

Göğüs Duvarının Nadir Tümörü: Hemanjioperisitom

An Uncommon Tumor of the Chest Wall: Hemangiopericytoma

Ahmet Başoğlu¹, Burçin Çelik², Ayşen Şengül¹, Sedat Demircan³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

²Samsun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Samsun, Türkiye

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Hemanjioperisitoma, Zimmermann perisitlerden köken alan nadir mezankimal tümörlerdendir. Hemanjioperisitomaya sıklıkla uyluktaki yumuşak dokularda ve retroperitoneumda rastlanmakla birlikte torasik lokalizasyonu oldukça nadirdir. Cerrahi eksizyon seçilmesi gereken ilk tedavi şeklidir. Bu tümörler oldukça vasküler neoplazmlardır bu yüzden intraoperatif kontrol edilemeyen kanama riski yüksektir. Göğüs duvarı yerleşimli hemanjioperisitomlu iki vakayı sunuyoruz. Birinci olgu sağ yanında 2 yıldır yavaş yavaş büyüyen kitle şikayeti ile ikinci olgu sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. İkinci olguda hemanjioperisitom tanısına iğne biyopsisi ile ulaşıldı. Bu olguda intraoperatif kanama riskini azaltmak için tümörü besleyen damarlara preoperatif arteriyel embolizasyon uygulandı. Her iki hastada tümör radikal olarak çıkarıldı.

Anahtar sözcükler: göğüs duvarı tümörü, hemanjioperisitom, embolizasyon, cerrahi

Geliş tarihi: 25.08.2006

Kabul tarihi: 28.11.2006

ABSTRACT

Hemangiopericytoma is an uncommon mesenchymal tumor originating from Zimmermann's pericytes. Hemangiopericytomas are usually found in the soft tissues of the thigh and retroperitoneum, while a thoracic location is rare. Surgical excision is the treatment of choice for hemangiopericytoma. These tumors are hypervascular neoplasms, thus the risk of uncontrollable intraoperative bleeding is high. We present two cases of hemangiopericytoma on the chest wall. The first case was admitted to our hospital with a growing mass on the right chest wall and the second case presented with chest pain on the right side. In the second case, a diagnosis of hemangiopericytoma was established by core needle biopsy. Arterial embolization of the feeding vessels of the tumor was performed to reduce intraoperative blood loss in the second patient. The tumor was radically removed in both patients.

Key words: chest wall tumor, hemangiopericytoma, embolization, surgery

Received: 25.08.2006

Accepted: 28.11.2006

GİRİŞ

Hemanjioperisitom, kapiller perisitik hücrelerin bulunduğu hemen her yerde gelişen malign potansiyelli, nadir vasküler tümörlerdendir. Hemanjioperisitom ilk olarak 1942 yılında Stout ve Murray [1] tarafından tanımlanmıştır. Başta alt ekstremitelerde, pelvis ve retroperitoneum olmak üzere vücudun birçok yerinde tespit edilmiş olup torasik lokalizasyonu oldukça nadirdir. En sık 30-50 yaşlar arasında ve her iki cinsite eşit sıklıkta görülür. Semptomlar, tümörün lokalizasyona, büyüklüğüne ve malign davranışına göre değişir [2,3].

Göğüs duvarının nadir tümörlerinden hemanjioperisitomlu iki olguyu literatür bilgileri ışığında sunduk.

OLGU 1

Altmışiki yaşında kadın hasta kliniğimize göğsünün sağ yanında son 2 yıldır yavaş yavaş büyüyen kitle şikayeti ile başvurdu. Bir yıl önce başka bir hastanede göğüs duvarındaki kitleye iğne biyopsisi uygulanmış ve histopatolojik inceleme ile nörofibrom tanısına ulaşılmış. Kliniğimizi

ze başvuran hastanın fizik muayenesinde; sağ hemitoraks 2/3 alt bölgede göğüs duvarından kaynaklanan sert, fikse kitle palpe edildi. Çekilen göğüs BT'nde 8.9.10. kotları tutan 18x15 cm ebadında göğüs duvarında kitle tespit edildi. (Şekil 1).

Hastaya, kitle eksizyonu amacıyla sağ posterolateral torakotomi uygulandı. Kitlenin 8.9.10. kotlara invaze olduğu tespit edildi, akciğer parankiminde ve plevrada herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Göğüs duvarına 7.8.9.10. kotları içine alarak güvenli cerrahi sınır sağlanacak şekilde rezeksiyon uygulandı ve cerrahi sınırlar frozen section ile kontrol edildi. Göğüs duvarındaki defekt prolen yama ile onarıldı. İntraoperatif herhangi bir kanama problemi yaşanmadı. Histopatolojik incelemede kitlenin hemanjioperisitom ile uyumlu olduğu rapor edildi. İmmünohistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinin vimentin pozitif, S-100 ve sitokeratin negatif boyandığı tespit edildi. Tarama amacıyla çekilen tüm vücut kemik sintigrafisinde uzak metastaz saptanmadı. Kranyal BT'de serebral kortikal atrofi dışında bir patoloji izlenmedi. Postoperatif 9. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edilen hasta 6. yılında halen asemptomatik olarak izleniyor.

