



یک گزارش آسیب شناسی

هیستوپاتولوژی

برآمدگی این ضایعات در اثر وجود یک نئوپلاسم غیر کپسول داری است که از صفحات سلولی چند وجهی با سیتوپلاسم رنگ پریده گرانولر شنی تشکیل شده است. هسته ها کوچک، متراکم و از لحاظ ریخت شناسی خوش خیم هستند. اشکال میتوزی نادر بوده، هیپرپلازی سودوای تلیماتوز پوشاننده ضایعه در نیمی از موارد رخ می دهد و در حدی که ممکن است تومور سلول گرانولر زیرین آن دیده نشود و به اشتباه تشخیص Squamous cell carcinoma گذاشته شود. هیپر پلازی سودوای تلیماتوز پوشاننده این تومور یک فرایند کاملا خوش خیم است.

از دید میکروسکوپ الکترونی تومور سلول گرانولر در هر دو نوع گرانولر سل تومور معمولی و نوع مادرزادی حاوی واکوئل های اتوفازیک است که یکی از تفاوت های مهم عدم وجود اجسام angulate در ضایعات لته مادرزادی است و همچنین در ضایعات لته وجود میکروفیلانمت با اجسام متراکم دوکی شکل (fusiform dense bodies)، وریکول پینوسیتوتیک و همچنین غشاء پایه ذکر شده است.

از لحاظ ایمونوهیستوشیمی تومور سلول گرانولر پروتئین S100 که مشخصه تومورهای عصبی است و همچنین CD57 و کلاژن نوع ۱ و ۱۰ در خود بیان می کنند. شایان ذکر است که در نوع لته ای نوزادان مارکر S100 بروز نمی یابد. (۲) هر دوی این ضایعات CEA, HLA-DR, مثبت بوده ولی از جهت مارکرهای آلفا-۱-آنتی تریپسین و smooth muscle actin منفی هستند.

تشخیص افتراقی

از نگاه بالینی تومور سلول گرانولر می تواند با ضایعات دیگر بافت پیوندی اشتباه شود، همچون: نورو فیبروم، شوآنوم و Palisaded encapsulated neuroma در تشخیص افتراقی اصلی هستند. تومورهای غدد بزاقی، لیپوم و سایر نئوپلاسم های خوش خیم مزانشیمی

نمونه بیوبسی از آقای ۱۵ ساله، که برای وجود پلاک سفید رنگ زبان به متخصص پوست رفته بود، دریافت شد. به گفته ی بیمار این ضایعه چند ماهی است پدید آمده است.

آزمایش میکروسکوپی

در بررسی میکروسکوپی، اپی تلیم سنگفرشی زبان همراه با هیپرپلازی سودو اپی تلیماتوز دیده شد. لامینا پروپریای زیرین یک نئوپلاسم را آشکار کرد که از آشیانه های سلولی تومورال چند وجهی با هسته های کوچک هیپرکروم، و سیتوپلاسم های گرانولر فراوان همراه با قطرات اسیدوفیل بزرگ، تشکیل شده بود. در بررسی ایمونوهیستوشیمی، سلول های نئوپلاستیک مارکر S100 را نمایانند (شکل ۷ و ۸) بدن روی بر پایه ی نماهای مشخص زیر (۱ تا ۸) برای این نمونه تشخیص "Granular cell tumor" گذاشته شد.

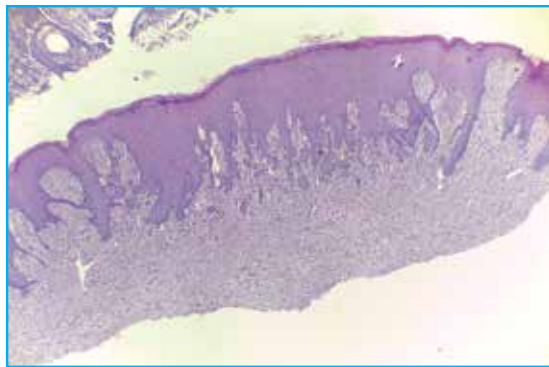
بحث

تومور سلول گرانولر در کودکی تا کهنسالی دیده می شود، ولی بیماران بیشتر میانسال هستند.

در برخی از پژوهش ها، فراوانی این بدخیمی را در جنس زن شایع تر گزارش شده است، ولی در برخی دیگر از بررسی ها آمده است که در هر دو جنس به طور یکسان روی می دهد.

این تومور بیشتر به شکل یک توده بی علامت و غیر ملتهب، که کوچک تر از ۲ سانتی متر بوده نمایان می شود و بیشتر به رنگ زرد در می آید.

اپی تلیم پوشاننده سالم است. تومورهای متعدد نیز گزارش شده است. گرانولر سل تومور مادرزادی همواره در قسمت جلویی لته ها ی نوزادان نمایان می شود. این آسیب ها به گونه ی توده های پایه دار (Broad based) غیر ملتهب آشکار می شوند. لته ماگزیلاری بیشتر از ماندیبولر درگیر می شود. در دختران بیش از پسران دیده می شود. این تومور عود نمی کند و حتی ممکن است خودبخود پسرفت کنند.



می توانند به گونه ی یک توده داخل دهانی بی نشان، مانند تومور سلول گرانولر پدید آیند.

Traumatic fibroma یک ضایعه شایع راکتیو بوده که آن نیز در افتراق با این ضایعه قرار می گیرد. بیوپسی با آنالیز هیستوپاتولوژی تنها راه تشخیص قطعی است.

تومور سلول گرانولر مادرزادی با توجه به سن بروز ضایعه و محل وجود آمدن آن در نوع خود منحصر بفرد است. توده های زیر مخاطی دیگر که در لثه نوزادان اتفاق می افتد شامل Gingival cyst و تومور نوروآکتودرمال شیرخوارگی بوده که در عمق واقع شده و پایه پهنی دارند. رابدومیوسارکوم سریع تر رشد کرده و رنگ تیره تری دارد.

درمان

تومور سلول گرانولر با جراحی برداشته می شود و برگشت پذیر نیست.

References :

- [1]Regazi Joseph A. Ms, Scilubba James J. DMD PhD, Jordan Richard C.K. DDS MSc PhD, Oral pathology, clinical pathologic correlations, 6th ed, 175-177
- [2]Fletcher Christopher D.M, Diagnostic Histopathology of Tumors, 4th ed, 2045-2047

