مقاله گزارش مورد

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره شانزدهم، شمارهٔ ۶، خرداد ۱۳۹۳، صفحه ۸۳-۷۸

گزارش یک مورد ضایعه چالش برانگیز در ناحیه گونه همراه با مروری بر مقالات

مریم خلیلی(DDS)[۱]، نصرت الله عشقیار(DDS)[۱]، پویان امینی شکیب(DDS)[۲]، حمید عباس زاده بیدختی(DDS)[۳*]، محمدمهدی زکریا[۴]

۱- گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- مرکز تحقیقات بیولوژی سلولی و مولکولی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۴- دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۲/۹/۱۸، اصلاح: ۹۲/۱۰/۱۵، پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: کندروئید سیرینگوما یک تومور مختلط پوستی نسبتا نادر برخاسته از غدد عرق است و پلئو مورفیک آدنوما یا تومور مختلط خوش خیم شایعترین نئوپلاسم بزاقی است. بخاطر تشابهات مورفولوژیک و هیستوپاتولوژیک بین کندروئید سیرینگوما و پلئومورفیک آدنوما، این دو ضایعه قبلا یکی در نظر گرفته می شدند، ولی این تومورها بایستی از یکدیگر افتراق داده شوند. هدف از گزارش این مورد، طرح یک ضایعه چالش برانگیز در ناحیه گونه با منشاء نامشخص همراه با بحث در مورد خصوصیات کمک کننده در جهت تعیین منشاء ضایعه و در نتیجه تشخیص آن می باشد.

گزارش مورد: ضایعه مربوط به یک خانم ۴۵ ساله با شکایت از یک توده در گونه سمت راست می باشد که به صورت اکسیژنال جراحی گردید و جهت انجام بررسی میکروسکوپیک ارسال گردید. خصوصیات هیستوپاتولوژیک آن منطبق بر یک تومور مختلط بود و افتراق یک پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی از یک کندروئید سیرینگومای غدد عرق، بسیار مشکل بود که ضمن بحث در مورد تفاوت ها و تشابهات آنها، دلایل نسبت دادن این ضایعه به هریک از تشخیصهای فوق الذکر بیان می گردد. پس از دو سال از پیگیری بیمار، عود ضایعه مشاهده نشد.

نتیجه گیری: برخی خصوصیات همچون سن، جنس، حضورتمایز فولیکولار یا سباسه، میزان کراتینیزاسیون، حضور ساختارهای داکتال تک لایه، حضور استرومای هیالینیزه، حضور بافت چربی، حضور سلولهای هیالن، حضور کریستالوئیدهای غنی از تیروزین و تا اندازه ای رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی می تواند به افتراق کندروئید سیرینگوما از پلئومورفیک آدنوما کمک کند.

واژه های کلیدی: نئوپلاسم های غده عرق، نئوپلاسم های غده بزاقی، پلئومورفیک آدنوما.

