

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 gingival 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. بیوپسی 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 کانسرها در 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)

2. Clear Cell Renal Cell Carcinoma (CCRCC)

1. Renal Cell Carcinoma (R.C.C)

دستخوش ژنویت و پریدنتیت منتشر همراه با تحلیل عمودی و افقی استخوان آلوئول بود. با توجه به نمای بالینی و تاریخچه پزشکی بیمار، تومورهای متاستاتیک و توموهای مزانشیمال بدخیم (مانند لنفوم) جزء تشخیص‌های افتراقی بالینی برای این ضایعه مطرح گردید. همچنین برای رد ضایعات داخل استخوانی که موجب پرفوراسیون استخوان و خروج توده از استخوان گشته‌اند رادیوگرافی از محل ضایعه انجام شد. در رادیوگرافی اکلوزال یک رادیولوسنسی در استخوان آلوئولار قدام فک بالا از خط وسط تا مزبال دندان کائین سمت چپ مشاهده گردید (تصویر B-۱) ولی هیچ نوع ضایعه داخل تنه استخوان فک بالا در رادیوگرافی بیمار وجود نداشت. با در نظر گرفتن نتایج رادیوگرافی بیمار، ضایعات داخل استخوانی برای بیمار کنار گذاشته شد و تنها تومورهای متاستاتیک و نیز تومورهای مزانشیمال بدخیم مطرح گردیدند. ضایعه به طور کامل توط جراح برداشته شد و جهت بررسی پاتولوژی فرستاده شد.

توصیف میکروسکوپی

در بررسی میکروسکوپی، ضایعه حاوی آشیانه‌هایی از سلول‌های تومورال که توسط تیغه‌های فیبروواسکولار باریکی از هم جدا شده بودند مشاهده گردید. استروما شامل عروق شبه سینوزوئید فراوان بوده و نواحی از خونریزی نیز مشاهده گردید. الگوهای گلندولار و آلوئولار هم دیده شد. هسته‌ها با هستک‌های واضح، اکثراً مرکزی بوده و پلئومورفیسم ملایم تا متوسط داشتند، اشکال میتوزی غیرنرمال و هسته‌های چند لوبولی به طور پراکنده مشاهده شد (تصویر C-۱). سیتوپلاسم نماهای متغیر از روشن تا گرانولر ائوزینوفیلیک با حدود سیتوپلاسمیک واضح داشت که در تشخیص افتراقی با کارسینوم سلول آسینی (ACC)، موکوپیدرموئید کارسینوما (MEC)،

مانند تومورهای ادنتوژنیک، تومورهای غدد بزاقی و تومورهای متاستاتیک است. سلول‌های روشن در اکثر تومورهای غدد بزاقی مانند موکوپیدرموئید کارسینوما (MEC)، کارسینوم آدنوئید سیستیک (ADCC)، کارسینوم سلول آسینی (ACC)، اپیتلیال میوآپیتلیال کارسینوما (EMC)، سباسئوس کارسینوما، سباسئوس ادنوما و انکوسیتوما و نیز برخی از تومورهای ادنتوژنیک مانند کارسینوم ادنتوژنیک سلول روشن و تومور ادنتوژنیک اپیتلیالی کلسیفیه شونده و همچنین تومورهای متاستاتیک نظیر کارسینوم سلول روشن کلیوی، کارسینوم تیروئید، پروستات، روده، کبد، کلیه، ملانوم و آدرنال هم مشاهده می‌شود. به علاوه Alveolar Soft Part Sarcoma (ASPS) و پاراگانگلیوما هم حاوی سلول روشن هستند. از آنجا که تومورهای متاستاتیک به ناحیه دهان برخلاف سایر تومورهای حاوی سلول روشن که در بالا به آنها اشاره شد نادر هستند تشخیص کارسینوم سلول کلیه متاستاتیک به فک می‌تواند دشوار باشد.^(۱)

ما در این مقاله یک مورد از کارسینوم سلول کلیه را که به لته فک بالا متاستاز داده است گزارش می‌کنیم.

