



Temporal kasta travmatik miyozitis ossifikans

Traumatic myositis ossificans of temporal muscle

Muhammed Furkan Sökmen, Alper Köycü, Alper Nabi Erkan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Miyozitis ossifikans kas ve yumuşak dokularda kemikleşmeye neden olan benign bir patoloji olarak bilinir. Travmaya bağlı miyozitis ossifikans en sık ekstremitelerde görülür. Nadir olarak maksillofasiyal bölgede de görülebilir. Bu yazıda temporal bölgede travmaya bağlı miyozitis ossifikansı olan 38 yaşında bir erkek hasta literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar sözcükler: Miyozitis ossifikans; temporal kas; travma.

ABSTRACT

Myositis ossificans is known as a benign pathology which causes ossification within muscles and soft tissues. Myositis ossificans due to trauma is seen most often in the extremities. It can also rarely be seen in the maxillofacial region. In this article, we report a 38-year-old male patient with myositis ossificans due to trauma in temporal region along with the literature.

Keywords: Myositis ossificans; temporal muscle; trauma.

Miyozitis ossifikans (heterotopik ossifikasyon) kas ve yumuşak dokularda kemikleşme olarak bilinen benign bir patolojidir.^[1] Travmatik, non-travmatik ve doğuştan olmak üzere üç tipi vardır. En sık görülen tipi travmatik olanıdır.^[2] Travmatik miyozitis ossifikans ilk olarak 1692 yılında Guy Patin tarafından tanımlanmış olup 1868 yılında Von Dusche tarafından adlandırılmıştır.^[3] Kas dokusuna direkt travma, geniş yanıklar, kırıklar ve eklem çıkıkları sonrasında gelişir.^[1] En sık ekstremitelerde görülür, nadir olarak da maksillofasiyal bölgede görülebilir. Literatürde maksillofasiyal bölgede özellikle de temporal kasta görüldüğüne dair çok az sayıda olgu bildirilmiştir.^[4-7]

OLGU SUNUMU

Otuz sekiz yaşında erkek hasta sağ kulak önü ve üstünde ağrı ve ağzını tam açamama yakınmasıyla başvurdu. Hastanın öyküsünden herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı, yaklaşık bir ay önce sağ kulağı üzerine düştüğü, dış merkezde yapılan incelemelerinde herhangi bir patoloji saptanmadığı öğrenildi. Yapılan muayenede

sağ temporal bölgede hassasiyet, çene hareketlerinde ve ağız açıklığında ciddi kısıtlılık olduğu görüldü. Hastanın ağız açıklığı 12 mm olarak ölçüldü. Diğer kulak burun boğaz muayeneleri doğaldı. Maksillofasiyal tomografi (BT)'sinde tüm maksillofasiyal kemiklerin, temporo-mandibüler eklemlerin salim olduğu fakat sağ temporal kasın sola göre kalınlaştığı, içerisinde küçük kaba kalsifiye alanlar görüldüğü ve miyozitis ossifikans ile uyumlu olduğu bildirildi (Şekil 1). Hastaya analjezik ve miyorelaksan tedavisi verilerek fizik tedavi uygulanmaya başlandı. İki ay sonraki kontrolünde hastaya tekrar maksillofasiyal BT çekilerek önceki BT incelemesi ile karşılaştırıldı (Şekil 2). Kalsifikasyon miktarında değişiklik ve ağız açıklığında yeterli bir artış olmaması (16 mm) üzerine hastaya kalsifik alanın cerrahi olarak eksizyonu önerildi. Ancak hasta cerrahi tedaviyi kabul etmeyince fizik tedavi uygulamaları ile takibe alındı.

