

خال مادرزادی بکر: گزارش یک مورد نادر

دکتر آذین آیت‌اللهی

دکتر زینب وریجی

مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر آذین آیت‌اللهی

تهران، خیابان طالقانی، شماره‌ی ۴۱۵
پست الکترونیک:

Azinay@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه: خال بکر یک هامارتوم پوستی است که معمولاً به‌صورت یک ناحیه‌ای از هیپریپیگمانتاسیون و هیپرتریکوز در سطح آن تظاهر پیدا می‌کند. معمولاً یک‌طرفه است و محل شایع آن ناحیه‌ی اسکاپولا و شانه است. به‌ندرت ممکن است مادرزادی باشد و معمولاً در دوره‌ی نوجوانی تظاهر پیدا می‌کند.

گزارش مورد: بیماری که ما گزارش کردیم خال‌های بکر دوطرفه‌ی بزرگ مادرزادی با سابقه‌ی فامیلیال داشت و هیچ آنومالی همراه در بیمار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: موارد فامیلیال و دوطرفه‌ی خال بکر بدون آنومالی همراه «سندرم خال بکر» ممکن است دیده شود.

کلیدواژه‌ها: خال بکر، موارد فامیلیال، آنومالی‌های مادرزادی

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۲

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۸، دوره‌ی ۱۰ (۱): ۵۴-۵۲

مقدمه

در سال ۱۹۴۹ بکر، هامارتوم پوستی را به‌صورت ناحیه‌ی هیپریپیگمانته همراه با هیپرتریکوز گزارش کرد.^۱ خال بکر که به آن ملانوز بکر یا هامارتوم پیگمانته بکر نیز گفته می‌شود یک هامارتوم پوستی است که عمدتاً به‌صورت اسپورادیک و با توزیع غیرقرینه مشاهده می‌شود و مطرح‌کننده موزایسیسم پوستی است. ممکن است خال بکر با برخی آنومالی‌های موسکولواسکلتال، پوستی یا ماگزولوفاشیال همراه باشد که در این صورت سندرم خال بکر نامیده می‌شود. در سال ۱۹۹۵ هاپل همراهی خال بکر با هیپوپلازی یک‌طرفه‌ی سینه و ابن‌رمالیتی‌های عضله، پوست و اسکلتی را با عنوان سندرم خال بکر یا سندرم خال اپیدرمال مودار مطرح کرد.^۲

موارد فامیلیال نادرند و به‌ندرت ممکن است به‌صورت مادرزادی بروز کنند. عمدتاً در مردان گزارش شده است و تعداد محدودی از افراد با انواع دوطرفه خال بکر گزارش شده‌اند.^{۳،۴}

گزارش مورد

بیمار، آقای هفده ساله که با شکایت تغییر رنگ قهوه‌ای پوست در ناحیه‌ی پهلو و ران، اسکاپولا و قدام قفسه‌سینه سمت راست و هم‌چنین ساق پای چپ به درمانگاه مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام مراجعه کرد. بیمار ضایعات را از بدو تولد داشته و به‌تدریج و به‌ویژه بعد از سن بلوغ ضایعات تیره‌تر شده و افزایش مو به‌صورت ضخیم‌تر شدن و پررنگ‌تر شدن آن‌ها به‌ویژه در ضایعه‌ی ناحیه‌ی اسکاپولا را ذکر می‌کند. سابقه‌ی فامیلی مثبت ضایعات مشابه را در پدر و عموی خود ذکر می‌کند. در معاینه‌ی بچ هیپریپیگمانته با اندازه‌ی ۷۰ سانتی‌متر از قسمت خلفی آخرین دنده‌ی سمت راست تا زیر زانوی راست را داشت. ضایعه‌ی دیگر به طول ۶۰ سانتی‌متر که از ستون فقرات ناحیه‌ی توراسیک به‌سمت استرنوم گسترش داشت و در سطح آن موهای ضخیم وجود داشت (شکل ۱ و ۲). بچ



