

الورم الليفي مكون للنسيج الليفي

في الظنبوب القاصي

Desmoplastic Fibroma in the Distal Tibia

Ernest U. Conrad III

تقديم التاريخ المرضى والأشعة السينية

حضرت سيدة إلى العيادة تبلغ من العمر سبعة وثلاثين عاما، تعاني من ألم في كاحلها الأيسر، وهي إنسانة نشيطة، تربي وتركب الخيول، ولها تاريخ مرضي مدته عام واحد. ومنذ شهر مضى تقريبا، قللت المريضة من نشاطها البدني. ومنذ ما يقرب من أسبوع مضى، كان الألم في كاحلها لا يحتمل، وكانت غير قادرة على تحمل أي وزن عليه على الإطلاق. وفي هذا الوقت، قررت أن تخضع لتقييم لحالتها. ولقد أظهرت الأشعة السينية (انظر الشكل رقم ٢٧-١)، والتصوير المقطعي بالحاسب (انظر الشكل رقم ٢٧-٢)، والتصوير المقطعي على العظم (انظر الشكل رقم ٢٧-٣) وجود إصابة تآكلية ممتدة في الظنبوب القاصي الأيسر لديها. وتنفي المريضة وجود أي حمى، أو حمى مرافقة بانتفاض، أو تعرق ليلي أو ألم ليلي أو أي من الأعراض الأخرى. ولقد توفي والدها بسبب سرطان الرئة في سن مبكرة. وتدخل المريضة حوالي علبة واحدة من

السجائر في اليوم منذ حوالي خمسة عشر عاما تقريبا. وخلاف ذلك ، فهي بصحة جيدة ولا تعاني من أي مشاكل طبية أخرى.



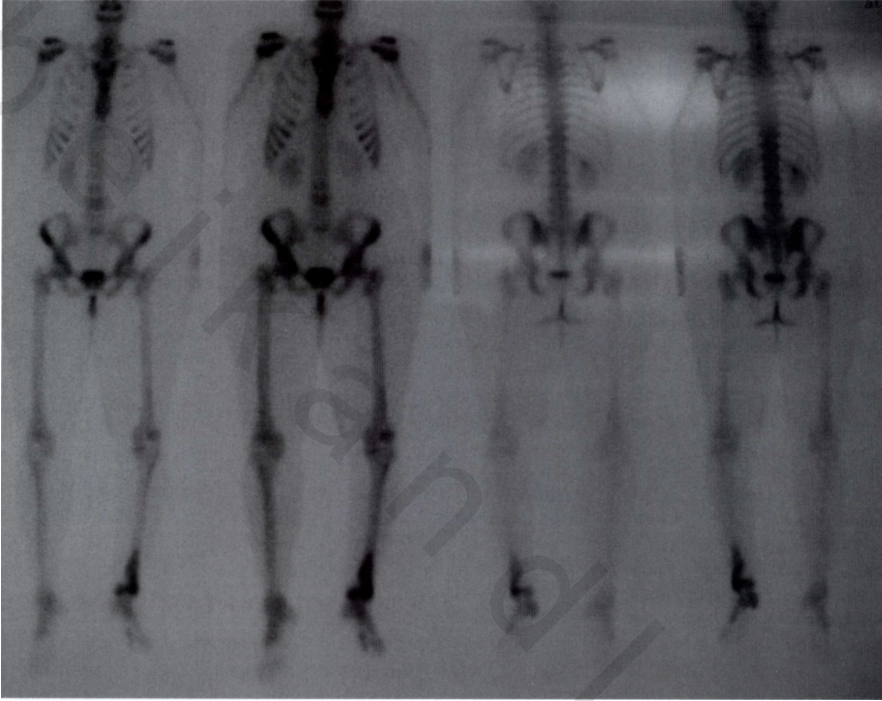
الشكل رقم (٢٧-١). إصابة الطنبوب الشكل رقم (٢٧-٢). تصوير مقطعي بالحاسب على القاصي في مريض يبلغ عمره سبعة الطنبوب القاصي لدى مريض يبلغ عمرة سبعة وثلاثين عاما. وثلاثين عاما تظهر على الأشعة السينية.

