

## مورد نگاری

# گزارش یک مورد گلوموس تومور اولیه معده در یک مرد ۵۹ ساله

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۲

### خلاصه

#### مقدمه

گلوموس تومور اولیه معده تومور نادری بوده و شیوع به مراتب کمتری نسبت به تومورهای استرومال دستگاه گوارش (GIST) دارند. در مقالات حدود ۱۵۰ مورد گلوموس تومور اولیه معده گزارش شده است. اما تا کنون موردی از آن در نشریات ایرانی منتشر نشده است.

#### معرفی بیمار

بیمار مرد ۵۹ ساله با شکایت اصلی احساس پری بعد از غذا از حدود دو سال قبل، مراجعه نموده بود. در اندوسونوگرافی توده ای هیپو اکو در عضله مخاطی به ابعاد ۲۹ × ۱۴ میلیمتر را نشان داد. بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون گوه ای تومور معده قرار گرفت. در بررسی ریزینی صفحات و ندولهای از سلولهای یک شکل گرد تا چند وجهی دارای حدود سیتوپلاسمی مشخص با هسته های گرد تا بیضی آرام و سیتوپلاسم روشن محصور در استرومای عروقی منشعب شبه همانژیوپرسیتومی با جدار هیالینیزه دیده شد. مارکهای ایمونوهیستوشیمی با اکتین اختصاصی عضله، دسمین، کروموگرانین و CD117 انجام شد که اولی مثبت و مابقی منفی بودند.

#### نتیجه گیری

گلوموس تومور اولیه معده اساساً یک تومور خوش خیم بوده لذا افتراق آن از سایر تومورهای بدخیم به منظور جلوگیری از اعمال جراحی رادیکال غیر ضروری الزامی است.

**کلمات کلیدی:** گلوموس تومور، معده، گلومائوئوما

۱- احمد خسروی

۲- مهرداد کاتبی

۳- حسین شباهنگ

۴- بهرام معمار

۵- میترا احدی\*

۶- الهام مختاری

۱- دانشیار بیمارهای داخلی، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- متخصص آسیب شناسی

۳- استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- استادیار آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

۵، ۶- رزیدنت فوق تخصصی بیمارهای گوارش

و کبد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* مشهد- بیمارستان قائم (عج)، دفتر گروه داخلی،

مشهد، ایران

تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۵۱۴۰۸-۹۸

email: Ahadi871@mums.ac.ir



## مقدمه

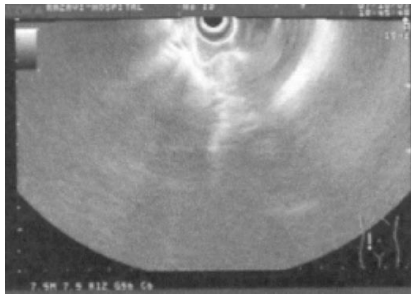
گلوموس تومور، نئوپلاسمی مزانشیمی با منشا سلولهای عضلانی صاف تغییر شکل یافته بوده و معادل جسم گلوموس اطراف عروق است. اکثر گلوموس تومورها، کوچک، خوش خیم با جایگزینی در درم و هیپودرم هستند (۱).

علاوه بر پوست این تومور در استخوان، مفاصل، عضله اسکلتی، بافت نرم، مدیاستن، تراشه و کلیه، رحم، واژن و معده گزارش شده است (۲). گلوموس تومور معده تومور نادری بوده و شیوع به مراتب کمتری نسبت به تومورهای استرومال دستگاه گوارش دارد. شیوع آن یک دهم تومورهای استرومال گوارش تخمین زده می شود (۳). در مقالات حدود ۱۵۰ مورد گلوموس تومور اولیه معده گزارش شده است. اما تا کنون موردی از آن در نشریات ایرانی منتشر نشده است. به دلیل کم بودن تعداد موارد موجود، در این مقاله به بررسی کلی مطالعات مربوطه و معرفی یک مورد گلوموس تومور اولیه معده از مشهد پرداخته خواهد شد.

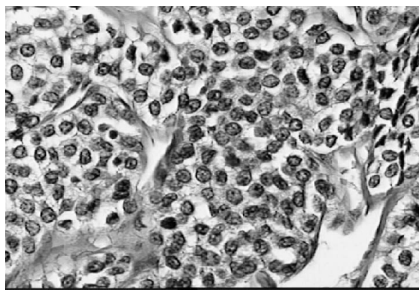
## گزارش مورد

بیمار مرد ۵۹ ساله با شکایت اصلی احساس پری بعد از غذا از تقریباً دو سال قبل، مراجعه نموده بود. سایر علائم بالینی مانند تهوع، استفراغ، درد شکمی، کاهش وزن و بی اشتهائی وجود نداشت. در سابقه بیمار نیز تنها فشار خون بالا بیان گردید.

