

گزارش یک مورد سلولار آنژیوفیبرومای ولو

گزارش مورد

مینو یغمایی^۱، مهدی جهان تیغ^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸۷/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸۹/۲۱

۱. استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

۲. استادیار گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

چکیده

سلولار آنژیوفیبروما یک تومور مزانشیمال خوش خیم، با حدود مشخص و نادر است که اخیراً بافت شناسی آن توصیف شده است. این تومور از دو جزء اصلی سلول‌های دوکی متحدالشکل استرومال و عروق خونی متعدد با دیواره ضخیم تشکیل شده است. در این مقاله موردی از سلولار آنژیوفیبرومای ولو به اندازه ۱۳ سانتی متر در یک خانم ۴۱ ساله گزارش می‌شود. [م ت ع پ ز، ۱۲ (۱): ص ۴۸ تا ۵۰]

کلیدواژه‌ها: آنژیوفیبروما، ولو، دستگاه تناسلی، زنان

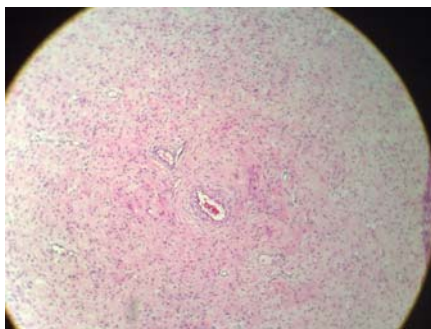
مقدمه

سونوگرافی بیمار مویلد یک توده هاپو اکو به ابعاد ۶۸×۷۰×۲۳ میلی‌متر با حجم تقریبی ۳۰۰ میلی‌متر مکعب منطبق بر دیواره خلفی واژن بود. بیمار با تشخیص احتمالی میوم کاندید جراحی شد. در زمان عمل توده ای به اندازه ۱۳ سانتی‌متر (در بزرگ‌ترین بعد) به صورت کامل خارج و محل برداشت توده ترمیم شد. در گزارش پاتولوژی نمای ماکروسکوپییک توده مذکور به صورت توده ای بیضوی با اندازه ۱۰×۷×۵ سانتی‌متر با سطح خارجی صاف بود. (به دلیل قرارگیری در فرمالین ابعادش کاهش یافته بود). نمای میکروسکوپییک به صورت نئوپلاسم خوش خیم کپسول دار شامل سلول‌های استرومایی دوکی تا ستاره ای شکل، فعالیت میتوزی ناچیز به همراه عروق متعدد کوچک با دیواره نسبتاً ضخیم که به طور تصادفی در یک استرومای شل و ادماتوز قرار داشتند گزارش شد. (شکل های ۲ و ۳) که این یافته ها مطرح کننده تومور مزانشیمال خوش خیم از نوع سلولار آنژیوفیبروما بودند.

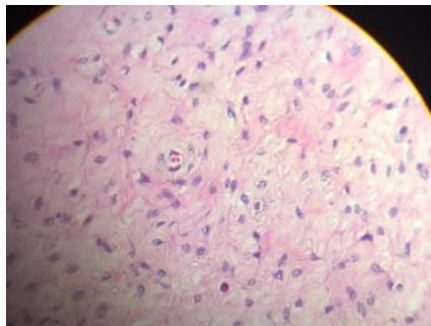
سلولار آنژیوفیبروما توموری مزانشیمال، خوش خیم، نادر، با حدود مشخص و رشد آهسته می‌باشد. ۷۰ درصد موارد آن در ناحیه ولو و اینگوینواسکروتنال رخ می‌دهد و با در نظر گرفتن کل موارد اغلب محدود به لگن است. ۱ اندازه بزرگ‌ترین بعد تومور معمولاً کمتر از ۵ سانتی متر است. ۳ شکل معمول سلولار آنژیوفیبروما به صورت ضایعه ای با حدود کاملاً مشخص ولی بدون کپسول است که معمولاً سلولاریتی متوسط تا زیاد دارد و از سلول‌های دوکی و متحدالشکل بدون الگوی مشخص در یک استرومای فیبروزی، محتوی کلاف‌های کوتاه کلاژن و تعداد زیادی عروق با اندازه کوچک تا متوسط و دیواره ضخیم هیالینیزه تشکیل شده است. ۴ درمان پیشنهادی سلولار آنژیوفیبروما برداشتن کامل توده با جراحی می‌باشد. ۱۲ از تشخیص افتراقی‌های سلولار آنژیوفیبروما می‌توان از آنژیومیوفیبروبلاستوما، آنژیومیکسومای مهاجم، لیپوما با سلول دوکی شکل، لیومیوم، نئوپلاسم‌های عضله صاف و تومور فیبروزی منفرد نام برد. ۸-۲۵ گزارش حاضر شرح یک مورد سلولار آنژیوفیبرومای ولو می‌باشد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۴۱ ساله G₆P₄Ab₂ بود که با شکایت توده در دستگاه تناسلی خارجی رشد تدریجی از ۵ ماه پیش در مرداد ماه ۱۳۸۸ به بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان مراجعه کرد. بیمار شکایت دیگری نظیر درد یا خونریزی غیر طبیعی واژینال نداشت. در معاینه توده‌ای با حدود مشخص و قوام سفت، رنگ پریده و فاقد نکروز و خونریزی بود تندرست نیز نداشت (شکل ۱).



