

Cerrahi Uyguladığımız Primer Göğüs Duvarı Tümörlü Ondokuz Olgunun Analizi

Analysis of Nineteen Primary Chest Wall Cases Which Underwent Surgery

Mehmet Muharrem Erol, Celal Tekinbaş, Murat Livaoglu*

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ve *Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Özet

Amaç: Göğüs duvarı tümörleri primer veya sekonder olarak iki ana grupta incelenirler. Primer tümörler vücudun primer tümörlerinin % 2'sini oluştururlar. Bu tümörlerin % 60-80'i malign karakterdedir.

Yöntem: Çalışmamızda 2005- 2007 yılları arasında opere ettiğimiz primer göğüs duvarı tümörü olan 19 olgu yaş, cinsiyet, tanı, tedavi metodu ve kullanılan rekonstrüksiyon materyalleri açısından analiz edildi.

Bulgular: Ondokuz hastaya göğüs duvarı rezeksiyonu uygulandı. Bunların 6 tanesi yumuşak doku, 13 tanesi kıkırdak veya kemik doku kaynaklı tümörlerdi. Bir hastada rezeksiyon gerekti. Greftle ilişkili komplikasyon gelişmedi. Lokal nüks ya da metastaz oluşmadı. Beş hastada rekonstrüksiyon materyali kullanıldı.

Sonuç: Primer göğüs duvarı tümörü olan operabl ve rezektabl olgularda geniş göğüs duvarı rezeksiyonu uygun tedavidir. Bu olgularda nüks minimaldir. Geniş göğüs duvarı defekti oluşan olgularda rekonstrüksiyon uygulanmalıdır. (Akciğer Arşivi 2007; 8: 78-80)

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı tümörleri, cerrahi tedavi, rekonstrüksiyon materyalleri

Summary

Objective: Chest wall tumors divided into two main groups which are primary and secondary. Primary chest wall tumors is 2% of all of the whole body primary tumors. These tumors are 60- 80% malign.

Method: In our study 19 primary chest wall cases are analysed between 2005- 2007 which we operated. Cases are analyzed with age, sex, diagnosis, treatment and reconstruction materials.

Results: Nineteen consecutive patients who underwent chest wall resection, 6 of them were originated from soft tissue and 13 of them originated from cartilage or bone tissue. One patient needed re-resection. No graft-related complication was observed. No local recurrence or metastases occurred, We used reconstruction material on 5 patients.

Conclusion: In suitable patients, surgical resection for cure is appropriate for primary chest wall neoplasm. Wide chest wall defect should be reconstructed. Wide resection of chest wall tumor is necessary to minimize local recurrence. (Archives of Lung 2007; 8: 78-80)

Key words: Chest wall tumors, surgical treatment, reconstruction materials

Giriş ve Amaç

Göğüs duvarı tümörleri primer veya sekonder olabilirler. Primer Göğüs duvarı tümörleri, göğüs duvarını oluşturan yumuşak doku, kıkırdak veya kemikten gelişebilir. Vücudun primer tümörlerinin %2'sini, toraks malignitelerinin

% 5'ini oluştururlar. En sık görülen malign tümörler; fibröz histiyositom, kondrosarkom ve fibrosarkom iken benign tümörler; kondrom, lipom ve fibromdur (1).

Primer göğüs duvarı tümörlerinde tanı iğne aspirasyonu, insizyonel veya eksizyonel biyopsi ile konur. Tedavide geniş rezeksiyon önerilmektedir. Göğüs duvarı rezeksiyonu

sonrası duvarın stabilitesinin sağlanması ve intratorasik organların korunması için çeşitli rekonstriksiyon teknikleri uygulandı. Bu amaçla çok çeşitli materyaller kullanılmıştır. İlk rezeksiyonlarda otolog materyaller (fasia lata, cilt greftleri, kosta greftleri, miyokutanöz flepler) kullanıldı (2). Günümüzde rekonstriksiyon amaçlı sentetik meşler (marlex, prolene vb), solid yamalar (metil metacrilate vb) kullanılmaktadır (3,4). Çalışmamızda göğüs duvarı tümörlerinde klasifikasyon, tanı ve uyguladığımız tedavi metodları literatür eşliğinde sunuldu.

Gereç ve Yöntem

2005- 2007 yılları arasında klğimizizde tanı alan ve cerrahi tedavi uygulanan primer göğüs duvarı tümörlü 19 olgu yaş, cinsiyet, tanı, tedavi ve kullanılan rekonstriksiyon materyalleri açısından incelendi.

