

DİZ EKLEMİNDE PİGMENTE VİLLONODÜLER SİNOVİTİ TAKLİT EDEN SYNOVİAL HEMANJİOMA: OLGU SUNUMU

Hakan ÇİÇEK¹, Nadir YALÇIN¹, Kasım KILIÇARSLAN¹, Gonca ÖZGÜN², Özgür EZDEŞİR³

ÖZET

Synovial hemanjiomalar nadir olarak görülen damarsal kökenli iyi huylu tümörlerdir. Bu çalışmada, bir yıl önce villonodüler hiperplazi tanısıyla cerrahi olarak tedavi edilmiş, tekrarlayan sağ diz ağrısı ve şişliği nedeniyle 2. operasyondan sonra histopatolojik değerlendirme ile synovial hemangioma tanısı konmuş 12 yaşında kız çocuğu sunulmaktadır. İkinci operasyondan sonraki bir yıllık takiplerinde kitlede herhangi bir klinik rekürrens gözlenmedi. Nadir görülen bu grup olgularda ameliyat öncesi olduğu kadar sonrasında da histopatolojik incelemede tanı zorlukları yaşanabilir. Doğru ve yeterli tedavi için gerek klinik gerekse histopatolojik incelemede synovial hemanjioma nadir karşılaşılsa da mutlaka ön tanıda düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Diz, invaziv neoplazm, hemanjiom, sinovit

Synovial Hemangioma in the Knee Joint Mimicking Pigmented Villonodular Synovitis: A Case Report

SUMMARY

Synovial hemangiomas are rare, benign tumors of vascular origin. They are frequently seen in children and young adults and present with arthritis which affects a single joint. In this work, a 12 year old girl with repeated right knee pain and swelling complains whose condition was diagnosed as synovial hemangioma after a second surgical intervention according to histopathologic examination, was reported. One year prior to the second operation she had been treated surgically as having villonodular synovitis. One year followup of the second operation showed no clinical recurrence of the mass. In such cases, histopathologic examinations may have diagnostic problems during pre-operation as well as after surgery. Synovial hemangioma must be considered in clinical and histopathologic examinations for efficient treatment.

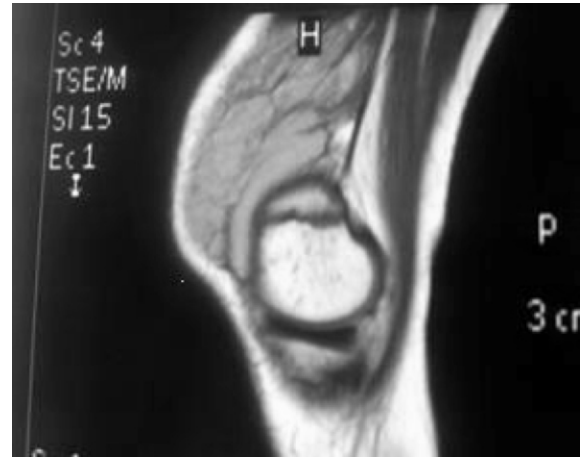
Key words: Knee, neoplasm invasiveness, hemangioma, synovitis

Synovial hemanjiomalar; nadir olarak rastlanan, synovial yerleşimli, bazen diğer eklem içi yapılara, eklem çevresi bursalara ve kaslar alanlara yayılabilen damarsal kökenli iyi huylu tümörlerdir. Tüm hemanjiomalar içinde %1 gibi düşük bir oranda görülürler. ¹ En sık görüldüğü yaş; çocukluk ve erken erişkin dönemdir. ² En sık diz eklemine daha sonra sırası ile dirsek, el bileği ve ayak bileği eklemlerine yerleşir. Genelde tek eklem tutulumlu artrit tablosu ile başvuran bu grup hastalarda tanının ameliyat öncesi konulması nispeten zordur. Olguların ancak üçte birine bu dönemde tanı konulabilmektedir.³

OLGU SUNUMU

Oniki yaşında pigmente villonodüler sinovit tanısı ile sinovyektomi yapılan histopatolojik inceleme ile ön tanının doğrulandığı, ancak farklı bir merkezde yapılan diğer bir incelemede ise synovial hemangioma tanısı almış kız çocuğu; sol dizde şişlik, tekrarlayan ağrı şikayeti ile başvurdu. Travma öyküsü tarif etmeyen olgunun fizik muayenesinde; sol dizde şişlik palpasyonla hassasiyet ve diz yan kısmında yumuşak doku kıvamında kitle, minimal efüzyon, diz fleksiyonunda minimal kısıtlılık bulguları tespit edildi. Laboratuvar testlerinden CRP, ESH, RF, PT,

