

فیبروم کندرومیکزوئید (Chondromyxoid Fibroma)

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۶، صفحه ۵۱۹، ۲۵۳۶

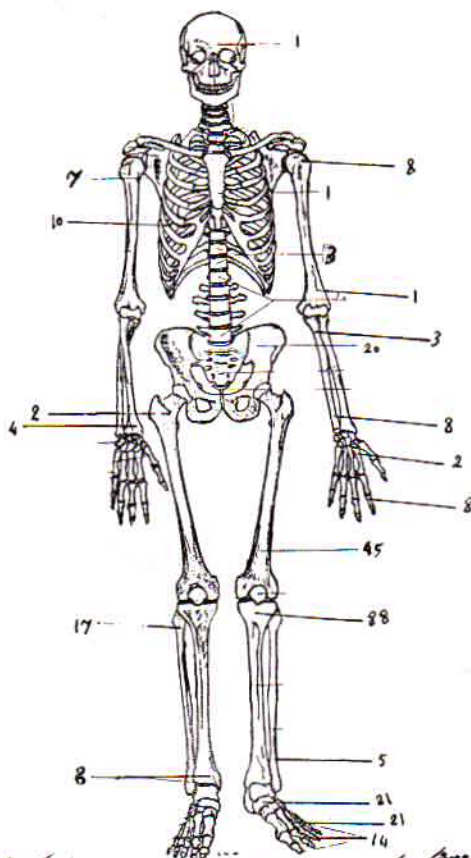
دکتر ناصر کمالیان - دکتر عیسی نواب - دکتر منصور تفضلی - دکتر روح الله مشیری *

منظور از این مقاله معرفی يك مورد فیبروم کندرومیکزوئید بال استخوان ایلیاک و بررسی مقالانی میباشد که در مورد این تومور نادر نوشته شده است.

در سال ۱۹۴۸ Jaffe و Lichtenstein این تومور را شناخته و نامگذاری کرده اند (۳ و ۸) و قبل از آن تومور در رده Myxoma قرار داشته است (۱۹۲۴ Blood good) (۲).

فیبروم کندرومیکزوئید توموری است خوش خیم که طبق گزارش های موجود فقط در موارد بسیار نادر و استثنائی در آن بدخیمی پدید می آید و آن موقعی است که تحت درمان با اشعه قرار گرفته باشد. شایعترین محل پیدایش تومور در متافیز انتهای فوقانی استخوان درشت نی (Tibia) و بعد از آن بترتیب شیوع در انتهای تحتانی استخوان ران، استخوان نازک نی، استخوانهای میچ پا و کف پا و استخوان ایلیم میباشد. سایر استخوانهای بدن با شیوع کمتر گرفتار میگرددند که بطور خلاصه درشمای (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 فوقانی زند اعلی (Radius) گزارش نشده است (۵).

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



شمای ۱: اسارگورده کسوفیبروما و استخوانهای بدن در ۲۹۷ مورد که تاکنون گزارش شده است. تغییر یافته ازشمای Feldman و Rahimi (۵)

شیوع: فیبروم کندرومیگزوئید کمتر از یک درصد تومورهای خوش خیم و بدخیم استخوانهای بدن را تشکیل میدهد (۸ و ۵)، حداکثر شیوع تومور بین ۱۰ تا ۳۰ سالگی است ولی تومور بین سنین ۵ تا ۷۹ سالگی نیز دیده شده است. مردها نسبت به زنان اندکی بیشتر گرفتار می شوند بطوریکه در بررسی ۲۲۴ مورد این نسبت تقریباً ۱/۵ برابر است (۵).

نشانه های بالینی:

بیشتر بیماران از یک درد مبهم در موضع تومور که مدتها ادامه داشته است شکایت دارند. بعضی از بیماران به علت تورم و احساس توده ای در موضع تومور مراجعه می کنند.

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 اپی فیز در موارد گرفتاری استخوانهای بلند نیز موجود است که معمولاً با حساسیت موضعی همراه میباشد. احساس توده و برآمدگی در محل یکی از نشانه های است که اکثر بیماران را به مراجعه به پزشک وامیدارد. شکستگی مرضی در مواردی که استخوانهای بلند اندام تحتانی گرفتار باشند، ممکنست ایجاد گردد که همراه با درد سبب مراجعه بیمار می شود (۲).

