

گزارش يك مورد از تومور وارثين

[پاپیلری سیست آدنومالنفوماتوزوم (PCL)]

دکتر فرزانه آقا حسینی*

A Case Report of Warthin's Tumor (Papillary Cystadenoma Lymphomatosum, PCL)

Abstract

The papillary cystadenoma Lymphomatosum (PCL), also called Warthin's tumor, is a benign salivary gland tumor which primarily involves the parotid gland. These lesions are composed of a double layer of cuboidal or culmnar eosinophilic cells lining a cystic cavity which lymphoid tissue is present in the supporting stroma. The lesion shows a predilection for males, with peak incidence during the sixth decade of life. Bilateral lesions have been found to occur in 5 to 7.5 percent of the cases. Rarely, these lesions have been reported in the minor salivary glands and oropharynx.

Case Report

A 47-year-old woman presented with a red lesion on the hard palate between the midline and right maxillary side. The patient had awared of the lesion for one year. The clinical diagnosis was a mucocele. An excisional biospy was performed. Gross examination of the formaline-fixed specimen revealed three pieces of soft tissue measuring 1.0 x 0.3 x 0.3. Histologic examination revealed a nodular mass surfaced by keratinized stratified squamous epithelium. The connective tissue stroma contained a pipillary cystic area lined by a double layer of cuboidal cells with centrally placed nuclei.

مقدمه

پاروتید را تشکیل می دهد (۱۲) ضایعه در مردان بیشتر گزارش شده به نحوی که در مطالعه انجام گرفته توسط Chaudhry و Gorlin ۲۵۷ مورد در مردان و فقط ۴۹ مورد در زنان ثبت شده است. (۱۲، ۱۱) این تومور در دهه ششم زندگی حداکثر شیوع را دارد. ضایعات دو طرفه در ۵ تا ۷/۵ درصد موارد گزارش شده اند. وقوع فامیلیال آن نیز ثبت شده است. PCL در غدد بزاقی فرعی حفره دهان (۴، ۹) و اوروفارنکس نادر می باشد.

پاپیلری سیست آدنومالنفوماتوزوم (PCL) که به اسامی سیست آدنوما، آدنولنفوما و تومور وارثین نیز نامیده می شود (۴) از تومورهای خوش خیم غده بزاقی است که اکثراً غدد پاروتید رامبتلا می سازد. این ضایعه مرکب از دو لایه سلولهای اپی-تلیالی مکعبی یا ستونی شکل است که توسط بافت لنفاوی پشتیبانی می شوند. این تومور ۵ تا ۱۰/۵ درصد از تومورهای غده بزاقی

در مطالعات اخیر نیز نتایج متضادی بدست آمده است. به عنوان مثال، Diamond و Braylan هم تومور وارتینی که در آن لنفوسیت‌های B اکثریت داشتند و هم تومورهای که سلولهای اخیر در آن کم بودند را گزارش کردند که این یافته ها باضافه حضور ساختمانهای لنفاوی طبیعی در داخل تومور، این تئوری که تومور از بقایای غده های لنفاوی منشاء می گیرد را قوت می بخشد.

مطالعات انجام شده توسط Cossman و همکارانش (۶) نشان می دهند که عناصر لنفوئیدی تومور وارتین بیشتر شامل لنفوسیت های B بوده و مشابه یک غده لنفاوی واکنشی می باشد. لذا پیشنهاد کردند که حضور لنفوسیت‌های B، واکنش در برابر اپی تلیومی است که دچار تغییرات نئوپلاستیک شده است. Tubbs و همکارانش (۱۴) تومور وارتینی را که در آن لنفوسیت‌های B در مقایسه با غده لنفاوی طبیعی کم بود را گزارش کردند و از این گزارش چنین نتیجه گیری نمودند که تومور وارتین یک واکنش انفیلاتیو آماسی و سلولی می باشد.

