

## دراسة سريرية وتشريحية مرضية ل 185 آفة مصطبغة في مستشفى الأمراض الجلدية والزهرية - جامعة دمشق

منال صلاح الدين محمد\*

### الملخص

خلفية البحث وهدفه: تحديد نسبة التوافق بين التشخيص السريري الأولي والتشريح المرضي. مواد البحث وطرقه: عينة الدراسة هي الآفات الجلدية المصطبغة المشتبهة المستأصلة لدى المرضى المراجعين لمستشفى الأمراض الجلدية، بلغ عدد هذه الآفات 185 آفة، دُرِسَتْ وَحُلِّتْ هذه الآفات المصطبغة لمعرفة مدى التطابق بين التوجه السريري والتشريح المرضي، ورُيِّطَتْ هذه النتيجة مع الجنس والعمر. النتائج: شملت الآفات المصطبغة المدروسة 185 آفة توزعت على الشكل الآتي: 130 آفة ميلانية توزعت كالاتي (118 وحممة ميلانية، 7 وحمات عسيرة التصنع، 5 ميلانوما)، و55 آفة لا ميلانية توزعت كالاتي (12 تقران مئي، 13 كارسينوما قاعدية الخلايا، 30 آفات جلدية سليمة متنوعة). راجح عمر غالبية المرضى بين العقدين الرابع والسادس، وكانت نسبة الذكور إلى الإناث: 1.3/1، توزعت أغلب الآفات المصطبغة في منطقة الرأس والعنق. كانت نسبة التوافق بين التشخيص السريري والتشريح المرضي 78.3%، إنَّ الآفات المصطبغة اللاميلانية الأكثر التباساً مع الميلانوما هي التقران المئي والكارسينوما قاعدية الخلايا المصطبغة، لم يكن هناك توافق بين التشخيص السريري والتشريح المرضي للوحمة عسيرة التصنع في أي من الحالات. الاستنتاج: تتضمن الآفات المصطبغة الآفات الميلانية واللاميلانية، إنَّ الربط الجيد بين التشخيص السريري، والفحص بمنظار الجلد، والتشريح المرضي مهم جدا لوضع التشخيص المناسب للآفات الجلدية المصطبغة وصولاً إلى معالجتها. الكلمات المفتاحية: وحممة، ميلانوما، آفة لاميلانية، دراسة تشريحية مرضية.

\*مدرسة- قسم الأمراض الجلدية والزهرية- كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

## Clinical and Pathological Study of 185 Pigmented Skin Lesions at Hospital of Dermatology and Venereology - Damascus University

Manal Mouhamad\*

---

### Abstract

**Objective:** Determining the correlation between initial clinical and his to pathological diagnosis.

**Materials and Methods:** A clinicopathological study of 185 pigmented skin lesions was conducted in the hospital of dermatology and Venereology at Damascus University.

We evaluate the correlation between clinical and his to pathological diagnosis, and relate the result with age and sex.

**Results:** The lesions examined included 130 melanocytic lesions (118 benign nevi, 7 dysplastic nevi, 5 cases of cutaneous malignant melanoma), and 55 nonmelanocytic lesions (12 pigmented basal cell carcinoma, 13 seborrheic keratosis and 30 different benign lesions).

The average age of most patients was 40-60 years, with a male to female ratio of 1:1.3. The Majority of lesions were located on the head and neck region.

Analysis of clinical diagnosis with histopathological diagnosis revealed a positive correlation of 78.3% and negative correlation of 21.6%. Seborrheic keratosis and basal cell carcinoma were the most common nonmelanocytic lesions to be misdiagnosed as malignant melanoma clinically. There was lack of clinicopathological correlation in dysplastic naevus.

**Conclusions:** Pigmented lesions include both melanocytic as well as nonmelanocytic lesions. A considerable or sufficient correlation between clinical diagnosis, dermoscope, biopsy and histopathological diagnosis is necessary for the accurate diagnosis and definite treatment of patients with pigmented skin lesions.

**Key words:** Nevi, Melanoma, Nonmelanocytic lesion, Histopathological study.

---

---

\* Department Chief of dermatology and Venereology – faculty of medicine – Damascus university.

**المقدمة:**

**صغيرة:** أقل من 1.5 سم (لدى البالغين). متوسطة: 1.5-19.9 سم (لدى البالغين). العملاقة: أكبر من 20 سم (لدى البالغين).

9 سم على الفروة و6 سم على الجذع (لدى الوليد)<sup>6</sup>.

