

Vertebral osteoid osteoma

(Vaka takdimi)

Cüneyt Mirzanlı⁽¹⁾, Nikola Azar⁽¹⁾, Mustafa Caniklioğlu⁽²⁾, Murat Mert⁽³⁾, Hakan Gülhan⁽³⁾

Sık görülen selim kemik tümörlerinden birini oluşturan osteoid osteomada primer semptom ağrı olup, tümörün lokalizasyonuna göre, hastalar bazen farklı bir klinik tablo ile karşımıza çıkabilmektedir. Vertebrada özellikle pedikül ve lamina gibi posterior elemanlara yerleşen bu tümörde, olgularda en sık görülen bulgu ağrılı skolyozdur. Biz bu çalışmamızda ağrılı skolyoz şikayeti ile kliniğimize başvuran iki olguyu literatür bilgilerinin ışığı altında sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Osteoid osteoma, vertebral yerleşim

Osteoid osteoma of the spine (Case report)

In osteoid osteoma as one of the common seen benign bone tumors, primary symptom is pain and sometimes patients may present a different clinical appearance according to localization of the tumor. In this tumor that located especially in posterior elements of the spine, as pedicle and lamina, the most common seen finding is scoliosis associated with pain. In this study, under the literature knowledge, we aimed to report two cases who have come to our clinic with the complaint of scoliosis with pain.

Keywords: Osteoid osteoma, spinal localization

İlk olarak Jaffe (1935) tarafından tanımlanan osteoid osteoma, benign kemik tümörlerinin yaklaşık 1/8'ini oluşturmaktadır. Tümöre iskelet sisteminin herhangi bir yerinde rastlanabilmekte olup, vertebra tutulum olguları %10'unda görülür. Vertebrada tümör en sık pedikül ve lamina gibi posterior elemanlarda yerleşim gösterir. Ağrılı bir skolyoz, olguların çoğunda sıklıkla görülen bir olgu olup, tümör, konvansiyonel yöntemlerle genelde teşhis edilemediğinden, hastalarda kesin tanı geç olarak konulabilmektedir (1, 2, 3, 5, 9, 10, 14).

Biz bu çalışmamızda vertebral tutulum gösteren ve ağrılı skolyozu mevcut bulunan iki olguyu, ağrılı skolyozda gözönünde tutulması gereken bir patoloji olması nedeni ile sunmaya çalıştık.

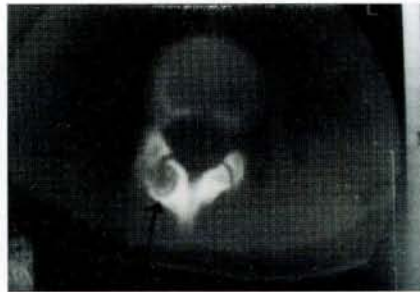
rısı olan hastanın son dört aydan beri şikayetlerinde artış meydana gelmiş ve lomber bölgesinde şişlik oluşmuştu. Yapılan klinik muayenede 1. lomber vertebra seviyesinde sağ tarafta 4x5 cm boyutlarında mobil olmayan sert kitle ve palpasyonla ağrı saptandı. Çekilen grafilerde L1 vertebra sağ hemilaminasında skleroz ve D11-L3 arası 8°'lik torakolomber skolyoz görüldü. BT incelemesinde de L1 vertebra processus artikularisinin inferioründe, içerisinde küçük kalsifikasyonlar gösteren litik alan ve çevresinde L1 posterior elemanlarına, sağda daha belirgin olmak üzere her iki pediküle ve L1 korpus sağ bölümüne yayılan skleroz görüldü. Hasta, 12 Eylül 1994 tarihinde operasyona alınarak, posterior girişle processus arti-

Vaka takdimi

Vaka 1: D. S. 11 yaşında kız çocuğu, kliniğimize 25 Ağustos 1994 tarihinde belinde şişlik ve ağrı nedeniyle başvurdu. Yaklaşık bir yıldan beri belinde ağ-



Resim 1 a: Preop. grafi



Resim 1 b: Preop. Bilgisayarlı tomografi



Resim 1 c: Postop. 5. aydaki grafi

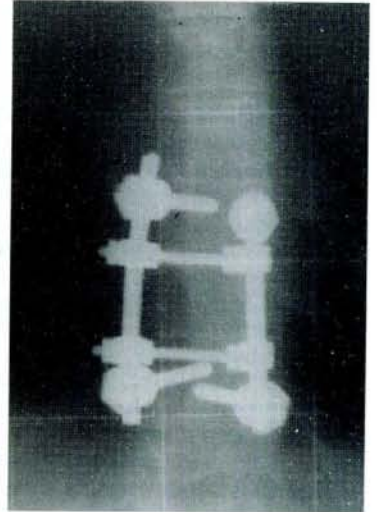
(1) SSK İstanbul Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Op. Dr.
(2) SSK İstanbul Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Doç. Dr.
(3) SSK İstanbul Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Araştırma Görevlisi



