

فیبروم کندرومیکز وئید (Chondromyxoid Fibroma)

مجله نظام پزشکی

سال پنجم ، شماره ۶ ، صفحه ۵۱۹ ، ۲۵۳۶

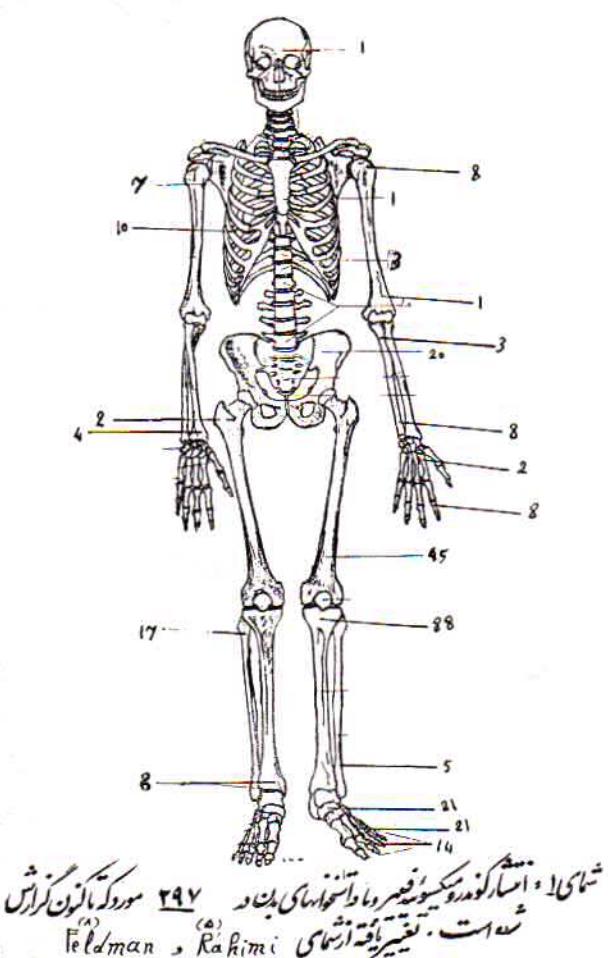
*دکتر ناصر کمالیان - دکتر عیسی نواب - دکتر منصور تفضلی - دکتر روح الله مشیری

منتظرور از این مقاله معرفی یک مورد فیبروم کندرومیکز وئید بال استخوان ایلیاک و بررسی مقایانی میباشد که در مورد این تومور نادر نوشته شده است.

در سال ۱۹۴۸ و Lichtenstein این تومور را شناخته و نامگذاری کرده اند (۳ و ۸) و قبل از آن تومور در رده Myxoma قرار داشته است (Blood good) (۲).

فیبروم کندرومیکز وئید توموری است خوش خیم که طبق گزارش های موجود فقط در موارد بسیار نادر و استثنائی در آن بدخیمی پدیده می آید و آن موقعی است که تحت درمان با اشعه قرار گرفته باشد. شایعترین محل پیدایش تومور در متافیز انتهای فوکانی استخوان درشت نی (Tibia) و بعد از آن بترتیب شیوع در انتهای تحتانی استخوان دان، استخوان نازک نی، استخوانهای مج پا و کف پا و استخوان ایلیوم میباشد. سایر استخوانهای بدن با شیوع کمتر گرفتار میگردند که بطور خلاصه در شما (۱) شیوع حقیقی این تومور در بررسی ۲۹۷ مورد که توسط رحیمی و همکارانش مورد مطالعه قرار گرفته، نشان داده شده است (۵). در گروه بیماران رحیمی و دیگران هیچ مورد گرفتاری استخوان قاعده جمجمه و ساکروم و استخوان دنبالچه و همچنین انتهای فوکانی زند اعلی (Radius) گزارش نشده است (۵).

موارد گرفتاری نادری در استخوانهای آهیانه (Parietal) (۷)، مهره ها، استخوان ماستوئید و جناغ سینه و کتف و استخوان فک تحتانی گزارش شده است (۱).



فرامیگیرد. در این استخوانها ضایعه سبب اتساع دوکی ناحیه گرفتار می‌گردد و قشر استخوان در اطراف تومور نازک می‌شود. البته در مواردی که ضایعه کوچک باشد، بخصوص در استخوانهای کوچک دست و پا، ممکنست هیچگونه اتساعی پدید نیاید و بصورت ناحیه کوچک خودگی استخوان (bite) ظاهر کند (۵۰ و ۵۵). گاهی در سایه تومور منظره تیغه‌ای متعدد با خطوط اسکلروتیک دیده می‌شود که اغلب پستی و بلندی‌های حدود داخلی تومور می‌باشد. این تیغه‌ها حقیقی نیستند و بهمین جهت آنها Pseudotrabeculation گفته می‌شود.