مقدمه

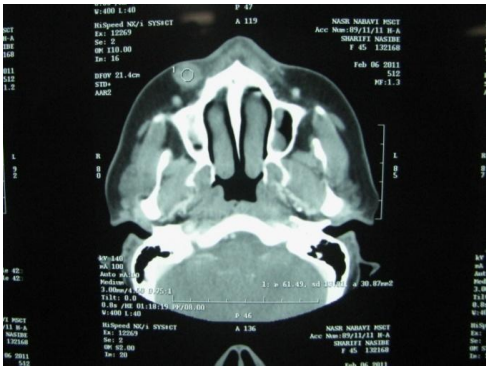
تومورهای مختلط خوش خیم نئوپلاسم هایی هستند که خصوصیات هم اپی تلیال و هم مزانشیمال را نشان می دهند. کندروئید سیرینگوما یک تومور مختلط خوش خیم پوستی نادر است که از غدد عرق بوجود می آید (۲و۱) و معمولا در ناحیه سر و گردن خصوصا گونه، بینی و پوست بالای لب رخ می دهد و بیشتر به مردان میانسال یا مسن تمایل دارد (۸- ۲). پلئومورفیک آدنوما توموری مختلط بوده که شایعترین نئوپلاسم بزاقی بحساب می آید و در جوانان و افراد میانسال شایعتر است و تمایل اندکی به جنس مونث دارد. غده پاروتید شایعترین محل برای بروز پلئومورفیک آدنوما است (۱۰و۹). به لحاظ هیستولوژیک در هر دو تومور سلولهای اپی تلیال در یک استرومای میگزوئید یا کندروئید قرار می گیرند (۶). با وجود تشابهات هیستوپاتولوژیک بین کندروئید سیرینگوما و پلئومورفیک آدنوما، این دو تومور از یکدیگر مجزا بوده و نبایستی با یکدیگر اشتباه شوند. در چند مورد کندروئید سیرینگومای اخیرا گزارش شده، Whittle و همکاران (۵) یک کندروئید سیرینگومای انگشت را بعنوان یک ندول زیرجلدی هایپواکو در اولتراسوند گزارش کردند و عنوان نمودند که گرچه یافته های هیستولوژیک به خوبی توصیف شده ولی خصوصیات رادیولوژیک تنها در چند مورد و عمدتا در MRI گزارش شده است؛ همچنین Paraskevopoulos و همکاران یک مورد نادر از کندروئید سیرینگوما واقع در کانتوس داخلی چشم سمت چپ را در یک مرد ۵۸ ساله گزارش نمودند و عنوان می کنند که کندروئید سیرینگوما معمولا در صورت رخ میدهد ولی مدعی می شوند که محل آن در کانتوس داخلی در مقالات قبلی ذکر نشده است (۶). هدف از این گزارش مورد، طرح یک ضایعه چالش برانگیز در ناحیه گونه با منشاء نامشخص همراه بابحث در مورد خصوصیات کمک کننده در جهت تعیین منشاء ضایعه و در نتیجه تشخیص آن می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر حمید عباس زاده بیدختی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندانپزشکی، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۹۱۴۰۸
e-mail:hamidabbaszade@yahoo.com

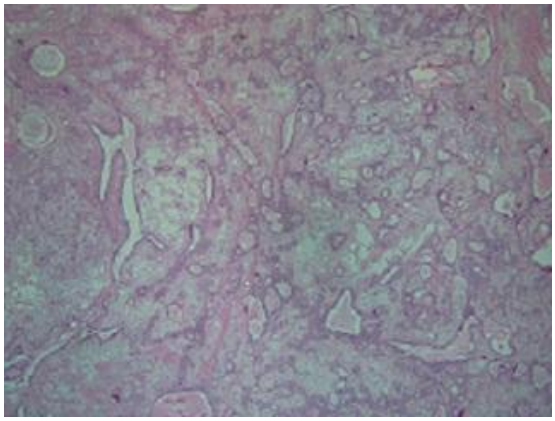
[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.10.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.78]

