

استئوسارکومای لگن با تظاهر اولیه ادم اندام تحتانی (گزارش یک مورد)

دکتر خدامراد جمشیدی^(۱)، دکتر سید حمیدرضا مدرس‌نژاد^(۲)

Presentation of Pelvis Osteosarcoma with Lower Limb Edema (Report of One Case)

Khodamorad Jamshidi, MD; Seyed Hamidreza Modarresnejad, MD
Iran University of Medical Sciences

خلاصه

استئوسارکومای لگن هنوز یکی از موارد بحث برانگیز در ارتوپدی است. فاصله زمانی بین اولین علائم تشخیص و درمان در استئوسارکوما طولانی است. اولین نشانه استئوسارکوما درد و شایع‌ترین علامت بالینی آن توده قابل لمس است. در این بین ادم اولیه اندام به‌واسطه استئوسارکومای لگن از نوع اینترودولاری درجه پایین جزء موارد نادر است. در این گزارش مرد ۱۶ ساله با ادم اندام تحتانی سمت چپ و با تشخیص استئوسارکومای اینترودولاری با درجه پایین ناحیه لگن گزارش شده است.

واژه‌های کلیدی: استئوسارکوما، اندام تحتانی، پلوئیس، ادم

Abstract

Osteosarcoma is the most common primary malignant tumor of bone. The time between the first symptoms and diagnosis is often very long. Pain is the first symptom. The most common symptom is palpable mass. Lower extremity edema as the first symptom of pelvis osteosarcoma is very rare and has not been reported before. We report the case history of a 16 year old man with left lower extremity edema with initial diagnosis of pelvic thrombophlebitis.

Key words: Osteosarcoma; Lower extremity; Pelvis; Edema

دریافت مقاله: ۱۰ ماه قبل از چاپ مراحل اصلاح و بازنگری: ۱ بار پذیرش مقاله: ۳ ماه قبل از چاپ

مقدمه

استئوسارکوما شایع‌ترین تومور بدخیم اولیه استخوان است که در ۹۰٪ موارد در استخوان‌های بلند مانند فمور و تی‌بیا و استخوان بازو و در ناحیه متافیز ایجاد می‌شود^(۱). محل شایع گرفتاری ۳۵٪ در دیستال فمور، ۲۰٪ در پروکسیمال تی‌بیا، ۱۰٪ در پروکسیمال استخوان بازو می‌باشد^(۲) و به ندرت دیافیز استخوان بلند را گرفتار می‌کند^(۳).

استئوسارکومای لگن تاکنون یکی از موارد بحث برانگیز در ارتوپدی می‌باشد^(۴). بیشتر تومورهای ناحیه لگن بزرگ بوده و

دیر هنگام مشخص می‌گردند. بسیاری از تومورهای استئوسارکومای لگن به‌طور ثانوی به دنبال بیماری پاژه یا بعد از رادیوتراپی ایجاد می‌شوند^(۵) و برداشتن آنها بدون ایجاد ناتوانی برای بیمار مشکل و تقریباً غیرممکن است^(۶). استئوسارکومای لگن حدود ۴ تا ۱۰ درصد موارد استئوسارکوما را شامل می‌شود^(۷،۸). شایع‌ترین سن شیوع استئوسارکومای لگن دهه دوم می‌باشد و دومین سن شایع دهه هشتم، به علت شیوع بیماری پاژه در این سنین است. در استخوان‌های لگن، ایلیم شایع‌ترین استخوانی است که درگیر می‌شود^(۹)، و ساکروم یا مفصل ساکروایللیاک، استابولوم، پوبیس و ایسکیوم در رده‌های بعدی قرار دارند.

(۱) و (۲): ارتوپد، دانشگاه علوم پزشکی ایران

محل انجام تحقیق: تهران، بیمارستان شفاپنجاییان

نشانی نویسنده رابط: تهران، بیمارستان شفاپنجاییان، بخش ارتوپدی

دکتر سید حمیدرضا مدرس‌نژاد E-mail: hmodarres@yahoo.com

مثبت بود. ادم گوذه گذار^۲ بود و تمام اندام تا ناحیه بالای ران را در بر می گرفت (شکل ۱).



