

SAKRAL KORDOMALARDA CERRAHİ REZEKSİYON BOYUTLARI: OLGU SUNUMU*Soner YAYCIOĞLU¹, Hakan AK¹***ÖZET**

Kordomalar bilindiği üzere primitif notokord artıklarından gelişen nadir primer malign lezyonlardır. Özellikle kemoterapiye ve kısmen de radyoterapiye de cevabın zayıf olması nedeniyle, bu tümörlerin tedavisinde cerrahi girişim halen tedavinin belkemiğini oluşturmaktadır. Bu tümörlerde cerrahi rezeksiyonun boyutu hastalıksız süreyin sağlanmasında major bir etkiye sahiptir. Lezyon lokalizasyonuna bağlı olarak çeşitli cerrahi yaklaşım teknikleri mevcut olmasına rağmen, postoperatif gelişebilecek risklerin hasta ile detaylıca tartışılması ve buna göre bir cerrahi yaklaşımın planlanması uygun olacaktır. Bu yazıda sakral kordoma olgusu sunulacak ve beraberinde cerrahi rezeksiyon boyutları tartışılmaya çalışılacaktır.

Anahtar sözcükler: Kordoma, sakrum, cerrahi, radyoterapi.

Extent of Surgical Approach in Chordomas: A Case Report**SUMMARY**

Chordomas are rare primary malignant neoplasms arising from the remnants of primitive notochord. Surgery is the basic therapeutic approach in the management of these tumors because of unresponsiveness especially to chemotherapy and relatively radiotherapy. Extent of the surgical resection has a major role in the disease-free survival in chordomas. Although there are some surgical techniques depending on the localization of the tumor, it must be planned after detailed discussion of the postoperative consequences with the patient. In this study we present a sacral chordoma case and tried to explain the extent of the surgical approach.

Key words: Chordoma, sacrum, surgery, radiotherapy.

Kordomalar, primitif notokord artıklarından gelişen nadir primer malign lezyonlardır¹. Yıllık insidans 5/1.000.000 olarak tahmin edilmekte olup tüm iskelet tümörlerinin %1-4'ünü oluşturmaktadırlar. Çoğunlukla (%50) sakrokoksigeal bölgede yerleşim gösterirler². Bunlar yavaş büyüyen, düşük evreli tümörler olarak kabul edilmekte olup nadiren uzak metastaz yaparlar, daha çok yerel nüks gösterirler. Buna rağmen uzun dönem prognozları kötü olarak kabul edilmektedir³.

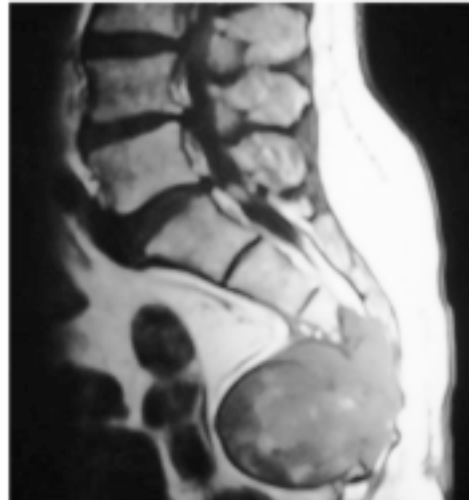
Bu tümörlerde ilk cerrahi girişimde tümörün tam olarak çıkartılması, nüks ihtimalini neredeyse imkânsız hale getirmesi nedeniyle iyi prognoz sağlanması bakımından önemlidir⁴. Cerrahi disseksiyonun tümörün radyolojik sınırının bir vertebra üzerine kadar uzatılması tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte geniş bir disseksiyon uygulanması idrar ve gayta inkontinansı da dahil olmak üzere hastalarda önemli morbiditelere yol açabilmektedir⁵.

Bu yazıda bel ağrısı ve kabızlık şikâyetleri ile başvuran sakral kordoma tanılı 58 yaşında bir erkek hasta olgusu sunulacak ve aynı zamanda cerrahi rezeksiyonun boyutları tartışılmaya çalışılacaktır.

