

Elastofibroma Dorsi: Paniğe gerek yok!

Elastofibroma Dorsi: Don't panic!

¹Necdet Poyraz, ¹Havva Kalkan, ²Buğra Kaya, ¹Suat Keskin, ¹Ahmet Yeşildağ

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, ¹Radyoloji A.D., ²Nükleer Tıp A.D., Konya

Özet

Elastofibroma dorsi, fibroblastik proliferasyon ve anormal elastik liflerin birikimiyle karakterize, nadir görülen benign bir tümördür. Skapula ile göğüs duvarı arasında subskapüler bölgede lokalizedir. Özellikle yumuşak doku sarkomu şüphesi nedeniyle paniğe neden olabilir. Manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi bulguları genellikle tipiktir, pozitron emisyon tomografisi de tanıya katkıda bulunabilir. Tipik lokalizasyonu ve görüntüleme bulguları ile tanı koyulabilir. Bu yazımızda elastofibroma dorsi tanılı üç olgunun klinik ve görüntüleme bulgularını sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Elastofibroma dorsi, manyetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon tomografi

Abstract

Elastofibroma dorsi is a rare, benign tumor, characterized by fibroblastic proliferation and accumulation of abnormal elastic fibers. It is located in the subscapular region between the scapula and the thoracic wall. Especially, the suspicion of soft tissue sarcoma may produce anxiety. Magnetic resonance imaging and computed tomography findings are usually typical; and, positron emission tomography may also contribute to the diagnosis. Diagnosis can be made easily with typical localization and imaging findings. We present clinical and imaging findings in three cases of elastofibroma dorsi.

Key words: Elastofibroma dorsi, magnetic resonance imaging, positron emission tomography

GİRİŞ

Elastofibroma dorsi (ED) göğüs duvarında subskapular ve infraskapular bölgede, yavaş büyüyen ve nadir görülen benign bir yumuşak doku tümördür. İlk kez 1961 yılında Jarvi ve Saxen tarafından tanımlanmıştır (1). Kapsülsüz olduğu için sınırları belirsizdir. Klinik görünüm yumuşak doku sarkomu şüphesiyle paniğe neden olabilir. Gerçek bir tümör olup olmadığı tartışmalı olup daha çok reaktif lezyon olduğu da ileri sürülmektedir (2,3). Üç olgumuzun manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve florodeoksiglikoz (FDG) pozitron emisyon tomografisinin (PET-BT) bulgularını sunuyoruz.

OLGU

Olgu 1

Opere meme kanserli 65 yaşında bayan hastada kemoterapi ve radyoterapi sonrası takip amaçlı çekilen kontrastlı toraks BT ve PET-BT tetkiklerinde bilateral subskapüler yerleşimli yumuşak doku kitelleri saptandı. Çevre kas yapılarıyla izodens, sınırları belirsiz kitelerde hafif FDG tutulumu (SUV max: 2.35-2.5) izlendi (Şekil 1). Kitle lezyonların boyutları sağda 55x30 mm, solda 45x20 mm olarak ölçüldü. Asemptomatik hasta ED tanısıyla takibe alındı, 2 yıllık kontrol BT tetkiklerinde kitle lezyonların boyutlarında değişiklik görülmedi.

Olgu 2

Omuzla vuran sırt ağrısı şikayetiyle başvuran 61 yaşında kadın hastada fizik muayenede ele gelen şişlik olması nedeniyle yapılan MRG'de, sol skapula inferior medial bölüme göğüs dış duvarı ile kas arasında, T1 ve T2'de kas ile izointens, çizgisel yağ komponentleri içeren

yumuşak doku lezyonu izlendi (Şekil 2). BT kesitlerde kas yapılarla izodens yumuşak doku kitlesi içinde yağ dansiteleri görüldü. Tanımlanan lezyonun yerleşim düzeyi ve görüntüleme özellikleri ED ile uyumlu bulundu. Biyopsi ya da cerrahi müdahaleye gerek görülmedi. Altı aylık kontrol takiplerinde hala semptomatik olan hastada kitlenin boyutlarında farklılık saptanmadı.

