

Omurganın benign tümörlerinin cerrahi tedavisi

Emin Alici (1), Nuri Erel (2), Serdar Pedükçoşkun (2)

Bu çalışmada, son on yıl içinde omurgasındaki benign tümörü cerrahi tedaviye ihtiyaç gösteren 28 hasta incelenmiştir. Bunlardan 2'si osteokondrom'lu, 8'i osteoid osteoma'lı, 4'ü osteblastom'lu, 6'sı anevrizmal kemik kist'li, 3'ü dev hücreli tümör'lü, 1'i hemangiom'lu, 4'ü eozinofilik granüloma'lı idi. Anevrizmal kemik kist'li hastalardan 2'sinde, eozinofilik granüomalı hastalardan 1'inde nüks olduğundan, ikinci defa ameliyat edildiler. Anevrizmal kemik kist'li hastalardan tümüne, eozinofilik granüomalı hastalardan 3'üne postoperatif radyoterapi uygulandı. Osteokondrom'lu, osteoid osteoma'lı, osteoplastomalı ve hemangiomlu hastalarda tedavi, yalnız tümörün rezeksiyonu şeklinde yapıldı. Anevrizmal kemik kist'li, dev hücreli tümör'lü ve eozinofilik granüloma'lı hastalarda tümör stabiliteyi bozduğundan omurganın stabilizasyonu gerekti.

Anahtar kelimeler: Omurga, benign tümör.

Surgical Treatment of benign tumors of the spine

In this report, 28 patients who needed surgical treatment of benign tumors of the spine in the last ten years have been studied. Among these, 2 were with osteoblastoma, 6 were with aneurysmal bone cyst, 3 were with giant cell tumor, 1 was with hemangioma and 4 were with eosinophilic granuloma. 2 of the patients with aneurysmal bone cyst and 1 with eosinophilic granuloma were operated again because of relapses. Postoperative radiotherapy was applied to all the patients with aneurysmal bone cyst and 3 with eosinophilic granuloma. The treatment was only in the form of the resection of the tumor in the patients with osteochondroma, osteoid osteoma, osteoblastoma and hemangioma. Since the tumor broke the stability, the stabilization of the spine was necessary in the patients with aneurysmal bone cyst, giant cell tumor and eosinophilic granuloma.

Key words: The spine, benign tumor

Omurganın benign tümörleri çok sık rastlanan patolojiler değildirler. Çoğu kez ağrı başlangıç ve tek klinik bulgu olarak görülür. Ağrı osteoid osteoma ve osteoplastomada olduğu gibi lezyonun özelliğine bağlı olarak gelişebildiği gibi patolojik kırıklar ve lezyonun çevreye direkt baskısı sonucu da meydana gelebilir.

Omurgada osteoid osteoma genellikle pediküllere ve faset eklemlerine yerleşir, Sklerozla karakterizedir. Bütün benign tümörlerin %1'ini teşkil eder. Erkeklerde iki kat fazla ve gençlerde görülür. Osteoid osteomaların %10-18'i omurgada yerleşir. Klinikte ağrılı skolyoz şeklinde görülür. Tanıda direkt radyolojik inceleme, bilgisayarlı tomografi ve kemik sintigrafisinin önemi büyüktür. Tedavisi tümörün cerrahi rezeksiyonuyla yapılır.

Osteoplastoma benign kemik tümörlerinin %3, bütün kemik tümörlerinin %1'ini teşkil eder. %34-41 omurgaya yerleşir. Omurgadaki lokalizasyonu posterior elementlerdir. Klinikte kendini ağrıyla ve ağrılı skolyozla gösterir. Röntgende iki santimetreden daha büyük osteolitik lezyonlar şeklinde görülür. Tanıda, direkt radyolojik inceleme, bilgisayarlı tomografi ve kemik sintigrafisi önemlidir. Tedavisi cerrahi rezeksiyondan ibarettir.

Omurgada anevrizmal kemik kisti oldukça ender görülür. Kemik kistik, hemorajik bir pseudo tümörü olarak düşünülmektedir. Birçok tümör üzerinde sekonder olarak gelişebilir. Omurgadaki lokalizasyonu %12 dir. Omurganın her yerine yerleşebilir. Genellikle gençlerde ve çocuklarda görülür. Ekspansif bir lezyonudur. Agresive, aktif ve inaktif formları mevcuttur. Literatürde kendi kendine iyileşen olgular bildirildiği gibi, yalnız cerrahi rezeksiyon veya cerrahi rezeksiyonla birlikte radyoterapininde yapıldığı hastalar mevcuttur.

