

Bölüm 44

KALÇANIN BENİGN KEMİK TÜMÖRLERİ

Ömer SOFULU¹

Kalçanın metastatik tümörleri primer tümörlerinden daha fazla görülür. Primer kemik tümörlerinden ise selim tümörler malign tümörlerden daha fazla görülür. Kalçanın primer kemik tümörleri köken aldıkları dokuya göre sınıflandırılır. (Tablo 1) Selim ve habis tümörlerin büyük kısmı çocukluk ve adölesan yaşlarda görülür. Genellikle ağrı, şişlik, topallama ve patolojik kırık bulguları ile ortaya çıkarlar. Bazen de rastlantısal bir radyografik görüntüleme ile tanı konulur. Detaylı bir hikaye ve fizik muayene doğru tanı ve tedavi için gereklidir. Ağrı sıklıkla ilk bulgudur. Ağrının süresi, şiddeti, karakteri, lokalizasyonu ve istirahat veya aktivite ile artıp azalması mutlaka sorgulanmalıdır. Fizik muayenede eğer ele gelen bir şişlik mevcutsa bu kitlenin ne kadar sürede büyüdüğü, kıvamı, mobilitesi de akılda tutulmalıdır. Bazı tümörler belli yaş gruplarında görüldüğü için hastanın yaşı da ayırıcı tanıda önemlidir. (Tablo 2)

Tablo 1: Sınıflama: (histogenetik köken)

1. Kemik oluşturan (osteojenik) lezyonlar;
osteoid osteoma, osteoblastoma,
2. Kıkırdak (kondrojenik) lezyonları;
osteokondrom, kondroblastom, enkondrom
3. Fibrojenik, fibroosseöz, fibrohistiositik lezyonlar;
nonossifiye fibrom, fibröz displazi
4. Yuvarlak hücreli lezyonlar;
eozinofilik granülom

5. Çeşitli/tümör benzeri lezyonlar;

basit kemik kisti, anevrizmal kemik kisti, dev hücreli kemik tümörü

Tablo 2: Selim Kemik Tümörlerinin Sık Görüldüğü Yaş Aralıkları

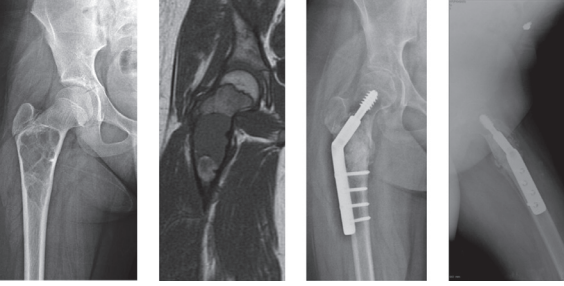
0-5 y	Langerhans hücreli histiositoz
5-10 y	Basit kemik kisti Anevrizmal kemik kisti Nonossifiye fibrom Fibröz displazi Osteoid osteoma Langerhans hücreli histiositoz
10-20 y	Fibröz displazi Osteoid osteoma Anevrizmal kemik kisti Kondroblastom Osteofibröz displazi
Erişkin	Dev hücreli tümör Enkondrom

Kalçanın pelvik yerleşimli tümörleri daha yaşlı hastalarda ortaya çıkar ve çoğu da maligndir. Proksimal femurdakiler çoğunlukla benign (fibröz displazi, soliter kemik kisti ve osteoid osteoma) karakter gösterir ve daha genç yaşlarda ortaya çıkarlar.

Pelvis ve kalça bölgesinin kemik dokusundan kaynaklanan tümörler ve tümör benzeri lezyon-

¹ Uzman Doktor, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD., omersofulu@gmail.com

rumunda tekrar küretaj-grefonaj veya rezeksiyon yapılır. Pelvis yerleşimli lezyonlarda cerrahiye yardımcı olarak veya tek başına selektif arteriyel embolizasyon uygulanabilir.



Şekil 8: Proksimal femur yerleşimli anevrizmal kemik kisti küretaj-grefonaj ve dinamik kalça çivisi ile güçlendirme

Dev hücreli kemik tümörü

Kemiğin dev hücreli tümörü (DHT) mezenkimal hücrelerden kaynaklanan iyi huylu ancak agresif bir kemik tümürüdür. DHT, aktif mononükleer stromal hücreler gibi çok çekirdekli, hücrelerden zengin kemik lezyonudur. Dev hücreler lezyon boyunca eşit ve yaygın bir şekilde dağılır. Tüm selim kemik tümörlerinin %20'sini oluşturur (3). Genellikle 20-40 yaş arasında görülür. Tedrici artan ağrı, lokalize şişlik ve hassasiyet başlıca yakınmaları oluşturur. Olguların yaklaşık %10'u, genellikle ekleme uzanım gösteren, patolojik kırık ile başvurur. Dev hücreli tümörün klinik seyri değişkendir, bazen uzun süre sessiz kalırken bazen de habis tümörler gibi çok hızlı bir seyir izler. Çok nadiren primer olarak veya radyoterapi sonrası habis dönüşüm bildirilmiştir. Dev hücreli tümör selim bir lezyon olmasına rağmen %1-3 oranında akciğer metastazı yapabilir.

