



Pes planus kliniği ile gizlenen intramusküler hemangiom

Intramuscular hemangioma masked by the clinical presentation of pes planus

Şenol AKMAN,¹ Bülent AKSOY,¹ Erden ERTÜNER,¹ Kahraman ÖZTÜRK²

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği; ²Baltalımanı Metin Sabancı Kemik Hastalıkları Hastanesi

On sekiz yaşında kadın hasta yaklaşık altı-yedi yıldır taban çökmesi nedeniyle tedavi görmekteydi. Pes planusa yönelik tedaviyle sonuç alınamayınca, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile ileri incelemeler yapıldı ve sağ ayakta fleksör digitorum brevis yerleşimli hemangiom saptandı. Kitle marjinal eksizezyonla tümüyle çıkartıldı. Ameliyat sonrasında hastanın sağ ayağında ağrı şikayeti kayboldu; hasta 2.5 yıldır şikayetsiz olarak yaşamını sürdürmektedir.

Anahtar sözcükler: Ayak hastalıkları; hemangiom, kavernöz; düztabanlık/radyografi; ayak/radyografi.

An eighteen year-old female patient had been receiving therapy for pes planus. Upon the persistence of her symptoms, further investigations were made by computed tomography and magnetic resonance imaging and a hemangioma was detected localized in the flexor digitorum brevis muscle. The mass was totally resected with a marginal excision. The patient's complaint of pain in the right foot disappeared after surgery and during a follow-up period for 2.5 years.

Key words: Foot diseases; hemangioma, cavernous; flatfoot/radiography; foot/radiography.

Yumuşak doku tümörlerinden biri olan hemangiomlar tanı ve tedavi açısından sorun yaratabilen tümörlerdir. Doğum sonrası veya bebeklik döneminde rastlanma sıklığı daha fazla olan hemangiomlar kapiller, kavernöz, miks ve diffüz tiplerde olabilir.^[1] Klippel-Treunaunay, Rendu-Osler-Weber, Cobb ve Maffucci sendromları ile birlikte görülebilirler. İzole lezyonlara da rastlanmaktadır.^[2] Hemangiomlu olgular cerrahi tedavi gerektirebilir. Tanıda, bilgisayarlı tomografi (BT) ile karşılaştırıldığında manyetik rezonans görüntüleme (MRG) daha değerli sonuçlar vermektedir.^[3]

Bu yazıda, sağ ayaktaki ağrıları pes planusa bağlanarak uzun süre tabanlık ve konservatif tedavilerle izlenen, sağ fleksör digitorum brevis adalesi yerleşimli kavernöz hemangiomlu bir olgu sunuldu.

Olgu sunumu

Yaklaşık olarak altı-yedi yıldır taban çökmesi nedeniyle çeşitli merkezlerde değerlendirilen, özel ayak-

kabı ve tabanlık ile tedavi edilmesine rağmen şikayetleri geçmeyen 18 yaşında kadın hasta, sağ ayak tabanındaki ağrı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik saptanmayan hastanın, soygeçmiş araştırmasında annesinin diyabetik olduğu belirlendi.

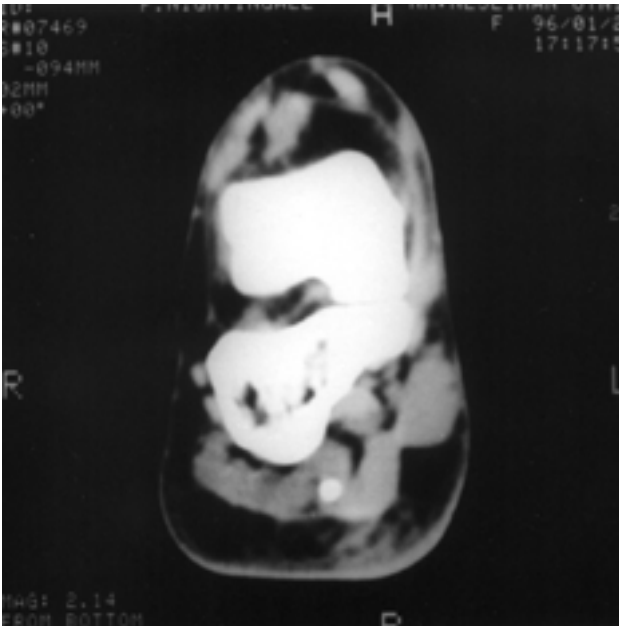
Fizik muayenede, her iki ayak ön bölümünün taraksı görünümde olduğu, hastanın desteksiz ve normal yürüdüğü gözlemlendi. Her iki ayakta fleksibl pes planus kliniği vardı. Derin palpasyonda sağ ayak longitudinal aksının sola göre daha ağırlı olduğu, ayak bileği ve parmak hareketlerinin aktif ve pasif olarak ağrısız olduğu saptandı. Nörolojik muayenede patolojiye rastlanmadı. Laboratuvar incelemelerinde biyokimyasal tetkikler, sedimantasyon, CRP, RF ve hemogram sonuçları normal sınırlar içerisinde bulundu.

