

## BİSEPS FEMORİS KASINDA MYOSİTİS OSSİFİKANS

### MYOSITIS OSSIFICANS IN BICEPS FEMORIS MUSCLE

Önder Tan

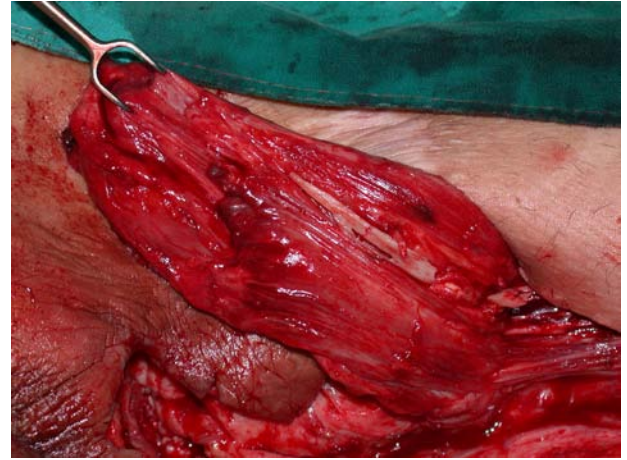
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Erzurum

Sayın Editör,

Spinal travmaya bağlı paraplejisi olan 42 yaşında erkek bir hasta sağ iskiyal bası yarası yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Hasta daha önce sakral, sol iskiyal ve sağ trokanterik bası yaraları nedeniyle seri operasyonlar geçirmiş ve mevcut flep verici sahalarının neredeyse tümü kullanılmıştı. Mevcut iskiyal yaranın biceps femoris kas flebi ile rekonstrüksiyonu planlandı. Hastanın fizik muayenesinde ve laboratuvar tetkiklerinde özellikli bir patolojiye rastlanmadı. Sedasyon ve monitörizasyon altında bası ülseri total olarak eksize edildi. Aynı taraf posterior uyluğuna yapılan vertikal insizyonla biceps femoris kası ortaya kondu. Kasın palpasyonunda ameliyat öncesi fizik muayenede ele gelmeyen sert, çevre dokuya fikse, kas boyunca uzanan ve kasın mobilizasyonunu önleyen, yaklaşık 12 cm boyunda ince uzun bir kitleye rastlandı (Şekil 1). Kitle iki parça halinde kas içinden total olarak çıkartılarak (Şekil 2) kas rahatlatıldı ve insersiyosundan ayrılarak başarılı bir şekilde bası yarası kavitesine transfer edildi. Kas üzerinde cilt flepleri primer olarak sütüre edildi. Ameliyat sonrası izlemlerde erken ve geç dönemde herhangi bir yara komplikasyonu ile karşılaşılma. Kitlenin histopatolojik incelemesinde hafif iltihabi MNL hücre infiltrasyonu içeren fibröz doku, yer yer parçalanmış kemik lamelleri ve aralarında ilik materyali izlendi ve Myositis ossifikans (MO) tanısı kondu.

MO kas ya da diğer yumuşak dokuların benign, non-neoplastik, heterotopik kemik formasyonudur. Genellikle adolesan dönemde ve genç erişkinlerde ortaya çıkar. Lezyonlar ağırlıklı olarak uyluk, gluteus, dirsek gibi travma için yüksek riskli bölgelerde, daha az sıklıkla da omuz ve baldır yerleşimlidir.<sup>1,2</sup> Ancak MO'a sternokleidomastoid kas, paravertebral alan, göğüs duvarı kasları gibi vücudun hemen her bölgesinde rastlanabilir.<sup>3,4</sup> MO traumatika, MO progressiva, paraplejiye eşlik eden MO (olgumuzda görüldüğü gibi) ve yumuşak dokunun pseudoma-

lign osseoz tümörü ya da non-traumatik MO olmak üzere hastalığın dört farklı klinik antitesi mevcuttur. Travmatik form özellikle atletlerde posterior uyluk kaslarında ve jokeylerde adduktor longus tendonunun osifikasyonuna bağlı olarak 'binici kemiği' şeklinde ortaya çıkabilir. Biceps femoris kasının tutulumu nadir de olsa siyatik sinir paralizisine neden olabilmektedir.<sup>5</sup>



Şekil 1: Heterotopik kemik dokusunun biceps femoris kası içindeki görünümü



Şekil 2: Kitlenin iki parça halinde kas içinden eksize edildikten sonraki görünümü

