

استاد : دکتر آرمان روغنی

غدد بزاقی نویل

جلسه ۵

❖ Malignant Mixed Tumors

پلی مورفیک آدنوما می تواند بدخیم شود و Malignant Mixed Tumors یا carcinoma ex pleomorphic adenoma (فقط جز اپی تلیالی دچار بدخیمی شده) را ایجاد کند که به سه صورت می تواند بدخیم شود.

- (۱) **carcinoma ex mixed tumor**: فقط جز اپی تلیالی دچار بدخیمی شده است.
- (۲) **carcinosarcoma**: هم جزء اپی تلیالی و هم جزء استرومایی دچار بدخیمی می شود.
- (۳) **metastasizing mixed tumor**: همان میکس تومور معمولی است و متاستاز داده و در جای دیگر مشاهده میشود.

(۱) کارسینوما اکس پلئومورفیک آدنوما

۱۵ سال بعد از پلی مورفیک آدنوما بروز می کند که به صورت توده ای با رشد ناگهانی، درد، زخم، درگیری غدد بزاقی پاروتید و فرعی (کام) و گاهی با ایجاد فلج عصب صورتی می باشد.

میزان آن در زنان از مردان بیشتر است و در دوران میانسالی و بزرگسالی ایجاد می شود.

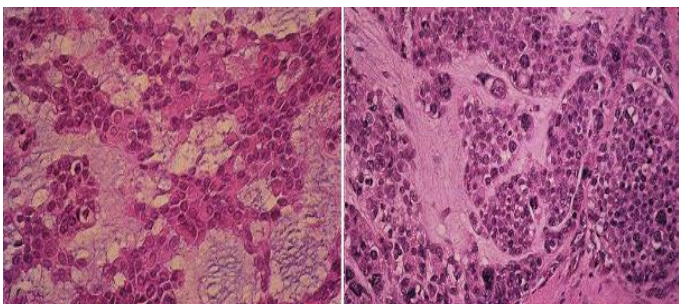


در تصویر چپ تورم در قدام گوش نشان میدهد.
در تصویر راست تورم در کام همراه با زخم مشاهده میشود.

هیستوپاتولوژی:

در این بیماری جزء اپی تلیالی دچار تغییرات نئوپلاستیک شده است. ((Benign PA (small or large proportion))

این تغییرات می تواند ابتدا به شکل poor differentiated آدنوکارسینوما و سپس به شکل موکو اپی درمال کارسینوما (MEC)، آدنوئید سیستیک کارسینوما (ADCC) یا Polymorphous low-grade adenocarcinoma (PLGA) بروز کند.



در تصویر راست در پایین جاینت سل تومورال و اشکال میتوزی متعدد دیده میشود.

در این بیماری موارد زیر دیده می شود.

✓ تهاجم به کپسول ضایعه، رشد تهاجمی و اینفیلتراسیون به بافت های اطراف

✓ پلئومورفیسم سلولی، تغییر سایز سلولی و تغییر نسبت هسته به سیتوپلاسم، تغییر شکل سلول ها، هیپرکلروماتیسیم و هسته پررنگ، تغییرات دیسپلاستیک و میتوزهای آتیپیک،

✓ نواحی کانونی از یک کارسینوما و یا اینکه یک کارسینوما در مرکز پلئومورفیک آدنوما (یعنی یک جزئی از آن بدخیم شده است) (carcinoma in situ or non-invasive carcinoma ex mixed tumor)

درمان: یک جراحی (excision) وسیع همراه با برداشتن گره های لنفاوی موضعی و با رادیوتراپی

پیش آگهی: نگران کننده است و میزان بقای ۵ ساله ی آن ۲۵ الی ۶۵ درصد است.

- The PX depends on histologic subtype of malignant counterpart
- Px better for PLGA and worse for poorly diff tumor or invasion $\geq$ mm beyond residual capsule or benign tumor
- PX for in situ is like benign tumor

۲) کارسینوسارکوما

هم بافت اپیتلیالی و هم بافت استروما دچار بدخیمی شده اند.

بیشتر در پارتید و تحت فکی و بعد از آن ها در غدد بزاقی فرعی دیده میشود.

این بیماری می تواند خود به خودی یا از پلئومورفیک آدنومای خوش خیم به وجود آمده باشد.

این بیماری **Biphasic** است. که یک بخش کارسینوماتوز دارد که می تواند به طو رشایع poorly diff و یا کارسینوما Undiff باشد و یک قسمت سارکوماتوز دارد که می تواند به صورت شایع کندروسارکوما باشد و بعد از آن استئوسارکوما، لیپوسارکوما، فیبروسارکوما و یا MFH، به صورت بدخیمی مزانشیمی در آن ظاهر شود.

