



KONDROİD LİPOM : OLGU SUNUMU

CHONDROID LIPOMA : CASE REPORT

Nuket ELİYATKIN¹
Hakan POSTACI¹

Sibel DEMİR KEÇECİ¹
Yusuf Ziya ÖNAL²

Alp ÖZGÜZER¹

¹SSK İzmir Eğitim Hastanesi Patoloji Bölümü

²SSK İzmir Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Anahtar Sözcükler : kondroid lipom, yumuşak doku tümörü

Key Words : chondroid lipoma, soft tissue tumour

ÖZET

Kondroid lipom, mikroid liposarkom ve iskelet dışı mikroid kondrosarkom patolojik özellikleriyle benzerlik gösteren, nadir bir yağ doku tümörüdür. Bu malign tümörlerin aksine, agresif davranmazlar ve radikal tedavi gerektirmezler. Tümör tipik olarak ekstremitelerin yüzeysel dokularında, iyi sınırlı kitle olarak görülür. Bu çalışma ile sağ el volar yüzde 1. ve 2. metakarp komşuluğunda yerleşmiş bir kondroid lipomun patolojik bulguları sunuldu ve ayırıcı tanı tartışıldı.

SUMMARY

Chondroid lipoma is a rare tumour of adipose tissue, bearing a strikingly close pathologic resemblance to myxoid liposarcoma and extraskletal myxoid chondrosarcoma. Unlike these malignant tumours, chondroid lipoma has a non-aggressive behaviour and does not require radical treatment. This tumour typically presents as a well-defined mass in the superficial tissues of the extremities. In this study, pathologic findings of chondroid lipoma located volar side of the hand, neighboring 2. and 3 metacarpal bones, was presented and differential diagnosis was discussed.

GİRİŞ

Yağ dokusunun tümörleri, patologların en sık karşılaştığı yumuşak doku tümörleri arasındadır(1). Bunların çoğu lipomlardır ve diagnostik probleme neden olmazlar(1,2). Ancak, son yıllarda yağ doku tümörlerinin hem benign, hem de malign kategoride bir çok yeni varyantları tanımlanmıştır(3,4). Bu antitelerden biri de kondroid lipomdur(KL). KL, erişkinlerin en sık olarak proksimal ekstremitelerinde, subkutanöz doku, iskelet kası ya da fasiada ortaya çıkan benign yağ doku tümörüdür(5). Işık mikroskopik incelemede, sıklıkla malign lipomatöz ya da kondroid tümörlere benzeyen histolojik özellikleri ve yalnızca lokal eksizyon ile yeterli tedavi sağlanabilmesi nedeniyle benign yağ doku tümörü olarak doğru tanı konulması önemlidir(6).

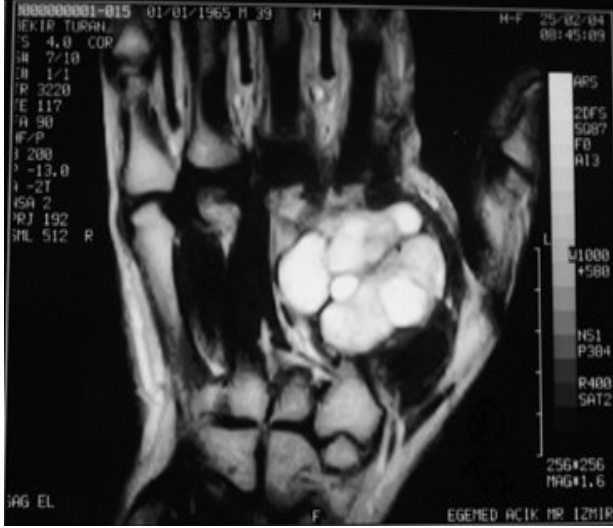
Burada 39 yaşında erkek hastada saptadığımız sağ el volar yüzde 1. ve 2. metakarp komşuluğunda yerleşmiş KL olgusunu kaynaklar eşliğinde sunuyoruz.

