

Osteoid Osteoma ve Cerrahi Tedavi Sonuçları

Rifat Erginer⁽¹⁾, Muharrem Babacan⁽¹⁾, Tuncay Centel⁽²⁾

1976-85 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine müracaat ederek ameliyat olan 8 osteoid osteoma olgusu bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Doğal klinik gidişin kendiliğinden şifa olduğu ileri sürülmektedir. Ancak ağrının şiddetli olması, uzun sürmesi ve kalıcı deformitelerin önlenmesi için erkenden cerrahi girişim gereklidir.

Osteoid osteoma and the results of surgical treatment

The subject of this research is 8 patient with osteoid osteoma who have applied to and have been operated on in the orthopaedic department of Cerrahpaşa Medical Faculty between 1976-1985. It is claimed that the natural clinical prognosis usually results in spontaneous healing of the lesion, but since the pain is excessive, the duration is long lasting and in order to prevent permanent deformities, early surgical intervention is necessary.

Osteoid osteoma, en büyük çapı genellikle 1 cm'den az olan hacmi, net sınırları ve çevresindeki bölgede reaktif kemik oluşunu göstermesi ile karakterize selim osteoblastik bir lezyondur. Histolojik yapısı ise olgunlaşmamış kemik ve osteoid dokudan yapılmış hücreli, hayli damarlı dokudan ibarettir⁽¹⁵⁾. Osteoid osteomayı klinikopatolojik bir antie olarak ilk tarif eden 1935 de H.L. Jaffe olmuştur (1,2,3,4,6,7,10,11,13,18). Jaffe lezyonu selim bir neoplasma olarak tarif etmiş ve günümüzde de yararlanılan bazı tanı kriterlerini geliştirmiştir.

Biz bu çalışmada ameliyat ederek izlediğimiz bir grup osteoid osteomalı hastadaki sonuçları değerlendirmeyi uygun bulduk.

Gereç ve yöntem

1976-85 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğine müracaat ederek yatırılan ve tedavileri sonrası klinik, radyolojik ve histolojik bulguları osteoid osteomaya uyan sekiz olgu, araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Hastaların ikisi kadın, altısı erkektir. En küçük yaş beş, en büyük yaş yirmi olup ortalama yaş 15.3'dür. Lezyon olguların yarısında femurda, diğer yarısında ise tibiada yerleşiktir. Hiç bir olguda epifizle ilişki saptanmamış olup tüm lezyonlar kortikal tiptir.

Ağrı tüm olgularda başı çeken bulgudur. Tanı koyduğumuzda hastaların tümü şiddetli ve sürekli bir ağrıdan yakınmaktaydı. Hastaların tümünde gece ağrının artması belirgin bir özellikti ve iki olguda ağrı gece uyutamayacak şiddettedir. 5 olguda aspirine cevap alınırken iki olguda

cevap görülmemiş, bir hasta ise aspirini denememiştir.

Olguların yarısında lokalize şişlik palpe edilirken bir olgu hariç tümünde lokal hassasiyet mevcuttu.

Hastalarda hareket kısıtlanması veya şişlik görülmemiştir. Lezyon üzerindeki ciltte lokal hararet ve hiperemi görülmemiştir. Ateş, halsizlik gibi herhangi sistemik bir bulgu veya laboratuvar değerlerinde bir özellik saptanmamıştır.

Ağrının başlamasıyla tanının konması arasında geçen süre en az 1 ay, en fazla 18 ay olup, ortalama 10 aydır. Tüm olgularda basit radyolojik inceleme ile tanı konabilmiştir.

Bütün olgularda oval bir biçimde olan nidus perifokal sikleroz bölgesinden net bir sınırla ayrılmaktaydı. Radiografide nidusun en büyük çapı 7-15 mm arasında değişmekte olup, ortalama 12 mm.dir.

Tüm olgularda perifokal skleroz fusiform bir biçimde olup salim kemikten net bir biçimde ayrılmaktaydı. Olguların yarısında radyolojik olarak periost reaksiyonu görülmüştür. Femur proksimal ucuna lokalize bir olguda kollum şaft açısının diğer tarafa oranla fazla olduğu görülmüştür.

Olguların üçüne en bloc eksizyon uygulanmış, post-op radyografilerinden ve ameliyat protokollünden, beş olguya ise sınırlı eksizyon veya küretaj yapıldığı belirlenmiştir. Bir olguda ameliyat sırasında patolojik kırık gelişmiş ve vida ile osteosentez yapmak gerekmiştir.

