

## KONDROMAT E KOCKAVE TË DORËS

— VLADIMIR GJATA — VASIL BAKALLI — doc. PANAJOT BOGA —

(Spitali klinik nr. 2 — Tiranë)

Kondroma është tumori më i shpeshtë i kockave të dorës (2,4,6,8, 13,15,16). Ky është një tumor benign me origjinë nga kartilagji hialin dhe shfaqet në dy lloje kryesore:

— enkondroma, tumor me zhvillim në qendër të kockës, i cili është dhe tumori më i shpeshtë që takohet në kockat e dorës. Enkondromat mund të jenë të vetmuara ose të shoqëruara. Këto të fundit emërohen si enkondromatoza apo kondromatoza.

— kondroma subperiostale, që njihet edhe si kondroma jukstakortikale apo parosteale dhe zhvillohet në faqet e jashtme të kortikales së kokës. Ky tumor qëndron ndën periost dhe është i mbështjellë me një kapsulë fibrozë. Është një tumor i rrallë.

Qëllimi i këtij punimi është që të paraqesë përvojën tonë në diagnostikimin dhe mjekimin e këtyre tumoreve, duke e ilustruar me disa raste.

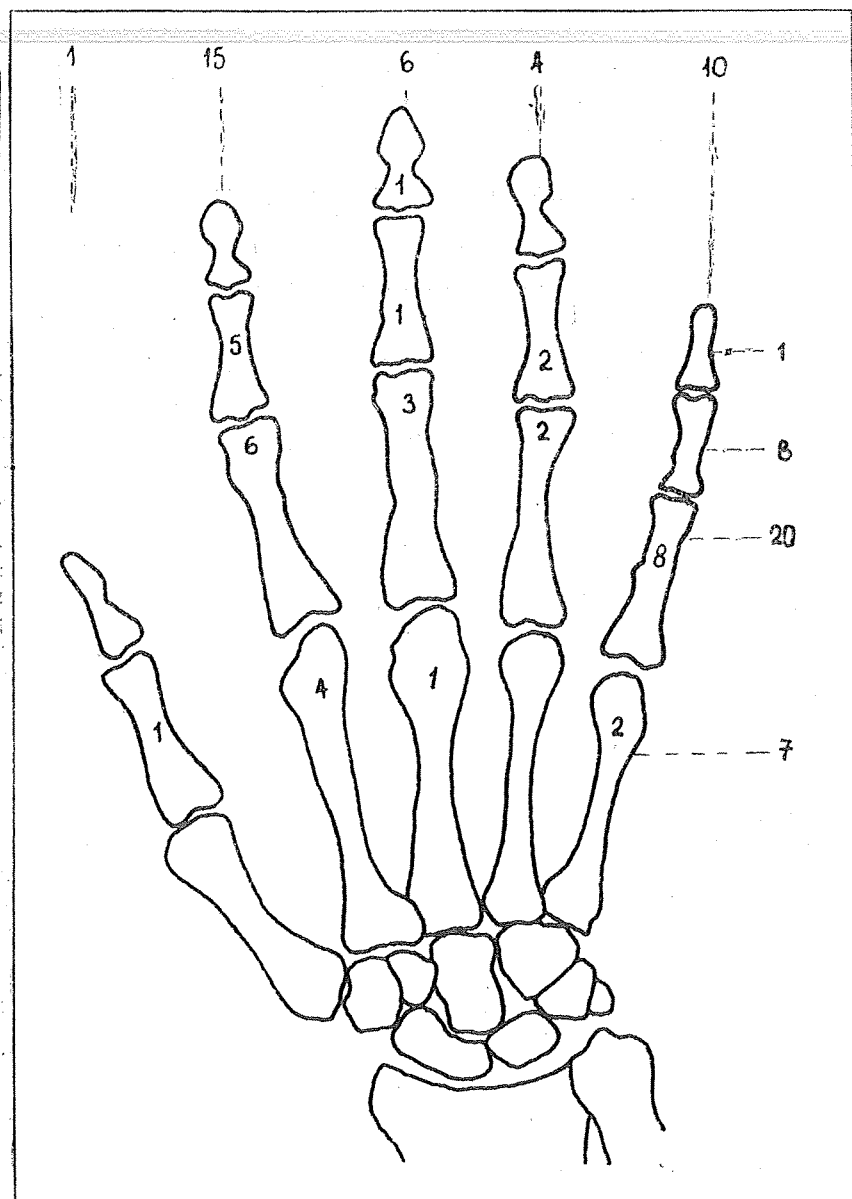
### Materiali klinik

Nga viti 1970 deri në vitin 1985, në klinikën e ortopedi-traumatologjisë të Spitalit klinik nr. 2 të Tiranës janë mjekuar 37 raste me kondroma të dorës, duke përfshirë edhe 3 raste me enkondromatozë (M. Ollier). Në statistikën tonë, rezulton të jenë 21 meshkuj dhe 16 femra. Moshë e meshkujve luhetet nga 7 deri 44 vjeç kurse ajo e femrave nga 11 deri 55 vjeç (Pasqyra nr. 1).

Pasqyra nr. 1

| Mosha (vjeç)  | 10-15 |   | 16-20 |   | 21-25 |   | 26-30 |   | 31-35 |   | 36-40 |   | 41-45 |   |
|---------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
|               | M     | F | M     | F | M     | F | M     | F | M     | F | M     | F | M     | F |
| Nr. i rasteve | 3     | 5 | 4     | 5 | 2     | — | 4     | 3 | 1     | 1 | 2     | 1 | 4     | — |

I sëmuri më i ri — 7 vjeç (fig. nr. 2), ndërsa i sëmuri më i moshuar — 50 vjeç.



Rasti më i vogël i serisë sonë 7 vjeç. Kondromë jukstrakortikale e falangës I të gishtit të vogël



Fig. 2. Rasti më i vogël i serisë sonë 7 vjeç. Kondronë jukstrakortikale e falangës I të gishtit të vogël.

Falangat proksimale janë dëmtuar në 20 raste, falangat e mesme në 8 raste, falangat distale (fig. nr. 3) në një rast, metakarpet në 7 raste.

