

بررسی پتانسیل نئوپلازی خال سباسه

چکیده

خال سباسه (Jadassohn) همارتومی است که ترکیبی از ناهنجاری‌های اپیدرمال و غدد آپوکرین، سباسه و فولیکولار می‌باشد. به طور کلاسیک، چندین نوع نئوپلازی خوش خیم و بدخیم جلدی، با این همارتوما در ارتباط می‌باشند. به علت عدم وجود مطالعات جامع در ایران در مورد شیوع خال سباسه و بدخیمی‌های مربوط به آن و نقص‌های تکاملی، در این مطالعه به طور گذشته‌نگر، ۴۲ نمونه خال سباسه با جزییات کلینیکوپاتولوژیک، طی یک دوره ۱۰ ساله، در بیمارستان حضرت فاطمه (س)، مورد بررسی قرار گرفت. هدف از انجام این مطالعه، مشخص کردن ارتباط بین خال سباسه و نئوپلاسمهای پوستی بوده است. نتایج به دست آمده چندین تغییر هیستوپاتولوژیک که در ارتباط با سن بیماران بود را نشان داد. اغلب بیماران در گروه سنی بالای ۱۸ سال (۶۳/۲٪) بودند و محل ضایعه بیش‌تر در ناحیه اسکالپ بوده است (۵۲/۴٪). در این بررسی ۳ مورد (۷/۱۵٪) کارسینومای سلول قاعده‌ای (BCC) و ۳ تومور خوش خیم جلدی [۱ مورد اکرین اسپیرآدنوما (۲/۴٪)، ۱ مورد تریکوآپی‌لیوما (۲/۴٪) و ۱ مورد کراتوآکانتومای معکوس (۲/۴٪)] مشاهده گردید که از محل خال سباسه، منشا گرفته بودند. براساس این یافته‌ها، درمان پیش‌گیرانه این همارتوما که شامل برداشتن سریع و کامل ضایعه جهت جلوگیری از پیش‌رفت به سوی بدخیمی می‌باشد، توصیه می‌گردد.

*دکتر ماه‌جبین تکلیف I

دکتر احمد جلیوند II

کلیدواژه‌ها: ۱ - خال سباسه (Jadassohn) ۲ - کارسینومای سلول قاعده‌ای

۳ - تومور خوش‌خیم ضمایم جلدی ۴ - همارتوما

مقدمه

شایع‌ترین محل آن اسکالپ بوده و اولین علامت آن آلوپسی ناحیه‌ای می‌باشد (۳). خصوصیات هیستوپاتولوژیک این ضایعه به طور مشخص، با سن بیمار تغییر می‌کند (۱-۳). در ابتدا، این خال با هیپرپلازی لایه بالازال اپیدرم، آکانتوز و پاپیلوماتوز و با وجود واحدهای abortive پیلار، هیپرپلازی و بلوغ ناقص غدد سباسه و غدد عرقی آپوکرین، مشخص می‌شود. با پیش‌رفت سن، هیپرپلازی زگیلی شکل

خال سباسه (Jadassohn) یا همان خال ارگانوئید، یک دیسپلازی تومورال مادرزادی و در حقیقت یک همارتوم است که ترکیبی از ناهنجاری‌های اپیدرم، غدد آپوکرین، سباسه و فولیکولار را در بر می‌گیرد (۱ و ۲). این ضایعه، بعد از سال اول، کوچک شده و به همان اندازه باقی می‌ماند سپس به طور ناگهانی در هنگام بلوغ بزرگ می‌شود (۱ و ۳).

(I) استادیار گروه آسیب‌شناسی، بیمارستان حضرت فاطمه (ص)، خیابان سیدجمال‌الدین اسدآبادی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (*مؤلف مسئول).

(II) دستیار آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

روش بررسی

این مطالعه به صورت گذشته‌نگر، مشاهده‌ای و Case Series انجام شد و طی آن ۴۲ نمونه خال سباسبه از ۳۸ بیمار که طی ۱۰ سال گذشته (۵-۸۲-۱۳۷۲) به بخش آسیب‌شناسی بیمارستان حضرت فاطمه (س) ارسال شده بود از بیمارانی که با تشخیص کلی خال (nevus) تحت بیوپسی قرار گرفته بودند، بررسی شد.

