

El Yerleşimli Enkondromun Küretaj Tedavisi Sonrası Geç Dönem Nüksü

The Late Recurrence of the Enchondromas After Curettage Treatment in the Hand

Umut Hatay Gölge¹, Cengiz Işık²

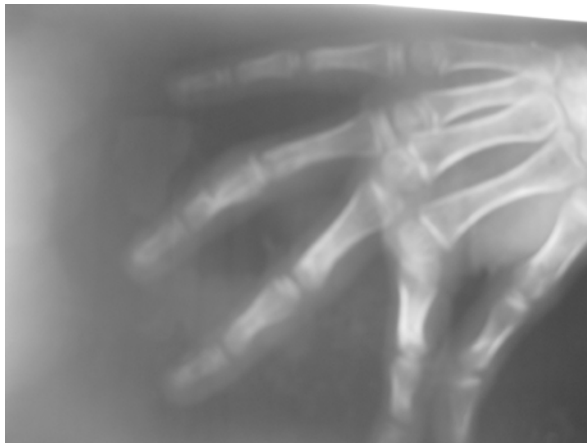
¹Yüksekova Devlet Hastanesi, Ortopedi Ve Travmatoloji, Hakkari

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji, Bolu

El ve el bileğinin en sık görülen primer kemik tümörü enkondrom olup vücutta görülenlerin % 40'ını oluşturur. Enkondromlar sırasıyla proksimal falanks, metakarp ve orta falanklarda görülür (1,2). Tanı genellikle ağrılı veya ağrısız şişlik şikâyeti ile başvuru, patolojik kırık veya tesadüfen çekilen radyolojik görüntüleme sonrası konulur (3-5). Tedavide tümörün küretajla iyi derecede temizlenmesi nüksün önlenmesinde önemlidir. Nüks oranının literatürde %0-13.3 arasında olduğu görülmektedir (6). Biz bu yazıda el yerleşimli enkondromun küretaj sonrası gelişen geç dönem nüksü ve oluşan kavitenin otogreft ile doldurulduğu olgunun sonuçlarını sunmayı amaçladık.

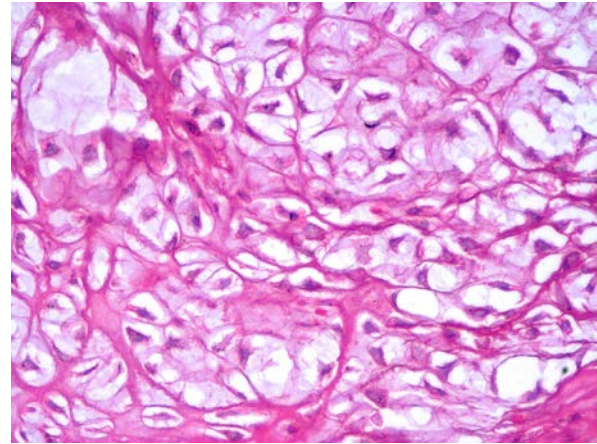
Olgu

Sol el 4.parmak orta falanks düzeyinde kitle, ağrı ve şişlik yakınması ile 10 yaşındaki erkek hasta polikliniğe başvurdu. Öyküsünde yaklaşık 7 sene önce benzer şikâyetler nedeniyle ameliyat edilen hastaya enkondrom teşhisi konulduğu öğrenildi. Yapılan muayenede kitlenin sert kıvamda, 2 cm çapında, hareketsiz, orta falanks seviyesinde, ulnar tarafta, PIP ve DIP eklem hareketlerine engel olmayan kitle palpe edildi. Radyografik incelemesinde kitlenin orta falanksta destruksiyona neden olduğu gözlemlendi (Resim 1).



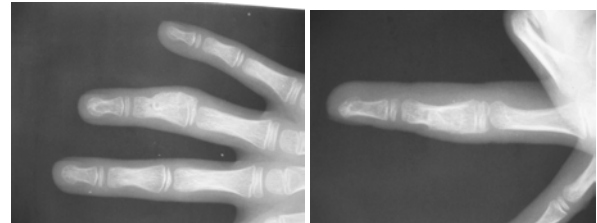
Resim 1. Preoperatif grafisi

Eski insizyon kullanılarak yapılan explorasyonda enkondrom nüksü ile uyumlu kitlenin radyolojik görünümünün aksine orta falanks ortasına kadar destruksiyona neden olduğu gözlemlendi. Sağlam kemik doku kalıncaya kadar kürete edildi. Kavite iliak kanattan alınan spongios otogreft ile dolduruldu. On gün kısa kol ateli iki hafta da parmak ateli uygulandı. Tam kavrama gücü 33 günde, konsolidasyon süresinde 28 günde elde edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesinde enkondrom nüksü doğrulandı (Resim 2).