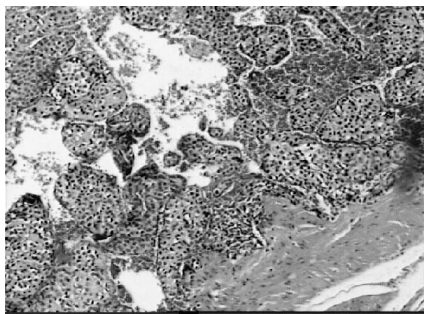
حال عمومی کاملاً خوب و در معاینه بجز حساسیت خفیف اپیگاستر نکته خاص دیگری وجود نداشت. بیمار در آندوسکوپی فوقانی گوارش شواهد ازوفاژیت در دیستال مری همراه با آروزیونهای متعدد در انتر معده و یک ضایعه زیر مخاطی (داخل جدار) در ناحیه آنتر داشت و هرنی هیاتال نیز دیده شد. در آندوسونوگرافی توده ای هیپواکو با جایگزینی عضله مخاطی به ابعاد ۲۹ × ۱۴ میلیمتر مشاهده شد (شکل ۱). بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون گوه ای تومور معده، ترمیم فتق هیاتال و فوندوپلیکاسیون قرار گرفت. در بررسی ماکروسکوپی رزکسیون قسمتی از جدار معده به اقطار ۳ سانتیمتر پوشیده از مخاط سالم و در برش در زیر مخاط توده ای به حداکثر قطر ۳ سانتیمتر لوبوله کرمی رنگ توپر و با اتصال به مارژین عمقی وجود داشت.



شکل ۱- نمای آندوسونوگرافی از توده هیپواکو با جایگزینی عضله مخاطی در ناحیه آنتر معده



شکل ۲- سلولهای یک شکل گرد تا چند وجهی دارای حدود سیتوپلاسمی مشخص با هسته های گرد تا بیضی آرام و یتوپلاسم روشن، بزرگنمایی ۴۰۰×، هماتوکسیلین و ائوزین



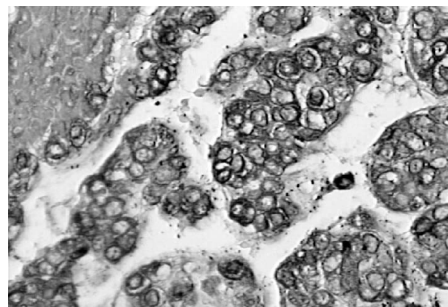
شکل ۳- گلوموس تومور معده با استرومای عروقی منشعب شبه همانژیوپریسیستومی و جدار هیالینیزه، بزرگنمایی ۱۰۰×، ماتوکسیلین و ائوزین

در بررسی برشهای بافتی تهیه شده با رنگ آمیزی H&E صفحات و ندولهای سلولهای یک شکل گرد تا چند وجهی دارای حدود سیتوپلاسمی مشخص با هسته های گرد تا بیضی آرام و سیتوپلاسم روشن محصور در استرومای عروقی منشعب شبه همانژیوپریسیستومی با جدار هیالینیزه دیده شد (شکل ۲، ۳).

عمدتاً با جایگزینی در بافت نرم اندامها به ویژه نوک انگشتان و زیر ناخن است (۸).

در اکثر مقالات گزارش شده از جمله مطالعه میتین<sup>۴</sup> و لی<sup>۵</sup> شیوع گلوموس تومور در زنان به صورت معنی داری بیش از مردان بوده اما توجه خاصی برای آن ذکر نشده است (۸،۳). دامنه سنی مبتلایان وسیع بوده و از ۱۸ تا ۹۰ سال را شامل می شود و میانگین سنی نیز حدود ۵۴ سال ذکر شده است (۸،۳). علائم بالینی نیز طیف نسبتاً محدودی داشته که شایعترین آن خونریزی گوارشی (هماتز، ملنا، کم خونی) بوده ولی علائم دیگر مانند درد مزمن اپیگاستر، بندرت با شواهد متاستاز پوستی و یا به صورت یافته اتفاقی حین اندوسکوپی بوده است (۸،۳، ۱۴-۸).

