

Anevrizmal Kemik Kistinin Solid Varyantı : Orbito-etmoid Bölgenin Tutulduğu Bir Vaka Takdimi .

Cavit ÖZERİ¹ Selim EREKUL² Adil ERYILMAZ³
Halit AKMANSU⁴ Engin DURSUN⁵ Kemal UYGUR⁵
Necmi ARSLAN⁵ Süleyman BOYNUEĞRİ⁵

¹ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Şefi ANKARA.

² Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi ANKARA.

³ Doç. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Şef Yardımcısı ANKARA.

⁴ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Başasistanı ANKARA.

⁵ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi K.B.B. Kliniği Uzmanı ANKARA.

Özet

9 yaşında bir kız çocuğunda rastladığımız ve çok ender görülen , anevrizmal kemik kistinin solid varyantının etmoid ve orbital bölgeyi tuttuğu vaka tarif edilmektedir. Bu lezyonun malign fibröz histiositoma, kemiğin dev hücreli tümörü, fibröz displazi, osteoblastoma ve hatta osteosarkomadan ayırıcı tanısının yapılması ve klinik, radyolojik ve patolojik bulguların dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir .

Anahtar kelimeler : Anevrizmal kemik kistinin solid varyantı , malign fibröz histiositoma , ayırıcı tanı

A Solid Variant of Aneurysmal Bone Cyst : A Case Report with Involvement of the Orbito-ethmoid Region .

Abstract

A solid variant of aneurysmal bone cyst that involved the ethmoid cells and orbita in a 9 year old female patient is reported . This entity has to be differentiated from malignant fibrous histiocytoma , giant cell tumor , fibrous dysplasia , osteoblastoma and even osteosarcoma . Clinical findings , radiological and pathological examinations must be carefully evaluated .

Key words : Solid variant of aneurysmal bone cyst , malignant fibrous histiocytoma , differential diagnosis

Anevrizmal kemik kisti (AKK) genişleyen, neoplastik olmayan , tümör benzeri bir lezyon olup ya primer olarak ortaya çıkmakta ya da diğer bir benign veya malign kemik tümörlerine sekonder olarak gelişmektedir (¹) . Tamamen kistik lezyonlardan ayrı olarak , solid varyantı denilen şeklinin varlığı 1983 'de *Sanerkin* ve ark. tarafından tanımlandı (²) . Bu şekli, kavernoöz kanalların belirgin olmayışı , bunun yerini arada osteoblastik aktivite ve / veya mikrokistik boşluklar gösterebilen fibrohistiositik proliferasyonun alışı ile karakterizedir . Nadir görülen bir solid AKK vakası sunuyoruz (³) .

Vaka Takdimi

9 yaşında kız çocuğu olan hasta , Şubat 1993 'de

de sol gözünün üzerinde şişlik , gözünün aşağı doğru yer değiştirmesi (**Resim 1**) , ağrı , çift görme ve aynı tarafta göz yaşarması şikayetleri ile kliniğimize başvurdu . Bilgisayarlı tomografik (BT) muayenede sol frontal ve etmoid bölgeyi tutup sol göz küresini dışa ve aşağı doğru iten bir lezyon görüldü (**Şekil 1**) . Sol eksternal etmoidektomi şeklinde yaklaşılarak cilt , cilt altı geçildikten sonra kitle üzerine düşüldü . Frajil ve yumuşak kitle üst orbital rim ve nazal kemiğin lateral duvarı , maksiller sinüsün üst-iç duvarını erode edip orbitayı dışa itiyordu ; boşaltıldı . Fronto-etmoid bölgedeki 2 x 2 cm.lik alanda dura açıkta idi; ancak dura defekti yoktu . Lezyon histopatolojik olarak AKK şeklinde rapor edildi . Aralık 1993 'de 4 gün öncesinde başlayan ateş ve

ağrı kesiciye cevap veren sol göz üstünde ağrılı , yumuşak kıvamlı kitle oluşması şikayeti ile tekrar başvurdu .

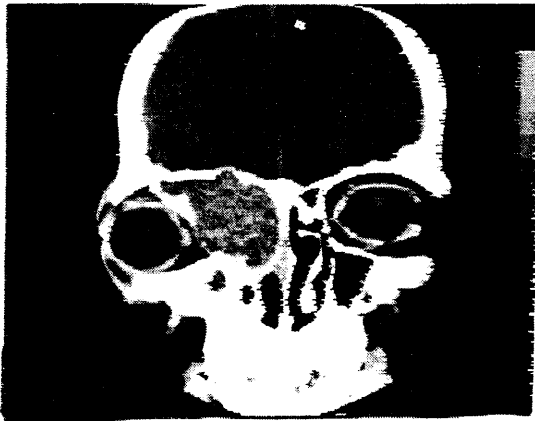
Sol frontoetmoid bölgede fluktuasyon veren kitleye ponksiyon yapıp kültür antibiyogram sonucuna göre ikili i.v. antibiyotik uygulanarak infeksiyon kontrol altına alındıktan sonra çekilen BT ' de sol frontal sinüs üst duvarını ön kranial fossaya doğru bombeleştirilen ve dışta üst tabulada yaklaşık 0,5 - 1 cm. lik kemik defekti oluşturan litik bir lezyon görüldü . Daha sonra eksternal etmoidektomi insizyonu ile girilip tekrar biyopsi alındı .