در برخی موارد نادر، تومور هیچگونه نشانه ای را آشکار نمیسازد و بر حسب تصادف و یا متعاقب ضربه ضمن آزمایش پرنه نگاری کشف می گردد (۸).

محدودیت حرکات عضو گرفتار در مواردی علت مراجعه و شکایت بیمار است که در مواقع گرفتاری اندام تحتانی با لنگیدن همراه میباشد. سابقه ضربه قبلی در تاریخچه اکثر بیماران وجود دارد. عده ای هم اصلاً سابقه ضربه قبلی را ذکر نمی کنند، ولی باید دانست که احتمالاً ضربه قبلی علت ایجاد تومور نیست چه در بسیاری از تومورهای استخوان، بیماران علت را به یک ضربه قبلی ارتباط می دهند (۳).

تومور بر حسب اینکه در استخوانهای بلند و یا کوتاه و یا پهن ایجاد شده باشد نمای پرنه نگاری متغیری ایجاد می کند. در استخوانهای بلند تومور معمولاً بصورت ضایعه ای است «رادیولوست» که به شکل گرد یا بیضی و بطور اکسانتریک معمولاً ناحیه متافیز استخوان را مبتلامی سازد و قطر آن در محاذات قطر طولی استخوان قرار دارد. طول توده تومور امکان دارد به ۱ تا ۱۰ سانتی متر و عرض آن به ۴ تا ۷ سانتی متر برسد (۸). در استخوانهای کوچک و باریک مانند دنده ها و استخوان نازک نی و استخوانهای کف دست و پا و انگشتان، تومور معمولاً تمامی ضخامت استخوان را

فرامیگیرد. در این استخوانها ضایعه سبب اتساع دوکی ناحیه گرفتار می گردد و قشر استخوان در اطراف تومور نازک می شود. البته در مواردی که ضایعه کوچک باشد، بخصوص در استخوانهای کوچک دست و پا، ممکنست هیچگونه اتساعی پدید نیاید و بصورت ناحیه کوچک خوردگی استخوان (bite) ظاهر کند (۸ و ۵ و ۲). گاهی در سایه تومور منظره تیغه ای متعدد با خطوط اسکلو تیک دیده می شود که اغلب پستی و بلندی های حدود داخلی تومور میباشد. این تیغه ها حقیقی نیستند و بهمین جهت آنها Pseudotrabeulation گفته می شود.

در موارد نادر ممکن است ضایعه با اندام قشری و حتی پارگی پریوست و پیشرفت در بافت های نرم 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 پرنه نگاری فقط در ۲ درصد آنها کالسیفیکاسیون مشاهده کرده اند. همچنین بندرت همراه با ضایعه آثار شکستگی مرضی دیده شده است (۸).

آسیب شناسی:

ماکروسکوپی: فیبروم کندرومیگزوئید توموری است بارشد آهسته و دارای حدود مشخص که در متافیز استخوانهای بلند معمولاً یک طرف بدنه استخوان را بطور اکسانتریک فرامیگیرد.

تومور کروی و یا اغلب بیضی است. قطر بزرگتر آن در محاذات محور طولی استخوان مبتلا قرار دارد. در استخوانهای باریک مانند دنده ها، نازک نی، استخوانهای کف دست و پا تمامی ضخامت ناحیه متافیز توسط تومور اشغال میگردد. قطر تومور در ضخیمترین ناحیه بین ۱/۵ تا ۸ سانتی متر متغیر میباشد (۳).

موردی از تومور را در استخوان لگن ذکر کرده اند که بزرگترین قطر آن از ۱۰ سانتی متر متجاوز بوده است (۱). سطح خارجی تومور معمولاً صاف و یا کمی پشته پشته و فاقد هرگونه استتاله محیطی و آثار تهاجم به بافت های اطراف می باشد. لایه نازکی از بافت استخوان که بتازگی توسط پریوست ساخته شده است، اطراف تومور را در تمامی یا قسمتی از محیط خود احاطه میکند (۳).

در مواردیکه تمامی قشر استخوان خورده شده باشد تومور نیز در خارج توسط پریوست یا لایه ای از بافت های همبند مجاور آن محدود می گردد، (در تومور مورد مطالعه ما که یکجا بیرون آورده شده است بین توده تومور اصلی و لایه ای از بافت های فشرده اطراف آن چسبندگی وجود نداشت و لایه مذکور مانند غلاف نازکی از توده اصلی جدا گردید).

