

Tendon Kılıfının Dev Hücreli Tümörü

Dr. İmran DEMİRCİ (1), Dr. A. Yüksel BARUT (2), Doç. Dr. Adil ÖZTÜRK (3), Dr. Nilgün KARPUZ (1)

ÖZET

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü (TKDHT); benign, yavaş büyüyen soliter bir tümördür. En sık elde görülür, kadınlarda erkeklere göre daha sıktır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) hastalığın tanısında ve uzanımının değerlendirilmesinde yardımcıdır. Tanı radyolojik olarak konulabilmekle birlikte kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir. Biz bu çalışmada sol elde 3. ve 4. parmaklar arasına yerleşen TKDHT'nin MRG bulgularını sunduk.

Anahtar Kelimeler: Tendon kılıfının dev hücreli tümörü, nodüler tenosinovit

SUMMARY

Giant Cell Tumor of Tendon Sheath

Giant cell tumor of tendon sheath is a benign, slowly growing, soliter tumor. The most common location is the hand. The lesion was more common in woman than in men. Characteristic magnetic resonance imaging (MRI) findings are helpful for preoperative diagnosis. Diagnosis might be suspected radiologically, but the exact diagnosis has to be confirmed by histopathologic examination. In this study we report MRI findings of giant cell tumor of tendon sheath.

Key words: Giant cell tumor of tendon sheath, nodular tenosynovitis

GİRİŞ

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü ilk kez Chassaignac tarafından tanımlanmıştır (1). Benign yapıda olup, yavaş gelişim gösterir. Kadınlarda daha sık olmak üzere genellikle 30-50 yaş arasında görülür. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak travmanın bu tümörün oluşumuna neden olduğuna ilişkin yayınlar bulunmaktadır (2). Sinovyal membrandan köken alan bu tümör, sıklıkla el ve ayak parmaklarının palmar yüzünde olmak üzere, el bileği, dirsek, ayak parmakları, ayak bileği, diz, kalça ve omurgada da görülebilmektedir. Benign olarak kabul edilmekle birlikte malign karakterli olgularda bildirilmiştir (3). Hastalar ağrısız, soliter şişlik yakınması ile başvururlar. Radyogramlarda kemik yapılarda değişikli-

ğe yol açmayan yumuşak doku yoğunluğunda kitle lezyonu tek bulgudur. Tanısında MRG bulguları spesifiktir. MRG görünüm özellikleri hemosiderin pigmentinin varlığına, köpük hücrelerinin ve hiyalinize olan bağ dokusunun oranına göre değişkenlik göstermektedir. Kesin tanı ancak patolojik olarak konulabilmekle kitlenin preoperatif değerlendirilmesinde MRG en değerli görüntüleme yöntemidir. Primer tedavisi cerrahi olup, rekürrens oranı %10-20 dir (4).

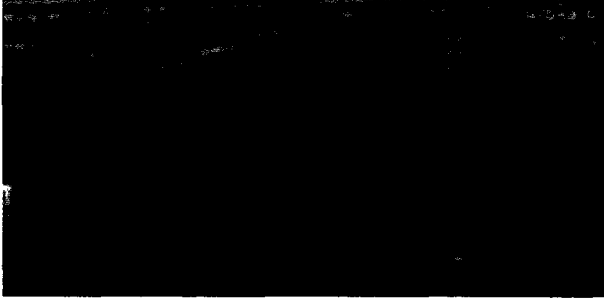
Olgu

İki aydır sol elde 3 ve 4. parmakları arasında şişlik ve ağrı yakınmaları olan 25 yaşında bayan olgu radyolojik incelemeler için kliniğimize gönderildi. Yapılan ultrasonografi (US) ve renkli Doppler ultrasonografi (RDUS) incelemesinde 3. ve 4. parmaklar arasında 13x27 mm boyutlarında çevre dokudan net ayırt edilemeyen, heterojen hipoekojen lezyon izlendi (Resim1). MRG de sol el 3. ve 4. parmak metakarpofalangeal eklem, interfalangeal ek-

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği Asistanı (1)

