

NADİR GÖRÜLEN ELASTOFİBROMA DORSİ'DE KLİNİK DENEYİMİMİZE DAYANARAK TANI VE TEDAVİ ALGORİTMASI OLUŞTURULMASI

Establishing Diagnosis and Treatment Algorithm Based on Clinical Experience for Rare Tumor Elastofibroma Dorsi

Hakan KESKİN

ÖZET

Amaç: Bu çalışmamızdaki amacımız Elastofibroma Dorsi tanısı ile opere edilen hastaların verilerini literatür eşliğinde retrospektif olarak inceleyerek elde edilen klinik sonuçları sunmaktır. Ayrıca Elastofibroma Dorsi için tanı ve tedavi algoritması önermektir.

Materyal ve Metod: Bu çalışmada kliniğimizde Ocak 2010- Ağustos 2017 yılları arasında patoloji raporları ile elastofibrom tanısı alan 31 hasta (toplamda 39 vaka) geriye dönük olarak incelendi. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, şikâyetleri, tümörün lokalizasyonu, hastanın dominant ekstremitesi, ailesel yatkınlık hikâyesi olup olmadığı, tanı için uygulanan işlemler ve karşılaşılan komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 60,8±5,5 olarak saptandı. Kadın erkek oranı 26/5'dir. Yirmi beş (%80,6) hasta semptomatikti. Altı (%19,4) hasta ise başka bir nedenle torakotomi yapılırken tanı aldı ED tanısı alan 5 erkek hastanın 4 tanesinin aktif şikâyeti olmadığı tespit edildi.

Sekiz (%25,8) hastanın kitlesinin bilateral olduğu tespit edildi. Bilateral kitlesi olanların ailesel yatkınlık oranı istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p=0,96) Yirmidört hastanın sağ ekstremitesinin yedi hastanın sol ekstremitesinin dominant olduğu tespit edildi. Dominant ekstremitte ile tümör lokalizasyonlarının istatistiksel testlerinde anlamlı sonuç elde edilmedi. Hastaların anamnezinde birinci derece akrabalarında benzer rahatsızlık tarifleyen sadece 4 hasta mevcuttu. Bu hastaların verileri ile yapılan istatistiksel analiz sonucu anlamlı bir sonuca ulaşılamadı.

Sonuç: Tanı için ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneye ilaveten yapılacak olan radyolojik tetkikler ile Elastofibroma Dorsi (ED) tanısı konulması güvenilir şekilde yapılabilir. Ek girişimsel işlemler sadece Elastofibroma Dorsi (ED) tanısının konulmadığı hastalara yapılmalıdır. Tedavi için semptomatik hastalarda tümörün total olarak çıkartılması yeterlidir. Asemptomatik hastalarda cerrahi yapmak, düşükte olsa var olan akut ve kronik komplikasyon riski nedeniyle gereksizdir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi; Fibroma; Tomografi; Yumuşak doku tümörü

ABSTRACT

Aim: The object of this study is to analyze the data of the patients who had been operated due to the diagnosis of elastofibroma dorsi, with literature retrospectively and presenting the clinical results. Also proposing a diagnosis and treatment algorithm for elastofibroma dorsi.

Material and Method: In our study 31 patients (39 cases in total) diagnosed with elastofibroma dorsi by pathology reports in our clinic between January 2010 – August 2017 were examined retrospectively. The gender, age, complaints of the patients, localization of the tumor, dominant extremity of the patient, having a familial diathesis, operations conducted for the diagnosis and the complications encountered were assessed.

Results: The average age of the patients is determined as 60.8±5.5. The female/male ratio is 26/5. Twenty-five (80.6%) patients are symptomatic. Six (19.4%) patients were diagnosed while conducting thoracotomy, 4 out of 5 male patients who got diagnosed with elastofibroma dorsi were determined not to have active complaints. It was determined that eight (25.8%) patients have a bilateral bulk. Familial diathesis ratio of the patients with bilateral bulk was not significant. (p=0.96) Right extremity of twenty-four patients and left extremity of seven patients were determined as dominant. A significant result could not be obtained in the statistical tests of dominant extremity and tumor localization. During the anamnesis of the patient only 4 of them described a similar disease among their first-degree relatives. The results of statistical analysis performed with the data of these patients could not be significant.

