

Os capitatumban elhelyezkedő osteoid osteoma okozta csuklótáji fájdalom

Esetismertetés

DR. FETTER GÁBOR, DR. CSETE KÁROLY, DR. SIMONKA JÁNOS AURÉL
DR. BÖRÖNDY JÁNOS, DR. HAMAR SÁNDOR, DR. VARGA ENDRE

Érkezett: 2014. október 7.

DOI: 10.21755/MTO.2014.057.0004.004

ÖSSZEFOGLALÁS

A csuklótáji fájdalom, amely a mindennapi életet jelentős mértékben megnehezítheti, sokféle okra vezethető vissza. A túleröltetés, valamint a trauma, a fájdalom a leggyakoribb okozója. Számos esetben degeneratív okok állnak a panaszok hátterében és kis százalékban neoplastikus folyamat is lehet a fájdalom okozója. Az esetismertetésben szereplő beteg panaszait a daganatos betegségek egy ritka formája okozta. A kézen előforduló daganatoknak csak kis százalékát teszik ki a csontdaganatok. Ezen belül az osteoid osteoma még kisebb százalékban szerepel, valamint a ritkaságot tovább fokozza, hogy az os capitatumban való előfordulásáról az elmúlt években nem tettek említést.

Kulcsszavak: *Csontdaganat; Csukló csontok; Fájdalom; Osteoid osteoma;*

G. Fetter, K. Csete, J. A. Simonka, J. Böröndy, S. Hamar, E. Varga: Wrist pain caused by osteoid osteoma of the capitata bone. Case report

Wrist pain causing considerable difficulties in activities of daily living may have diverse reasons. The most common reasons are overload and injuries. Complaints are caused mostly by degenerative disorders, but also a neoplasm may evoke pain. Complaints of the reported patient were caused by a rare appearance of an oncotic disease. Bone tumours are very infrequent among tumours of the hand. Among them, osteoid osteoma is even less frequent; furthermore, there is no reference in the literature about its occurrence in the capitata bone during the last years.

Key words: *Bone Neoplasms – Diagnosis/Surgery; Carpal bones – Diagnosis/Surgery; Osteoma, osteoid – Diagnosis/Surgery; Pain – Etiology;*

BEVEZETÉS

Az osteoid osteoma egy ismeretlen etiológiájú, nem gyakori kórkép. Előfordulása kézen, azon belül is a kéztőcsontokban ritka. A panaszokat nem elsősorban a mérete, hanem az általa okozott fájdalom jelenti. Az elváltozásról először 1930-ban tett említést *Bergstrand*, 1935-ben pedig már külön entitásként szerepelt (*Jaffe*). Előfordulása leginkább a fiatal, keresőképes életkorban gyakori. Az elváltozás által okozott fájdalom típusos. Bár radiológiai képe az elváltozásra jellemző, a hagyományos kétirányú röntgenfelvételek nem mindig teszik láthatóvá.

ESETISMERTETÉS

Az esetismertetésben szereplő fiatal felnőtt férfibeteg panaszai 2012 közepén kezdődtek bal kézháti duzzanat, valamint csuklótáji fájdalom formájában, amely a mindennapi munkavégzését lehetetlenné tette. A beteg a munkahelyén a panaszokat megelőzően nehéz fizikai munkát végzett, rendszeresen sportolt, direkt trauma viszont az érintett területet nem érte. Fél év alatt a különböző járóbeteg szakrendeléseken elvégzett röntgen, valamint laborvizsgálatok negatív eredményt mutattak. A vizsgálatokat követően nonsteroid gyulladáscsökkentőt, valamint nyugalmomba helyezést javasoltak, amelyre panaszai érdemben nem enyhültek. A panaszok kezdetekor elkészített röntgenfelvételeken csontszerkezeti eltérés nem volt látható (1. ábra)

Kézsebészeti szakrendelésen fél évvel a panaszok kezdete után jelentkezett. Ekkorra fájdalmi élessé, hasogatóvá váltak, a kézhát

enyhe érintésével is kiválthatóak voltak. Az ekkor elkészített kétirányú röntgenfelvételeken csontszerkezeti eltérés a kéztőcsontokban ugyan már sejtető volt, de a látott radiológiai kép még mindig nem volt teljesen egyértelmű (2. ábra).