Konvansiyonel radyolojik incelemelerde, her iki ayak kalkaneal pink açısının ve talokalkaneal açının pes planus lehine bozulduğu görüldü (Şekil

1). Ağrılarının geçmemesi üzerine yapılan BT incelemesinde sağ ayak tabanında yerleşmiş ve içerisinde kalsifikasyonlar içeren yumuşak doku kitlesi saptandı (Şekil 2). Ayırıcı tanı amacıyla yaptırılan MRG'de, sağ ayak tabanında fleksör digitorum brevis adalesinin orta bölümünü tutan, T1 ağırlıklı kesitlerde kasa göre minimal hiperintens; PD, T2, yağ baskılı T2 sekanslarında hipointens fibroseptalar içeren belirgin hiperintens; intravenöz kontrast madde verilmesini takiben yoğun tutulum gösteren belirgin sınırlı kitle görüntüledi ve lezyon kavernöz hemangiom lehine değerlendirildi (Şekil



Şekil 1. Sağ ayak lateral grafide kalkaneal pinc açısı ve talokalkaneal açının ölçümü. (I-Kalkaneal pinc açısı:12° / II-Talokalkaneal açısı: 30°)



Şekil 2. Sağ ayak tabanındaki kitlenin BT tetkikinde kalsifikasyonların görünümü.

3a, 3b). Tümöral kitleye eksizyonel biyopsi yapılmasına karar verildi.

Genel anestezi altında sağ alt ekstremiteye uygulanan pnömatik turnike tatbiki sonrası sağ ayak tabanından medial 7-8 cm'lik insizyonla girildi. Fleksör digitorum brevis adalesi içerisinde kanamalı, kırmızı-kahverengi renkte, yumuşak, 3x2x2.5 cm boyutlarındaki kitlenin çok iyi sınırlanmadığı görüldü ve kitle marjinal eksizyonla tümüyle çıkarıldı. Eksizyon sırasında sinir kontaminasyonu gözlenmedi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Tümör Patolojisi ve Onkolojik Sitoloji Bilim Dalı'nda değerlendirilen materyalin musküler karakterdeki yumuşak doku içerisinde yer alan, yer yer ince kalsifiye alanlar içeren, vasküler yapıda selim



