

## آنژیولیپوم دهانی: ارائه ی یک مورد

مصطفی علیزاده<sup>۱</sup>، علیرضا ابراهیم پور<sup>۱</sup>، تورج واعظی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> رزیدنت، گروه جراحی دهان، فک و صورت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۱/۳/۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۲۸

### Oral Angiolipoma: A Case Report

Mostafa Alizadeh<sup>1</sup>, Alireza Ebrahimpour<sup>1</sup>, Toorag Vaezi<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Postgraduate Student, Oral and Maxillofacial Surgery, Student Research Committee, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran.

Received: 30 May 2022; Accepted: 19 December 2022

**Introduction:** Lipoma is the most common benign soft tissue tumor of mesenchymal origin that may occur anywhere in the human body. This tumor is composed of mature adipose tissue without cellular atypia and is often surrounded by a fibrotic connective tissue capsule. The common locations of this tumor are the buccal mucosa, tongue, lips, gums, and floor of the mouth, in order of abundance. This study deals with a case report of angiolipoma in the anterior labial vestibule of the mandible in a 34-year-old female patient.

**Case Report:** A 34-year-old female patient referred with a complaint of presence of a protrusion in the vestibule in front of the mandible. It was found that there is an exophytic mass, non-sessile, with healthy mucosa on the lesion, with a relatively firm consistency, and a size of 4.5×3.5×1.5 cm in the chin area and labial vestibule of the mandible in the anterior area. After cutting the lesion and exposing it, a red color mixed with yellow color, which was fat tissue, was observed. In the microscopic description, it was stated that a mature fat mass mixed with thick vessels was observed. In some areas of these vessels, there was a thrombus and mixed muscle tissue.

**Conclusion:** Lipoma treatment is only sufficient through a surgical method, and cutting the lesion and its histopathological characteristics have no effect on the prognosis of the lesion due to the absence of pain; therefore, its existence is usually remains hidden from the patient.

**Key words:** Tumor, surgery, angioliposis, mesenchyme

\*Corresponding Author: toraj\_v@yahoo.com

► Please cite this paper as: Alizadeh M, Ebrahimpour A, Vaezi T. "Oral Angiolipoma: A Case Report". *J Mash Dent Sch.* 2023; 47(2): 240-4.

► DOI: 10.22038/jmds.2023.65837.2176

### چکیده

**مقدمه:** لیپوما شایع ترین تومور خوش خیم بافت نرم با منشاء مزانشیمی است که ممکن است در هر نقطه از بدن انسان ایجاد شود. این تومور از بافت چربی بالغ و بدون آتیپی سلولی تشکیل شده است و اغلب توسط یک کیپسول بافت همبند فیبروتیک احاطه شده است. محل های رایج این تومور به ترتیب فراوانی مخاط باکال، زبان، لب، لثه و کف دهان هستند. این مطالعه به گزارش موردی از آنژیولیپوم در وستیبول لبیال قدام مندیبل در یک بیمار خانم ۳۴ ساله می پردازد.

**شرح مورد:** بیمار خانم ۳۴ ساله با شکایت از حضور برجستگی در وستیبول قدام مندیبل مراجعه کرده است. مشخص شد که یک توده آگزوفیتیک بدون پایه و با مخاط سالم روی ضایعه و با قوام نسبتاً سفت و اندازه ی ۱/۵×۳/۵×۴/۵ سانتی متر در ناحیه ی چانه و وستیبول لبیال مندیبل در ناحیه قدام وجود دارد. پس از برش ضایعه و اکسپوز آن، رنگ قرمز رنگ مخلوط با رنگ زرد که بافت های چربی بودند، مشاهده شد. در شرح میکروسکوپیکی بیان شد که یک توده ی چربی بالغ که با عروق ضخیم آمیخته شده بود، مشاهده شده است. در برخی نواحی یک ترومبوز و دستجات عضلانی مختلط وجود داشت.

**نتیجه گیری:** درمان لیپوما صرفاً به روش جراحی است و برش ضایعه کفایت می کند و مشخصات هیستوپاتولوژیک آن تاثیری در پروگنوز ضایعه ندارد. بدلیل عدم وجود درد معمولاً وجود آن از دید بیمار پنهان می ماند.

**کلمات کلیدی:** تومور، جراحی، آنژیولیپوم، مزانشیم

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۲ دوره ۴۷ / شماره ۲: ۴۴-۲۴۰.

