

Pigmentli villonodüler sinovitis

Rıfat Erginer⁽¹⁾, Muharrem Babacan⁽¹⁾, Refik Tezcan⁽²⁾, Levent Yalçın⁽³⁾

Pigmentli villonodüler sinovitis etyolojisi bilinmeyen ve nadir görülen bir hastalıktır. Günümüzde sinovyanın bilinmeyen ve ajana karşı oluşmuş inflamatuvar bir reaksiyonu olarak bilinir. Genellikle intraartiküler olmasına rağmen bazen bursa ve tendon kılıflarından meydana gelebilir. El ve ayakta kemiklerin komşu tendon kılıflarındaki lezyonlardan erozyon invazyonu sık görülmesine karşın eklem içi sinovyal lezyonlardan kemik invazyonu nadir görülür. Ve pek az olgu bildirilmiştir. Hastalığın bu özelliklerinden dolayı 4'ü dizde kemik invazyonu olmayan, biri kalçada kemik invazyonlu ve biride ayak bileğinde kemik invazyonu yapmış 6 olguyu son literatür bilgilerinin ışığı altında değerlendirdik.

Pigmented Villonodular Synovitis

Pigmented villonodular synovitis is a rare condition with an unknown etiology. Today it is considered as being an inflammatory reaction of synovium against an unknown agent. Although it usually involves the joints. It may also occur wherever synovial membrane is found, such as tendon sheaths and bursae. In both hand and foot bones erosions and invasions because of the tumorous in neighboring tendon sheaths are quite often whereas bone invasions are reported to the extremely rare in joint involvements.

In our study, under the lights of the literature in this subject, we have evaluated 6 cases, four being with no bone invasion, one in hip joint with femoral invasion and the last one in ankle joint with fibular, talar and tibial invasions.

Pigmente villonodüler sinovitis, tenosinovitis ve bursitis deyimi ilk defa 1941 yılında Jaffe, Lichtenstein ve **Sutro** tarafından kullanılmıştır (1.2.4.7.8.9.10). 1941 den önce bir tümör olarak bilinen ve lezyon yerleştiği yere göre değişik isimlerle anıyordu. Tendon kılıfına yerleştiğinde ksantamatöz dev hücreli tümör veya ksantamatöz granülom, eklemlerde görüldüğünde kronik hemo rajik villöz sinovit veya artirik, sinovyanın selim polimorf hücreli tümörü, selim sinoviyoma denmiştir. Patoloji fagositoz yapabileme özelliğini kazanmış in differansiye bağ dokusu hücrelerinin hiperlazedinden ibarettir. Bu hücrelerin pigment taşıyan köpük ve çok çekirdekli dev hücrelere transformasyonu sinovyal dokuda villonodüler lezyonlar meydana getirir (7).

ve birinde topallayarak yürüme vardı. 5 olguda radyolojik olarak yumuşak doku şişliği saptandı. 4 olguda kemiksel bir patolojiye rastlanmadı. Sadece 2 olguda kemik invazyonuyla birlikte eklem mesafesinde daralma tesbit edildi. Şikayetlerin başlangıcıyla teşhis konana kadar geçen süre en az 6 ay en çok 3 yıl ortalama 1,3 yıldır. Ameliyatta tüm olgularda sinovyanın kahverengi kırmızımtrak renkte olduğu tesbit edildi. 3 olguya total sinovektomi 1 olguya subtotal sinovektomi, 1 olguya subtotal sinovektomi, küretaj ve Kill Bone tatbiki, 1 olguyada total sinovektomi ve ayakbileği artrodezi ameliyatı uygulandı. Olgular en az 6 ay en çok 10 yıl ortalama 4,8 yıl takip edildi. Olgularımızın hiçbirinde nüks görülmedi.

Materyel ve Metod

Kliniğimizde 1970-1986 yılları arasında sinovektomi endikasyonu konularak ameliyat edilen 32 hastadan 10'unda histopatolojik olarak pigmentli villonodüler sinovitis tanısı konulmuştur. Mektupla çağrı yapılan 10 hastadan kontrole gelen 6'sı değerlendirilmiş ve ayrıca literatür gözden geçirilmiştir.

Olguların özellikleri tablo 1 ve 2 gösterilmiştir. Olguların 2'si erkek, 4'ü kadındır. En küçük yaş 14, en büyük 55 ortalama 36,5'tur. Lokalizasyon 4'de diz, 1 de kalça ve 1 de ayak bileğindeydi. Olguların tümünde ortak şikayet ağrı ve şişlikti. İlaveten 4 olguda hareket kısıtlanması

Olgu Örnekleri

Özellikle kemik invazyonu yapmış iki olguyu sunduk.

