



Sinovyal hemanjiyom

A case of synovial hemangioma

Billur Akan ŞENTÜRK,¹ Fevziye KABUKÇUOĞLU,¹ Yavuz KABUKÇUOĞLU,²
Metin KÜÇÜKKAYA,² Ünal KUZGUN²

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,¹ Patoloji Laboratuvarı,² 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Sinovyal hemanjiyom sıklıkla diz ekleminin anterior kompartmanını tutan, nadir rastlanan bir lezyondur. Genellikle adölesan yaşta görülür; alevlenme ve remisyonlarla seyreder ve dizde şişlik ve ağrı şikayetiyle ortaya çıkar. On altı yaşında kadın hasta sol dizinde şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede patellanın inferolateralinde ağrılı, orta sertlikte kitle saptandı. Düz grafilerinde özellik görülmedi. Manyetik rezonans görüntülemesinde patellanın altından infrapatellar yağlı doku içine uzanan lobüler yapıda kitle gözlemlendi. Eksize edilen kitlenin histolojik incelenmesinde hipertrofik sinovyumun altından başlayarak derin tabakalara uzanan çeşitli büyüklükte proliferasyon damar yapıları izlenerek sinovyal hemanjiyom tanısı kondu. Sinovyal hemanjiyomun total eksizyonundan sonra prognoz çok iyi olup nüks oranı oldukça düşüktür. Hastanın 16 aylık takip sürecinde nüks saptanmadı.

Anahtar sözcükler: Artrografi; hemangiom/tanı/patoloji/cerrahi; diz eklemi/patoloji/cerrahi; yumuşak doku neoplazmları/tanı; sinovyal membran/patoloji/cerrahi.

Synovial hemangioma is a rare lesion that most commonly involves the anterior compartment of the knee. It usually occurs in adolescents and presents as recurrent episodes of swollen knee and pain. A sixteen-year old female patient presented with complaints of swelling and pain in her left knee. Physical examination showed a painful mass in the inferolateral part of the patella. Plain radiographs were normal. Magnetic resonance imaging showed a lobular mass extending from the lower part of the patella to the infrapatellar fat pad. Pathologic examination of the excised specimen revealed proliferated vascular structures of varying caliber arising below the hypertrophied synovial tissue and extending to the deep layers. A diagnosis of synovial hemangioma was made. Following total excision, prognosis is usually excellent and recurrence is rare. No recurrences were detected during a follow-up period of 16 months.

Key words: Arthrography; hemangioma/diagnosis/pathology/surgery; knee joint/pathology/surgery; soft tissue neoplasms/diagnosis; synovial membrane/pathology/surgery.

Sinovyal epitelle döşeli bağ dokusu içindeki damar yapılarından kaynaklanan, gerçek anlamda sinovyum kökenli benign neoplastik oluşumlar rutin klinikopatolojik uygulamada karşımıza son derece ender olarak çıkar.^[1,2] Yaptığımız literatür araştırmasında bildirilmiş olgu sayısı 170 civarındadır. Sinovyal hemanjiyom, çocuk ve adölesan yaşta diz veya dirsek bölgesinde kronik şişlik ve ağrı şikayetiyle başvuran bir hastada ayırıcı tanıda

akılda tutulması gereken bir olasılıktır.^[1-3] Klinik ve radyolojik açıdan sinovyal sarkom, pigmente villonodüler sinovit, lipoma arborescens, jukstartiküler miksuma ve nonspesifik sinovit gibi kitle lezyonları ile karışabilir. Klinikopatolojik tablosu ve radyolojik tanı kriterleri ancak son yıllarda sağlam temellere oturmaya başlayan sinovyal hemanjiyomu, yeni bilgi birikiminin ışığında gözden geçirmek için aşağıdaki olguyu sunuyoruz.^[1,2]

