

Osteokondrom

(Osteokondromda kırık, Bursasında Villonodüler Sinovit)
(Olgu Sunumu)

Semih Gür⁽¹⁾, Ahmet Turan Aydın⁽²⁾, Erdoğan Altınel⁽²⁾, Tekinalp Gelen⁽³⁾, Gülten Karpuzoğlu⁽⁴⁾

Osteokondrom benign kemik tümörlerinin en sık görülenlerindedir. Çoğunlukla uzun kemiklerin metafizinde tek bir kitle olarak saptanır. Bu yazıda, trokanter minörden kaynaklanan bir osteokondrom olgusunda osteokondrom zemininde gelişen kırık, bursa oluşumu ile buradan kaynaklanan villonodüler sinovitisin tedavisi ile 5 yıllık takip sonucu sunularak literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Osteokondrom, kırık, bursitis, villonodüler sinovitis

Osteochondroma (Fracture in Osteochondroma, Villonodular Synovitis in Bursa) "Case Report "

Osteochondromas are the most common ones of the benign bone tumors. They are often seen on the metaphysis of a long bone as a single palpable mass. In this report villonodular synovitis which has occurred after a fracture in an osteochondroma case developing from trochanter minor and besides bursa formation are presented also its therapy and 5 year follow-up period is discussed.

Keywords: Osteochondroma, fracture, bursitis, villonodular synovitis

Benign kemik tümörlerinin en büyük grubunu kırıkta tabaka ile çevrili osteokondromlar oluşturur (2, 3, 4, 5, 7, 12, 13, 14, 17, 18, 23). Her kemikte yerleşebilmesine karşın % 90 oranında uzun kemiklerin proksimal metafizinde büyüme kartilajından gelişmektedir. Özellikle femur distali, tibia ve humerus proksimali en sık görüldüğü yerlerdir (2, 3, 5, 7, 18, 23). Birçok lezyon iskeletin hızlı büyüme döneminde saptanır. Bazı olgular semptom vermez. Ancak ağrı, palpabl kitle (%90 tek lezyon) ve çevresel yapılarda özellikle nörovasküler oluşumlara yaptığı bası bulguları önemli klinik bulgulardır. Osteokondromda kırık olması ve bununla ilgili semptomlar görülebilir (2, 3, 7, 18). Tümoral yapının çevresinde bursa oluşumu ve tekrarlayan travmalarla bursa içinde serohemorajik sıvı birikebilir (2, 3, 6, 21, 22, 23).

Pigmente villonodüler sinovitis ise sinovyal dokunun idiopatik villöz hiperplazisi ve sinovyal membranın proliferasyonu ile pigmentasyonudur (1, 2, 3, 8, 11, 15, 16, 20). Eklemde, tendon kılıfında, bursa içinde, tendona komşu fibröz dokuda gelişebilir. Diffüz villöz veya villonodüler, lokalize nodüler olmak üzere iki tiptir. Büyük oranda (%75) diz eklemi ile diğer eklemlerde, daha az sıklıkla tendon kılıflarında, çok nadir olarak ta bursada görülebilir (1, 2, 8, 9, 10, 15, 20). Lokalizasyonuna ve tipine göre bulgular değişmekle birlikte ağrı, yumuşak doku şişliği, effüzyon sık gözlenen semptomlardır (2, 3, 7, 8, 9, 16, 20).

Bu yazıda, trokanter minörden gelişen osteokondrom olgusunda nadir görülen tümoral zemindeki kırık ve oluşan bursa ile çevrili yapıda saptanan villonodüler sinovitisin tedavisiyle 5 yıllık takip sonucu sunulmuştur.

Olgu

H.D., 47 yaşında, ev kadını; 1987 yılında sağ kalça ve bacak ağrısı yakınmaları ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğine başvurmuş ve yapılan inceleme sonunda dejeneratif artrit tanısı konularak medikal tedavi uygulanmış. Bu tedaviden bir süre yarar görmesine karşın 1988'de sağ bacakta hafif güçsüzlük, uyuşma ve sağ uyluk iç yüzünde kitle nedeni ile kliniğimize sevk edilmiş. 31.10.1989 tarihinde polikliniğimizdeki muayene sonucunda; sağ uyluk medialinde sert, sınırları tam belirlenemeyen, fikse ve ağırlı bir kitle saptandı. Yine sağ alt ekstremitede minimal N. İschadicus basısına uyan bulgular elde edildi. Özgeçmişte guatr dışında ve soygeçmişte ise hiçbir patoloji yoktu. Hematolojik ve biyokimyasal incelemeler normal değerlerde bulundu. Radyolojik tetkikte ise; sağ femur trokanter minor'de lobüler, düzensiz sklerotik yapıda kemiksel kitle görüldü. Kitlenin trokanterden köken alan kısmından ayrı olarak iki ayrı kemiksel yapıda olduğu ve bunların birbirinden tamamen ayrılmış durumda olduğu saptandı (Şekil 1 a, b).

