

BİR OSTEOLASTOM VAKASI

Nural Erdoğan* Mustafa Cihat Avunduk** Yener Sağlık*** Ali Ulvi Özkan****

Osteoblastomlar ayırıcı tanıda benign malign antiteler arasında en fazla karışıklık yaratan tümörlerden biridir. Lokal rekürrens gösteren ve agresif davranan ancak metastaz yapmayan bu tümörlerin, intermedier formu bazı otörlerce malign osteoblastom olarak tanımlanmış, borderline osteoblastomların daha bu katagoride yer aldığı öne sürülmüştür. Daha önceleri malign olarak tedavi edilmiş bu tümörlerin şimdi benign olduğu, ancak çok nadiren malign değişme gösterdiği anlaşılmıştır (1,7,8,9).

Malign ve benign olguların saptanmasında, ayrıca tanıda problem yaratan osteoblastom vakaları literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (1,8). Biz de aynı nedenlerin yanısıra alışılmışın dışında lokalizasyon gösteren bu osteoblastom vakasını sunmayı amaçladık.

VAKA TAKTİMİ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortapedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda cerrahi olarak çıkarılan kemik operasyon materyali, aynı Fakültenin Patoloji Anabilim Dalı'nda uygun doku örnekleri alınıp, dekalsifiye edilerek, parafin kesitleri Hematoksilen-Eozin ile boyanarak, ışık mikroskopunda incelendi.

Olgumuz 29 yaşında, kadın hasta olup ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle 10 yıl önce hastaneye baş vurduğunda hemanjiom tanısıyla küretaj ve greftleme yapılmış. Ancak bir yıl sonra artan şikayetlerle

* VIII. Ulusal Kanseri Kongresi ve V. Ulusal Pediatrik Tümörler Kongresi'nde sunulmuştur.

* A.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı

** A.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

*** A.Ü. Tıp Fak. Ortapedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

**** A.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı

küretaj ve greftleme tekrarlanmış. Operasyondan bir yıl sonra tekrar artan şikayetleriyle küretaj ve greftleme yinelenmiş. Bu operasyondan sonra bir yıl hiç şikayeti olmayan hasta daha sonra gittikçe artan ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle Fakülte'miz Ortopedi Kliniği'ne başvurmuş. Laboratuvar, radyolojik (Şekil 1) ve patolojik tetkikleri yapıl-

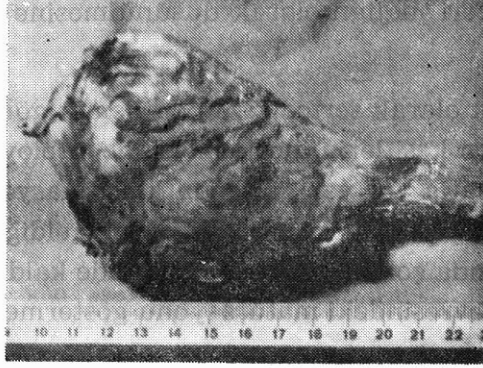


Şekil 1 : Fakültemize gelmeden önce çektiği radyografisinde, humerus başının deforme ve daha çok dışarı doğru ekspansiyon olduğu izleniyor. Korteks devamlılığı seçilebiliyor. Orta kısımda kaynamış greftlerin mevcudiyetine bağlı siklerotik alanlar izlenirken, periferik kısımlarda yer yer lobüle litik alanlar görülmekte.

mış. Biokimyasal tetkikler normal sınırlarda bulunmuş. Tüm vücut statik kemik sintigrafisinde sol omuz eklemi alanında geniş bir sahada artmış osteoblastik aktivite tesbit edilmiş. Sitolojik olarak ise Class II tanısı almış. Hasta operasyona alınıp sol humerus proksimal rezeksiyonu ve fibullar greft operasyonu uygulandı.