Nga pasqyra nr. 2 dhe figura nr. 1, vëmë re se ka një mbizotërim të lehtë të tre rreshtave radialë (22 raste), në krahasim me 2 rreshtat ulnarë të dorës (14 raste), çka nuk përputhet me statistikën e autorëve të tjerë (8,13), që i kanë rreth 3/5 e dëmtimeve në dy rreshtat ulnarë të dorës. Dora e majtë u gjet e dëmtuar në 22 raste, kurse e djathta në 16 raste.

Ankesat e të sëmurëve në ditën e paraqitjes për herë të parë në spital janë disa (Pasqyra nr. 2). Megjithatë vëmë re se, në përgjithësi, ata ankohen për një fryerje të dhimbshme në gisht apo në dorë, si edhe për deformim me ecuri të ngadaltë. Në 8 raste vëmë re se kishte prishje të funksionit të dorës, kurse në 4 raste ato janë zbuluar rastësisht nga radiografia e bërë pas një kontuzioni të dorës. Në 5 raste kemi pasur thyerje patologjike të kockës së dëmtuar nga tumori. Koha nga fillimi i simptomave deri në çastin e paraqitjes në spital luhet nga disa ditë deri në 10 vjet (1 rast).



Fig. 3 Një rast me kondromë të falangës distale.

Pasqyra nr. 2

|   |  |
|---|--|
| Gishti I: metakarpi 0,<br>falanga proksimale 1,<br>falanga distale 0,                         | Gishti II: metakarpi 4,<br>falanga proksimale 6,<br>falanga e mesme 5,<br>falanga distale 0, |
| Gishti III: metakarpi 1,<br>falanga proksimale 3,<br>falanga e mesme 1,<br>falanga distale 1, | Gishti IV: metakarpi 0,<br>falanga proksimale 2,<br>falanga e mesme 2,<br>falanga distale 0, |
| Gishti V: metakarpi 2,<br>falanga proksimale 8,<br>falanga e mesme 0,<br>falanga distale 0.   |  |

Pasqyra nr. 3

| Ankesat                          | Nr. i rasteve |
|----------------------------------|---------------|
| Tumor i padhimbshëm              | 3             |
| Tumor i dhimbshëm                | 28            |
| Traumë lokale pa thyerje         | 4             |
| Thyerje patologjike              | 5             |
| Deformim                         | 12            |
| Çrregullim i funksionit të dorës | 8             |

Në serinë tonë kemi 6 raste me tipin poliohistotik dhe 31 raste me tipin monoistotik, kjo gjë është e ngjashme me një seri tjetër rastesh të raportuar në literaturë (8), që ka vetëm 4 raste me tipin poliohistotik, si edhe një rast me M. Ollier ndër 40 raste, ndërsa të dyja këto seri nuk përputhen me një seri tjetër prej 110 rastesh (13), e cila ka një numër të lartë të tipit poliohistotik; 35 raste (në fig. nr. 4 vëmë re një rast me tipin poliohistotik të kondromave).

