

III. Ventrikülün Kolloid Kisti: Başağrısının Nadir Bir Nedeni

Colloid Cyst of Third Ventricle: Unusual Cause of Headache

Fuat Özkan¹, Mehmet Fatih İnci¹, İdris Altun²

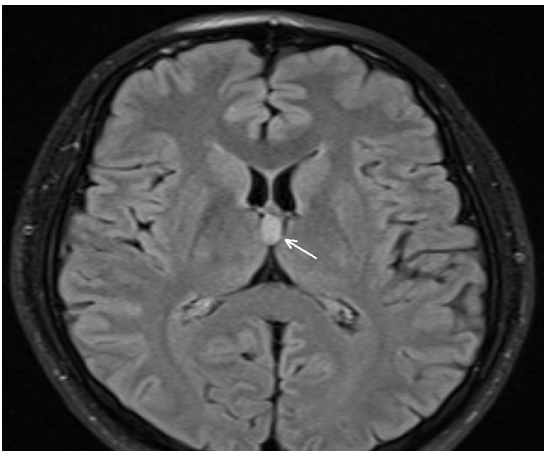
¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Beyin Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Nöroepitelyal kist olarak da adlandırılan kolloid kist (KK), yavaş büyüyen benign bir tümördür. Genelde üçüncü ventrikülün rostral kısmında oluşur. Üçüncü ventrikülün KK'leri tüm intrakranial tümörlerin yaklaşık olarak %0.5-1'ini oluştururlar (1,2). Erkeklerde kadınlara oranla daha sık gözlenir. Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir ancak genellikle 3-6. dekadlarda semptomatik hale gelirler (3, 4). Tipik olarak asemptomatik olmasına, benign histopatolojide ve küçük boyutlarda olmalarına rağmen kritik lokalizasyonlara yerleştiklerinde bası etkisi ile ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilirler (5-8).

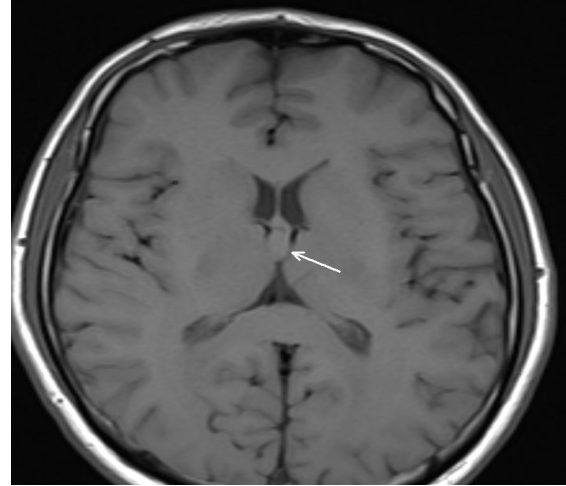
Olgu

İki aydır devam eden şiddetli başağrısı yakınması olan, muayenesinde belirgin bir bulgu veya nörolojik defisit bulunmayan 24 yaşında erkek hastaya yapılan MRG incelemede foramen Monro düzeyinde T1-A görüntülerde BOS'a göre hiperintens, T2-A görüntülerde beyin parankimi ile izointens, FLAIR görüntülerde ise hafif hiperintens, düzgün sınırlı, yuvarlak konturlu 1 cm çapında homojen lezyon izlendi (Resim 1-3).

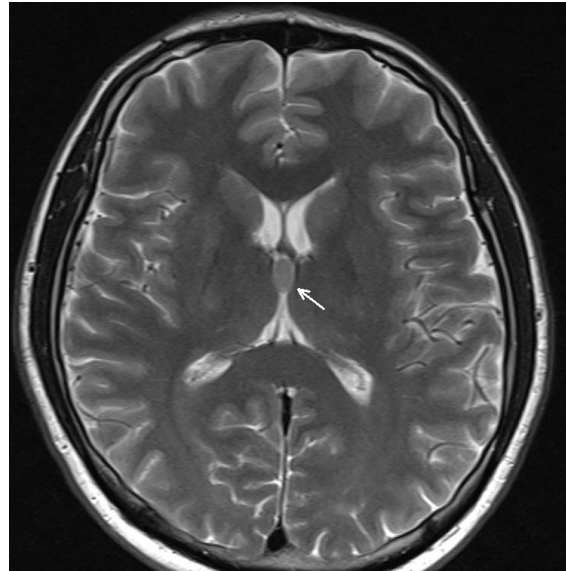


Resim 1. T1 ağırlıklı aksiyel görüntüde foramen Monro düzeyinde BOS'a göre hiperintens düz-

gün sınırlı, yuvarlak konturlu 1 cm çapında homojen lezyon izlendi (ok).



