

OLGU BİLDİRİMİ

Elde Dev Liposarkom*

Serhat ÖZBEK, Muhammed Eren ŞİMŞEK, Güzin Yeşim ÖZGENEL

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa.

ÖZET

Liposarkom yetişkinlerde en sık görülen yumuşak doku malignitesidir. Genellikle retroperitondan ve ekstremiteden kaynaklanır, nadiren elde görülür. 5 cm den geniş çaplı olanlar dev lipomatöz tümörler olarak tanımlanır. Bu yazıda 88 yaşında erkek hasta elinde 16 cm çapında ve 483 gr ağırlığında el ve parmak hareketlerini kısıtlayan 20 yılda yavaş büyüyen liposarkom sunulmaktadır. Liposarkomların tedavi seçeneği netlik kazanmamıştır. Elin damar ve sinirleri korunarak başarılı bir şekilde kitle cerrahi tedaviyle çıkarıldı. Postoperatif adjuvan radyoterapi (50 Gy doz) uygulandı. Cerrahi sonrası el fonksiyonları normale döndü ve 2 yıllık takipte rekürrense rastlanmadı. Literatürde bilinenler arasında en büyük liposarkom olgusudur.

Anahtar Kelimeler: Liposarkom. El. Dev.

Giant Liposarcoma of the Hand

ABSTRACT

Liposarcoma is the most common soft tissue malignancy seen in adults. It usually derives from retroperitoneum and extremities, however, rarely seen in hands. If its diameter is higher than 5 cm, such tumor is defined as giant lipomatous tumor. We present here a 88-year-old male patient with a liposarcoma of the hand with 16 cm diameter and 483 grams weight, that caused restriction of finger and hand function and slowly grew over the past 20 years. Management of liposarcomas are still inconclusive. We successfully performed surgical resection with preservation of neurovascular bundles. Postoperative adjuvant external beam radiotherapy (dose 50 Gy) was performed. Functions of the hand returned to normal after the surgical operation and no clinical recurrence has been observed so far for the last two years. To the best of our knowledge, this is the largest liposarcoma of the hand in the literature.

Key Words: Liposarcoma. Hand. Giant.

Liposarkom yetişkin yaş grubunda en sık görülen malign yumuşak doku tümördür. En yüksek görüldüğü dönem 40-70 yaş aralığıdır. En sık retroperitoneal bölgeden ve ekstremitelerden köken alır, nadiren elde görülür¹. Bu kitleler genellikle 5 cm den büyük çapa sahiptir ve dev lipomatöz tümörler olarak tanımlanırlar. Bu yazı ile 88 yaşında erkek hasta elin palmar yüzünde 16 cm çapında ve 483 gr ağırlığında liposarkom ile sunulmaktadır. Literatürde sunulan en geniş çaplı el kaynaklı liposarkomdur⁵.

Olgu

Seksensekiz yaşında erkek hasta elinde ağrılı, parmak hareketlerini kısıtlayan kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Kitle 20 yılda yavaş yavaş büyümüştü. Yapılan fizik muayenede sol elde sınırları belirgin, lobül formasyonunda, palmar yüz yerleşimli, hipotenar bölgeye uzanan gergin, cilt altı kitle mevcuttu (Şekil 1). 16 cm çaplı ve büyüklüğüne bağlı olarak el hareketlerini kısıtlıyordu. MR görüntülemesi lobüle, hiperintens, geniş, lipomla uyumlu yumuşak doku tümörü olarak sonuçlandı (Şekil 2). Hastanın sol elindeki kitlenin cerrahi operasyonla çıkarılması planlandı. Operasyon genel anestezi altında turnike kullanılarak yapıldı. İnsizyon proksimal palmar çizgiden yapıldı. Kitlenin elin dorsal yüzüne uzandığı görüldü. Elin palmar ve dorsal yüzünden yapılan insizyonlarla kitleye ulaşıldı. Palmar yüz cildi mümkün olduğunca korundu ve cilt eksizyonu incelmış olan dorsal yüzden yapıldı. Diseksiyon boyunca elin damar, sinir ve tendonları korundu. Kitle tamamıyla çıkarıldı. Makroskopik olarak gri-sarı renkli, kapsüllü, fibröz septalı, çapları 16x11x4 cm ile 5x3x2 cm arasında

Geliş Tarihi: 20.01.2011
Kabul tarihi: 10.03.2011

* 30. Ulusal Plastik Cerrahi Kongresinde e bildirisi olarak yayımlanmıştır.

