

NADİR BİR GÖĞÜS AĞRISI NEDENİ ELASTOFİBROMA DORSİ

ELASTOFİBROMA DORSİ: A RARE CAUSE OF CHEST PAIN

Mustafa ÇALIK¹, Nuri DÜZGÜN¹, Saniye Göknil ÇALIK²,
Taha Tahir BEKÇİ³, Yaşar ÜNLÜ⁴, Hıdır ESME¹

¹Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Konya, Türkiye

²Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Kliniği, Kütahya, Türkiye

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya, Türkiye

⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Konya, Türkiye

Anahtar sözcükler: Bilateral elastofibroma dorsi, yumuşak doku, benign tümör

Key words: Bilateral elastofibroma dorsi, soft tissue, benign tumor

Geliş tarihi: 04 / 11 / 2013

Kabul tarihi: 02 / 08 / 2014

ÖZET

Elastofibroma dorsi periskapular bölgede bulunan ve nadir görülen psödötümöral bir lezyondur. Yaşlılarda %24 oranında görülür. Lezyonun patogenezi tam bilinmemekle birlikte, skapula ve göğüs duvarı arasında tekrarlayan mikrotravmaların fibroelastik dokuda reaktif hiperproliferasyon oluşturarak elastofibroma dorsiye neden olduğu düşünülmektedir. Elastofibroma dorsi, genelde 50 yaşın üzerindeki hastalarda görülmesi, periskapular bölgede ve derin yerleşimli olması nedeni ile çoğu zaman malign tümör sanılabilmektedir. Olgumuzda, metastatik akciğer karsinomu tanısı ile kliniğimize yattığı esnada yapılan muayenede bilateral subkapular bölgede hareketle ağrılı ve karakteristik "klik" sesinin alındığı lezyonlar tespit edildi. Operasyonda her iki kitleden de gönderilen frozen sonucu benign olarak bildirildi. Her iki kitle total olarak eksize edildi. Hasta postoperatif 14. gün taburcu edildi.

GİRİŞ

Elastofibroma Dorsi (ED) yumuşak dokudan köken alan, yavaş büyüyen benign bir tümördür. Vakaların % 99'unda yerleşim yeri inferior subscapular alan ile göğüs duvarı

SUMMARY

Elastofibroma dorsi is a rare pseudotumoral lesion located in the periscapular region. Prevalence is up to 24% in the elderly. The pathogenesis of the lesion is still unclear, but repetitive microtrauma by friction between the scapula and the thoracic wall may cause the reactive hyperproliferation of fibroelastic tissue. This lesion is usually seen in patients over the age of 50 years and is not uncommonly mistaken as a malignant tumour because of its size and location deep to the periscapular muscles. In our case, metastatic lung cancer examination in our clinic with bilateral subcapsular mass was found lying at the time. The frozen section report of the two masses was reported as benign in operation. The two mass was totally removed. At the 14th postoperative day, the patient was discharged.

arasında kalan bölgedir; vakaların %10'unda lezyon bilateraldir (1,2). ED'yi ilk kez Jarvi ve Saxen 12. İskandinav Patoloji Kongresi'nde 1959 yılında tanımlamış ve daha sonra 1961 yılında çalışmalarını yayınlamışlardır (3). ED manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de tek,

