



Kalça eklemindeki osteoblastom olgusunun intralezyonal küretaj ve kemik çimentosuyla tedavisinin uzun dönem izlemi: Olgu sunumu

Uğur GÜNEL¹, Bülent DAĞLAR¹, Nazan GÜNEL²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara;

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Bu makalede, yakınmalarının başlamasının üzerinden iki yıl geçmiş 17 yaşındaki genç erkek hastada, asetabulumdan kaynaklanarak femur başını tahrip eden osteoblastom olgusu ve tedavisi sunulmaktadır. Olgunun, cerrahi kalça eklemi dislokasyonu aracılığıyla lezyonun kürete edilerek oluşan boşluğun polimetil metakrilat kemik çimentosuyla doldurulması sonrası 10 yıllık izleminde femur başındaki harabiyet remodelize olmuş ve nüks izlenmemiştir.

Anahtar sözcükler: Asetabuler osteoblastom; femur başının yeniden şekillenmesi, intralezyonal küretaj.

Osteoblastom tek başına görülen, iyi huylu, kemik yapıcı bir tümördür. Herhangi bir yaşta görülebilirse de genç erişkinlerde daha sıktır. En sık görüldüğü yaş yaklaşık 20 olmakla birlikte en erken 10, en geç 60 yaşlara kadar görülebilir.^[1] Birçok kemikte yerleşebilir. Görüldüğü kemikler arasında omurga, femur, kranyum, el ve ayak kemikleri, humerus, tibia ve fibula sayılabilir.^[2] Pelvis kemikleri bu tümörün nadiren yerleştiği yerlerdendir.^[3,4] Asetabulum eklem yüzünü ilgilendiren osteoblastom yerleşimi sadece 14 olguda söz edilen bir durumdur.^[5] Bu olgular genellikle sinovit bulguları ile belirlenmiştir.

Bu makalede 17 yaşındaki erkek olguda, femur başının ileri derecede harabiyetine ve bozulmasına yol açan eklem içi asetabuler osteoblastom rapor edilmektedir. Bu olgu sadece klinik ve radyolojik bulgularıyla değil, aynı zamanda 10 yıllık izleminde lezyonun tekrarının oluşmaması ve femur başındaki yeniden şekillenme ile de İngilizce literatürdeki ilk olgu olma özelliğindedir.

Olgu sunumu

On yedi yaşındaki erkek hasta iki yıldır var olan sol kalçadaki orta dereceli ağrı ile başvurdu. Ağrı başvuru öncesindeki altı ayda giderek kötüleşmişti. Yük veremeye artarken gece dinlenmede de var olan ağrı, ağrı kesici ilaçlara iyi yanıt veriyordu. Hastanın orta dereceli aksamı ve kalçanın tüm hareketlerinde ve femur iç rotasyonunda kısıtlılığı vardı.

Hastanın pelvis grafisinde iliopubik bölgede yerleşmiş, iyi sınırlı, büyük, yuvarlak sklerotik lezyon ve eşlik eden yumuşak doku genişlemesi belirlendi (Şekil 1a ve b). Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde de femur başında düzensizlik ve asetabulumda genişleyici özellikte lezyon saptandı (Şekil 1c). T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) asetabulum ön kolonundan kaynaklanan hiperintens lezyon görüldü. Yağ baskılı MRG'de lezyon bölgesinde ödem görüldü. Manyetik rezonans görüntülemesindeki diğer bulgular femur başın-

Yazışma adresi: Dr. Uğur Günel, Angora Evleri Besteci Caddesi, No: 16 Mutlukent, Ankara.

