

## ملانوم بدخیم در خوزستان : مطالعه ۶۲ مورد

دکتر رضا یعقوبی<sup>۱</sup>، دکتر عنایت رفیعی<sup>۲</sup>، دکتر فرزانه سوادداری<sup>۳</sup>، مهندس سید محمود لطیفی<sup>۴</sup>  
 ۱- دانشیار گروه پوست، ۲- پزشک عمومی، ۳- استادیار گروه آمار، دانشکده بهداشت؛ دانشگاه علوم پزشکی اهواز

۱۵/۸ ± ۵۵/۹ سال) مبتلا به ملانوم بدخیم بودند. از ۶۲ مورد ملانوم بدخیم، ۵۹/۶۷٪ ملانوم پوستی، ۱۹/۳۵٪ ملانوم متاستاتیک در غدد لنفاوی، ۱۱/۲۹٪ ملانوم چشمی، ۴/۸۳٪ ملانوم دستگاه گوارش، ۳/۲۲٪ ملانوم مخاطی و ۱/۶۱٪ ملانوم گوش میانی و ماستوئید بود. انواع ملانوم تشخیص داده شده از نظر بافت شناسی به ترتیب شامل ملانوم بدخیم کلاسه بندی نشده (۳۰/۶۴٪)، ملانوم ندولر (۲۷/۴۱٪)، ملانوم متاستاتیک (۲۴/۱۹٪)، ملانوم لنتیجینوس آکرال (۱۲/۹۱٪) و لنتیگومالیگنا ملانوما (۴/۸۴٪) بود.

**نتیجه گیری:** اگرچه به نظر می‌رسد ملانوم تومور نادری در خوزستان است ولی جهت بررسی دقیق‌تر روند ملانوم در حال و آینده، انجام مطالعات بیشتر در منطقه ضروری است تا بتوان در سایه آن تدابیری جدید در راستای کنترل و پیشگیری بیماری اتخاذ نمود.

**واژه‌های کلیدی:** ملانوم بدخیم، خوزستان، گذشته نگر

**مقدمه:** ملانوم بدخیم در کشورهای غربی عمده مرگ و میر در مبتلایان به سرطان‌های پوستی است. از طرفی میزان بروز، نمای بافت شناسی و سیر تومور در بین آسیایی‌ها و غربی‌ها کاملاً متفاوت است.

**هدف:** این مطالعه با هدف بررسی وضعیت بالینی و آسیب‌شناسی ملانوم در طی یک دهه گذشته در خوزستان انجام گرفت.

**روش اجرا:** بررسی حاضر یک مطالعه گذشته نگر بوده و بر روی موارد ملانوم تشخیص داده شده از مهرماه ۱۳۶۹ لغایت شهریورماه ۱۳۷۹ صورت گرفت. اطلاعات موجود در گزارشات آسیب‌شناسی بایگانی آزمایشگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و یا آزمایشگاه‌های خصوصی در استان خوزستان بر روی فرم‌های از پیش آماده شده که دارای سوالاتی مشتمل بر سن، جنس، محل درگیری و نوع بافت شناسی تومور بود، ثبت گردید.

**یافته‌ها:** ۶۲ بیمار (۲۸ مورد زن با میانگین سنی ۱۴/۱ ± ۵۳/۸۰ سال و ۳۴ مورد مرد با میانگین سنی

## مقدمه

میزان بروز ملانوم پوستی در آمریکا بیشتر از هرسرطانی در انسان رو به افزایش است. در بین سالهای ۱۹۹۱-۱۹۷۳، بروز ملانوم در بین مردم سفیدپوست مضاعف شده است (۱). در سال ۱۹۹۶، قریب ۴۰۰۰۰۰ مورد جدید

ملانوم در آمریکا گزارش شده است و ۷۳۰۰۰ مورد مرگ و میر منتسب به ملانوم رخ داده است (هر ۷۲ دقیقه یک مورد فوت) (۲). بنظر می‌رسد که میزان بروز نمای بافت شناسی و سیر ملانوم در بین آسیایی‌ها و مردم با رنگ‌های پوستی متمایز از غربی‌ها کاملاً متفاوت باشد (۳). برخلاف ملانوم پوستی، بروز ملانوم غیرپوستی ثابت است. ملانوم غیرپوستی نمایانگر یک فرم نادر از ملانوم است که از

