میوفیبروبلاستومای عقده لنفاوی در بازوی پسر بچه ۱۳ ساله" گزارش یک مورد"

*دکتر رویا ستاره‌شناس I
دکتر ناصر رخشانی II

چکیده

میوفیبروبلاستومای داخل عقده لنفاوی، یک تومور اولیه غیرلنفاوی عقده‌های لنفاوی است که به راحتی با دیگر تومورهای مزانشیمی عقده‌های لنفاوی اشتباه می‌شود. به نظر می‌رسد که این نئوپلاسم از میوفیبروبلاستهای موجود در عقده لنفاوی منشأ می گیرد که این یافته، با ایمونوهیستوشیمی نیز حمایت شده است. موردی که معرفی می‌شود پسر بچه ۱۳ ساله ایرانی با توده عقده لنفاوی در بازوی راست است که این توده از پرولیفراسیون سلولهای دوکی شکل با نواحی پرچینی مانند هسته ها و رسوب کلاژن ایجادشده بود. یافته میوفیبروبلاستومایی این سلولها با ایمونوهیستوشیمی تأیید شد. بعد از رزکسیون توده، بیمار تا ۱ سال پیگیری شد که عود نداشت. از نظر ما این بیمار اولین مورد گزارش شده میوفیبروبلاستوما عقده لنفاوی در بازو می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – میوفیبروبلاستوما ۲ – عقده لنفاوی ۳ – بازو

مقدمه

تومور سلولهای دوکی شکل اولیه عقده لنفاوی، برای اولین بار در سال ۱۹۸۹ توسط ۳ گروه از محققین بصورت مجزا تحت عناوین مختلف شامل Hemorrhagic spindle cell tumor with amianthoid fiber, myofibroblastom و palisaded myofibroblastoma توصیف شد(۱، ۲و ۳). تاکنون ٤۹ مورد از این بیماری در منابع انگلیسی زبان(جدول شماره۱)(۱٦-۱) و موارد انفرادی نیز در منابع غیرانگلیسی زبان گزارش شده است(۱۸،۱۷و۱۹).

این تومور که در این مقاله به عنوان Intranodal palisaded myofibroblastoma یا IPM شناخته می‌شود بصورت پرولیفراسیون سلولهای دوکی شکل در داخل عقده لنفاوی، با پلی‌مورفیسم و میتوزکم، خونریزی بارز در بافت بینابینی، تجمعات پرچین مانند (Palisaded) هسته‌ها و نواحی رسوب فیبریلهای ظریف کلاژن شبیه amianthoid fiber می‌باشد.

در ایمونوهیستوشیمی این سلولها دارای تمایز میوفیبروبلاستیک هستند یعنی برای Vimentin, Actin واکنش ایمنی مثبت و برای F VIII, GFAP, S100, Desmin و keratin، واکنش ایمنی منفی دارند.

منشأ این تومور احتمالاً از سلولهای میوفیبروبلاست داخل عقده لنفاوی یا سلولهای عضلات صاف تغییر شکل یافته، می‌باشد اگرچه IPM بطور شایع در عقده لنفاوی اینگوئینال دیده می‌شود، یعنی محلی که تعداد سلولهای میوفیبروبلاست فراوان است اما تاکنون ۳ مورد از این بیماری در عقده‌های لنفاوی تحت فکی(٤و ۱۰) و ۱ مورد هم در عقده لنفاوی گردن گزارش شده است(۱۲).

بدون در نظر گرفتن محل درگیری، این بیماری همیشه سیر خوش‌خیم دارد. در این مقاله اولین مورد IPM در بازو گزارش می‌شود.

