

کارسینومای اسکواموس سل برخاسته از لیکن پلان مزمن هیپرتروفیک: گزارش یک مورد

دکتر رضایعقوبی^۱، دکتر نیلوفر سینا^۲، دکتر کورش ساعدی^۳

۱-دانشیار، گروه پوست، ۲-متخصص پوست، ۳-دستیار، گروه پوست؛ دانشگاه علوم پزشکی اهواز

یک مرد ۲۹ ساله گزارش می کنیم. پیگیری دقیق بیمار مبتلا به لیکن پلان مزمن و انجام نمونه برداری از هر گونه ضایعه غیر معمول جهت رد وجود بدخیمی، ضروری است.

واژه های کلیدی: لیکن پلان، کارسینومای اسکواموس سل، بدخیمی

همراهی لیکن پلان با بدخیمی یک یافته نادر است و گزارشهای مربوط به تغییرات نشوپلاستیک، اکثراً مربوط به لیکن پلان مزمن اروزیو مخاط دهان می باشد.

در اینجا ما یک مورد کارسینومای اسکواموس سل در اینجا ما یک مورد کارسینومای اسکواموس سل (SCC) برخاسته از لیکن پلان مزمن هیپرتروفیک ساق را در

معرفی بیمار

مردی ۲۹ ساله با دو ضایعه توموری روی قسمت انتهایی هر دو ساق مراجعه کرد (تصویر شماره ۱). در معاینه فیزیکی، پوست اندام تحتانی ضخیم، هیپرکراتوتیک و دارای اشکال بالینی لیکن پلان هیپرتروفیک بود و دیگمانتاسیون در برخی از ضایعات و اطراف آنها مشاهده شد. هم چنین شواهدی از لیکن پلان مخاط دهان و ناخن دیده شد. در پیشینه وی، سابقه ده ساله بیماری لیکن پلان با سه نمونه برداری تایید شده به نفع تشخیص بالینی لیکن پلان وجود داشت (تصویر شماره ۲). درمان با استروئیدهای موضعی و سیستمیک و رتینوئیدهای خوراکی (تیگازون) موجب بهبودی نسبی شده، ولی بیماری همچنان ادامه داشته است. در گذشته وی، سابقه مصرف آرسنیک و یا درمان با تشعشعات یونیزان وجود نداشت. در سال ۱۳۷۹،

بیمار به علت یک ضایعه SCC در انتهای ساق راست تحت عمل جراحی قرار گرفته و چند ماه بعد دچار دو ضایعه توموری به سرعت پیشرونده شده که یکی از آنها در محل عمل قبلی و دیگری در قسمت انتهایی ساق چپ ظاهر شده اند. نمونه برداری از ضایعات، well-differentiated SCC را نشان داد (تصویر شماره ۳). ولی در بررسی میکروسکوپی غدد لنفاوی جراحی شده کشف ران، لنفادنوپاتی واکنشی گزارش شد.

کلیه آزمایشات بیمار به جز هموگلوبین ۸/۷ گرم درصد سی سی و سرعت سدیماتاسیون ۶۰ میلیمتر در ساعت، در حد طبیعی بودند. تصویربرداری ریه، سونوگرافی شکم و اسکن کل بدن هیچگونه یافته غیرطبیعی را نشان نداد و بیمار جهت درمان به بخش ارتوپدی ارجاع گردید.

بحث

نخستین بار در سال ۱۸۶۹، Erasmus Wilson

مؤلف مسئول: دکتر رضا یعقوبی - اهواز، بیمارستان امام خمینی(ره)، بخش پوست

بیماری لیکن پلان را توصیف کرد. اشکال بالینی گوناگونی ممکن است از بیماری لیکن پلان دیده شود. لیکن پلان هیپرتروفیک به عنوان یک شکل مورفولوژیک بیماری، با ضایعات ضخیم، هیپرکراتوتیک و به شدت خارش دار، بویژه در سطوح قدامی ساق ها مشخص می گردد. میزان بروز لیکن پلان هیپرتروفیک در بین بیماران مبتلا، بین ۱۹-۶ درصد می باشد (۱).

