

# Bilateral Sakroiliite Eşlik Eden İliak Kemikğin Osteoid Osteoması: Olgu Sunumu

## Osteoid Osteoma of the Iliac Bone Associated with Bilateral Sacroiliitis: A Case Report

Alptekin TOSUN, Bilgehan TOSUN\*

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye

\*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

### Özet

Osteoid osteoma kas-iskelet sistemi ağrılarının nadir sebeplerinden biridir. Sakroiliit ise özellikle bilateral tutulumlu olgularda ankilozan spondilit (AS) gibi romatolojik hastalıkları düşündürmektedir. Bu iki hastalığın birlikteliği sık görülen bir durum değildir. Her iki hastalığın antiinflamatuvar tedaviye iyi cevap vermesinden ötürü doğru tanıda radyolojinin, özellikle de osseöz dokuda üstünlüğü kanıtlanmış Bilgisayarlı Tomografinin (BT) rolü büyüktür. Böylelikle bu nadir birlikteliğin doğru tanısı konup, tedavi planlanması yapılabilir. Bu bildiride bilateral sakroiliit tanısı alan ve tedaviye başlanan 23 yaşındaki erkek hastada, sakroiliak eklem aralığı ve eklem yüzlerinin değerlendirilmesi amacıyla uygulanan BT tetkikinde tesadüfen fark edilen osteoid osteoma birlikteliği tanımlanmıştır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2010;56:152-4.*

**Anahtar Kelimeler:** Sakroiliit, osteoid osteoma, birliktelik

### Summary

Osteoid osteoma is one of the infrequent causes of musculoskeletal pain. Rheumatic diseases such as ankylosing spondylitis are considered especially in cases of bilateral sacroiliitis. An association between these diseases is uncommon. Since both osteoid osteoma and sacroiliitis response well to antiinflammatory therapy, radiological investigations, such as computed tomography (CT), have a significant role in diagnosis due to its superiority in visualizing the osseous tissue. Thus, this rare condition can not only be diagnosed, but also managed. This report presents a case of bilateral sacroiliitis in association with osteoid osteoma in a 23-year-old male patient, who was diagnosed and treated initially as bilateral sacroiliitis. CT was performed in order to evaluate the sacroiliac joint space and the accompanying osteoid osteoma was detected coincidentally. *Turk J Phys Med Rehab 2010;56:152-4.*

**Key Words:** Sacroiliitis, osteoid osteoma, existence

### Giriş

Osteoid osteoma benign kemik tümörleri içerisinde yer alır. Erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha sıktır. Geceleri artan ve antiinflamatuvar ilaçlara iyi cevap veren ağrıyla karakterizedir. Ekleme yakın tutulumlar nadir olmakla birlikte tutulan ekleme göre bulgular değişmektedir. Alt ekstremitede femurun proksimal yarısı başta olmak üzere genellikle uzun kemikler tutulur. Pelvik tutulum nadir olup pelviste periartiküler tutulum daha da nadirdir. Pelvik tutulumlarda asetabulum lokalizasyonu tipik yerleşim yeridir.

Bilateral sakroiliit genellikle genç erkeklerde görülen, etiyojisinde Ankilozan Spondilit (AS) başta olmak üzere romatizmal hastalıkların rol aldığı bir hastalıktır. AS'li hastalarda inflamatuvar bel ağrısı, eklem sertliği, subfebril ateş ve sedimantasyon yüksekliği gözlenir. Sakroiliak eklemler, genellikle ilk tutulan eklemler olup bilateral ve sıklıkla simetrik olarak tutulur (1,2).

Yukarıda belirtildiği gibi her iki hastalık benzer semptomlar göstermekte ve yanlış tanıya yol açabilmektedir.

Pelvisin bilateral sakroiliit ve osteoid osteoma ile birlikte tutulumu literatürde daha önce belirtilmemiştir.

## Olgu

23 yaşında üniversite öğrencisi erkek hasta, şiddetli bel ve kalça ağrısı şikayetiyle hastanemize başvurdu. Hikayesinde son dört yıl önce başlayıp zamanla şiddetlenen ve son birkaç aydır her iki kalçaya yayılan bel ağrısı şikayeti mevcuttu. Ayrıca her iki el bileği ve el parmaklarında da şişlik ve ağrı belirten hastanın, özellikle tatil günlerinde uzun süre hareketsiz kaldığında şikayetleri artmaktaydı. Gece uykudan uyandıran, sabah ise daha belirgin olan kalça ağrısı ve sabah sertliği mevcuttu. Bu şikayetlerle hastaneye baş vuran hastaya direkt grafiler eşliğinde sakroiliit tanısı konularak antiinflamatuvar ilaç tedavisi başlanmış. Hastanın ilaçlarını kullandığı zamanlarda şikayetlerinde belirgin azalma gözlenirken tedaviyi terk ettiği dönemlerde şikayetleri tekrarlıyormuş.

HLA-B27 pozitifliği olan, romatoid faktör ve antinükleer antikorları negatif bulunan hastanın laboratuvar testlerinde, eritrosit sedimentasyon hızı 38 mm/h, C-reaktif protein 32 ug/ml tespit edildi.

