

خال و ملانوم بدخیم

۱- والدین نوزاد ۵ روزه و دارای نووس ملانوسیتی مادرزادی به قطر ۲۲ سانتی‌متر در روی سر و پشت با شما مشاوره می‌کنند.

کدام اقدام زیر را به آنها توصیه نمی‌کنید؟ (پراترنی اسفندر ۹۵-۹۶-۹۷-۹۸-۹۹-۱۰۰)

- (الف) اقدام برای جراحی نووس از ۶ ماهگی تا ۲ سالگی (ب) مراجعه به نورولوژیست جهت معاینه دوره‌ای
(ج) انجام CT جهت رد ملانوز لپتومننژ (د) عدم نیازی به پیگیری کودک پس از حذف نووس
- **جواب:** گزینه د، بیماران مبتلا به خال مادرزادی باید پس از برداشتن خال از نظر ابتلا به ملانوم فالوپا شوند.

درسنامه ۱: برخورد با خال مادرزادی ملانوسیتی

این نوع خال، یک نوع **هامارتوم** با گسترشی عمیق‌تر از خال ملانوسیتی اکتسابی در **درم و بافت زیر جلد** می‌باشد که در بدو تولد یا چند ماه اول زندگی به وجود می‌آیند. ضایعه معمولاً **منفرد، گرد بیضوی و بامارژین منظم** است. گاهی **موهای زمخت و سطح زمخت و زگیلی** دارد. ممکن است با افزایش سن، این خال‌ها رشد کنند ولی اغلب طی ۲ سال اول زندگی **کمرنگ‌تر** می‌شوند. تشخیص با **شرح حال و معاینه بالینی** بوده و درموسکوپی کمک‌کننده است. هر **تغییر در اندازه، شکل و قرینگی** نیاز به بررسی پاتولوژی دارد چراکه **خارش، خونریزی، درد، زخم، ندول و پیگمان تیره جدید**، بدخیمی را مطرح می‌کند.

ملانوز لپتومننژ (درگیری CNS و لپتومننژ علاوه بر پوست) با **هیدروسفالی و تشنج پس از ۲ سالگی** تظاهر می‌کند و با **MRI با گادولینیم** تشخیص داده می‌شود. ملانوز لپتومننژ، پیش آگهی را **بسیار بد** می‌کند. بیماران با خال‌های **سر، پشت و ستون فقرات**، جهت رد ملانوز لپتومننژ باید **MRI و معاینه نورولوژی** شوند.

نکته ۱۰۰٪ امتحانی: مهم‌ترین ریسک فاکتور بروز ملانوم در خال مادرزادی و مهم‌ترین عامل در تصمیم‌گیری، **سایز** است.

(الف) **خال کوچک** (کمتر از ۱/۵ سانتی‌متر) و **خال متوسط** (۱/۵ تا ۲ سانتی‌متر): **معاینه و فوتوگرافی سالانه در فواصل منظم بدون نیاز به برداشتن خال** (البته به جز استثنائات که در سوال بعد آورده می‌شود). خال‌هایی که برداشته نمی‌شوند، باید **ماهانه توسط والدین مشاهده و معاینه** شود و هر **تغییری** به پزشک اطلاع داده شود. **فالوپا** این خال‌ها به‌ویژه پس از بلوغ، بسیار حیاتی است.

(ب) **خال بزرگ** (بین ۲۰ تا ۴۰ سانتی‌متر) و **خال Giant** (بزرگتر از ۴۰ سانتی‌متر) باید با هدف زیبایی و کاهش ریسک بدخیمی **در اولین فرصت در فاصله ۶ ماهگی تا دو سالگی** همراه با **پیوند پوست یا tissue expander** برداشته شود. چراکه ملانوم در خال مادرزادی بزرگ در سنین پایین تر (۳ تا ۵ سالگی) رخ می‌دهد.

(ج) **حتی پس از جراحی**، باید بیماران از نظر **ملانوم پوست، CNS** و رتروپریتون تحت **فالوپا** قرار گیرند. **عدم مواجهه با نور آفتاب** به این بیماران توصیه می‌شود. ملانوم در زمینه خال، **دیر** تشخیص داده شده و **پروگنوز بدی** دارد.