Lucas و Thackrsy (۱۲) خاطر نشان کردند که در غده پاروتید، بیش از یک تومور دیده می شود و مقاطع سریال اغلب تغییرات آنکوسیتی وادماتوزی همراه با درجات گوناگونی از پرولیفراسیون لنفوئیدی که اغلب نیز بصورت فولیکولهای لنفاوی ژرمینال می باشند را در لبولهای غدد بزاقی نشان داده اند. در مطالعه یک تومور، قسمت اپی تلیالی فاقد قسمت لنفوئیدی بود. این مشاهدات به همراه تومورهای وارتین غدد بزاقی فرعی بوضوح نشان می دهند که همه اینها از باقی ماندن غده لنفاوی بوجود نمی آیند.

بعلاوه میزان بافت لنفاوی در بسیاری از تومورها بیش از میزان طبیعی در داخل پاروتید و غدد لنفاوی مجاور پاروتید می باشد. مطالعه اخیر این تئوری را پیشنهاد می کند که پرولیفراسیون لنفوئیدی در این تومور واکنش نسبت به فاکتورهای ناشناخته اپی تلیالی می باشد و این امکان نیز وجود دارد که تئوری هیستولوژی تومور وارتین مجموعه ای از همه این نظرات باشد.

معرفی مورد

بیمار خانمی ۴۷ ساله بود که توسط یکی از پزشکان همکاره اینجانب معرفی گردید. وی اهل داران بهبهان، خانه دار، متأهل و دارای ۹ فرزند بود.

بیمار سابقه ابتلاء به برفان را ذکر می نمود. پس از معرفی ایشان به مرکز انتقال خون، وی از نظر آنتی ژن استریالی

تومور معمولاً سطحی و درست زیر کپسول پاروتید جلوتر از قسمت میانی قرار گرفته است. ضایعه بندرت از ۳ تا ۴ سانتیمتر بزرگتر می شود و دردناک هم نیست. در لمس سفت است و از نظر کلینیکی از دیگر ضایعات خوش خیم غده پاروتید قابل تشخیص نمی باشد.

تومور مذکور اولین بار توسط Hildrandle (۵) به عنوان نوعی از کیستهای مادرزادی در ناحیه گردن شرح داده شده است. Arzt و Albrecht (۱) آنرا به عنوان papillary cystadenoma شرح داده اند. از ابتدا پیشنهاد شد که اجزاء

اپی تلیالی آن از غدد بزاقی منشاء می گیرند. دو مورد داخل دهانی توسط Baden (۴) و همکارانش و دو مورد PCL که از غدد بزاقی فرعی کام منشاء گرفته اند در سال ۱۹۸۱ (۸) گزارش شده اند.

از اینرو بخاطر نادر بودن ضایعه مزبور در سطح جهانی اقدام به گزارش یک مورد از آن در کام می نمایم.

مرور تاریخچه

در مورد هیستولوژی تومور وارتین بحث و اختلاف نظر زیادی وجود دارد. مرور زمان و برحسب تازه های بدست آمده تغییراتی در تئوریهای ارائه شده صورت گرفته است، بطوریکه در ابتدا Arzt و Albrecht تئوری چند منشائی را مطرح کردند، به این صورت که تومور از پرولیفراسیون نئوپلاستیک مجاری غدد بزاقی محبوس شده در غده لنفاوی داخل پاروتید یا مجاور پاروتید بوجود می آید و توجیه تئوری به این صورت می باشد که در طی دوران جنینی غده پاروتید دیرتر دارای کپسول شده و بافت لنفاوی مجاور در داخل غده محبوس میشود. مجاری مترشحه (و در بچه ها آسینی ها) نمای هیستولوژیک متفاوتی در داخل این غده لنفاوی دارند که قابل مقایسه و مشابه با عناصر بافت لنفاتیک در سایر غدد بزاقی فرعی و اصلی نمی باشد. بنابراین، این تئوری، مکان خاص تومور وارتین را در غده پاروتید و وجود چند منشأ نیز دو طرفه بودن آن را توجیه می کنند.

Hou و Azzopardi (۲۴) زمانیکه توانستند المانهای مجاری را در داخل غده لنفاوی پاروتید نشان دهند، مستقیماً از تئوری مذکور دفاع کردند ولی این موضوع نیز کاملاً روشن نشده که آیا بافت لنفاوی موجود در تومور وارتین، یک غده لنفاوی طبیعی است یا یک واکنش سلولی نسبت به اپی تلیوم و یا ترکیبی از هر دو می باشد.

