

KLİNİK ARAŞTIRMA**ELDE OSTEOİD OSTEOMA**

OSTEOID OSTEOMA OF THE HAND

Ođuz ÖZDEMİR
Levent KÜÇÜK
Erhan COŞKUNOL
Hüseyin GÜNAY

ÖZET

Amaç: Osteoid osteomalı olgularımıza ait sonuçları ve travma öyküsü ilişkisini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde elde osteoid osteoma tanısıyla uzun bir zaman aralığı içinde tedavi edilmiş olan 20 hasta geriyedönük olarak değerlendirildi. Ortalama izlem süresi 19,8 (13- 38) ay idi. Hastaların 12'si erkek, 8'i kadın olup erkek kadın oranı 3/2 idi. En küçük yaş 12, en büyük yaş 32, ortalama yaş ise 17,5 olarak bulundu.

Bulgular: Tümörlerin yerleşim bölgeleri incelendiğinde, 11 proksimal, 4 orta, ve 2 distal falanks, 1 skafoid ve 2 metakarp tutuluşunun olduğu görüldü. 2 hastanın geniş rezeksiyon, 18 hastanın ise intralezyoner küretaj uygulaması ile tedavi edildiği ortaya kondu. İzlemede hastaların hiçbirinde yinelemeye rastlanmadı. 2 hastanın öyküsünde aynı bölgeden geçirilmiş travması vardı.

Sonuç: Elde travma öyküsü olan ve tedaviye rağmen ağrı yakınması geçmeyen olgularda osteoid osteoma olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: El, Falanks, Kemik neoplazileri, Kemik travması, Üst ekstremité

SUMMARY

Aim: Osteoid osteoma is a very rare benign bone tumor of the hand. Most of the time it is not difficult to reach the diagnosis in patients who have classical presentation. However, osteoid osteoma may be difficult to diagnose in patients with atypical clinical and radiological findings.

Material and Method: Twenty patients with the diagnosis of osteoid osteoma of the hand were evaluated retrospectively. The mean follow-up period was 19,8 (min 13, max 38) months. There were 12 male, 8 female patients. The average age was 17,5 (min 12, max 32).

Findings: Localizations of tumors were as follows: 11 proximal, 4 middle, and 2 distal phalanx, 1 scafoid, 2 metacarp. 18 patients were treated with intralesional curettage and remaining 2 were treated with wide resection. There was no recurrence in follow-up examinations. Two patients had a history of trauma from the same region.

Conclusion: It may not be very easy to reach the correct diagnosis in patients with a history of trauma. In parallel, the adequate treatment can not be provided. In this study the relationship between osteoid osteoma and trauma was evaluated in the light of previous studies. Osteoid osteoma should be considered in patients who has history of trauma and persistant pain despite treatment.

Keywords: Bone neoplasms, Bone trauma, Phalanx, Upper extremity

GİRİŞ

Osteoid osteoma benin bir neoplastik lezyondur. 1935'den önce tek olgu olarak bildirilmiş, Jaffe 5 olguluk serisi ile bu lezyonu klinik ve patolojik olarak tanımlamıştır. Heine (1927) "Osteomyelit sequestrum", Hitzrot (1930) "Sklerozan osteomyelitis" olarak birer olgu ve aynı yıllarda Bergstrand Osteoplastik hastalık olarak 2 olgu yayınladılar. Daha sonraki yıllarda radyolojik ve patolojik çalışmalarla osteoid osteoma netleşmiştir (1-4). Osteomlar benin kemik neoplazmalarının %10'unu teşkil eder. Olguların %50'den fazlasında femur ve tibia tutuluşu vardır. Bel, ayak ve el tutuluşları eşit ve %30 civarındadır (1,2,5- 7). El tutuluşları nadir ve farklı formlarda karşımıza çıkabilir. Nadir olması, tipik nidus formasyonunun görülmemesi ve sık olmamakla birlikte travma sonrası başlaması farklı tanı ve tedavilere hekimleri yönlendirebilir (6,7).