Një rast me tipin poliohistotik. Tumor ekcentrik në metakarp  
Tumor central në falangen I.

Sipas paraqitjes radiologjike, i kemi grupuar në 7 forma: monoistotike, të shoqëruara, policistike, qendrore, jashtëqendrore, jukstakortikale dhe forma gjigande (Pasqyra nr. 4).

Pasqyra nr. 4

| Tipi            | Forma    |                   |
|-----------------|----------|-------------------|
| 31 Monoistotike | Kondroma | — Monocistike 20  |
| 6 Polioistotike |          | — Të shoqëruara 3 |
|                 |          | — Polistike 14    |

vazhdon Pasqyra nr. 4

| T i p i | F o r m a             |    |
|---------|-----------------------|----|
|         | — Qendrore ekspansive | 9  |
|         | joekspansive          | 13 |
|         | — Jashtëqendrore      | 3  |
|         | Jukstakortikale       | 2  |
|         | — Gjigande            |    |

Paraqitja radiologjike e këtyre tumoreve është e shumëllojtë dhe pasqyrohet në figurat nr. 5 e 6.

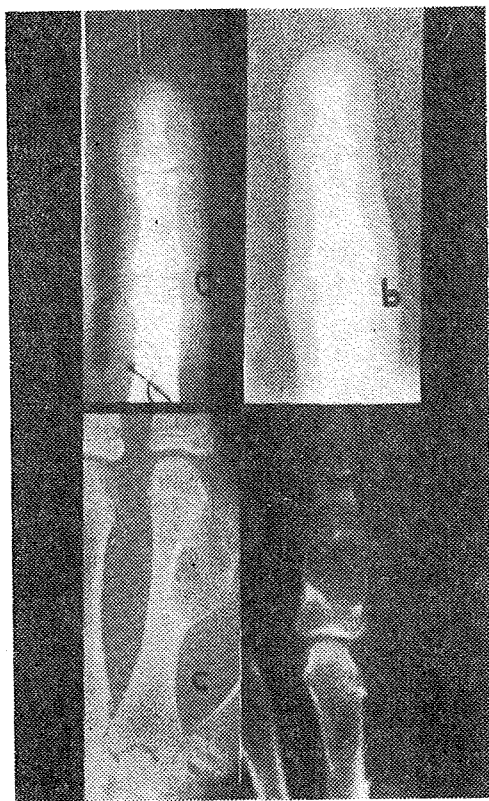


Fig. 5 Klasifikimi radiologjik: a) qendrore, monokistike, joekspansive; b) qendrore, monokistike ekspansive, c) ecentrike; d) qendrore, polikistike ekspansive.

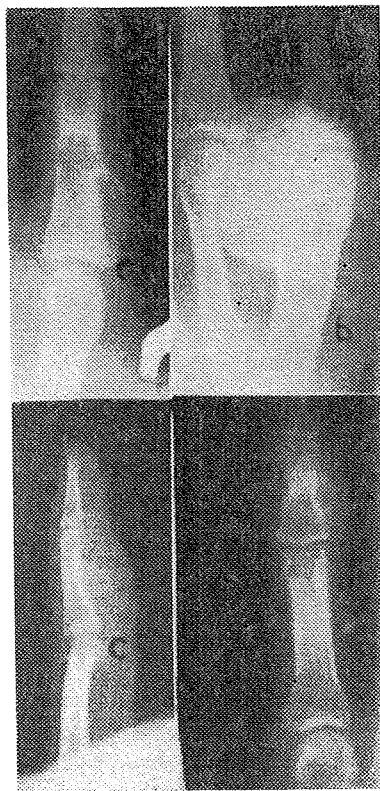


Fig. 6 Klasifikimi radiologjik: a) e shoqëruar; b) forma gjigande polikistike; c) kondroma jukstakortikale; d) kondromë jukstakortikale.

