

# İlginç Bir Toraks Duvarı Tümörü Olgusu; Ksifoid Yerleşimli Osteokondrom

## A Case of Unusual Chest Wall Tumor; Xyphoidal Osteochondroma

Cemil Deniz Yorgancılar, Ali Çelik, Özgür Karakurt, İsmail Cüneyt Kurul, Sedat Demircan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZET

Kırkiki yaşında erkek hasta altı aydır devam eden ksifoidde ağrı, hassasiyet ve şişlik yakınmaları ile başvurdu. Radyolojik değerlendirmeler ön planda benign patolojileri düşündürür nitelikteydi. Lezyonda büyüme tespit edilince cerrahi eksizyon yapıldı. Histopatolojik tanı osteokondrom ile uyumlu geldi. Toraks duvarının oldukça nadir ve farklı yerleşimli tümörü ksifoid yerleşimli osteokondromlu olgumuzu sunmaktayız.

(*Tur Toraks Der 2011; 12: 79-80*)

**Anahtar sözcükler:** Toraks duvarı kemik tümörleri, ksifoid, osteokondrom

*Geliş Tarihi: 24.04.2008*

*Kabul Tarihi: 24.09.2008*

### ABSTRACT

A 42 year old male patient was admitted to our clinic with complaints of pain, tenderness and mass on the xyphoid process. Radiologic findings indicated benign pathologies. In the follow up, growth in the mass was investigated and surgical excision was performed. Histopathologic investigation revealed the diagnosis of osteochondroma. Here we report an extremely rare chest wall tumor and different localisation which was an osteochondroma in the xyphoid process.

(*Tur Toraks Der 2011; 12: 79-80*)

**Key words:** Chest wall bone tumors, xyphoid, osteochondroma

*Received: 24.04.2008*

*Accepted: 24.09.2008*

### GİRİŞ

Osteokondrom kemik dokunun sık görülen iyi huylu primer tümörüdür. Sıklıkla 1.-3. dekatta görülür. Genellikle, primer olarak uzun kemiklerin kartilajenöz bölgelerinde görülmektedir [1]. Nadiren kafatası tabanı, vertebral kolon, kosta, skapula ve pelvis yerleşimli olabilir. Ksifoid orijinli osteokondrom oldukça nadir görülür [2].

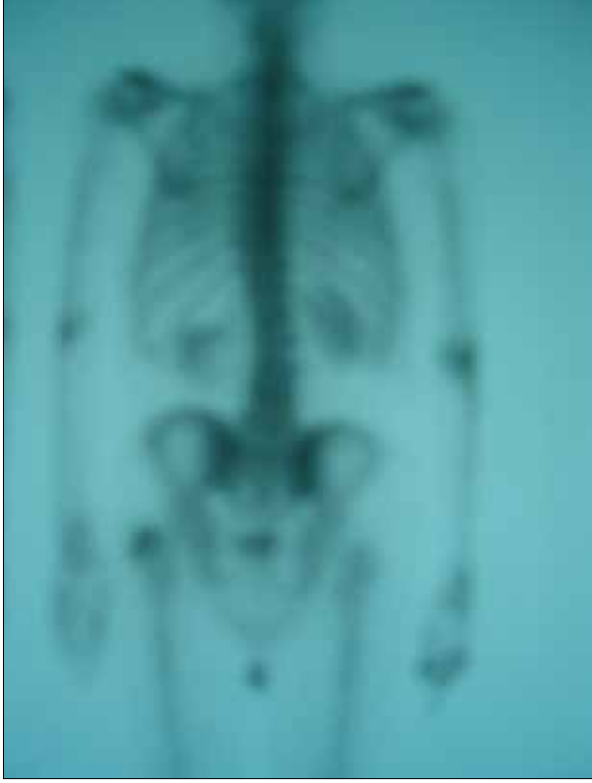
### OLGU

Kırkiki yaşında erkek hasta kliniğimize ksifoidde ağrı ve şişlik yakınması ile başvurdu. Hasta birkaç defa doktora başvurmuş ve önemli bir hastalığı olmadığı söylenerek iki yıl süresince aralıklı olarak antienflamatuvar tedavi uygulanmış. Son altı ayda ksifoidde ağrı ve şişlik yakınmalarından farklı olarak şişlikte artış hissetmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Öyküsünden vücudunda başka bir bölgede benzer bir lezyon olmadığı ve ksifoidde herhangi bir travma olmadığı öğrenildi. Hastanın ksifoid ağrısı yaklaşık altı aydır mevcut olup analjeziklere yanıtı giderek azalmış. Şiddetli ağrı nedeniyle uykudan uyanıyormuş. Bilinen ek bir hastalığı yoktu. Eklem ağrısı yoktu. Geçirilmiş bir kaza öyküsü de yoktu. Fizik muayenede ksifoid hassas, ağrılı, sert ve normal boyuttaydı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde sedimantasyon yüksekliği (28 mm/h) dışında anormal bulgu saptanmadı. Radyolojik olarak ilk önce iki yönlü akciğer grafisi çekildi.

Her iki grafide de patoloji izlenmedi. Hastaya toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ve tüm vücut kemik sintigrafisi yapıldı. Toraks BT normal olarak raporlandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde ksifoidde öncelikle benign bir patolojiyi düşündüren aktivite artışı saptandı (Şekil 1). Diğer kemik yapılarında patolojik aktivite izlenmedi. Radyoloji ve sintigrafi değerlendirmeleri benign patolojiyi düşündüren olgumuzda PET/BT ya da manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile de malignite tamamen dışlanamayacağı için ve ayrıca ksifoid ağrısı ve şişliği son altı ayda düzenli analjezik-antienflamatuvar tedavi almasına rağmen arttığı dikkate alınarak cerrahi planlandı. Genel anestezi altında ksifoidde orta hattan 5 cm insizyon yapıldı. Ksifoid çevre dokulardan serbestlendi. Ksifoid palpasyonda normalden kalın ve sertti. Ksifoid sternum alt uç kemik dokudan 1 cm alınarak çevre yumuşak dokularla beraber eksize edildi (Şekil 2). Postoperatif problemi olmadı. Histopatolojik tanı osteokondrom olarak raporlandı. Hasta halen klinik takibimizdedir. Hastanın ağrı yakınmaları cerrahi eksizyon sonrası tamamen düzeldi.

