

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Maksiller sinüste osteoid osteoma

E. S. Kankılıç, N. Ark, A. Yüksel, H. Kurtaran, K. Ş. Uğur, S. Yenidünya, M. Gündüz

Osteoid osteoma of the maxillary sinus

Osteoid osteoma is a benign tumor that usually involves the cortex of the long bones, the vertebrae and occasionally the cranial bones. Osteoid osteoma is a lesion mostly occurring in adolescent and young adults especially males. It is characterized by a nidus, a radiolucent nodule with a diameter nearly 0.5-2 cm and a sclerotic region surrounding this nodule. Clinically, it is also characterized by a pain that wakes the patient at night, which is relieved upon the administration of salicylat and nonsteroidal anti-inflammatory. In this case report, we discuss a case of osteoid osteoma in the maxillary sinus of a 18-year-old male patient.

Key Words: Osteoid osteoma, maksillary sinus, paranasal sinus.

Turk Arch Otolaryngol, 2012; 50(3):57-59

Özet

Osteoid osteoma iyi huylu bir tümör olup genellikle uzun kemiklerin korteksini, vertebraları ve nadiren kraniyal kemikleri tutmaktadır. Osteoid osteoma daha çok adölesan ve genç erişkinlerde özellikle de erkeklerde sık görülmektedir. Yaklaşık 0.5-2 cm çaplı, radyolüsent bir nodül olan nidus ve bunu çevreleyen belirgin sklerotik alanla karakterize bir lezyondur. Uykudan uyandıran ağrı ve bu ağrının salisilat ve nonsteroid anti-enflamatuarlar ile geçtiği karakteristik klinik semptomları olan bir tümördür. Yazımızda 18 yaşında erkek hastanın maksiller sinüsünde görülen osteoid osteoma olgusu tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Osteoid osteoma, maksiler sinüs, paranasal sinüs tümörleri.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2012; 50(3):57-59

Giriş

Osteoid osteoma soliter, benign kemik lezyonudur. Tüm primer kemik tümörlerinin yaklaşık %10'unu oluşturur.¹ Genellikle uzun kemiklerin korteksinde meydana gelen ve nonsteroid antiinflatuvar ilaçlara dramatik yanıt veren gece ağrısıyla karakterizedir.^{2,3} Osteoid osteomanın spinal kemik tutulumu dışında kranium tutulumu nadirdir. Yerleşim yerine göre cerrahi yaklaşım planlanır.²⁻⁴ Cerrahi eksizyon sonrasında mutlaka patolojik inceleme yapılmalıdır. Bu yazımızda 18 yaşında erkek hastanın maksiller sinüsünde görülen osteoid osteoma olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

On sekiz yaşında erkek hasta kliniğimize yaklaşık 2-3 aydır devam eden burun tıkanıklığı, baş ağrısı, geniz akıntısı ve sağ yanakta şişlik şikâyetleriyle başvurdu. Hastamızda herhangi bir sistemik hastalık ve kraniyo-

Dr. Ekrem Said Kankılıç, Dr. Nebil Ark, Dr. Alper Yüksel, Dr. Hanifi Kurtaran, Dr. Kadriye Şerife Uğur, Dr. Mehmet Gündüz

