

Toraks travması sonrası gelişen fibromatozis: Olgu sunumu

Fibromatosis following thoracic trauma: a case report

Ersin Arslan, Ahmet Feridun Işık, Maruf Şanlı, Bülent Tunçözgür, Levent Elbeyli

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Birincil göğüs duvarı tümörlerinden olan fibromatozisler, nadir görülen göğüs duvarı lezyonlarıdır. Nedenleri iyi tanımlanmamış olmakla birlikte, travma, hormonal bozukluklar, geçirilmiş ameliyatlar, genetik etkenler ve Gardner sendromu gibi etkenlerin hastalığın gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Fasiyal ve muskülo-aponevrotik doku olarak yayılımına göre iki ana gruba ayrılır. Benign lezyonlar olmasına rağmen, lokal yineleme oranının yüksek olması nedeni ile tedavide geniş rezeksiyon çok önemlidir. Son yıllarda yinelemeyi azaltmak için cerrahi sonrası radyoterapi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Göğüs duvarı tümörü; fibromatozis; cerrahi; toraks travması.

Fibromatosis which are among primary chest wall tumors are rare chest wall lesions. Despite lack of known etiological factors, several factors including trauma, hormonal disorders, previous operations, genetic factors, and Gardner syndrome has been considered to play a role in the development of the disease. There are two main groups according to facial or musculo-aponeurotic tissue involvement. Extensive resection is of utmost importance due to high local recurrence rate, despite benign nature of the lesions. In recent years, radiotherapy following surgery has been also recommended to prevent recurrences.

Key words: Chest wall tumor; fibromatosis; surgery; thoracic trauma.

Birincil göğüs duvarı tümörleri insanda görülen tüm birincil tümörlerin %1-1.5 kadarını oluşturmaktadır.^[1] Fibromatozis ender görülen göğüs duvarı lezyonları olup daha çok karın duvarı bölgesinde yerleşir (%50), bunu sırt, göğüs duvarı, baş ve boyun ile alt ekstremiteler izler.^[2] Nedenleri iyi tanımlanmamış olmakla birlikte travma, hormonal bozukluklar, geçirilmiş ameliyatlar, genetik etkenler ve Gardner sendromu gibi faktörlerin gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir.^[3] Bu yazıda, çoklu travma sonrası kaburga kırığı oluşan ve buna bağlı olarak geliştiği düşünülen agresif fibromatozis olgusu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz dokuz yaşında erkek hastada yaklaşık 2.5 yıl önce araç içi trafik kazası sonucu, sağ 3, 4, 5, 6, 7. ve 8. kaburgalarda çoklu kırık ve yelken göğüs, sol 2, 3, 4. ve 5. kaburgalarda tek parçalı kırık, ayrıca sağ femur asetabulum, solda humerus, sağ klavikula ve

maksiller kemiğin sağında çok parçalı kırık var idi. Hasta yelken göğüs ve yaygın akciğer kontüzyonu nedeni ile mekanik solunum cihazı desteğine alınarak iki ay süre ile yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Ekstremiteler kırıkları için ilgili kliniklerce ameliyat edilen hasta travma sonrası 3. ayda taburcu edildi. Taburcu olduktan sonra bir yıl herhangi bir yakınması olmadığını belirten hasta, göğsünün sağ yanında son iki aydır giderek artan şişlik ve ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ ön koltukaltı hattında, 7. ve 8. kaburga yerleşiminde göğüs duvarında, yaklaşık 8x6 cm boyutunda ağırlı sabit bir kitle görüldü. Laboratuvar bulgularında sedimantasyon değeri 17 mm/st olarak bulundu. Yapılan radyolojik incelemelerden toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT); göğüs duvarının sağ yanında, 7. ve 8. kaburgalarda aşınmaya neden olan, akciğerin özek dokusuna invazyon izlenmeyen yaklaşık 10x8 cm boyutlarında yumuşak doku yoğunluğunda

