

دکتر سورینا صهبا*، دکتر سمیه عظیمی**، دکتر سعیدرضا ملکی***

چکیده

سابقه و هدف: فیروز هیستوسایتوما خوش خیم یک نئوپلاسم است که در داخل دهان و به ویژه در کودکان به ندرت دیده می شود. نوع داخل دهانی این تومور که اغلب بدون درد است بیشتر در سنین میان سالی و در مخاط باکال مشاهده می شود. هدف از این مقاله گزارش یک مورد نادر از فیروز هیستوسایتوما خوش خیم است که میزان عود بالایی را نیز نشان می داد.

گزارش مورد: مورد گزارش شده دختری است ۹ ساله که به علت توده ای نسبتاً سفت حدود ۱ سانتی متر در ناحیه لثه بین دندانی انسیزورهای ماگزایلا مراجعه نموده بود. در نمای رادیوگرافی حالت خاصی مشاهده نشد. توده با بیوپسی برداشته شده و در نمای میکروسکوپی، سلول های فیبروبلاست دوکی شکل همراه با هسته های وزیکولر قرار گرفته در فاسیکول هایی با الگوی Storiform و تعدادی سلول های گرد شبه هیستوسیت دیده شد. شواهدی از بدخیمی در ضایعه وجود نداشت و نمای میکروسکوپی نشان دهنده فیروز هیستوسایتوما خوش خیم بود.

نتیجه گیری: اگرچه فیروز هیستوسایتوما دهانی یک ضایعه نادر است ولی باید در تشخیص افتراقی ضایعات دهانی مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژگان: فیروز هیستوسایتوما خوش خیم، تومورهای داخل دهانی، لثه بین دندانی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۲/۱۱ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۶/۳۱ تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۹/۱۲

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۷، شماره ۱، بهار ۱۳۸۸، ۲۲-۱۸

مقدمه

الگوی Storiform قرار گرفته است، می باشد (۶). سلول های کروی مشابه هیستوسیت، به صورت پراکنده دیده می شود (۶).

هدف از این مقاله گزارش یک مورد فیروز هیستوسایتوما خوش خیم است که در ناحیه لثه بین دندانی انسیزورهای فک بالای یک دختر ۹ ساله ایجاد شده بود.

گزارش مورد

یک دختر ۹ ساله به علت وجود یک توده برجسته صورتی پررنگ در ناحیه لثه بین دندان های سانترال و لترال سمت راست فک بالا به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی مراجعه نمود. به گفته بیمار و طبق اظهارات مادر وی ضایعات مشابهی در ۵ ماه گذشته

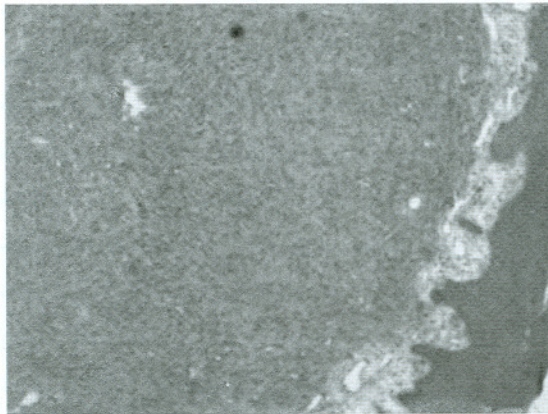
فیروز هیستوسایتوما یک تومور مزانشیمال است (۱) که می تواند در بافت نرم یا در استخوان وجود داشته باشد (۲). ضایعه در هر جای بدن می تواند ایجاد شود، اما اغلب به صورت یک برآمدگی قرمز-قهوه ای روی پوست نواحی انتهایی به خصوص مناطق تحت تابش اشعه آفتاب مشاهده شده، وجود ضایعات داخل دهانی نادر است (۳، ۴). شایعترین مکان داخل دهانی، مخاط باکال و وستیبول است (۵، ۶). ضایعات نادر در داخل استخوان فک نیز گزارش شده اند (۶). این تومور بیشتر در بالغین میان سال دیده می شود (۷، ۸). در یک مطالعه میانگین سن بروز ضایعات دهانی ۵۵ سال ذکر شده است (۵). تومور معمولاً به صورت توده ای ندولر بدون درد و با اندازه های مختلف می باشد (۶).