گزارش مورد

بیمار مردی ۷۵ ساله است که در خرداد ۸۷ با شکایت از درد و تورمی در ناحیه قدامی فک بالا (تصویر A-۱) که از حدود یک هفته قبل ایجاد شده به بخش تشخیص بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه کرده است. از نظر سیستمیک بیمار دچار فشار خون بالا و هایپرکلسمی و ضعف عمومی بود. در معاینه بالینی این بیمار یک توده برجسته با پایه پهن به اندازه ۳×۴ سانتیمتر و با رشد سریع، قوام سفت و سطح صاف، بدون زخم، به رنگ ارغوانی مشاهده گردید. بیمار دارای جرم فراوان به صورت منتشر در اطراف تمامی دندان‌ها بوده و لته بیمار

نسبتاً مشخص به ابعاد ۷۳×۵۶ میلی متر مشاهده گردید. ضایعه فوق باعث فشار بر ناحیه لگنچه‌های کلیه و باعث هیدرونفروز خفیف در کلیه راست شده بود. سایز و ضخامت کورتکس و اکوی کورتیکومدولاری کلیه چپ نرمال بود و سنگ یا هیدرونفروز رویت نشد. حالب‌ها و مثانه طبیعی بودند. یافته‌های فوق مطرح‌کننده ضایعات تومورال کلیه، در درجه اول کارسینوم سلول کلیه (RCC) بود. سی‌تی‌اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و تزریقی جهت Staging بیماری توصیه شد.

درمان

نفرکتومی کلیه راست به همراه حذف غده آدرنال، چربی دور کلیه که در فاسیای ژروتا محصور بود و غدد لنفاوی ناحیه‌ای انجام شد. شیمی‌درمانی جنرال و رادیوتراپی در ناحیه قدام فک بالا انجام شد. در پیگیری‌هایی که از بیمار به عمل آمده، پس از ۹ ماه بیمار با اختلالات CNS و مشکلات ریوی مواجه گردید. تصویربرداری مغزی و گرافی ریوی انجام شد. یافته‌های سی تی اسکن پیشنهادکننده متاستازهای ریوی و مغزی بود. بیمار از ادامه درمان منصرف شد و متأسفانه پس از ۲ هفته فوت گردید.

بحث و نتیجه گیری

تومورهای متاستاتیک حفره دهان غیرشایع‌اند و تقریباً ۱٪ کل بدخیمی‌های دهان هستند. متاستاز به فک بالا غیرشایع است و بیش از ۸۰٪ متاستازهای گزارش شده از فکین در فک پایین رخ می‌دهد. لته شایع‌ترین محل متاستازهای بافت نرم دهان است. وجود دندان‌ها نقش مهمی در ارجحیت متاستاز به لته به دلیل شبکه عروقی غنی بافت‌های ملتهب لته دارد.^(۳)

تقریباً ۱/۳ تومورهای متاستاتیک که در حفره دهان بروز می‌یابند، اولین علامت از تومورهای سایر مناطق بدن