۲- پسر ۱۵ ساله‌ای با یک خال ملانوسیتی مادرزادی با اندازه متوسط مراجعه کرده است. برداشتن خال به روش جراحی در تمامی موارد زیر توصیه می‌شود، به جز: (دستیاری اردیبهشت ۹۶)

- (الف) آتیپیک بودن بالینی (ب) ایجاد مشکل زیبایی
(ج) قرار داشتن کف دست و پا (د) ضایعه در حال تغییر
- **جواب:** گزینه ج، سایر گزینه‌ها جزو اندیکاسیون برداشتن خال‌های کوچک تا متوسط است.



درسنامه ۲: اندیکاسیون برداشتن خال‌های مادرزادی کوچک

۱- تغییر شکل خال ۲- زیبایی ۳- آتیپیک (بسیار تیره یا مولتی ندولار) ۴- خال سر و پشت

۳- خانمی ۲۱ ساله به علت نگرانی از وجود یک خال با حاشیه نامنظم و رنگی غیریکنواخت در صورت به شما مراجعه می‌کند. سابقه وجود خال‌های متعدد در سایر افراد خانواده را ذکر می‌کند و اخیراً مادرش به‌خاطر ملانوم پوستی تحت درمان قرار گرفته است. کدام تشخیص برای بیمار محتمل‌تر است؟ (دستیاری اسفندر ۸۸)

الف) خال آبی ب) خال دیسپلاستیک ج) خال هاله‌دار د) خال اسپیتز

○ جواب: گزینه ب، حاشیه نامنظم و رنگ غیریکنواخت و سابقه ملانوم در خانواده مطرح‌کننده خال دیسپلاستیک است.



درسنامه ۳: خال دیسپلاستیک (ملانوسیتیک آتیپیک)

خال است که بعضی ویژگی‌های ملانوم (ناقربینگی، مارژین نامنظم، رنگ‌های مختلف، قطر بیش از ۶ میلی‌متر در ظاهر و آتیپی در پاتولوژی) را کسب کرده است. این خال پس از ۶ تا ۱۲ ماهگی شایع بوده ولی برخلاف خال مادرزادی، در بدو تولد وجود ندارد. تبدیل این خال به ملانوم شایع نیست ولی آن را زمینه ساز ملانوم می‌دانند. ملانوم ایجاد شده در این بیماران بیشتر روی پوست سالم رخ می‌دهد. (نه خود خال) افزایش تعداد خال، آتیپی بالینی و سابقه خانوادگی، خطر ملانوم را افزایش می‌دهند. داشتن بیش از ۵۰ خال آتیپیک و سابقه حداقل در ۲ نفر از خانواده، سندرم خال آتیپیک-ملانوم بوده و بیشترین خطر ملانوم را دارد.

این خال بزرگتر از ۵ میلی‌متر بوده و در مرکز آن یک برجستگی با نمای تخم مرغ نیم رو وجود دارد. حاشیه ضایعه غیرمنظم و ناواضح است. درموسکوپی نقش بارزی در افتراق این خال از ملانوم، بازی می‌کند.

نحوه برخورد: گرفتن عکس اولیه خال و مقایسه مکرر خال با آن عکس، معاینه کل بدن با درموسکوپی، پیگیری هر ۳ تا ۱۲ ماه (حداقل سالی یک بار) توسط پزشک، پرهیز از برنزه سازی، استفاده منظم بیمار و خانواده از ضدآفتاب با SPF15، عدم قرارگیری در نور خورشید در فاصله ۱۰ صبح تا ۳ ظهر، برداشتن خال به شدت آتیپیک منفرد یا دچار تغییرات واضح با اکسیژیون (نه با پانچ یا انسیزیون)

۴- پسر نوجوانی با یک پچ هیپرپیگمانته هیپرتریکوتیک با حاشیه مشخص روی قسمت فوقانی قدام قفسه سینه مراجعه کرده است که ذکر می‌کند، طی ۲ سال اخیر در حال بزرگ شدن می‌باشد. بررسی از نظر کدامیک از اختلالات زیر در این فرد، ضرورت دارد؟ (پره‌انترنی میان دوره آزر ۹۸)

الف) شنوایی ب) قلبی عروقی ج) سیستم اعصاب مرکزی د) اسکلتی

○ جواب: گزینه د، هیپوپلازی پستان و مالفورماسیون اسکلتی با خال بکر همراهی دارد.



