

گزارش یک مورد انکوسیتوما ی پاروتید

محمدتقی خرسندی: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
مسعود نادرپور: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
نیکزاد شهیدی: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: Nikzadsh@yahoo.com

دریافت: ۸۶/۱۲/۲۱، پذیرش: ۸۷/۶/۲۴

چکیده

تقریباً ۳٪ نئوپلاسم های سرگردن در غده ی پاروتید رخ می دهد و کمتر از ۱٪ اینها نئوپلاسم های انکوسیتیک می باشند. نئوپلاسم های انکوماسیتیک معمولاً خوش خیم بوده و شایع ترین محل آنها پاروتید می باشد. طبقه بندی هیستولوژیک سازمان جهانی بهداشت، نئوپلاسم های انکوماسیتیک را به ۳ دسته تقسیم می کند: انکوسیتوزیس، انکوسیتوما و کارسینوم انکوسیتیک. در اینجا ما یک مورد انکوسیتوما ی پاروتید را گزارش می کنیم.

کلید واژه ها: انکوسیتوما، پاروتید، آکسی فیلیک، آدنوما

مقدمه

بیمار حدود ۵ ماه قبل از مراجعه به مرکز ما در یک مرکز دیگر تحت عمل جراحی قرار گرفته بود ولی مجدداً توده عود کرده بود. توده از قوس زایگوماتیک تا حدود ۵ cm به زیر فک تحتانی گسترش یافته بود. بیمار تحت عمل پاروتیدکتومی توتال قرار گرفت. شاخه ی بوکال عصب فاسیال وارد تومور شده بود که قطع شد و از عصب Great auricular گرفت گذاشته شد. بعد از عمل، عملکرد سایر شاخه های عصب فاسیال طبیعی بود. در بررسی آسیب شناسی، تومور خوش خیم پاروتید که حاوی سلول های بزرگ با سیتوپلاسم فراوان گرانولر و اسیدوفیل بود گزارش شده بود. اشکال میتوتیک وجود نداشت و سلولهای بدخیم نیز گزارش نشده بود. تشخیص هیستوپاتولوژیک، انکوسیتوما (آدنوم آکسی فیلیک) بود.

بحث

انکوسیت یک سلول بزرگ پلی گونال می باشد که مشخصه ی آن سیتوپلاسم گرانولر و شدیداً ائوزینوفیلیک، هسته ی گرد و یکنواخت و نسبت پایین هسته به سیتوپلاسم می باشد (۳). بارزترین طرح در میکروسکوپی نوری که سیتوپلاسم متورم و گرانولار است، ناشی از تجمع میتوکندری ها می باشد. مطالعات

انکوسیتوماها حدود ۱٪ تومورهای غدد بزاقی را شامل می شوند. این تومورها معمولاً خوش خیم هستند و شایع ترین محل آنها پاروتید می باشد. با وجود این ممکن است در غده ی تحت فکی، زیر زبانی و غدد بزاقی مینور رخ دهند. سلولهای تشکیل دهنده که انکوسیت نامیده می شوند سلولهای اپی تالیالی بزرگ هستند که سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک گرانولر دارند که این حالت به علت هیپرپلازی میتوکندریال می باشد. انکوسیتها در پانکراس، دستگاه تنفسی، تیروئید، پاراتیروئید، هیپوفیز، غده آدرنال و کلیه نیز یافت می شوند. گرچه اکثر تومورها در لب سطحی پاروتید رخ می دهند (۳). طبق یک نظریه، ایجاد انکوسیتها با هیپرپلازی میتوکندریال و پلئومورفیسم نتیجه ی اختلال عملکرد میتوکندریها است که سبب مختل شدن متابولیسم سلولی می شود (۱). آسیب دیدگی میتوکندریها می تواند ناشی از نقص DNA ای هسته ای و یا به علت تماس با سموم خاص محیطی باشد.

گزارش بیماری

بیمار خانم ۴۳ ساله بود که از حدود ده ماه قبل از مراجعه دچار یک توده در ناحیه بناگوشی راست شده بود. توده بدون درد بوده و رشد پیشرونده داشت. عملکرد عصب فاسیال طبیعی بود.

