



Radikülopati Semptomları ile Seyreden Femur Proksimalinde Osteoid Osteoma

Osteoid Osteoma in the Proximal Femur Presenting with Symptoms of Radiculopathy

Sasan Zardoust, Yeşim Gökçe Kutsal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Osteoid osteoma en sık 7-25 yaş grubunda rastlanan benign bir tümördür. Genellikle erkeklerde görülen, en sık alt ekstremitelerin uzun kemiklerini tutan, değişik klinik semptom ve bulgularla seyredabilen osteoid osteomanın en sık bulgusu gece artan ağrıdır. Ağrı paterni bu hastalıkta zaman zaman radiküler ağrı ile karışabilmekte ve tanıda güçlük yaratabilmektedir. Bu makalede proksimal femurda osteoid osteoma saptanan 13 yaşında bir erkek hastanın sunulması ve tartışılması amaçlanmıştır. Hasta kalça ve uyluk ağrısı ve uyluk ön yüzünde uyuşma yakınmaları ile bir çok merkeze başvurmuş ve değişik tanımlarla 5 ay süreyle takibe alınmıştır. Hastadan çekilen kalça manyetik rezonans görüntüleme bulguları stres kırığı olarak yorumlanmış, ancak sonrasında yakınmalarının giderek artması, medikal tedaviye ve istirahate yanıt vermemesi nedeniyle bölümümüze baş vuran hastanın muayenesi sonucunda çekilen bilgisayarlı tomografide osteoid osteoma tanısı konulmuş ve perkütanöz radyofrekans ablasyon tedavisi planlanmıştır. Osteoid osteoma değişik klinik tablolar ile seyredebileceği için ağrı ile gelen genç hastalarda ayrıca tanıda göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır. (Türk Osteoporoz Dergisi 2013;19: 25-7)

Anahtar kelimeler: Osteoid osteoma, radyofrekans ablasyon, proksimal femur

Summary

Osteoid osteoma is an osteoblastic benign tumor of the bone which is generally seen between the ages of 7-25 years. It is usually seen in males, especially in long bones of the lower extremities, with various clinical symptoms and signs. The most common symptom is severe pain that is often observed at night. The pattern of pain may easily be confused by radicular pain and thus making the diagnosis difficult.

In this report, we present a 13-year-old boy with osteoid osteoma involving the lesser tubercle of femur. The patient complained of hip and thigh pain and numbness in the anterior of the thigh. He had been previously seen in several hospitals with various diagnoses in the last 5 months. On hip magnetic resonance imaging, stress fractures were identified. Since the symptoms were not relieved with rest and medical treatment, he was referred to our clinic and computed tomography confirmed the diagnosis of osteoid osteoma. Finally, the patient was planned to be treated with percutaneous radiofrequency ablation. We aimed to emphasize that osteoid osteoma might have different clinical symptoms and that we should consider it especially in young patients with relevant painful complaints. (Turkish Journal of Osteoporosis 2013;19: 25-7)

Key words: Osteoid osteoma, radiofrequency ablation, proximal femur

Giriş

Osteoid osteoma(OO) benign bir osteoblastik tümördür. Literatürde en fazla etkilenen yaş grubu 7-25 yaş olarak belirtilmiştir. Erkeklerde daha sık görülmektedir (erkek-kadın görülme oranı 3:1dir). OO en sık alt ekstremitelerde ve özellikle uzun kemiklerde görülür. Bu durum olguların %70'ini oluşturmaktadır. Bununla birlikte kalkaneus, el parmakları gibi lokalizasyonlar da olabilmektedir. Uzun kemiklerde ise sırası ile en fazla femur ve tibiada görülür (olguların %50'si) (1).