گلوموس تومور معمولاً به صورت توده داخل جدار بیضوی، کروی یا نیمه کروی خود را نشان داده و در سطح برش به رنگ زرد روشن، خرمائی، خاکستری یا قرمز تیره اغلب با نواحی خونریزی است (۱۵). اکثریت قریب به اتفاق این تومورها منفردند اما موارد نادری از تومورهای متعدد و چند مرکزی در مقالات آمده است (۱۶، ۱۷). اندازه تومور در مقالات مختلف از حداقل ۰/۸ تا حداکثر ۷ سانتیمتر با میانگین ۲-۲/۵ سانتیمتر ذکر شده است جایگزینی اغلب در آنتراست (۳، ۱۸، ۸). این تومورها اغلب دارای حدود مشخصی بوده میزان متغیری از سلولهای گلوموس، عروق و عضله صاف در آنها وجود دارد. یافته معمول صفحات سلولی توپر یک شکل با هسته های گرد تابیضی و سیتوپلاسم وسیع روشن تا اسیدوفیل کم رنگ با حدود سیتوپلاسمی مشخص در زمینه عروق شبه پرسیتومی (pericytoma-like) بوده که اکثراً دارای استرومای ادماتو با نواحی میکروئید می باشد (۳، ۱۹، ۲۰). در برخی منابع کانونهای آتیپی و تهاجم عروقی تا حدودی شایع بوده و در منابع دیگر نادر گزارش شده است. میتوز نادر بوده و حدود ۱-۴ در هر ۵۰ HPF ذکر گردیده است (۳، ۸). گاه سلولها می توانند نمای نگین انگشتی به خود بگیرند (۱۰). در گزارش حاضر آتیپی هسته ای و تهاجم عروقی مشخصی دیده نشد. یافته های سیتولوژیک شامل کلاسترهای به هم پیوسته سلولهای گرد تا چند وجهی کوچک یک شکل با



**شکل ۴-** رنگ آمیزی سیتوپلاسمی منتشر و قوی سلولهای گلوموس برای مارکر ایمونوهیستوشیمی اکتین عضله صاف بزرگنمایی ۴۰۰×

جهت بیمار تشخیص گلوموس تومور اولیه معده مطرح شد و جهت تایید مارکرهای ایمونوهیستوشیمی شامل اکتین عضله صاف<sup>۱</sup>، دسمین، کروموگرانین و CD117 انجام شد که اولی در تمامی سلولهای نئوپلازیک مثبت و مابقی کاملاً منفی بود، که مؤید تشخیص گلوموس تومور می باشد (شکل ۴). بیمار حدود یک سال بعد اندوسکوپی شد و شواهدی مبنی بر عود تومور مشاهده نشد، بیوپسی های انجام شده طبیعی بود.

## بحث

در بررسی بانکهای اطلاعاتی پزشکی شامل اسکوپوس و مدلاین بالغ بر ۱۵۰ مورد گلوموس تومور اولیه معده از سال ۱۹۵۳ تا ۲۰۰۹ موجود بود که اولین آن مربوط به اسپانگلر<sup>۲</sup> و همکاران از آلمان می باشد (۴-۶). ولی اولین مورد شناسایی گلوموس تومور اولیه معده مربوط به سال ۱۹۴۲ بوده و پس از آن همراه با دو مورد دیگر در سال ۱۹۵۱ توسط کی<sup>۳</sup> گزارش شده است (۷). اطلاعات دموگرافیک، بالینی، یافته های آندوسکوپی و سایر یافته های پاراکلینیک و هیستوپاتولوژیک در مواردی که قابل دسترس بود، ثبت و مورد بررسی قرار گرفت.

گلوموس تومور نئوپلاسمی نادر با منشا عضله صاف تغییر شکل یافته جسم گلوموس بوده که نوعی گیرنده عصبی-عضلانی شریانی به منظور تنظیم جریان خون شریانی محسوب می شود و

<sup>1</sup> Muscle Specific Actin

<sup>2</sup> Spangler

<sup>3</sup> Key

<sup>4</sup> Miettinen

<sup>5</sup> Lee

از ۲ سانتیمتر یا وجود میتوزهای آتیپیک و یا ترکیبی از درجه هسته ای متوسط تا بالا همراه با افزایش میتوز (۵ میتوز در هر ۵۰ میدان بزرگ میکروسکوپی) می باشد (۲۵).

