

دکتر زهره نیلفروشان^۱، دکتر علی اصیلان^۲، دکتر محمدعلی نیلفروش زاده^۳

۱- متخصص پوست، ۲- استادا؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۳- استادیار، گروه پوست، مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیقات پوست و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

از جمله آتروفی درم و کاهش عروق و ضمام، اثرات سوء عوامل محیطی مثل اشعه ماورای بنفش بر پوست را بیشتر می‌کند.

در این مقاله ما دو مورد SCC و دو مورد BCC را که بر روی اسکارهای قدیمی سالک در صورت ایجاد شده‌اند، گزارش کرده‌ایم. توصیه می‌شود که هر گونه تغییر در اسکار پوستی از نظر بالینی و آسیب‌شناسی بررسی شود.

واژه‌های کلیدی: کارسینوم سلول‌های پایه،

کارسینوم سلولهای سنگفرشی، اسکار، اسکارسالک

فصلنامه بیماری‌های پوست، پاییز ۱۳۸۳؛ ۲۹: ضمیمه ۱، ۱۱-۱۲

شایع‌ترین تومورهای بدخیم پوستی در انسان، کارسینوم سلول‌های پایه basal cell carcinoma (BCC) و کارسینوم سلول‌های سنگفرشی squamous cell carcinoma (SCC) است. عوامل مستعدکننده متعددی برای ظهور این تومورها ذکر شده که شامل عوامل محیطی و خارجی، عوامل ژنوتیپی و فنوتیپی است. ظهور تومورهای بدخیم از جمله SCC و BCC در محل اسکارهای قدیمی پدیده‌ای نادر اما کاملاً شناخته شده است و از آن جا که اغلب موارد گزارش شده‌ی آن‌ها در نواحی باز بدن بوده است، این احتمال مطرح می‌شود که تغییرات بافتی

معرفی بیمار

بیمار با حاشیه ۲ میلی‌متر و به طور کامل برداشته شد و در پی‌گیری‌های بعدی تا ۲ سال هیچ‌گونه عودی دیده نشد.

بیمار دوم: آقای ۵۶ ساله با اسکار سالک از هفت سالگی روی گونه راست، بعلت زخمی شدن سطح اسکار از سه سال قبل به درمانگاه پوست مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان مراجعه کرد. در معاینه زخمی با قاعده‌ی مترشحه و انفلتیره در وسط اسکار فرو رفته قدیمی روی گونه راست مشهود بود (تصویر شماره ۲). در نمونه‌برداری از ضایعه، BCC بدون وجود هیچ‌انگل لیشمانیا گزارش شد. ضایعه بیمار با حاشیه کافی برداشته شد و در پی‌گیری‌های بعد هیچ‌گونه عودی مشاهده نشد.

بیمار سوم: خانم ۷۳ ساله، با اسکار قدیمی وسیع سالک روی گونه چپ، به علت ظهور ضایعه برجسته و

بیمار اول: آقای ۴۰ ساله و کشاورز که در ناحیه بینی و گونه از زمان کودکی اسکاری ناشی از سالک داشته است، به علت ظهور ضایعه پیگمانته به ابعاد ۴ × ۱ سانتی‌متر با حاشیه برجسته در محل اسکار مراجعه کرد (تصویر شماره ۱). در نمونه‌برداری از ضایعه، تکثیر سلول‌های بازالوئید دارای هسته‌های بیضی تا دوکی هیپرکروم و سیتوپلاسم بازوفیلی همراه با الگوی Palisade و شکاف محیطی مشاهده شد که با تشخیص BCC منطبق بود. در برش‌های متعدد از ضایعه، انگل لیشمن مشاهده نشد. ضایعه

مؤلف مسوول: دکتر زهره نیلفروشان - اصفهان، خیابان خرم، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک

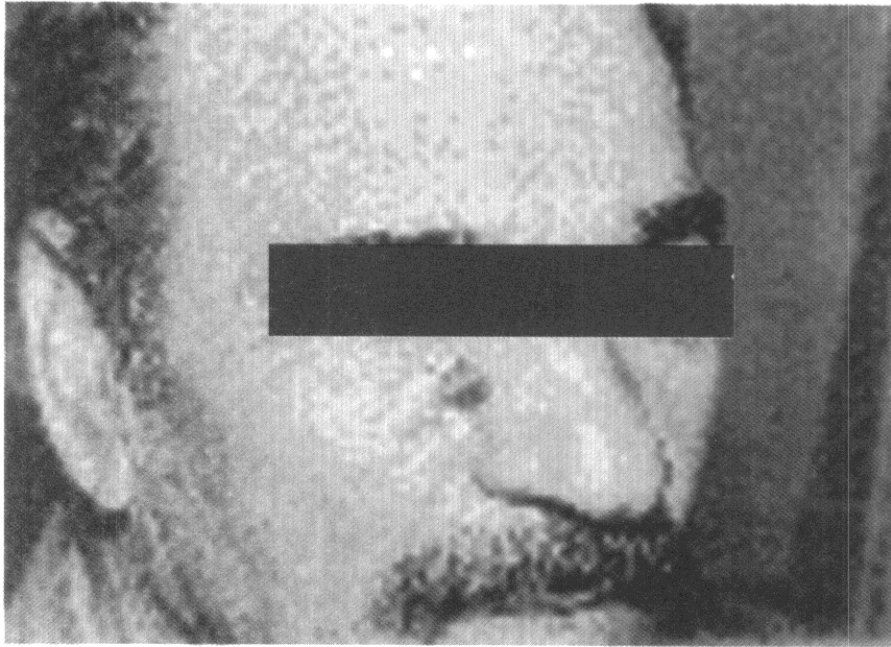
بیمار چهارم: آقای ۷۴ ساله که با اسکار سالک وسیع

