

معرفی یک مورد کارسینوم آدنوئید سیستیک غده بارتولن ولو

دکتر طاهره اشرف گنجویی^۱، دکتر شهریار دبیری^{۲*}، دکتر مهناز یزدان پناه^۳، دکتر سهیل حسن زاده^۴

خلاصه: کارسینوم آدنوئید سیستیک غده بارتولن ولو بدخیمی نادر سیستم تناسلی زنان است که کمتر از ۱٪ کارسینوم‌های ناحیه ولو را تشکیل می‌دهد و تاکنون کمتر از صد مورد از آن گزارش شده است. این گزارش موردی از خانم متأهل ۴۴ ساله‌ای است که با شکایت احساس توده دردناک در ناحیه دستگاه تناسلی خارجی مراجعه نموده است. از ضایعه بیمار بیوپسی برداشته شد که جواب پاتولوژی اولیه کارسینوم آدنوئید سیستیک با منشاء غده بارتولن گزارش گردید. بیمار سپس تحت عمل رادیکال ولوکتومی همراه با برداشتن غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال دو طرف قرار گرفت. در گزارش پاتولوژی حاشیه‌های جراحی آزاد بودند و متاستاز به غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال دو طرف وجود نداشت
واژه‌های کلیدی: کارسینوم آدنوئید سیستیک، غده بارتولن، کارسینوم ولو

مقدمه

در نمای میکروسکوپی به شکل جزایری از سلول‌های بدخیم یک شکل با الگوی غربالی شکل است که با استرومای هیالینیزه از هم جدا شده‌اند (۱). تهاجم عصبی در صورت وجود اهمیت تشخیصی دارد (۳). درمان شامل اکسیزیون وسیع موضعی یا ولوکتومی رادیکال همراه یا بدون لنفادنکتومی ناحیه‌ای است (۱).

کارسینوم ولو چهارمین سرطان شایع دستگاه تناسلی جنس مؤنث است (۱). در میان کارسینوم‌های ولو ۵-۱/۰ درصد موارد منشأ غده بارتولن دارند که نوع آدنوئید سیستیک آن بسیار نادر بوده و تاکنون کمتر از صد مورد از آن گزارش شده است (۲). در نمای ماکروسکوپی معمولاً یک توده با حدود نامشخص، توپر، با رشد آهسته و ابعاد ۴cm - ۰/۵ است.

۱- دانشیار گروه زنان و مامائی، دانشکده پزشکی افضل‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- استاد گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی افضل‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳- پاتولوژیست، دانشکده پزشکی افضل‌پور ۴- دستیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی افضل‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نویسنده مسؤول، آدرس: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی افضل‌پور، انتهای بلوار ۲۲ بهمن، کرمان • آدرس پست الکترونیک: dabiri12@yahoo.com

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۲۵

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۸/۵/۴

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱/۱۷

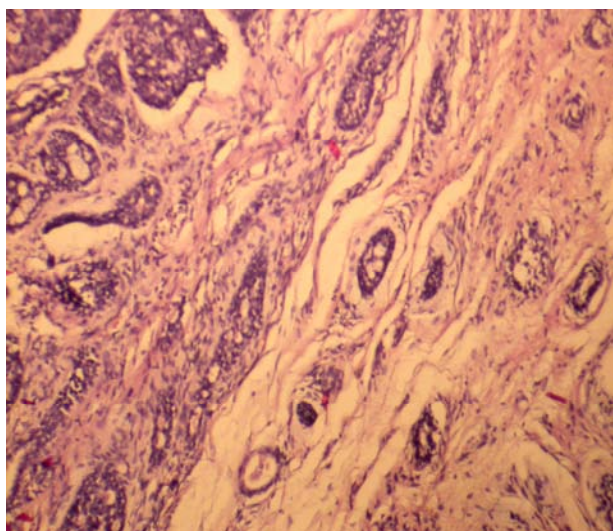
گزارش مورد

بیمار خانمی ۴۴ ساله و متأهل با سابقه ۳ بار زایمان و یک بار سقط است که سابقه بیماری خانوادگی و بیماری قبلی خاصی را ذکر نمی‌کرد. وی با شکایت احساس توده دردناک در ناحیه دستگاه تناسلی خارجی از چند ماه پیش مراجعه کرده بود. در معاینه ژنیکولوژیک در ناحیه خلفی - طرفی سمت چپ ولو توده‌ای به ابعاد ۲×۲cm با قوام نسبتاً نرم و متحرک لمس شد. در معاینه با اسپاکولوم دیواره‌های واژن و سرویکس طبیعی و در معاینه دودستی اندازه رحم و تخمدان‌ها طبیعی بود و در سونوگرافی ضایعه خاصی دیده نشد.

