

گزارش یک مورد الاستوفایبروما دورسی دو طرفه

دکتر کامبیز شیخی*، دکتر عزیزالله عباسی دزفولی**، دکتر سید رضا ثاقبی***، مریم حدادی****

چکیده:

الستوفایبروما دورسی یک تومور خوش خیم در ناحیه خلفی جداره قفسه سینه می‌باشد. در بعضی از بیماران این ضایعه به صورت دو طرفه و قرینه بروز می‌کند. در این مقاله آقای 62 ساله کشاورزی که با شکایت توده در قسمت خلفی قفسه سینه و زیر کتف راست مراجعه کرده معرفی می‌گردد که پس از انجام بررسی‌های تصویر برداری و پاتولوژیک با تشخیص تومور جداره قفسه سینه مورد عمل جراحی رزکسیون توده قرار گرفت. تومور با ابعاد 6×6 سانتیمتر به طور کامل و با مارژین سالم برداشته شد که پاتولوژی الاستوفایبروما دورسی گزارش گردید. پس از گذشت یک سال مشابه همان تومور در سمت چپ رشد کرد و ام آر آی نیز تشخیص را تأیید کرد. لذا با توجه به بدون علامت بودن بیمار، درمان جراحی در دستور کار قرار نگرفت. با توجه به نادر بودن ضایعه و برنامه‌های تشخیصی و درمانی متعددی که برای این بیماران پیشنهاد می‌شود به ارایه این مورد پرداختیم. همچنین در این بیمار دو روش مختلف درمانی، جراحی و درمان محافظه کارانه برای دو تومور در نظر گرفته شد که می‌تواند سیر طبیعی بیماری را نشان داده و نتایج دو روش درمانی را مقایسه کند.

واژه‌های کلیدی: الاستوفایبروما دورسی، تومور، تصویر برداری

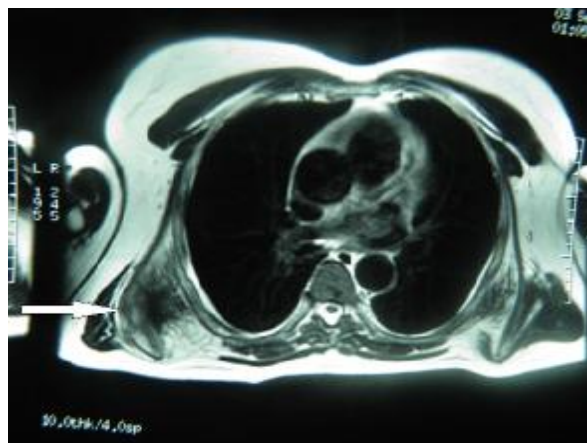
زمینه و هدف

الستوفایبروما دورسی یک تومور خوش خیم با بافت فایبروبلاستیک است که اولین بار توسط Jarvi و Saxen در سال 1961 معرفی گردید.¹ این ضایعه که در جدار قفسه سینه و در لابلای عضلات پایین کتف به صورت توده نمایان می‌شود، رشد آهسته‌ای دارد که در مواقع نادر دردناک می‌شود. در این افراد روش درمانی انتخابی عمل جراحی و رزکسیون تومور می‌باشد،² مواردی نیز بدون علائم است که اغلب نادیده گرفته می‌شوند. از عواملی که می‌تواند احتمال

* استادیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش جراحی قفسه سینه
 ** استادیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش جراحی قفسه سینه
 *** استادیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های نای، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش جراحی قفسه سینه
 **** پژوهشگر، مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان مسیح دانشوری

