

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

مویم خلیلی (DDS)،^۱ نصرت الله عشقیار (DDS)،^۲ پویان امینی شکیب (DDS)،^۳ حمید عباس زاده بیدختی (DDS)،^۴ محمد مهدی زکریا^{۵*}

- 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 باجل
- ۳- مرکز تحقیقات بیولوژی سلوی و مولکولی دانشگاه علوم پزشکی باجل
- ۴- دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی باجل

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

خلاصه

سابقه و هدف: کنдрولئید سیرینگوما یک تومور مختلط پوستی نسبتاً نادر برخاسته از عدد عرق است و پلئومورفیک آدنوما یا تومور مختلط خوش خیم شایعترین نئوپلاسم برازقی است. بخاطر تشابهات مورفوپولوژیک و هیستوپاتولوژیک بین کندرولئید سیرینگوما و پلئومورفیک آدنوما، این دو ضایعه قبلاً یکی در نظر گرفته می‌شدند، ولی این تومورها باستی 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 می‌باشد.

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

نتیجه گیری: برخی خصوصیات همچون سن، جنس، حضور تمایز فولیکولار یا سیاسه، میزان کراتینیزاسیون، حضور ساختارهای داکتال تک لایه، حضور استرومای هیالینیزه، حضور بافت چربی، حضور سلولهای هیالن، حضور کریستالوئیدهای غنی از تیروزین و تا اندازه‌ای رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی می‌تواند به افتراق کندرولئید سیرینگوما از پلئومورفیک آدنوما کمک کند.

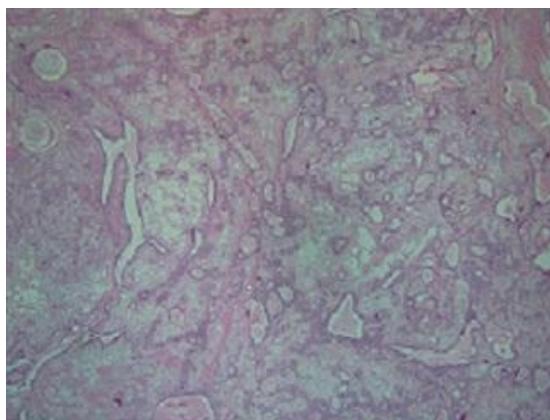
واژه‌های کلیدی: نئوپلاسم‌های غده عرق، نئوپلاسم‌های غده برازقی، پلئومورفیک آدنوما.

مقدمه

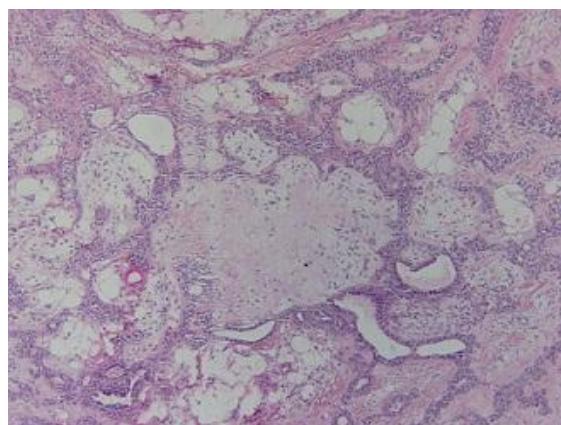
چند مورد کندرولئید سیرینگومای اخیراً گزارش شده، Whittle و همکاران (۵) یک کندرولئید سیرینگومای انگشت را بعنوان یک ندول زیرجلدی هایپوکو در اولتراسوند گزارش کردند و عنوان نمودند که گرچه یافته‌های هیستولوژیک به خوبی توصیف شده ولی خصوصیات رادیولوژیک تنها در چند مورد و عمدتاً در MRI گزارش شده است؛ همچنین Paraskevopoulos (۶) مورد نادر از کندرولئید سیرینگوما واقع در کانتوس داخلی چشم سمت چپ را در یک مرد ۵۸ ساله گزارش نمودند و عنوان می‌کنند که کندرولئید سیرینگوما معمولاً در صورت رخ میدهد ولی مدعی می‌شوند که محل آن در کانتوس داخلی در مقalaات قبلی ذکر نشده است (۶). هدف از این گزارش 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 می‌باشد.

