

# KEMİĞİN BENİGN FİBRÖZ HİSTİYOSİTOMU: İKİ OLGU SUNUMU

Dr. Canten TATAROĞLU\*, Dr. Ayşe POLAT\*, Dr. Metin ESKANDARI\*\*, Dr. Gülfiliz GÖNLÜŞEN\*\*\*

**ÖZET:** 13 ve 23 yaşlarındaki iki bayan hastada sağ pelvis kemiğinde yerleşen kemiğin benign fibröz histiyositom vakası sunulmuştur. Tümör, bir kısmı multinükleer görünümde çok sayıda histiyosit ve iğsi hücrelerden oluşmuştur. Nadir görülen bu tümörün natürü ve ayırıcı tanısı tartışıldı.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Benign fibröz histiyositom, kemik, non-ossifiye fibrom

**SUMMARY:** BENIGN FIBROUS HISTIOCYTOMA OF BONE: A REPORT OF TWO CASES. Here benign fibrous histiocytoma of bone in pelvic bones in 13 and 23 year-old female cases are presented. Microscopically the tumors were composed of an admixture of spindle shaped cells arranged in a storiform pattern and foamy histiocytes. The nature of this tumor and its differential diagnosis is discussed.

**KEY WORDS:** Benign fibrous histiocytoma, bone, non-ossifying fibroma.

## GİRİŞ

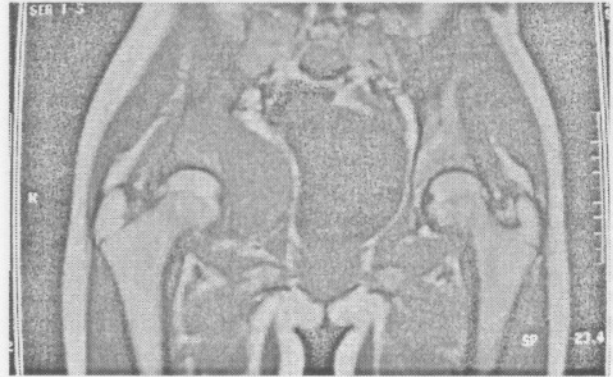
Benign fibröz histiyositom (BFH) kemiğin nadir görülen fibroblastik ve histiyositik diferansiyasyon gösteren bir tümördür. Benign kemik tümörlerinin %1'ini oluşturur. Genelde erişkinlerde üç ile altıncı dekatlar arasında görülür. Ancak bildirilen olguların yaşları 4 ile 75 arasında değişmektedir (1-3). Tümör öncelikle uzun tübüler kemikler, pelvis kemikleri ve kostalarda yerleşir. Nadir olarak skapula, odontoid, maksilla gibi kemikleri de tuttuğu bildirilmiştir (3-6). Hastaların en sık başvuru şikayetleri ağrıdır (1-3). Kortikal ekspansiyon, yumuşak dokuya invazyon, patolojik kırık ise çok nadir bulgulardır (4,5,7). Radyolojik olarak korteks ve medulla yerleşimli, periostal reaksiyon göstermeyen, internal trabekülasyonları olan etrafında sklerotik rim bulunan litik lezyon şeklinde görülür (2,3).

## OLGULAR

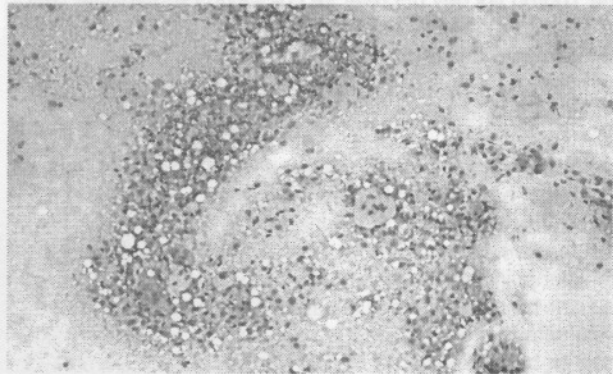
### Olgu 1

13 yaşında kız hasta sağ kalça eklemi ağrısı şikayeti nedeniyle Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Polikliniğine başvurdu. Yapılan radyolojik incelemesinde (Manyetik rezonans) sağ asetabulumu, kısmen iliak kanadı, iskion ve pubis kollarını tutup intrapelvik genişleme gösteren 10x10x8 cm boyutta radyolojik olarak litik görünümde lezyon saptandı (Resim 1). Tanısal amaçlı yapılan tru-cut iğne biopsisi ve imprintlerin ışık mikroskopik incelenmesinde, bir kısmı multinükleer görünümde çok sayıda histiyosit ve iğsi hücreleri içeren benign neoplastik lezyon izlendi (Resim 2). Daha sonra gönderilen küretaj materyali makroskopik olarak 15 cc hacminde parçalı düzensiz gri beyaz renkli özellikteydi. Bu örneğin mikroskopik incelemesinde; sitoplazmik sınırları seçilemeyen, iğsi yer yer storiform patern oluşturan fibroblast benzeri hücrelerden oluşan bir zeminde çok sayıda bir kısmı Touton tipinde olmak üzere multinükleer dev hücreler ve histiyositler izlendi. Nükleer atipi ve mitoz saptanmadı (Resim 3).

