

DİSTAL FALANKSTA KEMİK EROZYONU YAPAN TENDON KILIFI FİBROMU

TENDON SHEATH FIBROMA WITH BONE EROSION ON DISTAL PHALANX

*Şafak Uygur, *Sühan Ayhan, *Hakan Bulam, **Gonca Özgün, **Ömer Uluoğlu

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.D.

ÖZET

Tendon kılıfı fibromu sıklıkla üst ekstremitede görülen, nadir ve iyi huylu bir tümördür. Yaşamın 3.-5. dekadlarında ve erkeklerde daha sıktır. Sert, iyi sınırlı tümörlerdir; bazen kapsüllü olabilirler. Tendon kılıfı fibromunun komşu kemikte erozyon yapması oldukça nadirdir ve literatürde sadece beş vaka bildirilmiştir. Bu yazıda sağ el 3. parmak radyal tarafta komşu kemikte erozyon yapan tendon kılıfı fibromu olan 46 yaşında erkek olgu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir. Tedavide geniş eksizyon yapılmıştır.

ABSTRACT

Fibroma of the tendon sheath is a rare benign tumor which present most commonly on the upper extremity. This tumor was seen more commonly in men, predominantly between the third and fifth decades of life. They are firm, well-circumscribed, sometimes encapsulated tumors. Bone erosion is very rare that only five cases have been reported. Forty-six-year-old man with the fibroma of the tendon sheath with bone erosion on the distal phalanx is presented and related literature are reviewed. Surgical excision is used in the treatment.

GİRİŞ

Tendon kılıfı fibromu ilk olarak Geschichter ve Copeland tarafından 1949 yılında tanımlanan, nadir iyi huylu bir tümördür¹. Chung ve Enzinger 138 olguluk serilerinde tümörün klinik ve patolojik özelliklerini tanımlamışlardır². Bu çalışmaya göre tendon kılıfı fibromu erkeklerde ve yaşamın 3.-5. dekadlarında daha sık görülmektedir. Olguların çoğunda üst ekstremitte tutulumu vardır. Parmaklar %49, el %21, el-bileği %21 oranında tutulur. Dirsek, temporo-mandibuler eklem ve patellar tendon tutulumları da bildirilmiştir³⁻⁵. Literatürde komşu kemikte kemik erozyonu oldukça nadir olup beş vaka bildirilmiştir⁶. Bu yazıda falanksta kemik erozyonu yapan tendon kılıfı fibromu saptanan olgu sunulmaktadır.

OLGU VE YÖNTEM

Kırk altı yaşında erkek hasta sağ el 3. parmakta yaklaşık 7 yıldır mevcut olan, yavaş büyüyen, hareketsiz, sert kitle lezyonuyla başvurdu (Şekil 1). Parmağını kapıya sıkıştırma öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede duyu kaybı veya inflamasyon bulguları saptanmadı. Anormal laboratuvar bulgusu yoktu. Direkt el grafisinde 3. parmak distal falanks radyal taraf erozyonu mevcuttu (Şekil 2).

Kitle aksiller anestezi altında turnike kontrolün-

de eksize edildi. Ameliyat sırasında kitlenin ekstansör dijitorum tendonuna yapışık, sert, sarı-gri renkli, belirgin kapsülü olduğu ve distal falanks erozyonu yapacak şekilde genişlediği görüldü (Şekil 3). Kitle boyutu 2,2 x 1,7 x 1 cm olarak ölçüldü.

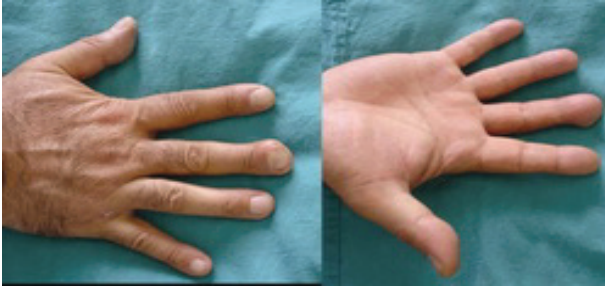
SONUÇLAR

Histopatolojik tanı tendon kılıfı fibromu olarak rapor edildi. Mikroskopik olarak lezyon lobulasyon göstermekteydi ve iyi sınırlıydı. Fibroblastlara benzeyen uzamış çekirdekli ve küçük bazofilik çekirdekçikli işi hücre proliferasyonu mevcuttu (Şekil 4a). Sitolojik atipi, çekirdek pleomorfizmi ve mitoz saptanmadı. Miksoid alanlarda dağınık yıldız biçimli hücreler izlendi (Şekil 4b). Histokimyasal olarak trikrom boyama kollajenöz alanlarda pozitif (Şekil 4c).

