

El Yerleşimli Tendon Kılıfı Dev Hücreli Tümör: 35 Hastanın Değerlendirilmesi

Ahmet PİŞKİN*, Nevzat DABAK**, Yılmaz TOMAK***, Türker Cem ACAR****,
Nedim KARAIŞMAİLOĞLU**, Birol GÜLMAN**

- ✓ Eldeki tendon kılıflarında gelişen tendon kılıfı dev hücreli tümörleri tanı, tedavi ve ameliyat sonrası dönemde oluşan komplikasyonlar açısından retrospektif olarak değerlendirildi. On beş yıllık bir dönem içinde, el yerleşimli tendon kılıfı dev hücreli tümör nedeniyle 35 hastaya [20 kadın, 15 erkek, ortalama yaş 46,6 yıl (17-72)] Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD tarafınca cerrahi uygulandı. Lezyonların hepsi el yerleşimli idi. Tutulum 21 olguda sağ, 14 olguda sol tarafta idi. Ortalama izlem süresi 3.1 yıl (8 ay- 9,4 yıl) idi.

Hastaların en sık başvuru nedeni ağrısız yumuşak doku kitlesi idi. Olguların çoğunda (%71,4) tümör volar bölgeden kaynaklanmıştı. Tümör sıklıkla işaret parmağında (%25,7), ve proksimal falanks düzeyinde (%51,4) gelişmişti. Bulguların süresi 3 ay ile 2,5 yıl arasında değişmekteydi. 2 olguda kemik tutulumu gözlemlendi. Ameliyat sonrası dönemde 5 olguda dijital sinir hasarı, 3 olguda yüzeysel enfeksiyon, 8 olguda eklem sertliği gelişti. 12 hastada (%34,3) ortalama 2,8 yıl içinde (2 ay -5 yıl) nüks oldu.

Tendon kılıfının dev hücreli tümörlerinde yüksek nüks oranı göz önüne alınarak, geniş cerrahi sahada titiz bir cerrahi uygulanmalı ve büyütücü gözlüklerden yararlanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: El, dev hücreli tümör, tendon kılıfı

✓ **Giant-cell Tumor of Tendon Sheath of Hand; Evaluation of 35 Patient**

We have retrospectively evaluated tendon sheath giant cell tumors regarding their complications at the time of diagnosis, during treatment period and at postoperative period.

We have performed surgery to 35 patients for their tendon sheath giant cell tumors localized in their hands [20 females, 15 males, mean age was 46.6 (17-72)]. Localization of the tumor was on the right hand side in 21 of the cases and on the left in 14 of the cases. Mean follow up time was 3.1 years (8 months-9.4 years).

Most common complaints of the patients was a painless soft tissue mass. They were mostly on the volar side (%72) and on index finger (%25) and they were frequently found to be localized at the proximal phalanx (%51). The duration of the symptoms was between 3 months and 2.5 years.

Bony involvement was found in 2 cases. At the postoperative period we have found digital nerve injury in 5 of the cases, superficial skin infection in 3 of the cases. We have found recurrence in 12 of the cases (%34.2) in a mean time of 2.8 years and joint stiffness was found in 8 of the cases.

Tendon sheath giant cell tumors have high recurrence rates so surgery should be performed meticulously in a wide surgical field and magnifying glasses should be worn.

Key words: Hand, giant cell tumor, tendon sheath

* Yrd.Doç.Dr., ** Prof.Dr., *** Doç.Dr., **** Araş.Gör.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, SAMSUN

GİRİŞ

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü yavaş ve sıklıkla semptomsuz büyüyen ekstremiteler yerleşimli benign bir lezyondur. Sinovyal membrandan köken alan bu mezenkimal lezyon, en sık elde yerleşim göstermekle birlikte el bileği, dirsek, ayak parmakları, ayak bileği, diz, kalça ve omurgada da görülebilmektedir⁽¹⁻⁵⁾. Tendon kılıfı ve özellikle alt ekstremiteler yerleşiminde eklemlerle ilişkili olan bu tümörlere fibroksantom, tendon kılıfı ksantomu, tendon fibroması, villöz artrit, lokalize nodüler gibi adlar da verilmiştir⁽⁶⁻⁸⁾.

