

همراهی خال بکر و هیپوپلازی پستان: گزارش یک مورد

دکتر امیر هوشنگ احسانی^۱، دکتر نرگس قندی^۲، دکتر شیده یزدانیان^۲، دکتر فرزانه فراهانی^۲

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

خال بکر ناحیه پیگمانته‌ای از پوست است که به صورت اکتسابی، غیرقرینه و پایدار ایجاد می‌شود و گاهی شواهدی از افزایش حساسیت به آندروژن را نشان می‌دهد و با سایر آنومالی‌های تکاملی در همان محل همراهی دارد. بیمار این گزارش خانم ۳۰ ساله‌ای است که در سمت راست ناحیه سینه به خال بکر مبتلا و هم‌زمان به هیپوپلازی پستان راست دچار است.

واژه‌های کلیدی: خال بکر، هیپوپلازی پستان، هایپرپیگمانتاسیون

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (۲): ۱۸۵-۱۸۸

وصول مقاله: ۱۴/۱۰/۱۵ پذیرش: ۱۴/۱۱/۱۵

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۰ ساله‌ایست که از ۱۰ سالگی به تدریج در ناحیه پستان راست دچار ضایعه پیگمانته ماکولر گسترش یافته شده است. با افزایش سن، ضایعه رشد کرده و پررنگ‌تر شده است. با رشد پستان‌ها، بیمار متوجه غیرقرینگی آن‌ها می‌شود و درمی‌یابد پستان راست در مقایسه با طرف دیگر کوچک باقی مانده است. در معاینه‌ی سمت راست قفسه سینه پیگمانتاسیون ماکولر به ابعاد تقریبی ۱۰×۱۰ سانتی‌متر با حاشیه جغرافیایی و ضایعه‌ای مشابه به ابعاد ۳×۴ سانتی‌متر در ناحیه اسکاپولاری راست مشاهده می‌شود (تصویر شماره ۱). روی قسمتی از ضایعه، پاپول‌های آکنه‌ای شکل دیده می‌شوند. در سابقه پزشکی وی، به جز هیپرتیروئیدی، نکته دیگری قابل توجه نیست. یافته‌های فوق‌الذکر از نظر بالینی تشخیص خال بکر به همراه هیپوپلازی پستان را برای بیمار مطرح می‌کنند. در سابقه خانوادگی ضایعه مشابه وجود ندارد.

بحث

خال بکر به نام ساموئل بکر است که در سال ۱۹۴۹ هم

زمانی ملانوز و هیپرتریکوز را به صورت توزیع یک طرفه شرح داد (۱). خال بکر معمولاً بدون هیچ بیماری همراه، رخ می‌دهد، ولی همراه آن آنومالی‌های تکاملی متعدد شرح داده شده‌اند. Happle و Koopman (۲)، ۲۳ مورد این همراهی‌ها را شرح دادند و اصطلاح جدید سندرم خال بکر را برای همراهی خال بکر و هیپوپلازی پستان یا سایر نقایص پوستی، عضلانی یا اسکلتی، مطرح کردند.

تک گیر (sporadic) و غیرقرینه بودن خال بکر مطرح‌کننده موزایسم پوستی است که احتمالاً به علت دیررس بودن جهش ژنی، این ضایعه با خطوط بلاشکو انطباق ندارد. این خال در واقع می‌تواند یک نوع خال ارگانوئید اپیدرمی تلقی شود (۳).

افزایش حساسیت به آندروژن‌ها توجه‌کننده بروز خال و هیپوپلازی پستان است ولی برای اختلال‌های عضلانی اسکلتی همراه توجه خوبی نیست. رشد پستان، آرنول و نیپل در زمان بلوغ در هر دو جنس، تا حد زیادی وابسته به استروژن است. زیاد بودن گیرنده‌های آندروژنی در ناحیه درگیر با آثار استروژن تداخل می‌کند و مانع رشد کامل



تصویر شماره ۱- خال بکر همراه با هیپوپلازی پستان همان طرف

کودکی ظاهر شود ولی معمولاً در دوران نوجوانی مورد توجه قرار می‌گیرد، ابتدا کم‌رنگ است و بعد از تماس با نور واضح تر می‌شود. محل شایع آن شانه، قدام سینه یا ناحیه اسکاپولا است. ولی امکان دارد در نواحی دیگری مانند سر و صورت و اندام‌ها دیده شود (۶). خال بکر ندرتاً متعدد است (۸).

