



## EL BİLEĞİ YERLEŞİMLİ REKÜRRENT DEV HÜCRELİ TÜMÖR : OLGU SUNUMU

### RECURRENT GIANT CELL TUMOR AT WRIST : A CASE REPORT

Erhan COŞKUNOL Oğuz ÖZDEMİR Taçkın ÖZALP

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

Anahtar Sözcükler: dev hücreli tümör, benign kemik tümörleri

Key Words: giant cell tumor, benign bone tumors

#### ÖZET

Dev hücreli tümör benign fakat lokal agresif karakterli, rekürrens oranı yüksek olabilen bir lezyondur. Radius distal ucu üçüncü en sık lokalizasyondur. Burada radius distal uç yerleşimli, multipl rekürrens gösteren bir olgu sunulmuştur. Olguda tedavi seçenekleri olarak küretaj, küretaj ve greftleme, kemik çimentosu, formol ve alkol gibi lokal adjuvan ajanlar kullanılmasına karşın agresivitesi devam eden lezyona geniş eksizyon ve otojen nonvaskularize fibula grefti ile revizyon uygulanmıştır.

#### SUMMARY

Giant cell tumor of bone is benign but locally aggressive tumor with a high recurrence rate. The distal end of the radius is the third most common localization. In this study we present a recurrent giant cell tumor localized at the distal end of the radius. In that case curettage, curettage and grafting, local agents as bone cement, formol and alcohol were the initial treatments however wide excision and revision with otogenous non vascularized fibular graft has been applied in the continuing aggressivity of the lesion

#### GİRİŞ

28 yaşında, sağ elini kullanan bayan olgu sağ el bileğinde 6 aydır ağrı ve şişlik yakınmaları ile başvurdu. Yapılan radyolojik inceleme sonucunda radius distal uçta eklemi deforme etmeyen, inhomojen yapıda kitle lezyonuna evre 2 "Dev Hücreli Tümör" (DHT) tanısı konarak küretaj ve iliak kanattan alınan greft ile otogreftleme uygulandı. 6 ay sonra hastanın operasyon bölgesinde ağrı hissetmesi üzerine çekilen grafide küretaj yapılmış olan bölgenin proksimalinde litik lezyon gözlemlendi ve dinamik manyetik rezonans incelenmesi yapıldı. Tümöral aktivite saptanması üzerine olgu tekrar opere edilerek yine küretaj ve greftleme (allogreft) uygulandı. (Resim 1 ve 2) 9 ay sonra şikayetleri tekrarlayan olgu üçüncü kez nüks kabul edilerek opere edildi.

Yazışma adresi: Erhan Coşkunol: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir  
Makalenin geliş tarihi: 05. 07. 2002.; kabul tarihi: 13.11. 2002

Bu operasyonda daha önce greftlenen bölgeye küretaj yapıldıktan sonra boşluk kemik çimentosu ile dolduruldu. (Resim 3.) Postoperatif dönemde herhangi bir hareket kısıtlılığı izlenmedi. Operasyon materyali tanıda herhangi bir yanlışlık olasılığına karşılık önceki örneklerle birlikte tekrar incelendi ve DHT tanısı onaylandı.

Yapılan periyodik radyolojik kontroller sırasında 14. ayın sonunda çimento uygulanan bölgenin proksimalinde tekrar nüks kitle saptanması üzerine tekrar operasyona karar verildi ve bu bölgeye küretaj sonrası %3'lük formol uygulandı. İkinci bir adjuvan ajan olarak %70'lik alkol ilave edildi. Her iki ajan için de onar dakika beklenildikten sonra serum fizyolojik ile irrigasyon yapılarak operasyon sonlandırıldı. Materyalin patolojik incelemesi sonucunda sitolojik atipide artış gözlenmesi üzerine beklenilmeden geniş eksizyon ve non vaskularize fibula başı grefti uygulandı. 6. ay kontrollerinde kaynama gözlemlendi ve herhangi bir nükse rastlanmadı. (Resim 4.)

## TARTIŞMA

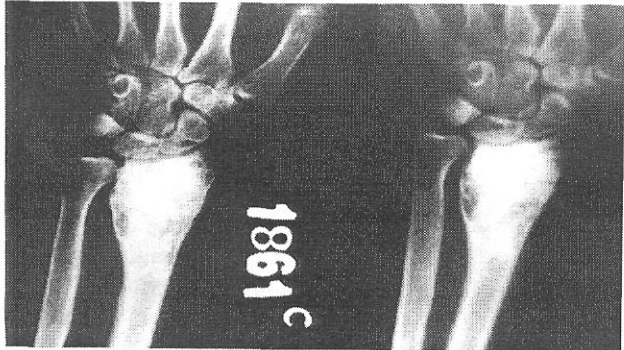
Dev hücreli tümör (DHT) benign fakat lokal agresif karakterli, rekürrens oranı yüksek olabilen, çoğunlukla epifiz veya metafiz yerleşimli bir lezyondur (1). En sık görülme yerleri diz çevresi, proksimal humerus ve distal radiusdur (1,2). El ve ayak küçük kemiklerinde ise nadiren gözlenirler ancak rekürrens oranı ve multisentrisitenin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2-6). Hafif bir kadın predominansı mevcuttur (1). Başvuruda en çok ağrı, lokal şişlik eklemden hareket kısıtlılığı görülmektedir. Larsson'un serisinde ağrı ve şişlik oranı %85 olarak verilmiştir (7).



