

# Σπάνια περίπτωση συνύπαρξης πρωτοπαδούς χονδροσαρκώματος λάρυγγα με δηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς αδένων

I. Ιακωβίδου<sup>1</sup>, Ο. Τζαΐδα<sup>3</sup>, Κ. Μπάνης<sup>2</sup>

Παρουσιάζεται περίπτωση διπλού νεοπλασματος με πρωτοπαθείς εντοπίσεις το λάρυγγα και το θυρεοειδή αδένω, σε άνδρα ηλικίας 37 ετών με ιστορικό κολλοειδούς βρογχοκήλης από διαιτίας, παραλαρυγγική διόγκωση και συμπτωματολογία καθήλωσης αριστερής φωνητικής χορδής. Ο λαρυγγικός όγκος μ.δ. 4εκ. εξωρμάτο από τον κρικοειδή χόνδρο και αφορούσε καλά διαφοροποιημένο χονδροσάρκωμα, ιστολογικού βαθμού κακοήθειας I- II με λίγες περιφερικές εστίες αποδιαφοροποίησης και εστιακή διήθηση των πέριξ ιστών. Η συνοδός εκτομή του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς αδένω ανέδειξε, εν μέσω αλλοιώσεων κολλοειδούς βρογχοκήλης, εστία δηλώδους καρκινώματος μ.δ. 0,3 εκ.

Η σπανιότητα των χόνδρινης προέλευσης νεοπλασμάτων του λάρυγγα και ιδιαίτερα η συνύπαρξη του στη συγκεκριμένη περίπτωση με δηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, αποτέλεσαν κίνητρο για την παρουσίαση αυτής της περίπτωσης η οποία εμφανίζεται μοναδική στην προσιτή βιβλιογραφία.

**Λέξεις κλειδιά:** Χονδροσάρκωμα, Λάρυγξ, δηλώδες καρκίνωμα, θυρεοειδής.

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η περίπτωση αφορά άνδρα, ηλικίας 37 ετών, με παραλαρυγγική διόγκωση αυξανόμενου μεγέθους από 2ετίας συνοδευόμενη από προοδευτική δυσφαγία και βράγχος φωνής με καθήλωση της αριστερής φωνητικής χορδής.

Κατά τον πρώτο έλεγχο της περιοχής με υπερηχογράφημα η διόγκωση αποδόθηκε σε

αλλοιώσεις κολλοειδούς βρογχοκήλης με παρουσία κυστικού όζου διαμέτρου 17 χιλ. στη μεσότητα του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς αδένω. Μετά ένα έτος, ο θυρεοειδής σε σπινθηρογράφημα εμφάνιζε μικρή αύξηση των ορίων του και ανομοιογενή καθήλωση του ραδιοφαρμάκου με μικρή ελλειμματική περιοχή στη μεσότητα του αριστερού λοβού η οποία χαρακτηρίσθηκε ψυχρός όζος. Ο ασθενής με επίταση των συμπτωμάτων κατέφυγε τελικά, μετά 2ετή περιπλάνηση, στην Ω.Ρ.Λ. Κλινική του Νοσοκομείου μας.

Στον προεγχειρητικό έλεγχο η αξονική το-

<sup>1</sup>Παθ/ανατομικό Εργαστήριο και <sup>2</sup>Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Π.Α.-Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ, <sup>3</sup>Παθ/ανατομικό Εργαστήριο Ογκολογικού Νοσοκομείου Ι.Κ.Α. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

μογραφία του τραχήλου απεκάλυψε υπογλωττιδική χωροκατακτητική επεξεργασία στο ύψος του άνω πόλου του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς, διαστάσεων 4x3x2,5 εκ. Η αλλοίωση, ανομοιογενούς υφής, προκαλούσε ασάφεια των άνω ορίων του θυρεοειδούς, του πλάγιου τοιχώματος του υποφάρυγγα και απώδηση του λάρυγγα προς τα δεξιά με καταστροφή του οπίσθιου και αριστερού τμήματος του κρικοειδούς χόνδρου. Οι τραχηλικοί λεμφαδένες ήσαν φυσιολογικού μεγέθους. Τα απεικονιστικά αυτά ευρήματα αποδόθηκαν σε διηθητικό νεόπλασμα αμφιδόλου προέλευσης με πιθανότερες εστίες εξόρμησης: α) τον άνω πόλο του θυρεοειδούς και β) το αριστερό πλάγιο τοίχωμα του υποφάρυγγα.

