

# Göğüs Duvarı Tümörleri

Fahri ÖZCAN\*  
Işık ŞENKAYA\*\*  
Mustafa TÜMAY\*\*  
Ayhan ÖZDEMİR\*\*\*

## ÖZET

*Kliniğimizde göğüs duvarı tümörü olan 12 olgu, arda dönük bir çalışma ile izlendi. Olguların 8'inin malign olmasına karşın, ancak 4'ü benign'di. Tüm olguların 8'i primer göğüs duvarı tümörü olmasına karşın, 4'ü metastatik karsinomaydı. Tanı konulduktan sonra bütün olgular ameliyat edildiler. Bu çalışmamızın amacı, tüm göğüs duvarı tümörlerinin aksi kanıtlarıncaya kadar malign olarak kabul edilip, cerrahi geniş eksizyonla çıkarılmaları gereğini vurgulamaktır.*

## SUMMARY

### Chest Wall Tumors

*In our clinic, we have reviewed 12 cases who had chest wall tumors, retrospectively. Eight of them were malignant and 4 were benign. Although, eight cases were primary chest wall tumors, the other 4 cases were metastatic carcinomas. All of them were operated. On the basis of our analysis, we believe that all tumors of the chest wall should be considered malignant until proven otherwise and that wide excision should be carried out.*

Göğüs duvarı tümörlerine oldukça seyrek olarak rastlanmaktadır. Ne varki ameliyat gerektiren tümöral oluşumlarla gittikçe daha fazla karşılaşmaktayız. Özellikle kostaları tutan tümörler diğerlerine göre daha fazladır. Primer kosta tümörlerinin çoğu maligndir. Benign göğüs duvarı tümörlerinde ameliyattan sonraki yaşam süresi çok iyidir. Malign olanlarda ise 5 yıllık yaşam süresi % 33'e yakındır<sup>1</sup>. On yıllık yaşam süresi ise gittikçe azalarak % 14'e kadar inmektedir<sup>2</sup>. Bundan dolayı aksi

\* Uz. Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\* Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araş. Görevlisi

\*\*\* Doç. Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

kanıtlanıncaya kadar tüm göğüs duvarı tümörleri malign olarak değerlendirilip geç kalınmadan geniş bir eksizyonla çıkarılmalıdır.

Göğüs duvarındaki kitlelerin iyi veya kötü huylu olup olmadığına karar verilmesi çok önemlidir. Tümöral oluşumların klinik ve radyografik değerlendirilmeleri çok iyi yapılmalıdır. Radyografilerde, kemik yapıdaki herhangi bir destrüksiyon oluşumu malign olduğunu gösterdiğinden, çok önemli bir bulgudur.

Bu yazımızda göğüs duvarı tümörlerinin tanı ve tedavisinde kliniğimizin yaptığı çalışmaları özetlemeye çalıştık.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde, 1977-1985 yılları arasında göğüs duvarı tümörü tanısıyla saptadığımız 12 olgu arda dönük bir çalışma ile izlendi. Beş ile 60 yaş grubunda olan olgularımızın yaş ortalaması 46 idi. Tüm olguların 10'u erkek (% 83.33), 2'si kadındı (% 16.66).

## BULGULAR

Sekiz olguda primer göğüs duvarı tümörü saptandığı halde 4 olguda sekonder yayılma sonucu gelişen göğüs duvarı tümörü olduğu gözlemlendi. Tüm olgular ameliyat edildiler. Histolojik incelemeleri yapılan olguların 8'inin malign, 4'ünün ise benign olduğu saptandı. Sekonder göğüs duvarı tümörü olan olgularımızın tümü maligndi. Primer göğüs duvarı tümörlerinin ancak yarısının malign olduğu gözlemlendi.

Serimizdeki tümörlerin 4'ü kostalardan (% 33.3), 2'si sternumdan (% 16.6), 2'si ise göğüs duvarındaki kaslar ve yumuşak dokulardan (% 16.6) kaynaklanıyordu. Dört olguda ise akciğer kanserinin direkt yayılımı sonucu göğüs duvarında tümöral oluşum gözlemlendi (Tablo I).