Fizik bakıda sabit, lobüle, ağrısız kitle ele gelir. Yavaş büyüyen tümör parmakta genellikle tendon kılıfı, kapsüler ligamanlar ve eklemlerde görülür; uzun süre tanınmadan kalabilir. Başvuruya kadar geçen semptom süresi birkaç haftadan 30 yıla kadar değişebilmektedir⁽⁸⁾.

Tendon kılıfının dev hücreli tümörünün tedavisinde, kitlenin özellikleri ve yerleşim durumunun yarattığı güçlüklerle rağmen, total eksizyon temel yöntemdir. Konservatif yaklaşımın tedavide yeri yoktur. Bazı durumlarda tendon kılıfının veya eklem kapsülünün kısmi eksizyonu, bazı durumlarda da cilt ile birlikte eksizyonu gerekebilmektedir. Eksizyon sonrası nüks görülmesi çok nadir değildir ve literatürde %45'lere varan oranlar bildirilmiştir^(2,8).

Bu çalışmada, elde tümör ve tümör benzeri kitleler içinde sık olarak karşımıza çıkan tendon kılıfı dev hücreli tümörün tanı ve tedavisinde önemli özelliklerin ortaya konması ve klinik sonuçlarımızın değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

1990-2005 yılları arasında Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD tarafınca ameliyat edilen 35 olgu [20 kadın, 15 erkek, ortalama yaş 46,6 yıl (17-72)] retrospektif olarak incelendi. Lezyonların hepsi el parmaklarından kaynaklanıyordu. Olguların 24'ünde radyolojik inceleme yapıldı. Dosyalardaki klinik veriler, yaş, cinsiyet, başvuru

bulguları, lezyon yerleşimleri ve multisetrik tutulum değerlendirildi. Radyolojik olarak kemik erozyonu ve degeneratif değişiklikler incelendi. %51,4 oranla en sık 30-50 yaşlarında görülen tümöre 21 olguda sağ, 14 olguda sol tarafta rastlandı. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo I'de izlenmektedir.

Tablo I. Hastanın Yaş ve Cinsiyet Dağılımı.

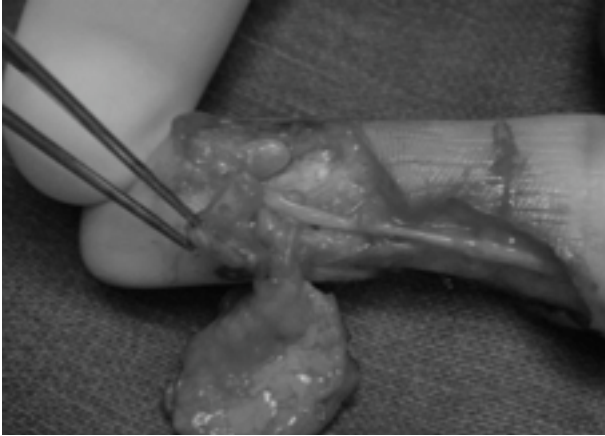
Yaş grubu	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-10						
10-19	1	5.0	1	2.9		
20-29	3	20.0	3	15.5	6	17.1
30-39	3	20.0	4	20.0	7	20.0
40-49	4	26.7	7	35.5	11	31.4
50-59	3	20.0	3	15.5	6	17.1
60-69	2	13.3	1	5.0	3	8.6
70-79			1	5.0	1	2.9

