

KRONİK SIRT AĞRISINDA BİR TANI: ELASTOFİBROMA DORSİ

Aliye Yıldırım GUZELANT¹, Gamze ERFAN²

e-mail: aliyeguzelant@gmail.com

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

²Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

ÖZET:

Elastofibroma dorsi (ED) göğüs duvarında nadir görülen, yavaş büyüyen, genelde skapulanın alt ucuna yakın ve rhomboid ile latissimus dorsi kaslarının altında yerleşen benign bir tümördür. Çoğunlukla hareketle ilişkili omuz ve sırt ağrısına neden olur. Sıklıkla fizik muayenede patolojik bir bulgu tespit edilemeyebileceğinden gözden kaçabilir. Yazımızda 2 yıldır sırt ağrısı bulunan ve medikal tedavi alan ancak geçmeyen, muayenede özellik saptanmayan bir hastayı değerlendirmeyi amaçladık. Sırt ağrısı olan hastamızda radyolojik inceleme sonucu bilateral elastofibroma dorsi ile uyumlu kitleler tespit edildi. Hasta opere edilmek üzere yönlendirildi. ED nadir görülen, kolaylıkla, muayenede gözden kaçabilecek olması nedeni ile sırt ağrılarının ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Elastofibroma, dorsalji,

A DIAGNOSIS IN CHRONIC BACK PAIN: ELASTOFIBROMA DORSI

SUMMARY:

Elastofibroma dorsi (ED) is a rare, slowly growing, benign, soft tumor located at the inferior pole of scapula between latissimus dorsi and rhomboid muscles. The most frequent symptoms are shoulder and back pain. It can be misdiagnosed in these patients without any pathological findings in physical examination. In present report we aimed to point out a patient with history of back pain for 2 years and without any symptoms and reveal of symptoms with medical treatment. In this case we performed

radiological imaging the masses concurring with ED were found. After the verification of diagnosis with MRI the patient consulted to surgeons for operation. ED must be in differential diagnosis of back pain with features like rare incidence and without any findings of physical examination which is frequently misdiagnosed by all physicians.

Key words: elastofibroma, dorsalgia,

GİRİŞ

Karakteristik olarak subskapular-infraskapular yerleşimi nedeniyle elastofibroma dorsi olarak adlandırılan tümörün görülme sıklığı otopsi çalışmalarında %13-17 arasındadır. Etiyolojinin çok faktörlü olduğu belirtilmektedir. Genellikle 4-6 dekatlarda görülür. Sıklıkla tek taraflı olan tümör, % 10 oranında bilateraldir ve kadın olgularda rastlanır. Benign olmasına rağmen sarkoma veya fibromatosis gibi yumuşak doku tümörlerini taklit edebilmesi nedeniyle önemlidir.

