



تومور پاروتید دو طرفه اولین تظاهر لوکمی لنفوبلاستیک حاد

*دکتر مسعود نقیب زاده^۱، دکتر محمدرضا مجیدی^۲، دکتر رقیه عربخانی^۳

^۱استاد، ^۲استادیار، ^۳دستیار- گروه گوش، گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: بزرگی دوطرفه ی غده پاروتید عمدتاً ناشی از فرآیندهای ویرال، متابولیک و خود ایمنی می باشد. در این جا بیماری معرفی می شود که تنها یافته بیمار با بدخیمی خونی در بدو مراجعه، بزرگی دو طرفه پاروتید بود.

معرفی بیمار: بیمار مردی ۳۴ ساله ای است که به دلیل بزرگی منتشر، پیش رونده و بدون درد غدد پاروتید دوطرفه از ۳ ماه قبل مراجعه نموده بود. یافته های آزمایشگاهی مویبد وجود لکوسیتوز، آنمی، کاهش نسبی پلاکت و سدیماتاسیون بالا بود تشخیص قطعی بیماری با انجام بیوپسی مغز استخوان منبسی بر وجود لوسمی لنفوبلاستیک حاد مسجل گشت.

نتیجه گیری: اگرچه بزرگی دوطرفه پاروتید اکثراً به دنبال عوامل ویروسی و خود ایمنی ایجاد می شود، ولی در بروز آن عواملی از قبیل بدخیمی های خونی را نیز می بایست مد نظر قرار داد.

واژه های کلیدی: بزرگی پاروتید، لوسمی لنفوبلاستیک حاد، لنفوم

مقدمه

یک طرفه است که معمولاً با رشد آهسته همراه می باشند (۱). در این جا ما بیماری را معرفی می نمایم که با تظاهر بسیار نادر بزرگی دو طرفه پاروتید به دنبال ابتلا به لوسمی لنفوبلاستیک حاد مراجعه کرده بود.

معرفی بیمار

بیمار مردی ۳۴ ساله ای بود که به دلیل بزرگی منتشر، پیش رونده و بدون درد غدد پاروتید دو طرفه از ۳ ماه قبل مراجعه کرده بود. علائم همراه مانند درد و یا تشدید بزرگی به دنبال خوردن مواد ترش، دیسفاژی، تریسموس، خشکی دهان و چشم وجود نداشت ولی کاهش وزن حدود ۷ کیلوگرم همراه با تعریق شبانه ولی بدون وجود خارش و تب را ذکر می کرد.

تومورهای غدد بزاقی نادرنند و حدود ۳ درصد تومورهای سر و گردن را شامل می شوند. اکثر تومورهای غدد بزاقی از نوع خوش خیم می باشند. تومورهای بدخیم غدد بزاقی با انسیدانس ۱ مورد در ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است و ۱۳ درصد از تومورهای غدد بزاقی را شامل می شوند.

سن متوسط در تومورهای بدخیم، دهه ی پنجم و ششم می باشد. عوامل محیطی و ژنتیک را در بروز بدخیمی غدد بزاقی موثر می دانند. تظاهر کلینیکی تومورهای خوش خیم و بدخیم پاروتید غالباً به صورت توده ی متحرک، بدون درد و

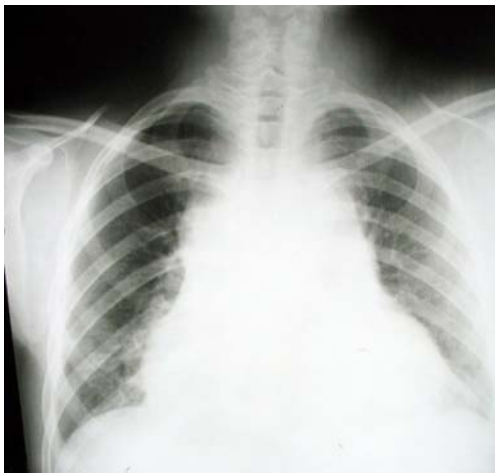
آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، بیمارستان قائم (عج)، گروه گوش، گلو و بینی

