

ELDE KİTLE OLGULARINA YAKLAŞIMDA TENDON KILIFI DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜN PREOPERATİF ÖN TANI SIKLIĞI VE NÜKSE ETKİSİ

The Effect of Tendon Sheath Giant Cell Tumor on Preoperative Pre-Diagnosis and Recurrence in the Management of Hand Mass

Kaan GÜRBÜZ¹(0000-0002-0144-5517), Yakup EKİNCİ¹(0000-0002-3190-0840), Sabri BATIN¹(0000-0002-0078-5122), Alper ÇIRAKLI²(0000-0002-9879-312X)

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, elde kitle tanısıyla ameliyat edilen ve patolojik tanısı tendon kılıfı dev hücreli tümör (TKDHT) olarak rapor edilen olguların ön tanı ile uyumu ve ön tanının nüks etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2013 ile Aralık 2015 tarihleri arasında cerrahi olarak eksize edilen ve patoloji sonucu TKDHT gelen 58 olgu retrospektif olarak incelendi. Hastane kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak veriler kaydedildi. Olgular yaş, cinsiyet, yön, lokalizasyon, ön tanı, patolojik hacim, takip süresi ve nüks açısından değerlendirildi. Elde edilen veriler istatistiksel olarak incelendi.

Bulgular: Olguların kadın/erkek oranı 3/2; yaş ortalaması 44.81±18.14 yıl ve ortalama takip süresi 44.1±9.65 ay idi. 31 sağ ve 27 sol yerleşimli olan kitlelerin neredeyse tamamı fleksör yüzde lokalize idi. Kitlelerin patolojik hacmi ortalama 2.09±0,89 cm³ (0.08-12) iken nüks saptanan 5 olgunun (%8.62) kitle patolojik hacmi ise ortalama 2.46 cm³ (0.08-5.15) idi. Preoperatif ön tanısı bilinen olguların ancak %44,4'ünde patolojik tanı TKDHT idi.

Sonuç: El lokalizasyonlu kitle cerrahisinin, basit bir işlem olarak görülmesi sebebiyle preoperatif ön hazırlıkları çoğu zaman özensiz yapılmaktadır. Kitle ön tanısının klinik muayene ile sınırlandırılmayarak, tetkiklerden faydalanılmasının nüks oranlarını azaltacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli tümör; Yumuşak doku; Tendon kılıfı; Cerrahi; Nüks

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to evaluate the diagnosis, compliance with the pre-diagnosis, and the effect of the pre-diagnosis recurrence of tendon sheath giant cell tumor (TSGCT) cases operated for hand mass.

Materials and Methods: Fifty-eight patients who underwent surgical excision between January 2013 and December 2015 and TSGCT as a result of pathology were evaluated retrospectively. Hospital record system and patient files were scanned and the data were recorded. The cases were evaluated in regarding as age, sex, side, localization, pre-diagnosis, pathological volume, follow-up time and recurrence. The data obtained were analyzed statistically.

Results: Female to male ratio was 3/2; the mean age of the patients was 44.81 ± 18.14 years and the mean follow-up was 44.1 ± 9.65 months. Almost all of the masses located at right hand in 31 cases. The mean pathologic volume of the masses was 2.09 ± 0.89 cm³ (0.08-12), whereas the mean mass pathology volume of the recurrent 5 cases (8.62%) was 2.46 cm³ (0.08-5.15). Only 44.4% of the patients with known pre-operative diagnosis were TSGCT.

Conclusion: Preoperative preparation of hand localized mass surgery is often sloppy because it is seen as a simple procedure. We suggest that preoperative clinical examination should be supported by radiological examination in order to reduce recurrence rates.

