

III. Ventrikül Kolloid Kisti

Ender KORFALI*
Kaya AKSOY**
İmran SAFİ***
Oktan EROL****

ÖZET

III. Ventrikülün kolloid kistleri benign tümörlerdir. Bütün beyin tümörlerinin % 0.5'ini içerirler. Bening natürde olmalarına rağmen III. ventrikülden lokalizasyonları dolayısıyla unilateral veya bilateral Foramen Monro'da blok yapımlarıyla intrakranial basınç artma bulgularına sebep olabilirler. Kompüterize tomografi ile tanımlanan ve total olarak transkolozal girişim ile çıkarılan bir vaka takdim edildi.

SUMMARY

Colloid Cyst of Third Ventricle

Colloid cyst are benign tumours of the third ventricle and comprise only 0.5 % of all brain tumours. Although they are benign in nature they may nevertheless give symptoms by blocking the Foramen Monro unilaterally or bilaterally and cause increased pressure signs because of their location in the third ventricle. We are presenting a case which was diagnosed by computerized tomography and operated and removed completely by transcollosal approach.

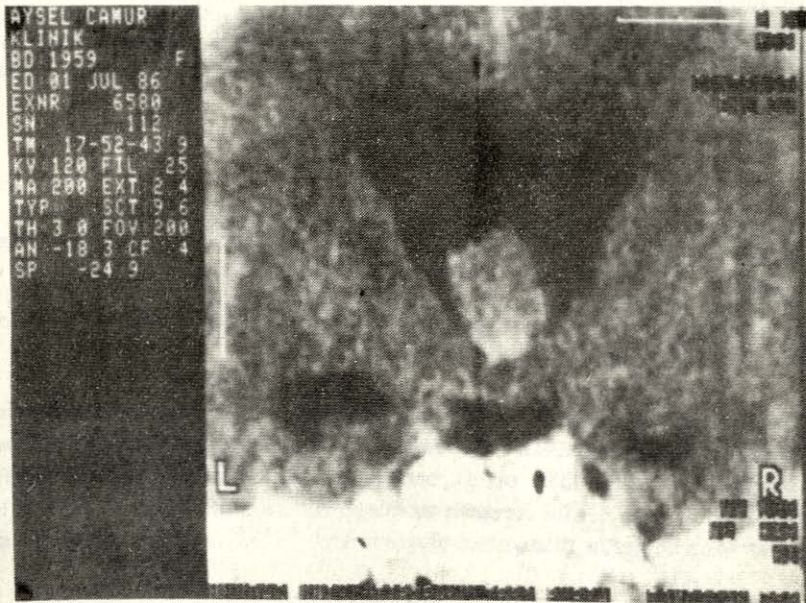
Kolloid kistler genellikle III. ventrikülden yerleşir, bütün beyin tümörleri içinde % 0.5 oranında bulunan nadir lezyonlardır. Parafizial ve nonepitelial kist olarak adlandırılırlar^{1.2.3}. Histolojik olarak benign natürde olmalarına rağmen yerleşim yeri nedeni ile bir veya her iki foramen monroyu zaman zaman veya devamlı tıkayarak, lateral ventriküllerde dilatasyon oluştururlar^{1.3.4.5}. Kolloid kistler ilk defa

* Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı
** Yard. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı
*** Araştır. Gör.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı
**** Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı

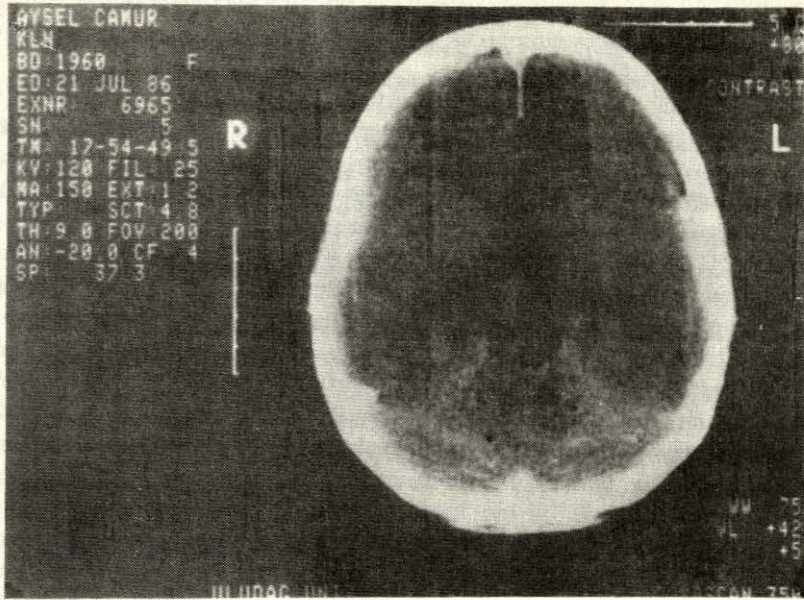
1858'de Wallmann tarafından bildirilmiş ve 1931'de Dandy, 1948'de Bull ve Suthon tarafından ventrikülografi ile gösterilmişlerdir. Bull ve Suthon lezyonun tanısında ventrikülografi ve anjiografinin önemini ortaya koymuşlardır. Komputize tomografi'nin (KT) kullanıma girmesi ile tanı kolaylıkla konulmaktadır^{1.2.4}. Kistin orijini hakkında değişik görüşler mevcuttur. Sjoval kistin parafizin kalıntısından oluştuğu görüşündedir. Ayrıca diensefalik epandimal keseler, koroid pleksus veya nöroepitelyal orijinde bazı yazarlar tarafından kabul edilmektedir^{1.4.5.6}.

OLGU: 27 Yaşında, Kadın hasta, A.Ç.

Bir hafta önce başlayan şiddetli baş ağrısı ve bulantı yakınmaları ile yatırıldı. Bilateral papil stazı dışında nörolojik defisit tesbit edilemedi. Çekilen koroner, aksiyal ve sagittal kranial KT'lerinde III. ventrikül içinde izodens 1x1 cm'lik küçük kısmı hafif kontrast tutan lezyon ve obstrüksiyona bağlı yan ventriküllerde ileri derecede genişleme tesbit edildi (Resim 1). Transkolozal girişimle jel kıvamında kistik yapı ihtiva eden kitle total olarak çıkarıldı. Operasyon sırasında foramen monroların tam açıldığı görüldü. Postoperatif nörolojik defisiti olmadan taburcu edilen hastaya epileptik atak nedeni ile Difenilhidantoin 300 mgr./Gün başlandı. Histopatolojik incelemede lümeni yer yer psedostrofiye yer yer tek katlı kolumnar epitel ile döşeli ve parçalanmış ince fibröz kist duvarı ve stromada çok sayıda kapiller damar bulundu. Kontrol KT'si normal bulundu (Resim 2).



Resim: 1
Preoperatif KT'de kolloid kistin görünümü



Resim: 2
Postoperatif KT'de kistin total çıkarılmasından sonra III. ventrikül görülmektedir.

TARTIŞMA

III. Ventrikül kolloid kistlerinin klinik belirtileri spesifik değildir ve çok değişik bulgular gösterebilirler. Sessiz kalabildiği gibi ani şuur kaybı ve ölümlere de sebep olabilirler^{2,7,8,9,10}. Ani ölümlerin ventriküler obstrüksiyona bağlı beyin herniasyonu ve medullar respiratuar basıya bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ventriküler genişleme refleksi hipotalamik kardiovasküler kontrol bozukluğu doğurur⁷. Ani ölümler III. ventrikül kolloid kisti yanında astrositoma, papiller ependimoma, subependimoma gibi tümörlerde de görülebilir^{1,7,10}. III. Ventrikül tümörlerinde en sık rastlanılan semptom aralıklı ataklar halinde gelen baş ağrılarıdır^{2,10}. Literatürde yayınlanan serilerde baş ağrısı % 72-87 arasında belirtilmektedir^{2,9,5,11}. Olgumuzda önemsenmeyecek baş ağrılarının son bir haftada çok şiddetli ve bulantı eşliğinde olduğu görülmektedir.

