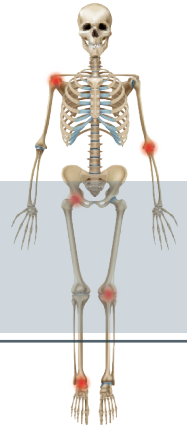


BÖLÜM 34

NONOSSİFİYE FİBROM



Cihan UÇAR¹

GİRİŞ

Non-ossifiye fibrom (NOF), kemiğin benign metafizer fibröz lezyonudur. Metafizyel fibröz defekt, kortikal desmoid ve fibröz kortikal defekt (FKD) olarak da isimlendirilmektedir. Patolojik özellikleri dikkate alındığında NOF, kemiğin Fibroxanthomas'ı olarak da adlandırılır. Bu lezyonlara kemiklerin büyüyen kısımla ilişkisi ve genelde kendiliğinden iyileşmesi nedeni ile hatalı kemik oluşumları da denilmektedir. NOF ve FKD birlikte iskelet sisteminin en sık gözlenen benign kemik lezyonlarını oluştururlar. Jaffe adolesan öncesi Non-ossifiye fibromun çok az bir kısmının metafize geçtiğini ve nadiren patolojik kırık oluşturduğunu bildirmiştir. Yine Jaffe, Hatcher ve Lichtenstein 1945 te fibroz kortikal defektin metaplazi gösteren ve osseoz değişim özelliğini kaybetmiş kemik iliği bağ dokusu hücreleri olarak ifade etmişlerdir (1,2).

EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyolojik olarak incelendiğinde FKD çocukların % 30-40 'ında görülmesine karşın cerrahi olarak tedavi edilme olasılığı çok düşüktür. Genellikle 2-10 yaş arası çocuklarda uzun kemiklerin distallerinde görülür ve genellikle kendili-

ğinden iyileşir. Erkeklerde 1.6 kat kadınlara göre fazladır. NOF ise genellikle soliter kitle halinde bulunur ve 20 yaş altında karşılaşılr.

EVRELEME

Evrelemede Enneking sınıflandırma sistemi kullanılır.

Tablo 1. Nof evreleme

Evre	
1	Sabit, İyi sınırlandırılmış sınırlar
2	Aktif, Sınırları düzensiz
3	Agresif, Belirsiz sınırlar

KLİNİK

KFD ve NOF genelde aseptomtiktir. Çocuklarda rastlantısal olarak bulunur. Sıklıkla travma sonrası çekilen grafilerde görülerek tanı alır. Tanı alan hastaların travma öncesi herhangi bir semptomu yoktur. Ağrı oluşması mekanik stres yapacak kadar büyüdüğünü gösterir (3). En sık ağrı nedeni grafilerde görülen mikrokırıklardır (4). En sık uzun kemiklerin metafizine yerleşen bu lezyonlar özellikle distal femurda sık bulunurlar. Çocuklarda ileri yaşlarda diafizde de görülme

¹ Uzm. Dr., Trabzon Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, dr_cucar@hotmail.com

takip edilirken, 5 cm den büyük ve korteks çapının %50 den fazlasını tutan lezyonlarda küretaj ve grefonaj ile tedavi daha uygun bir yöntemdir (1).

SONUÇ

Non-ossifiye fibrom (NOF), fibroz kortikal defekt ile birlikte iskelet sisteminin en sık gözlenen benign kemik tümörlerini oluştururlar. Genellikle asemptomatiktir ve tedavi gerektirmez.

KAYNAKLAR

1. Betsy M, Kupersmith LM, Springfield DS, Metaphyseal fibrous defects. J Am Acad Orthop Surg. Mar-Apr 2004;12:89-95
2. Jaffe HL, Lichtenstein L. Solitary unicameral bone cyst with emphasis on teh roentgen Picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. Arch Surg.1942;44:1004-25
3. Shimal A, Davies AM, James SL, Grimer RJ. Fatigue-type stress fractures of the lower limb associated wiyh fibrous cortical defects/non-ossifying fibromas inthe skeletally immature. Clin Radiol. 2010;65:382-6
4. Arata MA, Peterson HA, Dahlin DC. Pathological fractures through non-ossifying fibromas. Review of the Mayo Clinic experience. J Bone Joint Surg Am. 1981;63:980-8
5. Campanacci M, Laus M, Boriani S. Multiple non-ossifying fibromata with extraskkeletal anomalies: a new syndrome?. J Bone Joint Surg Br. Now 1983;65:627-32
6. Bla M, Palczewski P, Switkowski J, Golbiowski M. Cortical fibrous defects and non-ossifying fibromas in children and young adults: The analysis of radiological features in 28 cases and a review of literature. Pol J Radiol. 2011;76:32-9
7. Kransdorf MJ, Utz JA, Gilkey FW. MR appearance of fibroxanthoma. J Comput Assist Tomogr. Jul-Aug 1988;12:612-5
8. Lee S, Joo KB, Park CK, Kim TS, Bae J. A case of atypical fibroxanthoma of subungual type: ultrasound and magnetic resonance imaging findings. Clin imaging 2013;37:155-8
9. Hetts SW, Hilchey SD, Wilson R, et al. Case 110: Non-ossifying fibroma. Radiology 2007;243 (1):288-92
10. Hod N, Levi Y, Fire G. Scintigraphic characteristics of non-ossifying fibroma in military recruits undergoing bone scintigraphy for suspected stress fracture and lower limb pains. Nucl Med Commun 2007;28 (1):25-33
11. Dorfman hd, Czerniak B. Fibrous dysplasia and related lesions, fibrous and fibrohistiocytic lesions, vascular lesions, Miscellaneous mesenchymal tumors. Bone Tumors. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders;2016.p.570-691, 903-19, 1100-5.