

این بی‌دقتی تاجه اندازه وخیم خواهد بود ؟
 حال به بینیم منشأ خال کجاست ؟ 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 گرفته‌اند و در پوست تکامل یافته و از نظر فیزیولوژی وظیفه رنگ سازی را بعهده دارند . یک دسته از سلولهای دیگر را هم می‌شناسیم که ماده رنگ دانه (Melanine) ساخته شده بوسیله ملانوسیت را درخود جمع کرده و دارای صفت فاگوسیتی هستند . باین سلولها، ملانوفاز (Melanophage) میگویند .

در بافت شناسی خال غیر از این دو گروه، سلولهای خاص دیگری نیز موجودند که بدانها سلولهای نوویک 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 نظر به امروزه چندان طرفدار ندارد . اخیراً بکمک میکروسکپی الکترونیک ، می‌شیمای و براون فالکسو، پی برده اند که چگونه از تیغه عصبی جنینی سلول نوویک بوجود میآید و کدام یک از این سلولهای نووسی استعداد سرطانی شدن را دارند (تئوری می‌شیمای Mishima).

همان‌طور که گفته شد تبدیل شدن خال خوش‌خیم به بدخیم و ایجاد سرطان سیاه خیلی نادر است . از طرفی باید بدانیم که در مقابل

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

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

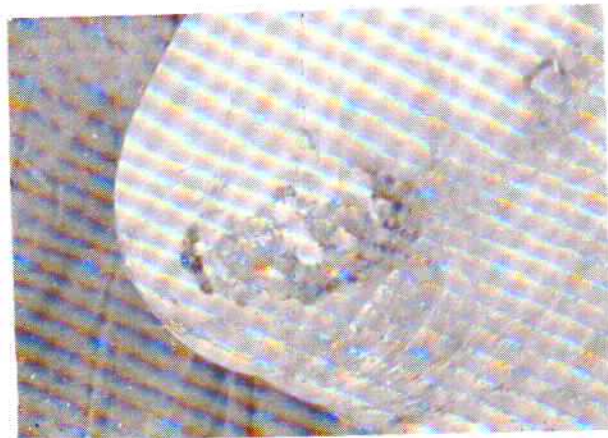
اخیراً خالهای خوش‌خیم و بدخیم مورد توجه قرار گرفته‌اند و بکمک تجسساتی که در این زمینه بعمل آمده است بسیاری از مسائل مجهول حل شده و این دسته از بیماریهای پوستی بهتر شناخته شده‌اند . معهدا باید متذکر شد که مسائل مربوط به خال را نباید بدست فراموشی سپرد بلکه باید تغییرات و ظهور سرطان خال را همیشه بخاطر داشت . این تنها وظیفه پزشک نیست که توجه خاصی به خال داشته باشد و خالهای خوش‌خیم 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 لک‌های سیاه پوست اهمیت میدهند . ولی متأسفانه هنوز دسته‌ای هم وجود دارند که به خالها 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

سرطانی شدن را دارد .

چهارم- ملانوز دو بروی (Melanose de Dubreuil) - ملانوز پره کانسروز دو بروی در ۴۰ سالگی ظاهر میگردد و عبارتست از پلاک کم و بیش مسطح با کتاره‌های 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 دو بروی 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 Alland و Darier گزارش شده است .

ششم - ملانوم بدخیم یا نووکارسینوم یا ملانوبلاستوم بدخیم - ملانوم بدخیم تومور کمبایی نیست بحدی که ۱ تا ۲ درصد تومورهای بدخیم را تشکیل میدهد . زنها استعداد زیادتری 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 صد هزار 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 ۴×۵ سانتیمتر دیده میشود و مربوط به بیمار ۶۵ ساله ایست 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 سباسه وغیره .

