

۱۵۹۹

توانا بوده هر که دانا بود

-----

دانشگاه تبریز

دانشکده پزشکی

پایاننامه :

برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه تبریز

موضوع :

(( تومسورهای بدخیم استخوان ))

-----

استاد راهنما :

شماره پایاننامه

جناب آقای دکتر شادگان

سال تحصیلی ۴۸ - ۱۳۴۷

نماینده :

عباس - قدیمی



۱۵۹۹

تقديم بيه :

روان بياك بيسدم دكتور عبدالرحيم معباح قديمي كه تا آخر بيسسن  
لظه حيات مادقانه در خدمت مردم بود .-

-----

تقدیم بس :

-----

مادر مهربانم که همیشه در تحقق یافتن آرمانهایم  
حامی و راهنمایم بوده و با پاک ترین احساسات  
خود بسوی موفقیت رهنمون گردیده است . -

-----

تقدیم بسے :

-----

خواہر مرزا و سرادراں عزیزم

کہ ہمیشہ مدیون ہا کثرین و بی شاعیہ ترین المان و محبتہا یشان

بودہ ام ۔

تقدیم بسند : استاد فاضل و مہربان جناب آقای دکتر شادگان  
کے راہنمائی پایا نامہ ام را با گناہ رویسی  
پذیرفته و از هیچ نوع کمکی مضایقہ نفرمودند۔

× × × × ×

(( تفسیریم بس ))

دوستان عزیزم که در دوران تحصیل انروز الفت محکمسی

برقرار که امیدوارم این پیوند

تا آخر عمر ادامه داشته

باشید.

## فهرست مطالب

-----

| صفحه | عنوان                    |
|------|--------------------------|
| ۱    | تومود                    |
| ۵    | هیستولوژی                |
| ۱۰   | کلیاتی راجع به تومود     |
|      | تومورهای بدخیم استخوان : |
| ۲۱   | اوستئوکلاستوما           |
| ۲۳   | میلوما توزیس             |
| ۲۵   | بیماری همساره            |
| ۲۷   | کارسینوم مناسحاتیک       |
| ۳۰   | اوستئوسارکوما            |
| ۴۷   | مشاهده شخصی              |

## مقدمه

قبل از قرن اخیر تشخیص صحیح و بموقع تومورهای استخوانی بخصوص نوع پلاسمها غیر ممکن بود و معمولاً این تومورها را زمانی که علامت کلینیکی واضح در بیمار ایجاد میکردند تشخیص میدادند و تنها راه معالجه جراحی رادیکال و حذف تومور بود ولی از آنجا که هنگامی علامت بالینی این تومورها ظاهر میشد که اغلب متاستازهای نیز در سایر نواحی ایجاد کرده بود بهین دلیل معالجه جراحی رضایت بخشی نبود .

امکان تشخیص زودرس این تومورها از زمان کشف اشعه رونتگن ( ۱۸۹۵ ) بوجود آمد و بعداً بتدریج دانشمندان دیگر در سایر تحقیقات و فعالیتها خود توانستند راههای تشخیص و معالجه راهوار تر سازند بطوریکه رادیوتراپی نیز در معالجه این تومورها وارد شد .

اولین بار Ewing مبداء منشأ تومورهای استخوان را شناخت و ثابت نمود که سارکوم

های اوستئوزنیت از سلولهای اوستئوبلاست پیدا میشوند در سال ۱۹۳۰ Phemister

کوندرو سارکوم را بدسته ای از سارکومهای استخوانی اطلاق کرد که قسمت اعظم نسج آن از

سلولهای غضروفی هستند آمده است . Jaffe , Lichtenstein

ملاحظات آنها را دنبال کرده و برای تشخیص سارکوم های استخوان معیارهای دیگری پیشنهاد



کردند که همه دستخوش دگرگونیهای زیادی شده است .

باید اذعان کرد که با تمام پیشرفتها بیکه امروزه در علم رادیولوژی و رادیوتراپی و جراحی شده است . در اکثر موارد امیگرها برای بیمار بیش از ۲۰٪ نیست مگر در نوع اوستیو سارکوم آمیوناسیون تنها کاریست که برای مریض میتوان انجام داد و رادیوتراپی نتیجه بخش نیست که چنانچه در این مورد تشخیص بموقع و قبل از متاستاز داده شود نتیجه عمل تنها ۵۰٪ بیماران ممکنست تا ۵ سال عمر کنند . در حالیکه در سارکوم اویسنگ رادیوتراپی بموقع نتایج درخشانی بیمار میآورد .

در سال ۱۹۲۰ Electro-surgery در مورد عملهای جراحی موفقیتنازهایی بود که

بکمک جراحان شناخت پیدا پس آنتی بیوتیکها انقلاب تازه ای در علم طب بشمار رفت . در قسمت رادیوتراپی نیز با پیدا پس ایزوتوپها ، تازه موفقیتها ، بیشتر و بیشتر بدست آمده ولی با همه این کشفیات هنوز نتایج درمان بسی ناچیز و تنها امید به تلاشی و کوشش و برطرف نمودن مجهولات نویسد دهنده فسودای بهتری برای دنیا ، بیشتر خواهد بود .

