

Tiroid Kartilaj Kondromu

Chondroma of the Thyroid Cartilage: Case Report

Hatice ÇELİK,^a
Necmi ARSLAN,^a
Ahmet AKKOÇ,^a
Emrah KUMCU^a

^aKulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 21.11.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 25.01.2014

*Bu çalışma, 35. Türk Ulusal Kulak Burun
Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi
(2-6 Kasım 2013, Antalya)'nde sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Hatice ÇELİK
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,
Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
haticecelik66@gmail.com

ÖZET Kondromalar tüm larenks tümörlerinin %1'ini oluşturmakta ve yerleşim yeri açısından en sık krikoid kartilaj posterior laminasından kaynaklanmaktadır. Daha az sıklıkta ise tiroid ve aritenoid kartilajdan kaynaklanmakta olup, epiglotta ise çok daha nadir görülmektedirler. Sıklıkla endolarengeal yönde büyüme göstermekte, progresif dispne, stridor, disfaji ve kronik öksürük gibi şikâyetlerle ortaya çıkmaktadır. Bu bulgular nedeni ile de klinik olarak astım bronşiyale ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile karıştırılabilmektedir. Histolojik olarak da kondromaların düşük grade kondrosarkomla ayrımı zordur. Bu çalışmada, boyunda şişlik şikâyeti ile başvuran 33 yaşındaki erkek hastada, tiroid kartilaj sağ alından kaynaklanan ve ekstralarengeal yönde büyüyen tiroid kartilaj kondromu sunulmuş olup, histolojik olarak düşük grade kondrosarkomla yaşanan ayrıntı tanı güçlüğü, klinik ve tedavi yaklaşımları açısından literatürle tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kondrom; kondrosarkom; larinks; dispne

ABSTRACT Chondromas accounts %1 of all larynx neoplasms. Mostly chondromas are originated from the posterior lamina of the cricoid cartilage. It may also originate from the thyroid and arytenoid cartilages and epiglottis. Epiglottitis is the most seldom anatomic site where chondromas may arise. Clinical presentation includes progressive dyspnea, stridor, dysphagia and chronic cough due to endolaryngeal growth pattern. Because of this clinical presentation asthma bronchiale and chronic obstructive pulmonary disease should be kept in mind in the differential diagnosis. Histologic differential diagnosis of the chondromas and low grade chondrosarcoma is difficult. In this paper 33 years old male patient who presented with neck mass due to extralaryngeal growth pattern is diagnosed to thyroid cartilage chondroma is discussed for its difficulty in differential diagnosis with low grade chondrosarcoma and treatment modalities.

Key Words: Chondroma; chondrosarcoma; larynx; dyspnea

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2015;23(2):127-30

Larengeal kondromalar, klinik olarak progresif dispne, boyun kitlesi ve disfaji ile beliren, yavaş büyüyen benign tümörlerdir. Tüm larengeal tümörlerin %1'inden daha azını oluşturmaktadır. Larengeal kondromalar genellikle 40-60 yaşları arasında ve erkeklerde kadınlara oranla dört kat daha fazla görülmektedir.^{1,2} En sık krikoid kartilajın posterior laminasından (%70-75), daha az sıklıkta tiroid kartilaj (%15-20) ve aritenoidden (%10) ve çok nadir olarak da epiglottan kaynaklanmaktadır. Tümörün büyümesi intra lümenal olup nadiren dışı büyüme gözlenir.^{2,3} Bu tümörler için etiyolojik faktörler tam olarak tanımlanmamış olmakla bir-

doi: 10.5336/caserep.2013-38175

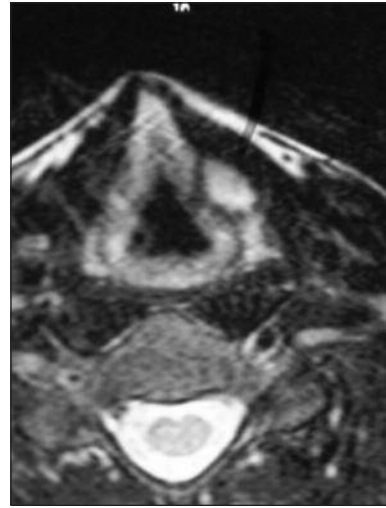
Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

likte, genellikle larengeal kartilajın irregüler ossifikasyonu, radyoterapi ve teflon enjeksiyonu sorumluluğunda tutulmaktadır.^{4,5} Kondromaların düşük-grade kondrosarkomla histolojik ayrımı zordur. Bu nedenle ikisi arasındaki ayırıcı tanı çok dikkatli yapıldıktan sonra tedavi planlanmalıdır. Bu çalışmada, nadiren tiroid kartilajdan kaynaklanan ve ekstralarengeal büyüyen kondrom olgusu, etiyopatogenez, ayırıcı tanı, patoloji ve tedavisi ile literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