**مقدمه**

لیپوما شایع ترین تومور خوش خیم بافت نرم با منشاء مزانشیمی است که ممکن است در هر نقطه از بدن انسان ایجاد شود. از نظر میکروسکوپی، لیپوم از بافت چربی بالغ و بدون آتیبی سلولی تشکیل شده است و اغلب توسط یک کپسول بافت همبند فیبروتیک احاطه شده است. هیچ تاریخچه اجتماعی، فامیلی، دندانی و مکانیکی در بروز این تومور دیده نمی شود. متوسط سنی افراد مبتلا به این تومور ۵۰ سال می باشد. لیپوم ها ۰/۱٪ تا ۰/۵٪ از تمام تومورهای خوش خیم دهان را تشکیل می دهند. حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد لیپوم ها در ناحیه سر و گردن رخ می دهند، در حالی که ۱ تا ۴ درصد حفره دهان را درگیر می کنند.<sup>(۱-۳)</sup> برخی از مطالعات ترجیح مردان را نشان می دهند، در حالی که مطالعات دیگر هیچ تفاوت جنسیتی را نشان نمی دهند.<sup>(۴-۶)</sup>

بروز لیپوم های متعدد با سندرم کودن یا سندرم مولتپل هامارتوم مرتبط است. این وضعیت می تواند خانوادگی یا اسپورادیک باشد و با رشد پس از بلوغ انواع نئوپلاسم های پوستی، استرومایی و احشایی، ناشی از جهش در ژن PTEN (Phosphatase and tensin homolog) همراه است.<sup>(۷)</sup>

درمان لیپوما صرفاً به روش جراحی است و برش ضایعه کفایت می کند و مشخصات هیستوپاتولوژیک آن تاثیری در پروگنوز ضایعه ندارد. از نظر بالینی، لیپوم های دهان، تومورهایی با رشد آهسته، بدون درد، زیر مخاطی و گاهی اوقات موج هستند و بسته به ضخامت مخاط پوشاننده می توانند به رنگ زرد دیده شوند.<sup>(۸)</sup> بدلیل عدم وجود درد، معمولاً وجود آن از دید بیمار پنهان می ماند.

محل های رایج به ترتیب فراوانی مخاط باکال، زبان، لب، لثه و کف دهان هستند.<sup>(۹)</sup> اما این مطالعه به گزارش موردی از آنژیولیپوم در وستیبول لبیال قدام مندیبل در یک بیمار خانم ۳۴ ساله می پردازد.

**گزارش مورد**

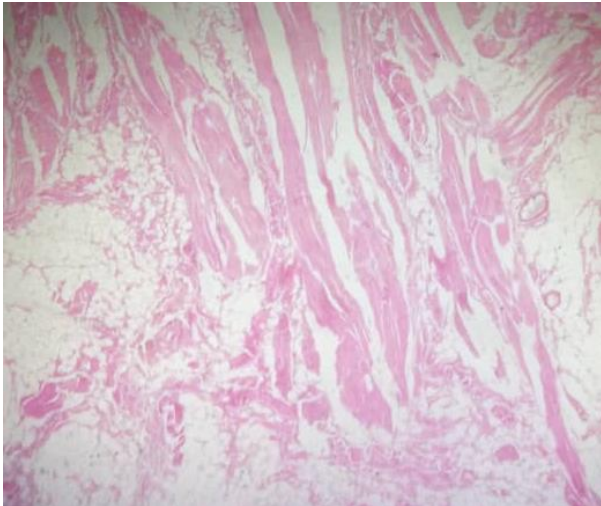
بیمار خانم ۳۴ ساله با شکایت از حضور برجستگی در وستیبول قدام مندیبل به دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بود. بیمار رشد مداوم ولی تدریجی ضایعه را در طی ۶ ماه گذشته بیان می داشت. بیمار سابقه ی بیماری سیستمیک نداشت و دارویی نیز مصرف نمی کرد. بیمار هیچ گونه علامت و درد حین لمسی را اظهار نمی کرد.

بعد از بررسی حفره دهان و معاینات بالینی وی مشخص شد که یک توده آگروفیتیک بدون پایه و با مخاط سالم روی ضایعه و با قوام نسبتاً سفت و اندازه ی ۱/۵×۳/۵×۴/۵ سانتی متر در ناحیه ی چانه و وستیبول لبیال مندیبل در ناحیه قدام وجود دارد.

