CASE REPORT

Case Report of a Large Fibrosarcoma

Yasaman Pourandish[1],
Fatemeh Mehrabi[2],
Mohsen Dalvandi[3],
Nima Abbasi Veldani[4]

[1] MSc Student in Nursing, Student Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
[2] Nursing Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Neurosurgery, Arak University of Medical Sciences, Vali Asr Hospital, Arak, Iran
[4] Resident in Neurosurgery, Student Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

(Received November 12, 2019 ; Accepted January 20, 2020)

Abstract

Fibrosarcoma is a rare neoplasm associated with locally-recurring and highly metastatic malignant mesenchymal fibroblast. This type of neoplasm is more prevalent among young adults and children. Fibrosarcoma can be treated by surgery for excision of the healthy marginal tissues alone or in combination with radiotherapy. This study presents the case of a 22-year-old female patient in Arak Vali-e-Asr Hospital, Iran 2018, complaining of hemorrhage and thoracic pain between her two scapula bones. On examination, a hemorrhagic tumor necrosis was observed. Cranial nerve examination showed normal results, no tenderness was detected in cervical and lumbar vertebrae, while thoracic vertebrae were tender. The limb force was $^{5}/_{5}$. CT scan and MRI imaging showed a well-defined soft tissue tumor measuring 140 *126*140 mm3. It did not involve the vertebrae and spinal canals. The patient underwent surgery three days post-admission and a 2600-gram mass was excised. Pathological results indicated a fibrosarcoma (grade of 2-3) with mitosis but no necrosis.

Keywords: mass, fibrosarcoma, spine

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(182): 123-129 (Persian).

* **Corresponding Author: Fatemeh Mehrabi -** Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran (E-mail: fmehrabi1392@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۸۲ اسفند سال ۱۳۹۸ (۱۲۹-۱۲۳)

یک توده فیبروسارکومای بزرگ، گزارش موردی

یاسمن پوراندیش[۱]
فاطمه مهرابی[۲]
محسن دالوندی[۳]
نیما عباسی ولدانی[۴]

چکیده

فیبروسارکوما یک نئوپلاسم مزانشیمال بدخیم فیبروبلاست‌ها است که قابلیت عود موضعی و متاستاز دارد. این نئوپلاسم نادر است و در بالغین جوان وکودکان شایع‌تر می باشد. درمان فیبروسارکوما جراحی با حاشیه بافت سالم اطراف با یا بدون رادیوتراپی می باشد. بیمار یک خانم ۲۲ ساله با شکایت خونریزی و درد توراسیک بین دو استخوان اسکپولا بود که در آبان ماه ۱۳۹۷به بیمارستان ولیعصر(عج) اراک مراجعه کرد. در معاینه، توده ای همراه نکروز و خونریزی مشاهده گردید. معاینه اعصاب کرانیال نرمال، تندرنس در مهره های سرویکال و لومبار منفی و در مهره‌های توراسیک مثبت بوده و فورس اندام ها ۵/۵ بود. در تصویربرداری سی تی اسکن و MRI، توده نسج نرم در ابعاد ۱۴۰*۱۲۶*۱۱۴میلی متر با حدود مشخص و عدم دست اندازی به مهره ها و کانال نخاعی مشاهده شد. بیمار۳ روز پس از بستری، تحت عمل جراحی قرار گرفت و توده۲۶۰۰ گرمی از محل خارج شد. نتایج آسیب‌شناسی تشخص فیبروسارکوما با درجه تمایز۲ تا ۳، با میتوز و بدون نکروز، را گزارش نمودند.

