

گزارش یک مورد گرانولوم ترمیمی سلول ژانت در حفره بینی

چکیده

مقدمه: giant cell reparative granuloma (GCRG)، یک ضایعه فیبرواسئوس خوش خیم ناشایع است که اغلب، استخوان‌های مندیبل و ماگزیلا را درگیر می‌کند. گزارش درگیری حفره بینی با این بیماری بسیار نادر است. **معرفی بیمار:** بیمار آقای ۳۷ ساله که با گرفتگی و ترشح خونابه‌ای سمت چپ بینی از ۳ سال قبل و پروپتوزاز ۳ ماه قبل، مراجعه کرد. در CT اسکن و MRI، توده هتروژن با سطح مایع-مایع که سبب خوردگی وسیع استخوانی شده بود، مشاهده شد. بیوپسی، تشخیص GCRG را مطرح کرد. **نتیجه‌گیری:** اگرچه GCRG نادر است، مشخصات بالینی و رادیولوژیک آن باید شناخته شود و هنگامی که یافته‌های بالینی، CT اسکن و MRI، یک ضایعه فیبرواسئوس را در حفره بینی مطرح می‌کنند، این بیماری باید در تشخیص افتراقی مطرح شود.

*دکتر شهابنگ محمدی I

دکتر مریم کدیور II

دکتر فاطمه حسن‌نیا III

کلیدواژه‌ها: ۱- گرانولوم ۲- سلول ژانت ۳- نئوپلاسم ۴- اکسیزیون

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۸، تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۲۵

مقدمه

در سال ۱۹۵۳، Jaffe برای اولین بار GCRG را به‌عنوان تومور خوش‌خیمی که پاسخ واکنشی به خونریزی داخل استخوانی است و در اکثر موارد استخوان‌های مندیبل و ماگزیلا را درگیر می‌کند، مطرح کرد.^(۱-۳) به دلیل عدم وجود همیشگی سابقه تروما یا بافت‌های ترمیمی (reparative)، واژه giant cell granuloma نیز بکار می‌رود.^(۲) اگرچه این ضایعه بیشتر در مندیبل و ماگزیلا شایع است، درگیری سایر استخوان‌ها مانند استخوان‌های کوچک دست و پا، استخوان‌های دراز،^(۴) سینوس‌های اطراف بینی و اربیت^(۵) و کرانیوم^(۱) نیز گزارش شده است. تا کنون تنها ۲ مورد گزارش از درگیری حفره بینی مطرح شده است.^(۶،۲) یافته‌های رادیولوژیک این ضایعه، اختصاصی نیست. درمان انتخابی این بیماری،

اکسیزیون جراحی است.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۳۷ ساله‌ای است که با شکایت گرفتگی سمت چپ بینی و ترشح خونابه‌ای و اشک‌ریزش چپ از ۳ سال قبل مراجعه کرده بود. از ۳ ماه قبل دچار بیرون‌زدگی (proptosis) چشم چپ شده بود اما شکایتی از دوبینی نداشت. در معاینه فیزیکی و رینوسکوبی قدامی، توده‌ای قرمز رنگ که کل حفره چپ بینی را پر کرده بود به همراه ترشح فراوان آبکی دیده می‌شد. توده باعث تغییر شکل ظاهری بینی و افزایش وسعت ضایعه و درگیری ساختمان‌های اطراف و از جمله درگیری اینترا کرانیال، سی‌تی‌اسکن و MRI از فاصله چشم‌ها (telecantous) شده بود. جهت بررسی

(I) استادیار و متخصص گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (* مؤلف مسؤول).

(II) دانشیار و متخصص پاتولوژی، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

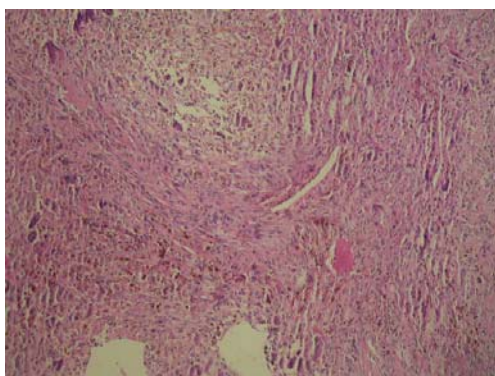
(III) دستیار گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.



شکل شماره ۲- نمای حین عمل از توده

توده‌ای که باعث انحراف شدید تیغه بینی به سمت مقابل شده بود، بصورت کامل از حفره بینی و نازو فارنکس و سینوس اتموئید خارج شد. سینوس اسفنوئید و ماگزیلای چپ حاوی ترشحات غلیظ بود. با اینکه سقف اتموئید کاملاً خوردگی داشت، دورا سالم بود و حین عمل نشت مایع مغزی نخاعی وجود نداشت.

