
Primer Benign Toraks Duvarı Tümörleri “103 Olgunun Retrospektif Analizi”

Ekber ŞAHİN*, Ayten KAYI CANGIR*, Arif Osman TOKAT*, Hakan KUTLAY*, Murat AKAL*, Adem GÜNGÖR*, Nezih ÖZDEMİR*, Şevket KAVUKÇU*, Hadi AKAY*, İlker ÖKTEN*, Şinasi YAVUZER*

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Primer toraks duvarı tümörleri, malign ve benign olarak 2 başlık altında değerlendirilmektedir. 1985-2000 yılları arasında 103 hasta (52 erkek, 51 kadın) primer benign toraks duvarı tümörü tanısı ile opere edildi. Ortalama yaş 38.5 (8-65 yaş) yıldı. Hastaların %59.2'sinde göğüs duvarında şişlik, %27.2'sinde göğüs ağrısı, %26.2'sinde yan ağrısı mevcuttu. Fizik muayenelerinde; %83.4'ünde göğüs duvarında kitle, %9.7'sinde sternumda kitle saptandı. Radyolojik incelemede; %38.9'unda kemik yapılarında ekspansiyon, %14.6'sında kemikte litik lezyon saptandı. Hastaların 10'unda rekonstrüksiyon gerektirecek şekilde 66 olguda toraks duvarı rezeksiyonu, 35'ine ise kitle eksizyonu yapıldı. Histopatolojik incelemede; 28'inde osteokondrom, 21'inde kondrom, 11'inde fibröz displazi, 16'sında “schwannoma”, 11'inde lipom, 3'er hastada hemanjiom, anjiyofibrom, eozinofilik granülom, 2'ser hastada fibrom ve benign mezanşimal tümör, 1'er hastada desmoid tümör, lenfanjiyom, anevrizmal kemik kisti saptandı. Operatif mortalite yoktu, morbidite 2 hastada reeksplorasyon, 4 hastada yara yeri infeksiyonu ve 1 hastada solunum yetmezliği olmak üzere %6.8'di, hasta takipleri benign bir patolojide olmasının etkisi ile ancak hastaların yarısından azında gerçekleştirildi ve desmoid tümürlü hastada 4. yılda nüks dışında nüks saptanmadı. Primer benign toraks duvarı tümörleri semptomları, bulguları ve radyolojik görünümleri ile primer malign toraks duvarı tümörlerini taklit edebilmektedir. Bu nedenle cerrahi tedavi, tanı ve tedavi için uygun bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Primer benign toraks duvarı tümörü, cerrahi tedavi.

SUMMARY

Primary Benign Chest Wall Tumors “Retrospective Analysis of 103 Cases”

Primary chest wall tumors are classified as benign and malignant. Between years 1985-2000, 103 patients (52 male and 51 female) were operated with the diagnosis of primary chest wall tumor. Mean age was 38.5 (8-65) years old. Symptoms were; swelling on the chest wall (59.2%), chest pain (27.2%) and side-ache (26.2%). On physical examination, mass on the chest wall in 83.4% and sternal mass in 9.7% were determined. In radiologic examinations we determined expansion in 38.9% and litic lesions in 14.6% of the patients. Histopathological diagnoses were osteochondroma (28), chondroma (21), fibrous dysplasia (11), schwannoma (16), lipoma (11), hemangioma, angiofibroma and eosinophilic granuloma (three of each), fibroma and benign mesenchymal tumor (two of each) and desmoid tumor, lymphangioma, aneurysm one of each. No operative mortality was seen, morbidity rate was 6.8%; reexploration in two, wound infection in four and respiratory insufficiency in one patient. Follow-up could be completed in lesser than half of the patients and no recurrency was seen except desmoid tumor patient 4 years after the operation. Primary benign chest wall tumors can imitate the malignant ones with symptoms, physical and radiological findings. For this reason surgical resection is suitable for the diagnosis and management.

Key Words: Primary benign chest wall tumor, surgical resection.

Vücudun tüm kemik ve yumuşak doku tümörleri arasında göğüs duvarı tümörleri %2'sini oluşturur. Primer toraks duvarı tümörleri benign ve malign olmak üzere 2 başlık altında toplanır, bunların %50-80'i maligndir (1). En çok görülen benign tümörler kondrom, lipom ve fibromdur (2).