Keywords: Giant cell tumour; Soft tissue; Tendon sheath; Surgical treatment; Recurrence

¹Kayseri Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kayseri

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ordu

Kaan GÜRBÜZ, Uzm. Dr.
Yakup EKİNCİ, Uzm. Dr.
Sabri BATIN, Uzm. Dr.
Alper ÇIRAKLI, Dr. Öğr. Üyesi

İletişim:

Dr. Yakup EKİNCİ
Develi Hatice Muammer Kocatürk Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, 38400, Develi, Kayseri, TÜRKİYE
Tel: +90 505 7454206
e-mail: belduya@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 30.01.2019

Kabul tarihi/Accepted: 04.07.2019

DOI: 10.16919/bozoktip.519898

Bozok Tıp Derg 2020;10(1):63-7
Bozok Med J 2020;10(1):63-7

Giriş

Tendon kılıfı dev hücreli tümörü (TKDHT) benign karakterde olup yavaş gelişim gösteren bir tümördür. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olup tendon kılıfının sinovyal hücrelerinden köken aldığı düşünülmektedir (1). En sık el yerleşimli olup, dirsek, ayak-ayak bileği, diz, kalça ve hatta omurga yerleşimli vakalar bildirilmiştir (2-4). Gangliyon kistinden sonra ikinci sıklıkta rastlanan el tümürüdür. Elde ise en sık parmakların fleksör yüzünde yerleşir (5). 30-50 yaş arasında ve kadınlarda sık görülür (6). Tanısı ultrasonografi (USG) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile konulur. Primer tedavisi cerrahi eksizyon olup nüks oranları literatürde farklılık göstermekle birlikte %10-20 arasındadır (7). Nüksün önlenmesi için lezyonun tamamının eksizyonu ve varsa uydu lezyonların çıkarılması gerekmektedir (8-11).

Bu çalışmada, elde kitle nedeniyle eksizyon yapılmış ve patoloji sonucu TKDHT olarak rapor edilen olguların, preoperatif ön tanılarının gerçeği ne kadar yansıttığı ve oluşan nüksleri önlemede ön tanının yeterli olup olmadığı araştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2013 ile Aralık 2015 tarihleri arasında kliniğimizde, cerrahi olarak eksize edilen ve patoloji sonucu TKDHT olan 63 olgu değerlendirildi. Çalışma retrospektif olarak planlanmış olup, etik kuruldan 2018/589 nolu karar ile çalışma onayı alındı.

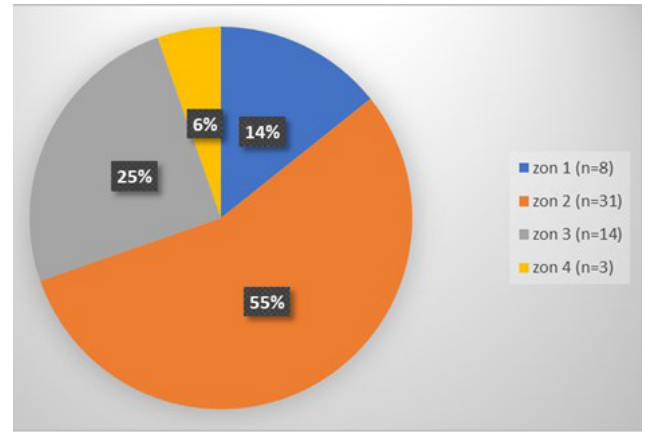
Hastane kayıt sistemi ve hasta dosyaları taranarak elde edilen tüm veriler, bilgisayar ortamında kayıt altına alındı. Ayak lokalizasyonlu 5 olgu çalışma dışı bırakılarak, çalışmaya el lokalizasyonlu 58 olgu ile devam edildi. Olgular; yaş, cinsiyet, yön, lokalizasyon, preoperatif tetkiklerle konulan ön tanı, patolojik hacim, takip süresi ve nüks açısından değerlendirildi. Preoperatif radyolojik tetkikler ve raporları incelenerek kayıtlara göre konmuş olan ön tanıları belirlendi. Patoloji raporlarından tanı ve eksizyon materyalinin hacmi kayıt altına alındı.

