



## گزارش یک بیماری پوستی

منفرد کیستیک یا تو پر، با رشد آهسته، نمود پیدا می کند. پوست روی ضایعه می تواند هم رنگ خود پوست، قرمز یا آبی رنگ باشد. ضایعات معمولاً اندازه در حدود ۱-۲ cm دارند و بیشتر در افراد با سنین متوسط و بالاتر بروز می کنند (محدوده سنی ۹۳-۳ سال را می تواند درگیر کند)، در خانم ها کمی بیشتر اتفاق می افتد. انواع بسیار بزرگ با اندازه ۱۲ cm هم دیده شده است. به ندرت بچه ها نیز می توانند مبتلا شوند. تومورها بعضی اوقات علامت دار می شوند و علائمی از قبیل نشت خودبخودی خون، خونریزی، درد، خارش و سوزش را ایجاد می کنند. بازگشت در آنها نا شایع است.

### پاتوژنز و خصوصیات آسیب شناسی

در مورد روندبافت سازی این تومور یافته های کافی در دست نیست. در تایید منشا اکرین آن، دیده شده که تومور مقادیر زیادی سوکسین هیدروژناز، آمیلوفسفریلاز و آمینوپپتیداز لوسین دارد. افزون بر آن مطالعات قبلی نشان داده اند که هیدرآدنومای سلول روشن مارکرهای آپوکرین مثل GCDPF-15 و GCDPF-24 را بروز نمی دهد. اگر چه به تازگی با این تئوری مخالفت شده و تعداد کمی از موارد بیان GCDPF-15 را نشان داده اند. به طور کلی، بر اساس خصوصیات تولید موسین، جدا شدن سیتوپلاسم سلول و ترشح آن ها به داخل لومن و مارکرهای ایمونوهیستوشیمی، گفته می شود که انواع سلول روشن منشا آپوکرین



Figure 1



Figure 2

خانم ۳۲ ساله که از ۱۵ سال پیش یک ندول پوستی بدون علامت با رشد تدریجی در جلوی ساق پای راست پیدا کرده و چند ماه پیش به دنبال ضربه، بزرگ تر، دردناک و نقاط برجسته سیاهرنگی در سطح آن ایجاد شده است. بیمار سابقه کانسریپیلری تیروئید داشته که تحت عمل جراحی قرار گرفت. در معاینه ندول منفرد برجسته در بالا و جلوی ساق پای راست به رنگ پوست با سطح مولتی لوبوله به ابعاد ۱,۵x۲,۵ cm دیده شد که در لمس قوامی نرم داشت. در سطح تحتانی ندول، لوبول های سیاهرنگی مشاهده شد (شکل ۱). بیمار با تشخیص های افتراقی زیر برداشته شد.

- 1) Dermal melanocytic nevus
- 2) Neurofibroma
- 3) Pyogenic granuloma/Trumatized hemangioma
- 4) Adnexal tumors
- 5) Cutaneous metastasis

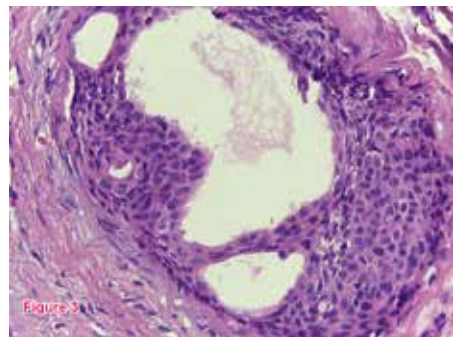
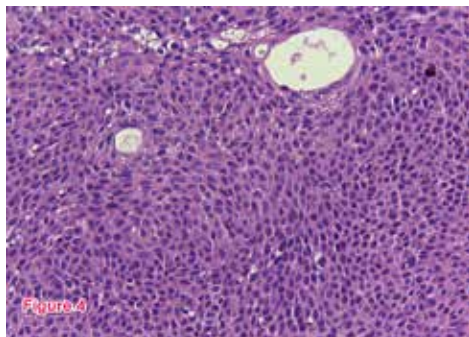
در آزمون میکروسکوپی آسیب شناسی پوست، لوبول های نئوپلاستیک واقع در درم بدون ارتباط با اپیدرم فوقانی مشاهده شد که از سلول های گرد تا بیضی و چند وجهی با هسته های وزیکولر و سیتوپلاسم انوزینوفیل تشکیل شده اند. جاهای کمی از تومور سلولهای با سیتوپلاسم روشن و ساختارهای شبیه به داکت را نشان داد. رنگ آمیزی PAS در سیتوپلاسم برخی از سلولها مثبت شد. با نماهای ریزبینی یاد شده تشخیص هیدرآدنوم اکرین برای این نئوپلاسم گذاشته شد. (شکل های ۲ تا ۶)

