



Hamatum kemiğinde osteblastom: Nadir bir olgu sunumu

Osteoblastoma in the os hamatum: a rare case report

Dr. İrfan Ayan,¹ Dr. Ebru Serinsöz²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ve El Cerrahisi Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Hamatum kemiğinde osteblastom nadiren görülür. Karpal kemik yerleşimli osteblastomun tedavisinde, küretaj ve greftleme nüks bakımından dezavantajlı ancak fonksiyonların korunması bakımından avantajlıdır. Sol el bileğinde son bir yıldır, gün boyu olan ağrı nedeniyle başvuran 39 yaşında bir ev hanımının fizik muayenesinde el bileğinin ulnaya eğilmesiyle hipotenar bölgede ağrı olduğu tespit edildi. Röntgende el bileğinde radiale eğim, skafoid kemiğinde yüzük görünümü, hamatum ve komşu kemiklerde hafif radyolüseni vardı. Bilgisayarlı tomografide hamatumda, etraf dokudan ince bir kenar tabakayla ayrılan, korteksi hafifçe delen ekspanse lezyon görüldü. İntralezyoner küretaj yapıldı. Çıkan materyalin patolojik incelemesi osteoid osteoma ya da osteoblastomla uyumlu idi. Nüks durumunda küretaj ve greftleme uygulandı. Bu yazıda, karpal kemiklerde nadir görülen, hamatum yerleşimli osteblastom olgusu sunuldu. Hasta ameliyat sonrası 16. ayında, el bileği fonksiyonları normal ve ağrısız idi.

Anahtar sözcükler: Karpal kemik; hamatum kemiği; osteoblastom.

Osteoblastoma in the os hamatum is rarely seen. Although curettage and grafting seems to be disadvantageous, it offers advantages in the functional protection in the treatment of carpal bone-located osteoblastoma. In a 39-year-old housewife who was admitted with painful left wrist through all day for the past one year, physical examination revealed painful hypotenar region with the wrist adduction to the ulna. Radiography showed radial inclination of the wrist, ring appearance in the scaphoid bone, and slight radiolucency in the hamatum and adjacent bones. Computed tomography demonstrated an expanded lesion which separated the surrounding tissue with a thin edge layer and perforated the cortex mildly. Intralesional curettage was performed. The pathological examination of the specimen obtained was consistent with osteoid osteoma or osteoblastoma. Curettage and grafting were performed in case of recurrence. In this article, we present a rare case of carpal bone and hamatum-located osteoblastoma. The patient was free of pain with normal wrist functions at 16 months postoperatively.

Key words: Carpal bones; os hamatum; osteoblastoma.

Osteoblastom, benign lokal agresif kemik tümörlerindendir.^[1] Tüm kemiklerde görülebilir ama genellikle vertebral kolonda, uzun kemiklerin metafizlerinde ve pelviste yerleşir. Elde karpal kemiklerde oldukça nadir de olsa yerleşebilir.^[2] Literatürde, karpal kemik yerleşimli dokuz olgu saptayabildik.^[3] Osteoblastomun tedavisi cerrahidir ve intralezyoner küretaj, küretaj artı greftleme ve geniş rezeksiyon uygulanabilir. En az nüks oranı geniş rezeksiyon yapılan olgularda bildirilmiştir.^[2] Hamatumda yerleşen osteoblastomlar ulnar taraf el bileği ağrısına neden olur bu nedenle ayırıcı tanıda düşünülmelidir.^[4]

Bu yazıda karpal kemiklerde nadir görülen, hamatum yerleşimli bir osteoblastom olgusu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz dokuz yaşında ev hanımı sol el bileğinde bir yıldır süregelen ve gün boyu süreklilik gösteren ağrı nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünden daha önce birkaç kez gittiği farklı hastanelerde önerilen steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlardan az da olsa fayda gördüğü, el bileğine yönelik bilinen herhangi bir travma olmadığı öğrenildi. Hastanın öz geçmişinde, soy geçmişinde ve sistemik muayenesinde, herhangi bir

• Geliş tarihi: 20 Aralık 2013 Kabul tarihi: 27 Ocak 2014

• İletişim adresi: Dr. İrfan Ayan, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ve El Cerrahisi Bilim Dalı, 33070 Zeytinlibahçe, Mersin, Türkiye. Tel: +90 324 - 337 43 00 Faks: +90 324 - 337 43 05 e-posta: irfanayan@hotmail.com

özelliik yoktu. Muayenesinde, el bileği ve elin hipotenar ulnar voler tarafında daha belirgin olmak üzere derin palpasyon ve ulnar eğme ile ağrı oluşuyordu.

