



Sıra dışı bir lokalizasyonda tendon kılıfının dev hücreli tümörü

Esin ATIK¹, Tümay ÖZGÜR¹, Aydıner KALACI², Burçin TUNA³

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay;

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Hatay;

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Tendon kılıfının dev hücreli tümörleri genellikle el bölgesinin palmar yüzeyinde yerleşen iyi huylu tümörlerdir. Diz ve ayak bileği gibi büyük eklemlerde nadiren görülürler. Çalışmamızda sağ ayak bileğindeki kitle ile ortopedi polikliniğine başvuran 18 yaşında bir erkek hasta sunuyoruz. Hastada radyolojik olarak ayırıcı tanı yapılamadı. Marjinal olarak çıkarılan lezyonun histopatolojik tanısı tendon kılıfının dev hücreli tümörü idi. On iki aylık takip süresinde hiçbir lokal nükse rastlanmadı.

Anahtar sözcükler: Ayak bileği; diz; tendon kılıfının dev hücreli tümörü.

Tendon kılıfının dev hücreli tümör (TKDHT), ilk olarak 1852'de Chassaignac tarafından 'tendon kılıfının kanseri' olarak tanımlanmış; bu tanım, 1941'de Jaffe ve ark. tarafından, pigmentli villonodüler sinovit, bursit ve tenosinoviti kapsayacak şekilde genişletilmiştir.^[1,2] TKDHT her yaşta ortaya çıkabilir; ancak 30 ila 50 yaşları arasında daha yaygındır ve kadınlarda görülme oranı daha yüksektir.^[2] TKDHT, tendon kılıflarının bir tümörüdür ve sinovyumdan kaynaklanır ve sinovyal dokuların iyi huylu tümör ve tümör benzeri lezyonları grubunda sınıflandırılırlar.^[2,3] Nodüler tenosinovit olarak da adlandırılan lokalize formu, genellikle parmakları etkileyen nodüler veya polipoid bir kitleyken, florit veya proliferatif sinovit olarak bilinen diffüz formu tam olarak tanımlanmamıştır ve genellikle eklem dışında gelişerek, lokalize TKDHT'den daha düzensiz multinodüler bir şekilde büyür. Lokalize formları ağırlıklı olarak elde görülürken; nadiren ayak bileği, diz kapağı, bilek ve dirsek gibi büyük eklemlerde de ortaya çıkabilirler. Bu tümör, de-

ğişken sayıda multinükleer dev hücreler, enflamatuar hücreler, siderofajlar ve ksantom hücrelerinin eşlik ettiği yuvarlak sinovisit benzeri hücrelerin düzensiz proliferasyonu ile karakterizedir. Cerrahi tedavide marjinal rezeksiyon tercih edilen yöntemdir.^[2]

Çalışmamızda sağ ayak bileğindeki kitle ile ortopedi polikliniğine başvuran 18 yaşında bir erkek hasta sunuyoruz. Hastada radyolojik olarak ayırıcı tanı yapılamadı. Marjinal olarak çıkarılan lezyonun histopatolojik tanısı tendon kılıfının dev hücreli tümörü idi.

Olgu sunumu

On sekiz yaşındaki erkek hasta sağ ayak bileğinde şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurmuştu. Uygulama- dan 3 ay önce hastanın sağ ayak bileği bölgesinde bir travma gerçekleşmiş ve sonrasında bu bölgede kalıcı şişlik ve kızarıklık oluşmuştu. Fizik muayenede, hastanın sağ ayağının dorsolateral yüzeyinde ciltle bağlantılı olmayan ancak yumuşak dokulara doğru infiltrate ol-

Yazışma adresi: Dr. Tümay Özgür, MKÜ Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Serinyol, Hatay, Turkey.

