فیبروم کندرومیگزوئید

(Chondromyxoid Fibroma)

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۶ ، صفحه ۵۱۹، ۲۵۳۶

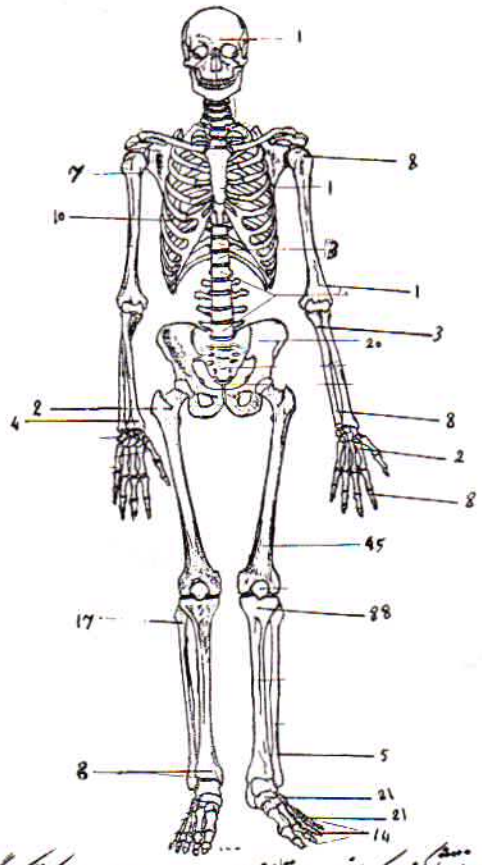
دکتر ناصر کمالیان ـ دکتر عیسی نواب ـ دکتر منصور تفضلی ـ دکتر روح‌الله مشیری*

منظور از این مقاله معرفی یك مورد فیبروم کندرومیگزوئید بال استخوان ایلیاك و بررسی مقالاتی میباشد که در مورد این تومور نادر نوشته شده است.

در سال ۱۹۴۸ Jaffe و Lichtenstein این تومور را شناخته و نامگذاری کرده‌اند(۳ و ۸) وقبل‌ازآن تومور در رده Myxoma قرارداشته‌است (Blood good ۱۹۲۴)(۲).

فیبروم کندرومیگزوئید توموری است خوش‌خیم که طبق گزارش‌های موجود فقط در موارد بسیار نادر و استثنائی درآن بدخیمی پدید میآید وآن موقعی است که تحت درمان با اشعه قرارگرفته باشد. شایعترین محل پیدایش تومور در متافیز انتهای فوقانی استخوان درشت‌نی (Tibia) و بعد ازآن بترتیب شیوع درانتهای تحتانی استخوان ران، استخوان نازك‌نی، استخوانهای مچ پا و کف پا واستخوان ایلیوم میباشد. سایراستخوانهای بدن باشیوع کمتر گرفتارمیگردند که بطورخلاصه درشمای(۱)شیوع‌حقیقی‌این تومور در بررسی ۲۹۷ مورد که توسط رحیمی و همکارانش مورد مطالعه قرارگرفته ، نشان داده شده است(۵). درگروه بیماران رحیمی و دیگران هیچ مورد گرفتاری استخوان قاعده جمجمه و ساکروم و استخوان دنبالچه وهمچنین انتهای فوقانی زند اعلی (Radius) گزارش نشده است (۵).

موارد گرفتاری نادری در استخوانهای آهیانه (Parietal) (۷)، مهره‌ها، استخوان ماستوئید و جناغ سینه وکتف و استخوان فك تحتانی گزارش شده است(۱).



شمای ۱ : انتشار کندرومیکسوئید فیبروما در استخوانهای بدن در ۲۹۷ مورد که تاکنون گزارش شده است. تغییر یافته ازشمای Rahimi و Feldman

* دانشکده پزشکی داریوش کبیر ـ دانشگاه تهران.

شیوع: فیبروم کندرومیگزوئید کمتر از یك درصد تومورهای خوش‌خیم و بدخیم استخوانهای بدن را تشکیل میدهد(۵و۸)، 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 یك درد مبهم در موضع تومور که مدتها ادامه داشته است شکایت دارند . بعضی از بیماران بعلت تورم و احساس توده‌ای درموضع تومور مراجعه می کنند.

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

تورم ناحیهٔ متافیز و گاهی اپی‌فیز در موارد گرفتاری استخوانهای بلند نیز موجود است که معمولا باحساسیت موضعی همراه میباشد.

احساس توده وبرآمدگی درمحل یکی ازنشانه‌هائی است که اکثر بیماران را به مراجعه به پزشك وامیدارد. شکستگی مرضی در مواردی که استخوانهای بلند اندام تحتانی گرفتارباشند، ممکنست ایجاد گردد که همراه با درد سبب مراجعه بیمار می‌شود (۲).

دربرخی موارد نادر، تومور هیچگونه نشانه‌ای را آشکارنمیسازد و برحسب تصادف و یا متعاقب ضربه ضمن آزمایش پرتونگاری کشف می‌گردد (۸).