از مشخصات نمای میکروسکوپی، سلول های فیبروبلاستی دوکی شکل به همراه هسته های وزیکولر که به صورت

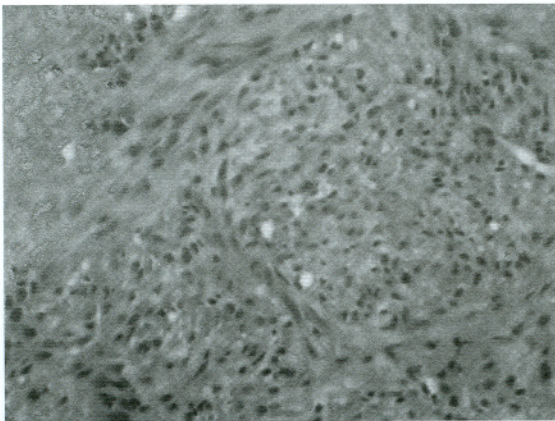
storiform دیده شد. تعدادی سلول گرد شبیه هیستوسیت به صورت پراکنده در میان ضایعه دیده شده، شواهدی از بدخیمی در ضایعه مشاهده نمی‌شد (اشکال ۳ و ۴). با توجه به نمای میکروسکوپی ضایعه، فیبروز هیستوسایتومای خوشخیم تشخیص داده شد.



شکل ۲- نمای دهان بیمار پس از برداشتن ضایعه



شکل ۳- نمای میکروسکوپی ضایعه با بزرگنمایی ۱۰۰



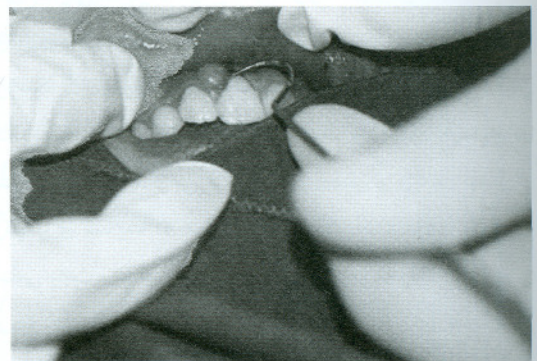
شکل ۴- نمای میکروسکوپی ضایعه با بزرگنمایی ۴۰۰

ایجاد شده بود که دوبار مورد جراحی قرار گرفته و مجدداً به سرعت عود کرده بود. آزمایشات هیستوپاتولوژی بر روی ضایعه تا کنون انجام نشده بود. ضایعه اخیر از ۳ هفته قبل ایجاد شده و بیمار درد و ناراحتی نداشت. در نمای رادیوگرافیک ضایعه نمای خاصی قابل مشاهده نبود (شکل ۱).

مطالعات کلینیکی یک ندول نسبتاً سفت را نشان داد که به وسیله مخاط نرمال احاطه شده بود. اندازه توده ۰/۹ سانتی‌متر بود. از نظر بالینی به ضایعات خوشخیم بافت نرم دهان به خصوص ضایعات التهابی-واکنشی شبیه بود ضایعه تحت بیوپسی excisional قرار گرفت و به بخش پاتولوژی ارجاع داده شد (شکل ۲).



شکل ۱- نمای رادیوگرافی ضایعه



شکل ۲- نمای کلینیکی ضایعه

در نمای میکروسکوپی، فیبروبلاست‌های دوکی‌شکل (spindle-shape) با حدود مشخص همراه با هسته‌های وزیکولر قرار گرفته در فاسیکول‌ها (fascicles) با الگوی

بحث

فیروز هیستوسایتوما اکثر مواقع در پوست و به ویژه در نواحی انتهایی و یا نواحی تحت تابش آفتاب اتفاق می‌افتد (۳). Gray و همکاران در یک مطالعه مروری بر روی فیروز هیستوسایتوما خوش‌خیم (BFH) نواحی دهانی و اطراف دهانی، مشاهده کردند که میانگین سنی بیماران ۵۵ سال بود (۵). اگرچه Bielamowicz و همکاران (۱۹۹۵) با مطالعه ۳۴ مورد از فیروز هیستوسایتوما سر و گردن، میانگین ۳۷ سال با برتری ۲/۵ بر ۱ مرد به زن را پیشنهاد نمودند (۸). مخاط باکال شایع‌ترین ناحیه درگیری است اگرچه گزارش‌هایی از این ضایعه در نواحی دیگر وجود دارد (۵). از جمله می‌توان به گزارش یک مورد BFH در لب بالای یک کودک ۶ ماهه ژاپنی اشاره کرد (۴). ضایعه یاد شده در ۳ هفته پیش از مراجعه ایجاد شده بود. نمای کلینیکی به صورت یک توده غیرمتحرک سفت و لاستیکی به قطر ۱/۵ سانتی‌متر بود. بردر بین توده و بافت احاطه‌کننده مشخص بود (۴). با توجه به اینکه این ضایعه نیز در یک کودک گزارش شده، به صورت توده‌ای سفت بوده و بردر بین توده و بافت احاطه‌کننده مشخص بود، مشابهت‌هایی با مورد گزارش شده در مطالعه حاضر دارد.

