

# گزارش یک مورد اشتباه تشخیصی در آسیب‌شناسی پوست

دکتر پریوش سپهری

بخش پوست، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

دکتر علیرضا فیروز، دکتر یحیی دولتی

مرکز آموزش و پژوهش بیماریهای پوست و جذام، دانشگاه علوم

پزشکی تهران

متأهل و صاحب دو فرزند بوده و سابقه خانوادگی مهمی را ذکر نمی‌کرد. بیمار سابقه مصرف دارو بجز آنتی‌هیستامین خوراکی را نیز ذکر نمی‌کرد.

در معاینه بالینی پلاک به ابعاد  $3 \times 1$  سانتی‌متر، برجسته، به رنگ بدن - قهوه‌ای، با قوام سفت و با حدود نامنظم در سطح قدامی ساق پای چپ بیمار مشاهده گردید (تصویر شماره ۱) در معاینه پوست سایر نقاط، مخاطرات و ضمائم پوست نکته خاصی دیده نشده معاینه عمومی بیمار نیز طبیعی بود.

از ضایعه بیمار Incisional biopsy انجام و جهت تشخیص به آزمایشگاه آسیب‌شناسی ارسال گردید. تشخیص‌های افتراقی مطرح شده عبارت بودند از:

1. Hypertrophic lichen planus
2. Lichen simplex chronicus
3. Psoriasis
4. Bowen's disease

پاسخ آسیب‌شناسی به شرح زیر بوده است: در بررسی میکروسکوپی بیوپسی ساق پا قسمتی از پوست مشهود است که اپiderم آن هیپرکراتوتیک بوده و در عین حال کانولهایی پاراکراتوز پراکنده در سطح اپiderم دیده می‌شود. در عمق اپiderم طناب‌هایی بلند نازک و منشعبی از سلول‌های لایه بازال با پیشرفت به داخل درم دیده می‌شوند که توسط استرومای فیبروزهای حاوی رشته‌های ظرفی همبندی از

## چکیده

مرد ۴۷ ساله‌ای با سابقه ۳ ساله پلاک خارش دار بر روی ساق پای چپ مراجعت نموده که از ضایعه نمونه برداری انجام شد. پاسخ آسیب‌شناسی فیبروایپیتلیوما fibroepithelioma بود که با بالین بیمار تطابق نداشت. بررسی دقیق تر نشان داد که برش نمونه به صورت افقی صورت گرفته منجر به اشتباه آسیب‌شناس گردیده است. با برش صحیح و نمونه برداری مجدد تشخیص لیکن پلان هیپرتروفیک مسجل شد و ضایعه با نزدیکی کورتیکوستروئید کاملاً بهبود یافت.

## گزارش مورد

مرد ۴۷ ساله‌ای با شکایت از یک ضایعه خارش دار در ساق پای چپ به نزد یک متخصص پوست مراجعت می‌کند بیمار پیدایش ضایعه را از ۳ سال قبل ذکر می‌کرد که به صورت ضایعه خارش دار کوچکی شروع شده و بتدریج رشد کرده است. خارش ضایعه تقریباً مداوم بوده و در برخی اوقات بسیار شدید و غیرقابل تحمل می‌شده است در طی این مدت بیمار چند نوبت مراجعت پزشکی داشته است که آنتی‌هیستامین خوراکی تجویز شده است که بطور موقت خارش را تخفیف می‌داده است بدون اینکه در اصل ضایعه تغییری ایجاد شود.

در سابقه پزشکی بیمار نکته قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت. بخصوص بیمار سابقه ضربه و تماس با مواد شیمیایی را ذکر نمی‌کرد. بیمار معلم بوده و از استرس کاری زیاد شاکی بود. بیمار

تزریق داخل ضایعه تریامسینولون استرناید قرار گرفت ۳ هفته پس از درمان خارش ضایعه به طور کامل از بین رفته بود. در معاینه بالینی از اندازه اندوراسیون و تورم ضایعه تا حد قابل ملاحظه‌ای کاسته شده بود (تصویر شماره ۴). ۴ هفته پس از درمان ضایعه با برچای گذاشتن هیپریگماتاتاسیون بطور کامل بهبود یافته بود.

