



OLGU SUNUMU

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2013; 27 (1): 39 - 42
http://www.fusabil.org

Migren Benzeri Başağrısı ile Belirti Veren Koroid Pleksus Papilloması: Olgu Sunumu

Aslıhan BARAN

Hayat Hastanesi,
Nöroloji Kliniği,
Malatya, TÜRKİYE

Koroid pleksus papillomaları; koroid pleksus epitel hücrelerinden köken alan, intraventriküler olarak büyüyen, nadir nöroektodermal tümörlerdir. İntraventriküler tümörlerin çoğu düşük gradeli olup yavaş büyür ve beyin omurilik sıvısı dolaşımını tıkayarak hidrosefali ve kafa içi basınç artışı sendromuna yol açana kadar sinsi seyrederler. Bu nedenle semptom vermeden büyük hacimlere ulaşabilir ve genellikle acil cerrahi müdahale gerektirirler. Bazen de beyin omurilik sıvısı dolaşımını ani tıkararak hastanın hayatını tehdit ederler. Burada, migren benzeri başağrısı ile belirti veren ve erken tanı ile opere olup tam şifa bulan dördüncü ventrikül pleksus papilloması olgusu nedeniyle, beyin tümörlerinde başağrısı ve başağrısında ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Koroid pleksus papillomu, artmış kafa içi basınç sendromu, migren benzeri başağrısı.

Choroid Plexus Papilloma Presenting with Migraine-like Headache; Case Report

Choroid plexus papillomas are rare neuroectodermal tumors that develop from choroid plexus epithelial cells and grow up intraventricular. Most of intraventricular tumors are slow-growing low grade tumors and progress insidiously until they are result in hydrocephalus and increased intracranial pressure syndrome by obstruct to cerebrospinal fluid circulation. Therefore they may grow up to huge volume without symptom and usually require to emergency intervention. They sometimes threaten the life of sufferer by obstructing cerebrospinal circulation suddenly. In this case report, we presented a case of fourth ventricle choroid plexus papilloma presenting with migraine-like headache and reviewed related literature.

Key Words: Choroid plexus papilloma, increased intracranial pressure syndrome, migraine-like headache, red flags in headache.

Giriş

Başağrısı ile başvuran hastalarda primer başağrıların, sekonder nedenlerden ayırt edilmesi önemlidir. Başağrısı olan hastaların çok az bir kısmında beyin tümörü vardır (1). Beyin tümörü olan hastalarda sıklıkla primer başağrılarına benzer özellikte ağrılar mevcuttur (2). Ancak hastayı değerlendirirken başağrısının intrakraniyal tümörlerle ve diğer ciddi intrakraniyal patolojilerle ilişkili olabilecek karakteristiklerini akılda tutmak ve buna göre ileri tetkik planlamak önemlidir (3). Dikkatli bir hikaye ve nörolojik muayene, başağrısı değerlendirmesinde çok önemli bilgiler sağlar. Koroid pleksus tümörleri sıklıkla kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) bulguları ile belirti veren nadir tümörlerdir (4). Literatürde migren benzeri başağrısı ile belirti veren dördüncü ventrikül pleksus papilloması, henüz tanımlanmamıştır.

