

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۴ شماره ۱ فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱ صفحات ۱۲-۷

مقایسه یافته های درماتوسکوپی با نتایج پاتولوژیک در کارسینوم سلول بازال و خالهای ملانوسیتیک صورت

مهدی امیر نیا: گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: Mehamir46@gmail.com

شهلا بابایی نژاد: گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
محمدرضا رنجکش: گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
داور شهبازی: دانشکده پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۹/۸/۴ پذیرش: ۹۰/۱۰/۶ برگشت از نویسنده: ۹۰/۱۰/۶

چکیده

زمینه و اهداف: استفاده از ابزار تشخیصی درماتوسکوپی برای تشخیص ضایعات پیگمانته پوستی بر اساس یکسری از معیارهای تشخیصی ساده و راحت استوار است و حتی از آن می توان برای پیگیری های مکرر بیماری مثل موارد مشکوک به ملانوم و سایر بدخیمی های پوستی غیر ملانوسیتیک (BCC، سبورئیک کراتوزیس و) استفاده کرد.

مواد و روش ها: در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی، ۶۷ بیمار مشکوک به کارسینوم سلول بازال یا خال ملانوسیتیک صورت به طور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. از اول تیر ماه سال ۱۳۸۸ لغایت خرداد ماه سال ۱۳۸۹ هجری شمسی به مدت ۱۲ ماه، ضایعه بیماران با استفاده از ابزار تشخیصی درماتوسکوپی بررسی و نتایج با تشخیص پاتولوژیکی بر نمونه بیوپسی مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه، میانگین سنی بیماران، $49/5 \pm 18/9$ سال بود که در محدوده سنی ۸۲-۲۴ سال قرار داشتند. ۲۵ نفر (۴۱ درصد) از بیماران مرد و ۳۶ نفر (۵۹ درصد) زن بودند. معیار Asymmetry به تنهایی در ۱۴ مورد (۲۳ درصد) از بیماران، معیار Blue-white structures به تنهایی در ۱ مورد (۱/۶ درصد) وجود داشت. معیار Atypical network به تنهایی در هیچ یک از بیماران وجود نداشت. در ۲۷ مورد (۴۶/۶ درصد) از بیماران تشخیص خالهای ملانوسیتیک، ۲۸ مورد (۴۸/۳ درصد) کارسینوم سلول بازال و ۳ مورد (۵/۲ درصد) تشخیص mixed گذاشته شد که ارتباط بین جنسیت بیماران و تشخیص درماتوسکوپی در بیماران از لحاظ آماری معنی دار بود ($P=0/0001$). در مورد کارسینوم سلول بازال حساسیت و ویژگی روش درماتوسکوپی به ترتیب ۱۰۰ درصد و ۹۷ درصد است و در مورد خالهای ملانوسیتی ۹۶/۴ و ۹۷ درصد می باشد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه گویای آن است که حداقل اهمیتی که می توان برای درماتوسکوپی در نظر گرفت این است که هرچند در حال حاضر نمی توان آنرا بعنوان جایگزین پاتولوژی در تعیین بدخیم یا خوش خیم بودن ضایعات قرار داد، ولی می توان از آن در بالا بردن دقت تشخیص بالینی و سوق دادن ضایعات بدخیم missed شده به طرف بررسی پاتولوژیکی و حتی در ارزیابی بعدی ضایعات مشکوک یا عود کننده بهره جست.

کلید واژه ها: درماتوسکوپی، کارسینوم سلول بازال، خال ملانوسیتیک

مقدمه

مطرح کرد. در نهایت در اواسط قرن ۲۰ میلادی، Zeiss با همکاری Saphier اصطلاح درماتوسکوپی را مطرح کرد (۱).
بعد از آن Goldman اولین درماتوسکوپ پرتابل را در نیمه دوم قرن ۲۰ میلادی، ساخت و برای اولین بار خالهای ملانوسیتی

