

# Farklı Bir Yaklaşım-Nadir Bir Olgu: Aorto-Koroner Baypasla Eş Zamanlı Median Sternotomi Yaklaşımıyla Akciğer Rezektif Cerrahisi (Primer Pulmoner Sinovyal Sarkom Olgusu Nedeniyle)

## A Different Approach: Rare Case of Primary Pulmonary Synovial Sarcoma and Coronary Artery Disease Sequentially Treated with Aorto-Coronary By-pass and Lung Resection Through Median Sternotomy

Pınar YARAN,<sup>a</sup>  
Ülkü YAZICI,<sup>b</sup>  
A. İrfan TAŞTEPE,<sup>c</sup>  
Oğuz TAŞDEMİR<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Göğüs Cerrahisi Kliniği,  
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve  
Damar Cerrahisi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

<sup>b</sup>Göğüs Cerrahisi Kliniği,  
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve  
Göğüs Cerrahisi Merkezi,

<sup>c</sup>Göğüs Cerrahisi AD,  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
<sup>d</sup>Kalp Damar Cerrahisi Kliniği,  
Akay Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 25.02.2011  
Kabul Tarihi/Accepted: 24.05.2011

*Bu olgu sunumu, 14. Türk Toraks Derneği  
Kongresi (13-17 Nisan 2011, Antalya)'nde  
bildiri olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Pınar YARAN  
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve  
Damar Cerrahisi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
piyaren@gmail.com

**ÖZET** Yetmiş yaşında kadın hasta, sol göğüs ve sol kol ağrısı nedeniyle başvurduğu merkezde çekilen akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografide sağ üst lob yerleşimli lezyon tespit edilmesi üzerine Eylül 2007 tarihinde Ankara Akay Hastanesi'ne başvurdu. Yapılan preoperatif değerlendirmede koroner arter hastalığı da tespit edilmesi üzerine kalp cerrahisi ile eş zamanlı operasyon planlandı. Median sternotomi yaklaşımı ile önce atan kalpte ikili baypas ameliyatı yapıldı, sonrasında sağ plevra açıldı ve lezyondan gönderilen frozen section inceleme sonucunun malignite ile uyumlu olarak bildirilmesi üzerine yine aynı kesi ile sağ üst lobektomi ve lenf nodu örnekleme yapıldı. Postoperatif patoloji bifazik sinovyal sarkom ile uyumluydu. Primer akciğer sarkomları malign akciğer tümörlerinin %0,1'ini oluşturur. Pulmoner sinovyal sarkomlar mezenkimal hücre kaynaklıdır ve tedavisinde komplet rezeksiyon esastır. Prognozu kötü olup 5 yıllık sağkalım %50 civarında bildirilmiştir. Biz de nadir görülen olguyu farklı cerrahi yaklaşımı ile sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoma, sinovyal; akciğer tümörleri; koroner arter baypas

**ABSTRACT** A 70-year-old female patient presented to the Ankara Akay Hospital in September 2007. She has been complaining chest pain which radiated left arm for two years, chest computed tomography taken revealed a tumoral lesion in the right upper lobe. Joint operation with the cardiovascular surgeons was performed after coronary arterial disease was noted during the preoperative workup. Two coronary arteries bypassed through median sternotomy incision on beating heart, and frozen section of lung lesion was revealed malignancy and right upper lobectomy and mediastinal lymph node sampling was done. Postoperative pathology revealed biphasic synovial sarcoma. Primary lung sarcoma represents 0.1% of malignant lung tumors. Pulmonary synovial sarcoma are mesenchymally originated and complete resection should be the targeted treatment. It has a bad prognosis with 5 year survival approximately 50%. Our objective is to present a rare case and different surgical approach.

**Key Words:** Sarcoma, synovial; lung neoplasms; coronary artery by-pass

**Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2013;25(1):46-8**

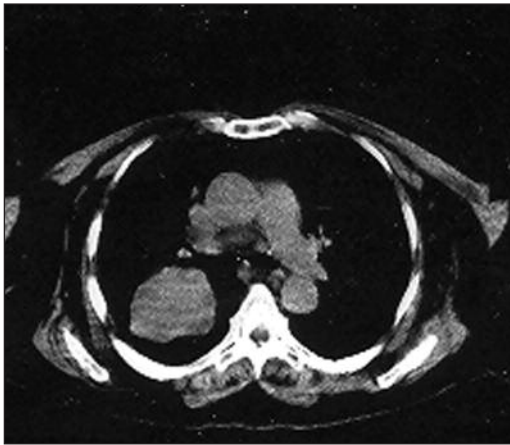
**S**inovyal sarkom (SS), tüm yumuşak doku sarkomlarının %5-10'unu oluşturmaktadır ve sıklıkla periartiküler bölge olmak üzere ekstremitelerde saptanırken, boyun, dil, mediasten, ince bağırsak gibi vücudun diğer tüm bölgelerinde nadir de olsa oluşabilir.<sup>1</sup> Primer akciğer sarkomu ise oldukça nadir olup, akciğerin tüm malign tümörlerinin %0,1'ini oluşturur.<sup>2</sup> Akciğerin SS'lerinde komplet cerrahi rezeksiyon esas olup, kemoradyoterapi alternatif tedavi yaklaşımıdır. Preoperatif tanı koymak oldukça zor olup, gelişen immünohistokimya (İHK) yöntemleri ile postoperatif dönemde tanı kesinleşmektedir.<sup>2,3</sup>