تصویر ۲- نمای آسیب شناسی



تصویر ۳- نمای آسیب شناسی



تصویر ۱- تصویر تومور در زمان اولین مراجعه بیمار

بحث

در مطالعه Iwasa ۵۱ بیمار که سنشان بین ۲۲ تا ۷۸ سال بود، گزارش شد. شایع ترین محل ضایعه در بیماران زن در منطقه ولوواژینال بود. فاصله زمانی بین تشخیص توده تا جراحی از ۱ هفته تا ۵ سال متفاوت و به جز دو مورد تمام توده ها بدون درد و با رشد آهسته بودند. در ۳۷ مورد با نمای ماکروسکوپییک توصیف شده اندازه ضایعه بین ۰/۶ تا ۲۵ سانتی متر (در زنان از ۰/۶ تا ۱۲ سانتی متر) بود. در مشاهدات میکروسکوپی ۴۱ مورد حدود مشخص داشتند که ۶ مورد آن‌ها با یک پسودوکپسول فیبروزی احاطه شده بودند. ۸ مورد حدود مشخصی نداشتند و در ۲ مورد باقی مانده حدود توده به خوبی بررسی نشده بود. توده ها عمدتاً از سلول های دوکی شکل کوتاه و متحدالشکل بدون الگوی مشخص در یک استرومای ادماتو تا فیبروزی محتوی دسته های کوتاه رشته های کلاژن و تعداد زیادی عروق با اندازه کوچک تا متوسط با دیواره هیالینیزه تشکیل شده بودند. در پنج تومور آتیبی خفیف مشاهده شد و در سه مورد میتوزهای متعدد و در باقی تعداد کمی میتوز دیده شد. ولی در هیچ کدام از موارد نشانه ای از میتوز غیر طبیعی دیده نشد.^۲

با توجه به گزارشات فوق توده ای که در این گزارش وجود داشت هر چند از برخی وجوه مشابه اکثر موارد یاد شده بود ولی از نظر وجود کپسول (در گزارش های قبلی ۷ مورد از ۶۲ مورد کپسول دار بودند)، نازک بودن دیواره عروق (تنها در ۳ مورد از ۶۲ مورد قبل به چنین نمایی اشاره شده است) و اندازه تومور (بزرگترین مورد گزارش شده در زنان ۱۲ سانتی متر بود، در حالی که اندازه تومور در این گزارش ۱۳ سانتی متر بود) با بیشتر آن‌ها متفاوت بود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کارکنان بخش زنان و زایمان و اتاق عمل بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) زاهدان اعلام می‌دارند.

