INTRAPULMONALNI LIPOSARKOM

INTRAPULMONARY LIPOSARCOMA

Miloš Stojanović, Mira Medić Ćulibrk, Jožef Hancko,
Ljubomir Stajčić*, Čila Hancko Mesaroš**, Milorad Bijelović, Živka Eri

Sažetak. Intratorakalni tumori koji vode poreklo od masnog tkiva su veoma retki i obično asimptomatski. Javljaju se u pleuralnom prostoru, torakalnom zidu, medijastinumu i retko plućnom parenhimu. Otkrivaju se pretežno slučajno prilikom radiografije ili CT skeniranja grudnog koša. Ovi tumori se odstranjuju radikalnom ekscizijom, ali često stvaraju lokalne recidive nakon operacije.

Prikazan je slučaj muškarca, starog 65 godina kod koga je radiografski utvrđena okrugla tumorska masa u desnom donjem plućnom polju. CT pregledom grudnog koša jasno je uočena ograničena promena denziteta masnog tkiva, neodvojiva od parijetalne pleure, u projekciji srednjeg reznja, uz lateralni torakalni zid, unutar koje je detektovana solidna mekotkivna promena veličine 3 cm.

Urađena je desna lateralna torakotomija i tumor je odstranjen. Tumor je bio lociran u srednjem reznju, jasno ograničen od okolnog parenhima kapsulom. Patohistološkim pregledom uzorka odstranjenog tkiva postavljena je dijagnoza liposarkoma pleomorfnog tipa.

Postoji veliki stepen sigurnosti kod postavljanja dijagnoze tumora koji vodi poreklo od masnog tkiva na osnovu odgovarajuće kombinacije radioloških znakova utvrđenih CT pregledom, ipak konačna dijagnoza je patohistološka.

Ključne riječi: Intrapulmonalni liposarkom

Uvod

Intratorakalni tumori koji vode poreklo od masnog tkiva su retko zastupljeni u hirurškoj praksi i mali broj slučajeva je prikazan u medicinskoj literaturi [1]. Ovaj tumor prvi je opisao 1781. godine Fothergill [2]. Lipomi i liposarkomi su najčešće asimptomatski tumori, koji se javljaju u pleuralnom prostoru, na torakalnom zidu, u medijastinumu ili u plućnom parenhimu. Ponekad se mogu naći i u glavnim vazдушnim putevima, endobronhijalno (traheja i glavni bronhi) [3], i u kliničkoj i radiološkoj slici mogu dati znake opstrukcije.

S obzirom da su uglavnom meke konzistencije, lipomi i liposarkomi ne vrše kompresiju na susedne strukture osim kada su velikih dimenzija [3]. Zbog

toga se otkrivaju pretežno slučajno, prilikom radiografije toraksa ili CT skeniranja grudnog koša, ali i pri eksplorativnoj torakotomiji [4].

Liposarkomi češće stvaraju lokalne recidive nakon operacije, nego što metastaziraju. Ponekad recidiv tumora ima za posledicu dediferencijaciju istog, što dovodi do povećanja stepena lokalne invazivnosti [5]. Zbog opasnosti od pojave lokalnog recidiva, terapija izbora u slučaju potvrđene dijagnoze ovog tumora je radikalna ekscizija.

Prikaz slučaja

Muškarac, star 65 godina, hospitalizovan je u Institutu za plućne bolesti u Sremskoj Kamenici u periodu od 3. do 31. oktobra 2005. godine radi

utvrđivanja etiologije promene u desnom plućnom krilu, otkrivene na PA radiografiji toraksa, dva meseca pre hospitalizacije. Od tegoba, bolesnik je naveo zamaranje pri fizičkom naporu, otežano disanje i promuklost. Iz anamneze se saznaje da je više puta operisan zbog polipa jednjaka, mezenhimoma farinksa i larinksa u periodu od 1969. do 2000. godine, zatim zbog liposarkoma hipofarinksa 2001. godine, a 2002. godine operisan mu je recidiv liposarkoma regiona vrata.

