

Olbrzymia torbiel tętniakowata kości naśladująca nowotwór złośliwy

Andrzej Borowski, Marek Drobniewski, Michał Skrzypek, Kajetan Pstrągowski, Marek A. Synder, Magdalena Krasieńska, Marek Synder

Klinika Ortopedii z Pododdziałem Ortopedii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Torbiel tętniakowata kości (TTK) jest guzem kości, który występuje głównie u młodych dorosłych. Pomimo łagodnego charakteru, czasami jest lokalnie agresywny i może osiągnąć znaczną wielkość. Dlatego nierzadko choroba ta upodabnia się do złośliwego, destrukcyjnego procesu i sprawia trudności diagnostyczne. Przedstawiamy przypadek 12-letniej dziewczynki, u której zauważono gwałtownie rosnącą masę w okolicy stawu biodrowego lewego. W badaniach obrazowych (RTG, MRI, TK) stwierdzono w proksymalnej części kości udowej rozrastającą się zmianę, która uszkadzała warstwę korową kości. Sugerowało to obecność mięśniakomięsaka prążkowanokomórkowego. Zmianę usunięto operacyjnie, wypełniając ubytki kostne przeszczepami. Dwa miesiące po operacji chora zgłosiła dolegliwości bólowe okolicy prawej pachwiny oraz lewego kolana. W badaniu RTG stwierdzono zmiany kostne w prawej kości łonowej oraz lewej udowej. Biopsja nie wykazała zmian patologicznych. W rok od zabiegu operacyjnego zmiany w obrazie RTG prawej kości łonowej oraz lewej kości udowej wycofały się samoistnie. Po 10 latach od rozpoznania torbieni tętniakowatej nie zaobserwowano wznowy choroby ani innych dolegliwości.

Biuletyn PTO NOWOTWORY 2019; 4, 2: 81–84

Słowa kluczowe: torbiel tętniakowa kości (TTK), diagnostyka, leczenie operacyjne

Wstęp

Torbiel tętniakowata kości (TTK) występuje głównie u młodych dorosłych [1]. Uważa się, iż ta łagodna zmiana włóknisto-kostna jest wtórnym następstwem naczyniowym dysplazji włóknistej lub guza olbrzymiokomórkowego i dotyczy na ogół kości długich. Zmiana ma najczęściej charakter łagodny, jednak może okazać się miejscowo złośliwa i może się powiększać. Chorobę tę niestety trudno jest zdiagnozować.

Opis przypadku

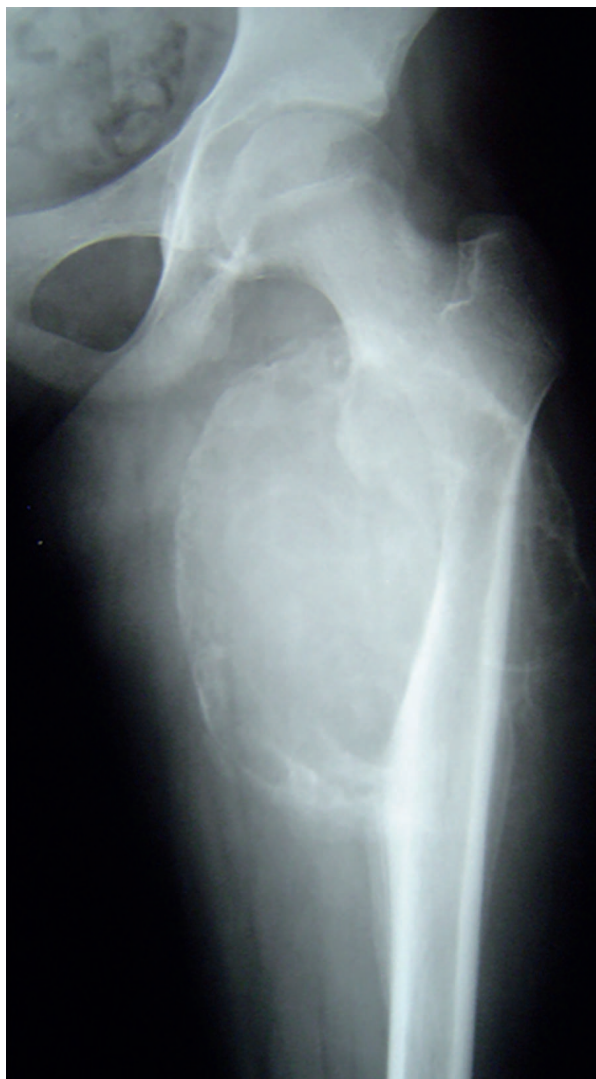
Chcemy przedstawić przypadek 12-letniej dziewczynki, u której stwierdzono szybko rosnący guz w okolicy stawu biodrowego