Düz grafide uzun kemiğin epifizinde subkondral yerleşimli, genelde eksentrik tutulum yapan litik bir lezyon şeklinde görülür. BT kortikal bütünlüğü ve patolojik kırık varlığını değerlendirmede çok faydalıdır. MR görüntüleme ile lezyonun boyutları tam olarak değerlendirilebilir ve intramedüller yayılım miktarı görülür.

Tedavisi lezyonun tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Genişletilmiş küretaj, takiben grefonaj veya çimentolama uygulanabilir. Fenol, kriyoterapi veya küretaj sonrası oluşan defekti doldurmak

için kullanılan çimentonun adjuvan etkisinden yararlanılabilir; lokal adjuvanların eklenmesi ile yüksek nüks oranlarının azaldığı bildirilmiştir. Bu lezyonun tedavisinde son dönemlerde kullanılmaya başlanan denosumab'ın etkisi hala tartışmalıdır.

SONUÇ

Kalçanın benign tümörleri özellikle çocuk ve adolesan dönemde görülür ve bu dönemdeki yakınmalar sıklıkla başka nedenlere bağlanır. Bu tümörlerde ilk yaklaşımın gecikmesi veya uygun şekilde yapılmaması nadir karşılaşılan durumlar değildir. Kemik tümörlerinin klinik ve radyografik bulguları hakkında bilgi sahibi olunması bu olguların özelleşmiş merkezlere daha erken sevk edilmelerini, dolayısı ile erken tanı ve tedavilerini sağlar. Selim bir lezyonun bir kemik sarkomundan ayırt edilmesi temel olarak detaylı radyografik incelemeye dayanır. Kalça bölgesinde açıklanamayan künt bir ağrı, aksama ve yürüyüş bozukluğu durumunda kemik tümörü olabileceği akılda tutulmalı ve görüntüleme yöntemleri ile basitçe tanı konulup tedaviye erken başlamanın, birçok hasta için hayat kurtarıcı bir durum olabileceğinin bilinci tüm ortopedistlerce bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: benign, kalça, tümör, tümör benzeri lezyon

KAYNAKÇA

1. Greenspan, A., G. Jundt, and W. Remagen. (2006). *Differential diagnosis in orthopaedic oncology*: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Heck, R. (2008). *General principles of tumors*, in *Campbell's Operative Orthopedics*. (p. 775-854). New York: Mosby.
3. Schwartz H.S. (2007) *Orthopaedic Knowledge Update (OKU) Musculoskeletal Tumors*: AAOS Publication
4. Erol B., Er T., Rodop O., Olgaç V. (2012). *Çocuklarda kas-iskelet sistemi tümörleri*. Çocuk Ortopedisi. (s. 243-280). İstanbul: Bayçınar Tıbbi Yayıncılık
5. Erol, B., J. Dormans, L. States, B. Pawel. (2004). *Tumors. Orthopaedic Surgery Essentials-Pediatrics*. (p. 250-270). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
6. Dormans, J.P., et al. (2001). *Pathologic fractures associated with tumors and unique conditions of the musculoskeletal system*. (p. 139-240) Rockwood and Wilkins' Fractures in Children, 5th edition, Beatty JH and Kasser JR editors
7. Erol, B., Sofulu, Ö., Topkar, M. O. (2015). Long-term follow-up of long and flat bone eosinophilic granulomas managed only with biopsy. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 49(2), 144-150. doi: 10.3944/AOTT.2015.14.0116

8. Madewell, J.E., B.D. Ragsdale, and D.E. Sweet (1981). *Radiologic and pathologic analysis of solitary bone lesions*. Radiol Clin North Am. 19(4): p. 715-48.
9. Erol, B., Onay, T., Çalıřkan, E. (2015). Treatment of pathological fractures due to simple bone cysts by extended curettage grafting and intramedullary decompression. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 49(3), 288-296. doi: 10.3944/AOTT.2015.14.0108