I) استادیار گروه آسیب شناسی، بیمارستان حضرت رسول (ص)، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران(*مولف مسؤول)
II) دستیار رشته آسیب شناسی، بیمارستان حضرت رسول (ص)، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول شماره ۱- موارد گزارش شده میوفیبروبلاستومای عقده لنفاوی در منابع انگلیسی زبان

محل ضایعه	جنسیت	سن(برحسب سال)	تعداد موارد	منبع
کشاله ران	M(۱۵)	۲۶-۶۷	۲۲	Weiss et al(24)
	F(۷)			
کشاله ران	M(٤)	۱۹-۶۱	٦	Suster & rosain(22)
	F(۲)			
کشاله ران	F	٤۸	۱	Lee et al(15)
کشاله ران	F	۳۵-٤۰	۲	Fletcher&stirling(12,13)
کشاله ران	F	۵۳	۱	Barbareschi et al(3)
کشاله ران	M	۵۱	۱	Bigotti et al(5)
تحت فکی	M	٦۱	۱	Alguacil-garcia(1)
کشاله ران	M(۲)	٤۷-٦۳	٦	Michal et al(17)
گردن	F(٤)			
کشاله ران	F	۷۰	۱	Tanda et al(23)
کشاله ران	F	۵۱	۱	Lioe et al(16)
کشاله ران	M	٤۸	۱	Eyden et al(10)
کشاله ران	M	۵۱	۱	Schultz & ironside(21)
کشاله ران	M(۲)	٤۲-٦۷	۳	Rossi et al(20)
	F(۱)			
کشاله ران	M	٤۵	۱	Burns et al(6)
کشاله ران	F	٤۹	۱	Creager et al(9)

معرفی بیمار

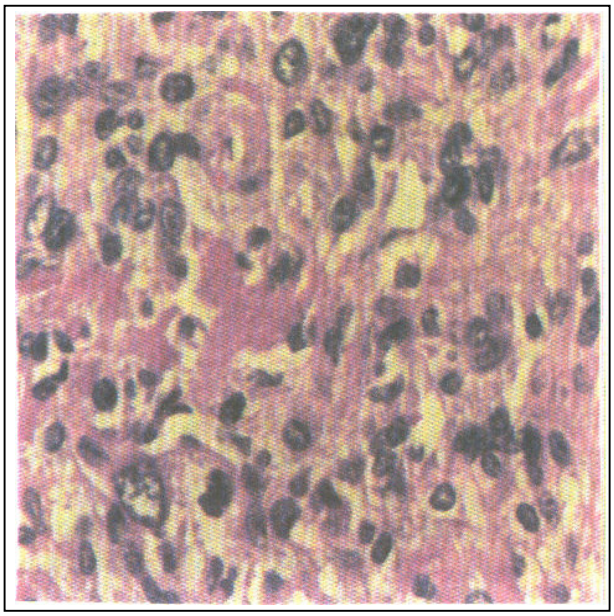
بیماری که معرفی می‌شود پسر بچه ۱۳ ساله و در ظاهر سالمی بود که در اردیبهشت ماه سال ۱۳۷۹ بدون داشتن سابقه بیماری، به دلیل داشتن توده بافت نرم در قسمت پروگزیمال بازوی راست به بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) مراجعه کرده بود. در رادیوگرافی انجام شده نکته قابل توجهی گزارش نشد. از طریق جراحی توده توپر، متحرک، نیمه سفت و بدون ارتباط با استخوان به اندازه حدود ۲/۵ × ۲/۵ سانتیمتر خارج شد. نمونه به دست آمده در فرمالین ۱۰٪ فیکس شد. سپس با استفاده از روش متداول، آب گیری و در پارافین قالب گیری شد و در نهایت با رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین وائوزین (H&E) رنگ شد. برشهایی نیز برای رنگ آمیزی ماسون تری کروم انتخاب و برشها از نظر مورفولوژی سلولی، سلولاریتی، نکروز، پلی مورفیسم هسته و میزان میتوز ارزیابی گردیدند.

برشهای فیکس شده با فرمالین و قالب‌گیری شده با پارافین پس از بازیافت آنتی‌ژنی، توسط Microwave oven با آنتی بادیهای مونوکلونال اولیه موش ساخت شرکت DAKO شامل Vimentin و Muscle, CD31, CD68, Smooth muscle Actin FVIII, Desmin, specific Actin (HHF32) انکوبه شدند سپس با کیت DAKO labeled streptavidin Biotin 2 system به روش ایمونوپراکسیداز، کروموژن Diaminobenzidine و رنگ زمینه هماتوکسیلین رنگ‌آمیزی انجام شد(۲۰).

