

دکتر ذبیح اله شاهمرادی^۱، دکتر نرگس قانعی^۲، دکتر دینا طاهری^۳

۱- استادیار، ۲- دستیار؛ گروه پوست، ۳- استادیار، گروه آسیب‌شناسی؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

معرفی بیمار

مردی ۶۸ ساله با یک پلاک اریتماتو و حدود نامنظم به ابعاد ۱۰ × ۱۰ سانتیمتر روی پهلوی چپ مراجعه کرده است (تصویر شماره ۱). سابقه شروع این ضایعه را از ۴ سال قبل ذکر می‌کند که بتدریج ابعاد آن بزرگتر شده است. چند بار به پزشکان عمومی مراجعه کرده و بعنوان قارچ و آگزما درمان شده اما بهبود نیافته است. ضایعه فاقد خارش و سوزش بوده ولی از چند ماه قبل قسمت وسط آن یک اولسر به ابعاد ۱ × ۱ سانتیمتر ایجاد شده

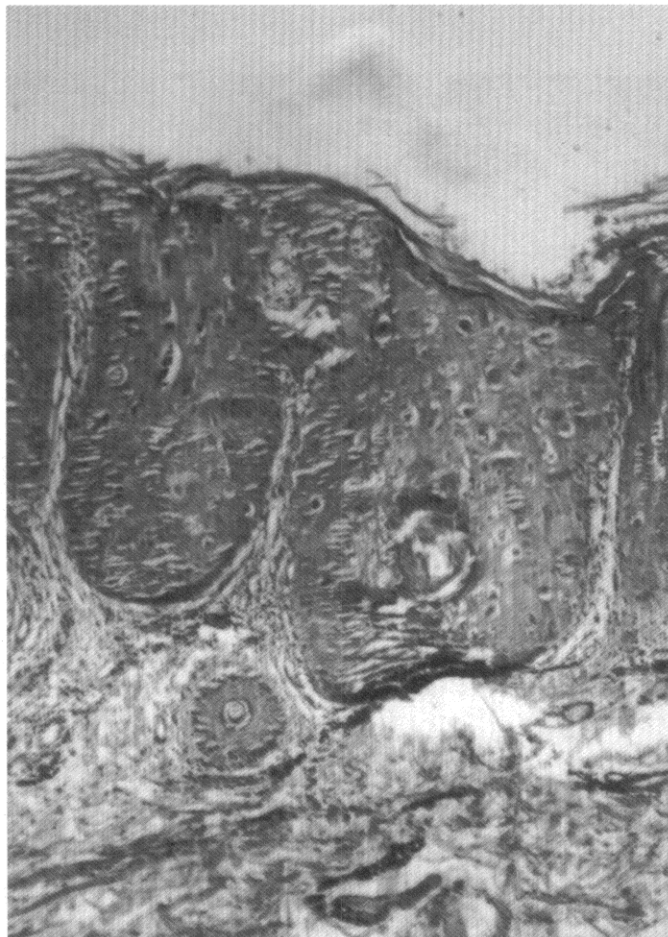
که بدنبال آن مختصری درد و خارش پیدا کرده است. از اطراف ضایعه (تصویر شماره ۲) و از اولسر وسط ضایعه (تصویر شماره ۳) نمونه برداری انجام شد. آزمایشات روتین، رادیولوژی قفسه صدری و سی تی اسکن قفسه صدری، شکم و لگن طبیعی بود.
تشخیص شما چیست؟