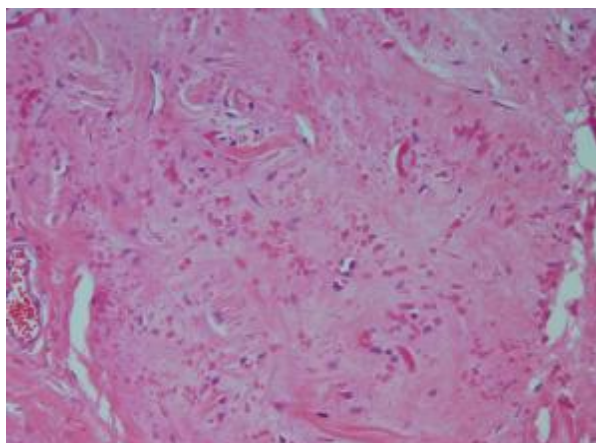
تاریخ وصول: 1395/07/12

تاریخ پذیرش: 1395/11/16



تصویر 1- توده در ناحیه کتف راست در ام آر آی

عمل جراحی در دستور کار قرار گرفت. بیمار در حالت خوابیده روی پهلو چپ قرار گرفته و سپس شکافی در امتداد دنده 6 سمت راست ایجاد گردید، تومور در زیر عضله لاتیسیموس دورسی مشاهده گردید و به نظر می‌رسید از سطح داخلی عضله سراتوس قدامی منشاء گرفته شده باشد، گزارش فروزن سکشن از توده مذکور تومور با سلول‌های دوکی شکل بدون میتوز واضح و نکروز و فاقد پلی مورفیسم بود. تومور با ابعاد 6×6 سانتیمتر به طور کامل همراه با 2 سانتیمتر مارژین سالم برداشته شد و سلامت مارژین‌ها با فروزن سکشن تأیید گردید. گزارش پاتولوژی نهایی الاستوفایبروما بود (تصویر 2).



تصویر 2- بزرگنمایی 200 رنگ آمیزی هماتوکسیلین انوزین. فیبرهای کلاژن و سیلندرهای الاستیک که گلوبول‌های خطی قطعه قطعه شده و نمای دانه‌های تسبیح را ایجاد کرده‌اند

دکتر کامبیز شیخی - گزارش یک مورد الاستوفایبروما دورسی ...

بروز و یا تشدید رشد این ضایعه را سبب گردد، سابقه تروما، کارهای سخت و طولانی، سابقه خانوادگی و یا عوامل ژنتیکی می‌باشد همچنین سن بالای 55 سال که تا 24% احتمال وقوع را افزایش می‌دهد.³

این ضایعه که اغلب به صورت یک طرفه نمایان می‌شود، در بعضی موارد به صورت دوطرفه و قرینه نیز بروز می‌کند. علاوه بر علائم بالینی برای تشخیص قطعی آن، می‌توان از یافته‌های پاراکلینیک نظیر آزمایشات پاتولوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی و ام آر آی بهره گرفت. اگر چه که بعضی از مؤلفین درمان جراحی و رزکسیون را برای بیمار توصیه می‌کنند، ولی برخی دیگر با توجه به توانایی بالای سی تی اسکن و ام آر آی در تشخیص ضایعه و در صورت بدون علامت بودن درمان جراحی را توصیه نکرده و فقط تحت نظر گرفتن بیمار را پیشنهاد می‌کنند.

در اینجا گزارشی از یک مورد مبتلا به الاستوفایبروما دورسی در طرف راست خواهیم داشت که پس از جراحی و ترخیص یک سال بعد در سمت چپ نیز مشابه ضایعه اول رشد کرده است.

معرفی بیمار

یک مرد 62 ساله کشاورز با شکایت توده‌ای در پشت قفسه سینه و سمت راست در ناحیه تحتانی استخوان کتف که از 2 ماه قبل به وجود آمده و به تدریج در حال بزرگتر شدن بود مراجعه کرده و جهت انجام آزمایشات لازم بستری گردید.

در بررسی سونوگرافیک از ناحیه توراکس در سمت راست و ناحیه خلفی، توده هیپواکوی عمقی با منشاء پلورال و یا فضای زیرین آن با حدود کاملاً نامشخص و بدون کپسول واضح به ابعاد 16×32 میلیمتر مشاهده گردید. جهت بررسی دقیق‌تر سی تی اسکن در دستور کار قرار گرفت که در نتایج حاصل از آن وجود توده‌ای با ماهیت بافت نرم در پایین اسکاپولای راست همراه با بافت لیپوماتوس، Dirty Fat و یا سلولیت و دژنراسیون گزارش گردید و بررسی با ام آر آی نیز وجود توده را تأیید کرد (تصویر 1). بیوپسی سوزنی از توده به عمل آمد که تشخیصی نبود.