واژه های کلیدی: توده، فیبروسارکوما، ستون فقرات

مقدمه

فیبروسارکوما یک نئوپلاسم مزانشیمال بدخیم فیبروبلاست‌ها است که هیچ شواهدی از تمایز سلولی نشان نمی‌دهد و قابلیت عود موضعی و متاستاز دارد. این تومور با منشاء سلول مزانشیمی است که از یک فیبروبلاست بدخیم در یک زمینه کلاژن تشکیل شده است(۱). این ضایعات بیش تر به شکل توده‌هایی هستند که به آرامی یا به سرعت رشد می‌کنند و در هر سنی بروز می‌کنند، اما در بالغین جوان و افراد زیر ۲۰ سال شایع‌ترند. در حدود نیمی از موارد دارای عود هستند و میزان بقای پنج ساله آن‌ها از ۴۰ تا ۷۰ درصد متغیر است. فیبروسارکوما نادر است، اما ممکن است در هر جای بدن ایجاد شود. شایع‌ترین محل وقوع آن، اندام‌های انتهایی می‌باشد. در ناحیه سر و گردن شایع نیست و در حدود ۱ درصد همه بدخیمی‌های انسان را شامل می‌شود(۴-۲).

دو نوع اصلی فیبروسارکوم استخوان شامل نوع اولیه و ثانویه وجود دارد. فیبروسارکوم اولیه یک بدخیمی فیبروبلاستی است که مقدار متغیر کلاژن را تولید می‌کند.

فیبروسارکوم ثانویه از استخوان و یا ضایعه موجود

مولف مسئول: فاطمه مهرابی- اراک: سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک E-mail: fmehrabi1392@gmail.com
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳. استادیار، گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اراک، بیمارستان ولی عصر، اراک، ایران
۴. دستیار تخصصی جراحی مغز و اعصاب، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۸/۸/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۸/۹/۱۸ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

بعد از رادیوتراپی استخوان یا بافت نرم ناشی می‌شود. این تومور تهاجمی‌تر با پیش آگهی ضعیف تر است. فیبروسارکوم، مانند سایر سارکوم های بافت نرم، علت مشخصی ندارد(۵). سندروم‌های ارثی مانند نوروفیبروم‌ها ۱۰ درصد از ابتلا به تومور بدخیم عصب محیطی یا فیبروسارکوم را تشکیل می دهند. همچنین فیبروسارکوم از ضایعاتی مانند دیسپلازی فیبروز، استئومیلیت مزمن، انفارکتوس استخوانی، بیماری پاژه و در نواحی استخوانی که قبلاً تحت تابش اشعه بودند، ناشی می‌شود(۵). از نظر بالینی، فیبروسارکوم‌ها اغلب به عنوان توده‌هایی با رشد کند هستند که ممکن است قبل از ایجاد درد به اندازه قابل توجهی برسند. از نظر بافت شناسی، فیبروسارکوم‌های تمایز یافته از اجزای سلول‌های اسپیندل شکل تشکیل شده است که به صورت کلاسیک یک الگوی Herring bone را تشکیل می‌دهند. درجه‌بندی هیستولوژیک فیبروسارکوما بر اساس سلولاریتی و تمایز، فعالیت میتوزی و نکروز می‌باشد. فیبروسارکوما، ویمنتین(Vimentin) را بیان می کند اما دیگر مارکرهای اختصاصی را بروز نمی‌دهد. در تومورهای با تمایز کم، سلول‌ها کم‌تر سازماندهی شده و ممکن است گردتر یا تخم‌مرغی به نظر برسند. همچنین در برخی درجات، پلئومورفیسم خفیف همراه با فعالیت‌های میتوتیک بیش‌تر، ممکن است دیده شود(۲). ظاهر بافت‌شناسی فیبروسارکوم با درجه تمایز یافتگی بالا مشابه سایر تومورها ازجمله هیستوسیتوما فیبر بدخیم، لیپوسارکوم یا سارکوم سینوویال می‌باشد(۷،۶). از لحاظ آسیب‌شناسی فیبروسارکوما مشابه فیبروماتوزیس، در یک انتها و فیبروز تحریکی در انتهای دیگر است ولی فیبروسارکوما به طور یکنواخت‌تری از فیبروماتوزیس، سلولار است و سلول‌ها در یک الگوی (Herring bone) رشدی فاسیکولار جارویی یا استخوان جناغی ثابت‌تر و پیوسته‌تر آرایش یافته‌اند(۸). برخلاف فیبروماتوزیس، سلول ها اغلب هم‌پوشانی دارند و توسط کلاژن کم‌تری جدا می‌شوند و هسته‌ها (Overlapping) هایپرکروم ترو آتیپیک‌تر بوده و هستک‌های بارزتری نسبت به فیبروماتوزیس دارند. میزان میتوتیک بالای یک در ۱۰ میدان با بزرگ نمایی بالای میکروسکوپ باید ظن فیبروسارکوما را ایجاد نماید. خصوصیات سیتولوژیک آتیپیکال و یا Rosai برخی از مولفین مانند تعداد مهمی از تصاویر میتوتیک (بیش‌تر از یک در هر بزرگ نمایی بالای میکروسکوپ) را ملاک‌های مهم تشخیص فیبروسارکوما به حساب می‌آورند.