در موارد نادر ممکن است ضایعه با انهدام قشری و حتی پارگی پریوست و پیشرفت در بافت‌های فرم اطراف همراه گردد و بطور گمراه کننده فکر را بطرف ضایعه بدخیم استخوان متوجه سازد. پیدایش کالسیفیکاسیون در تومور در موارد نادر گزارش شده است. بطوریکه Feldman و همکارانش در بررسی ۲۰۷ مورد از نظر پرتونگاری فقط در ۲ درصد آنها کالسیفیکاسیون مشاهده کرده‌اند. همچنین بذرخوار همراه با ضایعه آثار شکستگی مرضی دیده شده است (۸).

آسیب شناسی:

ماکر و سکوپی: فیبروم کندرومیگروئید توموری است بارشد آهسته و دارای حدود مشخص که در متافیز استخوانهای بلند معمولاً یک طرف بدن استخوان را بطور اکسانتریک فرامیگیرد.

تومور کروی و یا اغلب بیضی است. قطر بزرگتر آن در محاذات محور طولی استخوان مبتلا قرارداده. در استخوانهای باریک مانند دندنهای نازک‌نی، استخوانهای کف دست و پا تمامی ضخامت ناحیه متافیز توسط تومور اشغال می‌گردد. قطر تومور در ضخیمترین ناحیه بین ۱/۵ تا ۸ سانتی‌متر متغیر می‌باشد (۳).

موردی از تومور را در استخوان لگن ذکر کرده‌اند که بزرگترین قطر آن از ۱۰ سانتی‌متر مترازو بوده است (۱). سطح خارجی تومور معمولاً اضاف و یا کمی پشت‌پوش و فاقد هر گونه استطاله‌محیطی و آثار تهاجم به بافت‌های اطراف می‌باشد. لایه نازکی از بافت استخوان که بتازگی توسط پریوست ساخته شده است، اطراف تومور را در تمامی یاقوستی از محیط خود احاطه می‌کند (۳).

در مواردیکه تمامی قشر استخوان خود را شده باشد تومور نیز در خارج توسط پریوست یا لایه‌ای از بافت‌های همبند مجاور آن محدود می‌گردد، (در تومور مورد مطالعه ماکه یکجا بیرون آورده شده است بین توده تومور اصلی و لایه‌ای از بافت‌های فشرده اطراف آن چسبندگی وجود نداشت و لایه مذکور مانند غلاف نازکی از توده اصلی جدا گردید).

شیوع: فیبروم کندرومیگروئید کمتر از یک درصد تومورهای خوش‌خیم و بدخیم استخوانهای بدن را تشکیل میدهد (۸۵)، حداکثر شیوع تومور بین ۱۰ تا ۳۰ سالگی است ولی تومور بین سنین ۵ تا ۷۹ سالگی نیز دیده شده است. مردها نسبت به زنها اندکی بیشتر گرفتار می‌شوند بطوریکه در بررسی ۲۲۴ مورد این نسبت تقریباً ۱/۵ برابر است (۵).

نشانه‌های بالینی :

بیشتر بیماران از یک درد مبهم در موضع تومور که مدت‌ها ادامه داشته است شکایت دارند. بعضی از بیماران بملت تورم و احساس توده‌ای در موضع تومور مراجعه می‌کنند.

درد بیماران خفیف، موضعی و گاهی متناوب است و ممکنست از موقع شروع این نشانه تا کشف تومور ماهها و یا سالها (بطور متوسط تقریباً دوسال) گذشته باشد.

تورم ناحیه متافیز و گاهی اپی‌فیز در موارد گرفتاری استخوانهای بلند نیز موجود است که معمولاً با حساسیت موضعی همراه می‌باشد. احساس توده و برآمدگی در محل یکی از نشانه‌هایی است که اکثر بیماران را به مراجعت به پزشک و امیدارد. شکستگی مرضی در مواردی که استخوانهای بلند اندام تحتانی گرفتار باشند، ممکنست ایجاد گردد که همراه با درد سبب مراجعت بیمار می‌شود (۲).

در برخی موارد نادر، تومور هیچگونه نشانه‌ای را آشکار نمی‌سازد و بر حسب تصادف و یا متعاقب ضربه ضمن آزمایش پرز نگاری کشف می‌گردد (۸).

محدودیت حرکات عضو گرفتار در مواردی علت مراجعت و شکایت بیمار است که در موقع گرفتاری اندام تحتانی بالنگیدن همراه می‌باشد. سابقه ضربه قبلی در تاریخچه اکثر بیماران وجود دارد. عده‌ای هم اصلاً سابقه ضربه قبلی را ذکر نمی‌کنند، ولی باید دانست که احتمالاً ضربه قبلی علت ایجاد تومور نیست چه در بسیاری از تومورهای استخوان، بیماران علت را بهیک ضربه قبلی ارتباط می‌دهند (۳).