Patofizyolojisinde akut fazda ilk 1 hafta içinde ağrılı ve hassas yumuşak doku kitlesi ortaya çıkar. 2. haftada primitif kırık ve kemik oluşumuyla karakterize ossifikasyon paterni görülür. 2 ile 6. haftalar arasında kitle içinde yoğun kalsifiye alanlar belirir ve giderek genişler, kitlenin periferinde yeni kemik oluşumu gözlenebilir. Matürasyon ve küçülme kitlenin ortaya çıkmasından sonra 6 ay içinde tamamlanır.<sup>6</sup> MO' in klinik ve histopatolojik olarak osseös ve juktakortikal osteosarkomlardan, özellikle hiperkalsemiye eşlik eden metastatik kalsifikasyondan ve tümörlerde görülen distrofik kalsifikasyondan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. MO tipik olarak fibroblastik merkezi ve periferinde geniş ossifikasyon zonu ile karakterize zonal patern göstermeye eğilimlidir. Merkezi bölüm sitolojik atipi göstermeyen gevşek olarak dizilmiş iğsi hücrelerden oluşur.

Tanıda bilgisayarlı tomografi yardımcı olabilir. Tipik patern sınırları belirgin, periferi yüksek dansiteli, merkezi düşük dansiteli kitledir ki histolojik zonal yapıyı yansıtır. Malignensilerden ayırmanın zor olduğu olgularda magnetic resonance görüntüleme faydalı olabilir.

MO'ın yaygın tedavisi cerrahi eksizyondur.<sup>7</sup> Bazı çalışmalarda hastalığın kendini sınırlayıcı ve benign doğasından dolayı sık izlem önerilmişse de<sup>8</sup>, nadir yerleşimlerde ve maligniteyi ekarte edebilecek bir travma hikayesi yokluğunda kesin tanı için kitlenin total olarak çıkartılması gerekli kabul edilmektedir.<sup>9</sup> Fizyoterapi, asetik asit iyontofrez, magnezyum, ve etidronate disodyumun tedavide efektif olduğu bildirilmiştir.<sup>10,11</sup> Eksizyon sonrası rekürrens nadirdir.

Bası yarası olan paraplejik hastalarda nadir de olsa MO görülebilir ve klinik olarak asemptomatik olabilir. Bizce hem kesin tanı koyabilmek hem de tutulan kasın bası yarası rekonstrüksiyonunda efektif olarak kullanılabilmesi için kitlenin total cerrahi eksizyonu seçkin tedavi yöntemidir.

Dr. Önder Tan

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. 25240 – Erzurum

Tel: 0. 442. 2317020

Faks : 0. 442. 2361301

E-posta : drondertan@yahoo.com

## KAYNAKLAR

1. Frassica FJ, Thompson RC. Evaluation, diagnosis, and classification of benign soft-tissue tumors. Instr Course Lect 1996; 45:447-60.
2. Gindele A, Schwamborn D, Tsironis K. Myositis ossificans traumatica in young children: report of three cases and review of the literature. *Pediatr Radiol* 2000; 30: 451-9.
3. Woolar JA, Beirne JC, Triantafyllou A. Myositis ossificans traumatica of sternocleidomastoid muscle presenting as cervical lymph-node metastasis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1995; 24:170-3.
4. Yazici M, Etensel B, Gursoy MH, Aydogdu A, Erkus M. Nontraumatic myositis ossificans with an unusual location: case report. *J Pediatr Surg* 2002; 37:1621-2.
5. Jones BV, Ward MW. Myositis ossificans in the biceps femoris muscles causing sciatic nerve palsy. A case report. *J Bone Joint Surg Br* 1980; 62-B: 506-7.
6. Jung EJ, Lee YJ, Park ST, Ha WS, Choi SK, Hong SC et al. Myositis ossificans of the abdominal rectus muscle: report of a case. *Surg Today* 2006; 36: 619-22.
7. Parkash H, Goyal M. Myositis ossificans of medial pterygoid muscle. A cause for temporomandibular joint ankylosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 27-8.
8. Aoki T, Naito H, Ota Y, Shiiki K. Myositis ossificans traumatica of the masticatory muscle: review of the literature and report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 1083-8.
9. Nuovo MA, Norman A, Chumas J, Ackerman LV. Myositis ossificans with atypical clinical, radiographic, or pathologic findings: a review of 23 cases. *Skelet Radiol* 1992; 21: 87-101.
10. Wieder DL. Treatment of myositis ossificans with acetic acid iontophoresis. *Phys Ther* 1992; 72: 133-7.
11. Steidl L, Ditmar R. Treatment of soft tissue calcifications with magnesium. *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med* 1991; 130: 273-87.