

Bir Sırt Ağrısı Sebebi Olarak Elastofibroma Dorsi: Olgu Sunumu

Bahadır Elitez¹, Ayhan Aşkın¹, Fethi İnaç¹, Ümit Seçil Demirdal¹, Ece Güvendi¹

ÖZET:

Bir sırt ağrısı sebebi olarak elastofibroma dorsi: Olgu sunumu

Amaç: Elastofibroma dorsi (EFD) nadir görülen iyi huylu bir psödötümördür. Tipik olarak subskapular bölgede lokalizedir. Genellikle asemptomatik olduğu halde, subskapular bölgede şişkinlik, sırt ağrısı ve omuz hareketiyle meydana gelen ses semptomlarıyla da başlayabilir. Bu olgu sunumunda bilateral elastofibroma dorsi tanısı olan bir kadın hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 69 yaşında kadın hasta polikliniğimize sırt ağrısı ile başvurdu. Şikayetleri 15 ay önce başlamıştı. Yapılan bilgisayarlı tomografi tetkiki sonrası bilateral subskapular bölgede sınırları net olmayan kitle tespit edildi. Bu kitleler EFD ile uyumlu bulundu. Hasta cerrahi operasyona rıza göstermediği için konservatif tedavi uygulandı.

Sonuç: Klinik pratikte tanı dikkatli bir fizik muayene ile konulabilir ve hastaların şikayetleri medikal tedavi veya fizik tedavi modaliteleri ile tedavi edilebilir.

Anahtar kelimeler: Sırt ağrısı, elastofibroma, fizyoterapi

ABSTRACT:

Elastofibroma dorsi as a cause of back pain: a case report

Objective: Elastofibroma dorsi (EFD) is a rare benign pseudotumor characteristically located at subscapular region. Although it is usually asymptomatic, it can present with swelling in the subscapular region, back pain and clicking with shoulder motion. In this case report we aimed to present a female patient with the diagnosis of bilateral elastofibroma dorsi.

Case Report: A 69-year-old woman consulted to our outpatient setting with back pain. Her complaints started 15 months ago. A computerized tomography scan was performed and bilateral ill-defined masses were detected in subscapular region. These masses were found consistent with EFD. The patient did not consent surgical excision. Therefore she was treated conservatively.

Conclusion: In clinical practice, a diagnosis can be made through careful examination and patients can be treated medically or by the means of physiotherapy modalities.

Keywords: Back pain, elastofibroma, physiotherapy

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2017;51(2):165-8



¹Katip Celebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Ayhan Aşkın, Katip Celebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir - Türkiye

Telefon / Phone: +90-232-244-4444/1637

E-posta / E-mail: ayhanaskin@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 25 Kasım 2016 / November 25, 2016

Kabul tarihi / Date of acceptance: 2 Şubat 2017 / February 2, 2017

GİRİŞ

Elastofibroma dorsi (EFD) tipik olarak subskapular bölgeye lokalize iyi huylu yumuşak doku tümördür. Etiyolojisi tam olarak açıklanamasa da skapulunun göğüs duvarına mekanik sürtünmesi ve genetik anomaliler muhtemel sebepler olarak düşünülmüştür (1,2). EFD genellikle kadın popülasyonu etkileyen nadir bir tümördür ve prevalansı

yaşlılarda yüksektir (3). Genellikle asemptomatiktir ve diğer durumlar için uygulanan görüntüleme teknikleriyle insidental olarak saptanır. Fakat, EFD aynı zamanda şişlik, sırt ağrısı ve omuz hareketleri ile meydana gelen sürtünme sesi ile de prezente olabilir. EFD tanısı radyolojik görüntüleme veya histolojik çalışmalarla koyulabilir. Bu çalışmada bilateral EFD tanısı alan bir kadın hasta olgusunu sunacağız.

OLGU SUNUMU

69 yaşında kadın hasta polikliniğimize sırt ağrısı ile başvurdu. Şikayetleri yaklaşık 15 ay önce başlamış. Hasta ağrısını sırt bölgesine ve iki skapula arasına lokalize ediyordu ve künt ve sınırları belirsiz olarak tarif ediyordu. Ağrı gövde ve omuz hareketleri ile artıyormuş. Ağrı Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildiğinde hasta tarafından 10 üzerinden 6 olarak skorlandı. Yakın zamanda meydana gelen travma öyküsü yoktu. Ağrının nöropatik veya inflamatuvar olduğunu düşündürecek özellikleri yoktu. Hastanın kronik hastalık öyküsü yoktu.

