

Posttravmatik subperiosteal falangial osteoid osteoma

H. Yalçın YÜKSEL (*), Serdar YILMAZ (*), Volkan KILINÇOĞLU (**), Ertuğrul AKŞAHİN (*),
Levent ÇELEBİ (*)

SUMMARY

Post-traumatic subperiosteal osteoid osteoma of the phalanx: Case report

Osteoid osteomas in the phalanges of the hand often present with atypical clinical and radiologic characteristics. These unusual presentations may cause a delay in diagnosis and treatment. In this case, one year after a nonspecific trauma and with a history of pain of four months only, an osteoid osteoma of the proximal phalanx of the left third finger was treated in a 21-year-old man.

Key words: Osteoma, osteoid, trauma, phalanx

Anahtar kelimeler: Osteoma, osteoid, travma, falanks

Osteoid osteoma sıklıkla uzun kemikleri tutan, genellikle ikinci ve üçüncü dekadlarda görülen iyi huylu kemik tümörüdür. Boyutları genellikle 1-1,5 cm altında olmasına rağmen şiddetli ağrıya yol açabilmektedir (1,2). Buna neden olarak da tümör hücrelerinin yoğun prostaglandin sentezlemesi sorumlu tutulmaktadır (3). Lezyonun iyi bilinen klinik karakteristik özelliği gece ağrılarının olması ve aspirine yanıt vermesidir. Lezyonun santralinde damarlanması iyi olan, yuvarlak ya da oval yerleşimli osteoid dokudan oluşan radyolüsen görünümlü nidusu ve bunu çevreleyen sklerotik görünümlü reaktif yeni kemik doku oluşumu da radyolojik karakteristik özelliğidir (1,4).

Parmakta osteoid osteoma ise çok nadir görülmektedir (2,5,6). Bazı hastalarda, tipik klinik ağrı pater-

ninin olmaması ve yine bazı klasik radyolojik özelliklerin saptanamaması tanı koymakta güçlük yaratır (2). Diğer ekstremitte bölgelerine göre, el ve ayak bölgesinin travmaya maruz kalma ihtimali daha fazladır. Bu nedenle, bu bölgeye ait klinik şikayetlerde travma hikayesi sorgulanır ve radyolojik değerlendirme bu yönde yapılır. Bu bölgeye ait eski travmaları sonrası gelişebilecek osteoid osteoma ise sıklıkla karşılaşılmadığı için neden olarak akla getirilmez (7,8). Bizim bu olgumuzda, geçirilmiş travma sonrası, sol el 3. parmak proksimal falanksta gelişen osteoid osteoma sunuldu.

OLGU SUNUMU

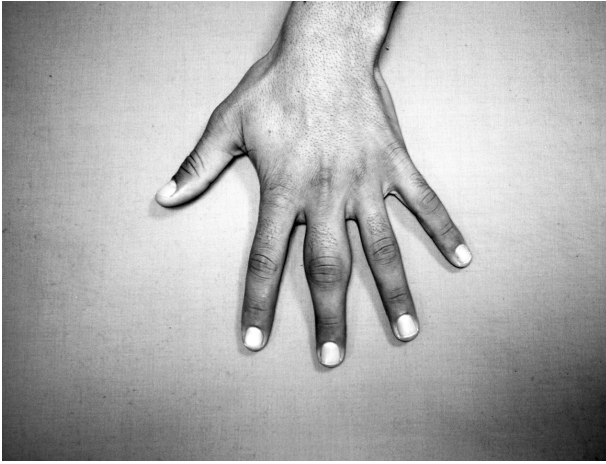
Yirmi bir yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıl önce sol el ve parmaklarda iş kazası sonrası ezilme tarzında travması olmuş. Hastanın elde cilt abrazyonları ve yumuşak doku travmasına bağlı ödemi gelişmiş. Hasta bir başka merkezde acil servis de bu travması sonrası klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmiş. El ve parmak kemikleri ve eklemleri ile ilgili sorun olmadığı belirtilerek, elastik bandaj uygulanmış, medikal tedavi verilmiş ve istirahat ettirmesi önerilmiş. Şikayetlerinde tamamen düzelme olan hastada, bu kazadan 8 ay sonra sol el 3 parmakta ağrı ve şişlik ortaya çıkmış. Hasta bizim merkezimize başvurduğunda, istirahatle yada hareketle değişiklik göstermeyen ağrılarının çeşitli ağrı kesicilerle azaldığını, ancak daha

Geliş tarihi: 09.02.2010

Kabul tarihi: 05.06.2010

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*; Gaziantep Medikal Park Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği**

