

Arthralgien bei einem Chondromyxoidfibrom
mit seltsamer Lokalisation

P. D. MOTTAHEDEH

J. TORABI

BOYER (1810) hatte als erster, dann PAGET (1835) als zweiter zu studieren angefangen, ueber die Tumore, die aus Knorpel entstanden sind.

LORISCH (1855) hatte mit seiner Autopsie gezeigt, dass in der lunge eines Mannes ein Chondrom und ebenfalls Metastasen gefunden hat.

VIRCHOW (1894) sagte, dass es ein schoener Traum gewesen ist, da die knorpeligen Tumore als gutartig begutachtet worden sind.

PHEMSTER (1930) und DELANNOY (1946), dann JAFFE sowie LICHTENSTEIN haben daruber studiert.

DAHLIN (1956) hatte 288 Fälle und endlich im Jahre (1966) dann insgesamt 569 Fälle vorgestellt.

COLEY (1960) hatte über 681 Fälle studiert.

Diese Tumore hatte man auf 6 Arten unterteilt

- 1- die Osteochondrome (cartilaginäre Exostose)
- 2- die Enchondrome
- 3- die Chondroblastome

4- die Chondrofibromyxoide (C.F.M)

5- die periostalen Chondrome

6- die Chondrosarcome

Ad 3 und 4 sind sehr seltsame Tumore. COLEY hatte von 2324 osteogenen und cartilagen Tumoren keinen Fall von (C.F.M) gefunden.

DAHLIN hatte von 569 cartilagen Tumoren 13 C.F.M gefunden.

DECOULX hatte von 304 osteogenen Tumoren 95 cartilagen gefunden und von C.F.M nur einen.

Es ist nach DAHLIN (1957) (Chondromyxoidfibrom) eine eigenartige relativ seltene Knochengeschwulst, ausgehend von knorpelbildendem Bindegewebe. Die Geschwulst wurde 1948 von JAFFÉ und LICHTENSTEIN beschrieben.

Auch wurde sie wie das Chondroblastom aus der Reihe der falsch diagnostizierten Riesenzelltumoren herausgeholt und als eigenständige Geschwulst erklärt. Die Definition lautet "eine gutartige lokalisierte Läsion mit chondromatosen und myxoiden Charakterzügen".

(ACKERMAN und SPJUT 1962), "ein eigenartig differenzierter Bindegewebstumor, der im Verlauf seiner Entwicklung gewisse chondroide und myxoide Züge aufweist" (JAFFÉ und LICHTENSTEIN 1948).

Die Tatsache, dass gewisse Abschnitte des Tumors aussehen wie hyaliner Knorpel, mache es verständlich, dass man annahm, der Tumor stamme von einem knorpelbildenden Gewebe ab.

Die Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit dieser Klassifikation wurde noch erhöht durch die Feststellung, dass die Chondromyxoidfibrome hie und da auffallend ähnliche Bilder zeigen wie das gutartige Chondroblastom (DAHLIN 1957).

Vorkommen: selten, überwiegend bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 10 - 30 Jahren, keine Geschlechtsbevorzugung.

Lokalisation: Metaphysenzonen der Kniegend (Femur, Tibia, Fibula) sowie Metaphysen der Metatarsalia, Calcaneus und Metacarpalia, selten in Rippen und Beckenknochen.

Anatomie: makroskopisch festes grauweisses, selten schleimiges Gewebe. Tumordurchmesser bis 25 cm.

Mikroskopisch: überwiegen Zellelemente vom Typus der Fibroblasten und der sternförmigen Myxomzellen, gelegentlich Riesenzellen vom Osteoklastentypus. Die Zwischensubstanz besteht aus einem ödematosen z.T. myxomatösen, stellenweise auch faserreichen kollagenen Bindegewebe und aus spärlichen Zonen vom Typus hyaliner Knorpelgrundsubstanz.

Eine Anisonukleose der Tumorzellen kann (niemals vorhandene!) Malignität vortäuschen.

Rontgen: exzentrische Aufhellung im Metaphysenbereich mit sklerotischem Randsaum. Corticalis verdünnt, nur selten zerstört.

Symptome, Belastungs- und Bewegungsschmerz. Kein Spontanschmerz.