Cerrahi teknik

Tümör eksizyonunda uygulanan cerrahi teknik sıklıkla marginal eksizyon olmaktadır. Olguların %51,4'ünde büyütücü gözlük kullanıldı. Volar bölgede Brunner tipi, dorsal bölgede longitudinal 'S' ve lateral yerleşimlerde midlateral insizyon uygulandı. Tümörün psödo-kapsülü izlenerek içine girmeden dikkatli bir disseksiyon yapılmaya çalışıldı ve tendon çevresinde kalıntı olup olmadığı incelenerek ameliyat sonlandırıldı. Kemik tutulumu olan hastalarda küretaj ve irrigasyon uygulandı. Hiçbir olguda kemik grefti koymak gerekmedi. Ortalama izlem süresi 3.1 yıl (8 ay-9.2 yıl) idi. Cilde yapışıklık gösteren olgularda tümör üstündeki cilt ile birlikte çıkartıldıktan sonra, parmakta oluşan doku defekti lokal flepler ile kapatıldı. Şekil 1'de dev hücreli tendon kılıfı tümörün cildiyle birlikte çıkartılmasından sonra oluşan defekt görülmektedir. Şekil 2a'da bu defekti kapamak için hazırlanan "homodigital ters akımlı flep" ve şekil 2b'de ise flep ile defektin kapatılmış hali izlenmektedir.



Şekil 1. Dev hücreli tendon kılıfı tümörün cildiyle birlikte çıkarılmasından sonra oluşan defekt.



Şekil 2a. Dev hücreli tendon kılıfı tümörün cildiyle birlikte çıkarılmasından sonra oluşan defekt. Defekti kapamak için hazırlanan "homodigital ters akımlı flep".



Şekil 2b. Dev hücreli tendon kılıfı tümörün cildiyle birlikte çıkarılmasından sonra oluşan defekt. Flep ile defektin kapatılmış hali.

BULGULAR

Başvuruda sıklıkla izlenen bulgu ağrısız yumuşak doku kitlesi idi. Kitle cilt altında yarı hareketli, lobüle olarak gözlemlendi. 8 olguda (%22,8) hafif ağrı, 2 olguda (%5,7) parmak ucunda duyu kaybı, 4 olguda (%11,4) eklem hareket kısıtlılığı saptandı. Bulguların süresi 3 ay ile 2.5 yıl arasında değişmekteydi. En sık ilk 8 ay içinde başvuru gözlemlendi.

25 olgu (%71,4) volar bölgede, 10 olgu (%28,6) dorsal bölgede yerleşim göstermekteydi. En sık yerleşim yeri 9 olgu ile (%25,7) işaret parmağı iken, parmaktaki en sık görüldüğü lokalizasyon 18 olgu ile (%51,4) proksimal falanks düzeyi idi. Tablo II'de tümörün yerleşim lokalizasyonları izlenmektedir. Hiçbir olguda çok merkezli yerleşime rastlanmadı.

Radyolojik olarak kemik tutulumu olan 2 olguda skleroz gözlemlendi. Hiçbir olguda patolojik kırık saptanmadı. Ameliyat sonrası dönemde 5 olguda parmak ucunda hipoestezi gözlemlendi; bunların 4'ünde bir ay içinde düzelme görüldü. Diğer bir olguda iyileşme olmaması üzerine yapılan incelemede dijital sinirin kesildiği saptandı ve tamiri yapıldı. üç olguda izlenen yüzeysel enfeksiyon lokal yara bakımı ile iyileşti. sekiz olguda eklem sertliği görüldü; bunların 6'sında eklem sertlikleri fizik tedavi ile normale döndü; 2 olguda proksimal interfalangeal eklemden ilımlı sertlik devam etti. 12 olguda (%34,3) ortalama 2,8 yıl içinde (2 ay-5 yıl)

Tablo II. Elde Tümör Yerleşimleri.

Parmak falanks	Proksimal falanks	Orta falanks	Distal falanks	Toplam
I Volar	2	-	2	4
Distal	1	-	1	2
II Volar	6	1	-	7
Distal	2	-	-	2
III Volar	4	1	-	5
Distal	2	-	-	2
IV Volar	1	2	2	5
Distal	-	-	-	-
V Volar	-	2	2	4
Distal	-	2	2	4
Toplam	18	8	9	35

nüks görüldü. Nüks gelişen 12 olgudan 7'si tekrar ameliyat edildi ve bunların 4'ünde yine nüks gelişti. Diğer 5 olgu 2. kez ameliyat olmayı kabul etmedi. Nüks tümörler için radyoterapi uygulanmadı ve amputasyon gerekmedi.