A panaszok fokozódó jelenléte, valamint a bizonytalan röntgenképek miatt elkészített MRI-vizsgálat az os capitatumban már az osteoid osteomára jellemző típusos radiológiai képet mutatta: centrálisan egy alacsony jelintenzitású képletet (nidus), amelyet perifériásan teljesen körülvevett egy magas jelintenzitású sclerotikus állomány (3. ábra).

Az MRI-vizsgálat után műtéti ellátásra került sor. Ennek megfelelően a duzzanatnál a kézháton ejtett 2–3 centiméteres haránt irányú metszésből a corticalis megnyitása után az elváltozás maradéktalanul eltávolításra került, amelyből szövettani vizsgálat készült. A műtét során keletkezett csonthiány az eltávolított képlet apró, körülbelül 4–5 mm-es mérete miatt nem lett pótolva (4. ábra).

A diagnózist a szövettani lelet tette teljessé, amelyen osteoid gerendák, osteoid sejt-szaporulatok, valamint laza kötőszövetes és érdús területek ábrázolódtak szabálytalan elrendeződésben, váltakozó mértékű mineralizációs környezetben (5. ábra).

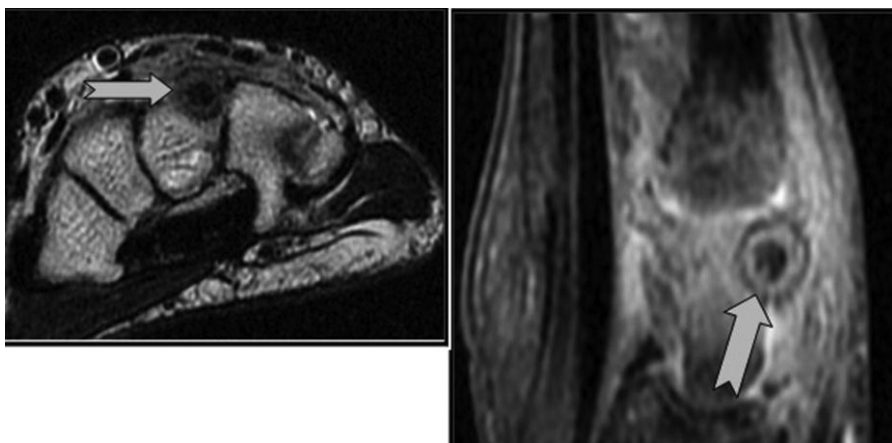
A műtétet követően a beteg panaszai megszűntek. Egy hónapos kontrollvizsgálaton teljesen panaszmentesen jelentkezett, fájdalmi elmúltak, a kéz mozgásterjedelme az ellenoldali ép kézzel összehasonlítva megegyeztek. A fájdalom megszűnése a látott radiológiai képekkel és szövettani leletekkel együtt igazolja, hogy a panaszokat az os capitatumban elhelyezkedő osteoid osteoma okozta.



