

خال یکی از معمولی ترین و شایع ترین ضایعات پوستی بشمار میرود و تقریباً همه مردم حداقل دارای يك خال هستند . خوشبختانه تبدیل شدن خال بسرطان بسیار نادر است ولی اگر خالی بسرطان تبدیل شود نوع سرطان آن ، یاسرطان سیاه ، فوق العاده خطرناک بوده شدیداً زندگی بیمار را بخطر میاندازد .

سرطان سیاه مناسب ترین نامی است که بسرطان خال داده میشود زیرا این بیماری بسیار وخیم، پیشرفت آن سریع و سیاه رنگ است .

اخیراً خالهای خوش خیم و بدخیم مورد توجه قرار گرفته اند و بكمك تجسساتی که در این زمینه بعمل آمده است بسیاری از مسائل مجهول حل شده و این دسته از بیماریهای پوستی بهتر شناخته شده اند . معهذا باید متذکر شد که مسائل مربوط به خال را نباید بدست فراموشی سپرد بلکه باید تغییرات و ظهور سرطان خال را همیشه بخاطر داشت . این تنها وظیفه پزشك نیست که توجه خاصی به خال داشته باشد و خالهای خوش خیم و بدخیم را بشناسد و بموقع برای آنها اقدام لازم معمول دارد بلکه همه مردم را باید بوسائل مقتضی از قبیل انتشار مقالات ساده علمی و ایراد سخنرانی وغیره از آن آگاه کرد . خوشبختانه امروزه تعداد زیادی از مردم به خال و حتی لك های سیاه پوست اهمیت میدهند . ولی متأسفانه هنوز دسته ای هم وجود دارند که به خال ها اهمیت نداده آنها را باخونسردی مینگرند . نزد چنین افرادی اگر خالی در حال رشد و نمو باشد مثلاً بزرگ گردد یا تغییر رنگ بدهد و یا زخمی و دردناک گردد و مورد توجه قرار نگیرد واضح است که نتیجه

این بی دقتی تاجه اندازه وخیم خواهد بود ؟ حال به بینیم منشأ خال کیجاست ؟ خال چگونه بوجود میآید ؟ انواع خالها کدامست ؟ و چگونه خال بسرطان تبدیل میشود ؟ میدانیم که در پوست طبیعی سلولهای خاصی بنام ملانوسیت وجود دارند که سازنده رنگ طبیعی پوست هستند .

گروهی معتقدند که این سلولها منشأ عصبی داشته و از تیغه عصبی جنین سرچشمه گرفته اند و در پوست تکامل یافته و از نظر فیزیولوژی وظیفه رنگ سازی را بعهده دارند . يك دسته از سلولهای دیگر را هم می شناسیم که ماده رنگ دانه (Melanine) ساخته شده بوسیله ملانوسیت را در خود جمع کرده و دارای صفت فاگوسیتی هستند . باین سلولها ، ملانوفاز (Melanophages) میگویند .

در بافت شناسی خال غیر از این دو گروه ، سلولهای خاص دیگری نیز موجودند که بدانها سلولهای نوویك میگویند . منشأ این سلولها هنوز مورد بحث است . گروهی آنها را ملانوسیت جنینی میدانند : Darier و Unna و گروهی منشأ آنها را از اپی درم دانسته اند اما این نظریه امروزه چندان طرفدار ندارد . اخیراً بكمك میکروسكپ الكترونيك ، می شیمای و براون فالکسو ، پی برده اند که چگونه از تیغه عصبی جنینی سلول نوویك بوجود میآید و کدام يك از این سلولهای نووسی استعداد سرطانی شدن را دارند (تئوری می شیمای Mishima) .

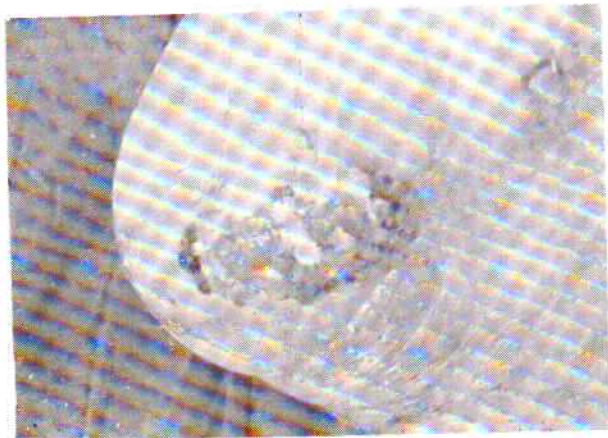
همان طور که گفته شد تبدیل شدن خال خوش خیم به بدخیم و ایجاد سرطان سیاه خیلی نادر است . از طرفی باید بدانیم که در مقابل

سرطانی شدن را دارد.

