

고관절 통증으로 발현된 유골 골종 1예

한양대학교 류마티스병원 류마티스내과¹, 김성윤 내과², 한양대학교병원 영상의학과³

정경희¹ · 나경선² · 이승훈³ · 김태환¹

A Case of Osteoid Osteoma Presenting with Hip Joint Pain

Kyong-Hee Jung¹, Kyoung-Sun Na², Seung Hun Lee³, Tae-Hwan Kim¹

Department of Rheumatology, Hanyang University Hospital for Rheumatic Diseases¹,
Kim's Rheumatism Clinic², Department of Radiology,
Hanyang University Medical Center³, Seoul, Korea

증례

환자: 11세 여자

주소: 1년 6개월 전부터 지속된 오른쪽 고관절 통증

병력: 과거력에서 외상의 기왕력은 없었으며 가족력에서 특이 사항은 없었다. 타병원에서 상기 주소로 치료를 받았으나 증상의 호전이 없어 전원되었다. 통증은 야간에 심해져 자다 깨 정도였고 통증으로 인해 보행 시 과행이 동반되었다.

검사 소견: 적혈구침강속도 6 mm/hr, C-반응단백 0.3 미만으로 정상 소견이었다. 항 CCP 항체, 류마티스인자와 HLA B27 모두 음성이었다.

방사선 소견: 고관절 단순 방사선 사진에서 좌측에 비해 우측의 고관절 경부가 넓어져 있고 약 1cm의 음영이 증가된 핵(nidus)이 관찰되었다(그림 1A).

전신 뼈 스캔에서 우측 대퇴골 경부에 방사성동위원소의 흡수가 증가되어있으며 전자간 지역(intertrochanteric area)에 반응성 변화를 보이고 있었다(그림 1B). 컴퓨터단층촬영에서 우측 대퇴골 경부에 약 1.3 cm 크기의 경화가 동반된 핵이 관찰되었다(그림 2A, B). 고관절 자기공명영상에서 T1, T2 영상에서 약 1 cm 크기의 저음영의 핵이 관찰되며 주변으로 골수의 부종, 연부 조직 부종, 활액막염이 관찰되었다(그림 3A, B).

치료: 비스테로이드성 소염진통제를 1년 이상 복용하고 있는 상태임에도 통증이 지속되므로 수술이나 고주파 열치료(radiofrequency ablation)을 고려하고 있다.

고찰

유골 골종은 양성 골 종양 중 10% 정도를 차지하

<접수일: 2010년 5월 25일, 수정일: 2010년 9월 14일, 심사통과일: 2010년 9월 14일>

※통신저자: 김태환
서울 성동구 행당동
한양대학교 류마티스병원
Tel: 02) 2290-9246, Fax: 02) 2298-8231, E-mail: thkim@hanyang.ac.kr

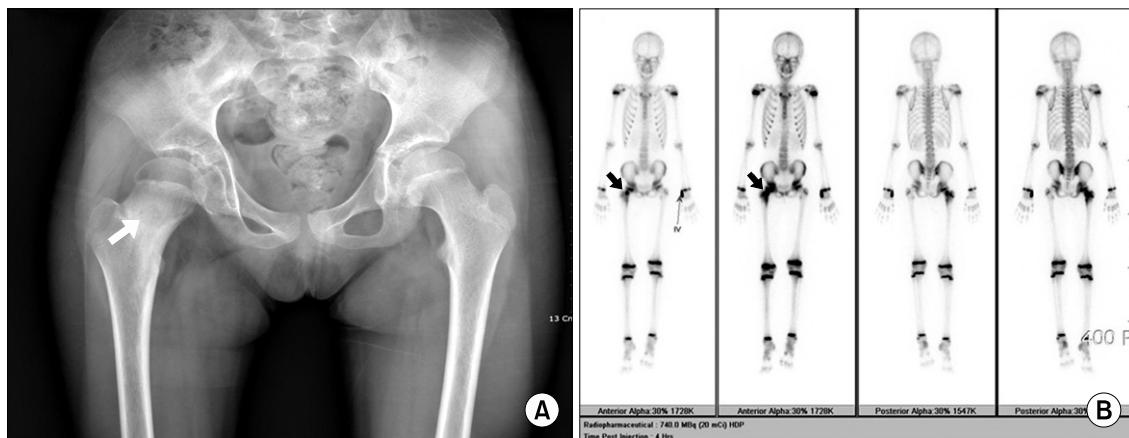


Fig. 1. (A) Hip X-ray shows small radiolucent lesion with surrounding sclerosis (white arrow), (B) Whole body bone scan shows increased radioisotope uptake in the right femoral neck with reactive bone change (black arrow).