تاریخچه اولیه درماتوسکوپی به قرن ۱۷ میلادی بر می گردد که اولین بار Kohlhaus در زیر میکروسکوپ عروق ماتریکسی را مشاهده کرد. در قرن ۱۹، Unna اصطلاح دیاسکوپی را بعد از آزمایش و مشاهده ضایعه لوپوس و لگاریس در زیر لنزهای عینک

ضایعه و مدت زمان ایجاد ضایعه، ضایعات فوق الذکر مورد ارزیابی درماتوسکوپیک قرار گرفته اند. جهت ایجاد سطح مایع بین ضایعه و درماتوسکوپ (Liquid Interface) از الکل استفاده شد و در مشاهده درماتوسکوپیک مطابق رفرانس اسنشیال درماتوسکوپیک (۷)، ابتدا از ۳-Point Checklist و سپس از معیارهای درماتوسکوپیک خالهای ملانوسیتیک و کارسینوم سلول بازال استفاده شد (جدول ۱).

در بخش ۳-Point Checklist وجود بیش از دو معیار اندیکاسیون اکسیژون و بررسی ضایعه تلقی می شود. ولی چون مطالعه ما غیر مداخله ای بود این بخش فقط از جهت مقایسه ای مورد استفاده قرار گرفت. در بخش دیگر الگوهای درماتوسکوپیک خالهای ملانوسیتیک و معیارهای تشخیصی کارسینوم سلول بازال مورد بررسی قرار گرفت و در صورت وجود معیار اضافی یا تشخیصی برای سایر ضایعات در قسمت سایر معیارها یادداشت شد. اطلاعات به دست آمده بصورت میانگین $\pm$ انحراف معیار ($Mean \pm SD$) و نیز فراوانی و درصد بیان شده است. برنامه نرم افزاری آماری بکار رفته SPSSTM نسخه ۱۶ است. برای مقایسه متغیرهای کمی از Student T-test و متغیرهای کیفی از chi-square و در صورت نیاز آزمون دقیق فیشر استفاده شده است. در تمامی موارد مطالعه، نتایج در صورت دارا بودن $P \geq 0.05$ از نظر آماری معنی دار شناخته شدند.

یافته ها

از ۶۷ بیمار، ۶۱ بیمار تا پایان مطالعه باقی ماندند که ۲۵ نفر (۴۱ درصد) بیماران مرد و ۳۶ نفر (۵۹ درصد) زن بود. میانگین سنی بیماران، 49.5 ± 11.9 (Mean $\pm$ SD) سال بود. محدوده سنی بیماران ۸۱-۲۴ سال بود. به تفکیک جنسیت بیماران، میانگین سنی مردان 53.3 ± 11.9 (۸۲-۲۵) سال و در زنان 44.5 ± 11.9 (۸۱-۲۴) سال بود. در بیماران مورد بررسی، میانگین مدت زمان ایجاد ضایعه ۶ سال و ده ماه (۸۲ ماه) بود که در محدوده زمانی یک ماه تا ۲۰ سال قرار داشتند. در ۱۰ مورد (۱۶/۴ درصد) از بیماران هم ضایعه از بدو تولد وجود داشت. میانگین مدت زمان ایجاد ضایعه به تفکیک جنسیت بیماران، در زنان ۱۱۹ ماه (حدود ۱۰ سال) که در محدوده زمانی یک ماه تا ۲۰ سال قرار داشتند. میانگین مدت زمان ایجاد ضایعه در مردان هم ۴۳ ماه (حدود چهار سال) و در محدوده زمانی یک ماه تا ۱۸ سال بود که نشان دهنده مراجعه نسبتاً زود هنگام مردان به پزشک می باشد. از نظر محل آناتومیک، ضایعه مذکور در ۸ مورد (۱۳/۱ درصد) از بیماران در ناحیه پیشانی، ۶ مورد (۹/۸ درصد) در ناحیه زاویه فک، ۶ مورد (۹/۸ درصد) در ناحیه چانه، ۱۶ مورد (۲۶/۳ درصد) در ناحیه بینی، ۲۰ مورد (۳۲/۸ درصد) در ناحیه گونه، ۳ مورد (۴/۹ درصد) در ناحیه لب فوقانی و ۲ مورد (۳/۳ درصد) در اطراف چشم قرار داشت. در کل از نظر محل آناتومیک ضایعه،

و ملانوم را زیر درماتوسکوپیک مورد مطالعه قرار داد (۱). همانطور که مشخص است، درماتوسکوپیک یا درموسکوپیک یکی از تکنیک های جدید در طب بیماریهای پوست می باشد که با درشت نمایی متوسط در بررسی و تشخیص ضایعات سطحی و پیگمانته پوستی بکار می رود (۲).