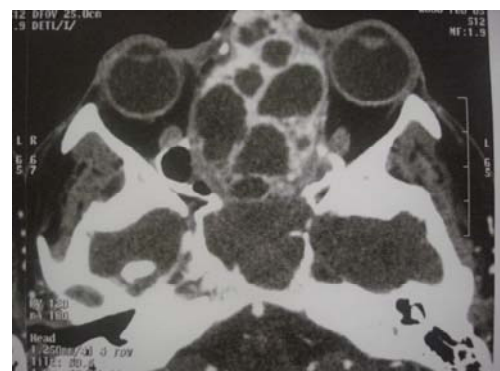
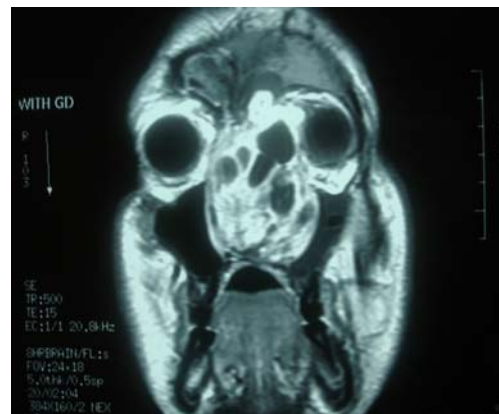
پاتولوژی ضایعه، نشانگر پرولیفراسیون فیبروبلاستی با سلول‌های ژانت پلی نوکلئر، تراکول‌های استئوئیدی تازه تشکیل شده و انفیلتراسیون لنفوسیتی، ماکروفاژ و رسوبات هموسیدرین بود. (شکل شماره ۳ و ۴)



شکل شماره ۳- نمای پاتولوژیک توده با سلول‌های ژانت در استرومای فیبروواسکولار

هم اکنون پس از گذشت یک سال از جراحی، بیمار هیچگونه علامتی از عود نشان نداده است.

سینوس‌ها و مغز به عمل آمد. در CT اسکن، یک توده expansive هتروژن با سطح مایع-مایع دیده شد که کل حفره بینی و قسمت اعظم نازوفارنکس و سینوس‌های اتموئید و سینوس اسفنوئید و ماگزیلای چپ را درگیر کرده و سبب تهاجم استخوانی شده بود. در MRI، مشاهده شد که سینوس اسفنوئید و ماگزیلای چپ حاوی ترشح است (نه توده) و درگیری اینتراکرانیاال به صورت اکسترا‌دورال است. (شکل شماره ۱)



شکل شماره ۱- اسکن سینوس‌های اطراف بینی CT و MRI

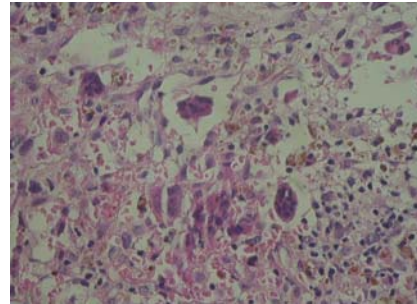
سطح سرمی کلسیم، فسفر، آکالین فسفاتاز و هورمون پاراتورمون نرمال بود. بیوپسی از ضایعه، سلول‌های ژانت استئوکلاستیک را در یک استرومای فیبروبلاستیک پرعروق نشان داد که در حضور پاراتورمون نرمال، مطابق تشخیص giant cell reparative granuloma است.

بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون کامل توده با اپروچ lateral rhinotomy & open sky قرار گرفت. (شکل شماره ۲)

است؛ در حالی که GCRG، سیر خوش‌خیم دارد اگر چه به صورت لوکال می‌تواند اگرسینو باشد.^(۴)

علائم رادیولوژیک GCRG غیر اختصاصی است. در CT اسکن T expansion استخوانی و نازک شدگی کورتکس دیده می‌شود که نشانگر طولانی بودن روند بیماری است. ضایعه به صورت هتروژن و با مناطق همورازی یا کیستیک دیده می‌شود. در MRI، ضایعات هتروژن کیستیک با خونریزی داخلی و سطح مایع-مایع دیده می‌شوند که در T1 هیپو اینتنس و در T2 بسته به میزان هموسیدرین هیپو تا هیپر اینتنس هستند و با تزریق کنتراست، enhancement پیدا می‌کنند.^(۷)

