

DİZDE TENOSİNOVYAL DEV HÜCRELİ TÜMÖR  
VE OSTEOKONDRAL LEZYONUN ALIŞILMADIK  
BİRLİKTELİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

UNUSUAL COINCIDENCY OF TENOSINOVIAL GIANT  
CELL TUMOUR AND FEMORAL OSTEOCHONDRAL  
LESION OF THE KNEE: A CASE REPORT

Dr. Çetin IŞIK\*  
Dr. Osman TECİMEL\*  
Dr. Ahmet FIRAT\*  
Dr. Mustafa AKKAYA\*  
Dr. Derya IŞIK\*\*  
Dr. Murat BOZKURT\*

\* Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve  
Travmatoloji Kliniği, Ankara  
\*\* Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Aile  
Hekimliği, Ankara

**Yazışma Adresi/Correspondence**

**Op. Dr. Çetin IŞIK**  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi  
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, 06800,  
Bilkent/ANKARA  
Cep: 05054940812  
Mail: ortdrctetin@hotmail.com

**ÖZET**

Literatürde aynı dizde eşzamanlı tenosinovyal dev hücreli tümör(TSDHT) ve femurda osteokondritis dissekans(OKD)' in beraber görüldüğü başka bir olgu yoktur. Mevcut yazıda, dizde TSDHT ve OKD birlikteliği tanısı ile artroskopik kitle eksizyonu ve artroskopik osteokondral otojen greftleme yaptığımız bir olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Artroskopi, diz eklemi/cerrahi, osteokondritis dissekans/cerrahi, tümör

**ABSTRACT**

There is no data in the literature concerning simultaneous presence of tenosinovial giant cell tumor (TSGCT) and femoral osteochondritis dissecans (OCD) on ipsilateral knee. In this case report, we discussed the management of a case of TSGCT and femoral OCD with arthroscopic mass excision and arthroscopic osteochondral autogenous grafting.

**Keywords:** Arthroscopy, knee surgery, osteochondritis dissecans, tumor

**GİRİŞ**

Intraartiküler tenosinovyal dev hücreli tümör nadirdir. Bayanlarda daha sık gözlenen bu tümör(%67), herhangi bir yaş aralığında görülebilir. Bu tümörler sinovyal doku, tendon kılıfı, mukozal bursa veya fibröz doku kaynaklı olabilir. Sonografik bulguların non spesifik olduğu durumlarda manyetik rezonans görüntüleri (MRG) tanı koydurucu olabilir.<sup>1-4</sup> Tedavi tümörün cerrahi rezeksiyonudur. Rezeksiyon açık veya artroskopik yapılabilir. Daha az morbidite ve hızlı rehabilitasyon, artroskopik tedavinin avantajlarıdır. Sinovyektomi ya da radyoterapi ise gerekli değildir.<sup>5</sup> Osteokondritis dissekans (OKD) ise sıklıkla diz ekleminde ve 10-15 yaşları arasında görülür. Hastalık osteokondral parçanın altındaki kemik yatağından ayrılması ile karakterizedir. İyi tanımlanamayan diz önü ağrısı ve aralıklı şişlik en sık rastlanan yakınmalardır. Direkt radyografiler çoğu olguda tanı için yeterlidir. Prognoz tayini açısından ise altın standart MRG'dir. Artroskopi, OKD tanısı ve lezyonun stabilitesinin değerlendirilmesi açısından en değerli yöntemlerden birisidir. Osteokondritis dissekansın cerrahi tedavisinde bir çok farklı yöntem tarif edilmiştir. Lezyon serbest cisim haline gelmiş veya tespiti mümkün değilse, kırıldak rekonstrüksiyonu yöntemlerinden birisi tercih edilmelidir. Literatürde diz ekleminde TSDHT ve OKD' nin aynı anda birlikte görüldüğü başka bir olgu yoktur.

## OLGU

17 yaşındaki kadın hastanın sol dizinde yaklaşık 6 aydır diz önü ağrısı ve şişlik öyküsü mevcuttu. Hastanın travma ve aktif spor öyküsü mevcut değildi. Muayenede instabilite bulgusu yoktu. MRG'de hoffada 25x15x10 mm boyutlarında T1 görüntülerde çevre kas dokuları ile izointens, T2 ağırlıklı görüntülerde ise hipointens sinyal karakteristiği gösteren kitle ile beraber medial femoral kondilin lateralinde, interkondiler çentikte arka çapraz bağın yapışma yeri civarında 15x12x10 mm boyutlarında osteokondral lezyon saptandı. Hastaya artroskopik kitle eksizyonu ve artroskopik küretaj + osteokondral transfer planlandı. Artroskopik bakıda, interkondiler çentikte, pedikülü infrapatellar yağ yastığına(hoffa) ve patellar tendona uzanan, medial menisküs anterior boynuz komşuluğunda lastik kıvamlı sinovial örtü ile kaplı kitle (Resim 1) ve medial femoral kondilde osteokondral lezyon (Resim 2) saptandı. Kitle eksize edilerek patolojik örnekleme yapıldı. Ardından kondral defekt kürete edilerek (Resim3-5), avasküler sahanın subkondral olarak 5 mm derinliğe uzandığı görüldü. Yük taşımayan sahadan alınan 10x15 mm'lik kıkırdak otogreft subkondral kemikli doku ile birlikte alınarak sınırları düzeltilen defektli sahaya uygulandı.(Resim 6) Yapılan patolojik incelemede kitle dev hücreli tümör olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

