

GÖĞÜS DUVARINDA BİR AY İÇİNDE HIZLA BÜYÜYEN FİBROSARKOM VAKASI

Fibrosarcoma Case Getting Bigger in Chest Wall in One Month

Ahmet Uluşan¹, Veli Özbek¹, Sertaç Arslan², İbrahim Koç³

¹Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, ÇORUM

²Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ÇORUM

³Viranşehir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, ŞANLIURFA

ÖZET

Toraks duvarı tümörleri nadir olarak görülmesine rağmen agresif bir seyir gösterdiğinden dolayı erken teşhis ve tedavi önemlidir. Tedavide öncelikli olarak cerrahi yöntemler kullanılsa da kemoterapi ve radyoterapi de önemli yere sahiptir. Bu olgu sunumumuzda travma sonrası bir ay gibi kısa bir sürede hızlı bir şekilde progrese olduğu düşünülen, tanı ve tedavide cerrahi uyguladığımız fibrosarkom olgusunu tartışmak istedik. Tümörün hızlı bir şekilde progrese olması lezyonun malign olabileceğini düşündürdü. Patoloji sonucu fibrosarkom olarak raporlandı. Sonuç olarak travmanın bu tarz malign tümörlerin progresyonunda bir etken olabileceğini ve tanı olarak ön planda malignite düşünülen olgularda tedaviye zaman kaybetmeden başlanması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, fibrosarkom, toraks.

ABSTRACT

Although thoracic wall tumors are rare, early diagnosis and treatment are important because they show an aggressive course. Although surgical methods are the primary treatment chemotherapy and radiotherapy are also important during the diagnostic procedure. In this case report, we wanted to discuss fibrosarcoma which grow up quickly in a short period of time like a month following a trauma, in which we performed surgery in diagnosis and treatment of the disease. The tumor grew rapidly, suggesting that the lesion was malignant. Pathologic result confirmed the diagnosis of fibrosarcoma. Pathology result was reported as fibrosarcoma. As a result, we think that trauma may be a factor in the progression of these types of malignant tumors, and that diagnosis should be initiated before the time of treatment for patients with suspected malignancies.

Key words: Surgical, fibrosarcoma, thorax.

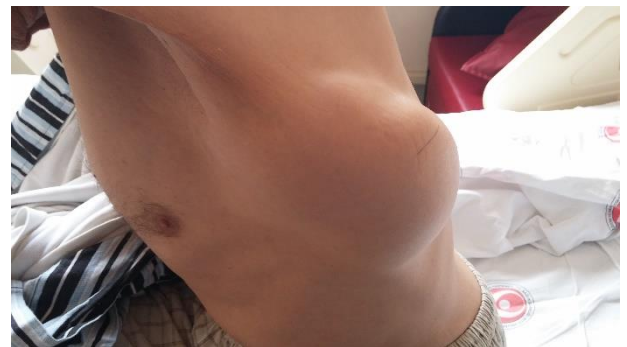
GİRİŞ

Göğüs duvarı tümörleri, göğüs duvarını oluşturan kemik kas iskelet sisteminden gelişen lezyonlardan meydana gelir. Yarıdan fazlası malign karakterde olup, değişik serilerde %50-80 olarak bildirilmiştir. Bu tümörler tüm torasik neoplazmaların %5'ini, tüm malign tümörlerin %1-2'sini oluşturmaktadır(1-3). Toraks duvarının primer tümörleri ender olarak görülmekle birlikte, bu tümörlerin yarıdan fazlasını metastatik tümörler veya akciğer, mediasten, meme veya plevral tabanlı kitlelerin lokal invazyonu sonucu ortaya çıkan lezyonlar oluşturmaktadır (4). Primer malign göğüs duvarı tümörlerinin yaklaşık %55'i kıkırdak ve kemik dokudan köken alırken %45'i yumuşak dokulardan köken alır(5). En sık karşılaşılan primer malign göğüs duvarı tümörleri arasında; malign fibröz histiyositoma, kondrosarkom ve fibrosarkom gelmektedir(2). Tanıda detaylı anamnez, fizik muayene önemli yer almaktadır. Daha sonra radyolojik ve biokimyasal olarak araştırılmalıdır. Doku tanısı için de lokal yayılım olasılığı ve sonraki cerrahiye engel teşkil etmesinden dolayı insizyonel veya ince iğne biopsisi önerilmemektedir(6). Tedavi seçenekleri arasında negatif cerrahi sınır elde edilecek şekilde total kitle eksizeyonu en etkin tedavi şeklidir. Bu sunumumuz da; nadir olarak görülen, travma sonrası 1 ay içinde hızlı bir şekilde büyüyen ve tedavi amaçlı cerrahi uygulanan fibrosarkom olgusunu paylaşmak istedik.