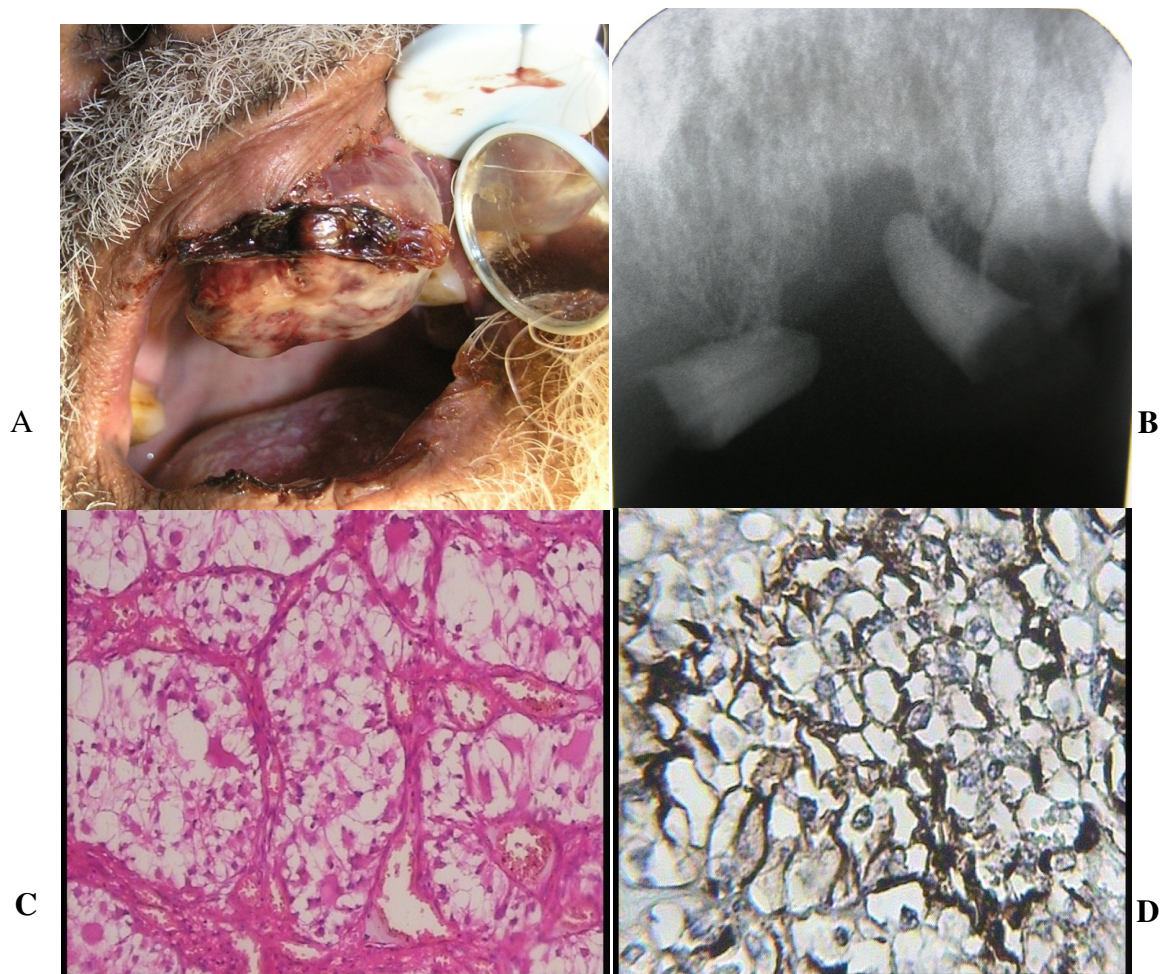
اپی‌تلیال میوایی تلیال کارسینومای غدد بزاقی (EMC)، تومور ادنتوژنیک اپیتلیالی کلسیفیه شونده (CEOT)، کارسینوم ادنتوژنیک سلول روشن (CCOC)، تومورهای متاستاتیک با سلول روشن شامل کارسینوم سلول کلیه با سلول روشن (CCRCC) و کارسینوم سلول روشن تیروئید، پروستات قرار می‌گیرد.

به منظور تشخیص نوع کارسینوم سلول روشن رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین وائوزین (H&E) و موسی کارمین و پانل ایمونوهیستوشیمی شامل CD10، EMA^۱، TTF-1^۲، S-100^۳، PSA^۴، CEA^۵، ویمنتین، HMB-45، Inhibin استفاده شد.

