



Trokanterik bölgede neoplazi düşündürülen pirinç tanesi cisimcikleri oluşumu

Serkan ULUDAĞ, Aksel SEYAHİ, Yaman EGE, Onur TETİK

Amerikan Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Pirinç tanesi (*rice body*) oluşumu nadir görülen inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık bazen büyük boyutlarda ve atipik yerleşimli olarak oluşabilir. Romatoid artrit gibi sistemik hastalıklar ve bursitlerle birlikte görülebilmesine rağmen, patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Bu yazıda trokanterik bölgede çok sayıda pirinç tanesi oluşumu olan 29 yaşındaki kadın hasta sunulmaktadır. Opere edilen hastanın ameliyat sonrası 18. ay takibinde nüks olmadığı görüldü.

Anahtar sözcükler: Neoplazi; pirinç tanesi cisimcikleri; romatoid artrit; trokanterik bursit.

Eklem çevresi pirinç tanesi cisimciği oluşumu nadir bir inflamatuvar hastalıktır. Bu hastalık atipik yerleşimli büyük kitle oluşumlarına neden olabilir. Eklemlerde veya eklem çevresi dokularda veya bursaların içinde oluşabilir. Bu nadir sorunun patofizyolojisi henüz tam olarak açıklanamamıştır. Pirinç tanesi cisimciği oluşumu romatoid artrit, osteoartrit, Kristal artropatisi, lupus eritematosus, seronegatif artritler ve enfeksiyöz artritler (atipik mikobakteri enfeksiyonları veya tüberküloz) gibi bazı sistemik hastalıklarla da birlikte görülebildiği gibi bazen eşlik eden herhangi bir hastalık söz konusu olmayabilir. Daha önce çeşitli eklem ve bursa yerleşimlerinde pirinç tanesi cisimciği olguları tanımlanmasına rağmen trokanterik bursayı tutan bir olgu henüz bildirilmemiştir.

Çalışmamızda atipik olarak trokanterik bursa bölgesinde yerleşim gösteren ve neoplazik bir lezyonu düşündürülen pirinç tanesi cisimciği oluşumlu bir hastanın tanı ve tedavi süreçlerini değerlendirdik.

Olgu sunumu

Yirmidokuz yaşındaki kadın hasta sol trokanterik bölgesinde belirgin bir travma hikayesi olmaksızın 8 ay kadar önce ortaya çıkan ağrısız bir kitle ile başvurdu. Daha önce genel cerrahi bölümüne başvuran ve trokanterik bursa enfeksiyonu düşünülerek açık drenaj uygulanan hastanın kültürlerinde üreme olmadığı görüldü. Açık drenaj girişiminden bir ay kadar sonra lezyonun tekrar oluşması ve 2 ay içinde daha fazla büyümesi üzerine hasta ortopedi kliniğimize yönlendirilmişti. Fizik muayenede sol büyük trokanter bölgesinde 15x8 cm boyutunda hareketsiz bir yumuşak doku kitlesi olduğu görüldü. Fluktuasyon vermeyen kitle üzerinde kızarıklık veya ısı artışı gibi bir enflamasyon bulgusu saptanmadı. Kalça ekleminin hareket açıklığının tam olduğu görüldü.

Hasta enfeksiyon hastalıkları ve romatoloji uzmanları ile değerlendirildi. Romatoid artrit veya tüberküloz gibi sistemik bir hastalık düşündürülen şikayet ve laboratuvar bulgusu saptanmadı. Hafif artış gösteren (20 mm/saat) eritrosit sedimantasyon hızı

dışında laboratuvar bulguları normal bulundu. C-reaktif protein düzeyi ve idrar tahlili normal sınırlarda bulundu. HLA-B27 ve anti-nükleer antikor testleri negatif sonuç verdi. Romatoid faktör hafif artmış olarak 16.2 IU/mL (normal değer ≤ 8.8) ve tüberkülin deri testi negatif olarak bulundu.