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği Şefi (2)

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği MRG Bölümü (3)



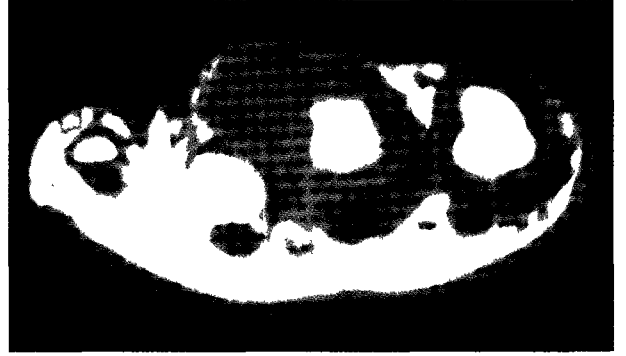
Resim 1: US incelemede 3. ve 4. parmaklar arasında 13x27 mm boyutlarında çevre dokudan net ayırt edilemeyen, heterojen hipokojen lezyon izlendi.

lem düzeyinde metakarpalar arasında T1A da hipointens, T2A da hiperintens (Resim 2 ve 3), kontrastlı incelemede santrali kontrast tutmayan, ancak periferi belirgin kontrast tutan ve çevre kemik ve yumuşak dokularda inflamatuvar değişikliklere neden olan 13x27 mm boyutlarında lezyon izlendi (Resim 4).

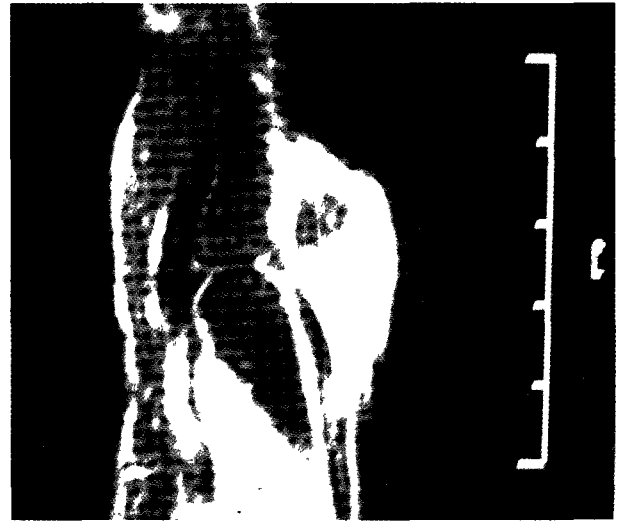
Tartışma

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü elin subkutanöz yerleşimli tümörleri arasında ikinci sıklıkta görülür. Tendon kılıfının sinovyal hücrelerinden köken alan, yavaş ve sıklıkla semptomsuz büyüyen, ekstremitelere yerleşimli benign bir lezyondur. Fizik muayenede sabit, lobüle, ağrısız kitle ele gelir. Histolojik olarak başlıca histiosit benzeri köpüksü hücrelerin aktif proliferasyonu ile hemosiderin yüklü makrofajlar içerir. Yapılan bir çalışmada, dev hücreli tendon kılıf tümörünün osteoklastlara benzer multinükleer dev hücreler, osteoblast, mezenşimal, fibroblast ve histiosit hücre olmak üzere beş tip hücre içerdiği ve bu tümörün osteoblast mezenşim ile yakından ilişkili olduğu yayınlanmıştır (2). Makroskopik olarak iyi sınırlı, kapsüllü, sarı ve kahverengi benekler içeren, gri-beyaz bir tümör olarak tanımlanır. Parmaklardaki tümörler yavaş büyürler, komşu kemiği ve tendonu sıkıştırırlar. Bu tümörlerin bazıları malign transformasyon gösterirler. Eldeki TKDHT nin malign transformasyonu bildirilmemiştir (3).