Yirminci yüzyılın başlarına kadar toraks duvarı tümörüyle ilgili olarak literatürlerde çok fazla çalışma mevcut değildir (3-5). Anestezi alanındaki gelişmelere paralel olarak, toraks duvarı defektlerinde kullanılmak üzere geliştirilen otolog ya da sentetik greftlerin kullanıma girmesiyle, toraks duvarı tümörlü hastalara cerrahi girişim sayısı artmıştır (6,7). Bu artışa karşın primer toraks duvarı tümörünün ender görülüyor olması ve benign patoloji olması nedeniyle, benign primer toraks duvarı tümörlerine ait literatürde sınırlı sayıda yayın vardır. Bu durum gözönünde tutularak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1985-2000 yılları arasında primer benign toraks duvarı tanısıyla 103 hasta retrospektif olarak incelendi.

MATERYAL ve METOD

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1985-2000 yılları arasında 103 hasta, primer benign toraks duvarı tümörü tanısıyla opere edildi. Hastalar preoperatif dönemde anamnez, fizik muayene, elektrokardiyografi (EKG), biyokimya, tam kan, direkt toraks grafileri, toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirildi. Opere edilen hastaların 52 (%50.4)'si erkek, 51 (%49.6)'i kadındı. Ortalama yaş 38.5 (8-65) yılı. Hastaların %59.2'sinde göğüs duvarında şişlik, %27.2'sinde göğüs ağrısı (toraksın anteriorundaki ağrılar), %26.2'sinde yan ağrısı (toraksın lateralindeki ağrılar) mevcuttu. Fizik muayenelerinde %83.4'ünde göğüs duvarında kitle, %9.7'sinde sternumda kitle saptandı (Tablo 1). Rutin laboratuvar tetkiklerinde

patoloji saptanmadı. Kemik patoloji olduğu düşünülen hastalar, tüm vücut kemik sintigrafisi ile değerlendirildi. Direkt radyolojik incelemeler sonucunda %38.9'unda kemik yapılarında ekspansiyon, %14.6'sında kemikte litik lezyon saptandı. Onbir (%10.6) olguda yalnızca yumuşak dokuda lezyon varken, 17 (%16.5) olguda lezyon intratorasik ekstrapulmoner yerleşimliydi. Yetmişüç hastaya kemik sintigrafisi yapıldı ve 59 (%57.3)'unda lezyonun lokalizasyonu ile uyumlu patolojik tutulum görüldü.

Klinik ve radyolojik olarak hastaların tamamı operabl idi. Cerrahi yöntem; toraks duvarında kitle saptanan hastalar malignite olasılığı gözönünde tutularak komplet rezeksiyon, özellikle mikroskobik komplet rezeksiyon (Ro) için ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmadan operasyona alındı. İntraoperatif unrezekektabl kabul edilen bir olguya anjiyofibromatöz doku olarak rapor edilen bir olguya biyopsi yapıldı, 101 (%98) hastaya komplet rezeksiyon uygulandı. Toraks duvarı rezeksiyonu sonrası defektin büyüklüğü ve lokalizasyonu gözönünde tutularak rekonstrüksiyon endikasyonu değerlendirildi. Tüm hastaların rezeksiyon materyalleri histopatolojik olarak incelendi.

Postoperatif 30 gün içindeki ölümler ve komplikasyonlar sırasıyla, operatif mortalite ve morbidite olarak kabul edildi. Hasta izlemleri rutin poliklinik kontrolleriyle ve hastalara telefon edilecek gerçekleştirildi.

BÜLGÜLAR

Olguların 46 (%44.6)'sına toraks BT uygulandı, bunlardan rezektabilitesi şüpheli olan sadece 2 olguya manyetik rezonans (MR) inceleme yapıldı. Hastaların 66 (%64)'sına toraks duvarı rezeksiyonu, 35 (%33.9)'ine ise kitle eksizyonu uygulandı. Rezeksiyon sonrasında defektin lokalizasyonu ve büyüklüğü gözönünde tutulduğunda 10 hastaya rekonstrüksiyon gerekti. Rekonstrüksiyon 4 hastada mersilen meş ve metilmetakrilat (MM-MM), 4'ünde 2 mm kalınlığında "polytetrafluoroethylene (PTFE)", birinde "dura mater", birinde ise miyoplasti ile gerçekleştirildi. Yalnızca PTFE uygulanan bir hastada postoperatif paradoksal solunum gelişmesi nedeniyle reopere edilerek MM-MM ile desteklendi.

Tablo 1. Primer benign toraks duvarı tümörlü hastalarda bulguların dağılımı.

