

درماتیت التهابی مزمن: این ضایعات ماهها تا سال ها طول می کشند و با دوره های بهبودی و عود همراه هستند. پسوریازیس، لیکن سیمپلکس، کرنیکوس، لیکن پلان

پسوریازیس: مهم ترین درماتیت التهابی مزمن است که یک پلاک صورتی تا گلبهی رنگ با حدود مشخص پوشیده با پوسته های نقره ای - سفید با اتصال ضعیف است. با کندن این پوسته ها خونریزی ایجاد می شود. (Auspitz sign)

(نازک شدن لایه ی سلولی اپیدرمی در قله پاپی درم (صفحه فوق پاپی) به همراه گشاد شدن و پیچ خوردگی رگ های خونی موجود در پاپی دیده می شود. این عروق با کنده شدن پوست فوراً خونریزی می کنند و نقاط خونریزی دهنده متعددی ایجاد می کنند.)

در این افراد تغییرات ناخن به صورت انیکولیزیس و نقطه نقطه شدن سطح ناخن دیده می شود. (Pitting)



در اینجا Psoriasis form reaction داریم یعنی در اپی درم آکانتوز منظم (افزایش ضخامت اپیدرم) داریم یعنی در این بیماری هایپرکراتوز پاراکراتوتیک داریم به همراه طولی شدن منظم رت ریج ها (ضخیم شدگی های اپیدرمی که به سمت پایین در داخل درم پاپیلاری کشیده شده اند) به سمت پایین که مشابه "لوله آزمایشگاه در جالوله ای" می باشد.

و در داخل پاراکراتوز (لایه شاخی) تجمع نوتروفیل داریم که میکرو ابسه مونرو نامیده می شود. (Munro microabscess)

اگر همین میکرو ابسه در داخل لایه اپی درم باشد کوگوژ نامیده می شود. (Kogoj microabscess)

در این بیماری هایپو گرانولوز داریم به علت افزایش باز چرخش سلولهای اپی درم و فقدان بلوغ منجر به از بین رفتن لایه گرانولر و ایجاد پوسته های پارکراتوتیک فراوان می گردد.

به طور کلی پس مورفولوژی های زیر را می بینیم:

✚ هایپرکراتوز

✚ میکرو ابسه مونرو و کوگوژ

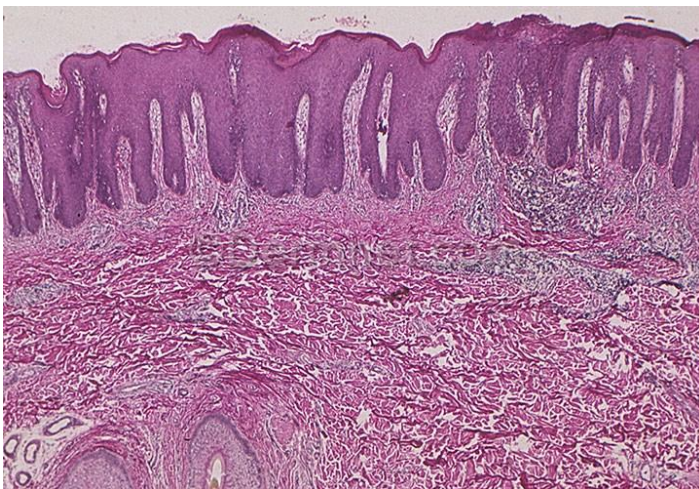
✚ نازک شدن تاق سوپرپاپی

✚ آکانتوز منظم

✚ عروق متسع و پیچ خورده فراوان داخل درم

✚ اماس حاد و مزمن

✚ هایپو گرانولوز



اگر ضایعات پسوریازیس پوسچولر شوند در میکروسکوپی به صورت یک آبه کوگوژ خیلی بزرگ می بینیم.

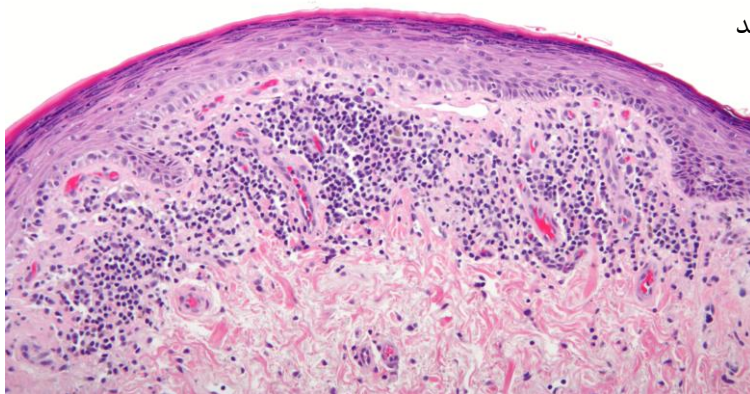


لیکن پلان:

ضایعات پوستی لیکن پلان عبارتند از پاپول های مسطح ارغوانی رنگ و خارش دار که ممکن است به صورت موضعی به هم متصل شوند و پلاک هایی را پدید آورند. اینها معمولا فاقد پوسته اند ولی چون بسسیارخارش دارند دچار پوسته می شوند وقتی این پلاک ها بهبود می یابند در محل آن هایپرپیگمانتاسیون داریم. در لیکن پلان ضایعات مخاط دهان به صورت خطوط سفید رنگ مشبک روی پلاک های اریتماتو داریم، که استریای ویکهام نامیده می شوند. البته در دهان ضایعات اولسراتیو هم داریم که احتمال اینکه روی آنها سرطان سوار شود خیلی زیاد است. تغییرات ناخن به صورت نازک شدگی ناخن و خطوط طولی روی ناخن داریم.