PTT, Antinükleer antikor, hemogram ve kan biyokimya değerleri ölçüldü. Tüm ölçümler normal olarak değerlendirildi. Görüntüleme tekniklerinden; direk diz grafilerinde patellada minimal lateralizasyon, patellar ve suprapatellar bölge yumuşak doku dansitesinde genişleme tespit edildi. Manyetik rezonans görüntüleme, femoral kondil ön kısmından başlayarak suprapatellar alana, eklem boşluğunun iç kısmından yer yer M.vastus medialis ve



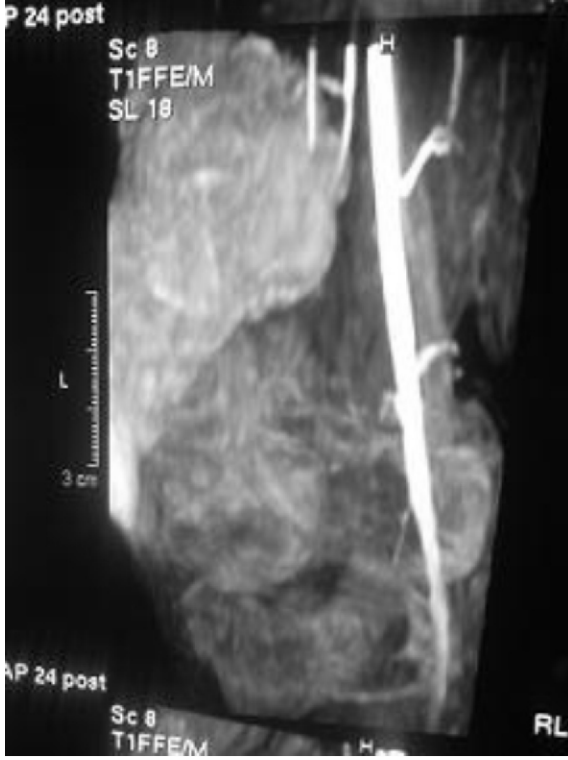
Resim 1. Ameliyat öncesi T1A sagittal planda MRI görüntüsü: Kasa göre daha yoğun kitle.

¹ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE

² Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE

³ Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ŞANLIURFA, TÜRKİYE

M.rektus femoris içine invazyon yapmış 8x6x4.5 cm genişliğinde kitle tespit edildi (Resim 1). Arteriografide kanlanmasının distal popliteal arter ve distal femoral arterin yüzeyel dallarından sağlayan damarsal uzantılar ortaya konuldu (Resim 2).



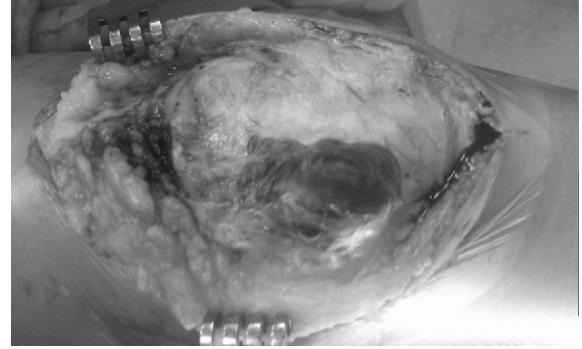
Resim 2. Ameliyat öncesi distal popliteal arter ve distal femoral arterin yüzeyel dallarından köken alan tümörle ilgili vasküler yapılar.

Cerrahi tedavi olarak; kitlenin büyüklüğü, çevre yumuşak doku invazyonu sebebiyle artroskopik girişim düşünülmedi, pre operatif radyoloji konsültasyonu sonucunda embolizasyon düşünülmedi. Hastaya genel anestezi altında pnömatik turnike uygulayarak sağ diz artrotomisi yapıldı. İntrartiküler alanda geniş synoviyektomiye takiben kanama kontrolü için kitle proksimalinde ve distalinde birer adet kitleye ilerleyen vasküler yapı 3.0 ipek suture materyali yardımıyla bağlandı. M. vastus medialis ve M. rektus femoris içine invazyon yapmış kitleye geniş eksizyon yapıldı, oluşan defekt eksize edilen alan komşuluğundaki Tensör facialata oto flebi ile kapatıldı. Takibinde turnike açılarak kanama kontrolü yapıldı. 1 adet negatif basınçlı Hemovac dren cerrahi alana yerleştirilerek post operatif kanama için önlem alındı ve sonrasında cilt altı, cilt sutürasyonu ile insizyon kapatıldı. (Resim 3-4)

