أورام الغدد العرقية- دراسة نسجية استعادية بمشفى الأمراض الجلدية-جامعة دمشق

لينة الحاج إبراهيم*

الملخص

خلفية البحث: تعدُّ أورام الغدد العرقية هي الأكثر شيوعاً بالنسبة إلى أورام لواحق البشرة،حيث تمتلك طيفاً واسعاً من التظاهرات السريرية والأنماط النسيجية التي تقسم إلى أورام ناتحة ومفترزة. تصيب الأعمار الشابة و المتوسطة بشكل خاص.

هدف البحث: تقييم العلامات السريرية التشريحية المرضية لأورام الغدد العرقية.

المرضى وطرائق البحث: شملت الدراسة (104) مرضى مصابين بأورام الغدد العرقية، راجعوا مشفى الأمراض الجلدية والزهرية- جامعة دمشق خلال عامي 2007-2008، وقد أجريت دراسة استعادية لملفات هؤلاء المرضى مع إعادة الفحص لشرائحهم النسيجية

النتائج: بلغت نسبة الإصابة بأورام الغدد العرقية بالنسبة إلى أورام لواحق البشرة (66.6%). ضمت الدراسة (72) مريضة أنثى و(32) مريضاً ذكراً. أبدت الدراسة التشريحية المرضية أنماطاً مختلفة لهذه الأورام متضمنة: الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة، وورم الغدد العرقية الحليمي، والورم المختلط للجلد،

* مدرسة - مشفى الأمراض الجلدية - قسم التشريح المرضي -كلية الطب البشري - جامعة دمشق

والورم أسطواني الخلايا، والكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة، والورم الغدي (الغدوم) العرقي العقيدي، والشزن الناتحي، والورم الغدي العرقي الناتح، والورم الغدي العرقي وسرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة. تراوح عمر المرضى من (7-58) سنة، وقد توضعت أورام الغدد العرقية بشكل رئيسي ناحية الرأس.

الاستنتاج: أبدت أورام الغدد العرقية أنماطاً تشريحية مرضية مختلفة، وكان الورم الغدي العرقي هو الأكثر شيوعاً. بشكل عام لوحظ وجود سيطرة بإصابة الإناث، مع توضع رئيسي ناحية الرأس.

Tumors of sweat glands-Histological retrospective study-Dermatologic Department-Damascus University

Lina Alhaj Ibrahim*

Abstract

Background: Tumors of sweat glands are the most common ones according to tumors of epidermal appendages. They have a wide spectrum of clinical manifestations and histological types which are divided into eccrine and apocrine tumors. Patients are usually young or middle aged.

Objective:to assess the clinicopathologic features of tumors of sweat glands. **Patients and methods**: This study included(104)patients with tumors of sweat glands seen at Dermatologic and Venereologic Hospital at Damascus University during 2 years(2007-2008).A retrospective study of patient s files and re-examination of their histological slides were done.

Results:The incidence of tumors of sweat glands according to tumors of epidermal appendages was(66.6%).Our study included 72 Females and 32 males. Pathological study revealed different types of these tumors including: Apocrine hidrocystoma, syringocystadenoma papilliferum, mixed tumors of the skin, cylindroma, eccrine hidrocystoma, nodular hidradenoma, eccrine poroma, eccrine spiradenoma, syringoma and microcystic adnexal carcinoma. Age of patients ranged from 7 to 58 years. These tumors located predominantly over the head.

Conclusion: Tumors of sweat glands have different histological types, Syringoma is the most common one. In general, a female predominance was found. Majority of these tumors had located predominantly over the head.

*Teacher-Dermatologic Department-Faculty of Medicine-Damascus University

مقدمة:

تقسم الغدد العرقية إلى غدد عرقية مفترزة (apocrine) وغدد عرقية ناتحة(eccrine).

توجد الغدد العرقية المفترزة بشكل رئيسي في المناطق التناسلية والإبطية، وكذلك في القناة السمعية الخارجية، وفي الجفن (غدة مول) وفي حلمة الثدي. وظيفتها عند الإنسان غير معروفة تماماً، لكنها تكون مسؤولة عن إنتاج الرائحة بالثدييات الأخرى. تضم هذه الغدد مركبين رئيسيين: مركب إفرازي معقد يتوضع بالأدمة الشبكية العميقة أو النسيج الشحمي ما تحت الجلد، وقناة أنبوبية تربط الغدة العرقية مع الجريب الزهمي الشعري بموقع يقع إلى الأعلى من القناة الزهمية.يتألف الجزء الإفرازي مجهرياً من طبقة خارجية مكونة من خلايا ابتليالية عضلية وطبقة داخلية من خلايا مكعبة إلى عمودية الشكل ذات إفراز مفصول الرأس decapitation. أمَّا الجزء القنوي فيتألف من طبقة مضاعفة من الخلايا المكعبة، وهو غير مميز مورفولوجياً عن القناة الناتحة. أمَّا الغدد العرقية الناتحة فتوجد في كل مكان من الجلد ما عدا الأغشية المخاطية، وتتواجد بتركيز أعظمي في نواحي الراحتين، والأخمصين، والإبط والجبهة. وظيفتها الرئيسية هي التحكم بالحرارة عندما يتعرض الجسم لبيئة دافئة أو خلال التمارين الرياضية المجهدة. تضم هذه الغدد مركبين رئيسيين: مركب إفرازي يتوضع بالأدمة العميقة أو بالوصل ما بين الأدمة والنسيج الشحمي ما تحت الجلد، وقناة أنبوبية تمتد عبر الأدمة والبشرة لتطرح العرق على سطح الجلد.يتألف الجزء الإفرازي من طبقة خارجية مكونة من خلايا ابتليالية عضلية، وطبقة داخلية من خلايا إفرازية كبيرة الحجم صافية المظهرclear cells بسبب احتوائها على الغليكوجين، وهي تكون مسؤولة عن إفراز الماء،أما القناة الأنبوبية فتتألف من طبقة مضاعفة من الخلايا مكعبة الشكل، وهي ليست مجرد قناة فحسب بل لها وظيفة فعالة بالإفراز الناتح وخاصة إعادة امتصاص الماء (1,2).

