

## Atipik kronik osteomyelitler

Işık Akgün<sup>(1)</sup>, Muharrem Babacan<sup>(2)</sup>, Erdem Bagatur<sup>(3)</sup>, Tuncay Centel<sup>(2)</sup>

*Hastalık öyküsünün en az bir ay olduğu, klinik olarak infeksiyonun kardinal bulgularının saptanamadığı, grafilerinde daha çok tümöral oluşumu andıran kronik osteomyelit olgularının tanısı oldukça zordur. Kesin tanı için açık biyopsi gerekmektedir. Bizim de klinik ve radyolojik olarak tümör olduğunu düşündüğümüz ve kesin tanı koyamadığımız altı olgumuza açık biyopsi yapılmış, patolojik inceleme sonucu bu olguların kronik osteomyelit oldukları anlaşılmıştır. Kronik osteomyelitli bu hastaların tedavisinde küretaj ve kültür antibiyogram sonucuna göre 3 hafta parenteral ve bunu izleyen dönemde 3-6 hafta oral antibiyotik tedavisi uygulanmıştır.*

**Anahtar kelimeler:** Kronik osteomyelit

### Atypical chronic osteomyelitis

*Diagnosis of cases of chronic osteomyelitis with a minimum one month history, without the cardinal signs of infection, and with a radiological appearance of tumour is difficult. Definitive diagnosis can be obtained by biopsy. We have performed open biopsy on six cases with clinical and radiological signs of tumour and histological examination revealed chronic osteomyelitis. Curettage and for three weeks intravenous and further three to six weeks oral antibiotic administration according to antibiogram was the choice of treatment in these patients.*

**Key words:** Chronic osteomyelitis

Özellikle klinik görünümünde belirgin ipucu vermeyen ve uzun öyküleri olan kronik osteomyelitli hastalara ait definitif tanıları grafilerindeki patolojik kemik değişikliklerine göre konulabilmekte ise de, bu çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Kemik hastalıkları maskelenmiş ya da şekil değiştirmiş olarak ortaya çıkabilmektedir. Kronik osteomyelit de bunlardan biridir. Kısa anamnez, ısı artışı, fonksiyon kaybı ile rahat tanı konabilen akut olguların yanında, uzun anamnezle birlikte kardinal infeksiyon belirtilerinin bulunmadığı olgularda kronik osteomyelit ile birlikte değişik tanıları da akla gelmektedir (1, 3, 5).

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı polikliniğine çeşitli yakınmalar ile başvuran altı olguda klinik ve radyolojik tümör düşünülmüş olup açık biyopsi yapılmıştır. Patolojik tanı kronik osteomyelit olarak gelmiştir.

### Gereç ve yöntem

Ağrı ve topallama nedeniyle başvuran altı hastamızın hepsi erkek olup, yaş ortalaması 22'dir (8-14). Hastaların yakınma süresi ortalama üç aylık bir dönem kapsamaktadır. En kısa yakınma süresi bir aydır. Klinik muayenede tüm hastalarda lezyon bölgesinde palpasyon ile ağrı saptanmıştır. Ayrıca, bazı olgularda komşu eklemlerin mobilite kısıtlı ve genellikle ağrılı bulunmuştur. Anatomik lokalizasyon beş olguda 2/3 femur distali ve bir olguda da tibia alt uç idi. Laboratuvar muayenelerinde kan sayımında bir özellik saptanamamakla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ortalama 100 mm/saat olarak bulundu. İki ol

guda hafif derecede alkali fosfataz yüksekliği saptandı. Tüm hastalara konvansiyonel radyolojik ve bilgisayarlı tomografi incelemesi yapıldı. Tüm bu verilerin ışığında preoperatif tanı olarak 1 olguda metastatik tümör, 1 olguda nonossifiye fibroma, 2 olguda Ewing sarkomu, 1 olguda fibrosarkom/eozinofilik granülom ve 1 olguda da tümörle ilgili patoloji düşünüldü. Hastaların tümüne açık biyopsi uygulandı. Biyopsi sırasında 2 hastadan pü geldi. 2 hastada kirli sarı renkte fibrotik doku görüldü. 2 olguda ise bütünüyle boş kavite saptandı. 4 hastadan alınan materyal aynı zamanda mikrobiyolojiye gönderildi.

Tüm hastalarda patolojik tanı kronik osteomyelit olarak geldi. Mikrobiyoloji sonuçları ise 2 olguda Gram (+) stafilokokkus aureus, 2 olguda ise Gram (+) diplokoklar olarak geldi. Tüm olgularımıza patolojik tanı sonrası ortalama 3 hafta parenteral ve bunu izleyen dönemde 3 ile 6 hafta oral olarak, antibiyograma uygun antibiyotik tedavisi uygulandı.

