

SOLİTER BENİGN FİBROZ MEZOTELYOMALAR (iki olgu nedeni ile)

M.ÇELİK (*) • A. UYSAL (*) • S.HELEZAROĞLU (*) • F. ZONUZİ (*) • S.ARMAN (*) • İ.ÖZTEK (**)

ÖZET: Her ikisi de bayan olan 48 ve 23 yaşlarındaki hastalarımızın sol akciğerlerinde görüntüleme yöntemleri ile 7x9x13 ve 8x9x9 cm. boyutlarda homojen kitleler saptandı. Birinci hastamıza daha önce bir başka merkezde inoperabl adenokarsinom tanısı konarak radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştı. Preoperatif tetkiklerde lezyonların benign olarak yorumlanması sonucu her iki hastaya da torakotomi uygulandı. Visseral plevradan gelişmiş olduğu gözlenen tümörler künt diseksiyon ile parankimden kolayca ayrılarak ekstripe edildi. Histopatolojik, histokimyasal ve immünohistokimyasal incelemeler, tümörlerin nadir rastlanan Soliter Benign fibröz Mezotelyoma olduğunu ortaya koydu.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Mezotelyoma, Soliter mezotelyoma, Plevral neoplazm.

SUMMARY: Solitary Benign Fibrous Mesotheliomas (Two cases reports): Two female patients aged 48 and 23, were diagnosed as having 7x9x13 and 8x9x9 cm. homogen masses in their left lungs. One of the patients had received radio-and chemotherapy, in another medical center due to a diagnosis of inoperable adenocarcinoma. During the preoperative investigations both lesions were diagnosed as being benign entities. Tumoral masses originated from visceral pleura could be easily dissected with blunt dissection from the lung parenchyma by left posterolateral thoracotomy. Histopathologic, histochemical and immunohistochemical examination techniques spesificly diagnosed these tumors as being rarely encountered solitary benign fibrous mesothelioma.

KEY WORDS: Mesothelioma, Solitary mesothelioma, Pleural neoplasms.

GİRİŞ

Plevral mezotelyomalar diffüz ve lokalize olmak üzere iki formda görülürler. Diffüz mezotelyomalar genellikle fetal seyirlidir ve asbestoz ile yakın ilişkileri nedeni ile özellik arz ederler (11,18). Selim ve malign olmak üzere iki varyantı gözlenen lokalize formların tüm primer plevral tümörler içindeki oranı yüzbinde 2.8 olarak bildirilmiştir (10).

Soliter fibröz mezotelyomalar selim karakterli lezyonlardır. Bu tümörler klinik ve radyolojik özellikleri ile olduğu kadar hücrel orijinleri ve patolojik özellikleri nedeni ile postinflatuvar tümör, fibroz plevral mezotelyoma, benign mezotelyoma, lokalize fibröz mezotelyoma, submezotelyal fibrom, plevral fibrom ve lokalize (soliter) mezotelyoma gibi çeşitli isimlerle tanımlanmışlardır (10).

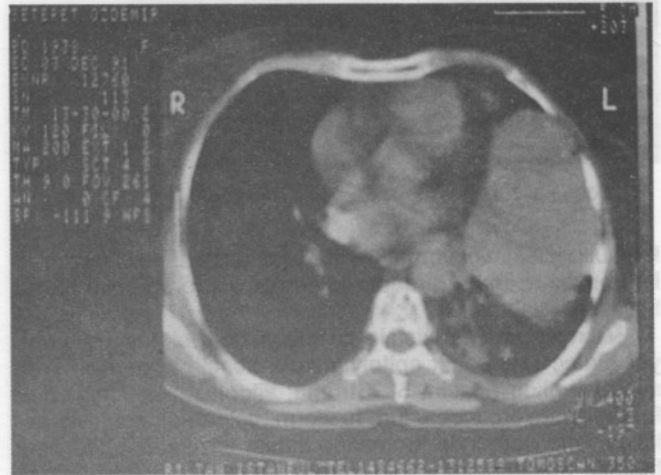
Çapları 1 ile 36 cm'ye kadar ulaşabilen bu tümörlerin yaklaşık % 80'inin visseral plevradan çıktığı bildirilmiştir (8,9). Literatürde bugüne kadar 500 civarında selim plevral tümör olgusu bildirildiği saptanmıştır (10).