Tel: 505 - 229 32 61 e-posta: ozgurtumay@yahoo.com

Başvuru tarihi: 10.11.2011 **Kabul tarihi:** 05.04.2012

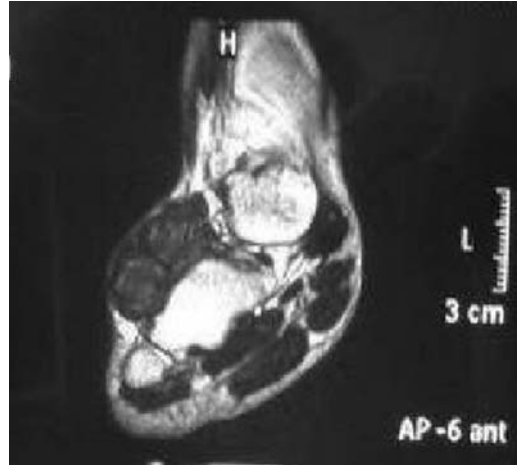
©2013 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

u yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi:10.3944/AOTT.2013.2773
Karekod (Quick Response Code):





Şekil 1. Sağ ayağın dorsolateral yüzeyi üzerindeki yumuşak doku kitlesi.



Şekil 2. Kalkaneusa bitişik 3x3 cm ve 2x2 cm boyutlarındaki yumuşak doku kitlelerinin MR görüntüleri.

muş hareketsiz bir kitle saptandı. Laboratuvar test sonuçları normal idi. Manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde, kalkaneusa bitişik 3x3 cm ve 2x2 cm boyutlarında hipointens yumuşak doku kitleleri görüldü. Kitlenin iyi sınırlı olduğu, ne kemiği ne de fasya altındaki yumuşak dokuları tahrip etmediği izlendi (Şekil 1 ve 2). Ayırıcı tanıda periferik sinir tümörleri, lipomlar ve pleomorfik sarkom düşünüldü. Açık biyopsi planlandıysa da cerrahi sırasındaki eksplorasyonda lezyonun iyi sınırlı olduğu görülünce marjinal eksizyona karar verildi. Tümör rezektü edilib, incelenmek üzere Patoloji Bölümü'ne gönderildi. Makroskopik olarak nispeten düzgün sınırlı, lobüle iki kitle izlendi. Büyük nodülün çapı 3.5x3x2.5 cm iken küçük nodülün çapı 2.5x2.2x2 cm olarak ölçüldü. Tümöral lezyonların kesit yüzeyi solid kıvamlı, kahverengi benekli gri-pembe renkli idi. Mik-

roskopik incelemede nodüller kısmi olarak kollajene kapsül ile çevrili olup, multinükleer dev hücreler, ksantom hücreleri, mononükleer hücreler ve stromal hücrelerden oluşmaktaydı (Şekil 3). Ayırıcı tanı için, S100, vimentin, HMB45, aktin, yüksek molekül ağırlıklı sitokeratin immünohistokimyasal boyamaları yapıldı. Habaset bulgusuna rastlanmadı ve tümöre tendon kılıfının dev hücreli tümörü tanısı kondu. Hastanın operasyon sonrası dönemi sorunsuz bir şekilde devam etti. Cerrahi eksizyon sonrası 12 aylık süre boyunca lokal nüks görülmedi ve hasta başka adjuvan tedavi almadı.

Tartışma

Tendon kılıfının dev hücreli tümörleri patogenezi belirsiz, iyi huylu tümörlerdir.^[4] En yaygın olarak el parmaklarının palmar bölgelerinde ortaya çıkarlar.^[4-7] Ayak bileği ve diz gibi büyük eklemlerde nadir görülen TKDHT lokalize veya diffüz formda olabilir^[4] ve hastaların genel şikayetleri lokal ağrı, ısı artışı ve şişmedir.^[8] Hastamızın, ilginç olarak, ayak bileğindeki inatçı kitleden başka hiçbir şikayeti yoktu. Olgumuz nadir görülen yerleşim yeri ve lokalize formuyla sunulmaya değer bir vakadır.