Yapılan tüm vücut sintigrafisinde, sağ femur trokanter minor ile buna komşu medial bölgesinde yumuşak dokuda aktivite artışı gözlemlendi (Şekil 2).

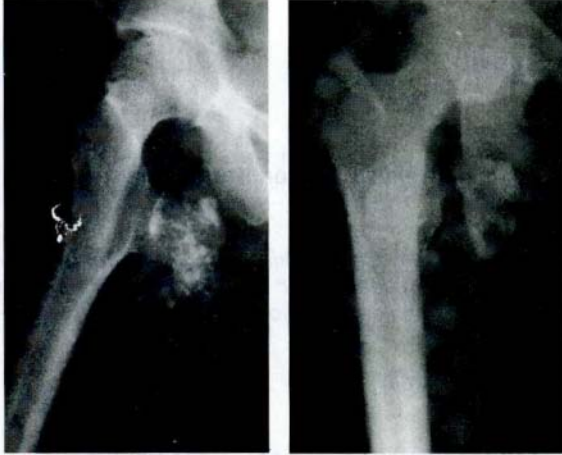
Olgu, sağ femur proksimal metafizinde postero-medial bölgede lokalize osteokondrom ön tanısı ile opere edildi. Posterolateral ensizyonla tümoral kitleye ulaşıldı. İntraoperatif gözlemlerde, kitlenin ortadan ikiye ayrıldığı ve çevresinde bursa yapısının bulunduğu görüldü. Tümör dokuyu çevreleyen bursa açıklığında, yaklaşık 150-200 cc serohemorajik bir sıvı ve bursa içerisinde sinovyal mayide yüzen esas tümör kitleleriyle (9,5x6,5 cm) karşılaşıldı. Tümörün trokanter mi-

(1) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

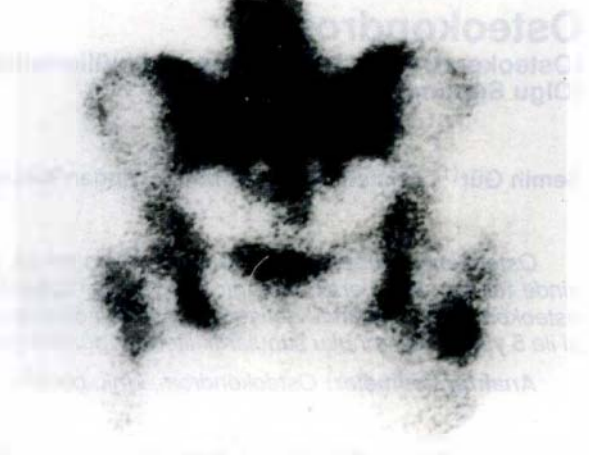
(2) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Prof. Dr.

(3) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

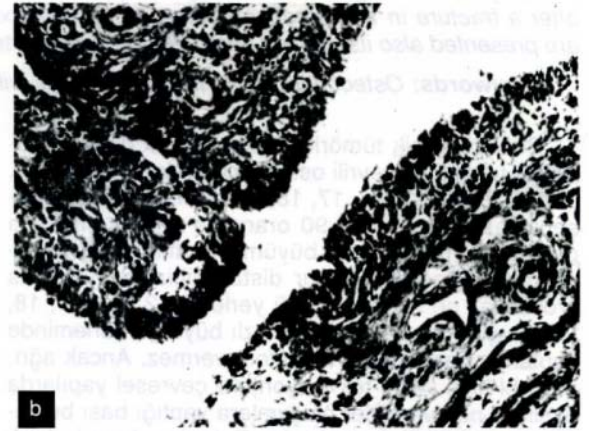
(4) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Prof. Dr.



