

Radius başında osteokondrom

Osteochondroma of the radial head

Mehmet Serhan Er, Halil Atmaca, Levent Altınel

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Özet

Osteokondrom kemiğin en sık rastlanan iyi huylu tümörüdür. Genellikle uzun kemiklerin metafizer bölgelerinde; femur distal, humerus ve tibia proksimalde görülür. Atipik yerleşimli osteokondromlar literatürde olgu sunumları şeklinde rapor edilmiştir. Fakat radius başına yerleşimli ve geç yaşlarda ortaya çıkan herhangi bir nörolojik bulgu vermeyen osteokondrom vakası bizim bilgilerimize göre belirtilmemiş olup mevcut olgu sunumumuz bu özelliklere sahip olan atipik yerleşimli ilk osteokondrom vakasıdır.

Anahtar Kelimeler: Osteokondrom, Radius başı, selim kemik tümörleri.

Abstract

Osteochondroma is the most common benign bone tumor. Osteochondroma occurs mostly in the metaphysis of long bones such as distal femur, proximal humerus and tibia. Uncommon locations of osteochondromas were reported in literature as case reports. There was no previous studies reported osteochondroma of radial head in elderly patient without any lack of neurological function, so this is the first report in literature to our knowledge.

Keywords: Osteochondroma, radial head, benign bone tumors.

Giriş

Osteokondromlar (ekzositozlar) kemiğin en sık rastlanan iyi huylu tümörleridir (1,2). Tüm iyi huylu tümörlerin %20-50 sini ve tüm kemik tümörlerinin %10-15'ini oluştururlar (3,4,5). Soliter osteokondrom ve genetik geçiş gösteren osteokondromatozis olmak üzere iki tipi vardır (4,5). Epidemiyolojik olarak incelendiğinde, lezyon genelde ikinci ve üçüncü dekatlarda ortaya çıkar ve erkeklerde kadınlara göre 2 kat fazla görülür (6).

Genellikle uzun kemiklerin metafizer bölgelerinde; femur distal, humerus ve tibia proksimalde görülmesine rağmen % 10 olguda elin ve ayağın küçük kemikleri,%5 pelvis, %4 skapula ve %2 vertebralarda ortaya çıkabilir (7,8). Atipik yerleşimli olgular literatürde olgu sunumları şeklinde rapor edilse de radius başına yerleşimli ve geç yaşlarda ortaya çıkan herhangi bir nörolojik bulgu vermeyen osteokondrom vakası bizim bilgilerimize göre belirtilmemiş olup mevcut olgu sunumumuz bu özelliklere sahip olan atipik yerleşimli ilk osteokondrom vakasıdır.

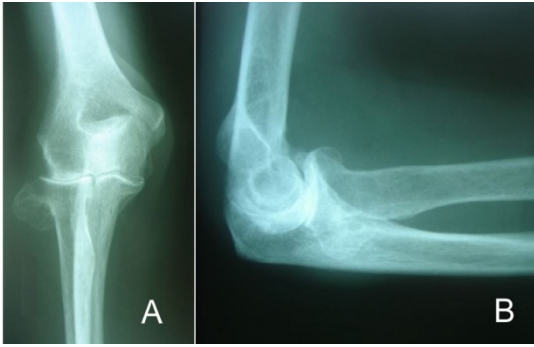
Olgu Sunumu

Yetmiş bir yaşında erkek hasta, sağ dirsek kısmında yaklaşık üç aydır olan hafif büyüme

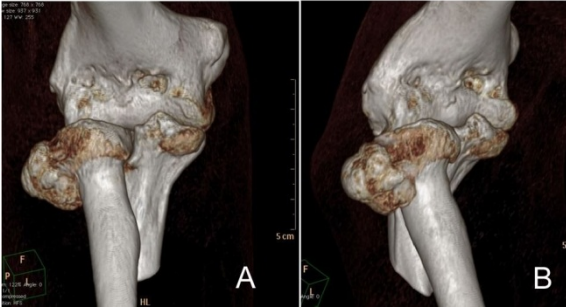
gösteren zaman zaman ağrılı olduğunu ifade ettiği kitle şikayeti ile üniversitemiz Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvurmuştur. Yapılan ilk muayenesinde sağ radius başı lokalizasyonunda yaklaşık 3*5 cm lik sert, hareketsiz, palpasyonla ağrılı kitle tespit edilmiştir. Pronasyon/supinasyon hareketlerinde kısıtlılık olan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde motor veya duysal hasar saptanmamıştır. Hastanın ön arka ve yan dirsek grafilerinde radius başından köken alan kemik bir sap ile esas kemikten dışarı posterolaterale doğru büyüyen lezyon izlenmiştir (Şekil 1). Cerrahi eksizyonel biopsi planlanan hastanın lezyonunun lokalizasyon tesbiti ve planlama açısından üç boyutlu bilgisayarlı tomografi (3DBT) tetkiki istenmiş ve lezyon gösterilmiştir (Şekil 2). Olguya osteokondrom ön tanısıyla ameliyat planlandı.

