

## BİR OLGU

# Parosteal (Juxtakortikal) Osteosarkom

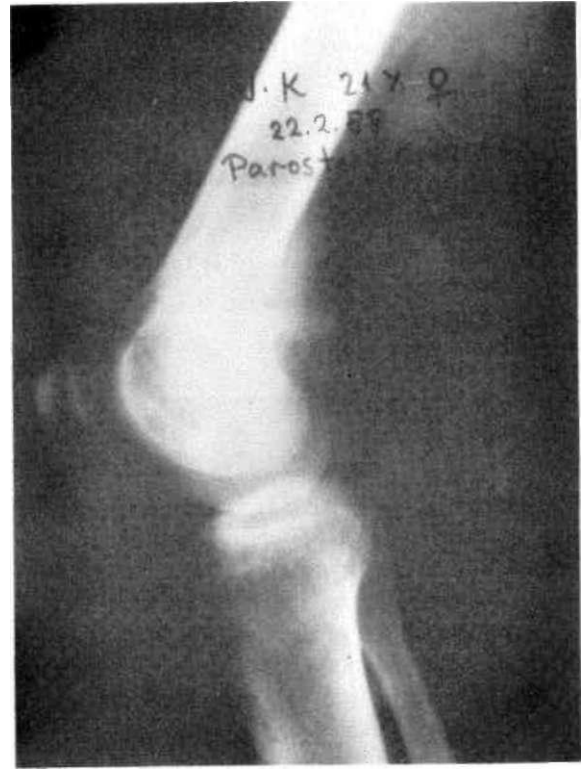
Y.YenerSAĞLIK\*  
Bahaddin GÜZEL\*  
SafaKAPICIOĞLU\*  
Muhammed NAZZAL\*

### GİRİŞ

Parosteal osteosarkom, özellikle uzun tubüler kemiklerin yüzeylerinden gelişen ve bu nedenle yüzeysel (surface) osteosarkomlar diye adlandırılan (1) bir grup sarkomdan birisidir ve intramedüller osteosarkomlara göre çok daha seyrek görülür (1,2,3). İlk defa 1951'de Gerchickler ve Copeland tarafından (2,4,5,6) tarif edilen bu tümör, gerek klasik intramedüller osteosarkom, gerekse aynı subgrup içinde sınırlandırıldığı yüzeysel sarkomlara göre daha yavaş büyüyen, daha iyi bir prognoza sahip olan ve klinik radyolojik ve histopatolojik olarak bu tümörlerden farklı özelliklere sahip bir tümördür (1,2,3,4,5,6,7,8,9). Olguların yarısından fazlası femur alt metaliz arka kısmında yerleşir (1,2,6). Geçmiş yıllarda amputasyon en yaygın cerrahi yöntem iken, son yıllarda en blok rezeksiyon tercih edilen bir yöntem olmuştur.

### OLGU SUNUMU

Şubat 1988'de kliniğimizde ilk müracaatını yapan 21 yaşındaki kadın hastanın anemnezinden, Mayıs 1987'de sol diz arka kısmında şişlik olduğu, adale kontraktürü tanısı ile fizik tedavisi gördüğü, Ekim 1987'de dize gelen bir darbeden sonra şişlik ile birlikte ağrısında ortaya çıktığı öğrenildi. Sedim 17 mm/s, BK: 6700, Alk.Fos.: 240 Ü olan hastanın tüm vücut kemik sintigrafisinde sol femur alt uç ve dizde aktivite artışı vardı. Röntgende ise bu bölgede, yumuşak dokuya doğru uzanan solid bir kitle görülüyordu (Şekil 1). Cerrahi biopsi sonucu, yaygın osteoid doku ve atipik osteoblastik hücre görünümü ile Grade II osteosarkom tanısı geldi. Tümör konseyine çıkarılan hastaya yüksek diz üstü

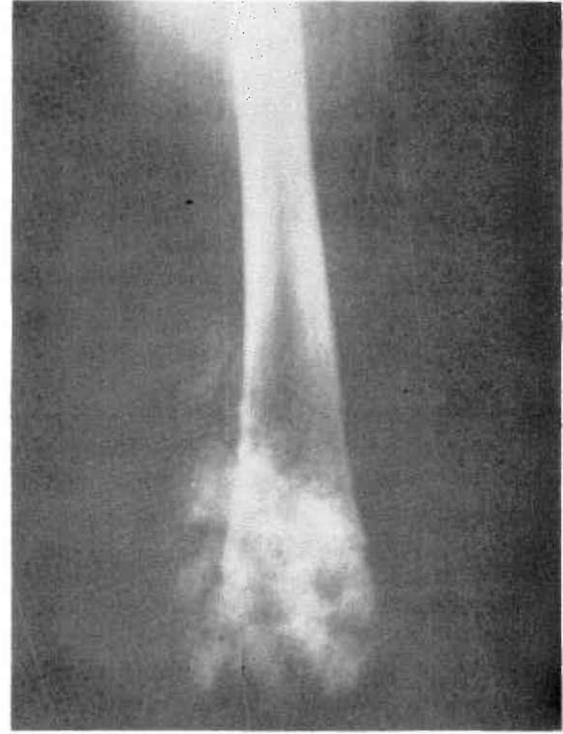


Şekil 1.