Dev hücreli tümör daha çok erişkinlerde ve gençler-

de görülen tekrarlama şansı yüksek bir tümördür. Omurgada görülme oranı %3.2 dir. Değişik klinik, histolojik ve radyolojik özellikler gösterebilir. Osteolitik lezyonlar halinde olan bu tümörün rekürrens gösteren çok agresif tipleri mevcuttur. Tümörün tedavisinde küretaj, en blok rezeksiyon ve radyoterapi yapılmaktadır.

Omurgada eozinofilik granüloma, vertebra plana olarak bilinir. Nedeni bilinmemektedir. Sıklıkla omurga kollapsına neden olur. Erkeklerde ve özellikle 10 yaşın altında daha fazladır. Kendiliginden iyileşen olgular olduğu gibi, cerrahi rezeksiyona rağmen nüks eden ve radyoterapiye ihtiyaç gösteren hastalar da mevcuttur.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, son 10 yılda Ege ve Dokuz Eylül Üniversiteleri Tıp Fakülteleri Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde omurgasındaki benign tümörü cerrahi yöntemlerle tedavi edilmiş 28 hasta incelenmiştir.

Osteokondromlu olan 2 hastadan biri 3 yaşında bir kız çocuğuydu ve lezyon servikal 2. omurun laminasının sağ yansında lokalizeydi. 1 cm çapındaki lezyon cerrahi olarak rezeke edildi. 30 aydır kontrolde tutuluyor. İkinci hasta 40 yaşında servikal 4. omurun prosesus spinosusunun sağ tarafında lokalize 3 cm çapında ekzostozlu bir kandı. Tümör cerrahi olarak rezeke edildi. Hasta 8 yıldır kontrol ediliyor.

Hastalardan sekizinde osteoid osteoma mevcuttu ve bunlar ağrılı skolyozla kliniğe başvurmuşlardır. Tanı, sintigrafisi, bilgisayarlı tomografi ve direkt grafi ile kondu. Lezyonların 2 si pedikülde 4 ü superior fasette, 2 si inferior fasette lokalizeydi. 7 si lomber bölgede biri dorsal il. omurdaydı (tablo I). Tedavi cerrahi rezeksiyonla yapıldı.

(1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

(2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Hastalar 6 ayla 6 yıl arasında kontrol edildi.

Dört hasta osteoblastomalıydı ve bunların üçü sakrumda, biri lomber 5. omurda lokalizeydi. Hastalar 12-20 yaşları arasındaydı. Hastalar ağrıyla başvurmuşlardı ve kesin tanı kemik sintigrafisiyle konulmuştu. Tedavi cerrahi küretajla yapıldı. Kemik grefti ile destekleme gereği ortaya çıkmadı. Hastalar 3-10 yıl arasında kontrol edildi. (Tablo 1)

Tümör	Yaş	Cins	Lokalizasyon	Tedavi
Osteokondrom	40	K	Servikal-4	Cerrahi Rezeksiyon
Osteokondrom	3	K	Servikala-3	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	13	K	Lomber-2 S.F.E	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	14	E	Lomber-2 S.F.E	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	16	E	Lomber 1 Pedikül	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	5	K	Servikal-34 S.F.E	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	11	K	Lomber-3 İ.F. E	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	12	E	Lomber-4 Pedikül	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	14	E	Lomber-1 İ.F. E	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoid Osteoma	20	E	Dorsa-II S.F. E	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoblastoma	18	E	Sakrum	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoblastoma	17	E	Sakrum	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoblastoma	12	E	Sakrum	Cerrahi Rezeksiyon
Osteoblastoma	20	K	Lomber-5 Laminada	Cerrahi Rezeksiyon

TABLO 1

Anevrizmal kemik kistli altı hasta 12-40 yaşları arasındaydı. İ'i servikal, 4' dorsal ve l'i lomber bölgedeydi. 3'ü anterior ve posterior elementlerde beraber, 3' ü yalnız posterior elementlerde lokalizeydi. Hastalar tümörün cerrahi rezeksiyonunu takiben radyoterapiye gönderildi. Buna rağmen 3 hastada 4 ayla 3 yıl içinde nüks görüldü. Bunlara daha geniş radikal bir rezeksiyon yapıldı. Hastalar 1 ile 9 yıl arasında takip edildi. (Tablo 2)

