

Sinovial membranin villöz lipomatöz proliferasyonu (Lipoma arborescens)

Hasan Havitçioğlu⁽¹⁾, Önder Gül⁽²⁾, Hakan Boya⁽²⁾, Oya Göre⁽³⁾, Metin Manisalı⁽⁴⁾

Sinovial membranin villöz lipomatöz proliferasyonu genellikle diz ekleminde görülen, subsinovial yağ dokusunun villöz proliferasyonu ile karakterize, intraartiküler bir lezyondur. Bu makalede literatürde nadir görülen bu lezyonun klinik, radyolojik, histolojik özellikleri ve tedavi yaklaşımı değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sinovial membranin villöz lipomatöz proliferasyonu, lipoma arborescens

Villous lipomatous proliferation of the synovial membrane (lipoma arborescens)

Is a very rare intraarticular lesion, which is usually found in the knee. This case report draws attention to the physical findings, radiographic features, macroscopic and microscopic appearance, of this rare lesion of the synovial lining of the knee.

Keywords: Lipoma arborescens, villous lipomatous proliferation

Sinoviyal membranin villöz lipomatöz proliferasyonu (lipoma arborescens) genellikle dizde rastlanan nadir bir intraartiküler lezyondur (1, 2, 3, 4). Sinoviyal membran altında, villöz yapı oluşturacak şekilde kümeleşmiş olan yağ dokusu birikimi izlenmektedir (1, 3, 5, 7). Hastalık gelişimsel, travmatik, inflamatuvar ve neoplastik kökene bağlanmış olmakla birlikte kesin nedeni bilinmemektedir (2, 5, 7). Tipik olarak uzun süre devam eden ağrısız şişlikle karakterizedir ve tekrarlayan efüzyon mevcuttur. Eklem aspirasyonunda berrak sarı sıvı gelir, kristal ve hücre içermez (5). Patolojik incelemede sinovial membranin belirgin villöz proliferasyonu ve özellikle suprapatellar bursada subsinovial yağ dokusunun hiperplazisi izlenir (2, 5). Hallel, bu nadir görülen hastalığın klinik, makroskopik ve mikroskopik özelliklerini değerlendirerek lipoma arborescens teriminin kullanılmasının doğru olmadığını belirtmiş ve daha tanımlayıcı olan "Sinoviyal membranin villöz lipomatöz proliferasyonu" terimini kullanmıştır (5).

Olgu sunumu

62 yaşında erkek hasta, sol dizde şişlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hasta son 3-4 yıldır bu şekilde dizinde şişlikler oluştuğunu ve zamanla hiçbir müdahale yapılmaksızın düzeldiğini belirtti.

Yapılan fizik muayenesinde sol dizde ballotman "+", patellar şok testi "-" olarak tespit edildi. Suprapatellar bursa, anteromedialde 10x10 cm. boyutlarında sınırları tam olarak ayırt edilemeyen, pulsasyonu olmayan mobil kitle palpe edildi. Eklem hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık saptanmadı.

Direk radyografilerinde; subkondral skleroz, minimal osteofit formasyonu gözlemlendi. Bununla birlikte femur medial kondilinde subkondral kemikte 1.5x1.5 cm. boyutlarında kistik lezyon izlendi (Şekil 1)

Kitleye yönelik olarak yapılan manyetik rezonans görüntüleme çalışmasında; medial kondil metafizyel kesimde 2.5cm çaplı, iyi sınırlı kistik lezyon izlendi. Suprapatellar bursada yaygın efüzyon olduğu, bursanın homojen içerikli olduğu ve septasyonlar gösterdi-