درسنامه ۴: خال بکر

مردان دهه دو و سوم زندگی (بعد از بلوغ) در قسمت فوقانی خارجی قفسه سینه (جلو یا پشت) و ناحیه شانه دچار پچ یا پلاک با برجستگی خفیف، هیپرپیگمانتاسیون و هیپرتریکوز می‌شوند. خال، بزرگ و بیش از ۱۵ سانتی‌متر بوده و مارژین مشخص و نامنظمی دارد. ۱ تا ۲ سال بزرگ‌تر شده و سپس رشدش متوقف می‌شود و کمرنگ می‌شود. معمولاً یک طرفه بوده و هیپرتریکوز ثابت می‌ماند. ضایعه، علامت دیگری ندارد.

نکته: خال بکر، یک هامارتوم با منشا اکتودرم و مزودرم است. رخداد آن در محل غیرشایع، انجام بیوپسی را ضروری می‌سازد. نحوه برخورد: هیپوپلازی پستان و مالفورماسیون اسکلتی با خال بکر همراهی دارد. لذا، از نظر مالفورماسیون اسکلتی و بافت نرم باید ارزیابی شوند. از لیزر Q switch (نه جراحی) برای درمان ضایعه استفاده می‌شود.



۵- مردی ۴۰ ساله با رخداد چندماهه یک هاله دپیگمانته در اطراف یک خال ملانوسیتی که از ۸ سال پیش در ناحیه شانه وی وجود داشته، مراجعه نموده است. در بررسی شرح حال بیمار توجه به سابقه فردی یا خانوادگی کدام مورد زیر ارزش کمتری دارد؟ (پره‌انترنی میان‌دوره آزر ۹۸)

- الف) ملانوم (ب) خال آتیپیک (ج) ویتیلیگو (د) لنتیگو
- جواب: گزینه د، سابقه سایر موارد در خال هاله‌دار مهم است.

درسنامه ۵: خال هاله دار

در مرکز ضایعه، یک خال ملانوسیتیک هیپرپیگمانته و در اطراف آن، هاله دپیگمانته (انفیلتراسیون لنفوسیت‌ها) با مارزین واضح‌عمدتاً در کمر جوانانی که خال‌های متعددی دارند، دیده می‌شود. مرکز ضایعه، به تدریج رنگ خود را از دست می‌دهد ولی هاله دپیگمانته باقی می‌ماند (گاهی پیگمانته می‌شود).
نحوه برخورد: بررسی نمای خال مرکزی، عدم نیاز به بیوپسی در صورت خوش‌خیم بودن ضایعه مرکزی، بررسی از نظر خال آتیپیک، ملانوم و ویتیلیگو و پیگیری دوره‌ای، معاینه کامل پوست کودکان مبتلا، بررسی افراد میانسال و مسن مبتلا از نظر ملانوم پوستی یا چشمی

۶- بررسی آسیب‌شناسی یک ندول آبی رنگ (خال آبی) در کدام مورد زیر توصیه می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷-قطب ۵ شیراز)

الف) پشت دست (ب) پشت پا (ج) ناگهانی ایجاد شدن (د) سن بالای ۴۰ سال

○ جواب: گزینه ج، ایجاد ناگهانی یا تغییر بالینی، اندیکاسیون بررسی پاتولوژی خال آبی است.

درسنامه ۶: خال آبی و لکه مغولی (Mongolian spot)

لکه مغولی: ماکول بزرگ آبی خاکستری با حاشیه نامشخص بزرگ در ناحیه لومبوساکرال، باتک و ساکروکوکسیژنال می‌باشد که خوش‌خیم بوده و نیازی به اقدام درمانی ندارد. چراکه بخاطر باقی ماندن ملانوسیت‌های جنینی دندریتیکی در درم عمقی و اثر تیندال است و در اوایل کودکی از بین می‌رود.
نکته: ایجاد ناگهانی یا تغییر بالینی، اندیکاسیون بررسی پاتولوژی خال آبی است.

