

گزارش یک مورد انکوسیتوماي بدخيم غده بزاقی بناگوشي

*دکتر سامان خرمی نژاد^۱، دکتر احمد ذاکری فر^۲، دکتر احمد زید^۳

خلاصه:

سابقه و هدف: انکوسیتوماي بدخيم خصوصاً در غدد بزاقی، بی نهایت نادر می باشد و تا امروز حدود ۵۰ مورد گزارش شده است چندین مورد متاستاز دور دست گزارش شده است که کشنده می باشند. حدود ۲۵ تا ۵۲ درصد موارد عود دارد. به علت میزان عود زیاد و خطر متاستاز دور دست، بیماران باید برای طولانی مدت تحت نظر باشند.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۲۰ ساله ای بود که از حدود یکسال قبل توده ای در ناحیه بناگوشي راست داشته که در ضربه اخیر دچار افزایش رشد و درد شده بود ولی فلج عصب صورتی نداشت. غده بزاقی بناگوشي بطور کامل و با حفظ عصب صورتی خارج گردید. **نتیجه گیری و توصیه ها:** بررسیهای میکروسکوپیکی آسیب شناسی و IHC (Imono histo chemistry) مؤید انکوسیتوماي بدخيم بود و اکثر این تومورها (۳۴ مورد) در غده بزاقی بناگوشي می باشد که بهترین روش درمان آن جراحی است و شیمی درمانی و پرتو درمانی اثر کمی دارند.

کلمات کلیدی: انکوسیتوماي بدخيم، تومور غده بزاقی، غده بزاقی بناگوشي

مقدمه:

جز از نظر بافت شناسی وجه مشخصه ای ندارد (۱). نمونه های بافتی که با اسپیراسیون سوزنی یا بدنبال جراحی بدست می آید برای تشخیص مفید می باشد (۱). منطقی ترین روش درمان آن جراحی به منظور ریشه کن کردن بیماری (Curative) می باشد و شیمی درمانی و پرتو درمانی اثر کمی دارند. چندین مورد از متاستاز دور دست به ریه، کبد و مغز گزارش نموده اند که در نهایت به مرگ بیمار منتهی شده است (۳). بیماران مبتلا به انکوسیتوماي بدخيم چون متاستاز دور دست می دهند، لازم است که دوره طولانی تحت نظر باشند.

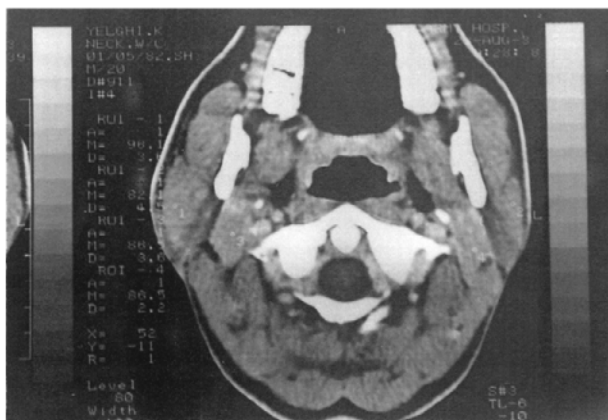
انکوسیتوماي بدخيم خصوصاً در غدد بزاقی، بی نهایت نادر می باشد و تا امروز حدود ۵۰ مورد گزارش شده است (۱). اکثر این تومورها در غده بزاقی بناگوشي بوده است که اولین مورد آن را در سال ۱۹۵۳، Bauer Bauer گزارش نمودند و تا امروز حدود ۳۴ مورد گزارش گردیده است (۲). انکوسیت یک سلول گرانولر ائوزینوفیلیک و بزرگ می باشد که در نسوج غددی خصوصاً غدد بزاقی اصلی دیده می شود. از آنجایی که این نوع تومور میزان وقوع کمی دارد، در معاینات به

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه گوش و حلق و بینی، بیمارستان ۵۰۱ آجا (*نویسنده مسئول)

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه آسیب شناسی، بیمارستان ۵۰۱ آجا

معرفی بیمار

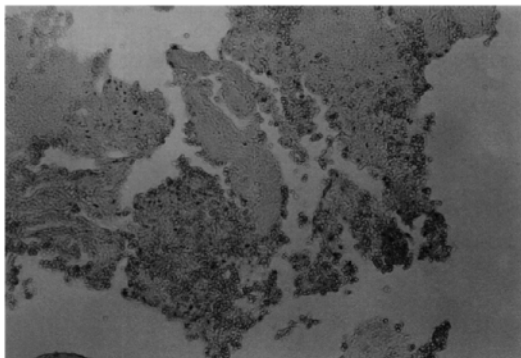
آسیب شناسی این علائم را دلایلی بسیار قوی برای وجود انکوسیتومای بدخیم ذکر نمودند و پیشنهاد آزمایش ایمونوهیستوکمیستری (IHC) را مطرح کرد. در آزمایش (IHC) که برای بیمار انجام گرفت، مارکرهای EMA (Endothelial Membrane Ag) و NSE (Neurone - Specific Enolase) مثبت و مارکرهای LCA (Ag) و Leukocyte Common (CD3, CD20, CD15, CD30 منفی گزارش گردید. این گزارش نیز به نفع وجود انکوسیتومای بدخیم تفسیر شد.