Bulgu	Sayı	%
Toraks duvarında kitle	86	83.4
Sternumda kitle	10	9.7
Yok	7	6.9

Tümör, 64 (%62.1) hastada kemik yapılardan, 39 (%37.9) hastada ise yumuşak dokulardan köken almaktaydı. Kemik tümörlerinin 58 (%56.3)'i kostada, 8 (%7.7)'i sternumdaydı. Osteokondrom kemik kökenli, "schwannoma" ise yumuşak doku kökenli tümörlerde en sık histopatolojik hücre tipi idi (Tablo 2).

Hastaların hastanede kalış süresi 2-25 gün arasında değişmekte ve ortalama kalış süresi 11.5 gündü. Operatif morbidite 7 (%6.8) hastada gelişti. İki hastada kanama nedeniyle reekplorasyon, 4 hastada yara yeri infeksiyonu ve bir hastada ise paradoksal solunumdu. Operatif mortallite yoktu.

Primer benign toraks duvarı tümörü nedeni ile opere edilen hastaların yarısından daha azında takip sözkonusu olup, bunlardan benign mezenşimal tümör nedeniyle toraks duvarı rezeksiyonu ve MM-MM uygulanan bir hastada postoperatif 8. ayda greft infeksiyonu sonucunda, greft çıkarıldı. Desmoid tümör nedeniyle opere ettiğimiz bir diğer hastada ise 4. yıl sonunda lokal nüks gelişti ve hasta halen radyoterapi almaktadır. Osteokondrom nedeniyle opere edilen 2 hastadan 1'i operasyondan 18 ay sonra pulmoner emboli, diğeri ise 29 ay sonra böbrek yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA

Primer toraks duvarı tümörlerinin ender olması yanısıra %50-80'i maligndir. Bu nedenle, primer göğüs duvarı tümörü denildiğinde akla malign tümörler gelmektedir. Buna paralel olarak da benign toraks duvarı tümörlü seriler literatürde oldukça sınırlı sayıdadır. Primer benign toraks duvarı tümörlerinin preoperatif olarak malign tümörlerden ayırt edilememesi ve ender görülmesi nedeniyle tanı ve tedavilerinde tartışmalı noktalar vardır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1985-2000 yılları arasında 140 hasta toraks duvarı tümörü tanısı ile opere edilmiş olup, sözkonusu olguların %26.4 (37)'ü malign, %73.6 (103)'ü benign idi. Serimizde benign-malign oranı literatürlerden farklıydı, bir başka deyişle serimizde benign tümör oranı oldukça yüksekti. Bu durumu yalnızca benign toraks duvarı tümörlü hastalardaki operasyon endikasyonu kriterleri ile açıklamak olası değildir. Serimizdeki benign-malign oranının diğer seriler ile farklılığının daha geniş serilerde ve daha ayrıntılı değerlendirmelerle açıklanabileceği görüşündeyiz.

Toraks duvarının radyolojik incelemesinde direkt radyografi ve BT rutin olarak kullanılmaktadır (2).

Tablo 2. Primer benign toraks duvarı tümörlü hastalarda yapılan girişimler ve histopatolojik tanıları.

Histopatolojik tip	Hasta sayısı	%	Rezeksiyon	Eksplorasyon	Unrezektabl
• Kemik kökenli	64	62.13	63		
Osteokondrom	28	27.18	27	1	1
Kondrom	21	20.38	21		
Fibröz displazi	11	10.67	11		
Eozinofilik granüloma	3	2.91	3		
Anevrizmal kemik kisti	1	0.97	1		
• Yumuşak doku kökenli	39	37.87	38		
"Schwannoma"	16	15.53	16		
Lipom	11	10.67	11		
Hemanjiom	3	2.91	3		
Anjiyofibrom	3	2.91	2	1	
Fibrom	2	1.94	2		
Benign mezenşimal	2	1.94	2		
Desmoid tümör	1	0.97	1		
Lenfanjiyom	1	0.97	1		

Buna karşın invazyon ya da operabilitesi şüpheli olan olgularda MR inceleme önerilmektedir (2,5). Fortier 1993 yılında yaptığı çalışmada, toraks duvarı tümörlerinde en iyi değerlendirilmenin MR inceleme ile olduğunu savunmaktadır (1). Hastalarımızın preoperatif incelemelerinde direkt grafi ve toraks BT'yi kullandık. Yalnızca 2 hastada MR ile değerlendirme yapılması gerektiği. Serimizde hastaların tamamı rezektabl olarak değerlendirilmesine karşın, bir hasta intraoperatif olarak unrezektabl idi. Bu hasta MR incelemesinin henüz kullanıma girmediği dönemde opere edilmişti. Primer benign toraks duvarı tümörlerinde direkt radyografi ve BT ile yapılan radyolojik incelemenin yeterli olduğu görüşünderiz. MR inceleme, daha ayrıntılı değerlendirme gerektiren seçilmiş olgularda kullanılabilir.

