

## Nadir Bir Baş Dönmesi Nedeni Olarak Glomus Tümörü Glomus Tumor as a Rare Cause of Dizziness

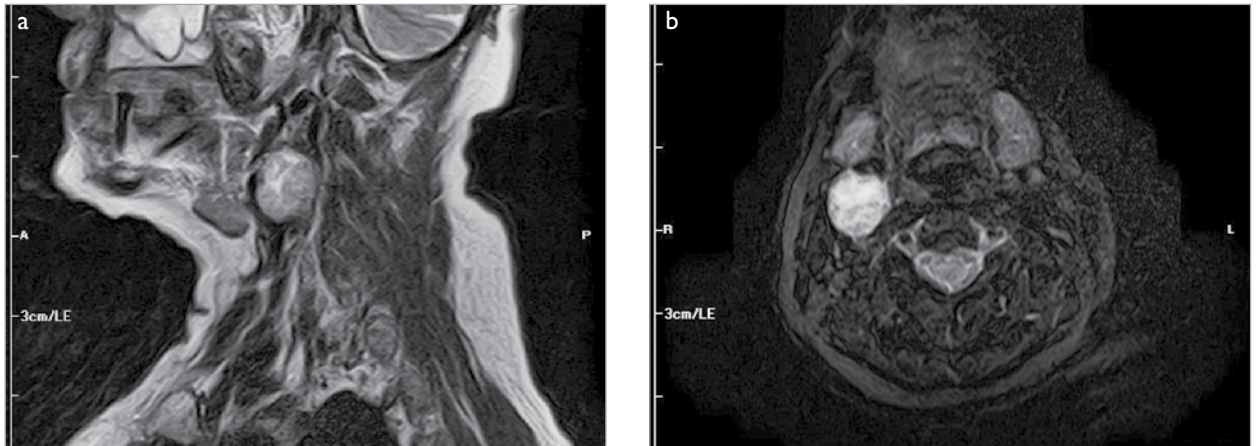
Hasan Hüseyin KOZAK, Ali Ulvi UCA

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Sayın Editör,

Glomus tümörü ilk olarak 1945 yılında Rosenwasser tarafından tanımlanmıştır (1). Glomus tümörleri ince duvarlı vasküler kanallar arasında nonkromaffin boyanan hücre demetlerinden oluşan bir vasküler yapıya sahiptir (2,3). Bu tümörler baş ve boyun bölgesi tümörlerinden olup jugular foramen, orta kulak kavitesi, karotid cisim bifurkasyonu ve vagal sinir alanları sık görüldüğü bölgelerdir. Glomus tümörleri baş boyun kanserlerinin %0,6 tüm kanserlerin %0,03'ünü oluşturur (4). Glomus tümörlerinde semptomların ortaya çıkışı ile tanı arasında geçen süre birkaç aydan 25 yıl gibi uzun sürelere ulaşabilmekte ve ortalama olarak tanı semptomların ortaya çıkışından 3-4 yıl sonra konabilmektedir (5,6).

Altmış iki yaşında bayan hasta nöroloji polikliniğine 2 yıldır ara ara olan, özellikle başını sağa döndürmekle ortaya çıkan başı döner gibi olma, başında hafiflik hissi ve birkaç kez 10-15 sn süreli bayılır gibi hissetme şikayetiyle geldi. Daha önce yapılan muayeneler sonrası verilen semptomatik tedavilere rağmen şikayeti geçmemiş ve ara ara devam etmişti. Bilinen hipertansiyon hastalığı oral ilaç tedavisi ile kontrol altındaydı. Genel fizik ve nörolojik muayenesinde başını sağa çevirmekle ortaya çıkan baş dönmesi benzer durum harici özellik yoktu. Yapılan kan tetkikleri normal sınırlardaydı. Ayırıcı tanı açısından yapılan kardiyak tetkikleri normal saptanan hastanın çekilen beyin magnetik rezonans görüntülemesinde birkaç iskemik gliotik alan dışında özellik yoktu. Vasküler nedenlerin dışlanması amacıyla yapılan karotis vertebral renkli ultrasonografi tetkikinde sağda karotis bifurkasyonu seviyesinde internal karotis arter (İKA) ve eksternal karotis arterde (EKA) bir miktar basıya neden olan, içerisinde ve çevresinde artmış vasküler sinyal alınan, spektral incelemede kitle içerisindeki arteriyel yapılarla düşük dirençli akım izlenen 20x20x33 mm çapında sınırları düzgün, heterojen kitle lezyonu saptandı. Boyun magnetik rezonans görüntülemesinde sağda karotid bifurkasyon lokalizasyonunda İKA ve EKA'ler arasında oturan, kontrast tutan, keskin sınırlı glomus tümörü ile uyumlu solid lezyon saptandı (Resim 1a, b). Hasta kulak burun boğaz servisi ile konsülte edildikten sonra operasyona hazırlandı. Preoperatif dönemde radyoloji kliniği tarafından tümöral dokunun besleyici damarları embolize edildi. Daha sonra genel anestezi altında tümöral doku total rezektü edildi. Operasyon sonrası herhangi bir şikayeti olmayan ve bir yıl boyunca takip edilen hastanın şikayetlerinin tamamen düzeldiği öğrenildi.



