

گزارش یک مورد سینویال کندروماتوزیس اولیه بورس ساب آکرومیال

ناصر جان محمدی^{۱*}، محمدرضا حسنجانی روشن^۲، شهریار شفائی^۳

۱- استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- دانشیار گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: سینویال کندروماتوزیس بیماری نادری است که بصورت اولیه یا ثانویه با اشکال داخل مفصلی، خارج مفصلی یا داخل و خارج مفصلی (Combined) بروز می نماید. در این مقاله یک مورد سینویال کندروماتوزیس اولیه بورس ساب آکرومیال شانه را با تظاهر بالینی توده کیستیک حجیم و رشد سریع که حاوی ذرات غضروفی بی شمار بوده گزارش می نمائیم.

گزارش مورد: پسر ۱۶ ساله ای با توده حجیم در شانه راست که شروع ضایعه را از سه ماه قبل ذکر می کرد مراجعه نمود. در سونوگرافی و CT اسکن شانه، توده ای به اندازه ۷×۱۰ سانتی متر و عمق ۴ سانتی متر حاوی ذرات ریز گزارش شد. با عمل جراحی توده کیستیک بزرگ حاوی هزاران عدد اجسام برنجی شکل خارج گردید. در بررسی پاتولوژیکی، سینویال کندروماتوزیس اولیه گزارش گردید.

نتیجه گیری: سینویال کندروماتوزیس باید در تشخیص افتراقی توده های کیستیک مفاصل بخصوص مفصل شانه مطرح گردد.

واژه های کلیدی: کندروماتوزیس، شانه، خارج مفصلی، بورس ساب آکرومیال.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۳، خرداد - تیر ۱۳۸۵، صفحه ۶۸-۷۱

مقدمه

و بورس می گردند. ذرات غضروفی از مایع حاصله از غشای سینویال

ایجاد ذرات غضروفی از غشای سینویوم یا سینویال کندروماتوزیس بیماری خوش خیم و نادری بوده که معمولاً مفصل زانو، هیپ، آرنج و شانه را درگیر می کند. ضایعه در غشای سینویال مفصل، بورس و غلاف تاندون نیز بروز می نماید. کندروماتوزیس معمولاً به صورت داخل مفصلی است ولی ممکنست به صورت خارج مفصلی به میزان ۲۱ درصد (۳-۱) و یا درگیری توام داخل و خارج مفصل بروز نماید (۴-۱). علت سینویال کندروماتوزیس اولیه ناشناخته است. بیماری با پرولیفراسیون و متاپلازی غضروف هیالین در غشای سینویال مشخص می گردد (۵-۲). غشای سینویال مفصل، بورس و غلاف تاندون دچار پرولیفراسیون ندولار شده و سپس این ندولها (ذرات) از غشاء سینویال جدا می گردند و وارد فضای مفصل

در مفصل و بورس تغذیه و رشد نموده و ممکنست کلسیفیه گردند (۷و۶). درد و محدودیت حرکتی مفصل شایعترین علامت بیماری می باشد. دیگر علائم بیماری شامل گیر کردن گذرای مفصل (Catching)، ایجاد مانع در حرکت مفصل درگیر (Impingement) کاهش قدرت عضلانی، بی ثباتی، قژ قژ کردن (Crepitus)، تورم، احساس توده، خشکی مفصل و رشد تومورال می باشد (۸و۳و۱). بیماری معمولاً روند تدریجی داشته و به مرور زمان منجر به تخریب مفصل و ایجاد استئوآرتریت در نوع داخل مفصلی و تخریب تاندون در نوع خارج مفصلی می گردد. در کمتر از یک درصد موارد ضایعه تغییر ماهیت داده و بدخیم شده و به کندروسارکوما تبدیل می گردد

