

## تشخیص شما چیست؟

دکتر هایده غنی نژاد<sup>۱</sup>، دکتر رضا محمود رباطی<sup>۲</sup>

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

### معرفی بیمار

بیمار خانم ۴۰ ساله‌ای است که به علت ضایعه‌های پاپولار و ندولار متعدد به رنگ پوست و شفاف در ناحیه صورت به ویژه در نواحی چین نازولابیال، ریشه بینی، پلک فوقانی و پیشانی مراجعه کرده است. در برخی نواحی صورت ضایعه‌ها به رنگ قرمز زرد یا کبود رنگ نیز مشاهده می‌شود. ضایعه‌ها از حدود ۲۰ سال قبل به وجود آمده و در طی این مدت بر تعداد آن‌ها افزوده شده است. این ضایعه‌ها ابتدا در ناحیه ریشه بینی و چین نازولابیال ایجاد شده و پس از آن سایر نواحی صورت از جمله پلک‌ها و ناحیه پیشانی را نیز درگیر کرده است. بیمار هیچ گونه علامتی را از جمله خارش ذکر نمی‌کند. در ضمن در مواجهه با عوامل محرک مانند نور آفتاب، علایم روی نمی‌دهد. سایر نواحی پوست، فاقد ضایعه‌های مشابه است. در معاینه مخاط‌ها، مو و ناخن‌ها نیز نکته غیرطبیعی مشاهده نشد. سابقه ضایعه‌های مشابه در سایر اعضای خانواده وجود نداشته است. بیمار از نظر سلامت عمومی مشکلی ندارد و داروی خاصی نیز مصرف نمی‌کند. در معاینه پاپول‌ها و ندول‌های متعدد شفاف به رنگ پوست و در برخی نواحی اریتماتو با قطر ۱ تا ۵ میلی‌متر مشاهده می‌شود که روی برخی از آن‌ها میلیا وجود دارد. ضایعه‌های مزبور به تعداد بیش‌تر در ناحیه ریشه بینی، چین نازولابیال، پلک فوقانی، پیشانی و به تعداد کم‌تر در سایر نواحی صورت مشاهده می‌شود (تصویر شماره ۱). از ضایعه‌های به رنگ پوست و اریتماتوی بیمار دو نمونه‌ی جداگانه بیوپسی به عمل آمد (تصویر شماره ۲).

### تشخیص شما چیست؟

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۶): ۵۱۶-۵۱۸

وصول مقاله: ۸۴/۶/۲۲ پذیرش: ۸۴/۸/۲۳

### تصویر شماره ۱

مؤلف مسوول: دکتر هایده غنی نژادی - تهران، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی

## تصویر شماره ۲

است ضایعه‌ها منفرد یا متعدد باشند. ضایعه منفرد به صورت ندولی منفرد صاف و معمولاً روی صورت تظاهر می‌کند که می‌تواند مشابه کارسینوم سلول پایه‌ای غیرزخمی باشد (۱). تریکوپیتلیوماهای متعدد حالت وراثتی دارد و به صورت ضایعه‌های کیستی یا ندول‌هایی روی صورت به ویژه لب فوقانی، چین نازولابیال و پلک‌ها بروز می‌کند. سایر نواحی مانند پوست سر، گردن و تنه نیز ممکن است درگیر شوند. ضایعه‌هایی به صورت پاپول‌ها و ندول‌های متعدد کوچک صاف براق و تا حدی شفاف و سفت تظاهر می‌کنند. قطر هر ضایعه از ۲ تا ۴ میلی‌متر و به رنگ پوست یا تا حدودی قرمز است. اغلب ضایعه‌ها معمولاً در گروه‌های جداگانه‌ای آرایش می‌یابند و روی صورت توزیع قرینه‌ای دارند. ضایعه‌ها در طی دوران کودکی یا نهایتاً اوایل بلوغ ایجاد می‌شود و اغلب در زنان بروز می‌کند. گزارش‌های نادری از تبدیل تریکوپیتلیوما به کارسینوم سلول پایه ای وجود دارد اما به نظر نمی‌رسد که یک همراهی حقیقی باشد (۲). تریکوپیتلیوماهای متعدد به

