DOI: 10.48305/jims.v44.i876.1634

مجله دانشکده پزشکی اصفهان — سال چهل و چهارم/شماره‌ی ۸۷۶/هفته‌ی سوم مهر ۱۴۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴ — تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۰۸ — تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۷/۲۲

کارسینوم داکتال اولیه ولو؛ مطالعه‌ای بر توموری نادر با منشأ احتمالی از غدد شبه‌پستانی ولو (MLGV): گزارش موردی

فریبا بهنام‌فر[۱]، شهلا عباسی[۲]

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: کارسینوم داکتال مهاجم اولیه ولو یا آدنوکارسینوم نوع غدد شبه‌پستانی (Adenocarcinoma of Mammary Gland Type) AMGT توموری فوق‌العاده نادر است که از غدد شبه‌پستانی اصلاح‌شده در ناحیه آنوژنیتال (AGMLGs) منشأ می‌گیرد. تشخیص این بدخیمی مستلزم افتراق دقیق از سایر تومورهای اولیه ولو و به ویژه متاستاز از سرطان پستان است. هدف از این مطالعه، گزارش یک مورد کارسینوم داکتال اولیه ولو و بررسی جامع رویکردهای تشخیصی، جراحی و درمانی آن بر اساس شواهد نوین می‌باشد.

روش‌ها: بیمار خانم ۶۴ ساله‌ای بود که با توده بدون علامت در لابیاماژور چپ مراجعه کرد. پس از رد کامل تومور اولیه پستان با ماموگرافی و سونوگرافی، بیمار تحت ولوکتومی و لنفادنکتومی اینگوینال دو طرفه قرار گرفت. بررسی کامل آسیب‌شناسی، مرحله‌بندی بالینی و ارزیابی جامع ایمونوهیستوشیمی (IHC) شامل گیرنده‌های هورمونی، HER2 و مارکرهای تمایز بافت پستان انجام شد.

یافته‌ها: هیستوپاتولوژی تومور کارسینوم داکتال مهاجم درجه دو با حاشیه آزاد جراحی بیش از ۱۰ میلی‌متر و ۱۴ عدد غدد لنفاوی درگیر در سمت چپ نشان داد و مرحله‌ی نهایی بیماری (pT1cN1cM0) stagelllC تعیین شد. در بررسی IHC مارکرهای GATA3,CK7,ER (۹۰ درصد مثبت با شدت ۳+؛ Allred Score: ۸/۸) TR (۸۰ درصد مثبت با شدت ۳+؛ Allred Score: ۷/۸)؛ Mammaglobin و GCDFP-15 مثبت شده‌اند در حالیکه HER2 منفی (نمره ۱+) و مارکرهای SOX10;CK20 و p63 منفی بودند. در کنفرانس چند تخصصی (MDT) شیمی‌درمانی و رادیوتراپی و سپس هورمون درمانی برای بیمار در نظر گرفته شد.

نتیجه‌گیری: نتایج IHC با ساب‌تایپ لومینال کارسینوم پستان هم‌پوشانی کامل داشت. با توجه به فقدان کارآزمایی‌های بالینی اختصاصی، تصمیمات درمانی سیستمیک نظیر هورمون‌درمانی کمکی عمدتاً بر اساس شباهت بیولوژیک با سرطان پستان و گزارش‌های موردی اتخاذ می‌شود. حاشیه جراحی آزاد و استیجینگ لنفاوی با لنفادنکتومی یا (Sentinel Lymph Node Biopsy) SLNB ارکان اصلی کنترل موضعی و منطقه‌ای بیماری هستند.

واژگان کلیدی: نئوپلاسم‌های فرج ؛ کارسینوم داکتال؛ بیوپسی غده لنفاوی نگهبان؛ ایمونوهیستوشیمی؛ گیرنده‌های استروژن؛ مهارکننده‌های آروماتاز

ارجاع: بهنام‌فر فریبا، عباسی شهلا. **کارسینوم داکتال اولیه ولو؛ مطالعه‌ای بر توموری نادر با منشأ احتمالی از غدد شبه‌پستانی ولو (MLGV): گزارش موردی.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۷۶): ۱۶۳۴- ۱۶۳۸.

