

İliyak Kanat Yerleşimli Osteokondrom: Olgu Sunumu

Solitary Osteochondroma of the Ilium: A Case Report

Serdar YILMAZ, Yunus DEMİRTAŞ, Murat GÜLÇEK, Alper DEVECİ,
Ahmet Özgür YILDIRIM, Özdamar Fuad ÖKEN, Sualp TURAN, Ahmet UÇANER

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

Özet

Osteokondromlar en sık görülen iyi huylu kemik tümörleridir ve sıklıkla uzun kemiklerin metafiz bölgesinden köken alırlar. Çocuk yaşta görülen iliya kanat yerleşimli osteokondromlar ise nadir görülmektedir. Sıklıkla ağrıya sebep olması ve kondrosarkom gelişme riskinden dolayı cerrahi tedavi önerilmektedir. Bu olgu sunumunda iliya kanat üzerinde gelişen osteokondrom olgusu bildirilmiştir.

Anahtar sözcükler: İlium; kondrosarkom; osteokondrom; pelvis.

Summary

Osteochondroma is the most common benign bone tumor. It is usually derived from the metaphyseal regions of long bones. Osteochondroma of the ilium is rarely seen in the pediatric population. Surgery is the recommended treatment of iliac osteochondroma in symptomatic patients due to the risk of malignant transformation to chondrosarcoma. We report a case of an iliac osteochondroma.

Key words: Ilium; chondrosarcoma; osteochondroma; pelvis.

Giriş

Osteokondrom iskelet sisteminin en sık görülen iyi huylu tümürüdür.^[1-3] Osteokondrom tüm kemik tümörlerinin %10-15'ini, iyi huylu tümörlerin ise %20-50'sini oluşturmaktadır.^[1] Genellikle uzun kemiklerin metafizer bölgesinden köken alırlar, ancak daha nadir görülen iliya kanat gibi yassı kemiklerde ise apofizdeki büyüme plağından köken alır.^[1,2,4] Osteokondromların soliter osteokondrom ve herediter osteokondromatozis olmak üzere iki tipi vardır.^[2,3] Bu tümörlerin yaklaşık %50'si alt ekstremitede görülür, pelvik yerleşim ise nadir görülmektedir.^[2,3] Pelvis, omuz, kalça yerleşimli osteokondromlarda malign transformasyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[5] Bu çalışmada çocuk hastada görülen iliya kanat yerleşimli osteokondrom olgusu sunuldu.

Olgu Sunumu

On iki yaşında erkek hasta sol iliya kanat üzerinde ağrı ve şişlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık dört yıldır sol iliya kanat üzerinde zaman zaman ağrı ve yavaş yavaş büyüyen şişlik şikayetleri olduğunu belirtti. Hasta kilosunun son zamanlarda büyüdüğünü ve özellikle yan pozisyonda yatmakta zorlandığını ifade etmekteydi. Kilo kaybı, ateşlenme ve halsizlik şikayetlerinin bulunmadığı belirtildi. Vücudunun başka bir yerinde ya da ailede böyle bir kitle öyküsü yoktu. Bilinen bir travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede sol iliya kanat posteriorunda yaklaşık 4x5 cm çapında sert, düzgün sınırlı, iliya kanatla devamlılığı olan bir kemik kitlesi vardı. Kitle üzerindeki ciltte kızarıklık ve renk değişikliği yoktu. Hastanın kan parametrelerinde normalden farklı bir özellik saptanmadı. Hastanın direkt

İletişim: Dr. Serdar Yılmaz,
Talatpaşa Bulvarı, Ülkü Mahallesi, No: 7,
Altındağ, Ankara
Tel: 0312 - 508 51 01

Başvuru tarihi: 08.02.2013
Kabul tarihi: 06.05.2013
Online baskı: 10.03.2015
e-posta: drserdaryilmaz@hotmail.com





Şekil 1. Hastanın çekilen pelvis ön-arka ve sol kalça ön-arka grafiğinde, sol sakroiliyak eklem komşuluğunda, sınırların tam olarak değerlendirilemediği iliyak kanata ait kitle görülmektedir.