Resim 2. Histopatolojik inceleme (HE boyanmış, Atipi izlenmeyen kondromatöz proliferasyon alanı).

Radyografik değerlendirmede, Tordai sınıflamasına göre grup I' de olan hastanın fonksiyonel sonuçları Enneking'in skorlama sistemine göre mükemmeldi (Resim 3).



Resim 3. Postoperatif AP ve lateral grafisi.

El ve el bileğinin en sık rastlanan primer kemik tümörü enkondromdur (7,8). Enkondrom, tüm parmaklarda görülebilmemesine rağmen 4. ve 5. parmak lokalizasyonu daha sıktır (9). Bizim olguda 4. parmakta görüldü. Tedavideki amaç malign dejenerasyona dönüşümü engellemek ve büyüyen tümörün kemikte yaptığı harabiyet sonrası gelişebilecek deformite ve patolojik kırık olasılığını azaltmaktır. Ameliyat materyalinin histolojik incelenmesiyle enkondrom tanısını doğrulamak önemlidir. Enkondromların tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemlerden biriside küretajdır. Tedavideki küretaj sonrasında enkondromun nüks oranı %0-13.3 olarak belirtilmiştir (6). Tek olan lezyonları sadece küretajla başarılı sonuçlar aldıklarını

savunan araştırmacılar vardır (6,10-12). Kuur ve ark. (12) sadece küretaj yapılacak enkondromlara bir sınırlama getirerek, sadece ekzantrik yerleşimli enkondromlarda uygulanmaması gerektiğini bildirmişlerdir. Santralize yerleşimi olan bu olguda ise küretaj sonrası greftleme uygulandı.

Sonuç olarak sadece küretaj uygulamasının lezyon bölgesini instabil kılacağı, patolojik kırığa zemin hazırlayacağı, erken ve geç dönem nüks oranını artıracığından tedavide iyi bir küretajla beraber greftleminde (otogreft ya da allogreft) eklenmesi kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Schwartz HS, Zimmerman NB, Simon MA, Wroble RR, Millar EA, bonfiglio M. The malignant potential of enchondromatosis J Bone Joint Surg Am. 1987; 69; 269–274
2. O'Connor MI, Bancroft LW. Benign and Malignant Cartilage Tumors of the Hand. Hand Clin. 2004;20: 317–323.
3. Malizos KN, Gelalis ID, Ioachim EE, Soucacos PN. Pathologic fracture of the scaphoid due to enchondroma: treatment with vascularized bone grafting. Report of a case. J Hand Surg [Am] 1998;23:334-7.
4. Canovas F, Nicolau F, Bonnel F. Avulsion of the flexor digitorum profundus tendon associated with a chondroma of the distal phalanx. J Hand Surg 1998;23:130-1.
5. Shimizu K, Kotoura Y, Nishijima N, Nakamura T. Enchondroma of the distal phalanx of the hand. J Bone Joint Surg 1997;79:898-900.
6. Tordai P, Hoglund M, Lugnegard H. Is the treatment of enchondroma in the hand by simple curettage a rewarding method? J Hand Surg 1990;15:331-4.
7. Unni KK, Dahlin DC. Dahlin's Bone Tumors. 5th Ed, Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
8. Athanasian EA. Bone and Soft Tissue Tumors. Green's Operative Hand Surgery. 5th ed, Pennsylvania: Elsevier Churchill Livingstone, 2005; 2211–2263.
9. Leclercq C. Soft tissue and bone tumors of the hand. Tendon, nerve and other disorders. Ed. Tubiana R. First edition 2005; Chapter 41.615-33
10. Hasselgren G, Forssblad P, Tornvall A. Bone grafting unnecessary in the treatment of enchondromas in the hand. J Hand Surg 1991;16:139-42.
11. Wulle C. On the treatment of enchondroma. J Hand Surg 1990;15:320-30.
12. Kuur E, Hansen SL, Lindequist S. Treatment of solitary enchondromas in fingers. J Hand Surg 1989;14:109-12

