

## SIRTTA DEV METASTATİK MİKSOİD LİPOSARKOM: OLGU SUNUMU

## GIANT METASTATIC MYXOID LIPOSARCOMA OF THE BACK: CASE REPORT

\*Özlenen Özkan, \*Ahmet Duymaz, \*Mehmet Can Ubur, \*\*İnanç Gürer

\* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

\*\* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

## ÖZET

Liposarkom erişkinlerde malign fibröz histiositomdan sonra ikinci en sık görülen yumuşak doku sarkomudur. Sıklıkla multipotensiyel primitif mezenkimal hücrelerden ve nadiren olgun yağ hücrelerinden köken alır. Çoğunlukla retroperitoneal bölge ve alt ekstremitelerde görülürken, üst sırt bölgesinde dev ebatlarda oluşması nadirdir. Burada nadir görülen bir olgu olarak erkek bir hastada sağ uyluktan sağ üst sırt bölgesinde metastaz olan dev liposarkom olgusu sunuldu. Hastaya geniş en-blok lokal eksizyon ve ince kalınlıktaki deri grefti ile onarım yapıldı. Çıkarılan tümör 8500 gr ve en büyük ebadı 32 cm idi.

Anahtar Kelimeler: Dev liposarkom, sırt bölgesi

## ABSTRACT

Liposarcoma, next to malignant fibrous histiocytoma, is the second most frequent soft tissue sarcoma in adults. It originates from multipotential primitive mesenchymal cells, rather than mature adipose tissue. Most of them are located in the retroperitoneum, lower extremities, its occurrence and reaching giant dimension within upper back are rare. Here it is presented an unusual case of giant liposarcoma, which metastasized from the right thigh to the right upper back in a male. The patient was operated by wide local excision of lesion and coverage with split-thickness skin graft. The resected tumor weighed 8500 gr and was 32 cm in largest diameter.

**Keywords:** Giant liposarcoma, back region

## GİRİŞ

Liposarkomlar yumuşak doku sarkomları arasında malign fibröz histiositomdan sonra ikinci sıklıkta görülen tümörlerdir.<sup>1</sup> Tüm yumuşak doku sarkomlarının %20'sini oluştururlar ve primitif mezenkimal hücrelerden nadiren de olgun yağ hücrelerinden köken alırlar. En sık retroperitoneal bölgede, ekstremitelerde, intramusküler fasya ve derin dokularda, daha seyrek olarak da inguinal, paratestiküler bölge, meme ve omentumda yerleşirler. Dev boyutlara ulaşması kitlenin geç belirti vermesinden dolayı sıklıkla retroperitoneal yerleşimli liposarkom olgularında bildirilmiştir.<sup>2</sup> Histolojik olarak iyi diferansiye, miksoid/ yuvarlak hücreli, dediferansiye ve pleomorfik tiplerine ayrılmıştır. Miksoid liposarkom en sık görülen tipi olup lokal rekürensiz, metastatik potansiyelin düşük olmasından dolayı düşük dereceli bir malign tümör olarak kabul edilmektedir.<sup>3-5</sup>

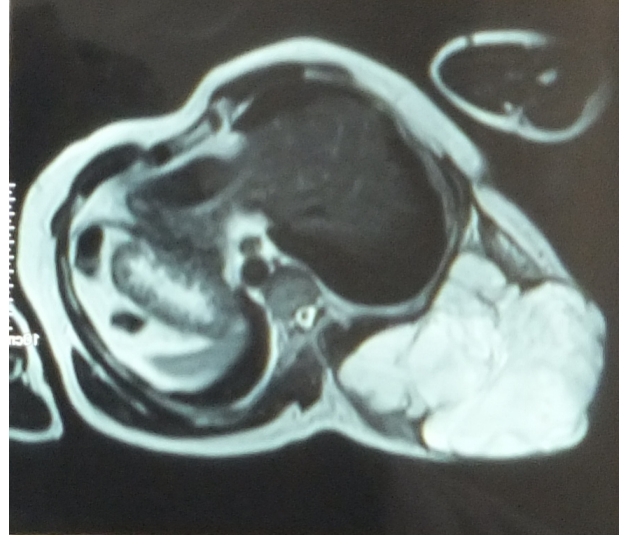
Bu olgu sunumunda sırt bölgesinde yerleşim gösteren, metastatik dev boyutlarda miksoid liposarkom olgusu ve literatür eşliğinde genel bilgiler verilmesi amaçlanmıştır.