Histolojik preparatların lezyonun AKK' nin solid varyantı ile uyumlu olması üzerine Ocak 1994 ' de nöroşirürji kliniği ile ortak olarak tekrar opere edilip bifrontal kraniotomi + sol frontal ve sağ etmoid sinüslerden kaynaklanan , gri beyaz renkte, bol kanamalı , sert kıvamlı 100 - 200 cc kadar tümoral doku ekstirpe edildi (Şekil 2) .

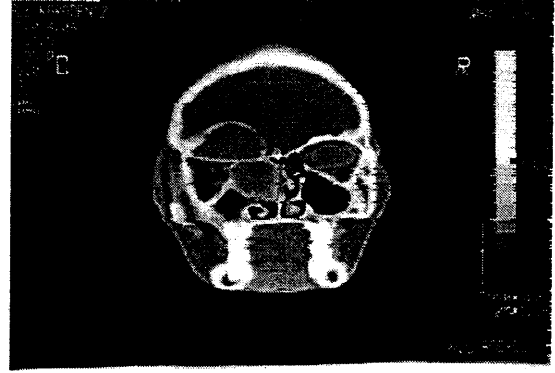
Haziran 1994 ' deki kontrol BT ' sinde sol frontalde nüks kitle saptanınca (Şekil 3)

Temmuz 1994 ' de bikoronal yaklaşım ile nöroşirürji ve K.B.B. kliniklerince ortak olarak sol frontal bölgeden total kitle eksizyonu uygulandı . Aralık 1994 ' de nöroşirürji kliniğince plastik rekonstrüksiyon için yeniden opere edilmesi planlanan hastada etmoid bölgede BT ' de şüpheli bir doku görülmesi üzerine (Şekil 4)

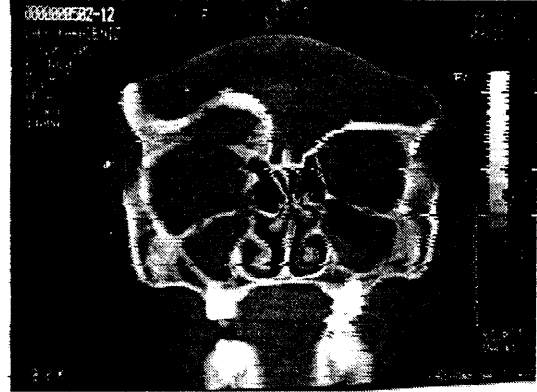
Biyopsi alınarak rekonstrüksiyondan vazgeçildi. Biyopsi sonucu nüks saptanmadı. Dördüncü operasyondan dokuz ay sonra hastada halen nüks yoktur (Resim 2) .



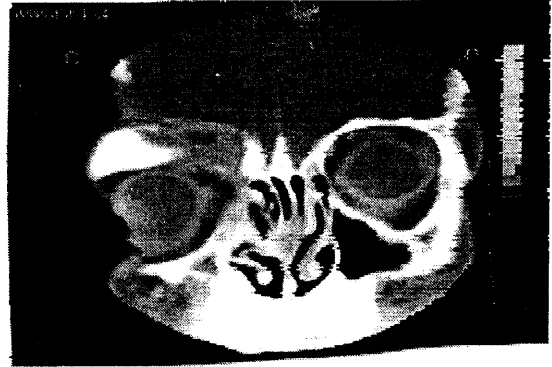
Şekil 1.



Şekil 2.



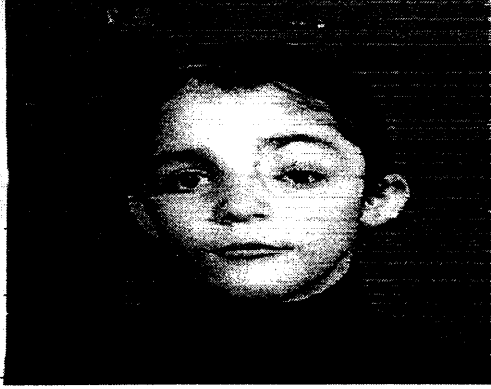
Şekil 3



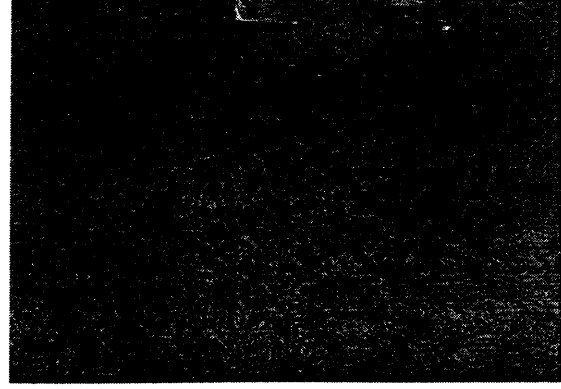
Şekil 4.