مؤلف مسئول: دکتر رضا یعقوبی - اهواز، بیمارستان امام خمینی (ره)، بخش پوست

این مطالعه گذشته‌نگر با مراجعه به بایگانی مراکز آسیب‌شناسی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز و آزمایشگاههای خصوصی در شهرستانهای اهواز، دزفول، آبادان و بهبهان انجام گرفت. پرونده‌های مربوط به ۱۰ سال گذشته، از مهر ماه ۱۳۶۹ لغایت شهریورماه ۱۳۷۹، مطالعه شد. اطلاعات موجود در تمامی گزارشات آسیب‌شناسی، بر روی فرمهای از پیش آماده شده که دارای سؤالاتی مشتمل بر سن، جنس، محل درگیری و نوع بافتی تومور بود، ثبت گردید. معیار ما برای انتخاب بیماران تأیید گزارش آسیب‌شناسی بوده است.

### یافته‌ها

از بین کل نمونه‌های ارسالی به بخش‌های آسیب‌شناسی ۶۲ مورد ملانوم شناسایی شد. از این تعداد ۲۸ نفر زن (۴۵/۱۶٪) و ۳۴ نفر مرد (۵۴/۸۴٪) بودند. نسبت زن به مرد حدود ۵/۴ بود. توزیع سنی، جنسی و انواع بافتی ۶۲ مورد ملانوم ثبت شده در جدول شماره ۱، توزیع سن شروع بر اساس جنس و نوع ملانوم در جدول شماره ۲ و توزیع محل بروز ملانوم بر اساس سن، جنس و ۳ نوع ملانوم در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

در ۷ مورد درگیری پلک و چشم مشاهده شد که شامل یک مورد زن ۷۴ ساله با ملانوم ندولر پلک تحتانی، یک مورد مرد ۶۲ ساله با ملانوم بدخیم پلک تحتانی و ملتحمه، یک مورد مرد ۳۶ ساله با ملانوم بدخیم ملتحمه، عنبیه و کانتوس خارجی و ۲ زن و ۲ مرد با میانگین سنی ۵۴ سال مبتلا به ملانوم بدخیم کره چشم بودند.

در سه مورد ملانوم دستگاه گوارش وجود داشت: یک مورد ملانوم روده (ملانوم بدخیم از نوع Spindle cell)، یک مورد ملانوم رکتوسیگموئید (ملانوم ندولر) و یک مورد ملانوم پریتون (ملانوم متاستاتیک). در دو مورد ملانوم

مخاط، چشم و یا از نقاط عمده ناشناخته‌ای منشأ می‌گیرد (۱).

وجه مشترک بین تمامی انواع ملانوم، منشأ تومور می‌باشد که از ملانوسیت منشأ می‌گیرد. ملانوسیت‌ها ترجیحاً به اپیدرم، فولیکول مو، درم، یوآ، لیتومنژ و گوش داخلی مهاجرت می‌کنند. همچنین ملانوسیت‌ها در حفره بینی، اوروفارنکس، مقعد، واژن و سیستم گوارشی و ادراری یافت می‌شوند. پایین بودن میزان ملانوم در نواحی غیر پوستی ممکن است مربوط به تعداد کم ملانوسیت‌ها در این نقاط و حفاظت ذاتی این نواحی از عوامل ایجادکننده نظیر تشعشعات ماوراء بنفش باشد (۱).

ملانوم متاستاتیک یعنی وجود ملانوم تأیید شده از نظر آسیب‌شناسی در غدد لنفاوی منطقه‌ای و یا متاستازهای دوردست، در فردی که هیچگونه شواهدی از ملانوم اولیه پوستی، مخاطی و یا چشمی نداشته باشد. بر طبق مطالعه Elder حدود ۳/۱ این بیماران قبلاً دارای یک ضایعه پوستی بوده‌اند که جراحی شده و در بررسی نمونه‌های آنها وجود ملانوم اثبات شده است. ۳/۱ دیگر دارای یک ضایعه مشکوک پوستی بوده‌اند که در جریان معاینه پوست ناحیه درناژ لنفاوی ضایعه کشف شده و پس از جراحی آن، در ارزیابی‌های بافت‌شناسی یافته‌هایی از پس‌رفت ملانوم را یافته‌اند. مابقی بیماران پس از معاینه کامل هیچگونه شواهدی از ملانوم اولیه را در هیچ نقطه‌ای نشان نداده‌اند. چنین بیمارانی ممکن است دارای یک ضایعه اولیه پوستی پس‌رفت یافته و بدون تغییرات باقیمانده و یا مبتلا به ملانوم احشایی اولیه و یا clear cell sarcoma (ملانوم بدخیم قسمت‌های نرم) باشند (۴).