TSDHT yavaş büyüyen, tipik olarak ağrısız yumuşak doku tümörleri olarak kendisini gösterirler.<sup>6,7</sup> Bu tümörler nadir görülürler, büyük eklemlerde intraartiküler olarak çok daha nadir izlenirler. Çoğunlukla 4 cm'den küçüktürler. Buna rağmen 8 cm'lik kitleler rapor edilmiştir. Tipik olarak effüzyon, sinovit ve hemosiderin boyanmanın görülmediği yoğun kapsüllü kitle olarak izlenir.<sup>7,8</sup> Lokal eksizyon sonrası rekürrens %10-%20 civarındadır. Fakat yetersiz lokal eksizyon sonrası %44'e varan rekürrens oranları bildirilmiştir. TSDHT ün histolojik özellikleri köpük yüklü makrofajlar ve hemosiderin içeren kalınlaşmış fibröz stromaya sahip histiositik, çok çekirdekli dev hücrelerin benign proliferasyonu şeklindedir.

TSDHT diz ve ayak bileği çevresi yumuşak dokutümörlerinin %1.7'sini oluşturmaktadır.<sup>2</sup> Ushijima ve ark.'nın<sup>8</sup> yaptığı çalışmada TSDHT tanısı konan

207 hastanın yalnızca 8 tanesinin dize lokalize olduğu tespit edilmiştir, ekstraartiküler yerleşimi ise nadir olarak tanımlanmıştır. Etyolojisinde kronik inflamasyon, tekrarlayan travma, eklem aşırı kullanımı gibi nedenler ileri sürülmüş olup olgumuzda bu nedenleri düşündürecek anamnez alınmamıştır.<sup>9</sup>

Klinik olarak diz eklemi içi yerleşimli olanlar; meniskal semptomlar, kilitlenme gibi şikayetlerle başvururken; eklem dışı olanlar ele gelen kitle nedeniyle başvururlar.<sup>2,10</sup> Tanı radyolojik olarak konulabilmekle birlikte, kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir.<sup>2,11</sup>

Direkt grafilerde genellikle kemik yapıda değişikliğe yol açmayan yumuşak doku lezyonu izlenmektedir. MRG, TSDHT gibi yumuşak doku kitlelerinin tanısında ve operasyon planlanmasında yüksek yumuşak doku rezolüsyonu ile en değerli görüntüleme yöntemidir. Tümör, T1 serilerde genellikle çevre kas dokuları ile izointens olarak izlenmektedir. T2 ağırlıklı görüntülerde hemosiderin birikimine bağlı olarak sinyal azalması (hipointens) görülür. Bununla birlikte hemosiderin pigmentinin az olduğu durumlarda hiperintens olarak izlenebilmektedir.<sup>4</sup> TSDHT agresif büyüme karakteri gösterdiği için, lezyonun sağlam dokuya ulaşılan kadar kapsülüyle beraber çıkarılması gerekir. OKD cerrahi tedavisinde ise, tespit edilebilecek parça varsa tespit önerilmekte, tespit edilemeyecek durumlarda da kıkırdak rekonstruksiyon teknikleri uygulanmaktadır. Tespit için K-telleri, Herbert veya benzeri kompresyon vidaları, emilebilir vida veya cubuklar kullanılabilir.<sup>12</sup> Kıkırdak rekonstruksiyon teknikleri arasında delme veya mikrokırık, otolog kondrosit implantasyonu ve osteokondral otojen greftleme sayılabilir.<sup>13,14</sup> Olgumuzda da artroskopik osteokondral otojen greftleme uygulandı. Olgumuzun farklılığı ise, aynı dizde femur medial kondilde OKD lezyonu ve hoffada TSDHT' ün beraber izleniyor olmasıydı.