Në figurën 5a vëmë re një formë qendrore, monokistike, joekspansive, kurse në 5b një dëmtim kockor monokistik, qendror e ekspansiv; në 5c formë jashtëqendrore, me kufij të rregullt, gjë që e dallon nga

6c, që ka kufij të hapur e mund të paraqitet radiologjikisht si forma jukstakortikale e kondromave, e cila është një formë e rrallë e tyre. Figura 5d paraqet një formë qendrore polikistike, ekspansive. Disa tumore monokistike të shpërndara në të njëjtën kockë (fig. nr. 6a) quhen forma «e shoqëruar» e kondromave. Në rast se tumori i kalon mjaft kufijt e kockës, ai përshkruhet si formë gjigande (fig. nr. 6d).

Dukuria radiologjike varet nga lokalizimi dhe shtrirja e tumorit (7,15,16). Një tumor qendror në një kockë tubulare të shkurtër të dorës zakonisht paraqitet si zonë «me rralim kockor», e kufizuar mirë, më shpesh diafizar. Korteksi përreth saj mund të jetë i zgjeruar dhe shumë i holluar. Në disa raste, rralimi kockor është më pak i theksuar dhe duket si i mjergullt. Në brendi të boshllëkut, shpesh kalcifikime të vogla, që janë më të shprehur në tumoret e vjetra (15). Një tumor jukstakortikal (fig. nr. 6c, d) është jashtëqendrore dhe vendoset ndën periost, në një defekt kortikal të kufizuar mirë. Në rastet me kondromatozë, metakarpet dhe falangat janë të shkurtuara dhe të zgjeruara me një kortikale të holluar dhe «rrallimi» kockor është i ndarë në zgavra të shumta; falangat e fundit (distale) janë shpesh të rrethuara me enkondroma periferike (Fig. nr. 7).



Fig. 7 Një rast me kondromatozë.

Në të gjitha rastet e operuara kemi bërë ekzaminimin mikroskopik, në të cilin (fig. nr. 8) vihet re pamja lobulare e vendosjes së qelizave. Bërthama ka citoplazmë të bollshme, optikisht bosh, me një bërthamë të vogël, të vetme, hiperkromatike, pa mitozë. Këto të dhëna përkojnë me konstatimet e autorëve të konsultuar për kondromat (2, 11) se dy vjet pas operimit të fundit nuk vëmë re një gjë të tillë.

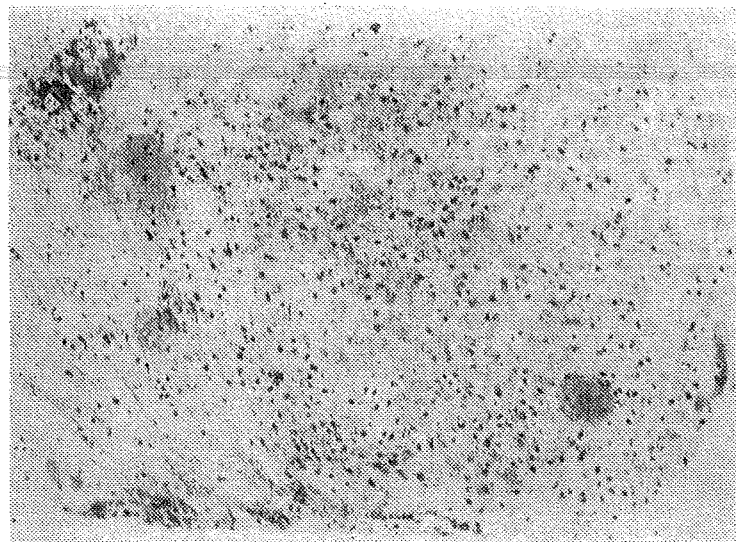


Fig. 8 Pamje mikroskopike

### Mjekimi dhe rezultatet.

Në rastet e mjekuara në klinikën tonë janë përdorur katër metoda mjekimi bazë: kyretimi, ekscizimi, diafizektomi dhe imobilizimi në shinë standarde (Pasqyra nr. 5).