Literatürde ayak bileğinde lokalize ve diffüz formları içeren neredeyse 10 TKDHT vakası bildirilmektedir.^[4,6,8-10] Ayak bileğinde distorsiyon epizodları ile ilişkili, tesadüfi olarak tendon kılıfının dev hücreli tümörü tanısı konmuş iki olgu bildirilmiştir.^[4] Matthes ve ark., sağ ayak bileği eklemi bölgesinde TKDHT olan bir olguyu sunmuşlardır.^[6]

Bu tümörün klinik tanısı zordur; zira birçok yumuşak doku lezyonu TKDHT özellikleriyle benzerlik gösterir. Kitlenin özelliklerini belirlemek için MR ve bilgisayarlı tomografi tercih edilse de, kesin tanıyı patolojik muayene sağlar.^[11]



Şekil 3. Multinükleer dev hücreler, ksantom hücreleri, mononükleer hücreler ve nükleelleri olan stromal hücrelerden oluşan tümör (HE x200).

Ozdemir ve ark.'nın^[9] çalışmalarında, ayak ve ayak bileğine ait 196 tümörü analiz etmiş ve dev hücreli tümörü en sık görülen iyi huylu yumuşak doku tümörlerinden biri olarak tanımlamışlardır. Serilerindeki 140 ameliyat vakasının %9.3'ünde lokal nüks görülmüştür. Chou ve ark., ayak ve ayak bileğinde lokalize 153 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada TKDHT'yi en yaygın tümör olarak tanımlamışlardır.^[12] Bu nedenle, tümörün doğru sınıflandırılması ve uygun olarak tanı konması hastanın akıbeti için esastır.

Tendon kılıfının dev hücreli tümörleri radyolojik olarak, sıklıkla, altında bulunan kemiğe basınç erozyonu uygulayan yumuşak doku kitleleri olarak belirirler. TKDHT'ler, MR görüntüsündeki hemosiderin varlığı nedeniyle, tipik olarak T1- ve T2-ağırlıklı spin-eko sekanslarında düşük ile orta düzeyde sinyal gösterirler.^[13] Bizim olgumuz, kalkaneusu aşındırmayan ancak fasya altındaki çevre dokulara bitişik yerleşimli bir yumuşak doku kitlesi idi.

Tendon kılıfının dev hücreli tümörleri nadir görülen yumuşak doku tümörleri olduklarından sıklıkla yanlış tanı alırlar.^[2] Histopatolojik olarak ayırıcı tanıda genellikle yabancı cisim granülomları, nekrobiyotik granülomlar, tendinöz ksantomlar, fibromlar ve berrak hücre sarkomlar göz önüne alınır. Granümatöz lezyonlar daha fazla enflamatuvar hücreye sahiptirler. Dev hücreler nekrobiyotik granülomlarda ya nadir görülürler ya da bulunmazlar. Tendinöz ksantomlar ise sıklıkla çok çeşitlidir ve kolesterol yarıklarından oluşurlar. Tendon kılıfının fibromları TKDHT'nin son aşaması gibi görülmekle birlikte, daha fazla hiyalinize stromaya sahip olup, hücreleri daha fibroblastiktir. Berrak hücreli sarkomlar ise daha pleomorfik ve hücrelidir. Bu lezyonların tedavi şekilleri eksizyonel biyopsiden radyasyon terapisine kadar farklılık göstermektedir.^[14] Terapötik prosedür total eksizyondur.^[11]

Tendon kılıfının dev hücreli tümörlerinde %50'ye kadar varan yüksek nüks oranları görülmekle birlikte ayakta nadiren nüks eder. Gibbons ve ark., eksizyonla tedavi gören 17 TKDHT hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, ortalama 85 aylık takipten sonra lokal nüks görmediklerini ve hastalardan hiçbirinin başka bir ameliyata ihtiyacı olmadığını bildirmişlerdir.^[8]

Nüks oranı ağırlıklı olarak lokalize formlarda ilk eksizyonun tam olup olmamasına bağlıdır. Bununla birlikte, mitotik aktiviteleri artmış yüksek derecede hücreli tümörlerin ve diffüz formların nüks etme oranları da yüksektir.^[2,15,16] Diffüz ve nükseden vakaların tedavisinde, kapsamlı sinovektomi ve düşük doz radyasyonla beraber adjuvan tedavi olarak önerilir.^[16,17]

Takip süreci önemli olmakla birlikte nüks sonrası bile habis transformasyon bildirilmemiştir. Hastamızda 12 ay boyunca nüks eden bir kitle saptanmadı.