TARTIŞMA

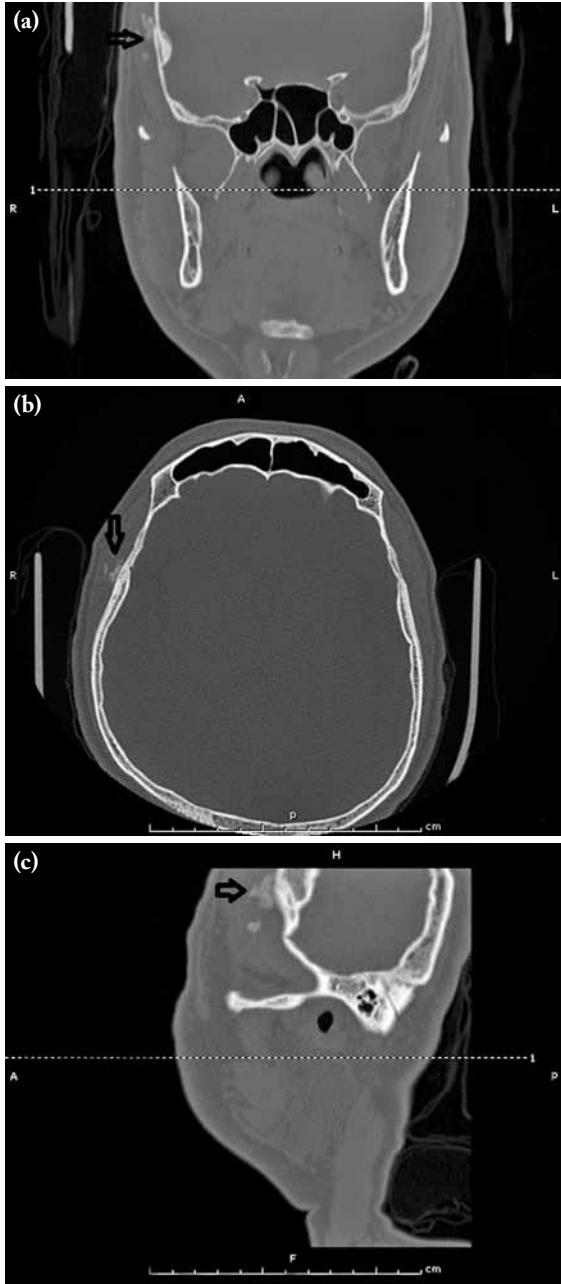
Miyozitis ossifikans eklem çevresinde, yumuşak doku içinde oluşan ektopik, patolojik kemik dokusu olarak

Geliş tarihi: 16 Temmuz 2014 *Kabul tarihi:* 17 Eylül 2014

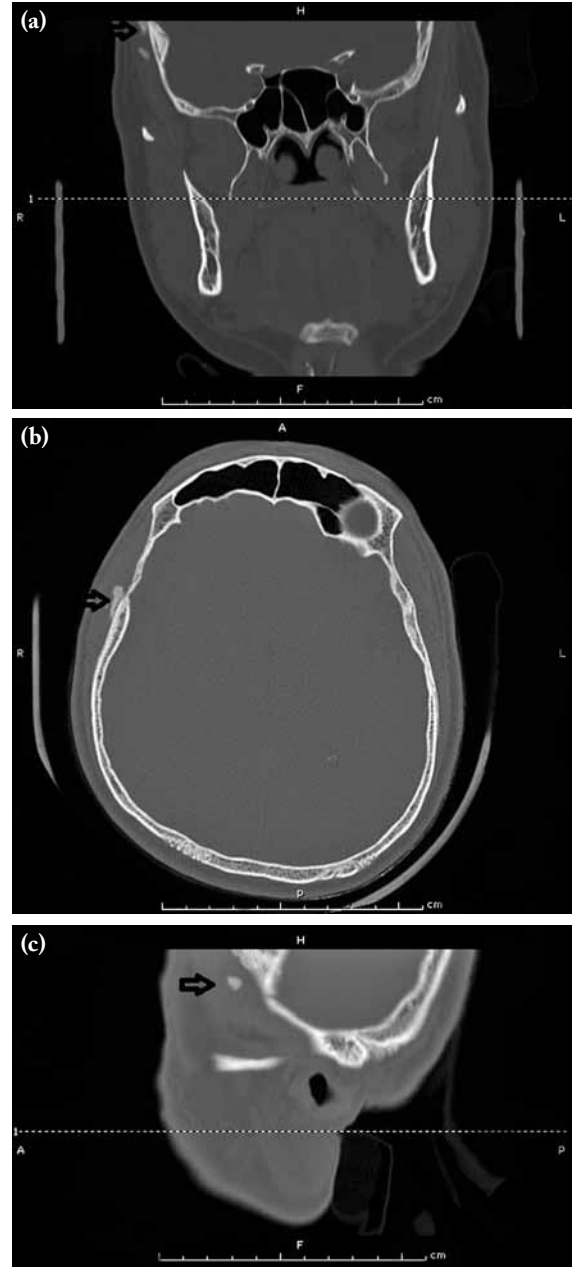
İletişim adresi: Dr. Muhammed Furkan Sökmen, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, 01250 Yüreğir, Adana, Türkiye.