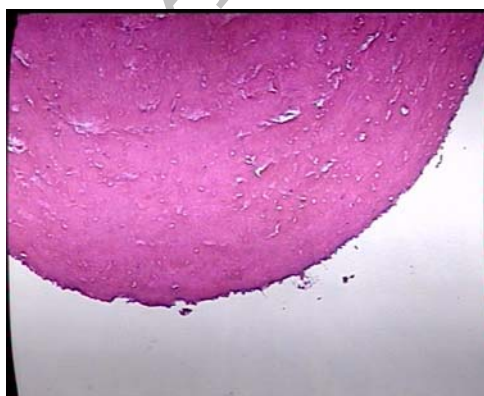
کاملاً خارج گردید (شکل ۱). در داخل توده هزاران عدد دانه سفید مثل برنج وجود داشت که نیمی از یک دیش را پر کرده بود (تصویر ۲). نمونه جهت امتحان پاتولوژی فرستاده شد. گزارش پاتولوژی Primary synovial chondromatosis (PSC) بود (تصویر ۳).



شکل ۱. نمای توده کیستیک بعد از باز کردن و کنار زدن عضله دلتوئید



شکل ۲. دانه های شبیه برنج (Rice bodies) به مقدار بسیار زیاد بعد از باز کردن کیست در اتاق عمل



شکل ۳ (۹ و ۱۰). شکل ثانویه بیماری با ایجاد ذرات برنجی شکل (Rice bodies) در بیماری سل، آرتریت روماتوئید و بورسیت مزمن دیده می شود. در تشخیص افتراقی سینویال کندروماتوزیس گذشته از بیماری سل و آرتریت روماتوئید، بیماری هایی مانند سینویال همانژیوما، پیگمانتد ویلونولار سینوئیتیس، سینویال کندرومای داخل مفصلی و نسج نرم، کندروفیتهای آزاد شده در مفصل در بیماری استئو آرتریت و در دست بیماریهای استئوآرتریت، نقرس، ضربه و عفونت را باید در نظر داشت (۱۱ و ۷ و ۶).

تشخیص براساس معاینه بالینی و اقدامات پاراکلینیکی چون MRI، CT اسکن، آرتروگرافی و CT آرتروگرافی، رادیو ایزوتوپ اسکن و سونوگرافی می باشد. هیچکدام از این اقدامات اختصاصی نبوده و رادیوگرافی ساده معمولاً ذرات غیر کلسیفیه را نشان نمی دهد (۱۵-۱۱ و ۹ و ۷). هر چند بیماری خوش خیم است ولی بهبودی خودبخودی حاصل نمی گردد (۶). درمان آن در نوع داخل مفصلی برداشتن کامل سینوویوم گرفتار (Total synovectomy) و خارج کردن اجسام آزاد می باشد. در نوع خارج مفصلی انجام بورسکتومی یعنی برداشتن بورس گرفتار، غلاف تاندون و محتویات آن کفایت می کند (۱۵ و ۹).

گزارش مورد

پسر ۱۶ ساله ای بنام م - الف اهل بابل، بعلت وجود توده نسج نرم در ناحیه دلتوئید شانه راست، در تابستان ۱۳۸۳ در بخش عفونی بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل بستری گردید. توده از سه ماه قبل شروع و به تدریج بزرگتر گردید. توده حجیم و بدون درد که قوام پنیری داشت و محدودیت حرکتی در مفصل ایجاد نکرد. بیماری علائم سیستمیک مانند تب، کاهش وزن و یافته آزمایشگاهی خاصی جز CRP+++ نداشت. در سونوگرافی و CT اسکن توده فوکل Encapsulated به ابعاد ۷×۱۰ سانتیمتر و به عمق ۴ سانتیمتر دارای اکوی هموزن و ایزواکو با عضلات، حاوی ذرات متعدد گزارش گردید. بیمار با تشخیص توده کیستیک تحت عمل جراحی باز قرار گرفت. با شکاف طولی در قسمت میانی دلتوئید عضله شکافته و کنار زده شد. در زیر عضله دلتوئید به توده کیستیک با قوام پنیری (دلمه ای) به اندازه گریپ فروت برخورد شد، توده که به مفصل راه نداشت

شکل ۳. نمای پاتولوژیک دانه های شبیه برنج (Rice body) که

تایید کننده سینوئال کندروماتوزیس اولیه می باشد.