امروزه در دنیا، سیستم های پیشرفته ای در درماتوسکوپ ها ارائه شده است. یکی از این سیستم های پیشرفته، سیستم Mole Max می باشد که علاوه بر پروب، مجهز به یک دوربین می باشد که تصاویر مربوط به ضایعات را در حافظه درماتوسکوپ ضبط می کند. یکی از مواردی که بدلیل اهمیت موضوع می توان به آن اشاره کرد، ملانوم پوستی است (۳).

Weismann و همکاران در سال ۱۹۹۵ میلادی درماتوسکوپیک را بعنوان یک ابزار تحقیقاتی در تشخیص تومورهای پیگمانته پوستی معرفی کرده بودند. در این مطالعه بیان شده است که می توان بدون برداشتن بیوپسی از ضایعات پیگمانته پوستی، آنها را در زیر درماتوسکوپیک تشخیص داد (۴).

در صورت موفق بودن درماتوسکوپیک و تعریف معیارهای مشخص برای هر ضایعه می توان بسیاری از این اکسیژون های تشخیصی را حذف کرد یا به تعویق انداخت. مهمترین ضایعاتی که از نظر بالینی باعث مشکلات تشخیصی با ملانوم بدخیم می شوند، شامل BCC، سبورئیک کراتوزیس و خال های ملانوسیتیک می باشند. لذا در این مطالعه ضایعات مشکوک به BCC و خالهای ملانوسیتیک صورت مورد بررسی قرار می گیرند. با توجه به اینکه معیارهای تشخیصی درماتوسکوپیک روز به روز در حال تکوین است، لذا اهمیت مطلب و جدید بودن بررسی و مطالعه این موضوع را می توان با توجه به یافتن معیارهای تشخیصی احتمالی در مورد ضایعات پوستی فوق الذکر و نبود چنین مطالعه مشابهی در مورد بیماران منطقه ما توجیه کرد.

هدف ما تعیین ارتباط و مقایسه یافته های درماتوسکوپیک با نتایج پاتولوژیک حاصل از بیوپسی در کارسینوم سلول بازال و خالهای ملانوسیتیک صورت است.

مواد و روش ها

در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۶۷ بیمار مشکوک به کارسینوم سلول بازال یا خالهای ملانوسیتیک صورت را که جهت برداشتن یا بررسی ضایعه پوستی به کلینیک پوست مرکز آموزشی سینا تبریز مراجعه کرده بودند به طور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار دادیم. در مطالعات انجام گرفته قبلی مشخص شده است که درماتوسکوپیک یکی از روش های تشخیصی غیرتهاجمی بوده و هیچ گونه مداخله درمانی اضافی و غیراصولی انجام نمی شود.

در خصوص مطالعه با توضیح کافی به بیماران و همراهان آنها رضایت نامه کتبی اخذ شده است. در مرحله اول بعد از معاینه بالینی و تکمیل چک لیست دموگرافیک از نظر سن، جنس، محل