این مطالعه برای نخستین بار و با هدف ارزیابی وضعیت بالینی و آسیب‌شناسی ملانوم در یک دهه گذشته در خوزستان انجام گرفت.

Archives of SID  
 در یک مورد ملانوم گوش میانی و ماستوسیتا وجود داشت.  
 بیمار مبتلا، زنی ۳۰ ساله بود که گزارش آسیب‌شناسی آن  
 از نوع ملانوم بدخیم بود.

مخاطی وجود داشت: در یک مورد مرد ۲۰ ساله‌ای با  
 تشخیص بالینی پولیپ بینی جراحی شده بود و گزارش  
 آسیب‌شناسی آن مینی بر ملانوم ندولر بود. مورد دوم مردی  
 ۷۰ ساله بود که دچار ملانوم لب از نوع ملانوم ندولر بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی جنسی، میانگین سنی و نوع بافتی انواع بالینی ملانوم تشخیص داده شده در استان  
 خوزستان از مهر ۱۳۶۹ لغایت شهریور ۱۳۷۹

انواع ملانوم	تعداد (درصد)	جنس		میانگین سنی (سال)	نوع بافتی ملانوم
		مرد	زن		
ملانوم پوستی	۳۷ (۰.۵۹/۶۷)	۲۱	۱۶	۵۴/۶۶	۳LMM + ۱۳NM + ۲MET.M + ۱۱MM + ۸ALM
ملانوم مخاطی	۲ (۰.۳/۲۲)	۲	۰	۴۵	۲NM
ملانوم چشمی	۷ (۰.۱۱/۲۹)	۴	۳	۵۵/۵۶	۶MM ۱NM
ملانوم گوش میانی	۱ (۰.۱/۶۱)	۰	۱	۳۰	۱MM
ملانوم دستگاه گوارش	۳ (۰.۴/۸۳)	۱	۲	۵۶/۵	۱NM + ۱MM ۱MET.M
ملانوم در غدد لنفاوی	۱۲ (۰.۱۹/۳۵)	۶	۶	۵۶	۱۲MET.M
جمع	۶۲ (۰.۱۰۰)	۳۴	۲۸	۵۵	۶۲

LMM = Lentigo Maligna Melanoma, NM = Nodular Melanoma, MET.M = Metastatic Melanoma, MM = Malignant Melanoma, ALM = Acral Lentiginous Melanoma

جدول شماره ۲: توزیع سنی شروع بیماری، جنس، تعداد و درصد بیماران ملانومی تشخیص داده شده در استان

خوزستان از مهرماه ۱۳۶۹ لغایت شهریور ۱۳۷۹

نوع ملانوم محدوده سنی (سال)	لنتیگومالینگنا ملانوما		ملانوم لنتیجینوس آکرال		ملانوم ندولر		ملانوم بدخیم (کلاسه بندی نشده)		ملانوم بدخیم متاستاتیک		مجموع		جمع کل	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن		
۰-۲۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۲	
۲۱-۴۰	۰	۰	۰	۱	۳	۱	۲	۱	۱	۰	۶	۳	۹	
۴۱-۶۰	۰	۱	۲	۴	۴	۴	۲	۷	۳	۲	۱۱	۱۵	۲۶	
۶۱-۸۰	۰	۲	۴	۱	۲	۱	۳	۲	۲	۵	۱۳	۸	۲۱	
بالا تر از ۸۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۱	
سن نامشخص	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۲	۱	۳	
میانگین سنی (سال)	۶۳ ± ۸/۸۸		۵۸/۸۷ ± ۱۳/۷۵		۴۹/۱۶ ± ۱۸/۲۴		۵۵/۲۹ ± ۱۴/۳۵		۵۸/۹ ± ۱۰/۰۶		۵۳/۸۵ ± ۱۴/۱		۵۵/۹ ± ۱۵/۸	۵۴/۹۶ ± ۱۵
جمع (درصد)	۱	۲	۲	۲	۶	۷	۱۰	۱۰	۷	۸	۳۴	۲۸	۶۲	
	۱/۱۱	۳/۲۲	۳/۲۲	۳/۲۲	۹/۶۷	۱۱/۲۰	۱۷/۷۴	۱۶/۱۳	۱۴/۵۱	۱۲/۹۰	۴۱/۳۱	۴۵/۱۶	۷۱/۱۰۰	

