

PLEVRANIN SOLİTER FİBRÖZ TÜMÖRÜ; OLGU SUNUMU

Cemil Deniz YORGANCILAR, Özgür KARAKURT, İsmail Cüneyt KURUL, Sedat DEMİRCAN

ÖZ

Otuzbeş yaşında bayan hastada radyolojik olarak sol alt lob posterobazalde 3x3,5 cm boyutlarında malignitenin dışlanamadığı kitle lezyon tespit edildi. Sol posterolateral torakotomi ile kitle eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu soliter fibröz tümör olarak raporlandı. Tru-cut biyopsi ile tanı konamayan rezeksiyon ile tanı ve tedavinin sağlandığı nadir görülen olgumuzu paylaşmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Soliter Fibröz Tümör, Plevra

SOLITARY FIBROUS TUMOR OF THE PLEURA; REPORT OF A CASE

ABSTRACT

AA 35-year-old female had a 3 x 3.5 cm sized left lower lobe mass lesion in which malignancy had not been excluded. The mass lesion was resected under left posterolateral thoracotomy. The histopathologic diagnosis was solitary fibrous tumor. Here we report an unusual case that could not be diagnosed by fine needle biopsy and surgical resection provided the diagnosis and cure.

Key words: Solitary Fibrous Tumor, Pleura.

Geliş Tarihi: 22/02/2008

Kabul Tarihi: 13/09/2008

Received: February 22, 2008

Accepted: September 13, 2008

GİRİŞ

Plevranın soliter fibröz tümörü nadir görülen plevra hastalıklarındandır. Genellikle visseral plevradan kaynaklanır. Periferik yerleşimleri karakteristiktir. Önceleri mezotelyomaların bir formu olarak kabul edilirken günümüzde bu tümörlerin mezotelyomalardan histopatolojik olarak ayrı bir tümör olduğu belirlenmiştir. Mezotelyomalar visseral plevranın mezotel hücrelerinden kaynaklanırken bu tümörler submezotelyal mezenkimal hücrelerden kaynaklanırlar. Cerrahi rezeksiyonla yeterli kür sağlanabilir.^{1,2}

OLGU

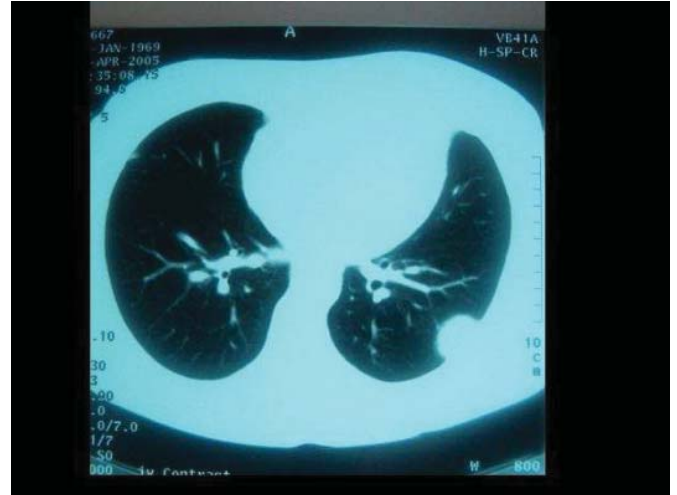
Otuzbeş yaşında bayan hastada dış merkezde rutin çekilen akciğer grafisinde (PAAG) sol alt zonda, diafragmatik sinüse uzanan, düzgün sınırlı kitle lezyon tespit edilmiş (Resim 1). Aynı merkezde yapılan toraks manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) (Resim 2) alt lob posterobazalde 3x3,5 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, malignitenin dışlanamadığı kitle olarak raporlanınca toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsi alınmış ancak tanı sağlanamamış (Resim 3). Kliniğimize başvuran hastaya cerrahi planlandı. Sol posterolateral torakotomi ile düzgün sınırlı, pedinküllü, kapsüllü, lokal invazyon yapmayan kitle lezyon eksize edildi (Resim 4,5). Frozen incelemesi mezenkimal tümör olarak geldi. Histopatolojik inceleme sonucu soliter fibröz tümör olarak raporlandı.