- تعدُّ أورام الغدد العرقية من الأورام الشائعة بالنسبة إلى أورام لواحق البشرة Tumors of epidermal appendages بشكل عام، وهي تصيب الجنسين بنسب متفاوتة وخاصة الأعمار الشابة والمتوسطة. تقسم هذه الأورام إلى قسمين رئيسيين (2,3):

- أورام الغدد العرقية الناشئة على حساب الغدد العرقية المفترزة، مثل الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة Apocrine hidrocystoma
- أورام الغدد العرقية الناشئة على حساب الغدد العرقية الناتحة، مثل الورم الغدي العرقي Syringoma
- توجد فئة من الأورام تبدي أحياناً تمايزاً اتجاه البنى العرقية المفترزة والناتحة معاً، وفي بعض الحالات الأخرى تبدي تمايزاً مفترزاً، مثل الورم أسطواني الخلايا Cylindroma(2,3).
- أمَّا أورام الغدد العرقية الخبيثة فهي أقل شيوعاً بكثير مقارنة بالسليمة، وقد تكون بدئية أو ثانوية على حساب أورام عرقية سليمة مفترزة أو ناتحة (2,3).

- من أنماط الأورام العرقية السليمة ذات التمايز المفترز الأكثر شيوعاً (2,3): الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة Hidrocystoma Apocrine، ورم الغدد العرقية الحليمي Syringocystadenoma papilliferium، الورم الغدي العرقي الحليمي Hidradenoma papilliferium،الورم المختلط للجلد أو الورم الغدي العرقي الغضروفاني Mixed tumor of the skin,Chondroid syringoma (معظم حالاته تصنف حديثاً كنمط مفترز (2)، لكن بعضهم يصنفه كنمط ناتح (3)، الغدوم الأنبوبي المفترز Tubular apocrine adenoma، والورم الغدي للحلمة Nipple adenoma
- أمَّا الأورام العرقية السليمة ذات التمايز الناتح الشائعة فتتضمن: الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة Eccrine hidrocystoma، الشزن الناتحي Eccrine

poroma، الورم الغدي العرقي Syringoma، الغدوم العرقي العقيدي Nodular hidradenoma، الغدوم العرقي الناتح Eccrine spiradenoma(2,3).

- كما ذكر سابقاً، قد تكون أورام الغدد العرقية الخبيثة بدئية مثل سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة Microcystic adnexal Carcinoma ذات التمايز الناتح، أو ثانوية على حساب أورام عرقية مفترزة سليمة سابقة مثل سرطانة ورم الغدد العرقية الحليمي Syringocystadenocarcinoma papilliferium، أو على حساب أورام عرقية ناتحة سليمة سابقة مثل سرطانة الشزن الناتحي Eccrine porocarcinoma، والغدوم العرقي العقيدي الخبيث.Malignant nodular hidradenoma(2,3).

المرضى وطرائق البحث Patients and Methods:

يتضمن البحث إجراء دراسة استعادية retrospective study لملفات المرضى المراجعين للعيادات الخارجية بمشفى الأمراض الجلدية والزهرية بشكوى أورام غدد عرقية، وذلك خلال عامي 2007-2008 إذْ دُرِسَتْ نسبة حدوثها بالمقارنة مع أورام لواحق البشرة بشكل عام ،نسبة حدوثها حسب العمر، والجنس، والتوضعات التشريحية لهذه الأورام. أمَّا الدراسة التشريحية المرضية فقد أجريت لمقاطع الخزع النسيجية لهذه الأورام المثبتة بالفورمالين والملونة بالهيماتوكسيلين-ايوزين بقسم التشريح المرضي لمشفى الأمراض الجلدية.

النتائج Results:

بلغ عدد المرضى المراجعين الذين يشكون من أورام لواحق البشرة خلال السنوات المحددة سابقاً (156) مريضاً،من بينهم (104) مرضى كانت لديهم أورام غدد عرقية أي ما نسبته (66.6%). أمَّا مرضى أورام الجريبات الشعرية فقد بلغ عددهم (35)

مريضاً أي بنسبة (22.43%)، وكان عدد الشاكين من أورام ذات تمايز زهمي (17) مريضاً بنسبة (10.9%).

التظاهرات النسجية Histopathologic Features:

يبين الجدول رقم (1) توزع أورام الغدد العرقية حسب أنماطها النسيجية، ويلاحظ أن الورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي (Syringoma) قد حقق النسبة الكبرى بالإصابة (49 مريضاً/104) بنسبة 47.11%، تلاه الورم أسطواني الخلايا الأدمي (13مريضاً/104) بنسبة 12.5 %، فالورم المختلط للجلد (10مرضى/104) بنسبة 9.61%، فالكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة (7مرضى/104) بنسبة 6.73، فورم الغدد العرقية الحليمي والغدوم العرقي العقيدي والشزن الناتحي التي حققت عدداً متساوياً من الحالات (104/5) بنسبة (4.80%)، فالورم الغدي العرقي syringoma ذات النمط الطفحي (4 مرضى/104) بنسبة 3.84%، فالكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة (104/3) بنسبة (2.88%)، فالورم الغدي العرقي spiradenoma (104/2) بنسبة (1.92%)، وأخيراً كانت لدينا حالة وحيدة لسرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة microcystic adnexal carcinoma (104/1) بنسبة (0.96%).

التظاهرات السريرية Clinical Features:

- بلغ عدد المرضى الإناث(104/72) بنسبة (69.23%)، أمَّا عدد المرضى الذكور فقد بلغ (104/32) بنسبة (30.76%).
- أبدى (45/104) مريضاً تطور آفات مفردة بنسبة (43.26%)، أمَّا (104/5) بنسبة (4.80%) فقد أبدوا تطور آفات متعددة (3-2آفات): أربعة منهم بشكوى الورم أسطواني الخلايا والخامس بشكوى آفات متعددة للكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة، 39 مريضاً/104 أبدوا تطور (15-10) آفة بشكوى الورم الغدي العرقي

بنمطه الكلاسيكي أي بنسبة (37.5%)،104/11 (10.57%) أبدوا تطور (20-25) آفة: بشكوى الورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي لدى 10 مرضى، وبشكوى تطور آفات متعددة لأورام الورم أسطواني الخلايا والورم الظهاري الشعري (ورم ذات تمايز جريبي شعري) ضمن تناذر بروك- سبيغلر Brooke-Spiegler أو الورم أسطواني الخلايا العائلي Familial Cylindromatosis لدى مريض واحد. أمَّا عدد المرضى الذين أبدوا تطور أكثر من 25 آفة فقد بلغ (104/4) بنسبة (3.84%) بشكوى الورم الغدي العرقي بنمطه الطفحي.