کارسینوم سلول بازال (۲۵ مورد ۸۰/۶ درصد) واجد هر دو معیار بودند) و ۳ مورد (۵/۲ درصد) تشخیص mixed گذاشته شد. ۲۵ مورد (۹۲/۶ درصد) از بیماران مبتلا به خال ملانوسیتیک، زن و تنها ۲ مورد (۷/۴ درصد) مرد بودند. از نظر کارسینوم سلول بازال ۲۱ مورد (۷۵ درصد) از بیماران مرد و تنها ۷ مورد (۲۵ درصد) زن بودند. ارتباط بین جنسیت بیماران و تشخیص درماتوسکوپي در بیماران از لحاظ آماری معنی دار بود ($P=0/0001$). بررسی پاتولوژیک نمونه بیوپسی شده در ۲۸ مورد (۴۵/۹ درصد) از بیماران تشخیص خالهای ملانوسیتیک، ۲۷ مورد (۴۴/۳ درصد) کارسینوم سلول بازال، ۱ مورد (۱/۶ درصد) کراتوز سبورئیک، ۱ مورد (۱/۶ درصد) reaction جسم خارجی، ۱ مورد (۱/۶ درصد) فولیکولیت همراه با کلسیفیکاسیون، ۱ مورد (۱/۶ درصد) آبسه و ۲ مورد (۳/۳ درصد) کارسینوم insitu بود. از نظر تفکیک جنسی در زنان مورد مطالعه ۲۶ مورد (۷۲/۲ درصد) خالهای ملانوسیتیک و ۹ مورد (۲۵ درصد) کارسینوم سلول بازال بود. سایر تشخیص های ذکر شده در قسمت قبلی هم، یک مورد در مورد زنان و ۵ مورد در بین مردان بود.

ارتباط بین جنسیت بیماران و تشخیص پاتولوژیکی بعد از نمونه برداری هم در بیماران مورد مطالعه از لحاظ آماری معنی دار بود ($P=0/0001$). حساسیت و ویژگی درماتوسکوپي در این مطالعه به توسط نرم افزار آماری medcalc نسخه ۹/۲ بدست آمده است که به قرار زیر است:

در مورد کارسینوم سلول بازال حساسیت و ویژگی روش درماتوسکوپي به ترتیب ۱۰۰ درصد و ۹۷ درصد است که با روش پاتولوژی (نمونه برداری) که تشخیص ۱۰۰٪ می دهد. در مورد خال های ملانوسیتی حساسیت و ویژگی روش درماتوسکوپي به ترتیب ۹۶/۴ درصد و ۹۷ درصد است که در مقایسه با روش پاتولوژی (نمونه برداری) که تشخیص ۱۰۰٪ می - دهد، قابل مقایسه است.

بیشترین فراوانی با ۳۲/۸ درصد در ناحیه گونه و کمترین فراوانی با ۳/۳ درصد در اطراف چشم بود.

از نظر معیارهای درماتوسکوپي معیار Asymmetry به تنهایی در ۱۴ مورد (۲۳ درصد) از بیماران و معیار Blue-white structures به تنهایی در ۱ مورد (۱/۶ درصد) وجود داشت. معیار Atypical network به تنهایی در هیچ یک از بیماران وجود نداشت. ۱۶ مورد (۲۶/۲ درصد) از بیماران دو معیار اول، ۴ مورد (۶/۶ درصد) معیار اول و سوم، ۳ مورد (۴/۹ درصد) معیار دوم و سوم و ۱۸ مورد (۲۹/۵ درصد) از بیماران هر سه معیار را بر اساس جدول ارائه شده در فصل سوم را داشتند. ۵ مورد (۸/۲ درصد) از بیماران نیز هیچ یک از معیارهای درماتوسکوپي point -۳ checklist را نداشتند. در مورد کارسینوم سلول بازال، ۱۴ مورد (۵۰/۲ درصد) point-۳، ۱۱ مورد (۳۹/۲ درصد) point-۲، ۲ مورد (۷/۱ درصد) point-۱ و ۱ مورد (۳/۵ درصد) هم هیچ یک از معیارهای درماتوسکوپي را نداشت.

از نظر خالهای ملانوسیتیک، ۳ مورد (۱۰/۷ درصد) point-۳، ۹ مورد (۳۲/۱ درصد) point-۲، ۱۲ مورد (۴۲/۹ درصد) point-۱ و ۴ مورد (۱۴/۳ درصد) هم هیچ یک از معیارهای درماتوسکوپي را نداشتند. از نظر اندیکاسیون بیوپسی با توجه به اینکه وجود ۲ معیار از سه معیار درماتوسکوپي اندیکاسیونی برای بیوپسی محسوب می شود، در این مطالعه تنها ۴۱ مورد (۶۷/۲ درصد) از بیماران اندیکاسیون بیوپسی داشتند.