Ancak ameliyat sonrası kesin tanı koyabildiğimiz 2 olgumuzu klinik-radyolojik özellikleri ve ayırıcı tanıda güçlükler göstermesi nedeni ile sunmayı uygun bulduk.

OLGULAR

Olgu I: A26/92, Ş.Ö., kırksekiz yaşında bayan hasta, kliniğimize sol yan ağrısı ve zayıflama yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde 1.5 yıl önce aynı yakınmaları olan hasta bir kliniğe müracaatı sonucu inoperabl akciğer tümörü (adenokarsinom) tanısı nedeni ile radyoterapi ve kemoterapi gördüğünü ifade ediyordu. Fizik muayenesinde sol hemitoraksta vibrasyon torasik azalması, submatite ve dinlenmekle sol orta ve alt akciğer alanlarında solunum seslerinde azalma dışında bir patoloji saptanmadı. Çekilen akciğer grafisi ve BT'de sol alt lobu kollabe eden ve lingula parankimi ile işbirlikli 7x9x13 cm. boyutlarda solid kitle saptandı (Resim 1).

Laboratuvar muayenesinde Hb: 7.8 gr/dl, Hct: % 24, Sedimentasyon: 70 mm/1.h olarak bulundu. Balgam, bronkoskopik lavaj ve transtorasik ince iğne aspirasyonunun sitolojik tetkik sonunda malignite saptanmadı. Yapılan torakoskopik incelemede visseral plevradan kaynaklanan, üzeri vasküler yapıda tümöral kitle gözlemlendi. Torakoskopik biyop-



Resim 1: 1. olgunun Bt.'si; kollabe solt alt lob ve lingulaya bitişik 13 cm. büyük çapta solid kitle.

sinin sonucu: "Anjiyomatöz Fibroz Doku" olarak rapor edildi. Daha sonra yapılan sol posterolateral torakotomide, vasküler bir pedikülle linguler segment ile ilişkisi olan, dış yüzü düzgün ve kapsüllü, sert, 7x9x13 cm. boyutlarda tümöral kitle ekstripe edildi (Resim 2).

Olgu II: D21/92, N.B., yirmioç yaşında bayan hasta bir yıldır zayıflama ve öksürük şikayetleri mevcut. Fizik muayenesinde bir özellik saptanmayan hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 10700/mm³ olarak bulundu. PA akciğer grafisinde sol parahiler yerleşimli, düzgün lobule konturlu homojen bir kitle saptandı (Resim 3). Hastada indirek hemaglutinasyon testinin pozitif olması ve periferik yaymada % 6 eozinofili saptanması sonucu kisthidatik düşünülerek, torakotomi uygulandı. Sol posterolateral torakotomide linguler segmentte yerleşmiş yuvarlak, lobule, dış yüzü pembe, kapsüllü görünümde sert, mobil ve kesiti fibrolipom görünümünde tümöral kitle ile karşılaşıldı. Künt diseksiyonla lingula parankiminden kolaylıkla ekstripe edilen tümörün vasküler bir pedikülü olduğu görüldü (Resim 4).

PATOLOJİ

Makroskopi: Biri 7x9x13 cm., diğeri 8x9x9 cm. boyutlardaki sert tümörlerin dış yüzleri düzgün, pembe-beyaz ve