lewego. Podczas pierwszej wizyty pacjentka zgłosiła, że przez ostatnie 4 tygodnie po wysiłku fizycznym odczuwała narastający ból. W badaniu rentgenowskim (RTG) stwierdzono zmianę w proksymalnej części kości udowej (ryc. 1). Tworzyła ona rozrost i uszkadzała warstwę korową kości udowej z odczynem okostnowym.

Z kolei magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lewej kości udowej pokazał rozrastające się masy w przynasadzie kości udowej oraz w 1/3 bliższej jej trzonu. Uszkodzenie to dotyczyło warstwy korowej kości. Zaobserwowano też złamanie w przednio-bocznej części kości udowej. Wyniki wymienionych badań obrazowych wskazywały na mięśniakomięsaka prążkowanokomórkowego.

Jak cytować:

Borowski A, Drobniewski M, Skrzypek M, Pstrągowski K, Synder MA, Krasieńska M, Synder M. Giant aneurysmal bone cyst mimicking malignant tumor. NOWOTWORY J Oncol 2019; 69: 67–70.

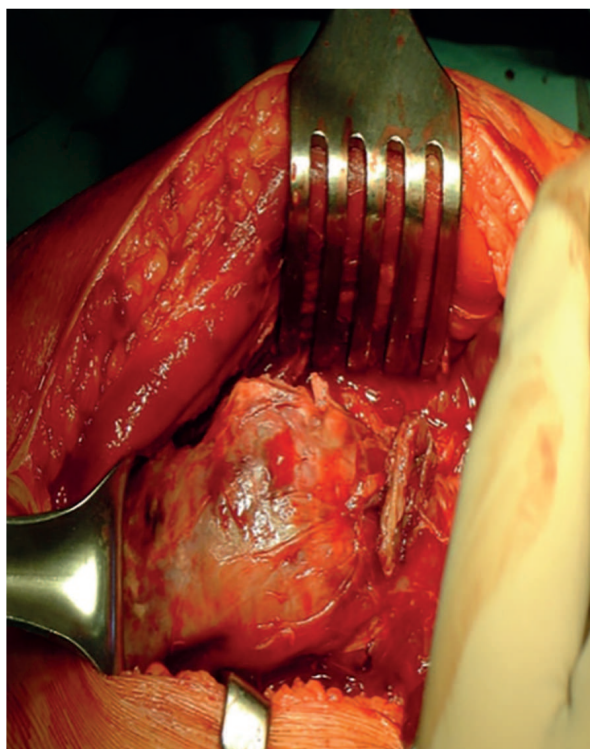


Rycina 1. Obraz RTG w projekcji przednio-tylnej kości udowej z widoczną masywną, rozdymającą zmianą kości



Rycina 2. Obraz w tomografii komputerowej części bliższej kości udowej z rekonstrukcją 3D

Tomografia komputerowa (TK) w przeważającej mierze potwierdziła obecność torbielowatego, rozległego guza z ewidentnym uszkodzeniem przedniej i bocznej warstwy korowej kości udowej (ryc. 2). Jednak dopiero biopsja umożliwiła postawienie rozpoznania: torbiel tętniakowata kości na bazie dysplazji włóknistej bez cech złośliwości.