از نظر پاتولوژی تشخیص افتراقی آن شامل GCT، ABC (Aneurysmal bone cyst) و brown tumor (هیپر پاراتیروئیدی) است. Brown tumor و GCRG از لحاظ هیستولوژیک مشابهند و یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی (سطح سرمی کلسیم و فسفر و هورمون پاراتورمون) برای تشخیص کمک‌کننده هستند.^(۸) اکسیزیون جراحی درمان استاندارد GCRG می‌باشد. در ضایعات بزرگ، آمبولیزاسیون قبل از عمل جراحی توصیه می‌شود.^(۲) برای موارد غیر قابل جراحی (inoperable) و عودکننده (recurrent)، رادیوتراپی توصیه می‌شود. اکسیزیون جراحی نسبت به کورتاژ تنها، ارجح است چون کورتاژ با عود بالا همراه است.^(۷)



شکل شماره ۴- پاتولوژی توده با بزرگ‌نمایی بیشتر

بحث

Giant cell reparative granuloma (GCRG)، یک ضایعه خوش‌خیم است که دو نوع سنترال (با منشأ استخوان) و پریفرال (با منشأ بافت نرم) دارد. در مورد پاتوژنز این ضایعه خوش‌خیم، کنتراورسی وجود دارد اما تئوری غالب، پاسخ واکنشی به خونریزی داخل استخوانی ثانویه به تروما یا التهاب مزمن می‌باشد.^(۷،۸) این ضایعه بیشتر یک روند واکنشی است تا نئوپلاسم واقعی. GCRG اغلب در قبل از سن ۳۰ سالگی دیده می‌شود و تشخیص افتراقی مهم آن giant cell tumor (GCT) می‌باشد. در GCT، سلول‌های ژانت، درشت و گرد هستند و به صورت یکنواخت پخش شده‌اند اما در GCRG، سلول‌های ژانت کوچک هستند و به صورت نامنظم در اطراف کانون‌های همورازیک پراکنده هستند. شواهد خونریزی قبلی در GCT بر خلاف GCRG نادر است. سیر بالینی GCT بدخیم است و عود لوکال و در مواردی متاستاز دوردست مشاهده شده

فهرست منابع

- 1- Carsten Christof Boedeker, Gian kayser, Gerd Jurgen Ridder, Wolfgang Maier, Jorg Schipper. Giant cell reparative granuloma of temporal bone: a case report. Ear, Nose & Throat journal 2003 Dec; 82(12): 926-9, 933-4, 936-7.
- 2- Jonathan M. Horris, John I. Lane, Robert J. Witte, Dana M. Thompson. Giant cell reparative granuloma of nasal cavity. American journal of neuroradiology 2004 august; 25: 1263-65.
- 3- Som PM, Lawson W, Choen BA. Giant cell lesions of the facial bones. Radiology 1992;147:122-34.
- 4- Oda Y, Tsuneyoshi M, Shinohara N. "solid" variant of aneurysmal bone cyst (extragnathic giant cell reparative granuloma) in the axial skeleton and long bones of its morphologic spectrum and distinction from

giant cell lesions. Cancer 1992; 70:2642-9.

5- GJ Felsberg, RD Tien, R E McLendon. Frontoethmoid giant cell reparative granuloma. American journal of neuroradiology 1995; 16: 1551-54.

6- N. H. Bhalodiya, N. Singh. Giant cell reparative granuloma of posterior ethmoid: A case report. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery October 2005; 57: 325-27.

7- Mark D. Murphy MD, George C. Nomikos MD, Donald J. Flemming CDR, USN, MC, Francis H. Imaging of Giant cell tumor an Giant Cell Reparative Granuloma of bone: Radiographics, 2001; 21: 1283-309

A Case Report of Giant Cell Reparative Granuloma in the Nasal Cavity

*Sh. Mohammadi, MD^I

M. Kadivar, MD^{II}

F. Hassannia, MD^{III}

Abstract

Introduction: Giant cell reparative granuloma (GCRG) is a rare benign fibrous-osseous neoplasm that mostly involves maxilla and mandible. Only a few cases of GCRG in the nasal cavity have been reported so far.

Case Report: A 37-year-old man was referred to the otolaryngology clinic with the symptoms of left-sided nasal obstruction and bloody discharge since 3 years ago and proptosis since 3 months ago. CT-scan and MRI showed a heterogeneous mass with fluid-fluid level that had caused severe bony destruction. Biopsy confirmed the diagnosis of GCRG.

Conclusion: Although GCRG is rare, its clinical and radiologic characteristics should be studied. This lesion should be considered in differential diagnosis when clinical data, CT-scan and MRI findings show a fibrous-osseous lesion in the nasal cavity.

Key Words: 1) Granuloma 2) Giant Cell 3) Neoplasm 4) Surgical Excision

I) Assistant Professor of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. Rasool-e-Akram Hospital. Niayesh St., Sattarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Associate Professor of Pathology. Rasool-e-Akram Hospital. Niayesh St., Sattarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Resident of ENT. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.