

منژیومای جلدی و گزارش یک مورد از آن

دکتر وحیده کاظمی نژاد*، دکتر محمدرضا محمدی**

چکیده

انواعی از نواحی خارج مجموعه شامل بینی، احتسای مختلف، پوست، حفره چشم، چشم و بافت‌های خارج نخاع مستعد منژیوما توصیف شده‌اند. منژیوم جلدی به طور شایع در پوست سر، نواحی پیشانی یا پارااورتبرال رخ می‌دهد. ما در این مقاله یک مورد منژیوم جلدی در ناحیه پیشانی را گزارش می‌کنیم که با توجه به منابع موجود بسیار نادر می‌باشد. بیمار ما زن میان‌سالی بود با توده سمت راست پیشانی از دو سال قبل که در عکس برداری از مجموعه وسیعی اسکن به عمل آمده از بیمار، هیچ ضایعه داخل مجموعه‌ای دیده نمی‌شد و فقط گرفتاری استخوان پیشانی به صورت ضخیم شدگی آن وجود داشت. بعد از برداشتن توده به وسیله جراحی و در آزمایش میکروسکوپی نمونه‌ها، تشخیص هیستوپاتولوژیک، منژیوم نوع منگوتلیو ماتوس بوده و در مطالعه ایمنوهیستوشیمی، برای پادگن غشای اپی‌تلیال واکنش نشان داد. در سیر بالینی، منژیوم‌های خارج مجموعه‌ای به آهستگی بزرگ می‌شوند و معمولاً فقط با برداشتن بهبود می‌یابند و اما برداشت نا کامل آن می‌تواند به عود منجر شود؛ چیزی که برای بیمار ما نیز اتفاق افتاد.

واژه‌های کلیدی: منژیوما، جلدی، خارج مجموعه

* - استادیار گروه آسیب‌شناسی دانشگاه پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گرگان، E-mail: K-vahideh @ hot mail.com

** - منقعه جراحی مغز و اعصاب و استادیار دانشگاه پزشکی گرگان

مقدمه

گرچه مننژیوما شایع ترین توده خوش خیم اولیه سیستم عصبی مرکزی است و حدود ۱۸ درصد آنها را تشکیل می دهد و در هر جا از لپتومننژ رشد می کند، بندرت در اکسترا کرانیال و در نواحی چون اریث، جمجمه، پوست سر، بینی، سینوس های پاراناژال، گوش میانی، غده پاراتیروئید و پوست دیده می شود (۱). مننژیوم های اولیه درگیرکننده ریه (۲ و ۳)، انگشت (۴ و ۲) و مدیاستن (۵ و ۲)، جزو عجایب پزشکی هستند. مننژیوم های جلدی اولیه عموماً از بدو تولد وجود دارند و به طور شایع در پوست سر، پیشانی (فرونال) یا نواحی پاراورتبرال رخ می دهند (۶).

ما در این مقاله به معرفی یک مورد نادر از مننژیومای ناحیه پیشانی می پردازیم که به صورت توده ای در ناحیه سمت راست پیشانی تظاهر یافته بود و به لحاظ کم نظیر بودن مننژیوم اولیه در زیر جلد، معرفی می شود.

معرفی بیمار

بیمار، زنی ۴۲ ساله و متأهل است که از دو سال قبل برجستگی پیشانی داشت و حدود ۲ ماه قبل از جراحی شدت برجستگی بیشتر شده بود. در رادیوگرافی به عمل آمده از جمجمه، افزایش ضخامت استخوان پیشانی دیده می شد (عکس ۱). سی تی اسکن قبل از عمل برای بیمار، صرفاً ضخیم شدن استخوان در ناحیه پیشانی به همراه برجستگی نزدیک خط وسط در سمت راست و به سمت بیرون بدون وجود عارضه در مغز یا اطراف آن را نشان می داد. حین جراحی، توده ای به ابعاد ۴×۳ سانتی متر با ضخامت حدود ۱/۵ سانتی متر با قوام کشسان و چسبندگی شدید به لایه خارجی استخوان جمجمه که با خون ریزی شدید همراه بود، برداشته شد و سطح استخوان جمجمه کورتاژ شد. در فاصله ای با شعاع ۴ سانتی متر تغییر رنگ واضحی در پریوست جمجمه به چشم می خورد که رنگ صورتی کمرنگ بود اما عارضه دیگری دیده نشد.

