

REKÜRREN OLİGODENDROGLİOMA; MALIGN OLİGODENDROGLİOMA VE GLİOBLASTOMA MULTIFORME DÖNÜŞÜMÜ OLGU SUNUMU

Uz. Dr. Nusret ERDOĞAN (*), Op. Dr. Haluk ÖZSARAÇ (**), Doç. Dr. Aydın SAV (***)

ÖZET: İlk operasyonda pure oligodendroglioma (OG) saptanan 36 yaşında erkek hastada, postop, 1 yıl içinde iki kez nüks gözlenmiştir. Histolojik incelemelerde malign (anaplastik) oligodendroglioma (AO) ve Glioblastoma multiforme (GBM)'e dönüşümü izlenmiştir.

SUMMARY: We present a case (36 years old, male patient) with pure oligodendroglioma: Clinical and radiological examinations showed tumor recurrence two times in one year after the first operation. There was histological progression to an anaplastic (malign) oligodendroglioma and glioblastome multiforme.

KEY WORDS: Oligodendroglioma, glioblastome multiforme dedifferentiation.

GİRİŞ

Oligodendrogliom (OG) genellikle erişkinlerde, serebral hemisferlerde daha sık görülen, yavaş klinik seyir gösteren nöroglial tümörlerdir (1,2,3,4). OG 1920 yıllarından beri tanımlanmakta olup, ilk literatürler 1929'da Bailey ve Bucy tarafından bildirilmiştir (3,4). Tüm primer intrakranial tümörler içindeki sıklığı % 2-7 arasında bildirilmektedir (1,3,5-7). Anaplastik OG'lar ise, tüm anaplastik gliomların (gliosarkom, mikstgliom, glioblastome, anaplastik astrositom) % 3.5'ü kadar rastlanmaktadır (7). Çocuk ve adolesanda seyrek görülür. 6-12 yaşta küçük bir pik, 25-50 yaş arasında geniş bir pik gözlenmiştir. 45. yaşta belirgin pik bildirilmiştir (2,3). Erkek/Kadın oranı 3/2 ve 2/1 şeklindedir (3). Lokalizasyon olarak en sık fronto-temporal lobda, daha az serebellum ve spinal kord tutulumu saptanmıştır (1-3,6). Bir seride ventrikül lokalizasyonu 2. sıklıkla görülmüştür (5).

Klinik semptomları; Konvülsiyon, baş ağrısı, parezi, demans, görme bozukluklarıdır (5,7). % 40 olguda radyolojik olarak kalsifikasyon saptanabilmektedir (1,2,3).

Makroskopik olarak; iyi sınırlı, solid yumuşak, gri-pembe renkli, arada jelatinöz, kistik, kanamalı, nekrotik alanlar içeren tümöral doku gözlenir (1,2,3).

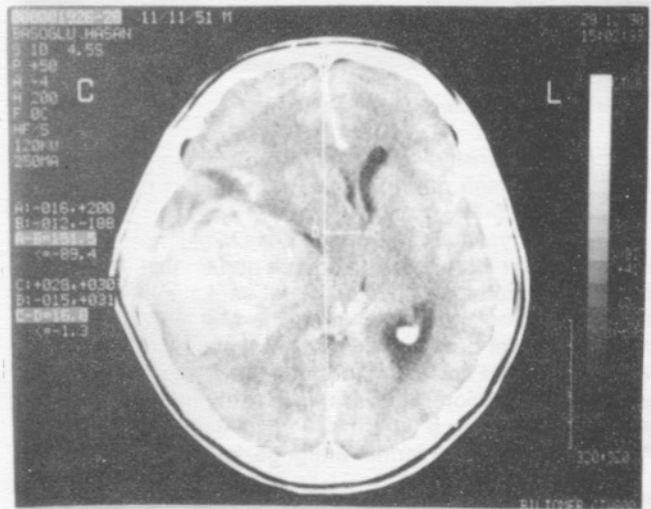
Mikroskopisinde; hücre membranı iyi seçilen, küçük koyu nüveli, nüve merkezde yerleşmiş, boya almayan berrak stoplazmalı, perinükleer halo gösteren, yuvarlak hücrelerin oluşturduğu uniform görünüm, arada ince fibrovasküler çatı seçilir. % 70 olguda karakteristik kireçleşme odakları saptanır (1,2,3). Kireçleşme küçük kan damarları çevresinde ve çevre beyin dokusunda da izlenir. Histopatolojik grade genel olarak iki sistemde tartışılmaktadır.

