

KEMİĞİN PRİMER LİPOSARKOMU OLGU BİLDİRİSİ

Dr. Gülçin ERSEVEN *
Dr. Melih TAHSİNOĞLU **
Dr. Talat KAYAKIRAN ***
Dt. Metin ALATLI *

34 yaşında erkek hastada, humerus üst bölümünde yerleşim gösteren primer kemik liposarkomu saptandı. Seyrek olarak görülen bu lezyon nedeniyle ilgili literatür tarandı. Bizim olgumuzla birlikte 14 vaka saptandı.

Liposarkomlar yağ hücrelerini taklid eden habis tümörlerdir. Kemiğin primer lipomları ve liposarkomları kemiğin içinde, medullasında yerleşim gösterir ve yumuşak dokularla hiç ilişkisi olmadan meydana gelir (1-9).

Yumuşak dokulardan çıkan liposarkomlar, öteki yumuşak doku sarkomlarına göre sıklık açısından ikinci sırayı almaktadır. Oysa kemikten çıkanlar oldukça az sayıdadır (1,6-8). LICHTENSTEIN'a (6) göre liposarkomlar malign mezenkimomaların önde gelen komponentlerinden biri olabilmektedirler. Buna göre seyrek görülmeleri sürpriz olmalıdır. Kemiğe yakın yumuşak dokulardan çıkıp kemiği infiltre edenler de oldukça az sayıdadır (9). İlk, primer kemik liposarkomu olgusu 1931 yılında bildirilmiştir, 1970 yılına dek literatürde yaklaşık 13 olgu bildirilmiştir (8,9).

En sık 3-5. dekadlarda rastlanmaktadır. Yaş ortalamasını 34 olarak saptadık. Literatürde en genç hasta 15, en yaşlı 53 idi. Erkeklerde daha siktir. Bizim vakamızla birlikte literatürde bildirilen olgulardan 12 si erkek, ikisi kadındı (1,2,4-9).

En sık alt ekstremitelerin uzun kemiklerinde lokalize olur (% 60), 14 olgudan 9 tanesi tibiada (% 29), femur ve fibulada yerleşim göstermekteydi (2,7,9), daha sonra üst ekstremitedeki uzun kemiklerden humerus ve ulna bunları izlemekteydi (1,4,9). Yalnızca bir olgu sakrumdaydı (9).

* İst. Üniv. Dişhekimliği Fakültesi, Çapa - İstanbul

** İst. Üniv. Edirne Tıp Fakültesi, Fatih - İstanbul

*** S.S.Y.B. Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi, Baltalimanı - İstanbul

Klinik bulgular genellikle tanı koydurucu özellikte değildir. Sıklıkla lezyonlu bölgede sinsiz bir ağrı ve şişlik bulunur. İlerlemiş olgularda lezyon kemiğin korteksini delerek, yumuşak dokulara taşma gösterebilir (1,2,4,7-9). Klinikte yavaş gidişlidir, kendi haline bırakılan olgular ancak uzun sürede büyük boyutlara ulaşırlar (5,6). Fakat kısa sürede gelişip metastaz yapanları vardır. Klinik gidişlerinin mikroskopileri ile sıkı ilişkili olduğu düşünülmektedir (1,2,4-9).

Radyolojik olarak epifize yakın, metafizer bölgede radiolüsent bir alan görülür. Kemikte ekspansiyon vardır. Bazen buzlu cam görünümü ya da bal peteğini anımsatan trabekülasyon saptanır. Periost reaksiyonu bulabilir. İlerlemiş olgularda kortekste perforasyon ve buna bağlı yeni kemik yapımı izlenebilir (2,7,9).

Makroskopik olarak kemiğin medullasında yerleşim gösteren, korteksi inceltmiş, parlak sarı renkli, yer yer kanama ve nekroz alanları içerebilen, gevrek kıvamlı oluşumlardır. Korteks delinmişse çevre do

Histolojileri yumuşak dok
ba ayrılırlar:

- a) İyi diferansiye miksoid tip, residiv yaparlar, genellikle metastaz eğilimleri azdır (5,6).
- b) Kötü diferansiye miksoid tip.
- c) Yuvarlak hücreli ya da adenoid tip.
- d) Mikst tip, yukarıda sayılan tiplerle
lunduğu tiptir. Residiv ve metastaz görülür (1,2,4-9).

