

## سرطان پوست

دکتر یحیی دولتی، دکتر علیرضا خاتمی

مقدمه 

سرطان‌های پوست از شایعترین انواع سرطان‌های انسانی هستند و یکی از مطالعات نشان می‌دهد که سالانه یک میلیون مورد جدید از سرطان غیر ملانومی در آمریکا تشخیص داده می‌شود (۱). مطالعات در کشورمان نیز نشان می‌دهند که سرطان‌های پوست به تنهایی از ۵/۲٪ تا ۳۲/۷٪ کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهند (۳-۲). شیوع سرطان‌های پوست در دهه‌های اخیر رو به افزایش بوده و از آنجایی که بیشتر این سرطان‌ها ناشی از تماس مکرر با نور خورشید است، تغییرات جوی و از جمله تغییر در ضخامت لایه محافظ ازون همراه با تغییر در عادات‌های فردی و اجتماعی می‌تواند این افزایش را توجیه نماید (۴). با این حال، به دلیل آنکه سرطان‌های پوست در مجموع درصد کوچکی از مرگ و میر ناشی از کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهند این افزایش خیلی مورد توجه قرار نگرفته است.

اختلال در تقسیم و تمایز سلولی وجه مشخصه تمام انواع سرطان‌ها است و با توجه به آنکه انواع مختلفی از سلول‌ها در بافت پوست و زیر پوست یافت می‌شوند که هر یک از آنها می‌تواند منشا ایجاد سرطان باشد، طیف وسیعی از تومورها با منشا سلول‌های اپیدرمی، سلول‌های رنگدانه ساز (ملانوسیت‌ها)، فولیکول‌های مو، غدد عرق و سباسه، بافت همبندی، عروق خونی و لنفاوی و چربی زیر جلدی می‌توانند در پوست ایجاد شوند. همچنین پوست می‌تواند محل متاستاز تومورهای ارگان‌های دیگر نیز باشد که البته تومورهای متاستاتیک در پوست شیوع بسیار کمی دارند. مهمترین و شایعترین تومورهای پوست را می‌توان به دو گروه یکی از منشا اپیدرم (سرطان‌های پوستی غیر ملانومی<sup>i</sup>) شامل بازال سل کارسینوم<sup>ii</sup> و اسکواموس سل کارسینوم<sup>iii</sup> و دیگری یگری از منشا ملانوسیت‌ها (ملانوم بدخیم<sup>iv</sup>) تقسیم بندی کرد.

سرطان‌های پوستی غیر ملانومی 

بازال سل کارسینوم و اسکواموس سل کارسینوم شایعترین تومورهای بدخیم پوست می‌باشند. در دو مطالعه که بر روی انواع تومورهای پوست در اهواز و یزد صورت گرفته است. بازال سل کارسینوم به ترتیب ۶۷٪ و ۷۷٪ و اسکواموس سل کارسینوم نیز به ترتیب ۲۷٪ و ۱۷/۶٪ از کل تومورهای پوست را تشکیل می‌داده اند (۵ و ۲)، هر دو نوع سرطان از سلول‌های اپیدرمی منشا می‌گیرند و وجوه مشترکی از نظر اپیدمیولوژی و سرطانزایی دارند. پیش آگهی در هر دو نوع در بیشتر موارد خوب است، اگر چه اسکواموس سل کارسینوم تمایل بیشتری به متاستاز نشان می‌دهد.

<sup>i</sup> - Non-Melanocytic Skin Cancers (NMSC)<sup>ii</sup> - Basal Cell Carcinoma (BCC)<sup>iii</sup> - Squamous Cell Carcinoma (SCC)<sup>iv</sup> - Malignant Melanoma

## عوامل سبب شناختی

**اشعه فرا بنفش خورشید** - مهمترین عامل سرطانزا برای پوست اشعه فرا بنفش است و هر چه میزان تابش این اشعه بر روی سطح پوست بیشتر باشد، شیوع این سرطان‌ها نیز افزایش می‌یابد. البته به نظر می‌رسد الگوهای تابش نور آفتاب بعنوان عامل خطر در ایجاد بازال سل کارسینوم و اسکواموس سل کارسینوم پوست متفاوت باشند. مطالعات نشان می‌دهند که عرض جغرافیایی منطقه زندگی ارتباط مشخصی با بروز سرطان پوست دارد. بدین ترتیب که در عرض‌های جنوبی‌تر موارد سرطان پوست بیشتر است. همچنین تماس شغلی با آفتاب یکی عامل خطر مهم برای پیدایش این گروه از سرطان‌های پوست است. فعالترین بخش اشعه فرا بنفش خورشید در این رابطه در طیف UVB (طول موج‌های ۲۹۰ تا ۳۲۰ نانومتر) است. اشعه فرا بنفش خورشید نه تنها سبب آسیب به DNA می‌شود و سلول‌های نوپلاستیک را ایجاد می‌کند، بلکه سبب اختلال در مکانیسم‌های دفاعی ایمنی شناختی نیز می‌گردد که به طور طبیعی از پیدایش چنین سرطان‌هایی جلوگیری می‌کنند. بنابر این مهمترین اقدامی که هر کس می‌تواند برای کاهش خطر ابتلا به سرطان پوست انجام دهد، کاستن از تماس با اشعه فرا بنفش از طریق استفاده از لباس‌های محافظ و مصرف ضد آفتاب موضعی است.