درمان انتخابی جراحی رادیکال است. پرتودرمانی و شیمی درمانی در مواردی که نتوان جراحی نمود، قابل استفاده است(۷،۶). در این گزارش مورد به بررسی بیمار مبتلا به فیبروسارکومای بزرگ در ناحیه ستون فقرات پرداخته می‌شود.

گزارش مورد

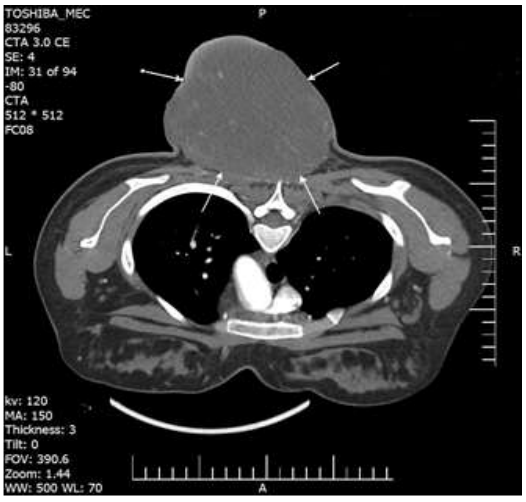
بیمار خانم ۲۲ ساله بیدار و هوشیار با شکایت خونریزی و سوزش توده توراسیک بین دو استخوان اسکپولا بود که در آبان ماه سال ۱۳۹۷ به بیمارستان ولی عصر (عج) اراک مراجعه کرد. در معاینه به عمل آمده توده‌ای با ابعاد حدودی ۲۰۰*۲۰۰میلی‌متر همراه نکروز و خونریزی مشاهده گردید. بیمار سریعاً در بخش جراحی اعصاب بستری شد. معاینه اعصاب کرانیال نرمال بود، GCS=15، تندرنس در مهره‌های سرویکال و لومبار منفی و در مهره‌های توراسیک مثبت بود، فورس اندام‌ها ۵/۵ بود. در زمستان سال ۹۴ توده‌ای در محل توده فعلی در بیمار گزارش شده بود که به صورت سرپایی جراحی شده بود، اما ۴ ماه بعد در سال ۹۵ مجددا عود داشت. بیمار در آن زمان مجدداً تحت بیهوشی جنرال جراحی شده بود و توده‌ای با ابعاد ۱۰۰*۹۰*۳۰ میلی‌متر خارج شده بود که در جواب پاتولوژی تشخیص Spindle cell tumor, compatible with fibrosarcoma با گرید ۲تا ۳ ذکر شده بود. در زمان مراجعه بیمار زایمان طبیعی در ۴۸ ساعت قبل را ذکر می‌کرد، که با توجه به وجود توده در ناحیه توراسیک در حالت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