شکل ۱ و ۲: مکان ضایعات و اندازه‌ی آن

گزارش شده است. محل شایع آن شانه، قدام قفسه‌سینه و اسکاپولا می‌باشد.^۳

موارد فامیلیال اندک است. در مطالعات موجود یک چهارم موارد فامیلیال گزارش شده‌اند.^۴

فرضیه‌ی افزایش پاسخ‌دهی به هورمون‌ها (حساسیت به آندروژن) برای این هامارتوم پوستی مطرح شده و افراد مبتلا به خال بکر بیشتر مستعد آکنه و هیپرتریکوز هستند و خال بکر در مردان شایع‌تر است.^۴ ممکن است خال بکر با برخی از آنومالی‌های پوستی، عضلانی - اسکلتی یا ماگزولوفاشیال همراهی داشته باشد.^۲

بیماری که توسط ما گزارش شد خال‌های بکر متعدد دوطرفه در محل‌های غیرشایع داشت و ضایعات را از بدو تولد داشت که این مورد نادر است. هم‌چنین سابقه‌ی فامیلی مثبت در بیمار وجود داشت درحالی که موارد فامیلیال تاکنون به میزان اندک گزارش شده‌اند. با وجود تعدد خال‌های بکر، بیمار هیچ‌گونه آنومالی همراه نداشت.

هیپرپیگمانته‌ی دیگر در خلف زانوی چپ رؤیت شد. از ضایعه‌ی ناحیه‌ی پهلو یک پانچ بیوپسی به‌عمل آمد که توصیف پاتولوژیک آن با رؤیت هیپرپلازی اپی‌درمال و رتریج‌های طویل، هیپرپیگمانتاسیون دیفیوز و هیپرتروفی عضلات ارکتورپیلی‌درم به نفع خال بکر بود. بیمار هیچ آنومالی همراه نداشت.

بحث

خال بکر یا ملانوز بکر که در واقع یک نوع هامارتوم پوستی است معمولاً به‌صورت اسپورادیک و با توزیع غیرقرینه دیده می‌شود.^۲

به‌ندرت ممکن است به‌صورت مادرزادی دیده شود، گاهی در کودکی ممکن است وجود داشته باشد ولی معمولاً در دوره‌ی نوجوانی دیده می‌شود. در ابتدا کم‌رنگ است و به‌تدریج پررنگ‌تر می‌شود. معمولاً یک‌طرفه است و تعداد کمی از موارد به‌صورت دوطرفه

References

1. Cosendey FE, Martinez NS, Bernhard GA, et al. Becker nevus syndrome. *An Bras Dermatol*. 2010; 85(3): 379-84.
2. Lambert JR, Willems P, Abs R, et al. Becker's nevus associated with chromosomal mosaicism and congenital adrenal hyperplasia. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 30: 655-7.
3. Moss C, Shahidullah H. Naevi and other Developmental Defects. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th ed. Vol 1. Wiley-Blackwell; 2010. pp. sS18.17-18.19.
4. Person JR, Longscope C. Becker's naevus: An androgen-mediated hyperplasia with increased receptors. *J Am Acad Dermatol*. 1984; 10: 235-8.

Congenital Becker's nevus: report of a rare case

Azin Ayatollahi, MD
Zeinab Variji, MD

Center for Research and Training in Skin
Diseases and Leprosy, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran

Introduction: Beckers's nevus is a cutaneous hamartoma which usually appears as a circumscribed hyperpigmentation with hypertrichosis. It usually presents unilaterally and the usual site is shoulder and scapula. It is rarely congenital and it is usually noticed first during adolescence.

Case Report: Herein, we report a congenital bilateral large Becker's nevus with positive familial history of Becker's nevus. There were no associated anomalies in our patients.

Conclusion: Familial and bilateral cases of Becker's nevus can present with no associated anomalies as "Becker's syndrome".

Keywords: becker's nevus, familial cases, congenital anomalies

Received: Mar 27, 2018 Accepted: Apr 04, 2019

Dermatology and Cosmetic 2019; 10 (1): 52-54

Corresponding Author:
Azin Ayatollahi, MD

No. 415, Taleqani Ave, Tehran, Iran
Email: Azinya@gmail.com

Conflict of interest: None to declare