گزارش مورد

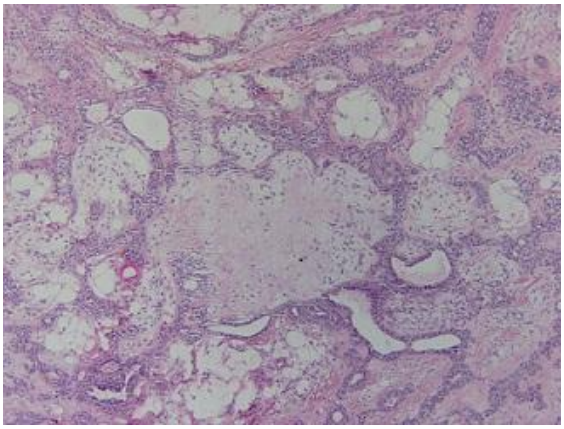
بیمار خانم ۴۵ ساله ای است که با شکایت از یک توده در ناحیه گونه سمت راست به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران در سال ۸۹ مراجعه نمود و در معاینه بالینی، یک توده با قوام سفت با اندازه تقریبی 1.5cm*1.5cm در نزدیکی ناحیه چین نازولبیال مشاهده و لمس گردید که در طول چندین ماه با رشدی آهسته بزرگ شده و نهایتا به اندازه کنونی رسیده و باعث ایجاد تورم داخل و خارج دهانی در مخاط و پوست ناحیه شده بود. در تصویر CT (تصویر ۱) یک ضایعه با حدود مشخص در بافت نرم مشاهده شد که باعث اروژن استخوان ماگزیلاری در ناحیه مذکور شده بود. بیمار با تشخیص فیبروم تحریکی جهت انجام نمونه برداری به بخش جراحی ارجاع شد و در آنجا ضایعه به صورت اکسیژنال جراحی و خارج گردید و نمونه حاصله جهت انجام بررسی میکروسکوپیک به بخش آسیب شناسی ارسال گردید. در نمای ماکروسکوپی نمونه ارسالی یک قطعه بافت کرم رنگ نامنظم با قوام سفت به ابعاد 1.5*1.5*0.6 cm، دارای برآمدگی های کوچک در سطح و احاطه شده توسط کپسول مشاهده گردید که در برش توپر، کرم- زردرنگ باقوام سفت بود. در بررسی ریزبینی نمونه ارسالی، بافت نئوپلاستیک متشکل از سلولهای اپی تلیالی با هسته های گرد و درشت مرکزی و سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک مشاهده شد. این سلولها به صورت نوارها و جزایر در اندازه های مختلف که بعضا تغییرات کیستیک پیدا کرده بودند، آرایش یافته و در برخی از جزایر سلولهای مرکزی متاپلازی اسکواموس، پیدا نموده و در برخی دیگر فضاهای کیستیک حاوی کراتین دیده شد. کانونهایی از بافت چربی، غضروف مانند و هیالینیزه لابلای سلولهای نئوپلاستیک دیده می شد و دور تا دور ضایعه را کپسول همبندی ناکاملی احاطه کرده بود. (تصاویر ۴-۲). ضایعه به صورت اکسیژنال جراحی گردید و جهت انجام بررسی میکروسکوپیک ارسال گردید. خصوصیات هیستوپاتولوژیک آن منطبق بر یک تومور مختلط بود و افتراق یک پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی از یک کندروئید سیرینگومای غدد عرق، بسیار مشکل بود. با توجه به نمای هیستوپاتولوژیک ما با یک آدنوم سروکار داشتیم که با عناصر مزانشیمال نظیر بافت کندروئید، هیالینیزه و چربی ترکیب شده و یک تومور مختلط را تشکیل می داد. یک تومور مختلط در ناحیه گونه می تواند برخاسته از غدد عرق پوست گونه بوده و بنابراین مطرح کننده یک کندروئید سیرینگومای غدد عرق باشد یا برخاسته از غدد بزاقی مینور مخاط باکال بوده و مطرح کننده پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی باشد. پیگیری وضعیت بیمار پس از درمان، هیچگونه عود ضایعه پس از دوسال از برداشتن ضایعه را نشان نمی دهد.



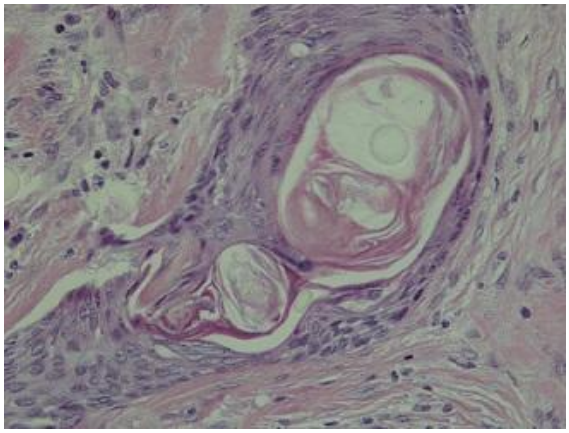
تصویر ۱. تصویر CT اسکن ضایعه به صورت یک توده هایپردنس در بافت نرم ناحیه گونه راست



تصویر ۲. تصویر با بزرگنمایی ۴۰، نشاندهنده یک تومور مختلط متشکل از اجزای اپی تلیال به صورت داکت ها و توبول های متعدد و نیز اجزای مزانشیمال به صورت استرومای میگزوئید و هیالینیزه



تصویر ۳. تصویر با بزرگنمایی ۱۰۰، نشاندهنده نواحی کندروئید و سلولهای چربی در لابلای سلولهای اپی تلیالی



تصویر ۴. تصویر با بزرگنمایی ۴۰۰، نشاندهنده فولیکول مو در داخل استروما

بحث و نتیجه گیری

مهمترین مساله در این مورد گزارش شده عدم امکان افتراق قطعی بین دو تومور مختلط با منشاءهای متفاوت یعنی کندروئید سیرینگومای غدد عرق و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.10.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.78]

پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی است که گرچه گفته شده بر اساس محل تومور قابل افتراق می باشند، ولی در این مورد خاص، جایگاه تومور نه تنها به افتراق این دو ضایعه کمک ننمود، بلکه باعث ایجاد یک چالش تشخیصی شد. کندروئید سیرینگوما از غدد عرق آپوکرین یا اکرین منشاء می گیرد. بخاطر تشابهات مورفولوژیک و هیستوپاتولوژیک بین کندروئید سیرینگوما و پلئومورفیک آدنوما (که از غدد بزاقی منشاء می گیرد)، قبلا این دو تومور یکسان در نظر گرفته می شدند در حالیکه کندروئید سیرینگوما به لحاظ هیستوپاتولوژیک از پلئومورفیک آدنوما مجزا است و این دو تومور نبایستی با یکدیگر اشتباه شوند. ما در این گزارش مورد با یک توده در ناحیه گونه بیمار سر و کار داشتیم. با توجه به حضور غدد عرق در عمق درم و بافت زیرجلدی سمت پوستی گونه و نیز حضور غدد بزاقی در لامینا پروپریای سمت مخاطی گونه، ما با این چالش مواجه شدیم که این تومور آیا برخاسته از غدد عرق این ناحیه بوده یا غدد بزاقی این ناحیه. مشورت با پاتولوژیست ها و کلینیسین های متعدد نه تنها از تشویش ذهنی ما چیزی نکاست که بر عمق این چالش نیز افزود چرا که برخی آن را کندروئید سیرینگومای غدد عرق دانسته و برخی دیگر آن را پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی می دانستند که با بررسی مقالات و کتب موجود در این رابطه، راه حلی برای این موضوع یافته و حداقل، تشابهات و تفاوتهای موجود گزارش شده بین این دو ضایعه به صورت دسته بندی بیان گردید.

در گزارش مورد های Ryu و همکاران (۱)، Paik و همکاران (۴)، Nguyen و همکاران (۸)، Kumar و همکاران (۱۱)، Kalyan Khan (۱۲)، Bisceglia و همکاران (۱۳) و Uyar و همکاران (۱۴) کندروئید سیرینگوما در جنس مذکر دیده شد. در گزارش مورد های Whittle و همکاران (۵)، Paraskevopoulos و همکاران(۶)، Sirivella و همکاران (۷)، Bhasin و همکاران (۱۵)، Ramaswamy و همکاران (۱۶)، Monica و همکاران (۱۷)، Ferdousi و همکارش (۱۸) همانند مطالعه حاضر ضایعه در جنس مونث دیده شد. در گزارش مورد Solanki و همکاران (۲) یک مورد در جنس مذکر و یک مورد در جنس مونث دیده شد. در گزارش مورد حاضر و اکثر گزارش مورد ها ضایعه در افراد میانسال و مسن رخ داده است ولی در گزارش موردهای Solanki و همکاران (۲) و Kumar و همکاران (۱۱) وقوع کندروئید سیرینگوما در بیماران جوان مشاهده شد. در تقریبا اکثریت گزارش موردها همانند گزارش مورد حاضر، بیماران با شکایت از یک توده با رشد آهسته مراجعه نمودند. در گزارش مورد های کندروئید سیرینگوما توسط Nguyen و همکاران (۸) و Bhasin و همکاران (۹) برای رسیدن به تشخیص قبل از انجام جراحی، FNA صورت گرفت ولی در گزارش مورد حاضر FNA برای بیمار صورت نگرفت. Ryu و همکاران (۱) و Whittle و همکاران (۵) در گزارش موارد کندروئید سیرینگومای خود از یافته های اولتراسوند و MRI در روند تشخیصی استفاده نمودند که در گزارش مورد ما از CT اسکن کمک گرفته شد. در تقریبا تمامی گزارش موارد قبلی (۱۸-۱۱و۸-۱) و نیز مورد حاضر درمان بیمار شامل اگزیژن جراحی بود. در گزارش مورد Aljijakli و همکاران (۱۹) و Ferdousi و همکارش (۱۸) بر خلاف گزارش مورد حاضر و گزارش موردهای Nguyen و همکاران (۸) و Bhasin و همکاران (۱۵) عود ضایعه پس از پیگیری بیمار مشاهده شد. این مورد در گزارش شده همانند سایر گزارش (۱۸-۱۱و۸-۱) استرومای کندروئید مشاهده شد و در گزارش مورد حاضر استرومای هیالینیزه و بافت چربی نیز مشاهده شد که وقوع آن در گزارش موردهای قبلی نادر بود. در گزارش مورد Kumar و همکاران (۱۱) استرومای غنی از ماتریکس هیالن و در گزارش مورد Palioura و همکاران(۳) استرومای موکوئیدی فراوان مشاهده شد.