و مخرب بر روی بینی و گونه، به علت ظهور ضایعه‌ای جدید در سمت چپ بینی از دو سال قبل، به درمانگاه پوست مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان مراجعه کرد. در معاینه شاخی پوستی به همراه ضایعه‌ای زخمی در زمینه‌ی اسکار پوستی بر روی بینی مشاهده شد (تصویر شماره ۴). نمای آسیب‌شناسی با SCC مطابقت داشت و انگل لیشمانیا در سلول‌ها دیده نشد و ضایعه با حاشیه کافی برداشته شد.

سفت روی سطح اسکار از سه سال قبل به درمانگاه پوست مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان مراجعه کرد. در معاینه ضایعه‌ای شاخی با قاعده سفت و اندوره مشاهده شد (تصویر شماره ۳). از ضایعه نمونه برداری شد و در بررسی آسیب‌شناسی، آکانتوز، پاپیلوماتوز، و هیپرکراتوز شدید در اپی‌درم و انتشار سلول‌های آتیپیک با هسته‌های بزرگ از قسمت پایین اپی‌درم به درم گزارش شد که مؤید تشخیص شاخ پوستی همراه SCC بود. در نمونه‌های آسیب‌شناسی، انگل لیشمانیا مشاهده نشد. ضایعه با حاشیه کافی برداشته شد و در پی‌گیری‌های بعد عودی دیده نشد.



تصویر شماره ۱ - اسکار سالک روی بینی و گونه راست و BCC در کناره راست اسکار



تصویر شماره ۲- اسکار سالک روی گونه راست و BCC در لبه اسکار



تصویر شماره ۳- اسکار سالک روی گونه چپ و یک شاخ پوستی در لبه فوقانی اسکار



تصویر شماره ۴ - اسکار مخرب و وسیع در وسط صورت و یک شاخ پوستی در کناره چپ بینی

بحث

لیشمانیوز جلدی (سالک) بیماری اندمیک و گسترده در سطح ایران است که در مرحله حاد به صورت زخمی جلدی تظاهر می کند و با یا بدون درمان، معمولاً ضمن به جا گذاشتن اسکار بهبود می یابد. شایع ترین علت تغییر اسکار سالک، عود آن به علت فعال شدن مجدد انگل است. ظهور تومور پوستی در زمینه اسکار سالک پدیده ای نادر است.

کارسینوم سلولهای پایه (BCC) و سنگفرشی (SCC) از شایع ترین تومورهای بدخیم در انسان است. BCC از سلولهای زایای فولیکول مو و SCC از کراتینوسیت های اپی درم منشأ می گیرد و میزان بروز BCC، ۴ برابر بیشتر از SCC است (۱).

شایع ترین شکل بالینی BCC بصورت یک ندول یا پلاک با عروق تلانژکتاتیک در سطح و حاشیه برجسته است. اما امکان دارد به صورت زخم با حاشیه برجسته، یک پلاک فیبروتیک (BCC مورفنافرم) یا پلاک اگزرمایی

هم تظاهر کند. تشخیص افتراقی BCC مورفنافرم از اسکار یا BCC مورفنافرم در زمینه اسکار مهم است.

عوامل زمینه ساز متعددی برای پیدایش BCC در پوست از جمله عوامل ارثی (سندرم هائی مثل Xeroderma Pigmentosum و سندرم Bazex) (۱)، آفتاب سوختگی، ضعف ایمنی (۲،۳)، زخم های مزمن، اسکارهای پوستی به دنبال سوختگی، واکسیناسیون و رادیوتراپی وجود دارد (۴،۵).

SCC اغلب به صورت ناحیه زخمی با قاعده سفت یا گاهی به صورت شاخ پوستی تظاهر می کند. SCC نیز ممکن است در زمینه کراتوز آکتینیک، رادیو درماتیت مزمن، تماس طولانی مدت با تار، آرسنیک و بعضی روغن های معدنی، التهاب های مزمن پوستی (درناژ سینوسی مزمن، هیدرآدنیت چرکی، دیسکوئیدلپوس اریتماتوس، لوپوس ولگاریس، گرانولوم اینگوئینال و گوم های سیفیلیسی)، بعضی سندرم ها (نظیر porokeratosis ، epidermolysis bullosa poikiloderma)

کردند. بیمار آن‌ها مردی بود ۵۳ ساله (۱۰).
کنار بینی که سه سال قبل با گلوکاتیم بهبود یافت. ولی
یک سال قبل ندولی سفت و نامنظم در زمینه اسکار سالک
وی ظاهر شد (۹).

