

گزارش موردی

گزارش یک مورد کیست آنوريسمال جاکستا کورتیکال دیافیز فمور و درمان آن

دکتر آرش متقی*، دکتر علیرضا یآوری کیا*، دکتر حسن کیهان شکوه*

دریافت: ۸۹/۹/۲۴، پذیرش: ۹۰/۳/۴

چکیده:

مقدمه: کیست آنوريسمال استخوان یک ضایعه کیستیک خوش خیم نادر اما مخرب اولیه یا ثانویه استخوان می باشد که اغلب در متافیز استخوان های بلند مشهود است. درمان این کیست در اغلب موارد کورتاژ و گرافت استخوانی می باشد. **معرفی بیمار:** بیمار مورد نظر یک مرد ۲۳ ساله با کیست آنوريسمال جاکستا کورتیکال دیافیز فمور سمت چپ می باشد که پس از بررسی های تشخیصی و انجام آمبولیزاسیون تحت درمان کورتاژ وسیع قرار گرفت. **نتیجه نهایی:** کیست آنوريسمال استخوان علیرغم آنکه توموری مهاجم و مخرب است در صورت اقدام به موقع و صحیح بدون جا گذاشتن عارضه ای در اغلب موارد قابل درمان می باشد.

کلید واژه ها: آمبولیزاسیون / کورتاژ / کیست های آنوريسمی استخوان

مقدمه:

پاتولوژی ارجحیت دارد (۴). از لحاظ پاتولوژی شامل حفرات مملو از خون می باشد که توسط سپتوم هائی از بافت همبند از هم جدا شده اند و در نمای ظاهری نرم و شکننده، انکپسوله و پر خون می باشد که یا روی استخوان نرمال (۶۵٪) یا روی یک ضایعه قبلی استخوان (۳۵٪) مثل تومور سلول ژانت، کندروبلاستوم، فیبرودیسپلازی اضافه می شود (۵). علاوه بر گرافی ساده از سایر روشهای تشخیصی دیگر نیز میتوان سود برد مثلاً در اسکن استخوان افزایش جذب محیطی، در سی تی اسکن حاشیه نازک اسکروتیک و در MRI منظره fluid-fluid level مشهود است.

درمان این تومور در اغلب موارد کورتاژ و گرافت استخوانی یا سیمان با میزان موفقیت ۷۰ تا ۹۰ درصد در کنترل لوکال تومور می باشد. ندرتاً از درمان اکسیزیون مارژینال یا وسیع استفاده می شود. در موارد غیر قابل دسترس و مهاجم یا انواع مکرر از اشعه با دوز پائین استفاده می شود. از آمبولیزاسیون نیز می توان به عنوان درمان قطعی در بعضی انواع غیر قابل دسترس یا جهت کاهش خونریزی حین عمل استفاده کرد. انواع ثانویه بر اساس تومور اولیه درمان می شوند (۶).

کیست آنوريسمال استخوان یک ضایعه کیستیک خوش خیم نادر اما مخرب و با رشد سریع استخوان با اتیولوژی نامشخص می باشد که اولین بار توسط ژاف و لیختن اشتاین در سال ۱۹۴۲ شرح داده شد (۱). عموماً در ناحیه متافیز یال استخوان های بلند مثل هومروس، فمور، تیبیا و فیبولا دیده میشود. محل شایع دیگر تومور ستون خلفی فقرات می باشد. در جمع ۱ تا ۲ درصد تومورهای اولیه استخوان را شامل می شود. سن بیمار حین مراجعه اغلب زیر ۲۰ سال بوده و الگوی مراجعه اغلب درد یا توده می باشد (۲).

از لحاظ رادیولوژیک یک ضایعه دوکی شکل خارج از مرکز گسترش یابنده با حاشیه اسکروتیک با ظاهر منبسط در متافیز می باشد. به طور نادر می تواند حالت سطحی (جاکستا کورتیکال) داشته و یا در دیافیز دیده شود (۳). در تشخیص این تومور بیوپسی الزامی است چرا که یافته رادیولوژیک منحصر به فردی ندارد و امکان افتراق آن از سایر ضایعات تخریبی استخوان مثل تومور سلول ژانت یا تومور brown در هیپرپاراتیروئید مشکل می باشد ضمناً بیوپسی باز بر بیوپسی سوزنی در تعیین

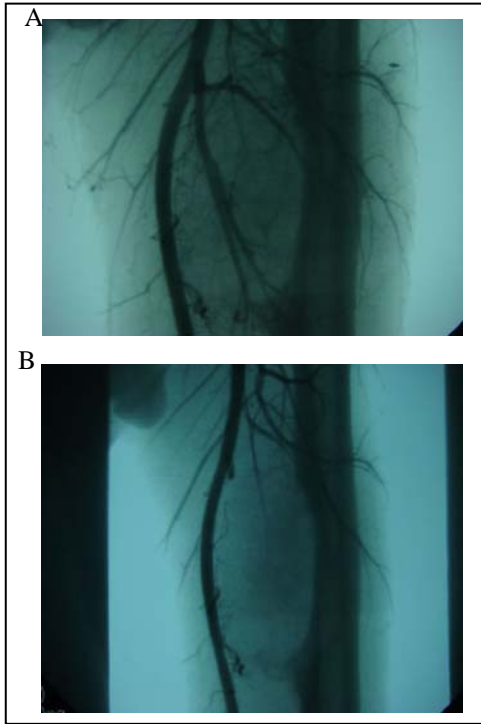
* استادیار گروه ارتوپدی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (arash.motaghi@umsha.ac.ir)

معرفی بیمار:

بیمار مورد نظر یک مرد ۲۳ ساله می باشد که از سه ماه قبل از مراجعه دچار درد مبهم در ران سمت چپ شده است. در ابتدا تنها در حین فعالیت دچار درد می شده و به تدریج حالت دائم پیدا کرده بود. در بدو مراجعه از بیمار گرافی ران گرفته شد (تصویر ۱).