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Dr. Sibel Yenidünya

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

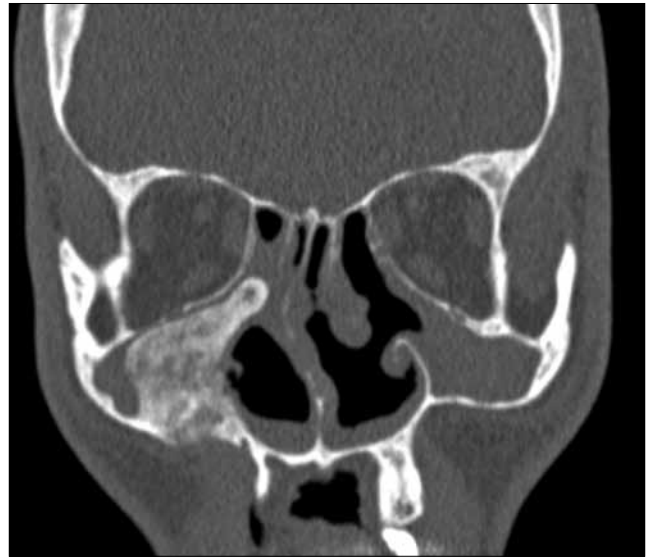
fasiyal travma öyküsü yoktu. Özgeçmişinde, hastanın dekstrokardisinin olduğu ve yaklaşık 2 sene önce ağız, diş ve çene cerrahisi tarafından gerçekleştirilen bir cerrahi operasyon öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede anterior rinoskopide her iki nazal kaviteyi kısmen dolduran polipoid doku ve pürülan sekresyon mevcuttu. Ağız içine bakıldığında ise maxilla ve üst gingivada sert, 2-3 cm'lik şişlik dikkati çekmekteydi. PNS BT incelendiğinde özellikle sağ maksiller sinüste sinüsü tama yakın olarak dolduran yaklaşık 4x3.2 cm boyutlarında hafif ekspansiyona neden olan yoğun kalsifikasyon içeren kitle lezyonu mevcut olduğu gözlemlendi. Ayrıca her iki nazal kavitede nazal polipozis ve kronik enflamasyona uygun görünüm tespit edildi (Resim 1). Bu bulgular neticesinde cerrahi tedavi yapıldı. Cerrahi tedavi sırasında polip yapıları ve kronik enflame alanlar temizlendi ve yoğun kalsifikasyon içeren kitleden küret eşliğinde biyopsi alınarak patolojik incelemeye gönderildi. Yoğun kalsifikasyon içeren kitle olabildiğince temizlenmeye çalışıldı ve operasyona komplikasyon olmadan son verildi. Birinci ameliyat neticesinde patoloji dev hücreli granülom olarak rapor edildi. Yaklaşık 2-3 ay sonra yanakta şişlik ve ağrı şikayeti tekrarlayan hastaya yeniden ikinci cerrahi planlandı. İkinci cerrahinin amacı dev hücreli granülom tanılı kitlenin tamamıyla temizlenmesiydi. İkinci cerrahi sırasında kitle total olarak çıkarılmaya çalışıldı ve çıkarılan kitle patolojik incelemeye gönderildi (Resim 2). İkinci cerrahi sonrasında patolojik olarak osteoid osteoma tanısı konuldu (Resim 3).



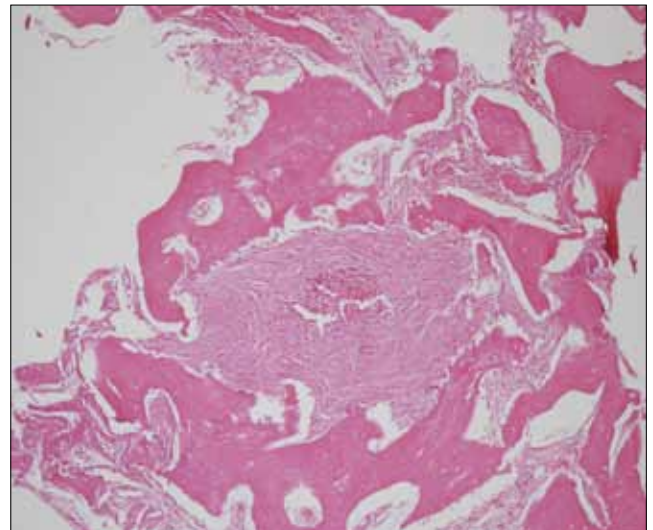
Resim 1. Birinci ameliyat öncesi PNS BT görüntüsü.

Tartışma

Osteoid osteoma terimi, ilk olarak Jaffee tarafından benign bir kemik tümörünü tanımlamak için 1935 yılında kullanılmıştır.^{5,6} Osteoid osteomalar; yavaş büyüyen, kompakt veya spongios kemik yapısında olabilen kemik lezyonlardır.⁷ Gerçek bir neoplazm, gelişimsel bir anomali⁸ veya travma neticesi gelişen reaktif bir doku reaksiyonu olduğu düşünülmekle beraber etiyojisi ve patogenezi kesin olarak bilinmemektedir.⁹⁻¹¹ Olgular sıklıkla 5-25 yaş arasındadır ve erkek/kadın oranı 2-3/1'dir.



Resim 2. İkinci ameliyat öncesi PNS BT görüntüsü.



Resim 3. Korkital kemik fragmentleri ortasında nidus varlığı gözlenmekte (hematoksileneozin x100).

