

هیپرپلازی آدنوماتوئید غدد بزاقی فرعی؛ گزارش نخستین مورد در ایران

منیر مراد زاده خیاوی*، سپیده وثوق حسینی**، شیرین سراوانی***

* استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
 ** دانشیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
 *** استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

چکیده

هیپرپلازی آدنوماتوئید یک آسیب نادر غدد بزاقی فرعی است، که با تورم موضعی همانند به یک نتوپلاسم آشکار می‌شود. علت ایجاد هیپرپلازی آدنوماتوئید ناشناخته است. بررسی میکروسکوپی آسیب، لوبول‌هایی از غدد موکوسی هیپرپلاستیک که به سطح نزدیک شده اند را نشان می‌دهد. در این گزارش، مردی ۵۷ ساله با تشخیص هیپرپلازی آدنوماتوئید همراه با شرح ویژگی‌های بالینی و آسیب شناسی بافت آن معرفی می‌شود. **واژگان کلیدی:** هیپرپلازی آدنوماتوئید، غده‌ی بزاقی فرعی، آسینی موکوسی

درآمد

میکروسکوپی به گونه‌ی لوبول‌هایی از غدد موکوسی هیپرپلاستیک است، که به زیر مخاط و لامینا پروپریا گسترش یافته‌اند. دسته‌های گوناگونی از آسینی‌های منفرد بزرگتر از حالت طبیعی^(۲) و گاهی نشت موسین در بافت نیز دیده می‌شود^(۶). نماهای ریخت شناسی و سیتولوژیک اجزای آسینی و مجرای در محدوده‌های طبیعی بوده^(۲) و گاهی التهاب مزمنی دیده می‌شود، که معمولاً ناچیز و کانونی است^(۱).

گزارش مورد

بیمار مردی ۵۷ ساله ساکن تبریز است، که با شکایت از برجستگی پشت کام از بخش پروتز دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز به بخش جراحی همان دانشکده ارجاع داده شده بود. این آسیب از زمان کودکی در دهان بیمار وجود داشت.

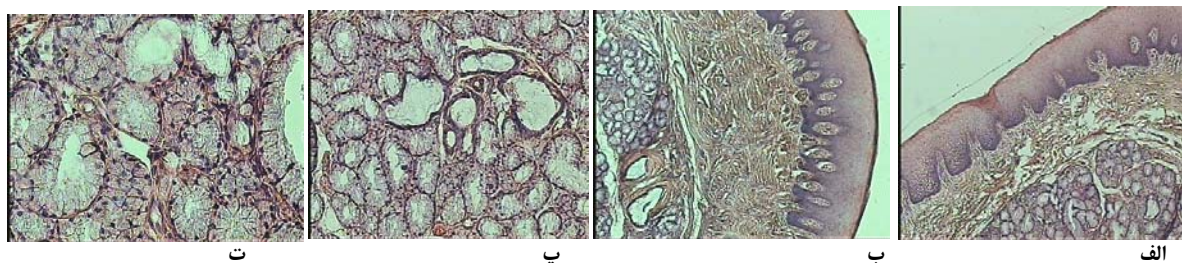
در معاینه‌ی بالینی آسینی اگزوفیتیک، بیضی شکل، پایه‌دار با پایه پهن، با حدود مشخص، بی درد و حساسیت، به رنگ طبیعی در بخش پشتی خط میانی کام به ابعاد ۳×۵×۱۰ میلی‌متر دیده شد، که در تشخیص افتراقی آن فیبروم و تومورهای غدد بزاقی فرعی مطرح گردید. آسیب به گونه‌ی کامل برداشته و به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز فرستاده شد. در نمای ماکروسکوپی، آسیب به گونه‌ی یک توده از بافت نرم با قوام الاستیک به رنگ سفید با سطح صاف با قاعده‌ی متمایل به قهوه‌ای به ابعاد ۴×۴×۶ میلی‌متر بود.

از نمونه، برش ۵ میکرونی فراهم و با هماتوکسیلین-ائوزین رنگ آمیزی شد. در نمای میکروسکوپی آسیب، تجمع‌ات آسینی‌های موکوسی هیپرپلاستیک که شمار آنها افزایش یافته بود به همراه گشادی مجاری و التهاب مزمن ناچیز دیده شد، که این

هیپرپلازی آدنوماتوئید یک آسیب نادر غدد بزاقی فرعی است، که با تورم موضعی همانند به یک نئوپلاسم آشکار می‌شود^(۱). علت ایجاد هیپرپلازی آدنوماتوئید ناشناخته است^(۱، ۲)، گرچه برخی از پژوهشگران این آسیب را در سنین پایین یک هامارتوم و در بزرگسالان یک وضعیت با علت ناشناخته در نظر می‌گیرند^(۳، ۴). بارت (Barrett) و اسپایت (Speight) نیز گزارش کرده‌اند، که ۷۰ درصد موارد بروز هیپرپلازی آدنوماتوئید با استفاده از دست دندان و تنباکو پیوند داشته است. بنابراین، ضربه‌ی موضعی ممکن است نقشی مهم در پاتوژنز این حالت ناشایع بازی کند ولی روی هم رفته این آسیب خوش خیم است^(۵، ۶).