### TARTIŞMA

Osteokondrom sık görülen iyi huylu kemik tümörüdür. Sıklıkla 1.-3. dekatta görülür. Osteokartilajenöz eksostoz olarak da bilinir. Primer olarak uzun kemiklerin kartilajenöz bölgelerinde görülmektedir [1]. Patogenezi



**Şekil 1.** Tüm vücut kemik sintigrafisinde ksifoidde öncelikle benign bir patolojiyi düşündüren aktivite artışı saptandı



**Şekil 2.** İntraoperatif görünüm, ksifoid eksize edildi

tartışmalı olmakla beraber büyüme plağı sınırındaki perikondral defektten köken aldığı bildirilmektedir. Nadiren kafatabanında, vertebral kolonda, kostalarda, skapulada ve pelvisde osteokondrom gelişebilir [2]. Olgumuz literatürde bahsedilen bu nadir yerleşim yerlerinden de farklı olarak ksifoid yerleşimlidir.

İskelet sistemi içerisinde görülen kemik tümörlerinin %7-8'i toraks kafesindedir. Osteokondromlar tüm kemik tümörleri içerisinde %9.3 oranında görülür. Tietelbaum 90 torasik kemik doku orijinli tümör olgusu serisinde 4 olguda osteokondrom tespit etmiştir. Ancak bunlar içerisinde ksifoid yerleşim saptamamıştır [3,4].

Osteokondromlar köken aldığı kemiğin medullası ile devamlılık gösterir. Hem osteoid hem de kartilajenöz

komponenti mevcuttur. Her osteokondrom kıkırdak bir yapı ile kaplıdır. Uzun kemikte büyüme plağına yakın, dışı doğru büyür. Matriksinde normal trabeküler kemik içerir [1,5,6].

Klinik olarak ağrısızdır. Semptomatik olgularda palpe edilebilen kitle yanında ağrı ve bazen komşu sinir basısına bağlı nörolojik bulgular görülmektedir. Uzun kemikler dışındaki nadir görülen kosta gibi lokalizasyonlardaki osteokondromlar ağrı kliniği ile karşımıza çıkabilmektedir [1,6]. Hastamızda da osteokondrom farklı bir lokalizasyonda ve ciddi ağırlı lezyon olarak karşımıza çıkmıştır.

Radyolojik olarak ana kemik ile bağlantılı kitle tespit edilir. Akciğer röntgenogramı gerçek lokalizasyonu belirlemede yetersizdir. BT ve MR ile yerleşim, komşu dokularla ilişkisi ve morfolojisi daha net belirlenir. Olgumuzda akciğer röntgenogramı lezyon morfolojisini belirlemede yetersiz kalmıştır. Bu durumun lezyonun erken dönemde tanınması ve radyolojik olarak fark edilir boyutta olmaması ile ilgili olduğu düşünülmüştür [7,8].

Sekonder malign osteokondromlar multiple osteokondromlu hastaların yaklaşık %10'unda ortaya çıkarlar. Soliter osteokondromda %1, multiple herediter osteokondromda %10 malignansi gelişme olasılığı mevcuttur. Pelvik ve skapula yerleşimli olan osteokondromlarda malign dejenerasyon daha sık gözlenmektedir. Kıkırdak takkenin 2 cm'den büyük olması malign dejenerasyon işareti olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak ksifoid osteokondrom için nadir bir yerleşim yeridir. Osteokondromun bu tip nadir görülen lokalizasyonlu yerleşimleri klinik olarak ağırlıdır ve malign dejenerasyon riski fazladır. Olgumuzda da ağrının ön planda olduğu klinik ve nadir görülen bir yerleşim yeri mevcuttu. Bu tümörlerde malign dejenerasyon olabileceği akıldan bulundurulmalı, cerrahi mutlaka yapılmalı ve hastalar takip programında tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Harrison NK, Wilkinson J, O'Donohue J, et al. Osteochondroma of the rib: an unusual cause of haemothorax. Thorax 1994; 49: 618-9. [CrossRef]
2. Giudici MA, Moser RP Jr, Kransdorf MJ. Cartilaginous bone tumors. Radiol Clin North Am, 1993; 31: 237-59. 3. Waller DA, Newman RJ. Primary tumours of the thoracic skeleton: an audit of the Leeds regional bone tumour registry. Thorax, 1990; 45: 850-5.
4. Teitelbaum SL. Twenty years' experience with intrinsic tumours of the bony thorax at a large institution. J Thorac Cardiovasc Surg, 1972; 63: 776-82.
5. Jin W, Hyun SY, Ryoo E, et al. Costal osteochondroma presenting as hemothorax and diaphragmatic laceration. Pediatr Radiol, 2005; 35: 706-9. [CrossRef]
6. Demircan S, Kurul İC, Yorgancılar CD, Karakurt Ö. Kosta kökenli osteokondrom olgusu Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2008; 16: 131-2.
7. Razykov RF, Tiliabaev RT, Gaffarov SS. Giant osteochondroma of the ribs. Khirurgiia (mosk), 1981; 11: 96-7.
8. 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. [CrossRef]