تومور بر حسب اینکه در استخوانهای بلند و یا کوتاه و یا بهن ایجاد شده باشد نمای پرتو نگاری متغیری ایجاد می‌کند. در استخوان‌های بلند تومور معمولاً بصورت ضایعه‌ای است «رادیولوست» که به شکل گرد یا بیضی و بطور اکسانتریک معمولاً ناحیه متافیز استخوان را مبتلامی‌سازد و قطر آن در محاذات قطر طولی استخوان قرار دارد. طول توده تومور امکان دارد به ۱ تا ۱۰ سانتی‌متر و عرض آن به ۴ تا ۷ سانتی‌متر برسد (۸). در استخوانهای کوچک و باریک مانند دندنهای استخوان نازک‌نی و استخوانهای کف دست و پا و انگشتان، تومور معمولاً تمامی ضخامت استخوان را

تالاندازهای واکوئوله است و در قسمتهای محیط لبولها بعضی از سلولها دارای هسته‌های درشت پرکروماتین یا حتی دو یا چند هسته‌ای میباشند. و همچنین در بعضی نواحی و بخصوص در ضخامت تیغه‌های همبند رگی استرومای محیط لبولها گلبوهای قرمز در خارج از فضاهای رگی پراکنده است. همچنین در این نواحی تعدادی سلولهای غول آسای چند هسته‌ای از نوع استئو-کلاستیک و ماکروفاژهای حاوی هموسیدرین و سلولهای تک هسته‌ای کوچک و حتی تعداد کمی پلی نوکلئر نیز وجود دارد.

گاهی در بین عناصر محیطی لبولها سلولهای درشت گرد یا چند سطحی با هسته‌های مشخص دیده می‌شوند که به سلولهای موجود در کندروبلاستوم نیک خیم شبات دارند (۳).

Dahlin پرسلولی محیط لبولها را از نظر پی بردن به تشخیص حقیقی تومور تغییر مهمی بشمار آورده است (۶). در نواحی کندرومیگز طرح لبول تومور کمتر مشخص است و گاهی تقریباً از بین میرود. بارنگ کامپوزیت اخصاصی مشخص میگردد که این نواحی بر اثر رسوب متراکم رشته‌های کلازن بوجود آمده است، بطوریکه در بعضی نواحی بر اثر چسبیدن رشته‌های کلازن میگذیر زمینه تومور منظره هیالن یکنواخت شبه غضروفی را نشان میدهد. در نقاطی که تراکم کلازن کمتر است این رشته‌ها درجهات مختلف نمایان میباشد.

در نواحی کندرومیگز ممکن است بنظر بررسد که بعضی از سلولهای تومور در داخل جایگاهی شبیه حفرات کوچک قرار گرفته‌اند. این منظره همراه وجود سلولها با هسته‌های پرکروماتین یا عناصر دو یا چند هسته‌ای فکر را باشتابه بطرف کندروسارکوم متوجه می‌سازد.

در بررسی ۶۷ مورد فیبروم کندرومیگز ویید در ۲۷ درصد آنها پیدا شد کالسیفیکاسیون کانوئی و همچنین تقریباً در ۰-۱ درصد مواد مشاهده تیغه‌های نازک استبودیگر با استخوانی را گزارش داده‌اند (۲). باید داشت که تیغه‌های اسفنجی-استخوانی میزبان در داخل تومور اصلی احتباس نمیباشد بلکه تیغه‌های استخوانی مذکور در نتیجه دیفرانسیاسیون بافت تومور بوجود می‌آید، هر چند زمینه‌یا ماده بنیادی تومور در نواحی میگز ویید و کندرومیگز بارنگ کامپوزیت هما توکسیلین و اتوژن رنگ مایل به آبی میگردد ولی رنگ آمیزی موسین منفی است یعنی موسین حقیقی در زمینه تومور وجود ندارد. با این حال رنگ آمیزی Alcian blue در نواحی کندرومیگز ثابت می‌گردد.

بارنگ آمیزی رتیکولین در نواحی میگز ویید رشته‌های ظریف رتیکولین نشان داده می‌شود که در قسمت محیطی، لبولها دارای تراکم بیشتر میباشد. علاوه بر طرح کلاسیک مذکور در ۷ مورد

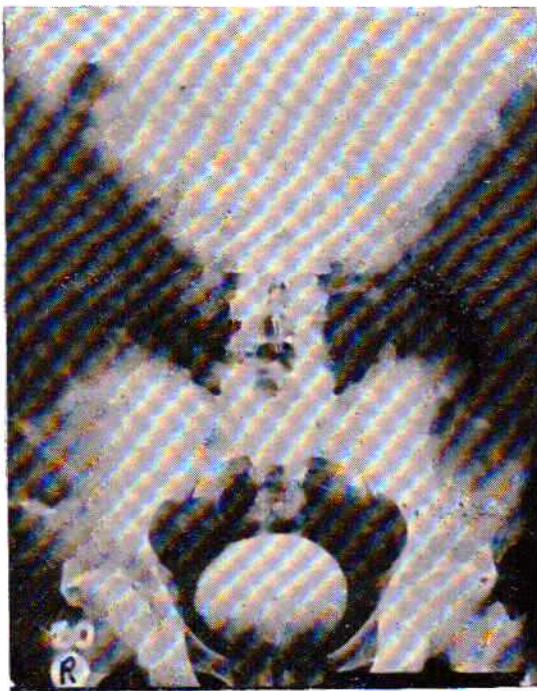
قوام تومور سفت و الاستیک و سطح مقطع آن توپرو دارای لبولاسیونهای ناکامل و برنگ خاکستری مایل به سفید است. نواحی خاکستری و مختصری مایل به آبی و تا اندازه‌ای شفاف، ممکن است در سطح پرش تومور دیده شود. منظره لبول کاملی که در کندروسارکوم مشاهده می‌گردد و در آن قسمتهای مختلف مانند موزائیک (Faceted Pattern) پهلوی هم قرار گرفته‌اند، در همینجا یک از نواحی تومورهای کندرومیگز ویید مشاهده نمیگردد. کانونهای خونریزی تازه وقدیمی و نواحی نرم موکوئید و بندرت بیانتر تباہی و اوارفتگی این نواحی، ممکن است در تومور کیستهای کوچک حاوی مایع پدید آید (۴ و ۵).

