

خال آپوکرین سر: گزارش یک بیمار

دکتر محمد رادمنش^۱، دکتر مسعود کرایبی^۲، دکتر علی ابراهیمی^۲

۱ - استادیار، ۲ - دستیار؛ بخش پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

کرد. بیمار این پلاک را از بدو تولد داشته ولی پس از بلوغ گسترده‌تر و بزرگ‌تر شده بود. بررسی آسیب‌شناسی غدد آپوکرین بالغ را در درم رتیکولر و پاپیلری همراه با آکانتوز و پاپیلوماتوز اپیدرم نشان می‌داد.

واژه‌های کلیدی: خال آپوکرین، هامارتوم

آپوکرین، خال سباسبه

خال آپوکرین تومور خوش‌خیم و نایابی است که تاکنون تنها ۹ مورد از آن در نوشتجات پزشکی گزارش شده است. این خال معمولاً در جاهایی مانند زیربغل، سر و گردن گزارش شده که غدد آپوکرین به‌طور طبیعی در آن نواحی پراکنده‌اند. بیمار ما دختر خانمی ۱۶ ساله بود که با پلاکی زگیلی و قرمز رنگ در ناحیه پاریتال راست مراجعه

معرفی بیمار

دختر خانمی شانزده ساله با پلاکی مرزدار و زگیلی به قطر حدود ۱/۵ در ۱/۵ سانتیمتر و با ته رنگ قرمز در ناحیه پاریتال راست سر به درمانگاه پوست مراجعه کرد. این پلاک از زمان تولد وجود داشته اما پس از بلوغ به‌طور نسبی رشد بیشتری داشته است. موهای روی پلاک کمتر، کوتاه‌تر و نازک‌تر از پوست پیرامونی سر بودند. برداشت بالینی ما پیش از بررسی آسیب‌شناسی، خال سباسبه و با احتمال کمتری سیرینگوسیست ادنوما پاپیلیفروم بود. پلاک به‌طور کامل برداشته و برای بررسی آسیب‌شناسی به آزمایشگاه فرستاده شد. رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین غدد آپوکرین بالغ را در دو بخش درم پاپیلر و رتیکولر شناسایی کرد (تصاویر ۱ و ۲) که گاهی با ترشح به اصطلاح Decapitation همراه بود. (تصویر ۲) از آنجا که این رنگ‌آمیزی قادر بوده غدد آپوکرین را شناسایی کرده و خال آپوکرین را از خال‌های سباسبه و سیرینگوسیست ادنوما پاپیلیفروم (که تشخیص‌های اولیه ما بودند) بازشناسی نماید، لزوم انجام آزمایش‌های دیگری احساس نشد.

