

# Kondroid Siringoma (Sekiz Olgu Nedeniyle)

## CHONDROID SYRINGOMA (OWING TO EIGHT CASES)

Hüseyin BÜYÜKBAYRAM\*, Ali Kemal UZUNLAR\*, Sedat AKDENİZ\*\*,  
Faruk SALTABAŞ\*\*\*, Adem ARSLAN\*\*\*\*

\* Yrd.Doç.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,  
\*\* Yrd.Doç.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,  
\*\*\* Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,  
\*\*\*\* Prof.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, DİYARBAKIR

### Özet

Kondroid siringomalar sıklıkla baş boyun bölgesinde görülen histogenezisleri tartışmalı yaygın olmayan benign tü-mörler olup ayırıcı tanı deri ve subkutiste yavaş gelişen solid nodülleri içermelidir. Çalışmamızın amacı kondroid siringomaların klinik özelliklerini, histolojisini tanımlamak ve ayırıcı tanıları tartışmaktır. 1990-1998 yılları arasında patoloji ana-bilim dalında rapor edilen 8 kondroid siringoma olgusu lite-ratürler ışığında yeniden değerlendirildi. Olguların tamamı 35 yaş üzerindeki olup yüz bölgesinde yerleşimlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Cilt, Kondroid siringoma

T Klin Dermatoloji 2001, 11:26-29

### Summary

Chondroid syringomas are benign uncommon tumours of controversial histogenesis that most often affect the head and neck region, and slowly growing solid nodules in the skin or subcutis should be included in the differential diagnosis. Our aim is describe the clinical features, histology, and differential diagnosis of chondroid syringoma. Eight cases of chondroid syringoma which were reported in the pathology department between 1990-1998 were evaluated under the light of the literature. All cases were over 35 years old and the lesions were localised over the face.

**Key Words:** Skin, Chondroid syringoma

T Klin J Dermatol 2001, 11:26-29

Kondroid Siringoma (KS) veya derinin mikst tümörü; benign, nisbeten nadir, ter bezine benzer psödoadneksial ve kondroid bir matrisli oluştura-bilen, kutanöz veya subkutanöz yerleşimli bir tümördür. Ter bezi tümörleri yaygın değildir ve KS sıklıkla adütlerin yüz bölgesinde görülür. Genellikle 3 cm'den küçük kitleler yapar büyük boyutlara ulaşabilir (1-4).

Kafa ve boynun ter bezi tümörlerinin klinik görünümleri silindroma (turban tümörü) gibidir. Ektrin paternli KS, tubuler yapılarında görülen morfolojik özellikler nedeniyle siringoma benzer. Ancak KS'un stromal elemanları ayırıcı tanıda yardımcıdır. Squamöz hücreli ve bazal hücreli

**Geliş Tarihi:** 04.07.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.Hüseyin BÜYÜKBAYRAM  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Patoloji AD, 21280, DİYARBAKIR

karsinom gibi daha yaygın görülen deri tümörleri ter bezi tümörlerini taklit edebilir (2).

KS intradermal veya subkutanöz nodül görünümüne sahiptir. Çoğunlukla intradermal, nadiren subkutan yerleşimli olup fibröz dokuyla çevrili lobüllerden oluşmaktadır (2).

1892'de Nasse hem epitelyal hem de mezenki-mal orijini düşündüren mikroskopik özelliklere sahip primer bir deri tümörünü tanımladı (5). Kutanöz mikst tümör terimi lezyonun orijinini açık-lamak amacı ile sunuldu (6). 1961'de Hirsch ve Helwig 188 vakalık serilerinde KS terimini önermişlerdir. Burada "kondroid" terimini vakaların çoğundaki kıkırdak benzeri materyalden, "siringo-ma" terimini de tümördeki ter bezi benzeri ele-mentlerin varlığından dolayı söylemişlerdir (7). Çalışmamızda bölümümüze gelen KS teşhisi almış olguların klinikopatolojik özellikleri ve ayırıcı teşhislerini tartışıyoruz.

**Tablo 1.** Olgularımızın klinikopatolojik özellikleri

Olgular	Yaş	Cins	Yerleşim yeri	Klinik bulgu	Histolojisi
1	38	K	Üst dudak	Şişlik	Tubuloalveoler
2	60	K	Burun sırtı	Nodül	Apokrin
3	47	K	Sol üst göz kapağı	Kalınlaşma	Tubuler- apokrin
4	38	E	Sağ yanak	Nodül	Tubuloalveoler
5	40	K	Yüz cildi	Nodül	Tubuler-apokrin
6	35	E	Burun kanadı	Kalınlaşma	Tubuloalveoler
7	40	K	Sağ kaşın üstü	Nodül	Tubuloalveoler
8	56	E	Alt dudak	Şişlik	Tubuler

### Materyel ve Metod

1990-1998 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda rapor edilen 8 KS olgusuna ait hematoksilen eozin kesitleri histopatolojik olarak değerlendirildi. Olgular literatürler ışığında yeniden değerlendirildi.

