

# TENDON KILIFI FİBROM'UNA BAĞLI EKSTANSOR TENDON RÜPTÜRÜ: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

## EXTENSOR TENDON RUPTURE DUE TO FIBROMA OF THE TENDON SHEATH: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

\*Harun Çöloğlu, \*\*Murat Şahin Alagöz

\* Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, DÜZCE

\*\* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., KOCAELİ

### ÖZET

Klinik olarak ağrısız büyüyen kitle olarak genellikle parmaklarda ve elde görülen fibromalar, makroskopik olarak düzgün, iyi sınırlı, bazen kapsülsüzde olabilirler. Nodüler veya multinodüler olabilen fibromalar genellikle 2 cm. boyutlarındadır. Sıklıkla tendon kılıfına veya tendona yapışık olan fibromalar, cerrahi sırasında bu yapılardan kolaylıkla ayrılabilirler. Mikroskopik olarak, dar vasküler kanal içeren fibromiksomatöz matrislerinde fibroblast benzeri iğsi hücreler içerirler. El sırtında yavaş büyüyen kitle olarak ortaya çıkan, dördüncü ve beşinci parmak ekstansör tendonlarında kopmaya sebep olan tendon kılıfı kaynaklı fibrom vaka raporu ve literatürün gözden geçirilmesi sunulmaktadır. Hastalığın tekrarını engellemek için sağlam sınırlardan kitle eksizyonu yapıldı, oluşan tendon defekti nedeni ile dördüncü ve beşinci parmak ekstansör tendon rekonstrüksiyonu tendon transferi ile sağlandı. Geç dönem takiplerinde tümör tekrarı görülmedi, tendon fonksiyonlarının normal olduğu saptandı.

### ABSTRACT

Fibromas that are generally seen on the fingers and the hand as clinically painless-growing masses are macroscopically smooth and well-demarcated, and can sometimes be capsule-free. Fibromas, which can be nodular or multi-nodular, are usually 2 cm in size. They are commonly affixed to the tendon sheath or tendon, from which they can easily be separated during surgery. Macroscopically, they contain fibroblast-like fusiform cells in fibromyxomatous matrices holding narrow vascular channels. A case report of tendon sheath-origin fibroma that emerged as a slow-growing mass on the dorsum of the hand and led to the rupture of extensor tendons in fourth and fifth fingers, as well as a literature review are presented. In order to prevent the recurrence of the disease, the mass was incised from the intact boundaries, and for the tendon defect, reconstruction of fourth and fifth finger extensor tendons was ensured by tendon transfer. Later follow-ups did not show any tumor recurrences, and tendon functions were found normal.

## GİRİŞ

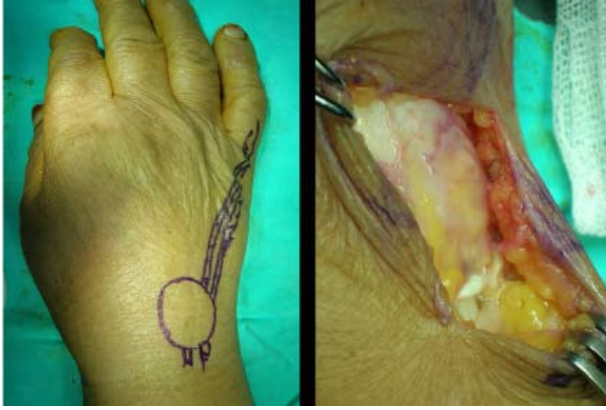
Tendon kılıfı fibroması sıklıkla dördüncü ve beşinci dekattaki erkeklerde (%75) görülen patolojidir. Genellikle parmaklarda (özellikle başparmakta) görülen tümör, elde de görülebilmektedir.<sup>1</sup> Klinik olarak ağrısız büyüyen kitle olarak karşılaşılan fibromalar makroskopik olarak düzgün, iyi sınırlı, bazen kapsülsüzde olabilirler. Nodüler veya multinodüler olabilen fibromalar genellikle 2 cm. boyutlarındadır. Sıklıkla tendon kılıfına veya tendona yapışık olan fibromalar cerrahi sırasında bu yapılardan kolaylıkla ayrılabilirler.<sup>2</sup> Fakat tekrarlama riskinin yüksek olması nedeni (%24) ile cerrahi işlem sırasında dikkatli olunmalıdır.<sup>3</sup>

