

Plevranın Soliter Fibröz Tümörleri

Alpay ÖRKİ^a, Hatice ERYİĞİT, Oral AKIN, Suat PATLAKOĞLU, Altuğ KOŞAR, Gökhan HACİBRAHİMOĞLU, Bülent ARMAN

Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İSTANBUL

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı plevranın soliter fibröz tümörlerinin klinik davranışını değerlendirerek nadir görülen bu tümörlerin, optimal cerrahi yöntemini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: 1997 ve 2004 yılları arasında, kliniğimizde soliter fibröz tümör rezeksiyonu yapılan 6 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Opere edilen altı hastanın yaş ortalaması 42.3 idi. Hiçbir hastada asbest temas öyküsü yoktu. Beş olgu semptomatikti. Tüm olgulara torakotomi yapıldı. Beş hastada tümör viseral plevradan, birinde ise parietal plevradan kaynaklanmaktaydı. Olgularımızda tümör total olarak eksize edildi. Ortalama tümör çapı 14 cm (6-24) idi. Patoloji sonuçları altı olguda da plevranın benign soliter fibröz tümörü olarak raporlandı. Olguların hepsinde komplet rezeksiyon yapıldı. Postoperatif mortalite ve major komplikasyon saptanmadı. Ortalama 53.5 aylık takipte rekürrens gözlenmedi.

Sonuç: Plevranın soliter fibröz tümörleri nadir görülen neoplazmalardır ve büyük boyutlara ulaşabilir. Komplet cerrahi rezeksiyon, bu tümörlerin optimal tedavisidir ve büyük kitlelerde malignite akılda tutulmalıdır. ©2007, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Soliter fibröz tümör, plevra, komplet rezeksiyon.

ABSTRACT

Solitary Fibrous Tumors of the Pleura

Objectives: The aim of this study is to evaluate the clinical behavior of the solitary fibrous tumors of pleura and the optimal surgical approach for these rare tumors.

Material and Methods: We have reviewed the records of six patients who underwent tumor resection in our clinic between 1997 and 2004 retrospectively.

Results: Six patients were operated in this period and the mean age was 42.3 years. None of them have been exposed to asbestosis. Symptoms were presented in five patients. All patients underwent thoracotomy. Tumor was originated from visceral pleura in five patients and parietal pleura in one. All patients underwent tumor excision. Mean diameter for tumor was 14cm (range 6 to 24). Pathology results were reported as benign solitary fibrous tumor of the pleura for all the six patients. Resection was complete in all patients. There was no postoperative mortality and major complications. No recurrence has been observed during the mean 53.5 months follow-up.

Conclusion Solitary fibrous tumors of the pleura are rare neoplasms and can reach to giant diameters. Complete surgical resection is the optimal treatment for these tumors and risk of malignancy in larger masses should be remembered. ©2007, Fırat University, Medical Faculty

Key words: Solitary fibrous tumor, pleura, complete resection.

Plevranın soliter fibröz tümörü (SFTP) yavaş büyüyen nadir bir tümördür. Günümüze kadar literatürde yaklaşık 800 vaka bildirilmiştir. Daha önce bu tümörler mezotelyomanın bir formu olarak değerlendirilmiştir (1). Günümüzde ise elektron mikroskopisi ve immunhistokimyasal çalışmalar neticesinde submezotelyal mezenkimal tabakadan köken aldığı belirlenen bu tümörlere "Plevranın Soliter Fibröz Tümörü" adı verilmiştir (1,2). Literatürde bu tümörlerin %10 ile 30 oranında malign olduğu bildirilmiştir (1-5). Çapları 1 ile 37 cm arasında olabilen SFTP'ler %80 oranında viseral plevradan bir sapla çıkmaktadır. Olgular çoğunlukla asemptomatiktir. Tümörün büyüklüğüne ve lokalizasyonuna bağlı olarak nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı görülebilir.

Benign ve malign SFTP, göğüs grafisinde genellikle iyi sınırlı, homojen ve yuvarlak kitle olarak görülür (2). Bu tümörlerin tanı ve tedavisi için genellikle torakotomi gerekir.