Εκρίθη ότι για έναν υποβλεννογόνιο υπογλωττιδικό όγκο, δυσπρόσιτο σε χειρισμούς τμηματικής βιοψίας, η ορθότερη αντιμετώπιση θα ήταν η ολική αφαίρεση και με τον προαναφερθέντα προβληματισμό ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Διεχειρητικά απεκαλύφθη ότι ο όγκος εντοπιζότο στο οπίσθιο τοίχωμα του λάρυγγα, στο μεσαριτυνοειδές διάστημα σ' επαφή με το οπίσθιο κείλος του κρικοειδούς και του θυρεοειδούς χόνδρου.

Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίστατο σε αφαίρεση του λαρυγγικού όγκου μεγίστης διαμέτρου 4 εκ, με συνοδό εκτομή του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς αδένα,

Σε δεύτερο χρόνο ακολούθησε συμπληρωματική ευρύτερη εκτομή της οπισθοκρικοειδούς περιοχής και αφαίρεση του υπόλοιπου τμήματος του θυρεοειδούς αδένα,

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Από τον λαρυγγικό όγκο και μετά από μονιμοποίηση σε φορμόλη 10% ελήφθησαν τομές πάχους 3-4μ για χρώσεις με αιματοξυλίνη- ηωσίνη και ιστοχημικές χρώσεις PAS και Alcian Blue. Ανοσοϊστοχημικά αναζητήθηκε η έκφραση των παρακάτω αντιγόνων χρησιμοποιώντας ειδικά αντίστοιχα μονοκλωνικά αντισώματα: Vimentin (Daco 1:5), S<sub>100</sub> πρωτεΐνη (Daco 1:100), Lysozyme (1:50), α<sub>1</sub>-antitrypsin (Daco 1:50) και α<sub>1</sub>-antichymotrypsin (Daco 1:50).

Πολλαπλές τομές έως και την πλήρη εξάντληση του υλικού ελήφθησαν επίσης για συνήθεις χρώσεις από τον αφαιρεθέντα αριστερό λοβό του θυρεοειδούς αδένα.

Αντίστοιχα ελήφθησαν τομές από το υλικό της κατά δεύτερο χρόνο ευρύτερης εκτομής

του όγκου και από το δεξιό λοβό του θυρεοειδούς αδένα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

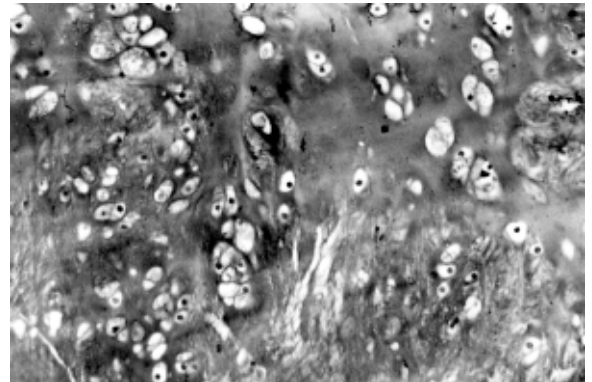
### Μακροσκοπικά - Μικροσκοπικά ευρήματα

Ο παραλαρυγγικός όγκος, μεγίστης διαμέτρου 4 εκ. είχε χρώμα λευκόφαιο και σύσταση ελαστική έως εύδρυπη.