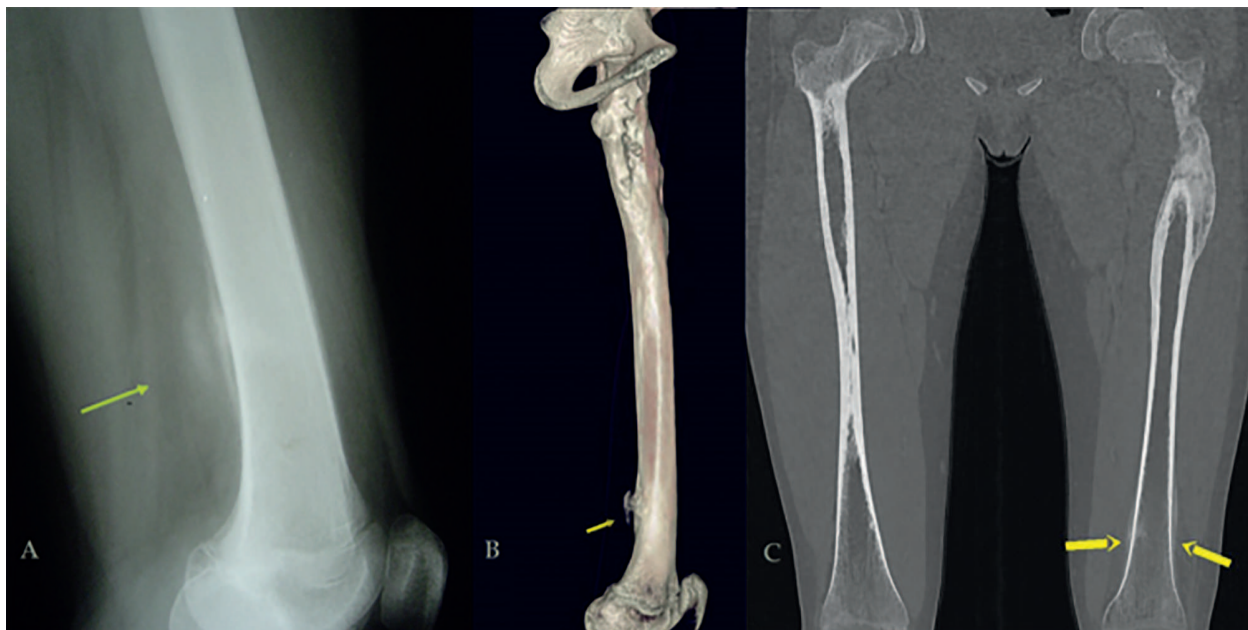
Rycina 3. Obraz śródoperacyjny części bliższej lewej kości udowej



Rycina 4. Scyntygrafia kości ukazująca gorące obszary w prawej kości łonowej i dalszej części kości udowej

Chorą zakwalifikowano do operacyjnego wycięcia guza. Ubytki kostne wypełniono przeszczepami allogennymi kości gąbczastej (ryc. 3).

Dwa miesiące po operacji, podczas wizyty kontrolnej, pacjentka zgłosiła dolegliwości bólowe okolicy prawej pachwiny oraz lewego kolana. Wykonano scyntygrafię kości (ryc. 4) oraz badania obrazowe, takie jak RTG oraz TK (ryc. 5). Stwierdzono obecność zmian w lewej kości udowej oraz w prawej kości łonowej. Biopsja uda nie wykazała zmian patologicznych. Dolegliwości bólowe samoistnie ustąpiły po kilku dniach, dlatego nie kontynuowano dalszej diagnostyki zmian znalezionych w scyntygrafii.



Rycina 5. **A** – Obraz RTG dalszej części kości udowej z obecną zmianą; **B** – Tomografia komputerowa z rekonstrukcją 3D; **C** – Obraz zmiany kostnej w przekrojach tomografii komputerowej



Rycina 6. Obraz RTG 10 lat po operacji z widoczną przebudową w miejscu usuniętej torbieli kości

Na zdjęciu rentgenowskim wykonanym 4 miesiące po zabiegu operacyjnym stwierdzono dobrą przebudowę przeszczepów kostnych oraz brak miejscowej wznowy. Jednakże ciągle widoczny był odczyn okostnowy typu „skórki cebuli”. Po roku od zabiegu operacyjnego pacjentka powróciła do pełnej czynnej i biernej sprawności ruchowej i zakresu ruchomości. Nie odczuwała też dolegliwości bólowych. Zmiany w obrazie RTG prawej kości łonowej oraz lewej kości udowej wycofały się samoistnie. Po 10 latach od rozpoznania torbieli tętniakowatej nie zaobserwowano wznowy ani innych dolegliwości (ryc. 6). Obecnie pacjentka jest aktywna fizycznie i uprawia sport.

Dyskusja

Strategia leczenia torbieli tętniakowatej kości wzbudza dyskusje wśród ortopedów zajmujących się leczeniem guzów kości. Sposób leczenia powinien być dobierany indywidualnie w zależności od lokalizacji, rozległości i złośliwości nowotworu [2]. Jednak mimo wielu technik leczenia opisuje się od 5 do 40% nawrotów choroby [3].