لیکن پلان به خوبی نشانگر تغییرات مزمنی است که عبارتند



هایپرپلازی اپیدرم

هایپرگرانولوز

هایپرکراتوز ارتوکراتوتیک

آکانتوز نامنظم

دژنراسانس لیکنویید لایه بازال

انفیلترای خطی لنفوسیتی در قسمت درم فوقانی.

قسمت تحتانی اپیدرم دژنراسانس لیکنویید دارد که باعث میشود محل اتصال درم و اپی درم شکل زاویه دار و زیگراگ پیدا

کند (دندان اره ای)

پس همانطور که از جلسه قبل به یاد دارید می توان لیکن پلان را جزء درماتیت های حد مرزی از نوع لیکنویید دسته بندی کرد که علت چنین نام گذاری این است که این ضایعات در محل تلاقی اپی تلیوم سنگفرشی و درم پاپیلر قرار دارند. لنفوسیت ها در مجاورت نزدیک کراتینوسیت های بازالی هستند که دچار آتروفی و نکروز شده اند. در ابتدا ذکر شد که هایپرگرانولوز داریم که به علت آزاد شدن ملانین از کراتینوسیت های آسیب دیده به داخل درم رخ می دهد. و یک سری ماکروفاژ به محل می آیند و این ملانین های آزاد شده را بلع می کنند پس یکی دیگر از مشخصه های مورفولوژیک ملانوفاز است. سلولهای بدون هسته و نکروتیک بازال در داخل درم پاپیلاری ملتهب مشاهده و به نام اجسام کلویید یا اجسام سیوات خوانده می شود.

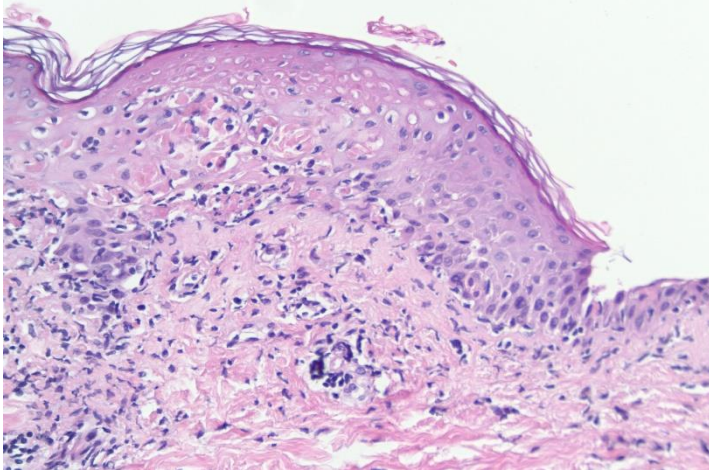
Lichen planopilaris

گاه ضایعات لیکن پلان فولیکول مو را درگیر می کنند که این ضایعات باعث تخریب فولیکول مو می شوند و به صورت غیر قابل برگشت ریزش موها را داریم.



اریتم مولتی فرم:

یک اختلال ناشایع که در اثر پاسخ افزایش حساسیتی به برخی از داروها یا عفونت ها ایجاد می شود مثل هرپس سیمپلکس، مایکوپلاسما و یه سری داروها مثل سولفانامیدها با اشکال متفاوتی از ضایعات (دلیل نام گذاری به عنوان مولتی فرم) شامل ماکول، پاپول، وزیکول، و حتی تاول مشخص می شود. همچنین ضایعات هدف مانند مشخص، متشکل از ماکول یا پاپول های قرمز با مرکز وزیکولی کم رنگ یا زخمی شونده مشاهده می شود.



در اریتم مولتی فرم تغییر مشاهده شده لیکنویید است در اپی درم هایپرکراتوز و پاراکراتوز داریم سلولهای سیوات متعدد در نقاط مختلف اپی درم دیده می شود (هم لایه بازال هم قسمت های بالاتر) دژنرسانس لیکنویید در لایه بازال داریم درم ادما تو و آماس خفیف و ملانوفاز (به علت تخریب کراتینوسیت ها و بلع ملانین آنها توسط ماکروفاژ) داریم. گاه ممکن است ناحیه هدف ماند دچار نکروز شود و گاه با گذشت زمان تشکیل تاول داریم این تاول ساب اپی درمال است به علت دژنرسانس لیکنویید لایه بازال بین درم و قسمت بالاتر اپی درم حفره ای حاوی مایع ایجاد می شود.

سندرم استیون جانسون و نکرولیز اپی درمی سمی 2 واریانت دیگر از اریتم مولتی فرم هستند شدید ترین شکل آن نکرولیز اپی درمی سمی است بعد استیون جانسون که این دو معمولا در اثر پاسخ ایدیوپاتیک به داروها رخ می دهند. مثلا مصرف لاموتریجین یه داروی اعصاب.

سندرم استیونس-جانسون درگیری پوست همراه با مخاط ودهان است. در توکسیک اپی درمال نکرولیز یا TEN (Toxic epidermal necrolysis) مثل فردی که سوخته است تمام بدنش دچار تاول و و پوستش نکروز می شود.

نمای میکروسکوپی این سه مثل هم است و بیشتر قضاوت بر روی ماکروسکوپی است فقط در TEN آماس درم کمتر است و نکروز بیشتر.



