مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره۲۶، شماره٤ ،زمستان ۱۳۸۷: ۵۶۳-۵۶۰

● **گزارش موردی** کد مقاله:۰۶۰

بازال سل کارسینوما در یک مرد جوان: معرفی یک بیمار

دکتربهاره ملک افضلی[۱*]
دکتر وحید رضا یاسایی[۲]
دکتر سعید پیروزی [۱]

۱-متخصص پوست، بیمارستان بوعلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد واحد تهران

۲- متخصص ژنتیک پزشکی، مرکز تحقیقات ژنومیک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*نشانی نویسنده مسئول:تهران-خیابان ولی عصر، انتهای پارک ملت، کوچه مهیار پلاک ۸٤، طبقه ٤ شرقی
تلفن:۰۲۱-۲۲۰۵۱۳٦٦
نمابر:۰۲۱-۲۲٦۸۵۱۱٦

نشانی الکترونیکی:
bmalekafzali@yahoo.com

چکیده

بازال سل کارسینوما [۱](**BCC**): شایعترین نئوپلاسم پوستی مهاجم بدخیم است که منشأ آن از سلولهای اپی تلیال می‌باشد و از سلولهایی مشابه با سلولهای لایه بازال اپیدرم و ضمائم آن تشکیل شده است.

۹۵٪ افراد مبتلا به BCC ٤۰ تا ۷۹ سال سن دارند و افراد جوانتر به ندرت دچار آن می‌شوند. در این مطالعه مرد ۲۲ ساله‌ای با پوست تیپ II معرفی می‌شود که به دنبال تروما دچار زخم و متعاقبا BCC در همان محل شده است.

واژه گان کلیدی : بازال سل کارسینوما، نئوپلاسم،سلول اپیتلیال

تاریخ دریافت مقاله:۸۷/۱۱/۸ تاریخ اصلاح نهایی:۸۷/۱۱/۸ تاریخ پذیرش مقاله:۸۷/۱۲/۱۹

مقدمه

بازال سل کارسینوما شایعترین تومور پوستی است که به ندرت متاستاز میدهد.

درنژاد سفید این تومور بسیار شایع است که در ارتباط با تیپ پوست(تیپI) و نورافتاب میباشد. در سایر نژادها بازال سل کارسینوما بیشتر درافرادی بروز میکند که سابقه رادیوتراپی قبلی ،سندرم های ژنتیکی خاص و یا با شیوع کمتر اسکار زخم قدیمی داشته اند.

سن شایع بروز بازال سل کارسینوما بین ۴۰ تا ۷۹ سالگی میباشد و در افراد جوان بدون زمینه قبلی ناشایع است. اکثریت موارد بروز

۱- Basal Cell Carcinoma

Archive of SID
www.SID.ir

بازال سل کارسینوم درسنین۱۵ تا ۳۴ ساله در جنس مونث گزارش شده است،لذا گزارش بروز این تومور دریک مرد جوان به فاصله کمی بعد از یک تروما میتواند قابل توجه باشد.

معرفی بیمار

مرد ۲۲ سالهای با پوست تیپ II که به علت وجود ضایعهای روی بینی از یک سال قبل به درمانگاه پوست مراجعه کرد. بیمار اظهار میداشت که بدنبال تصادف با موتور دچار شکستگی بینی و زخمی روی آن شده که پس از مدتی بهبودی نسبی پیدا می کند. ولی بدنبال ورزش (وزنه برداری) دچار ترومای مجدد در محل قبلی و ضایعهای زخمی در همان محل می گردد. پس از گذشت یکسال ضایعه بدون تغییر و بهبودی همچنان بر روی بینی وجود داشته که منجر به مراجعه بیمار به پزشک می شود. [شکل ۱].

در این مدت بیمار در منطقه عسلویه در زیر آفتاب مشغول به کار بوده و از هیچ گونه محافظ فیزیکی یا شیمیایی استفاده نمیکرده است. بیمار سابقه بیماری زمینهای یا مصرف دارو و سابقه فامیلی مثبتی از BCC را در خانواده ذکر نمیکرد. سابقه مصرف مکمل های پروتئینی و کراتین را در بدنسازی اظهار میداشت. در معاینه یک پلاک زخمی در پل بینی دیده شد که با توجه به عدم بهبودی در طی یکسال با احتمال BCC بیوپسی به عمل آمد. نتیجه آسیب شناسی BCC را تأیید کرد (شکل ۲ الف و ب). ضایعه با حاشیه مناسب برداشته و Flap مناسب جایگزین گردید.[شکل ۲].

بحث

BCC (بازال سل کارسینوما) شایع ترین تومور بدخیم مهاجم پوستی در انسان است که با تهاجم مستقیم پیشرفت می کند و بندرت متاستاز می دهد [۱].

