

## CASE REPORT

## تومور نادر فیروهِستِیوسیتوم سینوسهای پاراناژال و نقش ترانس نازال

## آندوسکوپی در درمان آن

دکتر محمد حسین برادران فر<sup>۱</sup>، دکتر منصور مقیمی<sup>۲</sup>

## چکیده

فیروهِستِیوسیتوم خوش خیم از توده های بسیار نادر ناحیه بینی و سینوسهای پاراناژال می باشد. شایعترین محل تومور در سر و گردن حفره بینی و سینوسهای پاراناژال بوده و علامت اصلی تومور در این نواحی گرفتگی و وجود توده در بینی می باشد. در بیماری که با علائم گرفتگی و ترشح بینی مراجعه کرده بود و با درمان آنتی بیوتیک بهبودی نداشت توده حجیم در سینوس ماگزیلری چپ و حفره بینی همان طرف در سی تی اسکن تشخیص داده شد و سپس رزکسیون توده به طور کامل از طریق آندوسکوپ با اپروج ترانس نازال انجام گرفت. تمام علائم بیمار برطرف گردید. گزارش آسیب شناسی فیروهِستِیوسیتوم خوش خیم بود. در تشخیص افتراقی این تومور، توده و پولیپهای بینی و سینوسها را می توان ذکر نمود. به نظر می رسد با توجه به دید عالی به تومور و مجاورت این ناحیه از جمله لامینا پاپیراسه و چشم، جراحی آندوسکوپیک با اپروج ترانس نازال روش مناسبی جهت رزکسیون کامل این تومور باشد.

**واژه های کلیدی:** فیروهِستِیوسیتوم خوش خیم، تومور سینوسهای پاراناژال، جراحی آندوسکوپیک.

## مقدمه

گزانتوگرانولوم، فیروگرانولوم و فیروز زیر اپیدرمی ندولر نیز بکار رفته است.<sup>(۲،۳)</sup> گرچه این تومور در سراسر بدن یافت می شود، شایعترین محل تومور، پوست اندامها می باشد.<sup>(۲)</sup> این تومور در سینوسهای پاراناژال فوق العاده نادر است<sup>(۴،۵)</sup>. از نظر بالینی بصورت توده بینی، گرفتگی بینی، خونریزی و درد در ناحیه بینی و سینوسهای پاراناژال خود را نشان می دهد. در صورت وجود تومور در حنجره و تراشه علائم خلط خونی، تنگی نفس و استریدور بروز می کند.<sup>(۶)</sup> فیروهِستِیوسیتوم

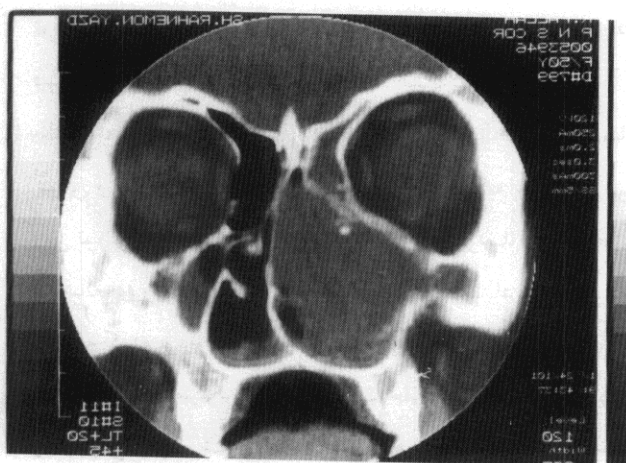
فیروهِستِیوسیتوم، تومور خوش خیم و غیر اپی تلیالی با تمایز هیستوسیتیک و فیروپلاستیک می باشد.<sup>(۱،۲)</sup> سلول منشاء تومور هیستوسیت بوده<sup>(۲)</sup> و براساس تصاویر میکروسکوپی اسامی مختلفی از جمله درماتوفیروم (در پوست)، همانژیوم اسکروزان،

۱-استادیار گروه گوش، گلو و بینی و جراحی سر و گردن

۲-استاد یار گروه پاتولوژی

قسمت خلفی بینی و نازوفارنکس گسترش یافته بود. دانسیته یکنواخت این توده حجیم از نظر رادیولوژیک مشابه پولیپ آنتروکوانال بوده، خوردگی استخوانی وجود نداشت (شکل ۱).

بیمار تحت بیهوشی عمومی با روش آندوسکوپیک با اپروچ ترانس نازال تحت عمل جراحی قرار گرفت. علاوه بر برداشتن تومور بصورت کامل (en bloc)، اتموئید کتومی قدامی و خلفی، آنتروستومی متاتوس میانی، اسفنوئید کتومی و باز کردن فرونتال رسس همان طرف برای وی انجام شد و تومور جهت بررسی آسیب شناسی ارسال گردید (شکل ۲ - الف و ب).



شکل ۱: سی تی اسکن بیمار در نمای کروئال

جنس مذکر شایعتر بوده و متوسط سنی بیماران دهه ی پنجم زندگی است (۲۶). در معاینه بالینی، ضایعه پولیپوئید یا ندولر به رنگ سفید قهوه ای تا زرد و با اندازه های مختلف دیده می شود. این تومور مشخصه های ریزینی و رادیولوژیک مشخصی دارد (۱).

