

Glomus Timpanikum: Olgu Sunumu*

Nihat Ayan, Ebru Taş, Ethem Şahin, Ahmet Şirin, Eminenur Dağtekin, Yusuf Eren, Mehmet Uhri¹, A.Okan Gürsel

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB ve Patoloji Kliniği¹, İstanbul

ABSTRACT

Glomus tympanicum: Case report

A 65 year-old woman presented to our clinic with tinnitus, hearing loss and aural fullness. Preoperatively, she was evaluated with audiometric tests (pure-tone audiogram, acoustic impedance) and magnetic resonance imaging. The glomus tumor was completely resected by transmeatal approach. No recurrence was encountered during a ten month follow-up.

Key words: Glomus tympanicum, tinnitus, hearing loss.

Bakırköy Tıp Dergisi 2005;1:39-41

*28. Otorinolaringoloji Kongresinde (21-26 Mayıs 2005, Belek, Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Glomus tümörleri ilk kez 1945 yılında Rosenwasser (1) tarafından tarif edilmiş ve bugüne kadar kemodektoma, paraganglioma gibi çeşitli isimler verilmiş olan tümörlerdir. Bu tümörler nöral krest kökenli non-kromafin paraganglion hücrelerinden kaynaklanırlar. Temporal kemikteki varlıkları ilk kez 1941'de Guild (2) tarafından tarif edilen bu tümörler, baş-boyun bölgesinde larenks (superior ve inferior paraganglionlar), karotis bifürkasyonunun çevresi (karotis cismi), nervus vagus çevresi (vagal cisim), orta kulak alt duvarına komşu jügüler ven etrafı (glomus jugulare) ve timpanik pleksus (glomus timpanikum) gibi çok değişik lokalizasyonlarda bulunabilirler.

Glomus tümörlerinin tedavisinde üç alternatif yol vardır: Embolizasyon, radyoterapi ve cerrahi. Günümüzde tercih edilen birincil tedavi yaklaşımı cerrahi girişimdir.

OLGU

65 yaşında bayan hasta kliniğimize sağ kulağında 3-4 aydır süren dolgunluk hissi, ritmik çınlama ve işitme kaybı şikayetleriyle başvurdu. Otoskopik muayenesinde sol

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Ethem Şahin
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
KBB Kliniği, İstanbul - Turkey

Telefon / Phone: +90-212-542-6969/353

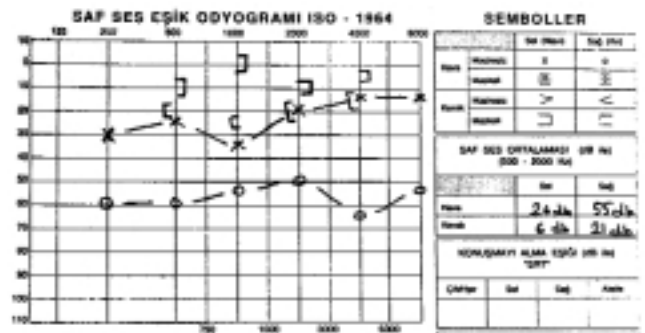
Faks / Fax: +90-212-542-4491

Elektronik posta adresi / E-mail address: drethemsahin@myinet.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 30 Mayıs 2005 / May 30, 2005

Kabul tarihi / Date of acceptance: 13 Haziran 2005 / June 13, 2005

kulak normal olarak değerlendirilirken, sağ timpan zar arkasında anteroinferior kadrana uyan bölgede pulsatil, kırmızı-mor renkli refle veren kitle gözlemlendi. Sistemik muayene ve rutin kan tetkikleri normaldi. Pür ton odyogramında sağ kulakta 30 db'lik gap gösteren iletim tipi işitme kaybı gözlemlendi. Sol kulağın işitmesi normal sınırlardaydı (Şekil 1). Timpanogram eğrileri solda 'A' tipi, sağda 'B' tipi idi. Manyetik rezonans görüntülemesinde sağ timpanik kavitede, karotid kanal girişinde, internal karotid arterle direkt komşuluk gösteren, 11x6x6 mm. boyutunda glomus timpanikumla uyumlu kitle tespit edildi (Resim1). Genel anestezi altında transmeatal yolla glomus timpanikum ekstirpsasyonu uygulandı. Peroperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Histopatolojik inceleme sonucu glomus timpanikumla uyumlu bulundu (Resim 2). Yapılan kontrol odyometrisinde sağ kulağın iletim tipi işitme kaybının düzeldiği görüldü (Şekil 2). Postoperatif 10. ay kontrolünde nüks gözlenmedi.