اولین بار در سال ۱۹۹۷ Nucci و همکارانش چهار مورد تومور خوش خیم بافت نرم ولو با نمای بافت شناسی شبیه تومور سلول دوکی شکل، آنژیوفیبروبلاستوما و آنژیومیکسومای مهاجم را گزارش کردند و با توجه به مورفولوژی آن‌ها نام سلولار آنژیوفیبروما را انتخاب نمودند. سن بیماران بین ۳۹ تا ۵۰ سال بود و با شکایت توده ای در ولو از ۴ تا ۱۸ ماه پیش از مراجعه، به پزشک مراجعه کرده بودند. اندازه این تومورها در بزرگترین قطر بین ۲/۵-۱/۲ سانتی متر بود. از نظر بافت شناسی نمای اصلی تمام موارد، سلول های دوکی کوچک، یکنواخت، بدون تمایز اختصاصی و جهت گیری خاص نسبت به عروق، رشته های کوتاه کلاژن و تعداد زیادی عروق کوچک تا متوسط با دیواره هیالینیزه و تعداد کمی سلول های چربی بالغ بود. بعد از گزارش اولیه تومور چندین گزارش از آن منتشر شده است که مهم ترین آنها گزارش McCluggage و همکارانش در سال ۲۰۰۴^۵ و گزارش Iwasa و همکارش در سال ۲۰۰۴ می‌باشند. مورد دوم بزرگترین سلولار آنژیوفیبروما گزارش شده می‌باشد.^۲

در مطالعه McCluggage ۷ مورد تومور در ولو گزارش شد که سن بیماران بین ۲۰ تا ۶۵ سال و اندازه ضایعه بین ۱۰ تا ۶۵ میلی متر بود. از دید بافت شناسی تمام موارد حدود واضح و سلولاریته متوسط داشته و از سلول های دوکی شکل در استرومای فیبروزی تشکیل شده بودند. به جز یکی از موارد که کپسولی نازک و فیبروزی داشت، مابقی بدون کپسول بودند. چهار مورد نمای بافت شناسی مطابق با آنچه قبلاً توسط Nucci شرح داده شده بود، داشتند. در ۱ مورد تعداد عروق با دیواره هیالینیزه کم بود و در ۲ مورد چنین عروقی وجود نداشت. در سه مورد هیچ میتوزی دیده نشد و در چهار مورد باقیمانده هم تعداد میتوز کمتر از ۱ در هر HPF ۱۰ بود. در هیچ کدام از موارد اثری از نکروز یا خونریزی در ضایعه وجود نداشت.^۵

References

- Canales BK, Weiland D, Hoffman N, et al. Angiomyofibroblastoma-like tumors (cellular angiofibroma). *Int J Urol* 2006;13(2):177-179.
- Iwasa Y, Fletcher C. Cellular Angiofibroma: Clinicopathologic and Immunohistochemical analysis of 51 cases. *Am J Surg Pathol* 2004;28(11):1426-1435.
- McCluggage WG. A review and update of morphologically bland vulvovaginal mesenchymal lesions. *Int J Gynecol Pathol* 2005;24(1):26-38.
- McCluggage WG. Recent developments in vulvovaginal pathology. *Histopathology* 2008; 54(2):156-173.
- McCluggage WG, Ganesan R, Hirschowitz L and Rollason TP. Cellular angiofibroma and related fibromatous lesions of the vulva: report of a series with a morphological spectrum wider than previously described. *Histopathology* 2004;45(4):360-368.
- Nucci MR, Granter SR, Fletcher CDM. Cellular angiofibroma: a benign neoplasm distinct from angiofibroma and spindle cell lipoma. *Am J Surg Pathol* 1997;21(6):636-644.
- Siassi RM, Papadopoulos T, Matzel EK. Metastasizing aggressive angiofibroma. *N Engl J Med* 1999;341(23):1772.
- Hameed M, Clarke K, Amer HZ, et al. Cellular angiofibroma is genetically similar to spindle cell lipoma: a case report. *Cancer Genet Cytogenet* 2007;177(2):131-134.

Cellular angiofibroma of the vulva: A case report

Minoo Yaghmaei¹, Mehdi Jahantigh²

Received: 18/Oct/2009

Accepted: 12/Dec/2009

Cellular angiofibroma is a recently described histologically distinctive benign, circumscribed and rare mesenchymal tumor. It composed of two principal components, the uniform spindled stromal cells and numerous thick-walled blood vessels. In this article we describe a 13 centimeters cellular angiofibroma of the vulva in a 41- year- old woman. [ZJRMS, 12(1):48-50]

Keywords: Angiofibroma, vulva, genitalia, female

1. Assistant Professor, Dept. of Obstetrics and Gynecology, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.
2. Assistant Professor, Dept. of Pathology, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.