حضور تعداد زیاد عروق خونی و نواحی خونریزی و فقدان سلول‌های توموری دو فایزیک که در EMC و MEC دیده می‌شد و همچنین سن بیمار پیشنهادکننده CCRCC بود. رنگ‌آمیزی PAS^۶ دیاستاز منفی، نشان‌دهنده سلول‌های غنی از گلیکوژن بود. این سلول‌ها از نظر ایمونوهیستوشیمی CD10+ هستند S-100 و موسی کارمین و TTF-1 منفی هستند. با تشخیص CCRCC از نظر پاتولوژی، سونوگرافی از کلیه و مثانه جهت تأیید تشخیص انجام شد.

در سونوگرافی به عمل آمده کلیه راست با ابعاد ۱۵۱×۶۱ میلی‌متر و کلیه چپ با ابعاد ۱۱۷×۴۶ میلی‌متر رویت شدند. کلیه راست بزرگ‌تر از حد طبیعی دیده شد. در پل فوقانی کلیه راست تصویر توده‌ای Solid با حدود

1. Epithelial membrane antigen
2. Thyroid transcription factor-1
3. S-100 protein
4. Prostate-specific antigen
5. Carcinoembryonic antigen
6. Periodic acid-Schiff stain



تصویر ۱: (A) نمای بالینی ضایعه دهانی. (B) نمای رادیوگرافی اکلوزال فک بالای بیمار. (C) نمای میکروسکوپی ۴۰۰x رنگ آمیزی H&E. (D) نمای میکروسکوپی ۴۰۰x رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی (Cluster of differentiation) CD10

گاهی شبیه دندان درد می‌باشد.^(۹) بیشترین مکان برای متاستاز به ترتیب ریه (۷۶٪)، استخوان‌ها (۴۲٪) و کبد (۴۱٪) می‌باشد.^(۱) این کارسینوم از اپیتلیوم توبولار کلیه منشا می‌گیرد.^(۷) سی تی اسکن، بررسی رادیوگرافیک پیشنهادی جهت تعیین گستردگی ضایعه متاستاتیک بوده و اگرچه نشان‌دهنده بدخیمی است ولی معمولاً غیراختصاصی می‌باشد و تنها می‌تواند پیشنهادکننده لیستی از تشخیص‌های افتراقی باشد. MRI نیز به ویژه در ارزیابی بیماری باقیمانده پس از رادیوتراپی می‌تواند مفید باشد. تشخیص نهایی ضایعه بسته به تاریخچه کلینیکی و

می‌باشند.^(۱) بیوپسی از تومور متاستاتیک ممکن است به منظور تشخیص مکان اولیه ضروری باشد. از میان تمام تومورهای اولیه، کارسینوم سلول کلیه سومین بدخیمی شایعی است که به ناحیه سر و گردن متاستاز می‌دهد.^(۴) کارسینوم سلول کلیه رشد آهسته‌ای دارد و متاستاز ممکن است بسیار دیر رخ دهد.^(۵) این کارسینوم ۳ درصد تمام بدخیمی‌های بزرگسالان را شامل می‌شود و با شیوع بیشتر در دهه‌های پنجم و ششم زندگی رخ می‌دهد. نسبت مرد به زن ۱/۵ به ۱ بوده و اغلب همراه با متاستاز است. از جمله علائم متاستاز به حفره دهان، تورم، درد ناحیه‌ای

وضعیت پاتولوژیک دارد.^(۴)

از نظر درمان، به نظر می‌رسد کارسینوم سلول کلیه به رادیوتراپی مقاوم است ولی تعدادی از مقالات نشان داده‌اند که رادیوتراپی در درمان کارسینوم سلول کلیه متاستاتیک مخصوصاً تومور متاستاتیک استخوانی سودمند است.^(۴) جراحی و رادیوتراپی و شیمی درمانی و یا هورمون درمانی می‌تواند در درمان ضایعات متاستاتیک کمک‌کننده باشد.^(۶) پیش‌آگهی به میزان گسترش ضایعه در بدن و تهاجم واسکولار بیماری بستگی دارد.^(۵) درمان استاندارد کارسینوم کلیه غیرمتاستاتیک نفرکتومی است.