Cerrahi ekibimiz tarafından değerlendirilen olgulara preoperatif hazırlıklar eksiksiz olarak yapıldı. Çalışmaya başlanıldığında 3 olguya nüks nedeniyle reoperasyon uygulanmış idi. Diğer 55 olgunun 2'sine takipleri

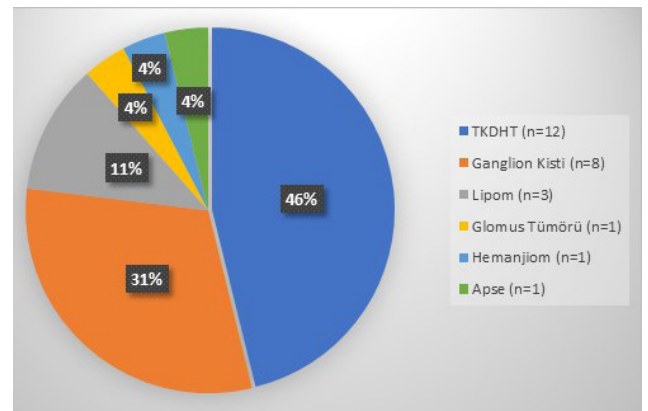
sırasında nüks gözlenmesi nedeniyle, nüks cerrahisi uygulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma (Standart Hata) ve ortanca (min-max) kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil olan 58 olgunun 35'i kadın, 23'ü erkek ve yaş ortalaması 44.81 ± 18.14 yıl idi. Ortalama takip süresi 44.1 ± 9.65 ay idi. Sağ/sol yerleşimi 31/27, kitlelerin ortalama patolojik hacmi 2.09 ± 0.89 cm³ (0.08-12) idi. Kitlelerin 56'sı el fleksör yüzünde lokalize iken yalnızca 2'si ekstensör yüz yerleşimli idi (Şekil 1).



Şekil 1. El fleksör yüz lokalizasyonlu olgu dağılımı (n=56)



Şekil 2. Olguların preoperatif ön tanıları (n=27)

27 olguya preoperatif ultrasonografi (USG) ve/veya magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılarak

ameliyat öncesi ön tanı konulduğu, bu ön tanılarının ise patoloji sonucu ile kıyaslandığında, 12'sinin (%44.4) doğru, 15'inin (%55.6) yanlış tanıları olduğu tespit edildi. 12 olguya TKDHT ön tanısı konulurken ayrıca 8 ganglion kisti, 3 lipom, 1 fibrom, 1 glomus tümörü, 1 hemanjiom ve 1 apse ön tanısı tespit edildi. 36 olguda ise preoperatif herhangi bir tetkik istenmediği saptandı. Nüks saptanan olgu sayısı 5 (%8.62) idi. Bu olguların 4'ünde preoperatif herhangi bir tetkik istenmediği, 1'inde preoperatif USG ile doğru tanı konulduğu gözlemlendi. Nüks olgularının lokalizasyon dağılımı; 3 olguda el fleksörü, 2 olguda el ekstensörü şeklinde idi. Nüks kitlelerinin ortalama patolojik hacmi 2.46 cm³ (0.08-5.15) idi.

TARTIŞMA

İlk olarak Chassaignac tarafından tanımlanan TKDHT, sinovyumdan köken aldığı düşünülen ganglion kistinden sonra elin en sık görülen ikinci tümördür (12). Elde daha çok volar ya da dorsal yerleşimli olduğu konusunda farklı çalışmalar mevcuttur (4,13,14). Ancak ayak bileği, diz, el ve ayak parmakları, omurga gibi tendon kılıfnın bulunduğu her yerde görülebilir (2-4, 14).

