

## همانژیوپری سیتوما - گزارش مورد

\*دکتر محمد رضا مجیدی<sup>۱</sup>، دکتر جعفر حسن زاده<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>استادیار گوش، گلو و بینی، <sup>۲</sup>استاد گوش، گلو و بینی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### خلاصه

**مقدمه:** همانژیوپری سیتوما یکی از تومورهای نسبتاً نادر می باشد این تومور برای اولین بار در سال ۱۹۴۲ گزارش شد و تا کنون در حدود ۳۰۰ مورد از این تومور گزارش شده است. شایع ترین مکان های ابتلاء تنه و اندام های تحتانی است. انسیدانس این تومور در سر و گردن کمتر از ۲۰٪ بوده که در بالغین شایع تر است. در این مقاله یک مورد نادر از بروز همانژیوپری سیتوما در مثلث خلفی گردن گزارش شده است.

**گزارش مورد:** خانمی ۶۰ ساله با سابقه بروز توده گردنی بدون درد با رشد تدریجی از ده سال پیش به کلینیک مراجعه کرد، توده در مثلث خلفی گردن واقع بود که از شش ماه پیش رشد سریع تری داشته است در تاریخچه بیمار هیچگونه سابقه ای از اختلالات حسی و حرکتی اندام فوقانی و یا اشکالات تنفسی وجود نداشت. MRI توده ای غیر هموژن و با سیگنال متوسط در T<sub>1</sub> و هموژن و با سیگنال بالا در T<sub>2</sub> را نشان داد حداکثر قطر توده ۶۱×۷۳ میلی سانتی متر گزارش شد. پس از برداشت کامل توده در جراحی، گزارش آسیب شناسی مویید وجود همانژیوپری سیتوما بود. پس از عمل جراحی طی پیگیری های مرتب هیچ گونه عارضه ای به دنبال عمل جراحی وجود نداشت و نشانه ای از عود بیماری به دست نیامد.

**واژه های کلیدی:** همانژیوپری سیتوما، تومور، گردن

### مقدمه

حدوداً ۵ درصد از موارد همانژیوپری سیتوما در حفره بینی ظاهر می کنند. به طور کلی شایع ترین مکان بروز همانژیوپری سیتوما در اندام های فوقانی و تحتانی و مغز می باشد. شایعترین خصوصیات مشترک در میان این تومورها عدم وجود یک نمای واحد بالینی است به طوری که بعضی از این تومورها (به خصوص تومورهای محدوده بینی) تومورهایی با تمایز بالا و قابلیت کم برای متاستاز می باشند ولی پاره ای از آنها قابلیت بالایی برای متاستاز مخصوصاً به ریه کبد یا سیستم اسکلتی می باشند (۳-۵).

پیش آگهی زمانی که این تومور به صورت یک توده با حدود واضح بروز می کند بسیار مطلوب تر از زمانی است که درگیری مننژیال یا مناطق دیگر وجود دارند درمان انتخابی رزکسیون جراحی است (۶).

همانژیوسیتوما یکی از تومورهای نادر عروقی می باشد که در سال ۱۹۴۲ برای اولین بار توسط Murray و Stout توصیف شد. این تومور از سلول های پری سیت منشاء می گیرد که توسط Rouget در سال ۱۸۷۳ تشخیص داده شد و در سال ۱۹۲۳ توسط Zimmermann توصیف شد. این سلول ها دارای خصوصیات ماهیچه نرم بوده و در اطراف مویرگ ها قرار دارند و مسئول تنظیم قطر مویرگ ها و جریان ورودی و خروجی آنها می باشند (۱، ۲). همانژیوپری سیتوما یک درصد از تومورهای عروقی را تشکیل می دهد اگرچه یک چهارم از این تومورها در ناحیه سر و گردن بروز می کنند، ولی تعداد کمی از تومورهای سر و گردن را تشکیل می دهند.

<sup>۱</sup>آدرس مولف مسؤول: مشهد- بیمارستان قائم (عج)- گروه گوش، گلو و بینی

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۴۱۳۴۹۲ Email: M\_majidi134@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۴/۳/۳ تاریخ تأیید: ۸۶/۲/۶

### بحث

همانژیوپری سیتوما یکی از تومورهای ناشایع به خصوص در منطقه سر و گردن می باشد. در سال ۱۹۴۲ Murray و Stout ۶۹۱ تومور عروق را توصیف نمودند که فقط ۹ مورد آن ها همانژیوپری سیتوما بودند. تاکنون حدود ۳۰۰ مورد از این تومورها گزارش شده اند که بیشتر در تنه و اندام ها بوده اند. انسیدانسن بروز این تومورها در سر و گردن ما بین ۱۶ درصد تا ۳۳ درصد می باشد (۸،۷).

