

درمان سیست استخوانی آنوريسمال اوليه ديستال راديوس با پيوند نازکني خود بیمار

(گزارش یک مورد)

دکتر سعید طباطبایی^(۱)

Treatment of Aneurysmal Bone Cyst with Avascular Fibular Graft

(Report of One Case)

Saaid Tabatabaie, MD

Jondi Shapour University of Medical Sciences

خلاصه

سیست استخوانی آنوريسمال (ABC)^۱ یک تومور عروقی غیرنئوپلاستیک^۲ است که روی استخوان‌های سالم و یا ضایعات قبلی سوار می‌شود و هر استخوانی در بدن ممکن است دچار این ضایعه گردد. درمان‌های مختلفی برای ABC در قسمت‌های مختلف اسکلت استخوانی ذکر گردیده است که از کورتاژ ساده، برداشتن کامل ضایعه، کرایوتراپی و گرافت کورتیکوکنسلوس می‌توان نام برد. هر یک از این درمان‌ها در استخوان‌های مختلف گزارش شده‌اند. استفاده از نازکني خود بیمار در کتب پایه ارتوپدی به‌عنوان یک روش درمانی ذکر شده اما انجام این روش در ديستال راديوس در هیچ مرجعی گزارش نگردیده است و نتایج درمانی آن در ضایعات متاکارپ‌ها با فیروز و کاهش حرکت مفاصل مجاور همراه بوده است. بیمار یک دختر ۱۰ ساله است که با ABC وسیع ديستال راديوس مراجعه نموده و به روش استفاده از گرافت نازکني^۳ به‌صورت کورتیکال درمان شد. واژه‌های کلیدی: سیست استخوانی آنوريسمال، نازکني، پیوند استخوان، اتوگرافت، راديوس

Abstract

Aneurysmal bone cyst is a non-neoplastic vascular bone tumor that can involve any bone and sometimes it can affect a bone which already has another tumor.

Different kinds of treatment have been reported for this expansible lesion starting from simple excision to curettage and bone graft, cryosurgery, cortico-cancellous grafting and excision. The success rates have been variable. This is a report of distal radius aneurysmal bone cyst of a child which was treated successfully with total excision and non-vascular fibular autograft.

Keywords: Aneurysmal bone cyst; Fibula; Bone grafting; Autograft; Radius

تظاهرات کلینیکی این بیماری معمولاً در ۷۵٪ بیماران زیر ۲۰ سال و ۵۰٪ بیماران بین ۱۰ تا ۲۰ سال می‌باشد. شیوع در دختران کمی بیش از پسران است. شایع‌ترین شکایت بیماران درد متمرکز و تورم به‌مدت کمتر از شش ماه می‌باشد که به‌دنبال فعالیت بدنی ایجاد می‌شود. در ضایعات نزدیک مفاصل موجب سفتی حرکات مفصلی می‌گردد.

مقدمه

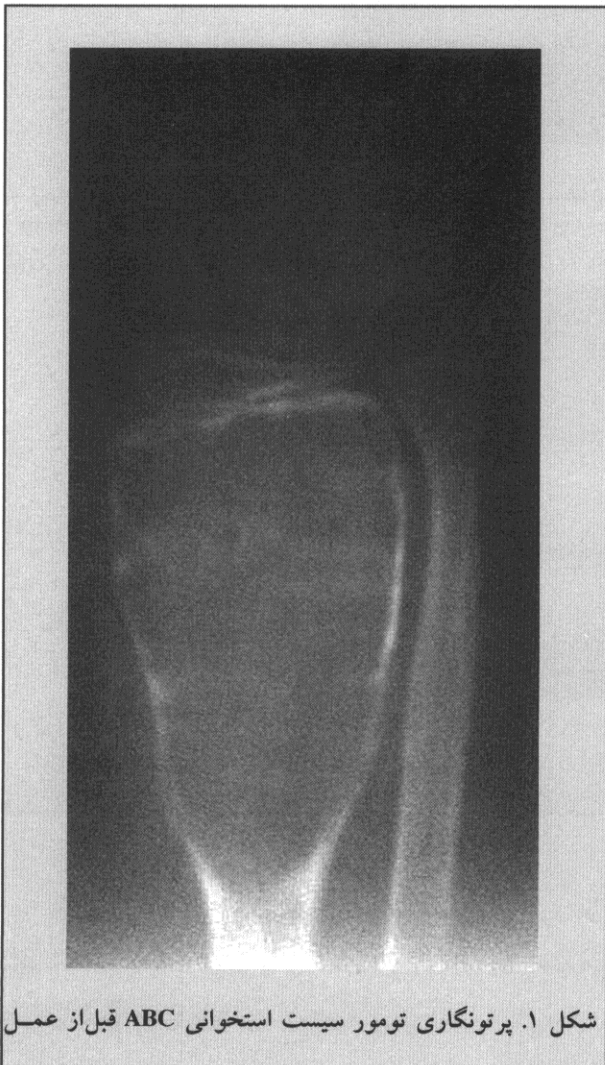
سیست استخوانی آنوريسمال (ABC) یک ضایعه سیستیک خارج مرکزی خورنده استخوان^۴ با رشد بادکنکی شکل است که در متافیز استخوان‌های دراز در سنین نوجوانی ایجاد می‌گردد. این ضایعه نسبتاً نادر بوده و حدود ۱/۵ درصد کل تومورهای اولیه استخوان را شامل می‌شود^(۱).