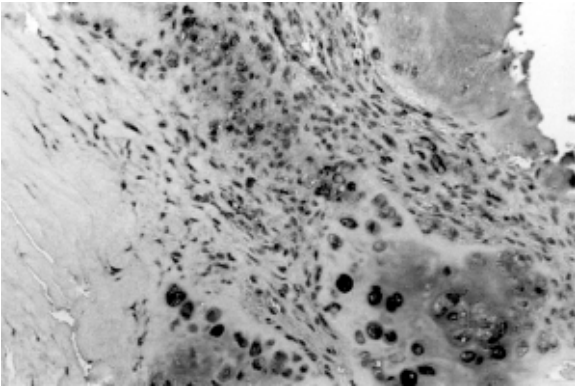
Στο τμήμα του θυρεοειδούς αδένα (αριστερός λοβός) βάρους 3 γραμ. και διαστάσεων 5x2,7x2 εκ. βρέθηκε όζος με ζελατινώδες περιεχόμενο, μεγαλύτερης διαμέτρου 1,2 εκ. Το υπόλοιπο θυρεοειδικό παρέγχυμα ήταν ομοιογενές.

Το υλικό της ευρύτερης εκτομής αφορούσε συνδετικομυολιπώδες ιστοτεμάχιο διαστάσεων 3x1,5x1 εκ. και τμήμα δέρματος διαστάσεων 12x3x0,5 εκ. με χειρουργική ουλή σε όλο το μήκος του. Το συναφαιρεθέν τμήμα θυρεοειδούς αδένα (δεξιός λοβός) βάρους 5 γραμ. διαστάσεων 4x3x1,5 εκ. είχε ομοιογενή υφή και σύσταση ζελατινώδη.

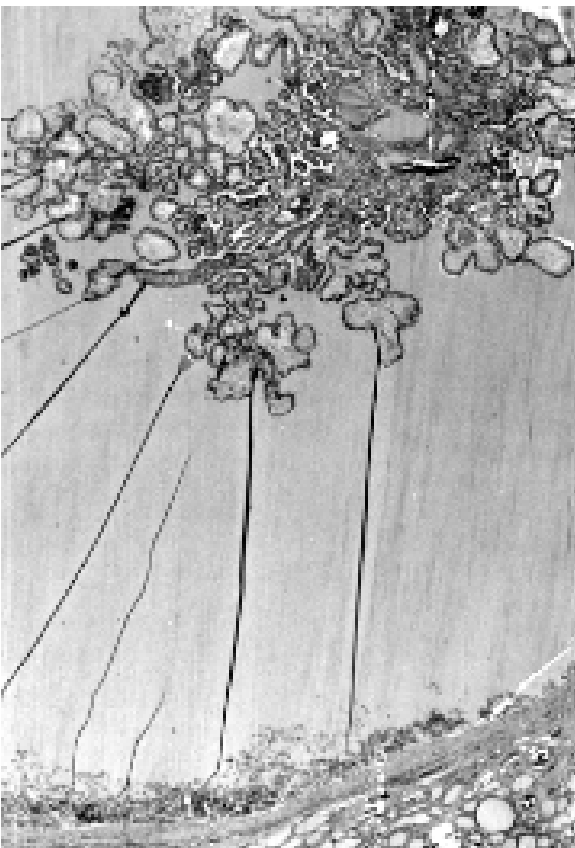
Στη μικροσκοπική εξέταση ο παραλαρυγγικός όγκος είχε ιστολογικούς χαρακτήρες μεσεγχυματογενούς νεοπλάσματος με προέλευση τον χόνδρινο ιστό. Η επικρατούσα εικόνα ήταν λοβοί καλά διαφοροποιημένοι περιβαλλόμενοι από λεπτό ινώδες στρώμα, με μέτρια κυτταροβρίθεια και συμμετοχή ολίγων διπύρηνων κυττάρων. Εστιακά όμως αναδείχθηκε αυξημένη κυτταροβρίθεια με αδροίσεις κυττάρων με διογκωμένους διαυγοκυτταρικούς πυρήνες, παρουσία άφθονων διπύρηνων μορφών και μεμονωμένα γιγαντοκύτταρα. Σε περιφερικές θέσεις αναγνωρίσθηκαν εστίες ατρακτό-



Εικόνα 1. HEX160 - Αύξηση της κυτταροβρίθειας με αταξία και μικρή κυτταρική ατυπία.



