

Intramuskuler hemangiom

Fahri SEYHAN (1), Mahmut BERKMAN (2), Misten DEMİRYONT (3),

Oldukça nadir görülen intramusküler hemangiomlar incelenmiş ve 2 vaka takdim edilmiştir. Birinci vakada intramusküler hemangiomlar içinde çok nadir olarak görülen kemik tutulması, tümör dokusu içinde yeni kemik oluşumu ve periost reaksiyonu ile belirlenmiş ve bu oluşum radyolojik ve patolojik anatomik olarak saptanmıştır. Teşhis ve tedavi yöntemleri literatür ışığı altında tartışılmış ve nüks oranında verilen değişik yüzdelere dikkat çekilmiştir.

Intramuscular hemangiomas that are rarely seen have been analysed and two cases presented. In the first case bone invasion in the muscular hemangioma with new bone formation in the tumoral tissue and periosteal reaction is depicted and radiologically and pathologically established. Diagnosis and treatment of intramuscular hemangioma have been discussed under the light of various literature and attention has been drawn to the conflicting percentages given as recidive ratios.

Hemangiomlar, tüm tümörlerin % 2-3 ünü, selim tümörlerin ise % 7 ini oluştururlar (11). Intramusküler hemangiomlar ise, tüm selim damar tümörlerinin % 0.8 ini oluşturacak kadar az görülürler (10). Nadir olmaları ve klinik belirtilerinin ayırıcı olmaması nedeniyle biopsi yapıncaya değin çok nadirgen tanımlanabilirler (1).

Intramusküler hemangiom tanımı 1894 yılında Mucatello ve 1932 de Putti tarafından yapılmıştır. Ancak pekçok araştırmacı, Liston'un 1843 yılında, popliteal bölgede tarif ettiği tümörün, bir intramusküler hemangiom olduğuna inanırlar (12). Daha sonraki yıllarda, 2-3 serilik pekçok vaka takdimleri yapılmıştır (9). Shallow ve ark. (11), kendi iki vakaları ile birlikte, geniş bir literatür taraması yapmış ve 335 vakanın sonuçlarını bildirmişlerdir. Bugüne değin, kaynak verilerinde, 450 civarında intramusküler hemangiom vakası yayınlanmıştır (14).

Angiomatoz lezyonlar, vücudun her yerinde ve organlarda görülebilirler (7). Cilt ve mukozaya gibi yüzeysel yerleşim göstermedikleri zaman çok nadiren teşhis edilebilirler (15).

Bu çalışmada, kas içinde yerleşim gösteren, mikst tipte 2 intramusküler hemangiom vakası, kaynak verileriyle kıyaslanarak takdim edildi.

Vak'alar

Vaka 1.: Ü.A. 27 yaşında, ev kadını. 1982 yılında sol el bileğinde hafif ağrı başlamış ve 1984 yılında artan ağrı, şişlik, supinasyon kaybı ile kliniğimize başvurdu. İki yıldan beri, artan şikayetler nedeniyle ev işlerini göremez hale



1- Radius ve ulnanın alt ucunda niter ossoz sahada özellikle ulnada daha belirgin olmak üzere korteks kalınlaşması ve periost reaksiyonu var. M. Qromotor Quadratus içinde ise yeni kemik oluşumu görülüyor.

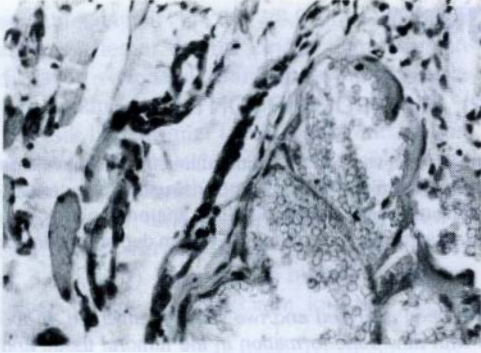
geldiğini ifade etmekte.

