Göztepe Tıp Dergisi 24(2):88-91, 2009 **ISSN 1300-526X**

OLGU SUNUMU *Jinekoloji*

30 haftalık gebede fibriller astrositoma nedeni ile sol parietal kraniotomi

Erdem ÖZERDEN (*), Hatice YILMAZ (*), Lale TÜRKGELDİ (*), Necdet SÜER (*)

SUMMARY

Left parietal craniotomy due to fibrillary astrocytoma in 30 week pregnant

Brain tumors are the fifth most common reason of cancer related deaths in women between the ages of 20 and 29 (1). However, very rarely do obstetricians and brain surgeons encounter brain tumors during pregnancy in their daily practice. A diagnosis of brain tumor is a very distressing situation for the patient, especially when this patient is expecting to become a mother. A specific multidisciplinary diagnostic and therapeutic approach is needed for the optimal care of these patients. In this case report, we present a patient diagnosed with fibrillary astrocytoma of the brain at the 12th gestational week who underwent craniotomy at the 30th gestational week due to a rapid onset hemiplegia following sudden hemorrhage within the tumor. We also present the successful follow-up of the pregnancy until the 39th week with a discussion of brain tumors during pregnancy.

Key words: *Pregnant, fibrillary astrocytoma, craniotomy*

Anahtar kelimeler: *Gebe, fibriller astrositoma, kraniotomi*

Beyin Tümörleri 20-29 yaş grubu kadınlarda kanser ile ölümlü olguların sıralamasında 5. sırada yer alır [1]. Ancak günlük pratiklerinde gebelikte İntrakranial tümörlere, Beyin Cerrahlarıda, Obstetrisyenlerde nadiren raslarlar. Özellikle anne olmayı bekleyen bir hasta için beyin tümörü teşhisi emosyonel olarak üzücü ve yıkıcıdır. Bu hastaların bakımı spesifik diyagnostik ve terapötik yaklaşım gerektirir ve problemlere ancak multidisipliner bir ekip tarafından en iyi şekilde yaklaşılır.

Bu olgu sunumunda gebeliğin yaklaşık 12. haftasında tesbit edilen ve nörolojik semptomları tolere edilebilen bir Fibriller Astrositoma vakasının 30. haftada ani tümör içi kanaması sonrası gelişen hemipleji nedeniyle kraniotomi yapılması, bu arada gebeliğinin kontrollu olarak takibi, iyi seyreden obstetrik bulgular nedeniyle gebeliğin viabilite şartlarında 39. haftada Sezaryen Sectio ile sonlandırılması ve gebelik ile beyin tümörleri ilişkisi çeşitli yönleri ile tartışılmaktadır.

OLGU

25 yaşındaki hasta Bayan S.B. (G1P0A0Y0) daha önce bilinen sistemik hastalığı yokken, 13-14. gebelik haftalarında sağ kolunda titreme, uyuşma ve jeneralize tonik-klonik kasılma şikayetleri ile Beyin Cerrahisi aciline başvurmuştur. Yapılan kranial MRI Spektroskopik incelemede kolin düzeyinde artış ve NAA miktarında belirgin azalma,sol parietal lob korteksinde neoplastik lezyon tanımlanmıştır. Sol parietalde shift etkisi ve belirgin ödem oluşturmayan kitlesel lezyonun düşük grade'li olduğu kabul edilerek 2x400 mg Tegretol önerisi ile taburcu edilmiştir. Gebelik 29 haftalık iken çekilen MRI'da santral sulkusun anteriorunda, nodüler, 18 mm çapında bir komponenti bulunan, infiltratif sınırları serebral paranşimadan net olarak ayırd edilemeyen kitle tesbit edilmiştir. Sağ üst ve alt ekstremitede kuvvet kaybı nedeniyle tekrar yatırılan hasta hemipleji gelişmesi üzerine tümör içine ani kanama ön tanısı ile acilen opere edilerek,