Conclusion: By radiological examinations in addition to detailed anamnesis and physical examination, elastofibroma dorsi can be diagnosed confidently. Extra interventional operations should be conducted for the patients who cannot be diagnosed with elastofibroma dorsi. To treat the symptomatic patients removing the tumor totally is sufficient. Performing a surgical operation to the asymptomatic patients is unnecessary due to the acute and chronic complication risk even at low levels.

Keywords: Fibroma; Surgery; Soft tissue neoplasms; Tomography.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya

Hakan KESKİN, Dr. Öğr. Görevlisi

İletişim:

Hakan KESKİN, Dr. Öğr. Görevlisi
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya

Tel: 05057966997

e-mail:

opdrhakankeskin@hotmail.com.tr

Geliş tarihi/Received: 08.03.2018

Kabul tarihi/Accepted: 01.08.2018

DOI: 10.16919/bozoktip.403264

Bozok Tıp Derg 2018;8(4):18-24
Bozok Med J 2018;8(4):18-24

GİRİŞ

Elastofibroma dorsi (ED) klinisyenler tarafından nadir görülen, semptomatik vakaların daha çok 60 yaş üstü kadın hastalarda olduğu benign yumuşak doku tümörüdür. İlk kez Jarvi ve Saxen tarafından 1959'da tanımlanmıştır.(1) Adını tümörün stromasında bulunan elastin liflerden ve tümörün en sık izlendiği bölgeden alır.

2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yumuşak doku tümörleri sınıflandırılmasında benign fibroblastik miyofibroblastik tümör olarak tanımlanmıştır.(2) Patogenezi halen net bir şekilde anlaşılamamıştır. Ender gözükmesi nedeniyle tanı ve tedavi algoritması henüz net değildir.

Bu çalışmadaki amacımız 2010 ile 2017 yılları arasında opere edilen 31 ED tanılı hasta, literatür eşliğinde retrospektif olarak incelenerek elde edilen klinik sonuçları sunmak ve tanı ve tedavi algoritması önermektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada kliniğimizde Ocak 2010- Ağustos 2017 yılları arasında patoloji raporları ile elastofibrom tanısı alan 31 hasta (toplamda 39 vaka) geriye dönük olarak incelendi. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, şikâyetleri, tümörün lokalizasyonu, hastanın dominant ekstremitesi, ailesel yatkınlık hikâyesi olup olmadığı, tanı için uygulanan yöntemler ve karşılaşılan komplikasyonlar değerlendirildi.

Bütün hastalar preoperatif kan tetkikleri, akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testi ile birlikte preoperatif değerlendirme için anestezi polikliniğine yönlendirildi. Bütün operasyonlar genel anestezi altında scapula altındaki kitlenin palpasyonu sonrası, kitle üzerine yapılan kesi ile yapıldı. Cilt, ciltaltı dokular, latistumus dorsi ve serratus anterior kasları koterize edilerek geçildi. Kitlenin palpe edilmesinden sonra kitle total olarak çıkarıldı. Supskapular alana bir adet hemovak konuldu. Kesilen katlar anatomik plana uygun olarak kapatıldı. Bütün hastalar entübe olarak yoğun bakıma çıkarıldı, aynı tip medikal tedavi verildi.

Hastaların hiçbirisinde preoperatif tanıyı doğrulamak açısından girişimsel işlem uygulanmadı. Hastaların tanıları için anamnez, fizik muayene ve radyolojik tetkikler yeterli oldu.

Çalışmadan elde edilen bulguların istatistiksel analizleri için IBM SPSS Statistics Version 23 programı kullanıldı. Kategorik değişkenler için vaka sayısını ve yüzdesini kullanılırken, kantitatif değişkenler için ise ortalama ve standart sapma kullanıldı. Nominal değişkenler için student t test ve fisher'ın kesin ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak %5 ($p<0.05$) alınmıştır.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşları $60,8\pm 5,5$ olarak saptandı. Kadın/erkek oranı 26/5'dir. ED tanısı alan 5 erkek hastanın 4 tanesinin aktif şikâyetinin olmadığı ve başka bir nedenle torakotomi yapılırken kitlenin tesadüfen fark edilip çıkarıldığı tespit edildi.