Şekil 1 a, b: Olgunun preoperatif radyografik görüntüsü (Osteokondrom kitlesi ve tümör zeminindeki kırık).



Şekil 2: Sintigrafik inceleme. Sağ femur trokanter minörde aktivite artışı



Şekil 3: Histolojik tanı a. Displazik değişiklikler gösteren kırıkda hücreleri görülmekte (HE 20 X) b. Prolifere sinovia epiteli ve damar kesitleri arasında yangı hücreleri (HE 10X)

nor üzerinde kalan sap kısmı pens kuponla kısmen temizlendi. Bu işlem dışında mevcut bursanın özellikle tümör sap kısmına komşu bölgede yoğunlaşan villonodüler sinovitis dikkat çekti. Total bursektomi ile en blok eksizyon yapıldı. Patolojik inceleme sonucu osteokondrom ve villonodüler sinovitis tanısı konuldu (Şekil 3 a, b). Postoperatif dönemde hemen yük verildi. Hasta periyodik kontrollerle izlendi. 1 yıl (Şekil 4) ve 5 yıl (Şekil 5) klinik ve radyolojik tetkiklerle tam şifa ile iyileştiği ve rekürrens göstermediği saptandı.

Tartışma

Osteokondrom (osteocartilagus exostosis) lokalize olduğu yere göre çok değişik bulgu veren, benign kemik tümörlerinden en sık görülenidir (2-7, 12-14, 17-19, 21-23). Dahlin (4) çalışmasında tüm kemik tümörlerinin % 12'sini, benign kemik tümörlerinin ise %45'ini osteokondrom'un oluşturduğu bildirmiştir. Diğer çalışmalarda benzer sonuçları vermektedir (2, 7, 18, 23). Lezyonun yerleşim yeri ile ilgili olarak ağrı, palpabl kitle, şişlik önemli klinik belirti ve bulgulardır. Tümörle kitlenin kırık ve bursa oluşumuna oldukça nadir rastlanmaktadır (6, 21, 22). Olgumuzda sağ femur trokanter minordan köken almış 9.5x6.5 cm büyü-

klüğünde osteokondrom kitlesinde kırık oluştuğu görüldü. Bursa yapısında kırığın olduğu kısımda belirgin pigmente villonodüler sinovitis saptandı. Literatür araştırmasında osteokondromda kırık oluşumu ve bursa teşekkülü bildirildiği görülmüştür (21, 22). Ancak aynı zeminde pigmente villonodüler sinovitis gelişimine rastlanmamıştır.

Pigmente villonodüler sinovitis Jaffe ve ark. tarafından bir etkene karşı sinovyal dokunun idiopatik enflamatuar yanıtı olduğu gösterilmiştir (11). Lokalize ve diffüz şeklinde olmak üzere sinovyal membranın bulunduğu yerlerde geliştiği bildirilmiştir (2, 3, 8, 11). Eklem başta olmak üzere tendon kılıfında, tendona komşu fibröz dokuda, çok ender olarak bursa içinde ve diğer anatomik lokalizasyonları yayınlamıştır (1, 8, 9, 10, 15, 16, 20). Eklem dışında yerleşiminin özellikle bursanın görülmesinin nadir olduğu bildirilmiştir (2, 8, 10, 11, 18, 23). Gerek osteokondromun, gerekse pigmente villonodüler sinovitin tedavisi cerrahi olarak total eksizyon şeklindedir (1, 2, 7, 8, 16, 18, 19, 20, 23). Villöz sinovistide daha yüksek oranda olmak üzere rekürrens sık olduğu bildirilmektedir (1-3, 8, 10, 14, 16, 18, 19, 20).

Olguda kitlenin en blok rezeksiyonundan sonra 1.



Şekil 4: Postoperatif 1. yıl



Şekil 5: Postoperatif 5. yıl

ve 5 yıl sonunda yapılan klinik ve radyolojik kontrolleri sonucunda rekürrens görülmemiş ve tam şifa ile iyileştiği kabul edilmiştir.

Osteokondromların bilinen yerleşim yerinde bulunmasına karşın tümör yapısında kırık olması, bursa gelişimi ile villonodüler sinovitis oluşumu nedeniyle sunulan olgunun total eksizyon şeklindeki tedavisinin 5 yıllık takip sonucu sunulmuştur. Literatürde benzerinin tespit edilmemesi kombine patolojileri içeren olguyu ilginç hale getirmektedir.