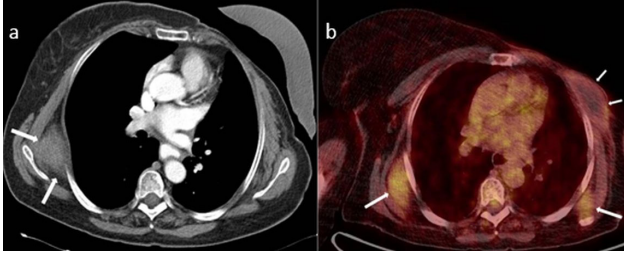
Olgu 3

Rektum kanseri öyküsü olan 76 yaşında bayan hastada evreleme amaçlı çekilen PET-BT tetkiklerinde sol subskapuler alanda 50x35 mm boyutlarında lineer yağ dansiteleri içeren, kas yapıları ile izodens, ılımlı FDG tutulumu gösteren yumuşak doku kitlesi saptandı (Şekil 3). Lezyon ED ile uyumlu bulundu. Ancak sırt ağrısı ve rektum kanseri nedeniyle tanı biyopsi ile doğrulandı.

TARTIŞMA

ED tipik lokalizasyonu, klinik özellikleri ve görüntüleme bulgularıyla tanı konabilecek bir hastalıktır. Genellikle tek taraflı görülür, %10 bilateral olabilir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. ED patogeneziyle ilgili olarak skapula ve toraks duvarı arasında sürtünmeye bağlı tekrarlayan mikrotravmalar elastik kollajen liflerde dejenerasyona yol açmakta veya bu bölgede reaktif fibroblastik hiperproliferasiyona neden olduğu şeklinde açıklamalar yapılmıştır (1,3). Ancak diğer taraftan bu teorileri desteklemeyen aşırı mekanik sürtünmelerin olmadığı yerlerde de elastofibroma olguları bildirilmiştir. Bu yazarlardan bir kısmı ED'nin normal yaşlanma süreciyle ortaya çıktığını (5), diğer bir kısmı ise ailesel yatkınlık olduğunu ileri sürmüşlerdir (6).

Şekil 1. (a) BT'de sağ skapula altında kas dokusu ile aynı yoğunlukta yumuşak doku kitlesi izleniyor. **(b)** Aynı hastada PET-BT görüntülerde bilateral düşük aktivite gösteren subskapüler yerleşimli kitleler. Solda mastektomi alanında seromaya ait görünüm.



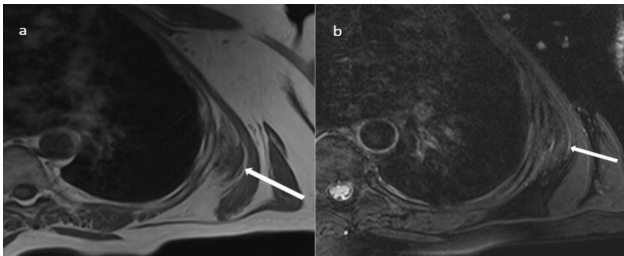
ED genellikle asemptomatiktir. Özellikle 55 yaş üstü omuz ve sırt ağrısı ile başvuran kadın hastalarda ED ayırıcı tanıda öncelikle düşünülmeli ve fizik muayene sonrası görüntülemeye başvurulmalıdır. Radyolojik olarak BT ve MRG tanıda yardımcı olur. Asemptomatik hastaların %2'si toraks BT'de rastlantısal olarak saptanır.

