

گزارش یک مورد Benign Mesenchymoma در لثه

دکتر شکوفه شهرابی* + - دکتر محمدرضا طالبی اردکانی**

*استادیار گروه آموزشی آسیب‌شناسی فک و دهان و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی

شهید صدوقی یزد

**استادیار گروه آموزشی پریودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید صدوقی یزد

Title: Benign Mesenchymoma of the gingival (a case report)

Authors: Shahrabi Sh. Assistant Professor*, Talebi-e-Ardakani MR. Assistant Professor**

Address: * Department of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Yazd University of Medical Sciences

* Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Yazd University of Medical Sciences

Abstract: Benign mesenchymoma is a soft tissue neoplasm that contains 2 or more mature mesenchymal tissues in addition to fibrous tissue. A rare case of gingival benign mesenchymoma in a 53-year-old man is presented and the clinicopathologic characteristics of this uncommon tumor in the head and neck region is reviewed and discussed.

Key words: Mesenchymoma; Gingival neoplasm; neoplasm; Soft tissue neoplasm

Journal of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences (Vol. 17; No2; 2004)

چکیده

Benign Mesenchymoma، تومور خوش‌خیم نسج نرم است که علاوه بر داشتن زمینه‌ای از بافت فیبروز، حاوی حداقل دو بافت مزانشیمی بالغ می‌باشد. در این مقاله، یک مورد نادر از این ضایعه در لثه مردی ۵۳ ساله گزارش می‌گردد؛ همچنین پاتوژنز و خصوصیات کلینیکی و پاتولوژیکی این تومور غیر شایع در ناحیه سر و گردن مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

کلید واژه‌ها: مزانشیمومای خوش‌خیم، تومور خوش‌خیم، تومور نسج نرم، لثه

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران (دوره ۱۷، شماره ۲، سال ۱۳۸۳)

مقدمه

Benign Mesenchymoma (BM) را که در نواحی

مختلف آناتومیکی و در بیماران کوچکتر از ۱۵ سال ایجاد شده بودند، شرح دادند (۳). BM نئوپلاسمی است با زمینه‌ای از بافت همبند فیبروز و متشکل از حداقل دو عنصر تمایز یافته مزانشیمی که معمولاً در ارتباط با یکدیگر نمی‌باشند (۵،۴). این عناصر می‌توانند به صورت بافت چربی، عروق خونی، عضله صاف، عضله مخطط، غضروف، بافت میکسوماتوز، بافت لنفوئیدی، بافت استخوانی و بافت هماتوپوئیتیک باشند

واژه مزانشیموما (Mesenchymoma) برای اولین بار در سال ۱۹۳۲ توسط Klein برای توصیف یک نئوپلاسم اولیه مزانشیمی که از نظر میکروسکوپی به صورت مزانشیم تمایز یافته و شبیه با سارکوم Ewing بود، بکار رفت (۱). Stout در سال ۱۹۴۸، مزانشیموما را به عنوان مقوله پاتولوژیکی جداگانه‌ای شرح داد (۲) تا این که Lebar و Stout در سال ۱۹۶۲، ۳۹ مورد

این بافت به صورت روتین برای مطالعه با میکروسکوپ نوری آماده گردید. در بررسی هیستوپاتولوژیکی مقاطع رنگ آمیزی شده با هماتوکسیلین-اوتوزین (H&E)، قطعاتی بافت با محدوده نسبتاً مشخص، پوشیده از اپی تلیوم مطبق سنگفرشی پاراکراتوتیک و با طرحی لبولر متشکل از ترکیبی از عناصر مزانشیمی بالغ در زمینه‌ای از بافت همبندی فیروز به چشم می‌خورد (تصویر ۱). بافتهای مزانشیومی شامل بافت چربی، عروق خونی، بافت میکسوئیدی، میکسو کندروئیدی و غضروفی بود (تصویر ۲ و ۳). هیچ علائم آتیسیسم، هیپرکروماتیسیم و میتوز در سلول‌ها مشاهده نگردید. توسط رنگ آمیزی اختصاصی ماسون-تری کروم، به جز دیواره عضلانی عروق خون، در کانونی کوچک، بافت عضله صاف با واکنش مثبت قرمز رنگ قابل رویت بود (تصویر ۴). بر اساس یافته‌های میکروسکوپی ذکر شده، تشخیص BM برای ضایعه مطرح گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

