

Poteškoće u dijagnosticiranju osteoid osteoma vrata talusa

Katarina Barbarić, Damjan Dimnjaković, Marko Bergovec, Tomislav Smoljanović, Ivan Bojanić*

Ovim prikazom bolesnika želimo upozoriti na otežano postavljanje dijagnoze kad je osteoid osteom lokaliziran na vratu talusa. Osim nespecifične kliničke slike, dodatna poteškoća dijagnostici je to što se osteoid osteom te lokalizacije teško uočava na magnetskoj rezonanciji koja je danas prvi izbor u slikovnoj dijagnostici bolnih stanja zglobova. Prikazujemo slučaj bolesnice koja je u životnoj dobi od 15 godina počela osjećati bolove u lijevom gležnju, i to bez prethodne ozljede. Tijekom liječenja učinjene su dvije magnetske rezonancije gležnja te jedan artroskopski zahvat bez ikakvog poboljšanja. Nakon detaljno uzete anamneze i pregleda u našoj klinici posumnjalo se na osteoid osteom vrata talusa, pa je učinjena kompjuterska tomografija koja je potvrdila tu sumnju. Načinjen je ponovni artroskopski zahvat tijekom kojeg je obavljena djelomična sinoviektomija i uklonjen tumor, a patohistološka je analiza potvrdila da je riječ o osteoid osteomu. Od operacijskog zahvata bolesnica se više nije žalila ni na kakvu bol u gležnju, pa ni prilikom hoda niti u mirovanju, a nakon šest mjeseci se u potpunosti vratila svojim športskim aktivnostima. Osteoid osteom koji se nalazi unutar ili u neposrednoj blizini zglobova često uzrokuje nespecifičnu kliničku sliku koja može odvesti na dijagnostičku stranputicu, zbog čega se može za dulje vrijeme odgoditi postavljanje točne dijagnoze, a time i početak djelotvornog liječenja. U slučaju sumnje na osteoid osteom vrata talusa slikovna metoda izbora je kompjuterska tomografija, a od velike je važnosti i komunikacija između kliničara i radiologa, jer će točnost dijagnosticiranja biti značajno veća ako je radiolog upoznat o sumnji na osteoid osteom.

Ključne riječi: osteoma, osteoid; subtalarni zglob; magnetska rezonanca; tomografija, kompjuterska; artroskopija; adolescent

UVOD

Osteoid osteom je osteoplastični koštani tumor koji čini 11% od svih dobroćudnih koštanih tumora (1-3). Većinom se javlja u adolescenata i mlađih odraslih osoba, a čak u 70% slučajeva riječ je o mlađima od dvadeset godina (1, 3). Najčešća mu je lokalizacija metafiza ili diјаfiza dugih kostiju, femura i tibije, a tada se očituje karakterističnim noćnim bolovima koji se smanjuju nakon primjene salicilata (4-6). Na rendgenskim se snimkama prikazuje kao središnje prosvjetljenje, tzv. gnjezdašce ili „nidus“, okruženo sklerotičnom kosti (2, 4-7). U malom je broju slučajeva, između 5 i 12%, osteoid osteom lokaliziran ili unutar zglobova (intraartikularno) ili u samoj blizini zglobova (juxtaartikularno) (2, 8). U tim se slučajevima ne očituje karakterističnim noćnim bolovima, već je bol obično trajno prisutna, a često i bez pojačavanja noću. Osim toga, s vremenom dolazi do pojave izljeva u zglobovima kao posljedica sinovitisa te razvoja kontraktura zglobova i atrofije okolnih mišića (2, 5). Otežanoj dijagnostici pridonosi i

teže uočavanje osteoid osteoma te lokalizacije na rendgenskim snimkama i na magnetskoj rezonanciji (MR), pa ne treba čuditi podatak kako se točna dijagnoza postavlja sa značajnim kašnjenjem od šest do čak trideset mjeseci od pojave prvih simptoma, što često rezultira i nepotrebnim kirurškim zahvatima (6-8).