جدول شماره ۳: توزیع محل بروز ملانوم بر اساس جنس، میانگین سنی و نوع بافتی ملانوم پوستی در استان

خوزستان از مهر ۱۳۶۹ لغایت شهریور ۱۳۷۹

نوع ملانوم	میانگین سنی (سال)	جنس	تعداد	محل تشریحی
۲LMM + ۲NM + ۱MM + ۱MET.M	۶۵	زن ۱ مرد ۵	۶	صورت
۱MET.M	۵۰	مرد ۱	۱	اسکالپ
۲NM	۲۳	زن ۱ مرد ۱	۲	تنه
۱MM	۵۵	زن ۱	۱	اندام فوقانی (کف دست)
۵ALM + ۴NM + ۳MM + ۱LMM	۵۴	زن ۶ مرد ۷	۱۳	کف پا
۴NM	۵۷	زن ۳ مرد ۱	۴	پا
۲ALM + ۱NM	۶۱	زن ۱ مرد ۲	۳	انگشت پا به جز شست
۲ALM + ۱NM + ۱MM	۶۳	زن ۱ مرد ۲	۳	شست پا
۳NM	۴۶	زن ۱ مرد ۲	۳	ساق
۱MM	۴۸	زن ۱	۱	پوست (بدون تعیین محل)

LMM = Lentigo Maligna Melanoma, NM= Nodular Melanoma, MET.M=Metastatic Melanoma, MM= Malignant Melanoma, ALM=Acral Lentiginous Melanoma

مطالعات بسیاری طی سالهای گذشته تغییر جهت‌های متعددی را در اشکال بالینی و آسیب‌شناسی ملانوم نشان داده‌اند. بطوریکه طی سالهای ۱۹۶۰ در آمریکا ملانوم در زنان شایع‌تر از مردان بود ولی در جریان سالهای ۱۹۷۰ نسبت مردان به زنان افزایش یافته، بطوریکه نسبت مردان به زنان  $\frac{1}{11}$  شده است (۲). در مطالعه ما، نسبت درگیری مردان به زنان در دهه گذشته مشابه مطالعه اخیر بوده است. میانگین سنی بیماران مبتلا به ملانوم به هنگام تشخیص از سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۰ افزایش را نشان می‌دهد، بطوریکه میانگین سنی آنان در چند دهه اخیر از اواسط ۴۰ سالگی به اواسط ۵۰ سالگی افزایش یافته است (۲). میانگین سنی بیماران ما، ۵۵ سال بود و زنان حدود ۲ سال زودتر از مردان دچار ملانوم شده بودند.

نتایج مطالعه National Cancer Data Base طی سالهای ۱۹۹۴-۱۹۸۵ بر روی ۸۴۸۳۶ مورد ملانوم به قرار زیر بوده است: ۹۱/۲٪ ملانوم پوستی، ۵/۲٪ ملانوم چشمی، ۱/۳٪ ملانوم مخاطی و ۲/۲٪ ملانوم نواحی ناشناخته (۱). با وجودیکه تعداد ملانوم مطالعه حاضر، در مقایسه با بررسی اخیر قابل مقایسه نیست ولی درصد پایین ملانوم چشم و مخاط در استان خوزستان مشابه گزارش اخیر بوده است.