### بحث

#### هیدرآدنوما

نشانگان بالینی: هیدرآدنوم (با نام های دیگر هیدرآدنوم سلول روشن، هیدرآدنوم solid-cystic، میوآپتیلیومای سلول روشن و آکرواسپیرومای اکرین) به طور کلی بر روی سر و گردن و اندام دیده می شود (هر چند هر قسمتی را می تواند درگیر کند). معمولاً به صورت یک ندول

سلول های مکعبی تشکیل داده است. در موارد دیگر تومور می تواند از نواحی کیستیک متعدد و فراوان تشکیل شود و نمای solid-cystic ایجاد کند. این کیست ها از یک پوشش بسیار مسطح (احتمالا



به دلیل دژنراسیون کیستیک) تشکیل شده اند. تمایز غددی همچنین می تواند خود را به صورت لومن های نامنظمی که از پوشش حاوی مواد PAS مثبت و مقاوم به دیاستاز تشکیل شده و توسط بافت سنگفرشی احاطه شده اند، نشان دهد. (حالتی شبیه به آکروسیرنگوم).

لوبول های تومور توسط یک استرومای مشخص که می تواند فیبروواسکولار، کلاژنوس و حتی هیالیزه باشد، در بر گرفته شده است. گاهی تومورها عروق فراوان دارند و می توانند سودوروزت و نمای مشابه همانژیوپری سیتوم ایجاد کنند. در برخی موارد تومورها می توانند به دلیل وجود رنگدانه ملانین و کلونی های سلول های دندرتیک پیگمانته، رنگدار جلوه کنند.

در بررسی ایمنونوهیستوشیمی، سلول های تومورال CEA، EMA و AE1/AE3 را بیان می کنند. به ویژه دو مورد اول ارزش بالایی در تایید منشا ductal تومور دارند.

### نکته

در برخی موارد تومورهای کاملاً خوش خیم می توانند در جاهای کوچکی خصوصیات آتیپی از جمله پلئومورفیسم هسته، هستک بزرگ، هیپرکرومازی و میتوز فراوان (در حدود ۲ یا بیشتر در ۱۰ بزرگنمایی بالا) نشان دهند. در این موارد احتمال بازگشت و توان بدخیمی بالاتر است (با عنوان هیدرآدنومای آتیپیکال). به همین دلیل برداشتن ضایعه با حاشیه بیشتر و پیگیری دقیق بیمار در این موارد توصیه می شود. افزون بر آن، MIB1 بالا (<11%) و هیستون فسفریله H3 بیشتر از ۰.۷٪ با موارد بدخیم هیدرآدنوم همراه است.

دارند در حالی که تومورهای متشکل از سلول های کوتیکولار و پرووئیدسرشت و تمایز اکراین دارند (poroid hidradenoma) تومور حاشیه مشخصی دارد ولی بدون کپسول است و از نواحی لوبوله و سیستیک در قسمت میانی درمیس تشکیل شده است. بعضی از انواع تومور در ارتباط با فولیکول های مو هستند، در حالیکه برخی دیگر ارتباط کامل با اپیدرم سطحی دارند و حتی آن را کاملاً جایگزین می کنند (مثل موارد پورومای اکراین). در برخی موارد می تواند به چربی زیر پوست هم نفوذ کند.

از نظر جمعیت سلولی، تومور نمای دو فاز دارد در برخی مناطق از سلول های گرد، دوکی شکل یا چند وجهی با سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک و هسته های وزیکولار گرد یا بیضی که شیارو هستک مشخص دارند، تشکیل شده است. در جاهای دیگر سلول های با سیتوپلاسم روشن با هسته کوچک پر رنگ که در یک طرف سلول است، دیده می شوند (شبیه به هیدرآدنومای clear cell). نمای بینابینی از هر دو جمعیت سلول هم به طور شایع دیده می شود. درصد هر کدام از این دو جمعیت سلولی در هر شخصی متفاوت است. گلیکوژن در تمامی انواع تومور دیده می شود ولی در نوع clear cell از بقیه بیشتر وجود دارد. میتوز معمولاً وجود ندارد. سلول های تومورال می توانند در ارتباط نزدیک و حتی در امتداد مجرای غدد عرق موجود در درمیس دیده شوند. همانطور که قبلاً اشاره شد، ترشحات آپوکراین می تواند دیده شود. برخی انواع می توانند تمایز سنگفرشی، squamous eddy و کراتین سازی نشان دهند. سلول های گابلت حاوی موسین فراوان نیز گاهی دیده می شوند و در موارد نادر تغییرات موسینی می تواند خیلی گسترده و واضح باشد (mucinous hidradenoma).

در این تومور تمایز سباسه ای هم دیده شده است. به ندرت، هیدرآدنومادرکنارسیرنگومتاپلازی موسینوس گزارش شده است. ساختارهای شبیه duct در بیشتر تومورها وجود دارد که پوشش آن ها را یک لایه