مقدمه

سرطان‌های ولو عمدتاً از نوع سلول سنگفرشی (Squamous cell carcinoma) SCC هستند و آدنوکارسینوم‌های اولیه کمتر از ۰/۱ درصد این موارد را تشکیل می‌دهند (۱). در این میان، کارسینوم داکتال اولیه یا آدنوکارسینوم نوع غدد شبه‌پستانی ولو (AMGT)، یک زیرگروه به شدت نادر است که بر اساس متون علمی تا سال‌های اخیر، کمتر از ۱۰۰ مورد از آن در سراسر جهان گزارش شده است (۲-۶). این تومور از غدد شبه‌پستانی متخصص آنوژنیتال (AGMLGs) منشأ می‌گیرد؛ غددی که از نظر فیزیولوژیک و ساختاری مشابهت بالایی با بافت پستان طبیعی دارند و به محرک‌های هورمونی پاسخ می‌دهند (۱، ۲، ۷).

یکی از بزرگترین چالش‌های بالینی، افتراق این تومور از کارسینوم داکتال ثانویه (متاستاز سرطان پستان به ولو) و همچنین سرطان‌های آدنکسال پوست است (۲، ۸). مطالعات نشان می‌دهند که اگرچه بررسی‌های تصویربرداری پستان جهت رد تومور اولیه الزامی است، اما تشخیص قطعی بر پایه پروفایل ایمونوهیستوشیمیایی (IHC) از

۱- استاد انکولوژی زنان، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، بیمارستان الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲ – فلوشیپ انکولوژی زنان، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: شهلا عباسی: فلوشیپ انکولوژی زنان، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: shahlaabbasi2013@gmail.com

جمله بیان مارکرهای GATA3، Mammaglobin، GCDFP-15 و گیرنده‌های هورمونی (ER/PR) در کنار منفی بودن مارکرهای اختصاصی ملانوم و ضایعات سنگفرشی استوار است (۲، ۳). علاوه بر چالش‌های تشخیصی، فقدان دستورالعمل‌های درمانی مبتنی بر کارآزمایی بالینی استاندارد، تصمیم‌گیری پیرامون وسعت حاشیه جراحی، ضرورت ارزیابی غدد لنفاوی و پروتکل‌های درمان کمکی سیستمیک را با چالش مواجه ساخته است (٤، ۹).

معرفی بیمار

بیمار خانم ٦٤ ساله‌ای است بدون سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای که به دلیل لمس توده در لابیاماژور چپ از دو ماه قبل، به مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرد. بیمار درد خفیف موضعی را ذکر می‌کرد اما سابقه خانوادگی یا شخصی ابتلا به سرطان پستان یا بیماری‌های ژنیکولوژیک را منفی گزارش نمود.

معاینه بالینی و تصویربرداری:

- **معاینه موضعی:** در لابیاماژور چپ بیمار توده‌ای سفت به ابعاد تقریبی ۱/۲ سانتی‌متر با حدود نامشخص لمس شد. معاینه‌ی فیزیکی پستان‌ها و زیربغل کاملاً طبیعی بود.
- **پاراکلینیک موضعی:** سونوگرافی ولو ضایعه‌ای هیپواکو با حدود نامنظم و واسکولاریته بالا در بافت ساب‌کوتانئوس نشان داد. غدد لنفاوی اینگوینال از نظر سونوگرافی فاقد نمای دگرگون بالینی بودند.
- **بررسی سیستمیک پستان:** ماموگرافی و سونوگرافی پستان‌ها جهت رد تومور همزمان یا متاستاتیک به طور کامل انجام شد و هیچگونه شواهدی از بدخیمی در پستان‌ها مشاهده نگردید (۲).

مداخلات جراحی، ارزیابی لنفاوی و مرحله‌بندی نهایی:

پس از تایید اولیه بدخیمی در بیوپسی بیمار تحت جراحی ولوکتومی و لنفادنکتومی اینگوینال فمورال دو طرفه قرار گرفت. بررسی آسیب‌شناسی نمونه جراحی نشان داد که توده با حاشیه آزاد بافتی بیش از ۱۰ میلی‌متر از حواسی محیطی و ۸ میلی‌متر از حاشیه عمقی به طور کامل برداشته شده است. همچنین در سمت چپ از ۲۲ عدد غدد لنفاوی برداشته شده، ١٤غده لنفاوی درگیر بود. بر این اساس سیستم مرحله‌بندی (ویرایش هشتم) FIGO 2021, AJCC مرحله‌ی نهایی بیماری PT1cN1cM0 StagelllC تعیین گردید.

