

KALKANEUS YERLEŞİMLİ OSTEOKLASTİK TİPTE DEV HÜCRELERDEN ZENGİN OSTEOSARKOM

Yrd. Doç. Dr. Sergülen DERVİŞOĞLU (*) • Uzm. Öğr. Dr. Hülya ÖZSAN (*) • Prof. Dr. Günay GİRİŞKEN (*)
Uzm. Öğr. Dr. Ajlan KASABALIGİL (**) • Doç. Dr. Muharrem BABACAN (**)

ÖZET: Osteoklastlardan zengin osteosarkom, primer osteosarkomların % 3'ünü oluşturmaktadır. Gerek radyolojik bulguların bazen yanıltıcı nitelikte olması, gerekse dev hücreli tümöre benzer histopatolojik tablo nedeni ile tanı zorluklarına yol açabilir. 34 yaşındaki erkek hastanın, sol kalkaneusunda yerleşim gösteren tümöründen yapılan biopsi ile osteoklastik tipte dev hücrelerden zengin osteosarkom tanısı konulmuş ve diz altı amputasyon uygulanmıştır. Vaka, gerek morfolojik sınıflamaya göre nispeten seyrek görülen değişik bir grup oluşturması, gerekse kalkaneus lokalizasyonu ile ilginç bulunarak, literatür bilgisi ile kıyaslamalı olarak sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELE: Osteoklastik, osteosarkom, kalkaneus, osteosarkom-olağan dışı lokalizasyon.

SUMMARY: Primary osteoclast-rich osteosarcomas comprise about 3% of all primary osteosarcomas. An osteoclastic giant-cell rich osteosarcoma with an unusual localization (calcaneus) is presented.

KEY WORDS: Osteoclast-rich osteosarcoma, osteosarcoma, calcaneus-osteosarcoma, unusual localization.

GİRİŞ

Klasik osteosarkomun klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikleri iyi bilinmektedir. Ancak osteosarkomun değişik lokalizasyon ve histolojik yapısı açısından tanı güçlüklerine neden olan tipleri de bildirilmiştir (2,6). Ayrıca histopatolojik tabloya eşlik eden osteoid, kıkırdak, fibröz matriks yapımı-

nın derecesi; kan damarları ve dev hücrelerin varlığına göre morfolojik sınıflama yapmak da mümkündür (3). Reaktif osteoklast tipi dev hücrelerinden zengin osteosarkom ender bir grup olup tüm osteosarkomların % 1-3'ünü oluşturmaktadır (2,6).

OLGU SUNUMU

Sol ayak bileğinde ve topukta şişlik şikayeti ile hastaneye başvuran ve anamnezinde 4 aylık öyküsü bulunduğu öğrenilen 36 yaşında erkek hasta, Ekim 1991'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'na sevk edilmiş. Lokal muayenede, sol ayak bileği medial yüzde deri

* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Patoloji A.B.D.

** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D.
x. Ulusal Patoloji Kongresi (3-7 Kasım 1992, Girne-Kıbrıs)'nda poster sunumu olarak bildirilmiştir.

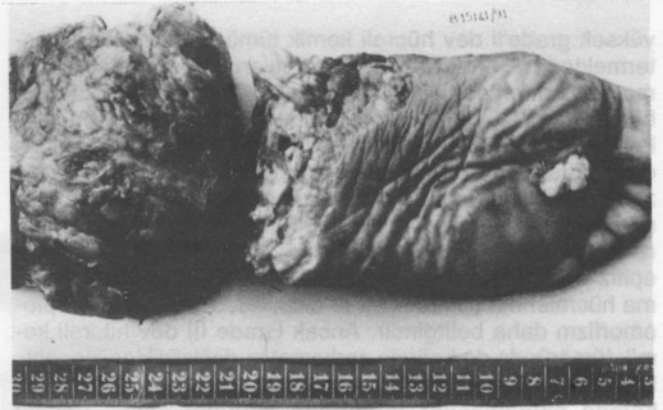
yüzeyini genişçe ülserle etmiş, yer yer kanamalı alanlar içeren 15x10 cm boyutlarında, fikse tümöral kitle saptanmış. Distal nörovasküler bozukluk saptanmamış.

Eritrosit sedimentasyon hızı 74 mm/saat olarak bulundu. İlk başvurusunda 354 İÜ/L (N: 36-92 İÜ/L) olarak tespit edilen Alkalen fosfataz değeri hastanemizde de yüksek olup 26 K.A. ünitesi olarak izlendi (N: 3-10 K.A.Ü).