PRIKAZ BOLESNIKA

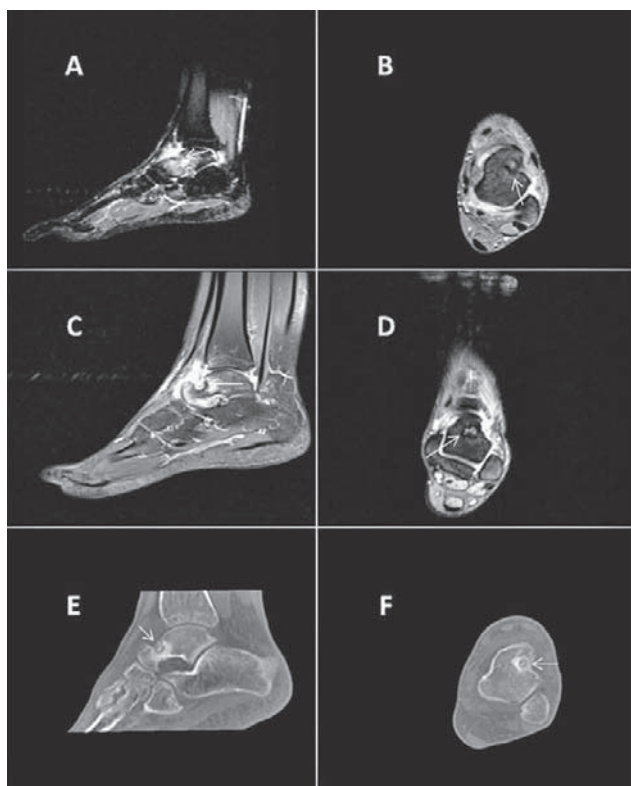
Petnaestogodišnjoj su se bolesnici u listopadu 2010. godine pojavili bolovi u lijevom gležnju. Iako se u to vrijeme aktivno

* Klinika za ortopediju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta u Zagrebu, Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Katarina Barbarić, dr. med., Klinika za ortopediju
Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Šalata 7, 10000 Zagreb,
E-mail: katarina.barbaric@hotmail.com

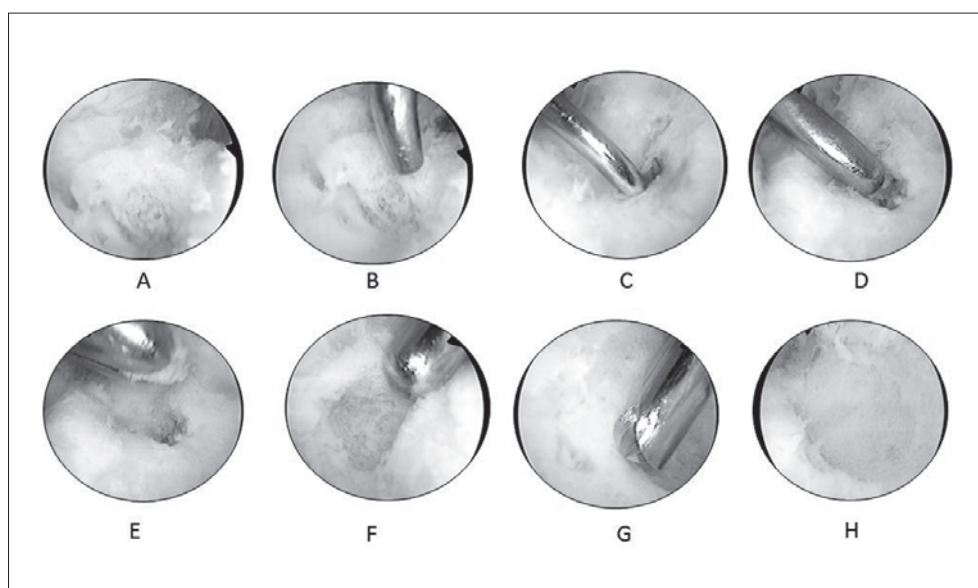
Primljeno/Received: 4. 6. 2013., Prihvaćeno/Accepted: 12. 7. 2013.