Kaynaklar

- Byres, P.D., Cotton, R.E., Deacon, O.W., Lowy, M., Newman, P.H., Sissons, H.A., Thompson, A.D.: The diagnosis and treatment of pigmented villonodular synovitis. *J Bone Joint Surg.*, 50-B: 290, 1968.
- Campanacci, M.: *Bone and Soft Tissue Tumors*. Aulo Gaggi. Editora Bologna. Springer-Verlag Wien. New York, 1990.
- Carnesale, P.G.: *Benign Tumors of bone*. Campbell's Operative Orthopaedics. Ed. A.H. Crenshaw Vol. 1 p. 235, Mosby-Year Book, Inc, 1992.
- Dahlin, D.E.: *Osteochondroma (Osteocartilaginous)* Charles C. Thomas, p. 18-27, 1967.
- Dahlin, D.C., Unni, K.K.: *Bone Tumors General Aspects and Data on 8,542 Cases*. 4th ed. Springfield, Illinois. Charles C. Thomas, 1986.
- Ehrenfried, A.: Multiple cartilaginous exostoses hereditary deforming chondrodysplasia: A brief report on a little know disease *Jama* 64: 1642, 1915.
- Enneking, W.F.: *Musculoskeletal Tumor Surgery* New York, Churchill Livingstone, 1983.
- Flandry, F., Hungton, J.C.: Current concepts review: pigmented villonodular synovitis. *J Bone Joint Surg.*, 69-A: 942, 1987.
- Gitelis, S., Heligman, D., Morton, T.: The treatment of pigmented villonodular synovitis of the hip. A case report and literature review *Clin. Orthop.* 239: 154, 1989.
- Granowitz, S.P., D'Antonio, J., Mankin, H.L.: The pathogenesis and long-term end results of pigmented villonodular synovitis. *Clin. Orthop.*, 114: 335, 1976.
- Jaffe, H.L., Lichenstein, L., Sutro, C.J.: Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenosynovitis. *Arch. Pathol.*, 31: 731, 1941.
- Jaffe, H.L.: Hereditary multiple exostosis *Arch. Pathol.*, 36: 335, 1943.
- Jaffe, N.: *Tumors and tumorous conditions of the bones and joint*. Lea and Lebigier. Philadelphia, 1958.
- Jaffe, N., Ried, H.L., Cohen, M., et al.: Radiation induced osteochondroma in long-term survivors of childhood cancer. *J. Pediat. Oncol. Bio. Phys.*, 9: 665, 1983.
- Karzenis, T.A., Mc Millan, R.D., Ciric, I.: Pigmented villonodular synovitis in a vertebra. A case report. *J Bone Joint Surg.*, 72-A: 927, 1990.
- Klompmaker, J., Veth, R.P., Robinsort, P.H., Molenaar, W.M., Nielsen, H.K.: Pigmented villonodular synovitis. *Arch. Orthop. Trauma Surg.*, 109: 205, 1990.
- Mc Farland, G.B., Jr., Moden, M.L.: Benign cartilaginous lesions. *Orthop. Clin. North Am.*, 8: 737, 1977.
- Mc Guire, M., Mankin, H.J., Schiller, A.L.: *Benign Cartilage Tumors of Bone. Surgery of the Musculoskeletal System* Ed. C. Mc.C Evarts Vol. 5: p 4729, Churchill Livingstone, 1990.
- Morton, K.S.: On the question of recurrence of osteochondroma. *J Bone Joint Surg.*, 46-B: 723, 1964.
- Rao, A.S., Vigorita, V.J.: Pigmented villonodular synovitis (giant-cell tumor of the tendon sheath and synovial membrane): a review of eighty-one cases. *J Bone Joint Surg.*, 66-A: 76, 1984.
- Smithuis, T.: Exostosis bursata: Report of a case. *J Bone Joint Surg.*, 46-B: 544, 1964.
- Solomon, L.: Hereditary multiple exostosis. *J Bone Joint Surg.*, 45-B: 292, 1963.
- Spjut, H.J., Dorfman, H.D., Fechner, R.E., Ackerman, L.V.: *Tumors of Bone and cartilage*. Washington. D.C., Armed Forces Institute of Pathology, 1971.

Yazışma adresi:

Yard. Doç. Dr. Semih Gür
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
Kepez, Antalya, Türkiye