1. Aneurysmal bone cyst
2. Non-neoplastic

3. Fibular autograft
4. Osteolytic

(۱): ارتوپد، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز
نشانی نویسنده: اهواز، بیمارستان رازی، بخش ارتوپدی
E-mail: saaidt1379@yahoo.com
دکتر سعید طباطبایی

ادامه داشته و در آنجا متوقف شده است؛ لذا به دقت از روی صفحه رشد برداشته شد. از قسمت پروگزیمال نیز ۵ سانتی‌متر بالاتر از ضایعه برداشته شده، گرفت نازک‌نی به صورت آزاد روی صفحه رشد قرار داده شد و با حفظ طول ساعد توسط یک عدد بین اینترامدولاری ثابت گردید. پیگیری‌های به عمل آمده از بیمار نشان داد که به تدریج در اطراف نازک‌نی پیوند شده کال استخوانی تشکیل و سر پروگزیمال کاملاً به باقی مانده پروگزیمال رادیوس جوش خورده است و در قسمت انتهایی نیز بازسازی متافیز دیستال رادیوس به شکل بسیار خوبی آغاز گردید (شکل ۲). سپس پین خارج شد و حرکات فعال و غیرفعال میج دست آغاز گردید. در حال حاضر حدود چهار سال از عمل جراحی بیمار می‌گذرد، و هیچ‌گونه عودی مشاهده نشده است.



شکل ۱. پرتونگاری تومور سیست استخوانی ABC قبل از عمل

گرفتاری استخوان‌های دراز در ۶۵٪ ضایعات گزارش شده است و در استخوان‌های گرفتار به ترتیب شیوع عبارتند از: تی‌بیا، فمور، هومروس، فیولا، اولنا، و رادیوس.