Geliş Tarihi : 06.01.2013
Kabul Tarihi : 16.04.2013

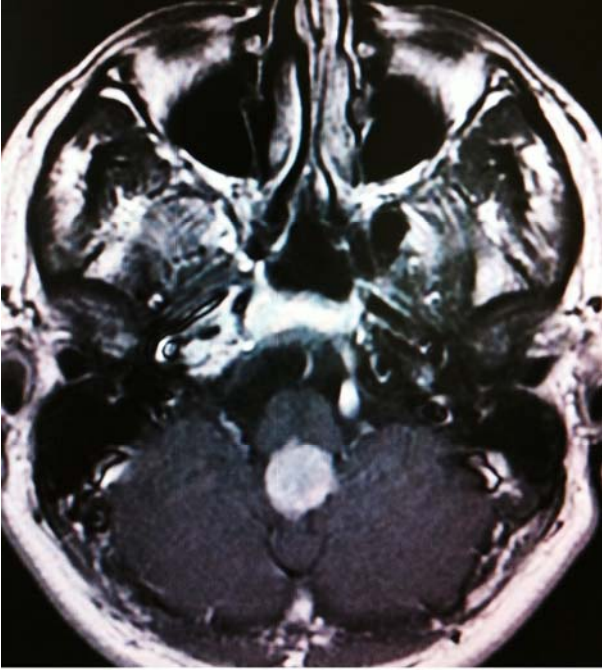
Olgu Sunumu

Başağrısı şikayeti nedeniyle polikliniğimize başvuran 32 yaşında erkek hastanın 1 yıldır şikayetinin olduğu öğrenildi. Başlangıçta haftada bir olan başağrısı, 3-4 aydır haftada iki defa olmaya başlamış. Başağrısı, sürekli başının sol tarafına (frontoparyetal) lokalize, zonklayıcı, zaman zaman bulantının eşlik ettiği, kusmanın olmadığı, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği, auranın olmadığı, 5-6 saat süren, analjeziklere yanıt veren bir ağrı şeklindeydi. Bu başağrısı, Uluslararası Başağrısı Derneğinin 2004 tarihindeki kriterlerine göre aurasız migren ile uyumluydu. Hastanın ayrıntılı sorgulamasında ayrıca 7-8 aydır 2-3 gün arayla sabah uyanırken yine başının sol tarafında, hafif, yaklaşık 10-15 dakika süren başağrısı olduğu öğrenildi. Hastanın nörolojik muayenesi ve göz dibi muayenesi normaldi. Aile öyküsü olmayan, yeni başlayan, son zamanlarda sıklığı artan ve sürekli aynı tarafta olan vasküler tip başağrısı nedeniyle hastaya kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) planlandı. Kraniyal MRG'de dördüncü ventrikül tabanında sistem mangaya yakın 21x19x18 mm boyutta T1A izointens, T2A ılımlı hiperintens, kontrast madde ile homojen yoğun kontrastlanma gösteren lobule konturlu solid yer kaplayıcı lezyon görüldü (Şekil 1 ve 2).