Dr. Muhammed Eren ŞİMŞEK
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,
Bursa.
Tel: 0 224 295 29 40
e-mail: drerens@yahoo.com

değişen 3 parçadan oluşuyordu. Histopatolojik muayenesinde fibröz septalı, lipoblastları ihtiva eden neoplastik alanlar mevcuttu. Ekstrakapsüler yayılıma rastlanmadı. P53 ve Ki-67 negatif bulundu. Fokal nekroz ve kalsifikasyon alanları görüldü. Bu bulgulara dayanarak kitleye atipik lipomatöz tümör (iyi diferansiye liposarkom) tanısı konuldu. Postoperatif dönemde radyoterapi (50 Gy doz) uygulandı. Erken dönemde el fonksiyonları normale döndü ve 2 yıllık takip sürecinde rekürrens görülmedi (Şekil 3-4).



Şekil 1:
Elde lokalize dev liposarkom



Şekil 2:
Preoperatif MR görüntüsü



Şekil 3:
Postoperatif MR görüntüsü



Şekil 4:
Postoperatif fonksiyonel el görüntüsü

Tartışma

Liposarkom yetişkinde en sık görülen malign mezenşimal tümördür. İlk olarak 1857 yılında Virchow tarafından tanımlandı. Tüm yumuşak doku tümörlerinin yaklaşık %21 ini sarkomlar oluşturuyordu². Görülme sıklığı erkeklerde ve 5-7. dekadlarda en yüksek seviyeye çıkıyor³. El tümörlerinde lipomlar iyi diferansiye liposarkomlardan daha sık görülüyor⁴. Haber ve arkadaşlarının çalışmasında 2321 hastada elde 32 lipom ve sadece 1 liposarkom bildirildi¹. Yumuşak doku tümörlerinin çapı 5 cm ve üstünde olduğunda aksi ispat edilene kadar malign kabul edilirler ve dev tümör olarak adlandırılırlar^{5,6}. Derin yerleşimli tümörler yavaş büyürler ve bu hastaların belirgin şikayetleri olmadan başvurmasını açıklamaktadır⁵. Diğer

Elde Dev Liposarkom

tarafından kısırsal alanlarda el cerrahisine ulaşmakta zorluk çekilmesi hastaların semptomsuz dönemde tedavi arayışını kısıtlamaktadır. Bizim vakamızda da hasta elindeki kitle dev boyutlara ulaştığında ve ciddi el hareketlerinde kısıtlılığa sebep olduğunda başvurmuştur. Hastaya total kitle çıkarılması öncesinde insizyonel biyopsi planlanmadı çünkü hasta sadece 2 gün hastanede kalabileceğini bildirdi.

Sarkomlar 4 histolojik sınıfa ayrılmaktadır: iyi diferansiye, miksoid, yuvarlak hücreli ve pleomorfik tip. Bunlar içinde vakaların %40-45 ini oluşturan iyi diferansiye tip en sık görülen tipidir^{8,9}. Prognozda tip önemlidir. İyi diferansiye ve miksoid tipler iyi prognoza sahiptir ve rekürrens oranları düşüktür (%30-50). 5 yıllık sağ kalım oranları %15 ila %100 dür⁹. Kitlenin büyüklüğüne ve konumuna bağlı olarak his kusuruna, parmak hareketlerinde kısıtlılığa ve ya bu vakada olduğu gibi el hareketlerinde kısıtlılığa sebep olabilir. Çoğunlukla metastatik potansiyeli yoktur ve ya çok azdır. MR görüntüleme ile %94 doğru tanı konulur¹⁰. MR görüntüleme ile lipomlar liposarkomlardan ayırt edilebilirler¹¹. Fakat bu vakada preoperatif MR görüntüleme sonucu lipomla uyumlu geldi.