Tablo: I  
Göğüs Duvarında Yer Alan Tümörlerin Yerleşim Yerleri

	Olgu Sayısı	Yüzde
Kostalar	4	33.3
Sternum	2	16.6
Yumuşak Doku ve Kaslardan	2	16.6
Metastatik Tümörler	4	33.3
<b>T O P L A M</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Olguların histopatolojik incelemeleri olgu sayısı gözönünde tutularak Tablo II'de şematize edildi (Tablo II).

Metastatik tümörlü 4 olgumuzdan 3'ünde akciğer kanseri direkt olarak göğüs duvarına yayılmıştı. Diğer bir olgumuzda ise farens kanseri göğüs duvarını tutarak manibrium sterni'ye kadar yayılıyordu. Bu olgularda primer organa yönelik cerrahi tedaviye ek olarak radikal cerrahi eksizyon yapıldı. Tüm olgulara ameliyattan sonra radyoterapi önerildi.



Tablo: II  
Olguların Histolojik Tiplerine Göre  
Sınıflandırılması

Tümörün Cinsi	Olgu Sayısı
Rabdomiyosarkom	2
Leyomyosarkom	1
Osteoblastoma	1
Osteokondroma	1
Osteoma	1
Kondroma	1
Fibröz displazi	1
Metastatik Tümörler	4
<b>T O P L A M</b>	<b>12</b>

Primer göğüs duvarı tümörlerinin yarısı benign, diğer yarısı da malign'di. Malign olanlar arasında, serimizde en sık görülen rabdomiyosarkomdu. Rabdomiyosarkomlu olgularımızın birinde tümöral oluşum, göğüs duvarındaki yumuşak dokuda lokalize olduğu halde, diğerinde sağ omuz ve kola kadar uzanıyordu. Her iki olgu geniş cerrahi eksizyonla ameliyat edildiler. Olgularımızın hiçbirinde uzak organ metastazına ait olabilecek bir bulgu yoktu. Primer malign göğüs duvarı tümörlerinin diğerleri leyomyosarkom ve osteoblastomdu.

Osteoma, kondroma, osteokondroma ve fibröz displazi primer göğüs duvarı tümörlerinin benign olanları idi.

Tanı konulduktan sonra tüm olgular ameliyat edildiler. Ameliyatta, radikal cerrahi eksizyon uygulanarak tümöral dokunun 5 cm.lik yakın dokuları çıkartıldı. Metastatik tümörlü 4 olgumuzla birlikte malign olan 2 primer göğüs duvarı tümörlü olgumuza ameliyattan sonra radyoterapi önerildi. Ameliyattan sonra izleyebildiğimiz 2 yıllık sürede rabdomiyosarkomlu bir olgumuzda ameliyat yerinde tümör rekürrensi görüldü. Bu olgu tekrar ameliyat edilerek, radyoterapiye gönderildi. Diğer olgularda rekürrense ait olabilecek herhangi bir bulgu gözlenmedi.

Benign primer göğüs duvarı tümörü olan olgularımızın yapılan kontrollerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Metastatik tümörlü 2 olguyu ameliyatı izleyen ilk yıl içinde solunum ve dolaşım yetmezliği sonucu kaybettik.

Olgular kliniğimize değişik yakınmalarla başvurdular. Tüm olgularda şişlik yakınması vardı. Sekiz olgumuzda ise önde gelen yakınma ağrı idi. Olguların çoğunda ağrı ve şişlik birlikteydi. Metastatik tümörlü olgularda ise ağrı ve şişlikle birlikte anemi, kilo kaybı gibi spesifik bulgular da vardı. Buna karşın lokal şişlik dışında hiç bir yakınması olmayan 4 olgumuz vardı. Bir olgumuzda ise sağ brakial pleksüs tutulması sonucu gelişen yakınmalar vardı.

## TARTIŞMA

Göğüs duvarı tümörlerinin çoğunun malign olduğunun bildirilmesine karşın birçok yazarlar tarafından benign tümörlerin de sıklıkla görüldüğü yazılmaktadır.



Ochsner ve arkadaşlarının<sup>3</sup> yaptığı bir araştırmada da benign primer göğüs duvarı tümörlerinin malign olanlardan daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Serimizde görülen 3 sternal tümör olgusunun benign olmasına karşın, Pascuzzi<sup>4</sup> ve Teitelbaum<sup>5</sup> SL'nin yaptıkları araştırmada primer sternal tümörlerin nadir olduğu gözlenmişti.

