

Bir Çocuk Olguda Fibula Anevrizmal Kemik Kistinin Tedavisi

Sancar SERBEST^a, Lokman KARAKURT

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Anevrizmal kemik kisti, iyi huylu, genişleme özelliği olan ve daha çok çocuk ve gençlerde görülen kemik lezyonlarıdır. İyi huylu olmalarına karşın, bu lezyonlardan bazıları hızlı büyüme ve kemikte harabiyet yapma yeteneğine sahiptirler. Tedavi seçenekleri arasında tam rezeksiyon, küretaj, kemik greftleme ile küretaj, selektif arteriyel embolizasyon (primer tedavi olarak veya preoperatif terapi) ve perkütan fibrozan ajan enjeksiyonu sayılabilir. Anevrizmal kemik kistinin tedavisinde tam çıkarma en iyi yöntemdir. Bu çalışmada, tam rezeksiyon ile başarılı tedavi edilmiş fibula anevrizmal kemik kisti olan bir çocuk olguyu sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Anevrizmal kemik kisti, Embolizasyon, Küretaj, Kemik greftleme.

ABSTRACT

Treatment of Fibula Aneurysmal Bone Cyst in a Children

Aneurysmal bone cyst is a benign expansile bone lesion that mainly affects children and young adults. Despite its benign name, some of these lesions have a remarkable ability to destroy bone and grow rapidly. Treatment options of aneurysmal bone cysts include complete resection, curettage, curettage with bone grafting, selective arterial embolization (as a primary treatment or preoperative adjuvant therapy), and percutaneous injection of fibrosing agent. When possible complete excision is the treatment of choice. This study, we present a pediatric case of fibula aneurysmal bone cysts successfully treated with complete resection.

Key words: Aneurysmal bone cysts, Embolization, Curettage, Bone grafting.

Anevrizmal kemik kistleri (AKK) iskelet sisteminin benign ve nadir karşılaşılan lezyonlarıdır; tüm kemik tümörlerinin yaklaşık olarak % 1'ni oluştururlar (1). Lezyonun reaktif (non neoplastik) veya neoplastik olup olmadığı ve bu bağlamda kemik hastalıkları sınıflaması içindeki gerçek yeri hala tartışma konusudur (2). AKK'nin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bazı olgularda lezyonun travma sonrası oluşan kırığa veya subperiostal hematoma takiben geliştiği izlenmiştir (3). Bazı olgularda ise kistin daha önce var olan bir kemik lezyonundaki hemodinamiklerin değişmesi sonrasında geliştiği gözlenmiştir. Bu prekürsör lezyonlar, genellikle benign ve AKK benzeri alanlar içerdikleri saptanmıştır (2). Genel düşünce AKK'nin travma veya prekürsör bir lezyon ile başlayan bir vasküler anomali olduğu yolundadır (4).

Tedavi seçenekleri tam rezeksiyon, küretaj, küretaj ve kemik greftleme, radyoterapi veya preoperatif adjuvan selektif arteriyel embolizasyon (SAE) ve perkütan fibrozan ajan enjeksiyonunu içerir (5). Son dönemde perkütan fibrozan ajan enjeksiyonu

nun (Ethibloc, Ethicon) iyi sonuçlar verdiği belirtilmektedir (6, 7). Tam eksizyon dışındaki primer tedavi yöntemlerinde lokal rekürrens oranları % 12 (8) ile % 31,5 (9) arasındadır. Gecikmiş tanı, cerrahi tedaviyi zorlaştırır (8, 9).

OLGU SUNUMU

Altı yaşındaki erkek çocuğu 1 aydır sol dizinde şişlik ve ağrı yakınması ile başvurdu. Fiziksel muayenede, sol fibula proksimal ucunda yerleşen yaklaşık 2-3 cm çapında kitle izlendi. Palpasyonda ısı artışı, duyarlılık yada kızarıklık saptanmadı. Rutin biyokimya ve kan profili özellik göstermedi. Fibulayı görüntülemeye yönelik yapılan röntgen incelemesinde, sol fibula başında, yaklaşık 5x2 cm boyutlarında kitle izlendi (Resim 1).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sol fibula proksimalde metafizodiafiz yerleşimli 57x26 mm boyutunda kemikte belirgin ekspansiyona ve kortekste incelmeye neden olan multiple septalı sıvı-sıvı seviyelerinin olduğu kistik lezyon izlendi (Resim 2).

^a Yazışma Adresi: Dr. Sancar SERBEST, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
e-mail: dr.sancarserbest@hotmail.com

Tel: 04242374319

Hasta genel anestezi altında operasyona alınarak AKK tamamen çıkarıldı (Resim 3). Lezyonun histopatolojisinde; kalın fibröz septalarla ayrılmış, dōşeyici bir endoteli olmayan içerisinde hemoraji bulunan kistik boşluklar ve kistik alanlara komşu alanlarda lokalize multiple nukleuslu dev hücreler izlendi.

Hasta postoperatif yedinci gün taburcu edildi. İkinci yıl kontrolünde, hastanın şikâyeti bulunmamaktaydı ve rezidü yada rekürren lezyon izlenmedi.



Resim 1. Sol fibula başında yaklaşık 5x2 cm boyutlarında kitle.



