Archive of SID

گزارش یک مورد آدنوم غدد سرومن

میرمحمد جلالی (M.D.) *

چکیده

آدنوم غدد سرومنی یکی از نئوپلاسم‌های نادر و خوش خیم مجرای گوش خارجی است که در سنین میانسالی روی داده و سبب کاهش شنوایی می‌گردد. گاهی مواقع این نئوپلاسم دچار دژنراسیون بدخیم می‌گردد. از اینرو جهت درمان آن اکسیزیون وسیع موضعی توصیه می‌شود. در این مجموعه ضمن معرفی یک مورد آدنوم غدد سرومنی خصوصیات نئوپلاسم‌های خوش‌خیم و بدخیم غدد سرومنی بحث می‌شود.

واژه های کلیدی : سرومن، گوش خارجی، سرطان‌های گوش، کانال گوش

مقدمه

عبارت کلی سرومینوها برای طیف وسیعی از تومورهای برخاسته از ساختمان‌های غددی مجرای گوش خارجی به کار می‌رود. نادر بودن این ضایعه سبب سردرگمی بسیاری گشته است. وسیع‌ترین بررسی به عمل آمده در این مورد تنها توانسته است ۳۲ مورد رادر طی دوره ۳۲ ساله فهرست نماید(۱). این تومورها شامل انواع تومورهای غددی خوش خیم تا بدخیم می‌باشند. تومورهای خوش خیم شامل آدنوم سرومینوس شبیه الگوی مختلط- پلئومورفیک گوش میانی و آدنوم پلئومورفیک (که کوریستومای غدد بزاقی هستند) و سیبلندروما (برخاسته از واحد پیلوسباسه مجرای گوش خارجی) می‌گردند. انواع بدخیم تومورهای غددی که همچنین سرومینوم مجرای گوش خارجی نامیده می‌شوند عبارتند از: کارسینوم آدنوییید کیستیک و آدنوکارسینوم سرومنی و کارسینوم موکواپیدرموییید(۲). در این گزارش موردی علاوه بر ارایه تابلوی معمول این بیماران به طور مفصل دسته‌بندی این تومورها و تظاهر و درمان آنها را بیان داشته‌ایم.

معرفی بیمار

بیمار زن ۴۲ ساله با شکایت کاهش شنوایی راست مراجعه نمود که طی یک سال گذشته به تدریج بیشتر شده است و از همان موقع بیمار متوجه توده‌ای در مجرای گوش مربوطه گردید که بدون درد و حساسیت بوده است. سابقه اتوره و سایر علایم گوشی وجود نداشته است. درمعاینه توده‌ای پولیپوییید، نرم و پوشیده از پوست در قسمت خارجی مجرای گوش راست دیده شد که دارای پایه‌ای وسیع بر روی بخش خلفی مجرای گوش بوده و به طور کامل مجرای گوش را مسدود نموده بود (تصویر شماره ۱). هیچگونه علایمی از بیماری‌های گوش وجود نداشت. در معاینه به عمل آمده با دیاپازون۵۱۲ و ۱۰۲۴ رینه بیمار در گوش راست منفی و در گوش چپ مثبت بود. و بر بیمار به سمت راست انحراف داشت که به نفع وجود کاهش شنوایی هدایتی بود. در شنوایی سنجی به عمل آمده تمپانو گرام در سمت چپ به صورت A و در سمت راست به صورتB رسم گردید. در آزمون شنوایی سنجی با صدای خالص شنوایی بیمار در سمت چپ طبیعی و در سمت راست

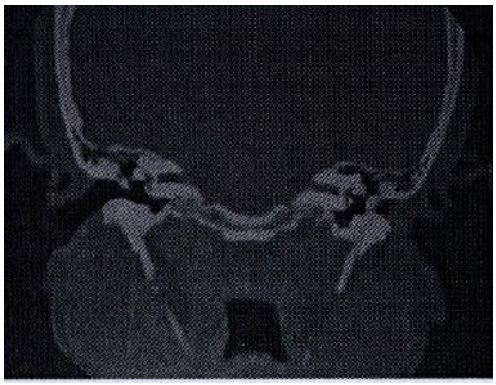
*متخصص گوش و حلق و بینی سرو گردن عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی گیلان ✉ گیلان بیمارستان امیرالمومنین(ع)