Çekilen direkt ön-arka grafisinde, skafoid kemikte yüzük görünümü ve sol el bileğinde radial eğim vardı. Bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde, hamatumda kancasına, yakın kısımda osteoid osteoma ya da osteoblastoma benzeyen görünüm fark edildi (Şekil 1). Tedavisi için küretaj planlandı. Hamutum üzerinden dorsal insizyonla girilerek küretaj ve biyopsi yapıldı. Mikrobiyolojik değerlendirme negatifti. Histopatolojik değerlendirme, osteoid osteoma veya osteoblastom ile uyumlu olarak bildirildi. Ameliyat sonrası 10 ay kadar yakınması olmayan hastanın ağrısının tekrar başlaması üzerine, yapılan BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemelerinde, yetersiz rezeksiyonla ya da nüks ile uyumlu görünüm izlendi. Hasta ikinci kez ameliyat edilerek voler yaklaşım ile Guyon kanalı açıldı. Ulnar arter ve sinir, ulnar tarafa ekarte edildi. Tümör, hamatum korteksinin perfore olduğu Guyon kanalı tarafından kürete edildi ve oluşan defekt greftlendi. Materyalin mikrobiyolojik değerlendirmesi negatif ve histopatolojik değerlendirmesi osteoblastom olarak bildirildi. Geç dönem BT değerlendirmesinde greftlerin iyileştiği ve nüks bulgusuna rastlanmadığı görüldü.

TARTIŞMA

Osteoblastom ve osteoid osteoma kemiğin iyi tanımlanmış benign osteoblastik lezyonlarıdır. Osteoblastom, osteoid osteomadan farklı olarak lokal agresif seyrederek ve nadiren malign değişim gösterebilir.^[1,5,6] Bu iki lezyonun radyolojik ve histopatolojik görünimleri birbirine çok benzediğinden ayırıcı tanı için yerleşim yeri, ağrının varlığı ve karakteri, hastanın yaşı, lezyonun büyüklüğü ve histopatolojik çalışma sırasında ossifikasyon dereceleri göz önünde bulundurulmalıdır. Osteoid osteoma daha çok uzun kemiklerde, osteoblastomlar ise en çok vertebral kolon arka elemanlarında (%40) olmak üzere, aksiyel iskelette yerleşme eğilimindedir.^[2,7,8] Osteoblastom, nadir olmakla birlikte, karpal kemiklerde de yerleşebilir.^[8] Literatürde



Şekil 1. İlk ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografi.

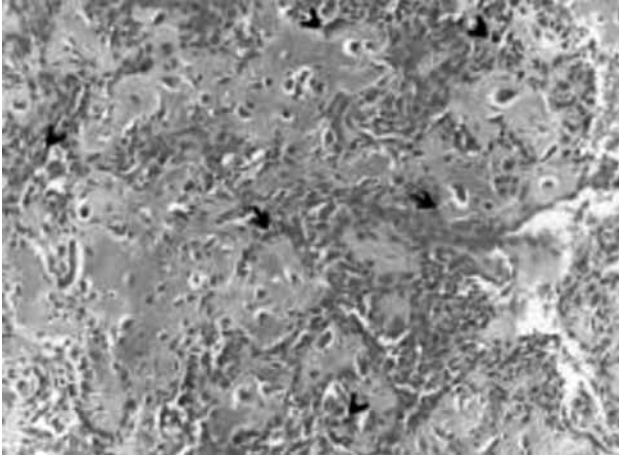
hamatum yerleşimli sadece beş osteoblastom olgusu bildirilmiştir.^[9-13]

Osteoblastom ile osteoid osteoma neden oldukları yakınmalar açısından da bazı farklılıklar gösterebilir. Osteoid osteomada, ağrı hemen başlangıçtan itibaren var olup ritmik, geceleri daha baskın ve steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlara yanıt verir niteliktedir. Osteoblastomlarda genellikle, ağrı daha sonra ortaya çıkar, ritmik değildir, geceleri artmaz ve steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlara daha az yanıt verir.^[5,8]