SLIKA 1. Strjelicom označen osteoid osteom vrata talusa: A, B: sagitalni i transverzalni presjek prve magnetske rezonancije gležnja; C, D: sagitalni i transverzalni presjek druge magnetske rezonancije gležnja; E, F: sagitalni i transverzalni presjek računalne tomografije gležnja.

bavila ritmičkom gimnastikom, nije navela da je tijekom treninga i/ili natjecanja ozlijedila gležanj. Osim toga, istaknula je da nije bilo nikakvih promjena u intenzitetu, trajanju i/ili učestalosti treninga prije pojave bolova, kao i to da joj je menstrualni ciklus bio uredan. Bol je bila tupa i lokalizirana s prednje strane gležnja, a javljala se neovisno o aktivnosti, pa i u mirovanju. Nakon nekoliko mjeseci pojavila se i oteklina s prednje strane gležnja. U srpnju 2011. godine učinjen je MR gležnja na kojem je bio vidljiv izraziti edem u vratu talusa (Slika 1). Radiolog je posumnjao na prijelom zamaora talusa, pa je bolesnica prekinula sa športskom aktivnošću. No ni potpuni prestanak športske aktivnosti u trajanju od tri mjeseca nije rezultirao smanjenjem boli, pa je zajedno s roditeljima potražila „drugo mišljenje“. Ortoped je tada na osnovi anamneze i kliničkog pregleda te nalaza MR-a postavio dijagnozu anterolateralnog sindroma sraza i indicirao artroskopski zahvat. No zbog potrebe duljeg čekanja na operacijski zahvat i progresije boli bolesnica je otišla na pregled drugom ortopedu, koji je postavio identičnu dijagnozu te je u siječnju 2012. godine načinio artroskopiju lijevog gležnja, primjenjujući pritom standardne pristupe s prednje strane gležnja. Načinjena je djelomična sinoviektomija prednjeg dijela gležnja i dio uklonjene sinovije poslan je na patohistološku analizu. Bez obzira na obavljenju operaciju

bolovi su se i dalje pojačavali. Bolesnica je provodila kontroliranu, intenzivnu rehabilitaciju, ali usprkos tome sve se više smanjivao opseg pokreta u gležnju, a oteklina nije nestajala, pa je operater indicirao novi MR (ožujak 2012. godine). Na MR-u je drugi radiolog utvrdio „opsežan edem gotovo čitavog talusa, a u području njegova vrata dermakirani koštani segment promjera 1 cm, sklerotičnog ruba, koji diferencijalno dijagnostički može upućivati na disecirajući osteohondritis“. Kako nakon kontrolnog pregleda operatera i nastavljenoj fizikalnoj terapiji nije došlo do poboljšanja, bolesnica je s roditeljima potražila novo „drugo mišljenje“. Početkom travnja 2012. godine javila se na pregled u Kliniku za ortopediju KBC-a Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. S prednje strane lijevog gležnja uočila se izražena oteklina zgloba uz uredno srasle ožiljke od artroskopskog zahvata. Pri kliničkom pregledu snažna bolnost izazvala se palpacijom prednje zglobne pukotine gležnja, a takva se bol javljala i prilikom ispitivanja opsega pokreta u gležnju koji je u usporedbi sa zdravom stranom bio smanjen i iznosio je od 10° dorzalne do 25° plantarne fleksije. Valja istaknuti da se bol nije javljala prilikom palpacije maleola te da je testom prednje ladiice utvrđeno da je zglob u potpunosti stabilan. Potom je bolesnica testirana prilikom stajanja i pritom se nije mogla podići na prste stojeći samo na lijevoj nozi. Osim toga, i pri tzv. „testu čučnja“ (test tijekom kojeg se ispitanik spušta u čučanj stojeći samo na jednoj nozi, a koji se primjenjuje prilikom dijagnosticiranja anterolateralnog sindroma sraza) bolesnica se žalila na pojavu boli. Potom je u razgovoru s roditeljima i bolesnicom dobiven podatak da se bolovi smiruju nakon uzimanja salicilata, ali i da bolesnica ima katkad i snažniju bol noću te da i tada uzima salicilate za smirenje bolova. Taj je podatak uz promjene vidljive na MR-u i cjelokupnu kliničku sliku naveo jednog od autora ovog prikaza slučaja da posumnja kako je riječ o osteoid osteomu lokaliziranom na vratu talusa. Budući da je nalaz kompjuterske tomografije (CT) potvrdio kliničku sumnju i jasno prikazao nidus u vratu talusa, indicirano je kirurško uklanjanje osteoid osteoma. Početkom lipnja 2012. godine učinjen je zahvat u spinalnoj anesteziji, i to u bljedod stazi, uz napomenu da je bolesnica perioperativno dobila antibiotik, i to cefalosporin prve generacije. U zglob se ušlo kroz novi anteromedijalni ulaz, jer prethodni ulazi nisu bili načinjeni na adekvatnim mjestima. Priraslice i zadebljana sinovija ispunjavale su čitav prednji dio zgloba (Slika 2). Nakon obavljenog anterolateralnog ulaza motoriziranim instrumentom detaljno se očistio prednji dio zgloba i potom se pristupilo na vrat talusa gdje se odmah uočio nidus. Kohleom je nidus odvojen od ležišta i potom je artroskopskim hvatačem prihvaćen i izvađen iz zgloba te poslan za patohistološku analizu. Potom je dijelom kohleom, a dijelom motoriziranim instrumentom očišćeno sklerotično ležište do spongiozne kosti, tako da je ostao „krater“ na vratu



