

گزارش یک مورد استئوکندرومای بزرگ در فضای مفصل گیجگاهی - فکی

دکتر حسین شاهون*، دکتر علی مجیدی^۱

چکیده

مقدمه: استئوکندروما یکی از شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم استخوانی است که فکین را به ندرت درگیر می‌کند. هدف از این مقاله، گزارش یک بیمار مبتلا به استئوکندرومای بزرگ در فضای مفصل گیجگاهی-فکی می‌باشد که با روش استئوتومی گردن و کندیل و سپس reshaping درمان شده است.

* مدیر گروه و استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه شاهد (مؤلف مسئول)
shahoon11@yahoo.com

۲: دندانپزشک

گزارش مورد: بیمار مردی ۲۶ ساله و مبتلا به یک استئوکندرومای بزرگ در فضای مفصل گیجگاهی-فکی سمت چپ بود که با شکایت انحراف فک پایین به سمت راست و آسیمتری صورتی در سال ۱۳۸۱ به بیمارستان طالقانی تهران مراجعه کرده بود. در این بیمار ابتدا به دلیل بزرگ بودن تومور قوس استخوان، گونه شکسته شد و سپس از روش استئوتومی گردن کندیل استفاده شد که به دنبال آن گردن کندیل باقیمانده فرم داده شد و قوس گونه به جای اول خود برگردانیده و با مینی‌پلیت و پیچ ثابت گردید.

این مقاله در تاریخ ۸۷/۱/۱۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۷/۳/۶ اصلاح شده و در تاریخ ۸۷/۳/۱۱ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۸۷؛ ۴(۲): ۱۰۱ تا ۱۰۵

نتیجه‌گیری: کندیلکتومی به عنوان درمان متداول برای همه بیماران پیشنهاد نمی‌شود. درمان‌های جراحی شایع شامل کندیلکتومی و بازسازی می‌باشد. در صورت درگیری محدود کندیل، حفظ ساختمان باقیمانده و reshape کردن کندیل پیشنهاد می‌شود و در صورت احتمال بروز بدخیمی و امکان عود مجدد تومور، از درمان‌های محافظه‌کارانه استفاده نمی‌شود.

کلید واژه‌ها: استئوکندروما، نئوپلازی‌های دهانی، جراحی‌های دهان، تومورهای خوش‌خیم.

مقدمه

استئوکندروما یکی از شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم استخوانی می‌باشد و حدود یک سوم ضایعات خوش‌خیم استخوانی را شامل می‌شود. با این حال، این ضایعه به‌ندرت استخوان‌های کرانیوفاسیال را درگیر می‌کند و در صورت درگیری، بیشتر همراه با زائده کروئوئید و سپس زائده کنذیل می‌باشد [۶].

این تومور می‌تواند در یک الگوی منفرد یا به عنوان قسمتی از سندرم اتوزومال غالب که تحت عنوان استئوکندروماتوزیس شناخته می‌شود، به‌وقوع بپیوندد [۳، ۲].

تئوری‌های مختلفی در تشریح پاتوژنز استئوکندروما مطرح شده‌اند. در سال ۱۸۹۱ Virchow [۴] تئوری Physeal را مطرح نمود. به این صورت که ابتدا قسمتی از غضروف Physeal بافت منشأ جدا شده، سپس ۹۰ درجه چرخیده، در جهتی متقاطع نسبت به محور طولی استخوان رشد می‌کند. او نتوانست دلایلی برای جدا شدن و چرخش غضروف Physeal ارائه کند.

در سال ۱۹۲۰ Keith [۵] نقص در حلقه پری‌کندرال احاطه کننده Physis را عامل استئوکندروما تصور نمود. تئوری پریوستال Muller بیان می‌کند که اگرزوستوها از آشیانه‌های کوچک غضروفی منشأ گرفته از لایه cambium (زایا) پریوستوم به‌وجود می‌آیند [۶]. Lichtenstein [۲] بیان نمود که پریوستوم پتانسیل تکثیر استئوبلاست‌ها و کندروبلاست‌ها را دارد. استئوکندروما می‌تواند از طریق متاپلازی القایی یا خودبه‌خودی پریوستوم برای تشکیل غضروف که در ادامه دستخوش استخوان‌سازی داخل غضروفی می‌شود، ایجاد شود.

