

Glomus Tümörleri: Tedavi Sonuçları

Yrd.Doç.Dr. Ömer Faruk ÜNAL Yrd.Doç.Dr. Ömer Taşkın YÜCEL Yrd.Doç.Dr. Sarp SARAÇ
Yrd.Doç.Dr. Taner YILMAZ Prof.Dr. Bülent GÜRSEL

ÖZET

Glomus tümörleri, paraganglion hücrelerinden köken alan tümörlerdir ve baş-boyun bölgesinde çok değişik lokalizasyonları olabilir. En sık olarak karotid cisim tümörü, daha sonra sıklık sırasına göre glomus jugulare, glomus timpanikum ve glomus vagale tümörleri görülür.

Glomus tümörlerinde gerek yerleşim bölgelerinin hayati oluşumlara komşulukları, gerekse aşırı damarlanmaları nedeniyle tedavileri dikkat ve tecrübe gerektirir. En iyi merkezde ve en iyi cerrah elinde bile bu tümörlere uygulanan cerrahiler sırasında önemli komplikasyonlar görülebilir.

Burada nadir görülen bu tümörlerden düzenli takipleri yapılmış olan 35'i sunularak, görülebilecek komplikasyonlar ve dikkatli olunması gereken noktalar vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler

Glomus tümörleri
Komplikasyon

Key Words

Glomus tumors
Complications

Glomus Tumors: Outcomes of the Treatments

Glomus tumors originate from paraganglions which are known to be located in different parts of head and neck. The most common glomus tumor is carotid body tumor which is followed in descending order by glomus jugulare, glomus tympanicum and glomus vagale.

Treatment of glomus tumors is quite difficult both because the tumor is neighbouring very important structures and it is highly vascularized. Thus, even in very experienced hands surgical treatment of glomus tumors carry high risk of complications.

In this article, 35 patients with different glomus tumors were presented and treatment alternatives, complications and prognosis were discussed.

KBB Kliniği,
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
ANKARA

G R

Glomus tümörleri bugüne kadar kemodektoma, paraganglioma gibi çok değişik isimler verilmiş olan ve ilk kez 1945 yılında Rosenwasser¹ tarafından tarif edilmiş tümörlerdir. Bu tümörler nöral krest kökenli non-kromafin paraganglion hücrelerinden köken alırlar. Temporal kemikteki varlıkları ilk kez 1941'de Guild² tarafından tarif edilen paraganglionlar baş-boyun bölgesinde çok değişik lokalizasyonlarda yer alırlar. Bu bölgeler arasında karotid cisimciği, süperior ve inferior laringeal paraganglionlar, vagal cisimcik, jugulotimpanik bölge, arkus aorta, burun ve orbita sayılabilir.

Literatürde belirtildiğine göre karotid cisim tümörleri en sık görülen glomus tümörleridir.

Bu tümörü sıklık sırasına göre glomus jugulare, glomus timpanikum, ve glomus vagale izler. Diğer bölgelerde nadiren görülürler.

Glomus tümörlerinde hereditenin önemi vardır. Multisentik görülme oranı %3-%26 arasında bildirilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre 6 kat daha sıklırlar ve genelde benign karakter göstermelerine rağmen %6'ya varan oranda malignansi tariflenmiştir.³ Glomus tümörleri nadiren de olsa katekolamin salgılayabilirler ve cerrahi sırasında çok ciddi hipertansif krizler ile karşılaşılabilir. Bu komplikasyonun önlenmesi için salgı yapıp yapılmadığı katekolamin yıkım ürünü olan Vanil Mandelik Asit (VMA) itrahının ölçülmesi gerekir.⁴

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde Glomus tümörü tanısıyla tedavi edilen 35 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Olguların preoperatif şikayetleri, klinik ve od-yolojik bulguları, uygulanan cerrahi teknik, cerrahi komplikasyonları ve 2 yıllık tedavi sonuçları değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların 28'i (%80) kadın, 7'si (%20) erkektir. Hastaların yaşları 11 ile 68 arasında değişmekte olup ortalama 40.1 dir. Hastaların başvurdukları şikayetleri sıklık sırasına göre pulsatil tinnitus, işitme azlığı, ağrı, boyunda kitle, denge-sizlik, kulak akıntısı ve fasial paralizi olmuştur (**Tablo 1**).

Hastaların tümüne tam bir kulak burun boğaz muayenesi ve od-yolojik inceleme yapılmıştır. Radyolojik olarak ilk yıllarda venografi veya arteriografi yapılırken; teknolojik gelişmelere paralel olarak son yıllarda CT, MRI ve dijital substraksiyon anjiyografi ve/veya MRI anjiyografi yapılmıştır. Klinik tetkiklerde en önemli bulgular pulsatil timpanogram, kulak zarını iten pembe mor renkli kitle görülmesi, boyun kitlelerinden üfürüm duyulması, kitlenin sağa sola mobil olup aşağı yukarı hareket etmemesidir. Hastaların tümünün 24 saatlik idrarlarında VMA asit düzeyleri ölçülmüş anormal bulgu hiçbir hastada saptanmamıştır.