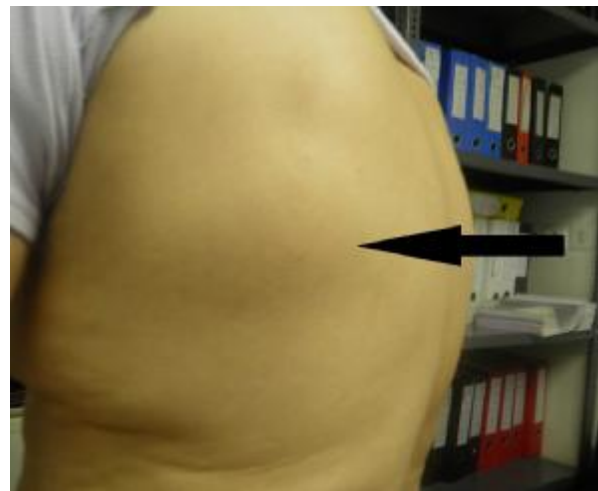
بحث و نتیجه‌گیری

الاستوفایبروما دورسی یک تومور خوش‌خیم نادر با منشاء بافت هم‌بند است که خود را به صورت یک برآمدگی در ناحیه خلفی جداره قفسه سینه و پایین استخوان کتف نشان می‌دهد و اغلب در افراد بیش از 50 سال گزارش شده است، اما گزارشاتی از بروز آن در سنین جوانتر نیز داشته‌ایم.^{5و4} در اکثر گزارشات بروز این تومور در زنان 5 برابر بیشتر از مردان دیده می‌شود. این توده بیشتر در مناطق پایین کتف در محدوده عضله لاتیسموس دورسی و متصل به قفسه سینه دیده می‌شود. تعداد زیادی از بیماران مبتلا بدون علائم خاص بالینی بوده و تقریباً در بیشتر آنها ظاهر توده که از ناحیه تحتانی کتف بیرون زده علت مراجعه می‌باشد.^{7و6}

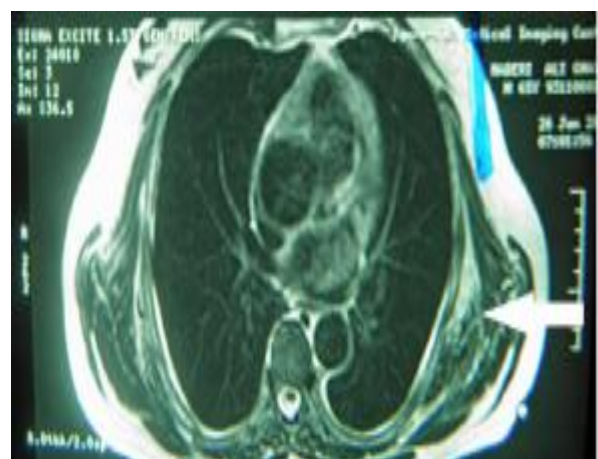
اگر چه تئوری‌های مختلفی در مورد ابتلا به الاستوفایبروما دورسی وجود دارد، اما به نظر می‌رسد عوامل ژنتیکی و محیطی نقش مؤثرتری ایفا می‌کنند. با وجود آنکه منشاء ضایعه هنوز ناشناخته است، اما می‌توان این گونه برداشت کرد که انتقال از نسلی به نسل دیگر مشخص‌کننده یک الگوی خاص فAMILIAL می‌باشد، در ضمن نقش عوامل ژنتیکی با شیوع بیشتر این ضایعه در ژاپنی‌ها تأیید می‌شود. بروز آن در ناحیه اصطکاک بین کتف و قفسه سینه که معمولاً محل ایجاد ترومای خفیف حرکتی است، دلالت بر بروز آن در میان افرادی دارد که بیشتر به انجام کارهای سخت می‌پردازند. همچنین شیوع بیشتر الاستوفایبروما دورسی در طرف راست و کارگران از این فرضیه حمایت می‌کند.^{9و8}

