

Koinsidental Kondrosarkom: Olgu Sunumu

Coincidental Chondrosarcoma: A Case Report

Ercan Kurtipek¹, Mustafa Çalık², İlknur Küçükosmanoğlu³, Nuri Düzgün², Hıdır Esme²

Özet

Otuz dört yaşındaki erkek hasta üşüme, titreme, halsizlik gibi non spesifik bulgularla acil servise başvurdu. PA Akciğer grafisinde sol kalp kenarını silen oldukça büyük düzgün sınırlı bir kitle lezyonu saptandı. Toraks MR görüntülenmesinde T-8-9 düzeyinde torakal vertebra sol pedikül düzeyinde 49x22x17 mm boyutlarında kitlesel lezyon izlendi. Kitle total olarak eksize edildi. Histolojik inceleme sonucu ile evre-I kondrosarkom tanısı kondu. Kondrosarkom göğüs duvarının primer malign tümörleri arasında en sık olanıdır. Tedavisinde geniş cerrahi eksizyon uygulanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Kondrosarkom, cerrahi eksizyon, göğüs kafesi.

Abstract

The patient, who was 34-year-old applied to the emergency unit with non-specific complaints including chills, shivers, and listlessness. In the PA lung graphy, a rather large, limited mass lesion with a smooth border that was adjacent to the left side of the heart was detected. The thorax MR imaging, revealed a massive lesion of 49x22x17 mm in the level of T-8-9 thoracic vertebrae at the left pediculus level. The mass was totally excised. Following the histological examination, the mass was diagnosed with a grade-I chondrosarcoma. Chondrosarcoma is most commonly seen among the primary malignant tumors of the chest wall. It is generally treated with large, surgical excision.

Key words: Chondrosarcoma, surgical excision, chest.

Kondrosarkomlar kemiğin primer malign tümörleridir. Hiyalin kıkırdak matriks ve kondrositlerden gelişmektedir (1). Kemik tümörleri içinde üçüncü sıklıkla izlenmektedir. Genellikle 40 yaş üzeri ve erkeklerde daha sıktır. Ayrıca göğüs duvarında en sık görülen primer malign tümördür ve en sık ön

duvarda, kostokondral bölgede yerleşim göstermektedir. Genellikle ağrılı bir kitle oluşturan kondrosarkomun tedavisinde sıklıkla geniş cerrahi eksizyon uygulanmaktadır. Seyrek görülen ve nonspesifik bulgularla rastlantısal olarak saptanmış olan kondrosarkom olgusu literatür eşliğinde sunulmaktadır.

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Konya

¹Clinic of Chest Diseases, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey

²Clinic of Thoracic Surgery, Konya Education And Research Hospital, Konya, Turkey

³Clinic of Pathology, Konya Education And Research Hospital, Konya, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 02.10.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 13.11.2014

İletişim (Correspondence): Ercan Kurtipek, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

e-mail: kurtipek14@hotmail.com



OLGU

Otuz dört yaşında erkek hasta, üşüme titreme ve halsizlik şikâyeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Fizik muayenesi normal olan hastanın, PA Akciğer grafisinde sol kalp kenarını silen oldukça büyük düzgün sınırlı bir kitle lezyonu saptandı (Şekil 1). Daha sonra toraks MR görüntülenmesinde T-8-9 düzeyinde torakal vertebra sol pedikül düzeyinde 49x22x17 mm boyutlarında T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde içerisinde kistik komponenti bulunan ve yoğun periferik kontrast tutulumu gösteren kitlesel lezyon izlendi (Şekil 2). Olgudan, lokal anestezi altında USG eşliğinde, sol akciğer alt zonda bulunan plevral tabanlı kitleden biyopsi alındı. Biyopsi sonucu kondrojenik tümör, kondrom veya kondrosarkom olabilir şeklinde raporlandı. Daha sonra kitlenin total eksizyonu kararı alındı. Kitle total olarak çıkarıldı. Makroskopik incelemede parçalı halde, sınırları lobülasyon gösteren sert kıvamda tümöral oluşum izlendi. Kesilerek incelendiğinde kesit yüzü solid görünümdeydi, parlak, gri mavimsi renkteydi ve yer yer kalsifikasyon alanları içermekteydi (Şekil 3). Ameliyat materyalinden hazırlanan kesitlerin mikroskopik incelemesinde, fibröz septalarla bölünmüş, lobülasyon gösteren tümör dokusu izlendi. Bol kondrojenik matriks içerisinde artmış sellülarite vardı. Tümör hücreleri yuvarlak poligonal şekilli, pleomorfik, hiperkromatik nükleuslu hücrelerden oluşmaktaydı. Arada binükleer nükleuslu hücreler de gözlemlendi (Şekil 4). Mitoz ve nekroz görülmedi. Yer yer mineralizasyon alanları görüldü. Kemik destrüksiyonu ile çevre yumuşak dokuya yayılım izlendi (Şekil 5). Olgu bu makroskopik, histopatolojik ve radyolojik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde grade-1 kondrosarkom olarak raporlandı. Olgu postoperatif 4. ayında ve sağlıklı olup (Şekil 6) lokal rekürrensi bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