* Heybeliada Göğ. Hast. ve Göğ. Cer. Merkezi, İstanbul

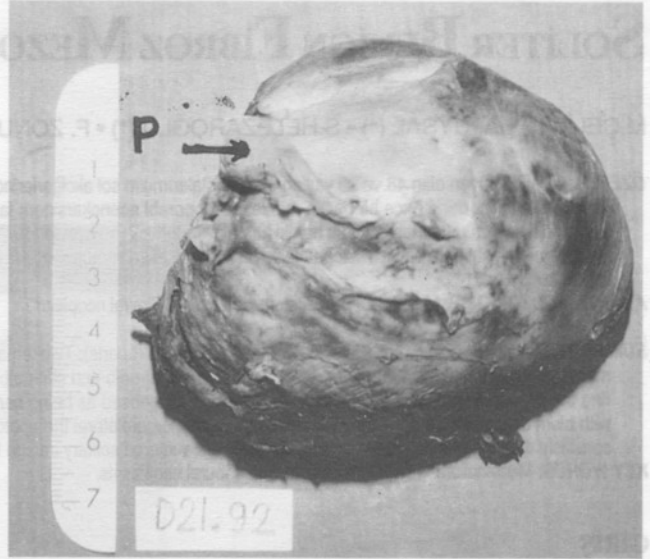
** GATA Haydarpaşa İğ. Hast Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul



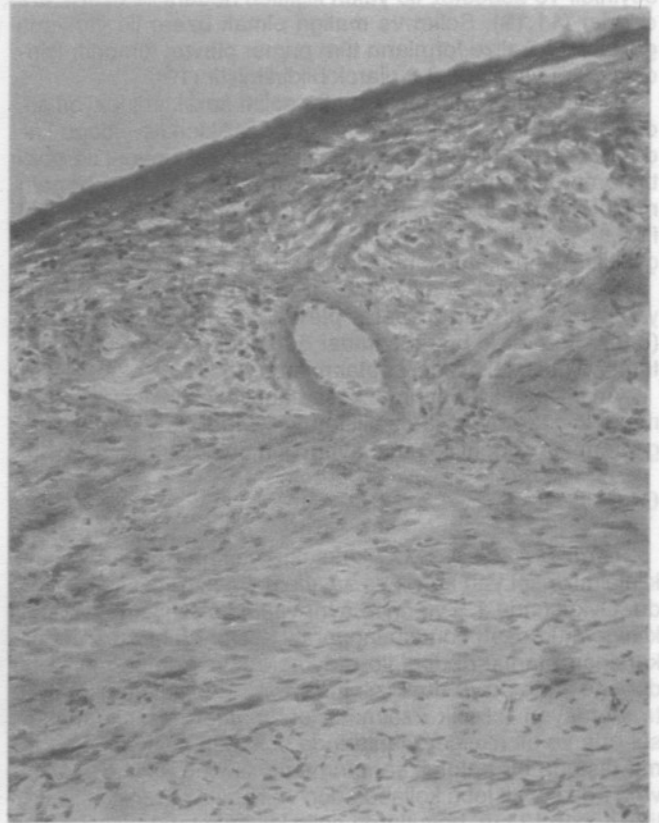
Resim 2: 1. Olgunun makroskopik görünümü.

kapsüllü izlenimini vermektedir. Kesit yüzleri; açık sarı veya kirli beyaz, parlak, girdapsı kıvrımlar gösteren solid fibröz bir yapıya sahiptir.

Mikroskopi: Her ikisinin de dış yüzleri tek kat veya yer yer birkaç sıra basık epitelyumlarla döşeli yalancı bir kapsülle çevrilidir (Resim 5). Stroma; sitoplazma sınırları pek farkedilemeyen, ince uzun, fuziform, uçları daha çok yuvarlakça, orta derecede kromatine sahip, veziküle, nükleoller belirsiz nükleuslara sahip fibrosit veya fibroblast benzeri

