

Olağan Dışı Kalsifikasyon Gösteren Ender Lokalizasyonda Yerleşmiş Bir Kondroid Siringom: Olgu Sunumu

An Unusually Calcified Chondroid Syringoma on an Uncommon Anatomic Localization: A Case Report

Berna Aksoy, Hasan Mete Aksoy*

TDV 29 Mayıs Özel Ankara Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara,

*Özel TDV 29 Mayıs Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü, Ankara, Türkiye

Özet

Kondroid siringomlar ter bezlerinden köken alan hem epitelyal hem de mezenkimal farklılaşma gösteren neoplazmlardır. Bu olgu sunumunda sol ayak tabanında lokalize ve düz grafide belirgin kalsifikasyon gösteren bir kondroid siringom olgusu sunulmaktadır. Sol ayak tabanında sert, hareketli kitle nedeniyle başvuran 26 yaşında bayan hastanın düz ayak grafisinde kitlenin belirgin kalsifikasyon gösterdiği izlendi. Lezyon lokal anestezi altında eksize edildi ve oluşan defekt primer kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmadı. Kitlenin histopatolojik incelemesinde osifikasyon alanları gösteren kondroid siringom saptandı. Bu olgu belirgin kalsifikasyon ve osifikasyon göstermesi ve olağan dışı ayak tabanı yerleşimi nedeniyle sunulmaktadır. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2: 55-7*)

Anahtar kelimeler: Kondroid siringom, kalsifikasyon, ayak, kitle

Summary

Chondroid syringomas are neoplasms with both epithelial and mesenchymal differentiation originating from sweat glands. A case of chondroid syringoma with marked calcification on plain X-ray localized under the skin of the left foot is reported. A 26-year-old female patient presented with a hard mobile nodular mass on the left plantar surface. On plain X-ray image marked calcification of the lesion was observed. The lesion was removed and the resulting defect was primarily closed under local anesthesia. Postoperative period was uneventful. Histopathologic diagnosis was chondroid syringoma with areas of ossification. There was no recurrence on follow up. This is a rare and interesting case, exhibiting extensive calcification, ossification and unusual localization in the foot. (*Turkish Journal of Dermatology 2008; 2: 55-7*)

Key words: Chondroid syringoma, calcification, foot, mass

Giriş

Miks deri tümörü tanımı ilk defa Billroth tarafından 1859'da epitelyal ve mezenkimal diferansiyasyon gösteren neoplazmlar için kullanılmıştır (1-3). Ter bezlerinden kaynaklanan derinin miks epitelyal tümörleri kondroid siringom olarak adlandırılmaktadır (2,4). Hirsch ve Helwig 1961 yılında derinin miks tümörü için kondroid siringom terimini ilk olarak kullanan kişilerdir (5). Kondroid siringomlar sıklıkla baş ve boyun bölgesinde yerleşen, boyutları 2 mm ile birkaç cm arasında olabilen, soliter, sert, ağrısız, ülser olmayan, subkütan veya intrakutanöz nodül şeklinde görülürler (1-4,6). Orta ve ileri yaşlı kişilerde sıklıkla görülürler ve erkek / kadın görülme oranı 2:1'dir (1,2,6,7). Bu olgu sunumunda belirgin kalsifikasyon gösteren ve alışılmadık bir lokalizasyonda yerleşmiş kondroid siringom olgusu sunulmaktadır.

Olgu

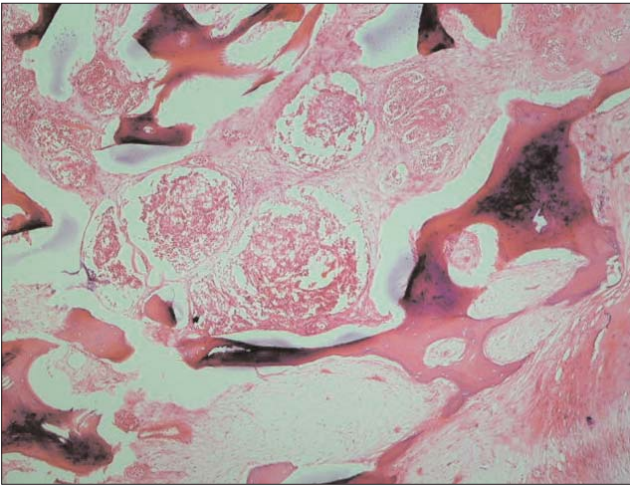
Yirmi altı yaşında bayan hasta polikliniğimize ayakta 4 yıldır var olan ve zamanla büyüyen kitle nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sol ayak plantar yüzde yerleşmiş 3x3x1,5 cm boyutlarında sert ve hareketli nodüler kitle saptandı (Şekil 1). Hastanın kitleye bağlı ağrı ya da yürümenin engellenmesi gibi şikayetleri yoktu. İlginç olarak sol ayak yan grafisinde kitlenin belirgin kalsifikasyon gösterdiği saptandı (Şekil 2). Hasta kalsifiye yumuşak doku tümörü veya nörofibrom ön tanılarıyla lokal anestezi altında opere edildi. Operasyonda kitle plantar fasya üzerinden fazla olan deri de alınarak total olarak eksize edildi ve oluşan defekt primer olarak kapatıldı. Eksizyon materyalinde kitlenin enkapsüle olduğu ve alışık olunmayan şekilde sert olduğu gözlemlendi.



