

# Torakolomber Stabilizasyondan Sonra Gelişen Tekrarlayıcı Fibromatozis: Olgu Sunumu

Ayçiçek Dilber ÇEÇEN, Yasin KİBAR, Hikmet SÜSLÜ, Necati TATARLI, Tufan HİÇDÖNMEZ

*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Nöroşirürji Kliniği, İstanbul*

✓ Travma ve radyoterapi sonrası görülebilen fibromatozis, etiyojisinde genetik, endokrin, familial faktörler olduğu düşünülen iyi huylu mezenkimal kitleler olup, iyi huylu fibröz lezyonlar ile fibrosarkomlar arasında değişen biyolojik davranış gösterirler. Yirmi sekiz yaşında erkek hastada T10 vertebra kırığı nedeniyle yapılan posterior transpediküler stabilizasyon ve allogreft ile füzyon uygulanan hastada 22 ay sonra insizyon yerinde gelişen fibromatozis oluşumu bildirilmektedir. Bu olgu, travma sonrası uygulanan torakal stabilizasyon vida lokalizasyonunda gelişen ilk bildirilmiş fibromatozis olgusudur.

**Anahtar kelimeler:** Fibromatozis, insizyon yerinde şişlik, yumuşak doku kitlesi, posterior spinal stabilizasyon, nörofibromatozis

*J Nervous Sys Surgery 2010; 3(2):81-83*

## Recurrent Fibromatosis After Thoracolumbar Stabilization: Case Report

✓ Fibromatosis which might be seen after trauma and irradiation defines mesenchymal tumors which are thought to have genetic, endocrinological and familial etiological factors. They manifest biological behaviour patterns varying from benign fibrous lesions to fibrosarcoma. We report a case of a 28-year-old man with a history of motorcycle accident presenting with a T10 compression fracture who underwent posterior transpedicular stabilization and fusion with bone allograft. After 22 months, he presented with a solid paravertebral mass at the incision site. This case is the first to be found at the incision scar extending to the superior pedicular screw insertion point after thoracal fracture stabilization.

**Key words:** Fibromatosis, bulging at the operation site, soft-tissue tumor, spinal stabilization, NF I

*J Nervous Sys Surgery 2010; 3(2):81-83*

**M**uskuloaponevrotik fibromatozis, ilk olarak McFarlane tarafından 1832'de tanımlanmış, Muller tarafından 1838'de sert ve tendon benzeri içeriği nedeniyle bu tanıma desmoid terimi eklenmiştir<sup>(4,5)</sup>. Benign fibröz lezyonlar ile fibrosarkom arasında dağı-

lan ve değişen biyolojik davranış özellikleri gösteren mezenkimal tümörler olarak tanımlanırlar. Nüks sıklığı ve infiltrasyon özelliği benzer olup, metastaz yapmaması tipiktir. En sık abdomen duvarında görülür<sup>(1,4)</sup>. Yoğun matür fibroblastlardan oluşan kitle lokal büyüme gösterse de invazif karakterde metastaz yapmasa da destrüktif yapıdadır<sup>(2,4)</sup>. Fibromatozis'in cerrahi nedbe dokusunda ve implantlarla ilişkili olarak görülebildiği kaynaklarda bildirilmektedir<sup>(1,4)</sup>.

**Alındığı tarih:** 28.06.2010

**Kabul tarihi:** 04.05.2011

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Ayçiçek Dilber Çeçen, Feneryolu Cad. Hatboyu Sok. 151/c Blok Kat: 3 D: 9 Feneryolu 34724 İstanbul

