

## **SIRTTA BİLATERAL KİTLE, ELASTOFİBROMA DORSİ: OLGU SUNUMU**

Canan Gönen AYDIN\*, Osman LAPÇİN\*\*, Seçil Sezgin SAKIZLIOĞLU\*\*\*,  
Kubilay BENG\*\*

### **ÖZET**

Elastofibroma dorsi, fizik muayene sırasında ön tanı olarak akla gelmeyen bir yumuşak doku kitlesidir. Sırt ve omuz ağrısı nedeniyle polikliniklere başvuran hastalarda gözden kolaylıkla kaçabilmektedir. Bu yazıda 64 yaşında sırtta şişlik yakınması olan kadın hasta sunuldu. Üç ay önce spor yaparken sırtında beliren kitle nedeniyle polikliniğe başvurmuştu. Fizik muayenede sağ skapula inferiorda, kol abdüksiyon hareketiyle daha da belirginleşen kitle saptandı. Manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral yumuşak doku kitlesi belirlendi. Elastofibroma dorsi için karakteristik semptom ve bulgusu olan hasta kendi isteği ile takibe alındı. Bu sunumda bir elastofibroma dorsi olgusu güncel literatür bilgisiyle birlikte aktarılmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Elastofibroma dorsi, kitle, yumuşak doku, sırt

### **SUMMARY**

*BILATERAL MASS ON THE BACK, ELASTOFIBROMA DORSI:  
A CASE REPORT*

*Elastofibroma dorsi is a soft tissue mass which is rarely considered in the differential diagnosis during physical examination. It can easily be missed during the examination of patients who are admitted to health care facilities with complaint of back and shoulder pain. In this article, a 64 years old lady is presented, whose complaint was a lump at her upper back. She was admitted to the clinic with a swelling on the upper back of her body, which has emerged during exercise three months earlier. In her physical examination a mass at the right inferior scapular region was*

---

\*Spor Hekimliği Birimi, Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğ. Arş. Hast., İstanbul

\*\*Ortopedi ve Travmatoloji, Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğ. Arş. Hast., İstanbul

\*\*\*Radyoloji Birimi, Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğ. Arş. Hast., İstanbul

*identified, and which became more prominent with the abduction of the arm. MRI revealed a soft tissue mass. The patient was voluntarily taken under follow-up, with characteristic symptoms and findings for elastofibroma dorsi. Hereby we aimed to remind about elastofibroma dorsi in the light of current literature.*

**Key words:** *Elastofibroma dorsi, tumor, soft tissue, back*

## GİRİŞ

Elastofibroma dorsi (EFD), sıklıkla göğüs duvarının subskapular bölgesinde görülen; yavaş büyüyen, kapsülsüz olduğu için sınırları iyi ayırt edilemeyen, benign, solid yumuşak doku tümürüdür. Patolojik olarak nonkapsüle, fibröz dokunun elastin komponentinin proliferasyonu ile karakterizedir (8). Lezyon, genelde skapula kuşağındaki yerleşimi nedeniyle elastofibroma dorsi olarak adlandırılmıştır. Ancak, sık olmasa da, bu yerleşim dışında da elastofibroma (EF) görülebilmektedir. Bu durumda lezyon sadece EF olarak adlandırılmakta, subskapular yerleşimli lezyonlara EFD denmektedir (7,8,10,20).

EF mekanik irritasyon sonucunda oluşan dejeneratif veya reaktif fibröz psödötümördür (23). Genellikle 55 yaş ve üstü (ortalama yaş 70) hastalarda ortaya çıkmaktadır (17). Tanıda en önemli radyolojik yöntem manyetik rezonans görüntülemesi (MRG)'dir (16,18).

## OLGU

Hasta üç ay önce sırtında aniden beliren kitle nedeniyle spor hekimliği polikliniğine başvurmuştu. Hikâyesinde, 64 yaşında emekli grafiker ressam olduğu öğrenilen hasta; altı ay önce spor salonuna gitmeye başladığını belirtti. Üç ay önce barfiks çekerken sırtında aniden ağrı hissettiğini ve hareketi tamamlayamadığını söyledi. Daha sonraki günlerde de kolunu rahatlıkla kullanan hasta; sırtında beliren şişlik nedeniyle birçok hastaneye başvurduğunu ancak tanı konulamadığı için polikliniğimize müracaat ettiğini belirtti.