Tel: 0312 - 225 34 35 e-posta: ugurgunelort@gmail.com

Başvuru tarihi: 15.08.2011 **Kabul tarihi:** 05.12.2011

©2013 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi:10.3944/AOTT.2013.2734
Karekod (Quick Response Code):





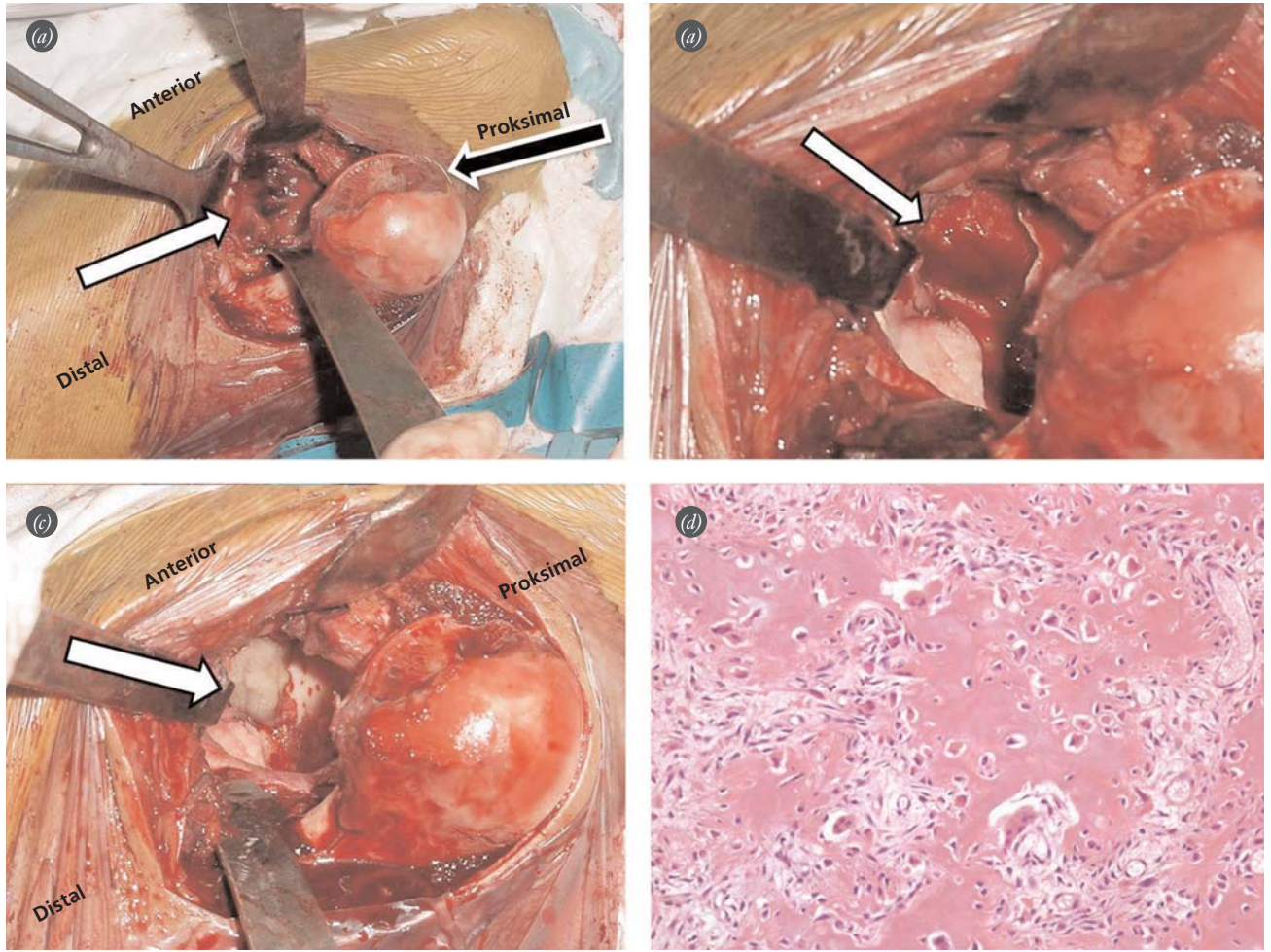
Şekil 1. (a) Sol asetabulum bölgesinde sklerotik lezyonun görüldüğü ön arka pelvis grafisi. (b) Beyaz oklar lezyona bağlı bası nedeniyle femur başında oluşan boşluğu gösteriyor. (c) Eklem içinde genişleyici lezyonu (siyah çerçeveli ok) ve femur başı harabiyetini (siyah dolu ok) gösteren aksiyel bilgisayarlı tomografi kesiti. (d) Lezyonun manyetik rezonans incelemesinde yumuşak doku ödemi görülmüyor.

da harabiyet ve eklemdede effüzyon olarak belirlendi (Şekil 1d). Teknesyum⁹⁹ fosfonatlı kemik sintigrafisinde sol pelvik halkada artmış aktivite izlendi.

