

تشخیص شما چیست؟

دکتر فرهاد ملک زاد^۱، دکتر بهروز باریک بین^۱، دکتر آمنه علائین^۲

۱- استادیار ۲- دستیار گروه پوست، مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آقای ۵۷ ساله با ضایعه بدون علامت در شانه از حدود ۶ ماه قبل به درمانگاه پوست مراجعه کرد. در معاینه، ندول هم رنگ پوست به ابعاد ۱×۱ سانتی متر و بدون درد در قدام شانه مشاهده شد (تصاویر شماره ۱a و ۱b). در سایر قسمت های بدن ضایعه مشابهی وجود نداشت. از ضایعه بیوپسی به عمل آمد (تصویر شماره ۲).

تشخیص شما چیست؟

وصول مقاله: ۸۵/۱۲/۲۳ پذیرش: ۸۶/۲/۹

فصلنامه بیماری های پوست پاییز ۱۳۸۶؛ دوره ۱۰ (۳): ۲۵۶-۲۵۸

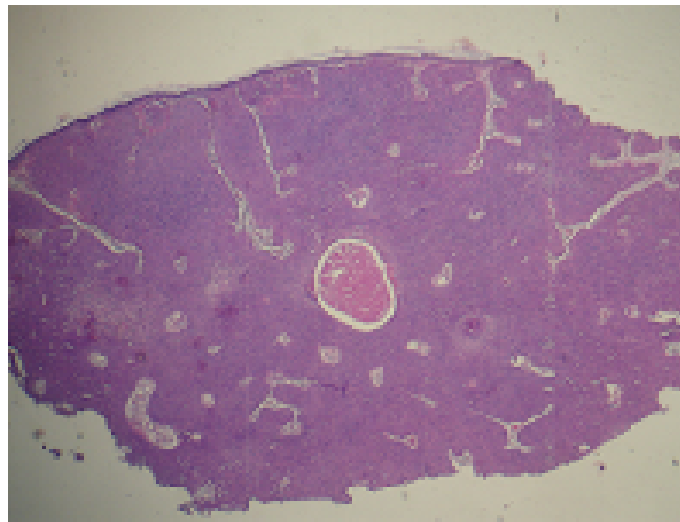


تصاویر شماره ۱a و ۱b

مؤلف مسوول: دکتر بهروز باریک بین - تهران، میدان قدس، خیابان شهرداری، نرسیده به میدان تجریش، مرکز پزشکی شهدای تجریش، مرکز

تحقیقات پوست، کد پستی ۱۹۸۹۹۳۴۱۴۸

پست الکترونیک: bbarikbin@yahoo.com



تصویر شماره ۲

تشخیص: پوروما

یافته های آسیب شناسی

در بررسی بافت شناسی، پرولیفراسیون سلول های مکعبی کوچک و یک شکل با استرومای پر عروق مشهود بود که با تشخیص هیستولوژیک پوروما هم خوانی داشت (تصویر شماره ۲).

بحث

تومورهای Sudoriferous تقریباً ۱۰ درصد ضایعه های اولیه پوستی را شامل می شوند. پوروما یک نئوپلاسم خوش خیم غدد عرق است که مسوول ۱۰ درصد این تومورها است. خلاف سایر تومورهای برخاسته از آدنکس ها که بیش تر در سرو گردن ایجاد می شود این ضایعه ها در اکثریت موارد در کف دست و پا ایجاد می شود.

پوروما به طور تبییک به صورت یک پاپول یا ندول با حاشیه واضح، به صورت پایه دار یا بدون پایه تظاهر می یابد. این ضایعه، معمولاً منفرد است ولی می تواند به صورت گروهی و متعدد باشد که در این صورت به نام پوروماتوز (poromatosis) خوانده می شود. از نظر بالینی، درجات بالای پلی مرفیسم را نشان می دهد که تشخیص را دشوار می کند و در لیست تشخیص

افتراقی آن انواعی از ضایعه های مختلف مطرح می شود از جمله، همانژیوم، گرانولوم پیورنیک، خال ملانوسیتی، زگیل، کیست یا سایر نئوپلاسم های آدنکسال.

پوروما معمولاً هم رنگ پوست است ولی امکان دارد به علت پرولیفراسیون و دیلاتاسیون عروق خونی در درم، صورتی یا ارغوانی یا به علت وجود ملانین، پیگمانته باشد.