کندروئید سیرینگوما تشابهات هیستوپاتولوژیک و ایمونوهیستوشیمی با همتای غدد بزاقی شان (پلئومورفیک آدنوما) دارد. هر دو تومور جزء تومورهای مختلط (mixed) خوش خیم طبقه بندی می شوند. آنها متشکل از سه جزء اپی تلیوم گلندولار، سلولهای میو اپی تلیال گلندورلار و بینابینی، و یک استرومای فیبروز شل همراه با تغییر میگزوئید و کندروئید هستند (۱۲). لذا حضور سلولهای اپی تلیالی، میو اپی تلیال و استرومای میگزوئید و کندروئید از وجوه تشابه کندروئید سیرینگوماها و پلئومورفیک آدنوماهاست که در گزارش مورد ما نیز حضور این عناصر مشهود است. در پلئومورفیک آدنوما، استخوان ممکن است تشکیل شود (۱۰). جزء مزانشیمال در کندروئید سیرینگوما می تواند حتی استخوانی شدن متاپلاستیک را نشان دهد (۱۴). تشکیل بافت سخت استخوانی جزء وجوه تشابه این دو تومور است. در گزارش مورد ما نیز حضور بافت استخوانی مشهود است. پلئومورفیک آدنوماهای غدد بزاقی ماژور به صورت تیپیک دارای حدود مشخص بوده و کپسوله اند (۹). در پلئومورفیک آدنوماهای غدد بزاقی مینور، کپسول اغلب به طور ضعیفی شکل گرفته یا غایب است (۱۰). در کندروئید سیرینگوما کپسول به ندرت حضور دارد و حدود مشخص کندروئید سیرینگوما بخاطر تراکم بیشتر تومور در مقایسه با بافتهای اطراف است تا اینکه حضور یک کپسول مشخص (۱۹). از جهت نبود کپسول بین پلئومورفیک آدنوماهای غدد بزاقی مینور وکندروئید سیرینگوماها شباهت وجود دارد و در گزارش مورد ما هم کپسول اطراف ضایعه ناکامل بود.

به لحاظ ایمونوهیستوشیمی، هر دو تومور مختلط پوستی و بزاقی مارکرهای اپی تلیال و مزانشیمال را بیان می کنند و برای سیتوکراتین (۲۰و۱۷و۱۵و۷-۴)، EMA (۲۱و۲۰)، CEA (۲۱و۲۰)، GCDFP-15 (۲۱و۲۰) و آنتی ژنهای میو اپی تلیال مثل ویمنتین (۱۷-۱۵و۱۱و ۱۰و۸-۵)، پروتئین S-100 (۱۷-۱۵و۱۱و۱۰و۸-۴)، اکتین عضله صاف (۱۷و۱۰)، دسمین (۶)، GFAP (glial fibrillary acidic protein) (۱۵و۱۰)، کالپونین (۱۷و۱۰) و p63 (۲۱و۱۰) مثبت رنگ می گیرند. آلیشین بلو (Alcian blue) و کلاژن نوع دو نیز ممکن است به ترتیب نواحی موکوئید و غضروفی را رنگ کنند (۱۷).

درمان هر دو تومور مشابه بوده و شامل برداشت ضایعه به طریقه جراحی همراه با یک مارژین از بافت نرمال اطراف است (۲۳و۲۲و۸-۱) با وجود تشابهات موجود بین این دو تومور، آنها نبایستی با یکدیگر اشتباه شوند و بایستی براساس محل منشاء گرفته و موقعیتشان افتراق داده شوند (۴). در گزارش مورد ما افتراق این دو تومور براساس محل آن امکانپذیر نبود، چرا که براساس کلینیک بیمار و تصاویر CT اسکن، تعیین منشاء گرفتن ضایعه از غدد بزاقی مخاط گونه یا غدد عرق پوست گونه بسیار سخت و دشوار است. به لحاظ مورفولوژیک، کندروئید سیرینگوما همتای پوستی پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی در نظر گرفته می شود ولی با پلئومورفیک آدنوما فرق دارد از این نظر که کندروئید سیرینگوما به ندرت رخ می دهد (۱۶). همانطور که در مقدمه نیزعنوان شد پلئومورفیک آدنوما شایعترین نئوپلاسم بزاقی است، این در حالیست که انسیدانس کندروئید سیرینگوما در بین تومورهای پوستی پایین بوده و یک تومور نادر محسوب می شود (۱۰و۹و۲و۱). به لحاظ محل، غدد بزاقی گونه یک محل ناشایع برای وقوع

