

گزارش یک مورد متاستاز از کارسینومای کلیوی سلول روشن به لته قدام فک بالا در یک مرد ۷۵ ساله

نصراالله ساغروانیان*#، علیرضا رجائی**، نازنین بشردوست**

* استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
** دستیار تخصصی گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۹/۱/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۵

Metastasis of Clear Cell Renal Cell Carcinoma to the Maxillary Gingiva in a 75-Year Old Man: A Case Report

Nasrollah Saghraivanian*#, AliReza Rajaei**, Nazanin Bashardoust**

*Assistant Professor, Dept of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

**Postgraduate Student, Dept of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 4 April 2010; Accepted: 26 May 2010

Introduction: About 1% of all oral cancers are metastases of primary tumors elsewhere in the body and could be located in the soft tissue as well as in the jaw bones. Among all the primary tumors that arise below the level of the clavicle, renal cell carcinoma (RCC) is the third most common neoplasm according to metastasis in the head and neck region. Majority of the reported cases involve the jaw bones rather than the soft tissues. Here one case of metastatic RCC to the maxillary gingiva is reported.

Result: The Patient was a 75 year-old man who chiefly complained about swelling in his anterior region of the maxillary gingiva. Excisional Biopsy was performed. Metastatic clear cell Renal cell carcinoma (CCRCC) was diagnosed by microscopic examination by demonstrating islands of cells separated from each other by thin fibrovascular septa, with stroma containing numerous sinusoid like vessels and immunohistochemistry (IHC) Staining (S-100, vimentin, EMA, CEA, CD10, CK7, TTF-1 and PSA). CT scan confirmed tumor in the right kidney. Nephrectomy and chemotherapy were performed but patient died 9 months after treatment as a result of metastases to brain and lung.

Conclusion: CCRCC arise from renal tubular epithelium. Microscopically differential diagnosis for jaw tumors with clear cells includes a broad spectrum of tumors such as odontogenic tumors, salivary gland tumors and metastatic tumors. Generally, an immunohistochemistry panel consisting of S-100, vimentin, EMA, CEA, CD10, CK7, TTF-1 and PSA is useful to diagnose CCRCC from other clear cell tumors. Although IHC aids us in diagnosis, other paraclinical procedures like imaging should be done, to confirm the diagnosis.

Key words: Metastatic tumor, oral cavity, renal cell carcinoma, clear cell, immunohistochemistry.

Corresponding Author: saghravaniann@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2010; 34(2): 171-8.

چکیده

مقدمه: حدود ۱٪ تمام کانسره‌های حفره دهان متاستاز تومورهای اولیه که در سایر مناطق بدن رخ داده اند می‌باشند. این تومورها هم در بافت نرم و هم استخوان‌های فکین بروز می‌کنند. از میان تمام این تومورهای اولیه که در سطحی پایین تر از کلاویکل ایجاد می‌شوند کارسینوم سلول کلیه (RCC) سومین بدخیمی شایع متاستازدهنده به ناحیه سر و گردن می‌باشد در اکثر موارد گزارش شده، استخوان‌های فکین بیش تر از بافت نرم درگیر می‌شوند. در اینجا یک مورد تومور متاستاتیک کلیوی به لته فک بالا گزارش می‌گردد.

مولف مسؤول، نشانی: مشهد، میدان پارک، دانشکده دندانپزشکی، گروه آسیب شناسی دهان، تلفن: ۱۵ - ۸۸۲۹۵۰۱ - ۰۵۱۱

E-mail: saghravaniann@mums.ac.ir

یافته‌ها: بیمار یک مرد ۷۵ ساله بود که از تورمی در ناحیه قدامی لته فک بالا شکایت داشت. بیویسی اکسیژنال از ضایعه انجام شد و کارسینوم متاستاتیک سلول کلیوی سلول روشن توسط بررسی‌های میکروسکوپی با تشخیص جزایری از سلول‌ها که توسط سپتای فیبرووسکولار ظرفی از هم جدا می‌شدند به همراه استرومای حاوی عروق شبه سینوزوئید فراوان و رنگ‌آمیزی‌های ایمونوهیستوشیمی S-100، Vimentin، EMA، CEA، CD10، Ck7، TTF-1 و PSA تشخیص داده شد. CT scan، تومور را در کلیه راست تایید کرد. نفرکتومی انجام شد و بررسی هیستوپاتولوژی تومور کلیه نشان دهنده کارسینوم سلول روشن کلیوی بود و سپس شیمی‌درمانی انجام شد، ولی بیمار ۹ ماه پس از درمان به علت متاستازهای ریوی و مغزی فوت شد.