TKDHT, genellikle lokalize yerleşimli, yavaş büyüme özelliğine sahip, iyi huylu bir tümördür (3). Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Lezyonun gerçek bir neoplazm mı yoksa yumuşak doku travmasına sekonder inflamatuvar bir cevap mı olduğu halen tam olarak açıklığa kavuşmamıştır (3,15). Bazı yazarlar yumuşak dokuda tekrarlayan travmalara sekonder gelişen inflamatuvar yanıtın ürünü olduğunu iddia etmektedir (4,6,8). Gerçek bir neoplazm olduğunu savunanların sayısı çok fazla olup; lezyonun nüksedebilme özelliği neoplazm iddiasını güçlendirmektedir (9-11).

Lezyon yumuşak kıvamlı olarak palpe edilebilse de kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Histopatolojik olarak kendi içinde; lokalize nodüler sinovit ve pigmente villonodüler sinovit olarak iki tipe ayrılır (16). En sık lokalize tip görülürken; diffüz tip nadir ancak genelde eklem içinde görülür (17). Histopatolojik incelemede ise fibröz doku elemanları, çok çekirdekli dev hücreler ve hemosiderin görülmektedir (Şekil 4-5) (12). Ayrıca mitoz oranı arttığı için malign tümörler ile karışabilmektedir. Fizik muayenede, kitle etkisine

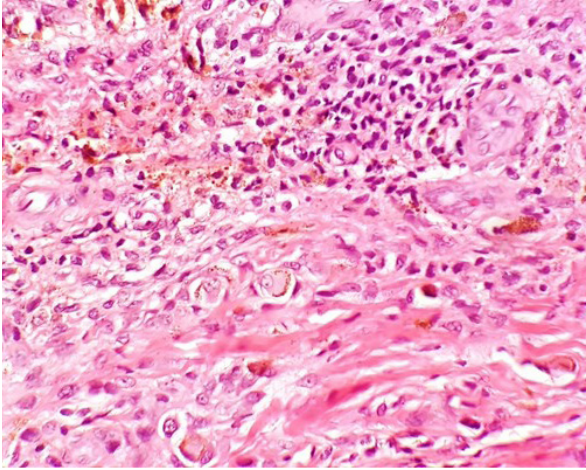
ve çevre dokuların erozyon etkisine bağlı semptom ve bulgular tespit edilir. Direkt grafide kemikteki baskıya bağlı olarak %10 olguda bulgu vermektedir. USG lezyonun tanınmasında yardımcıdır ancak yüksek duyarlılığına rağmen özgüllüğü düşüktür (18). MRG ise diğer yumuşak doku tümörlerinde olduğu gibi tanıya yardımcı, kitlenin komşu dokularla ilişkisini aydınlatmada önemli bir tetkiktir (16). Çalışmamızda da kayıtlara göre olguların ön tanısının USG ve MRG ile konduğuna rastladık. Ancak olguların önemli kısmında bu tetkiklerin yapılmadığını gözlemledik. Bu durumu, elde kitle ile polikliniklere başvuran hastaların muhtemel tanıların "benign yumuşak doku tümörü" olması sebebiyle ileri tetkik yapılmaya ihtiyaç duyulmalarına bağlayabiliriz. Ayrıca retrospektif olarak planlanan bu çalışmada, verilere hastane kayıt sistemi ve hasta dosyası kullanılarak ulaşıldığı için, dış merkezli tetkiklerin hasta dosyasında bulunmama ihtimali nedeniyle aslında bazı hastaların ön tanılarının bulunmasına rağmen bu verilere tarafımızca ulaşılamamış olması, çalışmamızın kısıtlayıcıdır.