Benign Mesenchymoma (BM) توموری است که بیشتر در نواحی انتهایی و ادراری-تناسلی (کلیه‌ها و بافتهای اطراف) بروز می‌نماید و وقوع آن در ناحیه سر و گردن نادر است. شایعترین نواحی ابتلا، سر و گردن، حفره دهان، اوروفارنکس و هیپوفارنکس می‌باشد. این تومورها معمولاً دارای محدوده مشخصی می‌باشند و به صورت توده‌های منفردی هستند که می‌توانند رشد انفیلتراتیو موضعی داشته باشند؛ البته این خصوصیت آنها دال بر بدخیم شدن آنها نمی‌باشد. در حفره دهان محل این تومورها بیشتر نزدیک خط وسط و متوسط اندازه آنها ۳/۴ سانتیمتر است و رنگ مخاط روی آن طبیعی و غیر زخمی می‌باشد (۵).

نمای ماکروسکوپی این نئوپلاسم به نوع بافتی بستگی دارد که در آن مشاهده می‌شود. بافتهایی که در موارد BM، داخل دهانی گزارش شده‌اند، شامل بافت چربی، عروق خونی،

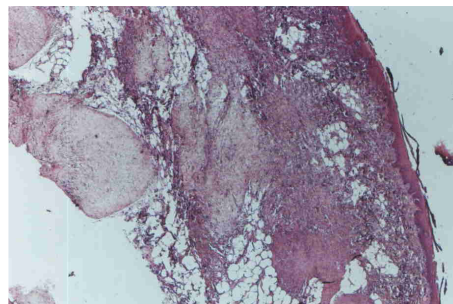
طبق طبقه‌بندی بافت‌شناختی تومورها که توسط WHO در سال ۱۹۹۴ منتشر شد، Sobin و Weiss مزانشیوما را به عنوان مقوله پاتولوژیکی جداگانه‌ای در تقسیم‌بندی تومورهای نسج نرم معرفی کردند. برحسب تعریف این محققان، BM، ضایعه‌ای است که مشخصه آن وجود دو رده جداگانه سلولی یا بیشتر با تمایز مزانشیمی خوش خیم به جز رده‌ای با تمایز فیروبلاستیک است (۷). BM توموری نادر در ناحیه سر و گردن است (۶)؛ بنابراین در این گزارش، یک مورد آن در لثه که محلی غیرشایع محسوب می‌شود، شرح داده می‌شود.

شرح مورد

مردی ۵۳ ساله برای درمان ضایعه‌ای دهانی به یک کلینیک خصوصی مراجعه نمود و در بررسی بالینی، ضایعه‌ای آگروفیتیک غیر زخمی با قاعده پهن به قطر ۱/۵ سانتیمتر بر روی لثه چسبنده ناحیه لینگوال بین دندانهای سانترال فک پایین مشاهده گردید. بیمار اذعان داشت که ضایعه از ۱۲ سال پیش وجود داشته و دارای رشد کندی بوده است. هیچ شواهد رادیوگرافی دال بر تخریب استخوان مشاهده نشد. ضایعه در لمس دارای قوام نرم تا فیبروتیک و رنگ آن هم‌رنگ لثه مجاور بود. برای ضایعه تشخیصهای افتراقی اعم از: فیروز تحریکی، ژانت سل گرانولومای محیطی و فیروم اسیفیه محیطی مطرح گردید.