قبیل ضایعات ارزش قابل ملاحظه‌ای دارند.



تثوری که پذیرفته شده این است که تومور نتیجه پرولیفراسیون نئوپلاستیک مجاری غدد بزاقی در اطراف پاروتید یا داخل غدد لتفاوی پاروتید می باشد.

طرفداری از تثوری دال براینکه نئوپلاسم از بافت غددی محبوس شده بین بافت لنفوتیدی برمی خیزد زیاد است. Thompson و Bryant (۱۳) جنین های انسانی را مطالعه کرده، حضور بافت لنفوتیدی بین و اطراف غده پاروتید را ثابت کردند. آنها همچنین دریافتند که عناصر غددی لتفاوی پاروتید قابل تشخیص می باشند، برعکس، هیچ تجمع‌ی از بافت لتفاوی یا لنفوتیدی در غدد بزاقی زیر فکی گزارش نشده است. براساس این مشاهدات آنها نتیجه گیری کردند که PCL نمایانگر یک پرولیفراسیون نئوپلاستی مجاری پاروتید در غدد لتفاوی می باشد. ساختمانهای بافت لتفاوی تیپیک در بین اجزاء لتفاوی پاروتید PCL (مرکز زایگر، یک ناحیه راکتیو در اطراف پاروتید و سینوسهای زیر کپسولی) نیز شرح داده شده اند.

تکنیکهای ایمنونوهیستوشیمی و مطالعه بر روی مارکرهای سطح سلولی نشان می دهند که اجزاء لنفوتیدی،

(HBS-Ag) منفی بود. بیمار به مدت ۲۰ سال بود که سیگار می کشید. کاملاً بی دندان (edentulous) و دارای یک ندول پدانکوله پرخون، با قوام نرم، در ناحیه خلفی کام سخت طرف راست، بین ریبج آلوئول و قسمت میانی سقف دهان به قطر ۱/۵ سانتیمتر بود.

بیمار به مدت حدوداً یکسال متوجه ضایعه مزبور در ناحیه کام خود شده بود و اظهار می داشت که ضایعه ابتدا کوچک بوده و بعد از استفاده از پروتز کامل بزرگتر شده و کمی سوزش نیز پیدا کرده است.

تشخیص کلینیکی که روی آن گذاشته شد، پیوژنیک گرانولوما بود. در جلسه بعد بیمار تحت بیحسی موضعی قرار گرفت و ضایعه بطور کامل از طریق excisional biopsy برداشته شد. سپس ناحیه بخیه و نمونه بیوپسی به آسیب شناسی فرستاده شد.

شرح ماکروسکوپی: نمونه ارسالی شامل سه قطعه بافت کرمی با قوام نرم جمعاً ۳/۳×۳۰/۱×۰ سانتی متر.

شرح میکروسکوپی: در آزمایش میکروسکوپی برشهای تهیه شده از نمونه ارسالی ساختمان مخاط دهان با اپی تلیوم سنگفرشی مطبق پاراکراتینیزه و هیپرپلازی مشاهده می شود.

دریافت همبند فیبروتیک ساختمان جدار کیستی متشکل از جدار اپی تلیالی با دو ردیف سلول مکعبی شکل با طرح پاپیلر مشهود است. دریافت همبندی جدار کیست، ارتشاح سلولهای آماسی تک هسته نیز ملاحظه می شود.

بحث

اکثر تثوریهای ارائه شده در مورد تومور وارتین (PCL) این موضوع را مطرح می کنند که اغلب تومورهای وارتین از پرولیفراسیون مجرای بزاقی در بافت لتفاوی باقیمانده در پاروتید بوجود می آیند و بدنبال تغییراتی که در قسمت اپی تلیوم بصورت نئوپلاسم پدید آمده، بافت لتفاوی افزایش یافته است. امکان دارد تعدادی از تومورها از پرولیفراسیون سلولهای داخل مجاری ترشخی غده پاروتید و غدد بزاقی فرعی بوجود آمده و بطور ثانوی سبب واکنش بافت لتفاوی شوند.