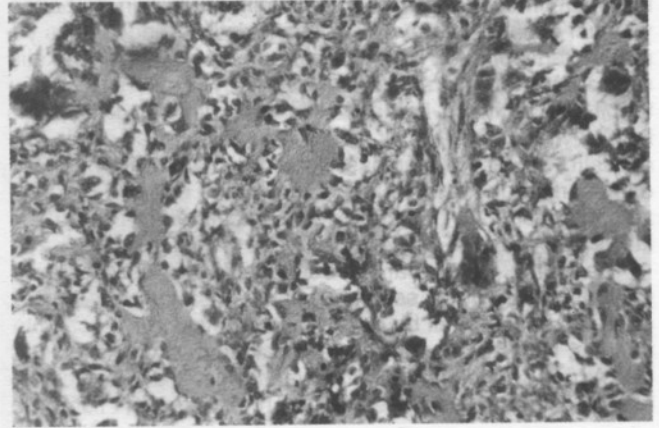
Radyolojik incelemede, kalkaneusun sınırlarını tamamen ortadan kaldırır biçimde yumuşak dokuya çıkmış, kenarları belirsiz, bazı alanlarda hafif sklerotik, kemiğe bulutlu görünüm veren tümör izlendi. Periost reaksiyonu belirgin değildi (Resim 1).

İlk olarak sol ayak bileğindeki kitleden tru-cut iğne biopsisi ile örnek alındı. Küçük iğne biopsi materyalinden hazırlanan kesitlerde (14507/91 CTFPABD protokollü) sarkomatöz nitelikte tümöral doku izlenmekteydi. Bazı alanlarda tümör hücreleri arasında, onların salgıladığı homojen eozinofilik matriks varlığı (osteoid madde) görülmekteydi. Ayrıca tümör hücreleri ile iç içe, diffüz dağılım gösteren osteoklast tipi dev hücrelerin varlığı göze çarpmaktaydı.

Öncelikle "osteoclast-rich osteosarcoma" düşünüldüğü vurgulanarak malign mezenkimal neoplazm tanısı konan hastaya sol dizaltı amputasyonu uygulandı. Ameliyat piyesinde topuk sol iç yüzde 13x11x9 cm ölçülerinde deri yüzeyini ülserle etmiş tümöral oluşum izlendi. Tümör kalkaneus ve ona bitişik ayak bileği kemiklerini ortadan kaldırarak taban boyunca metatarsal eklemlere kadar ilerlemekteydi (Resim 2). Eklem yüzeyi sağlamdı. Tümör yumuşak doku ve cildi infiltrate ederek yüzeyi ülserle etmişti. Kesit yüzeyi pembe-beyaz renkli olan tümör, kısmen sertçe elastik kıvamlı idi ve arada küçük kanama odakları içeriyordu. Amputasyon



Resim 2: Kalkaneusu ortadan kaldırarak topukta büyük bir kitle oluşturmuş doku-deri invazyonu gösteren tümör



Resim 3: Osteoklastik tipte dev hücreler ve arada osteoid madde ile yer yer komşuluk gösteren atipik osteoblastlar (152141/91 - HE x200).

piyesinden hazırlanan kesitlerde de biopsi örneğindeki benzer tümöral doku izlenmekteydi (Resim 3). Hastaya kemoterapi planlanarak sosyal nedenlerle başka bir kuruma sevk edildi.

TARTIŞMA

Vakamız gerek osteosarkomun farklı morfolojik özellikleri gerekse tümörün lokalizasyonu açısından özellik göstermektedir. El ve ayak yerleşimli osteosarkom nadir olarak izlenmektedir (1,5,6,7). 2525 vakalık bir osteosarkom serisinde sadece 1 vakada kalkaneus lokalizasyonu tespit edilmiştir (7).

Osteoklast tipinde dev hücrelerden zengin morfolojik görünüm de vakamızın diğer özelliklerinden biridir. "Osteoclast-rich osteosarcoma" olarak tanımlanan bu grup primer osteosarkomların % 1-3'ünü oluşturmaktadır. Histopatolojik özellikleri osteoklastlardan zengin, osteoid matriksin seyrek olarak izlendiği telenjiektatik osteosarkoma benzer (2,7,9,10).

Histolojik olarak seyrek osteoid matriks içeren indifferansiye sarkom karakterinde tümöral doku içinde, hemorajik alanlar çevresinde veya diffüz dağılım gösteren osteoklast tipi dev hücrelerin varlığı dikkat çekmektedir (2,6,8).

