

سیرنگومای خطی یکطرفه: معرفی یک بیمار

Archive of SID

دکتر مریم اخیانی^۱، دکتر امیر هوشنگ احسانی^۲، دکتر بهروز باریک بین^۲

۱-استادیار، ۲-دستیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چپ قفسه سینه با توزیع در امتداد خطوط بلاشکو، بدون هیچگونه سوزش و یا خارش در سال ۱۳۸۰ به درمانگاه پوست بیمارستان رازی مراجعه نمود. در بررسی بافت‌شناسی ضایعه، جزایر و رشته‌های اپی تلیومی با تمایز به سمت مجاری غدد اکرین و ساختارهایی شبیه به مجراکه برخی نمای Tad-pole داشته و Comma-shaped بودند در داخل درم دیده شد که با سیرنگوما مطابقت داشت.

واژه‌های کلیدی: سیرنگوما، سیرنگومای خطی یکطرفه، غدد اکرین

سیرنگوما تومور خوش خیم مجاری داخل اپیدرمی غدد عرق اکرین است که به صورت پاپول‌های شفاف کوچک غالباً روی پلک‌ها و قسمت فوقانی گونه دیده می‌شود. موردی که در این گزارش معرفی می‌شود یک فرم نادر سیرنگوماست که ضایعات بطور خطی روی تنه ایجاد شده است. بهتر است متخصصین پوست با این فرم سیرنگوما هم آشنایی داشته باشند تا بتوانند آنرا از سایر ضایعات مشابه افتراق بدهند.

بیمار مرد ۲۳ ساله‌ای است که با سابقه یک ساله پاپول‌های به رنگ پوست متمایل به قرمز در طرف

معرفی بیمار

بیمار مرد ۲۳ ساله‌ای اهل و ساکن تهران بوده که به علت ظاهر شدن تعدادی پاپول‌های مسطح ۲-۳ میلیمتری به صورت خطی، همرنگ پوست یا مختصر متمایل به قرمز در محل طرف چپ قفسه سینه و با انتشار به طرف بالای شکم و زیر بغل همان سمت، به درمانگاه پوست بیمارستان رازی مراجعه نمود. ضایعات بیمار از یک سال قبل از ناحیه زیر بغل شروع شده و در مسیر خطوط بلاشکو بطرف تنه، شکم و پشت پیشرفت نموده بودند (تصویر شماره ۱). این ضایعات با خارش، سوزش و درد همراه نبودند. بیمار سابقه هیچگونه بیماری پوستی را در گذشته ذکر نمی‌کرد. معاینه عمومی بیمار طبیعی بوده و سابقه خانوادگی ضایعات مشابه

را نمی‌داد. در بررسی آسیب‌شناسی، اپیدرم طبیعی بوده و در قسمت درم، در یک استرومای فیبروزه تعداد زیادی مجاری غدد اکرین دیده می‌شد. دیوارهای مجاری از دو لایه سلول اپیتلیال پوشیده شده و برخی از این مجاری دنباله اپیتلیالی به شکل Tad-pole داشتند. به علاوه رشته‌هایی از سلول‌های اپیتلیالی بازوفیلی غیروابسته به مجاری هم دیده می‌شد که این یافته از نظر آسیب‌شناسی با سیرنگوما مطابقت دارد (تصویر شماره ۲).