بقیه بیماران یعنی ۲۰ مورد (۳۲/۸ درصد) از نظر درماتوسکوپي اندیکاسیونی برای بیوپسی نداشتند. الگوهای درماتوسکوپیک خالهای ملانوسیتیک در جدول ۲ و الگوی درماتوسکوپیک کارسینوم سلول بازال در جدول ۳ آورده شده است.

از نظر تشخیص درماتوسکوپي در ۲۷ مورد (۴۶/۶ درصد) از بیماران تشخیص خالهای ملانوسیتیک، ۲۸ مورد (۴۸/۳ درصد)

جدول ۱: چک لیست ۳ نقطه ای و معیارهای درماتوسکوپیک خالهای ملانوسیتیک و کارسینوم سلول بازال

تعریف	چک لیست ۳ نقطه ای
نامتقارنی رنگ و ساختار در یک یا دو محور عمود بر هم	☐ ۱. نامتقارن
شبکه رنگ دانه ای با سوارخ های نامنظم و خطوط ضخیم	☐ ۲. شبکه آتیپیک
هر نوع رنگ آبی یا سفید	☐ ۳. ساختارهای آبی سفید
	خال ملانوسیتیک:
☐ الگوی کروی	☐ الگوی مشبک
☐ الگوی انفجار ستاره ای	☐ الگوی هموژن
	☐ الگوی غیر اختصاصی
	سایر معیارهای مشاهده شده:
	کارسینوم سلول بازال:
☐ نقاط آبی خاکستری	☐ عروق شکل درختی
	سایر معیارهای مشاهده شده:

جدول ۲: الگوی درماتوسکوپیک خالهای ملانوسیتیک

الگوی خال ملانوسیتیک	N=۳۰
الگوی مشبک	۱۰(۳۳٪)
الگوی کروی	۶(۲۰٪)
الگوی انفجار ستاره ای	۵(۱۶٪)
الگوی هموژن	۵(۱۶٪)
الگوی غیر اختصاصی	۱۰(۳۳٪)
وجود سه مورد اول	۳(۱۰٪)
وجود موارد دوم و چهارم	۵(۱۶٪)
وجود موارد اول و دوم	۴(۱۳٪)
وجود موارد دوم و سوم	

جدول ۳: الگوی درماتوسکوپیک کارسینوم سلول بازال

الگوی کارسینوم سلول بازال	N=۳۱
عروق شکل درختی	۴(۱۲٫۹٪)
نقاط آبی خاکستری	۲(۶٫۵٪)
وجود موارد اول و دوم	۲۵(۸۰٫۶٪)

بحث

درماتوسکوپیک یکی از تکنیک های جدید در طب بیماریهای پوست می باشد که با درشت نمایی متوسط در بررسی و تشخیص ضایعات سطحی و پیگمانته پوستی بکار می رود. در این تکنیک از پروب مخصوصی استفاده شده است که قبل از بررسی، سطح پوست با روغن تمیز می شود. با استفاده از این تکنیک می توان گستره پخش رنگدانه ملانین را در اپیدرم، جانکشن بین اپیدرم و درم و لایه های سطحی درم با جزئیات بیشتر مشاهده نمود(۵).

در حال حاضر این تکنیک بصورت گسترده در کشورهای اروپایی از قبیل آلمان، اتریش و استرالیا کاربرد دارد. استفاده از تکنیک درماتوسکوپیک ساده بوده ولی تشخیص الگوهای مختص بیماریها نیازمند مهارت، تجربه و آموزش کافی می باشد.

از موارد ویژه ای که می توان از درماتوسکوپیک در آن بهره جست در ارزیابی خال های آتیپیک متعدد و خال های مادرزادی بزرگ اکسیزیون نشده و در ارزیابی BCC های کوچک اولیه در نواحی غیرحیاتی و حتی در تشخیص زود هنگام BCC با توجه به سیر آهسته پیشرفت آن می باشد.