- كان التوضع التشريحي الرئيسي لهذه الأورام في دراستنا هو منطقة الرأس، وذلك لدى91 مريضاً (104/91) أي بنسبة (87.5%)، أمَّا التوضعات التشريحية الأخرى فقد شملت منطقة الجذع، واليدين والقدمين لدى 13مريضاً بنسبة (12.5%) وتتضح هذه النتائج في الجدول رقم (2).
- أمَّا وسطي العمر عند تشخيص الإصابة اعتماداً على النمط النسيجي لأورام الغدد العرقية فقد تراوح طيفه ما بين (13.3) سنة لدى مرضى ورم الغدد العرقية الحليمي، حتى (53) سنة لدى مريضة سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة، ويلاحظ من الجدول (3) أن معظم أورام الغدد العرقية تصيب الأعمار المتوسطة، ولاسيَّما العقد الرابع والخامس من الحياة.

المناقشة Discussion:

من خلال دراستنا ،يتبين أن أورام الغدد العرقية احتلت المرتبة الأولى بشيوع الإصابة بالنسبة إلى أورام لواحق البشرة بنسبة مئوية بلغت(66.6%).

- كان الورم الأكثر شيوعاً لدينا هو الورم الغدي العرقي Syringoma بنمطه الكلاسيكي بنسبة مئوية بلغت 47.11%، وهذا ما يتوافق مع دراسة Brenn&Mackee (2) كون السرينغوما من أكثر أورام الغدد العرقية شيوعاً. ومن الجدير بالذكر أن

بعض أورام الغدد العرقية تمتلك خاصية التوضع بنواحٍ معينة كالناحية التناسلية بالغدوم العرقي الحليمي Papilliferium Hidradenoma (3) وهذا ما قد يفسر عدم مراجعة مثل هذه الحالات لمشفانا وإمكانية مراجعتها لأقسام أخرى.

- بلغت نسبة إصابة الإناث 69.23% ،و إصابة الذكور30.76% وهذا يدل على أرجحية الإصابة بشكل عام لدى الإناث حيث أبدى الورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي syringoma والورم أسطواني الخلايا خاصة سيطرة بإصابة الإناث مقارنة بالذكور(43/6,10/3) بالترتيب، في حين كانت الإصابة متساوية تقريباً للجنسين بأورام أخرى كالشزن الناتحي، وبالعكس فقد أبدى الورم المختلط للجلد سيطرة بإصابة الذكور بالنسبة إلى الإناث (7/3)، ومن الجدير بالذكر أنَّ الحالة الوحيدة المسجلة لدينا بتشخيص سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة كانت لمريضة أنثى، وبمقارنة هذه النتائج مع الدراسات العالمية يلاحظ أن Ahmed وزملاءه(3) قد سجلوا سيطرة بإصابة الإناث بالورم الغدي العرقي syringoma، وقد وجدت أيضاً مثل هذه السيطرة بالإصابة بالورم أسطواني الخلايا بدراسة Urbach (4).أمَّا أورام الشزن الناتحي فقد أبدت دراسة Aoku 7 إصابة متساوية تقريباً للجنسين. ولوحظ شيوع الإصابة بالورم المختلط للجلد عند الذكور أكثر من الإناث وفقاً لدراسة Headington (8) بشكل متوافق مع نتائج دراستنا. أمَّا دراسة Cooper (9) لسرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة فقد أبدت ميلاً أكبر لإصابة الإناث بالمقارنة مع دراسة Brenn & Mackee (2) التي أظهرت إصابة متساوية للجنسين بشكل عام.
- أمَّا عدد الآفات، وكما ذكر سابقاً، فقد بلغت نسبة المرضى المصابين بآفة وحيدة 43.26% أو45 مريضاً من أصل 10:104مرضى عبروا عن الإصابة بالورم المختلط للجلد، و8مرضى عبروا عن الورم أسطواني الخلايا، و7مرضى عبروا عن الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة، و5 مرضى عبروا عن ورم الغدد العرقية الحليمي syringocystadenoma papilliferium، و5 مرضى عبروا عن الغدوم

العرقي العقيدي، و5 مرضى عبروا عن الشزن الناتحي، ومريضان عبرا عن الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة، مريضان عبرا عن الورم الغدي العرقي الناتح eccrine spiradenoma، ومريض عبر عن سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة، أمَّا 5 مرضى من أصل104(4.80%) فقد أبدوا تطور آفات متعددة (2-3آفات):4 مرضى عبروا عن الورم أسطواني الخلايا، ومريض عبر عن الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة. أمَّا 39مريضاً /104(37.5%) فأبدوا تطور15-10 آفة تقريباً بشكوى الورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي، 11/104(10.57%): أبدوا تطور-20 25آفة: مريض بشكوى الورام أسطواني الخلايا العائلي، و10 مرضى بشكوى الورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي، أمَّا 4 مرضى/ 104(3.84%) فأبدوا تطور آفات حطاطية كثيرة العدد (أكثر من 25آفة) بشكوى الورم الغدي العرقي بنمطه الطفحي، وتتوافق هذه النتائج مع الدراسات العالمية حيث أبدى Brenn (2) و Headington (8) بدراساتهما تطور الورم المختلط للجلد عادة كآفة مفردة، أمَّا Crain(5) و Urbach(4) فقد أبديا تطور الورم أسطواني الخلايا كآفة مفردة أيضاً في أغلب الحالات، مع تسجيل بعض الإصابات التي أظهرت تطور آفات متعددة مبدية لاستعداد وراثي قاهر، ومن خلال دراسة Burrows(6) سجلت حالات أبدت تطور العديد من الآفات الورمية ناحية الفروة، الوجه وحتى الجذع، حيث كانت الأورام المتوضعة ناحية الفروة معبرة عن الورم أسطواني الخلايا، أمَّا الأورام التي توضعت ناحية الوجه فقد عبر جزء منها عن الورم أسطواني الخلايا وجزء آخر منها عبر عن الورم الظهاري الشعري، وأحياناً لوحظت أورام مشاركة معبرة عن الورم الغدي العرقي الناتح eccrine spiradenoma، وتندرج هذه الحالات بتصنيفها ضمن تناذر Brooke-Spiegler المعبر عن اضطراب وراثي جسمي قاهر.من ناحية أخرى أبدت دراسة Smith (10) تطور آفات الكيسة الاحتباسية العرقية الناتجة عادة بشكل مفرد أيضاً وبنمط متعدد بحالات قليلة، أمَّا Ahmed(3)