Bu olgu sunumunda lomber radiküler ağrıyı taklit eden sağ femur intertrokanterik bölgede osteoid osteoması olan 13 yaşında bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu

13 yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ kalçada ağrı yakınması ile başvurdu. 4 aydır ağrısı olan hastanın, bu süreçte pediatri, ortopedi bölümlerine ve diğer merkezlere başvurarak muayene olduğu öğrenildi. Dış merkezlerde çekilen 2 yönlü lumbal

grafilerinin ve planar kemik sintigrafisinin "normal", lumbal Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)sinin ise "lumbal lordozda düzleşme" olarak rapor edildiği bildirildi. Labotauar incelemeler kapsamındaki; eritrosin sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, börek ve karaciğer fonksiyon testleri, tam kan sayımı ve romatoid faktör değerlerinin normal bulunduğu, semptomlarının gerilememesi nedeniyle daha sonra çekilen kalça MRG sinin "minor trokanterde stres kırığı" olarak rapor edildiği saptandı. Yine dış merkezlerde hastaya önerilen tedavinin; istirahat, sağ alt ekstremiteye yük vermemesi ve steroid olmayan anti-inflamatuar ilaç (SOAİ) kullanması olduğu öğrenildi.

Ağrılarında iyileşme olmayan hasta Temmuz 2012'de, bölümümüze başvurdu. Ağrısının hem istirahatte hem de hareketle (özellikle kalça fleksiyonunda ve abduksiyonunda) olduğu ve bu ağrının gün içinde en fazla gece ve sabaha doğru arttığı öğrenildi. Hasta SOAİ ile ağrılarında kısa süre de olsa azalma olduğunu ve bu sürede periyodik olarak SOAİ aldığı belirtti. Hastanın sağ uyluk ön kısmında da uyuşma yakınması mevcuttu.

Hastanın fizik incelemesinde lumbal eklem hareket açıklığı (EHA) normal sınırlarda idi ve lumbal hassasiyeti yoktu, paravertebral adele spazmı (PVAS) saptanmadı. Sağ kalça eksternal rotasyonunda ağrı saptanan hastanın nörolojik muayenesinde ise sağ kalça fleksiyonunda +4/5 düzeyinde kuvvet kaybı dışında herhangi bir bulgu saptanmadı.

Hastanın sintigrafisi normal olduğu ve hastada kalça MRG sinde rapor edilen "minor trokanterde stres kırığı"na neden olabilecek direkt veya indirekt travma öyküsü olmaması ve sporcu olmaması, ayrıca muayene bulgularının kırık ile uyumlu olmaması üzerine kliniğimizde detaylı olarak tekrar değerlendirildi. Femoral sinir basısı olabileceği düşünülerek alt abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) yapılması düşünüldü ise de; hastanın büyüme çağıında olması nedeniyle MRG yapılması uygun bulundu ve alt abdominal MRG'sinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Hastanın ağrısı giderek arttığı, SOAİ'lara yanıt vermediği ve özellikle gece ağrıları tanımladığı için bölümümüzce radyoloji departmanı ile görüşülerek hastanın öyküsü ve klinik bulguları

tekrar açıklandı. Radyoloji bölümünce hastanın kalça bölgesi tekrar incelendiğinde şüpheli bir lezyon saptandı ve hastaya tekrar BT yapıldı. BT sonucunda sağ femur minor trokanterde 7 mm çapındaki lezyon "osteoid osteoma" olarak rapor edildi (Resim 1,2,3).

Radyoloji bölümü ile görüşülerek radyofrekans ablasyon ile tedavi planı çizilmesi için hasta radyoloji bölümüne yönlendirildi ve tedavisi yapıldı.

Tartışma

OO benign bir osteoblastik tümördür ve histolojik olarak ortası vasküler osteoid doku ve çevresi sklerotik kemikten oluşur (nidus). OO uzun kemiklerin genellikle diafizal (bazen metafizial) bölgesinin korteksinde görülür. Radyografide lezyonun boyutu genellikle 1 cm'den küçüktür, oval veya yuvarlak şeklinde görülür. Bu özellikler OO'yı stres kırığı (çizgi şeklinde) ve osteblastomdan (1cm büyük) ayırt etmede yardımcı olmaktadır. Ağrı, OO en önemli semptomudur. Eđer ağrı olmazsa, tanı koymak zordur ve klinik şüpheye dayalıdır. Ağrı genellikle geceleri daha fazladır, sabaha doğru azalma eğilimindedir ve düşük doz oral salsilatlara yanıt verir (1).