نشانه‌های بالینی و میکروسکوپی

هیپرپلازی آدنوماتوئید، توموری کاذب است که بیشتر در کام سخت یا نرم ایجاد می‌شود هر چند در غدد بزاقی فرعی بخش‌های دیگر نیز گزارش شده است^(۱، ۳، ۷، ۸). شایع‌ترین سن ابتلا به بیماری دهه‌ی چهارم تا ششم زندگی بوده^(۱) و تمایل به جنس مذکر نیز دیده شده است^(۲، ۶). تظاهر بالینی آن به گونه‌ی یک تورم یک سویه در کام سخت یا نرم است^(۳). بیشتر موارد به گونه‌ی توده‌های بی درد و بی پایه‌ای هستند که در لمس می‌توانند نرم یا سفت باشند. معمولاً رنگ آن‌ها طبیعی است، هر چند شمار کمی از آسیب‌های قرمز متمایل به آبی هستند^(۱). در بررسی ماکروسکوپی، این آسیب به گونه‌ی ندولی به اندازه‌ی ۰/۰۵ تا ۳ سانتی‌متر است، که معمولاً به گونه‌ی توده‌ی بی زخم با حدود کاملاً مدور آشکار می‌شود^(۶). در بررسی



نگاره‌ی ۱- الف نمای آسیب شناختی بافت نزدیکی غدد بزاقی به سطح در هیپرپلازی آدنوماتوئید (بزرگ نمای ۱۰×۴) با رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ائوزین، به: نمای آسیب شناختی بافت نزدیکی غدد بزاقی به سطح در هیپرپلازی آدنوماتوئید (بزرگ نمای ۱۰×۴) با رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ائوزین، به: نمای آسیب شناختی بافت افزایش شمار آسینی‌های موکوسی و مجاری بزاقی در هیپرپلازی آدنوماتوئید (بزرگ نمای ۱۰×۱) با رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ائوزین، به: نمای آسیب شناختی بافت غدد موکوسی هیپرپلاستیک در هیپرپلازی آدنوماتوئید (بزرگ نمای ۱۰×۲) با رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ائوزین

گزارش کردند که در بررسی بیوپسی آنها به جز هیپرپلازی مشخص غدد بزاقی، موکوسی فرعی موضعی ناهنجاری دیگری نداشتند^(۱۴).

عرفات (Arafat) و همکاران، واژه‌ی آدنوماتوئید هیپرپلازی (Adenomatoid hyperplasia) را مناسب با این شرایط دانستند^(۴).

تاکنون ۷۱ مورد هیپرپلازی آدنوماتوئید در مقاله‌ها یاد شده است^(۱، ۳، ۴، ۸، ۱۱ و ۱۴). بیشتر موارد یاد شده به گونه‌ی یک تورم بی پایه و یک سویه در بخش کام بوده که برخلاف آن‌ها نمونه‌ی بررسی کنونی یک آسیب پایه‌دار در خط میانی کام است.

بوشنر (Buchner) و همکاران گزارش کرده‌اند، که ۹۰ درصد از موارد هیپرپلازی آدنوماتوئید در قفقای‌ها رخ داده و هیچ موردی از آن‌ها در میان آسیای‌ها نبوده است^(۳). به این ترتیب این آسیب به ندرت در آسیای‌ها رخ می‌دهد و تنها هشت بیمار ژاپنی، یک بیمار چینی و دو بیمار آسیایی توسط بارت در لندن گزارش شده‌اند^(۵، ۸ و ۱۴). بررسی کنونی نخستین گزارش هیپرپلازی آدنوماتوئید در ایران است.

تشخیص‌های افتراقی بالینی هیپرپلازی آدنوماتوئید همچون نئوپلاسم‌های بزاقی، لنفوما، گسترش بیماری نازوفارنژیال یا سینوزال به حفره‌ی دهان و بیماری التهابی پری اپیکال است^(۳). در مورد بررسی کنونی نیز، تشخیص افتراقی بالینی فیبروم و نئوپلاسم‌های غدد بزاقی فرعی برای آسیب مطرح بود.

با توجه به این‌که نمای بالینی هیپرپلازی آدنوماتوئید نمای نئوپلاسم را تقلید می‌کند بیوپسی جهت تشخیص لازم است. زمانی که تشخیص تایید شد با توجه به ماهیت خوش خیم این آسیب درمان بیشتری به جز برداشت کامل آن پیشنهاد نمی‌شود و آسیب عود ندارد^(۱)، که در این بررسی نیز آسیب پس از گذشت شش ماه از برداشتن آن عودی نداشته است.

نتیجه گیری

با وجود نادر بودن هیپرپلازی آدنوماتوئید، دندانپزشک می‌بایست این آسیب را در تشخیص‌های افتراقی خود در نظر داشته باشد و از آنجا که نمای بالینی آسیب همانند نمای نئوپلاسم بوده بیوپسی از آن ضروری است. با توجه به ماهیت خوش خیم هیپرپلازی آدنوماتوئید، برداشت کامل آن توصیه می‌شود.