## OLGU

Kırk yedi yaşında erkek hasta yaklaşık 3 yıldan bu yana sağ sırt bölgesinde başlayan ve inferior bölgeye doğru hızlı büyüme gösteren kitle ile kliniğimize başvurdu. Kitlenin hastanın hareketlerinde, yatıp kalkmasında sorun oluşturduğu fakat herhangi bir ağrıya neden olmadığı bildirildi. Hikâyesinde 8 yıl önce sağ uylukta liposarkom nedeniyle sağ kalça dezartikulyasyonu yapıldığı, bir yıl sonra sol uylukta metastatik kitle nedeniyle lokal geniş eksizyon yapıldığı öğrenildi. Tümörün yüksek evreli (grade) olmamasından dolayı adjuvan kemoterapi ya da radyoterapi uygulanmamış. Özgeçmişinde ve soy geçişinde bir özellik yoktu. Muayenesinde sırtta sağ skapular bölgeden başlayıp sağ omuza doğru süperolaterale, inferiora bel bölgesine ve mediale vertebraya doğru uzanım gösteren yaklaşık 32x26x16 cm büyüklüğünde sert ve alttaki dokulara yapışık kitle saptandı (Şekil 1A-1B). Laboratuvar incelemelerinde; eritrosit sedimentasyon hızı 70 mm/saat ölçülürken, hemogram, biyokimyasal analizler ve idrar incelemesi normal sınırlarda idi.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sağ he-

mitoraks posteriorda cilt/cilt altı yumuşak doku içerisinde en geniş transaksiyel boyutu 27x12 cm olarak ölçülen, sağ aksiller bölgeye uzanımlı, brakial plexus, axiller arter ve invazyonu tespit edilmeyen ancak çok yakın komşuluğu bulunan, süperiorda sternoklaviküler eklem düzeyine inferiorda sağ böbrek orta kesim seviyesine kadar uzanan içerisinde multiloküle septasyonlar içeren T1 hipointens, T2 diffüz hiperintens olarak izlenen post kontrast sekanslarda özellikle septalarda heterojen kontrast tutulumu izlenen kitle lezyonları tespit edildi (Şekil 2). Kitle genel anestezi altında, prone pozisyonunda, brakial plexus ve vasküler yapılara hasar vermeksizin, 2 cm'lik sağlam marjinden, aksiler arter ve brakial pleksustan sıyrarak ve subfasyal plandan tamamen enblok şeklinde çıkarıldı ve histopatolojik incelemeye gönderildi. Defekt alan (Şekil 3A), uyluktan alınan ince kalınlıktaki deri grefti ile kapatıldı. Tümör makroskobik olarak kapsüllü, lobule yapıda ve 8,5 kg ağırlıkta idi (Şekil 3B). Histopatolojik incelemesinde yaygın miksoid alanlar içeren oluşum, tek ya da birden fazla vakuollü tümöral hücreler, yer yer nukleusları santralde, kısmen de kenara itilmiş prolifer lipoblast izlenen miksoid tip liposarkom olarak rapor edildi (Şekil 4A-4B). Hastanın ameliyat sonrası takiplerinde kısmi greft kaybı görüldü, tekrar greftleme sonrası takiplerinde herhangi bir