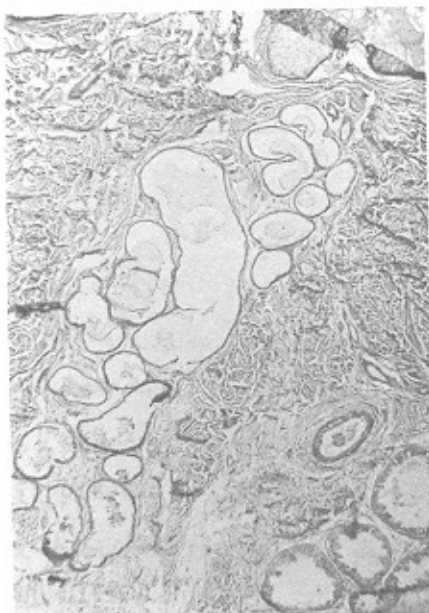
بحث

خال آپوکرین تومور خوش‌خیم و نایاب غدد آپوکرین است که بیشتر در جاهایی که غدد آپوکرین به‌طور طبیعی در آن نواحی پراکنده‌اند (مانند سر، گردن و زیربغل) دیده می‌شود. خال آپوکرین معمولاً از غدد آپوکرین بالغ تشکیل یافته و برخلاف غدد طبیعی آپوکرین که در بافت زیر پوست و پایین‌تر از درم رتیکولر جای دارند (۱ و ۲)، غدد این خال تا درم رتیکولر و پاپیلر هم گسترش پیدا می‌کنند (۳ و ۴). اگرچه هامارتوم آپوکرین به عنوان نام مترادف خال آپوکرین بوسیله بعضی از پژوهشگران بکار رفته (۴ و ۱)، کسانی هم بر این باورند که اینها دو موضوع متفاوت هستند (۳). تنها ۹ مورد از خال و یا هامارتوم آپوکرین در نوشتجات پزشکی ثبت شده که عمدتاً هم از ناحیه زیر بغل گزارش شده‌اند. چندتایی هم از نواحی دیگر از جمله سر (یک مورد)، گردن (یک مورد) و گونه (دو مورد) گزارش شده‌اند. بعضی از پژوهشگران از روش‌های ایمونوهیستوکمیستری برای تأیید ماهیت آپوکرینی تومور استفاده کرده‌اند (۵، ۶). یافته‌های آسیب‌شناسی در نمونه بیمار ما به اندازه‌ای گویا بودند که ما را از انجام آزمایش‌های دیگر بی‌نیاز می‌ساخت. بیمار ما دومین نمونه‌ای است که از سر گزارش می‌شود. وقوع دو طرفه خال آپوکرین در زیربغل (۶)، مادرزادی بودن تومور،

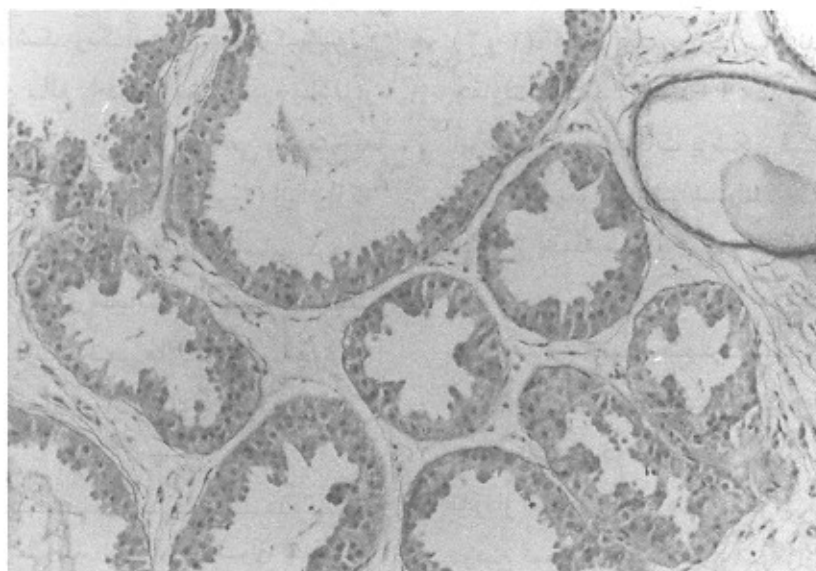
مؤلف مسئول: دکتر محمد رادمنش - اهواز، کبائپارس
خیابان ۴ شرقی، شماره ۵۱

قرمز بود، کمک‌کننده باشد. از آنجا که غدد آپوکراین بالغ نیز در عمق خال سبب‌ساز وجود دارند (۱)، خال آپوکراین می‌تواند بیش از پیش و بویژه در ناحیه صورت که بطور طبیعی انباشته از غدد سبب‌ساز می‌باشد اشتباه شود. وقوع خال آپوکراین در زیر بغل و بویژه دو طرفه بودن آن (۶) ممکن است تشخیص آنرا از *Hidradenitis suppurativa* که خود نیز منشأ آپوکرینی دارد دشوار سازد. به دلیل امکان بدخیم شدن خال آپوکراین (۸) این خال باید زود هنگام و کامل برداشته شود.