Osteoid matriksin azlığı ve dev hücrelerin varlığı nedeniyle oluşan farklı histopatolojik görüntü nedeniyle malign,



Resim 1: Direkt grafide kalkaneusta destrüksiyon yaparak büyük yumuşak doku kitlesi oluşturmuş sınırları düzensiz tümör

yüksek grade'li dev hücreli kemik tümörüne benzerlik göstermektedir. Gerek radyolojik bulguların klasik osteosarkoma benzememesi ve bazen yanıltıcı olması, gerekse dev hücreli kemik tümörüne benzer histopatolojik tablo nedeniyle tanı zorlukları ile karşılaşılabilir. Ancak osteoklast tipinde dev hücrelerden zengin osteosarkom metafizeal veya diafizeal lokalizasyon göstermekte ayrıca juvenil, adölesan dönemdeki hastalarda görülmektedir. Dev hücreli kemik tümörü ise % 98 oranında matüritesini tamamlamış kemiklerin epifiz bölgesinde lokalizedir (2,7,9). Osteosarkomda stroma hücrelerinin çekirdekleri iri olup, hücre zenginliği ve pleomorfizm daha belirgindir. Ancak Grade III dev hücreli kemik tümöründe de belirgin sarkomatöz değişiklikler izlenebilir; ayrıca osteoid matriks görülebilir (8). Ancak osteosarkomda osteoblastlar tarafından çevrelenmemiş primitif osteoid birikimi söz konusudur. Ayrıca malign kıkırdak dokusu varlığına osteosarkom vakalarında rastlanmaktadır (7). Sarkomatöz alanların yaygınlığı açısından yeterli örneklem yapılmayan olgularda; radyolojik bulguların da bazen yanıltıcı olması ile anevrizmal kemik kisti yönünde yanlış yorumlar yapılabilir (6). "Bristol Royal Infirmary"ye ait 9 vakalık seride 4 hastanın sırası ile 16, 9, 7 ve 2 yıl sonra sağ olduğu tespit edilmiştir. Bir hasta izleme dışı kalmıştır. Dört hasta ise 2-3 yıl sonunda kemik ve akciğer metastazları ile kaybedilmiştir. Bu tablo osteoklast tipinde dev hücrelerden zengin osteosarkomun klasik osteosarkoma göre daha iyi prognoza sahip olduğunu göstermektedir. Ancak tedavi prensipleri klasik osteosarkom ile benzerdir (2).

Hastamız yaşı itibariyle osteoklastik tip osteosarkom serilerinden en geniş serinin ortalamaya yaşının içinde bulunduğu dekattan farklı bir dekatta bulunmaktadır. Ancak öte yandan, klasik osteosarkom yaş aralığının içine girmektedir (7). Ayrıca radyolojik bulguları ve yumuşak doku kitlesi ile klasik osteosarkom özelliklerini taşımaktadır. Tümörün

makroskopik özellikleri ve kıvamı da, osteoklastik tipde dev hücrelerden zengin osteosarkomlar için literatürde tarif edilen bulgularla uyum göstermektedir (7). Histopatolojik örnekleme yeterli olduğundan sarkomatöz alanlar, primitif osteoid matriks varlığı kolaylıkla tespit edilmekte, osteosarkom tanısı doğrulanmaktadır.

Morfolojik sınıflamaya göre osteosarkomlar içinde farklı ve seyrek bir grup oluşturmaları, ender lokalizasyonu yönünden bildirime uygun bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Amini M., Colacecchi C.: An Unusual Case of Primary Osteosarcoma of the Talus. Clin. Orthop. 150: 217-9, 1980.
2. Bathurst N., Sanerkin N., Watt I.: Osteoclast-rich Osteosarcoma. Br. J. Radiol. 59: 667-73 1986.
3. Bogumill, G.P., Schwamm, H.A.: "Anomalies and Neoplasia". Orthopaedic Pathology. W.B. Saunders Company. Philadelphia, London. p: 473, (1984).
4. Campanacci M.: "Classic Osteosarcoma". Bone and Soft Tissue Tumors. Springer-Verlag. Wien, New York. p: 482-3, (1990).
5. Finci R., Gültekin N., Günhan Ö., Demiriz M., Somuncu İ. et al.: Primary Osteosarcoma of a Phalanx. J. Hand Surg. 16B: 204, 1991.
6. Huvos A.G.: "Osteogenic Sarcoma". Bone Tumors, Diagnosis, Treatment and Prognosis. 2nd ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo. p: 90, (1991).
7. Mirra J.M., Picci P., Gold R.H.: "Osseous Tumors of Intramedullary Origin". Bone Tumors. Clinical, Radiologic and Pathologic Correlations. J.M. Mirra (Ed.) 1st ed., Lea and Febiger, Philadelphia, London. p: 248-344, (1989).
8. Sanerkin N.G.: Malignancy, Aggressiveness and Recurrence in Giant Cell Tumor of Bone. Cancer 46: 1641-9, 1980.
9. Schajowicz F.: "Bone Forming Tumors-Malignant". Tumors and Tumorlike Lesions of Bone and Joints. 1st ed. Springer-Verlag. New York, Heidelberg, Berlin. p: 65-103, (1981).
10. Wold L.E., McLeod R.A., Sim F.H., Unni K.K.: "Osteosarcoma (Conventional)". Atlas of Orthopedic Pathology. Ed. G.M. Bordin, 1st ed., W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo. p: 14-19, (1990).