در طرف داخل یا ناحیه اسفنجی استخوان، تومور نیز مانند قسمتهای خارجی آن مشخص ولبوله است و حاشیه نازکی از بافت استخوانی اسکلروتیک با طرح کنگره‌دار (Scalloped) دور آن را احاطه می‌کند. بر اثر این طرح تومور بخصوص در قسمتهای محیطی خود منظره تراپلکولر کاذب بخود می‌گیرد ولی تیغه‌های اسفنجی میزان توسط تومور کاملاً کنار زده شده و آثاری از آنها در داخل بافت تومور وجود ندارد. گزارش شده است که گاهی جدا از توده اصلی، لبولهای کوچکی در داخل استخوان اسفنجی مشاهده میگردد (۲).

هیکروسکوپی:

منظمه میکروسکوپی فیبرومهای کندرومیگز ویید حتی در نواحی مختلف یک تومور با یکدیگر متفاوت است. بعقیده بعضی این اختلافات با مدت زمانی که از شروع تومور می‌گذرد و همچنین با میزان بلوغ عناصر تومور بستگی دارد (۴).

بطور کلی بین تومور و بافت استخوان یا پریوست و بافت‌های نرم فشرده دور آن باریکه‌ای از بافت همبند بسیار ظریف و پر رگ وجود دارد. این بافت بمنزله استرومای مذکور با پیشرفت خود بداخل توده تومور بصورت تیغه‌های همبند رگی نازک و کم و بیش خمیده، عناصر سلولی تومور را باطرح لبول ناکامل تالاندازه‌ای از یکدیگر مجزا می‌سازد. بطور کلی لبولها بعضی دارای منظره همیگز ویید و برخی دیگر بالغتر و کندرومیگز میباشند. سلولهای همیگز ویید در قسمتهای مرکز لبولها در روی زمینه موکوئید روشن، عناصر سلولی دورتر از یکدیگر قرار گرفته‌اند و در قسمت‌های محیطی بتدریج بهم فزیده شده و در مجاورت تیغه‌های بین لبولی بطور متراکم کاملاً پهلو به پهلوی یکدیگر قرار میگیرند. با این‌کنیو قوی مشاهده می‌گردد که زمینه موکوئید بین سلولها



شکل ۱- رادیوگرافی لگن بیمار قبل از عمل، تومور در بال ایلیاک راست دیده میشود.

رسوب گلبوی، آزمایش کامل ادرار، میزان قند خون ناشتا و ادرار، مقدار کلسیم و فسفر سرم، فسفاتاز قلبی و فسفاتاز اسید در حد طبیعی بود.

در آزمایش پرتو نگاری در قیلم رو بروی لگن تصویر یک ضایعه پر تقال دیده شد (شکل ۱). حدود ضایعه در قسمت خارج کمی اسکلروتیک و نشانهای قطع شدن کورتکس را نشان میداد. در داخل ضایعه منظر شبیه به تیغه های استخوانی متعدد دیده میشد که (Pseudotra (beculation) نشانه های وجود کالسیفیکاسیون یا آماں بافت نرم دیده نشد. مفصل ساکر وایلیاک راست طبیعی بود و بطور کلی ضایعه بصورت یک تومور خوش خیم اکسپانسیو استخوانی نمایان شده بود.

بیمار در تاریخ ۵۴/۹/۲۵ زیر بیهوشی تحت عمل جراحی قرار گرفت و بعد از برش پوست ناحیه ایلیاک راست و کنار زدن بافت های نرم، تومور نمایان گردید. تومور در حدود ۱۲ سانتیمتر قطر داشت و تا نزدیک ناف پیش روی کرده بود و از حدود اطرافش کاملاً محظا بود، قوام آن نسبتاً سفت و شبیه غضروف بود، بطوریکه وقتی اطراف آن کاملاً از بافت های مجاور محظا شد بوسیله استنتو تو م تومور و قسمتی از بال ایلیاک به خوبی از ناحیه مربوطه جدا گردید و هیچگونه چسبندگی و پارگی روی قشر محیطی تومور دیده نشد.