بحث و نتیجه گیری

در این گزارش یک مورد سینوئال کندروماتوزیس اولیه بورس ساب آکرومیال بدون درگیری مفصل شانه معرفی گردید. ضایعه بصورت توده کیستیک حجیم بدون درد و محدودیت حرکتی در مفصل تظاهر نمود که با علائم شایع آن یعنی درد و محدودیت حرکتی متفاوت بود (۸). این بیمار ۱۶ سال سن داشت، سن شایع کندروماتوزیس ۱۷ تا ۷۹ سال (متوسط ۴۸ سال) گزارش شد. از نظر سن بیمار معرفی شده با گروه سنی درگیر مطابقت دارد (۳).

ضایعه بیمار فوق سیر پیشرونده داشت بطوری که در طی سه ماه به صورت کیست بزرگ درآمد و به تشخیص منتهی گردید. فاصله زمانی بین شروع بیماری و تشخیص آن ۳ تا ۸ سال (متوسط ۴/۵ سال) گزارش گردید (۳). سیر پیشرونده ضایعه در بیمار حاضر بدون زمینه بدخیمی، خونریزی و عفونت، بنظر می رسد نکته قابل توجهی در مورد کندروماتوزیس اولیه بورس ساب آکرومیال باشد.

توده بدست آمده از بیمار معرفی شده بسیار حجیم و حاوی تعداد بی شماری ذرات برنجی شکل بوده است. در گزارشات قبلی به اندازه کیست و تعداد ذرات موجود در آن به صراحت اشاره نشده است لذا با اطلاعات ما سینوئال کندروماتوزیس اولیه بورس ساب آکرومیال با این اندازه و کثرت ذرات گزارش نشده است.

سینوئال کندروماتوزیس اولیه بورس ساب آکرومیال شانه با علامت Impingement بوسیله Demirhan و همکاران از ترکیه (۵)، با علامت پارگی روتاتورکاف بوسیله Baum و همکاران از

آلمان (۱) و با علامت درد توسط Koji و همکاران از تایوان (۱۶) و

Richman و همکاران از آمریکا گزارش گردید (۱۵).

Werner و همکاران از دوسلدورف آلمان ۶ مورد کندروماتوزیس شانه را گزارش نمودند که پنج مورد ضایعه محدود به مفصل شانه و فقط یک مورد درگیری داخل و خارج مفصلی را با هم داشت (۹). آنها بیان داشتند که کندروماتوزیس اولیه شانه تظاهرات متنوع داشته و با عوارض تاخیری چون استئوآرتریت ثانویه، درگیری روتاتورکاف و تغییرات بدخیمی ممکنست همراه گردد.

Horii و همکاران (۱۷)، Leo و همکاران (۱۸) مواردی از کندروماتوزیس ساب آکرومیال را گزارش نمودند. تشکیل اجسام برنجی شکل متعدد ناشی از بورسیت مزمن در بورس ساب آکرومیال بوسیله Chen از تایوان (۱۱) و اجسام برنجی شکل متعدد در بورس ساب آکرومیال با علائم مشابه سینوئال کندروماتوزیس از نظر بالینی و رادیولوژیکی در دختر ۴ ساله بوسیله Multu و همکاران از ترکیه گزارش گردید که منشاء سینوئالی نداشت (۱۹).

نظر به اینکه تظاهر توده مانند و کیستیک از نشانه های سینوئال کندروماتوزیس می باشد، از این رو توصیه می گردد سینوئال کندروماتوزیس در تشخیص افتراقی ضایعات توده ای شکل و کیستیک در حوالی مفاصل مخصوصاً شانه مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از پرسنل محترم اتاق عمل بیمارستان شهید یحیی نژاد که در جریان عمل اینجانب را یاری نمودند و همچنین از آقای علیجان رضانژاد بخاطر تهیه عکس در حین عمل جراحی قدردانی می شود.