درمان: جراحی با یا بدون رادیوتراپی است. می تواند همراه با شیمی درمانی هم باشد.

پیش آگهی: خیلی ضعیف است. به صورتی که ۷۵٪ بیماران می میرند و یا عود موضعی تومور و یا متاستاز به نواحی دوردست رنج می برند.

۳) متاستازینگ میکس تومور

یک تومور (Benign appearance but MX) کاملاً نادر که بیشتر در پارتید، ساب مندیپولار و غدد بزاقی مینور دیده میشود.

محل متاستاز شایع آن در استخوان و ریه و بعد از آن غدد لنفاوی ناحیه ای و کبد است.

بیمار ممکن است یک تاریخچه ای از پلئومورفیک آدنوما در سال های قبل یا عودهای متعدد یک میکس تومور را قبل از نوع متاستاز دهنده گزارش کند.

نمای هیستوپاتولوژی شبیه میکس تومور نرمال دارد.

درمان: جراحی و برداشت تومور اولیه (surgery only of both) و مورتالیتی ۲۲٪ دارد.

* مقایسه ی نمای هیستوپاتولوژی این سه دسته: (توی اسلاید ۲ تا بیشتر نبود)

Carcinoma Ex Mixed Tumor ✓

◆ تغییرات سلولی اپیتلیالی درون پلئومورفیک آدنومای خوش خیم

Poorly differentiated carcinoma ◆

Carcinosarcoma ✓

◆ تومور بای فازیک

◆ جزء اپیتلیالی: آدنوکارسینوم تمایز نیافته

◆ جزء مزانشیمی: کندروسارکوم

❖ Acinic cell adenocarcinoma



بدخیمی (low grade) غده ی بزاقی با تمایز سلولهای آسینی های سروزی

چون بسیاری از آنها به صورت تومور غیر مهاجم عمل میکنند و پیش آگهی خوبی دارند، قبلاً به آن آسینیک سل تومور می گفتند. اما چون در بعضی از موارد، مرگ و میر ناشی از متاستاز آن دیده شده، ترجیح داده شد به آن آسینیک سل کارسینوما گویند. (اسلاید: دارای عود)

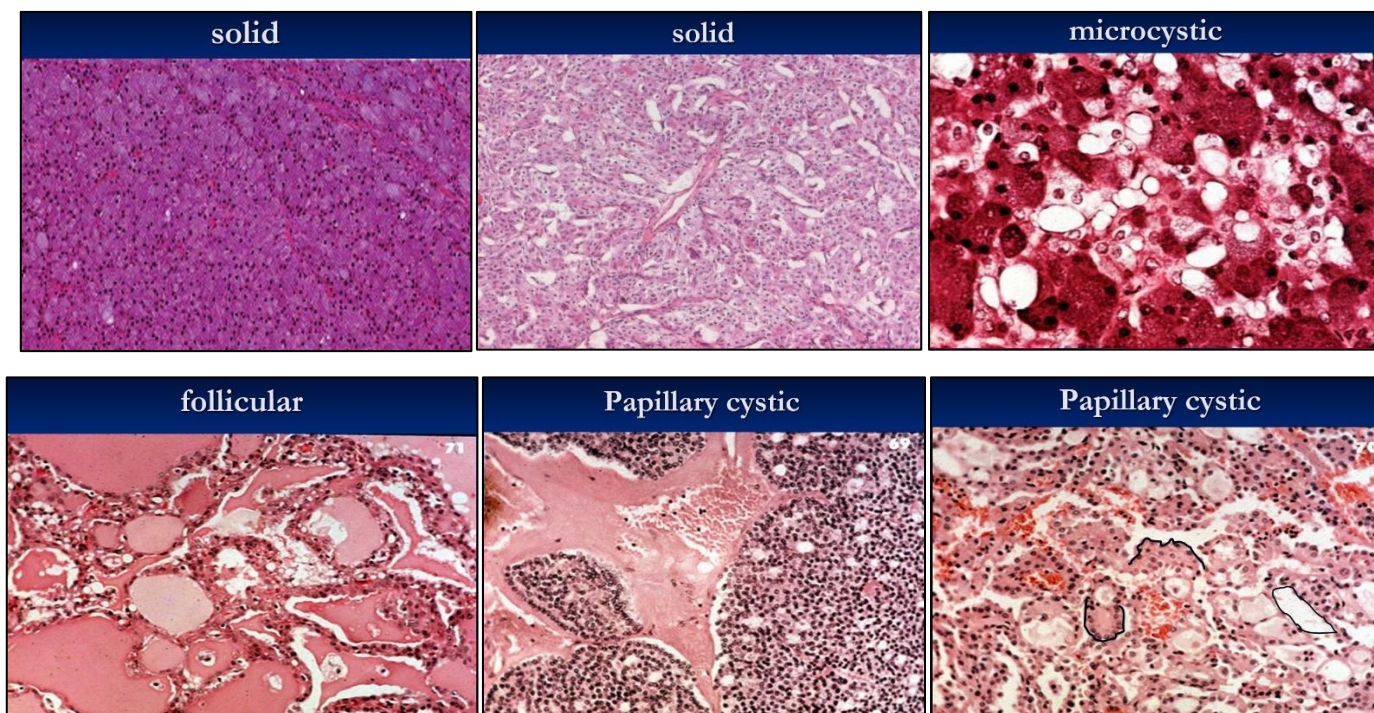
معمولاً در پاروتید (۸۵٪) و بعد از آن در غدد بزاقی فرعی (۹٪) دیده می شود. در دهه ی ۲ تا ۷ زندگی بروز می کند و در خانم ها بیشتر از مردها است.

