



Ayrıncı tanıda düşünülmesi gereken bir anomali: pelvik kaburga

Pelvic digit: a case report with reference to the differential diagnosis of pelvis abnormalities

Selçuk KESER,¹ Ahmet BAYAR,¹ Ahmet SAVRANLAR²

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ²Radyoloji Anabilim Dalı

Kalça ağrısı ile başvuran 44 yaşında bir erkek hastanın pelvis radyografisinde tesadüfi olarak pelvik kaburga saptandı. Kemik kitlenin sınırlarını daha iyi görebilmek için bilgisayarlı tomografi görüntülerinin üç boyutlu rekonstrüksiyonu alındı. Pelvis etrafında atipik bir kemik yapı görüldüğünde bu gelişimsel anomalinin de akılda tutulması, gereksiz tetkikler ve tedaviyi önlemede yardımcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Anormallik/radyografi; tanı, ayrıncı; pelvik kemikleri/anormallik; pelvis/anormallik/radyografi; kaburga/anormallik; bilgisayarlı tomografi.

Pelvic digit was incidentally detected on plain pelvis radiography of a 44-year-old male patient who presented with right-sided hip pain. Three-dimensional reconstruction of computed tomography scans provided a more clear illustration of the anatomy and localization of this anomaly. To avoid unnecessary investigation methods and treatment, this entity should be kept in mind when an atypical bone structure is noted around the pelvis.

Key words: Abnormalities/radiography; diagnosis, differential; pelvic bones/abnormalities; pelvis/abnormalities/radiography; ribs/abnormalities; tomography, X-ray computed.

Pelvik kaburga (pelvic rib), iskelet sistemindeki kemiklere komşu yumuşak dokularda görülen gelişimsel kemik anomalisidir.^[1-7] Semptomsuz bir seyir izleyen bu anomali rutin radyografilerde genellikle rastlantısal olarak belirlenmektedir. Kemik pelvisin yanında falanks veya kostaya benzer şekilde, belirgin korteks ve medullası olan bir ya da daha fazla kemik yapılar şeklinde görülmektedir.^[2,3] Bu kemik yapının tabanı pelvisle devam etmeyip karakteristik olarak yalancı eklemleşme yapar. İki ya da daha fazla parça halinde görüldüğünde birbirleri arasında yalancı eklemler izlenir.^[2,4]

Bu yazıda, pelvis radyografisi ve üç boyutlu bilgisayarlı tomografi (BT) ile ortaya çıkarılan pelvik kaburga sunuldu.

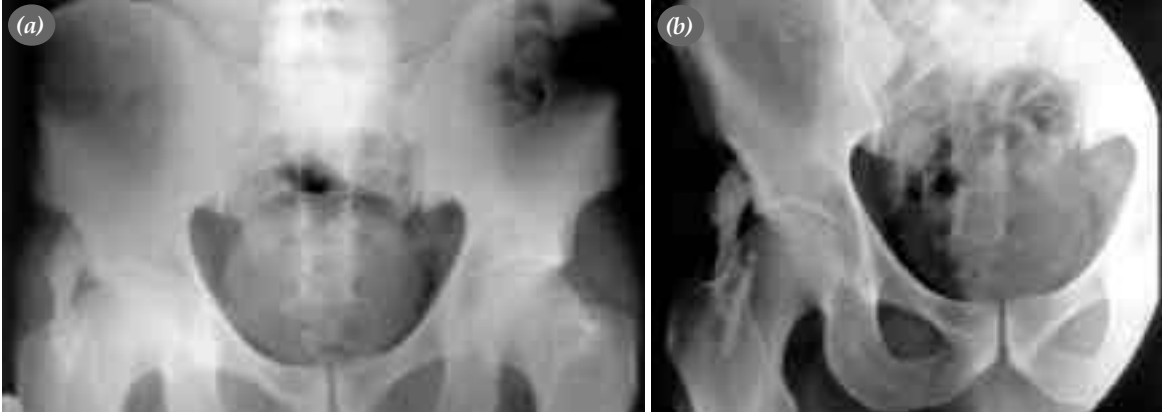
Olgu sunumu

Futbol karşılaşmasında indirekt travma sonrası başlayan ve yaklaşık üç haftadır devam eden sağ kalça ağrısı ile başvuran 44 yaşında erkek hastanın muayenesinde, sağ pubis kolu üzerinde adduktor longus tendonunun yapışma yerine uyan bölgede hassasiyet saptandı. Sağ kalça hareketleri tamdı. Olgunun, dirençli kalça addüksiyonu ile ağrısı vardı. Pelvis ön-arka ve kalça grafilerinde spina iliaka anterior inferiordan başlayan ve trokantör majöre doğru uzanan iki adet tüp biçiminde kemik kitle fark edildi (Şekil 1a, b). Kemik kitlelerin sınırlarını daha iyi görebilmek için BT ve üç boyutlu rekonstrüksiyonu çekildi (Şekil 2a-d). Adduktor tendinit tanısı ile bir ay zorlu aktivite kısıtlaması ve oral non-steroid antiinflamatuvar ilaç tedavisi uygulanan

23. Ulusal Radyoloji Kongresi'nde sunulmuştur (27-31 Ekim 2002, Antalya).

Yazışma adresi: Dr. Selçuk Keser, Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, 67600 Kozlu, Zonguldak. Tel: 0372 - 261 01 70 Faks: 0372 - 261 01 55 e-posta: selkeser@hotmail.com

Başvuru tarihi: 27.02.2003 **Kabul tarihi:** 03.06.2003



Şekil 1. Olgunun (a) pelvis ve (b) sağ kalça ön-arka radyografisinde spina iliaka anterior inferiorundan başlayıp trokanter majöre doğru uzanım gösteren iki adet kemik kitle izleniyor.

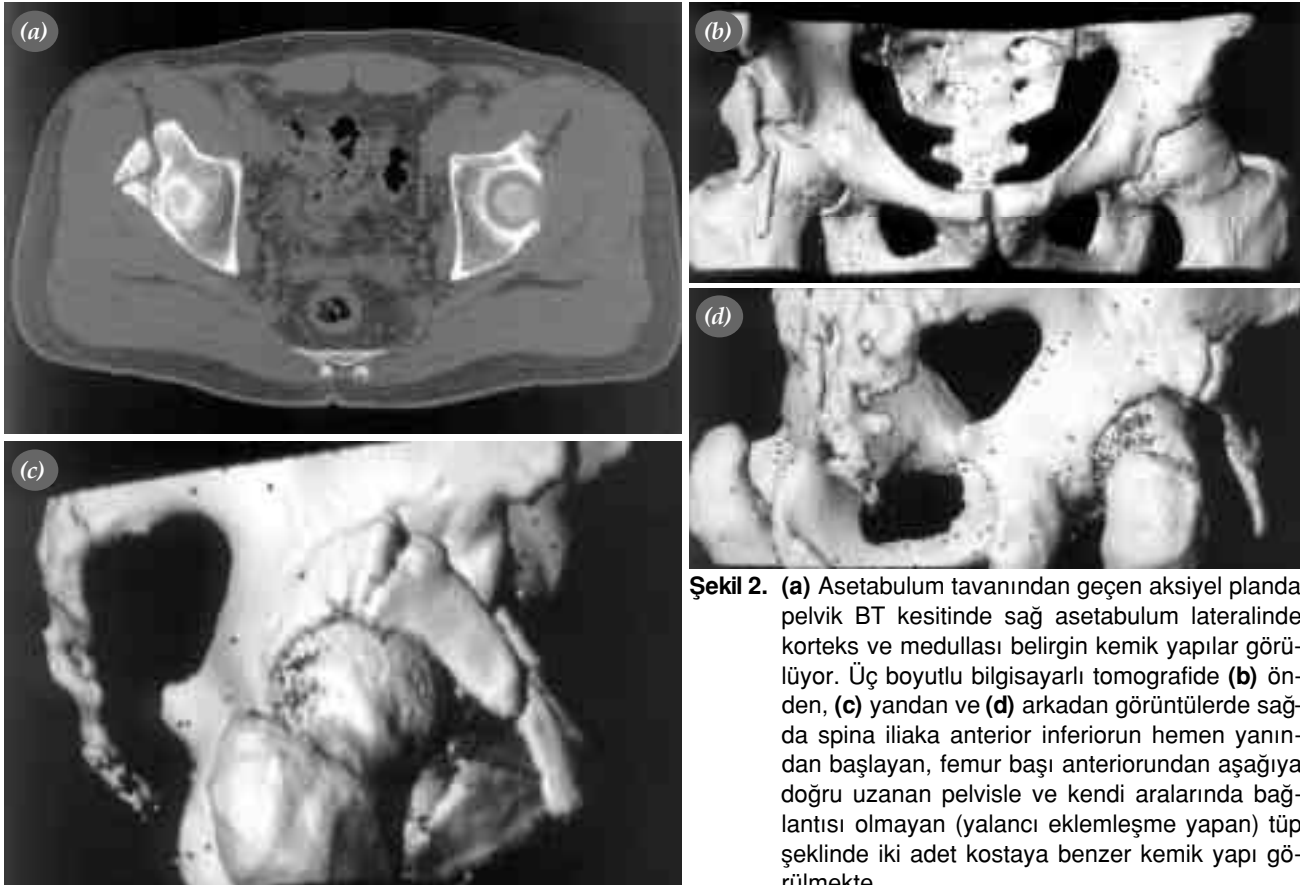
olgunun şikayetleri düzeldi. Rastlantısal görülen bu kemik kitlelerin pelvik kaburga olduğu anlaşıl原因 olarak hasta takibe alındı.

Tartışma

Bu anomali ilk olarak 1974 yılında, Sullivan ve Cornwell^[1] tarafından pelvik kosta olarak tanımlanmıştır. Bu olguda kitle, intrapelvik yerleşimli olması

nedeniyle cerrahi olarak çıkarılmıştır.^[1] Yarım ay şeklindeki kemik yapının içinde kemik iliği görülmüş ve belirgin korteks yapısı izlenmiştir. Materyalin histolojik yapısı incelendiğinde kosta olduğu anlaşılmıştır.^[1]

Oluşumu hakkında kabul edilen teori, embriyogenezin ilk altı haftası içinde, kemik gelişiminin menenşimal evresinden kaynaklanan anomalilere bağlı



Şekil 2. (a) Asetabulum tavanından geçen aksiyel planda pelvik BT kesitinde sağ asetabulum lateralinde korteks ve medullası belirgin kemik yapılar görülmüyor. Üç boyutlu bilgisayarlı tomografide (b) önden, (c) yandan ve (d) arkadan görüntülerde sağda spina iliaka anterior inferiorun hemen yanından başlayan, femur başı anteriorundan aşağıya doğru uzanan pelvisle ve kendi aralarında bağlantısı olmayan (yalancı eklemleşme yapan) tüp şeklinde iki adet kostaya benzer kemik yapı görülmekte.

ortaya çıktığı yönündedir. Normalde, ilk koksigeal vertebranın bağımsız primordium kırıkdağımsı kostal yapısı vertebral sütunla kaynaşır. Kaynaşma gerçekleşmezse kırıkdağ merkez bağımsız gelişir, rudimenter bir kosta şeklini alır.^[3,7]

Pelvik kaburga pelvis kemiklerinin herhangi bir yerinde yerleşmekte ve bir ya da iki falanksa benzer şekilde görülebilmektedir. Normalde pelvik kaburga tek taraflıdır. Bildirilen olguların tümünde herhangi bir semptomu neden olmamış, rastlantısal olarak bulunmuştur. En sık iliumda rastlanmasına rağmen, sakrum, koksiks, karın ön duvarı ve nadir olarak da simfizis pubiste bulunabilir.^[1-6] Kosta ve falanks özelliklerine sahip ara formları pelvik kaburga/parmak olarak isimlendirilmiştir.^[7]

