

İnce İğne Aspirasyon Biopsisi Özellikleri İle Kondrosarkom: Olgu Sunumu

Fine Needle Aspiration Biopsy Characteristic of Chondrosarcoma

Demet Etit

Filiz Dağ

Arzu Avcı Uçarsoy

Tuğba Doğruluk

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, İzmir

ÖZET

Kondrosarkom göreceli olarak nadir bir tümördür. Tanıda ince iğne aspirasyon biopsisi özellikle yineleyen lezyonlarda yardımcı bir yöntem olmakla birlikte bu konuda deneyimler sınırlıdır. Yazımızda torakal vertebral alanda yineleyen genç bir kondrosarkom olgusunun sitolojik özelliklerine dikkat çekilerek başta yineleyen lezyonlarda olmak üzere bu tümörlerin tanısında ince iğne aspirasyonunun yardımcı bir yöntem olarak akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kondrosarkom, İnce İğne Aspirasyon Biopsisi

SUMMARY

Chondrosarcoma is a relatively rare neoplasm. Fine needle aspiration biopsy (FNAB) is an auxiliary method that may be used in diagnosis of the tumor, especially the recurrent metastatic lesions. In this report, we define the cytologic features of recurrent chondrosarcoma located at 6th-12th thoracic vertebrae diagnosed by FNAB. Our aim is to emphasize that FNAB may be an auxiliary method in the diagnosis of recurrent chondrosarcomas.

Key Words: Chondrosarcoma, fine needle aspiration biopsy

Başvuru tarihi: 18.11.2003

SSK Tepecik Hast Derg 2004;14(1):61-64

Kondrosarkom, osteosarkomdan sonra en sık görülen primer kemik tümörüdür. Erkeklerde ve 5.-7. dekatta daha sıktır. Tümör, nükleer değişiklikler temelinde derecelendirilir. Tümörün derecesi, en önemli prognostik belirteçtir. Kondrosarkom tanısı patolojik, klinik ve radyolojik bulgularla konur. İnce iğne aspirasyon biopsisi (İİAB) tanıda yardımcı yöntemlerden biridir. Göreceli olarak nadir bir tümör olması nedeniyle kondrosarkomda İİAB deneyimleri sınırlıdır (1-3). Torakal 6.-12. vertebral alanda, paraspinal yerleşimli, nüks kondrosarkom olgusu

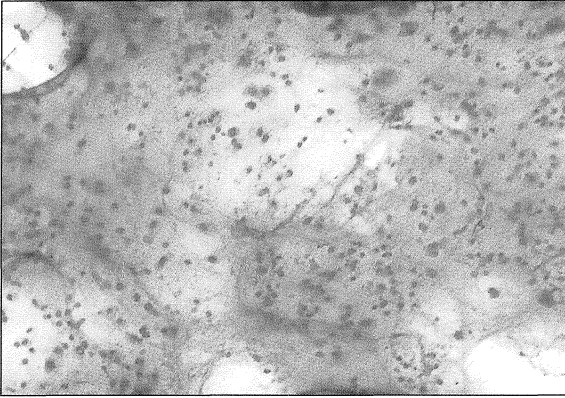
ince iğne aspirasyonu ile elde olunan doku bulguları eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

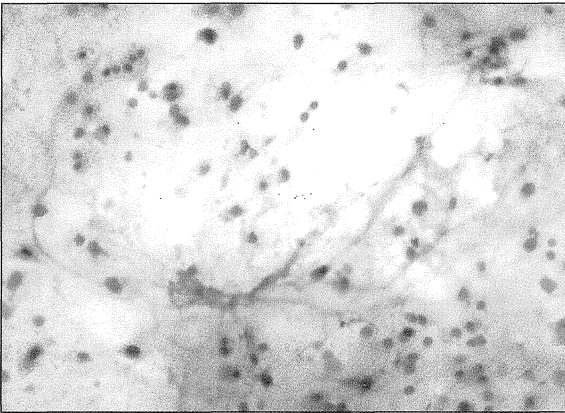
Torakal 6.-12. vertebralara lokalize kitle nedeni ile başvuran 19 yaşındaki erkek hastanın öyküsünden ilk kez 3 yıl önce aynı lokalizasyondaki kitlesinden alınan açık biyopsi ile kondrosarkom tanısı konulduğu, bu nedenle tedavi gördüğü ve tümörün 5 kez nüks ettiği öğrenildi. Cerrahi girişim sırasında paraspinal ve posterior oluşumları saran yumuşak kıvamda, beyaz renkli

lezyon izlendi. Lezyonun aspirasyon için uygun olması nedeni ile ve kitle hakkında ön fikir edinebilmek amacı ile yapılan sitolojik örnekleme patoloji laboratuvarına gönderildi. Sitolojik yayma örnekleri Hematoksilen Eozin, May Grünwald Giemsa ve Papanikolau boyları ile boyandı. Mikroskopik olarak orta derecede sellüler yaymalarda yer yer amorföz miksoid materyal izlenen zeminde; sitoplazmaları oval-poligonal biçimde, granuler, bazılarında intrasitoplazmik vakuoller içeren, iri hiperkromatik nükleuslu, anizomorfik görünümde neoplastik karakterde hücreler dikkati çekti. Nadiren binükleer olan bu hücreler tek tek yada küçük gruplar tarzında matriks içinde lakünaları doldurma eğilimindeydi (Resim 1, 2).