Bilateral evre 2 sakroiliit tespit edilen ve üç aydan uzun süredir bel ağrısı bulunan hasta, ankilozan spondilit tanısıyla sakroiliak eklem BT tetkiki amacıyla radyoloji bölümüne sevk edildi. Sakroiliak eklemlere yönelik 3 mm, diğer pelvik yapılara ise 5 mm kesit kalınlığında BT tetkiki, kemik filtresinde ve kemik penceresinde uygulandı. İnceleme sonucunda bilateral sakroiliak eklem aralığında daralma, eklem yüzlerinde düzensizlik, osteolitik erozyonlar ve iliak yüzde belirgin subkondral diffüz skleroz tespit edildi (Resim 1). Pelvik osseöz yapılar değerlendirildiğinde sağ sakroiliak eklem süperiorunda iliak kemik yerleşimli santralinde hipodens nidus içeren, hiperdens sklerotik lezyon gözlemlendi (Resim 2). Görüntüleme özelliğinden dolayı osteoid osteoma tanısı konup, ileri tetkik metotlarına gerek duyulmadı. Bulguların eşliğinde olguya nadir bir birliktelik olan, iliak kemik yerleşimli osteoid osteomanın eşlik ettiği bilateral sakroiliit teşhisi konularak naproksen sodyum 750 mg/gün, periferik eklem tutulumu için sülfasalazin 2000 mg/gün başlandı. Bir aylık tedavi sonrasında sedimentasyon hızı 20 mm/h, C-reaktif protein değeri



Resim 1. Sağda iliak kemik yerleşimli, kemikte belirgin ekspansiyona yol açmayan düzgün sınırlı, sklerotik lezyon görülmektedir. Lezyon santralinde milimetrik hipodens nidus görünümü dikkati çekmektedir.

6 ug/ml tespit edildi. Göğüs ekspansiyonunu arttırmak amacıyla solunum egzersizleri, ilerleyici kifozu engellemek için sırt ve boyun ekstansör kaslarına yönelik kuvvetlendirme ve pektoral germe egzersizleri başlandı. Üç aylık aralarla iki yıldır takip edilmekte olan hastaya, AS için uygulanan konservatif tedaviye osteoid osteomanın iyi cevap vermesinden dolayı cerrahi tedavi düşünülmedi.

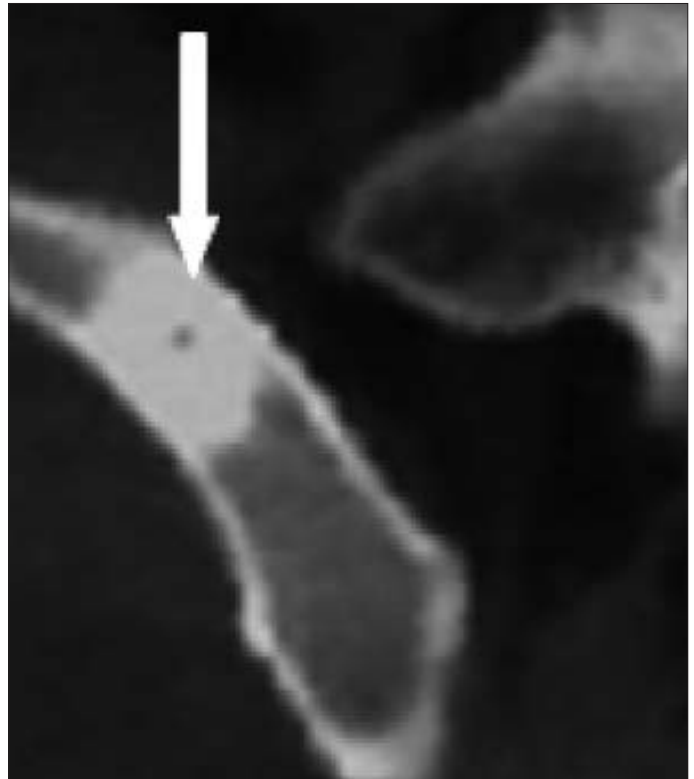
## Tartışma

AS bilateral simetrik sakroiliite en sık neden olan hastalıktır. Ankilozan spondilitin erken bulgularından biri olan bilateral simetrik sakroiliitte, önce eklem kenarlarının keskinliği kaybolur ve subkondral kemik erozyonları gözlenir (1).

Osteoid osteoma etyolojisi bilinmeyen, matür ve immatür kemiğin birlikte bulunduğu benign iskelet tümörüdür. Tümör genellikle 1,5 cm'den küçüktür. Osteoid osteoma tüm kemiklerde görülebilirken, genellikle uzun kemikler tutulur. Osteoid osteomanın klinik bulguları, çoğu olguda tipik olmakla birlikte ekleme yakın ve eklemi ilgilendiren lokalizasyonlarında, oluşturduğu patolojiye göre farklılık gösterir (2).

Bilateral simetrik sakroiliitin AS dışında diğer olası nedenleri enterik artropati, depozisyon artropatileri (gut, akromegali) ve osteitis kondensans ilii'dir. Subkondral kemik rezorbsiyonları ile beliren hiperparatiroidizm yine bilateral simetrik sakroiliitin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır (1).

