



Trapezoid kemik ve trikuetral kemik osteoblastomu: İki olgu sunumu

İbrahim KAYA¹, Burak BOYNUK², Caner GÜNERBÜYÜK³, Akın UĞRAŞ⁴

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul;

²Bakırköy Acıbadem Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul;

³29 Mayıs Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul;

⁴İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Osteoblastoma, sıklıkla vertebra ya da uzun kemiklerde yerleşen iyi huylu, lokal, agresif bir tümördür. Karpal bölgede görülmesi ve tekrarı oldukça nadirdir. Lezyonun tedavisi küretaj veya el ve el bileğinde fonksiyonel yetersizlikle sonuçlanabilen en blok rezeksiyondur. Ancak, bu tedavi tekrarlayan olgular için düşünülmelidir. Bu çalışmada trapezoid kemiğin daha önce küretaj ile tedavi edildiği, tekrar eden bir trapezoid osteoblastomu ile primer bir trikuetral osteoblastoma olgusunu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Küretaj; osteoblastoma; trapezoid kemik; trikuetral kemik.

Osteoblastoma ilk defa 1954 yılında Dahlin ve Johnson tarafından “dev osteoid osteoma” olarak tanımlanan, iyi huylu bir primer kemik tümörüdür.^[1] Daha sonra, 1956 yılında, Lichtenstein ve Jaffe bu tümörü iki ayrı yazıda “osteoblastoma” olarak adlandırmıştır.^[2] Çoğunlukla vertebral kolonu ve uzun kemiklerinin metafizer kısmını tutan, nadir görülen, iyi huylu fakat lokal agresif olan bu tümör karpal kemiklerde oldukça nadir görülür.^[2,3]

Trapezoid kemik tutulumu nadir olmakla birlikte literatürde de bildirilmemiştir. Bu çalışmada daha önce trapezoid kemiğin küretajı yapılmasına rağmen tekrar eden bir trapezoid osteoblastomu ve primer bir trikuetral osteoblastomunu bildiriyoruz.

Olgu sunumu

Olgu 1

On iki yaşındaki kız çocuğu Şubat 2008 yılında travma sonrası sol elde ağrı ve şişlikle kliniğimize başvurdu.

Ağrı geceleri artmaktaydı ve non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlara iyi yanıt vermemekteydi. Çekilen bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) trapezoid kemikte avasküler nekroz düşündürülen bulgular, ikinci metakarpalda periost reaksiyonu ve el dorsal kompartmanında geniş cilt altı ödem saptandı (Şekil 1a ve b). Lezyonun küretajı ile elde edilen materyalin patolojik değerlendirmesi osteoid osteoma ya da osteoblastoma ile uyumluydu (Şekil 1c). Klinik olarak lezyon osteoid osteoma olarak kabul edildi. Hastanın 12. ay takibinde ağrı tamamen geçmişti ve el bileğinde tam hareket açıklığı vardı. Bununla birlikte, 18. ay takibinde sol elde ağrının ve şişliğin tekrarladığı görüldü. Çekilen direkt grafi ve MRG’de trapezoid kemikte yerleşik, 23 mm çapında ve kapitat kemik boyunca uzanan, tekrar eden osteolitik lezyon saptandı. Hastaya osteoblastoma tanısı konuldu ve lezyon kürete edildi; adjuvan tedavi yapılmadı. Alınan örneklerin patolojik değerlendirmesi sonucu osteob-

Yazışma adresi: Dr. Akın Uğraş, İstanbul Medipol Hastanesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, 34273 Bağcılar, İstanbul.