پس از به دست آوردن اطلاعات مورد نظر و جمع‌آوری و دسته‌بندی آن‌ها، به کمک روش‌های آماری، شاخص‌های پراکندگی مرکزی و محیطی و آزمون کای اسکوار $(\chi^2 \text{test})$ ، تجزیه و تحلیل شد.

با توجه به اهداف مورد نظر، پرونده بیماران و اسلایدهای تهیه شده از نمونه‌های ارسالی به طور مجدد مورد بازبینی قرار گرفت.

اطلاعات مربوط به سن، جنس، اندازه ضایعه، محل نمونه‌برداری و هم‌خوانی تشخیص بالینی با جواب آسیب‌شناسی، با توجه به مطالعه شرح حال بالینی ثبت شده در پرونده بیمارستانی بیماران، به دست آمد. هم چنین یافته‌های هیستوپاتولوژیک مورد نظر نیز استخراج شد که عبارت بودند از:

۱- تغییرات اپیدرمال که شامل هیپرپلازی اپیدرم و هر گونه تغییر به صورت هیپرکراتوز، پاپیلوماتوز و آکانتوز با طویل شدن rete ridges و ضخیم شدن شبکه‌ای شکل اپیدرم و تشکیل horn cyst و pseudohorn cyst وجود خال اپیدرمال و هر گونه ضایعه اپیدرمی بود.

۲- ناهنجاری در درم (dermis) که شامل:

الف - اختلال در فولیکول‌های مو به صورت اختلال در تعداد (کاهش) یا development.

ب - اختلال در غدد سباسبه بود این اختلال با توجه به سن ممکن است دیده شود یا وجود نداشته باشد که به یکی از شکل‌های نابالغ، طبیعی یا هیپرپلاستیک ظاهر می‌شود.

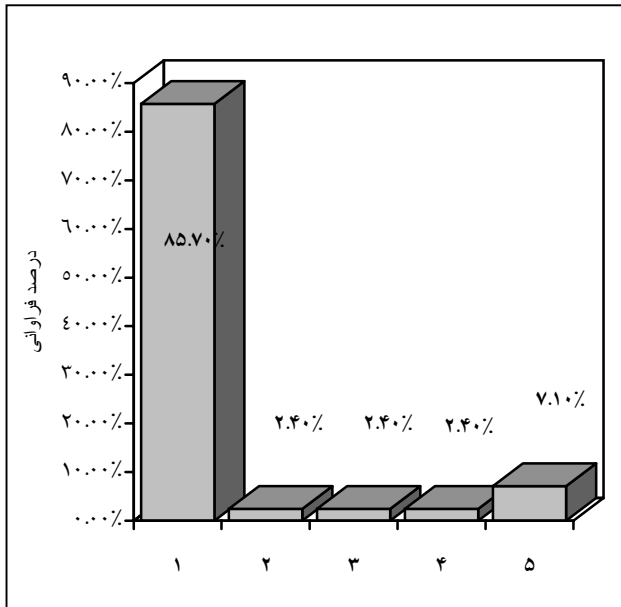
اپیدرم و نواحی نئورنز فولیکولار دیده می‌شود که به طور پیش‌رونده بزرگ و طویل شده اما واحدهای پیلا، به شکل نابالغ باقی می‌ماند. لوبول‌های سباسبه تعداد و اندازه آن‌ها افزایش یافته اما بلوغ ناقص دارند و جوانه‌های متعددی در آن‌ها ظاهر می‌شود. در برخی از لوبول‌های سباسبه، واکوئل‌هایی دیده می‌شوند که یک علامت مشخصه است (۳).

خال‌های اپیدرمال، می‌توانند بخشی از خال‌های سباسبه را تشکیل دهند (۳ و ۴). به طور کلاسیک، ممکن است خال سباسبه در ارتباط با چندین سرطان باشد.