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 برش تومور دیده شود. منظره لبولر کاملی که در کندروسارکوم مشاهده می‌گردد و در آن قسمتهای مختلف مانند موزائیک (Faceted Pattern) پهلوی هم قرار گرفته‌اند، در هیچ یک از نواحی تومورهای کندرومیگز وئید مشاهده نمی‌گردد. کانونهای خونریزی تازه و قدیمی و نواحی نرم موکوئید و بندرت برائرتباهی و وارفتگی این نواحی، ممکن است در تومور کیستهای کوچک حاوی مایع پدید آید (۲ و ۴).

در طرف داخل یا ناحیه اسفنجی استخوان، تومور نیز مانند قسمتهای خارجی آن مشخص و لبوله است و حاشیه نازکی از بافت استخوانی اسکالروتیک با طرح کنگره دار (Scalloped) دور آن را احاطه می‌کند. بر اثر این طرح تومور بخصوص در قسمتهای محیطی خود منظره تراپیکولر کاذب بخود می‌گیرد ولی تیفه‌های اسفنجی میزبان 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).

میکروسکوپی:

منظره میکروسکوپی فیبرومهای کندرومیگز وئید حتی در نواحی مختلف یک تومور با یکدیگر متفاوت است. به عقیده بعضی این اختلافات بامدت 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 مغزی با پیشرفت خود بداخل توده تومور بصورت تیفه‌های همبند رگی نازک و کم و بیش خمیده، عناصر سلولی تومور را با طرح لبولر ناکامل تا اندازه‌ای از یکدیگر مجزا می‌سازد. بطور کلی لبولها بعضی دارای منظره میگز وئید و برخی دیگر بالغتر و کندروئید میباشند. سلولهای تومور، دوکی یا ستاره‌ای و دارای استطاله‌های فیبرینر منشعب هستند ولی کناره سینوپلاسمی آنها مشخص نمیباشد. در نواحی میگز وئید در قسمتهای مرکز لبولها در روی زمینه موکوئید روشن، عناصر سلولی دورتر از یکدیگر قرار گرفته‌اند و در قسمت‌های محیطی بتدریج بهم نزدیک‌تر شده و در مجاورت تیفه‌های بین لبولی بطور متراکم کاملاً پهلوی یکدیگر قرار میگیرند. با ایزکتیو قوی مشاهده می‌گردد که زمینه موکوئیدی بین سلولها

تا اندازه‌ای واکوئوله است و در قسمتهای محیط لبولها بعضی از سلولها دارای هسته‌های درشت پر کروماتین یا حتی دو یا چند هسته‌ای میباشند. و همچنین در بعضی نواحی و بخصوص در ضخامت تیفه‌های 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 استئو-کلاستیک و ماکروفاژهای حاوی هموسیدین 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 کندروپلاستوم نیک خیم شباهت دارند (۳).

Dahlin بر سلولی محیط لبولها را از نظر پی بردن به تشخیص حقیقی تومور تغییر مهمی بشمار آورده است (۶). در نواحی کندروئید طرح لبولر تومور کمتر مشخص است و گاهی تقریباً از بین میرود. بارنگ آمیزی اختصاصی مشخص می‌گردد که این نواحی بر اثر رسوب متراکم رشته‌های کلاژن بوجود آمده است، بطوریکه در بعضی نواحی بر اثر چسبیدن رشته‌های کلاژن یکدیگر زمینه تومور منظره هیالین یکنواخت شبه غضروفی را نشان میدهد. در نقاطی که تراکم کلاژن کمتر است این رشته‌ها در جهات مختلف نمایان میباشند.

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

در بررسی ۶۷ مورد فیروم کندرومیگز وئید در ۲۷ درصد آنها پیدایش کالسیفیکاسیون کانونی و همچنین تقریباً در ۱۰ درصد موارد مشاهده تیفه‌های نازک استئوئید یا استخوانی را گزارش داده‌اند (۲). باید دانست که تیفه‌های اسفنجی- استخوانی میزبان در داخل تومور اصلی احتباس نمی‌یابد بلکه تیفه‌های استخوانی مذکور در نتیجه دیفرانسیاسیون بافت تومور بوجود می‌آید، هر چند زمینه یا ماده بنیادی تومور در نواحی میگز وئید و کندروئید بارنگ آمیزی هماتوکسیلین وائوزین رنگ مایل به آبی می‌گیرد ولی رنگ آمیزی موسین منفی است یعنی موسین حقیقی در زمینه تومور وجود ندارد. با این حال رنگ آمیزی Alcian blue در نواحی کندروئید مثبت می‌گردد.

