



OLGU SUNUSU

KONDROID SİRİNGOMA

Dr. Fahrettin YILMAZ¹, Dr. Serap KÖYBAŞI¹, Dr. Kamil GÜREL², Dr. Çetin BORAN³

¹AİBÜ. İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz, Bolu, Türkiye

²AİBÜ. İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Radyoloji, Bolu, Türkiye

³AİBÜ. İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Patoloji, Bolu, Türkiye

ÖZET

Kondroid siringoma deri eklerinin nadir görülen iyi huylu tümörüdür. Epitelyal ve mezenkimal komponentleri bir arada bulundurduğu için mikst tümör de denmektedir. Histopatolojik olarak tükürük bezi orijinli benign mikst tümör (pleomorfik adenom) ile benzerlik gösterir. Primer cilt tümörleri arasında insidansı 0.01% 'den daha azdır.

Anahtar Sözcükler: Kondroid siringoma, benign mikst tümör, salgı bezi

CHONDROID SYRINGOMA

SUMMARY

Chondroid syringoma is a rare, benign tumor of skin appendages. It is also named as mixed tumor in respect to epithelial and mesenchymal components. Histopathologically, it resembles benign mixed tumors (pleomorphic adenomas) originating from salivary glands. The incidence is less than 0,01 % among primary skin neoplasms.

Keywords: Chondroid syringoma, benign mixed tumor, salivary gland

GİRİŞ

Kondroid siringoma deri eklerinin seyrek görülen iyi huylu tümörüdür. İlk kez 1859 yılında Billroth tanımlamış ve histopatolojik olarak tükürük bezi orijinli benign mikst tümöre benzerliğinden dolayı cildin mikst tümörü olarak adlandırmıştır^{1,2}.

1961 yılında Hirsch ve Helwig, ter bezlerinden kaynaklandıkları için kondroid siringoma terimini kullanmış ve tanı için şu mikroskopik kriterleri önermiştir; iç içe geçmiş küboidal veya poligonal hücreler, iki veya daha çok sıralı küboidal hücrelerle kaplı tubulo alveolar yapılar, tek veya iki sıralı küboidal hücrelerden oluşmuş duktal yapılar, ara sıra görülen keratin kistleri ve hemotoksilen eozin boyama ile değişken görülen matriks³.

Ayrıca, Headington 1961 yılında lümen histopatolojik görünümünü temel alarak kondroid siringomaları apokrin tip ve ektrin tip olarak iki alt gruba ayırmıştır⁴.

Kondroid siringomalar karakteristik olarak yetişkin erkeklerin baş ve boyun bölgesinde görülen ağrısız, yavaş büyüyen, düzgün sınırlı, cilt altı veya cilt içi nodüler lezyonlardır^{2,5}. Bu yazıda nadir görülen ve klinik olarak pek kuşulanılmayan boyun yerleşimli bir kondroid siringoma olgusu sunuldu.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Fahrettin Yılmaz, AİBÜ. İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz, Bolu, Türkiye, E-mail: drfahrettin@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 04 Nisan 2005, revizyon isteme tarihi : 11 Mayıs 2005, yayın için kabul edilme tarihi: 18 Mayıs 2005

OLGU SUNUMU

50 yaşında erkek hasta, beş yıldır boyun sağ tarafında, cilt altında var olan şişliğin son zamanlarda giderek büyümesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Daha önce bu yakınmayla herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayan hastanın yapılan kulak burun boğaz muayenesinde boyun sağ arka üçgeninde yer alan 4.5x3 x2.5 cm boyutlarında, cilt altı yerleşimli, ağrısız, solid yapıda, çevre dokuya invazyon göstermeyen, düzgün sınırlı, nodüler lezyon tespit edildi (şekil 1). Servikal lenfadenomegali yoktu. PA akciğer grafisi, hemogram ve rutin biyokimya tetkikleri normal idi. Boyun ultrasonografisinde boyun sağ tarafında sternokleidomastoid kasının arkasında, 4x2.5x2 cm boyutlarında düzgün sınırlı, yer yer kistik yapılar ihtiva eden solid kitle tespit edildi.

