



Skapulotorasik ekleme elastofibroma dorsinin artroskopik eksizyonu: Cerrahi teknik

Arthroscopic excision of elastofibroma dorsi at scapulothoracic joint: a surgical technique

Dr. Gökhan Çakmak,¹ Dr. Tarkan Ergün,² Dr. M. Şükrü Şahin¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Elastofibroma dorsi skapulunun ön alt köşesinde yer alan nadir görülen bir yumuşak doku psödötümördür. Bu yazıda skapulotorasik ekleme elastofibroma dorsi tanısıyla artroskopik olarak marjinal eksizyon uygulanan ve takiplerinde nüks göstermeyen 19 yaşında bir kadın olgu sunuldu. Seçilmiş olgularda elastofibroma dorsinin artroskopik marjinal eksizyonu ile iyi klinik sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar sözcükler: Artroskopi; elastofibroma dorsi; eksizyon.

Elastofibroma dorsi is a rare soft tissue pseudotumor which is located at the anteroinferior aspect of the scapula. In this article, we report a 19-year-old female case who had arthroscopic marginal excision of elastofibroma dorsi at the scapulothoracic joint without recurrences during follow-up. The arthroscopic marginal excision of the elastofibroma dorsi may have good clinical results in selected cases.

Keywords: Arthroscopy; elastofibroma dorsi; excision.

OLGU SUNUMU

Elastofibroma dorsi nadir görülen benign fibröz dokudan köken alan yumuşak doku psödötümördür. Elastofibroma dorsi %99 oranında skapulunun ön alt köşesinde ve toraks duvarında periosta yapışık olarak latissimus dorsi ve serratus anterior kasları arasında yer alır. Nadir olarak dirsek, iskiyal tuberositelerde, deltoid kasında, ayakta, inguinal bölgede, midede, omentumda, orbita ve spinal bölgede de bulunabilir.^[1]

Klinik olarak skapulotorasik hareket sırasında atlama ve ağrı ile skapulotorasik ekleme şişlik yakınması olan hastalara cerrahi olarak marjinal eksizyon önerilmektedir.^[1] Literatürde elastofibroma dorsi olgularının skapulotorasik ekleme artroskopisi ile cerrahi tedavisi bildirilmemiştir.

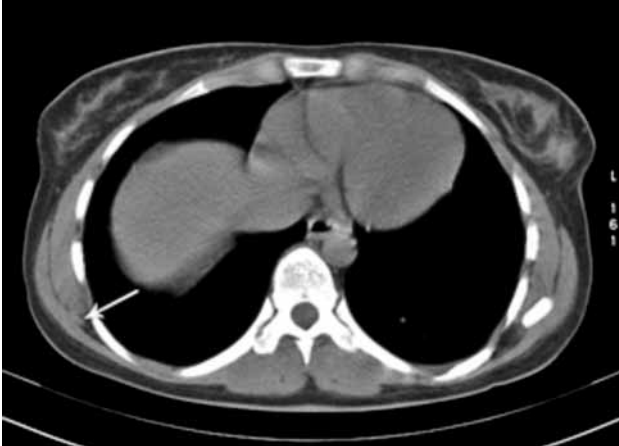
Bu yazıda skapulotorasik ekleme elastofibroma dorsi tanısıyla artroskopik olarak marjinal eksizyon uygulanan bir olgu sunuldu.

On dokuz yaşında kadın hasta iki yıldır sağ omzunda baş üstü hareketle ağrı ve takılma yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Tıbbi geçmişinde anlamlı özellik bulunmayan hastanın klinik muayenesinde skapulotorasik ekleme hareketleri sırasında skapula alt dış kenarında ağrı, takılma hissi ve elle muayenede krepitasyon tespit edildi. Laboratuvar verileri normaldi. Bilgisayarlı tomografide (BT) sağ skapula ucunun alt dış kısmında 10x6 mm boyutunda kısmen belirsiz sınırlı yumuşak doku kitlesi izlendi. Radyolojik BT görüntüsünün elastofibroma dorsi ile uyumlu olduğu düşünüldü; ancak hastanın yaşı nedeniyle tanıyı kesinleştirmek için ek olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Manyetik rezonans görüntüleme kitle komşuluğundaki yağ planları korunmuştu. Sinyal intensitesi komşu kas planları ile benzerdi. T₁ ağırlıklı görüntüde kitle içerisinde merkeze doğru uzanan