Ağrı ve şişlik gibi fizik bulgular tümörün benign mi malign mi olduğuna karar vermede çok yardımcı değildir. Ele gelebilen şişlik, malign tümörlerde, benign olanlara göre daha sık görülmektedir. Yine bunların yanında yaş ve bulguların ortaya çıkma süresinin tümörlerin biyolojik büyümesi ile direkt ilişkisi yoktur. Malign tümörlerin çabuk büyüdüğü ve yayıldığı bilinmesine karşın serimizdeki primer malign tümörlerin klinik ve radyolojik olarak böyle özellikleri yoktu. Fakat, kortikal destrüksiyon ve yumuşak doku tutulmaları özellikle maligniteyi göstermektedir. Benign tümörler birden fazla kostalarda görülebildikleri halde, malign olanların bazıları tek bir yere lokalize olabilmektedir.

Taniya yönelik çeşitli metodlar ileriye sürülmüştür. Bunlar arasında küretaj, iğne aspirasyon biyopsisi ve açık biyopsi sayılabilir. Eksizyonel olmayan biyopsiler, tümör implantasyonu yönünden tehlikelidir<sup>6</sup>. Tümörlerin histolojik incelemelerde çeşitli zorluklar olduğu ve bu yüzden tedavinin planlanmasının güçleştiği bildirilmiştir<sup>7</sup>.

Bundan dolayı benign veya malign tümörlerin radikal eksizyonla çıkarılması uygun görülmektedir.

Göğüs duvarının kıkırdak kökenli tümörlerine sıkça rastlanmaktadır. Serimizdeki tümörlerin yaklaşık % 30'u bu tümörlerden oluşmaktadır. Bu tümörlerin biyolojik büyümeleri önceden tahmin edilememekle birlikte kostalarda ve sternumda daha az görüldüğü söylenmektedir<sup>8</sup>.

Kondroma benign tümör olmasına karşın<sup>9</sup> daha sonraları malign olabilmektedir. Dahlin kondromanın sarkomatöz bir değişmeye uğradığını bildirmiştir. Sarkomatöz değişme, osteokondromlarda daha azdır. Gitelis ve arkadaşlarının bir çalışmasında 125 kondrosarkomlu olgunun 18'inde primer osteokondromun, sarkomatöz değişime uğradıkları kanıtlanmıştır. Tüm olgularda son tanı en blok rezeksiyondan sonra konulabilmektedir. Sarkomatöz değişme gösteren bu tümörler radyoterapiye dirençli olduklarından, ameliyattan sonra kemoterapi ile tedavi edilmelidirler.

Osteoblastoma genellikle benigndir<sup>10</sup>. Lokalizasyonu ne olursa olsun gittikçe artan lokal bir ağrıyla karakterizedir. Çok nadiren malign değişim göstermektedir.

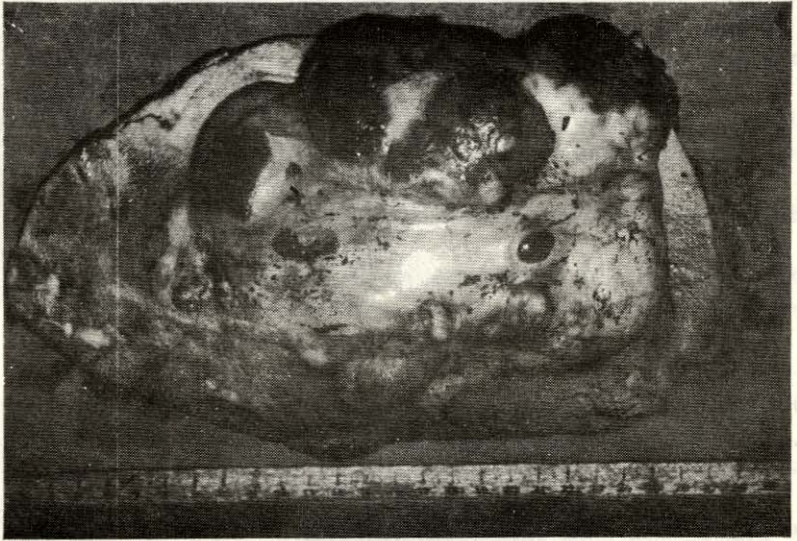
Fibröz displazi, tek veya birden fazla yerleşimli olabilir. Genellikle dış görünüşü ve klinikopatolojik özelliklerinden tanınırlar. Zamanla büyümeleri durur ve kemikleşmeye başlarlar. Bazıları da zamanla gerileyip kaybolmaktadır. Malign değişim gösterebilirler<sup>11</sup>.