Sonuç olarak, nadiren görülseler de, TKDHT'ler diz ve ayak bileği bölgelerindeki tüm yumuşak doku tümörlerinin %1.7'sini oluşturmaktadır ve yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında dikkate alınmalıdır. Bu tümörlerin histopatolojik teyit ve takipleri önem arz etmektedir.^[4]

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Somerhausen NS, Fletcher CD. Diffuse-type giant cell tumor: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 50 cases with extraarticular disease. *Am J Surg Pathol* 2000;24:479-92.
2. Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. 4th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001. p. 1038-47.
3. Caputo V, Fiorella S, Orlanda E. Postsurgical paracitricul cutaneous satellitosis of giant cell tumour of the tendon sheath, localized type. *Case Rep Dermatol* 2011;3:118-23.
4. Illian C, Kortmann HR, Künstler HO, Poll LW, Schofer M. Tenosynovial giant cell tumors as accidental findings after episodes of distortion of the ankle: two case reports. *J Med Case Rep* 2009;3:9331.
5. Yıldız S, Cetinkol E. Case report: Tenosynovial giant cell tumor arising from the knee joint. [Article in Turkish] *Tani Girişim Radyol* 2003;9:81-3.
6. Matthes G, Richter D, Ostermann PA, Friemann J, Ekkernkamp A. Benign tenosynovial giant cell tumor in the region of the upper ankle joint. A rare differential diagnosis of a soft tissue tumor of the foot. [Article in German] *Unfallchirurg* 2000;103:479-81.
7. Mahmood A, Caccamo DV, Morgan JK. Tenosynovial giant-cell tumor of the cervical spine. Case report. *J Neurosurg* 1992;77:952-5.
8. Gibbons CL, Khawaja 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;84:1000-3.
9. Ozdemir HM, Yıldız Y, Yılmaz C, Sağlık Y. Tumours of the foot and ankle: analysis of 196 cases. *J Foot Ankle Surg* 1997;36:403-8.
10. Vasconez HC, Nisanci M, Lee EY. Giant cell tumour of the flexor tendon sheath of the foot. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008;61:815-8.
11. Cotten A, Flipo RM, Chastanet P, Desvigne-Noulet MC, Duguesnoy B, Delcambre B. Pigmented villonodular synovitis of the hip: review of radiographic features in 58 patients. *Skeletal Radiol* 1995;24:1-6.
12. Chou LB, Ho YY, Malawer MM. Tumors of the foot and ankle: experience with 153 cases. *Foot Ankle Int* 2009;30:836-41.
13. Labs K, Perka C, Guski H. Diagnosis and therapy of nodular tenosynovitis of the tendon sheath - case presentation. [Article in German] *Z Rheumatol* 2002;61:300-5.
14. Wan JMC, Magarelli N, Peh WC, Guglielmi G, Shek TW. Imaging of giant cell tumour of the tendon sheath. *Radiol Med* 2010;115:141-51.
15. Al-Qattan MM. Giant cell tumors of tendon sheath: classification and recurrence rate. *J Hand Surg Br* 2001;26:72-5.
16. Martin RC 2nd, Osborne DL, Edwards MJ, Wrightson W, McMasters KM. Giant cell tumor of tendon sheath, tenosynovial giant cell tumor, and pigmented villonodular synovitis: defining the presentation, surgical therapy and recurrence. *Oncol Rep* 2000;7:413-9.
17. Segler CP. Irradiation as adjunctive treatment of diffuse pigmented villonodular synovitis of the foot and ankle prior to tumor surgical excision. *Med Hypotheses* 2003;61:229-30.