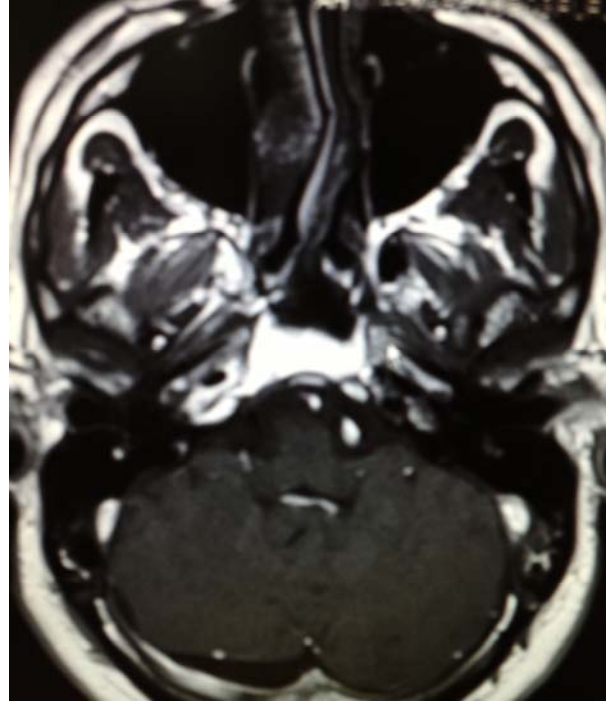
Yazışma Adresi Correspondence

Aslıhan BARAN
Hayat Hastanesi,
Nöroloji Kliniği,
Malatya-TÜRKİYE

aslihan.baran@gmail.com



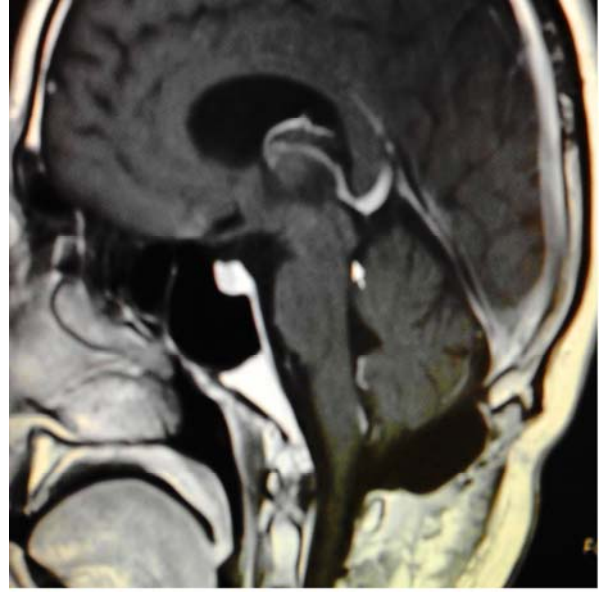
Şekil 1. T1 Aksiyal kontrastlı görüntü



Şekil 3. Post-operatif T1 Aksiyal kontrastlı görüntü



Şekil 2. T1 Sagittal kontrastlı görüntü



Şekil 4. Post-operatif T1 sagittal kontrastlı görüntü

Nöroşirurji polikliniğine yönlendirilen hastaya median supoksipital kraniyotomi ile tümör eksizyonu yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu tümör, koroid pleksus papillomu olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası çekilen kontrol kraniyal MRG'de rezüdü tümör izlenmedi (Şekil 3 ve 4). Hastanın ameliyat sonrasındaki 9 aylık takiplerinde migren benzeri başağrısı ve sabah başağrıları olmadı.

Tartışma

Basağrısı, beyin tümörlerinin başlıca septomlarından biridir. Yapılan çalışmalarda beyin tümörü olan hastaların yaklaşık yarısı ile üçte ikisi kadarında başağrısının olduğu bildirilmiştir (2, 5). Beyin tümörü başağrısı genellikle künt, orta şiddette, tekrarlayıcı, postür değişiklikleri ve fiziksel aktivite ile artan, sabahları

kötüleşen, sıklıkla bulantı veya kusmanın eşlik ettiği bir başağrısı olarak bilinir (5, 6). Forsyth ve Posner'in (2) yaptığı çalışmada 111 beyin tümürlü hastanın %77'sinde gerilim tipi başağrısı, %9'unda migren tipi başağrısı ve %14 oranında diğer başağrısı tipleri bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hastaların %32'sinde başağrısının eğilme ile kötüleştiği ve %40'ında bulantı veya kusmanın olduğu tespit edilmiştir. Tümörün yerleşim yeri, ağrı oluşumu ile ilişkili olabilir. Örneğin arka çukur tümörleri hemisfer yerleşimli tümörlerden daha sık ağrıya neden olurlar (7). Bu durumun, tümörün dördüncü ventrikülde obstrüksiyon yapması sonucu oluşan hidrosefali ve KİBAS nedeniyle olduğu düşünülmektedir (8). Herhangi bir nörolojik belirtisi olmayan hastada ciddi intrakraniyal patoloji oranı oldukça düşüktür. Tsushima ve Endo'nun (1) 306 kronik veya tekrarlayıcı başağrısı olan hastayı retrospektif olarak değerlendirdikleri çalışmada, %1.7 oranında klinik olarak önemli patoloji saptarken, 1985-2003 tarihleri arasında yaptıkları literatür taramasında nörolojik muayenesi normal 1036 başağrısı olan hastada klinik olarak önemli kafa içi patoloji oranını %2.1, 771 komplike olmayan migrenli hastada klinik olarak önemli kafa içi patoloji oranını %0.52 olarak buldular.