Geliş tarihi: 11.11.2008
Kabul tarihi: 12.04.2009
S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği*

sol parietal kraniotomi ile kitle içi hematom boşaltılmış, kitlenin total eksizyonu sağlanmıştır. Tegretol 2x400 mg ve Decort 4x0.5 mg tedavisi devam eden hastanın aşırı bulantı ve kusmaları üzerine yapılan MRI'de acil girişim gerektirecek bir durum tesbit edilmemiş,1x2 ampul Pantpas I.V. ve 1 ampul Pantpas (=40 mg Pantoprazol) infüzyonla ve Antepsin süspansiyon 6x2/gün dozunda tedavi uygulanmıştır.

Hastanın gebeliğinin takibi fetal kardiyotokografi ile yapılmış bebek hareketleri iyi, NST reaktif, uterin kontraksiyonların olmadığı tesbit edilmiştir. Yapılan obstetrik dopler muayenesinde gebeliğin SAT ile uyumlu büyüme gösterdiği, amnion sıvısının normal miktar ve ekojenitede olduğu, Umblikal Arter RI:0.58 olup akım formu tabii, normal diastolik akım, Sağ Uterin Arter RI:0.43, Sol Uterin Arter RI:0.35 olup her iki uterin arterde minimal belirginlikte erken diastolik çentik olduğu saptandı. MCA/UA pulsatilite indeksi >1 olup normal sınırlardaydı.

Operasyon piyesinin patoloji değerlendirmesinde Fibriller Astrositoma, Grade II (WHO2007) Oligodendroglioma benzeri alanlar içeren Astrositoma olarak geldi.

Fizik-Tedavi kas güçlendirici ekzersizlere başlanan hasta post-op 20. günde genel durumu iyi, koopere, oriente, pre-op sağ hemiplejisi şimdi. 4/5 kas gücüne erişmiş ve iyi obstetrik bulgularla haftalık kontrollar ile taburcu edildi. SAT'ne uyumlu olarak komplikasyonsuz büyüyen gebelik anne ve fetüs için en uygun zaman olarak seçilen 39.'uncu haftada programlı Sezaryen Sectio ile sonlandırıldı. 3810 gr ağırlığında, Apgar değerleri 5 ve 7 olan canlı erkek yenidoğan doğurtuldu. Post-op dönemi normal seyreden hasta ve yenidoğan 5. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Beyin tümörleri gebelikte nadirdir. Popülasyon tabanlı bir epidemiyolojik çalışmada 15-44 yaş arası kadınlarda gebelikte teşhis edilen beyin tümörü sayısı, genel popülasyonla karşılaştırıldığında beklenenden daha küçüktür [2]. Observe edilen beyin tümörlerinin beklenen beyin tümörlerine oranı 0.38'dir.

Beyin tümörlerinde Spontan Abortus oranı yüksek olarak rapor edilmekte olup, bunun hipotalamus'un aracı etkisinden ve hormonal faktörlerden olduğu sanılmaktadır [3]. Bazı tümörlerin özellikle Meninjiomaların hormonal ilişkisi tartışmasızdır. Schöenberg ve ark. Meme kanserli kadınlarda artmış oranda Meninjiomaya raslamışlardır [4]. Bu yüzden gebelikle eşlik eden sex hormonlarının artmış serum seviyeleri bazı tümörlerin büyümelerinden sorumlu tutulmaktadırlar.