Çıkarılan doku örneğinin histopatolojik incelemesinde; hematoksilen-eozin boyalı kesitlerde synovial alanda, kalın ve ince duvarlı kavernozy ve kapiller damarsal yapılar izlendi (Resim 5). Bazı damarsal yapılar içerisinde trombus formasyonları ve bazılarında intravasküler papiller endotelial

hiperplazi (Masson'un hemanjiomu) varlığı dikkati çekti. İmmünohistokimyasal çalışmada vasküler yapıların endotelinde ve intravasküler papiller endotelial hiperplazi alanlarında CD31 ve CD34 ile pozitif boyanma mevcuttu (Resim 6). Az sayıda dağınık halde hemosiderin yüklü makrofajlar da görüldü.

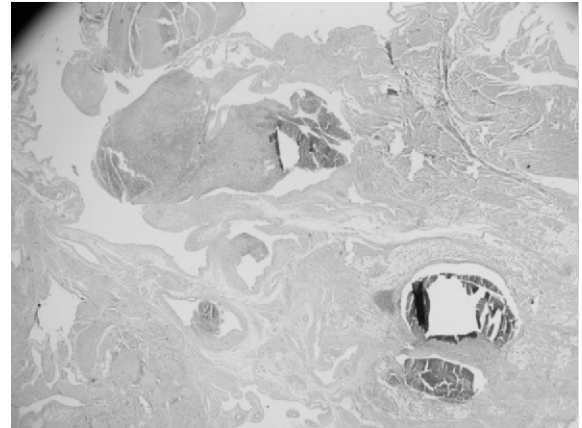
Ameliyat sonrası 2. haftanın sonunda izometrik egzersizler, 3. haftanın sonunda ROM egzersizleri başlandı. Bir yıllık takiplerinde klinik olarak rekürrens tespit edilmedi.



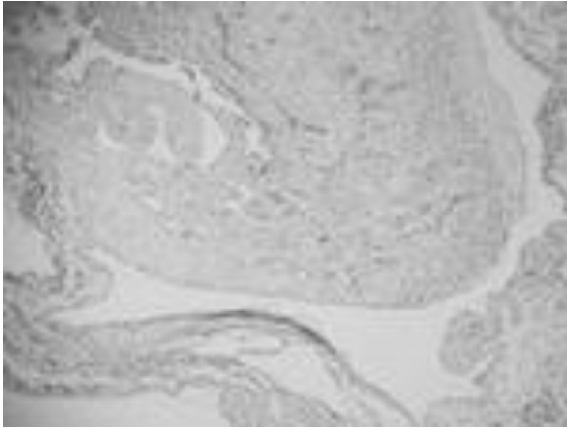
Resim 3. Ameliyat için içi musküler invazyon yapmış kitle görüntüsü.



Resim 4. Ameliyat için oto greftleme ile kapatılan facial defekt alanı görüntüsü.



Resim 5. Hematoxylin and eosin x40 preparat görüntüsü kesitlerinde synovial alanda, kalın ve ince duvarlı kavernozy ve kapiller damarsal yapılar görülmekte.



Resim 6. CD34 x200 immunhistokimyasal preparat görüntüsünde, vasküler yapıların endotelinde ve intravasküler papiller endotelial hiperplazi alanlarında CD31 ve CD34 ile pozitif boyanma ve az sayıda dağınık halde hemosiderin yüklü makrofajlar görülmekte.

TARTIŞMA

Nadir olarak karşılaşılan synovial hemanjioma, tanı konulması zor olan iyi huylu damarsal kökenli bir tümördür. Hastalarda travma olmaksızın tekrarlayan eklem içi effüzyonlar görülebilir. Tanıya yönelik olarak eklem aspirasyon sıvısı incelendiğinde genellikle kan hücreleri tespit edilir. Ancak hastalarda kanama ve pıhtılaşma değerleri normaldir. Bu durum tanıda yardımcı olabilecek bir özellik olsa da benzer tablo pigmente villonodüler synovitte de oluşabilmektedir.⁴

Ayırıcı tanıda; pigmente villonoduler synovit başta olmak üzere, “loose bodies”, ksantoma, bursit, menisküs patolojileri, posttravmatik hemoraji, tüberküloz, sarkoidozis, kanama bozuklukları, sinovial sarkoma düşünülmelidir.⁵⁻⁶ Synovial hemanjioma vakaları nadir olarak çevre yumuşak doku invazyonu ve kemik ile kırıldak dokuda hasara sebep olabilir. Bu durum tedavi süreci ve sonrasında hastanın fonksiyonel işlevleri üzerinde problem oluşturabilir. İnvaziv kitlelerde rezeksiyona; musküler yapılar, fasya ve bursaları da dahil etmek gerekebilir. Olgumuzda rezeksiyon alanı içinde M. vastus medialis ve M. rektus femoris kaslarının distal kısımlarından kitlenin invazyon yaptığı yaklaşık 3x4x3 cm lik alan eksize edildi. Oluşan musküler ve kapsüler defekt oto greftleme ile tamir edildi.