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr. Burçin Çelik, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye Tel.: +90 346 258 00 00/0213 E-Posta: cburcin@hotmail.com

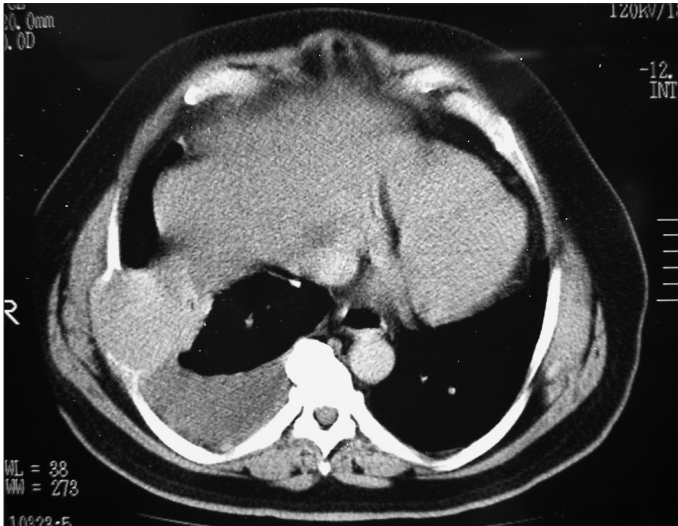


Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide göğüs duvarında sağ tarafta yer yer kalsifikasyon gösteren 18x15 cm ebadında kitle.

OLGU 2

Sağ yan ağrısı şikayeti ile doktora başvuran 62 yaşında erkek hastanın direkt akciğer grafisinde sağda pleval effüzyon saptanması üzerine çekilen toraks BT'nde sağ 7. kotta ekspansiyon ve dekstrüksiyona yol açan 6x5 cm ebadında kitle ve sağda pleval effüzyon tespit edilmiş. (Şekil 2) Eksüda vasfındaki pleval sıvıdan yapılan sitolojik çalışma sonucu klas II olarak rapor edilmiş. Kitleye BT eşliğinde iğne biyopsisi uygulanmış ve histopatoloji sonucu hemanjioperisitom olarak rapor edilmiş. Preoperatif değerlendirilmede batın ve kranyal BT'de ve tüm vücut kemik sintigrafisinde uzak metastaz saptanmadı.

Cerrahi tedavi kararı alınan hastaya intraoperatif kanama riskini azaltmak amacıyla preoperatif arteriel embolizasyon planlandı. Anjiyografi ile tümörün 7. ve 8. interkos-



Şekil 2. Göğüs BT'de 7. kotta ekspansiyon ve dekstrüksiyona neden olan kitle ile birlikte pleval sıvının da bulunduğu izleniyor

tal arterlerden kanlandığı tespit edildi ve 250 µm büyüklüğündeki polivinil alkol (PVA) partikülleri ile embolizasyon uygulandı. Embolizasyon uygulanmasından 2 gün sonra hastaya sağ posterolateral torakotomi uygulandı. Eksplozasyonda kitlenin 7. kotu tamamen 6. kotu parsiyel tuttuğu ve sağ alt lob parankimine invaze olduğu görüldü. 6.7.8. kotlar güvenli cerrahi sınır sağlanacak şekilde çıkarıldı ve alt lob parankimine wedge rezeksiyon uygulandı. Cerrahi sınırlar frozen section ile kontrol edildi. Göğüs duvarındaki defekt prolen yama ile onarıldı. Postoperatif insizyon yerinde minimal enfeksiyon gelişen hasta 20. gün taburcu edildi. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu hemanjioperisitom olarak rapor edildi. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada tümör hücreleri vimentin ve CD34 pozitif, sitokeratin, SMA, S-100 ve CD31 negatif boyandı. Hasta takibi sırasında 1. yılın sonunda uzak kemik metastazından kaybedildi.

TARTIŞMA

Primer göğüs duvarı tümörleri nadir tümörlerdir. Bu tümörler tüm primer tümörler arasında %1-2 oranında görülürler ve %50-80 oranında maligndirler [4]. Malign potansiyelli mezankimal bir tümör olan hemanjioperisitom Zimmermann perisitlerinden köken alır ve göğüs duvarında nadir görülür [1].