Sınırlı eksizyon veya küretaj yapılan beş olgudan dördünde nidus saptanmıştır. En bloc eksizyon yapılan üç olgudan birinde nidus saptanmamış, geri kalan ikisinde materyalin fazla trav-

(1) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Uzmanı

(2) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Asistanı

matize edilmesi nedeniyle histolojik olarak ancak osteoid osteomayı düşündürtecek yapıya rastlanmıştır.

Ameliyattan sonra komplikasyon görülmemiştir. Hastaların tümünde ağrı ve lokal hassasiyet geçmiştir. Basit radyolojik incelemede lezyona ait bir bulgu saptanmamıştır. Perifokal skleroz belirgin bir şekilde gerilemiştir. Laboratuvar değerlerinde bir özellik saptanmamıştır. Sintigrafi yapılan 4 hastadan ikisinde bir özellik görülmezken bir olguda hafif, bir olguda ise belirgin hiperaktivite belirlenmiştir. Bu sonuçlarla tüm olgular klinik şifa olarak değerlendirilmiştir.

Olgularda en kısa takip süresi 6, en uzun 58 ay ortalama 21,5 aydır.

Tartışma

Osteoid osteomanın etyopatogenezi bilinmemektedir. (1,3,17,18,19). Bu lezyonun bir neoplazm olduğunu ileri sürenlerin yanında (10,11) bilinmeyen bir kemik injürisine karşı kemiğin gösterdiği bir reaksiyon olduğu da iddia edilmektedir (1). Lezyon bir neoplazmı daha çok andırmaktadır. Çünkü anjiyografi çalışmaları sırasında ortaya konduğu gibi bu lezyonun tipik bir neoplazm gibi kendine ait bir beslenmesi vardır (3,5,14).

Osteoid osteoma 5 yaşın altındaki çocuklarda çok nadir görülür ve bu durum olguların yaklaşık % 3'ünü oluşturur (16). Bizim 8 olgudan birinde yaşın 5 oluşu bu yönden dikkate değerdir. Diğer olgular osteoid osteomanın en sık görüldüğü yaş grubu olan 10-20 yaş grubunda yer almıştır.

Olgularımızda cinsiyet dağılımı oranı 3:1 erkekler lehine saptanmıştır ve literatürde 2.2:1 olan orana nispeten uymaktadır (9,16).

Olgularımızın hepsinin alt ekstremitede ve yarısının femurda diğer yarısının ise tibiada yerleşik olması ilginçtir. Bu yerleşimli olgular arasında diğer kemik yerleşimli bir, iki olgununda bulunması gerekirdi, ancak vertebra yerleşimli olgular nöroşürüji veya Fizik-Tedavi kliniklerine müracaat ettiklerinden bu gerçekleşmemiştir.

Femura yerleşen osteoid osteomaların femur proksimal ucunu daha çok sevdiğini biliyoruz (16). Dizimizdeki femur yerleşimli 4 olgudan 3'ünde 1/3 orta diafiz yerleşiminin görülmesi literatürden ayrılan bir husustur.

Hastaların kendiliğinden ifade ettikleri ağrının gece şiddetlenmesi osteoid osteomada güvenilir sabit bir bulgu olarak değerlendirildi. Ayrıca hastaların kendiliğinden Aspirine başlamaları ve diğer daha güçlü analjezik-antiinflamatuvar arasında Aspirini tercih etmeleri de ağrı anamnezi arasında sorulması gereken ikinci bir husus olarak belirlendi.

Ağrının başlaması ile tanı arasında geçen süre literatürde 6 ay ile 2 yıl arasında değişmekte

olup ortalama 11,3 aydır (9,10,11,13,15). Olgularımızda bu sürenin 10 ay olduğu tesbit edilerek literatürle uygunluk arzettiği.

Dizimizdeki olguların hepsinde tanı basit radyolojik inceleme ile konulabilmiştir: Bu durum büyük ölçüde lezyonun kortikal yerleşimli oluşuna ve tipik radyolojik görünümüne sahip oluşuna bağlıdır.

Nidusun çapı hakkında ancak radyolojik görünümünden bilgi edinilebilmiştir. Hiçbir olguda nidusun 1,5 cm'yi aşmaması McLeod, Dahlin ve Beabout'un (1976) 1,5 cm sınır olarak kabul ettikleri kritere uymaktadır (16).

Olguların 4'ünde nidus histolojik preparatta yer alırken, 2'sinde lezyona benzeneyen, parçalanmış dokulara rastlanmış, 2 olguda ise nidus gösterilememiştir. Mayo kliniği (1974) serisinde yer alan 192 olgudan 43'ünde mükerrer cerrahi girişimlere rağmen nidus saptanmamıştır.