1- Kernohan (1938)'a göre; 1, 2, 3, 4 derece olup (Hücre dansitesi/Nöropil/hücre görünümü/pleomorfizm / hiperkromazi / VEP / Mitoz / Nekroz/Kist/Kalsiyum) parametrelerine göre skorlanır. Burada 1 ile 2 arasındaki önemli fark (2)'de Nöropil seçilemez, tipik bal peteği görünümü, kalsiyum varlığı, selülarite belirgindir. 3 ve 4'de ilave olarak nekroz ve VEP tabloya katılır.

2- M.T. Smith (1983)'e göre; A, B, C, D grade uygulanır. Buradaki parametreler (Endotelial proliferasyon / Nekroz / Nüve-Stoplazma Oranı / Hücre Yoğunluğu / Pleomorfizm) şeklindedir.

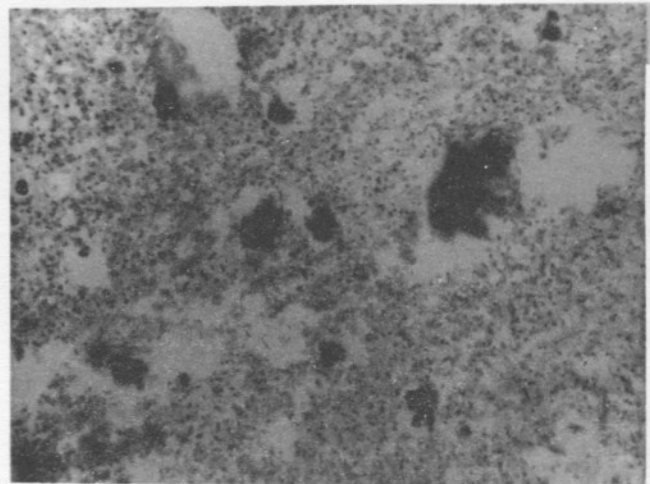
Smith Grade A = Kernohan Grade I (En uzun sağıkalım)

Smith Grade D = Kernohan Grade 4 (En kısa sağıkalım)



Resim 1: H.B. (36 Y.E); II. Operasyon Öncesi (29.12.90) B.B.T: Sağ Temporoparietal 6x6 cm.lık Kitle (OG); Sola 16.8 mm şifti olması-na rağmen nörolojik defisit yok.

Smith Grade B ve C = Kernohan Grade 2 ve 3 (İntermedier) aralarında prognostik fark bildirilmemiştir. Smith'e göre Grade C'de nekroz yoktur. D'de nekroz varlığı eklenmiştir (4).

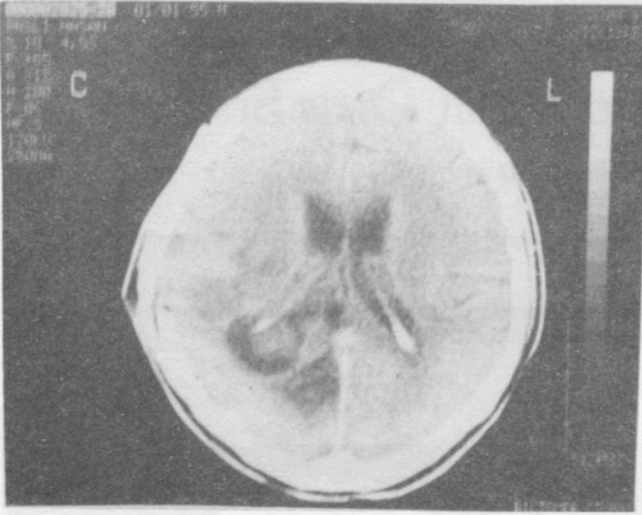


Resim 2: (K.D.H. Patoloji Prot.46/90); Selüler, uniform küçük yuvarlak nüveli, berrak stoplazmalı glial hücreler, kireçleşme odakları (H+E x 100).

* Kartal Devlet Hastanesi Patoloji Şef Muavini

**** Kartal Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği Şef Muavini**

*** Marmara Üniversitesi Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



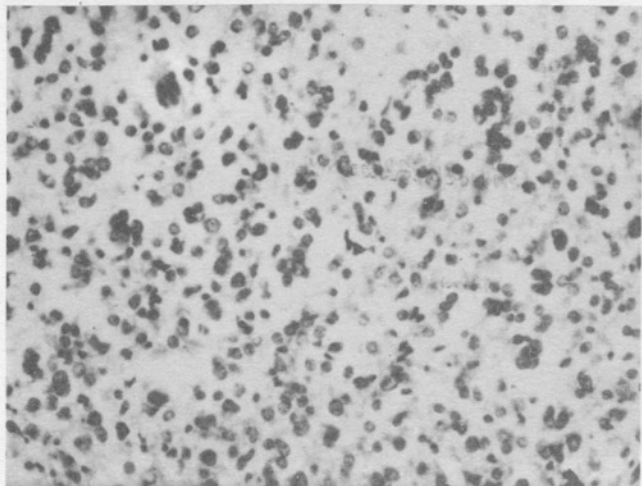
Resim 3: II. Operasyon Sonrası (28.4.91) B.B.T.

Ayrıca iyi diferansiye (low-grade) OG ve malign (polimorfik = anaplastik = high grade) OG olarak olguları takip edenler mevcuttur (3,5-7).

OG'larda yaklaşık % 50 lokal nüks bildirilmektedir (2, 3). Diğer gliomlar gibi metastaz seyrek görülmektedir. Şantlar, multiple kraniotomiler, postop, uzun sağkalımlı olgular metastaz için predispozan bulunmuştur. Metastazlar saçlı deri, bölgesel lenf bezi, kemiklerde görülmektedir (3,7). Tedavide; Temel ilke cerrahi rezeksiyondur. Ayrıca postop, radyoterapi ve kemoterapi yararlılığı tartışmalıdır. Ortalama sağkalım 5-6 yıl ve 5 yıl için % 41 bildirilmektedir. Radyoterapi ile sağkalım oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (3,5 8).

OLGU

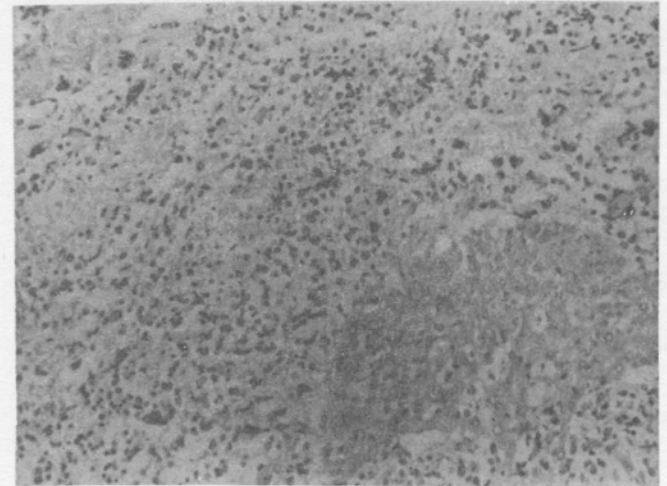
(H.B.) 36 y. E. 29.8.1990 tarihinde sağ temporo-parietal intraserebral tümör (Resim 1) nedeniyle ameliyata alınmış ve sağ tempo parietal kraniotomi, intraserebral (sağ temporal) tümör eksizyonu uygulanmıştır. Patoloji sonucu (K.D.H. Patoloji Prot. No. 46/90) Oligodendrogliom (Resim 2) rapor edilmiş olup, klinik takibe alınmıştır. 29.12.1990 tarihindeki kontrol Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde (B.B.T.) rezidü tü-



Resim 4: (Patoloji Prot. B-160/90); Polimorfik glial tümör, dev hücreler, mitotik şekiller, selülarite artışı (H+E x400).



Resim 5: III. Operasyon Sonrası (14.10.91) B.B.T.



Resim 6: (K.D.H. Patoloji Prot. 1329/91); Nekroz, pleomorfizm, VEP bulguları gösteren glial tümöral gelişimi (H+E x 200).

mör saptanmıştır (Resim 3). Rezidü tümör gross total çıkarılmıştır. 31.12.1990 tarihindeki (160/90 Prot. No.'lu) Patolojisi; Malign OG görüldü (Resim 4). Postop. radyoterapiye gönderilen hastanın 3.7.1991 tarihli kontrol B.B.T.'sinde Nüks tümör operasyonuna sekonder kis oluşumu ve subfalsien herniasyon rapor edildi (Resim 5). Bilinçte kapanma, sol tarafının tutmaması nedeniyle 22.9.1991'de kliniğe yatırıldı. Dekompresyon amaçlı tümör eksizyonu yapıldı. Histopatolojisinde (Prot. 1329/91) Glioblastome multiforme dönüşümü saptandı (Resim 6). Olgu 2. nüks (3. operasyon)'den 1 ay sonra Exitus oldu.

TARTIŞMA

Yukarıda klinik ve histolojik bulguları tanımlanan olgumuz ilk başvurusundan itibaren yaklaşık 15 ay takip edilmiş olup 4. ayda ilk nüks, 12. ayda 2. nüks nedeniyle opere edilmiştir. İlk saptamada Kernohan'a göre Grade II, Smith'e göre Grade B, low-grade OG gözlendi. İlk nüks sonrası histopatolojisinde Kernohan'a göre Grade III, Smith'e göre Grade C, high-grade malign OG izlendi. 2. Nüksde histolojik

tablo GBM'e dönüşüm şeklindeydi. Literatürlerde az oranda da olsa nökslerinde anaplastik gelişim, GBM'e dediferansiyasyon bildirilmektedir (1,3,6,8). Rubinstein'e göre histolojik görünüm klinik davranışı belirlemeyebilir (3,7). Smith'e göre beş histolojik kriter prognoza etki eden Grade'i belirlemektedir (5,7,8). Malign OG'ların çoğunda cerrahi rezeksiyon ve radyoterapiye rağmen nöks vardır ve prognoz kötü sonuçlanmaktadır. Kemoterapiye ise iyi cevap alınmıştır (6,8). Bir çalışmada radyoterapi, rezeksiyon süresi, tümör kriterleri ve ABO kan gruplarının sağ kalıma etkisinde belirlen fark görülmemiştir (5). Çalışmalarda anaplastik OG'larda cerrahiden sonra 1-76 ay içinde metastaz gelişimleri saptanmıştır (7). Bir diğerinde ise intrakranial nöks gösteren OG olgularının tümü eksitus ile sonlanmış olup, post-mortem spinal ve intra ventriküler yayılma, anaplastik astrositom veya GBM'e progresyon görülmüştür (8). Olgumuz 2. Nöksden 1 ay sonra radyoterapi veya kemoterapi uygulanmadan exitus olmuştur (ilk tanıdan 15 ay sonra).

KAYNAKLAR

1. Gilbert JJ: Central Nervous System in Karcioğlu ZA, Someren A. Practical Surgical Pathology, Copyright by D.C. Heath and Company, Lexington, Massachusetts/Toronto, 1985, pp 1013-1014.
2. Rosai J: Oligodendroglioma in Ackerman's Surgical Pathology, Seventh Ed. by the C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, Washington D.C., 1989, p. 1733.
3. Russel DS, Rubinstein LJ: Oligodendrogliomas in Pathology of Tumours of Nervous System. Fifth Ed. By Arnold, E.a. division of Hodder and Stoughton, London, 1989, pp. 172-187.
4. Kros JM, Troost D, Van Eden CG, et al: Oligodendroglioma. A comparison of two grading systems. Cancer 61: 2251-2259, 1988.
5. Sun ZM, Genka S, Shitara N, et al: Factors possibly influencing the prognosis of oligodendroglioma. Neurosurgery 22: 886-891, 1988.
6. Cairncross JG, Macdonald DR: Successful Chemotherapy for recurrent malignant oligodendroglioma. Ann Neurol, 23: 360-364, 1988.
7. McDonald DR, O'Brien RA, Gilbert JJ, Cairncross JG: Metastatic anaplastic oligodendroglioma Neurology 39: 1593-1596, 1989.
8. Wallner KE, Gonzales M, Sheline G: Treatment of oligodendrogliomas with or without postoperative irradiation. J Neurosurg 68: 684-688, 1988.