

İğsi Hücreli Lipom

Spindle Cell Lipoma: Scientific Letter

Dr. Alper KOÇBİYİK,^a
Dr. Özlem ÖZEN,^a
Dr. Aydan KILIÇARSLAN,^a
Dr. Handan ÖZDEMİR,^a
Dr. Bülent CELASUN^a

^aPatoloji AD,
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 22.11.2006
Kabul Tarihi/Accepted: 11.01.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Alper KOÇBİYİK
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Patoloji AD, ANKARA
alperkocbiyik@yahoo.com.tr

ÖZET İğsi hücreli lipom; matür yağ dokusunun yerini, değişen oranlarda kollajen yapan iğsi hücrelerin aldığı, yumuşak doku tümörüdür. Hücreden zengin olmalarına rağmen, iyicil tümörlerdir ve yerel eksizyon ile kür sağlanır. 70 ve 31 yaşında 2 erkek hastanın sırasıyla omuz ve sırtlarından eksize edilen 2 tümörün mikroskopik incelemesinde, matür lipositlerin yanı sıra kollajen üretimi ve iğsi hücre proliferasyonu izlendi. Her iki olguda da iğsi hücreler immünohistokimyasal olarak CD34 primer antikorları ile pozitif boyandı. Bu lezyon histopatolojik olarak bir grup iyicil ve kötücül tümör ile karıştırılabildiğinden, bu tümörün histopatolojik özellikleri ve ayırıcı tanısı tartışıldı.

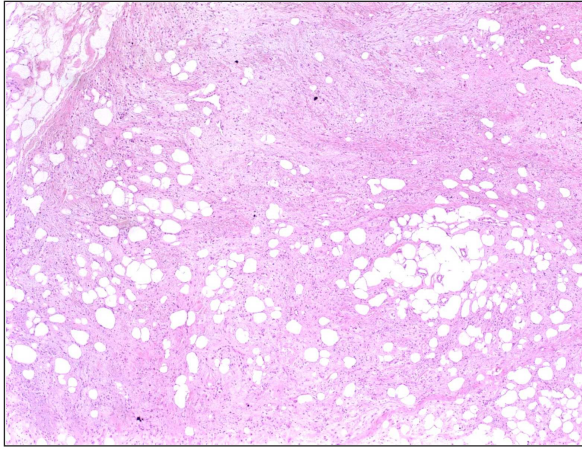
Anahtar Kelimeler: Lipom, ayırıcı tanı

ABSTRACT Spindle-cell lipoma is a soft tissue tumor characterized by replacement of mature fat by collagen-forming spindle cells. Despite its high cellularity, it is benign and local excision is adequate for the treatment. Histological examination of two lesions from two patients of 70 and 31 years old revealed similar tumors with a relative equal mixture of spindle cells and mature lipocytes. Immunohistochemically, the spindle cells stained for CD34. As the differential diagnosis includes a variety of benign and malignant tumors, histopathological features and differential diagnosis of the tumor were discussed.

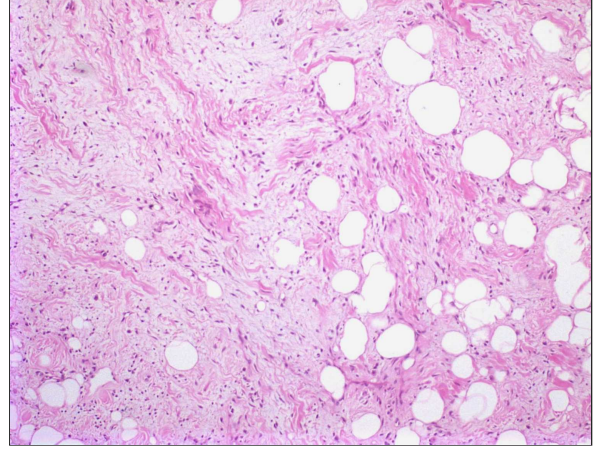
Key Words: Lipoma; diagnosis, differential