اگر چه جزء اپیدرمی ملانوم یعنی رشد رادیال (افقی) معمولاً موجب شناخت دقیق بافتی انواع لنتیگومالیگنا ملانوما، ملانوم گسترش‌یابنده سطحی و لنتیجینوس آکرال می‌شود ولی در نزدیک به ۵٪ ملانوم‌ها به علت تداخل (Overlap)، انجام یک طبقه‌بندی مشکل است (۵). در بررسی حاضر، در ۱۹ مورد (۳۰/۶۴٪) گزارش متخصص آسیب‌شناسی فقط ملانوم بدخیم بوده و به عبارتی، نوع بافتی ملانوم کلاسه‌بندی نشده است. اگر چه موارد اخیر علاوه بر ملانوم پوستی شامل ملانوم سایر نقاط عمده نیز می‌باشد ولی علت گزارش نمودن صرف ملانوم بدخیم از

طرف همکاران متخصص آسیب‌شناسی می‌تواند ناشی از کامل نبودن شرح حال بیماران در فرم ارسالی به آزمایشگاه و یا چشم‌پوشی کردن از تشخیص نوع بالینی ملانوم باشد. لنتیگومالیگنا ۱۵٪-۴٪ کل ملانوم‌های بدخیم و ۲۶٪-۱۰٪ ملانوم‌های سرو گردن را تشکیل می‌دهد. لنتیگومالیگنا بطور شایعی در نواحی تابش نوردر ناحیه سرو گردن و با تمایل به گونه‌ها دیده می‌شود. لنتیگومالیگنا ملانوما شایع‌ترین فرم بافتی ملانوم بدخیم است که صورت را مبتلا می‌سازد. نقاطی که کمتر درگیر لنتیگومالیگنا ملانوما می‌شوند شامل بازو، ساق و تنه می‌باشد. بیماران مبتلا به لنتیگومالیگنا مسن‌تر از بیماران ملانوم ندولر بوده و اغلب زنان تمایل بیشتری به ابتلا لنتیگومالیگنا ملانوما دارند (۶). در این مطالعه، درصد بیماران مبتلا به لنتیگومالیگنا ملانوما در کل و میانگین سنی آنان در مقایسه با مبتلایان به ملانوم ندولر، مشابه سایر مطالعات بوده است.

در آمریکا میزان بروز ملانوم سطحی گسترش‌یابنده بطور بارزی افزایش یافته، در صورتیکه بروز ملانوم ندولر از سالهای ۱۹۸۰-۱۹۵۰ کاهش نشان می‌دهد. مطالعه جانسون و همکاران نشان داد که شایع‌ترین فرم بافتی ملانوم طی دهه اخیر کماکان ملانوم سطحی گسترش‌یابنده بوده است (۲)، در حالیکه در مطالعه حاضر، شایع‌ترین فرم بافتی ملانوم فرم ندولر بوده است (۲۷/۴۱٪) و حتی یک مورد ملانوم سطحی گسترش‌یابنده گزارش نشده است. اگر چه ممکن است در بین ملانوم‌های بدخیم کلاسه‌بندی نشده تعدادی ملانوم سطحی گسترش‌یابنده وجود داشته باشد.

ملانوم لنتیجینوس آکرال فقط ۱۰٪-۳٪ ملانوم کشورهای غربی را تشکیل می‌دهد، در حالیکه این فرم از ملانوم شکل غالب و عمده در کشورهای آسیایی است و ۵۰٪-۳۵٪ کل ملانوم کشورهای ژاپن و تایوان از نوع ملانوم لنتیجینوس آکرال می‌باشد (۳).

ملانوم در مردان غالباً در تنه و در زنان در اندام تحتانی

دیده می‌شود. بخشی از این تفاوت محل را می‌توان مربوط به عادات رفتاری، فرهنگی، تغییرات شرایط زندگی با در نظر گرفتن تماس با آفتاب و نوع لباس دانست. نظریه دیگری که مطرح می‌باشد این است که تنه و اندام تحتانی در معرض تماس حاد و متناوب بیشتری از تشعشعات ماوراء بنفش قرار داشته و بدین ترتیب خطر بیشتری برای آفتاب سوختگی و پیدایش ملانوم دارند (۲). در مطالعه حاضر، اندام تحتانی، شایع‌ترین محل ابتلا و زنان و مردان تقریباً به یک نسبت مبتلا بودند.

