

بنام خدا

مجله دانشکده پزشکی تهران
شماره ۴۳ خرداد و تیرماه ۶۱ صفحه ۱۰۳

کراتوآکانتوما

دکتر محمدعلی مزدهسی

در نوع بشوری eruptive مرد وزن بیک میزان متبلا می شوند
نوع متعدد نادر است تاکنون کمتر از ۱۰۰٪ مورد گزارش شده است و تا بحال حدود ۱۰ مورد نوع بشوری شرح داده اند. در نواحی کشاورزی و دارای معدن بیشتر دیده می شود علت و پاتوژنی:
علت نامعلوم ولی عامل ویروسی و بخصوص تابش آفتاب و قطران (Tar) ترکیبات نفتی و ضربه را در پیدایش این تومور موثر می دانند - در نواحی آفتابی شایعتر است فقط در نوع متعدد عامل ارثی تاثیر دارد برعکس SCC روی پوست بظاهر سالم پیدا می شود.
نتیجه پرولیفراسیون است و احتمالاً "از اپی تلیوم فولیکول موسرچشم می گیرد. بیرون ریختن خود بخودی توبی شاخی مرکزی و جذب تومور را با سیکل رشد مو که در آن فولیکول مو بعد از مرحله استراحت در مرحله تلوزن می افتد مقایسه کرده اند. پیدایش کراتوآکانتوما در مخاط، تیغه مخاط و کف دست و پا یا هیستوتونز پیلار مغایرت دارد که آنرا هم با دیلال و نیز توجیه می کنند.
۱ - توسعه تومور برخاسته از پوست موذار مجاور مخاط روی مخاط و نیمه مخاط.

تعریف: تومور خوش خیم، بادوره رشد مجدد، کروی و منظم، دارای توبی شاخی در مرکز که بیشتر در نواحی باز بدن پیدا شده، روی نسوح زیرین خود قابل حرکت بوده و خود بخود بهبود می یابد و چه از نظر بالینی چه از نظر آسیب شناسی قابل اشتباه با SCC می باشد کراتوآکانتوما نتیجه پرولیفراسیون کراتینوسیتها است که احتمالاً "از اپی تلیوم فولیکول مو سر چشمه می گیرد.

تاریخچه: از قرن چهاردهم میلادی برای جوانی تشخیص سرطان ساق پاداده شده بوده و قرار بوده پا پیش قطع شود گفته می شود شب قبل از عمل برای بهبود خود دعا می کرده است. شب خواب دیده شفا یافته است صبح که بیدار می شود توموری در کار نبوده و تا ۸۰ سالگی عمر کرده و علامتی از سرطان پیدانشده شرح فوق را در نوشته های تاریخی امروزه کراتوآکانتوما می نامند. شرح نوع منفرد را در سال ۱۸۸۹ به هوجنسون نسبت می دهند و تصویر خیلی قشنگ و گویایی از آن رسم کرده است.

شیوع: حدود ۲۰٪ مجموع SCC و KA

نوع منفرد بیشتر در ۵۰ - ۷۰ سالگی، نوع متعدد در نوجوانی و اوایل سن بلوغ دیده می شود مواد نادری در طفولیت دیده شده است. در نوع منفرد و متعدد در مردان سه برابر زنان دیده می شود.

همراه بوده و به جای تومور یک سیکاتریس آتروفیک بدون مو و کم رنگ فرورفته باکناره مغرس باقی میماند .
لیس تومور در مدت ۸ - ۲ ماه بهبود می یابد محل آناتومیک ضایعه

بیشتر در نواحی باز (مرکز صورت، دست، ساعد و...) پیدا می شود .

انواع بالینی

Solitary K. A	کراتوآکانتومای منفرد	"
Multiple K.A.	متعدد	"
Eruptive K.A.	بثوری	"

نوع منفرد شرح داده شد .

نوع متعدد را Ferguson Smith Type هم می نامند از نظر بالینی و آسیب شناسی شبیه نوع منفرد بوده معمولا بتعداد ۱ - ۳ ضایعه در یک ناحیه بدن مجتمع می باشند . (بیشتر صورت تنه و نواحی ژنیتال)

نوع بثوری Grzybowski type eruptive نیز می گویند که از تعداد زیادی پایولهای گنبدی شکل برنگ پوست بقطر ۷ - ۲ میلی متر ایجاد می شود .