رکزسیون کانون متاستاتیک ممکن است در بیمارانی که با رادیوتراپی، تسکین مطلوبی به دست نمی‌آورد مناسب باشد، همچنین ممکن است با افزایش بقا بدون بیماری نیز همراه باشد. رادیوتراپی تسکینی (مثلاً با ۳۰ گری در ۱۰ جلسه)، در موارد متاستاز مؤثر بوده البته در مواردی که متاستاز منفرد استخوانی وجود داشته باشد، علاوه بر حذف ضایعه متاستاتیک و اولیه به طریق جراحی، رادیوتراپی برای پیشگیری از عود اندیکاسیون دارد.^(۱۰) از نظر نمای میکروسکوپی: سلول‌های روشن در اکثر تومورهای غدد بزاقی مانند موکوپیدرومئید کارسینوما، کارسینوم سلول آسینی، اپیتلیال میواپیتلیال کارسینوما، سباسئوس کارسینوما، سباسئوس آدنوما و انکوسیتوما و نیز برخی از تومورهای ادنتوژنیک مانند کارسینوم ادنتوژنیک سلول روشن و تومور ادنتوژنیک اپیتلیالی کلسیفیه شونده و همچنین تومورهای متاستاتیک نظیر کارسینوم تیروئید، کلیه و ملانوم مشاهده می‌شود. به علاوه (ASPS) و پاراگانگلیوما هم حاوی سلول روشن هستند. از آنجا که تومورهای متاستاتیک به ناحیه دهان برخلاف سایر تومورهای حاوی سلول روشن که در بالا به آنها اشاره شد نادر هستند تشخیص کارسینوم سلول کلیه متاستاتیک

به فک می‌تواند دشوار باشد.^(۶)

برخلاف CCRCC که در آن سلول‌های روشن بوده و جزء غالب سلولی را تشکیل می‌دهند، کارسینوم‌های غدد بزاقی به ویژه موکوپیدرومئید کارسینوما و کارسینوم سلول آسینی علاوه بر کانون‌های سلول روشن به ترتیب حاوی جزایری از سلول‌های سنگفرشی و سلول‌های گرانولار بازوفیلیک نیز می‌باشند. به علاوه حضور گلیکوژن بدون موسین در سلول‌های روشن در CCRCC در تشخیص آن از ضایعات غدد بزاقی کمک‌کننده است. چون گلیکوژن و موسین هر دو در کارسینوم سلول آسینی و موکوپیدرومئید کارسینوما مثبت هستند. همچنین بروز همزمان سیتوکراتین و ویمنتین در CCRCC در تشخیص کمک‌کننده است زیرا این حالت در سایر کارسینوم‌ها غیرمعمول می‌باشد.^(۶)

تمام مارکرهای میوایی تلیال در CCRCC منفی هستند در عوض EMC برای این مارکرهای میوایی تلیالی مثبت می‌باشد.

سلول‌های روشن در CCRCC حاوی مقادیر فراوان از گلیکوژن و لیپید بوده در حالی که سلول روشن در کارسینوم تیروئید فاقد چربی و گلیکوژن است و در عوض از نظر ایمنوهِیستوشیمی برای تیروگلوبولین مثبت هستند.^(۷) کارسینوم سلول روشن پروستات برای PAS مثبت و برای ویمنتین و CD-10 این بروز منفی است. بروز مثبت Inhibin در کارسینوم آدرنال دیده می‌شود ولی این مارکر در CCRCC منفی است. در ملانوم اگرچه HMB-45، S-100 دارای بروز مثبت می‌باشند ولی برای CD-10 منفی است.

CD10 (CALLA)^(۱)، یک آنزیم روی سطح سلول است

1. Common acute lymphoblastic leukemia antigen

EMA در CCRCC با شیم ولی همانگونه که اشاره شد. TTF-1 و Inhibin در CCRCC منفی می‌باشند.^(۱۲) که در مورد گزارش ما نیز منفی شد.

