

گزارش یک مورد آکراک لنتیجینوس ملانوما؛ که به مدت ۱۶ ماه با تشخیص زخم مزمن درمان می شد.

مریم قاسمی (M.D.) **

زهرا حاج حیدری (M.D.) *

فرشته آقابرابری (M.ST.) ***

عباس ارجمند (M.ST.) ***

چکیده

آکراک لنتیجینوس ملانوما نوعی از ملانوم بدخیم است که در کف دست، کف پا، انگشتان دست و پا و پوست زیر ناخن گسترش می یابد. در بسیاری از موارد ممکن است با سایر بیماری های پوستی اشتباه شده و در مراحل پیشرفته و با پیش آگهی ضعیف تشخیص داده شود. در این مقاله یک مورد از آکراک لنتیجینوس ملانوما که تشخیص آن با شانزده ماه تاخیر صورت گرفته است، معرفی می گردد.

بیمار آقای ۵۴ ساله ای است که از شانزده ماه قبل متوجه ضایعه ای با ابعاد یک در سه سانتی متر در کف پایش شد و جهت درمان به پزشکان متعددی مراجعه کرد. ضایعه بعنوان زخم ناشی از تروما تحت درمان موضعی و سیستمیک قرار گرفت، ولی بهبودی حاصل نشد و ضایعه بزرگتر نیز گردید. در نهایت در نمونه گیری به عمل آمده آکراک لنتیجینوس ملانوما گزارش شد و بیمار برای خارج سازی موضع در گیر که قسمت وسیعی از کف پایش بود به پزشک مربوطه معرفی شد. آکراک لنتیجینوس ملانوما نسبت به سایر گروه های ملانوم پیش آگهی بدتری دارد، چون تاخیر و اشتباه در تشخیص آن بیشتر صورت می گیرد. بیست درصد از موارد کف پای ملانوما توسط پزشکان، اشتباه تشخیص داده می شوند. آکراک لنتیجینوس ملانوما ممکن است با بسیاری از بیماری های پوستی اشتباه شود. بنابراین آشنایی با تظاهرات ملانوما از اشتباه و تاخیر در تشخیص جلوگیری کرده و پیش آگهی بیماری را بهتر می کند.

واژه های کلیدی : آکراک لنتیجینوس ملانوما، بدخیمی، بیماری های پوستی

مقدمه

افزایش داشته است؛ به طوری که ۳ تا ۸ درصد از بدخیمی های تشخیص داده شده در سال را در کل دنیا تشکیل می دهد (۱). ملانوم پوستی ۵ درصد از کل

ملانوم نوعی بدخیمی پوستی است و یکی از علل عمده مرگ و میر در مبتلایان به بدخیمی های پوستی به شمار می آید. بروز ملانوم پوستی در طی چند دهه گذشته

* مؤلف مسئول: ساری- پلوار پاسداران، مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا
Email: zhaiheydari@yahoo.com

* متخصص پوست، عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** متخصص آسیب شناسی، عضو هیئت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ تصویب: ۸۵/۹/۱

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۵/۳/۳۱

تاریخ دریافت: ۸۵/۲/۱۷

علت وجود شرح حالی از پا برهنه بودن مکرر در زمین کشاورزی، محل ذکر شده به عنوان زخم ناشی از تروما با محلول شست و شو و آنتی بیوتیک خوراکی تحت درمان قرار گرفت. علی‌رغم مراجعات مکرر و درمان‌های مختلف بهبودی حاصل نشد و به صورت تدریجی ضایعه بزرگ‌تر، پررنگ‌تر و عمیق‌تر گردید و در طی راه رفتن دردناک بود. به علت عدم بهبودی، بیمار به متخصص پوست مراجعه نمود. در معاینه یک پلاک هایپرکراتوتیک پیگمانته به ابعاد 4×3 سانتی‌متر با حاشیه نامنظم با زخم مرکزی به عمق ۴-۵ میلی‌متر دیده شد (شکل شماره ۱). در سایر معاینات نکته خاصی یافت نشد (بزرگی غدد لنفاوی و احشای داخل شکمی نداشت). عکس قفسه سینه و پای بیمار و کلیه آزمایش‌ها طبیعی بودند. سابقه‌ای از بیماری قبلی و مورد مشابه فامیلی نیز نداشت. به علت عدم بهبود ضایعه در زمان طولانی از محل درگیر نمونه‌گیری به عمل آمد، که حاکی از بروز آکرال لنتیجینوس ملانوما (کلارک ۲ و اندکس برسروی Breslow) کم‌تر از 0.7 mm بود (شکل شماره ۲ و ۳). بیمار به منظور خارج‌سازی موضع درگیر نزد پزشک مربوطه معرفی گردید. قسمت وسیعی از کف پای بیمار برداشته و ترمیم انجام گرفت.



