

***Oncocytoma of the Intraoral Minor Salivary Gland :
A Case Report***

Tahereh Molania¹,
Anahita GHorbani¹,
Safora Seifi²,
Maede Salehi¹

¹ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Diseases, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant professor ,Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received Jun 15, 2014 ; Accepted August 3, 2014)

Abstract

Oncocytoma is a rare benign tumor of salivary gland. The name of the tumor is selected due to presence of large granular oncocytes with acidophilic cells. These tumors occur most commonly in the sixth decade of life and sex incidence is equal in men and women. The incidence of this tumor is 78% in parotid gland and 9% in submandibular gland. Oncocytoma are usually solid round tumors that could occur in every major salivary glands but it is extremely uncommon in intraoral minor salivary gland. We present a case of oncocytoma in intraoral minor salivary gland in a 45- year- old woman.

Keywords: words: Benign tumor, Oncocytoma, Salivary gland, Parotid gland

J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(116): 212- 216 (Persian).

انکوسیتوما ی غده بزاقی فرعی داخل دهانی: گزارش مورد

طاهره ملانیا^۱
آناهیتا قربانی^۱
صفورا سیفی^۲
مائده صالحی^۱

چکیده

انکوسیتوما تومور نادر غده بزاقی است. این تومور به علت وجود انکوسیت‌ها (سلول‌های اسیدوفیلیک با گرانول‌های بزرگ) به این نام خوانده می‌شود. انکوسیتوما اغلب در دهه ششم زندگی اتفاق افتاده و شیوع آن در زنان و مردان برابر است. شیوع این تومور در غده پاروتید ۷۸ درصد و در غده تحت فکی ۹ درصد است. انکوسیتوما معمولاً به صورت تومورهای گرد توپر غده بزاقی مشاهده می‌شود اما به ندرت در داخل دهان دیده می‌شود. در این مطالعه انکوسیتوما ی غده بزاقی فرعی داخل دهان در یک خانم ۴۵ ساله را گزارش می‌کنیم.

واژه های کلیدی: تومور خوش خیم، غده بزاقی، انکوسیتوما، غده پاروتید

مقدمه

غدد کوچک سینوس ماگزیلا، حفره بینی، حنجره، لوزه و غدد اشکی بسیار نادر است (۸). گزارشات اندکی از ضایعات داخل دهانی برخاسته از غدد بزاقی فرعی وجود دارد (۹).

اولین بار Schaffer در سال ۱۸۹۷ این تومور را شرح داده است. هم‌چنین این تومور به نام‌های Oxyphilic granular cell و Oxyphilic adenoma نیز شناخته می‌شود. از آنجایی که انکوسیتوماها قادر به تقسیمات میتوتیک می‌باشند، احتمال تغییرات نئوپلاستیک در آن‌ها وجود دارد (۹). درمان انکوسیتوما برداشتن کامل توموراز طریق جراحی است. میزان عود ضایعه بین صفر تا ۳۰ درصد و بین ۶ ماه تا ۱۳ سال بعد از تشخیص اولیه تومور می‌باشد. توده‌های چند کانونی یا برداشت ناقص جراحی با

انکوسیتوما توموری نادر است که تنها ۲ تا ۳ درصد نئوپلاسم‌های خوش خیم غدد بزاقی را تشکیل می‌دهد. این تومور در اغلب موارد بعد از دهه ششم زندگی با شیوع مساوی در زن و مرد اتفاق می‌افتد (۱). این تومور به علت وجود انکوسیت‌ها (سلول‌های چند وجهی با سیتوپلاسم فراوان با گرانول‌های ائوزینوفیلیک) به این نام خوانده می‌شود (۲-۴). انکوسیتوما به صورت یک توده بدون درد، با رشد آهسته و معمولاً بین ۳ تا ۴ سانتی تظاهر می‌یابد اما گاهی قطر توده به ۷ سانتی‌متر نیز می‌رسد و به ندرت منجر به درد و ناراحتی می‌گردد. گاهی وقوع چند کانونی و یا دو طرفه نئوپلاسم نیز گزارش شده است (۱، ۲، ۵). این تومورها در اکثر موارد غدد پاروتید را درگیر می‌کنند و تعداد کم‌تری در غدد تحت فکی ایجاد می‌شود (۵-۷). وقوع انکوسیتوما در

