

برداشتن کامل تومور اسپوندیلکتومی در همانژیو آندوتلیوما اپیتلیوئید ستون فقرات قفسه سینه (گزارش مورد)

چکیده

مقدمه: همانژیو آندوتلیوما اپیتلیوئید اولیه، EHE (Epithelioid Hemangio-endothelioma) در ستون فقرات یک نئوپلاسم عروقی بدخیم بسیار نادر است که عواقب غیرقابل پیش‌بینی دارد. به عنوان یک تومور بدخیم، برداشتن کامل تومور بهترین روش برای بقای بیمار است، در حالی که جراحی در این مکان مشکلات فنی دشواری به همراه دارد.

مواد و روش‌ها: یک مرد ۳۸ ساله با تومور بزرگ مهره T10 مورد بررسی قرار گرفت. تشخیص EHE با بیوپسی تأیید شد و همزمان تحت عمل برداشتن و بازسازی قدامی و خلفی با پیوند قوس قدامی و هم‌جوشی توسط دستگاه خلفی قرار گرفت.

نتایج: بیمار یک دوره خوب بعد از عمل بدون آسیب عصبی و بدون بازگشت در دوره پی‌گیری یکساله را گذرانده است.

نتیجه‌گیری: EHE ستون فقرات در پشت قفسه سینه یکی از یافته‌های نادر است و برش جراحی کامل و برنامه‌ریزی شده می‌تواند نتیجه خوبی ادر پی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: همانژیو آندوتلیوما، مهره‌های سینه‌ای، نئوپلاسم‌های عروقی، ستون فقرات، فیوژن ستون فقرات.

دریافت مقاله: ۴ ماه قبل از چاپ؛ مراحل اصلاح و بازنگری: ۳ بار؛ پذیرش مقاله: ۲۰ روز قبل از چاپ

*دکتر هرمز نورایی، **دکتر مراد مطلبی

مقدمه

همانژیو آندوتلیوما اپیتلیوئید اولیه، EHE (Epithelioid Hemangio-endothelioma) در ستون فقرات یک تومور عروقی آنژیوسنتریک است که تنها ۱٪ از کل تومورهای بدخیم را شامل می‌شود. این تومورها می‌توانند بدون علامت باشند. درد موضعی شایع‌ترین علامت EHE نخاعی است. تصویربرداری PET/CT برای تشخیص و پی‌گیری تومور ضروری است. آنژیوسارکوم به عنوان یک تومور بدخیم درجه بالا تعریف می‌شود که شامل مرحله IIB، خارج از بخش بندی است. اصطلاح EHE، آنژیوسارکوم درجه پایین، به عنوان یک تومور خوش خیم تهاجمی خارج از بخش بندی Enneking مرحله III که دارای پتانسیل متاستاتیک است شناخته می‌شود. ما یک مورد EHE را در مورد مهره T10 گزارش می‌کنیم که اسپوندیلکتومی T10 برای آن انجام شد.

* استاد جراحی ارتوپدی، بخش ارتوپدی، مرکز تحقیقات ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

نویسنده مسئول:
دکتر هرمز نورایی

Email:
hnooraei@gmail.com

طبقه‌بندی مکان، WBB (Weinstein Boriani Biagini)، منطقه یک طرفه ۳-۷ قدامی/خلفی بود (شکل ۲).

ارائه مورد

یک مرد ۳۸ ساله، با سابقه ۴ ماهه درد کمر و دو طرف پا (مقیاس آنالوگ بصری ۶) به واحد ستون فقرات ما در دانشگاه شیراز (ایران)، مراجعه کرد. در این مدت، وی تحت درمان علامتی قرار گرفته بود. در معاینه فیزیکی، هیچ توده نخاعی یا تغییر پوستی در ناحیه قفسه‌سینه تشخیص داده نشد. بیمار بدون پشتیبان سرپا بود و حرکات ستون فقرات طبیعی بود. او از درد خفیف هنگام خم شدن به جلو شکایت می‌کرد. ارزیابی عصبی نشان دهنده قدرت کامل و آزمایشات حسی بود.