Osteoblastom, osteoid osteomaya göre daha büyük ve daha değişken radyolojik görünümler sergilemektedir.^[14] Çođu yazar uzun aksı 15 mm'den daha büyük tümörleri osteoblastom olarak tanımlar. Ancak bu klasik bilginin dışında karpal kemiklerde çok daha küçük boyutlarda osteoblastom olguları bildirilmiştir.^[2,6] Bizim olgumuzdaki tümörün büyüklüğü, birinci ameliyat öncesi BT ölçümünde 6x6 mm, ikinci ameliyat öncesi yapılan MRG ölçümünde 10x8 mm idi. Osteoblastomdaki sklerotik reaksiyon osteoid osteomaya göre daha hafiftir ve yumuşak dokuyu da infiltre edebilirler. Nidus, ekzantrik pozisyonunda ve atipik kalsifikasyon görünümündedir.^[5] Karpal kemiklerde direk radyografide tümörü fark etmek, bu kemiklerin küçük, çok sayıda ve süperpoze olmaları nedeniyle zordur. Direkt radyografide, lezyonun bulunduğu kemiğe komşu kemiklerde, radyolüsen görünüm, ulnar taraf ağrı nedeniyle elbileğinde radiale eğim, skafoid kemikte yüzük görünümü gibi indirekt bulgulara rastlanabilir.^[6,8] Bizim olgumuzda da bu indirekt bulgular mevcuttu. Hastamızın BT'sinde, literatürle uyumlu olarak, ortasında yeni kemik oluşumunun olduğu, etraf dokudan ince bir kenar tabaka ile ayrılan ve hafifçe korteksi inceltip, delen ve ekspansiyon eden lezyon görüldü.^[2,3,8]

Osteoid osteoma ve osteoblastomun histopatolojik özellikleri benzerdir. Osteoblastomda, osteoid osteomaya göre kemik trabekülleri hafifçe daha geniş ve trabeküllerdeki düzensizlik daha azdır. Osteoblast sayısı daha çoktur, osteoklast benzeri dev hücreler vardır ve daha vaskülerdir. Agresif osteoblastomda stroma hücreden daha zengin ve daha kompakttır ve osteoblastik pleomorfizm ve mitotik şekiller vardır. Bu nedenle, van Dijk,^[2] agresif osteoblastomun histopatolojik özellikleri bakımından, iyi diferansiye osteosarkomu hatırlattığını bildirmiştir. Bizim olgumuzdaki patolojik değerlendirmede de literatürle uyumlu, osteoblasttan zengin, osteoklast benzeri dev hücrelerin olduğu fibrovasküler stroma görüldü (Şekil 2).

Osteoid osteoma tedavisindeki perkütan uygulamaların artması, patolojik değerlendirmeyi imkansız hale getirir ve osteoblastom tanısının gözden kaçma



Şekil 2. Osteoklast benzeri dev hücreler (oklar), osteoid ve osteoblastlar (ok başları), (H-E x 200).

olasılığını artırmaktadır. Bu husus agresif osteoblastomların maligniteye dönüşme olasılıkları nedeniyle önem arz etmektedir.

Osteoblastomun temel tedavi yöntemi cerrahidir. Osteoblastomlarda tüm tedavi seçeneklerinin kullanıldığı 184 olguluk bir çalışmada %9.8'lik nüks oranı bildirilmiş ve bu çalışmada ilk tedaviden sonra altı aydan daha kısa sürede ağrının başlaması nüks göstergesi olarak kabul edilmiştir.^[6] Aynı çalışmada komplet enblok rezeksiyon yapılan olgularda hiç nüks bildirilmemiştir. Karpal kemiklerdeki bazı osteoblastomlar basit küretaj veya küretaj artı greftleme ile tedavi edilmiştir. Ancak nadir de olsa tekrar eden agresif ve maligniteye dönüşüp, uzak metastaz yaptıkları için bu lezyonların yakın izlenmesi gereklidir.^[2,6] Literatür bilgisine göre nüks bakımından osteoblastom için en uygun cerrahi yöntemin geniş rezeksiyon olduğu lehine bilgiler vardır.^[14,15] Ancak el bileği bölgesinde yapılacak geniş rezeksiyon, osteoblastomda malign dönüşümünün tartışmalı olması, şimdiye kadar el ve el bileğinde malign dönüşüm gösteren osteoblastom olgusuna rastlanmamış olması ve fonksiyonel kayba yol açma olasılığı nedeniyle, son tercih olarak düşünülmelidir.^[8,16,17] Burada sunulan olguda, nüks eden hamatum yerleşimli osteoblastom, yeterli küretaj ve oluşan defektin greftlenmesi ile tedavi edildi. Son ameliyat sonrası 16. ayında yapılan değerlendirmede, düz radyografide, radiale eğim azalmış ancak skafoiddeki yüzük görünümü devam ediyordu.^[2] El ve el bilek fonksiyonları ağrısız ve iyi olan hastada nüks ve metastaza ait bulguya rastlanmadı.