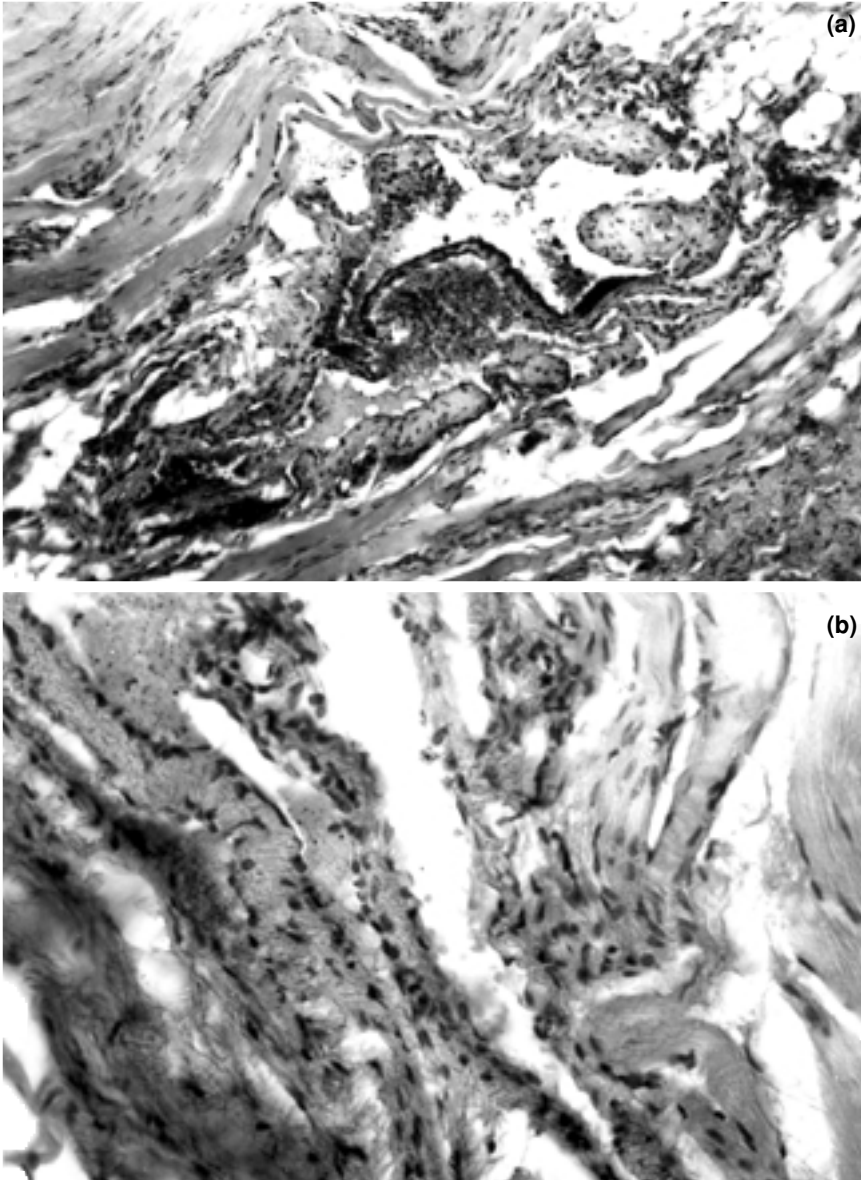
Şekil 3. (a) Sağ fleksör digitorum brevis adalesi içerisindeki kitlenin MR kesitlerde hiperintens görünümü. (b) Adale içerisindeki lezyonun transvers MR kesitte görünümü.

tümöral oluşum olduğu; tümörün dar sellüler daha çok kapiller hemangiom niteliğinde, bazı kısımlarında lenfangiomaya benzer özellikte, nodüler karakterde vasküler yapılardan oluştuğu belirlendi. Ayrıca lezyonun iyi sınırlı olmadığı, angiomatöz yapının kas lifleri arasına girdiği saptandı. Bu bulgularla, kitlenin intramusküler hemangiom olduğu sonucuna varıldı (Şekil 4a, 4b). Çevre dokularda düzenli çizgili kas dokusunun mevcut olduğu ve cerrahi sınırlarda patoloji gözlenmediği belirtildi.

Ameliyat sonrası klinik şikayetleri kaybolan hasta 2.5 yıldır şikayetsiz olarak yaşamını sürdürmektedir.

Tartışma

Pes planus ayak planter yüzünü ilgilendiren ağrı nedenlerinin başında gelir. Ayak longitudinal arkını düşüren nedenler, pes planus tablosu oluşturup, mekanik ve anatomik yapıyı bozarak ağrıya neden olur.^[4,5] Ayakta gelişen yumuşak doku tümörleri de ağrıya neden olabilirler. Yumuşak doku tümörlerinin büyük bir kısmı çocukluk çağının erken dönemlerinde fark edilir.^[1,3,4,6] Yumuşak doku tümörleri ayağın mezankimal yumuşak dokusundan kaynaklanan oluşumlardır. Lipom, ganglion, hemangiom, nörofibrom ve glomus tümörleri yumuşak doku tümör gru-



Şekil 4. Çıkarılan kitlenin histopatolojik görünümü. (a) H-E x 200, (b) H-E x 400

bunu oluştururlar.^[5] Bilgisayarlı tomografi ve MRG tetkikleri tanıda önemlidir. Manyetik rezonans, intramusküler hemangiom için sıklıkla tanı koyucu bir araçtır; bu yolla saptanan sellüler tipte fibröz septalar kavernöz hemangiom için patognomonik kabul edilmektedir.^[7,8] Olgumuz yıllarca konvansiyonel grafilerle pes planus düşüncesiyle takip edilmiş ve hastanın ağrısı çeşitli ortez ve ayakkabılarla tedavi edilmeye çalışılmıştır. Tedavinin başarısız kalması üzerine de BT ve MRG yardımı ile tanı konulmuş ve tedavi planı değiştirilmiştir.