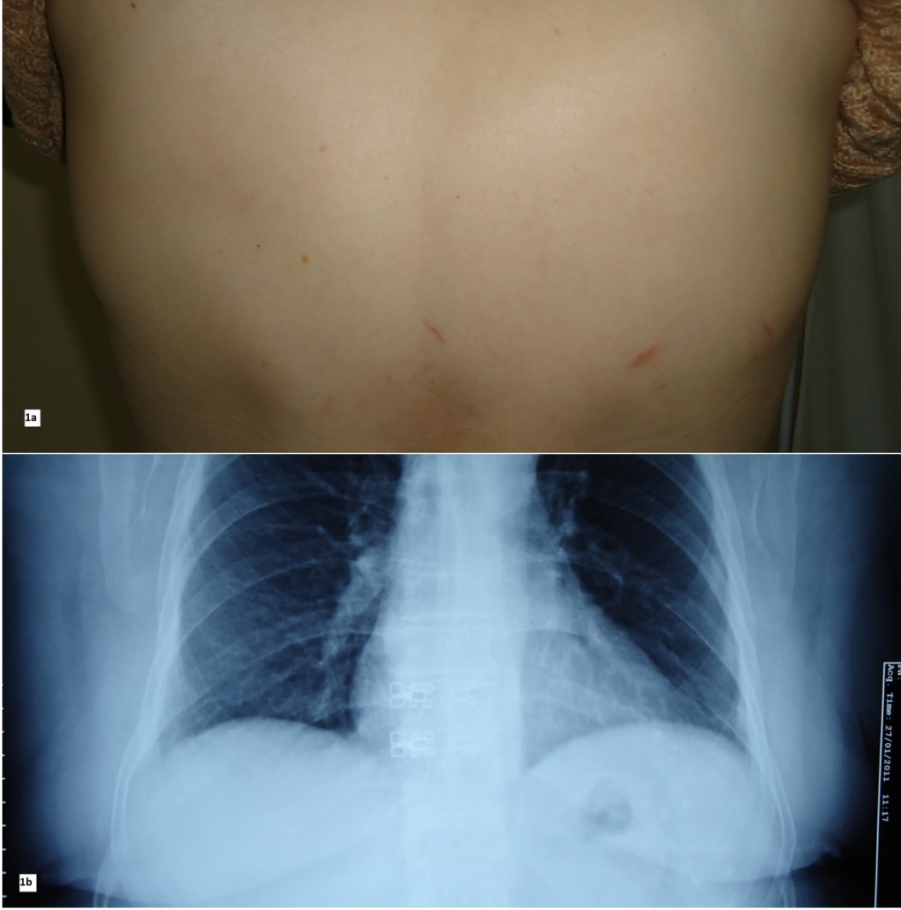
Burada nadir görülen bir tümör olması, bilateral olması ve kolay gözden kaçabilmesi nedeniyle bir ED olgusu sunmayı amaçladık.

OLGU

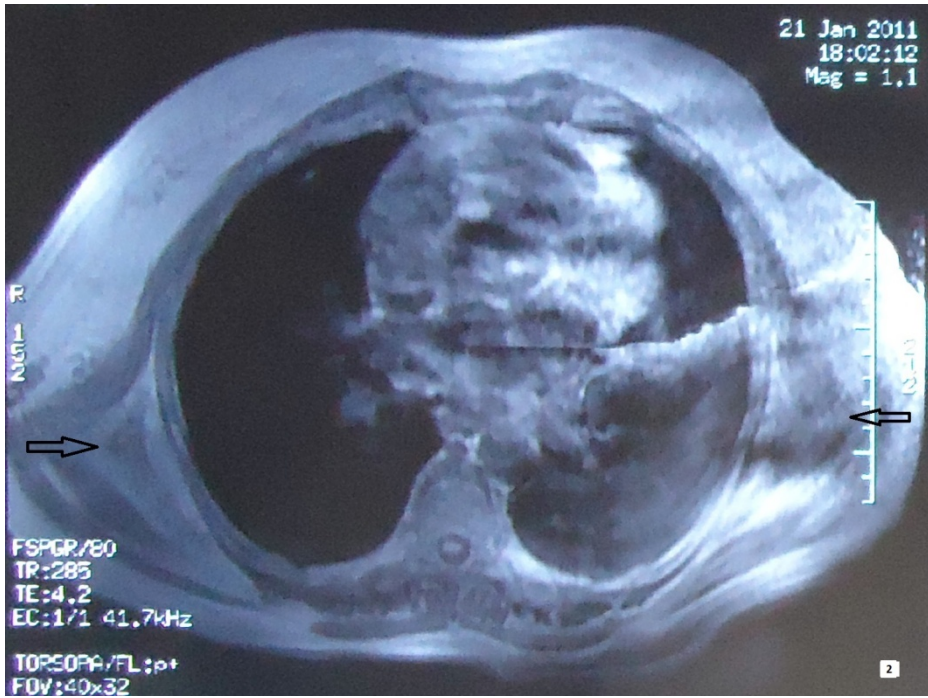
Olgumuz 63 yaşında bayan olup 2 yıldır sırt ve yan ağrısından şikâyet etmekteydi. Bu şikâyetlere eritemli papüllerin eklenmesi ile fakültemiz deri ve zührevi hastalıklar polikliniğine başvuran olgu fiziksel tip ve rehabilitasyon polikliniğine follikulit tanısı ile açıklanamayan ağrı nedeniyle yönlendirildi. Olgu sırt ağrısı nedeniyle bir yıl önce kolesistektomi geçirdiğini hala ağrılarının devam ettiğini belirtti.