Resim 1. (Preoperatif)



Resim 2. (Postoperatif 9. ay)



Resim 3.

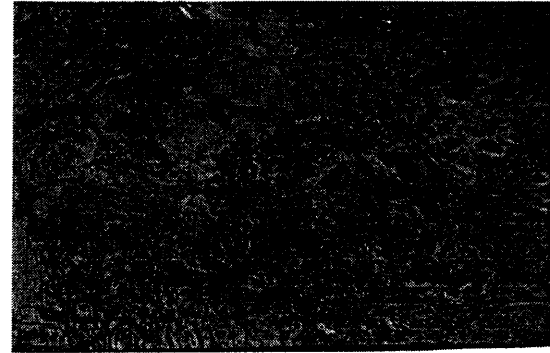
Tartışma

AKK neoplastik olmayan bir kemik lezyonu olup , natürü tam olarak belli değildir . Karakteristik bir klinikopatolojik görünümü olan primer AKK dışında çok çeşitli kemik lezyonlarında da anevrizmal değişikliklerin olabileceği görülmektedir ⁽¹⁾ . Bunlar arasında kemiğin dev hücreli tümörü , osteblastoma , düşük gradeli osteosarkoma , dev hücreli reparatif granüloma sayılabilir ^(1,3) .

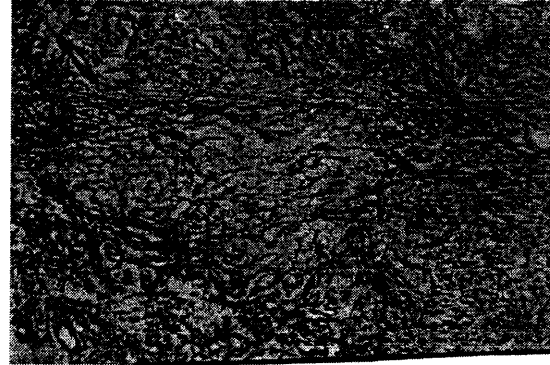
Hastamızın lezyonlarından hazırlanan kesitlerde, geniş alanlarda sellüler fibrohistiositik karakterde görünüm dikkati çekti . Arada küçük kümeler halinde osteoklast tipinde dev hücreler mevcuttu (Resim 3) . Arada bazı alanlarda osteositi çevreler tarzda osteoblast toplulukları ve seyrek olmayarak anevrizmal kemik kistlerini anımsatan mikroanevrizmal boşluklar bulunmaktaydı (Resim 4) . Lezyon yer yer mixoid dejenerasyon alanları da göstermekteydi (Resim 5) .

Bu mikroskobik bulgularla lezyona anevrizmal kemik kisti solid varyantı tanısı verildi . Vakamızda lezyon benign tabiatlı olduğundan ve yerleşim yeri , optik sinir ile duraya komşuluğu da dikkate alınarak ultrasonik aspirasyon yöntemi ile intralezyonal eksizyonun (küretaj) uygun bir tedavi şekli olduğu düşünüldü.

Diğer tedavi şekilleri arasında total eksizyon ve krioterapinin nüks oranını azalttığı bilinmekle birlikte mevcut lezyonun yerleşim yeri ve krioterapi imkanımızın olmayışı tedavimizi belirledi ⁽⁴⁾ . Rekürrens sonrası küretajı takiben radyoterapi uygulamamız postirradiasyon sarkomunun geç dönemde bildirilmiş olmasıdır ⁽⁵⁾ .



Resim 4.



Resim 5.

Kaynaklar

- 1-Karabela-Bouropoulon V, Liapi-Avgeri G, Paxinos O, Antoniou D. Solid variant of aneurysmal bone cyst : a case report with bilateral involvement of the distal femoral metaphyses. *Virchows Archiv* 1994, 425 : 531-5.
- 2-Sanerkin NG, Mott MG, Roylance J. An unusual intraosseous lesion with fibroblastic , osteoblastic, osteoclastic aneurysmal and fibromyxoid elements . Solid variant of aneurysmal bone cyst . *Cancer* 1993, 51 : 2278-86.