امروزه در دنیا، سیستم های پیشرفته ای در درماتوسکوپ ها ارائه شده است. یکی از این سیستم های پیشرفته، سیستم Mole Max می باشد که علاوه بر پروب، مجهز به یک دوربین می باشد که تصاویر مربوط به ضایعات را در حافظه درماتوسکوپ ضبط می کند.

Weismann و همکاران در سال ۱۹۹۵ میلادی در طی یک مطالعه جامع، روش درماتوسکوپیک را در تشخیص تومورهای پیگمانته پوستی مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، با وجود اینکه مطرح شده است که از درماتوسکوپیک می توان برای ارزیابی ساختارهای پیگمانته اپیدرم، جانکشن درم-اپیدرم و لایه درم

پاپیلاری جهت تشخیص بیماری استفاده کرد، ولی بیان شده که درماتوسکوپیک نمی تواند به درستی ضایعات بدخیم را رد کند. در این مطالعه، نتیجه گیری شده است که مطالعه هیستوپاتولوژی می تواند یک تشخیص بی عیب و ایرادی را در حوزه بیماری های پوستی داشته باشد (۴).

در یک مطالعه دیگر، Scalvenzi و همکارانش در سال ۲۰۰۸ میلادی درماتوسکوپیک را در تشخیص کارسینوم های سلول بازال سطحی مورد بررسی قرار دادند. در این بررسی، الگوهای درماتوسکوپیک در ۴۲ بیمار مبتلا به BCC سطحی مطالعه گردید که نتایج آن به شرح زیر است:

الگوی shiny white to red areas در تمام بیماران، erosions در ۷۸/۶ درصد بیماران، الگوی short fine telangiectasias در ۶۶/۶ درصد، leaf-like areas در ۱۶/۶ درصد، arborizing telangiectasias در ۱۴/۳ درصد، blue-gray globules در ۱۴/۳ درصد و large blue-gray ovoid nests در ۴/۷ درصد از بیماران وجود داشت (۵). در این مطالعه نتیجه گیری شده است که می توان از دو الگوی اولی بعنوان معیارهای اصلی تشخیصی در BCC های سطحی استفاده کرد. سایر معیارها نیز با وجود داشتن ارزش تشخیصی در BCC های سطحی، در مطرح کردن تشخیص های افتراقی کاربرد خواهند داشت (۵).

در مطالعه ما نیز از ۳۱ مورد (۵۰/۸ درصد) از بیماران با تشخیص احتمالی و قطعی کارسینوم سلول بازال، ۴ مورد (۱۲/۹ درصد) الگوی Arborizing vessels، ۲ مورد (۶/۵ درصد) الگوی Blue-gray blotches و ۲۵ مورد (۸۰/۶ درصد) هر دو الگوی ذکر شده را داشتند.

همچون ملانوم یا BCC بخصوص در مراحل اولیه وجود ندارد، که در این موارد درماتوسکوپی می‌تواند بسیار کمک کننده باشد (۱۴).

بطور خلاصه درماتوسکوپی پلی ارتباطی بین تشخیص بالینی و ارزیابی پاتولوژیک می‌باشد. تنها نکته‌ای که نیاز به یادآوری می‌باشد، انجام درماتوسکوپی در ضایعات شدید اکراسته و اولسره بویژه در BCC است که در برخی موارد باعث اشکال در مشاهده معیارهای مربوطه می‌شود (۱۷-۱۵).

نتایج این مطالعه گویای آن است که حداقل اهمیتی که می‌توان برای درماتوسکوپی در نظر گرفت این است که هرچند در حال حاضر نمی‌توان آنرا بعنوان جایگزین پاتولوژی در تعیین بدخیم یا خوش خیم بودن ضایعات قرار داد، ولی می‌توان در بالا بردن دقت تشخیص بالینی و سوق دادن ضایعات بدخیم missed شده به طرف بررسی پاتولوژیکی و حتی در ارزیابی بعدی ضایعات مشکوک یا عود کننده بهره جست. البته لازم به ذکر می‌باشد که درماتوسکوپی روش قطعی تشخیص نبوده انجام بیوپسی در تمام موارد مشکوک ضروری است (۱۹ و ۱۸).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه گویای آن است که حداقل اهمیتی که می‌توان برای درماتوسکوپی در نظر گرفت این است که هرچند در حال حاضر نمی‌توان آنرا بعنوان جایگزین پاتولوژی در تعیین بدخیم یا خوش خیم بودن ضایعات قرار داد، ولی می‌توان از آن در بالا بردن دقت تشخیص بالینی و سوق دادن ضایعات بدخیم missed شده به طرف بررسی پاتولوژیکی و حتی در ارزیابی بعدی ضایعات مشکوک یا عود کننده بهره جست.

