

# Göğüs Duvarında Yerleşimli Posttravmatik Fibromatozis: Bir Olgu Sunumu

## Posttraumatic Fibromatosis on the Chest Wall: A Case Report

Arkin Acar<sup>1</sup>, Özgür Samancılar<sup>1</sup>, Serpil Sevinç<sup>1</sup>, Özgür Öztürk<sup>1</sup>, Şeyda Örs Kaya<sup>1</sup>, Burçe Karantinacı Tuna<sup>2</sup>, Alev Gülşah Hacı<sup>3</sup>, Kenan Can Ceylan<sup>1</sup>

### Özet

Fibromatozis, primer göğüs duvarı tümörleri arasında sınıflandırılan ve nadir görülen bir tümördür. Etiyolojisi, travma, geçirilmiş operasyonlar, genetik ve hormonal nedenler yer almaktadır. Yüzeysel ve derin tip olmak üzere iki ana grupta incelenirler. Özellikle derin fibromatozisler benign karakterde olmasına karşın, lokal agresif özellik gösterdikleri için lokal geniş rezeksiyonlar ile tedavi edilmelidirler. Bu çalışmada, göğüs duvarı yerleşimli bir posttravmatik fibromatozis olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Fibromatozis, posttravmatik, göğüs duvarı.

### Abstract

Fibromatosis is a rare tumor that is classified among the primary chest wall tumors. The etiology can include trauma, previous operation, hormonal, and genetic causes. Fibromatosis can be broadly divided into superficial and deep categories. Deep fibromatosis, in particular, should be treated with wide, local resections because of its aggressive local behavior despite its benign character. In this report, a case of posttraumatic fibromatosis located on the chest wall is presented.

**Key words:** Fibromatosis, posttraumatic, chest wall.

Fibromatozisler, infiltratif büyüme ve nüks eğilimi ile karakterize, metastaz oluşturmeyen, benign fibroblastik proliferasyon sonucu oluşan lezyonlardır (1). Metastaz yapmaması, ancak lokal invazyon ve nüks görülebilmesi nedeniyle benign fibröz lezyonlar ile fibrosarkomlar arasında bir biyolojik davranış gösterirler. Genellikle kadınlarda ve hayatın 3.- 4. dekatlarında daha sık görülür (2). Etiyolojisi henüz net olmamasına karşın, travma, geçirilmiş

operasyonlar, hormonal ve genetik nedenler sorumlu tutulmaktadır (3). Familial adenomatöz polipozis (FAP) ve Gardner sendromuyla ilişkili olgular da bildirilmiştir (4). Göğüs duvarı üzerinde gelişen fibromatozisler nadir görülür ve tüm fibromatozislerin %10-20'sini oluşturmaktadırlar (5).

Bu yazıda, travma sonrası göğüs duvarı üzerinde gelişen bir fibromatozis olgusu sunuldu.

<sup>1</sup>S.B.Ü İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>S.B.Ü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi Kliniği, İzmir

<sup>3</sup>S.B.Ü İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Birimi, İzmir

<sup>1</sup>Department of Thoracic Surgery, S.B.Ü İzmir Dr. Suat Seren Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İzmir, Turkey

<sup>2</sup>Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, S.B.Ü İzmir Tepecik Training and Research Hospital, İzmir, Turkey

<sup>3</sup>Department of Pathology, S.B.Ü İzmir Dr. Suat Seren Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İzmir, Turkey