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

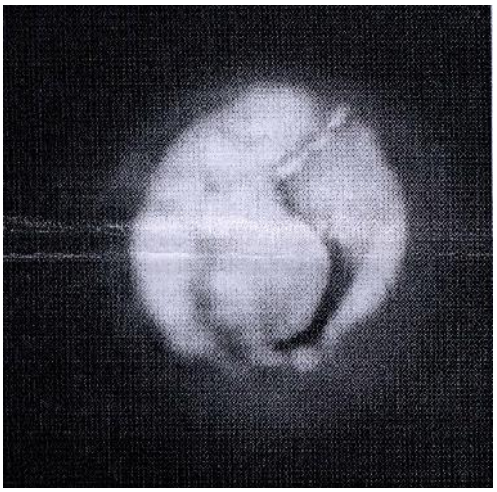
Archive of SID

کاهش شنوایی هدایتی در حد ۳۰ دسی بل وجود داشت (تصویر شمارهٔ ۲). در سی‌تی‌اسکن اگزیال و کرونال به عمل آمده، توده‌ای ایزودنس در قسمت غضروفی مجرای گوش با حدودی مشخص و به وضوح جدای ازقسمت استخوانی مجرا و پرده تمپان بدون خوردگی استخوان دیده شد. فضای گوش میانی و پلوماتیزاسیون ماستویید طبیعی (تصویر شماره۳).



تصویر شماره ۱: نمای آدنوم نحوه سرومنی در مجرای گوش.

با توجه به دانسیته توده مورد نظر و محل آن اولین تشخیص برای وی ضایعات با منشأ نسوج نرم و در مرحله بعدی ضایعات استخوانی مانند اگزوستوز داده شد. بیمار با تشخیص ضایعات خوش‌خیم مجرای گوش تحت بیهوشی عمومی مورد بررسی تفتیشی قرار گرفت و ضایعه به صورت کامل ازطریق مجرای گوش اکسیزیون گردید (Wide local exclsion). در رنگ‌آمیزی بافت‌شناسی با هماتوکسیلین و ائوزین در دو لایه سلول مشاهده گردید. لایه داخلی که مکعبی شکل یا استوانه‌ای کوتاه بود و دارای Snouts در ناحیه رأسی بودند. لایه خارجی از سول‌های دوکی شکل تشکیل شده بود. پیگمان زرد رنگ در سلول‌های داخلی دیده می‌شدکه نشانه سرومن بود(تصویر شماره۴). برای بیمار تشخیص آدنوم غدد سرومن داده شد.

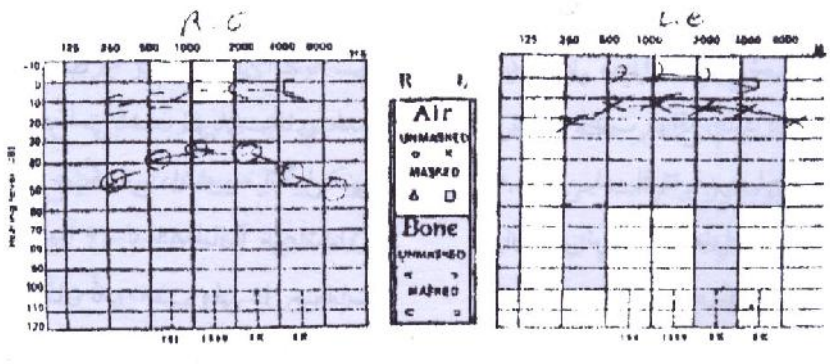


تصویر شماره ۳ : توموگرافی کامپیوتری بیماری در مقطع کورنال که تودهٔ ایزودنسی را در مجرای خارجی گوش راست بیمار نشان می‌دهد.

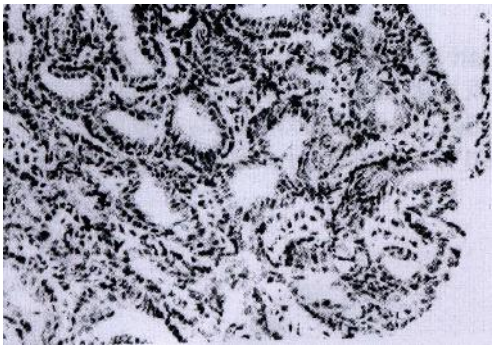
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

www.SID.ir

Archive of SID



تصویر شماره ۲ : شنوایی سنجی صدای خالص بیمار که نشان دهندهٔ کاهش شنوایی هدایتی گوش راست می‌باشد.



