

Extremity localized intramuscular hemangiomas, follow up or surgery?

Ekstremitte yerleşimli intramüsküler hemanjiyomlarda takip mi? cerrahi mi?

İsmail Burak Atalay¹, Yaman Karakoç¹, Selçuk Yılmaz¹, Murat Arıkan¹, Emre Özanzağan¹

¹Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği

Dergiye Ulaşma Tarihi:29/09/2015 Dergiye Kabul Tarihi:13/10/2015 Doi: [10.5505/aot.2015.84755](https://doi.org/10.5505/aot.2015.84755)

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada ekstremitte yerleşimli kas içi hemanjiyom tanılı, takip ve tedavisi yapılmış 44 hastanın geriye dönük analizi incelenmiştir

Yöntem ve Gereçler: Hastaların 25'i kadın, 19'u erkek idi. Hemanjiomların 22'si uylukta, 8'i bacadta, 6'sı önkolda, 4'ü dirsekte, 2'si üst kolda, biri omuzda ve biri popliteal bölgede idi. Malignite şüphesi olan 10 hastaya tru-cut biyopsi yapıldı. Diğer hastalara klinik ve radyolojik olarak tanı konuldu. Hastaların 32'si izleme alınırken, 12'sine cerrahi eksizyon uygulandı.

Bulgular: Hiçbir hastada ameliyat içi istenmeyen durum olmadı. Cerrahi gruptaki 3 hastaya embolizasyon uygulandı. Postoperatif takiplerde 1 hastada enfeksiyon, 2 hastada nüks saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Semptomatik ekstremitte yerleşimli kas içi hemanjiyomlarda kitlede progresyon olması, ekstremitte fonksiyon bozukluğu olması, malignite şüphesi ve giderilemeyen ağrı durumları dışında, izlemin güncel tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: İntramüsküler (kas içi) hemanjiyom, cerrahi.

ABSTRACT

Introduction: In this study, we evaluated the retrospective analysis of 44 patients with the diagnosis of extremity located intramuscular hemangiomas.

Methods: Twenty five of the patients were female, and nineteen male. Twenty two of the hemangiomas were in thigh, 8 were in cruris, 6 were in forearm, 4 in elbow, 2 in arm, one in shoulder, one in popliteal area. Tru-cut biopsies were performed to ten of them who had malignancy potential. The other patients were diagnosed with clinical and radiological signs. Thirty two patients were followed up. Twelve were treated with total excision.

Results: No intra operative complications were recorded. Three patients were treated with embolization, one patient was recorded with local infection, two were recorded with recurrence

Discussion and Conclusion: The current treatment of the symptomatic extremity located intramuscular hemangiomas is conservative follow up, if the patient has not progressive mass, extremity dysfunction, malignancy suspicion or intractable pain.

Key words: intramuscular hemangioma, surgery.

Giriş

Hemanjiomlar hayatın ilk 10 yılının en sık rastlanılan tümörlerinden olup genellikle cilt ve mukozal yüzeylerde izlenirler. İskelet kasından köken alan hemanjiomlar ise nadir görülüp tüm hemanjiomların %1 inden azını oluştururlar. Hemanjiomların etiyojisi belli olmayıp Godanich ve Capanacci gibi bazı yazarlar lezyonu hamartom, Mulliken gibi bazı yazarlar ise lezyonu vasküler tümör olarak kabul etmektedir (1,2).

İntramüsküler (kas içi) hemanjiom tanımı ilk kez 1843'te Liston tarafından yapılmıştır. 1867'de Virchow ilk vertebral

hemanjiom vakasını yayınlamıştır (3). Lezyon genellikle genç yaş grubunda görülmekte olup, hastaların %80-90'ı 30 yaş altındadır. Kadın-erkek cinsiyette görülme sıklığı eşittir. Sıklıkla alt ekstremitelerde ve özellikle de uylukta ele gelen kitle olarak görülür. Kitle üzerindeki ciltte renk değişikliği bulunmaz. Oldukça nadir görülen intramüsküler hemanjiomlar tüm benign vasküler tümörlerin %0.8'ini oluşturur.

Hastalar sıklıkla yumuşak dokuda kitle, aktiviteyle artan ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurur (2,4,6). Tanıda manyetik rezonans incelemiden yararlanılmaktadır. Tedavi lezyonun yerleşim yerine, sınırlarına, hastanın yaşına göre farklılık göstermekte olup,



tedavide izlem, kortikosteroidler, kriyoterapi uygulaması, sklerozan ajan enjeksiyonu, arter ligasyonu, embolizasyon ve cerrahi eksizyon seçenekler arasındadır (5,7).