Sonuç olarak, literatürde dizde TSDHT ve OKD nin birlikte görüldüğü bir yayın yoktur. TSDHT dizde nadir olarak görülür, semptom vermeyebilir. OKD ise özellikle ergenlik döneminde, dizde ağrı ve şişlik gibi yakınmalara yol açar. Fizik muayene, düz grafi ve MRG bu hastalıkların tanısında değerlidir. TSDHT tedavisi için eksizyonel biyopsi önerilirken, OKD te ise tedavi lezyonun evresine göre planlanmalıdır. Kıkırdak dokudaki kayıp veya tespitin problemlili olduğu durumda osteokondral otojen greftleme yapılabilir.



Resim 1. Tenosinovyal dev hücreli tümör, artroskopik görüntü



Resim 4. Küretaj sonrası oluşan defekt



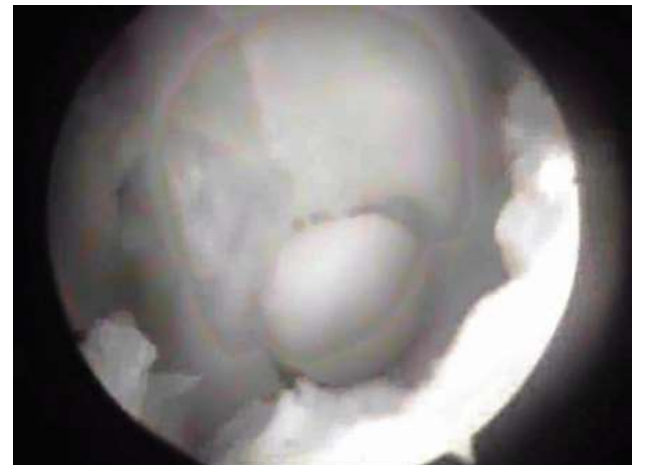
Resim 2. Osteokondral defekt, artroskopik görüntü



Resim 5. Defekt duvarına artroskopik mikrokirik uygulaması



Resim 3. Osteokondral lezyonun artroskopik küretajı



Resim 6. Defekte osteokondral otojen greft transferi sonrası artroskopik görüntü

## KAYNAKLAR

1. Myers BW, Masi AT. Pigmented villonodular synovitis and tenosynovitis: A clinical epidemiologic study of 166 cases and literature review. *Medicine (Baltimore)* 1980;59:223-38.
2. Enzinger FM, Weiss SW. Benign tumors and tumor-like lesions of synovial tissue. In: Enzinger FM, Weiss SW, eds. *Soft Tissue Tumors*. 3rd ed. St Louis: CV Mosby; 1995:735-55.
3. Ushijima M, Hashimoto H, Tsuneyoshi M. Giant-cell tumor of the tendon sheath (nodular tenosynovitis). A study of 207 cases to compare the large joint group with the common digit group. *Cancer* 1986;57:875-84.
4. Sheppard DG, Kim EE, Yasko AW, Ayala A. Giant cell tumor of the tendon sheath arising from posterior cruciate ligament of the knee: a case report and review of the literature. *Clin Imaging* 1998;22:428-30.
5. Kim SJ, Choi NH, Lee SC. Tenosynovial giant-cell tumor in the knee joint. *Arthroscopy*. 1995;11(2):213-5.
6. 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 Joint Surg* 1984;66A:76-94.
7. Karasick D, Karasick S. Giant cell tumor of tendon sheath: Spectrum of radiological findings. *Skeletal Radiol* 1992; 21:219-224.
8. Jelinek JS, Kransdorf MJ, Shmookler BM, et al. Giant cell tumor of the tendon sheath: MR findings in nine cases. *Am J Roentgenol* 1994;162:919-922.
9. Relwani J, Factor D, Khan F, Dutta A. Giant cell tumour of patellar tendon sheath- an unusual cause of anterior knee pain: a case report. *The Knee* 2003;10:145-14.
10. Otsuka Y, Mizuta H, Nakamura E, Kodo S, Inoue S, Takapi K. Tenosynovial giant-cell tumor arising from the anterior cruciate ligament of the knee. *Arthroscopy* 1996; 12:496-499.
11. Atik E, Özgür T, Kalacı A, Tuna B. Tenosynovial giant cell tumor in an unusual localization. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2013;47(2):139-41.
12. Gomoll AH, Flik KR, Hayden JK, Cole BJ, Bush-Joseph CA, Bach BR Jr. Internal fixation of unstable Cahill Type-2C osteochondritis dissecans lesions of the knee in adolescent patients. *Orthopedics* 2007;30:487-90.
13. Tandoğan NR, Ozgur F, Akkaya T. Osteochondritis dissecans. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2007;41 Suppl 2:113-22.
14. Erickson BJ, Chalmers PN, Yanke AB, Cole BJ. Surgical management of osteochondritis dissecans of the knee. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2013;6(2):102-14.