Miyozitis ossifikans ve avulsiyon kırıkları ayırıcı tanıda ilk sırada düşünülen patolojilerdir. Pelvik kaburga ile kıyaslandığında, her ikisi de travma sonucu olmakta, bu nedenle hastanın öyküsü tanı için önem kazanmaktadır. Miyozitis ossifikans, merkezinde radyolusen bir alan, onu çevreleyen kalsifiye doku ve komşu kemiklerden ayrı durması ile tanınır.^[3,8] Miyozitis ossifikans ve heterotopik kemik formasyonundan, hastada travma öyküsü olmaması ve pelvik kaburganın iyi bir korteks yapısına sahip olmasıyla ayrılabilir.^[2,3] Çoğunlukla atletik aktiviteler sırasında meydana gelen pelvisin avulsiyon kırıkları radyografide benzer lezyonlar olarak görülebilmekte; BT'de çoğunlukla yumuşak doku yoğunluğunda hematoma eşlik ettiği bir kemik parçayla uyumlu olmaktadır.^[3,9] Pelvis yerleşimli osteokondromalar da benzer radyolojik bulgu veren iyi huylu kemik tümörleridir.^[2-4] Osteokondromanın köken aldığı kemikle devamlılığı vardır ve kırıkdağ şapkası görülebilir.^[2,5,6]

Kalıtısal bir bozukluk olan nail-patella sendromunda da pelviste kemik kitleler görülür. Bu sendromun özellikleri arasında parmaklarda tırnak displazisi, hipoplastik ya da patella aplazisi, radius başı çıkığı sayılır; iliak kemiklerle devamlılığı olan pelvik kitlelerin korteks ve medullaya sahip olması tanı koydurucudur. Bu kitleler pelviste iki taraflı ve boynuz şeklinde kemik yapılarıdır. Kemik boynuz yerleşimi gluteus medi-

us kasının iliak kemiğe yapıştığı bölge olmakta ve posterolaterale doğru yönlenmektedir.^[10]

Olgumuzda daha önce geçirilmiş kalça zorlanması vardı. Pelvis radyografisinde bu kemik yapıların travmaya bağlı miyozitis ossifikans olabileceği düşünülmüştü. Pelvik BT, kemik parçalarının pelvisle devamlılığının olmaması, iliak kemiğe komşu alanda yalancı eklem olması, iki kemik parça arasında yalancı eklem bulunması ve açık bir korteks ve medulla yapısının olması gibi pelvik kaburga için karakteristik özellikleri^[2-4,6] ortaya çıkarmakla birlikte, yapılan üç boyutlu rekonstrüksiyon, bu yapının anatomik sınırlarını ve yerini daha net bir şekilde göstererek tanı koymamızda yararlı olmuştur.

Bu anomalinin travmayla ilişkisi yoktur ve iyi huylu seyir göstermektedir. Semptomların yokluğunda bu yapının cerrahi ile çıkarılması gereksiz bir girişim olacaktır. Pelvis etrafında ekstra kemik yapılar görüldüğünde ayırıcı tanıda bu anomalinin de bilmesi gerekir.

Kaynaklar

1. Sullivan D, Cornwell WS. Pelvic rib. Report of a case. Radiology 1974;110:355-7.
2. McGlone BS, Hamilton S, FitzGerald MJ. Pelvic digit: an uncommon developmental anomaly. Eur Radiol 2000;10:89-91.
3. Goyen M, Barkhausen J, Marksches NA, Debatin JF. The pelvic digit-a rare developmental anomaly. A case report with CT correlation and review of the literature. Acta Radiol 2000;41:317-9.
4. Nguyen VD, Matthes JD, Wunderlich CC. The pelvic digit: CT correlation and review of the literature. Comput Med Imaging Graph 1990;14:127-31.
5. Granieri GF, Bacarini L. The pelvic digit: five new examples of an unusual anomaly. Skeletal Radiol 1996;25:723-6.
6. Hamilton S. Pelvic digit. Br J Radiol 1985;58:1010-1.
7. Van Derslice R, Gembala R, Zekavat PP. Case report. Pelvic rib/digit. Spine 1992;17:1264-6.
8. Parikh J, Hyare H, Saifuddin A. The imaging features of post-traumatic myositis ossifikans, with emphasis on MRI. Clin Radiol 2002;57:1058-66.
9. Rossi F, Dragoni S. Acute avulsion fractures of the pelvis in adolescent competitive athletes: prevalence, location and sports distribution of 203 cases collected. Skeletal Radiol 2001;30:127-31.
10. Goshen E, Schwartz A, Zilka LR, Zwas ST. Bilateral accessory iliac horns: pathognomonic findings in Nail-patella syndrome. Scintigraphic evidence on bone scan. Clin Nucl Med 2000;25:476-7.