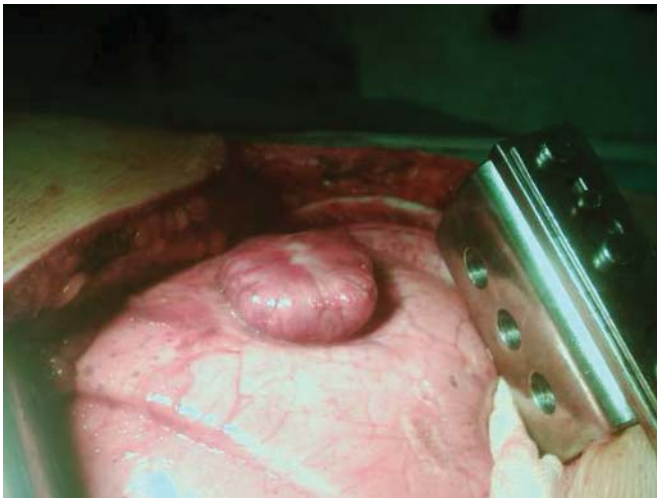
Resim 1: PAAG'de sol alt zonda düzgün sınırlı, diafragmatik sinüse uzanım gösteren, plevral efüzyonun eslik etmediği kitle lezyon izlenmektedir.



Resim 2: Toraks MR'da çevre dokulara invaze olmayan düzgün sınırlı, heterojen görünümlü 3x3,5 cm boyutlu kitle izlenmektedir.



Resim 3: Sol akciğer alt lob posterobazalde 3x3,5 cm boyutlarında plevral tabanlı kitle lezyon izlenmektedir.



Resim 4: Kkitenenin posterolateral torakotomide eksizyon öncesi görüntüsü izlenmektedir.



Resim 5: Eksizyon materyalinin kapsüllü, pediküllü, yaygın vasküler yapılarla kaplı olduğunu izlemektedir.

TARTIŞMA

Lieutaud ilk defa 1767 yılında primer plevra tümörünü tanımlamıştır.³ Wagner bu tümörlerin plevranın lenfatiklerinden köken aldığını bildirerek ayrıntılı tanımlamasını yapmıştır.⁴ Her iki cinste eşit sıklıkta görülür. Her yaş grubunda görülmekle beraber 50-80 yaşlarda daha sıktır. Olguların üçte ikisi visseral plevra kaynaklıdır. Perikard, periton gibi serozal membranlarda; akciğer parankimi, orbita, mediasten, paranasal sinüsler gibi serozal olmayan dokularda da görülebilmektedir.^{5,6,7,8,9} Klinik olarak olguların yarısından fazlası, olgumuzda da olduğu gibi asemptomatiktir. Kronik öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi pulmoner semptomlar yanında hipoglisemi, hipertrofik pulmoner osteoartropati, artralji, çomak parmak gibi ekstrapulmoner semptomlar da görülebilmektedir. Nadiren de olsa plevral efüzyon bulunabilir. Tümör büyük olduğunda bronşial obstrüksiyon bulguları ve atelektazi görülebilir.⁵

Radyolojik olarak PAAG'de tümörün boyutları, yerleştiği yer, eşlik eden plevral sıvı tespit edilebilir. BT ve MRG yar-

dımı ile kitlenin rezektabilitesi değerlendirilebilir.⁶ İnce iğne aspirasyon biyopsisi periferik yerleşim karakteristiği olan bu tümörlerde beklenenin aksine genellikle tanı için yetersiz kalabilmektedir. Tümörün hipersellüler ve asellüler komponentlerden oluşması bunun en önemli nedenidir.¹⁰ Olgumuzda da Toraks BT eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılmış ancak patolojik tanı elde edilememiştir. Tümörün kesin tanısı cerrahi spesmenin histopatolojik incelemesi sonunda konur. Tümörün histopatolojik incelemesinde hiyalinize ve nekrotik hücresel alanlar içeren, mitozun olmadığı ya da nadir görüldüğü minimal nükleer pleomorfizm gösteren iğsi hücreler izlenir. Bu tümörlerin önemli bir özelliği de sayısız ince damarlarla sarılı olmasıdır¹¹ (Resim 5). Tümör hücreleri immünohistokimyasal olarak sitokeratin, S-100, desmin, epitelial membran antijeni, CEA, faktör 8 ile negatif CD34 ve vimentinle pozitif boyanma gösterir.^{12,13} Olgumuz da immünohistokimyasal olarak bu özellikleri taşımakta idi.