Onsekiz hastada özellikle kol hareketleri sırasında artan ağrı %58,0 ile en sık saptanan semptomdu. Scapula altında ele gelen şişlik ise ikinci sıklıkta karşılaştığımız semptomdu ve 12 (%38,7) hastada tespit edildi. Ağrı ve şişlik şikâyetlerinin birlikte olduğu 5 (%16,1) hasta vardı. Sadece 1 hastamızın özellikle kol hareketleri sırasında oluştuğunu ifade ettiği ve scapula alt kısmından gelen sestten şikâyetçiydi. Altı hastamız (%19,4) ise asemptomatikti. Bu hastalarımız başka bir nedenle torakotomi yapılırken kitlenin tesadüfen saptanması üzerine kitle eksizyonu yapıldı. Semptomatik hastaların kadın cinsiyetinde daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu. ($p=0,03$) Semptomların; yaş, ailesel yatkınlık ve komplikasyonlar ile yapılan istatistiksel analizler sonucunda ise anlamlı sonuca ulaşamadı.

Sekiz hastanın kitlesinin bilateral olduğu tespit edildi. Bilateral kitlesi olan 8 hastanın ortalama yaşı $59,7\pm 3,7$ olarak saptandı. bilateral kitlesi olan hastaların ailesel yatkınlıkları araştırıldığında sadece 1 hastanın ailesinde benzer şikâyetleri olan birisi olduğu ve bu nedenle ameliyat olduğu öğrenildi. Bilateral kitlesi olan hastaların ailesel yatkınlık oranı istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p=0,96$)

Yirmidört hastanın sağ ekstremitesini dominant olarak kullandığı tespit edilirken bu hastaların tümör lokalizasyonlarına bakıldığında (bilateral olan hastalar iki grubada dâhil edilmiştir); sağ taraftan toplamda 21 tane tümör eksizyonu yapılırken sol taraftan ise 9 tane

tümör eksizyonu yapıldığı tespit edildi. Dokuz hastanın ise sol ekstremitisini dominant olarak kullandığı ve bu hastaların tümör lokalizasyonlarına bakıldığında sol tarafta 4 sağ tarafta ise 5 adet tümör olduğu tespit edildi. Dominant ekstremitesi ile tümör lokalizasyonlarının istatistiksel testlerinde tümörü bilateral olan hastaların her iki gruba eklenmesiyle $p=0,26$, bilateral tümörü olan hastaların her iki grupta da çıkartılmasıyla $p=0,41$

olarak saptandı. Her iki sonuçta istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Hastaların anamnezinde birinci derece akrabalarında benzer rahatsızlık tarifleyen sadece 4 hasta mevcuttu. Bu hastaların verileri ile yapılan istatistiksel analiz sonucu anlamlı bir sonuca ulaşılmadı.

Hastaların demografik bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

TABLO 1: Hastaların Demografik Bilgileri

YAŞ	CİNSİYET	SEMPATOM	LOKALİZASYON	DOMİNANT TARAF	AİLESEL YATKINLIK	KOMPLİKASYON
62	K	AĞRI ŞİŞLİK	BİLATERAL	SAĞ	YOK	YOK
63	K	AĞRI	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
57	K	ŞİŞLİK KOL HAREKETİ SIRASINDA SES GELMESİ	BİLATERAL	SAĞ	YOK	YOK
55	K	AĞRI	BİLATERAL	SAĞ	YOK	YOK
62	E	OPERASYON SIRASINDA	SAĞ	SOL	YOK	YOK
60	K	ŞİŞLİK	SOL	SAĞ	YOK	YOK
65	K	AĞRI	SAĞ	SAĞ	VAR	YOK
67	K	AĞRI	BİLATERAL	SAĞ	YOK	HEMATOM
57	K	AĞRI	BİLATERAL	SAĞ	YOK	YOK
56	K	AĞRI	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
64	K	AĞRI ŞİŞLİK	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
59	K	AĞRI	BİLATERAL	SOL	YOK	HEMATOM
52	K	AĞRI	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
62	K	ŞİŞLİK	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
60	K	AĞRI ŞİŞLİK	BİLATERAL	SOL	YOK	YOK
45	K	ŞİŞLİK	SAĞ	SAĞ	VAR	YOK
63	K	OPERASYON SIRASINDA	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
57	K	OPERASYON SIRASINDA	SOL	SOL	YOK	YOK
63	K	ŞİŞLİK	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
61	K	AĞRI ŞİŞLİK	BİLATERAL	SAĞ	VAR	YOK
56	E	ŞİŞLİK	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
64	E	OPERASYON SIRASINDA	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
66	K	AĞRI	SAĞ	SAĞ	YOK	HEMATOM
72	K	AĞRI	SAĞ	SOL	YOK	YOK
58	K	ŞİŞLİK	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
61	K	AĞRI	SOL	SAĞ	YOK	YOK
68	E	OPERASYON SIRASINDA	SOL	SOL	YOK	YOK
72	K	AĞRI	SAĞ	SAĞ	YOK	YOK
59	K	AĞRI ŞİŞLİK	SAĞ	SAĞ	VAR	YOK
59	K	AĞRI	SAĞ	SOL	YOK	YOK
62	E	OPERASYON SIRASINDA	SOL	SAĞ	YOK	YOK

