

## **ELASTOFİBROMA DORSİ: A RARE CAUSE OF CHEST PAIN**

### **Nadir bir göğüs ağrısı nedeni; Elastofibroma dorsi**

**Mustafa Çalık<sup>1</sup>, Nuri Düzgün<sup>1</sup>, Saniye Göknil Çalık<sup>2</sup>, Taha Tahir Bekci<sup>3</sup>, Yaşar Ünlü<sup>4</sup>,**

**Hıdır Esme<sup>1</sup>**

Konya EA Hastanesi, Göğüs Cerrahi<sup>1</sup>, Acil<sup>2</sup>, Göğüs Hastalıkları<sup>3</sup> ve Patoloji<sup>4</sup> Klinikleri, Türkiye

**Corresponding address:** Dr. Mustafa Çalık. [drmcalik@hotmail.com](mailto:drmcalik@hotmail.com)

**Cer San D (J Surg Arts), 2015(2): 67-70.**

#### **ABSTRACT**

Elastofibroma dorsi is a rare pseudotumoral lesion located in the periscapular region. Prevalence of 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. 14th postoperative day, the patient was discharged. Here in, we presented the case in view of the literature.

**Key words:** Elastofibroma dorsi, soft tissue, benign, tumor.

#### **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 mikro travmaların 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 subskapular bölgede hareketle ağırlı 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. Olgu literatür verileri ışığında sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Elastofibroma dorsi, yumuşak doku, benign, tümör.

#### **GİRİŞ**

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

lardır (3). ED manyetik rezonans görüntüleme (MRG)' de tek, sınırları net olarak ayırt edilemeyen, heterojen yumuşak doku kitlesi şeklinde görülür. Klinik görüntü endişe verici olabilir ve yumuşak doku sarkomu şüphesine yol açabilir. Lipom, liposarkom, 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

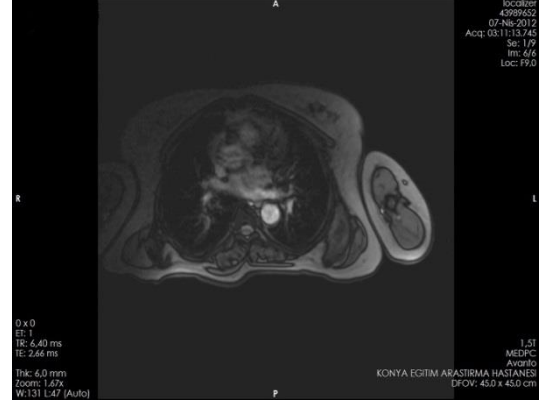
klasik MR bulguları sergileyen bilateral subskapular lezyonlar ED ön tanısı için genellikle yeterlidir (4,5). ED’de önerilen tedavi cerrahi rezeksiyondur.