TARTIŞMA

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü elin subkutanöz yerleşimli tümörleri arasında ikinci sıklıkla görülür. El dışında kalça, diz, ayak, el bileği ve omuzda da görülebilir^(9,10). Sinovyal membran kökenli bu lezyon birbirine benzer üç değişik türde gözlenir: Bunlar tendon kılıfından köken alan izole lezyon (tendon kılıfının dev hücreli tümörü), soliter intraartiküler nodül (lokalize nodüler sinovit) ve yaygın, sıklıkla sinovyal dokuyu ilgilendiren villöz ve pigmente lezyonlardır (pigmente villonodüler sinovit)⁽⁹⁾.

Tendon kılıfının dev hücreli tümörleri, klinik olarak her yaşta görülebilen, sıklıkla parmakların palmar yüzlerinde yerleşim gösteren, yavaş büyüyen ağrısız kitleler olarak karşımıza çıkarlar. Sıklıkla tek eklem tutulumu vardır; birden çok eklem tutulma oranı %1'in altındadır⁽¹¹⁾. Bu çalışmadaki olguların hiçbirinde birden çok tutulumu rastlanılmadı. Eklem çevresi yerleşimleri hareket kısıtlılığına neden olabilir. Benign olan bu kitlelere vücudun diğer bölgelerine oranla elde daha sık rastlanmaktadır. Lezyonlar bazı çalışmalarda daha sık olarak dorsal, bazı çalışmalarda ise volar yerleşimli olarak bildirilmiştir^(7,8,12). Bu çalışmada, yerleşim yerinin sıklıkla ekstremitenin volar yüzü olduğu görüldü.

Makroskopik olarak tümör sarı renkli, lobule kitle görünümündedir. Radyolojik olarak yumuşak doku kitlesi izlenir. Olguların %8-14'ünde kemikte bası izi, kortikal erozyon ve kalınlaşma gözlenebilir^(13,14). Bu çalışmada iki olguda skleroz ile kendini belli eden kemik tutulumu gelişti. Manyetik rezonans görüntüleme T₁- ve T₂- ağırlıklı görüntülerde hipointensite izlenir; görüntü pigmente villonodüler sinovit ile aynıdır⁽¹⁵⁾.

Tendon kılıfı dev hücreli tümörlerin tedavi-

sinde cerrahi uygulanır. Bazı yazarlar tarafından lezyonun enflamatuvar kökenli olduğu düşünülse de histiositik hücreler içeren fibröz doku bulunduğu için konservatif yaklaşımın yeri yoktur⁽¹³⁾. Kitlenin fleksör tendon kılıfını içine alacak şekilde sarması, dijital sinirler, ekstansör tendonlar ve bazen parmağın büyük kısmını etkilemesi eksizyonu zorlaştıran ve nükse zemin hazırlayan faktörler olarak sayılabilir. Bu nedenle, sadece tümörün üzerinde değil, aynı zamanda diğer yumuşak dokuları da ortaya çıkaran geniş bir cerrahi sahada çalışmak önemlidir. Özellikle nörovasküler yapıların korunmasına dikkat edilmelidir. Çalışmamızda dört olguda nöropraksi, bir olguda dijital sinir yaralanması izlendi. Literatürde nüks oluşumu yaklaşık %45 oranında bildirilmiştir. Bu çalışmada da 12 olguda (%34,3 oranında) nüks görüldü. Nüksün en önemli sebebi marjinal olması gereken eksizyonun intralezyonel kalmasıdır. Bunun en önemli sebebi de eksizyon planlanırken uygun kesilerden yapılmayan ameliyatlara ve volerde tespit edilen tümörün aslında dorsalden sarkarak volere yer değiştirmesi gibi eksizyonu zorlaştıran durumlardır. Bu gibi durumlarda cerrahi esnasında volar plak altına inmek ve hatta gerekirse hem volar hem de dorsal insizyonlar yapmak gerekebilir. Nüks oranının yüksekliği nedeniyle eksizyon sırasında tümör eksizyon prensiplerine uyulmalı, doku aralıklarına uzanabilen kitle lobulasyonu nedeniyle cerrahi alan iyi taranmalıdır. Bu nedenle cerrahi sırasında büyütme kullanmak gerekir.

