

## گزارش یک مورد میوای تلیومای ناحیه کام

دکتر محمود سینا<sup>۱</sup>، دکتر محمد علی قویمی<sup>۲</sup>، دکتر پریا اماموردی زاده<sup>۳</sup>، دکتر محمد رزبانی<sup>۴</sup>

۱- استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- دستیار تخصصی پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

### خلاصه:

میوای تلیوما تومور خوش خیم ونادر غدد بزاقی می باشد که کمتر از ۱٪ نئوپلاسمهای غدد بزاقی را تشکیل می دهد. این تومور عمدتاً در غده پاروتید ایجاد می شود و در غدد بزاقی فرعی دهان با شیوع کمتری مشاهده می شود. در این مقاله به یک مورد میوای تلیوما که در ناحیه غدد بزاقی فرعی کام ایجاد شده است به همراه خصوصیات کلینیکی، هیستوپاتولوژیکی و تشخیصهای افتراقی احتمالی اشاره می شود.

**کلید واژه ها:** میوای تلیوما، نئوپلاسم غدد بزاقی، کام

وصول مقاله: ۱۳۹۳/۴/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۳/۷/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۳/۹/۲۴

### مقدمه:

کندرومیکسوئید و تشکیل استئوئید دیده نمی شود.<sup>(۳)</sup> در این مقاله یک مورد میوای تلیومای پلاسماسایتوئیدی در یک خانم ۴۰ ساله به دلیل نادر بودن این تومور گزارش می شود.

### معرفی بیمار

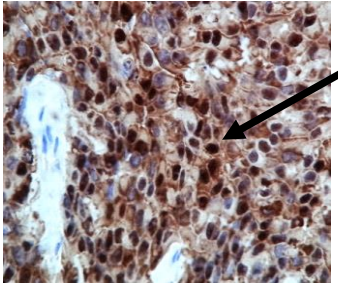
بیمار خانم ۴۰ ساله بود که با یک توده بدون علامت در ناحیه کام به بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بود. در بررسیهای داخل دهانی، توده تقریباً گرد به قطر ۱۵ میلی متر، با حدود مشخص، قوام نرم و پوشیده شده بوسیله مخاط غیر زخمی و نسبتاً قرمز رنگی در محل اتصال کام سخت و نرم مشاهده گردید. شکل (۱)



شکل ۱- توده ای پوشیده شده بوسیله مخاط غیر زخمی و نسبتاً قرمز رنگی در محل اتصال کام سخت و نرم

واژه میوای تلیوما اولین بار در سال ۱۹۴۳ توسط Sheldon معرفی گردید. میوای تلیوما یک تومور خوش خیم می باشد که از سلولهای با تمایز میوای تلیال تشکیل شده است.<sup>(۱)</sup> حدود ۵۰ درصد میوای تلیوماهای غدد بزاقی در غده پاروتید، ۳۳ درصد در غده ساب لینگوآل و ۱۳ درصد در غده ساب مندیولار ایجاد می شوند. میوای تلیوماهایی که در حفره دهان ایجاد می شوند بسیار نادر هستند و ۱/۵٪ کل تومورهای غدد بزاقی را تشکیل می دهند.<sup>(۲)</sup>

قبل از سال ۱۹۹۱ میوای تلیوما یکی از انواع پلئومورفیک آدنوما محسوب می شد ولی در سال ۱۹۹۱ توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عنوان یک ماهیت کلینیکی مجزا در نظر گرفته شد.<sup>(۳)</sup> طبق طبقه بندی WHO برای تومورهای غده بزاقی، میو اپیتیلیوما الگوی رشدی مهاجمتری نسبت به پلئومورفیک آدنوما دارد.<sup>(۴)</sup> از لحاظ نمای میکروسکوپی در مقایسه با پلئومورفیک آدنوما در میوای تلیوما، مجاری کمتر از ۵ درصد تومور را تشکیل می دهند و ماتریکس



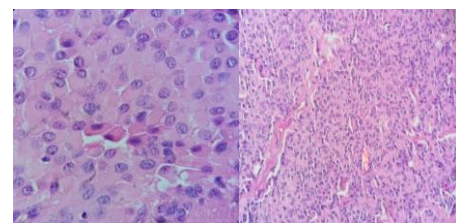
شکل ۳- بروز نشانگر S100 در سلولهای میوایی تلیال نئوپلاستیک

با توجه به مکان ضایعه، نمای میکروسکوپی و رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی برای ضایعه تشخیص میوایی تلیوما گذاشته شد و سه ماه بعد از جراحی هیچ عودی در محل ضایعه مشاهده نشد.