**زمینه ارثی** - شیوع سرطان‌های غیر ملانومی در افراد سفید پوست در مقایسه با سیاهپوستان و رنگین پوستان بیشتر است. همچنین فوتوتیپ‌های خاصی نسبت به این گونه سرطان‌ها مستعدترند. این گروه افراد به طور معمول براهتی در تماس با نور آفتاب دچار سوختگی شده، بندرت برنزه می‌شوند. بعلاوه پوست بیشتر آنها روشن همراه با کک و مک است و موهای روشن و چشمان آبی یا سبز دارند.

**عوامل سرطانزای شیمیایی** - ترکیب قطران و روغن‌های معدنی که در زمره مواد شیمیایی موجود در محیط کار هستند در پیدایش سرطان‌های اپیدرمی دحالت دارند. همچنین تماس فرد با آرسنیک از طریق آلودگی منابع آب، داروها و حشره کش‌ها نیز سبب پیدایش این سرطان‌ها می‌شود.

**مهار سیستم ایمنی** - بیماری‌هایی که دچار نقص ایمنی هستند، به دلیل مصرف داروهای مهار کننده سیستم ایمنی (مانند دریافت کنندگان پیوند) و یا به علت بیماری‌های زمینه‌ای، مانند لوسمی منوسیتیک مزمن، در خطر ابتلا به سرطان‌های پوستی غیر ملانومی می‌باشند. آمارها یک افزایش ۵۰ برابری را در میزان بروز اسکواموس سل کارسینوم و ۵ برابری را در مورد بازال سل کارسینوم در دریافت کنندگان پیوند کلیه در مقایسه با جمعیت عمومی نشان می‌دهند (۱).

**سن و جنس** - میزان بروز تمام انواع سرطان‌های پوست با افزایش سن به طور مشخصی افزایش می‌یابد بررسی‌های انجام شده در ایران موید آن است که میانگین سنی برای تومورهای اپیدرمی در حدود ۶۰ سالگی است. همچنین تومورهای غیر ملانومی در مردان شایعتر از زنان است (۱۰ - ۸ و ۶).

**عوامل دیگر** - از قبیل تماس با اشعه یونیزان، وجود برخی نقایص و بیماری‌های ژنتیکی، عوامل ویروسی، اسکارها به خصوص اسکار سوختگی و التهاب‌های مزمن نیز می‌توانند زمینه ساز پیدایش و رشد این تومورها باشند.

## بازال سل کارسینوم

### تعریف

بازال سل کارسینوم که به نام‌های بازیلوم و بازال سل اپیتلیوم نیز خوانده می‌شود تومور بدخیمی است که به ندرت متاستاز می‌دهد. منشأ اصلی تومور از سلول‌های ناحیه بازال اپیدرم و ضمایم پوست بوده و در انواع تیبیک منظره آسیب شناسی تومور به همراه استرومای اطراف آن بسیار مشخص می‌باشد.

### اپیدمیولوژی

بازال سل کارسینوم شایعترین تومور بدخیم نر سفید پوستان است. شیوع آن با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد به گونه‌ای که بیش از ۷۵٪ موارد بعد از چهل سالگی دیده می‌شود و ۹۵٪ از مبتلایان بین ۴۰ تا ۷۹ سال دارند. در مردان شایعتر از زنان است و بررسی‌های انجام شده در چند استان کشور نشان می‌دهد که میزان ابتلا در مردان ۱/۵ برابر زنان است در یکی از مطالعات

انجام شده در ایران ۶۲٪ مبتلایان بازال سل کارسینوم مرد و بقیه زن بودند (۸). مطالعه‌هایی که در نقاط مختلف دنیا از جمله کشور ما انجام شده است نشان می‌دهد بروز بازال سل کارسینوم در سالهای اخیر افزایش یافته است. مطالعه جیلز و همکاران در استرالیا به یک افزایش ۱۱ درصدی در بروز این سرطان در مدت ۵ سال دلالت دارد (۱). در یکی از مطالعات انجام شده در ایران نیز افزایش ۴/۹ درصدی در بروز بازال سل کارسینوم را نشان داده است (۱۱). افرادی که تماس شغلی با آفتاب دارند (به خصوص کشاورزان) و نیز کسانی که چهره کک و مکی دارند، بیشتر مستعد ابتلا به این تومور هستند (۱). بازال سل کارسینوم در نواحی که در معرض نور قرار دارند بیشتر مشاهده می‌گردد ولی میزان انتشار آن از تماس بیشتر با نور تبعیت نمی‌کند، به این صورت که در پشت دست و لاله گوش چندان شایع نیست ولی در پلک، کنار چشم و پشت گوش به طور شایع مشاهده می‌گردد. اخیراً نشان داده شده است که آفتاب سوختگی‌های متناوب و شدید بیش از تماس مداوم با آفتاب در ایجاد بازال سل کارسینوم دخالت دارد. به احتمال زیاد عوامل موضعی نظیر نوع و تراکم فولیکول‌های پیلوسباسه در نحوه انتشار تومور دخالت دارند. به نظر می‌رسد افرادی که پوست چرب دارند نسبت به بروز کارسینوم بازال سل مقاومتر هستند (۴).