رادیوگرافی اشعه ایکس ستون فقرات، ارتفاع مهره‌ها و کیفیت قفسه سینه طبیعی و ضایعه لیتیک نامشخص را نشان داد. MRI ستون فقرات توده افزایش یافته‌ای را جایگزین اکثر مهره‌های T10 نشان داد (شکل ۱). بیمار تحت بیوپسی با هدایت سی‌تی قرار گرفت که کانال‌های عروقی معمولی با استرومای فیبری و سلول‌های اپیتلیوئید با سیتوپلاسم آنوزینوفیلیک را نشان داد. محل تومور، مطابق با

تکنیک عملیاتی

بر اساس تشخیص EHE و با توجه به طبقه‌بندی WBB، مداخله جراحی برنامه‌ریزی شد. اسپوندیلکتومی T10 از طریق روش خلفی در موقعیت مستعد تکمیل شد. مهره‌های T7 تا L1 به صورت خلفی نمایان شدند. تثبیت پیچ پدیکال از T7 به L1 انجام شد. در سطح پاتولوژیک، برش با قرار دادن دو طرفه لایه، مفاصل و دنده‌ها به پایان رسید. لامینکتومی و فاستکتومی T10 تکمیل شد. در سطح T10، دورای نخاع آزاد شد و ریشه‌های عصبی به صورت دوطرفه بست شدند. پس از برداشتن دنده به میزان ۴ سانتی‌متر در هر طرف، دیواره قفسه‌سینه باز شد. دیسک‌های T9-T10 و T10-T11 به صورت جلویی پس از آزادسازی بافت عروقی (آئورت و ورید اجوف) تعریف شدند.



دوطرفه به صورت خلفی وارد شدند. تخمین از دست دادن خون شامل ۲۵۰۰ میلی‌لیتر در ۴ ساعت مدت زمان عمل بود. بیمار پس از ۴۸ ساعت با فیزیوتراپ شروع به حرکت کرد. هیچ نقص عصبی وجود نداشت و لوله‌های قفسه‌سینه ۷۲ ساعت بعد از عمل بدون هیچ عارضه‌ی ریوی برداشته شدند. دوره‌ی بیمارستان بدون عارضه بود و بیمار ۷ روز پس از عمل مرخص شد. در پی‌گیری یکساله، بیمار از نظر بالینی و رادیوگرافی بدون علامت بوده است.

پس از قرار دادن یک میله موقت از T9 تا T11، مهره T10 با استفاده از اژده‌ی Gigli از طریق فضای دیسک به صورت قدامی برداشت شد. در مرحله بعد، مهره پاتولوژیک متحرک شد و در عقب برداشته شد. بازسازی قدامی با قفس و پیوند فیولار دو طرفه انجام شد. سپس، میله موقت برداشته شد و میله‌های دائمی جایگزین آن شدند. پس از اتمام بازسازی قدامی و خلفی، آزمایش بیداری حین عمل با موفقیت انجام شد و عملکرد عصبی سالم نیز تأیید شد. لوله‌های قفسه‌سینه



محدوده بین همانژیوم و سارکوم درجه بالا است. از نظر میکروسکوپی، تومور از بندهای آناستوموز، لانه‌های جامد و سلول‌های اپیتلیال ائوزینوفیلی گرد تشکیل شده است. این ضایعه ساختارهای عروقی شکل گرفته مانند همانژیوم را نشان نمی‌دهد. همچنین فاقد آتیپی سیتولوژیک است که در آنژیوسارکوم مشاهده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

EHE یک تومور عروقی خوش‌خیم تهاجمی نادر است که در آن کم‌درد به عنوان اصلی‌ترین علامت ظاهر می‌شود. وجود هرگونه علائم عصبی به محل تومور بستگی دارد. ویژگی‌های بافت‌شناسی EHE در

طبیعی غیرقابل پیش‌بینی آن، هیچ دست‌ورعمل درمانی استاندارد و وجود ندارد.

