

Yumuşak Doku Tümörlerinde Olgu Karakteristikleri*

Kayıhan ENGİN**

ÖZET

Tüm kanser olgularının % 0.7 ile % 1'ini oluşturan yumuşak doku tümörleri histopatolojik tiplerinin çeşitliliği, yüksek lokal rekürrens ve uzak metastaz olasılığı ile karakterize bir tümör grubudur. Çalışmada 1986 ve 1988 yılları arasında Onkoloji ve Nükleer Tıp Merkezine başvuran 163 olgu incelenmiştir. Olguların % 59.5'i erkek, % 40.5'i kadın idi. Yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında en fazla olgunun % 38.7'lik bir oran ile 40-60 yaşları arasında bulunduğu görüldü. Histopatolojik ayırmada ilk sırada liposarkomalar (% 15.3) yer aldı. Liposarkomaları malign fibröz histiositomalar (MFH, % 12.3), fibrosarkomalar (% 11.7) ve rabdomyosarkomalar (% 9.8) izliyordu. Yumuşak doku tümörlerinin en sıklıkla gövdeyi tuttuğu saptandı (% 48.4). Tutulan bölgeler arasında gövdeyi alt ekstremitte izliyordu (% 30.1). Cerrahi girişim olarak olguların % 54.6'sına total yada subtotal tümör rezeksiyonu, % 38'ine yalnızca biopsi uygulanmıştır. Radikal cerrahi girişim yapılmış olgu oranı yalnızca % 7.4 idi. % 41.1 olguda tanı ve izlem sırasında CT kullanılmıştır. Post-operatif onkolojik tedavi olarak % 33.7 olguda yalnızca radyoterapi, % 13.5 olguda yalnızca kemoterapi ve % 19.1 olguda kemoradyoterapi kombinasyonu uygulanmıştır. % 33.7 olguda ise çeşitli nedenler ile cerrahi sonrası herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. İzlem yapılabilen olgularda lokal rekürrens oranı % 16.6, uzak metastaz oranı % 23.3 olarak bulunmuştur. En sık karşılaşılan uzak metastaz bölgesi akciğer olmuştur (% 77.5). Akciğer metastazlarının yanısıra cilt, karaciğer, kemik, beyin ve orbita metastazları saptanmıştır. Ortalama izlem liposar-

* 8. Ulusal Kanser Kongresinde sunulmuştur. (Mayıs 1989, İstanbul).

** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı

komalar için 12.3 ± 2.1 ay, malign fibröz histiositomalar için 11.3 ± 1.3 ay, fibrosarkomalar için 11.9 ± 1.7 ay ve rabdomyosarkomalar için 9.5 ± 1.1 ay olarak bulunurken tüm olgular için 10.6 ± 1.0 ay olarak saptanmıştır.

SUMMARY

Case Characteristics in Soft Tissue Sarcomas

*Soft tissue sarcomas are rare tumors characterized with various histopathological types, high local recurrence and distant metastasis rates. In this study, 163 soft tissue sarcoma cases who were admitted to the Center of Oncology & Nuclear Medicine, Istanbul, between 1986 and 1988, were analyzed retrospectively. 59.5 % of the cases were male and 40.5 % were female. Most of the cases were in 40-60 years age group (38.7 %) 15.3 % of the cases were liposarcomas, 12.3 % malignant fibrous histiocyto-
mas, 11.7 % fibrosarcomas and 9.8 % rhabdomyosarcomas. In the great majority of the cases, truncal body was the initially involved area (48.4 %). Lower extremity was following the truncal body (30.1 %). In 54.6 % of the cases, total or subtotal tumor resection was performed. Biopsy alone was taken in 38 % of the cases. Radical surgical procedures were done only in 7.4 % of the cases. CT Scans were taken in 41.1 %. In 33.7 % of the cases, radiation therapy was the only treatment modality used. Chemotherapy alone was given in 13.5 % of the cases and chemoradiotherapy combination in 19.1 %. 33.7 % of the patients were lost to follow-up because of various reasons. In the rest of the patients, local recurrence rate was 16.6 % and distant metastasis rate 23.3 %. The most common distant metastases were seen in the lung (77.5 %). Mean survival for all patients was 10.6 ± 1.0 (SE) months. Mean survival was 12.3 ± 2.1 months for liposarcomas, 11.3 ± 1.3 months for malignant fibrous histiocyto-
mas, 11.9 ± 1.7 months for fibrosarcomas and 9.5 ± 1.1 months for rhabdomyosarcomas ($p = 0.31$).*