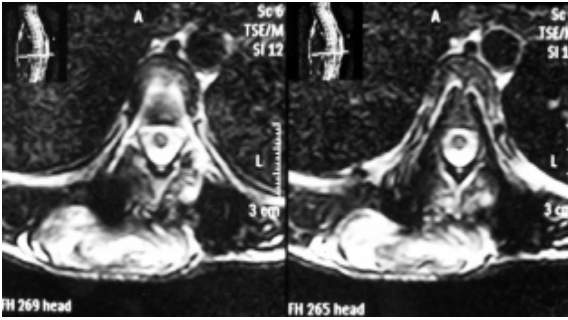
**e-posta:** aycicekcecen@yahoo.com



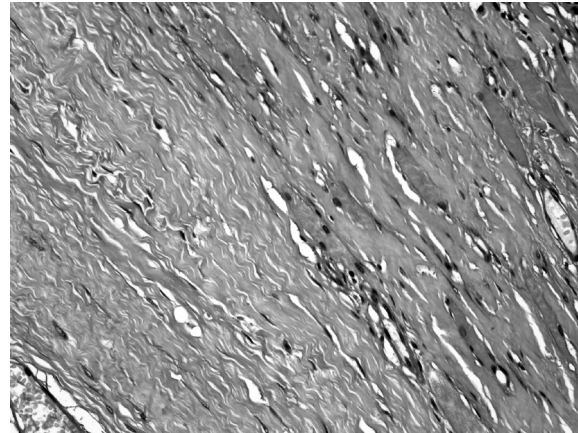
Resim 1. İnsizyon skarı altında görülen solid kitle.



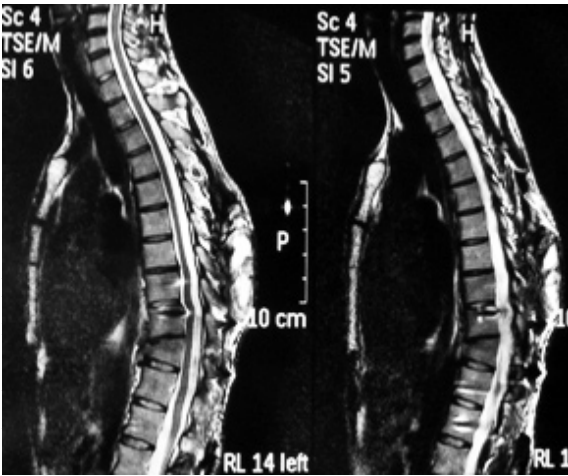
Resim 4. Per-operatif kitle rezeksiyonu.



Resim 2. Pre-operatif aksiyel MR.



Resim 5. Patolojik incelemede fokal miksoid ve hyalinize alanlar içeren stroma fibroblast hakimiyeti görülmekte.



Resim 3. Pre-operatif sagittal MR.

kitlenin büyüyerek 3 yıl sonunda dışardan görünür ve ağrılı hale geldiği öğrenildi. Kontrol Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) incelemelerde, T6-T9 seviyesi boyunca ortada ve sağda posterior paravertebral subkütan yerleşimli, paravertebral adale planını silen T1 ve T2 heterojen

hiperintens, kontrast tutulumu belirgin olmayan, 15x6x4 cm yer kaplayıcı lezyon görüntüledi. Cerrahi girişim sırasında, eski cilt insizyonunun altında paravertebral kasların içinden, üst seviye vida lokalizasyonundan (T8-T9) başlayarak, kranial ve kaudal yönlerde büyüme gösteren, kemik greflerinin üstünde iki lobüllü sert, lastik kıvamında kasa infiltrate, düzensiz ancak belirgin sınırlı sarı-kırmızı renkli kitle total olarak çıkarıldı. Patolojik incelemeler sonucu fibromatozis olarak değerlendirildi. Öyküsünde hastanın daha önceki yıllarda da değişik bölgelerinden ciltaltı sert dokuların çıkarıldığı, ancak patolojik inceleme yapılmadığı öğrenildi. Hastanın NF 1 yönünden incelemeleri bir özellik göstermedi. Hastada 14 ay sonra insizyonun en alt noktasında nüks olarak değerlendirilen bir şişlik görüldü.