TKDHT direkt radyogramlarda genellikle kemik yapıda değişikliğe yol açmayan, yumuşak doku lezyonu olarak izlenir. Ameliyat öncesi iyi bir radyolojik değerlendirme lezyonun ayırıcı tanısında, operasyon seçiminde ve ameliyat sonrası nüks tümör izlenmesinde önemli-



Resim 2 ve Resim 3: MRG de sol el 3. ve 4. parmak metakarpofalangeal eklem, interfalangeal eklem düzeyinde metakarpalar arasında T1A da hipointens, T2A da hiperintens lezyon izlendi.



Resim 4: Lezyonun, kontrastlı incelemede santrali dışında belirgin kontrast tuttuğu görüldü.

dir. Fibröz bağ dokusu varlığı, hemosiderin pigmentinin miktar ve dağılımı MRG görünüm özelliklerini belirler. Tümör T1A sekanslarda genellikle çevre kas dokularıyla izointens olarak izlenmektedir. T2A da hipointens olmakla birlikte, hemosiderin pigmentinin az olduğu durumlarda hiperintens olarak izlenir. T2A görüntülerde hemosiderin pigmenti punktat hipointens alanlar şeklinde görülebilir. Bazı olgularda hemosiderin dağınık olarak bulunurken bazılarında fokal odaklar olarak izlenir. Kontrast madde verilmesinden sonra alınan görüntülerde diffüz sinyal artışı izlenir (4). Tanı radyolojik olarak konulabilmekle birlikte, kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir.

Ayırıcı tanısında dezmoid tümör ve fibrom düşünülmemelidir. Tendon kılıfının fibromu, erkeklerde daha fazla görülmekte olup, ağrı ve hassasiyetle birlikteliği daha sıktır. Daha çok parmaklarda bulunur ve multinodüler patern gösterir. TKDHT nin sklerotik varyantı olarak kabul edilir. Dezmoid tümörler, T2A görüntülerde TKDHT'ye oranla daha büyük boyutlarda olup daha sık hiperintens olarak izlenirler.

Tümörün tedavisi tam cerrahi eksizyondur, nüks oranı yüksektir (5). Rekürrens ilk 4-6 ay içerisinde gözlenir. Kitlenin fleksör tendon kılıfını içine alacak şekilde sarması, dijital sinirler ekstansör tendonlar ve bazen parmağın büyük bir kısmını etkilenmesi eksizyonu zorlaştırır ve nükse zemin hazırlar. Bazı lezyonlar lokal olarak agresif davranarak kemik invazyonu oluşturabilirler (6). Cerrahi eksizyon sırasında satellit lezyonlar için çevredeki dokular dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır (7).

Kaynaklar

- 1- **Philip AD, Clark JB, Joel T, et al.** Pathologic and MR Imaging Features of Benign Fibrous Soft-Tissue Tumors in Adults RadioGraphics 2007; 27:173-180.
- 2- **Marcia F. Blacksin DH, Meera H, et al.** Superficial Soft-Tissue Masses of the Extremities RadioGraphics 2006; 26:1289-1304.
- 3- **Özalp T, Yercan H, Kurt C, Özdemir O, Coşkun E.** Giant-cell tumors of the tendon sheath involving the hand or the wrist: an analysis of 141 patients Acta Orthop Traumatol Turc 2004; 38:120-124.
- 4- **Jelinek JS, Kransdorf MJ, Shmookler BM, Aboulafia AA, Malawer MM.** Giant cell tumor of the

tendon sheath: MR findings in nine cases. AJR Am J Roentgenol 1994; 162:919-922.

- 5- **Booth KC, Campbell GS, Chase DR.** Giant cell tumor of tendon sheath with intraosseous invasion: a case report. J Hand Surg [Am] 1995; 20:1000-1002.
- 6- **Kitagawa Y, Ito H, Amano Y, Sawaizumi T, Takeuchi T.** MR imaging for preoperative diagnosis and assesment of local tumor extent on localized giant cell tumor of tendon sheath. Skeletal Radiol 2003; 32:633-638.
- 7- **Schepper AMD, Hogendoorn PCW, Bloem JL.** Giant cell tumors of the tendon sheath may present radiologically as intrinsic osseous lesions. Eur Radiol 2007; 17:499-502.