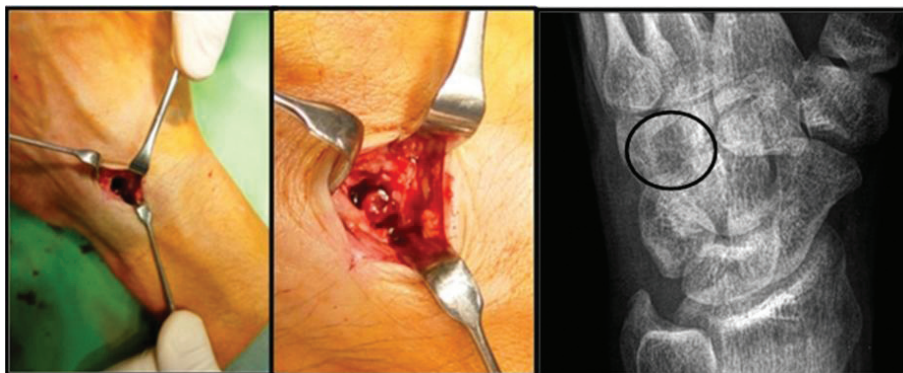
1. ábra Primer röntgenképek



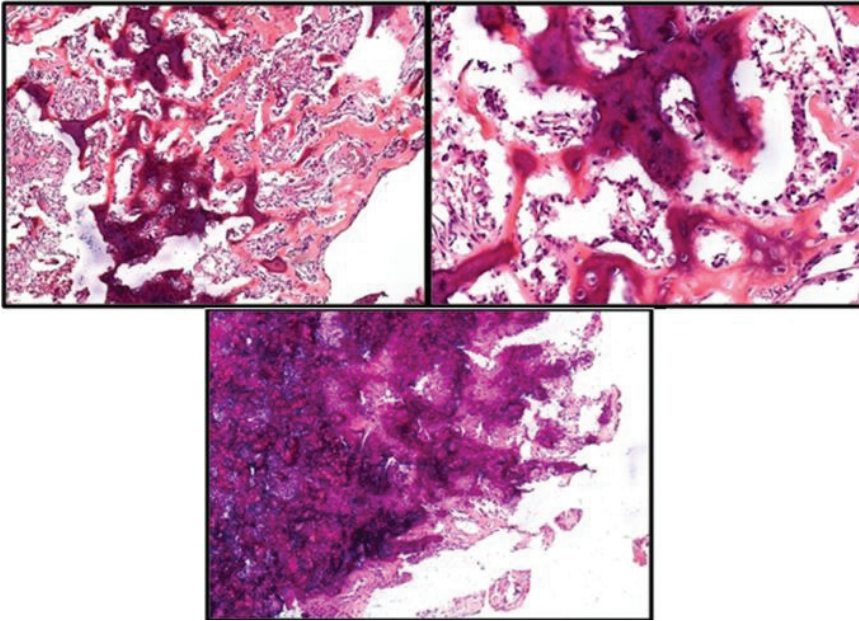
2. ábra Fél éves kontroll röntgenfelvételek



3. ábra MRI-felvételek az osteoid osteomára jellemző radiológiai képpel



4. ábra Intraoperatív felvételek, valamint posztoperatív kontroll röntgenfelvétel



5. ábra Az eltávolított elváltozásról készített szövettani felvételek

MEGBESZÉLÉS

Az osteoid osteoma a WHO klasszifikációja (1972) alapján a benignus csontképző tumorkok közé tartozik, a jóindulatú csont-tumorkoknak mindössze 10%-át teszik ki (3). A daganat előfordulási aránya férfiak és nők között 3:1, életkor tekintetében a fiatal felnőttekben gyakoribb. A daganat által okozott fájdalom éles, gyakran elviselhetetlen, amely már egészen apró provokációval is kiváltható, valamint gyakrabban okoz panaszokat éjszaka. Habár a panaszok jelentősek, salicylátokkal drámai módon csökkenthető a fájdalom. Mindezt alátámasztja, hogy az elváltozás jelentős mértékben termel prosztaglandinokat (PGE2, valamint 6-keto-PGF1alfa), amelyek a gyulladásos kaszkád aktiválásával okozzák a fájdalmat. A nonsteroidok alkalmazása az arachidonsav kaszkád blokkolásával gátolja e mechanizmust (7).

Csonton belüli elhelyezkedését tekintve három típusát lehet elkülöníteni. Leggyakoribb típusa a corticalis osteoid osteoma, amelynek radiológiai képe az elváltozásra leginkább jellemző. Az intramedullaris, valamint subperiostealis típusok ennél jóval ritkábban fordulnak elő (7).

Radiológiai képe típusos. A centrálisan elhelyezkedő hypodens, vagy alacsony jelintenzitású képlet, a nidus, gyakran nem nagyobb, mint 1–2 cm. A magban osteoid sejtszaporulatok, valamint csontgerendák rendezetlen jelenléte figyelhető meg erősen vascularisált kötőszövetes környezetben, amelyek jelentős dilatációt mutatnak. A nidus körül gyakran látszódik egy néhány milliméter vastagságú sclerotikus állomány. Intraarticularis formájában, az ízületben synovitist, valamint csontos felrakódást lehet megfigyelni (7).