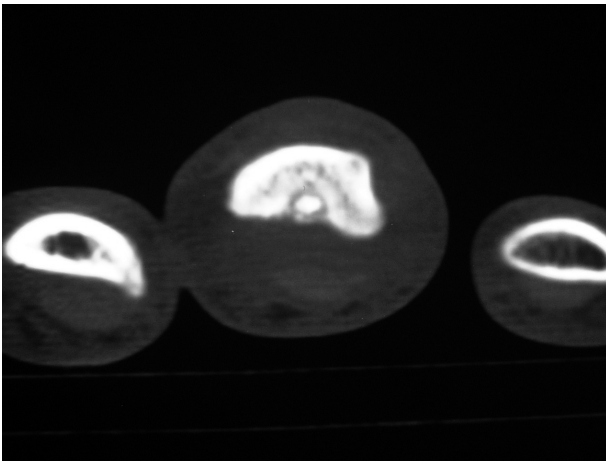
sonra tekrar başladığını belirtti. Fizik muayenede ise hastanın sol el orta parmak proksimal falangial



Şekil 1. Tedavi öncesi sol elin klinik görünümü.



Şekil 2. Ön-arka direkt radyografide falanksta kitle lezyonu.

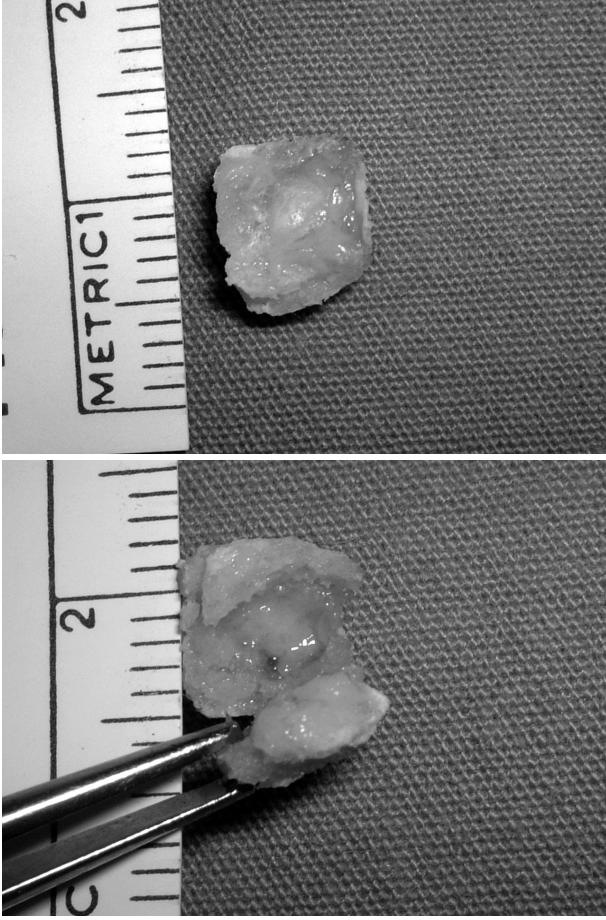


Şekil 3. Bilgisayarlı tomografi aksiyel kesitlerde proksimal falanksta subperiosteal kitle lezyonu.

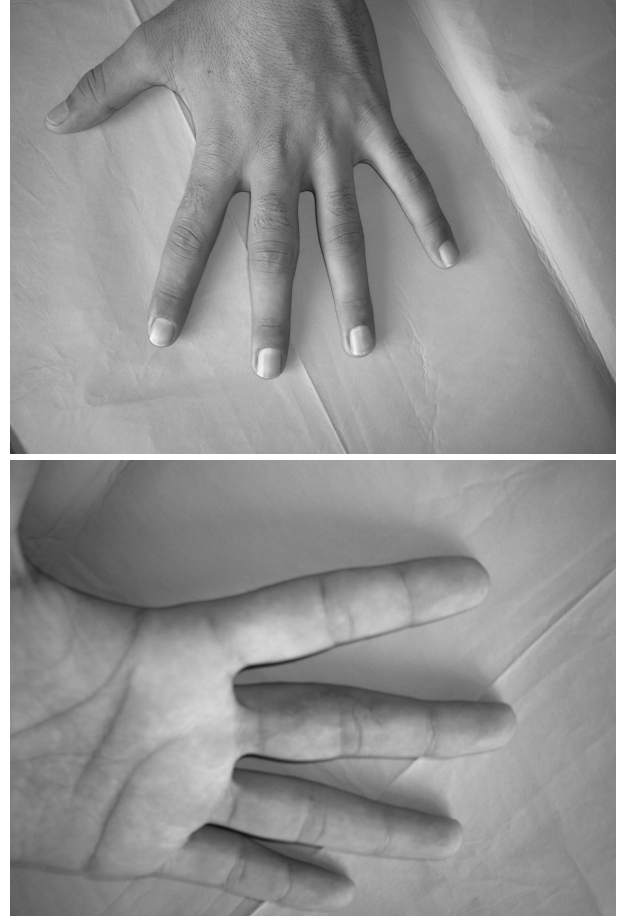
ve proksimal interfalangeal eklemdede şişlik vardı. Proksimal interfalangeal eklem bölgesine yakın palpasyonla hassasiyet mevcuttu (Şekil 1). Proksimal interfalangeal eklemdede, fleksiyon kısıtlılığı tespit edildi. Direkt grafide proksimal falanks distalinde radyolüsen alan ve çevresel skleroz görülmekteydi (Şekil 2). Hastanın bilgisayarlı tomografisinde palmar yerleşimli subperiosteal nidus formasyonu saptandı (Şekil 3). Radyolojik kesin tanısı konulan hastada, lezyona enblok cerrahi eksizyon uygulandı (Şekil 4a, b). Çıkarılan kitle materyalinin nidus formayonunu çevreleyen bölgede reaktif kemik doku serbestleştirildiğinde santralde osteoid osteoma nidus formasyonu ile uyumlu hafif mavi görünümlü osteoid doku gözlemlendi (Şekil 5 a, b).