Olgu 5:A, 14 yaşında bayan öğrenci 10.1.1985 tarihinde kliniğimize baş vurmuş. Fizik muayenede sol kalçada abduksiyon hareketinde minimal kısıtlanma dışında hareketler tam. Radyolojik incelemede eklem mesafesinde daralma, ve femur başında 4 x 3 cm çapında osteolitik karakterde, kenarları hafif siklerotik kist görüldü. (Resim 1 ve 2). Orak hücreli anemi düşünüldü. Sol kalçadan açık biopsi yapıldı. Histopatolojik teşhis foliküler kronik sinovit geldi. Bunun üzerine ikinci ameliyatta subtotal sinovektomi küretaj ve Kill Bone tatbik edildi. 1 yıl 3 ay sonra-

(1) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travm. Anabilim Dalı Uzmanı

(2) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travm. Anabilim Dalı Doçenti

(3) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travm. Anabilim Dalı Asistanı

Olgu No.	İsim	Cins	Yaş	Taraf	Ön tanı	Süresi	M.tarihi	Takip süresi	Şikayeti
1	ZK	K	55	Sol diz	Sinovit	1 yıl	22.11.76	10 yıl	Şişlik, Hareket kısıtlanması.
2	TS	K	31	Sol diz	Sinovit	3 yıl	13:9.79	7 yıl	Ağrı ve şişlik
3	MU	E	31	Sol diz	Sinovit	1 yıl	15.7.81	5 yıl 5 ay	Ağrı, şişlik, hareket kısıtlanması
4	JS	K	53	Sağ diz	Sinovit	1 yıl 5 ay	23.11.81	5 yıl	Ağrı, şişlik, hareket kısıtlanması
5	AA	K	14	Sol kalça	Orak hücreli anemi	9 ay	10.1.985	1 yıl 3 ay	Ağrı, topallayarak yürüme.
6	TT	E	35	Sol ayak bileği	Sinovit	6 ay	14.7.986	6 ay	Ağrı, şişlik, hareket kısıtlanması

Tablo 1.

Olgu No.	Radyolojik bulgu	Ameliyat bulgusu	Yapılan Ameliyat	Patolojik tanı	Sonuç
1	Yumuşak doku şişliği	Sarı kırmızımtırak villöz sinovyal proliferasyon	Total sinovektomi	PVS	Şifa
2	Yumuşak doku şişliği	Kırmızı kahverengi villöz proliferasyon	Total sinovektomi	Villöz sinovit	Şifa
3	Yumuşak doku şişliği	Kahverengi yeşil sinovyal proliferasyon	Total sinovektomi	Villöz sinovit	Şifa
4	Yumuşak doku şişliği	Sinovyal hiperplazi (8 x 5 x 3 cm çapında).	Subtotal sinovektomi	Selim sinoviyoma	Şifa
5	Femur başında 4 x 3 cm çapında kist. Eklem mesafesinde daralma	Pigmente villöz proliferasyon, tetin posterolateralinde kistik boşluk.	Subtotal sinovektomi küretaj, Kill Bone tatbiki	Villonodüler sinovit	Şifa
6	Tibia, talusun ön yüzünde defekt, fibulada multipl kistler.	Sarı-kahverengi villöz proliferasyon, tibia ve talusun ön yüzünde defekt.	Total sinovektomi, ayak arthrodezi.	Villonodüler sinovit	Şifa

Tablo 2.



Resim 1

Resim 2

Resim 3

ki kontrol grafisinde kistin kalsifiye olarak iyileşti ve eklem mesafesinin daraldığı görüldü. (Resim 3).

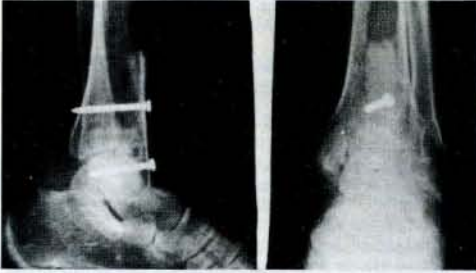
Olgu 6: TT, 35 yaşında erkek hasta 14.7.1986 tarihinde kliniğimize baş vurmuş. Fizik muayenede sol ayak bileğinin şiş ve eklem hareketlerinin kısıtlı olduğu tesbit edildi. Radyolojik incelemede yumuşak doku şişliği, eklem mesafe-

sinde daralma. Tibia ve talusun eklem yüzünde defekt, medial malleolde tek bir kist ve ayrıca fibulada multipl kistler görüldü. (Resim 4). Total sinovektomi ameliyatı yapıldı. Histopatolojik teşhis pigmente villonodüler sinovit. 4 ay sonraki grafide, talus ve tibiyanın ön yüzündeki defekt bölgesinin yeni kemik dokusuyla dolduğu görüldü (Resim 5). 10.11.86'da ayak bileği



Resim 4

Resim 5



Resim 6



(80 büyütme)

Resim-7.

