

Palmar Bölgede Tendon Kılıfının Pleomorfik Fibroması

Pleomorphic Fibroma of Tendon Sheath in Palmar Area

Mehmet Dadacı¹, Bilsev İnce¹, Fatma Bilgen², Zeynep Altuntaş¹, Tuba Sodalı¹, Ozan Bitik³

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Elbistan Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

32

Öz

Tendon kılıfı fibromları, sıklıkla parmaklarda görülen uzun zaman sürecinde büyüyen sert, hareketsiz ve ağrısız kitlelerdir. Orta yaş grubunda ve erkeklerde sıklıkla gözlenir. Bu çalışmada palmar bölgede ağrısız kitle olarak değerlendirdiğimiz, histopatolojik incelemede tendon kılıfının pleomorfik fibromu olarak tanı alan olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Tendon kılıfının pleomorfik fibroması, palmar bölge, el

Abstract

Tendon sheath fibromas are slowly growing, firm, immobile, and painless masses that are frequently seen in fingers. They are commonly observed in middle-aged males. In our report, we discuss a case of a painless mass in the palmar area that was diagnosed as a pleomorphic fibroma of tendon sheath on histopathologic examination in light of the literature.

Keywords: Tendon sheath pleomorphic fibroma, palmar area, hand

GİRİŞ

Tendon kılıfı fibromları, en sık parmaklarda ağrısız büyüyen kitle olarak karşımıza çıkar. El tümörlerinin %2-3'lük kesimini oluşturur. Nadir olarak palmar bölgede, tendon ve tendon kılıfına yapışık olarak ortaya çıkabilen tümöral lezyonlardır. Bu lezyonlar orta yaşlarda (3 ve 5. dekatlarda) ve erkeklerde daha sık olarak görülmektedir. Tendon kılıf fibromları, makroskopik olarak ortalama 2 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, sıklıkla kapsüllü, noduler veya multinoduler lezyonlar olarak tespit edilmiştir. İyi huylu tümöral lezyonlar olmasına rağmen, en büyük hasta serisinde %24'lük nüks oranı verilmektedir. Nüks riskinin fazla olmasının nedeni de multinodulariteye ve yetersiz cerrahi işleme bağlanmaktadır.¹⁻⁵

Bu çalışmada palmar bölgede ağrısız şişlik olarak karşımıza gelen, histopatolojik incelemede tendon kılıfının pleomorfik fibromu olarak değerlendirilen olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşında erkek hasta yaklaşık üç senedir avuç içinde zamanla büyüyen, ağrısız kitle şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde kitlenin 2 x 3 cm'lik alanda cilde kabarıklık oluşturan kitlenin ele geldiği, sert ve hareketsiz olduğu ve tendon hareketleriyle yer değiştirmedeği görüldü. Hastanın el fonksiyonlarında kısıtlılık yapmadığı, motor ve duysal muayenelerinin normal olduğu değerlendirildi. Çekilen iki yönlü el grafisinde kemik metakarpal kemiklerde erozyon mevcut değildi. Ultrasonografik değerlendirmede 3 x 4 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, tendinöz yapılarla bağlantılı olabileceği düşünülen lezyon olarak tarif edildi. Tüm laboratuvar tetkikleri normal olarak değerlendirildi.

El kitlesi ön tanısı ile hastanın operasyonu planlandı. Aksiller blok altında, esmark bandajı konularak operasyona alındı. Lezyon üzerine zig zag insizyon yapıldı, flepler kaldırılarak kitleye ulaşıldı (Şekil 1). Diseksiyonlarla kitle çevre yapılardan serbestleştirildi. Median sinir

Sorumlu Yazar/Correspondence Author: Dr. Mehmet Dadacı

E-posta/E-mail: mdadaci@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 20.04.2014

Kabul Tarihi/Accepted: 26.10.2014

©Telif Hakkı 2016 Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği - Makale metnine www.turkjplastsurg.com web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright by 2016 Turkish Society of Plastic Reconstructive, and Aesthetic Surgery - Available online at www.turkjplastsurg.com.



Şekil 1. Palmar bölgede kitlenin görünümü



Şekil 2. Kitle eksizeyonu sonrası median sinir dalının korunmuş görünümü

ve dalları ve yüzeysel ark damarları korunarak kitle çıkartıldı (Şekil 2). Cilt kapaması 4/0 polipropilen (Doğsan®, Trabzon, Türkiye) ile sağlandı. Ameliyat sonrası dönemde sorun gözlenmedi. Bir senelik takibinde lezyonda nüks görülmedi.