شایع‌ترین تومور ایجاد شده سیرینگوسیستادنوم پاپیلی فرم و شایع‌ترین بدخیمی گزارش شده در تحقیقات متعدد، بدخیمی سلول قاعده‌ای (BCC) می‌باشد (۲ و ۳). اگر چه ذکر این نکته لازم است که نئوپلاسم‌های ضمایم پوستی خوش‌خیم و بدخیم دیگر یا حتی وجود تومورهای متعدد به طور هم‌زمان (۱۲-۴) نیز گزارش گردیده است. همین مطلب سبب شده تا در اغلب مطالعات به جز در تعداد کمی از آن‌ها، برداشتن کامل جراحی خال سباسبه به عنوان یک روند درمانی و نیز پیش‌گیری از بروز بدخیمی، در سریع‌ترین زمان ممکن توصیه شود (۱۱-۶).

از سوی دیگر در کشور ما، هنوز گزارش جامعی از شیوع خال سباسبه و ارتباط انواع تومورهای جلدی با آن ارائه نشده است بنابراین تصمیم گرفته شد تا در یک بررسی، علاوه بر دست یافتن به یک شیوع نسبی در بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان حضرت فاطمه (س)، به مطالعه خصوصیات هیستوپاتولوژیک روی ۴۲ نمونه با تشخیص خال سباسبه از ۳۸ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان ذکر شده، طی ۱۰ سال (۸۲-۱۳۷۲) پرداخته شود.

هدف اصلی این مطالعه علاوه بر بررسی تفاوت‌های هیستوپاتولوژیک مورد نظر، مشخص کردن میزان بروز انواع سرطان‌های همراه با خال سباسبه بوده است. در این رابطه علاوه بر مسایل زیبایی، برداشتن پیش‌گیرانه ضایعات پوستی با تشخیص خال سباسبه هر چه سریع‌تر باید در نظر گرفته شود.



- ۱- درصد فراوانی موارد خال سباسبه بدون همراهی با تومور (۸۵/۷٪)،
- ۲- درصد فراوانی موارد خال سباسبه همراه با اکرین اسپیرآدنوما (۲/۴٪)،
- ۳- درصد فراوانی موارد خال سباسبه همراه با ترکواپی تلیوم (۲/۴٪)،
- ۴- درصد فراوانی موارد خال سباسبه همراه با کراتوآکانتوما معکوس (۲/۴٪)،
- ۵- درصد فراوانی موارد خال سباسبه همراه با BCC (۷/۱٪)

نمودار شماره ۱- درصد فراوانی ۴۲ نمونه خال سباسبه بر حسب نوع تومورهای پوستی همراه با ضایعه

ج - اختلال در غدد آپوکرین که به صورت وجود غدد آپوکرین نا به جای متسع به طور واضح در قسمت عمقی درم است. هم چنین سلولهای التهابی مزمن در درم و هیپرپلازی اپی تلیالی القا شده نیز ممکن است دیده شود.

۳- نئوپلاسمهای همراه: زمانی که در یک زمینه خال سباسبه ایجاد می شوند (در مقدمه توضیح داده شد).

نتایج

نتایج کلینیکوپاتولوژیک به دست آمده در این مطالعه، در جدول و نمودار شماره ۱، آورده شده است.

از مجموع ۳۹۵ نمونه ای که طی ۱۰ سال (۸۲-۱۳۷۲) تحت عنوان کلی خال (nevus) تحت عمل بیوپسی قرار گرفته و به بخش آسیب شناسی بیمارستان فوق تخصصی حضرت فاطمه (س) ارسال شده بود، ۴۲ نمونه مربوط به ۳۸ بیمار، تشخیص نهایی آنها خال سباسبه بوده است که این رقم، نشان دهنده شیوع نسبی (۱۰/۶۳٪) خال سباسبه، در مقایسه با کل خالهای پوستی جراحی شده در این بیمارستان می باشد.