### علائم بالینی

بازال سل کارسینوم دارای چندین شکل بالینی مشخص است. در شایعترین شکل آن که شکل ندولر است، ضایعه به صورت یک پاپول یا ندول براق و شفاف تظاهر می‌کند که در سطح آن تالانژکتازی ظریف دیده می‌شود. به طور معمول، یک فرورفتگی مرکزی در ضایعه ایجاد می‌شود که با پیشرفت بیماری به زخمی با حاشیه برجسته و براق تبدیل می‌شود. این ضایعه‌ها رشدی بسیار آهسته داشته، به طور معمول بجز تشکیل دلمه در سطح یا خونریزی به دنبال آسیب‌های جزئی علامت دیگری ایجاد نمی‌کنند. رنگ ضایعه متفاوت از رنگ پوست نبوده، در بیشتر موارد کمی روشنتر است. ضایعه‌ها به طور معمول هیچگونه درد و حساسیت حتی در صورت زخمی شدن، نشان نمی‌دهند. یک زیر گروه از این نوع سرطان به نام اولسر رودنت خوانده می‌شود. در این نوع ضایعه در حاشیه تومور اندوراسیون (سفتی) نسبی وجود دارد که بر آمده‌تر از اطراف است و به شکل یک زخم عمیق به ویژه در چین بینی - لبی (نازولابیال) دیده می‌شود. نوع مورفه‌ای شکل شایع نیست. علت این نام گذاری شباهت بالینی تومور به مورفه آ است که به علت وجود استرومای فیبروتیک ایجاد می‌شود و باعث می‌شود ضایعه به شکل یک پلات سفت تظاهر کند. در این نوع، حاشیه تومور از نظر بالینی مشخص نیست، زخمی شدن سطح ضایعه شایع نیست و در بیشتر موارد تا به اندازه بزرگ نرسد تشخیص داده نمی‌شود. نوع سطحی بازال سل کارسینوم بیشتر در تنه مشاهده می‌شود و ممکن است منفرد یا متعدد باشد. شکل بالینی آن به صورت یک پلات قرمز و پوسته دار است که در بررسی دقیق یک حاشیه نخ مانند (thread like) دارد. شکل پیگمانته مشابه شکل ندولر است با این تفاوت که در سطح ضایعه مناطقی به رنگ سیاه و یا قهوه ای دیده می‌شود. تمام انواع بازال سل کارسینوم تمایل کمی برای متاستاز دارند، ولی قادر به تهاجم موضعی وسیع و عمیق بوده، می‌توانند تا بافت‌های زیرین و حتی استخوان گسترش پیدا کند (۱، ۴، ۱۲).

### تشخیص

به دلیل شکل مشخص تومور، ۷۰٪ ضایعه‌ها به طور بالینی قابل تشخیص می‌باشند. انجام بیوپسی و بررسی هیستوپاتولوژیک در تمام موارد مشکوک ضرورت دارد.

### درمان

درمان قطعی برداشتن کامل تومور است. نوع مورفه ای شکل و نیز انواعی که چین بینی - لبی، غضروف، استخوان و یا ناحیه چشم را گرفتار کرده اند پیش آگهی بدتری دارند. روش‌های دیگر درمان نظیر سرما درمانی، کورتاژ، پرتودرمانی، استفاده از داروهای سائیتوکسبیک و فتودینامیک ترابی در انواع سطحی و در افراد مسن که قادر به تحمل جراحی نیستند، توصیه می‌شود. در مواردی که تومور از انواع مورفه آ شکل یا مهاجم باشد و یا قطر آن بیشتر از ۵ میلی متر باشد و روی صورت قرار گرفته باشد توصیه می‌شود از روش جراحی میکروگرافیک Mohs برای درمان ضایعات استفاده شود (۴).

## اسکواموس سل کارسینوم

### تعریف

اسکواموس سل کارسینوم، تومور بدخیم از منشا کراتینوسیت‌های اپیدرم است.