• Geliş tarihi: 19 Aralık 2013 Kabul tarihi: 17 Nisan 2014

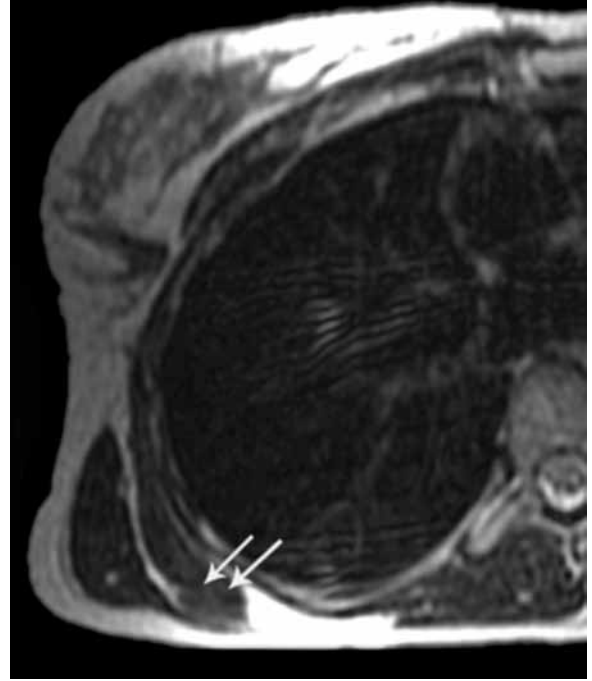
• İletişim adresi: Dr. Gökhan Çakmak, Başkent Üniversitesi Alanya Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği 07400 Alanya, Antalya, Türkiye. Tel: +90 532 - 263 70 00 Faks: +90 242 - 511 55 63 e-posta: gokhancakmak75@gmail.com

• 6. Omuz ve Dirsek Cerrahisi Kongresi'nde Poster bildirisi olarak sunulmuştur, 25-28 Mart 2010 Ankara, Türkiye.



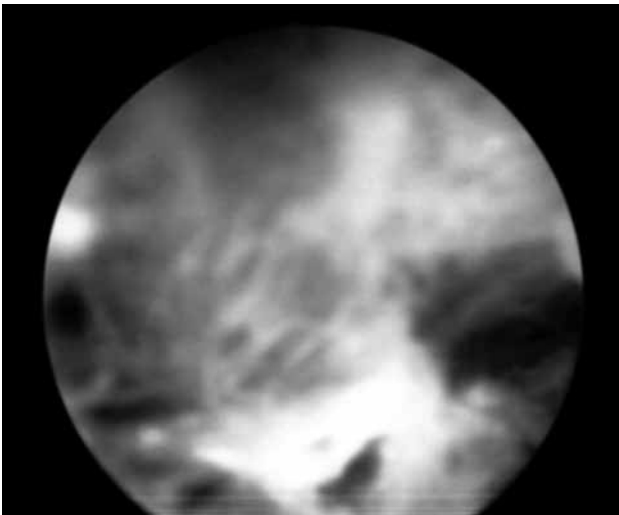
Şekil 1. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sağ skapula alt iç komşuluğunda 10x6 mm boyutunda elastofibroma dorsi ile uyumlu kitle görülmekte.

ince lineer yağ intensiteleri görüldü. Komşu kemik yapıda yıkım yoktu. Kitlenin yerleşim yeri ve MRG bulguları eşliğinde hastaya elastofibroma dorsi tanısı konuldu (Şekil 1, 2). Kitlenin küçük ve hastanın daha önce tedavi almadığı göz önünde bulundurularak ilaç tedavi (non steroid anti enflamatuvar ilaç) ve izometrik egzersiz programı verildi. İki ay sonraki kontrolünde hastanın yakınmalarının geçmemesi üzerine skapulotorasik eklem artroskopisi planlandı. Genel anestezi altında yüzüstü pozisyonda skapulanın alt kenarını eleve etmek amacıyla hastanın kolu iç rotasyon ve elin dorsal yüzü sırtına temas edecek şekilde yerleştirildi. Skapulanın medial kenarından alt ve üst portaller açıldı. Skapulotorasik mesafede kaburgaların periostuna ve skapula alt ucuna uzanan fibröz doku izlendi (Şekil 3). Artroskopik mekanik aletler ile biyopsi alındı. Ardından mekanik aletler, shaver