تشخیص فیروز هیستوسایتوما ممکن است از نظر بالینی دشوار باشد به خصوص در مواردی که در بافت‌های عمقی قرار گرفته، اغلب پس از خارج کردن تشخیص داده می‌شود (۷). همچنین از نظر بافت‌شناسی دامنه وسیعی از تغییرات چه از نظر سلولی و چه از نظر استرومایی را شامل می‌شود (۹).

از نظر بافت‌شناسی، BFH به طور معمول سلول‌هایی از گروه هیستوسیت و فیبروبلاست را نشان می‌دهد. حضور جمعیتی از سلول‌های شبه فیبروبلاست هموزن نیز در گذشته مطرح شده بود (۳).

در نمای میکروسکوپی مورد گزارش شده توسط Yamada (۲۰۰۲) در لب بالای یک کودک ۶ ماهه فیبروبلاست‌های دوکی‌شکل فراوان و پرولیفراسیون سلول‌های شبیه هیستوسیت در یک الگوی storiform بدون هیچ گونه نمایی از آتیبی و میتوز دیده شد. همچنین هیستوسیت‌های پراکنه کف‌آلود (Foamy) مورد توجه قرار گرفت (۴). در مورد

گزارش شده توسط Ertas و همکاران (۲۰۰۳) یک موردی از BFH را در یک مرد ۳۲ ساله گزارش کردند در نمای میکروسکوپی، سلول‌های دوکی‌شکل به صورت در هم پیچیده بوده، الگوی storiform را نشان می‌دادند. همچنین سلول‌های زانتومایی پراکنده، سلول‌های ژانت چند هسته‌ای، لنفوسیت‌ها و رسوب‌های هموسیدرین در سرتاسر استرومای ضایعه مشاهده می‌شد (۲).

در مورد گزارش شده توسط Alves (۲۰۰۳) که یک مورد از BFH در مخاط باکال یک زن ۲۶ ساله بود، نمای میکروسکوپی ضایعه از فیبروبلاست‌های دوکی‌شکل یکسان با حدود مشخص که در یک الگوی storiform قرار داشتند، همراه با Fociهای افزایش یافته در بافت همبند فیروز محکم تشکیل شده بود. سطح ضایعه نیز اپیتلیوم سنگفرشی مطبق پاراکراتینیزه بود. همچنین آتیبی و میتوز دیده نشد (۳).

در مورد گزارش شده در این مقاله نیز در نمای میکروسکوپی ضایعه یک ندول احاطه شده به وسیله اپیتلیوم سنگفرشی مطبق (مخاط دهان) دیده شد. بافت همبند زیرین ضایعه از فیبروبلاست‌های دوکی‌شکل (spindle-shape) با حدود مشخص همراه با هسته‌های وزیکولر قرار گرفته در فاسیکول‌ها (facicles) با الگوی storiform دیده شد. تعدادی از سلول‌های گرد شبیه هیستوسیت به صورت پراکنده در میان ضایعه وجود داشت و شواهدی از بدخیمی در ضایعه مشاهده نشد.

نمای بالینی ضایعه در بیمار مورد گزارش به ضایعات خوش‌خیم بافت نرم از جمله فیبروم اسفیه شونده محیطی و پیوژنیک گرانولوما شباهت داشت. ایجاد ضایعه در لثه بین دندانی همراه با بهداشت دهان ضعیف و وجود ضایعه در ناحیه فاشیال قدامی فک بالا و سن و جنس بیمار و عودپذیری ضایعه به همراه شیوع بالای ضایعات واکنشی-التهابی بافت نرم این ضایعات را مطرح می‌نمود.

اگرچه Neville (۲۰۰۲) فیروز هیستوسایتوما خوش‌خیم را در گروه تومورهای بافت نرم مطرح می‌کند (۶)، اما در مورد پاتوژنز فیروز هیستوسایتوما خوش‌خیم اختلاف نظر وجود دارد و برخی آن را جزء فرآیندهای واکنشی به حساب آورده (۱۱، ۱۰)، تابش طولانی‌مدت آفتاب، جراحات تروماتیک و عفونت‌های مزمن را به عنوان عوامل ایجاد

Local excision به عنوان درمان قطعی بیرونی

هیستوسایتومای خوش خیم مطرح شده است (۸).