Hardinge'nin doğrudan lateral yaklaşımı ile kalça eklemi artrotomisi yapıldı ve lezyonun her iki tarafının görülebilmesi için kalça eklemi cerrahi olarak disloke edildi. Eklem çevresi tüm yumuşak dokular korundu ve mümkün olduğunca hasarlanmamasına özen gösterildi. Eklem içine doğru taşan lezyon kırmızı, kolaylıkla kanayan, hassas bir doku olarak izlendi. Asetabuler taraftaki kıkırdak tümör tarafından harap edilmişti. Femur başında tümör tarafından oluşturulmuş, düzensiz krater şeklinde harabiyet izlendi. Harabiyetin derinliği 1.5 cm kadardı ve femur başının anteroinferiorunda yerleşti (Şekil 2a). Asetabulumda arka duvar ve yük taşıyan tavan korunarak lezyonun geniş küretajı yapıldı. Lezyonun boyutları yaklaşık 4x3x2.5 cm olarak ölçüldü (Şekil 2b). Kırk ml polimetil metakrilat asetabulumda-

ki boşaltılan bölgeye dolduruldu (Şekil 2c). Femur başındaki düzensiz bölge düzelterip mikrokırıklar oluşturuldu. Eklem çevresi yumuşak dokulara zarar verilmenden femur başı yerine konuldu. Örneklenen materyalin histopatolojik incelemesinde osteoblast ve osteoklastların arttığı, mitotik veya atipik yapıların izlenmediği osteoid doku görüldü. Histolojik tanı iyi huylu osteoblastom olarak rapor edildi (Şekil 2d).

Sol alt ekstremiteye iki haftalık cilt traksiyonu uygulandı. Bunu izleyen dört haftada yük verdirmeden koltuk değnekleriyle mobilizasyon önerildi. Ameliyat öncesindeki ağrı cerrahinin hemen ardından kayboldu. Ek radyoterapi önerilmedi. Ameliyattan altı ay sonraki fizik bakıda hastanın hafif aksayarak serbest olarak yürüdüğü ve merdiven çıkmada hafif zorlandığı belirlendi. Kalça eklemi hareket açıklığı tam ve ağrısızdı. Ameliyat sonrası üçüncü yılda hastanın herhangi bir yakınması yoktu ve yürümede bir sınırlaması olmadığı belir-



Şekil 2. (a) Ameliyat sırasında asetabulumdaki genişleyici tümör kitlesi (beyaz ok) ve femur başındaki harabiyeti (siyah ok) gösteren resim. (b) Küretaj sonrası lezyon bölgesinin görünümü. (c) Boşluğun kemik çimentosu ile doldurulması sonrası klinik görünüm. (d) Osteoblastomun tipik histolojik görüntüsü. Olgunlaşmamış birbiri içine giren kemik trabekülleri ve bunları ayıran fibrovasküler ara dolgu dokusu (H-E x400). [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir]

lendi. Onuncu yıl sonundaki kontrolde fizik bakıda bulgusu yoktu. Düz filmler ve bilgisayarlı tomografi sadece rekürens olmadığını değil aynı zamanda femur başının belirgin derecede yeniden şekillendiğini gösterdi (Şekil 3a-d).