ضایعه پس از بی‌حسی موضعی، به طور کامل تا ناحیه پروست به طریقه بیوپسی اکسیژنال برداشته شد. نمونه مذکور در ظرف حاوی فرمالین ۱۰٪ قرار داده شد و جهت مطالعه هیستوپاتولوژیکی به آزمایشگاه آسیب‌شناسی فک و دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ارسال گردید. در نمای ماکروسکوپی نمونه نسج نرم به ابعاد ۰/۶ × ۰/۸ × ۱/۶ سانتیمتر که در برش دارای سطح مقطع غیر یکنواخت کرم زرد رنگ بود، مشاهده گردید.

عضله صاف، عضله مخطط، بافت میکسوئیدی، استخوان و غضروف است (۶).



تصویر ۴- نمای میکروسکوپی از سلول‌های چربی و بافت عضله صاف (Masson trichrome, X400)

در این نمونه، یک مورد از این تومور که تشخیص آن بر اساس جدیدترین معیارهای WHO صورت گرفت (۷)، در ناحیه لته گزارش می‌گردد.

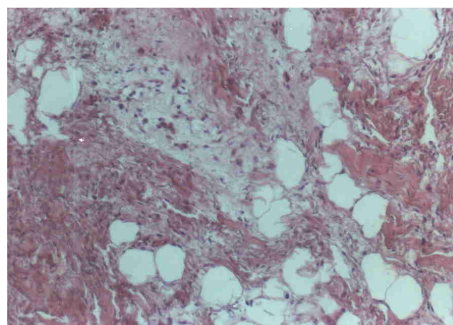
Jones و همکاران در گزارش خود و آخرین مرور متون انگلیسی در مورد BM داخل دهانی، در مجموع ۲۰ مورد BM داخل دهانی را گزارش نمودند که فقط یک مورد آن در لته بود (۴)؛ بنابراین طبق آخرین اطلاعات به دست آمده، مورد ارائه شده در مقاله حاضر می‌تواند دومین مورد BM گزارش شده در لته باشد.

مورد گزارش شده، فاقد کپسول و شامل اجزای چربی، عروق خونی، بافت میکسوئیدی، کندروئیدی، غضروف و کمی بافت عضله صاف بود؛ هیچ عنصر مزانشیومی در بافت قابل توجه نبود و به سایر عناصر ارجحیتی نداشت و این دقیقاً طبق همان معیارهای تشخیصی بود که Jones و همکاران بر آن تأکید فراوان داشتند (۴)؛ زیرا طبق تعریف این محققان، اگر نئوپلاسمی نسج نرم دارای محدوده مشخص یا کپسول باشد و به طور عمده از یک نوع بافت مزانشیومی تشکیل شده باشد، تشخیص هیستوپاتولوژیکی نهایی باید منعکس کننده و بیان کننده جزء مزانشیومی غالب باشد (۴).

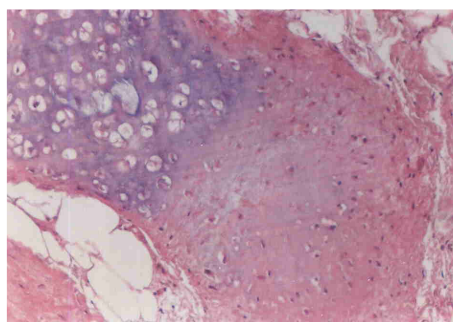
برخی از متخصصان آسیب‌شناسی تعریف دیگری از BM ارائه داده‌اند و آن عبارت است از تومورهای لیپومایی که دارای اجزای دیگری از قبیل عروق خونی، عضله صاف، بافت میکسوئیدی، غضروف و یا استخوان باشد (۸) که در حقیقت انواعی از لیپوما محسوب می‌شوند.