تصویر شماره ٤ : نمای هیستوپاتولوژیکی توده نسج نرم در مجرای گوش خارجی.

بحث

غدد سرومن، غدد عرق آپوکرینی مدیفیه شده می‌باشند که تنها در پوست قسمت غضروفی مجرای گوش خارجی وجود دارند. در واقع بایستی این غدد را غدد Apoeccrlne دانست که هر دو نوع ترشح را تولید می‌کنند(۳). نئوپلاسم‌های غدد سرومن خیلی ناشایع هستند و به انواع خوش‌خیم و بدخیم تقسیم می‌شوند(۴). از انواع خوش‌خیم می‌توان آدنوم(سرومینوم)، سیرنگوسیستادنوم پاپیلی فرانس و تومور مختلط (سیرنگومای کندروییـد) را نام برد. انواع بدخیم نئوپلاسم‌های غدد سرومن عبارتند از: کارسینوم موکوراپیدرموییـد، آدرنوکارسینوم، کارسینوم آدنوییـد سیستیک.

به‌طورکلی‌نسبت نئوپلاسم‌های بدخیم به خوش‌خیم ۲/۱ می‌باشد(۵). در میان کل نئوپلاسم‌های غدد سرومن ACC از همه شایع‌تر است و کم‌شایع‌ترین نئوپلاسم، آدنوکارسینوم سرومینوس می‌باشد. نئوپلاسم‌های غدد سرومن در دو جنس شیوع یکسانی داشته و میانگین سنی بیماران ۴۹ سال (محدوده ۲۶ تا ۸۹ سال) می‌باشد(٦). آدنوم (سرومینوم) در اسنان نادر است ولی در حیوانات اهلی (از جمله سگ‌ها و گربه‌ها) شایع می‌باشد(۷،۳). از آنجایی که این تومورها از منشأ غدد عرق می‌باشند، اطلاق نام هیدرآدنوم برای آنها ارجح است، چرا که غددسرومن مجرای‌گوش جزو غدد عرق بوده و سرومن ترشح نمی‌کنند و در واقع واکس نه تنها به وسیله این غدد بلکه به وسیله غدد سبابه EAC تولید می‌شود(۸،۷). امروزه بیشتر نام Cerumlnous gland adenoma به کار می‌رود. در سایر مکان‌ها این تومورها را هیدرآدنوم یا سیرنگو سیستادنوم می‌گویند. معمولاً بیمار با شکایت بسته‌شدن گوش مراجعه می‌کند(۹). و هیچ‌گونه سابقه‌ای از اتوره یا مشکل قبلی گوش را بیان نمی‌دارد. با ادامه رشد تومور ممکن است بیمار از احساس فشار در گوش شاکی باشد(۳). در معاینه بالینی، تومور به صورت تورم نرم و پولیپوییـد Introverted در انتهای خارجی گوش مشاهده می‌شود(۹) که نمای خاکستری کم‌رنگ داشته و با پوست پوشیده شده است. قطر توده تا ۴ سانتیمتر می‌تواند باشد(۴). بخش مهمی از تحقیق بالینی پزشک در تمام نئوپلاسم‌های غده‌ای مجرای گوش بایستی رد