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde 1965 ve 2010 yılları arasında elde osteoid osteoma tanısı ile opere edilmiş olan 20 hasta geriyedönük olarak değerlendirildi. Hastaların klinik bilgileri, röntgen tetkikleri, patoloji raporları, tomografi ve manyetik rezonans görüntülerine arşiv taraması ile ulaşıldı. Hastaların izlem sürelerini belirlerken ameliyat sonrası son kontrol muayene kaydı esas olarak alındı. Buna göre, ortalama izlem süremiz 19,8 (en az 13, en fazla 38) ay olarak tesbit edildi. Olguların 12'si erkek, 8'i kadın olup erkek/kadın oranı 3/2 idi. En küçük yaş 12, en büyük yaş 32, ortalama yaş ise 17,5 olarak bulundu. Hastaların yakınmalarının başlangıç tarihleri ile doktora başvuru tarihleri arasındaki zaman 4 hafta ile 14 ay arasında değişmekteydi. Meslek dağılımlarına bakıldığında öğrenci ve işçilerin önde geldiği tesbit edildi.

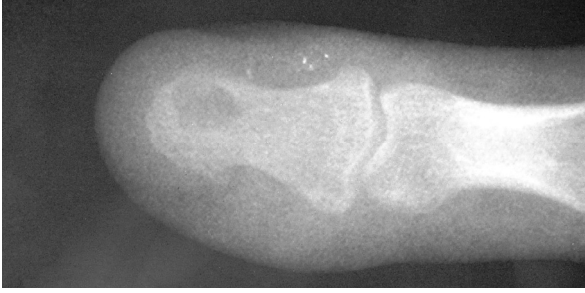
BULGULAR

Tümörlerin yerleşim bölgeleri incelendiğinde, 11 proksimal, 4 orta, ve 2 distal falanks, 1 skafoid ve 2 metakarp tutuluşunun olduğu görüldü (Şekil 1). 7 hastada tümörün dördüncü parmakta, 5 hastada ikinci parmakta olduğu görüldü. 2 hastanın geniş rezeksiyon, 18 hastanın ise intralezyoner küretaj uygulamalarıyla tedavi edildiği ortaya kondu. İzlemde hastaların hiçbirinde yinelemeye rastlanmadı.



Şekil 1. Elde osteoid osteomaların dağılımı.

Geçirilmiş travma öyküsü olan 2 hasta vardır. Birinci hasta 22 yaşında erkek işçi olup sol el baş parmağını iki palet arasına sıkıştırma sonrası başka bir merkezde konservatif olarak tedavi edilmiş ve devam eden ağrı yakınmasıyla travmadan 3 ay sonra kliniğimize başvurmuştur. Değerlendirme sonucunda 1. distal falanksta osteoid osteoma tanısı konmuş ve küretaj uygulanarak tedavi edilmiştir (Şekil 2,3). İkinci olgu ise 20 yaşında ev hanımı olup el bileği burkulması sonrası yumuşak doku travması teşhisiyle konservatif olarak tedavi edilmiştir. Travma sonrası 6 yıl boyunca devam eden ağrı yakınması üzerine yapılan röntgen ve manyetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde 2.nci metakarp'da malinite kuşkusu bulunması nedeniyle kliniğimize sevk edilmiştir. Biyopsi yapılmasına karar verilmiş ancak yapılan biyopsi sonucunda tanı konusunda kararsız kalınmıştır. Malinite dışlanmadığı için metakarp proksimal kısmı geniş sınırlarda rezekt edilerek, fibula grefti ile rekonstrüksiyon yapılmıştır. Spesimenin patolojik incelenmesi sonucunda osteoid osteoma tanısı netleşmiştir (Şekil 4-6).



Şekil 2. 1. Parmak distal falanksta bulunan osteoid osteomanın ameliyat öncesi röntgen görüntüsü.



Şekil 3. 1. Parmak distal falanksta bulunan osteoid osteomanın ameliyat görüntüsü.