محدودیت حرکات عضو گرفتار در مواردی علت مراجعه و شکایت بیمار است که در مواقع گرفتاری اندام تحتانی با لنگیدن همراه میباشد. سابقهٔ ضربه قبلی در تاریخچهٔ 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 ازتومورهای استخوان ، بیماران علت را بهیك ضربه قبلی ارتباط می‌دهند(۳).

تومور برحسب اینکه دراستخوانهای بلند ویاکوتاه ویا پهن ایجاد شده باشد نمای پرتونگاری متغیری ایجاد می‌کند. در استخوان‌های بلند تومور معمولاً بصورت ضایعه‌ای است «رادیولوسنت» که به شکل گرد یا بیضی و بطور اکسانتریك معمولاً ناحیه متافیز استخوان را مبتلامیسازد وقطر آن در محاذات قطرطولی استخوان قرار دارد. طول تودهٔ تومور امکان دارد به ۱ تا ۱۰ سانتی‌متر و عرض آن به ۴ تا ۷ سانتی‌متر برسد(۸). دراستخوانهای کوچك و باریك مانند دنده‌ها و استخوان نازك نی و استخوانهای کف دست و پا و انگشتان، تومور معمولا تمامی ضخامت استخوان را فرامیگیرد. در این استخوانها ضایعه سبب اتساع دوکی ناحیه گرفتار می‌گردد وقشر استخوان دراطراف تومور نازك می‌شود. البته در مواردی که ضایعه کوچك باشد، بخصوص دراستخوانهای کوچك‌دست وپا ، ممکنست هیچگونه اتساعی پدید نیاید وبصورت ناحیه کوچك خوردگی استخوان (bite) تظاهر کند (۲و۵و۸). گاهی در سایه تومور منظرهٔ تیغه‌ای متعدد با خطوط اسکلروتیك دیده می‌شود که اغلب پستی و بلندی های حدود داخلی تومور میباشد . این تیغه‌ها حقیقی نیستند و بهمین جهت بآنها Pseudotrabeculation گفته می‌شود.

در موارد نادر ممکن است ضایعه با انهدام قشری و حتی پارگی پریوست و پیشرفت دربافت‌های نرم اطراف همراه گردد و بطور گمراه‌کننده فکر را بطرف ضایعه بدخیم استخوان متوجه سازد. پیدایش کالسیفیکاسیون در تومور در موارد نادرگزارش شده‌است. بطوریکه Feldman وهمکارانش در بررسی ۲۰۷ مورد از نظر پرتونگاری فقط در ۲درصد آنها کالسیفیکاسیون مشاهده کرده‌اند. همچنین بندرت همراه با ضایعه آثار شکستگی مرضی دیده شده است (۸).

آسیب شناسی:

ماکروسکوپی: فیبروم کندرومیگزوئید توموری‌است بارشدآهسته و دارای حدود مشخص که در متافیز استخوانهای بلند معمولاً یك طرف بدنه استخوان را بطور اکسانتریك فرامیگیرد.

تومور کروی ویا اغلب بیضی است. قطر بزرگتر آن در محاذات محور طولی استخوان مبتلا قراردارد. در استخوانهای باریك مانند دنده‌ها، نازك‌نی، استخوانهای کف دست وپا تمامی‌ضخامت ناحیه‌متافیز توسط تومورا‌شغال میگردد. قطرتومور درضخیمترین ناحیه بین ۱/۵ تا ۸ سانتی‌متر متغیر میباشد(۳).

موردی ازتومور را دراستخوان لگن ذکر کرده‌اندکه بزرگترین قطر آن از ۱۰ سانتی متر متجاوز بوده است(۱). سطح خارجی تومورمعمولاصاف ویاکمی‌پشته‌پشته وفاقد هرگونه 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 یاقسمتی ازمحیط خود احاطه میکند(۳).

در مواردیکه تمامی قشر استخوان خورده شده باشد تومور نیزدر خارج توسط پریوست یالایه‌ای ازبافتهای همبند مجاورآن 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 لایهٔ مذکور مانند غلاف نازکی از توده اصلی جداگردید).

قوام تومور سفت و الاستیك و سطح مقطع آن تـوپرو دارای لبولاسیونهای ناکامل و برنگ خاکستری مـایل به سفید است. نواحی خاکستری و مختصری مایل به‌آبی و تا اندازه‌ای شفاف، ممکن است درسطح برش تومور دیده شود. منظرهٔ لبولرکاملی که در کندروسارکوم مشاهده می‌گردد و در آن قسمتهای مختلف مانند موزائیك (Faceted Pattern) پهلوی هم قرار گرفته‌اند، درهیچ یك ازنواحی تومورهای کندرومیکزوئید مشاهده‌نمیگردد.