Yapılan fizik muayenede eritemli papüller dışında servikal ve omuz hareketlerinin açık ve ağrılı olduğu görüldü. Palpasyonla özellik saptanmadı (Resim 1a). Laboratuvar incelemeleri demir eksikliği anemisi dışında normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde sekel fibröz yapı dışında özellik saptanmadı(Resim 1b). Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral elastofibroma dorsi ile uyumlu kitleler tespit edildi. Dinamik torakal MR ile verifiye edilen kitleler ED (toraksta postero-lateral duvarda serratus anterior adaleleri ile toraks duvar adaleleri arasında yerleşimli sağda 6.5x3.5 cm, solda 6x2 cm boyutlarında, T1 ve T2 sinyali adalelere benzer ancak striated görünümdeki lezyonlar kontrast tutmamakta idi) ile uyumlu bulundu(Resim 2).

Olgu, cerrahi tedavi için yönlendirildi ancak kabul etmedi. Analjezi amacıyla medikal tedavi verildi. Kontrollere gelmeyen hastanın takibi yapılamadı.



Resim 1(a-b). Olguya ait sırt görüntüsü ve posteroanterior akciğer grafisi



Resim 2. ED'ye ait kitlenin magnetik rezonans görüntüsü

TARTIŞMA

Elastofibroma dorsi sıklıkla 4-6 dekadlar arasında kadınlarda görülen, nonkapsüle, fibröz dokunun elastin komponentinin proliferasyonu ile karakterize yumuşak doku tümörüdür. Sıklıkla skapula inferiorunda gergin olmayan hareketli kitle olarak yerleşim göstermektedir. Genellikle tek taraflı olarak rhomboid major ve latismus dorsi kaslarının yanında yerleşim gösterir(1,2).

İlk olarak Jarvi ve Saxen tarafından tanımlanmış ender bir benign tümördür(3). Asemptomatik yaşlı bireylerde toraks BT ile yapılan araştırmada prevalans %2 olarak bildirilmiştir(1). Inferior skapula acısına karşı torasik duvarın kronik friksiyonu nedeniyle olduğu düşünülen bu yumuşak doku tümörünün başka tutulum alanlarında da izlenmesi ile etiopatogeneizde altta yatan genetik, enzimatik bozukluk veya sistemik tutulum üzerinde de durulmaktadır(4). Tüm bunlara ek olarak ilk etiopatogenezi destekleyebilecek şekilde sıklıkla ağır işçilerde görülmesi önemli faktörün kronik friksiyon olduğu hipotezinin halen ilk sırada yer almasını sağlamaktadır(5,6). Olgumuzun yaşı ve cinsiyeti hastalığın sıklıkla görüldüğü yaş ortalaması ve cinsiyet ile paralellik göstermektedir. Ek olarak hastamızın uzun yıllardır çiftçilikle uğraşması ED olgularının sıklığının arttığı ağır işçiler sınıflaması ile de uyumludur. Öte yandan hastanın aile hikâyesinde başka bireylerde olmaması ve ek hastalığının bulunmaması etiopatogeneizde yer alabilen diğer faktörlerden bizi uzaklaştırmıştır.

