

ELDE PROKSİMAL FALANKS YERLEŞİMLİ
OSTEOKONDROM: VAKA SUNUMU

PHALANGEAL OSTECHONDROMA OF THE HAND: A
CASE REPORT

Dr. İsmail AĞIR*
Dr. Mahmut Nedim
AYTEKİN**
Dr. Hayati AYGÜN***

* Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve
Travmatoloji Kliniği,

** Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji
Kliniği

*** Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Op. Dr. Mahmut Nedim AYTEKİN
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara,
Türkiye
Email: nedimaytekin@hotmail.com

ÖZET

Osteokondrom en sık görülen iyi huylu iskelet sistemi tümörüdür. Ancak multipl herediter ekzositoz dışında elde çok nadir görülür. Eldeki osteokondromlar diğer bölgelerde olduğu gibi genelde ağrısız bir kitle ile kendini gösterir. Bununla birlikte, tutulduğu bölgeye yakın eklemden sertlik, açılanma, rotasyon ve çekiç parmak gibi el deformitelerine neden olabilir. Bu bozukluklara engel olmak için diğer bölgelerde görülen osteokondromlardan farklı olarak, erken dönemde cerrahi önerilir. Bu yazıda sağ el 4.parmak proksimal interfalangeal eklemi yerleşimli bir osteokondrom vakası sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Osteokondrom, falangeal, ekzositoz

ABSTRACT

Osteochondroma is the most common benign bone tumor observed in the skeleton. It is so uncommon in hand except for multiple hereditary exostosis. Like osteochondromas at other locations, the majority of osteochondromas of the hand are presented as painless masses, however; an osteochondroma of the finger can cause joint stiffness, angulation, rotation and deformities like mallet finger. In order to prevent these problems, early surgery is advised. Here, we report an osteochondroma case which is located at proximal phalanx.

Key words: Osteochondroma, phalangeal, exostosis.

GİRİŞ

Osteokondrom diğer adıyla ekzositoz en sık görülen iyi huylu iskelet sistemi tümörüdür. Multiple herediter ekzositoz dışında elde çok nadir görülür.¹ Osteokondromlar kemiğin büyüme plağı bölgesinden kaynaklandıklarından, büyüme devam ettiği sürece osteokondromlarda da büyüme olur, büyüme durduğunda osteokondromlarda da büyüme durur.² Eldeki osteokondromlar diğer bölgelerde olduğu gibi genelde ağrısız bir kitle ile kendini gösterir.^{1,3} Bununla birlikte tutulduğu bölgeye yakın eklemde sertlik, açılanma, rotasyon ve çekiç parmak gibi el deformitelerine neden olabilir.⁴

Osteokondromlarda malign transformasyon sadece yetişkinlerde görülür ve çok nadirdir. Daha çok multiple herediter ekzositozda % 0.5-3 oranında görülür.⁵ Malign transformasyon kıkırdak şapkada meydana gelir. Low-grade periferik kondrosarkoma dönüşüm vardır.² Elde ise malign transformasyon bildirilmemiştir.⁶

Eldeki ve özellikle falangial osteokondromlarda, deformite, eklemde kontraktür ve fonksiyonel bozukluklara engel olmak için erken dönemde cerrahi önerilir.¹ Bu yazımızda sağ el 4. parmak proksimal interfalangial eklem yerleşimli osteokondrom olgusunu klinik ve cerrahi olarak değerlendirdik.

OLGU

18 yaşında erkek hasta son 3 yıldır olan ve giderek artan sağ el yüzük parmağında şekil bozukluğu ve şişlik ile başvurdu. Herhangi bir travma öyküsü yoktu. Ailesinde osteokondrom öyküsü yoktu. Fizik muayenede proksimal interfalangial (PİP) eklemde deformite, hareket kısıtlılığı, ağrı, 1 cm x 0,4 cm boyutlarında osteokondrom ile uyumlu kitle mevcuttu. Metakarpofalangial (MP) ve distal interfalangial (DİP) eklemde hareket açıklığı tamdı. Nörovasküler muayenesi normal, fleksör ve ekstansör tendonlar intakt idi. Çekilen grafide sağ el 4. parmak proksimal falanks distal metafizi dorsoulnar bölgeye doğru büyüyen iyi sınırlı bir kitle saptandı (Resim 1 ve 2).

Hastanın diğer ekstremitelerinde osteokondroma ait bulgu saptanmadı. Ameliyatta dorso-ulnar bölgeye yaklaşık 2 cm'lik insizyonla girildi. Nörovasküler yapılar ve tendon ekstansör tendon diseke edildi (Resim 3). Kitleye osteotomi yardımıyla eksizyonel biyopsi

uygulandı. Histolojik sonuçlarda herhangi bir malign transformasyon saptanmadı ve osteokondrom tanısı kesinleştirildi.

