

Göğüs Duvarında Osteokondrom; 11 Olgu

Menduh ORUÇ^a, Fatih METEROĞLU, Ahmet ERBEY, Atalay ŞAHİN, Serdar ONAT, Refik ÜLKÜ

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET

Amaç: Cerrahi olarak tedavi ettiğimiz göğüs duvarında osteokondromlu vakaların değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2010-2014 yılları arasında göğüs duvarı kitlesi olup osteokondrom tanısı alan hastaların cinsiyet, yaş, klinik muayene, radyolojik grafikleri ve cerrahi sonuçlarını retrospektif olarak inceledik. Total eksizyon sonrası oluşan boşluğu primer olarak kapatmak için prostetik materyal kullanıldı.

Bulgular: Sekizi erkek, üçü kadın olan 11 hastanın yaş ortalaması 27.4 idi. Ameliyat sonrası takip süremiz ortalama 3 yıl idi. Olguların yakınma süresi ortalama 3 ay idi. Hastaların çoğunluğunda yavaş ve ağrısız şişkinlik şikâyeti vardı. Dört hastada basmakla hassasiyet mevcuttu. On hastanın lezyonu kaburgalarla sınırlıyken bir hastamızın lezyonu skapulada yerleşmişti. Dört hastanın lezyonu ikiden fazla kaburgayı tutmuştu.

Sonuç: Osteokondromların maligniteye dönüşme potansiyelleri vardır. Bunları kondro sarkomdan ayırmak bazen zor olabilir. Bu yüzden kostakartilajından kaynaklanan tümörler erkenden cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Osteokondrom, Kaburga, Protetik.

ABSTRACT

Osteochondroma in The Chest Wall: 11 Cases

Objective: We aimed to evaluate the cases of with osteochondroma on the chest wall which we have surgically treated.

Material and Method: We studied, gender, age, clinical examinations, radiological graphics and operative outcomes, of the patients with chestwall tumors diagnosed as osteochondroma, retrospectively between the years old 2010-2014. Prosthetic material was used to close the gap occurring after total excision.

Results: They were 8 males and 3 female with a mean age of 27,4 years. The mean follow up was three years after surgery and the mean symptomatic duration was three months. A slowly growing lump without pain was seen in most patients. However, tenderness on pressure was found in 4 patients. The lesion was at theribs in 10 patients and scapula in one patient. The lesion involved more than two ribs in 4 patients.

Conclusion: Osteochondromas have malignant potential and it is difficult to be differentiated from chondrosarcomas, therefore, tumors originating from costal cartilages have to be surgically removed.

Key Words: Osteochondroma, Rib, Prostetic.

Osteokondrom (OK) genel pulasyonun %3 ünde görülür. Tüm kemik tümörlerinin %10-15 inde ve benign kemik tümörlerinin %30 undan fazlasını oluştururlar. Uzun kemikler dışında nadir görülür. Kaburga lokalizasyonlardaki osteokondromlar ağrı kliniği ile karşımıza çıkabilmektedir. Kaburga OK % 1 den az görülür. OK genellikle uzun kemiklerin metafiz bölgelerinde (kartilaj kısmında) meydana gelir. Kaburga lezyonlarının %1 in den azı OK dur. Genellikle çocuklarda veya ergenlerde görülür. Yaşlılarda ise nadir görülür (1, 2). Göğüs duvarı tümörleri yüzeysel, derin yumuşak dokulardan, kemik ve kıkırdak yapılardan köken alabilir. Göğüs duvarının kıkırdak kökenli benign tümörleri kondromlar, osteokondromlar ve kondromiksoïdfibromalardır (3). Bu çalışmanın amacı; Göğüs duvarında osteokondrom tanısı konmuş ve cerrahi olarak tedavi edilmiş vakaların retrospektif olarak incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde 2010-2014 yılları arasında OK tanılı 11 hasta etik kurul onayı alınarak retrospektif olarak incelendi. Göğüs duvarında şişlik şikâyeti ile gelen hastaların tümüne öncelikli olarak posterior-anterior akciğer grafisi çekildi. Ayrıca tanıyı teyit için bilgisayarlı toraks tomografisi (BT) çekildi. Biyopsi ile tanı konulmadan önce iki hastamızın bilgisayarlı toraks tomografilerinde diyaframdan net ayırım için akciğer manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Radyolojik olarak kitle tespit edilen hastalara operasyon hazırlığı yapıldı. Tüm hastalara transtorasik ince iğne biyopsisi ya da insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi tanısı OK olarak gelen hastalara operasyon hazırlığı yapıldı. Tüm hastalarda kitlenin seviyesine göre torakotomi yapıldı. Olguların özgeçmişleri, yaş, cinsiyet, tümörün yerleşim yeri, yakınma süresi, ağrı, yapılan tedavi,