کانونهای خونریزی تازه وقدیمی ونواحی نرم موکوئید وبندرت براثرتباهی و وارفتگی این‌نواحی، ممکن‌است درتومور کیستهای کوچك حاوی مایع پدیدآید (۲ و ۴).

در طرف داخل یا ناحیـهٔ اسفنجی استخوان، تومـور نیز مانند قسمتهای خارجی آن مشخص ولبوله است وحاشیهٔ نازکی ازبافت استخوانی اسکلروتیك با طرح کنگره‌دار (Scalloped) دورآن را احاطه می‌کند. براثر این طرح تومور بخصوص در قسمتهای محیطی خود منظرهٔ ترابکولر کاذب بخود می‌گیرد ولی تیغه‌های اسفنجی میزبان توسط تومور کاملا کنار زده شده وآثاری ازآنها در داخل بافت تومور وجود ندارد. گزارش شده است‌که گاهی جدا ازتودهٔ اصلی، لبولهای‌کوچکی در داخل استخوان اسفنجی مشاهده میگردد (۲).

میکروسکپی:

منظره میکروسکوپی فیبرومهای کندرومیکزوئید حتی درنواحی مختلف یك تومور با یکـدیگر متفاوت است. بعقیده بعضی این اختلافات بامدت زمانی‌که از شروع تومور می‌گذرد وهمچنین با میزان بلوغ عناصر توموربستگی دارد (۴).

بطور کلی بین تومور وبافت استخوان یا پریوست و بافتهای نرم فشرده دور آن باریکه‌ای از بافت همبند بسیار ظریف و پر رگ وجود دارد. این بافت بمنزلـه استرومای مغذی با پیشرفت خود بداخل توده تومور بصورت‌تیغه‌های همبند رگی نازك وکم وبیش خمیده، عناصرسلولی تومور را باطرح لبولر ناکامل تااندازه‌ای از یکدیگر مجزا میسازد. بطورکلی لبولها بعضی دارای منظرهٔ میکزوئید و برخی دیگـر بالغتر وکندروئید میباشند. سلولهای تومور، دوکی یا ستاره‌ای و دارای استطالههای فیبریلر منشعب هستند ولی کنارهٔ سیتوپلاسمی آنها مشخص نمیباشد. در نواحی میکزوئید در قسمتهای مرکز لبولها در روی زمینه موکـوئید روشن، عناصرسلولی دورتر ازیکدیگر قرارگرفته‌اند ودرقسمت‌های محیطی بتدریج بهم نزدیك‌تر شده و در مجاورت تیغه‌های‌بین لبولی بطور متراکم کاملا پهلو به پهلوی یکدیگر قرار میگیرند. با ایژکتیو قوی مشاهده‌می‌گردد که زمینهٔ موکوئیدی بین سلولها تااندازه‌ای واکوئوله است و در قسمتهای محیط لبولها بعضی از سلولها دارای هسته‌هـای درشت پرکروماتین یا حتی دو یا چند هسته‌ای میباشند. و همچنین در بعضی نـواحی و بخصوص در ضخامت تیغه‌های همبند رگی استرومای محیط لبولها گلبولهای قرمز در خارج از فضاهای رگی پراکنده است. همچنین در این نواحی تعدادی سلولهای غول آسای چند هسته‌ای از نوع استئوکلاستیك‌وماکروفاژهای حاوی‌هموسیدرین وسلولهای‌تك هسته‌ای کوچك وحتی تعدادکمی پلی‌نوکلئر نیز وجود دارد.

گاهی دربین عناصر محیطی لبولها سلولهـای درشت‌گرد یا چند سطحی باهسته‌های مشخص دیده می‌شوندکه به‌سلولهای موجود در کندروبلاستوم نیك خیم شباهت دارند (۳).

Dahlin پرسلولی محیط لبولهـا را از نظر پی بردن به تشخیص حقیقی تومور تغییر مهمی بشمـار آورده است (۶). در نواحی کندروئید طرح لبولر تومورکمتر مشخص است وگاهی تقریباًاز بین میرود. بارنگ‌آمیزی اختصاصی‌مشخص‌میگرددکه این‌نواحی براثررسوب متراکم رشته‌های‌کلاژن بوجودآمده است، بطوریکه دربعضی نواحی براثر چسبیدن رشته‌های کلاژن بیکدیگر زمینه تومور منظره هیالن یکنواخت شبه غضروفی را نشان میدهد. در نقاطی‌که تراکم‌کلاژن کمتر است این رشته‌ها درجهـات مختلف نمایان میباشد.

در نواحی کندروئید ممکن است بنظر برسدکه بعضی ازسلولهای تومور در داخل جایگاهی شبیه حفرات کوچك قرار گرفته‌اند. این‌منظره همراه وجود سلولها باهسته‌های پرکروماتین یاعناصر دو یا چند هسته‌ای فکر را باشتباه بطرف کندروسارکوم متوجه می‌سازد.