۷- خانمی ۲۰ ساله با پیچ قهوه‌ای یک طرفه و در اطراف چشم، اسکلرا، گیج گاه، پیشانی و گونه مراجعه نموده است. این ضایعات از دوران شیرخوارگی ایجاد شده است. کدام یک از تشخیص‌های زیر برای بیمار مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶-قطب ۱۰ تهران)

- الف) خال اشپیتز (ب) خال اوتا (ج) خال اسپایلوس (د) خال بکر
- جواب: گزینه ب، خال اوتا، اسکلرای چشم و پوست اطراف چشم یک طرف را می‌گیرد.

درسنامه ۷: خال اوتا، خال اسپایلوس، خال اشپیتز

خال اوتا: پیچ خاکستری آبی رنگ منقوط یک طرفه صورت و درگیری اسکلرا (درگیری در حوزه دو شاخه اول عصب تریژمینال یعنی دورچشم، تمپورال، فرونتال، گونه، گوش، بینی و ملتحمه عمدتاً درجنس مونث و در شیرخوارگی یا بلوغ ایجاد می‌شود. معاینات چشمی (از نظر ملانوم و گلوکوم) و معاینات نورولوژی در این بیماران ضرورت دارد. ضایعات به لیزر Q switch پاسخ خوب با عود اندک می‌دهد.
خال اشپیتز: در کودکان پیگیری هر ۲ تا ۳ ماه بدون جراحی کافی است ولی در بالغین باید اکسزویون شود.
خال اسپایلوس: ماکول‌های هیپرپیگمانته نقطه‌ای در زمینه پوست پیگمانته تیره (ولی کم رنگ‌تر از نقطه‌ها) می‌باشد و فالوآپ برای پیگیری ضایعات کافی است.

۸- کدامیک از یافته‌های زیر در تشخیص ملانوم بدخیم ارزش کمتری دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۸۶)

- (الف) نامنظمی کناره‌ها
(ب) غیرقربینی
(ج) رنگ قهوه‌ای پررنگ یکنواخت
(د) قطر بیش از ۶ میلی‌متر
- **جواب:** گزینه ج، معیار ABCDE برای تشخیص ملانوم ۱۰۰٪ امتحانی است.



درسنامه ۸: ملانوم بدخیم

کشنده‌ترین سرطان پوستی است. سفیدپوست‌ها بیشتر مبتلا شده ولی **مرگ‌ومیر سایر نژادها** در اثر آن (به‌خاطر نوع آکرال یا تشخیص دیر هنگام) بیشتر است. بیماری در **مردان دهه ۶** زندگی شایع‌تر است. در مردان در سن بالاتر و در زنان در سن پایین‌تر بروز می‌کند. شایع‌ترین نوع ملانوم در **خوزستان، ملانوم ندولار** است.

UVB علت اصلی آفتاب سوختگی بوده ولی **UVA** ریسک **ملانوم** را بیشتر بالا می‌برد. **ضدآفتاب‌ها عمدتاً UVB** را کاور کرده و با جلوگیری از سوختگی و قرمزی پوست، احساس کاذب محافظ بودن ایجاد می‌کنند. استفاده از **کلاه، لباس مناسب و ضدآفتاب‌های حاوی اکسید روی و دی اکسید تیتانیوم که UVA** را نیز علاوه بر **UVB**، مهار می‌کنند، موثرتر است.

معیارهای ABCDE: A (Asymetry) (نیمی از ضایعه مشابه نیمه دیگر نیست). B (Border) **بوردر دنداندار، غیرمنظم، مضرس و غیرواضح** C (Color) **غیریکدستی رنگ خال** D (Diameter) **دیامتر بیش از ۶ میلی‌متر** E (Evolution) **تغییر در ظاهر که این مورد در ملانوم ندولار و دیپگمانته اهمیت کمتری دارد.**

نکته: تغییر شکل و رنگ ضایعه تغییرات زودرس بوده و نیاز به توجه ویژه دارند. برداشتن هر خال ملانوسیتیکی برای پیشگیری از ملانوم توصیه نمی‌شود.

