

## تشخیص شما چیست؟

دکتر مرتضی ادبی<sup>۱</sup>، دکتر آذر شیرزادیان<sup>۱</sup>

۱- متخصص پوست، مازندران، بابل

### معرفی بیمار

پسری ۱۵ ساله به علت یک توده سریعاً بزرگ شونده در ناحیه پشت به درمانگاه پوست مراجعه کرد. ضایعه در طی ۵۰ روز قبل به وجود آمد و به حداکثر رشد خود رسید. ضایعه بدون درد، خونریزی و ترشحات چرکی بود. در معاینه بالینی، تومور منفرد در اندازه ۳×۲/۵ سانتی متر، صورتی مایل به قرمز، نسبتاً سفت، متحرک و بدون درد در ناحیه پشت شانه وجود داشت (تصاویر شماره ۱ و ۲).

تومور به طور کامل جراحی شد که دارای چسبندگی در اطراف بود. ضایعه به آسیب شناسی فرستاده شد (تصاویر شماره ۳ و ۴).

### تشخیص شما چیست؟

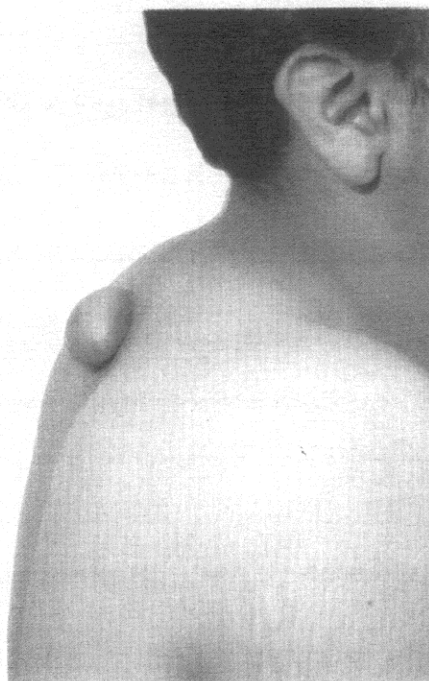
فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۵): ۴۳۳-۴۳۶