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۴۱۳۴۹۲

Email: naghibzadehm@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۷/۷/۷ تاریخ تایید: ۸۷/۱۰/۲۰

پس از ۵ روز به دنبال ایجاد مشکلات تنفسی در رادیوگرافی ساده از ریه و به دنبال آن سی تی اسکن از قفسه ی صدری به عمل آمد که در این تصاویر، توده ای حجیم در مدیاستن و ناف و لوب میانی ریه راست همراه با تجمع مایع در پلور همان سمت مشاهده شد (تصاویر شماره ۳ و ۴). بیوپسی سوزنی از غده ی پاروتید انجام شد که با توجه به مطرح شدن تومور غدد بزاقی بدون مشخص شدن نوع آن، بیوپسی باز پیشنهاد گردید.



تصویر ۳- نمای PA رادیوگرافی ساده ی قفسه سینه



تصویر ۴- تصویر سی تی اسکن قفسه ی صدری را نشان می دهد

در بیوپسی از غده ی پاروتید راست، لنفوم لنفوبلاستیک از نوع سلول T گزارش شد اما بدلیل لنفوسیتوز غیر قابل توجیه بیوپسی از مغز استخوان انجام شد که در آن لوسمی حاد لنفوبلاستیک (ALL) گزارش شد. بیمار تحت درمان شیمی درمانی قرار گرفت و در مدت کوتاهی تمام علائم بیماری شامل نشانه های ریوی و بزرگی پاروتید بهبودی قابل توجهی یافت.

به علاوه تاریخچه ی فامیلی از نظر بزرگی منتشر غدد بزاقی وجود نداشت. در معاینه بالینی بزرگی منتشر غدد پاروتید دو طرفه بدون وجود تندرns در لمس بود (تصویر شماره ۱).



تصویر ۱- نمای بالینی بیمار با تورم دو طرفه پاروتید را نشان می دهد

علائم دیگری مثل آدنوپاتی در گردن و یا در سایر نقاط بدن و هیپاتواسپلنومگالی وجود نداشت و در معاینه سایر نقاط از جمله معاینات عصبی و قلبی- ریوی نکته غیر طبیعی دیده نشد.

در شمارش خون محیطی، لکوسیتوز به میزان ۲۳۰۰۰ با برتری ۷۵ درصدی لنفوسیت ها و وجود اشکال غیر معمول، هموگلوبین به میزان ۱۰ گرم در دسی لیتر و پلاکت ۱۳۶۰۰۰ همراه با سدیماتاسیون ۹۰ میلی مترو CRP مثبت گزارش شد که در آزمایشات بعدی نیز تایید گردید. هم چنین LDH توتال ۱۱۳۴ U/L گزارش شد. در سی تی اسکن، انفیلتراسیون منتشر در غده ی پاروتید و به صورت دو طرفه گزارش گردید (تصویر شماره ۲).



تصویر ۲- تصویر سی تی اسکن از ناحیه پاروتید

بحث

وقتی بیماری با بزرگی پارتوید مراجعه می نماید، معمولاً علت آن انسدادی، التهابی، عفونی و تومورال می باشد. اریون شایع ترین علت ویروسی بزرگی دو طرفه پارتوید است ولی در سنین ۶-۴ سال بروز می کند و معمولاً بیشتر از دو هفته طول نمی کشد، در حالی که پارتویدیت حاد باکتریال غالباً یک طرفه بوده، همراه با علایمی از قبیل درد، تب و خروج چرک از مجرای استنسون می باشد. در بیماری های خود ایمنی مانند: سندرم شوگرن هر چند امکان تورم پارتوید دو طرف وجود دارد ولی معمولاً تورم غدد اشکی و تظاهرات کلینیکی بزاق و اشک نیز دیده می شود (۱).