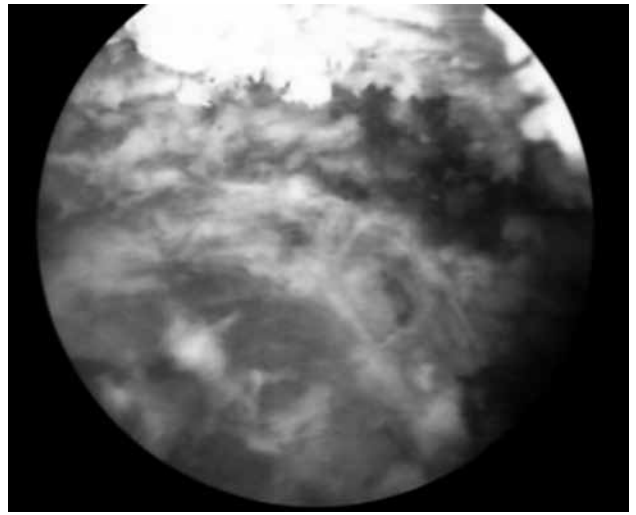


Şekil 2. Manyetik rezonans görüntülemesinde sağ skapula alt iç komşuluğunda 10x6 mm boyutunda elastofibroma dorsi ile uyumlu kitle görülmekte.

ve radyofrekans ile eksizyon uygulandı (Şekil 4). Ameliyat sonrası komplikasyon olmadı. Yapılan histopatolojik incelemede mikroid dejenerasyon gösteren fibroadipoz doku içerisinde küçük yuvarlak, düzgün sınırlı, parlak eozinofilik elastik lif kesitleri izlendi. Ameliyat sonrası dönemde iki hafta omuz askısı ile immobilizasyon uygulandı. Ardından pasif ve aktif omuz egzersizleri başlandı. Hastanın ameliyat sonrası dönemde yakınmalarının tamamen geçtiği görüldü. Hastanın ameliyat sonrası ikinci yılında yapılan



Şekil 3. Kitlenin artroskopik görünümü.



Şekil 4. Kitlenin artroskopik olarak eksizyonu sonrası görünüm.

klirik muayenesinde semptomlarının ortadan kalktığı ve ultrasonografik olarak ameliyat sahasında nüks olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

Elastofibroma dorsi nadir görülen benign psödotümöral fibroproliferatif bir lezyondur. İlk olarak Jarvi ve Saxen tarafından 1961 yılında tanımlanmıştır.^[2,3] Jarvi ve Saxen tarafından yapılan bir otopsi çalışmasında erkeklerin %11.2'sinde, kadınların ise %24.4'ünde subklinik elastofibroma dorsi saptanmıştır. Bu çalışma elastofibroma dorsinin küçük lezyonlarının 60 yaş üzeri nüfusta yaygın olduğunu vurgulaması açısından önem arz etmektedir.^[4] Bu oran pulmoner parankiminin değerlendirilmesi için BT incelemesi yapılan 60 yaş üzeri hastalarda %2 olarak bulunmuştur.^[5]

Nagamine ve ark.^[6] 1982 yılında 170 elastofibroma dorsi tanılı hastada yaptıkları çalışma ile en geniş seriyi bildirmişlerdir. Yazarlar ayrıca bu hastaların %32'sinde genetik yatkınlık olabileceğini belirtmişlerdir.

Literatürde elastofibroma dorsinin yedinci dekatta, kadınlarda sık görüldüğü ve %10'unda iki taraflı olduğu vurgulanmıştır.^[1] Bizim olgumuz, ikinci dekatta ve genç olması nedeniyle literatürdeki hasta grupları ile farklılık göstermektedir.