جدول شماره ۱- یافته های بالینی و فراوانی ۴۲ نمونه خال سباسبه از ۳۸ بیمار بر حسب جنس، سن، محل ضایعه و نوع تومور جلدی همراه خال

سباسبه

جنس	فراوانی موارد خال سباسبه بدون	فراوانی موارد خال سباسبه همراه	فراوانی موارد خال سباسبه همراه	مجموع
	همراهی با تومور	با تومورهای خوش خیم جلدی	با BCC	
مرد	۱۶	۲	۱	(۵۰٪) ۱۹ بیمار
زن	۱۷	۱	۱	(۵۰٪) ۱۹ بیمار
جمع	۳۳	۳	۲	۳۸ بیمار
گروه سنی	-	-	-	-
کمتر از ۱۰ سال	۴	-	-	(۱۰/۵٪) ۴ بیمار
۱۰ تا ۱۷ سال	۸	۱	۱	(۲۶/۳٪) ۱۰ بیمار
بالای ۱۷ سال	۲۱	۲	۱	(۶۳/۲٪) ۲۴ بیمار
جمع	۳۳	۳	۲	۳۸ بیمار
محل ضایعه	-	-	-	-
Scalp	۱۸	۲	۲	(۵۲/۴٪) ۲۲ نمونه
صورت	۱۷	۱	۱	(۴۵/۲٪) ۱۹ نمونه
گردن	۱	-	-	(۲/۴٪) ۱ نمونه
مجموع	(۸۵/۷٪) ۳۶	(۷/۱۵٪) ۳	(۷/۱۵٪) ۳	۴۲ نمونه

از ۳۸ بیمار مراجعه کننده، ۱۹ بیمار (۵۰٪) مرد و ۱۹ بیمار (۵۰٪) زن بودند.

ذکر این نکته لازم است که از یک بیمار ۴ نمونه طی ۱۱ سال و از بیمار دیگر ۲ نمونه بیوپسی طی ۱ سال، به این مرکز فرستاده شده بود که بیمار اول یک خانم ۱۶ ساله و بیمار دوم خانم ۱۲ ساله‌ای در زمان اولین بیوپسی بوده است.

بیماران در محدوده سنی ۶۳-۸ سال قرار داشتند.

۴ بیمار (۱۰/۵٪) سن ۱۰ سال و کمتر (مربوط به گروه Prepuberty)، ۱۰ بیمار (۲۶/۳٪) بین ۱۱ تا ۱۷ سال (مربوط به گروه Puberty) و ۲۴ بیمار (۶۳/۲٪) بالای ۱۸ سال (مربوط به گروه Post Puberty) داشتند.

تمام ضایعات در ناحیه سر (Head) بوده و شایع‌ترین محل ضایعه در ۲۲ مورد (۵۲/۴٪) ناحیه اسکالپ و بعد به ترتیب، بینی ۷ مورد (۱۶/۶٪)، پیشانی ۶ مورد (۱۴/۳٪)، گونه ۳ مورد (۷/۱٪)، ابرو ۲ مورد (۴/۸٪) پلک فوقانی ۱ مورد (۲/۴٪) و گردن ۱ مورد (۲/۴٪) بوده است.

تشخیص بالینی خال سباسه تنها در ۱۴ مورد (۳۳/۳٪) توسط جراح داده شده بود.

در تمام موارد بیماران زمان پیدایش خال سباسه را در زمان تولد یا کمی بعد از تولد می‌دانستند.

اندازه کوچک‌ترین و بزرگ‌ترین خال‌های سباسه بیماران به ترتیب ۲/۲×۰/۲ سانتی‌متر و ۱۰/۵×۱۵ سانتی‌متر بوده است.

در یافته‌های هیستوپاتولوژیک تمام نمونه‌ها، یک یا ترکیبی از چند ناهنجاری اپیدرم مشاهده شد به طوری که ۳۱ نمونه (۷۳/۸٪) به درجاتی دارای انواع هیپرپلازی اپیدرم یا ترکیبی از آن‌ها (قبلاً توضیح داده شده است) بودند.

نازک شدن اپیدرم در ۱ مورد (۲/۴٪) دیده شد. همراهی با خال اپیدرمال در ۳ نمونه (۷/۱٪)، وجود horn cyst در ۹ نمونه (۲۱۵/۴٪) و Psuedohorn cyst در ۱ مورد (۲/۴٪) و پسودوپی‌تلیوماتوز در ۱ نمونه (۲/۴٪) گزارش شده بود.

