

## AN INTERESTING CASE OF COSTAL OSTEochondroma

### İlginç bir kostal osteokondrom olgusu

Vedat Bayrak<sup>1</sup>, Engin Pabuşçu<sup>2</sup>, Özkan Yılmaz<sup>3</sup>, İskan Çallı<sup>4</sup>

Ceyhan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği<sup>1</sup>  
Osmaniye Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği<sup>2</sup>  
Gaziantep Ersin Arslan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği<sup>3</sup>  
Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği<sup>4</sup>

**Yazışma adresi:** Dr. Vedat Bayrak, Ceyhan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye  
[stmfhl@hotmail.com](mailto:stmfhl@hotmail.com)

**Cer San D (Jsurg Arts), 2014;7(2):109-111. <http://dx.doi.org/10.14717/jsurgarts.2014.137>**

#### ABSTRACT

The largest group of benign bone tumors is cartilage cap osteochondroma. While it's most common in the distal part of the femur, the tibia and the proximal humerus, rarely it can be observed in the base of skull, vertebral column, costa and pelvis. We present an osteochondroma case originating from the seventh right costa of a forty seven year old woman. The case shows exophytic growth pattern through the liver and its boundary with the liver is not clear in the tomogram which causes difficulties in diagnosis. We present the case accompanied by a review of the literature.

**Key words:** Osteochondroma, bone, liver.

#### ÖZET

Benign kemik tümörlerinin en büyük grubunu kırkırdak tabaka ile çevrili osteokondromlar oluşturur. En sık görüldüğü yerler femur distali, tibia ve humerus proksimali iken, nadiren kafatası tabanı, vertebral kolon, kosta, skapula ve pelviste yerleşirler. Kırkyedi yaşında bayan hastada sağ 7. kostadan köken alan osteokondrom olgusunu sunduk. Karaciğere doğru ekzofitik büyüyen, tomografide karaciğer ile sınırları net seçilemeyen ve bu nedenle tanı karışıklığına neden olan bu olguya yaklaşımımız literatür eşliğinde sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Osteokondrom, kemik, karaciğer.

#### GİRİŞ

Benign kemik tümörlerinin en büyük grubunu kırkırdak tabaka ile çevrili osteokondromlar oluşturur. Her kemikte yerleşebilen bu tümörler sıklıkla uzun kemiklerin kartilajından gelişmektedir. En sık görüldüğü yerler femur distali, tibia ve humerus proksimalidir. Nadiren kafatası tabanı, vertebral kolon, kosta, skapula ve pelvis yerleşimli olabilirler (1-2). Kosta yerleşimli osteokondromlar epifizyal kostokondral birleşim yerini veya kostaların vertebral ucunu tutar (3). Bu yazıda kostanın kostokondral birleşim yerinden köken alan ve karaciğere doğru ekzofitik büyüyen tanı karışıklığına neden olan osteokondrom olgusunu sunduk.

#### Olgu

Kırkyedi yaşında bayan hasta, karın sağ üst bölgesinde ve sağ toraks ön yüzde, yaklaşık 1 yıldan beri süregelen ağrı yakınması ile başvurdu. Batın USG'de kolelitiazis ve toraks duvarı ile karaciğer arasına yerleşmiş solid kitle rapor edildi. Toraks BT'de sağ 7. kottan başlayarak toraks içine doğru uzanan, diyafragmayı iterek karaciğere ulaşan, yuvarlak şekilli, düzgün sınırlı, ancak kimi kesitlerde karaciğer ile sınırları ayırt edilemeyen 6 cm çaplı kitle tespit edildi (Resim 1,2). Kitleye aynı seansta laparoskopik eksplorasyon, kolesistektomi ve kitle eksizeyonu planlandı. Eksplorasyonda BT'de bahsedilen kitlenin

karaciğere dıştan bası yaptığı, diyafragmanın intakt olduğu görüldü. Kolesistektomi laparoskopik olarak sorunsuz tamamlandı. Daha sonra sağ anterior torakotomi yapıldı. Sağ 7. kot üzerinden (altıncı interkostal aralık) toraksa girildi. Yedinci kottan köken alan ve toraks içine doğru uzanım gösteren yaklaşık 6 cm çaplı yuvarlak şekilli sert ve düzgün sınırlı kitle palpe edildi. Kitle, yedinci kotun yaklaşık 6 cm'lik kısmı çevre interkostal kaslarla birlikte total olarak eksize edildi. Toraks içine bir adet 28 F göğüs tüpü yerleştirilerek kapamaya geçildi. Kotlar yaklaştırılarak defekt kapatıldı, komplikasyon olmadı. Postop takiplerde sorunu olmayan hastanın göğüs tüpü 4. gün çekildi ve hasta şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu osteokondrom ile uyumlu olarak raporlanan olguya ek tedavi verilmedi ve olgu takibe alındı.



**Resim 1:** Toraks BT'de sağ 7. kot hizasında diyafragmayı iterek karaciğere ulaşan (üst), bazı kesitlerde karaciğer ile sınırları net olarak ayırt edilemeyen 6 cm çaplı kitle (alt).