خالهای حقیقی عبارتند از :

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

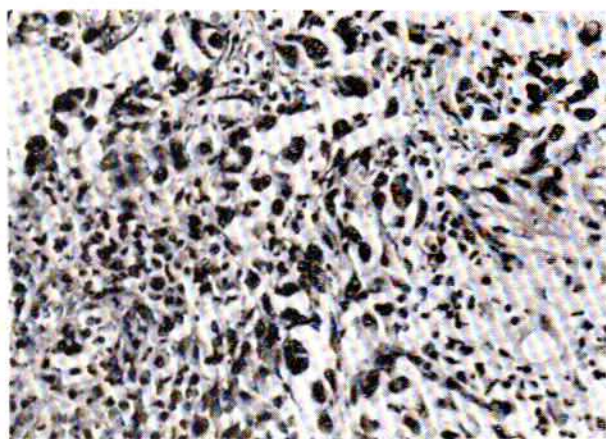
اول- ملانوم جوانان یا ملانوم ژوونیل و Allen و Spitz .

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 .

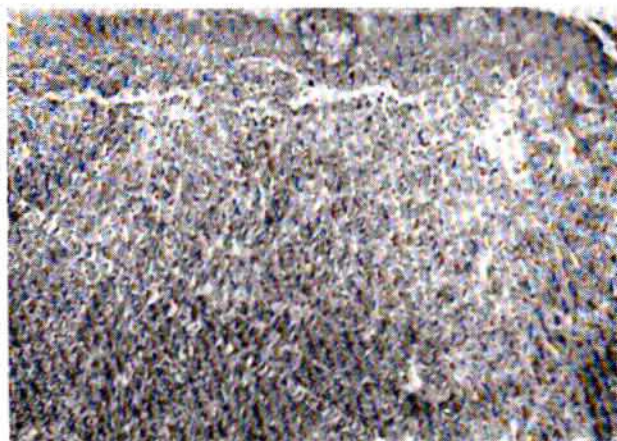
نوع دیگر خالهای حقیقی عبارتست از خال بی رنگ و برجسته (Verrue Molle) . این خال عبارتست از ضایعه برجسته و مدور و برنگ پوست طبیعی یا کمی صورتی . اندازه آن گاهی تا یک نخود میرسد . خال بی رنگ با اپی تلیوما با زوسلولر ندولی اشتباه میشود . در زیر میکروسکپ دارای سلولهای نووس است که اغلب در درم سطحی و عمقی قرار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

سوم- لانتیگو (Lentigo) - لانتیگو یا خال زیبائی! بیشتر منفرد بوده و گاهی تعداد زیادی از آن نزد بعضی افراد دیده میشود که در این حال آنرا Lentiginose میخوانند . خال زیبائی 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 بافت‌شناسی 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 واحشائی 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 بد داخل اپی‌درم و در عمق 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 دروسبورئیک 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 شده است . ملانوم بدخیم احشائی استثنائی نیست .

از عوامل مستعدکننده باید از تحریک کردن و ضرب‌به‌های مکرر و اعمال جراحی ناقص و سوزاندن خال با الکتروکواگولاسیون 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 بسرعت 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 احتی 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, dermat; 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 dermat; Masson, Paris 1959, P.809
- 6- Duperrat, B.: Etude anatomoclinique des naevie mélaniques; in tumeurs noires, ed, expen, Paris 1962; P.7.
- 7- Duperrat B.: Anatomopathologie de mélanome malin; bull soc, F, dermat, 1966, 73, P. 563 .
- 8- Duperrat. B.: Panaris mélanique; Sem, Hopit; 1962, P. 304
- 9- Duperrat. B.: Etude du mélanome juvenile; miner dermat; 1959, 34, P.190
- 10- Dufourmentel, C.: A propos de 170 cas de MM opérés, in tumeurs noires, ed, expen 1962 Paris pp. 33, 83
- 11- Dupont, mélanome malin; en EMC; 1968; P. 12760 A. 10
- 12- Guilaîne, J. MM, in tumeurs noires. ed, expen, Paris 1962, P. 91
- 13- Hemmati MM, thèse de CES de dermat; Fac. Med. de Teheran 1969
- 14- Mishima, Y.: Origin of naevus cell; 12 th inter cong. dermat; 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. dermat Munich 1967. (Pour une riche biblio., voir aussi Bull. Soc. F. dermat, 1966 5 bis).