فقد بينت دراسته تطور الغدوم العرقي العقيدي كآفة وحيدة أيضاً بأغلب الحالات، وكذلك الأمر في الشزن الناتحي بدراسة Hyman(11)، أمَّا Mammino (12) فقد أظهرت دراسته لورم الغدد العرقية الحليمي syringocystadenoma papilliferum تطور الإصابة عادة بشكل اندفاعات حطاطية مفردة، وأحياناً كمجموعة حطاطات خطية التوزع حسب دراسة Goldberg 13.أمَّا بالنسبة إلى لكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة فقد ذكر Mehregan (14) في دراسته تطور هذا الورم بشكل آفة مفردة عادة، في حين أبدى Farina 15 تسجيل حالات أبدت تطور آفات متعددة لها. من ناحية أخرى، سجل من خلال دراسة Mambo(16) أمَّا الورم الغدي العرقي الناتح eccrine spiradenoma تطور الإصابة كآفة وحيدة في معظم الحالات، بينما لوحظ في حالات قليلة أخرى تطور آفات متعددة قد تأخذ نادراً مظهر آفات عقيدية بتوزع نطاقي أو خطي إذْ يمثل بعضها طيفاً من تناذر Brooke-Spiegler. أمَّا الورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي Syringoma فقد أبدت دراسة Ahmed(3) تطور الإصابة بشكل آفات متعددة قد تصل في أحيان قليلة إلى أعداد كبيرة، إلا أنه من النادر أن تتظاهر الإصابة بشكل آفة مفردة، أمَّا Hashimoto(17) فقد بين تطور أعداد كبيرة للآفات الحطاطية بمجموعات متلاحقة لدى مرضى الورم الغدي العرقي بنمطه الطفحي. وفي النهاية أبدت دراسة Cooper(9) تطور سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة كآفة مفردة ناحية الشفة العليا عادة.

- أبدت أورام الغدد العرقية في دراستنا توضعاً رئيسياً ناحية الرأس بنسبة (87.5%) لدى 91 مريضً/104، أمَّا التوضعات التشريحية الأخرى فقد شملت منطقة الجذع، واليدين والقدمين. من الجدول رقم (2) يتضح أن حالات الكيسات الاحتباسية العرقية المفترزة والناتحة، الورم المختلط للجلد ، والورم أسطواني الخلايا، والورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي وسرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة كلّها قد توضعت ناحية الرأس، أمَّا بالنسبة إلى ورم الغدد العرقية الحليمي فقد توضعت

معظم حالاته ناحية الرأس وتطور ورم واحد ناحية الظهر بشكل مماثل للغدوم العرقي العقيدي، أمَّا بالنسبة إلى الشزن الناتحي فقد توضعت حالاته الخمس كلّها في دراستنا ناحية القدمين واليدين. وبمقارنة هذه النتائج بالدراسات العالمية يتبيّن من خلال دراسة Mehregan (14) للكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة توضعها بشكل رئيسي ناحية الوجه، وقد ذكرت توضعات نادرة لها ناحية الكتف في دراسة Benish (18) وناحية الفرج بدراسة Glusac (19). أمَّا الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة فقد بيّنت دراسة Smith (10) توضعها بشكل رئيسي ناحية الوجه. من ناحية أخرى أبدى Headington(8) توضعاً رئيسياً للورم المختلط للجلد ناحية الرأس والعنق. وبالنسبة إلى الورم أسطواني الخلايا فقد أظهرت دراسة Crain(5) توضعاً رئيسياً له ناحية الفروة، وبتواتر أقل ناحية الوجه وفي حالات نادرة ناحية الجذع والأطراف. أظهرت دراسة Ahmed (3) للورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي توضع الإصابة في الوجه وخاصة ناحية الجفنين السفليين، في حين سجلت توضعات غير اعتيادية له ناحية الفرج في دراسة Brown (20) وفي نواحي البطن، الفخذ والمغبن في دراسة Goyal(21). أمَّا ورم الغدد العرقية الحليمي فقد دلت دراسة Mammino (12) على توضع الإصابة ناحية الفروة في أغلب الحالات مع إمكانية التوضع ناحية الوجه، والعنق أو الجذع. من ناحية أخرى أظهرت دراسة Ahmed (3) بالنسبة للغدوم العرقي العقيدي إمكانية تطوره في مواضع تشريحية مختلفة (الرأس، والعنق والأطراف)، أمَّا Hyman (11) فقد بيَّن توضعاً رئيسياً للشزن الناتحي ناحية أخمص القدم والحافات الجانبية له، وناحية اليدين والأصابع بتواتر أقل شيوعاً. وبالنسبة إلى لورم الغدي العرقي الناتح Spiradenoma، فقد أظهرت دراسة Mambo(16) توضعاً رئيسياً في لنصف العلوي من الجسم مع الانتباه إلى كون هذا الورم متميزاً سريرياً بكونه مؤلماً، وفي دراسة Hashimoto (17) للورم الغدي العرقي Syringoma بنمطه الطفحي، تبيَّن توضع الإصابة على

الوجه الأمامي للجذع بظهور مجموعات متتابعة لاندفاعات حطاطية. أمَّا سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة، فقد بيَّنت دراسة Cooper(9) توضع الإصابة ناحية الشفة العليا بشكل رئيسي، مع إمكانية التوضع ناحية الذقن، والثنية الأنفية الشفوية أو الوجنة.