تومورهای مختلط خوش خیم نئوپلاسم‌های هستند که خصوصیات هم اپی تلیال و هم مزانشیمال را نشان می‌دهند. کندرولئید سیرینگوما یک تومور مختلط خوش خیم پوستی نادر است که از عدد عرق بوجود می‌آید (۱۰) و معمولاً در ناحیه سر و گردن خصوصاً گونه، بینی و پوست بالای لب رخ می‌دهد و بیشتر به مردان میانسال یا مسن تمايل دارد (۸-۹). پلئومورفیک آدنوما میانسال شایعتر است و تمايل اندکی به جنس مونث دارد. غده پاروتید شایعترین محل برای بروز پلئومورفیک آدنوما است (۱۰). به لحاظ هیستولوژیک در هر دو تومور سلولهای اپی تلیال در یک استرومای میکروئید یا کندرولئید قرار می‌گیرند (۶). با وجود تشابهات هیستوپاتولوژیک بین کندرولئید سیرینگوما و پلئومورفیک آدنوما، این دو تومور از یکدیگر مجزا بوده و نبایستی با یکدیگر اشتباه شوند. در

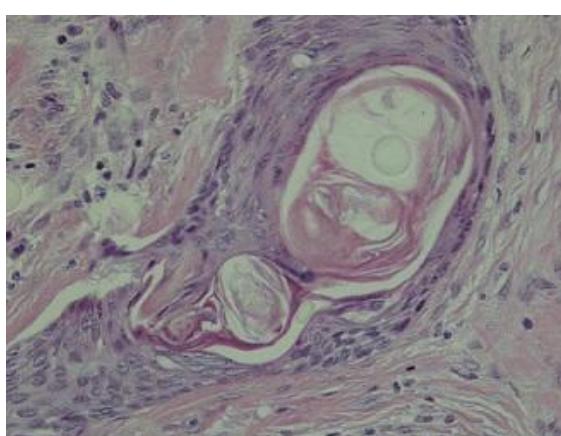
* مسئول مقاله: دکتر حمید عباس زاده بیدختی



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



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



تصویر ۴. تصویر با بزرگنمایی ۴۰، نشاندهنده فولیکول مو در داخل استرومای

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

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 مراجعت نمود و در معاینه بالینی، یک توده با قوام سفت با اندازه تقریبی ۱.۵cm*۱.۵cm در نزدیکی ناحیه چین تازولیبال مشاهده و لمس گردید که در طول چندین ماه با رشدی آهسته بزرگ شده و نهایتاً 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 اروزن استخوان ماسکریلاری 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 ماسکروسکوپی نمونه ارسالی یک قطعه بافت کرم رنگ نامنظم با قوام سفت به ابعاد ۱.۵*۱.۵*۰.۶ cm، دارای برآمدگی های کوچک در سطح و احاطه شده توسط کپسول مشاهده گردید که در برش توپر، کرم- زردرنگ با قوام سفت بود. در بررسی ریزبینی نمونه ارسالی، بافت نئوپلاستیک مشکل از سلولهای اپی تلیالی با هسته های گرد و درشت مرکزی و سیتوپلاسم اتوژنوفیلیک مشاهده شد. این سلولها به صورت نوارها و جزایر در اندازه های مختلف که بعض تغییرات کیستیک پیدا کرده بودند، آرایش یافته و در برخی از جزایر سلولهای مرکزی متابالزی 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. (تصویر ۲-۴). ضایعه به صورت اکسیژنال جراحی گردید و جهت انجام بررسی میکروسکوپیک ارسال گردید. خصوصیات هیستوپاتولوژیک آن منطقی بر یک تومور مختلط بود و افتراق یک پلئومورفیک آدنومای غدد براقی از یک کندروئید سیرینگومای غدد عرق، بسیار مشکل بود. با توجه به نمای هیستوپاتولوژیک ما با یک آدنوم سروکار داشتیم که با عناصر مزانشیمال نظری 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 باشد یا برخاسته از غدد براقی مینور مخاط باکال بوده و مطرح کننده پلئومورفیک آدنومای غدد براقی باشد. پیگیری و وضعیت بیمار پس از درمان، هیچگونه عود ضایعه پس از دو سال از برداشتن ضایعه را نشان نمی دهد.