Şekil 4. Travma sonrası uzun süre devam eden ağrısı olan hastanın ameliyat öncesi röntgen görüntüsü. 2.nci metakarp'da yoğunluk artışı ve skleroz dikkati çekiyor.



Şekil 5. Geniş rezeksiyon sonrası uygulanan fibula grefti tesbitinin ameliyat görüntüsü.



Şekil 6. İkinci metakarpa geniş rezeksiyon uygulanmış olan hastanın ameliyat sonrası röntgen görüntüsü.

TARTIŞMA

Osteoid osteoma elde daha sıklıkla falankslar olmak üzere, metakarp ve karpal kemiklerde karşımıza çıkmaktadır. Olgularımızda ağırlıklı olarak proksimal falanks tutuluşu vardır. Yirmi otuzlu yaşlarda daha sık

olup 30 yaş sonrası nadirdir. Olgularımız yaş olarak 30'lu yaş ağırlıklıdır. En önemli klinik bulgu ağrıdır. Ağrının şiddeti zamanla artma eğilimindedir ve süreklilik gösterir. Yine istirahat ağrısı tipik olup nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlara iyi yanıt vermektedir. Ağrının yanında yüzeysel lezyonlarda deride ısı artışı, şişlik ve duyarlılık eşlik edebilir (3,4,6,8,9). Kan tetkiklerinde osteoid osteomaya özgü bir değişiklik yoktur (10). Radyolojik değerlendirmelerde; metakarp ve falanksalarda direkt grafi ile tanı koymak daha zor olabilir. Lezyonda tipik nidus oluşumu izlenemeyebilir, çevresel skleroz ve periosteal reaksiyon olmayabilir. Karpal kemiklerde nidus, klasik radyolusen görünüm yerine tüm kemiği kaplayarak yaygın sklerotik bir görünüm verebilir (8,11-13). Karpal kemiklerde görülen lezyonlarının %25'inde bahsedilen sklerotik görünüm izlenebilir ve yanlış teşhise yol açarak tedavi gecikmesine yol açar. Kemik sintigrafisinde tutulum vardır. Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntülemeye göre daha spesifiktir. Bilgisayarlı tomografi sadece teşhiste değil cerrahi planlamada da yararlıdır (8,14).

Yukarıda belirtildiği gibi elde osteoid osteoma teşhisi koymak her zaman çok kolay olmayabilir. Özellikle en önemli şikayet olan ağrının atipik olduğu veya ağrının olmadığı durumlarda doğru teşhise ulaşmak daha da zordur. Travma sonrası başlayan ağrılı şişlikler çoğu zaman sinovit, artrit veya yumuşak doku incinmesi gibi tanılarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Geçirilen travma çoğu zaman ilgilenen hekimi osteoid osteoma teşhisinden uzaklaştırmaktadır (4,15). Osteoid osteoma ile travma arasındaki ilişki çok net değildir. Carroll travma ile direkt bir ilişkisi olmadığını savunmaktadır (6). Kendrick ve Evarts 36 olguluk serilerinde 15 olguda başlangıçta travma olduğunu belirtmişlerdir. Bednar ve arkadaşları 46 olguluk serilerinin 11'inde şikayetlerin travma sonrası şişlikle başladığını belirtmişlerdir. Baron ve arkadaşları literatür taraması yaparak kendi 2 olguları ile beraber 15 post-travmatik osteoid osteoma olgusunu bildirmişlerdir. Bu olgularda başlangıçta belirgin bir travma öyküsü olduğunu belirtip osteoid osteoma patogenezinde travmanın rolünün tartışılması gerektiğini vurgulamışlardır. Uda ve arkadaşları travma sonrası yakınmaları devam eden ve 3. haftada başvuran olgularını post-travmatik stres kırığı tanısı ile tedavi etmişler ancak ağrının şiddetinin giderek artması üzerine travma sonrası 5.nci ayda yaptıkları değerlendirmede osteoid osteoma teşhisi koyarak tek parça rezeksiyon ile tedavi uygulamışlardır (6,10,16,17). Dunlop ve arkadaşları ise travma sonrası elinde şişlik ve ağrı yakınması olan olguda yakınmalara

