

مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره هشتم، شماره ۲، ص ۱۱۷-

۱۳۸۰، ۱۱۵

مقاله موردی

گزارش یک مورد لیپوسار کوم ولو

دکتر طاهره اشرف گنجویی

خلاصه

لیپوسار کوم ولو بیماری نادری است و از سال ۱۹۶۶ تا به حال تنها ۱۱ مورد گزارش شده است. سار کوم اولیه ولو ۱-۲٪ بدخیمی های ولو را تشکیل می دهد و به دلیل محل و تظاهر بالینی، ممکن است با ضایعات خوش خیم اشتباه شود. مورد معرفی شده خانمی ۶۵ ساله با ضایعه ولو که از نظر بالینی شبیه به لیپوم بود، می باشد که بعد از خارج سازی کامل توده، بررسی پاتولوژیک

تشخیص well-differentiated sclerosing liposarcoma

را نشان داده است. از آنجایی که تشخیص سریع لیپوسارکوم برای پیش آگهی مطلوب الزامی است، پزشک در برخورد باتوده های ولو باید دقت بیشتری به عمل آورد.

واژه های کلیدی: ولو، لیپوسارکوم

مقدمه

ولو ۱-۲٪ بدخیمی های ولو را تشکیل

می دهد. لیپوسارکوم ولو فوق العاده

نادر است. به طوری که از سال ۱۹۶۶

تا به حال فقط ۱۱ مورد گزارش

شده است (۹،۷،۶). سارکوم ولو به دلیل

محل و ظاهر تومور، ممکن است به

راحتی با ضایعات خوش خیم اشتباه

شود. تأخیر در تشخیص پیش آگهی

بیمار را به مخاطره می اندازد در حالی

که جداسازی کامل و سریع توده

احتمال عود موضعی را معمولاً از بین

می برد (۸،۷،۴).

لیپوسارکوم، نوعی سارکوم نسج

نرم است که در دهه ۶-۵ زندگی

شایع تر می باشد و در مردان بیشتر

دیده می شود. شایع ترین محل آن

اندام ها، تنه و شکم می باشد (۶،۴).

لیپوسارکوم معمولاً به صورت توده ای

بدون درد و با رشد متغیر تظاهر

می کند که به دلیل اندازه بزرگ باعث

مراجعه بیمار به پزشک

می شود. پیش آگهی به میزان زیادی

بستگی به محل تومور و

نوع بافت شناسی آن دارد (۴). سارکوم

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۶۵ ساله، اهل و ساکن گلباف کرمان می باشد که به علت توده ناحیه ولو مراجعه کرده است. بیمار از سالها قبل متوجه وجود توده ای در ناحیه چپ ولو شده که به تدریج بزرگ شده است و به دلیل احساس سنگینی ناشی از توده و اشکال در راه رفتن، مراجعه نموده است. در معاینه، توده بزرگی به ابعاد ۱۵×۱۰ سانتی متر با قوام نسبتاً سفت، متحرک و بدون درد در نیمه تحتانی *labia major* چپ مشاهده شد. تشخیص کلینیکی قبل از عمل یک ضایعه خوش خیم مانند لیپوم بود که حین عمل جراحی توده بطور کامل برداشته شد و گزارش پاتولوژی توموری از بافت چربی با نواحی وسیع و

نامنظم، اسکروزبانکروزایسکمیک و کلسیفیکاسیون متشکل از سلولهای نامنظم با واکوئولهای متعدد شفاف وهسته های مرکزی و در بعضی نواحی سلولهای تمایز نیافته-well differentiated sclerosing liposarcoma را نشان داد.

بحث

سرطان ولو شایع نیست و حدود ۴٪ تمام سرطانهای دستگاه تناسلی زنان را تشکیل می دهد. شایع ترین نوع سرطان ولو، اسکواموس سل کارسینوماست که سن متوسط بروز آن ۶۵ سالگی است. علایم سرطان ولو می تواند به صورت احساس یک توده، خارش طولانی مدت، خونریزی یا ترشح از محل ضایعه ولو باشد. سارکوم ممکن است از بافت همبند ولو منشأ

Nucci در سال ۱۹۹۸ در آمریکا ۶ مورد لیپوسارکوم ولو گزارش کرد که افراد مبتلا اساساً میانسال بودند، تومورها اندازه متفاوت و انفیلتراسیون موضعی حاشیه‌ای داشتند (۶). تحقیق Sheng در سال ۱۹۹۵ در چین نیز نشان داد که شیوع سنی سارکوم ولو کمتر از کارسینوم این ناحیه می‌باشد (۸). در تمام بیمارانی که توسط Nucci گزارش شدند، تشخیص قبل از عمل یک ضایعه خوش خیم و دردومورد تشخیص احتمالی لیپوم بود که پس از برداشتن ضایعه و بررسی پاتولوژیک تومور، در ۴ مورد تشخیص

Well differentiated liposarcoma/Atypical lipomatous tumor بود و با پی‌گیری ۵ بیمار طی ۷ سال هیچ علامتی از عود مشاهده نشد.

