

کارسینوم انیکولمال: گزارش یک مورد

مقدمه: کارسینوم انیکولمال یک بدخیمی اپی تلیالی نادر با سرعت رشد آهسته می‌باشد که از اپی تلیوم بستر ناخن منشأ می‌گیرد. تظاهر بالینی آن غیر اختصاصی و شامل توده‌ی زگیلی شکل، زخم و کراست، انیکولیز، اریتم و ادم اطراف ناخن و درد می‌باشد.

گزارش مورد: بیمار گزارش شده، خانم ۶۵ ساله‌ای با توده‌ی انگشت دوم دست راست از سه سال قبل می‌باشد که تحت آمپوتاسیون قرار گرفت. هیستوپاتولوژی تومور متشکل از جزایر توپر سلول‌های سنگفرشی آتیپیک با کراتینیزاسیون ناگهانی بدون تشکیل لایه‌ی گرانولر می‌باشد. ایمونوهیستوشیمی برای مارک‌های اپی تلیالی و مارکر پرولیفراسیون سلولی بر روی این نمونه انجام گرفت.

نتیجه گیری: در تظاهرات غیراختصاصی اما طول کشیده‌ی ناخن، باید بدخیمی‌های اپی تلیالی ناخن را در نظر داشت و نمونه برداری تشخیصی انجام داد.

کلیدواژه‌ها: کارسینوم انیکولمال، بستر ناخن

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۲۵

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۹، دوره‌ی ۱۱ (۱): ۷۳-۷۰

دکتر آزاده رخشان^۱
دکتر یلدا آشوریان^۱
دکتر سحر دادخواهفر^۲

۱. گروه پاتولوژی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:
دکتر سحر دادخواهفر

تهران، میدان تجریش، خیابان شهرداری، بیمارستان شهدای تجریش، مرکز تحقیقات پوست
پست الکترونیک:
sahar.dadkhahfar@gmail.com

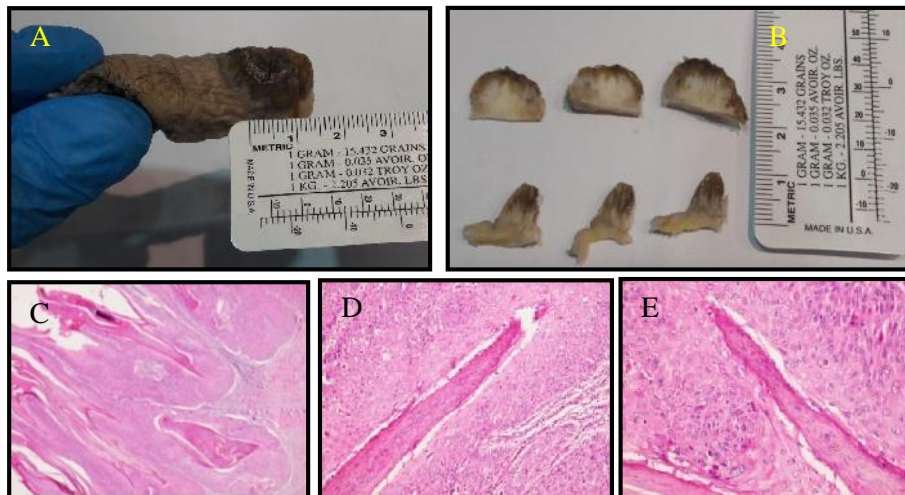
تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

کارسینوم انیکولمال یک بدخیمی اپی تلیالی نادر و با سرعت رشد آهسته است که از اپی تلیوم بستر ناخن منشأ می‌گیرد.^۱ این ضایعه اولین بار توسط Alessi و همکاران نامگذاری شد^۲ و از آن به بعد فقط تعداد معدودی از این موارد در منابع انگلیسی زبان گزارش شده است.^{۱-۹} از نظر بالینی تظاهر آن مانند سایر تومورهای زیرناخی غیراختصاصی و به صورت ضایعه‌ی وروکوز، زخم و کراست، انیکولیز، اریتم و ادم اطراف ناخن یا درد می‌باشد.^۵ هیستوپاتولوژی ضایعات معمولاً به صورت جزایر توپر از کراتینوسیت‌های آتیپیک با کراتینیزاسیون ناگهانی بدون تشکیل لایه‌ی گرانولر (کراتینیزاسیون تیپ انیکولمال) و گاهی با حضور کیست‌های کراتینی می‌باشد. به علت گزارش تعداد کمی از موارد این بیماری، هنوز درمان یا پیگیری استاندارد برای این بیماری تعیین نشده است.^۷