amputasyon yapılması, kabul etmez ise radyoterapi + kemoterapi + lokal cerrahi müdahale tavsiye edildi. Bu dönemdeki CT'de akciğer metastazı ve medüller yayılma yoktu. Daha sonra İngiltere'ye gideceğini ifade eden hasta kendi isteği ile taburcu edildi. Haziran 1988'de İstanbul Ü.T.F. de 4200 R radyoterapi ve iki doz CDDP (150 mg.) ve ADR (70 mg.) kemoterapi uygulanan hasta kendi isteği ile taburcu olmuş. Ağustos



Yan grafi



Şekil 2.

Ön arka grafi

1988'de ikinci kez kliniğimize baş vuran hastada lezyonun ilerlediği (Şekil 2) ve akciğer metastazı olduğu belirlendi. Çok şiddetli ağrıları olan hastaya palyatif olarak diz üstü amputasyon uygulandı. Patolojide femur alt uç arka kısımdaki kitlenin 7 cm. çapında ve tibia üst ucunda çevrelediği belirlendi. Postop. kemoterapiye başlanılan hasta (Adriamycin 30 mg/doz) total 430 mg. adriamycin aldıktan sonra VAC tedavisine başlandığı sırada, Aralık 1988'de eksitus oldu.

### TARTIŞMA

Parosteal osteosarkom, klasik intramedüller osteosarkoma göre çok daha nadir görülen bir tümördür. Lorentzon (2), 1980'e kadar dünya literatüründe 206 olgu bildirildiğini, İsveç Kanser Merkezi verilerine göre 1958-68 yılları arasındaki tüm primer malign kemik tümörlerinin %1,6'sını (II olgu) oluşturduğunu ve İsveç popülasyonunda sekiz milyonda bir oranında görüldüğünü bildirmiştir.

Luck (10), 1980'de literatürde 253 olgu olduğunu bildirmiştir.

Schajowicz, (1981) görülme oranını %2,18 (5), Dahlin ise (10) %4 olarak bildirmişlerdir. Yine Schajowicz ve ark. (1988), Latin Amerika Kemik Patolojisi Merkezinde 44 senelik bir periyotta 604 santral osteosarkoma karşılık, 64 parosteal osteosarkom olgusu tesbit ettiklerini bildirmişlerdir (1). Ayrıca, daha önce periferik osteosarkom diye adlandırılan bir grub osteosarkomu parosteal (juxtakortikal), periostal ve high-grade surface osteosarkomu olarak üçe ayırmışlar ve parosteal osteosarkomun bunlar içinde prognoz yönünden en iyisi olduğunu yazmışlardır.

Campanacci ve ark. ise (3) Rizzoli Enstitüsünde 1916'dan itibaren görülen 78 periferik lokalizasyonlu osteosarkom olgusunun 41'nin parosteal osteosarkom olduğunu ve bu tümörün intra-osseöz osteosarkoma göre çok nadir fakat periostal osteosarkoma göre ise iki misli sık görüldüğünü yazmışlardır.

Parosteal osteosarkom yaşamın özellikle ikinci on yılında ve kadınlarda erkeklere göre biraz

daha sık görülür (1,2,3,4,5,6,10,11). Görülme yaşı klasik osteosarkoma göre biraz daha ileri yaşlardır (5,6,8). Lezyon, olgularının yarısından fazlasında femur alt metafiz arka kısmında yerleşir. Luck, (10) 1980'e kadar bildirilmiş 253 olgunun %58'nin bu lokalizasyonda olduğunu bildirmiştir. Diğer yerleşim yerleri humerus üst uç, femur üst uç, tibia ve fibuladır (1,3,4,6,8,12). Radyolojik görünüm karakteristiktir. Lezyonun bulunduğu kemiğin korteks yüzeyinden dışarıya doğru gelişmiş oval, ossifiye olmuş, dens bir kitle görünümü bu lezyonlar için tipiktir (1,5,6,7,13). Bazen lezyon kemiği çepeçevre sarar, özellikle bu durumlarda korteks ile tümör kitlesi arasında linear, translusent bir bölgenin görülmesi karakteristiktir, fakat her zaman görülmeyebilir (1,2,5,6,7).