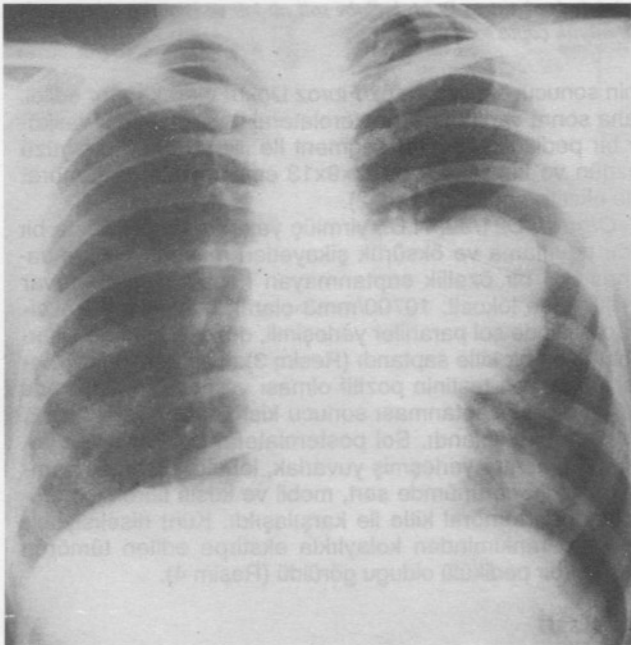


Resim 4: 2. Olgunun makroskopik görünümü ve üzerindeki pedikülü (P).

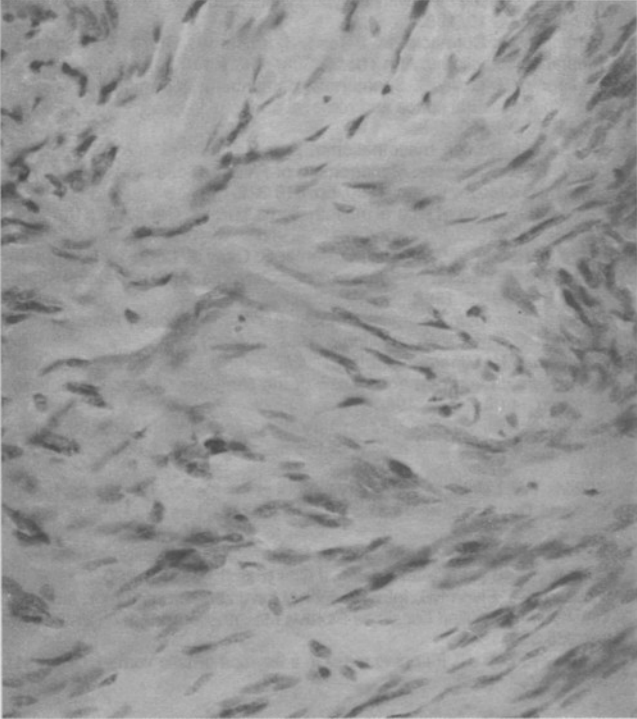


Resim 5: Üzerinde yalancı kapsül bulunan fibroz yapıdaki tümör içinde duvarı biyalinize bir damar kesiti (HEx100).

benign hücrelerin değişik yönlerde seyreden demetlerinden meydana gelmiştir. Geniş olan damar duvarları hyalini kalınlaşma göstermektedir. Bazı kesitler hücreden zengin, yer yer palizatik dizilişler izlenmekte, hücreden fakir kısımlarda ise hyalinizasyon, miksoid kısımlar ve fibrinoid dejenerasyon alanlarına rastlanmaktadır (Resim 6).



Resim 3: 2. Olgunun Pa akciğer grafisi. Sol parabiler lobüle homojen solid kitle.



Resim 6: Birbirini kesen palizatik dizilişler oluşturan benign fuziform hücre demetleri (HEEx200).

Histokimyasal tetkiklerden Von-Gieson ile hücre sitoplazmaları ve astromal yapı kırmızıya, trichrome ile maviye boyanmıştır. Retikulum boyası ile retikülün liflerinden zengin bir çatı mevcuttur. İmmünohistokimyasal olarak her iki olguda da cytokeratin diffüz (++) ve (+++) (Resim 7), vimentin diffüz (+++), S-100 ve Desmin (-) bulunmuştur.

Tanı: Soliter Benign Fibröz Mezotelyoma (her iki olgu).

TARTIŞMA

Mezotelyomalar, plevranın en sık görülen primer tümörleridir. İlk primer plevral tümör tanımı 1767 yılında Lietaud tarafından yapılmıştır (10). Tümörün ilk detaylı mikroskopisi 1870 yılında Wagner tarafından tanımlanmış ve bunların plevral lenfatiklerin endotelyumundan kaynaklandıkları belirtilmiştir (1). 1931 yılında Klumperer ve Rabin plevral tümörleri diffüz ve lokalize olmak üzere iki forma ayırmışlar ve diffüz formun multipotansiyel mezotelyal hücrelerden çıktıklarını ve gerçek mezotelyoma olduklarını, buna karşın lokalize formların ise subplevral areolar dokudan orijin aldıklarını belirtmişlerdir (1,15,18). Stout ve Murray'ın doku kültürü teknikleri ile plevral tümörlerin mezotelyal hücrelerden kaynaklandıklarını ortaya koyan çalışmaları bu alanda önemli ilerleme sağlamıştır (10).