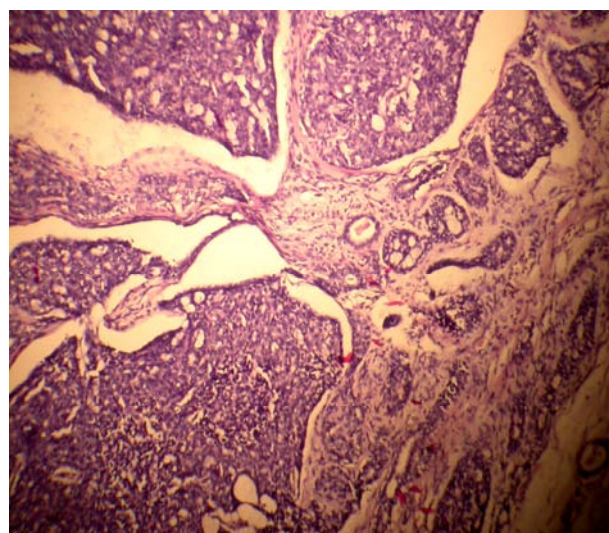
از ضایعه بیمار بیوپسی برداشته شد که جواب پاتولوژی کارسینوم آدنوئید سیستیک با منشاء غده بارتولن گزارش شد. بیمار بعد از حدود سه ماه تحت عمل رادیکال ولوکتومی همراه با برداشتن غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال دو طرف قرار گرفت.

در نمای ماکروسکوپی نسج برداشته شده، لب‌های بزرگ و کوچک ولو ظاهراً طبیعی و در سمت چپ در بخش تحتانی و عمقی لب‌های بزرگ به فاصله حدود ۰/۵cm از سطح پوست یک ضایعه توپر کرم - قهوه‌ای با حدود نسبتاً مشخص به قطر ۱cm دیده شد.

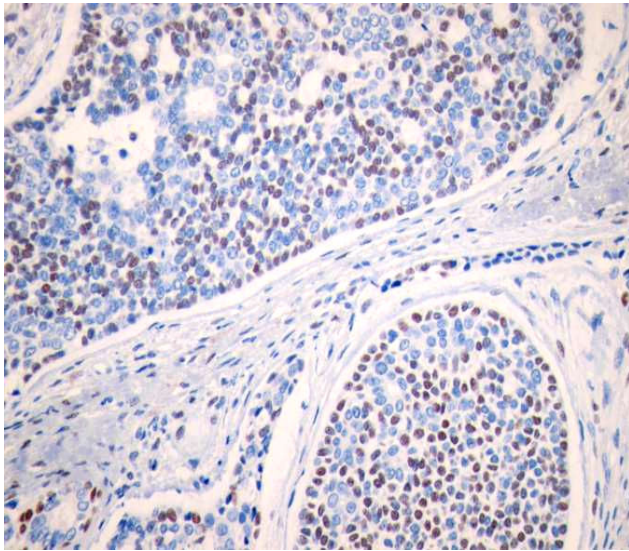
در نمای میکروسکوپی سه الگوی متفاوت توبولار، غربالی شکل و توپر دیده شد. اشکال توبولار شامل مجاری مفروش با یک لایه سلول اپیتلیال در داخل و سلول‌های میو اپیتلیال در خارج بود. الگوی غربالی شکل، توبولر و ساختمان‌های شبه غددی وجود داشت که با سلول‌های اپیتلیال هیپرکروم، نسبتاً یک شکل و گرد مفروش شده بودند. بعضی از ساختمان‌های غددی حاوی ترشحات ائوزینوفیلیک بودند. استرومای مابین هیالینیزه و فیروزه بود (شکل ۱ و ۲). در رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی CD117 نمای اپیتلیال و P 63 نمای میو اپیتلیال سلول‌های توموری را نشان داد (شکل ۳ و ۴).