Klinik muayenede, sol el bileğinin volar tarafında, fleksör tendonlar çevresinde, yumuşak dokuya şişliği olduğu görüldü. Palpasyonda ağrı tespit edildi. Ayrıca, sol önkol ve el bileğini pronasyonda tutuyor ve supinasyona getiremiyordu. Pasif olarak supinasyon zorlaması çok ağrılıydı. Yukardaki klinik tablo ile bir tenosinovit düşünüldü ve antiflejistik tedavi başlandı. Altı ay sonraki

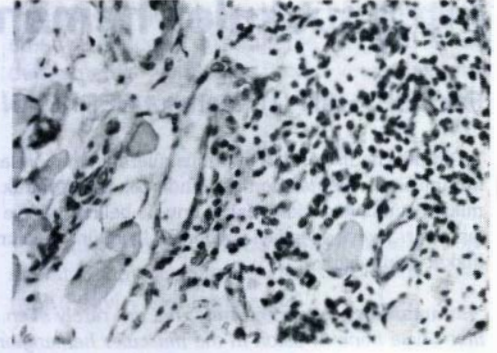
1- İst. Tıp Fak. Ort. ve Travmatoloji Anabilim Dalı Profesörü

2- İst. Tıp Fak. Ort. ve Travmatoloji Anabilim Dalı Uzmanı

3- İst. Tıp Fak. Patolojik Anatomi Anabilim Dalı Doçenti.



2- Çevreleri teksira endotel ile döşeli, lümenlerinde eritrositler bulunan kavernöz hemangiom alanları, bir kenarda çizgili kas demetleri, ödemli ve artmış olgun yağ dokusundan zengin interstisyum (Hematoksilen-Eosin, X 510 kez büyütülmüştür) 13339/85.)



3- Kısmen degenere çizgili kas demetleri, yoğun lenfosit toplulukları arasında proliferen kapiller kesitleri (Hematoksilen-Eosin, X 510 kez büyütülmüştür. 13339/85).

kontrolde, tüm şikayetlerde artma sonucu radyografik tetkik yapıldı. Radyografik inceleme, radius ve ulnanın distalinde, M. pronator quadratus'un yapışma yerinde periost reaksiyonu ile birlikte yeni kemik oluşumu görüldü ve ameliyat önerildi (Resim 1).

Yapılan ameliyatta, flekor tendonların daha altında M.pronator quadratus kas içinde yer alan bir tümör kitlesi saptandı. Tümör çok kanayan ve kolayca yırtılan ve pas rengini almış kas içerisindedir. Heriki kemiğin yapışma yerinde ve periostta da, tümöral infiltrasyon görülmektedir. M.pronator quadratus içindeki tümör ile birlikte çıkartıldı. Periost kürete edilme ve yara kapatıldı. Ameliyat sonrası komplikasyonsuz seyretti ve yara perprimum kapandı. Dört ay sonraki kontrolde, ağrı ve şişlik tümüyle geçmişti. El bileği hareketleri supinasyonun % 50 kadar olması dışında normaldir. On ay sonraki son muayenesinde supinasyonda normale dönmüştü.

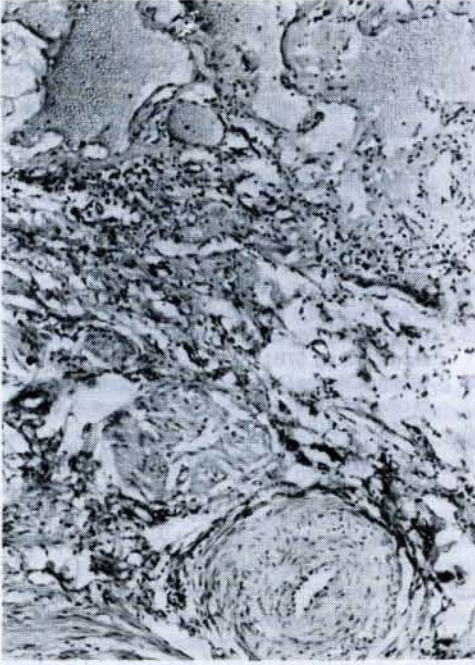
Histopatolojik incelemede (Path. Prot. No: 13339/85), materyel 1.5 cm boyunda sert kemik ile, 1 cm çapında kırmızı-kahverengi, yumuşak ve düzensiz parçadan oluşmaktaydı. Mikroskopik tetkikte, hafif degeneratif değişiklikler gösteren çizgili kas demetleri arasında, sayıca artmış geniş kavernöz boşluklar, yoğun eritrosit kümeleri izlenmekteydi (Resim 2). Arada, interstisyel bölgede artmış yağ dokusu içinde, proliferen kapiller kesitleri ve kalın cidarlı, dar lümenli damar yapıları mevcuttu. Bazı bölgelerde, yoğun lenfosit toplulukları görülmekteydi (Resim 3). Mikroskopik tanı: Mikst tipte intamsküler hemangiom, sert kısımların incelenmesinde ise, sklerotik kemik lamelleriydi.