❖ **العلاقة بين الوحومات الخلقية واحتمال ظهور الميلانوما:**

يبلغ خطر ظهور الميلانوما

2.3-5.7%، في السنوات الخمس الأولى لدى مرضى الوحومات الخلقية التي تمتلك الصفات الآتية:

1. تشكل أكثر من 5% من مساحة الجسم.<sup>7</sup>

2. يزيد قطرها على 1.5 سم.

- إن عوامل الخطورة لظهور الوحومات وتبدلها هي نفسها بالنسبة إلى الميلانوما. وتشمل: النمط اللوني الفاتح 1 و2 حسب تصنيف فيتز باتريك (جلد فاتح، شعر فاتح، عيون زرقاء)، التعرض الشمسي كسوابق ظهور حمى سفعية (ضربة شمس) والتثبيط المناعي<sup>8</sup>.

**2- وحة الخلايا الميلانية اللانموذجية****Atypical Melanocytic Nevi**

تظهر الوحومات اللانموذجية عادة في عمر البلوغ، ويبلغ معدل ظهورها 5-10%، تتصف هذه الوحومات بعلامات سريرية وتشخيصية مرضية لانموذجية، فتقلد بذلك الميلانوما، وتشكل تشخيصاً تفريقياً مهماً له<sup>6,8</sup>.

الدلائل التشخيصية السريرية هي:

اثتان إلزاميان:

قطر الوحة 5 مم على الأقل.

مركب سطحي بارز.

اثتان اختياريان: عدم انتظام الحافات.

عدم وضوح الحافات.

تعدد الألوان<sup>9</sup>.

يمكن أن تكون الآفات المصطبغة من منشأ ميلاني أو لا ميلاني<sup>1</sup>. قد تكون الآفات المصطبغة الميلانية سليمة كالوحمات الميلانية أو خبيثة كالميلانوما، أحد أخطر الأورام الجلدية، يشكل الميلانوما 1% من الأورام الخبيثة الجلدية لكنه مسؤول عن نحو 60% من الوفيات الناجمة عن الأورام الخبيثة<sup>2</sup>.

تقلد الآفات المصطبغة الميلانوما بالشكل السريري وتشكل الآفات الجلدية المصطبغة مصدر قلق لكثير من المرضى الذين يراجعون أطباء الجلد للتأكد من سلامتها<sup>3</sup>.

**- الآفات الجلدية المصطبغة الميلانية المنشأ:****1- وحة الخلايا الميلانية:****Melanocytic Nevi**

يطلق مصطلح الوحومات الميلانية على كل فرط

تصنع حميد للخلايا الميلانية في الجلد، وقد

تكون خلقية أو مكتسبة<sup>4</sup>.

**الوامة الميلانية المكتسبة الشائعة:****Common Acquired Melanocytic Nevi**

يتعلق انتشار الوحومات بعوامل مرتبطة بالعمر والعرق وعوامل بيئية ووراثية، يوجد عدد قليل من الوحومات في الطفولة المبكرة، ولكن يزداد العدد مع التقدم بالعمر ليصل إلى ذروة الحدوث في العقد الثالث من الحياة، بعد العقد الثالث تميل الوحومات إلى الزوال مع التقدم في العمر، يحدث تطور سريع للوامة خلال البلوغ.

تقسم الوحومات الميلانية نسيجياً إلى وصلية أو أدمية أو مركبة.

يختلف توزيع الوحومات في الجسم حسب الجنس، فيكون غالباً في مستوى الجذع عند الذكور، والأطراف عند الإناث<sup>5</sup>.

**وامة الخلايا الميلانية الخلقية:****Congenital Melanocytic Nevi**

تظهر معظم هذه الوحومات منذ الولادة وتصنف إلى:

### 3 - الميلانوما melanoma:

- أحد أخطر الأورام الجلدية ويُعدُّ السبب الرئيسي للوفيات الناجمة عن السرطانات عند البالغين:

- وضعت فرضيات عديدة لمحاولة تفسير العلاقة بين البيئة والتعرض للأشعة فوق البنفسجية، وبين الدور الوراثي في حدوث الميلانوما<sup>10</sup>.