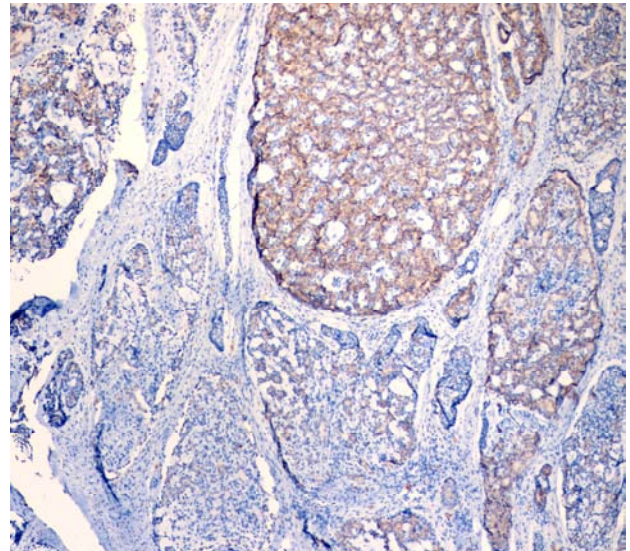
شکل ۲. منظره غربالی شکل شامل مجاری پر شده با ماده ائوزینوفیلیک است



شکل ۱. الگوی توپر شامل جزایری از سلول‌های یک شکل است و بعضی مناطق دارای فضا‌های میکروسیستیک و توبولار است.



شکل ۴. رنگ آمیزی هسته‌ای مثبت برای مارکر P63 در سلول‌های میو اپیتلیال (x400)



شکل ۳. رنگ آمیزی غشایی مثبت به شکل منتشر برای مارکر CD117 در سلول‌های اپیتلیال تومور (x100)

بحث

کارسینوم ولو چهارمین بدخیمی شایع در سیستم تناسلی زنانه است (۱). در میان نئوپلاسم‌های ناحیه ولو، ۵٪ - ۱۰٪ آنها منشأ غده بارتولن دارند. کارسینوم آدنوئید سیستیک غده بارتولن بسیار نادر است (۱) و تاکنون کمتر از صد مورد از آن گزارش شده است (۲).

سن متوسط تشخیص ۴۹ سالگی و با یک محدوده سنی ۸۰-۲۵ سال است (۴).

علائم عمدتاً غیر اختصاصی شامل درد، احساس سوزش، خونریزی، توده قابل لمس، مقاربت دردناک و احساس خارش است. در نمای بالینی بزرگی غده بارتولن ممکن است مشابه یک کیست غده بارتولن باشد بطوریکه اغلب بیماران با تشخیص احتمالی کیست عفونی تحت درناژ و Marsupialization قرار می‌گیرند (۱).

مورد گزارش شده نیز به دلیل احساس توده و درد ناحیه تحتانی طرفی سمت چپ ولو مراجعه کرد و

باتشخیص احتمالی کیست بارتولن تحت رزکسیون توده قرار گرفت.

کارسینوم آدنوئید سیستیک رشد آهسته دارد و اغلب تهاجم موضعی پیدا می‌کند (۵). از خصوصیات عمده این تومور رشد اطراف عصب و تهاجم به عروق لنفاتیکی است (۱). متاستاز به ریه هم ممکن است دیده شود (۶).

در مورد درمان انتخابی این بیماری به دلیل نادر بودن تومور و تعداد محدود موارد گزارش شده هنوز توافق نظر وجود ندارد. درمان بیماری معمولاً اکسیزیون موضعی یا ولوکتومی رادیکال است که معمولاً همراه با برداشت ناقص یا کامل غدد لنفاوی ناحیه‌ای انجام می‌شود (۱).

مورد گزارش شده تحت ولوکتومی رادیکال با برداشتن غدد لنفاوی اینگوئینال دو طرفه قرار گرفت. عده‌ای معتقدند که اگر تهاجم تومور محدود باشد یک رزکسیون وسیع با حاشیه‌های جراحی سالم درمان انتخابی است. از آنجا که تنها ۱۰٪ بیماران متاستاز به غدد لنفاوی داشته‌اند برداشت غدد لنفاوی

اینگوئینال است (۱). وضعیت حاشیه‌های جراحی مهم‌ترین عامل مرتبط با عود تومور است (۴). از آنجا که عود موضعی در این تومور شایع است، درمان اولیه پیشنهادی برخی از صاحب‌نظران اکسیزیون موضعی وسیع تومور و برداشتن غدد لنفاوی اینگوئینال همان طرف به شرط درگیر نبودن حاشیه‌های آن می‌باشد (۱).