Tümör	Yaş	Cins	Lokalizasyon	Tedavi
Anevrizmal Kemik Kisti	18	E	Servikal-4	C.R.+Radyo Nüks
Anevrizmal Kemik Kisti	32	K	Dorsal-10	C.R.+Radyo Nüks
Anevrizmal Kemik Kisti	12	K	Dorsal-1	Ant. ve Post C.R.+Radyo
Anevrizmal Kemik Kisti	20	K	Dorsal-4	Post C.R.+Radyo
Anevrizmal Kemik Kisti	38	E	Lomber-4	Post C.R.+Radyo
Anevrizmal Kemik Kisti	40	E	Lomber-4	Post C.R.+Radyo
Dev Hücreli Tümör	20	E	Dorsal-4	Posterior C.R
Dev Hücreli Tümör	35	K	Dorsal-4	Posterior C.R
Dev Hücreli Tümör	46	E	Bomber-4	Posterior C.R
Hemanjiom	34	K	Dorsal-10	C.R.(Ant Pat Kir'i)
Eozinofilik granüloma	6	K	Servikal-3	Ant-Post C.R.+Radyo
Eozinofilik granüloma	5	K	Dorsal-6	Ant C.R.+Radyoterapi
Eozinofilik granüloma	4	K	Dorsal-8 ve Lomber 3	Ant C.R.+Radyoterapi

TABLO 2

Hastalarımızdan 3'ünde dev hücreli tümör mevcuttu. 20 ile 46 yaşları arasındaki hastaların 2'sinde lezyon dorsal bölgede, birinde lomber bölgede idi. Bu lezyonların 3' de posterior lokalizasyonluydular. Hastalardan birinde paraparezi mevcuttu ve ameliyattan sonra tamamen düzeldi. Cerrahi rezeksiyonla tedavi edilen hastalar 5-10 yıl arasında kontrol edildi.(Tablo 2)

Patolojik kırık ve medüller bası ön tanısıyla başvuran hemanjiomlu bir hastada lezyon dorsal onuncu omurdaydı. Cerrahi olarak tümörün rezeksiyonundan sonra metil metakrilatla anterior stabilizasyon sağlandı. Hasta 7 yıldır takip ediliyor. (Tablo 2)

Eozinofilik granüloması olan ve yaşları 4-8 arasında değişen 4 hastanın tümü nörolojik bulgularla başvurdu. Lezyonlardan l'i servikal bölgede, 2'si dorsal bölgede, l'i de hem dorsal hem lomber bölgedeydi. Hastalar cerrahi

rezeksiyon ve radyoterapiyle tedavi edildiler. Nörolojik bulgular 3 hastada düzeldi. 1 hastada mevcut parapleji, spastik paraparezi haline dönüştü. Hastalar 3 yılla 6 yıldan beri takip ediliyorlar.

Tartışma

Omurgasında selim tümör bulunan hastaların tedavisinde cerrahi rezeksiyon en uygun tedavi yöntemidir. Bunlardan osteokondromlar, osteoid osteomalar ve osteoblastomalarda tümörün rezeksiyonu kesin çözüm için yeterlidir. Özellikle osteoid osteoma ve osteoblastomaların tanısında ağırlı skolyoz, direkt radyografi, bilgisayarlı tomografi ve kemik sintigrafisi anlamlıdır. Biz hastalarımızda tanıyı benzer şekilde koyduk ve cerrahi rezeksiyona tam sonuç aldık.

Omurgadaki anevrizmal kemik kistlerinin bazılarının kendiliğinden iyileşmesine karşın bazıları cerrahi tedaviye rağmen nüks edebilir. Lezyonun agresif tipleri olarak değerlendirilen bu olgular radikal cerrahi rezeksiyon ve radyoterapiye ihtiyaç gösterirler. Bizim hastalarımızın 6'sında da histolojik incelemeler tümörün agresif yapıda olduğunu bildirdi. Bu nedenle cerrahi tedaviye ilave olarak hastalarımız radyoterapiye gönderdik. Buna karşın 3 hastamızda nüks görüldü. Hastalar tekrar daha geniş anterior ve posterior cerrahi rezeksiyona ve stabilizasyona tabi tutuldular. Halen günlük yaşantıların kontrol altında sürdürüyorlar.

