

دکتر نادر فارسی^۱، دکتر علیرضا فیروز^۲، دکتر مهدی رشیدی فیروز آبادی^۳

۱- استادیار پوست، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، ۲- استادیار پوست، ۳- پزشک عمومی؛ مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیماری Bowen پیگمانته که بدخیمی سلول‌های سنگفرشی به صورت *in situ* است، به ندرت در بیماران سفیدپوست گزارش شده است. ما یک مورد از این بیماری را بر روی نوک انگشت چهارم (حلقه) دست راست یک خانم ۲۰ ساله با پوست نوع III گزارش می‌کنیم که از نظر بالینی شبیه به ملانومای بدخیم سطحی بود. تشخیص صحیح و تعیین منشأ غیر ملانوسیتیک ضایعه تنها به وسیله امتحان بافت شناسی

ممکن است، اگر چه بررسی در موسکوپیک هم می‌تواند کمک‌کننده باشد. به رغم نادر بودن، بیماری Bowen پیگمانته را باید در تشخیص افتراقی، ملانومای بدخیم در نظر داشت.

واژه‌های کلیدی: ملانوما، بیماری Bowen، پیگمانته، تشخیص

فصلنامه بیماری‌های پوست، پاییز ۱۳۸۳؛ ۲۹: ۶۹-۷۷

معرفی بیمار

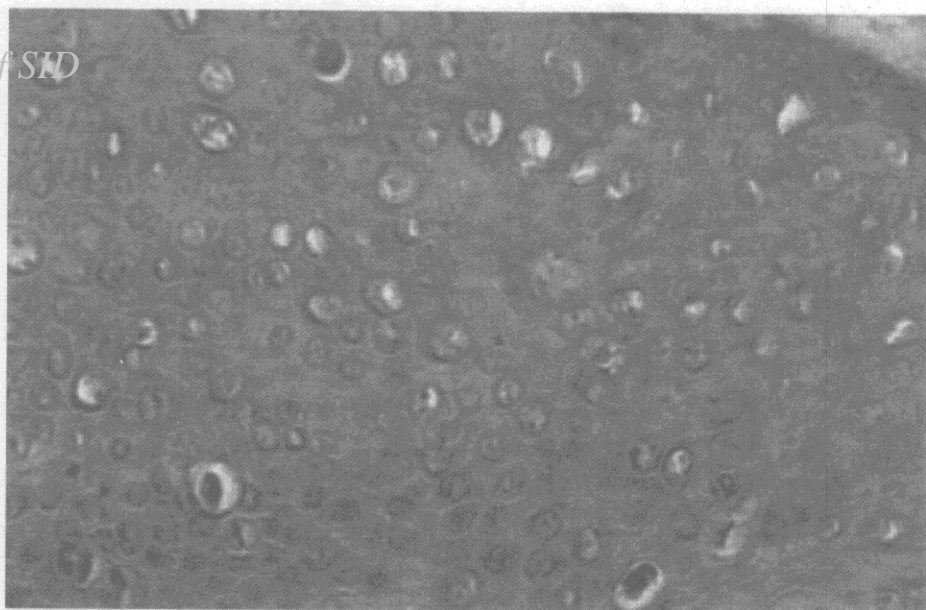
خانمی ۲۰ ساله با پوست نوع III به علت ضایعه پیگمانته بر روی پالپ انگشت چهارم دست راست به درمانگاه پوست مراجعه کرد. ضایعه از ۴ سال قبل بدون علامت شروع شد و با کندی رشد کرد و تا زمان مراجعه هیچ‌گونه درمانی روی ضایعه صورت نگرفته بود. در معاینه *patch* منفردی به قطر یک سانتی‌متر با سطحی کاملاً صاف و حاشیه‌ای کاملاً مشخص و نامنظم و به رنگ قهوه‌ای و یکنواخت در انگشت بیمار دیده می‌شد (تصویر شماره ۱). بیمار هیچ‌گونه عامل خطر شناخته شده‌ای برای بدخیمی جلدی (مانند رنگ پوست خیلی روشن، استعداد به *tanning*)، سابقه آفتاب سوختگی و تماس طولانی با

آرسنیک) نداشت. همچنین سابقه شخصی یا خانوادگی از بدخیمی جلدی را ذکر نمی‌کرد.