در بررسی ماکروسکوپی، توده کپسول‌دار سفید ـ خاکستری تقریباً سفت به ابعاد ۱/۵ × ۲/۵ × ۲/۵ cm به شکل بیضی با سطح برش قهوه‌ای ـ کرم بدون نواحی خونریزی یا نکروز مشاهده شد.

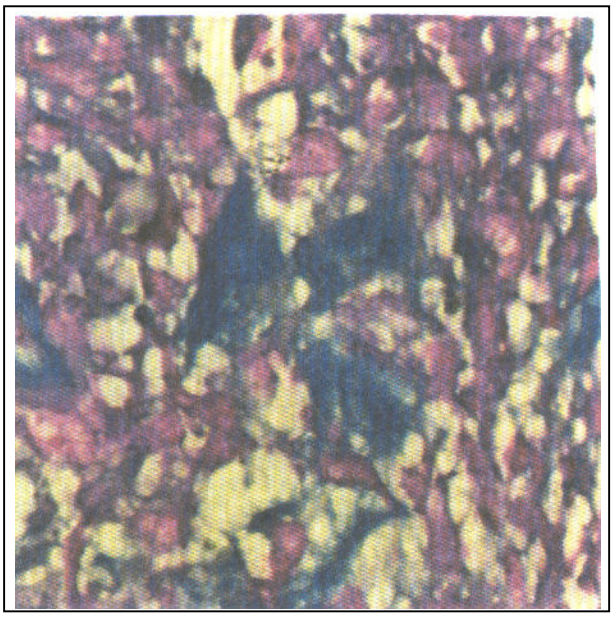
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

در بررسی میکروسکوپی تومور، سلولهای دوکی شکل با الگوی ندولار و نواحی متناوب کم سلول و پرسلول در یک زمینه فیبروز دیده شد(شکل شماره۱). در محیط تومور، باقیمانده عقده لنفاوی بصورت فشرده مشاهده گردید که با کپسول احاطه شده بود.



شکل شماره ۱- سلولهای دوکی دارای هسته وزیکولر و رسوبات صورتی کلاژن بین سلولها دیده می‌شود.

سلولهای دوکی شکل بصورت دسته‌های متقاطع دیده شدند که دارای هسته بیضی وزیکوله، بدون هستک واضح بودند. میتوز بارزی وجود نداشت و تومور دارای عروق فراوان slit-like بود و نواحی خونریزی تازه و مخلوط با سیدروفاژ مشاهده گردید. همچنین نواحی ستاره‌ای شکل بدون سلول که از رشته های ظریف قرمز ـ نارنجی تشکیل و باتری کروم آبی شده بود، مشاهده گردید(شکل شماره۲). در بررسی ایمونوهیستوشیمی،سلولهای تومورال بصورت منتشر واکنش ایمنی مثبت برای آنتی‌بادیهای Vimentin و Muscle specific Actin (MSA) داشتند اما برای Desmin و Smooth muscle Actin واکنش ایمنی بصورت فوکال مثبت شد. همچنین برای S ۱۰۰، CD31، F VIII، CD68 هیچگونه واکنش ایمنی مشاهده نگردید. کنترلهای مثبت و منفی بدرستی رنگ گرفته بودند. نتایج ایمونوهیستوشیمی، یک تومور مزانشیمی با تمایز Myoid را نشان داد.



شکل شماره ۲- رسوبات amianthoid از جنس کلاژن بوده و با رنگ تری‌کروم آبی می‌شوند.

بحث

تومورهای مزانشیمی اولیه عقده لنفاوی شایع نیستند. مهمترین آنها عبارتند از: سارکوم کاپوسی، خال ملانوسیتیک خوش‌خیم، ملانوم بدخیم، سودوتومور التهابی و بندرت لیومیومای اولیه غدد لنفاوی(۲۱و۲۲).