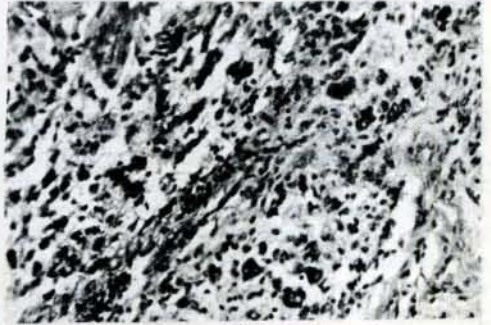
artrodezi yapıldı. 1,5 ay sonraki kontrol grafisinde yeni kallus oluşumu görülüyor (Resim 6). Aynı olgunun 80 ve 200 büyütmeyle çekilen mikroskopik piyes resimlerin de dev hücreler görülüyor (Resim 7 ve 8).

Tartışma

Pigmente villonodüler sinovistide (PVS) görülen lezyonları 1861'de **Broca** tarif etmiştir. 1865'de Simon sinovyal membranın ksantoması olarak tanımlamıştır. 1941 yılında PVS terimini ilk defa kullanan Jaffe, Lichtenstein ve Sutro lezyonun bilinmeyen bir ajana karşı oluşmuş inflamatuvar bir reaksiyon olduğunu belirtmişlerdir. (2,4,6,8,9,10). PVS nadir görülür. Sıklık sırasına göre diz, kalça, ayak bileği, el bileği ve omuzda görülür (8,12). Jaffe dizin kalçadan 10-12 defa fazla tutulduğunu söylemiştir (2). Kendisi litera-

türde 57 olgu bildirmiştir. Jaffe 25 olguluk serisinde lokalizasyonu 20'si diz, 2'si kalça, 1'i ayak bileği, 1'i kalkaneokuboid eklem olarak göstermiştir (10). Chung İngiliz literatüründe kalça lokalizasyonlu 17 olgu bildirmiştir (2). Jergesen dizde dev hücreli tümörü taklit eden 2 olgu bildirdi (5). Campbell tarafından lomber vertebra'nın faset ekleminde lokalize bir olgu yayınlandı (1). 6 olguluk serimizde lokalizasyon 4'ü diz, 1'i kalça ve 1'i ayak bileği eklemindeydi.

PVS monoartikülerdir ve başlangıcı sinsidir. Genç yetişkinlerde ve 30-50 yaş arası yetişkin-



(200 büyütme)

Resim-8.

lerde görülür (10). Serimizde yaş klasiğe uymaktadır ve olguların hepsinde lezyon monoartikülerdir.

Başlıca şikayet şişlik ve ağrıdır. 4 olgumuzda şişlik ve ağrı şikayetine ilaveten eklem hareketlerinde kısıtlanma tesbit edildi.

Şikayetlerin başlangıcından teşhis konana kadar geçen süre 1 aydan 25 yıla kadar değişir. Ortalama süre 5 yıldır (8). Serimizde süre en az 6 ay, en çok 3 yıl, ortalama 1 yıl 3 aydır.

PVS de kistler yerleştiği eklem bir veya her iki tarafında tek veya multipl olabilir. Bu kistler osteoartritte görülenlere oranla daha büyüktür. PVS deki kistler Juxta-artiküler kistlerden genelde eklem her iki tarafına yerleşmesi ve sıklıkla diz, kalça ve ayak bileğinde görülmesiyle ayırdedilebilirler (11). Kistler subkondral bölgede ince siklerotik bir duvarla çevrilmiştir. PVS de

kemiğin neden ancak birkaç olguda invaze olduğu anlaşılmalıdır. Breimer, Freiberg ve Mc Master invazyon yerinin kontro-osseöz birleşme yeri olduğunu söylemiştir (5). Chung ve Jones sinovyal proliferasyon nedeniyle artan eklem için basıncın lokal osteoporoz ile kortikal defektlere neden olduğunu söylemiştir (2). Scott hastalıklı dokunun vasküler foraminaller içinde girerek kemiği penetre ettiğini söylemiş ve bunu kistlerin vasküler foraminallerin sık olduğu yerlerde daha çok görülmesiyle ispatlanmıştır (6). Bizim 5 nci olguda lezyonun lokalizasyonu muhtemelen bu teoriyle ilişkili olabilir. Tanıda klinik, radyolojik görünüm yanında artrografi ve artroskopinin önemli bir rolü vardır. Artroskopi cerrahi planlamaya yardımcı olur. Eklem aspirasyonunda sarı-kahverengi veya kanlı bir mayi gelmesi PVS şüphesi uyandırır. Komputezize aziel tomografinin (CAT) ayırıcı teşhiste bir faydası yoktur. Radyoisotop çalışmaları aktivitede hafif bir artış gösterir. Angiografi lezyon bölgesinde vaskülarizasyonda artış gösterir. İğne biopsinin tanıda büyük bir rolü vardır. Kesin tanı mikroskopik incelemeye konur.