Bu çalışmada kliniğimizde tanısı konulan 44 intramüsküler hemanjiomlu olguyu retrospektif olarak inceledik.

Gereç ve Yöntem

Sağlık Bakanlığı Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 2003-2013 tarihleri arasında takip ve tedavisi yapılan 44 ekstremitte yerleşimli intramüsküler hemanjiom olgusu klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımları yönünden değerlendirilmiştir.

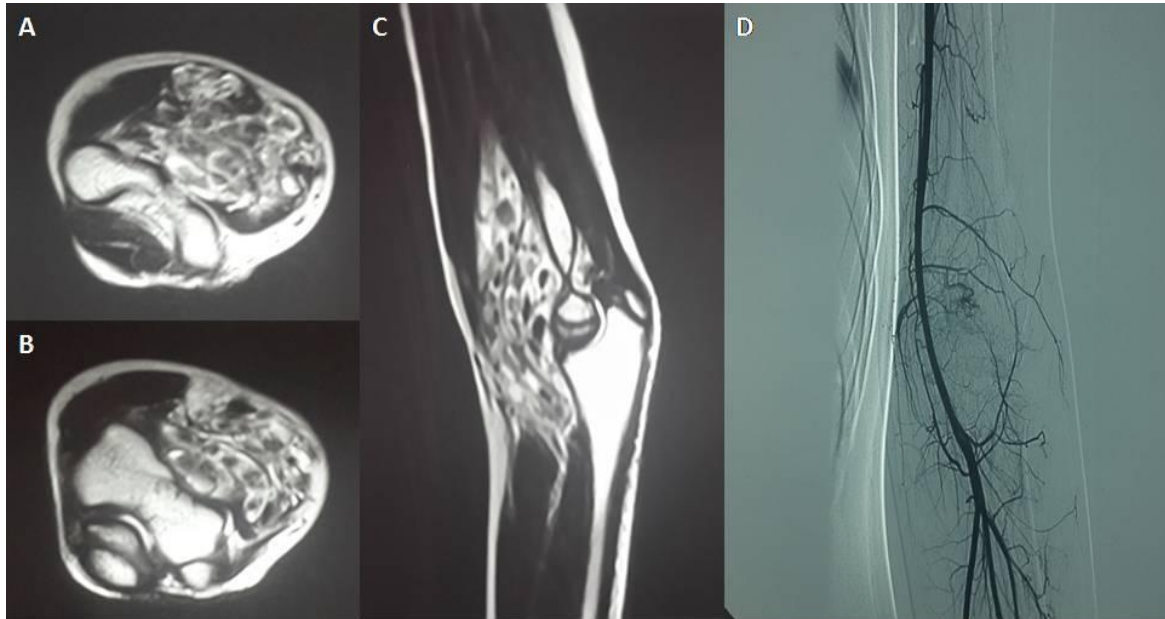
Hastalarımızın 25'i kadın, 19'u erkek olup ortalama yaş 27.3 (3-56) olarak bulundu. Lezyonların yerleşimi 13 olguda üst ekstremitte (%29.5) , 31 olguda alt ekstremitte (%70.5) idi. Üst ekstremitte yerleşimli olanların 6'sı önkol, 4'ü dirsek, 1'i omuz, 2'si ise üst kol yerleşimli idi. Alt ekstremitte hemanjiomlarının ise 22'si uyluk, 8'i kruris ve 1'i de popliteal bölge yerleşimli idi. Uyluk yerleşimi %50 görülme sıklığı ile en sık görülen bölge idi (Resim 1). Hastaların tamamı ilgili ekstremitede özellikle egzersizle artan ağrı ve şişlik şikâyetiyle geldi. 5 cm'den, büyük derin yerleşimli olan olgulara malignite şüphesi ile

tru-cut biyopsi yapıldı. Diğer hastalara klinik ve radyolojik yöntemlerle tanı konuldu. Direk grafilerde patolojik bulgu saptanmadı. Manyetik rezonans incelemelerde T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens lobüle yapılu heterojen kitle lezyonu saptandı.