تغییرات بدخیمی بر روی ضایعات لیکن پلان قبلی، به جز در مورد ضایعات مخاط دهان یک پدیده نادر می باشد (۲). در یک مطالعه از دانمارک بر روی ۲۲۵ مورد لیکن پلان، فقط یک مورد کارسینومای پوستی گزارش شد و در یک مطالعه دیگر بر روی ۲۲۸ بیمار مبتلا به لیکن پلان که طی ۴/۵ سال پیگیری شدند، هیچگونه سرطانی یافت نگردید (۱).

در حالیکه تخمین واقعی میزان بروز تغییرات بدخیمی در ضایعات جلدی لیکن پلان مشکل می باشد ولی بدون تردید یک پدیده نادر است. بر اساس متون تخصصی پوست، میزان بروز پیدایش کارسینوما بر روی ضایعات دهانی لیکن پلان، در موارد گزارش شده به مقیاس وسیعی

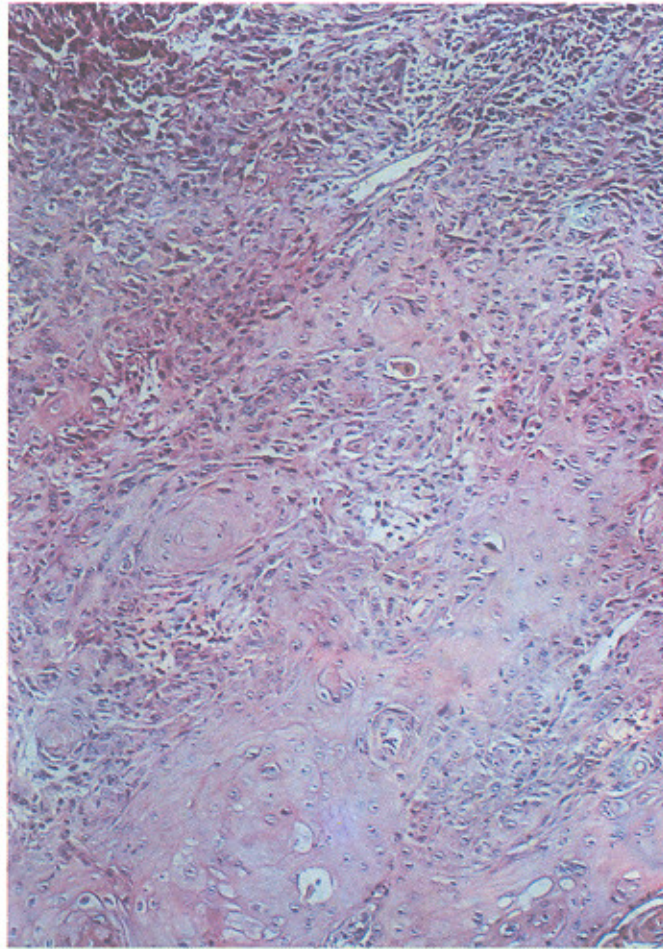
متغیر و کمتر از ۱٪ تا ۱۰٪ می باشد (۳). پیدایش بدخیمی بر روی ضایعات جلدی لیکن پلان، در اکثر گزارشها در لیکن پلان هیپرتروفیک مزمن و طولانی مدت، در مردان و بر روی ساق رخ داده است (۴،۵). در تعدادی از گزارشها، دیگمانتاسیون در ضایعات لیکن پلان هیپرتروفیک یک نشانه از بدخیمی می باشد (۲). بیمار ما دارای دیگمانتاسیون و نیز ضایعات هیپرتروفیک بود.

مکانیسم های دخیل در تسریع تغییرات بدخیمی در لیکن پلان هنوز شناخته نشده است. ممکن است تحریک مزمن و التهاب، عوامل مشترک مهم در ایجاد کارسینومای پوستی باشند (۴،۵). نظریه ای در مورد نقش احتمالی immune surveillance غیرطبیعی در بیماران مبتلا به لیکن پلان در پیدایش بدخیمی (که با مصرف استروئیدهای موضعی امکان تضعیف بیشتری دارند) مطرح می باشد (۶).