**Εικόνα 2.** S-100 πρωτεΐνη X160 - Θετική ανοσοϊστοχημική απάντηση - Θέσεις αποδιαφοροποίησης με ατρακτόμορφο πληθυσμό.



**Εικόνα 3.** HEX60 - Θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, σε όζο κολλοειδούς βρογχοκήλης.

μορφου νεοπλασματικού πληθυσμού.

Το νεόπλασμα στο σύνολό του δεν εμφανίζει αξιόλογη μιτωτική δραστηριότητα.

Διάσπαρτες ήταν οι περιοχές οστεοποίησης

και εμφανή τα εκφυλιστικά φαινόμενα.

Σε πολλαπλές τομές που εξετάσθηκαν το νεόπλασμα επεκτεινόταν πέραν της ψευδοκάψας στους περιβάλλοντες ιστούς (λιπώδη ιστό, περιτονία, δεσμίδες γραμμωτών μυϊκών ινών).

Τα παραπάνω μορφολογικά ευρήματα οδήγησαν στη διάγνωση χονδροσαρκώματος ιστολογικού βαθμού κακοήθειας (Grade) I-II με βάση τα προταθέντα υπό των Lichtenstein-Jaffe και Evans κριτήρια ταξινόμησης αυτών των νεοπλασμάτων. Οι θέσεις ατρακτόμορφου νεοπλασματικού πληθυσμού θεωρήθηκαν ως εστίες αποδιαφοροποίησης.

Τα ιστοχημικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα ήσαν απόλυτα συμβατά με την παραπάνω διάγνωση επιβεβαιώνοντας τη μεσεγχυματογενή και ειδικότερα τη χόνδρινη προέλευση του νεοπλάσματος (Vimentin δετική, S<sub>100</sub> πρωτεΐνη δετική). Ο ατρακτόμορφος πληθυσμός που αναγνωρίσθηκε σε λίγες περιφερικές θέσεις αντέδρασε εστιακά στη Vimentin ενώ η περαιτέρω διερεύνηση του υπήρξε αδύνατος λόγω εξάντλησής του στις βαθύτερες τομές. Κατά την εξέταση του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς αδένος παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις κολλοειδούς βρογχοκήλης. Σε τομές από τον όζο που περιγράφεται μακροσκοπικά και ο οποίος στη μεγαλύτερη του έκταση περιείχε κολλοειδές, αναγνωρίσθηκε εστία ανάπτυξης δηλώδους καρκινώματος, μεγαλύτερης διαμέτρου 0,3 εκ. με σπάνια ψαμμώδη σωματίδια. Το νεόπλασμα διέβρωνε τον περιβάλλοντα αντιδραστικό ιστό χωρίς όμως σαφή διηθητική ανάπτυξη στο γειτονικό παρέγχυμα.

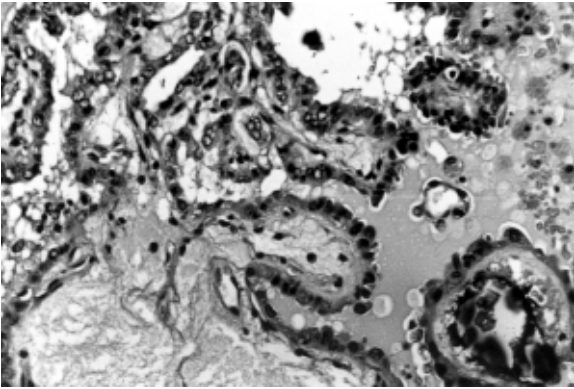
Στο υλικό της σε δεύτερο χρόνο ευρύτερης εκτομής δεν βρέθηκε υπολειπόμενος όγκος. Στο συναφαιρεθέντα δεξιό λοβό του θυρεοειδούς αδένος παρατηρήθηκαν ήπιες αλλοιώσεις κολλοειδούς βρογχοκήλης.