Elastofibroma dorsi etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte skapulanın kaburgalara sürtünmesi sonucu reaktif olarak fibroelastik doku oluşumu ile meydana geldiği öne sürülmektedir.^[1] Elastofibroma dorsi yavaşça büyür ve olguların %50'sinde asemptomatik olarak seyreder. Lezyona bağlı semptomlar; bölgesel olarak skapula çevresinde şişlik ile beraber omuz abduksiyon ve adduksiyonunda ağrıyla beraber olan takılma hissidir.^[1] Skapulotorasik sıkışma (snapping scapula) sendromu skapula ve göğüs kafesi arasında meydana gelen kemik ve yumuşak doku anomalileri sonucu ağrılı, ele gelebilen veya duyulabilen atlama hissi ile karakterizedir. Skapulanın ve kemiklerin en sık görülen primer benign kemik tümörü olan osteokondroma gibi kemik patolojilerinin yanında elastofibroma dorsi gibi yumuşak doku tümörlerinde de skapulotorasik sıkışma klinik bulguları izlenebilir.^[7-9]

Majó ve ark.^[10] sundukları bir çalışmada elastofibroma dorsi olan hastaların %60'ında skapulada atlama hissi izlenmiştir. Aynı çalışmada sıklıkla elastofibroma dorside omuz ağrısı bulunması nedeniyle rotator manşet yırtığı ve subakromiyal bursit olarak yanlış tanı konulabileceği de vurgulanmıştır.^[10]

Elastofibroma dorsinin değerlendirilmesinde ultrasonografik görüntüleme (USG), MRG veya BT'den yararlanılabilir. Radyolojik incelemeler değerlendirilirken olguların %10'unun iki taraflı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.^[3]

Bununla beraber tanıda en değerli görüntüleme yöntemi MRG'dir. Hastaların çoğunda tek başına tanı koydurucudur. Manyetik rezonans görüntülemesinde lezyonun sinyal intensitesi fibröz ve yağ komponentine bağlıdır. Fibröz doku her iki sekansta kas ile izointens olarak izlenirken yağ dokusu T₁ ağırlıklı görüntülerde (T₁ ağırlıklı görüntüde yüksek sinyalli T₂ ağırlıklı görüntüde ara sinyal intensitesinde izlenir. Bizim olgumuzda olduğu gibi T₁ ağırlıklı görüntüde tipik olarak içerisinde yağ ile uyumlu lineer yüksek sinyalli alanların izlendiği kas ile izointens kitle olarak görülür. Kitlenin sınırları genel olarak düzdür, kontrast madde sonrası değişik düzeylerde kontrastlanma izlenebilir.^[11] Ultrasonografik incelemede elastofibroma dorsi göğüs duvarına paralel olarak seyreden hiperkojen ve hipokojen çizgilerden oluşan anormal bir tümöral oluşum olarak görünür.^[1] Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde çevre kas planları ile benzer yoğunluklu içerisinde dağınık yağ alanları içeren kitle olarak izlenir. Çevredeki kemik yapılar kitle tarafından yıkıma uğratılmamıştır.^[1]

Eğer lezyonlar tek taraflı, MRG'si heterojen ve 5 cm'den büyük ise sarkom tanısını ekarte etmek güçtür.^[3] Bu nedenle sarkoma ayırıcı tanısının yapılabilmesi için biyopsi yapılmalıdır. Literatürde düşük nüks riski nedeniyle marjinal kitle eksizyonu ve biyopsisi yapılması önerilmektedir.^[1]

Muratori ve ark.^[1] yaptıkları çalışmada tedavi algoritmini özetlemişlerdir. Eğer hasta asemptomatik ve MRG'de lezyonda ilerleme yoksa klinik takip önerilmektedir. Eğer hasta semptomatik ve MRG'de ilerleme varsa veya hasta asemptomatik ve MRG'de ilerleme varsa marjinal eksizyon önerilmektedir. Hem semptomatik hem de MRG'de ilerleme olan olgularda malignansiye ekarte etmek için biyopsi önerilmektedir.

Bu olguda lezyonun görüntüleme yöntemleri ile elastofibroma dorsi tanısının kesinleştirilmesi ve lezyonun küçük olması nedeniyle öncelikle konservatif tedavi tercih edildi. Ancak semptomların gerilememesi üzerine daha az invaziv olan artroskopik biyopsi ve rezeksiyon uygulandı.