Basağrılarının lokalizasyon değeri oldukça düşüktür (9). Ancak özellikle kafa içi basınç artışına neden olmayan supratentorial tümörlerde başağrısının lateralize edici değeri olabilir (10). Görüldüğü gibi benzer tümürlü hastalarda daha çok primer başağrısına benzer başağrılar izlenir. Ancak ağrı karakterindeki değişiklikler, bazı atipik özelliklerin başağrısına eşlik etmesi ileri tetkik incelemelerin planlanması için önemli alarm bulgularıdır. Nöroloji pratiğinde, sekonder başağrılarında kuşkulandırmayı gerektiren bu alarm bulguları, kırmızı bayraklar olarak adlandırılır. Ani ve şiddetli yeni başlayan başağrısı, başağrısının şiddetinde ve sıklığında artış, meningeal irritasyon bulguları, paralizi, ataksi, asimetric pupiller cevap, duyu kaybı gibi fokal nörolojik belirti ve bulguların başağrısına eşlik etmesi, mental durum değişiklikleri, 50 yaş üstünde başağrısının başlaması, kafa travması öyküsü, papilloedem varlığı, başağrısının efor, öksürük ve seksüel aktivite ile artması, sistemik hastalık belirtisi ve bulgularının olması, intrakraniyal hastalık için yüksek risk taşıyan hastalığı olanlarda yeni başlangıçlı başağrısı olması en yaygın kırmızı bayraklardır (3, 11, 12).

İntraventricüler tümörler, derin yerleşimleri, hayati nörovasküler yapılara komşulukları ve beyin omurilik sıvısı (BOS) dolaşımına etkileri nedeniyle intrakraniyal tümörler içinde ayrı bir öneme sahiptir (13). İntraventricüler tümörler, intrakraniyal tümörlerin yaklaşık %0.3-0.7'sini oluşturur ve pediatrik hastalarda çok daha

yaygındır. En sık görüldüğü lokalizasyonlar lateral ventriküller (%50), takiben dördüncü ventrikül (%40) ve üçüncü ventriküldür (%10). İntraventricüler tümörlerin çoğu düşük gradeli olup yavaş büyür ve BOS yollarını tıkayarak hidrosefali ve KİBAS'a yol açana kadar sinsi seyreder, bu nedenle semptom vermeden büyük hacimlere ulaşabilir ve genellikle acil cerrahi müdahale gerektirirler. İntraventricüler tümörler en sık (%73) KİBAS bulguları (basağrısı, bulantı, kusma, papil stazi, vertigo, ataksi, bilinç bozukluğu, yürüyüş bozukluğu ve diplopidir) ile başvururlar (14, 15). Nadiren BOS dolaşımını ani tıkayarak hastanın hayatını tehdit edebilirler. Tümör lokalizasyonu ve çevre yapıların tutulumuna bağlı olarak fokal nörolojik defisitler gelişebilir. Hemipareziyle prezentasyon % 7-27, epilepsiyle prezentasyon %10-16 olarak bildirilmiştir (13).

Koroid pleksus tümörleri, koroid pleksusun nöroepitelial döfleyicilerinden kaynaklanan tüm intrakraniyal tümörlerin %0,4-1,0'ini, bir yaş altındaki çocuklarda görülen beyin tümörlerinin %10-20'sini oluşturan tümörlerdir. Koroid pleksus papillomları, koroid pleksus epitelinden köken alan intraventricüler yerleşimli tümörler olup Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Grade I, koroid pleksus karsinomu ise Grade III olarak sınıflandırılır (4). Bu olguda patoloji sonucu koroid pleksus papillomasi ile uyumlu oldu. Koroid pleksus papillomları, tümör tarafından beyin omirilik sıvı üretiminin artışı, BOS akışının engellenmesi veya bu vasküleritesi yüksek olan tümörlerden proteinöz materyal veya hemorajiye ikincil BOS emiliminin bozulması nedeniyle sıklıkla hidrosefali ve KİBAS bulguları ile klinik belirti verirler (16). Ancak bu olguda hidrosefali ve KİBAS bulguları veya herhangi bir nörolojik defisit yoktu, başağrısı tipik olarak aurasız migren karakterindeydi. Başağrısının sürekli aynı tarafta olması ve hafif sabah başağrısı hastada tespit ettiğimiz atipik bulgularıdır. İntraventricüler tümörlerde, tümör bir pedikül ile ventriküle bağlıysa ventrikül içerisinde hareket edebilir ve aralıklı olarak ventriküler obstrüksiyona da neden olabilirler (16). Bu durum, olgudaki aralıklı başağrısının, aralıklı ventriküler obstrüksiyondan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Koroid pleksus papillomlarında tedavi, cerrahi rezeksiyondur (17). Bu olgu da cerrahi rezeksiyon uygulandı ve başağrılarını tam şifa ile sonuçlandı.