Şekil 4 a ve b. Ameliyat sırasında kitle çıkarılmadan (a) ve çıkarıldıktan sonra (b) falanksın görünümü.



Şekil 5 a ve b. Ameliyat sırasında kitle çıkarılmadan (a) ve çıkarıldıktan sonra (b) kitle lezyonunun görünümü.



Şekil 5 a ve b. Ameliyat sırasında kitle çıkarılmadan (a) ve çıkarıldıktan sonra (b) kitle lezyonunun görünümü.

Ameliyat sonrası hastanın çıkartılan kitle materyali patoloji raporu da osteoid osteoma teşhisini doğrulamaktaydı. Hastanın ameliyat sonrası 2. ay kontrolünde ağrı ve şişlik şikâyetlerinin düzeldiği, proksimal interfalangial eklem hareketlerinin iyileştiği saptandı (Şekil 6a, b).

TARTIŞMA

Osteoid osteoma karakteristik nidus yapısından dolayı dikkatli incelemeyle tanı konulabilen iyi huylu kemik tümörlerindedir. Sıklıkla femur ve tibia gibi uzun kemiklerde görülür. Bu bölgelerde reaktif skleroz görülmesi, klinik şikâyetlerle beraber tanının konulmasını kolaylaştırmaktadır ⁽¹⁾. Ancak parmak gibi daha nadir görülen lokalizasyonlarda

klasik radyolojik ve klinik özelliklerin saptanamaması tanı koymayı güçleştirmektedir ^(2,9). Parmaklarda görülen osteoid osteomalarda, genellikle nidusun çevresinde görmeyi beklediğimiz çevresel skleroz izlenmemektedir. Parmaklarda, uzun kemiklerden farklı olarak, nidus ile reaktif kemik dokusunun belirgin sınırlarla ayrılmamış olması nidus dokusunun spongios kemikle karıştırılmasına neden olabilir ^(2,9). Klasik radyolojik görüntü kriterleri arasında yer alan radyolüsen nidusu çevreleyen sklerozun yani reaktif kemik dokunun olmaması, tanının konulmasını güçleştirir.

Klasik olarak gece ağrısı olması ve aspirine yanıt vermesiyle tanınan osteoid osteoma, özellikle elde

yerleşim gösterenlerde ağrısız seyredebilir. Bu durumda parmak yerleşimi görülen hastalarda oluşan işsi şişlikler, spino ventoza ile karıştırılmamalıdır (5). Ekleme yakın yerleşmiş osteoid osteomaların, eklemde şişliğe neden olması da, yanlışlıkla monoartrit olarak tanımlandırılmasına neden olabilir (10). Özellikle elde yerleşim gösteren osteoid osteomaların ağrısız da seyredebileceği unutulmalıdır (2).

Travma sonrası osteoid osteoma görülmesi, literatür de sık rastlanmamaktadır (7,8). El ve ayak gibi travmaya açık bölgelerde ağrı olması, bu hastalarda öncelikle travmatik kemik ya da yumuşak doku hasarını düşündürmektedir. Hem travma sonrası nadir görülmesi, hem de elde daha nadir yerleşim göstermesinden dolayı bu tür olgularda genellikle akla osteoid osteoma gelmez. Bundan dolayı her olguyu klinik şikâyetleriyle beraber değerlendirme yapılması, radyolojik değerlendirme sırasında daha dikkatli davranılması, gece ağrısının ve ağrıya non-steroid antiinflatuar ilaçlara yanıtının sorgulanması önemlidir (5).