References

1. Baums MH, Klinger HM, Otte S, Harer T. Synovial chondromatosis as an unusual cause for subacromial impingement in a tennis player. Sportverletz Sportschaden 2002; 16 (2): 80-1.
2. Varma BP, Ramakrishna YJ. Synovial chondromatosis of the shoulder. Aust N Z J Surg 1976; 46: 44-5.
3. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek orthopaedics, 5th ed, JB. Lippincott Co 1994; pp: 194-6.
4. Sim FH, Dahlin DC, Ivins JC. Extra- articular synovial chondromatosis. J Bone and Joint Surg Am 1977; 59: 492-5.

5. Demirhan M, Eralp L, Atalar AC. Synovial chondromatosis of the subacromial bursa. *Int Orthop* 1999; 23(6): 358-60.
6. Reed SC, Wright CS. Synovial chondromatosis of the metacarpophalangeal joint: case report and review of the Literature. *Can J Surg* 1996; 39: 407-9.
7. Crotty JM, Monu JU, Pope TL Jr. Synovial osteochondromatosis. *Radiol Clin North Am* 1996; 34 (2): 327-42.
8. Elmali N, Esenkaya I, Alkan A. Synovial chondromatosis: a report of four cases with three diverse localization. *Acta Orthop Traumatol Tur* 2003; 37: 173-7.
9. Werner A, Wild A, Mueller T, Borys A, Gohlke F, Krauspe R. Primary synovial chondromatosis of the shoulder. *Sportverletz Sportschaden* 2002; 16(2): 80-1.
10. Anract P, Katabi M, Forest M, et al. Synovial chondromatosis and chondrosarcoma. A Study of the relationship between these two diseases. *Rev Chir Orthop Repratrice Appar Mot* 1996; 82: 216-24.
11. Chen A, Wong LY, Sheu CY, Chen BF. Distinguishing multiple rice body formation in chronic subacromion-subdeltoid bursitis from synovial chondromatosis. *Skeletal Radiol* 2002; 31 (2): 119-21.
12. Cellnerini M, Grasso A, Fidecichi F, Spa Cepel D. Diagnostic imaging of idiopathic synovial osteochondromatosis. *Radiol Med (Torinol)* 1995; 89 (6): 761-5.
13. KobaYashi H, Kotoura Y, Hosono M, et al. Uptake of pentavalent technetium- 99 dimercaptosuccinic acid in idiopathic synovial chondromatosis. *Ann Nucl Med* 1995; 9: 153- 5.
14. Gasbarrini A, Biscaglia R Donati D, et al. Synovial chondromatosis of the shoulder. A review of the literature and description of a clinical case. *Chir Organi Mov* 1997; 82 (1): 73-81.
15. Richman JD, Rose DJ. The role of arthroscopy in the management of synovial chondromatosis of shoulder. A Case Report *Clin Orthop* 1990; 257: 91-3.
16. Koji Y, Wang JW, Chen WJ, et al. Synovial chondromatosis of the subdromial bursa with rotator cuff tearing. *J Shoulder Elbow Surg* 1995; 4 (4): 312-6.
17. Horii M, Tamai M, Kido K, et al. Two cases of synovial chondromatosis of the subacromial bursa. *Shoulder Elbow Surg* 2001; 10(2): 186-9.
18. Leo A, Nocera S. Synovial chondromatosis of the subacromial deltoid bursa. *Chir Organi Mov* 1981; 67(5): 605-8.
19. Mutlu H, Silit E, Pekkarali Z, et al. Multiple rice body formation in the subacromial– subdeltoid bursa and knee joint. *Skeletal Radiol* 2004; 33(9): 331-3.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه جراحی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۵۲۰۷۱-۴.
dr_janmohammadi@yahoo.com

Archive of SID