Bulgular

Olguların yaşları 23- 65 arasında değişmekte olup ortalama yaş 44 idi. 11 olgu erkek, 8 olgu bayandı. Olgulardan altı tanesi yumuşak doku, 13 tanesi ise kemik veya kıkırdak kaynaklıydı. Kemik veya kıkırdak kaynaklı tümörlerden beş tanesi sternumdan köken almıştı. En sık görülen semptom lokalize şişlik ve ağrı idi. Olguların tümüne biyokimyasal ve hematolojik incelemeler yanında toraks BT ve kemik sintigrafisi çekildi. Vakaların hematolojik ve biyokimyasal değerlendirilmesinde önemli bir patolojik bulguya rastlanmadı. Tanı bir olguya transtorasik biyopsi, diğer olgulara ise kitlenin geniş rezeksiyonla çıkarılmasının ardından patolojik değerlendirme ile kondu. Olguların patolojik sınıflandırılması Tablo 1'de gösterildi.

Bütün olgularda geniş göğüs duvarı rezeksiyonu ile tümörler çıkarıldı. Beş olguda göğüs duvarı defektinin geniş olması nedeni ile rekonstriksiyon uygulandı. Rekonstriksiyon materyali olarak dört olguda Metil Metakrilat (MM) sandviç greft, bir olguda ise prolene greft kullanıldı. Parsiyel ster-

num rezeksiyonu yapılan bir olguda cerrahi sınır pozitif olarak raporlandı ve olgu reoperasyona alınarak geniş rezeksiyon ve rekonstriksiyonla tamamlandı. Transtorasik biyopsi sonucu kordoma tanısı konulan olguda kitle torakoskopik olarak çıkarıldı (Resim 1). Olgularda postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve şifa ile taburcu edildiler. Uzun dönem takipleri devam eden olgularda nüks ya da metastaz saptanmadı.

Tartışma

Göğüs duvarında yumuşak dokudan kaynaklanan tümörlerle, kemik dokudan kaynaklanarlardan daha sık rastlanır (5). Olgularımızın % 27'si sternumdan, % 16'sı yumuşak dokudan, %57'si kostalardan kaynaklanmaktaydı. Literatür ile uyumlu olmayan bu dağılım bölgemizde yumuşak doku kaynaklı şişliklerin önemsenmeyip vakaların semptom oluşmadıkça hastanelere başvurmamasına bağlanabilir.

Göğüs duvarı tümörleri yavaş büyürler. Tümörler genellikle elle palpe edilecek kadar büyümedikçe belirti vermezler. Ağrı en sık görülen belirtidir ve kötü prognoz göstergesidir. Olgularımızdan 12 tanesi ağrı, beş tanesi başka bir nedenden dolayı çekilen toraks BT'de lezyonun görülmesi ve iki tanesi de göğüs duvarındaki şişliği fark etmesi ile hastanemize başvurdu.

Göğüs duvarı tümörlerinde habis ve selim lezyonların klinik ve radyolojik ayırımı oldukça zordur (5,6). Bu tümörlerin tanısında iğne aspirasyonu, insizyonel biyopsi ya da eksizyonel biyopsi yöntemleri kullanılabilir. Preoperatif iğne aspirasyonu yada insizyonel biyopsi tümörün lokal yayılım yapmasına neden olabilir. İğne aspirasyon biyopsisi metastatik lezyonlarda kullanılabilir. Tümörün makroskopik olarak en az 4 cm uzaklığa kadar sağlam dokuyla ve alttan ve üstten birer sağlam kosta ile beraber rezeksiyon yapılması önerilmektedir. Çapı 5 cm'den büyük tümörlerde insizyonel bi-

Tablo 1. Olguların patolojik sınıflandırılması

Histolojik Tanı	Hasta Sayısı	Yüzde %
Plazmasitom	4	21
Kondrom	3	16
Anevrizmal Kemik Kisti	2	11
Enkondrom	2	11
Kavernöz Hemanjiom	1	5
Fibröz Displazi	1	5
Fibrohistiyositik Tümör	1	5
Bursit	1	5
Lipom	2	11
Schwannoma	1	5
Kordoma	1	5
Toplam	19	100



Resim 1. Kordoma kitlesinin MR görüntüsü

yopsi yapılabilir (7). Biz bir olguya trans torasik iğne aspirasyon biyopsisi (TTIAB), diğer olgulara ise geniş rezeksiyon ile çıkarımdan sonra patolojik değerlendirme ile tanı koyduk. Göğüs duvarı tümörleri genellikle geniş rezeksiyon ile tanı ve tedavi uygulanan, defektin büyük olduğu olgularda rekonstrüksiyon uygulanması gereken tümörlerdir. Geniş rezeksiyon gerektiren tümörlerde göğüs duvarı defektinin solunum fizyolojisini bozmayacak şekilde rekonstrüksiyonu gerekmektedir.

