

گزارش یک مورد استئوکندرومای بزرگ در فضای مفصل گیجگاهی - فکی

دکتر حسین شاهون*، دکتر علی مجیدی^۱

چکیده

مقدمه: استئوکندروما یکی از شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم استخوانی است که فکین را به ندرت درگیر می‌کند. هدف از این مقاله، گزارش یک بیمار مبتلا به استئوکندرومای بزرگ در فضای مفصل گیجگاهی-فکی می‌باشد که با روش استئوتومی گردن و کندیل و سپس reshaping درمان شده است.

گزارش مورد: بیمار مردی ۲۶ ساله و مبتلا به یک استئوکندرومای بزرگ در فضای مفصل گیجگاهی-فکی سمت چپ بود که با شکایت انحراف فک پایین به سمت راست و آسیمتری صورتی در سال ۱۳۸۱ به بیمارستان طالقانی تهران مراجعه کرده بود. در این بیمار ابتدا به دلیل بزرگ بودن تومور قوس استخوان، گونه شکسته شد و سپس از روش استئوتومی گردن کندیل استفاده شد که به دنبال آن گردن کندیل باقیمانده فرم داده شد و قوس گونه به جای اول خود برگردانیده و با مینی‌پلیت و پیچ ثابت گردید.

نتیجه‌گیری: کندیلکتومی به عنوان درمان متداول برای همه بیماران پیشنهاد نمی‌شود. درمان‌های جراحی شایع شامل کندیلکتومی و بازسازی می‌باشد. در صورت درگیری محدود کندیل، حفظ ساختمان باقیمانده و reshape کردن کندیل پیشنهاد می‌شود و در صورت احتمال بروز بدخیمی و امکان عود مجدد تومور، از درمان‌های محافظه‌کارانه استفاده نمی‌شود.

کلید واژه‌ها: استئوکندروما، نئوپلازی‌های دهانی، جراحی‌های دهان، تومورهای خوش‌خیم.

* مدیر گروه و استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه شاهد (مؤلف مسؤول)
shahoon11@yahoo.com

۲: دندانپزشک

این مقاله در تاریخ ۸۷/۱/۱۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۷/۳/۶ اصلاح شده و در تاریخ ۸۷/۳/۱۱ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان
۱۳۸۷: ۴(۲)، ۱۰۱ تا ۱۰۵

مقدمه

استئوکندروما یکی از شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم استخوانی می‌باشد و حدود یک سوم ضایعات خوش‌خیم استخوانی را شامل می‌شود. با این حال، این ضایعه به‌ندرت استخوان‌های کرانیوفاسیال را درگیر می‌کند و در صورت درگیری، بیشتر همراه با زائده کروئوئید و سپس زائده کنذیل می‌باشد [۱].

این تومور می‌تواند در یک الگوی منفرد یا به عنوان قسمتی از سندرم اتوزومال غالب که تحت عنوان استئوکندروماتوزیس شناخته می‌شود، به‌وقوع بپیوندد [۲، ۳].

تئوری‌های مختلفی در تشریح پاتوژنز استئوکندروما مطرح شده‌اند. در سال ۱۸۹۱ Virchow [۴] تئوری Physal را مطرح نمود. به این صورت که ابتدا قسمتی از غضروف Physal از بافت منشأ جدا شده، سپس ۹۰ درجه چرخیده، در جهتی متقاطع نسبت به محور طولی استخوان رشد می‌کند. او نتوانست دلایلی برای جدا شدن و چرخش غضروف Physal ارائه کند.

در سال ۱۹۲۰ Keith [۵] نقص در حلقه پری‌کندرال احاطه‌کننده Physis را عامل استئوکندروما تصور نمود. تئوری پریوستال Muller بیان می‌کند که اگزوستوزها از آشیانه‌های کوچک غضروفی منشأ گرفته از لایه cambium (زایا) پریوستوم به‌وجود می‌آیند [۶]. Lichtenstein [۲] بیان نمود که پریوستوم پتانسیل تکثیر استئوبلاست‌ها و کندروبلاست‌ها را دارد. استئوکندروما می‌تواند از طریق متاپلازی القایی یا خودبه‌خودی پریوستوم برای تشکیل غضروف که در ادامه دستخوش استخوان‌سازی داخل غضروفی می‌شود، ایجاد شود.

