



## BÖLÜM 7

### OMUZUN NEOPLASTİK HASTALIKLARI

Sabri BATIN<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Omuz, temel olarak 3 ana kemik olan skapula, klavikula ve humerusun üst ucu ile bu kemik yapıları çevreleyen yumuşak dokuları içerir. Bu yapılardan özellikle klavikula ve skapulada görülen tümörler çok daha nadir olup humerus proksimali nispeten daha sık görüldüğü yerdir.

Neoplastik oluşumlar mezenşimal hücrelerden, endodermden ve ektodermden gelişebilir. Hücrelerdeki genetik düzenleyici sistem bozukluğuna uğramış tek bir hücrenin monoklonal olarak çoğalmasıyla oluşur. Bu durum bazen vücut tarafından kontrol altına alınarak benign tümör oluşumuna, bazen kendi içinde agresif olan tümör oluşumuna, bazen de kontrol altına alınamayan malign tümör oluşumuna neden olabilir (1,2).

#### HASTA DEĞERLENDİRİLMESİ

Öncelikle ayrıntılı bir öykü alınmalıdır. Daha sonra detaylı bir fizik muayene yapılmalı, şüphelenilen tümöre yönelik radyolojik tetkikler istenmeli, eğer malignite düşünülüyorsa evreleme tetkikleri ve histopatolojik tanı işlemleri yapılmalıdır. Klinikte hastaların en sık başvuru şekli ağrıdır. Buna şişlik ve hareket kısıtlılığı da eşlik eder. Ayrıca hastalar patolojik kırık, kas atrofisi ve deforme ile de başvurabilirler.

#### Klinik Hikaye

- Yaş:** Bazı tümörler belirli yaş aralığında görülür ve tümörlerin sıklığı yaş aralığına göre değişkenlik gösterir.
- Şikayetin süresi:** Uzun süreli var olan şikayetler benign bir durumu akla getirirken akut gelişen şikayetler malign tümörleri düşündürür.
- Büyüme hızı:** Ağrılı ve kısa sürede büyüme gösteren yumuşak doku kitlesi maligniteyi düşündürür. Ayırıcı tanıda enfeksiyon-inflamasyon ve hematoma da düşünülmelidir.
- Ağrı:** Tümöral ağrılar genellikle künt ve sürekli. Mekanik ağrılar ise travma ile artıp, istirahat ile azalır. Benign lezyonlar kortekse zarar vermişse ağrı genellikle aktivite ile ortaya çıkar ve istirahat ile geçer. Malignlerde ağrı başlangıçta aktivite ile artış gösterebilir, daha sonra progresyonla devamlı ve gittikçe artış gösteren şekile dönüşebilir. İstirahat halinde oluşan ağrı ve özellikle gece ağrısına palpasyon veya hafif egzersiz ile artan ağrı eşlik ediyorsa malignite düşündürülebilir.
- Travma hikayesi:** Açık yaralanma sonrası oluşan şikayetlerde osteomyelit ekarte edilmelidir.
- Kişisel veya Ailesel kanser hikayesi:** Başka bir organ malignitesi olan hastalarda (prostat,

<sup>1</sup> Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Tıp Fakültesi, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD., dr.ortopedi@hotmail.com

ya, tendon kılıfı ve bursa kaynaklıdır. Sıklıkla diz, ayak bileği ve ayakta görülürken nadiren omuz çevresinde de görülebilir. Diğer yumuşak doku sarkomlarından farklı olarak ekstremite distallerinde daha siktir. Undiferansiye tip hızlı, diğerleri ise yavaş büyüme gösterir. Akciğer, lenf nodu, iskelet metastazları siktir. İleri yaş, 5 cm'den büyük olması, proksimalde olması, kötü diferansiasyon ise kötü prognoz kriterleridir. Hastaların önemli bir kısmı tanı anında metastaz yapmıştır. Tedavide agresif davranmak hatta amputasyon düşünmek gerekir (8,20,21).