پس از ارسال نمونه بیمار با تشخیص بالینی توده استخوان پیشانی همراه با خوردگی آن، به بخش آسیب شناسی مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر گرگان، نمونه مورد بررسی

آسیب شناسی قرار گرفت.

از نظر ما کروسکوپی، نمونه در دو ظرف دریافت شده بود. ظرف (الف) تحت عنوان نمونه کورتاژ سطح استخوان شامل چندین قطعه بافت خا کتری جمعاً به ابعاد ۱×۰/۵×۰/۵ سانتی متر، و ظرف (ب) تحت عنوان یک توده نسج نرم شامل یک قطعه بافت قهوه ای رنگ با قوام کشسان و به ابعاد ۴×۳×۱ سانتی متر بود.

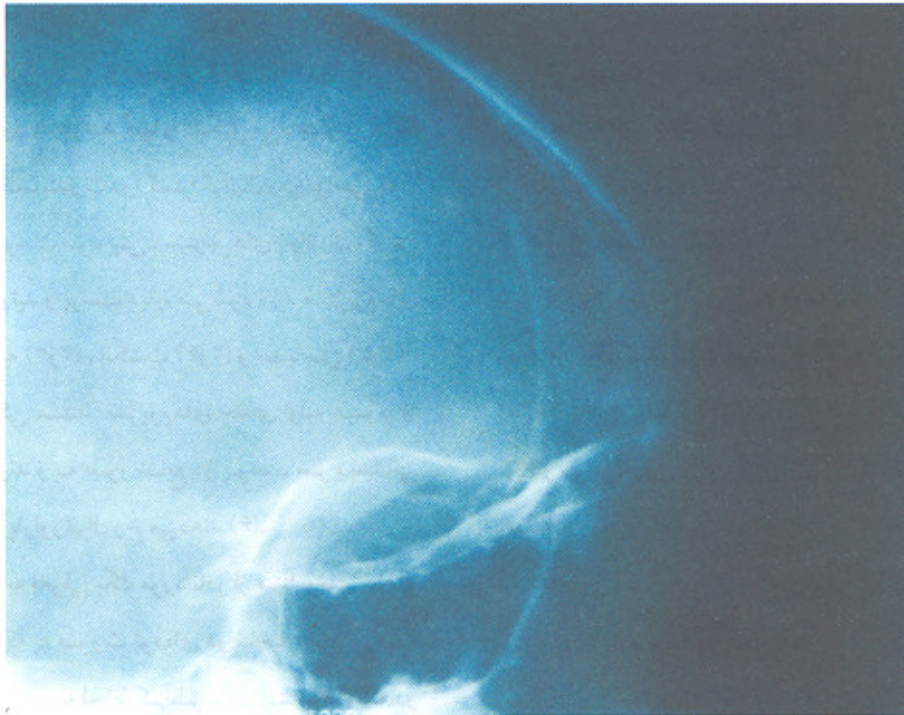
در بررسی برش های میکروسکوپی تهیه شده از نمونه (الف)، بافت فیبروز کولار با کانون هایی از کلسیفیکاسیون که در آن آشیانه ای از سلول های مننگوتلیال قابل رؤیت بود، مشاهده گردید و اثری از بافت استخوانی دیده نشد (عکس ۲). در بررسی برش های میکروسکوپی تهیه شده از نمونه (ب)، بافت نئوپلاستیکی متشکل از سلول های مننگوتلیال با هسته های بیضی و منظم که در هم پیچیده شده اند، دیده می شد که از نظر ریخت شناسی با مننژیوم نوع مننگوتلیوماتوس مطابقت داشت (عکس های ۳ و ۴).

به منظور قطعی شدن تشخیص، برای بیمار رنگ آمیزی ایموهیستوشیمی از نظر پادگن غشایی اپی تلیال انجام شد که مثبت شدن آن نیز قویاً در تایید تشخیص مننژیوماست.