**Başvuru tarihi (Submitted):** 25.04.2017 **Kabul tarihi (Accepted):** 24.05.2017

**İletişim (Correspondence):** Arkin Acar, S.B.Ü İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

**e-mail:** arkinacar@hotmail.com



## OLGU

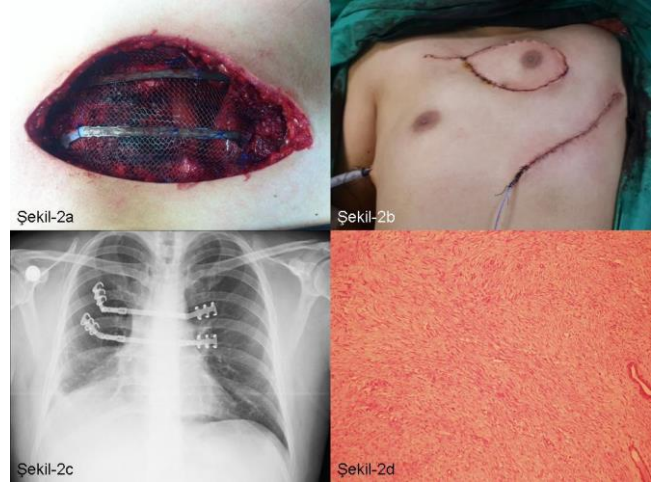
Otuz sekiz yaşında erkek hasta, göğüs sağ tarafında şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 3,5 yıl önce futbol oynarken göğüs sağ yanına darbe aldığını belirten hasta, bu bölgede bir şişlik oluştuğunu ve zaman ilerledikçe şişliğin büyüdüğünü ifade etti. Bu kitleden yapılan insizyonel biyopsi sonucu 'fibromatozis' ile uyumlu geldi. Bunun üzerine hasta operasyon planlanarak yatırıldı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ 2.-3. kot üzerinde, kostosternal bileşke komşuluğunda sert, fiske, palpasyonla ağrısız ve yaklaşık 10x8 cm büyüklüğünde kitle ve bunun üzerinde insizyonel biyopsi skarı izlendi (Şekil 1a). Diğer sistem muayeneleri ve laboratuvar değerleri olağan olarak değerlendirildi. Kitleye yönelik yapılan yumuşak doku ultrasonunda, anterior göğüs duvarında sternum, sağ 1. ve 2. kostalar ile 1. ve 2. interkostal aralık düzeyinde yaklaşık 8,5x4,5x7,5cm boyutta heterojen hipoekoik solid kitle lezyonu izlendi. Birinci ve 2. kosta intakt olarak izlenmesine karşın 1. ve 2. interkostal mesafede dış kaslara invaze görünüm saptandı. Çekilen toraks BT'sinde sağ 1-2-3. kostosternal bileşke üzerinde yerleşimli, en geniş çapı yaklaşık 9 cm olan yumuşak doku dansitesine sahip kitle izlendi (Şekil 1b). Hastaya operasyon planlandı.



Şekil 1a, b ve c: Tümörün dıştan görünümü (a), toraks BT görüntüsü (b), total olarak eksize edilen kitlenin makroskopik görüntüsü (c).

Cerrahi teknik olarak intratrakeal tek lümenli entübasyonla, genel anestezi altında supin pozisyonundaki hastanın sağ medial pektoral bölgede yerleşmiş, yaklaşık 12 cm çaplı göğüs duvarına fikse kitle üzerinden, üzerindeki cildi de alacak şekilde yapılan eliptik insizyonla katlar geçildi. Tümör sternum üzerinden disseke edildi 2. ve 3. kostonun anterior bölümü ile birlikte "en-block" eksize edildi (Şekil 1c). Oluşan göğüs duvarı defekti iki adet kliptli titanyum bar ve prolen yama ile rekonstrükte edildi (Şekil 2a ve Şekil 2c). Sonrasında yumuşak doku defektinin rekonst-

rüksiyonu için sol taraftan pektoralis majör kas deri flebi planlandı. Sol nipple areolayı da içine alan cilt adası defekte göre planlandı. Cilt adası pektoral kas ile beraber eleve edildi. Flep, oluşturulan cilt altı tünelden geçirilerek defekte transfer edildi (Şekil 2b). Postop 2. günde hemovak dreni, 4. günde toraks dreni sonlandırıldı. Ameliyatta çıkarılan materyalin histopatoloji raporu "fibromatozis" olarak yinelenildi (Şekil 2d). Hastanın postop 5. ayında nüks olmaksızın takibi devam etmektedir.



Şekil 2a, b, c ve d: Onarılan göğüs duvarı defekti (a), operasyonun sonlanmış görünümü (b), postoperatif PA akciğer grafisinde titanyum barlar (c), kitlenin histopatolojik görüntüsünde, demetler oluşturmuş atipi göstermeyen iğsi hücrelerden oluşmuş tümör alanı (HE x100) (d).

## TARTIŞMA

Primer göğüs duvarı tümörlerinin, tüm primer tümörlerin %1-1,5'ini oluşturduğu bildirilmektedir (6). Yumuşak dokudan köken alan fibromatozisler, yüzeysel (fasiyal) ve derin (muskuloaponevrotik) olmak üzere iki ana gruba ayrılırlar. Yüzeysel (fasiyal) fibromatozlar küçük, yavaş büyüyen ve fasya ya da aponevrozdan köken alarak nadiren derin dokularla ilişkili tümörler iken, derin (muskuloaponevrotik) fibromatozlar büyük, daha hızlı büyüyen, yüzeysel fibromatozlara göre daha agresif davranışlı, daha yüksek nüks oranına sahip ve derin dokulara invazyon gösteren tümörlerdir (7). "Desmoid tümör" terimi, derin fibromatozisler için eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (1-7).