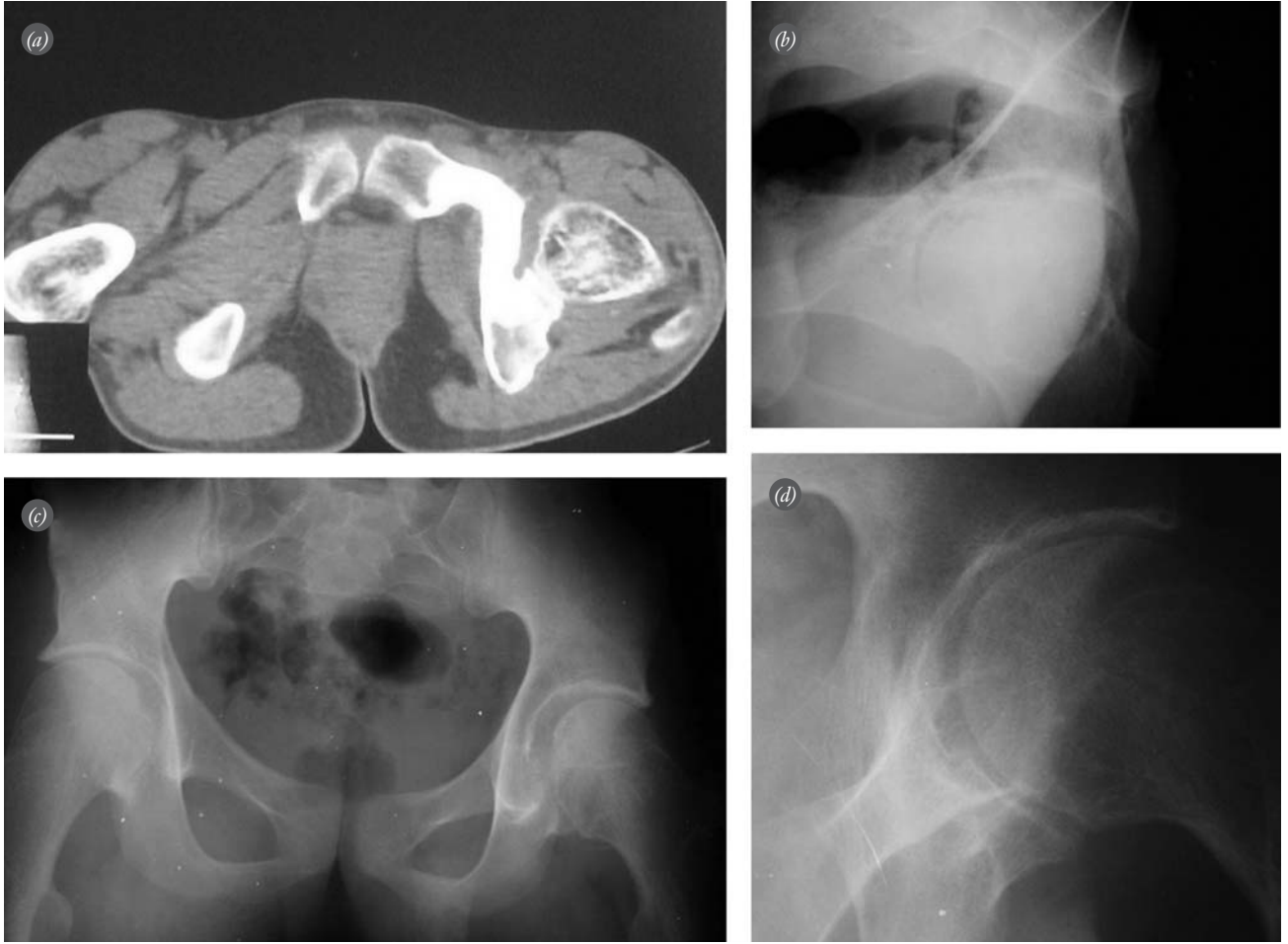
Tartışma

Osteoblastom, kemiğin birincil, nadir görülen, iyi huylu, osteoid osteomayla yakından ilişkili bir neoplazmadır. Osteoid osteomadan 2 cm'nin üzerinde büyüme kapasitesiyle ayrılır.^[6,7] Kortekste, medüller kanalda veya periostal dokuda yerleşebilir. İskelet Sistemi Derneği Tümör Evrelemesinde iyi huylu tümörler arasında evre 2 olarak yer alır.^[8] Evre 2 lezyonlar iyi huylu sitolojik özellikte, kapsül içinde yerleşik kalan ve metastaz yapmayan lezyonlardır. Evre 3 osteoblastomlar ise kemiği daha saldırgan bir şekilde harap eder, kapsül dışına taş-

ma gösterir ve histolojik yapılarında patolojik mitozlu birçok polimorfik osteoblast barındırabilir.