با شکل دیگری از این تومور بر خورد کرده اند که در سه مورد آنها نسبت به نوع کلاسیک ضایعه پر سلو لنر بدون لبولاسیون مشخص در آن کانونهای از سلولهای مزانشیمی اندیفرانسی وجود داشته است. در چهار مورد دیگر در تومور کانونهای کالسیفیک مشکل از رشد های نازک با طرح مشیک یا بصورت تیغه های پراکنده یا نواحی متراکم وسیع مشاهده کرده اند. بطور کلی موارد مذکور فیبروم کندرومیگر ویژد، آتنی پیک (atypical chondromyxoid fibroma) نامیده شده اند (۳).

شرح حال بیمار:

بیمار مردی است ۴۳ ساله که بعلت درد طرف راست لگن در تاریخ ۵۴/۹/۱۵ به بیمارستان داریوش کبیر مراجعه می کند. درد از دو سال قبل متعاقب هل دادن اتوموبل در هوای سرد ابتدا در ناحیه پهلوی راست شروع می گردد و بعداً بگفته بیمار در ناحیه ای بقطار یک سکه ۲۰ ریالی در محاذات قسمت قدامی ایلیاک راست مقعر کر می شود. این درد شدت چندانی نداشت و بیمار طی یک سال و نیم چندین مرتبه بضرورت متناوب به مین علت به پزشکان مختلف مراجعه می کند و در بیشتر موارد بمنوان اختلال عصبی تحت درمانهای بامداد مسكن و آرام بخش قرار می گیرد. درمانهای مذکور مؤثر نمیشود. درد خفیف همچنان ادامه می یابد تا اینکه ۶ ماه قبل از بستری شدن، بیمار ناگهان درد شدیدی در پهلوی راست احساس می کند که همراه با قرمز شدن ادرار بوده است. پس از چند روز استراحت درد شدید اخیر و تغییر رنگ ادرار از بنی میرود و بیمار مجددأ به کار می پردازد. جهار ماه بعد درد شدید پهلوی راست و تغییر رنگ ادرار بصورت قرمز شدن ادرار دوباره عود می کند و این بسیار به توصیه پزشک معالج خود به اورولوژیست مراجعه می کند. در معاینات بالینی و آزمایش کامل ادرار و IVP، کلیه ها و مجرای ادرار سالم بودند. در چند کلیشه رادیوگرافی که از بیمار بعنوان IVP بعمل آمده است، چون عکس لگن کاملاً در کادر RX نبوده است، تومور مورد توجه قرار نمیگیرد تا اینکه در یک رادیوگرافی که کاملاً استخوانهای لگن مشهود است بر حسب اتفاق توسط رادیولوگ ضایعه توموری در بال استخوان ایلیاک راست کشف و گزارش میگردد (شکل ۱) و بیمار به مین علت در بیمارستان بستری میشود. در آزمایش فیزیکی تومور بزرگی با قوام نسبتاً سخت در حفره خاصره ای راست لمس گردید که بطرف داخل تا نزدیک ناف ادامه داشت تومور متجرک نبود و پوست روی محل ضایعه هیچگونه تغییر رنگی نشان نمیداد و در آن آماں و حساسیت موضعی وجود نداشت. در آزمایش سایر دستگاهها نکته قابل ذکری موجود نبود. از نظر پیرا بالینی فرمول و شمارش گلبوی، سرعت

بتدیج تمایل تبدیل بنواحی میگزوئید یا کندروئید را نشان میدهدند (شکل ۱۰).

حد فاصل بین قسمتهای محیطی تومور و بافت‌های مجاور مشخص بود و هیچ‌گونه آثاری از تهاجم بداخل بافت‌های نرم و استخوان اطراف مشاهده نگردید.

بحث

بطوریکه از شرح حال بیمار مورد گزارش برمی‌آید نشانه‌ها و شکایات بیمار منحصر اردد بهم و متناوب بوده است که از زمان شروع تا موقع کشف تومور مجموعاً دو سال طول کشیده است. چون هیچ‌گونه آثار تورم یا بر جستگی موضعی در محل پیدا نشود وجود نداشته است فکر بطرف تشخیص حقیقی ضایعه‌محتمله شده و بیمار مدتها با تشخیص دردهای عصبی تحت معالجه قرار گرفته است تا اینکه بدنبال تغییر رنگ ادرار و مراجمه به مختص دستگاه ادرار پس از رادیوگرافی اتفاقاً بوجود آن پی برده می‌شود. شاید علت عدم توجه بوجود تومور، محل ضایعه در بال ایلیاک بوده است چه فضای لازم برای رشد تومور بیشتر به داخل لکن وجود نداشته و تومور بیشتر به داخل لکن رشد کرده و باین دلیل از نظر «خفی‌مانده» است. نزد بیمار مورد گزارش، سابقه ضربه قبلی وجود نداشته است و بیمار شروع درد خود را بعد از ورود ضربه در محل بال ایلیاک راست ذکر کرده است. از نظر موقع و موضع همانطور که در این بیمار دیده می‌شود گزارش‌های پزشکی درباره فیبروم کندرومیگزوئید استخوان بر آن است که پس از استخوانهای اندامها، این تومور استخوان ایلیاک را بیش از نقاط دیگر استخوان بندی گرفتار می‌سازد. از نظر سن پیدایش بیمار در ۴۳ سالگی دچار شده است که نسبت به معموارد دیگران از حد متوسط (دهه سوم عمر) کمی بالاتر است. از نظر پرتونگاری تفاوتی با موارد گزارش شده وجود نداشته است، ولی در آسیب‌شناسی مشاهده شد که با عادت تومور $12 \times 10 \times 9$ سانتی‌متر می‌باشد در صورتیکه در موارد دیگر بزرگ‌ترین قطر تومور در حدود ۱۰ سانتی‌متر بوده است.