### TARTIŞMA

Göğüs duvarı tümörleri primer veya sekonder olabilirler. Primer göğüs duvarı tümörleri göğüs duvarını oluşturan yumuşak doku, kıkırdak veya kemikten gelişebilir. Vücudun primer tümörlerinin %2'sini oluştururlar. En sık görülen malign tümörler; fibröz histiyositom, kondrosarkom ve fibrosarkom iken benign tümörler; kondrom, lipom ve fibromdur (4). Benign kemik tümörlerinin en büyük grubunu kıkırdak tabaka ile çevrili osteokondromlar oluşturur.

En sık görüldüğü yerler femur distali, tibia ve humerus proksimalidir. Nadiren kafatası tabanı, vertebral kolon, kosta, skapula ve pelvis yerleşimli olabilirler. Kosta yerleşimli osteokondromlarda büyüme içeri doğru olursa direkt radyografide tespit edilebilir. Büyüme dışarı doğru ise kitle palpasyonla ele gelir. Bizim olgumuzda kitle içeri doğru büyümüşü ve diyafragmayı da iterek karaciğer segment 7-8 seviyesinde 3x3 cm'lik bası alanı oluşturmuştu.

Kosta yerleşimli osteokondromlarda göğüs filminde kitle bazen akciğer lezyonları ile karışabilir, göğüs filmi yeterli bulgu vermeyebilir ve hatta tamamen normal olabilir. Tomografi genellikle tanı ve tedavinin planlanması için yeterli bilgiyi verir ancak yeterli olmadığını bildiren yayınlarda vardır (5). Bizim olgumuzda göğüs filmi karaciğerin süperpozisyonu nedeni ile faydalı olmadı. Çekilen toraks tomografisinde kitle görüldü ancak kesitlerin bir kısmında kitlenin karaciğer ile ilişkisi net değerlendirilemedi. Bu kesitlerde kitlenin karaciğer kökenli bir kitlenin toraks duvarına doğru ekzofitik büyümesi mi, yoksa toraks duvarındaki kitlenin karaciğere doğru büyümesi mi olduğu anlaşılamadı. Aynı zamanda kolelitiazisi de olan hastaya laparoskopi ile eksplorasyon planlandı ve eksplorasyon sonucunda kitlenin karaciğer kökenli olmadığı, diyafragmanın intakt olduğu ve kitlenin karaciğere bası oluşturduğu yerde yaklaşık 3x3 cm'lik bası alanına neden olduğu tespit edildi.

Soliter osteokondromlarda %1, multiple herediter osteokondromda %10 malignensi gelişme olasılığı mevcuttur. Pelvik ve skapula yerleşimli olan osteokondromlarda malign dejenerasyon daha sık gözlenmektedir. Kıkırdak takkenin 2 cm'den büyük olması malign dejenerasyon işareti kabul edilmelidir (6).

Klinik olarak göğüs duvarı tümörlerinin öncelikle histopatolojik tanısı konulmalıdır. Çapı 5 cm'den küçük olan tümörlerde genel yaklaşım total eksizeondur. Daha büyük tümörlerde kor biyopsiler önerilmektedir. Küçük boyutlu tümörlerde malignite olasılığı akıldan çıkarılmadan mümkün olan genişlikte rezeksiyon hasta için faydalıdır. Rezeksiyonun durumuna göre toraks duvarı primer olarak veya greft ile kapatılabilir. İyi huylu tümörlerde geniş rezeksiyona gerek yoktur. Tek kot rezeksiyonu yapılması yeterlidir (7).

Sonuç olarak 7. kosta gibi aşağı kostalarda yerleşimli osteokondromlar, içeri doğru büyüyerek komşu intraabdominal organlara bası oluşturabilir. Bu durum tanı karışıklığına neden olabilir. Bu gibi durumlarda görüntüleme yöntemleri de ayırıcı tanıda yeterince faydalı olmayabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi laparoskopi ayırıcı tanıda yol gösterici olabilir. Ayrıca soliter osteokondromlarda %1, multiple osteokondromlarda %10 oranında görülen malignleşme potansiyeli de akıldan çıkarılmamalı ve bu gibi durumlarda oluşan çevresel invazyonun tümörün köken aldığı primer odağın tespitinde zorluklara neden olabileceği akıldan tutulmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Harrison NK, Wilkinson J, O'Donohue J, et al. Osteochondroma of the rib: an usual cause of haemothorax. *Thorax* 1994;49(6):618-9.
2. Giudici MA, Moser RP Jr, Kransdorf MJ. Cartilaginous bone tumors. *Radiol Clin North Am* 1993;31(2):237-59.
3. Bucham KG, Zamvar V, Mandana KM, Nihal E, Kulatikale P. Juxtacardiac costal osteochondroma presenting as recurrent haemothorax. *Eur J Cardiothor Surg* 2001;20(2):208-10.
4. Pairolero PC. Chest Wall tumors. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, eds. *General Thoracic Surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, s:589-98.
5. Okutan H, Peker RO, Yavuz T, ve ark. Olgu sunumu: Kosta yerleşimli osteokondrom. *T Klin Tıp Bilimleri* 2003;23(3):242-4.
6. Yorgancılar CD, Çelik A, Karakurt Ö, Kurul İC, Demircan S. İlginç bir toraks duvarı tümörü olgusu; Ksifoid yerleşimli osteokondrom. *Tur Toraks Der* 2011;12(1):79-80.
7. Han S, Soylu L. Kostal osteokondromlu bir olgu. *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26(3): 243-4.