

İKİNCİ PARMAK VOLAR YÜZÜNÜ VE PALMAR BÖLGEYİ TUTAN TENDON KILIFININ DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Dr. Haluk DUMAN (*), Dr. Fatih ZOR (*), Dr. Mustafa ŞENGEZER (*)

Gülhane Tıp Dergisi 46 (1) : 53 - 55 (2004)

ÖZET

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü; benign, yavaş büyüyen soliter bir tümördür ve elin en sık rastlanılan ikinci tümörü olarak karşımıza çıkar. Genellikle lokalizedir. Parmakların volar yüzünde bulunur ve palmar bölgeye ilerleme göstermez. Bu makalede 21 yaşında, erkek hastada, 2. parmağın volar yüzünü ve palmar bölgeyi tutan ve 4 yıldan beri mevcut olan primer tendon kılıfının dev hücreli tümörü sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dev Hücreli Tümör, Palmar.

SUMMARY

Giant Cell Tumor of Tendon Sheath Involving Whole Volar Part of Index Finger and Extending Into Palmar Area: A Case Report

Tenosynovial giant cell tumor of tendon sheath is a benign, slowly growing, solitary and the second most common tumor of the hand. It is usually localized and not diffuse. A 21-year old man whose primary tumor had extended the whole length of index finger and palm and had been present for 4 years is presented.

Key Words: Giant Cell Tumor, Palmar.

GİRİŞ

Tendon kılıfının tenosinovyal dev hücreli tümörü, benign karakterli yavaş gelişim gösteren ve 30-50 yaşlardaki hastada tepe insidans yapan bir tümördür. Kadınlarda daha sık görülür. Tendon kılıfının sinovyal hücrelerinden köken aldığı düşünülmektedir. Soliter bir kitle olarak bulunur ve genellikle parmaklarda lokalizedir (1). Hastalığın primer tedavisi cerrahidir ve rekürrens riski % 10-20 dir. Bu makalede, Gülhane

Askeri Tıp Akademisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD.'da tedavi edilen ve 2. parmağın volar yüzünün tamamını etkileyen ve palmar bölgeye yayılımı gösteren nadir bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

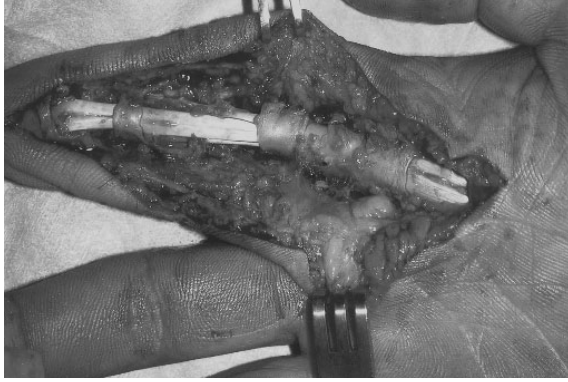
21 yaşında erkek hasta, sağ el 2. parmağında mevcut şişlik ve ağrı şikayeti ile polikliniğe müracaat etti. Hasta, ilk olarak 4 yıl önce parmağında şişlik tarzında bir büyüme olduğunu, bu şişliğin zamanla büyüdüğünü ve yayıldığını ve bu şikayeti nedeni ile daha önce herhangi bir tedavi görmemiş olduğunu ifade etti. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, sağ el 2. parmak volar yüzünde ve palmar bölgede ikiden fazla soliter, sert düzensiz lezyon olduğu izlendi.

Hastaya, aksiller anestezi ile eksplorasyon uygulandı ve üzüm salkımı şeklinde tümör izlendi (Resim-1). Tümörün 2. parmağın tüm volar yüzünü invaze ettiği ve palmar bölgeye ilerlediği görüldü. Multinodüler kitle, enkapsüle olarak izlendi ve kitle kendisini çevreleyen ince areolar dokudan künt ve keskin diseksiyon ile ayrıldı. Lezyonun tamamı, tendon kılıfı, A3 pulley ve kısmen de tendona eksiyon uygulandı. A2 ve A4 pulleyleri korundu (Resim-2). Postoperatif dönemde herhangi bir problem ile karşılaşılmadı ve parmak hareketleri tam olarak kazanıldı. (Resim-3). Bir yıllık takipte rekürrens izlenmedi.

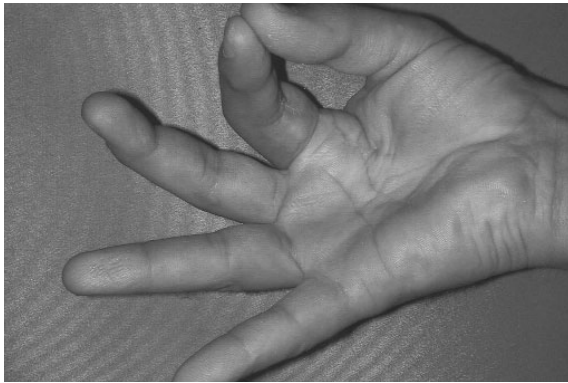


Resim-1: Parmak volar yüzünü ve palmar bölgeyi invaze eden dev hücreli tendon kılıfı tümörü izlenmekte.

(*) GATA, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD.
Reprint Request : Dr. Haluk DUMAN, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD.
06018 Etlik/ANKARA
e-mail : hduman 99@yahoo.com
Kabul Tarihi : 24.9.2003



Resim-2: Tümör eksizyonu sonrasında fleksör tendonlar ve pulleyler izlenmektedir.