Łyżeczkowanie oraz wycięcie bloku kostnego to sposoby leczenia zmian łatwo dostępnych. Natomiast w leczeniu trudno dostępnych TTK [4–8] stosuje się krioterapię, przeszskórne iniekcje preparatami zawierającymi polidokanol (stosowanymi m.in. w sklerotyzacji żyłaków) lub preparatami steroidowymi (octan metyloprednizolonu, DepoMedrol). Z kolei po resekcjach dużych zmian typu TTK istotną rolę w leczeniu mają allogeniczne przeszczepy kostne. Jednak charakteryzują się one wolniejszą przebudową niż przeszczepy autogeniczne [9]. Przyczyną wolniejszej przebudowy allograftów jest brak aktywnych osteocytów w przeszczepie oraz mniejszy stopień odpowiedzi immunologicznej [10].

Mimo że TTK jest nowotworem niezłośliwym, pacjent po pierwotnym leczeniu wymaga stałej kontroli. Jest to ważne, ponieważ TTK może ulec transformacji w guza złośliwego *telangiectatic osteosarcoma* lub *fibroblastic osteosarcoma* [11–13]. Transformacje te na szczęście są rzadkie i wiążą się zwykle z wcześniejszą radioterapią – w literaturze opisywane są nieliczne przypadki *telangiectatic osteosarcoma* po leczeniu TTK bez wcześniejszego napromieniania.

W przypadku opisywanej pacjentki po 10 latach od pierwotnego leczenia, mimo wyjściowo dużej rozległości i cech miejscowej złośliwości nowotworu, nie zaobserwowano nawrotu choroby.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Andrzej Borowski

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Klinika Ortopedii z Pododdziałem Ortopedii Dziecięcej

ul. Pomorska 251

90-001 Łódź

e-mail: aborowski@xl.wp.pl

Zgłoszono: 2 stycznia 2019 r.

Zaakceptowano: 6 maja 2019 r.

Piśmiennictwo

1. Cottalorda J, Bourelle S. Modern concepts of primary aneurysmal bone cyst. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery* 2007; 127: 105–114.
2. Guven M, Demirel M, Ozler T i wsp. An aggressive aneurysmal bone cyst of the proximal humerus and related complications in a pediatric patient. *Strategies Trauma Limb Reconstr* 2012; 7: 51–56.
3. Szendroi M, Cser I, Konya A i wsp. Aneurysmal bone cyst. A review of 52 primary and 16 secondary cases. *Arch Orthop Trauma Surg* 1992; 111: 318–322.
4. Campanacci M, Capanna R, Picci P. Unicameral and aneurysmal bone cysts. *Clin Orthop Relat Res* 1986; 25–36.
5. Chang CY, Kattapuram SV, Huang AJ i wsp. Treatment of aneurysmal bone cysts by percutaneous CT-guided injection of calcitonin and steroid. *Skeletal Radiol* 2017; 46: 35–40.
6. Brosjo O, Pechon P, Hesla A et al. Sclerotherapy with polidocanol for treatment of aneurysmal bone cysts. *Acta Orthop* 2013; 84: 502–505.
7. Varshney MK, Rastogi S, Khan SA i wsp. Is sclerotherapy better than intralesional excision for treating aneurysmal bone cysts? *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2010; 468: 1649–1659.
8. Lampasi M, Magnani M, Donzelli O. Aneurysmal bone cysts of the distal fibula in children. *Journal of Bone and Joint Surgery-British Volume* 2007; 89b: 1356–1362.
9. Shih HN, Su JY, Hsu KY i wsp. Allogeneic cortical strut for benign lesions of the humerus in adolescents. *J Pediatr Orthop* 1997; 17: 433–436.
10. Glancy GL, Brugioni DJ, Eilert RE i wsp. Autograft versus allograft for benign lesions in children. *Clin Orthop Relat Res* 1991; 28–33.
11. Brindley GW, Greene JF, Jr., Frankel LS. Case reports: malignant transformation of aneurysmal bone cysts. *Clin Orthop Relat Res* 2005; 438: 282–287.
12. Kansagra AP, Wan JJ, Devulapalli KK i wsp. Malignant transformation of an aneurysmal bone cyst to fibroblastic osteosarcoma. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2016; 45: E367–E372.
13. Mascard E, Gomez-Bouchet A, Lambot K. Bone cysts: unicameral and aneurysmal bone cyst. *Orthopaedics & Traumatology-Surgery & Research* 2015; 101: S119–S127.