مدیریت درمانی کمکی (Adjuvant Therapy):

پرونده‌ی بیمار در جلسه‌ی کنفرانس چند تخصصی تومور مطرح شد با توجه به برداشت کامل با حاشیه پاک ولی مثبت بودن درگیری غدد لنفاوی سمت چپ جهت بیمار کموتراپی و رادیوتراپی در نظر گرفته شد. با این حال با توجه به پروفایل گیرنده‌های هورمونی شدیدا مثبت (ساب‌تایپ لومینال) هورمون درمانی کمکی برای بیمار در نظر گرفته شد.

یافته‌های پاتولوژی و ایمونوهیستوشیمی (IHC)

یافته‌های میکروسکوپی (هیستوپاتولوژی)

تومور دارای الگوی رشد نفوذی به صورت طناب‌ها و لوله‌های غددی (Cords and Tubules) مشابه با کارسینوم داکتال مهاجم پستان (Invasive Ductal Carcinoma of No Special Type) بود. بر اساس سیستم اصلاح‌شده بلوم- ریچاردسون، درجه بافت‌شناسی تومور درجه ۲ (Grade 2) تعیین شد (تمایز غده‌ای متوسط، پلئومورفیسم هسته‌ای متوسط و فعالیت میتوزی متوسط) (۵). تهاجم لنفاوی-عروقی (LVSI) و تهاجم دور عصبی (PNI) دیده نشد و حواشی جراحی کاملاً پاک و با فاصله ایمن (mm۱۰<) گزارش گردید.

یافته‌های ایمونوهیستوشیمی (IHC)

ارزیابی جامع پانل بیومارکرها بر روی بلوک پارافینی تومور انجام گرفت که جزئیات درصد بیان، شدت رنگ‌پذیری و نمره‌دهی آن در جدول ۱ آورده شده است. خلاصه‌ای از نتایج به شرح زیر است:

- مارکرهای GATA3 و CK7 مثبت قوی بودند.
- گیرنده‌های استروژن (ER) در ۹۰ درصد سلول‌ها با شدت ۳+ (Allred Score: 8/8) و گیرنده‌های پروژسترون (PR) در ۸۰ درصد سلول‌ها با شدت ۳+ (Allred Score: 7/8) مثبت قوی گزارش شدند.
- مارکرهای اختصاصی پستانی شامل Mammaglobin و GCDFP-15 مثبت کانونی (سیتوپلاسمی) بودند.
- وضعیت HER2/neu منفی (IHC Score: 1+) بود.
- شاخص تکثیر Ki-67 حدود ۱۵ الی ۲۰ درصد ارزیابی شد.
- مارکرهای p63 / CK5/6، CK20 و SOX10 به طور کامل منفی گزارش شدند.

این گزارش موردی بر اساس پروتکل طرح تحقیقاتی مصوب در کارگروه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (مجموعه مراکز تحقیقاتی الزهرا(س)) و تحت شناسه اخلاقی قانونی IR.ARI.MUI.REC.1405.068 تدوین و اجرا شده است. رضایت کتبی و آگاهانه از بیمار جهت انتشار یافته‌های بالینی و اطلاعات پاراکلینیکی بدون ذکر نام و مشخصات هویتی اخذ گردید. در راستای تعهد به رازداری پزشکی، تمامی داده‌های حساس و نشانگرهای هویت بیمار به طور کامل محرمانه باقی مانده و در متن مقاله پوشانده شده‌اند.

تشخیص افتراقی

با توجه به متون پژوهشی اخیر، تشخیص‌های افتراقی زیر به طور سیستماتیک بررسی و رد شدند:

- **متاستاز سرطان پستان به ولو: به دلیل شباهت کامل میکروسکوپی و بیومارکرها، این احتمال قوی‌ترین گزینه بود؛ اما با نرمال بودن کامل تصویربرداری‌های پستان (سونوگرافی و**

جدول ۱. نتایج ارزیابی ایمونوهیستوشیمی (IHC)، درصد و شدت بیان مارکرها و تفسیر بالینی در بیمار