uyuluk alt ve iç kısımda şişlik ve ağrı şikayeti ile 1986 yılında, kliniğimize başvurdu. Şikayetleri bir yıl önce başlamış ve gittikçe artmış. Sağ uyluk iç kısmında, ağırlı yaygın şişlik palpe edildi. Cilt görünümü normaldir. Aynı taraf uylukta 2 cm atrofi tespit edildi. Radyolojik incelemede bir özellik yoktu. Labratuar bulguları normaldir. Aynı yıl kliniğimizde ameliyat edildi. Sağ uyluk alt uç medialinde M.vastus medius içinden 4x2x2 cm ölçülerinde, çok kanayan, koyu kırmızı renkli, çabuk yırtılan, kas ile içiçe girmiş, sınırları saptanamayan tümöral yapı görüldü. Lezyonun, periost ile herhangi bir bağlantısı yoktu. Kitle total çıkartıldı ve yara kapatıldı. Yara komplikasyonsuz, perprimum kapandı. Altı ay sonraki kontrolde, şişlik tümüyle kaybolmuş, fakat 2 cm atrofi devam ediyordu. Ağrı hafif vardı. Quadriceps egzersizleri verildi ve kontrole çağrıldı.

Materyelin makroskopik incelenmesinde (Path.Prot.No:3217/86), lezyon 4x2x1 cm ölçülerinde, yumuşak kıvamda, pembe-kırmızı renkte, düzensiz parçadan oluşmaktaydı. Mikroskopik incelemede ise, kas demetleri arasında endotel ile döşeli, geniş damarsal boşluklar, bazılarının lümenlerinde eritrositler, bir kısmının lümenleri tümüyle boş görünümündeydi. Arada kalın duvarlı, dar lümenli damarlar ve proliferen kapiller kesitleri vardı (Resim 4). Geniş damarların bir kısmında, lümeneye doğru uzanan papiller yapılar ve organize trombüsler izlenmekteydi. Mikroskopik tanı: Intramusküler hemangiom, mikst tip.

Tartışma

Hemangiomlar, kan damarlarını taklit eden se-



4- İki numaralı vakada, bir alanda kavernöz damar kesitleri, bir alanda ise, fibromusküler hiperplazi gösteren, kalın cidarlı dar lümenli damarlar, interstisyel alanda artmış bağ ve yağ dokusu (Hematoksilen-Eosin, X 125 kez büyütülmüştür 3217/86).

lim tümörlerdir. Ancak selim tümörden çok, vasküler bir malformasyon olarak kabul edilmektedir (5).

Hemangiomların etyolojisi ve patogenezi tartışmalıdır. Bazı yazarlar tümörün embriyolojik bir bozukluk sonucu geliştiğini, bir kısmı ise, bir vasovasküler hastalığı olarak lezyonun geliştiğini kabul etmektedirler (11). Bundan başka, vasküler elementlerin basit hipertrofisi, staz yada tümör alanında artmış vasküler tansiyon, çevre bağ dokusu atrofisi sonucu, küçük damarlara yapılan destek kaybı gibi farklı teoriler ileri sürülmüştür. Tümörün oluşumunda travmanın rolü olduğu, ancak travmanın primer bir neden olmayıp, hem semptomları arttıran, hemde tümörün büyümesinde segonder bir faktör olduğuna inanılan çoğunluktadır (8).

İntramusküler hemangiomların % 87 si ilk üç dekát içerisinde ve kadınlarda biraz daha fazla görülmektedir (8) Tümörün erken klinik belirtisi ağrı olup, vakaların % 60'ında görülmektedir. Ağrı, lezyonun büyüklüğü ile ilişkili olmayıp lokalizasyona bağlıdır (6). Nadir vakalarda bizim 1 nolu vakamızda olduğu gibi, periostal yeni kemik oluşumu, endosteal destrüksiyon ve rekonstrüksiyon, paget kemik hastalığına benzer

radyolojik görünüm saptanabilir (6).

Hemangiomların çoğunluğu, deri ve mukoza gibi yüzeysel yerleşim gösterirler. Daha az oranda ise, derin dokularda saptanırlar (7). İntramusküler hemangioma, derin dokularda yer alan hemangioma örnekleridir (2).

İntramusküler hemangioma, tüm selim damar tümörlerindeki olduğu gibi kapiller, kavernöz ve mikst tipte görülürler. Kapiller olan tipte, bol mitoz içeren, proliferatif endotel hücrelerinin kümeler oluşturması nedeniyle habis bir tümör tanısı alabilmektedir (1). Bizim kas içerisinde yer alan iki hemangioma vakamız, hem kapiller hemde kavernöz alanları içeren mikst tipte bir intramusküler hemangiomdu.