Fibröz displazi genellikle 40 yaşlarına doğru görülebilir ve iskelet sisteminin herhangi bir yerinde olabilmektedir<sup>3</sup>. Genellikle kostaların arkasında yerleşmektedir. Bu lezyon özellikle kalsiyum metabolizmasının bozukluğuna bağlı kemik kistlerinden ayrt edilmelidir.

Osteoma çoğunlukla kostaları tutmasına karşın iskelet sisteminde de görülebilmektedir. Sert bir kitleyle birlikte ağrı en önemli bulgularıdır. Genellikle lokal eksizyonla çıkarılırlar. Maligniteye dönmeleri ve yeniden oluşmaları çok nadirdir.



Primer göğüs duvarı tümörleri içinde serimizde en sık rastlanan rabdomyosarkomdu. Rabdomyosarkom vücuttaki çizgili kaslardan oluşmaktadır. Özellikle ciltte yerleşmektedir. Vücudun herhangi bir yerinde oluşabilmektedir. Tanıda liposarkom ve fibrosarkomla karışabilmektedir. En fazla kalçalarda yerleşmektedir. Üç tip rabdomyosarkom tanımlanmıştır: Ortodoks, alveolar ve embriyonel. Tümü malign tümörler içersindedir. Yalnız, ortodoks tip rabdomyosarkomların yaşam şansı % 50'dir. Alveoler ve embriyonel olanlar genellikle öldürücüdür. Ortodoks rabdomyosarkomlar genellikle 50 yaşın üstündeki erişkinlerde görülmesine karşın, alveoler ve embriyonel olanlar daha çok çocuk ve genç erişkinlerde görülmektedir<sup>1 2</sup>. Histolojik tiplerinin ayırımı oldukça zordur (Resim 1).



*Resim: 1*  
*Histolojik Yapısı Rabdomyosarkom Olan Bir Piyes*

Rabdomyosarkomlar kan yolu ile yayılırlar ve özellikle akciğerlere yayılmaktadırlar. Bu tümörler radyoterapiye dirençlidirler. Tedavisi geniş eksizyonlu cerrahi sağıtım şeklindedir (Resim 2).

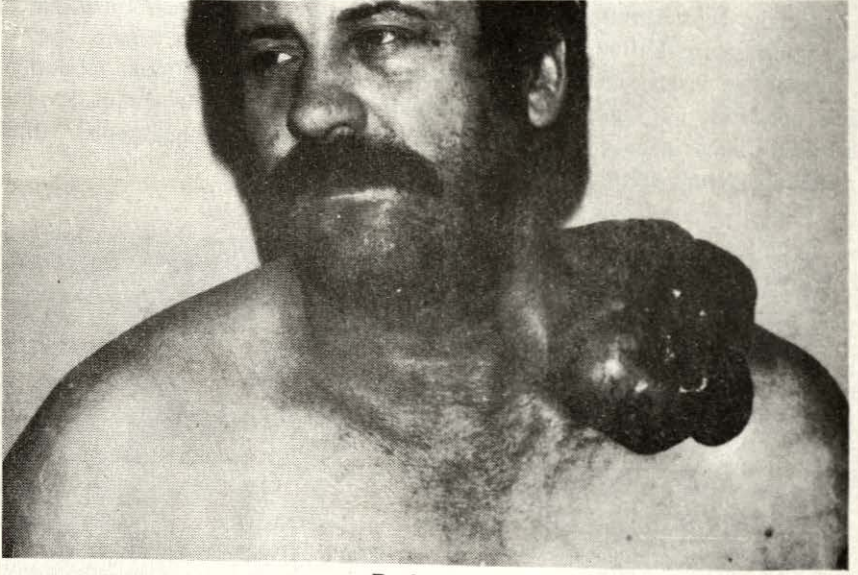
Serimizde görülen diğer bir yumuşak doku tümörü ise leyomyosarkomdur. Leyomyosarkom cilt altındaki herhangi bir dokudan oluşup, direkt olarak cilde yayılmaktadır. Bazı patolojistler, bu tümörlerin düz kaslardan oluştuğunu bildirmişlerdir. Bu tümörler nadir olarak benign olabilmektedir. Özellikle fibrosarkomlara benzerliğinden ayırıcı tanı dikkatle yapılmalıdır.