التشخيص التفصيلي

- ١- خلل التنسج الليفي.
- ٢- ورم ليفي غير عظمي.
- ٣- ورم غضروفي باطن.

٤- ساركومة عظمية أرومية ليفية.

٥- ورم ليفي رباطي.



الشكل رقم (٢٧-٣). الامتصاص الزائد في الظنبوب القاصي الأيسر موضحة على التصوير تفريس العظم.

المسائل المتعلقة بالتصوير والتشريح

أظهرت الأشعة السينية العادية وجود إصابة تآكلية في الجزء القاصي من الظنبوب الأيسر. وتظهر أورام ليفية رباطية أكثر من النصف في الظنبوب، وعادة ما تكون الظنبوب الداني. ومن فحص صور الأشعة اتضح أن الكتلة داخل العظمة، مع هامش محدد بوضوح وتربق داخله. وتمتد العظمة على اتساع ٢٠ سم، وبها كسر مرضي يمر من خلال الجزء الأوسط. وتوضح الأشعة السينية العادية وجود هامش محدد

جيدا ، وهو ما يقترح وجود ورم ينمو ببطء. ويشير تعقيد نمط تدمير العظمة النخاعية إلى وجود ورم ليفي في العظمة. وتوضح أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة في العظم بها كثافة ليفية ذات سائل بسيط. وتوفر أشعة التصوير المقطعي بالحاسب تعريفا أفضل لنمط التربق العظمي للورم. وهذه التريقات والنمط غير المنتظم يتماشيان مع الأورام الليفية الرباطية. ويعتبر التصوير المقطعي للعظم باستخدام التكنيشيوم من دراسات التصوير المهمة لتأكيد الطبيعة ذات المرحلة المنخفضة لهذه الإصابة. وقد تظهر الأورام العظمية ذات الدرجة الأعلى على التصوير المقطعي للعظم ورما أكبر وأكثر نشاطا.

التقنية المتبعة في الخزعة

يجب القيام بالخزعة إذا أظهر التصوير المقطعي على العظم نشاطا ملحوظا. ولا يجب متابعة العلاج الجراحي القاطع (على سبيل المثال ، الاستئصال) حتى تعود نتائج الخزعة النهائية وتتماشى مع التشخيص المؤكد.

الوصف المرضي

النتائج الإجمالية

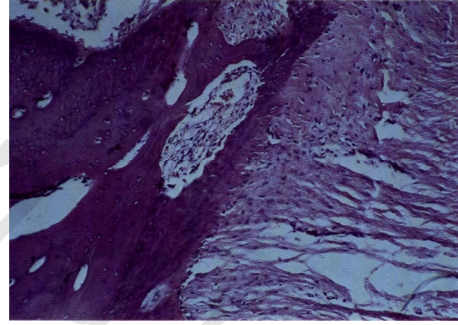
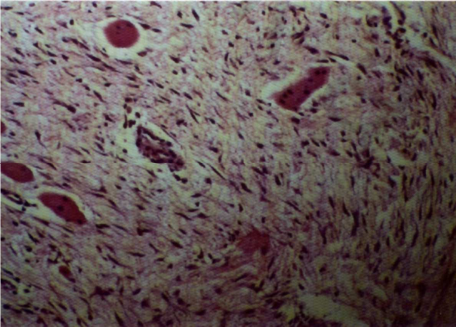
تعتبر كتلة الورم بيضاء بشكل كبير وليفية وبها تكلس دقيق تتم ملاحظته على القطع.

علم النسيج المجهري (الميكروسكوبية) والتقنيات الخاصة

يتكون الورم من أرومة ليفية ناضجة تصاحبها ألياف كولاجين متوازية كثيفة (انظر الشكل رقم ٢٧-٤ والشكل رقم ٢٧-٥). وتوجد مناطق بؤرية من التكييسات. وتعتبر النواة الخلوية منتظمة وتتراوح من كونها مغزلية إلى ممتلئة (جسيمة). ومن النادر وجود انقسامات فتيلية.