۹- خانم ۳۰ ساله به علت ضایعه پوستی در قدام شکم از ۶ ماه قبل، مراجعه نموده است. ضایعه به تدریج درحال گسترش است. در معاینه، پلاک قرمز قهوه‌ای رنگ ۸ میلی‌متری مسطح دیده می‌شود که کناره‌های نامنظم و غیرقربینه دارد. کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۸۸)

- (الف) کراتوز اکتینیک
(ب) خال اشپیتز
(ج) ملانوم سطحی
(د) لنتیگو آفتابی
- **جواب:** گزینه ج، با توجه به محل ضایعه و الگوی آن، می‌توان به تشخیص رسید.



درسنامه ۹: ملانوم با انتشار سطحی

ماکول قهوه‌ای سیاه رنگ با رنگ‌های مختلف و مارژین نامنظم در **تنه آقایان یا پاهای خانم‌های ۴۰ تا ۶۰ ساله** می‌باشد. قطر ضایعه **بیش از ۶ سانتی‌متر** بوده و ملانوسیتیک‌های آتیپیک با **الگوی پاژتوئید** در اپیدرم وجود دارد. ممکن است تا بیش از ۱۰ سال رشد افقی داشته باشد و محدود به اپیدرم و **درم پایپلاری** بماند. شروع رشد **عمودی با ندولار** شدن (قطر بیش از ۲/۵ سانتی‌متر) همراه است. مناطق **هیپوپپیگمانته خاکستری سفید، نشانه پسرقت ضایعه** است.

۱۰- کدامیک از انواع بالینی و بافت‌شناسی ملانوم ممکن است علائم هشداردهنده ABCDE را نداشته باشد؟

(پره‌انترنی اسفند ۹۶ - آزاد)

- (الف) ملانوم سطحی
(ب) ملانوم ندولار
(ج) لنتیگو مالیگنا ملانوم
(د) ملانوم آکرال
- **جواب:** گزینه ب، ملانوم ندولار، علی‌رغم پیش آگهی بسیار بد، ممکن است علائم هشدار را نداشته باشد.



درسنامه ۱۰: ملانوم ندولار

بعد از نوع سطحی، شایع‌ترین نوع بوده و در **مردان دهه ۵ و ۶** زندگی عمدتاً در **تنه، سر و گردن** رخ می‌دهد. هرچه ضایعه، کلفت‌تر باشد، فاز **رشد عمودی** بیشتر بوده و پیش آگهی بدتر است. وجه افتراق آن از ملانوم سطحی نوع ندولی، **نداشتن پیگمنتاسیون حاشیه‌ای** است. نوع ندولار **دیپگمانته، علائم هشدار را نداشته و دیر** تشخیص داده می‌شود.



۱۱- خانم ۶۰ ساله‌ای با پج قهوه‌ای تیره به ابعاد ۳ سانتی‌متری با حاشیه نامنظم در ناحیه گونه از چند سال قبل مراجعه نموده است. ضایعه به تدریج طی چند سال بزرگتر شده اخیراً ندول برجسته سیاه رنگی در وسط ضایعه ایجاد گردیده است. کدام تشخیص مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفندر ۹۴- قطب ۲ تبریز)

الف) کراتوز سبوریک (ب) BCC (ج) لنتیگو ملیگنا ملانوم (د) خال ملانوسیتیک آتیپیک
 ● **جواب:** گزینه ج، فرد مسن با ضایعه تیره سطحی صورت که ندول در آن به وجود آمده، به نفع لنتیگو ملیگنا ملانوم است.

