

# Oligodendrioglioma

## (Olgu sunusu)

Ziya METE, O.Niyazi AKIN, Öner TAŞTEKİN, İbrahim ÖZTEK, Müyesser TUNÇER  
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Çocuk Kliniği, Nöroşirürji Kliniği ve Patoloji Bölümü

### Özet

Oligodendrioglioma, çocukluk çağında oldukça nadir görülen beyin tümörlerindedir. Bu çalışmada 4 yaşında bir çocukta görülen, oldukça iri boyutlarda olan ve kısa sürede çocuğu terminal döneme getiren bir oligodendrioglioma sunulmuş ve konu ile ilgili literatür kısaca gözden geçirilmiştir.

**Anahtar kelime:** Oligodendrioglioma

### Summary

#### Oligodendrioglioma-A case report

Oligodendrioglioma is one of the rare tumors of pediatric age group. In this study a four year-old boy with a huge oligodendrioglioma is presented. Because of the large volume and rapid development of the tumor, the patient's clinical situation rapidly deteriorated and he reached to the terminal stage.

**Key word:** Oligodendrioglioma

### Giriş

Literatürde oligodendriogliyal hücreler ilk kez 1900 yılında tanımlanmıştır<sup>(7)</sup>. Bu tip hücrelerden oluşan oligodendroglial tümörlerin varlığı ise ilk defa 1924 yılında bildirilmiştir<sup>(5,6)</sup>. İstatistiklere göre bu tümörler görülme sıklığı açısından glioma ve astrositomalardan sonra gelmektedir. Bu takdimin amacı oligodendriogliomaların çocukluk çağında az rastlanması ve olgumuzun yaşı ve seyri açısından özellik göstermesidir.

### Olgu

A.B. 4 yaşında erkek çocuk. Kusma, baş ağrısı, sağ gözde görme bozukluğu, beslenememe yakınmaları ile müracaat eden hasta 993/38-4.5.1987 protokol numarasıyla kliniğimize yatırıldı. Yakınmalarının ilk defa 5 ay önce başladığı, daha sonra sağ gözde içe kayma ve

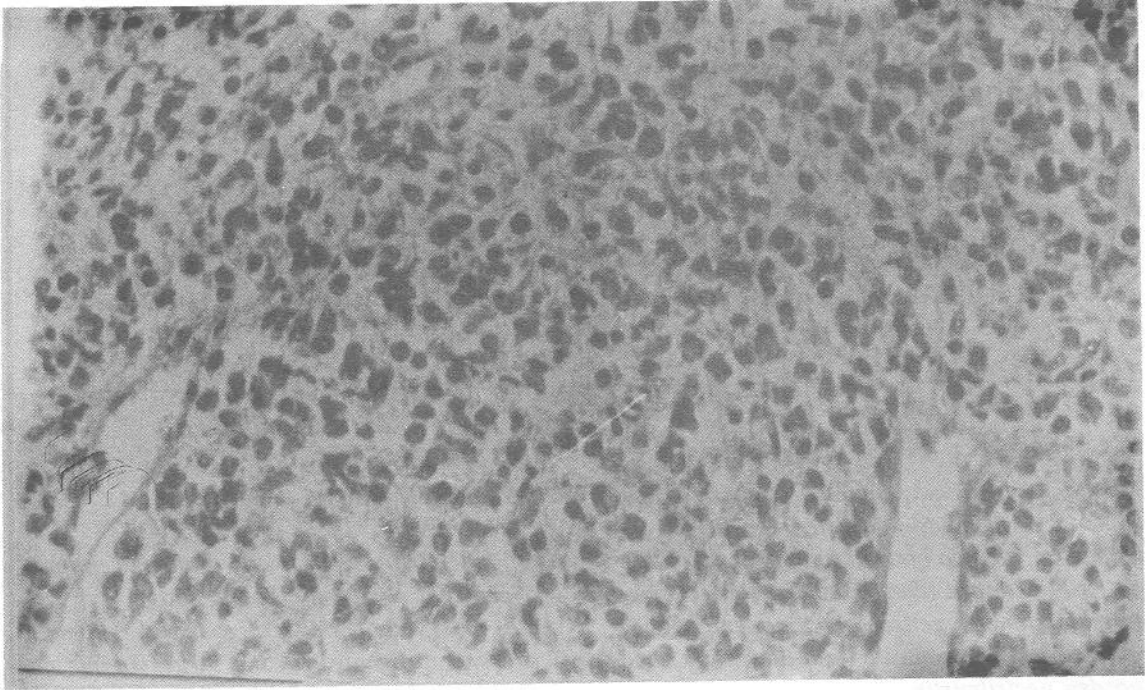
ptozis ortaya çıktığı, bir ay sonra aynı tarafta 3. ve 6. sinir paralizi saptandığı öğrenildi. Ailenin birinci çocuğu olan hastamızın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayene bulguları: Genel durum orta, suur açık, koopere Ateş: 36.7 C, Nabız: 96/dk, Solunum: 20/dk, TA: 110/79 mmHg idi. Sağ gözde ptozis, 3'üncü ve 6'ncı sinirlerde paralizi, göz dibinde staz papiller, sağ parotis bölgesinde 6x8 cm boyutlarında, orta sertlikte bir kitle dikkati çekmekte idi.