Prognozu etkileyen en önemli faktör tümörün komplet rezeksiyonudur. Rekürrens ve malign transformasyon riski vardır. Bu çalışmada, kliniğimizde plevranın soliter tümörü nedeniyle opere ettiğimiz 6 olguyu; klinik, radyolojik, histolojik bulguları ve tedavi yaklaşımları açısından inceleyip literatür bilgileri doğrultusunda değerlendirdik.

GEREÇ VE YÖNTEM

1997 ve 2004 yılları arasındaki sekiz yıllık dönemde plevra kaynaklı soliter fibröz tümör tanısı alan ve cerrahi rezeksiyon yapılan 6 olgu çalışmaya dahil edildi. Bu olguların klinik kayıtları retrospektif olarak gözden geçirildi. Plevranın diğer malign tümörleri bu çalışmaya alınmadı.

Olgular anamnezleri ve fizik muayene bulguları ile değerlendirilip preoperatif standart göğüs grafisi ile toraks tomografisi, elektrokardiyografi çekildi, solunum fonksiyon testleri, rutin kan tetkikleri yapıldı. Tüm hastalara fiberoptik

^a Yazışma Adresi: Dr. Hatice Eryiğit, Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul
Tel: +90 212 6348507 e-mail: haticeryigit@hotmail.com

optik bronkoskopi (FOB) uygulandı. İki olguda dıştan bası saptandı, diğer dört hastada patolojik bulgu saptanmadı. Olgulara, preoperatif histolojik tanı elde etmek amacıyla tomografi eşliğinde ince iğne aspirasyonu yapıldı (Tablo 1). Fakat hiçbir hastada iğne aspirasyonu preoperatif tanı için yeterli olmadı. Bir hastada video-yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) uygulanarak rezeksiyon öncesi SFTP tanısı konuldu.

Rezeksiyon, olguların tümünde torakotomi ile yapıldı. 10 cm'den küçük tümörler için (2 olgu) için lateral torakotomi, 10 cm'den büyük kitlelerde (4 olgu) ise posterolateral torakotomi insizyonu kullanıldı. Eksize edilen kitleler patoloji laboratuvarına gönderildi. Mikroskopik inceleme yapılarak England kriterlerine göre tümörler malign ve benign ayrımı yapıldı (4).

Tablo1.Olguların demografik özellikleri. K: Kadın, E: Erkek, FOB: Fiberoptik bronkoskopi, İİA: İnce iğne aspirasyonu, VATS: Video-yardımlı torakoskopik cerrahi.

Hasta no	Yaş/cinsiyet	Yön	Semptomlar	Preoperatif diagnostik prosedürler
1	23/ K	Sol	Dispne, göğüs ağrısı	FOB, İİA
2	52/ K	Sol	Dispne, öksürük, ateş	FOB, İİA
3	48/ K	Sol	Semptom yok.	FOB, İİA, VATS
4	26/ K	Sağ	Dispne, göğüs ağrısı, kilo kaybı	FOB, İİA
5	37/ E	Sağ	Dispne	FOB, İİA
6	68/ K	Sol	Dispne, ateş, göğüs ağrısı	FOB, İİA



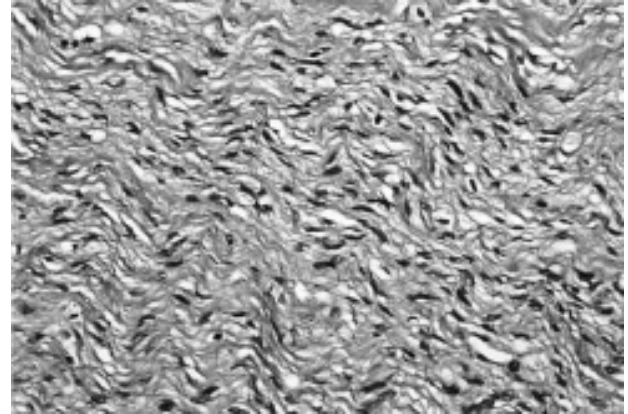
Şekil 1. Eksizyon sonrası plevranın soliter fibröz tümörünün görüntüsü.

