

# NADİR LOKALİZASYONDA YERLEŞİMLİ BENİGN FİBRÖZ HİSTİYOSİTOMA (OLGU SUNUMU)

**Murat Ali HERSEKLİ\***, **Sercan AKPINAR\***, **Fazilet KAYASELÇUK\*\***  
**Metin ÖZALAY\*\*\***, **Gürkan ÖZKOÇ\*\*\***, **Reha N. TANDOĞAN\*\*\*\***

## ÖZET

Benign fibröz histiyositoma, histiyositlerden köken alan, genellikle yumuşak dokularda, daha az sıklıkta erişkin kemiklerinde yerleşim gösteren, nadir bir tümördür. Sıklıkla uzun kemiklerin metafizyel bölgesinde yerleşim gösterir. Kostalar, benign fibröz histiyositoma için oldukça nadir bir yerleşim bölgesidir. 37 yaşında kadın hastanın sol 5. kostasından eksize edilen kitlenin patolojisi benign fibröz histiyositoma olarak saptandı. Bu vaka literatürdeki kostadan köken alan dördüncü benign fibröz histiyositoma vakasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Benign fibröz histiyositoma, Kosta.

## SUMMARY

BENIGN FIBROUS HISTIOCYTOMA WITH A RARE LOCATION – A CASE REPORT

Benign fibrous histiocytoma is a rare tumour that derives from histiocytes. It is most commonly found in soft tissues and less frequently in adult bones. It is generally localized in metaphyseal region of long bones. Ribs are very rare location for the benign fibrous histiocytoma. A female patient who is 37 years old underwent a total resection for the mass at the left fifth rib. Pathological investigation revealed as benign fibrous histiocytoma. This patient is the fourth case of benign fibrous histiocytoma in the literature which arised from the rib.

**Key Words:** Benign fibrous histiocytoma, Rib.

## GİRİŞ

Benign fibröz histiyositoma, sıklıkla yumuşak dokularda, daha nadir olarak erişkinlerin kemiklerinde yerleşen, histiyositik ve fibroblastik farklılaşma gösteren, nadir bir tümördür<sup>1</sup>. Cinsiyet

ve yaş açısından özel bir dağılım göstermez. Sıklıkla uzun kemiklerin metafizyel bölgelerinde yerleşim gösterir. Kostalar, benign fibröz histiyositoma için oldukça nadir bir yerleşim bölgesidir. Bugüne kadar literatürde kostalarda yerleşim gösteren üç adet benign fibröz histiyositoma vakası tanımlanmıştır<sup>2,3,4</sup>. Sunulan hasta literatürdeki dördüncü vakadır.

## VAKA TAKDİMİ

37 yaşında bayan hasta orofarinkste kitle nedeniyle Kulak Burun Boğaz bölümüne ameliyatı planladığı dönemde preoperatif rutin inceleme sırasında PA Akciğer grafisinde kostada görülen lezyon için bölümümüze danışıldı. Hastanın sorgulamasında son 1-2 yıldır olan hafif ağrı dışında özellik yoktu. Fizik muayenede sol 5-6 kosta üzerinde çok hafif hassasiyet dışında yine belirgin özellik saptanmadı. PA Akciğer grafisinde sol 5. Kostada midaksiller hattın posteriora doğru yaklaşık 10 cm boyunca kortikal ekspansiyon gösteren ancak destrüksiyon izlenmeyen, periost reaksiyonu olmayan kitle görüldü (Şekil 1). CT incelemesinde sol 5. kostada lobule konturlu, ekspansil özellikte, kortikal destrüksiyon oluşturmayan, yoğun periferik kalsifikasyonlar içeren, 86 x 77 x 34 mm boyutlarında kitle saptandı (Şekil 2). Teknesyum 99m – MDP ile yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde sol 5, 6 ve 7 kostalarda, muhtemelen yumuşak doku komponenti de içeren, irregüler tarzda yoğun artmış aktivite tutulumu saptandı. Hastanın kan laboratuvar incelemesinde kalsiyum, fosfor, alkalin fosfat, beyaz küre, sedimentasyon hızı ve PTH değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Hastaya cerrahi tedavi planlandı. Sağ yan yatar pozisyonda sol 5. kosta üzerinden, kostaya paralel insizyon yapıldı. Kitleye ulaşıldı ve kitlenin akciğer tarafında yer yer plevraya yapışıklık gösterdiği izlendi. Kitlenin tamamının çevre yumuşak dokulardan diseksiyonunu takiben her iki uçta