### اپیدمیولوژی

اسکواموس سل کارسینوم دومین تومور شایع پوست است و حدود ۲۰٪ تومورهای پوست را تشکیل می‌دهد. میزان بروز تومور با افزایش سن افزایش یافته و در مردان نیز شایعتر از زنان می‌باشد در یکی از مطالعات یک افزایش ۵۰ درصدی بر بروز این نوع سرطان پوست در یک دوره ۵ ساله نشان داده شده است. در ایران نسبت ابتلا در مردان ۱/۵ برابر زنان بوده و در نیمه دوم عمر بیشتر دیده می‌شود (۶). اشعه فرا بنفش آفتاب نقش اساسی در پیدایش ضایعه دارد. علاوه بر آن شواهد متعددی بیانگر نقش ویروس پاپیلومای انسانی در ایجاد برخی از اشکال اسکواموس سل کارسینوم است (۱). در بیمارانی که ضعف سیستم ایمنی دارند چه به صورت ایاتروژنیک (مانند دریافت کنندگان پیوند)، و چه به علت بیماری‌های زمینه‌ای مانند لوسمی، خطر اسکواموس سل کارسینوم افزایش می‌یابد. بیماری‌ها و آسیب‌های موضعی متعددی می‌توانند زمینه‌ساز بروز اسکواموس سل کارسینوم گردند که از آن جمله می‌توان به آسیب‌های حرارتی، زخم‌ها و مجاری سینوسی مزمن، لوپوس ولگاریس، لوپوس اریتماتوس، اوستئومیلیت و هیدرآدنیت سوپراتیو اشاره نمود. تعدادی از اختلال‌های ژنتیکی مانند گزردرماپیگمنتوزوم، اپیدرمولیزبولوزای دیستروفیک و آلبینیسم نیز می‌توانند زمینه‌ساز پیدایش اسکواموس سل کارسینوم باشند (۱، ۴).

### علائم بالینی

شکل مشخص تومور به صورت یک پاپول، ندول و یا پلاگ هیپرکراتوتیک و به رنگ پوست است و در نواحی ای که آسیب آفتابی شدید است، ظاهر می‌شود. میزان اریتم ضایعه متغیر بوده به شدت پاسخ التهابی به نئوپلاسم بستگی دارد. اولین علامت بدخیمی اندوراسیون (سفتی) است. ضایعه ممکن است به شکل یک پلاک زگیلی، تومور یا زخم نیز دیده شود، ولی وجه اشتراک میان تمام شکل‌های آن، اندوراسیون است. در اعضای متحرک نظیر لب و نواحی تناسلی بشکل یک زخم راجعه با دوره‌های خونریزی و بهبودی نسبی تظاهر می‌کند. شایعترین محل گرفتاری در پوست به طور واضح از نواحی که بیشترین تماس را با نور دارند تبعیت می‌کند مانند پشت دست‌ها، قسمت فوقانی صورت، لب تحتانی و لاله گوش. بستر ناخن محل شایع این نوع تومور نبوده گاه تا بروز علائم پرتو شناختی در بند انتهایی انگشتان تشخیص داده نمی‌شود (۱، ۴، ۱۳).

### تشخیص

در موارد وجود یک تومور سفت در پوست آسیب دیده توسط آفتاب یا اشعه x تشخیص راحت است. در صورت تردید بهترین و ساده‌ترین راه، بیوپسی است.

### درمان

روش‌های مختلفی برای درمان ذکر شده است، از جمله جراحی، تخریب موضعی، سرما درمانی و پرتو درمانی، ولی به عنوان یک قانون کلی تومورهای با دیفرانسیاسیون بالا با جراحی و تخریب موضعی و تومورهای با دیفرانسیاسیون کمتر با جراحی و پرتو درمانی درمان می‌شوند. در درمان مواردی از کارسینوم اسکواموس سل که پرخطر محسوب می‌شوند استفاده از عمل جراحی میکروگرافیک Mohs می‌تواند سودمند باشد (۴).

### پیشگیری

توجه به پیشگیری از تومورهای پوست اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد، زیرا این تومورها از شیوع بالایی برخوردار بوده و چنانچه در مراحل اولیه شناسایی شوند، درمان مناسب در بیشتر موارد منجر به بهبود کامل خواهد شد. ولی درمان ضایعه‌های پیشرفته نیازمند استفاده از روش‌های مشکل‌تر و پرهزینه‌تر هستند و می‌توانند منجر به ایجاد عوارض و حتی مرگ بیمار شوند. نکته‌های اساسی در این مورد عبارتند از:

- آموزش عمومی در باره آثار آفتاب و اشعه فرابنفش آن در پیدایش تومورهای پوست و تشویق به محافظت بیشتر در مقابل آن از طریق استفاده از لباس‌های محافظ و مصرف ضد آفتاب به ویژه از ابتدای زندگی.
- شناسایی گروه‌های در معرض خطر (که پیش از این به آنها اشاره شده است) و آموزش به آنها در رابطه با علایم اولیه سرطان‌های پوست و همچنین انجام معاینه تمام پوست به طور منظم توسط خود بیمار و به طور دوره ای توسط پرسنل پزشکی.
- درمان ضایعه‌های پیش سرطانی و عفونت‌ها و التهاب‌هایی که به عنوان عوامل خطر ایجاد بدخیمی پوست مطرح هستند.
- پیگیری منظم بیمارانی که به سرطان پوست مبتلا بوده و درمان شده اند در این پیگیری‌ها لازم است بیمار هم از نظر عود موضعی و هم از نظر بروز ضایعه‌های اولیه جدید تحت معاینه قرار گیرد. علت این امر آن است که شیوع سرطان پوست در این گروه بیشتر از جمعیت عمومی است.