^a Yazışma Adresi: Dr. Menduh ORUÇ, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye
Tel: 0 412 248 80 01
Geliş Tarihi/Received: 08.07.2014

e-mail: menduhor@hotmail.com
Kabul Tarihi/Accepted: 25.09.2014

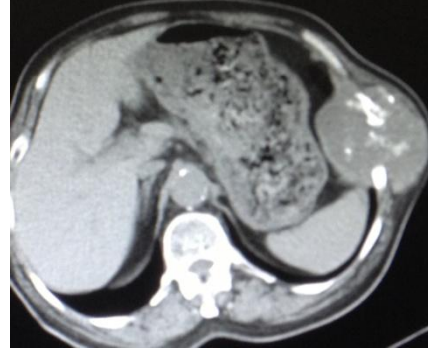
patolojik tanı, takip süresi, nüks gibi parametreleri incelendi.

BULGULAR

Hastaların 8'i erkek ve 3'ü kadın olup yaş ortalaması 27.4 yıl idi. Hastalarımızın 7'si (%63) şişkinlik şikâyeti, 2'sinde (%18.1) hareketle ağrı şikâyeti, 4 (%36.3) hastamız asemptomatik olarak değerlendirildi (Tablo 1). On hastanın lezyonu kaburgalarla sınırlıyken bir hastamızın lezyonu skapulada idi. Dört hastamızın BT'de akciğer parankimine, diyafragma ve perikarda bası mevcuttu. Diğer hastalarımızın BT'lerinde düzgün sınırlı kapsüllü lezyon mevcuttu. Bir hastamızda BT'de skapula da kostal yüzeyde şapka görüntüsü veren ekzositozla uyumlu görünüm mevcuttu. Operasyon öncesi preoperatif olarak insizyonel biyopsi yapıldı. Sadece skapuladaki lezyondan biyopsi alınmadı. Patolojileri OK geldi. İleri yaşı olan, kitlesi giderek büyüyen ve ağrısı olan bir hastanın sol 7, 8, 9, 10 nolu kaburgaları torakotomi yapılarak kitle ile birlikte çıkarıldı (Resim 1). Yaklaşık 12x12 cm'lik göğüs duvarı defekti oluştu. Toraks duvarındaki defekti prostetik materyal ile kapatıldı (Resim 2). Bir diğer hastanın sol taraf 9-10-11 nolu kaburgaları torakotomi yapılarak total çıkarıldı, oluşan 8x7 cm'lik defekt prostetik materyal ile kapatıldı. Başka bir hastanın 6-7-8 nolu kaburgası aynı şekilde çıkarıldı. Bu hastada da prostetik greft uygulandı (Tablo 2). Hastalarımızın toraks duvarı defektine mersilen-mesh arasına metil metakrilatlı sandviç greft uygulanarak rekonstrüksiyon yapıldı. Hastalardan birinin kitlesi sağ skapulada idi. Diğer hastaların cerrahi sonrası oluşan defekti küçük olduğu veya skapulanın altında olduğundan dolayı prostetik materyale gerek duyulmadı. Postoperatif bir hastada enfeksiyon nedeniyle medikal tedavi yapıldı, yara yerinden kültür alındı. Kültürde üreme olmadı, günlük pansumanlarla takip edildi. Prostetik materyal çıkarılmasına gerek kalmadı. Bu hastamız 21 gün hastanede yatarken, diğer hastalarımız ortalama 8 gün sonra taburcu edildiler. Ortalama ameliyat sonrası takip süremiz 3 yıl idi. Postoperatif hastaların takibinde greft uyguladığımız hastalarımız önceleri 3 ay ara ile takibe geldiler, herhangi bir enfeksiyon gelişmemesi üzerine hastalar altı ay ve bir yıllık kontrollere çağrıldılar. Greft uygulamadığımız hastalarımız yıllık kontrollere çağrıldılar.