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:231-235

Erişkinlerdeki en sık görülen yumuşak doku tümörü olan lipomlar yağ dokusunun iyicil tümörleridir. En sık gövde ve boyunda izlenir ve genellikle subkütan yerleşimlidir.^{1,2} Çoğu kez tanısal problemlere yol açmazlar. Ancak varyantları nedeniyle ayırıcı tanı problemleri olabilir. İğsi hücreli lipom (İHL) ilk olarak 1975 yılında Enzinger ve Harvey tarafından tanımlanmıştır.^{1,3} Matür yağ dokusunun yerini alan, değişen oranlarda iğsi hücre proliferasyonundan oluşan bu yumuşak doku tümörü; çoğunlukla 45-60 yaşlar arasında ve erkeklerde görülür. Boyun arka kısım, omuz ve sırt, en sık yerleşim yerleridir.^{1,3} Bu bölgelerde daha çok subkütan dokuda ortaya çıkarken, nadir olarak dermis yerleşimli olgular da bildirilmiştir.⁴ İHL'ler genel olarak yavaş büyüyen, soliter, iyi sınırlı veya kapsüllü, ağrısız kitlelerdir.^{1,3} Ayırıcı tanısında iyicil tümörlerin olmasının yanı sıra mikzoid liposarkom gibi kötücül tümörlerin de olabilmesi, yerel eksizyonla tedavi sağlanabilen bu tümörün tanısının önemini vurgulamaktadır.^{1,3}



a



b

RESİM 1: Olgu 1: a) İyi sınırlı matür lipositler ve iğsi hücre proliferasyonu ile karakterize İHL (HE X 40), b) Yer yer mikzoid alanlar içermektedir (HEX100).

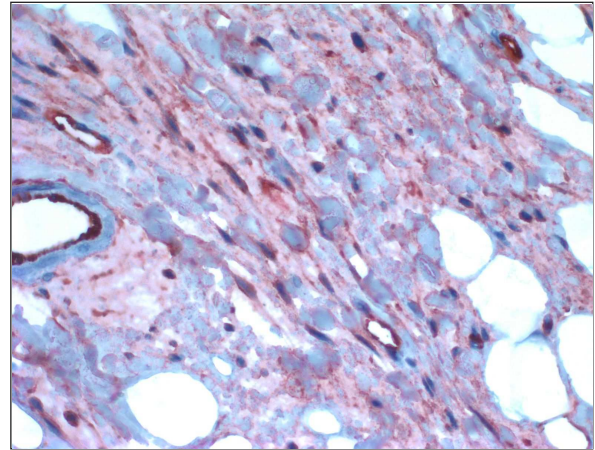
Bu makalede, 70 yaşında sırt bölgesi ve 31 yaşında omuz bölgesi yerleşimli, her ikisi de erkek hastalara ait 2 adet İHL olgusu sunulmakta, patolojik özellikleri ve ayırıcı tanıları tartışılmaktadır.

OLGU 1

70 yaşında erkek hasta; sırtta, uzun zamandır rahatsızlık hissi veren, bazen ağrıyan ve ele gelen şişlik yakınması ile hastanemize başvurmuştur. Son 2 haftadır üzerinde kızarıklık ve hafif ağrı artışı olmuş. Fizik muayenede interskapular alanın distalinde 3 x 2 cm boyutlarında, mobil, iyi sınırlı, ağrısız kitle saptanmıştır. Bölgesel lenfadenopati veya lezyonun distalinde nörovasküler defisit tespit edilmemiştir. Cilt temizliğini takiben, lokal anestezi altında lezyon total olarak eksize edilmiştir.

Makroskopik olarak materyal, 3 x 2.2 x 1.5 cm boyutlarında kısmen yağ dokusunda zengin görünümde, sınırları düzenli 1 adet yumuşak dokudur. Kesit yüzünde 0.6 cm çapında bir alanda parlak, açık kahverenkli bir alan dikkati çekti. Diğer alanlar homojen, solid ve sarı renkli idi.