Merkez nöral eksenini ilgilendiren tümörler daha büyük mortalite ve morbiditeyle birlikte. Saldırgan biyolojik davranış osteoblastomun kendi yapısındadır ve histopatolojik görünüm saldırgan davranışı tam olarak temsil etmeyebilir.^[9] Olgumuzda histolojik yapı iyi huylu olmasına karşın klinik ve radyolojik olarak saldırgan bir yerel lezyon izlenmiştir. Tümörün on yıl sonunda halen nüksünün olmayışı da iyi huylu bir lezyon olduğunu desteklemektedir.

Asetabulumda eklem içi yerleşim osteoblastomdan çok osteoid osteomada daha sık görülür.^[10,11] Eklem içi lezyonlu birçok olgunun birbirinden ayrımı zordur. Fokal lezyon, semptomların başlamasından ve tümörün radyolojik olarak saptanmasından çok sonra dahi fark edilemeyebilir. Erken ve kesin tanı için kemik sintigrafisi



Şekil 3. (a) On yıl sonraki kontrolde femur başının mükemmel yeniden şekillenmesi ve tümör nüksü izlerinin görülmediği aksiyel BT kesiti. **(b-d)** Son kontrol pelvis grafilerinde femur başının yeniden şekillendiği ve eklem aralığının normal olduğu görülmüştür.

si ve bilgisayarlı tomografi incelemesi gereklidir. Bu radyolojik inceleme yöntemleriyle kemik ve kıkırdak gelişimindeki anormallikleri, eklemün tümörden uzak tarafındaki yeni kemik oluşumu ve sklerozunu, eklem kıkırdakındaki bozulmaları gösterebilir. Radyonüklid kemik sintigrafisi yoğun fokal aktivite artışı bulgusu verir. Bu bulgu özellikle pelvisteki tümörün yerinin belirlenmesinde önemli bir yardımcıdır. Bu teknik duyarlıdır, fakat özgül değildir. Tümör bölgesinde yoğun aktivite artışı gösterse de tanı koydurucu değildir. Birçok diğer kemik tümörü de benzer bulgu verir.^[12]

Osteoblastom için uygun cerrahi tedavi hedefi lezyonun bütünüyle çıkarılmasıdır. Evre 1 ve 2 lezyonlarda önerilen tedavi kapsamlı intralezyonal küretajdır. Evre 3 lezyonlar için geniş rezeksiyon, tümörle birlikte etraftaki sağlam kemik ve yumuşak dokunun çepeçevre eksizyonu olarak tanımlanmıştır. Bu tip geniş rezeksiyonlar osteoblastomda tam tedavi edicidir.^[13] 1974-2006 arasında otuz yıllık izlemi olan 99 olguluk bir seride intralezyonal küretaj ve dolgu yönteminde lokal nüks oranı %24

olarak bulunmuştur. Yazarlar seçilmiş olgularda geniş rezeksiyonun nüksü en aza indirgeyebileceği sonucuna varmışlardır.^[14] Pelvisin ön bölümünün birincil görevi korumadır. Arka kolon ise yük taşıyıcı olarak bilinir. Olgumuzdaki beklenen ve gerçekleşen yürüme bozukluğu minimaldir. Bu nedenle hastamızda masif pelvik rezeksiyon yerine en az zarar verecek tedavi biçimini seçmeyi tercih ettik. İnternal hemipelvektomi adı verilen, asetabuler çatının da cerrahi olarak çıkarıldığı benzer fakat daha geniş rezeksiyon yöntemiyle de cesaret verici sonuçlar bildirilmiştir.^[15,16]

Bizim hipotezimiz tercih ettiğimiz eklem koruyucu cerrahi yöntemin, iyi fonksiyonel sonuçları riske etmesizin, protezli eklem replasmanı cerrahilerine göre de oldukça ekonomik bir alternatifi olduğudur.