Pasqyra nr. 5

#### Metodat e mjekimit

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| — Kyretim             |          |
| — vetëm               | 4 raste  |
| — me autotransplant   | 27 raste |
| — Imobilizim në shinë | 6 raste  |
| — Diafizektomi        | 2 raste  |
| — Ekscizim            | 4 raste  |
| standarde             |          |

Vlerësimi i rezultateve është bërë duke pasur parasysh jo vetëm përsëritjen apo jo të tumorit, por edhe funksionin e dorës. Kryesisht ai është bërë në bazë të katër kriterëve të mëposhtme: paraqitja, lëvizja, artikulare aktive, forca kapëse e dorës dhe paraqitja radiologjike. Rezultatet e mjekimit i kemi si më poshtë:

1) Shumë të mira: pa simptoma, dorë me pamje normale, forcë e plotë kapëse dhe vëllim i plotë lëvizjesh artikulare — në 26 raste;

2) të mira: simptoma të pakta ose jo, deformim i lehtë ose jo, ulje e lehtë e forcës kapëse të dorës dhe ulje e lehtë e vëllimit të lëvizjeve artikulare — në 6 raste;

3) mesatare: vazhdojnë të ngulmojnë simptomat, ankesa për paraqitjen e dorës, ulje e forcës kapëse dhe kufizim i lëvizjeve artikulare — në 3 raste;

4) të këqia: si në rastet me rezultate mesatare, por i sëmuri thotë se nuk është mirë dhe, kur kemi dukuri radiologjike me përsëritje të tumorit — asnjë rast.

Ndjekja mesatare pas operimit është 5 vjet; kjo lëviz nga 6 muaj deri në 14 vjet. Dy raste nuk i janë përgjigjur anketës, kështu që nuk kemi të dhëna mbi gjendjen e sotme. Kyretimi i thjeshtë (4 raste) është bërë vetëm në raste me formë jashtëqendrore të kondromave dhe rezultatet janë shumë të mira. Kyretimi dhe mbushja me autotransplant (fig. nr. 9,10) është kryer kryesisht në format qendrore dhe shumëqendrore të kondromave. Në rastet me lokalizim monoostatik, rezultatet janë shumë të mira, kurse në rastet me tipin poliostotik janë më pak të kënaqshme, sepse këtu pengesa funksionale dhe paraqitja janë zakonisht të këqia. Në të tre rastet me formë gjigande është bërë ekscizimi i tumorit pa mbushje me transplant kockor. Rezultatet janë të mira, funksioni i dorës është ruajtur dhe nuk janë vënë re përsëritje të tumorit.

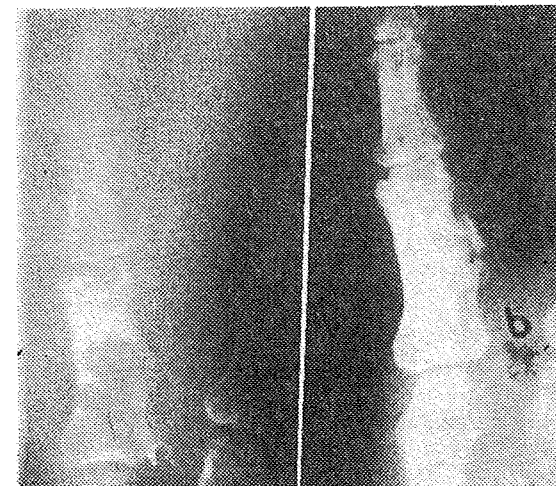


Fig. 9 Një rast i mjekuar me kyretim autotransplant; a) para operacionit; b) pas operacionit.

Për kondromat e tipit poliostotik është kryer heqja e pjesëve të dala (në format jashtëqendrore të shoqëruara, kurse për format qendrore të shoqëruara dhe ato shumëqendrore është bërë kyretimi e mbushje me transplant kockor.

Në dy raste nuk është kryer heqja tërësore e tumorit ose diafizektomia dhe mbushja me transplant kortikospongjiotik iliak. Në një rast (fig. nr. 11) rezultati është shumë i mirë, kurse në rastin tjetër pa-