TARTIŞMA

Elastofibroma dorsi genellikle scapula alt ucuyla kaburgaların arasında yer alan bölgede latissimus dorsi ve serratus anterior kas grupları tarafından sarılan, klinisyenler tarafından nadir görülen, iyi huylu bir yumuşak doku tümördür (3). Elastofibroma dorsi nedeniyle opere edilen hastaların büyük kısmı hayatın dördüncü ve yedinci dekatları arasındaki kadınlardır (4). Genellikle hayatın altıncı on yılından sonra artış gösterir (5). Bizim çalışmamızda da opere edilen hastaların hepsi dördüncü ve yedinci dekatlar arasındaki hastalardı ve olguların %61,2'si 60 yaş üstünde hastalardan oluşmaktadır. (Tablo 1) Elastofibroma nedeniyle opere edilen hastaların sadece %10'luk kısmı erkektir(6). Yine tümörler genellikle tek taraflıdır ve bilateral olgu sayısı %30 civarındadır (6). Bizim çalışmamızda bilateral tümörü olan hasta sayısı 8 (%25,8) olarak saptandı. Çalışmamızda yer alan hastaların yaş ve cinsiyetleri literatür ile uyumludur.

Gerçekte ED toplumda sık olarak izlenmekte fakat olguların çoğu asemptomatik olduğu için prevelansı klinisyenler tarafından düşük gözükmetedir. Bluemenkrantz ve ark. yaptığı bir çalışmada; 1751 hastanın 18-fluodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi ve toraks bilgisayarlı tomografileri incelenmiştir. Bu çalışmada tesadüfî olarak saptanan ED'ler incelenmiş ve hastalığın prevelansı %1,66 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada erkek/kadın oranı 1/3 olarak saptanmıştır (7). Yine yapılan bir başka araştırmada 235 otopside 39 tanesinde ED saptanmıştır. Bu çalışmada 55 yaş üstündeki prevelans oranı kadınlarda % 24,4 erkeklerde ise %11,2 olarak hesaplanmıştır (8). Yapılan bir başka otopsi çalışmasında ise 100 otopside 13 tanesinde elastofibroma dorsi saptanmıştır. Bu çalışmada erkeklerde ki prevelans %16,9 kadınlardaki prevelans ise %7,3 olarak hesaplanmıştır (9). Bizim çalışmamızda da 6 hasta (%19,3) başka bir nedenle torakotomi yapılırken tümörleri saptanmıştır. Çalışmamızda bulunan 5 erkek hastanın 4 tanesinin tesadüfî olarak saptanması bize ED'nin erkeklerde prevelansının düşünülenin aksine daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Erkek hastaların asemptomatik olması ve/veya semptomlarını iyi tolere etmesi nedeniyle klinik tanısının konulmaması erkeklerdeki prevelansının düşük gözükmesine neden

olabilir. Çalışmamızda semptomatik hastaların istatistiksel olarak anlamlı şekilde kadın cinsiyetinde olması bu tezi destekler niteliktedir. (p=0,03)

ED genellikle asemptomatiktir. Hastalar en sık omuz hareketleri sırasında oluşan ağrı ve scapula altında hissedilen şişlik şikâyeti ile hastaneye başvururlar (10). Fizik muayenede ED tipik olarak üzerindeki deriye yapışmayan fakat altta bulunan göğüs duvarına tutunan kitleler olarak saptanır. Şişlik şikâyeti olan hastaların fizik muayenesi sırasında üst ekstremitenin anterior fleksiyona getirilmesi ile şişlik daha belirgi hale gelir (11). Çalışmamızda literatür ile benzer şekilde ağrı %58,0 şişlik ise %38,7 ile en sık izlenen semptomlardı. Sadece 1 hastamızda kol hareketleri ile oluşan ses şikâyeti vardı.