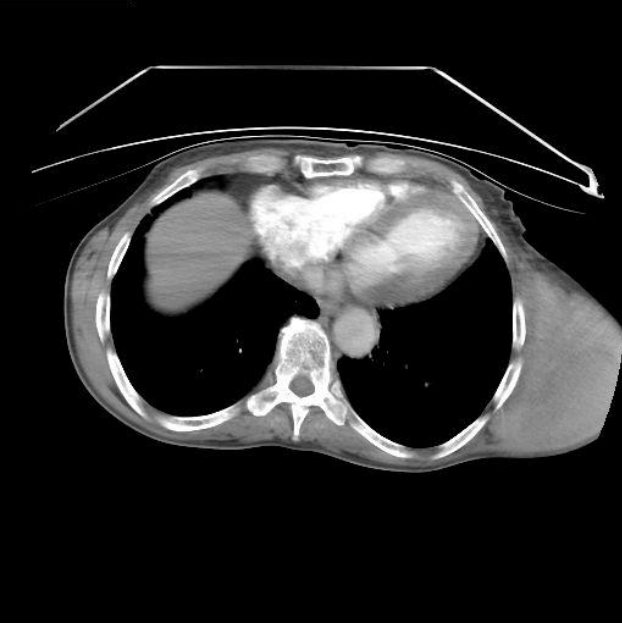
OLGU SUNUMU

Yaklaşık 1 ay önce künt travma sonrası 78 yaşında erkek olgu, sırt ağrısı ve sırtta şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Şişliğin düşmeden sonra başladığını ifade etti. Fizik

muayenede sol skapula alt ucundan aksillar bölgeye doğru uzanan yaklaşık 10x15 santimetre(cm) boyutunda sert kıvamlı lezyon tespit edildi (resim 1). Kan biyokimyasal değerlerinde önemli bir özellik tespit edilmedi. Çekilen göğüs bilgisayarlı tomografisinde sol skapula alt ucundan posteriora ve kısmen aksillar bölgeye uzanan heterojen kısmen kontrastlanan yaklaşık 15 cm çaplı kısmi düzgün sınırlı lezyon tespit edildi(resim 2). Çekilen vücut tomografilerinde metastaz ile uyumlu görünüm saptanmadı. Yapılan tetkikler sonucu cerrahi olarak kitlenin total olarak eksize edilebileceği kararına varıldı. Operasyon sırasında kitlenin latissimus dorsi kasına ve skapula alt ucuna invaze olduğu görüldü. Skapula alt ucu da kesilerek kas dokusu ile beraber, 4 cm lik sağlam doku kalacak şekilde lezyon total olarak çıkarıldı(Resim 3-4). Serviste takip edilen olgunun operasyon sonrası 3. gün dreni çekildi ve 4. gün taburculuğu planlandı. Takiplerinde herhangi bir sıkıntı yaşanmadı ve patoloji sonucu fibrosarkom olarak geldi. Olgu, onkolojik tedavilerin düzenlenmesi amaçlı onkoloji kliniğine konsulte edildi.



Resim 1. Sol skapula alt ucundan aksillar bölgeye doğru uzanan yaklaşık 10x15 santimetre(cm) boyutunda sert kıvamlı lezyon.



Resim 2. Sol skapula alt ucundan posteriora ve kısmen aksillar bölgeye uzanan heterojen kısmen kontrastlanan yaklaşık 15 cm çaplı kısmi düzgün sınırlı lezyon.



Resim 4. Lezyon eksize edildikten sonra makroskopik görünümü.



Resim 3. Operasyon esnasında cilt insizyonu yapıldıktan sonra lezyonun görünümü.