شکل ۱. نمای ظاهری اندام

در بررسی رادیولوژیک لگن یک ضایعه استئولیتیک در ناحیه ایلیم سمت چپ مشاهده شد (شکل ۲). قبل از انجام عمل



شکل ۲. نمای پرتونگاری لگن (فلش نشان دهنده ضایعه لیتیک است).

جراحی و قبل از سی تی اسکن و ام آر آی، سونوگرافی داپلر وریدی انجام شد که ترومبوز نسبی ورید ایلپاک خارجی و نواحی هیپو اکو در ناحیه اینگوینال چپ را نشان داد و در اسکن استخوان تمام بدن، سی تی اسکن (شکل ۳) و ام آر آی یک توده لگن منشأ گرفته از استخوان ایلیم مشخص گردید. بیوپسی توده مذکور وجود استئوسارکوما از نوع اینترمدولاری با درجه پایین را نشان داد.

استخوان لگن نازک است و تومور سریعاً به داخل عضلات گلوئتال یا لگن یا هر دو گسترش می یابد^(۱۰). رشد تومور به داخل لگن علایم کمی ایجاد می کند و بررسی های انجام شده نشان می دهد که درد شایع ترین علامت بروز بیماری در لگن می باشد. وجود توده، علایم عصبی، شکایت مربوط به روده ها و متانه نیز جزء علایم شایع است^(۱۱). زمان بین ظهور نشانه ها و تشخیص بیماری در استئوسارکومای لگن در بیشتر مراکز بین ۱ تا ۱۵ ماه قبل از اولین بیوپسی می باشد^(۴).

برای درمان استئوسارکومای لگن، برداشتن کامل ضایعه لگن ضروری به نظر می رسد و شیمی درمانی قبل از عمل جهت بدست آوردن محدوده (مرز) مناسب کمک کننده است^(۱۱،۱۲) هر چند که پاسخ استئوسارکومای لگن به شیمی درمانی ضعیف است^(۱۳،۱۴) ولی گزارش هایی در مورد شیمی درمانی شریانی و رادیوتراپی وجود دارد؛ اما هنوز پیش آگهی طولانی مدت آن نامعلوم است. به نظر نمی رسد که قطع hindquarter در افزایش میزان پیش آگهی بیماران مؤثر باشد^(۱۵). با تمام پیشرفت های انجام شده هنوز پیش آگهی در استئوسارکومای لگن در موارد غیرمتاستاتیک و با درجه بالا بین ۲۰٪ تا ۴۰٪ می باشد^(۴).

در اینجا گزارشی از یک استئوسارکومای لگن از نوع اینترمدولاری با درجه پایین^۱ با تظاهر اولیه ادم تحتانی به عنوان علامت اولیه نادر ارائه می گردد.

معرفی بیمار

مرد ۱۶ ساله با ادم تمام اندام تحتانی سمت چپ از ۱۰ روز قبل از مراجعه به بیمارستان شفایحیائیان، با تشخیص احتمالی ترمبوفلیبیت بستری می گردد. در شرح حال وی سابقه مشکل دیگر یا بیماری زمینه ای یا دریافت اشعه وجود نداشت، فشار خون طبیعی و خوب بود. در آزمایشات انجام شده تنها مورد غیرطبیعی LDH بالا (۱۷۶۹) و CRP یک

