

TÜMÖRE BENZEYEN SPİNA İLİAKA ANTERİOR SUPERİOR AVULSİYON KIRIĞI VAKASI: OLGU SUNUMU

Mehmet Burak YALÇIN

İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

ÖZET

Spina iliaka anterior superior avulsiyon kırıkları nadirdir ve genellikle adölesan dönemde görülür. Avulsiyon kırıklarına çoğunlukla kırık hematomu, kırık sonrası osteoliz ve kallus oluşumu eşlik eder. Radyolojik incelemede bu tablo Ewing sarkomu yada osteosarkom gibi malign bir süreçle karıştırılabilir. Tedavisi genellikle konservatiftir, ancak ciddi deplasman olduğunda cerrahi tedavi uygulanır.

Anahtar Sözcükler: Avulsiyon kırığı, spina iliaka anterior superior, kemik tümörü

A CASE OF BONE TUMOR MIMICKING AVULSION FRACTURE OF THE ANTERIOR SUPERIOR ILIAC SPINE: A CASE REPORT

ABSTRACT

Avulsion fractures of the anterior superior iliac spine are rare and this injury is usually seen in adolescents. These avulsion injuries usually have an associated haematoma and develop excessive callus with post-fracture osteolysis, which on radiological investigation may be mistaken for an osteosarcoma, Ewing's sarcoma. Treatment for this injury is usually conservative; however, surgical management has been reported in those with significant displacement.

Keywords: Avulsion fracture, anterior superior iliac spine, bone tumor

GİRİŞ

Pelvis bölgesinde avulsiyon kırıkları nadiren görülmektedir. Pelvis bölgesi güçlü kasların yapışma bölgesi olduğu için iliak kasların ani ve güçlü kasılmaları ile apofizde kopma kırıklarına neden olabilmektedir. Spina iliaca anterior superior (SİAS) iliak krestin apofizinin ön kısmını oluşturmaktadır. SİAS sartorius kası ve tensor fasya lata kasının bir kısmı için orijin yeridir. Bu iki kasın tekrarlayan ani kasılmaları ya da güçlü kasılmaları ile kopma kırığı meydana gelebilir (2). Belirgin ayrılma göstermeyen SİAS avulsiyon kırıkları konservatif olarak tedavi edilirken, ciddi derecede ayrılma gösteren kırıklarda cerrahi tedavi önerilmektedir (1,2,3,4,6).

Bu olgu sunumunda radyolojik olarak sarkom olarak değerlendirilen sol SİAS avulsiyon kırığı olan bir olgu sunulmuştur.

OLGU

Amatör olarak spor yapan 14 yaşındaki erkek hasta, birkaç hafta önce futbol oynama sonrasında gelişen özellikle spor yaparken sol kalçada ağrı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde SİAS üzerinde hassasiyet mevcuttu, sol kalça eklem hareket açıklığı (EHA) tam ve ağrısızdı. Nöro-vasküler muayenesi doğal olarak değerlendirildi.

İlk radyolojik değerlendirmesinde pelvis direkt grafisinde belirgin osseöz patoloji görülmedi. (Resim 1) Hastaya non-steroid anti-enflamatuar ilaç ve spor istirahati verildi. Bir hafta sonra yapılan kontrolünde hassasiyet devam edince pelvis manyetik rezonans (MR) incelemesi yapıldı. Pelvis MR tetkikinde sol iliak kanatta kitle ile uyumlu lezyon olarak rapor edildi. Pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) (Resim 2, 3, 4) çekildi. Bu tetkikler sonucunda "sol iliak kanat anteriorunda lamellar tarzda periost reaksiyonu ve strüktür çözümleri. MR incelemesi ile birlikte değerlendirildiğinde primer kemik tümörü (Ewing Sarkom?, Osteosarkom?) kesin tanı için biopsi önerilir" olarak rapor edildi. Hastanın yapılan onkoloji konseyi toplantısında iyileşme döneminde avulsiyon kırığı olarak değerlendirilerek takibe alındı. Bir ay sonunda hastanın ağrıları geçti. Bu süreçte çift koltuk değneği ile mobilizasyona izin verildi. Birinci ayda, 3. ayda, 6. ayda, 12. ayda röntgen (Resim 5), 3. ve 6. ayda MR incelemesi yapıldı. Lezyonun takipte gerilediği görüldü.

İki haftanın sonunda sol kalça EHA egzersizlerine başlandı. Ayrıca izometrik ve germe egzersizleri yaptırıldı. EHA'nın tam olarak sağlanmasından sonra dirençli egzersizlere başlandı. Dördüncü haftanın sonunda koltuk değneği ile mobilizasyon sonlandırıldı. Kuvvet ve esneklik egzersizlerine devam edildi. Üç ay tamamlandıktan sonra sportif aktivitelere başlandı.