OLGU

Son 5 yıldır, sağ el volar yüzde 1. ve 2. metakarp komşuluğunda şişlik olan 39 yaşında erkek hasta. Takip sırasında 3-4 aydır şişlik giderek büyümeye başlamış. Travma öyküsü yok. Fizik muayenede, en büyük boyutu yaklaşık 6 cm olan sert, iyi sınırlı, mobil, ağrısız kitle saptandı. Bölgesel palpabl lenfadenopati ve lezyona distal nörovasküler defisit yoktu. Konvansiyonel radiografilerde kemik patolojisi görülmedi.

Sağ el MR incelemesinde, volar yüzde 1. ve 2. metakarp komşuluğunda çevre kas planlarını yaylandıran kapsüle, septasyonlu, düzgün kontürlü, 4.5x4 cm boyutlarda kitle

lezyonu saptandı. T1 ağırlıklı sagittal ve T2 ağırlıklı koronal imajda kasa göre hiperintens heterojen iç yapıda olduğu, kontrast tutulumu göstermediği izlendi (Resim 1). Arada kalsifikasyon ile uyumlu olabilecek sinyalsiz alanlar dikkati çekti. Lezyon özelliklerinin MR kriterlerince kesin tanı koydurucu nitelikte olmadığı ancak lipoid kökenli olabileceği şeklinde değerlendirme yapıldı. Kitle aksiller blokaj ile total olarak eksize edildi.



Resim 1. MR'da 1. ve 2. metakarp komşuluğunda kapsüle, septasyonlu hiperintens kitle

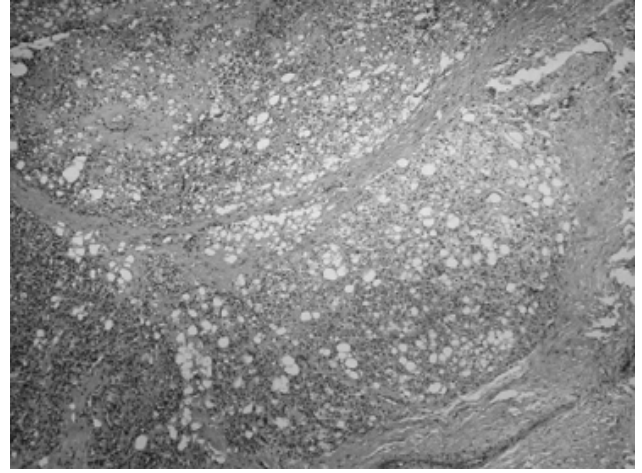
Makroskopik olarak tümör iyi sınırlı, çok ince kapsüllü, hafif lobüle yağ dokusu görünümündeydi. Kesit yüzü lobüler, yağ dokusu alanları ile karışık sarımsı-beyaz renkte yer yer jelatinöz alanlar içermekteydi (Resim 2).



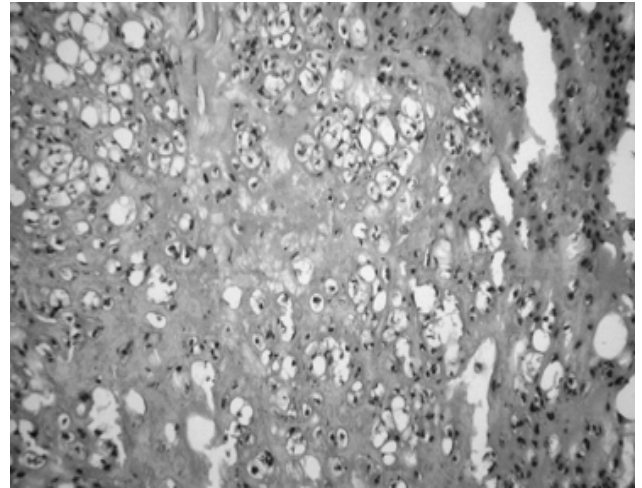
Resim 2. Kesitlerde ince kapsülle çevrili, lobüle, sarımsı beyaz renkte kitle