Kolloid kistlerin daha ziyade konjenital, diansefalik ve ependimal keselerden oluşarak kolloid materyalin progressif sekresyonu ve akümüasyonu ile yavaşça büyüdüğü kabul edilir². Kolloid kistin tıkayıcı semptom meydana getirmesi lokalizasyon ve büyüklüğüne bağlıdır^{1,2}. Uniloküler epitelden yapılı kapsüle tümörlerdir. Klinik bulgular 1-3 cm. çaplarında tümörlerde ortaya çıkar⁵. Literatürde 9 cm. kadar çap bildirilmiştir^{1,9}. Olgumuzda III. ventrikül kolloid kisti tıkayıcı etkisi nedeni ile lateral ventrikülden genişleme yapmıştır. Semptomlar çoğunlukla 20 ile 55 yaş arasında görülmektedir^{2,3,4,10,11}. Olgumuz 27 yaşında olduğundan literatürle uy-

gunluk göstermektedir. Literatürde yayınlanan serilerde seks oranı eşittir^{1.2.4.5.7}. Kolloid kistler küçük ve asemptomatik kalabilmektedir. Postmortem ancak özel olarak aranılırsa tesbit edilmektedir^{1.4.5}.

III. Ventrikül kolloid kistinde intermittant paroksizmal ataklar tipiktir^{1.4.11}. Görme bozukluğu epizodları olabilir. Bazı olgularda pozisyon değişikliği semptomları oluşturur. Ventriküler sistemdeki pozisyon değişikliği ile foramenin kapanması sonucu piramidal trakt lezyonları görülebilir. Personelite değişiklikleri gözlenebilir. Fizik bulgular nonspesifiktir. İntrakranial basınç artışına bağlı genel semptomlar görülür^{1.4.11}. Literatürde intrakranial basınç artışına bağlı orbital kemik tavanında erezyonla, rinorrhoea belirtilmiştir. Olgumuzda intrakranial basınç artışı bulguları papil stazi, baş ağrısı, bulantı dışında patoloji tesbit edilmemiştir. Direkt grafilerde intrakranial basınç artmasına bağlı oluşan nonspesifik bulgular görülebilir. Beyin sintigrafisi çoğu kez normaldir. Angiografi ile hidrosefali tesbit edilebilir, internal serebral venin düzleşmesi ve depresyonu ve thalamostriata venin medial ve aşağıya eğilmesi kolloid kisti düşündürülebilir. Ventrikülografi, pnömoansefalografi tanıda eskiden kullanılan metodlardır^{1.4.11.12}. Olgumuzda direkt grafiler normal değerlendirilmiş KT ile tanı konulmuştur.

III. Ventrikül tümörleri cerrahisinde interhemisferik parafalks veya transkollozal girişim Dandy ve diğerleri tarafından kullanılmıştır^{3.5.13.14}. Transkollozal girişim; lateral ventrikül yoluyla girişime göre beynin retrakte edilmemesi ve direkt kistin tam olarak görülebilmesi, III. ventrikülün derin bölgelerine ulaşılabilmesi, istenildiğinde lateral ventriküllere girişimin kolaylığı, sagittal sinüse giren kortikal venin zararlanması halinde önemli nörolojik defisit ortaya çıkmaması, korpus kollosum yüzündeki arterlerin kolay separasyonu, küçük venlerin kesilmesinin önemli olmayışı, kansız bir girişim olması yönünden avantajlıdır. Yalnız cerrahi olarak septal venin, koroid pleksusun, thalamostriata venin, internal serebral venin, korunması yerlerinin tam olarak bilinmesi, önemlidir. Koroid pleksus kanaması veya internal serebral venin dallarının lezyonu kanamaya yol açar^{4.5.14.15}. Ameliyattaki diğer bir problemse lateral ventrikülün kollapsı ve korpus kollosumun kapatılması mümkün olmadığından interhemisferik ve subdural BOS sızıntısıdır. Bu gibi durumlarda geçici Foley kateterle korpus kollosum açıklığı kapatılabilir^{5.6.7.14.15}. Serilerde çoğunlukla subdural higroma görülmektedir. Rezidiv kaldığında ventriküler drenaj şarttır⁴. Sonuç olarak transkollozal girişimle çıkartılan bir kolloid kist takdim edilmiştir. Literatürde tarayabildiğimiz kadarıyla bu girişim memleketimizde ilk defa kliniğimizde yapılmıştır.