منشاء سلولهای این کارسینوم از سلولهای اپی تلیال پوست است و به سلولهای زاینده فولیکولهای مو بیش از سلول لایه بازال اپیدرم شباهت دارند. [۱] در نژاد سفید BCC شایع ترین تومور بدخیم پوست است و در مردان بیش از زنان دیده می شود [۲]. BCC با تماس مزمن با نور آفتاب ارتباط دارد و بیش از ۹۹٪ مبتلایان سفید پوست هستند. ۸۵٪ این تومورها روی سر و گردن ایجاد می شود [۱]. ۹۵٪ افراد مبتلا بهBCC در سنین ۷۹- ۴۰ سال قرار دارند [۳].

علاوه بر اشعه UV و نژاد سفید، عوامل خطر دیگری مانند سابقه آسیب قبلی در محل [۴] دریافت اشعه قبلی [۵] تماس قبلی با آرسینک [۶] سندرم های ژنتیکی خاص مانند گزرودرما پیگمانتازوم [۷] سندرم BCC نوئید [۸] آلبینیسم [۹] سندرم Bazex [۱۰] هامارتوماها مانند نووس سباسه [۱۱] و ضعف سیستم ایمنی [۱] در ایجاد BCC موثر میباشد.

BCC اشکال بالینی متعددی دارد که شایع ترین آن نوع ندولار است. این نوع به شکل یک پاپول یا ندول شفاف با تلانژکتازی ظریف که به طور شایع زخمی میشود، بروز میکند. اشکال بالینی دیگر شامل انواع سطحی، مورفیک و پیگمانته میباشد [۱]. از نظر بافتشناسی BCC شامل انواع ندولار، مورفهای فورم، سطحی، پیگمانته، فیبرواپی تلیوما، ارتشاحی، میکروندولار و غیره است.

JA Nerad و همکاران شیوع BCC را در سنین ۲۱ تا ۳۵ سالگی ۳/۲٪ گزارش کرده اند [۱۲]. در مطالعه ای دیگری که در سال ۲۰۰۶ در ایتالیا انجام شد افزایش موارد BCC در سنین کمتر از ۳۵سال در طی سال۱۹۹۴ از ۳۰ مورد به ۴۷ مورد در سال ۲۰۰۳ گزارش گردید [۱۳]. محل های آناتومیک شایع BCC در افراد زیر ۳۵ سال به ترتیب شامل سر و گردن ۵۱/۵۴٪، تنه ۴۱/۴۰٪، اندامها ۵/۹۱٪ و سایر نقاط ۱/۱۲٪ گزارش گردیده است [۱۳].

Body AS و همکاران ، بروز اکثر موارد BCC (در بیماران جوانتر از ۴۰ سال) را در زنان گزارش نموده که اکثر آنها سابقه اخیر یا گذشته سیگار کشیدن و آفتاب سوختگی تاولی داشتهاند [۱۴].

در مطالعهای که در سال ۲۰۰۷ در پروتریکا انجام شده است جهش هایی را در رده سلولهای زایا در ژنهای p53, PTCH and XPD یافته و آنرا بعنوان عامل مهم خطر در ایجاد BCC در افراد کمتر ۳۵ سال مطرح کردند. در این بررسی از نظر آماری نشان داده شد که جهش در ژن PTCH احتمال بروز BCC در این افراد را ۷ برابر افزایش میدهد[۱۵].

در مطالعه ما بنظر میرسد نوع پوست، سابقه ترومای قبلی، در معرض آفتاب قرار گرفتن و شاید آفتاب سوختگی از دلایل بروز BCC بوده است. بنابراین، سن یک فاکتور رد کننده در تشخیص BCC نیست و هر رشد غیر طبیعی پوست در سر و گردن باید مشکوک در نظر گرفته و بیوپسی شود. امروزه BCC در سنین پایین بیشتر مشاهده میشود که میتواند بدلیل از بین رفتن لایه ازن و مواجهه بیشتر با نور آفتاب باشد.

