

گزارش یک مورد نادر تومور استئوئید استئوما در استخوان متاتارس پنجم پا

سید عبدالحسین مهدی نسب*

چکیده

استئوئید استئوما یک تومور خوش خیم و استئوبلاستیک در سن کودکی و جوانی است. این تومور با درد مزمن بخصوص در هنگام شب، تسکین موقتی با آسپرین و نمای مشخصه رادیولوژیک شناخته می‌شود. شایعترین محل ابتلاء استخوانهای بلند ران و ساق می باشد گرچه در سایر استخوانهای بدن ممکن است دیده شود. استخوانهای پا محل شایع این تومور نیست و در مواردی که گزارش شده اغلب در کالکانئوس و تیلوس بوده اند و درگیری استخوان متاتارس به این تومور نادر می باشد. تنها ۵ مورد تا بحال گزارش شده است. در این گزارش مرد جوانی با درد مزمن پای چپ و یافته های رادیولوژیک بصورت اسکروز و ضایعه رادیولوسنت مرکزی در متاتارس پنجم پا با تشخیص اولیه استئوئید استئوما متاتارس پنجم تحت درمان نمونه برداری و خارج کردن تومور قرار گرفت و در پاتولوژی ضایعه استئوئید استئوما مشخص گردید. درد پای وی بعد از عمل جراحی برطرف گردید.

کلید واژگان: استئوئید استئوما، تومور خوش خیم استخوان، استخوان متاتارس

مقدمه

میلی متر بنام (Nidus) یا هسته در مرکز آن می باشد گرچه اشکال غیر تی پیک داخل کانال یا زیر ضریع استخوان نیز دیده می شود (۶،۷). اسکن استخوانها با تزریق مواد رادیوایزوتوپ نظیر تکنسیوم ۹۹، افزایش شدید فعالیت استخوانسازی را بخصوص در قسمت هسته تومور نشان میدهد این روش در مواردی که ضایعه کوچک باشد و یا در قوس خلفی مهره بوده بطوریکه رادیوگرافی ساده کمک کننده نباشد بکار می رود. نصف موارد این تومور در استخوانهای ران و ساق و بقیه در سایر استخوانهای بدن بوده که ۴ تا ۱۶ درصد در استخوانهای پا بخصوص تیلوس و کالکانئوس گزارش شده است. ابتلاء متاتارس به این تومور نادر و آمار مشخصی در ارتباط با درگیری این استخوان پا گزارش نشده است.

استئوئید استئوما در سال ۱۹۳۵ توسط Jaffe بعنوان یک تومور خوش خیم استئوبلاستیک معرفی گردید (۱). این تومور در حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد از کل تومورهای خوش خیم استخوان تشکیل داده و در مردان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از زنان دیده می‌شود. (۲ و ۳). ۸۰ درصد موارد این تومور در سنین ۲۵-۱۰ سالگی دیده می‌شود. درد مهمترین علامت بالینی است که در آغاز بصورت متناوب و خفیف بوده که بتدریج و بخصوص هنگام شب، تشدید شده و با مصرف داروی آسپرین، موقتا تسکین می‌یابد (۲،۴،۵). بندرت ممکن است با علائم دیگری همچون، لنگش، تورم یا خشکی مفصل، اسکولیوز ستون فقرات و یا درگیری طناب و اعصاب نخاعی همراه باشد (۴). نمای تی پیک رادیولوژیک آن بصورت استخوانسازی وسیع کورتیکال و یک ضایعه با کدورت کمتر و قطر ۱۰-۵

* استادیار گروه ارتوپدی بیمارستان امام دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۲/۲۵ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۵/۲/۲۵ اعلام قبولی: ۱۳۸۵/۷/۱۶

معرفی بیمار

نیز افتراق از استئومیلیت تحت حاد یا آبسه استخوان Brodie، بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. شکاف پوستی در کنار خارجی و پشت پا روی متاتارس پنجم داده شد و در محل حداکثر تورم، دریچه کوچک از کورتکس استخوان برداشته شد و مقدار کمی نسج نرم لزج قهوه ای تیره جهت نمونه برداری تخلیه گردید. بعد از کوتاژ ضایعه و بستن زخم، گچ کوتاه ساق گرفته شد. درد بیمار روز بعد از عمل برطرف گردید، در آزمایش میکروسکوپی نمونه، نسج استئوئید، استئوبلاست سلولهای چند هسته ای ژانت، عروق خونی و تشخیص استئوئید استئوما گزارش شد. گچ بیمار ۱/۵ ماه بعد در شهرستان محل سکونت وی باز شد و در تماس تلفنی شکایتی از درد نداشت.