- أمَّا بالنسبة إلى العمر، فقد اعتمدت الدراسة على عمر المرضى عند تشخيص الورم، فكان وسطي العمر لدى مرضى الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة (48.5) سنة، وقد تراوح طيف الأعمار عند التشخيص النسيجي ما بين (40-58) سنة، ويلاحظ من خلال دراسة Mehregan(14) و Farina(15) إصابة الأعمار المتوسطة بشكل رئيسي. أمَّا بالنسبة إلى ورم الغدد العرقية الحليمي فقد بلغ وسطي العمر (13.3) سنة، وقد تراوح طيف الأعمار ما بين (7-18) سنة، وتبيّن دراسة Mammino(12) تطور الإصابة عادة عند الولادة أو في مرحلة الطفولة الباكرة. وقد بلغ وسطي العمر عند تشخيص الورم المختلط للجلد (45) سنة، حيث تراوح طيف الأعمار ما بين (35-55) سنة وهذا ما يتوافق مع دراسة Headington (8)المبدية لإصابة الأعمار المتوسطة بشكل رئيسي. أمَّا بالورم أسطواني الخلايا فقد بلغ وسطي العمر (33.2) سنة، حيث تراوح طيف الأعمار ما بين (23-50) سنة أمَّا الحالة المسجلة في دراستنا ضمن طيف الورم أسطواني الخلايا العائلي فقد شُخِّصَتْ نسيجياً بعمر (23) سنة وكانت تابعة لمريض ذكر يذكر بدء تطور الاندفاعات الورمية لديه منذ عدة سنوات، مع وجود قصة عائلية مشابهة، وبالمقارنة تبدي دراسات Urbach (4) و Crain 5 تطور آفات الورم أسطواني الخلايا في مرحلة الكهولة الباكرة، أما الآفات ضمن تناذر(بروك- سبيغلر) فتتطور باكراً في مرحلة البلوغ حسب دراسة Burrows(6). من جهة أخرى بلغ وسطي العمر لدى مرضى الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة (45.7) سنة بطيف أعمار متراوح ما بين (30-55) سنة بشكل يتوافق مع دراسة Smith (10) المبدية

لإصابة البالغين بشكل رئيسي. وبالنسبة إلى لغدوم العرقي العقيدي فقد كان وسطي العمر (39) سنة بطيف متراوح ما بين (48-29) سنة بشكل متوافق مع دراسة Brenn & Mackee (2) الدالة على تطور الإصابة لدى البالغين متوسطي الأعمار غالباً. كان وسطي العمر لدى مرضى الشزن الناتحي (47.3) بطيف متراوح من (53-40) سنة، ويذكر Hyman (11) تطور الإصابة عادة في الأعمار المتوسطة. أمَّا بالورم الغدي العرقي الناتح Spiradenoma فقد كان وسطي العمر(35) سنة:سجلت لدينا حالتان بعمري (27,43) سنة ، ويذكر Mambo (16) تطور الإصابة في مرحلة الكهولة الباكرة early adulthood. وبالورم الغدي العرقي بنمطه الكلاسيكي بلغ وسطي العمر (31.2) سنة (بطيف متراوح ما بين: 45-15 سنة) ويذكر Ahmed (3) تطور الإصابة بشكل رئيسي لدى الإناث في مرحلة البلوغ أو بأعمار لاحقة، أمَّا بالنمط الطفحي لهذا الورم فقد بلغ وسطي عمر الإصابة به في دراستنا (25.6) سنة بطيف متراوح ما بين 30-21 سنة، وهذا ما يتوافق مع دراسة Hashimoto (17) المبدية لسيطرة الإصابة بالأعمار الشابة. وأخيراً فقد شخصت حالة سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة لدى مريضة بعمر 53 سنة، ويذكر Brenn&Mackee (2) تسجيل الإصابة ضمن فئة عمرية واسعة (90-11) سنة، على الرغم من أن معظم المرضى كانوا في العقدين السادس والسابع من الحياة .

الاستنتاجات:

أبدت أورام الغدد العرقية أنماطاً تشريحية مرضية مختلفة، وكان الورم الغدي العرقي هو الأكثر شيوعاً. بشكل عام لوحظ وجود سيطرة بإصابة الإناث، مع توضع رئيسي ناحية الرأس.

الجدول رقم (1)

توزع أورام الغدد العرقية حسب أنماطها النسيجية وحسب الجنس مع المقارنة بالدراسات العالمية

النمط النسيجي للورم	عدد المرضى	النسبة المئوية	إناث	ذكور	المقارنة بالدراسات العالمية
الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة (Apocrine Hidrocystoma)	3	2.88%	2	1	نسبة إصابة متساوية للجنسين (50%) حسب دراسة Mehregan (14)
ورم الغدد العرقية الحليمي (Syringocystadenoma papilliferum)	5	4.80%	2	3	نسبة إصابة متساوية للجنسين (50%) حسب دراسة Mammino (12)
الورم المختلط للجلد (Mixed tumor of the skin)	10	9.61%	3	7	نسبة إصابة الذكور للإناث(60%/40%) بدراسة Headington (8)
الورم أسطواني الخلايا الأدمي (Dermal Cylindroma)	13	12.5%	10	3	سيطرة بإصابة الإناث نسبة للذكور (90%/10%) حسب دراسة Urbach (4)
الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة(Eccrine Hidrocystoma)	7	6.73%	5	2	نسبة إصابة الإناث للذكور (60/40%) بالنمط المفرد، و(90/10%) بالنمط المتعدد حسب دراسة Smith (10)
الغدوم العرقي العقيدي (Nodular Hidradenoma)	5	4.80%	3	2	سيطرة خفيفة بإصابة الإناث نسبة للذكور (60/40%) حسب **دراسة** Mckee&Brenn(2)
الشزن الناتحي (Eccrine Poroma)	5	4.80%	2	3	نسبة إصابة متساوية للجنسين حسب دراسة(7) Aoku
الورم الغدي العرقي الناتح (Eccrine Spiradenoma)	2	1.92%	0	2	نسبة إصابة متساوية للجنسين حسب دراسة(16)Mambo
الورم الغدي العرقي Syringoma(النمط الكلاسيكي)	49	47.11 %	43	6	سيطرة ملحوظة بإصابة الإناث نسبة للذكور (90/10%)حسب دراسة (3) Ahmed
الورم الغدي العرقي Syringoma(النمط الطفحي)	4	3.84%	1	3	
سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة (Microcystic adnexal carcinoma)	1	0.96%	1	0	نسبة إصابة متساوية للجنسين حسب دراسة Mckee & Brenn (2)، مع نسبة إصابة أعلى للإناث(60/40%) حسب دراسة(9)Cooper

