

Kostanın Dev Hücreli Tümörü

Giant Cell Tumor of the Rib

Atıla Türkyılmaz¹, Yener Aydın¹, Mine Çelik², Atilla Eroğlu¹

¹Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Erzurum

Yazışma Adresi: Hakan Duman, Osman Bektaş Mahallesi, Özzambak Apartmanı A Blok, No: 5, Kayakyolu, Erzurum.
Tel: 0.442.3164493, e-posta: drhakanduman@hotmail.com

Özet

Kemiğin dev hücreli tümörleri tüm kemik neoplazmalarının yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Hastaların %75-90'ında iskelet maturasyonundan sonra uzun kemiklerin epifizleri etrafında görülürler. Dev hücreli tümörlerin sadece %0,5-0,6'sı kotlarda lokalizedir. Sol dördüncü kotta dev hücreli tümörü olan ve parsiyel kot rezeksiyonu uygulanan 36 yaşında bir kadın olguyu sunuyoruz. Nadir görülmesine rağmen dev hücreli tümör toraks duvarı kitlelerinin ayırıcı tanısında akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Dev hücreli tümör, Kosta

Abstract

Giant cell tumors of the bone are approximately 5% of all bone neoplasms. They place around the epiphysis of long bones in 75-90% of patients following after skeletal maturity. Only 0.5-0.6% of the giant cell tumor are located in the rib. We present a case of a 36-year-old woman with giant cell tumor in left fourth rib, which was partially excised. Although rare, giant cell tumor should be considered in the differential diagnosis of the chest wall mass.

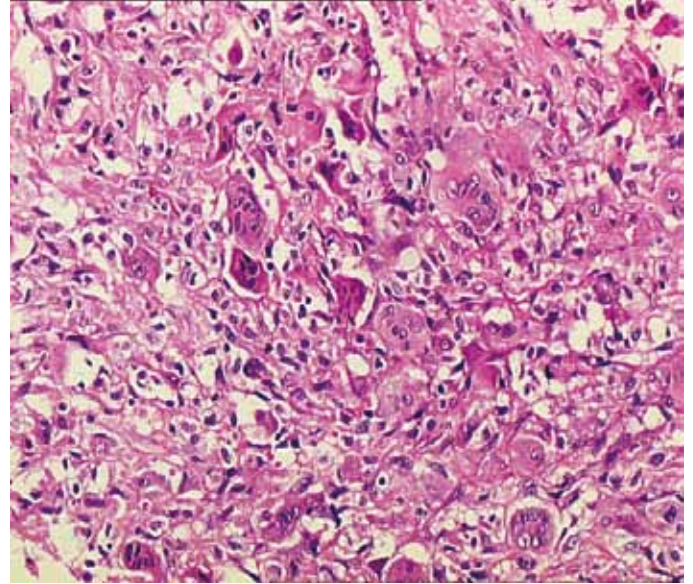
Keywords: Giant cell tumor, Rib, Surgery

Giriş

Dev hücreli tümörler kemiğin nadir görülen patolojilerindedir. Tüm kemik tümörlerinin %5'ini oluşturur [1]. En sık diz eklemi olmak üzere genellikle uzun kemiklerin epifizleri etrafında görülür [2]. Kotlar en az etkilenen bölgelerindedir ve bu tümörlerin olguların sadece %0,5-0,6'sının kotlarda yerleştiği bildirilmektedir [2,3]. Genellikle üçüncü ve dördüncü dekatta ve kadınlarda biraz daha fazladır. Göğüs ağrısı ve şişlik en sık gözlenen semptomlar olmakla birlikte patolojik fraktürler de gözlenebilmektedir [1]. Cerrahi tedavi genellikle kür sağlasa da lokal nüks ve uzak metastazlı olgular da bildirilmektedir [4].

Olgu Sunumu

36 yaşında bayan hasta göğsünün sol tarafında üç aydır devam eden ağrı şikayeti ile kliniğimize müracaat etti. Hastanın fizik muayenesi, hematolojik ve biyokimyasal parametreleri normaldi. PA akciğer grafide; solda dış zonda düzgün sınırlı opak lezyon tesbit edildi (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol hemitoraksta 4. kotu destrükte eden 4x5cm ebadında, düzgün sınırlı, plevrayı iten heterojen dansiteli kitle saptandı. Operasyon kararı alınarak sol torakotomi uygulandı. Eksplozasyonda kitlenin sol dördüncü kotun lateral segmentinden kaynaklandığı, visseral plevrayı tutmadığı ve çevre dokuları invaze etmediği görüldü. Kitle 4. kotun parsiyel rezeksiyonuyla birlikte total olarak çıkarıldı. Patolojik incelemede fibroblastik proliferasyona sahip stroma içe-