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



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

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

در آزمایش پرتونگاری در قیلم روبروی لگن تصویر یک ضایعه (Expansive radiolucent) در بال ایلیاک راست با اندازه یک پرتقال دیده شد (شکل ۱). حدود ضایعه در قسمت خارج کمی اسکلوئوتیک و نشانه‌های قطع شدن کورتکس را نشان میداد. در داخل ضایعه منظره شبیه به تیغه‌های استخوانی متعدد دیده میشد که ضایعه را بصورت چند ضلعیهای متعدد درآورده بود (Pseudotra beculation). نشانه‌های وجود کالسیفیکاسیون یا آماس بافت نرم دیده نشد. مفصل ساکروایلیاک 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 بافت‌های نرم، تومور نمایان گردید. تومور در حدود ۱۲ سانتیمتر قطر داشت و تا نزدیک ناف پیشروی کرده بود و از حدود اطرافش کاملاً مجزا بود، قوام آن نسبتاً سفت و شبیه غضروف بود، بطوریکه وقتی اطراف آن کاملاً از بافت‌های مجاور مجزا شد بوسیله استئوتوم تومور و قسمتی از بال ایلیاک به خوبی از ناحیه مربوطه جدا گردید و هیچگونه چسبندگی و پارگی روی قشر محیطی تومور دیده نشد.

بشکل دیگری از این تومور بر خورد کرده‌اند که در سه مورد آنها نسبت به نوع کلاسیک ضایعه پرسلمولتر بدون لیولاسیون مشخص در آن‌کانو نهایی از سلولهای مزانشیمی اندیفرانسیه وجود داشته‌است. در چهار مورد دیگر در تومورکانو نهایی کالسیفیه متشکل از رشته‌های نازک با طرح مشبک یا بصورت تیغه‌های پراکنده یا نواحی متراکم وسیع مشاهده کرده‌اند. بطور کلی موارد مذکور فیبروم کندرومیکزوئید، آتی پیک (atypical chondromyxoid) (fibroma) نامیده شده‌اند (۳).

شرح حال بیمار:

بیمار مردی است ۴۳ ساله که بعلمت درد طرف راست لگن در تاریخ ۵۴/۹/۱۵ به بیمارستان داریوش کبیر مراجعه می‌کند. درد از دو سال قبل متعاقب هل دادن اتوموبیل در هوای سرد ابتدا در ناحیه پهلوی راست شروع می‌گردد و بعداً بگفته بیمار در ناحیه ای بقطر یک سکه ۲۰ ریالی درمجاذات قسمت قدامی ایلیاک راست متمرکز می‌شود. این درد شدت چندانی نداشته‌است و بیمار طی یکسال و نیم چندین مرتبه بطور متناوب بهمین علت به پزشکان مختلف مراجعه می‌کند و در بیشتر موارد بعنوان اختلال عصبی تحت درمان‌های بامواد مسکن و آرام بخش قرار می‌گیرد. درمان‌های مذکور مؤثر نمیشود. درد خفیف همچنان ادامه می‌یابد تا اینکه ۶ ماه قبل از بستری شدن، بیمار ناگهان درد شدیدی در پهلوی راست احساس می‌کند که همراه با قرمز شدن ادرار بوده‌است. پس از چند روز استراحت درد شدید اخیر و تغییر رنگ ادرار از بین میرود و بیمار مجدداً به کار می‌پردازد. چهار ماه بعد درد شدید پهلوی راست و تغییر رنگ ادرار بصورت قرمز شدن ادرار دوباره عود می‌کند و این بار به توصیه پزشک معالج خود به اورولوژیست مراجعه می‌کند. در معاینات بالینی و آزمایش کامل ادرار و IVP، کلیه‌ها و مجاری ادرار سالم بودند. در چند کلیشه رادیوگرافی که از بیمار بعنوان IVP بعمل آمده‌است، چون عکس لگن کاملاً در کادر RX نبوده‌است، 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 بهمین علت در بیمارستان بستری میشود. در آزمایش فیزیکی تومور بزرگی با قوام نسبتاً سخت در حفره خاصه‌ای راست لمس گردید که بطرف داخل تا نزدیک ناف ادامه داشت تومور متحرک نبود و پوست روی محل ضایعه هیچگونه تغییر رنگی نشان نمیداد و در آن آماس و حساسیت موضعی وجود نداشت. در آزمایش سایر دستگاهها نکته قابل‌ذکری موجود نبود. از نظر پیرا بالینی فرمول و شمارش گلبولی، سرعت

