

Dorsal Radikülopatinin Ayırıcı Tanısında Osteoid Osteoma

Osteoid Osteoma at the Differential Diagnosis of Dorsal Radiculopathy: Case Report

Zeynep İYİGÜN ERDOĞAN,^a
Emel KAYA,^b
Levent ÖZGÖNENEL,^a
Fusun UYSAL^c

^aFiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,

^bRadyoloji AD,

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi

^cFizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,
İstanbul Florence Nightingale Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 27.01.2016

Kabul Tarihi/Accepted: 04.03.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:

Zeynep İYİGÜN ERDOĞAN

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,

İstanbul, TÜRKİYE

drzeynepdogan@yahoo.com

ÖZET Osteoid osteoma torakal omurgada nadiren görülen küçük, benign bir kemik tümörüdür. Klinik belirtisi genellikle salisilatlarla iyi yanıt veren gece ağrısıdır. Bu çalışmada, klinik olarak ağrının yanı sıra radiküler semptomların da eşlik ettiği bir torakal vertebra osteoid osteoma olgusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Osteoid osteoma; radikülopati; sırt ağrısı; rehabilitasyon

ABSTRACT Osteoid osteoma is a small benign bone tumor that is rarely seen in thoracic spine. The initiation clinical symptom is generally night pain that relieves with salicylates. In this report, an osteoid osteoma of the thoracic vertebra presenting with with radicular symptoms along with pain will be discussed.

Key Words: Osteoid osteoma; radiculopathy; back pain; rehabilitation

J PMR Sci 2016;19(3):212-5

Osteoid osteoma, ilk kez 1935 yılında Jaffe tarafından tanımlanan ve tüm kemik tümörlerinin %2-3'ünü, benign kemik tümörlerinin ise %10-20'lik bir kısmını oluşturan iyi sınırlı küçük bir tümördür.¹ Hastaların çoğunluğu çocukluk ve adolesan çağıdadır. Osteoid osteomaların %10-20'sinde yerleşim aksiyel iskelette olmaktadır. Aksiyel iskelette en sık lomber bölgede görülmekle beraber, omurganın tüm bölgelerini tutabilmektedir.² Omurgada tümör, vertebranın posterior elemanlarında daha sık görülmektedir.³

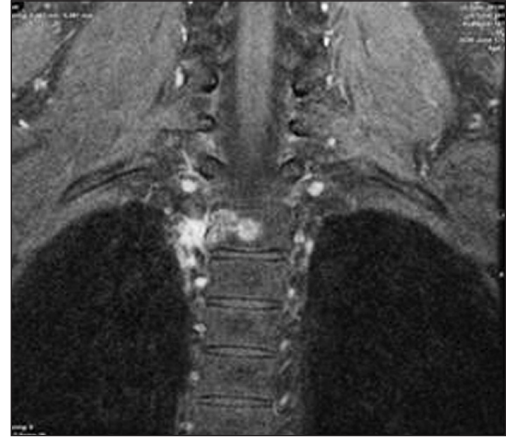
Hastaların başvuru şikâyeti çoğunlukla ağrıdır. Ağrının tipik özelliği, şiddetinin geceleri artması ve asetilsalisilik aside ve diğer nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) çoğunlukla iyi yanıt vermesidir. Osteoid osteomanın bu klasik klinik semptomlarının yanında radikülopati kliniği ile de bulgu verebileceği literatürde bulunmaktadır.

Bu çalışmada, kliniğimize sırt ağrısı ile başvuran ve muayenesinde dermatomal hipoestezi saptanan 34 yaşındaki bir erkek olgu tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

