

## EL PARMAĞINDA TENDON KILIFINDAN KÖKEN ALAN SİNOVYAL HEMANJİOM

### SYNOVIAL HAEMANGIOMA ORIGINATING FROM THE TENDON SHEATH OF HAND FINGER

Dr. Nadir YALÇIN<sup>a</sup>,  
Dr. Kasım KILIÇARSLAN<sup>a</sup>,  
Dr. Hakan ÇİÇEK<sup>a</sup>,  
Dr. Özgür EZDEŞİR<sup>b</sup>,  
Dr. İsmail ÇELİK<sup>c</sup>,  
Dr. Metin DOĞAN<sup>c</sup>,

<sup>a</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
3. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,  
ANKARA

<sup>b</sup>Devlet Hastanesi, ŞANLIURFA

<sup>c</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,  
ANKARA

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Nadir YALÇIN  
Çukurambar Mah. 475. Sokak  
20/18 Balgat ANKARA  
Tel: 0 312 291 25 25 / 4764  
Fax: 0 312 291 27 05  
E-mail: drmnyalcin@yahoo.com

**ÖZET:** Sinovyal hemanjiom, sinovya dokusundan köken alan, zaman zaman lokal agresif davranabilen, benin, vasküler tümörlerdir. El parmağında tendon kılıfından köken alan sinovyal hemanjiom, oldukça nadir görülür. Sol el 3. parmak ekstansör tendon üzerinde kitle sebebiyle başvuran 17 yaşındaki bayan hastayı sunduk. Yapılan USG'de dev hücreli tümör olarak rapor edilen kitlenin, eksizyon sonrası histopatolojik incelemesinde tenosinovyal hemanjiom tespit edildi. Parmakta kitle ile gelen hastalarda nadir gözükken sebepler de ayırıcı tanıda düşünülmeli, erken cerrahi sonrası lokal invazyonlar engellenmelidir. Erken dönemde cerrahi olarak tamamen temizlenen sinovyal hemanjiomlar tekrarlamaz.

**Anahtar Kelimeler:** sinovya, hemanjiom, tendon kılıfı, tenosinovyum

**ABSTRACT:** Synovial haemangiomas are benign vascular lesions that originate from any synovial tissue which may behave like locally aggressive. Synovial haemangioma from the tendon sheath of the hand finger is extremely rare. We report a 17 year-old woman applied for a mass on her left third finger, above the extensor tendon. Her USG was reported as giant cell tumor. After excision, the histopathologic analysis demonstrated tenosynovial haemangioma. The rare causes of finger masses should be considered also during the differential diagnosis. Local invasions may be prevented by early surgical treatment. Synovial haemangiomas treated with early surgical excision do not recur.

**Key words:** synovium, haemangioma, tendon sheath, tenosynovium

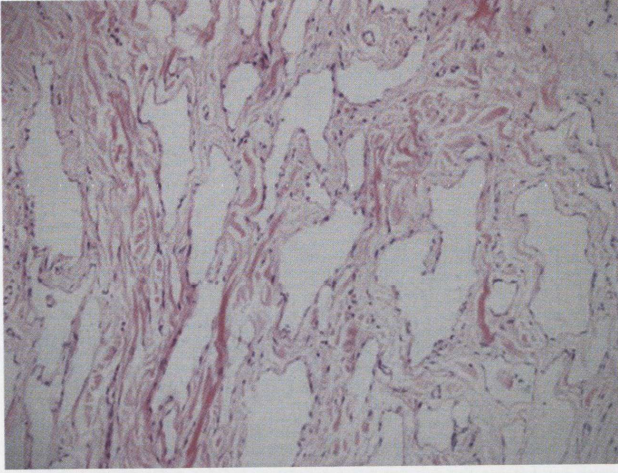
Turkish Medical Journal 2010;4(2):71-73

Sinovyal hemanjiom, sinovya dokusundan köken alan eklem içi, bursal boşluklar veya tendon kılıfında görülebilen benin karakterli vasküler lezyonlardır.<sup>1</sup> En sık diz ekleminde, ardından sırasıyla dirsek ve ayak bileğinde görülür.<sup>2</sup> Stack ve ark.'ının, elde görülen 300 tümör vakasını inceledikleri çalışmalarında sadece 6 hemanjiom vakası tespit edilmiş ve bunların hiçbirinde tendon veya tenosinovyal doku ile bağlantı tespit edilememiştir.<sup>3</sup>

Elde, parmaklarda tenosinovyal kılıftan köken alan sinovyal hemanjiom, oldukça seyrek görülür. Bildiğimiz kadarı ile literatürde sadece dört vaka tanımlanmıştır.<sup>4-7</sup> Bunlardan ikisi komşu tendona invazyon göstermiştir<sup>4,7</sup>, ikisi de fleksör tendon kılıfı üzerindedir.<sup>5,7</sup> Bizim vakamız gibi, parmakta, ekstansör tendon üzerinde, lokal invazyon göstermeyen sinovyal hemanjiom olgusu tanımlanmamıştır.

