مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۳۹۹، دوره ۲۲، صفحه ۲۴۴-۲۴۱

گزارش یک مورد خال داخل دهانی پایه دار در مخاط گونه

سودابه باقری مقدم (DDS,MS)[۱]، نازنین مرتضوی (DDS,MS)[۱]، امیر رضا احمدی نیا (DDS,MS)[۱]، فاطمه میرزائی[۲*]

۱-مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

دریافت: ۹۸/۷/۲۷، اصلاح: ۹۸/۹/۲۴، پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۷

خلاصه

سابقه و هدف: تغییر رنگ دهانی می تواند منشأ داخلی یا خارجی داشته باشد. خال ملانوتیک نتیجه تکثیر خوش خیم ملانوسیت هاست که نوع داخل دهانی آن بر خلاف خال‌های پوستی ملانوتیک شایع نمی باشد. علاوه بر این، قابلیت تغییرات بدخیمی را داشته و می توانند به ملانومای دهانی تبدیل شوند. در این مقاله، یک مورد خال دهانی پایه دار ملانوتیک گزارش می گردد.

گزارش مورد: در معاینات داخل دهانی آقای ۲۱ ساله که برای جرمگیری و معاینه دندان به بخش بیماری های دهان مراجعه نموده بود، یک ضایعه برجسته پایه دار سیاه با سطح لبوله و صاف به ابعاد ۱×۱ سانتی متر و قوام سفت در مخاط گونه مشاهده گردید. ضایعه فاقد علائم بوده و در لمس حساس نبود. تحریک مزمن در معاینه بالینی و تاریخچه گزارش نشد و تست دیاسکوپی منفی بود. بیماری سیستمیک و سابقه مصرف دارو و دخانیات نیز گزارش نشد. ضایعه با بیوپسی اکسیژنال با حفظ مارجین امن خارج شد. نمونه ماکروسکوپی، ضایعه قهوه ای-خاکستری با قوام ارتجاعی بود و نمای میکروسکوپی تکثیر خوش خیم سلول های خال و تولید ملانین در بافت همبندی رؤیت گردید. تشخیص نهایی ضایعه خال داخل مخاطی بود. بیمار به مدت دو سال جهت بررسی های منظم شش ماهه مراجعه نمود و در این مدت عود و علائم مشابه در مخاط دهان مشاهده نشد.

نتیجه گیری: در مورد حاضر، نتیجه هیستوپاتولوژی نشان دهنده خال مخاطی پس از بیوپسی اکسیژنال بود.

واژه‌های کلیدی: نووس، ملانوسیت، پیگمانتاسیون.

مقدمه

تغییر رنگ دهانی می تواند منشأ داخلی یا خارجی داشته باشد. تغییر رنگ با منشأ خارجی به طور معمول در اثر حضور جسم خارجی در مخاط ایجاد می شود. تغییر رنگ با منشأ داخلی شامل ملانین، هموسیدرین، هموگلوبین و کاروتن است. بر اساس مقدار و موقعیت ملانین در ضایعه، خال داخل دهانی می تواند قهوه ای، آبی، خاکستری یا سیاه دیده شود (۱). خال های ملانوتیک می توانند مادرزادی یا اکتسابی باشند و سبب شناسی و آسیب شناسی آنها به خوبی شناخته نشده است (۲). از دهه شصت میلادی، انتشار گزارش هایی از موارد منفرد خال ملانوسیتی دهان آغاز گردیده که در آنها نسبت ابتلای زنان به مردان تقریباً ۱/۵ به ۱ بوده، دامنه سن تشخیصی ۳ تا ۸۵ سال و بدون تأثیر نژادی مشاهده شده اند. خال ملانوتیک دهانی بر خلاف خال های پوستی ناشایع می باشد، بطوری که شمار اینگونه خال ها از ۰/۱٪ بیوپسی های دهان فراتر نمی رود (۵-۳). امروزه پژوهشگران، خال های ملانوتیک دهان را تومورهای خوش خیمی تصور می نمایند که مرکب از سلول های انشقاق یافته از مجرای عصبی جنین می باشند. با این حال خال های داخل دهانی قابلیت تغییرات بدخیمی را داشته و می توانند به ملانومای دهانی تبدیل شوند (۸-۶). لذا تشخیص زود هنگام و به موقع این ضایعه می تواند منجر به بهبود پروگنوز بسیار ضعیف مرتبط با ملانومای حفره دهان شود. خال های ملانوتیک دهانی مانند خال های پوستی طبقه بندی شده و عبارت از: جانکشنال، کامپاند (مرکب)، داخل مخاطی، خال آبی و ترکیبی می باشند (۹). تکثیر خوش خیم ملانوسیت‌ها در انواع جانکشنال، مرکب و داخل مخاطی به ترتیب در لایه بازال، لایه بازال و لامیناپروپریای سطحی و منحصراً در لایه لامیناپروپریا صورت می‌گیرد (۱۰). مکان شایع خال ملانوسیتی بر روی پوست می باشد و مشاهده آن بر روی مخاط، بویژه مخاط گونه از موارد نادر تشخیصی محسوب می شود. این مطالعه، یک مورد خال ملانوتیک پایه دار در مخاط گونه را گزارش می کند.