Biz de burada, büyük boyuta ulaşmış, farklı cerrahi yaklaşımla küratif rezeksiyon uygulanan nadir bir primer akciğer SS olgusunu sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Yaklaşık iki yıldır zaman zaman sol kola da yansıyan, göğsünün sol tarafında ve sırtında ağrıdan şikâyetçi olan 70 yaşında kadın hastada, 15 gün önce başvurduğu merkezde çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde kitle saptanması üzerine gerçekleştirilen toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde sağ üst lob yerleşimli 64x54 mm boyutlu belirgin spiküler uzanım gösteren lezyon tespit edilmiş (Resim 1). Operasyon önerilen olgu, Eylül 2007'de Ankara Akay Hastanesi'ne başvurdu.

Tüm vücut pozitron emisyon tomografi (PET)'de tarif edilen lezyonda 18-fluorodeoksiglukoz (FDG) tutulumu mevcut (SUVmaks: 6,58) olup, vücudun diğer bölgelerinde normal FDG dağılımı izlenmiştir (Resim 2). Bronkoscopisinde endobronşiyal lezyon saptanmayan hastanın, transbronşiyal biyopsi sonucu ise tanısal değildi. Obez görünümlü olgunun, Tip II diabetes mellitusu, hipertansiyonu ve 7 yıl önce takılan koroner stent hikâyesi mevcuttu. Yapılan preoperatif değerlendirmede koroner arterde darlık tespit edilmesine kalp cerrahisi ile eş zamanlı operasyon kararı alındı. Median sternotomi yaklaşımı ile önce atan kalpte ikili baypas ameliyatı yapıldı, ardından sağ



**RESİM 1:** Sağ akciğer üst lob posterobazal yerleşimli lezyonun toraks BT görünümü.



**RESİM 2:** Aynı lezyonda artmış FDG tutulumu gösteren PET-BT görünümü. (Renkli hali için Bkz. <http://cardiovascular.turkiyeklinikleri.com/>)

plevra açıldı, lezyondan gönderilen frozen section sonucunun malignite ile uyumlu olarak bildirilmesi üzerine yine aynı kesiden sağ üst lobektomi ve lenf nodu örnekleme yapıldı. Postoperatif patoloji bifazik SS ile uyumluydu. Tümör makroskobik olarak 6 cm çapında kirli beyaz renkli, sert kıvamlı yer yer kanama ve nekroz alanları içermektedir. Mikroskopisinde hiperkromatik oval nükleuslu, bipolar uzantılı stoplazmaya sahip atipik işi hücrelerden oluşan düzensiz demet yapılarında tümör gelişim, yer yer hiposelüler olmakla birlikte çoğu alanda atipik mitozlar içeren hiperselüler görünümündedir. Tümörün parankim içine ve visseral plevraya infiltre olmadığı, lenf noduna metastaz yapmadığı izlenmiştir. İHK çalışmada Pan CK, EMA, CEA; fokal, vimentin ve CD 117; diffüz boyanmıştır. Ki 67 ile yaygın nükleer pozitif boyanma dikkati çekmiştir. Patolojik evreleme T2BN0M0, Evre IIA'dır. Postoperatif 5. gün hasta problemsiz olarak taburcu edilmiştir.

Kan şekeri regülasyonu tam sağlanamayan hastanın, operasyondan 15 gün sonra yara yerinde açılma ve sonrasında sternum üzerinde enfeksiyon gelişti. Başka bir merkezde tedavisini devam ettirmeyi tercih eden hastanın tedavi sırasında eksitus olduğu bilgisine ulaşıldı.

