



## Yüzük parmağı metakarpofalangeal eklemінде sinovyal kondromatozis

İsmail Bülent ÖZÇELİK,\* Samet Vasfi KUVAT,# Berkan MERSA,\* Özgür PİLANCI†

\*İst-Hand El Cerrahisi, Mikrocerrahi ve Rehabilitasyon Grubu Gaziosmanpaşa Hastanesi, El Cerrahisi Kliniği;

#İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği;

†Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Sinovyal kondromatozis eklem sinovyumunun multinodüler çoğalması ile karakterize nadir görülen bir lezyondur. Literatürde eli kapsayan sinovyal kondromatozise ait az sayıda olgu sunumu vardır. Bu yazıda, yüzük parmağında sinovyal kondromatozis olgusu rapor edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** El; metakarpofalangeal eklem; sinovyal kondromatozis; parmak.

Primer sinovyal kondromatozis sinovyal dokunun kırıkdağımsı dokuya dönüştüğü benign bir metaplazidir. Primer sinovyal kondromatozis eklem ya da tendon sinovyumundan gelişir. Sekonder sinovyal kondromatozis ise dejeneratif hastalık (osteoartrit), nöropatik artropati ya da travma sonucu kartilaj parçalarının dokuya gömülmesi sonucu oluşur.<sup>[1,2]</sup> Erkeklerin yaklaşık iki kat fazla etkilendiği bu patolojide, hastaların en sık şikayetleri ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığıdır.<sup>[1]</sup> Lezyon, yerleşimine göre tetik parmak ya da karpal tünel sendromu ile kendini gösterebilir.<sup>[2]</sup> Eklem kaynaklı sinovyal kondromatoziste; diz, kalça ve el bileği en sık etkilenen eklemlerdir. Tendon kılıfından gelişim halinde en sık yerleşim, ayak ve el parmaklarıdır.

Metakarpofalangeal (MKF) eklemlerden kaynaklanan primer sinovyal kondromatozis nadir görülür.<sup>[1]</sup> Bu çalışmada, yüzük parmağı MKF ekleminden kaynaklanan sinovyal kondromatozis olgusu sunulmuştur.

### Olgu sunumu

Kırkaltı yaşında bayan hasta, iki yıldır sağ elinde var olan ve gittikçe büyüyen ağırlı kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde travma, infeksiyon, romatolojik-sistemik hastalığa rastlanmadı. Şikayetlerin başlangıç döneminde hastaya artrit tanısının konulduğu ve medikal tedavi uygulandığı öğrenildi. Fizik muayenede yüzük parmağı MKF eklem ekstansor yüzeyinden başlayıp parmak ulnar taraf laterali ve dördüncü parmak aralığına uzanan, lobule görünümlü 3x4 cm boyutlarında kitle tesbit edildi. Radyografide patoloji saptanmayan hastanın, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde yüzük parmağı dorsalinden başlayarak dördüncü parmak aralığına ilerleyen kitle varlığı gözlemlendi. Eksizyon sonrası histopatoloji sonucu sinovyal kondromatozis olarak rapor edilen lezyonun, iki yıllık izleminde nüks gözlenmedi (Şekil 1-3).

### Tartışma

Sinovyal kondromatozis multinodüler kırıkdağ çoğalmasıdır.<sup>[4]</sup> Literatürde isimlendirme karmaşası

bulunmakla birlikte, primer sinovyal kondromatozis denildiğinde, eklem ya da tenosinovyum kaynaklı sinovyal kondromatozis anlaşılır.<sup>[3,4]</sup> Bununla beraber, en geniş sinovyal kondromatozis serisinde Fetsch ve ark.<sup>[3]</sup> tenosinovyal membrandan kaynaklanan kondromatozisi, tenosinovyal ya da ekstraartiküler kondromatozis olarak adlandırır.

Eklem kıkırdağı ya da sinovyumdan kaynaklanan sinovyal kondromatozis, tenosinovyal kondromatozis ve yumuşak doku kondroması birbirinden ayırt edilmelidir. Sinovyal kondromatozis morfolojik ya da histopatolojik olarak tenosinovyal kondromatozise benzer. Patofizyolojideki farklılık, sinovyal kondromatozisin eklem kaynaklı olmasıdır. Yerleşimindeki farklılık, sinovyal kondromatozisin sıklıkla diz, kalça ve el bileği ekleminde, tenosinovyal kondromatozisin ise daha çok el ve ayaktaki tendon kılıflarında gelişimidir.<sup>[3]</sup> Yumuşak doku kondromasının sinovyal ya da tenosinovyal kondromatozisten öncelikli farkı, iyi sınırlı soliter bir kitle olması ve genellikle erken yaşlarda (10-39 yaş) görülmesidir. Bu üç hastalığın, klinik yönden birbirlerinden önemli farkları nüks oranlarıdır. Buna göre, tenosinovyal kondromatozis %87.5,<sup>[3]</sup> sinovyal kondromatozis %60 ve yumuşak doku kondroması %20 oranında nüks eder.<sup>[5]</sup> Kesin tanının konulması nüks oranları farklılığı sebebi ile önemlidir.