استئوکندرومای نادر منذیل در کاندیل یا رأس زائده کروئوئید ایجاد می‌شود [۷]. ۳۵/۸٪ از تومورهای خوش‌خیم استخوانی و ۸/۵٪ از کل تومورهای استخوانی را شامل می‌شود [۸]. تشخیص هیستولوژیکی بین استئوکندروما و کندروسارکوما بسیار مشکل است. فقدان سلولاریته بالا، فقدان پلئومورفیسم و عدم وجود سلول‌های متورم با هسته‌های بزرگ یا دوگانه نشان‌دهنده یک ضایعه خوش‌خیم می‌باشد [۹].

درگیری کاندیل منذیل ممکن است Open bite خلفی دو طرفه، انحراف چانه دور از سمت درگیر با آسیمتری صورتی پیش‌رونده و یا راموس منذیل قوسی و کمانی شکل ایجاد کند [۱۰]. از لحاظ نمای رادیوگرافیک، به صورت یک ضایعه

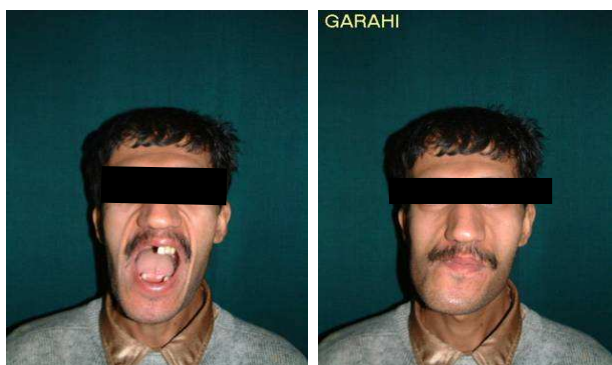
پایه‌دار یا بدون پایه خود را نشان می‌دهد که در امتداد کورتکس مجاور و استخوان مدولاری زیرین می‌باشد و به طور معمول از فضای مفصل گیجگاهی فکی جداست. قسمت استخوانی ضایعه به صورت یک رادیوپاسیته با حدود مشخص است که یک الگوی ترابکولار مرکزی را نشان می‌دهد [۱]. سی‌تی اسکن (CT scan) در ترسیم آناتومی ضایعه و ساختمان‌های مجاور بسیار کمک کننده است [۱۱]. یک بررسی کامل توسط Vezeau و همکاران [۱۲] نشان داد که کندیلکتومی درمان جراحی انتخابی می‌باشد.

دسترسی از طریق قدام گوش (periauricular)، به تنهایی یا همراه با سایر روش‌ها اغلب توسط اکثر جراحان استفاده می‌شود و در اکثر موارد هیچ‌گونه بازسازی گزارش نشده است. در موارد بازسازی مفصل، کندیلوپلاستی و disectomy نسبت به پیوندهای دنده‌ای-غضروفی (costochondral grafting) در مقالات، بیشتر گزارش شده است.

جراحی‌های محافظه‌کارانه به عنوان درمان‌های انتخابی برای استئوکندرومای کاندیل منذیل توصیف شده‌اند [۱۴، ۱۳].

گزارش مورد

بیمار مرد ۲۶ ساله‌ای با شکایت انحراف فک پایین به سمت راست (آسیمتری صورتی) طی ۶ سال گذشته بود (شکل ۱). در لمس ناحیه مفصل گیجگاهی-فکی سمت چپ یک توده بدون درد ملاحظه شد که در میزان باز شدن دهان تأثیری نداشت. رادیوگرافی پانورامیک و رادیوگرافی Towne's از وی به عمل آمد که یک ضایعه رادیوپاک در قسمت مدیال سر کاندیل با حدود مشخص نمایان بود.