ED nadir bir patoloji olduğundan, patogeneziyle ilgili net bir veri yoktur ancak başlıca üç teori önerilmiştir.

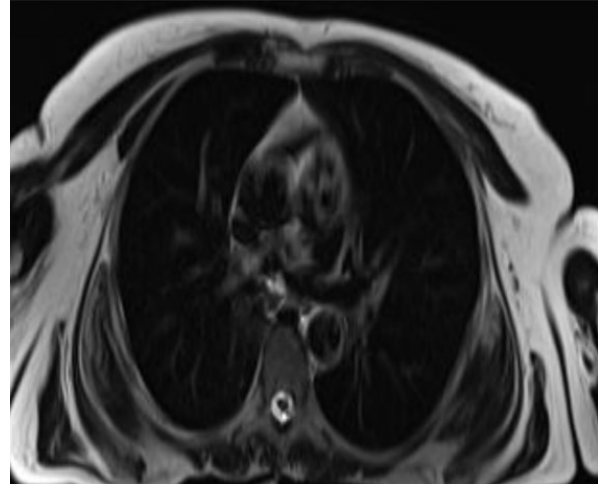
1) Mikrotravmalara bağlı fibroelastik dokunun reaktif hiperproliferasyonu: Scapula alt ucundaki elastik lifleri, kuvvetli üst ekstremitte hareketleri için omuz kemerine bir amartisör görevi görür. Sürekli olarak oluşan bu mikrotravma nedeniyle fibroblastlardan elastik dokunun üretimini artırdığına inanılmaktadır. (12) Çalışmamızda tümör lokalizasyonu ile dominant ekstremitte karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Bu teori ile bilateral tümürlü hastalar net olarak açıklanamamaktadır. Yine bu teori ile mediasten, mide, periton ve kolon gibi travmanın olmadığı veya az olduğu yerlerde görülen ED'lerin açıklanması pek mümkün değildir. (13,14,15)

2) Yaşa bağlı olarak ortaya çıkan vasküler yetmezlik ve buna bağlı olarak elastik liflerin sekonder dejenerasyonu: Bu teori ED'li hastaların daha çok yaşlı popülasyonda görülmesi nedeniyle ortaya atılmıştır. Yaşlılığa bağlı olarak oluşan vasküler yetmezliğin elastik liflerin sekonder dejenerasyonuna yol açtığı düşünülmüştür (16). Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması literatüre uygun olarak 60,8 olarak saptanmıştır. Ancak unutulmamalıdır ki ED operasyonları sonrası oluşan en sık komplikasyon hematomdur.(17) Bizim çalışmamızda da hematom 3 hastada (%9,6) gelişmiştir. Vasküler yetmezliğin olduğu düşünülen bir bölgede hematoma en sık gelişen komplikasyon olması pek mümkün gözükmemektedir.

3) Ailesel geçiş: Bu teoride altta yatan bir enzimatik kusur veya bozukluk nedeniyle ED oluşabileceğini savunmaktadır (18,19). Bunun için yapılan araştırmalarda transforme edici büyüme faktörü B, fibroblast büyüme faktörü, faktör XIIIa ve CD34'ün ED'nin gelişmesinde rol alabileceği düşünülmüştür. (20) Çalışmamızda sadece 4 hastamızın birinci derece akrabalarında ED hikâyesi mevcuttu ve bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak ED'li hastaların çoğunluğunun asemptomatik olması ve tanı almamalarından dolayı bu sonuca ulaşmış olabiliriz. Hastaların birinci derece akrabalarında yapılacak olan sistematik bir tarama ile ailesel geçiş için daha kapsamlı bilgilere ulaşılabileceği aşikardır. Ayrıca bu teori ile istisnai bölgelerde ve bilateral olan ED'li vakalarının açıklanması yapılabilir.