به طور کلی یک پانل ایمونوهیستوشیمی (IHC) شامل S-100, Vimentin, EMA, CEA, CD10, CK7 برای تشخیص CCRCC از سایر تومورها با سلول روشن مفید می‌باشد ولی باید اشاره داشت که اگرچه IHC در تشخیص افتراقی کمک‌کننده است ولی سایر معاینات پاراکلینیکی مانند تصویربرداری باید به منظور تشخیص صحیح انجام پذیرد.

یافته‌های پانل IHC در این گزارش مورد با دیگر موارد گزارش شده از این ضایعه و دیگر ضایعات با نمای پاتولوژیک مشابه در بررسی‌های دیگر در جدول ۱ مورد مقایسه قرار گرفته است.

که فعالیت متالواندوپیتیدازی داشته و در تعدادی از سلول‌های طبیعی بدن مانند سلول‌های پروژنیاتور لنفونیدی و سلول‌های میوپیتلیال پستان و غده بزاقی و حاشیه مسواکی سلول‌های اپیتلیال توبولار کلیه بروز می‌یابد. بیش از ۸۰٪ از CCRCCها برای این مارکر مثبت هستند^(۱۱و۱۲) (تصویر D-1). ویمنتین یک فیلامان بینابینی در بافت کلیوی نرمال است و در ۸۷٪ کارسینوم‌های سلول کلیه بروز می‌یابد.^(۱۱)

تقریباً تمام تومورهای غدد بزاقی به جز تومور میوایپیتلیال خالص (Purely myoepithelial tumor)، CK7^۱ را بروز می‌دهند در حالی که CCRCC برای این مارکر منفی است. (ممکن است بسیار کم در حدود ۱۴-۲۰٪ مثبت شود)^(۱۱) که در مورد گزارش ما مثبت شد. اگرچه به صورت کانونی ممکن است شاهد بروز

جدول ۱: مارک‌های ایمونوهیستوشیمی که برای کارسینوم‌های حاوی سلول روشن استفاده شده است

مطالعات و مقالات انجام شده	نوع تومور	Vimentin	EMA	CEA	Smooth muscle actin	سیتوکراتین 7	S-100	CD10
Li G	Hyalinizing Clear Cell Ccarcinoma ^(۱۳) (HCCC)	منفی	گزارش نشده	گزارش نشده	منفی	CK 5, 6, 7, 8, 14, 17, 18 مثبت شدند و ck20 منفی شد.	منفی	گزارش نشده
Bharat Rekhj	Calvarial Metastasis ^(۱۴) of RCC	به صورت کانونی مثبت شد	منفی	گزارش نشده	گزارش نشده	منفی شد	گزارش نشده	بصورت منتشر مثبت شد
Narriana Berho	HCCC ^(۱۵)	گزارش نشده	مثبت	منفی	مثبت	مثبت	مثبت	
Li TJ,	CCOC ^(۱۶)	منفی	مثبت	منفی	منفی	CK ۱۹ مثبت	منفی	گزارش نشد
Francesca Angiero	EMC ^(۱۷)	گزارش نشده	قویاً مثبت	گزارش نشده	گزارش نشده	بطور ضعیف مثبت CK5, CK6, CK7, CKAE-1/AE-3	بطور ضعیف مثبت	مثبت

منفی: رنگ آمیزی انجام شده ولی بروز نداشته

گزارش نشده: رنگ آمیزی انجام پذیرفته است

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات سرکار خانم دکتر مریم امیرچخماقی، آقایان دکتر امیرحسین جعفریان، دکتر تقی غیاثی مقدم، دکتر کاظم انوری و دکتر محسن سنایی تقدیر و تشکر می‌گردد.

دقت در تشخیص افتراقی به کمک نمای میکروسکوپی معمول (هماتوکسیلین و اتوزین) و استفاده از سایر روش‌های تشخیصی شامل رنگ‌آمیزی‌های هیستوشیمی، آزمایشات سرولوژی خون و ادرار، تصویربرداری و یافته‌های بالینی در تشخیص این ضایعات حائز اهمیت است.

