

تومور نادر فیبروهیستوسیتوم سینوس های اطراف بینی و نقش آندوسکوپی ترانس نازال در درمان آن

دکتر محمد حسین برادران فر: استادیار گروه گوش و گلو و بینی و جراحی سر و گردن دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد: نویسنده رابط
دکتر منصور مقیمی: استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

چکیده

فیبروهیستوسیتوم خوش خیم از توده‌های بسیار نادر ناحیه بینی و سینوس های اطراف آن به شمار می‌رود. شایع ترین محل تومور در سر و گردن، حفره بینی و سینوس های پارانازال و علامت اصلی آن در این نواحی گرفتگی و وجود توده در بینی است. در بیمار مورد نظر که با علائم گرفتگی و ترشح بینی مراجعه کرده و علی‌رغم تجویز آنتی بیوتیک نیز درمان نشده بود، توده حجیمی در سینوس ماگزیلری چپ و حفره بینی همان طرف در سی تی اسکن کشف شد، سپس رزکسیون توده به طور کامل از طریق آندوسکوپ با اپروچ ترانس نازال انجام گرفت. تمامی علائم پس از عمل جراحی از بین رفت. در بررسی آسیب شناختی توده، فیبروهیستوسیتوم خوش خیم گزارش شد. در تشخیص افتراقی این تومور، توده و پولیپ های بینی و سینوس ها را می توان ذکر کرد. به نظر می رسد با توجه به قابل مشاهده بودن تومور حین جراحی و مجاورت این ناحیه از جمله مجاورت با لامینا پایراسه و چشم، جراحی آندوسکوپی با اپروچ ترانس نازال روش مناسبی جهت بیرون آوردن کامل این تومورها باشد.

کلید واژه ها: فیبروهیستوسیتوم خوش خیم، تومور سینوس های اطراف بینی، جراحی آندوسکوپی

مقدمه

های مختلف قرار گرفته بود. بیمار به دلیل خونریزی شدید به دنبال عمل جراحی سپتوپلاستی و ناتوانی در مهار آن به این مرکز ارجاع شد. در معاینه بالینی در حفره بینی چپ، چسبندگی مخاط سپتوم به دیواره جانبی بینی مشاهده شد. به علاوه، کورنه تحتانی پولیبیود بود و توده بزرگی با نمای ندولر در حفره بینی دیده می شد. مخاط حفرات بینی رنگ پریده بود و ترشحات آبکی وجود داشت. معاینه اعصاب جمجمه‌ای طبیعی و بیمار از سایر جهات سالم بود و معاینه جسمانی و آزمایش های معمولی انجام شده، نکته غیر طبیعی نشان نمی داد.

در تصاویر کرونال سی تی اسکن از سینوس های اطراف بینی، توده بسیار حجیم در سینوس ماگزیلری چپ و حفره بینی همان طرف وجود داشت که تا قسمت خلفی بینی و نازوفارنکس گسترش یافته بود. دانسیته یکنواخت این توده حجیم از نظر رادیولوژیک مشابه پولیپ آنتروکوانال بود و خوردگی استخوانی وجود نداشت (تصاویر ۱).

بیمار زیر بیهوشی عمومی و از طریق آندوسکوپی با اپروچ ترانس نازال تحت عمل جراحی قرار گرفت و علاوه بر برداشتن کامل تومور (en bloc)، اتومییدکتومی قدامی و خلفی، آنتروستومی مئاتوس میانی، اسفنوییدکتومی و باز کردن شیبار فرونتال همان طرف نیز انجام و تومور جهت بررسی آسیب شناسی به آزمایشگاه ارسال شد (تصاویر ۲).

فیبروهیستوسیتوم تومور خوش خیم و غیر اپی تلیالی با تمایز هیستوسیتیک و فیبروبلاستیک است (۱ و ۲). هیستوسیت خاستگاه این تومور محسوب می شود (۲). بر اساس تصاویر میکروسکوپی اسامی مختلفی از جمله درماتوفیبروم، همانژیوم اسکروزان، گزانتوگرانولوم، فیبروگرانولوم و فیبروز زیراپیدرمی ندولر در مورد این تومور به کار رفته است (۲ و ۳). از این رو، پیدایش آن در جای جای بدن امکان پذیر است ولی پوست اندامها شایعترین محل پیدایش تومور به شمار می رود (۲). بروز این تومور در سینوس های اطراف بینی فوق العاده نادر است (۴ و ۵).

