



Nadir Yerleşim Gösteren Tenosinovyal Dev Hücreli Tümör: Olgu Sunumu

Oktaç BELHAN¹
Halil GÖKÇE¹
Lokman KARAKURT¹
Adile Ferda DAĞLI²
Deniz KARGIN¹
Sancar SERBEST¹

¹ Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji
Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

² Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

Geliş Tarihi : 29.01.2008
Kabul Tarihi : 19.02.2008

Yazışma Adresi Correspondence

Oktaç BELHAN
Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji
Anabilim Dalı,
23119
Elazığ, TÜRKİYE

okbelhan@yahoo.com

Tenosinovyal dev hücreli tümör (TSDHT); sıklıkla el ve ayak parmakları, dizde eklem içi, popliteal bölge, ayak bileği çevresi gibi bölgelerin tendon kılıflarından ortaya çıkan nadir görülen lokalize bir tümöral oluşumdur. Benign olarak kabul edilmekle birlikte literatürde malign karakterli olgular da bildirilmiştir. Bu çalışmamızda popliteal bölge yerleşimli TSDHT tanısı konulan olgunun tedavisini, takip sürecini ve TSDHT hakkında genel bilgi vermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Tenosinovyal dev hücreli tümör, Tendon, sinovit, tanı, tedavi.

Tenosynovial Giant Cell Tumor Showing Rare Placement: Case Report

Tenosynovial giant cell tumor (TGCT) is a rarely seen localized tumor which is commonly seen at the tendon sheaths of the hand and foot fingers, knee joint, popliteal region and ankle. It is also called as tendon based pigmented villonodular synovitis. Although it is known to be a benign condition, there are some malignant cases reported in the literature. In this study we aimed to report the treatment and follow up period of a patient with the diagnosis of TGCT and with this reason giving general information about the disease.

Key Words: Tenosynovial giant cell tumor, tendon, synovitis, diagnosis, treatment.

Giriş

Tenosinovyal dev hücreli tümör (TSDHT); sinovyal kökenli selim yumuşak doku tümörleri grubundandır (1, 2). TSDHT en sık el ve ayak parmaklarının palmar yüzünde yerleşim göstermekte, diz ve ayak bileği gibi geniş eklemlerde ise daha az sıklıkla görülmektedir (3). Tanı radyolojik olarak konulabilmekle birlikte, kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir (4). Tedavisi temiz sınırlara ulaşana kadar cerrahi eksizyon yöntemidir.

Olgu Sunumu

20 yaşında bayan hasta, sol diz posterolateralinde yaklaşık 2 yıldır bulunan ve son 6 aydır gittikçe büyüdüğünü belirttiği şişlik nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol diz popliteal bölge lateralinde yaklaşık 10x9 cm boyutlarında lastik kıvamlı ve mobil kitle tespit edildi. Ek bir patoloji tespit edilmedi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde; 9x8 cm boyutta, T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda heterojen hipointens lobüle konturlu kitle lezyonu ve ayrıca T2 ağırlıklı sekanslarda kitle içerisinde yer yer hiperintens alanlar saptandı (Şekil 1a, 1b). Daha sonra yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde pigmentte villonodüler sinovit veya tenosinovyal dev hücreli tümör tanıları öncelikle düşünülmüş olup lezyonun total eksizyonu önerilmiştir.

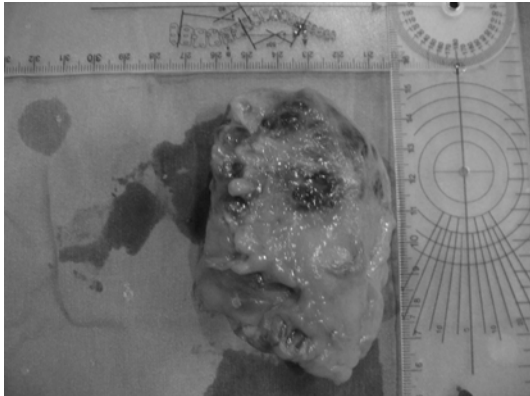
Rutin anestezi hazırlıkları tamamlanan hasta, genel anestezi altında operasyona alındı. Sol diz posterolateralinden yapılan insizyonla kitleye ulaşıldı. Kitlenin kapsüllü olduğu gözlemlendi ve kapsülüyle beraber tamamen eksize edildi (Şekil 2). Çıkarılan kitle patoloji laboratuvarına gönderildi. Patolojik inceleme ile lezyonun tenosinovyal dev hücreli tümör olduğu sonucuna varıldı (Şekil 3a, 3b).