Fizik muayenede; omuz hareketi olmadan gözlenmeyen, fakat omuzun öne fleksiyon ve abdüksiyon hareketleri sırasında skapulayı öne-dışa doğru iterek belirgin hale gelen kitle tespit edildi (Bkz. Resim 1,2,3). Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Toraks MRG'sinde sağda belirgin olmak üzere, her iki taraf toraks posterolateral duvar düzeyinde, serratus anterior kası ile toraks duvarı arasında, yağ doku planı içerisinde, T1 ve T2AG'lerde kas dokusu ile benzer sinyal özelliğinde,



**Resim 1.** Kol hareketsizken görünüm



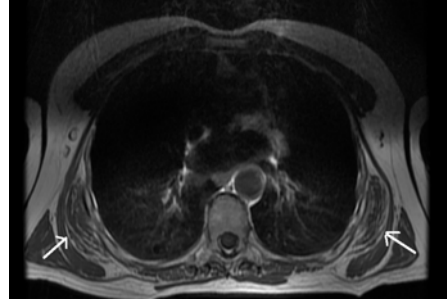
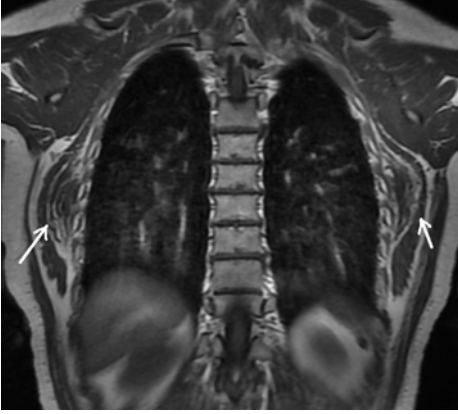
**Resim 2.** Omuz öne fleksiyon ve abdüksiyonda görünüm



**Resim 3.** Kolun hareketi ile kitlenin daha çok belirginleşmesi

Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Toraks MRG'sinde sağda belirgin olmak üzere, her iki taraf toraks posterolateral duvar düzeyinde, serratus anterior kası ile toraks duvarı arasında, yağ doku planı içerisinde, T1 ve T2AG'lerde kas dokusu ile benzer sinyal özelliğinde, kapsül formasyonu oluşturmayan, keskin sınır izlenmeyen, homojen sinyalde füziform şekilli yumuşak doku lezyonları kaydedildi. Lezyon boyutları (kraniokaudal x anteroposterior x transvers) sağda 7x7x2.5 cm, solda 6.5x6x2 cm olarak ölçüldü (Resim 4 ve 5).

Prospektif olarak çekilen MRG'de karakteristik lokasyonda lezyon varsa ve hasta yaşıyla uyumluysa, yüksek derecede EFD ile uyum gözlendiği bildirilmiştir (18,24). Her iki hemitorakstaki kitle lezyonları radyolojik olarak EFD ile uyumlu idi. Hasta kendi isteği ile takipte olmayı tercih etti, operasyonu istemediğini belirtti.



**Resim 4.** Toraks MRG'de iki taraflı kitle **Resim 5.** MRG'de transvers görünüm

### TARTIŞMA

Elastofibroma ilk olarak Järvi ve Saxén tarafından 1961 yılında; skapulanın göğüs duvarına sürtünmesi ile meydana gelen aşırı elastin üretimi ve kollagen dejenerasyonu ile reaksiyonel bir durum olarak tanımlanmıştır (9). EFD'ye ilişkin olarak etiyoloji, yaş, cinsiyet, tanı ve tedavi konusunda bilinenler son araştırmalarla değişiklik göstermiştir.

EFD'nin gerçek bir tümör olup olmadığı tartışmalı olup, etiyojisinin mültifaktöriyel olduğu söylenebilir (11). Son araştırmalarda kas gücü ile çalışanlarda tekrarlayıcı travmalarla görülme sıklığının artabileceği bildirilmiştir. Golf oyuncularında gözlenen kol hareketi sırasında da skapula ve göğüs duvarı arasında devamlı bir sıkışma olmaktadır. Fakat literatürde bu sporculara ilişkin bir çalışma söz konusu değildir. Omuz ve kolunu sürekli kullanan ya da ağır iş yapan kişilerde, sıklıkla da sağ kolda EFD'nin daha fazla görülmesi bu görüşü desteklemiştir. Bununla birlikte elastofibroma, hayatı boyunca kolunu zorlamayanlarda da gözlenmektedir. Skapula dışında farklı yerleşimlerde de görülebilmesi bu teoriyi desteklemektedir.