İntramusküler hemangioma bazen belirgin yağ dokusu infiltrasyonu görülür. Bu lipomatöz alanlar belirginleştikçe, bir infiltran lipoma (4) yada bir angiolipoma ile karışabilir (13).

Tümör, kası infiltre eden iyi differansiyeli bir liposarkoma da karışabilir, ancak belirgin damar proliferasyonu liposarkoma görülmediği gibi, atipik lipoblastlar ve lipositlerde, hemangioma saptanmaz (5).

İntramusküler hemangioma bazen papiller endotelial hiperplazide olduğu gibi, lümen içine doğru, birbiri ile anastomozlar yapan uzantılar ve endotelial proliferasyon görülebilir. Fakat papiller endotelial hiperplazi sıklıkla, kronik staz zemininden kökenlenir (3).

Kas içerisinde yer alan angiom bir angiosarkoma da tanı yanlışlığına sebep olabilir. Fakat angiosarkoma derin dokularda özellikle kas içinde, primer gelişimi son derece nadirdir. Ayrıca angiosarkoma da görülen belirgin nükleus polimorfizmi ve atipisi hiçbir zaman intramusküler hemangioma da görülmez (7).

Trias ve ark. (14), intramusküler hemangioma ların angiografik tetkikini yapmışlar ve tümöre giden bir damar pedikülünün varlığını göstermişlerdir. Ameliyatta da bu pedikülü bulup bağladıklarını ifade etmişlerdir. Biz iki vakamızda da angiografik tetkik yapamadık ve ameliyattada pedikül saptayamadık.

La Sorta (8) tümörün tam çıkartılması halinde nükslerin görülmediğini kaydedilmiştir. Ancak nüks oranı % 618 arasında değiştiği ve her zaman lezyonun tüm olarak çıkartılmasının mümkün olmadığı da belirtilmektedir (11). Ameliyatlarda kas dokusunun büyük bir kısmının çıkartılmasına karşılık, fonksiyonel neticelerin iyi olduğu kaydedilmektedir. Maligniteye değişim, tüm kaynak verilerinden, ancak bir tanesinde saptanmaktadır (11).

Kaynaklar

- 1- Allen PW., Enzinger FM.: Hemangiomas of skeletal muscle. An analysis of 89 cases. *Cancer* 29: 8 CASES. *Cancer* 29:8 (1972).
- 2- Angervall L., Nilsson L., Stener B., Wickborn 1.: Angiographic, microangiographic and histologic study of vascular malformation in striated muscle. *Acta Radiol* 7:65 (1968).
- 3- Clearkin KP., Enzinger FM.: Intravascular papillary endothelial hyperplasia. *Arch Pathol* 100: 441 (1976)
- 4- Dionne GP., Seemayer TA.: Infiltrating lipomas and angioliipomas revisited. *Cancer* 33: 732 (1974)
- 5- Enzinger FM., Weiss SW.: Soft tissue tumors. Chapter 16, 1th Ed. St Lbis 1983 The C.V Mosby Company p: 379.
- 6- Godanich IP., Campanacci M.: Vascular hamartomata and infantile angioectatic osteohyperplasia of the extremities. *J. Bone Joint Surg* 44A: 815 (1962).
- 7- Hajdu SL.: Pathology of soft tissue tumors. Chapter 6. 1th Ed. Lea Febiger Philadelphia 1979, p: 367.
- 8- La Sorta AF.: Cavernous hemangioma of striated muscle. Review of the literature and report of one case. *Am J Surg* 100: 593 (1960).
- 9- Mac Dermatt EN.: TWO cases of hemangioma of voluntary muscle: with a brief review of the literature. *Br J. Surg* 23:252 (1935).
- 10- Scott JES.: Hemangiomata in skeletal muscle. *Br J Surg* 44: 469 (1957)
- 11- Shallow T., Eger SA., Wagner FB.: Primary hemangiomas of skeletal muscle. *Ann Surg* 119:700 (1944).
- 12- Sutherland AD.: Equinus deformity due to hemangioma of calf muscle. *J Bone Joint Surg* 57B: 104 (1975).
- 13- Stimpson N.: Infiltrating angioliipomata of skeletal muscle. *Br J Surg* 57B: 104 (1975)
- 14- Trias A., Dilengo D.: A new approach to the treatment of cavernous hemangioma of skeletal muscle. *J. Bone Joint Surg* 54B:770 (1972).
- 15- Waddell GF.: A hemangioma involving tendons. *J. Bone Joint Surg* 49B:138 (1967).