E-mail: Salehimaede1165@gmail.com

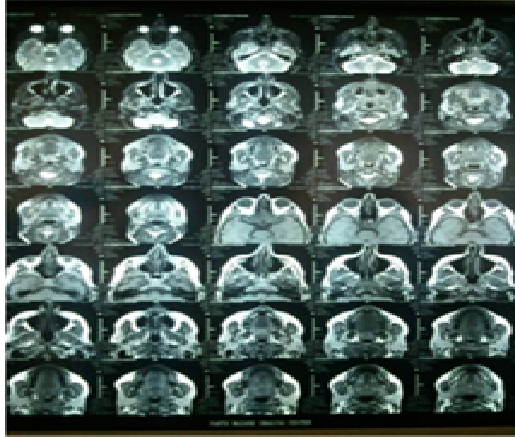
مؤلف مسئول: مائده صالحی - ساری، میدان خزر، جنب کلینیک طوبی، دانشکده دندانپزشکی ساری

۱. استاد یار بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. استاد یار پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی بابل

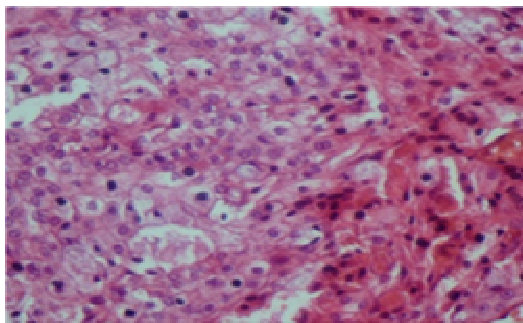
تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۴/۱۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۵/۱۲

هیچ گونه شواهدی از اروژن استخوانی مشهود نبود. بر اساس این یافته ها، MRI ضایعه را با احتمال زیاد، تومور خوش خیم بافت نرم گزارش کرد. (تصویر شماره ۲).



تصویر شماره ۲: MRI از ضایعه

سپس تحت بیهوشی عمومی، بیوپسی اکسیژنال از ضایعه به عمل آمد و نمونه بافتی مورد بررسی هیستوپاتولوژی قرار گرفت. در رنگ آمیزی هموتوکسیلین - ائوزین از نمونه بافتی، ساختار تومور خوش خیم با منشأ غدد بزاقی نمایان بود. تومور دارای کپسول و دارای استرومای فیروواسکولار بود. پارانشیم متشکل از سلول های چند وجهی با سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک گرانولر و هسته های وزیکولر و ندرتاً هایپر کروم بود که تشکیل صفحات سلولی را دادند. در مناطقی نیز مواد آمورف ائوزینوفیلیک دیده می شد در نواحی حاشیه ای ساختار لوپول های غدد بزاقی مشهود بود. (تصویر شماره ۳). در نهایت تشخیص قطعی انکوسیتوما بود.



تصویر شماره ۳: نمای میکروسکوپی ضایعه با رنگ آمیزی هموتوکسیلین - ائوزین (×40)

افزایش خطر عود تومور مرتبط می باشد (۵). در این مقاله ما یک مورد انکوسیتومای غده بزاقی فرعی در خلف کام سخت در یک خانم ۴۵ ساله را گزارش کردیم.

شرح مورد

خانمی ۴۵ ساله با شکایت از توده دهانی به مدت یک سال و نیم، سرگیجه و سردرد به بخش بیماری های دهان دانشکده دندان پزشکی بابل مراجعه کرد. بیمار در تاریخچه پزشکی خود، آنمی را گزارش می کرد ولی هیچ دارویی مصرف نمی کرد. در معاینات خارج دهانی، لنفادنوپاتی تحت فکی در هر دو سمت مثبت بود و هیچ گونه عدم قرینگی در صورت بیمار مشاهده نمی شد. در معاینات داخل دهانی یک توده اگزوفیلیک بدون پایه به اندازه تقریبی ۲ در ۲ سانتی متر با قوام لاستیکی در خلف کام سخت، یک طرفه در سمت چپ با سطح غیر هموژن و لبولار و به رنگ قرمز - صورتی دیده شد (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱: نمای بالینی ضایعه