Resim 2 a: Preop. grafi



Resim 2 b: Preop. Bilgisayarlı tomografi



Resim 2 c: Postop. 5. aydaki grafi

kularis inferiorunde tümör (nidus) ekstrepe edildi. Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın postoperatif 1,5 ay sonunda yapılan kontrolünde semptomların ortadan kalktığı, çekilen grafilerde ise sklerozun ve skolyozun devam ettiği görüldü. Hastamızın en son kontrolü 24 Ocak 1995 tarihinde yapıldı. Klinik olarak asemptomatik olan olgunun radyolojik olarak muayenesinde skolyoz ve L1'deki sklerozun tamamen kaybolduğu saptandı (Resim 1 a, b, c).

Vaka 2: U. B. 18 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1,5 yıldan beri bel ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın son sekiz aydan beri ağrılarında artış oluşmuştu. 4 ay önce başvurduğu başka bir klinikte çekilen grafilerde torakolomber skolyoz saptanmış ve hastaya gözlem ve egzersiz önerilmişti. Kliniğimize 7 Eylül 1994 tarihinde yatırılan hastanın yapılan muayenesinde D10 vertebra seviyesinde sağ tarafa yayılım gösteren ağrı ve paraspinal adale spazması saptandı. Çekilen grafilerde D7-L2 arası 20°'lik torakolomber eğrilik mevcuttu, eğriliğe dahil olan vertebrada patolojik bir özellik saptanmadı. D10, apikal vertebra konumundaydı ve eğrilik rotasyonel komponent göstermiyordu. Yapılan BT incelemesinde D10 vertebra sağ pedikülünde, pedikül üst böümüne yakın nidus ve çevresel skleroz saptandı. 11 Eylül 1994 tarihinde opere edilen hastada posterolateral yolla D10 vertebraya sağ hemilaminektomi ve pedikül eksizyonu yapıldı. D9-D11 arası kısa segment pediküler vida enstrümantasyonu ve posterior füzyon gerçekleştirildi. Postoperatif seyri normal giden hastanın en son kontrolü 11 Şubat 1995'de yapıldı. Klinik olarak asemptomatik olan hastanın mevcut skolyozunda 5°'lik düzelme görüldü (Resim 2 a, b, c).

Tartışma

Benign osteoblastik bir proçes sonucu gelişen osteoid osteoma, sklerotik kemikle çevrili osteoid nidus gösteren bir kemik tümördür. Vickers, osteoid osteomanın inflamatuvar bir lezyon olduğunu tartışıl-

ması gerektiğini söylerken; Campanacci, olayın neoplastik bir oluşum olduğunu belirtmektedir (2, 4). Bunun nedeni ise osteoid osteomalı hastalarda prostoglandin düzeyinin artmış olması ve mevcut bulunan ağrının prostoglandin inhibitörlerine karşı duyarlılık göstermesidir. Prostoglandinlerin vazodilatör ve permeabiliteyi artırıcı etkilerinin ağrıyı oluşturduğu ve reaktif perifokal sklerozun da yine bu ajanlarca meydana getirildiği çoğu araştırmacı tarafından öne sürülmektedir (4, 7).

Vertebral yerleşim gösteren osteoid osteomalarda tipik semptom ağrılı skolyozdur. En sık görülen eğrilik tipi ise torakolomber eğriliklerdir. Mehta ve arkadaşları osteoid osteoma ve osteoblastomalı hastaların % 50'sinden fazlasında skolyozun mevcut olduğunu belirtmektedir. Tümörün posterior elemanlarda sık yerleşim göstermesi, ağrı ve buna karşı adale spazmaları skolyoz oluşumundaki temel nedenleri oluşturmaktadır (7, 9, 13). Olgularda tanı konvansiyonel grafilerle genelde güç konmaktadır. Tanı için en faydalı yöntemler; Teknesyum 99 kemik sintigrafisi ve bilgisayarlı tomografidir (11, 15). Ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken en önemli patoloji ise osteoblastomadır. Osteoid osteomalalar genelde 10-20. yaşlar arasında daha sık görülürken, osteoblastomalar, biraz daha yaşlı kişilerde görülmektedir. Pettine ve Klassen'in 42 olgu üzerinde yaptıkları bir araştırmada ise 1,5 cm'den daha küçük çaplı lezyonlar, osteoid osteoma olarak değerlendirilmiştir (12). Osteoid osteomada tedavi lezyonun kütatif eksizyonudur. Reaktif kemiğin nidus çıkartılmadan çıkartılması, bazı vakalarda lezyonu dekomprese edebilmekte ve semptomları ortadan kaldırmaktadır, fakat bu olgularda nüks insidensi artmaktadır. Preop ve intraoperatif olarak tümörün lokalizasyonunun uygun bir şekilde saptanması ve nidusun tam olarak ekstrepsyonu ise tedavideki temel hedefdir (5, 8, 12, 13, 14).