sitting position انجام شده بود و حاصل زایمان نوزاد دختر سالم و فول ترم (۳۸ هفته) با وزن ۳۴۰۰ گرم بود. رشد توده همزمان با شروع بارداری آغاز شده بود، بطوری که بیمار در هفته ۸ بارداری با شکایت وجود یک جوش بزرگ در محل توده فعلی به جراح عمومی مراجعه کرده بود که برای بیمار تشخیص فیبروز بعد از جراحی قبلی گذاشته شده بود. توده رشد مداومی داشت به طوری که در ماه ۶ بارداری بیمار دچار خونریزی از توده می‌شود و توسط جراح عمومی با کوتر عروق توده مذکور، خونریزی متوقف می‌شود. بیمار از ماه ۸ بارداری تحت نظر پزشک انکولوژی و جراح مغز و اعصاب قرار می‌گیرد و با توجه به باردار بودن بیمار رزکسیون توده به بعد از زایمان موکول می‌شود. در زمان بارداری تصویربرداری با MRI از محل انجام شده بود، که تصاویر در دسترس نیست. لازم به ذکر است بیمار سابقه خانوادگی در ارتباط با توده و فیبروسارکوما نداشته است.

در MRI و CT انجام شده قبل از جراحی، توده نسج نرم در ابعاد ۱۴۰*۱۲۶*۱۱۴میلی‌متر مشاهده شد و همان‌طورکه در تصاویر مشخص است توده حدود مشخص داشته و به مهره‌ها و کانال نخاعی دست‌اندازی نداشت (تصویر شماره ۱).

شرح عمل: بعد از بیهوشی جنرال و تحت پوزیشن prone برش پوستی ۵ سانتی متری در بالا و پایین توده داده شد، سپس عضلات و عروق دایسکت شد. ۳ عدد رگ خونریزی دهنده در پشت توده سوزانده شد و توده انبلاک خارج و درن هموک تعبیه و در نهایت زیر جلد و پوست بدون نیاز به گرافت بخیه شد. وزن توده خارج شده حدوداً ۲۶۰۰ گرم بود و ابعاد آن حدود ۲۰ × ۲۰ سانتی‌متر و بدون درگیری spinous process و عروق بزرگ مجاور بود. توده خارج شده در فرمالین قرار گرفت و به آزمایشگاه فرستاده شد. بیمار پس از جراحی با Gcs=15 و حال عمومی خوب به بخش جراحی اعصاب منتقل شد و ۳ روز بعد با فورس اندام ۵/۵ چهار اندام، Gcs=15 و محل جراحی خشک و بدون ترشح، از سرویس مغز و اعصاب ترخیص و جهت ادامه پیگیری‌های درمان به پزشک انکولوژی ارجاع داده شد. نتایج آسیب‌شناسی نهایی، توده ای با ابعاد ۱۶۰× ۱۲۰× ۱۰۰ میلی‌متر با تشخص فیبروسارکوما با درجه تمایز۲ تا ۳، با میتوز و بدون نکروز، را گزارش نمودند (تصاویر شماره ۲ و۳). همچنین از نظر هیستولوژیکال ویمنتین مثبت بود، اما سایر مارکرها منفی بودند.



تصویر شماره ۱: سی‌تی اسکن و ام‌آرآی بیمار پیش از جراحی ضایعه نسج نرم با حدود ابعاد ۱۴۰*۱۲۶*۱۱۴میلی‌متر در محاذات c7_T5 با enhancement مختصر، بدون درگیری ستون فقرات و عروق بزرگ مجاور



تصویر شماره ۲: ضایعه هتروژن با حاشیه مشخص در بافت subcutaneous با گسترش تا supraspinatus ligament در محاذات c7_t5

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]