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

Archive of SID

منشأ تومور از غده پاروتید باشد(۴). در گرافی به عمل آمده معمولاً شواهدی از خوردگی استخوان دیده نمی‌شود(۳). تشخیص ضایعه با معاینه بافت‌شناسی است. ازلحاظ میکروسکوپی‌نئوپلاسم فاقدکپسول‌مشخص بوده و متشکل از غدد منظم و گاهی همراه با پروجکشن‌هایی داخل لومن می‌باشد. اپی‌تلیوم غده دولایه‌ای است که لایه خارجی آن را میواپی تلیال تشکیل می‌دهد ولی ممکن است این یافته در تمام قسمت‌های نئوپلاسم دیده نشود. سلول‌های بعضی نواحی ترشح Decapltation را نشان می‌دهند (بخشی از سلول غده آپوکرین کنده شده و به داخل مجرا آزاد می‌شود که آن را Decapitation می‌نامند) اغلب مواقع غدد در گروه‌هایی مرتب شده‌اند که به وسیله بافت فیبرو احاطه گشته‌اند و در بعضی موارد می‌توان در سلول‌های تومورپیگمان اسیدفاست فلورسنتی را مشاهده کرد. این یافته درغدد سرومن طبیعی نیز دیده‌می‌شود(۴). به‌طورکلی سلول‌های‌توموری مشخصات آپوکرینی را به صورت سیتوپلاسم گرانولر، Decapitation آپوکرین و Cytoplasmic snouts در سطح لومنی با هسته‌های خوش خیم و کوچک نشان می‌دهند. این تومورها می‌توانند توپر و پاپیلاری یا کیستی باشند(۶) (تصویر شماره ۴). اگرچه در نئوپلاسم‌های خوش‌خیم، در صورت اکسیزیون دقیق انتظار عود نمی‌رود، با این حال در آدنوم غدد سرومن تمایل به عود وجود داشته(۳). و از این رو اکسیزیون موضعی وسیع در همه تومورها الزامی است و به علت تمایسل ضایعه به عود موضعی و وجود تغییرات بدخیم و به ندرت متاستاز به ریه‌ها یا کلیه‌ها پیگیری دوره‌های برنامه‌ریزی شده ضروری می‌باشد (۱۱،۳). Salto و همکاران (۱۹۹۰) موردی از سرومینوم گزارش کردند که به استخوان تمپورال دست‌اندازی نموده و در بافت‌شناسی آدنوم پاپیلری مطرح گردیده بود. این تومور پس از برداشتن ساب توتال عود کرده و به داخل جمجمه دست اندازی نمودو در نهایت برای بیمار تشخیص آدنوکارسینوم داده شد(۱۱). این مورد و موارد مشابه سبب شده است که عده‌ای همه تومورهای غدد سرومن را بالقوه بدخیم در نظر بگیرند. این که نظر فوق صحیح است یا خیر، به مطالعات بیشتر و طولانی مدت‌تری نیاز دارد(۱۲). سیرنگوسیستادنوم پاپیلی فروم نوع دیگری از نئوپلاسم‌های خوش خیم غدد سرومنی است. این هامارتوم رابطه نزدیکی با غدد عرق و سایر ساختمان‌های آدنگسال دارد. این ضایعه خوش‌خیم معمولاً در کودکان یا بالغین جوان دیده می‌شود. شایع‌ترین محل بروز آن سر و گردن است. گاهی مواقع در مجرای گوش نیز دیده می‌شود. ضایعه به صورت توده‌ای توموری است که نمای پلاک برجسته بدون مو داشته و گاهی اوقات پاپیلوماتوز وکراسته می‌باشد. از لحاظ میکروسکوپی نمای پاپیلوماتوز ناشی از آکانتوز اپیدرمال غیرمنظم با درجات متفاوتی از هیپرکراتوز و انواژیناسیون‌کیستی پراکنده است و درعمق انواژیناسیون میکروپاپیلاها دیده می‌شوند که به سمت مجرای کیست گسترش یافته‌اند. کیست‌ها و پاپیلاها از دو لایه مفروش شده‌اند: لایه داخلی سلول‌های مکعبی و لایه خارجی سلول‌های استوانه‌ای‌که‌گاهی اوقات ترشح Decapitation رانشان می‌دهند. دیواره کیست حاوی غدد آپوکرینی است. معمولاً سلول‌های التهابی، عمدتاً پلاسماسل، در استرومای پاپیلا ارتشاح یافته‌اند. به طور شایعی در زیر ضایعه، غدد آپوکرینی متسع دیده می‌شوند در ۱۰ درصد موارد همراه با ضایعه BCC و در ۱/۳ موارد Nevus sebaceous Jadassohn گزارش می‌گردد (۱۴،۱۳،۴). نوع دیگر از تومورهای خوش‌خیم با منشأ غددی تومور مختلط است که ساختمانی شبیه آدنوم پلئومورفیک غدد بزاقی دارد و گاه در مجرای گوش خارجی دیده می‌شود. در بافت‌شناسی غضروف و ساختمان‌های میواپی تلیالی و آدنوماتوز دیده می‌شود. منشأ این تومور احتمالاً غدد اکرین است. از این رو نباید

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

Archive of SID

آنها را با نئوپلاسم‌های غدد آپوکرینی(غدد سرومن) دسته‌بندی کرد.