## تشخیص: تریکوپیتلیوماهای متعدد Multiple Trichoepithelioma یافته‌های آسیب‌شناسی

در گزارش آسیب‌شناسی نئوپلاسمی خوش خیم به صورت کانون‌های بازالوئید پراکنده در درم فوقانی گاهی واجد کیست‌های شاخی بدون ارتباط با اپیدرم فوقانی گزارش شده است. ارتشاح شدید سلول‌های لنفوهیستوسیتی با تشکیل سلول‌های فراوان ژآنت و ایجاد گرانولوم مشهود است (تصویر شماره ۲). در مجموع تشخیص تریکوپیتلیوما به همراه التهاب گرانولوماتوز جسم خارجی مطرح شده است. برای تعدادی از ضایعه‌های بیمار الکتروفولگوراسیون صورت گرفت. با توجه به متعدد بودن آن‌ها بیمار از نظر درمانی پی‌گیری می‌شود.

## بحث

تریکوپیتلیوما یک هامارتوم از منشأ فولیکول مو و شامل جزایر نارس سلول‌های بازالوئید به همراه تمایز فولیکولی ابتدایی و کانونی است. در این بیماری ممکن

ریشه مو نشان می‌دهد. کانون‌های سلولی حاوی مواد کلوئید یا شاخی گرانولری است که تشکیل کیست می‌دهد. کلسیفیکاسیون مواد کیستی و واکنش سلول ژانت جسم خارجی ممکن است مشاهده شود. گاهی از نظر نمای بافت‌شناختی تشابه زیادی بین تریکوپیتلیوما و کارسینوم سلول بازال وجود دارد که در مواردی تمایز این دو را مشکل می‌کند (۲).

هر گونه شک به بدخیمی نیازمند برداشت کافی از ضایعه و ارزیابی بافت‌شناسی است (۱). در موارد دیگر به خصوص در ضایعه‌های متعدد درمان رضایت‌بخش مشکل است و تنها از نظر زیبایی اهمیت دارد. روش‌های Electrofulguration و Electrodesiccation نتایج قابل قبولی داشته است. کرایوتراپی با نیتروژن مایع در پاره‌ای اوقات در مورد ضایعه‌های کوچک مؤثر بوده است. Dermabrasion نیز سودمند است اما ضایعه‌ها به عود تدریجی تمایل دارند.

صورت اتوزومی غالب به ارث می‌رسد و ژن مسوول آن روی کروموزوم 9p21 قرار دارد. جالب توجه است که ژن ملانوم خانوادگی نیز روی همین لوکوس واقع است اما به نظر نمی‌رسد که ملانوم با تریکوپیتلیوما همراهی داشته باشد. ژن مسوول کارسینوم سلول پایه‌ای در ناحیه متفاوتی موسوم به 9q22 قرار دارد (۳). در مواردی که کارسینوم سلول بازال به همراه تریکوپیتلیوما متعدد خانوادگی رخ می‌دهد احتمالاً آسیبی بر ژن این کارسینوم روی کروموزوم 9q وارد شده است (۴). به هر حال رشد مداوم و اولسراسیون ضایعه‌ها تبدیل تریکوپیتلیوما را به کارسینوم سلول بازال مطرح می‌کند (۱).

در برخی موارد ضایعه‌های منفرد یا متعدد تریکوپیتلیوما در سایر نواحی بدن به ویژه ناحیه اطراف مقعد گزارش شده است که با تمایز بدخیمی به کارسینوم سلول‌های بازال در ضایعه‌های بزرگ‌تر همراه بوده است (۵).

از نظر بافت‌شناسی تریکوپیتلیوما، کیست‌های شاخی خاصی را به همراه نوارهای توده‌های سلول‌های رویانی مشابه سلول‌های لایه بازال یا سلول‌های غلاف خارجی

## References

- 1-MacKie RM, Calonje E. Tumors of skin appendages. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 7<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004: p.37.7-37.8.
- 2-Odom R, James W, Berger T, editors. Andrew's diseases of the skin. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000: 857-8.
- 3-Harada H, Hashimoto K, Ko MS. The gene for multiple familial trichoepithelioma: a map to chromosome 9p21. J Invest Dermatol 1996 Jul; 107(1): 41-3.
- 4-Crotty K, Dutta B, Hogan P. Multiple trichoepitheliomas in a mother and daughter. Australas J Dermatol 2003 Nov; 44(4): 270-2.
- 5-Martinez CA, Priolli DG, Piovesan H, Waisberg J. Dis Colon Rectum 2004 May; 47(5): 773-7.