چهارم- ملانوز دوبروی (Melanose de Dubreuil) - ملانوز پره کانسروز دوبروی در ۴۰ سالگی ظاهر میگردد و عبارتست از پلاک کم و بیش مسطح با کتله‌های دالبری و محدود. رنگ یک پلاک ممکن است قهوه‌ای و سیاه باشد. گاهی نقاط بی‌رنگ روی آن دیده میشود ۲۵ درصد از خالهای صورت و صد در صد از خالهای بدن از این نوع به سرطان سیاه تبدیل میشوند. بافت شناسی این خال شبیه به ملانوم بدخیم است. در عین حال ارتشاح آماسی و میتوز زیاد وجود ندارد. ملانوز دوبروی را باید با عمل جراحی برداشت.

پنجم- خال آبی رنگ (Naevus Bleu) - خال آبی به تعداد محدودی ظاهر شده و اغلب روی صورت و دست و پا دیده میشود. خال آبی با اندازه خال سیاه معمولی بوده ولی رنگ آن آبی و یا خاکستری تیره است. سلولهای نووسی در این خال خیلی عمیق تر قرار دارند و اغلب طویل و کشیده اند، سرطانی شدن خال آبی نادر است. مواردی بوسیله Allan و Darier گزارش شده است.

ششم- ملانوم بدخیم یا نوکار سینوم یا ملانوبلاستوم بدخیم - ملانوم بدخیم تومور کمپایی نیست بحدی که ۱ تا ۲ درصد تومورهای بدخیم را تشکیل میدهد. زنها استعداد زیادیتری دارند ۴۰ درصد نزد مردها و ۶۰ درصد نزد زنها دیده میشود. طبق آمار، ملانوم بدخیم ۸۶ درصد روی خال خوش خیم و ۱۴ درصد روی پوست بظاهر سالم بوجود میآید. چند درصد خالهای خوش خیم بدخیم میشوند؟ پاسخ آن دشوار است! حدس میزنند که ۱/۷ ملانوم بدخیم بین صدهزار نفر مرد و ۲ عدد ملانوم بدخیم بین صد هزار نفر زن وجود داشته باشد (Mac Donald)، ملانوم بدخیم در تمام نقاط بدن ظاهر میگردد.



شکل (۱) - زخمی بیضی شکل بابعاد ۲×۵ سانتیمتر دیده میشود و مربوط به بیمار ۶۵ ساله‌ایست که از بیماری او دو سال میگذرد. شروع عارضه بعد از ضربه کفش بوده است. بیمار عمل جراحی را نپذیرفت.

خالهای حقیقی ضایعاتی هم وجود دارند که دارای هیچ نوع سلول نوویک نبوده و بغلط خال خوانده میشوند. بدیهی است که این قبیل خالهای کاذب هرگز سرطان سیاه تبدیل نخواهند شد. این خالها عبارتند از: خال وروکو و خال پاندولوم و خال سیاه و غیره.

خالهای حقیقی عبارتند از:

ملانوم جوانان - خال سلول دار سیاه و بی رنگ - لانتیگو - ملانوز دوبروی - خال آبی رنگ - بعضی از این خالها در اثر دگرگونی به ملانوم بدخیم یا سرطان سیاه تبدیل میشود.

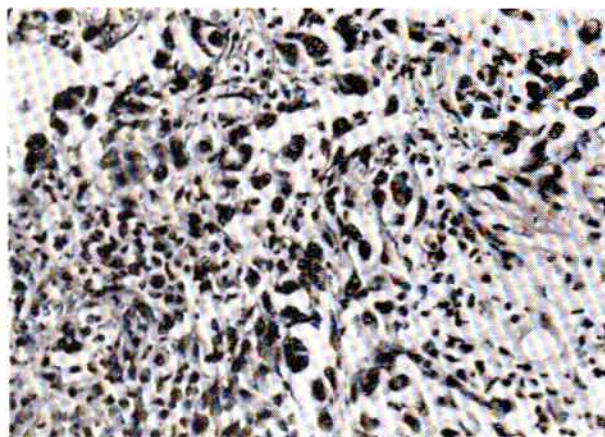
اول- ملانوم جوانان یا ملانوم ژوونیل Allen و Spitz.