İntrakranial kitle düşünülerek yaptırılan BBT incelemesi sonucunda sağ orta arka çukur ve infratemporal fossada yer kaplayıcı lezyon saptandı. Parotis bölgesindeki kitleden yapılan biopsi sonucunda oligodendrioglioma teşhisi kondu.

Şekil-1'deki olgunun histopatolojik kesiti (Pat. Prt. No: 1479/9.5.1987), Şekil-2'de BBT kesiti (Prot. No: 19617/1.5.1987) görülmektedir.

Kafa içi basınç artma bulgularının görülmesi nedeniyle deksametason (0,4 mg/kg) ve furosemid (1 mg/kg), i.v. başlanmasına rağmen, hasta giderek dalgınlaştı,



**Resim 1:** Tümörü oluşturan oligodendrioglial hücrelerin diffüz infiltratif görünümü ve tümör için spesifik olan yarık tarzında boşluklar. HEx100.

yutma refleksi kayboldu.

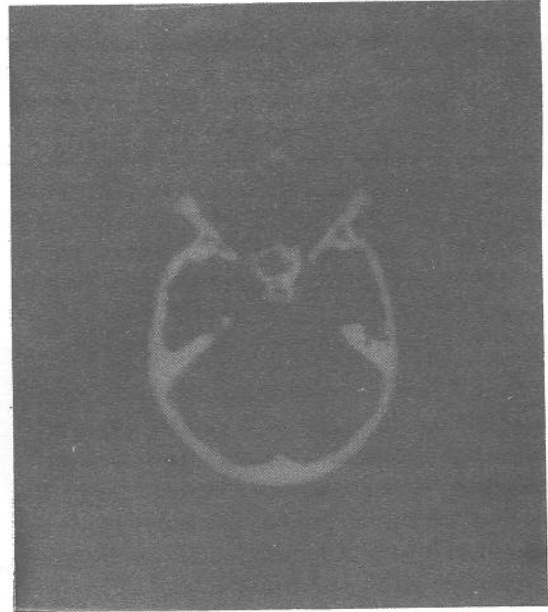
Ameliyat öncesi, kan kimyası ve akciğer grafisi normal bulundu.

Hasta 8.5.1987 günü ameliyata alındı. Sağ intratemporal kraniotomi ile girildi. Temporal basal fossada ekstradural olarak uzanan psödo kapsüllü, solid yapıda, kanamaya eğilimli büyük bir tümör ile karşılaşıldı. Tümör subtotal rezekte edildi. Postoperatif 5'inci saatte hasta solunum arrestine girdi, hemen respiratöre bağlandı, bütün çabalara rağmen iki gün sonra exitus oldu.

### Tartışma

Bütün beyin tümörleri arasında oligodendriogliomaların sıklığı % 1-3 ile % 7-8 arasında değişmektedir<sup>(10,11)</sup>.

Tümörün lokalizasyonu ile semptomlar arasında değişiklik gözlemlendiği belirtilmektedir<sup>(4)</sup>. Frontal lokalizasyonda; generalize konvulziyonlara ek olarak fokal konvulziyonlar, aura, emosyonel ve sensoriel değişiklikler görülebilmektedir<sup>(4)</sup>. Temporal lokalizasyonda; olguların % 82,4'ünde psikomotor ve generalize majör kon-



**Resim 2:** BBT kesitinde sağ orta-arka ve infratemporal fossada hiperdens yer kaplayan tümöral lezyon görülmektedir.

vulziyonlar görülmekte, % 35,3'ünde hiç konvulziyon oluşmamaktadır. Nitekim bizim hastamızda da konvulziyon yakınması yoktu. Parietal lokalizasyonda; tümör parietal kortekse infiltre olmuştur. Bu tip lokalizasyonun fokal, sensorial konvulziyonlara yol açtığı bildirilmek-

tedir<sup>(4)</sup>. Santral lokalizasyonda ise; bulgular daha ziyade hidrosefali ve intrakranial basınç artması semptomları vermektedir. Otörler belirgin bir cinsiyet ayrımı göstermediği görüşündedirler<sup>(1,3,7,8,10)</sup>.