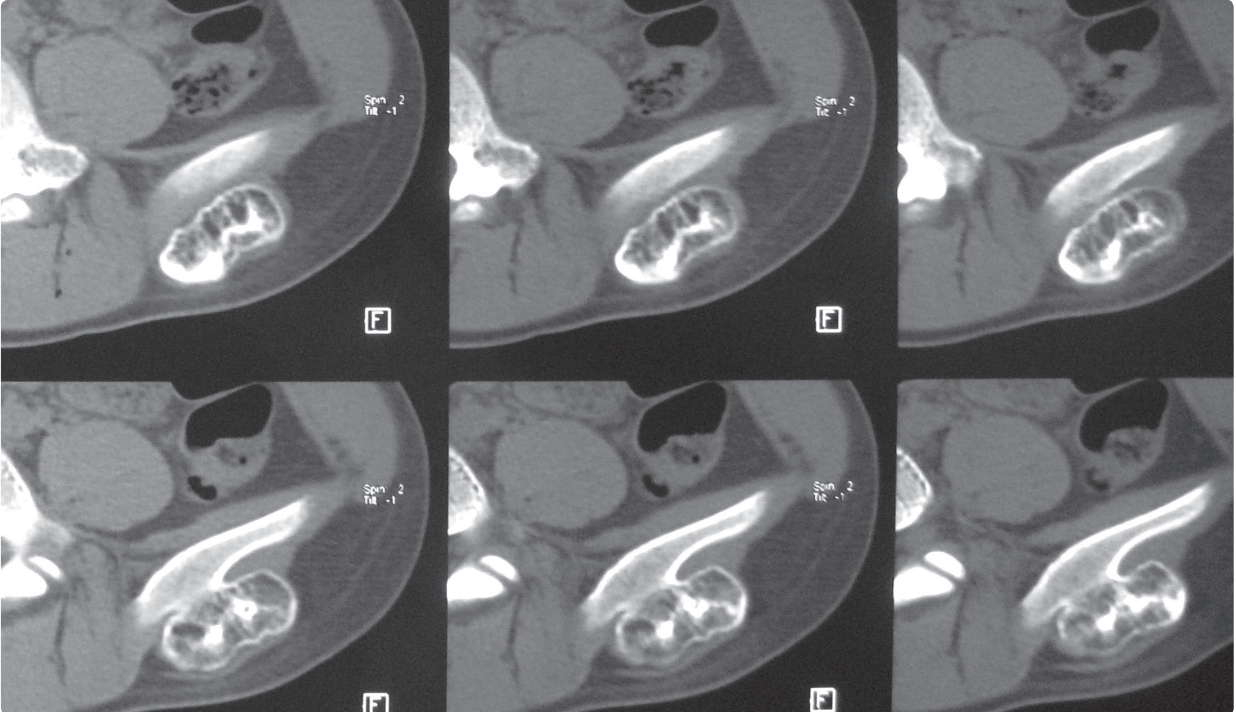
grafisinde sol iliyak kanat posteriorunda, sakroiliyak eklem komşuluğunda sınırlarının net tarif edilemediği kitle lezyonu saptandı (Şekil 1). Kitlenin özelliğini daha iyi belirlemek için çekilen bilgisayarlı tomografide (BT), sol iliyak kanat posteriorunda, sapı olan 4x3 cm

çapında düzgün yüzeyle kitle saptandı (Şekil 2). Cerrahi planlama için çekilen 3 boyutlu tomografi incelemesinde, kitlenin sapı daha net görüldü (Şekil 3). Olası bir maligniteyi ekarte etmek açısından kırıldak şapka kalınlığını tespit etmek için çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kitlenin kırıldak şapka kalınlığı 2 mm olarak ölçüldü (Şekil 4). Olguya osteokondrom öntanısıyla ameliyat planlandı.