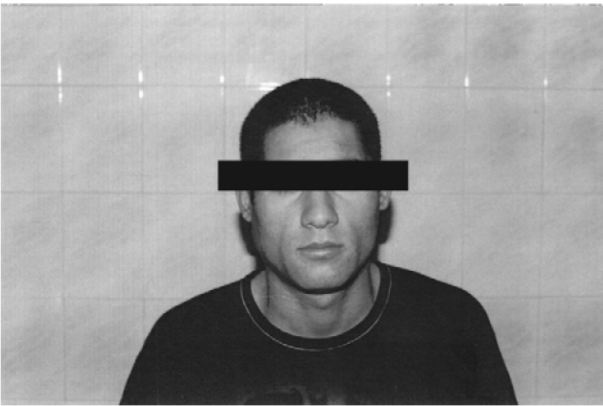
در پیگیری بیمار دو ماه و نیم بعد از جراحی سی تی اسکن گردن و قفسه سینه برای وی انجام شد که در گزارش آن ذکر گردید: بیماری پاراناشیمال فعال ریوی و عقده لنفاوی بزرگ مدیاستن و تجمع مایع در پلوروپریکارد ندارد. عقده لنفاوی گردن ندارد. در فضای پارافارنژیال مشکلی ندارد.

بحث:

انکوسیت یک سلول بزرگ گرانولر اتوزینوفیلیک می باشد که در نسوج غددی خصوصاً غدد بزاقی اصلی دیده می شود. اینطور به نظر می رسد که با افزایش سن تعداد انکوسیتها در غده بزاقی بناگوشی افزایش می یابد. تومور خوش خیم انکوسیتی را تحت عنوان انکوسیتوما یا میتوکندریوما (به علت خصوصیات آن در زیر میکروسکوپ الکترونی) می نامند.