Serimizde görülmeyen ancak göğüs duvarında yerleşen bazı tümörler de vardır. Bunlar arasında Ewing's tümör ve plasmisitoma'yı sayabiliriz. Bu tümörlerin tedavisinde, cerrahi sağıtımın yanında radyoterapi ve kemoterapi zorunludur<sup>1 3</sup>.

Bütün göğüs duvarı tümörlerinde radikal cerrahi eksizyon gereklidir. Erken tanı, cerrahi sağıtımın mortaliteyi azaltması yönünden çok önemlidir. Benign göğüs



duvarı tümörlerinin, cerrahi sağıtımdan sonraki prognozu çok iyidir. Cerrahi sağıtım- özellikle göğüs duvarı tümörlerinde rekürrens ve yaşam süresi bakımından çok gereklidir.



*Resim: 2a*  
*Ameliyat Öncesi.*



*Resim: 2b*  
*Ameliyat Sonrası*

## KAYNAKLAR

1. SOMMER, G.N.J., MAJOR, R.C.: Neoplasms of the bony thoracic wall. *Ann Surg*, 115: 51, 1942.
2. THRELKEL, J.B., ADKINS, R.R.Jr.: Primary chest wall tumors. *Ann Thorac Surg*, 11: 450, 1971.
3. OCHSNER, A., LUCAS, G.L., MCFARLAND, G.B.: Tumors of the skeleton: review of 134 cases. *I Thorac Cardiovascular Surg*, 52: 311, 1966.
4. PASCUZZI, C.A., DAHLIN, D.C., CLAGETT, O.T.: Primary tumors of the ribs and sternum. *Surg Gynecol Obstet*, 104: 350, 1957.
5. TEITELBAUM, S.L.: Twenty years experience with intrinsic tumors of the bony thorax a large institution. *J Thorac Cardiovas Surg*, 63: 776, 1972.
6. TRUCOTTI, B., PUGH, D.G., DAHLIN, D.C.: The roentgenologic aspects of chondromyxoid fibroma of bone. *Am J Roentgenol*, 87: 1085, 1962.
7. MANKIN, H.J., LANGE, T.A., SPANIER, S.S.: The hazards of biopsy in patients with malignant primary bone and soft tissue tumors. *J Bone Joint Surg (Am)*, 64: 1121, 1982.
8. THRELKEL, J.B., ADKINS, R.B. Jr.: Primary chest wall tumors. *Ann Thorac Surg*, 11: 450, 1971.
9. LICHTENSTEIN, L.: Bone tumors, Fourth Edition, St. Louis, Mosby, 1972.
10. HOCHBERG, L.A.: Primary tumors of the rib: review of the literature and presentation of eleven cases not reported previously. *Arch Surg*, 67: 566, 1953.
11. SCHLUMBERGER, H.G.: Fibrous dysplasia of single bones (monostatic fibrous dysplasia) *Milit Surg*, 99: 504, 1946.
12. THOMPSON, D.E., FROST, H.M., HANDRICK, J.W. and HORN, R.C.: Soft tissue sarcomas. *Southorn Med J*, 64: 33, 1971.
13. THOMAS, P.R.M., FOULKES, M.A., GILULA, L.A. et al.: Primary Ewing's sarcoma of the ribs: a report from the intergroup Ewing's sarcoma study. *Cancer*, 51: 1021, 1983.

Dr. Işık ŞENKAYA  
Uludağ Univ. Tıp Fak.  
Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi  
Anabilim Dalı  
BURSA