#### بحث:

میوایی تلیوما نئوپلاسم خوش خیم غدد بزاقی می باشد که از سلولهای میوایی تلیال منشا می گیرد و بیشتر در بزرگسالان جوان و بین سنین ۳۰ تا ۵۰ سال و عمدتاً در غده پاروتید دیده می شود.<sup>(۵)</sup> در مطالعه ما بیمار یک خانم ۴۰ ساله بود که ضایعه به شکل یک توده در کام، بدون درد، با رشد آهسته و حدود مشخص و سطح صاف ظاهر شده بود. تومورهای گزارش شده توسط سایر مطالعات نیز در زنان تظاهر یافته و علایم کلینیکی مشابه با مطالعه ما داشتند ولی در ناحیه گونه و پاروتید قرار داشتند.<sup>(۴،۶،۷)</sup> در مطالعه Jahangirnezhad و همکاران توده ای در کام با علایم کلینیکی مشابه با مطالعه ما در یک مرد ۶۰ ساله گزارش شده بود.<sup>(۸)</sup> میوایی تلیوما ۴ الگوی مورفولوژیک دارد که عبارتند از غیرمیکسوئیدی (Solid)، میکسوئیدی، رتیکولار و مختلط<sup>(۳)</sup> در نمای میکروسکوپی میوایی تلیوما چهار نوع سلول مشاهده می شود که عبارتند از دوکی، پلاسماسایتوئیدی روشن و اپی تلیوئیدی و این اجزا سلولی به صورت صفحات منتشر، فاسیکل و خوشه ای قرار می گیرند<sup>(۷)</sup> نوع دوکی شایعترین فرم میکروسکوپی است و انواع دیگر بسیار نادرند.<sup>(۹)</sup> انواع هیستولوژیک تومور با محل و رفتار بیولوژیک آن ارتباط دارد.

تورم از حدود ۶ ماه پیش ایجاد شده بود و اندازه آن به تدریج افزایش یافته بود. در معاینه بالینی بیمار لنفادنوپاتی مشاهده نشد و بیمار سابقه تروما به ناحیه، ابتلا به بیماریهای سیستمیک و عادات دهانی خاصی را گزارش نکرد. در نمای رادیوگرافی، تحلیل استخوان مشاهده نشد. با توجه به نمای کلینیکی ضایعه تشخیص پلئومورفیک آدنوما مطرح گردید. ضایعه توسط جراحی اکسیژنال خارج گردید و برای بررسی هیستوپاتولوژی فرستاده شد. حین جراحی نیز سایش استخوان مشاهده نشد و مشکلی حین جراحی ایجاد نگردید. در نمای میکروسکوپی ضایعه پرولیفراسیون سلولهای پلی گونال اپی تلیوئیدی و پلاسماسایتوئیدی دیده شد که الگوی توپر ایجاد کرده بودند و فاقد ساختارهای داکتال بودند و توسط کپسولی با ضخامت متغیر احاطه شده بودند. سلولها نسبتاً یکدست بودند و پلئومورفیسزم و میتوز مشاهده نمی شد. در برخی از نواحی استرومای هیالینیزه مشاهده گردید. با توجه به نمای فوق تشخیص میوایی تلیوما مطرح گردید و برای تایید منشا میوایی تلیالی سلولها رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی برای نشانگر S100 انجام گرفت که نتیجه آن مثبت بود و هسته سلولها به شدت رنگ گرفت. (شکل ۲ و ۳)



(ب)

(الف)

شکل ۲: الف) پرولیفراسیون سلولهای اپی تلیوئیدی و پلاسماسایتوئیدی در استرومای هیالینزه (بزرگنمایی ۲۰) ب) سلولهای پلاسماسایتوئیدی با سیتوپلاسم آئوزینوفیلیک و هسته گرد خارج از مرکز بزرگنمایی رنگ آمیزی H&E، (بزرگنمایی ۴۰۰)

باید به طور مرتب پیگیری شود.<sup>(۴،۱۲)</sup> در مطالعه ما نیز بیمار توسط جراحی اکسیژنال درمان شد و در اولین پیگیری که سه ماه بعد از جراحی بود هیچ عودی مشاهده نگردید.

