

Adölesanda Falangial Osteoid Osteom

Phalangeal Osteoid Osteoma in an Adolescent
Radyoloji

Başvuru: 27.04.2015
Kabul: 25.05.2015
Yayın: 15.06.2015

Mehmet Öztürk¹, Ahmet Sığırıcı¹

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Osteoid osteom, sıklıkla genç erkeklerde görülen ve büyüyen iskeleti etkileyen benign kemik tümörüdür. Radyolojik olarak çoğunlukla alt ekstremitede ağrı ile birlikte sklerozla çevrili nidus şeklinde görülür. Benign kemik tümörlerinin %11-12'sini oluşturur. Osteoid osteom, falanksalarda oldukça nadir görülür. Bu yazıda, sağ el üçüncü parmak proksimal falanksda 1,5 aydır devam eden ağrı ve şişlik şikayetiyle başvuran 15 yaşında erkek bir hastada falangial osteoid osteomu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: *Osteoid osteom, Falanks Adölesan*

Abstract

Osteoid osteoma, is a benign bone forming tumor of the growing skeleton that is most often seen in young men. It represents by pain and radiologic appearance of nidus surrounded by osteosclerosis that occurs mostly in long bones of the lower extremity. This tumor included 11-12% of all benign skeletal lesions. Overall occurrence of phalangeal OOA is extremely rare. In this study, we report a case of a 15 years young man with a 1,5 months history of pain, enlargement, swelling in proximal phalanx of right third finger.

Keywords: *Osteoid osteoma, Phalanx Adolescent*

Giriş

Osteoid osteoma, etyolojisi bilinmeyen, 10- 30 yaşları arasında ve erkeklerde (E/K=2:1) daha çok görülen, nispeten iyi huylu bir kemik lezyonudur ¹. Özellikle tibia ve femurda olmak üzere appendiküler iskeletin uzun kemiklerinde sık görülür. Geceleri artan ve non-steroidal, anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ)'a ve aspiyren cevap veren lokal ağrı, tipik klinik bulgusudur ². Alışılmış radyolojik bulgusu, çapı 1,5 cm'den küçük, etrafı dens reaktif sklerozla çevrili, küçük nodüler lüsen nidus şeklindedir. Öte yandan, tümör nidusu ile skleroz arasında kendine özgü dairesel radyolüsent bölge bulunmaktadır ². Spesifik prezentasyonları nedeniyle uzun kemiklerde görülen osteoid osteomların tanısı kolay konulabilirken, el kemiklerinde özellikle de falanksalarda görülen osteoid osteomlarda tanı sıklıkla atipik klinik ve radyolojik bulgular nedeniyle geç konur. Bu durum, tedavilerde gecikmelere yol açmaktadır ³. Adölesan bir erkek hastada, parmak proksimal falanks yerleşimli osteoid osteomanın radyolojik bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

On beş yaşında bir erkek hasta sağ el 3. parmak proksimal falanksda 1,5 aydır aydır devam eden kronik ağrı ve şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ağrısının geceleri arttığını ve NSAİİ ile azaldığını bildirdi. Daha önce geçirilmiş travma öyküsü yoktu. CBC, serum kimyası, ANA, Wright tetkik sonuçları normal sınırlarda idi.

Fizik muayenede, 3. parmak proksimalde şişlik ve hassasiyet ile birlikte proksimal interfalangial eklemdede hareket kısıtlılığı vardı.

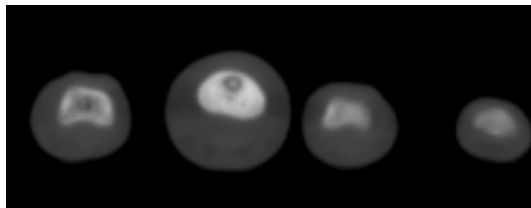
Sağ el 3.parmağa yönelik yan grafide, 3. parmak proksimal falanks dorsalde radyolüsent nidus ve çevresel yoğun

skleroz bulunan bir lezyon izlendi (Şekil 1).