مارکر (Biomarker)	نتیجه ارزیابی IHC و درصد/شدت بیان	الگوی رنگ‌پذیری و سیستم نمره‌دهی	تفسیر بالینی و تشخیصی
GATA3	مثبت قوی (در > ٪۸۰ سلول‌ها)	هسته‌ای (Nuclear)	تأیید تمایز داکتال/پستانی و منشأ غدد MLGV
Estrogen Receptor (ER)	مثبت قوی (در ٪۹۰ سلول‌ها با شدت ۳+)	هسته‌ای (Allred Score: 8/8)	بیان بالای گیرنده استروژن (فنوتیپ لومینال)
Progesterone Receptor (PR)	مثبت قوی (در ٪۸۰ سلول‌ها با شدت ۳+)	هسته‌ای (Allred Score: 7/8)	بیان بالای گیرنده پروژسترون (پیش‌بینی پاسخ هورمونی)
HER2/neu	منفی (IHC Score: 1+)	غشایی ناکامل و ضعیف (٪۱۰<سلول‌ها)	عدم بیش‌بیان HER2 رد زیرگروه HER2-enriched)
Mammaglobin	مثبت کانونی (Focal Positive)	سیتوپلاسمی (Cytoplasmic)	تأییدکننده کمکی تمایز اختصاصی بافت پستان MLGV/
GCDFP-15	مثبت کانونی (Focal Positive)	سیتوپلاسمی (Cytoplasmic)	تأییدکننده تمایز آپوکرین/غدد پستانی
CK7	مثبت قوی	سیتوپلاسمی (Cytoplasmic)	تأیید ماهیت آدنوکارسینوم غددی
Ki-67	مثبت (حدود ۱۵ الی ۲۰ درصد)	هسته‌ای (Nuclear)	شاخص تکثیر سلولی متوسط
p63 / CK5/6	منفی	-	رد کارسینوم سلول سنگفرشی و تومورهای پایه پوست
CK20	منفی	-	رد منشأ ثانویه گوارشی و متاستازهای اوروتلیال
SOX10	منفی	-	رد قطعی ملانوم غیرپیگمانتال ولو

ماموگرافی) و عدم وجود هرگونه توده اولیه در پستان رد شد (۲).

- **کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) و تومورهای آدنکسال پوستی:** با توجه به منفی بودن مارکرهای p63 و CK5/6 که مشخصه تومورهای با تمایز سنگفرشی یا غدد عرق پوستی هستند، این تشخیص‌ها رد شدند (۲).
- **ملانوم ولو:** ملانوم‌های آتیپیک یا بدون رنگدانه می‌توانند تقلیدکننده آدنوکارسینوم باشند که منفی شدن SOX10 این فرضیه را به طور کامل ساقط کرد (۲، ۳).
- آدنوکارسینوم با منشأ بافت گوارشی یا مجاری ادراری: منفی شدن CK۲۰ به همراه مثبت بودن مارکرهای اختصاصی GATA3، Mammaglobin و GCDFP-15، احتمال متاستازهای ژنیتوریناری یا کولورکتال را منتفی ساخت (٦).

بحث

کارسینوم داکتال اولیه ولو با منشأ غدد شبه‌پستانی (MLVA / AMGT) بدخیمی به شدت نادری است که شیوع آن کمتر از ۰/۱ درصد کل بدخیمی‌های ژنیکولوژیک پایین گزارش شده است (۱). امروزه طبقه‌بندی‌های نوین پاتولوژی تأکید می‌کنند که فرضیه‌ی بافت پستان نابجا (Ectopic Breast Tissue) در ولو کمرنگ‌تر شده و پذیرفته شده است که این تومورها مستقیماً از غدد بافت غددی طبیعی موجود در لابیای ماژور و مینور به نام غدد شبه‌پستانی آنوژنیتال (AGMLGs) نشأت می‌گیرند (۱، ۲، ۸).

اهمیت جراحی، حواشی بافتی و ارزیابی غدد لنفاوی:

شواهد مروری نشان می‌دهند که تومورهای AMGT علی‌رغم اندازه کوچک، تمایل قابل توجهی به درگیری لنفاوی منطقه‌ای دارند؛ به طوری که نرخ درگیری غدد لنفاوی اینگوینال در متون علمی بین ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (٤). بنابراین، اکسیزیون وسیع موضعی (WLE) با تأمین حاشیه پاک (Margin Distance حداقل ۸ تا ۱۰ میلی‌متر) به همراه ارزیابی غدد لنفاوی اینگوینال- ترجیحاً از طریق بیوپسی غده لنفاوی نگهبان (SLNB) در ضایعات T1 یا لنفادنکتومی اینگوینال- رویکردی حیاتی برای مرحله‌بندی دقیق و جلوگیری از عود موضعی به شمار می‌رود (۲، ٤).