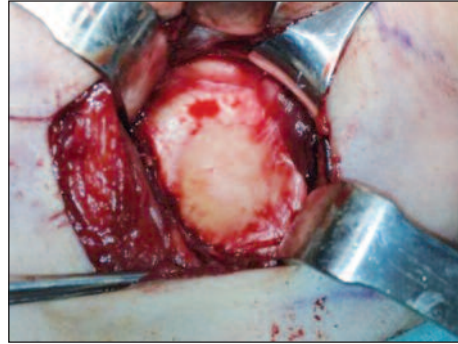
OLGU SUNUMU

Otuz üç yaşındaki erkek hasta, yaklaşık sekiz aydır giderek artan boğaz ağrısı ve gastrik şikâyetleri nedeniyle başvurduğu gastroenteroloji polikliniğinde faringoözofageal reflü tanısıyla takip ve tedavi edilmekte iken, boyunda kitlenin tespit edilmesi üzerine kliniğimize gönderilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde boyunda tiroid kartilaj sağ alasına fikse, sert, üzeri düzgün yüzeyli, ağrısız, yaklaşık 2x1,5 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Kulak burun boğaz ve endoskopik larenks muayenesi normal idi. Çekilen kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde, tiroid kartilaj düzeyinde sağda kıkırdak yapı içerisine yerleşerek genişlemeye yol açan, vokal kord düzeyinde sağda konturda lobülasyona neden olan yaklaşık 19x14 mm boyutlarında, kontrastlanma göstermeyen, kistik özellikte olduğu düşünülen lezyon izlenmiştir (Resim 1). Her iki servikal zincirde büyüğü 8x4 mm olan birkaç adet lenf nodu tespit edilmiştir. Boyun ultrasonografi (USG)'sinde, tiroid kartilaj sağ lateralinde 19x12 mm boyutlarında içerisinde internal ekolar olan kistik kitle lezyonu görülmüştür.

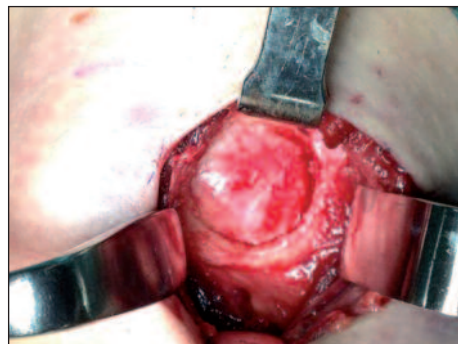
Genel anestezi altında sağ tiroid kartilaj üzerinden yapılan horizontal insizyonla sağ tiroid alaya yerleşik yaklaşık 2x1,5 cm'lik kitle, iç perikondrium korunarak etraf sağlam kartilajdan 4 mm'lik marjinle total olarak çıkarıldı (Resim 2, 3). Sert kartilaj kitle içerisinden yaklaşık 1 cc serömukoid mayi drene edildi. Patolojik incelemede (x100 HE) hiposelüler özellikteki matrikste atipi içermeyen kondrositler izlendi ve düzgün sınırlı nodüler kondroid lezyon olarak rapor edildi (Resim 4). Hastanın bir yıllık izleminde nüks görülmedi.



RESİM 1: Sağ tiroid kartilaj alasına yerleşik kondromun boyun bilgisayarlı tomografisinde görünümü.



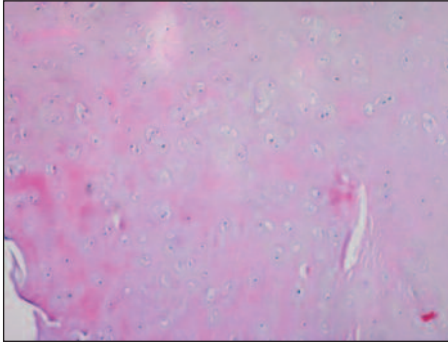
RESİM 2: Sağ tiroid kartilaj alasına yerleşik kondromun cerrahi esnasında görünümü.



RESİM 3: Kitlenin total çıkarılması sonrası iç perikondriumun korunmuş görüntüsü.

TARTIŞMA

Larenksin primer kondroid tümörleri, tüm larengeal tümörlerin %1'inden daha azını oluşturmaktadır.



RESİM 4: Nodüler kondroid lezyonun histopatolojik görünümü (x100 HE).

birlikte mezenkimal kaynaklı tümörleri içinde en sık görülenidir. Olguların dörtte üçünde krikoid kartilaj posterior laminasından kaynaklanır ve endolaringeal kitle olarak belirir.¹⁻³ Klinik semptomlar tümörün kaynaklandığı yer ve büyüklüğüne göre değişmekle birlikte, genellikle progresif stridor, dispne, ses değişikliği, öksürük, disfaji, boyunda kitle ve komşu dokulara bası belirtileri olarak ortaya çıkar. Klinik semptomları açısından yavaş gelişen stridor ve dispne gibi şikâyetler nedeni ile astım bronşiyale ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile kesin tanı öncesi karışabilir. Olgumuzda kitle, strep kasları arasına genişleyerek endolaringeal alanda gözlenmemiş, dolayısıyla sadece boyunda lokalize şişlik olarak semptomu neden olmuştur.

