

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Bilateral elastofibroma dorsi olgusu

A case of bilateral elastofibroma dorsi

Erdoğan Dadaş¹, Bülent Petik², Ayşe Nur Akatlı³, Deniz Çolak⁴

ÖZET

Elastofibroma dorsi nadir görülen bir yumuşak doku tümörüdür. Oluşumunda kol gücüyle çalışan insanlarda skapulanın toraks duvarına aşırı sürtünmesi veya genetik faktörler sorumlu tutulur. Tanısında toraks bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Semptomatik olgularda cerrahi eksizyon iyi bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar kelimeler: Elastofibroma, sırt ağrısı, toraks duvarı tümörleri

GİRİŞ

Elastofibroma dorsi (ED), göğüs duvarı, serratus anterior ve latissimus dorsi kasları arasında, subskapular ve infraskapular alanda yerleşen iyi huylu bir yumuşak doku tümörüdür. İlk kez 1961 yılında Jarvi ve Saxen tarafından tanımlanmıştır [1]. Bu konudaki uluslararası deneyimler çoğunlukla küçük olgu serileri ve nadir olgu raporlarından oluşur. Go ve ark. [2] son dönemde yaptıkları literatür incelemesinde, 1980-2009 yılları arası dönemde 330 ED olgusu saptamışlardır. Ağrı nedeniyle müracaat eden ve cerrahi olarak tedavi edilen bilateral ED olgusunu nadir görülmesi, kolay gözden kaçabilmesi ve bilateral olması nedeniyle literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU

46 yaşında bayan hasta sırtında, her iki kürek kemiği alt uçta şişlik ve ağrı ile müracaat etti. Ağrının son birkaç yıldır olduğunu ifade eden hastanın fi-

ABSTRACT

Elastofibroma dorsi is a rare soft tissue tumor. Friction of scapula to chest wall excessively in manuel laborers or genetic factors may be responsible for consist of elastofibroma dorsi. Thorax computerized tomography and magnetic resonance imaging are most frequent used imaging methods in diagnosis of elastofibroma dorsi. Surgical excision is a good treatment option for cases with symptomatic.

Key words: Elastofibroma, back pain, chest wall tumors

zik muayenesinde bilateral sakapula alt uçta palpe edilebilen, sınırları belirsiz bilateral şişlik saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide (CT) her iki hemitoraks duvarı posterolateral kesimde, skapula inferior marjin medialinde ekstratorakal yerleşimli, sağda 6,5x3.1 cm boyutlarında, solda 5,6x2.2 cm boyutlarında kas dansitesinde, çevresinde yoğun yağ planları mevcut yumuşak doku kitleleri saptandı (Resim 1a). Her iki kitle, radyolojik olarak elastofibroma dorsi lehine yorumlandı. Ancak malignite şüphesi tamamen ekarte edilemediğinden hastaya toraks magnetik rezonans görüntüleme (MRI) uygulandı. MRI'da her iki skapula inferior marjin komşuluğunda, ekstratorakal yerleşimli, serratus anterior ve latisimus dorsi kaslarını yaylandıran T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hipointens ve kas sinyal intensitesinde periferinde ve kas lifleri arasında yağ dokusuna ait sinyaller izlenen sağda 7,6x5,4x3,3 cm, solda 6,6x4,4x2,3 cm boyutlarında kitle lezyon izlendi (Resim 1b). Bilateral elastofibroma dorsi olarak değerlendirildi. Hastanın EKG, hemogram ve kan biyokimyasında bir özellik yoktu. Olgu bilate-

¹ Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

² Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

⁴ Adıyaman Üniversitesi Eğitim-Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, Adıyaman, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Erdoğan Dadaş,

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi AD, , Adıyaman, Türkiye, Email: erdogandadas@yahoo.com

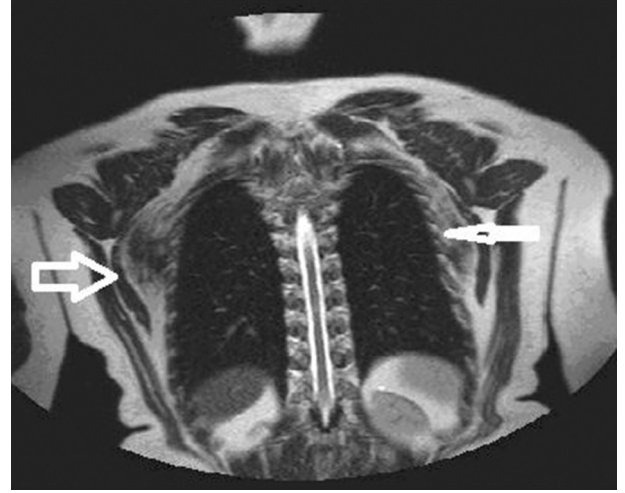
Geliş Tarihi / Received: 01.03.2014, Kabul Tarihi / Accepted: 09.04.2014