Tablo1. Semptomlar

Yakınma	Hasta	Yüzde (%)
Şişkinlik	7	63
Ağrı	2	18
Ağrı /şişkinlik	4	36
Asemptomatik	4	36



Resim1. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografi görüntüsü



Resim 2. Postoperatif bilgisayarlı toraks tomografi görüntüsü

Tablo 2. Hastaların cinsiyeti, yaşı, lezyonun lokalizasyonu

N	Taraf	Cinsiyet	Yaş	Yeri
1	Sağ	Erkek	24	11-12. kaburga
2	Sol	Kadın	6	6. kaburga
3	Sağ	Erkek	7	Skapula
4	Sağ	Erkek	26	7-8. kaburga
5	Sol	Kadın	29	4. kaburga
6	Sağ	Erkek	38	6-7-8.kaburga (Prolen® mesh)
7	Sol	Erkek	24	9-10-11 kaburga (Prolen® mesh)
8	Sol	Erkek	58	7-8-9-10.kaburga (Prolen® mesh)
9	Sol	Erkek	18	4-5-6. kaburga (Prolen® mesh)
10	Sağ	Erkek	41	6-7.kaburga
11	Sol	Kadın	31	5. kaburga

TARTIŞMA

OK sık görülen iyi huylu kemik tümürüdür. Soliter OK genellikle femur, humerus, tibia gibi kemiklerin metafizer bölgelerinde oluşur. Diğer kemiklerde ise nadir görülür (1, 2). Klinik olarak ağrısızdır. Semptomatik olgularda palpe edilebilen kitle yanında ağrı ve bazen komşu sinir basısına bağlı nörolojik bulgular görülmektedir. Uzun kemikler dışındaki nadir görülen kaburga gibi lokalizasyonlardaki OK lar ağrı kliniği ile karşımıza çıkabilmektedir (4). Çalışmamızda 10 hastamızın kaburgalarda OK görülürken bir hastamızda skapulada görüldü. Yedi hastanın birden fazla kaburgasında kitle mevcutken, üç hastanın tek kaburgasında lezyon vardı.

Genellikle OK asemptomatik olarak bilinmesine karşın kemik kırıkları, iskelet deformitesi, eklem

problemleri ile birlikte görülebilir. OK da vasküler komplikasyonlar (psödo anevrizmalar, venöz arter trombozları) ve nörolojik problemler (spinalkord basısı) görülebilir (1, 2). Kaburgalardaki OK lar genelde kostokondral bileşkede görülür ve ciddi göğüs ağrısı, pnomotoraks, torasik outlet sendromu, ampiyem, hemotoraks, diyafragma laserasyonu ve rüptürüne neden olabilirler (4). Ayrıca kemoterapi, radyoterapi ve kemik iliği nakli sonrasında da OK görülebileceği bildirilmektedir (5). Çalışmamızda mevcut komplikasyonlar görülmedi. Ancak kitlenin büyüklüğü dolayısı ile nefes darlığı, karın ağrısı ve dispeptik şikâyetleri diyafragma bası sonucuna bağladık. Bir hastamızda skapulada 4 ay devam eden hareket ile şiddetlenen şiddetli sırt ağrısı mevcuttu.

Her OK kıkırdak bir yapı ile kaplıdır. Uzun kemikte büyüme plağına yakın, dış tarafa doğru büyür. Matrisinde normalde trabeküler kemik mevcuttur (4, 6). Radyolojik olarak ana kemik ile bağlantılı kitle tespit edilir. Akciğer röntgeni gerçek lokalizasyonu belirlemede yetersizdir. BT ve MR ile yerleşim, komşu dokularla ilişkisi ve morfolojisi daha net belirlenir (7). Çalışmamızda akciğer grafisi ile kitlenin görünümü tespit edildi. Ancak kas, batin organları ve diyaframa ilişkisi net olarak tespit edemedik. Bundan dolayı hastalarımıza BT çekildi. Bazı hastalarımızın diyaframa ve büyük damarlarla ilişkisinin ayırımı için toraks manyetik rezonans görüntüleme çekildi.

Neoplastik sebeplerle yapılan göğüs duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonunda, tümöral dokunun tam olarak çıkarılması ve uygun materyal seçimiyle yapılan rekonstrüksiyon, başarılı bir sonuç için temel ilkeleri oluşturmaktadır (8).