Laboratuvarımıza gönderilen yaklaşık 50 cc hacimde kürete nitelikte cerrahi girişimle alınan dokular makroskopik olarak parlak miksoid

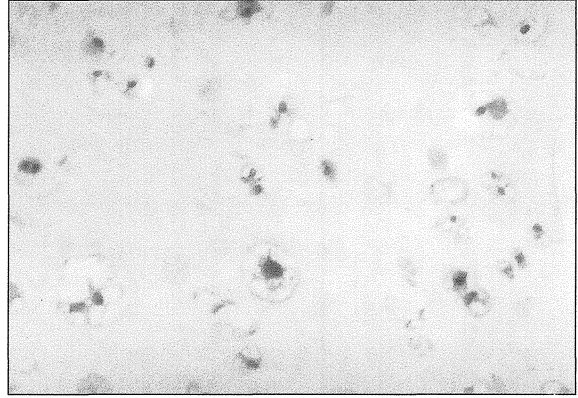


Resim 1. Miksoid matriks içinde bazıları binükleer tümör hücreleri. HEX44



Resim 2. Nükleer anizomorfizm ve hiperkromazi. HE X110

görünümde idi. Materyalin mikroskopik bakışında ince fibröz septalarla ayrılmış, lobuler düzenlenimde arada ince trabekülasyon gösteren kemik doku da içeren tümör dokusu izlendi. Tümörde kondroid matrikse gömülü çoğu lakünalar içinde, bazıları 2 veya daha fazla hiperkromatik nükleuslu, az bir kısmında nükleol belirginliği içeren hücreler mevcuttu (Resim 3). Çevresinde hiposellüler tümör alanları içeren fokal nekroz odakları; yanısıra lobüllerin periferinde ve lezyonun diğer tarafına doğru sellülaritede artış dikkati çekti. Çevre yumuşak doku ve yer yer kemik doku içine doğru infiltratif alanlar gözlemlendi. Tanımlanan bulgularla olgu düşük dereceli kondrosarkom olarak değerlendirildi.



Resim 3. Miksoid matriks içinde oval-yuvarlak nükleuslu tümöral hücreler. HE X220

TARTIŞMA

Kondrosarkom tanısında İİAB yardımcı yöntemlerden biridir (1,3). Aspirasyonların hücreliliği oldukça değişkendir. Konvansiyonel kondrosarkomlarda veziküler, şeffaf veya granüler sitoplazmalı, belirgin yuvarlak veya oval hiperkromatik nükleuslu, kimileri binükleer ve nükleol içerebilen bazan sitoplazmik vakuollenme gösteren kondroblastlar miksoid bir matriks içinde izlenir (1,2). Bu matriks kondroid özellikte, tipik olarak yoğun opak veya amorföz görünümündedir (1). Tümör hücreleri izole küçük gruplar veya gevşek koheziv agregatlar tarzında tanımlanan matriks içinde laküner boşlukları doldurma eğilimindedir (2-4). Bizim olgumuzda orta derecede sellüler yaymalarda izlediğimiz neo-

plastik karakterli hücreler de benzer olarak tek ve küçük gruplar halinde miksoid bir matriks içinde yer almaktaydı. Bu hücreler iri hiperkromatik nükleuslu, sitoplazmik sınırları seçilebilme özelliğindedir.

Düşük dereceli kondrosarkomların ayırıcı tanısında yer alan encondromlarda hücreler daha küçük olup laküner boşlukları doldurma eğilimi yoktur. Digital encondromlar dışında atipi pek beklenmez, binükle hücre oranı daha azdır (1). Bununla birlikte digital encondromlar ve periosteal kondromlar gibi kırıldak neoplazmalarının histopatolojik özellikleri ile düşük dereceli kondrosarkomların histopatolojik özellikleri birbirine çok benzer. Klinik ve radyolojik bulguları bilmeksizin bu lezyonların ayırıcı tanısı mümkün olamayabilirken sitolojik temelde bu sorun doğal olarak daha büyüktür. Kondroid içeren neoplazmlardan kondroblastom ve kondromiksoid fibrom klinik ve radyolojik açıdan ayırıcı tanıda pek güçlük çıkarmaz (3). Kondromiksoid fibromda kondroidle karışık stellat, fibroblastik ve dev hücreler izlenebilir; kondrosarkomdaki nükleer düzensizlik ve hiperkromazi beklenmez (4).