Genel anestezi altında ve turnike hemostazı kontrolünde uygun saha temizliği ve örtümünü takiben sağ dirsek lateralinden, proksimal lateral kondilden başlayan ve distale doğru yaklaşık 6-7 cm uzunluğundaki insizyonla cilt ve ciltaltı dokular geçildi. Ankenous ve ekstensor karpi ulnaris arasındaki plandan girilerek radius başına ve radiohumeral ekleme ulaşıldı. Posterior interosseöz sinirin cerrahi sahadan

uzaklaştırılması için ön kol pronasyona alındı. Kitle üzerindeki ve eklem seviyesindeki kapsül açılarak kitleye ulaşıldı (Şekil 3). Kitlenin yaklaşık 2.5 *5 cm büyüklükte, radial başın hemen altından bir kemik bağlantı ile bağlı olduğu, özellikle ön kol supinasyonda takılmaya sebep olduğu görüldü. Ayrıca kitlenin nörovasküler yapılar baskı yapmadığı ve radial baş kırıkdağının sağlam olduğu gözlemlendi. Kitle osteotom yardımıyla eksize edildi. Kitlenin makroskopik incelemesinde 2.5*1.5*1 cm boyutta üzeri kırıkdağ kep yapısı bulunduran mantar şeklinde kemik doku olduğu gözlemlendi (Şekil 4).



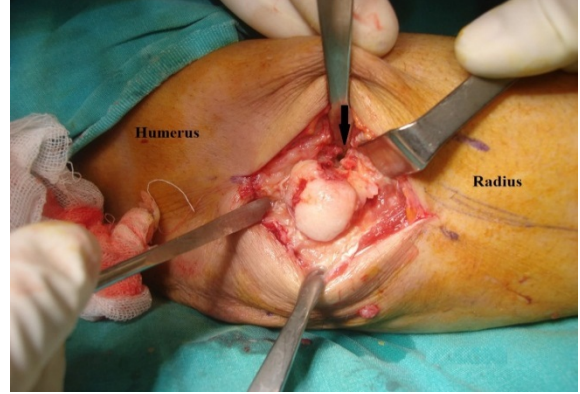
Şekil 1. A) Ön arka ve **B)** yan dirsek grafilerinde radius başından köken alan kemik bir sap ile esas kemikten dışarı posterolaterale doğru büyüyen lezyon izlenmiştir.



Şekil 2. 3D BT ile lezyonun iki farklı planda (A-B) görüntülenmesi.

Kitlenin tamamen çıkartılması ile eklem hareketleri skopi kontrolünde değerlendirilerek radiohumeral ve proksimal radioulnar eklem hareketlerinin tam olduğu gözlemlendi. Turnike açılarak kanama kontrolünü takiben katlar bir adet minivac üzerinden usulüne uygun olarak kapatıldı. Ameliyat sonrası yapılan norovasküler muayenede de tüm yapılar sağlam olarak değerlendirilmiştir ve kitlenin çıkartıldığı ameliyat sonrası çekilen grafilerde

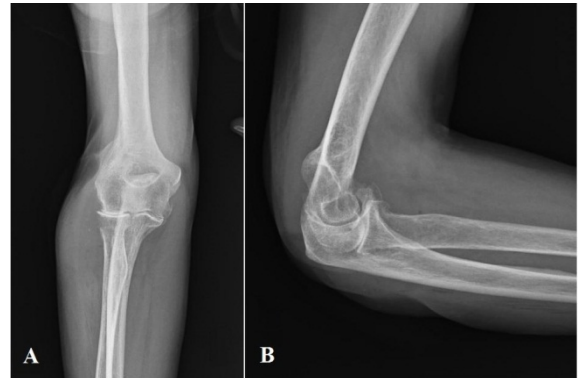
gösterilmiştir (Şekil 5). Kitlenin histopatolojik incelemesinde ise kesitlerde kartilajinöz kep altından başlayan enkondral ossifikasyon, kemik trabekülleri ve kemik iliği mesafesi izlenmiş ve tanı osteokondrom olarak rapor edilmiştir. Halen takibimizde olan hastanın eklem hareket açıklığı tam olup, erken veya geç cerrahi komplikasyon ve nüks görülmemiştir.



Şekil 3. Radius başında kırıkdağ şapka ile örtülü ekspanse kitle. Siyah ok radiohumeral eklem seviyesini göstermektedir.



Şekil 4. Kitlenin makroskopik görüntüsü. En büyüğü 2.5*1.5*1 cm boyutta üzeri kırıkdağ şapka yapısı bulunduran mantar şeklinde kemik doku.



Şekil 5. A) Ön arka ve **B)** yan dirsek grafilerinde kitlenin çıkartılması sonucu radius başı ve dirsek eklemi görülmektedir.