هرگز در انکوسیتوما دیده نمی شود. از نظر هیستولوژیک ضایعات خوش خیم حاوی مقادیر زیاد انکوسیت ممکن است درجاتی از آتیپی، متاپلازی سنگفرشی، یا نکروز را نشان دهند که در این صورت ممکن است برخی از تومورهای بدخیم غدد بزاقی را که حاوی انکوسیت نیز می باشند، تقلید کنند (مانند کارسینوم آدنوئید سیستیک، کارسینوم موکوپیدزموئید و آدنوکارسینوم). کارسینوم متاستاتیک تیروئید یا کارسینوم سلول کلیوی با مقادیر انکوسیت فراوان نیز باید از انکوسیتوما افتراق داده شود (۲). درمان انتخابی انکوسیتوما خوش خیم، جراحی است.

نتیجه گیری

نئوپلازی انکوسیتیک غده‌ی پاروتید نوع نادری از بیماری این غده با اتیولوژی نامشخص است. بدون در دست داشتن اطلاعات هستیوپاتولوژیک قبل از عمل، در مورد اینکه احتمال پاروتیدکتومی توتال در جریان درمان جراحی نئوپلاسم انکوسیتیک خوش خیم - با خطرات بالقوه‌ی آسیب عصب صورتی - وجود دارد، باید با بیمار مشورت کرده و آگاهی داده شود. حضور مورفولوژی های متعدد آنکوسیتیک در یک نمونه پاروتید از نظریه تبدیل بین انواع مختلف نئوپلازی های انکوسیتیک و اینکه نئوپلاسم های انکوسیتیک پاروتید با متاپلازی انکوسیتیک شروع می شوند و سپس پیشرفت می کنند حمایت می کند. گرچه انکوسیتوپاتی ناشی از اختلال عملکرد میتوکندریال یک مکانیسم قابل قبول می باشد، مکانیسم ملکولی برای ایجاد تومور همچنان ناشناخته مانده است.

فرا ساختمانی انکوسیتها هیپرپلازی میتوکندریال با پلئومورفیسم و کاهش سایر ارگانهای سیتوپلاسمی را نشان می دهد (۴). نئوپلاسمهای انکوسیتها در طبقه بندی سازمان بهداشت جهانی به سه گروه تقسیم می شوند.

انکوسیتوزیس: یا هیپرپلازی ندولر انکوسیتیک به صورت تجمع چند کانونی انکوسیتها رخ می دهد. این حالت یک پرولیفراسیون خوش خیم است که در مورد نادر می تواند کل پاروتید را جایگزین کند. این مورد حدود ۲/۱٪ تومورهای پاروتید را شامل می شود (۵).

انکوسیتوما که شایعترین نوع نئوپلازی انکوسیتیک می باشد و تقریباً ۱٪ نئوپلاسمهای پاروتید را تشکیل می دهد. سیر بالینی خوش خیم یک قانون است ولی در مقالات مختلف میزان عود ۲۰٪ ذکر شده است که به علت چند کانونی بودن یا برداشت ناکامل می باشد. همچنین دو مورد از ترانسفورماسیون انکوسیتوما به کارسینوم انکوسیتیک گزارش شده است.

کارسینوم انکوسیتیک که نادرترین نوع نئوپلازی انکوسیتیک می باشد. این نوع با حضور انکوسیتهای آتیپیک واضح، میتوز فراوان و تخریب ساختمانهای اطراف و تهاجم پری نورال یا عروقی و متاستاز به غدد لنفاوی ناحیه‌ای و یا متاستاز دور دست مشخص می شود.

اکثر بیماران در زمان تشخیص در دهه‌ی پنجم و ششم زندگی هستند و توزیع جنسی تقریباً برابر است. انکوسیتوما ها بدون درد بوده، رشد آهسته دارند تکنزیوم-۹۹ (TC-99m *perchnetate*) را جذب می کنند و لذا معمولاً در اسکن رادیونوکلئید تشدید می شوند. انکوسیتوما‌ی واقعی هیچ بافت لنفاوی ندارد. بافت لنفاوی زیادی که در تومور وارثین وجود دارد

References

1. Capone N, Randolph B, Patrick K. Oncocytic neoplasm's of the parotid gland: A 16-year institutional review. *Otolaryngology- Head and neck surgery* 2002; **126**: 657-662.
2. Cummings CW. *Otolaryngology head and neck surgery*. 4th ed. USA, Mosby, 2005; PP: 1348-1375.
3. Hamed G, Shmookler BM, Ellis GL. Oncocytic mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Arch pathol lab med* 1994; **10**: 313-314.
4. Johns ME, Regezi JA, Batsakis JG. Oncocytic neoplasm's of salivary gland: an ultrastctural study. *Laryngngoscope* 1977; **87**: 862-871.
5. Watson W, Canalis RF. Transitional feature of benign and malignant oncoytic tumors: Report of two cases. *Am J otol* 1996; **17**: 335-336.