

گزارش یک مورد همانژیوم غاری شکل کام همراه با شکاف کام نرم

فرشید بزرگی قراقویونلو: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده رابط

E-Mail: F.Bozorgi@yahoo.com

شرین سراوانی: گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۷/۱/۲۶، پذیرش: ۸۷/۷/۱۸

چکیده

همانژیومها، تومورهای عروقی خوش خیمی هستند که شایعترین مکان بروز آنها سر و گردن است و در کام بندرت رخ می دهند. همانژیوم به دو شکل میکروسکوپی مویرگی و غاری شکل تقسیم می شود که همانژیوم غاری شکل شیوع کمتری دارد. در این گزارش خانم ۵۳ ساله ای معرفی می شود که با شکایت از زخم همراه با درد مختصر در ناحیه کام مراجعه کرده بود. در معاینه بالینی، شکاف دو طرفه کام بدون توده ای واضحی همراه با تندرست در لبه راست شکاف مشاهده شد. از محل زخم بیوپسی برداشته شد و تشخیص هیستوپاتولوژیک همانژیوم غاری شکل گذاشته شد.

کلیدواژه: همانژیوم، همانژیوم غاری شکل، همانژیوم کام، شکاف کام

مقدمه

(۹) و زبان شایعترین محل درگیری آن می باشد (۳۱). از نظر ماکروسکوپی، همانژیوم غاری شکل، توده ای اسفنجی و نرم به رنگ آبی-قرمز با قطر ۱ تا ۲ سانتی متر می باشد (۹) که تست دیاسکوپ آن مثبت می باشد (۷). در نمای میکروسکوپی، توده ای با حدود کاملاً مشخص و بدون کپسول است که از فضاهای عروقی غاری و بزرگی ایجاد شده که بطور نسبی با کامل با خون پر شده و بوسیله داربست ضعیفی از بافت همبند از یکدیگر جدا شده اند (۷). همانژیومهای بزرگ و عمیق می توانند تحت ترومبوز، زخمی شدن و عفونت قرار گیرند (۱).

گزارش مورد

بیمار خانم ۵۳ ساله ای است که با شکایت از زخم و درد مختصر در ناحیه کام مراجعه کرده است. بیمار از ۲۰ روز قبل بدنبال سینوزیت های مکرر و ناراحتی ناشی از دندان مصنوعی که ۱۸ سال قبل ساخته شده بود، دچار زخم و خونریزی همراه با درد در ناحیه کام شده است. بیمار سابقه سردرد داشته که از ۱۵ روز قبل تشدید یافته است همچنین سابقه جراحی گوش راست در ۴ سال قبل را ذکر می کند. در معاینه بالینی، دفورمیتی ظاهری

همانژیومها در یک منطقه ی خاکستری بین ضایعات هامارتومی و نئوپلاسم های حقیقی قرار می گیرند. آنها اغلب بدلیل طبیعت موضعی و اثر توده ای به عنوان تومور در نظر گرفته می شوند. این ضایعات واضحاً خوش خیم هستند و تقریباً هیچگاه بدخیم نمی شوند و درصد بالایی از آنها در کودکان بوقوع می پیوندند (۱).

همانژیوم در زنان بسیار شایعتر از مردان است (به نسبت ۳ به ۱) و ۸۰٪ موارد بصورت منفرد بروز می یابد (۲). شایعترین مکان آنها سر و گردن است (۴ و ۳) که ۶۰٪ کل موارد را شامل می شود (۲). لبها، زبان و مخاط باکال شایعترین محل درگیری آن می باشد (۵). وقوع آن در کام نادر است (۷ و ۸) ولی کمتر از ۳٪ موارد آنها در کام بوقوع می پیوندند (۷ و ۸). همانژیومها اغلب در زمان تولد وجود داشته و در طول رشد کودک، گسترش می یابند. با وجود این بسیاری از ضایعات عروقی خود به خود قبل از بلوغ یا درحین آن، پسرفت می کنند (۹).

همانژیومها به دو نوع میکروسکوپی مویرگی و غاری شکل که اساساً تفاوت قطر عروقی را نشان می دهد تقسیم می شوند (۵). همانژیوم غاری شکل شیوع کمتری نسبت به نوع مویرگی دارد

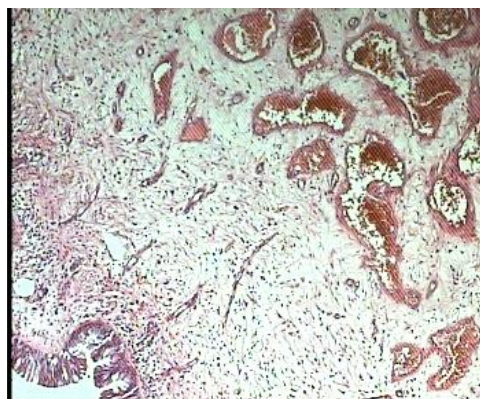
بحث

دکتر Chamyal در سال ۱۹۹۳ یک مورد تورم عروقی وسیع بر روی کام با تشخیص همانژیوم مویرگی-غاری شکل و نیز دکتر Lale و همکارانش در سال ۱۹۹۸ یک مورد همانژیوم مویرگی در کام یک دختر هفت هفته‌ای با مشکل شیر خوردن گزارش کرده‌اند که هیچکدام شکاف کام نداشتند (۷ و ۱۰).