OO'da patogenezindeki mekanizmalar tam aydınlatılmamakla birlikte, OO'nun nidusunda prostaglandinlerin (PG) arttığı kanıtlanmıştır ve altta yatan mekanizmalardan biri olarak öne sürülebilir. OO'da görülen ağrının salsilatlara yanıt vermesi de bu mekanizmayı desteklemektedir (2). Ağrıya yumuşak dokuda şişlik, hassasiyet ve eklem efüzyonu da eşlik edebilir ve bunlar OO'nun eklem içinde lokalize olduğunu gösteren bulgulardan olabilir. Bu tip yerleşimlerdeki OO'lara tanı koymak oldukça güçtür. Kimi zaman vertebral yerleşimli OO varlığında ağrı paterni radiküler tarzda da olabilir. Vertebral yerleşimli OO'lar genellikle vertebranın posteriorunu tutar. Sırt veya boyun ağrısı olan, ağırlı skolyozu olan, alt veya üst ekstremitede radiküler tarzda ağrısı olan genç hastalarda osteoid osteomayı göz önünde bulundurmak gerekir (1). Özellikle radiküler tarzda ağrısı olan hastalar lumbal veya servikal disk hernisi ile karışabilir.



Resim 1,2,3. Sağ femur minor trokanterde 7 mm çapında lezyon

Bizim olgumuzda da hastanın radiküler tarzda ağrısı olduğu için lomber radikülopatiyi ayırıcı tanıda göz önünde bulundurduk. OO'lu hastalarda bizim hastamızda olduğu gibi kan ve biyokimya bulguları genellikle normaldir. Radigrafide OO'nun klasik görüntüsü (nidus) görülebilmekle birlikte çoğu zaman normal olarak yorumlanır (2). Radiografide ayırıcı tanılarda stres kırığı, enfeksiyon, osteoblastoma, eosinofilik granulom ve çok nadir de olsa osteosarkom göz önünde bulundurulmalıdır (2). Bizim hastamızda da direkt grafide herhangi bir patoloji saptanmamıştı. Radyografide herhangi bir patoloji saptanmayan hastalarda BT ve kemik sintigrafisi, tanı amacıyla kullanılacak diğer görüntüleme yöntemleridir. BT özellikle nidusun yerini göstermede yardımcı olur ve lezyonun pelvis veya vertebrada olduğu durumlarda tanı için ideal bir yöntemdir (2). Hatta BT; MRG'den daha ayrıntılı bilgi verebilir. Sans ve ark. BT'nin hastaların %74'ünde osteoid osteoma tanısının konulmasına yardımcı olduğunu bildirmişlerdir (3). Szendroi ve ark. BT'nin intraartiküler lezyonların tanısında sensitivitesi %66 ve ekstraartiküler lezyonların tanısında ise %90 olduğunu bildirmiştir (5). Osteoid osteoma tanısında MRG da kullanmasına rağmen, BT tanıda daha duyarlıdır. MRG'in daha çok kemik iliği, peritümoral ödem ve yumuşak doku patolojilerinin saptanmasında duyarlılığı gösterilmiştir (1). Bizim hastamızda da çekilen MRG'da sadece stres kırığı saptanırken, osteoid osteoma tanısı BT ile konulabildi. OO değişik klinik tablolar gösterebildiği için tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilmektedir. Duman ve arkadaşları 21 yaşında 3 yıldır tanı konulamayan bel ve kalçadan; dize yayılan ağrısı olan bir erkek hastayı sunmuşlardır. Bu hastaya 3 sene önce başka merkezlerde sakroileit tanısı konulmuş. Duman ve ark; tarafından çekilen BT ve kemik sintigrafi sonucu sağ iliak kemikte OO saptanmıştır (6). Jun ve ark; rapor ettiği bir olguda ise 9 yaşında erkek hastanın 9 aydır tanı konulamayan sol kalçadan dize yayılan ağrısı olduğu, yürümekle ağrısı artan hastanın çekilen MRG sonucunda sinovit / osteomyelit tanısı konularak opere edildiği, ancak ameliyat sonrası ikinci ayda hastanın ağrısının tekrar başladığı belirtilmiştir. Çekilen direkt grafide düşük yoğunluklu oval bölge görülmüş, MRG sonucunda ise intraartiküler OO saptanmıştır (7). Warapat ve arkadaşlarının rapor ettiği bir olguda ise doğumdan beri sağ alt ekstremitesinde hareket azlığı olan ancak 3 aylıkken fark edilen 7 aylık bir bebek sunulmuştur. Çekilen MRG'de sağ femur proksimalinde intertrokanterik bölgede lezyon görülmüş, sonra BT ile değerlendirilmiş ve yapılan biyopsi sonucu OO tanısı konulmuştur. Bu olguda tanı ve tedavide 7 ay gibi bir gecikme söz konusudur.