فصلنامه بیماریهای پوست، زمستان ۱۳۸۲؛ ۲۶: ۱۲۴-۱۲۰

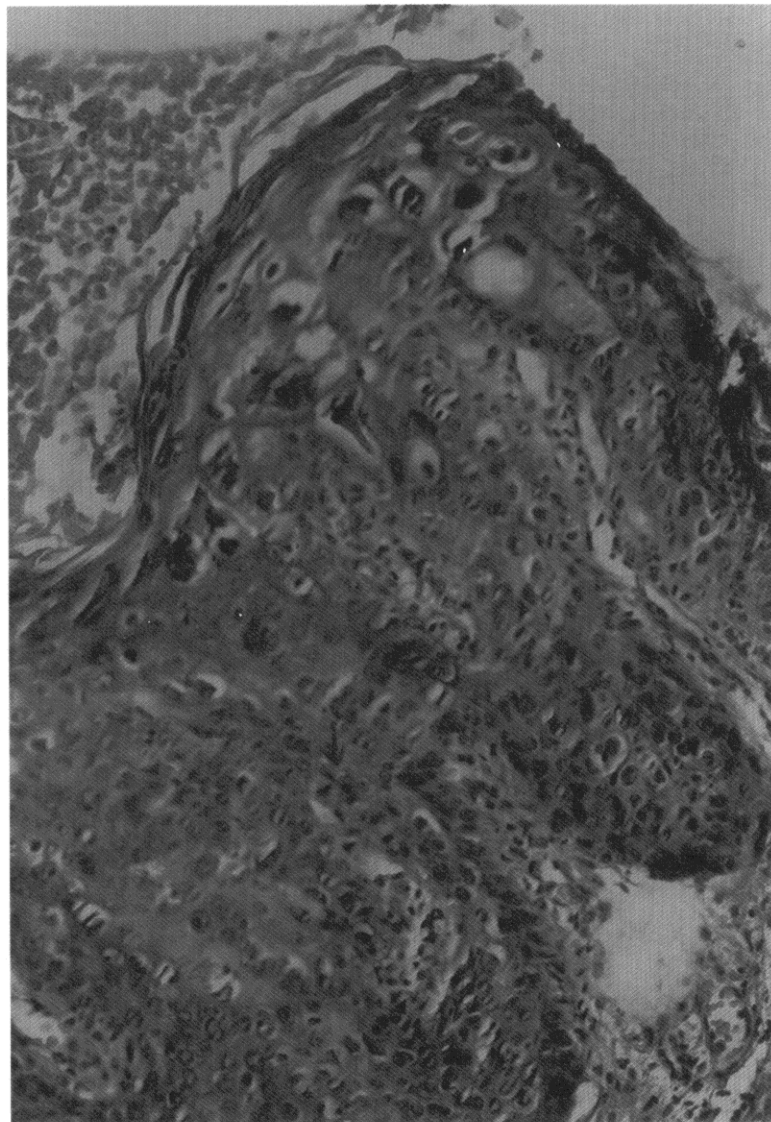


تصویر شماره ۱

مؤلف مسئول: دکتر ذبیح اله شاهمرادی - اصفهان، بیمارستان الزهرا(س)، گروه پوست



تصویر شماره ۲- رنگ آمیزی هماتوکسیلین ائوزین، بزرگنمایی ۴۰ برابر



تصویر شماره ۳- رنگ آمیزی هماتوکسیلین ائوزین، بزرگنمایی ۱۶۰ برابر

تشخیص: بیماری بوون (Bowen disease)

اپیدرم در بوون به نظر ضخیم و هیپرکراتوتیک می‌رسد. الگوی بالغ شدن اپی تلیوم کراتینوسیتی بهم خورده است و پلئومورفیسم و دیس کراتوز در اپیدرم وجود دارد. ارتشاح سلولهای التهابی در درمیس موجود است.

اپی تلیوم کراتینوسیتی منظره طوفان زده windblown را ایجاد نموده است. سلولهای ضایعه علائم بدخیمی شامل هیپرکروماتیسیم، پلئومورفیسم و دیس کراتوز را نشان می‌دهند (تصویر شماره ۲).

وجود لوبولهای اندوفیتیک با شکل و اندازه‌های مختلف و با نمای رشد انفیلتراتیو همراه با ارتشاح سلولهای التهابی مشهود است (تصویر شماره ۳).