این رساله که بر مبنای تحقیقات و کارهای زیادی از مولفین پایه گذاری شده و شامل آخرین اطلاعات در مورد تومورهای بدخیم استخوانی میباشد که امیدوارم مورد استفاده و بررسی قرار گیرد .

عباس قدیمی

خرداد ماه ۱۳۴۸

(( TUMOUR ))

تعریف : اصطلاح تومور یا نشوونما زی یک کلمه کلی و وسیع و نسبتاً مبهمی است که مفهوم آن بتدریج و با گذشت زمان تغییر پیدا کرده است بدین ترتیب که قدیم تحت عنوان تومور تمام ضایعاتی را که باعث تشکیل یک برجستگی یا بزرگی ناحیه‌ای از بدن میگردید قرار میدادند و لذا تمام ضایعاتی که باعث تومناکسیون قسمتی از سیستم میگردید از قبیل تومورهای آماسی - آندوسیم ها - تجمعات چرکی - کیست هیداتیک و گوم سینلتیک و غیره را در این ردیف ذکر میکردند \*

ولی امروزه مطالعات آسیب‌شناسی دامنه معنی و مفهوم کلمه تومور را محدود تر کرده و -

اصطلاح تومور را تنها به مواردیکه در اثر پرولیفراسیون Proliferation = و از دیاد یک نسج تولید میشوند بکار میبرند لذا بیماریها، مختلفی را که ایجاد برآمدگی در قسمتها، مختلف بدن مینمایند مانند هیوسالینکس همانوم آنکیسته - هیدروسیسل و غیره را از کادر تومورها خارج کرده اند و کلمه تومور را برای ساختمانهایی که در آنسر از دیاد فوق ماده و افزایش غیرعادی سلولها و عناصر سازنده یک عضو تولید میشوند بکار میبرند \*

همینطور در مورد اصطلاح نئوپلازی = Neoplasia که اغلب همردیف و بجای کلمه  
 تومور بکار برده میشود در اصل بمعنای یک نسج تازه روئیده میباشد لذا رزونراسیون  
 یک ای تلوم و یا تشکیل یک نسج گرانولاسیون که یک بافت تازه تولید شده است پس یک  
 نئوپلازی محسوب میشود. ولی درها تولوژی اصطلاح نئوپلازی را منحصر در مورد رویشهای  
 تومورال بکار میبرند که بدون وقفه و بدون اینکه تحت کنترل قوانین و مقررات نمو طبیعی  
 بدن قرار گیرند مستقلا بنمو خود ادامه میدهند. ضمنا باید متذکر شد که امروز اصطلاح نئوپلاسم  
 را منحصر در مورد تومورهای بدخیم یا سرطان (۱) Cancer بکار میبرند.

تومورها را از روی لوزش و نمویشان میتوان بدود سه بزرگ تقسیم نمود :

A - تومورهای نیک خیم یا Benign tumor

B - تومورهای بدخیم یا Malignant tumor

A - تومورهای نیک خیم ساختمانی مستند با خواص زیر :

۱ - در همان نقطه ای که تشکیل شده شروع بر رشد مینمایند و همیشه در جای خود باقی مانده از

آنجا بخارج و باطراف دست اندازی نمینمایند.

(۱) - سرطان یک کلمه عربی است در زبان فارسی چنگا رگفته میشود در اصل از یک کلمه یونانی  
 باسم کارسینوس Carcinomas بمعنی خرچنگ گرفته شده است.

۲ - رشد و نمو این تومورها خیلی کند ولی اغلب پس از چند سال حجم قابل ملاحظه‌ای به خود میگیرند.

۳ - تومورهای نیک خیم بهیچ وجه محدود داری غلاف یا پوشینه‌ای هستند که آنها را از قسمت‌های مجاور جدا میسازد بطوریکه با سانی میتوان آنها را از بافت‌های اطراف مجزا ساخت.

۴ - تومورهای نیک خیم پس از برداشتن ( در صورتیکه کاملاً عمل خوب صورت گیرد ) بازگشت نمیکند از طرف دیگر محدود بودن آنها سبب آسانی عمل میشود.

۵ - از نقطه نظر بافت‌شناسی عناصر ترکیب کننده این تومورها از سلول‌های بی هستند کاملاً شبیه سلول‌های طبیعی بافت اصلی که تومور از آن تولید شده است و میتوان گفتکه برویه هم ساختمان بافت تومور شباهت تامی به بافت سالم دارد.

۳- تومورهای بدخیم دارای خواص دیگری هستند که بترتیب بعبار زیر میباشند.

۱ - این تومورها بتندی رشد کرده پراکنده میشوند.