OLGU SUNUMU

Ellisekiz yaşında erkek hasta bel ve kalça ağrısı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Ağrıları yaklaşık bir sene önce başlamış ve başka bir merkezde yapılan tetkiklerinde sakral bir kitle görülmüş. Bilgisayarlı tomografi eşliğinde alınan biyopside

kordoma olduğu belirtilerek ameliyat önerilmiş. Ameliyatı kabul etmeyen hastanın şikâyetleri son bir aydır artmış ve şikâyetlerine kabızlık eklenmiş. Hastanın nörolojik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Çekilen sakral ve pelvik magnetik rezonans görüntülemelerinde sakrum uzağında yerel yumuşak dokulara doğru genişleyerek büyüyen 8 cm çapında lobüle kitle olduğu görüldü (Resim 1). Bir yıl önceki magnetik rezonans görüntülemesine göre 3 kat büyüyen tümör sakral 2 bölgesine kadar yayılım göstermekteydi. Yapılan sakral spiral tomografisinde sol ağırlıklı olarak sakrumun hasarlanmış olduğu görüldü (Resim 2).



Resim 1: Hastanın preoperatif sagittal kesitte manyetik rezonans görüntülemesi.

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE



Resim 2: Hastanın preoperatif spiral tomografisinde sol sakrum kemik yıkımı görülmekte.



Resim 3: Bütün halinde çıkarılmış tümör dokusu.



Resim 4: Hastanın postoperatif dönemdeki manyetik rezonans görüntüleri. Postoperatif değişiklikler dışında patoloji görülmemektedir.

Hastaya total sakrektomi planlanmasına rağmen hastanın postoperatif olarak gelişebilecek komplikasyonları istememesi nedeniyle hastaya yalnızca posterior girişimle yaklaşıldı. Tümör S1 ve S2 sinir kökleri korunarak “en block” olarak çıkarıldı (Resim 3). Hastanın patoloji raporunda kas dokusuna ve kemik yapıya ait materyalde tümöral invazyon görüldüğü tümörün S-100, sitokeratin, EMA ve PAS ile pozitif; E. Cadherin ve CEA ile negatif boyanma gösterdiği rapor edildi. Ameliyat sonrası dönemde bel ağrısı ve kabızlık şikayeti geçen hasta radyoterapi için yönlendirilerek taburcu edildi. Radyoterapi sonrası hastanın 2 yıllık kontrollerinde nüks görülmedi. (Resim 4).

TARTIŞMA

Daha çok yerel nüks ve yavaş büyüme gösteren ve bu nedenle de düşük evreli tümörler olarak kabul edilen kordomalarda özellikle kemoterapiye ve kısmen de radyoterapiye cevabın zayıf olması nedeniyle, bu tümörlerin tedavisinde cerrahi girişim halen tedavinin belkemiğini oluşturmaktadır⁶.

Bu tümörlerin cerrahi tedavisinde lezyon lokalizasyonuna bağlı olarak kombine abdominal ve trans-sakral yaklaşım^{7,8} ve posteriordan yaklaşım teknikleri mevcuttur⁹. Aynı zaman da proksimal sakral lezyonlar için kombine uzatılmış ilioinguinal ve posterior yaklaşım da kullanılmıştır⁹. Posterior yaklaşımın 3. sakral segment ve daha altındaki

lezyonlar için yeterli olduğu kombine anterior ve posterior yaklaşımın ise daha ziyade daha kraniyalde yerleşen lezyonlar için uygun olduğu bildirilmiştir^{7,10,11}. Bununla birlikte genel olarak daha kaudal yerleşimli lezyonlar cerrahi açıdan daha uygun olarak kabul edilmekte ve daha az postoperatif nörolojik defisit riski ile sonuçlanmaktadır^{2,5}.