Toraks duvarı defektlerinde rekonstrüksiyonun amacı toraks duvarının stabilitesi korumak, paradoksal solunumu engellemek ve fizyolojik solunumun sağlanmasına yardımcı olmaktır. Ayrıca intratorasik

organları dış etkenlerden korumak ve kozmetik olarak dış görünümün düzeltilmesi sağlamaktır. Özellikle anterior ve anterolateral 3.-7. kaburgaların cerrahi olarak alınmasından sonra 5 cm. nin üzerindeki geniş toraks duvarı defektlerinde paradoks solunum daha kolay gelişmektedir. Toraks duvarı posteriorunda ise skapula altındaki toraks duvarı rezeksiyonlarında oluşan defektlerde, skapula destek görevi gördüğünden paradoks solunum görülmez. Paravertebral bölgedeki defektlerde de, bu bölgedeki kas grupları paradoks solunumu engellediği için prostetik greft gerekmez (9). Çalışmamızda 4 hastanın toraks duvarı defekti 5-10 cm arasında idi. Malignite potansiyelinden dolayı kitle tamamen çıkartıldı. Mersilen mesh + metilmetakrilat infeksiyonlara dirençli ve radyolüsent yapıda olduğundan dolayı tercih ettik (10). Mersilen meshin yumuşaklığı, kolay şekil verilebilmesi, ısıya ve gerginliğe dayanıklılığı nedeniyle kullanılabilir. Sandviç greft oluşturulurken mersilen mesh yara iyileşmesi sırasında oldukça az doku reaksiyonu vermektedir (11). Bu yüzden rekonstrüksiyon yaptığımız hastalara mersilen mesh+metil metakrilat tercih ettik, postoperatif 4. yılında hiçbir hastamızda komplikasyon gelişmedi.

Yaşlılardaki OK ların malignite potansiyelleri vardır, OK un kondro sarkomdan ayırmak bazen zor olabilir, eğer hastaların pre-medikasyonları normal ise kaburga kartilajından kaynaklanan tümörler erkenden rezeksiyonla edilmelidir (12).

Sonuç olarak OK lar malignite potansiyeli taşıyabilir, dev boyutlara ulaşabilir ve komşu organlara bası yapabilirler. Bunun için OK ların total olarak çıkartılmaları gerekir. Oluşan toraks duvarı defektinin paradoks solunuma neden olmaması için uygun prostetik materyalin kullanılması gerekir. Kullanılan bu greftlerin yara iyileşmesi kolaylaştırılması, sonradan enfeksiyon gelişmemesi, normal doku ile uyumlu olması ve ağrı yapmaması öncelikli olmalıdır

KAYNAKLAR

1. Kitsoulis P, Galani V, Stefanaki K, et al. Osteochondromas: review of the clinical, radiologic and pathological features. *In Vivo* 2008; 22: 633.
2. Mavrogenis AF, Papagelopoulos PJ, Soucacos PN. Skeletal osteochondroma revisited. *Orthopedics* 2008; 31: 10.
3. Bertoni F, Bacchini P. Classification of bone tumors. *Eur J Radiology* 1998; 27: 74-6.
4. Jin W, Hyun SY, Ryoo E, et al. Costal osteochondroma presenting as hemo-thorax and diaphragmatic laceration. *Pediatr Radiol* 2005; 35: 706-9.
5. Poustchi-Amin M, Leonidas JC, Elkowitz SS. Simultaneous occurrence of osteosarcoma and osteochondroma following treatment of neuroblastoma with chemotherapy, radiotherapy, and bone marrow transplantation. *Pediatr Radiol* 1996; 26: 155-7.
6. Demircan S, Kurul İC, Yorgancılar CD ve ark. Kosta kökenli osteokondrom olgusu. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2008; 16: 131-2.
7. Aithal VK, Bhaskaranand K. Osteochondroma of the first rib presenting as a prominent clavicle. A report of 2 cases. *Int Orthop* 1999; 23: 66-7.
8. Lardinois D, Muller M, Furrer M, et al. Functional assesment of chest wall integrity after methyl methacrylate construction. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 919-23.
9. Akay H, Cangir AK, Kutlay, et al. Surgical treatment of peripheral lung cancer adherent to the parietal pleura. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 615-20.
10. Puma F, Ragusa M. Chest Wall stabilization with synthetic absorbable material. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 408-11.
11. El-Toukhy E, Salaem M, El-Shewy T, et al. Mersilene mesh sling as an alternative to autogenous fascia lata in the management of ptosis. *Eye* 2001; 15: 178-82.
12. Kikuchi R, Mino N, Matsukura T, Hirai T. Resected osteochondroma of the rib in an elderly patient. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 58: 588-91.