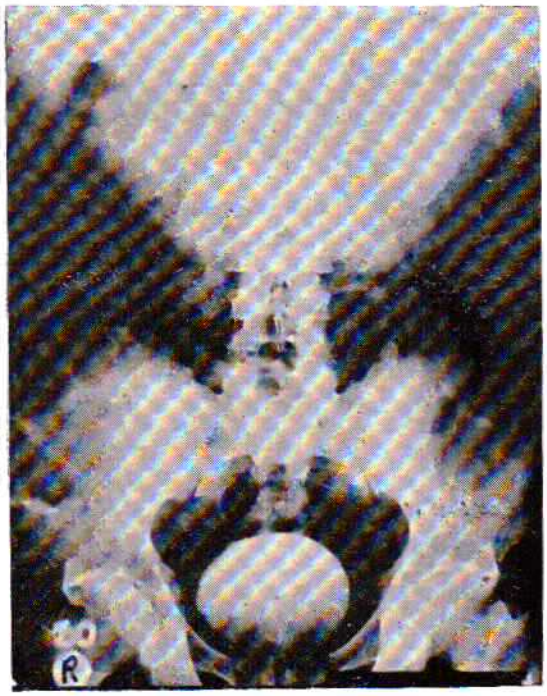
در بررسی ۶۷ مورد فیبروم کندرومیکزوئید در ۲۷ درصد آنها پیدایش کالسیفیکاسیون‌کانونی وهمچنین تقریباً در ۱۰ درصدموارد مشاهده تیغه‌های نازك استیوئید یا استخوانی را گزارش داده‌اند (۲). بایددانست‌که تیغه‌های اسفنجی- استخوانی‌میزبان درداخل تومور اصلی احتباس نمییابد بلکه تیغه‌های استخوانی مذکوردر نتیجه دیفرانسیاسیون بافت تومور بوجود میآید، هرچند زمینه یا ماده بنیادی‌تومور درنواحی میکزوئید وکندروئید بارنگ‌آمیزی هماتوکسیلین وائوزین رنگ مایل به‌آبی‌میگیرد ولی رنگ‌آمیزی موسین منفی‌است یعنی موسین حقیقی در زمینه تومور وجودندارد. با این حال رنگ‌آمیزی Alcian blue درنواحی‌کندروئیدمثبت می‌گردد.

بارنگ‌آمیزی رتیکولین در نواحی میکزوئید رشته‌های ظـریف رتیکولین نشان داده می‌شود که در قسمت محیطی، لبولهـا دارای تراکم بیشتر میباشد. علاوه برطرح کلاسیك مذکور در ۷ مورد

بشکل دیگری از این تومور برخورد کرده‌اندکه در سه مورد آنها نسبت به‌نوع کلاسیك ضایعه پرسلولتر بدون لیولاسیون مشخص‌در آن کانونهائی ازسلولهای مزانشیمی اندیفرانسیه‌وجود داشته‌است. در چهار مورد دیگر در تومورکانونهای کالسیفیه متشکل ازرشته‌های نازك با طرح مشبك یا بصورت تیغه‌های پراکنده یا نواحی متراکم وسیع مشاهده‌کرده‌اند. بطور کلی موارد مذکور فیبروم کندرو میگزوئید ، آتی پیك (atypical chondromyxoid fibroma) نامیده شده‌اند (۳).

شرح حال بیمار:

بیمار مردی است ۴۳ساله‌که بعلت درد طرف راست‌لگن درتاریخ ۵۴/۹/۱۵ به‌بیمارستان داریوش‌کبیر مراجعه می‌کند. درد ازدو سال قبل متعاقب هل دادن اتوموبیل در هوای سرد ابتدا درناحیه پهلوی راست شروع می‌گردد وبعداً بگفته بیمار در ناحیه‌ای بقطر یك سکه ۲۰ ریالی درمحاذات قسمت قدامی ایلیاك راست‌متمرکز می‌شود. این درد شدت چندانی نداشته‌است و بیمار طی یکسال و نیم‌چندین مرتبه بطورمتناوب بهمین‌علت به‌پزشکان مختلف‌مراجعه می‌کند و در بیشتر موارد بعنوان اختلال عصبی تحت درمانهائی باموادمسکن وآرام بخش قرارمی‌گیرد. درمانهای مذکور مؤثر نمیشود.دردخفیف همچنان‌ادامه می‌یابد تااینکه۶ماه قبل‌ازبستری شدن، بیمار ناگهان درد شدیدی درپهلوی راست احساس می‌کند که همراه باقرمز شدن ادرار بوده‌است. پس‌ازچند روزاستراحت دردشدید اخیر وتغییر رنك ادرار از بین میرود وبیمار مجدداً به‌کار می‌پردازد. چهار ماه بعددرد شدید پهلوی راست وتغییررنگ‌ادرار بصورت قرمز شدن ادرار دوباره عود می‌کند واین بار به‌توصیهٔ پزشك معالج خود به اورولوژیست مراجعه می‌کند. در معاینات بالینی و آزمایش کامل ادرار و IVP، کلیه‌ها ومجاری ادرارسالم بودند. درچند کلیشه رادیوگرافی که از بیمار بعنوان IVP بعمل آمده‌است، چون عکس لگن‌کاملاً درکادر RX نبوده است، تومور مورد توجه قرار نمیگیرد تا اینکه دریك رادیوگرافی که کاملاً استخوانهای لگن مشهود است برحسب اتفاق توسط رادیولوگ ضایعه توموری در بال استخوان ایلیاك راست کشف وگزارش میگردد (شکل ۱) و بیمار بهمین علت در بیمارستان بستری میشود . در آزمایش فیزیکی تومور بزرگی با قوام نسبتاً سخت در حفرهٔ خاصره‌ای راست لمس گردیدکه بطرف داخل تا نزدیك ناف ادامه داشت تومور متحرك نبود و پوست روی محل ضایعه هیچگونه تغییر رنگی نشان نمیداد و در آن آماس و حساسیت موضعی‌وجود نداشت. درآزمایش سایردستگاهها نکته قابل‌ذکری موجودنبود. ازنظر پیرا بالینی فرمول وشمارش گلبولی، سرعت