درسنامه ۱۱: لنتیگو ملیگنا ملانوم

پلاکی غیر قرینه با مارژین نامنظم قهوه‌ای سیاه و توزیع رنگ غیریکنواخت در مرکز صورت (به‌ویژه بینی و گونه) در دهه ۷ زندگی که برای سال‌ها در مرحله رشد افقی مانده بوده (فرکل هوچینسون) ولی ناگهان نمای تومورال (شروع رشد عمودی) در وسط ضایعه ایجاد شده است. پیش آگهی به ضخامت تومور بستگی دارد.

۱۲- آقای ۵۰ ساله‌ای با رنگ پوست روشن از بروز ضایعه‌ای در ناخن انگشت شست پای راست، از حدود چندماه پیش شکایت دارد. در معاینه، یک نوار پیگمانته طولی به رنگ قهوه‌ای مایل به سیاه در ناخن مزبور با گسترش به چین پروگزیمال ناخن مشهود می‌باشد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۸۷)

الف) خال ملانوسیتی داخل درمی زیر ناخن (ب) پیگمنتاسیون دارویی
 ج) بوون زیر ناخن (د) ملانوم لنتیگو آکرال
 ● **جواب:** گزینه د، علامت هوچینسون را برای معرفی ملانوم لنتیگو آکرال مطرح شده است.

درسنامه ۱۲: ملانوم لنتیگو آکرال

نادرتین نوع ملانوم با شیوع بالا در بین سیاه پوستان است. عمدتاً دست و پا بویژه ناخن را گرفتار می‌کند. پیگمنتاسیون ناگهانی چین پروگزیمال ناخن (نشانه هوچینسون) تیپیک این نوع ملانوم است. معمولاً این نوع، دیر تشخیص داده می‌شود.

۱۳- خانم سفید پوست ۵۵ ساله با سابقه ۶ ماهه ضایعه پیگمانته در ران مراجعه نموده است. در معاینه پلاک غیرقرینه با حاشیه نامنظم به قطر ۲ سانتی‌متر که رنگ‌های صورتی، قهوه‌ای و سیاه در قسمت‌های مختلف آن وجود دارد، مشاهده می‌شود. بهترین روش بیوپسی ضایعه کدام است؟ (دستیاری فروردین ۹۱)

الف) پانچ (ب) اکسزیون (ج) شیو (د) اینسیزیون
 ● **جواب:** گزینه ب، اکسزیون، روش ارجح نمونه‌برداری تشخیصی برای ملانوم است.

درسنامه ۱۳: تشخیص ملانوم

شرح‌حال، معاینه و درموسکوپي به تشخیص کمک می‌کند ولی بیوپسی اکسزیونال، پانچ اکسزیونال یا شیو کوتر عمیق به طور کامل و با مارژین ۲ تا ۳ میلی‌متر، گام ضروری برای تشخیص است. اگر ضایعه بزرگ و غیر قابل برداشت باشد، بیوپسی انسیزیونال از عمقی‌ترین قسمت ضایعه انجام می‌گیرد.

۱۴- ملانوم در کدامیک از موارد زیر بدترین پیش آگهی را دارد؟ (پره‌انترنی اسفندر ۹۳- قطب آکیلان و مازنران)

الف) قطر ۱ سانتی‌متر و ضخامت ۲ میلی‌متر در پشت (ب) قطر ۱ سانتی‌متر و ضخامت ۲ میلی‌متر در ساق پا
 ج) قطر ۲ سانتی‌متر و ضخامت ۱/۵ میلی‌متر در پشت (د) قطر ۲ سانتی‌متر و ضخامت ۱/۵ میلی‌متر در ساق پا
 ● **جواب:** گزینه ب، ضخامت (رشد عمودی) و محل آناتومی (نه قطر یا رشد افقی) در پروگنوز موثر است.





درسنامه ۱۴: پروگنوز ملانوم

- ۱- عمق تهاجم (ضخامت تومور یا رشد عمودی، مهم‌ترین عامل است). ۲- افزایش تعداد میتوز ۳- جنس مذکر ۴- سن بالا
 - ۵- ملانوم سر و گردن و پس از آن ملانوم آکرال ۶- درگیری غدد لنفاوی ۷- متاستاز دور دست
- نکته: بیشترین احتمال عود در ۵ سال اول ابتلا است.