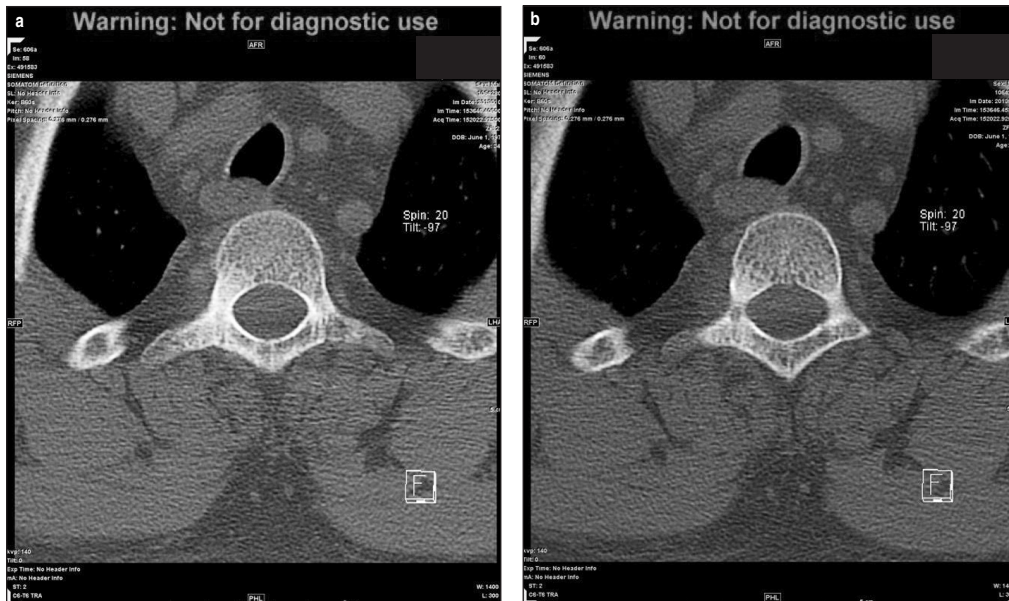
Otuz dört yaşındaki erkek olgunun başvuru şikâyeti iki aydır giderek artan, boynun alt bölgesinden başlayıp interskapular bölgeye kadar yayılan ağrı idi. Olgu, ağrının sürekli olduğunu, ayakta durma ve masa başında oturma esnasında arttığını, gece uykudan uyandırdığını belirtiyordu. Ağrılar tiyokolşikosid ve parasetamol kullanımına ve yedi seans fizik tedavi ajanı (transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu, ultrasonografi, yüzeysel sıcak) uygulamasına yanıt vermemiş ve giderek artış göstermişti. Kas-iskelet sistemi değerlendirmesinde romboid kaslar üzerinde miyofasiyal tetik noktalar ve iki taraflı trapezius kaslarında spazm dışında bulgu saptanmaz iken, nörolojik muayenesinde sağda torakal (T) 2 ve 3 köklerine ait dermatomal alanlarda hipoestezi mevcuttu. Olgunun sistemik değerlendirmesinde başka patoloji saptanmadı.

Torakal spinal kök irritasyonu ön tanısı ile torakal omurga manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenen olguda T2 ve T3 vertebra posterior elemanlarında, sağ paravertebral yumuşak doku komponentinin de eşlik ettiği kemik lezyonları izlendi (Resim 1). Bu bulgularla olgunun bilgisayarlı



RESİM 1: T2 manyetik rezonans sekanslarında T2 vertebra korpusu sağ posterior bölümünde, sağ pedikül, süperior artiküler proçes, pars interartikularis, transvers proçes ve bilateral laminalarda ödem ile uyumlu sinyal intensite artışı.

tomografi (BT) ile incelenmesine karar verildi. BT'de, T2 vertebra pedikül-pars interartikularis bileşkesinde ve inferior kortekste T3 vertebra süperior artiküler proçesin süperior ucu hizasında, sklerotik zeminde 5 mm boyutunda, santralinde radyolüsent nidus ile uyumlu odak olan görünüm saptanması üzerine osteoid osteoma ön tanısı ile dinamik kontrastlı MRG uygulandı (Resim 2a, b). Dinamik incelemede mevcut lezyonun osteoid osteoma için tipik



RESİM 2: Kemik pencere, aksiyel bilgisayarlı tomografi görüntülerinde solda a) T2 vertebra sağ pedikül- pars interartikularis bileşkesinde, sklerotik lezyon alanı ve sağda b) zemin santralinde 5 mm boyutunda, santralinde radyolüsent nidus görülmektedir.

olarak arteriyel fazda kontrast tutup, erken kontrast kaybı gösterdiği saptandı. Olguya incelemeler sonunda osteoid osteoma tanısı ile NSAİİ başlandı ve cerrahi konusunda bilgilendirildi. İki hafta sonunda yapılan kontrol değerlendirmesinde ağrılarında %60 azalma belirtmesi üzerine izleme alındı.

TARTIŞMA

Sırt ağrısı ile başvuran genç erişkin erkek hastada postür bozukluğu, skolyoz, miyofasiyal ağrı sendromu, torakal vertebraların disk hernileri, malignitelerin metastazları ve primer torakal bölge tümörleri, mediastene ve akciğerlere ait patolojiler gibi geniş bir ayırıcı tanı listesi mevcuttur. Bunlar arasından doğru tanıyı koymak için çoğu zaman ayrıntılı fizik muayene yeterli olmasına rağmen, malignite gibi erken tanının yaşamsal önemi olduğu durumlarda tespit için görüntüleme ve laboratuvar testlerine gerek duyulmaktadır.