Düz radyografilerde femur lateralinde kalsifikasyon ve kemik tutulumu bulgusu olmayan bir yumuşak doku kitlesi gölgesi saptandı.

Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sol trokanterik bursa içinde sıvı koleksiyonu ve çok sayıda serbest cisim oluşumu görüldü (Şekil 1a ve 1b). Kontrastlı, yağ baskılamalı T1 ağırlıklı aksiyel kesitlerde (Şekil 1c) bursanın medial duvarında daha belirgin bir sinoviyal proliferasyon ve sinoviya sınırlarında enflamasyon ile uyumlu patolojik sinyal artışı saptandı.

Fizik muayene ve radyolojik inceleme bulgularına dayanarak kronik trokanterik bursit düşünülen hastaya eksizyonel biyopsi önerildi. Girişim kıdemli bir cerrah (OT) tarafından lateral yaklaşımla yapıldı. Diseksiyon öncesi bursa içine metilen mavisi enjeksiyonu yapılarak patolojik lezyonun sağlam dokuyla olan sınırları belirlendi. Kitlenin ameliyat öncesi

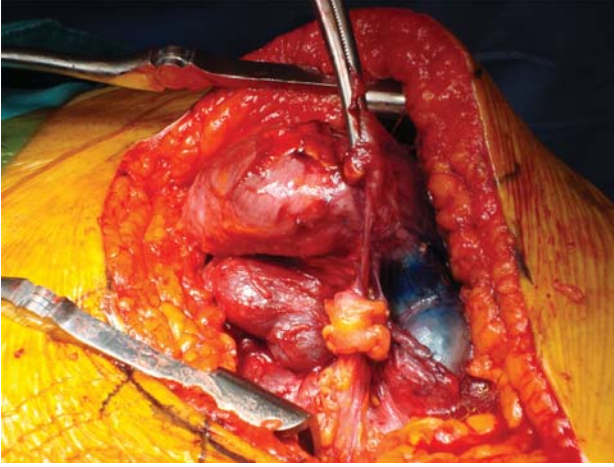
palpe edilen boyutlarından daha büyük olduğu (Şekil 2) ve önde damar sinir paketine, arkada ise siyatik sinire dek uzandığı görüldü. Bursa ve içerdiği dokular tek parça olarak çıkartıldı (Şekil 3). Girişim sırasında inflame bursa içinde çok sayıda düzgün sınırlı, ovoid parlak görünümlü serbest cisimciklerin olduğu görüldü (Şekil 4). Hemostaz sonrası dren yerleştirdi ve katlar anatomik olarak kapatıldı. Hastanın ameliyat sonrası erken dönemde bir sorunu olmadı. Dren ameliyat sonrası 1. günde alındı ve 2. hafta sonunda dikişler alındıktan sonra rehabilitasyon programına başlandı.

Histopatolojik incelemede kitle trokanterik bursa enflamasyonu ile seyreden selim bir lezyon olarak değerlendirildi ve serbest cisimlerdeki fibrinöz mat ve kollajen içeriği ile piring tanesi cisimciği oluşumu tanısı kondu. Fibrinöz eksüda serbest veya alttaki sinoviyum veya pannusa granülasyon dokusu ile bağlı olarak görüldü (Şekil 5).

Ameliyat sırasında bursa dokusundan alınan mikrobakteri, aerob ve anaerob kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın 18. ay sonunda yapılan son kontrolünde lezyonun tekrarlamadığı görüldü.



Şekil 1. Hastanın MR görüntüleri. (a) T1 ağırlıklı aksiyel ve (b) T2 ağırlıklı koronal kesitlerde sol trokanterik bursa içinde sıvı birikimi ve çok sayıda uniform serbest cisimcik oluşumu görülüyor. (c) Kontrastlı yağ baskılamalı T1 ağırlıklı aksiyel kesitlerde bursanın medial duvarında belirginleşen sinoviyal proliferasyon (ok) ve sinoviya sınırında enflamasyon ile uyumlu patolojik sinyal artışı görülüyor.