پروفایل ایمونوهیستوشیمی و افتراق فنوتیپی:

استفاده از یک پانل تکمیلی برای تأیید قطعی منشأ شبه‌پستانی الزامی است. علاوه بر بیان قوی GATA3 و CK7، مثبت شدن مارکرهای Mammaglobin و GCDFP-15 (که نشانگرهای کلاسیک تمایز پستانی و ترشحی هستند) به همراه منفی بودن مارکرهای اپیدرمال (p63 و CK5/6)، تشخیص AMGT را به عنوان یک کارسینوم لومینال قطعی می‌سازد (٦). همچنین ارزیابی HER2 حائز اهمیت است؛ چرا که بخش عمده‌ای از موارد AMGT مانند بیمار حاضر، دارای پروفایل لومینال و HER2 منفی (IHC 1+) هستند، با این حال شناسایی موارد نادری از تقویت ژنی HER2 می‌تواند راهنمای درمان‌های هدفمند ضد HER2 باشد (۳، ٦).

شواهد و محدودیت‌های درمان سیستمیک و هورمون‌درمانی:

بیان شدید و منتشر گیرنده‌های هورمونی (ER با ۹۰ درصد و PR با ۸۰ درصد) در تومور بیمار ما، بازتابی از شباهت مولکولی عمیق این ضایعات به تومورهای Luminal پستان است (۳، ۶). با این وجود، از آنجا که کارسینوم داکتال اولیه ولو توموری فوق‌العاده نادر است، هیچ‌گونه کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده اختصاصی برای تدوین گایدلاین‌های درمانی اختصاصی در دسترس نیست (۳). بنابراین، شواهد درمانی کنونی پیرامون هورمون‌درمانی کمکی با مهارکننده‌های آروماتاز (نظیر لتروزول) یا تاموکسیفن، صرفاً از شباهت بیولوژیکی این تومورها با کارسینوم پستان و گزارش‌های موردی موفق استخراج شده است (۳). این استراتژی باید بر اساس تصمیم‌گیری تیمی در MDT و با در نظر گرفتن مرحله بیماری (Stage) و حواشی جراحی به عنوان رویکردی با نسبت مطلوب فایده به ریسک در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

کارسینوم داکتال اولیه ولو توموری نادر با شباهت ساختاری و بیولوژیک کامل به بدخیمی‌های پستان است (۱). تشخیص قطعی این بدخیمی بر پایه تصویربرداری کامل پستان و به‌کارگیری پانل ایمونوهیستوشیمی جامع (ER/PR با تعیین درصد و شدت، GATA3، HER2، Mammaglobin و GCDFP-15) استوار است. مدیریت جراحی باید متضمن حاشیه آزاد مناسب و ارزیابی غدد لنفاوی با تکنیک SLNB باشد. با توجه به فقدان داده‌های حاصل از کارآزمایی‌های بالینی، درمان‌های سیستمیک از جمله هورمون‌درمانی کمکی بر پایه تعمیم شواهد کارسینوم پستان و ارزیابی جامع بالینی هدایت می‌گردند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از زحمات کارکنان مرکز تحقیقات آسیب‌شناسی بیمارستان شهید بهشتی اصفهان که در بررسی نمونه پاتولوژی بیمار نهایت دقت را فرمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Dai X, Lei H, Jie R. A Rare Case Report: Primary Vulvar Adenocarcinoma of Mammary Gland Type. Int J Womens Health 2024; 17: 399-405.
2. Nobile I, Tessitore A, Palumbo M, Boccia D, Mignogna C, Bifulco G, et al . A case report of a mammary gland type adenocarcinoma of the vulva in a patient with a concomitant breast cancer: a diagnostic challenge. Front Oncol 2026; 16: 1716250.
3. Edwards D, Coleman C, Jamil A. Reframing breast cancer therapies in a rare context: a case of metastatic mammary-like vulvar carcinoma treated with breast cancer regimens. Clin Cancer Res 2026; 32(4 Suppl): Abstract nr PS5-06-27.
4. Martinez-Gomez H, Lopez-Bonet E, Perez-Montesinos A, Fiol-Ruiz G. Diagnosis and management of primary vulvar adenocarcinoma of mammary gland type: report of two distinct cases. BMJ Case Rep 2022; 15(6): e245580.
5. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female Genital Tumours. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020.
6. Hu L, Tiesinga J. Case report: Primary vulvar adenocarcinoma of mammary gland type—its genetic characteristics by focused next-generation sequencing. Pathol Oncol Res 2024; 30: 1611376.
7. Kazakov DV, Spagnolo DV, Kacerovska D, Michal M. Lesions of anogenital mammary-like glands: an update on histogenesis, clinicopathologic spectrum and immunohistochemical features. Adv Anat Pathol 2011; 18(1): 1-28.
8. van der Putte SCJ, van Gorp J. Adenocarcinoma of the mammary-like glands of the vulva: a concept unifying sweat gland carcinoma and ectopic breast carcinoma. Am J Surg Pathol 1994; 21(2): 157-63.
9. van der Putte SC. Mammary-like glands of the vulva and their associated lesions: an underrecognized entity. Int J Gynecol Pathol 1994; 13(2): 150-60.