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2014, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

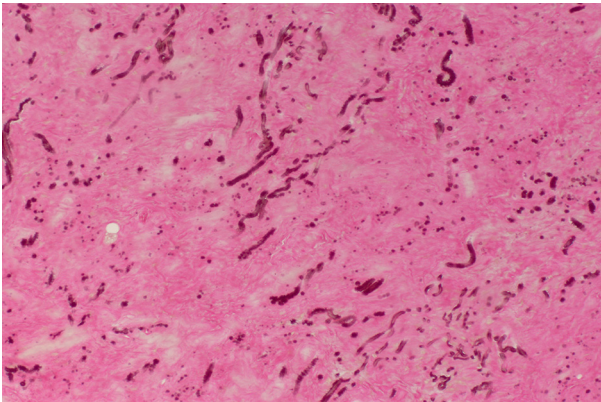
ral elastofibroma dorsi ön tanısı ile ameliyata alındı. Her iki skapula medial-alt uçtan insizyonla cilt-cilt altı ve latissimus dorsi adelesi geçilerek lezyonlara ulaşıldı. Her iki lezyonda ekstra torakal yerleşimli olup, yoğun bağ dokusu özeliği göstermekteydi.



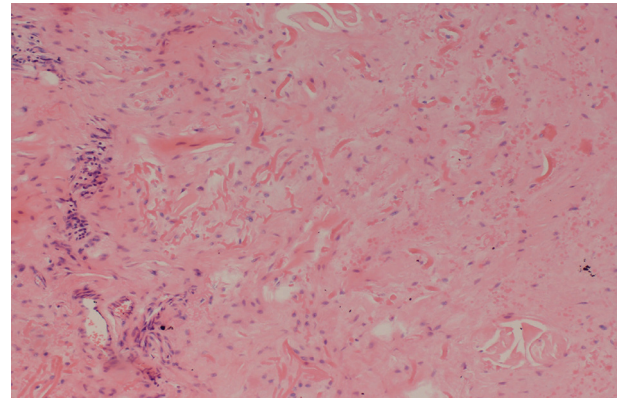
Resim 1 a. Olgunun aksiyel planda toraks CT kesitinde lezyonların görünümü



Resim 1 b. Olgunun koronal planda toraks MR kesiti



Resim 2 a. Kollajenöz matrikste dejenere elastik lifler. H-E x100



Resim 2 b. Tübül ve globül şeklinde anormal elastik lifler. Verhoeff Elastin Boyası x100

TARTIŞMA

2002 yılı Dünya Sağlık Örgütü yumuşak doku tümör sınıflandırmasında, ED iyi huylu fibroblast/myoblast tümör olarak sınıflandırılmıştır [3]. Marino ark. [4] klinik olarak semptomatik ED'nin yıllık insidansının her iki cinsiyet için 0,23/100.000 olduğunu bildirmişlerdir. Yayınlarında ender olarak söz edilmesine karşın, semptomatik yaşlı popülasyon-

Her iki lezyonda total olarak, aynı seansta, eksize edildi. Kitleler makroskopik olarak, sağda 8x5x4 cm, solda 7x5x3 cm büyüklüğünde, kapsülsüz ve lastik kıvamındaydı. Patoloji sonucu bilateral elastofibroma dorsi olarak rapor edilmişti (Resim 2a/b).

da toraks CT ile yapılan incelemede prevalans %2 olarak bildirilmektedir [5]. Sıklıkla 4-6. dekattaki kadınlarda görülür. Genellikle tek taraflıdır. Bilateral görülme sıklığı %10 olup en sık subkapular-infraskapular bölgede ve romboid major ile latissimus dorsi kasları arasında yerleşir [6]. Bizim olgumuzun cinsiyet, yaş ve kitle lokalizasyonu literatürde bildirilenler ile uyumlu idi.

