

Nora Lezyonu; Olgu Sunumu Ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Nora Lesion; A Case Report And Review Of The Literature

Ercan Şahin¹, Mahmut Kalem², Yavuz Yener Sağlık²

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Received: 23.06.2014 Accepted: 17.07.2014• DOI:10.5505/aot.2014.47955

ÖZET

Nora lezyonu sıklıkla el ve ayakların uzun kemiklerinde tutulum gösteren, lokal agresif egzofitik tümöral bir oluşumdur. Olgumuzun sağ elinde 2 yıldır olan şişlik şikayeti sonrası radyolojik ve histolojik sonuçları nora lezyonu ile uyumlu gelmesi üzerine cerrahi geniş eksizyon yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Nora lezyonu; Metakarpal kemik; Tümör

ABSTRACT

Nora's lesion is benign but locally aggressive exostotic tumoural lesion of bone occurring in the long bones of the hands and feet. Our patient had swelling at her right hand for two years. After radiologic and histologic results were obtained as nora's lesion, surgical excision with wide margins was performed.

Key words: Nora lesion; Metacarpal bone; Tumour

Giriş

Nora lezyonu ilk olarak 1983 yılında Nora ve arkadaşlarının tanımladığı, tuhaf parosteal osteokondromatöz çoğalma olarak da bilinen, benign fakat lokal agresif seyri olan ve sıklıkla el ve ayakların uzun kemiklerinde tutulum gösteren ağrısız veya minimal ağrıya sebep olabilen egzofitik tümöral bir oluşumdur. Tipik olarak proksimal ve orta falanksalar, metakarpal veya metatarsal kemikler tutulur ve nadiren de maksiller kemikler ve metatarsofalangeal sesamoid kemikler tutulabilir. Her yaşta olabileceği gibi genellikle genç yaşta hastalarda cinsiyet ayrımı olmaksızın gözlenir. Nadir görülmesine rağmen bizim hastamızda da olduğu gibi tanısı nispeten kolaydır (1-3).

Olgu

Kırksekiz yaşında bayan hasta sağ elinin üzerinde ağrısız bir şişlik oluşması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Şişliğin iki yıldır olduğunu ve giderek arttığını söyledi. Öncesinde herhangi bir travma tariflemiyordu. Hastamızın klinik muayenesinde beşinci

metakarpal kemiğin dorso-ulnar yüzünde yaklaşık 2x3cm büyüklüğünde, yuvarlak sınırlı, fikse, basmakla hassasiyeti olmayan bir kitlesi olduğunu gördük. Rutin kan tetkikleri normal olarak geldi. Çekilen grafilerde sağ el beşinci metakarpın distalinden başlayan dorso-ulnar yüzüne doğru uzanan, yaklaşık 2,5x2,5cm'lik osseöz bir kitle görülmekteydi (Resim 1). Sınırları düzgündü ve altta yatan kemik yapıya zarar vermemişti.

Aksiyel bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde medullar kanalla devamlılığı yoktu ve beşinci metakarpal kemiğin distalinden lateral korteksinden uzanımı rahatça görülmüyordu (Resim 2).Manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) ise yumuşak dokuda anormallik yoktu ve aksiyel FSE T2 kesitlerde lezyonun merkezine kıyasla periferinde sinyal yoğunluğu artmıştı (Resim 3). Yapılan biyopsi sonucu, çoğunluğunu kıkırdak hücrelerinin oluşturduğu şapkası olan kalsifiye kıkırdak matrikse sahip, stroması fibrotik ve vasküler lezyon olarak rapor edildi. Rejyonel anestezi altında geniş marjinali cerrahi eksizyon yapıldı ve kıkırdak şapkanın olduğu görüldü.



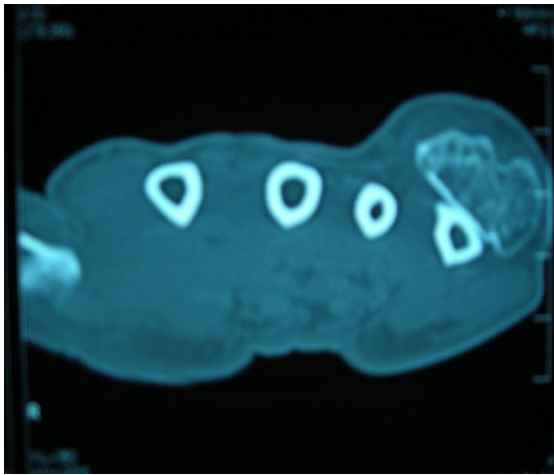
Hastanın iki yıllık takiplerinde 5.parmak MP ekleminde fleksiyon ve ekstansiyon kısıtlılığı nedeniyle rehabilitasyonuna devam edilmesine rağmen fleksiyonda yaklaşık 20° lik kısıtlılık devam etti.