**بحث:**  
هدف از ارائه این pitfall تذکر مجدد این نکته است که درماتولوژیست باید آموزش کافی درماتوپاتولوژی داشته باشد که در مواردی مشابه که نمونه بطور Tangential بریده می‌شود و یا pitfall تکنیکی دیگر روی می‌دهد متوجه شده و با استفاده از تطابق بالینی و آسیب‌شناسی به نتیجه تشخیصی مطلوب برسد.

یکدیگر جدا شده‌اند این سلولها دارای هسته‌های درشت و سیتوپلاسم مختصر بوده که اکثراً در حاشیه طنابهای سلولی نمای نزدبانی بوجود آورده‌اند. نمای میکروسکوپی ضایعه تشخیص fibroepithelioma را مطرح می‌نماید. با توجه به عدم تطابق تشخیص آسیب‌شناسی با نمای بالینی ضایعه، لام بیمار جهت بررسی بیشتر به مرکز آموزش و پژوهش بیماریهای پوست و جذام ارسال گردید.

در بررسی میکروسکوپی متوجه علت تشخیص اشتباه fibroepithelioma شدیم و آن اینکه برش نمونه بصورت افقی انجام گرفته بود بجای اینکه عمودی برش داده شود (تصویر شماره‌های ۲ و ۳). با چرخش بلوك پارافینی نمونه و بیوپسی مجدد برای تأیید، نمای آسیب‌شناسی لیکن پلان هیپرتروفیک مسجل گردید.

بیمار با تشخیص لیکن پلان هیپرتروفیک تحت درمان با



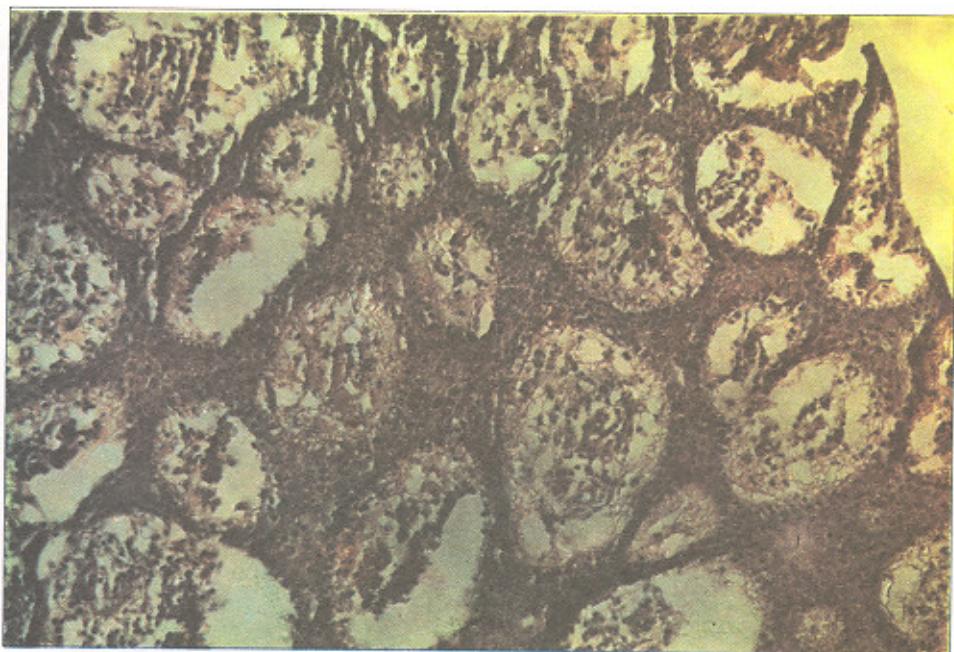
شكل ١



شكل ٢



(صورة صفحه ٤٥ - بالا)