شایع ترین مکان های درگیری در نسوج نرم اطراف حفره دهان، سینوس های پارانازال و مننژ بوده و به صورت کاملاً نادر حفره اریبیت و غدد بناگوشی و قاعده جمجمه و استخوان تمپورال را درگیر می سازند. بیک سنی دهه ۶ و ۷ می باشد و به ندرت در کودکان و یا حوالی سن بلوغ دیده می شود. اکثر منابع، برتری جنس مؤنث را در این تومورها گزارش کرده اند (۱، ۷، ۸). بیمار معرفی شده هیچ گونه سابقه ای از تروما به ناحیه گردن، افزایش فشار خون و یا مصرف طولانی مدت استروئید را ذکر نمی نمود.

در مورد متد تشخیص توده های عروقی در نواحی سر و گردن جهت افتراق همانژیوپری سیتوما از سایر تومورهای عروقی اختلاف نظر وجود دارد به خصوص که در پاره ای از موارد، اختلاف این تومورها از سایر تومورهایی که میزان واسکولاریزاسیون بالایی دارند مانند همانژیوما، آنژیوسارکوم، تومور گلوموس، هیستوسیتوم، شوانوم، کندرسارکوم، نوروبلاستوم، آدنویستیک کارسینوما و تومور سلول میکسد بسیار متصویر است. آنژیوگرافی ممکن است در افتراق این تومورها از همانژیوپری سیتوما مفید باشد ولی در توموگرافی و یا MRI یافته خاص مبنی بر تشخیص در مورد همانژیوپری سیتوما گزارش نشده است (۳، ۴، ۶).

در مورد بیمار ما یافته های MRI دلالت بر افزایش بارز سیگنال از T<sub>1</sub> به T<sub>2</sub> همراه با هموژن تر شدن ضایعه به سمت T<sub>2</sub> داشت تصویر (۱و۲و۳).

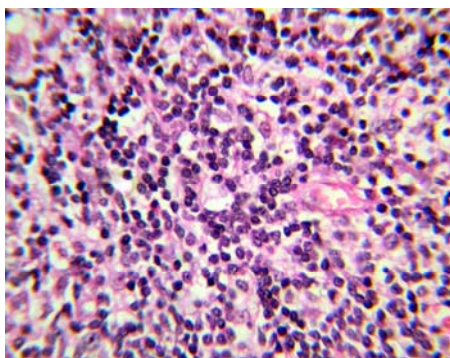
سابقه مصرف طولانی مدت استروئید و هیپرتانسیون به عنوان عوامل احتمالی اتیولوژیک مطرح شده اند (۷). در این گزارش مورد یک مورد نادر همانژیوپری سیتوما با بروز در گردن یک خانم ۶۰ ساله بدون سابقه عوامل فوق الذکر شرح داده می شود.

### معرفی بیمار

یک خانم ۶۰ ساله با سابقه رشد تدریجی توده گردنی از ۱۰ سال پیش که از ۶ ماه اخیر رشد سریع تری داشته است به کلینیک ما مراجعه نمود. این توده کاملاً بدون درد بوده و بیمار سابقه ای در تغییر اندازه ناگهانی و همچنین نقائص عصبی حسی و حرکتی همزمان را ابراز نمی نمود در معاینه بیمار توده ای بدون نبض به قطر تقریبی ۷ سانتی متر در مثلث خلفی سمت چپ گردن بدون چسبندگی به پوست ولی با محدودیت حرکتی به خصوص در حرکت جانبی قابل لمس بود. در سمع بروئی وجود نداشت و در ضمن هیچ گونه تغییر رنگ پوست روی پوست ناحیه توده مشاهده نمی شد معاینه گردن از سایر جهات طبیعی بود. در بررسی MRI ناحیه گردنی، توده ای به ابعاد حداکثر ۶/۱×۷/۳ سانتی متر در ناحیه فضای پاراورتبرال که باعث جابجایی ماهیچه های پاراورتبرال شده و در کنار ستون فقرات گردن قرار گرفته بود مشخص شد که در T<sub>1</sub> به صورت غیر هموژن و با سیگنال متوسط و در T<sub>2</sub> هموژن با سیگنال بالا گزارش شده بود.

جهت برداشت توده بیمار به اتاق عمل انتقال یافت و تحت بیهوشی عمومی پس از انسزیون عرضی گردن و دیسکسیون ماهیچه های پاراورتبرال توده ای هیپرواسکولار و تا حدودی کپسول دار به رنگ قرمز تیره و تا حدودی قوام شکننده در مثلث خلفی گردن روئیت شد. پس از مشخص شدن عروق خون رسان توده که عمدتاً از شاخه های عروق ورتبرال منشا می گرفتند، توده با حاشیه سالم مناسب خارج گردید که گزارش آسیب شناسی مؤید وجود همانژیوپری سیتوما بود شکایت بیمار پس از درمان جراحی به طور کامل برطرف گردید و در پیگیری های انجام شده به مدت ۳ سال هیچ گونه عودی مشاهده نشد.