Verlauf und Prognose: COLEY und LICHTENSTEIN haben zwei malignen Fälle gezeigt, ansonsten hat der Tumor ein langsames Wachstum, geringgradige Rezidivneigung zur malignen Entartung.

MULLER und CRODONID haben im Jahre 1907 im chirurgischen Kongress berichtet: Obwohl man auf den Trauma achten muss, ist aber der Trauma keine Ursache für die Entstehung dieses Tumorartes.

Mit X und Co. Bestrahlung hat man keinen Erfolg, nur Prognose wird verschlechtert.

Zur Anamnese:

Z.M. 25 jährige Hausfrau, verwitwet, Nullipara wurde am 12.11.2535 wegen Arthralgie auf der rheumatologischen Abteilung des Eghbal-Krankenhauses aufgenommen.

Ausser gewöhnlichen Kinderkrankheiten hatte sie keine besonderen Krankheiten.

Vor etwa 5 Jahren hatte die Patientin manchmal halbseitige Kopfschmerzen und allergische Konjunctivitis, Rhinitis und Laryngitis.

Damals hatten die Gelenkschmerzen bei ihr angefangen. Vorallem Schmerzen über beiden Hand-, und Fussgelenken, rechtes Kniegelenk und rechtes Huftgelenk.

Wie sie erzählte, zeigten diese Gelenke auch Entzündungserscheinungen.

Die Patientin bekam des öfteren antirheumatische Behandlungen.

Man konnte keine eigentliche Diagnose bei ihr feststellen. Patientin klagte auch über Magenschmerzen.

Befunde:

Bei der Untersuchung der Hand-, Fuss- und Kniegelenke zeigten sich Tätowierungen und Narben (Durchstechung mit heissen Stahlstiften wegen starker Schmerzen). Die Beweglichkeit dieser Gelenke war unauffällig. Man konnte auch keine Entzündungszeichen bei diesen Gelenken feststellen.

Auf dem rechten Huftgelenk im Bereich der Trochanter major konnten wir einen Tumor von etwa 10 cm Durchmesser feststellen. Der Tumor war auf der Unterlage unverschieblich, gerotet und sehr schmerzhaft. Die Beweglichkeit dieses Gelenkes war stark eingeschränkt.

Die Patientin hatte jede Berührung und Bewegung abgelehnt.

Laborbefunde:

BKS 18/30 mm n.W. Hämoglobin 12/2 g%, Erythrozyten 4, 130000 Mill., Leukozyten 5400 (davon 55% Poly., 38% Lympho., 3% Eosinophy., 1% Basophy.)

Blutzucker: 78 mg%, Harnsäure 3 mg%, Calcium 9 34 mg%, an. Phosphat 3,99 mg%, Bilirubin (indirekt 0/2 mg%, direkt 0/2 mg%)

SGOT 12 mU/ml, SGPT 7 mU/ml, LDH 250 mU/ml.

Gesamtaiweiss 6 g%.

Elektrophoresediagramm: Albuminfraktion 42%, Alpha-1-Globuline 3%, Alpha-2- Globuline 13%, Betaglobuline 18%, Gammaglobuline 24%.

Rheumatoid Arthritis Factor: neg.

Wr: neg.

WRIGHT Agglutinations Test: $\frac{1}{40}$ Positiv

Blutkultur: 21 Tage neg.

Röntgenbefunde: Lungen- und Herz Rö: OB

Einfaches Abdomen: unauffällig

Schädel Rö: OB

Rechter Maxillarsinus getrübt.

Beckenaufnahme : Auf der rechten Trochanter major des OS Femoris hatte man einen hellen ziemlich scharfbegrenztes lacunär eingeordnetes Feld von etwa 8 cm Durchmesser (Abb. 1) Festgestellt.

Dig.: aneurysmatischen Knochencyste?

Am 22.12.2535 ist die Operation am rechten Trochanter major durchgeführt worden.

Histologischpathologischer Befund gab Chondromyxoidfibrom (Add. 2)

Postoperativ bekam die Patientin wegen starker Blutung und Fieber symptomatische Behandlung.

Der Zustand der Patientin besserte sich rasch, auch

die Schmerzen der beiden Hand- Fussgelenke und rechtes Kniegelenk sind verschwunden innerhalb von zwei Wochen.

