

# Göğüs Ön Duvarında Yerleşen Bir Nüks Kondroma

Erdal OKUR (\*), Hacer KUZU OKUR (\*\*), Altan KIR (\*), Ali ATASALİHİ (\*)

## SUMMARY

### A Recurrent Chondroma Located in Anterior Chest Wall

A case of recurrent anterior chest wall tumor who had previous operation for same lesion 12 years ago with pathologic diagnosis of chondroma, has been reported. Wide en-bloc excision of tumor together with lower sternum, ksifoid and costal kartilages with a safety margin of 4 cm was performed. Chest wall defect which is about 14x20 cm was repaired with polytetraflouroethylene (PTFE) greft. No complication was seen postoperatively. Pathological result was benign chondroma.

Radical wide excision is necessary for all primary chest wall tumors in order to reach absolute microscopic diagnosis, prevent recurrences and to provide best chance for cure. Chest wall stabilization with various kind of greft is possible.

**Key words:** Recurrent chest wall tumor, chest wall reconstruction

**Anahtar kelimeler:** Nüks göğüs duvarı tümörü, göğüs duvarı rekonstrüksiyonu

## OLGU

45 yaşında bayan hasta, 3 yıl önce fark edilen, zamanla büyüyen ve hafif ağrılı olan, göğüs ön duvarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 12 yıl önce göğüs ön duvarında sol meme medialinde sert kitle nedeniyle opere olduğu ve kitlenin eksize edildiği, postoperatif herhangi bir tedavi önerilmediği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde; göğüs ön duvarında sternum alt kısmında ve ksifoid üzerinde yerleşen yaklaşık 8 cm çaplı, dışa protrüze olmuş, lobüle kontürlü, sert, fikse kitle görüldü. Ayrıca, kitle üzerinden başlayıp sola arkus kostarum üzerinde uzanan diagonal 10 cm'lik eski insizyon skarı mevcuttu.

Hastane kayıtlarından hastanın ilk operasyon patolojisinin kondrom olarak rapor edildiği öğrenildi. Hastanın rutin incelemelerinde başka patoloji yoktu. Yapılan toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde (Resim 1); sternum alt kısmı, ksifoid ve bilateral 4, 5, 6 ve 7. kostal kartilajlar üzerine oturan, sternum altında mediastinal yapılara bası yapan, lobüle kontürlü, kapsüllü, benign görünümlü kitle görüldü.

Hasta bu bulgularla, nüks göğüs duvarı tümörü tanısı ile operasyona alındı. Kitle üzerinden transvers insizyon ile cilt, cilt-altı geçildikten sonra kitle, kapsülüne yapışan pektoral kaslar ve rektus abdominis kaslarından sıyrıldı. Mediastinal yapılarla olan yapışıklıkları serbestleştirildi. Bilateral 4 cm güvenlik sınırı bırakılarak kostal kartilajlardan rezektü edilerek ayrıldı. Luis açısının 4 cm altından transvers sternal osteotomi yapılarak kitle en-blok olarak çıkarıldı (Resim 2). Göğüs ön duvarında oluşan yaklaşık 14x20 cm'lik defekt PTFE greft ile onarılarak katlar kapatıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 7. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu benign kondrom olarak rapor edildi.

## TARTIŞMA

Göğüs duvarı tümörleri tüm vücutta bulunan tümörlerin yaklaşık % 2'sini oluşturur ve iskelet dokudan veya yumuşak dokudan kaynaklanabilir. İskelet dokudan kaynaklanan tümörler daha nadir görülür<sup>(1)</sup> ve yaklaşık % 50'si benign karakterdedir<sup>(2,3)</sup>. Sternumdan kaynaklanan tümörler sıklıkla malign iken, kosta ve kartilaj kaynaklı olanlar daha yüksek oranda benigndir<sup>(4)</sup>.