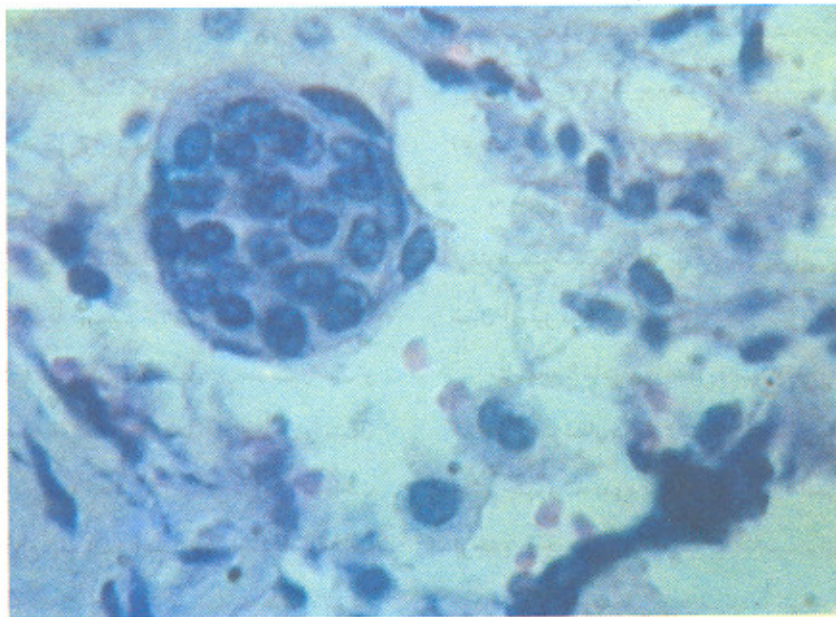
متأسفانه ۶ ماه بعد از عمل، بیمار دچار عود ضایعه گردید به طوری که توده از داخل استخوان پیشانی به سمت سقف حذقه چشم چپ رشد نمود که منجر به اگزوفتالمی چشم چپ گردید و با توجه به وجود نداشتن امکانات مناسب برای جراحی، این بیمار به مرکز مجهزتری معرفی گردید. نهایتاً نتیجه آسیب شناسی، متعاقب جراحی بعدی بیمار نیز مننژیوم نوع مننگوتلیوماتوس گزارش گردید.

بحث

مننژیوما نوعاً در افراد میانسال و بیشتر در زنان رخ می دهد. به ندرت قبل از ۱۰ سالگی دیده می شود (۱). مننژیوما توده هایی هستند که از مننژ مغز یا نخاع و به خصوص از سلول های پوشش آراکتوئید برمی خیزند. مننژیوم های جلدی ثانویه تظاهراتی از



