

گزارش یک مورد نادر شوانومای دهانی

دکتر حمید پورصادقی*، دکتر سید محمد رضوی^۱

چکیده

مقدمه: "نوریلومما" یا "شوانوما"، یک تومور خوش‌خیم عصبی با منشأ سلول‌های شوان است. این تومور عصبی از غلاف اعصاب حسی، سمپاتیک، اعصاب محیطی و مرکزی، به جز اعصاب زوج ۱ و ۲ مغزی که فاقد غلاف سلول‌های شوان هستند، منشأ می‌گیرد. حدود ۲۵ تا ۴۵ درصد این بیماری در ناحیه سر و گردن اتفاق می‌افتد و اغلب بدون علامت است؛ گرچه حساسیت و درد در برخی موارد وجود دارد. شایع‌ترین محل درگیری شوانومای دهانی، زبان است؛ البته، بعضی مواقع به صورت مرکزی و داخل استخوانی هم اتفاق می‌افتد و باعث اتساع استخوان فک می‌شود.

معرفی مورد: آقای ۲۲ ساله‌ای با یک توده در سمت راست کف دهان که از ۶ ماه قبل به وجود آن پی برده است، به کلینیک مراجعه کرد. با در نظر گرفتن تشخیص‌های افتراقی، پس از بررسی‌های لازم، توده به روش جراحی اکسیژنال به طور کامل بیرون آورده شد. در بررسی‌های میکروسکوپی با رنگ‌آمیزی هماتوکسین-ئوزین، نواحی متشکل از سلول‌های دوکی و موجی شکل در یک استرومای میگزوماتوز قابل مشاهده بود که شباهت‌هایی با مناطق پرسلول و کم سلول در شوانوما داشت؛ نواحی آنتونی A و B نیز در این رنگ‌آمیزی مشخص شد. به منظور تأیید تشخیص ابتدایی، رنگ‌آمیزی ایمونوهیستوشیمی با پروتئین S-100 انجام و تشخیص نهایی شوانوما مطرح شد. ضایعات احتباسی و کیستیک احتمالی مورد نظر به لحاظ محل توده رد گردید.

نتیجه‌گیری: شوانوما تومور خوش‌خیم بافت نرم است که در ناحیه دهان بیشترین شیوع را در زبان دارد. وقوع آن در دیگر نواحی مانند کف دهان نیز به ندرت اتفاق می‌افتد. در صورت درگیری نواحی نظیر کف دهان، تشخیص افتراقی آن مهم و قابل تعمق است.

کلید واژه‌ها: شوانوما (نوریلومما)، کف دهان.

* دستیار تخصصی، گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
hamidpoursadeghi@ymail.com

۱: دانشیار، گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، عضو هیأت علمی آموزشی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

این مقاله در تاریخ ۸۸/۷/۴ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۸/۸/۲۵ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۹/۳ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
۱۳۸۸، ۵ (۴)، ۲۳۴ تا ۲۳۷

مقدمه

شوانوما یا نوریلیموما، نئوپلاسم خوش خیم بافت عصبی با منشأ سلول شوان می‌باشد [۱، ۲]. این تومور از غلاف عصبی اعصاب حسی، سمپاتیک، اعصاب محیطی و مرکزی، به جز اعصاب زوج ۱ و ۲ مغزی که فاقد غلاف سلول‌های شوان هستند، رشد می‌کند [۳]. حدود ۲۵ تا ۴۵ درصد مواد، این تومور در ناحیه سر و گردن اتفاق می‌افتند [۴، ۳] و اغلب بدون علامت است؛ گرچه حساسیت و درد در برخی موارد وجود دارد [۸، ۱]. شوانوما توموری کپسوله با رشد کند می‌باشد که در ارتباط با تنه عصبی به وجود می‌آید [۱] و همچنان که رشد می‌کند، عصب را به کار می‌راند [۹]. این توده، بیشتر در جوانان و بالغین میان سال شیوع دارد و اندازه آن از چند میلی‌متر تا چند سانتی‌متر متغیر است [۱]. زبان، شایع‌ترین محل شوانومای دهانی است، اما گاهی تومور به شکل مرکزی و در استخوان ایجاد می‌شود و سبب اتساع استخوان می‌گردد [۱]. موارد داخل استخوانی آن بیشتر در خلف مندیبل شایع بوده، در رادیوگرافی به صورت رادیولوسنسی مولتی لاکولر یا یونی لاکولر دیده می‌شوند [۱]، در این انواع، درد و پارستزی یافته‌ای شایع به حساب می‌آید [۷، ۱]. یک مورد شوانوما که محل آن در دهان نادر بوده، با ضایعاتی که به طور معمول در کف دهان ظاهر می‌شوند در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد، در این مبحث گزارش می‌شود.