تومورهای دوکی شکل متاستاتیک به غدد لنفاوی، شامل کارسینوماها با مورفولوژی سارکوماتوئید و خود سارکوما، از تومورهای اولیه مزانشیمی غده لنفاوی، نسبتاً شایعتر هستند. بیمار مورد نظر ما سابقه بیماری خاص یا تومور شناخته شده‌ای را نداشت. سارکوم کاپوسی با توجه به دخالت HIV در این بیماری، با وجود آتیپی زیاد سلولی همراه با میتوز فراوان قابل افتراق است(۲۳و۲٤).

سود وتومور التهابی دارای یک جزء برجسته التهابی همراه با پرولیفراسیون میوفیبروبلاستها است که از نظر CD68 هم مثبت می‌باشد. از طرفی این بیماران معمولاً علائم عمومی و تب دارند. لیومیومای اولیه عقده لنفاوی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

هم ممکن است با IPM اشتباه شود اما وجه افتراق آن، وجود amianthoid fiber و فضاهای عروقی slit-like است که در لیومیوما دیده نمی‌شود.

ضایعات خوش‌خیم و بدخیم ملانوسیتیک در تشخیص افتراقی بیمار مورد نظر ما مطرح نبود اما با این حال، وجود پیگمان ملانین، مارکرهای S100 HMB 45 مثبت و هستکهای برجسته به افتراق ملانوسیتهای دوکی شکل از میوفیبروبلاستوما کمک می‌کند که در بیمار ما S100 منفی بود. طیف سنی بیماران IPM، ۷۰-۱۹ سال است(۸) و در مردان نسبتاً شایعتر می‌باشد(M/F: ۳/۲).

با توجه به نتایج هیستولوژیک و ایمونوهیستوشیمی، از نظر ما بیماری که گزارش شد، اولین مورد IPM در بازو می‌باشد و جوانترین بیماری است که تا به حال گزارش شده است. بعد از رزکسیون تومور و مدت ۱ سال پیگیری، علائم عود در بیمار مشاهده نگردید.

منابع

1- Lee JY-Y, Abell E, Shevichik GJ. Solitary spindle cell tumor with myoid differentiation of the lymph node. Arch Pathol lab Med. 1989; 113; 547-550.

2- Suster S, Rosai J. Intranodal hemorrhagic spindle-cell Tumor with "amianthoid" fibers: report of six cases of a distinctive mesenchymal neoplasm of the inguinal region simulate Kaposi's sarcoma. Am J surg Pathol. 1989; 13: 347-357.

3- Weiss SW, Gnepp DR, Bratthauer GL. Palisaded myofibroblastoma: a benign mesenchymal tumor of lymph node. Am J surg pathol. 1989; 13: 342-346.

4- Alguacil-Garcia A. Intranodal myofibroblastoma in a submandibular lymph node. Am J clin Pathol. 1992; 97: 69-72.

5- Barbareschi M, Mariscotti C, Ferrero S, etal. Intranodal haemorrhagic spindle cell tumor: a benign kaposi like nodel tumor. Histopathology, 1990; 17; 93-96.

6- Bigotic G, Coli A, Mottolese M, et al., Selective location of palisaded myofibroblastoma with amianthoid fibers. J Clin Pathol. 1991, 44: 761-764.

7- Burns MK, Headington JT, Rasmussen JE. Palisaded myofibroblastoma simulating chronic primary lymphadenopathic Kaposi's. J Am Acad Dermatol. 1991; 25: 566-568.

8- Creagar AJ; christopher P. Garwacki Recurrent intranodal palisaded myofibroblastoma with metaplastic, Bone formation. Arch pathol lab Med. 1999; 123: 433-436.

9- Eyden BP, Harris M, Greywoode GIN, et al., Intranodal myofibroblastoma: report of a case. Ultrastruct pathol. 1996; 20: 79-88.

10- Fletcher CDM, Striling RW. Intranodal myofibroblastoma presenting in the submandibular region: evidence of a broader clinical and histologic spectrum. Histopathology 1990; 16: 287-297.