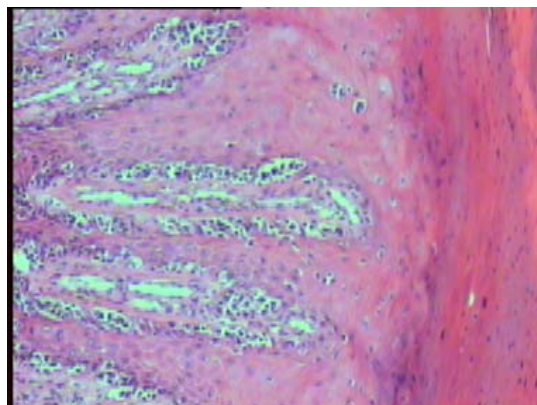
شکل شماره ۱: پلاک هایپرکراتوتیک پیگمانته با حاشیه نامنظم و زخم مرکزی در پای راست بیمار.

بدخیمی‌های تشخیص داده شده در مردان و ۴ درصد را در زنان شامل می‌شود (۶،۲). چهار گروه عمده از ملانوم بدخیم شامل لنتیگو ملیگنا ملانوما، ملانوم سطحی، ملانوم ندولار و آکرال لنتیجینوس ملانوما می‌باشند (۳). آکرال لنتیجینوس ملانوما نوعی از ملانوم بدخیم را تشکیل می‌دهد که در کف دست، کف پا، انگشتان دست و پا و پوست زیر ناخن گسترش می‌یابد (۴). بروز آن در بین نژادهای مختلف متفاوت است و در بین آسیایی‌ها، آفریقایی‌ها و سیاهان آمریکای شمالی شیوع بیش‌تری دارد (۵). ۵۰ درصد از ملانوم‌های آسیایی‌ها از نوع آکرال لنتیجینوس ملانوما می‌باشد. در این نژاد ۵۰ درصد ملانوم‌ها در کف پا ایجاد می‌شود (۶). در برخی از مطالعات در مردان شایع‌تر از زنان گزارش شده است ولی در برخی دیگر این‌گونه نمی‌باشد (۷). به صورت ضایعه‌ای قهوه‌ای-مشکی با حاشیه نامنظم و رنگ‌های مختلف دیده می‌شود و غالباً در محل آن پاپول و ندول نیز وجود دارد (۸). شایع‌ترین شکل ملانوم در آسیا آکرال لنتیجینوس ملانوما است و شایع‌ترین محل این تومور در کف پا است و در بسیاری از موارد ممکن است با سایر بیماری‌های پوستی اشتباه شده و در مراحل پیشرفته و با پیش‌آگهی ضعیف تشخیص داده شود (۹). در این مقاله یک مورد از آکرال لنتیجینوس ملانوما که تشخیص آن با ۱۶ ماه تأخیر صورت گرفته است، معرفی می‌گردد.