جدول رقم (2)

التوضعات التشريحية لأورام الغدد العرقية مع المقارنة بالدراسات العالمية

النمط النسجي للورم	التوضع التشريحي	عدد المرضى	المقارنة بالدراسات العالمية
الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة	ناحية الوجنة ما حول الحجاج	2 1	التوضع ناحية الرأس والعنق حسب دراسة Mehregan (14)، توضعات نادرة ناحية الكتف Benish(18)وناحية الفرج بدراسة Glusac(19)
ورم الغدد العرقية الحليمي	ناحية الفروة الناحية الصدغية الظهر	2 2 1	توضع رئيسي(90%)ناحية الفروة، النسبة المتبقية تتوضع بالوجه ،العنق والجذع حسب دراسةMammino(12)
الورم المختلط للجلد	جناح الأنف الوجنة الفروة الجبهة أعلى الشفة العليا الذقن	3 2 2 1 1 1	توضع (80%)ناحية الرأس و العنق حسب دراسة Headington(8)
الورم أسطواني الخلايا الأدمي	ناحية الفروة الجبهة ناحية الوجنة	10 2 1	توضع رئيسي (80%)ناحية الفروة وبتواتر أقل ناحية الوجه وبحالات نادرة ناحية الجذع والأطراف حسب دراسة Crain(5)
الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة	ما حول الحجاج ناحية الوجنة	4 3	توضع رئيسي(90%) ناحية الوجه حسب دراسة Smith(10)
الغدوم العرقي العقيدي	الفروة الجبهة الظهر	3 1 1	التطور بمواضع تشريحية مختلفة (الرأس، العنق والأطراف) حسب دراسة Ahmed (3)
الشزن الناتحي	أخمص القدم اليد	3 2	توضع رئيسي بأخمص القدم (70%)وبتواتر أقل ناحية اليدين والأصابع بدراسة Hyman(11)
الورم الغدي العرقي الناتح	ناحية الكتف ناحية الظهر	1 1	توضع في النصف العلوي من العلوي من الجسم حسب دراسة Mambo(16)
الورم الغدي العرقي Syringoma(النمط الكلاسيكي)	الوجه(وخاصة ناحية الأجفان وما حولها)	49	توضع مسيطر ناحية الوجه (90%) وخاصة الجفنين السفليين حسب دراسة Ahmed(3). مع تسجيل توضعات غير اعتيادية ناحية الفرج
الورم الغدي العرقي Syringoma (النمط الطفحي)	أعلى الجذع	4	بدراسة Brown (20) وأسفل الجذع بدراسة Goyal (21)
سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة	أعلى الشفة العليا	1	توضع (70%)من الحالات ناحية الشفة العليا، التوضعات الأخرى: الذقن،الثنية الأنفية الشفوية والوجنة حسب دراسة Cooper(9)

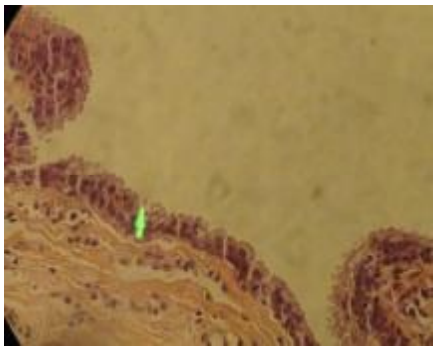
جدول رقم(3)

عمر المرضى عند التشخيص اعتماداً على النمط النسيجي للورم والمقارنة بالدراسات العالمية.

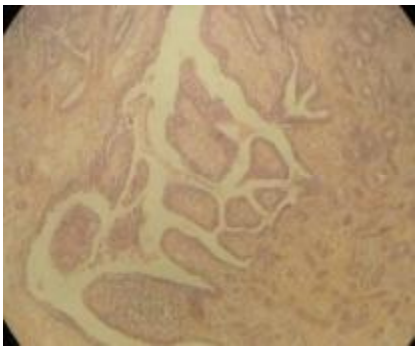
نمط الورم	طيف الأعمار	المقارنة بالدراسات العالمية
الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة	(40-58)سنة	إصابة الأعمار المتوسطة بشكل رئيسي بدراسة Mehregan(4) و Farina(15)
ورم الغدد العرقية الحليمي	(7-18)سنة	تطور الإصابة بشكل رئيسي عند الولادة أو بمرحلة الطفولة الباكرة(90%) بدراسة Mammino(12)
الورم المختلط للجلد	(35-55)سنة	إصابة الأعمار المتوسطة بشكل رئيسي بدراسة Headington(8)
الورم أسطواني الخلايا الأدمي	(23-50)سنة	تطور الإصابة المفردة بمرحلة الكهولة الباكرة حسب دراسة Urbach(4)، وبمرحلة البلوغ ضمن تناذر Brook-Spiegler حسب دراسة Burrows(6)
الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة	(30-55)سنة	إصابة البالغين بشكل رئيسي حسب دراسة Smith(10)
الغدوم العرقي العقيدي	(29-48)سنة	إصابة الأعمار المتوسطة بشكل رئيسي بدراسة Brenn&Mckee(2)
الشزن الناتحي	(40-53)سنة	إصابة الأعمار المتوسطة حسب دراسة Hyman(11)
الورم الغدي العرقي الناتح	(27,43)مريضان	مرحلة الكهولة الباكرة حسب دراسة Mambo(16)
الورم الغدي العرقي Syringoma(النمط الكلاسيكي)	(15-45)سنة	مرحلة البلوغ بشكل رئيسي وبأعمار لاحقة حسب دراسة Ahmed(3) و Hashimoto (17)
الورم الغدي العرقي Syringoma(النمط الطفحي)	(21-30)سنة	
سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة	53 سنة	الإصابة بالعقدين السادس والسابع بشكل رئيسي حسب دراسة Brenn&Mckee(2)