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

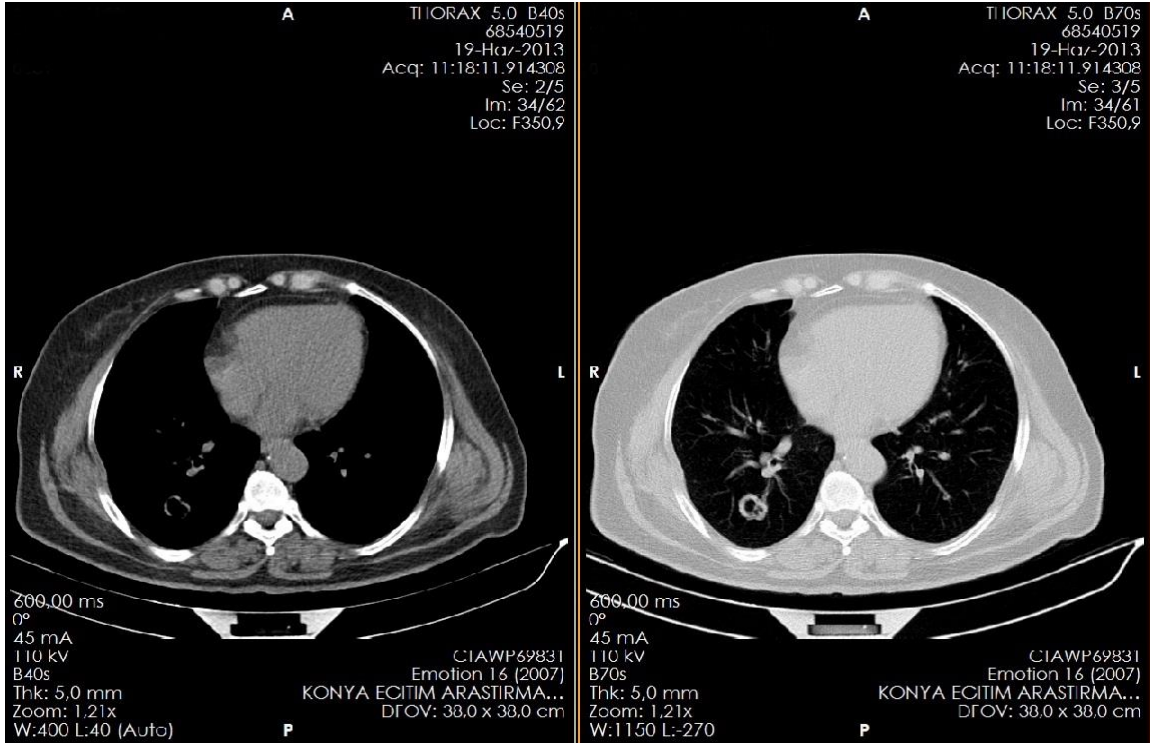
### Olgu

Hasta 59 yaşında, özgeçmişinde hipotroidi, diabetes mellitus, safra kesesi malign tümörü ve akciğer sekonder malign neoplazmi olan ev hanımı kadın hasta, sağ hemitoraks ve metastatik akciğer hastalığı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Kliniğimize yapılan anamnez, fizik muayene ve radyolojik incelenmelerde; solunum hareketiyle artan göğüs ve kronik sırt ağrısı, bilateral subskapular bölgede solda 10x10 cm ve sağda 6x5 cm çevre dokulara yapışık, karakteristik “klik” sesinin alındığı ağrılı 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

ve 2). Komşu kemik yapıları belirgin invazyon veya destrüksiyon bulgusu saptanmamıştır. Metastatik akciğer hastalığı nedeniyle yapılan cerrahi sırasında önce sağ ardından soldaki kitleye subskapular insizyonla ulaşıldı. Her iki lezyondan da frozen gönderildi. Sonucun benign gelmesi üzerine her iki kitle de 2 cm’lik cerrahi sınırla total olarak çıkarıldı (Şekil 3). Postoperatif 14. günde hasta taburcu edildi.



**Resim 1:** MRI görüntüleme. Sağ ve sol subskapular kitleler.



**Resim 2:** BT kesitleri; Bilateral subskapular bölgede solda 10x10 cm ve sağda 6x5 cm çevre dokulara yapışık kitleler.

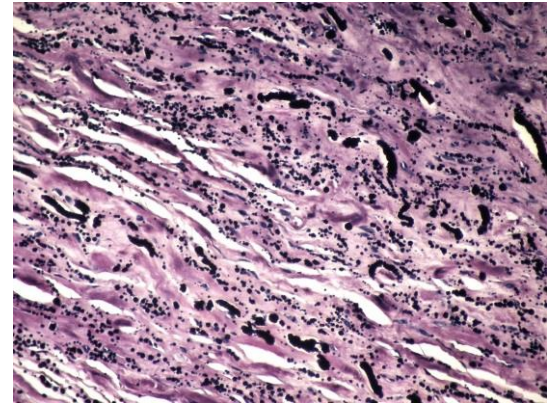
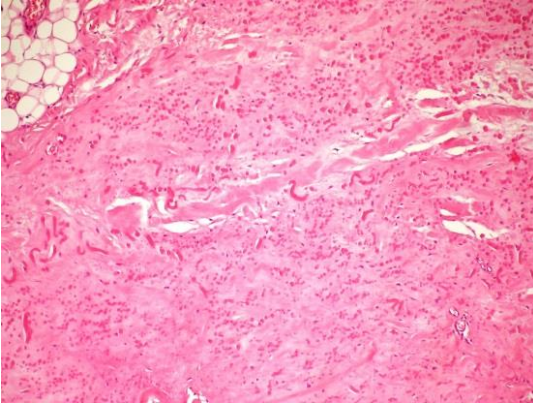
### TARTIŞMA

