

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۲۹ شماره ۱ بهار ۱۳۸۶ صفحات ۱۲۷-۱۲۵

گزارش یک مورد کندرومیکسوئید فیبروما در فک پایین

دکتر جواد یزدانی: استادیار گروه جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: ja_yazdani@yahoo.com

دکتر فرزاد اسماعیلی: استادیار گروه رادیولوژی فک و صورت دانشکده دندانپزشکی تبریز
دکتر حیدرعلی اسماعیلی: استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۴/۱۲/۱۴، پذیرش: ۸۵/۸/۱

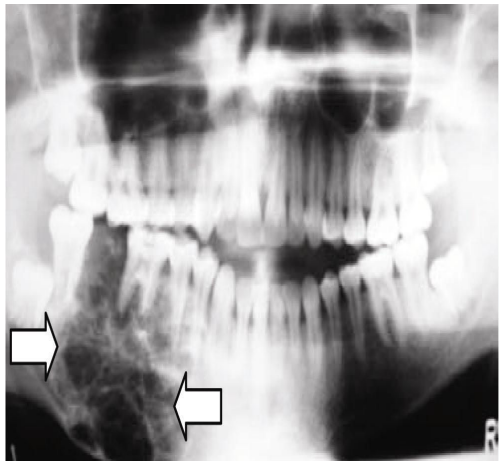
چکیده

کندرومیکسوئید فیبروما یک نئوپلاسم خوش خیم است که در ناحیه فک و صورت نادر می باشد. در این مقاله یک مورد از این نئوپلاسم در ناحیه خلفی فک پایین گزارش و خصوصیات بالینی و رادیوگرافیک و پاتولوژیک کندرومیکسوئید فیبروما مورد بررسی قرار گرفته است. درمان زیر بیهوشی با دسترسی از خارج دهان و رزکسیون ضایعه از ناحیه مزیا ل کانین تا دیستال دندان مولر سوم صورت و از پلاک AO برای حفظ فضا و بازسازی ثانویه استفاده شد.

کلید واژه ها: نئوپلاسم خوش خیم فکین، کندرومیکسوئید فیبروما، رزکسیون.

مقدمه

سمت چپ تا مزیا ل مولر سوم همان سمت امتداد یافته بود. تحلیل ریشه دندان مولر اول و جابجایی دندان مولر دوم به سمت اکلوژال و دیستال وجود داشت. نازک شدن صفحات کورتیکالی مجاور ضایعه و به دنبال آن تورم در منطقه درگیر وجود داشت (تصویر ۱).



تصویر ۱: رادیوگرافی پانورامیک، کندرومیکسوئید فیبروما در فک پایین نشان داده می شود.

ابتدا نمونه برداری از ضایعه زیر بی حسی موضعی انجام و جهت پاتولوژیست فرستاده شد جواب نمونه کندرومیکسوئید فیبروما گزارش شد (تصویر ۲).

کندرومیکسوئید فیبروما نئوپلاسمی خوش خیم با رشد آهسته و نادر است که برای اولین بار توسط Jaffe و Lichenstein در سال ۱۹۴۸ توصیف شد (۱). این تومور تنها حدود ۰/۲٪ از همه موارد گزارش شده در استخوانهای فک پایین و جمجمه را شامل می شود. (۲) سازمان بهداشت جهانی این تومور را به این صورت تعریف می کند: تومور خوش خیم که شامل مناطق لوبولهای از سلول های ستاره ای یا دوکی شکل که حاوی مقادیر زیادی ماده بین سلولی میکسوئید یا کندروئید است که، مناطق از بافت سلولار حاوی سلول های دوکی یا روند با اندازه های مختلف آنها را از هم جدا می کند. مهمترین ضایعه که بایستی کندرومیکسوئید فیبروما از آن افتراق داده شود کندروسارکوم با تمایز بالا است که سلولهای پلئومورفیک با هسته های پیکروم و مناطق میکسوئید دارد. کندروسارکوم ها همچنین الگوی لوبولار دارند و فاقد اشکال میتوتیک هستند (۳).

گزارش یک مورد

یک خانم ۱۸ ساله به بخش جراحی دهان فک و صورت بیمارستان امام خمینی (ره) تبریز ارجاع داده شده بود که در معاینه کلینیکی تورمی در قسمت چپ و ستیول باکال و لینگوال از دیستال دندان کانین تا دیستال دندان مولر دوم فک پایین وجود داشت. به گفته بیمار تورم از یک سال قبل با رشد آهسته و بدون درد شروع شده بود. در رادیوگرافی پانورامیک یک منطقه رادیولوسنت چند کانونی با حدود مشخص از دیستال دندان کانین