پیشنهادات

۱- انجام مطالعات بیشتر روی معیارهای تعریف شده برای خالهای ملانوسیتیک و کارسینوم سلول بازال، ۲- انجام مطالعات درماتوسکوپی روی سایر ضایعات پیش بدخیم یا بدخیم و تعریف معیارهای تشخیصی برای آنها، ۳- تجهیز درماتوسکوپ ها به کامپیوتر و فتوگرافی جهت ارزیابی دقیقتر معیارهای مطرح شده.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر استنتاج شده از داده های پایان نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. ضمناً از زحمات کلیه همکاران که در انجام این تحقیق همکاری نمودند کمال تشکر را دارم.

Demirtasoglu و همکارانش هم در از میر ترکیه، شبیه مطالعه ما یافته‌های درماتوسکوپی را با یافته های هیستوپاتولوژی مورد مقایسه قرار دادند. در این بررسی، ارتباط وجود الگوهای درماتوسکوپی کارسینوم سلول بازال با یافته های پاتولوژی از لحاظ آماری معنی دار بود. از بین معیارهای موجود تنها الگوی whitish veil معنی دار نبود. در این مطالعه هم، از درماتوسکوپی بعنوان ابزار تشخیصی مهمی در تشخیص کارسینوم سلول (BCC) پیگمانته یاد شده است (۶).

در یک مطالعه مشابه، Braun و همکاران در سال ۲۰۰۳ میلادی ارتباط بین درماتوسکوپی و یافته‌های پاتولوژی را مورد بررسی قرار دادند.

در این مطالعه بیان شده است، علاوه بر اینکه درماتولوژیست می‌تواند قبل از ارزیابی پاتولوژی دید مستقیمی از ضایعه پوستی داشته باشد، حتی می‌تواند بعنوان راهنمایی از پاتولوژیست بخواهد تا جاهایی از ضایعه که در درماتوسکوپی مشکوک به بدخیمی بود با دقت بیشتر مورد بررسی قرار دهد (۷).

مطالعه ای با جزئیات بیشتر در مورد محل آناتومیک ضایعه و مدت زمان ایجاد ضایعه و سایر متغیرهای مشابه مورد بررسی در مطالعه ما یافت نشد تا نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد. برخلاف مطالعات قبلی، در مطالعه ما حساسیت و ویژگی روش درماتوسکوپی را در تشخیص کارسینوم سلول بازال و خالهای ملانوسیتیک صورت محاسبه کردیم که نتایج آن به قرار زیر است:

در مورد کارسینوم سلول بازال حساسیت و ویژگی روش درماتوسکوپی به ترتیب ۱۰۰ درصد و ۹۷ درصد است که در مقایسه با روش پاتولوژی (نمونه برداری) که تشخیص ۱۰۰٪ می‌دهد (۸-۱۰). همچنین با در نظر گرفتن وجود موارد دو معیار درماتوسکوپی برای کارسینوم سلول بازال که تنها ۲۵ مورد (۸۰/۶ درصد) را شامل می‌شد، حساسیت و ویژگی روش درماتوسکوپی به ترتیب ۹۳/۳ درصد و ۸۹/۲ درصد است. در مورد خال های ملانوسیتی حساسیت و ویژگی روش درماتوسکوپی به ترتیب ۹۶/۴ درصد و ۹۷ درصد است که روش پاتولوژی (نمونه برداری) که تشخیص ۱۰۰٪ می‌دهد، قابل مقایسه است (۱۱-۱۳).

