

PRİMER GÖĞÜS DUVARI TÜMÖRLERİ

PRIMARY CHEST WALL TUMOURS

Dr. Sabri TOPDAĞ, Dr. Kazım BEŞİRLİ, Dr. Adnan Taner KURDAL, Dr. Özkan DEMİRHAN

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İSTANBUL

Adres: Dr.Sabri TOPDAĞ, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 34303 Cerrahpaşa / İSTANBUL

Özet

Ocak 1993-Ocak1998 yılları arasında göğüs duvarı ve sternumda primer tümörü olan 20 hasta opere edildi. Hastaların yaşları 16 ila 67 arasında değişiyordu. Ortalama yaş 44 idi. 11 erkek, 9 kadın hasta opere edildi. İğne aspirasyon biopsisi veya açık biopsi tanı koymak amaçlı yapıldı. 10 tümör habis, 10 tümör selim çıktı. Habis tümörlerde 5 cm güvenlik alanı bırakılarak tüm katlar rezeke edildi. Operatif mortalite olmadı. Gerekli ise rekonstrüksiyon otolog dokular ve prostetik materyaller kullanılarak yapıldı. Erken tanı ile radikal cerrahi ve rekonstrüksiyonun bu tümörlerdeki tedavi seçeneği olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı, tümör

Summary

Between January 1993 and January 1998, 20 patients with primary tumor of the chest wall and sternum operated. The ages of patients ranged from 16 to 67 years with a mean of 44. There were 11 male, 9 female patients. Either aspiration or open,our method of tissue diagnosis is by biopsy. 10 tumors were benign and 10 were malignant.In malignant tumors we made en bloc resection with a free border diameter of 5 cm. If necessary reconstruction of the chest wall accomplished with autologous tissue and prosthetic materials. There was no operative mortality. We conclude that early diagnosis, radical surgery and reconstruction is the treatment of choice.

Keywords: Chest wall, tumour

Giriş

Göğüs duvarı tümörleri primer veya sekonder olabilir. Operasyon öncesi ayırım en iyi tedaviyi seçebilmek açısından önem taşır. Bu nedenle "Primer Göğüs Duvarı Tümörleri"ni göğüs duvarına invaze olmuş akciğer, plevra, mediasten ve meme tümörlerinden ayrı incelemek gerekir. Primer göğüs duvarı tümörlerinde tanı iğne aspirasyonu, insizyonel biopsi veya eksizyonel biopsi ile konur. 5 cm.'den küçük tümörlerde insizyonel, büyük tümörlere eksizyonel biopsi tercih edilmelidir [1]. Habis tümörlerde rezeksiyonun derecesi ve cerrahi sınır üzerinde uzlaşma yoktur. Geniş rezeksiyonun daha uzun süreyle sonuçlandığını gösteren araştırmalar mevcuttur.

Gereç ve Yöntem

Ocak 1993 — Ocak 1998 yılları arasında 20 primer göğüs duvarı tümörü hastası Kliniğimizde tanı ve tedavi amaçlı takip edildi. Olgular yaş, cins, klinik bulgular, tümörün lokalizasyonu, operasyon ve histopatolojik tanıları ile retrospektif değerlendirildi. Bu olgulardaki tümörlere Kliniği' mizin genel yaklaşımı ortaya konmaya çalışıldı. 20 hastanın 11'i erkek, 9'u kadındı. En genç hasta 16, en yaşlı hasta 67 yaşındaydı.Yaş ortalaması 44 idi. En sık rastlanan klinik bulgular ağrı ve şişlikti (Tablo 1).

BULGULAR	SAYI	YÜZDE
AĞRI	18	90
ŞİŞLİK	16	80
LÖKOSİTOZ	3	15
EOZİNOFİLİ	1	5
ANEMİ	1	5

Tablo 1: *Saptanan muayene bulguları*

Hastaların hepsine tanı ve tedavi amaçlı tam kan sayımı, rutin biyokimya, kan> grubu,posteroanterior akciğer grafisi, CT veya MR incelemesi, kemik sintigrafisi ve solunum fonksiyon testi yapıldı.

