

KRANİYAL KEMİK TÜMÖRÜ OSTEOM: OLGU SUNUMU

SKULL TUMOR OSTEOMA: CASE REPORT

Mehmet Akif SÖNMEZ¹, Mehmet Gazi BOYACI², Fatma AKTEPE³, Olcay ESER²¹Midyat Devlet Hastanesi, Beyin Ve Sinir Cerrahisi²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Yazışma Adresi:

Mehmet Akif SÖNMEZ

Yenimahalle, Mardin Cad. 91/30, Midyat Mardin – Türkiye

E posta: dr.akif78@hotmail.com

Kabul Tarihi: 16 Agustos 2012

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.trwww.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Osteomlar membranöz kemiklerin yavaş büyüyen benign tümörleridir. Osteomlar kalvaryumun en sık primer benign tümörleridir. Kalvaryum osteomları genellikle dış tabuladan kaynaklanırlar. Asemptomatik lezyonlarda tedavi gerekmemektedir. Kozmetik nedenlerle cerrahi eksizyon yapılabilir. Çalışmamızda 51 yaşında bir erkek hasta temporoparietal bölgede şişlik nedeniyle opere edildi. Histopatolojik inceleme sonucu osteom tanısı konuldu. Olgu literatür gözden geçirilerek sunuldu.

Anahtar Kelimeler: osteom, kalvaryum

SUMMARY

Osteomas are slowly growing benign tumors of membranous bone. Osteomas are the most common primary benign tumors of the calvaria. Osteomas of the calvaria usually arise from the external table. No treatment is required for asymptomatic lesions. Surgical excision is possible for cosmetic reasons. In our study a 51 years-old male patient was operated for swelling in temporoparietal region. Osteoma was diagnosed by histopathological examination. Case was presented with literature review.

Keywords: osteoma, calvarium

GİRİŞ

Osteomlar genellikle kafatası ve yüzün membranöz kemiklerinde görülen benign kemik kitleleridir. Büyük osteomlar klavikula, pelvis ve tübüler kemikler üzerinde gelişebilirler. Yumuşak doku osteomları skalp, göz, dil veya ekstremitelerden kaynaklanabilir¹. Gardner sendromuyla beraber birden fazla osteom görülebilir. Osteomlara en sık 5. dekada rastlanır ve kadın:erkek oranı 2:1'dir. Kompakt ve süngersi olmak üzere iki tip osteom vardır. Kompakt osteomlar matür, lamellar kemikten oluşurken, süngersi osteomlar ise kemik iliği bulunan trabeküler kemikten oluşur.

Osteomların etyolojisi net olmamakla birlikte osteoblastomlarla ilişkilendirilebilir veya gelişimsel anomali olarak değerlendirilebilirler. Kalvaryum osteomları genellikle dış tabuladan kaynaklanırlar. İç tabulanın nadiren tutulması dura materin koruyucu rolünü düşündürür. Bazı vakalarda her iki tabula ve diploik boşluk birlikte tutulabilmektedir. Osteomların Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüleri karakteristiktir.

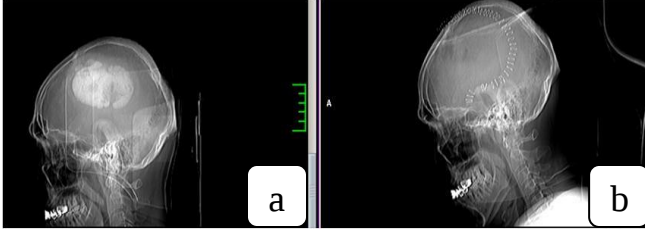
Kafatası dış tabulası periostundan veya sinüs kavitelerinden kaynaklanan düz yuvarlak kitleler olarak görülürler²⁻⁵. Santral osteomlar iyi sınırlı sklerotik lezyonlar olarak görülürken, periferik osteomlar ise sınırları düzgün olmayan, radyopak lezyonlar olarak görülürler ve pedinkülleri olabilir¹. Osteomlar yavaş büyürler ve genellikle semptom oluşturmazlar. Sadece semptom oluşturan osteomlarda tedavi gereklidir. Kalvaryum osteomlarında en sık semptomlar baş ağrısı ve kozmetik problemlerdir.

Bizim olgumuzda osteom dış tabuladan köken almış ve dışa doğru büyümüştür. Kitle periost ile kalvaryuma tutunmuş olup sadece bir noktada kalvaryum ile kemik bağlantısı vardır. Olgumuz kafasında büyük bir şişlik olduğundan dolayı kozmetik nedenlerle opere edilmiştir.

