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).

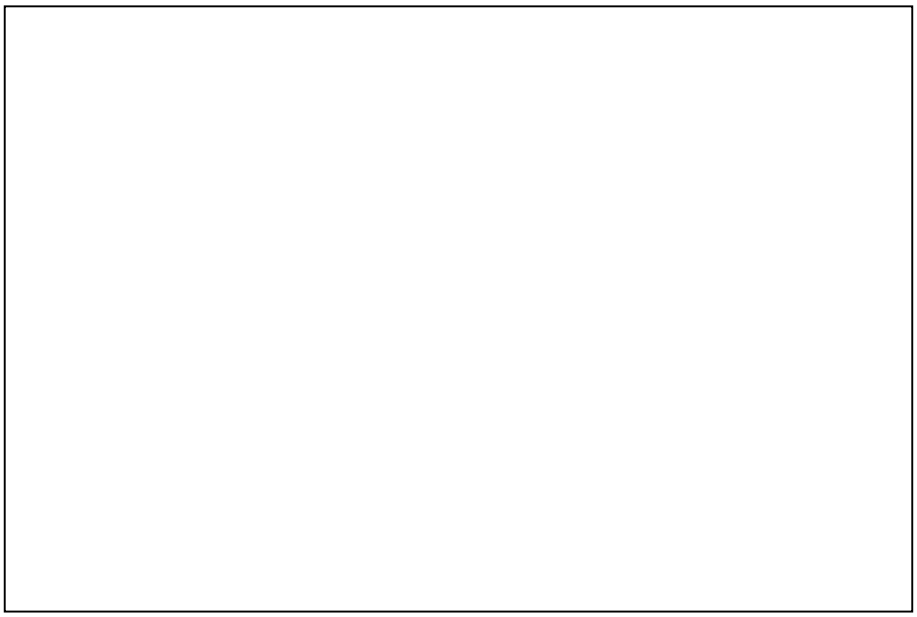
بطور کلی می‌توان گفت MRI همراه با CTاسکن برای تشخیص نهایی این بیماری ضروری است(٦) و درمان انتخابی این بیماری رزکسیون کامل تومور می‌باشد(٤) در صورت رزکسیون ناکامل عود، قطعی خواهد بود از نظر تکنیکهای جراحی بهترین آنها تکنیک کرانیوفاسیال می‌باشد اما در بعضی از مقالات رینوتومی لاترال نیز توصیه شده است(۳و 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.

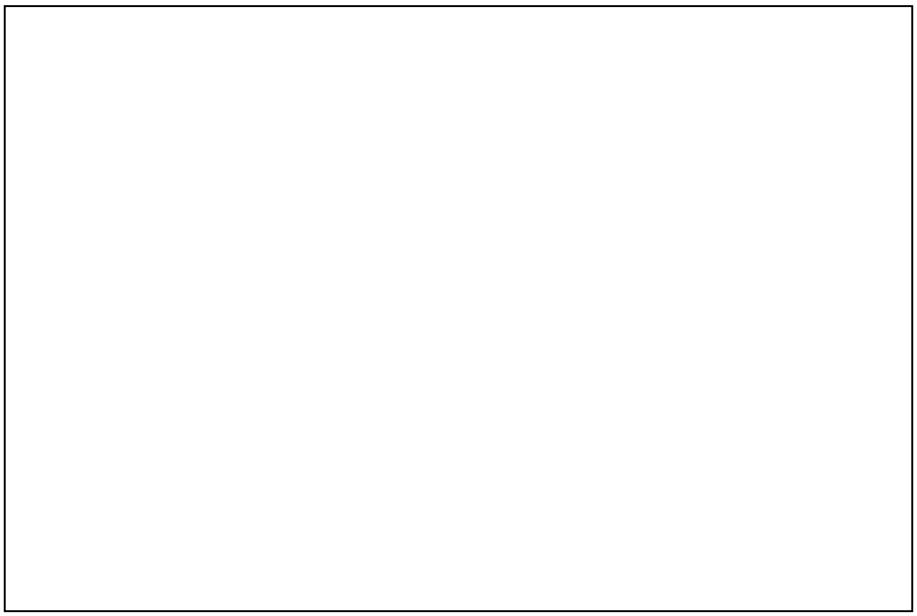
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