TARTIŞMA

Osteokondromların orijini bilinmemekle birlikte, ortaya bazı atılan bazı teoriler vardır. Bunlardan biri Porter and Simpson'ın⁷ öne sürdüğü kıkırdak teoremidir. Bu teoriye göre; osteokondromlar büyüme plağının periferik deplasmanı sonucu oluşur ve büyüme tamamlanana kadar, komşu eklem uzun aksına göre çaprazlamasına ve aksın dışına doğru büyür. Murphey ve arkadaşları⁸ ise, bu lezyonların, epifizyal büyüme plağı kıkırdağından kopan bir parçadan zamanla büyüme plağını çevreleyen periostun fıtıklaşması ve giderek büyümesi sonucu oluştuğunu düşünmüşlerdir.

Önceki çalışmalarda gösterilmiştir ki, falangial osteokondromlarda klinik şikayetlerin çoğu genelde koronal deformiteler nedeniyle ortaya çıkmaktadır ve interfalangial eklemlerde kontraktür olarak sonuçlanmaktadır.¹ Bizim vakamızda ise hem koronal hem de sagittal düzlemde deformite oluşmuştu. Kitle nedeniyle orta ve distal falanksta radiale doğru açılanma vardı. Eklem hareket açıklığı ise şekil bozukluğuna rağmen nispeten daha iyi iken, ekstansiyon ve fleksiyonda minimal kısıtlılık vardı.

Birçok çalışmada falangial osteokondromlarda erken cerrahi sonrası sonuçların daha iyi olduğu gösterilmiştir.⁹ Eklem hareketlerindeki azalmanın postoperatif olarak büyük çoğunlukla düzeldiği görülmüştür.¹⁰ Bu yüzden diğer bölge osteokondromlarında klinik bulgular oluşana kadar beklenirken, eldeki osteokondromlarda eklemde şekil bozukluğu, yumuşak doku kontaktürü, osteoartrit ve düzeltilemeyecek veya daha ciddi rekonstrüksiyonlar gerektiren deformiteler oluşmadan erken dönemde cerrahi yapılmalıdır.¹ Bizim vakamızda tedavi geciktiği için postoperatif eklem hareketlerinde düzelme olmasına rağmen istenilen düzeye ulaşamadığı için fizik tedavi ve rehabilitasyon başlandı ve proksimal interfalangial eklemde valgus açılanması devam etti.

Sonuç olarak; eldeki osteokondromlarda, özellikle falangial osteokondromlarda erken dönemde cerrahi uygulanmalı, geç dönemde yapılan cerrahilerde ise kitle eksizyonu ile birlikte eklem ve ligament rekonstrüksiyonu iyi klinik sonuçlar için göz önünde bulundurulmalıdır.



Resim 1. Hastanın ameliyat öncesi ön-arka grafisi



Resim 2. Hastanın ameliyat öncesi yan grafisi



Resim 3. Kittenin ameliyat sırasında görünümü

KAYNAKLAR

1. Baek GH, Rhee SH, Chung MS, Lee YH, Gong HS, Kang ES, Kim JK. Solitary intra-articular osteochondroma of the finger. *J Bone Joint Surg Am.* 2010;92:1137-43.
2. Zapata J, Alcaraz M. Osteochondroma of the phalanx: a late Roman case. *Homo.* 2007;58:319-28.
3. Cates HE, Burgess RC. Incidence of brachydactyly and hand exostosis in hereditary multiple exostosis. *J Hand Surg Am.* 1991;16:127-32.
4. Al-Harthy A, Rayan GM. Phalangeal osteochondroma: a cause of childhood trigger finger. *Br J Plast Surg.* 2003;56:161-3.
5. Hameetman L, Bovée J, Taminiau A, Kroon H, Hogendoorn P. Multiple Osteochondromas: Clinicopathological and Genetic Spectrum and Suggestions for Clinical Management. *Hered Cancer Clin Pract.* 2004;2:161-73.
6. Öztürk H, Öztemur Z, Bulut O, Ünsaldı T. Osteochondroma of the Distal Phalanx: A Case Report. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;28:41 – 43.
7. Porter, D.E., Simpson, H.R. The neoplastic pathogenesis of solitary and multiple osteochondromas. *J. Pathol.* 1999;188: 119–125.
8. Murphey, M.D. , Choi, J.J., Kransdorf, M.J., Flemming, D.J., Gannon, F.H. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2000;20:1407–1434.
9. Moore JR, Curtis RM, Wilgis EF. Osteochondromatous lesions of the digits in children: an experience with 10 cases. *J Hand Surg Am.* 1983;8:309-15.
10. Kojima T, Yanagawa H, Tomonari H. Solitary osteochondroma limiting flexion of the proximal interphalangeal joint in an infant: a case report. *J Hand Surg Am.* 1992;17:1057-9.