گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره شانزدهم شماره۵۷ فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۸۵ (۱۰۷-۱۰۳)

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

زهره حاج حیدری(M.D.) *+ **مریم قاسمی** (M.D.) **

عباس ارجمند(M.ST.) *** **فرشته آقابراری** (M.ST.)***

چکیده

آکرال لنتیجینوس ملانوما نوعی از ملانوم بدخیم است که در کف دست، کف پا، انگشتان دست و پا و پوست زیر ناخن گسترش می‌یابد. 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 آکرال لنتیجینوس ملانوما که تشخیص آن با شانزده ماه تاخیر صورت گرفته است، معرفی می گردد.

بیمار آقای ۵۴ ساله‌ای است که از شانزده ماه قبل متوجه ضایعه‌ای با ابعاد یک در سه سانتی‌متر 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 نشدو ضایعه بزرگتر نیز گردید. درنهایت درنمونه‌گیری به عمل‌آمده آکرال لنتیجینوس ملانوما گزارش شد و بیمار برای خارج سازی موضع درگیر که قسمت وسیعی از کف پایش بود به پزشک مربوطه معرفی شد.

آکرال لنتیجینوس ملانوما نسبت به سایر گروه‌های ملانوم پیش آگهی بدتری دارد، چون تاخیر و اشتباه در تشخیص آن بیشتر صورت می گیرد. بیست درصد از موارد کف پایی ملانوم‌ها توسط پزشکان، اشتباه تشخیص داده می‌شوند. آکرال لنتیجینوس ملانوما ممکن است با بسیاری از بیماری‌های پوستی اشتباه شود. بنابراین آشنایی با تظاهرات ملانوم‌ها از اشتباه و تاخیر در تشخیص جلوگیری کرده و پیش آگهی بیماری را بهتر می کند.

واژه های کلیدی : آکرال لنتیجینوس ملانوما، بدخیمی، بیماری‌های پوستی

مقدمه

ملانوم نوعی بدخیمی پوستی است و یکی از علل عمده مرگ و میر در مبتلایان به بدخیمی‌های پوستی به شمارمی‌آید. بروز ملانوم‌پوستی درطی چند دهه گذشته افزایش داشته است؛ به طوری که ۳ تا ۸ درصد از بدخیمی‌های تشخیص داده شده در سال را در کل دنیا تشکیل می‌دهد(۱). ملانوم پوستی ۵ درصد از کل

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

+ ✉ **مولف مسئول:** ساری- بلوار پاسداران، مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا
Email: zhajheydari@yahoo.com

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

*** دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸۵/۲/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۵/۳/۳۱ تاریخ تصویب: ۸۵/۹/۱

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

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 ودر 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 غالبا در محل آن پاپول و ندول نیز وجود دارد(۸). شایع‌ترین شکل ملانوم درآسیا 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 پیش آگهی ضعیف تشخیص داده شود(۹). در این مقاله یک مورد از آکرال لنتیجینوس ملانوما که تشخیص آن با ۱۶ ماه تاخیر صورت گرفته است، معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۵۴ ساله، متاهل، کشاورز، اهل و ساکن یکی از روستاهای شهرستان ساری بود که از ۱۶ ماه قبل متوجه یک ناحیه تیره رنگ به ابعاد ۲×۱سانتی متر با یک حفره مرکزی به عمق ۱-۲ میلی‌متر در کف پای راستش(محاذات انگشتان۵ و۴) شد که سوزش، خارش، درد، ترشح و پوسته ریزی نداشت و مانع از فعالیت حرکتی‌اش نمی‌شد. در مراجعات به پزشکان مختلف به 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 قرارگرفت.علی‌رغم مراجعات مکرر و درمان‌های مختلف بهبودی حاصل نشد و به صورت تدریجی ضایعه بزرگ‌تر، پر رنگ‌تر و عمیق‌تر گردید و در طی راه رفتن دردناک بود. به علت عدم بهبودی، بیمار به متخصص پوست مراجعه نمود. در معاینه یک پلاک هایپر کراتوتیک پیگمانته به ابعاد۴×۳سانتی‌متر با حاشیه نامنظم با زخم مرکزی به عمق ۴-۵ میلی‌متر دیده شد (شکل شماره ۱). در سایر معاینات نکته خاصی یافت نشد(بزرگی غددلنفاوی و احشای داخل‌شکمی 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 (کلارک۲و اندکس برسلوی (Breslow) کم‌تر از ۰/۷mm) بود (شکل شماره۲و۳). بیمار به منظور خارج سازی موضع درگیر نزد پزشک مربوطه معرفی گردید. قسمت وسیعی از کف پای بیمار برداشته و ترمیم انجام گرفت.