نتیجه گیری

در مقاله حاضر به گزارش بالینی و میکروسکوپی یک مورد از فیبروز هیستوسایتومای خوش خیم پرداخته شد. از نظر میکروسکوپی این تومور تعدادی از سلول‌های فیبروبلاست دوکی شکل را در یک زمینه storiform همراه سلول‌های شبه هیستوسیت نشان داد و هیچ گونه آتیپی و میتوز مشاهده نگردید. با توجه به این موارد می‌توان گفت اگرچه فیبروز هیستوسایتومای خوش خیم یک تومور نادر بافت نرم در حفره دهان است ولی باید در تشخیص افتراقی ضایعات بافت نرم حفره دهان مطرح گردد، همچنین با توجه به مشاهده یک مورد مرگ به دلیل وجود این ضایعه در اینتراکرانیال انجام بیوپسی ضروری است.

تشکر و قدردانی

تصاویر میکروسکوپی این مقاله در بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهیه گردیده است، که بدین وسیله از سرکار خانم دکتر مشهدی عباس قدردانی می‌شود.

References

1. Calonje E, Mentzel T, Fletcher CD: Cellular Benign fibrous histiocytoma. Am J Surg Pathol 1994;8:668.
2. Ertas U, Buyukurt MC: Benign fibrous histiocytoma: report of case. J Contemp Dent Pract 2003;4:74-79.
3. Alves FA, Vargas PA, Siqueira SAC, Coleta R, Almeida OP: Benign fibrous histiocytoma of the Buccal Mucosa: Case report with Immunohistochemical Features. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:269-271.
4. Yamada H, Ishili H, Kondon T, Setok B: A case of benign fibrous histiocytoma of the upper lip in a 6-month old infant. J Oral Maxillofac Surg 2002;60:451-454.
5. Gray PB, Miller AS, Loftus MJ: Benign fibrous histiocytoma of oral/prioral region. J Oral Maxillofac Surg 1992; 50:1239-1242.
6. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquqot E: Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd Ed. W.B Saunders Co. Philadelphia, London, New York, 2002;Chap12:444-445.
7. Skoulakis CE, Papadakis CE, Datsaris GE, Drivas EI, Kymizakis DE, Bizakis JG: Subcutaneous benign fibrous histiocytoma of the cheek. Case Report and review of literature. Acta Otorhinolaryngol Ital 2007;27:90-93.

کننده مطرح می‌کنند (۴). این واقعیت که فیبروز هیستوسایتومای خوش خیم به جز در موارد استثنایی تمایلی به فروکش کردن ندارد، فرآیند نئوپلاستیک را مطرح می‌کند (۴).

از نظر عودپذیری ضایعه باید گفت که طبق نظر Neville و همکاران (۲۰۰۲) عود به ویژه در مورد ضایعات سطحی نادر است در صورتی که ضایعات بزرگتر در بافت‌های عمقی‌تر دارای پتانسیل عود بالایی هستند (۶). Fritz و همکاران (۲۰۰۶) یک مورد فیبروز هیستوسایتومای خوش خیم را در پتریگوپالاتین فوسای یک مرد ۴۵ ساله گزارش کردند. آنها اشاره کردند که پس از برداشت ضایعه علی‌رغم عدم حضور پلی‌مورفیسم هسته‌ای، تومور به سرعت عود مجدد داشته، بیمار در مدت کوتاهی پس از عود فوت نموده است. این امر به نظر محققین به دلیل گسترش ضایعه به درون فضای Intacranial بوده است (۱۲).

در مورد گزارش شده توسط Yamada (۲۰۰۲) و در مورد گزارش شده توسط Alves (۲۰۰۳) بعد از ۲ سال بررسی عود مشاهده نشد (۳، ۴).

عود ضایعه در بیمار مورد گزارش شده در مطالعه حاضر ۲ بار ذکر شده است که به نظر می‌رسد به دلیل عدم برداشت مناسب ضایعه در اعمال جراحی قبلی باشد. ضایعه پس از برداشت اخیر تا ۱۰ ماه بررسی عود نداشته است.

- Archive of SID
8. Bielamowicz S, Dayer MS, Zimmerman MC: Noncutaneous benign fibrous histiocytoma of the head and neck. J Otolaryngol & Head Neck Surg 1995;133-140.
 9. Lomuzio L, Mascolo M, Capodiferro S, Favia G, Maiorano E: Solitary fibrous tumor of the oral cavity: The need for an extensive sampling for a correct diagnosis. J Oral Pathol Med 2007;36:538-542.
 10. Chen T-C, Kuo T, Chan H-L: Dermatofibroma is a clonal proliferative disease. J Cutan Pathol 2000;27:36-39.
 11. Elder D, Eknitsas R, Jaworsky C: Lever's histopathology of the skin. 8th Ed. Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 1997;Chap10:847-887.
 12. Fritz MA, Sade B, Bauer TW, Wood BG, Lee JLT: Benign fibrous histiocytoma of the pterygopalatin fossa with intracranial extension. Acta Neurochir (wien) 2006;148:73-76.