



ODÜ Tıp Dergisi / ODU Journal of Medicine
http://otd.odu.edu.tr

Olgu Sunumu

Case Report

Odu Tıp Derg
(2015) 2: 83-86

Odu J Med
(2015) 2: 83-86

Epileptik nöbet bulgusu ile gelen temporal kemik osteomu: Nadir bir olgu sunumu
Osteoma of the temporal bone presenting with epileptic seizures: Report of a rare case

**Mustafa Güven¹, Tarık Akman¹, Adem Bozkurt Aras¹, Naci Topaloğlu²,
Halil Murat Şen³, Nihal Kılınç⁴, Fatma Sılan⁵,
Mustafa Reşorlu⁶, Murat Coşar¹**

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahi,
²Pediyatri, ³Nöroloji, ⁴Patoloji, ⁵Tıbbi Genetik ve ⁶Radyoloji Anabilim Dalları,
Çanakkale

Yazının geliş tarihi / Received: 18 Mart 2014 / March 18, 2014
Düzeltilme / Revised: 27 Mart 2014 / March 27, 2014
Kabul tarihi / Accepted: 3 Kasım 2014 / Nov 3, 2014

Özet

Osteomlar nadir görülen ve yavaş büyüyen benign tümörlerdir. Genellikle soliter, saf kemik dokudan oluşmuş; sıklıkla kafatasında ve oldukça nadir olarak da uzun kemiklerde görülen lezyonlardır. Osteomlar en sık paranasal sinüslerde görülmekle beraber kafa kubbesinde veya çene kemiklerinde de bulunabilirler. Kalvaryumun en sık görülen benign tümörleridir. Çoğu asemptomatiktir ve başka amaçlarla çekilen grafilerde tesadüfen saptanırlar. Asemptomatik olanlarda kozmetik nedenler dışında cerrahi tedavi gerekmemektedir. Bu yazıda temporal kemikte osteomu bulunan ve bu nedenle epileptik nöbet gelişen bir olgu sunuldu ve ilgili literatür gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Paranasal sinüs, osteom, epilepsi

Abstract

Osteomas are rarely-observed, slow-growing benign tumors. Generally they are solitary lesions comprising pure bone tissue, frequently observed on the skull and rarely on the long-bones. They are most frequently found in the paranasal sinuses and may be found on the skull dome or chin bones. Osteoma is the most frequently observed benign tumor of calvarium. Most are asymptomatic and are coincidentally observed by imaging methods. Asymptomatic types do not require surgery except for cosmetic reasons. This article presents a case with osteoma on the temporal bone which caused epileptic seizures and a summary of the related literature.

Keywords: Paranasal sinuses, osteoma, epilepsy

Giriş

Osteomlar yavaş büyüme ve matür kemik oluşumu ile karakterize nadir benign tümörlerdir. Sıklıkla kafatası kemiklerinde, kafatasında da en sık paranasal sinüslerin içinde görülür. Sinüslerin haricinde paryetal kemikte, maksilla ve mandibulada da görülebilir. Kemiklerden bağlantısız olarak kasların içinde de gelişebileceği bildirilmiştir. Sıklıkla bulgu vermezler. Ancak ağrı ve ele gelen kitle en sık görülen şikayetlerdir. Histopatolojik olarak; kompakt, süngerimsi ve mikst olmak üzere 3 tipi vardır. Kompakt tip matür lameller kortikal kemik oluşumu ile, süngerimsi (kansellöz) tip ise kemik iliği bulunan trabeküler kemik oluşumu ile karakterizedir (1). Etiyolojisi tam anlaşılammış olmasına rağmen travma, enfeksiyon veya konjenital anomali sonucunda geliştiği kabul edilmiştir (1). Kaynaklandığı yere göre; periferik (perosteal), santral ve ekstraosseöz olmak üzere 3 çeşittir. Periferik osteomlar kortikal yüzeye yapışık lezyon olarak gelişir. Santral osteomlar endosteal kemik yüzeylerinden meydana gelir. Ekstraosseöz osteomlar kas dokusunda gelişir. Radyolojik olarak düzgün sınırlı ve yuvarlak görüntü veren kitlelerdir (2). Multipl osteom ile Gardner sendromu arasında yakın ilişki saptanmıştır (3). Olgumuzda sağ temporal kemikte santral osteom saptandı. Olgumuz epilepsi ile prezente olduğu için opere edildi. Bu olguyu sunmamızın amacı osteomların farklı klinik prezentasyonlarını, radyolojik özelliklerini, tanı ve tedavisini ortaya koymak, literatürü gözden geçirerek benzer lezyonların ayırıcı tanısını tartışmaktır.

