

گزارش موردی

گزارش مورد نادری از پولیپ فیبروواسکولر در قاعده زبان

دکتر فرناز هاشمیان*، دکتر فتح الله بهنود*

چکیده:

پولیپ فیبروواسکولر بیماری نادری است که معمولاً در قسمت فوقانی مری دیده می شود. در بررسی مقالات در بیست سال اخیر فقط یک مورد پولیپ فیبروواسکولر اوروفارنکس گزارش شده است. در این مطالعه یک زن ۶۳ ساله که با شکایت خارج شدن توده ای بصورت ناگهانی از دهانش به بیمارستان امام خمینی همدان مراجعه کرده بود معرفی میگردد. این مورد تظاهر نادری از پولیپ فیبرو واسکولر قاعده زبان تشخیص داده شد.

کلید واژه ها: اوروفارنکس / پولیپ / فیبروم / قاعده زبان

مقدمه:

در معاینه بیمار علائم حیاتی Stable بود و توده ای طویل با رنگ صورتی و قوام نرم و سطح کاملاً صاف با قطر حدود ۱ سانتی متر و طول حدود ۱۰ سانتی متر از گوشه سمت راست دهان وی خارج شده بود (تصویر ۱) و در قسمت انتهائی آن نقطه سیاه رنگ نکروزه ای حدود ۵ میلی متر دیده می شد (تصویر ۲).

پولیپهای فیبروواسکولر را به نامهای فیبروما، فیبرولیوما و هیپرپلازی فیروز نیز نامیده اند. پولیپهای فیبروواسکولر اگرچه نادرند ولی بعد از لیومیوما دومین تومور خوش خیم مری می باشند و تقریباً ۹۰٪ موارد در قسمت فوقانی مری مخصوصاً نواحی کریکوئید دیده میشوند (۱). در بررسی سایر مطالعات در بیست سال اخیر (۲۰۰۴-۱۹۸۴) فقط یک مورد پولیپ فیبروواسکولر در اوروفارنکس گزارش شده است.

معرفی بیمار:

بیمار زن ۶۳ ساله ای است اهل زنجان ساکن همدان، خانه دار که به علت خروج توده ای از دهان از دو روز قبل از بستری شدن مراجعه کرده بود. وی از یکسال قبل احساس توده ای در حلق داشته که تا یکماه قبل از بستری با مراجعات مکرر به پزشک و با تشخیص سرماخوردگی آنتی بیوتیک دریافت میکرده است و از یک ماه قبل بدنبال حالت تهوع متوجه خروج توده ای طویل از دهان خود می شود که این توده به نسوج داخلی متصل بوده و بیمار مجدداً آنرا می بلعد و از آن زمان هنگام خوابیدن مخصوصاً به سمت چپ احساس تنگی نفس داشته است. دوز قبلی از بستری شدن مجدداً این توده از دهان وی خارج شده و برای درمان به بیمارستان امام خمینی همدان مراجعه می کند. بیمار در طی این مدت از اودینوفازی، دیسفاژی و خونریزی شکایتی نداشت.



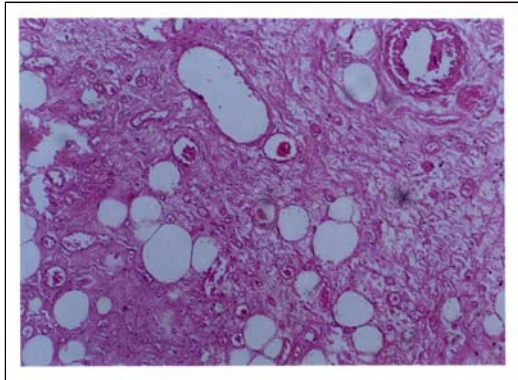
تصویر ۱



تصویر ۲

* استادیار گروه گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

بالغ که در مابین عروق خونی قرار گرفته بودند مشاهده شد. نکروز انعقادی و هموسیدرین نیز مشهود بود که یافته فوق مطابق با پولیپ فیروواسکولر می باشد (تصویر ۴).



تصویر ۴

در معاینات بعدی قاعده زبان بیمار کاملاً نرمال شده بود و در follow up یکساله آثاری از توده باقی نمانده بود.