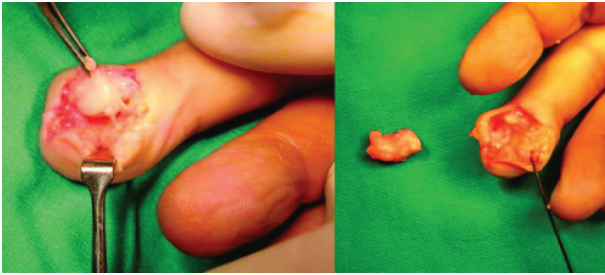
Hastanın 12 aylık izleminde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Tendon kılıfı fibromları yavaş büyüyen, reaktif fibrozis veya iyi huylu bir neoplazm olduğu düşünülen iyi huylu tümörlerdir⁷. Sıklıkla tendon veya tendon kılıfıyla bağlantılıdır ve olguların %10'dan azında travma öyküsü mevcuttur^{2,7,8}. Sert, iyi sınırlı bazen



Şekil 1: Ameliyat öncesi dorsal ve volar yüzden lezyonun görünümü



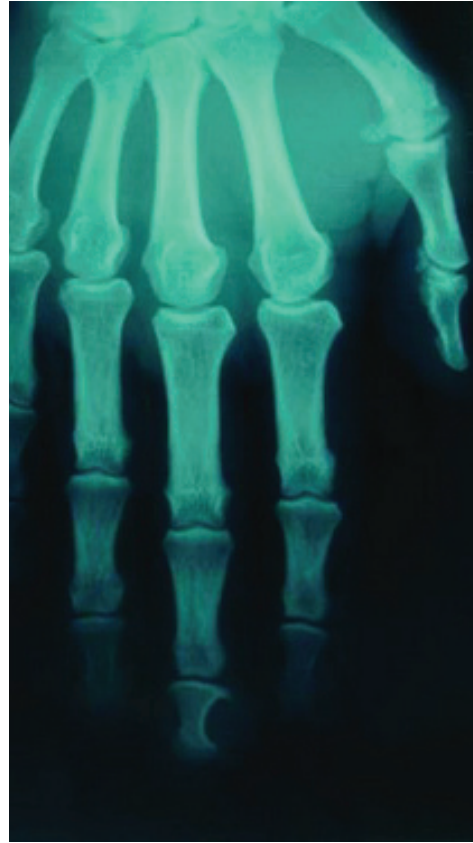
Şekil 3: Ameliyat sırasında tümörün ve kemik erozyonunun görünümü

kapsüllü olabilen, nodüler veya çoklu-nodüler, sarı-gri renkli ortalama 2 cm çapında lezyonlardır⁹.

Chung ve Enzinger falanksta kompresyon deformitesi ve eroziv değişikliklere neden olan iki olgu bildirmişlerdir². Southwick ve Karamoskos 5. parmak proksimal falanksında, Loure ve arkadaşları 3. metatarsal kemikte, Nojiri ve arkadaşları skafoid ve radius distal uçta erozyona neden olan tendon kılıfı fibromu olguları bildirmişlerdir^{10,11}. Kemik erozyonunun tümörün sürekli basıncına bağlı olduğu düşünülmektedir^{2,10,11}.

Literatürde geniş eksizyonun en uygun tedavi yöntemi olduğu belirtilmiştir^{2,10,11}. Bizim olgumuzda da olduğu gibi bu tümörler sıklıkla tendon veya tendon kılıfına yapışık olmakla birlikte kolay çıkarılabilirler. Southwick ve Karamoskos oluşan kemik eksikliğini kansellöz kemik grefti ile doldurmuşlardır.10 Bizim olgumuzda distal falanksın ulnar kenarına penetrasyon olmadığı ve distal falanksın stabil olduğu görüldüğü için kemik grefti kullanımına gerek duyulmamıştır.