Olgu

13 yaşında bayan hasta. Son 3 ay içinde 3 kez generalize tonik klonik nöbet öyküsü ile pediatri polikliniğine

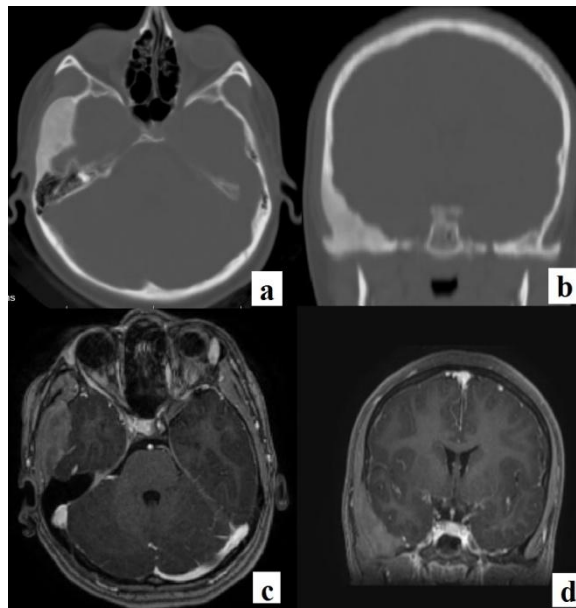
müracaat etti. Hastanın fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Fizik muayenede sağ temporal bölgede sert şişlik mevcuttu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Bilgisayarlı tomografide (BT) sağ temporal kemik skuamöz parçasında ekspansiyon ve kortikal incelmeye neden olan homojen buzlu cam dansitesinde lezyon izlendi. Kemik yapıda destrüksiyon yada periost reaksiyonu izlenmedi (Şekil 1). Beyin cerrahi kliniğine konsulte edilen hastaya yatış verildi. Kontrastlı kranial manyetik rezonans (MR) incelemede sağ temporal kemik skuamöz parçasında hafif kontrast tutan hiperintens lezyon saptandı. Komşu serebral parankimde patolojik özellikte sinyal ya da kontrastlanma izlenmedi (Şekil 1).

Semptomatik olduğundan hastaya ameliyat önerildi. Bilgilendirilmiş onamı alınan hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Sağ temporal kraniyotomi insizyonu ile girilerek cilt, cilt altı ve fasiya geçildi. Temporal adale flebi subperiosteal diskesiyonla kaldırıldı. 5 x 4 cm kraniektomi ile osteoma total eksize edildi ve kranioplasti yapıldı (Şekil 2).

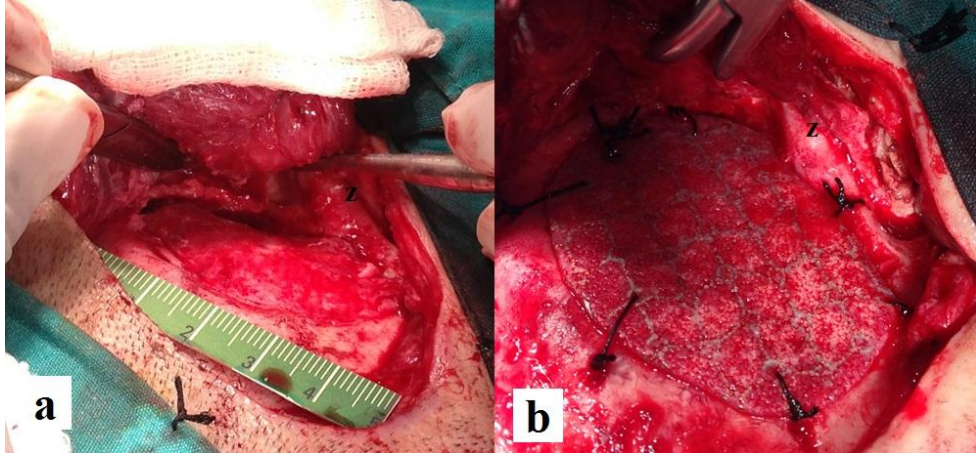
Patolojiye gönderilen gross spesimenler kemik sertliğinde, halkasal tarzda ve yaklaşık 4 x 3 x 0.7 cm ebatlarındaydı. Yüzeysel alanları soluk ve düz, kesit yüzeyi pürüzlüydü. Spesimen % 10 nötral formalinde fiske edildikten sonra % 5 formik asitte dekalsifiye edildi. Histopatolojik inceleme matür lameller kemikten oluşuyordu. Lezyon dens ve lameller kortikal kemik içeren osteom olarak değerlendirildi (Şekil 3).