Tartışma

Osteokondromlar, en sık görülen iyi huylu kemik tümörleridir. Hastaların %90'ında tek lezyon vardır ve olguların çoğu, büyümenin hızlandığı ergenlik döneminde görülür (4,6,7). Osteokondrom tanısı alan kitleye sahip olan hastaların %70'i 20 yaş altındaki genç insanlar olduğundan (6) mevcut olgu sunumunda bahsedilen hastamız ileri yaşı itibarıyla bu genellemenin dışında kalarak hem lezyonun lokalizasyonu hemde demografik özellikler açısından literatürde belirtilen olgulardan farklılık göstermektedir.

Osteokondromun etyolojisinde perikondriumdaki bir kusura bağlı olarak büyüme plağının bir kısmı normal büyüme yönünden şaşarak dışa doğru büyümeye başlar. Dışarı doğru büyüyen lezyonun üzerinde kalan kıkırdak kısım bir büyüme plağı gibi davranarak kemik yapımını sürdürür. Sonuçta tutulan kemikten dışa doğru uzanan, üzeri kıkırdak kaplı kemiksel bir çıkıntı oluşur (4,5). Osteokondrom her zaman büyüme plağının metafize bakan bölgesinden (jukstaepifizer bölge) çıkar. Kemiğin uzamasıyla büyüme plağı lezyondan uzaklaştığından diyafiz yerleşimli osteokondroma da rastlamak olasıdır. Osteokondromun çıktığı metafizde hafif bir genişleme gözlenir (4,5).

Osteokondromun genellikle semptomsuz olması ve ergenlik dönemi sonrası lezyonların gerilemesi olasılığı nedeniyle hastaların periyodik olarak izlenmesi yeterli olmakta, fakat semptomatik olan ya da hızlı büyüyen lezyonlar olursa eksizyon önerilmektedir (8,9,10). Soliter osteokondromun sekonder kondrosarkoma dönüşmesi oldukça nadir bir durumdur. Fakat erişkin yaşta halen büyümeye devam eden, hızlı büyüyen, lokal ağrı oluşturan ve kitle üzerindeki ciltte damarlanma ve ısı artışına sebep olan lezyonlar habaset açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca radyolojik olarak ölçülen kıkırdak şapka kalınlığının 2 cm'in üstüne çıkması, ya da ani artış göstermesi habaset lehine değerlendirilir (4,9,10).

Mevcut olgu sunumunda ileri yaştaki bir erişkin erkek hastada yeni başlangıçlı ve/veya yeni belirti veren radius başında lokalize

osteokondrom takdim edilmiştir. Dirsek hareketleri ile ortaya çıkan ağrının giderilmesi, dirsek hareket açıklığının sağlanması ve özellikle yaşlı hastalarda habaset dönüşümü ihtimalinden dolayı nörovasküler yapılara bası belirtileri olmasa da hastamızda mevcut osteokondrom eksize edilerek tedavi edilmiştir.

Kaynaklar

1. Karakaş K, Perçin S, Kış M. Soliter osteokondromda pedikül kırığı. Acta Orthop Traumatol Turc 2000; 34: 96-7.
2. Mansour AMR, Radwan YA. Recurrent Osteochondroma of the phalanges of the Hand: Review of Literature and a Case Report. Pan Arab J Orth Trauma 2007;11:114-117.
3. Öztürk H, Öztürüm Z, Ünsaldı T, Aslan TT. Soliter Osteokondrom tanısı ile opere edilen 23 olgunun retrospektif değerlendirilmesi C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2006;8: 61 – 64.
4. Herring JA: Benign musculoskeletal tumors, In :Tachdian's pediatric orthopedics. Vol.3, 3rd ed. Philadelphia:W.B. Saunders ; 2002.1901-53.
5. Mirra JM: Parosteal tumors, In: Mira JM, Picci P, Gold R, ed. Bone Tumors: clinical radiologic, and, and pathologic correlation. vol 2 1st ed. Philadelphia:Lea&Febinger; 1989.1587-753.
6. Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, Flemming DJ, Gannon FH. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2000;20:1407-34.
7. Calafiore G, Bertone C, Urgelli S, Riviera F, Maniscalco P: Osteochondroma. Report of a case with atypical localization and symptomatology. Acta Biomed Ateneo Parmense 2001; 72: 91-6.
8. Zinna SS, Khan A, Chow G. Solitary cervical osteochondroma in a 9-year-old child. Pediatr Neurol 2013; 49:218-9.
9. Kitsoulis P, Galani V, Stefanaki K, Paraskevas G, Karatzias G, Agnantis NJ, Bai M. Osteochondromas: review of the clinical, radiological and pathological features. In Vivo 2008 ; 22:633-46.
10. Castriota SA, Bonetti MG, Cammisa M, Dallapiccola B. Spontaneous regression of exostoses: two case reports. Pediatr Radiol 1995; 25: 544-548.