بیمار هیچ گونه درد و پارستزی را گزارش نمی کرد ولی ضایعه در لمس دردناک بود. بر اساس تاریخچه و نمای بالینی ضایعه، تشخیص های افتراقی شامل: تومور خوش خیم غدد بزاقی، تومور خوش خیم مزانشیمال و لنفوم غیر هوچکین بود. به منظور ارزیابی بیش تر و با توجه به درگیری بافت نرم، تصویربرداری MRI از ضایعه درخواست شد. MRI در نمای اگززیال، قطر تقریبی ضایعه را ۱×۲ سانتی متر گزارش کرد و

بحث

(۳۶ درصد) می‌باشد. تومور رشد آهسته داشته و تظاهر آن از چندین هفته تا چند سال طول می‌کشد (۱، ۱۲). Stomeo و همکارانش گزارش کردند که اندازه تومور به ندرت به قطری بزرگ‌تر از ۵ سانتی متر می‌رسد (۱۰). هیچ فاکتور اتیولوژیک مشخصی برای این تومور وجود ندارد اگر چه برخی مقالات ارتباط آن را با اشعه درمانی بیان کردند (۱۱، ۱۵). تظاهر بالینی اصلی این تومور توده‌ای توپر، منفرد با رشد آهسته اغلب مولتی لوبولار با قوام سفت در لوپ سطحی غده پاروتید است که اندازه آن متغیر و معمولاً کمتر از ۴ سانتی متر می‌باشد. در ۷ درصد موارد وقوع انکوسیتوما دو طرفه بوده و معمولاً بعد از تومور وارتین، دومین تومور غده بزاقی است که وقوع دو طرفه دارد (۱۲). از لحاظ بالینی این تومور از سایر تومورهای غدد بزاقی غیر قابل افتراق می‌باشد. بیماری در اکثر موارد بدون علامت بوده اما گاهی بیماران تندرست، درد و پارستزی (به دلیل تحت فشار قرار گرفتن عصب صورتی) را گزارش می‌دهند (۱۱، ۱۲). تظاهر بالینی انکوسیتوما داخل دهانی قابل افتراق از سایر تومورهای خوش خیم نیست. مخاط پوشاننده تومور گاهی ممکن است ثانویه به تروما عفونی گردد (۱۲).

درمان انکوسیتوما، برداشتن کامل تومور از طریق جراحی است. در غده پاروتید، پاروتیدکتومی سطحی با حفظ عصب صورتی، درمان انتخابی است. در غدد بزاقی فرعی، برداشت تومور با حاشیه‌ای از بافت سالم توصیه می‌شود. چرا که در برخی مقالات انکوسیتیک کارسینوما (یک تومور نادر بدخیم) در ۱۱ درصد موارد گزارش شده است (۱۲) انکوسیتوما از نظر رفتار بالینی عموماً خوش خیم بوده و اکثراً بعد از جراحی، عود نمی‌کند اما در برخی مقالات به دلیل عدم برداشت تومور یا چند ناحیه‌ای بودن آن، میزان عود آن ۲۰ درصد گزارش شده است (۱۰).

انکوسیتوما از انکوسیت‌ها، سلول‌های اپی تلیالی با سیتوپلاسم بزرگ و اسیدوفیلیک گرانولر تشکیل شده است. Schaffer اولین بار در سال ۱۸۹۷ با مشاهده سلول‌های متورم گرانولر در اجزای مجرای و آسینار غدد بزاقی، ضایعات انکوسیتیک را شرح داد (۱۰، ۱۱). او معتقد بود که انکوسیت‌ها در نتیجه پدیده دژنراتیو سلول‌های پارانشیمال غدد بزاقی ایجاد می‌شود. در سال ۱۹۲۷ MC Farland توموری تحت عنوان «آدنوما» توصیف کرد اما امروزه این توصیفات تحت عنوان انکوسیتوما شناخته می‌شود (۱۱، ۱۲). Hamperl را می‌توان پدر انکوسیتوما نامید او در ابتدا از واژه Onkocytes استفاده کرد که ریشه یونانی این کلمه، Onkousthai به معنی تورم، بزرگی یا تومور می‌باشد (۱۴-۱۲).