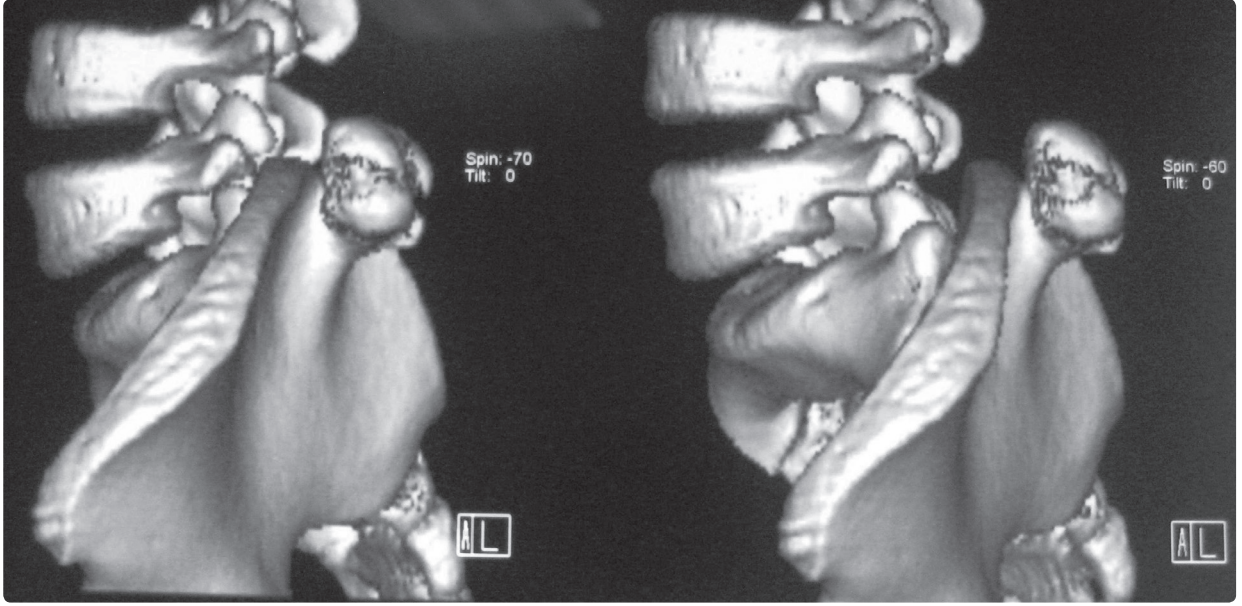
Genel anestezi altında prone pozisyonda yatan hastaya posterior iliyak kanat üzerinden girilerek yaklaşık 3 cm çapındaki kök kısmını içerecek şekilde kitle iliyak kanat posteriorundan total olarak eksize edildi. Eksizyon alanından kanama olmaması için kemik mumu (bonewax) ile eksizyon alanı kapatıldı. Kitlenin makroskopik incelemesinde 4x5x3 cm boyutunda pürüzsüz, düzgün sınırlı parlak yüzeyle olduğu görüldü. Patolojik inceleme sonucu osteokondrom olarak doğrulandı. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi. 12. ayda kontrole gelen hastada radyolojik ve klinik açıdan nüks saptanmadı (Şekil 5).

Tartışma

Osteokondromlar iskelet sisteminin en sık görülen iyi huylu tümörleridir.^[1-3] En sık alt ekstremitelerde görülmekte olup pelviste yerleşimi olağan değildir.^[2] Osteokondromlar en sık büyümenin hızlandığı adolesan



Şekil 2. Pelvis bilgisayarlı tomografide iliyak kanat posteriorunda 4x9 cm boyutlarında düzgün sınırlı, saplı, spongios kısmının ana kemikle devamlılık arz ettiği kitle görülmektedir.