Klinik, radyolojik, histolojik bulguların bir arada değerlendirilerek osteoid osteoma tanısının konması daha uygundur. Nitekim histolojik olarak nidusun gösterilemediği birçok olgu, bugün osteoid osteoma serileri arasında yer almaktadır. (3,8,12,13,18).

Özellikle nidusun basit radyolojik incelemeyle saptanamadığı olgularda olmak üzere en blok eksizyonun küretaja üstünlüğü bilinmektedir (10,11,18).

Sim, Dahlin ve Beabout (1974), ilk ameliyatta nidusun saptanmadığı 52 olguya 50 kez uyguladıkları en bloc eksizyon işleminden sonra 38 olguda, 22 kez uyguladıkları küretajdan sonra ise 7 olguda nidus saptansın veya saptanmasın ağrının geçtiğini bildirmektedirler.

Nidusun çıkarılmasını garantilemek, patoloğa yardımcı olmak, nidus saptanmasa bile küretajdan daha çok oranda şifayla sonlanması özelliğinden yararlanmak için en bloc eksizyon osteoid osteomanın tedavisinde önerilen yöntemdir.

Kaynaklar

1. Aegerter, E., Kirkpatrick, J.A.: Orthopedic Diseases, 3. Baskı, W.B. Saunders Company, Philadelphia, s.529-57, 1968.
2. Campbell, C.J.: osteoid osteoma and osteoblastoma, Musculoskeletal surgery, Editör: Everts, C.M.C., Churchill Livingstone, Cilt 4, s.11:181-8, 1983.
3. Cohen, M.D., Harrington, T.M., Ginsburg, W.W.: Osteoid osteoma: 95 cases and a review of the literature, Seminars in Arthritis and Rheumatism, Vol. 12, No.3, s. 265-81, 1983.
4. Colton, C.L., Hardy, J.G.: Evaluation of a sterilizable radiation probe as an aid to the surgical treatment of osteoid-osteoma, J.B.J.S. 65-A: 1019-22, 1983.
5. Cronmeyer, R.L., Kirchmer, N.A., Smet, A.A.D., Neff, J.R.: Intra-articular osteoid osteoma of the humerus simulating synovitis of the elbow, J.B.J.S.63-A:1172-4, 1981.
6. Dunlop, J.A.Y., Morton, K.S., Elliott, G.B.: Recurrent osteoid osteoma, J.B.J.S. 52-B:128-33, 1970.
7. Edeiken, J.: Roentgen diagnosis of diseases of bone, 3. Baskı, Williams and Wilkins, Baltimore/London, Cilt 1, s.35-37, 1981.

8. Goldstein, G.S., Dawson, E.G., Batzdorf, U.: Cervical osteoid osteoma: a cause of chronic upper back pain, *Clin. Orthop.* 129:178-80, 1977.
9. Jackson, R.P., Reckling, F.W., Mantz, F.A.: Osteoid osteoma and osteoblastoma, *Clin. Orthop.* 128:303-13, 1977.
10. Jaffe, H.L.: Tumors and tumorous conditions of the bones and joints, Lea and Febiger, Philadelphia, s.92-114, 1968.
11. Lichtenstein, L.: Bone tumors, The C.V.Mosby Company, Saint Louis, 4.Baski, s.89-102, 1972.
12. Mehta, M.H.: Pain provoked scoliosis, *Clin. Orthop.* 135:85-65, 1978.
13. Norman, A.: Persistence or recurrence of pain: a sign of surgical failure in osteoid osteoma, *Clin. Orthop.* 130: 263-6, 1978.
14. O'Hara, J.P., Tegtmeyer, C., Sweet, D.E., Mc Cue, F.G.: Angiography in the diagnosis of osteoid osteoma of the hand, *J.B.J.S.* 57-A:163-6, 1975.
15. Rinsky, L.A., Goris, M., Bleck, E.E., Halpern, A., Hirshman, P.: Intraoperative skeletal scintigraphy for localization of osteoid osteoma in the spine, *J.B.J.S.* 62-A:143-4, 1980.
16. Schajowicz, F.: Tumors and tumor-like lesions of bone and joints, Springer-Verlag, New York, s.34-56, 1981.
17. Sheriff, M.J., Cullivan, W.T., Johnson, K.A.: Osteoid osteoma of the foot, *J.B.J.S.* 65-A: 638-41, 1983.
18. Sim, F.H., Dahlin, D.C., Beabout, J.W.: Osteoid-osteoma: diagnostic problems, *J.B.J.S.* 57-A:154-9, 1975.
19. Worland, R.L., Ryder, C.T., Johnston, A.D.: Recurrent osteoid osteoma, *J.B.J.S.* 57-A:277-8, 1975.