Nach der dritten Operationswoche wurde bei der Patientin die Physiotherapie durchgeführt.

Patientin ist am 12.2.2536 mit gutem Allgemeinzustand aus dem Krankenhaus entlassen worden, und muss sich monatlich einmal zur Untersuchung im Krankenhaus einfinden.

Zusammenfassung:

25 jährige Hausfrau , verwitwet , Nullipara , wurde wegen Schmerzen (der Hand- und Fussgelenke, rechtes Kniegelenk und rechtes Hüftgelenk) auf der rheumatologischen Abteilung des Eghbal-Krankenhauses aufgenommen.

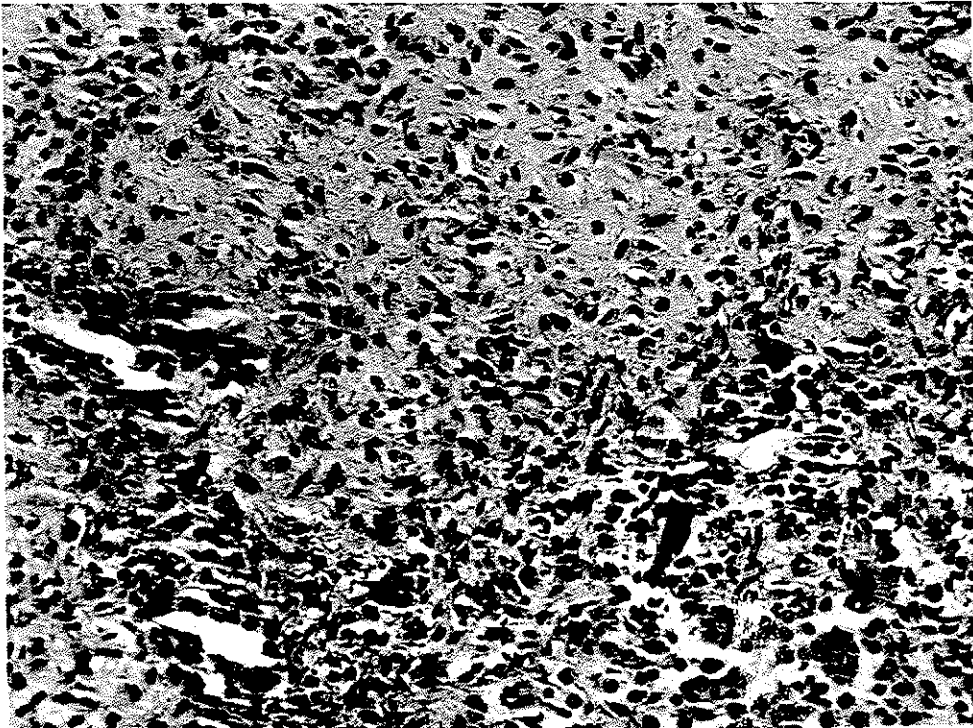


Fig. 1

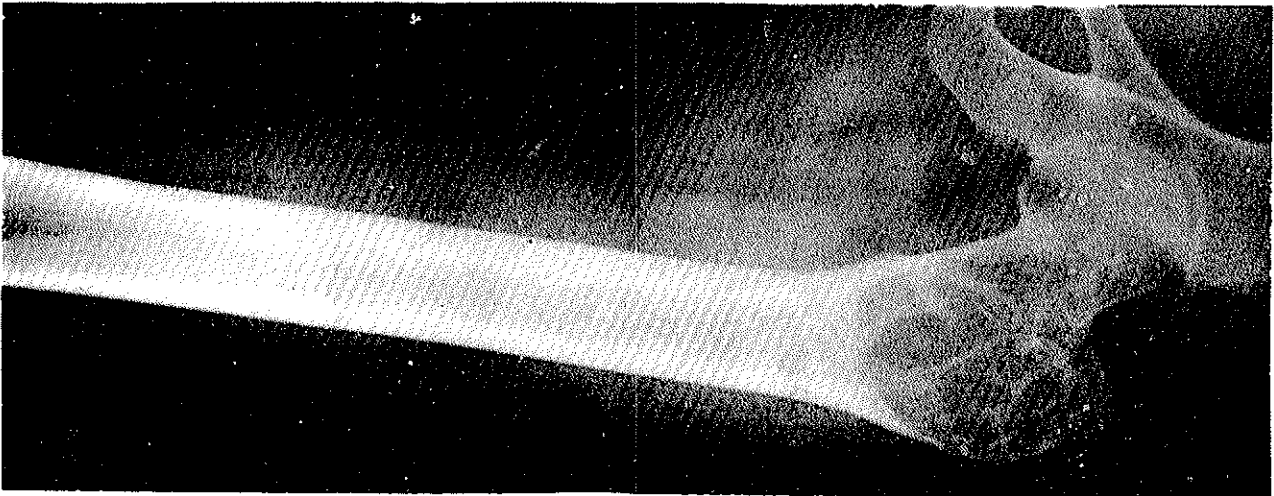


Fig. 2

Bei der Untersuchung konnte man auf dem rechten Trochanter major des OS Femoris einen Tumor von etwa 10 cm Durchmesser feststellen, welcher gerötet, schmerzhaft, und auf der Unterlage unverschieblich war. Nach der Operation wurde histologischer Befund Chondromyxoidfibrom gegeben. Zwei Wochen nach der Operation verschwanden fast alle Gelenkschmerzen. Es ist das erste Mal, dass nach der Operation eines gutartigen Tumors bei einem Gelenk auch die Schmerzen bei anderen Gelenken verschwunden sind. Welche Möglichkeit besteht, dass dieser gutartige Tumor auf die Schmerzen anderer Gelenke wirksam gewesen ist?

Literatur

1. Bessler, W.: *Die malignen potenzien der Skelettchondrome Schweiz. med. Wschr.* 461-466 (1966)
2. Bethge, J.F.J.: *Hereditäre, multiple Exostosen und ihre pathogenetische Deutung. Arch. orthop. Unfall-Chir.* 667-696 (1963)
3. Codman, E.A.: *Epiphyseal chondromatous giant celltumors of the upper end of the humerus. Surg. Gynec. obstet.* 543-548 (1961)