Elastofibroma dorsi periskapular bölgede orijini bilinmeyen nontümöral bir lezyon olarak ortaya çıkar ve sıklıkla bilateraldir. İleri yaşlarda ve bayanlarda daha sık görülür (4,6,7). Literatüre baktığımızda, Nagamine ve ark.’nın 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 abdüksiyonu 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 direkt grafi, ultrasonografi (USG), 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 hipokoik çizgilenmeler içeren nonhomojen fasiküle ya da laminer patern gösteren heterojen kitle görülmektedir (13).



**Resim 3:** Düzensiz dağılım gösteren kollajen bantlar ve kalın hyalinize demetler arasında, dejenere, düzensiz elastik lifler (Sol, HEx100). Elastik liflerde dejenerasyon ve boncuk şeklinde dizilimler. (Sağ, Elasticvan Gieson x100).

Elastofibroma dorsi'de önerilen tedavi cerrahi rezeksiyondur. Bununla birlikte 5 cm'den küçük lezyonlarda cerrahi tedaviden kaçınılması önerilmektedir (16,17). Turna ve ark. intraoperatif frozen sonucunun benign gelmesi halinde tam rezeksiyon yapılması gerektiğini savunmuşlardır. Bununla birlikte, Vastamaki tipik klinik bulgular varlığında biyopsi yapılmasının gereksiz olduğunu bildirmiştir (18).

Sonuç olarak ED özellikle ileri yaş bayanlarda periskapular bölgede görülen bir tümördür. Tanıda en değerli radyolojik tetkik MRI'dir (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):147-52.
2. Oueslati S, Douira-Khomsis W, Bouaziz MC, Zaouia K: Elastofibroma dorsi: A report on 6 cases. Acta Orthop Belg 2006;72(2):237-42.
3. Jarvi OH, Saxen AE. Elastofibroma dorsi, Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica, 1961;144(52): 834.
4. Kransdorf MJ, Meis JM, Montgomery E. Elastofibroma: MR and CT appearance with radiologic-pathologic correlation. AJR Am J Roentgenol. 1992;159:575-9.
5. Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, McLeod RA. Elastofibroma dorsi: Radiologic findings in 12 patients. AJR Am J Roentgenol. 1996;167:683-7.
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;171:977-80.
7. Bianchi S, Martinoli C, Abdelwahab IF, Gandolfo N, Derchi LE, Damiani S. Elastofibroma dorsi: sonographic findings. 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;50:1794-5.
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;30:450-3.

10. Heck S, Thomas G, Mader K et al. Bilateral elastofibroma as unusual cause of shoulder pain. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:1959-61.
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; 388:200-4.
12. Stemmermann GN, Stout AP. Elastofibroma dorsi. *Am J Clin Pathol* 1962;37:499-506.
13. Battaglia M, Vanel D, Pollastri P 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. 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.
17. Turna A, Yılmaz M.A, Urer N et al. Bilateral elastofibroma dorsi. *Ann Thorac Surg.* 2002;73: 630-2.
18. Guha AR, Raja RC, Devadoss VG. Elastofibroma dorsi-a case report and review of literature. *Int J Clin Pract.* 2004;58:218-20.
19. Muratori F, Esposito M, Rosa F et al. Elastofibroma dorsi: 8 case reports and a literature review. *J Orthop Traumatol.* 2008;9(1):3-7.