این خال قبل از دوره بلوغ ظاهر میگردد و دارای شکلی برجسته و برنگ قرمز یا صورتی بوده و با اندازه یک نخود است. در بافت شناسی دارای سلولهای نووسی بوده و فعالیت شدیدی در طبقه بازال دیده میشود. بهمین جهت تفسیر بدخیمی یا خوش خیمی بافت شناسی آن دشوار است. این خال دارای شاخه‌های عروقی فراوانی است و از نظر سیر و پیش آگهی با وجود منظره بافت شناسی مشکوک، همیشه خوش خیم باقی میماند.

دوم- خالهای حقیقی سلول دار - این خالها از لحاظ شکل و اندازه و رنگ و تعداد متفاوت و معمولاً برجسته و تیره و با اندازه عدس هستند. گاهی بصورت پلاک نسبتاً وسیعی درآمده و ندرتاً قسمت بزرگی از بدن را فرا میگیرند. روی خال ممکن است یک یا چند عدد مو وجود داشته باشد. خالهایی که پوشیده از مو هستند نیز دیده شده است. این قبیل خالهای مودار کمتر سرطان تبدیل میشوند. گاهی خال کاملاً برجسته و سیاه بوده و بنام خال گنبدی (Naevus en Dôme) خوانده میشود. این خال استعداد سرطانی شدن بیشتری دارد.

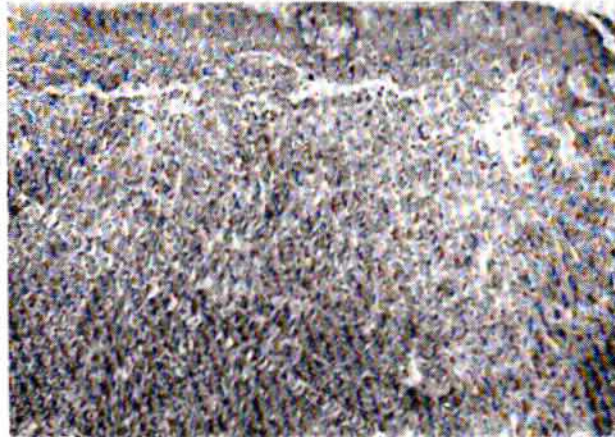
نوع دیگر خالهای حقیقی عبارتست از خال بی رنگ و برجسته (Verrue Molle). این خال عبارتست از ضایعه برجسته و مدور و برنگ پوست طبیعی یا کمی صورتی. اندازه آن گاهی تا یک نخود میرسد. خال بی رنگ با اپی تلیوما یا زوسلوز دوبروی اشتباه میشود. در زیر میکروسکپ دارای سلولهای نووس است که اغلب در درم سطحی و عمقی قرار دارند. این خال مانند خالهای سیاه ممکن است سرطان تبدیل شود.

سوم- لانتیگو (Lentigo) - لانتیگو یا خال زیبایی! بیشتر منفرد بوده و گاهی تعداد زیادی از آن نزد بعضی افراد دیده میشود که در این حال آنرا Lentiginose میخوانند. خال زیبایی بشکل عدس و مسطح بوده و رنگ آن قهوه‌ای یا سیاه است. در بافت شناسی دارای حداقل چند تک (Théque) سلولی میباشد. از این رو استعداد



شکل (۳)

شکل‌های ۳ و ۴ بافت شناسی ملانوم بدخیم را نشان می‌دهند



شکل (۴)

است. این بیماری ریتین و مغز و استخوان و دستگاه گوارش را دچار می‌سازد.

پیش‌آگهی: پیش‌آگهی ملانوم بدخیم بسیار بد است. معمولاً مرگ بین ۶ تا ۹ ماه بعد از شروع بیماری فرامیرسد. ملانوم‌هایی که دارای بدخیمی کمتری هستند نیز گزارش شده‌اند.

اشکال بالینی: باید از ملانوم صورت با بدخیمی کمتر و ملانوم پاشنه پا (تصویر ۱) با بدخیمی شدیدتر نام برد. انواع سطحی و مخاطی و احشائی نیز دیده شده‌است.