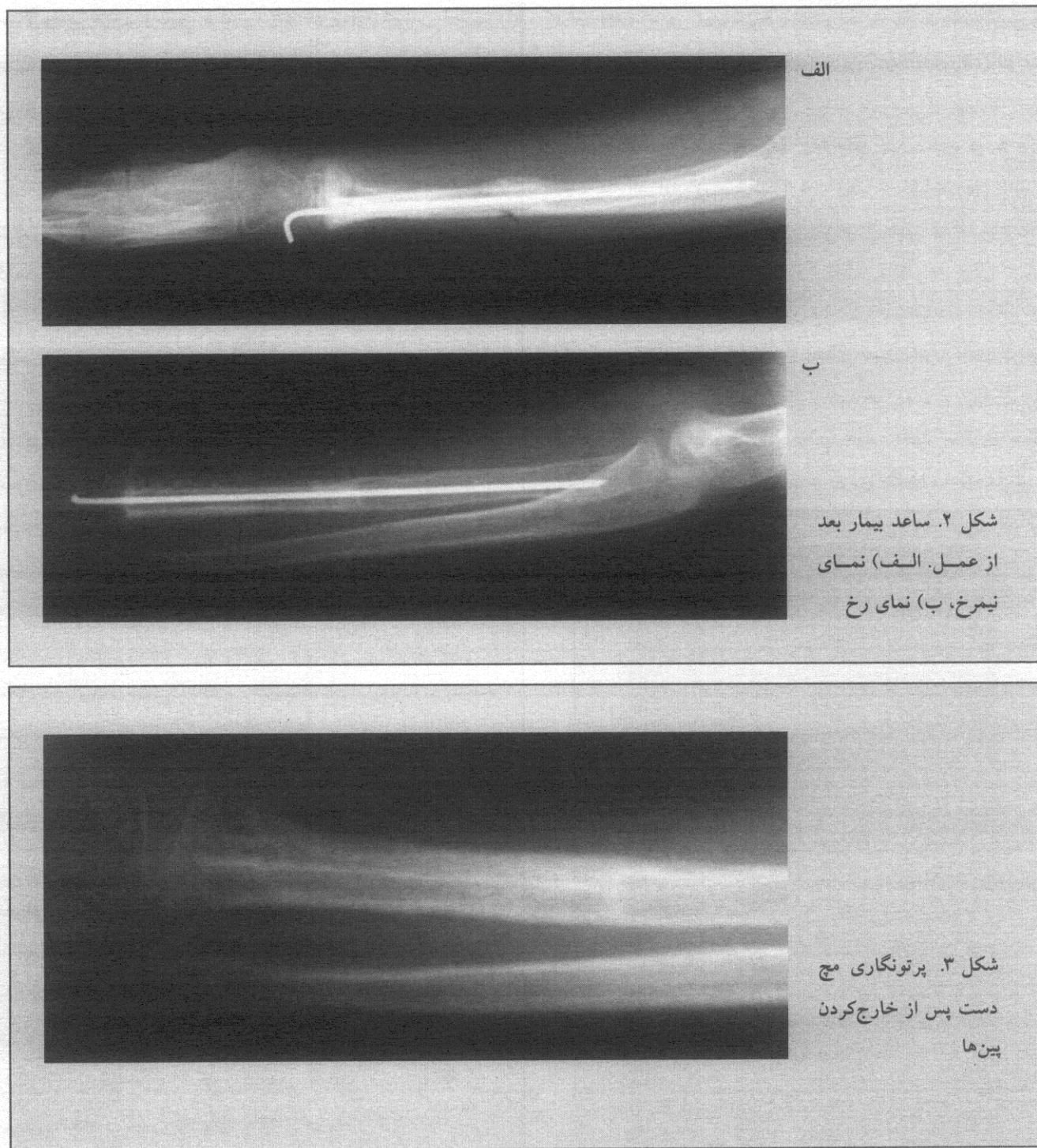
گرفتاری اپی‌فیز که از طریق ضایعات متافیزی گزارش شده است نیز بسیار نادر می‌باشد^(۱،۲). «کاپانا»^۱ و همکاران ۹ بیمار با گرفتاری صفحه رشد در سیست‌های متافیزیال گزارش نمودند که در ۵ بیمار اختلال رشدی ایجاد شد. اولین مرحله درمان مؤثر ABC تأیید تشخیص با بیوپسی است و مواردی از برداشتن سیست به دنبال بیوپسی گزارش شده است^(۳).

گرچه در بیشتر منابع پزشکی موجود، کورتاژ ضایعه و پیوند استخوانی برای ضایعه توصیه شده است^(۴-۸)، اما عود پس از عمل را ۲۰ تا ۳۰ درصد ذکر نموده‌اند^(۳،۷،۸) و در بیماران زیر ۱۵ سال میزان عود بیشتر است^(۶). «فرایبورگ»^۲ و همکاران^(۹) هفت بیمار زیر ۱۰ سال با ABC را به روش کورتاژ و پیوند استخوانی درمان نمودند و در یک دوره ۸ ماهه پس از درمان ۷۱ درصد عود را گزارش نمودند. به عقیده آنان اگر برداشتن ضایعه امکان‌پذیر نباشد مهم‌ترین اقدام برای عود، تکرار کورتاژ و پیوند استخوانی است گرچه باز هم امکان عود وجود دارد. از برداشتن کامل ضایعه به صورت یک نمونه^۱ و استفاده از پیوند کورتیکوکنسلوس نیز دفاع شده است^(۶،۸،۱۰،۱۱).