## ☒ ملانوم بدخیم

### تعریف

توموری است بدخیم از منشا ملانوسیت‌های اپیدرم که عامل بیشترین مرگ و میر ناشی از سرطان‌های پوست می‌باشد.

### اپیدمیولوژی

ملانوم بدخیم ۱٪ تومورهای پوست را تشکیل می‌دهد ولی عامل ۶۰٪ مرگ و میر ناشی از سرطان‌های پوست می‌باشد. در طی چهاردهه گذشته بروز ملانوم در تمام دنیا افزایش یافته است و در حال حاضر بالاترین میزان بروز در استرالیا است که به میزان ۴۰ مورد جدید در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در سال می‌باشد. بر اساس یکی از مطالعات انجام شده میزان بروز این نوع سرطان پوستی در ایالات متحده آمریکا نیز عددی مشابه بوده است (۱). آمارهای کشور ما نیز نشان می‌دهد که حدود ۱ تا ۴٪ کل سرطان‌های پوست را ملانوم تشکیل می‌دهد (۲، ۷). این تومور قبل از بلوغ بسیار نادر بوده، در صورت ایجاد در نیمی از موارد بر روی خال‌های ملانوسیتیک مادرزادی بزرگ ظاهر می‌شود. از دهه دوم عمر به بعد بتدریج بر میزان بروز آن افزوده می‌شود. سن متوسط ظهور بیماری ابتدای دهه ششم است.

از نظر توزیع جنسی، با اینکه در برخی از نقاط دنیا ملانوم در زنان مختصری شایعتر است (۱)، در کشور ما به طور مساوی در هر دو جنس دیده می‌شود (۷). به طور کلی در مردان شایعتر از زنان است و در آمریکا در سفید پوستان ۱۵ مرتبه شایعتر از سیاهپوستان است. بیماری در افراد با وضعیت اقتصادی - اجتماعی خوب بیشتر دیده می‌شود، ولی در گروه‌های با وضعیت اقتصادی پایین، میزان مرگ و میر ناشی از آن بیشتر است (۱). بقای ۵ ساله ملانوم بر اساس مرحله بیماری متفاوت است. مجموعه ای از عوامل ارثی و محیطی در پیدایش ملانوم بدخیم دخالت دارند.

### عوامل فطر فودی

سفید پوستان ۳ برابر بیشتر از رنگین پوستان دچار ملانوم می‌شوند. در گروه‌های کم خطر اکثر ملانوم‌ها در کف دست و پا ظاهر می‌شوند. در میان سفید پوستان افراد با موهای قرمز، چشمان آبی و چهره کک و مک که در مواجهه با آفتاب به راحتی دچار آفتاب سوختگی می‌شوند و بندرت تیره می‌گردند، در معرض خطر بیشتری هستند همچنین تعداد و نوع خال‌های ملانوسیتیک در یک فرد، عامل خطر مهمی برای پیدایش ملانوم شناخته شده است، زیرا در ۲۰ الی ۵۰٪ موارد، ملانوم بر روی این خال‌ها ایجاد می‌گردد. مهمترین عامل خطر برای اینکه یک فرد به ملانوم بدخیم وجود خال‌های ملانوسیتیک آتی بیک همراه سابقه خانوادگی ابتلا به ملانوم بدخیم می‌باشد. سابقه خانوادگی ابتلا به ملانوم بدخیم خطر ابتلا به این بیماری را ۲ تا ۸ مرتبه افزایش می‌دهد (۴).

### عوامل فطر محیطی

اشعه فرابنفش خورشید مهمترین عامل خطر محیطی است و میزان بروز بیماری با نزدیک شدن به خط استوا در گروه‌های

مستعد افزایش می‌یابد. بیشتر شواهد نشان می‌دهند که تماس‌های متناوب و شدید با آفتاب بیش از تماس طولانی و مداوم در پیدایش بیشتر ملانوم دخالت دارد و بعلاوه پژوهشگران ارتباطی بین آفتاب سوختگی منجر به ایجاد تاول در کودکان و نوجوانان با افزایش بروز ملانوم در سال‌های بعدی زندگی را گزارش کرده‌اند (۱۳). در یک مطالعه مورد - شاهد نشان داده است که مصرف طولانی قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری ممکن است با افزایش خطر ملانوما همراه باشد (۱۴).

