



OLGU SUNUMU

PAROTİS KİTLESİ OLAN HASTALARDA AYIRICI TANIDA TEMPOROMANDİBÜLER EKLEM ARTROPATİSİ

Dr. Ümit TUNCEL¹, Dr. Ünsal HAN³, Dr. Samet ÖZLÜGEDİK¹,
Dr. Asuman TUNCEL², Dr. Murat UZUN¹

¹Ankara Numune Hastanesi, 1.KBB, Ankara, Türkiye

²Ankara Numune Hastanesi, 1.Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Ankara, Türkiye

³Sosyal Sigortalar Kurumu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Sinoviyal kondromatozis (SK), metaplastik kartilaginöz nodül oluşumu ile karakterize nadir, benign bir durumdur. Bu olguda, temporomandibüler eklem sinovial kondromatozisi sunuldu. Bunlar parotis bezinin primer tümörlerini taklit edebilirler. Preauriküler şişlik parotis kitlelerinin en sık başlangıç semptomudur. Bu nedenle parotis kitleli olan hastalarda değerlendirmede ve tanıda temporomandibüler eklem hastalıkları akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Sinovial kondromatozis, temporomandibüler eklem, parotis kitleli

TEMPOROMANDIBULAR JOINT ARTHROPATHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE PAROTID MASSES

SUMMARY

Synovial chondromatosis (SC) is a rare, benign condition characterized by the formation of metaplastic cartilaginous nodules. In this study, we present a case of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint, as they may initially suggest primary neoplasms of the parotid gland. Preauricular swelling is a common presenting symptom that suggests a parotid mass. For this reason, diseases of temporomandibular joint must be kept in mind in evaluation and management of the patients with a parotid mass.

Keywords: Synovial chondromatosis, temporomandibular joint, parotid mass

GİRİŞ

Preauriküler şişlik KBB hekimine başvuran hastalarda sıklıkla görülen bir semptomdur. Sıklıkla bu semptom parotis kitlesini destekler. Ancak bunun kaynağı, KBB hekimlerinin primer ilgili olduğu bölgelerden daha farklı, daha az sıklıkta görülen temporomandibular eklem (TME) veya mandibula ile ilgilide olabilir. Sinoviyal kondromatozis (SK), sinovyum ve eklem aralığında metaplastik kartilaginöz nodül oluşumu ile karakterize nadir, benign bir durumdur^{1,2,3}. TME'nin SK ile tutulumu nadirdir. SK'nin nedeni halen belirsiz olsa da kartilaginöz nodüller ve gevşek yapılar sinoviumdan gelişmektedir^{2,4}. Bu vakanın sunulma nedeni ise parotis kitleli düşünülen hastalarda tanı ve incelemede TME ve mandibular hastalık olasılığının akla getirilmesini sağlamaktır.

OLGU SUNUSU

42 yaşında bayan hasta, 6 aydır zaman zaman ağrılı sağ preauriküler şişlik şikayeti ile başvurdu. Kitle boyutlarında değişme ve travma hikayesi yoktu.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Ümit Tuncel, Ankara Numune Hastanesi, 1.KBB, Ankara, Türkiye, Tel: +90 312 2667551, Faks: +90 312 3103460, E-mail: utuncel1@yahoo.com

Gönderilme tarihi: 5 Mayıs 2003, revizyon isteme tarihi : 9 Haziran 2003, yayın için kabul edilme tarihi: 15 Temmuz 2003

Fizik muayenesinde 2x1 cm ebatlarında, sert yarı mobil sağ preauriküler kitle izlendi. Hastanın çene hareketleri ile kitlenin hareket ettiği gözlemlendi. Sağ dış kulak yolu ve timpan membran normal olarak değerlendirildi. Trismus düşündürülen bulgu yoktu ve fasial fonksiyonlar simetrikti.