Bu histopatolojik bulgular ve klinik özellikler eşliğinde olgu nadir görülen kemiğin BFH'u olarak rapor edildi.



**Resim 1.** Benign fibröz histiyositomun radyolojik özellikleri. İntrapelvik genişleme gösteren büyük boyutlarda kitle (Manyetik rezonanslı görüntüleme).



**Resim 2.** İmprintlerde multinükleer dev hücreler, histiyositler ve iğsi hücreler (PAP x100).

Lezyon kürete edilerek otojen ve allojen greftleme yapıldı. Kontrolleri 6 aydır devam etmektedir.

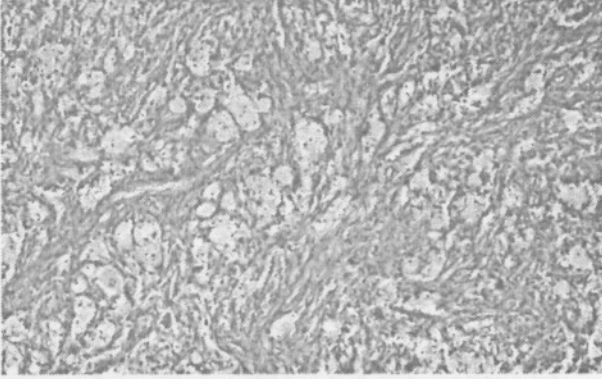
### Olgu 2

23 yaşında bayan hasta sol kalça eklemi ağrısı şikayetiyle Ortopedi Polikliniğine başvurdu. Radyolojik incelemesinde sol iliak kemiğin spina iliaka posterosuperior distalinde 2x2x2 cm boyutta etrafı sklerotik, ortası litik kitle saptandı. Makroskopik olarak gönderilen örnekler, en büyüğü 1x0.5x0.2 cm en küçüğü 0.3x0.3x0.3 cm boyutta

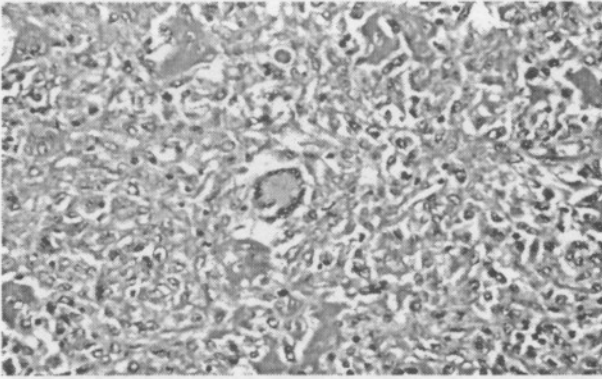
\* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD

\*\* Ortopedi ve Travmatoloji ABD

\*\*\* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD



Resim 3. Storiform patern oluşturan iğsi hücreler ve arada serpiştirilmiş histiyositler (HE x100).



Resim 4. Touton tipi dev hücre (HE x200).

çok sayıda parçalı düzensiz gri sarı renkli biyopsi materyaliydi. Mikroskopik olarak birinci vakaya benzer şekilde storiform patern oluşturan iğsi hücrelerin oluşturduğu bir zeminde Touton tipi dev hücreler ve çok sayıda histiyositler izlendi (Resim 4). Mitoz, nekroz görülmedi. Lezyon kürete edildi. Hastanın beş aydır kontrolleri devam etmektedir.

## TARTIŞMA

BFH, histolojik olarak yer yer storiform patern oluşturan fibroblast benzeri iğsi hücrelerden oluşur. Bu hücrelerin iğsi nükleusları ve küçük nükleolleridir. Arada bir kısmı Touton tipinde dev hücreler, histiyositler, hemosiderin birikimi izlenebilir (4). Makroskopik olarak tümördeki sarı renkli alanlar bu histiyosit topluluklarıdır (1). Arada tipik mitozlar, selülaritede artış olsa da pleomorfizm ve atipik mitoz beklenen bir bulgu değildir (2,5). BFH'da malign transformasyon bildirilmemiştir. Ancak Nunnery ve ark. bir olguda lokal agresif özellik tarif etmiştir. Bu olgu histolojik olarak benign olmasına rağmen, tümör korteksi erode edip çevre yumuşak dokuya invazyon göstermiştir (7).

Kemikte görülen BFH, nonossifiye fibrom, fibröz kortikal defekt, metafiziyel fibröz defekt, fibroksantom gibi fibrohistiyositik lezyonların histogenezisi ile ilgili çok çeşitli görüşler vardır. Bu antiteler gelişimsel anomaliler, dejeneratif değişiklikler ya da neoplastik olarak kabul edilmektedir (4). BFH diğerlerinin aksine neoplastik bir karakter taşımaktadır (3).