بحث

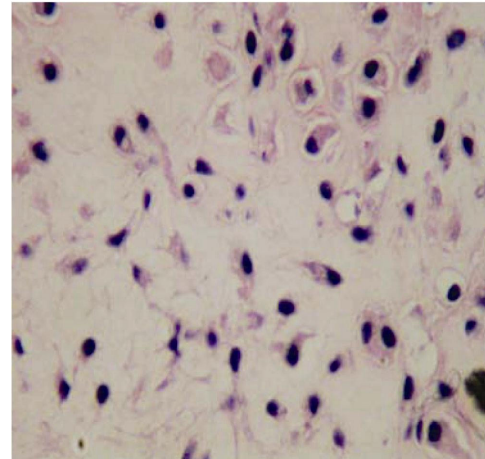
در مرور مقالات ۲۱ مورد از کندرومیکسوئید فیبرومای فکین دیده می شود. بررسی مقالات نشان داد که تقریباً در هر دو جنس به یک میزان رخ می دهد. محدوده سنی ۱۰-۶۷ سال است (متوسط ۳۰ سال). دو سوم موارد در بیماران زیر ۳۰ سال رخ می دهد که نشان می دهد تومور در دهه دوم و سوم حیات شایعتر است (۳ و ۴).

۷۵٪ درصد ضایعات گزارش شده در فک پایین و بقیه موارد در فک بالا دیده شده است. فک پایین شایعترین محل در میان استخوانهای جمجمه است. شایعترین شکایات بیماران تورم و درد مختصر در منطقه تومور است. با این وجود در این مورد گزارش شده درد وجود نداشت. نمای رادیوگرافیک ضایعات فکی متغیر بود. ضایعات معمولاً حدود مشخصی داشته و کناره ها اغلب اسکالروتیک و اسکالوپ هستند. کورتکس استخوان درگیر متورم بوده، اما تداوم پر پوست معمولاً حفظ می شود.

از لحاظ نمای بافت شناسی کندرومیکسوئید فیبروما شکل لوبولار دارد که دسته های بافت همبندی پر عروق لوبولها را از هم جدا می کند. قسمتهای محیطی سلولار بوده دارند. با بالغ شدن تومور مناطق میکسوئید فیبروتیک می شوند. از لحاظ هیستوپاتیک منشاء غضروفی کندرومیکسوئید فیبروما مورد قبول می باشد. از لحاظ فوق ساختاری از دو نوع سلول مجزا تشکیل شده است: سلولهایی با مورفولوژی کندروسیتیک و سلولهایی با مورفولوژی فیبروسیتیک (۵).

دو طرح درمان متفاوت پیشنهاد شده که عبارتند از کورتاژ و رزکسیون، تعدادی از محققین رزکسیون را ترجیح می دهند. چون میزان عود موضعی در کورتاژ ۲۵٪ است. (۳ و ۴) به همین دلیل بعضی ها رزکسیون منطقه ای را به علت احتمال تبدیل به بد خیمی پیشنهاد می کنند (۶ و ۷) گرچه تعدادی از محققین اشاره کرده اند که تغییرات بدخیمی در هیچ کدام از موارد کاملاً اثبات شده نیست. به نظر می رسد این ضایعات در واقع کندروسارکوم هایی بودند که به اشتباه کندرومیکسوئید فیبروما تشخیص داده شده بود (۶).

با توجه به گزارش هایی از تبدیل بدخیمی بعد از پرتوتابی و نیز احتمال بروز استئورادیونکروز، رادیو تراپی کاربردی در درمان این ضایعه ندارد (۳ و ۸).



تصویر ۲: نمای هیستولوژیک ضایعه کندرومیکسوئید فیبروما

سپس بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت. دسترسی با برش پوستی انجام و از ناحیه مزیا کائین تا دیستال مولر سمت چپ رزکسیون (۱) تومور انجام شد. از پلاک AO^۱ برای حفظ فضا و بازسازی ثانویه استفاده شد. بیمار برای ۶ هفته تحت فیکساسیون بین فکی (InterMaxillary Fixation) قرار گرفت. (تصویر ۳)



تصویر ۳: رادیوگرافی بعد از عمل جراحی

References

- Jaffe HL, Lichenstein L. Chondromyxoid fibroma of bone: a distinctive benign tumor likely to be mistaken for chondrosarcoma. *Arch Pathol* 1948; **45**: 541-551.
- Batsakis JG, Raymond AK. Pathology consultation: Chondromyxoid fibroma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; **98**: 571-572.

3. Zillmer DA, Dorfman HD. Chondromyxoid fibroma of bone: thirty Chondromyxoid fibroma of bone: thirty six cases with clinicopathologic correlation. *Hum Pathol* 1989; **20**: 952-964.
4. Schajowicz F. *Tumors and tumor-like lesions of bone and joints*. Newyork, springer. 1981: 148-160.
5. Barnes L. *Surgical pathology of head and neck*. Newyork, *springer*. 2001: 1146-1147.
6. Huvas AG. *Bone tumors: Diagnosis, treatment and prognosis*. Philadelphia, WB Saunders. 1991: 319-330.
7. Lingen MW, Solt BD, Polveerini PJ. Unusual presentation of a chondromyxoid fibroma of mandible. *Oral surg, Oral Med, Oral Pathol* 1993; **75**: 615-621.
8. Macan D, Cabov T, Uglesic V, Manojlovic S, Spicek J. Chondromyxoid fibroma of the mandible. *Br J Oral maxillofac Surg* 2003; **41**: 261-263.