Lokal anestezi altında total olarak eksize edilen bu lezyon makroskopik olarak kirli beyaz- mor renkte, kapsüle yumuşak doku şeklinde idi. Mikroskopik olarak ise çevre doku ile iyi sınır oluşturan, epitelyal ve stromal komponentleri bir arada bulunduran bifazik paternli tümöral doku izlendi. Stroma çoğunlukla fibromiksoid görünümde olup yer yer yaygın hiyalinizasyon alanları içermekte idi. Epitelyal komponent glandüler yapıları oluşturmakta ve bu glandüler yapılarda apokrin metaplazi dikkati çekmekteydi. Tümör ileri derecede sellüler görüntü arz eden alanlara sahipti. Bu histopatolojik görünüm ile lezyon kondroid siringoma olarak rapor edildi (şekil 2).

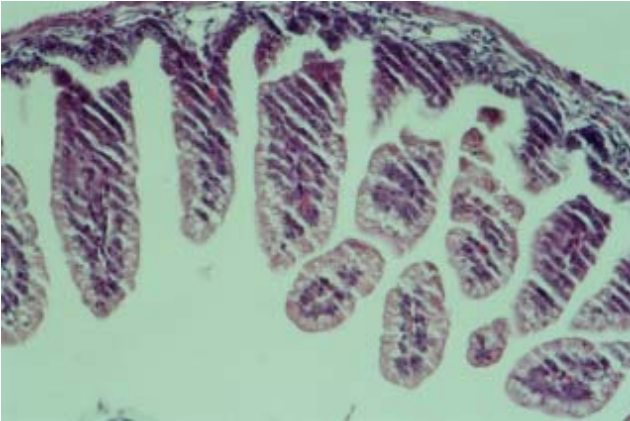


TARTIŞMA

Kondroid siringomalar ciltteki yağ bezleri, ter bezleri ve ektojik tükürük bezlerinden gelişirler⁶. Ter bezlerinden kaynaklandıklarından dolayı kondroid siringoma terimi kullanılmıştır³. Bu tümörler yavaş büyüyen, düzgün sınırlı, ağrısız, cilt altı veya cilt içi nodüler lezyonlardır². Primer cilt tümörlerinin 0.01% 'den azını oluştururlar⁵. Çevre dokuya invazyon göstermezler¹.



Şekil 1



Şekil 2

Tümör birçok cilt bölgesinde görülmekle birlikte büyük çoğunluğa baş-boyun cildinde rastlanır. Stout ve Gorman, yaptıkları bir çalışmada kondroid siringomanın olguların üçte ikisinin baş-boyun cildinde görüldüğünü tespit etmişlerdir⁶. Burun, yanak, üst dudak, skalp, alın ve alt çene kondroid siringomanın en sık görüldüğü yerlerdir^{2,6}. Literatürde rapor edilen diğer bölgeler; skrotum, alt ve üst göz kapakları, orbita, ayak, alt dudak, glabella, boyun, karın cildi, penis, vulva ve aksiller bölgedir^{2,5,6}. Erkeklerde iki kat fazla görülmektedir⁶.

Headington, lümen histopatolojik görünümünü temel alarak kondroid siringomaları apokrin tip ve ektrin tip olarak iki alt gruba ayırmıştır⁴. Lever ve Schaumburg, kondroid

siringomaları ektrin differansiasyona uğramış benign epitelyomalar olarak sınıflandırmıştır¹. Vinkelman tarafından yapılan histolojik ve enzimatik çalışmalar ektrin orijini desteklemektedir⁷. Varela –Duran ve ark. ile Hernandez tarafından yapılan elektron mikroskobu çalışmaları ektrin differansiasyonu göstermektedir^{8,9}. Mazoujian ve Margolin tarafından iki kondroid siringomalı hastanın yapılan immunohistokimyasal analizleri apokrin differansiasyonu işaret etmektedir¹⁰. Ancak, bu tümörün orijini hala tartışmalı bir konudur⁷. Olgumuzun histopatolojik incelenmesinde glandüler yapılarda apokrin metaplazi dikkati çekmekteydi.

Kondroid siringoma benign bir tümör olmasına rağmen malign formu gösterilmiş, anaplastik değişiklikler rapor edilmiştir^{11,12}. Malign formlar genellikle benign lezyonlardan boyut olarak daha geniş bir alanı kaplarlar ve kadınlarda daha sık görülürler. Ekstremiteler ve gövde tutulumu baş-boyun bölgesinden daha fazladır¹¹. Benign kondroid siringomada malign dejenerasyon ve nüks rapor edilmemiştir^{1,2,11}.