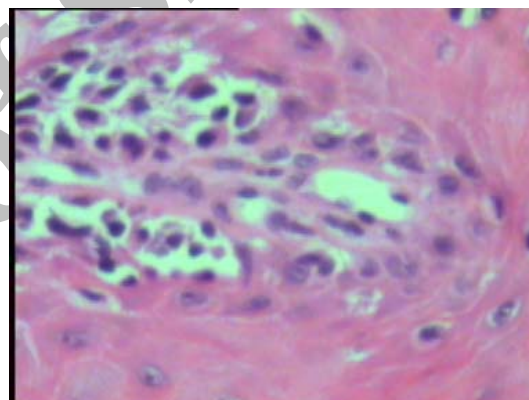
معرفی بیمار

بیمار آقای ۵۴ ساله، متأهل، کشاورز، اهل و ساکن یکی از روستاهای شهرستان ساری بود که از ۱۶ ماه قبل متوجه یک ناحیه تیره رنگ به ابعاد 2×1 سانتی‌متر با یک حفره مرکزی به عمق ۱-۲ میلی‌متر در کف پای راستش (محاذات انگشتان ۵ و ۴) شد که سوزش، خارش، درد، ترشح و پوسته ریزی نداشت و مانع از فعالیت حرکتی‌اش نمی‌شد. در مراجعات به پزشکان مختلف به

خیر متفاوت است (۱۳). درمان غالباً خارج سازی منطقه درگیر و در صورت لزوم غدد لنفاوی درگیر می باشد (۱۴). آکرال لنتیجینوس ملانوما نسبت به سایر گروه های ملانوم، پیش آگهی بدتری دارد چون تاخیر و اشتباه در تشخیص آن نسبت به سایر موارد بیشتر صورت می گیرد (۱۵). ۵۲ درصد از موارد زیر ناخنی و ۲۰ درصد از موارد کف دستی و کف پای ملانوم ها توسط پزشکان اشتباه تشخیص داده می شود. تشخیص اشتباه به طور متوسط منجر به تاخیر در تشخیص نوع کف دستی یا کف پای به مدت ۱۲ ماه و در نوع زیر ناخنی به مدت ۱۸ ماه می شود (۱۵). احتمال تشخیص اشتباه در موارد کف پای و زیر ناخنی نسبت به سایر مناطق آناتومیک درگیر بیش تر است (۱۶). کف پا منطقه ای اکثراً پوشیده است، بنابراین ممکن است از دید بیمار و پزشک مخفی بماند (۱۲). آکرال لنتیجینوس ملانوما ممکن است با زخم ها، زگیل، ایسکمی، گانگرن، خال، گرانولوم پیوژنیک، زخم بهبود نیافته، هماتوم زیر ناخن، رشد ناخن به داخل گوشت، ضایعات کراسته، تاول، عفونت های قارچی، تظاهرات خوش خیم و بسیاری از دیگر بیماری های پوستی اشتباه شود (۱۲-۱۶) که در این موارد نمونه برداری بسیار کمک کننده بوده و از تشخیص اشتباه، تاخیر در تشخیص و درمان اشتباه جلوگیری می کند (۱۲). تاخیر در تشخیص منجر به تشخیص بیماری در مراحل بالینی پیشرفته می شود و نتیجه درمانی را ضعیف می کند (۱۴). بنابراین آگاهی داشتن از تظاهرات متنوع ملانوم ها از آن جایی که منجر به بهبود پیش آگهی می شود، بسیار مهم است. در اغلب کشورها آموزش عمومی جهت آشنایی با ملانوم ها وجود دارد چرا که در صورت تشخیص درست و سریع، خارج سازی موضعی می تواند منجر به درمان گردد (۱۷). هدف از معرفی این مورد آشنایی با تظاهرات متنوع ملانوم ها به منظور پیشگیری اولیه می باشد.



شکل شماره ۲: اپیدرم هایپر پلاستیک با ارتشاح لنتیجینوس ملانوسیت های آتیپیک (بزرگ نمائی ۱۰).



شکل شماره ۳: آتیپی متوسط تا شدید سلول های تومورال در محل اتصال درم و اپیدرم (بزرگ نمائی ۴۰).