Materyalin Hematoksilen-Eozin (HE) kesitlerinin mikroskopik incelemesinde, düzgün sınırlı lipomatöz lezyon izlenmiştir. Matür lipositler; fibröz septumlar ile lobüllere ayrılmakta olup aralarında geniş ve yer yer mikzoid nitelikte fibröz stroma alanları görülmüştür (Resim 1a ve 1b). Bu alanlarda çok sayıda kısa kollajen demetleri ve iğsi çekirdekli hücreler ile çok sayıda mast hücreleri ile



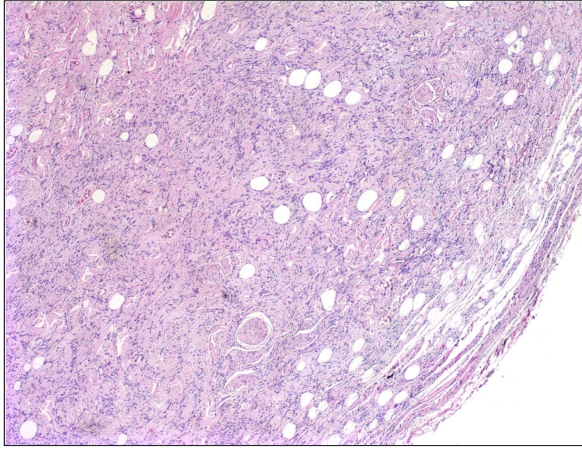
RESİM 2: Olgu 1'de izlenen immünohistokimyasal olarak CD34 pozitifliği gösteren iğsi hücreler (immünperoksidaz x200).

iltihabi hücreler saptanmıştır. Stromal hücrelerde atipi veya lipoblast görülmemiştir.

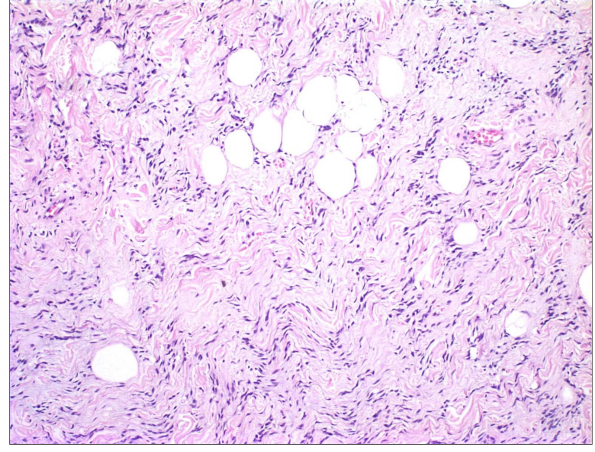
İmmünohistokimyasal incelemede S100 proteini ile lipositlerin periferinde pozitif reaksiyon görülürken, CD34 antikoru ile iğsi hücrelerin sitoplazmalarında boyanma izlenmiştir (Resim 2).

OLGU 2

Bir aydır sağ omuzda ağrı yapan, şişliği olan 31 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde, 1.5 cm çaplı mobil, yumuşak kıvamlı subkutan nodül saptanmıştır. Klinik ön tanısı lipom olan yaklaşık 3 x



a



b

RESİM 3: Olgu 2: **a)** İyi sınırlı, İHL (HE X 40), **b)** Yerel alanlarda iğsi hücrelerin periferik sinir kılıfı tümörlerinde olduğu gibi kıvrıntılı nukleusa sahip oldukları dikkati çekmiştir (HE X 100).

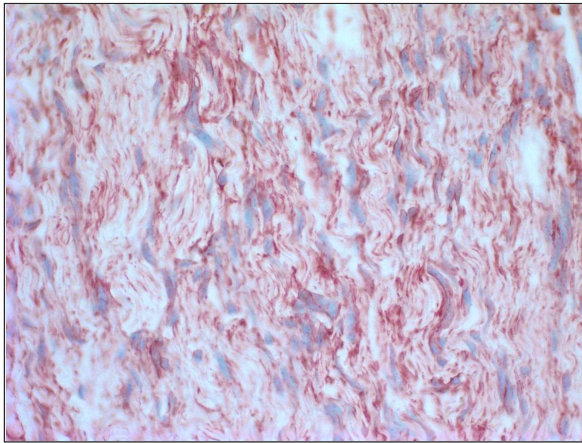
2 cm'lik kitle, lokal anestezi altında total olarak eksize edilmiştir.

Makroskopik olarak 2.3 x 2 x 1 cm boyutlarda düzgün konturlu, krem sarı renkli, yumuşak kıvamlı doku olup cerrahi sınır boyası ile boyandıktan sonra dilimlendiğinde kesit yüzü homojen krem-beyaz renkli görünümde idi.