SLIKA 2. Artroskopsko uklanjenje osteoid osteoma vrata talusa; A: vizualizacija osteoid osteoma; B, C, D, E: potpuno uklanjenje osteoid osteoma nemotoriziranim instrumentima; F, G: toaleta tumorskog ležišta i uklanjanje rubne skleroze motoriziranim instrumentima; H: vrat talusa na kraju obavljenog zahvata.

talusa. Tijekom boravka u Klinici pod nadzorom fizioterapeuta započela je s vježbama za dobivanje punog opsega kretnji u gležnju, a hodala je uz pomoć dviju podlaktičnih štaka, minimalno opterećujući operiranu nogu. Valja istaknuti da se bolesnica od operacijskog zahvata nije više žalila ni na kakvu bol u operiranom gležnju, niti prilikom hoda ni u mirovanju. Mjesec dana nakon zahvata bolesnica je došla na kontrolni pregled, prilikom kojeg je uočeno da su rane uredno srasle te da ima podjednak opseg pokreta u oba gležnja. Učinjena je i kontrolna radiološka obrada, a patohistološki nalaz je potvrdio da je riječ o osteoid osteomu. Savjetovano joj je da može u potpunosti normalno hodati, da započne voziti bicikl te da nastavi s vježbama kod kuće i da prema mogućnosti što više pliva tijekom ljeta. Bolesnica je došla još na dva kontrolna pregleda za dva, odnosno pet mjeseci i oba je puta navela da ne osjeća nikakve bolove u operiranom gležnju te da je započela s postupnim povratkom športskoj aktivnosti.

RASPRAVA

Osteoid osteom koji se nalazi unutar ili u neposrednoj blizini gležnja često uzrokuje kliničku sliku koja može odvesti na dijagnostičku stranputicu prijeloma zamora, anterolateralnog sindroma sraza ili pak monoartikularnog artritisa, zbog čega se može za dulje vrijeme odgoditi postavljanje točne dijagnoze, a time i početak djelotvornog liječenja (9, 10). Prilikom razrješavanja uzroka boli u gležnju mlađih osoba koja nije posljedica ozljede uvijek valja pomno uzeti anamnezu i pritom pokušati utvrditi može li se pojava boli vezati za neku športsku aktivnost, odnosno koje lijekove i kada bolesnik