Sonuç olarak, hamatumda osteoblastom nadir görülür ve ulnar taraf el bileği ağrısı nedenleri arasındadır. Bu lezyonun osteoid osteoma ve iyi diferansiyeli

osteosarkomadan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Nüks ve metastaz yapabileceği bilinmeli ve tedavisi ile takibi bu özelliklerine göre planlanmalıdır. Karpal kemik yerleşimli osteoblastomun tedavisinde, küretaj ve greftleme nüks olasılığı bakımından dezavantajlı olmasına rağmen, fonksiyonların korunması bakımından avantajlıdır. Geniş rezeksiyon, fonksiyonel kayıplara neden olabileceğinden tedavide son seçenek olarak düşünülmelidir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Chotel F, Franck F, Solla F, Dijoud F, Kohler R, Berard J, et al. Osteoid osteoma transformation into osteoblastoma: fact or fiction? *Orthop Traumatol Surg Res* 2012;98:598-104.
2. van Dijk M, Winters HA, Wuisman PI. Recurrent osteoblastoma of the hamate bone. A two-stage reconstruction with a free vascularized iliac crest flap. *J Hand Surg Br* 1999;24:501-5.
3. Saglik Y, Atalar H, Yildiz Y, Basarir K, Gunay C. Surgical treatment of osteoblastoma: a report of 20 cases. *Acta Orthop Belg* 2007;73:747-53.
4. Rubin G, Wolovelsky A, Rinott M, Rozen N. Osteoid osteoma of the hamate: an unusual cause of ulnar-sided wrist pain. *Orthopedics* 2010;33:513.
5. Kaya I, Boynuk B, Günebüyük C, Uğraş A. Osteoblastoma of the trapezoid bone and triquetral bone: report of two cases. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2013;47:376-8.
6. Afshar A. Osteoblastoma of the capitate bone. *J Hand Microsurg* 2012;4:34-8.
7. Xarchas KC, Leviet D. Osteoblastoma of the carpal scaphoid frequency and treatment. *Acta Orthop Belg* 2002;68:532-6.
8. Kaner T, Sasani M, Oktenoglu T, Aydin S, Ozer AF. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the cervical spine: the cause of unusual persistent neck pain. *Pain Physician* 2010;13:549-54.
9. Gdoura F, Trigui M, Ellouze Z, Hamed YB, Ayadi K, Keskes H. Hamatum osteoblastoma. *Orthop Traumatol Surg Res* 2010;96:712-6.
10. Maréchal E. Recurrent osteoblastoma of the hamate bone. *J Hand Surg Br* 1999;24:757-8.
11. van Dijk M, Winters HA, Wuisman PI. Recurrent osteoblastoma of the hamate bone. A two-stage reconstruction with a free vascularized iliac crest flap. *J Hand Surg Br* 1999;24:501-5.
12. Apergis E, Tsamouri M, Theodoratos G, Maris I, Antoniou N. Osteoblastoma of the hamate bone: a case report. *J Hand Surg Am* 1993;18:137-40.
13. Menon J, Rankin D, Jacobson C. Recurrent osteoblastoma of the carpal hamate. *Orthopedics* 1988;11:609-11.

14. Ivkovic T, Vuckovic N, Gajanin R, Karalic M, Stojiljkovic B, Panjkovic M, et al. Benign osteblastoma of the mandible. *Archive of Oncology* 2000;8:73-4.
15. Maréchal E. Recurrent osteblastoma of the hamate bone. *J Hand Surg Br* 1999;24:757-8.
16. Chaise F, Witvoet J. Benign osteblastoma of the hand. A case report. Review of the literature. *Sem Hop* 1984;60:49-51. [Abstract]
17. Sağlık Y, Atalar H, Armangil M, Başarır K, Yıldız Y, Bilgin S. Management of tumors and tumor-like lesions of the hand: a review of 191 patients. *Eklem Hastalik Cerrahisi* 2013;24:149-55.