Daha çok sakrokoksigeal ve sfenookspital bölgelere yerleşen kordomalarla ayırımında bu tümörlerin karakteristiği olan fisaliferöz hücreler göz önünde bulundurulmalıdır (3). Yüksek dereceli kondrosarkomlarda yaymalar daha sellüler, atipi, nükleer kontur düzensizlikleri, koyu hiperkromazi yanısıra derece 3 lezyonlarda anaplastik hücre baskınlığı mevcuttur. Bu olgularda kondroid matriks çok az veya yoktur (1). Olgumuzun yaymalarında kondroid matriks varlığı ile anaplastik karakterli olarak tanımlanabilecek hücrelerin izlenmemiş olması daha çok düşük dereceli bir kondrosarkom lehine düşündürmüştür.

Özellikle genç yaş grubunda dikkate alınması gereken bir diğer tümör de kondroblastik osteosarkomdur. Burada yaymalar malign osteoblastlar açısından dikkatlice taranmalıdır. Kondroblastik osteosarkomlarda kondroblastik hücreler aşırı pleomorfik, zeminde osteoid matriks, osteoblast türevi hücreler beklenir. Ayrıca osteosarkom radyolojik bulguları tanıda çok destekleyicidir (4). Bizim olgumuzun preparatlarında

izlenen matriks osteoidden ziyade kondroid - miksoid özellikte olup tek tek hücrelerde pleomorfizm çarpıcı bir bulgu değildir. Büyük sitoplazmik vakuoller nedeniyle nükleusları perifere itilmiş, taşlı yüzük benzeri hücreler içeren kondrosarkomların metastatik adenosarkomlarla ayırımında klinik ve radyolojik özellikler yanısıra müskarmin boyası yardımcı olabilir. Müskarmin adenosarkomlarda ve kordomalarda pozitifken kondrosarkomlarda negatiftir (3-5). Bizim olgumuzda taşlı yüzük benzeri hücre izlenmemiştir.

Bizim olgumuzun aynı bölgede nüks eden bir lezyon olması, klinik ve radyolojik bulguları, sitomorfolojik olarak nükleer düzensizlik ve hiperkromazisi yanısıra eşlik eden dev hücreler vb. hücreler izlenmemesi nedeni ile ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer tümörler ekarte edilmiştir.

Kondrosarkomlarda İİAB nüks ve metastatik lezyonlarda oldukça yararlı bir yöntemdir. Fadi ve arkadaşları (3) salt İİAB ile 5 lokal nüks, 2 akciğer metastazı olgusunun tanılandırıldığını bildirmişleridir. Bizim olgumuz da aynı bölgede altıncı kez nüks eden bir kondrosarkomdur. Genel olarak sarkomlarda İİAB deneyimleri ve dolayısı ile patoloğların bu alanda klinisyenleri yönlendirecek kadar lezyonları tanıyabilme yetileri sınırlıdır. Bununla birlikte toplam 200 den fazla olgunun gözden geçirildiği bir seride İİAB ile ciddi komplikasyonlara yol açmaksızın güvenilebilir sonuçlar elde edilebileceği bildirilmektedir (6). Yapılan bir çalışmada yumuşak doku ve kemik sarkomlarının ön ve kesin tanısında İİAB'nin olguların sırası ile %83 ve %87 oranında tanılandırılabilirdiği bildirilmiştir (7). Sonuç olarak kondrosarkomlarda İİAB; radyolojik ve klinik bulgular ışığında özellikle lokal nüks ve metastatik tümörlerde kolay uygulanan tanısallık açıdan yararlı bir yöntem olarak akıldaki tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ayala A, Ro JY, Teot LA, Spjut HJ. Neoplasms and tumor-like lesions of bone. In: Silverberg RA, DeLellis WJ editors. Principles and Practice of Surgical Pathology and Cytopathology. 3rd edition. New York: Churchill Livingstone Inc.; 1997. pp: 854.

2. Hajdu S. Soft tissue and bone. In: Bibbo M editor. Comprehensive Cytopathology, 2nd edition. Philadelphia: W.B Saunders Company; 1997. p. 529-30.
3. Abdul-Karim FW, Wasman JK, Pitlik D. Needle aspiration cytology of chondrosarcomas. *Acta Cytol* 1993;37:655-60.
4. Tunç M, Ekinçi C. Chondrosarcoma diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1996;40: 283-8.
5. Olszewski W, Woyke S, Musiatowicz B. Fine needle aspiration biopsy cytology of chondrosarcoma. *Acta Cytol* 1983;27:345-9.
6. Ward WG, Savage P, Boles CA, Kilpatrick SE. Fine needle aspiration biopsy of sarcomas and related tumors. *Cancer Control* 2001;8:232-8.
7. Kilpatrick SE, Cappellari JO, Bos GD, Gold SH, Ward WG. Is fine needle aspiration biopsy a practical alternative to open biopsy for the primary diagnosis of sarcoma? Experience with 140 patients. *Am J Clin Pathol* 2001;115:59-68.

Yazışma adresi:

Dr. Demet ETİT
Pamukkale 6. Blok 102. Giriş: No: 3
35540 Mavişehir / İzmir
Tel : 0 232 324 30 93
e-mail: demetit@ttnet.net.tr