## TARTIŞMA

Primer SS oldukça nadir görülen akciğer malign neoplazmadır. İngilizce literatürde günümüze

kadar yaklaşık 60 akciğer SS olgusu bildirilmiştir.<sup>4</sup> Tümörün sinovyal membrandan kaynaklanmadığı, immatür mezenkimal hücrelerden köken aldığı anlaşılmış, sadece ışık mikroskopisinde sinovyal dokuya benzerlik göstermesi nedeniyle, SS terimi yanlış da olsa kullanılmaya devam edilmiştir.<sup>1,3</sup> Önceki yayınlara göre, SS, liposarkom ve malign fibröz histiyositomadan sonra yumuşak doku sarkomlarının 3. en sık olanıdır. Genellikle üç histolojik alt gruba ayrılır: monofazik, bifazik ve kötü diferansiye tip. Akciğerin SS'leri çoğu zaman metastatiktir, primeri akciğer olanı ise oldukça nadirdir.<sup>4</sup>

Her yaş grubunda (12-80) görülebilmeye rağmen, SS tipik olarak ergenlerin ve genç erişkinlerin hastalığıdır. Chan ve ark., olguların yalnız %5-10 kadarının 60 yaş üzerinde görüldüğünü, bu yaş grubunda SS'nin histolojik olarak kötü diferansiye ve atipik lokalizasyonlu olduğunu bildirmişlerdir.<sup>5</sup> Bizim olgumuzda ileri yaş grubunda olup atipik lokalizasyon göstermektedir. Ancak histolojik olarak yer yer kötü diferansiye özellik izlenmektedir.

SS prognozunu etkileyen çeşitli parametreler bildirilmiştir. Bergh ve ark. hastaları düşük ve yüksek risk gruplarına ayırmıştır. Buna göre, düşük risk grubunda (yaş<25, tümör boyutu<5 cm ve kötü diferansiye olmayan tip) hastaliksız sağkalım %88 iken; yüksek risk grubunda (yaş≥25, tümör boyutu≥5 cm ve kötü diferansiye histolojik özellik göstermesi) bu oran %18'dir.<sup>6</sup> Bizim olgumuzda son üç kriteri taşıyan (70 yaş, tümör 6 cm çapında ve kısmi kötü diferansiye) yüksek risk grubunda olmasının yanında diabetes mellitus, hipertansiyon ve koro-

ner arter hastalığı gibi ilave patolojilerinin olması riski daha da artırmıştır.

SS'nin tanısında histoloji, İHK ve sitogenetik çalışmalarla desteklenir. İHK olarak SS'de vimentin, sitokeratin, EMA, bcl-2 pozitif iken S-100, desmin, düz kas aktin ve vasküler tümör belirteçleri negatiftir.<sup>3,5</sup> Sitogenetik çalışmalar SS'de kromozomal translokasyonu göstermiştir. Olgumuz bifazik tipte pulmoner SS olup, bu İHK çalışma ile kanıtlanmıştır. Ancak sitogenetik çalışma yapılmamıştır.

SS'lerin standart tedavi yaklaşımı konusunda halen fikir birliği sağlanamamıştır. Tümör negatif cerrahi sınırın sağlandığı komplet rezeksiyon tedavide esas olup, cerrahiye adjuvan radyoterapi eklenebilir. SS'ler kemosensitif tümörlerdir. Birçok yayın sınırlı ya da wedge rezeksiyonun rekürrens riskini artırdığını, sağkalım süresini kısalttığını bildirmiştir.<sup>3,4</sup> Akciğerin rezektif cerrahisinde standart yaklaşım posterolateral torakotomi iken, olgumuzda eşlik eden koroner hastalık nedeniyle kalp cerrahisi ile eş zamanlı cerrahi gereksinimi, pek tercih edilmeyen farklı bir cerrahi yaklaşım olan median sternotomi ile sağlanmış, sağ üst lobektomi ve medias-tinal lenf nodu örnekleme işlemi uygulanmıştır.

Obezite gibi fiziksel dezavantaja eşlik eden komorbid hastalıkların mortaliteye neden olması belki cerrahi başarımızı gölgelemiş gibi görünse de, nadir görülen primer pulmoner SS'nin sunulan özellikleri ile literatüre katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. Turgut AT, Koşar U, Kurul C, Topçu S, Taştepe İ. [A rare tumor of the thorax: synovial sarcoma case report and review of the literature]. J Adnan Menderes Univ Med Fac 2008; 9(1):35-8.
2. Niwa H, Masuda S, Kobayashi C, Oda Y. Pulmonary synovial sarcoma with polypoid endobronchial growth: a case report, immunohistochemical and cytogenetic study. Pathol Int 2004;54(8):611-5.
3. Dennison S, Wepler E, Giacoppe G. Primary pulmonary synovial sarcoma: a case report and review of current diagnostic and therapeutic standards. Oncologist 2004;9(3):339-42.
4. Nakano J, Yokomise H, Huang CL, Misaki N, Chang SS, Okuda M, et al. Progressive growth of primary synovial sarcoma of the lung. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2010;16(3):194-7.
5. Chan JA, McMenamin ME, Fletcher CD. Synovial sarcoma in older patients: clinicopathological analysis of 32 cases with emphasis on unusual histological features. Histopathology 2003;43(1):72-83.
6. Bergh P, Meis-Kindblom JM, Gherlinzoni F, Berlin O, Bacchini P, Bertoni F, et al. Synovial sarcoma: identification of low and high risk groups. Cancer 1999;85(12):2596-607.