آقای ۲۲ ساله ای (ع-م) کارگر، بعلت درد مزمن پای چپ مراجعه نمود. در سابقه وی زمان ویا نحوه شروع درد مشخص نبود. یکبار سابقه پیچ خوردگی مچ پای چپ را در ۲ سال قبل داشته که با درمان و گچ گیری بهبود یافته است. ۶ ماه قبل از مراجعه درد وی بتدریج بیشتر شده که با مصرف داروی مسکن برطرف شده است. در هنگام مراجعه تورم کم و حساسیت موضعی در کنار خارجی پای چپ و لنگش مختصر داشت آزمایشات روتین خون در حد طبیعی بود. در رادیوگرافی پا، ضایعه اسکروتیک منتشر و یک قسمت با کاهش کدورت در متاتارس پنجم دیده شد (شکل ۱، ۲). با توجه به درد پا بخصوص در شب تاریخچه بیماری، نمای رادیولوژیک و فقدان علائم آزمایشگاهی و سیستمیک، تشخیص اولیه استئوئید استئوما مطرح گردید. بمنظور تشخیص قطعی و



شکل ۲: نمای ابلیک پا، استخوانسازی و افزایش ضخامت کورتکس خارجی متاتارس پنجم



شکل ۱: نمای اسکروز در متاتارس پنجم، نیدوس در قسمت میانی دیده می شود.

۲۲ درصد). (۱۰،۹۸) و در این استخوانها علائم تی پیک استخوانسازی، اسکروز و نیدوس در ابتدا دیده نمی شود،

بحث

بلکه با علائم بالینی همچون تورم، سینوویت و محدودیت حرکتی مفاصل پا اغلب شکل یک بیماری حاد و التهابی تظاهر پیدا می کند (۳،۵،۱۰،۱۱،۱۲). ۳- سابقه ضربه یا پیچ خوردگی میچ پا که عارضه نسبتا شایعی است قبل از پیدا شدن این تومور نیز گزارش شده است از طرفی مشابهت با علائم استئومیلیت تحت حاد می تواند منجر به اشتباه در تشخیص صحیح این تومور گردد (۲،۴،۱۳،۱۴). به عقیده Jaffe و Carrall (۱۵). پیدایش این تومور با ضربه های وارده به پا ارتباطی ندارد ولی Baroon و همکارانش معتقدند که تروما به پا و تشکیل هماتوم یک اختلال موضعی عروقی ایجاد نموده و سلولهای پرپیوسته بدخل نسج استخوان تهاجم پیدا می کند که ممکن است در بروز این تومور دخیل باشد (۱۶). در این بیمار تومور در متاتارس پنجم پا بوده که از نظر محل ابتلاء بسیار نادر است و از طرفی نمای رادیولوژیک آن شبیه ضایعات تی پیک استخوانهای بلند می باشد که با تصویر این تومور در استخوانهای کوچک که با فقدان اسکروز و استخوان سازی وسیع گزارش شده، مشابهت ندارد. شواهد دال بر عفونت و استئومیلیت از نظر بالینی و پاتولوژی نداشت و درد وی بعد از عمل و برداشتن ضایعه برطرف گردید. با مراجعه به متون انگلیسی زبان و مدلاین، ۵ مورد تومور استئوئید استئوما در متاتارسهای پا گزارش شده است (۱۷،۱۸،۱۹).