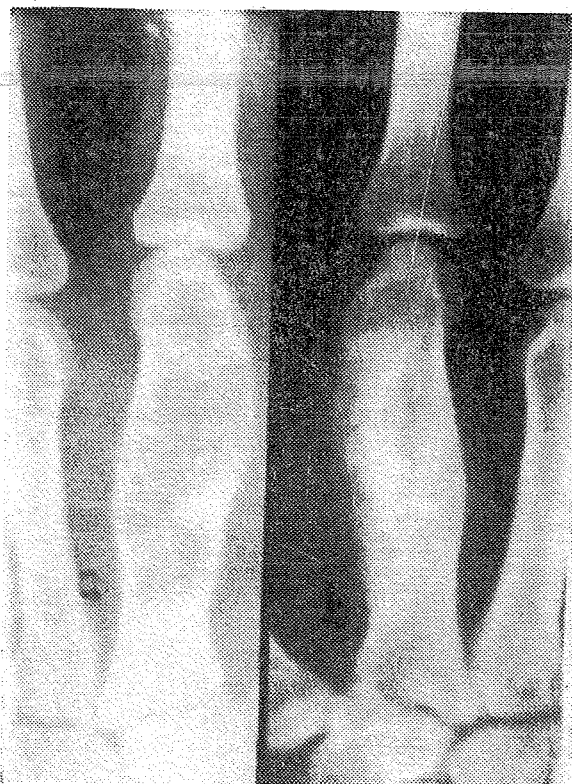


Fig. 10. Një rast tjetër i mjekuar me kyretim autotransplant; a) para operacionit; b) gjashtë muaj pas operacionit.

tëm infektim të rëndë të kockave të dorës. Pas mjekimit me drenazhim, antibiotikë e rëntgenterapi, u arrit të mposhtet infeksioni. Transplanti kortikospongjiotik i rezistoi infektimit, u konsolidua në pjesën tjetër të metakarpit dhe dora funksionon normalisht, por paraqitja e saj kozmetike na bën ta klasifikojmë në rezultatet mesatare.

Në materialin tonë, ne nuk kemi asnjë rast që të jetë arritur shërimi i kondromës pas thyerjes patologjike, siç përshkruhet nga autorë të tjerë (8), megjithatë 4 raste me thyerje patologjike (fig. nr. 12) i kemi imobilizuar me shinë standarde deri në konsolidimin e thyerjes, mandej i kemi ndjekur për të parë ecurinë e kondromës, por nuk kemi vënë re shenja të mbushjes së zgavrave, kështu që i kemi operuar, madje një rast pas dy vjetësh nga momenti i thyerjes.

Ne nuk kemi asnjë rast me degjenerim malinj, megjithatë një rast, që ka pasur rishfaqje, është operuar përsëri para dy vjetësh me kyretim e autotransplant dhe po ndiqet rregullisht për të vënë në dukje sa më herët mundësinë e degjenerimit malinj që nga disa autorë (4,8, 13) mendohet të ndodhë në rastet me tumor gjigand dhe ata që kanë rishfaqje.

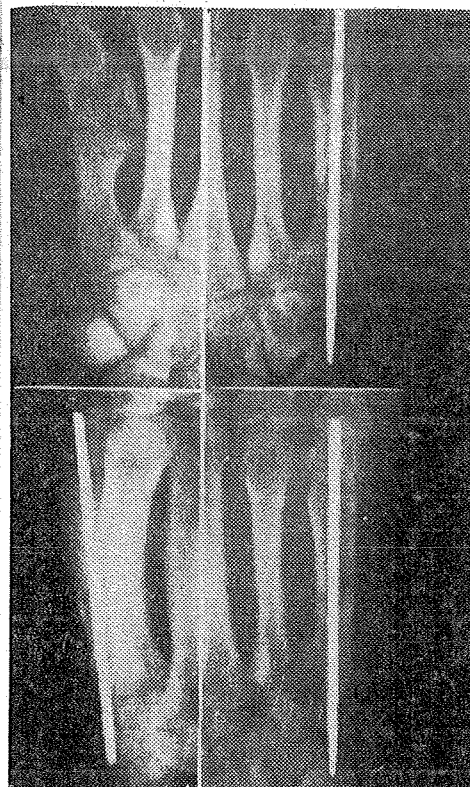


Fig. 11 Një rast i operuar me rezeksion «En block»; a) Rografia para operacionit; Rografia menjëherë pas operacionit; d) gjashtë muaj pas operacionit.



Fig. 12 Një rast me thyerje patologjike.

Në rastin tonë, ne mendojmë se përsëritja e kondromës ka ndodhur nga kyretimi dhe mbushja jo e mirë e zgavrës kockore.

Ne nuk kemi pasur asnjë rast me kondromë të kockave karpale, që është një ndodhi e rrallë dhe që përshkruhet vetëm në një rast të literaturës bashkëkohore (14).