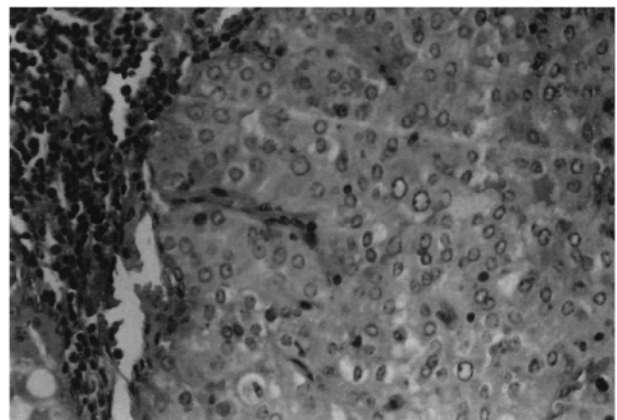
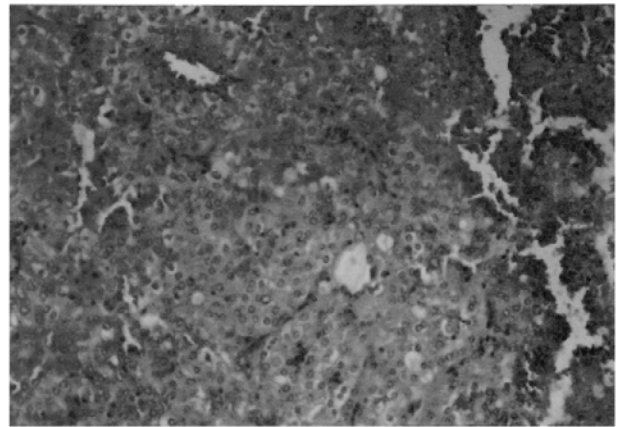
بیمار آقای، ۲۰ ساله، از حدود یک سال قبل متوجه وجود توده ای در ناحیه بناگوشی راست خود شده بود، که در این مدت رشد خیلی مختصری داشت. در این دوره هیچ گاه از درد و حساسیت و قرمزی ناحیه شکایتی نداشته است. از حدود دو ماه قبل از مراجعه بدنبال ضربه ای به ناحیه (ضربه غیر نافذ)، توده و ناحیه اطراف آن دچار تورم و درد شده بود که به تدریج بیشتر گردید و پوست روی آن نیز قرمز شد. در زمان مراجعه در معاینه بیمار، ناحیه بناگوشی راست متورم بود و حالت موج (Fluctuation) داشت و در عمق آن توده ای در ناحیه دم غده بزاقی بناگوشی لمس می شد. همچنین در لمس ناحیه بیمار تندر نس داشت. پوست ناحیه قرمز شده بود ولی بیمار تب نداشت. در سونوگرافی انجام شده تصویر یک توده توپر (Solid) و کپسول دار در قسمت سطحی و تحتانی غده بزاقی بناگوشی راست دیده شد. همچنین در گزارش سونوگرافی ذکر شده بود که اتساع در کانالهای پاراناشیمال دیستال به این ناحیه ناشی از سیالادنیست انسدادی، دیده می شود. بیمار در بخش بستری گردید و تحت درمان دارویی آنتی بیوتیکی تزریقی به مدت ده روز قرار گرفت که طی این مدت تورم ناحیه بناگوشی راست کمتر شد و توده ناحیه دم غده بزاقی بناگوشی بیشتر قابل لمس گردید. قرمزی پوست ناحیه نیز از بین رفت. در اسپیراسیون سوزنی بیمار علائمی به نفع بدخیمی دیده نشد. در سی تی اسکن بیمار وجود توده ای در غده بزاقی بناگوشی راست دیده شد که در لوب سطحی (عمقی تا ناحیه پارافارنژیال گسترش داشت. غدد لنفاوی ناحیه ساب مندیولر و زنجیره ژوگولر درگیر نبود. شریان کاروتید و ورید ژوگولر نرمال بود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. برش کلاسیک پاروتیدکتومی داده شد. تنه اصلی عصب صورتی و شاخه های آن شناسایی گردید و قسمت سطحی و عمقی غده بزاقی بناگوشی جدا شد و خارج گردید و فضای پارافارنژیال و جلوی عضله استرنوکلیدو ماستوئید تمیز گردید و دو عقده لنفاوی ۰/۵ × ۰/۵ سانتی متر که در مجاورت دم غده بزاقی بناگوشی بود نیز خارج گردید. در معاینه میکروسکوپیک نسج خارج شده، سلولهای نئوپلاستیک با سیتوپلاسم اتوزینوفیلیک و زیاد و هسته های بزرگ و هیپرکروماتیک و الگوهای چند شکلی بصورت nest و strand با درجاتی از میتوز گزارش گردید. دو غده لنفاوی مجاور غده بزاقی بناگوشی نیز درگیر شده بود. متخصصین محترم



Ardekian و همکارانش ذکر نمودند که در بیماران انکوسیتومای بدخیم غده بزاقی در ۸۲/۹ درصد موارد علامت کلینیکی اصلی درد بوده است (۷). Sugimoto و همکارانش ذکر نمودند که انکوسیتوما معمولاً بصورت وجود یک توده در غده بزاقی بناگوشی و درد به اضافه فلج عصب صورتی تظاهر می نماید و این علائم را در یک سوم بیماران می بینیم (۸). در بیمار ما انکوسیتومای بدخیم در یکسال اول بصورت وجود توده ای بدون درد با رشد خیلی آهسته بروز نمود و فقط پس از اصابت ضربه توده دردناک گردید. همچنین در بیمار ما فلج عصب صورتی وجود نداشت. این نوع تومور در سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI یافته مشخصه ای ندارد. در اسکن تکنزیوم میزان جذب شبیه انکوسیتومای خوش خیم و دیگر تومورهای بدخیم سر و گردن می باشد (۹). بنظر می رسد بررسی سیتولوژی آسپیراسیون سوزنی بیماران در تشخیص مفید می باشد (۱۱ و ۱۰) تقریباً تمام بیماران با جراحی درمان شدند.



درمان هایی مثل شیمی درمانی و پرتو درمانی اثر کمی دارند. Date و همکارانش در بیماری که جراحی و پرتو درمانی شده بود، عود گزارش نمودند که نیاز به جراحی Neck Dissection پیدا کرد (۳). در ۲۵ تا ۵۲ درصد موارد، عود گزارش شده است (۶). فاصله زمانی بین



انکوسیتومای غده بزاقی یک تومور خوش خیم نادر است که کمتر از یک درصد تمام تومورهای بزاقی را شامل می شود (۴). انکوسیتومای بدخیم در سر و گردن از انواع خوش خیم آن به مراتب کمتر شیوع دارد و تنها ۵۰ مورد گزارش شده است. از اولین بار که در سال ۱۹۵۳، Bauer یک مورد انکوسیتومای بدخیم در غده بزاقی بناگوشی گزارش نمودند تاکنون، ۳۴ مورد از آن گزارش گردیده است (۲). چندین ضابطه (Criteria) و یافته بافت شناسی در مورد انکوسیتومای بدخیم وجود دارد:

۱- میتوزهای منتشر و پلئومورفیسم ناحیه ای سلولی با گسترش موضعی به خارج از کپسول و بافت نرم اطراف، استخوان یا عقده های لنفاوی مجاور غده بزاقی بناگوشی ۲- تهاجم اطراف عصب، لنفاتیک یا داخل عروقی ۳- متاستاز منطقه ای یا دور دست (۵). در ۳۴ بیمار انکوسیتومای بدخیم غده بزاقی بناگوشی، طیف سنی بیماران از ۳۰ الی ۹۱ سال و بطور متوسط ۵۸ سال بوده و نسبت جنسی مذکر به مؤنث دو به یک می باشد.

می باشد (۷). بنابراین برای مواردی از انکوسیتوما بدخیم غده بزاقی بناگوشی با متاستاز به گردن، پاروتیدکتومی کامل و Neck Dissection لازم می باشد. پرتو درمانی و شیمی درمانی اثر ضعیفی دارند. بیماران باید برای طولانی مدت تحت نظر باشند.

References:

1. Kawamoto K., Nakahara K., Takeuchi H. Malignant Oncocytoma of the parotid gland: Report of a case and review of literature, *Yonago Acta medica* 2001; 44: 125-130.
2. Bauer W., Bauer J., Classification of glandular Tumors of salivary glands. Study of 143 cases. *Arch Pathol lab Med* 1953; 55: 328-346
3. Date t., Ueda T., Shirane M., Yamane T. Malignant Oncocytoma arising from a minor salivary gland of the Buccal mucosa: a case report. *Jibi- inkoka Rinsho* 1999; 102: 117-120 (in Japanese).
4. Ellis GL., Auclair PL. Tumors of the salivary glands. In Ellis GL., Auclair PL., *Atlas of Tumor pathology*. Washington D.C: Armed Forces Institute of pathology; 1996, P. 318-324.
5. Gray SR., Cornog JL., Seo IS. Oncocytic neoplasm of salivary glands; a report of fifteen cases including two malignant oncocytoma. *Cancer* 1976; 38: 1306-1317.
6. Mahnke CG., Janig U., Werner A. Metastasizing malignant oncocytoma of the submandibular gland. *J laryngol otol* 1998; 112: 106-109.
7. Ardekian L., Manor R., Peled M., Laufer D. Malignant Oncocytoma of the parotid gland: Case report and analysis of the literature. *J oral Maxillofac surg* 1999; 57: 325-328.
8. Sugimoto T., Wakizono. S., Uemura T., Tsuneyoshi M., Enjoji M. Malignant Oncocytoma of the parotid gland. A case report with an immunohistochemical and ultrastructural study. *J laryngol Otol*. 1993; 107:69-74.
9. Kawamoto K., Takeuchi H., Nakahara K., Hanamoto M. Oncocytoma of parotid gland: a case report. *Jibi to Rinsho* 2000; 46: 152-156 (in Japanese).
10. Laforga JB., Aranda FI. Oncocytic carcinoma of parotid gland: fine needle aspiration and histologic findings. *Diagnostic cytopathology* 1994; 11: 376-379.
11. Rajan PB., Wadehra V., Hemming JD., Hawkesford JE. Fine Needle Aspiration cytology of Malignant Oncocytoma of the parotid gland: a case report. *Cytopathology* 1994; 5: 110-113

Malignant Oncocytoma of the parotid gland: Report of a case and Review of Literature

*Saman Khorami Nezhad; M.D¹, Ahmad Zakeri Far; M.D², Ahmad Zidi; M.D²

Abstract:

Background: Malignant Oncocytoma is an extremely rare tumor, specially in major salivary gland. To date, about 50 cases have been reported in the literature, mostly in parotid (34 cases). Distant metastasis have been reported in several cases. Recurrence rate is 25-52 percent.

Case: We report a 20 years old man who had a right parotid mass since one year ago. The mass had been traumatized (blunt trauma) 2 months before our visit. Facial nerve was intact. Total parotidectomy with facial nerve preservation was performed.

Conclusion: Most desirable therapy is curative surgery. Chemotherapy and radiotherapy have little effect. Patients must be followed up for long term, because fatal distant metastasis and recurrence are common.

Key Words: Malignant Oncocytoma, Parotid Tumor, salivary gland tumor.

1. Assistant Professor, Otolaryngologist, Head and Neck Surgery Department, Army Medical Science University. (*corresponding author)
2. Assistant Professor, Pathology Department, Army Medical Science University.