## TARTIŞMA

Fibromatozis ya da desmoid tümör, muskuloaponevrotik dokuları tutan, ender görülen infiltratif bir lezyondur. Fibroblastların kollajen bir matriks içinde lokal dokuları infiltre eden ve doku yıkımı yapan benign bir proliferasyondur. Nedeni bilinmemekle birlikte, değişik faktörler (travmatik, endokrinolojik, ailesel) belirtilmiş ve Gardner sendromu ile ilişkilendirilmiştir.<sup>(3,4)</sup> Lezyonun cerrahi nedbe ve implantlarla ilişkisi kaynaklarda belirtilmiştir. Nedenler arasında sayılan hormonal faktörler gebelik sonrası abdominal duvarda desmoid tümör oluşumunu açıklamaktadır. Ancak, reaktif proliferatif süreci tetikleyen en önemli faktörün travma olduğu üzerinde durulmaktadır. Pignatti ve ark.<sup>(5)</sup> cerrahi travmayı % 19.4 hastada bu süreç ile ilişkilendirmiştir. Nöroşirürji kaynaklarında bildirilmiş az sayıda olgu mevcuttur. Referanslar, nedbe dokusunda zamanla büyüyen ağırlı kitlelerde ayırıcı tanıda MR görüntüleme paravertebral adale planını silen T1 ve T2 sekanslarda heterojen hiperintens, intravenöz kontrast madde sonrası belirgin kontrast tutulumu olmayan kitlelere dikkat çekilmiştir. Histopatolojik incelemede fokal miksoid ve hyalinize alanlar içeren stroma içinde hiperselüler fibroblastların hakim olması (düzgün sınırlı, küçük çekirdekli, soluk boyanan işçi hücreler) myofibromatozis ve juvenil hyalin fibromatozisten ayırmaktadır. İmmünohistokimyasal olarak Vimentin ve SMA ile pozitif boyanır.

Hastalığın doğal seyri tam olarak bilinmemekte olup, hacmi sabit kalan ve küçülenlerde klinik takip önerilmektedir. Agresif seyir ve nüks ile

seyreden olgularda, yarı-malign karakter ve lokal nükslerin sık görüldüğü bildirilmiştir<sup>(2,4)</sup>. Büyüyen kitlenin sınırları belirginse total rezeksiyonu önerilen tedavi seçeneğidir. Dalen ve ark.<sup>(1,4)</sup> 20 yıllık takipte lokal rekürrens oranlarını % 40 olarak bildirmiştir. Radyoterapi ve kemo-terapi nüks eden veya inoperabilite sınırlarında olan olgular için tedavi seçeneğidir. Yalnızca radyoterapi ile lokal kontrolün % 70 olduğu bildirilmiştir.

Olgumuzda, total rezeksiyona rağmen lokal nüks tespit edilmiş olup, hastaya ek tedavi verilmiştir. Hasta halen klinik takip altında bulunmaktadır.

Sonuç olarak, postoperatif spinal cerrahi sahasında paravertebral gelişen tumoral oluşumlarda fibromatozis akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Aaron AD, O'Mara JW, Legendre KE, Evans SR, Attinger CE, Montgomery EA. Chest wall fibromatosis associated with silicone breast implants. *Surg Oncol* 1996; 51:93-9.
2. Alman BA, Pajerski ME, Diaz-Cano S, Corboy K, Wolfe HJ. Aggressive fibromatosis (desmoid tumor) is a monoclonal disorder. *Diagn Mol Pathol* 1997;6:98-101.
3. Bridge JA, Seekantaiah C, Mouron B, Neff JR, Sandberg AA, Wolman SR. Clonal chromosomal abnormalities in desmoid tumors. Implications for histopathogenesis. *Cancer* 1992; 69:430-6.
4. Güzey FK, Emel E, Bas NS, Özkan N, Turgut H, Sel B. Aggressive postoperative lumbar fibromatosis after the placement of instrumentation of instrumentation for treatment of spondylolysis. *J Neurosurg: Spine* 2006; 4:339-41.
5. Pignatti G, Barbanti-Brodano G, Ferrari D, Gherlinzoni F, Bertoni F, Bacchini P, et al. Extraabdominal desmoid tumor. A study of 83 cases. *Clin Orthop Relat Res* 2000; 375:207-13.