Periferik kandan yapılan GTG bantlı kromozom analizinin 46, XX normal olduğu saptandı.

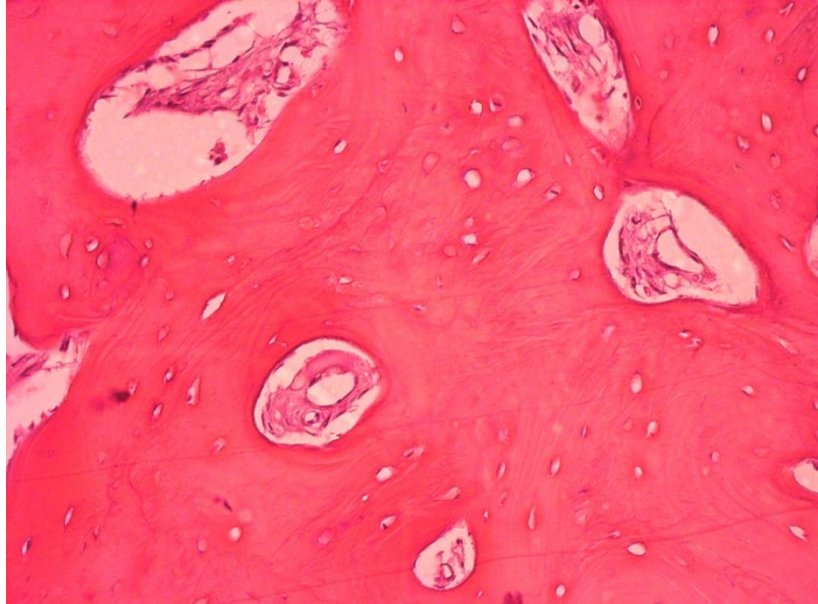
Postoperatif dönemde yapılan BT'de rezidü kitle olmadığı gözlemlendi (Şekil 4). Hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edildi. 4 aylık takipte asemptomatik ve nüks gelişmedi.



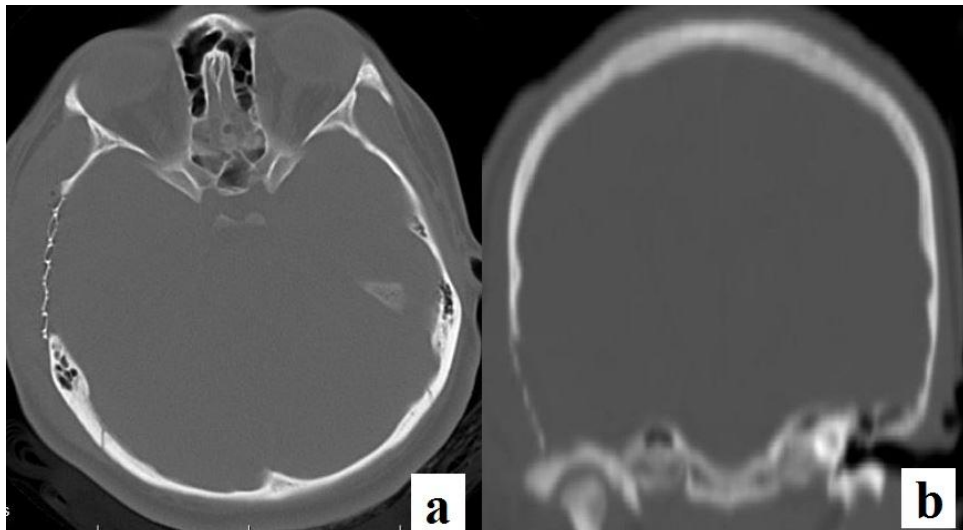
Şekil 1: a) Sağ temporal bölgedeki kemik tümörünün preoperatif aksiyel BT b) preoperatif koronal BT c) bravo sekans kontrastlı aksiyel MR d) bravo sekans kontrastlı koronal MR görüntüleri.



Şekil 2: a) Postoperatif 5 x 4 cm kraniyektomi alanında duranın intakt olduğu görülmektedir b) kranioplasti yapıldıktan sonra ameliyatın son hali görülmektedir (z : zigomatik ark).



Şekil 3: Fotomikrografta matür lameller kemiğin trabekülası ile bir miktar fibröz-yağlı kemik iliği görülmektedir (Hematoksilen & Eosin boyama, orijinal büyütme x 200).



