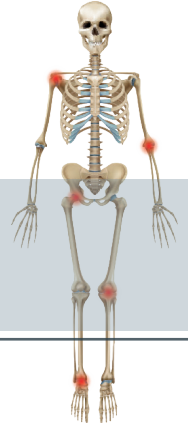


BÖLÜM 3

KEMİK LEZYONLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ



Ali REİSOĞLU¹, Muhammet BOZOĞLAN²

GİRİŞ

Kemik lezyonları temel olarak beş büyük grup altında toplanır. Bunlar benign kemik tümörleri, primer malign kemik tümörleri, kemik metastazları, pseudotümöral lezyonlar ve sistemik hastalıklarda görülen kemik lezyonlarıdır.

Primer kemik tümörlerinin büyük çoğunluğu benign ve non-sempomatik oldukları için fark edilmeden kalabilir yada başka sebeple çekilen radyolojik incelemelerde tesadüfen saptanır. Bu nedenle benign kemik tümörlerinin gerçek insidansını saptamak oldukça zordur. Primer kemik maligniteleri ise bu durumun aksine, birçok ulusal kanser kayıt merkezi tarafından oldukça iyi dokümanite edilmektedir.

Kemik iliği kökenli myelom, lenfoma ve lösemi gibi gerçek kemik tümörü olmayan durumlar dışarda bırakıldığında, malign kemik tümörlerinin yıllık insidansı Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 8 / 10⁶'dır. Bu da her yıl yaklaşık İngiltere'de 500, ABD'de 2500 yeni vakaya tekabül etmektedir. Özellikle 10-20 yaş aralığında primer osteosarkomlar ve Ewing sarkomu pik yaparken, 40-80 yaş aralığında primer kondrosarkom ve daha az derecede Paget ilişkili osteosarkomlar ön plana çıkmaktadır (1)

Benign kemik tümörlerinde de belirli yaş aralıklarında artışlar görüldüğünden, hem benign hemde malign kemik tümörlerinin tanısında yaş ile birlikte, lezyonun anatomik bölgesi ve radyolojik görüntüleme bulguları birlikte değerlendirilerek çoğu durumda kesin tanıya varılabilir. Patoloji uzmanının da farklı kemik tümörlerinin yaş ve anatomik bölge eğilimleri hakkında bilgisi olması ve uyumsuzluk durumunda tanıyı gözden geçirmesi gerekir.

BENİGN KEMİK TÜMÖRLERİ

Genel olarak değerlendirildiğinde erkek/kadın oranı 1.5/1 şeklindedir. İlk dört dekatda daha fazla görülürler, ortalama yaş 18'dir. Yaşlılarda çok nadir görülürler. Daha çok diz çevresi kemiklerde yoğunlaşmakla birlikte, hem uzun hem de yassı kemiklerin hepsi etkilenebilir. En sık görülen benign kemik tümörleri kondroblastik lezyonlar (osteokondrom ve kondrom) ve osteoid osteoma'dır. Azalan sıklıkta görülen diğer benign kemik tümörleri arasında dev hücreli tümör, anevrizmal kemik kisti, fibröz displazi, histiositik fibrom, kondroblastom, hemanjiom, osteoblastom, non-ossifiye fibrom sayılabilir (2). Sık görülen bazı tümörlere aşağıda daha ayrıntılı değinilmiştir.

¹ Doç. Dr., SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, drreisoglu@gmail.com

² Op. Dr., Başasistan, SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, mbozoglan@gmail.com

Kemik metastazları tüm kemiklerde olabilir ama en sık omurga, pelvis ve uzun kemiklerin proksimalinde görülür. Bunun sebebi bu bölgelerin iyi vaskülerize olmasıdır. El ve ayak kemiklerinde metastaz çok nadirdir. El kemiklerinde metastaz görülmesi ilk olarak primer akciğer malignitelerini düşündürür (3).

SONUÇ

Kemik lezyonları benign tümörlerden malign tümörlere, pseudotümöral lezyonlardan metastazlara geniş bir spektrumda karşımıza çıkmaktadır. Çoğunluğu çok az görülen bu lezyonların tanısı için çoğunlukla biyopsi ile tanı koymak gerekse de, birçoğunun daha çok görüldüğü yaş aralıkları, daha çok görüldüğü kemikler ve anatomik lokalizasyonlar mevcuttur. Kısaca epidemiyoloji diyebileceğimiz bu özellikler toplamı sayesinde, en doğru ön tanı ile, en kısa sürede ve en doğru şekilde görüntüleme, tanı ve tedavi planları yapabilmemiz mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Dorfman HD, Czerniak B (1998). Bone tumors. St Louis, Mosby.
2. Picci P, Manfrini M, Donati DM et al (2020). Diagnosis of Musculoskeletal Tumors and Tumor-like Conditions (Second Edition) Switzerland, Springer.
3. Paulos J, Poitout DG (2021). Bone Tumors Diagnosis and Therapy Today. London:Springer-Verlag.
4. Van der Sluis R, Gurr K, Joseph, MG. Osteochondroma of the lumbar spine. Spine. 1992;17(12);1519–1521.
5. Wood VE, Molitor C, Mudge MK. Hand involvement in multiple hereditary exostosis. Hand Clinics. 1990;6(4):685–692.
6. Weiner SD. Enchondroma and chondrosarcoma of bone: clinical, radiologic, and histologic differentiation. Instr Course Lect. 2004;53:645-9.
7. Szendroi M. Giant-cell tumour of bone. J Bone Joint Surg Br. 2004 ;86(1):5–12.
8. Cottalorda J, Bourelle S. Modern concepts of primary aneurysmal bone cyst. Arch Orthop Trauma Surg. 2007;127(2):105–14.
9. Campanacci M (1999). Bone and soft tissue tumors. (Second edit). New York: Springer-Verlag.
10. Er.T. Kondroblastom ve Kondromiksoid fibrom TO-TBİD Dergisi 2013;12:526–532 doi: 10.14292/totbid.dergisi.2013.61.
11. De Mattos CBR, Angsanuntsukh C, Arkader A. Chondroblastoma and chondromyxoid fibroma. J Am Acad Orthop Surg. 2013;21(4):225–33. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-21-04-225>.
12. Capanna R, Campanacci DA, Manfrini M. Unicameral and aneurysmal bone cysts. Orthop Clin North Am. 1996;27(3):605–14.
13. Erol B, Sofulu Ö. (2020). Langerhans hücreli histiositozis. Sabah D, editör. İyi Huylu Kemik Tümörleri. (1. Baskı.. pp. 65-71). Ankara: Türkiye Klinikleri.
14. Ozaki T, Flege S, Kevric M, et al. Osteosarcoma of the pelvis: experience of the cooperative osteosarcoma study group. J Clin Oncol. 2003;21(2):334–41.
15. Terek RM. Recent advances in the basic science of chondrosarcoma. Orthop Clin North Am. 2006;37(1):9–14.
16. Erol B, Çalışkan E. Myelom, Lenfome, Lösemi .Totbid dergisi 2014;13:260-268.
17. Heck Jr R. (2008). Malignant tumors of bone. In Canale ST, Beaty JH (Eds.), Campbell's Operative Orthopaedics, (11th ed., pp. 901-38) Philadelphia: Mosby Elsevier.