İki vakada (No. 5 ve 6) tümörün büyüklüğü nedeniyle diseksiyon ve kitle manüplasyonu oldukça zordu. 5 numaralı olgunun diseksiyonu esnasında, tümör üzerindeki damarlardan yaklaşık 500cc kanama meydana geldi. Kanama, damarlar sütüre edilerek kontrol altına alındı. Viseral plevradan kaynaklanan 5 vakada parankime lineer stapler konularak tümör eksize edildi. Parietal plevradan kaynaklanan bir vakada ise tümör ekstraplevral olarak çıkarıldı. Vakaların hiçbirinde komşu dokulara invazyon şüphesi olmadığından intraoperatif frozen çalışması yapılmadı. Operasyon esnasında hemorajik karakterde plevral efüzyon tespit edilen bir hastanın sitolojik incelemesinde, malign hücre tespit edilmedi. Ortalama drenaj süresi 2.5 gün (1-4 gün) idi. Hastalar drenajları alındıktan 24 saat sonra hastaneden taburcu edildiler.

BULGULAR

Olguların 5'i kadın, biri ise erkekti, yaş ortalaması 42.3 (yaş aralığı 23-68) idi. Hastaların hiçbirinde asbest ile temas öyküsü yoktu. Beş hastada, göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı, ateş ve kilo kaybı gibi semptomlar mevcuttu. Preoperatif tanı sadece bir hastada video-yardımlı torakoskopik ile konuldu.

Torakotomide yapılan eksplorasyonda, 6 olguda da tek lezyon saptandı. Olguların beşinde lezyon viseral plevraya, birinde ise parietal plevraya bir pedikül ile tutunmaktaydı. Tümörlerin hepsi makroskopik olarak enkapsüleydi (Şekil 1). İnvazyon bulgusu yoktu, sadece komşu organlarla kitle arasında az miktarda yapışıklıklar vardı.



Şekil 2 . Plevranın soliter fibröz tümörünün mikroskopik görüntüsü. (Vimentin pozitif, spindle hücreler.)

Ortalama tümör çapı 14 cm (6-24) idi. Postoperatif patolojik incelemede 6 olguda da benign soliter fibröz tümör olarak rapor edildi. (Şekil 2) Olguların hepsine komplet rezeksiyon yapıldı.

Postoperatif mortalite olmadı. Majör komplikasyon görülmedi. Bir olguda postoperatif dönemde supraventriküler aritmi meydana geldi.

Hastalar, postoperatif ilk 6 ay içerisinde her ay, 2 yıla kadar üç ayda bir ve bundan sonra yılda bir kez posteroanterior akciğer grafisi ile kontrol edildi. İki yıldan sonra ise yılda bir kez toraks tomografisi çekildi. Ortalama 53.5 (8-96 ay) aylık takip süresinde klinik ve radyolojik olarak patoloji saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların karakteristik özellikleri. L:Lateral torakotomi, PL: Posterolateral torakotomi.

Hasta no	Prosedür	Orijin	Tümör çapı (cm)	Drenaj süresi (gün)	Postop takip süresi (ay)
1	L	Viseral	6	1	96
2	PL	Viseral	13	4	86
3	L	Viseral	8	1	60
4	PL	Viseral	12	4	60
5	PL	Parietal	21	3	8
6	PL	Viseral	24	2	11

TARTIŞMA

Plevranın soliter fibröz tümörü genellikle viseral plevradan kaynaklanan ve oldukça nadir görülen bir tümördür. İnsidansı 2.8/100.000 olarak bildirilmiştir. Daha önceleri bu tümörler mezotelyomanın bir formu olarak değerlendirilmiş ve lokalize mezotelyoma, lokalize fibröz mezotelyoma, soliter fibröz mezotelyoma, fibröz mezotelyoma gibi isimler kullanılmıştır (1). Ancak günümüzde elektron mikroskopisi ve immunhistokimyasal çalışmalar, bu tümörlerin submezotelyal mezenkimal dokudan kaynaklandığı ortaya konulmuştur. Ayrıca asbest maruziyetinin olmaması ve prognoz olarak malign plevral mezotelyomadan daha iyi olması nedeniyle bu tümörler için "Solitary (Localized) Fibrous Tumor of The Pleura" terimi de kullanılmaktadır (3). SFTP lerin %80 i viseral plevradan bir pedikül ile kaynak almakta ve genellikle benign karakterde olmaktadır. Ancak parietal plevra, diyafragma, göğüs duvarı, mediasten, fissür gibi yerlerden de çıkabilmektedir. Bizim çalışmamızda 5 vakada tümör viseral plevradan bir pedikül ile çıkmakta, diğerinde ise parietal plevradan kaynak almaktadır.