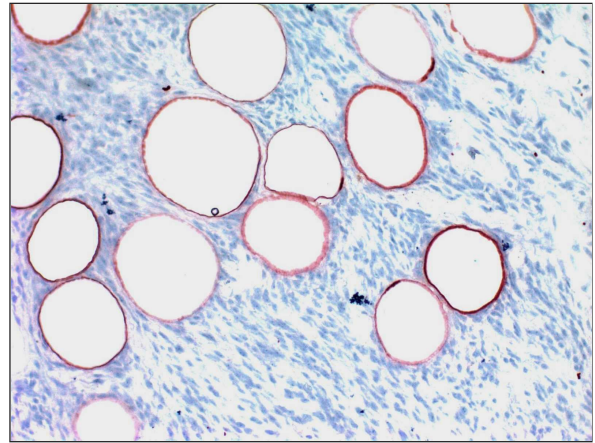
Mikroskopik olarak, düzgün sınırlı nodüler lezyon izlenmiştir (Resim 3a). Lezyon matür yağ hücreleri ve iğsi hücre proliferasyonundan oluşmaktadır. İğsi hücreler, çoğu alanda kıvrıntılı çekirdeğe sahiptirler. Yer yer hiposellüler alanlar

çevresinde iğsi hücre çekirdeklerinin palizatlanma gösterdiği dikkati çekmiştir (Resim 3b). Stromada kollajen demetleri yanı sıra müsinoz alanlar izlenmiştir. Arada çok sayıda mast hücresi dikkati çekmiştir. Hücresel pleomorfizm görülmemiş olup, seyrek mitoz mevcuttur. Cerrahi sınırlarda tümör görülmemiştir. Histokimyasal olarak uygulanan Masson trikrom boyaması ile kollajen demetleri difüz boyanma göstermiştir.

Kontrollü olarak yapılan immünohistokimyasal çalışmada CD34 antikoruna ile iğsi hücrelerde difüz kuvvetli boyanma izlenirken, S100 proteinini



a



b

RESİM 4: **a)** Olgu 2'de iğsi hücrelerde CD34 pozitifliği (immünperoksidad x200), **b)** S100 protein ile matür lipositlerin periferinde boyanma görülmüştür (immünperoksidad x100).

ile lipositlerin periferinde pozitif boyanma görülmüştür (Resim 4a ve 4b).

Klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular eşliğinde her iki olguda İHL olarak rapor edildi. Birinci olgu 7 ay, 2. olgu 2 aydır takipte olup nüks saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Lipomlar yumuşak dokunun sık görülen iyicil tümörleridir. Görülme sıklıkları genel popülasyonda yaklaşık 1/1000 dir.² İHL, klasik lipomlardan 60 kez daha az görülür.³ İlk olarak 1975 yılında Enzinger ve Harvey tarafından tanımlanan bu iyi huylu tümör, matür yağ dokusunun yerini değiştiren oranlarda kollajen yapan iğsi hücre proliferasyonunun alması ile karakterizedir.^{1,3} Genellikle her iki komponent eşit oranlarda görülmekle birlikte bir komponentin daha baskın olduğu lezyonlar da vardır. Özellikle iğsi hücrelerinin baskın olduğu olgularda ayırıcı tanı zor olabilir. İHL'de iğsi hücreler tekdüze, tek elonge çekirdekli ve dar bipolar sitoplazmalıdır. Nükleol belirgin değildir. Mitoz nadirdir. İğsi hücreler kısa paralel demetler yaparlar.^{1,3} Ara sıra 2. olguda olduğu gibi iğsi hücrelerin nükleusları dalgalı görünümde olup palizat şeklinde dizilim gösterebilirler. Bu durumda ayırıcı tanıda mutlaka nörofibrom ve schwannom akla getirilmelidir. Özellikle en son tanımlanan lipomatöz varyant nörofibromda yağ hücreleri çok yoğun miktarda olup, iğsi hücreler arada dağınık tarzda izlenebilir.^{5,6} Bu tümörlerde iğsi hücreler S100 proteini ile kuvvetli pozitif reaksiyon verirler. İHL'de ise S100 proteini ile sadece matür lipositlerin periferinde boyanma görülmesi dikkat çekicidir. Ayrıca İHL'lerin hemen tümünde iğsi hücreler CD34 antikoru ile pozitif reaksiyon beklenirken, periferik sinir kılıfı tümörlerinde CD34 ile boyanma görülmez.