PVS'de stage'leme çalışması gerek yoktur. Çünkü lezyon alışılmamış bir yerde olduğu zaman stagleme çalışmaları PVS ile selim bir tümörün ayırıcı tanısına çok az yardımcı olur (3).

Tedavi lezyonun devresine göre değişir. Soliter latent nodüler marjinal ekzizyon ile tedavi edilebilir. Nüks nadirdir. Aktif eklem içi PVS denüksü önlemek için ekstrakapsüler marjinal ekzizyon gereklidir. Ancak bu girişim birçok olguda sakatlık bırakmaksızın teknik olarak mümkün değildir. Agressif devre 3'teki lezyonlarda nüksü önlemek için lezyonun etraftaki normal doku ile birlikte çıkarılması gereklidir. Bu ise genellikle eklem kaybı ile sonuçlanır. Bunun için daha az aggressif olan subtotal ekzizyonlar radyoterapiyle desteklenmiştir. Stage 2 lezyonlarda subtotal sinovektomi ve radyoterapi tedavisi sonrası nüks oranı sadece subtotal sinovektomiyeye göre daha azdır. Stage 3 lezyonlarda bir fark yoktur. Yayınlarda PVS'de nüks oranının yüzde kaç olduğu hakkında bir yazıya rastlamadık. Serimizde 3 olguya total sinovektomi, 1 olguya subtotal sinovektomi küretaj ve Kill bone tatbiki, 1 olguya subtotal sinovektomi, 1 olguya sinovektomi ve ayak bileği artrodez ameliyatı uygulandı. Radyoterapi hiç bir olguya yapılmadı. 6 olgumuzda nüks görülmedi.

PVS nadir görülmesine rağmen kronik sinovit, Tbc sinovit veya romatoid artirit ön tanısı konup sinovektomi ameliyatına gidilirken bunda akılda tutulmasının yararlı olacağı kanısındayız.

Kaynaklar

1. Campbell,A.J.,and Wells,I.P.:Pigmented villonodular synovitis of a lumbar vertebral facet joint.J.B.J.S.,Vol:64-A,No:1,S:145-46,1982.
2. Chung,S.M.K.,and Janes J.M.:Diffuse pigmented villonodular synovitis of the hip joint Review of the literature and report of four cases. J.B.J.S.,47-A,S:293-303,1965.
3. Enneking,W.F.:Musculoskeletal tumor surgery. Churchill Livingstone,S:1167-1174,1983.
4. Jaffe,H.L.:Tumors and tumorous conditons of the bones and joints. Lea and lebiger. Philadelphia S: 532-546, 1958
5. Jergesen,H.E.Mankin H.J.,Schiller,A.L.:Diffuse pigmented villonodular synovitis of the knee mimicking primary bone neoplasm, J.B.J.S.Vol:60-A,No:6,S:825-28,1978.
6. Kindblom,L.G.Gunterberg,B.:Pigmented villonodular synovitis involving bone. J.B.J.S.Vol:60-A,No:6,S:530-533,1978.
7. Kuzgun,Ü.Pigmenti villonodüler sinovitis, Acta orthopaedica et traumatologica turcica.Cilt:15,Sayı:4,S:276-81,1981.
8. Larmon,W.A.:Pigmented villonodular synovitis, The medical clinics of North America Vol:49,No:1,S:141-149,1965.
9. Lichtenstein,L.:Bone tumors.The C.V.Mosby company,Saint Louis,S:410-417,1972.
10. Mc Master P.E.:Pigmented villonodular synovitis with invasion of bone.J.B.J.S., Vol:42 A,No:7 S:1170-1183,1960.
11. Schajowicz,F.Sainz,M.C.Slulltel,J.A.:Juxta-articular bone cysts (intra-ussueous gangli)7.J.B.J.S.Vol: 61-B No:1 S: 107-117, 1979
12. Tachdjan,M.O.:Pediatric orthopaedics.W.B Saunders Co.Philadelphia,London-Toronto.1972.