مهمترین تفاوت این مطالعه با مطالعات مشابه، متفاوت بودن درصد معیارهای درماتوسکوپی می‌باشد که شاید ضرورت ارائه ی معیارهای دقیقتر یا الگوی کامپیوتری جهت تعریف معیارها را می‌رساند. در صورت موفق بودن درماتوسکوپی و تعریف و تعیین معیارهای مشخص برای هر ضایعه می‌توان بسیاری از این اکسیژون های تشخیصی را حذف کرد یا به تعویق انداخت. حتی در برخی موارد در بررسی پاتولوژیکی معیارهای قطعی تشخیصی

References

- Campos G, Silva R. Dermoscopy: basic concepts. *International Journal of Dermatology* 2008; 47: 712-719.
- Tony Buns, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Text Book of Dermatology*. 7th ed. Blackwell Science. 2004; PP: 9-38.

3. Rezze G, Soares B, Izar R. Dermatoscopy: the pattern analysis. *An Bras Dermatol* 2006; **81**(3): 3-14.
4. Weismann K, Osterlind AL, Thomsen HK. Dermatoscopy. An investigative method for the diagnosis of pigmented skin tumors. *Ugeskr Laeger* 1995; **157**(2): 147-152.
5. Scalvenzi M, Lembo S, Francia MG. Dermatoscopic patterns of superficial basal cell carcinoma. *Int J Dermatol* 2008; **47**(10): 1015-1018.
6. Demirtasoglu M, Ilknur T. Evaluation of dermoscopic and histopathologic features and their correlations in pigmented basal cell carcinoma. *J Dermatology* 2008; **32**(1): 169-173.
7. Braun R, Kaya G, Saurat J. Histopathologic correlation in dermatoscopy. *Archives of Dermatology* 2003; **139**: 349-351.
8. Steven Q, Kopf A, Bart R. Detection of melanomas in patients followed up with total cutaneous examinations, total cutaneous photography, and dermoscopy. *Am Acad Dermatology* 2004; **50**(1): 15-20.
9. Johr R. Dermoscopy: alternative melanocytic algorithms- the ABCD rule of dermoscopy, Menzies scoring method, and 7-point checklist. *Clin Dermatology* 2002; **20**(3): 240-247.
10. Ferreira C, Barcaui CB, Maceira JP. Dermoscopia: aplicacao clinica e correlacao histopatologica. *Sao Paulo* 2004; **24**(7): 182-188.
11. Stolz W, Bilek P, Landthaler M. Skin surface microscopy. *Lancet* 1989; **10**(2): 864-865.
12. Vincenzo G, Serena S, Gianotti B. Dermoscopy for "true" amelanotic melanoma: A clinical dermoscopic-pathologic case study. *J Am Acad Dermatol* 2006; **54**(2): 341-344.
13. Morales A, Sanz J, Romero M. Correlation Between Clinical, Dermatoscopic, and Histopathologic Variables in Atypical Melanocytic Nevi. *Actas Dermosifiliogr* 2008; **99**(5): 380-389.
14. Argenziano G, Iris Z, Malvehy J. Dermoscopy features of melanoma incognito: Indications for biopsy. *J Am Acad Dermatol* 2007; **56**(3): 508-513.
15. Johr Robert, Soyer S, Scalvenenzi. *Dermatoscopy The Essentials*. 1st ed. Mosby, 2004; PP: 33-34, 85-86, 157, 218.
16. Celebi M, Iyatomi H, Stoecker V. Lesion border detection in dermoscopy images. *Computerized Medical Imaging and Graphics* 2009; **33**(2): 148-153.
17. Argenziano G, Soyer H, Chimenti S. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the internet. *J Am Acad Dermatology* 2003; **48**(5): 679-693.
18. Boldrick J, Layton C, Sweater M. Evaluation of digital dermoscopy in a pigmented lesion clinic: Clinician versus computer assessment of malignancy risk. *J Am Acad Dermatol* 2007; **56**(3): 417-421.
19. Johr Robert, Soyer S, Scalvenenzi. *Dermatoscopy The Essentials*. 1st ed. Mosby. 2004; PP: 32-33, 86-88, 159, 219.