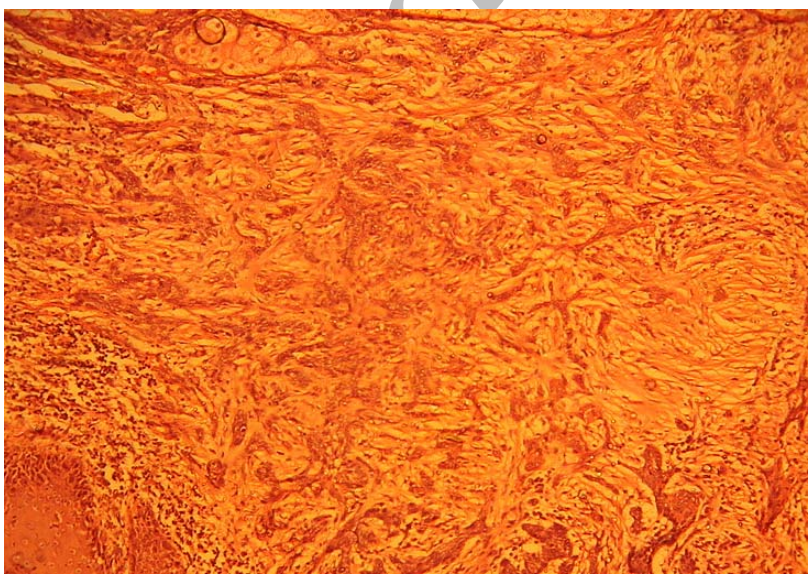
Archive of SID

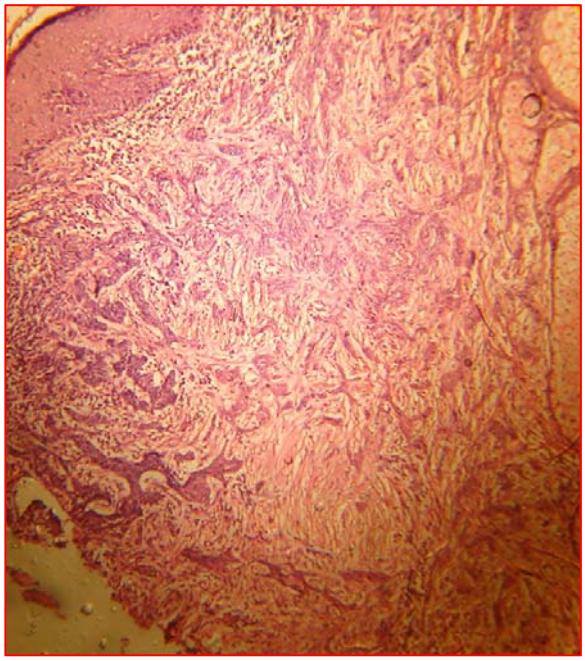
www.SID.ir

شکل۱: تصویر ضایعه BCC در بیمار ۲۲ ساله



شکل ۲:تصویر پاتولوژی ضایعه BCC ، سلولهای بازالویید با نمای Palisading در هر دو شکل زیر نشان داده شده است.





www.SID.ir

مراجع

1- Leshin B, white WL Malignant neoplasms of kratinocytes 1996.

2- Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). Rook/ Wilkinson/ Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science; 1998: 1679- 85.

3- Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (part I). J am Acad. Dermatol 1991; 24: 1- 13.

4- Noodleman RF, Pollack SV. Trauma as a possible etiologic factor in basal cell carcinoma. J Dermatol Surg Oncol 1986; 12: 841- 46.

5- Allison JR. Radiation- induced basal- cell carcinoma. J Dermatol. Surg Oncol 1984;10:200-03

6- Schoolmaster WL, White DR. Arsenic poisoning. South Med J 1980; 73: 198- 207.

7- Keeler CE. Albinism, xeroderma pigmentosum, and skin cancer. Natl Cancer Inst. Monogr 1963; 10: 349- 59.

8- Milstone EB, Helwig EB. Basal cell carcinoma in children. Arch Dermatol 1973; 108: 523- 27.

9- Ademiluyi SA, Ijaduola GT. Occurrence and recurrence of basal cell carcinoma of the head and neck in Negroid and Albinoid Africans. J Laryngol Otol 1987; 101: 1324- 28.

10- Plosila M, Kiistala R, Neimi KM. The Bazex syndrome: follicular atrophoderma with multiple basal cell carcinoma, hypotricosis and hypohydrosis. Clin Exp Dermatol 1981; 6:31-41.

11- Goldstein GD, Whitaker DC, Argenyi ZB, et al. Basal cell carcinoma rising in a sebaceous nevus during childhood. J Am Acad Dermatol 1988; 18: 429- 30.

12- Nerad JA, Whitaker DC. Periocular basal cell carcinoma in adults 35 years of age and younger. Am J Ophtalmol. 1988; 106: 723- 29.

13- delfino S, Innocenzi D,Di Lorenzo,et al.An increase in basal cell carcinoma among the young: an epidemiological study inamiddle-south italian population.Anticancer Res.2006 Nov-Dec;26:497-83

14- Body AS, Shyr Y, King LE Jr. BCC in young women. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 706-09.

15-Suarez-Martinez EB,Ruiz A,Matias L,etal.Early onset of basal cell carcinoma:germline mutations in the TP53,PTCH,and XPD genes.P R Health Sci J;2007 Dec 26:349-54

Archive of SID

www.SID.ir