Şekil 2. Kitlenin ameliyat sırasındaki görünümü. Metilen mavisi enjeksiyonu bursa dokusunun ayrılmasında yardımcı olmuştur.

Tartışma

Çalışmamızda atipik olarak trokanterik bursa bölgesinde yerleşim gösteren ve neoplazik bir lezyonu düşündürülen pirinç tanesi cisimciği oluşumlu bir hastanın tanı ve tedavi süreçlerini değerlendirdik. Ulaşabildiğimiz veri tabanlarında daha önce trokanterik bursa bölgesinde altta yatan bir hastalık olmaksızın ortaya çıkan pirinç tanesi cisimciği oluşumu bildirisi ile karşılaşmadık.

Popert ve ark.^[1] pirinç tanesi cisimciklerinin makroskopik olarak parlak beyaz pirinç tanelerine benzeyen ve mikroskopik olarak fibrin ve kollajenle çevrili asidofilik bir amorf çekirdekten oluşan ovoid yumuşak doku nodülleri olduğunu bildirmiştir. Pirinç tanesi cisimciklerinin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bu lezyonların sinoviyal dokudan bağımsız olarak ortaya çıktığını ve daha sonra fibrin agregasyonu ile progresif olarak büyüdükleri de düşünülmektedir.^[2]

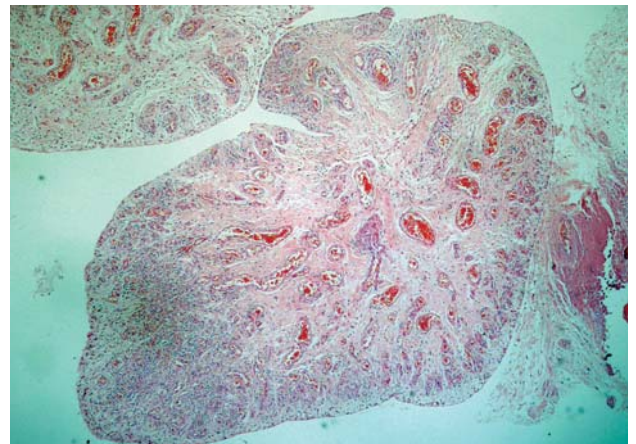
Pirinç tanesi cisimcikleri kollajen, hücre artıkları ve fibrin oluşumu ile seyreden sinoviyal bir proliferasyon ve dejenerasyon süreci sonucunda oluşurlar. Histolojik olarak fibrinöz eksüda serbest veya zemindeki sinoviya veya pannus dokusuna inflamatuvar granülasyon dokusu sapsarı ile bağlı bir şekilde görülebilir. Pirinç tanesi cisimcikleri bu fragmanların progresif olarak kopması sonucunda oluşurlar. Sunulan olgudaki serbest cisimciklerin fibrin daha az oranda kollajen içerikli oldukları gözlemlendi. Cisim-



Şekil 3. Bursa dokusu tek parça olarak eksize edildi.



Şekil 4. Enflame bursa içinde çok sayıda düzgün sınırlı, ovoid, parlak serbest cisimcikler olduğu görüldü.



Şekil 5. Histopatolojik incelemede serbest cisimciklerin fibrin ve daha az oranda kollajen içerdiği görüldü. Cisimcikler serbest veya kaynaklandıkları enflame sinoviyuma granülasyon dokusu sapsarı ile bağlı olarak görüldüler (H-E x100).

cikler serbest veya kaynaklandıkları enflame sinoviyum dokusuna bağlı idiler. Tüm bu bulgular piring tanesi cisimciği oluşumu tanısı destekledi.