Izuzev ubrzane sedimentacije (63/70), ostali laboratorijski nalazi krvi i urina su pri prijemu bili bez značajnijih odstupanja. Sputum koji je uzet u više navrata za analizu nije doprineo razjašnjenju etiologije oboljenja. Bronhoskopijom je utvrđena blaga stenoza traheje u nivou 4. do 5. hrskavičavog prstena. U toku bronhoskopije je uzeto nekoliko isečaka sa karakterističnih mesta. Nalaz transbronhijalnih biopsija je bio uredan. Zatim je urađena transtorakalna punkcija promene pod dijaskopskom kontrolom, ali pregledom, na taj način dobijenog citološkog uzorka, nije postavljena konačna dijagnoza.

Na rentgenskom PA snimku pluća i srca u desnom donjem plućnom polju viđena je okruglasta, jasno ograničena homogena polusenka (slika 1).

Slika 1. Rentgenski PA snimak pluća i srca

Nakon toga, urađen je CT pregled grudnog koša, na kome je uočena jasno ograničena promena denziteta masnog tkiva, neodvojiva od parijetalne pleure, u projekciji srednjeg reznja, uz lateralni torakalni zid, unutar koje je detektovana solidna mekotkivna promena veličine 3 cm (slika 2).

Slika 2. Aksijalni CT snimci toraksa u nivou promene, prozor za plućni parenhim

Takođe, sa desne strane paravertebralno zadebljanje pleure, dimenzija oko 3 cm, u KK smeru protumačeno je kao reaktivno zadebljanje subpleuralnog masnog tkiva, posledično ranije načinjenom operativnom zahvatu na jednjaku na tom nivou (slika 3).

Slika 3. Aksijalni CT snimci toraksa u nivou promene, prozor za meka tkiva

Kolegijum Instituta je zauzeo stav da se pacijent premesti na Kliniku za torakalnu hirurgiju radi daljeg operativnog lečenja. Bolesniku je urađena desna lateralna torakotomija prilikom koje je

enukleiran tumor, koji je lociran u srednjem režnju jasno ograničen od okolnog parenhima kapsulom. Uklonjeno je masno tkivo prečnika 9 cm, u čijem je centru bila čvrsta masa konzistencije ribljeg mesa prečnika 4 cm. Resecirana je ivica srednjeg režnja koja je najviše adherisala za tumor. Postoperativni tok je protekao uredno i bolesnik je otpušten u dobrom opštem stanju. Patohistološkim pregledom uzorka odstranjenog tkiva postavljena je dijagnoza liposarkoma pleomorfog tipa.

Diskusija

Liposarkom spada u grupu najčešćih malignih tumora koji vode poreklo od mezenhimalnog tkiva kod odraslih osoba. Najčešće se javlja u mekim tkivima donjih ekstremiteta, retroperitoneumu, peritoneumu ili regionu ramena. Primarni intratorakalni liposarkom, međutim, izuzetno je retka pojava, Razzuk i sar. su 1971. godine objavili 44 slučaja od kojih su 43 ishodila iz medijastinuma, a samo jedan je za ishodište imao plućni hilus [6]. Ova grupa autora nije navela ni jedan slučaj pleuralnog liposarkoma. Kasnije, Munk i sar. objavljuju 4 slučaja pleuralnih liposarkoma [7].

Na temelju histoloških kriterijuma, liposarkomi su podeljeni u četiri osnovna podtipa: dobro diferencirani, mikroidni, pleomorfni i "round cell". Pored toga, postoji i mešovita forma liposarkoma [8]. Ovi podtipovi imaju različitu prognozu u pogledu preživljavanja, s tim da najbolju prognozu ima dobro diferencirani i mikroidni podtip.

Aksijalnim CT pregledom se jasno utvrđuje anatomska pozicija lezije, a CT denzitometrijom se potvrđuje učešće masnog tkiva u sastavu promene. Na CT snimcima lipom je homogenog denziteta masnog tkiva (do -100 HU), mada se ponekad mogu uočiti i hiperdenzne trake fibroznog tkiva unutar lezije. Kada je tumor heterogenog izgleda, a izmeren denzitet veći od -50 HU, može se postaviti sumnja da se radi o liposarkomu. Histološka diferencijacija između lipoblastoma i liposarkoma postavlja se na osnovu stepena mitotičke aktivnosti, celularne atipije, obima fibroze, neovaskularizacije i tumorske infiltracije priležućih struktura.