از ضایعه بیمار با تشخیص بالینی ملانومای بدخیم با پانچ ۳ میلی‌متر نمونه برداری شد. در بررسی بافت‌شناسی کراتینوسیت‌های غیرطبیعی کاملاً مشخص در کل ضخامت اپیدرم و سلول‌های چند هسته‌ای، سلول‌های دیس کراتوتیک و میتوز در تمام لایه‌های اپیدرم مشاهده شد. همچنین آکانتوز منظم با ضخیم شدن *rete ridge* ها، کاهش لایه دانه دار و پاراکراتوز روی آن و هیپرکراتوز وجود داشت. رنگدانه ملانین در سلول‌های ضایعه و همچنین ملانوفازهای درم دیده شد (تصاویر شماره ۲ و ۳).

علایم بافت‌شناسی مؤید تشخیص بیماری Bowen پیگمانته بود. ضایعه بیمار با تشخیص فوق به روش جراحی و با حاشیه چند میلی‌متر برداشته شد.

مؤلف مسوول: دکتر علیرضا فیروز - تهران، خیابان طالقانی غربی، شماره ۷۹، مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام



تصویر شماره ۳ - کراتینوسیت‌های آتیپیک همراه با اشکال میتوتیک و سلول‌های دیسکراتوتیک در اپیدرم، افزایش پیگمان ملانین در سلول‌های اپیدرم و ملانوفازهای درم (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین، بزرگنمایی ۲۰۰ برابر)

بحث

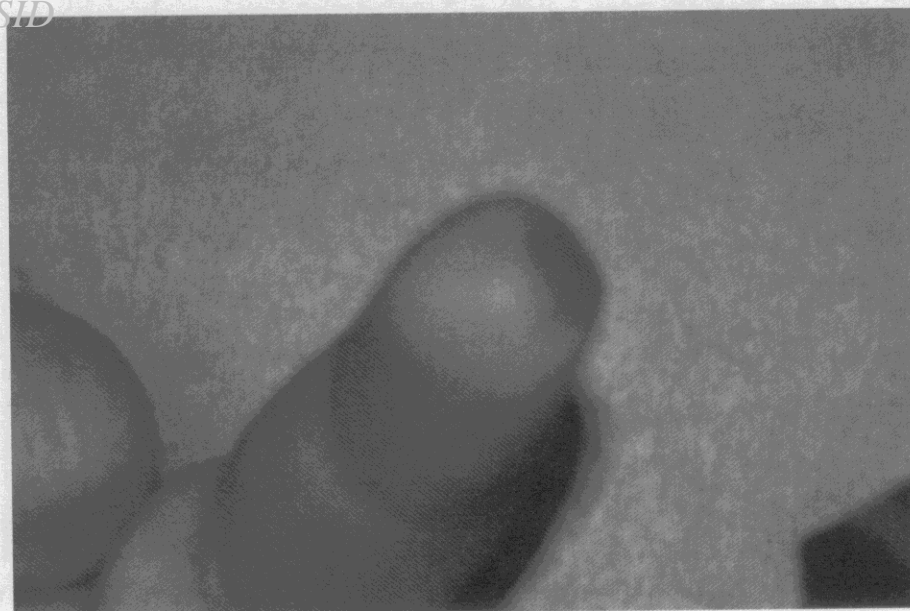
علل مستعدکننده بیماری، مسمومیت مزمن با آرسنیک است (۵) که شرح حال بیمار ما این مسئله را رد می‌کند. عامل دیگر ایجادکننده بیماری Bowen و ویروس پاپیلوماوی انسانی (Human Papilloma Virus (HPV است. شواهد ضعیفی از نقش HPV در بیماری Bowen در نواحی غیر از ناحیه تناسلی وجود دارد. انواع HPV شامل انواع ۱، ۱۶، ۱۸، ۳۴، ۳۵ به ندرت در این نواحی شناسایی شده‌اند، در حالی که نقش آن‌ها در نوع تناسلی Bowenoid papulosis بارزتر است (۶). اگر چه در این بیمار از نظر HPV بررسی بعمل نیامد اما بیمار سابقه زگیل را در خود یا اطرافیان نزدیک ذکر نمی‌کرد.