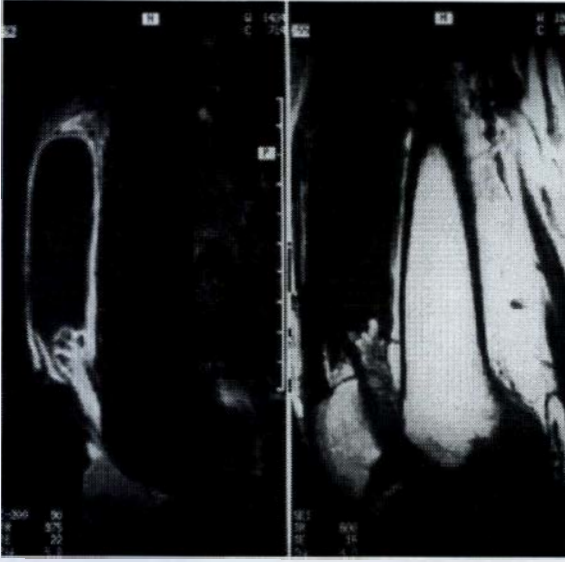
Şekil 1: Sol dize yönelik ön-arka (sağ) ve yan (sol) grafiler. Femur medial kondili düzeyinde yaklaşık 2x3 cm. boyutlarında, belirgin kortikal destrüksiyona yol açmayan, ışın geçirgen alan mevcuttur. Suprapatellar yumuşak doku kalınlığında artış seçilmekte olup patolojik kalsifikasyon izlenmemektedir.

(1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

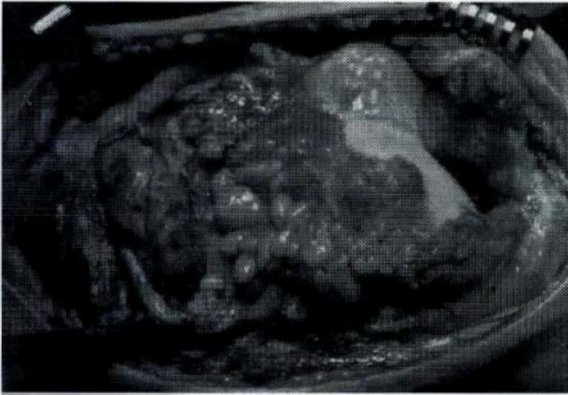
(2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

(3) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Uzman Dr.

(4) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.



Şekil 2: Sol diz femur alt ucuna yönelik T1 ağırlıklı kesitler; a. yağ baskılamalı ve kontrastlı (sol), b. kontrast ve yağ baskılamama tekniği kullanılmaksızın (sağ). Aynı seviyeden elde olunan kesitlerde suprapatellar bursada hipointens sıvı kolleksiyonu izlenmekte. Bu kolleksiyonun hemen alt bölümünde b'de kemik iliği ile eş intensitede (hiperintens), a'da yağın baskılanması nedeniyle hipointens görünen yağlı villöz proliferasyona ait değişim izlenmekte. Hipointensitenin etrafında kontrast ile boyanım gösteren inflame sinovioma ait görünüm izlenmekte.

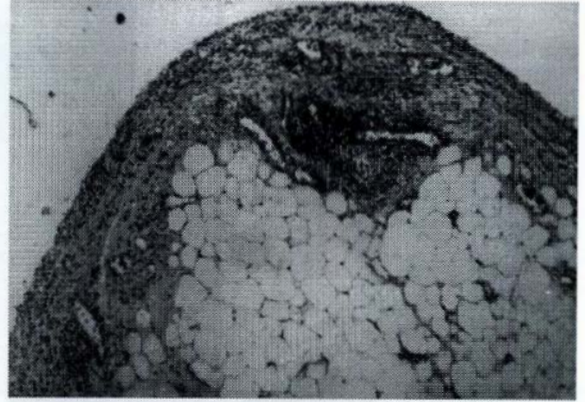


Şekil 3: Ameliyat sırasında suprapatellar bursada izlenen, villöz oluşum gösteren yağ dokusu.

ği tespit edildi (Şekil 2). T1 ve T2 kesitlerde yüksek sinyalli ve parlak görünümde, yağ dokusu özelliği gösteren kitle izlendi. Bu değişikliklerin suprapatellar bursada kronik sinovit ve buna sekonder sinoviyal lipomatosis ile uyumlu olabileceği düşünüldü.

Ürik asit, sedimentasyon, anti streptolizin O, C reaktif protein ve romatoid faktör değerleri normal olarak izlendi.

İlk yapılan eklem ponksiyonunda sıvı gelmedi. Üç gün sonra 16 G. Kateter (Medican-TS 5542) ile yapılan ikinci ponksiyonda sarı, berrak sıvı geldi ve eklem sıvısının mikroskopik incelemesinde kristal veya hücreye rastlanmadı. Aerob, anaerob ve tüberküloz kültürlerinde üreme saptanmadı.



Şekil 4: Histolojik incelemede sinovial dokunun yerine matür yağ dokusunun geçtiği izlenmekte (HE, x100).