Toraks duvarı tümörlerinde, tümörün benign olduğu düşünülen olgularda bile tanının eksizyonel biyopsi ile konulması uygundur (2,8). Primer benign toraks duvarı tümörleri malign olanlar ile karışabilmektedir. Bu durumda insizyonel biyopsi ya da iğne aspirasyonu lokal yayılıma yol açabileceğinden, serimizde yer alan hiçbir hastaya preoperatif olarak insizyonel ya da iğne aspirasyonu biyopsisi uygulanmadı.

Toraks duvarı tümörlerinde, özellikle kemik dokudan kaynaklanan tümörlerde preoperatif olarak malign-benign ayrımı yapılamadığı gibi intraoperatif "frozen" şansı olmadığından, rezeksiyon yapılırken geniş ve güvenli sınırdan yapılmalıdır. Bu nedenle rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyon gerekmektedir. Serimizde rezeksiyon sonrası 10 (%9.7) hastada rekonstrüksiyon yapıldı. Bunların 4'ü MM-MM ile, 4'ü PTFE ile, 1'i "dura mater", biri ise miyoplasti ile gerçekleştirildi. Rekonstrüksiyon pek çok prostetik materyalle yapılmış olmasına karşın, kliniğimizde son yıllarda MM-MM ile hazırlanan sandeviç greftleri tercih edilmektedir. MM-MM ile hazırlanan greftin "rigit" olması, uygulanacak alana göre kolay şekil verilebilmesi, infeksiyon riskinin daha az olması, geniş defektlerde de paradoks harekete neden olmaması, radyolüsent olması ve diğer prostetik materyallere göre çok daha ucuz olması nedeniyle tercih etmekteyiz (4,9,10). Toraks duvarı rekonstrüksiyonunda PTFE de kullanılmaktadır (2,3,8). Ancak pahalı olması, "rigit"

olmaması ve şekil vermenin mümkün olmaması gibi dezavantajları vardır. Serimizde bir hastada önce PTFE uygulanmış olup, paradoks solunum gelişmesi nedeniyle reopere edilerek MM-MM ile desteklenmiştir.

Primer benign toraks duvarı tümörleri semptomları, bulguları ve radyolojik görünümü ile primer malign toraks duvarı tümörlerini taklit edebilmektedir. Bu nedenle cerrahi tedavinin tanı ve tedavi için uygun bir yöntem olduğu, rekonstrüksiyon gerektiren olgularda MM-MM ile hazırlanan sandeviç greftin iyi bir yöntem olduğu görüşünderiz.

KAYNAKLAR

1. Sayek İ (editör). *Temel Cerrahi. 2. Cilt. 2. Baskı. Ankara: Melisa Matbaacılık, 1996: 1909-12.*
2. Pairolero PC. Chest wall tumor. In: Shields TW, Lo Cicero J, Poon RB (eds). *General Thoracic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 589-98.*
3. Miller J Jr. Surgical resection of the chest wall including the sternum. In: Kaiser LR, Kron IL, Spray TL (eds). *Mastery of Cardiothoracic Surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 186-95.*
4. McCormack PM. Use of prosthetic materials in chest-wall reconstruction. *Surg Clin North Am 1989; 69: 965-76.*
5. El-Tamer M, Chaglassian T, Martini N. Resection and debridement of chest-wall tumors and general aspects of reconstruction. *Surg Clin North Am 1989; 69: 947-63.*
6. Morgan RF, Edgerton MT, Wanebo HJ, et al. Reconstruction of full thickness chest wall defects. *Ann Surg 1988; 207: 707-16.*
7. Arnold PG, Pairolero PC. Chest wall reconstruction. *Ann Surg 1984; 199: 725-32.*
8. Pairolero PC, Arnold PG. Chest wall tumors, experience with 100 consecutive patients. *J Thorac Cardiovasc Surg 1985; 90: 367-72.*
9. McKenna RJ, Mountain CF, McMurtrey MJ, et al. Current Techniques for chest wall reconstruction: Expanded possibilities for treatment. *Ann Thorac Surg 1988; 46: 508-12.*
10. Hasse J. Surgery for primary, invasive and metastatic malignancy of the chest wall. *Eur J Cardio-Thorac Surg 1991; 5: 346-51.*

Yazışma Adresi:

Dr. Ekber ŞAHİN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İbn-i Sina Hastanesi
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
Samanpazarı, ANKARA
e-mail: ekosah@hotmail.com