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

رسوب گلبولی، آزمایش کامل ادرار، میزان قند خون ناشتا و ادرار ، مقدارکلسیم و فسفر سرم، فسفاتاز قلیائی و فسفاتاز اسید درحد طبیعی بود .

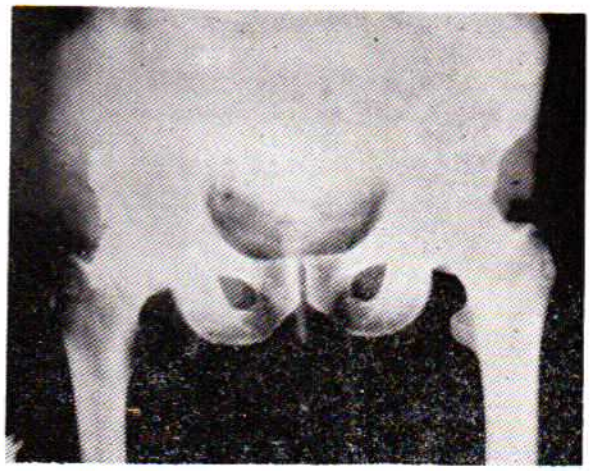
در آزمایش پرتونگاری در فیلم روبروی لگن تصویر یك ضایعه (Expansive radiolucent) در بال ایلیاك راست باندازهٔ یك پرتقال دیده شد (شکل ۱). حدود ضایعه درقسمت خارج کمی اسکلروتیك و نشانه‌های قطع شدن کورتکس را نشان میداد. در داخل ضایعه منظرهٔ شبیه به‌تیغه‌های استخوانی متعدد دیده میشدکه ضایعه را بصورت‌چند ضلعیهای متعدد درآورده بود (Pseudotra beculation) نشانه‌های وجود کالسیفیکاسیون یا آماس بافت نرم دیده نشد. مفصل ساکروایلیاك راست طبیعی بود وبطورکلی‌ضایعه بصورت یك تومور خوش‌خیم اکسپانسیو استخوانی نمایان شده بود.

بیمار درتاریخ ۵۴/۹/۲۵ زیر بیهوشی تحت عمل جراحی قرار گرفت وبعد ازبرش پوست ناحیهٔ ایلیاك راست وکنار زدن بافت‌های نرم، تومورنمایان گردید. تومور درحدود ۱۲ سانتیمترقطر داشت وتا نزدیك ناف پیشروی‌کرده بود واز حدود اطرافش‌کاملا مجزا بود، قوام آن نسبتاً سفت و شبیه غضروف بود، بطوریکه وقتی اطراف‌آن‌کاملا ازبافت‌های مجاورمجزا شد بوسیله‌استئوتوم تومور وقسمتی ازبال ایلیاك به‌خوبی ازناحیه مربوطه جداگردید وهیچگونه چسبندگی وپارگی روی قشرمحیطی‌تومور دیده نشد.