Resim 2 — Sellüler stroma içerisinde multinükleer dev hücreler (hematoksilen-eozin boyama; x100)

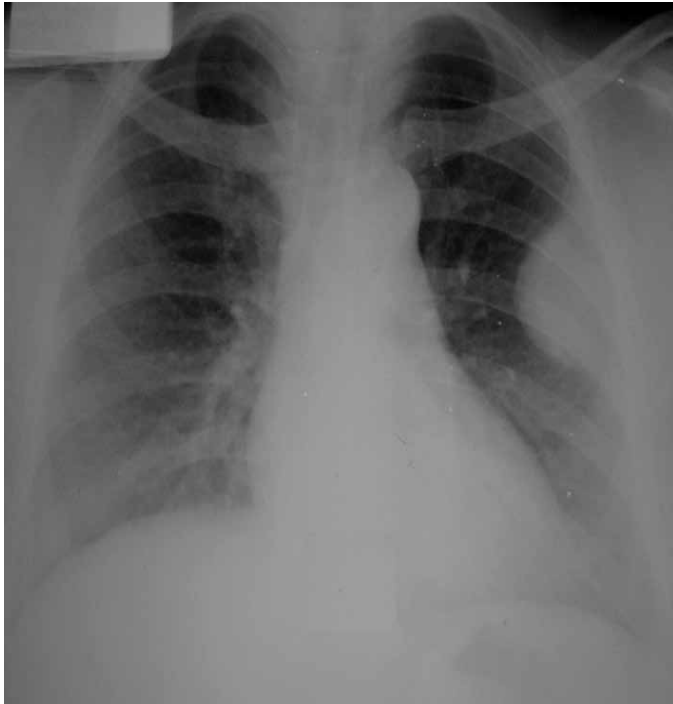
risinde diffüz dağılmış multinükleer dev hücreler, iltihabi lenfoplazmositler, yer yer osteoid yapılar ve matür kemik dokusu izlendi ve sonuç dev hücreli tümör olarak raporlandı (Resim 2). Postoperatif dönemi sorunsuz geçen olgu 7. gün taburcu edildi. İki aylık izlemede nüks yada uzak metastaz saptanmadı.

Tartışma

Kemiğin dev hücreli tümörleri genellikle üçüncü ve dördüncü dekatta görülür ve kadınlarda biraz daha fazladır. Benign kemik tümörlerinin %22'sini, tüm kemik tümörlerinin %5'ini oluşturur [1,5]. Tümörlerin %75-90'ı iskelet maturitesi tamamlandıktan sonra uzun kemiklerin epifiz bölgesine yerleşirler [4]. En sık tutulan kemikler distal femur, proksimal tibia ve distal radiustur [2]. Tümörlerin yarısından fazlası diz eklemi etrafındadır. Kot tutulumu nadirdir ve dev hücreli tümörlerin sadece %0,5-0,6'sı kotlarda yerleşir [4]. Kemik tümörlü 15.812 vakalık bir çalışmada sadece 6 olguda kotlarda dev hücreli tümör görülmüştür [3]. Kotlarda daha çok posterior segmenti tutar ve en sık kotun başı ve tüberkülüne yerleşir [6]. Ancak kotun anterior segmentinde de olgular bildirilmiştir [6]. En sık görülen şikayetler ağrı ve şişlik olmasına rağmen bazen ilk şikayet patolojik kırıklara bağlı olabilir [6]. Olgumuz 36 yaşında bir bayan olup tümör sol dördüncü kotun lateral segmentini tutmuş olup sadece ağrı şikayeti mevcuttu.

Dev hücreli tümörler genellikle soliter ve lokal olarak agresif olmalarına rağmen benign tümörler olarak kabul edilir ve nadiren multipl olabilir [1,5]. Metastaz potansiyelleri vardır ve en sık da akciğerlere metastaz yaparlar [2]. Bu yüzden bu tümörün saptandığı olgularda akciğerler mutlaka incelenmelidir. Olgumuzda tümör toraks duvarındaydı, soliterdi ve başka lezyon tesbit edilemedi.