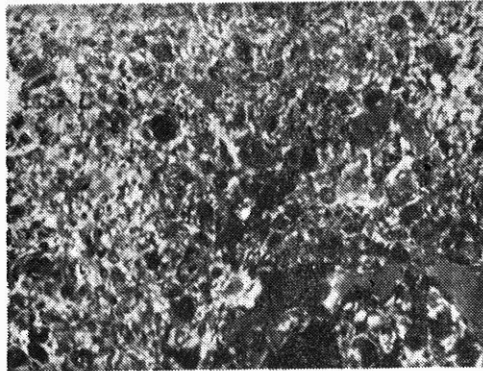
Materyal Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda incelenmeye alındı. Makroskopik olarak 18x11x9 cm boyutlarında proksimal humerus rezeksiyon materyali şeklindeydi. Tümör ça-

ını yaklaşık 8 cm çapındaydı. Kesit yüzünde kanama ve spongioz gösteren alanlar yanısıra yer yer odaklar halinde ossifikasyon alanları dikkati çekti (Şekil 2).



Şekil 2 : Çıkarılan specimenin kesit yüzü. Tümör çapı yaklaşık 8 cm.'ye ulaşmış. Kemik dokusunda kanamalı spongioz görülen alanlar arasında yer yer odaklar halinde ossifikasyon sahaları görülmekte.

Materyalden alınan doku örneklerinin dekalsifikasyondan sonra parafin kesitlerinin hematoksilin eozin ile boyanmasından sonra, ışık mikroskopik görüntülenmesinde; bir çok sahada damardan zengin gevşek stroma içerisinde yer yer osteoblastlarla çevrili osteoid dokunun oluşturduğu tipik osteoblastom yapısı görüldü (Şekil 3). Bazı sa-

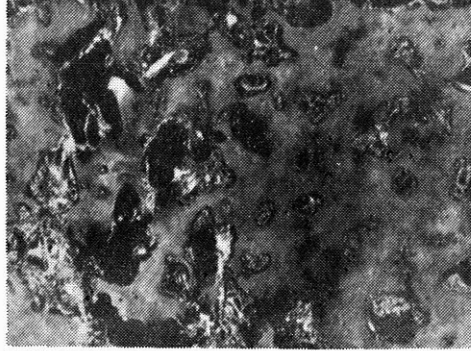


Şekil 3 : Bir larda damardan zengin gevşek stroma içerisinde osteoblastlarla çevrili osteoid dokunun hakim olduğu tipik osteoblastom yapısı görülmekte (HE; 10 x 20).

halarda osteoid dokunun ancak bir-iki odakta bulunduğu, diğer taraflarda osteoblastların hakim olduğu sellüler bir görünüm izlendi. Bu sellüler görünüm buna benzer alanlar bulunduran osteoblastomların daha önceleri malign olarak düşünülmesine neden olan bulgulardan biridir.

Makroskopik olarak sertçe kıvamda kemik görünüşündeki kısımlardan hazırlanan kesitlerin incelenmesinde; tabloya osteoid dokunun hakim olduğu, hatta yer yer gözlenen kalsifikasyon çizgilerinden de anlaşılacağı şekilde ossifikasyonun meydana geldiği, vasküler stromanın bunlar arasında çok küçük adalar halinde kaldığı gözlemlendi. Bu sahalar tümörün çevresindeki matürasyonu göstermektedir (Şekil 4).

Bu bulgularla osteoblastom tanısı konuldu ve kontrole gelmek üzere taburcu edildi.



Şekil 4 : Makroskopik olarak sertçe kıvamda kemik görünüşündeki kısımlardan hazırlanan preparatlarda, tabloya osteoid dokunun hakim olduğu, hatta yer yer kalsifikasyon çizgilerinden de anlaşılacağı şekilde ossifikasyonun meydana geldiği, vasküler stromanın bunlar arasında çok küçük odaklar halinde kaldığı gözlenmiştir (HE : 10 x 10).