Në serinë tonë kemi dy raste me kondromë jukstakortikale, që është një paraqitje e rrallë. Në një seri prej 110 rastesh me kondromë të kockave të dorës, që përshkruhet në literaturë (13) nuk përment asnjë rast me lokalizim të tillë. Ky tumor mund të ngatërrohet me dëmtimet malinje (radiologjike dhe mikroskopike). Kondromat jukstakortikale zhvillohen në brendi ose ndën periost, mbi sipërfaqen e kortikales së jashtme të kockës. Në literaturën botërore janë dokumentuar 114 raste me kondromë jukstakortikale (subperkostale) (1,3,9,10). Kockat e vogla të dorës zënë 24% të tyre. Trajtimi i këtyre tumoreve qëndron në ekscizimin e plotë të tumorit, duke prerë dhe kockë të shëndoshë.

Kështu është vepruar edhe në dy rastet tona. Zakonisht tumori hiqet lehtë, me gjithë ngjitjet që mund të ketë me periostin.

Në studimin tonë kemi futur edhe tre raste me kondromatozë (M. Ollier), që kanë kondroma të shumta, të vendosura në pjesët e poshtme të gjymtyrëve dhe që shoqërohen me shkurtime dhe deformime të kockave të gjata.

Në radiografi (fig. nr. 13) vihen re tumore të shpërndara në mënyrë josimetrike. Zgavrat janë të rrumbullakta, ovale të çrregullta. Në disa raste ato formojnë hapësira të gjëra të qarta, me shtrije ose me linja me hije më të theksuar.



Fig. 13 Kondromatosis (M. Ollier).

Metakarpet e falangat janë të shkurtuara e të zgjeruara me kortikale të holluara e më një boshllëk kockor të mbushur me zgavra, falangat distale janë të rrethuara me kondroma periferike. Forma e njëanshme ka marrë emrin *sëmundja e Ollier-it*. Tumoret e shumta të kockave të vogla të dorës mund të shkaktojnë edhe dëmtime funksionale të ndjeshme.

Kondromat tendinoze e paraartikulare janë shumë të rralla. Patologji të tilla përshkruhen në literaturë (1,5,12), por ne nuk kemi pasur ndonjë rast. Këto lindin nga tendinet fleksore të gishtrinjve, nga kapsula ose nga bursa sinoviale, por nuk komunikojnë me artikulin.

### Diskutim

Për mjekimin e kondromave të kockave të dorës, përshkruhen metoda të shumta, duke filluar nga kyretimi i thjeshtë dhe kauterizimi deri në kyretim e mbushje me spongjiozë. Për kondromat e metakar-

peve, vetëm pak raste janë përshkruar në literaturë që të jenë mjekuar me sukses me heqje tërësore (diafizektomi) (13).

Për sa u përket materialeve për mbushjen e zgavrave, ndonjë autor (13) rekomandon transplant kockor të marrë nga tibia, të tjerë (6) përdorin transplant spongjiotik të konservuar. Për mbushjen e boshllëqeve kockore, qofshin edhe fare të vogla, ne parapëlqejmë përdorimin e kockës spongjiotike autogjene të marrë nga fleta iliake.

Nga ky studim, përshtypja jonë është se përdorimi i kockës spongjiotike autogjene të marrë nga fleta iliake jep rezultate shumë të mira. Ne nuk rekomandojmë operimin e të gjithë rasteve me kondromë, meqë në literaturë janë përshkruar raste të shërimit pas thyerjeve patologjike (8,13) dhe të shërimit vetvetiu të këtyre tumoreve (13).

Për format qendrore gjigande mund të rekomandohet heqja tërësore e tyre dhe zëvendësimi me transplant kockor kortiko-spongjiotik të marrë nga fleta iliake.

Përshtypja jonë është se malinjizimi i kondromave të kockave në dorë është shumë i rrallë. Madje edhe format gjigande të kondromave, të cilat lenë dyshime për degjenerim malinj, kurohen mjaft mirë me heqjen e plotë të tyre.

### Konkluzione

— Kondromat janë tumoret më të shpeshta të kockave të dorës. Në bazë të pamjes radiologjike, ato mund të ndahen në dy tipe: monoostotike e poliostatike, dhe në pesë forma: qendrore, jashtëqendrore, të shoqëruara, jukstakortikale dhe gjigande.

— Në varësi nga lokalizimi dhe shtrirja e tumorit, mund të përdoren metoda të ndryshme mjekimi (kyretimi, kyretim e mbushje me kockë, ekscizim dhe diafizektomi).

— Përdorimi i kockës spongjiotike autogjene të marrë nga fleta iliake jep rezultate shumë të mira për mbushjen e boshllëqeve kockore.