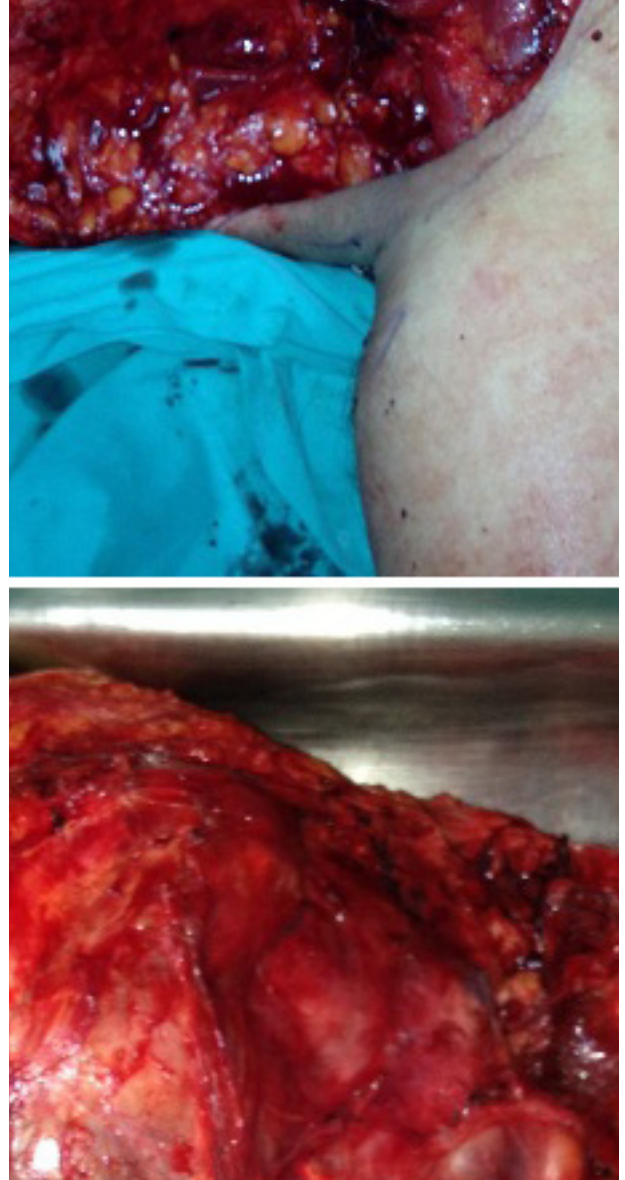


Şekil 2. Olgunun ameliyat öncesi aksiyel (MRG) görünümü.



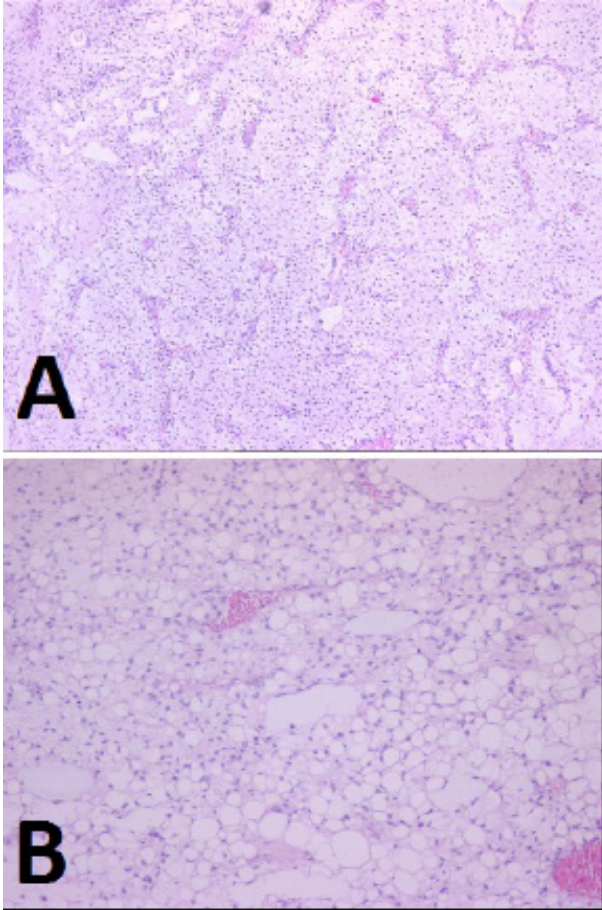
Şekil 1. A. Olgunun ameliyat öncesi pron pozisyonunda sol lateral görünümü.

B. Olgunun ameliyat öncesi pron pozisyonunda sağ lateral görünümü.



Şekil 3. A. Tümörün 2 cm marjinle kas fasyaları dâhil edilecek şekilde yapılan eksizyon sonrası görünümü

B. Olgunun ameliyatında çıkarılan kitlenin makroskobik görünümü.



Şekil 4. A. Tipik, dallanan damar yapısı ve miksoid zemin; Hematoksilen eozin (H&E) X 50  
B. Adipositik diferansiyasyon ve lipoblastlar, H&E X 100



Şekil 5. Ameliyat sonrası 5 ay sonrası görünümü.

komplikasyon gözlenmedi (Şekil 5). Hasta adjuvan kemoterapi ve radyoterapi için onkoloji kliniğine refer edildi.