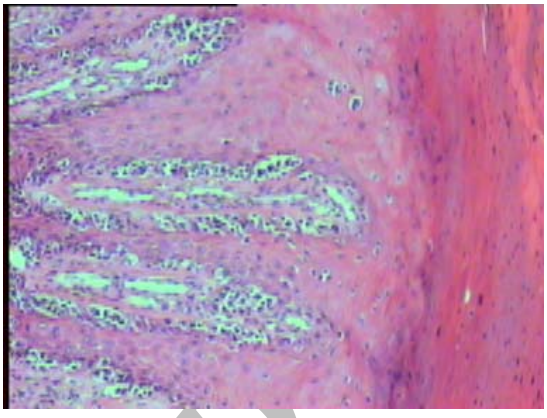


شکل شماره ۱ : پلاک هایپر کراتوتیک پیگمانته با حاشیه نامنظم و زخم مرکزی در پای راست بیمار .

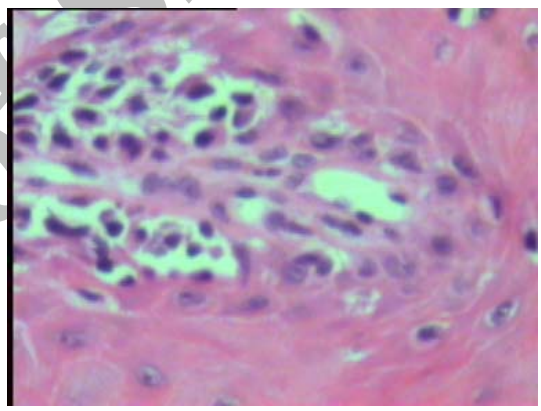
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Archive of SID

www.SID.ir



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



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

بحث

آکرال لنتیجینوس ملانوما در سال۱۹۷۶ توسط آقای رید مطرح گردید(۱۰). تشخیص آن از طریق نمونه گیری و گزارش ارتشاح لنتیجینوس ملانوسیت‌های آتیپیک در اپی‌درم صورت می‌گیرد(۱۱). این بدخیمی کف دست، کف پا، انگشتان و بستر زیر ناخن را درگیر می‌سازد(۴). درجمعیت‌های آسیایی و آفریقایی پا بیش‌تر از سایر مناطق درگیر می‌شود(۱۲). میزان بقاء بیماران به ضخامت تومور و مرحله بیماری در زمان تشخیص بستگی دارد و بسته به این‌که متاستاز رخ داده باشد، یا خیر متفاوت است(۱۳). درمان غالبا خارج سازی منطقه درگیر و درصورت لزوم غددلنفاوی درگیر می‌باشد(۱۴). آکرال لنتیجینوس ملانوما نسبت به سایر گروه‌های ملانوم، پیش آگهی بدتری دارد چون تاخیر و اشتباه در تشخیص آن نسبت به سایر موارد بیشتر صورت می‌گیرد(۱۵). ۵۲ درصد از موارد زیر ناخنی و ۲۰ درصد ازمواردکف دستی وکف پایی ملانوم‌ها توسط پزشکان اشتباه تشخیص داده می‌شود. تشخیص اشتباه به طور متوسط منجر به تاخیر در تشخیص نوع کف دستی یا کف پایی به مد ت ۱۲ ماه و در نوع زیر ناخنی به مدت ۱۸ ماه می‌شود(۱۵). احتمال تشخیص اشتباه در موارد کف پایی و زیر ناخنی نسبت به سایر مناطق آناتومیک درگیر بیش‌تر است(۱۶). کف پا منطقه‌ای اکثرا پوشیده است، بنابراین ممکن است از دید بیمار و پزشک مخفی بماند(۱۲). آکرال لنتیجینوس ملانوما ممکن است با زخم‌ها، زگیل، ایسکمی، گانگرن، خال، گرانولوم پیوژنیک، زخم بهبود نیافته، هماتوم زیر ناخن، رشد ناخن به داخل گوشت، ضایعات کراسته، تاول، عفونت‌های قارچی، تظاهرات خوش خیم و بسیاری از دیگر بیماری‌های پوستی اشتباه شود(۱۲-۱۶) که در این موارد نمونه‌برداری بسیارکمک‌کننده بوده و از تشخیص اشتباه، تاخیر در تشخیص و درمان اشتباه جلوگیری می‌کند(۱۲). تاخیر در تشخیص منجر به تشخیص بیماری در مراحل بالینی پیشرفته می‌شود و نتیجه درمانی را ضعیف می‌کند(۱۴). بنابراین آگاهی داشتن از تظاهرات متنوع ملانوم‌ها از آن جایی که منجر به بهبود پیش آگهی می‌شود، بسیار مهم است. در اغلب کشورها آموزش عمومی جهت آشنایی با ملانوم‌ها وجود دارد چرا که در صورت تشخیص درست و سریع، خارج سازی موضعی می‌تواند منجر به درمان گردد (۱۷). هدف از معرفی این مورد آشنایی با تظاهرات متنوع ملانوم‌ها به منظور پیشگیری اولیه می‌باشد.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

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 Yourk: 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.*** Lebwohl 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-subungal-mucosal type: clinical and histological feature. ***Pigment cell Res.*** 1979; 95-104.
9. Rhodes AR, Mihm MC, Weinstok MA. Dysplasic 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.Ahistological 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.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir