

# ملانوم لنتیژینوس آکرال: گزارش یک مورد تشخیص اشتباه

دکتر زهرا بیگم موسوی<sup>۱</sup>، دکتر امین واعظی<sup>۲</sup>

۱- استادیار، ۲- دستیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

ملانوم لنتیژینوس آکرال (Acral lentiginous melanoma [ALM])، نوعی از ملانوم بدخیم است که در پوست بدون مو ایجاد می‌شود و نوع غالب ملانوم را در آسیایی‌ها، اسپانیایی‌ها و سیاه پوست‌ها تشکیل می‌دهد. این شکل ملانوم از پچی قهوه‌ای تشکیل می‌شود و روی آن نقاط لنتیگو مانندی فرار می‌گیرد. ممکن است روی این پچ یک اولسر بر جسته مشاهده شود. بسیاری از موارد این نوع ملانوم با بیماری‌های دیگر اشتباه می‌شود و اگر در مناطقی مانند کف پا به وجود آید، دیر تشخیص داده می‌شود. در این مورد، ملانوم آکرالی گزارش می‌شود که در یک بیمار ۶۵ ساله دیابتی و در چهارمین فضای بین انگشتی پای وی اتفاق افتاد و تا ماه‌ها با تشخیص شقاق کاندیدیابی با داروهای ضدقارچ تحت درمان بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** دیابت، شقاق بین انگشتی، ملانوم بدخیم

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۹۵؛ دوره ۹ (۱): ۸۶-۸۸

وصول مقاله: ۱۴/۶/۱۵ پذیرش: ۱۴/۸/۱۵

سطح خارجی ناخن انگشت چهارم کشیده شده بود. روی پچ قهوه‌ای چند ماکول تیره‌تر مشهود بود. بیوپسی از ماکول تیره‌تر، هایپرکراتوز، آکانتوز، طویل شدن رته ریچ و ملانوستیت‌های پراکنده همراه با آنی بی هسته‌ای خفیف را نشان داد و نمونه برداری از زخم، تزايد آنپلاستیک سلول‌های بزرگ با هسته‌های وزیکولر و هستک بزرگ را مشخص کرد. هم چنین ارتashاج پازتوئید سلول‌های نشوپلاستیک در اپiderم اطراف و وجود سلول‌های تومورال تا بخش درم رتیکولر به همراه ارتashاج کم لنفوسيتی اطراف عروق دیده شد. نتیجه گزارش آسیب‌شناسی ملانوم لنتیژینوس آکرال (ALM) با سطح کلارک III بود (تصویر شماره ۲). پس از مشورت با متخصص جراح، بیمار برای آمبوناسیون پا از سطح متاتارسال ۴ و ۵ به بخش جراحی ارجاع شد. در پی گیری تا ۶ ماه پس از جراحی، نشانه‌ای از عود مشاهده نشد.

مقدمه

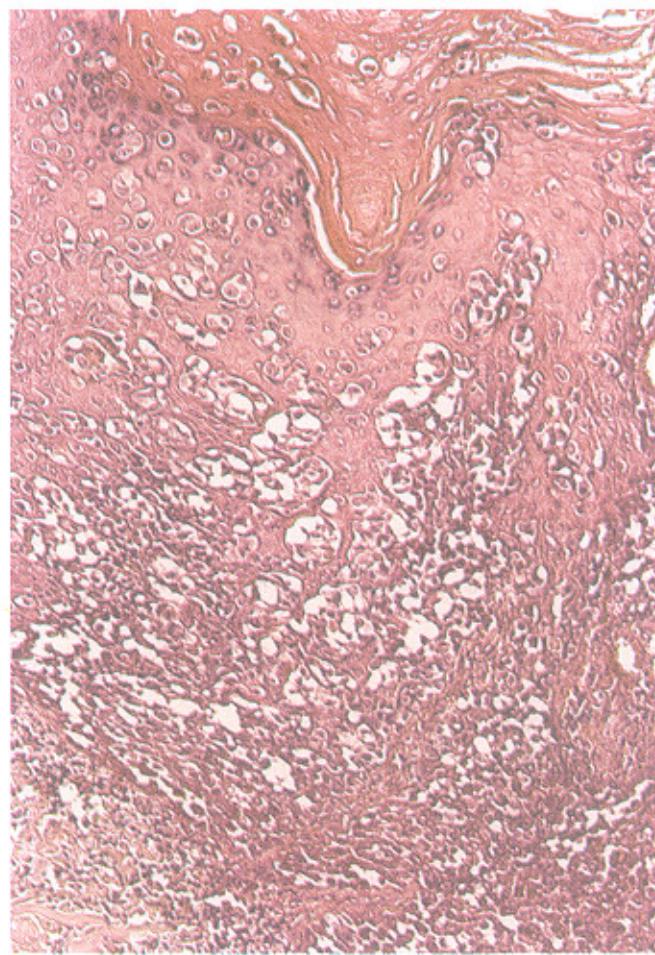
یک مرد ۶۵ ساله با شکایت وجود یک ترک بدون علامت در فضای بین انگشتان ۴ و ۵ پای راست از ۴ ماه قبل مراجعه کرد. در سابقه پزشکی، ابتلا به بیماری دیابت شیرین را از حدود ده سال قبل ذکر می‌کرد و از همان زمان با دریافت روزانه دو عدد قرص گلی بن کلامید تحت درمان بود. بر اساس گفته بیمار طی ۶ ماه قبل از مراجعه حاضر، سطح خونی قند وی در حد طبیعی بوده است. در سوابق پزشکی به جز بیماری دیابت مشکل دیگری نداشت. برای ضایعه پا، داروهای موضعی و سیستمیک ضدقارچی مختلفی با دوره‌های درمانی متفاوت مصرف کرده بود ولی بهبودی حاصل نشد. در معاینه، اولسری با ظاهری شبیه شقاق در فضای بین انگشتان ۴ و ۵ دیده می‌شد. پوست اطراف اولسر قرمز بود و در معاینه نزدیک، یک پچ قهوه‌ای در زمینه اولسر قرار داشت (تصویر شماره ۱). این پچ به