Resim 2. Sol fibula proksimalde metafizodiazifer yerleşimli 57x26 mm boyutunda kemikte belirgin ekspansiyona ve kortekste incelmeye neden olan multiple septalı sıvı-sıvı seviyelerinin olduğu kistik lezyon.



Resim 3. Post op X-ray grafi.

TARTIŞMA

Anevrizmal kemik kisti, tüm iskelette görülebilmeye karşın, sıklıkla uzun kemiklerde (% 65) gözlenir. Kadınlarda (% 58) erkeklere nazaran daha sık görülür. Olguların % 80'i yirmi yaşından önce görülmektedir ve otuz yaşından sonra görülmesi nadirdir (10). AKK'yı tanımak için kullanılan görüntüleme yöntemleri X-ray, bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve arteriografidir. Arteriografi ile kan ile dolu olan büyük boşlukları görüntülemek mümkün olabilir. Bilgisayarlı tomografi ile periferde kemik kılıf içeren litik lezyon izlenir. Lezyon içinde sıvı-sıvı seviyesinin bulunması AKK için karakteristiktir, ancak spesifik değildir. MRG ile lezyondaki internal septalar bal peteği ('honeycomb') görünümünde izlenir ve sıvı-sıvı seviyesi mevcuttur. Septaların görüntülenmesi olguyu diğer kistik içi sıvı dolu olgulardan ayırmakta yardımcı olur (11).

Tedavi seçenekleri tam rezeksiyon, küretaj, küretaj ve kemik greftleme, primer tedavi olarak veya preoperatif adjuvan SAE ve perkütan fibroz an ajan enjeksiyonunu içerir. Anevrizmal kemik kistlerinin kürete edilmesi ve takiben kemik greftleme yıllarca standart tedavi olarak süre gelmiştir. Ne yazık ki, bu tümör küretaj sonrası yüksek lokal nüks sıklığına sahiptir. Bu nedenle küretaj ile beraber, çimentolama, kriyoterapi, veya embolizasyon gibi adjuvan terapiler de göz önünde alınmalıdır. Lezyonun polimetilmetakrilat ile çimentolanması ve takiben 4 ila 6 ay sonra replasman kemik greftleme yapılması, tek

başına küretaj ve kemik greftlemeye kıyasla daha etkili olarak bildirilmiştir. Eğer kist kosta veya fibula gibi genişleyebilen bir kemikte yerleşmiş ise cerrah geniş veya enblok eksizyonu göz önünde bulundurulmalıdır (12). Segmenter rezeksiyonlar nüks oranının en düşük olduğu yöntemdir (2).

Bizde fibula proksimal metafizine santral olarak yerleşmiş, geniş ekspansiyon gösteren büyüme plağına yakın gelişen AKK için rezeksiyon cerrahisi uyguladık. Hastanın 5 yıllık takiplerinde herhangi bir nükse rastlanmadı. Proksimal fibula AKK tedavisinde rezeksiyonun akla gelecek ilk tedavi seçeneği olduğu düşünce-sindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Jaffe HL, Lichtenstein L. Solitary unicameral bone cyst with emphasis on roentgen picture, the pathological appearance and the pathogenesis. Arch Surg 1942; 44: 1004 - 1005.
2. Capanna R, Campanacci DA, Manfrini M. Unicameral and aneurysmal bone cysts. Orthop Clin North Am 1996; 27: 605-614.
3. Dabezies EJ, D. Ambrosia RD, Chuinard RG, Ferguson AB. Aneurysmal bone cyst of terfracture. A report of three cases. J Bone Joint Surg Am 1982; 64: 617-621.
4. Mirra JM. Aneurysmal bone cyst: clinical, radiologic, and pathologic correlations. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1989; 1267-1311.
5. Papagelopoulos PJ, Choudhury SN, Frassica FJ, Bond JR, Unni KK, Sim FH. Treatment of aneurysmal bone cysts of the pelvis and sacrum. J Bone Joint Surg Am 2001; 83: 1674-1681.
6. Adamsbaum C, Mascard E, Guinebretiere JM, Kalifa G, Dubousset J. Intralesional Ethibloc injection in primary aneurysmal bone cysts: an efficient and safe treatment. Skeletal Radiol 2003; 32: 559-566.
7. Gibbs CP, Hefele MC, Peabody TD, Montag AG, Aithal V, Simon MA. Aneurysmal bone cyst of the extremities: factors related to local recurrence after curettage with a highspeed burr. J Bone Joint Surg Am 1999; 81: 1671-1678.
8. Cheah HK, Griffin AM, White LM. Aneurysmal bone cyst of pelvis. Can J Surg 1999; 42: 411-412.
9. Feldenzer JA, McGauley JL, McGillicuddy JE. Sacral and presacral tumors: problems in diagnosis and management. Neurosurgery 1989; 25: 884-891.
10. Campanacci M. Aneurysmal bone cyst. In: Bone and soft tissue tumors. 2nd ed. New York: Springer-Verlag, 1999: 813-840.
11. Doğan H. Anevrizmal kemik kisti. Derleme. Acta Orthop Traumatol Turc 2006; 17: 11-16.
12. Tachdjian M: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 3rd edition, Herring JA. Centel T(Çeviren), İstanbul 2007: 1909 – 1910.

Gönderilme Tarihi: 16.03.2011