گزارش مورد

در معاینات داخل دهانی مردی ۲۱ ساله که برای جرمگیری و معاینه دندان به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی زاهدان مراجعه نموده بود، یک ضایعه برجسته پایه دار با سطح لبوله و غیر زخمی به ابعاد ۱×۱ سانتی متر و قوام سفت به رنگ سیاه در مخاط گونه سمت چپ مشاهده گردید. ضایعه فاقد علائم درد و خونریزی بوده و در لمس حساس نبود. تست دیاسکوپی توسط لام شیشه ای انجام شد و نتیجه منفی بود. بیمار فاقد بیماری سیستمیک، سابقه مصرف دارو و

*مسئول مقاله: فاطمه میرزائی
آدرس: گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده دندانپزشکی. تلفن: ۰۱۷-۳۲۳۴۴۸۳۰
E-mail: fatemehmirzaei.ir.1998@gmail.com

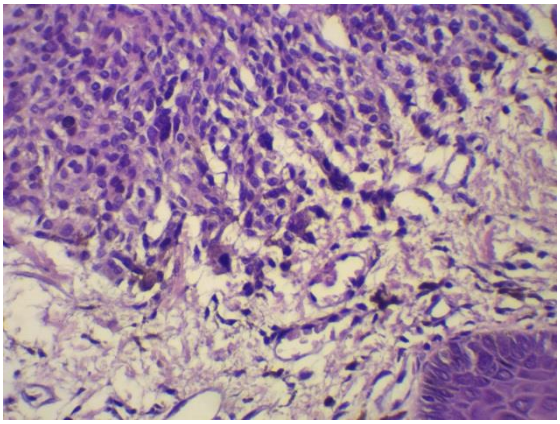
[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.33.5]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.241]

دخانیات و عادت جویدن گونه بوده و از وجود چنین ضایعه ای در حفره دهان بی‌اطلاع بود. در معاینات خارج دهانی علائم پاتولوژیک و ناقرینگی مشاهده نگردید. در ناحیه گردن نیز گره لنفاوی قابل لمس وجود نداشت. با توجه به عدم وجود درد و علائم، در تشخیص افتراقی ضایعه، خال داخل مخاطی و ملانوما قرار داده شد و به علت پایه دار بودن ضایعه فیبروم تحریکی با سطح پیگمانته در انتهای لیست تشخیص های افتراقی گذاشته شد.

ضایعه با بیوپسی اکسیژنال و با حفظ مارجین امن خارج شد و نمونه بافتی جهت ارزیابی هیستوپاتولوژیک ارسال گردید. نمونه ماکروسکوپی، ضایعه قهوه ای-خاکستری با قوام الاستیک بود که در نمای میکروسکوپی تکثیر خوش خیم سلول های خال و تولید ملانین در بافت همبندی رؤیت گردید. با توجه به اینکه خال آبی به صورت تجمعی از سلول های خال طویل شده و باریک و با زوائد دندریتیک می باشد و به صورت عمقی در درم یا لامینا پروپریا قرار می گیرند، افتراق این ضایعه از خال مخاطی داده شد و تشخیص نهایی ضایعه خال داخل مخاطی بود. بیمار به مدت دو سال جهت بررسی های منظم شش ماهه مراجعه نمود و در این مدت عود و علائم مشابه در مخاط دهان مشاهده نشد.