Şekil 1. Sol ayak plantar yüzde yerleşmiş mobil, sert, nodüler lezyonun klinik görünümü



Şekil 2. Düz grafide lezyonda belirgin kalsifikasyon varlığı



Şekil 3. Cerrahi materyalin histopatolojik incelemesinde tümöral hücrelerin oluşturduğu duktal yapılar, küme ve şeritler, duktal yapıların içinde keratinöz madde varlığı ve yer yer kartilajinöz ve kemiksi bölgeler görülmektedir (H&E, orijinal büyütme x 40)

Cerrahi doku örneğinin histopatolojik incelemesi sonucunda kondroid siringom (kutanöz mikst tümör) tanısı konuldu. Histolojik kesitlerde, dermis içinde fibröz kapsüllü kitle lezyonu görüldü. Lezyonun epitelyal bölümünün duktal yapılarla birlikte tümör hücrelerinin oluşturduğu küme ve şeritler ile karakterize olduğu gözlemlendi. Lezyonda hem kartilaj hem de kemiksi bölgeler mevcuttu. Bazı duktal yapıların genişlediği ve lümenlerinde keratinöz madde içerdikleri saptandı. Ayrıca lezyonda bazı skuamöz hücre adaları da saptandı (Şekil 3).

Hasta tanı hakkında bilgilendirildi ve nüks açısından takibin önemi belirtildi.

Tartışma

Kondroid siringom iki farklı orijinli nadir bir deri eki tümörü olarak tanımlanabilir (2,3). Bu isim aynı lezyonda hem ter bezi hem de kartilajinöz yapı varlığı nedeniyle verilmiştir (1,2). Siringomatöz adenom, ektrin siringofibroadenom, adeneksal tümör, pleomorfik ter bezi tümörü ve derinin atipik mikst tümörü gibi farklı isimler kondroid siringomu tanımlamak için kullanılmaktadır (4,7). Kondroid siringom insidansı derinin primer tümörleri arasında % 0,01–0,098 olarak bildirilmiştir (2,3,6).

Kondroid siringom, tipik olarak orta yaşlı erkeklerde yıllardır var olan, uzamış ancak tahmin edilemeyen gidişat gösteren, yavaş büyüyen, ağrısız subkütan nodül olarak gelişir (1,3,4,8). Bildirilen bu olgu ağrısız, belirtisiz ve yavaş büyüyen bir kitle olarak literatürle uyumludur. Kondroid siringom olgularında klinik izlenim çoğunlukla dermoid veya sebace kist, nörofibrom, dermatofibrom veya pleomorfik adenomdur (2). Sonuç olarak bu lezyonların klinik tanısı sıklıkla zordur ve tanı sadece eksizyon ve sonrasında mikroskopik inceleme ile konulur (2,3,7,8).

Kondroid siringom genellikle baş-boyun bölgesinde özellikle de yüzde burun, yanak ve üst dudakta yerleşir (1,2,4). Sık olmayarak gövde ve ekstremitelere de yerleşebilir (1,4,8). Skrotum, vulva ve aksilla çok ender yerleşim yerleri olarak bildirilmiştir (7,9,10). Olgumuzun yerleşim yeri olan ayak yerleşimi de çok nadirdir (11).

Kondroid siringomun ektrin veya apokrin ter bezlerinden geliştiği düşünülmektedir (2,6). Histolojik olarak kondroid siringom hem epitelyal hem de mezankimal stromal elementler içerir ve tükrük bezlerinin benin mikst tümörüne benzer (1,4,6). Kondroid siringom histopatolojik patern ve glandüler yapı açısından Headington tarafından 2 sınıfa ayrılmıştır: En sık görülen tip 1'de salgısal açıdan apokrin bezlere benzeyen 2 sıra epitelyal hücrelerden oluşmuş duktal yapılar mevcuttur. Tip 2 ise salgısal açıdan ektrin patern gösteren, tek sıra, yassı, dallanma göstermeyen kuboidal hücrelerden oluşmuş duktal yapılar ile karakterizedir (12). Kondroid siringomların ektrin ter bezlerinden kaynaklandığı görüşü şu anda daha fazla kabul edilmektedir. Hirsch ve Helwig ayrıca bu lezyonların tanısı için gerekli mikroskopik kriterleri de belirtmişlerdir: 1) kuboidal veya poligon hücre toplulukları, 2) bir veya iki sıra kuboidal hücrelerden oluşan tubuloalveolar yapılar, 3) bir veya iki sı-