استئوکندرومای نادر منذیل در کنذیل یا رأس زائده کروئوئید ایجاد می‌شود [۷]. ۳۵/۸٪ از تومورهای خوش‌خیم استخوانی و ۸/۵٪ از کل تومورهای استخوانی را شامل می‌شود [۸]. تشخیص هیستولوژیکی بین استئوکندروما و کندروسارکوما بسیار مشکل است. فقدان سلولاریته بالا، فقدان پلئومورفیسم و عدم وجود سلول‌های متورم با هسته‌های بزرگ یا دوگانه نشان‌دهنده یک ضایعه خوش‌خیم می‌باشد [۹].

درگیری کنذیل منذیل ممکن است Open bite خلفی دو طرفه، انحراف چانه دور از سمت درگیر با آسیمتری صورتی پیش‌رونده و یا راموس منذیل قوسی و کماتی شکل ایجاد کند [۱۰]. از لحاظ نمای رادیوگرافیک، به صورت یک ضایعه

پایه‌دار یا بدون پایه خود را نشان می‌دهد که در امتداد کورتکس مجاور و استخوان مدولاری زیرین می‌باشد و به طور معمول از فضای مفصل گیجگاهی فکی جداست. قسمت استخوانی ضایعه به صورت یک رادیوپاسیته با حدود مشخص است که یک الگوی تراپیکولار مرکزی را نشان می‌دهد [۱]. سی‌تی اسکن (CT scan) در ترسیم آناتومی ضایعه و ساختمان‌های مجاور بسیار کمک‌کننده است [۱۱]. یک بررسی کامل توسط Vezeau و همکاران [۱۲] نشان داد که کنذیلکتومی درمان جراحی انتخابی می‌باشد.

دسترسی از طریق قدام گوش (periauricular)، به تنهایی یا همراه با سایر روش‌ها اغلب توسط اکثر جراحان استفاده می‌شود و در اکثر موارد هیچ‌گونه بازسازی گزارش نشده است. در موارد بازسازی مفصل، کندیلوپلاستی و disectomy نسبت به پیوندهای دنده‌ای-غضروفی (costochondral grafting) در مقالات، بیشتر گزارش شده است. جراحی‌های محافظه‌کارانه به عنوان درمان‌های انتخابی برای استئوکندرومای کنذیل منذیل توصیف شده‌اند [۱۳، ۱۴].

گزارش مورد

بیمار مرد ۲۶ ساله‌ای با شکایت انحراف فک پایین به سمت راست (آسیمتری صورتی) طی ۶ سال گذشته بود (شکل ۱). در لمس ناحیه مفصل گیجگاهی-فکی سمت چپ یک توده بدون درد ملاحظه شد که در میزان باز شدن دهان تأثیری نداشت. رادیوگرافی پانورامیک و رادیوگرافی Towne's از وی به عمل آمد که یک ضایعه رادیوپاک در قسمت میال سر کنذیل با حدود مشخص نمایان بود.

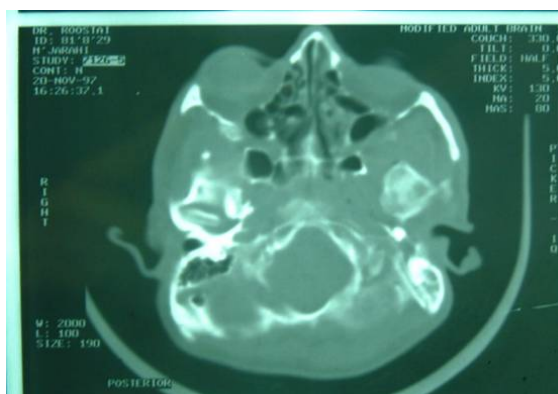


شکل ۱. در این بیمار، انحراف منذیل به سمت راست در حالات دهان باز و بسته نشان داده شده است.

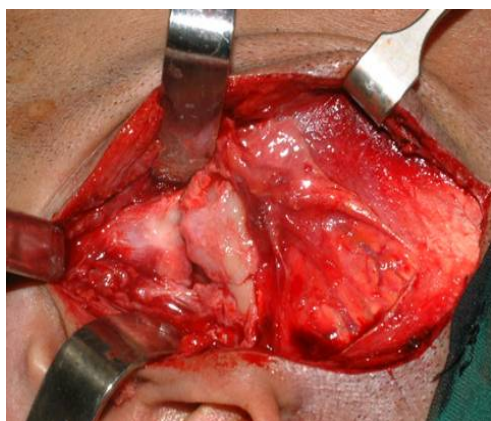
فعالیت استخوان سازی یا استئولیز در هیچ کدام از استخوان های بیمار مشاهده نشد.