ED'nin histopatogenezinde, kol gücüyle çalışan kimselerde skapulanın göğüs duvarına aşırı sürünmesi ve tekrarlayan minör travmalar ile meydana gelen aşırı elastin üretimi ve kollogen dejenerasyonunun sorumlu olduğunu belirten yayınlar olduğu gibi kromozom anomalisinin rol oynadığını bildiren yayınlar da vardır [1,6-8]. McComb ve ark. [7] sitogenetik analiz uyguladıkları olgularında 2/3 oranında klonal karyotipik anomali saptamışlardır. Nagamine ve ark. [8] 170 olgudan oluşan geniş serilerinde hastaların %32'sinde genetik predispozisyon saptamışlardır. Olgumuzda genetik dispozisyonu düşündürecek bir bulgu mevcut olmayıp, hasta yoğun ev işleri yapan bir ev hanımı olduğunu ifade etmekteydi.

En sık semptom, şişlik ve sırt ağrısıdır. Fizik muayenede skapula alt uçta kolun abduksiyonu ile daha çok palpabl hale gelen, çoğunlukla mobil, bazen de çevre dokulara yapışıklık nedeniyle sabit olabilen kitle saptanabilir [2]. Biyokimyasal ve hematolojik testlerin ED tanısında herhangi bir özgülüğü yoktur. Skapular bölgenin ultrason ve CT ile değerlendirilmesi ilk seçilmesi gereken görüntüleme yöntemleridir. MR ise malign göğüs duvarı tümörü şüphesi olduğu durumlarda ilk seçilecek görüntüleme yöntemi olmalıdır [9]. Olgumuzda CT ile lezyon ED lehine yorumlanmasına rağmen malignite şüphesi tamamen ekarte edilemediğinden ve kitlenin toraks duvarındaki çevre dokularla olan ilişkisini daha iyi ortaya koymak için MRI uygulanmıştır. Ancak toraks MRI ilave bilgi vermemiştir.

Lococo ve ark. [9] semptomu olan tüm hastalarda ve malignite şüphesi olan olgularda komplet cerrahi eksizyon uygulamışlardır. Asemptomatik hastaları ise klinik olarak cerrahiye uygun olmayan olgular olarak değerlendirmiş ve radyolojik değerlendirme ile malignite şüphesi varsa biyopsi uygulamışlardır. Söz konusu yazarlar ortalama 5 yıllık takip sonrasında hiç nüks olmadığını bildirmişlerdir. Karakurt ve ark. [10] ise ağrı veya şişlik nede-

niyle başvuran tüm ED olgularında cerrahi eksizyon uygulamış ve ortalama 58 aylık takip sonrasında hiçbir olguda nüks saptamamışlardır. Ancak 2 olguda karşı tarafta yeni ED ortaya çıktığı belirtilmiştir. Olgumuz postoperatif 16. ayında olup yakınmaları tamamen gerilemiştir ve nüks mevcut değildir.

Sonuç olarak, ED periskapular yerleşimli toraks duvarı kitlelerinde ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Semptomatik olgularda, düşük nüks oranı ile lezyonun komplet eksizyonu iyi bir tedavi seçeneğidir.

KAYNAKLAR

1. Jarvi O, Saxen E. Elastofibroma dorse. *Acta Pathol Microbiol Scand Suppl* 1961;51:83-84.
2. Go PH, Meadows MC, Deleon EM, et al. Elastofibroma dorsi: a soft tissue masquerade. *Int J Shoulder Surg* 2010;4:97-101.
3. Daigeler A, Vogt PM, Busch K, et al. Elastofibroma dorsi-differential diagnosis in chest wall tumors. *World J Surg Oncol* 2007;5:15. doi:10.1186/1477-7819-5-15.
4. Marino IT, Solis PS, Lara AP, et al. Sensitivity and positive Predictive value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of elastofibroma dorsi: review of fourteen cases. *J Shoulder Elbow Surg* 2013;22:57-63.
5. Brandser EA, Gore JC, El-Khoury GY. Elastofibroma dorsi: prevalence in an elderly patients population as revealed by CT. *Am J Roentgenol* 1998;171:977-980.
6. Briccoli A, Casadei R, Di Renzo M, et al. Elastofibroma dorsi. *Surg Today* 2000;30:147-152.
7. McComb EN, Feely MG, Neff JR, et al. Cytogenetic instability, predominantly involving chromosome 1, is characteristic of elastofibroma. *Cancer Genet Cytogenet* 2001;126:68-72.
8. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. *Cancer* 1982;50:1794-805.
9. Lococo F, Cesario A, Mattei F, et al. Elastofibroma dorsi: clinicopathological analysis of 71 cases. *Thorac Cardiovasc surg* 2013;61:215-222.
10. Karakurt O, Kaplan T, Gunal N, et al. Elastofibroma dorsi management and outcomes: review of 16 cases. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2014;18:197-201.