ED için BT ve MRG'de paternler tanımlanmıştır. Tip A: kitlenin içerdiği yağ ve fibrokollajen yapıların lineer şeritler şeklinde görüldüğü, heterojen yumuşak doku kitlesi, Tip B: atipik solit heterojen lezyonlar, Tip C: kas ile aynı görünümde solit homojen yumuşak doku kitlesi. BT'de lineer şeritler ve yağ dokusu içeren, heterojen yumuşak doku kitlesi (Tip A) tipiktir ve sık görülür. MRG'de ise bu lezyonlar T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda, kas dokusu ile izointens sinyal özelliği gösteren, içerisinde yağ dokusuna ait lineer intensiteler bulunan, heterojen yumuşak doku kitlesi şeklinde görülür (7). PET-CT'de ED çoğunlukla, ılımlı diffüz metabolik aktivite artışı gösteren kitleler şeklindedir; ancak hipermetabolik tümörler de tanımlanmıştır (8). Bizim olgularımızın ikisinde Tip A, birinde ise Tip C paterne uyan kitleler saptandı. Özellikle Tip A'da tanımlanan yağ ve kas benzeri yapıların oluşturduğu lif demeti şeklinde görünüm MRG ve BT'de ED tanısı için oldukça tipikti. PET-CT yapılan iki olgumuzda da kitle lezyonlarda ılımlı FDG tutulumu vardı.

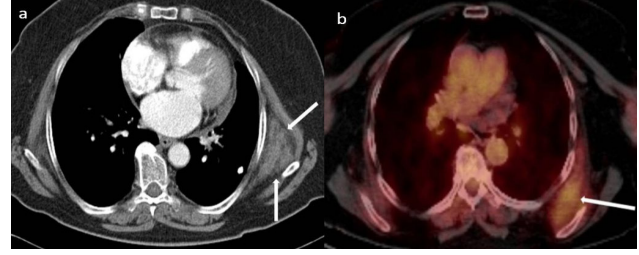
ED ultrasonda tipik bulgular gösterir, ancak uygulayıcıya bağımlı bir yöntem olduğu için genellikle tanısal değildir (7).

Asemptomatik, sadece şişlik bulgusu olan tipik yerleşim ve radyolojik bulgulara sahip yaşlı hastalarda biyopsi gerekmez ve ED tanısıyla takip uygun olur. Semptomatik ağrı şikayeti olan atipik olgularda ise biyopsi ve kitlenin total eksizyonu gerekebilir. Cerrahi sonrası nüks oldukça nadir olup muhtemelen yetersiz eksizyona bağlı görülür. Bu güne kadar hiçbir olguda malign dönüşüm bildirilmemiştir. Ayırıcı tanı listesinde sarkoma,

Şekil 2. Sol skapula altındaki kitlenin MRG'de T1 (a) ve STIR (b) sekanslarındaki görüntüleri.



Şekil 3. Tipik lokalizasyonda ED ile uyumlu kitlenin BT ve PET-BT görüntüleri.



liposarkom, fibrom, desmoid tümör, hemanjiom ve agressif fibromatozis sayılabilir (6,9).

Sonuç olarak özellikle MRG ve BT görüntüleme ile klinik bulguların da desteğiyle ED ayırt edilebilir. ED düşünülen asemptomatik yaşlı hastalarda gereksiz girişimsel işlemlerden kaçınmak gerekir ve bu olgularda sadece takip yeterlidir.

KAYNAKLAR

1. Jarvi O, Saxen E. Elastofibroma dorse. Acta Pathol Microbiol Scand Suppl 1961; 51(Suppl 144):83-4.
2. Daigler A, Vogt P, Busch K, et al. Elastofibroma dorsi-differential diagnosis in chest wall tumours. World J Surg Oncol 2007; 5:15.
3. Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, et al. Elastofibroma dorsi: radiologic findings in 12 Patients. Am J Roentgenol 1996; 167:683-7.
4. Coşkun A, Yıldırım M. Bilateral elastofibroma dorsi. Ann Thorac Surg 2011; 92: 2222-4.
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. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. Cancer 1982; 50(9):1794-805.
7. Battaglia M, Vanel D, Pollastri P, et al. Imaging patterns in elastofibroma dorsi. Eur J Radiol 2009; 72(1):16-21.
8. Onishi Y, Kitajima K, Senda M, et al. FDG-PET/CT imaging of elastofibroma dorsi. Skeletal Radiol 2011; 40(7):849-53.
9. Çınar BM, Akpınar S, Derincek A, ve ark. Elastofibroma Dorsi: Nadir görülen bir omuz ağrısı nedeni. Acta Orthop Traumatol Turc 2009; 43(5):431-5.