### Bulgular

Olgularımızın 5'i kadın, 2'si erkek olup, yaş ortalaması 44 (35-60 arası) idi. Tüm olgularımız yüz bölgesine yerleşmişti. Olgularımızın klinikopatolojik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Histolojik olarak bütün tümörler farklı oranlarda mezenkimal, miksoid veya kondroid bir stromada tubuloalveolar veya apokrin solid kitleler oluşturan epitelyal hücrelerden meydana gelmişti. 7 olguda tubuloalveolar yapı iki sıra epitel hücrelerinden oluşmuştu (Şekil 1-4). Bütün vakalarda poligonale epitelyal hücre kümelerinin kompakt veya gevşek dağılım gösterdiği izlendi. Miksoid matriks tüm vakalarda, kondroid matriks 6 olguda, kalsifikasyon ve hiyalinizasyon bir olguda izlendi. Olgularımızın tümünde tümör bir psödokapsüle sahipti. Ağrısız bir nodül çoğu olgumuzda en önemli şikayetti.

### Tartışma

KS, histogenezi tartışmalı, 3 cm den küçük, 35 yaş üzerindeki adultlarda daha sıklıkla yüz bölgesinde oluşan yaygın olmayan bir tümördür (1,8). Ter bezi tümörleri histomorfolojik yapılarındaki farklılıklardan ve sınıflandırmalarının zorluğundan dola-yı zor tümörler olarak bilinirler. Olgularımızın tümü 35 yaşın üzerinde olup, yüz bölgesi yerleşimlidir.

Ter bezi tümörlerinin ekrin veya apokrin dife-

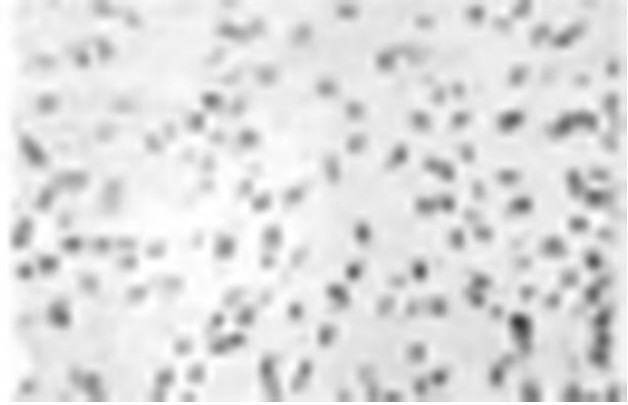
ransiyasyonu bazı vakalarda hala tartışmalıdır. Tükürük bezinin mikst tümörü (pleomorfik adenom) daha önce derinin tükürük bezi tipi mikst tümörü olarak adlandırılan ter bezi tümörlerine morfolojik olarak benzerdir. KS terimi ilk olarak Hirsch ve Helweg tarafından epitelyal ve stromal değişikliklere bağlı olarak derinin mikst tümörü için önerilmiştir (7). Tümör ekrin ve apokrin bezlerden gelişir. Daha çok yüz bölgesinde sıklıkla burun ve yanakta görünmesine rağmen gövde ekstremiteler ve boyun bölgesinde de görülebilir (9). Tümör genellikle soliter ve benign fakat malign davranış, metastazlar da rapor edilmiştir (10,11).

KS genellikle küçük, ağrısız, intradermal veya sübkutanöz ülsere olmayan, iyi sınırlı, soliter multilobüllü bir nodül olarak oluşur ve üstteki deriyle ilişkilenebilir, fakat alttaki derin yapılara fikse değildir (2). Lezyonun çapı çoğu vakada 0.5-3 cm arasındadır. Sıklıkla erkeklerde oluşur. Erkek / kadın oranı 2.17/1'dir (7,9). Olgularımızda kadınlarda daha sık yerleşimli bulduk (3/5). Tüm olgularımızın yüz bölgesine yerleşimli olması bunu açıklayabilir. Yüz bölgesinde kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de iki kat daha yaygındır (9). Tümör diğer yerlere yerleştiğinde belirli bir cinsiyet özelliği yoktur. Genellikle tümör görülmeden önce yıllar içinde yavaş gelişir.