بیمار در مهرماه سال ۱۳۸۱ در بیمارستان طالقانی تهران (دانشگاه شهید بهشتی) پذیرفته و بستری گردید. آزمایشات متداول خون و ادرار از وی انجام شد که نتایج در حد طبیعی بودند.

در بررسی سی تی اسکن یک ضایعه بزرگ با نمای رادیوپنت- رادیوپاک در فضای مفصل گیجگاهی-فکی سمت چپ دیده شد که به قسمت فوقانی داخلی فضای مفصلی (Articular Fossa) کشیده شده بود و استخوان فوقانی فوسا دست نخورده بود (شکل ۲). در سی تی اسکن به عمل آمده



شکل ۲. تصاویر CT آکزیال و کرونیال که نمایانگر تومور در فضای گیجگاهی-فکی می باشد



شکل ۳. ب- به منظور دسترسی بهتر به تومور، پس از برداشتن قوس زایگوما، تومور نمایان شده است.

شکل ۳. الف- برش در قدام گوش با استفاده از تکنیک Bramely and Al khayyat و نمایان شدن قوس زایگوما

۵). گردن کندیل فرم داده شد و چون دیسک سالم بود، از هر گونه گرافت خودداری شد. نمونه جهت بررسی بیشتر به بخش پاتولوژی ارسال گردید که نتیجه استئوکندروما گزارش شد. در پیگیری و کنترل بیمار به مدت ۶ سال تقارن صورت به خوبی برقرار بود و روابط اکولوژی متقارن و فانکشن مندیبل بسیار خوب و ایده آل بود. حداکثر باز شدن دهان ۵۰ میلی متر بود و بیمار هیچ گونه شکایتی اعم از اختلال در عملکرد یا زیبایی نداشت (شکل ۶).

برش در قسمت قدام گوش (Bramely and Al Khayyat Method) انجام شد. به علت گستردگی تومور به قسمت داخلی، جهت قطع و خارج کردن آن، قوس استخوان گونه بریده و جدا شد تا امکان دسترسی به کل تومور پیدا شود (شکل ۳). استئوتومی دقیق در ناحیه گردن کندیل به عمل آمد و تومور که به سر کندیل چسبیده بود، خارج شد (شکل ۴) و در همان لحظه تقارن صورت بیمار به صورت کلینیکی برقرار گردید. قوس گونه به محل اول خود برگردانیده شد و با مینی پلیت ۶ سوراخه ثابت گردید (شکل

بحث

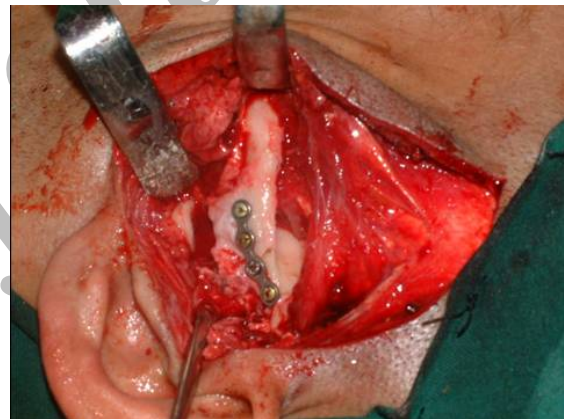
مرور مقالات گذشته نشان داد که استئوکندرومای نادر در فضای مفصل گیجگاهی-فکی به طور اولیه در ۴ دهه اول زندگی دیده می‌شود که متوسط سنی ۳۸/۵ سالگی و نسبت مرد به زن ۱ به ۱/۲ بوده است. تقارن صورت در ۸۳/۳٪ از بیماران وجود داشته است. درد در ۵۲/۳٪ از بیماران شکایت اصلی بوده و در ۳۰/۹٪ موارد کاهش حرکت مندیبل وجود داشته است. از لحاظ درمان به روش جراحی، در ۶۴/۲٪ از بیماران برش در قسمت قدامی گوش انجام شده و در ۶۴/۲٪ از این تعداد کندیلکتومی صورت گرفته است. بازسازی کندیل ۵۰٪ از بیماران انجام شده است. در بازسازی کندیل، استخوان‌های اتوژن آزاد یا پیوندهای دنده‌ای-غضروفی و پروتزهای مفصل گیجگاهی-فکی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