Kitlenin histopatolojik incelemesinde, tendon kılıfının pleomorfik fibroması olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Bu vaka sunumunda elin daha çok parmaklarında görülen palmar bölgede oldukça az rastlanılan tendon kılıfı pleomorfik fibroması sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmak istenmiştir.

İlk olarak 1936 yılında Geschickter ve Copeland⁶ yaptıkları incelemelerde, kollojen fibriller ile bunların çevresini sıkıca saran işçi hücrelerden oluştuğunu ve bu özellikleri ile diğer tendon kılıf tümörlerinden ayrı tümöral oluşumlar olduğunu belirlemişlerdir. Daha sonra 1979 yılında Chung ve Enzinger¹³⁸ vakalık serilerinde, bu tümöral oluşumun klinik, makroskopik ve

mikroskopik özelliklerini ortaya koymuşlardır. Ayrıca kemiklerde deformiteye ve eroziv değişikliklere de neden olabileceklerini göstermişlerdir.^{7,8} Yamamoto ve ark.⁹ ayak parmağında deformiteye neden olan tendon kılıf fibromasını yayınlamışlar. Ayrıca median sinire bası yapan, ekstansör tendon rüptürüne yol açan ve cilt ülserasyona neden olan olgular mevcuttur.¹⁰⁻¹²

Tendon kılıf fibromaları, yavaş büyüyen, reaktif fibrozis veya iyi huylu neoplazm olarak tanımlanan tümörlerdir. Yavaş büyümesi ve ağrısız olması nedeni ile yıllarca tanı konulamamaktadır. Solid kitleler genellikle ışık geçirmemelerine rağmen, transluminasyonda yanıtıcı ışığı iyi geçirmeleri ayırt edicidir.¹⁻⁵ Lokalizasyona bağlı olarak hareket kısıtlılığı ve sinir iletim sorunlarına yol açması daha erken tanı almasına yol açabilir. Bizim hastamızda yaklaşık kitlenin 3 senelik geçmişinin olmasına hastada herhangi bir şikayete neden olmamıştır. Kitlenin bulunduğu alan median sinir dallanma bölgesi olmasına rağmen kitle bası etkisi göstermemiştir. Buna neden olarak kitlenin derine ilerleyerek metakarpalar arası boşluğa büyümesi gösterilebilir. Kitlenin tendonlara invazyonu olmadığı için hastanın el hareketlerinde bir sorun yaşatmamıştır. El beceri ve fonksiyonları tamamen doğal kalmıştır.

Makroskopik olarak, düzgün sınırlı genellikle kapsüllü, sert kıvamlı, noduler veya multinoduler yapıda, ortalama 2 cm boyutlarında, sarı gri renkli lezyonlar olarak tanımlanmaktadır.^{1-5,13-14} Bu tümöral oluşumlar tendon veya tendon kılıfıyla direkt bağlantılı olup, cerrahi sırasında kolayca bu yapılardan ayrıldığı görülmektedir. Bizim vakamızda da diseksiyonu oldukça kolay olmuş tendonlara, kemiğe, kas gruplarına yapıklık gözlenmemiştir.

Tendon kılıf pleomorfik fibromalarının mikroskopisinde olarak lezyonlarının genellikle bir fibröz psödokapsül ile çevrelediği bulunur. Fibrokollojenöz matrisinde dilate veya dar vasküler kanallar, fibroblast benzeri işçi hücreler tespit edilmiştir. Fibroblastlar farklı şekillerde mevcut olabilir. Pleomorfik fibroma ise tendon kılıf fibromalarının farklı büyüklük ve biçimdeki fibroblastlardan oluşan alt gurubuna verilen isimdir. Histolojik özellikleri, fibromaların iyi sınırlı olması ve ayrıca kan damarını da gösterebilmesi dışında, nodüler fassitisle örtülebilir. Dev hücreli tendon kılıfı tümöründen farklı olarak, köpüksü histiositler ve hemosiderin depozitleri yoktur.^{13,14}

El yumuşak doku lezyonlarında ayırıcı tanı oldukça önemlidir. İyi ya da kötü huylu elin farklı yumuşak doku kökenli dokulardan gelişen lezyonlara bu bölgede sıklıkla rastlanmaktadır. Yumusak doku kökenli lezyonlardan lipom, lipofibromatöz hamartom, anjiomiyolipom, dev hücreli tendon kılıfı tümörü, iskelet dışı kondrom, Dupuytren hastalığı, yabancı cisim reaksiyonları, fibromatosis ve elin kistik lezyonlarından ayırt edilmelidir. Damarsal kökenli patolojilerden hemanjiom, vasküler malformasyon, lenfanjiom, glomus tümörü ve edinsel anevrizmalar ayırt edilmelidir. Ayrıca sinir dokularından köken alan nöromalar, schwanomalar, nörofibromalar bu bölgede ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir.¹⁻⁶

Radyolojik değerlendirme kitlelerin tanınması ve yerleşimi hakkında bizlere oldukça yardımcıdır. Bizim hastamız da düz grafi

ve ultrasonografi harici tetkik istenmemiştir. El yumuşak doku lezyonlarında kitlelerin uzanımı hakkında en iyi bilgi magnetik rezonans görüntüleme olmasına rağmen hastamızda lezyonun küçük sınırlı olması nedeni ile gerek görülmemiştir.

