

Olgu sunumu

Kostal Osteokondromlu Bir Olgu

Serdar HAN¹, Lütfi SOYLU²

¹ Güven Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü, ANKARA

² Güven Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, ANKARA

ÖZET

Göğüs duvarının primer tümörleri genel vücut tümörlerinin %2'sini oluşturur. Bunların %50-80'i maligndir. Kostal osteokondrom, bütün benign kosta tümörlerinin %50'sini oluşturmaktadır. Erkeklerde üç kat fazladır ve genelde asemptomatiktir. Daha çok kostaların metafiz bölümünde gelişir. Malign dejenerasyona eğilimi ve intratorasik komplikasyona neden olabileceği için cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Göğüs ağrısı ve toraks ön duvarında ele gelen şişlik şikayeti olan 43 yaşında bayan hastanın akciğer grafisinde sağ 3. kosta kostakartilaj bölgesine uyan yerde kitle tespit edildi. Toraks tomografisinde etraf doku ile ilişkisi olmayan 2x2 cm boyutunda düzgün sınırlı kitle olarak rapor edildi. Kemik sintigrafisinde patolojik tutulum tespit edilmedi. Kitle total olarak çıkarıldı. Patoloji sonucu osteokondrom olarak geldi. Postoperatif 6. ay sorun yoktu. Bu çalışmada kostal soliter osteokondrom olgusu literatür eşliğinde değerlendirilerek sunuldu.

Anahtar Kelimeler : Osteokondroma, toraks duvarı tümörleri

ABSTRACT

Costal Osteochondroma: A case report

Primary tumors of the chest wall, including bone and soft tissue tumor, account for approximately 2% of all primary tumors found in the body. The reported incidence of malignancy in these tumors varies from approximately 50 to 80%. Costal osteochondroma is the most common benign bone neoplasm, constituting nearly 50% of all benign rib tumors. Men are affected three times more frequently than women. It should be resected because of the risk of malignancy and intrathoracic complications. The patient that had chest pain and swelling anterior chest wall was 43 years old. The mass on the 3. rd costa was stated by chest graphy. It was reported as a regular size of 2x2 cm non-invasive on the chest computerized tomography. Pathologic activation was not detected by bone scintigraphy. The mass was totally resected. Osteochondroma was reported by the pathologist. There is no problem at the post-operative 6th month. Here we report a costal solitary osteochondroma originated from rib which is an unusual localisation.

Key Words : Osteochondroma, chest wall tumours

GİRİŞ

Osteokondrom bütün benign kot tümörlerinin yaklaşık olarak %50'sini oluşturmaktadır. Çoğu asemptomatik ve genelde çıkarılmadıkları için belki insidansı daha da yüksek olabilir. Erkeklerde kadınlara nazaran üç katı fazla görülmektedir. Osteokondromlar genç yetişkinlerde daha sık görülmektedir. Kosta yerleşimli osteokondrom olguları genelde kostakondral bileşkede veya kostavertebral uçta görülmektedir. Genellikle asemptomatik olmalarına karşın ağrı ve şişlik şikayetine neden olabilirler. Malignleşebilme ve intratorasik komplikasyonlara neden olabilmektedir (%15)^{1,2}. Biz de bu çalışmamızda kostal osteokondrom tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

OLGU

Yaklaşık 2 aydan beri devam eden ağrılı şişliği olan 43 yaşında bayan hasta. Çekilen PA akciğer grafisinde sağ 3. kot anterior yerleşimli kitle görülmesi üzerine malign kemik tümör şüphesi ile ileri tetkikleri yapıldı (Resim 1). Toraks tomografisi ve kemik sintigrafisi istendi. Toraks tomografisinde sağ 3. kot kostakartilaj bölgesinden köken alan

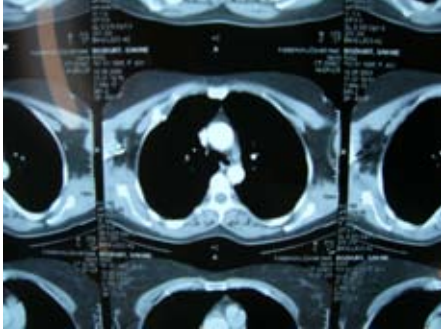
yaklaşık 2x2 cm büyüklüğünde etrafı düzgün sınırlı kitle tespit edildi (Resim 2).



Resim 1. Preoperatif akciğer grafisi

Kemik sintigrafisinde patolojik tutulum gözlenmedi. Rutin kan tetkikleri normal olarak bulundu. Hasta toraks duvarı tümörü nedeniyle malignite şüphesi de gözönünde tutularak genel anestezi altında anterior 3. kot üzerinden girişim uygulandı. Eksplozasyonda 3. kot kostakartilaj bölgesinde yaklaşık 2 cm boyunda fuziform şekilde ve oldukça fragil kitle tespit edildi. Kitlenin etraf dokularla ara planının iyi olduğu gözlemlendi. Tümör, etrafı serbestleştirildikten sonra malignite şüphesi de gözönüne

alınarak 5'er cm uzağından rezekte edilerek çıkarıldı. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta 2. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu osteokondrom olarak geldi. Postoperatif 6. ayda herhangi bir problem yok.