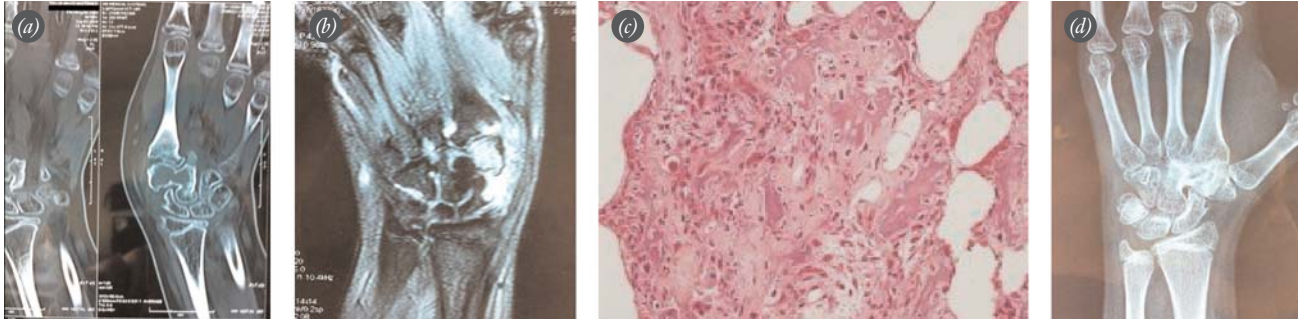
Tel: 0212 – 460 77 77 e-posta: akinugras@gmail.com

Başvuru tarihi: 05.11.2012 **Kabul tarihi:** 23.01.2013

©2013 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi:10.3944/AOTT.2013.3081
Karekod (Quick Response Code):





Şekil 1. Trapezoid kemikte osteoblastoma bulunan Olgu 1'in (a) ameliyat öncesi BT taraması, (b) koronal planda T1-ağırlıklı MRG görüntüsü, (c) patoloji numunesi (H-E x400), ve (d) 35. ay takibinde çekilen ön-arka röntgen filmi görülmektedir. [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

lastoma tanısı konuldu. Ameliyat sonrası 35. ayda hastanın ağrısının ve şişliğinin olmadığı, el kavrama gücünün yeterli olduğu saptandı. Çekilen kontrol grafisinde karpometekarpal ve interkarpal kemik füzyonu saptandı (Şekil 1d).

Olgu 2

On dokuz yaşındaki erkek hasta, Temmuz 2011'de, sağ elde iki yıldır geçmeyen ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrı geceleri artmakta ve hasta sürekli ağrı kesici ilaçlar almaktaydı. Radyolojik incelemede trikuetral kemik yerleşimli, 20 mm çapında sklerotik lezyon saptandı (Şekil 2a, b ve c). Küretaj ve grefonaj yapılarak tedavi edilen hastada, lezyon patolojik olarak osteoblastoma olarak değerlendirildi (Şekil 2d). Ameliyat sonrası şikayetleri ciddi derecede azalan hastanın 13. ay takibinde ağrısının geçtiği ve el bilek hareketleri ile kavrama gücünün tam olduğu görüldü. Radyolojik değerlendirmede nüks bulguları saptanmadı.

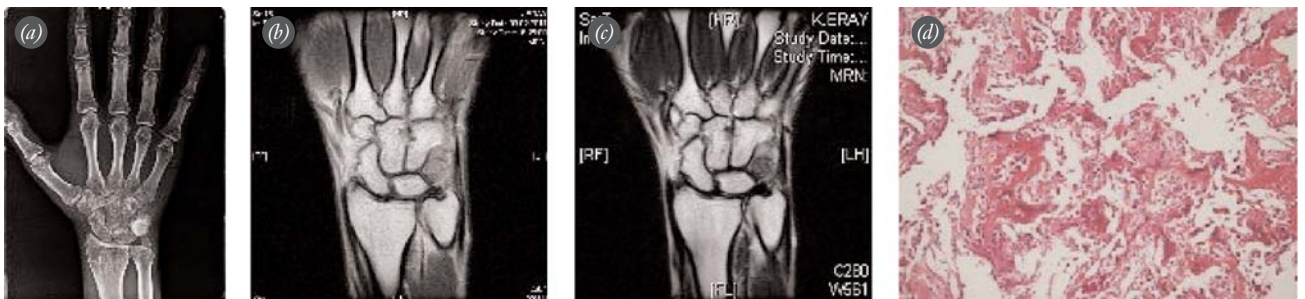
Tartışma

Osteoblastoma, iyi huylu fakat lokal agresif bir tümördür ve tüm kemik tümörlerinin %1'ini oluşturur.^[2-4] En sık olarak vertebra (%40), pelvis ve uzun kemiklerde

oluşur. Karpal lokalizasyonu ise oldukça nadirdir. Literatürde beşi naviküler kemikte, biri trikuetral kemikte, dördü de hamatumda olmak üzere toplam 9 olgu bildirilmiştir (Tablo 1). Trapezoid kemik tutulumundan ise şimdiye kadar literatürde bahsedilmemiştir. Tümör, 10 ila 25 yaş arası gençlerde ve erkek popülasyonda daha sık görülür.^[2]