Resim 2. T2 ağırlıklı aksiyel görüntüde lezyon beyin parankimi ile izointens izlendi (ok).



Resim 2. FLAIR görüntülerde ise lezyon hafif hiperintens izlendi (ok).

Tipik lokalizasyonu ve görüntüleme bulguları ile KK lehine değerlendirildi. Belirgin hidrosefali olmaması ve boyutlarının küçük olması nede-

niyle cerrahi işlem yapılmayıp hasta yakın görüntüleme takibine alındı.

Tartışma

KK'ler histolojik olarak benign olmakla birlikte, foramen Monro'da obstrüksiyona yol açarak akut hidrosefaliye ve ani ölümlere neden olabilirler. KK'i bulunan hastalar semptomatik olduklarında en sık görülen yakınma olgumuzda olduğu gibi baş ağrısıdır. Ancak kolloid kistin neden olduğu baş ağrısı katastrofik sonuçlara yol açabildiği bildirilmiştir (7). Baş ağrısı tipik olarak frontal yerleşimli, kısa süreli intermittant şiddetli olup genellikle bulantı ve kusma eşlik etmektedir (9). Ancak tipik baş ağrısı hastaların üçte birinde gözükmemektedir. Baş ağrısı dışında klinik bakımdan tamamen asemptomatik olup tesadüfen tanı alan olgular bulunduğu gibi; papilödem, ataksi, görme alanı bozuklukları, idrar kaçırma, kısa süreli hafıza kaybı, nöbet geçirme, koma, hemiparezi, bulantı, kusma, konfüzyon, işitme bozukluğu veya normal basınçlı hidrosefali gibi bulgularla tanı alan olgular da bildirilmektedir (10,11).

KK içeriğinin ve yoğunluğunun değişken olabilmesi nedeni ile görüntüleme özelliklerinde farklılıklar olabilmektedir. KK'lerin yaklaşık 2/3'ü BT kesitlerinde, normal beyin parankimine göre hiperdens iken, 1/3'ü izodens karakterdedirler. Seyrek olarak hipodens görünümde olup, nadiren hemoraji ve kalsifikasyon da izlenebilmektedir. Genellikle kontrast tutmalarına rağmen nadiren rim tarzında kontrastlanma gösterebilirler. MR görüntülemesinde ise T1 ağırlıklı görüntülerde içerdiği kolesterol miktarına göre 2/3'ü hiperintens, 1/3'ü ise izointensdir. T2 ağırlıklı görüntüler genellikle su içeriğini yansıttığından çoğunluğu beyin parankimi ile izointensdir. Daha az oranda hipo/hiper mikst tipte görülebileceği gibi sıvı-sıvı seviyesi de verebilir. FLAIR sekansında baskılanmayıp difüzyon kısıtlılığı göstermezler. BT'dekine benzer şekilde genellikle kontrast tutmamalarına rağmen nadiren rim tarzında kontrastlanma gösterebilirler (12,13). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada kist içeriğinin tedavinin başarılı olmasını belirleyen en önemli faktör olduğu bildirilmiştir (14). Protein ve kolesterolden zengin kistler, T1A' da hiperintens T2A' da hipo-intens izlenmekte olup vizköz olmalarından

dolayı aspirasyon tedavisine düşük oranda cevap verdiği bildirilmiştir (14).

KK'lerin ayırıcı tanısında; koroid pleksus lezyonları, bu bölgenin diğer tümöral lezyonları, vertebrobaziller dolikoektazi/anevrizma, BOS akım artefaktı sayılabilir. Koroid pleksus kistleri genelde infantlarda görülür. Koroid pleksus papilomunun 3.ventrikül lokalizasyonu nadir olup erken çocukluk çağının tümörüdür. Benzer şekilde hipofizer adenom ve kraniofaranjiom nadiren 3.ventrikül yerleşimli olup KK'e göre daha fazla kontrast tutarlar. Aşırı vertebrobaziller dolikoektazi foramen Monro'da hiperdens kitle görünümüne neden olabilir, ancak arterlerde izlenen akım sinyalsizliği "flow void" ile tanı rahatlıkla konulabilir. BOS akım artefaktı ise multiplanar inceleme ile rahatlıkla anlaşılabilir.