تصویر شماره ۳: تومور بعد از خارج سازی

بحث

در این گزارش به معرفی یک مورد فیبروسارکومای همراه با درد در ناحیه اسکپولا پرداخته شده است. فیبرو سارکوما از نئوپلاسم مزانشیمال بدخیم فیبروبلاست‌هاست که هیچ شواهدی از تمایز سلولی نشان نمی‌دهد و قابلیت عود موضعی و متاستاز دارد. این نئوپلاسم نادر در سنین زیر ۲۰ سال بیش‌تر دیده می‌شود(۹). امروزه با استفاده از روش‌های تشخیصی هیستوشیمیایی، ایمونوهیستوشیمیایی و فراساختاری، از میزان ضایعاتی که در گروه فیبروسارکوما قرار می‌گیرند، کاسته شده است. این ضایعات بیش‌تر به شکل توده‌هایی هستند که به آرامی یا به سرعت رشد می‌کنند و در هر سنی بروز می‌کنند، اما در بالغین جوان و کودکان شایع‌ترند. در حدود نیمی از موارد عود می‌کنند و میزان بقای پنج ساله آن‌ها از ۴۰ تا ۷۰ درصد متغیر است. فیبروسارکوما نادر است، اما ممکن است در هر جای بدن ایجاد شود. شایع‌ترین محل وقوع آن، اندام‌های انتهایی می‌باشد. در ناحیه سر و گردن شایع نیست و در حدود ۱ درصد همه بدخیمی‌های انسان را شامل می‌شود(۴،۲). درمان فیبروسارکوما جراحی با حاشیه بافت سالم اطراف با یا بدون رادیوتراپی می‌باشد(۱). به طورکلی طبق سایر مقالات موجود، درمان انتخابی فیبروسارکوما رزکسیون وسیع و عمیق جراحی است. پیش‌آگهی این بیماری به وسعت رزکسیون وابسته می‌باشد. هرچه ضایعه عمیق‌تر باشد، احتمال باقی ماندن میکروسکوپیک تومور در بافت عمقی بیش‌تر خواهد بود. در مواردی که حاشیه رزکسیون از نظر میکروسکوپی مثبت بوده یا میتوز بافتی فراوان باشد یا اعمال جراحی متعدد به علت عود موضعی انجام شده باشد، احتمال پیدایش متاستاز دوردست بیش‌تر خواهد شد(۱۱،۱۰،۲).

در مطالعه‌ای افشار فرد و همکارانش با جراحی ۱۱ مورد درماتوفیبروسارکوما بیان داشت در تمامی بیماران حاشیه ۳ سانتی‌متر از لبه ماکروسکوپیک رعایت شد و عمق ضایعه با توجه به معاینهٔ بالینی همراه با فاشیای زیرین و روی عضله و در بعضی بیماران بخشی از عضله و در مورد ضایعه پوست سر حتی پریوست هم برداشته شد و در دو مورد که درگیری تابل خارجی وجود داشت، تمام تابل خارجی و داخلی در محدودهٔ ناحیه رزکسیون یک جا برداشته شد(۲).

افشار فرد و همکاران در مواردی که به علت ترس و نگرانی از پوشاندن دیفکت باقیمانده، ضایعه با حاشیه کم‌تر برداشته شده عود بیماری را تا ۶۰ درصد هم گزارش کرده‌اند(۲) و علت عود موضعی را ناشی از باقی ماندن زایده‌های غیرقابل تشخیص در ماکروسکوپی حین عمل اولیه می‌دانند(۱). همچنین رادیوتراپی به عنوان درمان کمکی قبل و بعد از عمل و به عنوان درمان تکمیلی در مواردی که حاشیه رزکسیون آلوده و یا نزدیک به تومور بوده، توصیه شده است. دوز پیشنهادی ۶۰-۵۰ گری می‌باشد(۱۳،۱۲).

در بررسی این مورد مشخص گردید که تومورهای نادری مانند فیبروسارکوما باید در تشخیص افتراقی مورد توجه قرار گرفته و در بررسی و مطالعات انجام شده هر گونه ضایعه‌ای به دقت پیگیری و تحت درمان قرار گیرد. بیمار معرفی شده پس از جراحی کامل جهت ادامه پیگیری و درمان به سرویس انکولوژی ارجاع داده شد.