Histopatolojik tanı amaçlı en çok eksizyonel biopsi tercih edildi. 11 hastaya eksizyonel, 7 hastaya insizyonel biopsi, 2 hastaya iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Hastaların 16'sına kot rezeksiyonu, 3'üne sternum rezeksiyonu 1 olguya hem kot hem sternum rezeksiyonu yapıldı. Sternum rezeksiyonu yapılan hastaların tümüne,anterior ve anterolateralde yeralan 5 cm.'den büyük çaplı göğüs duvarı defektlerine rekonstrüksiyon uygulandı.Rekonstrüksiyon yapılan 7 olgunun 1'inde latissimus dorsi kası, 3'ünde polytetraflouroethylen yama, 2'sinde prolen yama, 1'inde tantalyum yama kullanıldı.

Histopatolojik değerlendirme 10 olguda habis, 10 olguda selim olarak tespit edildi (Tablo 2). Habis tümörlerde kondrosarkom, selim tümörlerde osteokondrom en sık karşılaştığımız tiplerdi. Cerrahi sınır habis olgularda tümörden 5 cm güvenlik alanı bırakılarak uygulandı ve tüm olgularda negatif sonuç verdi. Operatif, erken ve geç postoperatif mortalite olmadı. Postoperatif en sık şikayet ağrı (Tablo 3), hastanede kalma süresi ortalama 6.2 gün idi. 1 hastaya cerrahi yara revizyonu gerekti. Başka komplikasyon gözlenmedi.

HABİS	SAYI	SELİM	SAYI
KONDROSARKOM	3	OSTEOKONDROM	4
FIBROSARKOM	2	KONDROM	2
OSTEOSARKOM	2	NÖROFİBROM	2
LIPOSARKOM	1	FİBRÖZ DİSPLAZİ	1
MYELOM	1	FİBROM	1
EWING SARKOMU	1		

Tablo 2: 20 olgunun histopatolojik sınıflaması

ŞİKAYET	SAYI	YÜZDE
AĞRI	20	100
DİSPNE	14	70
HAREKET KAYBI	12	60
ÖKSÜRÜK	6	30
HALSİZLİK	4	20

Tablo 3: Postoperatif şikayetler

Tartışma

İlk rapor edilen göğüs duvarı rezeksiyonu 1778 yılında Osias Amar tarafından yapılmıştır. Helblom 1898-1921 yılları arasında 313 göğüs duvarı tümörü olgusunu rapor etmiştir [2]. Habis ve selim lezyonların klinik ve radyolojik ayrımı oldukça zordur [3]. Bu nedenle tanı genelde biopsi ile konmaktadır, iğne biopsisinin tanı koymakta tek başına yeterli olduğu savunulmaktadır [4]. Ancak tanı genelde insizyonel ya da eksizyonel biopsi ile konmaktadır [5]. Lezyonun preoperatif derinliğinin ve büyüklüğünün tespiti, rezeksiyon derecesi ve gereği hakkında fikir vermektedir.

Rezeksiyonun derecesi habis doku bırakmayacak şekilde olmalıdır [6,7]. Rezeksiyon sonrası oluşan büyük defektler bile, küçük fonksiyonel kayıplar ihmal edilirse, başarılı şekilde rekonstrüksiyon işlemine alınabilmektedir [7]. Prognozun rekonstrüksiyon yapılan olgularda daha iyi olduğu bildirilmiştir [8]. Dorsoapikal ve posterior defektlerin büyük kısmında rekonstrüksiyon gerekmediği bildirilmektedir [9]. Bu bölgede skapulanın koruyuculuğu ön plandadır. Bu işlemlerin tek operasyonla gerçekleştirilmesi düşük mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Uzun süreli prognoz ise primer hastalığa bağlıdır [10]. Bazı primer göğüs duvarı tümörlerinin endoskopik olarak çıkartılabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur [11]. Plazmositoma, Ewing sarkomu, lenfoma, Askin tümörü (primer nöroektodermal tümör) tanısı almış tümörlere cerrahi tedavi düşünmemek gerektiği bildirilmektedir [7,12,13]. Ewing sarkomu ve Askin tümörüne ek kemoterapi ve radyoterapi ile cerrahi tedavi uygulanabileceği de bildirilmiştir [7,14]. Rekonstrüksiyon için otolog dokular (latissimus dorsi kası, rectus abdominis kası, omentum gibi) kullanılabilir [15,16]. Plastik materyallerle de (polyprolen yama, polytetraflouroethylen yama, metilmethakriyolat yama gibi) güvenli stabilizasyon sağlanmaktadır [17,18]. Ancak daha önce radyoterapi gören hastalarda ve nekrotik - infektif yaralarda plastik materyal kullanılmaktan kaçınılmalıdır [19]. Rekonstrüksiyonda kullanılmak üzere yeni materyaller (Dexon mash gibi) geliştirilmeye devam edilmektedir [20].