Kondromlar, tüm göğüs duvarı benign tümörlerinin % 15'ini oluşturur ve genelde ön göğüs duvarı kostal kartilajlardan kaynaklanırlar<sup>(1)</sup>. Yavaş büyüyen sert, fikse, hafif hassas veya ağrısız kitlelerdir<sup>(5)</sup>. Radyolojik kriterlere dayanılarak benign, malign ayırımı yapmak güçtür. Kortikal destrüksiyon ve yumuşak dokunun invaze olması malignite lehinedir<sup>(2)</sup>. Malignite ayırımı tam yapılamadığından geniş eksizyon önerilmektedir<sup>(1,3,5)</sup>. Tümör benign karakterde olsa bile geniş eksizyon yapılmadığı zaman nüks mümkündür<sup>(1,6)</sup>. Benign kondromlar malign dejenerasyon gösterip kondrosarkoma dönüşebilir<sup>(5)</sup>. Shih ve ark. tümör boyutu ve histolojik evre ile malignite potansiyeli arasında ilişkiye dikkat çekmişlerdir<sup>(7)</sup>.

Bazı yazarlar, göğüs duvarı tümörlerinde sınırlı eksiz-

yonel biyopsi önermekte iseler de <sup>(8)</sup>, daha yaygın görtüş tüm göğüs duvarı tümörlerinin malign potansiyelinin var olduğunu kabul edip, güvenlik sınırı bırakılarak (4 cm) radikal olarak rezeke edilmesidir <sup>(2-5)</sup>. Malign olmayan bir tümörün geniş eksizyonu, göğüs duvarında büyük bir defektin olması nedeniyle, çok radikal bir girişim gibi düşünülebilir, fakat birçok farklı greftler yardımıyla göğüs duvarı stabilitesi kolaylıkla sağlanabilir.

Metil metakrilat mersilen kombinasyonu sert ve şekil verilebilen greftler kullanılabileceği gibi <sup>(9,10)</sup>, prolen mesh veya PTFE yama gibi greftler ile de başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir <sup>(11,12)</sup>. Bizim olgumuzda kullanılan PTFE greft ile mükemmel göğüs duvarı stabilitesi sağlandı ve grefte bağlı komplikasyon görülmedi.

Kemoterapinin kartilaj kaynaklı bu tümörlerin tedavisinde yeri yoktur. Radyoterapi, eksize edilemeyen tümörlerde veya cerrahi sınır pozitif olan olgularda denebilir. Kartilaj kaynaklı göğüs duvarı tümörlerinde, benign veya malign olsun, geniş cerrahi rezeksiyon hem kesin doku tanısına ulaşmak, hem nüksü önlemek, hem de en etkili tedavi için gereklidir.

## KAYNAKLAR

1. **Shields TW:** General Thoracic Surgery. Fifth edition. Vol 1:591-2; 2000 by Lippincot Williams&Wilkins.
2. **Sabanathan S, Salama FD, Morgan WE, et al:** Primary chest wall tumors. Ann Thorac Surg 39(1):4-15, 1985.
3. **Eng J, Sabanathan J, Pradhan GN, et al:** Primary bony chest wall tumors. J R Coll Surg Edinb 35(1):44-7, 1990.
4. **Stelzer P, Gay WA:** Tumors of the chest wall. Surg Clin Orth Am 60(4):779-91, 1980.
5. **Somers J, Faber LP:** Chondroma and chondrosarcoma. Semin Thorac Cardiovasc Surg 11(3):270-7, 1999.
6. **Pairolero PC, Arnold PG:** Thoracic wall tumors:experience with 100 consecutive patients. J Thorac Cardiovasc Surg 90:367, 1985.
7. **Shih CS, Wang LS, Yang SS, et al:** DNA flow cytometric analysis of chest-wall chondroma and chondrosarcoma. Scand Thorac Cardiovasc Surg 30(3-4):157-61, 1996.
8. **Cavanaugh DG, Cabellon S, Peake JB:** A logical approach to chest wall neoplasms. Ann Thorac Surg 41(4):436-7, 1986.
9. **McCormack PM:** The use of prosthetic materials in chest wall reconstruction:assets and liabilities.Surg Clin North Am 69:965-76, 1989.
10. **McCormack PM, Bains MS, Beattie EJ, et al:** New trends in skeletal reconstruction after resection of chest wall tumors. Ann Thorac Surg 31:45-52, 1981.
11. **Arnold PG, Pairolero PC:** Chest wall reconstruction:an account of 500 consecutive patients. Plast Reconstr Surg 98:804-10, 1996.
12. **Shields TW:** General Thoracic Surgery. Fifth Edition. Volume 1:601, 2000 by Lippincot Williams&Wilkins.