



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

İğsi hücreli lipom

Spindle cell lipoma

İrem Sü Yiğit¹, Melis Ladin Yamaç², Kıvılcım Eren Ateş²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Abstract

Spindle cell lipoma (SCL), is one of the subtypes of benign adipose tissue tumors defined by the latest World Health Organization (WHO). Spindle cell lipomas (SCL) are rare recurrent tumors, 60 times less common than classical lipoma, mostly seen in between 45-60 age men, usually located in the subcutaneous tissue, often in the back, neck and shoulder. Since these lesions can be histopathologically confused with many malignant and benign tumors, a detailed histopathologic and immunohistochemical recommended in the differential diagnosis. In this article, we report the case of a 74 year old male patient who presented to the hospital with swelling in the right upper arm and was diagnosed as spindle cell lipoma by histopathologic and immunohistochemical methods.

Keywords: Spindle cell lipoma (SCL), benign adipose tissue tumors, soft tissue tumor

Öz

İğsi hücreli lipom (İHL), son Dünya Sağlık Örgütünde (DSÖ) benign yağ doku tümörlerinin tanımlanan alt tipleri arasında yerini almıştır. İğsi hücreli lipomlar (İHL) daha çok 45-60 yaş aralığındaki erkeklerde görülen, genelde subkutan dokuda, sıklıkla sırt, boyun ve omuzda yerleşim gösteren, klasik lipomdan 60 kez daha az görülen, nadir rekürrens gösteren tümörlerdir. Bu lezyonlar histopatolojik olarak birçok malign ve benign tümörle karışabildiğinden; ayırıcı tanısında hastaların klinik bulgularıyla beraber detaylı histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile desteklenmesi önerilir. Bu yazıda, sağ üst kolda şişlik şikayetiyle hastaneye başvuran ve histopatolojik, immünohistokimyasal yöntemler sonucu iğsi hücreli lipom tanısı alan 74 yaşındaki erkek bir hasta olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: İğsi hücreli lipom, benign yağ doku tümörleri, yumuşak doku tümörü

GİRİŞ

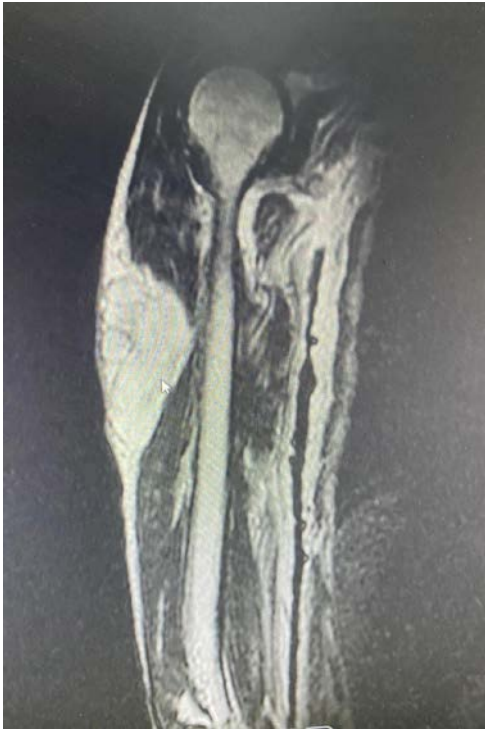
Erişkinlerdeki en sık görülen yumuşak doku tümörü olan lipomlar yağ dokusunun benign tümörleridir. Son Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) benign yağ doku tümörleri içerisinde, kondroid lipom, myolipom ve anjiolipom olmak üzere lipom alt tipleri tanımlanmış olup; bu tiplere ek olarak klinik bulgular, morfolojik görünümü ve moleküler değişikliği ile iğsi hücreli lipom/pleomorfik lipom da yağ doku tümörleri arasında yerini almıştır¹. İğsi hücreli lipomlar (İHL), daha çok 45-60 yaş aralığındaki erkeklerde görülen, genelde subkutan dokuda, sıklıkla sırt, boyun ve omuzda yerleşim gösteren, klasik lipomdan 60 kez daha az görülen, nadir rekürrens gösteren tümörlerdir^{1,2}. Tedavisinde eksizyon

yeterlidir. Yetersiz rezeksiyonla nadiren nüks görülebilir, metastaz beklenmez².