Intramusküler hemangiomlar ayağın herhangi bir yerinde oluşabilirler ve sınır tanımaksızın adale, kemik, sinir ve fibröz dokular boyunca yayılabilirler. Kavernöz hemangiomların ayakta görülme sıklığı tüm hemangiomlar içinde %4.9-%28.5 arasındadır.^[5] Hemangiomların bir tipi olan kapiller hemangiomlar yüzeyledir ve kendiliğinden gerileme gösterebilirler. Hemangiomlarda ilk tedavi medikal olmalıdır. Ağrı, kozmetik görünüm bozukluğu ve hızlı büyüme olduğu durumda embolizasyon, radyoterapi ve cerrahi ekstirpasyon uygulanabilecek tedavi yöntemleridir.^[1,3,6,9]

Embolizasyon karaciğerin, böbreğin, gastrointestinal ve bronşiyal bölgenin, iskelet sisteminde vertebral bölge hemangiomlarının tedavisinde etkilidir. Medikal embolizasyon ayrıca cerrahi tedaviye ek olarak da uygulanabilir. Cerrahi öncesi embolizasyon uygulanması, kitlenin cerrahi sınırlarının belirlenmesinde etkili olabilir.^[1,10] Radyoterapinin hemangiom olgularında kullanımı sınırlıdır. Özellikle çocuklarda epifiziyal bölge civarındaki lezyonlarda epifiz harabiyeti oluşturacağı için kullanılmamalıdır.^[2,9] Kavernöz tip yüzeysel hemangiomlarda radyoterapi kullanılabilir; fakat bu tür olgularda nüks oluşabilir.^[11] Cerrahi tedavi, özellikle kavernöz hemangiom gibi derin yerleşimli hemangiomların tedavisinde uygulanabilir. Cerrahi tedavi sırasında kitlenin çok iyi sınırlanmamış olması, tam olarak çıkartılmamasına yol açabilir. Bu tip olgularda intakt çevre

yumuşak dokuları da kapsayan marjinal rezeksiyon gerekebilir.^[9] Olgumuzda tümörün sınırları cerrahi olarak çok belirgin olmadığından çevre kas dokusu ile beraber rezeksiyon yapılmıştır.

Tümörün tümüyle çıkarılmadığı koşullarda, bölgedeki damarların mümkün olduğu kadar ligatüre edilmesi gerekir. Ekstremiteleri tutan yaygın veya multipl yerleşimli hemangiomlar ve fetal kanama riskinin olduğu durumlarda, hastanın rehabilitasyonu amacıyla cerrahi tedavinin alternatifi amputasyon olabilir.^[1,2]

Ayak ağrıları nedenlerinin dikkatle araştırılması, yumuşak dokuda oluşabilecek patolojilerin değerlendirilebilmesi için gerekirse ileri inceleme tetkiklerinin yapılması gerektiği sonucuna varıldı.

Kaynaklar

1. Castillenti TA. Cavernous hemangioma of the foot. Case report and literature review. *J Am Podiatr Med Assoc* 1989; 79:406-10.
2. Jones KG. Cavernous hemangioma of striated muscle. *J Bone Joint Surg [Am]* 1953;35:717-28.
3. Keigley BA, Hagggar AM, Gaba A, Ellis BI, Froelich JW, Wu KK. Primary tumors of the foot: MR imaging. *Radiology* 1989;171:755-9.
4. Tachdijan M.O. The foot and leg. In: Tachdijan MO, editor. *Pediatric orthopaedics*. Vol. 4, 2nd ed. Philadelphia: WB.Saunders; 1990. p. 2717-55.
5. Harrelson JM. Tumors of the foot. In: Jass MH. *Disorders of foot and ankle*. Vol. 1, 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1992. 1657-77.
6. Klemme WR, James P, Skinner SR. Latent onset unilateral toe-walking secondary to hemangioma of the gastrocnemius. *J Pediatr Orthop* 1994;14:773-5.
7. Deutsch AL, Mink JH. *MRI of the musculoskeletal system*. 2nd ed. Philadelphia; Lippincott-Raven; 1996. p.642-6.
8. Stoller DW. *Magnetic resonance imaging in orthopaedics and sports medicine*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
9. Enneking WF. *Musculoskeletal tumor surgery*. 1st ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 1983.
10. Greenspan A. *Orthopedic radiology*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
11. Serber W, Amendola BE. Radiation treatment of benign disease. In: Perez CA, Brady LW, editors. *Principles and practice of radiation oncology*. 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1992. p. 1476-85.