Fibromatozisler (özellikle desmoid tümör tipinde olanlar) benign kabul edilmesine rağmen lokal invazyon ve yüksek nüks oranları nedeniyle düşük dereceli fibrosarkom olarak kabul edilmektedir ve tedavileri de bu yönde yapılmaktadır (8). En etkili tedavi yöntemi geniş lokal eksizyon olarak kabul edilmektedir ve eksizyon sonrası bu hastalarda 5 yıllık sağkalımın %90-100 olduğu bildirilmiştir (9). Bu tümörlerde 2-4 cm genişliğinde negatif cerrahi sınır sağ-

layacak şekilde rezeksiyon önerilmektedir (10). Yapılacak olası geniş rezeksiyonlardan sonra oluşacak göğüs duvarı defektlerini onarmak için prostetik materyaller, otoplasti veya otojen kemik greftleri kullanılabilir (8). Olgumuzda preop yapılan yüzeysel doku ultrasonunda tespit edilen ve intraoperatif doğrulanmış interkostal kas tutulumu sebebiyle ve negatif cerrahi sınırları sağlayabilmek için kitle 2 kot ile birlikte eksize edilmiştir. Patoloji raporunda cerrahi sınırlar negatiftir. Oluşan yumuşak doku defekti de muskulokutanöz greft ile onarılmıştır.

Radyoterapinin yeri bu tümörlerdeki halen daha tartışmalı bir konudur (10). Bazı yayınlarda cerrahi tedaviye ek olarak lokal nüksü önlemek için radyoterapinin de tedavie eklenmesi önerilmektedir (11). Günümüzde cerrahi tedaviyi tamamlamak için ya da anrezektabl olarak kabul edilen desmoid tümörlerin tedavisinde bazı ek yöntemler de kullanılmaktadır. Bunlar kemoterapi, nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar, kolşisin ve tamoksifen olarak sıralanabilir (8-12).

Sonuç olarak, fibromatozisler nadir görülen göğüs duvarı tümörleridir. Cerrahi tedavi ilk seçenek olmalıdır. Benign olarak kabul edilmelerine karşın lokal agresif davranışları ve yüksek nüksü oranları nedeniyle geniş ekzizyon yapılmaktadır. Nüksü önlemek için adjuvan tedaviler de verilebilir.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

## YAZAR KATKILARI

Fikir - A.A., Ö.S., S.S., Ö.Ö., Ş.Ö.K., B.K.T., A.G.H., K.C.C.; Tasarım ve Dizayn - A.A., Ö.S., S.S., Ö.Ö., Ş.Ö.K., B.K.T., A.G.H., K.C.C.; Denetleme - A.A., Ö.S., S.S., Ö.Ö., Ş.Ö.K., B.K.T., A.G.H., K.C.C.; Kaynaklar - A.A.; Malzemeler - A.A.; Veri Toplama ve/veya İşleme - A.A.; Analiz ve/veya Yorum - Ö.S.; Literatür Taraması - K.C.C.; Yazıyı Yazan - A.A.; Eleştirel İnceleme - K.C.C.

## KAYNAKLAR

1. Goldblum JR, Sharon WW, Andrew LF. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors: Expert Consult: Online. 2013.

2. Lee JC, Thomas JM, Phillips S, Fisher C, Moskovic E. Aggressive fibromatosis: MRI features with pathologic correlation. *AJR* 2006; 186:247-54. [\[CrossRef\]](#)
3. Nadir A, Kaptanoğlu M, Yıldız E, Songur Ö. Göğüs duvarı tümörlerinin değişken yüzü: Agresif fibromatozis olgusu. *Tur Thorac J* 2003; 4:283-5.
4. Clark SK, Phillips RK. Desmoids in familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1996; 11:1494-504. [\[CrossRef\]](#)
5. Zehani-Kassar A, Ayadi-Kaddour A, Marghli A, Ridene I, Daghfous H, Kilani T, et al. Desmoid-type chest wall fibromatosis. A six cases series. *Orthop Traumatol Surg Res* 2011; 97: 102-7. [\[CrossRef\]](#)
6. Graeber GM, Jones DR, Pairolero PC. Primary neoplasms. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, eds. *Thoracic Surgery*. New York: Churchill Livingstone; 1995:1237-52.
7. Dinauer PA, Brixey CJ, Moncur JT, Fanburg-Smith JC, Murphey MD. Pathologic and MR imaging features of benign fibrous soft-tissue tumors in adults. *Radiographics* 2007; 27:173-87. [\[CrossRef\]](#)
8. Kabiri EH, Al Aziz S, El Maslout A, Benosman A. Desmoid tumors of the chest wall. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 19:580-3. [\[CrossRef\]](#)
9. Oruç M, Meteroğlu F, Elbey A, Şahin A, Monis S. Göğüs duvarında agresif fibromatozis olgusu. *Respir Case Rep* 2015; 4:53-5. [\[CrossRef\]](#)
10. 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; 4:1219-23. [\[CrossRef\]](#)
11. Sherman NE, Romsdahl M, Evans H, Zagars G, Oswald MJ. Desmoid tumors: a 20-year radiotherapy experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990; 19: 37-40. [\[CrossRef\]](#)
12. Fındıkcioglu A, Kılıç D, Koçer E, Celasun B, Hatipoğlu A. Current therapies for extra-abdominal fibromatosis of the chest wall: a silent giant mass. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 4: 334-7.