Bilgisayarlı Tomografide (BT), sağ parotis glandının yüzeysel lobu ile devamlılık gösteren sağ masseter kası üzerinde ektopik gland parenkimi izlenmekteydi. Sağ mandibula kondili lateral komşuluğunda, parotis glandın superioru ile dış kulak yolu anteriorunda yerleşimli, düzgün konturlu, kas ile izodens 14x9mm boyutlarında kitle lezyonu saptandı (Şekil 1).

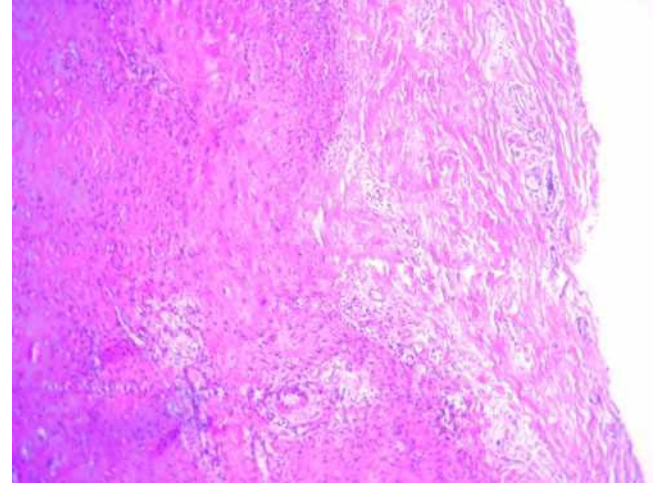
Genel anestezi altında sağ süperfiyuel parotidektomi yapılmak amacıyla lazy-S insizyonu yapıldı. Flep eleve eildikten sonra parotid glandının süperior polü hizasından yapılan diseksiyonda kitlenin parotis glandı ile ilişkili olmadığı izlendi. İnsizyon tragus hizasından fasial sinir frontal dalının medialinde kalacak şekilde, sağ göz dış kantusuna doğru 1.5cm kadar uzatıldı ve TME kondili ortaya konularak kitle eksize edildi. Kitlenin 1x1.5cm ebatlarında, düzgün yüzeysel ve sert kıvamlı olduğu gözlemlendi.



Şekil 1: Sağ mandibula kondili lateral komşuluğunda, parotis glandın superioru ile dış kulak yolu anteriorunda yerleşimli, düzgün konturlu, kas ile izodens 14x9mm boyutlarında kitle lezyonu.

TARTIŞMA

SK, TME'yi de içeren eklemleri etkileyen benign bir durumdur. Diz eklemine malign transformasyona ait bazı yayınlar olsa da bunlarda kondrosarkoma öncesindeki SK olup olmadığı açık değildir.³ Hastalık sıklıkla kadınlarda, 2-4. dekatlarda görülmektedir ve sağ TME tutulumuna eğilim vardır. Bu vakada sunulan hasta, hastalığın tipik profiline uymaktadır. TME sinovial kondromatozis ile birlikte görülen en sık semptomlar şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığıdır⁵. Şişlik en sık semptom olması nedeniyle bu vakada olduğu gibi parotis kitlesi ile karışabilmektedir⁶. Günümüzde nedeni bilinmemekle beraber travmanın tetikleyici bir faktör olduğu düşünülmektedir⁷. Preauriküler kitle lezyonu nedeniyle bu vaka parotis tümörü olarak refere edilmişti. Histolojik olarak hastalık metaplastik proses ile karakterize idi. Sinovial membran içinde kartilaj odakları oluşumu ve dışarı doğru uzanımı izlenmekteydi. SK'de proliferasyon sürdükçe metaplastik hücre nodülleri oluşmakta ve bunlar eklem aralığını ayırmaktadır. Bu gevşek cisimcikler çevrelerindeki sinoviyal sıvı tarafından beslenen aktif kondrositler içermektedir⁷. Bu vakada, eksize edilen dokunun histolojik incelenmesi sinovial enkondromatozisle karakterize bulunmuştur. Kondrositlerde sitolojik atipi saptanmamıştır (Şekil 2).