Osteoid osteoma lokalizasyonuna göre subperiosteal, intrakortikal, endosteal ve medüller yerleşim olarak sınıflandırılmaktadır. Subperiosteal yerleşimin her ne kadar sık görülmediği düşünülse de (1), bir çalışmada tubuler kemiklerde % 48 oranında subperiosteal yerleşim tespit edilmiştir. Buna neden olarak nidusun subperiosteal olarak başladığı, zamanla içe doğru migre olduğu, subperiosteal depozisyon ve endosteal rezorbsiyon sonucu intrakortikal, endosteal veya intramedüller yerleşim gösteren şekle dönüştüğü düşünülmektedir (11). Özellikle el ve ayak yerleşimli osteoid osteomalarda subperiosteal yerleşim daha sık görülmektedir (1,2,5).

Tanıyı kesinleştirmek için genellikle CT önerilmektedir. CT'de nidus daha iyi değerlendirilirken, MRG ile çevre yumuşak doku ve intramedüller

değişiklikler daha iyi değerlendirilebilir (12).

Tedavide genellikle nidusun eksizyonu önerilmekle birlikte, CT eşliğinde perkütan radyofrekans ablasyon da uygulanabilmektedir. Ancak bu yöntemle histopatolojik inceleme yapılamayacağından tanının kesin olmadığı hastalarda tedavi metodu olarak tercih edilmemelidir (4,13). Özellikle el yerleşimli osteoid osteomalarda cerrahi eksizyon uygulanacaksa, nidusun tamamı çıkarılmalıdır. Cerrahi sonrası eğer rezidüel doku bırakılır ise nüks oranı fazladır (5,14).

Parmaklarda osteoid osteoma klasik klinik ve radyolojik özellikler göstermemesi ve nadir görülmesinden dolayı akla gelmemektedir. Travma sonrası görülmesi ise tanının daha da zor konmasına neden olmaktadır. Parmaklarda, geçirilmiş travma hikayesi sonrası geç dönemde başlayan ağrı ve şişliğin uzun süre devam etmesi, böyle hastalarda osteoid osteomayı akla getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kransdorf MJ, Stull MA, Gilkey FW, Moser RP Jr. Osteoid osteoma. Radiographics 1991;11(4):671-96.
2. Burger IM, McCarthy EF. Phalangeal osteoid osteomas in the hand: a diagnostic problem. Clin Orthop Relat Res 2004;(427):198-203.
3. Greco F, Tamburrelli F, Ciabattini G. Prostaglandins in osteoid osteoma. Int Orthop 1991;15(1):35-7.
4. Gitelis S, Wilkins R, Conrad EU 2nd. Benign bone tumors. Instr Course Lect 1996;45:425-46.
5. Bilgin SS, Yıldız Y, Güçlü B, Sağlık Y. Osteoid osteoma in the hand: an evaluation of eight patients. Acta Orthop Traumatol Turc 2004;38(3):206-11.
6. Bednar MS, McCormack RR Jr, Glasser D, Weiland AJ. Osteoid osteoma of the upper extremity. J Hand Surg [Am] 1993;18:1019-25.
7. Ambrosia JM, Kernek CB. Osteoid osteoma of the foot: presentation following trauma. Orthopedics 1985;8(5):684-5.
8. Uda H, Mizuzeki T, Tsuge K. Osteoid osteoma of the metacarpal bone presenting after an injury. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2002;36(4):238-42.
9. Meng QF, Watt I. Phalangeal osteoid osteoma. Br J Radiol 1989;62(736):321-5.
10. Brabants K, Geens S, van Damme B. Subperiosteal juxta-articular osteoid osteoma. J Bone Joint Surg Br 1986;68(2):320-4.
11. Kayser F, Resnick D, Haghighi P, Pereira Edo R, Greenway G, Schweitzer M, Kindynis P. Evidence of the subperiosteal origin of osteoid osteomas in tubular bones:

analysis by CT and MR imaging. AJR Am J Roentgenol 1998;170(3):609-14.

12. Assoun J, Richardi G, Railhac JJ, Baunin C, Fajadet P, Giron J, Maquin P, Haddad J, Bonneville P. Osteoid osteoma: MR imaging versus CT. Radiology 1994;191(1):217-23.

13. Sluga M, Windhager R, Pfeiffer M, Dominkus M, Kotz R. Peripheral osteoid osteoma. Is there still a place for traditional surgery? J Bone Joint Surg Br 2002;84(2):249-51.

14. Soler JM, Pizà G, Aliaga F. Special characteristics of osteoid osteoma in the proximal phalanx. J Hand Surg Br 1997;22(6):793-7.