گزارش مورد

بیمار خانم ۶۵ ساله‌ی ایرانی بود که با توده‌ای در انگشت دوم دست راست خود به درمانگاه بیمارستان مراجعه کرد. بیوپسی انسزینال قبلی از توده‌ی بیماری باون تشخیص داده شده بود و متأسفانه با این تشخیص توسط جراح تحت آمپوتاسیون انگشت قرار گرفته بود. در بررسی ماکروسکوپی، ناخن کاملاً دفرمه بوده و یک توده با قوام سفت و زگیلی شکل (وروکوز) کل بستر ناخن را اشغال کرده بود. در ریزینی از مقاطع بافتی تهیه شده، نتوپلاسمی بدخیم در بستر ناخن و ماتریکس ناخن متشکل از سلول‌های سنگفرشی آتیپیک با الگوی رشد آگزو - اندوفیتیک دیده شد. ساختار تومور لبوله بود و حاشیه‌ی عمقی آن در بعضی نواحی انفیلتراتیو و در بعضی نقاط هل‌دهنده



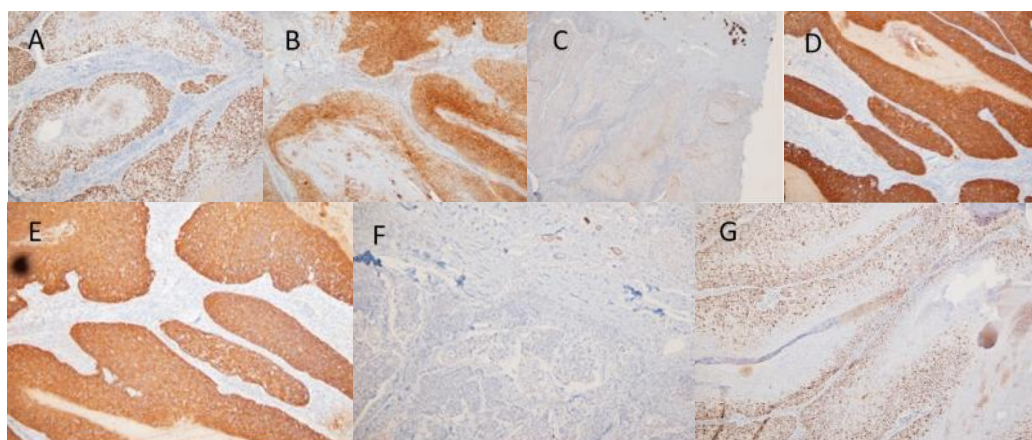
شکل ۱: A) عکس نمای ماکروسکوپییک توده‌ی آمپوته‌شده‌ی دیستال انگشت دوم دست راست (B) بررسی میکروسکوپییک نشان‌دهنده الگوی رشد آگزو و اندوفیتیک و روکو سلول‌های اسکواموس آتیپیک حاوی کراتینیزایسون فراوان پاراکراتوتیک بدون لایه‌ی گرانولر است. (شکل C: بزرگنمایی ۱۰ برابر شکل D: بزرگنمایی ۴۰ برابر و شکل E: بزرگنمایی ۱۰۰ برابر)

بحث

کارسینوم آنیکولمال یک بدخیمی اپی‌تلیالی نادر است که از اپی‌تلیوم بستر ناخن منشأ می‌گیرد و تا کنون تعداد معدودی از آن در منابع انگلیسی‌زبان چاپ شده است^{۱-۴}. مشابه سایر انواع کارسینوم ناخنی که بستر و ماتریکس ناخن را درگیر می‌کنند، تظاهر بالینی آن به‌صورت آنیکولیز، زخم‌شدن بستر ناخن یا بروز یک توده‌ی وروکوز می‌باشد^{۳و۲}. سلول‌های این تومور

بود. کراتینیزایسون نئوپلاسم به‌صورت تولید مقدار زیادی ماده‌ی پاراکراتوتیک بدون تشکیل لایه گرانولر بود (شکل ۱).

بررسی ایمونوهیستوشیمی بر روی سلول‌های تومورال انجام شد. سلول‌های این نئوپلاسم با مارکرهای EMA، for P63 و CK34 E12 واکنش مثبت نشان دادند. مارکر CK7 به‌صورت فوکال در این تومور مثبت بود. ایمونوراکتیویته برای CK20 منفی بود و ۶۰٪ سلول‌ها برای مارکر Ki67 مثبت بودند.