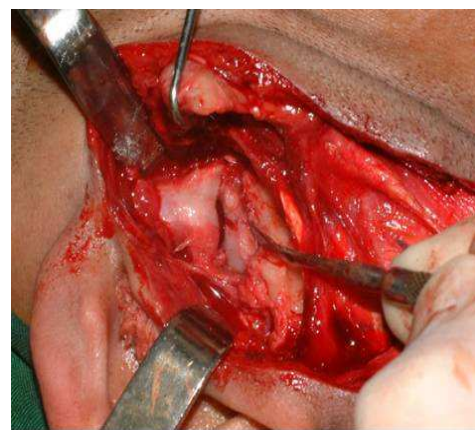
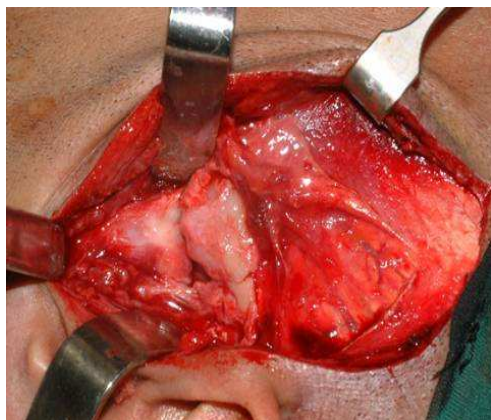
شکل ۱. در این بیمار، انحراف منذیل به سمت راست در حالات دهان باز و بسته نشان داده شده است.

فعالیت استخوان سازی یا استئولیز در هیچ کدام از استخوان های بیمار مشاهده نشد.

بیمار در مهرماه سال ۱۳۸۱ در بیمارستان طالقانی تهران (دانشگاه شهید بهشتی) پذیرفته و بستری گردید. آزمایشات متداول خون و ادرار از وی انجام شد که نتایج در حد طبیعی بودند.



شکل ۲. تصاویر CT آکزیال و کرونیال که نمایانگر تومور در فضای گیجگاهی- فکی می باشد



شکل ۳. ب- به منظور دسترسی بهتر به تومور، پس از برداشتن قوس زایگوما، تومور نمایان شده است.

کلینیکی برقرار گردید. قوس گونه به محل اول خود برگردانیده شد و با مینی پلیت ۶ سوراخه ثابت گردید (شکل

۵). گردن کندیل فرم داده شد و چون دیسک سالم بود، از هر گونه گرافت خودداری شد. نمونه جهت بررسی بیشتر به بخش پاتولوژی ارسال گردید که نتیجه استئوکندروما گزارش شد. در پیگیری و کنترل بیمار به مدت ۶ سال تقارن صورت

شکل ۳. الف- برش در قدام گوش با استفاده از تکنیک Bramely and Al khayyat و نمایان شدن قوس زایگوما

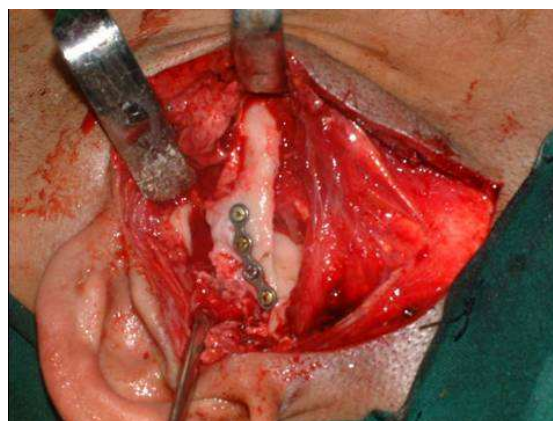
برش در قسمت قدام گوش (Bramely and Al Khayyat Method) انجام شد. به علت گستردگی تومور به قسمت داخلی، جهت قطع و خارج کردن آن، قوس استخوان گونه بریده و جدا شد تا امکان دسترسی به کل تومور پیدا شود (شکل ۳). استئوتومی دقیق در ناحیه گردن کندیل به عمل آمد و تومور که به سر کندیل چسبیده بود، خارج شد (شکل ۴) و در همان لحظه تقارن صورت بیمار به صورت

به خوبی برقرار بود و روابط اکلوزالی متقارن و فانکشن مندیبل بسیار خوب و ایده‌آل بود.