Daha sıklıkla, femur ve tibia olmak üzere, uzun kemiklerde lokalizedir.^{1,5,6,12} Histopatolojik olarak, osteoid ve kemik trabeküllerini çevreleyen atipik olmayan osteoplastik hücreler izlenir ve geniş vasküler alanlar ile nidus yapısının bulunması ve reaktif dev hücrelerin görülmesi ile osteoblastomdan ayrılır.^{3,13,14} BT osteoid osteoma tanısında en uygun yöntemdir.^{4,13,15} Lezyonun yerine göre klinik semptomlar değişmektedir. En erken ve dikkat çekici belirtisi kademeli olarak geceleri şiddeti artan ağrıdır. Ağrı karakteristik olarak, salisilatlarla ve nonsteroid antiinflatuvar ilaç tedavisine yanıt vermektedir.^{2,3} Genellikle tedavi tümörün enblok rezeksiyonu veya tümörün küretajıdır. Lezyon asemptomatik ve küçük ise takip edilebilir. Cerrahi endikasyon, semptomların süresi, şiddeti ve hastanın ağrı toleransına bağlıdır. Genellikle, nidusun tamamen cerrahi olarak çıkarılması tedavi için yeterlidir. BT ile nidusun doğru olarak lokalizasyonu ve cerrahi eksizyonu nüks ihtimalini azaltır. Nidusun yetersiz eksizyonu nükse yol açmaktadır. Nüks oranı yaklaşık %4-10 arasında değişmektedir.^{2,14,15} Bizim hastamızda da küretaj ile yapılan patolojik inceleme ve tedavi yetersiz kalmış olup patolojik tanı olarak dev hücreli granülom gelmiştir. Bizim de bu vakada dikkati çekmek istediğimiz nokta; osteoid osteoma vakalarında mümkün olduğunca enblok rezeksiyon yapılması hem tanıda yanlışlıklara sebebiyet vermemek hem de tedavide faydalar sağlayacak olmasıdır.

Kaynaklar

1. **Hermann G, Abdelwahab F, Casden A, et al.** Osteoid osteoma of a cervical vertebral body. *The British Journal of Radiology* 1999; 72: 1120-3.
2. **Campanacci M, Ruggieri P, Gasbarrini A, Ferraro A, Campanacci L.** Osteoid osteoma. Direct visual identification and intralesional excision of the nidus with minimal removal of bone. *J Bone Joint Surg Br* 1999; 81: 814-20.
3. **Grayeli AB, Redondo A, Sterkers O.** Anterior skull base osteoid osteoma: case report. *Br J Neurosurg* 1998; 12: 173-5.
4. **Assoun J, Richardi G, Railhac JJ, et al.** Osteoid osteoma: MR imaging versus CT. *Radiology* 1994; 191: 217-23.
5. **Kirwan E, Hutton P, Pozo J, et al.** Osteoid osteoma and benign osteoblastoma of the spine. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 1984; 66-B: 21-6.
6. **De Praeter M, Dua G, Seynaeve P, et al.** Occipital pain in osteoid osteoma of the atlas. *Spine* 1999; 24-9: 912-4.
7. **Günhan Ö.** *Oral ve maksillofasial patoloji*. 1. basım. Ankara: Atlas Ltd Şti; 2001.s.162-4.
8. **Sayan NB, Üçok C, Karasu HA, Günhan Ö.** Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: A study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 1299-301.
9. **Bodner L, Gatot A, Sionvardy N, Fliss DM.** Peripheral osteoma of the mandible ascending ramus. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 1446-9.
10. **Kaplan I, Calderon S, Buchner A.** Peripheral osteoma of the mandible: A study of 10 new cases and analyses of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 467-70.
11. **Schneider LC, Dolinsky HB, Grodjesk JE.** Solitary peripheral osteoma of the jaws: report of a case and review of the literature. *J Oral Surg* 1980; 38: 452-5.
12. **Zambelli PY, Lechevallier J, Bracq H, et al.** Osteoid osteoma or osteoblastoma of the cervical spine in relation to the vertebral artery. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 1994; 14: 788-92.
13. **Greenspan A.** Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 485-500.
14. **Pai SB, Harish K, Venkatesh M, Udayshankar, Jermely D.** Ethmoid osteoid osteoma with orbital and intracranial extension? a case report. *BMC Ear, Nose and Throat Disord* 2005; 5: 2.
15. **Dugert E, Lagleyre S, Brouchet A, Deguine O, Cognard C, Bonneville F.** Osteoid osteoma invading the posterior labyrinth of the petrous bone. *AJNR Am J Neuroradiol* 2010; 31: 1764-6.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Ekrem Said Kankılıç

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, ANKARA
Tel: (0312) 203 51 09 - (0506) 763 79 38
e-posta: eskankilic@gmail.com