معرفی بیماران

بیمار اول خانم ج ـ ز خانمی ٤٨ ساله و اهل آمل بود که گرفتگی پیشرونده بینی و چندین بار خونریزی خفیف را از ٢ سال قبل ذکر می‌کرد. همچنین بیمار از ترشح شدید چرکی، خرخر شبانه، گرفتگی گوش و کاهش بویایی شکایت داشت. بیمار با تشخیص سینوزیت چند دوره تحت درمان آنتی‌بیوتیکی مختلف قرار گرفته بود اما بهبودی واضحی نداشت. در نهایت با تشخیص توده بینی ٢ ماه قبل تحت بیوپسی قرار گرفت و با تشخیص کندروسارکوم به این مرکز معرفی شد. در معاینه توده‌ای براق با سطح صاف در قسمت خلفی سپتوم مشاهده گردید. در CT اسکن (تصویرهای شماره ١و ٢) توده‌ای غیر هموژن با کلسیفیکاسیون نقطه‌ای درون آن دیده شد که به درون سینوس اسفنوئید و با تخریب سقف آن به درون کرانیوم گسترش یافته بود. در بررسی توسط MRI توده اکسترادورال(تصویرهای شماره ٣و ٤) بدون گسترش به اربیت دیده شد.



تصویر شماره ١- Axial CT Scan بینی

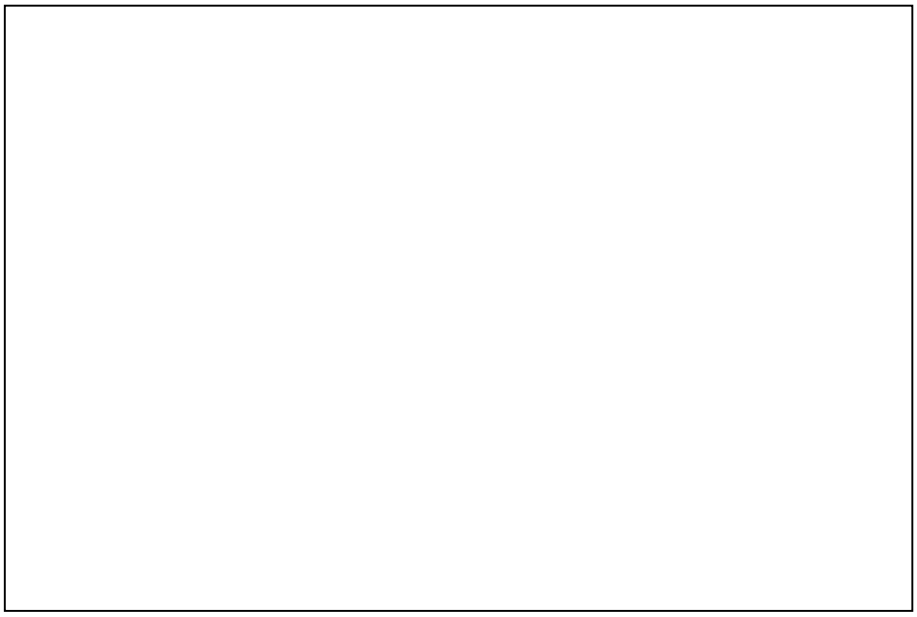


تصویر شماره ٢- Cronal CT Scan از قسمت خلفی بینی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]



تصویر شماره ۳– T1-weighted MRI در مقطع axial



تصویر شماره ۴– T2-weighted در مقطع Axial

سایر آزمایشهای بیمار مانند CXR و تستهای کبدی طبیعی بودند. بیمار تحت عمل رینوتومی، مدیال ماگزیلکتومی و اسفنوئید وتومی با رزکسیون کامل توده از داخل قاعده جمجمه قرار گرفت و ارتباط جمجمه با سینوس بسته شد. در پیگیری انجام شده CSF Leakage وجود نداشت و در حال حاضر نیز بیمار مشکل خاصی نداشته و علائم عود تومور وجود ندارد.

با توجه به اینتراکرانیال بودن تومور و احتمال مشکوک بودن مارژین آن بخصوص سربرال، بیمار جهت رادیوتراپی معرفی شد. نتیجه پاتولوژی توده نیز کندروسارکوم گزارش گردید.

بیمار دوم خانم ف ـ ح خانمی ۲۸ ساله اهل تبریز بود که با مشکل گرفتگی بینی از حدود ۱/۵ سال قبل مراجعه کرده بود.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

گرفتگی بینی بتدریج افزایش یافته و خونریزی و ترشح و هیپوسمی و خرخر نیز به آن اضافه شده بود.