Şekil 1 : Sağ el 3.parmağa yönelik yan grafide 3.parmak proksimal falanks dorsalde radyolüsent nidus ve çevresel yoğun skleroz bulunan lezyon izlendi.

Sağ el bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsünde 3. parmak proksimal falanksta, etrafında sklerotik alan, santralde nidus olan bir lezyon izlendi (Şekil 2).



Şekil 2 : Sağ BT'sinde 3.parmak proksimal falanksta etrafında sklerotik alan, santralde nidus olan lezyon izlendi.

Tartışma ve Sonuç

Literatürde, el bölgesinde osteoid osteomaların en sık proksimal falanksta yerleştiği bildirilmiştir. Elde, osteoid osteomaların tanısı bu bölgede az görülmesi, klinik semptomların ve radyografik bulguların spesifik olmaması

nedeniyle oldukça güçtür. Çoğu vakada asıl tanıya ulaşılmadan önce birçok tanı ve tedavi denenir. Tanıya ulaşma süresi ise, genelde iskelet sisteminin diğer bölgelerinde görülen osteoid osteomaların tanıya ulaşma süresinden daha uzundur^{3,4}.

Şişlik ve ağrı en sık görülen semptomlardır. Osteoid osteomda, genellikle en spesifik bulgu olan analjeziye cevap veren ağrı olmadığı durumlarda tanıya ulaşmak zorlaşmaktadır. Travma olmaksızın ortaya çıkan bu semptomlar çoğu zaman enflamatuvar bir süreç olarak düşünülerek tedavi edilir. Bu durumda tedavide verilen NSAİİ analjezik ve antienflamatuvar etkilerinden dolayı semptomlar geriler. Bu durum tanının konmasını daha da zorlaştırır ve geciktirir⁵.

Bu bölgedeki osteoid osteomlar artrit ya da sinovit ile karışabilir. Travmatik ya da sistemik hastalıklar (romatoid artrit v.b.) osteoid osteom ile benzer klinik prezentasyonlar ile karşımıza çıkabilir. Hastanın altta yatan romatizmal hastalığı tanıyı güçleştirir. El falankslarında görülen osteoid osteomların kliniği, her ne kadar romatizmal hastalığı düşündürse de tek eklemde patolojinin bulunması, romatizmal faktörlerin negatif olması ve daha çok genç hastalarda görülmesi tanı aşamasında bizi bu sistemik hastalıklardan uzaklaştırır. Genellikle, travmatik durumlarda verilen NSAİİ, semptomları yukarıda belirtilen etkilerinden dolayı hafifletebilir ve süreç travma nedeni bir patoloji olarak düşünülür, dolayısıyla tanıda gecikmeye neden olur. Bu durumda, tedavinin uzaması akla osteoid osteoma tanısını getirmeli ve iyi bir sorgulama ile travma öncesi şikayetlerin bulunup bulunmadığı öğrenilmelidir⁵.

Konvansiyonel radyografide, periost reaksiyonunun sonucu oluşan intrakortikal radyolüsan bir nidus ve çevresinde sklerotik alan gözlenir^{6,7}. Sklerotik alan nidusun gözlenmesini güçleştirir. Bununla birlikte radyografide çoğunlukla patolojik bir görüntü gözlenmez. Marcuzzi ve ark.⁸ 2002 de yayınladıkları çalışmalarındaki 18 olgudan sadece ikisinde radyografik bulgu gözlemlemişlerdir. Hastamızın direkt grafisinde, sağ el 3. parmağa yönelik yan grafide 3. parmak proksimal falanks dorsalde radyolüsent nidus ve çevresel yoğun skleroz bulunan bir lezyon izlendi.