حداکثر باز شدن دهان ۵۰ میلی‌متر بود و بیمار هیچ‌گونه شکایتی اعم از اختلال در عملکرد یا زیبایی نداشت (شکل ۶).



شکل ۴. استئوکندرومای بزرگ جدا شده از سر کندیل



شکل ۵. بعد از برداشت تومور، قوس زایگوما به محل اولیه خود بازگردانده و توسط مینی پلیت ۶ سوراخه ثابت شد.



شکل ۶. تصویر بیمار بعد از یک هفته

بحث

مرور مقالات گذشته نشان داد که استئوکندرومای نادر در فضای مفصل گیجگاهی-فکی به‌طور اولیه در ۴ دهه اول زندگی دیده می‌شود که متوسط سنی ۳۸/۵ سالگی و نسبت مرد به زن ۱ به ۱/۲ بوده است. تقارن صورت در ۸۳/۳٪ از بیماران وجود داشته است. درد در ۵۲/۳٪ از بیماران شکایت اصلی بوده و در ۳۰/۹٪ موارد کاهش حرکت مندیبل وجود داشته است. از لحاظ درمان به روش جراحی، در ۶۴/۲٪ از بیماران برش در قسمت قدامی گوش انجام شده و در ۶۴/۲٪ از این تعداد کندیلکتومی صورت گرفته است. بازسازی کندیل در ۵۰٪ از بیماران انجام شده است. در بازسازی کندیل، استخوان‌های اتوژن آزاد یا پیوندهای دنده‌ای-غضروفی و پروتزهای مفصل گیجگاهی-فکی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

کندیلکتومی به عنوان درمان متداول برای همه بیماران پیشنهاد نمی‌شود [۱۵]. درمان‌های جراحی رایج شامل کندیلکتومی و بازسازی می‌باشد [۱۶]. در صورتی که تومور قسمت محدودی از سطح کندیل را درگیر کرده باشد، حفظ ساختمان سالم باقی‌مانده و reshape کردن کندیل پیشنهاد می‌شود. در صورت احتمال بروز بدخیمی و همچنین امکان عود مجدد تومور، نمی‌توان از درمان‌های محافظه کارانه استفاده نمود و باید از روش‌های درمانی دیگری از قبیل Extraoral vertical ramus osteotomy به همراه پیوند استفاده کرد [۱۷].

نکته قابل ذکر در بیمار فوق جداسازی قوس گونه (آرک زایگوما) جهت دسترسی و خارج کردن تومور بود که به عنوان یک تکنیک قابل توجه می‌توان از آن در درمان این گونه ضایعات پاتولوژیک استفاده کرد [۱۸، ۱۷].

References

1. Fonseca RJ. Oral and Maxillofacial surgery: Surgical Pathology. vol 5. Philadelphia: W.B Saunders; 2000.
2. Lichtenstein L. Bone Tumors. 5th ed. St. Louis: C.V. Mosby; 1977.

