

## تشخیص شما چیست؟

دکتر مصطفی میرشمس شهشهانی<sup>۱</sup>، دکتر رضا محمودرباطی<sup>۲</sup>

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

### معرفی بیمار

بیمار مردی ۷۰ ساله با شکایت از ضایعه پوستی قرمز رنگ که از چند ماه قبل در ناحیه پوست سر ایجاد شده، مراجعه کرده است. در معاینه پلاکی اریتماتو تا حدی ارتشاحی در ناحیه فرق سر مشاهده می‌شود که پوست ناحیه پیشانی را نیز درگیر کرده است. در برخی نواحی ضایعه مزبور پیگمانتاسیون بارزی مشاهده می‌شود. ضایعه جلدی توصیف شده از حدود ۶ ماه قبل از مراجعه ابتدا به صورت ناحیه مشابه خون مردگی و کبودی ظاهر شده است و به تدریج ضخامت، وسعت و رنگ ضایعه افزایش یافته است و در برخی قسمت‌ها ضایعه‌های ندولار و تومورال، مشاهده می‌شود (تصویر شماره ۱). بیمار خارش، درد و خونریزی بینی یا مخاط دهان را ذکر نمی‌کند. علاوه بر این وی سابقه‌ای از هیچ گونه بیماری زمینه‌ای و پرتودرمانی را ابراز نمی‌دارد. معاینه عمومی طبیعی بود. بررسی‌های آزمایشگاهی معمول شامل شمارش سلول‌های خونی، عملکرد کبدی و کلیوی، آزمایش کامل ادراری و آزمایش‌های انعقادی طبیعی بود. در معاینه پوست سایر قسمت‌های بدن ضایعه مشابهی دیده نشد. معاینه مخاط‌ها و ناخن‌ها نیز طبیعی بود. از ضایعه ناحیه پوست سر بیوپسی به عمل آمد.

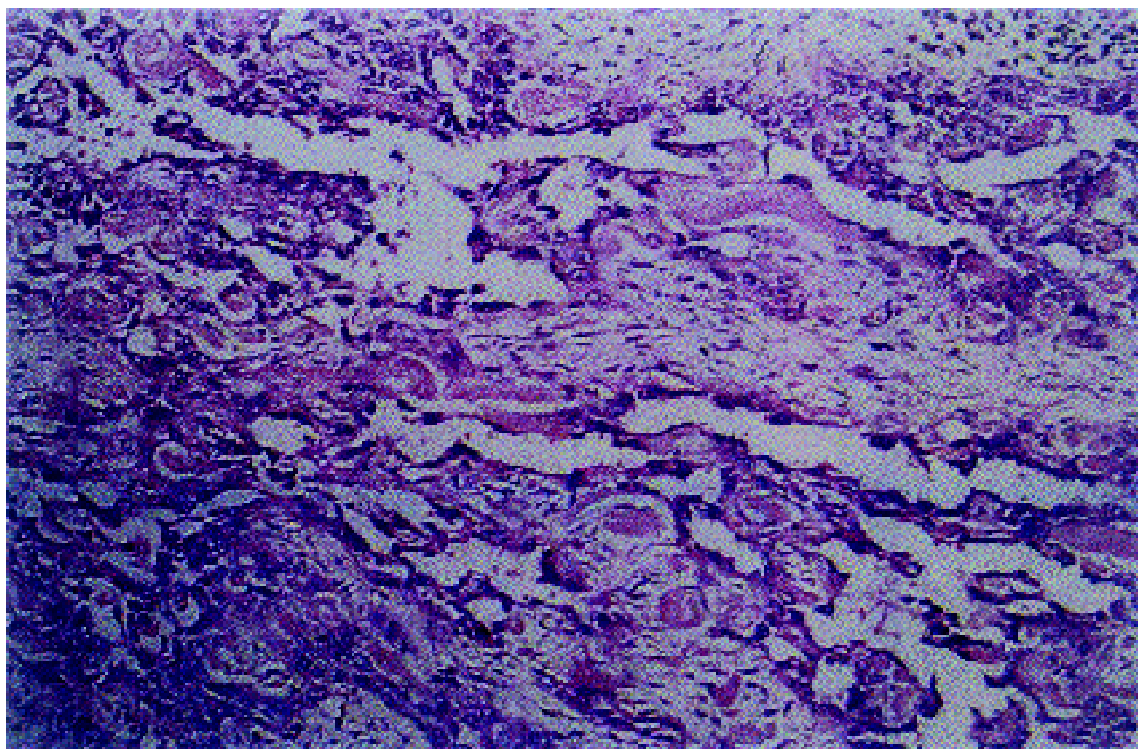
تشخیص شما چیست؟

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (۱): ۱۹۴-۱۹۶

وصول مقاله: ۸۴/۶/۲۲ پذیرش: ۸۴/۸/۲۳



تصویر شماره ۱



تصویر شماره ۲

تشخیص: آنژیوسارکوما

یافته‌های آسیب‌شناسی:

در بررسی آسیب‌شناسی نئوپلاسمی با منشأ عروقی به صورت ساختمان‌های متعدد کوچک و بزرگ عروقی مفروش با سلول‌های اندوتلیال شدیداً آتیپیک مشاهده شد. سلول‌های اندوتلیال واجد هسته‌های درشت پلئومورفیک هیپرکروم و با غشای نامنظم بود که به درون حفره‌های عروقی برجسته شده بودند. در برخی نواحی هسته‌ها به صورت وزیکولر درشت با هستک ائوزینوفیلیک مشهود بود. تعداد میتوز اندک بود و تکثیر سلول‌های دوکی شکل مشاهده نشد (تصویر شماره ۲). در مجموع با توجه به یافته‌های فوق تشخیص آنژیوسارکومای خوب تمایز یافته مطرح شد.

بحث

آنژیوسارکوم توموری عروقی است که از اندوتلیوم عروقی یا لنفاوی منشأ می‌گیرد. معمولاً آنژیوسارکوم جلدی در سه زمینه روی می‌دهد: آنژیوسارکوم ایدیوپاتیک سر و صورت و گردن (۱)، آنژیوسارکوم همراه با لنفادم مزمن (۲) و آنژیوسارکوم پس از پرتودرمانی (۳). در مجموع تمامی اشکال این تومور نادر است. در تمامی انواع تومور ممکن است اولین نشانه یک کبودشدگی باشد که بیمار آن را در زمینه تروما می‌پندارد. ندول‌های آبی تیره به سرعت رشد می‌کند و ندول‌های جدید در مجاور آن‌ها شکل می‌گیرد. ضایعه ممکن است ادماتو شده و در ضایعه‌ها قدیمی‌تر اولسر به وجود آید. چند کانونی بودن ضایعه‌ها شایع است و برداشتن تومور را به ویژه در سرو گردن مشکل می‌کند. انتشار زودرس به ریه و پلور ناشایع نیست (۴ و ۵).

اما در موارد مشکل ارزیابی هر سه مارکر توصیه می‌شود (۶ و ۷). آنژیوسارکوم، توموری با پیش آگهی وخیم است. در مواردی که کم‌تر بدخیم است، اکسیزیون وسیع به همراه گرافت می‌تواند تا حدی مؤثر باشد. پاسخ به پرتودرمانی ناامیدکننده و فقط یک تسکین است (۴). در مراحل اولیه آنژیوسارکوم اندام، قطع عضو می‌تواند سبب بهبود شود. اندازه تومور و کامل بودن اکسیزیون در پیش آگهی تومور در مقایسه با تعداد میتوز یا ارتشاح سلولی عوامل مهم‌تری است (۸).

در تومور تمایز یافته کانال‌های عروقی به طور نامنظم در ساختارهای طبیعی ارتشاح یافته است و تقریباً تمامی فضاهای بافتی را با لایه‌ای از سلول‌های اندوتلیال مفروش می‌کند. کلاژن به طور ویژه‌ای با سلول‌های تومورال مفروش می‌شود و نمایی را موسوم به جداشدگی کلاژن ایجاد می‌کند. سلول‌های تومورال فربه‌تر از سلول‌های عادی است و با ایجاد پوشش دولایه جوانه‌های داخل عروقی را ایجاد می‌کند. در انواعی که تمایز کم‌تری یافتند، سلول‌های اندوتلیال آتیپیک چند شکلی با مورفولوژی سلول‌های اسپیندل مشاهده می‌شود که ممکن است نمای سن سیسیال را ایجاد کنند. در بدخیمی پیش رونده، تمایز عروقی از بین می‌رود و تکثیر سلولی مشاهده می‌شود. از نظر ایمونوهیستوکیماکال، قابل اعتمادترین مارکر CD31 است که در مقایسه با CD34 و فاکتور VIII اختصاصی‌تر است

## References

- 1-Bardwill JM, Mocega EE, Butler JJ, et al. Angiosarcomas of the head and neck region. *Am J Surg* 1968; 11: 548-53.
- 2-Chen KTK, Gilbert EF. Angiosarcoma complicating generalized lymphangiectasia. *Arch Pathol Lab Med* 1979; 103: 86-88.
- 3-Goette DK, Detlefs RL. Postirradiation angiosarcoma. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12: 922-26.
- 4-Holden CA, Spittle MF, Wilson Jones E. Angiosarcoma of the face and scalp. Prognosis and treatment. *Cancer* 1987; 48: 1907-21.
- 5-Wilson Jones E. Malignant vascular tumours. *Clin Exp Dermatol* 1976; 1: 287-312.
- 6-Hori Y. Malignant hemangioendothelioma of the skin. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 7: 130-36.
- 7-Wilson Jones E. Malignant angioendothelioma of the skin. *Br J Dermatol* 1964; 76: 21-39.
- 8-Nake N, Ohsawa M, Tomita Y, et al. Factors on angiosarcoma, a multivariate analysis of 55 cases. *J Surg Oncol* 1996; 61: 170-76.