Bununla birlikte tendonun veya dijital arterin invazyonu sonucu bu yapılarla birlikte rezeksiyon yapılmak zorunda kalınan vakalar olduğu bildirilmiştir.<sup>4,5</sup> Ayrıca karpal tünel bölgesindeki tümörlerde median sinir basısına bağlı semptomlarda literatürde yer almıştır.<sup>2,6</sup>

Bu olgu sunumunda dördüncü ve beşinci parmak ekstansör tendonlarında kopmaya sebep olan fibroma olgusunu ve uygulanan cerrahi tedaviyi tartışacağız.

## OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında bayan hasta el sırtında kitle şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 2 yıldır elinde şişlik olduğunu belirten hasta, son 5 aydır dördüncü ve beşinci parmaklarını yukarı kaldıramadığını belirtti. Yapılan fizik muayenesinde, el sırtında, ulnar tarafta, el bileğine yakın kısmında hareketli olmayan kitle görüldü (Şekil 1a). Dördüncü ve beşinci parmaklarda ekstansiyon kaybı olduğu tespit edildi. Lokal anestezi altında yapılan ameliyatında dördüncü parmak ekstansör tendonunun ve beşinci parmak ekstansör tendonlarının kitle invazyonu nedeni ile devamlılığının bozulduğu görüldü (Şekil 1b). Kitle eksizyonundan sonra tendonlarda oluşan defekt, primer olarak onarıma uygun değildi (Şekil 2a). Dördüncü ve beşinci parmak



Şekil 1a: Sağ el sırtında kitlenin bulunduğu bölgenin bulunduğu bölge (yuvarlak şekilde işaretlenmiş alan). Ameliyat öncesi görünüm.

Şekil 1b: Kitleyi çıkartmak üzere cilt kesisini takiben, kitlenin ortaya konulmuş resmi.



Şekil 2a: Kitlenin çıkartılmasından sonraki tendonlarda oluşan defektin görünümü.

Şekil 2b: 4 ve 5. ekstansör tendonların distal kısımlarının 3 parmak ekstansör tendona nakledilmesi sonrasındaki görünüm.

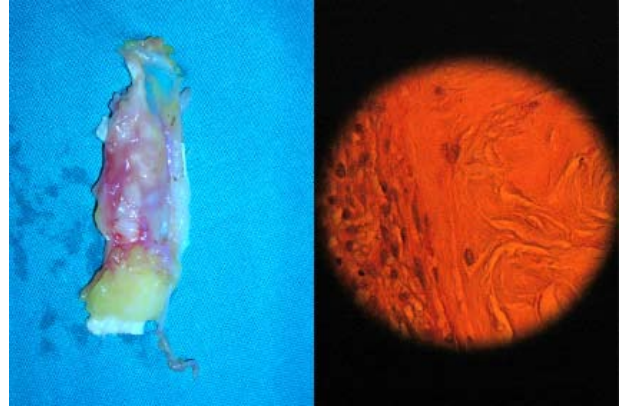
ekstansör tendonları üçüncü parmak ekstansör tendonlarına transfer edildi (Şekil 2b).

Patolojik incelemede alınan kesitlerde elde edilen sonuçlar, tendon kılıfı fibroması olarak değerlendirildi (Şekil 3a). Ameliyat sonrası erken dönemde enfeksiyon, hematoma gibi bir komplikasyona rastlanmadı. Fizik tedavi programına alınan hastanın, ameliyat sonrası geç dönemde yapılan muayenesinde parmak hareketleri normal olarak değerlendirildi. Yapılan bir yıllık takiplerinde hastalığın tekrarına rastlanmadı.