کندیلکتومی به عنوان درمان متداول برای همه بیماران پیشنهاد نمی‌شود [۱۵]. درمان‌های جراحی رایج شامل کندیلکتومی و بازسازی می‌باشد [۱۶]. در صورتی که تومور قسمت محدودی از سطح کندیل را درگیر کرده باشد، حفظ ساختمان سالم باقی‌مانده و reshape کردن کندیل پیشنهاد می‌شود. در صورت احتمال بروز بدخیمی و همچنین امکان عود مجدد تومور، نمی‌توان از درمان‌های محافظه کارانه استفاده نمود و باید از روش‌های درمانی دیگری از قبیل Extraoral vertical ramus osteotomy به همراه پیوند استفاده کرد [۱۷].

نکته قابل ذکر در بیمار فوق جداسازی قوس گونه (آرک زایگوما) جهت دسترسی و خارج کردن تومور بود که به عنوان یک تکنیک قابل توجه می‌توان از آن در درمان این گونه ضایعات پاتولوژیک استفاده کرد [۱۷، ۱۸].



شکل ۴. استئوکندرومای بزرگ جدا شده از سر کندیل



شکل ۵. بعد از برداشت تومور، قوس زایگوما به محل اولیه خود بازگردانده و توسط مینی پلیت ۶ سوراخه ثابت شد.



شکل ۶. تصویر بیمار بعد از یک هفته

References

1. Fonseca RJ. Oral and Maxillofacial surgery: Surgical Pathology. vol 5. Philadelphia: W.B Saunders; 2000.
2. Lichtenstein L. Bone Tumors. 5th ed. St. Louis: C.V. Mosby; 1977.
3. Mira JM. Bone Tumors: Clinical, Radiographic and Pathologic Correlations. vol 2. Philadelphia: Lea & Febiger; 1989.

4. Virchow R. Ueber multiple exostosen, mit Vorlegung von Präparaten. *Berl Klin Wochenschr* 1891; 28: 1082-5.
5. Keith A. Studies on the Anatomical Changes which accompany certain Growth-disorders of the Human Body: I. The Nature of the Structural Alterations in the Disorder known as Multiple Exostoses. *J Anat* 1920; 54(Pt 2-3): 101-15.
6. Muller E. Uber hereditare multiple cartilaginare Exostosen und Ecchondrosen. *Beitr Pathol Anat* 1914; 57: 232.
7. Ramon Y, Horowitz I, Oberman M, Freedman A, Tadmor R. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977; 43(5): 692-7.
8. Dahlin DC, Unni KK. *Bone Tumors: General Aspects and Data on 8542 cases*. 4th ed. Springfield, IL: Thomas; 1986.p. 18-32.
9. Schajowicz VF. Histological Typing of Bone Tumours. In Collaboration with Pathologists in 9 Countries; World Health Organization. *International Histological Classification of Tumours*. Berlin: Springer-Verlag; 2000.p. 15.
10. Kersch A, Piette E, Tideman H, Wu PC. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. Report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75(5): 559-64.
11. Karras SC, Wolford LM, Cottrell DA. Concurrent osteochondroma of the mandibular condyle and ipsilateral cranial base resulting in temporomandibular joint ankylosis: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54(5): 640-6.
12. Vezeau PJ, Fridrich KL, Vincent SD. Osteochondroma of the mandibular condyle: literature review and report of two atypical cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53(8): 954-63.
13. Martinez-Lage JL, Gonzalez J, Pineda A, Alvarez I. Condylar reconstruction by oblique sliding vertical-ramus osteotomy. *J Craniomaxillofac Surg* 2004; 32(3): 155-60.
14. Wolford LM, Mehra P, Franco P. Use of conservative condylectomy for treatment of osteochondroma of the mandibular condyle. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(3): 262-8.
15. Koehl GL, Tilson HB. Osteochondromas associated with facial asymmetry and masticatory dysfunction: report of two cases. *J Oral Surg* 1977; 35(11): 934-9.
16. Koole R, Steenks MH, Witkamp TD, Slootweg PJ, Shaefer J. Osteochondroma of the mandibular condyle. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996; 25(3): 203-5.
17. Peroz I, Scholman HJ, Hell B. Osteochondroma of the mandibular condyle: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31(4): 455-6.
18. Ribas MO, Martins WD, de Sousa MH, Zanferrari FL, Lanzoni T. Osteochondroma of the mandibular condyle: literature review and report of a case. *J Contemp Dent Pract* 2007; 8(4): 52-9.