توده های آن رشد آهسته و گاهی همراه با درد و تندرns.

هیستوپاتولوژی: در نمای میکروسکوپی آن یک تومور با حدود مشخص که اغلب دارای کپسول و گاهی با کپسول ناقص است. سلول های آن، سلول های آسینی سروزی (serous acinar cells) هستند که دارای سیتوپلاسم گرانولر بازوفیلیک با هسته های گرد غیر مرکزی اند. این سلول ها با شکلها و الگوهای مختلفی در این تومور نظم دهی داده می شوند:

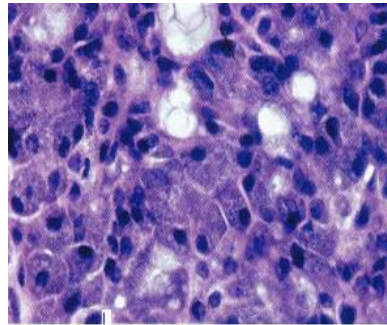
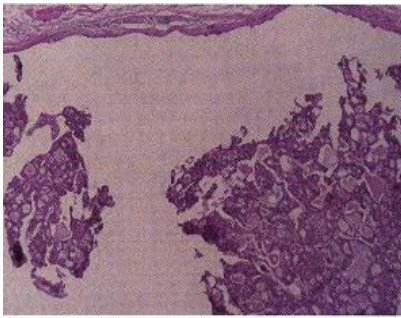
الگوهای رشدی تومور :

- ♦ Solid: صفحاتی از سلوله ای آسینار گرانولر در الگوی رشدی مشابه پاروتید طبیعی
- ♦ Microcystic: جزایری که فضاهای کیستیک متعدد و کوچک در آن هستند. در شکل به سیتوپلاسم گرانولر ائوزینوفیلیک در داخل سیتوپلاسم دقت کنید.
- ♦ Papillary – cystic: فضاهای کیستیک بزرگتر (اسلاید: باغیر) همراه با پروجکشنهای پاپیلاری اپیتلیوم به داخل این فضاها
- ♦ Follicular: به شکل فوکیلکول و مشابه بافت تیروئید همراه با ارتشاح لنفوئیدی و گاهی همراه با تشکیل مراکز زایگر



تصویر راست سلول های سروزی با سیتوپلاسم
گرانولر بازوفیل

تصویر چپ توضیح نداشت



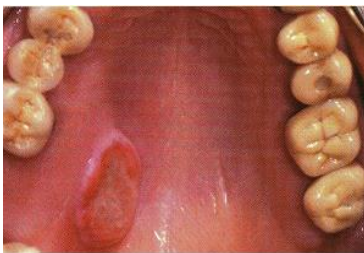
درمان :

- ♦ در پاروتید: اگر سطحی یا عمقی باشد لوبکتومی یا پاروتیدکتومی انجام می شود.
- ♦ در غدد بزاقی فرعی : با جراحی کاملاً قابل کنترل است.

پیش آگهی: چون تومور Low grade است پیش آگهی خوبی دارد.

- ♦ این ضایعه نسبت به همه ی بدخیمی های غدد بزاقی پیش آگهی بهتری دارد.
- ♦ همچنین پیش آگهی غدد بزاقی فرعی نسبت به اصلی بهتر است.

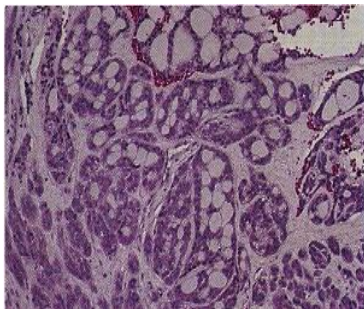
❖ Polymorphous Low- Grade Adenocarcinoma یا Lobular Carcinoma یا Terminal Duct Carcinoma



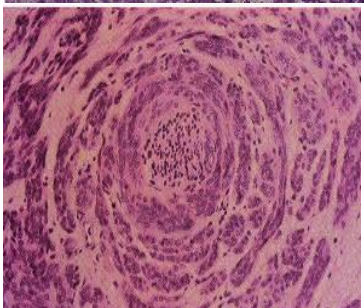
یک تومور بدخیم غدد بزاقی که بیشتر در غدد بزاقی فرعی دیده می شود و یکی از شایع ترین تومورهای غدد بزاقی فرعی است.