Synovial hemanjioma olguları klinik ve histolojik olarak yanlış tanı alabilen vakalardır. Özellikle pigmente villonoduler synovit ile hem makroskopik hem mikroskopik olarak benzerlik gösterir. Her iki patolojinin ayırıcı tanısında kimi zaman klinisyen ve patolog zorlanabilir. Buna karşın çoğu zaman da bu iki patolojinin ayrımı için tek yöntem histopatolojik incelemedir.⁷⁻⁸ Literatürde bu patolojiye ait ameliyat öncesi görüntüleme yöntemleri ile tanı %22 gibi düşük bir oranda verilmektedir.

Tekrarlayan ve tanıda gecikilen vakalarda eklem içi yapılarda masif kitle, hareket kısıtlılığı, kemik ve kırıldak hasarı oluşabilir. Özellikle diz eklemine yerleşmiş vakalarda bunlara ek olarak patellar yer değiştirme görülebilmektedir. Genelde görüldüğü çocukluk ve genç erişkin dönemleri göz önüne alınırsa bu patolojilerin erkenden tanı ve tedavisi önemlidir. Yanlış tanı ve yetersiz rezeksiyon sonrası rekürrens görülebilir. Bu nedenle özellikle sık görüldüğü yaş gruplarında diz eklemine spontan effüzyon, hemartroz, ağrı, hareket kısıtlılığı ve palpe edilebilir kitle şikayeti ve bulguları ile gelen hastalarda sinovyal hemanjioma ön tanıda düşünülmelidir. Literatürde tanı konulduktan sonra bir tedavi seçeneği olarak konservatif yaklaşım önerilmektedir.¹ Ancak bunun sebep olacağı doku hasarı ve zaman içinde lezyonun invaziv bir karakter kazanabileceğinden dolayı cerrahi tedavinin geciktirilmemesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Synovial hemangioma olguları, ameliyat öncesi klinik ve radyolojik incelemeler sonrası doğru tanı oranlarının düşük olması yanında histopatolojik inceleme sonrasında da yanlış tanı alabilmektedir. Literatürde çok vurgulanmasa da yumuşak doku invazyonu yaparak masif kitle oluşturabilmektedirler. Dolayısıyla eklem bölgesinde bu tanıyı düşündürecek şikayetlerle gelen hastalarda doğru tanı oldukça önemlidir. Bunu sağladıktan sonra lezyonun hızlı progresyon göstermediği, yakın takibin mümkün olduğu durumlarda konservatif yaklaşım uygulanabilirken, bunun dışındaki vakalarda geciktirilmeden cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz E, Karakurt L, Ozdemir H, Serin E, Incesu M. Diffuse synovial hemangioma of the knee: a case report. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2004;38:224-8.
2. Devaney K, Vinh TN, Sweet DE. Synovial hemangioma: a report of 20 cases with differential diagnostic considerations. *Hum Pathol* 1993;24:737-45.
3. Price NJ, Cundy PJ. Synovial hemangioma of the knee. *J Pediatr Orthop* 1997;17:74-8
4. Keren T, Shahmurov M, Hendel D. Recurrent hemarthrosis of the knee mimicking pigmented villonodular synovitis. *Isr Med Assoc J* 2005;7(1):50-1.
5. Cassidy JT, Petty RE. Skeletal malignancies and related disorders. In: Cassidy JT, Petty RE, editors. *Textbook of pediatric rheumatology*. 4th ed. WB Saunders, Philadelphia, 2001: 762-78.
6. Cimaz R, Simonini G. Differential diagnosis of arthritis in childhood. *Pediatr Rheumatol Online J* 2003;Vol. 1: No. 1.
7. Devaney K, Vinh TN, Sweet DE. Synovial hemangioma. A report of 20 cases with differential diagnostic considerations. *Hum Pathol* 1993;24:737-45.
8. Jaswal TS, Singh S, Gupta V, Purwar P, Sangwan SS, Arora B. Synovial hemangioma-a case report. *Indian J Pathol Microbiol* 2001;44(3):353-4.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Hakan ÇİÇEK

*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE*

E- Posta: drcicekh@hotmail.com

Geliş Tarihi : 15.04.2011

Kabul Tarihi : 11.07.2011