

گزارش یک مورد Giant cell granulema سینوس ماگزیلاری و اتموئید در یک دختر ۱۴ ساله

دکتر احمد پرورش^۱

تاریخ دریافت 85/02/05 - تاریخ پذیرش 85/07/12

چکیده

تومورهای بینی و سینوس‌های پارانازال در حدود ۰/۲ تا ۰/۸٪ کل بدخیمی‌های بدن را شامل می‌شوند. این گزارش مورد معرفی یک دختر ۱۴ ساله است که به طور تصادفی متعاقب معاینه از نظر بررسی اپیستاکسی بیمار بعد از ترومای بینی، تغییرات وسیع سینوس‌ها و توده فضاگیر بافت نرم در سینوس ماگزیلاری و اتموئید چپ مشاهده شده است.

Giant cell repartive granulema جزء تومورهای خوش خیم طبقه بندی می‌شود. و به طور شایع در افراد جوان مشاهده می‌گردد و معمولاً مرتبط با تروماست (۱ و ۳).

این ضایعه یک واکنش استخوان‌سازی غیر قابل کنترل می‌باشد.

درمان بیماری شامل جراحی محافظه کارانه تومور بدون دست‌کاری قسمت‌های دیگر است (۱).

آدرس مکاتبه: دکتر احمد پرورش متخصص گوش و حلق و بینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بیمارستان امام خمینی (ره) بخش گوش و حلق و بینی، تلفن: ۰۳-۳۴۶۹۹۳۱-۰۴۴۱- همراه: ۰۹۱۴۳۴۱۷۹۷۱

مجله پزشکی ارومیه، سال هجدهم، شماره دوم، ص ۵۱۴-۵۱۱، تابستان ۱۳۸۶

Email: Ahmadparvaresh2001@yahoo.com

مقدمه

اپیستاکسی و خروج ترشح چرکی و خونی از بینی را ذکر نمی‌کرد. سابقه‌ای از بیماری خاص را نیز نمی‌داد.

بیمار ششمین فرزند خانواده بود که تحصیلات تا چهارم ابتدائی داشت و سابقه قالیبافی را تا یک ماه قبل ذکر می‌کرد و در خانواده تنها برادر بیمار سیگاری بود و سابقه‌ای از بیماری خاصی در خانواده نمی‌داد.

در معاینات بالینی: در معاینه بینی سمت چپ بینی از توده مسدود بود. در معاینه چشم نیز حدت بینائی در سمت راست ۵/۱۰ و در سمت چپ ۳/۱۰، تله کانتوس و اگزوفتالمی خفیف در چشم چپ وجود داشت. در معاینه با slit lamp نرمال بود و در معاینه فوندوسکوپی، استاز خفیف در ونول‌های رتین دیده شد.

باقی معاینات نرمال بود. در ظاهر کلی صورت، آسمتری صورت مشهود بود.

بیمار دختر ۱۴ ساله، کرد زبان، ایرانی و ساکن ارومیه بود که ۳ هفته قبل به طور ناگهانی به دنبال تروما، دچار اپیستاکسی شده اپیستاکسی بیمار بعد از آن روزی ۲-۳ بار تکرار می‌شد. در طی این سه هفته بیمار دچار گرفتگی بینی نیز شده، ولی خروج ترشح خونی و چرکی از بینی نداشت.

بیمار از سر درد و فشار در قسمت فرونتال چپ و درد مبهم در سمت چپ صورت و احساس پری در نیمه چپ و از تو دماغی شدن صدا در طی این سه هفته شکایت داشت بیمار از ۲ ماه قبل (۵ هفته قبل از شروع اپیستاکسی)، اشکال بینائی به صورت تاری دید در دید دور را ذکر می‌کرد که به تدریج در طی این دو ماه، تاری دید افزایش یافته بود. بیمار دو بینی را ذکر نمی‌کرد ولی از قرمزی چشم چپ در طی این مدت شاکی بود.

بیمار سابقه‌ای از سرماخوردگی‌های مکرر، گرفتگی بینی،

^۱ استادیار گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

تومورهای بدخیم ناحیه سینونزال حدود ۰/۲ تا ۰/۸ درصد کل بدخیمی های بدن را شامل می شوند و تنها ۳ درصد از تومورهای راه های هوایی فوقانی را تشکیل می دهند (۱).

بسیاری از بیماران با این تومورها نیز، در مراحل انتهایی بیماری تشخیص داده می شوند.

اپیدمیولوژی:

در مطالعات علل سرطان و روش های جلوگیری آن، نادر بودن، ارتباط شغلی، تومورهای بینی و سینوس ها را ویژه می کنند در ایالات متحده، بروز تومورهای بینی کمتر از ۱ مورد در ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال می باشد. در ژاپن و اوگاندا، این میزان بیش از ۲ برابر میزان گفته شده است (۴).

برخی از این تومورها، مرتبط با فاکتورهای محیطی اند، یکی از این فاکتورها، قرار گرفتن در معرض نیکل است (۷) که ریسک تومور با افزایش طول مدت زمان مواجهه و سن در زمان اولین برخورد، افزایش می یابد.