عکس ۱: رادیوگرافی ساده جمجمه که افزایش ضخامت استخوان پیشانی را نشان می‌دهد

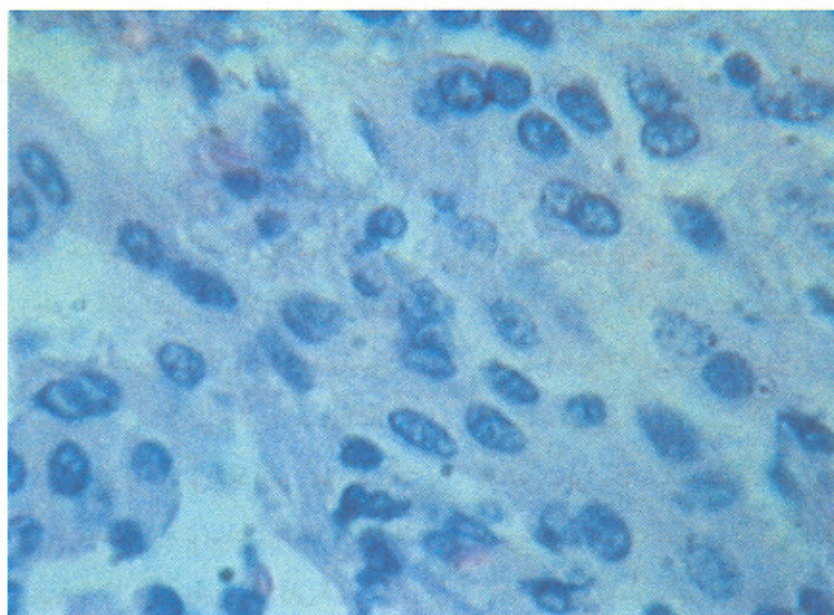


عکس ۲: نمای میکروسکوپی نمونه الف (بزرگ‌نمایی ۴۰)، رنگ آمیزی H&E

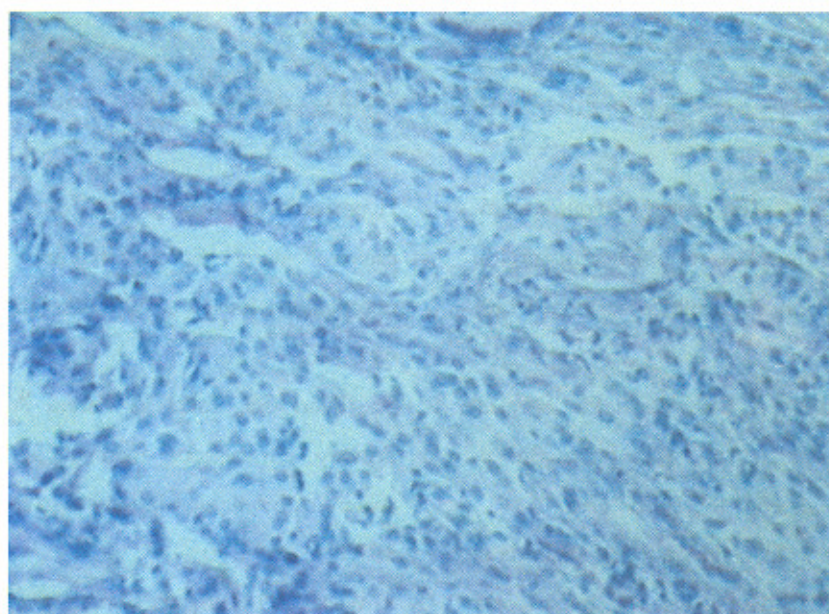
می‌دهد از خارج یعنی سمت دور در تماس نزدیک با جمجمه است. تهاجم استخوانی یک رویداد شایع همراه با منژیوماست اما نشان‌دهنده بدخیمی نیست. مشخصاً، حضور سلول‌های نوپلاستیک در استخوان با یک پاسخ استئوبلاستیک همراه است (۷)، اما بندرت واکنش لیتیک است (۸).

بیشتر منژیوم‌های استئوبلاستیک با تهاجم به استخوان

گسترش یک منژیوم داخل مغز می‌باشد که یا با تخریب جمجمه، و یا با گسترش از طریق یک نقص جمجمه‌ای به واسطه جراحی ایجاد می‌شوند. این منژیوم‌های ثانویه می‌توانند اندازه قابل ملاحظه‌ای بیابند. در این وضعیت مناسب‌تر خارج جمجمه‌ای نادر است اما بعضاً در عقده‌های لنفاوی سرویکال یافت شده‌اند (۶). گرچه منژیوما مغز را از سمت داخل مورد تهاجم قرار



عکس ۳: نمای میکروسکوپی نمونه ب (بزرگ‌نمایی ۱۰۰)، رنگ آمیزی H&E



عکس ۴: نمای میکروسکوپی نمونه ب (بزرگ‌نمایی ۴۰)، رنگ آمیزی H&E

همراهند با این حال ارتشاح^۱ به استخوان در همه موارد دیده نمی‌شود به طوری که نزدیکی یک منتزیموم به جمجمه می‌تواند همراه با نکثیر شدید عناصر استخوان باشد (این امر می‌تواند توجهی برای افزایش ضخامت استخوان پیشانی در بیمار ما نیز باشد). علاوه بر منتزیموم‌هایی که به طور ثانویه استخوان‌های جمجمه و بافت‌های نرم را درگیر می‌کنند به ندرت مواردی نیز هستند که به طور نابجا جمجمه یا استخوان و بافت‌های نرم خارج

جمجمه‌ای را درگیر می‌کنند. مطابق برخی پژوهش‌ها، خیلی از این توده‌ها از آشیانه‌هایی از سلول‌های منگوتلیال که به طور جنینی در امتداد اعصاب محیطی قرار گرفته‌اند، برمی‌خیزند در حالی که بقیه فاقد یک ریشه عصبی هستند. منتزیموم‌های خارج جمجمه‌ای به خصوص آنها که در پوست سر قرار دارند از بدو تولد وجود داشته و به آهستگی بزرگ شده و معمولاً فقط با

آرا کنوئیدال، حلقه‌های درهم پیچیده‌ای را تشکیل می‌دهند. اجسام پساموها در مراحل تکامل در مراکز این حلقه‌ها دیده می‌شوند (۱۰ و ۱۱).