Radyolojik görünüşleri klasik olmadığı için ayırıcı tanıda osteomyelit, ilerlemiş olgularda Ewing tümörü ve osteogenik sarkom düşünülmelidir (2,7). Mikroskopik olarak gerçek mikrosarkomlar, embriyonal tipte rabdomyosarkomlar, müsinli karsinomlar ve fusiform hücreli sarkomlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun en kesin ayrımı kesitlerin özel yağ boyalarıyla boyanması şeklinde

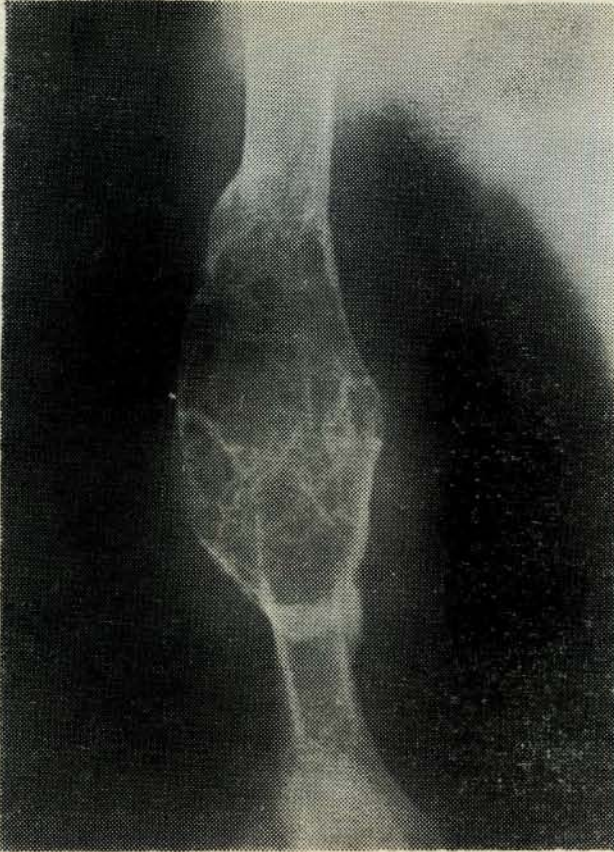
Metastazlar en sık akciğerlere, öteki kemiklere ve beyine olmaktadır (1,2,4,7-9). Bir olguda medulla spinalise (2), bir olguda da sürrenal, musculus rektus abdominis ve birkaç öteki kas dokusuna metastazların varlığı bildirildi (8).

Hastaların tedavileri cerrahi yöntemle yapılmaktadır. Lezyonun lokalizasyonuna göre amputasyon ya da dezartikülasyon uygulanır. Cerrahi tedaviye ek olarak bazı olgularda radyoterapi yapılabilir (6).

OLGU :

34 yaşında erkek hasta Ö.B. Hasta 2 yıl önce düşmüş ve sağ kolu travmaya uğramış. Hafif şişlik olmuş ve şişlik devam etmiş. 16.6.1975 de Baltalimanı Kemik Hastalıkları hastanesine başvuran hasta 18.6.1975 de yatırıldı.

Hastanın soy ve öz geçmişinde bir özellik saptanmadı. Tüm sistem orta kesime rastlıyan bölümde kemiği ilgilendiren şişlik, palpasyonla ağrı ve lokal ısı artışı vardı. Radyolojik humerus diafizinde ekspansiyon, kortekste incelme ve sınırları düzensiz litik bir alan saptandı. Ekspansiyon alanında kemikte balpeteği görünümünde trabekülasyon izlendi (Resim : 1). Klinik ve radyolojik olarak "Fibröz displazi" dü-