Sonuç olarak; olgu, intrakraniyal patolojilerde primer başağrısına benzer özellikte ağrıların olabileceğini, tümörlerle ve diğer ciddi intrakraniyal patolojilerle ilişkili olabilecek başağrısı özelliklerini akılda tutmanın ve dikkatli nörolojik muayenenin önemini hatırlatmak için sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Tsushima Y, Endo K. MR Imaging in the Evaluation of Chronic or Recurrent Headache. *Radiology* 2005; 235: 575-579.
2. Forsyth PA, Posner JB. Headaches in patients with brain tumors: a study of 111 patients. *Neurology* 1993; 43: 1678-1683.
3. Sobri M., Lamont A.C., Alias N.A., Win M.N. Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *Br J Radiol* 2003; 76: 532-535.
4. Yurdakan GN, Gün BD, Bahadır B, ve ark. Koroid Pleksus Karsinomu: Santral Sinir Sistemi Papiller Tümörlerinde Ayırıcı Tanı. *OMÜ Tıp Dergisi* 2008; 25: 67-71.

5. Suwanwela N, Phanthumchinda K, Kaorophum S. Headache in brain tumor: A cross-sectional study. *Headache* 1994; 34: 435-438.
6. Schankin CJ, Ferrari U, Reinisch VM, et al Characteristics of brain tumour-associated headache. *Cephalalgia* 2007; 27: 904-911.
7. Purdy RA, Kirby S. Headaches and brain tumors. *Neurol Clin* 2004; 22: 39-53.
8. Zabek M. Primary posterior fossa tumours in adult patients. *Folia Neuropathol* 2003; 41: 231-236.
9. Pfund Z, Szapáry L, Jászberényi O, Nagy F, Czopf J. Headache in intracranial tumors. *Cephalalgia* 1999; 19: 787-790.
10. Suwanwela N, Phanthumchinda K, Kaorophum S. Headache in brain tumor: a cross-sectional study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1994; 34: 435-438.
11. Clinch CR. Evaluation of acute headaches in adults. *Am Fam Physician* 2001; 63: 685-692.
12. Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, et al. Does This Patient With Headache Have a Migraine or Need Neuroimaging? *JAMA* 2006; 296: 1274-1283.
13. Orakdöğen M, Karadereler S, Armağan S, Büyükkiraz M, Berkman Z. İntraventriküler Tümörler: 22 Olgunun Değerlendirmesi ve Cerrahi Sonuçları. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2005; 15: 17-24.
14. Abosch A, McDermott MW, Wilson CB: Lateral ventricular tumors. *Operative Neurosurgery*, Churchill Livingstone: 2000.
15. Piepmeier JM, Spencer DD, Sars KJ, George TM: Lateral ventricular masses. *Brain Surgery; Complication avoidance and management*. Churchill Livingstone: 1993.
16. Girish M, Suresh NN, Sachin SB, et al. Choroid plexus tumors: An institutional series of 25 patients. *Neurol India* 2010; 58: 429-35.
17. Mahta A, Kim RY, Kesari S. Fourth ventricular choroid plexus papilloma. *Med Oncol* 2012; 29: 1285-1286.