

SKAPULA VENTRAL YÜZÜNDEKİ OSTEOKONDROMLAR (Üç Olgu Sunumu)

Volkan ÖZTUNA*, **Abtullah MİLCAN***, **M. Metin ESKANDARI***
Fehmi KUYURTAR**

ÖZET

Nadir olarak görülse de omuz çevresinde ağrı ve mekanik belirtileri olan hastaların ayırıcı tanısında skapula yerleşimli osteokondromlar düşünülmelidir. Bu amaçla, bu çalışmada, erişkin dönemde rastlanan ve skapula ventral yüzünde yerleşmiş olan üç osteokondrom olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Scapula, Osteokondrom.*

SUMMARY

OSTEOCHONDROMAS AT THE VENTRAL SURFACE OF SCAPULA (A Report of Three Cases)

Although it is rare, osteochondromas of the scapula should be taken in to consideration in differential diagnosis in patients with pain and mechanical symptoms about the shoulder joint. For this purpose, three cases of scapular osteochondromas seen in adults were presented in this study.

Key Words: *Scapula, Osteochondroma.*

GİRİŞ

Osteokondromlar, daha çok ergenlik döneminde görülen ve uzun kemiklerin metafizer bölgelerinde yerleşim gösteren lezyonlardır. Skapula yerleşimli osteokondromlar, tüm osteokondrom olgularının %4'ünü teşkil eder ve daha çok kostalara bakan yüzde yerleşirler^{1,2,3,4}. Omuz çevresinde ağrı ve mekanik belirtileri olan hastaların ayırıcı tanısında, nadir olarak görülse de skapula yerleşimli osteokondromlar düşünülmelidir¹. Herediter multipl egzozitoz (HME) olgularında skapula yerleşimi daha sık görülür⁵. Bu çalışmada skapula ventral yüzünde yerleşim gösteren ve biri HME lu olan üç osteokondrom olgusunun özellikleri ve tedavileri tartışıldı.

Olgu 1

Yirmi altı yaşında bayan hasta, polikliniğimize sağ skapulasının üzerinde iki gün içinde büyüyen bir şişlik olduğunu ifade ederek başvurdu. Daha önceden

omuz hareketleri ile arasıra skapulasından ses geldiğini ve bu şişlik olunca sesin kesildiğini ifade etmekteydi. Özgeçmiş ve aile öyküsünde herhangi bir bulgu saptanmadı. Yapılan muayenesinde sağ skapulanın dışa ve arkaya doğru itilmiş olduğu ve palpasyonla skapulanın balotman verdiği saptandı. Çekilen iki yönlü skapula radyografilerinde kostal yüzde osteokondrom ile uyumlu görüntü saptandı (Şekil 1). Manyetik rezonans görüntüsünde homojen karakterde mai gözlendi ve ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı (Şekil 2). Şişliğin bursitten kaynaklandığı belirlenerek sıvının aspirasyonu yapıldı. Hastanın sağ tarafına yan yatması ve soğuk kompres uygulaması önerilerek haftalık kontrollere çağırıldı. İkinci haftada tekrar ponksiyon yapılarak biriken sıvı aspire edildi. Hastanın 2 ay sonunda yapılan kontrollerinde şişliğinin kaybolduğu ve şikayetin kalmadığı gözlendi. Bursitin tekrarlama durumunda osteokondrom ile etrafındaki bursanın eksizyonu önerildi. Hastanın 3 yıl sonraki kontrolünde şişliğinin tekrar etmediği ve ağrı şikayetin olmadığı öğrenildi. Çekilen kontrol grafisinde osteokondrom kitesinde değişiklik görülmedi.