Olgu sunumu

On altı yaşında kadın hasta, sol dizinde iki aydır süren şişlik ve 10 gündür buna eklenen ağrı şikayetiyle başvurdu. Hareketlerinde kısıtlılık tarif eden ve ağrının istirahatle geçtiğini belirten hastanın özgeçmişinde herhangi bir travma hikayesi, soygeçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenede sol dizde patellanın infero-lateralinde 10x8x3 cm boyutlarında, palpasyonla ağrılı, orta sert kıvamda kitle saptandı. Yapılan meniskus ve bağ muayenesinde eklem hareketleri aktif ve açık olarak değerlendirildi. Herhangi bir damar veya sinir lezyonu saptanmadı. Düz diz grafisinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) patellanın hemen altında, infrapatellar tendonun patellaya yapışma yerinden başlayıp tendonun arka kenarı boyunca aşağı doğru infrapatellar yağlı doku içinde uzanan, tendonun tibiaya yapışma yerinde laterale doğru yönelen kitle görüldü (Şekil 1). Özellikle T2 sekanslarda belirgin olarak izlenen kitle, yağlı dokudan düzenli bir konturla ayrılan, yer yer septumlarla ayrılmış lobüle yapıdaydı. Distalinde tendonun laterale uzandığı alanda ise fibrotik veya kalsifiye olarak değerlendirilebilecek nodüler alanlar içermekteydi. Bu bulgularla radyolojik olarak sinovyal kitle tanısı alan hastaya, sinovyal sarkom ile ayırıcı tanısını yapmak amacıyla kitleden ince iğne aspirasyonu yapıldı. Sitolojik incelemede kan elemanları arasında seyrek bağ dokusu hücreleri görüldü; atipik hücre izlenmedi. Malignitenin ekarte edilmesi üzerine hastaya artrotomi yapıldı. Patella alt kutbundan başlayarak tibia platosuna uzanan 5 cm'lik insizyonla kitle eksize edildi. Hastanın 16 aylık takip sürecinde nüks saptanmadı.

Makroskobik incelemede, 7x5x2.5 cm boyutlarda olan örneğin dış yüzünün fibrotik görünümde olduğu ve yer yer yağlı doku içerdiği görüldü; iç yüzünde ise kırmızı-kahve renkli cidari nitelikte doku parçaları vardı. Parafin bloklarından hazırlanan H-E ile boyanmış kesitlerde, geniş alanlarda sitoplazması içinde hemosiderin pigmenti seçilen hipertrofik sinovyum ile döşeli villus yapıları izlendi. Villusları oluşturan sellüler, fibrotik stroma içinde döşeyici hücrelerin biraz altından başlayarak eklem kapsülünün derin kısımlarına kadar değişik oranlarda uzanan prolifer damar yapıları görüldü (Şekil 2). Geniş çaplı, dilate bir ana damar çevresinde çiçek buketi tarzında prolifer olmuş, daha dar çaplı, yine kapiller özellikte damarların oluşturduğu lezyon kapiller tipte hemanjiyom morfolojisi göstermekteydi. Gerek döşeyici hücrelerde, gerekse tek

tek ya da diffüz halde stroma içinde dağılmış histiyositlerin içinde hemosiderin pigmenti mevcuttu. Bu bulgularla olguya sinovyal hemanjiyom tanısı kondu.

Tartışma

Sinovyal hemanjiyom en çok dizin anterior kompartmanını tutar; dirsek, ayak bileği ve tendon kılıflarında da rastlanabilir.^[2] Diz bölgesinde rastlanan hemanjiyomlar konjenital anjiyodisplazinin çok seyrek görülen örneklerindedir ve anatomik olarak sinovyal, jukstaartiküler ve intermediyer tiplere ayrılır.^[4,5] Tipik olarak adölesan çağıdaki bir hastada, diz ekleminde alevlenme ve remisyonlarla seyreden spontan kanama sonucu aralıklı ağrı ve şişlik şikayeti ile karşımıza çıkar.^[6,7] Bazı hastalarda egzersizle oluşan ağrı bildirilmesine rağmen, genellikle ağrı hareketle ilişkili değildir.^[5,7] Bir başka dikkat çekici yan ise, herhangi bir travma hikayesi olmadan hemartroz oluşturabilme özelliğidir. Genellikle, semptomların başlaması ile tanı arasında uzun bir zaman aralığı vardır.^[4,7] Fizik muayenede kuadriseps kasında atrofi ya da hemanjiyo-



Şekil 1. Manyetik rezonans görüntüleme T2 kesitte infrapatellar bölgede, infrapatellar tendonu öne iten, tendon arka kenarı boyunca uzanan intens özellikte, ama hipointens kalan kitle.