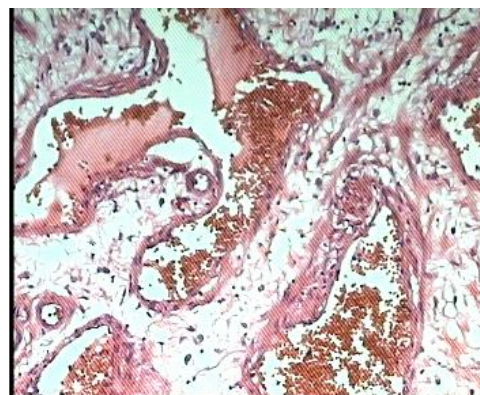
همانژیومای کامی گاه با برخی از سندرم‌های مادرزادی همراه است، به عنوان مثال دکتر kiristioglu و همکاران در سال ۱۹۹۹ یک مورد همانژیومای کامی را در یک نوزاد دختر یک روزه مبتلا به سندرم Aicardi که نماهای بالینی آن شامل آرنژی corpus callosum و اختلال بینایی و اسپاسم نوزادی می‌باشد گزارش کردند (۱۱). دکتر Bajaj و همکاران نیز در سال ۲۰۰۳ یک مورد همانژیوم غاری چند کانونی با درگیری همزمان پلک و اربیت، ملتحمه، گونه، کام و فضای تمپورال همراه با ناهنجاریهای سیستمیک گزارش کرده‌اند (۱۲). قابل ذکر است که اتیولوژی، پاتوژنز و نکات درمانی همانژیوم کاورنوس کام در سال ۲۰۰۶ توسط دکتر Markiewicz و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است (۶).

تاکنون تنها یک مورد همانژیوما همراه با شکاف کام در سال ۲۰۰۲ توسط دکتر Ratageri و همکاران در یک نوزاد دختر با تشخیص هیستوپاتولوژیکی همانژیوم مویرگی گزارش شده است (۸). در مقاله‌ی حاضر نیز به گزارش موردی از همانژیوم غاری شکل کام در یک خانم ۵۳ ساله با شکاف کام پرداخته شد که تاکنون تنها مورد گزارش شده از همانژیوم غاری شکل منفرد همراه با شکاف کام می‌باشد.

در بینی و لب فوقانی دیده نمی‌شود و در معاینه دهانی، شکاف دو طرفه‌ی کام بدون زخم و توده‌ی واضحی مشاهده می‌شود. در سمت راست لبه شکاف تدرنس وجود دارد. لنگادنویاتی گردنی وجود ندارد. از محل زخم قبلی بیوپسی انجام شد که نمای ماکروسکوپی بافت بیوپسی شده بصورت دو قطعه‌ی بافت نرم کرم قهوه‌ای به ابعاد کلی ۱×۱×۱cm بود. در نمای هیستوپاتولوژیک نمونه، توده‌ای بدون کپسول شامل فضاهای عروقی غاری شکل و بزرگ که بطور نسبی با خون پر شده بود دیده شد (تصویر ۱ و ۲).



تصویر ۱: نمای هیستوپاتولوژیک همانژیوم غاری شکل کام (بزرگنمایی ۱۰×۳/۲)



تصویر ۲: نمای هیستوپاتولوژیک همانژیوم غاری شکل کام (بزرگنمایی ۱۰×۱۰)

References:

- Rosai J. *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*. 9th ed. USA, Elsevier Science, 2004; PP: 2285-2288, 2265.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. USA, Saunders, 2002; PP: 467-470.
- Correa PH. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and varix in a Brazilian population. *Braz oral res* 2007; **21**(1): 40-45.
- Silverberg SG, DeLellis RA, Frable WJ, Livolsi VA, Wick MR. *Silverberg's Principles and Practice of Surgical Pathology and Cytopathology*. 4th ed. USA, Churchill Livingstone Elsevier, 2006; PP: 1186.
- Regezi J, Sciubba J, Jordan R. *Oral Pathology (Clinical Pathologic Correlations)*. 4th ed. USA, Elsevier Science, 2003; PP: 111.
- Lale AM, Jani N, Coleman N, Ellis P. A palatal haemangioma in a child. *The Journal of Laryngology and Otology* 1998; **112**: 677-678.
- Markiewicz MR, Margarno JE, Aguirr A, suresh L. Cavernous hemangioma of the palate. A review of etiology, pathogenesis and treatment options. *NY state Dent J* 2006; **72**(6): 40-42.
- Ratageri VH, Rajshankar S. Palatal hemangioma with cleft zero. *Indian Pediatrics* 2002; **39**: 693-694.
- Cotran RS, Kumar V. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. 7th ed. USA, Elsevier Saunders, 2005; PP: 545-546.
- Chamyal PC, Sukthankar PS, Pathak DS. Capillo-cavernous hemangioma of soft palatal a treatment

- enigma. *Medical Journal Armed Force India* 1993; **49**(2): 132-133.
11. Kiristioglu I, Kilic N, Gurpinar AN, Dogruyol H. Aicardi syndrome associated with palatal hemangioma. *Eur J Pediatr surg* 1999; **9**(5): 325-326.
12. Bajaj MS, Nainiwal SK, Pushker N, Balasubramanya R. Multimodal cavernous hemangioma: A rare presentation. *Orbit* 2003; **22**(3): 155-159.