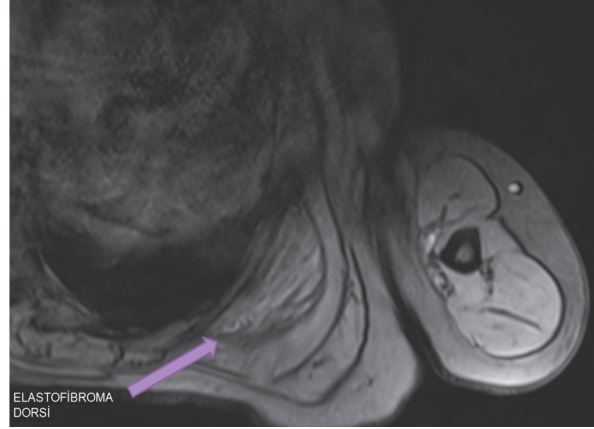
NADİR BİR GÖĞÜS AĞRISI NEDENİ

sınırları net olarak ayırt edilemeyen, heterojen yumuşak doku kitlesi şeklinde görülür. Klinik görüntü endişe verici olabilir ve yumuşak doku sarkomu şüphesine yol açabilir. Lipom, liposarkomlar, fibrom, hemanjiom, ve hematoma ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken patolojilerdir (4). ED'nin tek taraflı olduğu durumlarda tanıyı doğrulamak için biyopsi gerekli olsa da, yaşlı hastalarda klasik MR bulguları sergileyen bilateral subskapular lezyonlar ED ön tanısı için genellikle yeterlidir (4,5). ED' de önerilen tedavi genelde cerrahi rezeksiyondur.

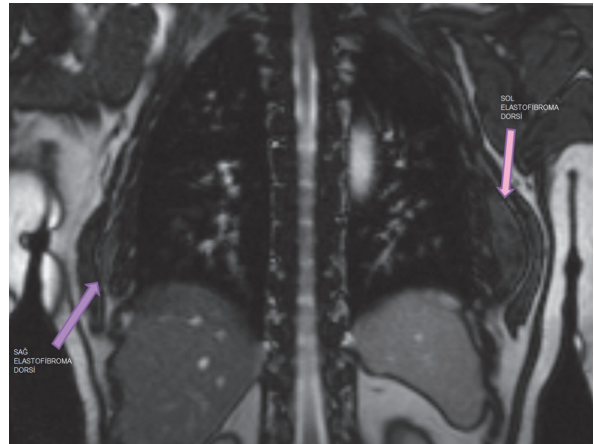
Safra kesesi akciğer metastazı tanısı ile kliniğimize yattığı esnada yapılan muayenede bilateral subskapular kitlesi saptanan ve cerrahi rezeksiyon uyguladığımız ED tanılı olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU

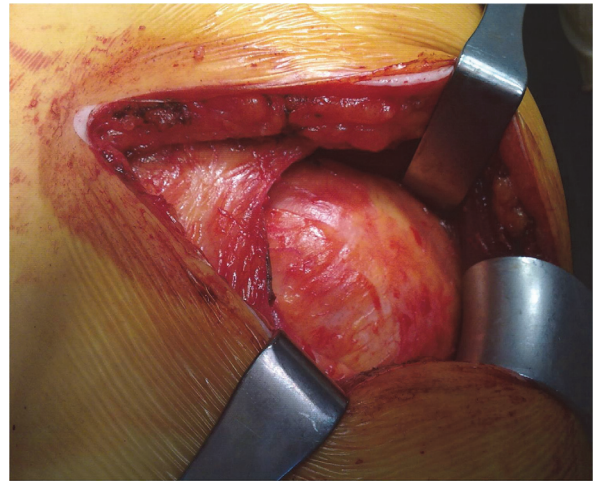
Elli dokuz yaşında özgeçmişinde hipotroidi, diabetes mellitus, safra kesesi malign tümörü olan ev hanımı kadın hasta, sağ hemitoraksta metastatik akciğer hastalığı nedeniyle başvurdu. Kliniğimizde yapılan anamnez, fizik muayene ve radyolojik incelenmede: solunum hareketiyle artan göğüs veya kronik sırt ağrısı, bilateral subskapular bölgede solda 10 x 10 cm ve sağda 6 x 5 cm çevre dokulara yapışık, karakteristik "klik" sesinin alındığı ağırlı bilateral kitle tespit edildi. Hastaya sol skapulaya yönelik çekilen MR: "Solda skapula inferiorunda serratus anterior kası inferiorunda yaklaşık 6,5x2,5 cm boyutlarında T1A ve T2A görüntülerde kas yapıları ile izointens, yağ baskılı sekansta hafif hiperintens düzgün sınırlı lezyon izlenmektedir. (Şekil 1-2) komşu kemik yapılarına belirgin invazyon veya destrüksiyon bulgusu saptanmamıştır." şeklinde yorumlanmış. Metastatik akciğer hastalığı nedeniyle yapılan cerrahi sırasında önce sağ ardından soldaki kitleye subskapular insizyonla ulaşıldı. (Şekil 3) Her iki lezyondan da frozen gönderildi. Sonucun benigne gelmesi üzerine her iki kitle de iki cm cerrahi sınırla total olarak çıkarıldı. (Şekil 4) Postoperatif ondördüncü günde hasta taburcu edildi.