شکل ۱. ضایعه سیاه رنگ پایه دار



شکل ۲. نمای هیستوپاتولوژی

بحث و نتیجه گیری

مورد گزارش شده، یک خال مخاط دهانی پایه دار بوده که از نظر جایگاه قرارگیری در مخاط دهان و در مخاط گونه، از موارد نادر ضایعات دارای تغییر رنگ در دهان محسوب می شود.

Cardoso و همکاران، یک ماکول قهوه ای تیره را در مخاط باکال فک بالا مرد ۲۲ ساله که برای درمان صرع، فنی توین مصرف می کرد گزارش نمودند. در سایر مخاطات بیمار ضایعات دارای تغییر رنگ مشاهده نشد. در نمونه هیستوپاتولوژی سلول های خال در اپی تلیوم و بافت پیوندی زیرین بودند. همانگونه که از ترتیب قرار گرفتن سلول های خال در این دو بافت گزارش شده، خصوصیت خال دهانی "مرکب" (compound) می باشد و با نمونه هیستولوژی ما که ملانوسیت ها منحصراً در lamina propria یافت شده اند متفاوت می باشد (۵).

Pandey و همکاران خال مخاطی را در مخاط باکال کودک ۵ ساله گزارش نمودند. این ضایعه که به مدت دو ماه ایجاد شده، بدون درد و تقریباً به اندازه ۵ میلی متر بود. پس از انجام آزمایشات هماتولوژیک و بررسی هیستوپاتولوژیک، تشخیص نهایی برای بیمار گذاشته شد (۸).

Bonan و همکاران، یک خال داخل مخاطی را در گونه یک زن ۲۳ ساله گزارش کردند که به مدت ۱۵ سال به شکل ندول قهوه ای در گونه سمت چپ ایجاد شده بود و هیچ عامل تحریکی در ناحیه وجود نداشت و در پیگیری ضایعه تغییرات بدخیمی و عود مشاهده نشد. بررسی هیستولوژی، خال داخل مخاطی را تأیید نمود (۱۱) که در یافته های ما نیز دیده شده است. در این نمونه بافتی، ملانوسیت ها به درون لامیناپروپریا نفوذ نموده اند و منحصراً در این ناحیه مشاهده می شوند.

در مطالعه Beena و همکاران، ضایعه پیگمانته در مخاط لبیال زن ۲۲ ساله گزارش شد. اظهار شد که ضایعه گاهی همراه با درد بوده است. ضایعه سیاه رنگ و کمی برجسته تر از مخاط اطراف بوده و بعد از بیوپسی عود ضایعه دیده نشد. در این نمونه هیستوپاتولوژی، همانند مورد حاضر، خال ملانوسیتی "داخل مخاطی" بدون عود و خوش خیم بوده است (۹).

تا به امروز گزارشی از تغییرات بدخیمی در خال های داخل دهانی گزارش نشده است، اما به دلیل احتمال تظاهر ملانوما به شکل های متفاوت، تمامی خال های داخل دهانی باید خارج شده و تحت ارزیابی هیستوپاتولوژیک قرار بگیرند. در این ضایعات برداشت با جراحی توصیه می شود و باید به بیمار آموزش داده شود تا این ضایعات را در دهان خود بررسی کرده و در صورت عود مجدد به پزشک خود گزارش دهد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز تحقیقات دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و خانم دکتر لیلا فرهاد ملاشاهی تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.33.5]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.241]

A Case of Polypoid Intraoral Nevus in Buccal Mucosa: a Case Report

S. Baghery Moghadam (DDS,MS)[1], N. Mortazavi (DDS,MS)[1], A. R. Ahmadinia (DDS,MS)[1], F. Mirzaei [*2]

1.Dental Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, I.R.Iran
2.Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, I.R.Iran

J BabolUniv Med Sci; 22; 2020; PP: 241-244

Received: Oct 19th 2019, Revised: Des 15th 2019, Accepted: Feb 6th 2020.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Mouth discoloration can be of internal or external origin. Melanotic nevus are the result of benign proliferation of melanocytes, the intraoral type of which is not as common as melanotic skin moles. In addition, they have the potential for malignant changes and can develop into oral melanoma. In this article, a case of Polypoid Intraoral Nevus is reported.