Tendon kılıf pleomorfik fibromlarının tedavisi cerrahi eksizyondur. Genellikle lezyonlar etraf dokuya yapışmadığı ve iyi sınırlı olduğu için kolaylıkla eksize edilir. Tendon ve tendon kılıfına yapışık olsa dahi kolayca çıkarılabildiği, geç müdahale durumlarında ise çevre dokularda ve kemikte deforme teye yol açabileceği literatürde gösterilmiştir. Tekrarlama nedenleri arasında yeterli cerrahi eksizyon yapılmaması suçlanmaktadır.¹⁻⁶

SONUÇ

Tendon kılıf fibromları özellikle el bölgesinde ağrısız büyüyen kitle olarak karşımıza çıkmakta ve erken cerrahi müdahale ile de etraf dokularda ortaya çıkacak deformatelerin önüne geçilebilmektedir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.D., B.İ.; Tasarım - M.D., F.B.; Denetleme - M.D., O.B.; Kaynaklar - M.D.; Malzemeler - M.D.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - M.D., Z.A., T.S.; Analiz ve/veya Yorum - M.D., B.İ.; Literatür Taraması - M.D., F.B., T.S.; Yazıyı Yazan - M.D., F.B.; Eleştirel İnceleme - B.İ., O.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.D., B.İ.; Design - M.D., F.B.; Supervision - M.D., O.B.; Resources - M.D.; Materials - M.D.; Data Collection

and/or Processing - M.D., Z.A., T.S.; Analysis and/or Interpretation - M.D., B.İ.; Literature Search - M.D., F.B., T.S.; Writing Manuscript - M.D., F.B.; Critical Review - B.İ., O.B.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Millon SJ, Bush DC, Garbes AD. Fibroma of tendon sheath in the hand. J Hand Surg Am 1994; 19(5): 788-93. [CrossRef]
2. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors. 2nd ed. St. Louis, Mosby, 1988.
3. Jablkow VR, Kathuria S. Fibroma of tendon sheath. J Surg Oncol 1982; 19(2): 90-2. [CrossRef]
4. Chung EB, Enzinger FM. Fibroma of the tendon sheath. Cancer 1979; 44(5): 1945-54. [CrossRef]
5. Pulitzer DR, Martin PC, Reed RJ. Fibroma of tendon sheath. A clinicopathologic study of 32 cases. Am J Surg Pathol 1989; 13(6): 472-9. [CrossRef]
6. Geschickter CF, Copeland MM. Tumours of bone. Philadelphia: JB Lippincott, 1949.
7. Southwick GJ, Karamoskos P. Fibroma of tendon sheath with bone involvement. J Hand Surg Br 1990; 15(3): 373-5. [CrossRef]
8. Uygur Ş, Ayhan S, Bulam MB, Özgün G, Uluoğlu Ö. Distal falanks- ta kemik erozyonu yapan tendon kılıfı fibromu. Turk Plast Surg 2010; 18(2): 75-7.
9. Yamamoto T, Marui T, Mizuno K. Fibroma of a tendon-sheath presenting as toe deformity. Foot Ankle Int 2001; 22(1): 59-61.
10. Garrido A, Lam WL, Stanley PR. Fibroma of a tendon sheath at the wrist: a rare cause of compression of the median nerve. J Plast Surg Hand Surg 2004; 38(5): 314-6. [CrossRef]
11. Çöloğlu H, Alagöz MŞ. Tendon kılıfı fibromuna bağlı ekstansör tendon rüptürü; Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. Turk Plast Surg 2009; 17(3): 153-5.
12. Chi H, Oda J. Fibroma of tendon sheath with ulceration. J Dermatol 1993; 20(11): 703-6. [CrossRef]
13. Smith PS, Pieterse AS, McClure J. Fibroma of tendon sheath. J Clin Pathol 1982; 35(8): 842-8. [CrossRef]
14. Ryan GB, Cliff WJ, Gabbiani G, Irle C, Montandon D, Statkov PR, Majno G. Myofibroblasts in human granulation tissue. Hum Pathol 1974; 5(1): 55-67. [CrossRef]