له عدة أشكال سريرية أهمها:<sup>11</sup>

1. ميلانوم ديبروي:

(Dubreuilh's melanoma)

2. الميلانوم السطحي المنتشر وهو الشكل الأكثر شيوعاً:

(extensive superficiel melanoma)

3. الميلانوم العقيدي:

(nodular melanoma)

- الآفات الجلدية المصطبغة اللاميلانية

المنشأ:

يوجد العديد من الآفات الجلدية المصطبغة اللاميلانية المنشأ التي يمكن أن تدخل كتشخيص تفريقي مهم مع الميلانوما الخبيثة ذكرنا أهمها<sup>10</sup>:

1- الكارسينوما قاعدية الخلايا BCC:

Basal cell carcinoma

ورم جلدي خبيث ينشأ على حساب الخلايا القاعدية، يُعدُّ من أكثر الأورام الجلدية الخبيثة شيوعاً يتميز بوجود حطاطات صغيرة محيطية تدعى بالآلي، لا يصيب أبداً المخاطيات، له أشكال عديدة أهمها:

السطحي، العقيدي، التصليبي، المتقرح.

ويُعدُّ الشكلان الأخيران هما الأكثر عدوانية.

يصعب تفريق الكارسينوما قاعدية الخلايا المصطبغة عن الوحمات والميلانوما<sup>12</sup>.

2- التقران المتي Seborrheic keratosis :

آفة جلدية شائعة حميدة، تصنف بين الأورام البشرية السليمة وهي الأكثر شيوعاً بينها، تظهر غالباً عند المتقدمين في السن، تبدو سريرياً، بشكل بقعة، أو حطاطة،

أو لويحة مصطبغة غالباً ولا عرضية، وحيدة أو متعددة<sup>12,13</sup>.

❖ هدف الدراسة:

- هدفت الدراسة إلى تقييم الآفات المصطبغة من حيث كونها ميلانية أو لاميلانية.

- تحديد ضرورة التشريح المرضي في تشخيص هذه الآفات.

- معرفة نسبة التوافق بين التشخيص السريري الأولي والتشريح المرضي.

❖ المواد والطرائق:

عينة الدراسة هي الآفات الجلدية المصطبغة المشتبهة المستأصلة لدى المرضى المراجعين لمستشفى الأمراض الجلدية في المدة بين (عامي 2014 و 2015).  
درست وحللت وتحليل هذه الآفات المصطبغة من حيث:  
- التوجه السريري.

- نتيجة التشريح المرضي.

- نسبة التوافق السريري النسيجي.

- ربط هذه النتيجة مع الجنس، والعمر، والموقع.

بلغ عدد الآفات المصطبغة المستأصلة 185 آفة.

❖ النتائج:

بلغ عدد الآفات المصطبغة المستأصلة 185 آفة توزعت هذه الآفات كما يأتي:

توزع الآفات المصطبغة المستأصلة حسب طبيعتها ميلانية أو لاميلانية:

185 آفة مصطبغة توزعت كالاتي:

- ميلانية: 130 آفة 70.2%

- لاميلانية: 55 آفة 29.7%

شملت الآفات الميلانية (130 آفة):

- وحة ميلانية سليمة 118 آفة 63.7%

- وحة ميلانية عسيرة التصنع 7 آفات 3.7%

- ميلانوما 5 آفات 2.7%

شملت الآفات اللاميلانية (55 آفة):