## انواع بالینی

چهار شکل اصلی بیماری در پوست عبارتند از:

**ملانوم بدخیم لنتیگویی<sup>i</sup>** - این شکل ملانوم به طور شایع در صورت و گردن افراد مسن دیده می‌شود. حدود ۵٪ تا ۱۵٪ ملانوم را تشکیل می‌دهد و در مقایسه با سایر اشکال، کمترین بدخیمی را دارد. زیرا مرحله رشد مهاجم آن سال‌ها بعد از پیدایش ضایعه اولیه آغاز می‌گردد.

لنتیگویی بدخیم به صورت یک ضایعه مسطح پیگمانته است که به آرامی گسترش پیدا می‌کند. رنگ ضایعه ممکن است از قهوه ای کم رنگ تا سیاه متغیر باشد و گاهی در داخل آن نواحی پر رنگ قرمز، آبی، خاکستری یا سفید مشاهده می‌شود. حدود آن نامنظم بوده و بیشتر رنگدانه دار است. زمانی که رشد مهاجم تومور به داخل درم زیرین آغاز شود، یک ناحیه ضخیم شدگی یا ندول ایجاد می‌شود (۱، ۴، ۱۲، ۱۵).

**ملانوم بدخیم سطحی<sup>ii</sup>** - شایعترین شکل ملانوم است و نزدیک به ۷۰٪ موارد بیماری را تشکیل می‌دهد. حداکثر شیوع سنی آن در دهه چهارم است و محل آن به طور عمده در تنه (به خصوص پشت) و یا اندام‌های تحتانی است. شروع آن به صورت یک ضایعه پیگمانته مسطح است که ممکن است قابل لمس باشد. حدود آن نامنظم است و رنگ آن یکنواخت نیست و می‌توان سایه‌های مختلف از قهوه ای همراه با نقاط تیره به رنگ‌های قرمز، آبی و ارغوانی را در داخل آن تشخیص داد. در این شکل نیز با شروع مهاجم ندول ایجاد می‌شود (۴، ۱۵).

**ملانوم بدخیم لنتیگویی انتهایی<sup>iii</sup>** - این شکل در مجموع ۵٪ تا ۱۰٪ تمام ملانوم‌ها را تشکیل می‌دهد، ولی در شرقی‌ها و سیاهپوستان شایعترین شکل بیماری است (۱). در مطالعه ای که در استان یزد صورت گرفته است، شکل انتهایی شایعترین شکل ملانوم بوده و ۳۲/۱٪ موارد را تشکیل داده و شایعترین محل ضایعه نیز در اندام‌های تحتانی بوده است (۱/۳۵٪) (۵). این شکل از بیماری به طور عمده در کف دست و پا، سطوح مخاطی و زیر ناخن‌ها ایجاد می‌شود. ضایعه‌ها در ابتدا به صورت وصله‌های نامنظم، مسطح و پیگمانته است، اما برخلاف لنتیگویی بدخیم، شروع رشد مهاجم و ایجاد ندول خیلی سریع است. ملانوم زیر ناخن نیز به طور عمده در انگشتان شست دست و پا دیده می‌شود و بیشتر در زیر ناخن به صورت یک نوار قهوه ای تظاهر می‌کند و با پیشرفت بیماری ضایعه سبب تخریب صفحه ناخن می‌شود (۱، ۱۵).

**ملانوم بدخیم ندولر<sup>iv</sup>** - شکل ندولر ۱۵٪ تا ۳۰٪ کل موارد ملانوم را تشکیل می‌دهد و بدخیمترین شکل بیماری است. در این شکل از ابتدا یک ندول ایجاد می‌شود که بیشتر خونریزی می‌کند. رنگ ندول در بیشتر موارد تیره است، اما ممکن است به رنگ قرمز یا ارغوانی و عاری از پیگمانته باشد در بیشتر موارد حدود ضایعه نامنظم است و در نتیجه پیشرفت بیماری سطح آن زخمی می‌شود. تشخیص شکل ندولر از سایر اشکال مشکل‌تر است (۴، ۱۵).

## تشخیص

به دلیل آنکه ملانوم یک تومور بدخیم قابل رویت است، تشخیص زودرس آن اهمیت قابل ملاحظه ای در درمان و سرنوشت نهایی بیمار دارد. تظاهر شایع در سیر انواع ملانوم عبارت است از وجود یک ضایعه پیگمانته در حال تغییر و یا پیدایش یک ضایعه پیگمانته که شباهتی به خال‌های معمولی در سایر نواحی بدن بیمار ندارد. تغییرهایی که در ضایعه‌های پیگمانته ایجاد می‌شوند، به ویژه زمانی از نظر بدخیمی مهم هستند که در عرض چند هفته تا چند ماه ایجاد شوند و تغییرهایی که در مدت چند

