

## Olgu Sunumu - Case Report

# Spondilit Alevlenmesi Düşündüren Bilateral Elastofibroma Dorsi: Olgu Sunumu

## Bilateral Elastofibroma Dorsi Mimicking Spondylitis Exacerbation: Case Report

Betül SEVİNÇ<sup>1</sup>, Feyza Ünlü ÖZKAN<sup>1</sup>, İlknur AKTAŞ<sup>1</sup>, Özge Gülsüm İLLEEZ<sup>1</sup>  
Işıl ÜSTÜN<sup>2</sup>, Esin Derin ÇİÇEK<sup>3</sup>

1. SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
2. SBÜ Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
3. SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

### ÖZET

Elastofibroma dorsi göğüs duvarının benign karakterde nadir görülen yumuşak doku tümürüdür. Genellikle 40-60 yaş arasında, kadınlarda daha sık olmak üzere posterior torasik duvar ile periskapular bölge arasında görülür. Çoğunlukla unilaterale olmakla birlikte, bilateral de görülebilir. Semptomatik hastalar hareket ile artan omuz ağrısı veya kronik sırt ağrısından şikayetçidir. Manyetik rezonans görüntüleme tamda en faydalı yöntemlerdendir. Semptomatik hastalarda cerrahi tedavide marginal rezeksiyon uygulanmaktadır. Elastofibroma dorsi omuz ve sırt ağrısı yakınması ile başvuran hastalarda ayırıcı tamda akıldan bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** elastofibroma dorsi, spondilit, omuz ağrısı

### ABSTRACT

Elastofibroma dorsi is an uncommon, benign, soft tissue tumor which develops in the space between the periscapular region and the posterior thoracic wall. It is usually found in the 40-60 age range, and mostly in women. Although it is usually unilateral in its manifestation, it may also be bilateral in some cases. Symptomatic patients typically complain from a shoulder pain which is aggravated by movement, or from chronic dorsal pain. Magnetic resonance imaging is one of the most useful diagnostic methods. In the surgical treatment of symptomatic cases, marginal resection is used. Elastofibroma dorsi should be taken into consideration in the differential diagnosis of cases with chronic shoulder and dorsal pain.

**Keywords:** back, elastofibroma dorsi, pain

### GİRİŞ

Elastofibroma dorsi (EFD) göğüs duvarında oldukça nadir görülen, fibröz dokunun elastin komponentinin proliferasyonu ile karakterize, yavaş büyüyen benign bir yumuşak doku tümürüdür. En sık infraskapular bölgede ve romboid major ile latissimus dorsi kasları arasına yerleşir. Genellikle tek taraflı iken, olguların %10'unda bilateraldir (1). Kadınlar erkeklere göre 4 kat daha fazla etkilenir ve vakalar çoğunlukla 50 yaş üstüdür (2).

#### İletişim Bilgileri:

**Sorumlu Yazar:** Betül SEVİNÇ

**Yazışma Adresi:** SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

**Tel:** +90 (535) 683 34 53

**E-Posta:** drbetulsevinc@yandex.com

**Makalenin Geliş Tarihi:** 02.08.2018

**Makalenin Kabul Tarihi:** 10.08.2018

### OLGU

On yıldır psöriatik artrit tanısıyla takip edilen, son 5 yıldır anti-TNF (biyolojik tedavi) kullanan 57 yaşındaki kadın hasta son aylarda artan şiddetli sırt ağrısı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede torakal bölgede palpasyonla spinöz proçes hassasiyeti ve miyofasyal ağrı sendromuna neden olacak tetik nokta saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanları, karaciğer, böbrek fonksiyon testleri ve 25(OH) D vitamin düzeyi normal sınırdıydı. AP ve lateral dorsal direk grafilerde eski grafilere kıyasla belirgin değişiklik gözlenmedi, kemik mineral yoğunluğu ölçümü normal sınırlarda bulundu. Dorsal spinal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) intervertebral disklerde dejeneratif değişiklikler dışında özellik yoktu. Medikal ve fizik tedaviye yanıt vermeyen hastanın kontrol muayenesinde sol skapula altında palpasyonla kitle saptanması üzerine yüzeysel doku ultrasonografisi (USG) yapıldı. USG'de sol skapula lateralinde 5x2 cm boyutunda, heterojen eko yapısında solid görünümde yumuşak doku kitle saptandı. Torakal MRG'de bilateral göğüs duvarı posterolateralinde serratus anterior kası ile kostalar arasında yerleşim gösteren, solda 12x50x58 mm, sağda 9x44x45 mm boyutlarında, kaslar ile yakın intensitede ve nispeten daha heterojen yapıda, silik sınırlı kitlesel oluşumlar izlendi; lezyonlar öncelikle EFD ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 1-a, b). Dış merkezde sol taraftaki lezyona göğüs cerrahisi tarafından eksizyon uygulandı. Patoloji sonucu EFD ile uyumlu gelen hastada cerrahi sonrasında şikayetlerinde azalma tespit edildi.