uzima za smanjenje boli. U naše je bolesnice nepotpuna anamneza i „zamaskirana“ klinička slika rezultirala pogrešnim dijagnozama i nepotrebnim kirurškim zahvatom. Naime, anterolateralni sindrom sraza gležnja uvijek nastaje kao posljedica ozljede gležnja, a bolesnica na njemu nikad nije imala nikakvu ozljedu. S druge strane i pojava drugih simptoma unutarzglobnog osteoid osteoma, kao što su oteklina koja je posljedica sinovitisa, kontraktura zgloba te atrofija okolnih mišića može voditi u pogrešnom smjeru, pa se vrijeme gubi pokušavajući dijagnosticirati monoartikularni artritis (11). Osim anamneze, i rezultati slikovnih metoda često vode u nenamjernu pogrešku pa ne treba čuditi što su *Mazlout i sur.* (12) izvijestili da je sumnja na unutarzglobni osteoid osteom gležnja postavljena tek nakon sedmog MR-a, uz napomenu da je još obavljeno pet rendgenskih snimaka gležnja, scintigrafija kosti i CT, a da je dijagnoza potvrđena s drugim CT-om. Unutarzglobni osteoid osteomi se najčešće ne uočavaju na standardnim rengenogramima pa perzistiranje boli rezultira potrebom za dodatnom slikovnom dijagnostikom (2). Danas se u takvim slučajevima u pravilu rabi MR. No najčešće, kao što je bio slučaj i u naše bolesnice, na snimkama MR-a dominira edem kosti koji „zamaskira“ karakteristični nidus osteoid osteoma, a to uz izostanak informiranja radiologa o kliničkom nalazu bolesnika rezultira u pravilu neprepoznavanjem osteoid osteoma te u konačnici pogrešnim liječenjem. U prilog tome govore i rezultati istraživanja *Hosalkara i sur.* (3) koji su, nakon patohistološki verificiranog osteoid osteoma, dali prijeoperacijske snimke CT-a i MR-a tih bolesnika skupini radiologa na procjenu uz jedini podatak o pojavi skeletne boli. Točnu su dijagnozu CT-om postavili u 67% slučajeva, a MR-om u tek

3%. Zaključak njihova istraživanja jest da je metoda izbora za dijagnostiku unutarzglobnih osteoid osteoma CT, i to načinjen s tankim slojevima (najveća debljina sloja do 3 mm), a da se točnost CT-a povećava kad je radiolog upoznat s bolesnikovom kliničkom slikom, tj. kad postoji uska suradnja između kliničara i radiologa.

Iako osteoid osteomi mogu spontano zacijeliti, ipak se konzervativno liječenje dugotrajnim uzimanjem salicilata ili drugih NSAIL-a ne savjetuje, osim u iznimnim slučajevima, pa se kirurško uklanjanje ili destrukcija nidusa smatra metodom izbora (13). Danas se uz klasično kirurško uklanjanje tumora resekcijom u bloku često nidus samo destruiira boražnjem i/ili ekskohleacijom, što se može načiniti i perkutano. Posljednjih se godina primjenjuju i neke druge metode, primjerice CT-om vođena radiofrekventna ablacija, CT-om vođena termokoagulacija te perkutana destrukcija lezije alkoholom (1, 14). Za liječenje osteoid osteoma smještenih unutar ili vrlo blizu zgloba artroskopija se pokazala kao vrlo uspješna metoda (15). Još su 1986. godine Heuvelink i sur. (16) objavili rad u kojem su opisali kako su tijekom artroskopije koljena pronašli i uklonili unutarzglobni osteoid osteom. Resnick i sur. (17) 1995. godine izvijestili su o artroskopskom uklonjenju unutarzglobnog osteoid osteoma iz gležnja, a potom su objavljeni i prikazi slučajeva artroskopskog uklonjenja iz kuka, ramena te lakta (18-20). Za razliku od otvorene kirurgije artroskopija pruža mogućnost vizualizacije čitavog zgloba, kao i mogućnost obavljanja sinovioskopije u istom aktu ako je to potrebno, a sve to uz značajno manji rizik od komplikacija te bržu rehabilitaciju. Iako pojedini autori navode kako je dovoljno samo razoriti tumorsko tkivo kako bi bolovi nestali, većina autora savjetuje da se nidus ukloni u komadu radi dobivanja adekvatnog uzorka koji omogućuje patohistološku potvrdu dijagnoze (1). Bojanić i sur. (15) upozorili su na to da se tijekom artroskopskog zahvata kohleom nidus može u cijelosti odmaknuti od kosti te da ga se potom artroskopskim hvatačem može uhvatiti i izvaditi iz zgloba. Savjetuju da tek nakon toga valja motoriziranim instrumentom skinuti okolni sklerotični dio kosti.