TEN



سندرم استیون جانسون

بیماری های تاولی (بولوز):

:Vesiculobullous reaction

➤ Subcorneal blister: در قسمت سطحی اپیدرم در لایه گرانولوزا و زیر لایه شاخی

➤ Suprabasal blister: بالای لایه بازال و زیر لایه گرانولوزا

➤ Subepidermal blister: زیر لایه بازال

اگر تاولی در ناحیه اپیدرمال داشتیم به همراه سلولهای آکانتولیتیک باید به سراغ پمفیگوس برویم. انواع پمفیگوس: ولگاریس، فولیاسنس، اریتماتوز، وژتانت، بولوز، کریتیکال

دو ساب تایپ مهم پمفیگوس:

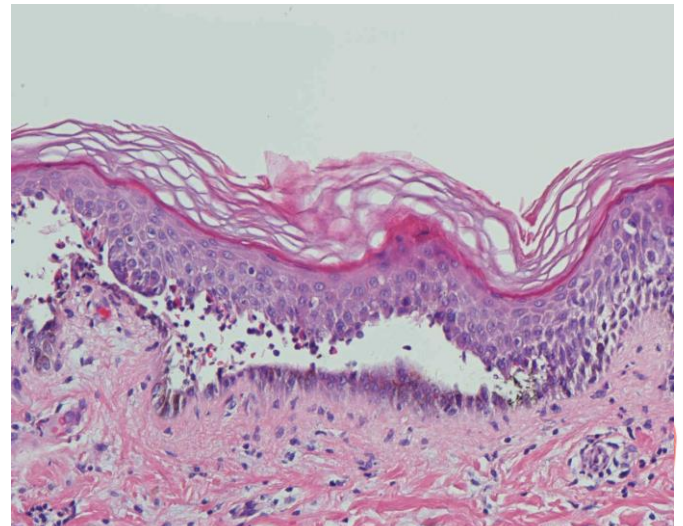
➤ پمفیگوس ولگاریس

➤ پمفیگوس فولیاسه

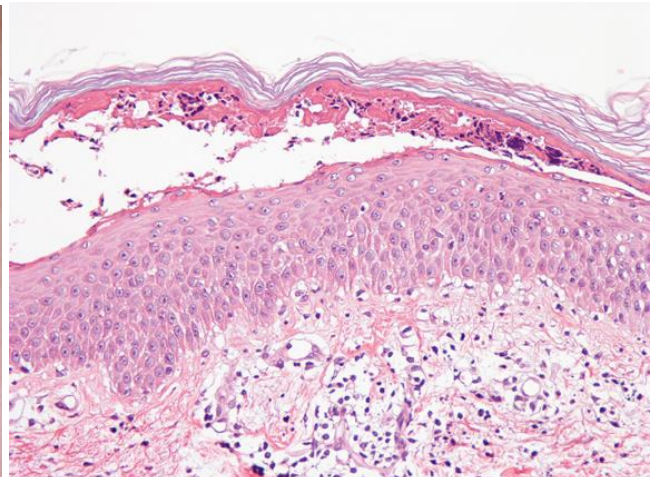
پمفیگوس ولگاریس یک واکنش ازدیاد حساسیت تیپ 2 است که ایمنوگلوبولین های علیه پروتئین های دسموزومی ساخته می شود که باعث شکاف در سلولهای سنگفرشی می شود که در بین این شکاف ها سلولهای آکانتولیتیک داریم.

نمای میکروسکوپی:

پمفیگوس ولگاریس شایع ترین نوع است و مخاط و پوست به ویژه پوست سر، صورت زیر بغل کشاله ران تنه و نقطه تحت فشار را گرفتار می کند. ضایعات به صورت وزیکول ها و تاول های سطحی و شلی هستند که به راحتی پاره شده، اروزیون های عمیق و اغلب وسیعی را به جای می گذارد. شاخص باف شناسی مشترک در تمام اشکال پمفیگوس آکانتولیز است، (لیز شدن اتصالات چسبنده بین سلولی، بین سلولهای پوششی سنگفرشی مجاور که منجر به گرد شدن سلولهای جدا شده می گردد) در پمفیگوس ولگاریس، آکانتولیز لایه ای از سلولها را که بلافاصله بالای لایه بازال قرار گرفته اند به طور انتخابی گرفتار می کند و تاول آکانتولییک سوپرابازال به وجد می آورد. ارتشاح متغییری از سلولهای آماسی به خصوص ائوزینوفیل در درم سطحی در تمام اشکال پمفیگوس وجود دارد. در بررسی ایمنونوفورسانس مستقیم از ضایعات طرح مشخصی از رسوبات بین سلولی IgG به شکل تور ماهی مشبک در اطراف سلولهای سنگفرشی روی دسموزوم ها دیده می شود. (ویژگی تمام انواع پمفیگوس)



در پمفیگوس فولیاسه که شکل خوش خیم تری از ولگاریس است آکانتولیز ترجیحا اپی درم سطحی را در لایه ی گرانولر مبتلا می کند پس تاول های ساب کرونئال در این نوع دیده می شود. ارتشاح سلولهای التهابی از نوع ائوزینوفیل و نوتروفیل هم دیده می شود. البته گاه هیچ سلول التهابی دیده نمی شود و تک و تک فقط سلولهای آکانتولیتیک دیده می شود. در این نوع پمفیگوس چون اپی درم سطحی درگیر است و تاول ها سطح نازک تری دارند اغلب به صورت اروزیون و زخم دیده می شوند.