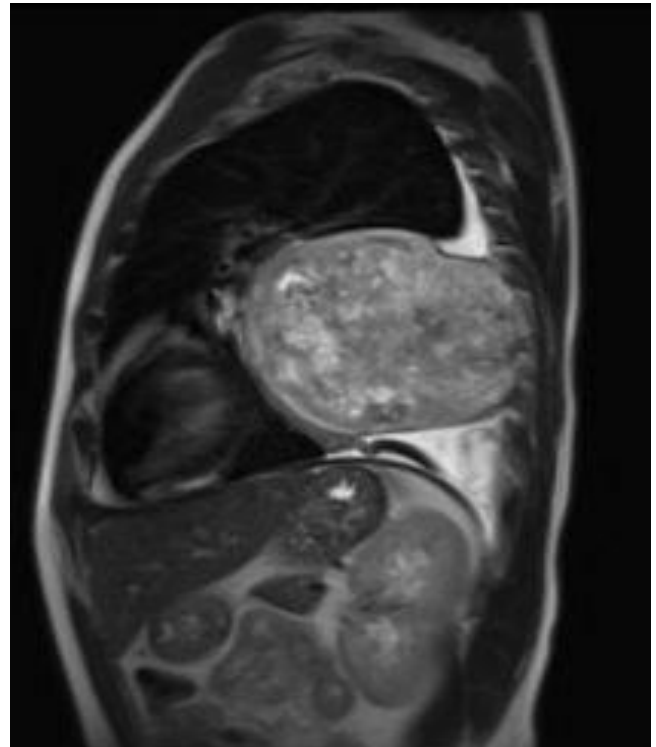
Kondrosarkomlar, osteosarkomlara göre daha az sıklıkta görülmekle birlikte, neoplastik kırık yapıyı ile seyreden tümörlerdir. Göğüs duvarındaki kemik yapıdan oluşan tümörlerin yaklaşık olarak üçte birini oluşturmaktadır (2). Primer kondrosarkomlar sıklıkla erişkinlerde ve daha ileri yaşlarda karşımıza çıkmaktadır (1,3). Olguların çoğu 40 yaş üzerinde olup, erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha sık rastlanmaktadır (4,5) Olgumuz ise 34 yaşında bir erkek hastaydı.

Kondrosarkom daha çok, omuz bölgesi, pelvis, femur ve humerus proksimali, femur distali ve kostalar gibi iskeletin merkezi bölgelerini tutar (4). Tümörlerin çoğunluğu femur ve humerusun proksimal ucu ve gövdede yerleşir. Omur-

gada ise en sık torakal vertebra tutulumu izlenir (6). Olgumuzda da torakal vertebra tutulumu mevcuttu.



Şekil 1: İlk başvuru esnasındaki PA akciğer grafisi.



Şekil 2: İlk başvuru esnasındaki toraks MR görüntüsü.

Klinikte semptom olarak genellikle ağrı ve lokal şişme tek başına ya da birlikte bulunur. Bu bulgular birkaç ay ya da yıl sürebilir (4). Eğer ağrı varsa, bu durum tümörün büyümüş olabileceğini düşündürür (3). Oysaki olgumuz da ağrı olmayıp, üşüme, titreme ve halsizlik gibi non spesifik şikayetlerle hastanemize başvurduktan sonra, çekilen akciğer grafisinde rastlantısal olarak kitle saptanmıştır.