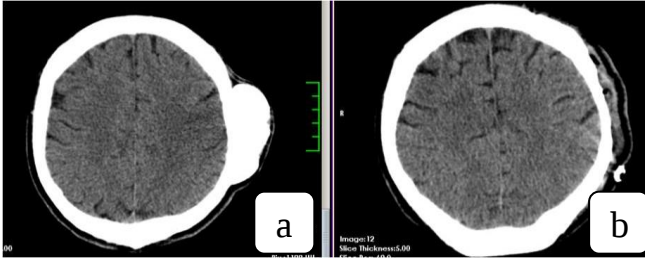
OLGU

51 yaşında erkek hasta baş ağrısı ve başın sol tarafında şişlik nedeniyle polikliniğe müracaat etti. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Fizik muayenesinde sol

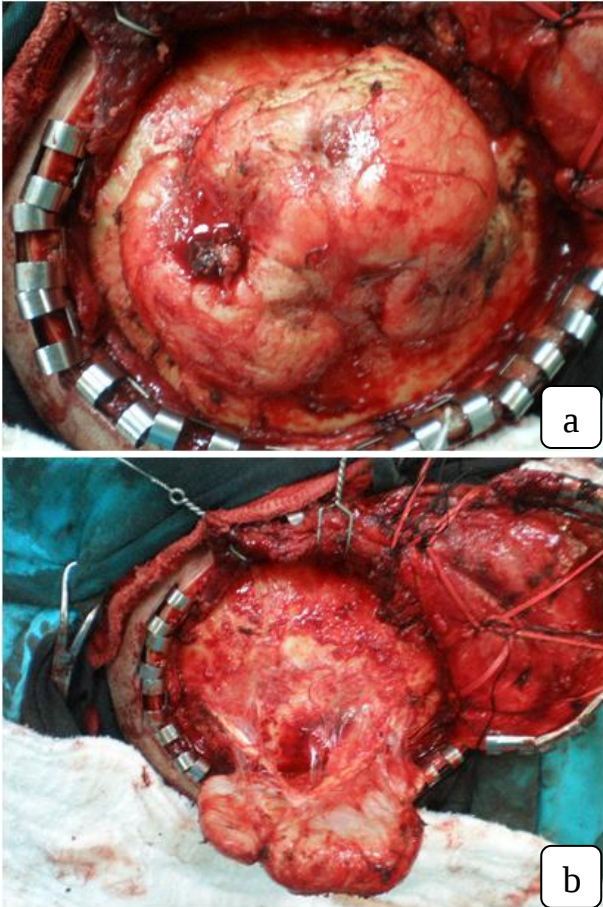
Resim 1: a) Sol temporoparyetal bölgede kalsifiye kitlenin preoperatif direkt grafi b) Postoperatif direkt grafi görünümü.



Resim 2: a) Sol temporoparyetal bölgedeki kemik tümörünün preoperatif BT b) Postoperatif BT görünümü.

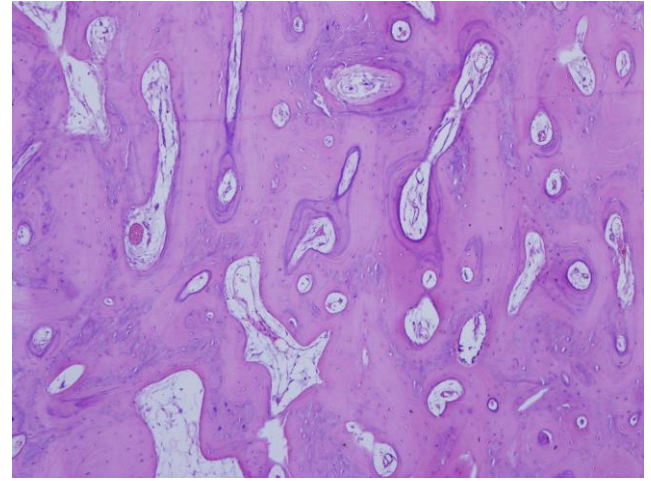


Resim 3: a) Peroperatif kemik kitlesinin görünümü b) Peroperatif kemik flebin kalvaryumdan kaldırılmış hali ve periost ile kalvaryuma tutunma görünümü.



temporoparyetal bölgede sert şişlik mevcuttu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Pre ve postoperatif direkt grafisinde sol temporoparyetal bölgede kalsifiye kitle imajının görünümü (Şekil 1) değerlendirildi. Bilgisayarlı Tomografide (BT) sol temporoparyetal bölgede kemik tümörü imajının pre ve postoperatif görünümü (Şekil 2) değerlendirildi. Hasta kozmetik açıdan operasyon amacıyla kliniğe yatırıldı. Sol paryetotemporal kraniyotomi insizyonu ile girilerek cilt, cilt altı ve fasiya geçildi. Kemik flebin peroperatif dönemde ince speküller ile kemiğe yapışık olduğu görüldü (Şekil 3). Histopatolojik örnek dens ve lamellar kortikal kemik alanlarından oluşan osteom (H&E, x40) (Şekil 4) olarak değerlendirildi.

Resim 4: Histopatolojik incelemede dens ve lamellar kortikal kemik alanlarından oluşan osteom (H&E, x40) görünümü.