از نظر میکروسکوپی تومور دارای نواحی اندیفرانسیه بوده است که ضایعه را جزو نوع آتی‌پیک (atypique) تومور قرار می‌دهد. با اینکه تومور کاملاً از محل خود برداشته شده بود (شکل ۲). متوجه رادیوگرافی ماهانه بازگشت آنرا پس از ۶ ماه نشان داد که در بالای حفره استabilوم پیدا شده بود (شکل ۳). در گزارش‌های متعدد دکتر رحیمی و Schojowicz آمده است که علت عود ضایعه برنداشتن کامل بستر تومور و با انجام ندادن کورتاژ دقیق بوده است. در صورتیکه در بیمار ما تومور کاملاً در آورده شد و با استئوتوم حتی مقداری از استخوان سالم ذیر تومور همراه

داخل تومور مایعی وجود نداشت و در برش، قوامی شبیه غضروف و رنگی شبیه شکلات داشت و دارای کانونهای خونریزی بود. بعد از برداشتن تومور محل عمل ترمیم گردید (شکل ۲) و نمونه برداشته شده جهت آسیب‌شناسی فرستاد شد. از نظر ماکرو‌سکوپی تومور بصورت توهدای است نسبتاً کرد با ععادت $11 \times 9 \times 9$ سانتی‌متر که دارای حدود مشخص و با فشردن گی بافت‌های مجاور خود همراه می‌باشد. سطح خارجی تومور کمی پشته پشته و جز در يك طرف در بقیه قسمتهای این سطح صاف بمنظور میرسد (شکل ۴).

بافت‌های فشرده مجاور تومور بصورت کپسول کاذب یا غلاف نازک متراکم این تومور را احاطه کرده است. قسمتی از این غلاف را ورقه نازکی از بافت استخوانی میزبان تشکیل میدهد.

سطح برش صاف و تومور تا اندازه‌ای لبوله و بیشتر بر نگاه سفید صدفی است. در بعضی نواحی، لبولهای موجود در سطح برش سفید شفاف کمی متمایل به آبی است که در برش از نظر قوام ورنگ شبیه بافت غضروفی بمنظور میرسد (شکل ۵). همچنین نواحی قرمز تیره بینداد کم در سطح بافت نمایان است.

در آزمایش میکروسکوپی مشاهده گردید که تومور از نواحی میگزوئید و کندروئید و همچنین کانونهای پرسلول تشکیل یافته است که بوسیله تینه‌های همبند رگی فراوان بصورت لبولهای ناکامل از یکدیگر مجزا می‌باشدند (شکل ۶). نواحی میگزوئید کم سلولتر و دارای زمینه موکوئید روشنی است که عناصر سلولی ستاره‌ای شکل در روی آن آن بطور دور از هم قرار گرفته‌اند (شکل ۷).

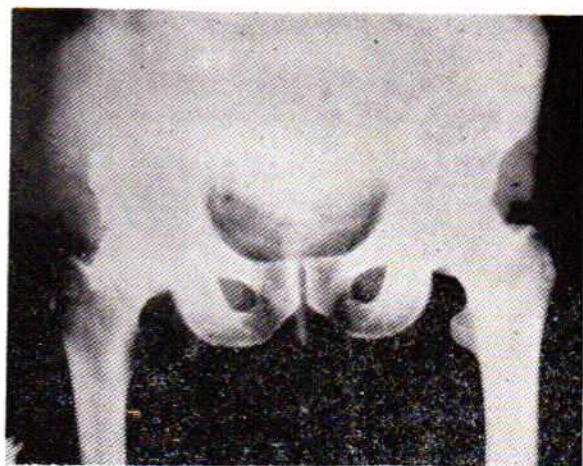
نواحی کندروئید در قسمتهای مرکزی خود زمینه یکنواخت مایل به بازو و قل دارد و اطراف بعضی از سلولها روش می‌باشد؛ بطوریکه بمنظور میرسد که این عناصر در حفرات کندروبلاستیک کار گذاشته شده‌اند. بطور کلی لبولهای کندروئید و میگزوئید در قسمتهای محیطی خود پرسلولتر می‌باشد (شکل ۸).