گزارش مورد

بیمار مردی ۲۲ ساله بود که با یک توده در سمت راست کف دهان مراجعه کرد؛ وی از ۶ ماه قبل به وجود این توده پی برده بود اما از ۲ ماه اخیر، رشد آن به یک‌باره زیاد شده، صحبت کردن و بلع بیمار را کمی دشوار کرده بود. در تاریخچه پزشکی بیمار، مورد غیر طبیعی وجود نداشت. در معاینه بالینی، سطح مخاط صاف و یک‌دست و رنگ مخاط طبیعی بود. توده، در لمس دردناک نبوده، قوام آن سفت بود (شکل ۱). پس از انجام بی‌حسی موضعی در کف دهان، ابتدا اسپیراسیون با سوزن گیج ۲۵ انجام شد که یافته خاصی مشاهده نگردید. در مرحله بعد، برشی با تیغ بیستوری شماره ۱۵ در ناحیه ایجاد و توده یک‌جا بیرون آورده شد. توده مزبور به رنگ زرد در اندازه ۳ × ۳ سانتی‌متر بود (شکل ۲)؛ در انتها با حذف فضاهای مرده،

لبه‌های زخم با نخ سیلک بخیه زده شد.



شکل ۱. نمای کلینیکی بیمار



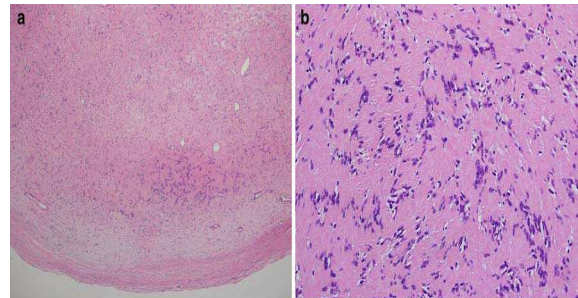
شکل ۲. نمونه بیوپسی شده بعد از جراحی اکسیژنال

در بررسی میکروسکوپی ضایعه و با توجه به محل آن، در ابتدا ضایعاتی مانند موکوسل‌های کف دهان، رانولا و یا کیست درموئید، تومور غدد بزاقی و یا حتی تومور بافت عضلانی مطرح می‌گردید.

در بررسی میکروسکوپی بافت ارسالی با استفاده از رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ئوزین، نمایی تومورال دیده شد که در اطراف دارای کپسولی بود که استرومای سست و میگزوماتوزی آن را در مرکز احاطه کرده بود. این استروما دارای مناطق پرسلول، کم سلول و یا بدون سلول بود که سلول‌های دوکی شکل در آن دیده می‌شد. در نواحی پرسلول، سلول‌ها به صورت پالیسیدینگ (Palisading) و نردبانی در کنار همدیگر قرار داشتند. همچنین، مقاطع عروقی فراوان هم وجود داشت که در بعضی نواحی ترومبوزه و هیالینیزه شده بود. در مناطقی هم رسوب هموسیدین به چشم می‌خورد. مواردی از میتوز و هیپرکروماتیسیم هم قابل مشاهده بود (شکل ۳).

با وجود یک سری سلول‌های دوکی بزرگ و دیده شدن سلول‌های موجی شکل و خصوصیات پیش‌گفته به نظر می‌رسید که بافت تومورال بوده، دارای منشأ عصبی می‌باشد؛

رنگ‌آمیزی به روش ایمونوهیستوشیمی با پروتئین S-100 این موضوع را تأیید کرد.