معیارهای فوق برای گلوموس تومور معده که یک عضو عمقی محسوب می گردد فاقد کارائی است ولی میتوز بیش از ۵ در هر ۵۰ HPF می تواند نشانگر تمایل تومور به بدخیمی باشد اما تومورهای با میتوز پائین نیز گاهی متاستاز داده اند (۳). بنابراین تعداد پائین میتوز رد کننده پتانسیل بدخیمی بویژه در تومورهای بزرگتر از ۵ سانتیمتر نمی باشد (۸).

### نتیجه گیری

در این مقاله گزارش یک مورد گلوموس تومور اولیه معده برای اولین بار در مجلات پزشکی ایران داده شده است. یافته های بالینی، هیستوپاتولوژیک و رفتار بالینی ضایعه با موارد مشابه از سایر نقاط دنیا مشابه بود.

گلوموس تومور معده اساسا یک تومور خوش خیم با جایگزینی در آنتر معده و با غلبه مشخص در جنس مؤنث بوده که در صورت تشخیص صحیح قبل از درمان و افتراق آن از سایر تومورهای بدخیم نیاز به اعمال جراحی رادیکال برای بیمار مرتفع می شود. هر چند در تعداد اندکی از موارد احتمال رفتار بدخیم به طور کامل قابل رد نبوده و خصوصا در مورد گلوموس تومورهای بزرگتر و نمونه های با تهاجم داخل عروقی، پیگیری دقیق بیمار توصیه می شود.

### تشکر و قدردانی

از کارکنان گروه داخلی بیمارستان قائم (عج) تشکر و قدردانی می شود.

حدود سیتوپلاسمی نامشخص بوده و هسته ها هیپرکروم با غشاء هسته ای صاف و انتشار یکنواخت و غبار مانند (dusty-like) کروماتین می باشند.

در میکروسکوپ الکترونی وزیکولهای پینوسیتیک برجسته در غشاء سلول از مشخصه های مهم تومور است (۲۲،۲۱). در ایمنوهِیستوشیمی سلولهای گلوموس برای اکتین عضله صاف H-Caldesmon, Calponin (smooth muscle actin) و ویمنتین مثبت و برای CD34، CD117، کروموگرانین، سیناپتوفیزین، دسمین و S100 منفی است. از آنجا که تشخیص افتراقی مهم این تومور GIST (اپتلیوئید) و تومورهای نوروآندوکراین می باشد، منفی بودن آن برای CD34 و CD117 در افتراق از GIST و منفی بودن آن برای مارکرهای کروموگرانین و سیناپتوفیزین جهت رد تومورهای نوروآندوکراین بویژه کارسینوئید اولیه معده کمک کننده است.

به علاوه این تومور برای کلاژن تیپ ۴ و ۳۵-HHF مثبت می باشد (۴،۲۱-۱۳). اکثریت قریب به اتفاق گلوموس تومورهای معده رفتاری خوش خیم داشته و بنابراین قابلیت برداشت به صورت محدود را داشته لذا جدا نمودن آن از سایر نئوپلاسمهای مهاجم معده به منظور جلوگیری از اعمال جراحی رادیکال معده از اهمیت زیادی برخوردار است. برای این منظور آسپیراسیون سوزنی یک روش سریع و مقرون به صرفه به شمار می آید (۲۴،۲۳،۱۱). یکی از روشهای تشخیصی دیگر حین عمل برشهای انجمادی<sup>۱</sup> است (۲۳). با این وجود در موارد نادری گلوموس تومور اولیه معده به سایر نقاط دستگاه گوارش و یا نواحی دوردست بخصوص پوست متاستاز می دهد (۱۳،۷). فولپ<sup>۲</sup> و همکاران معیارهایی را برای طبقه بندی گلوموس تومور بدخیم پوست پیشنهاد نموده اند که شامل جایگزینی عمیق و اندازه بیش