بیمار با تشخیص انحراف تیغه بینی ۷ ماه قبل تحت عمل جراحی سپتوپلاستی و رینوپلاستی قرار گرفته بود اما نه تنها مشکل گرفتگی برطرف نشد بلکه سردرد هم به مشکلات او اضافه شده بود. این بار بیمار تحت عمل جراحی سینوس قرار گرفت که جراح به علت مشاهده توده داخل بینی از آن نمونه‌برداری کرد و جواب پاتولوژی enchondroma گزارش شد اما اقدام خاصی برای وی صورت نگرفت. حدود ۲ ماه قبل بیمار بطور ناگهانی دچار سر درد شدید همراه با تب و لرز شد و به کما رفت که با تشخیص مننژیت بستری و تحت درمان قرار گرفت و پس از بهبود مننژیت به این مرکز معرفی گردید. در معاینه توده‌ای صاف در قسمت خلفی بینی دیده شد که خونریزی دهنده نبوده و قوام سفتی داشت. از نظر ظاهر بیمار پروپتوز داشت اما در مشاوره بینایی حدت و میدان بینایی طبیعی بوده و پروپتوز رد شد.

در CTاسکن(تصویر شماره ۵) توده غیر هموژن با کلسیفیکاسیون در خلف سپتوم با گسترش به درون سینوس اسفنوئید و تخریب لامینا پاپیروسه و سقف اسفنوئید و گسترش به درون کرانیوم دیده شد.

در MRI توده با enhancement خفیف با گسترش اینتراکرانیال و در ظاهر اینترادورال مشاهده شد. سایر آزمایشها مانند CXR و تستهای کبدی طبیعی بودند.

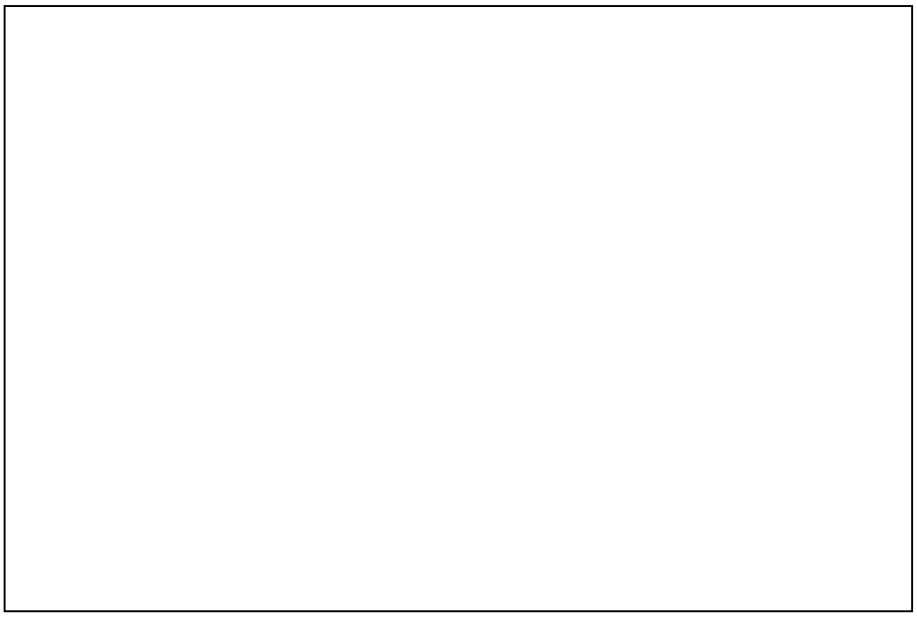
بیمار تحت عمل جراحی رینوتومی، مدیال ماگزیلکتومی و اسفنوئیدکتومی و رزکسیون تومور اینتراکرانیال قرار گرفت سپس محل ارتباط جمجمه با بینی و سینوسها بسته شد. گزارش پاتولوژی کندروسارکوم بود که بیمار جهت رادیوتراپی معرفی گردید.

بحث

کندروسارکوم توموری است که رشد بسیار آهسته داشته و به همین دلیل علائم واضح کلینیکی ایجاد نمی‌کند مگر اینکه فضایی را اشغال کرده یا عوارضی را ایجاد نماید. همچنین توموری است که بندرت متاستاز می‌دهد.

به علت رشد آهسته و عدم وجود عوارض و علائم، بیمار دیر مراجعه می‌کند در نتیجه در زمان مراجعه اندازه تومور بزرگ است. رادیوتراپی در این بیماران مؤثر نیست اما با تکنیکهای جدید، در مواردی که مارژین مشکوک داشته باشد باید رادیوتراپی انجام شود.