İHL'de hücreler kollajen ve hyaluronik asiten oluşan mikzoid bir matris içinde yer alırlar. Aşırı mikzoid ve hiposellüler olması durumunda mikzoma ile karışması muhtemeldir.^{1,2} İHL'de genellikle, mikzomada izlenen belirgin bir damar pa-

terni yoktur. Birkaç küçük veya orta çaplı kalın duvarlı damar görülebilir. Ancak bazılarında mikzoid lipomdaki gibi pleksiform patern veya همانjiyoperistoma benzeri görünüm olabileceği akılda bulundurulmalıdır.⁷ Mast hücreleri ve nadir olarak osseöz veya kartilaginöz metaplazi izlenebilir.¹

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer bir lezyon ise nöral fibrolipom olarak da bilinen sınırlı fibrolipomatöz hamartomudur.^{1,8} İHL'lerde histopatolojik olarak, periferik sinir kesiti olduğunu düşündürecek kadar iğsi hücre proliferasyonu izlenebilir. Ancak bu tümör benzeri hücre çoğalması, çoğunlukla boyun arka kısım, omuz ve sırt bölgelerinde ortaya çıkan İHL'nin aksine daha çok el volar yüz, el bileği ve ön kolda görülür. Ayrıca daha genç bireylerde ortaya çıkar. Histolojik olarak, bu fibrolipomatöz doku, sinir veya tendona yapışık olmadığından derin yerleşimli bir lipomla karışabilir. Lezyonun difüz infiltratif paterni, iyi sınırlı lipomdan ayırt edilmesinde yardımcıdır.^{1,8} Ayırıcı tanıda dermatofibrosarkom protuberans (DFSP); CD34 antikoru ile pozitif reaksiyon veren iğsi hücrelerin izlenmesi nedeniyle düşünülmalıdır. Bununla birlikte DFSP genç hastaların gövde veya ekstremitelerinde ortaya çıkması ve dantela tarzında çevre subkütan yağ dokuyu infiltre etmesi nedeniyle kolaylıkla İHL'den ayrılır.¹ Mikzoid liposarkom ile İHL, ancak mikzoid alanlarda belirgin pleksiform vasküler patern varsa karışabilir. Bununla birlikte, İHL daha iyi sınırlı ve yüzeysel yerleşimlidir. Lipoblast içermez ve kalın kollajen demetlerinden zengindir.^{1,7}

Sonuç olarak; İHL'ler, iğsi hücreli komponenti baskın olduğunda başta periferik sinir kılıfı tümörleri olmak üzere bir kısmı daha agresif seyirli bir grup lezyon ile karışır. Ayırıcı tanı için hastaların klinik bulguları yanında, detaylı histopatolojik inceleme ve immünohistokimyasal çalışma gerekir. Histopatolojik görünüm, yardımcı tanı metotları ile desteklendiğinde doğru tanıya ulaşmak mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Weiss SW, Goldblum JR. Benign lipomatous tumors. In: Weiss SW, Goldblum JR, eds. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001. p.571–639.
2. Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma. Factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma.. Acta Orthop Scand 1983;54:929-34
3. Fletcher CD, Martin-Bates E. Spindle cell lipoma: A clinicopathological study with some original observations. Histopathology 1987;11:803-17..
4. French CA, Mentzel T, Kutzner H, Fletcher CD. Intradermal spindle cell/pleomorphic lipoma: A distinct subset. Am J Dermatopathol 2000;22:496-502
5. Val-Bernal JF, González-Vela MC..Cutaneous lipomatous neurofibroma: characterization and frequency J Cutan Pathol 2005;32: 274-9.
6. Val-Bernal JF, de sa Dehesa J, Garijo MF, Val D. Cutaneous lipomatous neurofibroma. Am J Dermatopathol 2002;24:246-50.
7. Graadt van Roggen JF, Hogendoorn PC, Fletcher CD. Myxoid tumours of soft tissue. Histopathology 1999;35:291-312
8. Silverman TA, Enzinger FM. Fibrolipomatous hamartoma of nerve. A clinicopathologic analysis of 26 cases. Am J Surg Pathol 1985;9:7-14.