علی رغم یافته های بالینی و رادیولوژیک، در حدود ۱/۴ موارد تومورهای استئوئید استئوما، در رادیوگرافی ساده تشخیص داده نمی شوند (۸،۴،۲). بخصوص در مواردی که تومور در داخل کانال استخوان، در زیر پریوست و یا در استخوانهای کوچک دست یا پا قرار دارد. در این موارد نمای تیپیک استئوبلاستیک ویا نیدوس مشاهده نمی شود. لذا انجام CT اسکن با برش های ۱-۲ میلی متر و اسکن رادیوایزوتوپ برای دیدن هسته تومور ضروری است. M.R.I در مقایسه با دو روش فوق حساسیت کمتری دارد (۱۱). در ارتباط با بروز این تومور در متاتارسهای پا گزارشات اندکی در متون انگلیسی زبان به چشم می خورد در تمام این موارد سیر ضایعه طولانی و تا ۴ سال نیز گزارش شده است. در ۲ بیمار تومور در سرمتاتارس اول بود و بیماران با علائم تورم مزمن و درد مفصل متاتارسوفالانژیال شست پا تظاهر نمودند. درحالیکه در ۳ مورد دیگر تومور در متاتارس ۴ و ۵ با نمای استئوبلاستیک کم همراه بوده است. مشکلات تشخیص این تومور در استخوانهای پا می تواند بدلائل زیر باشد: ۱-پا محل شایع این تومور نیست لذا شک وجود این تومور در آنجا کمتر می رود. ۲-در صورت ابتلاء، تیلوس و کالکانئوس بیشترین محل این تومور می باشند. (بترتیب ۵۹ درصد و

منابع

- 1-Jaffe HI, Osteoid osteoma: a benign osteoblastic Tumor composed of osteoid and a typical bone. Are surg . 1935, 31: 709-28.
- 2-Tirretin DM, Brown JE.osteoid osteoma of the tarsal cuboid in an adolescent: a case Report Foot Ankle 1995; 16:30-30
- 3-Temple HT, Tuyethda NV, Mizel M.intra articular osteoid osteoma as a cause of chronic ankle pain. Foot ankle int. 1998;19 (6) : 384-7
- 4-Barca F, leti Acciaro A, spina V.intra articular osteoid osteoma of the lower extremity: diagnostic problems, Foot ankle Int 2002; 283): 264-7

- 5-Uda H, Mizuzeki T, Tsug K. osteoid osteoma of the metacarpal Bone, Presenting after an injury, scand J plastic Reconstr.surg Hand surg. 2002;36(4): 238-42
- 6-Capanna R, Betteli G, Ruggieri P, Biagini R, osteoid osteoma del piede. Chir organimou 1986; 72: 195-201
- 7-Bendar MS, McCormack R, Jr, Glasser D, weiland AJ osteoid osteoma of the upper extremity. J Hand surg. 1993; 18 A: 1019-25
- 8- Resenik RB, Kenneth IJ, sheskie sc, Panna Desai, cisa J. Arthroscopic Removal of an osteoid osteoma of the tulus: a case Report, Foot Ankle int 1995; 16(4): 212-5
- 9-Shereff MJ, Cullivan WT, Johnson KA, osteoid osteoma of the foot. J Bone and Joint surg, 1983;65 A; 638-41
- 10- Ferrari D, Tiagani D, Busacca M, Rimondi E osteoid osteoma: diagnostic problems in Joint and periarticular localization. Chir organi mov. 1999; 84(2); 171-70
- 11-Garcia G, Lance JE, lin JJ. Osteoid osteoma : an unusual presentation, clin orthop 1981; 156:216-8
- 12- Adil A Hoeffel C, Fiky T. osteoid osteoma after a fracture, of the distal radius, AJR Am J Roentgenole 1996; 167(1): 145-60.
- 13-Ambrosia JM, Kerner CB. Osteoid osteoma of the foot: presenting following Trauma. orthopedics 1985;8(5): 684-5.
- 14- Baron D, Soulier C, Kermabon C, Leory JP Post-traumatic osteoid osteoma. Apropos of 2 cuses and review of the literature. Rev Rhum mul- osteortic 1992; 50(4): 271-5.
- 15- Kallio E. osteoid osteoma of the metatarsal and metacarpal bones. Act orthop scand. 1963;33: 246-52.
- 16- Spencer E.E, Beirman, J.S. Femino, JE. Osteoid osteoma of the 5th metatarsal: a case Report and literature review, foot and ankle surgery 8 (1) 2002; 71-78
- 17- Paterson BP ; Peters VJ. Osteoid osteoma of the forth metatarsal: a case report J AM podiatry assoc 1981 71: 328-330.
- 18- Szendroi M; Kollo k ; antal I; lakatosj. Intra and extra articular osteoid osteoma. J Rheumatol. 2004; 30(5): 957-64
- 19-Kagan Ceken, Go khan Arslan, Tekinalp Gelen. Diognostic and intervertional radiology, Gilt, 8 say 1, Mar 2002, 105-107.