Danarti و همکارانش (۶) اخیراً ۵۵ مورد سندرم خال بکر را که در متون ذکر شده‌اند جمع‌آوری کرده و به طور کامل این سندرم را مورد بازنگری قرار داده‌اند. در این بررسی، هیپوپلازی یک طرفه پستان یکی از شایع‌ترین آنومالی‌های همراه خال بکر بوده است. ۲۷ مورد این اختلال در متون گزارش شده که ۶ مورد از آن‌ها مربوط به مردان است. سایر آنومالی‌ها شامل اختلال‌های عضلانی اسکلتی (مانند اسکولیوز و غیرقرینگی اندام)، اختلال‌های دیگر پوستی (مانند لیپوآتروفی لوکالیزه، اسکروتوم فرعی و نیپل متعدد) و اختلال‌های ماکزیلوفاسیال است. شیوع این سندرم در زنان دو برابر مردان بوده است.

در زنان شایع‌ترین همراهی با خال بکر مربوط به

این بافت‌ها می‌شود (۴). کلون پوست جهش یافته نه تنها مستعد پیگمانتاسیون است، بلکه به علت این که به آندروژن‌ها حساسیت بیش از طبیعی دارد، مستعد آکنه و هیپرتریکوز نیز است (۵).

خال بکر و سندرم خال بکر، اکثراً به صورت تک‌گیر مشاهده می‌شوند ولی گزارش‌های موارد خانوادگی آن‌ها، فرضیه وراثت paradominant را مطرح کرده است (۱). این اختلال تنها زمانی تظاهر پیدا می‌کند که پس از تشکیل زیگوت در یک جنین یک جهش رخ دهد. افراد هتروزیگوت فنوتیپ طبیعی دارند و جهش ایجادشده را به نسل‌های بعدی منتقل می‌کنند. از بین رفتن هتروزیگوسیته در مراحل اولیه تشکیل جنین و ایجاد یک جمعیت سلولی موزایک هموزیگوت منشأ ایجاد خال بکر است (۶ و ۵).

خال بکر اختلال نسبتاً شایعی است که در میان حدود نیم درصد از مردان جوان دیده می‌شود و در مردان ۵ برابر شایع‌تر از زنان ذکر شده است (۷). با توجه به بارزتر بودن ضایعه در مردان، احتمال مساوی بودن این شیوع در دو جنس مطرح شده است (۱). این خال ممکن است از

linear and whorled naevoid hyperpigmentation کمک می کند.

در یک مطالعه اخیر نشان داده شد که هر دو لیزر erbium: YAG و Q-switched Neodymium: YAG عنوان درمان های بی خطر خال بکر مطرح است ولی نتایج یک پاس Er: YAG (Pass) به تر از سه جلسه درمان با Nd: YAG بود (۱۶). گزارش دیگری نیز این نتیجه را تایید کرد (۱۷). IPL (Intense pulsed light) نیز که عمدتاً برای ضایعه های پیگمانته سطحی مؤثر است، در صورت چند بار تکرار می تواند مفید باشد (۱۸). Long-pulsed ruby laser نیز برای کاهش پیگمانتاسیون و موهای خال بکر با موفقیت به کار رفته است (۱۹).

Jung et al (۲۰) برای درمان یک مورد هیپوپلازی پستان همراه خال بکر از اسپرونولاکتون استفاده کرد و پس از ۴ هفته، پستان هیپوپلاستیک رشد کرد. این گزارش مؤید تأثیر گیرنده های آندروژنی در پاتوژنز هیپوپلازی پستان در این موارد است. تعدادی از موارد هیپوپلازی پستان نیز تحت درمان با ایمپلنت های سیلیکونی پستان قرار گرفت (۲۱). بیمار گزارش شده یک مورد خال بکر در همراهی با هیپوپلازی یک طرفه پستان است.

هیپوپلازی یک طرفه پستان است (۲ مورد از ۳۳ زن گزارش شده). امکان دارد هیپوپلازی پستان کل آن یا فقط آرئول و نیپل را درگیر کند. با توجه به این که هیپوپلازی یک طرفه پستان در زنان بارزتر است، به نظر می رسد این آنومالی در بسیاری از موارد در مردان نیز وجود داشته باشد (۶).

احتمال افزایش ریسک ملانوم بدخیم در بیماران مبتلا به خال بکر در گزارشی مطرح شده است (۹). هم چنین باون در خال بکر گزارش شده است (۱۰). درماتوزهای دیگری که روی خال بکر شرح داده شده اند شامل لیکن پلان (۱۱)، گرانولوم آنولر (۱۲)، خال بافت همبندی (۱۳)، لنفانژیوم (۱۴) و اسکلو و درمی لوکالیزه (۱۵) است.