(ملحق الأشكال)

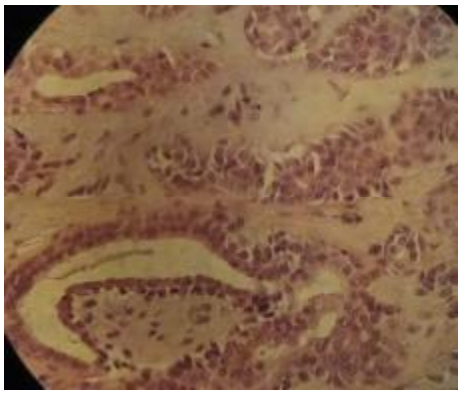
شكل رقم 1	الكيسة الاحتباسية العرقية المفترزة: تبطن الكيسة بطبقة مفردة من الخلايا العمودية المبدية للإفراز مقطوع الرأس. وهي تحاط بخلايا ظهارية عضلية متطاولة
شكل رقم 2	ورم الغدد العرقية الحليمي: يلاحظ انغماد كيسي ممتد باتجاه الأدمة، مع العديد من الارتسامات الحليمية ضمنه، والتي تبطن بدورها بخلايا عمودية مبدية للإفراز مقطوع الرأس
شكل رقم 3	الورم المختلط للجلد:لمع أنبوبية تبطن بخلايا عمودية المظهر، متوضعة ضمن سدى شبه مخاطية تأخذ المظهر الغضروفاني
شكل رقم 4	الورم أسطواني الخلايا:جزرشبه قاعدية غير منتظمة الحجم، محاطة بغمد هي الينية،مبدية لوجود تشكلات قنوية وقطيرات هي الينية ضمنها.
شكل رقم 5	الكيسة الاحتباسية العرقية الناتحة: تبطن الكيسة بطبقة مفردة من الظهارة مكعبة الشكل.
شكل رقم 6	الورم الغدي (الغدوم) العرقي العقيدي:فصوص متعددة أدمية التوضع مبدية لتشكلات كيسية، مكونة من خلايا صافية ومغزلية الشكل.تكون السدى هي الينية الطبيعة
شكل رقم 8-7	الشزن الناتحي: يتكون الورم من حزم عريضة متفاغرة فيما بينها ومتمادية مع الجزء السفلي للبشرة، حيث تتكون من خلايا مكعبة صغيرة الحجم وحيدة الشكل، مع إبدائها للمع قنوية دقيقة
شكل رقم 9	الورم الغدي العرقي الناتح: فصوص ورمية متعددة واضحة التحدد ضمن الأدمة،مبدية لخلايا قعدة (basophilic)
شكل رقم 10	الورم الغدي العرقي: بنى أنبوبية متعددة ضمن الأدمة مبطنة بطبقتين من الخلايا الظهارية، بعضها يبدي ذيلاً يشبه الفاصلةcomma-like tail
شكل رقم 12-11	سرطانة الملحقات التكيسية الدقيقة: ورم سيئ التحدد مكون من حبال ظهارية تغزو عميقاً بالأدمة، مع وجود بنى غدية كيسية مليئة بالقرنين، بعض الحبال الظهارية تبدي تمايزاً قنوياً بؤرياً