Bulgular

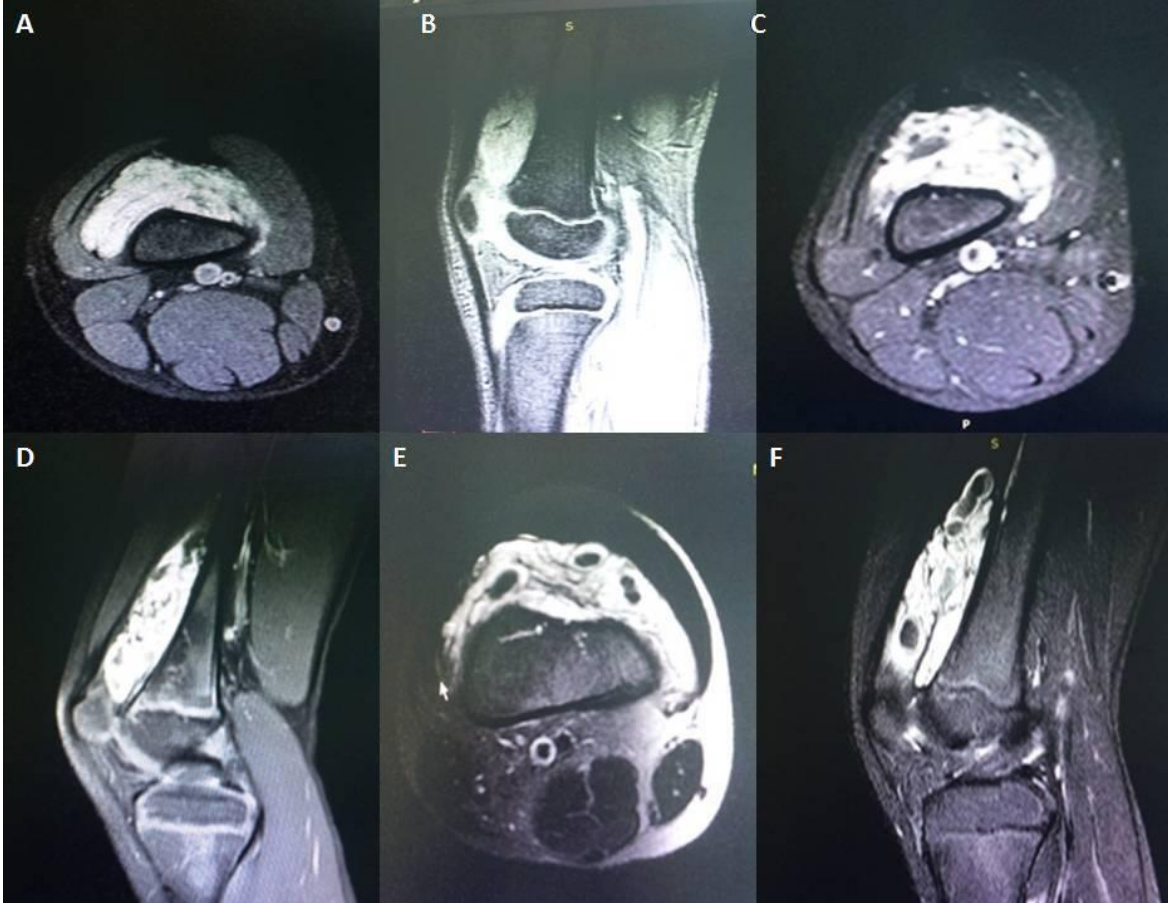
İzleme alınan 32 olgu aktivite kısıtlama ve non steroid anti-inflamatuar tedaviye alınarak 6 aylık periyodlarla kontrole çağrıldı. 12 tanesine geniş cerrahi eksizyon uygulandı. İzleme alınanlardan dirsek yerleşimli olan bir hastaya (Resim 2) dirsek eklem hareketlerinde kısıtlılık olması; omuz ve popliteal yerleşimli olan 2 hastaya ise kitlede progresyon olması nedeniyle cerrahi uygulandı. Cerrahi gruptaki 3 hastaya embolizasyon sonrası geniş cerrahi eksizyon yapıldı. Hastaların ortalama takip süresi 52 ay (12-120) idi. Ameliyat sonrası takiplerde yara yeri enfeksiyonu görülen 1 hastaya debridman ve parenteral antibiyotik tedavisi uygulandı.

Cerrahi uygulanan hastaların tamamında ağrı şikâyetinde gerileme saptandı. Postoperatif dönemde damar-sinir yaralanmasına ait komplikasyon olmadı. Takiplerde uyluk yerleşimli 2 hastaya nüks nedeniyle re-eksizyon uygulandı.