Olgumuzda gece ağrısı ve torakal dermatomal hipoestezi saptanması nedeni ile ön tanıda spinal sinirlere bası yapan lezyon olabileceği düşünülmüş ve ayırıcı tanı için torakal omurga MRG istenmiştir. MRG ve daha sonra yapılan BT ve dinamik MRG'lerde, osteoid osteomaya yönelik spesifik görünümünün saptanması ile tanı konmuştur. Görüntüleme tetkiklerinde osteoid osteoma tanısı doğrulandığı için, tanıda yeri olan kemik sintigrafisine gerek görülmemiştir.

Osteoid osteomaların %50'den fazlası uzun kemiklerde görülmekle birlikte, sadece %10'u vertebralardan kaynaklanmaktadır. Bunların %59'u lomber vertebralarda, %12'si ise torakal vertebralarda gözlenmektedir.⁴ Görülme yaşı daha çok hayatın ikinci ve üçüncü dekatları olmakla beraber, daha erken veya ileri yaşlarda da görülebilmekte-

dir. Hastalığın başlangıç semptomu çoğunlukla ağrıdır. Ağrı, geceleri daha şiddetlenen ve salisilatlarla iyi yanıt veren karakterdedir. Spinal yerleşimli tümörlerde ağrılı skolyoz diğer bir semptomdur. Olgumuzda ağrı, geceleri belirginleşen ve fizik tedavi modalitelerine yanıt vermeyen karakterde idi. Osteoid osteomanın bu klasik klinik belirtileri ile beraber, literatürde lezyon yerine göre klinik semptomların değişebildiği, örneğin; sakrum lokalizasyonunda sakroileit benzeri bulgular, omurga lokalizasyonunda radikülit benzeri bulgular ya da distal radius yerleşiminde karpal tünel sendromu kliniği gösterebildiği belirtilmiştir.⁵⁻⁷

Osteoid osteomanın klasik ağrısının tümörün nidusundan salınan prostaglandin E2 ve prostasiklin nedeni ile olduğu düşünülmektedir.⁸ Spinal yerleşimli tümörlerde mevcut radikülopati bulgusu ise özellikle foramene yakın yerleşimli tümörlerde prostaglandin ve prostasiklin tarafından oluşturulan doku ödeminin sinir kökü irritasyonu oluşması ile açıklanmaktadır.⁶ Olgumuzda da tümör küçük boyutlu olmasına rağmen nöral foramen ve paravertebral alana uzanan doku ödemi gözlenmiştir. Olgunun kliniğindeki mevcut dermatomal hipoestezi bu bulgu ile açıklanabilir.

Osteoid osteomanın tedavisinde konservatif tedaviler veya cerrahi olarak lezyonun çıkarılması düşünülebilir. Olgumuzda şikâyetler NSAİİ tedavisi ile gerilediğinden ve skolyoz gibi omurga deformitesi olmadığından konservatif yaklaşımla izlenmiştir.

Sonuç olarak, osteoid osteoma nadir görülen bir tümör olmasına rağmen, yerleşim yerinin çeşitliliği ve klinik bulguları nedeni ile klinikte daha sık rastlanan disk hernileri gibi durumlarla karışabilir. Bu nedenle, radiküler bulgularla gelen bir hastada ayırıcı tanı listesinde yer alması gerekir.

KAYNAKLAR

1. Ghanem I. The management of osteoid osteoma: updates and controversies. *Curr Opin Pediatr* 2006;18(1):36-41.
2. Erlemann R. Imaging and differential diagnosis of primary bone tumors and tumor-like lesions of the spine. *Eur J Radiol* 2006;58(1):48-57.
3. Ropper AE, Cahill KS, Hanna JW, McCarthy EF, Gokaslan ZL, Chi JH. Primary vertebral tumors: a review of epidemiologic, histological, and imaging findings, part I: benign tumors. *Neurosurgery* 2011;69(6):1171-80.
4. Thakur NA, Daniels AH, Schiller J, Valdes MA, Czerwejn JK, Schiller A, et al. Benign tumors of the spine. *J Am Acad Orthop Surg* 2012;20(11):715-24.
5. Özkoç G. Osteoid osteoma of the sacrum mimicking sacroileitis: A case report. *Turk J Rheumatol* 2013;28(1):51-3.
6. Zenmyo M, Yamamoto T, Ishidou Y, Komiya S, Ijiri K. Osteoid osteoma near the intervertebral foramen may induce radiculopathy through tumorous inflammation. *Diagn Pathol* 2011;6:10.
7. Basran SS, Kumar S, Jameel J, Sajid I. Carpal tunnel syndrome: A rare manifestation of distal radius osteoid osteoma. *J Clin Orthop Trauma* 2015;6(3):190-4.
8. Greco F, Tamburrelli F, Ciabottoni G. Prostaglandins in osteoid osteoma. *Int Orthop* 1991;15(1):35-7.