GİRİŞ

Mezenkimal kökenli tümörler olan yumuşak doku sarkomaları fasya, tendon, yağ dokusu, sinovial yapılar, kas ve kan damarlarının konnektif dokularından kaynaklanırlar. 1988 yılında Onkoloji ve Nükleer Tıp Merkezine kabul edilen olgular arasında % 2 oranında yer tutan yumuşak doku sarkomalarının genel olarak tüm kanserler arasında % 0.7 ile 1 arasında yer tuttuğu bildirilmektedir^{1,2}. Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 4500-5000 yeni yumuşak doku tümörü olgusu ve 1600-2500 bu tümörlere bağlı ölüm bildirilmektedir. Yıllık insidans 100.000'de 2 olarak bulunmuştur. 15 yaşın altındaki olgularda ise yumuşak doku sarkomaları tüm olguların % 6.5'ini oluşturur ve 5. sırayı alırlar. Yumuşak doku sarkomalarında terminolojide oldukça komplikedir. Halen en az 55 değişik yumuşak doku sarkomu tipinin varlığından sözedilmektedir. Sarkomaların bir diğer önemli özelliği de yüksek lokal rekürrens ve uzak metastaz olasılığı taşımaları-

dır³. Ülkemizde yumuşak doku tümörlerinin durumunun aydınlatılmasına katkıda bulunabilmek amacıyla Onkoloji ve Nükleer Tıp Merkezine 3 yıl içinde başvuran 163 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

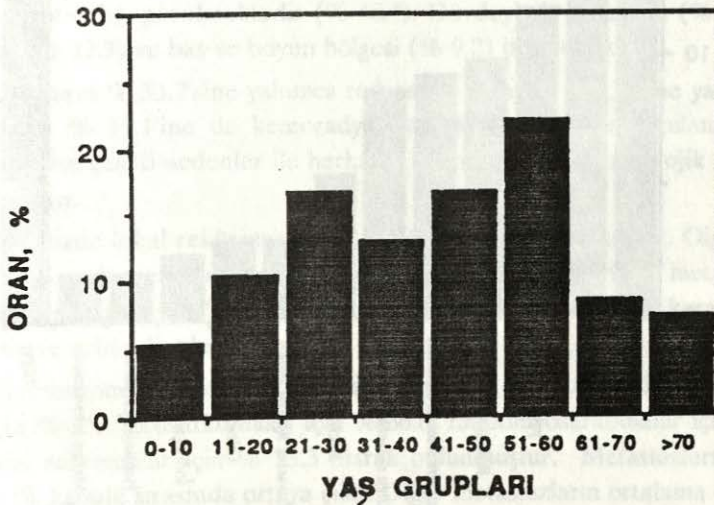
1986-1988 yıllarında kesin histopatolojik tanısı konularak onkolojik tedavi için Onkoloji ve Nükleer Tıp Merkezine gönderilen olgular çalışma kapsamına alınmıştır. Olguların cins, yaş ve histopatolojik tanılarına göre ayrımları yapılarak en önemli 4 grubu oluşturan liposarkoma, fibrosarkoma, malign fibröz histiositoma ve rabdomyosarkoma için aynı işlem yinelenmiştir.

Olgulardaki tümör tutulum bölgeleri ve uygulanmış olan cerrahi yöntemler değerlendirilmiştir. Lokal rekürrens ve metastazlar incelenerek özellikler belirtilmiştir.

BULGULAR

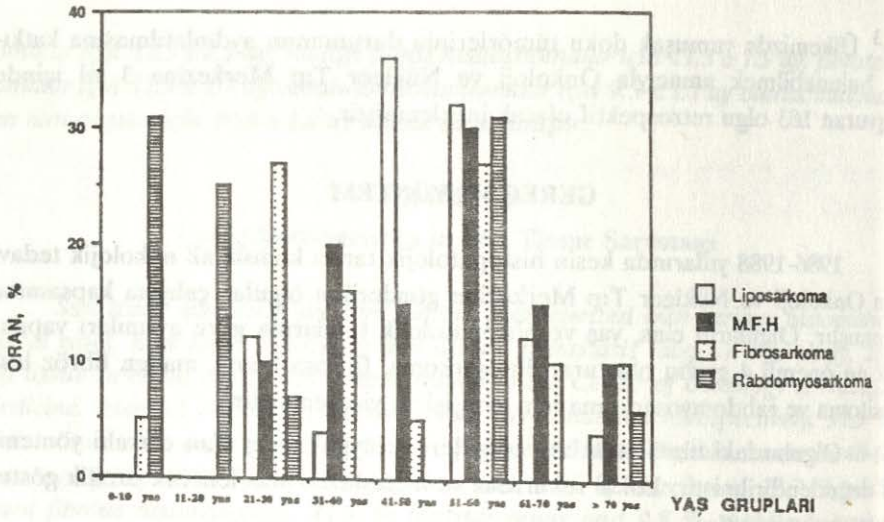
Olguların % 59.5'i erkek, % 40.5'i kadın idi. Erkek/kadın oranı 1.5/1 olarak bulundu.

Yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında en çok olgunun % 22.1 ile 51-60 yaş grubunda bulunduğu gözlemlendi (Şekil: 1). Bunu % 16.6 ile 21-30 ve 41-50 yaş grupları izliyordu.



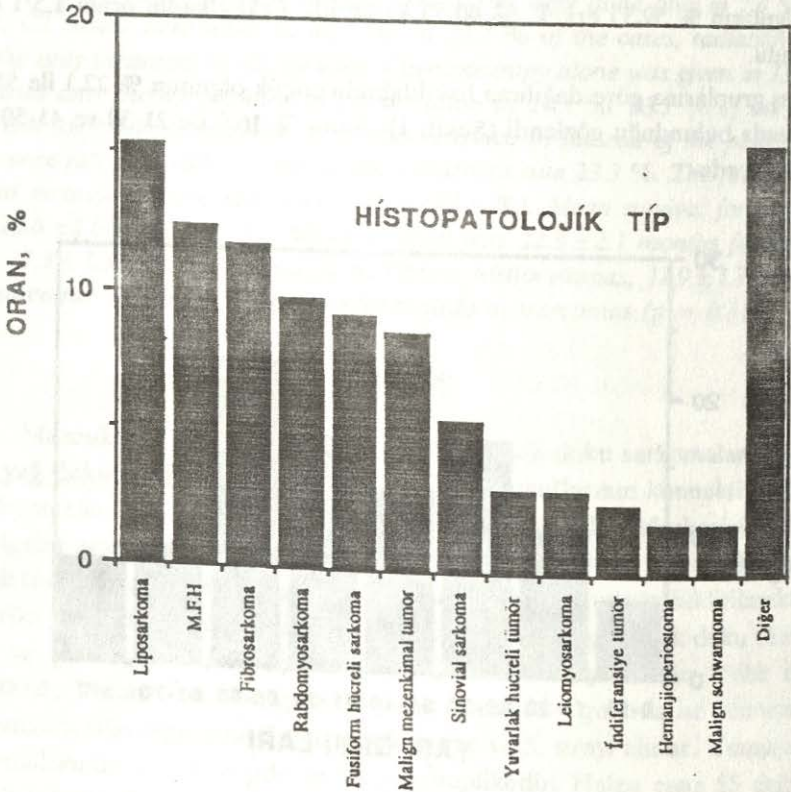
Şekil: 1

Yumuşak doku tümörlerinde yaş gruplarına göre dağılım



Şekil: 2

4 önemli yumuşak doku tümörü grubundaki yaş gruplarına göre dağılımın karşılaştırılması



Şekil: 3

Yumuşak doku tümörlerinin histopatolojik tiplere göre ayrımı

Histopatolojik ayırmda ilk sırayı liposarkomalar alıyordu (% 15.3, Şekil: 3). Liposarkomaları malign fibröz histiositomalar (% 12.3), fibrosarkomalar (% 11.7) ve rabdomyosarkomalar (% 9.8) izlemekte idi.

Bu 4 önemli histopatolojik tümör grubuna ayrıca gözetildiğinde fibrosarkomalar (% 78.9/% 21.1), rabdomyosarkomalar (% 75/% 25), malign fibröz histiositomalarda (% 65/% 35) erkek olgular daha fazla iken, liposarkomalarda erkek ve kadın olgu oranları birbirlerine yakın bulundu (% 48/% 52).

Liposarkomalarda en çok olgu 41-60 yaş grubunda (% 68), malign fibröz histiositomalarda 51-60 yaş grubunda (% 30) yer alırken fibrosarkomalarda 21-30 ve 51-60 yaş gruplarında 2 pik gözlemlendi (% 26.4). Rabdomyosarkomalarda ise olguların % 56.3'ü 20 yaşın altında idi (Şekil: 2).