سپاسگزاری

بدینوسیله نویسندگان از پرسنل محترم بیمارستان ولی‌عصر (عج) اراک، کمال تشکر و قدردانی را می‌نماید.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

جدول شماره ۱: بررسی گزارشات مختلف در زمینه فیبروسارکوما

نویسندگان	سال انتشار	مجله	عنوان
Sulagna و همکاران(۱۴)	۲۰۱۸	Biomedical Research and Therapy	گزارش یک مورد فیبروسارکومای ثانویه در Mandible یک زن ۶۵ ساله با سابقه تورم در فک چپ از یک ماه گذشته که در نهایت با عمل جراحی خارج شد.
Jiao و همکاران(۱۵)	۲۰۱۳	Journal of Thoracic Disease	گزارش یک مورد فیبروسارکوم پستان در خانم ۱۵ ساله ،فاقد سابقه خانوادگی فیبروسارکوم بزرگ که با عمل جراحی خارج شد.
Yuwanati و همکاران(۱۶)	۲۰۱۱	Case Reports in Dentistry	گزارش یک مورد از فیبروسارکوم در ناحیه خلفی فک تحتانی در یک زن ۴۴ ساله ، که با عمل جراحی خارج شد
گل پور۹	۱۳۸۵	مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران	گزارش یک مورد درماتو فیبروسارکوم پروتوبرنس (DFSP) نوعی سارکوم غیرشایع در خانم ۴۶ ساله با سابقه ۱۴ساله ضایعه توموورال در قسمت فوقانی- قدامی شانه چپ و عود مکرر تومور در این ناحیه بوده که چهار نوبت تحت جراحی و خروج توده قرار گرفت.

References

1. Augsburger D, Nelson PJ, Kalinski T, Udelnow A, Knösel T, Hofstetter M, et al. Current diagnostics and treatment of fibrosarcoma-perspectives for future therapeutic targets and strategies. Oncotarget 2017; 8(61): 104638-104653.
2. Afsharfard AAF, Malekpour Gorbani F, Zali AR. Surgical Results of 11 Cases of Dermatofibrosarcoma Protuberans. Iranian Journl of Surgery 2010; 17(4): (Persian).
3. Weiss SW, Goldblum JR Goldblum JR, Weiss SW, Folpe AL. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2008. p. 565-679.
4. Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 10th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2011. p. 47, 65. 2116-2120.
5. Rajendran A, Sivapathasundharam B. Benign and malignant tumors. Shafer's Textbook of Oral Pathology. 6th ed. New Delhi: Elsevier India; 2009. p. 80-218.
6. Wadhwan V, Chaudhary MS, Gawande M. Fibrosarcoma of the oral cavity. Indian J Dent Res 2010; 21(2): 295-298.
7. Wong SL. Diagnosis and management of desmoid tumors and fibrosarcoma. J Surg Oncol 2008; 97(6): 554-558.
8. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2012. p. 170-172.
9. Golpour M. Dermatofibrosarcoma protuberans, a case with repeated recurrence. J Mazandaran Univ Med Sci 2006; 16(55): 171-175 (Persian).
10. Bannasch H, Eisenhardt SU, Grosu A-L, Heinz J, Momeni A, Stark GB. The diagnosis and treatment of soft tissue sarcomas of the limbs. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(3): 32-38.
11. Cormier JN, Pollock RE. Soft Tissue Sarcomas. CA Cancer J Clin 2004; 54(2): 94-109.
12. Casali PG, Jost L, Sleijfer S, Verweij J, Blay JY. Soft tissue sarcomas: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2008; 19(s): ii89-93.
13. Rosenberg SA, Tepper J, Glatstein E, Costa J, Baker A, Brennan M, et al. The treatment of soft-tissue sarcomas of the extremities: prospective randomized evaluations of (1) limb-sparing surgery plus radiation therapy compared with amputation and (2) the role of adjuvant chemotherapy. Ann Surg 1982; 196(3): 305-315.
14. Sulagna M, Kalyani R, Azeem M. Fibrosarcoma of Mandible Presenting As Second Primary Tumour-A Cytological Diagnosis. Biomedical Research and Therapy 2018; 5(5): 2326-2331.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

15. Jiao Q, Wu A, Liu P, Tang J, Yang M, Fan X, et al. A young woman with a giant breast fibrosarcoma: a case report. J Thorac Dis 2013; 5(5): E199-202.

16. Yuwanati MB, Tupkari JV. Fibrosarcoma of mandible: a case report. Case Rep Dent 2011; 2011: 536086.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]