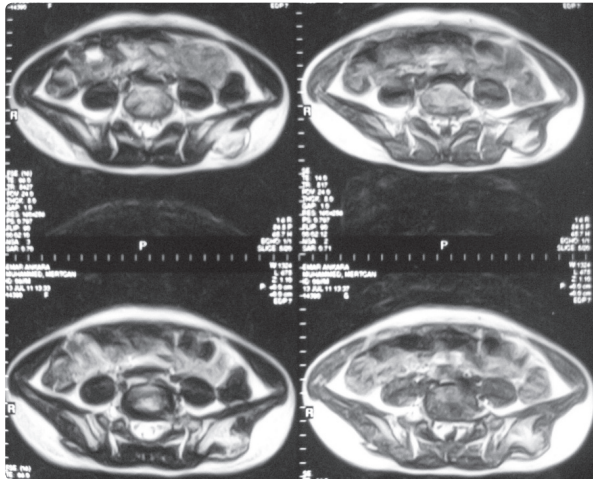
Şekil 3. Üç boyutlu rekonstrüksiyonla çekilen bilgisayarlı tomografi incelemesinde, kitlenin şekli ve sınırları daha net görülmektedir.

dönemde görülürler.^[3] Genellikle semptom vermezler ve tesadüfen saptanırlar.^[2] En sık rastlanan semptom ağrıdır. Onun dışında kitlenin yerleşim yerine göre sinir basısı, eklem hareketinde kısıtlılık bildirilmiştir.^[1-3] Literatürde pelvik yerleşimli osteokondromların siyatik sinir basısı,^[6] karın ağrısı,^[7] gluteal kas atrofisi,^[8] eksternal iliak arter basısı,^[8] hematüri,^[9] malign transformasyon nedeniyle ağrıya sebep olduğu da bildirilmiştir.^[10]

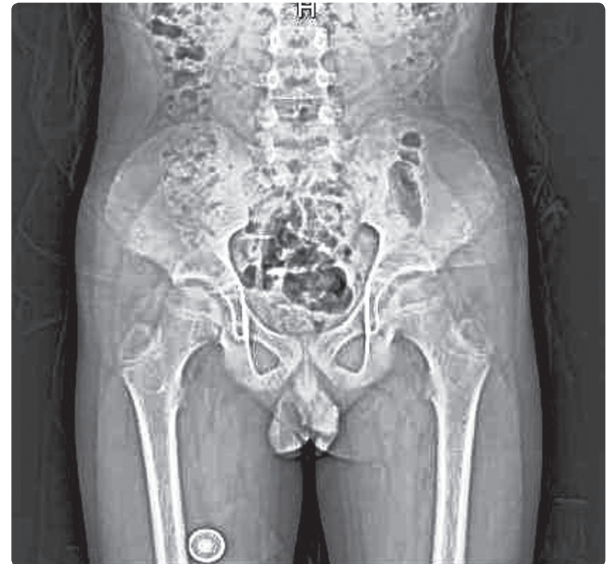
Osteokondromlar tek bir kitle şeklinde görülebileceği gibi birden fazla kitle şeklinde de görülebilir. Kalıtsal

özelliği olan bu tip osteokondromlarda sinir basısı, şişlik, büyüme problemleri olabileceğinden daha dikkatli değerlendirmek gereklidir.^[2,3] Ayrıca bu tip osteokondromların malign transformasyon riski, soliter formlara göre daha fazladır.^[5]

Özellikle herediter formunda olmak üzere %3-5 oranında malign transformasyon geçirdiği bildirilmiştir.^[11] Kitlede ani ve hızlı büyüme, kemik büyümesi tamamlandıktan sonra büyümenin devam etmesi ve ağrı, malign transformasyon riskinin olduğunu gösterir. Genellikle 20-40 yaş aralığında en sık kondrosarkom,



Şekil 4. Manyetik rezonans görüntülemesinde aksiyel kesitte T2 ve T1 ağırlıklı görüntülerde ve koronal kesitte T1 ağırlıklı görüntüde osteokondrom görülmektedir. Kesitlerde kıkırdak kalınlığı 2 mm olarak ölçüldü.