بتدریج تمایل تبدیل بنواحی میگزوئید یا کندروئید را نشان میدهند (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 منحصرأ درد مبهم و متناوب بوده است که از زمان شروع تا موقع کشف تومور مجموعاً دو سال طول کشیده است. چون هیچگونه آثار تورم یا برجستگی موضعی در محل پیدایش تومور وجود نداشته است فکر بطرف تشخیص حقیقی ضایعه متوجه نشده و بیمار مدتها با تشخیص دردهای عصبی تحت معالجه قرار گرفته است تا اینکه بدنبال تغییر رنگ ادرار و مراجعه به متخصص دستگاه ادرار پس از رادیوگرافی اتفاقاً بوجود آن پی برده میشود. شاید علت عدم توجه بوجود تومور، محل ضایعه دربالا ایلایک بوده است چه فضای لازم برای رشد تومور بیشتر به داخل لگن وجود داشته و تومور بیشتر به داخل لگن رشد کرده و باین دلیل از نظر مخفی مانده است. نزد بیمار مورد گزارش، سابقه ضربه قبلی وجود داشته است و بیمار شروع درد خود را بعد از ورود ضربه در محل بالا ایلایک راست ذکر کرده است. از نظر موقع و موضع همانطور که در این بیمار دیده می شود گزارشهای پزشکی درباره فیبروم کندرومیگزوئید استخوان بر آن است که پس از استخوانهای اندامها، این تومور استخوان ایلایک را بیش از نقاط دیگر استخوان بندی گرفتار میسازد. از نظر سن پیدایش بیمار در ۴۳ سالگی دچار شده است که نسبت به موارد دیگران از حد متوسط (دهه سوم عمر) کمی بالاتر است. از نظر پرتو نگاری تفاوتی با موارد گزارش شده وجود نداشته است، ولی در آسیب شناسی مشاهده شد که ابعاد تومور $12 \times 10 \times 9$ سانتی متر میباشد در صورتیکه در موارد دیگر بزرگترین قطر تومور در حدود ۱۰ سانتی متر 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). متأسفانه رادیوگرافی ماهانه بازگشت آنرا پس از ۶ ماه نشان داد که در بالای حفره استابلوم پیدا شده بود (شکل ۳). در گزارشهای متعدد دکتر رحیمی و Schojowicz آمده است که علت عود ضایعه بر نداشتن کامل بستر تومور و یا انجام ندادن کورتاژ دقیق بوده است. در صورتیکه در بیمار ما تومور کاملاً درآورده شد و با استئوتوم حتی مقداری از استخوان سالم زیر 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 آسیب شناسی فرستاد شد. از نظر ماکروسکوپی تومور بصورت توده ای است نسبتاً گرد بابعاد $12 \times 11 \times 9$ سانتی متر که دارای حدود مشخص و با فشردگی بافتهای مجاور خود همراه میباشد. سطح خارجی تومور کمی پشته پشته و جز در یک طرف در بقیه قسمتها، این سطح صاف بنظر 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 اندازه ای لبوله و بیشتر برنگ سفید صدفی است. در بعضی نواحی، لبولهای موجود در سطح برش سفید شفاف کمی متمایل به آبی است که در برش از نظر قوام و رنگ شبیه بافت غضروفی بنظر میرسد (شکل ۵). همچنین نواحی قرمز تیره بتعداد 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 میباشد (شکل ۶). نواحی میگزوئید کم سلولتر و دارای زمینه مو کوئید روشنی است که عناصر سلولی ستاره ای شکل در روی آن بطور دور از هم قرار گرفته اند (شکل ۷).