Semptomlar tümörün lokalizasyonuna, büyüklüğüne ve malign davranışına göre çeşitlilik gösterir. Olguların üçte biri asemptomatik olduğu, en sık semptomun ele gelen şişlik ve ağrı olduğu belirtilmiştir [3]. Birinci olguda semptom ele gelen şişlik iken ikinci olguda sağ yan ağrısıydı. İkinci olguda kitle çapı daha küçük olmasına rağmen beraberinde pleval effüzyon mevcuttu. Pleval sıvının sitolojik incelemesi sonucu klas II olarak belirtildiğinden tümörün yaygın olmadığı düşünüldü. Ancak yapılan cerrahi tedavi sonrası hasta erken dönemde uzak metastazdan kaybedildi.

Literatürde hemanjioperisitomada kemoterapi ve radyoterapinin etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Mümkünse radikal eksizyon bu tümörlerde uygulanması gereken tedavi şeklidir [1,3]. Her iki olguda tanısal yöntem olarak BT eşliğinde iğne biyopsisi kullanıldı. Yapılan sistemik taramalarda uzak metastaz saptanmaması üzerine cerrahi tedavi kararı alındı. İki olgumuzda da geniş güvenlik sınırı ile rezeksiyon uygulandı ve cerrahi sınırlar frozen section kontrolü ile desteklendi. Göğüs duvarındaki defekt her iki olguda da prolen yama ile onarıldı.

Son yıllarda hemoptizide, vertebral hemanjiomlarda ve diğer vaskülarize tümörlerde arteriyel embolizasyon oldukça sık kullanılmaya başlandı. İyi vaskülarize olan hemanjioperisitomlarda intraoperatif masif kanama riski yüksek olduğundan preoperatif arteriel embolizasyon uygulanabilir [5]. Literatürde mediastinal yerleşimli hemanjioperisitomlu olguda intraoperatif kontrol edilemeyen masif kanamaya bağlı ölüm bildirilmiştir [6]. İkinci olguda ka-

nama riskini azaltmak amacıyla, göğüs duvarındaki tümörün kanlandığı interkostal arterler anjiyografi ile tespit edildi ve polivinil alkol partikülleri ile embolize edildi.

Tümör klinik olarak sık rekürens (%50) gösterir ve bu genellikle ilk 2 yıl içinde olmaktadır. Hemanjioperisitomanın diğer bir özelliği de sık metastaz yapmasıdır ve metastaz sıklıkla kemik ve beyine olmaktadır [1,7]. Bu nedenle uzak metastaz açısından beyin ve kemik yapıların taranması gereklidir. Her iki olguda çekilen kranyal BT ve kemik sintigrafilerinde uzak metastaza rastlanılmadı. Ancak ikinci olgu postoperatif 1. yıl sonunda kemik metastazı nedeniyle kaybedildi. Birinci olgu ise postoperatif 6. yılında sağ olup asemptomatik olarak izleniyor.

Torasik yerleşimli hemanjioperisitomada esas tedavi cerrahidir. Kanlanması iyi olan bu tümörlerde preoperatif anjiyografi ile besleyen damarlar tespit edilip arteriyel embolizasyon uygulanabilir. Kitle ile beraber plevral effüzyon olması ve sitolojik çalışmada tümör negatif sonuç alınmasına karşın kötü prognoz göstergesi olarak göz önünde bu-

lundurulmalıdır. Cerrahiye rağmen lokal nüks ve metastazı sık olan bu tümörlerde hastaların postoperatif uzun süreli takip edilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Stout AP, Murray MR. Hemangiopericytoma. A vascular tumor featuring Zimmermann's pericytes. *Ann Surg* 1942; 116: 26-33.
2. Yanagihara K, Ueno Y, Isobe J et al. Hemangiopericytoma of the chest wall. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 537-9.
3. Demircan S, Kurul IC, Tastede I et al. Intrathoracic extrapulmonary tumor mass. Hemangiopericytoma. *Scan Cardiovasc J* 2001;35:58-60.
4. Park BJ, Rusch VW. Chest wall tumors. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB, eds. *General Thoracic Surgery*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 710-21.
5. Morandi U, Stefani A, De Santis M et al. Preoperative embolization in surgical treatment of mediastinal hemangiopericytoma. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 937-9.
6. Simonton SC, Swanson PE, Watterson J et al. Primary mediastinal hemangiopericytoma with fatal outcome in a child. *Arch Pathol Lab Med* 1995; 119: 839-41.
7. Davis Z, Berliner WP, Weiland LH et al. Primary pulmonary hemangiopericytoma. Report of a case. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1972; 64: 882-5.