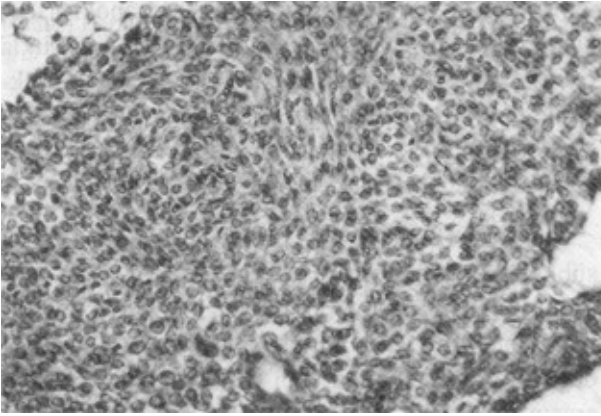
KS'da iki tip histopatolojik patern tanımlanmaktadır. Bunlardan birincisi Lever ve Schamberg-Lever'in (2) deyiimiyle dallanan tubular lümenler içeren KS, Hassab-el-Naby ve ark. deyiimiyle de apokrin patern gösteren KS'dır (12). Bu histopatolojik paterni gösteren tümörler yuvarlak nüveli, geniş eosinofilik sitoplazmalı poligonale hücrelerin oluşturduğu solid alanlar ve değişik



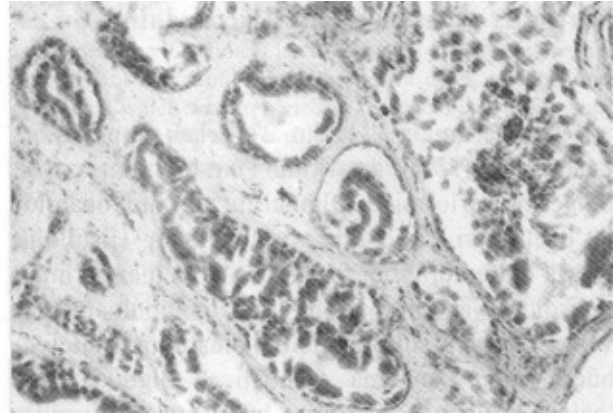
**Şekil 1.** Tubuloalveoler yapılar içeren kondroid matriks (X100, HE).



**Şekil 2.** Kondroid benzeri stromada epitilyal ve myoepitilyal hücreler (X100, HE).



**Şekil 3.** Solid epitel kitlelerinden oluşmuş tümöral yapı (X100, HE).



**Şekil 4.** Apokrin diferansiyasyonlu tubuler yapılar (X100, HE).

boyutlarda, bazıları birbirleriyle birleşme eğilimi gösteren tubuler yapılardan oluşmaktadır. Tubuler yapılar genellikle çift sıralı epitelle döşelidir. Lümenal hücreler nüveleri bazalde yerleşmiş, tubuler yapıların periferinde bulunan hücreler ise yassılmış olarak gözlenir. Mikroid/kondroid stromanın niteliği bugün için tartışmalıdır. Bazı yazarlar bu maddenin miyoepitilyal hücrelerin bir ürünü olduğunu iddia ederken, birçok yazar ise epitilyal hücrelerin ürünü olduğunu savunmaktadır (12,13). Ultrastrüktürel bir çalışmada stroma içinde epitilyal hücreler, fibroblastlar ve kondrositler gösterilmiştir (14). Bu bulguların ışığında KS'un hem epitilyal hem de mezenkimal yöne diferansiye olabilen pluripotent hücrelerden

kaynaklandığı savı ileri sürülmüştür (14). KS'da gözlenen ikinci tip histopatolojik patern ise Lever ve Schamberg-Lever'in (2) deyimi ile küçük tubuler lümenli KS, Hassab-el-Naby ve ark.'nın deyimiyle ise ekrin paternli KS'dır (12). Bu paternne ilk tanımladığımız paternle oranla daha az rastlanır. Çoğunlukla kondroid, bazen de müsinoz bir stroma içinde tek sıralı kübik epitelle döşeli tubuler yapılarla karakterizedir. Hassab-el-Naby ve ark. apokrin paternli KS'ların folikülo-sebase-apokrin ünit yönünde diferansiyasyon gösteren tümörler olduğunu, ekrin paternli olanların ise sadece ekrin diferansiyasyon gösterdiğine inanmaktadır (12).