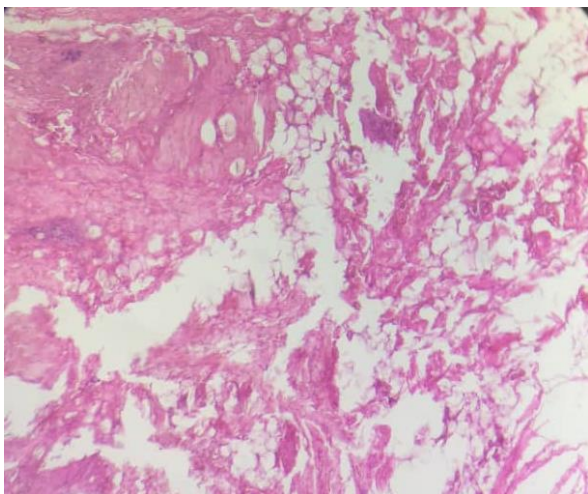
به منظور تشخیص دقیق تر رادیوگرافی تهیه شد. در Spiral CT انجام شده کالکشن مولتی لاکولار با جدار مشخص افزایش یافته با قطر تجمیعی ۱۸×۲۵×۳۶ میلی متر در ناحیه ساب منتال رویت شد. ادم اطراف مشهود بود. در تصویر سونوگرافی کالرداپلر توده نسج نرم مطرح کننده لیپوما بدون فلوی عروقی قابل توجه به قطر طولی ۲۰ میلی متر و قطر عرض ۱۷ میلی متر و قطر عمقی ۸ میلی متر در این ناحیه دیده شد.

بر اساس معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی ضایعات مختلفی در تشخیص افتراقی قرار گرفتند از جمله: لیپوما،

عروق ضخیم آمیخته شده بود، مشاهده شده است. در برخی نواحی یک ترومبوز و دستجات عضلانی مختط وجود داشت. هیچ گونه آتیپی سلولی مشاهده نشد و نمای هیستولوژیک بیانگر آنژیولیپوما بود.



تصویر ۲: نمای پاتولوژی ضایعه آنژیولیپوم با بزرگنمایی ۴\*



تصویر ۳: نمای پاتولوژی ضایعه آنژیولیپوم با بزرگنمایی ۱۰\*

نوروفیبروما. فیبرومای تحریکی، گرانولرسل تومور و سایر تومورهای خوش خیم مزانشیمی. علت اکثر این تشخیص های افتراقی محل ضایعه و مشی خوش خیم این ضایعات بوده است. بیمار به بخش جراحی دانشکده ارجاع شد.

آسپیراسیون ضایعه انجام شد و نتیجه ی آن منفی بود. پس از برش ضایعه و اکسپوز آن، کپسولی اطراف ضایعه وجود نداشت و به همین دلیل امکان جداسازی در پلن مشخص وجود نداشت. قوام ضایعه نسبتا سفت بود و در نمای ماکروسکوپیک، رنگ قرمز رنگ مخلوط با رنگ زرد که بافت های چربی بودند مشاهده شد. بعد از برداشت توده فوق، جهت بررسی آزمایشگاهی به لابراتوار آسیب شناسی فرستاده شد.



تصویر ۱: نمای بالینی از آنژیولیپوما در حین جراحی در خانم ۳۴ ساله در ناحیه قدام مندیبل

در شرح ماکروسکوپیک نمونه پاتولوژی بیمار بیان شد که یک بافت دوکی شکل کرم قهوه ای با اندازه های اندازه ی  $۴/۵ \times ۳/۵ \times ۱/۵$  سانتی متر مشاهده شد. در شرح میکروسکوپیک بیان شد که یک توده ی چربی بالغ که با

### بحث و نتیجه گیری

لیپوم در سر و گردن شایع نمی باشد. بیشترین محل آن مثلث خلفی گردن می باشد. حدود ۰/۶ تا ۴/۴ درصد تومورهای پاروتید از نوع لیپوم بوده و اغلب در دهه پنجم و یا ششم زندگی رخ می دهد و در مردان بیشتر از زنان دیده می شود. شیوع لیپوما در ضایعات دهانی حدوداً ۲ درصد بدست آمد. اگرچه در ایران آمار دقیقی در مورد شیوع لیپوما وجود ندارد. درمان لیپوما صرفاً جراحی و برش ضایعه مزبور می باشد و مشخصات میکروسکوپی ضایعه تاثیری در پروگنوز آن ندارد.<sup>(۱۰)</sup> همانطور که بیان شد تشخیص لیپوما غالباً به صورت بالینی است و درمان آن نیز صرفاً با جراحی اکزیشنال ساده ی ضایعه امکان پذیر است. پروگنوز این ضایعه نیز خوب بوده و احتیاج به درمانهای جانبی ندارد. برخی مطالعات نیز روش های رادیوگرافیک را پیشنهاد دادند.<sup>(۱۱،۱۲)</sup> که در تحلیل آن باید بیان کرد که ابزارهای رادیوگرافیکی مثل MRI و CT می توانند کمک کننده در تشخیص ضایعه باشند اما به علت شاخص نبودن ویژگی های تصویر ضایعه، نمیتوانند به عنوان تنها ابزار تشخیص استفاده شوند.