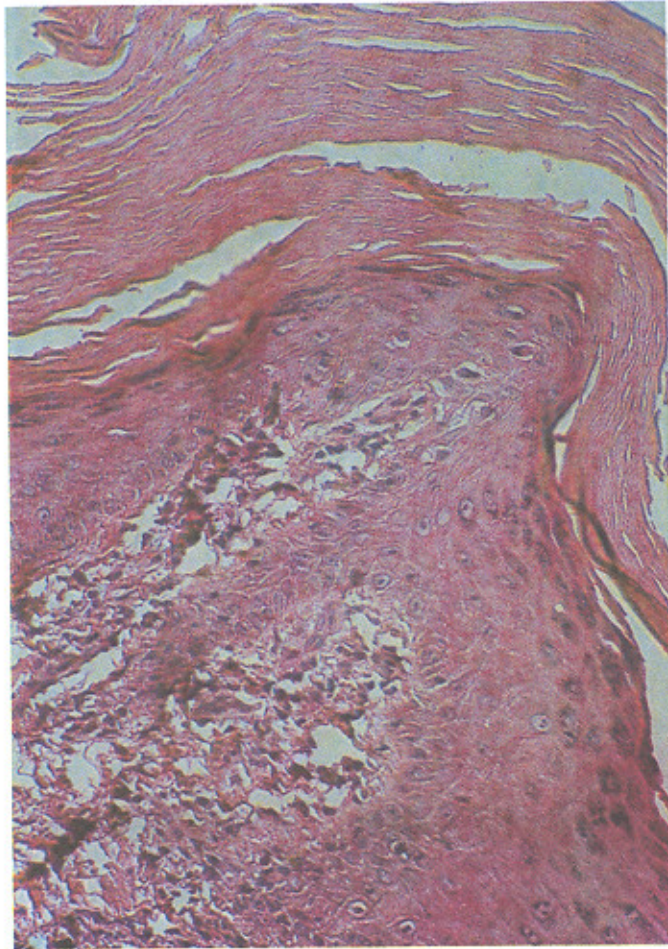
نتیجه اینکه، اگر چه پیدایش اپی تلیوما بر روی ضایعات پوستی قبلی مشخصاً یک پدیده نادر است، ولی این بیماران نیازمند پیگیری طولانی مدت می باشند. جهت رد وجود بدخیمی نمونه برداری از هر گونه ضایعه غیرمعمول ضروری است.



تصویر شماره ۱- لیکن پلان هیپرتروفیک و کارسینومای اسکواموس سل بر روی ساق ها، همراه با دیگمانتاسیون



تصویر شماره ۲- نمای میکروسکوپی لیکن پلان هیپرکراتوتیک
(رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین، بزرگنمایی ۴۰ برابر)



تصویر شماره ۳- نمای کارسینومای اسکواموس سل کاملاً تمایز یافته در ضایعه توموری ساق پا
(رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین ، بزرگنمایی ۴۰ برابر)

منابع

- 1-Boyd AS, Nedner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.
- 2-Jayaraman M, Janaki VR, Yesudian P. Squamous cell carcinoma arising from hypertrophic lichen planus. *Int J Dermatol* 1995; 34: 70-71.
- 3-Black MM. Lichen planus and lichenoid disorders. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). *Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science, 1998: 1908.
- 4-Yesudian P, Rao R. Malignant transformation of hypertrophic lichen planus. *Int J Dermatol* 1985; 24: 177-78.
- 5-Sigurgeirsson B, Lindelof B. Lichen planus and malignancy: An epidemiologic study of 2071 patients and a review of the literature. *Arch Dermatol* 1991; 127: 1684-88.
- 6-Lewis FM, Harrington CI. Squamous cell carcinoma arising in vulval lichen planus. *Br J Dermatol* 1994; 131: 703-05.