

BÖLÜM 23

TENDON KILIFI FİBROMU

Şafak SAYAR¹

GİRİŞ

Tendon kılıfı fibromu (TKF) ilk kez Geschickter ve Copeland tarafından “fibrotik neoplazm” veya “reaktif fibrozis” olarak tanımlanmıştır (1). Chung ve Enzinger, klinik ve histopatolojik bulguları özetlemiş ve sonrasında literatürde 138 vakalık en geniş serilerini bildirmişlerdir (2).

TKF, bir tendon kılıfına bağlı fibroblastik-miyofibroblastik neoplazmalar arasında sınıflandırılan ve tendon kılıfının sinovyumundan kaynaklanan benign bir fibroblastik nodüler neoplazma olarak tanımlanır (3). Genellikle üst ekstremitelerde, özellikle parmaklarda (%49), ellerde (%21) ve bileklerde (%12) oluşan, nadir görülen iyi huylu bir tümördür (4). Dirsekler, omuzlar, kalçalar, dizler ve ayak bilekleri gibi büyük eklemlerin çevresinde meydana gelen TKF, nadiren %2.8-4.2 oranında bildirilmiştir (5).

EPİDEMİYOLOJİ

Tipik olarak 20 ile 50 yaş arasındaki hastalarda görülen bir lezyondur. Erkekler 3:1 oranında kadınlardan daha fazla etkilenir (6). Parmak tendonlarında iyi sınırlı sert küçük (tipik olarak <3 cm) ve yavaş büyüyen bir nodül olarak ortaya çıkar. Nedeni bilinmemektedir fakat hastaların %10’unda travma öyküsü bildirilmiştir (7).

HİSTOPATOLOJİ

Makroskopik olarak, tendon kılıfının fibromu, lobüle gri-beyaz veya inci renginde, belirgin bir sınırı olan, tendon veya tendon kılıfına sıkı yapışmış sert bir nodül olarak görülür. Genellikle hücresel atipi görülmez.

Histopatolojik olarak TKF, yoğun bir stroma oluşturan hyalinize kollajen liflerle çevrili fibroblastlar ve içi hücreli matriksten oluşan yarık benzeri vasküler kanallara sahip küçük lobüller içeren subkutan bir nodül ile karakterizedir (8). İç şeklindeki hücrelerin miyofibroblastlar olduğu ve fibröz dokuların çeşitli seviyelerde hyalinizasyona sahip olduğu bildirilmiştir (9). Tendon kılıfı tipik olarak dış bir fibröz tendon kılıfı ve damarlı bir iç sinovyal kılıf tabakası ile devamlılık gösteren katmanlar içerir (10).

Ayrıca 2:11 translokasyonundaki kromozomal anormalliğin neden olduğu tümör değişikliklerinin de tendon kılıfı fibromuna sebep olabileceği bildirilmiştir (11). Bu bulgular, TKF’nin bir neoplazma özelliklerine sahip olduğunu göstermektedir.

KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

Fibroma tanısı, hastanın öyküsüne ve klinik muayenesine dayanır; ancak manyetik rezonans

¹ Op. Dr., Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD., safaksayar@hotmail.com

görüntüleme (MRG) veya ultrasonografi (USG) incelemesi gibi radyolojik çalışmalar faydalı olabilir. Hastaların %31'inde hassasiyet ve hafif ağrı olmasına rağmen çoğu asemptomatiktir ve genellikle hassasiyet veya spontan ağrı olmaksızın yavaş büyüyen küçük bir kitle olarak ortaya çıkar (2,7,8,12). Bazı hastalarda altta yatan sinirlerin sıkışması nedeniyle lokalize hassasiyet ve ağrı görülür (7,13-17).

MRG'de TKF, T1 ağırlıklı kesitlerde homojen düşük izointensiteye sahip iyi tanımlanmış bir kitle olarak görülürken, T2 ağırlıklı kesitlerde sinyal yoğunluğu düşükten yükseğe değişebilir. TKF'nin MRG'deki görünümündeki farklılıklar histolojik olarak çeşitliliğine bağlanabilir. T2 ağırlıklı görüntülerde hyalinize formlar daha düşük sinyale sahip olma eğilimindeyken, hücreli varyantlar ise daha yüksek sinyale sahip olma eğilimindedir (6,18-20) ve ayrıca TKF, tendon kılıfı ile temas halindeyken hem T1 hem de T2 ağırlıklı MRG görüntülerinde düşük sinyal yoğunluğu gösterir (19).

TKF'de düz radyografi bulguları, büyük bir kitlenin çevredeki kasları veya yağ dokuyu sıkıştırdığı veya eroziv kemik değişikliklerinin mevcut olduğu durumlar dışında genellikle negatiftir (6).

Ayırıcı tanıları arasında tendon kılıfının dev hücreli tümörü, nodüler fasiit, epidermal kist, müsinöz kist, nörofibroma, leiomyom, skar dokusu, ve fibröz histiositoma yer alır. Patolojik sonuçların yanı sıra, lezyonlar diğer tümörler, özellikle tendon kılıfının dev hücreli tümörü ile birçok özelliği paylaştığı için TKF tanısı zordur. Ancak TKF sıklıkla tendon kılıfına yapışık olduğu için kıkırdak veya kemik tümörlerinden kolay ayırt edilir (21).