Yazımızda, oldukça seyrek gözükken, kesin tanısı ancak histopatolojik inceleme ile konabilen, bazen lokal invazif karakter gösteren, el parmağındaki tenosinovyal dokudan köken alan hemanjiom olgusunu sunduk.





Resim 1: Fibröz doku içinde genişlemiş, ince duvarlı vasküler kanallar; kavernöz hemanjiom (x200 HE)

### OLGU SUNUMU

17 yaşındaki bayan hasta, sol el (dominant olmayan taraf) 3. parmağındaki şişlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hikayesinde son bir senedir oluşan şişliğin, son dönemlerde büyüdüğü, zaman zaman ağrı yaptığı ama günlük hareketlerini kısıtlamadığı öğrenildi. Lokal muayenesinde, sol el 3. parmak orta falanks distalinde, ekstansör tendon üzerinde 1x1,5 cm çaplı, hareketli, yarı sert kitle tespit edildi. Nörovasküler defisit yoktu. Röntgenleri normal olan hastanın yapılan yüzeysel USG'si ekstansör tendon kılıfından köken alan solid kitle, dev hücreli tümör olarak rapor edildi. İleri tetkike gerek duyulmayarak cerrahi eksizyon planlandı.

Cerrahi sırasında, kitle üzerinden Z insizyonla girilerek cilt, cilt altı geçildi. Kitlenin vasküler karakterde olduğu, ekstansör tendon üzerinden medial ve laterale uzanım gösterdiği ve alttan tendon dorsalindeki tenosinovium ile sıkı bağlantısı olduğu tespit edildi. Tendon kılıfı ile kitlenin, tendona yapışık olduğu ancak tendon dokusunu invaze etmediği görülerek, kitle blok halinde çıkarıldı, patolojiye gönderildi.

Materyalin histopatolojisinde fibröz doku içinde genişlemiş, ince duvarlı vasküler kanallar tespit edilerek, kavernöz sinovyal hemanjiom tanısı kondu. Sitolojik atipi tespit edilmedi (Resim 1). Hasta patoloji hakkında bilgilendirildi, takibe alındı.

Hastanın 3. yıl kontrolünde eklem hareketleri tamdı, tekrarlayan kitle tespit edilmedi.

### TARTIŞMA

Hemanjiomlar, ekstremitelerde yumuşak doku içerisinde sık olarak görülse de, gerçekte sinovya kökenli hemanjiomlara oldukça nadir rastlanır. Sinovyal hemanjiomlar, vücutta sinovya dokusu ile kaplı herhangi bir dokuda görülebilen benin vasküler lezyonlardır.<sup>8,9</sup> %90'ı diz ve dirsek ekleminde görülür, erkeklerde, çocuk ve genç erişkinlerde daha sıktır.<sup>1</sup>

Elde ise bu tümörler sıklıkla sinir dokusu, kas dokusu bağlantılı olarak karşımıza çıkarken<sup>10,11</sup>, tendon kılıfından köken alanlar oldukça seyrek görülür. Bu sebeple tendon patolojilerinin ayırıcı tanısında pek akla gelmezler. Sinovyal hemanjiom tanısı koymak, özgün klinik ve radyolojik bulguların olmaması nedeniyle oldukça zordur. Devaney ve ark. çalışmasında, %22 olguda ancak klinik olarak tanı konabilmiş, ilk patolojik değerlendirmede ise ancak %67 olgu tanı alabilmiştir.<sup>1</sup> Bizim vakamızda olduğu gibi, sıklıkla daha sık gözükken dev hücreli tümörler ile karıştırılır. Ayırıcı tanıda, büyük eklemlerde nonspesifik sinovit, pigmentte villonodüler sinovit, nodüler sinovit veya organize kanama düşünülebilirken, parmakta dev hücreli tümör akla gelmelidir.<sup>1</sup>