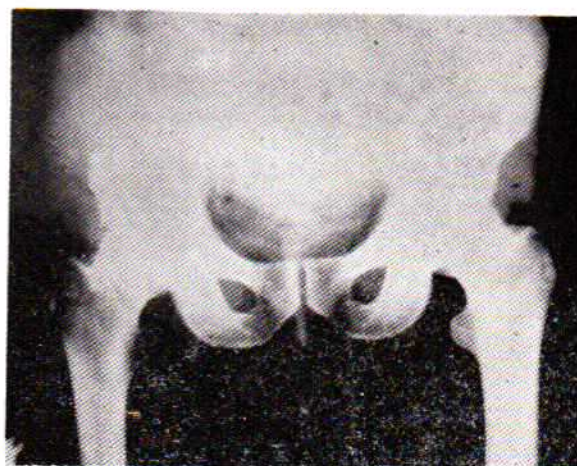
نواحی کندروئید در قسمتهای مرکزی خود زمینه یکنواخت مایل به بازوفیل دارد و اطراف بعضی از سلولها روشن میباشد؛ بطوریکه بنظر میرسد که این عناصر در حفرات کندرو بلاستیک کار گذاشته شده اند. بطور کلی لبولهای کندروئید و میگزوئید در قسمتهای محیطی خود پرسلولتر میباشد (شکل ۸).

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 دو کی یا اندیفرانسیه قسمتهای محیطی لبولها شباهت دارد و از نظر اندازه و شکل و رنگ پذیری با یکدیگر یکسان بنظر میرسند (شکل ۹).

کانونهای پرسلول نسبت به لبولهای کندروئید و میگزوئید بطور پراکنده و ترو مقدار کمتر وجود دارد و هر کانون از سلولهای کوچکی با هسته گرد یا کمی بیضی شکل تشکیل می‌یابد که در اطراف آنها مختصر سیتوپلاسم با حدود نامشخص دیده می‌شود. این سلولها بطور متراکم مجاور هم قرار گرفته اند و در قسمتهای محیطی



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



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



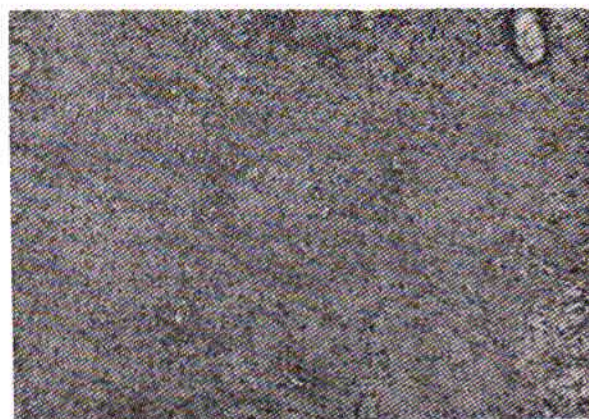
شکل ۵- سطح برش تومور که نسبتاً لبوله و دارای چند ناحیه تیره رنگ، همراه با خونریزی میباشد.



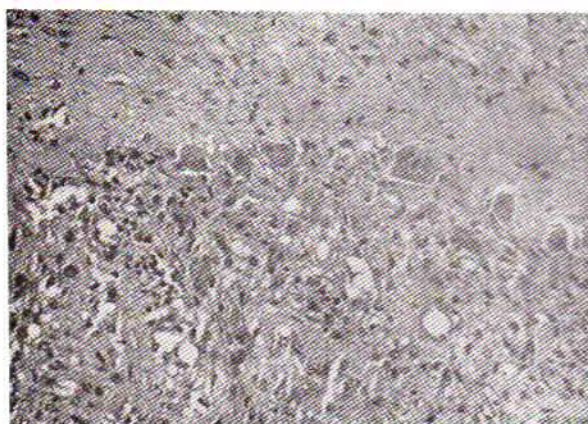
شکل ۶- منظره ماکروسکوپی تومور که نشان میدهد ضایعه دارای حدود مشخص و سطح خارجی آن در یکطرف کمی پشته پشته است.