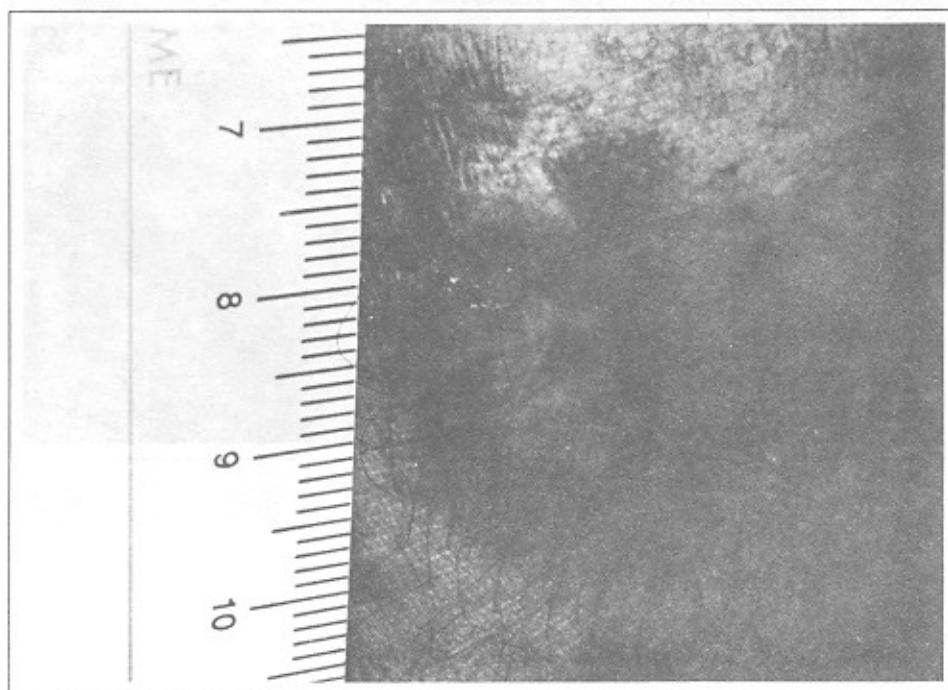
(تصوير صفحه ٤٥ - بابن)



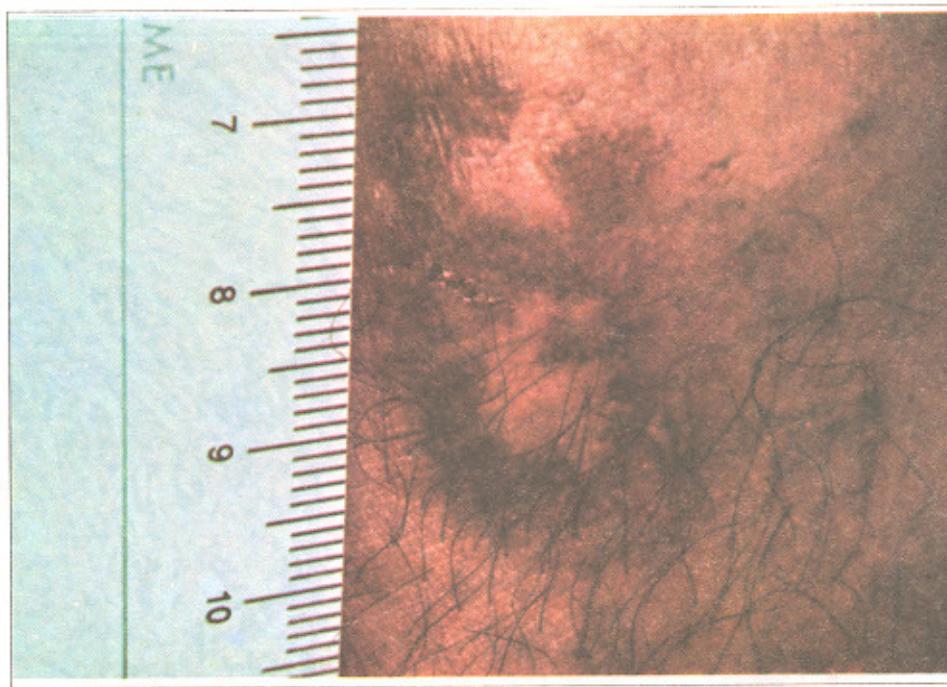
(تصوير صفحه ٤٦ - بالا)



شکل ۳



شکل ۴



(تصویر صفحه ۴۶ - پایین)