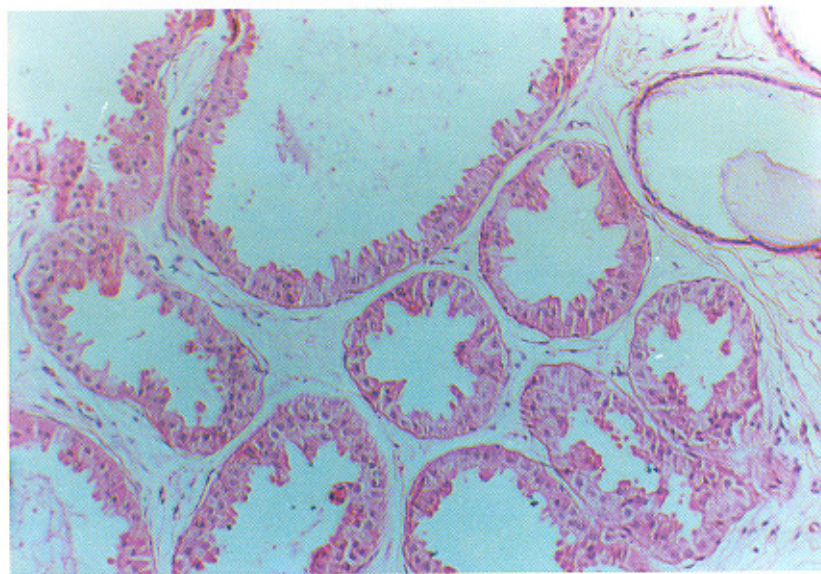
رشد و گسترش بیشتر بعد از بلوغ (آن‌طور که در بیمار ما گزارش شده)، می‌تواند تأثیرات هورمونی را در تشکیل و رشد آن نشان دهد. وابسته بودن فعالیت غدد آپوکراین به هورمون آندروژن و بویژه فعالیت بالای آنزیم ۵-آلفا ردوکتاز پیش از این گزارش شده است (۷). خال آپوکراین در سر، گردن و گونه ممکن است از لحاظ بالینی به دلیل زگیلی بودن سطح آن و محل استقرار با خال سبب‌ساز اشتباه شود ولی ته رنگ زرد در خال سبب‌ساز می‌تواند در بازشناسی آن از خال آپوکراین که در بیمار ما دارای ته رنگ



تصویر شماره ۱ - غدد آپوکراین پراکنده در درم رتیکولر و پاپیلر (رنگ‌آمیزی H&E، بزرگنمایی $\times 100$)



تصویر شماره ۲ - غدد آپوکراین همراه با decapitation secretion (رنگ‌آمیزی H&E، بزرگنمایی $\times 400$)



تصویر شماره ۲ - غدد آپوکرین همراه با decapitation secretion (رنگ آمیزی H&E، بزرگنمایی $\times 400$) مربوط به صفحه ۴۴

منابع

- 1 - Murphy GF. Histology of the skin. In: Elder D. Lever's histopathology of the skin. New York: Lippincott - Raven press, 1997:26.
- 2 - Champion RH. Disorders of sweat gland. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998:1999.
- 3 - Herrmann JJ, Eramo LR. Congenital apocrine hamartoma: an unusual variant of organoid nevus with apocrine differentiation. *Ped Dermatol* 1995; 12: 248-51.
- 4 - Rabens SF, Naness JI, Gottlieb BF. Apocrine gland organoid hamartoma (apocrine nevus). *Arch Dermatol* 1976; 112: 520-22.
- 5 - Neill JS, Park HK. Apocrine nevus: light microscopic, immunohistochemical and ultrastructural studies of a case. *J Cutan Pathol* 1993; 20:79-83.
- 6 - Ando K, Hashikawa Y, Nakashima M, et al. Pure apocrine nevus. A study of light microscopic and immunohistochemical features of a rare tumor. *Am J Dermatopathol* 1991; 13:71-76.
- 7 - Takayasu S, Wakimoto H, Itami S, Sano S. Activity of testosterone in various tissues of human skin. *J Invest Dermatol* 1980; 74:187-91.
- 8 - Nishikawa Y, Tokusashi Y, Saito Y, et al. A case of apocrine adenocarcinoma associated with hamartomatous apocrine gland hyperplasia of both axillae. *Am J Surg Pathol* 1994; 18:832-36.