3. Mira JM. Bone Tumors: Clinical, Radiographic and Pathologic Correlations. vol 2. Philadelphia: Lea & Febiger; 1989.
4. Virchow R. Ueber multiple exostosen, mit Vorlegung von Präparaten. Berl Klin Wochenschr 1891; 28: 1082-5.
5. Keith A. Studies on the Anatomical Changes which accompany certain Growth-disorders of the Human Body: I. The Nature of the Structural Alterations in the Disorder known as Multiple Exostoses. J Anat 1920; 54(Pt 2-3): 101-15.
6. Muller E. Über hereditäre multiple cartilaginäre Exostosen und Ecchondrosen. Beitr Pathol Anat 1914; 57: 232.
7. Ramon Y, Horowitz I, Oberman M, Freedman A, Tadmor R. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1977; 43(5): 692-7.
8. Dahlin DC, Unni KK. Bone Tumors: General Aspects and Data on 8542 cases. 4th ed. Springfield, IL: Thomas; 1986.p. 18-32.
9. Schajowicz VF. Histological Typing of Bone Tumours. In Collaboration with Pathologists in 9 Countries; World Health Organization. International Histological Classification of Tumours. Berlin: Springer-Verlag; 2000.p. 15.
10. Kerscher A, Piette E, Tideman H, Wu PC. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. Report of a case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 75(5): 559-64.
11. Karras SC, Wolford LM, Cottrell DA. Concurrent osteochondroma of the mandibular condyle and ipsilateral cranial base resulting in temperomandibular joint ankylosis: report of a case and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 1996; 54(5): 640-6.
12. Vezeau PJ, Fridrich KL, Vincent SD. Osteochondroma of the mandibular condyle: literature review and report of two atypical cases. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53(8): 954-63.
13. Martinez-Lage JL, Gonzalez J, Pineda A, Alvarez I. Condylar reconstruction by oblique sliding vertical-ramus osteotomy. J Craniomaxillofac Surg 2004; 32(3): 155-60.
14. Wolford LM, Mehra P, Franco P. Use of conservative condylectomy for treatment of osteochondroma of the mandibular condyle. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60(3): 262-8.
15. Koehl GL, Tilson HB. Osteochondromas associated with facial asymmetry and masticatory dysfunction: report of two cases. J Oral Surg 1977; 35(11): 934-9.
16. Koole R, Steenks MH, Witkamp TD, Slootweg PJ, Shaefer J. Osteochondroma of the mandibular condyle. A case report. Int J Oral Maxillofac Surg 1996; 25(3): 203-5.
17. Peroz I, Scholman HJ, Hell B. Osteochondroma of the mandibular condyle: a case report. Int J Oral Maxillofac Surg 2002; 31(4): 455-6.
18. Ribas MO, Martins WD, de Sousa MH, Zanferrari FL, Lanzoni T. Osteochondroma of the mandibular condyle: literature review and report of a case. J Contemp Dent Pract 2007; 8(4): 52-9.

Large Osteochondroma in temporomandibular joint space: A case report

Hossein Shahsavn^{*}, Ali Majidi

Abstract

Introduction: Osteochondroma is one of the most common benign bone tumors and however is relatively uncommon in the jaws. The aim of this study was to review the literature about osteochondroma and to report a case of large osteochondroma in temporomandibular joint space. Treatment included osteotomy of condylar neck followed by reshaping.

Case report: This study presents a 26-year-old man with a large osteochondroma in temporomandibular joint space in left side of his face with the complaint of facial asymmetry (deviated to the right side). The patient was admitted to the Hospital of Taleghani in Tehran, in October 2002.

Conclusion: Condylectomy cannot be recommended as routine in all cases. Common surgical treatments include condylectomy and reconstruction. If the tumor involves only a limited area of the condylar surface, then preservation of the remaining portion of the condyle and reshaping should be done. Reasons for not taking such a conservative approach are the possibilities of malignancy and the risk of recurrence. In this case report, because of large size of tumor, zygomatic arch was broken and osteotomy of condylar neck was used and remaining part was reshaped. The zygomatic arch was returned to the primary position and fixed with miniplate and screw.

Key words: Osteochondroma, oral neoplasias, oral surgery, benign tumors.

Received: 3 Apr, 2008 **Accepted:** 31 May, 2008

Address: DDS, Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Shahed University, Tehran, Iran.

E-mail: shahoon11@yahoo.com

Journal of Isfahan Dental School 2008; 4(2).