Klinik olarak hastaların yarısı asemptomatik olmakta ve diğer nedenlerle çekilen akciğer grafilerinde tesadüfen saptanmaktadır. Tümörün büyüklüğü ve lokalizasyonuna bağlı olarak nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük gibi semptomlara neden olmaktadır. Hastaların %4 ila 25 inde ise hipertrofik osteoartropati ve hipoglisemi saptanabilir (5,6). Bu çalışmada, 5 hastada çeşitli semptomlar mevcut iken bir hasta ise diğer nedenlerle çekilen akciğer grafisinde tesadüfen saptanmıştır (Tablo 1). Bir hastamızda da hipertrofik osteoartropati mevcuttu.

SFTP genellikle göğüs grafisinde genellikle iyi sınırlı, homojen ve yuvarlak kitle olarak görülür. Nadir olarak plevral efüzyon da saptanabilir. Tümör büyüklüğü 1 ile 37 cm arasında olabilir. Bizim çalışmamızda tümör çapı 6 ile 24 cm arasında idi (Tablo 2). Torakotomi esnasında görülen plevral efüzyonda ise malign hücre saptanmamıştı.

SFTP'lerin yaklaşık %10 ile 30 malign karakterde olabilir. Malign SFTP' ler genellikle 10 cm'den büyük, sesil ve parietal plevra, diyafragma veya mediastenden çıkmaktadır. De Perrot ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 10 cm'den büyük tümörlerin benign olabileceği gibi bazı malign tümörlerinde çapının 10 cm' den küçük olduğu rapor edilmiş ve tümör büyüklüğünün tek başına malignite kriteri olmadığını bildirmişlerdir (1). Bizim çalışmamızda ise dört hastada tümör çapı 10 cm'den büyük olmasına rağmen malignite bulgusu saptanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. de Perrot M, Fischer S, Brundler MA, Sekine Y, Keshavjee S. Solitary fibrous tumors of the pleura. Ann Thorac Surg 2002; 74:285-93.
2. de Perrot M, Kurt AM, Robert JH, Borisch B, Spiliopoulos A. Clinical behavior of solitary fibrous tumors of the pleura. Ann Thorac Surg 1999; 67: 1456-9.

SFTP'lerin tanısında toraks tomografisi eşliğinde ince iğne aspirasyonu kullanılmakta ancak tanı için genellikle yeterli olmamaktadır. Literatürde bu tümörlerin tanı ve tedavisinde video-yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) ile başarılı sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur. Ancak VATS 5 cm'den küçük, pediküllü, benign SFTP' lere önerilmektedir. VATS ayrıca torakotomi öncesi rezeksiyon sınırlarının belirlenmesinde ve özellikle mediastenden kaynaklanan SFTP' lere diğer tümörlerle ayırıcı tanının yapılmasında oldukça yararlıdır (5,7,8). Çalışmamızda bir hastaya torakotomi öncesi VATS yapılarak rezeksiyon öncesi tanı elde edilmiştir.

Prognozu etkileyen en önemli faktör komplet cerrahi rezeksiyondur. Hem benign hem de malign SFTP' lere total eksizyon en uygun tedavi seçeneğidir (9). Benign SFTP' lere tümörün rezeksiyonu tam kür sağlamaktadır (1,6,10,11). Magdeleinat ve arkadaşları 60 olguda yaptıkları çalışmalarında ortalama 80 aylık takip süresinde benign tümörlerde rekürrens saptanmamış, malign SFTP'li 21 hastadan ikisinde lokal rekürrens saptadıklarını rapor etmişlerdir (6). Benign, saplı SFTP' lere tümörün rezeksiyonu yeterli olmaktadır. Parietal plevradan kaynaklanan tümörlerde ise ekstraplevral rezeksiyon önerilmektedir. Sesil-malign tümörlerde ise komplet rezeksiyon için daha agresif cerrahi gerekmektedir. Çalışmamızda 5 hastada tümör bir sap ile viseral plevradan kaynaklanmaktaydı. Bu tümörlerde stapler yardımı ile parankime wedge rezeksiyon yapılarak tümör eksize edilmiştir. Parietal plevradan kaynaklanan bir olguda ise (No.6) ekstraplevral tümör rezeksiyonu yapılmıştır. Tüm hastalarımızda komplet rezeksiyon (R0) elde edilmiştir.

Çalışmamızda dev boyutta tümörü olan iki hasta mevcuttu (No.5 ve 6). Bir olguda kitle sorunsuz eksize edilirken, diğer vakada (No.5) kitlenin komşu dokulardan diseksiyonu sırasında, tümörün vasküler yapılarından yaklaşık 500cc hemoraji oldu. Bu nedenle dev boyuttaki tümürlü olgularda operasyon öncesinde anjiyografi ve/veya arter embolizasyonunun yararlı olabileceğini düşünmekteyiz (12,13)

Sonuç olarak, cerrahi rezeksiyon hem benign hem de malign soliter fibröz tümörlerin tedavisinde en iyi seçenektir. Benign tümörlerde kür sağlamaktadır. Özellikle 10'cm den büyük, parietal plevra, diyafragmatik yüz yada mediastenden kaynaklanan tümörlerde, rekürrens ve malign transformasyon riski nedeniyle uzun süre takip altında tutulmalıdır.

3. Sung SH, Chang JW, Kim J, Lee KS, Han J, Park SI. Solitary fibrous tumors of the pleura: surgical outcome and clinical course. *Ann Thorac Surg* 2005;79:303-7.
4. England DM, Hochholzer L, McCarthy MJ. Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura: a clinicopathologic review of 223 cases. *Am J Surg Pathol* 1989;13:640-58
5. Takahama M, Kushibe K, Kawaguchi T, Kimura M, Taniguchi S. Video-assisted thoracoscopic surgery is a promising treatment for solitary fibrous tumors of the pleura. *Chest* 2004;125:1144-7.
6. Magdeleinat P, Alifano M, Petino A, Rochais JP, Dulmet E, Galateau F, Icard Regnard JP. Solitary fibrous tumors of the pleura: clinical characteristics, surgical treatment and outcome. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;21:1087-93.
7. Cardillo G, Facciolo F, Cavazzana AO, Capece G, Gasparri R, Martelli M. Localized (solitary) fibrous tumors of the pleura: an analysis of 55 patients. *Ann Thorac Surg* 2000;70:1808-12.
8. Sandvliet RH, Heysteeg M, Paul MA. A large thoracic mass in a 57 year old patient. *Chest* 2000;117:897-900.
9. Robinson LA. Solitary Fibrous Tumor of The Pleura. *Cancer Control* 2006 Oct 13 (4) 264-9.
10. Khan JH, Rahman SB, Clary-Macy C, Kerlan RK, George TL, Hall TS, Jablons DM. Giant solitary fibrous tumor of the pleura. *Ann Thorac Surg* 1998;65:1461-4.
11. Biçer M, Yıldız S, Gürsoy S, Ülğan M. A case of giant benign localized fibrous tumor of the pleura. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998;14:211-3.
12. Weiss B, Horton DA. Preoperative embolization of a massive solitary fibrous tumor of the pleura. *Ann Thorac Surg* 2002;73:983-5.
13. Shaker W, Meatchi T, Dusser D, Riquet M. An unusual presentation of solitary fibrous tumor of the pleura: right atrium and inferior vena cava compression. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22:640-2.

Kabul Tarihi: 12.04.2007