مؤلف مسؤول: دکتر زهرا بیگم موسوی - اهواز، بیمارستان امام خمینی (ره)، بخش پوست

پست الکترونیک: mousavi\_z@hotmail.com



تصویر شماره ۱- یک شقاق عمیق، با مرکز اریتماتو گه روی یک پچ قهوه‌ای قرار گرفته است.



تصویر شماره ۲- تراپید سلول‌های بزرگ آنابلاستیک(رنگ آمیزی H&E، بزرگنمایی، ۱۰۰ برابر)

## بحث

در تشخیص در ALM بیش از سایر انواع ملانوم بوده است و ۲۰٪ ملانوم کف دست و پا توسط پزشکان به اشتباه با تشخیص‌های دیگر، تحت درمان قرار گرفته‌اند.<sup>(۳)</sup> گزارش‌های کمی در مورد وجود ارتباط بین ملانوم بدخیم و دیابت وجود دارد. یک مطالعه موردن‌شاهد روی ۲۶۸ بیمار به افزایش خطر ملانوم بدخیم در بیماران زن مبتلا به دیابت و در گروه سنی پس از یائسگی اشاره داشته و مطالعه دیگری از سنگاپور، شیوع بالایی از همراهی دیابت و ALM را مطرح کرده است<sup>(۴ و ۳)</sup>.

آنچه مسلم است این که هنوز برای وجود رابطه بین دیابت و ALM دلیل محکمی در دست نیست<sup>(۵)</sup>. چون شایع‌ترین شکل ملانوم در منطقه مانیز ALM است و شایع‌ترین محل ظهور آن نیز کف پاست، لذا لازم است ضایعه‌های این ناحیه با دقت بیشتری معاینه شود و در نمونه‌برداری از ضایعه پوستی، اقدام به موقع صورت گیرد.

ALM پوست بدون مو را درگیر می‌کند. کف پا شایع‌ترین محل ایجاد این ضایعه است. در همهٔ تزادها ناشایع است اما تیپ غالب ملانوم در نزد آسیابی‌های اسپانیابی‌تبارها و سیاه پوستان است که بروز کلی ملانوم در این گروه‌ها پایین است<sup>(۱)</sup>. این نوع ملانوم از نظر بالینی، معمولاً با وجود یک ناحیه پیگماته نسبتاً وسیع ماقولر، همراه با نقاط تیره‌تر روی آن، در اطراف یک زخم برجسته مشخص می‌شود اما گاه یافتن کانون تهاجم مشکل است<sup>(۲)</sup>. تا جایی که اطلاع داریم گزارش‌های ALM به شکل شفاق بین انگشتی نادر است. چون فضای چهارم بین انگشتی محل شایعی برای عفونت‌های قارچی به خصوص در مبنایان به دیابت است، احتمال تأخیر در تشخیص این تظاهر از بیماری بسیار است. در مطالعه‌ای، بین تمام انواع ملانوم بدخیم، اشتباه یافت‌شده

## References

- 1-Elder D, Elenitsas R. Benign pigmented lesions and malignant melanoma. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky CH, Johanson B, editors. Lever's histopathology of the skin. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Raven 1997: 663-67.
- 2-MacKie R. Melanocytic naevi and malignant melanoma. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/ Wilkinson/ Ebling Textbook of dermatology. 6<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell Sciences; 1998: 1737-51.
- 3-Seraslan G, Akcalyc C, Atik E. Acral lentiginous melanoma misdiagnosed as tinea pedis: a case report. Int J Dermatol 2004; 43: 37-8.
- 4-Tan E, Chu SH, Lim JT, Goh CL. Malignant melanoma seen in a tertiary dermatological center in Singapore. Ann Acad Med Singapore, 2001; 30: 414-18.
- 5-Bell CM, Jenkinson CM, Murrells TJ, Skeet RG. Aetiological factors in cutaneous malignant melanoma seen in UK skin clinic. J Epidemiol Community Health 1987; 41: 306-11.