در حد فاصل بین لبولهای کندروئید و تینه‌های همبند رگی دور آنها، سلولهای غول آسای چند هسته‌ای مشاهده می‌گردد. سلولهای اخیر دارای هسته‌های گرد کوچک نسبتاً پر کروماتین است و به هسته سلولهای دوکی یا اندیفرانسیب قسمتهای محیطی لبولها شbahat دارد و از نظر اندازه و شکل و رنگ پذیری با یکدیگر یکسان بمنظور میرسد (شکل ۹).

کانونهای پرسلول نسبت به لبولهای کندروئید و میگزوئید باور پر اکنده تر و مقدار کمتر وجود دارد و هر کانون از سلولهای کوچکی با هسته گرد یا کمی بعضی شکل تشکیل می‌باید که در اطراف آنها مختص سیتوپلاسم باحدود نامشخص دیده می‌شود. این سلولها بطور متراکم مجاور هم قرار گرفته‌اند و در قسمتهای محیطی



شکل ۳- رادیوگرافی لکن بیمار بعد از عمل، در قسمت بالای استاتبلوم راست توپور شروع به عود نموده است.



شکل ۴- رادیوگرافی لکن بیمار بعد از عمل، قسمت توپورال برداشته شده و هیچ اثری از آن باقی نیست.



شکل ۵- سطح برش توپور که نسبتاً بوله و دارای چند ناحیه تیره زنگنه، همراه با خونریزی میباشد.



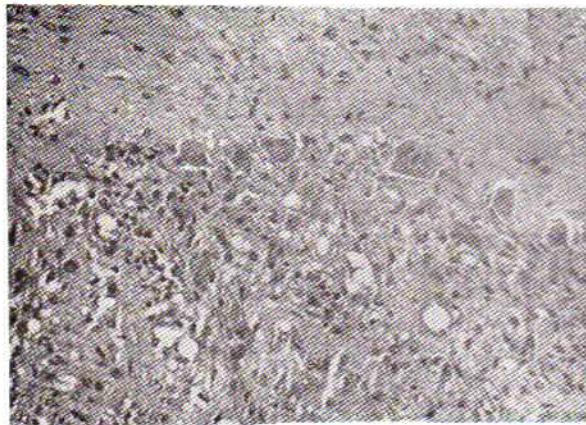
شکل ۶- منظره ماکروسکوپی توپور که نشان میدهد حنا یقه دارای حدود مشخص و سطح خارجی آن دریکثیر کمی بسته بسته است.



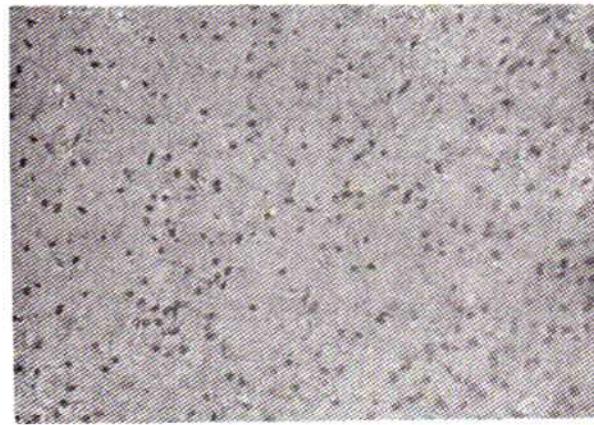
شکل ۷- ناحیه میکرو یید توپور (10×16) که کم سلول و دارای زمینه روشن موکو یید است.



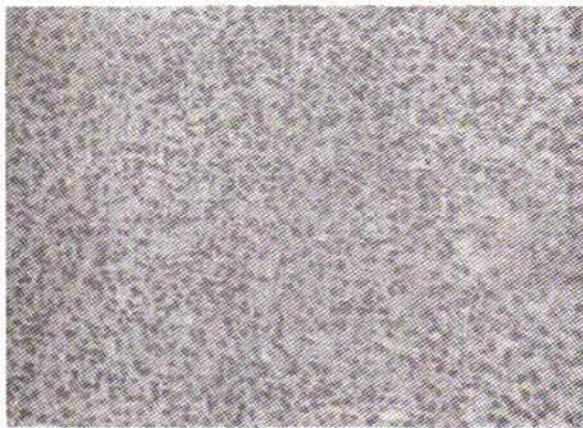
شکل ۸- منظره میکروسکوپی توپور بادرشت نهایی ضعیف ($10 \times 3/5$) که در آن بولاسیون ناکامل توسط تیغه های همبند رگی دیده میشود.



شکل ۹— در حد فاصل بین ابوالهای کندرولید و میگرولید وجود سلولهای غول آسای چند هسته ای مشخص وجود دارد (10×16).



شکل ۸— ناحیه کندرولید تومور (10×16) که دارای زمینه نسبتاً یکنواخت همان لی نمیباشد.



شکل ۹۰— ناحیه پرسلول تومور که از سلولهای غراوشیمی کوچک تشکیل یافته است که بطور مقرا کم هجاوزه به قرار گرفته اند (10×16).

