

■ دکتر مریم مشایخی

رادیولوژیست، مسئول فنی
مرکز تصویربرداری پرتوطلب آزما
و تابش پرتو

گزارش یک مورد لیپوماتوزیس عصب

چکیده:

فایبرولیپوماتوز هامارتوم یک تومور نادر اعصاب محیطی است که با انفیتراسیون وسیع بافت fibro fatty در اپی نورיום و پری نورיום مشخص می‌شود و تعداد موارد گزارش شده آن بسیار کم است. در اینجا ما به گزارش یک مورد فایبرولیپوماتوز هامارتومای عصب مدیان در یک آقای ۳۴ ساله می‌پردازیم. MRI به دلیل نمای بسیار کارا کترستیک این ضایعه می‌تواند در تشخیص مورد استفاده قرار بگیرد.

کلید واژگان: Lipomatosis of the median nerve، فایبرولیپوماتوزیس هامارتوما، عصب مدیان

پیشگفتار:

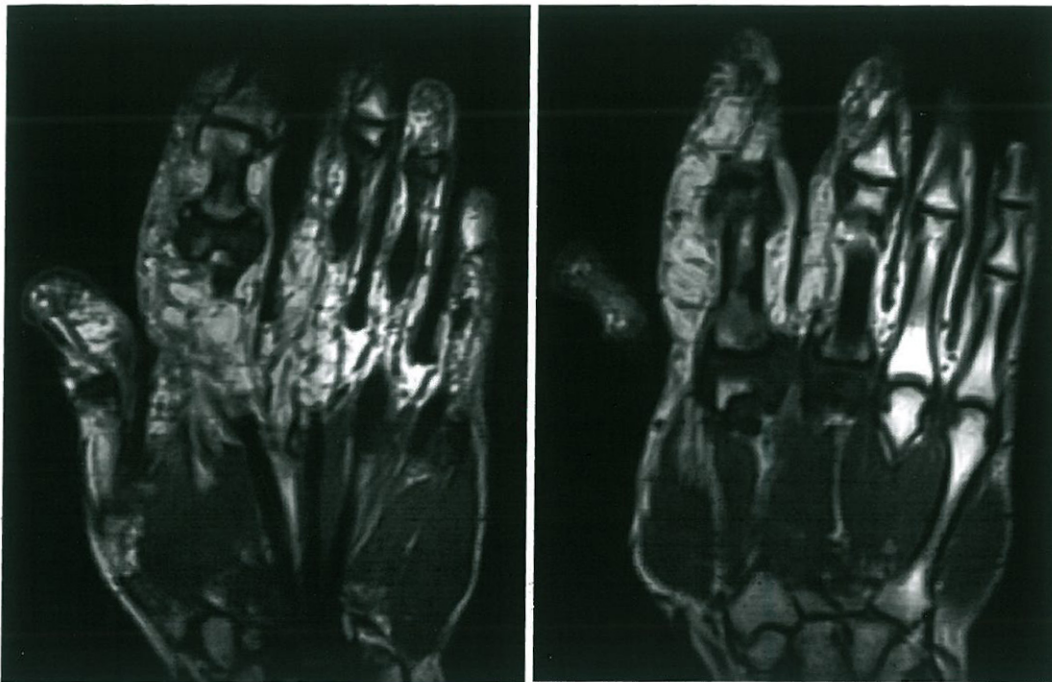
Lipomatosis of the median nerve یک تومور نادر است که اینترانورال لیپوما، فایبرولیپوماتوز هامارتوما و اینترانورال فایبرولیپوما نیز نامیده می‌شود ولی نهایتاً در تقسیم‌بندی WHO در سال ۲۰۰۲ برای تومورهای نسج نرم تحت عنوان لیپوماتوزیس عصب مورد قبول قرار گرفت. این تومور بیشتر در ساعد و مچ دست و به ویژه در عصب مدیان دیده می‌شود. اما در اعصاب رادیال، اولنار، سیاتیک و اینتراسئوس نیز گزارش شده است. علت آن به خوبی مشخص نیست اما ممکن است ناشی از هیپرتروفی چربی بالغ و فیبروبلاست‌ها در اپی نورיום باشد. سندرم شناخته شده همراه و یا علل ارثی مستعدکننده دیده نشده است. MRI روشی بسیار مناسب برای تشخیص این تومور است و نمای کاملاً اختصاصی به صورت cable-like دیده می‌شود. به دلیل ساختار تومور استفاده از درمان جراحی به منظور خارج کردن تومور مورد بحث (کنترالورسی) است و در بعضی از منابع فقط دکمپرسن نسوج اطراف عصب پیشنهاد می‌شود.