Bilateral asimetric sakroiliit nedenleri psöriatik artrit, Reiter sendromu ve juvenil romatoid artritir. Bununla birlikte iliak kemik yerleşimli osteom ile enostoz (kemik adacığı) yine ayırıcı tanıda bulunur. Osteomlar iyi sınırlı, yuvarlak sklerotik lezyon



Resim 2. Sağda belirgin bilateral sakroiliak eklem aralığında daralma, eklem yüzlerinde düzensizlik ve eklem yüzlerinde iliak yüz ağırlıklı subkondral skleroz görülmektedir.

olarak belirirler. Enostoz ise belirsiz sınırlı sklerotik odak olarak karşımıza çıkar. Her ikisinde de kemik destrüksiyonu veya periost reaksiyonu mevcut değildir. Nidus görülmez (1,3,4).

Non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ), AS'ye eşlik eden ağrı ve eklem sertliğinin tedavisinde en sık kullanılan ilaç grubudur. Bazen semptomların giderilmesinde yüksek doz NSAİİ gerekir. Bu grup ilaçların olumlu etkilerinin görülmesi birkaç haftayı bulabilir. Ancak bazı olgularda yetersiz kalabilirler veya yan etki oluşturabilirler. Bu gibi durumlarda TNF alfa blokör ve periferik eklem tutulumu için sülfasalazin tedaviye eklenebilir. Sülfasalazin sadece ağrı ve eklem şişliklerini kontrol altına almakla kalmayıp, inflamatuvar barsak lezyonları tedavisinde de etkilidir.

Metotreksat ve kortikosteroidler yine ağır olgularda tedavi seçenekleri arasındadır. Ancak bu ajanların uzun dönemdeki yan etkileri çok ciddi olabilir. TNF alfa blokörler AS tedavisinde gelecek vaat eden biyolojik ilaçlardır. Çalışmalar bu ilaçların sadece eklem artritine değil, spinal artrit de etkili olduğunu ve hastalığın ilerleyişini yavaşlattığını göstermiştir (5).

Osteoid osteoma'nın pelvik lokalizasyonu ile sakroiliite benzer semptomlar göstermesi ve tedaviye benzer yanıt verme özelliği nedeniyle karışabilirler. Osteoid osteoma gibi benign kemik tümörleri, pelvise süperpoze gaz-feçes gölgeleri nedeniyle direkt grafide gözden kaçmaktadır. Sakroiliak eklem yüzlerindeki skleroz bazen aldatıcı olabilmektedir. Sakroiliak eklem yerleşimli bir osteoid osteoma, sakroiliit bulgusu vererek yanlış tanıya veya teşhiste yıllarca sürebilen gecikmeye neden olabilmektedir (3).

BT incelemede gözlenen nidus varlığı osteoid osteoma tanısı için yeterli olup, Manyetik Rezonans Görüntüleme gibi ileri tetkik metotları gereksizdir. Sakroiliak eklem BT incelemelerinde

sadece sakroiliak eklemler değil, diğer osseöz yapılar da dikkatlice incelenmelidir (3,6,7).

Sonuç olarak osteoid osteoma muskuloskeletal ağrıların nadir sebeplerindedir. Her iki hastalıkta da antiinflamatuar ilaçlara güçlü cevap alınır. BT, direkt grafi ve kemik sintigrafisine oranla ayırıcı tanıda üstündür. Genç hastalarda antiinflamatuar tedaviyle düzelen ağrı varlığında, sakroiliak eklem yüzlerindeki subkondral skleroza yönelik BT incelemesi yapılarak, osteoid osteoma gibi eşlik edebilecek diğer patolojilerin atlanmaması ve tedavide göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Dahnert W. Differential diagnosis of musculoskeletal disorders. In: Dahnert W, ed. Radiology review manual. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2003. p. 17.
2. Dahnert W. Bone and soft tissue disorders. In: Dahnert W, ed. Radiology review manual. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2003. p. 134-5.
3. Duman I, Aydemir K, Tan AK, Dinçer K, Kalyon TA. An unusual case of osteoid osteoma clinically mimicking sacroiliitis. Clin Rheumatol 2007;26:1158-60. [Abstract] / [PDF]
4. Stoller DW, Tirman PFJ, Bredella MA, Beltran S, Branstetter RM, Blease SCP. Bone tumors. In: Stoller DW, ed. Diagnostic imaging orthopaedics. 1th ed. Utah: Amirsys, 2004. p. 134-5.
5. Gorman JD, Sack KE, Davis JC. Treatment of Ankylosing Spondylitis by Inhibition of Tumor Necrosis Factor alpha. N Engl J Med 2002;346:1349-56. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
6. Şirvancı M, Göğüş A, Duran C, Tişkaya K. Case Report: Sacral osteoid osteoma' Turk J Diagn intervent Radiol 2002;8:43-6. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
7. Allen SD, Saifuddin A. Imaging of intraarticular osteoid osteoma. Clin Radiol 2003;58:845-52. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]