Fizik muayenede bilateral subskapular bölgede palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Spinöz çıkıntılar üzerinde hassasiyet yoktu. Sırtta kitle palpe edilemedi ve başka bir lezyon görülemedi. Hastadan omuz hareketleri yapması istediğinde ağrısı ortaya çıktı. Bunun dışında omuz ve gövde eklem hareket açıklığı (EHA) muayenesinde başka bir patolojik bulgu saptanmadı.

Posteroanterior göğüs, anteroposterior ve lateral torasik vertebra direkt grafileri çekildi. Bu tetkiklerde torasik vertebralarda osteodejeneratif değişiklikler görüldü ve vertebra gövdelerinde muhtemel yükseklik kayıplarından şüphelenildi. Daha sonra ağrılı bölge çevresindeki doku yapılarının ileri incelenmesi ve vertebra gövdelerindeki yükseklik kayıplarının doğrulanması için toraks bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapıldı. BT'de subskapular bölgede bilateral sınırları belirsiz sağda 6x3 cm ve solda 5x2 cm büyüklüğünde kitleler saptandı (Resim-1). Bu kitleler elastofibroma dorsi ile uyumlu bulundu.

Hasta EFD konusunda bilgilendirildi ve ilgili tedavi prosedürleri hastaya açıklandı. Hasta cerrahi operasyon istemediği için konservatif tedavi yaklaşımı planlandı. Hastaya 10 gün boyunca 20 dakika 100 Hz konvansiyonel transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) terapisi uygulandı. Ek olarak hastaya nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAID), omuz ve gövde bölgesine yönelik aktif EHA, germe ve güçlendirme egzersizleri reçete edildi.

Hasta tedavi süreci sonrasında tekrar değerlendirildi ve ağrının tedaviye yanıt verdiği ve gerilediği öğrenildi. Hasta ağrı düzeyini VAS ile 10 üzerinden 2 olarak skorladı. Sonrasında hasta klinik takibe alındı.



Resim-1: Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesi: Elastofibroma dorsi olarak tanımlanan bilateral kitleler izlenmektedir.

TARTIŞMA

Elastofibroma dorsi genellikle subskapular bölgede latissimus dorsi ve serratus anterior kas grupları arasına lokalize sık görülmeyen, iyi huylu bir yumuşak doku tümörüdür. Adlandırması stromasındaki düzensiz elastin liflerinden köken alır (1). Bugüne kadar biri mekanik diğeri genetik olan iki majör etiyolojik faktör öne sürülmüştür. İlk olarak, omuz hareketlerini içeren devamlı fiziksel aktivitenin neden olduğu skapulanın kostalara sürtünmesi altta yatan neden olarak ileri sürülmüştür (1-3). İkinci olarak, EFD vakalarında genetik anomalileri araştıran bir çalışmada, temel olarak kromozom Xq12-q22 ve 19 bölgelerinde olmak üzere DNA kopya sayısı değişiklikleri tümör dokusunda gözlenmiştir (2). 1751 hastanın 18-fludeoksiglukoz (FDG) – pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) ile tarandığı ve EFD'nin insidental olarak tespit edilmesini inceleyen bir çalışmada prevalansı %1.66 olarak bulunmuştur (4). Kadınlar EFD'ye daha yatkındır ve genellikle yaşlı insanlarda meydana gelir (3).

Elastofibroma dorsi hastaları genellikle asemptomatiktir. Semptom varsa, hastalar subskapular böl-

gede şişlik, ağrı, omuz hareketleri ile meydana gelen sürtünme sesi ve omuz tutukluğundan şikayet ederler. Fizik muayenede tümör skapulanın alt ucu çevresinde palpe edilebilir (1,5). Hasta kolunu anterior fleksiyona getirdiğinde palpasyon daha isabetli olarak yapılabilir. EFD çoğunlukla tipik subskapular bölge lokalizasyonunda olsa da, başka bölgelerde de meydana geldiği rapor edilmiştir (5). Bizim olgumuzda subskapular bölgede kitle palpe edilemese de, omuz hareketi ile olan ağrı gibi diğer semptom ve bulgular mevcuttu.

Ultrasonografi (USG), BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve PET/BT tanısal olarak değerli yöntemlerdir ve EFD bu modalitelerin hepsinde iyi tanımlanmış görüntüleme özelliklerine sahiptir (6). USG, tümörü tipik subskapular lokalizasyonunda genellikle homojen olmayan fasiküle kitle olarak tespit eder. BT ile komşu kas dokularına göre izodens özellikte, hipodens yağ şeritleri içeren, homojen olmayan fasiküle kitle şeklinde görülür. Benzer olarak, MRG'de T1 ve T2 sekanslarda yağ şeritleri fibroelastik dokunun izointens yüzeyinde hiperintens olarak görülür (7). USG, tümörün karakteristik fasiküle görüntüsünü gösteren invaziv ve pahalı olmayan bir yöntemdir. BT ve MRG diagnostik olmayan USG, kötü huylu tümör şüphesi ve çevre kemik ve yumuşak dokuların değerlendirilmesi durumlarına saklanabilir. Bizim hastamızda, BT incelemesi hastanın yaşı ileri olduğu için dejeneratif ve osteoporotik kemik değişikliklerinin incelenmesi amacıyla USG tetkikinden önce yapılmıştır. Tümör başarılı bir şekilde saptandığı için ileri incelemeye gerek görülmemiştir.