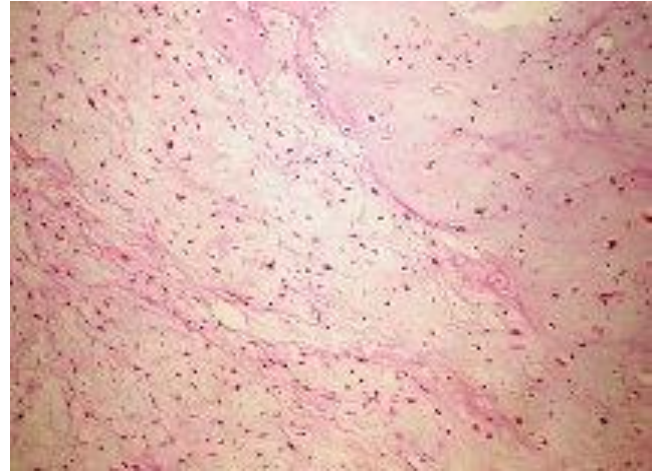


Şekil 3: Tümörün makroskopik görüntüsü.

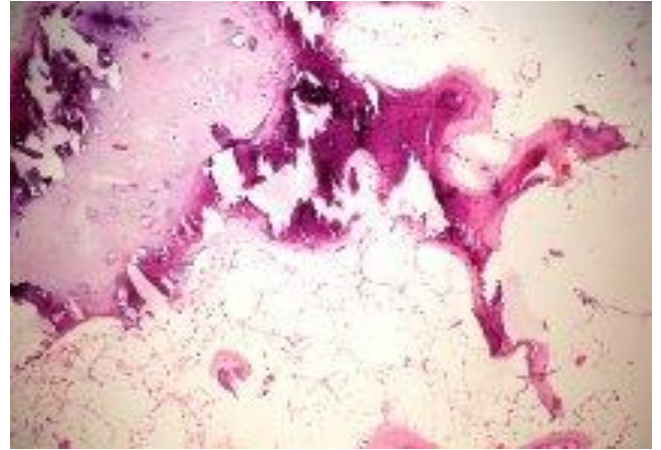
Kondrosarkomlar patolojik olarak nükleer boyut, nükleer hiperkromazi ve hüreselliğine göre 3 evreye ayrılır (7). Yapılan klinik çalışmalarda, tümörün histolojik davranışını ve prognozu saptamada, evrelemenin önemli olduğu gösterilmiştir (5). Tümörün histolojik olarak evrenmesi, lokal rekürrens ve metastazın saptanmasında başlıca en önemli belirleyicidir. Buna göre; Evre-1: Hücreden kısmen zengin olup, kondrositler genellikle küçük nükleollü, şişkin veziküller nükleuslara sahiptir. Seyrek olarak binükleer hücreler görülür. Sitolojik yapısı encondroma benzemektedir, Evre-2: Hüresel yapı daha belirgin olup nükleer atipi, hiperkromazi ve nükleer boyut farklılıklarını bariz olarak içerir, Evre-3: Hüresellik bariz bir şekilde artmış ve bol mitoz içeren aşırı pleomorfizm hâkimdir. Bu nedenle bu evredekiler genellikle osteosarkoma çok benzer (5). Metastaz evre-1 tümörler de görülmezken, evre-3 tümörlerin çoğunluğunda bildirilmektedir (8). Primer kondrosarkomların büyük kısmı evre-1 ve 2 olup, evre-3 kondrosarkom ise genellikle nadirdir (4). Evre-1 kondrosarkomlarda ayırıcı tanıda öncelikle encondrom tanısı düşünülmelidir. Lezyon mutlaka radyolojik bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir. Bazı olgularda bu lezyonlar arasında ayırım yapmak oldukça zordur. Bizim olgumuz, sellülaritenin artmış olması, nükleer hiperkromazi olması, binükleer hücrelerin bulunması ve kemik dokuda destrüksiyon yapması nedeniyle evre-1 kondrosarkom olarak kabul edilmiştir.