از نظر بالینی به صورت توده بینی، گرفتگی بینی، خونریزی و درد در ناحیه بینی و سینوس های اطراف آن تظاهر می یابد. در صورت وجود تومور در حنجره و نای علائم خلط خونی، تنگی نفس و استریدور بروز می کند (۶). فیبروهیستوسیتوم در مردان و دهه پنجم زندگی شایع تر است (۲ و ۶). در معاینه بالینی، ضایعه پولیبیود یا ندولر به رنگ سفید قهوه‌ای تا زرد و با اندازه های مختلف دیده می شود. این تومور مشخصه های ریزبینی و پرتونگاری مشخصی دارد (۶).

معرفی بیمار

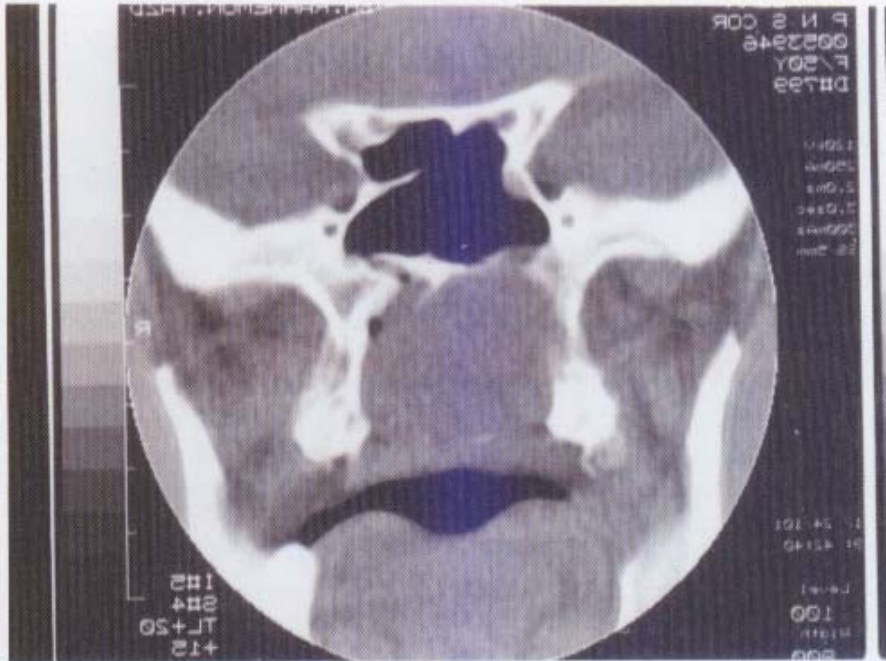
خانم «رف» ۴۹ ساله خانه‌دار وساکن میبد با شکایت گرفتگی بینی، ترشح پشت حلق (PND)، تنگی نفس و ترشحات آبکی از بینی به طور پیشرونده از حدود یک سال پیش به پزشکان مختلف مراجعه کرده و در طول این مدت، بی‌آن‌که بهبودی حاصل شود، تحت درمان با آنتی بیوتیک