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) ونمونه برداشته شده جهت آسیب‌شناسی فرستاد شد. ازنظر ماکروسکوپی تومور بصورت توده‌ای‌است نسبتاً گرد بابعاد ۹×۱۱×۱۲سانتی متر که دارای حدود مشخص و با فشردگی بافت‌های مجاور خود همراه میباشد. سطح خارجی تومور کمی پشته پشته و جز در یك طرف در بقیه قسمتها، این سطح صاف بنظرمیرسد (شکل ۴).
بافتهای فشرده مجاور تومور بصورت کپسول کاذب یا غلاف نازك متراکم این تومور را احاطه‌کرده است. قسمتی از این غلاف را ورقهٔ نازکی از بافت استخوانی میزبان تشکیل میدهد.
سطح برش صاف وتومور تا اندازه‌ای لبوله و بیشتر برنگ سفید صدفی است. دربعضی نواحی، لبولهای موجود درسطح برش‌سفید شفاف کمی متمایل به‌آبی است که در برش ازنظر قوام ورنگ‌شبیه بافت غضروفی بنظر میرسد (شکل ۵). همچنین نواحی قرمز تیره بتعدادکم در سطح بافت نمایان است.
در آزمایش میکروسکوپی مشاهده گردید کـه تومور از نواحی میگزوئید وکندروئید و همچنین کانونهای پـرسلول تشکیل یافته است که بوسیله تیغه‌های همبند رگی فراوان بصورت لبولهای ناکامل ازیکدیگر مجزا میباشند (شکل ۶). نواحی میگزوئید کم‌سلولتر و دارای زمینه موکوئید روشنی است که عناصر سلولـی ستاره‌ای شکل در روی آن بطور دور ازهم قرارگرفته‌اند (شکل ۷).
نواحی کندروئید درقسمتهای مرکزی خود زمینه یکنواخت مایل به بازوفیل دارد واطراف بعضی ازسلولها روشن میباشد؛ بطوریکه بنظر میرسدکه این عناصر در حفرات کندروبلاستیك کارگذاشته شده‌اند. بطورکلی لبولهای کندروئید و میگزوئید در قسمتهـای محیطی خود پرسلولتر میباشد (شکل ۸).
درحد فاصل بین‌لبولهای کندروئید و تیغه‌های همبند رگی دورآنها، سلولهای غول‌آسای چند هسته‌ای مشاهده میگردد. سلولهای‌اخیر دارای هسته‌های گردکوچك نسبتاً پرکروماتین است و به هسته سلولهای دوکی یا اندیفرانسیه‌قسمتهای محیطی لبولها شباهت‌دارد و از نظر اندازه و شکل و رنگ‌پذیری با یکدیگر یکسان بنظر میرسند (شکل۹).
کانونهای پرسلول نسبت به لبولهای کندروئید و میگزوئید بطور پراکنده‌ترومقدارکمتروجود دارد وهرکانون ازسلولهای کوچکی با هسته گرد یاکمی بیضی شکل تشکیل می‌یابد که در اطـراف آنهامختصر سیتوپلاسم باحدود نامشخص دیده‌می‌شود. این‌سلولها بطور متراکم مجاور هم قرارگرفته‌اند و در قسمتهـای محیطی بتدریج تمایل‌تبدیل‌بنواحی‌میگزوئید یاکندروئید را نشان‌میدهند (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

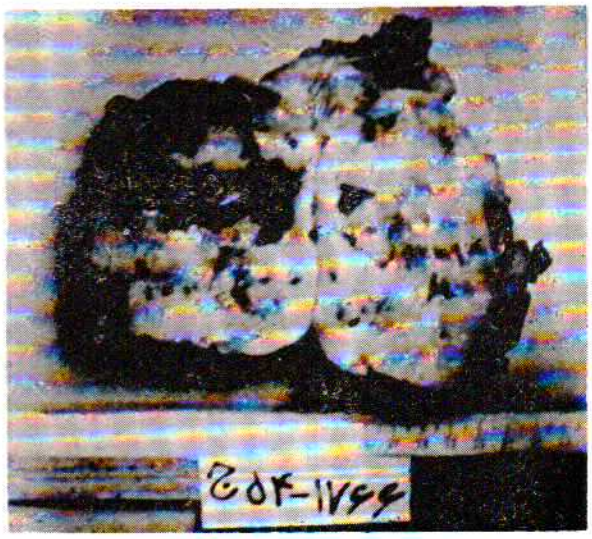
بطوریکه از شرح حال بیمار موردگـزارش برمیآید نشانه‌ها و شکایات بیمار منحصراً درد مبهم ومتناوب بوده است کـه از زمان شروع تا موقع‌کشف تومور مجموعاً دو سال طـول کشیده است. چون هیچگونه آثار تورم یا برجستگی موضعی در محل پیدایش تومور وجود نداشته است فکر بطرف تشخیص حقیقی ضایعه‌متوجه نشده و بیمار مدتها با تشخیص دردهای عصبی تحت معالجه قـرار گرفته‌است تا اینکه بدنبال تغییر رنگ‌ادرار ومراجعه به‌متخصص دستگاه ادرار پس‌از رادیوگرافی اتفاقاً بوجودآن پی‌برده‌میشود. شاید علت عدم‌توجه‌بوجود تومور، محل‌ضایعه‌دربال‌ایلیاك بوده‌است چه فضای‌لازم‌برای رشد تومور بیشتر به‌داخل لگن وجود داشته و تومور بیشتر به‌داخل‌لگن‌رشد کرده‌وباین‌دلیل‌ازنظر مخفی‌مانده‌است. نزدبیمار موردگزارش، سابقهٔ ضربه قبلی وجودداشته است وبیمار شروع درد خودرا بعد از ورود ضربه درمحل بال‌ایلیاك راست‌ذکر کرده است. از نظر موقع وموضع همانطورکه در این بیمار دیده می‌شود گـزارش‌های پزشکی دربـاره فیبروم کندرومیگزوئید استخوان برآن است‌که پس از استخوانهای اندامها، این تومور استخوان‌ایلیاك رابیش‌ازنقاط دیگراستخوان‌بندی گرفتارمیسازد. از نظر سن پیدایش بیمار در۴۳ سالگی دچار شده است‌که نسبت بموارد دیگران ازحد متوسط (دهه سوم عمر) کمی بالاتراست. از نظر پرتونگاری تفاوتی با موارد گزارش شده وجود نـداشته است، ولی‌درآسیب‌شناسی مشاهده‌شدکه‌ابعادتومور ۹×۱۰×۱۲ سانتی‌متر میباشد درصورتیکه درموارد دیگر بزرگترین‌قطر تومور در حدود ۱۰ سانتی‌متر بوده است.
از نظر میکروسکوپی تومور دارای نواحی اندیفرانسیه بوده‌است که ضایعه را جزو نوع آتی‌پیك(atypique) تومور قرارمیدهد. با اینکه تومور کاملا از محل خود برداشته شده بود (شکل ۲). متأسفانه رادیوگرافی ماهانه بازگشت آنرا پس از ۶ ماه نشان دادکه دربالای حفره استابلوم‌پیدا شده‌بود (شکل۳). درگزارش های متعدد دکتر رحیمی و Schojowicz آمـده است که علت عود ضایعه برنداشتن کامل بستر تومور ویا انجام ندادن کورتاژ دقیق بوده‌است. در صورتیکه دربیمار ما تومور کاملا درآورده شد و با استئوتوم حتی مقداری از استخوان سالم زیر تومور همراه