Serum Progesteron seviyelerinin SSS tümör semptomları ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Ancak semptomların sadece geç gebelikte görülmesi yalnız Progesteron ile ilişkilendirilemeyeceğini göstermektedir. Bazı yazarlar tümörün sıvı kontentinin artmasının tümörün büyümesine yol açtığını iddia ederlerken, bazıları hormonal fluktuasyonların intra selüler sıvı retansiyonuna yol açtığı ve hücresel dimensiyonun artışı ile tümörün büyüdüğünü iddia ederler. Diğer beyin tümörlerinde de observe edilmesine rağmen özellikle meninjiomalarda sex steroid reseptörleri (ER<PR) tesbit edilmişlerdir. Lee ve ark. 17 meninjioma olgusunun 14'ünde Progesteron reseptörü seviyesini yüksek bulmuşlardır [5]. Bizim olgumuzda Estrojen ve Progesteron reseptörleri fokal zayıf olarak pozitif bulunmuştur. Estrojen ve Progesteron reseptörlerinin bazı menenjioma olgularında yüksek bulunması, tümör büyümesini hızlandırdığı şeklinde yorumlanabilir. Fakat bu reseptörlerin hormonlara spesifik olmadığı tartışmalarıda halen devam etmektedir.

Hemoraji hastanın prognozunu kötüleştiren ciddi bir komplikasyondur. İlerleyen gebelik haftalarında serebral hemoraji riski, hipertansiyon, vasküler rezistansın artması gibi gebeliğin hemodinamik değişikliklerine bağlı olabilir.

Baş ağrısı, Mental durum değişikliği ve konvülziyonlar gebelik eklampsisi olgularındada görülebilir ve intrakranial tümör hemorajisinden ayırd etmede güçlük çekilebilir. Klinik manifestasyonların ışığı altında gliomaların daha ziyade 1. ve 2. trimestrde görüldüğü, menenjiomaların geç gebelik haftalarında arttığı ve postpartum remisyona girdiği, vasküler tümörlerin doğumdan sonra arttığı söylenebilir.

Low-grade Astrositoma ve Oligodendroglioma; nonspesifik semptomlar (bulantı, başağrısı) veya konvülziyonlarla genç, nörolojik olarak normal yetişkinlerde sıklıkla görülür. Low-grade Astrositoma'lar bütün glioma vakalarının yaklaşık % 20'si kadardır [6].

Teşhis en iyi MRI ve CT ile yapılır. Olgumuzda 14'üncü haftada yapılan MRI Spektroskopik incelemede kolin düzeyinde artma, NAA miktarında belirgin azalma ve sol parietal lob korteksinde tanımlanan lezyonun neoplastik olabileceğini düşündürmüştür. Sol parietalde shift etkisi oluşturmayan, belirgin ödem oluşturmayan kitlesel lezyon olup, Noroloji konsültasyonu sonrası 2x400 mg Tegretol başlanılıp tümörün düşük grade'li olduğu kabul edilerek kontrol altın da tutulmak üzere taburcu edilmiştir. 29 haftalık gebe iken yapılan MRI'de santral sulkusun anteriorunda, nodüler 18 mm çapında bir komponenti bulunan, infiltratif sınırları serebral paranşimadan net olarak ayırd edilemeyen kitle lezyonu tesbit edilmiştir. Sağ alt ve üst ekstremitede plejiye yakın paratik durum tesbit edilen hasta yatırılarak 2x400 mg Tegretol, 4x0.5 mg Decort ile tedavi edilirken, tümör içi kanama olduğu düşünülerek acil ameliyata alınmış sol parietal kraniotomi ile kitle içi hematom boşaltılmıştır.

Düşük grade'li Astrositomaların önemli bir özelliği daha kötü bir prognozu olan agresiv grade'li tümörlere dönüşümüdür. Bu lezyonların tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Kraniotomi gebelikte güvenle uygulanabilmesine rağmen klinik tecrübeler düşük grade'li astrositomalarda nadiren gerekli olduğudur. Ancak serebral ödeme bağlı olarak intra kranial basıncın artması veya tümör içine kanama gebelik tamamlanmadan kraniotomiyi zorunlu kılar. Kortikosteroid kullanımı serebral ödemi azaltarak remisyona yardımcı olduğu gibi, gebelikte fetal matüriteyi ve özellikle fetal akciğer matüritesini artırırlar. Ancak uzun süre steroid kullanımı annede GIS kanaması riski ve fetüste fetal adrenal supresyon ve neonatal hipoadrenalizm'e neden olabilir [7].