Olguda spora bağlı olarak gelişen, etiyojide de bahsedilen kronik travma düşünülebilir. İleri sürülen diğer görüşler; reaktif fibromatozis, vasküler yetersizliğe bağlı veya elastik dejenerasyonlar, enzim defekti ve sistemik tutulumdur (3,8,17). Japonya'da çok sayıda hastayla yapılan bir çalışmada güçlü genetik predispozisyon üzerinde durulmuştur (17).

EFD orta yaş grubunu etkilemektedir. Çin'de 378 EFD incelenerek yapılan bir çalışmada; 40 yaş üzerinde görüldüğü, kadın-erkek oranının 6:1, tek ve çift taraflı görülme oranının 3:1 olduğu rapor edilmiştir (4).

Ekstraskapular yerleşim olarak; lateral göğüs duvarı, deltoid kas, aksilla, torakanter majör, olekranon, ayak, triküspid kapak, tuberositas ischi, inguinal bölge, omentum majus, mide, rektum, spinal kanal, sklera, orbita ve mediastende görüldüğü bildirilmiştir (7,20). Bu olguda kitle skapula altında lokalize idi.

Torasik patoloji yayınlarda ender geçmesine karşın, asemptomatik yaşlı popülasyonda toraks bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde prevalans %2 olarak bildirilmektedir. Olguların sırtta lokalize olması ve çoğu kez semptom vermemeleri nedeniyle toplumda gerçek insidans bilinmemektedir (2). Lezyon genelde 5 cm'den büyük olduğu zaman semptom vermeye başlamaktadır. Olguların %50'si asemptomatiktir. Semptomatik olarak hastaların %25'inde kuvvetsizlik, %10'unda ise ağrı gözlenmiştir. Diğer semptomlar arasında kol hareketiyle ortaya çıkan tıkırtı hissi (click), eklem sertliği ya da "impingement sendrom"a benzer yakınmalar sayılabilir (17).

Bu yakınmalarla başvuran hastalar, fizik muayenede semptom olmasa da mutlaka radyolojik olarak değerlendirilmelidir. BT ve MRG inceleme bu patoloji için oldukça yararlı görüntüleme yöntemleridir (12). Radyolojide bazen toraks duvarı kasları ile net ayırt edilemeyen, malign kitle benzeri lezyon olarak tanımlamalar yapılsa da, son çalışmalar MRG'nin yeterli olduğunu bildirmektedir. Yu ve ark. (24)'na göre spin-echo MRG yöntemi elstofibroma tanısında oldukça başarılıdır.

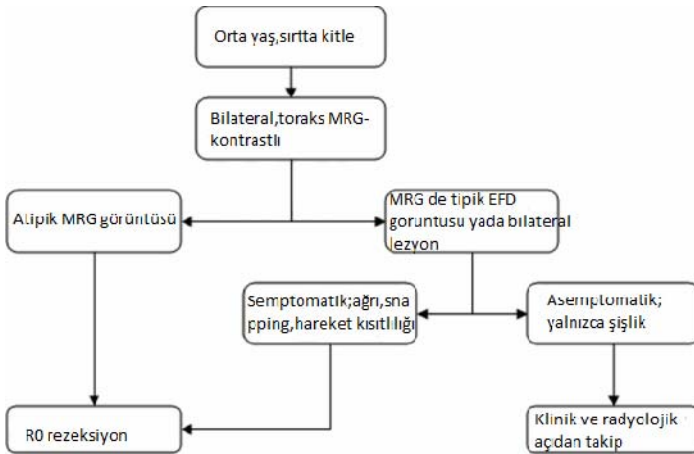
Buradaki olguda önceden çekilmiş BT ve sonradan istenen MR görüntüleri yeterli olmuştur. MR'da görüntüler kasa benzer yoğunlukta, yağa ait çizgisel opasiteler içeren yumuşak doku kitlesi şeklindedir. T1 ve T2 ağırlıklı incelemelerde, yüksek veya orta derece yoğunlukta düz ve kıvrımlı çizgisel bölgeler içeren yumuşak doku kitlesi şeklindeki görüntü karakteristiktir. Bazı yazarlar EFD açısından lezyonun yeri ve kliniği tipik olduğunda, bazıları ise radyolojik değerlendirme tipik olduğunda insizyonel biyopsinin gerekli olmadığını savunmuşlardır (6,17,18,21,24).

