

روند تشخیص بیوپسی های پوست

از دیدگاه درماتولوژی



بیماریهای پوستی بسیار متنوع هستند. حدود ۲۰۰۰ نوع راش و تومورهای پوستی وجود دارد. در طی یادگیری درماتولوژی به نظر می رسد تعداد بی پایانی از تشخیص های بالقوه و با نامهای گیج کننده وجود دارد. تشخیص بیماریهای پوستی یکی از دشوارها در علم پزشکی است و انجام بیوپسی و تشخیص میکروسکوپی یکی از ابزارهای مهم در تشخیص بیماریهای پوستی می باشد. متأسفانه از نظر درماتولوژی بالینی برخی مواقع نیز سرویس مطلوبی را که انتظار دارند از تشخیص پاتولوژی نمی گیرند.

تشخیص های درماتولوژی به چندین دلیل همانند تشخیص بالینی بیماری های پوستی مشکل است. بر خلاف بافتهای بدن و دیگر سطوح اپی تلیایی نظیر دستگاه گوارش، ادراری و غیره که طیف نسبتاً محدودی از بیماریها را در دامنه محدودی از تغییرات بافتی شامل التهاب تومورها (خوش خیم یا بدخیم) نشان می دهند و غالباً نمای بافتی اختصاصی دارند، طیف بیماریهای پوستی بسیار وسیع است و تعداد کمی از ضایعات پوستی نمای هیستولوژیک اختصاصی دارند.

دیگر اینکه، ضایعات در زمان بیوپسی ممکن است تحت تاثیر تغییرات خارجی نظیر تروما، خارش، درمانهای موضعی قرار گرفته باشد و توانایی تشخیصی در درماتوپاتولوژی بسیار وابسته به آشنایی با اطلاعات بالینی یعنی درماتولوژی می باشد. بیماریهای با تشخیصهای بالینی متفاوت ممکن است، نمای هیستو-پاتولوژیک بسیاری از بیماریهای التهابی غیر اختصاصی باشند و در بهترین شرایط فقط می تواند فرض بر یک تشخیص خاص را مطرح نماید (diagnosis only suggestive of a specific)، حتی در بین درماتوزهایی که به سادگی بیشتری قابل تشخیص هستند، نظیر سوریازیس یا لیکن پلان، نمای هیستولوژیک به عنوان مطابقت دار با ... (compatible with) بجای تشخیص قطعی (Diagnostic of) می باشد.

گاهی اوقات هیستوپاتولوژی می تواند با رد نمودن یک تشخیص مهم (ruling out an important diagnosis) نقش داشته باشد، بدون اینکه تشخیص خاصی مطرح شود.

مثلا در مورد یک پلاک سوریازیس ممکن است تشخیص بالینی بیماری مالیکوزیس فانگوئیدس را در هیستولوژی رد نمائیم ولی ممکن است قادر نباشیم تشخیص خاص سوریازیس را اعلام نمائیم. مثال دیگری از محدودیتهای تشخیص هیستولوژی در برخی بیماریهای نئوپلاست و عفونی است. برای مثال گرانولم های عفونی با اتیولوژیهای متفاوت به آسانی در هیستوپاتولوژی قابل افتراق نیستند، مگر اینکه ارگانیزم عامل با آزمایشات تکمیلی نظیر رنگ آمیزهای اختصاصی میکروارگانیزمها، کشت یا روشهای جدید نظیر PCR کشف شوند. بطور مشابهی در مورد بیماریهای نئوپلاستیک، هیستولوژی به تنهایی در افتراق بین کراتوآکانتوم و کارسینوم سلول سنگفرشی یا بین خال اشپتز (Spitz nevus) و ملانوم کافی نمی باشد. و اطلاعات بالینی بسیار کمک کننده می باشند. نکته محدود کننده دیگر در تشخیص هیستولوژیک بیماریهای پوستی این است که بسیاری از ضایعات پوستی دارای سه مرحله مشخص در طی رشد تکاملی خود هستند.

۱-مرحله ابتدایی early phase

۲- مرحله کاملا تکامل یافته Fully developed phase

۳- مرحله بهبودی (Resolvisy) در ضایعات التهابی و مرحله Senescent phase در تومورها.

بسیاری از تومورها نظیر میکوزیس فانگوئیدس، ملانوما، سارکوم کاپوزی کراتوآکانتوما، حتی ضایعات ساده ای نظیر زگیل معمولی، ضایعات التهابی نظیر لیکن پلان، سوریازیس دارای این سه مرحله زمانی هستند، ضایعات چنانچه ضایعه در مرحله کاملا تکامل یافته بیوپسی شوند نمای هیستولوژی مشخص تری دارد و در دو مرحله اولیه و دیررس کمتر شناخته شده و کمتر تشخیصی می باشند.

بهترین راه دستیابی به بهترین تشخیص برقراری ارتباط بین یافته های هیستولوژیک، ماکروسکوپی نمونه، شرح

بالینی، تشخیص بالینی و تشخیص های افتراقی است. گاه لازم است، آزمایشات تکمیلی نظیر رنگ آمیزی های اختصاصی، کشت میکروبی، رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی (IHC)، ایمونوفلورسانس (IF) یا مطالعه میکروسکوپ الکترونی، انجام شود.

در دنیای واقعی طب بالینی، برای یک مورد خاص و مشکل، نوشتن توصیف هیستولوژیک و تشخیص اختصاصی (diagnosis Specific) است که در چهار چوب قواعد هیستولوژیک صحیح است ولی در مطابقت بالینی- پاتولوژیک (Clinico- pathologic correlation) برای آن بیمار خاص غلط یا گمراه کننده باشد.

صحیح ترین تشخیص آن است که بهترین ارتباط را با بالین بیمار داشته باشد و در درمان بیمار کمک کننده باشد.