در آسیب شناسی هیپرکراتوز، آکانتوز، پاپیلوماتوز، همراه با هیپرپلازی فولیکول های مو و غدد سباسه دیده می شود. کراتینوسیت های بازال و سوپربازال شدیداً پیگمانته اند و تراکم ملانوسیت ها طبیعی یا افزایش یافته است. افزایش تعداد گیرنده های آندروژنی در بررسی های فوق ساختاری یافته شده است (۶).

یک خال بکر کاملاً شکل گرفته با ضایعه دیگری اشتباه نمی شود. در مراحل اولیه، سن شروع، حاشیه جغرافیایی و محل ضایعه، به افتراق آن از ماکول cafe au lait و

References

- 1-Becker SW. Concurrent melanosis and hypertrichosis in distribution of nevus unius lateris. Arch Dermatol Syph 1949; 60: 155-60.
- 2-Happle R, Koopman RJ. Becker nevus syndrome. Am J Med Genet 1997; 31: 68:357-61.
- 3-Happle R. Mosaicism in human skin: understanding the patterns and mechanisms. Arch Dermatol 1993; 129: 1460-70.
- 4-Crone AM, James MP. Giant Becker's naevus with ipsilateral areolar hypoplasia and limb asymmetry. Clin Exp Dermatol 1997;22:240-41.
- 5-Person JR, Longcope C. Becker's nevus: an androgen-mediated hyperplasia with increased androgen receptors. J Am Acad Dermatol 1984; 10: 235-38.
- 6-Danarti R, Konig A, Salhi A, et al. Becker's nevus syndrome revisited. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 965-59.

- 7-Tymen R, Forestier JF, Boutet B, Colomb D. [Late Becker's nevus. One hundred cases (author's transl)] *Ann Dermatol Venereol* 1981; 108: 41-46.
- 8-Khaitan BK, Manchanda Y, Mittal R, Singh MK. Multiple Becker's naevi: a rare presentation. *Acta Derm Venereol*. 2001; 81: 374-75.
- 9-Fehr B, Panizzon RG, Schnyder UW. Becker's nevus and malignant melanoma. *Dermatologica* 1991; 182: 77-80.
- 10-Honda M, Suzuki T, Kudoh K, Tagami H. Bowen's disease developing within a Becker's melanosis (Becker's naevus) *Br J Dermatol* 1997; 137: 659-61.
- 11-Puri S, Nanda S, Grover C, et al. Congenital Becker nevus with lichen planus. *Pediatr Dermatol* 2005; 22: 328-30.
- 12-Weinberg JM, Scheinfeld N, Tishler HR. Granuloma annulare restricted to Becker's naevus. *Br J Dermatol* 2004; 151: 245-46.
- 13-Kim DH, Kim CW, Kim TY. Becker's naevus associated with connective tissue naevus. *Acta Derm Venereol*. 1999; 79: 393-94.
- 14-Oyler RM, Davis DA, Woosley JT. Lymphangioma associated with Becker's nevus: a report of coincident hamartomas in a child. *Pediatr Dermatol* 197; 14: 376-79.
- 15-Rufli T. [Becker's melanosis with localized scleroderma] *Dermatologica* 1972; 145: 222-29.
- 16-Trelles MA, Allones I, Moreno-Arias GA, Velez M. Becker's naevus: a comparative study between erbium: YAG and Q-switched neodymium: YAG; clinical and histopathological findings. *Br J Dermatol* 2005; 152: 308-13.
- 17-Trelles MA, Allones I, Velez M, Moreno-arias GA. Becker's nevus: Erbium: YAG versus Q-switched neodymium: YAG? *Lasers Surg Med* 2004; 34: 295-97.
- 18-Moreno Arias GA, Ferrando J. Intense pulsed light for melanocytic lesions. *Dermatol Surg* 2001; 27: 397-400.
- 19-Nanni CA, Alster TS. Treatment of a Becker's nevus using a 694-nm long-pulsed ruby laser. *Dermatol Surg* 1998; 24: 1032-34.
- 20-Hoon Jung J, Chan Kim Y, Joon Park H, Woo Cinn Y. Becker's nevus with ipsilateral breast hypoplasia: improvement with spironolactone. *J Dermatol* 2003; 30: 154-56.
- 21-Van Gerwen HJ, Koopman RJ, Steijlen PM, Happle R. Becker's naevus with localized lipotrophy and ipsilateral breast hypoplasia. *Br J Dermatol* 1993; 129: 213.