غدد به سطح مخاطی نزدیک گشته بودند (نگاره‌ی ۱). سطح آسیب با اپیتلیوم سنگفرشی مطبق پوشیده شده بود، که در برخی بخش‌ها آتروفیک و در برخی بخش‌ها هیپرپلاستیک بود. پس از پی‌گیری شش ماهه‌ی بیمار، آسیب کاملاً بهبود پیدا کرده بود.

همچنین لازم به یادآوری است، که با توجه به این‌که در تشخیص افتراقی بالینی این آسیب، آسیب‌های خوش خیمی همچون فیبروم مطرح شده نگاره‌ی بالینی از آسیب فراهم نشده است و در واقع این موضوع محدودیت گزارش کنونی بود.

بحث

هیپرپلازی آدنوماتوئید آسیبی نادر در غدد بزاقی فرعی است^(۱)، که بیشتر در جنس مذکر در دهه‌ی چهارم تا ششم دیده می‌شود در حالی که در گزارش کنونی آسیب از زمان کودکی در دهان بیمار وجود داشته است. اهمیت بالینی این آسیب شباهت آن به نئوپلاسم‌های با سرآغاز غده‌ی بزاقی است^(۳)، به گونه‌ای که آن را همچون گوسفندی در لباس گرگ می‌دانند^(۹ و ۱۰). هیپرپلازی آدنوماتوئید را با توجه به نمای میکروسکوپی آن می‌توان از نئوپلاسم که نماهای ساختاری و سیتولوژیک غیر طبیعی دارد به آسانی تشخیص داد^(۳). فعالیت تکثیر سلولی در مقاطع بافت شناسی هیپرپلازی آدنوماتوئید توسط رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی آنتی ژن پرولیفراسیون هسته‌ای سلول و Ki-67 تفاوت‌های آماری معنادار را میان هیپرپلازی آدنوماتوئید و گروه شاهد از غدد بزاقی کامی طبیعی نشان نداده است. این بررسی پیشنهاد می‌کند، که هیپرپلازی آدنوماتوئید به گونه‌ی آشکار یک آسیب هیپرتروفیک موضعی غدد موکوسی درون دهانی با علت نامشخص و توانایی رشدی محدود است^(۱۱).

گاهی وجود این آسیب‌ها در نمونه‌های Uvulopalatopharyngoplasty دیده شده که پیشنهاد کننده‌ی نقش این آسیب در برخی موارد آپنه‌ی انسدادی به هنگام خواب (Obstructive sleep apnea) است^(۶).

گرچه احتمالاً هندریک (Hendrick) و تایلدسلی (Tyldesley) نخستین بار این وضعیت را گزارش کرده‌اند^(۵ و ۱۳) ولی این آسیب تا سال ۱۹۷۱ وجود نداشته تا این‌که جیانسانتی (Giansanti) و والدرن (Waldron) دو مورد از تورم کامی را

References

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed., New York: Saunders Company; 2009. p. 471.
2. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology: clinical pathologic correlations. 5th ed., Philadelphia: Saunders company; 2008. p. 189.
3. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM, Leider AS. Adenomatoid hyperplasia of minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 71: 583-587.
4. Arafat A, Brannon RB, Ellis GL. Adenomatoid hyperplasia of mucous salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981; 52: 51-55.
5. Barrett AW, Speight PM. Adenomatoid hyperplasia of oral minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 79: 482-487.
6. Myers EN, Ferris RL. Salivary gland disorders. 1st ed., New York: Springer; 2007. p. 46- 47.
7. Barnes L. Surgical Pathology of the head and neck. 2nd ed., New York: Marcel Dekker; 2001. p. 646-647.
8. Chen YK, Lin CC, Lin LM, Yan YH. Adenomatoid hyperplasia in the mandibular retromolar area. Case report. Aust Dent J 1999; 44: 135-136.
9. Scully C, Eveson JW, Richards A. Adenomatoid hyperplasia in the palate: another sheep in wolf's clothing. Br Dent J 1992; 173: 141-142.
10. Shah JP, Johnson NW, Batasaki JG. Oral Cancer. 1st ed., London: Taylor and Francis Group; 2003. p. 110-111.
11. Shimoyama T, Wakabayashi M, Kato T, Kaneko T, Horie N, Ide F. Adenomatoid hyperplasia of the palate mimicking clinically as a salivary gland tumor. J Oral Sci 2001; 43: 135-138.
12. Hendrick JW. Treatment of Tumors of Minor Salivary Glands. Surg. Gynec. & Obst 1964; 118: 101-111.
13. Tyldesley WR. Salivary tumours in the mouth. Br J Oral Surg 1967; 5: 141-156.
14. Nozaki S, Araki A, Nakagawa K, Yamamoto E. Adenomatoid hyperplasia of the palate in an Asian child. J Oral Maxillofac Surg 1996; 54: 627-628.