سطح ضایعه ممکن است صاف یا نامنظم، براق یا کدر یا پوسته دار باشد. ممکن است در سطح ضایعه به دنبال تروما، کراست، فیشر یا زخم ایجاد شود. ضایعه ها می تواند در هر سنی ایجاد شود ولی پیک آن در دهه هفتم زندگی است (۱).

در بررسی بافت شناسی یک ندول با حاشیه واضح، متشکل از سلول های مکعبی کوچک و یک شکل با سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک و هسته یک شکل با استرومای حاوی کلاژن هیالینیزه و عروق متعدد کوچک و بزرگ دیده می شود. ممکن است در حاشیه ضایعه، پیگمانتاسیون مختصر کراتینوسیت های بازال دیده شود. این یافته های هیستولوژیکی تشخیص پوروما را آسان می کند.

در حدود ۳ میلیون غده اکراین در بدن وجود دارد که با تراکم های متفاوت در تمام بدن قرار گرفته اند ولی بیش ترین تراکم آن در کف دست و پا است. تاکنون تصور بر این بوده

به طوری که گزارش هایی از وجود پوروما در سروگردن و قفسه سینه که تراکم غدد اکراین در آن جا کم است وجود دارد (۵-).
 (۳) و یک مورد پوروما در پویس با منظره شبیه ملانوم آملانوتیک گزارش شده است (۷). از طرف نویسندگان این مقاله یک مورد اکراین پوروما در یک محل غیر معمول در شانه معرفی شد که براساس اطلاعات موجود، تاکنون رخداد آن در پوست شانه گزارش نشده است.

این تومور خوش خیم است ولی اغلب به دنبال اکسیزیون ناکافی عود می کند و ممکن است در ضایعه ها بدخیمی اتفاق بیافتد. به همین دلیل، اکسیزیون ساده ولی کامل ضایعات توصیه می شود.

با توجه به این که تاکید کتب مرجع و باور متخصصان پوست هم چنان بر آن است که اکثریت این تومورها در سطوح بدون موی کف دست و پا قرار دارد، اهمیت گزارش این مورد، آگاه کردن پزشکان متخصص پوست به این مساله است که پوروما علاوه بر کف دست و پا در سایر نقاط بدن نیز می تواند رخ دهد و در تشخیص افتراقی ها باید مد نظر قرار گیرد.

است که پوروما از منشا غدد اکراین است و اغلب به آن اکراین پوروما گفته می شود و انواع بافت شناسی مختلف، براساس الگوی رشد سلولی برای آن شرح داده شده است:

۱- *Hidroacanthoma simplex*: که سلول های نئوپلاستیک محدود به اپیدرم هستند.

۲- *Dermal duct tumor*: که سلول های نئوپلاستیک فقط در درم قرار دارند و به صورت توده های سلولی *solid* است (۲).

۳- *Syringoacanthoma of Rahbari*: که *nest* های کوچک و بازوفیلیک سلول های شبیه مجرای غدد عرق درون اپیدرم آکانتوتیک قرار گرفته است (۳).

مطالعه های اخیر نشان داده است که پوروما علاوه بر غدد اکراین می تواند از غدد آپوکراین نیز منشأ بگیرد یا به سمت غدد سباسه تمایز نشان دهد.

اولین بار در سال ۱۹۵۶ توسط *Pinkus* و همکارانش عنوان شد که ممکن است ۲۵ درصد این تومورها در محلی به غیر از کف دست و پا و در بخش های مودار بدن وجود داشته باشد (۶)

References

- 1-Ahamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: A clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:539-40.
- 2-Ackerman AB, Abenzoza P. Neoplasms with eccrine differentiation. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990:113-85.
- 3-Rahbari H. Syringoacanthoma. Acanthotic lesion of the acrosyringium. *Arch Dermatol* 1984; 120:751-56.
- 4- Groben PA, Hitchcock MG, Leshin B, White WL. Apocrine poroma: a distinctive case in a patient with nevroid basal cell carcinoma syndrome. *Am J Dermatopathol* 1999; 21:31-33.
- 5- Kircik L, Armus S, Kipping H, Pincus SH. Eccrine poroma in an unusual location. *Cutis* 1994; 54: 183-84.
- 6- Moore TO, Orman HL, Orman SK, Helm KF. Poromas of the head and neck. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 48-52.
- 7- Lee NH, Lee SH, Ahn SK. Apocrine poroma with sebaceous differentiation. *Am J Dermatopathol* 2000; 22:261-63.