

FARKLI LOKALİZASYONLARDA KARŞIMIZA ÇIKABİLECEK NADİR BİR YUMUŞAK DOKU LEZYONU: ELASTOFİBROMA DORSİ

RARE SOFT TISSUE LESIONS THAT CAN BE ENCOUNTERED IN VARIOUS LOCATIONS: ELASTOFIBROMA DORSI

Meltem Azatçam¹, Eren Altun², Mehmet Furkan Sahin³

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Lüleburgaz Devlet Hastanesi Tıbbi Patoloji Laboratuvarı

² Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim dalı

³ T.C. Sağlık Bakanlığı Lüleburgaz Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Yazışma Adresi:

Eren Altun

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim dalı, Balıkesir – Türkiye

E posta: eren.altun@balikesir.edu.tr

Kabul Tarihi: 13 Aralık 2016

doi: [10.5505/bsbd.2017.52714](https://doi.org/10.5505/bsbd.2017.52714)

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Elastofibroma dorsi, sıklıkla göğüs duvarının subskapular bölgesinde görülen, kapsülsüz olduğu için sınırları iyi ayırt edilemeyen, nadir görülen, fibröz dokudan kaynaklanıp yavaş büyüme eğiliminde olan yumuşak doku tümörüdür. Etiyolojisi tam olarak tanımlanamamıştır. Hastaların büyük çoğu asemptomatiktir; semptomatik olgular çoğunlukla omuz hareketleriyle belirginleşen skapula altında şişlik ve sırtta hissedilen rahatsızlık hissi ile başvururlar. Tanıda görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır. MRG bulguları tanıda çoğu zaman yeterli olmaktadır. Tanıyı kesinleştirmek için iğne aspirasyonu veya insizyonel biyopsi yapılabilir ancak eksizyonel biyopsi tercih edilmelidir. Tedavisi yakınması olan hastalarda marjinal sınırlarda kitlenin çıkartılmasıdır.

Biz bu çalışmamızda; omuz hareketleriyle gelişen rahatsızlık hissi ve skapula altında hissedilen kitle lezyonu şikayetleriyle başvuran 49 yaşında bayan hastada klinik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile tanı konulan, cerrahi eksizyon ile tedavi edilen nadir görülen elastofibroma dorsi olgumuzu paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Elastofibroma dorsi, subscapularis kitle, ekstratorasik kitle lezyonu

SUMMARY

Elastofibroma dorsi is a slowly growing, rarely seen soft tissue tumor that is originated from fibrous tissue, is frequently observed in the subscapularis region of the chest wall, whose boundaries can not be distinguished because of it's encapsulated. The etiology has not been fully defined. Most of the patients are asymptomatic; symptomatic patients often present with lump under scapula that demonstrates with shoulder movements and discomfort is sensed in the back. Imaging procedures are useful for diagnosis. Most of the time MRI findings are sufficient. Incisional biopsy or needle aspiration can be performed to confirm the diagnosis however excisional biopsy should be preferred. Treatment of the symptomatic patients is to remove the mass with marginal boundaries.

In this study we would like to share rarely seen elastofibroma dorsi case that is diagnosed by clinical examination and imaging modalities in 49 years old female patient that is admitted with the sense of discomfort which develops with shoulder movements and feeling of a mass under scapula; is treated by is surgical excision.