Gdoura ve ark., ağrının spesifik karakterde olmadığını belirtip, aktiviteyle, istirahatle ve gece ya da gündüz olmasıyla ilişkili olmadığını bildirmiş, non-steroid anti-enflamatuar ilaçların ağrıyı azaltmadığını ifade etmiştir.^[2] Bununla birlikte, ağrının sirkadiyen ritimde olduğu olgularımızda non-steroid anti-enflamatuar ilaçlara iyi yanıt alındı.

Kortikal destrüksiyon olduğunda osteoblastom komşu dokulardan ince, reaksiyonel kemik kabuk ile ayrılır. Nüks olan birinci olgumuzda kortikal parçalanma mevcuttu. Kortikal destrüksiyon görüldüğü durumlarda ayırıcı tanıda dev hücreli tümör, anevrizmal kemik kisti, kondrosarkom ve osteosarkom düşünülmelidir.^[2] Dorfman ve Weiss, osteolitik agresif osteoblastoma ve iyi diferansiye osteosarkom arasında ayırıcı tanının önemine dikkat çekmiştir.^[5]



Şekil 2. Trikuetral kemikte osteoblastoma bulunan Olgu 2'nin (a) el bileğinin ön-arka röntgen filmi, (b) koronal planda T1-ağırlıklı ve (c) T2-ağırlıklı MRG görüntüleri, ve (d) farklı boylarda osteoblastlar ile içinde düzgün çekirdek ve nükleol yapısının görülebildiği bolca sitoplazma içeren patoloji numunesi görülmektedir (H-E x400). [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

Tablo 1. Literatürde bildirilen karpal osteblastomlar.

Yazarlar	Yerleşim	Tedavi	Nüks (ay)
Marshall ve ark. ^[14] (1987)	Triquetral kemik	Küretaj ve grefonaj	Yok
Menon ve ark. ^[11] (1988)	Hamatum	Küretaj ve grefonaj	11
Apergis ve ark. ^[15] (1993)	Hamatum	Küretaj ve grefonaj	Yok
Fanning ve Lucas ^[3] (1993)	Skafoid	Küretaj ve grefonaj	Yok
Castelló ve ark. ^[13] (1996)	Skafoid	Küretaj	Yok
Van Dijk ve ark. ^[8] (1999)	Hamatum	Küretaj	6
Ragois ve ark. ^[16] (2000)	Skafoid	Küretaj ve grefonaj	4
Meade ve ark. ^[12] (2005)	Skafoid	Küretaj ve grefonaj	Yok
Gdoura ve ark. ^[2] (2010)	Hamatum	Küretaj	Yok
Kaya ve ark.	Trapezoid kemik	Küretaj	18
Kaya ve ark.	Triquetral kemik	Küretaj ve grefonaj	Yok

Mikroskobik olarak tümör, benzer mikroskobik bulgular gösteren osteoid osteomaya göre daha fazla vaskülarize bağ dokusu ihtiva eder, daha büyük çaptadır (2 santimetreden daha büyük) ve daha az tümörü çevreleyen reaksiyonel doku içerir.^[6,7] İyi huyluluğuna rağmen, erken nüks (%10-19) ve akciğer metastazının bile eşlik edebileceği malign transformasyon görülebilir.^[2,8-10]

Osteoblastomada küretaj yapılırken, açılan kemik pencerenin çapının en az tümör çapı kadar olmasına dikkat edilmelidir. Aksi takdirde, geride kalan kemikteki tümör hücreleri nüks gelişmesine neden olabilir. Küretaj burr motoru kullanılarak yapılmalı ve gereğinde küretajı takiben grefonaj yapılmalıdır. Menon ve ark., hamatumda tekrar eden bir osteoblastomu küretaj ve grefonajla tedavi etmişlerdir.^[11]