Literatürde olguların orta yaşlarda toplandığı, çocukluk çağında sık görülmediği vurgulanmaktadır<sup>(7)</sup>. Olgumuzun 4 yaşında oluşu literatürle karşılaştırıldığında anlamlı bulunmaktadır.

Hastalar karşımıza; epileptik nöbet, baş ağrısı, kişilik bozuklukları, papilla stazi, nörolojik ve motor defisitleri, serebellar bulgular ve sensorial bozukluklarla gelirler<sup>(1,4,7,8)</sup>. Hastamızda da huzursuzluk ve anjitasyonun yanısıra 3. ve 6. sinir parezileri, ptozis ve staz papiller, sonradan ortaya çıkan yutma güçlüğü bulguları mevcuttu. Tümörün çok büyük olması nedeniyle kavernoöz sinüs ve beynin büyük bir bölümüne infiltrasyonu söz konusu idi. Oligodendriogliomalar histopatolojik özelliklerine göre A, B, C, D olarak bilinen 4 malignite derecesine ayrılmıştır<sup>(9)</sup>. Ortalama yaşam süresinin D kategorisinde en az olduğu belirtilmektedir. Bu süre 17 ay civarındadır. Olgumuzda ise 5,5 ay idi. Tümörün radyolojik ve histopatolojik incelemesinde önemli bir bulgu da % 35-40 oranında kalsifikasyon görülmesidir. Olgumuzun histopatolojik incelenmesinde de mikro kalsifikasyonlar görülebilmektedir (Şekil 1).

Tedavide amaç; cerrahi olarak lokalizasyonun elverdiği oranda tümörün çıkarılmasıdır<sup>(1,2,4,7,8)</sup>. Tedavinin etkinliği konusunda yapılan bir çalışmaya göre, sadece cerrahi ile 5 yıl yaşama süresi % 31, cerrahiye ek olarak radyoterapi yapılanlarda ise % 85 olarak saptanmıştır<sup>(4)</sup>.

Bizim görüşümüze göre; ameliyat sırasında

mikroskopik yayılım olabileceği ve tümörün tam olarak çıkarılamayacağı dikkate alınırsa postoperatif radyoterapinin yararlı olacağı düşünülebilir.

Sonuç olarak; oligodendriogliomaların 7 yaşın altında da görülebileceği, merkezi sinir sisteminde büyük yer işgal edebileceği ve terminal döneme hızla ulaşabileceği hatırlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Barnard RO: The development of malignancy in oligodendrioglimas J Path, 96:113, 1968.
2. Bryce W, Arthur RE: Oligodendrioglimas an analysis of 63 cases, J Neurosurg, 29:500, 1968.
3. Burger PC, Rawlings EC, Cox EB: Clinicopathologic correlation in the oligodendrioglioma. Cancer, 59:1345, 1987.
4. Chin HW, Hazel JJ, Kim TH: Oligodendrioglioma a clinical study of cerebral oligodendrioglimas. Cancer, 45:1458, 1980.
5. Eanest F, Kerndnan JW: Oligodendrioglimas-a review of two hundred cases. Arch Neurol Psych, 63:1964, 1950.
6. Mork SJ, Halvorsen TB, Lindegaard KF: Oligodendrioglioma. Histologic evaluation and prognosis. Neuropathology and experimental neurology, 45:64, 1986.
7. Özek M, Pamir N, Caner HH: Oligodendriogliomalarda histopatolojik tiplendirme ve prognoz. Nöroloji-Nöroşirurji-Psikiatri Dergisi. Nisan, 140-143, 1987.
8. Ready DP, Bay JW, Hahn JF: Role of radiation therapy in the treatment of cerebral oligodendrioglioma. An analysis of 57 cases and a literature review. Neurosurgery, 13:499, 1983.
9. Smith MT, Ludwig LC, Godfry AD: Grading of oligodendrioglimas. Cancer, 52:2107, 1983.
10. Walker MD: Diagnosis and treatment of brain tumors. Pediatr Clin N Amer, 23:131, 1976.
11. Wislawski J: Cerebral oligodendrioglimas, clinical manifestation, surgical treatment and histological findings in seventy cases. Polish Medical Journal, 9:163, 1970.