Mikroskopik olarak tümör ince fibröz bir kapsülle çevrelenmiş lobüle görünümdeydi. Kondromiksoid matrikste matür yağ hücreleri ile karışık eozinofilik ve vakuollü tümör

hücreleri küçük gruplar, yuvalar, diziler ve yer yer tabakalar şeklinde düzenlenim göstermekteydi (Resim 3). Tümör hücrelerinin çoğunluğu kondroblast veya hibernoma hücrelerine benzer granüler eosinofilik ya da soluk boyanmış sitoplazmalı, multivakuole, küçük-orta büyüklükte iken daha azı lipoblast benzeri tek ya da çok sayıda küçük, yuvarlak, şeffaf vakuoller içeren, santral ya da periferik lokalizasyon gösteren hiperkromatik nüveli özellik göstermekteydi (Resim 4). Daha çok eosinofilik hücreler olmak üzere bazı hücreler laküner boşlukta gibi görünmekteydi. Nükleolus belirsizdi. Mitoz ve nekroz izlenmedi. Damarlar nispeten sıkı, ancak pleksiform damar ağı yoktu. Yer yer perivasküler fibrozis izlendi. Fokal kalsifikasyon ve stromal hyalinizasyon görüldü.



Resim 3. Lobüle görünümde, kondromiksoid zeminde matür yağ hücreleri ve vakuollü tümör hücreleri (HEx100)



Resim 4. Kondromiksoid zeminde lipoblast ve kondroblast benzeri hücreler (HEx200)

Histokimyasal yöntemle, miksohyalin matriks toluidin blue ve alcian blue özel boyaları ile güçlü metakromazi boyanma gösterirken PAS boyası ile vakuollü hücrelerde ince

granüler ve kaba globular intrasitoplazmik boyanma görüldü. d-PAS ile PAS pozitif materyalin çoğunun glikojen olduğu saptandı. Materyal tespitli olarak gönderildiği için oil red O özel boyası yapılamamıştır.

İmmunohistokimyasal yöntemle, tümör hücreleri vimentin, CD-68 ve S-100 ile pozitif boyanma gösterirken düz kas aktini(DKA), epitelial membran antijeni(EMA), sitokeratin ve Ki-67 ile boyanma izlenmedi. Ayrıca laminin ile intrasitoplazmik boyanma da saptandı.

Histopatolojik, histokimyasal ve immunohistokimyasal bulgular eşliğinde olgu "kondroid lipom" olarak rapor edildi. Olgu 7 aydır takip edilmekte olup, nüks saptanmamıştır.

TARTIŞMA

KL, ilk olarak 1993 yılında Meis ve Enzinger tarafından tanımlanmıştır(1). Tipik olarak, orta yaşta kadınlarda, primer olarak proksimal ekstremiteler, omuz ve kalça eklemi çevresi yumuşak dokularda yavaş gelişen bir kitle olarak ortaya çıkar(3). Daha az sıklıkla gövde, baş-boyun ve distal ekstremitelerde lokalizedir(1). Çoğu olguda, subkutis, yüzeysel kas fasiası ya da iskelet kasında ağrısız nodül olarak gelişim gösterir(1). Klinik gidişi tamamen benignedir(7). Bazen kapsüllü, iyi sınırlı, ortalama 4.5 cm boyutta sarımsı neoplazmdır. Histolojik olarak, sıklıkla lobüler gelişim paterni vardır. Karakteristik olarak miksoid-hyalinize kartilajinöz görünümde matrikste matür adipositler, hibernoma hücrelerine ya da kondroblastlara benzer soluk veya eosinofilik sitoplazmalı ince vakuollü hücrelerin kordonları ve yuvaları ile lipoblastlara benzeyen büyük univakuole yada multivakuole hücrelerin değişken karışımından oluşur(3,4,8). Vakuole hücreler PAS ve oil-red-O boyaları ile gösterildiği şekilde glikojen ve yağ içerir(1). Sellüler pleomorfizm ve mitoz yoktur. Belirgin vaskülarizasyon ya da dejeneratif değişiklikler de görülebilir. Tümör hücreleri vimentin ve S-100 proteine immunoreaktiftir, DKA ve EMA için negatiftir. CD68 ve daha az sıklıkla sitokeratin için de pozitif boyanma gösterirler(1,8). Bir çalışmada Ki-67 ile pozitif boyanan hücrelerin az sayıda olması, bu gibi lezyonların yavaş büyüdüğü ve benign davranış sergilediğini desteklemektedir(8). Laminin ile intrasitoplazmik boyanma ve tip IV kollajen ile her bir hücrenin çevrelediği fokal alanların varlığı, KL'da eksternal lamina materyalinin erken ve inkomplet oluşumunu gösterir(8).