Lezyon sıklıkla tek taraflı, %10 oranında iki taraflıdır(7,8). Klinik olarak olgular asemptomatik ya da mekanik tipte ağrı yakınması ile karşımıza gelebilirler(8). Yaşlı bireylerde kronik sırt ağrısı nedenleri içerisinde kardiyak (iskemik kalp hastalığı, aort anevrizması), inflamatuvar (ankilozan spondilit), enfektif (brucella, tüberküloz, zona), kompresyon fraktürleri, postür al deformitler, böbrek hastalıkları (taş), metabolik kemik hastalıkları (paget), yansıyan ağrılar (kolesistit) dejeneratif ve malign hastalıklar dikkatle araştırılmalıdır(9). Sunulan olgu iki yıldır devam eden sırt ağrısı mevcuttu. İleri tetkikler sonrası anılan hastalıklar dışlandı ve iki taraflı kitlelerin varlığı anlaşıldı.

Tanı radyolojik olarak BT ve MR ile konulur(10). BT ile lineer şeritler içeren homojen olmayan yumuşak doku kitlesi görülür. MR görüntüleme de T1 ve T2 kesitlerde kas dokusuna benzer yoğunlukta yağ dokusuna ait opasiteler izlenir. Ultrason ile anekoik veya hiperekoik görüntüler tespit edilir(10). Olgumuzun tanısı BT ile konmuş, MR ile doğrulanmıştır(Resim 2).

Tedavi, kitlenin tespit edilmesinden sonra takiplerde boyut değişikliğine ve klinik bulguların varlığına bağlı olarak düzenlenmektedir. Kitle boyutunun MR takibi ile artması ve klinik bulguların varlığı sonucu eksizyon yapılır. Kitlede değişiklik olmaz ise takip yeterlidir. Görüntüleme sıklığı dubling time süresinin uzun olmasından dolayı en az 2 ay ara ile yapılması gerektiği önerilmektedir(2,10,11).

Bilateral ED, nadir görülebilmesi ve fizik muayenede bulgu vermemesi nedeniyle tanısı zor konulan bir hastalıktır. Kronik sırt ağrısı bulunan hastalarda ayırıcı tanıda düşünölmeli, radyolojik olarak araştırılmalı ve bilateral olabileceği akılda tutulmalıdır. Takiplerde konservatif tedavi veya klinik bulgulara göre kitlenin total olarak eksizyonu yeterlidir.

KAYNAKLAR

1. Brandser EA, Goree JC, El-Khoury GY. Elastofibroma dorsi: prevalence in an elderly patient population as revealed by CT. *Am J Roentgenol* 1998;171:977–980.
2. Turna A, Yılmaz MA, Urer N ve ark. Bilateral elastofibroma dorsi. *Ann Thorac Surg* 2002;73:630–632.
3. Jarvi OH, Saxen AE. Elastofibroma dorsi. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1961;51(Suppl 144):83–84.
4. Akçam Tİ, Çağırıcı U, Çakan A, ve ark. Bilateral familial elastofibroma dorsi: is genetic abnormality essential? *Ann Thorac Surg*. 2014 ;98(2):e31-2.
5. Briccoli A, Casadei R, Di Renzo M, ve ark. Elastofibroma dorsi. *Surg Today* 2000;30:147–152.
6. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. *Cancer* 1982;50:1794–1805.
7. Giebel GD, Bierhoff E, Vogel J. Elastofibroma and pre-elastofibroma – a biopsy and autopsy study. *Eur J Surg Oncol* 1996;22:93–96.
8. Kourda J, Ayadi-Kaddour A, Merai S, Hantous S, Miled KB, Mezni FE. Bilateral elastofibroma dorsi. A case report and review of the literature. *Orthop Traumatol Surg Res* 2009;95:383-7.
9. Jones LD, Pandit H, Lavy C. Back pain in the elderly: a review. *Maturitas*. 2014 ;78(4):258-62.
10. El Hammoumi M, Qtaibi A, Arsalane A, ve ark. Elastofibroma dorsi: clinicopathological analysis of 76 cases. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014;47(2):111-6.
11. Battaglia M, Vanel D, Pollastri P, ve ark. Imaging patterns in elastofibroma dorsi. *Eur J Radiol*. 2009 ;72(1):16-21.