TEDAVİ

TKF'nin tedavisi basit rezeksiyondur; ancak nüks oranı %18 ile %24 arasındadır ve nispeten yüksektir (22). Bu kadar yüksek bir nüks oranı-

nın tendonlara, tendon kılıflarına ve sinire sıkı yapışması nedeniyle tam rezeksiyonunun zorluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle dikkatli bir şekilde tam rezeksiyon yapılmalıdır (6). Malign dönüşüm bildirilmemiştir.

Bazı yazarlar, TKF'li hastaların cerrahi tedavisi için endikasyonların ağrı veya sınırlı hareket açıklığı gibi semptomları içerdiğini bildirirken (23), diğer yazarlar herhangi bir semptom ortaya çıkmadan lezyonların çıkarılması gerektiğini bildirmiştir (24). Sonuç olarak TKF'nin tekrarını önlemek için lezyon yapışık dokularla birlikte rezeke edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Copeland MM, Geschickter CF. Malignant bone tumors: primary and metastatic. *CA Cancer J Clin* 13:232-238, 1963.
2. Chung EB, Enzinger FM. Fibroma of tendon sheath. *Cancer*. 1979;44(5):1945-54
3. Sciort R, Dal CP. Fibroma of tendon sheath. In: CDM F, Bridge JA, PCW H, Mertens F, editors. WHO classification of tumours of soft tissue and bone. Lyon: IARC; 2013. p. 59-60.
4. Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors, ed 5, Mosby, St. Louis, 2007.
5. Moretti VM, de la Cruz M, Lackman RD, Fox EJ. Fibroma of tendon sheath in the knee: a report of three cases and literature review. *Knee*. 2010;17(4):306-9.
6. Ciatti R, Mariani PP. Fibroma of tendon sheath located within the ankle joint capsule. *J Orthop Traumatol* 10(3):147-150, 2009.
7. Pulitzer DR, Martin PC, Reed RJ. Fibroma of tendon sheath: a clinicopathologic study of 32 cases. *Am J Surg Pathol*. 1989 Jun;13(6):472-479.
8. Heckert R, Bear J, Summers T, et al. Fibroma of the tendon sheath—a rare hand tumor. *Pol Przegl Chir* 2012;84:651-6.
9. Satti MB. Tendon sheath tumours: a pathological study of the relationship between giant cell tumour and fibroma of tendon sheath. *Histopathology*. 1992;20:213-20.
10. Benjamin M, Kaiser E, Milz S. Structure-function relationships in tendons: a review. *J Anat*. 2008;212(3):211-28.
11. Dal Cin P, Sciort R, De Smet L, Van den Berghe H. Translocation 2; 11 in a fibroma of tendon sheath. *Histopathology* 32(5):433-435, 1998.
12. P. S. Smith, A. S. Pieterse, and J. McClure, "Fibroma of tendon sheath," *Journal of Clinical Pathology*, vol. 35, no. 8, pp. 842-848, 1982.
13. Kim SE, Lee SY, Jung SN, Sohn WI, Kwon H. Fibroma of the flexor hallucis longus tendon sheath. *J Foot Ankle Surg*. 2002 May-June;51(3):342-344.

14. Evangelisti S, Reale VF. Fibroma of tendon sheath as a cause of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Am*. 1992 Nov;17(6):1026e1027.
15. Rao J, Thoma A, Salama S. Fibroma of tendon sheath as a cause of carpal tunnel syndrome. *Can J Plast Surg*. 1997;5(3):176e178.
16. Chen CH, Wu T, Sun JS, Lin WH, Chen CY. Unusual causes of carpal tunnel syndrome: space occupying lesions. *J Hand Surg Eur Vol*. 2012 Jan;37(1):14e19.
17. Wang B, Zhang J, Li G, Zhang Z. Fibroma of the tendon sheath causing Guyon's canal syndrome: case report. *J Plast Surg Hand Surg*. 2016 Aug;50(4):246e248.
18. Bertolotto M, Rosenberg I, Parodi RC, et al. Case report: fibroma of tendon sheath in the distal forearm with associated median nerve neuropathy: US, CT and MR appearances. *Clin Radiol*. 1996 May;51(5):370e372.
19. Fox MG, Kransdorf MJ, Bancroft LW, Peterson JJ, Flemming DJ. MR imaging of fibroma of the tendon sheath. *AJR Am J Roentgenol*. 2003 May;180(5):1449e1453.
20. Sundaram M, McGuire MH, Schajowicz F. Soft-tissue masses: histologic basis for decreased signal (short T2) on T2-weighted MR images. *AJR Am J Roentgenol*. 1987 June;148(6):1247e1250.
21. Athwal GS, Bueno RA, Bansal M, et al. Intra-articular fibroma of tendon sheath involving the scapholunate and radiocarpal joints. *Skeletal Radiol* 2006;35:599–602.
22. Maluf HM, DeYoung BR, Swanson PE, Wick MR. Fibroma and giant cell tumor of tendon sheath: a comparative histological and immunohistological study. *Mod Pathol* 8(2):155–159, 1995.
23. Lu H, Chen Q, Shen H, Shen XQ, Wu SC. Fibroma of tendon sheath in planta. *Springerplus*. 2016;5:575.
24. Ozkan A, Topkara A, Ozkan RH. A rare cause of carpal tunnel syndrome: fibroma of tendon sheath. *Kaohsiung J Med Sci*. 2016;8:436–7.