- التقران المثي 13 آفة 7%
- كارسينوما قاعدية الخلايا 12 آفة 6.4%
- آفات سليمة متعددة 30 آفة 16.2%
- توزع الآفات المصطبغة المستأصلة حسب الجنس والعمر:
- 79 آفة عند الذكور ما يشكل 42.7%.
- 106 آفة عند الإناث ما يشكل 57.2%.
- معدل الذكور إلى الإناث: 1.3/1.
- رauh عمر المرضى بين العقدين الرابع والسادس.
- توزع الآفات المصطبغة المستأصلة حسب الموقع:
- توزعت الآفات المصطبغة بحسب مناطق الجسم كما يأتي:
- الرأس والعنق 134 آفة 72.4%
- الجذع 35 آفة 18.9%
- الأطراف 16 آفة 8.6%
- توزعت الآفات لدى الإناث كما يأتي:
- الرأس والعنق 82 آفة 77.3%
- الجذع 16 آفة 15%
- الأطراف 8 آفة 7.5%
- توزعت الآفات لدى الذكور كما يأتي:
- الرأس والعنق 52 آفة 65.8%
- الجذع 19 آفة 24%
- الأطراف 8 آفة 10.5%
- فيما يتعلق بنتائج التشريح المرضي للآفات المصطبغة
- (185 آفة مصطبغة) فقد توزعت كما يأتي:
- وحة ميلانية سليمة: 118 آفة 63.7%
- تقران مئي: 13 آفة 7%
- BCC: 12 آفة 6.4%
- وحة عسيرة التصنع: 7 آفة 3.7%
- ميلانوما: 5 آفات 2.7%
- آفات لا ميلانية سليمة متعددة: 30 آفة 16.2%
- وكان توزعها حسب الجنس كالآتي:
- الذكور (79 آفة مصطبغة):
- وحة ميلانية سليمة: 42 آفة 53.1%
- تقران مئي: 7 آفات 8.8%
- BCC: 9 آفات 11.3%
- وحة ميلانية عسيرة التصنع: 5 آفات 6.3%
- ميلانوما: 3 آفات 3.7%
- آفات وأورام سليمة متنوعة: 13 آفة 16.4%
- الإناث (106 آفة مصطبغة):
- وحة ميلانية سليمة: 76 آفة 71.6%
- تقران مئي: 6 آفات 5.6%
- BCC: 3 آفات 2.8%
- وحة ميلانية عسيرة التصنع: 2 آفات 1.8%
- ميلانوما: 2 آفات 1.8%
- آفات وأورام سليمة متنوعة: 17 آفة 16%
- فيما يتعلق بنتائج التوجه السريري لهذه الآفات قبل استئصالها:
- قمنا بربط الآفات التشريحية المرضية الثلاث الأكثر وروداً (وحة ميلانية، كارسينوما قاعدية الخلايا، التقران المئي) وعددها 143 مع نتائج التوجه السريري السابق لاستئصالها، لمعرفة هل هناك توافق بين التوجه السريري والتشريح المرضي لكل آفة مصطبغة؟.
- كانت النتائج كالآتي:
- توافق: 112 آفة 78.3%
- عدم توافق: 31 آفة 21.6%
- كانت نسبة التوافق بين التوجه السريري والتشريح المرضي بحسب الجنس كالآتي:
- عند الذكور:
- عندما كانت نتيجة التشريح المرضي للآفة المصطبغة وحة ميلانية سليمة (42 آفة)، كانت نتائج التوجه السريري كالآتي:
- توافق في 36 آفة 85.7%.

- عدم توافق في 6 آفات 14.2%، إذ كان التوجه السريري في حالات عدم التوافق كآلآتي: (ورم ملحقات 3، وحمه ثؤلولية 2، 1BCC).
- عندما كانت نتيجة التشريح المرضي للآفة المصطبغة تقران مئي (7 آفات)، كانت نتائج التوجه السريري كآلآتي: - توافق في 2 آفتين 28.5%.
- عدم توافق في 5 آفات 71.4%، إذ كان التوجه السريري في حالات عدم التوافق كآلآتي: (وحمه ميلانية 4، ميلانوما 1).
- عندما كانت نتيجة التشريح المرضي للآفة المصطبغة كارسينوما قاعدية الخلايا (9 آفات)، كانت نتائج التوجه السريري كآلآتي: توافق في 6 آفات 66.7%
- عدم توافق في 3 آفات 33.3%، إذ كان التوجه السريري في حالات عدم التوافق على الشكل الآتي: (تقران مئي 2، ميلانوما 1).
- عند الإناث:
- عندما كانت نتيجة التشريح المرضي للآفة المصطبغة وحمه ميلانية سليمة (76 آفة)، كانت نتائج التوجه السريري كآلآتي: - توافق في 66 آفة 86.8%.
- عدم توافق في 10 آفات 13.1%، إذ كان التوجه السريري في حالات عدم التوافق على الشكل الآتي: (ورم ملحقات 3، ورم ليفي عصبي 2، ميلانوما 2، تقران مئي 3).
- عندما كانت نتيجة التشريح المرضي للآفة المصطبغة تقران مئي (6 آفات)، كانت نتائج التوجه السريري كآلآتي: عدم توافق في 6 آفات 100%، إذ كان التوجه السريري في حالات عدم التوافق على الشكل الآتي: (وحمه ميلانية 4، ميلانوما 2)، ولم يحدث التوافق مع التوجه السريري في أي آفة.
- عندما كانت نتيجة التشريح المرضي للآفة المصطبغة كارسينوما قاعدية الخلايا (3 آفات)، كانت نتائج التوجه السريري كآلآتي: توافق في 2 آفتين 66.6%.
- عدم توافق في 1 آفة 33.3%، إذ كان التوجه السريري في حالة عدم التوافق (وحمه ميلانية 1).
- لم يكن هناك أي توافق بين التشخيص السريري والتشريحي المرضي لكل من الميلانوما والوحمه عسيرة التصنع، إذ كان التوجه السريري الأولي (وحمه ميلانية، وتقران مئي).
- ❖ المناقشة:
- 1- راح متوسط عمر المرضى في دراستنا بين العقدين الرابع والسادس، وتوزعت الآفات المصطبغة بحسب الجنس 106 لدى الإناث و 79 لدى الذكور أي بمعدل M: F 1:1.3.
- في دراسة: Youl PH et al (2011)
- كان أغلب المرضى بعمر فوق 50 سنة، وكانت نسبة الآفات المصطبغة عند الذكور تفوق مثلتها عند الإناث؛ وذلك بمعدل M: F 1:1.4<sup>14</sup>.
- في دراسة: Suvernakar. S. V et al (2014)
- كان أغلب المرضى بعمر 61 إلى 80 سنة، وكانت نسبة الآفات المصطبغة عند الذكور تفوق مثلتها عند الإناث، وذلك بمعدل M: F 1:1.1<sup>15</sup>.
- 2- توزعت الآفات المصطبغة في دراستنا بحسب مناطق الجسم كما يأتي:
- الرأس والعنق 134 آفة 72.4%