Göğüs duvarında 5 cm'den küçük olan defektlerin rekonstrikte edilmesine gerek yoktur. Posteriora skapulanın koruyucu etkisinden dolayı 10 cm'e kadar olan defektlerin rekonstrikte edilmesi gerekmez (8). Rekonstrüksiyon materyali olarak otolog dokular (latissimus dorsi kası, rectus abdominis, omentum gibi) kullanılabilir yada sentetik greftler (polypropilene yama, polytetraflouroethylene yama, methyl-metacrilate yama vs.) kullanılabilir (9,10). Biz dört olguya iki PTFE greft arasına Metil Metakrilat (MM) uygulamasıyla sandviç greftle rekonstrüksiyon, (Resim 2) bir olguya da tek kat prolen greftle rekonstrüksiyon uyguladık.

Ancak, MM uygulamanın ekonomik açıdan mersilen ya da prolen mesh uygulamasına göre daha pahalı bir yöntem olduğu göz ardı edilmemelidir.

King ve ark.nın yaptığı çalışmada; Malign fibrözhistiositom, kondrosarkom, rabdomyosarkom, malign göğüs duvarı tümörlerinin %62 sini oluşturmuştur. Bu çalışmada vakaların hepsine geniş rezeksiyon uygulanmıştır. 1- 5- 10 yıllık sur-



Resim 2. Sandviç greftle metil metakrilat rekonstrüksiyon uygulaması

viyeleri sırasıyla %89, %57 ve %49' dur (11). Literatürdeki diğer bir yayında primer malign göğüs duvarı tümörlerinde komplet rezeksiyon ile 5 yıllık sürviyi % 68 olarak bildirmiştir (12). Bizim olgularımızdan en uzun takip süreli olgumuz 22 ay, en kısa takip süreli olgumuz ise 3 aydır takibimizdedir. Uzun süreli prognoz primer hastalığa bağlıdır.

Uzun takip süresinin belirlenmesinde tümörün tipi ,malignite derecesi ve rezeksiyon genişliği önemli rol oynadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Prognoz konusunda çeşitli görüşler mevcuttur. Tümör boyutu, histolojik derece, tümörün yerleşim yeri, cerrahi rezeksiyonun yeterliliği prognoz açısından önemlidir. En iyi prognozlu olgular geniş rezeksiyonla çıkarılanlardır (13) . Olgularımızda literatürde önerildiği gibi geniş göğüs duvarı rezeksiyonunu tercih ettik ve 5 cm üzerindeki defektlerde rekonstrüksiyon materyalleri kullandık. Rekonstrüksiyon materyali olarak MM'li sandviç greft kullandığımız olgularımızda herhangi semptom ya da komplikasyon gelişmedi ve mükemmel hasta uyumu tespit edildi.

Kaynaklar

1. Pairolero PC. Chest wall tumors. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, eds. General Thoracic Surgery. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2000; 589-98.
2. Ravitch MM. Pectus excavatum and heart failure. Surgery 1951;30:178.
3. Ravitch MM. Technical problems in the operative correction of the pectus excavatum. Ann Surg 1965;162:29.
4. Fonkalsrud EW, Follette D, Sarwat AK. Pectus excavatum repair using autologous perichondrium for sternal support. Arch Surg 1978;113:1433-7.
5. McAfee MK, Paincolero PL, Bergstralh EJ, Piehler JM, Unni KK, Mc lead RA, Bernitz PE. Chondrosarcoma of the chest wall: factors affecting survival. Ann Thorac Surg 1985;40:535-41.
6. Kamiyoshira M, Hirai T, Kawashima O, et al: Primary solitary neurofibroma of the chest wall report of a case resected with video-assisted thoracoscopic surgery, 1997;50:421-3.
7. Akay H. Göğüs Duvarı Tümörleri. In: Ökten İ, Güngör A. Göğüs Cerrahisi. Ankara 2003;2:731-45.
8. Hasse J. Surgery for primary, invasive and metastatic malignancy of the chest wall. Eur J Cardiothorac Surg 1991;5:346-51.
9. Al-Kattan KM, Breach NM, Kaplan DK, et al Soft-tissue reconstruction in thoracic surgery, Ann Thorac Surg 1995; 60:1372- 5.
10. Galli A, Rapoiso E, Santi P: Reconstruction of full-thickness defects of the thoracic wall by myocutaneous flap transfenlatisimus dorsi compared with transverse rectus abdominis, Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 1995;29:39-43.
11. King RM, Pairolero PC, Trastek VF, Piehler JM, Payne WS, Bernatz PE Primary chest wall tumors: factors affecting survival. Ann Thorac Surg 1986;41:597-601.
12. Sabanathan S, Shah R, Mearns AS. Surgical treatment of primary malignant chest wall tumours. Eur J Cardiothorac Surg 1997;11:1011-6.
13. Merkle NM, Isele G, Vogt-Moykopf L Surgical therapy of primary chest wall tumors experiences with 98 patients, Langenbecks Arch Chir 1987;372:785-9.