<sup>1</sup> frozen section

<sup>2</sup> Folpe

**References:**

- 1- Tsuneyoshi M, Enjoji M. Glomus tumor. A clinicopathologic and electron microscopic study. *Cancer* 1982; 50:1601-1607.
- 2- Enzinger FM, Goldblum JR. Perivascular tumors. In: Enzinger FM, Weiss SW, editors. *Soft tissue tumors* 4th ed. St Louis, MD: Mosby; 2001. p.985-1003.
- 3- Miettinen M, Paal E, Lasota J, Sobin LH. Gastrointestinal glomus tumors: A clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 32 cases. *Am J Surg Pathol* 2002; 26:301-311.
- 4- Batra R, Mehta A, Rama Mohan P, Singh K. Glomus tumor of the stomach. *Indian J Pathol Microbiol* 2009; 52:77-79.
- 5- Vanwijnsberghe S, Rubay R, Descamps C, Verdebout JM, Navez B. A glomus tumour of the stomach treated by laparoscopy. *Acta Chir Belg* 2006; 106:613-615.
- 6- Spangler H. [An angioneuromyoma (glomus tumor) of the stomach and other neurogenic tumors of gastrointestinal tract.]. *Chirurg* 1953; 24:181-184.
- 7- Key S, Kallahn WP. Glomus tumours of the stomach. *Cancer* 1951;726-736 .
- 8- Lee HW, Lee JJ, Yang DH, Lee BH. A clinicopathologic study of glomus tumor of the stomach. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2006; 40:717-720.
- 9- Harig BM, Rosen Y, Dallemand S, Farman J. The radiology corner. Glomus tumor of the stomach. *Am J Gastroenterol* 1975; 63:423-428.
- 10- Yamada Y, Yokochi K, Itou O, Itou G, Tashiro Y, Ichikawa H, *et al.* A glomus tumor of the stomach associated with a lipoma. *Gan No Rinsho Japan J Cancer Clin* 1988; 34:2096-2101.
- 11- Vinette-Leduc D, Yazdi HM. Fine-needle aspiration biopsy of a glomus tumor of the stomach. *Diagn Cytopathol* 2001; 24:340-342.
- 12- Stelzner S, Freitag M, Roitzsch E, Jacobasch L, Erk JU, Ludwig K. Glomus tumour of the stomach. A case report. *Chirurg* 2003; 74:65-68.
- 13- Bray APJJ, Wong NACS, Narayan S. Cutaneous metastasis from gastric glomus tumour. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34.
- 14- Tavusbay C, Gen H, Haciyanli M, ûzlem Sayin G, Ekinci N. Glomus tumor of the stomach: A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Ulu Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15:85-87.
- 15- Lee MM, Kwon YK, Lim SS. A case of glomus tumor of the stomach misdiagnosed for gastric polyp. *Korean J Med* 2010;198:38,127-130.
- 16- Haque S, Modlin IM, West AB. Multiple glomus tumors of the stomach with intravascular spread. *Am J Surg Pathol* 1992;16:291-299.
- 17- Urba czyk K, Stachura J, Papla B, Karcz D, Mat\_éok M. Gastric solid glomus tumor and multiple glomangiomyomas of the large bowel with intravascular spread, multifocal perivascular proliferations and liver involvement. *Polish J Pathol* 2007; 58:207-214.
- 18- Kanwar YS, Manaligod JR. Glomus tumor of the stomach. An ultrastructural study. *Arch Pathol Lab Med* 1975; 99:392-397.
- 19- Calonje E, Fletcher C. Vascular tumors. In: Fletcher C, editor. *Diagnostic histopathologic of tumors*. 3th ed. Boston: Churchill livingstone elsevier; 2007. p.70-72.
- 20- Campbell F, Lauers G, Williams G. Tumors of esophagus and stomach. In: Fletcher C, editor. *Diagnostic histopathologic of tumors*. 3th ed. Boston: Churchill livingstone elsevier; 2007. p. 340-64.
- 21- Gu M, Nguyen PT, Cao S, Lin F. Diagnosis of gastric glomus tumor by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy: A case report with cytologic, histologic and immunohistochemical studies. *Acta Cytolog* 2002; 46:560-566.
- 22- Debol SM, Stanley MW, Mallery S, Sawinski E, Bardales RH. Glomus tumor of the stomach: Cytologic diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration. *Diagn Cytopathol* 2003; 28:316-321.
- 23- Nakajima S, Nishiyama K, Hosoi H, Yamazaki Y, Akabane H. A case report of glomus tumor of the stomach. *Gastroenterol Endoscopy* 1996; 38:316-322.
- 24- Almagro UA, Schulte WJ, Norback DH, Turcotte JK. Glomus tumor of the stomach. Histologic and ultrastructural features. *Am J Clin Pathol* 1981; 75:415-419.
- 25- Folpe AL, Fanburg-Smith JC, Miettinen M, Weiss SW. Atypical and malignant glomus tumors: Analysis of 52 cases, with a proposal for the reclassification of glomus tumors. *Am J Surg Pathol* 2001; 25:1-12.