پمفیگوبید تاولی:

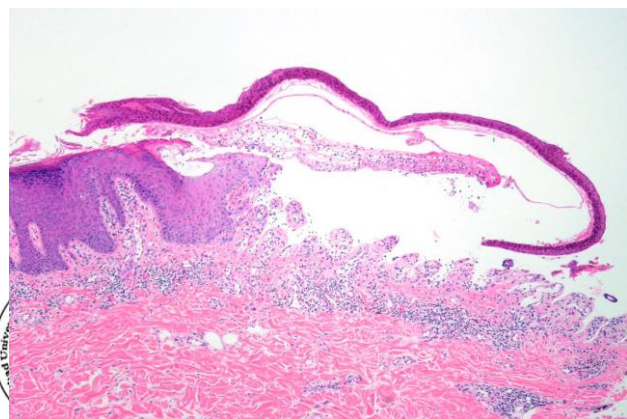
این نوع پمفیگوبید جزء تاول های ساب اپی درمال است یعنی سقف تاول اپ درم است. پس به صورت تاول های سفتی بروز می کند که بر روی پوست افراد مسن دیده می شود که این تاول ها بر روی پوست طبیعی یا اریتماتو تظاهر می کند. این تاول ها حاوی سلولهای آکانتولیتیک نیستند پس سقف تاول که از سلولهای اپیدرمال تشکیل شده فاقد تخریب اتصالات بین سلولی است علت تشکیل تاول ها لایه سلولی بازال واکوئله شده می باشد. در داخل تاول فیبرین ، پلاسما و سلولهای ائوزینوفیل فراوان داریم. در این نوع تاول ها چیزی که خیلی واجب است خیلی خیلی.....انجام ایمونوفلورسانس مستقیم است که رسوب خطی آنتی بادی IgG و کمپلمان در غشای پایه و ناحیه ساب اپیدرمال دیده می شوند.

کلا تاول های ساب اپی درمال بر اساس سلول آماسی غالب شان دسته بندی می شوند که اگر سلول آماسی غالب ائوزینوفیل بود دو تشخیص مطرح می شود:

➤ پمفیگوبید تاولی

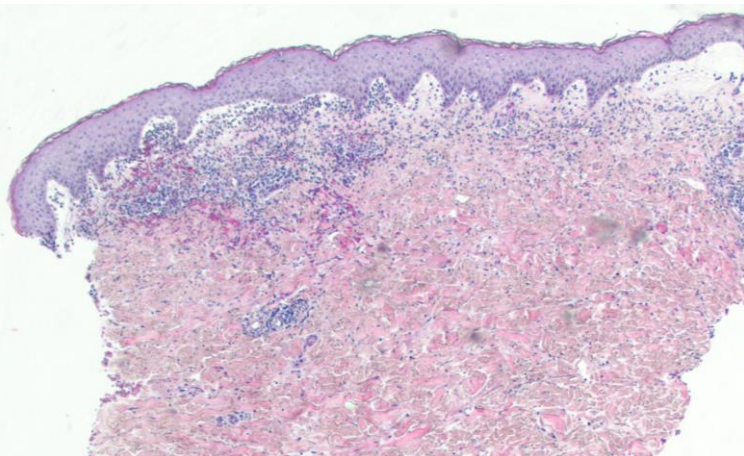
➤ یا پمفیگوبید تاولی حاملگی (Gestational herpes)

در پمفیگوبید حاملگی یک سری تاول هایی داریم که البته این تاول ها هیچ ربطی به هرپس ندارند و اسم آن اشتباه است. مطرح می شود. IgA اما اگر سلول آماسی غالب نوتروفیل بود درماتیت هرپتی فرم و درماتوزهای و برتری با ماست سل در ماستوسیتوز های بولوز دیده می شود.



درماتیت هرپتی فرم:

نوعی دیگر از اختلالات تاولی خود ایمنی است که با کهیر و وزیکول های گروهی شدیداً خارش دار در سطوح اکستانسور دیده می شود. این بیماری تا 80 درصد موارد با بیماری سلپاک در ارتباط است طوری که اکثر بیماران تشدید علائم گوارشی مثل اسهال و علائم پوستی را پس از مصرف فراورده های حاوی گندم را بیان می کنند. این بیماری به صورت تاول های ساب اپیدرمال حاوی میکرو آبنه های نوتروفیلی در نوک پایی درم بروز می کند. در ایمونوفلورسانس رسوب ناپیوسته و گرانولر IgA را در نوک پایی درم داریم.

**:Linear IgA disease**

این بیماری درست مشابه درماتیت هرپتی فرم است یعنی بول ساب اپیدرمال حاوی میکرو آبنه را می بینیم. در بررسی ایمونوفلورسانس رسوب خطی IgA را مشاهده می کنیم.

یک سری از بیماری های تاولی دیگر هم داریم که فاقد سلولهای آماسی هستند:

اپیدرمولیزبولوزا: یک بیماری مادرزادی که در نواحی تحت فشار مثل کف دست و پا و نواحی بستن پوشک دچار تاول های ساب اپیدرمال فاقد سلولهای آماسی می شود. در پورفیری ها هم در نواحی در تماس با آفتاب همین نوع تاول ها ایجاد می شود.

ضایعات پوششی خوش خیم :

❖ کراتوز سبورئیک

❖ زگیل

❖ خال

کراتوز سبورئیک: یک سری ضایعات (پلاک) پیگمانته با سطح وروکو (اگزوفیتیک) که روی سر و پیشانی افراد مسن ایجاد می شود. که به آنها خال پیری یا Senile nevus نیز گفته می شود.

