

Olgu Sunumu

EL BİLEĞİNDE LİPOMA ARBOSESCENS

Tuba ÖZDELİCE¹, Korcan Aysun GÖNEN², Murat TONBUL³, Aliye Yıldırım GÜZELANT⁴, Öner SERDAROĞLU⁵

Özet

Lipoma arborescens, etyolojisi bilinmeyen nadir bir intra-artiküler lezyondur. Genellikle dizde yerleşir. Sinoviyal membranın yaygın villöz proliferasyonu, subsinoviyal membranın ve subsinoviyal yağ dokusunun hiperplazisiyle karakterizedir. Yavaş gelişen ağrısız şişlik en sık bulgudur. Bu makalede lipoma arborescens için nadir bir lokalizasyon olan el bileği yerleşimli olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler : Lipoma arborescens, el bileği, manyetik rezonans görüntüleme

LIPOMA ARBORESCENS OF THE WRIST: CASE REPORT

Summary

Lipoma arborescens is a rare intra-articular lesion with unknown etiology characterized by extensive villous proliferation of the synovial membrane and hyperplasia of subsynovial membrane and hyperplasia of subsynovial fat tissue and typically located in the knee. Clinically, the most common finding is a slow-growing painless swelling, accompanied by intermittent effusion of the joint. In this article, localized unilateral wrist that is unusual for lipoma

arborescens is reported.

Key words: Lipoma arborescens, wrist

Giriş

Lipoma arborescens (LA) sinoviyumun villöz lipomatöz proliferasyonu ile karakterize genellikle dizde tek taraflı ağrısız şişlik yapan benign bir patolojidir. Tipik villöz görünüm olmayan vakalar sinoviyal lipomatozis olarak da adlandırılır¹. Diz tutulumunda suprapatellar bölge neredeyse kuraldır. Literatürde kalça, el bileği, dirsek, ayak bileği gibi farklı eklem tutulumları da nadir olarak bildirilmiştir^{2,3,4}. Hastalığın erken tanısında manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önemli bir yer tutar^{2,3}. Bu olgu sunumunda MRG ile saptanan ve tek taraflı el bileğini tutan bir lipoma arborescens vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Sol el bileğinde ağrısız şişlik nedeniyle başvuran 43 yaşındaki kadın hastaya 1,5 T MR (GE Healthcare, Signa Excite HD, Milwaukee, WI) cihazında el bileği koili ile MRG yapıldı. Aksiyel planda SE T1, fat-sat proton T2, koronal planda SE T1 ve fat-sat proton T2 kesitler alındı ve

1. Bosphorus Anatomica KBB&Plastik Cerrahi Radyoloji bölümü,
2. Namık Kemal Üniversitesi Radyoloji Kliniği,
3. Namık Kemal Üniversitesi Ortopedi Kliniği,
4. Namık Kemal Üniversitesi FTR Kliniği
5. Şifa Görüntüleme Merkezi Tekirdağ

kontrast madde sonrası aksiyel ve koronal planda fat-sat T1 ağırlıklı incelemeler tekrarlandı. MRG'de sol el bileği dorsal yüz radialinde ekstensör karpi radialis longus, ekstensör karpi radialis brevis ve ekstensör hallusis longus tendon kılıfları boyunca internal yapısında T1ağırlıklı sekanslarda hiperintens, yağ baskılı sekanslarda sinyal kaybına uğrayan lipomatöz doku elemanları görülen sinoviyal doku hipertrofisi izlendi. Sinoviyal dokuda yoğun kontrast tutulumu saptandı; tendonun internal sinyali normaldi.

Ek olarak radius distal uç lateral bölümünde kemik kortekslerde tenosinovite bağlı hafif kortikal düzensizlik ve distal radio-ulnar eklem mesafesi ile ulna komşuluğunda sinoviyal doku hipertrofileri mevcuttu. Bulgular, tariflenen tendon kılıflarında LA ile uyumlu değerlendirildi. Eksize edilen lezyonun postoperatif histopatolojik tanısı LA olarak geldi.