Resim 1: A-B.Aksiyel MR görüntüsünde yüksek sinyalli kıvrımlı alanlar, vasküler kanallardaki yavaş kan akımının göstergesi. C. Sagittal mr görüntüsünde kubital bölgedeki sinyal artışı gösteren lezyon D. Ekstremitte anjiyografide vaskülarizasyon artışı görünümü





Resim 2: A-B. Uyluk distalde intramuskuler hemanjiom tanısı olan hastanın aksiyel ve sagittal mr görüntüleri. C-D. Hastanın 5 yıllık takip sonrası kontrol aksiyel ve sagittal mr görüntüleri E-F. Hastanın 10 yıllık takip sonrası kontrol aksiyel ve sagittal mr görüntüleri

Tartışma

Hemanjiomlar en sık görülen yumuşak doku tümörleridir. Sıklıkla cilt, cilt altı doku, dalak ve karaciğerde görülürken, kas içinde, ekstremitelerde ve göğüs duvarında nadiren görülür (1,8).

Intramusküler hemanjiom ilk kez 1843'te Liston tarafından tanımlanmış, Virchow ise 1867'de ilk vertebral hemanjiom vakasını yayınlamıştır (6,8). Lezyon genellikle genç yaş grubunda görülmekte olup, hastaların %80-90'ı 30 yaş altındadır. Kadın-erkek cinsiyette görülme sıklığı eşittir. Sıklıkla alt ekstremitelerde ve özellikle de uylukta ele gelen kitle olarak görülür. Kitle üzerindeki ciltte renk değişikliği bulunmaz. Oldukça nadir görülen intramusküler hemanjiomlar tüm benign vasküler tümörlerin %0.8'ini oluşturur (5,9,10). Malignleşme potansiyelleri yoktur. Ekstremitte ağrısında nadiren akla gelirler. Klinik olarak genelde asemptomatik olabilecekleri gibi yumuşak dokuda ele gelen kitle ve ağrı ile kendini belli ederler. Kitle

üzerinde izole pulsasyon alınabilir. Ekstremitte sarkıtıldığında şişlikte artış ve kaldırıldığında ise kitle büyüklüğünde azalma görülebilir. İlgili bölgede kas kontraktürü ve kas güçsüzlüğü gelişebilir (11). Aktivite sonrası artış gösteren kronik ekstremitte ağrısı ile yeni ele gelen kitle varlığı intramusküler hemanjiomlar için tipiktir. Egzersiz sonrası vasküler genişlemeye bağlı hemanjioma doğru kan akımındaki çoğalma ağrıda artışa neden olur (6,12,13).

Tanıda manyetik rezonans incelemiden yararlanılmaktadır. Manyetik rezonans incelemede T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde yüksek sinyal tutulumlu lobüle alanlar görülür. T2A görüntülerde fibröz dokuyu, hızlı kan akımı olan vasküler yapıları veya fokal kalsifikasyonları temsil eden noktasal veya retiküler tarzda düşük sinyalli alanlar bulunabilir. Direk grafilerde % 25 oranında kalsifiye flebolitler görülebilir. Bazı kompleks lezyonlarda cerrahi eksizyon veya embolizasyon kararı vermek için anjiyografi faydalı olabilir (13,14) . Tedavide izlem,



sistemik kortikosteroid kullanımı, kriyoterapi uygulaması, sklerozan ajan enjeksiyonu, arter ligasyonu, embolizasyon ve cerrahi eksizyon seçenekler arasındadır (7,8).

Bütün izole intramusküler hemanjiomlarda konservatif tedavi ve izlem ilk seçenektir. Tümör boyutlarında hızlı artış, tedaviye yanıtız inatçı ağrı, kozmetik ya da fonksiyonel bozukluk, ani gelişen trombositopeni, ciltte lokal nekroz riski, kitlerde malignite şüphesi olması durumunda cerrahi tedavi seçenekleri göz önünde bulundurulabilir.(13,15). Hemanjiomların kompleks ve infiltratif yapısından dolayı cerrahi eksizyon uygulanacak hastalarda çevre normal kas dokusu da cerrahi eksizyon sınırlarına dahil edilmelidir. Yetersiz cerrahi uygulanan olgularda nüks ihtimali yüksek olup, iyi sınırlı, tek kas grubunda yerleşmiş, çevre dokulara minimal invazyon gösteren olgular cerrahi eksizyon açısından uygun olan hastalardır (15). Cerrahi sonrası rekürrens oranı % 18 ile % 61 arasında değişmektedir.

Cerrahi eksizyonun en sık görülen komplikasyonu ise kanamadır (13,16).

Cerrahi dışı tedavi yöntemleri ise yan etkileri ve uzun dönem başarısız sonuçları nedeniyle nadiren tercih edilmektedir. Cerrahi için uygun olmayan hastalarda skleroterapi, radyoterapi, kortikosteroidler ve embolizasyondan yararlanılabilir (6,13). Özellikle çıkarılamayan lezyonlarda embolizasyon ağrı kontrolü yapması, cerrahi esnasında kan kaybını azaltıcı ve postoperatif rekkürrens riskini azaltıcı etkisiyle tercih edilmektedir. Bazı seçilmiş vakalarda çoklu lezyon içi skleroterapi uygulamasında başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Kortikosteroid kullanımı ve radyoterapi ise primer olarak sistemik hastalıklarda tercih edilmekte olup intramusküler hemanjiomlarda nadiren kullanılmaktadır(11,16).