تصویر ۱-الف: CT Scan جمجمه قبل از جراحی



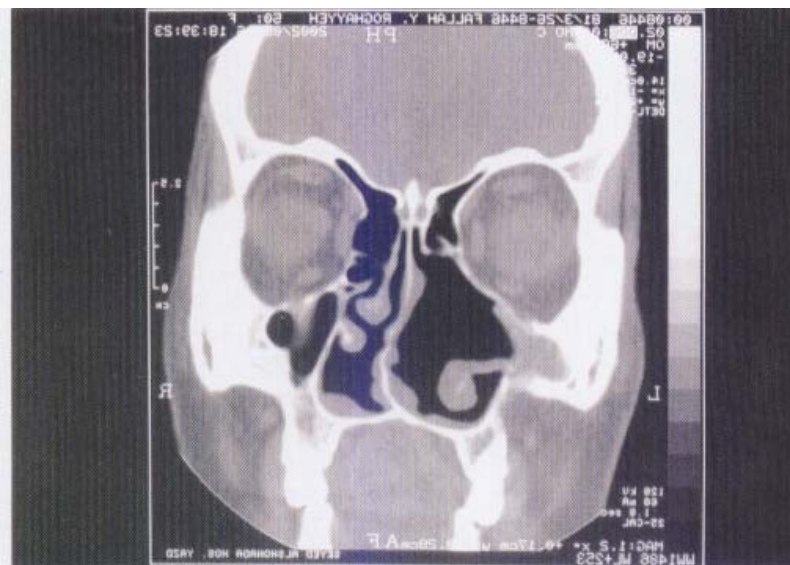
تصویر ۱-ب: CT Scan جمجمه قبل از جراحی



تصویر ۱-ج: CT Scan جمجمه قبل از جراحی



تصویر ۲-الف: CT Scan جمجمه بعد از جراحی



تصویر ۲-ب: CT Scan جمجمه بعد از جراحی

حفره بینی و سینوس های اطراف آن ذکر کرده اند. مکانهای شایع دیگر گردن، حنجره و نای است (۶).

علایم بالینی بیمار بسته به محل تومور فرق می کند و شامل توده بینی، انسداد بینی، خونریزی از بینی، درد، عدم تقارن صورت، بیرون زدگی چشم، سست شدن دندانها، خلط خونی، تنگی نفس و استریدور است. تومور در دید ظاهری ضایعه ای پولیپوئید یا ندولر و به رنگ سفید قهوه ای تازرداست و اندازه های مختلف دارد. از نظر بافت شناختی نیز تومور زیر مخاطی متشکل از سلولهای فیبروبلاست و هیستوسیت با طرح فاسیکولر یا هم مرکز است که سلولهای التهابی، سلولهای غول پیکر چند هسته ای و سلولهای کف آلود نیز دیده می شوند. در استروما رسوب کلاژن با نواحی میگزوییدی و هیالینی مشهود است. میتوز فراوان به ویژه اشکال آتیپیک آن شک بدخیمی را بر می انگیزد. تغییر میگزویید وسیع در فیبروهیستوسیتوم گزارش شده است (۹). تومور دارای فضاهای کیستیک فراوان حاوی خون تازه و رسوب فراوان پیگمان هموسیدرین، فیبروهیستوسیتوم آنوريسمال گفته می شود (۱۰). در تشخیص افتراقی، فاسیت ندولر، تومورهای خوش خیم غلاف اعصاب محیطی (نوروفیبروم و شوانوم)، لیوموم، درماتوفیبروسارکوم و هیستوسیتوم بدخیم مطرح می شوند (۶). درمان قطعی این بیماری برداشت کامل توده به وسیله جراحی است (۴ و ۶).

نتیجه گیری

فیبروهیستوسیتوم یکی از موارد تشخیص افتراقی پولیپ های بینی و سینوس های اطراف آن به ویژه پولیپ آنتروکوبال است. بررسی آسیب شناختی تمامی نمونه های بر گرفته از توده های موجود در بینی و سینوس های اطراف آن ضرورت دارد، زیرا در معاینه بالینی و حتی بررسی های رادیولوژیک اولیه بیمار معرفی شده در مقاله حاضر، در وهله اول پولیپ بینی و سینوس های اطراف آن تشخیص داده شده

در بررسی ریزبینی نمونه های ارسالی، بافت تومورال زیر مخاطی متشکل از دستجات سلولهای فیبروبلاست بود که به صورت هم مرکز دیده می شد. تقسیم میتوزی نادر بود. عروق با جداره ضخیم، نواحی فیبروز و هیالینی و گسترش تومور در اطراف مجاری و غدد وجود داشت. در سطح تومور، مخاط مفروش از اپی تلیوم تنفسی مزکدار با آماس حادومزن به چشم می خورد. با توجه به یافته های فوق، آسیب شناس فیبروهیستوسیتوم خوش خیم را مطرح کرده بود.