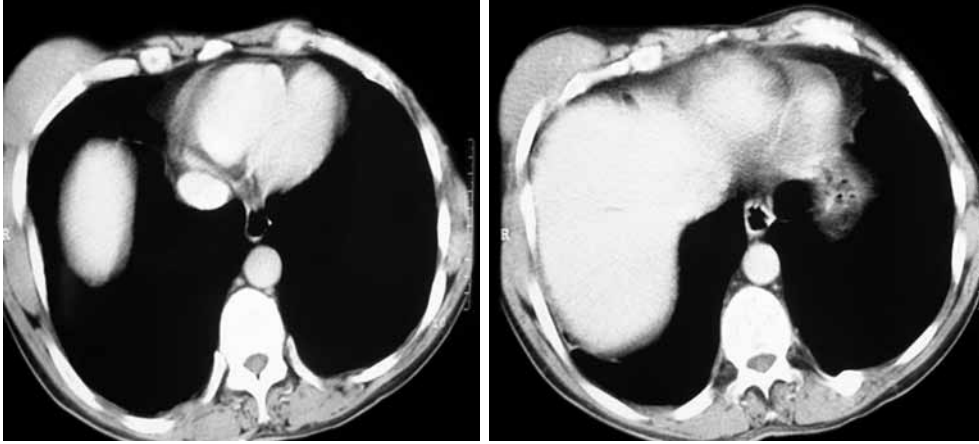


Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.4111
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 21 Ocak 2010 Kabul tarihi: 27 Ağustos 2010

Yazışma adresi: Dr. Maruf Şanlı, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 27310 Şehitkamil, Gaziantep, Türkiye.

Tel: 0505 - 761 86 01 e-posta: sanli@gantep.edu.tr



Şekil 1. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde göğüs ön duvarında kaburga arası boşluğa uzanan tümöral oluşum izlenmekte.

kitle görüldü (Şekil 1). Olguda ayırıcı tanıda benign ve malign göğüs duvarı tümörleri, göğüs duvarının enfeksiyonu gibi durumlar düşünülse de tanı ve tedavinin planlaması için eksizyonel biyopsi kararı alındı. Kitle üzerinde yaklaşık 10 cm'lik kesi yapıldı (Şekil 2). Eski kaburga kırığı yerleşiminde olduğu düşünülen, 7. ve 8. kaburgalarda hafif aşınmaya neden olan, kaburgalar arası kasları, damar ve sinir yapılarını içine alan yaklaşık 10x8 cm'lik kitleye ulaşıldı (Şekil 3). Yapılan frozen kesit incelemesinde benign-malign ayrımı yapılamadı ve kitle, 4 cm'lik tümörsüz güvenli alan bırakılarak çevre yumuşak dokular ile 7. ve 8. kaburgalar parsiyel olacak şekilde bütün olarak çıkarıldı. Göğüs duvarında oluşan yaklaşık 12x10 cm'lik açıklık Gore-tex® yapay yama ile kapatıldı. Hastadan alınan cerrahi materyalin patolojisi desmoid tümör (fibromatozis), cerrahi sınırlar benign olarak bildirildi. Hasta ameliyat sonrası 5. gün taburcu edildi. Radyoterapi planlanan ancak yapılan

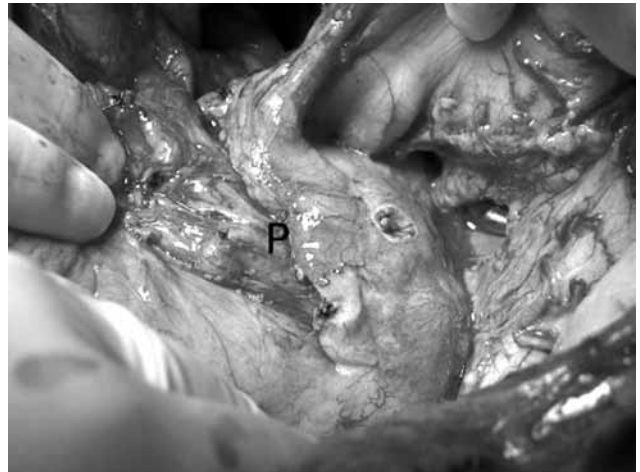
danışma sonucu gerek görülmeyen hasta ameliyat sonrası 12 ayını doldurdu ve yerel yinleme veya uzak organ yayılımı olmadan sorunsuz takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Birincil göğüs duvarı tümörlerinin tüm birincil tümörler arasında %1-1.5 oranında görüldüğü bildirilmektedir.^[1] Tüm solid tümörlerin %0.03'ünü, yumuşak doku tümörlerinin ise %3'ünü oluştururlar.^[3] Fibromatozisler; desmoid fibroma, agresif fibromatozis veya düşük dereceli malignite potansiyeline sahip sarkom olarak da adlandırılabilirler. Düşük metastaz yapma eğilimleri nedeni ile metastaz yapmayan fibrosarkom olarak tanımlayan yayınlarda da mevcuttur.^[4] Klinik bulguları asemptomatik tablodan, ciltaltında belirginleşen kitle, ağrı, ülser ve enfeksiyona kadar değişen şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Desmoid fibrom veya fibromatozisler köken aldıkları dokuya göre fasiyal ve muskülo-aponevrotik olmak üzere



Şekil 2. Cilt ve ciltaltı dokusu geçildikten sonra tümörün makroskopik görünümü.