Tel: 0322 - 458 68 68 e-posta: drmf27@gmail.com

© 2015 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı



Şekil 1. (a) İlk muayene sonrası çekilen koronal plan maksillofasiyal tomografide sağ temporal bölgede ossifikasyon görülmekte (ok). (b) İlk muayene sonrası çekilen aksiyel plan maksillofasiyal tomografide sağ temporal bölgede ossifikasyon görülmekte (ok). (c) İlk muayene sonrası çekilen sagittal plan maksillofasiyal tomografide sağ temporal bölgede ossifikasyon görülmekte (ok).



Şekil 2. (a) Üç ay sonra kontrolde çekilen koronal plan maksillofasiyal tomografi görüntülerinde sağ temporal bölgedeki ossifikasyon devam etmekte (ok). (b) Üç ay sonra kontrolde çekilen aksiyel plan maksillofasiyal tomografi görüntülerinde sağ temporal bölgedeki ossifikasyon devam etmekte (ok). (c) Üç ay sonra kontrolde çekilen sagittal plan maksillofasiyal tomografi görüntülerinde sağ temporal bölgedeki ossifikasyon devam etmekte (ok).

tanımlanmaktadır. Bu patoloji literatürde paraartiküler ossifikasyon, ektopik ossifikasyon, ossifiye fibromiyopati gibi farklı terimlerle de adlandırılmaktadır. Histolojik incelemelerde gerçek osteoblastik aktivite ve kemik olu-

şununun olduğu gösterilmiştir.^[8] Miyozitis ossifikans erkeklerde kadınlardan daha fazla görülür. En sık görülen tipi travmatik olandır.^[2] En sık ekstremitelerde görülmele birlikte kraniyofasiyal iskelette nadir görülür.

Bu bölgede en sık etkilenen kaslar sternokleidomastoid kas ve masseter kasıdır.^[9] Saraç ve ark.^[10] boyunda skalen kastan kaynaklanan miyozitis ossifikansı olan bir erkek olgu bildirmişlerdir. Bizim olgumuz da erkekte ve temporal kasta etkilenme vardı.

Travma sonrası hastalığın gelişme süresi farklılıklar gösterebilmektedir. Miyozitis ossifikans genellikle travmadan 1-4 ay sonra görülürken, birkaç yıl sonra da gelişebilir.^[11] Arima ve ark.nın^[12] yaptıkları bir çalışmada üç haftadan 20 yıla kadar gelişen farklı olgular bildirilmiştir. En erken bulgu ağrı ile birlikte şişlik, eritem ve ısı artışıdır. Heterotopik ossifikasyonun tam yerleşmesi ile birlikte ağrı azalma olur. Travma geliştikten sonra radyolojik olarak heterotopik kemik oluşumu üç ile dört hafta sonra belirginleşir. Bizim olgumuzda da travmadan hemen sonra yapılan görüntüleme incelemelerinde bulguya rastlanmadı, travmadan bir ay sonra ağrılarının azaldığı dönemde yapılan görüntüleme incelemelerinde kalsifiye alan tespit edildi.