Sonuç

Primer göğüs duvarı tümörlerinde başarılı tedavi için erken teşhis, ağırsif cerrahi rezeksiyon ve yeterli göğüs duvarı rekonstrüksiyonu gereklidir. Rekonstrüksiyon sonrası sonuçlar yüz güldürücüdür. Bu nedenle geniş rezeksiyondan kaçınmamak gerekir.



Resim 1: Sağ 3. kotta kondrosarkomu gösteren akciğer PA grafisi.



Resim 2: Akciğer PA grafisinde görülen lezyonun CT görüntüsü.



Resim 3: Anterior mediastende yer alıp asendan aorta ve pulmoner artere yakın gözükten liposarko. TGKDCD 2000; 8:2, 613-5

Kaynaklar

1. Pairplero PC: Chest Wall Tumors In General Thoracic Surgery, Shields TW Philadelphia, Lea Feiberger Fourth Edition 1994, 588.
2. Joseph I. Miller Jr: Surgical Resection Of The Chest Wall Including The Sternum, Mastery Of Cardiothoracic Surgery 1988, 186.
3. Eng J, Sabanathan S, Pradhan GN, et al: J R Coll Surg Edinb 1990, 35:44-7.
4. Gattuso P, Castelli MJ, Reyes CV, et al: Cutaneous and subcutaneous masses of the chest wall: a fine-needle aspiration study, Diagn Cytopathol 1996; 15:374-6.
5. Divisi D, Ferrara R, Montagna P, et al: Chest wall tumors, Rev Mal Respir 1999, 16:369-78.
6. Coşkun H, Ahat E, Aktan K, et al: Göğüs duvarına enfiltre olmuş akciğer kanserinin rezeksiyonu ve göğüs cidarı rekonstrüksiyonu. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, 1989, - 2:157 - 70.
7. Sabanathan S, Shah R, Mearns AS: Surgical treatment of primary malignant chest wall tumours. Eur J Cardiothorac Surg 1997, 11: 1011 - 6.
8. Yamazaki K, Koya A, Koshiko S, et al: Surgical management of chest wall tumors, Kyobu Geka 1999; 52:392-4.
9. Hasse J: Surgery for primary, invasive and metastatic malignancy of the chest wall, Eur J Cardiothorac Surg 1991; 5:346-51.
10. Merkle NM, Isele G, Vogt-Moykopf L: Surgical therapy of primary chest wall tumors: experiences with 98 patients, Langenbecks Arch Chir 1987; 372:785-9.
11. Kamiyoshira M, Hirai T, Kawashima O, et al: Primary solitary neurofibroma of the chest wall: report of a case resected with video-assisted thoracoscopic surgery, 1997; 50:421-3.
12. Shamberger RC, Laquaglia MP, Kralio MD, et al: Ewing sarkoma of the rib: results of an intergroup study with analysis outcome by timing of resection, J Thorac Cardiovasc Surg 2000, - 119:1154-61.
13. Kitada S, Komuta K, Takatsugi K, et al: Primary Non - Hodgkin's lymphoma in the chest wall without preceding disease, Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi 1996; 34:592-6.
14. Rao BN, Hayes FA, Thompson EI, et al: Chest wall resection for Ewing's sarcoma of the rib: an unnecessary procedure. 1988. Updated in 1995, Ann Thorac Surg 1995, 60:1454-5.
15. Al-Kattan KM, Breach NM, Kaplan DK, et al: Soft - tissue reconstruction in thoracic surgery, Ann Thorac Surg 1995, 60:1372-5.
16. Galli A, Raposo E, Santi P: Reconstruction of full-thickness defects of the thoracic wall by myocutaneous flap transfenlatissimus dorsi compared with transverse rectus abdominis, Scand j Plast Reconstr Surg Hand Surg 1995; 29:39-43.
17. Ayabe H, Oka T, Akamine S, et al: Chest wall reconstruction after resection of malignant chest wall tumors, Nippon Geka Gakkai Zasshi 1998; 99:326-30.
18. Yokote K, Osada H: Indication and method of chest wall reconstruction, Kyobu Geka 1996; 49:38-41.
19. Fui AC, Hong GS, Ng EH, et al: Primary reconstruction after extensive chest wall resection, Aust N Z J Surg 1998, 68:655-9.
20. Taniguchi Y, Nakamura H, Maeta H, et al: A new method of reconstruction for chest wall resection, 2000; 53:396-401.