Tanı için kabul edilen uluslar arası bir tanı algoritması mevcut değildir. Tanı için fizik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinin yeterli olduğunu savunan yazarlar (21) olmasına karşın, tanıyı doğrulamak için biyopsi yapılması gerektiğini savunan yazarlarda vardır. (22) Ultrasonografi (USG), BTT, MRG ve pozitron emisyon tomografisi tanı için kullanılan radyolojik yöntemlerdir. Her birinin ED tanısı konulması için spesifik görüntüleme yöntemleri tariflenmiştir. USG'de tümör subscapular alanda hipoekojen ve hiperekojenik çizgilenmeleri olan fasiküle kitle olarak saptanır. (23) BTT'de ise tümör içinde hipodens yağ şeritleri içeren, kas yapısından daha düşük yoğunluğa sahip ve genellikle homojen olmayan kitle olarak saptanır. (19) Pozitron emisyon tomografisinde ise 18-florodeoksiglukoz tutulumu dağınık ve ortalama 2.0 ± 0.63 olarak saptanmıştır. (24) Görüntüleme yöntemleri içinde MRG daha yüksek tanı koyma güvenine sahiptir. Tamimi ve ark (25) yaptığı çalışmada MRG'nin ED tanısı koymada ki Ortalama pozitif prediktif değer ve duyarlılık sırasıyla % 93,3 ve % 100 olarak bulunmuştur. (25) MRG yönteminde tümör iskelet kas sinyallerine yakın bir değerde çizgisel veya eğrisel yağ çizgilerinin bulunduğu homojen kitle olarak saptanır. T2'de sinyal yoğunluğunda bir artış olur fakat kontrast madde kullanımı sinyal yoğunluğunu değiştirmez. (25) Çalışmamızdaki bütün hastalara tanı fizik muayene ve radyolojik tetkikler ile konulmuştur. ED tanısı ile opere edilen yalnızca 1 hastada patolojik tanı lipom olarak saptanmış olup, hastaya manyetik

rezonans görüntüleme (MRG) yönteminin yapılmadığı sadece bilgisayarlı toraks tomografisi (BTT) ile tanı konulduğu anlaşılmıştır. Biz tanı protokolü olarak fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinin yeterli olduğunu düşünmekteyiz. (Resim 1-2) Ek girişimsel işlemlerin sadece görüntüleme yöntemlerinin yetersiz kaldığı ve ayırıcı tanıda yumuşak doku sarkomu veya metastazların olması halinde yapılması gerektiğini düşünüyoruz.



Resim 1: Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemiyle bilateral scapula alt uçta kas sinyaline yakın çizgisel görüntüler görünen elastofibroma dorsii.



Resim 2: Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT) kas yapısından daha düşük yoğunluğa sahip bilateral kitle görünen elastofibroma dorsii.

Tedavi için kabul edilen ortak görüş semptomatik hastalarda tümörün total olarak çıkartılmasıdır. Asemptomatik hastalarda ise tedavi protokolü tartışmalıdır. Bazı yazarlar 5 cm üstündeki asemptomatik hastalarda cerrahi yapılmasını söylerken bazı yazarlar ise asemptomatik hastaların takip edilmesi gerektiğini söylemektedir. (10,17) Literatürde ED'nin malign transformasyon yapmasına dair bir kanıt olmaması ve operasyonun azda olsa akut ve kronik komplikasyonlarının olması nedeniyle biz asemptomatik hastaların takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Operasyon sonrası en sık görülen akut komplikasyon subscapular bölgedeki aşırı hipervaskülizasyon nedeniyle hematoma ve buna bağlı olarak gelişen seromadır. (17) Literatürde bu komplikasyonların görülme sıklığı %11,3 ile %43 arasında değişmektedir. (3,10,17) Bu nedenle biz dikkatli bir kanama kontrolü yapıldıktan sonra subscapular alana bir adet hemovak koymaktayız. Buna rağmen 3 hastamızda (%9,6) hemovakın efektif çalışmamasına bağlı oluşan hematoma saptandı. Operasyon sonrası izlenen en önemli kronik komplikasyon operasyon yerinde meydana gelen ağrıdır. Çalışmamızdaki hiçbir hastada operasyon yerinde oluşan ağrı şikâyeti olmadı.