### TARTIŞMA

Liposarkomlar tüm yumuşak doku sarkomlarının % 15-20'sini oluşturur. En sık görülen alt tipi miksoid liposarkomalardır ve tüm liposarkomların %50'ini oluşturur.<sup>1</sup> Olguların çoğu erişkinlerde ve erkeklerde

görülür. Etiyolojide genetik, travma, ve radyasyonun önemli olduğu belirtilse de<sup>6</sup> pluripotent mezenkimal yağ hücrelerinden ve nadiren de olgun yağ hücrelerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Ayrıca mevcut lipomlardan geliştiği bildirilmiş olsalar da, bu iyi diferansiye liposarkom tanısının rekürrens sonrasına kadar patolojik olarak lipom olarak değerlendirmesinden de olabilir.<sup>7</sup>

Radyolojik olarak lipom ile liposarkomların ayırıcı tanısı kesin olarak yapılamazsa da iyi diferansiye tümörler normal yağ dokusu gibi veya lipomlar gibi radyolüsendir ve sınırları nettir. Bununla birlikte miksoid /yuvarlak hücreli, ve pleomorfik ve dediferansiye tümörler ise düzensiz sınırlı, yoğun dansiteli ve radyopak olarak görülürler.<sup>1</sup> Ancak bilgisayarlı tomografi (BT) veya MR lokal nüks ve uzak metastaz takibinde oldukça yararlıdır. Liposarkom tanısında yüksek çözünürlüklü nükleer manyetik rezonans spektroskopiden de yararlanılabilir.<sup>8</sup> İnce iğne aspirasyon biyopsisi tanıyı koymada yetersiz kalabilmektedir.<sup>8</sup>

Tümör boyutlarının tümörün prognozu üzerinde herhangi bir etkisi yoktur. Fakat derin yerleşimli tümörler muhtemelen geniş eksizyonun güçlüğünden dolayı daha kötü prognozludur. Tümör prognozunda en önemli etken tümörün histolojik diferansiyasyonudur. Tümörün klinik davranışı diferansiyasyon derecesi ile orantılıdır. Yani tedaviye verdiği yanıt, tümörün yerleşimi ve histopatolojik tipine göre değişmektedir. Genel olarak dediferansiye, pleomorfik tip liposarkomlar kötü prognozlu tümörler olarak bildirilirken iyi diferansiye ve miksoid tipler ise iyi prognostik özellik gösterirler.<sup>9</sup>

Liposarkomlarda lenf nodu metastazı son derece nadirdir.<sup>1,10</sup> Uzak metastazlar ise özellikle yüksek grade'li tipler olan dediferansiye ve pleomorfik tiplerde rastlanmakta ve sıklıkla karaciğer, beyin, akciğer, omurga tutulumu görülmektedir. Miksoid tip liposarkomlar ise çok nadiren metastaz göstermektedirler.<sup>11</sup>

Tedavide en etkin ve birincil tedavi lokal geniş eksizyondur. Lokal rekürrens özellikle cerrahi sonrası 5-10 yıllık takiplerde de saptanabilir ve komplet rezekte edilebilen kitlelerde dahi uzun dönem rekürrens görülebilmektedir.<sup>12</sup> Burada tümörün histopatolojik tipinin de lokal nüks oranları üzerinde etkisi olduğu unutulmamalıdır.<sup>13</sup> Adjuvan tedaviler ise (Radyoterapi, Kemoterapi) klinik çalışmalarla sınırlıdır, operasyona uygun olmayan hastalarda palyasyon amacıyla kullanılabilir. Adjuvan kemoterapi uzak organ metastaz olgularında başarıyı %44 oranında arttırmaktadır.<sup>13-14</sup> Primer tedavide radyoterapinin yeri olmayıp sıklıkla cerrahi eksizyonun yetersiz kaldığı veya nörovasküler yapıların tutulum şüphesi olan vakarlarda lokal nüksü azaltmak amacıyla önerilmektedir.<sup>15</sup> Radyoterapi özellikle miksoid tip liposarkomlarda belirgin palyatif etkiye sahiptir.<sup>13</sup>

Olgumuzda kalça dezartikülasyonu sonrası 1 yıl sonra kontralateral ekstremitede ve 5 yıl sonra sırtta metastaz görülmüştür. Bu birinci operasyon sırasında eksizyonun geniş marjinden yapılamamasından kaynaklandığı gibi ikinci operasyon sonrası hastaya radyoterapi ve kemoterapi verilmemesinden dolayı da olabilir.