شکل ۲: رنگ‌آمیزی ایمونوهیستوشیمی تومور A:P63, B:EMA, C:CK7, D:CK5/6, E:CK34 E12, F:CK20 و G:Ki-67

افتراق‌دهنده‌ی خوبی از کارسینوم سلول سنگفرشی باشد. هم‌چنین در بیماری که مطرح کردیم خصوصیات سیتولوژیک نسبتاً خوش‌خیم و الگوی رشد لب‌بزرگ هیچ‌کدام به نفع کارسینوم سلول سنگفرشی نیستند. بررسی ریزبینی تومور نشان‌دهنده‌ی رشد سلول‌های سنگفرشی آتیپیک با الگوی رشد آگزو - اندوفیتیک و تولید کراتین پاراکراتوتیک فراوان بدون تشکیل لایه‌ی گرانولر می‌باشد. تغییرات ناخن ممکن است محلی برای نگرانی باشد و حتماً باید تشخیص‌های نادر و شایع هر دو در بررسی این بیماران مدنظر باشد. انیکولمال کارسینوما یکی از تومورهای نادر بستر ناخن است که به‌علت نادر بودن بیماری کاملاً شرح داده نشده است. با وجود شیوع کم حتماً باید این تومور را در تشخیص افتراقی انواع تومور ناخن مد نظر داشت.

بدون تشکیل لایه‌ی گرانولر کرانینیزه می‌شوند که این پدیده را «کراتینیزاسیون انیکولمال» می‌گویند.^۵ خصوصیات میکروسکوپی کارسینوم انیکولمال معمولاً به‌صورت لب‌بزرگی با سایزهای متنوع متشکل از سلول‌های اپیتلیالی سنگفرشی به همراه ساختارهای کیستیک متعدد پر از ماده کراتینی آمورف و ائوزینوفیل می‌باشد که با سلول‌های سنگفرشی با آتیپی خفیف بدون لایه‌ی گرانولر مفروش شده است. الگوی رشد این تومور انفیلتراتیو است و تومور ممکن است باعث تخریب استخوانی نیز بشود.^{۵،۶} تشخیص‌های افتراقی کارسینوم انیکولمال شامل سایر تومورهای درگیرکننده‌ی ناخن مانند کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC)، کراتوآکانتوم زیرناخی، کیست انیکولمال / انکلوزیون‌های اپیدرموئید زیرناخی و انیکوماتریکوما می‌باشد که در این بین کارسینوم سلول سنگفرشی مهم‌ترین تشخیص افتراقی است. عدم وجود لایه‌ی گرانولر در این مورد می‌تواند معیار

References

1. Han B, Lee CH, Han TY, et al. A case of onycholemmal carcinoma in a 77-year-old man. *Am J Dermatopathol* 2017; 39(11): 874-5.
2. Alessi E, Coggi A, Gianotti R, et al. Onycholemmal carcinoma. *Am J Dermatopathol*. 2004; 26(5): 397-402.
3. Alessi E, Zorzi F, Gianotti R, Parafioriti A. Malignant proliferating onycholemmal cyst. *J Cutan Pathol*. 1994; 21(2): 183-8.
4. Busquets J, Banala M, Campanelli C, et al. Subungual onycholemmal cyst of the toenail mimicking subungual melanoma. *Cutis*. 2016; 98(2): 107-10.
5. Chaser BE, Renszel KM, Crowson AN, et al. Onycholemmal carcinoma: a morphologic comparison of 6 reported cases. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68(2): 290-5.
6. Inaoki M, Makino E, Adachi M, Fujimoto W. Onycholemmal carcinoma. *J Cutan Pathol*. 2006; 33(8): 577-80.

Onycholemmal carcinoma: a case report

Azadeh Rakhshan, MD¹
Yalda Ashoorian, MD¹
Sahar Dadkhahfar, MD²

1. Department of Pathology, Shohadaye Tajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Skin Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Introduction: Onycholemmal carcinoma is a rare slow-growing malignant epithelial neoplasm originating from nail bed epithelium. Clinical presentations are nonspecific and include warty mass, ulceration, and crust, onycholysis, periungual erythema, edema, and pain.

Case Report: Herein, we report a 65-year-old woman with a mass lesion in the second finger of right hand that lasted for 3 years, which finally managed by finger amputation. Histopathology of the tumor revealed solid islands of atypical keratinocytes with abrupt keratinization without granular layer formation. Immunohistochemistry for epithelial and cell proliferation markers was performed.

Conclusion: Malignant epithelial neoplasms of the nail should be considered in long-standing nail problems and appropriate nail biopsy should be performed.

Keywords: onycholemmal carcinoma, nail bed

Received: Dec 30, 2019 Accepted: Apr 13, 2020

Dermatology and Cosmetic 2020; 11 (1): 70-73

Corresponding Author:
Sahar Dadkhahfar, MD

Tajrish Sq., Shahrday Ave., Skin
Research Center, Shohadaye Tajrish
Hospital, Tehran, Iran
Email: sahar.dadkhahfar@gmail.com

Conflict of interest: None to declare