



# Sternokleidomastoid Kas İçerisinde Yerleşim Gösteren Nadir Bir Lezyon: Proliferatif Fasiitis

## Proliferative Fasciitis in the Sternocleidomastoid Muscle: A Rare Case Report

Neslihan YAPRAK<sup>1</sup>, Pınar GÜZEL<sup>1</sup>, Güzide Ayşe OCAK<sup>2</sup>, Alper Tunga DERİN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB-BBC Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye  
<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi  
Correspondence Address

**Neslihan YAPRAK**  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
KBB-BBC Anabilim Dalı,  
Antalya, Türkiye  
E-posta:  
neslihaniyaprak@akdeniz.edu.tr

### ÖZ

Reaktif proliferatif yumuşak doku lezyonlarından biri olan proliferatif fasiitis baş-boyun bölgesinde nadir görülür. Sıklıkla küçük boyutta olan bu lezyonlar hızlı büyüme gösterdikleri için sarkomatöz lezyonlar ile karışabilirler. Otuz altı yaşında erkek hasta, boyunda şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde boyun sağ lateralinde yaklaşık 1x1cm boyutunda sert, immobil kitlesel lezyon palpe edildi. Yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde kontrast enhansmanı gösteren 16x12mm boyutlarında kitlesel lezyon izlendi. Yapılan eksizyonel biyopsi sonucu histopatolojik inceleme proliferatif fasiitis olarak raporlandı. Lezyon tamamen çıkarıldığı için başka bir tedaviye gerek duyulmadı. Proliferatif fasiitis, proliferatif myozitis ve nodüler fasiitis ile birlikte psödosarkomatöz fibroblastik proliferasyonları oluştururlar. Hızlı büyüme göstermelerine rağmen, çok büyük boyutlara ulaşmazlar. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte travma suçlanan nedenler arasındadır. Bu lezyonlara en sık alt ekstremitelerde rastlanır. Mikroskopik olarak iğsi, iki nükleuslu, dev fibroblast benzeri ve ganglion benzeri hücreler görülür. Klinik olarak çok benzerlik gösterdikleri için malign mezenkimal tümörler ile ayırıcı tanıları mutlaka yapılmalıdır. Tedavisinde lezyonun total eksizyonu yeterli olmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Proliferatif fasiitis, Sternokleidomastoid kas, Kitle

### ABSTRACT

Proliferative fasciitis (PF) is a reactive proliferative soft tissue lesion. It is seen only rarely in the head and neck region. PF lesions are mostly small in size but they grow rapidly and can be confused with sarcomatous lesions. A 36-year-old man presented with a swelling in the right neck. On physical examination, about an immobile mass of about 1x1 cm was noted on the right neck. Magnetic resonance imaging showed a mass, measuring 16x12 mm. Excisional biopsy was performed. The tumor was diagnosed as PF. PF is synonymous with pseudosarcomatous fasciitis that typically manifests as tender solitary lesions measuring less than 3cm. These lesions are most often located on the lower extremities. The pathogenesis of PF is unclear. Trauma is the most common factor in the etiopathology of PF. Microscopically, the tumor is composed of ganglion-like cells and giant fibroblast cells. The best treatment option for PF is complete surgical excision of the lesion.

**Key Words:** Proliferative fasciitis, Sternocleidomastoid muscle, Mass

Geliş tarihi \ Received : 14.02.2015  
Kabul tarihi \ Accepted : 09.03.2015

### GİRİŞ

Proliferatif fasiitis yıllarca nodüler fasiitis terimi ile birlikte kullanılmış, fasiaları ve subkutanöz dokuları tutan, benign, reaktif bağ dokusu lezyonudur (1). Bu kitleler reaktif proliferatif yumuşak doku lezyonlarının nodüler fasiit ve proliferatif miyoziti de içinde barındıran alt grubunda sınıflandırılırlar (2). Nadir görülen bu lezyonlar genellikle 20-40 yaşları arasında görülür. Sıklıkla ekstremitelerde, özellikle üst ekstremitede yerleşim gösteren bu kitlelere baş-boyun bölgesinde ender rastlanır (3, 4). Proliferatif fasiitis genellikle büyük boyutlara