Tedavi olarak sol dize total sinovektomi planlandı. Eklem açıldığında önce bol miktarda sarı berrak sıvı geldi, daha sonra özellikle suprapatellar bursada belirgin olan sarı renkte, villöz yapıda lipomatöz doku total olarak çıkarıldı (Şekil 3). Femur medial kondilinde açılan pencere aracılığı ile bu bölgedeki kiste ulaşıldı. Kistin eklem yüzü ile bağlantılı olduğu gözlemlendi. Kist içeriği ve kist duvarı küretlenerek temizlendi, bu bölgeye iliak kanattan alınan otojen kemik grefti konuldu.

Patolojik incelemede yüzeyi sinoviyal hücrelerle döşeli, yer yer fibrin ile örtülü papiller gelişim gösteren sinoviyal dokularda sinoviyal hücrelerin altında fibröz bantlarla lobülasyon gösteren yağ dokusu izlendi (Şekil 4). Olgunun 14 aylık izlemi sonucunda, klinik olarak herhangi bir yakınması yoktu. Radyografik incelemesinde ve manyetik rezonans görüntülemesinde rekürrens lehine bir bulgu tespit edilmedi (Şekil 5, 6).

Tartışma

Lipoma arborescens, genellikle diz eklemine tutan, nadir görülen bir intraartiküler patolojidir (1,2,3,4). Elbileği, ayakbileği gibi diğer eklemlerde de bu hastalığın izlendiğini belirten yayınlar vardır (5).

Etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir (1,4,5). Buna rağmen dejeneratif eklem hastalığı, kronik romatoid artrit ve travma ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (1). Lezyon iyi huylu olarak kabul edilmektedir. Literatürde kötü huylu olarak bildirilen vaka yoktur (1).

Literatürde olgularda tipik olarak uzun yıllar devam eden ağrısız eklem şişliği olduğu ve aralıklı olarak efüzyon izlendiği bildirilmektedir (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Bizim olgumuzda da 3 yıldır devam eden, aralıklı olarak oluşup kaybolan ağrısız eklem şişliği mevcuttu. Diz en sık etkilenen eklemdir ve tüm vakalarda suprapatellar bursa tutulur (1, 5). Efüzyonlar, belli aralıklarla mekanik iritasyona bağlı olarak meydana gelir. Hipertrofik olan villuslar, nadir de olsa hareket halindeki eklem yüzleri arasına sıkışırlar ve mekanik iritasyon efüzyon oluşumuna yol açar (5). Ancak ek-



Şekil 5: 14 aylık izlem radyografisi. Rekürrens düşündürcek bulgu izlenmemekte.



Şekil 6: 14 ay sonraki MRI kesiti. Eklem içerisinde yeni lipomatöz oluşum izlenmiyor.

Lateral diz radyografilerinde suprapateller pošta lokalize olan belirgin yumuşak doku kitlesi görülebilir. Kompüterize tomografi ile lezyonun kaynaklandığı doku, büyüklüğü, yağ dansitesinde olduğu düşünülebilirse de, manyetik rezonans görüntüleme çalışmasında lezyonun yapısı, sınırları ve kaynaklandığı doku daha iyi belirlenebilir (1, 4).

Ayırıcı tanıda, sistemik tutulum olmaksızın ağrısız efüzyon ve sinoviyal kalınlaşmaya yol açan sinoviyal kondromatozis, pigmente villonodüler sinovitis ve hemanjiomatozis düşünülmelidir (5). Sinovial kondromatoziste makroskopik olarak kalsifikasyon alanları izlenir ve manyetik rezonans incelemesinde, hem T1 hem de T2 ağırlıklı kesitlerde kalsifikasyonları gösteren hipointens alanlar mevcuttur. Pigmente villonodüler sinovitte hemosiderin birikimine bağlı kahverengi alanlar izlenir ve bu alanlar manyetik rezonans görüntüleme hipointens olarak belirlenir. İntraartiküler hemanjiomatoziste yumak tarzında görülen serpenjinöz vasküler yapılarla bağlı sinyal vermeyen hipointens tübüler oluşumlar mevcuttur. Lipoma arborescensde ise bu tür vasküler oluşumlar görülmez. Makroskopik ve mikroskopik bulguların oldukça tipik oluşu ve klinik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde tanının konulması zor değildir. Buna rağmen intraartiküler patolojilerin değerlendirilmesi sırasında akılda tutulması gerektiği düşüncesi ile olgumuzu sunmayı amaçladık. Tanı konulurken öykünün, kliniğin, görüntüleme çalışmalarının (direk grafi, MRG, CT) ve patolojik çalışmanın birarada değerlendirilmesi gereklidir (1, 5).