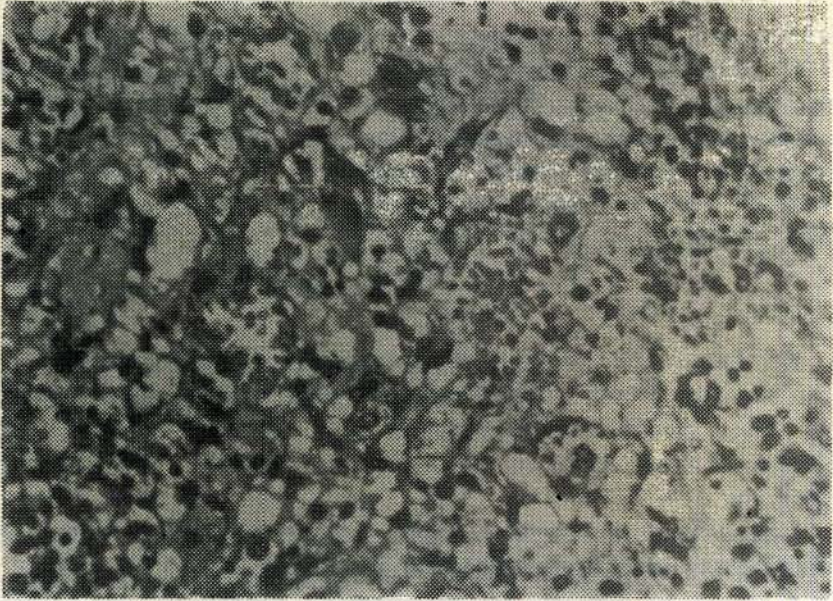
Resim : 1 — Humerus diafizinde düzensiz sınırlı litik bir alan, kemikte ekspansiyon ve korteks incilmesi vardır. Litik alanda balpeteği görünümünde trabekülasyon saptanmaktadır.

şünüldü. 24.6.1975 de genel anestezi altında hastanın lezyonu kürete edildi. Ameliyat sırasında kemikte kanamalı, yer yer nekrotik görünlü dokuyla karşılaşıldı. Ameliyat yeri kapatıldı ve materyel incelenmek üzere Dişhekimliği Fakültesi Patoloji Kürsüsüne gönderildi. Gelen tanıya göre hastaya amputasyon önerildi. Hasta kabul etmeyince 2.7.1976 da I. Ü. Radyoterapi Kliniğine gönderildi. Akciğer grafilerinde akciğerler normal görünümde bulundu. Lezyonun radyoterapi sonucunda 19.9.1975 de alınan grafilerinde litik alanda genişleme ve kortekste destrüksiyon saptandı (Resim: 2). Hasta ikinci kez yapılan amputasyon önerisini reddetti. 1978 yılı mayıs ayında hastanın akciğer grafilerinde metastatik odaklar saptandı. Daha sonra 1979 yılında hastanın öldüğü bildirildi.

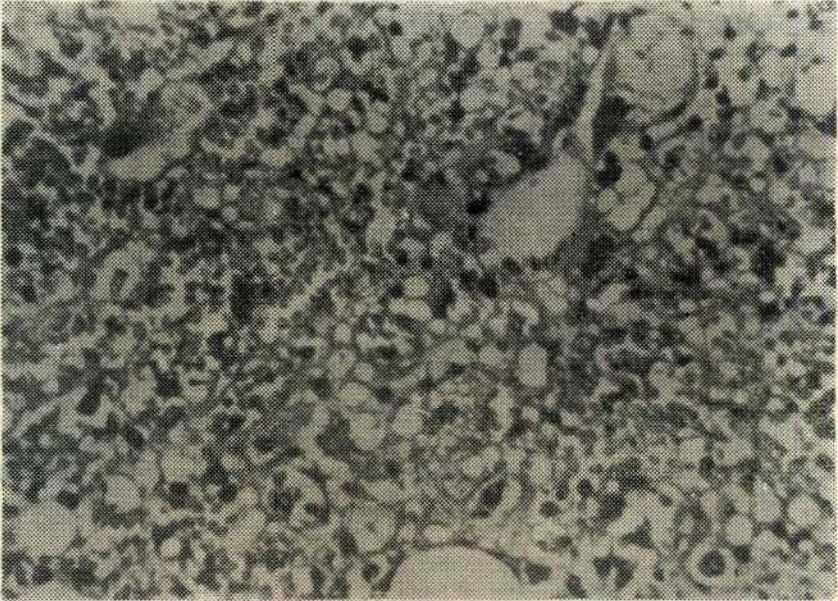


Resim: 2 — Kontrol radyografisinde litik alanda genişleme, kortekste destrüksiyon görülmektedir.

Makroskopik bulgular: 2-7 mm çaplarında düzensiz, kahverenkli doku parçaları.