Resim 2. Bilgisayarlı toraks tomografisi

TARTIŞMA

Toraks duvarı yerleşimli osteokondromlar genelde soliterdir. Ancak bazı durumlarda birden çok yerde veya bölgede kemik ekzositozlarına da rastlanılabilir. Ailesel veya genetik bir özelliği yoksa multipl ekzositozdan bahsedebiliriz. Ailesel bir hikaye varsa herediter multipl ekzositozdan bahsetmek mümkündür. İki heterojenöz gen mutasyonu saptanmıştır. Bunlar 8. ve 11. kromozom yerleşimli EXT1 ve EXT2 genleridir³. Bizim olgumuzda kitle tekti ve aile öyküsü yoktu.

Kostal osteokondromlar genelde yavaş büyüyen tümörlerdir. Hastada çoğunlukla belirti vermezler. Ekstratorasik veya intratorasik büyüme gösterebilirler. Bu da göğüs duvarında ağrı ve büyüyen kitle varlığına sebep olabilir. İntratorasik büyüme gösteren olgularda hemotoraksa neden olabileceği gibi bazı posterior yerleşimli olgularda da büyüme sonrasında spinal basıya neden olabileceği belirtilmiştir⁴. Olgumuzda da zamanla dışa doğru büyüyen ve ağrıya neden olan kitle şeklindeydi.

Toraks duvarı tümörleri diğer sistemlere göre oldukça nadir olarak görülürler (%2) ve bunların çoğunluğu da malignite şüphesi taşımaktadır (%50-80). Ayrıca %15 oranında osteokondromlar kondrosarkomlara dönüşebilmektedir. Bu nedenle bu tümörlerin iyi değerlendirilmesi ve erken müda-

hale edilmesi gerekmektedir. Preoperatif dikkatli anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testlerini takiben konvansiyel grafi ve toraks tomografisi çektilmelidir. Daha önce çektiğimiz göğüs filmleri de değerlendirmede büyük önem taşımaktadırlar. Bazı yazarlar toraks MR'sinin toraks duvarı tümörlerinde faydalı olduğunu bildirmişlerdir. Eğer akciğer parankiminin de metastaz açısından değerlendirilmesi düşünülüyorsa toraks tomografisi daha uygun olmaktadır. Radyolojik olarak tümörde kemikte genişleme, litik lezyon görünümü, lobülasyon ve kalsifikasyonlar görülebilir. Bunlar spesifik olarak malign veya benign ayırımında yeterli olamamaktadırlar. Kemik sintigrafisi ile alınan pozitif tutulumlar her zaman olmamakla beraber malignite lehine değerlendirilebilir. Ama negatif tutulum da maligniteyi ekarte ettiremez. Bu nedenle preoperatif radyolojik tetkikler ayırıcı tanı açısından yeterli bilgi veremekteler. Burada önemli kriter klinik olarak büyüme gösteren ve buna bağlı olarak şikayetlere neden olan kitlelerin çıkarılması gerektiğidir.

Klinik olarak göğüs duvarı tümörlerinin öncelikle gerekli histopatolojik tanısıyla beraber primer benign ve malign tümör olduğu düşünülmelidir. Çünkü çoğu malign tümör benign ve malign kompartmanları içermektedir. Yeterli doku tanısı önemlidir. Beş cm'den küçük tümörlerde genel yaklaşım insizyonel biopsi yerine total eksizyondur. Daha büyük tümörlerde kor biyopsiler önerilmektedir. Tedavisi cerrahidir. Bu nedenle küçük boyutlu tümörlerde malignite olasılığında akıldan çıkarılmadan mümkün olan genişlikte rezeksiyon hasta için faydalıdır. Rezeksiyonun durumuna göre toraks duvarı primer olarak veya greft ile kapatılabilir. İyi huylu tümörlerde geniş rezeksiyona gerek yoktur. Tek kot rezeksiyonu yapılması yeterlidir.

Sonuç olarak toraks duvarı tümörleri her zaman temkinli yaklaşılması gereken tümörlerdir. Benign oldukları bilinse bile malignleşebildikleri akıldan çıkarılmamalıdır. Hatta bazen ilerlemiş olgularda intratorasik komplikasyonlara yol açabilmektedirler. Ayrıca osteokondrom tespit edilen olgularda sitemik ekzositoz varlığı ve ailesel öykünün araştırılması gerekmektedir. Tedavisi cerrahidir. Uzun dönem sonuçları iyidir.

REFERANSLAR

1. Demircan S, Kurul İC, Yorgancılar CD, Karakurt Ö. Kosta kökenli osteokondrom olgusu. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2008;16: 131-2.
2. Okutan H, Peker OR, Yavuz T, Kiriş İ, Karahan N, Öcal A, et al. Olgu sunumu: Kosta Yerleşimli Osteokondrom. T Klin Tıp Bilimleri 2003;23: 242-4.
3. Bovee JV, Cleton-Jansen AM, Wuyts W, Caethoven G, Taminiu AH, Bakker E, et al. y Hogendoorn PC TI-EXT-mutation analysis and loss of heterozygosity in sporadic and hereditary osteochondromas and secondary chondrosarcomas. Am J Hum Genet 1999;65: 689-98.
4. Keith GB, Vipin Z, Kayapanda MM, Nihal E, Kulatilake P. Juxtacardiac costal osteochondroma presenting as recurrent heamothorax. Eur J Cardio-thorac Surg 2001;20: 208-10.

Yazışma adresi:

Dr. Serdar HAN
Ankara Güven Hastanesi Göğüs Cerrahi Bölümü
e-mail: serdarhan1@yahoo.com
Yazının geldiği tarih : 15.08.2008
Yayına kabul tarihi : 07.04.2009