Şekil 4: Rezidü kitle olmadığı izlenmektedir a) Postoperatif 1. gün aksiyel BT b) Postoperatif 1. gün koronal BT

Tartışma

Osteomlar matür kemik dokusundan oluşan ve yavaş büyüyen benign kitlelerdir. İlk kez Friedberg tarafından tanımlanmıştır (4). En sık 5. dekatta rastlanır. Kadın:erkek oranı 2:1'dir. İnsidansı % 0.43 olup % 80 oranında sadece frontal veya frontoetmoidal sinuste görülür (5). Genellikle puberteden sonra gelişmesinden dolayı etyolojisinde kemik büyümesini düzenleyen faktörlerin etkili olduğu düşünülmüştür. Travmayı izleyen periostitin predispozan faktör olduğu, preosseöz konektif dokudan hamartom olarak kaynaklandığı da diğer hipotezler arasındadır (1,6).

Direkt grafilerde lezyon sınırları belirgin ve radyoopaktır. Lezyonun tam bir preoperatif değerlendirmesi için BT yapılmalıdır. Osteom BT'de genellikle yuvarlak veya oval homojen hiperdens görüntü verir (4). MR'da T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens görünüm karakteristiktir. Radyolojik olarak ayırıcı tanıda eosinofilik granülom, multipl miyelom, dev hücreli tümör, fibröz displazi, osteosarkom ve osteoblastik metastazlar dikkate alınmalıdır (2). Cerrahi tedavi yapılmayan olgularda kitlenin büyümesi aralıklı görüntülemeler ile takip edilmelidir.

Multipl osteomların ayırıcı tanısında Gardner sendromu düşünülmelidir. Bu olgular karın ağrısı, rektal kanama ve diyare bulguları ile gelebilirler. Sıklıkla 2. dekatta görülür. Ailesel polipozis koli, kutanöz sebace kistler, dermoid tümör ve osteomlarla karakterizedir. Gardner sendromunda osteomlar sıklıkla kafatası, paranasal sinüsler, mandibula ve maksilladadır (7). Soliter osteomlar ile multipl osteomlarda cerrahi endikasyonlar aynıdır. Olgumuza karyotip analizi ile nörofibromatozis, McCune-Albright sendromu, ensefalokraniokutanöz lipomatozis ve Gardner sendromu ayırıcı tanısı yapıldı.

Osteomun tedavisinde cerrahi başlıca seçenektir. Çevre yapıları zarar vermemek, rezidü tümör dokusu bırakmamak ve en iyi estetik sonucu elde etmek için yaklaşımı önceden planlamak önemlidir. Olgumuzda

lezyon frontal kemiğe kadar uzandığı halde estetiği korumak için sadece temporal cilt flebi kaldırıldı ve saçlı deri dışında insizyon yapılmadı. Total eksizyonla rekürrens görülmez, küratif tedavi sağlanır. İzci'nin 13 olguluk serisinde nüks ve rezidü kitle saptanmadığı bildirilmiştir (2).

Kranioplasti için günümüzde otolog kemik grefti, polimetil metakrilat veya polietilen kullanılmaktadır. Bizim olgumuzda defekt büyük olduğundan titanyum mesh üzerine emdirilmiş porozlu polietilen (Medpor Titan, Stryker Corp., Kalamazoo, MI, USA) kullanıldı.

Sonuç olarak; osteomlarda cerrahinin amacı tanıyı kesinleştirmek, kozmetik düzelme sağlamak ve nörolojik hasarı önlemektir. Bizim olgumuz santral (endosteal) osteom olduğundan hem kozmetik amaçlı, hem de nörolojik hasarı önlemek için cerrahi eksizyon yapıldı.

Kaynaklar

1. Del Vecchio A, Agrestini C, Salucci P, Manicone AM, Della Rocca C. Osteomas and exostoses of the facial structures: a morphological study and the etiopathogenetic considerations. *Minerva Stomatol* 1993; 42(11-12):533-40.
2. İzci Y. Management of the large cranial osteoma: experience with 13 adult patients. *Acta Neurochir (Wien)* 2005; 147(11):1151-5
3. Bilkay U, Erdem O, Ozek C, et al. Benign osteoma with Gardner syndrome: review of the literature and report of a case. *J Craniofac Surg* 2004; 15(3):506-9.
4. Friedberg SA. Osteoma of mastoid process. *Arch Otolaryngol* 1938;28(1):20-6.
5. Childrey JH. Osteoma of sinuses, the frontal and sphenoid bone: report of 15 cases. *Arch Otolaryngol* 1939; 30(1):63-72.
6. Varshney S. Osteoma of temporal bone. *Indian J of Otol* 2001; 7(1):91-2.
7. Jones K, Korzcak P. The diagnostic significance and management of Gardner's syndrome. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990; 28(2):80-4.