در میکروسکوپی هایپرکراتوز، آکانتوز پاپیلوماتوز و کیست های ریز پر از کراتین (کیست های شاخی) و رشدکراتین به سمت پایین و درون توده توموری اصلی (کیست های شاخی کاذب) مشخصه های این بیماری هستند. آکانتوز اپی درم ناشی از تکثیر بازالوئیدو اسکواموئیداست.

زگیل: پلاک یا پاپول یا ندول های با سطح وروکودر میکروسکوپی پاپیلوماتوز و هایپرکراتوز و آکانتوز داریم

که دارای سیتوپلاسم هایی با حدود روشن و هسته های چین و شکنج دار و سلولهای koilocyte درشت و هایپر کروم دیده میشود معادل سلولهای اسکواموسی که توسط ویروس HPV آلوده شده اند.

کوندیلوما آکومیناتا که زگیل مقاربتی گفته می شود بیشتر در نواحی تناسلی دیده می شود. ویژگی

میکروسکوپی مثل زگیل معمولی است.



ضایعات پیش بدخیم پوست:

❖ Acinic keratosis

❖ Bowenoid disease

بیماری بون:

یک ضایعه نئوپلاستیک اینترا اپیدرمال بدون تهاجم به داخل درم در 8 درصد موارد اگر درمان نشود تبدیل به کارسینوم مهاجم می شود و معمولاً در نواحی آفتاب گیر مثل پشت و شکم به صورت یک پلاک اریتماتو با پوسته تظاهر می کند در میکروسکوپی: در تمامی ضخامت اپی درم سلولهای دیسپلازیک را داریم پس یک آکانتوز ناشی از هایپرپلازی سلولهای اسکواموس داریم که این سلولها حاوی آتیپی هستند غشای پایه سالم می ماند چون یک کارسینوم درجاست و هیچ تهاجمی به درم نداریم.

کراتوز آکتینیک:

کراتوز آفتابی هم نامیده می شود در افراد مسن و کسانی که زیاد در معرض آفتاب هستند دیده می شود که اگر درمان نشود در 8 تا 20 درصد موارد به کارسینوم سلول سنگفرشی و یا به ندرت به کارسینوم سلولهای بازال تبدیل می شود. از لحاظ ماکروسکوپی به صورت پلاک های خرمایی- قهوه ای یا قرمز رنگ است و در لمس خشن شبیه کاغذ سمباده است و از لحاظ میکروسکوپی هایپرکراتوز، پاراکراتوز و دیسپلازی خفیف متوسط و یا شدید داریم. این کراتوز آکتینیک می تواند به صورت شاخ پوستی تظاهر کند. (درم حاوی الیاف الاستیک ضخیم و آبی و خاکستری است که الاستوز آفتابی نامیده می شود)

تومورهای بدخیم اپی درم:

کراتوآکانتوما: یک ضایعه ای است که قبلاً آن را خوش خیم می دانستند ولی الان آن را جزء کارسینوم های سلول سنگفرشی خوب تمایز یافته می دانند که به صورت یک ندول برجسته در نواحی آفتاب گیر دیده می شود حاوی یک کراتر (یک ماده شاخی) مرکزی است درست مثل دهانه یک کوه آتشفشان در میکروسکوپی افزایش سلولهای سنگفرشی را می بینیم که قسمت مرکزی آن به علت افزایش لوبولهای سلولهای سنگفرشی انواژینه به سمت درم شده است سلولها هیچ آتیپی ندارند و فقط درشت هستند دارای یک سیتوپلاسم گیلاسی رنگ هستند

Basal cell carcinoma

از نظر ظاهری کارسینوم سلول بازال به صورت ندول، پلاک یا پاپول اولسراتیو یا pearl مانند اغلب با عروق خونی واضح و متسع زیر اپیدرمی (تلائنژکتازی) تظاهر می یابد. این ضایعه به شکل یک زخم مزمن بروز می کند که بیشتر در نواحی آفتاب گیر دیده میشود؛ نام دیگر آن اولسر خورنده است. ضایعه ایست نئوپلاستیک از سلول های بازالوئید به شکل لوبول ها و طناب های سلولی در داخل درم که دور سلول های بازالوئید پاليساد هسته ای داریم یعنی هسته سلول ها به شکل ردیفی و منظم (مثل لایه بازال) کنار هم قرار می گیرند. BCC میتواند سطحی و فقط درون اپی درم باشد و یا تهاجم به داخل درم هم داشته باشد و در آنجا صفحات و طناب های سلولی بسازد که یک ویژگی تشخیصی دارند و آن ایجاد شکاف بین صفحات سلولی تومور و استرومای درم است به علت فاصله گرفتن سلول های تومورال از استروما [که حین عملیات فیکساسیون و رنگ آمیزی ایجاد می شود و به آن ترکشن می گویند].

Squamous cell carcinoma

تظاهر کارسینوم سلول سنگ فرشی به شکل زخم در نواحی آفتاب گیر بدن مثل سر، صورت، لب و... است و می تواند در زمینه ی کراتوز اکتینیت بروز نماید.

آنچه در نمای میکروسکوپی ضایعه مشاهده می شود عبارتند از تهاجم تومور به داخل درم و ساخت صفحات سلول سنگ فرشی که اثبات گر آن وجود پرل های کراتین و خار بین سلولی است. این نوع کارسینوم طیف گسترده ای از انواع کم تمایز یافته تا کاملاً تمایز یافته را به خود اختصاص می دهد.