Resim-3: Postoperatif 1 yıl sonra hastada fleksiyon hareketi izlenmektedir.

TARTIŞMA

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü, ilk olarak Chassaignac tarafından tanımlanmıştır. Bu lezyon, sinovyumdan köken aldığı düşünülen elin en sık görülen ikinci tümördür. Genellikle yavaş büyüyen, hassas olmayan soliter lezyon olarak karşımıza çıkar. Tendon kılıfının dev hücreli tümörünün etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Lezyonun gerçek bir neoplazma mı olduğu, yoksa yumuşak doku travmasına sekonder inflamatuvar bir cevap mı olduğu halen tam olarak açıklığa kavuşmamıştır (1). Travma ile ilişkisi netlik kazanmamıştır. Ancak travmanın bu tümörün oluşumuna neden olduğuna dair çeşitli makaleler mevcuttur (2,3). Travmatik bir olay olduğunu savunanlar hemen her hastada travma hikayesi olması ve inflamatuvar hücrelerin bulunmasını kanıt olarak göstermektedirler. Ayrıca tümörün yapısı da halen daha tartışmalıdır. Çeşitli araştırmacılar, reaktif bir olay olduğunu savunurken, bazıları da sinovyal kaynaklı tümör olarak bildirmişlerdir (4,5,6). Gerçek bir neoplazma olduğunun savunulmasının sebebi ise, yüksek rekürrens oranıdır (2).

Klinik muayene tanıya çok fazla yardımcı olsa da, doğru tanı histopatolojik inceleme ile konulur. Fizik muayenede, kitle etkisine ve çevre dokularına erozyon etkisine bağlı semptom ve bulgular elde edilir. Önemli bir tanı yöntemi ince iğne aspirasyon biyopsisidir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin iki önemi vardır. Birincisi doğru preoperatif tanının yüksek rekürrens oranını düşürmesi, ikincisi agresif cerrahi girişimin önlenmesidir. Ancak bu olguda, ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulanmadı. Eksizyon materyaline histopatolojik inceleme sonrasında tendon kılıfının dev hücreli tümörü, diffüz tip tanı konuldu.

Tümörün tedavisi tam cerrahi eksizyondur. Ancak nüks oranı yüksektir ve rekürrens ilk 4-6 ay içerisinde gözlenir. Bu olguda 1 yıllık takipte tümör nüksü izlenmedi. Rekürrens genellikle yetersiz eksizyona bağlıdır ve literatürde rekürrens oranının düşürülmesi için dikkatli diseksiyon ve total eksizyon önerilmektedir. Bu tümörlerin bazıları, agresif davranış gösterirler ve malign transformasyon gösterme potansiyelleri vardır (7). Potansiyel olarak agresif davranış gösterme eğilimi olduğu düşünülen lezyonlar geniş olarak eksize edilmelidir (8). Bu olguda, patolojik inceleme lezyonun herhangi bir malignite bulgusu taşımadığını göstermiştir.

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü, ayak bileği, diz, el ve ayak parmakları gibi tendon kılıfının bulunduğu her yerde görülebilir (9). Bu vakanın tek karakteristik özelliği lezyonun 2. parmağın tüm volar yüzünü kaplayıp palmar bölgeye yayılım göstermesidir. Bu durum primer dev hücreli tendon kılıfı tümörü için çok nadir bir lokalizasyondur.

KAYNAKLAR

1. Agarwal, P.K., Grupta, M., Srivastata, A., Agarwal, S. Cytomorphology of giant cell tumor of tendon sheath. A report of two cases. *Acta Cytol.* 1997; 41(2): 587-589.
2. Rankin, E.A., Reid, B. An unusual etiology of trigger finger: A case report. *J. Hand Surg. (Am).* 1985; 10(6 Pt1): 904-905.
3. Dartoy, C., Fenoll, B., Leroy, J.P., Dubrana, F., Le Nen, D., Jehannin, B. Giant cell tumor of the tendon sheath of the long extensor muscle of the thumb in a 7-year-old child. *Ann. Chir. Main Memb. Super.* 1994; 13(3): 198-201.
4. Cavaliere, A., Sidoni, A., Bucciarelli, E. Giant cell tumor of the tendon sheath: Immunohisto-chemical study of 20 cases. *Tumori.* 1997; 83(5): 841-846.
5. Vogrincic, G.S., O'Connell, J.X., Gilks, C.B. Giant cell tumor of tendon sheath is a polyclonal cellular proliferation. *Hum. Pathol.* 1997; 28(7): 815-819.

6. Ling, L., Klein, M.J., Sissons, H.A., Steiner, G.C., Winchester, R.J. Expression of Ia and monocyte-macrophage lineage antigens, in giant cell tumor of bone and related lesions. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1988; 112(1): 65-69.
7. Noordanus, R.P., Hage, J.J., van der Valk, F. "Borderline" giant cell tumor of the tendon sheath in the hand: to amputate or not? Case report. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg.* 1995; 29(1): 73-76.
8. Paez, H., Vuletin, J.C., Soave, R.L., Sellitto, R.V. Pedal giant cell tumor of tendon sheath. *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.* 1999; 89(7): 368-372.
9. Villani, C., Tucci, G., Di Mille, M., Di Gennaro, S., Corsi, A. Extra-articular localized nodular synovitis (giant cell tumor of tendon sheath origin) attached to the subtalar joint. *Foot Ankle Int.* 1996; 17(7): 413-416.