rının sürmesi üzerine yaptıkları değerlendirmede 2. Metakarp'da dansite artması ve aynı bölgede yumuşak dokuda ganglion tespit ederek olguya ganglion eksizyonu uygulanmıştır. Ancak daha sonra ağrının geçmemesi üzerine yaptıkları yeniden değerlendirme sonucunda 2.nci metakarp'da osteoid osteoma tanısı koymuş ve travmanın osteoid osteoma etiolojisinde bir faktör olabileceğini vurgulamışlardır (18). Rotzer ve arkadaşları sol el başparmağa ait bir yıllık travma öyküsü olan ve dört haftadır süren ağrı ile başvuran 31 yaşındaki bir erkek hastaya osteoid osteoma teşhisi koyduklarını bildirmişlerdir (19). Yine Adil ve arkadaşları altı yıl önce sağ radius kırığı nedeniyle osteosentez uyguladıkları 22 yaşındaki kadın hastada ağrının devam etmesi üzerine yaptıkları değerlendirmede osteosentez bölgesinde osteoid osteoma tanısı koymuşlar ve kırığın osteoid osteomaya altyapı oluşturabileceğini bildirmişlerdir (20).

İki olgumuzda belirgin travma öyküsü vardır. Her ikisine de yumuşak doku travması teşhisi ile tedavi uygulanmış ancak ağrı devam etmiştir. Metakarp tutuluğu olan olgumuzdaki ağrı yakınması osteoid osteomanın tipik ağrısı ile uyumlu değildir. Röntgen ve manyetik rezonans tetkiklerinde ayırıcı tanıda infeksiyon ve malinite düşünülmüş ve yapılan biyopside tanı netlik kazanmamıştır. Bunun üzerine geniş rezeksiyon (biyosi bölgesi ile birlikte tek parça rezeksiyon) ve fibula grefti uygulanmıştır. Histopatoloji incelemesi sonunda osteoid osteoma teşhisi konmuştur. Başparmak distal falanks tutuluğu olgumuzda ise tanı koymakta zorlanılmamış ve küretaj uygulanmıştır.

Elde osteoid osteoma varlığında klinik ve radyolojik bulgular klasik osteoid osteoma bulgularına göre farklılıklar gösterebilir. Ağrı, anti-inflamatuar ilaçlara yanıt veren tipik istirahat ağrısından farklı bir karakterde ortaya çıkabilir. Metakarplar osteoid osteomanın sık görüldüğü bir bölge değildir ve başlangıçta yapılan değerlendirmeler yanıltıcı olabilir (6). Travma öyküde sık karşılan bir durum değildir. Yukarıda bahsedilen çalışmalar göz önüne alındığında; osteoid osteomayı travmayla ilişkilendiren yazarlar olduğunu görmekteyiz. Bu olgularda travmadan hemen sonra veya daha geç dönemde aynı bölge ağrıların devam etmesi dikkat çekicidir. Bazı tümörlerin patogenezinde travmanın rolü olabileceğinden bahsedilmiştir fakat bu rolün varlığı ve büyüklüğü halen tartışmalı bir konudur (18). Bizce öyküde geçirilmiş travma olmasının önemi, şikayet ve radyolojik görüntülerin tipik olmamasıyla birleştiğinde hekimi osteoid osteoma tanısından uzaklaştırarak, yanlış tanılara yönlentmesidir.