- الجذع 35 آفة 18.9%  
- الأطراف 16 آفة 8.6%  
- في دراسة:  
Suvernakar. S. V et al (2014)  
توزعت الآفات بحسب مناطق الجسم كما يأتي:
- الرأس والعنق 63.6%  
- الجذع 22.7%  
- الأطراف 13.6%<sup>15</sup>  
- في دراسة:  
Youl PH et al (2011)  
توزعت أعلى نسبة للآفات المصطبغة في الجذع 46.14%.
- يمكن أن يكون سبب هذا الاختلاف في التوزع حسب الجنس ومناطق الجسم ناجماً عن صغر حجم العينة المأخوذة في دراستهم فضلاً عن اختلاف نمط اللباس بين المجتمعات<sup>14</sup>.
- 3- كانت نسبة التوافق بين التوجه السريري للآفة المصطبغة، ونتيجة التشريح المرضي في دراستنا كالاتي:  
توافق: 112 آفة 78.3%  
عدم توافق: 31 آفة 21.6%  
في دراسة:  
Suvernakar. S. V et al (2014)  
كانت نسبة التوافق بين التوجه السريري والتشريح المرضي 84%<sup>15</sup>.
- كانت نسبة الأورام الخبيثة في نتائج التشريح المرضي للآفات المصطبغة في دراستنا كالاتي:  
17 ورماً خبيثاً 9.1%، ضمت هذه الأورام الخبيثة الكارسينوما قاعدية الخلايا والميلانوما، وقد توزعت النسب المؤتية لهذه الأورام في عينة الدراسة على النحو الآتي:
- BCC: 12 آفة 6.4%.  
ميلانوما: 5 آفات 2.7%.  
توضعت معظم الأورام الخبيثة عند الإناث والذكور في منطقة الوجه، باستثناء 3 أورام (كارسينوما قاعدية الخلايا) توضعت في الجذع.
- ❖ التوصيات:
- إجراء فحص بمنظار الجلد بشكل روتيني لكل آفة مصطبغة، إذُ تتمكن من خلاله تحديد هل كانت ذات بنية ميلانية أم لا؟ فضلاً عن إمكانية تحديد مؤشرات موجهة نحو الخباثة.
- إيلاء عناية خاصة للآفات المصطبغة المتوضعة على الرأس وبشكل خاص الوجه، إذُ أظهرت النتائج توضع غالبية الأورام الخبيثة في هذه المنطقة، فضلاً عن وجود طيف واسع من النتائج وعائية وميلانية وورمية فيها.
- الاهتمام بالآفات المصطبغة المستأصلة لدى المرضى من العقد الرابع فما فوق حيث تزداد نسبة حدوث الأورام الجلدية الخبيثة في هذه الأعمار خاصة في مناطق الجسم المعرضة للشمس.
- يصعب تشخيص الوحومات عسيرة التصنع سريريّاً؛ لذلك فعند الشك يجب إجراء الاستئصال والتشريح المرضي، وعليه يجب ألا يكون استئصال الوحومات إجراءً روتينياً.
- عند مقارنة آفة مصطبغة: إن التوجه السريري والفحص بمنظار الجلد موجهان أساسيان، لكن لا يتم تأكيد التشخيص إلا بإجراء التشريح المرضي خاصة في حال الشك بالخباثة.