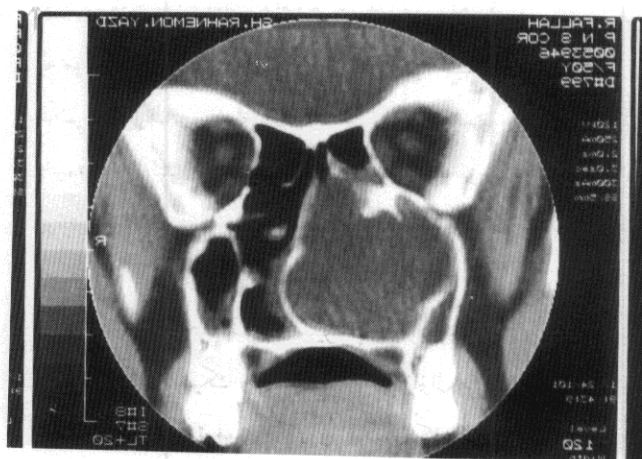
### معرفی بیمار

خانم ر.ف. ۴۹ ساله ساکن میبد و خانه دار با شکایت گرفتگی بینی، ترشح پشت حلق (PND)، تنگی نفس و ترشحات آبکی از بینی بطور پیشرونده از حدود یکسال پیش به پزشکان مختلف مراجعه نموده و در طول این مدت تحت درمان دارویی با آنتی بیوتیک های مختلف قرار گرفته که بهبودی نداشته است.

بعد از یک ماه، عمل جراحی سپتوپلاستی برای وی انجام می شود که به علت خونریزی شدید، جراح تصمیم به خاتمه عمل جراحی و اعزام بیمار می گیرد. در معاینه فیزیکی از حفره بینی چپ، چسبندگی مخاط سپتوم به دیواره جانبی بینی مشاهده، بعلاوه کورنه تحتانی پولیپوئید بوده و توده بزرگی با نمای ندولر در حفره بینی دیده می شد. مخاط حفرات بینی رنگ پریده بوده و ترشحات آبکی وجود داشت. معاینه اعصاب کرانیال طبیعی بود. یافته غیر طبیعی در سایر نقاط بدن از نظر معاینه فیزیکی و آزمایشات معمول مشاهده نگردید. در CT Scan کروئال از ماگزیلری چپ و حفره بینی همان طرف وجود داشت که تا



شکل ۲ ب: سی تی اسکن بیمار در نمای کروئال بعد از جراحی



شکل ۲ الف: سی تی اسکن بیمار در نمای کروئال قبل از جراحی

اندازه های مختلف دارد. از نظر بافت شناسی، تومور زیر مخاطی متشکل از سلولهای فیروپلاست و هیستوسیت با طرح فاسیکولر یا دور زنان بوده و سلولهای التهابی، دیوسلولهای چند هسته ای و سلولهای کف آلود دیده می شود. در استروما رسوب کلاژن با نواحی میگزونیدی و هیالینی مشهود است.

میتوز فراوان بویژه اشکال آتیپیک آن شک بدخیمی را برمی انگیزد. تغییر میگزونید وسیع در فیبروهیستوسیتوم گزارش گردیده است<sup>(۹)</sup> هنگامی که در تومور فضاهای کیستیک فراوان حاوی خونریزی جدید و رسوب فراوان پیگمان هموسیدرین وجود داشته باشد آنرا بنام فیبروهیستوسیتوم آنوریسمال می نامند<sup>(۱۰)</sup>. در تشخیص افتراقی، فاسیت ندولر، تومورهای خوش خیم غلاف اعصاب محیطی (نوروفیبروم و شوانوم) - لیومیوم - درماتوفیروسارکوم و هیستوسیتوم بدخیم مطرح می گردد<sup>(۶)</sup> برداشت کامل توده بوسیله جراحی درمان قطعی ضایعه محسوب می گردد<sup>(۴،۶)</sup>.

### نتیجه گیری

فیبروهیستوسیتوم یکی از موارد تشخیص افتراقیولیهایی بینی و سینوسهای پاراناژال بویژه پولیپ آنتروکوانال می باشد. با توجه به اینکه برای مورد معرفی شده در معاینه بالینی و حتی در بررسی های اولیه رادیولوژی، تشخیص پولیپ بینی و سینوس داده شد و گزارش هیستوپاتولوژی دال بر فیبروهیستوسیتوم خوش خیم بود. لزوم ارسال نمونه جهت بررسی های آسیب شناسی در تمام بیماران را اثبات می نماید. علاوه بر این تشخیص به موقع از عوارض آن می کاهد. از طرفی آسیب شناس نیز باید به فکر تومورهای بسیار نادری مثل فیبروهیستوسیتوم خوش خیم در ناحیه بینی و سینوسهای پاراناژال باشد، با توجه به اینکه علاوه بر نادر بودن این تومورها تشخیص آسیب شناسی آن نیز نسبتاً مشکل است و به نظر می رسد بهترین روش درمانی اینگونه تومورها با توجه به خوش خیم بودن علیرغم خونریزی زیاد، جراحی به روش آندوسکوپیک و با اپروچ ترانس نازال می باشد که با توجه به دید مستقیم به تومور امکان رزکسیون کامل را نیز امکان پذیر می سازد.