### TARTIŞMA

Geschicker ve Copeland 1936 yılında tendon kılıfı fibromasını, diğer tendon kılıfı tümörlerinden ayrı bir tümör olarak tanımlamışlardır.<sup>2</sup> 1979 yılında, Chung ve Enzinger 48 yıllık periyottaki 138 vakalık sunumlarında; tendon kılıfı fibromalarının tanısı için gerekli morfolojik kriterleri ortaya koymuşlar ve diğer tendon kılıfı tümörlerinden farklı bir patolojik yapısı olduğunu bildirmişlerdir.<sup>3</sup>

Klinik olarak ağrısız büyüyen kitle olarak görülen fibromalar makroskopik olarak düzgün, iyi sınırlı, bazen kapsülsüz de olabilirler. Nodüler veya multi-



Şekil 3: Kitlenin makroskopik ve mikroskopik görünümü tendon kaynaklı fibroma ile uyumlu olduğu görülmekte.

nodüler olabilen fibromalar genellikle 2 cm. boyutlarındadır. Sıklıkla tendon kılıfına veya tendona yapışık olan fibromalar, cerrahi sırasında bu yapılardan kolaylıkla ayrılabilirler.<sup>2</sup> Mikroskopik olarak dar vasküler kanal, fibromiksomatöz matrikslerinde fibroblast benzeri iğsi hücreler içerirler.<sup>7-9</sup>

Parmaklarda ve elde görülen fibromaların bu alışıldık yerleşimlerin dışında diz bölgesi, ayak bölgesi, temporaomandibuler eklem, radioulnar eklem, omuz eklemi, skafolunate ve radiokarpal eklemlerde de görüldüğü bildirilmiştir.<sup>10-19</sup> Tendon kılıfı fibroması genç yaşta da görülebileceği belirtilmiş olsa da sıklıkla dört ve beşinci dekattaki erkeklerde (%75) görülen patolojidir.<sup>20</sup> Ağrısız büyüyen kitle şikayeti ile ortaya çıkan fibromalara tetik parmak, tetik el bileği bulguları da eklenebilmektedir.<sup>21-23</sup> Yamamoto ve ark. ayak parmağı deformitesi yapan tendon kılıfı fibromasını literatürde sunmuştur.<sup>24</sup> Chi ve ark. ise ülserasyon yaratan bir tendon fibromasını tanımlamıştır.<sup>25</sup> Tendon kılıfından kaynaklanan fibromaların kemik erazyonu yapabildiğini Lourie ve ark. ile Southwick ve ark. belirtmiştir.<sup>26,27</sup> Tendon kılıfı fibromaları, sunmuş olduğumuz olguda olduğu gibi, tendonların kombine tutulumuyla birlikte seyredebileceği ve tendon fonksiyonlarını bozabileceği bilinmelidir.

### SONUÇ

Genellikle dört ve beşinci dekatta ve klinik olarak ağrısız büyüyen kitle olarak görülen fibromalar, cerrahi olarak kolay tedavi edilebilir lezyonlardır. Beraberinde oluşabilecek patolojiler literatürde olduğu gibi çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle tendon kaynaklı lezyonlarda, tedavisiz bırakıldığında veya geç tedavi edildiğinde fibromalara eşlik edebilecek patolojik durumların çeşitlilik gösterilebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle tendon kaynaklı fibromalar cerrahi olarak çıkartılması gereken, geç kalındığında etraf dokulara zarar verecek tarzda malign olabilecek lezyonlar olduğu, sunduğumuz klinik olgu ile desteklenmiştir.