Dorëzuar në redaksi më 9.7.1986

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Baudrillard J.C., Lerais J.M., Schernberg F.: Chondrome souspériosté (juxta — cortical) de la main. A propos de 2 observations. J. radiol. 1985, 66, 3, 233.
- 2) Bitri P.: Patologjia morfologjike. Tiranë, 1966, 240.
- 3) Borian S., Bachini P.: Periosteal chondroma. A review of twenty cases. J. bone joint surg., 1983, 65, 205.
- 4) Carbesale P.G., Pitcock J.A.: Tumors. Në: «Campbell's operative orthopaedics», 1980, 2, 1314.
- 5) Debenedetti M.J., Schiwin C.P.: Tenosynovial chondromatosis in the hand. J. bone joint surg., 1979, 61, 898.
- 6) Jewusiak E.M., Sell K.W.: Solitary benign enchondroma of the long bones of the hand. J. bone joint surg., 1971.
- 7) Mulder J.D., Poppe H., Ronnen J.R.: Enchondrom. Në: «Schnz H. R.: Lehrbuch der Rontgendiagnostik», 1981, II, 2, 553.

- 8) Noble J., Lamb D.W.: Enchondromata of the H and bones. Ann. chin. 1974, 28, 855.
- 9) Nosanchuk J.S., Kaufer N.: Recurrent periosteal chondroma. Report of two cases and a review of the literature. J. bone joint surg., 1969, 51, 375.
- 10) Rockwell M.A.: Sainter E.T.: Periosteal chondroma. J. bone joint surg., 1972, 54, 102.
- 11) Rosat J.: Tumors and tumorlike conditions of bone. Nö: «Anderson W.A.D., Kissane J.M.: «Pathology», 1977, II, 1991.
- 12) Sim F.H., Danhling D.C., Tvins J.C.: Extraarticular synovial chondromatosis. J. bone joint surg., 1977, 59, 492.
- 13) Takigawa K.: Chondroma of the bones of the H and A review of 110 cases. J. bone joint surg., 1971, 53, 8, 1581.
- 14) Takigawa K.: Carpal chondroma. Report of a case. J. bone joint surg., 1971, 53, 8, 1602.
- 15) Trial R.: Interprétation radiologique, T 3, Os et articulations, 1979, 36, 315.
- 16) Trial R.: Traité de radiodiagnostic, 1969, 10, 227.

### Summary

## CHONDROMAS OF THE HAND'S BONE

Chondromas are the commonest bone tumors of the hand and 37 cases are presentend.

These lesions usually present in early adult life. From our statistic result that these lesions predominate on the radial side of the hand, which is not similar to the experience of other authors (8, 13) who reported three fifths of the lesions to be situated in the ulnar side of the hand.

The types of lesion have been classified radiologically into two types (monostatic or polyostotic) and five forms (central, eccentric associated, juxta cortical and giant).

The average duration of follow-up was five years. In this serie three therapeutic approaches were employed: curettage alone 4 cases, in 27 cases curetted cavity was grafted with cancellous bone chips. In 4 patients with a fracture, immobilisation on a splint was carried out for three weeks.

Results were classified as follows: 26 excellent, 6 good, and 3 fair.

The literature has been reviewed and reports of malignant change in these lesions are very, very rare.

### Résumé

## LES CHONDROMES DES OS DE LA MAIN

Les chondromes sont les tumeurs osseuses de la main les plus fréquentes et 37 cas en sont présentés. Ces lésions apparaissent généralement chez l'adulte jeune. Selon notre statistique ces lésions prédominent dans la région radial de la main, cela

n'est pas égale avec les constatations des autres auteurs (8,13), qui ont observées trois lésions sur cinq localisées dans la régions cubitale de la main.

Une classification radiologique de ces lésions a été proposée: deux types (polyostosantes et mono-ostosantes) et cinq forme (central, excentrique, associé, juxta cortical et forme géante).

Dans cette série, les malades ont été suivis pendant cinq ans en moyenne.

Nous avons appliqué dans notre série trois méthodes thérapeutique: curetage seul 4 cas, dans 27 cas la cavité nettoyée bourrée de copeaux d'os spongieux.

Chez 4 malades atteints de fracture, on ait pratiqué une immobilisation avec une attelle pendant trois semaines.

Les résultats ont été classés comme suit: 26 excellents, 6 bons, et 3 moyens.

D'après une revue de la littérature, les transformations malignes de ces lésions sont très rares.