Olgu 2

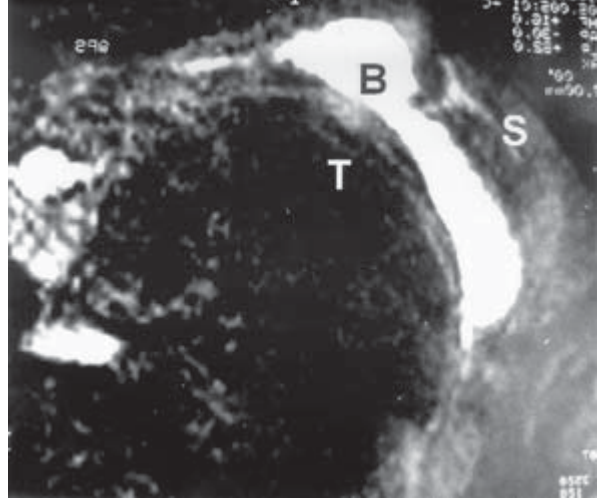
Ellibir yaşında erkek hasta, fakültemiz göğüs hastalıkları polikliniğine göğüs ve sırt ağrısı şikayetleri ile başvurdu. PA grafilerinde sağ akciğerde kitle izlenimi veren lezyon görülerek toraks tomografisi çekilen hastanın skapulasında osteokondrom olduğu saptanarak ortopedi polikliniğine sevk edildi (Şekil 3). Hasta, çocukluğundan beri sırtında varolan şişliğin ağırlı hale geldiğini ifade ediyordu. Aile öyküsünde bir özellik saptanmadı. Hastanın sağ skapulasında kanat skapula deformitesi, her iki diz eklemi çevresinde ve sağ ayakbileğinde şekil bozuklukları vardı. Skapulanın ventral yüzünde medialden palpe edilebilen bir kitle bulundu. Omuz hareketleri tam ve ağrısız idi ama kitle palpasyonla hassastı. Hastanın iskelet surveyinde her iki femur alt uç, her iki tibia ve fibula proksimal uç ve sağ tibia distal uçta osteokondromlar saptandı (Şekil 4).

* Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

** Profesör Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.

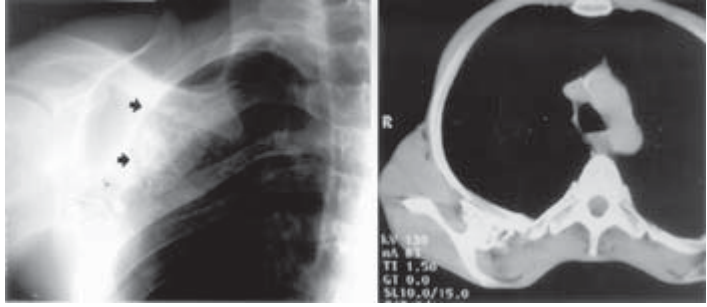


Şekil 1: Bir nolu olgunun skapula lateral grafisi. (Ok: Skapula kostal yüzünde osteokondrom).



Şekil 2: Bir nolu olgunun manyetik rezonans görüntüsü. B: Bursit T: Toraks S: Skapula.

Şekil 3: İki nolu olgunun PA akciğer grafisi. (Ok: Akciğerde kitle izlenimi veren ve skapula yerleşimli osteokondrom) ve tomografisi.



Şekil 4: Hereditör multipl egzozitozlu olgunun iki femur ve tibiasının AP grafileri.

Ağrısının sadece skapulada olması nedeniyle bu bölgedeki lezyonun eksizyonu önerildi. Ameliyatta, skapulanın medial kenarına paralel olarak yapılan 5 cm. lik cilt insizyonu ile trapez ve romboid adeleler künt olarak geçildi. Skapula eleve edilerek kitleye kolayca ulaşıldı ve saplı olan kitle kökünden osteotomize edildi. Makroskopik muayene için ikiye bölünen kitlenin kırıldak tabakasının kalmadığı ve kitlenin tamamen kemik yapıda olduğu dikkat çekti. Patolojik incelemede kitlenin osteokondrom olduğu rapor edildi. Hastanın ameliyat sonrası 4 ayda bir rutin kontrolleri yapıldı. Ameliyat sonrası 16. ayda yapılan son muayenesinde kitlenin nüks etmediği, skapula etrafında ağrısının olmadığı ve diz çevresindeki kitlelerin büyümediği gözlemlendi.