Bu tümörlerde cerrahi rezeksiyonun boyutu hastalısız sürveyin sağlanmasında major bir etkiye sahiptir. Cerrahi disseksiyonun tümörün radyolojik sınırının bir vertebra üzerine kadar uzatılması tavsiye edilmektedir⁵. Bununla birlikte bu şekilde uygulanan bir disseksiyon idrar ve gayta inkontinansı da dahil olmak üzere hastalarda önemli morbiditelere yol açabilmektedir^{1,2}. Total sakrektomilerden sonra lumbo-pelvik stabilizasyon gerekliliği de bildirilmiştir^{12,13}. Genel olarak postoperatif nörolojik defisit riski sakrifiye edilen sinir köklerinin sayısına bağlı olarak değişmektedir¹⁰. S4 ve S5 sinirlerinin kaybı önemli barsak ve mesane problemlerine yol açmamaktadır³.

Sonuç olarak bu tümörlerin tedavisinde cerrahi yaklaşım halen tedavinin temelini oluşturmaktadır⁶. Lezyon lokalizasyonuna bağlı olarak çeşitli cerrahi yaklaşım teknikleri mevcut olmasına ve cerrahi rezeksiyon boyutunun hastalısız dönem sağlanması bakımından çok önemli olmasına rağmen, postoperatif gelişebilecek risklerin hasta ile detaylıca tartışılması ve buna göre bir cerrahi yaklaşımın planlanması uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Chugh R, Tawbi H, Lucas R, et al. Chordoma: The nonsarcoma primary bone tumor. *The Oncologist* 2007;12:1344-50.
2. Baratti D, Gronchi A, Pennacchioli E, Lozza L, Colecchia M, Fiore M, Santinami M. Chordoma: Natural history and results in 28 patients treated at a single institution. *Ann Surg Oncol* 2002;10:291-6.
3. Bergh P, Kindblom L, Gunterberg B, et al. Prognostic factors in chordoma of the sacrum and mobile spine. A study of 39 patients. *Cancer* 2000;88:2122-34.
4. Killampali VV, Power D, Stirling AJ. Preadolescent presentation of a lumbar chordoma. Results of vertebrectomy and fibula strut graft reconstruction at 8 years. *Eur Spine J* 2006;15 (Suppl. 5):621-5.
5. Spitzer AL, Ceraldi CM, Wang TN, Granelli SG. Anatomic classification system for surgical management of paraspinal tumors. *Arch Surg* 2004;39:262-9.
6. Yonemoto T, Tatezaki S, Takenouchi T, et al. The surgical management of sacrococcygeal chordoma. *Cancer* 1999;85:878-83.
7. Localio SA, Eng K, Ranson JH. Abdominosacral approach for retrorectal tumors. *Ann Surg* 1980;191:555-60.
8. Localio SA, Francis KC, Rossano PG. Abdominosacral resection of sacrococcygeal chordoma. *Ann Surg* 1967;166:394-402.
9. Atalar H, Selek H, Yıldız Y, Sağlık Y. Management of sacrococcygeal chordomas. *International*

Orthopaedics (SICOT) 2006;30:514-8.

10. Samson IR, Springfield DS, Suit HD, Mankin HJ. Operative treatment of sacrococcygeal chordoma. A review of twenty-one cases. *J Bone Joint Surg Am* 1993;75:1476-84.
11. Sung HW, Shu WP, Wang HM, Yuai SY, Tsai YB. Surgical treatment of primary tumors of the sacrum. *Clin Orthop* 1987;215:91-8.
12. Gallia GL, Haque H, Garonzik I, Witham TF, Khavkin YA, Wolinsky JP, Suk I, Gökaslan ZL. Spinal pelvic reconstruction after total sacrectomy for en bloc resection of a giant sacral chordoma: Technical note. *J Neurosurg Spine* 2005;3:501-6.
13. Şar C. Sakrumun primer tümörlerinin cerrahi tedavisinde total sakrektomi ve lumbopelvik rekonstrüksiyon. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2001;35:79-83.

YAZIŞMAADRESİ

Dr. Hakan AK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Nöroşirurji Anabilim Dalı, AYDIN

E-Posta : nrsdrhakanak@yahoo.com

Geliş Tarihi : 31.07.2009

Kabul Tarihi : 16.10.2009