SONUÇ

Son yıllarda kitle eksizyonu sırasında büyütücü gözlüklerden yararlanılmış olmakla birlikte, çalışmanın başlangıç tarihinden de anlaşılacağı gibi ameliyatlara bir bölümü ek büyütme yardımı olmaksızın yapılmıştır. Cerrahisi ilk yıllarda yapılan olgularda nüksün fazla görülmesi, kitle eksizyonundaki yetersizliği akla getirmektedir.

Sonuç olarak, tendon kılıfının dev hücreli tümörü sıklıkla elde görülen, yavaş ve genelde

semptomsuz büyüyen ve cerrahi tedavi gerektiren iyi huylu bir lezyondur. Nüks oranı yüksek olabilmektedir. Bu oranı azaltmak için geniş bir cerrahi sahada, titiz bir cerrahi uygulanmalı ve büyütücü gözlüklerden yararlanılmalıdır.

Geliş Tarihi : 07.03.2007

Yayına kabul tarihi : 28.11.2007

Yazışma adresi :

Yrd.Doç.Dr. Ahmet PIŞKIN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
55139 Kurupelit / SAMSUN
Tel. : 0362 312 19 19 / 2536
Faks : 0362 457 60 41
e-posta: apiskin@omu.edu.tr.

KAYNAKLAR

- Dingle SR, Flynn JC Jr, Stewart G. Giant-cell tumor of tendon sheath involving the cervical spine. A case report. *J Bone Joint Surg (Am)* 2002; 84-A: 1664-7.
- Gibbons CL, Khwaja HA, Cole AS et al. Giant-cell tumour of tendon sheath in foot and ankle. *J Bone Joint Surg (Br)* 2002; 84: 1000-3
- Gezen F, Akay KM, Aksu AY et al. Spinal pigmented villonodular synovitis: a case report. *Spine* 1996; 21: 642-5
- Weiss SW, Goldblum JR, editors. Benign tumors and tumor like lesions of sinovyal tissue. In: Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001. p. 1037-62.
- Bundy PG, Regan PJ, Roberts AH. Localized nodular synovitis: a rare cause of ulnar nerve compression in Guyon's canal. *J Hand Surg (Am)* 1992; 17: 663-4.
- Peimer CA, Moy OJ, Dick HM. Tumors of bone and soft tissue. In: Gren DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, editors. Green's operative hand surgery. Vo. 1, 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 1999. p. 2227-8.
- Reilly KE, Stern PJ, Dale JA. Recurrent giant cell tumors of tendon sheath. *J Hand (Am)* 1999; 24: 1298-302.
- Glowacki KA, Weiss AP. Giant cell tumors of tendon sheath. *Hand Clin* 1995; 11: 245-53.
- Rao AS, Vigorita VJ. Pigmented villonodular synovitis (Giant cell tumor of the tendon sheath and synovial membrane). A review of eighty-one cases. *J Bone Surg (Am)* 1984; 66: 76-94.
- Sawmiller CJ, Turowski GA, Sterling AP et al. Extraarticular pigmented villonodular synovitis of the shoulder: a case report. *Clin Orthop* 1997; (335): 262-7.
- Kay RM, Eckardt JJ, Mira JM. Multifocal pigmented villonodular synovitis in child. A case report. *Clin Orthop* 1996; (322): 194
- Jones FE, Soule EH, Cventry MB. Fibrous xanthoma of synovium (giant-cell tumor of tendon sheath, pigmented nodular synovitis). A study of one hundred and eighteen cases. *J Bone Joint Surg (Am)* 1969; 51: 76-86.
- Uriburu IJ, Levy VD. Intraosseous growth of giant cell tumors of the tendon sheath (localized nodular tenosynovitis) of the digits: report of 15 cases. *J Hand Surg (Am)* 1998; 23: 732-6.
- Booth KC, Campbell GS, Chase DR. Giant cell tumor of tendon sheath with intraosseous invasion: a case report. *J Hand Surg (Am)* 1995; 20: 1000-2.
- Jelinek JS, Kransdorf MJ, Shmookler BM, et al. Giant cell tumor of the tendon sheath. MR findings in nine cases. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 162: 919-22.