Eklem içi yüzey osteoblastomu osteoartrite neden olabilir. Bu nedenle belirgin idiyopatik eklem osteoartritinin ayırıcı tanısında dikkate alınmalı, benzer şekilde izlemde de akılda bulundurulmalıdır.

Olgumuzun uzun dönem izlemindeki sonuçlarımız, cerrahi yöntemimizin doğrudan megaprotezlerle yapılan cerrahilere alternatif olabileceği yönünde iyimser düşünmemizi sağlamıştır. Ek olarak uyguladığımız yöntem belirli miktarda eklem bozulmasına neden olan agresif iyi huylu eklem içi kemik tümörlerinde, sonraki protez cerrahisini anlamlı oranda olumsuz etkilemeyecek bir ara seçenek gibi de değerlendirilebilir.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Dorfman HD, Czerniak B. Benign osteoblastic tumors. In: Dorfman HD, Czerniak B, editors. Bone tumors. St Louis, MO: Mosby; 1998. p. 85-127.
2. Fechner RE, Mills SE. Tumors of bones and joints. In: Rosai J, Sobin LH, eds. Atlas of tumor pathology. Fascicle 8, 3rd series. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1993. p. 129-44.
3. Bettelli G, Capanna R, van Horn JR, Ruggieri P, Biagini R, Campanacci M. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the pelvis. Clin Orthop Relat Res 1989;(247):261-71.
4. Pilavaki M, Petsatodis G, Petsatodis E, Cheva A, Palladas P. Imaging of an unusually located aggressive osteoblastoma of the pelvis: a case report. Hippokratia 2011;15:87-9.
5. Mounach A, Nouijai A, Ghozlan I, Ghazi M, Achemlal L, Bezza A, et al. Osteoid osteoma of the acetabulum: a case report. Rheumatol Int 2008;28:601-3.
6. Biagini R, Orsini U, Demitri S, Bibiloni J, Ruggieri P, Mercuri M, et al. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the sacrum. Orthopedics 2001;24:1061-4.
7. Ruggieri P, McLeod RA, Unni KK, Sim FH. Osteoblastoma. Orthopedics 1996;19:621-4.
8. Enneking WF. Osteoblastoma. In: Enzinger FM, Weiss SW, editors. Musculoskeletal tumor surgery. Vol 2. New York, NY: Churchill Livingstone; 1983. p. 1043-54.
9. Lucas DR, Unni KK, McLeod RA, O'Connor MI, Sim FH. Osteoblastoma: clinicopathologic study of 306 cases. Hum Pathol 1994;25:117-34.
10. Tonai M, Campbell CJ, Ahn GH, Schiller AL, Mankin HJ. Osteoblastoma: classification and report of 16 patients. Clin Orthop Relat Res 1982;(167):222-35.
11. Abolghasemian M, Rezaie M, Behgoo A, Shoushtarizadeh T, Ghazavi MT. Exostosis-like intraarticular periosteal osteoblastoma: a rare case. Am J Orthop 2010;39:50-3.
12. Kroon HM, Schurmans J. Osteoblastoma: clinical and radiologic findings in 98 new cases. Radiology 1990;175:783-90.
13. Saglik Y, Atalar H, Yildiz Y, Basarir K, Gunay C. Surgical treatment of osteoblastoma: a report of 20 cases. Acta Orthop Belg 2007;73:747-53.
14. Berry M, Mankin H, Gebhardt M, Rosenberg A, Hornicek F. Osteoblastoma: a 30 year study of 99 cases. J Surg Oncol 2008;98:179-83.
15. Karaharju EO, Korkkala OL. Resection of large tumors of the anterior pelvic ring while preserving functional stability of the hip. Clin Orthop Relat Res 1985;(195):270-4.
16. Nilsson U, Kreicbergs A, Olsson E, Stark A. Function after pelvic tumor resection involving the acetabular ring. Int Orthop 1982;6:27-33.