### TARTIŞMA

EFD benign karakterde ve yavaş büyüyen nadir bir konnektif doku tümürüdür. Sıklıkla skapulunun inferior kenarı ile göğüs duvarı arasında görülür. Semptomatik olanlar genellikle 6, 7 ve 8. kostalar komşuluğunda latissimus dorsi, rhomboid kaslar, serratus anterior kası arasına yerleşmektedir. EFD'nin etyolojisi bilinmemekle birlikte hastalık omuz ve üst ekstremiteler ile yüksek fiziksel aktivitede bulunanlarda daha sık görülmektedir (3, 4). Olgumuz 57 yaşında ev hanımıydı ve rutin ev işleri dışında kollarını kullandığı özel bir işi veya hobisi yoktu. Patogeneizde tekrarlayıcı mikrotravmaların skapula ve toraks duvarı arasındaki sürtünmeye bağlı bölgedeki fibroelastik dokuda reaktif hiperprolifereasyona veya kollajende elastik dejenerasyona neden olduğu düşünülmektedir (2, 5). Yapılan çalışmalarda 1p, 13p, 19p, 22p kromozomlarında sekans

kayıplarının tespit edilmesi hastalığın tümör olduğu düşüncesini kuvvetlendirmiştir (5, 6). Hastaların %30'unda aile öyküsü olması genetik geçişi düşündürmektedir (7). Genellikle unilateral görülen EFD, %10 olguda bilateraldir (8). Olgumuzda da MRG'de bilateral EFD saptandı. Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 4 kat daha sık ve ortalama 60 yaş civarı görülür (2). En sık görülen semptomlar omuz/sırt ağrısı, skapular kanatlaşma, abduksiyon ve adduksiyon sırasında gelen klik sesi ve skapula etrafındaki şişliktir (9, 10). Benzer semptomlar nedeniyle EFD, omuz patolojileri ile karışabilir. Derin yerleşimli olan EFD'nin boyutu belli bir büyüklüğe gelmeden fizik muayene ile tespiti zordur. Olgumuzda fizik muayene ile sol skapula altında palpasyonla kitle saptanırken, sol periskapular bölgede fizik muayenede patoloji saptanmadı, ancak MRG ile EFD'nin bilateral olduğu tespit edildi. Küçük lezyonlar farklı ön tanımlar nedeniyle istenen MRG ve BT incelemelerinde insidental olarak görülebilir. BT, MRG veya USG'de yağlı arka plan üzerinde kollajen/elastik liflerin varlığı EFD için karakteristiktir (11).

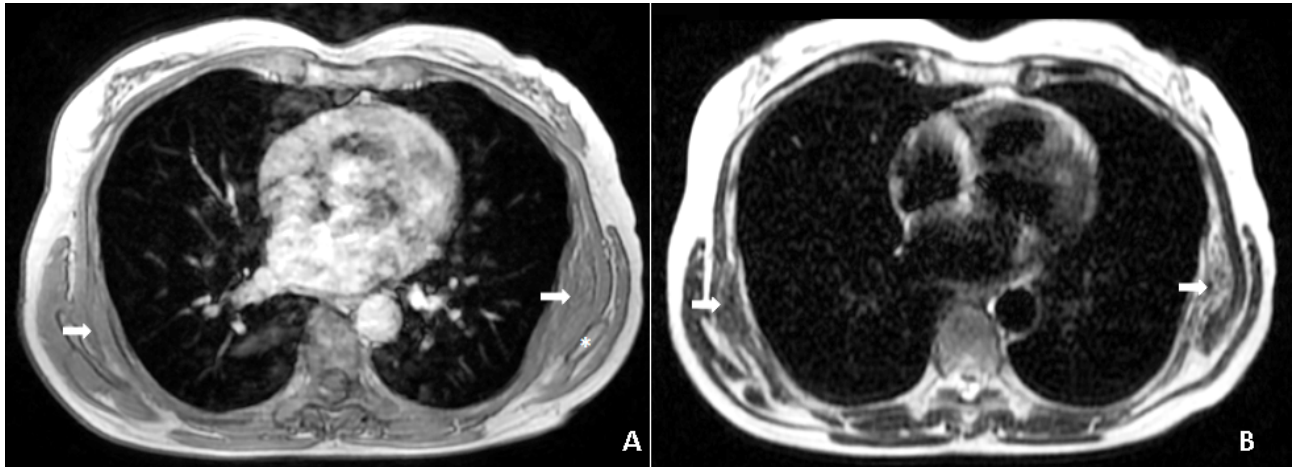
MRG'de fibröz doku T1 ve T2 sekanslarında düşük sinyal, yağlı doku T1 sekansında yüksek sinyal intensitesi gösterir. Olgumuzun MRG incelemesinde lezyon yağlı komponenti belirgin olmayıp sınırları da klasik EFD görünümünden farklı olarak nispeten düzensizdi, ancak tipik lokalizasyonu ve MRG görüntüsüyle EFD düşünülerek cerrahi sonrasında patoloji raporu ile de tanımımız doğrulandı. Lezyonun tipik lokalizasyonu, uzun dönem semptomlar ve MRG'deki EFD'ye ait klasik bulgular büyük oranda tanı için yeterli olmaktadır, bu nedenle biyopsiye genellikle ihtiyaç duyulmaz. Lokal rekürrens nadir olup, malign transformasyon rapor edilmemiştir. EFD basit eksizyonla tedavi edilir ancak asemptomatik ve 5 cm'den küçük lezyonlarda benign oluşu nedeniyle cerrahi önerilmemektedir. 5 cm üzerinde lezyonu olan semptomatik hastalarda tedavi cerrahi eksizyondur (2, 12). Tanıyı patoloji sonucu ile desteklemek için tüm hastaların rezeke edilmesini öneren görüşler mevcut olsa da genel yaklaşım yukarıda belirtildiği gibidir (13). Olgumuzda da semptomatik olan sol taraftaki EFD cerrahi olarak çıkarılarak, sağ taraftaki EFD için girişim uygulanmadı. Marjinal rezeksiyon sonrası ağrı başta olmak üzere semptomlarda azalma ve fonksiyonellikte artma görüldü.