سنگ یکی از علل شایع تورم یک طرفه سریع و دردناک پارتوید می باشد. تومورهای خوش خیم و بدخیم پارتوید معمولاً به صورت توده های بدون درد و بدون علایم التهابی و عفونی بروز می کنند. هر چند رشد سریع، وجود درد، درگیری عصبی و چسبندگی به پوست یا عمق و آدنوپاتی گردنی بیشتر به نفع بدخیمی است (۲،۱). درگیری غده ی پارتوید به دنبال ALL و یا به عنوان محل عود آن به ندرت گزارش شده است، اما به عنوان اولین محل بروز بسیار نادر است (۶-۳).

در مطالعه ای که توسط Agrawal و همکاران انجام شد دو مورد ALL با درگیری دو طرفه پارتوید گزارش شد که یک مورد در خانمی ۲۳ ساله و مورد دوم در شیرخوار ۱۵ ماهه بود. در هر دو مورد بزرگی دو طرفه پارتوید همراه با لنف آدنوپاتی

متعدد، هپاتواسپلنومگالی، آنمی و لنفوسیتوز مشاهده شد که به دنبال بیوپسی سوزنی پارتوید، لوکمی لنفوبلاستیک حاد گزارش شد (۳). Fukuzawa و همکاران مرد ۷۵ ساله ای را با خشکی دهان و بزرگی غده ی پارتوید به دنبال لوکمی بالغین سلول T معرفی نمود (۴). اگر چه انفیلتراسیون غده پارتوید با لنفوسیت نادر است اما گزارشات در این زمینه وجود دارد (۳،۶).

عود AML و نه ALL در غده ی پارتوید گزارش شده است که به تنهایی یا همراه با درگیری سیستم اعصاب مرکزی، بزرگی دو طرفه پارتوید همراه با لنف آدنوپاتی متعدد، هپاتواسپلنومگالی، آنمی و لنفوسیتوز بوده است (۶،۷).

نکته ی مهم در معرفی این مورد این است که در بیمار ما بر خلاف موارد با تشخیص مشابه، بزرگی دو طرفه پارتوید بدون همراهی با لنف آدنوپاتی متعدد و هپاتواسپلنومگالی بوده است.

نتیجه گیری

اگرچه بزرگی دو طرفه پارتوید اکثراً به دنبال عوامل ویروسی و خود ایمنی ایجاد می شود ولی در بروز آن عواملی از قبیل بدخیمی های خونی را نیز می بایست مد نظر قرار داد.

شایان ذکر است که این تحقیق بدون حمایت مالی نهادهای دولتی و غیر دولتی انجام شده است و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

References

- 1- Simeutal A, Carrau RL. Malignant neoplasms of the salivary glands. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. (editors). Cumming's otolaryngology head and neck surgery. 4th ed. Philadelphia: Mosbey; 2005: 1378-9.
- 2- Mandel L, Hamele D. Alcoholic parotid sialadenosis. J Am Dent Assoc 1997; 128(10): 1411-5.
- 3- Agrawal V, Mondal R, Krishnani N. Parotid gland enlargement as a presenting manifestation of acute lymphoblastic leukemia. Jk Sci 2005; 7(3): 167-8.

- 4- Fukuzawa J, Akaishi T, Tanaka H, Nakanishi K. Adult T-cell leukemia with invasion by malignant T-cells of parotid glands diagnosed by Ga 67 imaging. Clin Nucl Med 1996; 21: 964-6.
- 5- Behatia S, Harland VS. Low incidence of second neoplasms among children diagnosed with ALL. Blood 2002; 99(12): 4257-64.
- 6- Geetha N, Kusumkumary P, Abraham P, Nair MK. An uncommon presentation of acute non-lymphocytic leukemia: A case report. J Pediatr Hematol Oncol 1998; 21: 75-9.
- 7- Messa JR, Espinosa E, Losada R, Hernandez C, Martinez G, Hernandez P. Parotid and central nervous system relapse during complete hematological remission in acute promyelocytic leukemia. Haematologica 1999; 21: 565-6.