Bu tümörler histopatolojik olarak birçok malign ve benign tümörle karışabilir. En sık karıştırılan ayırıcı tanılarından biri iyi diferansiyeli liposarkomdur. İyi diferansiyeli liposarkom genellikle yaşlı hastaların ekstremitelerinde veya retroperitonunda, eşit cinsiyet dağılımıyla ve daha az iyi tanımlanmış sınırlarla bulunur. Lokal eksizyonun yeterli olduğu iğsi hücreli lipomun aksine, liposarkom geniş kapsamlı eksizyon gerektirir⁶. Bu olgu sunumunda nadir görülmesi ve histopatolojik olarak yağ doku veya iğsi hücre baskınlığına birçok lezyonla karışabildiğinden örnek bir olgu üzerinden, histopatolojik özellikleri ve ayırıcı tanılarıyla iğsi hücreli lipomu tartışmayı amaçladık.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: İrem Sü Yiğit, Adana Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana, Türkiye E- mail: yigitiremsu7@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 29.10.2024 Kabul tarihi/Accepted: 04.12.2024



Resim 1. Sağ üst kol T1A'da hipointens T2A'da hipointens, kontrastlı kesitlerde yoğun kontrastlanma gösteren, lobüle konturlu en geniş yerinde yaklaşık 8,5x6.5x3.5 cm boyutunda solid kitlesel lezyon.

OLGU

74 yaşında erkek hasta; sağ üst kolda uzun zamandır rahatsızlık hissi veren, bazen ağrıyan ve ele gelen şişlik yakınması ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan fizik muayenesinde humerusta subkutan yerleşimli mobil, ağrısız kitle saptanmıştır. Bölgesel lenfadenopati veya lezyonun distalinde nörovasküler defisit tespit

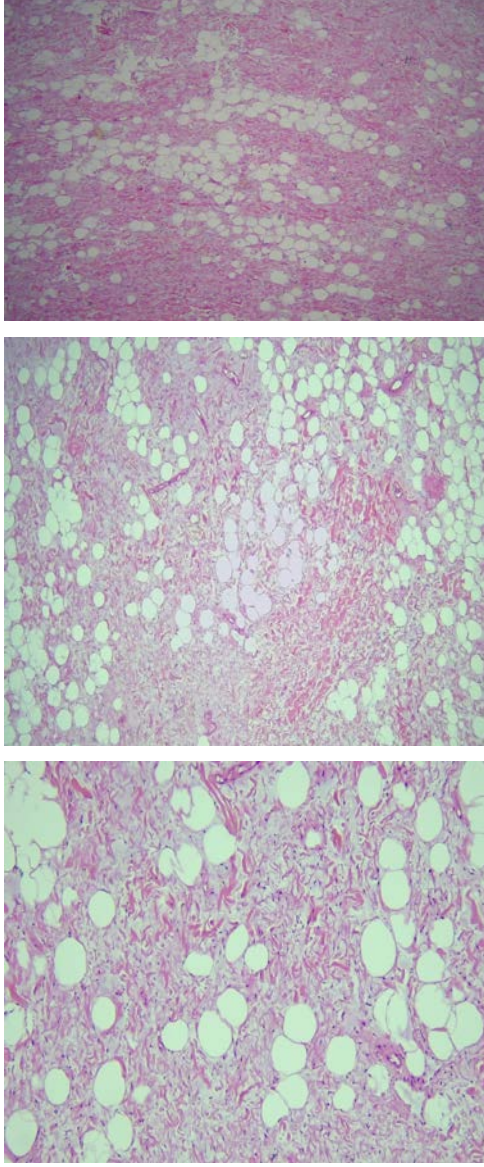
edilmemiştir. Vücudunun başka bir bölgesinde ele gelen lezyonu yokmuş. Manyetik Rezonans (MR) görüntüsünde T1A'da hipointens T2A'da hipointens, kontrastlı kesitlerde yoğun kontrastlanma gösteren, lobüle konturlu en geniş yerinde yaklaşık 8,5x6.5x3.5 cm boyutunda solid kitlesel lezyon görülmesi üzerine hastaya lipom ön tanısı ile eksizyonel biyopsi yapılmıştır. (Resim 1). Rezeksiyon materyalinin makroskopik incelemesinde dış yüzü lobüle konturlu ve yer yer kapsüllü görünümde, kirli beyaz-sarı renkli, kesit yüzü jelatinöz kıvamlı solid görünümde olan miksoid lipomatöz lezyon izlenmiştir. Dış merkezde patolojik olarak ayırıcı tanıya miksoid değişiklikler içeren iğsi hücreli lipom, miksoid lipom, ve miksoid liposarkom alınmış olup histopatolojik inceleme ile ileri yorum yapılamamıştır.