معرفی بیمار

دختری ۱۰ ساله از منطقه دهلران با تورم افزایش‌یابنده دیستال رادیوس چپ مراجعه نمود. در بررسی پرتونگاری اولیه ضایعه بادکنکی شکل متافیز دیستال رادیوس ملاحظه گردید (شکل ۱). با توجه به شکل مشخص ضایعه در پرتونگاری، بیوپسی انجام و سپس گچ بلند ساعد برای بیمار گرفته شد. پس از دریافت جواب پاتولوژی ABC، بیمار تحت درمان نهایی به صورت برداشتن کامل ضایعه و پیوند استخوانی از یک سوم میانی استخوان نازک‌نی ساق چپ قرار گرفت. در حین عمل مشاهده شد که ضایعه تا منطقه صفحه رشد دیستال رادیوس

1. Capanna
2. Freiberg



الف

ب

شکل ۲. ساعد بیمار بعد
از عمل. الف) نمای
نیمرخ، ب) نمای رخ

شکل ۳. پرتونگاری موج
دست پس از خارج کردن
بین‌ها

بحث

همان‌گونه که ذکر شد درمان‌های متفاوتی برای ABC در نقاط مختلف اسکلت استخوانی گزارش شده است. اما انجام پیوند نازک‌نی برای ضایعات دیستال رادیوس تاکنون در هیچ مرجعی

دامنه حرکات موج دست بیمار نزدیک به طبیعی و طول آن با سمت مقابل یکسان است، و از اندام عمل شده بدون محدودیت حرکتی استفاده می‌نماید.

سن بیمار می‌باشد. در مجموع اصل کلی که بایستی در درمان این ضایعات رعایت نمود عدم صدمه به صفحه رشد دیستال رادیوس است، زیرا مسئول بازسازی متافیز و رشد بعدی ساعد بیمار می‌باشد

گزارش نشده است. نتیجه به دست آمده از درمان این بیمار نشان می‌دهد که از نازک‌نی می‌توان در درمان ABC های دیستال رادیوس نیز استفاده نمود و تشکیل مجدد متافیز دیستال رادیوس دال بر پتانسیل خوب بیمار در بازسازی است که آن هم به دلیل

References

- Dormans JP, Flynn JM.** Pathologic fractures. In: Beaty JH, Kasser JR, editors. *Rockwood and Wilkins' Fractures in Children*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p 154.
- Dyer R, Stelling CB, Fechner RE.** Epiphyseal extension of an aneurysmal bone cyst. *AJR Am J Roentgenol*. 1981;137(1):172-3.
- Campanacci M, Capanna R, Picci P.** Unicameral and aneurysmal bone cysts. *Clin Orthop Relat Res*. 1986;(204):25-36.
- Carnesale PG.** Benign tumors of bone. In: Canale ST, editor. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 10th ed. Philadelphia: Mosby; 2003. p 798-9.
- Biesecker JL, Marcove RC, Huvos AG, Mike V.** Aneurysmal bone cysts. A clinicopathologic study of 66 cases. *Cancer*. 1970;26(3):615-25.
- Tillman BP, Dahlin DC, Lipscomb PR, Stewart JR.** Aneurysmal bone cyst: an analysis of ninety-five cases. *Mayo Clin Proc*. 1968;43(7):478-95.
- Dabska M, Buraczewski J.** Aneurysmal bone cyst. Pathology, clinical course and radiologic appearances. *Cancer*. 1969;23(2):371-89.
- Hay MC, Paterson D, Taylor TK.** Aneurysmal bone cysts of the spine. *J Bone Joint Surg Br*. 1978;60-B(3):406-11.
- Freiberg AA, Loder RT, Heidelberger KL, and Hensinger RN.** Aneurysmal Bone Cysts in Young Children. *J Pediatr Orthop*. 1994;14:86-91.
- Burkhalter WE, Schroeder FC, and Everssmann WW sr.** ABC occurring in the Metacarpals: a report of 3 cases. *J Hand Surgery*. 1978;3:579-84.
- Capanna R, Springfield DS, Biagini R, Ruggieri P, and Giunti A.** *Skeletal Radiology*. 1985;B:21-5.