۶۵٪ موارد در کام سخت و نرم است

توده ای بدون درد با رشد آهسته که گاهی همراه با خونریزی و زخم است در خانم ها بیشتر از مردان و در سن بزرگسالی دیده می شود.



هیستوپاتولوژی: یک تومور بدون کپسول است که سلول های آن ظاهر یک شکل (no mitosis) و فریبده دارند؛ سلول های گرد تا چند وجهی با بردهای مشخص (کتاب گفته نامشخص) و هسته های گرد تا دوکی و روشن با سیتوپلاسم روشن تا ائوزینوفیلیک با آرایش های متفاوت (برای همین بهش میگویند پولی مورف) (تصویر اول)

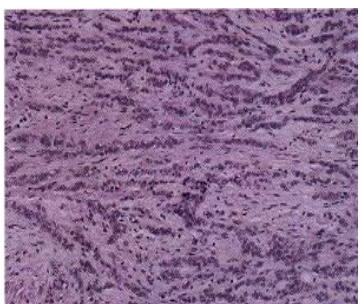


- ♦ میتوانند به شکل غربالی یا نمای cribriform باشند که شبیه آدنوئید سیستیک کارسینوماست ولی نوع سلول ها متفاوت است

- ♦ می تواند به صورت توپر (عکس کنم همون Solid منظور شه) باشد (شکلش نیست)

- ♦ می تواند به صورت طناب ها یا cord هایی باشد که گاهی اوقات این طناب ها به شکل یک میله های موازی با هم آرایش پیدا کنند که به آن single file fashion میگویند که بیشتر در قسمتهای محیطی تومور دیده می شود. (تصاویر بعدی)

- ♦ اشکال دیگری که میتواند در آن دیده شود فضای سیستیک بزرگ و داکتایل است.

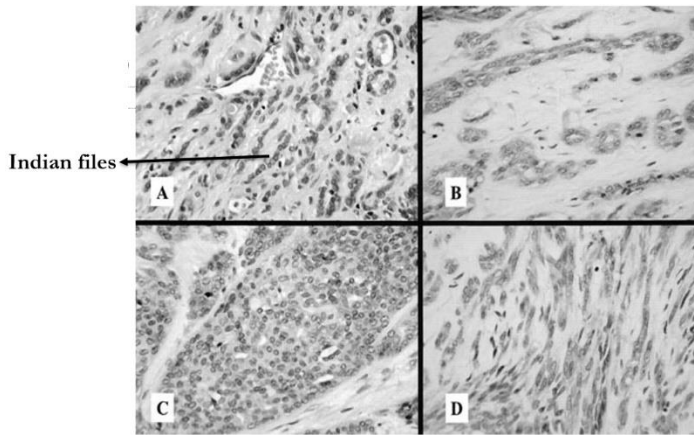


این اشکال توموری در استرومای همبندی قرار میگیرند که استروما اغلب موکوییدی (یا میکرووییدی) است ولی گاهی هم می تواند هیالینیزه باشد.

در واقع پلی مورفسم در آن دیده میشود ولی خیلی کم است.

تومور حدود مشخص دارد ولی گاهی اوقات ممکن است بوردر های اینفیلتراتیو به صورت single file fashion یا Indian file fashion داشته باشد.

تهاجم به عصب و یا به عضله و استخوان ممکن داشته باشد.



درمان: جراحی وسیع است. گاهی شامل رزگسیون استخوان زیرین (Bone Resection) هم میشود.

پیش آگهی: نسبتاً خوبی دارد و عود ۹٪-۱۷٪ برای آن گزارش شده است.

متاستاز به گره های لنفاوی دیده میشود ولی غیر شایع است و فقط در کمتر از ۱۰ درصد بیماران دیده میشود. مرگ حاصل از این ضایعه به دلیل تهاجم به ساختارهای حیاتی است.

بپیماید آغاز و انجام خویش
بَرش پر ز خون سواران بود
پر از خوب رخ جیب پیراهنش
بدو بگذرد زخم پیکان مرگ...

زمین گر گشاده کند راز خویش
کنارش پر از تاجداران بُود
پر از مرد دانا بود دامنش
چه افسر نهی بر سرت بر چه ترگ

(فردوسی)