اختلالات پیگمانتاسیون

شامل ضایعات هیپو و هیپر پیگمانته می باشد.

Vitiligo یا پیسی

از ضایعات هیپوپیگمانته یا دپیگمانته بوده که می تواند ارثی یا اکتسابی باشد اما مادرزادی نیست. در اینجا ملانوسیت ها از بین می روند و تعداد آنها کاهش می یابد. در نواحی دپیگمانته ملانوسیتی دیده نمی شود. فرق این بیماری با آلبینیسم یا زالی این است که در زالی تعداد لانوسیت ها تغییری نمی کند بلکه این سلول ها آنزیم تیروزین کیناز را که در ساخت ملانین ضروری است ندارند. هر دو گروه بسیار در برابر آفتاب حساس بوده و خیلی زودتر از سایرین به انواع سرطان های پوست دچار می شوند.

بیشتر بدانید!

درمان Vitiligo:

این بیماری درمان های گوناگونی دارد مثلا وقتی 95٪ بدن فرد درگیر است سایر نواحی را هم دپیگمانته می کنند اما اگر ضایعات کوچک باشند روش های دیگری مطرح می شود از جمله قرار دادن ناحیه دپیگمانته در برابر اشعه UV که باعث تحریک ملانوسیت های مجاور شده و پیگمان سازی از اطراف رخ داده و ضایعه را کوچکتر می کند. سایر درمان ها متکی بر پیوند است که می تواند بخشی از پوست سالم خود فرد باشد و یا تزریق ملانوسیت ها به ناحیه ی دپیگمانته. البته باید توجه داشت که مکانیسم و تیلیگو وابسته به ایمنی (از نوع Tcell) می باشد. بنابراین تازمانی که ضایعه ثابت نشده و هنوز فعال است (در حال افزایش سایز و... است) نمی توان از روش های فوق سود جست. البته درمان این ضایعه بیشتر از نظر زیبایی حائز اهمیت است

Freckles یا Ephelide

نام دیگر آن کک و مک است به علت هیپرپیگمانتاسیون لایه بازال ایجاد می شود. در تابستان ها پررنگتر و در زمستان ها کم رنگتر میشود که به علت تغییر در شدت تابش آفتاب است.

***نکته:** این ضایعه ناشی از افزایش پیگمان است نه افزایش تعداد ملانوسیت ها.

Café au lait spots یا لکه های شیر قهوه

مشخصه نوروفیبروماتوز است. در اثر هیپرپیگمانتاسیون لایه بازال ایجاد می شود و در ملانوزوم ها (گرانول های حاوی ملانین) افزایش می یابند و ملانوسیت ها درشت می شوند [تعدادشان نرمال یا کمی افزایش یافته است].

Melasma

نام دیگر آن ماسک حاملگی است اما چندان با مسمی نیست چون در آقایان هم دیده می شود به شکل یک patch هیپرپیگمانته روی صورت (روی گونه ها، پشت لب و روی بینی) تظاهر می یابد. در آن تعداد ملانوسیت ها تغییری نمی کند.

نمای میکروسکوپی به شکل هیپرپیگمانتاسیون لایه بازال یا وجود ملانوفازها در درم و یا وجود هر دو حالت باهم است.

***نکته:** این ضایعات در برخی خانم هایی که OCP هم مصرف می کنند دیده می شود.



solar Lentigo یا Lentigo senile

همان لک های پیری هستند و شبیه کک و مک به شکل ماکول های قهوه ای ظاهر می شوند اما با تغییر فصل ثابت می مانند. زیر میکروسکوپ شاهد **↑ تعداد** ملانوسیت ها، هیپرپیگمانتاسیون لایه بازال به همراه طویل شدن Rete ridge ها و حجیم شدن نوک آنها به شکل پیاز هستیم.

تومور های ملانوسیتی

شامل انواع خوش خیم (Nevus) و بدخیم (ملانوم) می باشد.

Nevus یا خال

همانطور که می دانید ملانوسیت ها در لایه بازال قرار دارند (به ازاء هر 14 سلول بازال یک ملانوسیت)؛ با توجه به این موضوع مراحل رشد یک خال به 3 مرحله تقسیم می شود:

✓ **Junctional nevus**: اولین مرحله در ایجاد یک خال رشد ملانوسیت ها (↑ تعداد) در همان لایه بازال و ایجاد آشیانه ها

یا نست های سلولی است که در سطح پوست به شکل یک patch یا ماکول هیپرپیگمانته و قهوه ای دیده می شود.

✓ **Compound nevus**: بعد به تدریج این رشد ادامه یافته و ملانوسیت ها وارد درم می شوند و در سطح هم کمی برجستگی ایجاد می شود در این مرحله حضور ملانوسیت ها هم جانکشنال است و هم اینترادرمال.

✓ **Intradermal nevus**: در مرحله سوم، رشد ملانوسیت ها به شکل نست های سلولی در درم ادامه یافته که در سطح هم با ↑ برجستگی همراه است و رنگ آن با توجه به میزان ملانین می تواند متغیر باشد.

هم با ↑ برجستگی همراه است و رنگ آن با توجه به میزان ملانین می تواند متغیر باشد.

هم با ↑ برجستگی همراه است و رنگ آن با توجه به میزان ملانین می تواند متغیر باشد.