11- Lioe TF, Allen DC, Bell JC. Acase of multicentric intranodal palisaded myofibroblastoma. Histopathology. 1994; 24: 173-175.

12- Michal M, Chlumska A, Povysilova V. Intranodal "aminathoid" myofibroblastoma: report of six cases: immunhistochemical and electron microscopical study. Pathol Res Pract. 1992; 188: 199-204.

13- Michal M, Chlumska A, Skalova A, et al., Palisaded intranodal myofibroblastoma: electron microscopic study. Zentrable Pathol. 1993; 139: 81-88.

14- Rossi A, Bulgarini A, Rondanelli E, et al., Intranodal palisaded myofibroblastoma: report of three new cases. Tumori 1995; 81: 468-469.

15- Schultz TC, Ironside P. Test and teach: Number 67: palisaded myofibroblastoma. (Intranodal hemorrhagic spindle cell tumor with "amianthoid" fibres.)Pathology. 1992; 24: 73-74.

16- Tanda F, Massarelli G, Cossu A, et al., Primary spindle cell tumor of lymph node with " amianthoid" fibers: a histological immunohistochemical and ultrastructural study: Ultrastruct pathol. 1993; 17: 195-205.

17- Bednar B. Inguinal myofibroblastoma (amianthoid, desmoid myofibroblastoma). Cesk pathol. 1990; 26: 135-137.

18- Daimaru Y. Hisaoka M, Hashimoto H., Intranodal palisaded myofibroblastoma with

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

so-called amianthoid fibers: a report of two cases with a review of the literature. Pathol Int 1998; 48: 307-12.

19- Padberg BC, Holzhausen HJ, Weinland G, et al., Primary hemorrhagic spindle cell tumor of the lymph node with amianthoid structures: case report and review of the literature. Pathologe 1994; 15: 176-180.

20- Hsu SM, Raine L, Fanger H. The use of avidin-biotin proxidase complex (ABC) in immunuperoxidase techniqe. J Histochem Cytochem. 1981; 92: 500-505.

21- Azzopardi JG, Ross CMD, Frizzera G. Blue nevi of lymph node capsule. Histopathology. 1977; 1: 437-461.

22- Fletcher CDM. Soft tissue tumor an update. In: Anthony PP, MacSween RNM, eds. Recent Advances in Histopathology, 1st ed Edinburgh, Scotland: Churchill livingstone; 1992, PP: 113-139.

23- Creager AJ, Maia DM, Funkhouse WK. Epstein-Barr virus-associated renal smooth muscle neoplasm. Report of a case with review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 1998; 122: 277-281.

24- Finkheiner WE, Egberst BM, Groundwater JR, et al., Kaposi's sarcoma in young homosexual men: a histologic study with particular reference to lymph node involvement.Arch pathol lab Med. 1982; 106: 261-264.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

INTRANODAL PALISADED MYOFIBROBLASTOMA IN RIGHT ARM IN 13 YEARS OLD BOY "A CASE REPORT"

*R. Setarehshenas, MD [I] N.Rakhshani, MD [II]

ABSTRACT

Intranodal palisaded myofibroblastoma (IPM) is a rare primary nonlymphoid Tumor of the lymph node, which can easily be mistaken for other spindle cell tumors. Intranodal palisaded myofibroblastoma is thought to arise from intranodal myofibroblasts. We describe a 13 year Iranian boy with IPM arose in the right arm. The tumor was well-demarcated and composed of a fascicular proliferation of spindle cells with focal nuclear palisading and acellular stellate shaped collagen-rich areas. Histologically and immunohistochemically myofibroblastic differentiation was confirmed. To our knowledge this case represents only the first case of IPMin the lymph node of arm.

Key Words: 1) Myofibroblastoma 2) Lymph node 3) Arm

I *Assistant professor of pathology, Hazrat Rasool-e Akram Hospital, Sattarkhan St., Niayesh., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran(*Corresponding author)*

II *Resident of pathology,Hazrat Rasool-e Akram Hospital, Sattarkhan St., Niayesh., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]