Ο ασθενής για την αντιμετώπιση του δηλώδους καρκινώματος του θυρεοειδούς έλαβε συμπληρωματική αγωγή με ραδιενεργό I<sup>131</sup>.

Σήμερα, ένα έτος μετά τη διάγνωση, είναι ελεύθερος νόσου.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα χόνδρινης προέλευσης νεοπλάσματα του λάρυγγα είναι ιδιαίτερα σπάνιοι όγκοι. Από το 1836 μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί 250 τέτοιες περιπτώσεις<sup>1-4</sup>. Εννενήντα μόνον από αυτές χαρακτηρίσθηκαν χονδροσαρκώματα αποτελώντας μόλις το 0,1% του συνόλου των κα-



**Εικόνα 4.** HEX200 - Θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς - διαυγή κύτταρα, ψαμμώδες σωματίο.

κοήδων λαρυγγικών όγκων<sup>5,6</sup>. Η πλειονότητα τους, έχει υπογλωττιδική εντόπιση με κύρια προέλευση τον κρικοειδή χόνδρο σε ποσοστό 80%. Δεύτερο κατά σειρά σημείο προέλευσης είναι ο θυρεοειδής χόνδρος (18%) ενώ έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις προερχόμενες από τον αρυταινοειδή και τις φωνητικές χορδές<sup>4,6</sup>.

Τα νεοπλάσματα αυτά, προσβάλλουν καθ' υπεροχήν τους άνδρες σε αναλογία 5:1. Η μέση ηλικία των ασθενών, ανεξαρτήτως φύλου, είναι τα 60 έτη<sup>7,8</sup>. Η συμπτωματολογία είναι μακράς διάρκειας συνήδως πέραν του ενός έτους, στοιχείο που αντανακλά τη βραδεία ανάπτυξη αυτών των όγκων. Αναφέρεται περίπτωση ασθενούς με εννεαετή διάρκεια συμπτωμάτων. Η συνήδης συμπτωματολογία, ανάλογη της εντόπισης και του μεγέδους του όγκου, αφορά σε βράγχος φωνής, δύσπνοια και δυσφαγία<sup>6-10</sup>.

Κλινικά η διάγνωση πιθανολογείται με βάση το ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τα ακτινολογικά ευρήματα. Στην κλινική εξέταση και κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση οι όγκοι αυτοί παρουσιάζονται σαν υπογλωττιδικές, ομαλές υποβλεννογονίες μάζες με ακέραιο το λαρυγγικό βλεννογόνο.

Στην παρούσα περίπτωση η συνύπαρξη των αλλοιώσεων της προϋπάρχουσας πάθησης του θυρεοειδούς αδένος επεσκίασε την όλη κλινική εικόνα καθ' όλη τη διετή περιπλάνηση του ασθενούς επικαλύπτοντας το ουσιαστικό του πρόβλημα.

Σε κάθε περίπτωση η τελική διάγνωση τίθεται με την ιστολογική εξέταση. Σε μικροσκοπικό επίπεδο τα από τους Lichenstein και Jaffe προταθέντα κριτήρια ταξινόμησης των χονδρο-

σαρκωμάτων των οστών εφαρμόζονται και επί των λαρυγγικών<sup>11</sup>. Στοιχεία κακοήθειας αποτελούν η αυξημένη κυτταροβρίθεια και η ανωμαλία σχήματος και μεγέδους κυττάρων και πυρήνων. Ιδιαίτερα τονίζεται η παρουσία κυττάρων με διογκωμένους πυρήνες, άφθονων διπύρηνων μορφών και γιγάντιων χονδροκυττάρων με μεγάλους μονήρεις ή πολλαπλούς πυρήνες και αδρό δίκτυο χρωματίνης.