متاستازهای دور دست زودرس ملانوم از طریق عروق لنفاتیکی صورت می‌گیرد و ممکن است اولین نشان ملانوم لنفادنوپاتی منطقه‌ای باشد. غدد لنفاوی مبتلا دارای قوامی سخت و به صورت مجزا می‌باشند. متاستاز از راه جریان خون ممکن است به شکل منتشر باشد و دیرتر رخ دهد (۷). در یک مطالعه ۴/۸٪ از کل ملانوم‌های تشخیص داده شده را ملانوم متاستاتیک تشکیل داده و اغلب این بیماران مرد (۷۸٪) و میانگین سن آنان حدود ۴۸ سال بود. اکثر بیماران، دچار ملانوم متاستاتیک غدد لنفاوی منطقه‌ای (۶۴٪) و سپس احشاء دوردست (۲۱٪) و نواحی غیراحشایی نظیر بافت زیر جلدی (۱۵٪) بودند. بیشترین غدد لنفاوی مبتلا، غدد لنفاوی زیربغل و به دنبال آن کشاله ران بود (۴). در مطالعه حاضر، همانند بررسی اخیر، ملانوم متاستاتیک در غدد لنفاوی بیش از سایر نقاط بوده ولی در مطالعه ما ابتلا زنان و مردان به یک نسبت دیده شد و میانگین سنی بیماران ما اندکی بالاتر بود (۵۹/۹ در مقابل ۴۸ سال). همچنین در مطالعه ما، ابتلا غدد لنفاوی کشاله ران بیش از غدد لنفاوی زیربغل بود. ۴٪-۳٪ تومورهای بدخیم ممکن است به پوست متاستاز دهند. تومورهای بدخیمی که اکثراً به پوست متاستاز می‌دهند شامل ملانوم و سپس کانسره‌های ریه، تخمدان، رحم، معده، کبد و پروستات می‌باشند. متاستاز ملانوم به پوست یا به صورت متاستاز پوستی اقماری

و یا به صورت متاستازهای جلدی (۲) دور از کندن اولیه می‌باشد. افتراق بین ملانوم اولیه و ثانویه پوستی بر اساس فقدان فعالیت جانکشنال اپیدرم و ارتشاح التهابی درم در ضایعات متاستاتیک است. در ۱۵٪-۴٪ موارد، ملانوم اولیه به طور خودبخودی پس رفت می‌کند که احتمالاً در نتیجه پاسخ مؤثر سیستم ایمنی فرد مبتلا می‌باشد (۸). در مطالعه ما، دو مورد ملانوم متاستاتیک پوستی یافت شد که هر دو، ملانوم متاستاتیک پوستی محدود به ناحیه سر و گردن (اسکالپ و صورت) بودند. اطلاع دقیقی از شکل بالینی بیماران ملانوم متاستاتیک پوستی در دست نیست.

بیشترین درصد ملانوم بدخیم بعد از پوست را ملانوم چشم تشکیل می‌دهد (۹). در مطالعه ما نیز بعد از غدد لنفاوی، چشم از نقاط شایع درگیر بوده است (۱۱/۲۹٪). ملانوم ملتحمه فقط ۲٪ کل ملانوم چشم را شامل می‌شود. ملانوم یوآ شامل ملانوم غنیه، اجسام مژگانی و کوروئید می‌باشد. اکثر ملانوم‌های برخاسته از یوآ از کوروئید منشأ می‌گیرند (۸۵٪). ملانوم یوآ به طور مساوی در زنان و مردان دیده می‌شود ولی تمایل ابتلا سفیدپوستان نسبت به افراد غیرسفیدپوست (سیاه پوستان، آسیایی‌ها) به نسبت ۱/۱ می‌باشد. اغلب ملانوم یوآ در میانسالی و یا بالاتر تشخیص داده می‌شوند و میانگین سن این بیماران به هنگام تشخیص ۵۶ سالگی می‌باشد. ریسک فاکتورهای ملانوم یوآ کمتر از ملانوم پوستی شناخته شده است. ارتباط بین تماس با اشعه ماوراء بنفش و ظهور ملانوم یوآ، مطلبی است که مورد بحث می‌باشد (۹).