Pomno uzeta anamneza uz detaljan klinički pregled pomoći će u razrješavanju uzroka boli u zglobovima u mlađih osoba koja nije nastala kao posljedica ozljede. U slučaju kliničke sumnje da je osteoid osteom lokaliziran unutar zgloba ili u njegovoj neposrednoj blizini metoda izbora je CT, a od velike je važnosti i komunikacija između kliničara i radiologa, jer će točnost dijagnosticiranja biti značajno veća ako je radiolog upoznat o sumnji na osteoid osteom.

NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

DOPRINOSI AUTORA/DECLARATION OF AUTHORSHIP

Barbarić K. – pretraživanje literature, prikupljanje podataka, pisanje rada/literature search, data collection, writing paper

Dimnjaković D. – pretraživanje literature, izrada slika, prikupljanje podataka, pisanje rada/literature search, figure making, data collection, writing paper

Bergovec M., Smoljanović T. – analiza i tumačenje podataka, pisanje rada/data analysis and interpretation, writing paper

Bojanić I. – prikupljanje, analiza i tumačenje podataka, izrada slika, pisanje rada/data collection, analysis and interpretation, making figures, writing paper

SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili the Unified Competing Interest form na www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

LITERATURA

1. Kitsoulis P, Mantellos G, Vlychou M. Osteoid osteoma. *Acta Orthop Belg.* 2006;72:119-25.
2. Franceschi F, Marinozzi A, Papalia R, Longo UG, Gualdi G, Denaro E. Intra- and juxta-articular osteoid osteoma: a diagnostic challenge. Misdiagnosis and successful treatment: a report of four cases. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2006;126:660-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00402-006-0203-9>
3. Hosalkar HS, Garg S, Moroz L, Pollack A, Dormans JP. The diagnostic accuracy of MRI versus CT imaging for osteoid osteoma in children. *Clin Orthop Relat Res.* 2005;433:171-7. <http://dx.doi.org/10.1097/01.blo.0000151426.55933.be>
4. Chai JW, Hong SH, Choi JY, et al. Radiologic diagnosis of osteoid osteoma: from simple to challenging findings. *Radiographics.* 2010;30:737-49. <http://dx.doi.org/10.1148/rg.303095120>
5. Furukawa M, Anazawa U, Horiuchi K, et al. Arthroscopic removal of intra-articular osteoid osteoma in the knee: case report and review of literature. *J Orthop Sci.* 2011;16:321-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s00776-011-0060-4>
6. Snow SW, Sobel M, DiCarlo EF, Thompson FM, Deland JT. Chronic ankle pain caused by osteoid osteoma of the neck of the talus. *Foot Ankle Int.* 1997;18:98-101. <http://dx.doi.org/10.1177/107110079701800211>
7. Pai V, Pai VS. Osteoid osteoma of the talus: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2008;16:260-2.
8. Allen SD, Saifuddin A. Imaging of intra-articular osteoid osteoma. *Clin Radiol.* 2003;58:845-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-9260\(03\)00213-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-9260(03)00213-7)
9. Bojanić I, Orlić D, Ivković A. Arthroscopic removal of a juxtaarticular osteoid osteoma of the talar neck. *J Foot Ankle Surg.* 2003;42:359-62. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2003.09.008>
10. Bojanić I, Franić M, Ivković A. Artroskopska kirurgija gležnja. *Liječ Vjesn.* 2007;129:152-7.
11. Sanchis-Alfonso V, Rosello-Sastre E, Castellanos J, Esquerdo J. Intra-articular osteoid osteoma of the humerus with synovitis simulating chronic monoarthritis of the elbow in a recreational tennis player. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 1994;2:45-6. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01552653>
12. Mazlout O, Saudan M, Ladeb MF, Garcia JF, Bianchi S. Osteoid osteoma of the talar neck: a diagnostic challenge. *Eur J Radiol Extra.* 2004;49:67-70. [http://dx.doi.org/10.1016/S1571-4675\(03\)00122-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1571-4675(03)00122-6)