Kondroid siringomanın ayırıcı tanısı dermoid kist, nörofibroma, dermatofibroma, sebace kist, bazal hücreli karsinom, histiyositoma, pilomatriksoma ve seboreik keratozis gibi diğer cilt lezyonları ile yapılmalıdır.

Bazı otörler kondroid siringomanın ayırıcı tanısında ince iğne aspirasyon sitolojisini önermiştir^{13,14}. Her ne kadar ince iğne aspirasyon sitolojisi yararlı ise de küçük cilt altı lezyonlarda pek etkili değildir^{2,5}. Kesin tanı lezyonun total eksizyonu ve histopatolojik incelenmesi ile konur^{2,3,15}.

En seçkin tedavi yöntemi lezyonun total eksizyonudur^{2,15}. Hirsch ve Helwig, yayınladıkları serilerinde total olarak eksize edilmeyen veya elektro-desikkasyon ile tedavi edilen olgularda nüks bildirmişlerdir. Ancak usulüne uygun yapılan total eksizyon sonrası nüks görülmemiştir³. Olgumuzun bir yıl sonraki kontrol muayenesinde nüks tespit edilmedi.

SONUÇ

Sonuç olarak; bu tümörler her ne kadar az görülse de, özellikle orta yaş erkek hastaların baş-boyun bölgesinde görülen küçük cilt altı nodüler lezyonlar ayırıcı tanıda kondroid siringomayı akla getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Tumors of the epidermal appendages, in histopathology of the skin, 6th ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1983; 560-2.



2. Chen AH, Moreano EH, Houston B, Funk GF. Chondroid syringoma of the head and neck: clinical management and literature review. *Ear Nose Throat J* 1996;75:104-8. (PMID: 8714424)
3. Hirsch P, Helwig EB. Chondroid syringoma-mixed tumor of skin, salivary gland type. *Arch Dermatol* 1961; 84:835-47. (PMID: 13907712)
4. Headington JT. Mixed tumors of the skin: Eccrine and apocrine types. *Arch Dermatol* 1961; 84:989-96. (PMID: 13905736)
5. Yavuzer R, Basterzi Y, Sari A, Bir F, Sezer C. Chondroid syringoma: a diagnosis more frequent than expected. *Dermatol Surg*. 2003;29:179-81. (PMID: 12562350)
6. Stout AP, Gorman JG. Mixed tumors of skin of the salivary gland type. *Cancer* 1959; 12:537-43. (PMID: 13652101)
7. Winkelmann RK, Muller SA. Sweat gland tumors: Histochemical studies. *Arch Dermatol* 1964; 89:827-31. (PMID: 14164968)
8. Varela-Duran J, Diaz-Flores L, Varela-Nunez R. Ultrastructure of chondroid syringoma. Role of the myoepithelial cell in the development of the mixed tumor of the skin and soft tissues. *Cancer* 1979; 44:148-56. (PMID: 222430)
9. Hernandez FJ. Mixed tumors of the skin of the salivary gland type: A light and electron microscopic study. *J Invest Dermatol* 1976; 66:49-52. (PMID: 54394)
10. Mazoujian G, Margolis R. Immunohistochemistry of gross cystic disease fluid protein (GCDFP-15) in 65 benign sweat gland tumors of the skin. *Am J Dermatopathol* 1988; 10:28-35. (PMID: 2459984)
11. Barnett MD, Wallack MK, Zuretti A, Mesia L, Emery RS, Berson AM. Recurrent malignant chondroid syringoma of the foot. : a case report and review of the literature. *Am J Clin Oncol* 2000;23:227-32. (PMID: 10857882)
12. 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. (PMID: 10797337)
13. Gottschalk-Sabag S, Glick T. Chondroid syringoma diagnosed by fine-needle aspiration: A case report. *Diagn Cytopathol* 1994;10:152-5. (PMID: 8187595)
14. Srinivasan R, Rajwanshi A, Padmanabhan V, Dey P. Fine needle aspiration cytology of chondroid syringoma and syringocystadenoma papilliferum: A report of two cases. *Acta Cytol* 1993; 37:535-8. (PMID: 8392255)
15. Karam P, Benedetto AV. Syringomas: new approach to an old technique. *Int J Dermatol* 1996;35:219-20. (PMID: 8655245)