علائم مشترک در انواع بثوری :

- ۱ - پخش جنرالیزه .
- ۲ - ضایعات بی شمار .
- ۳ - گاهی ضایعات بصورت خطی در می آیند .
- ۴ - صورت تغییر شکل یافته (ماسکه) همراه اکتروپیون
- ۵ - ضایعات مخاطی
- ۶ - خارش شدید

آسیب شناسی

علائم آلاسیک

- ۱ - توبی شاخی Horny plug توده شاخی
- ۲ - لبه یاد یواره حائل که اطراف ضایعه را دربر می گیرد .

۳ - هیپرپلازی پسودو اپی تلیوماتو

۴ - انفیلترای التهابی

۲ - وجود غدد سیاسه نابجا در نواحی بدون مو و مخاط گاه کراتوآکانتوم زیرناخن و یا داخل مخاط چشم پیدا می شود .

شرح بالینی

۱ - مرحله آغاز

بصورت ماکول قرمز کوچک شروع شده بزودی بصورت پایول منفی در می آید که روی خود بوسته دارد . پایول صورتی یا برنگ پوست بوده کمی نافدار است .

۲ - مرحله رشد و بلوغ

در عرض یک تا دو هفته از شروع عارضه فرامی رسد و پایول فوق در مدت ۸ - ۲ هفته بسرعت رشد کرده و بصورت ندول گرد سفت برجسته کروری برنگ پوست یا صورتی بدون علامت (باخارش مختصر) در می آید که در مرکز خود یک توبی Pulg از جنس کرایتن داشته و اندازه آن از نخود تا یک فندق بوده و گاه در قاعده کمی جمع شده بشکل پیاز در می آید اپیدرم روی آن کشیده و براق است . می توان آنرا به یک مولوسکوم کنتاژ بورفرم بزرگ و یا یک کوه آتش فشان تشبیه کرد که در دهانه آن مواد مذاب متوقف و سخت شده اند اندازه تکمیل شده ضایعه ۵/۵ تا ۲ سانتی متر بوده و در صورتی که از ۲ - ۲/۵ سانتی متر بیشتر باشد نوع Giant نام دارد . روی بافت های ریز خود براحتی حرکت دارد خونریزی ندارد سفت است ولی دردناک نیست در نسوج مجاور انفیلتراسیون نداشته و آدنویاتی در غدد لمفاوی نواحی مجاور ضایعه لمس نمی شود .

۳ - مرحله ثبات یا خاموشی :

بعد از رسیدن به رشد کامل برای ۸ - ۲ هفته بدون تغییر می ماند .

۴ - مرحله پس رفت یا رجعت

در عرض ۸ - ۲ هفته بدن گوشتی تومور صاف شده . از اندازه آن کم شده ، سفتی خود را از دست می دهد مرکز کراتوزیک وسعیتر شده و بوسته ریزی وجود دارد .

۵ - مرحله سیکاتریزاسیون

که با توکشیده شدن کناره و از بین رفتن بوشون شاخی

درمان:

۵- نمی‌توان اندازه نهایی و تخریب واسکار را

پیش بینی کرد.

۶- در اکثر موارد درمان ساده و موثر است.

چون توموری پلی مرف می‌باشد برحسب نوع ضایعه

درمان فرق می‌کند.

بدلائل زیر باید K.A. را درمان کرد.

۱- معیار مطلق وجود ندارد که آنرا از SCC

تشخیص دهد.

۲- اسکار بعد از درمان بهتر از بهبود خود بخود

است.

۳- موارد نادر عود دیده شده است.

۴- اکثراً " در جاهای باز پیدا می‌شوند و بدلائل

زیبائی درمان لازم می‌شود.

خلاصه درمان K.A.

۱- برداشتن جراحی

۲- کموتراپی عمومی و مالیدن مواد شیمیائی روی

ضایعه.

۳- تزریق کرتن در داخل ضایعه

۴- کرایوتراپی

۵- رادیوتراپی

۶- درمان موضعی با ویتامین A اسید

REFERENCES

- 1- Cancers of the skin (1376)
- 2- Text book of dermatology (Rook-1979)
- 3- Clinical dermatology (Domonkes 1982)
- 4- Dermatologie.(Degos 1981)
- 5- Current dermatologic Therapy
Maddin 1982
- 6- International Journal et Dermatology
November 1980
- 7- Clinical Dermatology (Demis)