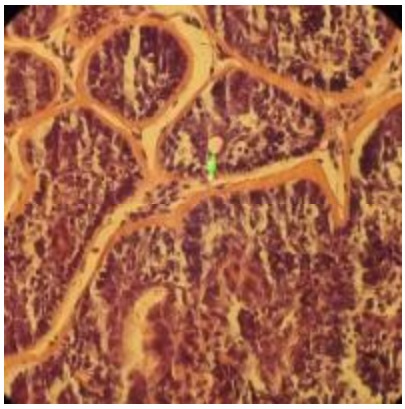
شكل رقم 1



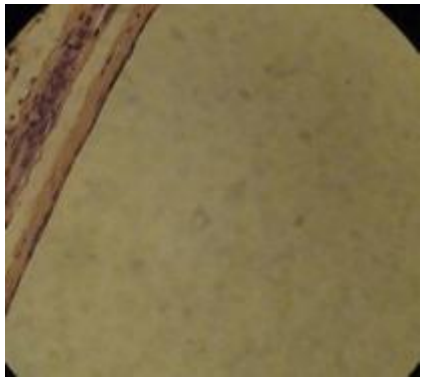
شكل رقم 2



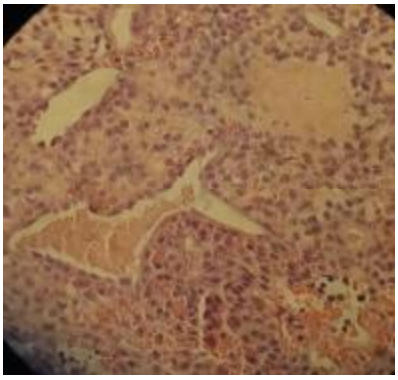
شكل رقم 3



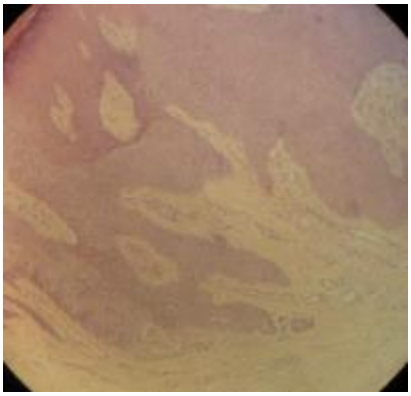
شكل رقم 4



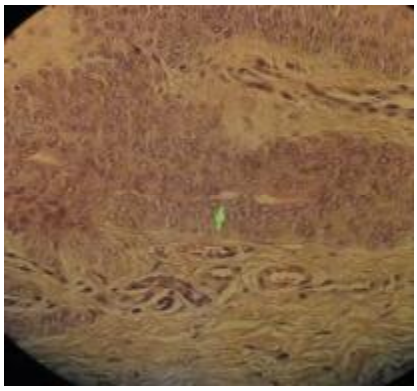
شكل رقم 5



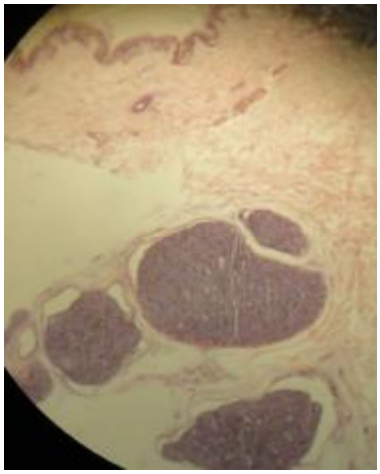
شكل رقم 6



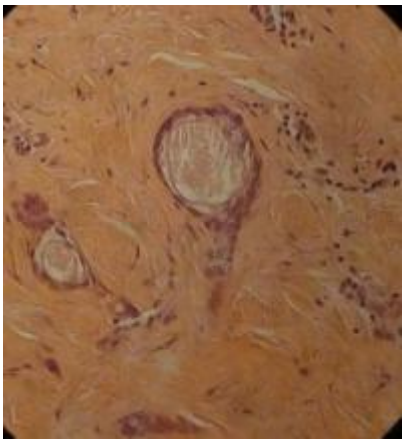
شكل رقم 7



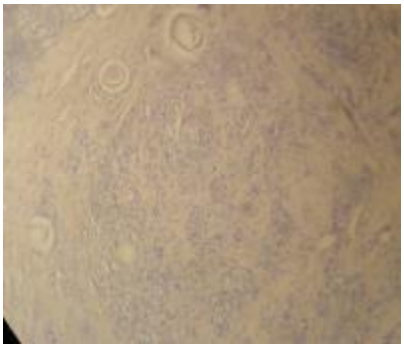
شكل رقم 8



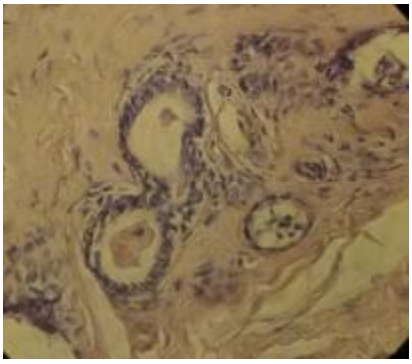
شكل رقم 9



شكل رقم 10



شكل رقم 11



شكل رقم 12

References

1. Phillip Mckee, Eduardo Calonje, Scott Granter. The structure and function of skin in: Pathology of the skin with clinical correlation. Third Edition .Elsevier Ltd (2005),1,22-26.
2. Thomas Brenn, Phillip H Mckee. Tumors of the sweat glands in: Pathology of the skin with Clinical correlation. Third Edition .Elsevier Ltd(2005),29,1589-1661.
3. Tamer S.S. Ahmed, Joseph Del Priore, John T. Seykora. Tumors of the epidermal appendages in :Levers Histopathology of the skin. Tenth Edition .Lippincotte Ltd (2009),30,876-900.
4. Urbach FG, Graham JH. Dermal eccrine cylindroma .Arch Dermatol (1973),88:880.
5. Crain RCH, Helwig EB. Dermal Cylindroma; Dermal eccrine cylindroma. Am J Clin Pathol (1971);35:504.
6. Burrows NP, Jones RP, Smith NP. The clinicopathological features of familial cylindromas and trichoepitheliomas (Brooke- Spiegler syndrome): a report of two families. Clin Exp Dermatol (1992);17:332-336.
7. Aoku K., Baba S., Nohara T., Suzuki H.Eccrine poroma. J Dermatol(1980) ,7,263-269.
8. Headington J.T. Mixed tumors of the eccrine and apocrine types. Arch Dermatol (1971),84,989- 996.
9. Cooper PH. Sclerosing carcinomas of sweat ducts(microcystic adnexal carcinoma).Arch Dermatol (1986),122:261-264.
10. Smith JD, Chernosky ME.Eccrine hidrocystoma.Arch Dermatol (1973); 108:676-679.
11. Hyman AB, Brownstein MH. Eccrine poroma. An analysis of 45 new cases. Dermatologica (1979);138:29-38.
12. Mammino J.J., Vidman D.A.Sringocystadenoma papilliferum: a review. Int J Dermatol (1991), 30,763-766.
13. Goldberg NS.Linear papules on the neck of a child. Syringocystadenoma papilliferum. Arch. Dermatol(1985);121:1198.
14. Mehregan AH. Apocrine hidrocystoma. Arch Dermatol (1974) 90:274.

15. Farina M.C., Pique E.,Olivares M. et al.Multiple apocrine hidrocystoma of the face: three cases Clin Exp Dermatol,20,323-327.

16. Mambo NC. Eccrine spiradenoma: Clinical and pathological study of 49 tumors. J Cutan Pathol. (1983);10:312-320.

17. Hashimoto K.DiBella RJ,Borsuk GM,et al.Eruptive hidradenoma and syringoma.Arch Derm- atol(1967);96(5):500-519.

18. Benish B, Peison B. Apocrine hidrocystoma of the shoulder. Arch Dermatol (1977);113(1):71-72.

19. Glusac EJ, Hendrickson MS. Apocrine cystadenoma of the vulva.J Am Acad Dermatol(1994); 31:498-499.

20. Brown SM, Freeman RG.Syringoma limited to the vulva. Arch Dermatol (1971);104(3):331.

21. Goyal s, Martins CR.Multiple syringomas on the abdomen, thighs and groin. Cutis (2000);66(4) :259-262.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2009/10/5.
تاريخ قبوله للنشر 2010/3/15.