4. Dahlin, D.C.: *Bone tumors. 2nd ed. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas 1970*
5. Dominok, G.W.; Knoch, H.G.: *Knochengeschwülste und geschwulstähnliche Knochenkrankungen. Jena: G. Fischer (1971).*
6. Dreyer, J., Becker, W., Georgi, P.: *Die Problematik des atypisch lokalisierten Chondroms. Arch. orthop. Unfall-Chir.* 25-32 (1972)
7. Hellner, H.: *Die Klinik der Knochengeschwülste. Helv. Chir. Acta* 621-634 (1959)

8. Jaffé, H.L.: *Tumors and tumorous conditions of the bones and joints*. Philadelphia: Lea & Febiger (1958).
9. Jaffé, H.L., Lichtenstein, L.: *Benign chondroblastoma of bone*. *Amer. J. Path.* 969-991 (1942)
10. Jaffé, H.L., Lichtenstein, L.: *Chondromyxoidfibroma of bone*. *Arch. Path* 541-551 (1948)
11. Johnson, L.C.: *A general theory of bone tumors*, *Bull. N.Y. Acad. Med* 164-171 (1953)
12. Lichtenstein, L. *Periostal chondroma*. *J. Bone Jt Surg. A* 691-697 (1952)
13. Lichtenstein, L.: *Bone tumors 4th ed.*, St. Louis: C.V. Mosby. 57-69 (1942)
14. Lichtenstein, L., Jaffé, H.L.: *Chondrosarcoma of bone*. *Amer. J. Path.* 553-589 (1943)
15. Salzer, M., Salzer-Kuntschik, M.: *Das Chondromyxoidfibrom*. *Langenbecks Arch. klin. Chir.* 216-231 (1965)
16. Spjut, H.J., Dorfman, H.D., Fechner, R.E., Ackerman, L.V.: *Tumors of bone and cartilage. Atlas of tumor pathology. 2nd Series. Fasc. 5*. Washington D. C.: *Armed Forces Institute of Pathology* 1971
17. Weber, H.G.: *Semimaligne Knochengeschwülste*. *Chir. Praxis* 433-448 (1969)