منابع

1. Van der Waal RI, Buter J, Van der Waal I. Oral metastases: Report of 24 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003; 41(1): 3-6.
2. Maestre-Rodríguez O, Gonzalez-García R, Mateo-Arias J, Moreno-García C, Serrano-Gil H, Villanueva-Alcojol L, et al. Metastasis of renal clear-cell carcinoma to the oral mucosa, an atypical location. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14(11): 601-4.
3. Neville B, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. *Oral & Maxillofacial Pathology*. 3th ed. China: W.B. Saunders Co; 2008. P. 409-12.
4. Simo R, Sykes AJ, Hargreaves SP, Axon PR, Birzgalis AR, Slevin NJ, et al. Metastatic renal cell carcinoma to the nose and paranasal sinuses. *Head & Neck* 2000; 22(7): 722-7.
5. Tsianos EB, Karentzos C, Papadopoulos NE. Metastatic renal cell carcinoma in the gingiva of the maxilla and mandible: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45(11): 975-7.
6. Jayasooriya PR, Gunarathna IANS, Attygalla AM, Tilakaratne WM. Metastatic renal cell carcinoma presenting as a clear cell tumours in the head and neck region. *Oral Oncol EXTRA* 2004; 40: 50-3.
7. Jones GM, Telfer MR, Eveson JW. Metastatic renal clear cell carcinoma of the jaws. Two cases illustrating clinical and pathological diagnostic problems. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990; 28(3): 172-5.
8. Gasparini G, Boniello R, Moro A, Federico F, Castri F, Pelo S. Unusual clear cell tumors of the jaws-clinical and histopathological considerations: A case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 290.
9. Hallock A, Rodrigues G. Toothache as a presenting symptom of metastatic renal cell cancer. *Can Urol Assoc J* 2009; 3(5): 42-4.
10. Halperin EC, Perez CA, Brady LW, Wazer DE, Freeman C. *Kidney, Renal Pelvis and Ureter*. In: Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 1400-9.
11. Kanayama H, Lui WO, Takahashi M, Naroda T, Kedra D, Wong FK, et al. Association of a novel constitutional translocation t(1q;3q) with familial renal cell carcinoma. *J Med Genet* 2003; 38(3): 165-70.
12. Zhang RD, Price JE, Fujimaki T, Bucana CD, Fidler IJ. Differential permeability of the blood-brain barrier in experimental brain metastases produced by human neoplasms implanted into nude mice. *Am J Pathol* 1992; 141(5): 1115-24.
13. Lai G, Nemolato S, Lecca S, Parodo G, Medda C, Faa G. The role of immunohistochemistry in the diagnosis of hyalinizing clear cell carcinoma of the minor salivary gland: A case report. *Eur J Histochem* 2008; 52(4): 251-4.
14. Rekhi B, Kumar R, Menon S, Medhi S, Desai SB. Calvarial metastasis of a renal cell carcinoma, mimicking a primary alveolar soft part sarcoma, in a young girl-a rare case report. *Pathol Oncol Res* 2009; 15(1): 137-41.
15. Berho M, Huvos AG. Central hyalinizing clear cell carcinoma of the mandible and the maxilla a clinicopathologic study of two cases with an analysis of the literature. *Hum Pathol* 1999; 30(1): 101-5.
16. Li TJ, Yu SF, Gao Y, Wang EB. Clear cell odontogenic carcinoma: A clinicopathologic and immunocytochemical study of 5 cases. *Arch Pathol Lab Med* 2001; 125(12): 1566-71.
17. Angiero F, Sozzi D, Seramondi R, Valente MG. Epithelial-myoepithelial carcinoma of the minor salivary glands: Immunohistochemical and morphological features. *Anticancer Res* 2009; 29(11): 4703-9.