Ultrastrüktürel çalışmalar, KL'un kondroid diferansiyasyondan ziyade, daha çok lipojenik diferansiyasyonun özelliklerini taşıdığını göstermektedir(9). Ancak bir çalışmada hem lipomatöz hem de kıkırdak diferansiyasyonun özelliklerini taşıdığı bildirilmiştir(8).

Yeni yapılan çalışmalarda KL için t(11;16)(q13;p12-13) varlığı diagnostik bir basamak olarak bildirilmektedir(6,10).

KL, ayırıcı tanısında miksoid liposarkom(MLS), iskelet dışı miksoid kondrosarkom (İDMKS), myoepitelioma/mikst tümör, parakordoma ve yumuşak doku kondromu yer alır. Hibernoma ve lipoblastom da diğer olasılıklar arasındadır. KL MLS'dan, MLS için karakteristik olan pleksiform damar ağının yokluğu, miksoidden daha çok kondroid olan matriksin varlığı ve MLS'daki daha uniform büyüklükteki lipoblastlara göre daha değişken bü-yüklüklerde lipoblast benzeri hücrelerin varlığı ile ayrılır. KL'daki lipoblast benzeri hücreler daha çok kümelenmeye eğilim gösterirken, MLS'da bu özellik yoktur. Bizim olgumuzda da izlenen damar yapılarının bazıları konjesyone olup daha kalın, yer yer de hyalinize duvarlıydı ve pleksiform bir damar ağı da yoktu. Ayrıca izlenen lipoblast benzeri hücreler hem çok sayıda hem de daha çok gruplar yapmış özellikte idi. İDMKS, genellikle periferik kapsülasyon, belirgin lobülasyon, periferik hücre akümüasyonu gösterir ve abondan miksoid (nadiren hyalinize) matriks içerir(11-12). Kondroblastlar daha uniform olarak yuvarlak yada ovaldir ve intrasitoplazmik vakuoller azdır yada yoktur(1). İDMKS'da adiposit veya multivakuole lipoblast benzeri hücreler yoktur(4). Olgumuzda belirgin kıkırdak lobüllerinin ve bu lobüllerde periferik hücre akümüasyonunun izlenmemesi yanısıra çok sayıda, değişik boyutlarda univakuole ve multivakuole lipoblast benzeri hücrelerin varlığı ile İDMKS ekarte edilmiştir.

İmmunohistokimyasal çalışmalar ile KL, MLS ve İDMKS arasında ayırım yapılamaz. Çünkü her üç tümör de vimentin ve S-100 protein ile pozitif olabilir(4).

Yumuşak doku kondromları ise daha çok el ve ayaklarda ortaya çıkar. Sıklıkla kalsifikasyon ve ossifikasyon gösteren değişken sellüler hyalin kıkırdaktan oluşur, lipoblast benzeri hücreler yoktur. Bazen, kıkırdak lobülleri çevresinde multinükleer dev hücreler vardır(7).

Yumuşak dokunun mikst tümörleri veya myoepiteliomalari, hyalinize-kondroid ekstrasellüler matriks içerebilir, ancak lipoblast benzeri hücreler yoktur(13,14). Çoğu mikst tümörler, epitelial belirleyiciler ile immunoreaktivite gösterirler, bazen GFAP, DKA ve desmin için de pozitifler(4).