DOI: 10.17954/amj.2016.41

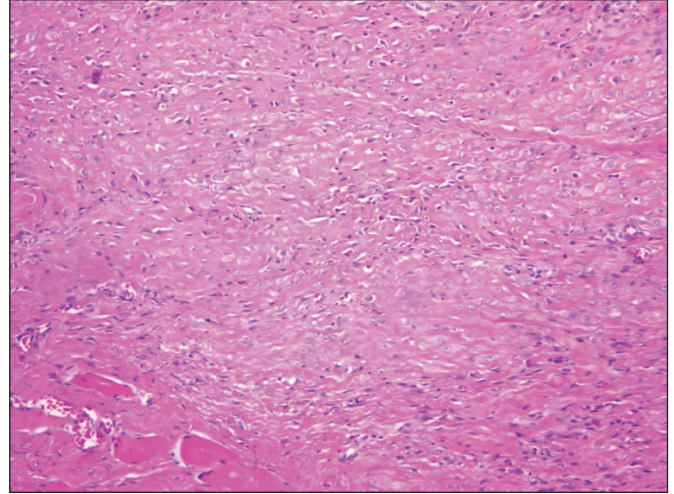
ulaşmaz. Sıklıkla 3cm'yi aşmazlar (5). Kısa sürede hızlı büyüme gösteren bu lezyonlar, klinik olarak sarkomatöz lezyonlar ile karışabilirler.

## OLGU SUNUMU

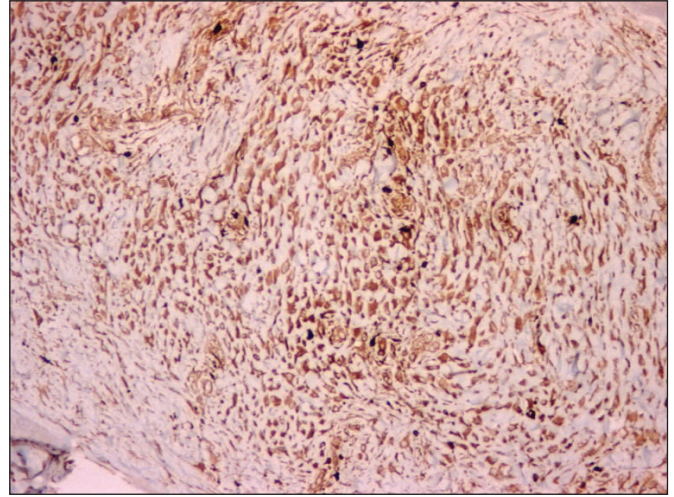
Otuz altı yaşında erkek hasta, 20 gün önce başlayan ve hızla büyüyen, boyun sağ tarafında şişlik yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Öyküsünde şişliğin birden bire ortaya çıktığı, öncesinde herhangi bir travma olmadığı, eşlik eden ateş ve gece terlemesi dışında yakınmasının olmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde boyun sağ lateralinde, sternokleoidomastoid kas(SKM) posterior kenarında yerleşim gösteren, yaklaşık 1x1 cm boyutlarında, sert kıvamlı, immobil kitlesel lezyon palpe edildi. Bunun dışında tüm sistem muayeneleri doğal saptandı. Yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sağ SKM inferolateral kısmında kontrast madde enjeksiyonu sonrası kontrast enhansmanı gösteren, 16x12mm boyutunda, sınırları net seçilemeyen kitlesel lezyon saptandı (Şekil 1,2). Hastaya eksizyonel biyopsi uygulandı. Operasyon sırasında SKM inferior kesiminde kas içerisinde yerleşim gösteren, yaklaşık 1,5x1,5cm'lik, düzensiz konturlu, sert, fikse, kitlesel lezyon izlendi. Histopatolojik incelemesinde proliferatif fasiitis ile uyumlu; kas dokusu içerisinde fibrotik alanlar, oval-yuvarlak nükleuslu ve eozinofilik sitoplazmalı, histiosit görünümünde hücreler izlendi (Şekil 3,4). Hastanın lezyonu total eksize edildiği için ek bir tedaviye gerek duyulmadı.