<sup>i</sup> - Lentigo maligna melanoma

<sup>ii</sup> - Superficial spreading malignant melanoma

<sup>iii</sup> - Acral lentiginous malignant melanoma

<sup>iv</sup> - Nodular malignant melanoma

روز ایجاد شده اند اهمیت کمتری دارند، زیرا این تغییرها بیشتر به علت عفونت یا تروما می‌باشند و البته باید بخاطر داشت برخی بیماران متوجه تغییر در ضایعه‌های پیگمانته یا پیدایش ضایعه پیگمانته جدید نمی‌شوند (۱). یک راهنمای سریع برای شک به ملانوم در هر ضایعه پیگمانته عبارت است از ارزیابی معیارهای ABCD در آن به این شرح (۱، ۴):

A Asymmetry	غیر قرینه بودن
B Border irregularity	نامنظم بودن حاشیه
C Color variability	عدم یکنواختی رنگ
D Diameter > 6 <sup>mm</sup>	قطر بیش از ۶ میلی متر

به منظور بهینه ساختن حساسیت و ویژگی معیارهای قبلی، توصیه شده است حرف E مخفف واژه انگلیسی Enlargement به معنی بزرگتر شدن ضایعه نیز به معیارهای قبلی افزوده گردد (۱۵).

طبق تقسیم‌بندی گلاسکو ۷ علامت مهم وجود دارد که شامل دو گروه اصلی و فرعی می‌باشد (۱۶). علایم اصلی: تغییر در اندازه، رنگ، شکل؛ علایم فرعی: قطر بیش از ۷ میلی متر و وجود التهاب، ترشح یا خونریزی و خارش.

باید توجه داشت حتی متخصصان خبره نیز تا یک سوم موارد در تشخیص بالینی ملانوم اشتباه می‌کنند بنا بر این، در موارد مشکوک باید از بیوپسی و بررسی هیستوپاتولوژیک برای رسیدن به تشخیص بهره گرفت. اگر چه ادعا می‌شود با استفاده از درماتوسکپ درستی تشخیص ملانوم بدخیم توسط فرد مجرب تا حدود ۹۵٪ افزایش می‌یابد، شواهد اندکی از این که درماتوسکپ به عنوان یک ابزار تشخیصی از چشم غیر مسلح کارایی بیشتری در تشخیص ملانوما و سرطان‌های پوست داشته باشد در دست است (۱۴، ۱۵).

### درمان

بهترین روش جراحی است که میزان برداشت از حاشیه و عمق تومور بستگی به قطر ضایعه، میزان تهاجم تومور و نیز محل و موقعیت آن دارد.

### پیش آگهی

احتمال متاستاز و یا مرگ ناشی از ملانوم متناسب با حجم تومور اولیه است. یک روش مناسب برای تخمین حجم تومور، اندازه گیری ضخامت آن در اسلایدهای هیستوپاتولوژیک است (۱). هر چه این ضخامت بیشتر باشد، احتمال متاستاز بیشتر و پیش آگهی بدتر است به عنوان مثال شانس بقای ۵ ساله فردی که ضایعه او ضخامت کمتر از ۰/۷۵ میلی‌متر دارد ۹۶٪ و میزان این شاخص در فردی با ضخامت تومور بیشتر از ۴ میلی متر به حدود ۴۷٪ می‌رسد. در افرادی که ضایعه ملانوم آنها منجر به ایجاد متاستاز دور دست و یا احشایی شده است شانس بقای ۵ ساله بین ۰ تا ۵٪ می‌شود (۱۷).

همچنین محل آناتومیک تومور نیز در پیش آگهی دخالت دارد و به عنوان مثال ملانوم بدخیم تنه، سطوح مخاطی، کف دست و پا، پوست سر و ناحیه تناسلی پیش آگهی خوبی ندارد. پیش آگهی ملانوم بدخیم بدون اولسر بهتر از ضایعه‌ی دارای زخم بوده، پیش آگهی این سرطان در زنان بهتر است (۴، ۱۷).

### پیشگیری

وجود اختلاف قابل ملاحظه بین مرگ ناشی از بیماری پیشرفته و متاستاتیک و بهبود ناشی از یک ملانوم با ضخامت کم، اهمیت پیشگیری و شناسایی زودرس بیماری را به طور کامل آشکار می‌کند. نکته مهم در تشخیص زود رس ملانوم و همین طور سایر تومورهای پوستی در این است که این تومورها شایع بوده و در پوست که عضوی در دسترس می‌باشد ایجاد می‌شوند. در مراحل اولیه با پیش آگهی بسیار خوب همراه هستند و آزمایش غربالگری آنها که معاینه توسط یک فرد مجرب بوده، غیر تهاجمی بوده بیش از چند دقیقه وقت نمی‌گیرد و قابل اعتماد است (۴). بهترین راه برای پیشگیری از تومورهای پوستی، آموزش علایم اولیه سرطان‌های پوست، آگاه ساختن افراد از ارتباط آنها با آفتاب و در کنار شناساندن علایم خطر در خال‌ها و شناسایی گروه‌های در معرض خطر است. این آموزش هم در مورد کل جامعه و هم برای گروه‌های پزشکی ضروری است. در حال حاضر توصیه می‌شود افراد در معرض خطر تماس خود را با نور آفتاب کاهش دهند، از ضد آفتاب استفاده کنند و به طور مرتب تمام پوست خود را معاینه کنند و در صورت پیدایش هر گونه ضایعه مشکوک بلافاصله به پزشک مراجعه نمایند. همچنین باید به