شکل ۳. نمای هیستولوژی شوانوما؛ مناطق پرسلول و کم سلول رنگ‌آمیزی H&E

a- بزرگ‌نمایی $\times 100$ ؛ b- بزرگ‌نمایی $\times 400$

بحث

تومورهای با منشأ عصبی در ناحیه سر و گردن شیوع بالایی ندارند [۲]. شوانوما یکی از چندین تومور حقیقی کپسول‌دار در ناحیه سر و گردن است که در اکثریت قریب به اتفاق موارد به صورت منفرد بروز می‌کند [۱۰، ۱۳]؛ هر چند مواردی از آن، بیشتر در ارتباط با نوروفیبروما، به شکل متعدد نیز گزارش شده است [۲]. اندازه این تومور در اکثر موارد کوچک (کمتر از ۵ سانتی‌متر) است؛ هر چند در سر و گردن شوانومای با اندازه‌های ۱۰ سانتی‌متر و بیشتر هم گزارش شده است [۲]. در حفرة دهان شایع‌ترین محل بروز شوانوما زبان است [۱۱، ۱]؛ البته به صورت مرکزی و داخل استخوانی هم دیده شده است [۱] که در تشخیص آن می‌توان از MRI هم کمک گرفت [۲]. در بررسی هیستوپاتولوژی، توموری کپسوله دارای الگوهای

آنتونی A و آنتونی B است [۱]. بافت آنتونی A با دستجات کشیده از سلول‌های دوکی شکل مشخص می‌شود که اغلب به صورت نردبانی در اطراف یک ناحیه مرکزی بدون سلول، ائوزینوفیلیک قرار گرفته‌اند [۱]. این نواحی بدون سلول، Verocay body نامیده می‌شوند و شامل غشای پایه دو لایه و زوائد سیتوپلاسمی هستند [۹]. بافت آنتونی B کم سلول‌تر است و سازمان یافتگی کمتری دارد. رنگ‌آمیزی ایمونوهیستوشیمی سلول‌های تومور با پروتئین S-100 مثبت است [۱]. ممکن است در ضایعات قدیمی‌تر تغییرات دژنراتیو شامل همورژی، رسوب هموسیدرین، آماس و آتیپی سلولی هم دیده شود که این تغییرات نباید سبب اشتباه شدن آن با سارکوما گردد [۱].

در مورد گزارش شده ما، پس از جراحی اکسیژنال و بررسی هیستوپاتولوژیک و رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین-ائوزین، وجود علائم مربوط به شوانوما به صورت نواحی آنتونی A و B، سلول‌های عصبی فراوان، مقاطع عروقی فراوان، تغییرات دژنراتیو و موارد متعدد میتوز و آتیپی سلولی و هیپرکروماتیسم به چشم می‌خورد که تشخیص قطعی شوانوما مطرح گردید و تشخیص‌های افتراقی تومورهای عصبی دیگر مانند نوروفیبروما و نوروفیبرومای کپسوله نردبانی رد شد. البته در نمای بالینی، ضایعات زیر مخاطی دیگر با منشأ بافت نرم مانند تروماتیک فیبروما، گرانولر سل تومور و لیپوما نیز باید در تشخیص افتراقی قرار گیرد.

درمان مطرح برای شوانوما، جراحی اکسیژنال است و پس از جراحی، تغییرات بدخیمی در آن اتفاق نمی‌افتد؛ مگر به طور نادر که به صورت سندرومیک باشد [۹]. پیش‌آگهی خوبی برای بیماری مطرح است [۱].

References

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders company; 2009.
2. Thawley SE. Comprehensive management of head and neck tumors. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999.
3. Zachariades N. Schwannoma of the oral cavity. Review of the literature and report of a case. J Oral Med 1984; 39(1): 41-3.
4. Katz AD, Passy V, Kaplan L. Neurogenous neoplasms of major nerves of face and neck. Arch Surg 1971; 103(1): 51-6.
5. Das Gupta TK, Brasfield RD, Strong EW, Hajdu SI. Benign solitary Schwannomas (neurilemmomas). Cancer 1969; 24(2): 355-66.

6. Hatziotia JC, Asprides H. Neurilemoma (schwannoma) or the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1967; 24(4): 510-26.
7. KRAGH LV, SOULE EH, MASSON JK. Benign and malignant neurilemmomas of the head and neck. *Surg Gynecol Obstet* 1960; 111: 211-8.
8. Rosai J, Ackerman LV. Rosai and Ackerman's surgical pathology. 9th ed. New York: Mosby; 2004.
9. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders company; 2007.
10. Cinar F, Cinar S, Harman G. Schwannoma of the tip of the tongue in a child. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114(6): 1657-8.
11. Pfeifle R, Baur DA, Paulino A, Helman J. Schwannoma of the tongue: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59(7): 802-4.

Archive of SID