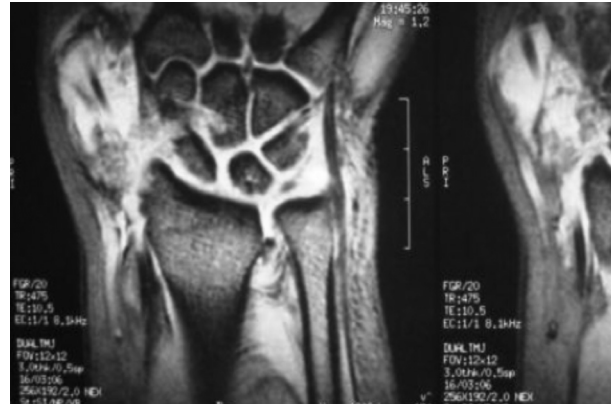
Tartışma

LA etyolojisi bilinmeyen, genellikle monoartiküler seyreden ve özellikle dizde suprapatellar poşu etkileyen nadir intraartiküler bir lezyondur. Sinoviyal eğreltiotu benzeri görünümü nedeni ile LA olarak adlandırılır. Hallel ve arkadaşları tarafından gross, radyolojik, histolojik görüntüsünün tarifi açısından sinoviyal membranın villöz lipomatöz proliferasyonu şeklinde ifade edilmiştir². Literatürde bilateral diz, dirsek, el ve ayak bileği, kalça gibi nadir lokalizasyonlar bildirilmiştir^{2,3,4}. Genellikle erişkin erkeklerde görülür. En sık semptomu progresif ağrısız şişlik olup, egzersizde artan effüzyona sekonder ağrı ve hareket kısıtlılığı da görülebilmektedir^{1,4,5,6}.

Direkt grafide nonspesifik yumuşak doku şişliği ile ilgili bulgular saptanır. Eşlikli kemik erozyonu, kemik kisti, osteoartrit bulguları olabilir^{2,7}. Bizim hastamızın MR'ında da eş zamanlı tenosinovit ile uyumlu bulgular mevcuttu. Ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda kullanılabilir, ancak tanısal görüntü MRG ile mümkündür. Kitlenin tüm sekanslarda yağ intensitesinde görülmesi, yağ baskılı sekanslarda sinyal kaybına uğraması^{5,8,9}, ön-cepheli yapıda eğreltiotu şeklinde sinoviyal kitle varlığı, etkilenmiş tendon, ligaman ve meniskal lezyonların eşlik etmesi, varsa eklem effüzyon



Resim 1: Koronal SE T1 Ağırlıklı görüntülerde; sol el bileği dorsal yüz radialinde ekstensör kas tendonları kılıfları boyunca hiperintens izlenen lipomatöz doku elemanlarının eşlik ettiği sinoviyal hipertrofi izlenmektedir.



Resim 2: Koronal planda fat sat proton T2 ağırlıklı görüntülerde; lipomatöz doku elemanlarının sinyal kaybına uğradığı, ek olarak radius distal uç lateral bölümünde kortikal düzensizlikler görülmektedir.

birlikteliği, kimyasal shift artefaktı oluşturması, hemosiderine bağlı manyetik artefakt yatınlığının olmaması LA tanısı için gereklidir¹⁰. LA'nın MRG deki morfolojik görüntüsü farklılıklar gösterebilir. Soler ve arkadaşlarına göre bu farklılıkların sebebi hastalığın süresi olabilir. Bu yazarlar üç farklı morfolojik görüntü elde etmişlerdir. Birincisi yağ görünümlü çok sayıda

lobül ve sinoviyanın villöz proliferasyonu ile karakterize multipl villöz lipomatöz proliferasyon, ikincisi kitle benzeri sinoviyal yağ depolanması ile karakterize izole dallanma gösteren sinoviyal kitle görüntüsü ve üçüncüsü karışık tipte sinoviyal yağ depolanması şeklindedir¹¹.