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.10.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.78]

پلئومورفیک آدنوما می باشد، این در حالیست که غدد عرق گونه در زمره شایعترین محل ها برای وقوع کندروئید سیرینگوما است.

پلئومورفیک آدنوما در جوانان و افراد میانسال بین سنین ۳۰ و ۶۰ سال شایعتر است. کندروئید سیرینگوما در افراد جوان کمتر دیده می شود و در عوض در افراد مسن بیشتر رخ می دهد. بنابراین میانگین سنی وقوع کندروئید سیرینگوما نسبت به پلئومورفیک آدنوما بالاتر است. پلئومورفیک آدنوما تمایل اندکی به جنس مونث دارد، در حالیکه کندروئید سیرینگوما بیشتر به مردان تمایل دارد. این گزارش مورد در یک خانم ۴۵ ساله به وقوع پیوست که به لحاظ سن با هر دو تومور و به لحاظ جنس بیشتر با پلئومورفیک آدنوما مطابقت دارد.

گرچه که حضور کریستالوئیدهای غنی از تیروزین در تومورهای مختلط غدد بزاقی (پلئومورفیک آدنوما) به خوبی شناخته شده است، این یافته در تومورهای مختلط پوستی (کندروئید سیرینگوما) به چند گزارش مورد خلاصه می شود. در گزارش مورد ما کریستالوئیدهای غنی از تیروزین حضور نداشتند. در حالیکه حضور سلولهای میو اپی تلیال پلاسماسایتوئید (سلولهای هیالن) در پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی به خوبی شناخته شده است، حضور این سلولها در کندروئید سیرینگوماهای پوستی در حد چند گزارش مورد بوده و تحت عنوان کندروئید سیرینگوماهای غنی از سلول هیالن گزارش می شوند. در گزارش مورد ما حضور این سلول ها مشهود نبود که به نفع یک کندروئید سیرینگوماست تا یک پلئومورفیک آدنوما. هیالینیزاسیون استروما در پلئومورفیک آدنوما یک امر شایع بوده ولی در کندروئید سیرینگوما کمتر دیده می شود. سلولهای چربی غالبا در استرومای پلئومورفیک آدنوما، خصوصا در غدد بزاقی مینور، دیده می شوند (۱۰) ولی بر طبق بررسی ما، وقوع این امر در استرومای کندروئید سیرینگوما بندرت دیده می شود. وقوع هیالینیزاسیون و بافت چربی در استرومای تومور مربوط به این مورد گزارش شده، بیشتر مطرح کننده یک پلئومورفیک آدنوماست تا کندروئید سیرینگوما. تقریبا ۲۵٪ پلئومورفیک آدنوماها کانون هایی از متاپلازی اسکواموس، گاهی اوقات همراه با تشکیل مرواریدهای کراتینی، را نشان می دهند (۱۰). رسوبات و کیستهای کراتینی ممکن است در کندروئید سیرینگوماها حاضر باشند (۴). در پلئومورفیک آدنوما، سلولهای سباسه به ندرت دیده می شوند (۱۰). در نوع آپوکرین کندروئید سیرینگوما، عناصر فولیکولار (فولیکولهای مو) یا سباسه ممکن است حضور داشته باشند (۱۴). در کنار تفاوت در توزیع آناتومیک، کندروئید سیرینگوما از پلئومورفیک آدنوما براساس درجه بالاتر کراتینیزاسیون و خصوصیت شایع تمایز فولیکولار و سباسه، خصوصا در نوع آپوکرین، تشخیص داده می شود (۱۷). در این مورد گزارش شده حضور کیست های کراتینی و فولیکول مو مشهود بود که بیشتر با تشخیص کندروئید سیرینگوما مطابقت دارد. سایر مطالعات موجود در زمینه رنگ آمیزی های اختصاصی و ایمونوهیستوشیمی در مورد این دو تومور C-kit (CD117) رنگ پذیری با شدت متوسط در سلولهای لومینال پلئومورفیک آدنوما را نشان می دهد (۱۰). رنگ آمیزی های اختصاصی نشان می دهد که کندروئید سیرینگوماها برای PAS (periodic acid-Schiff) و موسیکارمین مثبت هستند (۴). تمامی تومورهای غدد عرق واکنش پذیری برای CD15 را نشان می دهند. GCDFP-15 (gross cystic disease fluid protein) همراه با CA72.4 (TAG72) به طور انتخابی توسط سلولها و نئوپلاسم های آپوکرین بیان می شود. EKH5 ، EKH6 و IKH-4 به طور انتخابی در تومورهای اکرین بیان می شوند (۲۱). در انتها بایستی اشاره نمود که تعیین منشاء بزاقی یا غدد عرق ضایعات در ناحیه گونه می تواند مشکل و چالش برانگیز باشد. وقوع توده در این ناحیه می تواند مطرح کننده یک کندروئید سیرینگومای برخاسته از غدد عرق بوده یا معرف یک پلئومورفیک آدنومای منشاء گرفته از غدد بزاقی مینور مخاط گونه باشد. بر طبق بررسی ما هیچ راه حل مشخصی که بتوان براساس آن دقیقا منشاء بزاقی یا غدد عرق ضایعه را مشخص نمود، وجود ندارد، معذالک از برخی خصوصیات همچون سن، جنس، حضور تمایز فولیکولار یا سباسه، میزان کراتینیزاسیون، حضور ساختارهای داکتال تک لایه، حضور استرومای هیالینیزه، حضور بافت چربی، حضور سلولهای هیالن، حضور کریستالوئیدهای غنی از تیروزین و تا اندازه ای رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی می توان برای تشخیص منشاء بزاقی یا غدد عرق ضایعه کمک گرفت.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمامی اساتید بزرگواری که در تهیه و تنظیم این گزارش مورد ما را یاری نموده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.10.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.78]