Literatürdeki olgularda elastofibroma dorsinin açık marjinal eksizyonu vurgulanmıştır.^[1-12] Toraks duvarının hipervasküler yapısı nedeniyle hastalar açık cerrahi sonrası hematoma ve seroma gelişimi riskini ameliyat sonrası dönemde taşımaktadırlar. Çınar ve ark.^[12] yayınladıkları 13 hastayı içeren çalışmalarında açık cerrahi eksizyon uygulanan dört hastada ameliyat sonrası dönemde hematoma ile karşılaşmışlardır.

Günümüzde skapulotorasik eklemin artroskopisi; konservatif tedaviye ve fizik tedaviye yanıt vermeyen

skapulotorasik eklemden sıkışma ve skapula üst iç bölgesinde ağrı semptomları olan atlayan skapula olgularında uygulanmaktadır ve skapulektomi ile bursektomi artroskopik olarak yapılmaktadır. Komşu anatomik oluşumlara cerrahi sırasında hakim olduğu takdirde minimal invaziv bir tekniktir ve patolojik durum dinamik olarak izlenebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde kozmetik açıdan ve erken rehabilitasyon açısından açık cerrahiye göre avantajlıdır.

Bu olguda literatürdeki diğer olgulardan farklı olarak elastofibroma dorsi marjinal eksizyonu skapulotorasik eklem artroskopisi ile başarılı bir şekilde yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde açık cerrahide karşılaşılabilecek hematoma ve yara iyileşme sorunları gibi komplikasyonlarla karşılaşmadı. Erken rehabilitasyon başlandı ve bu nedenle açık yöntemle kıyasla hastanın daha az yakınması oldu ve günlük yaşama daha kısa süre içerisinde döndü.

Elastofibroma dorsinin cerrahi tedavisi marjinal eksizyondur ve büyük lezyonlarda açık cerrahi tercih edilmelidir. Bununla beraber radyolojik olarak tanısı kesinleşmiş, küçük lezyon bulunan, semptomatik seçilmiş elastofibroma dorsi olgularında skapulotorasik artroskopi yardımıyla marjinal rezeksiyon yöntemi daha az invaziv olması nedeniyle uygulanabilir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Muratori F, Esposito M, Rosa F, Liuzza F, Magarelli N, Rossi B, et al. Elastofibroma dorsi: 8 case reports and a literature review. *J Orthop Traumatol* 2008;9:33-7.
2. Jarvi O, Saxen E. Elastofibroma dorse. *Acta Pathol Microbiol Scand Suppl.* 1961;51:83-4.
3. Chandrasekar CR, Grimer RJ, Carter SR, Tillman RM, Abudu A, Davies AM, et al. Elastofibroma dorsi: an uncommon benign pseudotumour. *Sarcoma* 2008;2008:756565.
4. Järvi OH, Länsimies PH. Subclinical elastofibromas in the scapular region in an autopsy series. *Acta Pathol Microbiol Scand A* 1975;83:87-108.
5. Brandser EA, Goree JC, El-Khoury GY. Elastofibroma dorsi: prevalence in an elderly patient population as revealed by CT. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:977-80.
6. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibroma in okinawa. A clinical-pathological study of 170 cases. *Cancer* 1982;50:1794-5.
7. Öztuna V, Milcan A, Eskandari MM, Kuyurtar F. Osteochondromas at the Ventral Surface of Scapula (A Report of Three Cases). *Eklem Hastalik Cerrahisi* 2003;14:105-8.
8. Ermiş MN, Aykut US, Durakbaşı MO, Özel MS, Bozkuş FS, Karakaş ES. Snapping scapula syndrome caused by subscapular osteochondroma. *Eklem Hastalik Cerrahisi* 2012;23:40-3.
9. Kesgin E, Çelik C, Karaoğlu S. Arthroscopic resection of osteochondroma of the knee: two case reports. *Eklem Hastalik Cerrahisi* 2013;24:112-6.
10. Majó J, Gracia I, Doncel A, Valera M, Núñez A, Guix M. Elastofibroma dorsi as a cause of shoulder pain or snapping scapula. *Clin Orthop Relat Res* 2001;388:200-4.
11. Tamimi Mariño I, Sesma Solis P, Pérez Lara A, Martínez Malo J, 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.
12. Cinar BM, Akpınar S, Derincek A, Beyaz S, Uysal M. Elastofibroma dorsi: an unusual cause of shoulder pain. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009;43:431-5.