۲ - با اطراف دست انداز ساخته قسمت‌های مجاور خود را مبتلا میسازند و آنها را خراب کرده از بین میبرند و بدین ترتیب پیشرفت مینمایند.

۳ - تومورهای بدخیم محدود نبوده و سلول‌های سرطانی بطور غیر منظم در نواحی مجساور

واعمال آن قسمت فرومهرند .

۴ - پس از عمل و برداشتن اغلب عود مینمایند .

۵ - سلولهای سرطانی از راه ورود خونی یا لنفاوی و یا راههای دیگر کوچ کرده در اعصاب دیگر

و نقاط دور دست تولید کانونهای سرطانی نوینی مینمایند ( Metastasis = )

که ساختمان آن کاملاً شبیه به بافت سرطانی اصلی است ( کانون اولیه )

۶ - ممکن و ساختمان سلول و یا فشرطانی با سلولهای طبیعی و یا فیص اصلی بکلی متفاوت است .

باید دانست که در بین تومورهای نیک خیم و بدخیم تومورهای هستند که دارای بعضی خواص

تومورهای سرطانی و غیر سرطانی میباشد مثلاً در بین تومورهای نیک خیم تومورهای بی وجود

دارد مانند فیبرومها و لیپومهای پراکنده و فراگیرنده که محیطشان غیر محدود و نامعلوم

و بتندی با اطراف دست انداخته پیش میروند در صورتیکه ابتدا تولید متاستاز نمیکنند

بعلاوه اگر آنها را با یک عمل جراحی کامل و وسیعی از بین بردارند و یا بوسیله دیگر از بین

ببرند دیگر بازگشت نخواهند کرد . همچنین در بین تومورهای بدخیم نیز سرطانیها بی دیده

میشود که دوره نمویشان خیلی طولانی و بعلاوه خیلی دیر و کمتر در اعصاب دیگر تولید متاستاز

میکنند از این قبیل اند سرطان پوستی Basocellulaire و غیره .

بطور کلی میتوان گفت این تومورها در حقیقت در حد فاصل تومورهای نیک خیم و بدخیم قرار گرفته اند چه نه بخوش جنسی و خوش عاقبتی تومورهای نیک خیم هستند و نه به بسد فرجامی سرطانیها میباشد.

(( هیستوسولوژی ))

در اینجا لازم میدانم قبلا اشاره مختصری به ساختمان هیستولوژیکی بافت استخوانی کرده و بعد تومورهای آنها را مورد مطالعه قرار دهم.

بافتهایی که در ساختمان اسکلت شرکت میکنند • بافتهای مزانشیمی هستند که قسمتی از - تیپ هیپندرو عروقی و قسمتی از مواد بن لادین مخصوص کوندروسیتن

واوستئین است • کوندروسیتن بنیاده همالین نیم شفاف الاستیک و مقاوم بوده و مشخص بافت غضروفی است • اوستئین یک ماده کولازن متراکم و آغشته به املاح کلسیم مخصوصا فسفات و کربنات دو کلسیم بوده و مشخص نمج استخوانی است هر یک از این مواد بوسیله سلولهای مزانشیمی مخصوص تولید میشوند که با اسم کوندروسیلاست و اوستئوسیت نامیده میشوند •

در ابتدا این بافتها از یک بافت مزانشیمی معمولی تشکیل یافته اند که بعدا بتدریج بعملت خاصیت مخصوصی که دارند تغییر پیدا کرده و یک دسته به بافت غضروفی و دسته ای دیگر بافت

استخوانی تبدیل میشوند این بافتها قبلا به شکل تیغه پری کوندرال یا پرپوستیک درمیا یند که در اثر زیاد سلولها و پفرانسیسوم *Differentiation* کوندرویلا ستمپسک با استئویلا ستمک سلولها، تازه ای تولید کرده و به ضخامت غضروف و استخوان میافزایند. از طرف دیگر سلولها بی که عروق داخل استخوانی را احاطه میکنند اوستئویلا ستمای ستمم هاورس را تولید مینمایند. بعلاوه همین تیغه همبند، غضروفی در بعضی قسمتها تولید سلولها، استخوانی را نموده و در نتیجه پری کوندر تبدیل یا به پرپوست میگردد.

بطور کلی استخوانی شدن بدولریکه انجام میگیرد :

۱ - *Ossification Endochondral* یا استخوانی شدن غضروفی که استخوان

جانشین غضروف میشود.

۲ - *Ossification Membranoux* یا استخوانی شدن غشایی که در این حسان

استخوان مستقیما از بافت همبند درست میشود.

با پستی در نظر داشت که این متابلازی استخوانی تنها منحصر ببا فت مزانشیمی که تشکیل

استخوانها، طبیعی رامیدهند نبوده بلکه بافتها، همبندی نواحی دیگر نیز ممکن است در

حالت مرضی جایگاه این قبیل اوسیفیکاسیون باشند ( استخوانی شدن ما میرانو )