Keywords: Elastofibroma dorsi, subscapularis mass, extrathoracic mass lesion

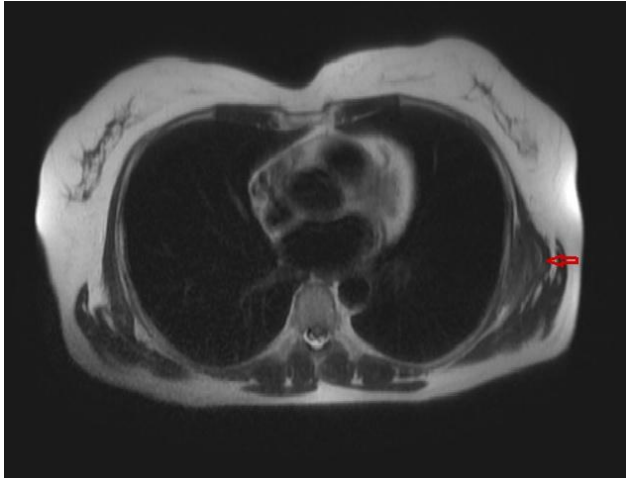
GİRİŞ

İlk olarak Jarvi ve Saxen tarafından 1959 yılında tanımlanan elastofibrom, yumuşak dokunun benign, yavaş büyüyen, nadir görülen, fibroelastik tümör benzeri lezyonudur^{1,2,3}. Sıklıkla periskapular bölgede, 4-7. dekatlar arasında ve kadınlarda görülmektedir⁴. Çoğu unilateral olmasına rağmen bilateral olgular da literatürde bildirilmiştir¹. Otopsi çalışmalarında elastofibrom görülme sıklığı % 13-16,6 arasında değişmektedir^{5,6}. Preelastofibrom benzeri değişiklikler ise

%81 oranında görülmüştür⁵. Klinik olarak elastofibrom olgularının çoğu asemptomatiktir., olguların bazılarında lokal ağrı ve şişlik şikayeti mevcuttur³. Makroskopik olarak çapı 2-14 cm arasında değişen elastofibrom, sınırları net olarak değerlendirilemeyen, yuvarlak veya dikdörtgen, sert kıvamda kitleler şeklindedir¹. Kesit yüzünde adipöz dokularla içiçe kirli beyaz fibrotik alanlar izlenmektedir¹. Elastofibromun histopatolojik kesitlerinde değişen oranlarda adipöz doku içeren, fibroblastlar, şişmiş eozinofilik kollojen ve elastik lifler görülmektedir¹.

OLGU SUNUMU

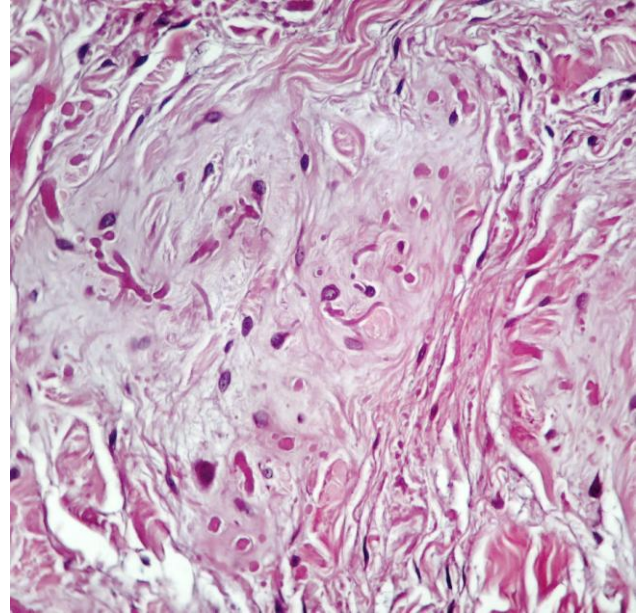
Sırt sol tarafında, yaklaşık bir yıldır bulunan, zamanla büyüyen, şişlik şikayeti ile hastanemize başvuran 50 yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde, sol skapula altında yerleşik, kol hareketi ile skapula altına uzanım gösteren kitle izlenmiş. Laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmayan hastanın BT'sinde ciltaltı yağ dokuda 52x16 mm boyutlarında, heterojen, hipoekojen kitle izlenmiş, MR ile korelasyon önerilmiş. MR'ında skapula altına doğru uzanan yaklaşık 6 cm kitle tespit edilmiş (Resim 1). Kitlesi eksize edilerek patoloji laboratuvarımıza gönderilmiş. Makroskobik olarak 85 gr ağırlığında, toplam 9x7,5x3,5 cm ölçülerinde, 4 parça halinde gönderilmiş olan kitle, orta sertlikte, yağ ve bağ dokudan oluşmaktaydı (Resim 2). Seri kesitlerde, kesit yüzü fibrotik, yer yer kirli beyaz-sarı renkliydi. Rutin patoloji işlemleri sonrasında, ışık mikroskopunda incelenen kesitlerde fibroadipöz dokular arasında hiposellüler kollajenöz, miksoid stroma içinde, bazıları yuvarlak, bazıları ince uzun, fragmante elastik lif ile uyumlu eozinofilik yapılardan zengin lezyon dikkati çekti (Resim 3). Elastik Von Gieson histokimyasal çalışmada sferik, ince uzun, düzensiz kenarlı, fragmante elastik liflerde boyanma izlendi. Histopatolojik bulgularla olguya elastofibrom tanısı verildi. Takiplerinde enfeksiyon gelişen hastaya uygun tedavi uygulandı.