**Şekil 1:** MRG T1 Koronal kesitte kontrast tutulumu gösteren kitlesel lezyon.



**Şekil 2:** Kas lifleri arasında iğsi fibroblast benzeri ve ganglion benzeri hücre proliferasyonu H&E X 100.

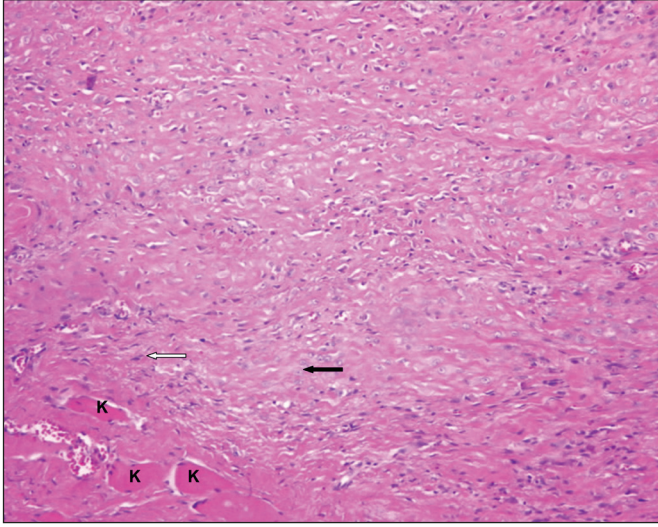


**Şekil 3:** Prolifere hücrelerde CD68 pozitifliği X 100.

## TARTIŞMA

Proliferatif fasiitis kısa sürede hızlı ve infiltratif tarzda büyüyen kiteller şeklinde ortaya çıkar. Proliferatif miyozitis ve nodüler fasiitis ile birlikte psödosarkomatöz fibroblastik proliferasyonları oluştururlar. Hızlı büyümeleri ve infiltratif oluşlarından dolayı malign mezenkimal tümörler ile karışabilirler. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte travma suçlanan nedenlerin başında gelmektedir. Kiryu ve arkadaşları olgularında cerrahi skara bitişik olarak ortaya çıkan proliferatif fasiitis tariflemişler ve lezyonun reaktif onarım süreci ile ilişkili olabileceği teorisini öne sürmüşlerdir (6).

Nadir görülen bu lezyonlara kadın ve erkeklerde eşit oranda rastlanır (1). Sıklıkla ağrısız, kısa sürede büyüme gösteren, sert immobil kiteller şeklinde ortaya çıkar. Üst ekstremiteler en sık yerleşim gösterdikleri alanlardır. Daha az sıklıkta sırasıyla alt ekstremiteler, gövde ve nadiren baş-boyun bölgesinde görülürler (3). Kesin tanısı her zaman



**Şekil 4:** Kas lifleri (K) arasında iğsi fibroblast benzeri (beyaz ok) ve ganglion benzeri hücre (siyah ok) proliferasyonu H&E X 100.

histopatolojik inceleme ile konur. Mikroskopik olarak iğsi, iki nükleuslu dev fibroblast benzeri ve ganglion benzeri hücreler ile karakterizedir. Dev hücrelerin orjininin perisitik

ve histiositik olduğu iddia edilmiş olsa da yapılan çalışmalar sonucu bunların modifiye fibroblastlar olduğu kabul edilmiştir. Hücreler yoğun mitotik aktivite gösterirler. Atipik mitotik aktivite çok nadir görülür. İmmünohistokimyasal incelemelerinde smooth muscle aktin(SMA), muscle-specific aktin(MSA), vimentin, fibronectin, CD68 pozitif boyanırken, S-100 negatif boyanma gösterir (6, 7).

Proliferatif fasiitisin ne kadar kendini sınırlayan veya spontan rezolüsyona uğrayan bir lezyon olduğu söylenece de, malign mezenkimal tümörlerden ayırıcı tanısının yapılabilmesi için eksizyon yapmak gerekir (5, 7). Total eksizyon tedavi için yeterlidir. Proliferatif myozitis ve nodüler fasiitis'in multifokal görülmesi bildirilmiş olsa da, bu durum proliferatif fasiitis için çok nadirdir (2). Lezyonun eksizyonu sonrası tekrarlaması pek rastlanan bir durum değildir (5). Ancak skar yakınında oluşabilme olasılığına karşın hasta takip edilmelidir.

Biz burada nadir görülen proliferatif fasiitis tanılı bir olgu eşliğinde, hastalığın klinik özelliklerini ve malign mezenkimal tümörlerle karışabilmesi açısından ayırıcı tanısının önemini literatür eşliğinde vurgulamayı amaçladık.

## KAYNAKLAR

1. Honda Y, Oh-i T, Koga M, Serizawa H. A case of proliferative fasciitis in the abdominal region. *J Dermatol.* 2001 Dec; 28(12):753-8.
2. Stanzione B, Cozzolino I, Arpino G, Vigliar E, Virginia SF, Zeppa P. Multiple metachronous proliferative fasciitis occurring in different anatomic regions: a case report and review of the literature. *Pathol Res Pract.* 2012 Feb 15; 208(2):126-30.
3. Konwaler BE, Keasbey L, Kaplan L. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis) *Am J Clin Pathol.* 1955; 25:241-52.
4. Pandian TK, Zeidan MM, Ibrahim KA, Moir CR, Ishitani MB, Zarroug AE. Nodular fasciitis in the pediatric population: A single center experience. *J Pediatr Surg.* 2013; 48:1486-89.
5. Meis JM, Enzinger FM. Proliferative fasciitis and myositis of childhood. *Am J Surg Pathol.* 1992 Apr; 16(4):364-72.
6. H. Kiryu, H. Takeshita, Y. Hori, Proliferative fasciitis. Report of a case with histopathologic and immunohistochemical studies, *Am. J. Dermatopathol.* 1997; 19:396-99.
7. L. Lundgren, L.G. Kindblom, J. Willems, U. Falkmer, L. Angervall, Proliferativemyositis and fasciitis. A light and electron microscopic, cytologic, DNAcytometric and immunohistochemical study, *APMIS* 1992; 100:437-48.