نئوپلاسم‌های بدخیم غده‌ای از نوع غدد بزاقی نیز گاهی در مجرای گوش یافت می‌شوند که ممکن است منشأ آنها غدد سرومن باشد. در این مواقع نکته حیاتی رد منشأ تومور از غده پاروتید است. شایع‌ترین این تومورها کارسینوم آدنوییدکیستیک می‌باشد که نمای ماکروسکوپی و میکروسکوپی آن مشابه تومورهای غدد بزاقی مینور و ماژور است و به مانند آنها تمایل تهاجم به غلاف عصبی و عود سرکش و در نهایت متاستاز از طریق جریان خون دارد(۴).کارسینوم موکواپیدرموید اولیه مجرای گوش نیز شرح داده شده است. نئوپلاسم بدخیم غددی بدون ساختمان‌های آدنوییدکیستیک یا موکواپیدر مویید نیز ممکن است در مجرای گوش روی دهند که بافت‌شناسی آنها قدری شبیه آدنوم غدد سرومنی است ولی معمولاً درآنها میواپی تلیالی و ترشح Decapitation وجود نداشته و هسته‌های آتیپیک و میتوز دیده می‌شود(۴).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

www.SID.ir

Archive of SID

فهرست منابع

1- Miralam C.M, De Castro. Tumor de glandula ceruminoma com invasao intracranial relato de aso. ***Arq Neuropsiquatr***. 2000; 58(2-A): 324-9.

2- Jovanolc S, Strabac M, petrovic A, et al. Ceruminoma- adenocarcinoma. A case report. ***Archive of Oncology.*** 2001; 9(Supp1): 82.

3- Diabartoloneo JR, Paparella MM, Meyerhoff WL. Cysts and tumors of the external ear. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. Editors. ***Otoloyngology.*** 3rd edition, WB Saunders; 1991. 1245.

4- Micheal SL. Pathology of the external and middle ear. In: Albertl PW, Ruben RJ, editors. ***Otologic medicine and surgery.*** 1st edition, Churchill Livingstone; 1998. P. 624-8.

5- Austin DF. Disease of the external ear. In: Ballenger JJ, Snow JB, editors. ***Otorhinolaryngology head and heck surgery.*** 15th edition, Williams & Wilkins; 1996. 987-8.

6- Davis GL. Ear: external, middle and temportal bone In: Gnepp DR, editor. ***Diagnosis surgical pathlogy of the head and neck.*** WB Saunders, 2001. 703.

7- Wright D. Disease of the external ear, In: Booth JB, editor. Scott Brown,s otolaryngology. 6th edition, ***Butterworth-Heinemann;*** 1997. P. 3,6,17.

8- Shaheen OH. Epithelial tumors of the external auditory meatus and middle ear, In: Booth JB editor. ***Scott- Brown,s otolaryngology.*** 6th edition, Butterworth-Heinemann; 1997. P. 2,3,22.

9- Schuller DE, Schleuning AJ. Tumors. In: Deweese and Saunders, ***Otolaryngology head and neck surgery***. 8th edition, Mosby; 1994. 444.

10- Ritchie AC. Ear: Boyds, textbook of pathology. 9th edition, Lea & Febiger; 1990. 963.

11- Soito R, Kodaki K, Shlobara R, Tota S, Kanzaki J. Ceruminoma with intracranial invasion- case report. ***Neurol Med Chir*** 1990; 20(13): 1034-7.

12- Mansour P, George MK, Pahor AL. Ceruminous gland tumors: a reappraisal. ***J Laryngol Otol.*** 106(8): 727-32.

13- Smith JL. Pathology of skin tumors of head and neck. In: Thawley SE, Pange WB Saunders; 1987. 1184.

14- Kinney SE. Cllnical evaluation and treatment of ear tumors, In: Thawley SE, Page WR, editors. ***Comprehensive managent of head and neck tumors.WB Saunders:*** 1987. P. 183.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

www.SID.ir