Sonuç olarak ekstremitte yerleşimli intramusküler hemanjiomlar nadir görülen tümörler olması ve genellikle asemptomatik olmaları nedeniyle sık akla gelmeyen lezyonlardır. Tedavilerinde eğer kitle küçük ve asemptomatik ise, kozmetik bozukluğa neden olmuyorsa, medikal tedaviyle hastanın ağrıları giderilebiliyorsa ilk tedavi yöntemi izlemdir. Konservatif tedaviye rağmen kitle boyutlarında artış, inatçı ağrı, ilgili ekstremitede fonksiyonel bozukluk ya da malignite şüphesi varlığı cerrahi tedavi uygulamayı düşündürmelidir.

Manyetik rezonans inceleme yüksek oranda tanı koydurucu olsa da kesin tanı için şüpheli lezyonlarda tru-cut biyopsi uygulaması gerekir. Çıkartılmayacak kadar büyük lezyonlarda hem cerrahi sırasında kanamayı azaltmak hem de kitle boyutlarını küçültmek amacıyla embolizasyondan faydalanılabilir. Eğer yapılacaksa cerrahi eksizyon yüksek nüks oranları nedeniyle geniş olarak ve çevre normal dokuları da içerecek şekilde uygulanmalıdır.

Çıkar Çatışması: Yok

Kaynaklar

1. Tang P, Hornicek FJ, MD, Gebhardt MC, Surgicaltreatment of hemangiomas of soft tissue. Clin.Orthop. 2002; 399:205-10
2. Klemme WR, James P, Skinner SR. Latent onset unilateral toe-walking secondary to hemangioma of the gastrocnemius. J Pediatr Orthop 1994; 14:773-75
3. Mulliken JB. Cutaneous vascular anomalies. Plastic Surgery: Tumors of the Head & Neck and Skin. Philadelphia: WB Saunders Co. 1990:3191-223
4. Watson WL, McCarthy WD. Blood and lymph vessel tumors. A report of 1056 cases. Surg Gynecol Obstet. 1940;71:569-88
5. Domb BG, Khanna AJ, Mitchell SE, Frassica FJ. Toe-walking attributable to venous malformation of the calf muscle. Clin Orthop 2004;420:225-29
6. Brown RA, Crichton K, Malouf GM. Intramuscular haemangima of the thigh in a basketball player. Br.J. Sports Med. 2004;38:346-48
7. Sutherland AD. Equinus deformity due to haemangioma of calf muscle. J Bone Joint Surg. 1975 ;57B:104-05
8. Murat G, Sami S, Yavuz K, Fevziye K, Ufuk Ö. Ekinizmin sık rastlanmayan etyolojisi: Intramusküler hemanjiom Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(1):30-34
9. Weiss SW, Goldblum JR. Benign tumors and tumor-like lesions of blood vessels ed. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors, 4th ed. St Louis: CV Mosby, 2001; 837-90
10. Campanacci M. Angiomas and angiodysplasias. In bone and Soft Tissue Tumors, 2nd ed. Springer Verlag, Wien New York, 1999;1051-77
11. Wild AT, Raab P, Krauspe R. Hemangioma of skeletal muscle. Arch Orthop Trauma Surg. 2000;120(3-4):139-43
12. Olsen KI, Stacy GS, Montag A. Soft-tissue cavernous hemangioma. Radiographics. 2004 May-Jun;24(3):849-54
13. Joseph M, Jeffrey H, Mark T, MD, Charles H, John D, James R, Intramuscular Hemangiomas Sports Health. 2013;Sep 5(5): 448-54
14. Buetow PC, Kransdorf MJ, Moser RP, Jelinek JS, Berrey BH. Radiologic appearance of intramuscular hemangioma with emphasis on MR imaging. AJR. 1990;154:563-67





15. Bella G, Manivel J, Thompson R, Clohisy D, Cheng E. Intramuscular hemangioma: recurrence risk related to surgical margins. Clin Orthop Relat Res. 2007;459:186-91
16. Tang P, Hornicek FJ, Gebhardt MC, Cates J, Mankin HJ. Surgical treatment of hemangiomas of soft tissue. Clin Orthop Relat Res. 2002;399:205-10