در هر دو مورد بیماران با مرحله پیشرفته بیماری همراه با گسترش اینتراکرانیال تومور مراجعه کرده بودند.



تصویر شماره ۵- Cronal CT Scan بینی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

در این موارد معمولاً امکان برداشتن کامل ضایعه وجود ندارد یا بسیار مشکل است. در این موارد در صورت گسترش وسیع ضایعه می‌توان از تکنیک کرانیوفاسیال استفاده کرد(۱۰).

ما با استفاده از عمل رینوتومی وسیع توانستیم در هر دو بیمار تقریباً بطور کامل تومور را خارج کنیم(۱۱). با توجه به مشکوک بودن مارژین تومور بیماران جهت رادیوتراپی معرفی گردیدند(۱۱).

در هر بیمار با علائم انسداد، خونریزی و ترشح بینی باید تومورهای بدخیم را رد کرد زیرا تشخیص دیررس این تومورها، با توجه به نزدیکی بینی به اوربیت و مغز می‌تواند منجر به عوارض جدی برای بیمار و عدم امکان برداشت کامل تومور شود.

از جمله این تومورها کندروسارکوم است که در صورت تشخیص سریع و برداشت کامل آن پیش‌آگهی بسیار عالی می‌باشد.

منابع

1- Avalos E., Martin A., Romero L., Garcia D., Martinez E., and Araujoj ., Paranasal sinus chondrosarcoma. A case report, Actaotorrhinolaryngol ESP., 1998 Apr, 49(3): 245-6.

2- Rassekh CH Pearson BW., Devinck D., Unnikk: Chondrosarcoma of the nasal septom: Skull base imaging and chinicopathologic correlation, otolaryngology Head & Neck surgery, 1996 Jul, 115, 29-37.

3- Coates HL., Pearson BW., Devine KD., Unnikk: Chondrosarcoma of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx, trans Am and opthalmal otolaryngol, 1977, Sep-Oct, 84(5): ORL 919-26.

4- Charles W., Cummings Jihn M, Fredrickson Lee A., Harker Charles J., Krause Mark A., Richardson David E., Schuller., Otolaryngology head and neck surgery, Mosby baltimore maryland, 4 ed., vol 2, PP: 895, 1998.

5- Ertefai P., Moghimi M., Chondrosarcoma at the nasal septum, Eur Arch otorhinolaryngol, 1997, 254(5): 259-260.

6- Lioyd GA., Phelps PD., Michaelsl: The imaging characteristic of nasal-sinus chondrosarcome, clinc Radiol, 1992 Sep, 46(3): 189-92.

7- Kaulman JK., Craniofacial resection of nasoseptal chnodrosarcoma: case report and review of literature, Surg Neural 1999, Sep, 52(3): 285-8.

8- Mattews Bwhang C., Smiths. Endoscopic resection of nasal sarcoma first of a case Ear. No Throat, 2002, may 81(5): 327-9.

9- Bates GJ., Herdman RC., Chondrosarcoma of the sphenoid: a case report, J laryngol Otol, 1988, Aug, 102(8): 727-9.

10- Tachibana E., Saitok, Takahashim, Fukutak, Yoshida., Surgical treatment of a massive chondrosarcoma in the skull base associated with maflucci's syndrome (a case report) surg-Neurol, 2000, Aug 54(2): 165-9.

11- E/Ghazali AM., chondrosarcoma of the paranasal sinuses and nasal septum, J laryngol Otol, 1983 Jun, 97(6): 543-7.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

CHONDROSARCOMA OF THE NASAL SEPTUM: 2 CASE REPORTS AND REVIEW OF THE LITERATURE

A. Daneshi, MD [I] **M. Javadi, MD* [II] *M. Mohseni, MD* [III]

ABSTRACT

Chondrrosarcoma of nasal septum is a rare tumor that referd to ENT department of Hazrat Rasool Hospital. We report two cases of chondrosarcoma nasal septum that extensive to ethmoid, Sphenoid sinuses and intracranial cavity. The main symptoms is obstraction of nasal and epistasis. The choice treatment is surgery and total resection of tumors.

Key Words: 1) Chondrosarcoma 2) Intracranial cavity 3) Maxillo facial

I) *Associate professor of ENT, Rasool Akram hospital, Niayesh st., Satarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

II) *Assistant professor of ENT, Rasool Akram hospital, Niayesh st., Satarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran(*Corresponding author).*

III) *Otolaryngologist*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]