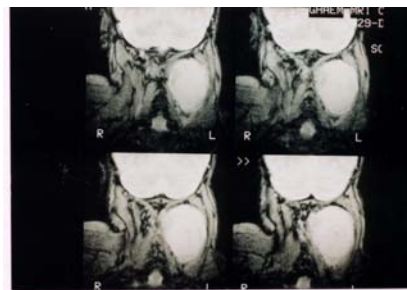
میزان میتوز و رفتار تومور ارتباط پیدا کنند. طبق نظر مولفین میزان بقای ۱۰ ساله در ضایعاتی که با میزان میتوز کمتر از ۴ مورد در فیلد میکروسکوپی، عدم وجود نکروز و قطر کمتر از ۶/۵ سانتی متر بروز می کنند، به ترتیب ۷۷٪، ۸۱٪، ۹۲٪ می باشد، از طرفی در ضایعاتی که دارای میزان میتوز بیشتر از ۴ مورد در فیلد میکروسکوپی می باشند و یا دارای نکروز بوده و قطری بیشتر از ۶/۵ سانتی متر دارند این میزان به ترتیب ۹٪، ۲۹٪ و ۶۳٪ بوده است (۹). در مورد بیمار ما میزان میتوز کمتر از ۴ مورد در یک فیلد میکروسکوپی و فاقد نکروز وسیع بود علیرغم این که قطر توده نسبتا بالا بوده است تصویر (۴).



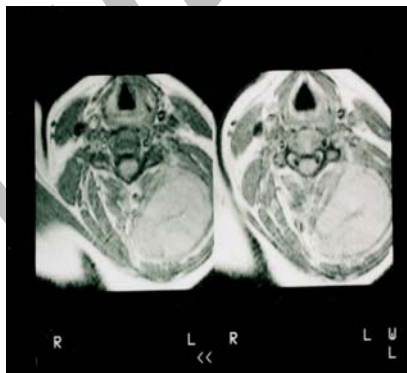
تصویر ۴- فتومیکروگراف همانژیوپرسیتوما (هماتوکسیلین انوزین ×۲۰)

در سایر مطالعات از نقش مارکرهای پروليفراتیو نظیر Ki-67، جهت بررسی میزان اندکس پروليفراسیون و پیش بینی پروگنوز بیماران استفاده شده است (۱۰، ۱۱).

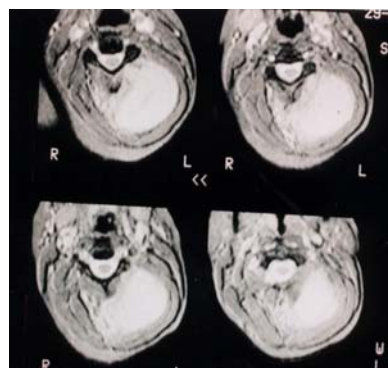
درمان انتخابی این تومورها جراحی است (۶). درمان های دیگر شامل رادیوتراپی پس از درمان جراحی و کموتراپی می باشد. درمان انجام شده در مورد بیمار ما جراحی با رعایت حاشیه مناسب بود. علیرغم این که در منابع موجود به دلیل کمی موارد این تومورها، راه کار واحدی جهت درمان این تومور ها به چشم نمی خورد، لیکن به نظر می رسد این درمان های تکمیلی به خصوص در مواردی که درمان کامل جراحی امکان پذیر نمی باشد توصیه می شود (۱۲). به دلیل فوق درمان جراحی تنها درمان انجام شده در مورد بیمار معرفی شده بوده است.



تصویر ۱- MRI کرونال در نمای T<sub>2</sub> نشان دهنده توده ای هموزن و با سیگنال بالا در مثلث خلفی گردن می باشد



تصویر ۲- MRI اگزیکال در نمای T<sub>1</sub> نشان دهنده توده ای هتروژن و با سیگنال متوسط در مثلث خلفی گردن می باشد



تصویر ۳- MRI اگزیکال در نمای T<sub>2</sub> در همان بیمار

جهت بررسی رفتار تومور، یافته های متعددی بررسی شده اند. طبق نظر Enzinger و Smith خصوصیات زیر مؤید وجود تومور با گرید بالا می باشد: آتی پی هسته ای، میتوز بیشتر از ۴ عدد در فیلد میکروسکوپی، و اندازه تومور بالاتر از ۶/۵ سانتی متر در حالی که Murray و Stout نتوانستند ما بین

سر و گردن می باشد شناخت رفتار این تومورها نیازمند مطالعه دقیق بافت شناسی، مکان درگیری و نیز درمان انتخاب شده در موارد گزارش شده و در نهایت پیگیری مناسب بیماران می باشد. حذف کامل جراحی در صورت امکان، متد انتخابی در تمامی موارد گزارش شده است ولی درمان های مکمل از قبیل رادیوتراپی پس از جراحی و شیمی درمانی و یا حتی آلفا انترفرون نیز در درمان آن، استفاده شده است.