بافت‌شناسی - در زیر میکروسکپ، فعالیت شدید ناحیه اتصالی درم و اپی‌درم وجود دارد. تعداد زیادی از سلول‌های نووسی همراه با ناهنجاری سیتوپلاسم و هسته دیده می‌شوند. سلول‌های میتوزی فراوانند. سلول‌های سرطانی بداخل اپی‌درم و در عمقی نفوذ می‌کنند (تصویر ۲ و ۳). در داخل عروق لنفاوی می‌توان سلول‌های نووسی متاستازی را مشاهده کرد. توده‌های ملانین بسیار فراوان بوده و ارتشاح سلول‌های آماسی هم آشکار است.

تشخیص افتراقی - ملانوم بدخیم با اپی‌تلیوما بازوسلولر سیاه و وروسبورئیک و اپی‌تلیوما اسپینوسلولر و هیستوسیتوفیبروم و بوتریومیکوم و خال‌های عفونی و پودوم اکرین و پسودوکرومیدروزپا، ممکن است اشتباه شود.

روی پوست و مخاط از قبیل مخاط پلک و چشم و دهان و حنجره دیده شده‌است. ملانوم بدخیم احشائی استثنائی نیست. از عوامل مستعدکننده باید از تحریک کردن و ضرب‌های مکرر و اعمال جراحی ناقص و سوزاندن خال با الکتروکوآگولاسیون نام برد.

شرح بالینی: ابتدا باید به تغییر شکل خال توجه کرد. خال‌های مسطح کمتر و خال‌های مودار بطور استثنائی به سرطان تبدیل می‌شوند. بطور کلی باید دانست که هر نوع خال چه زودرس چه دیررس حتی بی‌رنگ ممکن است به سرطان تبدیل شود.

تغییر شکل و بزرگ شدن سریع خال یا تغییر رنگ دادن و حساس شدن (درد و خارش) هم چنین ظهور زخم یا حلقه‌ای اریتماتو در اطراف خال همگی از نشانه‌های بدخیمی بشمار می‌روند. هنگامی که ملانوم بدخیم روی پوست سالم ظاهر گردد بصورت نقطه‌ای سیاه یا قهوه‌ای بوده و سرعت بزرگ می‌شود. این ضایعه باآسانی خون ریزی می‌دهد (Dupont).

منظره بالینی در حالت استقرار - ملانوم بدخیم در حالت استقرار عبارتست از تومور برجسته و مدور و نامنظم و دارای سطحی ناهموار و شیاردار. این تومور بر راحتی خون ریزی میکند. رنگ تومور غالباً سیاه است اما ملانوم بدخیم آکرومیک هم وجود دارد. انتشار ملانوم بدخیم با متاستازهای پوستی و خونی و لنفاوی شایع

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Braun _Falco, O. Sur histochimie de cellule mélanique. Bull, soc, F, derm; 1966; 73; P 609.
- 2- Civatte, J.: Le mélanome malin, Histopath, de la peau. Flam, Paris, 1967; P.259.
- 3- Degos, R. Mélanome malin; in trait de dermat; Flam: Paris P. 864.

- 4- Degos, R.: Les naevocarcinomes, revue de prat, 1965, T. 15, P.1047.
- 5- Duperrat, B.: Mélanome malin; Précis derm; Masson, Paris 1959, P.809
- 6- Duperrat, B.: Etude anatomoclinique des naevie mélaniques; in tumeurs noires, edt , expen, Paris 1962; P.7.
- 7- Duperrat B.: Anatomo-pathologie de mélanome m lin; bull soc, F, derm, 1966, 73, P. 563 .
- 8- Duperrat. B.: Panaris mélanique; Sem, Hopit; 1962, P. 304
- 9- Duperrat. B.: Etude du mélanome juvenile; miner derm; 1959, 34, P.190
- 10- Dufourmentel, C.: A propos de 170 cas de MM opérés, in tumeurs noires, edt, expen 1962 Paris pp. 33, 83
- 11- Dupont, mélanome malin; en EMC; 1968; P. 12760 A. 10.
- 12- Guilaïne, J. MM, in tumeurs noires. edt, expen, Paris 1962, P. 91
- 13- Hemmati MM, thèse de CES de derm; Fac. Med. de Teheran 1969
- 14- Mishima, Y.: Origin of naevus cell; 12 th inter c ng. derm; 1962, P. 1588-1592
- 15- Mouly, R, Bibliographie de MM in tumeurs noires, expen, Paris, P.97.
- 16- » MM, revue de cancer 1966; T19. et 1967 T. 20.
- 17- » MM, sympo, 8 ème cong, int. derm. Munich 1967. (Pour une riche biblio., voir aussi Bull. Soc. F. derm, 1966 5 bis).