بحث

آکرال لنتیجینوس ملانوما در سال ۱۹۷۶ توسط آقای رید مطرح گردید (۱۰). تشخیص آن از طریق نمونه گیری و گزارش ارتشاح لنتیجینوس ملانوسیت های آتیپیک در اپی درم صورت می گیرد (۱۱). این بدخیمی کف دست، کف پا، انگشتان و بستر زیر ناخن را درگیر می سازد (۴). در جمعیت های آسیایی و آفریقایی پائین تر از سایر مناطق درگیر می شود (۱۲). میزان بقاء بیماران به ضخامت تومور و مرحله بیماری در زمان تشخیص بستگی دارد و بسته به این که متاستاز رخ داده باشد، یا

فهرست منابع

1. Langley RGB, Barnhill RL, Mihm MC. Chap 92, *Dermatology in General Medicine*, 5th edn EDZ, vol.1. New York: McGraw Inc, 1999; 1080-1116.
2. Langley RGB, Barnhill RL, Mihm MC. Neoplasms: Cutaneous Melanoma. Freedberg IM, Elsen AZ, Wolff K. *Dermatology in general medicine*. Sixth ed. New York: McGraw-Hill. 2004, 917-947.
3. Su WPD. Malignant melanoma: Basic approach to clinicopathologic correlation. *Mayo. Clin. Proc.* 1997; 72: 267-272.
4. Kuchelmeister C, Schaumburg-lever G, Garbe C. Acral cutaneous melanoma in Caucasians: clinical features, histopathology and prognosis in 112 patients. *Br. J. Dermatol.* 2000; 143: 275-280.
5. Hudson DA, Krige JEJ, Stubbings H. Plantar melanoma: Results of treatment in three population groups. *Surgery.* 1998; 124: 877-882.
6. Tripp J, Kopf AW. Malignant melanoma *Treatment of skin disease*. Lebowhl M, Heymann WR, Berth-Johnes J, Coulson I. twice ed. Oxford Elsevier science 2003. 384-387.
7. You Chan Kim, Min Geal lee, Sung whan choe. Acral lentiginous melanoma: immunohistochemical study of 20 cases. *Int. J. Dermatol.* 2003; 42: 123-129.
8. Seiji M, Mihm MC Jr, Sober Aj. Malignant melanoma of the palmar-plantar-subungual-mucosal type: clinical and histological feature. *Pigment cell Res.* 1979; 95-104.
9. Rhodes AR, Mihm MC, Weinstok MA. Dysplastic melanocytic nevi: a reproducible histological definition emphasizing cellular morphology. *Med. Pathol.* 1989; 2: 8-19.
10. Reed Rj. Acral lentiginous melanoma. *In new concepts in surgical pathology of the skin*. New York: John Wiley & sons. Inc. 1976; 89-90.
11. Cascinelli N, Zurrida S, Galimberti V. Acral lentiginous melanoma. A histological type without prognostic significance. *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1994; 20: 817-822.
12. Gamze Serarslan, MD, Cenk Akacly, MD, Esin Atik, M D. Acral lentiginous melanoma misdiagnosed as tinea pedis: a case report. *Int. J. Dermatology.* 2004; 43: 37-38.
13. Soong CY, Liu HN, Ger LP. Malignant melanoma: a clinicopathologic study of 22 cases. *J. Formos. Med. Assoc.* 1991; 90: 365-370.
14. Richard MA, Grob JJ, Avril MF. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors. *Int. J. Cancer.* 2000; 89: 280-285.

15. Metzger S, Ellwanger U, Stroebel W. Extent and consequences of physician delay in the diagnosis of acral melanoma. *Melanoma Res.* 1998; 8: 181-186.
16. Koto T, Tobata N, Suetake T. H. Non-pigmented nodular plantar melanoma in 12 Japanese patients. *Br. J. Dermatol.* 1997; 136: 207-211.
17. In Ho Kwon, Kwang Hyun Cho. Acral lentiginous melanoma in situ: A study of 9 cases. *Am. J. Dermatopathol.* 2004; 26(4): 285-289.

Archive of SID