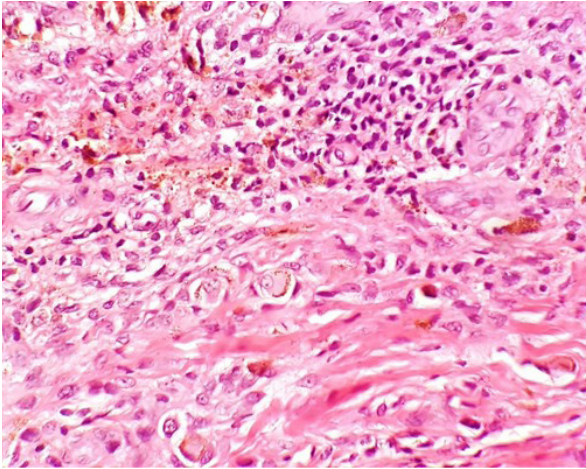
Şekil 3a. El 3. parmak yerleşimli kitlenin preoperatif görünümü.



Şekil 3b. El 3. parmak yerleşimli kitlenin intraoperatif görünümü.



Şekil 4. HEX200. Kollagenize stroma içerisinde sinovyal hücreleri, hemosiderin yüklü makrofajlar, lenfoid hücreler ve hisitositler izlenmektedir.



Şekil 5. HEX100. Kollagenize stroma içerisinde monoton görünümde stromal hücreler, multinükleer dev hücreler ve sol üstde daha belirgin olarak bir araya gelmiş köpüksü histiositler izlenmektedir.

Tümörün tedavisi cerrahi eksizyon olup temel amaç vital dokuların korunmasıdır. Nüks oranı %10-20'dir, bu oranın bazı çalışmalarda %40' lara kadar yükseldiği bildirilmiştir (7,11,18,19). Nüks, genellikle ilk 4-6 ay içerisinde gözlenir ve çoğunlukla yetersiz eksizyona bağlıdır. Literatürde nüks oranının düşürülmesi için dikkatli diseksiyon ve total eksizyon önerilmektedir (16). İnkomplet eksizyon en önemli risk faktörüdür (6,11,20). Çil ve ark. cerrahi eksizyon sırasında ameliyat

mikroskopu ya da cerrahi loop kullanılmasını ve nüksün sık görüldüğü ilk 4-6 ayda yakın takip edilmesi gerekliliğini önermiştir (21).

Bu tümörlerin bazıları agresif davranış gösterirler ve malign transformasyon gösterme potansiyelleri vardır (22). Potansiyel olarak agresif davranış gösterme eğilimi olduğu düşünülen lezyonlar geniş olarak eksize edilmelidir (8). Kant ve ark. yanlı ve yetersiz eksizyonun sonunda ampütasyona varan sonuçlar doğurabileceğini bildirilmektedir (23). Çalışmamızdaki nüks oranı %8.62 olup, literatürün altında bir orandadır.

Sonuç olarak; TKDHT' ün lokal agresif davranarak kemik, tendon, damar ve sinir dahil parmağı etkilemesi, total eksizyonunu zorlaştırır ve nükse zemin hazırlar. Bu sebeple TKDHT gibi nüks ihtimali olan kitleleri ayırabilmek amacıyla, preoperatif tanılamının istisnasız ve eksiksiz yapılması, nükslerle karşılaşma ihtimalini azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gibbons CL, Khwaja HA, Cole AS, Cooke PH, Athanasou NA. Giant-cell tumour of the tendon sheath in the foot and ankle. *J Bone Joint Surg Br* 2002;84(7):1000-3.
2. Budny PG, Regan PJ, Roberts AH. Localized nodular synovitis: a rare cause of ulnar nerve compression in Guyon's canal. *J Hand Surg [Am]* 1992;17(4):663-4.
3. Agarwal PK, Gupta M, Srivastava A, Agarwal S. Cytomorphology of giant cell tumor of tendon sheath. A report of two cases. *Acta Cytol* 1997;41(2):587-9.
4. Reilly KE, Stern PJ, Dale JA. Recurrent giant cell tumors of the tendon sheath. *J Hand Surg [Am]* 1999;24(6):1298-302.
5. Rao AS, Vigorita VJ. Pigmented villonodular synovitis (giant-cell tumor of the tendon sheath and synovial membrane). A review of eighty-one cases. *J Bone Joint Surg Am* 1984;66(1):76-94.
6. Adams EL, Yoder EM, Kasdan ML. Giant cell tumor of the tendon sheath: experience with 65 cases. *Eplasty* 2012;12:e50.
7. Dartoy C, Fenoll B, Leroy JP, Dubrana F, Le Nen D, Jehannin B. Giant cell tumor of the tendon sheath of the long extensor muscle of the thumb in a 7-year-old child. *Ann Chir Main Memb Super* 1994;13(3):198-201.
8. Suresh SS, Zaki H. Giant cell tumor of tendon sheath: case series and review of literature. *Journal of hand and microsurgery* 2010;2(2):67-71.
9. O'Connell JX. Pathology of the synovium. *American journal of clinical pathology* 2000;114(5):773-84.
10. Bedir R, Balık MS, Sehitoglu I, Gucer H, Yurdakul C. Giant Cell Tumour of the Tendon Sheath: Analysis of 35 Cases and their Ki-67 Proliferation Indexes. *Journal of clinical and diagnostic research*