روش‌های درمانی EHE ستون فقرات شامل درمان جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی است. بیمار با برداشتن وسیع یا حاشیه‌ای شرایط بهتری دارد. کورپکتومی جزئی و بازسازی مهره‌ها با پیوند استخوان به عنوان یک روش جایگزین پیشنهاد شده است. پرتودرمانی برای کاهش خطر عود موضعی پس از جراحی توصیه می‌شود. بیمار ما پس از پی‌گیری یک ساله، در وضعیت پایدار بود و بدون علامت بازگشت در سی‌تی‌اسکن بازسازی شده بدون درد است.

یافته‌های اشعه ایکس EHE مشخص نیست و می‌تواند به عنوان یک ضایعه استئولیتیک ظاهر شود. ظاهر آن به شکل «حباب صابون» با انبساط استخوان در برخی موارد توصیف شده است. از سی‌تی‌تصویربرداری می‌توان برای ارزیابی میزان تخریب استخوان استفاده کرد. یافته‌های ام‌آر‌آی نیز با کاهش شدت سیگنال در T1 و افزایش اندک شدت سیگنال در تصاویر با وزن T2 غیرمشخص است. EHE ممکن است در هر سنی با گرایش بین ۲۰ تا ۳۰ سال و نسبت ۲ بر ۱ مرد به زن رخ دهد. شانس زنده ماندن بیمار مبتلا به تومور تک‌محوری ۸۹٪ در مقایسه با ۵۰٪ در بیماران مبتلا به بیماری چندکانونی گزارش شده است. به دلیل نادر بودن EHE نخاعی و سیر

منابع

1. Kerry G, Marx O, Kraus D, et al. Multifocal Epithelioid Hemangioendothelioma Derived from the Spine Region: Case Report and Literature Review. *Case Rep Oncol.* 2012;5(1):91-98. doi:10.1159/000336947.
2. Zeng Y, Leng X, Chen P, Luo J, Zhou Z. Imaging Diagnosis of Epithelioid Hemangioendothelioma in Thoracic Vertebrae and Liver. *Ann Thorac Surg.* 2020;109(6):e407-e410. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.10.034.
3. Gómez-Arellano LI, Ferrari-Carballo T, Domínguez-Malagón HR. Multicentric epithelioid hemangioendothelioma of bone. Report of a case with radiologic-pathologic correlation. *Ann Diagn Pathol.* 2012;16(1):43-47. doi:10.1016/j.anndiagpath.2011.08.001.
4. Luzzati A, Gagliano F, Perrucchini G, Scotto G, Zoccali C. Epithelioid hemangioendothelioma of the spine: results at seven years of average follow-up in a series of 10 cases surgically treated and a review of literature. *Eur Spine J.* 2015;24(10):2156-2164. doi:10.1007/s00586-014-3510-9.
5. Albakr A, Schell M, Drew B, Cenic A. Epithelioid hemangioendothelioma of the spine: case report and review of the literature. *J Spine Surg.* 2017;3(2):250-259. doi:10.21037/jss.2017.05.05.
6. Wenger DE, Wold LE. Benign vascular lesions of bone: radiologic and pathologic features. *Skeletal Radiol.* 2000;29(2):63-74. doi:10.1007/s002560050012.
7. Christodoulou A, Symeonidis PD, Kapoutsis D, Iordanidis F. Primary epithelioid hemangioendothelioma of the lumbar spine. *Spine J.* 2008;8(2):385-390. doi:10.1016/j.spinee.2006.10.016.
8. Chen P-K, Lin Q-T, Feng Y-Z, Weng Z-P, Cai X-R. Epithelioid hemangioendothelioma of spine: A case report with review of literatures. *Radiol Case Reports.* 2020;15(12):2687-2692. doi:10.1016/j.radcr.2020.10.024.
9. Sebastian AS, Adair MJ, Morris JM, Khan MH, Arndt CAS, Nassr A. Minimally Invasive Treatment of a Painful Osteolytic Lumbar Lesion Secondary to Epithelioid Hemangioendothelioma. *Glob Spine J.* 2015;5(2):135-139. doi:10.1055/s-0034-1387198.
10. Chan P, Boriani S, Fourny DR, et al. An Assessment of the Reliability of the Enneking and Weinstein-Boriani-Biagini Classifications for Staging of Primary Spinal Tumors by the Spine Oncology Study Group. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009;34(4):384-391. doi:10.1097/BRS.0b013e3181971283.