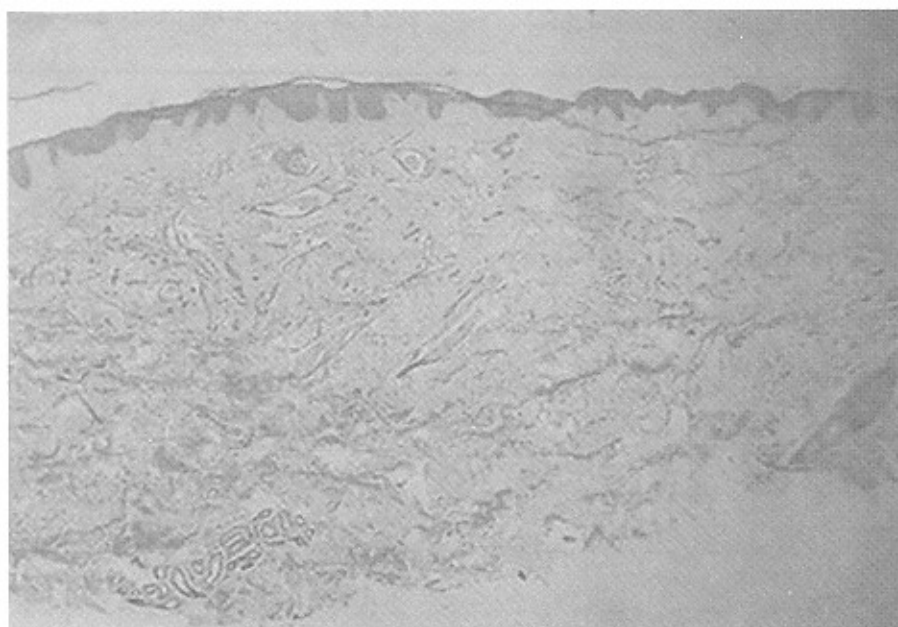
بحث

سیرنگوما تومور خوش خیم ضمام پوست می‌باشد که از مجاری غدد عرق اکرین منشأ گرفته (۱) و به صورت پاپول‌های شفاف کوچک به رنگ زرد، قهوه‌ای و یا صورتی و به ابعاد یک تا سه میلیمتر غالباً روی پلک‌ها و

مؤلف مسئول: دکتر مریم اخیانی - تهران، بیمارستان رازی، بخش پوست



تصویر شماره ۱ - پاپول‌های کوچک به رنگ پوست یا مختصری قرمز در مسیر خطوط Blaschko در سمت چپ تنه بیمار



تصویر شماره ۲ - افزایش مجاری غدد عرق اکرین، برخی با نمای Tad pole، در درم (رنگ آمیزی H&F، بزرگنمایی ۴۰ برابر)

استرومای فیروزه مجاری کوچکی دیده می‌شود که دیواره آنها ازدو لایه سلول اپیتلیال تشکیل شده است. در اکثر موارد این سلول‌ها صاف هستند ولی گاهی سلول‌های

قسمت فوقانی گونه‌ها ظاهر می‌شود (۲). سیرنگوما یک آدنومای مجاری داخل اپیدرمی غدد اکرین است. از نظر آسیب‌شناسی در درون درم در یک

قسمت داخلی واکونوله شده و در داخل مجاری مواد بی شکلی دیده می شوند. برخی از این مجاری دنباله اپیتلیالی کوچکی دارند که نمائی مثل Tad-poles (بچه قورباغه) ایجاد می کنند. به علاوه رشته هایی از سلول های اپیتلیالی بازوفیلیک غیروابسته به مجاری هم دیده می شوند (۳). در برخی موارد مجاری کیستیکی نزدیک به اپی درم وجود دارند که پر از ماده کراتین بوده و به وسیله سلول هایی که حاوی گرانول های کراتو هیالینی می باشند دربر گرفته شده اند. این فضا های کیستیکی که شبیه میلیا می باشند گاهی پاره شده و واکنش جسم خارجی ایجاد می نمایند (۳). به ندرت بعضی از سلول های تومورال شبیه سلول های روشن هستند که این امر ناشی از تجمع گلیکوژن می باشد (۳).

سیرنگوما یک تومور خوش خیم پوستی است که بصورت پاپول های منفرد درمی به رنگ پوست یا ته رنگ زرد مایل به قهوه ای و یا صورتی شفاف و کیستیکی ظاهر می شود. ضایعات معمولاً بصورت گرد با سطحی صاف و یا زاویه دار هستند، اندازه آنها بین ۵-۱ میلی متر اغلب زیر ۳ میلی متر می باشد، در اکثر موارد متعددند و انتشار آنها بصورت قرینه می باشد (۱).

ضایعات در اکثر موارد روی پلک فوقانی و تحتانی و گونه ها ظاهر شده ولی در قسمت گردن و جلوی سینه هم به فراوانی دیده می شوند. سیرنگوما معمولاً از زمان بلوغ به بعد به طور ناگهانی شروع می شود و در خانمها به نسبت آقایان شایعتر می باشد (۱).

اشکال بالینی مختلفی از سیرنگوما شرح داده شده است که شامل فرم های منفرد، پلاکی و eruptive می باشد. در فرم eruptive معمولاً تعداد زیادی از ضایعات بطور متوالی در قسمت جلوی تنه در افراد جوان ظاهر می شود (۵ و ۴).