\* Yrd. Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

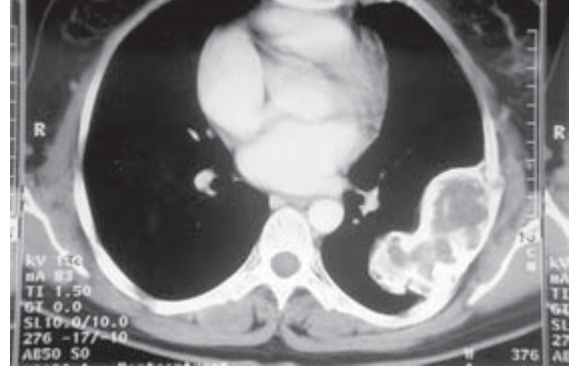
\*\* Yrd. Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı.

\*\*\* Uzm. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

\*\*\*\* Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.



**Şekil 1:** PA akciğer grafisinde kitlenin görünümü.

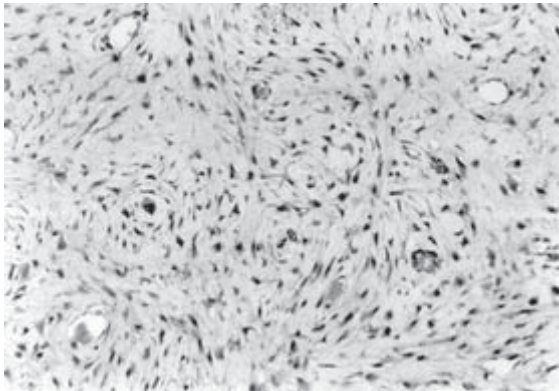


**Şekil 2:** Toraks CT'de kitlenin yapısı ve akciğere doğru ekspansiyonu.

yaklaşık 1 cm'lik sağlam kosta dokusu ile birlikte kitleye eksizyonel biyopsi uygulandı. Kitlenin makroskopik olarak gri-sarı renkte, korteksi yer yer incelten ancak destrükte etmeyen lezyon olduğu izlendi. Mikroskopik incelemede ince kortikal kemik altında storiform patern oluşturan iğsi sitoplazmalı fibrohistiyositik hücreler, arada osteoblastik aktivite içeren genç osteoid doku izlendi (Şekil 3). Lezyonda fokal multinükleer dev hücreler görüldü. İmmünohistokimyasal yöntemle uygulanan lizozim ve CD-68 ile pozitif boyanma görüldü. Bu mikroskopik özellikler sonucu hastaya Benign Fibröz Histiyositoma tanısı konuldu. Hastanın postoperatif dönemdeki takibinde, yerleştirilmiş olan göğüs tüpü 3. günde çekildi ve herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı. Postoperatif 1. ayda, hastanın preoperatif dönemde var olan ağrısının geçtiği izlendi.

### TARTIŞMA

Benign fibröz histiyositoma, histiyositlerden köken alan, genellikle yumuşak dokularda, daha az sıklıkta