Başka yazarlar ise EFD tanısında görüntülemenin yeterli olmadığını ve agresif bir tümör gibi düşünülerek biopsi yapılması gerektiğini savunmuşlardır (22). Fakat derin yerleşimli yumuşak doku ve yağ dokusuna uzanan karakteristik lezyonlarda başka testlere gerek olmadan tanı konulabileceğini savunanlar da vardır (21). Küçük EFD olgularında BT ve MR yeterli olmayabilir. O zaman gadolinium kullanılabilir. Fakat kitle karakteristik bölgedeyse (periscapular bölge) ve spesifik MR, BT ve sonografik bulgular varsa tanısı kolaylaşır (1,6).

Ayırıcı tanıda ekstraabdominal desmoid tümör, lipoma, schwannoma, hemanjiyom, metastatik veya primer sarkom, subskapular bursanın belirgin olması, nörofibroma, sikatrisyel fibroma, fibröz histiositoma, fibromatosis, fibrolipoma akla gelmelidir (3,8,10,17).

EFD'nin kesin tedavisi tümörün tam eksizyonudur. Tümör fonksiyonel yetersizlik, bası bulguları, ağrı ve göğüs duvarında şişliğe neden oluyorsa ve tümörün çapı 5 cm'i aşılırsa eksize edilmelidir. Daha küçük ve asemptomatik lezyonlarda cerrahi tedavi uygulanmadan hasta izlenebilir. Cerrahi tam eksizyon sonrası literatürde tek vakada nüks izlenmiştir. Bazı vakalarda hematoma ve seroma gelişmiş, fakat izlemde kendiliğinden gerilediği gözlenmiştir. "Dubling time" süresi oldukça uzun olan hastalığın malign transformasyon gösterdiğine dair delil yoktur (3,5,11,15,17,23). Olgunun BT ve MRG inceleme bulguları elastofibroma ile uyumlu rapor edildiği için tanı konulabildi ve iğne biyopsisine gerek duyulmadı.

Muratori ve ark. (16) subskapular EF için bir algoritma (Şekil 1) vermişler; asemptomatik olgularda karakteristik MRG bulguları da varsa takip önermişlerdir. Buradaki vakanın da izlenmesi uygun görüldü. Diğer taraftan, semptomatik kitle varlığında tipik MR bulgusu varsa, asemptomatik olup MRG bulgusu atipikse marjinal rezeksiyon önerilir. Literatürde marjinal R0 rezeksiyon (negatif makroskopik ve mikroskopik alan) yapılarak izlenen hastalarda eklem hareket aralığında kayıp gözlenmiştir (3,14,16,17,18). Köksel ve ark. (13) EFD'nin önerilen tedavisi total cerrahi eksizyon olmasına rağmen, lokal nüks ve küçük lezyonlarda agresif davranılmayıp, izlemenin yeterli olabileceğini savunmaktadır (13). Unrezektabl kitlelerde radyoterapinin de etkili olduğu öne sürülmüştür (19).



Şekil 1. Sırta kitle saptanan hastada izlenecek yol.

Elastofibroma dorsi nadir bir göğüs duvarı tümörü olması ve fizik muayenede kolaylıkla gözden kaçabilmesi nedeniyle; uzun süredir sırt ağrısı bulunan hastalarda özellikle travma tarif ediyorsa ayırıcı tanıda düşünülmelidir. İlk önce radyolojik olarak araştırılmalı ve bilateral olabileceği akılda tutulmalıdır. Hastanın durumuna göre de gereksiz invaziv işlemden kaçınılmalıdır. EFD iki taraflı olsa da neden tek tarafta semptom verdiği yeni bir araştırma konusudur.