در سی تی اسکن مشخصات تیبیک لیپوم ها شامل توده هموزن با تعداد کمی سپتوم های داخل توده ای، با واحد هانسفیلد (HU) مابین ۵۰- تا ۱۵۰- و بدون تشدید با ماده حاجب می باشند.<sup>(۱۳)</sup>

ضایعه ی بیمار گزارش شده در یک ناحیه غیر معمول مشاهده شده است. زیرا این ضایعه معمولاً در تنه و بیش از

همه در ساعد ایجاد می شود و در حفره دهان حضور لیپوما شایع نمی باشد.

پاتوژنز این ضایعه نامشخص است. بسیاری تروما را به عنوان یک عامل اتیولوژیک احتمالی مطرح می کنند. اما منشا آنژیولیپوما هنوز مورد بحث است. تئوری های مختلف نشان می دهد که لیپوم به دلیل برخی محرک های ناشناخته متمایز می شود. تومور منشا نوروزنیک دارد و مادرزادی است. علل احتمالی شامل متامورفوز چربی همانژیوم مرکزی، هیپرپلازی چربی همراه با افزایش کانال های عروقی یا نئوپلاسم واقعی است. پشتیبانی از این نظریه وجود دارد که آنژیولیپوما به عنوان یک لیپوم مادرزادی منشأ می گیرد که بعداً تحت تکثیر عروقی قرار می گیرد.<sup>(۱۳)</sup>

لیپوما شایع ترین تومور خوش خیم بافت نرم با منشاء مزانشیمی است که ممکن است در هر نقطه از بدن انسان ایجاد شود. درمان لیپوما صرفاً به روش جراحی است و برش ضایعه کفایت می کند و مشخصات هیستوپاتولوژیک آن تاثیری در پروگنوز ضایعه ندارد. بدلیل عدم وجود درد معمولاً وجود آن از دید بیمار پنهان می ماند. این مطالعه به گزارش موردی از آنژیولیپوم در وستیبول لیبال قدام مندیبل در یک بیمار خانم ۳۴ ساله پرداخته است.

### تشکر و قدردانی

با تقدیر و تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشکده دندانپزشکی مشهد که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند.

### منابع

- Attar BM, Mohammadi SS. Osteolipoma of the oral cavity mimicking an intrabony lesion: A case report. Oral Maxillofac Surg Cases 2020; 6(3):100168.
- Fernando H, Mohammad S, Baarini O, Haddad A. Angiolipoma of the first intermetatarsal space—A case study. Foot & Ankle Surgery: Techniques, Reports & Cases; 2022.
- Yanase S, Nomura J, Matsumura Y, Kato H, Takeoka T, Imura H, et al. Angiolipoma of the cheek: A case report with a literature review. J Oral Maxillofac Surg 2011; 23(1):35-7.

4. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58(10):1113-7.
5. Fregnani E, Pires F, Falzoni R, Lopes M, Vargas P. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32(1):49-53.
6. Lawoyin J, Akande O, Kolude B, Agbaje J. Lipoma of the oral cavity: clinicopathological review of seven cases from Ibadan. *Niger J Med* 2001; 10(4):189-91.
7. Burić N, Krasić D, Višnjić M, Katić V. Intraosseous mandibular lipoma: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59(11):1367-71.
8. Agha-Hosseini F, Moslemi E. Angiofibrolipoma of the retromolar pad region. *N Y State Dent J* 2014; 80(4):33-7.
9. Salehi M, Motallebnejad M, Forooghi R, Gorbani A, Siadati S. Large lipoma in the floor of the mouth: a case report and review of the literature. *Iran J Pathol* 2014; 9(3):223-6.
10. Bouquot JE, Gondlach KH. Oral exophytic lesion in white American over 35 years of age. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 62(3):284-91.
11. Morgan KM, Hanft S, Xiong Z. Cranial intraosseous angioliipoma: case report and literature review. *Intractable Rare Dis Res* 2020; 9(3):175-8.
12. Reiser V, Haj Yahya B, Chaushu G, Kaplan I, Hamzani Y. Angiolipoma in the head and neck: imaging, diagnosis and management. *Medicina* 2020; 56(6):283.
13. Búa JA, Luáces R, Franco FL, García-Rozado A, Escudero JC, Capdevila EF, et al. Angiolipoma in head and neck: report of two cases and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010; 39(6):610-5.