میکروسکوپیک آن با اختصار اشاره شد. هر چند بی دلیل و مدرک کافی، موارد نادری را گزارش داده اند که تومور به کندروسارکوم تبدیل شده است معاذلک در بررسی ۶۷ بیمار مبتلا به این تومور فقط یک مورد تغییر شکل بد خیم مشاهده کرده اند (۱) که در بیمار اخیر که مورد رادیوتراپی قرار گرفته ۶ سال بعد در محل فیبروم کندرومیگرولید نخستین، تغییر شکل بد خیم بصورت پیدایش فیروسارکوم پدید آمده بود. بطور کلی می توان گفت در صورتیکه رادیوتراپی انجام نشود تغییر شکل بد خیم در فیبروم کندرومیگرولید پدید نماید و احتیاج بدرمان جراحی رادیکال نخواهد بود.

خلاصه و نتیجه

یک مورد فیبروم کندرومیگرولید گزارش شد که در بال ایلیاک راست مرد ۴۳ ساله ای بوجود آمده است. نشانه عارضه در موضعی

با آن خارج گردید بطوریکه در رادیوگرافی بعد از عمل کوچکترین اثری از تومور باقی نمانده بود (شکل ۲). نزد این بیمار تصمیم بر اینست که مجدداً تومور بازگشته برداشته شود.

فیبروم کندرومیگرولید بملطف منظره غضروفی در معاینه ماکروسکوپی و همچنین در آزمایش میکروسکوپی با مشاهده زمینه هیالن کندرولید و سلولهای با هسته بزرگ و مضاعف و متعدد ممکنست با کندرولید سارکوم اشتباه گردد. ولی فیبروم کندرولید بزرگ و میگرولید برخلاف کندروسارکوم در سطح برش منظره لبولر کامل و شفافیت واضح آبی رنگ را ندارد و هر گز موسین حقیقی و در نتیجه خصیصه چسبناکی کندروسارکوم را دارا نمیباشد. از طرف دیگر فیبروم کندرومیگرولید توموری است که معمولاً از پرسیوست بخارج تجاوز نمی کند و دارای قوام سیار سفت باحدود مشخص میباشد. از نظر بافت شناسی، این تومور هر چند منظره کندرولید را نشان میدهد ولی سلولهای توموری هر گز در حفره های مشخص قرار نمی گیرد و پراکندگی سلولها در اطراف تیغه های همبند با ایجاد طرح لبولر ناکامل به تمیز آن از کندروسارکوم کمک می کند. همانطور که در بیماران جوانتر دیده می شود در مواد دیگر که تومور بیشتر از نواحی میگرولید تشکیل شده باشد، به اشتباه ممکن است تشخیص میگزوم یا میگروسارکوم مطرح گردد.

باید داشت که فیبروم کندرومیگرولید منظره زلاتینی و موکوئید تومورهای میگزومی را ندارد و از نظر میکروسکوپی هر قدر هم که طرح لبولر آن ناکامل باشد باز یکنواختی زمینه بافت آنها را نشان نمیدهد. از طرف دیگر پیدایش میگزوم حقیقی در غیر از استخوان فک در سایر استخوانها مورده شک میباشد (۴). در مورد بازشناسی فیبروم کندرومیگرولید از کندرولاستوم خوش خیم و تومور استخوانی با سلول غول آسا، قبلاً در توصیف منظره

ولی در معاینات بعدی و رادیو گرافی ماهانه بعد از ۶ماه تغییرات منبوط به شروع بازگشت مشاهده گشت.

در مقاله تاریخچه ، چگونگی نمای بالینی و منظره پرتونگاری آسیب‌شناسی تومور کددر گزارش‌های پزشکی آمده است، بررسی گردید.

خفیف بمدت دو سال بوده است و بعد از دو سال تصادفاً در معاینه پرتونگاری از مجاری ادراری به تشخیص آن پی برده شده است.

تومور بزرگترین حجم را نسبت به تومورهای گزارش شده توسط دیگران داشته است . تومور با جراحی کاملاً بیرون آورده شد

REFERENCES :

1. Spjut, H. J; et al.: Atlas of tumor pathology; Tumors of bone and cartilage. pp: 51-59 Armed Forces Institute of Pathology, Washington D. C., 1971.
2. Schojowic, F; et al.: Chondromyxoid fibroma of bone; A Clinicopathological study of 32 cases. J. B. J. Surg. 53 (No 2): 198-215, 1971.
3. Lichtenstein, L.: Bone Tumors, Fourth edition, pp: 57-68. The C.V Mosbey Company, 1972.
4. Jaffe, H. L.: Tumors and Tumorous conditions of the bones and joints. pp: 203-211, Lea and Febiger, Reprinted 1974.
5. Rahimi, A. et al.: Chondromyxoid fibroma. Clinicopathological study of 76 cases. Cancer 30: 726-735, 1972.
6. Dahlin, D.C.: Bone Tumors; Second edition. pp: 48-57 Charles C. Thomas, 1967.
7. Aegerter, A. and Kikpatrick, J.A. Jr.: Orthopedic Diseases; Fourth edition, pp: 545-551, W.B Saunders Company, 1975.
8. Feldmon, F. et al.: Chondromyxoid fibroma of bone. J. Radiology. 94: 249-260, 1970.