Şekil 1. ED'nin MRI görüntüsü



Şekil 2. ED'nin MRI görüntüsü



Şekil 3. ED'nin intraoperatif görüntüsü



Şekil 4. ED'nin total eksizyon sonrası görüntüsü

TARTIŞMA

Elastofibroma dorsi periskapular bölgede orjini bilinmeyen nontümöral bir lezyon olarak ortaya çıkar ve sıklıkla bilateraldir. İleri yaşlarda ve bayanlarda daha sık görülür (4,6,7). Literatüre baktığımızda ED, Nağamine ve arkadaşlarının yaptığı 170 olguluk çalışma dışında genelde tek bir olgu veya küçük seriler şeklindedir (8). ED çok yavaş büyüyen bir lezyon olup vakaların yaklaşık yarısı asemptomatiktir. Semptomlar ortaya çıktığında hafif veya şiddetli ağrı ile birlikte omuzun abduksiyonu ve adduksiyonu sırasında oluşan ve kendi olgumuzda da saptadığımız klik sesi ED için tipiktir (9,10,11). ED'nin karakteristik patolojik özelliği bant şeklinde fibrotik alanlar ve yağlı dokulardır. Histolojik olarak ise bozulmuş elastogenesis ED'nin temelini oluşturur (12). Tanıda konvansiyonel radyografi bize anlamlı bilgiler verir. Bunun için direk grafi, ultrasonografi (US), tomografi (BT) ve manyetik rezonans inceleme (MRI)'den yararlanılır.

Direkt grafi ile göğüs duvarında kitle varlığı saptanabilir. USG'de dört farklı görünüm paterni tanımlanmasına rağmen en sık görülen form şekli olarak uzun aksa paralel hiperekojen bantlar arasında yağ dokusuna bağlı hipoekoik çizgilenmeler içeren nonhomojen fasiküle ya da laminer patern gösteren heterojen kitle görülmektedir (13). Asemptomatik hastaların % 2'si Toraks BT'de rastlantısal olarak saptanır (14). Yumuşak dokuyu değerlendirmede BT, MRI'dan daha az duyarlıdır. Bu yüzden elastofibroma dorsi tanısında MRI daha değerli bilgiler verir. Tanı için biyopsi konusunda kesin bir fikir birliği yoktur. ED'nin hiposelüler doğasından dolayı iğne biyopsi tavsiye edilmemesine rağmen; Domanski ve ark. 5 olguluk serilerinde ince iğne aspirasyon yaymalarında olguların tamamında tanı için karakteristik olan lineer, globuler ve yıldız şekilli elastik fibrilleri gözlemlemişlerdir ki bu da tanıda sitolojik incelemenin önemini göstermiştir (15). Hayes ve ark. biyopsiyi sadece yumuşak doku sarkomu şüphesi varlığında önermişlerdir (9). Turna ve ark. ise intra-operatif frozen sonucunun benign gelmesi halinde tam rezeksiyon yapılması gerektiğini savunmuşlardır (16). Bununla birlikte, Vastamaki tipik klinik bulgular varlığında biyopsi yapılmasının gereksiz olduğunu bildirmiştir. ED'de önerilen tedavi cerrahi rezeksiyondur. Bununla birlikte 5 cm'den küçük lezyonlarda cerrahi tedaviden kaçınılması vurgulanmıştır (17,18).