TARTIŞMA

Osteomlar matür kemik dokusundan oluşan ve yavaş büyüyen kitlelerdir. İlk olarak Stuart osteomları mastoid kemiğin benign, yavaş büyüyen, yuvarlak tümörü olarak tanımlamıştır⁸. Osteomlar en sık frontoetmoid sinüslerde yerleşirler. Kalvaryal osteomların prevalansı % 0.4 civarındadır. Genellikle sütürler üzerinde lokalizedirler. En sık semptom baş ağrısı olmakla birlikte birçok vakada baş ağrısının şiddeti kitle hacmiyle doğru orantılı değildir. Osteomların puberteden sonra gelişmesinden dolayı Haymann kafatası kemiklerinin büyümesini düzenleyen faktörlerin etyolojide etkili olduğunu düşünmüştür¹⁰. Friedberg travmayı izleyen periostitin predispozan faktör olduğunu öne sürmüştür². Birçok yazar osteomların preosseoz konnektif dokudan kaynaklandığını düşünmüşlerdir³. Osteomların klinik ve radyolojik özellikleri

karakteristik olmakla birlikte, ayırıcı tanıda eozinofilik granülom, dev hücreli tümör, monostotik fibröz displazi ve osteoblastik metastazlar dikkate alınmalıdır⁷.

Büyük kafatası osteomuyla gelen bir hastada, klinik triadı ailesel polipozis koli, osteomlar ve yumuşak doku tümörleri olan Gardner sendromu da ayırıcı tanıda düşünülmelidir⁶. Kozmetik sorunların varlığında ve başdönmesi, başağrısı, kafa içi yayılım veya kompresyona yol açan büyük osteomlarda cerrahi endikasyon vardır.

İzci tarafından yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 22 olan büyük kraniyal osteomlu 13 hastaya cerrahi uygulanmıştır. 10 hastaya kranyektomi sonrası kranyoplasti uygulanırken, 3 hastada ise dış tabuladan kaynaklanan kitle çıkarılmış, kranyoplasti yapılmamıştır. Hastaların hiçbirinde nüks saptanmadığı belirtilmiştir⁴.

Tucker ve ark.nın yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması 42 olan 31 hasta benign kafatası lezyonu nedeniyle opere edilmiştir. Hastaların %63'ünde osteom tanısı konulmuş ve en sık lokalizasyonun paryetal kemik olduğu görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğunda nörolojik semptom olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların tümüne kranyektomi uygulanırken, çoğuna kranyoplasti yapılmıştır⁹.

Noterman ve ark. tarafından sunulan Gardner sendromu vakası kozmetik nedenlerle oksipital ve frontal bölgelerde çok büyük hacimli osteomlar nedeniyle opere edilmiş, 5 yıllık takip sonucunda nüks kitle saptanmamıştır⁶.

Kraniyal osteomların çoğunluğu asemptomatik olmakla beraber, büyük olanlarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Her hasta ayrı olarak değerlendirilmeli, cerrahi tedavi şekli seçilirken osteomun şekli ve büyüme paterni dikkate alınmalıdır⁴. Sadece dış tabulanın etkilendiği olgularda iç tabula sağlam bırakılmalıdır. İç tabulanın da etkilendiği vakalarda kranyoplasti ile iyi sonuçlar alınmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu kozmetik nedenlerle opere edilmektedir. Cerrahi tedavi yoluyla tanıyı kesinleştirmek, kozmetik düzelme sağlamak ve nörolojik disfonksiyonu önlemek mümkün olmaktadır⁹. Cerrahi sonrası nüks riskinin çok düşük olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak bizim olgumuzda kitle dış tabuladan köken aldığından sadece kitle çıkarılmıştır. Operasyon tamamen kozmetik amaçla yapılmış olup histopatolojik inceleme sonucunda osteom tanısı konulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Bulloughs P: Orthopaedic Pathology (third edition), Times Mirror International Publishers Limited, London, 1997.
2. Friedberg SA: Osteoma of mastoid process. Arch Otolaryngol, 28:20-26, 1938.
3. Ishikawa T, Saito H, Takashaki K: Osteoma of the mastoid. Arch Otorhinolaryngol, 217:93-97, 1977.
4. Izci Y: Management of the large cranial osteoma, Experience with 13 adult patients, Acta Neurochirurgica, 147 (11), 1151-1155, 2005.
5. Jichici D: Benign Skull Tumors, overview , 2009.
6. Noterman J, Massager N, Vloeberghs M, Brotchi J: Monstrous skull osteomas in a probable Gardner's syndrome, case report. Surg Neurol, 49:302, 1998.
7. Probst LE, Shanken L, Fox R: Osteoma of the mastoid bone. J Otolaryngol, 20:228-230, 1991.
8. Stuart EA: Osteoma of the mastoid, report of a case with investigations of the constitutional background. Arch Otolaryngol, 31:838, 1940.
9. Tucker WS, Nasser-Sharif FJ: Benign Skull Lesions, Canadian Journal of Surgery, 40 (6), 449-455, 1997.
10. Varshney S: Osteoma of temporal bone. Indian J of Otol, 7:91-92, 2001.