 ve S1 innervasyonlu kaslarda kronik nörojenik ünit değişiklikleri saptandı. Posterior tibial sinir somatosensoryel uyarılmış potansiyel incelemesinde sağda latans uzaması, solda ise kortikal kayıt alınamıyordu.

MRI ile, Th 12 den L 2-3 arası bölgede geniş intradural tümör tespit edildi. (Resim 1) Lezyon T1 ağırlıklı kesitlerde nöral doku ile izointens dansitede ve gadolinium ile kontrast tutulum özelliği gösteriyordu. T2 ağırlıklı kesitlerde BOS'a göre hipointens dansite idi. L1 de belirgin olmak üzere T 12, L1 ve L2 vertebral cisimlerinde invazyon ve ekskavasyon vardı. Bu ekskavasyon posterior longitudinal ligamenti orta hattan ayırmıştı. Spinal kanal dilate, pedikül ve laminalar incelmışti. MRI anjiografi ek bilgi vermedi.

MRI dan önce alınan kemik dansite ağırlıklı komputerize tomografide aynı mesafede kemikte destrüksiyon yapan hipodens kitle görünümü vardı.



**Resim 1.** Tümörün MRI görüntüsü

T 11- L 3 laminektomi ve grostotal tümör ezeksiyonu yapıldı. Tümörün rostral kısmı filum terminaleyi ateye etmişti. Rezeksiyona rostral polden başlandı. Birkaç santimetrelik rostral uçtan sonra tümör dokusu daha yumuşak ve oldukça hemorajikdi. Tümör yapışık olduğu sinir köklerinden kolayca ayrıldı. Filum Terminale kaynaklı epandimom düşünüldü. Histopatolojik değerlendirme filum terminale orjinli miksopapiller epandimom'un karakteristik özelliklerini göstermekteydi.

Hastanın iki ay sonraki kontrolunda ağrı ve yürüme güçlüğü tama yakın azalmıştı. Derin tendon refleksleri normale yakın ve duyu muayenesinde derin duyular normal sınırlarda idi.

## TARTIŞMA

Myxopapillary epandymoma hemen tamamı filum terminale ve konus medullarisde oluşan farklı özellikte bir gliom subtipidir. Kauda equina bölgesindeki primer tümörlerin yaklaşık %90'nını oluşturur. Oldukça vasküler olan, bu yumuşak doku kıvamlı tümörler, intraselüler musinoz matriksle karakterize papiller pattern gösteren hücresel elemanlardan oluşur<sup>2</sup>. Tipik olarak, sınırları iyi seçilebilen radyolojik olarak intradural ekstramedullar lezyon olarak görülür. T1-ağırlıklı MR kesitlerinde myxopapillary epandimoma homojen ve izointens ve T2 ağırlıklı kesitlerde, homojen ve hiperintens görünüme meyillidir<sup>3-4</sup>.

## Gebelikle semptomatikleşen miksopapiller ependimom

İV gadolinium'u takiben intense kontrastlanma karakteristiktir. Miks sinyal intensli lezyonlar tümörde fokal nekroz, kistik dejenerasyon, veya hemorajiyi gösterir.

Miksopapiller ependimoma yavaş gelişen tümörlerdir, zamanla büyük boyutlara ulaşarak spinal kanalı doldurabilirler. Hastalar tipik olarak diskojenik ağrı benzeri yayılım gösteren bel ağrılı genç erişkin hastalardır. Bacaklarda kuvvetsizlik ve seyrek olarak sfinkter kusuru birlikte olabilir. Magnetik rezonans görüntüleme ile giderek artan iyileşme olmamakla birlikte tanıda gecikme kural gibidir. Seçilecek tedavi cerrahi rezeksiyondur<sup>5</sup>.

Miksopapiller ependimomların davranışı spinal kordun kendisinden veya beyinden kaynaklanan ependimomlarla kıyaslandığında rölatif olarak benîgn tümörlerdir. Lezyon inkomplet rezeke edilirse lokal rekkurens riski vardır<sup>5</sup>.