Olguların çoğunda tedavide lezyon kürete edilip, sonrasında kemik grefti kullanılır. Nadiren lokal rekürrens gösteren olgular bildirilmiştir. Clark ve arkadaşlarının sekiz vaka-

lık serilerinde iki olguda amputasyon ile sonlanan üç rekürrens saptanmıştır (8). Agresiv davranış özelliği ve metastaz olması ise tanının doğru olmadığını düşündürmelidir. Bu vakalar çoğunlukla yanlış tanı almış kemiğin düşük dereceli malign fibröz histiyositom ya da dev hücreli tümürüdür (2).

BFH'un, metafiziyel fibröz defektten (MFD) histolojik ve elektron mikroskopik düzeyde ayrımı mümkün değildir. MFD iki lezyonu içermektedir. Bunlar nonossifiye fibrom (NOF) ve fibröz kortikal defekt (FKD). Her ikisi de aynı lezyon olmakla birlikte FKD daha çok radyologlar tarafından NOF'dan daha küçük lezyonlar için kullanılır. FKD kortekste küçük radyolüsent lezyon şeklinde görülürken NOF daha büyük çapta olma, medüller kaviteye ilerleme eğilimindedir. FKD, NOF'dan daha erken dönemde skleroze olmaktadır (1-3). BFH'un MFD'den histolojik olarak ayrımı yapılamasa da lokalizasyon, görülme yaşı ve klinik semptomları ile iki lezyonun ayrımını yapmak olasıdır (2,9). MFD gelişme çağındaki (en sık dört-sekiz yaş) çocuklarda görülürken BFH adultlarda (en sık üçüncü-altıncı dekat) görülür. MFD alt ekstremitelerin uzun tübüler kemiklerinin metafizlerinde izlenirken BFH sadece metafize sınırlı kalmayıp, uzun tübüler kemiklerin yanı sıra vertebralar, kostalar, pelvis kemiklerinde de olur ki bu bölgelerde MFD görülmez. Hastaların en sık başvuru şikayetleri BFH'da ağrıdır. MFD klinik bulgu vermeyen çoğunlukla insidental olarak saptanan bir lezyondur (1,2). Fibrohistiyositik elemanlardan zengin olan kemiğin dev hücreli tümörü de küçük biyopsilerde BFH ile karışabilir. Bu durumda detaylı radyolojik ve klinik bilgi ayırımıda çok yardımcı olacaktır. Eozinofilik granülom, fibröz displazi, dev hücreli reparatif granülom da BFH'un ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken lezyonlar arasında yer almaktadır (2,10).

BFH bunların dışında Erdheim Chester hastalığı, de-po hastalıkları, histiyositozis X, malign fibröz histiyositom, metastatik renal hücreli karsinomdan ayırt edilmelidir (4).

Sonuç olarak kliniğe ağrı şikayeti ile başvuran ve uzun tübüler kemikler, pelvis kemikleri ve kostalarda pür litik lezyon saptanan bir hastada geniş bir yelpaze sergileyen fibrohistiyositik lezyonlar içerisinde BFH da düşünülmelidir. Kesin tanı için hastanın yaşı, klinik semptomları, yerleşim yeri ve lezyonun radyolojik bulgularının tümü bir bütün halinde birlikte değerlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Vigorita VJ. Orthopaedic Pathology. Philadelphia. Lippincott Williams-Wilkins, 1999: 292-298.
2. Dorfman HD, Czerniak B. Bone Tumors. St. Louis, Missouri: The Mosby Company, 1998: 493-513.
3. Grohs JG, Nikolakis M, Kainberger F, Lang S, Kotz R. Benign fibrous histiocytoma of bone: A report of ten cases and review of literature. Wien Klin Wochenschr 2002; 114: 56-63.
4. Macdonald D, Fornasier V, Holtby R. Benign fibrohistiocytoma (Xanthomatous variant) of the acromion. Arch Pathol Lab Med 2002; 126: 599-601.
5. Peicha G, Seibert FJ, Bratschitsch G, Frankhauser F. Pathologic odontoid fracture and benign fibrous histiocytoma of bone. Eur Spine J 1999; 8: 161-3.
6. Cale AE, Freedman PD, Kerpel SM, Lumerman H. Benign fibrous histiocytoma of the maxilla. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 68: 444-50.
7. Nunnery EW, Kahn LB, Guilford WB. Locally aggressive fibrous histiocytoma of bone. SA Medical Journal. 1997; 55: 763-7.
8. Clarke BE, Xipel JM, Thomas DP. Benign fibrous histiocytoma of bone. Am J Surg Pathol 1985; 9: 806-15.
9. Rosenberg AE, Nielsen GP. Giant cell containing lesions of bone and their differential diagnosis. Cur Diag Pathol 2001; 7: 235-246
10. Bertoni F, Calderoni P, Bacchini P. Benign fibrous histiocytoma of bone. J Bone Joint Surg Am 1986; 68: 1225-30.