Report of a Case of Challenging Lesion in Buccal Area with Review of Literatures

M. Khalili (DDS)[1], N. Eshghyar (DDS)[1], P. Amini Shakib (DDS)[2], H. Abbaszadeh-Bidokhty (DDS)[3*], M.M. Zakariya [4]

1. Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental School, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Cellular and Molecular Biology Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
4. Dental School, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(6); Jun 2014; pp: 78-83

Received: Dec 9th 2013, Revised: Jan 5th 2014, Accepted: Mar 6th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Chondroid syringoma is a relatively rare cutaneous mixed tumor arising from sweat gland and pleomorphic adenoma or benign mixed tumor is the most common salivary neoplasm. Because of morphologic and histopathologic similarities between chondroid syringoma and pleomorphic adenoma, these two lesions were previously considered together, however these tumors should not be mistaken with each other and must be differentiated from each other. The aim of this case report was to present a challenging lesion in buccal area of uncertain origin along with discussing about contributing features for defining the origin of lesion and accordingly its diagnosis.

CASE: The lesion belongs to a 45 year old female with complaint of a mass in right buccal area that was surgically excised and submitted for histopathologic assessment. Histopathologic features were compatible with a mixed tumor and differentiation between a salivary gland pleomorphic adenoma and sweat gland chondroid syringoma was very difficult that along with discussing about their differences and similarities, we present our reasons for attributing this lesion to each of the above-mentioned diagnoses. After two years of patient's follow-up, recurrence of the lesion was not observed.

CONCLUSION: Some features such as age, gender, presence of follicular or sebaceous differentiation, amount of keratinization, presence of single-layered ductal structures, presence of hyalinized stroma, presence of fatty tissue, presence of hyaline cells, presence of tyrosine-rich crystalloid and to some extent immunohistochemical staining could help in differentiation of chondroid syringoma from pleomorphic adenoma.

KEY WORDS: *Sweat gland neoplasms, Salivary gland neoplasms, Pleomorphic adenoma.*

Please cite this article as follows:

Khalili M, Eshghyar N, Amini Shakib P, Abbaszadeh-Bidokhty H, Zakariya MM. Report of a case of challenging lesion in buccal area with review of literatures. J Babol Univ Med Sci 2014;16(6):78-83.