Το κυριώτερο πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης των χονδροσαρκωμάτων του λάρυγγα και ιδιαίτερα των χαμηλού βαθμού κακοήθειας είναι η διάκριση τους από το χόνδρωμα<sup>11,12</sup>. Επισημαίνουμε ότι αρκετά συχνά γίνεται υποδιάγνωση αυτών των όγκων και η ορδή εκτίμηση του νεοπλάσματος, σε ορισμένες περιπτώσεις επιτυγχάνεται μόνο μετά υποτροπή ή και μετάσταση. Κακοήθης μετατροπή ενός γνήσιου καλοήθους χονδρώματος φαίνεται να μην υφίσταται. Επανεκτίμηση τομών από τον αρχικό όγκο έδειξε σε όλες αυτές τις περιπτώσεις ότι η κακοήθεια υπήρχε εξ αρχής<sup>13</sup>. Στο διαφοροδιαγνωστικό αυτό πρόβλημα η μέτρηση του D.N.A., ενδεχομένως, αποτελεί επικουρικό στοιχείο<sup>5</sup>.

Ανάλογο με τα κριτήρια των Lichenstein και Jaffe είναι και το προτεινόμενο από τον Evans σύστημα ταξινόμησης αυτών των όγκων με ιστολογικούς βαθμούς κακοήθειας I, II και III και αντιστοιχία του βαθμού I με τα χαμηλού βαθμού κακοήθειας χονδροσαρκώματα<sup>14</sup>. Στο σύστημα αυτό ταξινόμησης κατά Evans εισάγεται ως επιπλέον παράμετρος αξιολόγησης η μιτωτική δραστηριότητα. Έτσι τα νεοπλάσματα βαθμού κακοήθειας II χαρακτηρίζονται από αυξημένη κυτταροβρίθεια, μυξοειδές μάλλον παρά χονδρώδες υπόστρωμα και μιτώσεις λιγότερες των δύο ανά δέκα μεγάλα οπτικά πεδία. Τα χονδροσαρκώματα βαθμού κακοήθειας III εμφανίζουν έντονη κυτταροβρίθεια, ιδιαίτερη κυτταρική ατυπία, ευμεγέδεις πυρήνες και δύο ή περισσότερες μιτώσεις ανά δέκα μεγάλα οπτικά πεδία.

Το παραπάνω σύστημα ταξινόμησης έχει ικανοποιητική αντιστοιχία με την πρόγνωση. Αυξανόμενου του βαθμού κακοήθειας τα χονδροσαρκώματα παρουσιάζουν αυξημένη τάση μετάστασης και τοπικής υποτροπής και οι υποτροπιάζοντες όγκοι είναι δυνατόν να εμφανισθούν με μεγαλύτερο βαθμό κακοήθειας του αρχικού. Οι αναφερόμενες υποτροπές στη βιβλιογραφία ανέρχονται στο 61% των περιπτώσεων και είναι δυνατόν να επέλθουν σε απο-

μεμακρυσμένο χρόνο (έως και 18 έτη από τη διάγνωση). Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις απομακρυσμένων μεταστάσεων (σε πνεύμονες, νεφρούς, σπλήνα)<sup>6-8,13</sup>.

Γενικά, η πλειονότητα των χονδροσαρκωμάτων του λάρυγγα είναι χαμηλού βαθμού κακοήθειας με συχνή ωστόσο επέκταση στους γύρω ιστούς. Η βιολογική τους συμπεριφορά είναι ήπια και η πρόγνωση τους καλύτερη των αντίστοιχων νεοπλασμάτων των οστών<sup>5,7,8,13</sup>.

Η 5ετής επιβίωση των ασθενών είναι της τάξεως του 80%.