Tanı biyopsi ve doku örneğinin histolojik incelemesi ile de doğrulanabilir. Mikroskop altında uzamış ve yuvarlak şekilli elastin lifleri, kollajen lifleri, yağ dokusu ve fibroblastlar görülebilir (5,8). Preoperatif

biyopsi sadece BT veya MRG kötü huylu tümörü işaret ediyorsa yapılmalıdır. Aksi takdirde, EFD'nin malign transformasyonu rapor edilmemiştir ve preoperatif histolojik inceleme gerekli değildir (8). Bizim vakamızda hastaya cerrahi işlem uygulanmadığı için histolojik tanı mevcut değildir.

Omuz ve sırt ağrısı ile prezente olan başka birçok durum vardır. Bunlara örnek olarak torasik vertebral spondilozis, osteoporozis, travma, intervertebral disk hernileri, miyofasiyal ağrı sendromu, fibromiyalji, romatolojik hastalıklar ve enfeksiyöz hastalıklar verilebilir. Diğer tarafta, subskapular bölgede meydana gelebilen diğer tümörler arasında lipom, desmoid tümör, yumuşak doku sarkomları ve metastazlar sayılabilir. Bu tümörler EFD'den radyolojik görüntüleme yöntemleri ile ayrılabilir çünkü MRG veya BT'de EFD'nin karakteristik fasiküle paternini göstermezler.

Elastofibroma dorsinin tedavisi tümörün cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Literatürde cerrahi kararı veya zamanlamasına dair bir fikir birliği yoktur. Fakat bazı cerrahi merkezlerinin öne sürdüğü tedavi algoritmaları mevcuttur. Bunlara göre, hasta semptomatikse, tümör 5 cm'den büyükse, malignite ile uyumlu radyolojik bulgu mevcutsa, cerrahi operasyon seçilmesi gereken tedavi yöntemidir (8). Diğer taraftan, hasta asemptomatikse konservatif yaklaşım seçilebilir ve tümör klinik olarak izlenebilir. Radyoterapi cerrahi için yüksek riskli hastalarda kullanılabilir.

Elastofibroma dorsi sırt ağrısının nadir bir sebebidir ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniklerinde sık görülen bir olgu değildir. Subskapular bölgede bir kitle palpe edildiğinde EFD ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu yüzden dikkatli bir fizik muayene tanıda önemlidir.

Çıkar çatışması: Mevcut değildir.

KAYNAKLAR

1. Parratt MT, Donaldson JR, Flanagan AM, Saifuddin A, Pollock RC, Skinner JA, et al. Elastofibroma dorsi: management, outcome and review of the literature. *J Bone Joint Surg Br* 2010; 92: 262-6. [CrossRef]
2. Nishio JN, Iwasaki H, Ohjimi Y, Ishiguro M, Koga T, Isayama T, et al. Gain of Xq detected by comparative genomic hybridization in elastofibroma. *Int J Mol Med* 2002; 10: 277-80. [CrossRef]
3. Freixinet J, Rodríguez P, Hussein M, Sanromán B, Herrero J, Gil R. Elastofibroma of the thoracic wall. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2008; 7: 626-8. [CrossRef]
4. Blumenkrantz Y, Bruno GL, González CJ, Namías M, Osorio AR, Parma P. Characterization of Elastofibroma Dorsi with (18)FDG PET/CT: a retrospective study. *Rev Esp Med Nucl* 2011; 30: 342-5. [CrossRef]

5. Abat F, Álvarez C, Trullols L, Peiró A, Bagué S, Gracia I. Elastofibroma dorsi: a 7-year follow-up of 37 cases and a review of the literature. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2012; 56: 295-9. **[CrossRef]**
6. Battaglia M, Vanel D, Pollastri P, Balladelli A, Alberghini M, Staals EL, et al. Imaging patterns in elastofibroma dorsi. *Eur J Radiol* 2009; 72: 16-21. **[CrossRef]**
7. Tamimi MI, Sesma SP, Pérez LA, Martinez MJ, 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 Elbow Surg* 2013; 22: 57-63. **[CrossRef]**
8. 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: 215-22. **[CrossRef]**