13. Iyer RS, Chapman T, Chew FS. Pediatric bone imaging: diagnostic imaging of osteoid osteoma. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;198:1039-52. <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.10.7313>
14. Tüzüner S, Aydın AT. Arthroscopic removal of an osteoid osteoma at the talar neck. *Arthroscopy.* 1998;14:405-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-8063\(98\)70009-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-8063(98)70009-X)
15. Bojanić I, Rogošić S, Mahnik A, Smoljanović T. Removal of osteoid osteoma of the tibia using two-portal posterior ankle arthroscopy. *J Foot Ankle Surg.* 2012;51:103-5. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2011.10.016>
16. Heuijerjans W, Dandy DJ, Harris D. Arthroscopic excision of an intra-articular osteoid osteoma at the knee. *Arthroscopy.* 1986;2:215-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-8063\(86\)80074-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-8063(86)80074-3)
17. Resnick RB, Jarolem KL, Sheskie SC, Desai P, Cisa J. Arthroscopic removal of an osteoid osteoma of the talus: a case report. *Foot Ankle Int.* 1995;16:212-5. <http://dx.doi.org/10.1177/107110079501600409>
18. Alvarez MS, Moneo PR, Palacios JA. Arthroscopic extirpation of an osteoid osteoma of the acetabulum. *Arthroscopy.* 2001;17:768-71. <http://dx.doi.org/10.1053/jars.2001.22417>
19. Kelly AM, Selby RM, Lumsden E, O'Brien SJ, Drakos MC. Arthroscopic removal of an osteoid osteoma of the shoulder. *Arthroscopy.* 2002;18:801-6. <http://dx.doi.org/10.1053/jars.2002.35268>
20. Zupanc O, Šarabon N, Stražar K. Arthroscopic removal of juxtaarticular osteoid osteoma of the elbow. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2007;15:1240-3. <http://dx.doi.org/10.1007/s00167-007-0376-y>

SUMMARY

Diagnostic difficulties posed by the talar neck osteoid osteoma

Katarina Barbarić, Damjan Dimnjaković, Marko Bergovec, Tomislav Smoljanović, Ivan Bojanić

The aim of this report is to emphasize diagnostic difficulties posed by osteoid osteoma of the talar neck. Besides the nonspecific clinical findings, osteoid osteoma of these localizations is often difficult to notice on magnetic resonance imaging, which is the first choice diagnostic imaging method for painful joints. A case is reported of a 15-year-old female patient who began to feel pain in her left ankle with no preceding injury. During the following treatment period, magnetic resonance imaging was performed on two occasions and arthroscopic surgery was performed, but did not lead to recovery. After detailed history taking and physical examination at our Department, osteoid osteoma of the talar neck was suspected and computed tomography was performed afterwards, confirming the diagnosis. Arthroscopic surgery was performed once again, during which partial synovectomy was done and the tumor removed, with histopathologic analysis confirming the diagnosis of osteoid osteoma. The patient was pain-free after the surgery, both during loading and resting of the ankle, completely returning to recreational sports six months later. Intra-articular and juxta-articular osteoid osteoma can often have a nonspecific clinical presentation, which can be misleading, delaying correct diagnosis and thus the beginning of effective treatment. When osteoid osteoma of the talar neck is suspected, computed tomography is the imaging method of choice, but also good communication between the clinician and the radiologist is required because the chance of accurate diagnosis will be significantly higher if the radiologist is familiar with the suspicion of osteoid osteoma.

Keywords: osteoma, osteoid; subtalar joint; magnetic resonance imaging; tomography, X-ray computed; arthroscopy; adolescent