Foster ve Ackerman'ın, 1960 yılında yaptıkları ışık mikroskopik çalışmaları bu tümörlerin histolojik yapılarında ve görünümündeki geniş varyasyonları ortaya koymuştur. 1970'li yıllardaki elektron mikroskopik çalışmalar ve daha sonraları yapılan ultrasüruktürel ve immünohistokimyasal bulgular lokalize fibröz tümörlerin submezotelyal dokulardan orijin aldıklarına ilişkin hipotezi desteklediği bildirilmiştir (6,10,18). Benign lokalize fibröz mezotelyomalar genellikle 40-60 yaş arasında sıklıkla görülürler ve her iki cins arasında önemli bir farklılık bildirilmemiştir (15,16,19). Klinik olarak

genellikle asemptomatik seyretmelerine rağmen torasik ve ekstratorasik semptomlara da yol açabilmektedirler. Briselli ve arkadaşları 1980 yılında yaptıkları 360 olguluk bir literatür taramasında öksürük, dispne göğüs ağrısı ve pulmoner osteoartropati'yi en sıklıkla görülen klinik semptomlar olarak saptamışlardır (1). Ayrıca artralji, çomak parmak ve hipoglisemi gibi sistemik bulguların da görüldüğü bildirilmiştir (7). Tümör radyolojik olarak soliter, yuvarlak, düzgün konturlu ve homojen bir opasite olarak görüldüğünden bronkojenik kist, diğer soliter akciğer tümörleri, plevral lipom veya kisthidatik yönünden ayırıcı, tanıya gidilmelidir (3,5,10,12,14). Bu tümörlerde preoperatif dönemde tanı koyma olasılığı zayıftır. Kesin tanı ve cerrahi tedavi amacı ile torakotomi gerektiği bildirilmiştir (3,8,14,16).

Benign lokalize fibröz mezotelyomalar olgularımızda olduğu gibi genellikle (% 70-80) visseral plevradan çıkmakla birlikte % 20 olguda da pariyetal plevradan çıktıkları saptanmıştır (3,6). İntrapulmoner lokalizasyon da gösterebilirler (12). Tümörün ekstirpasyonla tamamen çıkarılması genellikle küratif bir girişim kabul edilmekle birlikte bazı olgularda lokal nüks görülmesi nedeni ile daha geniş rezeksiyonlar önerilmiştir (3,9,10,16). Literatürde operasyondan 18 yıl sonra nüks etmiş olgu da vardır (17).

Makroskopik olarak sert kıvamda, düzgün kenarlı, kapsüllü, oval veya yuvarlaktır. Serbest yüzeyinde dilate vasküler yapılar görülür. Vasküler yapılar lezyonun büyüklüğü ile orantılıdır (10). Literatürde 30 cm. çapında ve 3000-4000 gram ağırlığında tümöral olgular rapor edilmiştir (8,9,11).

Tümör; retikulum, Van-Gieson ve trichroma gibi histokimyasal boya yöntemleri ile klasik fibrom görüntüsünden ayırtedilemez (12). Ayırıcı tanıda immünohistokimya önemli rol oynar (3,18). Fibröz mezotelyomalarda vimentin pozitif, desmin ve cytokeratin ise bazen pozitif olur (3,4,13,18). Olgularımızda Vimentin ve cytokeratin pozitifliği, ben-



Resim 7: Hücre sitoplazmalarında koyu renkli cytokeratin pozitifliği (Cytokeratin400).

zer tümörlerle ayırımında en önemli faktördür.