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

گزارش یک مورد ضایعه چالش برانگیز در ناحیه گونه همراه با موربی بر مقالات؛ میریم خلیلی و همکاران

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 Paliora و همکاران (۲) استرومای موکوئید فراوان مشاهده شد. کندرروئید سیرینگوما تشابهات هیستوپاتولوژیک و ایموونوهیستوشیمی با همتای غدد برازی شان (پلئومورفیک آدنوما) دارد. هر دو تumor جزء تumorهای مختلف (mixed) خوش خیم طبقه بندی می شوند. آنها مشکل از سه جزء اپی تیالیوم گلندولار، سلولهای میو اپی تیالیوم گلندولورlar و بینایینی، و یک استرومای فیبروز شل همراه با تغییر میگزوئید و کندرروئید هستند (۱۲). لذا حضور سلولهای اپی تیالیوم، میو اپی تیالیوم و استرومای میگزوئید و کندرروئید از وجود تشابه کندرروئید 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 کندرروئید سیرینگوما می تواند حتی استخوانی شدن متاپلاستیک را نشان دهد (۱۴). تشکیل بافت سخت استخوانی جزء وجود تشابه این دو تumor است. در گزارش مورد ما نیز حضور بافت استخوانی مشهود است. پلئومورفیک آدنوماهای غدد برازی ماذور به صورت تیپیک دارای حدود مشخص بوده و کپسوله اند (۹)، در پلئومورفیک آدنوماهای غدد برازی مینور، کپسول اغلب به طور ضعیفی شکل گرفته یا غایب است (۱۰). در کندرروئید سیرینگوما کپسول به ندرت حضور دارد و حدود مشخص کندرروئید سیرینگوما بخاطر تراکم بیشتر تumor در مقایسه با بافت‌های اطراف است تا اینکه حضور یک کپسول مشخص (۱۹). از جهت نبود کپسول بین پلئومورفیک آدنوماهای غدد برازی مینور و کندرروئید سیرینگوماها شباهت وجود دارد و در گزارش مورد ما هم کپسول اطراف ضایعه ناکامل بود.

به لحاظ ایموونوهیستوشیمی، هر دو تumor مختلف پوستی و برازی مارکرهای اپی تیالیوم و مزانشیمال را بیان می کنند و برای سیتوکراتین (۱۷-۲۰ و ۱۵-۷)، EMA (۲۰ و ۲۱)، CEA (۲۰ و ۲۱)، GCDFP-15 (۲۰ و ۲۱)، آنتی ڈندهای میو اپی تیالیوم مثل ویمتین (۱۷ و ۱۵ و ۱۱ و ۱۰ و ۵)، پروتئین S-100 (۱۷-۱۵ و ۱۱ و ۱۰ و ۴-۸)، اکتین عضله صاف (۱۷ و ۱۰)، دسمین (۶)، GFAP (۱۰ و ۲۱) و p63 (۱۰ و ۲۱) مثبت رنگ می گیرند. آلیشنین بلو (Alcian blue) و کلاژن نوع دو نیز ممکن است به ترتیب نواحی موکوئید و غضروفی را رنگ کنند (۱۷).

درمان هر دو تumor مشابه بوده و شامل برداشت ضایعه به طریقه جراحی همراه با یک مارژین از بافت نرمال اطراف است (۱۸ و ۲۳) با وجود تشابهات موجود بین این دو تumor، 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 تumor براساس محل آن امکانپذیر نبود، چرا که براساس کلینیک بیمار و تصاویر CT اسکن، تعیین منشاء گرفتن ضایعه از غدد برازی مخاط گونه یا غدد عرق پوست گونه بسیار سخت و دشوار است. به لحاظ مورفوپاتولوژیک، کندرروئید سیرینگوما همتای پوستی پلئومورفیک آدنومای غدد برازی در نظر گرفته می شود ولی با پلئومورفیک آدنوما فرق دارد از این نظر که کندرروئید سیرینگوما به ندرت رخ می دهد (۱۶). همانطور که در مقدمه نیز عنوان شد پلئومورفیک آدنوما شایعترین نشوپلاسم برازی است، این در حالیست که انسیدانس کندرروئید سیرینگوما در بین تumorهای پوستی پایین بوده و یک تumor نادر محاسب می شود (۱۰ و ۱۹). به لحاظ محل، غدد برازی گونه یک محل ناشایع برای وقوع