Sonuç olarak ED özellikle ileri yaş bayanlarda periskapular bölgede görülen bir tümördür. Tanıda en değerli radyolojik tetkik MRI'dır (5,19). Bu tür hastalarda gereksiz biyopsiden kaçınılmalıdır. Tedavide radikal cerrahi yerine marjinal rezeksiyon tercih edilmelidir. Özellikle postop insizyon yerinde oluşabilecek hematoma ve seroma açısından da dikkatli olunması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Briccoli A, Casadei R, Di Renzo M, Favale L, Bacchini P, Bertoni F: Elastofibroma dorsi. *Surg Today* 2000, 30(2): 147-152.
2. Oueslati S, Douira-Khomsı W, Bouaziz MC, Zaouia K: Elastofibroma dorsi: A report on 6 cases. *Acta Orthop Belg* 2006; 72(2): 237-242.
3. O. H. Jarvi and A. E. Saxen, "Elastofibroma dorsi," *Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica*, vol. 144, supplement 52, pp. 83-84, 1961.
4. Kransdorf MJ, Meis JM, Montgomery E. Elastofibroma: MR and CT appearance with radiologic-pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 1992; 159: 575-9. [PubMed: 1503030].
5. Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, McLeod RA. Elastofibroma dorsi: Radiologic findings in 12 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 167: 683-7. [PubMed: 8751681].
6. Brandser EA, Goree JC, El-Khoury GY. Elastofibroma dorsi: prevalence in an elderly patient population as revealed by CT. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 171: 977e80.
7. Bianchi S, Martinoli C, Abdelwahab IF, Gandolfo N, Derchi LE, Damiani S. Elastofibroma dorsi: sonographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169: 1113e5.
8. Nagamine N, Nohara Y, Ito E Elastofibroma in Okinawa. A clinical-pathological study of 170 cases. *Cancer* 1982; 50: 1794-95.
9. Hayes AJ, Alexander N, Clark MA, Thomas JM Elastofibroma: a rare soft tissue tumour with a pathognomonic anatomical location and clinical symptom. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30: 450-453
10. Heck S, Thomas G, Mader K et al Bilateral elastofibroma as unusual cause of shoulder pain *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 1959-1961.
11. Majo J, Gracia I, Doncel A et al Guix M. Elastofibroma dorsi as a cause of shoulder pain or snapping scapula. *Clin Orthop Relat Res* 2001; 388: 200-204.
12. Stemmermann GN, Stout AP. Elastofibroma dorsi. *Am J Clin Pathol* 1962; 37: 499-506.
13. Battaglia M, Vanel D, Pollastri P, Balladelli A, Alberghini M, Staals EL, et al. Imaging patterns of elastofibroma dorsi. *Eur J Radiol* 2009; 72(1): 16-21.
14. Coşkun A, Yıldırım M. Bilateral Elastofibroma Dorsi. *Ann Thorac Surg* 2011; 92: 2222-4.
15. Domanski HA, Carlén B, Sloth M, Rydholm A. Elastofibroma dorsi has distinct cytomorphologic features, making diagnostic surgical biopsy unnecessary: cytomorphologic study with clinical, radiologic, and electron microscopic correlations. *Diagn Cytopathol* 2003; 29(6):7-33.
16. Turna A, Yılmaz M.A, Urer N et al Bilateral elastofibroma dorsi. *Ann Thorac Surg* 2002; 73: 630-632
17. Guha AR, Raja RC, Devadoss VG. Elastofibroma dorsi-a case report and review of literature. *Int J Clin Pract* 2004; 58: 218-20.
18. Charissoux JL, Mabit C, Fiorenza F, Gougam T, Leboutet MJ. Elastofibroma in the scapular region. A case report and review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2000; 86: 98-103. [Abstract]
19. Muratori F, Esposito M, Rosa F, Liuzza F, Magarelli N, Rossi B, et al. Elastofibroma dorsi: 8 case reports and a literature review. *J Orthop Traumatol* 2008; 9(1):3-7.

Yazışma Adresi:

Nuri DÜZGÜN
Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Cerrahisi, Konya, Türkiye
nuri.duzgun@hotmail.com