Beş hastada başlangıçta kranial sinir paralizileri belirlenmiştir. Bunlar sırasıyla (VII,XII), (IX,X,XII), (IX,X,XI,XII), (X,XI) ve (VII) kafa çiftleri paralizileridir.

Çalışmadaki hastaların 16'sında glomus jugulare, 10'unda glomus timpanikum, 3'ünde tek

tarafli ikisinde çift tarafli olmak üzere 5 hastada glomus karotikum, ikisinde glomus vagale tespit edilmiştir. Bir hasta fasial paralizi nedeniyle tetkik edilip boyundan kitle eksizyonu yapıldı. Daha sonra fasial siniri saran glomus olduğu görüldü.

Hastalara uygulanan cerrahi yaklaşımlar **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Bir hastada çok ileri tümör nedeniyle primer tedavi olarak radyoterapi uygulanmış, 4 hastada ise cerrahiye radyoterapi eklenmiştir.

Beş hastada kontrollerde rekürrens tespit edilmiş, bu hastaların tümüne tekrar cerrahi uygulanmıştır. Tedaviye radyoterapi eklenen hastalar cerrahi sırasında subtotal kitle eksizyonu yapılmış hastalardır ve bunlarda radyoterapiden yarar sağlanmıştır.

Yalnız bir hasta cerrahi sırasında karotis rüptürü ardından koma ile kaybedilmiştir. Üç hastaya fasial paralizi nedeniyle 7-11 lateral anastomozu yapılmıştır. Bu hastalardan birisinde ameliyat bulgusu olarak fasial siniri saran kitle, diğerinde ise fasial sinirde ileri derece atrofi mevcuttu.

Önemli cerrahi komplikasyonlar **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Glomus tümörleri baş-boyun bölgesinde çok yaygın olarak bulunan non-kromafin paraganglion hücrelerinden gelişir. İlk kez 1941'de Guild² tarafından histolojisi, 1945 yılında Rosenwasser¹

TABLO 1. Hastaların başvuru sebepleri

ŞİKAYET	HASTA SAYISI
Tinnitus	31
İşitme azlığı	27
Ağrı	11
Dengesizlik	8
Boyunda kitle	6
Fasial parezi	2
Kulak akıntısı	2

TABLO 2. Hastalara uygulanan cerrahi yaklaşımlar

Yaklaşım yolu	Hasta sayısı
Eksploratris timpanotomi	8
Timpanomastoid	10
Boyun + timpanomastoid	8
Boyun	8

TABLO 3. Cerrahi komplikasyonlar

Komplikasyon	Hasta sayısı
Eksitus	1
Kranial sinir paralizi/parezi ^{7,10,12}	10
İşitme kaybı	3
Menenjit	1

tarafından tümörleri tarif edilen paraganglia, nöral krest kökenli olup, baş-boyunda karotid ve vagal cisimlerde, juguler ven çevresi, timpanik kavite, nazal boşluk, nazofarinks ve orbitada bulunurlar. Paraganglialardan gelişen glomus tümörleri genelde yavaş büyürler ve köken aldıkları bölgeye has semptomlar verirler. Yavaş büyümeleri nedeniyle ilk şikayetlerden tanı konana kadar geçen süre çok uzun olabilir. Alford ve Guilford⁵ bu süreyi ortalama 6 yıl (6 hafta-42 yıl) olarak bildirmişlerdir. Tanıyı koymada pulsatil tinnitus, iletim tipi işitme azlığı, kranial sinir bulguları, kulak akıntısı, boyunda kitle önemli yer tutar.⁶ Bizim hastalarımızda ise glomus jugulare ve glomus timpanikumda pulsatil tinnitus, glomus vagale ve glomus karotikumda ise boyunda kitle ilk şikayetler olmuşlardır.

Glomus tümörleri nadiren de olsa katekolaminler salgılayabilirler ve eğer salgılarına intraoperatif ciddi hipertansif sorunlar oluşturabilirler. Bu nedenle preoperatif olarak katekolamin yıkım ürünü olan VMA değerleri ölçülür.⁴ Kliniğimizde bu ölçümlerde hiçbir hastada yüksek VMA değerleri bulunmamıştır.