Hamperl انکوسیت‌ها را در بسیاری از ارگان‌ها از جمله غدد بزاقی پاروتید، ساب ماگزیلاری، زیربانی، غدد بزاقی فرعی، تیروئید، پاراتیروئید، هیپوفیز، آدرنال، کیسه صفرا، رحم، بیضه، لوله‌های فالوپ، پانکراس، کبد، معده، کلیه، ریه، حلق، نای و مری توصیف کرد. مقالات جدیدتر انکوسیتوما را در تخمدان، سینه و تیموس نیز گزارش کردند (۱۲، ۱۴). انکوسیتوما اغلب در غده پاروتید اتفاق می‌افتد و ۰/۴ تا ۱ درصد از کل تومورهای این غده را شامل می‌شود. درگیری اغلب در دهه شش تا هشت زندگی با میانگین سنی ۵۸/۷ سال رخ می‌دهد. اگر چه برخی معتقدند که تومور می‌تواند در افراد جوان نیز مشاهده گردد (۱۲) معمولاً با افزایش سن، شیوع آن نیز افزایش می‌یابد و توزیع جنسی آن نیز در مرد و زن یکسان است (۱۲-۱۰). انکوسیتوما بندرت در غدد بزاقی فرعی ایجاد می‌شود. شیوع انکوسیتومای غدد بزاقی فرعی بسیار کم (کم‌تر از ۲۰ مورد) است. شایع‌ترین مکان رشد انکوسیتومای غدد بزاقی فرعی، کام سخت و نرم (۵۷ درصد) و پس از آن مخاط باکال

محدود گزارش شده از شیوع این تومور در غدد بزاقی فرعی، امید است که این گزارش آگاهی و دانش ما را نسبت به این تومور غده بزاقی بیفزاید.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که انکوسیتومای غده بزاقی فرعی، توده‌ای لبولار با رشد آهسته و با وقوع بیشتر در کام سخت و نرم بوده و با توجه به موارد

References

1. Sepúlveda I, Platón E, Spencer ML, Mucientes P, Frelinghuysen M, Ortega P, Ulloa D. Oncocytoma of the parotid gland: A case report and review of the literature. *Case Rep Oncol.* 2014 Feb 14; 7(1): 109-16.
2. Eneroth CM. Oncocytoma of major salivary glands. *J Laryngol Otol.* 1965; 79(12): 1064-1072.
3. Eneroth CM. Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland, and the palate region. *cancer* 1971; 27(6):1415-1418.
4. Seifert G. Tumour-like lesions of the salivary glands. the new WHO classification. *Panhol Res Pract.* 1992; 188(7): 836-46.
5. Sakthi samyukthaprabakaran, Frankchen, Alfredo Aguirre. oncocytoma of the parotid gland and its mimickers: A comprehensive review. *N A J Med Sci* 2010 ;3(4):171-180.
6. Zhou CX, Gao Y. Oncocytoma of the salivary glands: a clinicopathological and immunohistochemical study. *Oral Oncol.* 2009 Dec; 45(12): e232-238.
7. Chakrabarti II, Basu A, Ghosh N. Oncocytic lesion of parotid gland: A dilemma for cytopathologists. *J Cytol.* 2012 Jan; 29(1): 80-82.
8. Kontaxis A, Zanarottiu, Kainz J, Beham A. Diffuse hyperplastic oncocytosis of the parotid gland. *laryngorhinootologie* 2004 Mar; 83(3): 185-188
9. Mandel L, Carrao V. Bilateral parotid diffuse hyperplastic oncocytosis: Case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63(4): 560-562.
10. Chau MN, Radden BG. Intra-oral benign solid oncocytoma. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1986 Aug; 15(4): 503-6
11. Thompson LD, Wenig BM, Ellis GL. Oncocytoma of the submandibular gland. A series of 22 cases and a review of the literature. *cancer* 1996; 78(11): 2281-2287.
12. Palakshappa SG, Bansal V, Reddy V, Kamarthi N. Oncocytoma of minor salivary gland involving the retromolar region: A case entity. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2014 Jan; 18(1): 127-30.
13. Stump DJ. Onkocytic adenoma of the salivary glands. *Arch pathol (chic).* 1949; 48(4): 287-296.
14. Diouf MS, Claros P, Claros A. oncocytoma of the parotid gland: A case report. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2012; 133(2): 109-12.
15. Brandwein MS, Huvas AG. Oncocytic tumors of the major salivary glands. A study of 68 cases with follow-up of 44 patients. *Am J Surg Pathol.* 1991; 15(6): 514-528.