Histolojik olarak lezyon çok iyi diferansiye, bir çok sahalarda matür lameller kemik yapısının yanı sıra immatür kemik yapısı ve bazende lezyonun periferinde kondrosarkomu düşündüren küçük kartilajinöz sahalara ihtiva eder (1,6,10,12). Campanacci, bu tümörleri histolojik olarak 4 gruba ayırmış, lezyonun fibröz kısımlarının fibrosarkoma, kırıkta kısımlarının ise kondrosarkoma uyan benzerlikler gösterdiğini fakat lezyonun büyük kısmının sarkomatöz değişim gösteren matür dens kemik dokusundan oluştuğunu yazmıştır (3).

Bu lezyonlarda en sık görülen klinik belirti ağrısız büyüyen bir kitledir. Yayılan tarzda ağrı ve

eklem disfonksiyonu daha az görülen belirtilerdir (2,3,6,9).

Parösteal osteosarkomun medullaya yayılması konusu tartışmalıdır. Unni ve ark. (8), medullar yayılmanın prognozu kötü yönde etkilediğini ve başlangıçta bir medullar tutulma varsa lezyonun parösteal Osteosarkom olamayacağını kabul etmektedirler. Schajowicz ve ark. (1) da bu düşünceye katılmaktadırlar. Ahuja ve ark. (9), Campanacci ve ark. (3), Picci ve ark. (4), ve Luck (10) ise medullar tutulmanın semptomların başlangıcından itibaren teşhise kadar geçen sürenin uzun olmasına ve hastanın daha önce geçirmiş olduğu cerrahi müdahalelere bağlı olduğunu ifade ile, medullar tutulma olmasa bile bunun prognozu kötü yönde etkilemediği görüşünü savunmaktadır.

Parösteal Osteosarkom, aynı subgrup içinde sınıflandırıldığı periostal ve high-grade surface osteosarkomu ve klasik intramedüller osteosarkoma göre en iyi prognoza sahiptir (1,2,3,5). Dolayısı ile en blok geniş rezeksiyon son yıllarda olguların çoğunda uygulanan yöntemdir (6,9,13). Amputasyon ise lokal nükslerde veya medüller yayılmanın görüldüğü olgularda uygulanır. Lorentzon (2), 5 yıllık yaşama süresini %73,10 yıllık süreyi ise %36 olarak, Campanacci ve ark. ise (3) ortalama 18 yıl takip ettikleri olgularında başarı oranını %71 olarak bildirmişlerdir. Ölüm nedeni genellikle uzun sürede, lokal nüksler ile veya doğrudan görülen akciğer metastazlarıdır.

## KAYNAKLAR

- Schajowicz, F., Mc Guire, M.H., Araujo, S., Muscolo, D.L., Gitelis, S.: Osteosarcomas Arising on the Surfaces of long Bones. J.B.J.S. 79-A No:4, 555-564,1988.
- Lorentzon, R., Larsson, S.E., Boquist, L.: Parosteal (Juxtacortical) Osteosarcoma. J.B.J.S. 62-B: No:1, 86-92, 1980.
- Campanacci, M., Picci, P., Cherlinzoni, F., Guerra, A., Bertoni, F., Neff, J.F.: Parosteal Osteosarcoma, J.B.J.S. 66-B: No:3, 313-321,1984.
- Picci, P., Campanacci, M., Bacci, G., Capanna, R., Ayala, A.: Medullar Involvement in Parosteal Osteosarcoma. J.B.J.S: 69-A: No:1, 131-136,1987.
- Schajowicz, F.: Tumors and Tumorlike lesions of Bone and Joints. Springer-Verlag, 95-103,1981.
- Huvos, A.G.: Bone Tumors, Diagnosis Treatamnt and Prognosis W.B. Saunders Comp. 94-106,1979.
- Schajowicz, F.: Current Trends in the Diagnosis and Treatment of Malignant Bone Tumors. Clin. Orthop. and Related Research. 180: 220-252,1983.
- Unni, K.Ki., Dahlin, D., Beabout, J.W., ivins, J.C.: Parosteal Osteogenic Sarcoma, Cancer, 37:2466-2475,1976.
- Ahuja, S., Villancin, A., Smith, J., Bullough, P.b, Huvos, A., Marcove, R.: Juxtacortical (Parosteal) Osteogenic Sarcoma. J.B.J.S. 59-A, No:5,632-647,1977.
- Luck, J.VJr., Luck, V.J., Schwinn, P.C.: Parosteal Osteosarcoma. Clin. Orthop. and Related Research. 153: 92-105, 1980.
- Dahlin, D.C.: Bone Tumors, 3 rd. Edn. Thomas, Springfield, Illinois, 1978.
- Lane, J.M., Hurson, B., Boland, PJO., Glasser, D.B.: Osteogenic Sarcoma Clin. Orthop. and Related Research. 204: 93-110,1986.
- Enneking, W.F.: Musculoskeletal Tumor Surgery. Churchill Livingstone, Vol 2:1075-1080,1983.