TARTIŞMA

Osteoblastomlar primerkemik tümörlerinin % 1'den azını teşkil eden nadir neoplazmlardır. Jackson 184, Schajowicz 51, Schreyvogel 49, Dominok ve Knock 72, McLeod 123 vaka bildirmiştir (1,6).

Benign osteoblastom terimi ilk kez 1956'da Jaffe ve Lichenstein tarafından kullanılmış ve özellikle vertebral kolonda yerleşen, birçok osteoblast buulnduran yeni kemik oluşumu ile karakterli vaskuler osteoid tümör olarak tarif edildi (4,5).

Sıklıkla ağrı ve hassasiyetle karakterli klinik bulgusu vardır (4,6). Olguların % 50'den fazlası 20 yaş altında gözlenip 10-30 yaş arasında pik yapar. Olguların % 90'ı 5-25 yaş arasında izlenir. Baskın erkek tutulumu yanısıra en fazla vertebrada olmak üzere alt ekstremitte uzun kemiklerinde gözlenmektedir (3,4,5,6).

Osteoblastomlar medüller yerleşim göstermelerine karşın nadiren kortikal ve subperiostal yerleşimlidirler. Röntgen bulguları genelde ince korteks bırakan ancak kortikal ve periosteal reaksiyon oluşturmayan, oldukça sınırlı, osteolitik görünümüdür (6). Vakamızın grafisinde, ince korteks bırakan, kortikal ve periosteal reaksiyon oluşturmayan sınırlı osteolitik görünüm izlenmektedir (Şekil 1). Vertebral yerleşimli osteoblastomlarda ve rekürrens gösteren olgularda siklerotik görünüm mevcuttur (5,6). Vakamızın hastaneye başvurmadan altı ay önce çektiirdiği grafisinde de rekürrens ve greftlemeye bağlı sklerotik görünüm mevcuttur (Şekil 1).

Osteoid osteoma ve benign osteoblastom benzer histopatolojik yapısından dolayı birbiriyle karışabilir. Richard ve arkadaşları bu lezyonları 1 cm.'den küçükse osteoid osteoma, 2 cm.'den büyükse osteoblastoma olarak sınıflandırmayı önermişlerdir (6). Genel görüş olarak osteoblastomlar 3 cm çaplı olan iyi sınırlı sferik tümörler olarak kabul edilmiş. Nadiren büyük çaplara ulaşabilirler ve genellikle kortikal bütünlük bazı tümörlerde bozulabilir. Kesitte kırmızı-kahverenkli spongioz görünlü alanlar yanısıra sklerotik gelişimli alanlarda gri kumlu yapı gözlenebilir (6). Bu yönüyle de olgumuz büyük bir uyum içerisindedir.

Mikroskopide geniş bir spektruma sahip olan osteoblastomlar, osteoblastik aktivite ve vaskuler stroma ile karakterlidirler. Daha periferde matürasyona giden kemik trabekülleri izlenir. Bu klasik görünüm bir uça iyi differansiye osteosarkomla karışacak şekilde değışe-

bilir. Bu tür olgularda güvenilir kriter periferik matürasyon kaybı ve çevre dokuya infiltrasyondur. Atipik mitoz, osteoblastik pleomorfizme karşın görülmez.

Diğer uçta ise, vaküler yapı hemanjiom veya anevrizmal kemik kistini taklit eder biçimli olabilir (1,6). Belirgin vasküler yapıların vakamızda da gözlediğimiz gibi osteoblastoma eşlik ettiği bildirilmektedir (2). Ancak osteoblastik aktivitenin diğer komşu bölgelerde bulunduğu tesbit edildiğinde, vakanın osteoblastom olabileceği akla gelmelidir. Nitekim vakamız daha önceleri bulundurduğu vasküler alanlardan dolayı hemanjiom tanısı almıştır. Oysaki daha geniş alanlarda damardan zengin görünümüne karşın, osteoblastlarla çevrili osteoid dokunun varlığı belirlenmiştir.