Hirsch ve Helweg'e göre lokalize olduğu yere

bağlı olarak KS'nın histolojik özellikleri değişmektedir (7). Tümörün ekstremitelere yerleştiğinde tubuloalveolar formasyonların azaldığı kondroid matriksin arttığı vurgulanmaktadır. Olgularımızın daha çok tubuloalveolar formasyonlu olduğu görüldü. Bu olgular operasyon öncesi genellikle epidermal veya sebaceöz kist olarak teşhis edilirler.

Siringom, bifazik sinoviyal sarkom, kütanöz kondroma, metastatik kordoma, iskelet dışı miksoid kondrosarkom, kütanöz müsinöz karsinom, kütanöz adenoid kistik karsinom, tükürük bezi ve lakrimal bez kökenli mikst tümörler ayırıcı tanıda tanısız problemlere yol açabilir. Ekrin paternli KS, tubuler yapılarında görülen morfolojik özellikler nedeniyle siringoma benzer. Ancak KS'un stromal elemanları ayırıcı tanıda yardımcıdır. Bifazik sinoviyal sarkomun hem epitelyal, hem de iğsi hücreli komponenti vardır. Her iki komponent de sitokeratin ekspresyon eder. Oysa KS'da sadece epitelyal elemanlar sitokeratin pozitifdir. Kütanöz kondroma, metastatik kordoma ve iskelet dışı miksoid kondrosarkom, KS'un aksine epitelyal komponent içermez. Bu tümörlerin hücreleri sitokeratin ve CEA negatif, vimentin pozitifdir. Yüzde lokalize KS'larda, tümörün tükürük bezi ve lakrimal bez kaynaklı olabileceği olasılığı göz önüne alınmalı ve klinik olarak sorgulanmalıdır (12,13,15).

Bu tümörler genellikle benign, yavaş büyüyen kitlelerdir. Özellikle yüz bölgesinde yavaş büyüyen bir kitle tespit edilirse ön tanıda KS da düşünülmeli ve materyal ayırıcı teşhis için mutlaka patoloğa gönderilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Ashly DJB. Ewan's histological appearance of tumours, 3th ed, New York: Churchill Livingstone, 1978: 354-5.
2. Elder D, Elenitsas R, Ragsdale BD. Tumors of the epidermal appendages. In: Elder D., editor. Lever's Histopathology of the Skin. 8th ed. Lippincott-Raven;1997: 747-803.
3. Kitazawa T, Hataya Y, Matsuo K. Chondroid syringoma of the orbit. J Cutan Med Surg 1998; 3(2):115-7.
4. Bhargava D, Bhusnurmath S, Daar AS. Chondroid syringoma of the nose: report of a case. Jpn J Clin Oncol 1996; 26(4):237-42.
5. Nasse D. Ein hauttumor vom type der speicheldrüsen mischgeschwulste. Archiv für Klinische Chirurgie 1892; 44: 233-8.
6. Nangle EJ, Symmers WSC. Pleomorphic salivary gland adenoma of the foot. J Bone Joint Surgery 1950; 32: 70.
7. Hirsch P, Helwig EB. Chondroid syringoma. Mixed tumour of skin, salivary gland type. Arch Dermatol 1971; 84: 835.
8. Hardisson D, Linares MD, Nistal MJ. Giant chondroid syringoma of the axilla. Postgrad Med 1996; 42(4): 125-6.
9. Stout AP, Gorman JG. Mixed tumours of skin of the salivary gland type. Cancer 1959; 12: 537-43.
10. Hilton JMM, Blackwell JB. Metastasizing chondroid syringoma. J Pathol 1973; 109: 167-70.
11. Marz LR, McCully DJ, Stoter BAR. Metastasizing chondroid syringoma: case report. Pathology 1969; 1: 77-81.
12. Hassab-El-Naby HM, Tom S, White WL, Ackerman AB. Mixed Tumors of the Skin. A Histological and Immunohistochemical Study. Am J Dermatopathol 1989; 11: 413-28.
13. Mills SE. Mixed tumor of the skin: a model of divergent differentiation. J Cutan Pathol 1984; 11: 382-6.
14. Hernandez FJ. Mixed tumors of the skin of the salivary type: a light and electron microscopic study. J Invest Dermatol 1976; 66: 48.
15. Demirkesen C. Ekrin diferansiyasyon gösteren tümörler (1). Turkish Journal of Dermatopathology 1998; 7 (3-4) URL: <http://www.ato.org.tr/konuk/tdp/em4002.htm>