Antikonvülzanların yan etkisi sık değildir. Konvülziyonların maternal ve fetal hipoksi ve asidozu artırdığı düşünülürse, gebe hastalarda özelikle intrakranial hipertansiyonu olanlarda proflaktik veya terapötik olarak kullanılmalıdırlar [8].

Serebrospinal sıvı basıncı (ICP) değişiklikleri normal doğumda iyi dökümante edilmiştir. Sağlıklı kadınları kapsayan bir çalışmada ortalama serebrospinal sıvı basıncı yükselmesi doğumun 1. safhasında 53 cm H_2O, doğumun 2. safhasında 70 H_2O olmaktadır. Sağlıklı bireylerde ICP'deki bu dramatik artış problem yaratmaz isede, baseline değeri yüksek ICP'li hastada nörölojik bulgular ve serebral herniasyon riski taşır. Bu nedenle ICP yüksekliğinde normal spontan doğum kotrendikedir. Yine epidural anestezi ve lumbar ponksiyon serebral herniasyon riski nedeni ile yapılmamalıdır. Genel anestezi altında Sezaryen Sectio tavsiye edilen yöntemdir. Artmış ICP'li hastada Hipertansiyon kompansatuar bir cevap olup, serebral perfüzyonu azaltarak serebral iskemi yapacak kadar kan basıncı düşürülmemelidir. Pre, İntra ve Post op dönemde IV fazla hidrasyon (özellikle Dextrose'dan kaçınmalı) yapılarak serebral ödem riskini artırmamalıdır [9].

SONUÇ

Gebelikte Beyin tümörlerinin tedavisi bireyselleştirilmeli, cerrahi endikasyon teşhis sırasında intrakranial patoloji, gebelik yaşı ve annenin arzusu gibi kriterler göz önüne alınarak multidisipliner bir yaklaşımla verilmelidir. Eğer gebeliğin 1. trimes-

trinde teşhis edilmiş vizüel ve nörolojik bulguları olmayan küçük bir tümorden bahsediliyorsa cerrahi gebeliğin bitimine bırakılabilir. Eğer hastanın kondüsyonu kötüleşiyorsa cerrahi uygulamalıdır.

Yazıda kullanılan kısaltmalar: ER:Estrojen reseptörü, PR:Progesteron reseptörü, NAA: N-Asetil Asetat

KAYNAKLAR

1. Charles B. Stevenson, Reid C.T Homson: The clinical management of intracranial neoplasms in pregnancy. Clinical Obstetrics and Gyneco 48(1):24-37.
2. Haas JF, Janisch W, Staneczec W. Newly diagnosed primary intracranial neoplasms in pregnant women: a population based assessment. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1986; 49:674-80.
3. Roelvink CA, Kamphorst W, van Alphen HAM, Rao BR. Pregnancy related primary brain and spinal tumors. Arch Neurol 1987; 209-15.
4. Schoenberg BS, Christine BW, Whisnant JP. Nervous system neoplasms and primary malignancies of other sites. The unique association between meningiomas and breast cancer. Neurology 1975;25:705-12.
5. Lee LS, Chi CW, Chang TJ, Chou MD, Liu HC. Steroid hormone reseptors in meningiomas of Chinese patients. Neurosurgery 1989;25:541-5.
6. De Angelis LM. Central nervous system neoplasms in pregnancy. Adv Neurol 1994;64:139-152.
7. Biggs JSG, Allan JA. Medication and pregnancy. Drugs 1981;21:69-75.
8. Kochenour N, Emery MG, Sawchuh RJ. Phenytoin metabolism in pregnancy. Obstet and Gynecol 1980;56:577-82.
9. Marx GF, Zemaitis MT, Orkin LR, et al. Cerebrospinal fluid pressures during labor and obstetrical anesthesia. Anesthesiology 1961;22:348-354.