Ιδιαίτερη ιστολογική παράμετρος που φαίνεται ότι επηρεάζει δυσμενώς την πρόγνωση είναι η παρουσία εστιών αποδιαφοροποίησης η κατ' άλλους ερευνητές αναφερόμενη ως επιπρόσδετη κακοήθης μεσεγχυματογενής συνιστώσα (Dedifferentiated chondrosarcoma/Chondrosarcoma with additional malignant mesenchymal component)<sup>15-17</sup>. Το επιπρόσδετο αυτό στοιχείο εμφανίζεται κυρίως υπό μορφή ινοσαρκώματος αλλά και ως οστεοσάρκωμα, κακώδης ινώδης ιστιοκύττωμα, ραβδομυοσάρκωμα<sup>16-18</sup>. Προς ερμηνεία της παρουσίας αυτών των στοιχείων υποστηρίζονται δύο διαφορετικοί μηχανισμοί παθογένεσης. Η θεωρία του "αποδιαφοροποιημένου" στοιχείου ως αποτέλεσμα μετάπτωσης των κυττάρων του νεοπλασματος σε ένα πλέον αρχέγονο εμβρυολογικά στάδιο ανάπτυξης και η θεωρία της διπλής κλωνικότητας (δύο διαφορετικοί κακοήθεις κλώνοι ο ένας των οποίων διαφοροποιείται προς χόνδρινη και ο άλλος προς ινοβλαστική ή άλλου τύπου κατεύθυνση). Η δεύτερη θεωρία φαίνεται ότι υποστηρίζεται από το διαφορετικό ανοσοϊστοχημικό προφίλ του χόνδρινου και

του επιπρόσδετου στοιχείου και από την απουσία ζώνης μετάπτωσης του ενός στοιχείου στο άλλο<sup>5</sup>. Ανεξάρτητα πάντως από την ισχύ της μίας ή της άλλης θεωρίας το σημείο συμφωνίας όλων των ερευνητών είναι η παραδοχή ότι τα χονδροσαρκώματα με επιπρόσδετη μεσεγχυματική συνιστώσα εμφανίζουν ιδιαίτερα επιδετική βιολογική συμπεριφορά με μεταστάσεις κυρίως πνευμονικές και μοιραία κατάληξη σε συντομότατο χρονικό διάστημα (6 μήνες κατά μέσον όρο).

Θεραπεία επιλογής για τα χονδροσαρκώματα του λάρυγγα θεωρείται η πλήρης χειρουργική αφαίρεση του όγκου χωρίς λαρυγγεκτομή εκτός εάν ο κρικοειδής χόνδρος προσβάλλεται πλέον του 50% της έκτασης του<sup>19,20</sup>.

Χειρουργικές τεχνικές και προσπελάσεις προτείνονται διάφορες όπως λαρυγγοδιάνοξη, θυρεοτομή, μερική και ολική λαρυγγεκτομή ανάλογα με την εντόπιση, την έκταση και το βαθμό κακοήθειας του όγκου. Σταθερός πάντως θεραπευτικός στόχος είναι η διατήρηση του λάρυγγα εφαρμόζοντας αρχική συντηρητική χειρουργική θεραπεία ακολουδούμενη, αν κριθεί σκόπιμο σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου, συνήθως σε περίπτωση υποτροπής, από ευρύτερη επέμβαση<sup>8,13,19,20</sup>.

Η περίπτωση που παρουσιάζουμε αφορά τυπικό καλά διαφοροποιημένο χονδροσάρκωμα ιστολογικού βαθμού κακοήθειας I-II και αντιμετωπίσθηκε με την ενδεδειγμένη συντηρητική θεραπεία επιλογής. Η συνύπαρξή του με δηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένος οφείλει να θεωρηθεί τυχαία και φαίνεται να αποτελεί μοναδικότητα στην προσοχή μας βιβλιογραφία.

## SUMMARY

### **Primary chondrosarcoma of the larynx and papillary carcinoma of the thyroid gland: A rare coincidence**

**I. Iakovidou<sup>1</sup>, O. Tzaida<sup>2</sup>, K. Banis<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Pathology Department & <sup>3</sup>Otolaryngology Clinic, <sup>2</sup>"METAXA" Cancer Hospital Pathology Department, "G. GENNIMATAS" Oncological Hospital of Social Services

*A case of a double neoplasm with independent primary sites, the larynx and thyroid gland, in a 37 year old men, is presented.*

*The patient with a two years history of colloid goiter, complained for a slowly growing paralaryngeal mass with progressive hoarseness of voice and dysphagia. The histologic appearance of this subglottic, submucosal tumor of 4 cm in diameter, originated from thyroid cartilage, was that of a low grade chondrosarcoma (Grade I-II) with few foci of dedifferentiation and partial infiltration of the adjacent*

tissues.