Resim1. Skapula altına doğru uzanan yaklaşık 6 cm kitle



Resim 2. Kesit yüzü fibrotik, yer yer kirli beyaz-sarı renkliydi kitlenin makroskobik görünümü



Resim 3. Miksoid stroma içinde, bazıları yuvarlak, bazıları ince uzun, fragmante elastik lif ile uyumlu eozinofilik yapılardan zengin lezyon (H&E 40x)

TARTIŞMA

Elastofibrom, kollajenöz stroma arasında anormal elastik liflerle karakterize, düzensiz sınırlı, nadir görülen yumuşak doku tümörüdür^{5,6}. Otopsi çalışmalarında elastofibrom görülme sıklığı % 13-16,6 arasında değişmektedir^{5,6}. Çoğu asemptomatik olduğundan görülme sıklığı net olarak bilinmeyen elastofibrom, başka nedenlerle PET/CT yapılan 10350 olgunun %1,7'sinde insidental olarak saptanmıştır⁷. Elastofibrom sıklıkla ileri yaşlarda ve kadınlarda görülmektedir^{3,4,8,9}. Literatürde 14 aylık-17-18 yaşında olgular ve erkek olguların daha sık

görüldüğü çalışmalar da vardır^{2,3,10,11}. Çalışmamızda olgumuz literatür ile uyumlu olarak 50 yaşında ve kadın hastadır. Literatüre bakıldığında elastofibrom olguları çoğu zaman periskapuler bölgede lokalizedir^{3,7,12}. Ancak gastrointestinal kanal, dış kulak yolu, ağız tabanı, infraolecranon, yüz, paraspinal bölge, sol ventriküler septum, deltoid, omentum, göz, el, orbita gibi nadir lokalizasyonlar da bildirilmiştir^{2,3,13-17}. Olguların çoğu unilateral olup sağ tarafta lokalizedir, %10'un üzerinde bilateraldir¹. 170 olgu içeren çalışmada yedi ayrı lokalizasyonda elastofibrom bulunan 1 olgu bildirilmiştir³.

Yapılan çalışmalarda elastofibrom etiyojisinde farklı etkenlerden bahsedilmiştir. Yayınların çoğunda elastofibromun mekanik, tekrarlayan uyarıya karşı reaktif hipeplazi olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Olguların çoğunun sağ periskapuler bölgede lokalize olması ve dominant elinin sağ olması bu görüşü destekler niteliktedir⁸. Ancak lezyonun farklı lokalizasyonlarda ve ağır işgücünde çalışmayanlarda da görülmesi, kalıtsal ve yapısal faktörlerin de lezyonun büyümesinde etkili olduğu göstermiştir³. Akçam ve ark. yaptığı çalışmada elastofibromlu üç kız kardeş sitogenetik olarak incelenmiş ancak kromozomal anomali saptanmamıştır¹⁸. Ancak başka bir çalışmada ise üç olgu incelenmiş her üç hastada kromozom 1'in kısa kolunda anormallikler ve olguların birinde kromozom 8 ve 12'de translokasyon tespit edilmiş ve klonal anormalinin görülmesi ile lezyonun reaktif bir süreçtense neoplastik olabileceği bildirilmiştir¹⁹. Enjoji ve ark. bilateral subskapular elastofibromlu, midede peptik ülser tabanında elastofibrom bulunan vaka bildirmiş ve bunun altta yatan sistemik enzimatik defekte bağlı olabileceğini bildirmiştir²⁰. Kadın hastalarda neden daha sık görüldüğü net değildir³. Klinik olarak elastofibrom olgularının çoğu asemptomatiktir^{7,11} bir kısmında ise omuz hareketleri sırasında bir clunking hissi, şişlik veya bulunduğu lokalizasyona göre semptom verebilir¹¹. Semptomların süresi ortalama olarak 20 ay ve 1gün- 67 yıl olarak bildiren çalışmalar vardır^{3,10}. Olgumuzda yaklaşık 1 yıldır, yavaş büyüyen kitle şikâyeti mevcuttur. Malghem ve ark çalışmasında görüntüleme yöntemlerinin birçok vakada kesin tanı sağlayabildiğini belirtmiş ve semptomsuz ve lezyonun tipik görüntüleme özellikleri gösterdiği vakalarda ileri incelemenin muhtemelen gereksiz olduğunu bildirmiştir²¹. Naylor ve ark çalışmasında benign olan bu lezyonun karakteristik özellikleri ve lokalizasyonu nedeniyle radyologların farkındalığının artması ile bu olgularda malignite şüphesi nedeniyle yapılan cerrahi işlemlerin azalacağını bildirmiştir²². Fındıkoğlu ve ark çalışmasında olgular yumuşak doku sarkomu kliniği ile prezente olduğundan olguların bazılarında kesin tanı için trucut biyopsi