Klinik, radyolojik, makroskopik ve mikroskopik özelliklerle ile lokalize fibröz mezotelyomalar nonmalign tümörlerdir. Olgular genellikle soliter, asemptomatik ve visseral plevradan orijin alan muntazam konturlu bir kitle olarak karşımıza çıkarlar. Tümörün belirgin histolojik özellikleri olmasına rağmen orijinleri konusundaki mezotelyal veya submezotelyal hipotezler hâlâ tartışmalıdır. Yavaş büyürler ve asbestozla ilişkileri yoktur. Tedavide cerrahi eksizyon genellikle yeterlidir.

KAYNAKLAR

1. Briselli M, Mark EJ, Dickersin R. Solitary Fibrous Tumors of the pleura, eight new cases and review of 360 cases in the literature. *Cancer* 47: 2678-2689, 1981.
2. Burgess KR, Rutland J, Marlin GE, Maloney PL, Perry DC. Benign mesothelioma with tumor-induced hypoglycemia. *Austz NZJ Med* 12 (1): 70-2, 1982.
3. England DM, Hochholzer L, Mc Cartry MJ. Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura. A clinicopathologic review of 223 cases. *Am J Surg Pathol* 13 (8): 640-658, 1988.
4. Enzinger FM, Weiss SN. Soft tissue tumors. 2 nd ed. St Louis, Washington DC, Toronto. The CV Mosby Comp, 1988; 689-718.
5. Faber LP. Treatment of asbestose related disease of the chest. *Surg Clin North Am* 68 (3): 525-543, 1989.
6. Keating S, Simon GT, Alexopoulou I, Kay SM. Solitary fibrous tumors of the pleura. An ultrastructural and immunohistochemical study. *Thorax* 42: 976-979, 1987.
7. Mandel AK, Salem FA, Oparah SS. Localized benign mesothelioma of the pleura associated with a hypoglycemic episode. *Arch Intern Med* 143 (8): 1608-10, 1983.
8. Martini N, Mc Cormack PM, Boins MS, Kaiser LR, Burt ME, Hilaris BS. Pleural mesothelioma. *Ann Thorac Surg* 43 (1): 113-20, 1987.
9. Mengeot PM, Gouilly C. Spontaneous detachment of benign mesothelioma into the pleural space and removal during pleuroscopy. *Eur J Respir Dis* 68 (2): 145-50, 1986.
10. Milano MJ. Benign mesothelioma. In J Deslauriers and LK LacQuet (eds): *Toracic Surgery: Management of Pleural Diseases Vol: 6*, St Louis, The CV Mosby Comp. 1990, pp: 316-326.
11. Otto H. Pathology of pleural mesothelioma. *Thorac Cardiovasc Surgeon* 33: 332-334, 1985.
12. Öztekin İ, Kanca A, Baloğlu H, Özdamar Ş, Okay T, Doğuşay İ. Intrapulmoner lokalize soliter benign fibröz mezotelyoma. *Ankara Patoloji Bülteni* cilt: 9 (1): 63-73, 1992.
13. Rosai J. *Ackerman's Surgical Pathology*. 7th ed. St.Louis, Toronto Washington DC, The CV Mosby Comp. 1989; 265-267.
14. Seggewise H, Minami K, Korfer R. Localized benign mesothelioma of the pleura: case report and review of the literature. *Thorac Cardiovasc Surgeon* 34 (5): 330-2, 1986.
15. Shabanah FN, Sayegh SF. Solitary (localized) pleural mesothelioma: Report two cases and review of the literature. *Chest* 60 (6): 558-63, 1971.
16. Shields TW, Leininger J. Primary tumors of the pleura. TW Shields (eds), *General Thoracic Surgery* 3.nd Ed, Philadelphia, Lea and Fabiger 1989; pp: 521-535.
17. Vischoff D, Mayer A, Soegesser F. Recurrence of a benign pleural mesothelioma 18 years after exsion. *J Chir (Paris)* 123 (12): 700-3, 1986.
18. Yousem SA, Flynn SD. Intrapulmonary localized fibrous tumor. Intraparenchymal So-called Localized Fibrous Mesothelioma. *Am J Clin Pathol* 89: 365-369, 1988.
19. Zirinsky K, Hsu JT. Flapping mass in a asymptomatic woman. *Chest* 81 (6): 733-734, 1982.