Bu 4 ana grubun dışındaki olgulara bakıldığında daha ileri histopatolojik tanımlama yapılmadan % 9.2 oranında olgunun fusiform hücreli sarkoma, % 8.6 oranında olgunun da malign mezenkimal tümör olarak bildirildiği görüldü. Sinovial sarkoma oranı % 5.5 idi.

Olguların % 41.1'inde tanı ve/veya izlemleri sırasında CT scan incelemelerinden yararlanmıştı.

Olguların % 54.6'sına total yada subtotal tümör rezeksiyonu yapılırken yalnızca % 7.4 oranında olguya radikal cerrahi girişim uygulanabilmiş idi.

Olgularda tümör büyüklüğü ve tümör grade'i hakkında bilgiler yetersiz olduğundan retrospektif olarak evreleme mümkün olmamıştır.

Primer tümör lokalizasyonlarının dağılımına bakıldığında en çok lezyonun gövdede saptandığı görülmektedir (% 48.4). Gövdeyi alt ekstremité (% 30.1), üst ekstremité (% 12.3) ve baş ve boyun bölgesi (% 9.2) izlemektedir.

Olguların % 33.7'sine yalnızca radyasyon tedavisi, % 13.5'ine yalnızca kemoterapi ve % 19.1'ine de kemoradyoterapi kombinasyonu uygulanmıştır. % 33.7 olguda ise çeşitli nedenler ile herhangi bir post-operatif onkolojik tedavi uygulanmamıştır.

Serimizde lokal rekürrens oranı % 16.6 olarak bulunmuştur. Olguların % 23.3'ünde uzak metastaz saptanmıştır. En sık karşılaşılan uzak metastaz bölgesi akciğer olmuştur (% 77.5). Saptanan diğer metastazlar ise cilt, karaciğer, kemik, beyin ve orbitada olmuştur.

Liposarkomalar için uzak metastaz oranı % 20, malign fibröz histiositomalar için % 35, fibrosarkomalar için % 36.8, rabdomyosarkomalar için % 18.8 ve sinovial sarkomalar için % 33.3 olarak bulunmuştur. Metastazların % 25'i hastanın ilk kabulü sırasında ortaya çıktı. Diğer metastazların ortalama ortaya çıkış süreleri 6.4 ± 1.1 (S.E) ay idi (range 1-18 ay).

Olguların % 25.8'inde tedavi sonrasında hiç izlem sağlanamamıştır. Uygu-

lanan cerrahi girişim tiplerine göre sağkalım sürelerinde herhangi bir anlamlı farklılık bulunamamıştır. Total yada subtotal tümör rezeksiyonu yapılan olgularda ortalama izlem 12.6 ± 1.2 (S.E) ay iken radikal cerrahi girişim yapılabilenlerde 11.8 ± 0.9 ay, yalnızca biopsi yapılanlarda 7.9 ± 2.1 ay olarak bulunmuştur ($p = 0.46$). Tüm olgularda ise ortalama izlem 10.6 ± 1.0 aydır.

Uygulanan cerrahi dışı onkolojik tedavilere göre de ortalama izlem sürelerinde herhangi bir anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yalnızca radyoterapi uygulanan olgularda ortalama izlem süresi 12.3 ± 1.4 ay, yalnızca kemoterapi uygulananlarda 9.4 ± 1.3 ay, kemoradyoterapi alan olgularda ise 13.1 ± 1.1 ay olarak bulunmuştur ($p = 0.41$).

Histopatolojik ayırmada ilk 4 sırayı oluşturan liposarkoma, malign fibröz histiositoma, fibrosarkoma ve rabdomyosarkoma içinse ortalama izlem süreleri sırasıyla 12.3 ± 2.1 , 11.3 ± 1.3 , 11.9 ± 1.7 ve 9.5 ± 1.1 ay olarak bulunmuştur ($p = 0.31$).