بحث

تشدید درد در هنگام شب شایع‌ترین علامت اولیه تومور بدخیم استخوان می‌باشد. در استئوسارکومای لگن نیز هنگامی که بیمار برای اولین بار دیده می‌شود علائم درد، توده، علائم عصبی و مشکلات مرتبط با مثانه و روده‌ها جزء شکایات وی می‌باشد^(۱۶) و تا به حال موردی از استئوسارکومای لگن که با تظاهر اولیه ادم اندام تحتانی باشد، گزارش نشده است. در بررسی «سوهامی»^۲ و همکاران بر روی ۴۶ بیمار با استئوسارکومای لگن، در همه بیماران درد لگن علامت اولیه بود^(۱۷) که ۳۰٪ توده، ۴٪ علائم عصبی و ۸٪ آنان مشکلات مربوط به مثانه و روده‌ها داشتند. در این بررسی مدت زمان بین بروز علائم و تشخیص بین ۱ تا ۱۵ ماه بود^(۱۸). در بیمار ما مدت زمان بین شروع ادم اندام و تشخیص بیماری دو هفته و شاید علت تشخیص زود هنگام، معاینه بیمار در مرحله اول توسط جراح ارتوپد بود که در بررسی اولیه به علت تردید در مورد تومور لگن، پرتونگاری لگن مبتلا به تورم اندام تحتانی انجام شد. بیشتر تومورها (حدود ۶۷٪ از نوع اولیه و ۳۳٪ ثانویه) به واسطه وجود سایر بیماری‌ها نظیر پازه ایجاد می‌شوند^(۱۹). از نظر نوع بافت شناسی به دنبال بیماری پازه یا رادیوتراپی ۶۱٪ تومورها از نوع اینترمدولاری درجه بالا و ۶٪ درجه پایین و ۳۳٪ نوع ثانویه هستند^(۲۰). در مطالعه «کانن»^۳ و همکاران در مورد استئوسارکومای لگن از بین ۳۶ بیمار ۶۱٪ درجه بالا، ۶٪ درجه پایین و ۳۳٪ از نوع ثانویه و ۲ مورد استئوسارکوما با درجه پایین از نوع parosteal بودند^(۲۰). هیچ موردی از اینترمدولاری درجه پایین - نه در این مطالعه و نه در سایر مطالعات - گزارش نشد. به همین جهت بیمار معرفی شده در این گزارش اولین مورد گزارش شده می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در تشخیص افتراقی ادم اندام تحتانی فکرکردن به تومورهای لگن منجر به تشخیص زودهنگام تومور و در نتیجه پیش‌آگهی بهتر خواهد شد و از این رو در برخورد اولیه با ادم اندام تحتانی، علاوه بر گرفتن شرح حال و معاینه، انجام پرتونگاری لگن نیز ضروری می‌باشد.



شکل ۳. سی‌تی‌اسکن لگن (فلش ضایعه را نشان می‌دهد).

بیمار جهت شیمی‌درمانی به مرکز دیگری ارجاع شد. ام‌آر‌آی پس از شیمی‌درمانی نشان داد که به علت پایین بودن درجه تومور، پاسخ به شیمی‌درمانی مناسب نبوده و توده نسبت به قبل از شیمی‌درمانی مقداری بزرگتر شده بود. بعد از انجام سه دوره شیمی‌درمانی، بخش وسیعی از تومور به همراه قسمتی از ساکروم برداشته شد (شکل ۴). در حین عمل



شکل ۴. برداشتن بخش وسیعی از ایلیم و قسمتی از ساکروم

مشخص گردید که ورید ایلپاک دچار ترومبوفلیت و انسداد و منجر به ادم پای بیمار شده بود (با وجود آنکه دیواره ورید توسط تومور درگیر شده بود اما تومور به داخل لومن گسترش پیدا نکرده و گرفتاری ورید به صورت «داخل دیواره»^۱ بود). بیمار بعد از دو هفته مجدداً برای شیمی‌درمانی ارجاع شد.