تغییرات درم به صورت وجود غدد آپوکرین نابه‌جا و متسع در ۲۶ نمونه (۶۱/۹٪)، التهاب مزمن درم در ۶ مورد (۱۴/۳٪)، اکتازی عروق در ۱ نمونه (۲/۴٪) اختلال در تعداد در تمام موارد (۱۰۰٪) به صورت کاهش یا تکامل فولیکول‌های مو و وجود درجاتی از هیپرپلازی غدد سباسه با تمایز بدشکل و قرارگیری نابه‌جای غدد ذکر شده مشاهده گردید که مورد آخر با توجه به سن بیماران در زمان انجام بیوپسی (اغلب در محدوده زمان بلوغ و پس از آن) قابل توجیه است.

وجود هیپرپلازی اپی‌تلیال القا شده، به صورت تکثیر سلول‌های بازالوئید، بدون آن که به تومور خاصی نسبت داده شود در ۳ نمونه (۷/۱۵٪) همراه با خال‌های سباسه، دیده شد.

در Case Series مورد مطالعه ما، ۶ نئوپلازی به صورت همراه با ۶ نمونه خال سباسه (۱۴/۳٪) وجود داشت که شامل انواعی از تومورهای خوش خیم [در مجموع ۳ مورد (۷/۱۵٪)] و ۳ مورد سرطان سلول قاعده‌ای B (۷/۱۵٪) بود.

از تومورهای خوش خیم، ۱ مورد (۲/۴٪) اکرین اسپیرآدنوما (مربوط به نمونه بیوپسی از یک خانم ۱۶ ساله) و ۱ مورد (۲/۴٪) تریکوپای‌تلیوما (مربوط به نمونه یک آقای ۳۰ ساله) و ۱ مورد (۲/۴٪) کراتوآکانتومای معکوس (مربوط به نمونه بیوپسی یک آقای ۳۸ ساله) بود.

۳ نمونه (۷/۱۵٪) از ۴۲ نمونه بیوپسی شده که ۲ مورد آن مربوط به یک خانم ۱۶ ساله (در بدو مراجعه) بود همراه با BCC مشاهده شد.

این تومور در فاصله ۱۱ سال به علت بزرگ بودن ضایعه (۱۵/۵×۱۰ سانتی‌متر) ۴ بار تحت عمل جراحی قرار

انجام دادن بیوپسی در مطالعه حاضر با سایر مطالعات همخوانی داشته است.

در مورد فراوانی ناهنجاری‌های اپیدرم و درم، ضمایم پوستی و نئوپلاسم‌های همراه، بر حسب جنس، گروه سنی، محل و اندازه ضایعه به کمک آزمون‌های آماری و آزمون کای - اسکوآر $(\chi^2 \text{test})$ اختلاف معنی‌داری در مطالعه حاضر به دست نیامد ($P\text{value} > 0.05$).

همان طور که گفته شد، پتانسیل خال سباسبه برای بدخیم شدن و هم چنین پتانسیل ایجاد نئوپلاسم‌های خوش خیم پوستی از گذشته شناخته شده است که خلاصه‌ای از نتایج برخی از این مطالعات جهت مقایسه آورده می‌شود.

در مطالعه Mehregan and pikkus (۷) که از اولین مطالعات در این زمینه بود، محققان ۱۵۰ نمونه خال سباسبه را مطالعه کردند که ۲۱ نمونه همراه با BCC بود.

در این مطالعه هر گونه توده اپیتلیالی با نواحی توپر آدنویید و سیست کاذب که با یک استرومای فیبروتیک مشخص احاطه شده بود به عنوان BCC در نظر گرفته شد.

Wilson Jones و Heyl (۸) نیز در بررسی ۱۴۰ نمونه خال سباسبه ۹ مورد BCC را گزارش نمودند. در سال ۱۹۸۳، Bonvalet D و همکارانش (۹) ۹۹ مورد خال سباسبه را مورد بررسی قرار دادند که ۱۲ مورد BCC، ۷ مورد سیرینگوسیت آدنوما پاپیلی‌فرم و ۶ مورد تومور خوش خیم آدنکسال بود.

در سال ۱۹۹۱، Perez Diva و همکارانش (۱۰) در بازبینی مجدد ۴۰ نمونه خال سباسبه، ۵ مورد BCC را گزارش کردند.