Kesin tanı ve immünohistokimyasal çalışma eşliğinde değerlendirme için yönlendirilmiştir. Biyopsi incelemesini yaptığımızda lezyonun mikroskopik incelemesinde, yaygın miksoid değişiklikler gösteren arada oval-yuvarlak hiperkromatik nükleuslu, belirsiz nükleoluslu, sınırları seçilemeyen iğsi hücrelerden ve arada matür yağ hücrelerinden oluşan benign lipomatöz tümör görülmüş; tümörde karakterize ropey (halat benzeri) kollajen bantlar dikkati çekmiştir (Resim 2).

Olguya immünohistokimyasal yöntem ile uygulanan CD34, iğsi hücrelerde pozitif (+) sonuç vermiştir. Histopatolojik, immünohistokimyasal yöntemler sonucu olguya iğsi hücreli lipom tanısı konulmuştur. Hastanın 9 aylık takiplerinde herhangi bir nüks, metastaz saptanmamıştır. Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

TARTIŞMA

İğsi hücreli lipom tipik bir yaş, cinsiyet ve yerleşim göstermesi durumunda kolaylıkla tanı verilebilen bir tümördür ancak morfolojik olarak tuzaklar içermektedir. Kesit yüzü ise yağ doku tümörlerine benzerlik göstermeyen biçimde gri beyaz alanlar, miksoid alanlar, gevşek alanlar içerebilmektedir^{1,2}. Kesit yüzündeki bu görünüm değişikliği iğsi hücreli komponentin, zeminin ve kollajenin dağılım miktarına göre belirlenir. Makroskopik olarak dış yüzü düzenli tek nodül şeklinde görülür. Mikroskopik olarak yağ hücreleri ve iğsi, hiperkromatik hücrelerle karışık; arada dağınık yerleşmiş kollajenden oluşmaktadır^{1,2}. Genellikle her iki komponent eşit oranlarda görülmekle birlikte bir komponentin daha baskın olduğu lezyonlar da vardır.



Şekil 2. Yaygın miksoid değişiklikler gösteren arada oval-yuvarlak hiperkromatik nükleuslu, belirsiz nükleoluslu, sınırları seçilemeyen iğsi hücrelerden ve arada matür yağ hücrelerinden oluşan benign lipomatöz tümör ve tümörde karakterize ropey (halat benzeri) kollajen bantlar.

İğsi hücrelerden zengin olgular morfolojik olarak agresif bir görünüm göstermelerine rağmen prognozları matür adiposit içerenlere kıyasla değişiklik göstermez. Bazı olgularda iğsi hücrelerin nükleusları kıvrık görünümde olup palizat benzeri dizilim gösterebilir^{2,4}. 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^{2,7}. Nörofibromda kollajenin de zeminde izlenmesi bazı durumlarda tanısız zorluk yaratabilir. Nörofibromun infiltratif yapısı iğsi hücreli lipomdan farklılık göstermektedir ancak infiltrasyon alanları yanlışlıkla yağ doku tümörü gibi değerlendirilmesine yol açabilir⁷.