پلئومورفیک آدنومای غدد برازی است که گرچه گفته شده بر اساس محل تumor قابل افتراق می باشد، ولی در این مورد خاص، جایگاه تumor نه تنها به افتراق این دو ضایعه کمک ننمود، بلکه باعث ایجاد یک چالش تشخیصی شد. کندرروئید سیرینگوما از غدد عرق آپوکرین یا اکرین منشاء می گیرد. بخاطر تشابهات مورفوپاتولوژیک و هیستوپاتولوژیک بین کندرروئید سیرینگوما و پلئومورفیک آدنوما (که از غدد برازی منشاء می گیرد)، قبل این دو تumor یکسان در نظر گرفته می شدند در حالیکه کندرروئید سیرینگوما به لحاظ هیستوپاتولوژیک از پلئومورفیک آدنوما مجزا است و این دو تumor 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 برازی در لامینا پرپوپریا سمت مخاطی گونه، ما با این چالش مواجه شدیم که این تumor آیا برخاسته از غدد عرق این ناحیه بوده یا غدد برازی این ناحیه. مشourt با پاتولوژیست ها و کلینیسین های متعدد نه تنها از تشویش ذهنی ما چیزی نکاست که بر عمق این چالش نیز افود چرا که برخی آن را کندرروئید سیرینگومای غدد عرق دانسته و برخی دیگر آن را پلئومورفیک آدنومای غدد برازی 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)، Kalyan Khan و همکاران (۸)، Kumar و همکاران (۱۱)، Nguyen و همکاران (۱۲)، Bisceglia و همکاران (۱۳) و Uyar و همکاران (۱۴) کندرروئید سیرینگوما در جنس مذکور دیده شد. در گزارش مورد های Whittle و همکاران (۷)، Sirivella و همکاران (۶)، Paraskevopoulos و همکاران (۵)، Monica و همکاران (۱۶)، Ramaswamy و همکاران (۱۵)، Bhasin و همکاران (۱۷)، Ferdousi و همکاران (۱۸) همانند مطالعه حاضر ضایعه در جنس منوث دیده شد. در گزارش مورد Solanki و همکاران (۲) یک مورد در جنس مذکور و یک مورد در جنس منوث دیده شد. در گزارش مورد حاضر و اکثر گزارش مورد ها ضایعه در افراد میانسال و منسن رخ داده است ولی در گزارش موردهای Solanki و همکاران (۲) و Kumar و همکاران (۱۱) و گزارش موردهای کندرروئید سیرینگوما در بیماران جوان مشاهده شد. در تقریباً اکثریت گزارش موردها همانند گزارش مورد حاضر، بیماران با شکایت از یک توده با رشد آهسته مراجعه نمودند. در گزارش مورد های کندرروئید سیرینگوما توسط Nguyen و همکاران (۸) و FNA و همکاران (۹) برای رسیدن به تشخیص قبل از انجام جراحی، FNA برای بیمار صورت نگرفت. صورت گرفت ولی در گزارش مورد حاضر FNA برای بیمار صورت نگرفت. Ryu و همکاران (۱) و Whittle و همکاران (۵) در گزارش موارد کندرروئید 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 تقریباً تمامی گزارش موارد قبلی (۱۸ و ۱۱-۱۸) و نیز مورد حاضر درمان بیمار شامل اگزیزن جراحی بود. در گزارش مورد Aljijakli و همکاران (۱۹) و Ferdinand و همکاران (۱۸) برخلاف 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 و ۱۱-۱۸) استرومای کندرروئید مشاهده شد و در گزارش مورد حاضر استرومای هیالینیزه و