İyi diferansiye liposarkomlarda tedavi şekli kesinlik kazanmamıştır. Kitlenin düzensiz çıkarılması yüksek dereceli transformasyona sebep olarak rekürrensi artırabilir¹². Ortak görüş 2 cm güvenli sınırla damar ve sinir yapılarının korunarak kitlenin tamamının çıkarılmasıdır⁹. Zagar ve arkadaşlarının cerrahi tedaviye eşzamanlı radyoterapi önerisine karşı Ross ve arkadaşları eşzamanlı radyoterapi uygulanmasının yüksek dereceli transformasyona sebep olacağını bildirmişlerdir^{12,13}. Kitle çıkarılmadığında ve ya yeterli tümör serbest kenar sağlanamadığında adjuvan radyoterapi önerilebilir. Bu vakada başarılı cerrahi tedavi sonrası radyoterapi uygulandı.

Bu vaka ile yumuşak doku kitlelerine yaklaşırken malignite olasılığını her zaman göz önünde bulundurmanın önemi vurgulanmak istendi.

Kaynaklar

1. Haber MH, Alter AH, Wheelock MC. Tumors of the hand. Surg Gynecol Obstet 1965; 121: 1073– 80
2. Nikitakis NG, Lopes MA, Pazoki AE, Robert AO, John JS. MDM2+/CDK4-K/p53+ oral liposarcoma: Case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Patbol Oral Radiol Endod 2001;92:194-201
3. Nascitento AF, McMenamin ME, Fletcher CD. Liposarcomas/atypical lipomaious tumors of the oral cavity; A clinicopathologic study of 23 cases. Ann Diagn Pathol 2002;6:83-93.
4. Kransdorf MJ. Malignant soft-tissue tumors in a large referral population: distribution of diagnoses by age, sex, and location. AJR 1995; 164: 129–34
5. Cribb GL, Cool WP, Ford DJ, Mangham DC. Giant lipomatous tumours of the hand and forearm. J Hand Surg Br. 2005 Oct;30(5):509-12.
6. Johnson CJ, Pynsent PB, Grimer RJ (2001). Clinical features of soft tissue sarcomas. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 83: 203–5.
7. Ogose A, Kobayashi H, Morita T, Hasegawa K, Hirata Y. Well-differentiated liposarcoma of the hand. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2000 Jun;34(2):185-7.
8. Laurino L, Furlanetto A, Orvieto E, Del Tos AP. Well differentiated liposarcoma (atypical lipomatous tumors). Seminars in Diagnostic Pathology 2001; 18: 258-62
9. Adelson RT, DeFatta RJ, Verret DJ, Shen Y. Liposarcoma of the tongue: case report and review of the literature. Ear Nose Throat J. 2006 Nov;85(11):749-51.
10. Capelastegui A, Astigarraga E, Fernandez-Canton G, Saralegui I, Larena JA, Merino A. Masses and pseudomasses of the hand and wrist: MR findings in 134 cases. Skeletal Radiology 1999;28: 498–507.
11. Hosono M, Kobayashi H, Fujimoto R et al. Septum-like structures in lipoma and liposarcoma:MR imaging and pathologic correlation. Skeletal Radiol 1997; 26: 150–54.
12. Ross JA, Severson RK, Davis S, Brooks JJ. Trends in the incidence of soft tissue sarcomas in the United States from 1973 through 1987. Cancer 1993 Jul 15;72(2):486-90.
13. Zagar GK, Goswitz MS, Pollack A. Liposarcoma:outcome and prognostic factors following conservation surgery and radiation therapy. Int JRadiat Oncol Biol Phys 1996; 36: 311–19.