Ayırıcı tanıda sistemik tutulum göstermeyen, ağrısız efüzyon ve sinoviyal kalınlaşma yapan tüm hastalıklar düşünülebilir. İlk akla gelecek patoloji pigmente villonodüler sinovittir; MRG'de hemosiderin birikiminden dolayı T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda düşük sinyal intensitesinde görülür ve daha çok infrapatellar bölgede yerleşir^{2,8,9}. Sinoviyal hemanjiomatozis ve sinoviyal kondromatoziste karakteristik olarak T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda düşük ve orta yoğunlukta sinyal alınır. Eklem içi lipom ise soliter, düzgün sınırlı, oval veya yuvarlak şekilli kitle olarak izlenir¹¹.

Tedavi genellikle açık sinoviyektomidir. Literatürde sadece birkaç olguda nüks bildirilmiştir^{12,13,14,15}.

Sonuç olarak; diz harici eklemlerde de ağrılı veya ağrısız şişliği olan hastalarda LA tanısı akılda tutularak, tanı ve ayırıcı tanı için MRG tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1.Siva C, Brasington R, Totty W, Sotelo A Synovial lipomatosis (lipoma arborescens) affecting multiple joints in a patient with

congenital short bowel syndrome. J Rheumatol 2002; 29: 1088-92.

2. Hallel T, Lew S, Bansal M. Villous lipomatous proliferation of the sinovial membrane (lipoma arborescens). J Bone Joint Surg Am 1988; 70: 264-70.

3. Doyle AJ, Miller MV, French JG. Lipoma arborescens in the bicipital bursa of the elbow : MRI findings in two cases. Skeletal Radiol 2002; 31: 656-60.

4. Kloen P, Keel SB, Chandler HP et al. Lipoma arborescens of the knee. J Bone Joint Surg Br 1998; 80: 298-301.

5. Davies AP, Blewitt N. Lipoma arborescens of the knee. The Knee 2005; 12: 394-6.

6. Al-Ismail K, Torreggiani WC, Al-Sheikh F et al. Bilateral lipoma arborescens associated with early osteoarthritis. Eur Radiol 2002; 12: 2799-802.

7. Kim RS, Song JS, Park SW, Kim L et al. Lipoma arborescens of the knee. Arthroscopy 2004; 20: 95-9.

8. Franco M, Puch JM, Carayon MJ, Bortolotti D et al. A. Lipoma arborescens of the knee: report of a case managed by arthroscopic synovectomy. Joint Bone Spine 2004; 71: 73-5.

9. Mink JH, Deutsch AL. Magnetic resonance imaging of the knee. Clin Orthop Relat Res 1989; 24: 29-47.

10. John F.Faller, Mazhar Rishiand Edward C.Hughes. Lipoma arborescens of the knee: MR demonstresion. AJR 1994; 6: 163-164

11. Soler T, Rodriguez E, Bargiela A, Da Riba M. Lipoma arborescens of the knee: MR characteristics in 13 joints. J Comput Assist Tomografi. 1998; 22: 605-9

12. Cil A, Atay OA, Aydingöz U, Tetik O, Gedikoglu G, Doral MN. Bilateral lipoma arborescens of the knee in a child: a case report. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2005; 13: 463-7

13. Armstrong SJ, Watt I. Lipoma arborescens of the knee. Br J Radiol 1989; 62: 178-80.

14. Aydın G, Keleş I, Kendi ATK, Yılmaz LÖ et al. Bir olgu sunumu: Çocukluk çağında lipoma arboresens. Romatol Tıp Rehab. 2004; 15: 286-91.

15. Sağlık Y, Akmeser R, Yıldız Y, Basarır K. Lipoma arborescens occurring in both knees at different times: a case report. Acta Orthop Traumatol Turc 2006; 40: 176-80.