

گزارش یک مورد لیپوسارکوم ولو

دکتر طاهره اشرف‌کنجویی^۱

خلاصه

لیپوسارکوم ولو بیماری نادری است و از سال ۱۹۶۶ تا به حال تنها ۱۱ مورد گزارش شده است. سارکوم اولیه ولو ۱-۲٪ بدخیمی‌های ولو را تشکیل می‌دهد و به دلیل محل و تظاهر بالینی، ممکن است با ضایعات خوش خیم اشتباه شود. مورد معرفی شده خانمی ۶۵ ساله با ضایعه ولو که از نظر بالینی شبیه به لیپوم بود، می‌باشد که بعد از خارج‌سازی کامل توده، بررسی پاتولوژیک تشخیص well-differentiated sclerosing liposarcoma را نشان داده است. از آنجایی که تشخیص سریع لیپوسارکوم برای پیش‌آگهی مطلوب الزامی است، پزشک در برخورد با توده‌های ولو باید دقت بیشتری به عمل آورد.

واژه‌های کلیدی: ولو، لیپوسارکوم

۱- استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

مقدمه

۱-۲٪ بدخیمی‌های ولو را تشکیل می‌دهد و شامل یک گروه هتروژن از تومورها می‌باشد. شایع‌ترین سارکوم ولو، لیومیوسارکوماست که به صورت یک توده بزرگ شونده و اغلب دردناک در ناحیه labia major تظاهر می‌کند. سارکوم اپی‌تلیوئیدی ولو ممکن است شبیه به کیست بارتولن تظاهر کند و تأخیر در تشخیص باعث پیشرفت بیماری و حتی مرگ می‌گردد (۲).

در حالی که لیوسارکوما شایع‌ترین سارکوم نسج نرم است و معمولاً از اندام‌ها و تنه منشأ می‌گیرد (۶) اما لیوسارکوم ولو فوق‌العاده نادر است (۳,۶,۷,۹) و از سال ۱۹۶۶ تا به حال ۱۱ مورد گزارش شده است (۶,۷,۹).

Nucci در سال ۱۹۹۸ در آمریکا ۶ مورد لیوسارکوم ولو گزارش کرد که افراد مبتلا اساساً میانسال بودند، تومورها اندازه متفاوت و انفیلتراسیون موضعی حاشیه‌ای داشتند (۶). تحقیق Sheng در سال ۱۹۹۵ در چین نیز نشان داد که شیوع سنی سارکوم ولو کمتر از کارسینوم این ناحیه می‌باشد (۸).

در تمام بیمارانی که توسط Nucci گزارش شدند، تشخیص قبل از عمل یک ضایعه خوش‌خیم و در دو مورد تشخیص احتمالی لیپوم بود که پس از برداشتن ضایعه و بررسی پاتولوژیک تومور، در ۴ مورد تشخیص Well differentiated liposarcoma/Atypical lipomatous tumor بود و با پی‌گیری ۵ بیمار طی ۷ سال هیچ علامتی از عود مشاهده نشد. تنها در یک مورد که خارج‌سازی کامل انجام نشده بود، پس از ۱۰ سال تومور عود کرد که بعد از برداشتن مجدد تومور هیچ علائمی از عود تا ۳۱ ماه بعد دیده نشد. Fang در تحقیق سال ۱۹۹۷ در چین نشان داد که در نوع well differentiated liposarcoma پاسخ بالینی خوب است و از نظر درمان، برداشتن کامل توده روش انتخابی است (۱). مورد معرفی شده نیز از همین نوع می‌باشد.

طبق تحقیق Sheng نیز درمان جراحی مهم‌ترین اقدام درمانی در رابطه با سارکوم ولو می‌باشد و در بعضی از انواع سارکوم، رادیوتراپی یا شیمی درمانی نیز کاربرد دارد. در سال ۲۰۰۰ بوکوشی در ژاپن به دنبال گزارش یک مورد لیوسارکوم ولو و خارج‌سازی ناقص توده و بهبودی کامل بعدی با رادیوتراپی، انجام رادیوتراپی را به دنبال جراحی توصیه می‌کند و اظهار می‌دارد که به دلیل احتمال عود یا متاستاز در سال‌های بعد، باید بیمار به طور مداوم پیگیری شود (۹). اما Linchan در تحقیق سال ۲۰۰۰ در آمریکا نشان داد که بعد از برداشتن کامل لیوسارکوم تنه و اندام‌ها و پیگیری به مدت ۴۲ ماه، هیچ موردی از عود گزارش

لیوسارکوم، نوعی سارکوم نسج نرم است که در دهه ۶-۵ زندگی شایع‌تر می‌باشد و در مردان بیشتر دیده می‌شود. شایع‌ترین محل آن اندام‌ها، تنه و شکم می‌باشد (۴,۶). لیوسارکوم معمولاً به صورت توده‌ای بدون درد و با رشد متغیر تظاهر می‌کند که به دلیل اندازه بزرگ باعث مراجعه بیمار به پزشک می‌شود. پیش‌آگهی به میزان زیادی بستگی به محل تومور و نوع بافت‌شناسی آن دارد (۴). سارکوم ولو ۱-۲٪ بدخیمی‌های ولو را تشکیل می‌دهد. لیوسارکوم ولو فوق‌العاده نادر است. به طوری که از سال ۱۹۶۶ تا به حال فقط ۱۱ مورد گزارش شده است (۶,۷,۹). سارکوم ولو به دلیل محل و ظاهر تومور، ممکن است به راحتی با ضایعات خوش‌خیم اشتباه شود. تأخیر در تشخیص پیش‌آگهی بیمار را به مخاطره می‌اندازد در حالی که جداسازی کامل و سریع توده احتمال عود موضعی را معمولاً از بین می‌برد (۴,۷,۸).