Şekil 5. Ameliyat sonrası birinci yıl pelvis ön-arka grafisi.

nadiren de osteosarkoma dönüştüğü bildirilmiştir.^[10,12] Pelvik yerleşimli osteokondromlarda, özellikle iliak kanat kaynaklıysa bu riskin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Buna sebep olarak pelvik osteokondromların uzun kemiklerde görülen tiplere göre daha geç tanı konulması, buna bağlı daha büyük boyutlarda olması ve multiple yerleşimli tipinin pelviste daha sık görülmesi olarak bildirilmiştir.^[13,14] Bu yüzden pelviste yerleşim gösteren osteokondromların cerrahi olarak tedavi edilmelerinin daha uygun olduğu düşünülmektedir.

Osteokondromların malign transformasyon riski nedeniyle kırıkta şapka kalınlığı ölçümü önerilmiştir.^[2] Genellikle 2 cm üzerinde kırıkta şapka kalınlığı olan hastalarda malignite açısından şüphe uyandırdığı bilinmektedir.^[15] Bizim olgumuzda da bu amaçla kırıkta şapka kalınlığını değerlendirmek için MRG çekilmiş ve kırıkta şapka kalınlığı 2 mm olarak ölçülmüştür.

Osteokondromların gelişmesinde cerrahi sırasında ya da travma sonrası büyüme plağına iyatrojenik hasar oluşması ve radyasyona maruziyetin etken faktörler olabileceği bildirilmiştir.^[1,3] Literatürde radyoterapi uygulanan hastalarda da osteokondrom geliştiği bildirilmiştir.^[16]

Osteokondromların teşhisinde direkt grafinin önemli bir yeri vardır. Kitle ile köken aldığı kemiğin medullasının devamlılığının gözlenmesi karakteristik özelliklerdendir.^[1,2] Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Köken aldığı kemikle devamlılık arz eden üzeri hyalin kırıkta kaplı kemik dokunun varlığı tanı koydurur.^[2] Koksikse ya da kostaya benzeyen pelvik kosta (pelvik digit), posttravmatik myozitis ossifikans ve iliak kanat avülsiyon kırıklarından ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^[1]

Ağrı, nörovasküler bası, iskelet deformiteleri, anormal büyüme gelişimi, malign transformasyon riski ve eklem hareket kısıtlılığı varlığında cerrahi tedavi önerilmektedir.^[2,3] Kırıkta şapka tam eksize edildiğinde nüks görülme sıklığı çok düşüktür.^[2] Olgumuzda da kitlenin pelviste yer alması ve ağrıya neden olmasından dolayı cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Literatürde iliak kanat kaynaklı bu yaş grubunda osteokondrom olgusu nadir olarak bildirilmiştir.^[8,17,18] Genellikle semptomlu olmasından dolayı bu hastalara cerrahi tedavi uygulanmıştır. Genel olarak osteokondromların %5 kadarının pelviste görüldüğü, pelviste ise en sık iliak kanattan köken aldığı bildirilmiştir.^[19] Bunun nedeninin iliak kanat kökenli kitlelerin daha yüzeysel konumda yerleşmelerinden dolayı fark edil-

melerinin daha kolay olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.^[14] Pelviste osteokondromlar kırıkta dokunun bulunduğu iliak kanat, iskium gibi apofizer bölgelerden veya asetabulumdan köken alabilir.^[20]