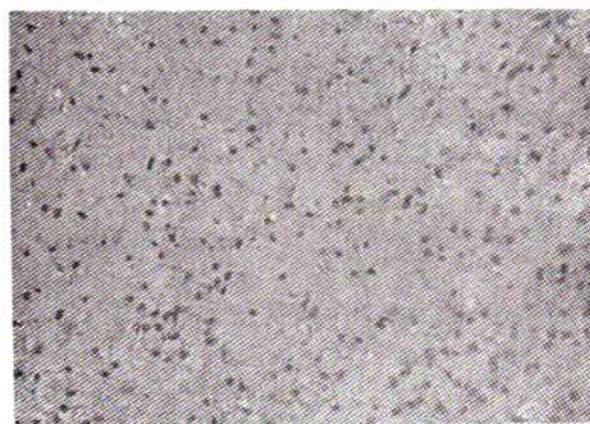
شکل ۷- ناحیه میگزویید تومور (۱۶×۱۰) که کم سلول و دارای زمینه روشن موزوئید است.



شکل ۸- منظره میکروسکوپی تومور با درشت نمایی ضعیف (۵/۴×۱۰) که در آن لیولاسیون ناکامل توسط تیفه های همبند رگی دیده میشود.



شکل ۹- در حد فاصل بین سلولهای کندروئید و میگزوئید وجود سلولهای غول آسای چند هسته‌ای مشخص وجود دارد (۱۶×۱۰).



شکل ۸- ناحیه کندروئید تومور (۱۶×۱۰) که دارای زمینه نسبتاً یکنواخت هیالین می باشد.



شکل ۱۰- ناحیه پرسلول تومور که از سلولهای غرائزیمی کوچک تشکیل یافته است که بطور متراکم مجاور هم قرار گرفته اند (۱۶×۱۰).

میکروسکوپی آن باختصار اشاره شد.

هر چند بی دلیل و مدرک کافی، موارد نادری را گزارش داده اند که تومور به کندروسارکوم تبدیل شده است معذالک در بررسی ۶۷ بیمار مبتلا به این تومور فقط یک مورد تغییر شکل بدخیم مشاهده کرده اند (۱) که در بیمار اخیر که مورد رادیوتراپی قرار گرفته ۶ سال بعد در محل فیبروم کندرومیگروئید نخستین، تغییر شکل بدخیم بصورت پیدایش فیروسارکوم پدید آمده بود. بطور کلی می توان گفت در صورتیکه رادیوتراپی انجام نشود تغییر شکل بدخیم در فیبروم کندرومیگروئید پدید نیاید و احتیاج به درمان جراحی رادیکال نخواهد بود.

خلاصه و نتیجه

یک مورد فیبروم کندرومیگروئید گزارش شد که در بالابلیک راست مرد ۴۳ ساله‌ای بوجود آمده است. نشانه عارضه دردموضعی

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 کندرومیگروئید به علت منظره غضروفی در معاینه ماکروسکوپی و همچنین در آزمایش میکروسکوپی با مشاهده زمینه هیالین کندروئید و سلولهای با هسته بزرگ و مضاعف و متعدد ممکنست با کندروسارکوم اشتباه گردد. ولی فیبروم کندرومیگروئید برخلاف کندروسارکوم در سطح برش منظره لبولر کامل و شفافیت واضح آبی رنگ را ندارد و هرگز مومین حقیقی و در نتیجه خصیصه چسبناکی کندروسارکوم را دارا نمیباشد. از طرف دیگر فیبروم کندرومیگروئید توموری است که معمولاً از پریوست بخارج تجاوز نمی کند و دارای قوام بسیار سفت با حدود مشخص می باشد. از نظر بافت شناسی، این تومور هر چند منظره کندروئید را نشان میدهد ولی سلولهای توموری هرگز در حفره های مشخص قرار نمی گیرد و پراکنندگی 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 مواردیکه تومور بیشتر از نواحی میگزوئید تشکیل شده باشد، به اشتباه ممکن است تشخیص میگزوم یا میگزوسارکوم مطرح گردد.

باید دانست که فیبروم کندرومیگروئید منظره ثلاثینی و موزون 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 فك در سایر استخوانها مورد شك میباشد (۴). در مورد بازشناسی فیبروم کندرومیگروئید از کندرو بلاستوم خوش خیم و تومور استخوانی با سلول غول آسا، قبلاً در توصیف منظره

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 ولی در معاینات بعدی و رادیوگرافی ماهانه بعد از ۶ ماه تغییرات مربوط به شروع بازگشت مشاهده گشت. در مقاله تاریخچه ، چگونگی نمای بالینی و منظره پرتونگاری آسیب شناسی 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.