2. Souhami
3. Cannon

1. Interamural

References

1. **Fahey M, Spanier SS, Vander Griend RA.** Osteosarcoma of the pelvis. A clinical and histopathological study of twenty-five patients. *J Bone Joint Surg Am.* 1992;74(3):321-30.
2. **Dahlin DC, Unni KK.** Bone tumors: general aspects and data on 8542 cases. 4th edition. Springfield, Illinois: Charles C Thomas; 1986. p 120.
3. **Carter SR, Eastwood DM, Grimer RJ, Sneath RS.** Hindquarter amputation for tumours of the musculoskeletal system. *J Bone Joint Surg Br.* 1990;72(3):490-3.
4. **Delloye C, Banse X, Brichard B, Docquier PL, Cornu O.** Pelvic reconstruction with a structural pelvic allograft after resection of a malignant bone tumor. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89(3):579-87.
5. **Abouafia AJ, Buch R, Mathews J, Li W, Malawer MM.** Reconstruction using the saddle prosthesis following excision of primary and metastatic periacetabular tumors. *Clin Orthop Relat Res.* 1995;(314): 203-13.
6. **Donati D, Giacomini S, Gozzi E, Ferrari S, Sangiorgi L, Tienghi A, DeGroot H, Bertoni F, Bacchini P, Bacci G, Mercuri M.** Osteosarcoma of the pelvis. *Eur J Surg Oncol.* 2004;30(3):332-40.
7. **O'Connor MI, Sim FH.** Salvage of the limb in the treatment of malignant pelvic tumors. *J Bone Joint Surg Am.* 1989;71(4):481-94.
8. **O'Connor MI.** Malignant pelvic tumors: limb-sparing resection and reconstruction. *Semin Surg Oncol.* 1997;13(1):49-54.
9. **Harrington KD.** The use of hemipelvic allografts or autoclaved grafts for reconstruction after wide resections of malignant tumors of the pelvis. *J Bone Joint Surg Am.* 1992;74(3):331-41.
10. **Weber KL.** What's new in musculoskeletal oncology. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87(6):1400-10.
11. **Cannon SR, Tillman RM, Grimer RJ, Carter SR, Sneath RS.** Treatment of primary bone tumours of the ilium by local resection and fibular strut graft (non-vascularised). In: Campanacci M, Capanna R, eds. Proc 8th international symposium on limb salvage. May 10-12, 1995, Florence, Italy.
12. **Steel HH.** Partial or complete resection of the hemipelvis. An alternative to hindquarter amputation for periacetabular chondrosarcoma of the pelvis. *J Bone Joint Surg Am.* 1978;60(6):719-30.
13. **Enneking WF.** A system of staging musculoskeletal neoplasms. *Clin Orthop Relat Res.* 1986;(204):9-24.
14. **Bramwell VH, Burgers M, Sneath R, Souhami R, van Oosterom AT, Voûte PA, Rouesse J, Spooner D, Craft AW, Somers R, et al.** A comparison of two short intensive adjuvant chemotherapy regimens in operable osteosarcoma of limbs in children and young adults: the first study of the European Osteosarcoma Intergroup. *J Clin Oncol.* 1992;10(10):1579-91.
15. **Souhami RL, Craft AW, Van der Eijken JW, Nooij M, Spooner D, Bramwell VH, Wierzbiicki R, Malcolm AJ, Kirkpatrick A, Uscinska BM, Van Glabbeke M, Machin D.** Randomised trial of two regimens of chemotherapy in operable osteosarcoma: a study of the European Osteosarcoma Intergroup. *Lancet.* 1997;350(9082):911-7.
16. **Enneking WF, Spanier SS, Goodman MA.** A system for the surgical staging of musculoskeletal sarcoma. *Clin Orthop Relat Res.* 1980;(153):106-20.
17. **Kaplan EL, Meier P.** Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc.* 1958;53: 457-81.
18. **Huvos AG.** Bone tumours: diagnosis, treatment and prognosis. 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1991.
19. **Schajowicz F.** Tumors and tumorlike lesions of bone: pathology, radiology and treatment. 2nd edition. Berlin: Springer-Verlag, 1995.
20. **Estrada-Aguilar J, Greenberg H, Walling A, Schroer K, Black T, Morse S, Hvizdala E.** Primary treatment of pelvic osteosarcoma. Report of five cases. *Cancer.* 1992;69(5):1137-45.