بحث:

پولیپهای فیروواسکولر از تومورهای خوش خیم و نادر مری است و از نظر کلاسیک بصورت توده پایه دار با سطح صاف داخل جدار مری دیده می شود تقریباً ۹۰٪ در قسمت فوقانی مری دیده می شود. حدود ۷۵٪ موارد پولیپ بزرگتر از ۷ سانتی متر است و در بعضی موارد پایه آن ممکن است به ۲۰ سانتی متر نیز برسد. اولسراسیون و انفلاماسیون وجود ندارد مگر در مواردی که پولیپها به ناحیه کاردیا یا محل رسیدن مری به معده رسیده باشد و در مجاورت اسید و پپسین معده قرار گرفته باشد. استروما شامل بافت فیبروز و مقادیر متغیری از اجزاء میگزوئید و عروق خونی با جدار نازک می باشد. کانونهای بافت چربی نیز ممکن است وجود داشته باشد وقتی سلولهای چربی زیاد باشد فیبرولیپوما نامیده میشود که در گزارش پاتولوژی بیمار ما نیز همانطور که ذکر شد علاوه بر بافت فیبروز و عروق، سلولهای چربی بالغ نیز دیده شده بود. این پولیپ ممکن است باعث دیسفاژی، کاهش وزن و درد قفسه صدری شود و ممکن است بطور نادر از دهان خارج شود و یا داخل لارنکس آسپیره شود (۱). حتی خفگی ناشی از انسداد لارنکس گزارش شده است (۲).

درمان آنها جراحی است. یکی از تئوریهای ایجاد آن در مری، عملکرد پرپیستالیتسم روی مخاط وزیر مخاط شل ناحیه زیر کریکوئید است. در این پولیپها فقط

این توده تندرینس و ضربان نداشت و ادامه این توده تا اوروفارنکس می رسید و به نسوج داخل دهان متصل نبود. در معاینه دهان نکته پاتولوژیک دیگری مشهود نبود. در معاینه لارنگوسکپی غیر مستقیم لارنکس و هیپوفارنکس نرمال بودند و بنظر می رسید پایه این توده در قاعده زبان از والکول راست منشأ گرفته است. سایر معاینات سر و گردن و پوست و معاینات سیستمیک نرمال بودند. یک روز پس از بستری شدن توده تغییر رنگ داد و متمایل به بنفش پررنگ شد که احتمالاً به علت ترومای دندان و خونریزی داخل توده بود. آزمایشات روتین همگی نرمال بودند و برای رد بروز غیر عادی تیروئید زبانی سونوگرافی تیروئید نیز انجام شد که تیروئید در محل طبیعی خود گزارش شد. در گرافی لاترال گردن نیز نکته غیرطبیعی مشهود نبود.

دو روز پس از بستری و بعد از انجام آزمایشات، بیمار تحت بیهوشی کامل قرار گرفت و با دید مستقیم مسیر توده دنبال شد که این توده طویل با قطر یکسان (۱ سانتی متر) از قاعده زبان در والکول راست منشأ گرفته بود. ابتدا پایه توده Ligate و سپس قطع شد و انتهای آن کوتاه شد، خونریزی زیادی نداشت، طول توده خارج شده حدود ۱۰ سانتی متر بود و به محض قطع پایه و خروج از دهان رنگ آن تیره شد (تصویر ۳) و نمونه برای بررسی پاتولوژی ارسال شد.



تصویر ۳

از فوگوسکپی نیز انجام شد که مخاط مری نرمال بود و نکته پاتولوژیک دیگری دیده نشد.

در بررسی میکروسکوپی از توده مذکور، پرولیفراسیون عروق خونی محقق با سایز کوچک تا متوسط به همراه افزایش و ادم بافت فیبروز و قسمتهائی از سلولهای چربی

قاعده زبان تهیه شده و همچنین تأکیدی بر انجام معاینات کامل ENT از جمله لارنگوسکپی غیر مستقیم در بیماران با سمپتوم های مزمن مربوطه می باشد.

منابع :

1. Silverberg SG. Principles and practice of surgical pathology. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone ,1990: 1042.
2. Rosai J. Ackerman 's surgical pathology. 8th ed. New York : Mosby , 1996: 606.
3. Cummings CW. Otolaryngology head and neck surgery. 3rd ed. New York: Mosby , 1998:1408.
4. Borges A , Bikhas H, Wensel JA. AJNR 1999 Nov –Dec;20(10):1979-81.

یک مورد کانونهای اسکواموس سل کارسینوما گزارش شده است (۱).

تقریباً هیچیک از فیبروماهای حفره دهان نئوپلاسم حقیقی نیستند بلکه رشد بیش از اندازه فیبروز ناشی از تحریک مزمن می باشد این ضایعه بندرت قبل از دهه چهارم رخ می دهد و در هر دو جنس بطور یکسان دیده می شود(۳).

در بیمار معرفی شده پولیپ از قاعده زبان منشاء گرفته بود که علت ایجاد آن و یا منشاء تحریک مزمن آن مشخص نشد. در بررسی مطالعات بیست سال اخیر فقط یک مورد پولیپ فیبروواسکولار اروفارانکس در سال ۱۹۹۹ معرفی شده که بر طبق نظر نویسنده اولین مورد گزارش شده در مطالعات پزشکی بوده است(۴). لذا این گزارش برای معرفی تظاهر نادری از پولیپ فیبروواسکولر