Glomus tümörleri tedavisinde değişik yaklaşımlar sözkonusudur. Bunlar sırasıyla hiçbirşey yapmamak, radyoterapi veya embolizasyon gibi palyatif yaklaşımlar, cerrahi ve/veya cerrahi ile başka bir tedavinin kombinasyonu gibi küratif yaklaşımlar olarak sayılabilir.⁷ Yaşı çok ileri olan hastalarda zaten tümörde çok yavaş büyüdüğü için hiçbirşey yapmadan beklemek hasta açısından daha iyi olabilir. Radyoterapinin glomus tümörlerine etkisi de tartışmalıdır. Ancak çoğunluk radyoterapinin küratif değil ancak progresyonu durdurucu bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Radyoterapi sonrası radyolojik incelemelerde kitlenin sebat ediyor olması da her zaman tümör lehine düşünülmemelidir. Bu görünüm fibrozise uğramış kitle lehine değerlendirilmelidir diyen yazarlar vardır.⁸

Glomus tümörlerinde cerrahinin yeri önemlidir. Bugüne değin özellikle jugulotimpanik bölgenin tümörlerinde çok değişik cerrahi yöntemler tariflenmiştir. Glomus karotikum veya vaglede ise

TABLO 4. Glasscock Jackson klasifikasyonuna göre Glomus tümörlerine yaklaşım

Glomus Timpanikum	
Klas 1	Transkanal
Klas 2,3,4	Ekstended fasial reses
Glomus Jugulare	
Klas 1,2	Kafa kaidesi yaklaşımı
Klas 3,4	Modifiye infratemporal yaklaşım

cerrahi boyundan kitle eksizyonu şeklindedir. Glomus jugulare ve timpanikumda ise tümör yaygınlığına göre cerrahi yaklaşım değişiklik gösterir⁷ (**Tablo 4**).

Kliniğimizde hastalara öncelikle cerrahi tedavi uygulanmıştır. Transservikal-transaural kombine yaklaşım ayrıntılı olarak tarif edilerek 1977 yılında kliniğimizde uygulanmıştır.⁹ Bir hastada çok ileri tümör nedeniyle primer radyoterapi verilmiş, rezidiv kitlesi olanlara radyoterapi eklenmiştir. Dört hastamızda preoperatif olarak embolizasyon veya sklerozan madde enjeksiyonu yapılmıştır. Ancak sayı azlığı nedeniyle bunların sonuçlarını karşılaştırmak mümkün değildir.

Glomus tümörlerinde yerleşim yeri, önemli anatomik yapılara komşuluk cerrahi sırasında önemli komplikasyonlar oluşmasına yol açar. Bunlar arasında önde gelenler santral nörolojik problemler, kranial sinir paralizleri, işitme kayıpları, kanama sayılabilir. Sunulan 35 hastanın 15'inde cerrahi ciddi komplikasyonlar gelişmiş olması da ne kadar dikkatli olunması gerektiğinin en önemli göstergesidir.

Sonuç olarak glomus tümörleri tanı ve tedavisinde dikkatli davranmayı gerektiren özellikli tümörlerdir; dolayısıyla en uygun tedavi seçilmeli ve komplikasyonlarla karşılaşılabilen hiçbir zaman gözardı edilmemelidir.

Yazışma Adresi:

Dr. Ömer Faruk ÜNAL
 Kuşu Çıkmaşı B-31/2 Bilkent Çamlık Sitesi, 06530 ANKARA
 Tel : 0 312 266 60 33
 Faks : 0 312 311 35 00
 e-mail : ofunal@tr-net.net.tr

KAYNAKLAR

1. Rosenwasser H. Carotid body tumor of the middle ear and mastoid. Arch Otolaryngol 1945; 88:53-60.
2. Guild SR. The glomus jugulare: a nonchromaffin paraganglion in man. Ann Otol Rhinol Laryngol 1953; 62:1045-71.

3. Hoşal İN, Gürsel B, Ceryan K. Bilateral dumbell carotid body tumor. The Turkish J Cancer 1981; 11:55-62.
4. Schwaber MK, Glasscock ME, Jackson SG. Diagnosis and management of catecholamine secreting glomus tumors. Laryngoscope 1984; 94:1008-15.
5. Alford BR, Guilford FR. A comprehensive study of tumors of the glomus jugulare. Laryngoscope 1962; 72:765-87.
6. Spector GJ, Ciralsky RH, Ogura JH. Glomus tumors in the head and neck: Analysis of clinical manifestations. Ann Otol 1975; 84:73-9.
7. Jackson CG, Glasscock ME, Nissen AJ. Glomus tumor surgery: The approach, results and problems. Otol Clin North Am 1982; 15:897-915.
8. Muhlarji SK, Kasper ME, Tart JR. Irradiated paragangliomas of the head and neck: CT and MR appearance. AJNR 1994; 15:357-63.
9. Kaya S, Gürsel B. Temporal kemik erozyonu yapan tümörlerin tedavisinde uygulanan yeni bir cerrahi metod. 14. Türk Milli ORL Kongre tutanakları. 1979; 187-95.