Soliter fibröz tümörlerin malignite potansiyeli vardır. England ve arkadaşları 223 olgudan oluşan serilerinde malignite

kriterlerini plevral efüzyon, atipik lokalizasyon, komşu dokulara invazyon, 10 büyütme alanında 4'den fazla mitoz, hücre zenginliği, hücre ve nükleer atipi, kanama ve nekroz alanlarında fazlalık olarak belirlemişlerdir. Aynı çalışmada en iyi prognoza sahip soliter fibröz tümörlerin kapsüllü ve pedinküllü olanlar olduğu belirtilmiştir.¹⁴ Bizim olgumuzda kitle kapsüllü ve pediküllü olarak izlendi. Olgumuzdaki kitle iyi prognostik faktörler içermekteydi.

Tedavi cerrahi eksizyondur. Ancak malignite potansiyelleri olduğundan cerrahi sınırlardan emin olmak gerekir. Fissüre lokalize tümörlerde segmentektomi veya bilobektomi, akciğer parankimi içerisine yerleşen soliter fibröz tümörlerde lobektomi yapılabilir. Paryetal plevra, diafragmatik ve mediastinal lokalizasyonlu soliter fibröz tümörlerde malignite gelişebileceği için olabildiğince geniş eksizyon yapılmalıdır. Rekürrens malignite lehinedir ve yeniden rezeksiyon yapılabilir.⁵ Visseral plevradan kaynaklanan, kapsüllü, pedinküllü olgumuzda wedge (kama) rezeksiyon yeterli olmuştur. Ancak bu olgular malignite potansiyeli göz önüne alınarak uzun süre izlenmelidir.

Yazışma Adresi

Cemil Deniz YORGANCILAR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara, Türkiye

Tel: 3122025622

denizy2000@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Degonda F, Gurke L, Pedrinis E, Lusciati P, Solari GM, Martinoli S. Localized fibrous tumor of the pleura. 2 case reports and differential diagnoses. *Helv Chir Acta* 1994; 60: 919-922.
2. Ali SZ, Hoon V, Hoda S, Heelan R, Zakowski MF. Solitary fibrous tumor. A cytologic-histologic study with clinical, radiologic, and immunohistochemical correlations. *Cancer* 1997; 81: 116-121.
3. Kucuksu N, Thomas W, Ezdinli EZ. Chemotherapy of malignant diffuse mesothelioma. *Cancer* 1976; 37:1265-1274
4. Porter JM, Cheek JM. Pleural mesothelioma review of tumor histogenesis and report of 12 cases. *J Thorac Cardiovasc Surgery* 1968; 55:882-890.
5. Shields TW, Yeldani AV, Localized fibrous tumors of the pleura. In: Shields TW, LoCicero IIIJ, Ponn RB, Rusch VW, editors. *General Thoracic Surgery*. Vol 1. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 205. p.889-900.
6. Young RH, Clement PB, McCaughey WT. Solitary fibrous tumors ('fibrous mesotheliomas') of the peritoneum. A report of three cases and a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:493-495.
7. Witkin GB, Rosai J. Solitary fibrous tumor of the mediastinum. A report of the 14 cases. *Am J Surg Pathol* 1989; 13: 547-557.
8. Yousem SA, Flynn SD, Intrapulmonary localized fibrous tumor: intraparenchymal so-called localized fibrous mesothelioma. *Am J Clin Pathol* 1988;89:365-369.
9. Dorfmann DM, To K, Dickersin GR, Rosenberg AE, Pilch BZ. Solitary fibrous tumor of the orbit. *Am J Surg Pathol* 1994; 18:281-289.
10. Ferretti GR, Chiles C, Choplin RH, Coulomb M. Localized benign fibrous tumors of the pleura. *AJR Am J Roentgenol* 1997;169(3):683-6.
11. Drachenberg CB, Bourquin PM, Cochran LM, et al. Fine needle aspiration biopsy of solitary fibrous tumors. Report of two cases with histologic, immunohistochemical and ultrastructural correlation. *Acta Cytol* 1998;42(4):1003-10.
12. Hanau CA, Miettinen M. Solitary fibrous tumor: histological and immunohistochemical spectrum of benign and malignant variants presenting at different sites. *Hum Pathol* 1995; 26: 440-449.
13. Van de Rijn M, Lombard CM, Rouse RV. Expression of CD34 by solitary fibrous tumors of the pleura, mediastinum, and lung. *Am J Surg Pathol* 1994;18(8):814-20.
14. 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: 640-658.