uyulandığını bildirmiştir⁸. Çalışmaların geneline bakıldığında radyolojik olarak kesin tanı alan, tipik lokalizasyondaki, semptomsuz olguların takip edildiği de görülmüştür^{4,8}.

Elastofibrom olgularında kitleden İİAB sonucunun hiposellülarite nedeniyle yanlış pozitifliğin yüksek olduğu, çalışmaların birinde benign fibröz lezyon ile uyumlu iğsi hücreler şeklinde görüldüğü bildirilmiştir¹⁴. Diğer bir çalışmada ise yaymaların hipersellüler nitelikte olduğu, matür adipöz hücreler, uniform iğsi hücreler, kollojen doku fragmanları, örgü benzeri çok sayıda elastik lifler, küresel yapıda, bazıları kıvrımlı kenarlara sahip yıldız görünümde yapılar izlendiği bildirilmiştir²³.

Ayırıcı tanıda sarkom, lipom, fibrom, liposarkom, fibromuskuler tümörler, desmoid tümör, hemanjiyom, agresif fibromatozis gibi yumuşak dokunun diğer tümörleri yer almaktadır²⁴.

Cerrahi sonrası olgularda seroma, enfeksiyon, hematoma, tekstiloma gibi komplikasyonlar bildirilmiştir^{4,8}. Criscione ve ark. semptomatik lezyonların çıkarılması asemptomatik olanların ise klinik ve radyolojik olarak takip edilmesi gerektiğini bildirmiştir²⁵. Çalışmalarda cerrahi sonrasında takip edilen hastalarda rekürrens ve malign transformasyon görülmediği bildirilmiştir^{3,8,10}. Ancak Nagamine ark. infraolecranon lokalizasyonlu olguların birinde rezeksiyondan yedi ay sonra rekürrens izlendiğini ve rekürrens sebebinin yapılan rezeksiyon sonrasında kalan rezidü tümör hiperplazisine bağlı olduğunu düşündüğünü bildirmiştir^{3,12}.

SONUÇ

Sonuç olarak tüm çalışmalar göz önüne alındığında özellikle ileri yaşlardaki kadınlarda, periskapuler bölgede izlenen, asemptomatik kitleler, elastofibrom açısından radyolojik tetkiklerle değerlendirilmeli, klinik şüphe varlığında biyopsi ile tanı korele edilerek takip edilmelidir. Semptom veren veya hızla büyüyen kitlelerde ise, radyolojik olarak kesin tanı verilemeyen olgularda lezyonun eksizyonu ve karşı taraf periskapuler bölgenin de incelenmesi önerilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Di Vito A, Scali E, Ferraro G, et al. Elastofibroma dorsi: a histochemical and immunohistochemical study. Eur J Histochem. 2015 Feb 19;59(1):2459.
2. Bulam H, Sezgin B, Fındıkoğlu K, Cesur N. A 1-Year-Old Boy With Paraspinal Elastofibroma: The Youngest Diagnosed Elastofibroma. Ann Thorac Surg. 2015 Jul;100(1):302-4.
3. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. Cancer. 1982;1;50(9):1794-805.
4. El Hammoumi M, Qtaibi A, Arsalane A, El Oueriachi F, Kabiri el H. Elastofibroma dorsi: clinicopathological analysis of 76 cases. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2014;47(2):111-6.