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۶۵ ساله، اهل ساکن گلباف کرمان می‌باشد که به علت توده ناحیه ولو مراجعه کرده است. بیمار از سال‌ها قبل متوجه وجود توده‌ای در ناحیه چپ ولو شده که به تدریج بزرگ شده است و به دلیل احساس سنگینی ناشی از توده و اشکال در راه رفتن، مراجعه نموده است. در معاینه، توده بزرگی به ابعاد ۱۵×۱۰ سانتی‌متر با قوام نسبتاً سفت، متحرک و بدون درد در نیمه تحتانی labia major چپ مشاهده شد. تشخیص کلینیکی قبل از عمل یک ضایعه خوش‌خیم مانند لیپوم بود که حین عمل جراحی توده بطور کامل برداشته شد و گزارش پاتولوژی توموری از بافت چربی با نواحی وسیع و نامنظم، اسکروز با نکرورزاسکمیک و کلسیفیکاسیون متشکل از سلول‌های نامنظم با واکوئول‌های متعدد شفاف و هسته‌های مرکزی و در بعضی نواحی سلول‌های تمایز نیافته well-differentiated sclerosing liposarcoma را نشان داد.

بحث

سرطان ولو شایع نیست و حدود ۴٪ تمام سرطان‌های دستگاه تناسلی زنان را تشکیل می‌دهد. شایع‌ترین نوع سرطان ولو، اسکواموس سل کارسینوماست که سن متوسط بروز آن ۶۵ سالگی است. علائم سرطان ولو می‌تواند به صورت احساس یک توده، خارش طولانی مدت، خونریزی یا ترشح از محل ضایعه ولو باشد. سارکوم ممکن است از بافت همبند ولو منشأ بگیرد که

مورد از موارد گزارش شده، تشخیص اولیه ضایعه خوش خیم بوده است. بنابراین در برخورد با بیمار مبتلا به توده ولو باید دقت زیادی به عمل آورد تا برداشتن کامل و سریع توده انجام شود زیرا پیش آگهی به اندازه تومور نیز بستگی دارد و تشخیص به موقع و خارج سازی کامل آن جهت پیش آگهی مطلوب الزامی است (۶،۷).

نشده ولی در لیپوسارکوم احشاء و رتروپریتوان، اغلب عود موضعی منجر به مرگ بیمار می شود و این بیماران بعد از برداشتن کامل تومور با یا بدون رادیوتراپی باید از نظر بروز عود موضعی دقیقاً کنترل شوند (۵).

سارکوم ولو به دلیل محل و تظاهرات کلینیکی ممکن است به راحتی با ضایعات خوش خیم از جمله لیپوم اشتباه شود و در ۸

Summary

A Case Report of Vulvar Liposarcoma

T. Ashraf ganjooie, MD¹.

1. Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Vulvar liposarcoma is rare and there are only eleven cases reported since 1966. Primary sarcoma of the vulva constitutes 1-2% of all vulvar malignancies. Because of their locations and appearance, they may be easily mistaken as benign lesions. This is a report of a 65-year-old woman with a vulvar mass similar to a lipoma. The lesion, a soft tissue mass, was totally excised and was sent for pathologic study. The pathology report indicated a well-differentiated sclerosing liposarcoma. The clinicians should keep this diagnosis in mind in patients with a vulvar mass, since early diagnosis is imperative for a favorable prognosis.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2001; 8(2): 115-117

Key Words: Vulva, Liposarcoma

References

1. Fang Z, Li J and Yan H. Pathological type of liposarcoma and its effects of clinical treatment. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 1997; 35(4): 204-206.
2. Hacker NF. Vulvar cancer. In: Berek JS, Adashi EY and Hillard PA (Eds). *Novak SGynecology*. 12th ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1996; p1253.
3. Hoffman MS and Cavanagh D. Malignancies of the vulva. In: Rock JA and Thompson JD (Eds). *Te linde's Oprative Gynecology*. 8th ed., Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997; p1370.
4. James OD and Mc Gee: *Oxford Textbook of pathology*. New York, Oxford University Press, 1992; pp2105-2106.
5. Linehan DC, Lewis JJ, Leung D and Brennan MF. Influence of biologic factors and anatomic site in completely resected liposarcoma. *J Clin Oncol* 2000; 18(8): 1637-1643.
6. Nucci MR and Fletcher CD. Liposarcoma (Atypical lipomatous tumors) of the vulva: a clinicopathologic study of six cases. *Int J Gynecol Pathol* 1998; 17(1): 17-23.
7. Rogers RG and Thorp JM Jr. liposarcoma of the vulva: A case report. *J Reprod Med* 1995; 40(12): 863-864.
8. Sheng X and Sun J. Sarcoma of vulva: A clinical retrospective analysis of 10 cases. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1995; 30(8): 483-485.
9. Yokouchi J, Negishi Y, Abe K, Shirasawa K and Mernyei M. Radiotherapy for liposarcoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 2000; 79(2): 315-317.