En sık görülen komplikasyonlar hematoma ve seromadır. Rezeke edilen tümörün büyüklüğü hematoma olasılığı ile doğru orantılı bulunmuştur (13). Literatürde bildirilen rekürrens oranları düşüktür (%0.06-4.5), nüks gözlenen semptomatik hastalara cerrahi eksizyon önerilmektedir (3, 14).

Sonuç olarak EFD, kronik sırt ağrısı veya tedaviye dirençli omuz ve sırt ağrısı olan vakalarda göz önünde bulundurulması gereken nadir benign bir yumuşak doku tümörüdür ve ilgili bölgenin MRG incelemesi büyük oranda tanı koydurucudur.

## KAYNAKLAR

1. Bricolli A, Casadei R, Di RM, Favale L, Bacchini P, Bertoni F. Elastofibroma Dorsi. *Surg Today* 2000;30:147-52.
2. Go PH, Meadows DC, Deleon EM, Chamberlain RS. Elastofibroma dorsi: a soft tissue masquerade. *Int J Shoulder Surg* 2010;4:97-101.
3. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. *Cancer* 1982;50(9):1794-805.
4. Jarvi OH, Lansimies PH. Subclinical elastofibromas in the scapular region in an autopsy series. *Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica* 1975;83(1):87-109.
5. Giebel GD, Bierhoff E, Vogel J. Elastofibroma and pre-elastofibroma - a biopsy and autopsy study. *European Journal of Surgical Oncology* 1996;22(1):93-6.
6. Hernandez JL, Rodriguez-parets JO, Valero JM. High resolution genome-wide analysis of chromosomal in elastofibroma. *Virchows Arch* 2010;456:681-7.
7. Kumaratilake JS, Krishnan R, Lomax-Smith J, Cleary EG. Elastofibroma: disturbed elastic fibrillogenesis by periosteal derived cells? An immunoelectron microscopic and in situ hybridization study. *Hum pathol.* 1991;22:421-4.
8. Coskun A, Yıldırım M. Bilateral Elastofibroma Dorsi. *Ann Thorac Surg* 2011;92:2242-5.
9. Nishio J, Isayama T, Iwasaki H. Elastofibroma dorsi: diagnostic and therapeutic algorithm. *J Shoulder Surg* 2012;21:77-81.
10. Muratori F, Esposito M, Rosa. Elastofibroma dorsi: 8 case reports and a literature review. *J Orthop Traumatol* 2008;9:33-9.
11. Vastamaki M. Elastofibroma Scapulae. *Clin Orthop Relat Res* 2001;404-11.
12. Kloth JK, Egermann M, Weber MA. Symptomatic bilateral soft tissue tumor of the breast Wall. *Radiologe* 2011;51:388-91.
13. Nagano S, Yokuchi M, Setoyama T. Elastofibroma dorsi: surgical indications and complications of a rare soft tissue tumor. *Mol Clin Oncol.* 2014;2:421-4.
14. Lococo F, Cesario A, Mattei F. Elastofibroma dorsi: clinicopathological analysis of 71 cases. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;61(3):215-22.



Şekil 1. Aksiyel MR kesitlerinde (a) T1 ağırlıklı ve (b) SSFSE (single shot fast spin echo) sekanslarda bilateral serratus anterior kası ile kostalar arasında izlenen, kaslar ile yakın intensitede siliik sınırlı kitlesel oluşumlar.