در مطالعه‌ای روی ۲۱ ضایعه Bowen به روش درموسکوپی، عروق glomerular و سطح پوسته‌دار (scaly) در ۹۰٪ موارد دیده شد. علاوه بر این ضایعات Bowen پیگمانته گلوبول‌های قهوه‌ای کوچک با توزیع patchy در ۹۰٪ موارد و پیگمانتاسیون خاکستری تا قهوه‌ای بدون ساختار مشخص در ۸۰٪ موارد دیده شد (۷).

بیماری Bowen بدخیمی سلول‌های سنگفرشی به صورت in situ می‌باشد که عمدتاً در افراد مسن دیده می‌شود، به طوری که در ۸۰٪ موارد، سن بیمار بالای ۶۰ سال است. ضایعات در $\frac{3}{4}$ موارد، در نواحی در معرض نور ایجاد می‌شود (۱). از نظر بالینی ضایعه به صورت پلاک اریتما توی غیر برجسته دیده می‌شود که در سطح آن پوسته یا کراست وجود دارد. رشد آن کند است و حاشیه کاملاً مشخص دارد.

بیماری Bowen پیگمانته یک نمای بالینی غیر معمول است به طوری که در مطالعه‌ای تنها ۷ مورد پیگمانته در بین ۴۲۰ مورد بیماری Bowen (۱/۷٪) گزارش شده است (۲). موارد مشابه به صورت منفرد هم در بیماران سفید پوست به ندرت گزارش شده است (۳، ۴).

پیدایش بیماری Bowen که شامل شکل پیگمانته آن نیز می‌شود، می‌تواند به علت نور آفتاب باشد که در بیمار ما نیز نور آفتاب می‌تواند عامل محرک تلقی شود. از دیگر



تصویر شماره ۱- ضایعه مسطح به رنگ قهوه‌ای با حدود مشخص و نامنظم بر روی پالپ انگشت چهارم دست راست



تصویر شماره ۲- آکانتوز منظم، پاراکراتوز منتشر همراه با ضخیم و طولیل شدن rete ridge (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین، بزرگنمایی ۴۰ برابر)

نشد. بنابراین اگر چه ضایعه در ظاهر، خود را به صورت یک ضایعه ملانوسیتی مشابه ملانوم بدخیم نشان داده بود، اما در درموسکوپی به راحتی از ضایعات ملانوسیتی قابل افتراق بود.

هر چند Bowen پیگمانته شکل غیرمعمول و نادری از این بیماری است، اما باید در تشخیص افتراقی ضایعات پیگمانته به ویژه ملانوم بدخیم مدنظر قرار گیرد.

منابع

- 1-Premalignant and malignant non melanoma skin tumors. In: Habif TP (ed). Clinical dermatology. Edinburgh: Mosby, 2004: 748-49.
- 2-Ragi G, Turner MS, Klein LE, et al. Pigmented Bowen disease and review of 420 Bowen's disease lesions. J Dermatol Surg Oncol 1988; 14: 765-69.
- 3-Duncan KO, Leffell DJ. Epithelial precancerous lesions. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 2003: 719-37.
- 4-Scarborough DA, Bisaccia EP, Yoder FW. Solitary pigmented Bowen's disease. Arch Dermatol 1982; 118: 954-55.
- 5-Mackie RM. Epidermal skin tumors. In:

در گزارشی دیگر روی یک ضایعه Bowen پیگمانته به روش درموسکوپی یافته‌های مشاهده شده عبارت بودند از توزیع غیریکنواخت و شبکه‌ای پیگمان ملانین در مرکز ضایعه، ساختمان‌های کروی قهوه‌ای و غیرمنظم در حاشیه ضایعه و مناطق وسیع در حال تحلیل (۸). یافته‌های اختصاصی ضایعات ملانوسیتیک در درموسکوپی مانند شبکه‌های پیگمان، گلوبول‌های پیگمانته و پاهای کاذب دیده

Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science 1998: 1651-93.

- 6-Kettler AH, Rutledge M, Tschen JA, et al. Detection of human papilloma virus in nongenital Bowen's disease by in situ DNA hybridization. Arch Dermatol 1990; 126: 777-81.
- 7-Zalaudek I, Argenziano G, Leinweber B, et al. Dermoscopy of Bowen's disease. Br J Dermatol 2004; 150: 1112.
- 8-Stante M, De Giorgi V, Massi D, et al. Pigmented Bowen's disease mimicking cutaneous melanoma: clinical and dermoscopic aspects. Derm Surg 2004; 30: 541-44.