به دلیل نادر بودن سرطان غده بارتولن و خصوصاً نوع آدنوئید سیستیک آن توصیه‌های درمانی بر اساس موارد محدود گزارش شده است و هیچ توافقی در زمینه درمان مناسب این تومور وجود ندارد و در اکثر موارد گزارش شده اکسیزیون وسیع موضعی و یا ولوکتومی رادیکال با و یا بدون برداشتن غدد لنفاوی انجام میشود (۴). جهت ارزیابی نتایج درمانی و رسیدن به درمان ایده‌آل پی‌گیری طولانی مدت بیماران الزامی است زیرا احتمال عود تومور و متاستاز دوردست از جمله متاستاز ریوی در این بیماران وجود دارد.

ناحیه‌ای برای بیمارانی که به دلیل مرحله پیشرفته‌تر سرطان و حاشیه درگیر تومور احتمال درگیری غدد لنفاوی در آنها بیشتر است، صورت می‌گیرد (۱). شیمی‌درمانی تکمیلی برای مواردی که حاشیه‌های جراحی درگیر هستند یا در مواردی که تهاجم عصبی وجود دارد پیشنهاد می‌شود (۱).

بقای طولانی مدت عالی بوده و بقای ۵ و ۱۰ ساله به ترتیب ۱۰۰٪ - ۷۱٪ و ۱۰۰٪ - ۵۹٪ است (۱).

نتیجه‌گیری

از آنجا که کارسینوم آدنوئید سیستیک غده بارتولن در اغلب موارد با یک توده دردناک ناحیه ولو و واژینال خود را نشان می‌دهد، در بیماران با شکایت احساس توده یا درد در این ناحیه بررسی کامل این ناحیه جهت جلوگیری در تأخیر در تشخیص کانسره‌های ناحیه غده بارتولن ضروری است. درمان معمولاً اکسیزیون موضعی وسیع یا رادیکال ولوکتومی همراه یا بدون لنفادنکتومی ناحیه

A Case Report of Adenoid Cystic Carcinoma of the Bartholin Gland

Ashrafganjooi R., M.D.¹, Dabiri Sh., M.D.^{2*}, Yazdanpanah M., M.D.³, Hasanzadeh S., M.D.⁴

1. Associate Professor of Obstetrics & Gynecology, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Professor of Pathology, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3. Pathologist, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
4. Resident of Pathology, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author, e-mail: dabiri12@yahoo.com

(Received: 6 April 2009 Accepted: 26 July 2009)

Abstract

Primary adenoid cystic carcinoma of the Bartholin gland is a rare carcinoma in female genitalia tract. In review of literature less than 100 cases have been reported. The presented case is a 44 - year - old married woman with complain of a painful mass in the vulvar area. The nodule was excised and microscopic examination revealed adenoid cystic carcinoma of Bartholin gland origin. A few months later radical vulvectomy with bilateral inguinal lymphadenectomy was performed. In the pathology report, margins and all separated lymph nodes from inguinal area were free of tumor.

Keywords: Adenoid cystic Carcinoma, Bartholin glands, Vulvar cancers

References

1. Woida FM, Ribeiro-Silva A. Adenoid cystic carcinoma of the Bartholin gland: an overview. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 2006; 131(5): 796–8.
2. Crum CP, Lee KR. Diagnostic gynecology and obstetric pathology. USA, Elsevier, Saunders, 2006; pp 155-6.
3. Yang SY, Lee JW, Kim WS, Jung KL, Lee SJ, Lee JH, et al. Adenoid cystic carcinoma of the Bartholin's gland: report of two cases and review of the literature. *Gynecologic oncology* 2006; 100(2): 422-5.
4. Şahincioglu O, Berker B, Gungor M, Kanka D, Sertcelik A. Adenoid cystic carcinoma of the Bartholin's gland: a rare tumor unmarked by persistent vulvar pain in a postmenopausal women. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 278 (5): 473–6.
5. Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 14th ed., USA, Lippincott, Williams & Wilkins, 2007; pp 1570-1.
6. Stehman FB. Invasive cancer of the vulva. In Disaia PJ, Creasman W.T (editors), *Clinical Gynecologic Oncology*. 7th ed., Mosby Elsevier, 2007; p260.