شکل ۲- رادیوگرافی لگن بیمار بعد از عمل ، قسمت تومورال برداشته شده وهیچ اثری از آن باقی نیست.



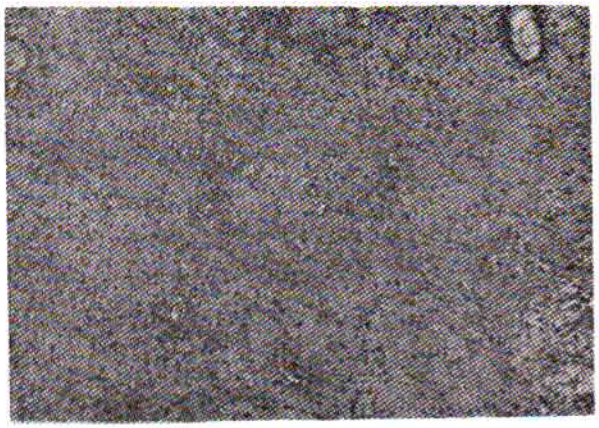
شکل ۳- رادیوگرافی لگن بیمار ۶ ماه بعد از عمل ، درقسمت بالای استابلوم راست تومور شروع بهعود نموده است.



شکل ۴- منظرهٔ ماکروسکوپی تومـــورکه نشان میدهد ضایعه دارای حدود مشخص وسطح خارجی آن دریکطرف کمی پشته پشته است.



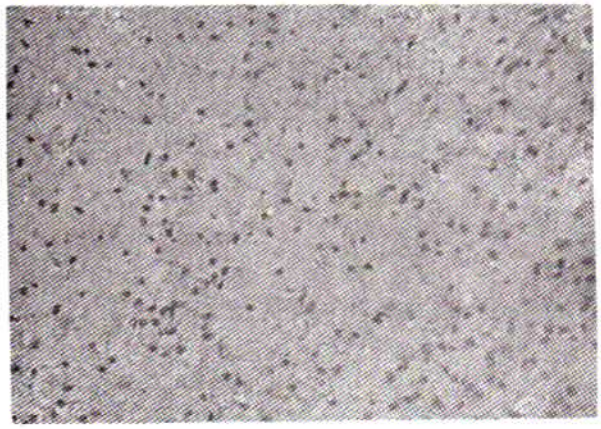
شکل ۵- سطح برش تومورکه نسبتاً لبوله ودارای چند ناحیه تیره رنگ، همراه با خونریزی میباشد.



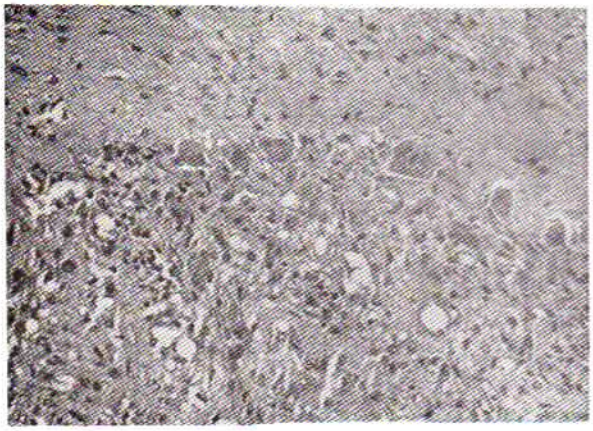
شکل ۶ منظرهٔ میکروسکوپی تومور بادرشت نمائی ضعیف(۱۰×۳/۵) که درآن لبولاسیون ناکامل توسط تیغه‌های همبند رگی دیده میشود.