بحث

بیماری بوون یک پلاک پوسته ریزی دهنده، قرمز رنگ، کراسته و پیشرفت کننده به علت کارسینومای داخل اپیدرم و با پتانسیل بدخیمی است (۱). بیماری بوون اغلب مردان سفید مسن را گرفتار می‌کند که در آنها ضایعات بر روی مناطق در معرض نور آفتاب اتفاق می‌افتد (۲).

در یک مطالعه، ۸۰٪ بیماران بالای ۶۰ سال و $\frac{۳}{۴}$ ضایعات روی مناطق در معرض نور آفتاب بوده و $\frac{۱}{۵}$ موارد نیز بوون متعدد داشتند (۳).

ارسنیسم مزمن در مناطق پوشیده می‌تواند ایجاد بیماری بوون کند و موقعی که شواهدی از ارسنیسم مزمن در شرح حال و یا بصورت تغییرات پیگمانتاسیون یا کراتوزهای پالموپلانتار نقطه‌ای وجود دارد، احتمال ایجاد بدخیمی احشایی بخصوص در ریه را باید در ذهن داشت.

ضایعه ممکن است در هر جایی از سطح پوست و مخاط ایجاد شود. تغییر اولیه بصورت ناحیه کوچکی از

قرمزی مختصر با پوسته ریزی است که بدون علامت بوده و بتدریج بزرگ می‌شود و شکل نامنظم پیدا می‌کنند. پوسته‌ها سفید یا زرد رنگ است، براحتی برداشته می‌شود و سطح مرطوب قرمز و گاه‌اگرانوله بدون خونریزی بجا می‌گذارد. حاشیه ضایعه واضح است، سطح ضایعه مسطح بوده و ممکن است هیپرکراتوتیک یا کراسته شود (۱).

حداقل ۵٪ بدخیمی از نوع SCC روی ضایعه ایجاد می‌شود که حداقل در $\frac{۱}{۳}$ موارد مناساز در صورت عدم درمان مناسب اتفاق می‌افتد. تشخیص افتراقی بالینی بوون اغلب شامل پروسه‌های التهابی و بدخیمی است. پلاکهای آنولر ممکن است شبیه پسونریازیس، درماتیت یا لیکن پلان باشد. پلاکهای پیگمانته تشخیص افتراقی ملانوم بدخیم از نوع Superficial را مطرح می‌نماید. سایر احتمالات شامل آملانوتیک ملانوما، سبورایک کراتوز، بازال سل کارسینوما از نوع سوپرفیشیال، کارسینوم متاستاتیک یا اینتراپیدرمال اپتلیوما و برخی تومورهای خوش خیم مانند گلوموس تومور است (۳).

در این بیمار ضایعه بوون بر روی ناحیه پوشیده بدن وجود داشت و در شرح حال و معاینه بعمل آمده از وی شواهدی به نفع ارسنیسم پیدا نشد.

در مورد ارتباط بیماری بوون با کارسینوم داخلی اختلاف نظر وجود دارد و اکثراً معتقدند که اگر ارتباطی نیز باشد مربوط به بیماری بوون در نواحی پوشیده به علت ارسنیک است که در این بیماری نیز علیرغم اینکه شواهد به نفع ارسنیسم وجود نداشت، هم جهت بررسی مناساز و هم بدخیمی داخلی، CT scan از ناحیه قفسه صدری و شکم و لگن بعمل آمد که طبیعی گزارش گردید.

بیمار تحت عمل جراحی Mohs قرار گرفت و ناحیه جراحی شده با گرافت پوستی ترمیم گردید.

1-Champion Rh, Burton JL, Burns DA, et al.
Rook /Wilkinson / Ebling text book of
dermatology. Oxford: Blackwell Science,
1998: 1674-75.

2-Odom RB, James WD, Berger TG,
Anderews, diseases of the skin.

Philadelphia: Saunders Company, 2000:
837-40.

3-Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al.
Dermatology in general medicine. New
York: McGraw-Hill, 1999: 832-34.