Cerrahi eksizyon küratif olmakla birlikte, orta hatta ve derin yerleşimli olmaları nedeniyle teknik olarak zordur. Hidrosefali gelişen hastalarda ventriküloperitoneal şant gerekebilir. Yüksek rekürrens oranı olmasına rağmen stereotaktik aspirasyon faydalı olabilir (15).

Hidrosefaliye neden olmayan 1 cm'den küçük asemptomatik KK'ler seri görüntüleme yöntemleri ile takip edilebilirler. Görüntüleme ile takip sırasında bu kistlerin bir miktar boyut artışı gösterebildikleri bilinmektedir (16). Yavaş genişleme serebrospinal sıvı akışında bir bozulma yaratmadan foramen Monro ile uyum sağlayabilir ve hasta asemptomatik olarak kalabilir (8).

Sonuç olarak, 3.ventrikül yerleşimli KK nadir görülmekle birlikte, baş ağrısı yakınmasıyla başvuran olguların ayırıcı tanısında akılda bulundurulmalıdır. MRG inceleme hem tanı hem de tedaviye yön vermede önemli rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Pollock BE, Schreiner SA, Huston J 3rd. A theory on the natural history of colloid cysts of the third ventricle. *Neurosurgery* 2000; 46: 1077-81.
2. Jeffree RL, Besser M. Colloid cyst of the third ventricle: a clinical review of 39 cases. *J Clin Neurosci* 2001; 8: 328-31.

3. Horn EM, Feiz EI, Bristol RE, Lekovic GP, Goslar PW, Smith KA, Nakaji P, Spetzler RF. Treatment options for third ventricular colloid cysts: comparison of open microsurgical versus endoscopic resection. *Neurosurgery* 2007; 60: 613-20.
4. Macdonald RL, Humphreys RP, Rutka JT, Kestle JR. Colloid cysts in children. *Pediatr Neurosurg* 1994; 20: 169-77.
5. Skerbinjek Kavalar M, Kavalar R, Strojnik T. A colloid cyst of the third ventricle - the cause of episodic headache and sudden unexpected death in an adolescent girl. *Wien Klin Wochenschr* 2005; 117: 837-40.
6. Aronica PA, Ahdab-Barmada M, Rozin L, Wecht CH. Sudden death in an adolescent boy due to a colloid cyst of the third ventricle. *Am J Forensic Med Pathol* 1998; 19: 119-22.
7. Demirci S, Dogan KH, Erkol Z, Gulmen MK. Sudden death due to a colloid cyst of the third ventricle: report of three cases with a special sign at autopsy. *Forensic Sci Int.* 2009; 189: e33-6.
8. Eroğlu M, Yıldırım D. Atipik Yerleşimli Üçüncü Ventrikül Kolloid Kisti ve Nadir Bir Komplikasyonu. *JAEM* 2011: 92-4.
9. Spears RC. Colloid cyst headache. *Curr Pain Headache Rep* 2004; 8: 297-300.
10. Ekici ID, Çomunoğlu N, Özkan F, Güçlü B, Bilgi S, Çöloğlu AS. III. Ventrikülün Kolloid Kisti. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27: 919-922.
11. Desai KI, Nadkarni TD, Muzumdar DP, Goel AH. Surgical management of colloid cyst of the third ventricle-a study of 105 cases. *Surg Neurol* 2002; 57: 295-302.
12. Armao D, Castillo M, Chen H, Kwock L. Colloid cyst of the third ventricle: imaging-pathologic correlation. *AJNR Am J Neuroradiol* 2000; 21: 1470-7.
13. El Khoury C, Brugières P, Decq P, Cosson-Stanescu R, Combes C, Ricolfi F, Gaston A. Colloid cysts of the third ventricle: are MR imaging patterns predictive of difficulty with percutaneous treatment? *AJNR Am J Neuroradiol* 2000; 21: 489-92.
14. Algin O, Ozmen E, Arslan H. Radiologic Manifestations of Colloid Cysts: A Pictorial Essay. *Can Assoc Radiol J* 2012; doi: 10.1016/j.carj.2011.12.011.
15. Rajshekhar V. Rate of recurrence following stereotactic aspiration of colloid cysts of the third ventricle. *Stereotact Funct Neurosurg* 2012; 90: 37-44.
16. Camacho A, Abernathey CD, Kelly PJ, Laws ER. Colloid cysts: experience with the management of 84 cases since the introduction of computed tomography. *Neurosurgery* 1989; 24: 693-700.