Parakordomada ise KL' un bir komponenti olan matür lipositler görülmez(15,16). S-100 protein ile güçlü reaktiviteleri yanında, çoğu parakordoma hücreleri sitokeratinleri (spesifik olarak 8 ve 18) ve EMA'de ekspresse ederler(15,16). Bizim olgumuzda çok sayıda lipoblast benzeri hücre ve matür liposit izlenirken epitelial belirleyiciler ile immunoreaktivite saptanmadı. Ayrıca tip IV kollajen ile parakordomada tümör yuvaları çevresinde,

KL'da ise her bir hücre çevresinde immunoreaktivite görülür(15). Sonuç olarak çoğunlukla malign lipomatöz ve kondroid tümörlere histopatolojik benzerliğine rağmen yalnızca lokal eksizyon ile yeterli tedavi edilebilmesi nedeniyle benign bir neoplazm olan KL un, ayırıcı tanısının

yapılması ve doğru tanı konulması önemlidir. Histopatolojik görünüm immunohistokimya ile desteklenmesinde doğru tanıya ulaşmak ve böylece gereksiz radikal cerrahi girişim ile radyoterapiden kaçınmak mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Meis JM, Enzinger FM. Chondroid lipoma. A unique tumor simulating liposarcoma and myxoid chondrosarcoma. *Am J Surg Pathol* 1993; 17 (11): 1103-1112.
2. Logan PM, Janzen DL, O'Connell JX, et al. Chondroid lipoma: MRI appearances with clinical and histologic correlation. *Skeletal Radiol* 1996; 25: 592-595.
3. Boets A, Mieghem I, Sciort R, et al. Chondroid lipoma of the trunk: MRI appearance and pathologic correlation. *Skeletal Radiology* 2004; May 5.
4. Guiliou L, Coindre J-M. Newly described adipocytic lesions. *Seminars in Diagnostic Pathology* 2001; 18 (4): 238-249.
5. Yang YJ, Damron TA, Ambrose JL. Diagnosis of chondroid lipoma by fine-needle aspiration biopsy. *Arch Pathol Lab Med* 2001; 125: 1224-1226.
6. Gisselsson D, Domanski H, Höglund M, et al. Unique cytological features and chromosome aberrations in chondroid lipoma. *Am J Surg Pathol* 1999; 23 (10): 1300-1304.
7. Enzinger FM, Weiss SW: Benign lipomatous tumors. *Soft Tissue Tumors*. Third edition, St Louis ; Mosby. 1994: 395.
8. Kindblom L-G, Meis-Kindblom J-M. Chondroid lipoma: an ultrastructural and immunohistochemical analysis with further observations regarding its differentiation. *Human Pathology* 1995; 26: 706-715.
9. Nielsen GP, O'Connell JX, Dickersin G R, et al. Chondroid lipoma, a tumor of white fat cells. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 1272-1276.
10. Ballaux F, Rychter MD, Wever I, et al. Chondroid lipoma is characterized by t(11;16) (q13;p12-13). *Virchows Arch* 2004; 444: 208-210.
11. Enzinger FM, Shiraki M. Extraskeletal myxoid chondrosarcoma. An analysis of 34 cases. *Hum Pathol* 1972; 3: 421-435.
12. Meis-Kindblom JM, Bergh P, Gunterberg B, et al. Extraskeletal myxoid chondrosarcoma: A reappraisal of its morphologic spectrum and prognostic factors based on 117 cases. *Am J Surg Pathol* 1999; 23: 636-650.
13. Kilpatrick SE, Hitchcock MG, Kraus MD, et al. Mixed tumors and myoepitheliomas of soft tissue: a clinicopathologic study of 19 cases with a unifying concept. *Am J Surg Pathol* 1997; 21: 13-22.
14. Michal M, Miettinen M. Myoepitheliomas of the skin and soft tissues. Report of 12 cases. *Virchows Arch* 1999; 434 (5): 393-400.
15. Folpe AL, Agoff SN, Willis J, et al. Parachordoma is immunohistochemically and cytogenetically distinct from axial chordoma and extraskeletal myxoid chondrosarcoma. *Am J Surg Pathol* 1999; 23(9): 1059-1067.
16. Fisher C, Miettinen M. Parachordoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of four cases of an unusual soft tissue neoplasm. *Ann. Diagn Pathol* 1997; 1 (1): 3-10.