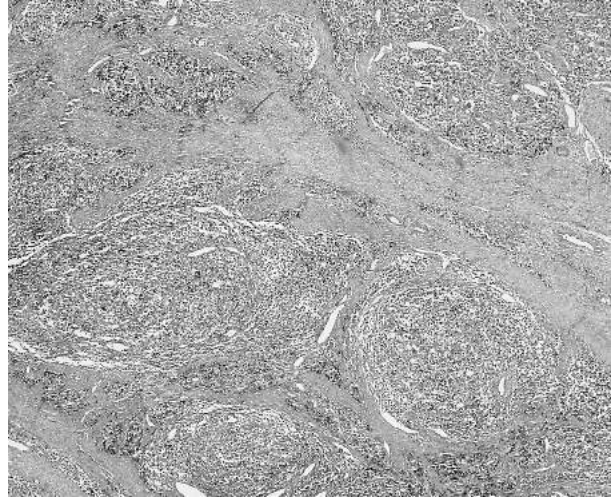
Şekil 1 a). Sol diz posterolateraline yerleşimli kitlenin koronal kesit (MRG) görünümü.



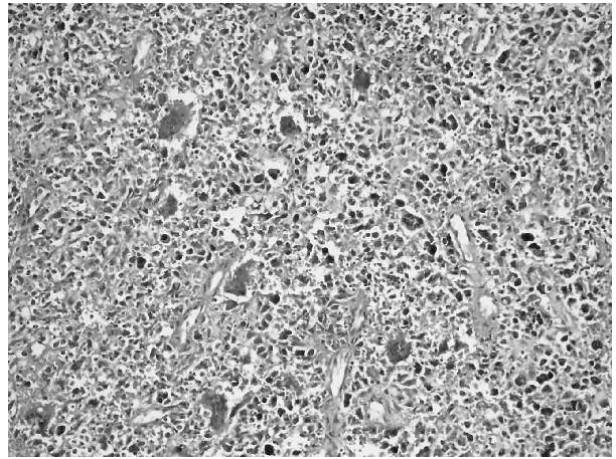
Şekil 1 b). Sol diz posterolateraline yerleşimli kitlenin sagittal kesit (MRG) görünümü.



Şekil 2. Ameliyat ile çıkarılan dokunun makroskobik görünümü.



Şekil 3 a). Fibröz bağ doku septalarıyla yer yer nodüllere ayrılmış yumuşak dokunun dev hücreli tümörünün histopatolojik görünümü (HEX40).



Şekil 3 b). Vasküler bir stromada nisbeten uniform, yuvarlak-oval mononükleer hücreler ile multinükleer osteoklast benzeri dev hücrelerden oluşan ve hemosiderin yüklü makrofajlar içeren tümörün histopatolojik görünümü (HEX200).

Tartışma

Tenosinovyal dev hücreli tümör (TSDHT); sinovyal kökenli selim yumuşak doku tümörleri grubundandır. Histopatolojik özellikleri villonodüler sinovite benzer. Sinovya dokusunun agresif, yıkıcı bir şekilde büyümesi ve çevre dokuları sarıp eritmesi ile karakterize bir tablodur. Sinovyanın bu gelişimi tümöral bir kitle gibi etki eder. (1-4)

TSDHT en sık el ve ayak parmaklarının palmar yüzünde yerleşim göstermekte, diz ve ayak bileği gibi geniş eklemlerde ise daha az sıklıkla görülmektedir. TSDHT diz ve ayak bileği çevresi yumuşak doku tümörlerinin %1.7'sini oluşturmaktadır(4).

Ushijima ve ark.(1)'nın yaptığı çalışmada TSDHT tanısı konan 207 hastanın yalnızca 8 tanesinin dize

lokalize olduğu tespit edilmiştir, ekstraartiküler yerleşimi ise nadir olarak tanımlanmıştır. Bizim olgumuzda da ekstraartiküler yerleşimli TSDHT mevcuttu.