DOI: *10.48305/jims.v44.i876.1634*

Journal of Isfahan Medical School **Vol. 44, No. 876, 3rd Week, October 2026**

Received: 05.07.2026 Accepted: 30.09.2026 Published: 14.10.2026?

Primary Ductal Carcinoma of the Vulva; A Study on a Rare Tumor Formed Probably from Mammary-Like Glands of the Vulva (MLGV): A Case Report

Fariba Behnamfar[1], Shahla Abbasi[2]

Case Report

Abstract

Background: Primary invasive ductal carcinoma of the vulva, also known as adenocarcinoma of mammary gland type (AMGT), is an exceedingly rare malignancy arising from specialized anogenital mammary-like glands (AGMLGs). Diagnosing this neoplasm requires rigorous differentiation from primary vulvar tumors and secondary metastasis from breast cancer. This study aims to report a rare case of primary vulvar ductal carcinoma and review its diagnostic, surgical, and therapeutic management based on contemporary evidence.

Methods: A 64-year-old female presented with an asymptomatic subcutaneous nodule in the left labium majus. Following the exclusion of a primary breast neoplasm via mammography and breast ultrasonography, the patient underwent volvectomy and bilateral inguinal lymphadenectomy. Detailed histopathologic evaluation, tumor staging, and comprehensive immunohistochemical (IHC) profiling—including hormone receptors, HER2 status, and breast-specific lineage markers—were performed.

Findings: Histopathological assessment revealed invasive ductal carcinoma (Grade 2) with clear surgical margins (10 mm) and positive lymph nodes (14/22), establishing a pathological stage IIIC (pT1c N1c M0). IHC demonstrated strong positivity for GATA3, CK7, ER (90% strong; Allred score 8/8), PR (80% strong; Allred score 7/8), and focal positivity for Mammaglobin and GCDFP-15. HER2 was negative (score 1+), while SOX10, p63, and CK20 were negative. Following multidisciplinary tumor board review, adjuvant radiotherapy and cytotoxic chemotherapy were deemed necessary.

Conclusion: The IHC profile showed complete phenotypic concordance with luminal breast carcinoma .Due to the scarcity of this disease and the lack of prospective randomized clinical trials, systemic therapies such as adjuvant endocrine therapy are extrapolated primarily from breast cancer management guidelines and case series. Clear surgical margins and nodal evaluation via SLNB remain pivotal for optimal oncologic control.

Keywords: Vulvar Neoplasms; Carcinoma, Ductal; Sentinel Lymph Node Biopsy; Immunohistochemistry; Receptors, Estrogen; Aromatase Inhibitors

Citation: Behnamfar F, Abbasi Sh. **Primary Ductal Carcinoma of the Vulva; A Study on a Rare Tumor Formed Probably from Mammary-Like Glands of the Vulva (MLGV): A Case Report.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(876): 1634-8.

1- Professor of Gynecology Oncology. Department of Obstetrics & Gynecology, School of Medicine Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan. Iran

2- Isfahan University of Medical Sciences. Fellowship of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Shahla Abbasi, Isfahan University of Medical Sciences. Fellowship of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: shahlaabbasi2013@gmail.com