Tartışma

Nora lezyonu çoğunlukla el ve ayakların tubuler kemiklerinin tutulum gösterdiği çok nadirde olsa proksimal humerusta da gözlenen iyi huylu ancak lokal agresif seyirli olması nedeniyle kuşkuya sebep olan ve bizim hastamızda da olduğu gibi yavaş büyüyen fakat ağrısız bir oluşumdur (4-5).



Resim 1: Direk grafide sağ el beşinci metakarp distalinde osseoz kitle.



Resim 2: Aksiyel tomografi görüntüsünde medullar kanala uzanımın görülmemesi



Resim 3: Aksiyel FSE T2 kesitinde lezyonun merkezine kıyasla periferinde sinyal yoğunluğu artmış görülüyor.

Radyografik olarak kemik korteksinde geniş yüzeyle bir çıkıntı olarak görülürler ve medullar kanalda istisnaları olmakla beraber genellikle invazyon yapmazlar (6). BT ve MRG görüntülemenin her ikisi de ayrıntılı bilgi verir (7,8).

Histolojik olarak Nora lezyonları genellikle kıkırdak şapka içeren egzofitik oluşumlardır ve kalsifiye kıkırdak görülmesi karakteristik özellikleridir. Nadiren fibröz doku ile ayrılan lobüle ve kemik içerisine doğru düzensizlik oluşturabilirler (6). Osteokondromatöz bileşimi ve lokal agresif seyri nedeniyle ayırıcı tanıda osteokondromlar, miyozitis ossifikans, subungal egzostoz, kondosarkomlar ve parosteal osteosarkomlar düşünülmelidir (9).

Osteokondromlar en sık görülen iyi huylu kemik tümörleri olmasına rağmen nadiren uzun tübuler kemiklerin distalinde tutulum gösterirler ve medullar kanalla devamlılık oluştururlar. Miyozitis ossifikans da ise kıkırdak şapka görülmez. Subungal egzostozların anatomik yerleşimleri tipiktir ve klasik kıkırdak doku içermezler (5). Nora lezyonları metastatik lezyonlar olmamasına rağmen, lokal agresif seyri nedeniyle bizim hastamızda olduğu gibi parmaklarda fonksiyon kaybına neden olabilirler (7). Nora lezyonlarının bazı serilerde %51'lere varan tekrarlama olasılığı nedeniyle de takipleri dikkatli yapılmalıdır.



Sonuç

Nora lezyonları radyolojik ve histolojik olarak diğer lezyonlarla sıklıkla karışan iyi huylu ve nadir oluşumlardır.

Cerrahi eksizyon yapılarak tedavi edilir ve lokal tekrar oluşumları en aza indirmek için geniş marjinal eksizyon tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Aaron M, Chamberlain L, Anderson E, Trumble S. Benign Parosteal Osteochondromatous Proliferation of the Hand Originally Diagnosed as Osteochondroma: A Report of Two Cases and Review. *Hand* 2010;5:106-10.
2. Rampoldi M, Mariano P, Casareale P. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora's lesion): report of two cases. *J Orthopaed Traumatol* 2005;6:101-4
3. Makoto E, Tadashi H, Takashi T. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation with a t(1;17) translocation. *Virchows Arch* 2005;447:99-102.
4. Bernard B, John D, Reith S. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of the proximal humerus: case report. *Skeletal Radiol* 2007;36:535-40.
5. Bandiera S, Bacchini P, Bertoni F. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone. *Skeletal Radiol* 1998;27:154-6.
6. Leon D, Steiner C. Cortico-medullary continuity in bizarre parosteal osteochondromatous proliferation mimicking osteochondroma on imaging. *Skeletal Radiol* 2007;36:829-34.
7. Gursel E, Jarrahnejad P. Nora's lesion: Case report and literature review of a bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of a small finger. *Can J Plast Surg* 2008;4:232-5.
8. William C, Peter L, John X, Mark J, Bassam A. MR imaging features of bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone (Nora's lesion). *Eur J Radiol*. 2001;40:224-31.
9. Luigia A, German C. Bizarre Parosteal Osteochondromatous Proliferation (Nora's Lesion): A Retrospective Study of 12 Cases, 2 Arising in Long Bones. *Hum Pathol*. 2002;12:1205-10.