CASE REPORT: In intraoral examination, a 21-year-old man who had referred to the Oral Diseases Department for dental scaling and examination showed a prominent black lesion with a smooth, 1×1 cm long lobular surface and a firm consolidation in the buccal mucosa. The lesion was asymptomatic and not sensitive to touch. Chronic stimulation was not reported on clinical examination and history, and the diascopy test was negative. Systemic disease and history of drug and tobacco use were not reported. The lesion was removed by excisional biopsy while maintaining a safe margin. The macroscopic specimen was a brownish-gray lesion with elastic consolidation and the microscopic appearance of benign proliferation of nevus cells and melanin production in the connective tissue was observed. The final diagnosis was an intra-mucosal lesion. The patient referred for regular six-month examinations for two years, during which no recurrence or similar symptoms were observed in the oral mucosa.

CONCLUSION: In the present case, the histopathological result indicated a mucosal nevus after excisional biopsy.

KEY WORDS: *Nevus, Melanocyte, Pigmentation.*

Please cite this article as follows:

Baghery Moghadam S, Mortazavi N, Ahmadinia AR, Mirzaei F. A Case of Polypoid Intraoral Nevus in Buccal Mucosa: a Case Report. J Babol Univ Med Sci. 2020; 22: 241-4.

[*]Corresonding Author: F. Mirzaei
Address: Faculty of Dentistry, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, I.R.Iran
Tel: +98 17 32344830
E-mail: fatemehmirzaei.ir.1998@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.33.5]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.241]

References

1.Eisen D. Disorders of pigmentation in the oral cavity. Clin Dermatol. 2000;18(5):579-87.

2.Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. J Oral Pathol Med. 2004;33(9):550-7.

3.Bauer J, Garbe C. Acquired melanocytic nevi as risk factor for melanoma development. A comprehensive review of epidemiological data. Pigment Cell Res. 2003;16(3):297-306.

4.Meleti M, Mooi WJ, Casparie MK, van der Waal I. Melanocytic nevi of the oral mucosa–No evidence of increased risk for oral malignant melanoma: An analysis of 119 cases. Oral Oncol. 2007;43(10):976-81.

5.Cardoso LB, Consalaro A, da Silva Santos PS, da Silva Sampieri MB, Tinoco-Araujo JE. Oral compound nevus. Dermatol Online J. 2014;20(2).

6.Bashamalla R, Rao GV, Ramulu S, Sravya T. Pigmented intramucosal nevus of gingiva with a special insight on its pathophysiology: Report of a rare entity. J Dr. NTR Univ Health Sci. 2017;6(3):181-4.

7.Raj AT, Patil S, Rajkumar C. Are oral mucosal nevi potential precursors for oral mucosal melanoma?. Oral Oncol. 2018;79:83.

8.Pandey P, Chaudhary CP, Ansari AA, Singh R. Intramucosal nevus of buccal mucosa in a male child. BMJ Case Rep. 2013;2013:bcr2013010191.

9.Beena VT, Chauhan I, Heera R, Rajeev R. Oral melanotic nevi: A case report and review of literature. Oral Maxillofac Pathol J. 2010;1(1).

10.Ferreira L, Jham B, Assi R, Readinger A, Kessler HP. Oral melanocytic nevi: a clinicopathologic study of 100 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015;120(3):358-67.

11.Bonan PRF, Ribeiro ILA, de Andrade ALDL, da Rosa MRD. Melanocytic nevus in the buccal mucosa: A case report. Rev Odonto Ciência. 2012;27(4):349-52.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.33.5]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.241]