Dr. Murat Şahin ALAGÖZ

Fatih Mah. Rahmi Seymen Doktorlar Sitesi F Blok No:8

Kuruçeşme, KOCAELİ

E-posta: sahinahagoz@hotmail.com

### KAYNAKLAR

1. Millon SJ, Bush DC, Garbes AD. Fibroma of tendon sheath in the hand. *J Hand Surg [Am]*. 1994 Sep;19(5):788-93.
2. Garrido A, Lam WL, Stanley PR. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2004;38(5):314-6.
3. Chung EB, Enzinger FM. Fibroma of the tendon sheath. *Cancer* 1979; 44: 1945-1954.
4. Brown LP, Coulson DB. Triggering at the carpal tunnel with incipient carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg* 1974; 56A: 623-624.
5. Rao J, Thoma A, Salama S. Fibroma of tendon sheath as a cause of carpal tunnel syndrome. *Can J Plast Surg* 1997; 5: 176-178.
6. Evangelisti S, Reale V. Fibroma of tendon sheath as a cause of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg [Am]*. 1992 Nov;17(6):1026-7.
7. Jablolkow VR, Kathuria S. Fibroma of tendon sheath. *J Surg Oncol* 1982; 19: 90-92.
8. Pulitzer DR, Martin PC, Reed RJ. Fibroma of tendon sheath. A clinicopathologic study of 32 cases. *Am J Surg Pathol* 1989; 13: 472-479.
9. Smith PS, Pieterse AS, McClure J. Fibroma of tendon sheath. *J Clin Pathol* 1982; 35: 842-848.
10. Pinar H, Ozkan M, Ozaksoy D, Pabuccuoglu U, Akseki D, Karoglan O. Intraarticular fibroma of the tendon sheath of the knee. *Arthroscopy*. 1995 Oct;11(5):608-11.
11. Mcgrory JE, Rock MG. *Am J Orthop*. Fibroma of tendon sheath involving the patellar tendon. 2000 Jun;29(6):465-7.
12. Hitora T, Yamamoto T, Akisue T, Marui T, Nagira K, Ohta R, Kurosaka M. Fibroma of tendon sheath originating from the knee joint capsule. *Clin Imaging*. 2002 Jul-Aug;26(4):280-3.
13. Takakubo Y, Fukushima S, Asano T, Yamakawa M. Case reports: intraarticular fibroma of the tendon sheath in the knee. *Clin Orthop Relat Res*. 2005 Oct;439:280-5.
14. Hur J, Damron TA, Vermont AI, Mathur SC. Fibroma of tendon sheath of the infrapatellar fat pad. *Skeletal Radiol*. 1999 Jul;28(7):407-10.
15. Wu KK. Angiofibroma of tendon sheath (tenosynovial fibroma) of the foot. *J Foot Ankle Surg*. 1993 Jul-Aug;32(4):453-5.
16. 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 Oct;84(4):407-10.
17. Misawa A, Okada K, Hirano Y, Sageshima M. Fibroma of tendon sheath arising from the radio-ulnar joint. *Pathol Int*. 1999 Dec;49(12):1089-92.
18. Hermann G, Hoch BL, Springfield D, Abdelwahab IF, Klein MJ. Intra-articular fibroma of tendon sheath of the shoulder joint: synovial fibroma. *Skeletal Radiol*. 2005 Aug 20.
19. Athwal GS, Bueno RA, Bansal M, Mintz DN, Athanasian EA. Intra-articular fibroma of tendon sheath involving the scapholunate and radiocarpal joints. *Skeletal Radiol*. 2005 Nov 10;
20. Carneiro RS, Velasquez L, Tietzman A. Trigger wrist caused by a tumor of the tendon sheath in a teenager. *Am J Orthop*. 2001 Mar;30(3):233-4.
21. Kernohan JG, Benjamin A, Simpson D. Trigger wrist due to anomalous flexor digitorum profundus muscle in association with fibroma of tendon sheath. *Hand*. 1982 Feb;14(1):59-60.
22. Oni OO. A tendon sheath tumour presenting as trigger finger. *J Hand Surg [Br]*. 1984 Oct;9(3):340.
23. Forstner H, Schaefer HE. Trigger wrist. A case report *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 1988 Jan;20(1):33-5.
24. Yamamoto T, Marui T, Mizuno K. Fibroma of a tendon-sheath presenting as toe deformity. *Foot Ankle Int*. 2001 Jan;22(1):59-61.
25. Chi H, Oda J. Fibroma of tendon sheath with ulceration. *J Dermatol*. 1993 Nov;20(11):703-6.
26. Lourie JA, Lwin KY, Woods CG. Case report 734. Fibroma of tendon sheath eroding 3rd metatarsal bone. *Skeletal Radiol*. 1992;21(4):273-5.
27. Southwick GJ, Karamoskos P. Fibroma of tendon sheath with bone involvement. *J Hand Surg [Br]*. 1990 Aug;15(3):373-5.