Omurgasında dev hücreli tümör bulunan hastalarda tedavi geniş cerrahi rezeksiyondur. Biz de hastalarımız geniş cerrahi rezeksiyon yaptık ve nörolojik bulgusu olan bir hastaya stabilizasyon gerekti. Bu hastalarda nüks görülmüdü.

Omurga hemanjiomları genellikle rastlantı sonucu tespit edilir ve konservatif sağaltılır. Bizim cerrahi rezeksiyon ve metil metakrilatla stabilizasyon yaptığımız hasta patolojik kırıklydı ve medulla basısı mevcuttu. Tedavi sonucunda tam bir iyileşme elde edildi.

Eozinofilik granüloma omurgada vertebral plana şeklinde ve daha çok çocuklarda görüldür. Çoğu kez hastayı sadece kontrolde tutmak yeterlidir. Hatta bazılarında yükseklik düzelmesi olduğu bile gözlenebilir. Lokal kortizondan etkilenebilir. Bizim 4 olgumuzda hastalar omurun tamamen kaybolması ve tümörün medullaya bası yapması sonucu, nörolojik bulgularla başvurdu. Hastalarda cerrahi rezeksiyon ve stabilizasyon yapıldı paraplejik olan bir hastada, spastik paraparezi kaldı. Diğer 3 hasta tamamen iyileşti. Eozinofilik granülomalı bu dört hasta da cerrahi rezeksiyona, radyoterapi ilave edildi.

Kaynaklar:

- 1- Akbarina, B.A. Rodholamini, S.A.: Scoliosis Caused by Bening Osteoblastoma of the Thoracic or lumbar spine, J.B.J.S., 63-A: 1146, 1981.
- 2- Alıcı, E.: Omurganın Tümörleri Lezyonlarında Cerrahi Tedavi, VIII. Milli Türk Ortopedi-Trav. Kongre Kitabı, S.116, 1984.
- 3- Alıcı, E.: Spinal Tumours, European Spinal Deformities Society First Congress. (Rome, April, 16-19, 1986 Congress Book, p.120, 1986.
- 4- Campanacci, M., Capannari, R., Picci, P.: Unicameral and Aneurysmal Bone Cysts, Clin. Orthop., 204:25, 1986.
- 5- Eckardt, D.J., Sim, F.H., Mcleod, R.A., Dahlin, D.C.: Giant-Cell Tumor of Bone, J.B.J.S., 68 -A : 235, 1986.
- 6- Enneking, W.F.: Musculoskeletal Tumor Surgery, Volume 2,

Churchill Livingstone, 1983.
 7- Healey J.H., Ghelman B.: Osteoid Osteoma and Osteoblastoma, Clin. Orthop., 204: 76, 1986.
 8- Makley, J.T., carter, J.R.: Eozinophilic Granuloma of Bone, Clin. Orthop., 204: 37, 1986.
 9- Medonald, D.j., Sim.F.H., Mclead, R.A. Dahlin, D.C. : Giant-Cell Tumor of Bone, J.B.J.S., 68-A:235, 1986.
 10- Mindell, E.R.: Current Concepts Review Chordoma, J.B.J.S., 63-A:501, 1981.
 11- Mirra, J.M., Rand, F., R., Calmcatera, T., Dawson, E: Giant-Cell

Tumor of the Second Cervical Vertebra Treated By Cryosurgery and Irradiation, Clin. Orthop., 154 : 228, 1981.
 12- Savini, R., Gherlizoni, F., Morand. M., Neff.J.R., Picci P.: Surgical Treatment of Giant-Cell Tumor of the Spine, J.B.J.S., 63-A : 1283, 1983.
 13- Sittlwell,I.T., Fieldin, J.W.: Aneurysmal Bone Cyst of the Cervico-dorsal Spine, Clin. Orthop., 187: 1986.
 14- Sundaresann.: Chordomas, Clin. Orthop., 204: 135, 1986.
 15- Weatherley, C.R., Jaffray, D., O'BrienJ.P.: Radical Excision of an Osteoblastoma of the Cervical Spine. J.B.J.S., 68-B : 325, 1986.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Emin Alıcı
 Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak.
 Ortopedi ve Trav. Anabilimdalı
 İzmir - Türkiye