JCDR 2014;8(12):12-15.

11. Hamdi MF, Touati B, Zakhama A. Giant cell tumour of the flexor tendon sheath of the hand: analysis of 27 cases. *Musculoskeletal surgery* 2012;96(1):29-33.

12. Duman H, Zor F, Şengezer M. İkinci Parmak Volar Yüzünü ve Palmar Bölgeyi Tutan Tendon Kılıfının Dev Hücreli Tümörü: Olgu Sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi* 2004;46(1):53-5.

13. Glowacki KA, Weiss AP. Giant cell tumors of tendon sheath. *Hand Clin* 1995;11(2):245-53.

14. Sawmiller CJ, Turowski GA, Sterling AP, Dudrick SJ. Extraarticular pigmented villonodular synovitis of the shoulder: a case report. *Clin Orthop Relat Res* 1997;335:262-67.

15. Pişkin A, Dabak N, Tomak Y, Acar T, Karaismailoğlu N, Gülman B. El Yerleşimli Tendon Kılıfı Dev Hücreli Tümör: 35 Hastanın Değerlendirilmesi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2009;24(1):1-5.

16. Suresh SS, Zaki H. Giant cell tumor of tendon sheath: case series and review of literature. *Journal of hand and microsurgery* 2010;2(2):67-71.

17. O'Connell JX. Pathology of the synovium. *American journal of clinical pathology* 2000;114(5):773-84.

18. Koutserimpas C, Kastanis G, Ioannidis A, Filippou D, Balalis K. Giant cell tumors of the tendon sheath of the hand: an 11-year retrospective study. *J BUON* 2018;23(5):1546-151.

19. Özkur E, Kiremitçi Ü, Erdemir AV, İncel P, Lenlebici C. Ayak Plantar Yüzü Tutan Tendon Kılıfının Dev Hücreli Tümörü. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports*. 2015;23(2):166-8.

20. Kılıçarslan A, Tatlı Doğan H, Sungü N. Analysis of Cannibalism, Ki-67 And CD68 in Giant Cell Tumor of Tendon Sheath. *Bozok Med J* 2017;7(3):20-5.

21. Çil Y. Palmar bölge ve ikinci parmak volar yüzü tutan tendon kılıfının dev hücreli tümörü: olgu sunumu. *Marmara Medical Journal* 2010;23(3):373-6.

22. Noordanus RP, Hage JJ, van der Valk F. "Borderline" giant cell tumor of the tendon sheath in the hand: to amputate or not? Case report. *Scand. J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1995;29(1):73-6.

23. Kant KS, Manav AK, Kumar R, Abhinav, Sinha VK, Sharma A. Giant cell tumour of tendon sheath and synovial membrane: A review of 26 cases. *J Clin Orthop Trauma* 2017;8(2):96-9.