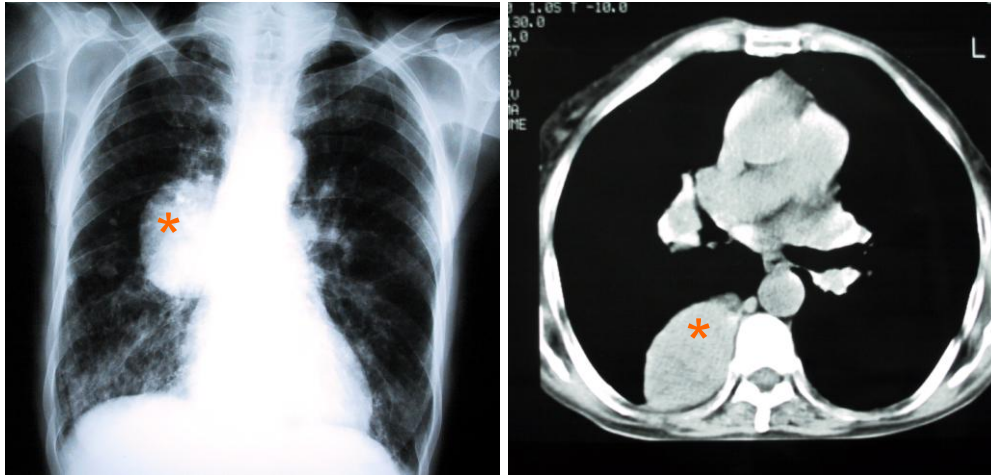


PLEVRA'NIN FİBRÖZ TÜMÖRÜ

Bu tümör mezotelyumda mezotel hücreler dışı hücrelerden, submezotelyal mezenşimal doku hücrelerinden köken alır. Ortaya çıkış ve gelişimini mezotelyal yüzeyler üzerinde bir bölgede yapar; lokal büyür (1,140-142). Fibröz tümör % 70-80 oranında visseral plevra' dan köken alır. Bu noktada, özellikle visseral plevradan köken alan tümörler çoğunlukla iyi huylu davranış biçimi gösterirler. Esasen son zamanlarda bu grup tümör için 'iyi huylu niteliktedir' görüşü yaygınlaşıyor olsa da, özellikle paryetal plevral kökenli tümörlerin seyrinde davranış biçimi olarak yayılan özellikte gelişim gösteren olguların sunulduğu seriler de vardır (1,140-142). Bu serilerde, olguların % 10-20'sinde tümörün yayılan özellikte gelişim ve seyir gösterdiği belirlenmiştir. Tümörün nedensel ilişkisi bilinmemektedir.

Plevra'nın fibröz tümörü'nün erkek / kadın görülme oranı hafifçe kadınlar lehine yüksektir ve en sık görülme aralığı 50-70 yaşdır (1,140). Tümör hastada lokal veya sistemik olarak çoğunlukla asemptomatiktir, radyolojik değerlendirmelerde tesadüfen yakalanır (Şekil 24).



Şekil 24 Plevranın soliter fibröz tümörü (benign mezotelyoma)

Az sayıdaki olgu, tümörün kapladığı yer nedeniyle lokal yakınmalarla başvurabilir (1). Olguların % 20-30'unda paraneoplastik bulgular vardır; en sık çomak parmak, hipertrofik osteoartropati, kan şekeri düşmesi saptanır. Fizik muayenede tümör yeterince büyük ise lokal muayene bulguları alınabilir, ayrıca çomak parmak nadir olmayarak saptanan bir bulgudur. Tümörün önerici laboratuvar bulgusu yoktur. Hastaların standart akciğer grafilerinde ve bilgisayarlı toraks tomografi (BTT) kesitlerinde plevral yerleşimli, solid nitelikli, düzgün kenarlı lokal bir kitle bulgusu gözlenir (Şekil 24) (1,143,144). Kitle hafif lobule görünüm verir. Az miktarda plevral sıvı olabilir, ancak sıvı varlığı prognozu etkilemez. Oldukça büyük, hemitoraksı dolduran, komşu yapılara ciddi bası yapan tümörle karşılaşmak sürpriz değildir (1,143,144).

Tanı için patolojik inceleme büyük doku parçalarını gerektirir. Her ne kadar son yıllarda BTT'si rehberliğinde kalın iğnelerle yapılan biyopsilerle tatmin edici düzeyde tanılanmış olgular yayınlanmış olsa da, doku temininde cerrahi kesi genel tercihtir (1,140-143).

Fibröz tümör, yayılan nitelikte olanlar da dahil, cerrahi tam çıkarıma genel olarak uygundur. Cerrahiden sonra tümörün tekrarlama oranı % 10 civarındadır. Uzun yıllar sonra tümörün tekrarladığı olgular tanımlanmıştır (1,140,143). Cerrahi sırasında uygun olmayan kesilerden sonra metastazla seyreden ve kısa sağkalım süreleri veren olgular da vardır (1).