بهرحال زمانی که اجزاء لنفوتیدی بصورت حجیمی حاضر باشند، تشخیص بین آماس ثانوی سیست آدنومای پاپیلری (PCL)، سیالادیت انسدادی که هیپرپلازی آنکوسیتیک مجاری را نشان می دهد، مشکل می شود. حضور سیالادیت اسکروزینینگ در لبولهای بزاقی مجاور ناحیه در جداسازی این

مركب از لنفوسیت های T و لنفوسیت های پلی كلونال B لنفوسیت های B و T مشابه آنهایی است که در غدد لنفاوی راکتیو یا طبیعی مانند بافت لوزه ای یافت میشوند و این اطلاعات از اجزاء طبیعی بافت لنفاوی PCL حمایت و پشتیبانی می کنند. می باشند. این مطالعات ثابت می کنند که عناصر لنفوئیدی ، نئوپلاستیک نمی باشند. عده ای پیشنهاد کرده اند که طیف

Refrence :

1. Albrecht H., Arzt L.: Beitrage Zur Frageder Gewebsverirrung.
2. Allegra SR.: Warthin's Tumor; A Hypersensitivity Disease ; Ultrastructural, Light and Immunofluorescent Study. Hum Pathol 2: 403-420, 1971.
3. Assor, D.: Bilateral Carcinoma of the Parotid, one Cancer Arising in a Warthin's Tumor. AM. J. Clin. Pathol., 61: 270 , 1974.
4. Azzorardi JG, How LT. : The Genesis of Adenolymphoma J. Pethol Bacteriol 88:213 -218 , 1964.
5. Baden, E., Pierce, M., Selman , A.J., Roberts, T.W., and Doyle. J.L.: Intraoral Papillary Cystadenoma Lymphomatousum. J. Orel Surg., 34 : 533 , 1976.
6. Chaudhry, A. P., and Gorlin , R.J.: Papillary Cystadenoma Lymphomatousum (Adenolymphoma). A review of the Literature. AM. J. Surg . , 95: 923 . 1958.
7. Cossman. J., Deegan Hy, Batsaki JG: Weathin's Tumor. B- Lymphocytes Within the Lymphoid Infiltrate. Arch Pathol. Lap. Med. , 101 : 354-356 , 1977.
8. Diamond Lw, Braglan RC: Cell Surface Markers on Lymphoid Cells from Warthin's Tumors. Cancer 44:580-583 , 1979.
9. Fentasia, G.E., and Miller, A.S. :Papillary Cyastadenoma Lymphomatousum Arising in Minor Salivary Gland. Oral Surg., 52 : 411 , 1981.
10. Hart, M.N.: and Andrews, J.L.: Papillary Cystademoma Lymphomatousum Arising in the Oral Cavity, Cral Surg. 26: 588 - 591, 1968.
11. Hsu S-M , Hau P-L , Nayak Rn : Warthin's Tumor , An Immunohistochemical Study of Its Lymphoid Stroma. Hum. Pathol. 12 : 251 , 1981.
12. Seifert, G., Bull, H. G., and Donath K.:, Histologic Subclassification of the Cystadenolymphoma of the Parotid Gland: Analysis of 275 Cases Virchows Arch.(Pathol-Annt.) 388:13-38, 1980.
13. Thackray AC, Lucas RB : Tumors of the Major Salivary Glands in Firminger HI (editor) : Atlas of Tumor Pathology. Second Sevier, Fasicle 10. Washington, DC., 1974 , Armed Forced Institute of Pathology.
14. Thompson A.S. , and Bryant. H.C., Jr.: Histogenesis of Papillary Cystadenoma Lymphomatousum (Warthin's Tumor) of the Parotid Salivary Gland, Am. J. Pathol. 26:807-849, 1950.
15. Tubbs RR, Sheibank , Weiss RA, Lee , V, Sebek BA, Valenzuela R.: Immunohistochemistry of Warthin's Tumor: Am J. Clin. Pathol 74 : 795 - 797 . 1980.