در گزارش Nagamine و همکارانش تأثیر وراثت در موارد خانوادگی این تومور با بیشترین میزان شیوع گزارش شده است. در گزارش آنها ابتلای 170 بیمار از منطقه اکیناوا در جنوب ژاپن به نوبه خود نقش عوامل ارثی را در ابتلا به الاستوفایبروما دورسی بسیار حائز اهمیت نشان می‌دهد، زیرا 55 مورد از کل نمونه‌ها در خطوط خانوادگی مشابه رخ داده بودند.¹⁰ با توجه به تأثیر عوامل ذکر شده در بروز این توده به نظر می‌رسد، اختلال در سنتز الیاف کلاژن و تغییرات دژنراتیو در این ناحیه و یا سنتز الیاف الاستیک غیر طبیعی سبب بروز این توده می‌گردند. اگر چه مشاهده اختلالات کلونال حاکی از آن است که واژه یک توده نئوپلاستیک به جای واکنش دژنراتیو توصیف بهتری برای ضایعه است.

با توجه به خوش‌خیم بودن ضایعه هیچگونه درمان ادجوانت برای بیمار در نظر گرفته نشد. پس از یک سال توده‌ای مشابه توده جراحی شده، به صورت قرینه در سمت چپ رشد کرد که با توجه به یافته‌های رادیولوژیک مبنی بر تشخیص الاستوفایبروما دورسی، تشخیص نهایی پاتولوژی قبلی و نهایتاً عدم تمایل بیمار به رزکسیون وسیع از جراحی خودداری شده و فقط پیگیری و معاینات بالینی در فواصل مشخص پیشنهاد گردید. (تصاویر 3 و 4). در حال حاضر که حدود چهار سال از عمل اول و سه سال از بروز تومور سمت چپ گذشته است، تومور مذکور رشد بیشتری نداشته و بدون علامت باقی مانده است.



تصویر 3- توده و تورم در ناحیه تحتانی کتف چپ



تصویر 4- تومور قرینه در کتف چپ که به وسیله ام آر آی مشخص گردیده است. سمت راست علائمی از عود نشان نداده است.

مطالعه خود انجام بیوپسی را غیر ضروری دانسته و نتایج حاصل از بررسی‌های رادیولوژیک را در تشخیص و ادامه درمان این تومور کافی می‌دانند.^{14,15} از سوی دیگر برخی از نویسندگان هنوز استفاده از بیوپسی جهت تشخیص ضایعه را ضروری می‌دانند.¹⁶

اکثر مؤلفین اعتقاد دارند در صورت تشخیص ضایعه چه به صورت پاتولوژیک و یا رادیولوژیک و با توجه به عدم وجود پتانسیل بدخیمی و در صورتی که بیمار علائم کلینیکی نداشته باشد، می‌توان درمان محافظه‌کارانه را در پیش گرفت و در غیر اینصورت رزکسیون ضایعه توصیه می‌شود.

دکتر کامبیز شیخی - گزارش یک مورد الاستوفایبروما دورسی ...

الستوفایبروما دورسی اغلب در سمت راست (60%) دیده می‌شود و در بعضی گزارشات تا 66% موارد دوطرفه گزارش شده است که رشد آنها غیر همزمان و به صورت قرینه در ناحیه پشت بیمار مانند گزارش ما قابل مشاهده می‌باشد.¹¹⁻¹³

در مطالعات گذشته اکثر مؤلفین بر این عقیده بودند که تهیه بیوپسی از توده و تشخیص پاتولوژیک در جایگاه اصلی قرار دارد، اما با پیشرفت روش‌های تصویر برداری مانند سونوگرافی، سی تی اسکن و ام آر آی این ابزار در تشخیص ضایعه کفایت می‌کنند. همانطور که Naylor و همکارانش در

Abstract:**A Case Report of Bilateral Elastofibroma Dorsi**

Sheikhy K. MD ^{*}, *Abbasidezfuli A. MD* ^{**}, *Saghebi S. R. MD* ^{***}, *Haddadi M.* ^{****}

(Received: 3 Oct 2016 Accepted: 4 Feb 2017)

Elastofibroma dorsi is a benign and rare tumor that grows in dorsal aspect of thoracic cage muscles. In some patients this occurrence is bilateral. We present a 62 years old farmer man who referred due to a mass in dorsal part of right hemi thorax and inferior to scapula. After pathologic and radiologic evaluation an approximately 6×6 cm tumor was resected with free pathologic margins that final pathologic report was compatible with elastofibroma dorsi. Nearly after one year another tumor appeared in symmetrically in left side beneath scapula that the diagnosis of elastofibroma dorsi was assumed by CT and MRI. Patient was asymptomatic so follow up and observation selected for patient.