### KAYNAKLAR

1. Alouini R, Allani M, Harzallah L, Bahri M, Kraiem C, Tili-Graies K: Elastofibroma: imaging features [in French]. *J Radiol* **86**: 1712-5, 2005.
2. Brandser EA, Goree JC, El-Khoury GY: Elastofibromadorsi: prevalence in an elderly patient population as revealed by CT. *AJR Am J Roentgenol* **171**: 977-80, 1998.
3. Briccoli A, Casadei R, Di Renzo M, et al: Elastofibroma dorsi. *Surg Today* **30**: 147-52, 2000.
4. Chen TH, Gu XS, Ren SZ, et al: Clinical analysis on elastofibroma: report of 23 cases. *J Tumor* **5**: 128-9, 1985.
5. Daigeler A, Vogt PM, Busch K, et al: Elastofibroma dorsi-differential diagnosis in chest wall tumours. *World J Surg Oncol* **5**: 15, 2007.
6. Dalal A, Miller TT, Kenan S: Sonographic detection of elastofibroma dorsi. *J Clin Ultrasound* **31**: 375-8, 2003.
7. De Nictolis M, Goteri G, Campanati G, Prat J: Elastofibrolipoma of the mediastinum. A previously undescribed benign tumor containing abnormal elastic fibers. *Am J Surg Pathol* **19**: 364-7, 1995.
8. Guha AR, Raja RC, Devadoss VG: Elastofibroma dorsi -a case report and review of literature. *Int J Clin Pract* **58**: 218-20, 2004.
9. Jarvi OH, Saxen AE: Elastofibroma dorsi. *Acta Pathol Microbiol Scand* **51**: 83-4, 1961.
10. Kara M, Dikmen E, Kara SA, Atasoy P: Bilateral elastofibromadorsi: proper positioning for an accurate diagnosis. *Eur J Cardiothorac Surg* **22**: 839-41, 2002.
11. Kourda J, Ayadi-Kaddour A, Merai S, et al: Bilateral elastofibroma dorsi. A case report and review of the literature. *Orthop Traumatol Surg Res* **95**: 383-7, 2009.
12. Kransdorf MJ, Meis JM, Montgomery E. Elastofibroma: MR and CT appearance with radiologic-pathologic correlation. *Am J Roentgenol* **159**: 575-9, 1992.
13. Köksel O, Özdülger A, Özer C, ve ark: Bilateral elastofibroma dorsi: Olgu sunumu. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* **13**: 279-82, 2005.
14. Marin ML, Perzin KH, Markowitz AM: Elastofibroma dorsi: benign chest wall tumor. *J Thorac Cardiovasc Surg* **98**: 234-8, 1989.

15. Muramatsu K, Ihara K, Hashimoto T, Seto S, Taguchi T: Elastofibroma dorsi: diagnosis and treatment. *J Shoulder Elbow Surg* **16**: 591-5, 2007.
16. Muratori F, Esposito M, Rosa F, et al: Elastofibroma dorsi: Eight case reports and a literature review. *J Orthop Traumatol* **9**: 3-7, 2008.
17. Nagamine N, Nohara Y, Ito E: Elastofibroma in Okinawa: a clinicopathologic study of 170 cases. *Cancer* **50**: 1794-805, 1982.
18. Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, McLeod RA: Elastofibroma dorsi: radiologic findings in 12 patients. *AJR Am J Roentgenol* **167**: 683-7, 1996.
19. Prete PE, Henbest M, Michalski JP, Porter RW: Intraspinal elastofibroma. A case report. *Spine* **8**: 800-2, 1983.
20. Tsutsumi A, Kawabata K, Taguchi K, Doi K: Elastofibroma of the greater omentum. *Acta Pathol Jpn* **35**: 233-41, 1985.
21. Vastamaki M: Elastofibroma scapulae. *Clin Orthop Relat Res* **392**: 404-8, 2001.
22. Vera-Alvarez J, García-Prats MD, Marigil-Gómez M, Abascal-Agorreta M, López-López JI: Elastofibroma dorsi diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* **52**: 264-6, 2008.
23. Weiss SW, Goldblum JR: *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*, 4<sup>th</sup> ed. St Louis, MO, Mosby, 2001, pp 247-346.
24. Yu JS, Weis LD, Vaughan LM, Resnick D: MRI of elastofibroma dorsi. *J Comput Assist Tomogr* **19**: 601-3, 1995.

**Yazışma için e-mail:** canowum@gmail.com