Előfordulására leginkább a hosszú csöves csontok meta-, valamint epiphysealis régiójára jellemző. Megjelenésében leginkább preferált hely a femur (47,5%), valamint a tibia (22,5%) proximalis, ízülethez közeli része. Megjelenésre kevésbé gyakoribb helyek a csigolyák, valamint a kéz (12,5%) (1). Gerincben jelen lévő intra-, valamint extraarticularis formája gyakran okoz scoliosist. Intraarticularis formájában, amely krónikus ízületi fájdalmat, beszűkült mozgásterjedelmet, valamint ízületi contracturákat okozhat, szintén az alsó végtag dominál (8).

Az emberi kézen előforduló daganatok közül a lágyrésztumorkokhoz képest a csontdaganatok jelentősen kisebb százalékban szerepelnek (9,5%). Ezen belül az osteoid osteoma

még kisebb százalékban jelentkezik (90 esetből 3 beteg). A csontot érintő daganatok által preferált képletek leginkább az alappercek, valamint a metacarpusok proximális régiói. Kéztőcsontokban való előfordulása ennél még ritkább (6). Az os capitatumban való gyakorisága korábbi szakirodalmak alapján 8% (2), valamint 5,5% (4).

A daganat terápiajára több lehetséges mód is van. Azokon a területeken ahol a kevésbé invazív gyógy mód is kivitelezhető, sikeresen alkalmazható a CT vezérelt percutan radiofrekvenciás thermoablatio, jobban megőrizve a corticalis integritását is (7). E mellett a kézen való előfordulásánál mégis a műtéti el látás a preferált. A végleges, recidívamentes terápia feltétele a daganat teljes eltávolítása. Ezt csak operatív úton lehet biztonsággal

elvégezni. A kézsebészeti beavatkozást alátámasztja, hogy az ér-, ideg-, valamint ínképletek biztonsága a percutan thermoablatis beavatkozás útján 100%-ban nem kivitelezhető. Intraarticularis formájában artroszkópos eltávolítása szintén a panaszok azonnali megszűnéséhez vezethet (5).

Összegezve az esetismertetésben, valamint a megbeszélésben felsoroltakat, sokszor a fájdalom, amely a beteg életét megnehezíti, nem vezethető vissza sérülésre. Ha ezek a panaszok a negatív röntgenképek ellenére is fennállnak függetlenül a konzervatív terápiaától (NSAID, nyugalomba helyezés), úgy abban az esetben további diagnosztikus lépéseket kell tenni a még informatívabb képalkotó vizsgálatok irányába, és a komplex diagnózis a kórtörténettel, valamint klinikai képpel együtt állapítható meg.

IRODALOM

1. Hashemi J., Gharahdaghi M., Ansari E., Jeddi F., Hashemi S.: Radiological features of osteoid osteoma: Pictorial review. *Iran. J. Radiol.* 2011. 8. (3): 182-189.
2. Jafari D., Shariatzade H., Mazhar F. N., Abbasgholizadeh B., Dashteborzogh A.: Osteoid osteoma of the hand and wrist: a report of 25 cases. *Med. J. Islam Repub. Iran*, 2013. 27. (2): 62-66.
3. Köllő K.: Csontdaganatok. II. rész. *Osteológiai Közlemények*, 1997. 5. (4): 194-195.
4. Marcuzzi A., Acciaro A. L., Landi A.: Osteoid osteoma of the hand and wrist. *J. Hand Surg.* 2002. 27-B. (5): 440-443.
5. Nishio J., Ishiko T., Minamikawa T., Naito M.: Arthroscopic removal of an intra-articular osteoid osteoma of the radial styloid. *J. Hand Surg.* 2012. 37-A. (1): 68-71.
6. Rupnik J., Csató Zs., Csorba E.: A kézcsonatok daganatai. *Magyar Traumatológia Ortopédia Helyreállító Sebészet*, 1981. 24: 58-64.
7. Shaikh S., Lombay B.: Osteoid osteoma: diagnosis and treatment. *Magyar Radiológia*, 2008. 82. (1-2): 16-24.
8. Szendrői M., Köllő K., Antal I., Lakatos J., Szőke G.: Intraarticular osteoid osteoma: Clinical features, imaging results, and comparison with extraarticular localization. *J. Rheumatol.* 2004. 31. (5): 957-964.

Dr. Fetter Gábor

SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika
6725 Szeged, Semmelweis u. 6.