Sonuç olarak miksoid tip liposarkomların uzak metastazları nadirdir. Dev boyutlara ulaşması sıklıkla retroperitoneal yerleşimli olgularda bildirilmiştir. Tedavide primer ve en etkin tedavi cerrahi geniş bir rezeksiyonla tümörün çıkarılmasıdır. Miksoid tip liposarkomlar iki yıl süreyle 3 ayda bir daha sonra yılda bir kez BT ve MR görüntüleme ile kontrol edilmeli ve lokal nüks yakından takip edilmelidir. Bununla birlikte uzak metastaz tespit edildiğinde adjuvan radyoterapi ve kemoterapinin etkin olduğu akıldan bulundurulmalıdır.

#### Dr. Özlenen Özkan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

**Tel:** +90 (242) 249 2536

**Faks:** +90 (242) 249 6040

**E-posta:** ozlenend@yahoo.com.tr

## KAYNAKLAR

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. 2nd ed. Saint Louis (MO): Mosby; 1988 pp. 346-79.
2. Salemis NS, Tsiambas E, Karameris A, Tsohataridis E. Giant retroperitoneal liposarcoma with mixed histological pattern: a rare presentation and literature review. *J Gastrointest Cancer*. 2009;40(3-4):138-41.
3. Fiore M, Grosso F, Vullo S, Pennacchi E, Stacchiotti S, Ferrari A, et al. Myxoid/round cell and pleomorphic liposarcomas: Prognostic factors and survival in a series of patients treated at a single institution. *Cancer* 2007;109:2522-31.
4. Smith TA, Easley KA, Goldblum JR: Myxoid/round cell liposarcoma of the extremities: A clinicopathologic study of 29 cases with particular attention to extent of round cell liposarcoma. *Am J Surg Pathol* 1996;20:171-80.
5. Ten Heuvel SE, Hoekstra HJ, van Ginkel RJ, Bastiaannet E, Suurmeijer AJH. Clinicopathologic prognostic factors in myxoid liposarcoma: A retrospective study of 49 patients with long-term follow-up. *Ann Surg Oncol* 2007;14:222-9.
6. Coca PA, Nunez BF, Vivanco AB, Dí'az Molina JP, Sua' rez NC. Giant neck liposarcoma with pathological clavicular fracture *Auris Nasus Larynx* 2010;37 (3): 394-96.
7. Stewart MG, Schwartz MR, Alford BR. Atypical and malignant lipomatous lesions of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:1151-5.
8. Kıymaz N, Yılmaz N, Güdü BO, Demir İ, Gökalp A. Metastatic Myxoid Liposarcoma of the Scalp: Case Report. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(1).
9. Newlands SD, Divi V, Stewart CM. Mixed Myxoid/ Round Cell liposarcoma of the scalp. *Am J Otolaryngol* 2003; 24(2): 121-7.
10. Çelik C, Karakousis CP, Moore R, Holyoke ED. Liposarcomas: prognosis and management. *J Surg Oncol*. 1980; 14: 245-9.
11. Haft H, Wang GC. Metastatic liposarcoma of the brain with response to chemotherapy : case report. *Neurosurgery* . 1988; 23: 777-80.
12. Yazıcı P, Sözbilen M. Dev Retroperitoneal Liposarkom: Olgu Sunumu. *EAJM*: 39, Aralık 2007, 235-7.
13. Kocatürk S, Çakır T, Han Ü, Yılmaz D, Abadağ A, Köybaşıoğlu F. Submandibuler bölgede miksoid liposarkom olgu sunusu. *KBB-Forum* 2004;3(1), 24-6.
14. Patel SR, Burgess MA, Plager C. Myxoid liposarcoma. Experience with chemotherapy. *Cancer*. 1994;74(4):1265-9.
15. Zagars GK, Goswitz MS, Pollack A: Liposarcoma: outcome and radiation therapy. *Int J Rad Oncol Biol Phys*. 1996;36(2):311-9.