Kondrosarkomlar radyolojik olarak çoğunlukla iyi sınırlı değildir. Kemik korteksde yıkım görülür. Olgumuzun MR görüntülerinde, T1 ağırlıklı olanlarda hipointens, T2 ağırlıklı olanlarda kistik komponenti olan ve yoğun periferik kontrast tutulumu olan kitle lezyonu izlendi. Ortalama boyut olarak da 3–10 cm aralığında sıklıkla izlenir. Olgumuzdaki kitlenin en büyük boyutu 13 cm olup, literatü-

re göre az sayıda göğüs duvarından gelişen kondrosarkom olgusuna örneklerden biridir.



Şekil 4: Histopatolojik inceleme ile kondroid matriks içerisinde sellülarite artışı saptanmıştır (HE, x200).



Şekil 5: Kemik destrüksiyonu HE boyama x200 büyütme.



Şekil 6: Tedavi sonrası kontrol PA Akciğer grafisi.

Kondrosarkomlarda en iyi tedavi şekli geniş cerrahi rezeksiyondur (9,10). Kondrosarkomlar radyosensitif tümörler olmadığı için, postoperatif radyoterapi verilmesi konusu tartışmalıdır (8). Olgumuzda kitlenin total eksizyonu karar verildi ve kitle total olarak çıkarıldı.

Bu tümörün prognozu ile ilgili farklı görüşler olmakla birlikte en önemli belirleyici faktör rezeksiyonun tam olarak yapılabilmesidir (10). Olgumuz şu anda tedavinin 4. ayında, genel durumu iyi olup lokal rekürrensi yoktur.

Sonuç olarak, başka hastalıklara bağlı şikâyetlerle başvuran olgularda gerek fizik muayene gerekse radyolojik incelemelerin tam yapılması olası bir kondrosarkomun gözden kaçmasını önleyecektir. Nitekim kondrosarkom olgularının birçoğu rastlantısal olarak saptanmaktadır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - E.K., M.Ç., İ.K., N.D., H.E.; Tasarım ve Dizayn - E.K., M.Ç., İ.K., N.D., H.E.; Denetleme - E.K., M.Ç., İ.K., N.D., H.E.; Kaynaklar -; Malzemeler - H.E., E.K.; Veri Toplama ve/veya İşleme - N.D., E.K.; Analiz ve/veya Yorum - M.Ç., E.K.; Literatür Taraması - N.D., E.K.; Yazıyı Yazan - N.D., E.K.; Eleştirel İnceleme - H.E., E.K.

KAYNAKLAR

1. Leddy LR, Holmes RE. Chondrosarcoma of bone. *Cancer Treat Res* 2014; 162:117-30. [\[CrossRef\]](#)
2. Somers J, Faber LP. Chondroma and chondrosarcoma. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1999;11: 270-7. [\[CrossRef\]](#)
3. Unni KK. Chondrosarcoma. *Dahlin's bone tumors: general aspects and data on 11,087 cases*. Fifth ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1996:71-108.
4. Bertoni F, Bacchini P, Hogendoorn P.C.V. Chondrosarcoma. In: Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, eds. *World Health Organization Classification of Tumors: Tumors of Soft Tissue and Bone*. Lyon: IARC Press; 2002: 247-9.
5. York JE, Berk RH, Fuller GN, Rao JS, Abi-Said D, Wildrick DM, et al. Chondrosarcoma of the spine: 1954 to 1997. *J Neurosurg* 1999; 90:73-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Prevedello DM, Cordeiro JG, Koerbel A, Ditzel LF, Araujo JC. Management of primary spinal chondrosarcoma: report of two cases causing cord compression. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62:875-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Panelos J, Vulgaris S, Michos E, Doukas M, Charalabopoulos K, Batistatou A. Chondrosarcoma of the spine: a rare case with unusual presentation. *Diagnostic Pathology* 2006; 1:39.
8. Vertzyas N, Cummine J, Biankin S, Bilows M. Chondrosarcoma of the thoracic spine in an 8-year-old child with 12 years follow-up: A case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2000; 8:89-92.
9. Burt M, Fulton M, Wessner-Dunlap S, Karpeh M, Huvos AG, Bains MS, et al. Primary bony and cartilaginous sarcomas of the chest wall: results of therapy. *AnnThorac Surg* 1992; 54:226-32.
10. McAfee MK, Pairolero PC, Bergstrahl EJ, Piehler JM, Unni KK, McLeod RA, et al. Chondrosarcoma of the chest wall: factors affecting survival. *AnnThorac Surg* 1985;40:535-41. [\[CrossRef\]](#)