Key Words: Elastofibroma Dorsi, Tumor, Imaging

^{*} *Assistant Professor of Thoracic Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Lung Transplantation Research Center, Masih Daneshvari Hospital, Tehran, Iran*

^{**} *Professor of Thoracic Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Lung Transplantation Research Center, Masih Daneshvari Hospital, Tehran, Iran*

^{***} *Assistant Professor of Thoracic Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tracheal Diseases Research Center, Masih Daneshvari Hospital, Tehran, Iran*

^{****} *Researcher, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Lung Transplantation Research Center, Tehran, Iran*

References:

1. Jarvi OH, Saxen AE. Elastofibroma dorsi. Acta Pathol Microbiol Scand Suppl. 1961; 51: 83-4.
2. Köksel O, Özdülger A, Özer C, et al. Elastofibroma Dorsi: Case Report. Turk Thorac Cardiovasc Surg J 2005; 13: 279-282.
3. Jarvi OH, Lansimies PH. Subclinical elastofibromas in the scapular region in an autopsy series. Acta Pathol Microbiol Scand 1975; 83: 87-108.
4. Hoffman JK, Klein MH, McInerney VK. Bilateral elastofibroma. A case report and review of the literature Clin Orthop 1996; 325: 245-250.
5. Pyne D, Mootoo R, Bhanji A, Amin S. Elastofibromadorsi. Annals of the Rheumatic Diseases 2002; 61: 278-279.
6. Charissoux J.L, Mabit Ch, Fiorenza F, Gougam Th, Leboutte M.J. Élastofibrome de l'espace scapulo thoracique. Revue de la littérature: à propos d'un cas. Revue Chir Orthop, 2000; 86: 98-103.
7. Jennifer E, Sarah A, Gregory N and Rashmi A. Elastofibroma Dorsi. About Radio Graphics Journal. 2006; 26: 1873-1876.
8. Yáñez S, Val-Bernal JF, Echevarría MA, Landeras R, Izquierdo J, Gallardo E. Retrospective Analysis of 6 Cases of Elastofibroma Dorsi. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99: 644-7.
9. Jarvi OH, Saxen AE, Hopsu-Havu VK, Wartiovaara JJ, Vaissalo VT, Elastofibroma-a degenerative pseudotumor, Cancer. 1969; 23: 42-63.
10. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. Cancer. 1982; 50: 1794-805.
11. Samil Sarici I, Basbay E, Mustu M, Eskut B, Kala F, Agcaoglu O, Akici M, Ozkurt E. Bilateral elastofibromadorsi: A case report. International Journal of Surgery Case Reports 2014; 5: 1139-1141.
12. A. Briccoli, R. Casadei, M. Di Renzo, L. Favale, P. Bacchini, F. Bertoni F, Elastofibromadorsi Surg Today. 2000, 30; 147-152.
13. Kourda JA, Merai S, Hantous S, Miled K. B, Mezni F. E. Bilateral elastofibroma dorsi. A case report and review of the literature, Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2009, 5: 383-387.
14. Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, McLeod RA. Elastofibroma dorsi: radiologic findings in 12 patients. American Journal of Roentgenology (AJR) 1996; 167: 683-687.
15. Nishio J, Isayama T, Iwasaki H, Naito M. Elastofibroma dorsi: diagnostic and therapeutic algorithm. J Shoulder Elbow Surg. 2012; s21: 77-81.
16. Karakurt O1, Kaplan T, Gunal N, Gulbahar G, Kocer B, Han S, Dural K, Sakinci U. Elastofibroma dorsi management and outcomes: review of 16 cases. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2014; 18: 197-20.