کندروسارکوم سپتوم بینی و معرفی دو مورد آن در بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)

دکتر احمد دانشی I
***دکتر مرتضی جوادی** II
دکتر محمد محسنی III

چکیده

کندروسارکوم از تومورهای نادر سر و گردن است که در این مقاله ۲ مورد از کندروسارکوم سپتوم بینی که به بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) مراجعه نموده بودند، معرفی می‌شدند. در هر دو بیمار، کندروسارکوم نواحی بینی، سلولهای اتموئید خلفی و قدامی، سینوس اسفنوئید و اینتراکرانیال را درگیر کرده بود. بنابراین رزکسیون کامل تومور مشکل بود. در مورد هر دو بیمار تأخیر در مراجعه یا تشخیص وجود داشت. علائم اصلی تومور انسداد بینی و خونریزی است و درمان انتخابی آن عمل جراحی و رزکسیون کامل تومور می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – کندروسارکوم ۲ – اینتراکرانیال ۳ – ماگزیلوفاسیال

مقدمه

کندروسارکوم یک تومور بدخیم و نادر سر و گردن می‌باشد که بخصوص در سپتوم بینی بسیار نادر است و تنها ۳۰ مورد آن در کتابهای انگلیسی گزارش شده است(۱و ۲). این تومور از نظر بافت‌شناسی Low grade است و تشخیص پاتولوژیک آن از کندروم بسیار مشکل می‌باشد شایعترین علائم بالینی شامل گرفتگی بینی، خونریزی و ترشح بوده و شایعترین یافته در معاینه کلینیکی توده بزرگ انسدادی pale و براق درخشان است(۳). این تومور رشد بسیار کند دارد، خیلی دیر متاستاز می‌دهد(٤) و شایعترین محل بروز آن نیز قسمت خلفی سپتوم است(٤و ٥). از نظر imaging، در CTاسکن کلسیسفیکاسیونهای ندولر یا پلاک مانند در ۸۹% بیماران دیده می‌شود(۲و ٦). در MRI بویژه در T2 تومور به صورت high signal مشاهده می‌گردد. با تزریق گادونیوم در T1، enhancement در محیط تومور دیده می‌شود اما در مرکز تومور این نما وجود ندارد که این مطلب بستگی به عروق تومور دارد(٦).

بطور کلی می‌توان گفت MRI همراه با CTاسکن برای تشخیص نهایی این بیماری ضروری است(٦) و درمان انتخابی این بیماری رزکسیون کامل تومور می‌باشد(٤) در صورت رزکسیون ناکامل عود، قطعی خواهد بود از نظر تکنیکهای جراحی بهترین آنها تکنیک کرانیوفاسیال می‌باشد اما در بعضی از مقالات رینوتومی لاترال نیز توصیه شده است(۳و ۷). یک مورد نیز عمل با اندوسکوپ انجام گردیده است(۸). در رابطه با رادیوتراپی در این بیماری، مقالات و کتابهای قدیمی رادیوتراپی را بی‌فایده ذکر می‌کنند اما در بعضی از موارد رادیوتراپی توصیه می‌شود(۹) که این موارد عبارتند از: ۱- عود موضعی غیر قابل جراحی، ۲- باقیمانده واضح حین جراحی(غیر قابل عمل)، ۳- مارژین مثبت هیستوپاتولوژیک که در این رابطه رادیوتراپی ext.beam توصیه می‌شود اگر چه اثرات آن هنوز مشخص نیست(۳، ٤و ۷). مرگ در این بیماری به علت گسترش موضعی بیماری بویژه به داخل مغز رخ می‌دهد.

I) دانشیار گروه گوش و گلو و بینی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.
II) استادیار گروه گوش‌وگلووبینی،بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)،ستارخان،خیابان نیایش،دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.(*مولف مسئول)
III) متخصص گوش و گلو و بینی.