Radyolojik olarak tümörler daha çok uzun kemiklere egzant



Resim 1 — Olgunun preoperatif PA akciğer grafisi

rik olarak yerleşir. Direk grafilerde tümörler radyolüsen, perifere gittikçe yoğunluğu artan düzgün sınırlı lezyonlar olarak görülür. Bilgisayarlı tomografi lezyonun natürünü, kemik ve yumuşak dokularla ilişkisini değerlendirmede düz grafilere göre daha yararlı bilgiler verir. Tomografide düzgün sınırlı, homojen veya heterojen, egzantrik yerleşimli, ekspansil, osteolitik kitleler şeklinde görülürler [5]. Ayırıcı tanı anevrizmal kemik kisti, benign kondroblastom, non-osteojenik fibroma, Brown tümörü veya basit kemik kistleriyle yapılmalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme yumuşak dokudaki değişiklikler, eklem içi yayılım, kemik iliği tutulumu daha iyi değerlendirilir. Kesin tanı ya preoperatif iğne biyopsileriyle ya da doğrudan eksizyonel biyopsiyle konulur. Olgumuzda kitlenin tomografik görünümü benign karakter gösterdiği için preoperatif iğne biyopsisine gerek duyulmamıştır.

Dev hücreli tümörün makroskopik yapısı gri-kahverengi, iyi vaskülarize ve kanama, nekroz ve kistik alanlar içeren sert bir kitle şeklindedir. Mikroskopik olarak oval-yuvarlak, iğ şeklinde mononükleer hücrelerden oluşmuş bir stroma içerisinde çok sayıda multinükleer dev hücrelerden oluşur [3].

Dev hücreli tümörlerde seçkin tedavi cerrahidir [1-3]. Yüksek lokal rekürrens riski ve potansiyel olarak malign kabul edilmeleri nedeniyle geniş cerrahi rezeksiyon önerilmektedir [2,3]. Tam rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda küretaj da yapılmaktadır ve buna sıvı nitrojen, fenol ve hidrojen peroksit gibi adjuvan tedaviler de eklenebilmektedir [1]. Küretaj tedavisi % 40-75 nüks

oranına sahipken eksizyonel olarak çıkarıldığında % 90 oranında kür elde edilmektedir [5]. Caudell ve arkadaşlarının çalışmasında dev hücreli tümörlü 25 hastanın 12'si lokal rekürrensle müracaat etmiş; 14'üne primer radyoterapi, 11'ine cerrahi (+) radyoterapi uygulanmış ve lokal kontrol 5 yıllık % 62, 10 yıllık % 57 olarak tespit edilmiştir [1]. Yine aynı çalışmada sağkalım 5 yıllık % 91, 10 yıllık % 84 olarak raporlanmıştır. Radyasyon bu tümörlerin etiolojisinde ve sarkomatöz transformasyonunda rol oynasa da radyoterapi cerrahi adjuvan olarak veya anrezektabl olan veya çıkarıldığında önemli fonksiyonel problemlere yol açabilecek olan tümörlerde alternatif olarak kullanılmaktadır [1,5,6]. Son yıllarda bu olgulara kemoterapiyle birlikte interferon tedavisi de uygulanmaya başlanmıştır [1]. Rekürrensler tedaviden yıllar sonra da ortaya çıkabilmekle beraber ilk iki yılda daha sık olduğu için bu dönemde sıkı takip önerilmektedir [2]. Konuyla ilgili bir çalışmada yapılan cerrahi eksizyon ve küretaj sonrası iki yıl içinde % 81 rekürrens tesbit edilmiştir [2]. Olgumuzda tümör sol dördüncü kottun parsiyel rezeksiyonuyla birlikte çıkarıldı. Patolojik tanı kottan kaynaklanan dev hücreli tümör olarak raporlandı. Cerrahi sınırlar tümör negatif olduğu için ilave tedavi düşünülmüdü.

Sonuç olarak dev hücreli tümör kottarda nadir olarak görülür. Optimal tedavisi cerrahidir, ancak yüksek lokal nüks riskine sahip olduğundan geniş rezeksiyon önerilmektedir. Nadir olmasına rağmen göğüs duvarı tümörlü olgularda ayırıcı tanıda dev hücreli tümörler de yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Caudell JJ, Ballo MT, Zagars GK et al. Radiotherapy in the management of giant cell tumor of bone. *Int. J. Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 57: 158-65.
2. Gamana gatti S, Hiralal, Thulkar S. Giant cell tumour of rib. *Eur J Radiol* 2004; 51: 83-5.
3. Briccoli A, Malaguti C, Iannetti C, Rocca M, Bertoni F. Giant cell tumor of the rib. *Skeletal Radiol* 2003; 32: 107-10.
4. Athanassiadou F, Fidani L, Stefanidis A, Karkavelas G, Papageorgiou T. Giant cell tumor of the rib in a 12-year-old girl. *Pediatr Hematol Oncol* 2003; 20: 351-5.
5. Iype EM, Abraham EK, Kumar K ve ark. Giant cell tumour of hyoid bone: case report. *J. Oral Maxillofac Surg* 2000;38: 610-1.
6. Shin JS, Lee IS, Kim A, Kim BH. Giant cell tumor originating from the anterior arc of the rib. *J Korean Med Sci* 2002; 17: 849-51.