ra kuboidal hücreler içeren duktal yapılar, 4) ender keratinöz kistler, 5) bazofilik kondroid madde ve eozinofilik hyalin madde varlığı (5). Kondroid siringomlar bu 5 özelliğin hepsini veya bazılarını gösterebilirler (6). Olgumuzda tüm bu özelliklerin yanında histopatolojik olarak osifikasyon alanlarının varlığı gözlenmiştir ve literatürde yayınlanan olgular arasında bu miktardaki osifikasyonun çok ender olduğu bildirilmiştir (1,13).

Kondroid siringomun iyi huylu bir tümör olduğu düşünülse de, malin formlar da tanımlanmıştır (2,6). Malin kondroid siringom çok ender görülür; de novo gelişebileceği gibi malin dönüşüme uğrayan önceden var olan kondroid siringomdan da gelişebilir (1,4). Malin kondroid siringomlar genellikle 3 cm. den büyüktür (ortalama 4,8 cm), fakat benin formlar genellikle 0,5-3 cm arasındadırlar (2,8). Benin formlara kıyasla malin olanlar genellikle genç kadınlarda, gövde ve ekstremitelere yerleşirler ve hızlı büyüme gösterirler (1,2,6,11).

Benin kondroid siringom tedavisinde en iyi yaklaşım lokal nüks ve malin dönüşüm ihtimali nedeniyle yeterli cerrahi sınırla lezyonun tam eksizyonu ve hastanın uzun süreli takibi (2,3,4,6,10).

Sonuç olarak, bu kondroid siringom olgusunun düz grafide belirgin kalsifikasyon ve histopatolojik kesitlerde ossifikasyon göstermesi ile birlikte ender olan ayak yerleşimi nedeniyle çok ilginç bir olgu olduğu düşünülmüştür. Ayak tabanındaki kitlelerin ayırıcı tanısında kondroid siringom akılda tutulmalıdır.

Teşekkür

Histopatolojik incelemeleri yapan Doç. Dr. Hüseyin Üstün'e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Sheikh SS, Pennanen M, Montgomery E. Benign chondroid syringoma: report of a case clinically mimicking a malignant neoplasm. J Surg Oncol 2000;73:228-30.
2. Schulhof Z, Anastassov GE, Lumerman H, Mashadian D. Giant benign chondroid syringoma of the cheek: case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:1836-9.
3. Yavuzer R, Başterzi Y, Sarı A, Bir F, Sezer C. Chondroid syringoma: a diagnosis more frequent than expected. Dermatol Surg 2003;29:179-81.
4. Obaidat NA, Alsaad KO, Ghazarian D. Skin adnexal neoplasms-part 2: An approach to tumours of cutaneous sweat glands. J Clin Pathol 2007;60:145-59.
5. Hirsch P, Helwig EB. Chondroid syringoma. Mixed tumor of skin, salivary gland type. Arch Dermatol 1961; 84: 835-47.
6. Simavani R, Wadhera A, Craig E. Chondroid syringoma: Case report and review of the literature. Dermatol Online J 2006;12:8.
7. Poku JW, Sant GR, Ucci AA. Chondroid syringoma of the scrotum. J Int Med Res 1996;24:482-6.
8. Berekecioğlu M, Tercan M, Karakök M, Atik B. Benign chondroid syringoma: a confusing clinical diagnosis. Eur J Plast Surg 2002;25:316-8
9. Hardisson D, Linares MD, Nistal M. Giant chondroid syringoma of the axilla. J Cutan Med Surg 1998;3:115-7.
10. Gemer O, Piura B, Segal S, Inbar IY. Adenocarcinoma arising in a chondroid syringoma of vulva. Int J Gynecol Pathol 2003; 22:398-400.
11. Barnett MD, Wallack MK, Zuretti A, et al. Recurrent malignant chondroid syringoma of the foot: a case report and review of the literature. Am J Clin Oncol 2000;23:227-32.
12. Headington JT. Mixed tumors of the skin: eccrine and apocrine types. Arch Dermatol 1961; 84:989-96.
13. Shimizu S, Han-Yaku H, Fukushima S, Shimizu H. Immunohistochemical study of mixed tumor of the skin with marked ossification. Dermatology 1996;193: 255-7.