TARTIŞMA

Yumuşak doku tümörleri histopatolojik özellikleri, sağkalım oranlarının henüz istenilen düzeylere ulaşamamış olması dolayısıyla tedavi yöntemlerindeki arayışlar ile dikkati çeken bir tümör grubudur⁴⁻¹⁰. Yumuşak doku tümörlerinin tedavisinde amaç özellikle ekstremelerde lokal kontrolün sağlanması ve uzak metastazların gelişmesinin önlenmesidir. Birbirlerinden farklı doğal gidiş göstermeleri ve değişik tümör karakteristikleri nedeniyle herbir histopatolojik tipin ayrı ayrı incelenmesi gerektiği açıktır. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin yumuşak doku tümörlerindeki rolleri üzerine tartışmalar çeşitlidir. Yalnızca lokal eksizyon ile lokal rekürrens oranı % 59 olarak bildirilmiştir³. Radikal cerrahi ve amputasyon sonrasında dahi bu oran % 18-28 arasında verilmektedir¹¹. Genel olarak inanılan lokal rezeksiyonun bu tümörlerde yetersiz kaldığıdır. Hatta bazı durumlarda amputasyon dahi yetersiz olmaktadır. Lokal kontrol oranlarının yükseltilmesi amacıyla pre- ve post-operatif olarak radyoterapi yaygın olarak kullanılmaktadır^{6,8-10}. Primer tümör kitlesini eradike edebilecek radyasyon dozunun tolerans sınırını aşacak kadar çok fazla olması nedeniyle konservatif cerrahi ve radyoterapi birçok olguda ilk planda düşünülmesi gereken tedavi modalitesidir. Bu yöntemle yüksek 5 yıllık hastalısız sağkalım oranları verilebilmektedir. Kemoterapinin yeri ise çok daha tartışmalıdır. Yaygın sistemik hastalıklar dışında kemoterapi kullanımı randomize, prospektif çalışmalar içinde değerlendirilmelidir.

Retrospektif ve non-randomize bir çalışma olan bu çalışmada alınan sonuçların diğer seriler ile karşılaştırılabilmesi mümkün değildir. Bunda en önemli etkenler, tedavilerin belirli protokollere bağlanamamış olmasının yanısıra hasta-

hekim diyalogunun yeterince iyi kurulamaması nedeniyle olguların yeterli şekilde izlenememesidir.

Çalışmamızda bulunan erkek/kadın oranı yaş dağılım profili ve metastaz bölge ve oranları diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir. Diğer çalışmalarda en sık primer tümör yerleşim bölgesi alt ekstremité iken çalışmamızda gövde ilk sırayı almıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada diğer çalışmalar ile kıyaslanabilecek sağkalım oranları verilememekle birlikte ülkemizde yumuşak doku tümörlerinin genel karakteristiklerine ışık tutulmaya çalışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. ENGİN, K., ÜNSAL, M., ARAN, M., ALTIN, KARAHACIOĞLU, E.: 163 yumuşak doku tümörü olgusunun incelenmesi. 8. Ulusal Kanser Kongresi Bildirileri, İstanbul, 1989.
2. AMERICAN CANCER SOCIETY: Cancer Facts & Figures-1990. Atlanta, GA. 1990.
3. CANTIN, J.; McNEER, G.P., CHU, F.C. ve ark.: The problem of local recurrence after treatment of soft tissue sarcoma. Ann. Surg. 168:47-53, 1968.
4. SHIU, M., TURNBULL, A.D., NORI, D. ve ark.: Control of locally advanced extremity soft tissue sarcomas by function-saving resection and brachytherapy. Cancer 53:1385-1392, 1984.
5. McNEER, G.P., CANTIN, J., CHU, F., NICKSON, J.J.: Effectiveness of radiation therapy in the management of sarcoma of the soft somatic tissues. Cancer 22:391-397, 1968.
6. SUIT, H.D., RUSSELL, W., MARTIN, R.G.: Management of patients with sarcoma of soft tissue and extremity. Cancer 31:1247-1255, 1973.
7. SUIT, H.D., MANKIN, H.J., WOOD, W.C. ve ark.: Treatment of the patient with soft tissue sarcoma. J. Clin. Oncol. 61:854-862, 1988.
8. SUIT, H.D., PROPPE, K., MANKIN, H.J. ve ark.: Preoperative radiation therapy for sarcoma of soft tissue. Cancer 47:2269-2274, 1981.
9. TEPPER, J., ROSENBERG, S., GLATSTEIN, E.: Radiation therapy technique in soft tissue sarcomas of the extremity-Policies of treatment at the National Cancer Institute. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 8:263-273, 1982.

10. SUIT, H.D., RUSSELL, W.O., MARTIN, R.G.: Sarcoma of soft tissue. Clinical and histopathological parameters and response to treatment. *Cancer* 5:1478-1483, 1975.
11. TEPPER, J.E.: Role of radiation therapy in the management of patients with bone and soft tissue sarcomas. *Seminars in Oncology*. 16:281-288, 1989.

Dr. Kayhan ENGİN
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı
BURSA