بحث

فیبروهیستوسیتوم از تومورهای بافت نرم به شمار می رود (۱ و ۲) که وقوع آن در بینی و سینوس های اطراف آن بسیار نادر است و کمتر از ۰.۵٪ فیبروهیستوسیتوم های سر و گردن را تشکیل می دهد (۴ و ۵).

«باساک» و همکارانش در گروه گوش و حلق و بینی «عدنان مندرس» ترکیه، وقوع یک مورد از این تومور نادر را در سپتوم بینی گزارش کرده اند. بیمار مرد ۴۵ ساله ای بود که با شکایت انسداد و تورم بینی مراجعه کرده و در معاینه توده ای به ابعاد ۱×۱×۲ سانتیمتر در قسمت قدام سپتوم در سمت راست حفره بینی مشاهده شده بود. نتیجه گزارش آسیب شناسی، فیبروهیستوسیتوم خوش خیم بود (۷). همچنین «شریپر» و همکارانش در گروه رادیولوژی مرکز پزشکی «روچستر آمریکا» یک مورد فیبروهیستوسیتوم خوش خیم را در حفره بینی نوزادی گزارش کردند و اظهار داشتند که این مورد در دوران نوزادی بسیار نادر است (۸).

شیوع فیبروهیستوسیتوم در مردان با متوسط سنی دهه پنجم زندگی بیشتر است (۲ و ۶). شایع ترین محل تومور در سر و گردن را

آسیب‌شناسی آنها نیز نسبتاً مشکل است. همچنین به نظر می‌رسد که بهترین روش درمانی این گونه تومورهای خوش خیم علی‌رغم خونریزی زیاد، جراحی از طریق آندوسکوپی با اپروچ ترانس نازال باشد. مشاهده مستقیم تومور در حین جراحی امکان بیرون آوردن کامل آن را فراهم می‌سازد.

بود، حال آن که آسیب شناس فیبروهیستوسیتوم خوش خیم گزارش کرد. علاوه بر این، تشخیص بموقع از بروز عوارض جلوگیری می‌کند. آسیب شناس نیز باید به فکر تومورهای بسیار نادری مثل فیبروهیستوسیتوم خوش خیم در ناحیه بینی و سینوس‌های اطراف آن باشد، هر چند علاوه بر نادر بودن این تومورها تشخیص

References

1. Bielamowicz S, Dauer MS, Chang B, Zimmerman MC, Noncutaneous Benign Fibrous Histiocytoma of Head and Neck. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113, pp: 140-146
2. Walter F. Lever, Tumors of Fibrous Tissue, *Histopathology of the Skin*, 7th ed, 1990; Lippincott, pp: 660-664
3. Thompson SH, Shear M. Fibrous Histiocytoma of the Oral and Maxillofacial Regions, *J Oral Pathol*. 1984; 13, pp: 282-294
4. Rice DH, Batsakis JG, Headington JT, Boles R. Fibrous Histiocytoma of the Nose and Paranasal Sinuses, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1974; 100, pp: 398-401
5. Del Ray E, De la Torre FE. Fibrous Histiocytoma of the Nasal Cavity, *Laryngoscope* 1980; 90, pp: 1686-1693
6. Bruce M, Wenig. Neoplasm of Nasal Cavity and Paranasal Sinuses, *Atlas of Head and Neck Pathology*, 1st ed, Saunders, 1993; p: 39
7. Basak S, Mutlu C, Erkus M, Karaman C, Odabasi O. Benign Fibrous Histiocytoma of Nasal Septum, *Rhinology*, 1998 sep; 36(3): 133-135.
8. Shrier DA, Wang AR, Patel U, Monajati A, Chess P, Namaguchi T. Benign Fibrous Histiocytoma of the Nasal Cavity. *AJNR Am J Neuroradiol*, 1998 Jun-Jul; 19(6): pp: 1166-1168.
9. Zelger B, Calonje E, Zelger B. Myxoid Dermatofibroma, *Histopathology* 1999; 34, p: 335.
10. McKenna DB, Kavanagh GM, McLaren KM, Tidman MJ. Aneurysmal Fibrous Histiocytoma, *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 1999; 12, pp: 238.