Osteoblastom genellikle vertebral kolonda izlenen nadir bir kemik tümörüdür. Uzun kemiklerde ve karakteristik osteosarkomun bulunduğu bölgelerde de daha az olarak izlenilir (2). Yüzyirmiüç olguluk geniş bir araştırmada hastaların 87'si erkek, 36'sı bayan olarak tesbit edilmiş. Aynı araştırmada vertebrada 39, cenede 23, femur ve tibia da 30 vaka izlenmiş. Humerus başında ise tek bir vaka saptanmış. Humerus başı lokalizasyonu % 1'den az olarak bulunmuş (6). Vakamızdaki humerus başı yerleşiminin alışlagelmiş lokalizasyonların dışında olması, osteoblastom olarak düşünülmeyip, belirgin vasküler yapıları da içermesi ile de hemanjiom olarak yanlış tanı konulmasına neden olmuştur.

SONUÇ

Bu tümörün çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülmesi nedeniyle vakamızdaki hasta yaşının bu sınırın yukarısında yer alması ve lokalizasyonun alışlagelmiş olmayan bir yerde olmasından dolayı yanlış tanıya neden olmuştur. Radyolojik ve morfolojik bulguları çok değişici karektere sahip bu tümörlerin prognoz ve tedavide farklılık yaratan diğer antitelerle ayırımına dikkat edilmesi kanısındayız.

ÖZET

Sol omuzundaki ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle şikayetçi olan hastanın humerus proksimal ucundaki lezyona daha önce hemanjiom tanısıyla küretaj yapılmış. Ancak hastalık tekrar nüks ettiği humerus rezeksiyonu yapıldı. Ameliyat materyalinin incelenmesinde lezyonun hemanjiom değil, osteoblastom olduğu saptandı. Hasta yaşı, lezyonun lokalizasyonu gibi yanlış tanıya yol açışı nedeniyle ilginç bulunan vaka literatürlerin ışığı altında tartışıldı.

SUMMARY

A case of osteoblastoma

29 years old woman patient whose main complaint was pain on the left shoulder and limitation of arm movement is discussed on these paper. The lesion in the proximal humerus had been curetted before that and it was diagnosed as hemangioma. Proximal humerus resection was performed because of recurrences. The diagnoses was settled up as osteoblastoma. Because of some unusual appearance of this case (such as the patient age, the localisation of lesion, etc.) we considered it an interesting case. The case is discussed with literatures.

LİTERATÜR

1. Beyer W and Kuhn H : Can an Osteoblastoma Become Malignant? Virchows Arch (Pathol. Anat.) 48 : 297-305, 1985.
2. Bogumil GP and Sschwamm HA : Orthopaedic Pathology, WB Saunders Comp. pp : 463-469, 1984.
3. Cotran RS Kumar V Robbins SL : Robbins Pathologic Basis of Disease, WB Saunders Comp. 4th ed., pp : 1335, 1989.
4. Floman V et al : Spongios and Cortical Osteoblastoma of the Aksial Skeleton. Orthopedics, 8 : 12, Dec., 1985.
5. Kirvan EOG et al : Osteoid Osteoma and Benign Osteoblastoma of The Spine: Clinic presentation and treatment. J. Bone Joint Surg. 66-B : 1, 1984.

6. McLeod RA Dahlin DC Beabout JW : The Spectrum of Osteoblastoma. *Am. J. Roentgenol.* 126 : 2, 322-335, 1976.
7. Merry WR et al : Malignant Transformation of Osteoblastoma. *J. Bone Joint Surg.* 62-B : 3, 424-426, 1980.
8. Schajowicz F Lemos C : Malignant Osteoblastoma. *J. Bone Joint Surg.* 58-B : 2, 202-211, 1976.
9. Seki T et al : Malignant Transformation of Benign Osteoblastoma. *J. Bone Joint Surg.* 57-A : 3, 1975.