**Resim 1. a, b.** Sağda karotid bifurkasyonu lokalizasyonunda internal ve eksternal karotid arterler arasında kontrast tutan keskin sınırlı glomus karotikum ile uyumlu solid lezyon



**Yazışma Adresi/Correspondence Address:** Dr. Hasan Hüseyin Kozak, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye Tel: +90 332 223 62 71 E-posta: hhkozak@gmail.com

**Geliş Tarihi/Received:** 26.12.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.01.2014

©Copyright 2015 by Turkish Association of Neuropsychiatry - Available online at [www.noropsikiyatriarsivi.com](http://www.noropsikiyatriarsivi.com)

©Telif Hakkı 2015 Türk Nöropsikiyatri Derneği - Makale metnine [www.noropsikiyatriarsivi.com](http://www.noropsikiyatriarsivi.com) web sayfasından ulaşılabilir.

Birçok glomus tümörü asemptomatik seyrederek. En yaygın semptomları görülmeye sıklığına göre boyunda kitle, işitme kaybı, tinnitus, ortakulak akıntısı, kulak ağrısı, baş dönmesi, kulakta kanama, kranial sinir paralizileri olarak sıralanabilir (2,3,5,6,7). Belirsiz baş dönmesi ve presenkop atağı diyebileceğimiz şikayetlerle gelen hastalarda ayırıcı tanı zordur. Bu hastalarda periferik (labirintit, Menière hastalığı, iyi huylu paroksizmal pozisyonel vertigo) nedenler santral ve vasküler (beyin tümörü veya inme) nedenlerden ayırt edilmelidir. Ayrıca senkop ve/veya presenkop şikayeti ile başvuran hastalarda özellikle yaşlı hasta grubunda genellikle ritim bozukluğu (kalp bloğu, hızlı atriyal fibrilasyon vb.) veya potansiyel neden olarak kapak disfonksiyonunu (aort darlığı vb.) elimine etmek için ileri kardiyak tetkikler gerekir. Sunulan olguda tanı Doppler ultrasonografi ve boyun magnetik rezonans görüntüleme ile konulmuştur. Bu tümörler karakteristik olarak T1 ağırlıklı sekanslarda orta sinyal yoğunluğu gösterirken, T2 ağırlıklı sekanslarda izointens veya hafif hiperintens yoğunluk gösterirler. Gadolinium sonrası belirgin hiperintense gösterirler (8). Glomus tümörlerinin katekolamin salgılayan tiplerinde genel sistemik semptomların yanısıra, internal ve eksternal karotid sistemler ile vertebral sistemden beslenen glomus tümörlerinde bir çok farklı semptom ve bulgular olabilir (9). Bu vaka, baş dönmesi, denge kaybı, presenkop atak benzeri şikayetler ile gelen hastaların ayırıcı tanılarında glomus tümörlerinin de dikkate alınması gerektiğine işaret ediyor.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır.

**Conflict of Interest:** The authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** There is no financial support for this research.

## KAYNAKLAR

1. Phelps PD, Cheesman AD. Imaging jugulotympanic glomus tumors. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990; 116:940-945. [\[CrossRef\]](#)
2. Brown J. Glomus jugulare tumors revisited: a ten year statistical follow-up of 231 cases. Laryngoscope 1985; 95:67-76. [\[CrossRef\]](#)
3. Probst LE. Radiological features of glomus tympanicum and glomus jugulare. J Otolaryngol 1991; 20:225-227.
4. Mafee MF, Raofi B, Kumar A, Muscato C. Glomus faciale, glomus jugulare, glomus tympanicum, glomus vagale, carotid body tumors, and simulating lesions. Role of MR imaging. Radiol Clin North Am 2000; 38:1059-1076. [\[CrossRef\]](#)
5. Jackson CG. Glomus tympanicum tumors: contemporary concepts in conservation surgery. Laryngoscope 1989; 99:875-884. [\[CrossRef\]](#)
6. Eskridge JO. Interventional neuroradiology. Radiology 1989; 172:991-1006. [\[CrossRef\]](#)
7. Aktaş D, Gerek M, Özünlü A, Kazkayaş M, Özkaptan Y. Glomus jugulare tümörlerinde tedavi K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1996; 4:153-156.
8. Vogl TJ, Juergens M, Balzer JO, Mack MG, Bergman C, Grevers G, Lissner J, Felix R. Glomus tumors of the skull base: combined use of MR angiography and spin-echo imaging. Radiology 1994; 192:103-110. [\[CrossRef\]](#)
9. O'Leary MJ, Shelton C, Giddings NA, Kwartler J, Brackmann DE. Glomus tympanicum tumors: a clinical perspective. Laryngoscope 1991; 101:1038-1043.