Etyolojisinde kronik inflamasyon, tekrarlayan travma, eklem aşırı kullanımı gibi nedenler ileri sürülmüş olup olgumuzda bu nedenleri düşündürecek anamnez alınmamıştır.(5)

Klinik olarak diz eklemi içi yerleşimli olanlar; meniskal semptomlar, kilitleme gibi şikayetlerle başvururken; eklem dışı olanlar ele gelen kitle nedeniyle başvururlar (1, 2). Tanı radyolojik olarak konulabilmekle birlikte, kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir (4). Direkt grafilerde genellikle kemik yapıda değişikliğe yol açmayan yumuşak doku lezyonu izlenmektedir. MRG, TSDHT gibi yumuşak doku kitlelerinin tanısında ve operasyon planlanmasında yüksek yumuşak doku rezolüsyonu ile en değerli görüntüleme yöntemidir. Tümör, T1 serilerde genellikle çevre kas dokuları ile izointens olarak izlenmektedir. T2 ağırlıklı görüntülerde hipointens sinyal karakteristiği göstermekle birlikte hemosiderin pigmentinin az olduğu durumlarda hiperintens olarak izlenebilmektedir (6). Bizim olgumuzun MRG incelemesi sonucu; sol diz posterolateral lokalizasyonda eklem çevresinden ciltaltı yumuşak dokuya doğru uzanım gösteren yaklaşık 9x8 cm boyutta, T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda heterojen hipointens lobüle konturlu kitle lezyonu ve ayrıca T2 ağırlıklı sekanslarda kitle içerisinde yer yer hiperintens alanlar izlendi.

Kaynaklar

1. Ushijima M, Hashimoto H, Tsuneyoshi M, Enjoji M. Giant cell tumor of the tendon sheath (nodular tenosynovitis). *Cancer* 1986; 57:875-884.
2. Otsuka Y, Mizuta H, Nakamura E, Kodo S, Inoue S, Takapi K. Tenosynovial giant-cell tumor arising from the anterior cruciate ligament of the knee. *Arthroscopy* 1996; 12:496-499.
3. Rowlands CG, Roland B, Hwang WS, Sevick RJ. Diffuse-variant of tenosynovial giant cell tumor: a rare and aggressive lesion. *Hum Pathol* 1994; 25:423-425.
4. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors*. St. Louis, MO:C.V. Mosby, 1983.
5. Relwani J, Factor D, Khan F, Dutta A. Giant cell tumour of patellar tendon sheath- an unusual cause of anterior knee pain: a case report. *The Knee* 2003;10:145-14
6. Sheppard DG, Kim EE, Yasko AW, Ayala A. Giant cell tumor of the tendon sheath arising from posterior cruciate ligament of the knee: a case report and review of the literature. *Clin Imaging* 1998; 22:428-430.
7. Abdul-Karim FW, el-Naggar AK, Joyce MJ, Makley JT. Diffuse and localized tenosynovial giant cell tumor and pigmented villonodular synovitis: a clinicopathologic and flow cytometric DNA analysis. *Hum Pathol* 1992; 23: 729-35.
8. Rodrigues C, Desai S, Chinoy R. Giant cell tumour of the tendon sheath: a retrospective study of 28 cases. *J Surg Oncol* 1998; 68: 100-103.

Tedavisi temiz sınırlara ulaşana kadar cerrahi eksizyon yöntemidir. Bu temiz sınırlara ulaşmak için zaman zaman tendonlar, eklem ve kemik bölümlerinin feda edilmesi gerekebilir.

Yapılan çalışmalarda cerrahi sonrası lokal nüks oranı %8-56 arasında değişmektedir (1, 2, 5).

TSDHT incelemesinde; makroskopik bakıda iyi sınırlı, kapsüllü, sarı ve kahverengi benekler içeren gri-beyaz bir tümör olarak tanımlanmaktadır. Histopatolojik olarak tüm olgularda farklı miktarlarda, dağınık ve fokal odaklar halinde hemosiderin pigmenti ve köpük hücreleri saptanmaktadır. Kahverengi veya sarı lekelerin miktar ve dağılımı hemosiderin ve köpük hücrelerin miktarı ile doğru orantılıdır. Bazen lezyonun selularitesi bir pseudosarkomatöz görünüm oluşturabilir (3, 7). Olgumuz, histopatolojik değerlendirme sonucunda Tenosinovyal dev hücreli tümör tanısı almıştır

TSDHT'nin ayırıcı tanısında; dezmoid tümör, fibrom, sinovyal hemanjiyomatozis, düşük dereceli enfeksiyon, tbc' nin gözönünde bulundurulması gerektiği bildirilmiştir (1, 4, 8).

TSDHT nadir görülen bir yumuşak doku tümörüdür. Kesin tanı histopatolojik incelemeyle konulsa da, MRG incelemesi de tanıya katkıda bulunur. Kitle agresif büyüme karakteri gösterdiği için, lezyonun sağlam dokuya ulaşana kadar kapsülülle beraber çıkartılması gerekir.