Radyografide lezyon net saptanmıyorsa tanıyı doğrulamak ve nidusu göstermek için seçilecek yöntem BT görüntüleme olmalıdır. El falankslarındaki osteoid osteomalarda nidus milimetrik boyutlarda olduğu için 2-3mm'lik ince kesitli BT çekilmez ise, görüntülere giremeyen küçük nidus gözlemlenmeyebilir. Hastamızın sağ el BT görüntüsünde 3. parmak proksimal falanksta etrafında sklerotik alan, santralde nidus olan bir lezyon izlendi.

Küçük nidusun BT'de görüntü alanına girmediği düşünülüyorsa ve klinik olarak osteoid osteomdan şüpheleniliyorsa sintigrafi çekilmelidir. Sintigrafide bölgesel artmış aktivite gözlenir.

Ayırıcı tanıda, artrit ve sinovit, tendinit, osteoblastom, osteosarkom, Ewing sarkom, yumuşak doku enfeksiyonları, osteomyelit, intraosseöz glomus tümörü ve epidermoid inklüzyon kisti, intrakortikal apse ve intrakortikal hemanjiyom akılda tutulmalıdır.

Cerrahi tedavide birden fazla seçenek vardır. Şikâyetlerin tam olarak gerilemesi için nidusun tamamen çıkarılması gerekmektedir. Çoğunlukla enblok eksizyon önerilmektedir⁶. Alkolizasyon, lazer koagülasyon, termoregülasyon veya radyofrekans ablasyon, BT eşliğinde perkutan ablasyon teknikleri de tedavide kullanılabilir⁹.

Sonuç olarak, elin osteoid osteomu, sessiz klinik ve radyolojik bulgularla karşımıza çıkar. Bu tanıyı güçleştirir ve hastaya yanlış tanı ve tedavi verilmesine yol açabilir. Monoartiküler, travma olmaksızın görülen ağrısız şişlik, elde uzayan şişlik, ağrı gibi şikayetler, tek parmakta çomak parmak deformitesi görülmesi gibi durumlarda osteoid osteom akılda bulundurulmalıdır ve grafinin yanında özellikle BT ve sintigrafi gibi radyolojik tetkikler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Johnson T, Steinbach L. Essentials of musculoskeletal imaging. 1st ed. Illinois: American Academy of Orthopedic Surgeons; 2004.
2. Wang NH, Ma HL, Lo WH, Yang DJ. Osteoid osteoma: Clinical and investigative features. J Formos Med Assoc. 1990; 89:366-72.
3. Bilgin SS, Yıldız Y, Güçlü B, Sağlık Y. Osteoid osteoma in the hand: an evaluation of eight patients. Acta Orthop Traumatol Turc. 2004; 38:206-11.
4. Hironobu I, Gore I. Osteoid osteoma of the distal phalanx. Orthopedics. 1999; 22:1093-4.
5. Ağır İ, Tetik C, Erol B, Başar H. Evaluation of phalangeal osteoid osteoma in hand with respect to late diagnosis. J Clin Exp Invest. 2010; 1:206-10.
6. Amrami KK, Berger RA. Radiology corner: Osteoid osteoma of the index finger: case presentation. J Hand Surg [Am]. 2006; 31:322-4.
7. Soler JM, Piza G, Aliaga F. Special characteristics of osteoid osteoma in the proximal phalanx. J Hand Surg Eur. 1997; 22:793-7.
8. Marcuzzi A, Leti Acciaro A, Landi A. Osteoid osteoma of the hand and wrist. J Hand Surg Eur. 2002; 27:440-3.
9. Ramos L, Santos JA, Santos G, Guiral J. Radiofrequency ablation in osteoid osteoma of the finger. J Hand Surg [Am]. 2005; 30:798-802.

Sunum Bilgisi

Bu çalışma daha önce 11- 16 Kasım 2014 tarihinde Antalya'da düzenlenen 35. Ulusal Radyoloji Kongresinde elektronik poster olarak sunulmuştur.