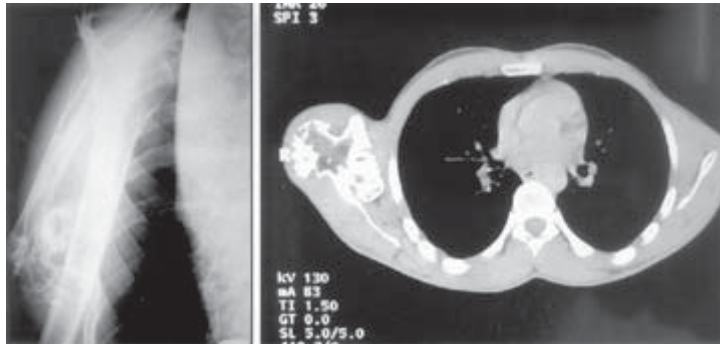
Olgu 3

Otuz yaşında erkek hasta sağ omuz hareketleri sırasında skapulada ağrı ve ses gelmesi şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve aile öyküsü normaldi. Yapılan muayenesinde skapula alt uçta ventral yüze doğru uzanan, 6x7 cm. boyutlarında, sert, immobil kitle saptandı. Skapulotorasik eklem hareketleri sırasında krepitasyon duyuluyordu. Çekilen radyografilerde ve tomografi görüntülerinde skapulanın distal ucundan kaynaklanan ve ventrale uzanım gösteren lezyon gözlemlendi (Şekil 5). Ameliyatta skapula distal ucuna S insizyonla girilerek künt diseksiyonla kitleye ulaşıldı. Skapulanın ventral yüzüne doğru uzandığı gözlenen kitle kemikten osteotom ile ayrıldı ve skapula distal ucuna parsiyel skapulektomi yapıldı. Makroskopik inceleme için kesilen lezyonun kırıldak kalınlığı yaklaşık 1 mm olarak gözlemlendi. Patoloji sonucu osteokondrom olarak değerlendirildi. Hastanın ameliyat sonrası 1. yılda yapılan kontrolünde kitlenin nüks etmediği ve ağrı şikayetinin kalmadığı gözlemlendi.

TARTIŞMA

Osteokondromlar, en sık görülen iyi huylu kemik tümörleridir. Hastaların %90'ında tek lezyon vardır ve olguların çoğu, büyümenin hızlandığı ergenlik döneminde görülür^{2,6}. Üç yüz yirmi üç olgulu bir seride ortalama yaş 22 olarak bildirilmiştir¹. Bizim çalışmamızdaki olguların ortalama yaşı 36'dır. Osteokondromlar, anatomik olarak daha çok uzun kemiklerin metafizer bölgelerinde yerleşim göstermekle beraber metatars, metakarp, falanks (subungual egzozitoz), kosta, omurga, pelvis ve skapulada da görülebilirler^{1,2,6}. Hastalığın birkaç kemikte olan ve otozomal dominant geçiş gösteren formuna herediter multipl egzozitoz (HME) denmektedir ve bu olgularda malign transformasyon olasılığının daha fazla olduğu bilinmektedir⁷. Multipl olgularda lezyonların yassı kemiklerde görülme olasılığı artmaktadır. Skapula, soliter yerleşim açısından nadir tutulan bir kemik olmakla birlikte HME olgularının çoğunda lezyon içermektedir. Solomon'un 76 olgulu serisindeki hastaların %45'inde skapulada lezyon olduğu bildirilmiştir⁵. Bizim 2'nolu olgumuzda da HME vardı ve hasta diğer bölgelerindeki lezyonlardan şikayetçi olmamakla birlikte skapula ventral yüzünde artan ağrıdan yakınuyordu. Özellikle erişkin dönemde kondrosarkom riski arttığı için kitle eksize edildi ve benign histoloji görüldü. Hastanın ameliyat sonrası 16. aydaki kontrolünde ağrısı kaybolmuş ve nüks gözlenmemiştir.

Osteokondromun genellikle semptomsuz olması ve ergenlik dönemi sonrası lezyonların gerilemesi olasılığı nedeniyle hastaların periyodik olarak izlenmesi yeterli olmakta^{8,9} fakat semptomatik olan ya da hızlı büyüyen lezyonlar olursa eksizyon önerilmektedir. Bu çalışmadaki bir olgu reaktif bursit geliştiği için, bir olgu eskiden beri olan şişliğinde (yalancı kanat skapula) ağrı geliştiği için ve diğer olgu omuz hareketlerinde ağrı ve



Şekil 5: Üç nolu olgunun skapula lateral grafisi ve tomografi görüntüsü.