Sekiz yıl önce ilk doğumu takiben başlayan ve son doğumunu takip eden aylarda artış gösteren klinik, tümör süreci ile gebelik arasında ilişkiyi irdelemeye sevketti.

Gebelik beyin tümörü riskinde artışa yol açmaz. Ancak, gebelik gliyal tümörler, meningiomlar, vasküler tümörler ve hipofizer adenomların biyolojik davranışını etkiler. Bu durum ilk belirtilerin ortaya çıkış zamanı ve semptomların gelişim hızında farklılaşmaya yol açabilir<sup>6</sup>. Gebeliğin farklı peryotlarında tümörler farklı davranış gösterir. Gliomlar ilk trimester, spinal vasküler tümörler üçüncü trimesterde daha sık ortaya çıkar. Meningiomlara rastlanması gebelik süresinin ilerlemesi ile birlikte tedrici artış gösterir. Postpartum dönemde iyileşme vasküler tümörler ve meningiomlarda görülen bir özelliktir<sup>7</sup>.

Gebelik beyin tümörleri davranışında oluşan modifikasyon hormonal değişikliklerle açıklanmaya çalışılır. Progesteron reseptörlerinin meningiomların büyük bir kısmında tespiti ile bu tümörlerin kadınlardaki insidansının yüksekliği ve gebelik sırasında hızlı büyümesi arasında bağlantı kurulmaktadır<sup>8</sup>. Ancak progesteron reseptörlerinin estrogenlere göre fazla rastlanması ile gebelikte ortaya çıkan tümörler arasında kesin bir nedensellik gösterilememiştir<sup>7</sup>.

Bazı araştırmacılar<sup>9</sup> gebelikte artan vücut suyunun, diğerleri ise hormonal fluktuasyonların<sup>10</sup> hücre içi sıvıyı artırarak tümörlerin büyümesine yol açarak biyolojik davranışı değiştirdiğini belirtmektedirler.

Hastamızda her iki gebeliği takiben artış gösteren tümör semptomatolojisi benzer faktörlerle açıklanabilir. Ancak iki gebelik arasındaki çok uzun süre olması ve bu sürede hastanın oldukça stabil kalması tümoral sürecin yavaş gelişimi ve tanıda gecikme ile açıklanabilir.

### KAYNAKLAR

1. Kline MJ, Kays DW, Rojiani AM. Extradural myxopapillary ependymoma: report of two cases and review of the literature. *Pediatric Pathology & Laboratory Medicine*. 1996;16(5):813-22
2. Sonneland PRL, Scheithauer BW, Onofrio BM. Myxopapillary ependymoma: a clinicopathologic and immunocytochemical study of 77 cases. *Cancer* 1985;56:883-93
3. Fine MJ, Kricheff II, Fred D, Epstein FJ. Spinal cord ependymomas: MR imaging features. *Radiology* 1995;197:655-58.
4. Wippold FJ II, Smirniotopoulos JG, Moran CJ, Soujanen NJ, Vollmer DG. MR imaging of myxopapillary ependymoma: findings and value to determine extent of tumor and its relation to intraspinal structures. *AJR* 1995;165:1263-67
5. Clayton Y, Yamada, Gary J, Whitman, Felix S, Chew. Myxopapillary ependymoma of the filum terminale. *AJR* 1997;168:366
6. Weinberg HJ. Demyelinating and neoplastic diseases in pregnancy. *Neuro Clin* 1994 Aug 12;3:509-26
7. Roelvink NC, Kamphorst W, van Alphen HA, Rao BR. Pregnancy - related primary brain and spinal tumors. *Arch Neurol* 1987 Feb 44 : 2:209-15
8. Vaquero J, Marcos MI, Martinez R, Bravo G. Estrogen- and progesterone-receptor proteins in intracranial tumors. *Surg Neurol* 1983;19:11-13
9. Michelsen JJ, new PF. Brain tumor and pregnancy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1969;32:305-07
10. Weyand Rd, Maccarty CS, Wilson RB. The effect of pregnancy on intracranial meningiomas occurring about the optic chiasm. *Surg Clin North Am* 1951;31:1225-33