موارد نادری از سیرنگوما بصورت خطی گزارش شده است که اکثراً در قسمت فوقانی قفسه سینه ظاهر شده

بودند (۷ و ۶). سیرنگوما به طور غیر معمول ممکن است در ناحیه آلت تناسلی آقایان و یا در ناحیه وولو در خانمها ظاهر شود (۸). در موارد نادری سیرنگوما های مخفی در پوست سر هم گزارش شده که باعث نازک شدن موها و یا آلپسی سیکاتریسل شده است (۹). سیرنگوما ممکن است نسبت به استروژن حساس باشد و در طول دوران بارداری و یا قبل از قاعدگی و یا با مصرف قرص های ضد حاملگی اندازه آن بزرگتر شود (۱۰). ممکن است سیرنگوما در برخی مواقع خانوادگی باشد. تاکنون همراهی سیرنگوما با برخی سندرمها مانند سندرم داون، مارفان و اهلرز دانلوس گزارش شده است (۱۰).

در مواردی ممکن است تشخیص سیرنگوما با ضایعاتی مثل زگیل های مسطح، خال اپیدرمال و nevoid basal cell epithelioma اشتباه گردد که در اینگونه موارد بررسی آسیب شناسی کمک کننده است (۱۱). برخلاف nevoid basal cell epithelioma و خال اپیدرمال، درگیری استخوانی و سیستم اعصاب مرکزی در اینگونه بیماران وجود ندارد.

بطور کلی ضایعات خطی ممکن است معلول علل داخلی یا خارجی باشند (۱۲). در مورد علل داخلی در تشکیل ضایعاتی که در امتداد خطوط بلاشکو می باشند، تئوری mosaicism مطرح می شود. بر اساس این تئوری اینها جمعیتی از سلول های منحصر به فرد می باشند که توسط جهش ژنی بعد از مرحله زیگوت ایجاد گشته اند (۱۲). پاتوژنز سیرنگوما مشخص نمی باشد و لیکن همراهی آن با سندرم های داون، فرم نژادی و نیز شکل فامیلی آن احتمال دخالت عوامل ارثی را مطرح می نماید (۱۲).

بیماری که شرح آن داده شد یک فرم خطی از سیرنگوما در ناحیه تنه می باشد که در امتداد خطوط بلاشکو ظاهر شده بود. اگر چه در مورد این بیمار مسئله ارثی هم مطرح می شود ولی بیمار ما سابقه خانوادگی ضایعات مشابه

منابع

- 1-Mackie RM. Tumors of the skin appendages. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, et al(eds). Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publicaiton 1998: 1712-13.
- 2-Epidermal nevi, neoplasms and cysts. In: Odom RB, James WD, Gerger TG (eds). Andrew's diseases of the skin. Philadelphia: Saunders, 2000: 847-48.
- 3-Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, et al (eds). Lever's histopathology of the skin. Philadelphia: Lippincott - Raven, 1997: 778-79.
- 4-Hashimoto K, Di Bella RJ, Borsuk BM, et al. Eruptive hidradenoma and syringoma. Arch Dermatol 1967; 96: 500-19.
- 5-Rongioletti F, Semino MT, Rebora A. Unilateral multiple plaque-like syringoma. Br J Dermatol 1996; 135: 623-25.
- 6-Yung CW, Soltani K, Bernstein JE, et al. Unilateral linear nevoidal syringoma. J Am Acad Dermatol 1981; 4: 412-16.
- 7-Sala GP, Marinaro P, Rossi E, et al. Einseitige nevoide syringome. Hautarzt 1990; 41: 272-73.
- 8-Lo JS, Dijkstra JW, Bergfeld WF. Syringoma of the penis. Int J Dermatol 1990; 29: 309-10.
- 9-Shelley WB, Wood MG. Occult syringomas of scalp associated with progressive hair loss. Arch Dermatol 1980; 116: 843-44.
- 10-Walter HC, Burgdorfer F. Syringoma. In: Demis DJ (ed). Clinical dermatology. New York: Lippincott Raven, 1999; Vol 22, 1-5.
- 11-Hashimoto K, Lever WF. Tumors of skin appendages. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1999: 891-92.
- 12-Creamer D, Macdonald AR, Griffiths WAD. Unilateral linear syringomata: A case report. Clin Exp Dermatol 1999; 24: 428-30.