ses (snapping scapula) olduğunu ifade ettiği için başvurmuş ve birinci olgunun bursiti aspire edilmiş, diğer iki olgu opere edilmiştir. Bursit ile gelen hastalarda cerrahi eksizyon önerilmekle beraber¹⁰ bizim olgumuzda bursit formasyonu aspirasyon ile tedavi edilmiş ve 3 yıllık takiplerde bursit tekrarlamamıştır. Hasta, bursite bağlı şikayetleri geçtikten sonra osteokondroma ait bir şikayetin kalmadığını ifade etmiştir. Kanat skapula, ağrı ve ses gelmesi şikayetleri ile başvuran diğer hastalarımızın eksizyon ile şikayetleri tamamen ortadan kalkmış ve takiplerinde nüks gözlenmemiştir. Literatürde de benzer şekilde klinik özellikler gösteren olguların ameliyat sonrasında tam olarak iyileştikleri bildirilmiştir^{4,11-13}.

Lezyonlar, kemik doku içeren, genellikle saplı bir kitle ve etrafını saran kıkırdak bir şapkadandan ibarettir. Kıkırdak şapkanın kalınlığı ergenlik döneminde 3 cm. yi bulabilirken, erişkin yaşlarda karşılaşılan lezyonlarda kıkırdak şapka incelmış, hatta kaybolmuştur. Erişkinlerde kıkırdak tabakanın 1 cm. yi geçen kalınlıkta olması malignleşme riskinin arttığını gösterir^{1,2,6}. Tümü erişkin olan olgularımızın ameliyat öncesi çekilen bilgisayarlı tomografilerinde kıkırdak tabakanın kalınlığı ölçülerek malignensi hakkında bir fikir sahibi olundu. Makroskopik olarak kıkırdak şapkanın bir olguda kalmadığı ve diğer olguda 1 mm kalınlığında olduğu görüldü. Bu görüntüler ameliyat öncesi çekilen tomografi görüntüleri ile uyumlu idi. Bursit formasyonu olan olguda ise manyetik rezonans görüntüleme ile hem kıkırdak şapkanın kalınlığı ölçülebilmış (2 mm) hem de bursitin sınırları hakkında bilgi edinilmiştir.

Skapula ventral yüzündeki osteokondromlar erişkin dönemlere kadar sessiz kalabilen, ağrı, yalancı kanat skapula, snapping skapula ve reaktif bursit kliniği ile görülebilen ve eksizyon ile tedavi edilebilen lezyonlardır.

KAYNAKLAR

1. Huvos AG. Bone Tumors. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1991.
2. Resnick D, Kyriakos M, Greenway GD. Tumors and tumor-like lesions of bone. Imaging and pathology of specific lesions. In: Resnick D, Niwayama G. Ed. Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia: WB Saunders Company, 1988: 3617-3888.
3. Danielsson LG, el Haddad I. Winged scapula due to osteochondroma. Report of 3 children. Acta Orthop Scand 1989; 60: 728-729.
4. Necessian O, Denton JR. Cartilaginous exostosis arising from the ventral surface of the scapula. A case report. Clin Orthop 1988; 236:145-147.
5. Solomon L. Hereditary multiple exostosis. J Bone Joint Surg 1963; 45-B: 292-304.
6. Carnesale PG: Benign tumors of bone. In: Canale ST. Ed. Campbell's Operative Orthopaedics. St Louis: Mosby, 1998: 683-702.
7. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's Orthopaedics. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1994.
8. Callan JE, Wood VE. Spontaneous resolution of an osteochondroma. J Bone Joint Surg 1975; 57-A: 723.
9. Castriota SA, Bonetti MG, Cammisa M, Dallapiccola B. Spontaneous regression of exostoses: two case reports. Pediatr Radiol 1995; 25: 544-548.
10. Cuomo F, Blank K, Zuckerman JD, Present DA. Scapular osteochondroma presenting with exostosis bursata. Bull Hosp Jt Dis 1993; 52: 55-58.
11. Kumar N, Ramakrishnan V, Johnson GV, Southern S. Endoscopically-assisted excision of scapular osteochondroma. Acta Orthop Scand 1999; 70: 394-396.
12. Lynch AF, Fogarty EE, Dowling FE, Regan BF. Pseudowinging of the scapula due to osteochondromata. J Pediatr Orthop 1985; 5: 722-724.
13. Jacobi CA, Gellert K, Zieren J. Rapid development of subscapular exostosis bursata. J Shoulder Elbow Surg 1997; 6: 164-166.