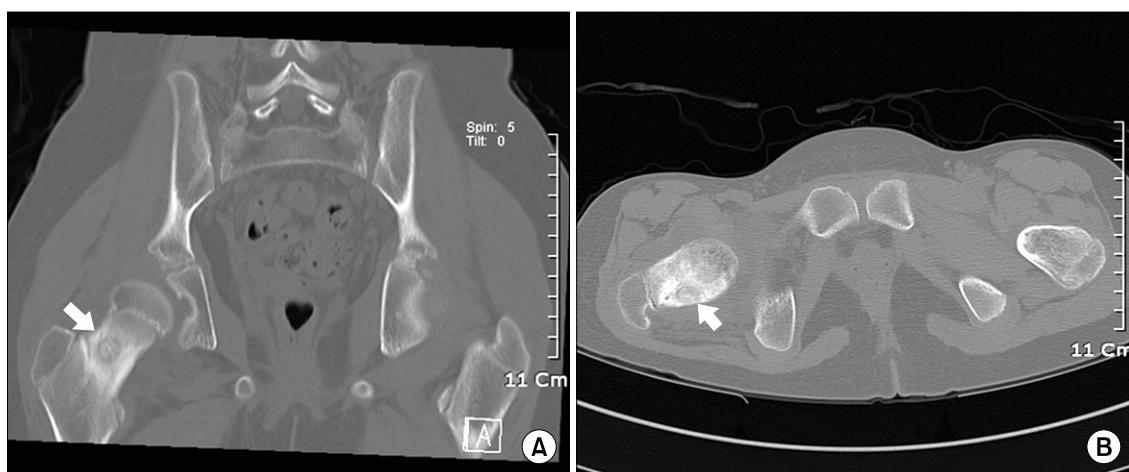


Fig. 2. (A, B) Pelvic bone CT shows about 1.3 cm sized partially calcified nodular lesion with hypodense rim and surrounding sclerosis at posterior cortex of right femur (arrow).

며 5~20세에서 많이 생긴다. 모든 골에서 발생할 수 있으나 대퇴골에서 가장 많이 생긴다 (1). 대퇴골의 근위부에 생긴 유골 골종 환자의 약 80%에서 활액막염과 관절 액의 증가 소견을 보인다 (2). 초음파 소견에서 활막의 증식과 관절 액이 관찰될 경우 염증성 관절염으로 진단할 가능성이 높다 (3). 또 소아의 경우 외상의 기왕력이 있거나 무릎으로의 방사통을 호소하는 경우, 전형적인 방사선 소견을 보이지 않는 경우들에서 진단이 늦어지거나 오진될 수 있다. 반드시 감별해야 할 질환으로 일과성 활막염(trans-

sient synovitis), 화농성 관절염(septic arthritis), Legg-Calve-Perthes 병, 연소성 류마티스관절염(juvenile rheumatoid arthritis), 결핵성 관절염(tuberculous arthritis) 등이 있다 (4,5).

고관절의 통증을 호소하는 소아에서 염증성 관절염이나 활막염의 소견이 있더라도 유골 골종과 같은 종양성 질환의 감별을 반드시 고려해야 하며 임상 양상과 검사소견 및 진단방사선학적 검사로 정밀하게 확인하는 것이 필요하겠다.

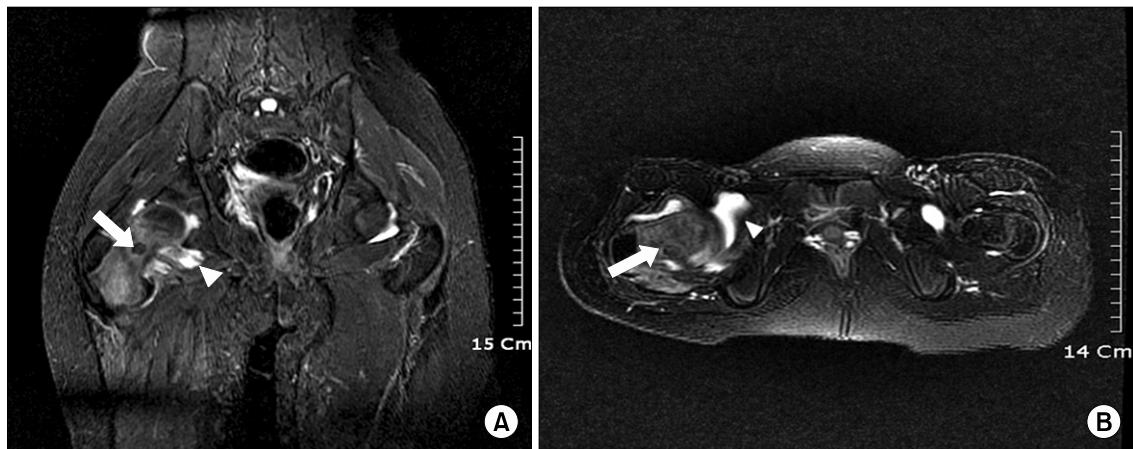


Fig. 3. (A, B) The hip MRI shows about 1 cm sized low signal intensity nodular lesion with rim enhancement (white arrow) with surrounding bone marrow edema, joint effusion (triangle) in T2 fat suppression image.

참고문헌

- 1) Ghanem I. The management of osteoid osteoma: updates and controversies. *Curr Opin Pediatr* 2006; 18:36-41.
- 2) Gaeta M, Minutoli F, Pandolfo I, Vinci S, D'Andrea L, Blandino A. Magnetic resonance imaging findings of osteoid osteoma of the proximal femur. *Eur Radiol* 2004;14:1582-9.
- 3) von Chamier G, Holl-Wieden A, Stenzel M, Raab P, Darge K, Girschick HJ, et al. Pitfalls in diagnostics of hip pain: osteoid osteoma and osteoblastoma. *Rheumatol Int* 2010;30:395-400.
- 4) Alani WO, Bartal E. Osteoid osteoma of the femoral neck simulating and inflammatory synovitis. *Clin Orthop Relat Res* 1987;223:308-12.
- 5) Hollingworth P. Differential diagnosis and management of hip pain in childhood. *Br J Rheumatol* 1995;34: 78-82.