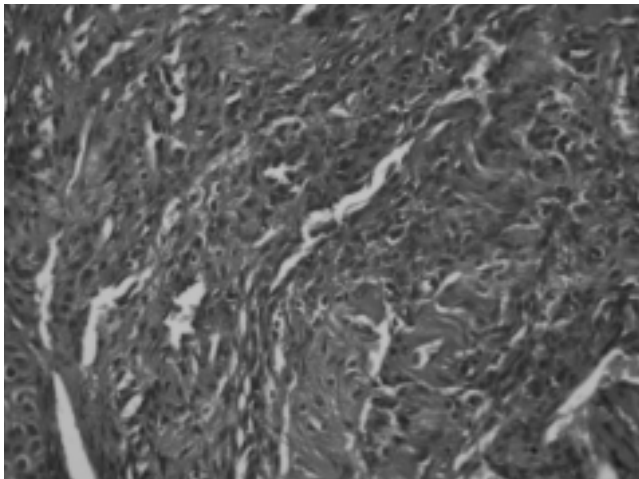




Resim 1: Operasyon öncesi T2 ağırlıklı MR görünümü



Şekil 2: Operasyon sonrası odyogram



Resim 2: Glomus timpanikum'un histopatolojik görünümü

TARTIŞMA

Temporal kemiğin paraganglionik dokularından kaynaklanan glomus jugulare tümörleri genellikle benign karakterde olup, orta kulağın en sık görülen neoplazmlarıdır (3). Kafa tabanı benign tümörleri arasında ise vestibüler schwannomanın ardından ikinci sırada gelirler (4). Glomus tümörlerinin klasifikasyonları genellikle anatomik lokalizasyonlarına göre yapılır: Glomus timpanikum, orta kulaktaki; glomus jugulare, jügüler bulbus bölgesindeki; glomus vagale, jügüler foramen yakınlarında vagal sinir çevresindeki non-kromafin paraganglion hücrelerinden köken alır (5,6) Woods 197 olguluk serisinde glomus jugularenin %50.3, glomus timpanikumun %36, glomus vagalenin ise %13.7 oranında görüldüğünü rapor etmiştir (6).

Glomus tümörlerinin klinik semptomları lokalizasyonlarına göre farklılık gösterir ama çok büyük boyutlara ulaşana dek fazla semptom vermeyebilirler. Sürekli fakat yavaş büyüme paternleri, 3.3 yıldan 6 yıla dek uzayabilen bir klinik sessizliğe neden olur (7). Pulsatil tinnitus, aural dolgunluk, iletim tipi işitme kaybı ve timpan zar arkasında mavimsi kitle imajı timpanik lokalizasyonu çağırıştır. Tanıda otolaringolojik ve nörolojik muayenelerin yanı sıra odyometri, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve anjiyografi gibi tetkikler de yardımcı olmaktadır. Tedavi yaklaşımına karar vermede lezyonun vasküler durumu önemli olduğu için, bu tümörlerin değerlendirmesinde anjiyografi ya da MR anjiyografi tetkiklerinin yapılması önem kazanır (5).

Ayrıntı tanıda yüksek jügüler bulbus, aberran karotid arter, karotid anevrizma, arteriovenöz malformasyon ve idiyopatik hemotimpanum düşünülmelidir.

Glomus tümörleri tedavisinde değişik yaklaşımlar söz konusudur. Bunlar sırasıyla takip, radyoterapi veya embolizasyon gibi palyatif yaklaşımlar, cerrahi ve/veya cerrahi ile başka bir tedavinin kombinasyonu gibi küratif yaklaşımlar olarak sayılabilir (8).

Tedavi seçiminde tümörün boyutu ve lokalizasyonu, hastanın yaşı, kranyal sinir tutulumu, işitme seviyesi ve hastanın tercihi göz önünde bulundurulmalıdır (6). Embolizasyon ve radyoterapi alternatif tedavi yaklaşımlarıdır. Radyoterapinin tümör büyümesini yavaşlattığı ya da geçici olarak durdurduğu, ancak küratif bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir (9).

Glomus tümörlerinde yerleşim yerinin önemli anatomik yapılarla komşuluğu, cerrahi sırasında ciddi kompli-

kasyonlar oluşmasına yol açabilir. Bunlar arasında önde gelenler santral nörolojik problemler, kranyal sinir paralizileri, işitme kayıpları ve kanamadır. Bizim hastamızda peroperatif ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Sonuç olarak glomus tümörleri tanı ve tedavilerinde dikkatli davranmayı gerektiren özel tümörlerdir. Bu nedenle en uygun tedavinin seçimine özen gösterilmeli ve komplikasyonlarla karşılaşılabilen hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir.

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;62:1045-1071.
3. Gstoettner W, Matula C, Hamzavi J, et al: Long-term results of different treatment modalities in 37 patients with glomus jugulare tumors. Eur Arch Otorhinolaryngol 1999;256:351-355.
4. Smith PG, Schwaber MK, Goebel JA. Clinical evaluation of glomus tumors of the ear and the base of the skull. In: Robert K. Jagler (editor) Tumors of the ear. 2th edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 1988: s 207-218.
5. George B. Jugular foramen paragangliomas. Acta Neurochir (Wien) 1992;118:20-6.
6. Woods CI, Strasnick B, Jackson CG: Surgery for glomus tumors: The Otolaryngology Group experience. Laryngoscope 1993;103(Suppl.60):S65-S70.
7. Gulya AJ: The glomus tumor and its biology. Laryngoscope 1993;103 (Suppl.60): S7-S15.
8. Jackson CG, Glasscock ME, Nissen AJ, Schwaber MK: Glomus tumor surgery: The approach, results and problems. Otolaryngol Clin North Am 1982; 15:897-916.
9. Makek M, Franklin DJ, Zhao JC, Fisch U: Neural infiltration of glomus temporale tumors. Am J Otol 1990;11:1-5.