**Şekil 3:** Storiform patern oluşturan fibrohistiyositik hücreler ve arada multinükleer dev hücreler (HE x 100).

erişkin kemiklerinde yerleşim gösteren, nadir bir tümördür. Benign fibröz histiyositomanın kemik yerleşimi literatürde ilk olarak Dominok ve ark. tarafından 1980'de tariflenmiştir<sup>5</sup>. Dominok ve ark., 66 yaşındaki erkek hastanın sol femur proksimalindeki geniş kistik lezyonu araştırmış ve fibröz histiyositomanın benign formu olduğunu saptamışlardır. Bu yayını takiben Destouet ve ark. 1980 sonlarında, Roessner ve ark. da 1981'de servikal vertebra yerleşimli iki adet benign fibröz histiyositoma vakasını yayınlamışlardır<sup>6,7</sup>. Benign fibröz histiyositoma sıklıkla uzun kemiklerin metafizyel bölgesinde yerleşim gösterir. Kostalar bu tümör için oldukça nadir bir yerleşim bölgesidir. Literatürde kostadan köken alan ilk benign fibröz histiyositoma vakası 1985'te Clark ve ark. tarafından tariflenmiştir<sup>2</sup>. İkinci vaka ise yine 1985'te Clarke ve ark. tarafından yayınlanmıştır<sup>3</sup>. Clarke ve ark. sağ 5. kostada patolojik kırık ile başvuran 50 yaşındaki kadın hastayı kostanın anterior kısmını rezeke ederek tedavi etmişlerdir. Literatürdeki kosta yerleşimli üçüncü vaka ise Friedman ve ark. tarafından 1989'da 26 yaşındaki bir kadın hastada saptanmıştır<sup>4</sup>. Sunulan yayındaki vaka bugüne kadar yayınlanan literatürdeki dördüncü vakadır. Benign fibröz histiyositoma, histolojik olarak çocukluk çağında görülen non-ossifying fibroma ile aynıdır ancak klinik ve radyolojik özellikleri ile kolayca ayrılabilir. Benign fibröz histiyositomanın klinik ve radyolojik olarak en sık karşılabileceği durum dev hücreli tümördür<sup>6</sup>. Benign fibröz histiyositoma, dev hücreli tümör ile karşılaştırıldığında daha az agresif seyir izler ve radyografik olarak kitle sınırları daha iyi tanımlanabilir. Ayrıca tümörün boyutuna oranla bakıldığında osteoperiostal yapı daha iyi korunmuştur. Histolojik olarak da benign fibröz histiyositomada da dev

hücreler görülürse de bu durum dev hücreli tümörde olduğu kadar diffüz değildir. Ayrıca benign fibröz histiyositomada hücreler daha içsidir ve storiform patern gösterir. Ayırıcı tanıda malign fibröz histiyositoma da bazen sorun yaratabilir. Klinik seyrin daha yavaş olması ve histolojik olarak atipik mitoz ve pleomorfizmin olmaması benign ayırımında oldukça yardımcıdır. Hiperparatiroidizmde görülen Brown tümör de içsi ve dev hücreler içermesi nedeniyle benign fibröz histiyositoma ile karışabilir ancak serum biyokimyasal testleri ile ayırım yapılabilir<sup>3</sup>. Bizim hastamızda da radyografik bulgular nadir bir yerleşim yeri olmasına rağmen dev hücreli tümörü düşündürmekteydi. Yapılan eksizyonel biyopsi sonrasında histopatolojik incelemede ince kortikal kemik altında “storiform” patern oluşturan içsi sitoplazmalı fibrohistiyositik hücreler ve arada osteoblastik aktivite içeren genç osteoid doku izlenmesiyle ve atipik mitoz ve pleomorfizmin görülmemesiyle, serum biyokimyasal incelemesinin normal olmasıyla tanı “Benign Fibröz Histiyositoma” olarak saptandı. Sonuç olarak genellikle uzun kemiklerin metafizinde yerleşim gösterse de, kosta, pelvis kemikleri gibi nadir

lokalizasyonlarda görülen geniş osteolitik lezyonlarda, diğer sık görülen tümörler yanında, benign fibröz histiyositomanın da gözönünde bulundurulmasının faydalı olacağı inancındayız.

#### KAYNAKLAR

1. Campanacci M: Bone and Soft Tissue Tumors. 2nd ed. New York-Wien: Springer Verlag, 1990.
2. Clark TD, Stelling CB, Fechner RE: Benign fibrous histiocytoma of the left 8 th rib. Case report 328. *Skeletal Radiol* 1985; 14(2): 149-51.
3. Clarke BE, Xipell JM, Thomas DP: Benign fibrous histiocytoma of bone. *Am J Surg Pathol* 1985; 9(11): 806-15.
4. Friedman L, Patel M, Lew E, Silberberg P: Benign histiocytic fibroma of rib with CT correlation. *Can Assoc Radiol J* 1989; 40 (2): 114-6.
5. Dominok GW, Eisengarten W: Benign fibrous histiocytoma of bone. *Zentralbl Allg Pathol* 1980; 124 (1-2): 77-83.
6. Destouet JM, Kyriakos M, Gilula LA: Fibrous histiocytoma (fibroxanthoma) of a cervical vertebra. A report with a review of literature. *Skeletal Radiol* 1980; 5(4): 241-6.
7. Roessner A, Immenkamp M, Weidnerd A, Hobik HP, Grundmann E: Benign fibrous histiocytoma of bone. Light and electron-microscopic observations. *J Cancer Res Clin Oncol* 1981; 101 (2): 191-202.