گزارش مورد:

بیمار آقای ۳۴ ساله که به دلیل وجود توده‌های متعدد در انگشتان و کف دست، درد و ناتوانی در خم کردن انگشت دوم که از بچگی شروع شده مراجعه نموده است.

در MRI انجام شده از کف و مچ دست:

بزرگی قابل توجه عصب مدیان در محل کانال کارپ در مچ دست دیده می‌شود و فیبرهای عصبی به صورت Low سیگنال در مقاطع عرضی و طولی مشاهده می‌شوند که توسط مقادیر قابل توجه بافت fibrofatty احاطه شده‌اند. به علاوه علائم ماکروداکتیلی در انگشت دوم همراه با overgrowth استخوان و نسج نرم مشهود است. تغییرات دژنراتیو ثانویه شدید در مفاصل اینترفالانژیال انگشت دوم وجود دارد. تغییرات مشابه اما خفیف‌تری در انگشتان اول و سوم نیز مشهود است که تشخیص فایبرولیپوماتوز هامارتوم عصب مدیان مطرح و تایید شد.



این تصاویر کورونال و اگزیتال T1WI بزرگی شدید انگشت دوم به ویژه در سمت رادیال وجود دارد. کانال کارپ بزرگی عصب مدیان دیده می‌شود و فاسیکل‌های عصبی توسط بافت فیبروفتی احاطه شده اند. در محل انگشت دوم رشد بیش از حد بافت چربی و بزرگی عصب دیژیتال همراه با رشد استخوان و بزرگی فالانکس دیستال و میانی مشهود است.

علائم بالینی:

بیماران به طور تی پیک در اوایل بزرگسالی با یک توده آهسته بزرگ شونده نرم در سطح ولار دست، میچ و یا ساعد مراجعه می‌کنند. ممکن است این مورد از بچگی یا حتی بدو تولد شروع شود اما در اکثر موارد در دهه ۲ تا ۴ و به میزان مساوی در زن و مرد دیده می‌شود.

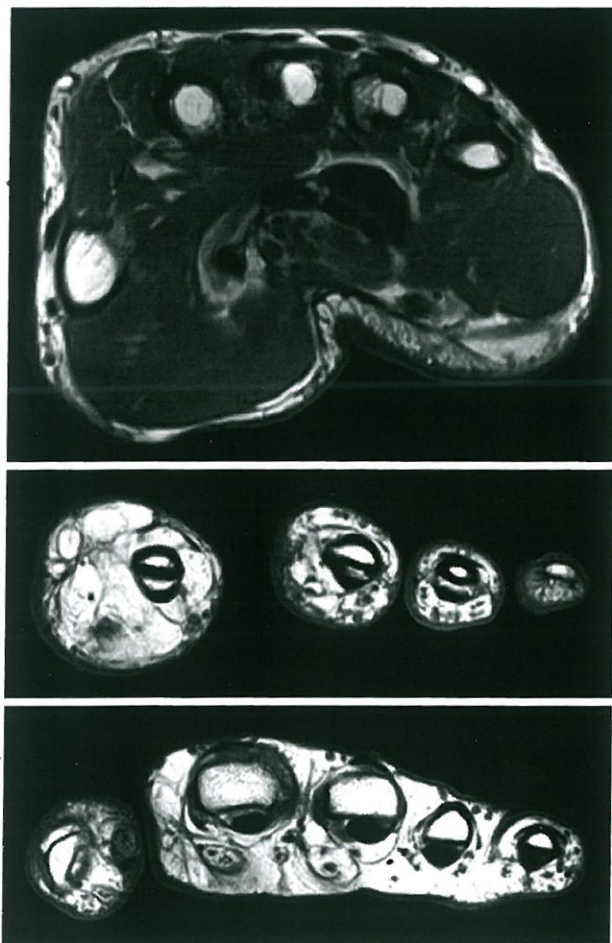
ابتلای اندام فوقانی شایع‌تر است (۹۰-۸۵٪ موارد) و حدود ۸۰٪ ضایعات اندام فوقانی در عصب مدیان است. شایع‌ترین علت، ماکروداکتیلی در اندام فوقانی است که اغلب انگشت دوم و سوم را مبتلا می‌کند.