5. Giebel GD, Bierhoff E, Vogel J. Elastofibroma and pre-elastofibroma--a biopsy and autopsy study. *Eur J Surg Oncol.* 1996;22(1):93-6.
6. Järvi OH, Saxén AE, Hopsu-Havu VK, Wartiovaara JJ, Vaissalo VT. Elastofibroma--a degenerative pseudotumor. *Cancer.* 1969;23(1):42-63.
7. Erhamamci S, Reyhan M, Nursal GN, et al. Elastofibroma dorsi incidentally detected by (18)F-FDG PET/CT imaging. *Ann Nucl Med.* 2015;29(5):420-5.
8. Kılıç, D., Şahin, E., Fındıkcıoğlu, A., Bal, N., Tercan, F., Hatipoğlu, A. Bilateral elastofibroma dorsi. *Türk Toraks Dergisi*, 2007; 8;52-4.
9. Novati FC, Franchi A, Papa G, Arnež ZM. Elastofibroma dorsi. Our experience with 11 lesions. *Ann Ital Chir.* 2014;29;85
10. Chandrasekar, C. R., Grimer, R. J., Carter, S. R., et al. Elastofibroma dorsi: an uncommon benign pseudotumour. *Sarcoma*, 2008;2008.
11. Lococo F, Cesario A, de Franco S, Ricchetti T, Sgarbi G, Treglia G. Is 18FDG PET/CT evaluation really useful in the diagnosis of elastofibroma dorsi? *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2014;33(1):62.
12. Karakurt O, Kaplan T, Gunal N, et al. Elastofibroma dorsi management and outcomes: review of 16 cases. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2014 Feb;18(2):197-201.
13. Potter TJ, Summerlin DJ, Rodgers SF. Elastofibroma: the initial report in the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97(1):64-7.
14. Fardisi S, Ashraf MJ, Zarei MR, Azarpira N, Raof M, Amanpour S. Elastofibroma of the Face: A Case Report. *J Dent (Shiraz).* 2015;16(1 Suppl):73-5.
15. Flotte T, Pinar H, Feiner H. Papillary elastofibroma of the left ventricular septum. *Am J Surg Pathol.* 1980;4(6):585-8.
16. Tsutsumi A, Kawabata K, Taguchi K, Doi K. Elastofibroma of the greater omentum. *Acta Pathol Jpn.* 1985;35(1):233-41.
17. Yücel İ, Solak K, Arıcan M, Özturan KE, Bilateral elastofibroma dorsi, olgu sunumu, *Göztepe Tıp Dergisi*, 2012; 27(2):80-85.
18. Akçam Tİ, Çağırıcı U, Çakan A, Akın H. Bilateral familial elastofibroma dorsi: is genetic abnormality essential? *Ann Thorac Surg.* 2014;98(2):e31-2.
19. McComb, Erin N., et al. "Cytogenetic instability, predominantly involving chromosome 1, is characteristic of elastofibroma." *Cancer genetics and cytogenetics* 2001;126.1;68-72.
20. Enjoji, Munetomo, Kinjiro Sumiyoshi, and Kazuhito Sueyoshi. "Elastofibromatous lesion of the stomach in a patient with elastofibroma dorsi." *The American journal of surgical pathology* 1985;9:3;233-237.
21. Malghem, J., Baudrez, V., Lecouvet, F., Lebon, C., Maldague, B., & Berg, B. V. Imaging study findings in elastofibroma dorsi. *Joint Bone Spine*, 2004;71:6;536-541.
22. Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, McLeod RA. Elastofibroma dorsi: radiologic findings in 12 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;167(3):683-7.
23. Domanski H A. Elastic fibers in elastofibroma dorsi by fine-needle aspiration. *Diagnostic cytopathology*, 2014, 42.7: 609-611.
24. Falidas E, Arvanitis D, Anyfantakis G, et al. Painful elastofibroma dorsi: a report of a case and a brief review of the literature. *Case Rep Orthop.* 2013;2013:794247
25. Criscione, Alessandra, et al. Elastofibroma dorsi and the thoracic surgeon: experience with 13 patients. *Future Oncology*, 2015;11;24: 47-50.