### KAYNAKLAR

1. Erol B, Aydemir N. Selim kemik tümörleri: Sınıflama, klinik ve radyolojik özellikler, biyopsi. (Benign bone tumors: classification, clinical and radiological findings, biopsy). *TOTBİD Dergisi*. 2013; 12:490-500.
2. Dabak N, Göçer, H, Çıraklı A. İyi huylu kemik tümörlerinde evreleme ve cerrahi tedavi prensipleri (Principles of surgical treatment of benign bone tumours and staging). *TOTBİD Dergisi*. 2013; 12:490-508.
3. Öztürk R, Arıkan ŞM, Toğral G, Güngör BŞ. Omuz Kuşağı Yerleşimli Malign Kas İskelet Sistemi Tümörlerin Dağılımı Ve Değerlendirilmesi. *Acta Oncologica Turcica*. 2018;51(2):166-70.
4. Yenigül AE, Bilgen MS. Skapulada Yerleşen Tümör ve Tümör Benzeri Lezyonlara Genel Bakış; Bir Üniversite Hastanesinin Deneyimi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021;47(3):389-92.
5. Öztürk R, Bulut EK, Ateş ÖF, Güngör BŞ. A Simple Bone Cyst of the Acromion: Case Report. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)*. 2021 Apr;56(2):263-267. doi: 10.1055/s-0040-1715516.
6. Meller I, Bickels J, Kollender Y, Ovadia D, Oren R, Mozes M. Malignant bone and soft tissue tumors of the shoulder girdle. A retrospective analysis of 30 operated cases. *Acta Orthop Scand*. 1997 Aug;68(4):374-80. doi: 10.3109/17453679708996180.
7. Taira H, Yoshida S, Takasita M, Tsumura H, Torisu T. Limb salvage for malignant bone and soft-tissue tumours of the shoulder girdle. *Int Orthop*. 2003;27(3):136-40. doi: 10.1007/s00264-002-0425-6.
8. Holzapfel K, Regler J, Baum T, Rechl H, Specht K, Haller B, et al. Local Staging of Soft-Tissue Sarcoma: Emphasis on Assessment of Neurovascular Encasement-Value of MR Imaging in 174 Confirmed Cases. *Radiology*. 2015 May;275(2):501-9. doi: 10.1148/radiol.14140510.
9. Rajiah P, Ilaslan H, Sundaram M. Imaging of primary malignant bone tumors (nonhematological). *Radiol Clin North Am*. 2011 Nov;49(6):1135-61, v. doi: 10.1016/j.rcl.2011.07.003.
10. Erol B, Dormans JP. Musculoskeletal tumors in children. In: Dormans JP, editor. *Core knowledge in orthopaedics*. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2005. 291-336.
11. Heck Jr R. General principles of tumors. In: Canale ST, Beaty JH, editors. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 11th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008. 775-854.
12. Ragsdale BD, Madewell JE, Sweet DE. Radiologic and pathologic analysis of solitary bone lesions: Part II: periosteal reactions. *Radiol Clin North Am* 1981;19(4):749-83.
13. Wilkins RM. Treatment of Bening Bone Tumors. In: Menendez LR, editor. *Orthopaedic Knowledge Update Musculoskeletal Tumors*. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2002.77-85.
14. Vaquerizo V, Abril JC, Ramirez A, Montes E. Adjuvant treatment with phenol of aggressive benign and low grade malignant bone tumors in patients with immature skeleton. *Acta Ortop Mex* 2012;26(2):107-11.
15. Karaca MO, Başarır K. Osteoid osteom. In Sabah D, ed. *İyi Huylu Kemik Tümörleri*. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020:26-30.
16. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editors. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press; 2002. p.225-26
17. Enneking WF. Benign Skeletal Lesions, Nonossifying Fibroma. In: Enneking WF, editor. *Clinical Musculoskeletal Pathology*. Rev. 3rd ed. Gainesville, FL: University of Florida Press; 1990. p.302-6.
18. Prosser GH, Baloch KG, Tillman RM, Carter SR, Grimmer RJ. Does curettage without adjuvant therapy provide low recurrence rates in giant-cell tumors of bone? *Clin Orthop Relat Res* 2005;435:211-8.
19. Jones KB, DeYoung BR, Morcuende JA, Buckwalter JA. Ethanol as a local adjuvant for giant cell tumor of bone. *Iowa Orthop J* 2006;26:69-76.
20. Zhen W, Yaotian H, Songjian L, Ge L, Qingliang W. Giant-cell tumour of bone. The long-term results of treatment by curettage and bone graft. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86:212-6.
21. Teixeira LE, Vilela JC, Miranda RH, Gomes AH, Costa FA, De Faria VC. Dev hücreli kemik tümörü: Lokal nüks ile ilişkili olan cerrahi dışı faktörler. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*. 2014;48(2):136-40.