Larenkste kartilajinöz tümörler dört farklı tipte gözlenebilir:⁶

1. Metaplastik kartilajinöz nodüller (kondrometaplazi),
2. Kondromalar,
3. Kondrosarkomlar,
4. Kartilajinöz materyalin diğer neoplazilerin içinde olduğu durumlar (pleomorfik adenom, kondroblastik osteosarkom vb. gibi).

Bu dört tipin ayırıcı tanısı tedavileri açısından çok önemlidir.

Kondrometaplastik nodüller 1 cm'den daha küçük ve çok sayıda gözlenen kitlelerdir. Lobü-

ler paternin kaybı ile karakterizedir. Kondromalar 2 cm'den küçük hiposelüler, homojen lobüler büyüme paternli lezyonlardır. Bunlarda nükleer atipi ve mitoz görülmez. Kondrosarkomlar ise 3 cm'den büyük lezyonlardır ve bunlarda artmış selülarite, nükleer atipi, binükleasyon, mitoz ve pleomorfizm düşükten yüksek gradeye kadar değişken olarak izlenir. Kondroma ve düşük grade kondrosarkomun histolojik ayrımı zor olup tedavinin planlanması için ikisi arasındaki ayırıcı tanı çok dikkatli yapılmış olmalıdır. Olgumuzunda patolojik incelemesinde hiposelüler özellikteki matrikste atipi içermeyen kondrositler izlenmiş olup, düzgün sınırlı nodüler kondroid lezyon olarak değerlendirilmiştir.

Larengal kondromların ayırıcı tanısında kondrosarkom, adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom, amiloidoz, kondrometaplazi, granüler hücreli miyoblastom, semilemmoma, plasmasitom ve metastatik tümörler düşünülmelidir.⁷

Kondromaların tedavisi cerrahi eksizyondur. Krikoid kartilajın anteriorundaki ve tiroid kartilaj lezyonlarına tirotonomi ile yaklaşım en uygun seçenektir. Krikoid kartilajın posteriorundaki ve aritenoid kartilaj lezyonlarına endolaringeal ya da faringotomili ve/veya lateral eksternal insizyon ile yaklaşılabilmektedir. Lazer endoskopik cerrahi eksizyonda diğer alternatif tedavi olarak tanımlanmıştır.⁸

Olgumuzda, kitleye yerleşim yeri ve ekstralaringeal yönde büyümesi nedeni ile eksternal transservikal yaklaşımla total eksizyon uygulanmıştır. Halen takipte olan hastamızda postoperatif birinci yılda nüks izlenmemiştir. Eksizyon sonrası nüksler bildirildiğinden hastaların uzun dönem izlemi gereklidir.^{9,10}

Sonuç olarak, larenks kondromu çok nadir görülmekle birlikte boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında düşünülmeli, düşük-grade kondrosarkomla ayırıcı tanı güçlüğü nedeni ile dikkatlice değerlendirilmeli ve nüksleri açısından total eksizyon sonrası uzun dönem izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Schittek A, James AG. Chondroma of the larynx. *J Surg Oncol* 1982;21(3):176-8.
2. Singh J, Black MJ, Fried I. Cartilagenous tumors of the larynx: a review of literature and two case experiences. *Laryngoscope* 1980; 90(11):1872-9.
3. Saydam L, Köybasi S, Kutluay L. Laryngeal chondroma presenting as an external neck mass. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260(5): 239-41.
4. Neis PR, McMahon MF, Norris CW. Cartilaginous tumors of the trachea and larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;98(1):31-6.
5. Durmaz A, Küçüktağ Z, Birkent H, Karahatay S, Gerek M. [Laryngeal chondrosarcoma treated with endolaryngeal excision]. *KBB ve BBC Dergisi* 2010;18 (3):112-5.
6. Batsakis JG, Raymond AK. Cartilage tumors of the larynx. *South Med J* 1988;81(4):481-4.
7. Baatenburg de Jong RJ, van Lent S, Hogendoorn PC. Chondroma and chondrosarcoma of the larynx. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;12(2):98-105.
8. Merrot O, Gleizal A, Poupart M, Pignat JC. Cartilaginous tumors of the larynx: endoscopic laser management using YAG/KTP. *Head Neck* 2009;31(2):145-52.
9. Tastekin E, Altaner S, Uzun C, Karasalihoglu AR, Ozdemir C, Kutlu AK. Laryngeal chondroma: a rare diagnosis in this localization. *Case Rep Pathol* 2011;2011: 852396.
10. Casiraghi O, Martinez-Madrigal F, Pineda-Daboin K, Mamelle G, Resta L, Luna MA. Chondroid tumors of the larynx: a clinico-pathologic study of 19 cases, including two dedifferentiated chondrosarcomas. *Ann Diagn Pathol* 2004;8(4):189-97.