Ortalama takip 14.6 (2-27) aydır. Bu süre içinde hiç bir olgumuzda nüks görülmediği gibi yara ile ilgili bir sorun da olmadı. Tüm hastaların yakınmaları geçti ve ESH normal düzeye indi. Hastalara ait özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

### Tartışma

Kronik osteomyelit temel ve çok bilinen bir konu olmakla birlikte, bizleri her zaman çelişkiye düşürecek formlarıyla önümüze gelmektedir. Gledhill (1) radyolojik olarak çok değişik görüntü veren osteomyelitli dört sınıfa ayırmıştır: Birinci tip olan Brody abse-

(1) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzman Dr.

(2) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(3) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi





Bir başka serideki (4) çocuklarda hastalık öyküsünün süresinin en az iki hafta olması ve grafilerde lineer periosteal reaksiyon görülmesi nedeni ile yuvarlak hücreli kemik tümörü düşünülmüştür. Yine özellikle uzun kemiklerde yer alan sklerozan osteomyelit olguları, radyolojik olarak osteoplastik tip prostat karsinomu metastazları ile karşılaştırılabilmektedir (1, 6). Radyolojik olarak karışan bir diğer lezyon da osteoid osteomadır ki Kandal ile Mankin ve ayrıca Jaffe ve Lichtenstein bu lezyonun Ewing'den daha çok akla geldiğini belirtmişlerdir (5).

Bu bilgilerin ışığında, radyolojik değişikliklerin kesin tanı için yeterli olmadığı ve diğer kemik hastalıklarının her zaman göz önüne alınması gerektiği söylenebilir. Böyle atipi gösteren hastalarda, öykünün en az bir aylık olması, akut infeksiyon bulgularının saptanamaması, ağrı ile şişliğin ise tümörü ekarte ettirmemesi, laboratuvar bulgularının da çoğunlukla yardımcı olmaması en büyük zorluklardır. Bizim olgularımızda ESH ortalama 100 mm/saat olmasına karşın, spesifik olmaması nedeni ile ayırıcı tanıda yardımcı olmamaktadır. Tüm bu düşünceler ışığında ve literatürde kabul edildiği gibi (1, 2, 3, 4, 5, 6) kesin tanı ancak açık biyopsi ile mümkündür. Hatta, biyopsi sırasında bile lezyonun osteomyelit olduğunu kesin olarak söylemek zordur, çünkü pü olarak değerlendirilen sarımsı renkte bir sıvının tümör nekrozu olup olmadığını söylemek mümkün değildir. Bazı olgularda fibrotik, beyazımsı doku da bulunabilir. İki olgumuzda olduğu gibi de lezyon tamamen boş kavite şeklinde olabilir.

Tedavide küretaj ve antibiyotik uygulamasının yeterli olduğu tüm otörler arasında kabul görmektedir (1, 2, 3, 4, 5, 6). Antibiyotik tedavisi kültür ve antibiogram sonucuna göre en az iki hafta parenteral, 3-4 hafta da oral olarak yapılmalıdır. Biz uygulanan tedavinin etkinlik kriterleri olarak yakınmaların gerilemesi ve ESH'nın normal düzeye inmesini kabul ettik. Sonuç olarak, kronik osteomyelit tanı ve tedavisi radyolog, ortopedist ve patoloğun birlikte çalışması ile mümkündür.

### Kaynaklar

1. De Santis, E., Lisai, P.: Diagnostic problems in Ewing's sarcoma. Arch Putti Chir Organi Mov 37 (1): 227-38, 1989.
2. Hoffman, E.B., De Beer, J. D., Keys, G., Anderson, P.: Diaphyseal primary subacute osteomyelitis in children. J Pediatr Orthop 10 (2): 250-4, 1990.
3. Juhn, A., Healey, J. H., Ghelman, B., Lane, J. M.: Subacute osteomyelitis presenting as bone tumours. Orthopedics 12 (2): 245-8, 1989.
4. Kilgus, J., Sponseller, S.: Primary chronic osteomyelitis. J Bone Joint Surg. 69-A: 1169-76, 1987.
5. Lindenbaum, S., Alexander, H.: Infections simulating bone tumors-A review of subacute osteomyelitis. Clin Orthop 184: 193-203, 1984.
6. Powell, J. M.: Metastatic carcinoid of bone. Report of two cases and review of the literature. Clin Orthop 230: 266-72, 1988.

### Yazışma adresi

Op. Dr. Işık Akgün  
İst. Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı  
Aksaray, İstanbul, Türkiye