*The synchronous excision of the left lobe of thyroid gland revealed a focus of papillary carcinoma in a background of colloid nodular goiter. The rarity of cartilaginous tumors of the larynx and especially its unusual coexistence with papillary thyroid carcinoma, motivated us to present this case which is probably unique in the literature.*

**Key words:** Chondrosarcoma, Larynx, papillary carcinoma, thyroid.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Muller J: Rede zur Feier dew 42 Stiftung Stagem Des Klin Med Chir Berlin: Fried-Wilhelm Institut, 1836.
2. New GB: Sarcoma of the larynx: report of 2 cases. Arch Otolaryngol 1935, 21:648-52.
3. Brown DH, Turnbull DL, Heeneman H: Laryngeal chondrosarcoma: gross pathological, histologic and electron microscopic characteristics. Can J Surg 1985, 28:234-6.
4. Poole AG, Hall R: Chondrosarcoma of the larynx: a case report and review of the literature. Aust NZ J Surg 1986, 56:281-4.
5. Bleiwiss IJ, Kaneko M: Chondrosarcoma of the larynx with additional malignant mesenchymal component (dedifferentiated chondrosarcoma). Am J Surg Pathol 1988, 12(4):314-20.
6. Ostberg Y, Boquist L, Diamant H: Laryngeal chondrosarcoma in Sweden. Acta Otolaryngol 1979, 88:142-147.
7. Huizenga C, Baloch K: Cartilaginous tumors of the larynx: A clinicopathologic study of 10 new cases and a review of the literature. Cancer 1970, 26:201-210.
8. Batsakis JG, Fox JE: Supporting tissue neoplasms of the larynx: cartilaginous tumors of the larynx. Collective review. Surg Gynec Obstet 1970, 992-993.
9. Goethals PL, Dahlin DC, Devin KD: Cartilaginous tumors of the larynx. Surg Gynec Obstet 1963, 117:77.
10. Champers RG, Friedel W: Chondrosarcoma of the larynx. Laryngoscope 1976, 86:713.
11. O'Neal LW, Ackerman: Chondrosarcoma of bone. Cancer 1952, 5Z:551.
12. Linchtenstein L, Jaffe: Chondrosarcoma of bone. Am J Path 1943, 19:553-574.
13. Laverty P, Tucker HM: Chondrosarcoma of the larynx: case report and management philosophy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1984, 93:452-6.
14. Evans HL, Ayala AG, Romsdahl MM: Prognostic factors in chondrosarcoma of bone: a clinicopathologic analysis with emphasis on histologic grading. Cancer 1977, 40:818-31.
15. Kahn LB: Chondrosarcoma with dedifferentiated foci: a comparative and ultrastructural study. Cancer 1976, 37:1365-75.
16. Johnson S, Tetu B, Ayala AG, Chawla SP: Chondrosarcoma with additional mesenchymal component (dedifferentiated chondrosarcoma). I.A. clinicopathologic study of 26 cases. Cancer 1986, 58:278-86.
17. Tetu B, Ordonez NG, Ayala AG, Mackay B: Chondrosarcoma with additional mesenchymal component (dedifferentiated chondrosarcoma). II. A immunohistochemical and electron microscopic study. Cancer 1986, 58:287-981.
18. Reith JD, Bauer TW, Fischler DF, Joyce MJ, Marks KE: Dedifferentiated chondrosarcoma with rhabdomyosarcomatous component. Am J Surg Pathol 1996, 20(3):293-98.
19. Hicks JN, Walker EE, Moor EE: Diagnosis and conservative management of chondrosarcoma of the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol 1982, 91:389-94.
20. Laverty P, Tucker HM: Chondrosarcoma of the larynx: case report and management philosophy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1984, 93:452-6.