Van Dijk ve ark., hamatumda tekrar eden osteoblastomu en blok rezeksiyon ve oluşan boşluğu geçici olarak sement ile interpoze edip, daha sonra damarlı iliak kemik grefti koyarak tedavi etmişlerdir.^[8] Genel olarak önerilen tedavi şekli geniş rezeksiyondur. Ancak, oluşturacağı fonksiyonel ve yapısal morbidite göz önünde bulundurularak en son seçenek olarak düşünülmelidir.

Sonuç olarak, karpal osteoblastoma son derece nadir görülen, iyi huylulu fakat lokal olarak agresif bir tümördür. Tanı, semptomların ve radyolojik bulguların belirsizliği nedeniyle zordur. Tedavi küretaj ve gereğinde grefonajdır. Tümör ilerlemesinin hızlı olduğu agresif olgularda geniş rezeksiyon tercih edilen tedavi seçeneği olabilir. Bununla birlikte, bu tedavinin katastrofik sonuçları değerlendirildiğinde, en son tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Ayrıcı tanıda da iyi diferansiyel osteosarkom göz önünde bulundurulmalıdır.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

- Dahlin DC, Johnson EW JR. Giant osteoid osteoma. J Bone Joint Surg Am 1954;36-A:559-72.
- Gdoura F, Trigui M, Ellouze Z, Hamed YB, Ayadi K, Keskes H. Hamatum osteoblastoma. Orthop Traumatol Surg Res 2010;96:712-6.
- Fanning JW, Lucas GL. Osteoblastoma of the scaphoid: a case report. J Hand Surg Am 1993;18:663-5.
- Lucas DR, Unni KK, McLeod RA, O'Connor MI, Sim FH. Osteoblastoma: clinicopathologic study of 306 cases. Hum Pathol 1994;25:117-34.
- Dorfman HD, Weiss SW. Borderline osteoblastic tumors: problems in the differential diagnosis of aggressive osteoblastoma and low-grade osteosarcoma. Semin Diagn Pathol 1984; 1:215-34.
- Xarchas KC, Leviet D. Osteoblastoma of the carpal scaphoid frequency and treatment. Acta Orthop Belg 2002;68:532-6.
- Kenan S, Floman Y, Robin GC, Laufer A. Aggressive osteoblastoma. A case report and review of the literature. Clin Orthop Relat Res 1985;(195):294-8.
- Van Dijk M, Winters HA, Wuisman PI. Recurrent osteoblastoma of the hamate bone. A two-stage reconstruction with a free vascularized iliac crest flap. J Hand Surg Br 1999;24:501-5.
- Jackson RP. Recurrent osteoblastoma: a review. Clin Orthop Relat Res 1978;(131):229-33.
- Kunze E, Enderle A, Radig K, Schneider-Stock R. Aggressive osteoblastoma with focal malignant transformation and development of pulmonary metastases. A case report with a review of literature. Gen Diagn Pathol 1996; 141:377-92.
- Menon J, Rankin D, Jacobson C. Recurrent osteoblastoma of the carpal hamate. Orthopedics 1988;11:609-11.
- Marshall JH, Sonsire JM, Nielsen PE, Nigogosyan G, Terzian J. Digital angiography and osteoblastoma of the triquetrum. J Hand Surg Am 1987;12:256-8.
- Apergis E, Tsamouri M, Theodoratos G, Maris I, Antoniou N. Osteoblastoma of the hamate bone: a case report. J Hand Surg Am 1993;18:137-40.
- Castelló JR, Garro L, San Miguel P, Campo M. Osteoblastoma of the scaphoid – long-term results following curettage: a case report. J Hand Surg Am 1996;21:426-7.
- Ragois P, Leclerc P, Hallonet D. Aggressive osteoblastoma of the carpal scaphoid bone. [Article in French] Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 2000;86:94-7.
- Meade RA, Allende CA, Tsai TM. Osteoblastoma of the scaphoid: a case report. J Surg Orthop Adv 2005;14:125-8.