

Farklı Bir Yaklaşım: TRAP-DOOR İnsizyon

KK Cerit¹, AC Bakır¹, N Eker², E Demirbaş³, A Dağçınar⁴, G Kıyan¹

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji ve Hematoloji BD

³Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

Amaç: Servikotorakal bölgede yerleşimli nöroblastom çok nadir izlenmektedir. Bölgeye yaklaşımdaki sınırlılık ve nörovasküler yapılarla olan ilişkisi cerrahide zorluklar yaratmaktadır. Bu çalışmada farklı bir yaklaşım olan trap-door anterior torakotomi (TAT) ile ilgili tecrübemizi sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 aylık erkek hasta; sol paravertebral C7-T6 düzeyleri arasında, 6x4.5 cm boyutlarında kitle ile başvuru. T1-T4 vertebra düzeyinde spinal korda uzanımı mevcuttu. (NSE:26.5 ng/ml)

Torakoskopik biyopsi: Ganglionörom

1. Cerrahi: Torakotomi ve Laminektomi (NRŞ)

Patoloji: Diferansiye Nöroblastom

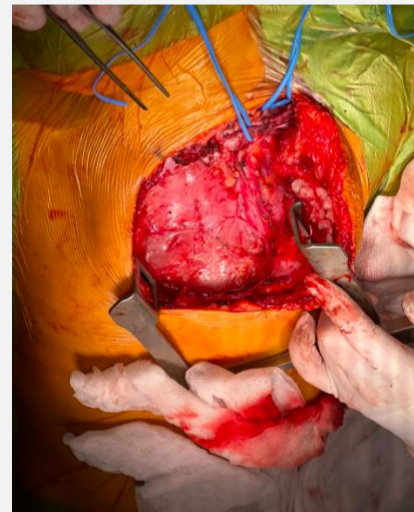
- ✓ Düşük mitotik index (favorable)
- ✓ N-myc amplifikasyonu: Negatif

IDRF kriterlerine göre; preoperatif kemoterapi başlandı.

- ✓ Kitlede yeterli küçülme sağlanamaması
- ✓ DOTA-PET'te tutulumun olması cerrahi planı yapıldı. (NSE:34 ng/ml)



Resim 3 ve 4: TAT insizyonunun cerrahi öncesi ve sonu görüntüleri

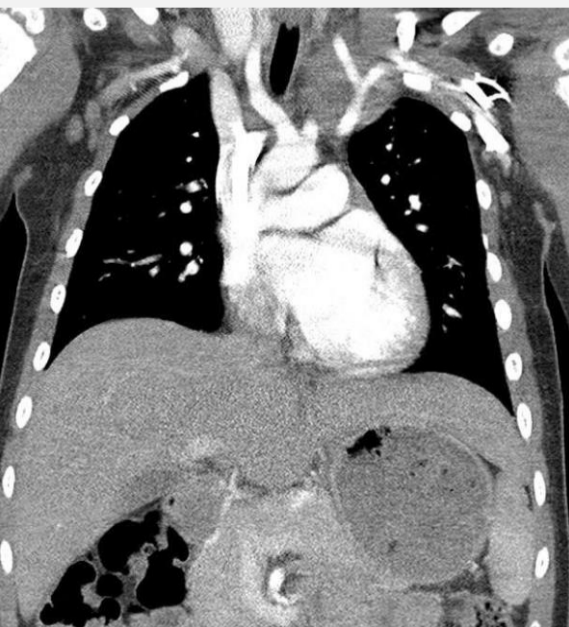


Resim 5 ve 6: Peroperatif görüntü; vertebral arter ve subklavian arter askıda, invaze kosta ile çıkarılmış kitlenin görüntüsü

2. Cerrahi: Trap-door anterior torakotomi
Kitlenin >%95 rezeksiyonu

Patoloji: Ganglionöroblastom intermikst subtip

- ✓ Schwannian stroma oranı: %54
- ✓ Ganglionik hücre oranı: %26
- ✓ Nekroz oranı: %6



Resim 1 ve 2: Bilgisayarlı tomografi görüntüleri

Sonuç : TAT, servikotorakal kitlelerde, lezyonun hem cerrahi olarak ortaya konulması hem de torakotomiye göre vasküler yapıların kontrolündeki üstünlüğü nedeniyle tercih edilebilecek bir yaklaşımdır.