شکل ۷- ناحیه میگزوئید تومور (۱۰×۱۶) که کم سلول و دارای زمینه‌روشن موکوئید است.



شکل ۸ــ ناحیه کندروئید تومور (۱۶×۱۰) که دارای زمینه نسبتاً یکنواخت هیالن میباشد.



شکل ۹ــ درحد فاصل بین لبولهای کندروئید و میگزوئید وجود سلولهای غول‌آسای چند هسته‌ای مشخص وجود دارد (۱۶×۱۰).

باآن خارج گردید بطوریکه درراديوگرافی بعد ازعمل کوچکترین اثری از تومور باقی نمانده بود (شکل ۲). نزد این بیمار تصمیم براینست که مجدداً تومور بازگشته برداشته شود.

فیبروم کندرومیگزوئید بعلت منظره غضروفی درمعاینه ماکروسکوپی وهمچنین درآزمایش میکروسکوپی بامشاهده زمینه هیالن کندروئید و سلولهای با هسته بزرگ و مضاعف و متعدد ممکنست باکندروسارکوم اشتباه گردد، ولی فیبروم کندرومیگزوئید برخلاف کندروسارکوم در سطح برش منظره لبولر کامل و شفافیت واضح آبی رنگ را ندارد و هرگز موسین حقیقی و در نتیجه خصیصهٔ چسبناکی کندروسارکوم را دارا نمیباشد. از طرف دیگر فیبروم‌کندرومیگزوئید توموری است که معمولا از پریوست بخارج تجاوز نمی‌کند و دارای قوام بسیار سفت باحدود مشخص میباشد. از نظر بافت‌شناسی، این تومور هرچند منظره کندورئید را نشان میدهد ولی سلولهای توموری هرگز در حفره‌های مشخص قرار نمی‌گیرد وپراکندگی سلولها دراطراف تیغه‌های همبند با ایجاد طرح لبولر ناکامل به تمیز آن از کندروسارکوم کمك می‌کند. همانطورکه در بیماران جوانتر دیده می‌شود درمواردیکه تومور بیشتر ازنواحی میگزوئید تشکیل شده باشد، بهاشتباه ممکن‌است تشخیص میگزوم یا میگزوسارکوم مطرح گردد.

باید دانست که فیبروم کندرومیگزوئید منظرهٔ ژلاتینی وموکوئید تومورهای میگزومی را ندارد و از نظر میکروسکوپی هرقدر هم که طرح لبولر آن ناکامل باشد بازیکنواختی زمینه بافت آنها را نشان نمیدهد. ازطرف دیگر پیدایش میگزوم حقیقی در غیراز استخوان فك در سایر استخوانها مورد شك میباشد(۴). در مورد بازشناسی فیبروم کندرومیگزوئید از کندروبلاستوم خوش خیم و تومور استخوانی با سلول غول‌آسا ، قبلا در توصیف منظرهٔ



شکل ۱۰ــ ناحیه پرسلول توموركه ازسلولهای مزانشیمی کوچك تشکیل یافته است که بطور متراکم مجاورهم قرارگرفته‌اند (۱۶×۱۰).

میکروسکوپیك آن باختصار اشاره شد.

هرچند بی دلیل ومدرك کافی، موارد نادری را گزارش داده‌اند که تومور به کندروسارکوم تبدیل شده‌است معذالك دربررسی ۶۷ بیمار مبتلا به‌این تومور فقط یك مورد تغییر شکل بدخیم مشاهده کرده‌اند (۱) که در بیمار اخیرکه مورد راديوتراپی قرارگرفته ۶ سال بعد در محل فیبروم کندرومیگزوئید نخستین، تغییر شکل بدخیم بصورت پیدایش فیبروسارکوم پدید آمده بود. بطورکلی می‌توان گفت درصورتیکه راديوتراپی‌انجام نشود تغییرشکل‌بدخیم در فیبروم کندرومیگزوئید پدید نمیآید و احتیاج‌بدرمان جراحی رادیکال نخواهد بود .

خلاصه و نتیجه

یك مورد فیبروم کندرومیگزوئید گزارش شد که در بال‌ایلیاك راست مرد ۴۳ساله‌ای بوجودآمده است. نشانه عارضه دردموضعی

خفیف بمدت دو سال بوده است و بعد از دو سال تصادفاً درمعاینه 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 کاملا بیرون آورده شد ولی در معاینات بعدی ورادیوگرافی ماهانه بعد از ۶ماه تغییرات مربوط به شروع بازگشت مشاهده گشت .

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

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.