

# Ellenbogenschmerzen – eine seltene Ursache

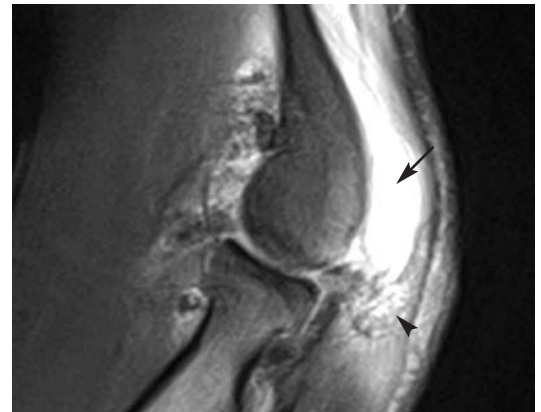
Giorgio Tamborrini<sup>a</sup>, Pius Brühlmann<sup>a</sup>, Dominik Weishaupt<sup>b</sup>, Beata Bode<sup>c</sup>

Universitätsspital Zürich

<sup>a</sup> Rheumaklinik und Institut für physikalische Medizin, <sup>b</sup> Institut für diagnostische Radiologie, <sup>c</sup> Institut für Klinische Pathologie

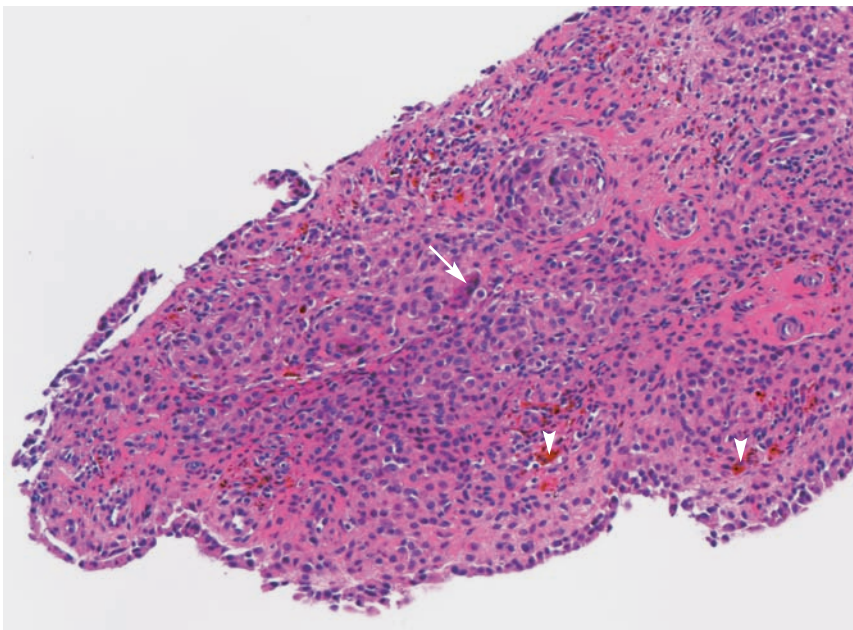
Beim 25jährigen Patienten mit Ellenbogenschmerzen zeigten die Sonographie und die MRT-Untersuchung einen Erguss mit Synovialisproliferationen (Abb. 1 ). Nach arthroskopischer Synovektomie und Arthrolyse konnte histologisch eine pigmentierte villonoduläre Synovialitis diagnostiziert werden. Sechs Wochen postoperativ wurde eine Radiosynoviorthese durchgeführt.

Die pigmentierte villonoduläre Synovialitis (PVNS; Synonym: tenosynovialer Riesenzelltumor vom diffusen Typ) ist eine seltene benigne, zu Lokalrezidiven neigende neoplastische Synovialis-



**Abbildung 1**

Erguss (Pfeil) mit Synovialisproliferationen (Pfeilkopf).



**Abbildung 2**

Proliferate mononukleärer Zellen mit dazwischen eingelagerten mehrkernigen Riesenzellen (Pfeil), Makrophagen und Hämosiderinablagerungen (Pfeilköpfe).

erkrankung. Typischerweise weist die Synovialis histologisch Proliferate mononukleärer Zellen, mehrkernige Riesenzellen, Makrophagen und Hämosiderinablagerungen auf (Abb. 2 ). Die häufigsten Lokalisationen sind Knie, Hüfte, Schulter, Sprunggelenk, Fussgelenke oder Ellenbogen. Für die Diagnose wegweisend ist der Befund in der MRT. Neben einer synovialen Proliferation mit Gelenkerguss sind die in den T1- und T2-gewichteten Sequenzen hypointensen Areale typisch, welche Hämosiderinablagerungen entsprechen [1,2]. Ziel der Behandlung ist eine radikale Entfernung des Tumorgewebes, arthroskopisch oder durch eine offene Synovektomie [3]. Zur Rezidivprophylaxe lohnt es sich, eine Radionuklid-Synoviorthese anzuschliessen [4]. Es werden Rezidivraten von 10–15% in den ersten zwei Jahren nach dieser Kombinationstherapie angegeben, weswegen in diesem Zeitraum Verlaufskontrollen empfohlen werden [5].

## Korrespondenz:

Dr. med. G. Tamborrini  
Universitätsspital Zürich  
Rheumaklinik und Institut  
für physikalische Medizin  
Gloriastrasse 25  
CH-8091 Zürich  
[giorgio.tamborrini@usz.ch](mailto:giorgio.tamborrini@usz.ch)

## Literatur

- 1 Bhimani MA, Wenz JF, Frassica FJ. Pigmented villonodular synovitis: keys to early diagnosis. *Clin Orthop Relat Res.* 2001 May;(386):197–202.
- 2 Durr HR, Stabler A, Maier M, Refior HJ. Pigmented villonodular synovitis. Review of 20 cases. *J Rheumatol.* 2001 Jul;28(7):1620–30.
- 3 Ogilvie-Harris DJ, Weisleder L. Arthroscopic synovectomy of the knee: is it helpful? *Arthroscopy.* 1995 Feb;11(1):91–5.
- 4 O'Sullivan B, Cummings B, Catton C, Bell R, Davis A, Fornasier V, Goldberg R. Outcome following radiation treatment for high-risk pigmented villonodular synovitis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1995 Jun 15;32(3):777–86.
- 5 Pinaroli A, Ait Si Selmi T, Servien E, Neyret P. Surgical management of pigmented villonodular synovitis of the knee: Retrospective analysis of 28 cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2006 Sep;92(5):437–47.