خاطر داشت که ۱۰٪ بیماران با ملانوم، ممکن است به یک ملانوم اولیه دیگر نیز مبتلا شوند، بنابراین اقدام‌های محافظتی و پیشگیری کننده می‌باید با جدیت در این گروه اعمال شود.

## منابع

- 1- Burns T, Breathnach S, Cox N, Criffiths G (editors). Rook's textbook of dermatology. Oxford. Blackwell Science, 2004.
- ۲- زمانیان: " بررسی گذشته نگر اسکواموس سل کارسینوما در بیماران بیوپسی شده در بخش پوست بیمارستان سینای همدان "
- 3- Mohagheghi MA, Musavi Jarrahi A, Shariat – Torbaghan SI, Zaraati H. Annual report of the TUMS–District Cancer Registry on 1376 ASH (1997), The Cancer Institute Publication No 7 , 1378 ASH , 1999.
- 4- Arndt KA, Le Boit P, Robinson JK, Wintroub BU (editors). Cutaneous Medicine and Surgery. Philadelphia, WB Saunders, 1996.
- ۵- طاهر، گ: " بررسی فراوانی کانسره‌های پوست در استان یزد " پایان نامه دوره دکترای عمومی، دانشکده پزشکی یزد.
- ۶- مرونی، ح ; کرامتی، ع: " بررسی فراوانی کانسره‌های پوست و مقایسه آن با دیگر کانسرها در استان یزد " پایان نامه دوره دکترای عمومی، دانشکده پزشکی یزد.
- ۷- ایوانی منش، ن: " بررسی کلینیکو پاتولوژیک تومورهای بدخیم سیستم ملانیک پوست از سال ۱۳۶۲ تا پایان سال ۱۳۷۳ بر حسب نمونه‌های موجود در بخش آسیب شناسی بیمارستان شهید دکتر رهنمون یزد " پایان نامه دوره دکترای عمومی، دانشکده پزشکی یزد.
- ۸- خاتمی، ع: " بررسی فراوانی زیر گروه‌های هیستوپاتولوژیک سرطان سلول قاعده ای (BCC) پوست و محل قرارگیری ضایعات در مبتلایان به BCC پوست در انستیتو کانسر در سال ۱۳۷۷ " پایان نامه دوره تخصصی پوست، دانشکده پزشکی ایران ۸۱ – ۱۳۸۰.
- ۹- نراقی، م م: " بررسی فراوانی نسبی انواع پاتولوژیک کارسینوم سلول بازال در بیماران مبتلا به کارسینوم سلول بازال مراجعه کننده به بیمارستان رازی از تاریخ ۷۵/۱/۱ الی ۷۹/۱/۱ " پایان نامه دوره دکترای پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی تهران ۱۳۷۹.
- ۱۰- رضایی، آ: " بررسی فراوانی نسبی انواع اپی تلیومای بازوسلولر، انواع کلینیکی و پاتولوژیک آن و رابطه آنها با هم در بیماران مراجعه کننده به درمانهای پوست بیمارستان رازی "، پایان نامه دوره تخصصی بیماریهای پوست و آمیزشی، دانشکده پزشکی تهران ۱۳۷۶.
- ۱۱- باقرنژاد، س: " بررسی مقایسه ای فراوانی کارسینوم سلول بازال بین سالهای ۶۹ – ۱۳۸۶ و ۷۹ – ۱۳۷۸ در کلیه بیماران دارای پرونده پاتولوژی بیمارستان رازی. پایان نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی تهران ۸۰ – ۱۳۷۹.
- 12- Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (editors). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York, McGraw Hill, 2003.
- 13- Emmet AJ Rorke MG (editors). Malignant skin tumors. Churchill Livingstone, 1991.
- 14- Weston R. Prevention of Skin Cancer. In: Williams H, Bigby M, Diepgen T, et al (editors). Evidence-based-Dermatology. London: BMJ Books; 2003: 273-284.
- 15- Bologna JL , Jorizzo JL , Rappin RP (editors). Dermatology. Edingurgh, Mosby; 2003.
- 16- Goldstein BG, Goldstein AO. Diagnosis and management of malignant melanoma. <http://www.aafp.org/20010461/1359.html>.
- 17- Chu AC, Edelson RL (editors). Malignant tumors of the skin. London; Arnold; 1999.