Şekil 2: Kapsül ve hemen komşuluğunda lobüler nitelikte gelişen homojen eozinofilik yer yer miksoid matriks içeren lezyon HE x 20.

Çevre dokuların tutularak ekstrakapsüler yayılım olması nadirdir, ancak benign veya malign bir neoplazmla karışabilmektedir. Anterior veya laterale genişleme sonucunda parotis kitlesi gibi algılanabilir ve benign mikst tümörle karıştırılabilir⁶.

Radyolojik incelemelerde sinovial enkondromatozis, eklem aralığında multipl gevşek kalsifikasyonlarla karakterizedir. BT, bu gevşek yapıları ve eklem aralığındaki yerleşimlerini göstermede oldukça yararlıdır^{8,9,10}. Manyetik rezonans görüntüleme ise, BT kadar kemik yapıları yüksek çözünürlükte göstermese de, lezyon sınırlarını saptamada ve çevre yapıların tutulumunu göstermede oldukça iyidir⁹.

SK'in standart tedavisi gevşek cisimciklerin tamamıyla cerrahi eksizyonu ve tutulan eklem kompleti sinoviektomisi⁷. Nüks, vakaların %30'unda rezidü sinovial dokunun muhtemelen devam eden metaplazisine bağlı olarak izlenmektedir. Artroskopik parsiyel eksizyon bazı hekimlerce öne sürülse de¹¹, bu yaklaşımın uzun dönem sonuçları henüz bilinmemektedir.

Cerrahi değerlendirme ve histopatolojik inceleme, sinovial enkondromatozisin diğer hastalıkları ekarte ederek tanı konabilecek yolu olarak bilinmektedir. Bu vakada, histolojik tanı ve uygun cerrahi tedavi sonrasında hastanın nüks görülmeden veya semptomların tekrarlamadan tamamen iyileşmesi sağlandı.

KAYNAKLAR

1. Fujita S, Iizuka T, Yoshida H, Segami N. Transforming growth factor and tenascin in synovialchondromatosis of the temporomandibular joint: Report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg 1997; 26:258-259.(PMID:9258713)
2. Ikebe T, Nakayama E, Shinohara M, Takeuchi H, Takenoshita Y. Synovial chondromatosis of the



- temporomandibular joint; The effect of interleukin-1 on loose-body-derived cells. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998;85:526-531. (PMID:9619668)
3. Karlis V, Glickman RS, Zaslow M. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint with intracranial extension. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998;86:664-666. (PMID:9868721)
 4. Robinson D, Hasharoni A, Evron Z, Seal M, Nevo Z. Synovial chondromatosis: the possible role of FGF 9 and FGF receptor 3 in its pathology. *Int J Exp Path* 2000;81:183-189. (PMID:10971739)
 5. Arx DPV, Simpson MT, Batman P. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988;26:297-305.(PMID:3048377)
 6. Thompson K, Schwartz HC, Miles JW. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint presenting as a parotid mass. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;62:377-380. (PMID: 3022221)
 7. Blankestijn J, Panders AK, Vermey A, Scherpbier AJ. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. Report of three cases and a review of the literature. *Cancer* 1985;55:479-85.(PMID:3965103)
 8. Casselman JW, Demeulemeester L, Bossuyt M. CT finding in synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *J Comput Assist Tomogr* 1987;11:898-900.(PMID:3655058)
 9. Herzog S, Mafee M. Synovial chondromatosis of the TMJ:MR and CT findings. *AJNR Am J Neuroradiol* 1990;11:742-745.(PMID:2114761)
 10. Ingen JMV, Man KD, Bakri I. CT diagnosis of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990;28:164-167.(PMID:2135654)
 11. Miyamoto H, Sakashita H, Miyata M, Kurita K. Arthroscopic diagnosis and treatment of temporomandibular joint synovial chondromatosis: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54:629-631.(PMID:8632250)