Schwannomda ise değişik heterojen alanlar görülebilir. Damarların hyalinizasyonu, Antoni A ve Antoni B alanları, köpüksü histiyositler Schwannom lehinedir. Arada kalın durumlarda immünohistokimyasal olarak S100 ve CD34 ile değerlendirme yapılması gerekmektedir. CD34 ve S100 iğsi hücreli lipomda da görülür ancak nörofibromda CD34 boyanması parmak izi şeklinde iken bizim olgumuz iğsi hücreli lipomda diffüz paterndedir. S100 ise schwannom ve nörofibromda iğsi hücrelerde yaygın pozitif iken; bizim olgumuz iğsi hücreli lipomda matür adipositlerde yer yer boyanma göstermiştir. Schwannom ve nörofibromlarda iğsi hücreler S100 proteini ile kuvvetli pozitif reaksiyon verirler^{2,4}.

Bir diğer ayırıcı tanı Atipik lipomatöz tümör (ALT)/ İyi Diferansiye liposarkomdur. (DL) ALT/İDL genellikle daha büyük çapta, derin doku yerleşimli, içerisinde lipoblastlar, atipik stromal hücreler içeren tümörlerdir. Tanısız zorluk yaşandığı durumlarda moleküler olarak ALT/DL lehine olan MDM2 amplifikasyonunun iğsi hücreli lipomda görülmemesi tanıya yardımcıdır^{3,8}. Olgumuzda immunohistokimyasal olarak çalışılan MDM2 negatif sonuç vermiştir.

Ayırıcı tanıda cilt altı yerleşimlerinde Dermatofibrosarkoma Protuberans (DFP) yer alabilir. İğsi hücreler ve kollajen izlenen DFP de iğsi hücreli lipom gibi CD34 pozitifliği göstermektedir. Ancak DFP kısa fasiküller şeklinde izlenen iğsi hücrelerden oluşup, subkutan dokuyu balpeteği şeklinde infiltre eder ve morfolojik olarak ropey kollajen olmaması da ipucudur^{1,3}. Olgumuzda histopatolojik incelemede ropey kollajen varlığı dikkati çekmektedir.

İğsi hücreli lipom, birçok neoplastik süreç ile örtüşen histolojik özellikleri olan bir neoplazidir⁴. Morfolojik olarak hangi komponenti baskınsa ayırıcı tanısı da o derece değişkenlik göstermektedir. Bu lezyonlar histopatolojik olarak birçok malign ve

benign tümörle karışabildiğinden; ayırıcı tanısında hastaların klinik bulgularıyla beraber detaylı histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile desteklenmesi önerilir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: REA, MD; Veri toplama: REA; Veri analizi ve yorumlama: REA, MK; Yazı taslağı: REA, OK; İçeriğin eleştirel incelenmesi: ÇEÇ, MK; Son onay ve sorumluluk: REA, MD; Teknik ve malzeme desteği: REA; Süpervizyon: MD; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik onay: Hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Öznur M, Canberk Ş, Yıldız P Özyalvaçlı G, Baykal S, Erdem-Huq G et al. İğsi hücreli lipomun histolojik özellikleri ve ayırıcı tanı problemleri İstanbul Tıp Dergisi. 2012;13:79-85.
- Koçbıyık A, Özen Ö, Kılıçarslan A, Özdemir H, Celasun B. İğsi hücreli lipom. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2008;28:231-5.
- Sbaraglia M, Bellan E, Dei Tos AP. The 2020 WHO Classification of Soft Tissue Tumours: news and perspectives. Pathologica. 2021;113:70-84.
- WHO Classification of Tumours Editorial Board. Soft Tissue and Bone Tumours, WHO Classification of Tumours, 2020, 5th Edition, Volume 3. Lyon, France, IARC Publications, 2020.
- Khashper A, Zheng J, Nahal A, Discepola F. Imaging characteristics of spindle cell lipoma and its variants. Skeletal Radiol. 2014;43:591-7.
- Fletcher CD, Martin-Bates E. Spindle cell lipoma: A clinicopathological study with some original observations. Histopathology. 1987;11:803-17...
- Val-Bernal JF, González-Vela MC. Cutaneous lipomatous neurofibroma: characterization and frequency J Cutan Pathol. 2005;32:274-9.
- Graadt van Roggen JF, Hogendoorn PC, Fletcher CD. Myxoid tumours of soft tissue. Histopathology. 1999;35:291-312.