مشاغل دیگر که با افزایش ریسک سرطان های سینونزال همراه هستند، عبارتند از:

کارگران چوب، سازندگان کفش و چرم و مبل سازان. مواجهه با هیدروکربن به نظر می رسد، ریسک سرطان بینی را افزایش می دهد. ترکیبات دیگر مستعد کننده سرطان بینی عبارتند از: گاز خردل و روغن ایزوپروپیل و گاز هیدروکربن. که این ترکیبات تنها در ارتباط با اسکواموس سل می باشند (۸ و ۶).

در افرادی که تزریق توریم - دی اکسید در سینوس داشته اند یا به مدت طولانی، در معرض آن بوده اند، سرطان سینوس ماگزیلاری گزارش شده است.

نشانه و علائم:

از شایع ترین نشانه ها در بیماران با تومور بینی و سینوس های پارانازال، انسداد یک طرفه بینی (۴۸٪ اپیستاکسی)، تورم کام و صورت (۴۱٪)، درد صورت (۴۱٪)، ترشح بینی (۳۷٪) و اپیستاکسی (۱۳٪) می باشد (۸).

میانگین فاصله بین اولین نشانه ها تا تشخیص بیماری، ۸ ماه می باشد که این تاخیر در آدنوکارسینوما بیشتر از ۵ سال می باشد. بسیاری از بیماران که دیر تشخیص داده می شوند، سابقه مبهم از سینوزیت دارند، شکایت های چشمی کمتر شایع هستند و در حدود ۲۵٪ موارد اتفاق می افتند که شامل دیپلوپی، کاهش حدت بینایی، ادم پره اربیت و پروپتوزیس می باشند (۷). نشانه های دهانی شامل زخم و تورم کام است. لق شدن دندان ها نیز ممکن است ایجاد شود.

ترسمیوس و پاراستزی تریژمینال، اشاره بر تهاجم تومور به فوسای پتریگوماگزیلاری دارند. از نشانه های نازال، علائم انسدادی، انسداد

آزمایشات بیمار نرمال بود و در CT اسکن کرونال و اگزیمال از سینوس ها، انهدام دیواره داخلی سینوس ماگزیلاری و اتموئیدال چپ توام با تصویر توده فضاگیر نسج نرم دیده شد که سینوس ماگزیلاری و اتموئید چپ را پر کرده بود. در قسمت خلف توده، سمت چپ سینوس اسنفوئید را پر کرده و در قسمت فوقانی با اروزبون به Cribriform و امتداد توده به فوسای قدامی مغز دیده شد.

در گزارش پاتولوژی اولیه قبل عمل، التهاب mixed سلول های ملتهب با زمینه نکروتیک و فیبروتیک وجود داشت. گرانولوما و Malignancy, papillary Epithelid formation گزارش شد.

بیمار سپس با تشخیص احتمالی تومور بینی تحت عمل جراحی آندوسکوپی بینی FESS برای تخلیه توده قرار گرفت که توده از بینی و سینوس ماگزیلاری و اتوئیدال قدامی و خلفی و اسنفوئید و مدیال اربیت چپ و سینوس فرونتال تمیز گردید که توده ظاهر بافت نرم داشت.

یک هفته بعد عمل، اگزوفتالمی بیمار بر طرف شد، حدت بینایی در همان حد قبل عمل بود. رفلکس نوری مردمک نرمال بود و در فوندوسکوپی مختصر آتروفی عصب اپتیک وجود داشت که به علت تحت فشار بودن طولانی مدت به وسیله توده تومورال بود.

در گزارش CT اسکن بعد عمل، اوپاسیته مختصر در بینی چپ (خلف) و توده های Solid و لبوله در داخل سینوس های چپ و اتموئید و اسنفوئید دیده شد.

اروزبون در دیواره داخلی اربیت چپ و فرونتال دیده شد. سینوس های دیگر تا حد ممکن از تومور تخلیه شده بود.

در گزارش پاتولوژی بعد عمل، در زمینه فیبروبلاستیک، سلول های چند هسته ای Giant cell در بعضی نقاط دیده شد. تراپیکول های استخوان و تشکیلات استخوانی مشاهده شد. سلول های التهابی و مناطق خون ریزی قدیمی وجود داشت. ولی بیشتر قسمت تومور را Giant cell ها شامل می شوند و به طور نادر میتوز در بعضی نواحی دیده شد. هموسیدرین نیز در نواحی دیده شد. اپی تلیوم تنفسی و غدد ساب اپی تلیال نرمال در نمونه وجود داشت. برای بیمار تشخیص Giant cell Granuloma داده شد. و برای اصلاح عیوب انکساری چشم به متخصص چشم ارجاع داده شد.

بحث

تومورهای بینی و سینوس های پارانازال، ناشایع هستند و به طور موزبانه رشد می کنند.

تومورهای خوش خیم:

۱	پاپیلوما	
۲	پاپیلوما معکوس	
۳	مننژیوما	
۴	نوروما	
۵	همانژیوما	
۶	کوردوما	
۷	آنژیوفیبروم جوانان	
۸	Giant cell گرانولوما	
۹	تومورهای استخوانی	استئوما آملوبلاستوما دیسپلازی فیبرو ^۱

Giant cell Granuloma:

جزو تومورهای خوش خیم طبقه بندی می شود و به صورت کامل Giant cell reparative Granuloma می باشد.