در بررسی ریزینی نمونه های ارسالی، بافت تومورال زیر مخاطی متشکل از دستجات سلولهای فیروپلاست با آرایش دور زنان دیده می شد. میتوز نادر بود. عروق با جداره ضخیم، نواحی فیروز و هیالینی و گسترش تومور در اطراف مجاری و غدد وجود داشت. در سطح تومور مخاط مفروش از اپی تلیوم تنفسی مؤکدار با آماس حادومزمن به چشم می خورد. گزارش آسیب شناسی با توجه به یافته های فوق فیبروهیستوسیتوم خوش خیم بود.

### بحث

فیبروهیستوسیتوم از تومورهای بافت نرم است<sup>(۱،۲)</sup> این تومور در بینی و سینوسهای پاراناژال بسیار نادر بوده و کمتر از ۰/۵ فیبروهیستوسیتوما در سر و گردن تشکیل می شود<sup>(۴،۵)</sup>. Basak، Mutlu، Erkus، Karaman و Odabasi در دپارتمان گوش و حلق و بینی Adnan Menderes در ترکیه یک مورد از این تومور نادر را در سپتوم بینی گزارش کردند. آنها آقای ۴۵ ساله ای را گزارش کردند که با شکایت انسداد و تورم بینی مراجعه کرده بود و در معاینه، توده ای به ابعاد ۱×۱×۲ سانتی متر در قسمت قدام سپتوم در سمت راست حفره بینی مشاهده گردید و آزمایش آسیب شناسی دال بر فیبروهیستوسیتوم خوش خیم بود<sup>(۷)</sup>. Numaguchi، Chess، Monajati، Patel، Wang AR، Shrier DA در دپارتمان رادیولوژی مرکز پزشکی دانشگاه Rochester آمریکا یک مورد فیبروهیستوسیتوم خوش خیم را در حفره بینی نوزادی گزارش نموده و اظهار داشتند که این مورد در دوران نوزادی بسیار نادر است<sup>(۸)</sup>. فیبروهیستوسیتوم در جنس مذکر شایعتر بوده و متوسط سنی بیماران دهه پنجم زندگی است<sup>(۲،۶)</sup>. شایعترین محل تومور در سر و گردن، حفره بینی و سینوسهای پاراناژال می باشد. مکانهای شایع دیگر گردن، حنجره و تراشه است<sup>(۶)</sup>. علایم بالینی بسته به محل تومور متغیر بوده و شامل توده بینی، انسداد بینی، خونریزی از بینی، درد، عدم تقارن صورت، پروپتوز، سست شدن دندانها، خلط خونی، تنگی نفس و استریدور می باشد. از نظر ماکروسکوپی ضایعه پولیپوئید یا ندولر و به رنگ سفید قهوه ای تا زرد بوده و

References

- 1- Bielamowicz . S, Dauer .M.S , Chang .B , Zimmerman .M.C , *Non cutaneous benign fibrous histiocytoma of Head and Neck . Otolaryngol Head Neck Surg* ,1995,113:140-146.
- 2- Walter . F . Lever , *Tumors of fibrous tissue , histopathology of the skin* , 7 th edi 1990 , lippincott : 660-664 .
- 3- Thompson .S.H, Shear. M . *Fibrous histiocytoma of the oral and Maxillofacial regions* ,J.Oral path . 1984, 13: 282-294.
- 4- Rice .D.H, Batsakis .J.G, Headington . J.T, Boles .R. *Fibrous histiocytoma of the nose and paranasal sinuses* , Arch Otolaryngol , Head Neck Surg 1974, 100 : 398-401.
- 5- Del. Ray. E , De . la .Torre .F.E. *Fibrous histiocytoma of the nasal cavity* , laryngoscope 1980 , 90 : 1686-1693 .
- 6- Bruce .M, wenig . *Neoplasm of Nasal cavity and paranasal sinuses* , *Atlas of Head and Neck Pathology* , 1th ed , 1993 , Sunders :39
- 7- Basak .S, Mutlu .C , Erkus .M, karaman. C , Odabasi .O. *Benign fibrous histiocytoma of nasal septum*, Rhinology 1998 sep, 36(3) : 133-135 .
- 8- Shrier. D.A, wang .A.R, Patel. U, Monajati. A, Chess . P , Namaguchi 7, *Benign fibrous histiocytoma of the Nasal cavity* , AJNR Am J Neuroradiol , 1998 , 19(6) : 1166-1168.
- 9- Zelger . B .G , Calonje . E , Zelger . B . *Myxoid dermatofibroma* , Histopathology 1999,34,335.
- 10- Mckenna.D.B,Kavanagh.G .M,McLaren.K.M , Tidman. M .J . *Aneurysmal Fibrous histiocytoma* , J Eur Acad Dermatol venereol 1999 , 12 : 238.