KAYNAKLAR

1. BATNITZKY, S., SARWAN, M., LEEDS, N.E., SCHECTER, M.M., AZAR, B.: Colloid cysts of the ventricle. *Neuroradiol*, 112: 327-341, 1974.
2. İBRAHİM, A.W.M., FARAG, H., NAGUSB, M., İBRAHİM, E.: Neuroepitelial colloid cyst of the third ventricle in identical twins. *J. Neurosurg*. 65: 401-403, 1986.
3. OSBORN, A.G., WING, S.D.: Thin Section computed tomography in the evaluation of third ventricular colloid cysts. *Radiology*, 124: 257-258, 1977.

4. ANTUNES, J.L.: Masses of the third ventricle, Neurosurgery Ed. Wilkins, R.H. Rengachary SS; Volume I. Mc. Graw Hill Book Co., New-York, 1985, 935-938.
5. COOB, A.A., YOUMANS, J.R.: Brain tumors of disordered embryogenesis in adults, Neurological Surgery Ed. Youmans, J.R., Volume V,; W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1982, 2923-2929.
6. SHARPE, J.A., DECK, J.H.N.: Neuroepitelial cyst of the fourth ventricle. J. Neurosurg. 46: 820-822, 1977.
7. RYDER, J.W., MASTERS, K., KELLER, T.S.: Sudden deterioration and death in patients with benign tumors of the third ventricle area, J. Neurosurg. 64: 216-223, 1986.
8. GREENWOOD, J.J.: Paraphysial cysts of the third ventricle with report of eight cases. J. Neurosurg. 6: 153-159, 1949.
9. KELLY, R.: Colloid cysts of the third ventricle, analysis of twenty-nine cases, Brain, 74: 23-65, 1951.
10. SAGE, M.R., ALLISTER, V.C., KENDALL, B.E.: Radiology in the diagnosis of colloid cysts of the third ventricle, Br. J. Radiol, 48, 708-723, 1975.
11. BENNETT, M.S.: Transcollosal approach to third ventricular tumours. Current techniques in operative neurosurgery Eds. Schmidek, H., Sweet, W.: Academic Press, London, 1977, 247-256.
12. GEMPERLEIN, J.: Paraphysial cysts of the third ventricle with report of two cases in infants. J. Neuropathol. Exp. Neurol 19: 133-134, 1960.
13. COXE, W.S., LUSA, S.A.: Colloid cyst of third ventricle (An electron microscopic study). J. Neuropathol. Exp. Neurol, 23: 431-445, 1964.
14. RHOTON, A.L., YAMAMOTA, I.: Operative approaches to the third ventricle Neurosurgery Eds. Wilkins, R.H., Rengachary, S.S.; Volume I. Mc Graw-Hill Book Co., New-York, 1985, 938-951.
15. RUSSEL, D.S., RUBINSTEIN, L.J.: Pathology of tumours of the nervous system. Vol. 3. Williams Wilkins Co., Baltimore, 1971, 166-168.

Doç. Dr. Ender KORFALI
Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı
BURSA