Miyozitis ossifikans benign ve kendini sınırlayan bir hastalıktır. Tedavisi konservatiftir. Miyozitis ossifikansın tedavisinde pasif hareketler, kısa dalga diatermi, ultrason ve yüzeysel sıcak uygulama başlıca seçeneklerdir. Antiinflamatuvarlar, bifosfanatlar, radyoterapi ve cerrahi rezeksiyon tedavi seçenekleri arasında bulunmaktadır.^[8] Dinlenme, buz ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ağrıyı azaltır. Fizyoterapi aktif ve pasif hareketleri artırmaya yardımcı olabilir. Tipik olarak hastalığın semptomlarında (%30) gerileme görülür.^[13] Spontan rezorpsiyon veya kısmi regresyon meydana gelebilir.^[14] Bu nedenle patoloji oluştuktan sonra hastanın bir süre ameliyat edilmeden takip edilmesi uygundur. Thorndike, tam olgunlaşmayan ve aktivitesi azalmış kemiğe cerrahi ile ulaşmanın zor olduğunu ve nüksü önlemek için cerrahi girişimin 6-12 ay içinde düşünülmemesini önermiştir.^[15] Böylece lezyon gerilemediğinde veya fonksiyonel kısıtlılık oluşturduğunda cerrahi girişim önerilir.^[12] Kalsifiye kitlenin cerrahi eksizyonu ile düşük doz radyoterapi, NSAİİ, bifosfonat, steroid, indometazin, varfarin ve retinoik asit gibi cerrahi olmayan tedavi seçeneklerinin kombinasyonu bazı durumlarda işe yarayabilir.^[13,14] Bizim olgumuzda tedavi olarak öncelikle NSAİİ, miyorelaksan gibi ilaçlarla konservatif tedavi uygulandı. Kontrollerinde yakınmalarında azalma olmadığı anlaşılınca hasta fizik tedaviye yönlendirildi. Fizik tedavi gördükten sonraki kontrolünde hasta yakınmalarında kısmi azalma olduğunu fakat tam düzelmediğini, çene hareketlerini yapamadığını belirtti. Radyolojik incelemeler sonucu patolojide rezorpsiyon ya da kısmi gerileme olmadığı görülünce hastaya cerrahi önerildi. Fakat hasta cerrahi kabul etmedi.

Sonuç olarak, baş boyun bölgesine alınan travmalarda özellikle uzun süren yakınmalarda, ağrı artışı, şişlik veya bölgesel hareket kısıtlılığı meydana gelmiş ise miyozitis ossifikans ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tedavisi her zaman yüz güldürücü olmamakla birlikte fizik tedavi uygulamaları ve gerektiğinde cerrahi uygulamalardan faydalanılabilmektedir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Micheli A, Trapani S, Brizzi I, Campanacci D, Resti M, de Martino M. Myositis ossificans circumscripta: a paediatric case and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2009;168:523-9.
2. Patel S, Richards A, Trehan R, Railton GT. Post-traumatic myositis ossificans of the sternocleidomastoid following fracture of the clavicle: a case report. *Cases J* 2008;22:413.
3. Parikh J, Hyare H, Saifuddin A. The imaging features of post-traumatic myositis ossificans, with emphasis on MRI. *Clin Radiol* 2002;57:1058-66.
4. Manzano D, Silván A, Saez J, Moreno JC. Myositis ossificans of the temporalis muscle. Case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12:E277-80.
5. Guarda-Nardini L, Piccotti F, Ferronato G, Manfredini D. Myositis ossificans traumatica of the temporalis muscle: a case report and diagnostic considerations. *Oral Maxillofac Surg* 2012;16:221-5.
6. Schiff MJ, Meara DJ. Myositis ossificans of the temporalis muscle: case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71:1893-8.
7. Saka B, Stropahl G, Gundlach KK. Traumatic myositis ossificans (ossifying pseudotumor) of temporal muscle. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002;31:110-1.
8. Yanık B, Yalçın P. Heterotopik ossifikasyon. *Romatizma* 2003;18:183-90.
9. Lello GE, Makek M. Traumatic myositis ossificans in masticatory muscles. *J Maxillofac Surg* 1986;14:231-7.
10. Sarac S, Sennaroglu L, Hosal AS, Sozeri B. Myositis ossificans in the neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1999;256:199-201.
11. Staas WE, Formal CS, Freedman MK, Fried GW. Spinal cord injury and spinal cord injury medicine. In: DeLisa JA, Gans BM, editors. *Rehabilitation medicine principles and practice*. Philadelphia: Lippincott-Raven Company; 1998. p. 1259-91.

12. Arima R, Shiba R, Hayashi T. Traumatic myositis ossificans in the masseter muscle. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:521-6.
13. Wang XL, Malghem J, Parizel PM, Gielen JL, Vanhoenacker F, De Schepper AM. Pictorial essay. Myositis ossificans circumscripta. *JBR-BTR* 2003;86:278-85.
14. Rossler H. Myositis ossificans circumscripta. *Ped Rad* (serial online), 4(6).
15. Woldenberg Y, Nash M, Bodner L. Peripheral osteoma of the maxillofacial region. Diagnosis and management: a study of 14 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:E139-42.