## References:

- Zormpa MT, Sarigelou AS, Eleftheriou AN, Assimaki AS, Kolokotronis AE. Plasmacytoid Myoepithelioma of the Palate: Case Report. *Head Neck Pathol* 2011; 5(2): 154-8.
- Lee MW, Nam SY, Choi HJ, Choi JH, Moon KC, Koh JK. Myoepithelioma of parotid gland presenting as infra-auricular subcutaneous mass. *J Cutan Pathol*. 2005 Mar;32(3):240-4.
- Yadav AK, Nadarajah J, Chandrashekhara SH, Tambade VD, Acharya S. Myoepithelioma of the Soft Palate: A Case Report. *Case Rep Otolaryngol* 2013;2013:642806
- Politi M, Toro C, Zerman N, Mariuzzi L, Robiony M. Myoepithelioma of the parotid gland: Case report and review of literature. *Oral Oncology EXTRA* 2005 41(6), 104-108.
- Cuadra Zelaya F, Quezada Rivera D, Tapia Vazquez JL, Paez Valencia C, Gaitán Cepeda LA. Plasmacytoid myoepithelioma of the palate. Report of one case and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12(8): 552-5
- Ferri E, Pavon I, Armato E, Cavaleri S, Capuzzo P, Ianniello F. Myoepithelioma of a minor salivary gland of the cheek: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2006;26(1):43-6.
- Jahangirnezhad M, Atarbashi Moghadam S, Lotfi A, Eini E. Myoepithelioma of a minor salivary gland of the palate: case report. *Sci Med J* 2012,10(6),693-98.
- Janardhan n, Ramanjaneyulu J, Rajajendra Rao P, Murali Mohan K.V. Myoepithelioma-Plasmacytoid variant of minor salivary gland: Case report with emphasis on histopathological findings. *NMJ* 2013; 2(1): 49-52.
- Jafarian AH, Omid AA, Roshan NM, Montazer M, Joushan B. Recurrent extensive plasmacytoid myoepithelioma of the sinonasal cavity. *J Res Med Sci* 2012;17(10):979-82.
- Santos EP, Cavalcante DR, Melo AU, Pereira JC, Gomes MZ, Albuquerque RL Jr. Plasmacytoid myoepithelioma of minor salivary glands: report of case with emphasis in the immunohistochemical findings. Santos et al. *Head & Face Medicine* 2011, 7, 24.
- Terada T. Multiple myeloma presenting as an intracranial plasmacytoma: a case report. *Cases J* 2009; 2: 9110.
- Cuadra Zelaya F, Quezada Rivera D, Tapia Vazquez JL, Paez Valencia C, Gaitán Cepeda LA. Plasmacytoid myoepithelioma of the palate. Report of one case and review of the literature. *Med oral patol Oral Cir Bucal* 2007; 12(8), 522-5.

انواع میکروسکوپی با سلول دوکی و روشن بیشتر در پاروتید دیده می شوند، فعالیت پرولیفراتیو بالایی دارند و در بسیاری از موارد بدخیم می باشند. در حالیکه نوع پلاسماسایتوئید بیشتر در غدد بزاقی کام دیده می شود و روند خوش خیمی دارد.<sup>(۱)</sup> میوایی تلیوما با سلول دوکی باید از لحاظ میکروسکوپی از پلئومورفیک آدنوما، تومور غلاف عصبی، فیروز هیستوسایتوما، لیومیوما، لیومیوسارکوما و میوایی تلیومای پلاسماسایتوئیدی از پلئومورفیک آدنوما و پلاسماسایتوما افتراق داده شود.<sup>(۴)</sup> در این مطالعه در نمای میکروسکوپی سلولهای اپی تلیوئیدی و پلاسماسایتوئیدی به صورت صفحات منتشر در یک استرومای هیالینیزه قرار گرفته بودند (الگوی غیر میکسوئیدی) و به دلیل فقدان تغییرات کاندروئید و استئوئید در استروما و تمایز داکتال، از پلئومورفیک آدنوما قابل افتراق بود. همچنین با توجه به فقدان نواحی نکروتیک، هیپرکروماتیسسم هسته، پلئومورفیسیم، آتیپی سلولی، اشکال میتوتیک این ضایعه از نوع بدخیم میوایی تلیوما افتراق داده شد.<sup>(۸)</sup> رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی برای نشانگر S100 مثبت بود و مشابه با سایر مطالعات، هسته سلولها به شدت رنگ گرفت<sup>(۵)</sup> S100 در سلولهای طبیعی میوایی تلیال حضور ندارد ولی در سلولهای نئوپلاستیک دیده می شود، در حالیکه CK14 و MSA فقط در سلولهای نرمال میوایی تلیال حضور دارند.<sup>(۷)</sup> سلولهای پلاسماسایتوئید تمایز میوژنیک ندارند و رنگ آمیزی مثبت برای پروتئین S100 یک خصوصیت مهم برای این نوع از میوایی تلیوما در نظر گرفته می شود.<sup>(۱۰)</sup> در پلاسماسایتوما رنگ آمیزی S100 منفی می باشد.<sup>(۱۱)</sup> میوایی تلیومای ناحیه کام از لحاظ نمای کلینیکی در تشخیص افتراقی با سایر تومورهای خوش خیم و بدخیم از قبیل شوانوما، همانژیوما، لنفوما و لیومیوسارکوما قرار می گیرد. بسیاری از این ضایعات نمای کلینیکی مشابهی با میوایی تلیوما دارند و بیوپسی از ضایعه و بررسی خصوصیات هیستوپاتولوژیک برای افتراق میوایی تلیوما از این ضایعات ضروری می باشد.<sup>(۳)</sup> درمان انتخابی میوایی تلیوما جراحی اکسیژنال می باشد و احتمال عود آن بسیار کم است ولی بیمار