İliak kanat kaynaklı osteokondromlar, malign transformasyon riskinin pelvik bölge yerleşimli kitlelerde daha fazla olmasından ve semptomlu olmalarından dolayı cerrahi tedavi edilmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Dohrmans JP. Pediatric orthopaedics: core knowledge in orthopedics. In: Erol B, Dohrmans JP, editors. Musculoskeletal tumors in children. 1st ed. Philadelphia; Elsevier, 2005. p. 302.
2. Herring JA. Benign musculoskeletal tumors. In: Tachdjians pediatric orthopaedics. Vol. 3, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 1901-53.
3. Resnick D, Kyriakos M, Greenway GD. Tumors and tumorlike lesions of bone. Imaging and pathology of specific lesions. In: Resnick D, Niwayama G, editors. Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia: WB Saunders Company; 1988. p. 3617-888.
4. Buckwalter JA, Glimcher MJ, Cooper RR, Recker R. Bone biology. I: Structure, blood supply, cells, matrix, and mineralization. Instr Course Lect 1996;45:371-86.
5. Vanhoenacker FM, Van Hul W, Wuyts W, Willems PJ, De Schepper AM. Hereditary multiple exostoses: from genetics to clinical syndrome and complications. Eur J Radiol 2001;40(3):208-17. [CrossRef](#)
6. Bell RS. Musculoskeletal images. Malignant transformation in familial osteochondromatosis? Can J Surg 1999;42(1):8.
7. Tsuchiya H, Morikawa S, Tomita K. Osteosarcoma arising from a multiple exostoses lesion: case report. Jpn J Clin Oncol. 1990;20(3):296-8.
8. Schaison F, Anract P, Coste F, De Pinieux G, Forest M, Tomeno B. Chondrosarcoma secondary to multiple cartilage diseases. Study of 29 clinical cases and review of the literature. [Article in French] Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 1999;85(8):834-45. [Abstract]
9. Bernard SA, Murphey MD, Flemming DJ, Kransdorf MJ. Improved differentiation of benign osteochondromas from secondary chondrosarcomas with standardized measurement of cartilage cap at CT and MR imaging. Radiology 2010;255(3):857-65. [CrossRef](#)
10. Mahboubi S, Dormans JP, D'Angio G. Malignant degeneration of radiation-induced osteochondroma. Skeletal Radiol 1997;26(3):195-8. [CrossRef](#)
11. Sharma S, Kalsotra N, Gupta P, Wani IH, Singh M, Singh D. Solitary osteochondroma of the ilium: a case report. The

- Internet Journal of Orthopedic Surgery 2010;16(2).
12. Kokavec M, Gajdoš M, Džupa V. Osteochondroma of the iliac crest: case report. [Article in Slovak] Acta Chir Orthop Traumatol Cech 2011;78(6):583-5. [Abstract]
 13. Trotter D, Zindrick M, Ibrahim K. An unusual presentation of an osteochondroma. Report of a case. J Bone Joint Surg Am 1984;66(2):299-301.
 14. Gökkuş K, Aydın AT, Sağtaş E. Solitary osteochondroma of ischial ramus causing sciatic nerve compression. Eklem Hastalik Cerrahisi 2013;24(1):49-52. [CrossRef](#)
 15. Buyukbebeci O, Guner S, Maralcan G, Erbagci A, Karakurum G. Excessive enlarged iliac bone osteochondroma causing abdominal symptoms. Case Rep Clin Pract Rev 2006;7:190-2.
 16. Garrison RC, Unni KK, McLeod RA, Pritchard DJ, Dahlin DC. Chondrosarcoma arising in osteochondroma. Cancer 1982;49(9):1890-7. [CrossRef](#)
 17. Altay M, Bayrakci K, Yildiz Y, Erekuş S, Sağlık Y. Secondary chondrosarcoma in cartilage bone tumors: report of 32 patients. J Orthop Sci 2007;12(5):415-23. [CrossRef](#)
 18. Phillips RR, Lee SH, Flannigan GM. Pelvic osteochondroma causing haematuria. Br J Urol 1990;66(1):99-100.
 19. Calafiore G, Calafiore G, Bertone C, Urgelli S, Rivera F, Maniscalco P. Osteochondroma. Report of a case with atypical localization and symptomatology. [Article in Italian] Acta Biomed Ateneo Parmense 2001;72(5-6):91-6. [Abstract]
 20. Garcia RJ, Takata ET, Alves MTS, Pires OGN, Basile R. Acetabular Osteochondroma. Acta Ortop Bras 2005;13(2):93-4. [CrossRef](#)