Hastamızın takibinin üçüncü yılı doldu, son kontrolünde yakınması yoktu, sol kalça EHA tam ve ağrısızdı.

TARTIŞMA

Apofizyal avulsiyon kırıkları nadiren görülürken, SİAS avulsiyon kırıkları, şiddetli aktiviteye sahip adölesanlarda daha sık görülür. Bu yaralanma genellikle sartorius kasının ve tensör fasya lata'nın ani, kuvvetli veya tekrarlayan kontraksiyonunun bir sonucu olarak oluşur. Hareket yönünde ani değişiklikler nedeniyle en çok sürat koşucularını, futbolcuları ve jimnastikçileri etkiler (2,5).

Eberbach ve arkadaşlarının (3) yaptığı güncel meta analizde 14 çalışmada toplam 596 hasta incelenmiştir. Spina iliaka anterior inferior %33,2, iskiyal tüberkül %29,7, SİAS % 27,9, iliak krest %6,7, trokantör minör %1,8 ve simfisiz pubisin üst köşesinde %1,2 sıklığında avulsiyon kırığı tespit edilmiştir.

Tanıda ayrılmış avulsiyon kırıklarında genellikle direkt grafi yeterli olabilmektedir. Bizim olgumuz gibi belirgin deplasman göstermeyen, yada kallus dokusunun periost reaksiyonu ile tümöral olgularla karışabildiği durumlarda özellikle BT, MR, sintigrafi tetkikleri ve bazı durumlarda tümöral oluşumları dışlayabilmek için biyopsi gerekli olabilmektedir.

Avulsiyon kırıklarında genellikle eşlik eden kırık hematomu ve kırık sonrası osteoliz ve kallus oluşumu izlenir. Radyolojik incelemede bu tablo bizim olgumuzda olduğu gibi Ewing sarkomu ya da osteosarkom gibi malign bir süreçle karıştırılabilir. Herhangi bir malignite bulgusu saptanırsa olgu uygun bir merkezde multidisipliner şekilde tedavi edilmelidir (2).

Bizim olgumuzda hastanın yaşı, hikayesi ve klinik bulguları ile birlikte onkoloji konseyinde yapılan değerlendirmede SİAS avulsiyon kırığı olduğuna karar verildi, olgunun yakın takibi ve gerileme olmaz ise takipte biyopsi yapılması önerildi. Enfeksiyon şüphesinde periost reaksiyonu ya da litik lezyonlar gibi radyolojik bulgular ile birlikte enfeksiyonu dışlamak için gerekli durumlarda Eritrosit Sedimantasyon Hızı, C-reaktif protein, beyaz küre sayımı gibi laboratuvar tetkiklerinin de yapılması yerinde olacaktır.

Tedavide belirgin deplasman yok ise konservatif tedavi başarılıdır. Onbeş mm'nin üzerinde deplasman varsa cerrahi tedavi sonuçları konservatif tedaviden daha başarılıdır (3).

SONUÇ

Pelvis bölgesinde kemik lezyonu bulunan olguların değerlendirilmesi sırasında hastanın yaşı, klinik bulgular ve multidisipliner yaklaşım doğru tanı ve tedavi için uygun olacaktır.



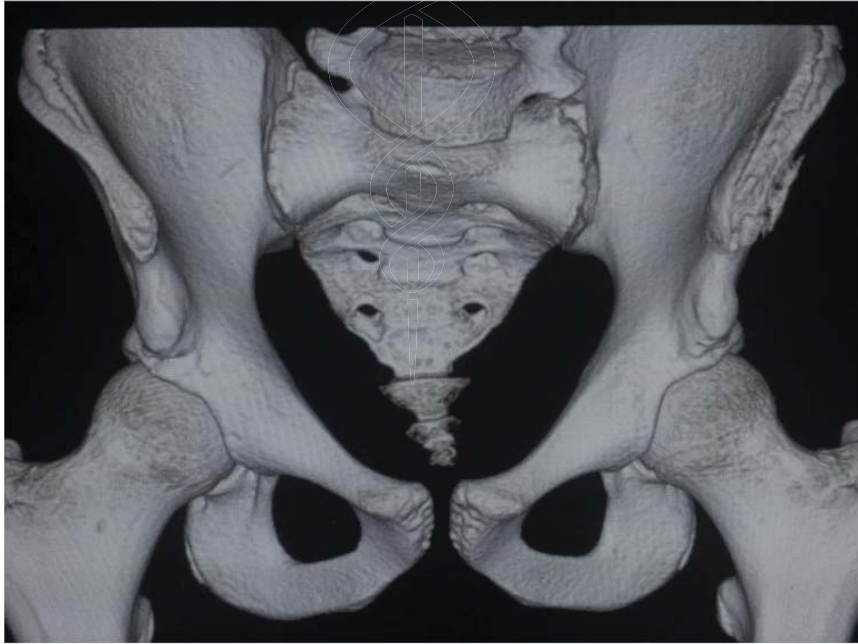
Resim 1: Hastanın ilk başvurusunda çekilen Pelvis antero-posterior grafisinde Sol iliak kanatta belirgin bir patoloji görülüyor.