Resim 1. Radius distal uçta dev hücreli tümör



Resim 2. Olguya küretaj ve allogreft uygulaması



Resim 3.a) Rekürrens sonrası kemik çimentosu uygulaması, b) Sonrasında oluşan Rekürrens



Resim 4. Geniş eksizyon ve fibula başı greftlemesi

Evreleme, Enneking'in önerdiği şekilde, 3 evre (latent, aktif ve agresif) olarak yapılmıştır ve olgu evre 2 olarak değerlendirilmiştir (8).

DHT tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler, küretaj, küretaj ve kemik greftlemesi, küretaj ve kemik çimentosu, fenol, formol ya da alkol gibi ilave ajanların kullanımı, marjinal eksizyon ve geniş eksizyon uygulamalarını içerir. Bu uygulamaların varlığına rağmen rekürrens oranı yüksek olmaktadır. Campanacci ve ark.'nın çalışma sonuçları prognozu etkileyen en önemli faktörün cerrahi sınır olduğunu bildirmektedir (9.) Patolojik incelemede cerrahi sınırdaki tümörün varlığı rekürrens oranını yükseltmektedir. Bu nedenle küretaj ve greftleme uygulanan olgularda rekürrens oranı yükselmektedir (2). Adjuvan ajanların kullanımı ile riskin azaldığı belirtilmektedir. Ancak küretaj ve sementleme sonrası literatürde rekürrens riski %0 - 29 arasında bildirilmiştir (6,9,10). Bizim olgumuzda iki defa küretaj ve greftleme, üçüncü operasyonda sementleme ve son olarak da formol ve alkol gibi adjuvan ajanlar kullanılmıştır. Burada evre 2 dahi olsa ilk uygulamada adjuvan ajanların ilavesi uygun görülmektedir. Buna rağmen 4. rekürrens ve atipik fibröz dejenerasyon oluşmuş ve fibrosarkoma dönüşme olasılığı nedeniyle de geniş eksizyon uygulanmıştır. Rock'ın çalışmasında sekonder malign dönüşümün radyoterapi yapılmamış ve sadece cerrahi uygulanmış hastalarda da gelişebileceği belirtilmiştir (11).

Dev hücreli tümör tedavisinde sadece küretaj uygulanması hasta açısından rekürrens riskini arttıran tarihi bir uygulama olmaktadır. Küretaj sonrası lokal adjuvan ajanların eklenmesi uygun bir çözümdür. DHT çok agresif bir

davranış gösterdiği için rekürrens gözlenen durumlarda önerilen tedavi geniş rezeksiyon olmakta, ancak tümör ekleme çok yakın olduğu için eklemi feda etmek durumunda kalılabilmektedir. El bileğine uygulanacak olan artrodez özellikle genç hastalar tarafından hem fonksiyon hem de estetik açıdan arzu edilmemektedir. Cerrahi teda-

vinin amacı tümörün eradike edilmesi ve aynı zamanda ekstremitte fonksiyonunun olabildiğince korunmasıdır. Bu nedenle tedavi planlaması çok iyi yapılmalı, gereksiz agresif yöntemlerden kaçınmalı ancak fonksiyonların bulunduğu yetersiz bir cerrahi uygulamanın riskine de girilmemelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Simon, M A, Springfield, D.: Surgery for bone and soft tissue tumors. New York: Lippincott-Raven, 1998: 200-202
2. Eckardt, J J, Grodan, T J: Giant Celi Tumor of Bone. Clin. Orthop. And Related Research, 1986; 204: 45-58
3. Unni K K :Dahlin's Bone tumors, Lippincott-Raven Philadelphia , 1996; 263-283
4. Everts, Mc. C C :Surgerv of the Musculoskeletal System, NewYork, Edinburgh, Melbourne, Churchill Livingstone, 1990; 5: 4717-4851
5. Sim F H, Dahiin, D C, Beabout, J W: Multicentric giant-cell tumor of bone. J. Bone and Joint Surg., 1977;59A: 1052-1060
6. Athanasian E A, Wold L.E., Amadio P C Giant cell tumors of the bones of the hand. J. Hand Surg. 1997; 22A:91 -98
7. Larsson S E, Lorentzon R, BoquistL : Giant Celi Tumor of Bone. J. Bone and Joint Surg 1975; 57-A: 167-173
8. Enneking, W F: A system of staging musculoskeletal neoplasms. Clin. Orthop. And Related Research, 1985; 204: 9-36
9. Campanacci M, Baldini, N , Boriani S, Sudanese A. Giant cell tumor of bone. J. Bone and Joint Surg. 1987; 69A, No.1, 106-114
10. McDonald D J, Sim F H, McLeod R A and Dahiin P C Giant cell tumor of bone . J. Bone and Joint Surg. 1986; 68A: 235-242
11. RockM G, Sim FH, Unni K Ket al. Secondary giant-cell tumor of bone. J. Bone and Joint Surg. 1986, 68A: 1073-1079