این موارد در حفره دهان به تعداد زیادی گزارش شده‌اند

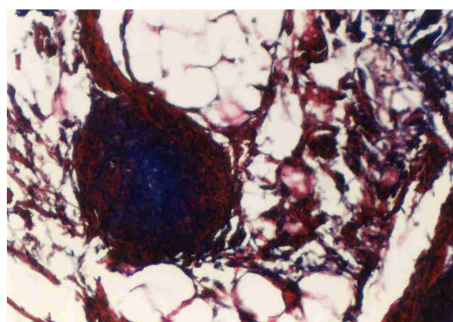
تصویر ۱- نمای میکروسکوپی از تومور به صورت لبولر متشکل از بافت چربی و میکسوئیدی در زمینه فیبروز (H&E, X40)



تصویر ۲- نمای میکروسکوپی سلول‌های چربی و بافت میکسوئیدی در زمینه همبندی (H&E, X100)



تصویر ۳- نمای میکروسکوپی از بافت میکسوئیدی، غضروفی و چربی (H&E, X400)



۲۵ سال، همراه با آنومالی‌های مادرزادی دیگر و یا ضایعات هامارتوماتوز دیگری از قبیل همانژیوم و یا لنفانژیوم، یک هامارتوم در نظر گرفته شود (۱۵)؛ همچنین ضایعات Choristoma معمولاً در سنین پایین قابل تشخیص می‌باشند (۱۵)؛ البته مورد حاضر، حائز هیچ یک از شرایط مذکور نبود.

به هر صورت نمونه گزارش شده، طبق معیارهای تعیین شده از سوی WHO، می‌تواند یک BM باشد (۷) که محل آن با توجه به مقالات گزارش شده، نادر و غیرمعمول می‌باشد.

پاتوژنز BM هنوز ناشناخته است ولی طبق نظر Stout می‌تواند ناشی از پرولیفراسیون سلول‌های مزانشیومی Pleuripotent باشد که به عناصر مزانشیمی مختلفی تمایز پیدا می‌کنند (۲)؛ البته به نظر می‌رسد درمان انتخابی آن جراحی و خارج کردن کل ضایعه است و معمولاً عود آن رخ نمی‌دهد.

البته Leber و Stout میزان عود BM را در سایر نواحی بدن، به میزان ۲۰٪ گزارش نمودند (۳) ولی پیش‌آگهی آن در ناحیه سر و گردن به دنبال خارج کردن کامل آن خوب به نظر می‌رسد (۱۶) ولی از آنجا که تاکنون موارد گزارش شده آن در ناحیه سر و گردن در مدت زمان کمی پیگیری شده‌اند، پیگیری طولانی‌مدت این ضایعات الزامی است تا به طور دقیق مشی بالینی این تومور شناخته شود (۱۶).

بدخیم شدن این تومور نادر است ولی نوع بدخیم آن توسط Nash و Staut شرح داده شده است که در آن دو عنصر مزانشیومی به طور مجزا تغییرات بدخیمی نشان می‌دهند و علاوه بر آن نواحی فیبروسارکوماتوز به صورت تمایز نیافته وجود دارد (۱۷)؛ البته نوع بدخیم آن در حفره دهان نادر می‌باشد (۴، ۵، ۶).

(۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)؛ به عنوان مثال در انواعی از لیپوما که اندازه آنها بزرگ و دارای قدمت باشد، ممکن است کانون‌هایی از غضروف یا استخوان متاپلاستیک مشاهده شود (۸) و یا در مواردی که تحت عنوان Chondrolipoma در داخل دهان گزارش شده است (۱۲)؛ به عقیده Katzer وجود غضروف، ناشی از ترومای مکانیکی است و نزدیکی لیپوما به پریوست، تاندون یا مفاصل می‌تواند امکان این متاپلازی را فراهم سازد (۱۳). موردی که ما در لته گزارش نمودیم مجاور پریوست بود ولی ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که نمونه مذکور فاقد خصوصیات یک لیپوم بود؛ بنابراین نمی‌توان آن را Chondrolipoma نامید؛ از طرف دیگر ضایعات شایع در لته، همان ضایعات تحریکی از قبیل فیبروما یا فیروز تحریکی است (۱۴). Graham و همکاران که موردی از فیبرولیپوم را در لته گزارش نمودند، این طور توجیه کردند که فیبروما می‌تواند تحت تأثیر برخی از تغییرات دژنراتیو بخصوص دژنراسانس چربی قرار گیرد که نتیجه آن ایجاد یک لیپوم می‌باشد (۱۰)؛ همچنین در بعضی شرایط، Lipogenesis در فیبروبلاست‌ها مشاهده شده است (۱۰)؛ بنابراین شاید این ضایعه که به مدت ۱۲ سال قدمت داشته، در حقیقت یک فیروز تحریکی با تغییرات دژنراتیو و ثانویه بوده؛ اما لازم به ذکر است که در این ضایعه گزارش شده، کپسول واضحی دیده نشد؛ شاید چنین به نظر برسد که نمونه‌هایی از BM می‌تواند معیارهایی از یک هامارتوم یا Choristoma را داشته باشد. هامارتوم یک رشد شبه‌توموری و متشکل از بافت طبیعی و در یک محل طبیعی است؛ در حالی که Choristoma به صورت پرولیفراسیون بافت طبیعی در یک محل غیر طبیعی و به صورت نابه‌جا می‌باشد (۴).

به عقیده Bures و Barnes، یک BM در صورتی می‌تواند بیانگر یک هامارتوم باشد که شرایط معینی از آن را داشته باشد. ممکن است مشاهده نئوپلاسم در فردی جوانتر از

منابع:

1- Klein W. Mesenchymoma. J Med Soc N J 1932; 29: 774-78.

- 2- Stout AP. Mesenchymoma, the mixed tumor of mesenchymal derivatives. *Ann Surg* 1948; 127: 278-90.
- 3- Leber MS, Stout Ap. Benign mesenchymomas in children. *Cancer* 1962; 15:595- 605.
- 4- Jones AC, Trochesset D, Freedman PD. Intraoral benign mesenchymoma: a report of 10 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 Jan; 95(1): 67-76. Review.
- 5- Yencha MW Jr, Sassler AM, Drohan PS. Intraoral benign mesenchymomas. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995 Dec; 113 (6): 816-19.
- 6- Daly JM, Guttenberg SA. Benign mesenchymoma of the palate: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1988 Oct; 46 (10): 890-92.
- 7- Weiss SW, Sobin LH. World Health Organization International Histological Classification of Tumors: Histological Typing of Soft Tissue Tumors. 2nd ed. Berlin: Springer- Verlag; 1994.
- 8- Weiss SW, Goldblun JR. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2001.
- 9- Fujimura N, Enomoto S. Lipoma of the tongue with cartilaginous change: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1992 Sep; 50 (9): 1015-17.
- 10- Graham GS, Brannon RB, Houston GD. Fibrolipoma of the gingiva. A case report. *J Periodontol.* 1988 Feb; 59(2): 118-20.
- 11- Chen SY, Fantasia JE, Miller AS. Myxoid lipoma of oral soft tissue. A clinical and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984 Mar;57 (3): 300-7.
- 12- Hietanen J, Makinen J. Chondrolipoma of the tongue. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997 Apr; 26(2): 127-8.
- 13- Katzer B. Histopathology of rare chondroosteoblastic metaplasia in benign lipomas. *Pathol Res Pract* 1989 Apr; 184 (4): 437-45. Review.
- 14- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002.
- 15- Bures C, Barnes L. Benign mesenchymomas of the head and neck. *Arch Pathol Lab Med.* 1978 May; 102(5): 237-41.
- 16- Sakurai K, Urade M, Yasoshima H, Ohkubo E, Kubota A. Benign mesenchymoma of the cheek: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999 Jul; 88(1): 74-9. Review.
- 17- Nash A, Staut AP. Malignant mesenchymoma in children. *Cancer* 1967; 14: 524-33.