Lipoma arborescensde önerilen tedavi sinovektomidir (1, 2, 4, 5, 7). Hallel ve ark. 1988 yılında yayınladıkları 5 vakalık serilerinde tüm olguları sinovektomi ile başarıyla tedavi ettiklerini ve hiçbir hastada nüks izlenmediğini bildirmişlerdir (5). Bu giri-

lem içinde sıvı bulunmasına rağmen, ponksiyon sırasında villöz yapıların kateterin ucunu kapatmasıyla sıvı aspire edilemeyebilir. Bu nedenle ponksiyon sırasında kalın (16 veya 18 g.) kateter kullanılmasının uygun olacağı düşüncesindeyiz. Villonodüler proliferatif sinoviyanın patella ve distal femoral eklem yüzleri arasında sıkışması sonucu subsinoviyal tabakada interstisyel kanama izlenebilir. Bu kanama riskinin çok az olmasına rağmen, travma öyküsü olmayan hastaların dizinde izlenen hemartrozun ayırıcı tanısında lipoma arborescens düşünülmelidir (4).

Laboratuvar çalışmalarında CRP (C-reaktif protein), sedimentasyon, romatoid faktöre yönelik olarak yapılan serolojik testler, ürik asit değeri normal olarak bulunur. Eklem sıvısı incelendiğinde kristallere ya da hücreye rastlanmaz, kültür sonucu sterilidir (1, 2, 5, 7).

Patolojik olarak, sinoviyal membranda sarımsı beyaz renkte belirgin villöz proliferasyon vardır ve subsinoviyal yağ dokusunda hiperplazi izlenir. Proliferatif villöz çıkıntılar oluşturan matür yağ hücrelerinin subsinoviyal dokunun yerini aldığı görülür (1, 5). Patolojik incelemede, sinovial membranın yerini villöz lipomatöz dokuların alması temelde yatan patolojinin sinoviyanın metaplazik bir lezyonu olduğunu düşündürmektedir.

şim ile efüzyonların tekrarı engellenir. Nüks ihtimali çok nadir de olsa vardır (3). Literatürde nüks izlenen sadece bir vaka mevcuttur ve Coventry ve ark. tarafından 1966 yılında yayınlanmıştır. Coventry bu vakayı tekrar sinovektomi ile tedavi ettiğini bildirmiştir (3). Biz olgumuzu literatürde önerildiği gibi sinovektomi ile tedavi ettik. Olgunun bir yıllık takip süresi içinde klinik ve radyolojik olarak nüks lehine bir bulgu saptanmadı.

Kaynaklar

1. Armstrong SJ: Lipoma arborescens of the knee. *British Journal of Radiology* 62: 178-180, 1989.
2. Arzımanoğlu A: Bilateral arborescent lipoma of the knee. A case report. *J Bone Joint Surg* 39 (A): 976-979, 1957.
3. Coventry MB, Harrison EG, Martin JF : Benign synovial tumours of the knee: a diagnostic problem. *J Bone Joint Surg* 7: 1350-1358, 1966.
4. Edamitsu S, Mizuta H, Kubota K, Matsukawa A, Takagi K : Lipoma arborescens with hemarthrosis of the knee, a case report. *Acta Orthop Scand* 64 (5): 601-602, 1993.
5. Hallel T, Lew S, Saba K, Bansal M : Villous Lipomatous Proliferation of the Synovial Membrane (Lipoma arborescens). *J Bone Joint Surg* 70 (A): 2; 264-270, 1988.
6. Hermann G, Hochberg F: Lipoma arborescens: Arthrographic findings. *Orthopedics* 3: 19-21, 1980.
7. Weitzman G: Lipoma arborescens of the knee. Report of a case. *J Bone Joint Surg* 47 (A): 1030-1033, 1965.

Yazışma adresi:

Doç. Dr. Hasan Havuçoğlu
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
35340 Inciraltı, İzmir, Türkiye