Resim : 3 — Damardan zengin bir yapı içinde, geniş vakuollü sitoplazmalı lipoblastlar görülmektedir. Bu hücrelerin sitoplazmalarında özel yağ boyalarıyla lipid damlacıkları saptandı $\times 250$



Resim : 4 — Aynı tümörün değişik bir alanının mikrofotosu.

H+E $\times 250$

Mikroskopik bulgular : Hücreden orta derecede zengin bir tümör görülmektedir. Tümör hücrelerinin çekirdekleri değişik biçim, büyüklük ve boyanıştadır. Bazı çekirdekler ileri derecede büyüktür. Sitoloplazmalar çok geniş ve köpüklü görünümündedir. Özel yağ boyaları ile boyanan preparatlarda vakuollü hücrelerin sitoplazmalarında yağ damlacıkları

Tanı : Kemiğin primer liposarkomu (İ. Ü. Dikhekimliği Fakültesi Patoloji Kürsüsü, Biopsi No. 700/75).

TARTIŞMA :

Kemiğin primer liposarkomları seyrekdir. 1949-1953 yılları arasında kemikte primer liposarkomların varlığı kuşku ile karşılanmaktaydı. Oysa günümüze değin birçok kemik liposarkomu olgusu bildirilmiştir (1,2,4-9). Bunların pek çoğunun kemikten primer başladığı kuşkuludur.

Liposarkomların kemikten primer kaynaklandığını kanıtlamak için araştırmacıların çoğu bazı kriterler koymuşlardır:

1 — Lezyon kemiğin içinde yerleşim göstermeli, ekspansiyon yaptığında korteksi inceltmelidir. Eğer korteks yıkımı ve yumuşak dokulara taşma olursa periost reaksiyonu görülebilir. Bu lezyon kemikten primer başladığını kanıtlayan bir bulgudur (2,4,7,9).

2 — Yumuşak dokulardan herhangi sayılabilecek lezyon bulunmamalıdır (2,4,7,9).

Bizim olgumuz yukarıda belirtilen tüm özellikleri kapsamaktadır. Lezyon kemik içinde lokalize olmaktadır. Yavaş gidişlidir. Radyoterapi uygulanan hastamıza bu tedavi yöntemi etkin olmamıştır ve lezyonda genişlemiştir. Bundan yaklaşık 3 yıl sonra hastada akciğer metastazi saptanmıştır, ancak biopsi yapma olanağı bulunmamıştır. Hasta daha sonra memleketine gitmiştir. Mektup yazılarak son durumu ile ilgili bilgi istendiğinde 1979 yılında öldüğü bildirilmiştir.

SUMMARY

A primary liposarcoma of the bone was disclosed in the proximal part of the humerus of 34 years old male. The rare frequency of the tumor forced us to review the literature which contained 13 similar cases, apart from the present case.

LİTERATÜR

- 1 — BARNARD, L.: Primary liposarcoma of bone. Arch. Surg., 29:560-565, 1934.
- 2 — DAWSON, E. K.: Liposarcoma of bone. J. Pathol. Bacteriol., 70:513-520, 1955.
- 3 — DeLEE, J. C.: Intra-osseous lipoma of the proximal part of femur; case report. J. Bone Joint Surg., A, 61:601-603, 1979.

- 4 — GOLDMAN, R. L.: Primary liposarcoma of bone; report of a case. Amer. J. Clin. Pathol., 42:503-508, 1964.
- 5 — JAFFE, H. L.: Tumors and tumorous conditions of the bones and joints, Lea-Febiger Comp., Philadelphia, 4. baskı, 1968.
- 6 — LICHTENSTEIN, L.: Bone tumors. Mosby Comp., Saint Louis, 3. baskı, 1965.
- 7 — RETZ, L. D., Jr.: Primary liposarcoma of bone; Report of a case and review of the literature. J. Bone Joint Surg., A, 43:123-129, 1961.
- 8 — ROSS, C. F. ve HADFIELD, G.: Primary osteo-liposarcoma of bone (Malignant mesenchymoma); report of a case. J. Bone Joint Surg., B, 50:639-643, 1968.
- 9 — SCHWARTZ, A., SHUSTER, M. ve BECKER, S. M.: Liposarcoma of bone. Report of a case and review of the literature. J. Bone Joint Surg., A, 52: 171-177, 1970.