بگیرد که ۱-۲٪ بدخیمی‌های ولو را تشکیل می‌دهد و شامل یک گروه هتروژن از تومورها می‌باشد. شایع‌ترین سارکوم ولو، لیومیوسارکوماست که به صورت یک توده بزرگ شونده و اغلب دردناک در ناحیه labia major تظاهر می‌کند. سارکوم‌پی‌تلیوئیدی ولو ممکن است شبیه به کیست بارتولن تظاهر کند و تأخیر در تشخیص باعث پیشرفت بیماری و حتی مرگ می‌گردد (۲). در حالی که لیپوسارکوما شایع‌ترین سارکوم نسج نرم است و معمولاً از اندام‌ها و تنه منشأ می‌گیرد (۶) اما لیپوسارکوم ولو فوق‌العاده نادر است (۳، ۶، ۷، ۹) و از سال ۱۹۶۶ تا به حال ۱۱ مورد گزارش شده است (۶، ۷، ۹).

گزارش یک مورد لیپوسارکوم ولو
و خارج سازی ناقص توده و بهبودی
کامل بعدی با رادیوتراپی، انجام
رادیوتراپی را به دنبال جراحی توصیه
می کند و اظهار می دارد که به دلیل
احتمال عود یا متاستاز در سال های
بعد، باید بیمار به طور مداوم پیگیری
شود (۹). اما Linchan در تحقیق
سال ۲۰۰۰ در آمریکا نشان داد که بعد
از برداشتن کامل لیپوسارکوم تنه و
اندام ها و پیگیری به مدت ۴۲ ماه، هیچ
موردی از عود گزارش نشده ولی در
لیپوسارکوم احشاء و رتروپریتوان،
اغلب عود موضعی منجر به مرگ بیمار
می شود و این بیماران بعد از
برداشتن کامل تومور با یا بدون
رادیوتراپی باید از نظر بروز عود
موضعی دقیقاً کنترل شوند (۵).

تنها در یک مورد که خارج سازی
سازی کامل انجام نشده بود، پس از ۱۰
سال تومور عود کرد که بعد از
برداشتن مجدد تومور هیچ علائمی از
عود تا ۳۱ ماه بعد دیده نشد.
Fang در تحقیق سال ۱۹۹۷ در چین
نشان داد که در

نوع

liposarcoma differentiated well
پاسخ بالینی خوب است و از نظر
درمان، برداشتن کامل توده روش
انتخابی است (۱). مورد معرفی شده نیز
از همین نوع می باشد.

طبق تحقیق Sheng نیز درمان
جراحی مهم ترین اقدام درمانی در رابطه
با سارکوم ولو می باشد و در بعضی از
انواع سارکوم، رادیوتراپی یا شیمی
درمانی نیز کاربرد دارد. در سال
۲۰۰۰ یوکوشی در ژاپن به دنبال

Health Services,
Kerman, Iran

Vulvar liposarcoma is rare and there are only eleven cases reported since 1966. Primary sarcoma of the vulva constitutes 1-2% of all vulvar malignancies. Because of their locations and appearance, they maybe easily mistaken as benign lesions. This is a report of a 65 year-old woman with a vulvar mass similar to a lipoma. The lesion, a soft tissue mass, was totally excised and was sent for pathologic study. The pathology report indicated a well-differentiated sclerosing liposarcoma. The clinicians should keep this diagnosis in mind in patients with a vulvar mass, since early diagnosis is imperative for a favorable prognosis.

سار کوم ولو به دلیل محل و تظاهرات کلینیکی ممکن است به راحتی با ضایعات خوش خیم از جمله لیپوم اشتباه شود و در ۸ مورد از موارد گزارش شده، تشخیص اولیه ضایعه خوش خیم بوده است. بنابراین در برخورد با بیمار مبتلا به توده ولو باید دقت زیادی به عمل آورد تا برداشتن کامل و سریع توده انجام شود زیرا پیش آگهی به اندازه تومور نیز بستگی دارد و تشخیص به موقع و خارج سازی کامل آن جهت پیش آگهی مطلوب الزامی است (۶، ۷).

Summary

A Case Report of Vulvar Liposarcoma

T. Ashraf ganjooie, MD1.

1. Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology, Kerman University of Medical Sciences and

Key Words: *Vulva,
Liposarcoma*

References

1. Fang Z, Li J and Yan H. Pathological type of liposarcoma and its effects of clinical treatment. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 1997; 36(4): 204-206.

2. Hacker NF. Vulvar cancer. In: Berek JS, Adashi EY and Hillard PA (Eds). *Novak's Gynecology*. 11th ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1996; p1253

3. Hoffman MS and Cavanagh D. Malignancies of the vulva. In: Rock and Thompson JD (Eds). *Textbook of Operative Gynecology*. 8th ed., Philadelphia,

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2001; 8(2): 115-117

Lippincott-Raven, 1997 p1370.

4. James OD and Mc Gee: *Oxford Textbook of pathology*. New York, Oxford University Press, 1992 pp 2105-2106

5. Linehan DC, Lewis JJ, Leung D and Brennan MF. Influence of biologic factors and anatomic site in completely resected liposarcoma. *J Clin Oncol* 2000; 18(8): 1637-1643

6. Nucci MR and Fletcher CD. Liposarcoma (Atypical lipomatous tumors) of the vulva: clinicopathologic study of six cases. *Int J Gynecol Pathol* 1998; 17(1): 17-23

7. Rogers RG and Thorp JM Jr. liposarcoma of the

vulva: A case report. *J Reprod Med* 1995; 40 (12): 863-864.
8. Sheng X and Sun J. Sarcoma of vulva: A clinical retrospective analysis of 10 cases. *Zhonghua Fu Chan*

Ke Za Zhi 1995; 30(8): 483-485.
9. Yokouchi J, Negishi Y, Abe K, Shirasawa K and Mernyei M. Radiotherapy for liposarcoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 2000; 79(2): 315-317.