TARTIŞMA

Fibrosarkom, desmoid tümör ile sık karışabilen, bir bağ dokusu tümörüdür (7). Toraks içinde her yerde görülebilse de genellikle göğüs duvarında ve akciğerde görülür. Çocukluk ve genç erişkinlerde görülen göğüs duvarı yumuşak doku sarkomları arasında ilk sıralarda yer almaktadır (8). Sınırlı literatür ışığında genellikle genç yaşlarda görülmesine rağmen bizim olgumuzda olduğu gibi ileri yaşlarda da görülebilir. Genelde büyük kitle şeklinde bulgu gösterir ve semptom olarak ağrılı şişlik olarak da belirti verebilir. Düşme sonrası şişlik meydana geldiğini ifade eden olgu, travmanın tümörü agresifleştirebileceği konusunda akılda soru işaretleri bırakmıştır. Nadir de olsa bazı kaynaklarda düşük gradeli fibrosarkom olarak kabul edilen fibromatosis olgularında, travmanın etyolojik sebepler arasında yer aldığı belirtilmektedir (8). Ön planda bu tarz tümörler benign düşünülse de tanısız amaçlı eksizyonel biopsi önerilmektedir (6). Olgumuzda kitlenin total olarak çıkarılabileceğini düşündüğünden insizyonel veya iğne aspirasyon biopsisi yapılmadı. Tedavi için geniş rezeksiyon gerekmektedir. Tümör en az 4-6 cm.lik temiz cerrahi sınır olacak şekilde rezeke edilmelidir (9). Biz de olgumuz da en az 4 cm lik temiz cerrahi sınır olacak şekilde hatta skapula alt ucuna invazyon nedeniyle kemik doku ile lezyon total olarak eksize etmek kaydıyla cerrahi tedavi uyguladık. Bu tarz tümörlerde cerrahi sınırdaki tümörün olması veya şüphesi durumunda operasyon alanına radyoterapi uygulanabilir ve yine bu tarz yüksek gradeli lezyonlarda operasyon sonrası kemoterapide eklenebilir (10). Olgumuzunda patoloji sonucu yüksek gradeli olması nedeniyle onkoloji kliniği tarafından kemoterapi verilmesi uygun görüldü. Sonuç olarak bu tarz hızlı progrese olan toraks duvarı tümörlerinde minimal invaziv tanı yöntemleri ile vakit geçirmeden bir an önce cerrahi tedavi düşünülmez. Bu olgumuzda da olduğu gibi travmanın bu tarz tümörlerde

tetikliyici bir etkisi olabileceği akılda tutulmalıdır.

REFERANSLAR

1. Park BJ, Flores RM. Chest Wall tumors. In: General Thoracic Surgery, Shields TW, LoCicero III J, Reed CE, Feins RH. 2005; Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia p:669-77
2. Pairolero PC. Chest Wall tumor. In: Shields TW, LoCicero, Ponn RB. General Thoracic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2000:589-98
3. Miller Jr J. Surgical resection of the chest wall including the sternum. In: Kaiser LR, Kron IL, Spray TL (eds). Mastery of Cardiothoracic Surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven 1998: 186-95
4. Pairolero PC, Arnold PG. Chest wall tumors: Experience with 100 consecutive patients. J Thorac Cardiovasc Surg 1985;90:367-72
5. Incarbone M, Pastorino U: Surgical treatment of chest wall tumours. World J Surg 2001;25:218-30
6. Cangir A.K, Şahin E, Kutlay H Özdemir N, Güngör A, Kavukçu Ş (et al). Primer Malign Toraks Duvarı Tümörü "37 Olgunun Retrospektif Analizi". Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001;49(3):386-9
7. Oğuzkaya F, Hazdıraz L. Göğüs Duvarı Tümörleri. İç: Ökten İ, Kavukçu H.Ş. Türk Göğüs Cerrahisi Derneği Göğüs Cerrahisi Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz.Tic.Ltd.Şti. 2013:859-64
8. Oruç M, Meteroğlu F, Elbey A, Şahin A, Monis S. Göğüs Duvarında Agresif Fibromatosis Olgusu. Respiratory Case Reports 2015;4(1):53-5
9. Bostancı K. Göğüs Duvarı Tümörleri ve Cerrahi Tedavisi. İç: Yüksel M, Balcı A.E. Göğüs Cerrahisi Kırmızı Kitap. 2. Baskı. İstanbul: No-bel Maatbacılık San.Tic.Ltd.Şti. 2015:571-9
10. Erşen E, Kaynak K. Göğüs Duvarının Primer Yumuşak Doku Sarkomları. Türk Onkoloji Dergisi 2015;30(Ek 1):42-5