تصویر شماره ۱

مؤلف مسوول: دکتر مرتضی ادبی - بابل، بلوار جانبازان، توحید ۲۶، پلاک ۱۶

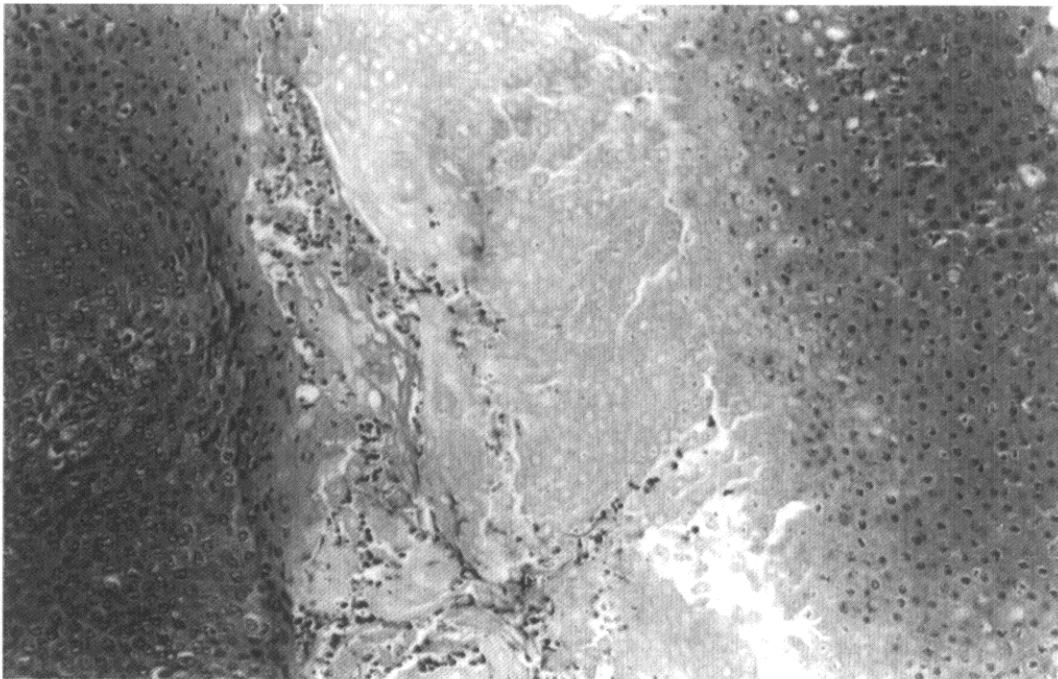
پست الکترونیک: adabi@yahoo.com



تصویر شماره ۲



تصویر شماره ۳



تصویر شماره ۴

### تشخیص : Pilomatricoma

#### یافته‌های آسیب‌شناسی

تومور با حدود مشخص متشکل از دو ناحیه بازوفیلیک و ائوزینوفیلیک مشاهده شد (تصویر شماره ۳). ناحیه بازوفیلیک حاوی اجتماعی فشرده سلول‌های کوچک بازالوئید بود که در ارتباط پیوسته با ناحیه ائوزینوفیلیک قرار داشت. آتیپی سلولی واضح دیده نشد. در ناحیه ائوزینوفیلیک، قسمت مرکزی سلول‌ها به دلیل فقدان هسته رنگ نگرفته و نمای شبح سلولی (shadow cell) را ایجاد کرده بود. در بعضی از قسمت‌ها ناحیه‌هایی از کلسیفیکاسیون قابل مشاهده بود (تصویر شماره ۴).

#### بحث

پیلوماتریکوما یا calcifying epithelioma of Malherbe شایع‌ترین تومور فولیکول مو است که منشأ آن از سلول‌های کورتکس مو ذکر شده است (۱). این

تومور در هر سنی دیده می‌شود اما بیش‌تر بیماران کم‌تر از ۲۰ سال دارند. شیوع آن در خانم‌ها بیش‌تر از آقایان است. در ایجاد آن توارث نقشی ندارد اما تعداد معدودی از موارد خانوادگی گزارش شده است (۲). همراهی این بیماری با دیستروفی میوتونیک مشاهده است (۳).

پیلوماتریکوما معمولاً به صورت یک ندول منفرد، سفت، عمیق، متحرک و بدون علامت با قطر ۳ الی ۳۰ سانتی‌متر در ناحیه درم یا زیرجلد تظاهر می‌یابد. پوست روی تومور معمولاً طبیعی، اما گاهی سطحی‌تر است و پوست روی آن به رنگ آبی مایل به قرمز دیده می‌شود (۲). در این بیمار ضایعه عمقی بود و موقع لمس حالت لغزنده داشت (تصویر شماره ۱).

محل‌های شایع پیدایش تومور، سر و گردن و اندام فوقانی است. تومور ممکن است دچار التهاب‌های دوره‌ای شود و گاهی نمای گرانولوماتو پیداکند (۲).

سلولی و سلول‌های shadow در قسمت مرکزی قرار می‌گیرند. با گذشت زمان به تدریج از تعداد سلول‌های بازوفیلیک کاسته و به تعداد سلول‌های shadow افزوده می‌شود. تقریباً در ۷۵ درصد موارد رسوب کلسیم و در ۱۵ تا ۲۰ درصد استخوانی شدن در تومور قابل مشاهده است (۱).

تشخیص افتراقی بالینی پیلوماتریکوما شامل بسیاری از تومورهای خوش خیم عمقی جلدی یا زیرجلدی، کیست‌ها و لیپوما است. این عارضه با بیوپسی و بررسی آسیب‌شناسی تشخیص داده می‌شود (۵).

پیلوماتریکوما به ندرت دچار تغییرات بدخیمی می‌شود که تحت عنوان pilomatrix carcinoma نامیده می‌شود و گاهی با متاستاز ریوی همراه است (۴).

از نظر آسیب‌شناسی، پیلوماتریکوما توموری است با حدود مشخص که عمدتاً در درم عمقی واقع می‌شود و به چربی زیر جلدی گسترش می‌یابد. تومور به صورت جزایر نامنظمی از سلول‌های اپی تلیال است که در استرومایی سلولی قرار می‌گیرد. این جزایر اپی تلیالی متشکل از دو نوع سلول (سلول‌های بازوفیلیک و سلول‌های shadow) هستند که سلول‌های بازوفیلیک عمدتاً در حاشیه جزایر

## References

- 1- Elder D, Elenitsas R, Raysdale BD. Tumors of the epidermal appendages. In: Elder D, Elenitsas R, Jawornsky C, Johnson B (eds). *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia: Lippincott; 1997: 757-59.
- 2-Mackie RM. Tumours of the skin appendages. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, et al (eds). *Rook / Wilkinson / Ebling textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific publication; 1998: 1699-700.
- 3-Chiaramoti A, Gilgor RS. Pilomatrixomas associated with myotonic dystrophy. *Arch Dermatol* 1978; 114: 1363-65.
- 4-Gould E, Kutzon R, Kowalczyk P, et al. Pilomatrix carcinoma with pulmonary metastases. *Cancer* 1984; 54: 370-2.
- 5-Coldiron B, Smoller BR. Neoplasms of the pilosebaceous unit. In: Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, Wintroub BU (eds). *Cutaneous medicine and surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996: 1469-70.