* **Corresponding Author; H. Abbaszadeh-Bidokhty (DDS)**

Address: Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental School, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Tel: + 98 111 2291408

E-mail: hamidabbaszade@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.10.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.78]

References

1.Ryu JK, Jin W, Kim GY, Lee JH. Sonographic and magnetic resonance imaging findings of a chondroid syringoma of the heel: Case report and literature review. J Ultrasound Med 2007;26:1435-9.

2.Solanki LS, Dhingra M, Bhalla M, Thami GP, Punia RP, Batra S. Chondroid syringoma: report of two cases in young patients. Dermatol Online J 2011;17 (12):7.

3.Palioura S, Jakobiec FA, Zakka FR, Iwamoto M. Pleomorphic adenoma (formerly chondroid syringoma) of the eyelid margin with a pseudocystic appearance. Surv Ophthalmol 2013;58 (5):486-91.

4.Paik YS, Liess BD. Chondroid syringoma of the scalp: case report and discussion of clinical features, histopathology, and treatment. Ear Nose Throat J 2011;90(4):190-1.

5.Whittle C, Mackinnon J, Cabrera R, Silva C, Pires Y, González R. Finger chondroid syringoma as a hypoechoic subcutaneous nodule in ultrasound. Ultrasound Q 2013;29(3):211-3.

6.Paraskevopoulos K, Cheva A, Matzarakis I, Koloutsos G, Kechagias N, Vahtsevanos K. PP179: Chondroid syringoma of the medial canthal: Case report. Oral Oncol 2013;49 (1):S154

7.Sirivella S, Gielchinsky I. Chondroid syringoma: a rare tumor of the chest wall. Ann Thorac Surg 2010;89(3): 983-5.

8.Nguyen L, Kum J, Bergeron CM. Giant chondroid syringoma of the nose. J Laryngoscope 2010;120 (3):107.

9.Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St. Louis: Saunders Elsevier 2009; pp: 477-80.

10.Gnepp DR. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier 2009; pp: 438-43.

11.Kumar S, Jain P , Sen R, Kataria S, Gupta M, Wadhera R. Hyaline matrix rich chondroid syringoma: a rare lesion of the external auditory canal. Revista Española de Patología 2011;44 (4):209-12.

12.Khan K. Chondroid syringoma: a case with unusual cytological findings. Indian J Dermatol 2013;58(2):157.

13.Bisceglia M, Clemente CR, Vairo M, Cafaro A, Pasquinelli G. Hyaline-cell chondroid syringoma. Morphological, immunohistochemical and ultrastructural study of a case and review of the literature. Pathologica 1997;89(5):540-5.

14.Uyar B, Solak A, Sahin N, Bugdayci H. Giant chondroid syringoma radiologically mimicking malignancy. Indian J Dermatol 2013;58(3):245.

15.Bhasin TS, Mannan R, Bhatia PK, Sharma M, Bhalla A. Fine needle aspiration cytology diagnosis of the eccrine variant of chondroid syringoma- Case report of a rare entity with review of Literature. J Clin Diagn Res 2010; 4(4):2641-4.

16.Ramaswamy AS, Yenni VV, Wilfred C, Manjunatha HK, Shilpa K. Hyaline cell-rich chondroid syringoma of the finger. Indian J Dermatol 2011;56 (2):217-9.

17.Constantinescu MB, Chan JB, Cassarino DS. Chondroid syringoma with tyrosine crystals: Case report and review of the literature. Am J Dermatopathol 2010;32(2):171-4.

18.Ferdousi S, Sikder A. Chondroid syringoma: Case report and review of the literature. Bangladesh J Pathol 2008;23(2):30.

19.Aljijakli T, Atassi R, Dilaijan K, Sioufi T. Chondroid syringoma: A Case report and literature review. PAN Arab J Rhinol 2012;2 (2):98-103.

20.Rosai J. Rosai and Ackerman's surgical pathology. 10th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2011; pp: 300-1.

21.Dabbs D. Diagnostic immunohistochemistry: theranostic and genomic applications. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier 2010; pp: 273-5.

22.Rauso R, Santagata M, Tartaro G, Filipi M, Colella G. Chondroid syringoma: a rare tumor of orofacial region. Minerva Stomatol 2009;58(7-8):383-8.

23.Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier 2012; pp: 204-6.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.10.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.78]