Matayoshi و همکارانش در سال ۲۰۰۰ یک مورد
SCC را که دو سال پس از درمان لیشمانیوز جلدی -
مخاطی چشم چپ در مردی ۵۸ ساله ایجاد شده بود
گزارش کردند (۱۰).

Karagi و همکارانش در سال ۲۰۰۱ یک مورد SCC
را در مردی ۶۳ ساله گزارش کردند که ۸ سال پس از
بهبود ضایعه سالک ناحیه بینی بر روی اسکار آن ایجاد
شده بود (۱۱).

علت این تغییر سلول‌های خوش خیم به بدخیم که
ممکن است طی چند هفته، چندماه اغلب چند سال رخ دهد
به درستی معلوم نیست. ظهور یک ایمنوفوتیپ فعال شده
که سبب افزایش رشد سلولی و بدخیم شدن آن‌ها می‌شود
به عنوان عامل مطرح شده که هنوز این نظریه به اثبات
نرسیده است. اما آنچه که مسلم است همراهی سایر عوامل
زمینه ساز از جمله فوتیپ و ژنوتیپ فرد، عوامل
ایمنولوژیک، کاهش تعداد عروق درم و آتروفی غدد و
ضمایم پوستی در ناحیه اسکار، که سبب حساس شدن آن
به عوامل خارجی مستعدکننده تومور (از جمله اشعه UV)
می‌شوند مطرح خواهند بود (۹).

منابع

1-Leshin B, White WL. Malignant neoplasm's of keratinocytes. In: Arndt KA, LeBoit PR, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders Co, 1996: 1387-98.

(congenita) یا بر روی اسکارهای قدیمی ایجاد شود.

تغییر اسکار سالک به دلایل مختلفی ممکن است ایجاد
شود که شایع‌ترین آن، عود بیماری به شکل راجعه یا
لوپوئید سالک است. این ضایعه که معمولاً با پاپول‌های
قهوه‌ای مایل به قرمز یا زرد در اطراف جوشگاه قدیمی
سالک یا در سطح آن ظاهر می‌کند، عمدتاً در ایران و
عراق و بیشتر به علت L.tropica گزارش شده است (۶).
گروهی، علت به وجود آمدن ضایعات لوپوئیدی را فعال
شدن مجدد انگل مخفی در اثر کاهش ایمنی میزبان و نبود
توانایی ایمنی سلولی برای استریل کردن ضایعه می‌دانند و
برخی عفونت ثانویه با نوع دیگری از L.tropica را مؤثر
می‌شمرند (۷).

علت دیگر تغییر اسکار سالک، ظهور ضایعه بدخیم بر
سطح آنست. ظهور بدخیمی‌های پوستی در سطح اسکار
پدیده‌ای است که از دیرباز به آن توجه شده، اما با توجه به
شیوع بالای بدخیمی‌های پوستی، موارد اندکی از آن در
اسکارهای سالک گزارش شده است.

Srebrink و همکارانش در سال ۱۹۸۷ یک مورد شاخ
پوستی را در مردی ۳۱ ساله گزارش کرده‌اند که در زمینه
زخم فعال سالک پوستی ناشی از L.tropica در ناحیه
صورت ایجاد شده بود (۸).

Susters و همکارانش در سال ۱۹۸۸ یک مورد BCC
را که بر روی اسکار جلدی سالک ایجاد شده بود گزارش

2-Gupta AK, Gardella CJ, Heberman HF. Cutaneous malignant neoplasms in patients with renal transplants. Arch Dermatol 1986; 122: 1288-93.

3-Liddington M, Richardson AJ, Higgins RM.

Skin cancer in renal transplant recipients.
Archive of SID

Br J Surg 1989; 76: 1002-05.

4-Hendricks WM. BCC arising in chicken pox scar. Arch Dermatol 1980; 116: 1304-05.

5-Nats FJF. BCC in a vaccination scar. Ann Plast Surg 1995; 95: 199-204.

۶-اصیلیان ع. لیشمانیوز جلدی و روشهای درمانی و پیشگیری آن. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۱: ۴۸-۵۳.

7-Lerner A, Grevelink SA. Leishmaniasis. In: Arndt KA, LeBoit PR, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine & surgery. Philadelphia: WB Saunders Co, 1996:

1163-71-78.

8-Srebrink A, Wolf R, et al. Cutaneous horn in cutaneous leishmaniasis. Arch Dermatol 1987; 123: 168-89.

9-Suster S, Ronnent M. Basal cell carcinoma arising in a leishmania scar. Int J Dermatol 1988; 27: 175-76.

10-Matagoshi S, Caramelli CB. Epidermoid carcinoma arising in an ocular leishmania lesion. Br J Ophtal 2000; 84: 1331-32.

11-Karagi GE. Epidermoid carcinoma in cutaneous leishmaniasis scar. Ann Plast Surg 2001; 46: 657-58.