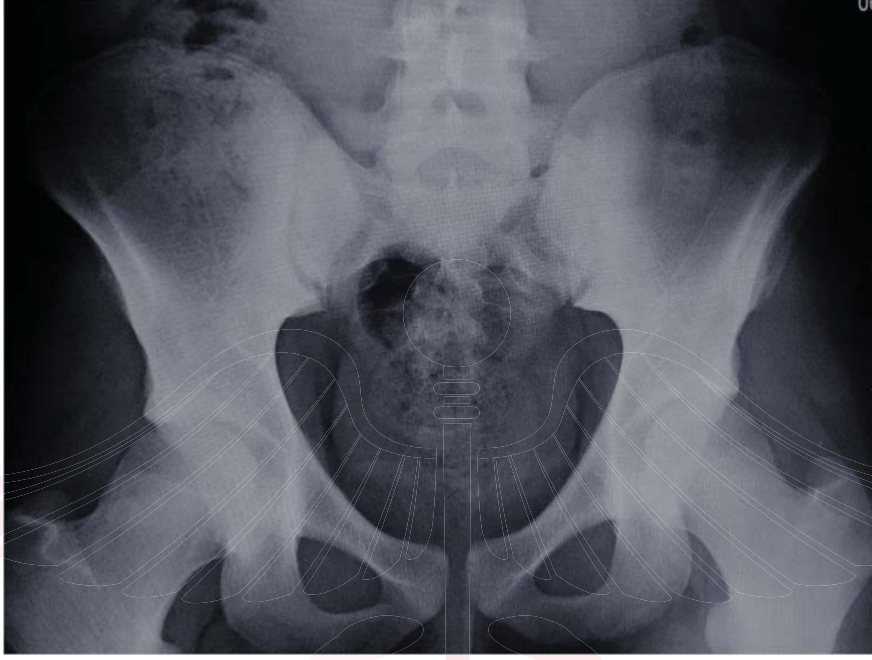
Resim 2: Aksiyel BT kesitinde sol iliak kanatta periost reaksiyonu görülmektedir.



Resim 3: Koronal BT kesitinde sol iliak kanatta periost reaksiyonu görülmektedir.



Resim 4: Üç boyutlu BT kesitinde sol iliak kanatta periost reaksiyonu görülmektedir.



Resim 5: On ikinci ayda çekilen Pelvis antero-posterior takip grafisinde iyileşme ve sol iliak kanatta kortikal kalınlaşma ile uyumlu görünüm.

KAYNAKÇA

1. Çirçi E. Olgu sunumu: Ergenlik döneminde sporcularda görülen pelvis ve kalça bölgesi avülsiyon kırıkları Spor Hekimliği Dergisi; Cilt: 44, S. 139-145, 2009.
2. Dhinsa BS, Jalgaonkar A, Mann B, Butt S, Pollock R. Avulsion fracture of the anterior superior iliac spine: misdiagnosis of a bone tumour. J Orthop Traumatol. 2011 Sep;12(3):173-6.
3. Eberbach H, Hohloch L, Feucht MJ, Konstantinidis L, Südkamp NP, Zwingmann J. Operative versus conservative treatment of apophyseal avulsion fractures of the pelvis in the adolescents: a systematic review with meta-analysis of clinical outcome and return to sports. BMC Musculoskelet Disord. 2017 Apr 19;18(1):162.
4. Kautzner J, Trc T, Havlas V. Comparison of conservative against surgical treatment of anterior-superior iliac spine avulsion fractures in children and adolescents. Int Orthop. 2014 Jul;38(7):1495-8.
5. Rossi F, Dragoni S. Acute avulsion fractures of the pelvis in adolescent competitive athletes: prevalence, location and sports distribution of 203 cases collected. Skeletal Radiol. 2001 Mar;30(3):127-31.
6. Tüzüner T, Ozturan KE, Karaca E, Ulgür M. Avulsion fracture of the anterior superior iliac spine in a volleyball player. Acta Orthop Traumatol Turc. 2003;37(4):340-3.