نتیجه‌گیری: کارسینوم سلول روشن کلیوی از اپی‌تلیوم توبولار کلیه منشأ می‌گیرد. تشخیص‌های افتراقی از نظر میکروسکوپی برای تومورهای با سلول روشن مخاط فک شامل طیف وسیعی از ضایعات مانند تومورهای ادنوتوزیک، تومورهای غدد بزاقی و تومورهای متاستاتیک است. به طور کلی یک پانل ایمونوهیستوشیمی شامل S-100، Vimentin، EMA، CEA، CD10، Ck7، TTF-1 و PSA برای تشخیص کارسینوم سلول روشن کلیه از سایر تومورها با سلول روشن مفید است و اگرچه IHC در تشخیص به ما کمک می‌کنند ولی سایر معاینات پاراکلینیکی مانند تصویر برداری باید به منظور تشخیص صحیح انجام شود.

واژه‌های کلیدی: تومور متاستاتیک، حفره دهان، کارسینوم سلول کلیوی، سلول روشن، ایمونوهیستوشیمی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۹ دوره ۳۴ / شماره ۲: ۸-۱۷۱.

مقدمه

RCC سه درصد کل تومورهای بدخیم بالغین را شامل می‌شود و در مردان حدوداً ۱/۵ برابر شایع‌تر است.^(۴) اغلب در میانسالی بروز می‌کند و تقریباً سه‌چهارم تمام نمونه‌ها در نمای هیستوپاتولوژی از نوع سلول روشن این کارسینوم هستند.^(۶)

کارسینوم سلول روشن کلیوی (CCRCC)^۲ از اپی‌تلیوم توبولار کلیه منشأ می‌گیرد. از نظر میکروسکوپی این نئوپلاسم از انواع گوناگونی از الگوهای رشد سلولی شامل آسینار، توبولار و پاپیلاری و صفحه‌ای تشکیل شده است. این سلول‌ها مقادیر فراوانی از گرانول‌های سیتوپلاسمیک حاوی لیپید و گلیکوژن دارند که باعث می‌شود نمای واکنش یا روشن به خود بگیرند. معمولاً حدود سیتوپلاسمیک واضح بوده و هسته‌ها کوچک و هایپرکروم می‌باشند.^(۷،۸) تشخیص‌های افتراقی از نظر میکروسکوپی برای تومورهای با سلول روشن در مخاط دهان، فک و غدد بزاقی شامل طیف وسیعی از ضایعات

تقریباً یک درصد تمام کانسره‌های حفره دهان متاستاز تومورهای اولیه که در سایر مناطق بدن رخ داده‌اند می‌باشند. این تومورها هم در بافت نرم و هم استخوان‌های فکین بروز می‌کنند.^(۱) درگیری فک پایین اغلب بیش از فک بالاست.^(۲) تا ۸۰ درصد متاستازها در فک پایین با تمایل بیش‌تر به نواحی خلفی آن رخ می‌دهند.

تقریباً تمام انواع بدخیمی‌ها می‌توانند به دهان متاستاز دهند، اگرچه مکانیزمی که توسط آن این تومورها به حفره دهان متاستاز می‌دهند به خوبی شناخته نشده است.^(۳) شایع‌ترین جایگاه‌های تومور اولیه به ترتیب پستان، ریه، کلیه و پروستات می‌باشد.^(۲) از میان تمام این تومورهای اولیه، کارسینوم سلول کلیه (RCC)^۱ سومین بدخیمی شایع است که به ناحیه سر و گردن متاستاز می‌دهد^(۴) و طبق اکثر گزارشات استخوان‌های فک را بیش از بافت نرم درگیر می‌کند.^(۵،۶)