Bizim ilk olgumuzda nidus tam olarak çıkartılmış çevre reaktif kemiğe ise dokunulmamıştır. Hastamızın en son yapılan kontrolünde semptomların tamamen düzeldiğini, skolyoz ve sklerozun kaybolduğunu

saptadık. Bu durum olayın patogenesinde inflamatuvar bir sürecin olduğu yönündeki tezleri desteklemektedir.

İkinci olgumuz ise lezyon pedikül içinde bulunduğundan posterolateral yolla tümör rezekt edilmiş ve oluşan instabilite nedeniyle enstrümantasyon ve posterior füzyon yapılmıştır. Bu olgumuzda en son kontrolde mevcut skolyozda 5°'lik bir düzelme saptadık. Pettine ve Klassen, kendi serilerinde 1,5 aydan daha az süreli semptomları bulunan hastalarda tümörün eksizyonu ile skolyozda azalma ve tam düzelme gözlemlenmişlerdir. Akbarnia da aynı tezi savunmaktadır (1, 12). Bizim kendi olgumuzla ilgili olası takip süremiz henüz yetersizdir. Fakat kısa takibimiz sonucunda olgumuzdaki skolyozda gerileme saptanmıştır. Uygulanan kısa enstrümantasyon ve füzyonun eğriliğin beklenen düzelmesine etkisi ile ilgili şu an görüş belirtmenin ise erken olacağı kanısındayız.

Sonuç olarak ağırlı skolyozu bulunan hastalarda osteoid osteomanın gözönünde tutulması gereken bir patoloji olduğunu düşünmekteyiz. Erken tanı ve tam bir cerrahi eksizyonu bu olgularda temel tedavi hedefi olmalıdır.

Kaynaklar

1. Akbarnia, B. A., Rohaholomini, S. A.: Scoliosis caused by benign osteoblastoma of the thoracic or lumbar spine. J Bone Joint Surg. 63-A: 1146-1155, 1981.
2. Campanacci, M.: Bone and soft tissue tumors, Bologna, Aulo Gaggi Editore, 1990.
3. Dickson, R. A.: Spinal surgery, Science and Practice, London, Butterworths, 1990.
4. Healey, J. H., Ghelnan, B.: Osteoid osteoma and osteoblastoma. Current concepts and recent advances. Clin. Orthop. and Rel. Research, 204: 76-85, 1986.
5. Kehl, D. K., Alonso, J. E., Lorell, W. W.: Scoliosis secondary to an osteoid osteoma of the rib, a case report. J Bone Joint Surg. 68-A: 701-703, 1983.
6. Keim, H. A., Reino, E. G.: Osteoid osteoma as a cause of scoliosis. J Bone Joint Surg. 57-A: 159, 1975.
7. Kirwan, D. G., Hutton, P. A. N., Pozo, J. L., Ronsford, A. O.: Osteoid osteoma and benign osteoblastoma of the spine. Clinical presentation and treatment. J Bone Joint Surg. 66-B: 21-26, 1984.
8. Larsen, L. J., Moll, J. C., Ichtertz, D. F.: Metachronous osteoid osteomas, report of a case. J Bone Joint Surg. 73-A: 612-614, 1991.
9. Mehka, M. H.: Pain provoked scoliosis observations on the evolution of the deformity. Clin Orthop. 135: 58-65, 1978.
10. Moe, J. H., Winter, R. B., Bradford, D. S., Lonstein, J. E.: Scoliosis and other spinal deformities. Philadelphia, W. B. Saunders, 1987.
11. Nelson, C. D. A., Green, R. D.: Localization of osteoid osteoma of the spine using computerized tomography, a case report. J Bone Joint Surg. 65-A: 263-265, 1983.
12. Pettine, K. A., Klassen, R. A.: Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. J Bone Joint Surg. 68-A: 354-361, 1986.
13. Ransford, A. O., Pozo, J. L., Hutton, P. A. N., Kirwan, E. O.: The behavior pattern of scoliosis associated with osteoid osteoma or osteoblastoma of the spine. J Bone Joint Surg. 66-B: 16-20, 1984.
14. Rothman, H. R., Simeone, F. A.: The spine, Philadelphia, W. D., Saunders, 1992.
15. Sim, F. H., Pakkin, D. C., Beabowt, J. W.: Osteoid osteoma, Diagnostic problems. J Bone Joint Surg. 57-A: 154-159, 1975.

Yazışma adresi:

Op. Dr. Cüneyt Mirzanlı

SSK İstanbul Hastanesi

2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

34310 Kocamustafapaşa, İstanbul, Türkiye