در سال ۱۹۹۶، Stavrianeas و همکارانش (۱۱) با مطالعه روی ۴۲ نمونه خال سباسبه، وجود ۴ مورد BCC را ثابت کردند که یکی از نمونه‌ها به صورت وجود هم زمان چند تومور شامل تریکلمال سیست (Trichilemmal cyst) سیرینگوسیت آدنوما و BCC بود.

گرفته بود. نمونه‌های همراه با BCC در عمل جراحی دوم و سوم (به فاصله ۸ سال) به دست آمده بود.

نمونه دیگر (همراه با BCC) مربوط به یک آقای ۵۹ ساله در ناحیه بینی بود که در تشخیص بالینی بیمار فقط از خال نام برده شده و اشاره‌ای به تشخیص خال سباسبه و BCC نشده بود.

مورد دیگر مربوط به آقای ۳۸ ساله‌ای بود که جهت عود BCC، تحت عمل بیوپسی قرار گرفته بود.

در مشاهدات میکروسکوپی، خصوصیات خال سباسبه بدون وجود اثری از BCC، وجود داشت اما چون امکان بازبینی اسلایدهای مربوط به نمونه بیوپسی قبلی به علت انجام شدن عمل جراحی در مرکزی دیگر و هم چنین دسترسی به جواب آسیب‌شناسی وجود نداشت این مورد به عنوان BCC همراه با خال سباسبه در آمار ارائه شده در نظر گرفته نشد.

بحث

اغلب مراجعه کنندگان در این مطالعه، مربوط به گروه سنی بالای ۱۸ سال بودند (۶۳/۲٪). این مقدار در مطالعه Jaqueti و همکارانش (۵)، برای بیماران گروه سنی بالای ۱۸ سال ۶۱/۲۹٪ گزارش شده است.

تشخیص خال سباسبه به طور معمول به کمک شرح حال و ظاهر ضایعه پوستی و نحوه پیدایش آن، توسط یک متخصص پوست به راحتی امکان‌پذیر است اما در مطالعه حاضر، پایین بودن موارد همخوانی تشخیص بالینی با جواب بیوپسی (۳۳/۳٪) را می‌توان ناشی از آن دانست که عمل بیوپسی توسط جراحان غیرمتخصص پوست، صورت گرفته است.

از سوی دیگر فراوانی محل ضایعه در ناحیه اسکالپ (۵۲/۴٪) و بعد صورت (۴۵/۲٪) زمان پیدایش آن و

2- JUAN Rosai. Ackerman's Surgical Pathology, 8th ed, New York, Mosby, 1996, PP: 129-130.

3- Elder D., Elenitsas R., Jaworsky C., Johnson B. Histopathology of the Skin (LEVER'S), 8th ed, New York, Lippincott-Raven, 1997, PP: 763-765.

4- Su WPD. Histopathologic Varieties of epidermal nevus. A study of 160 cases, Am J Dermatopathol, 1982, 4: 161-170.

5- Jaqueti G., Requena L., Sanches Yus E. Trichoblastoma is the most common neoplasm developed in nevus sebaceous of Jadassohn. A clinicopathologic Study of a Series of 155 cases, Am J Dermatopath, 2000 Apr, 22(2): 108-18.

6- Lillis PJ., Ceilley RI. Multiple tumors arising in nevus Sebaceous, Cutis 1979 Mar; 23(3): 310-4.

7- Mehregan AH., Pinkus H. Life history of organoid nevi: special reference to nevus sebaceous of Jadassohn, Arch Dermatol, 1965, 91: 574-88.

8- Wilson Jones E, Heyl T. Nevus Sebaceous: a report of 140 cases with special regard to development of secondary malignant tumors, Br J Dermatol, 1970, 82: 99-117.

9- Bonvalet D., Barrandon Y. Benign adnexal tumors of late occurrence in Verrucoid-Sebaceous nevus(Jadassohn) Apropos of 7 cases, Ann Dermatol venerol, 1983, 110(4): 337-42.

10- Perez oliva N., Canizo D., Quinones PA. Epiteliomas basocelulares Sobre nevi sebaceous, Med cut ILA, 1991, 91: 171-5.

11- Stavrianeas NG., Rigopoulos D., Katoulis AC., Stratigeas NP., Varelzidis AG. Neoplastic potential of Sebaceous nevus. A clinico-histopathological study, Skin Cancer, 1996, 11: 31-8.