یکی از تومورهای نادر سینوس ها می باشد. به طور شایع تر در افراد جوان با پیک شیوع سنی در دهه دوم تا چهارم دیده می شود.

شایع ترین محل آن مندیبول و در ناحیه قبل از دندان آسیای بزرگ می باشد ولی در ماگزیلا و اتموئید نیز دیده می شوند. ممکن است به طور ثانویه به اوربیت گسترش یافته و باعث پروپتوزیس شود (۹ و ۲).

گرانولوما معمولاً مرتبط با تروما می باشد. این ضایعه یک واکنش استخوان سازی غیر قابل کنترل می باشد (۱ و ۱۱).

نشانه های اصلی آن وجود توده یا دفورمیتی ماگزیلا می باشد. در رادیوگرافی، اپاسیته سینوس با گسترش به استخوان وجود دارد.

CT، کلسیفیکاسیون در بافت نرم را نشان می دهد (۸). یافته های پاتولوژیک آن، شامل استروما شامل سلول های شبیه دوکی، و واسکولاریته متغیر (۱۰). Giant cell خون ریزی و التهاب می باشد.

درمان شامل جراحی محافظه کارانه تومور بدون قربانی کردن ساختمان های اساسی می باشد (۱).

یک طرفه بینی و رینوره به ویژه آگزودا با ترشح خونی باشد، مشکوک به بدخیمی است (۷).

اپیستاکسی نیز از نشانه های شایع است. آستیمیری صورت و تغییرات حسی اطراف بینی کمتر شایع هستند و در آخر بیماری معمولاً دیده می شود.

معاینات بالینی و پاراکلینیک:

در معاینه باید به دنبال آستیمیری صورت، تغییر موقعیت چشم در مقایسه با چشم مقابل، وضعیت دندان ها و پایداری آنها، تنفس مشکل از بینی، تغییر صدا و حرکات فک تحتانی باشیم. حفره بینی باید به وسیله آندوسکوپی بررسی و بافت غیرنرمال و محل آن گزارش شود.

تشخیص های رادیولوژیک:

گرافی های ساده سینوس، اولین مطالعه در ارزیابی سینوس ها به ویژه در استئوما و دیسپلازی فیبرو می باشد.

CT برابر شرح بافت نرم و قسمت های استخوانی و توسعه تومور به اوربیت و حفره داخل جمجمه و بافت نرم صورت و فوسای پتریگوماگزیلاری، وسیله خوبی است و بین توده تومورال و احتقان موکوس، ثانویه به انسداد تومور، افتراق می دهد. MRI در مقایسه با T، بهتر بافت نرم را نشان می دهد و به اندازه CT در تشخیص نشان دادن بافت استخوانی دقیق نیست (۱ و ۸).

انواع تومورهای بینی:

تومورهای بدخیم:

۱	اسکواموس سل کارسینوما	
۲	تومورهای لنفورتیکولر	۱- لنفوم اکسترنودال ۲- پلاسماستوما اکسترنودولاری
۳	نوربلاستوما	
۴	تومورهای غدد بزاقی	آدنوسیتیک کارسینوما آدنوکارسینوما کارسینوم موکوپیدرموئید
۵	ملائوما	
۶	سارکوم ها	کندروسارکوم رابدومیوسارکوم فیبروسارکوم آنژیوسارکوم همانژیوپری سائتوما

References:

01. Dubey R B. Giant cell tumor of sinonasal cavity. *Ind J Radiol* 2003; 13:1:13-14.
02. Driemel O. Central giant cell granuloma of the mandible definition and differential diagnosis. *HNO* 2005; 15(3):15-7.
03. Morris JM. Giant cell reparative granuloma. *Neurodiol J* 2004; 25:1263.
04. De Lange J. Incidence and disease-free survival after surgery of central giant cell granuloma. *Head Neck* 2004; 26(9):792-5.
05. Tallam EM. Advanced giant cell granuloma; otolaryngol. *Head Neck Surg* 1994; 4(1): 110-14.
06. Yalcin F. Peripheral giant cell granuloma combined with facial hemangioma. *Am J Int Periodontol* 2005; 7(2):152-5
07. Curtis N. A case of aggressive multiple metachronous central giant cell granulomas of the Jaws: differential diagnosis and management options. *Int J Oral maxillofac Surg* 2005; 34(4):78-80.
08. Rawashdeh MA, Bat aineh AB. Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35(1):60-6.
09. Ahmadi F, Pardis P. Central giant cell granuloma and fibrous dysplasia occurring in the same Jaw. *Med Oral and Bucal J*, 2005; 1(2):130 -2.
10. Lin B, Yous S. Central giant cell lesions of the jaws: A clinical pathological study of 31 cases *Chin J Surg* 2005; 40(1): 67-9.
11. Sezer B, Koyuncu B. Intralesional corticosteroid injection for central giant cell granuloma. *Turk J Pediatr* 2005; 47-9.

Archive of SID