***نکته مهم**: از مشخصات نووس ها بلوغ (Maturation) است؛ یعنی ملانوسیت ها زیر اپی درم درشت و چند وجهی و به شکل

آشیانه های سلولی بوده و پر از ملانین می باشند اما هر چه از سطح به سمت عمق درم می رویم مقدار ملانین کمتر میشود و

اندازه سلول ها کوچک شده و به شکل کشیده در می آیند که به این حالت تمایز نوروئید یا فیبروبلاستیک می گوئیم. و این مهمترن

وجه افتراق نووس از ملانوم است چرا که در ملانوم بلوغی در ملانوسیت ها دیده نمی شود.

Blue nevus

خالی است که روی قفسه سینه، بازو و... دیده می شود به رنگ آبی تا خاکستری (بسته به نوع پیگمان و عمق آن). در این نوع خال

اپیدرم سالم است و فعالیت جانکشنالی نداریم و ملانوسیت ها داخل درم هستند (به آنها **دندریتیک سل** می گویند). به شکل سلول

های کشیده بین الیاف کلاژن با سیتوپلاسمی حاوی ملانین به علاوه سلول های **ملانوفاز** هم لا به لای الیاف درم دیده می شوند.

Dysplastic nevus

خالی است به قطر بیش از 5 میلی متر با حدود نامنظم که رنگ آن یکدست نیست (خرمایی، کاکائویی و...) و اهمیت آن به این

دلیل است که ندرتا احتمال دارد به ملانوم تبدیل گردد پس بهتر است برداشته شود.

نمای میکروسکوپی:

1- معولا به شکل Compound nevus بوده و طرح رشدی آن شانه دار است (shoulder pattern) بدین معنا که فعالیت در

ناحیه جانکشن بیش از ناحیه اینترادرمال است که باعث پهن تر شدن ضایعه در ناحیه جانکشنال می شود.

2- وجود architect غیر طبیعی؛ طبیعی نبودن architect در مقایسه با Junctional nevus است زیرا آنجا نست

ها فقط در نوک Rete ridge ها با اندازه یکسان بود در حالی که در Dysplastic nevus آشیانه ها

هم در بغل Rete ridge ها و هم در قله پایی ها می بینیم به علاوه اندازه ی نست ها هم با هم مساوی نیست



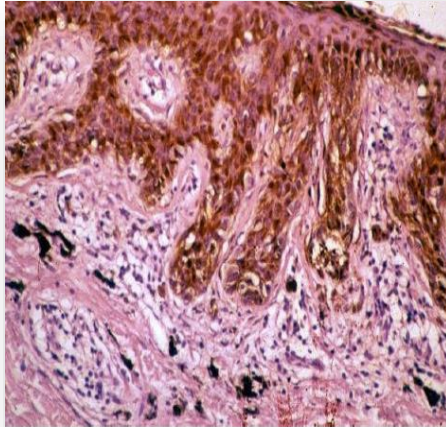
3- آتیپی راندوم؛ یعنی از هر 5-6 سلول یکی دارای آتیپی سیتونوکلئو می شود (ممکن است در یک نست هیچ سلولی آتیپیک نباشد و در نست مجاور چند سلول آتیپیک داشته باشیم).

***نکته:** آتیپی اگر ژنرالیزه شود ضایعه ملانوم نام دارد.

4- فیبروز کانسنتریک در درم در اطراف آشیانه ها و یا فیبروز درم پاپیلر

5- اینفیلترای آماسی در درم

6- lentiginous hyperplasia



1shouldering pattern

melanoma

نئوپلاسم بدخیم سلول ملانوسیت است. ویژگی های آن: آتیپی ژنرالیزه، میتوز فراوان که حتی در درم هم دیده می شود، عدم وجود بلوغ، عدم تقارن ضایعه (برعکس خال ها که همه انواع آنها قرینه اند)، تهاجم به اپی درم و درم. **انتشار پاژتوئید:** به گسترش گروهی یا تک تک سلول های ملانوسیتی بدخیم در اپی درم گفته می شود، که باعث زخمی شدن اپی درم می گردد.

برخلاف خال در ملانوم پیگمان ملانین فقط در سطح نیست بلکه تا عمق وجود دارد و به شکل غباری و ریز می باشد. سلول ها دارای آتیپی شدید سیتونوکلئو، هسته های کوچک و بزرگ، نوکلئول واضح، سیتوپلاسم اسیدوفیل و پر از گرانول های ملانین.

* **نکته:** نوعی از ملانوم وجود دارد که ملانین نمی سازد به نام **ملانوم آملانوسیتیک** که در تشخیص افتراقی با SCC و سارکوم ها قرار می گیرد و تشخیص را برای ما دشوار می کند.

انواع ملانوم:

- ❖ Superficial spreading melanoma
- ❖ Lentigo maligna
- ❖ Acral lentiginous melanoma
- ❖ Nodular melanoma



فاز های رشدی ملانوم

ملانوم ها دو فاز رشدی دارند که معمولا به ترتیب رخ می دهند و تشخیص آن در تعیین پروگنوز بیمار بسیار حائز اهمیت است.

1- **فاز رشد رادیال یا عرضی:** در این فاز ملانوسیت ها به شکل عرضی در اپیدرم رشد کرده و زیاد کاری به درم ندارند. پروگنوز بیمار در این مرحله بهتر است.