Şekil 3. Kaburga arası mesafeden kaynaklanan pedikülü (P).

başlıca iki gruba ayrılırlar. Fasiyal fibromatozisler küçük boyuttadır ve yavaş büyür, derin dokulara nadiren ilerler. Muskülo-aponevrotik olanlar ise hızlı büyür, hırçın seyirlidir ve yerel yineleme oranı diğer gruba göre daha fazladır. Gelişiminde etkili nedenler arasında travma, geçirilmiş cerrahi, genetik faktörler, hormonal bozukluklar ve Gardner sendromu gibi etmenler bulunduğu düşünülse de hiçbiri henüz tam aydınlatılamamıştır.^[3] Bu hastalığa özgü radyolojik bulgu yoktur. Olguların büyük çoğunluğunda kemik patolojileri tespit edilebilir. Bunlardan kortikal kalınlaşma, patolojik kırık ve aşınma en sık görülenleridir.^[5] Bizim olgumuzda da travmadan bir yıl sonra, daha önce kırık olan sağ 7. ve 8. kaburga hizasındaki bölgede şişlik ve ağrı oluştu, radyolojik olarak yaklaşık 10x8 cm boyutlarında yumuşak doku yoğunluğunda kitle ve kemikte aşınma izlendi. Desmoid tümörler hayati yapılar ve organlara basınç etkisi nedeni ile şekil bozukluğu, yan etki ve ölüme yol açabilirler. Ayrıca nadiren de olsa sinir ve damarsal yapıları da invaze edebildikleri bilinmektedir. Bizim olgumuzda da akciğerin özek dokusu invazyonu olmamakla birlikte kaburgalar arası kas, damarsal yapılar ve sinir invazyonu bulunmaktaydı. Bu tümörler yerel agresif davranış tarzları ve yüksek yerel yineleme oranları nedeni ile düşük dereceli malign sarkomlar gibi değerlendirilmeli ve tedavi bu yönde planlanmalıdır.^[3] Birincil göğüs duvarı tümörlerinde yeniden yapılandırmaya engel olmayacak düzeyde gerçekleştirilecek geniş çıkarma tedavi için en önemli etken olarak gösterilmektedir.^[1] Geniş çıkarma sonrası bu hastalarda beş yıllık sağkalımın %90-100 civarında olduğu bildirilmiştir.^[3] Ayrıca yerel eksizyon sınırlarının en azından 4 cm olmasının gerektiği bildirilmiştir. Çünkü bu hastalarda fasiyal plan boyunca yayılım kolayca gerçekleşmektedir. Radyoterapinin

etkinliği bu olgularda tartışılmakla birlikte,^[6] tek başına cerrahi yerine, radyoterapinin de tedaviye eklenmesi, önerilen yaklaşımdır.^[2]

Biz de özellikle mezenkimal göğüs duvarı yumuşak veya kemik doku tümörlerinde bu yaklaşımın doğru olacağını düşünmekteyiz.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Yetkin U, Tetik Ö, Silistreli Ö, Abud B, Gürbüz A. Göğüs ön duvarına yerleşimli brakiyal pleksus infiltrasyonu gösteren dev desmoid tümör. *Türk Gogus Kalp Dama* 2004;12:132-34.
2. Gürsoy S, Yıldız S, Usluer O, Türk F, Kanlıoğlu N, Başok O, et al. Göğüs ön duvar yerleşimli desmoid tümör: Olgu sunumu. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2004;18:97-100.
3. Kabiri EH, Al Aziz S, El Maslout A, Benosman A. Desmoid tumors of the chest wall. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;19:580-3.
4. Piza-Katzer H, Rhomberg M. [Extra-abdominal fibromatosis-extra-abdominal desmoid. Review and personal experiences]. *Chirurg* 2000;71:904-11. [Abstract]
5. Nadir A, Kaptanoğlu M, Yıldız E, Songur Ö. Göğüs duvarı tümörlerinin değişken yüzü: Agresif fibromatozis olgusu *Tür Toraks Der* 2003;4:283-85.
6. Abbas AE, Deschamps C, Cassivi SD, Nichols FC 3rd, Allen MS, Schleck CD, et al. Chest-wall desmoid tumors: results of surgical intervention. *Ann Thorac Surg* 2004;78:1219-23.