Operasyon sonrası hastaların rehabilitasyona ne zaman başlayacağı ve hangi egzersizlerin yaptıracağı ile ilgili literatürde bir görüş birliği yoktur. Bazı yazarlar operasyon sonrası 1 hafta immobilizasyon önermektedir. (17) Bazı yazarlar ise 15 gün sonra pasif egzersizlere başlamışlardır. (11) Bu uzun süreli hareketsizliğin kas iyileştirmesine yardımcı olduğunu savunmaktadırlar. Biz torakotomi yaptığımız bütün hastalara uyguladığımız kol omuz egzersizlerini, postoperatif ikinci günden itibaren ED nedeniyle opere ettiğimiz hastalarımıza da uyguladık. Komplikasyon oranımızı literatüre uygun olarak tespit ettiğimiz için uygulanan bu egzersizlerin omuz ekleminin sertleşmesini, ayrıca kolda kontraksiyonları engelleyerek hastaya fayda sağladığını düşünmekteyiz. Nüksler tümörlü dokunun total olarak çıkartılmasından kaynaklanmaktadır. Literatürde %4 oranında nüks bildirilen yazılar mevcuttur.(26) Çalışmamızda nüks saptanmadı. Özellikle patoloji raporlarında tümör dokusunun bütünlüğünün bozulduğu ve/veya cerrahi

sınırdaki tümör devamı olan vakalarda tamamlayıcı cerrahi yerine basit ve noninvaziv bir yöntem olan USG'nin olası nüks takiplerinde kullanılabileceği düşünmekteyiz. Olası nükslerde hastalar asemptomatik ise kitlenin yakın takibi ve büyüme ve/veya semptomatik hale gelmesi halinde reoperasyon önermekteyiz.

SONUÇ

ED klinikte genellikle kadın hastalarda gözüksede toplumda erkek hastalarda gözükmeye ihtimali oldukça yüksektir. Tanı için ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneye ilaveten yapılacak olan radyolojik tetkikler ile ED tanısı konulması güvenilir şekilde yapılabilir. Ek girişimsel işlemler sadece ED tanısının konulmadığı hastalara yapılmalıdır. Tedavi için semptomatik hastalarda tümörün total olarak çıkartılması yeterlidir. Asemptomatik hastalarda cerrahi yapmak, düşüğe olsa akut ve kronik komplikasyon riski nedeniyle gereksizdir. ED'nin malign transformasyon geçirmemesi nedeniyle asemptomatik hastalar klinik olarak takip edilebilir. Postoperatif erken dönemde hastalara kol omuz egzersizlerinin yaptırılması komplikasyon oranlarında bir artışa yol açmadığı ve omuz Postoperatif erken dönemde hastalara kol omuz egzersizlerinin yaptırılması komplikasyon oranlarında bir artışa yol açmadığı ve omuz ekleminin kontraksiyonunu engellediği için önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Jarvi O, Saxen E. Elastofibroma dorse. Acta Pathol Microbiol Scand Suppl. 1961;51(144):83-4.
2. Fletcher C. Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone. World Health Organ Classif Tumors. 2002;4:35-46.
3. Bartocci M, Dell'Atti C, Meacci E, Congedo M.T, Magarelli N, Bonomo L, et al. Clinical features, imaging findings, treatment aspects of elastofibroma dorsi and long-term outcomes after surgical resection. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21:2061-8
4. Ramos R, Ureña A, Macía I, Rivas F, Rius X, Armengol J. Elastofibroma dorsi: an uncommon and under-diagnosed tumour. Arch Bronconeumol. 2011; 47(5):262-3.
5. Smith HG, Hannay JAF, Thway K, Messiou C, Smith MJF, Strauss DC, et al. Elastofibroma dorsi: the clunking tumour that need not cause alarm. Ann R Coll Surg Engl 2016;98:208-11.
6. Pillay Y, Sabarathnam R. Journal of Surgical Case Reports, 2017;11, 1-4
7. Blumenkrantz Y, Bruno G.L, González C.J, Namías M, Osorio A.R, Parma P. Rev Esp Med Nucl. 2011; 30(6): 342-5
8. Jarvi OH, Lansimies PH. Subclinical elastofibromas in the scapular region in autopsy series. Acta Pathol Microbiol Scand A. 1975;83:87-

108.