Buradan yola çıkarak, OO'nun geniş bir yaş grubunda görülebilen ve farklı klinik tablolarla seyredebilen bir durum olduğu akılda tutulmalıdır (8). OO tanısı; klinik, radyografik ve sintigrafik bulgularla konulur (4). Bizim olgumuzda da tanı BT ile kondu. OO'nun tedavisi medikal ve cerrahi olarak iki şekilde planlanabilir. Medikal tedavide salisilatlar kullanılmaktadır ancak tedavi uzun süre ilaç kullanımı gerektirdiğinden ve hastalar tarafından tolere edilemediğinden genellikle başarısız olmaktadır.

Cerrahi tedavide ise iki yöntem mevcuttur:

1-Standard yöntemde en bloc tümör eksizyonu uygulanmaktadır. Bu yöntemde geniş rezeksiyon ile nidusla beraber çevre normal kemik doku da birlikte alınır. Ancak bu yöntemde kırık riskinde artış olmaktadır (2).

2- Konvansiyonel eksizyonel yöntem ise etkili ve güvenilirdir ve daha az doku travmasına neden olmaktadır.

Medikal ve cerrahi tedavinin dışında son yıllarda perkütanöz radyofrekans ablasyon (RFA) da tedavide kullanılan bir diğer yöntem olarak ön plana çıkmaktadır. RFA'nın komplikasyonu ve nüks oranı oldukça azdır. Aynı zamanda hastanın iyileşme hızı daha yüksektir ve hastanede yatış süresi daha kısadır ve hastalar daha çabuk ambule olmaktadır (4). Bu nedenlerle hastamızda da RFA uygulamasının yararlı olacağı düşünüldü.

Sonuç olarak kalça ağrısı ve/veya radiküler tarzda bacak ağrısı ile gelen ve özellikle gece ve istirahatle ağrısı olan genç hastalar osteoid osteoma açısından daha dikkatli sorgulanmalı, ayırıcı tanı yapılmalı ve gerekli durumlarda ileri yöntemlerle incelenmelidir.

Kaynaklar

1. Resnik D, Kransdrof GD. Tumors and Tumor-like lesion of Bone. In: resnik D, editor. Bone and Joint Imaging 3th ed. WB Saunders Company, Philadelphia; 2005. p. 1120-98.
2. Weber K. Tumors Benign Bone Neoplasms. In: Bulstrode C, Fairbank J, Buckwalter J, Wilson-MacDonald J, Carr A, Bowden G, editors. Oxford Textbook Of Orthopedics and Trauma. 7th eds. Oxford University, USA; 2002. p. 151-7.
3. Sans N, Galy-Fourcade D, Assoun J, Jarlaud T, Chiavassa H, Bonneville P, et al. Osteoid osteoma: CT-guided percutaneous resection and follow-up in 38 patients. Radiology 1999;212:687-92.
4. Hoffmann RT, Jakobs TF, Kubisch CH, Trumm CG, Weber C, Duerr HR, et al. Radiofrequency ablation in the treatment of osteoid osteoma-5-year experience. Eur J Radiol 2010;73:374-9.
5. Szendroi M, Köllö K, Antal I, Lakatos J, Szoke G. Intraarticular osteoid osteoma: clinical features, imaging results, and comparison with extraarticular localization. J Rheumatol 2004;31:957-64.
6. Duman I, Aydemir K, Tan AK, Dinçer K, Kalyon TA. An unusual case of osteoid osteoma clinically mimicking sacroiliitis. Clin Rheumatol 2007;26:1158-60.
7. Xiao J, Lam SK, Shi Z, Zhou H, Luo X. Osteoid osteoma of the femoral neck causes deformity in children: a case report. Hip Int 2011;21:490-4.
8. Virayavanich W, Singh R, O'Donnell RJ, Horvai AE, Goldsby RE, Link TM. Osteoid osteoma of the femur in a 7-month-old infant treated with radiofrequency ablation. Skeletal Radiol 2010;39:1145-9.