در سال ۲۰۰۰ میلادی، Jaqueti و همکارانش (۵) با مطالعه روی ۱۵۵ نمونه از ۱۵۴ بیمار، هیچ گونه بدخیمی را گزارش نکردند اما ۳۳ نئوپلاسم در ارتباط با خال سباسبه را از ۳۰ بیمار گزارش نمودند که شایع‌ترین آن‌ها تریکوبلاستوما و بعد سیرینگوسیت آدنوما پاپیلی‌فرم بوده است و در بخش بحث مقاله خود با مرور مقالات قبلی در این رابطه، به طرح این موضوع پرداختند که بسیاری از تومورهایی که BCC گزارش شده است در حقیقت تریکوبلاستوما بوده و در نهایت به این نتیجه رسیدند که بر خلاف بسیاری از تحقیقات انجام شده، دلیلی وجود ندارد که ضایعات با تشخیص خال سباسبه، در زمان کودکی به صورت کامل برداشته شود.

هم چنین در سال ۲۰۰۲، MA Munoz-Perez و همکارانش (۱۲) در یک مطالعه گذشته‌نگر روی ۲۲۶ بیمار با خال سباسبه در یک دوره زمانی ۲۰ ساله، بالاترین میزان نئوپلاسم‌های همراه را سیرینگوسیت آدنوما پاپیلی‌فرم و تریکوبلاستوما گزارش کردند و فقط ۵ مورد از بیماران BCC در آن‌ها از خال سباسبه منشا گرفته بود و با توجه به شیوع کم بروز بدخیمی (۵ مورد از ۲۲۶ بیمار) برداشتن پیش‌گیرانه جراحی ضایعات توصیه نشده است.

در نهایت به طور خلاصه می‌توان گفت با توجه به وجود ۳ تومور بدخیم (BCC) همراه با خال سباسبه (۷/۱۵٪ موارد) در ۴۲ نمونه که شایع‌ترین تومور همراه با خال سباسبه در مطالعه حاضر بوده است نویسندگان این مقاله بر این باور هستند که برداشتن کامل ضایعات با تشخیص احتمالی خال سباسبه، جهت جلوگیری از بروز بدخیمی، ضروری است.

منابع

1- Domingo J., Helwing EB. Malignant neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadassohn. J Am Acad Dermatol, 1979, 1: 1545-55.

12- Munoz-perez MA., Garcia-Hernandez MJ., Rios JJ., Camacho F. Sebaceous naevi: a clinicopathologic study, J Eur Acad Dermatol venereol, 2002 Jul, 16(4): 319-24.

Neoplastic Potential of Sebaceous Nevus (Clinico-Histopathological Study)

^I
***M. Taklif, MD** ^{II}
A. Jalilvand, MD

Abstract

Sebaceous Nevus of Jadassohn is a hamartoma that is a combination of epidermal, follicular, sebaceous and apocrine gland abnormalities. Classically, several types of malignant and benign cutaneous neoplasms have been associated with this hamartoma. Due to the absence of a complete study in Iran for analysis of sebaceous Nevus(SN) incidence, its associated malignancy and developmental defects, we retrospectively studied a series of 42 cases of sebaceous nevus with clinicopathologic correlation over a 10-year period in Hazrat Fatemeh Hospital. The goal of this study was to detect the correlation between sebaceous nevus and cutaneous neoplasms. Several histopathologic changes related to the age of the patients were found. Most of the patients were over 18 years old(63.2%) and the scalp was the most common location of SN(52.4%). Three cases(7.15%) of basal cell carcinoma and three benign cutaneous tumors(1eccrine spiroadenoma(2.4%), 1 trichoepithelioma(2.4%) and 1 inverted keratoacanthoma(2.4%)) arising out of previous SN were found. On the basis of these findings, prophylactic treatment which consists of early excision for preventing the development of the malignancy is recommended for this hamartoma.

Key Words: **1) Sebaceous Nevus of Jadassohn**
2) Basal Cell Carcinoma(BCC)
3) Benign Adnexal Tumor 4) Hamartoma

I) Assistant Professor of Pathology. Hazrat Fatemeh Hospital. Seyed Jamaladdin Assad Abadi Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Resident of Pathology. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.