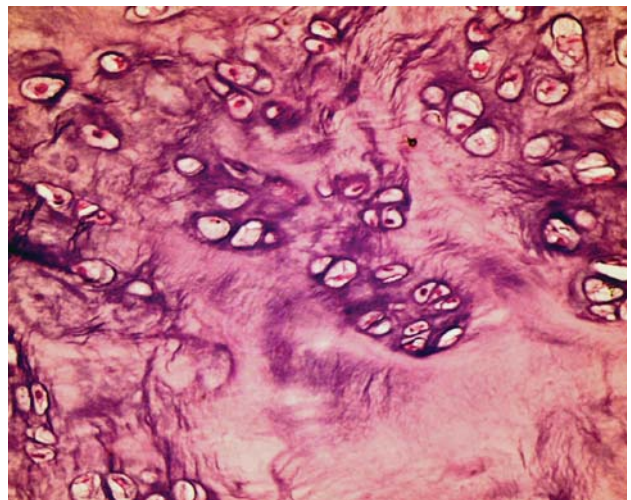
Elde görülen primer sinovyal kondromatozis çoğunlukla tenosinovyum kaynaklı olup, fleksör tarafında lokalizedir.<sup>[4,6]</sup> Olgumuzda lezyon ekstansör yerle-



**Şekil 2.** (a) Lezyonun eksizyonel cerrahi sırasındaki görüntüsü ve (b) eksize edilen lezyon.



**Şekil 1.** Lezyonun MRG incelemesindeki görüntüsü.



**Şekil 3.** Spesimenin histopatolojik görünümü (H-E x40).

şimli ve MKF eklem kaynaklıdır. Eklem kaynaklı olduğu için lezyon, tenosinovyal değil, sinovyal kondromatozis olarak adlandırılmalıdır.

Milgram<sup>[6]</sup> sinovyal hastalık ve gevşek cisimcik varlığına dayanarak sinovyal kondromatozisi; erken, ara ve geç dönem şeklinde sınıflandırır. Aktif sinovyal hastalık ve gevşek cisimcik varlığı ara dönem sinovyal kondromatozisi gösterir iken, sadece aktif sinovyal hastalığın bulunduğu dönem erken, sadece gevşek cisimcik bulunduğu dönem ise geç sinovyal kondromatozisi düşündürür.<sup>[4,7]</sup> Eklem ağrısı olan ve radyolojik değişiklik saptanmayan olgumuzda lezyon, bu sınıflamaya göre erken dönem sinovyal kondromatozis olmalıdır.

Ağrı şikayeti ile kliniklere başvuran olgularda, sinovyal kondromatozis tanısı tenosinovit ve artrit ile sıklıkla karıştırılır. Bu karışıklığın en önemli nedenleri; erken dönem sinovyal kondromatoziste düz röntgen filminin normal olması ve antiinflamatuvar tedavi ile semptomlarda kısmen rahatlama sağlanabilmesidir.<sup>[2]</sup> Olgumuzda da erken dönemde artrit tanısı konmuş ve konservatif tedavi uygulanmıştır.

Kesin tedavisi cerrahi eksizyon olan sinovyal kondromatoziste cerrahi endoskopik olarak da yapılabilir.<sup>[8]</sup> Cerrahi şekline bakılmaksızın, izlemlerde nüks oranının yüksekliği akılda bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, MKF ekleme lokalize ağrı, kitle ya da hareket kısıtlılığı ile başvuran hastalarda primer sinovyal kondromatozis olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Bui-Mansfield LT, Rohini D, Bagg M. Tenosynovial chondromatosis of the ring finger. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:1223-4.
2. Warme BA, Tigrani DY, Ward CM. Metacarpophalangeal joint synovial osteochondromatosis: a case report. *Iowa Orthop J* 2008;28:91-3.
3. Fetsch JF, Vinh TN, Remotti F, Walker EA, Murphey MD, Sweet DE. Tenosynovial (extraarticular) chondromatosis: an analysis of 37 cases of an underrecognized clinicopathologic entity with a strong predilection for the hands and feet and a high local recurrence rate. *Am J Surg Pathol* 2003;27:1260-8.
4. Ueo T, Kashima K, Daa T, Kashima N, Tsuji K, Hisaoka M, Yokoyama S. A case of tenosynovial chondromatosis with tophus-like deposits. *APMIS* 2004;112:624-8.
5. Kleihues P, Sobin LH. Synovial chondromatosis. In: Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editors. *World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone*. Lyon: IARC; 2002. p. 246.
6. Milgram JW. Synovial osteochondromatosis: a histopathological study of thirty cases. *J Bone Joint Surg Am* 1977; 59:792-801.
7. Gil-Albarova J, Morales-Andaluz J, Castiella T, Seral F. Tenosynovial chondromatosis of the third finger. *Arch Orthop Trauma Surg* 2000;120:239-40.
8. Bilgin SS, Köse KC, Adıyaman S, Demirtaş M. Early functional results of arthroscopic surgery for ankle lesions. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 2004;38: 23-9.