Radyolojik olarak röntgenogramlarda yumuşak doku gölgesi dışında bulgu yoktur.<sup>12,13</sup> USG, ayırıcı tanıda çok yardımcı olmaz, vakamızda olduğu gibi hatalı sonuç verebilir. MR'da hemanjiyom, sıklıkla sınırları tam belirgin olmayan, kitle etkisi oluşturmayan, karakteristik sinyal yoğunluğu gösteren kitle olarak görülebilir. T1 ağırlıklı kesitlerde, orta derecede sinyal yoğunluğu tespit edilirken; T2 ağırlıklı kesitlerde, vasküler boşluklarda kanın göllenmesine bağlı olarak, yüksek yoğunluklu (parlak) sinyal alınabilir.<sup>12,13</sup> Elde ise en sık görülen kitle olan dev hücreli tümörlerden (MR'da T1 ve T2 kesitlerde düşük sinyal yoğunluğu ve artmış kontrast tutulumu görülür) ancak histopatolojik inceleme ile kesin olarak ayırt edilebilir.

Sinovyal hemanjiomlar, benin karakterli tümörler olsalar da lokal invazyon gösterebilirler. Eksizyon sonrası tekrarlama ihtimalleri vardır. Bu yüzden kitlenin invazyon yapmadan tespiti ve blok halinde çıkarılması oldukça önemlidir. Talwalkar ve ark.'nın sundukları vakada, sublimis tendonu ve A2 kılıfının kitle tarafından invazyonu sebebiyle geniş eksizyon uygulanmış, parmak fonksiyonel olarak değerlendirilse de hareket



kısıtlılığı baki kalmıştır.<sup>7</sup> Hemanjiom ön tanısının akılda olması, cerrahın kitleye o gözle bakarak önlemini almasına sebep olur, tekrarlayan ameliyat veya daha agresif eksizyon girişimine gerek kalmasını engeller.

Elde kitle sebebiyle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda, seyrek gözüke de sinovyal hemanjiom da düşünülmalıdır. Ayırıcı tanıya MR görüntüleme yardımcı olabilir. Kesin tanı histopatolojik inceleme sonrası konur. Erken eksizyon ile lokal invazyon önlenir.

## KAYNAKLAR

1. Devaney K, Vinh TN, Sweet DE. Synovial hemangioma: a report of 20 cases with differential diagnostic considerations. *Hum Pathol* 1993;24:737-745
2. Price NJ, Cundy PJ. Synovial hemangioma of the knee. *J Pediatr Orthop* 1997;17:74-7
3. Stack HG. Tumors of the hand. *Br Med J* 1960;5177:919-922
4. Waddell GF. A haemangioma involving tendons. *J Bone Joint Surg* 1967;49-B:138-141
5. Rico AA, Holguin PH, Gonzalez IG, Coba JM. Flexor tendon synovial sheath haemangioma mimicking subacute tenosynovitis. *J Hand Surg* 1994;19-B:704-705
6. Spinner M, Moon S, Young L. Recurrent cavernous haemangioma of the extensor tendons of the hand. *Hand* 1983;15:223-227
7. Talwalkar S, Hayton M, Stilwell J, Temperley D, Freemont A. Tenosynovial haemangioma of the finger. *Acta Orthop Belg* 2005;71:618-621
8. O'Connell JX. Pathology of the synovium. *Am J Clin Pathol* 2000;114:773-784
9. Enzinger F, Weiss S. Benign tumours and tumour-like lesions of blood vessels. In : Goldblum J, Weiss S (eds). *Soft Tissue Tumours*. Mosby, St Louis, 1988. pp 489-532
10. Nagay L, McCabe SJ, Wolff TW. Haemangioma of the digital nerve : a case report. *J Hand Surg* 1990;15-B:487-488
11. Chen VT. Haemangioma of adductor pollicis. *Hand* 1977;9:187-194
12. Cotten A, Flipo RM, Herbaux B, Jacobs JE, Wayne Lee F. Synovial haemangioma of the knee : a frequently misdiagnosed lesion. *Skeletal Radiol* 1995;24:257-261
13. Greenspan A, Azouz EM, Matthews J, Decarie JC. Synovial hemangioma : imaging features in eight histologically proven cases, review of the literature, and differential diagnosis. *Skeletal Radiol* 1995;24:583-590