***نکته:** هرچند ممکن است تعدادی از ملانوسیت ها به درم وارد شوند اما تا ویژگیهای فاز ورتیکال را نداشته باشند(که در ادامه ذکر شده) هنوز در فاز رادیال هستند هرچند پروگنوز نسبت به حالتی که هنوز وارد درم نشدند بدتر است. در این حالت پاتولوژیست گزارش می کند که سلول ها تا چه عمقی از درم آمده اند

2- **فاز رشد ورتیکال، عمودی یا تومورال:** در این فاز ملانوسیت ها در جهت عمودی رشد سریعی دارند و به علت امکان دستیابی به عروق خونی و لنفاتیک ها احتمال بروز متاستاز بیشتر و شایع تر است که به شدت پیش آگهی را بد می کند.

نحوه تشخیص فاز رشد ورتیکال:

- ✓ وجود میتوز در نست های داخل درم
- ✓ وقتی بزرگترین نست داخل درم از بزرگترین نست داخل اپی درم بزرگتر باشد.

آنچه در پروگنوز بیمار اهمیت دارد:

- 1- فاز رشدی
- 2- ایجاد زخم ؛ اگر زخم ایجاد کند پروگنوز بدتر است.
- 3- تعیین ضخامت ضایعه از سطح تا عمق (Breslow scale)؛ هر چه عمقی تر احتمال متاستاز بیشتر.
- 4- تعیین Clark level: که با 5 سطح تعریف می شود و محل نفوذ تومور را نشان می دهد. شامل وجود نست ها در درم پاپیلر، درم رتیکولر، عمق درم رتیکولر، جانکشن درم رتیکولر و هیپودرم، هیپودرم که به ترتیب پروگنوز بدتر می شود.
- 5- tumoral lymphocytic infiltration (TLI)
- 6- محل ملانوم در بدن و نوع آن

انواع ملانوم

- ❖ **Lentigo maligna melanoma:** یک patch قهوه ای رنگ با حاشیه نامنظم، گاه رنگ های آن متفاوت است. دارای اپی تلیوم آتروفیک، هیپرپلازی لنتیجنوس، آتیپی سیتونوکلئر در همه ملانوسیت ها حتی وجود سلول های ژانت چند هسته ای و تهاجم پاژتوئید. در درم الیاف کلاژن در مواجهه با آفتاب دچار دژنراسانس شده اند.
- ❖ **Superficial spreading melanoma:** آکانتوز خفیف، نست هایی از سلول های ملانوسیتی بدخیم، آتیپی ژنرالیزه، انتشار پاژتوئید، وجود آماس در درم.
- ❖ **Nodular melanoma:** ندول قهوه ای رنگ حاصل تجمع ملانوسیت های آتیپیک بدون پوشش اپی تلیوم (مهم) در همین وجود اپی تلیوم است. **Superficial spreading melanoma*****نکته:** تفاوت آن با
- ❖ **Acral lentiginous melanoma:** از انواع ملانوم در نواحی آکرال (مثل کف پا و...) که در آسیایی ها شایعتر است.

دارای آکانتوز شدید، هیپرپلازی لنتیجنوس، آتیپی در جانکشن

***توجه:** در اینجا تمام این انواع در فاز رادیال بحث شد.



📖 **رایبِنز:** ملانوم پوست معمولاً بدون علامت است، اگرچه ممکن است اولین علامت خارش باشد؛ مهمترین علامت بالینی تغییر رنگ یا اندازه ی یک ضایعه پیگمانته است. علائم بالینی هشدار دهنده ملانوم عبارتند از:

✓ بزرگ شدن سریع یک خال قدیمی

✓ خارش یا درد یک ضایعه

✓ بروز یک ضایعه پیگمانته جدید در بزرگسالی

✓ نامنظمی کناره های یک ضایعه پیگمانته

✓ وجود رنگ های مختلف در یک ضایعه پیگمانته

این اصول به شکل ABC های ملانوم بیان می شوند: (a) غیر قرینگی (asymmetry)؛ (b) حاشیه (border)؛ (c) رنگ (color)؛ (d) قطر (diameter) و (e) تغییر (evolution)

📌 تومورهای ضمائم پوست

تمام ضمائم پوست از جمله انواع غدد عرق، فولیکول مو، عروق، غدد سباسه، عصب، عضله و... تومور خوش خیم و بدخیم دارند که در اینجا به سه نمونه بسنده می کنیم.

🌸 **Tricoepithelioma:** فولیکول مو را درگیر می کند. توده ای است از سلول های بازوفیل با حدود مشخص و پاليساد هسته ای که در تشخیص افتراقی با BCC قرار می گیرد؛ وجه تمایز آن وجود کیست های شاخی و فولیکول های اولیه مو است که تمایز مو را نشان می دهد. (مهم)

🌸 **Sebaceous adenoma:** به شکل یک پاپول زرد رنگ بیشتر روی پوست سر و صورت که در میکروسکوپی لوبول های چربی سباسه دیده میشود.

🌸 **Syringoma:** توموری خوش خیم از غدد عرق Ecrine به شکل پاپول های ریز متعدد زیر پلک تحتانی که در میکروسکوپ، مجاری دو لایه ی غدد عرق دیده می شود.

آیا می دانید؟! 69% مواردی که در جزوه آمده در رایبِنز وجود ندارد!!!

"عده ای مثل قرص جوشانند؛ در یک لیوان آب که بیاندازیشان طوری غلیان کرده و کف می کنند که سر می روند اما کافیس کمی صبر کنی بعد می بینی که از نصف لیوان هم کمترند." دکتر شریعتی

✍ نگارش و تایپ: آتنا علی آبادی و فاطمه زارع