Chung ve Enzinger 138 olguluk serilerinde %24 oranında nüks bildirmişlerdir. Bu yüksek nüks oranının yetersiz eksizyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Bizim olgumuzda eksizyon geniş yapılmış ve 12 aylık izleminde nüks ve kötü huylu değişim görülmemiştir.



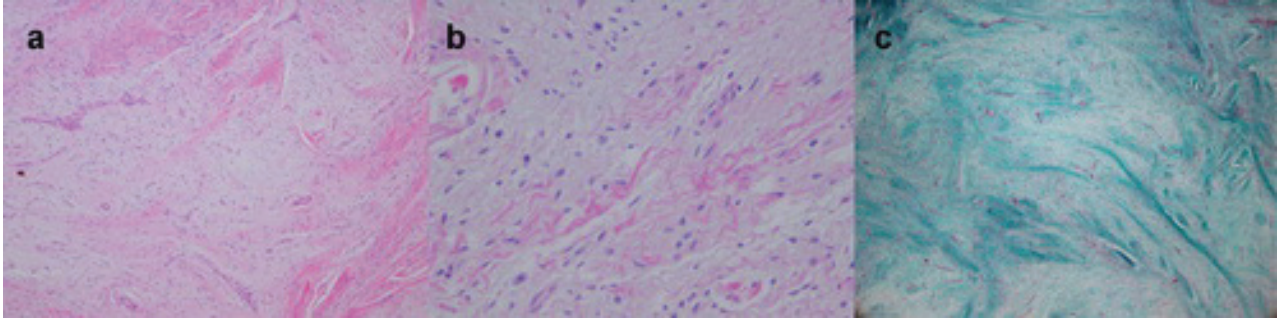
Şekil 2: El grafisinde kemik erozyonunun görünümü

Sonuç olarak nadir görülen bu tümörün daha da nadir oranda komşu kemikte erozyon yapabileceği ve tedavisinde geniş eksizyon yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Dr. Şafak UYGUR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD 14.kat, Beşevler, 06500, ANKARA

E-posta: safakuygur@gmail.com



Şekil 4a: Tendon Kılıfı Fibromu-Küçük bazofilik çekirdekçikli fibroblastik iğsi hücre proliferasyonu (Hemotoksilen-Eozin x100),

Şekil 4b: Tendon Kılıfı Fibromu-Mikzoid alanlarda yıldız biçimli hücreler (Hemotoksilen-Eozin x400)

Şekil 4c: Tendon Kılıfı Fibromu-Geniş kollajenöz alanlar (Trikrom x100)

KAYNAKLAR

1. Geschichter CF, Copeland MM. Tumors of Bone. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1949.
2. Chung EB, Enzinger FM. Fibroma of tendon sheath. Cancer. 1979;44(5):1945-54.
3. Misawa A, Okada K, Hirano Y, Sageshima M. Fibroma of tendon sheath arising from the radio-ulnar joint. Pathol Int. 1999;49(12):1089-92.
4. Li TJ, Kitano M, Tsuneyoshi M, Sonoda S, Mimura T. Intra-articular fibroma of tendon sheath in the temporomandibular joint. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997;84(4):407-10.
5. McGrory JE, Rock MG. Fibroma of tendon sheath involving the patellar tendon. Am J Orthop. 2000;29(6):465-7.
6. Nojiri H, Ogawa S, Takayanagi N. Fibroma of the tendon sheath that expanded into the radiocarpal joint with bony involvement. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2006;40(6):357-61.
7. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors. 2nd ed. St Louis Mosby, 1988.
8. Pulitzer DR, Martin PC, Reed RJ; Fibroma of tendon sheath. A clinicopathologic study of 32 cases; Am J Surg Pathol; 13; 472; 1989.
9. Garrido A, Lam WL, Stanley PR. Fibroma of a tendon sheath at the wrist: a rare cause of compression of the median nerve. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2004;38(5):314-6.
10. Southwick GJ, Karamoskos P. Fibroma of tendon sheath with bone involvement. J Hand Surg. 1990;15(3):373-5.
11. Lourie JA, Lwin KY, Woods CG. Case report 734. Skeletal Radiol. 1992;21(4):273-5.