است حضور داشته باشدند (۱۴). در کنار تفاوت در توزیع آناتومیک، کنдрولئید سیرینگوما از پلئومورفیک آدنوما براساس درجه بالاتر کراتینیزاسیون و خصوصیت شایع تمایز فولیکولار و سیباسه، خصوصاً در نوع آپوکرین، تشخیص داده می‌شود (۱۷). در این مورد گزارش شده حضور کیست‌های کراتینی و فولیکول مو مشهود بود که بیشتر با تشخیص کندرولئید سیرینگوما مطابقت دارد. سایر مطالعات موجود در زمینه رنگ آمیزی‌های اختصاصی و ایمونوهیستوشیمی در مورد این دو تumor در C-kit (CD117) رنگ پذیری باشد متوجه در سلولهای لومینال (CD15) را نشان می‌دهد (۱۰). رنگ آمیزی‌های اختصاصی نشان می‌دهد که کندرولئید سیرینگوماهای برای PAS (periodic acid-Schiff) و موسیکارین مثبت هستند (۴). تمامی تومورهای غدد عرق واکنش پذیری برای gross cystic disease (GCDFP-15) را نشان می‌دهند. CA72.4 (fluid protein) همراه با (TAG72) به طور انتخابی توسط سلولها و نتوپلاسم‌های آپوکرین بیان می‌شود. EKH6، EKH5 و IKH-4 به طور انتخابی در تومورهای اکرین بیان می‌شوند (۲۱). در انتهای بایستی اشاره نمود که تعیین منشاء برازقی یا غدد عرق ضایعات در ناحیه گونه می‌تواند مشکل و چالش برانگیز باشد. وقوع توده در این ناحیه می‌تواند مطرح کننده یک کندرولئید سیرینگومای برخاسته از غدد عرق بوده یا معرف یک پلئومورفیک آدنومای منشاء گرفته از غدد برازقی مینور مخاط گونه باشد. بر طبق بررسی ما هیچ راه حل مشخصی که بتوان براساس آن دقیقاً منشاء برازقی یا غدد عرق ضایعه را مشخص نمود، وجود ندارد، معدالک از برخی خصوصیات همچون سن، جنس، حضور تمایز فولیکولار یا سیباسه، میزان کراتینیزاسیون، حضور ساختارهای داکتال تک لایه، حضور استرومای هیالینیزه، حضور بافت چربی، حضور سلولهای هیالن، حضور کریستالوئیدهای غنی از تبروزین و تا اندازه‌ای رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی می‌توان برای تشخیص منشاء برازقی یا غدد عرق ضایعه کمک گرفت.

تقدیر و تشکر

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

پلئومورفیک آدنوما می‌باشد، این در حالیست که غدد عرق گونه در زمرة شایعترین محل‌ها برای وقوع کندرولئید سیرینگوما است.

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

گرچه که حضور کریستالوئیدهای غنی از تبروزین در تومورهای مختلط غدد برازقی (پلئومورفیک آدنوما) به خوبی شناخته شده است، این یافته در تومورهای مختلط پوستی (کندرولئید سیرینگوما) به چند گزارش مورد خلاصه می‌شود. در گزارش مورد ما کریستالوئیدهای غنی از تبروزین حضور نداشتند. در حالیکه حضور سلولهای میو اپی تیالیال پلاسماسایتوئید (سلولهای هیالن) در پلئومورفیک آدنومای غدد برازقی به خوبی شناخته شده است، حضور این سلولها در کندرولئید سیرینگوماهای پوستی در حد چند گزارش مورد بوده و تحت عنوان کندرولئید سیرینگوماهای غنی از سلول هیالن گزارش می‌شوند. در گزارش مورد ما حضور این سلول‌ها مشهود نبود که به نفع یک کندرولئید سیرینگوماست تا یک پلئومورفیک آدنوما. هیالینیزاسیون استروما در پلئومورفیک آدنوما یک امر شایع بوده ولی در کندرولئید سیرینگوما کمتر دیده می‌شود. سلولهای چربی غالباً در استرومای پلئومورفیک آدنوما، خصوصاً در غدد برازقی مینور، دیده می‌شوند (۱۰) ولی بر طبق بررسی ما، وقوع این امر در استرومای کندرولئید سیرینگوما بندرت دیده می‌شود. وقوع هیالینیزاسیون و بافت چربی در استرومای تumor مربوط به این مورد گزارش شده، بیشتر مطرح کننده یک پلئومورفیک آدنوماست تا کندرولئید سیرینگوما. تقریباً ۲۵٪ پلئومورفیک آدنوماها کانون‌هایی از متاپلازی اسکواموس، گاهی اوقات همراه با تشکیل مرواریدهای کراتینی، را نشان می‌دهند (۱۰). رسوبات و کیستهای کراتینی ممکن است در کندرولئید سیرینگوماهای حاضر باشند (۴). در پلئومورفیک آدنوما، سلولهای سیباسه به ندرت دیده می‌شوند (۱۰). در نوع آپوکرین کندرولئید سیرینگوما، عناصر فولیکولار (فولیکولهای مو) یا سیباسه ممکن

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. Zakariya⁴**

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: hamidabbasade@yahoo.com

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.