تصویر ۱: ضایعه لیتیک در دیافیز ران سمت چپ بیمار



تصویر ۲: A کلیشه آنژیوگرافی قبل از آمبولیزاسیون و B بعد از آمبولیزاسیون

جهت کاهش فشار داخل مدولا و کاهش ریسک آمبولی قبل از ریم کانال فمور تعدادی سوراخ در کورتکس ایجاد شد (canal venting). پس از کارگذاری کونچر با استفاده از برش قبلی بیوپسی بیمار عمل تومور آغاز شد. ظاهر تومور حالت انکپسوله داشت و خونریزی واضح وجود نداشت. تومور نرم و شکننده بود. جهت تکمیل کورتاژ پس از برداشتن تومور بر (burr) کشیده شد و از کوتر به عنوان درمان ادجوان استفاده شد (تصویر ۳).



تصویر ۳: گرافی استخوان ران بیمار پس از عمل جراحی

با توجه به رویت یک ضایعه لیتیک در ران جهت جلوگیری از شکستگی پاتولوژیک قبل از درخواست هر اقدام دیگری به بیمار توصیه شد از یک جفت عصا استفاده کند و از گذاشتن وزن روی اندام مبتلا پرهیز کند. جهت تکمیل تستهای تشخیصی در خواست گرافی قفسه سینه شد که نرمال بود. در اسکن استخوان افزایش جذب در فمور به خصوص به صورت محیطی مشهود بود. در سی تی اسکن حاشیه نازک اسکروتیک و سالم بودن مدولا دیده شد. در MRI تنها تصویر حفرات مملو از خون به صورت حفرات غاری شکل دیده شد و منظره fluid-fluid level دیده نشد. پس از تکمیل تستهای تشخیصی تصمیم به انجام بیوپسی باز با اپروچ مدیال گرفته شد. جواب بیوپسی کیست آنوریسمال استخوان اولیه گزارش شد. قبل از انجام درمان قطعی تصمیم گرفته شد جهت کاهش خونریزی، آمبولیزاسیون قبل از عمل صورت گیرد. با توجه به ضعیفی استخوان هم به دلیل ضایعه اولیه و هم به دلیل درمان قطعی، نیاز به نوعی وسیله پروفیلاکسی جهت حمایت استخوان بود. پس از تکمیل آمبولیزاسیون (تصویر ۲) ابتدا جهت پروفیلاکسی یک عدد کونچر فمورال کارگذاری شد.

بحث:

همانطور که درمقدمه اشاره شد کیست آنوریسمال استخون ماهیت متافیزیال داشته و در استخوان کنسلوس می باشد. در صورتیکه دراین بیمار جاکستاکورتیکال و دیافیزیال و سطحی بود. ظاهر رادیولوژیک بیمار، الگوی مراجعه (درد)، سن بیمار حین مراجعه، منظره سی تی اسکن بیمار و تصویر اسکن استخوان با الگوی معمول کیست آنوریسمال استخون تطابق داشت. در MRI بیمار مورد نظر تصویر fluid-fluid level دیده نشد که احتمالاً علت آن حرکت بیمار قبل از MRI جهت جدا شدن سرور از خون در حفرات بوده است. نکته قابل توجه اثر مثبت آمبولیزیسین قبل از عمل و تاثیر بسزای آن جهت کاهش خونریزی حین عمل بوده است. نکته دیگر برداشت میزان کافی جهت بیوپسی اولیه است که امکان تشخیص نوع اولیه از ثانویه را میسر ساخت. نکته دیگر ایجاد حفرات در کانال قبل از کارگذاری کونچر پروفیلاکسی بوده است. چرا که با کاهش فشار در کانال بسته احتمال آمبولی چربی را کاهش می دهد. در جمع کیست آنوریسمال استخون یک

ضایعه خوش خیم اما مهاجم می باشد که در صورت برخورد مناسب و به موقع بدون عارضه خاصی درمان میشود.

منابع:

1. Jaffe HL, Lichtenstein L. Solitary unicameral bone cyst with emphasis on the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. Arch Surg 1942;44:1004-1025
2. Beaty JH. Congenital anomalies of lower extremity. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. 10th ed. Philadelphia: Mosby, 2003: 799.
3. de Silva MV, Raby N, Reid R. Fibromyxoid areas and immature osteoid are associated with recurrence of primary aneurysmal bone cysts. Histopathology 2003;43:180-188
4. Nobler MP, Higinbotham NL, Phillips RF. The cure of aneurysmal bone cyst. Irradiation superior to surgery in an analysis of 33 cases. Radiology 1968;90:1185-1195
5. Leithner A, Windhager R, Lang S, Haas OA, Kainberger F, Kotz R. Aneurysmal bone cyst. A population based epidemiologic study and literature review. Clin Orthop Relat Res 1999;363: 176-179
6. Mankin HJ, Hornicek FJ, Ortiz-Cruz E, Villafuerte J, Gebhardt MC. Aneurysmal bone cyst: A review of 150 patients. J Clin Oncol 2005; 23: 6756-62