Postavljanje radiološke dijagnoze malignog tumora porekla masnog tkiva veoma je težak zadatak. Elementi na CT snimcima koji sugerišu dijagnozu liposarkoma su:

-nehomogen denzitet promene uz postojanje značajnog udela mekotkivne komponente unutar lezije,

-loša delineacija prema priležućim strukturama,

-sigurni znaci invazije/infiltracije struktura medijastinuma ili torakalnog zida [4,9].

Zaključak

Slučaj intrapulmonalnog liposarkoma koji je ovde prikazan, pokazuje veliki stepen sigurnosti kod postavljanja dijagnoze tumora koji vodi poreklo od masnog tkiva na osnovu odgovarajuće kombinacije radioloških znakova utvrđenih CT pregledom. S druge strane, i pored CT znakova koji sugerišu mogućnost malignog ili benignog karaktera tumora koji vode poreklo od masnog tkiva, definitivna dijagnoza ostaje isključivo u domenu patohistološkog pregleda.

Literatura

1. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, DeCock D, Stengel BF, Choi H. Intrathoracic lipomas. Report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. J Thorac Cardiovasc Surg. 1979; 77: 550-6.
2. Staub EW, Barker WL, Langston HT. Intrathoracic fatty tumors. Dis Chest. 1965; 47: 308-13.
3. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ Jr. Fat-containing lesions of the chest. Radiographics. 2002; 22 Spec No: S61-78.
4. Maffessanti M, Bortolotto P, Grotto M. Imaging of pleural diseases. Monaldi Arch Chest Dis. 1996; 51: 138-44.
5. Krygier G, Amado A, Salisbury S, Fernandez I, Maedo N, Vazquez T. Primary lung liposarcoma. Lung Cancer. 1997; 17: 271-5.
6. Razzuk MA, Urschel HC Jr, Race GJ, Kingsley WB, Paulson DL. Liposarcoma of the mediastinum. Case report and review of the literature. J Thorac Cardiovasc Surg. 1971; 61: 819-26.
7. Munk PL, Müller NL. Pleural liposarcoma: CT diagnosis. J Comput Assist Tomogr. 1988; 12: 709-10.
8. Costa J, Wesley RA, Glatstein E, Rosenberg SA. The grading of soft tissue sarcomas. Results of a clinicohistopathologic correlation in a series of 163 cases. Cancer. 1984; 53: 530-41.
9. Batouk AA, Albdah AM, Agina HA, Khan AR. Primary pleural liposarcoma. Ann Saudi Med. 1995; 15: 159-61.

Summary. Intrathoracic tumors which originate from adipose tissue are very rare and usually asymptomatic. They appear in the pleural space, thoracic wall, mediastinum and rarely in the pulmonary parenchyma. They are usually discovered by accident in the course of radiography or CT scan of the thorax. These tumors are removed by a radical excision but they often create local recidives after the surgery.

It is presented a case of a man of 65 years of age, who was radiographically established a tumorous mass in the right lower pulmonary segment. CT scan of the thorax clearly showed a limited change of adipose tissue density, inseparable from parietal pleura, in the middle lobe projection, along the lateral thoracic wall, within which a solid change of soft tissue of 3 cm was detected.

It was performed a right lateral thoracotomy and tumor was removed. Tumor was located in the middle lobe, clearly encircled from the adjacent parenchyma by a capsule. By pathohistological examination of the removed tissue sample it was established a diagnosis of pleomorph type liposarcoma.

There is a high level of security in making the diagnosis of a tumor that originates from the adipose tissue on the basis of a combination of radiological signs, established by CT scan, however, the final diagnosis is pathohistological.

Key words: Intrapulmonary liposarcoma

Miloš Stojanović, Mira Medić Čulibrk, Jožef Hancko, Milorad Bijelović, Živka Eri,

Institut za plućne bolesti, Klinički centar Novi Sad, Sremska Kamenica, Srbija

*Ljubiša Stajičić,

Klinika za radiologiju, Klinički Centar Banja Luka, Banja Luka, Republika Srpska

**Čila Hancko Mesaroš,

Dom zdravlja Ada, Ada, Srbija