Piring tanesi cisimciği oluşumu sinsi enfeksiyon, tüberküloz, romatoid artrit, osteoartrit ve kristal artropatisi gibi kronik inflamatuvar hastalıklarla birlikte görülebilir.^[2-5]

Tüberkülozda aktif bir eklem veya kemik tutulumu olmaksızın trokanterik, prepatellar ve olekranon bursalarının tutulabildiği bildirilmiştir.^[2,4,6] Olgumuzdaki görüntüleme bulguları ve yerleşim özellikleri tüberküloz bursitis ile uyumlu olsa da,^[1,2,4,6] aside dirençli boyamada, tuberculin deri testinde ve mitobakteri kültürlerinde negatif sonuç alındı.

Manyetik rezonans görüntülemesinde bursa dokusunun büyümesi, effüzyon ve T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde kas dokusu içinde hipo ve izointens görünen birçok küçük nodüler yapının görülmesi literatürle uyumlu olarak piring tanesi cisimleri oluşumu tanısı destekliyordu.^[4-8]

Piring tanesi cisimcikleri oluşumunda konservatif tedavinin sonuçları konusunda yeterli veri bulunmamaktadır.^[3] Lezyonun enflame bursa dokusundan veya tenosinoviyumda kaynaklandığı olgularda tekrar etme riskine karşı cisimciklerin bursa dokusu ile birlikte tam olarak çıkartılması önerilmektedir.^[9,10]

Sonuç olarak ağrısız bir trokanterik kitle ile başlayan hastamızın ayırıcı tanısında yumuşak doku tümörleri, bursit, tenosinovit, enfeksiyon, romatoid artrit ve tüberküloz düşünülmüş ve cerrahi rezeksiyon sonrası histopatolojik inceleme sonucunda piring tanesi cisimcikleri oluşumu tanısı konmuştur. Risk faktörü ve predispozan bir hastalığı bulunmayan hastada oluşumun etyolojisi açıklanamamıştır.

Kaynaklar

1. Popert AJ, Scott DL, Wainwright AC, Walton KW, Williamson N, Chapman JH. Frequency of occurrence, mode of development, and significance of rice bodies in rheumatoid joints. *Ann Rheum Dis* 1982;41:109-17.
2. Mutlu H, Silit E, Pekkafulu Z, Karaman B, Ömeroğlu A, Basekim CC, et al. Multiple rice body formation in the subacromial-subdeltoid bursa and knee joint. *Skeletal Radiol* 2004;33:531-3.
3. Cuomo A, Pirpiris M, Otsuka NY. Case report: biceps tenosynovial rice bodies. *J Pediatr Orthop B* 2006;15:423-5.
4. Kim RS, Lee JY, Jung SR, Lee KY. Tuberculous subdeltoid bursitis with rice bodies. *Yonsei Med J* 2002;43:539-42.
5. Tyllianakis M, Kasimatis G, Athanaselis S, Melachrinou M. Rice-body formation and tenosynovitis of the wrist: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2006;14:208-11.
6. Chen A, Wong LY, Sheu CY, Chen BF. Distinguishing multiple rice body formation in chronic subacromial-subdeltoid bursitis from synovial chondromatosis. *Skeletal Radiol* 2002;31:119-21.
7. Chau CL, Griffith JF, Chan PT, Lui TH, Yu KS, Ngai WK. Rice-body formation in atypical mycobacterial tenosynovitis and bursitis: findings on sonography and MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 2003;180:1455-9.
8. Tan CH, Rai SB, Chandy J. MRI appearances of multiple rice body formation in chronic subacromial and subdeltoid bursitis, in association with synovial chondromatosis. *Clin Radiol* 2004;59:753-7.
9. Spence LD, Adams J, Gibbons D, Mason MD, Eustace S. Rice body formation in bicipital bursitis: ultrasound, CT, and MRI findings. *Skeletal Radiol* 1998;27:30-2.
10. Ergun T, Lakadamyalı H, Aydın O. Multiple rice body formation accompanying the chronic nonspecific tenosynovitis of flexor tendons of the wrist. *Radiat Med* 2008;26: 545-8.