Sonuç olarak osteoid osteoma elde olduğa nadir görülen bir tümördür. Tümörün yerleğimi doğru belirlendiğinde eksizyon sonuçları bağarılıdır. TeŐhis aŐamasında ise zorluklar vardır. Özellikle geçirilmiş travma sonrası devam eden ağrı Őikayeti varsa osteoid osteomanın akla getirilmesi ve gerekli tetkiklerin yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Huvos AG. Osteoid osteoma. Bone tumors. 1st ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company;1979. p. 18-32.
- Leclercq C. Soft tissue and bone tumors of the hand. In: Tubiana R, Gilbert A. 1st ed. Oxfordshire: Taylor & Francis Group; 2005. p.629-30.
- Papathanassiou ZG, Megas P, Petsas T, Papachristou DJ, Nilas J, Siablis D. Osteoid osteoma: diagnosis and treatment. Orthopedics 2008;31:1118-27.
- Marcuzzi A, Acciaro AL, Landi A. Osteoid osteoma of the hand and wrist. J Hand Surg 2002;27:440-3.
- Ward WG. Benign osteoblastic tumors of bone. In: Menendez LR. Orthopaedic Knowledge Update: Musculoskeletal Tumors. 1st ed. American Academy of Orthopaedic Surgeons: 2002. p.87-91.
- Chronopoulos E, Xypnitos FN, Nikolaou VS, Efstathopoulos N, Korres D. Osteoid osteoma of a metacarpal bone: a case report and review of the literature. J Med Case Reports 2008;2:285-9.
- Bilgin SS, Yıldız Y, Gl B, Sağlık Y. Osteoid osteoma in the hand: an evaluation of eight patients. Acta Orthop Traumatol Surg 2004;38: 206-11.
- Themistocleous GS, Chloros GD, Benetos IS, Efstathopoulos DG, Gerostathopoulos NE, Soucacos PN. Osteoid osteoma of the upper extremity. A diagnostic challenge. Chirurgie de la main 2006; 25:69-76.
- Cetti R, Christensen SE. Osteoid osteoma in the scaphoid bone. Case report. Scand J Plast Reconstr Surg 1982; 46:225-33.
- Hirokazu U, Takaya M, Kenya T. Osteoid osteoma of the metacarpal bone presenting after an injury. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2002;36:238-42.
- Themistocleous GS, Chloros GD, Mavrogenis AF, Khaldi L, Papagelopoulos PJ, Efstathopoulos DG. Unusual presentation of osteoid osteoma of the scaphoid. Arch Orthop Trauma Surg 2005;125:482-5.
- eken K, Arslan G, Gelen T, Lüleci E. BeŐinci metatarsal kemikte osteoid osteoma. Türk Tanısal ve GiriŐimsel Radyoloji Dergisi 2002; 8: 105-7.
- Tüzüner S, Gür S. Osteoid osteoma: Tanı yöntemleri ve tedavi kriterleri. Acta Orthop Traumatol Turc 1996; 30: 355-60.
- Hachem K, Haddad S, Aoun N, Tamraz J, Attalah N. MRI in the diagnosis of osteoid osteoma. J Radiol 1997;78:635-41.
- Marc KW, Dhar BK, Spauwen HM. A cryptic cause of monoarthritis in the hand: the juxta-articular osteoidosteoma. J Hand Surg 1988;13B:221-3.
- Baron D, Soulier C, Kermabon C, Leroy JP, Le Goff P. Post-traumatic osteoid osteoma. Apropos of 2 cases and review of the literature. Rev Rhum Mal Osteoartic 1992;59:271-5.
- Bednar MS, Maywood IL, Richard R, Mc Cormack JR, Glasser D, Andrew J. et al. Osteoid osteoma of the upper extremity. J Hand Surg 1993;18:1019-25.
- Dunlop JAY, Morton KS, Elliott GB. Recurrent osteoid osteoma. J Bone Joint Surg 1970;52:128-33.
- Rotzer A, Umbricht R, Von Wartburg U. Post-traumatic osteoid osteoma of the hand. A rare cause of chronic pain. Case report and review of the literature. Handchir Mikrochir Plast Chir 1998;30:335-7.
- Adil A, Hoeffel C, Fikry T. Osteoid osteoma after a fracture of the distal radius. AJR 1996;167:145-6.

İLETİŐİM

Dr. Levent KK
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir
Tel: 0232 390 27 83
e-posta: kucuklevent@yahoo.com