9. Giebel GD, Bierhoff E, Vogel J. Elastofibroma and preelastofibroma- a biopsy and autopsy study. *Eur J Surg Oncol.* 1996;22:93-6.

10. Bedirhan M.A, Sağay S.S, Cansever L, Kocatürk C, Yalçınkaya İ. Elastofibroma dorsi: a review of 42 cases. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2014;22(1):126-128

11. Deveci M.A, Ozbarlas H.İ, Erdoğan K.E, Biçer Ö.S, Tekin M, Ozkan C. Elastofibroma dorsi: Clinical evaluation of 61 cases and review of the literature *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica* 51 (2017) 7-11

12. Di Vito A, Scali E, Ferraro G, Mignogna C, Presta I, Camastra C, et al. Elastofibroma dorsi: a histochemical and immunohistochemical study. *Eur J Histochem* 2015;59(1): 2459.

13. De Nictolis M, Goteri G, Campanati G, Prat J. Elastofibroma of the mediastinum. A previously undescribed benign tumor containing abnormal elastic fibers. *Am J Surg Pathol* 1995;19: 364-7

14. Sakatani T, Shomopr K, Adach H, Hosoda A, Ito H. Elastofibroma of the sigmoid colon. *Pathol Res Pract* 2000;196:205-7

15. Paul M.C, Musso S, Leccia N.C, Chevallier A, Myx A, Baldini E, et al. Elastofibroma of the Stomach. *Pathol. Res. Pract* 2003;199: 637-9

16. Karrakchou B, Yaikoubi J, Chairi M.S, Jalil A. Elastofibroma dorsi: case report and review of the literature. *Pan Afr Med J.* 2017; 28:34.

17. Nagano S, Yokouchi M, Setoyama T, Sasaki H, Shimada H, Kawamura I, et al. Elastofibroma dorsi: surgical indications and complications of a rare soft tissue tumor. *Mol Clin Oncol.* 2014;2:421-4.

18. Daigeler A, Vogt PM, Busch K, Pennekamp W, Weyhe D, Lehnhardt M, et al. Elastofibroma dorsi-differential diagnosis in chest wall tumours. *World J Surg Oncol.* 2007;5(1):15.

19. Kastner M, Salai M, Fichman S, Heller S, Dudkiewicz I. Elastofibroma at the scapular region. *Isr Med Assoc J IMAJ.* 2009;11(3):170-2.

20. Taşlı F, Vardar E, Argon A, Kabat T, Deniz S, Nart A, et al. Histochemical and immunohistochemical characteristics of elastofibromas. *Pol J Pathol.* 2014;65(2):120-4.

21. Cota C, Solivetti F, Kovacs D, Cristiani R, Amantea A. Elastofibroma dorsi: histologic and echographic considerations. *Int J Dermatol.* 2006;45:1100-3

22. Nagira K, Yamamoto T, Akisue T, Marui T, Hitora T, Yoshiya S, et al. Scrape and fine-needle aspiration cytology of elastofibroma. *Anticancer Res* 2002; 22:3561-7

23. Schafmayer C, Kahlke V, Leuschner I, Pai M, Tepel J. Elastofibroma dorsi as differential diagnosis in tumors of the thoracic wall. *Ann Thorac Surg.* 2006; 82(4):1501-4.

24. Onishi Y, Kitajima K, Senda M, Sakamoto S, Suzuki K, Maeda T, et al. FDG-PET/CT imaging of elastofibroma dorsi. *Skeletal Radiol.* 2011;40(7):849-53.

25. Tamimi Marino F, Sesma Solis P, Perez Lara A, Martinez Malo J, Vazquez ML, Tamimi F. Sensitivity and positive predictive value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of elastofibroma dorsi: review of fourteen cases. *J Shoulder Elb Surg.* 2013;22(1):57-63.

26. Lococo F, Cesario A, Mattei F, Petrone G, Vita LM, Petracca-Ciavarella L, et al. Elastofibroma dorsi: clinicopathological analysis of 71 cases. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;61(3):215-22.