منژیوم‌های جلدی شبیه منژیوم‌های اینتراکرانیال، در آزمایش ایمنوهیستوشیمی با پروتئین S-100 و یمنین و آنتی‌ژن مامبران اپی‌تلیال واکنش نشان می‌دهند (۶). همچنین به طور مشخص GFAP^۱ (پروتئین اسیدی فیبریل‌های گلیال) در همه انواع منژیوما منفی است (۱۱). نتیجتاً با توجه به نمای هیستوپاتولوژیک ضایعه که یک منژیوم نوع مننگوتلیوماتوس می‌باشد و مثبت بودن برای پادگن مامبران اپی‌تلیال در رنگ‌آمیزی ایمنوهیستوشیمی، تشخیص منژیوما برای بیمار مسجل گردید.

تشکر و قدردانی

با سپاس از استاد کمالیان در تشخیص نمونه آسیب‌شناسی بیمار که پس از جراحی مجدد انجام گرفت.

برداشتن ساده درمان‌پذیرند (۲). برداشتن ناکافی آن می‌تواند به عود منجر شود (۹) عارضه‌ای که بیمار ما نیز دچار آن گردید.

هیستوپاتولوژی

از نظر بافت‌شناختی، چهار نوع منژیوم‌ای شایع عبارتند از: (۱) مننگوتلیوماتوس یا سنسیشیال: سلول‌های توده شبیه به سلول‌های پوشاننده پرزهای آرا کنوئیدال می‌باشند. هسته آنها بیضی، کروماتین، حاشیه‌ای و سیتوپلاسم آنها، انوزینوفیلیک است همچنین به نظر می‌رسد به شکل سنسیشیوم اطراف هسته باشند. (۲) فیبروس: سلول‌های توده دوکی شکل و بسیار شبیه فیبروبلاست هستند. آنها پیوندهای درهم بافته‌ای از سلول‌ها را تشکیل می‌دهند که حاوی فیبرهای رتیکولین و کلاژنی فراوانی هستند.

(۳) ترانزیشتال: مخلوطی از سلول‌های توده‌ای شبیه الگوهای مننگوتلیوماتوس و فیبروس دارند.

(۴) پساموماتوس: سلول‌های توده شبیه سلول‌های پوشاننده

منابع

- 1 - Hardman JM, Hang YI. The central nervous system, Steven G. silverberg. Principles and practice of surgical pathology. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1990; pp: 2113-2116.
- 2 - Burger PC, Scheithauer BW, Vogel FS. Surgical pathology of the nervous system and its coverings, 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 1991; pp: 27-31.
- 3 - Kemnitz P, Spormann H, Heinrich P. Meningioma of lung : first report with light and electron microscopic findings. Ultrastruct pathol, 1982; 3: 359.
- 4 - Dangaards : Ectopic meningioma of a finger : case report. Y Neurosurg 1983; 58: 778-780.
- 5 - Wilson AJ, Lagios R, Aguilar MJ. Mediastinal meningioma. Am J Surg Pathol 1979; 3: 557-562.
- 6 - Lever WF, Schaumburg GL. Histopathology of the skin. 7th ed. Philadelphia, Lippincott company. 1990; p: 752.
- 7 - Pompili A, Derome PJ, Visot A, Guiot G. Hyperostosing meningiomas of the sphenoid ridge clinical features, Surgical therapy, and long - term observations. Review of 40 cases. Surg Neurol 1982; 17: 411-416.
- 8 - Pearl GS, Takei Y, Parent AD, Boehn WMJR. Primary intraosseous meningioma presenting as a solitary osteolytic skull lesion : case report. Neurosurgery 1979; 4: 269-270.
- 9- Weller RO. Tumours of the nervous system, W.STC. Symmers, systemic pathology. 3rd ed. London: Churchill Livingstone. 1990; p: 461.
- 10 - Cotran, Kumar, Collins. Robbins pathologic basis of disease, Sixth Ed. Philadelphia: Saunders Company. 1999; pp: 1350-1351.
- 11- Meis JM, Ordonenx NG, Bruner M. Meningioma, an immunohistochemical study of 50 cases. Are pathol Lab Med 1986; 110:34.