درد، تندرینس و گاه اختلال حسی و یا پارستزی.

کارپال تانل سندرم یک عارضه دیررس است. ضایعه باعث بزرگی مزونیورم عصب توسط نسج فیبروفتی می‌گردد. از نظر میکروسکوپی انفیلاسیون اپی نوریوم و پری نوریوم با مقادیر متغیری از بافت فیبروس و چربی ایجاد می‌شود، اما فاسیکل‌های عصبی به طور تی پیکال نرمال می‌مانند. اگر چه در مراحل دیررس آتروفی ایجاد می‌شود.

نمای آن در MRI کاراکتریستیک است و عبارتند از:

ساختمان‌های سیلندریکال کوچک هیپواینتنس به دیامتر تقریبی ۳mm در یک بک گراند با افزایش سیگنال که در واقع مربوط به فاسیکل‌های



عصبی با اپی نورال و پری نورال فایبروزیس در یک زمینه بافت چربی می باشد.

اگر همراهی با ماکرودیژونیا لیپوماتوزا داشته باشد اختلالات استخوانی و نسج نرم هم وجود دارد. فالانکس ها طویل و پهن شده و قسمت دیستال آنها از هم دور می شوند. overgrowth استخوانی ممکن است شدید باشد و اغلب تغییرات دژنراتیو ثانویه شدید نیز ایجاد می گردد که رادیوگرافی ساده در نشان دادن این تغییرات کمک کننده است. البته تفاوت مهمی بین اینترانورال لیپوما و فایبرولیپوماتوزها مارتوما وجود دارد.

اینترانورال لیپوما یک توده انکپسوله است و فیبرهای عصبی در سطح خارجی توده عبور می کنند. لذا برداشت کامل آن بدون آسیب دیدن به عصب امکان پذیر است اما فایبرولیپوماتوزها مارتوما از نظر مقایسه از نسوج چرب و عصب نرمال تشکیل شده که در نتیجه برداشت کامل آن بدون آسیب دیدن عصب مشکل و گاه غیر ممکن است.

بالطبع نمای آن در MR نیز متفاوت است. اینترانورال لیپوم، یک لیپوم خالص است با مشخصات مربوطه در تصاویر T1 و T2 که فیبرهای عصبی در سطح خارجی این توده قرار می گیرند. اما در فایبرولیپوماتوزها مارتوما

در مقاطع طولی نمایی شبیه اسپاگتی دارد که باندل هایی به صورت Low سیگنال توسط نسج چربی احاطه می شود و گاهی سپتاهای فیبروز نیز داخل نسج چربی دیده می شوند.

درمان فایبرولیپوماتوزها، با ماکروداکتیلی عبارتند از برداشت سگمان مبتلای عصب با یا بدون پیوند عصب و یا آمپوتیشن انگشت مبتلا. درمان نیز بیشتر برای برطرف کردن علائم بیمار است و برداشت کامل تومور چنانچه احتمال ایجاد مشکلات حسی و حرکتی وجود داشته باشد، توصیه نمی گردد. احتمال عود و برگشت علائم وجود دارد.

نتیجه:

هروقت که در MRI لیپوم در ساعد مطرح شود باید به فکر احتمال اینترانورال لیپوما بود و باید درمان با احتیاط انجام شود. چنانچه در MRI احتمال فایبرولیپوماتوزها مارتوما مطرح شود، طراحی درمان به طور دقیق باید قبل از جراحی به منظور اجتناب از مشکلات حسی و حرکتی طولانی مدت انجام گیرد.

Reference:

1. Kransdorf M.J, Murphey M.D.Imaging of soft Tissue Tomors.2ed. LLW:2;2006
2. Edelman R.R, Hesselink J, Zlatkin M.Clinical magnetic Resonance Imaging.3rd ed.Saunders;2005
3. Deschepper A.M, Vanhenacker F, Gielen J. , etal.Imaging of soft Tissue Tumors.3rd ed.Springer;2006