متاستاز ملانوم به دستگاه گوارش یافته غیرشایعی نیست و شایع‌ترین محل روده باریک می‌باشد. برخی از محققین معتقدند که تمامی ضایعات ملانومی در روده باریک چه بصورت یک ضایعه منفرد و یا متعدد، ملانوم متاستاتیک هستند. گزارشات جداگانه‌ای مبنی بر ملانوم بدخیم اولیه مری، رکتوم، مقعد (۱۰) و روده باریک (۲) وجود دارد ولی

می‌باشد. ملانوم مخاطی از نظر آسیب‌شناسی درازاموره ملانوم لتیجینوس آکرال طبقه‌بندی می‌شود ولی از آنجائیکه اغلب بیماران دیرمراجعه می‌کنند و یا دیر تشخیص داده می‌شوند، نظیر دیگر اشکال ملانوم به صورت یک ملانوم ندولر تشخیص داده می‌شوند (۷). شرایطی که احتمالاً برای هر دو بیمار ما فراهم بوده و گزارش آسیب‌شناسی آنها نیز ملانوم ندولر بوده است. اگر چه شایع‌ترین سرطان پوست در خوزستان به ترتیب BCC و SCC است (۱۱) ولی با توجه به سیر مهلک و کشنده ملانوم و ابتلا بسیاری از دستگاه‌های بدن علاوه بر پوست، به نظر می‌رسد که بررسی دقیق روند ملانوم در زمان حال و آینده در استان نیازمند مطالعات بیشتری می‌باشد تا بتوان در سایه آن تدابیری جدید در راستای کنترل و پیشگیری آن اتخاذ نمود.

#### منابع

- 1- Sachs DL, Lowe L, Chang AE, et al. Do primary small intestinal melanomas exist? Report of case. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41; 1042-44.
- 2- Johnson TM, Dolan OM, Hamilton TA, et al. Clinical and histologic trends of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 681-86.
- 3- Chen YJ, Wu Cy, Chen JT, et al. Clinicopathologic analysis of malignant melanoma in Taiwan. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 945-49.
- 4- Barnhill RL, Mihm MC, Fitzpatrick TB, et al. Neoplasms: Malignant melanoma. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al (eds). *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill, 1993: 1078-1115.
- 5- Weedon D. Lentiginous nevi and melanomas. In: Weedon D (ed). *The Skin*. Edinburg: Churchill Livingstone. 1992: 777-816.
- 6- Cohen LM. Lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 923-36.
- 7- Odom RB, James WD, Berger TG. Melanocytic nevi and neoplasms. In: *Andrew's diseases of the skin*. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 862-92.
- 8- Cagnoni ML, Graziani MP, Ghersetich I, et al. Multiple cutaneous melanoma metastases. *Int J Dermatol* 1997; 36: 136-38.
- 9- Grin JM, Grant Kels JM, Grin CM, et al.

افتراق بین ملانوم اولیه و متاستاتیک روده باریک کاملاً حدسی است (۲). ملانوم بدخیم دستگاه گوارش دارای سه فرم آسیب‌شناسی ندولر، محدود (Circumscribed) و ارتشاحی می‌باشد (۱۰). در مطالعه حاضر، اگرچه شرح کاملی در خصوص اولیه و یا ثانویه بودن ملانوم سه بیمار مبتلا به ملانوم دستگاه گوارش در دست نیست ولی در یک مورد گزارش آسیب‌شناسی از نوع ندولر (رکتوسیگموئید) و در یک مورد ملانوم بدخیم Spindle cell (روده) و مورد سوم از نوع ملانوم بدخیم متاستاتیک (پریئون) بود.

ملانوم اولیه غشاءهای مخاطی بسیار نادر است. این شکل از ملانوم ممکن است در مخاط بینی و اساساً به شکل یک تومور پولیپوئید با و یا بدون رنگدانه مطابق تصویری که در یکی از بیماران ما وجود داشت دیده شود. نمای ملانوم لب، به صورت یک زخم بی‌سرو صدا و سست

Ocular melanomas and melanocytic lesions of the eye. J Am Acad Dermatol 1998; 38: 716-30.

10-Woollons A, Derrick EK, Price ML, et al. Gastrointestinal malignant melanoma. Int J

Dermatol 1997; 36: 129-31.

۱۱-ماپار محمدعلی؛ بختیاری نیا پژمان؛ ضیاء فرزاد.  
سرطان سلولهای قاعده‌ای پوست در بیمارستان امام  
خمینی اهواز در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۶۶. فصل نامه  
بیماریهای پوست : ۱۳۷۹؛ ۳ : ۲۸-۳۲.