التعليقات المرضية (المرضية)

أحيانا، يظهر الورم الليفي الرباطي خلوية متزايدة معتدلة. ومع ذلك، فإن الخلوية المتزايدة وبعض النووية اللامطية قد تشير إلى وجود ساركومة ليفية ذات مرحلة منخفضة (انظر Smith and Kransdorf). وقد أظهرت عملية مسح إشعاعية حديثة تمت على أكثر من ١٠٠٠٠ عظمة ديناصور أن الأورام العظمية انحصرت في فصائل تعرف باسم hadrosaurs (ديناصورات بمنقار البطة)، وأن الورم الليفي الرباطي للعظم كان من أنواع الأورام التي تم إيجادها (انظر Rothschild وآخرين).



الشكل رقم (٢٧-٤). التآكل العظمي من قبل
نسيج الأرومة الليفية. الارتشاح العضلي.
الشكل رقم (٢٧-٥). التكاثر الأرومي الليفي مع

التشخيص

ورم ليفي رباطي.

اختيارات العلاج ومناقشتها

يعتبر الورم الليفي الرباطي للعظم هو النسخة العظمية للورم الرباطي ذي النسيج الرخوة. وهو نادر، ومن مشاكله عودة الظهور مرة أخرى والنمو البطيء. وبسبب هذه الخواص، فإن عودة الظهور مرة أخرى كانت شائعة أكثر بعد عملية

الكحت ، لذلك يفضل الكثير من الجراحين الاستئصال للحصول على نتيجة علاجية أكثر حسماً.

ويعتبر اتخاذ القرار باختيار الاستئصال بدلا من الكحت من القرارات الصعبة. فالنسبة لحالة غير خبيثة ، من المهم إجراء مناقشة مع المريض حول مخاطر عودة المرض مرة أخرى ، والحاجة إلى القيام بعملية جراحية أخرى. وتعتبر عملية الكحت مع الترقيع ، وهي طريقة أكثر تحفظاً ، من العمليات الجراحية المبدئية المعقولة ، وبالأخص باعتبارها محاولة للحفاظ على المفصل. ويجب التحفظ حيال عملية جذرية أكثر فيما يتعلق بعودة الظهور مرة أخرى في حالات الأورام الخبيثة ، وهذا إذا تفهم المريض المخاطر الكامنة في العلاج المقتن.

التفاصيل الجراحية

تعتبر الترقيعات (الطعم) الظنبوبي المتولد ذاتياً ، مثل الترقيعات الشظوية ، بمثابة بديل جيد في حالات الأطفال ، ولكنها أكثر صعوبة في الكبار. وقد يتطلب توحيد العظم تحمل وزن جزئي طولي (لمدة من ٦ إلى ١٢ شهراً) ، بغض النظر عن التثبيت الملائم. ولقد تمت معالجة هذه المريضة مبدئياً بواسطة الكحت والترقيع العظمي المتولد ذاتياً ، ومع ذلك ، عاد إليها الورم مرة أخرى في الظنبوب القاصي عند أسفل الظنبوب. ومع عودة الظهور مرة أخرى ، عانت المريضة من تدمير واسع في أسفل الظنبوب ، ويشمل ذلك كسراً مرضياً للكعب الإنسي. ويكون العلاج الجراحي من استئصال الظنبوب القاصي مع دمج مفصل الكاحل ، وتم التثبيت بواسطة صفيحة ضغط ديناميكية معيارية ، وذهبت المريضة إلى مرحلة شفاء غير ضرورية للطعم الإسوي الخاص بها مع تحملها للوزن بالكامل وحركة أقل في الكاحل.

المضاعفات بعد العلاج

من بين كافة عمليات إعادة الهيكلة العظمية للأورام الهيكلية العضلية، يتطلب الظنبوب فترات شفاء أطول من أي مكان آخر، حيث تتراوح فترة الشفاء ١٢ شهراً أو أكثر.

العلاج المفضل، والآلي، والمهلكات

إن العلاج المفضل هو الاستئصال مع إعادة هيكلة الطعم الأسوي للظنبوب. كن حذرا من صعوبة التشخيص الخاصة بالورم الليفي الرباطي وصعوبة شفاء إعادة هيكلة الظنبوب، حيث تطول فترة شفاء العظام.