اخیراً از درمان با اینترفرون الفا که دارای جایگاه اثبات شده در تومورهای خوش خیم عروقی از جمله همانژیوم های بزرگ می باشد در درمان این بیماران استفاده شده است. Kramer و Kim این روش درمانی را در ۲ بیمار با متاستاز غیر قابل رزکسیون همانژیوم توصیف کردند. درمان با انترفرون و متعاقباً خصوصیات آنتی آنژیوژنیک آن باعث عدم پیشرفت متاستاز کبدی در یک مورد و پاسخ نسبی در مورد متاستاز ریوی در بیمار دیگر شد (۱۳).

### نتیجه گیری

از آن جایی که همانژیوپری سیتوما یکی از تومورهای ناشایع

\*\*\*\*\*

### References

- 1- Stout AP Murray MR. Hemangiopericytoma: avascular tumor featuring Zimmermanns pericytes. *Ann Surg.* 1942;116:26-33.
- 2- Zimmermann KW. Der feinere Bau der Blutcapillaren. *Z Anat Entwicklungsgesch.* 1923; 68:29-109.
- 3- Catalano PJ, Brandwein M, Shah DK, urken ML, lawson W, Biller hF. Sinonasal hemangiopericytoma: A clinicopathologic and immunohistochemical study of seven cases. *Head neck.* 1996; 18(1): 42-53.
- 4- Weiss EA. *Soft Tissue Tumors.* 3<sup>rd</sup>ed. St. Louis Missouri: Mosby publication: 1995.p. 713-29.
- 5- Koscielny S, Brauer B, Forster G, Hemangiopericytoma: A rare head and neck tumor. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2003; 260: 450-453.
- 6- Delyaudio JM, Garetz SL, Bradford CR. Et al Hemangiopericytoma of the oral cavity. *Otolaryngol head neck surg.* 1996; 114: 339-340.
- 7- OBrien P, Bbras field RD. Hemangiopericytoma. *Cancer,* 1965; 18: 249-252.
- 8- Borg MF, Benjamin CS. A zoyear of Hemangiopericytoma in ankland, new zoland. *Clin oncol,* 1994; 6: 371-376.
- 9- Enzinger FM, smith BH. Hemangiopericytoma An analysis of 106 cases. *Hum pathol.* 1976; 7 (1:61-82).
- 10- Kowalski PJ, Paulino AF. Prolferation index as a prognostic marker in Hemangiopericytoma of the head and neck. *Head neck,* 2001; 23: 492-496.
- 11- Middleton LP, Duray PH, Merino MJ. The histological spectrum of Hemangiopericytoma: application of immunohistochemical analysis including proliferative markers to facilitate diagnosis and predict prognosis. *Hum pathol,* 1998; 29: 638-640.
- 12- Wong PP, Yagoda A. Chemotherapy of malignant Hemangiopericytoma. *Cancer.* 1978; 41: 1256-1260.
- 13- Kim DH, Kramer a Long-term freedom from drsease progression with Interferon alfa therapy in two pations with malignant Hemangiopericytoma *J Nati Cancer inst lab;* 88: 765-767.

\*\*\*\*\*

Abstract

**Hemangiopericytoma: A case report**

Majidi M. MD, Hassanzadeh J. MD

**I**ntroduction: Hemangiopericytoma is a relatively rare tumor first described in 1942, with approximately 300 cases has been described in the literature till now. In most cases it affects the trunk and lower extremities. The head and neck incidence is less than 20%, mostly in adults. We describe a rare case of malignant hemangiopericytoma in a woman located in her post neck.

**Case report:** A60 years old female patient noted presence of a firm painless mass of 7cm diameter located in her post neck with Growing since 10 years ago and rapid enlargement during last 6 Months. The patient had neither history of any skeletal, sensory or motor complaints nor respiratory symptom. MRI Sequences represent non-homogenous medium signal density in T1 and homogenous high signal density in T2 Sequences After complete removal pathologic study revealed hemangiopericytoma. The patient is fine during regular follow up without any functional disability.

**Keyword:** Hemangiopericytoma, Tumor, Neck

Archive of SID