Şekil 2. Sinovyum döşeyici hücrelerinin altından başlayarak derin kısımlara uzanan değişik çaplarda prolifer damar yapıları (H-E x 40).

mun tipine göre eğer bir arteriovenöz şant söz konusu ise bacaklarda asimetrik büyüme gözlenebilir. Palpasyonunda genellikle diz eklemi çevresinde ağırlı bir kitle ele gelir.^[4,8] Kitlenin eklem boşluğu ve komşu yapılarla ilişkisini ortaya koymak için alınan düz diz grafisi, eklem aralığında seyrek olarak izlenen belli belirsiz bir opasite dışında bir bulgu vermez.^[1,2] Tanıda en yararlı yöntem, lezyonun büyüklüğünü, komşu yapılarla ilişkisini net bir şekilde ortaya koyan MRG'dir.^[2]

Mikroskopik olarak lezyona algoritmik yaklaşıldığında, öncelikle reaktif bir süreç mi yoksa neoplastik bir oluşum mu olduğuna karar verilmelidir. Bindiği gibi, sinovyumun kendine ait bir damar ağı vardır ve bu damarlanma paterninde bozulma veya artma gösteren reaktif ve hiperplastik değişiklikler de (örneğin nonspesifik sinovit) hemanjiyomla kolayca karıştırılabilir.^[1,6] Nonspesifik sinovitte sinovyum damar ağını çevreleyen bağ dokusunda oluşan mikroid dejenerasyon, damarlanması artmış gibi görünen reaktif nitelikteki stromanın gerçek hemanjiyomdan ayırt edilmesini sağlar.^[1] Sinovyum ile döşeli bu boşlukları damar yapılarından ayırmak için FVIII ile im-

münohistokimyasal boyama oldukça yardımcıdır. Prognostik açıdan patoloğu en çok zorlayacak ayırıcı tanı seçeneği, şüphesiz çok daha yüksek bir lokal rekürens oranı bulunan pigmente villonodüler sinovittir (PVNS). Özellikle erken dönemde PVNS'deki villusların stroması oldukça vasküler olabilir. Bu aşamada stromanın derin kısımlarında dikkat çeken tabakalar halindeki hemosiderin yüklü makrofajlar bizi PVNS yönünde düşündürmelidir. Pigmente villonodüler sinovitin geç dönemlerinde oluşan villusların tanjensiyal kesitleri yine FVIII ile damar yapılarından ayrılır;^[1] PVNS'ye karakteristik kahverengini veren hemosiderin bu lezyona özgü değildir. Olgumuzda da olduğu gibi pekçok sinovyal hemanjiyom olgusunda, hemofilik ve nonhemofilik eklem hastalıklarında da hemosiderin depositlerine rastlanabilir. Pigment dağılımı da yol gösterici değildir. Posttravmatik hemosideroziste de pigment hem subepitelyal hem de derin alanlarda birikebilir.^[1] Olgumuz, yaş ve histiyositlerin dağılımı açısından daha ileri bir yaş grubunda görülen ve stromanın yalnızca derin kısımlarında tabaka halinde histiyositlere rastlanan PVNS'den ayrılmaktaydı.

Sonuç olarak, sinovyumun hemanjiyomu çok nadirdir. Klinik, radyolojik ve patolojik ayırıcı tanısını pek çok değişik lezyondan yapmak gerekir. Tanınmalarında MRG yöntemi oldukça faydalıdır; lezyonun büyüklüğü, yayılımı ve hatta yapısı hakkında bilgi vererek artroskopi uygulamasını gereksiz kılabılır.^[4,8] Lezyonun tamamının çıkarılması için genellikle artrotomi gerekebilir. Total eksizyondan sonra takip edilen hastalarda prognoz mükemmeldir ve nüks oranı oldukça düşüktür.

Kaynaklar

1. Devaney K, Vinh TN, Sweet DE. Synovial hemangioma: a report of 20 cases with differential diagnostic considerations. *Hum Pathol* 1993;24:737-45.
2. Greenspan A, Remagen W, editors. Differential diagnosis of tumors and tumor-like lesions of bones and joints. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
3. Bullough PG. Bullough and Vigorita's orthopaedic pathology. 3rd ed. London: Mosby-Wolfe; 1997.
4. Price NJ, Cundy PJ. Synovial hemangioma of the knee. *J Pediatr Orthop* 1997;17:74-7.
5. Kroner K, Fruensgaard S. Synovial venous hemangioma of the knee joint. *Arch Orthop Trauma Surg* 1989;108:253-4.
6. Vigorita VJ. Orthopaedic pathology. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
7. Ryd L, Stenstrom A. Hemangioma mimicking meniscal injury. A report on 10 years of knee pain. *Acta Orthop Scand* 1989; 60:230-1.
8. Aalberg JR. Synovial hemangioma of the knee. A case report. *Acta Orthop Scand* 1990;61:88-9.