جدول رقم (1) توزع الآفات المصطبغة بحسب الجنس والموقع

الجنس	عدد الآفات المصطبغة	الموقع	الطبيعة (ميلانية أو لاميلانية)
ذكور	79 آفة 42.7%	الرأس والعنق 52 آفة 65.8% الجزع 19 آفة 24% الأطراف 8 آفة 10.5%	50 ميلانية 63.2% 29 لاميلانية 36.7%
الإناث	106 آفات 57.2%	الرأس والعنق 82 آفة 77.3% الجزع 16 آفة 15% الأطراف 8 آفات 7.5%	80 ميلانية 75.4% 26 لاميلانية 24.5%

جدول رقم (2) توزع الآفات المصطبغة بحسب التشريح المرضي

النسبة	عدد الحالات	الآفات المصطبغة (185)	
63.7%	118	وحمة ميلانية سليمة	ميلانية (130) 70.2%
3.7%	7	وحمة عسيرة التصنع	
2.7%	5	ميلانوما	
7%	13	تقران مئي	لاميلانية (55) 29.7%
6.4%	12	BCC	
16.2%	30	آفات سليمة متنوعة	

جدول رقم (3)

التوزع لدى الإناث 106			التوزع لدى الذكور 79			الآفة المصطبغة
BCC 2.8% (3)	تقران مئي 5.7% (6)	وحمة ميلانية 71.6% (76)	BCC 11.3% (9)	تقران مئي 8.8% (7)	وحمة ميلانية 53.1% (42)	التشريح المرضي
3الرأس (الوجه)	4 الرأس 1 الجذع 1 الأطراف	65 الرأس 9 الجذع 12 الأطراف	6 الرأس (الوجه) 3 الجذع	4 الرأس 2 الجذع 1 الأطراف	26الرأس 11 الجذع 5الأطراف	الموقع
توافق 66.6%	عدم توافق 100%	توافق 86.8%	توافق 66.7%	توافق 28.5% عدم توافق 71.4%	توافق 85.7% عدم توافق 14.2%	نسبة التوافق
عدم توافق 33.3%		عدم توافق 13.1%	عدم توافق 33.3%			



## References

1. Crasta, Julian, and Karuna Rameshkumar. "Pigmented Lesions Of Nonmelanocytic Origin A Pathological Perspective." *Indian Journal of Dermatology* 47.2 (2002): 84.
2. Elder, DE and R Elenitsas. "Benign Pigmented Lesions and Malignant Melanoma." *Lever's Histopathology of the Skin*. 10th. Lippincott Williams and Wilkins, 2009. 699-790.
3. Chang, Yu-mei, et al. "A pooled analysis of melanocytic nevus phenotype and the risk of cutaneous melanoma at different latitudes." *International journal of cancer* 124.2 (2009): 420-428.
4. Gudbjartsson, Daniel F., et al. "ASIP and TYR pigmentation variants associate with cutaneous melanoma and basal cell carcinoma." *Nature genetics* 40.7 (2008): 886-891.
5. Lind, AC and EA Bantle. "Skin: Melanocytic Lesions." *The Washington Manual of Surgical Pathology*. Lippincott Williams and Wilkins, 2008. 498.
6. Friedman, Robert J., et al. "The "dysplastic" nevus." *Clinics in dermatology* 27.1 (2009): 103-115.
7. Hussein, M. R. "Melanocytic dysplastic naevi occupy the middle ground between benign melanocytic naevi and cutaneous malignant melanomas: emerging clues." *Journal of clinical pathology* 58.5 (2005): 453-456.
8. Grob, J. J., et al. "Dysplastic naevus in non-familial melanoma. A clinicopathological study of 101 cases." *British Journal of Dermatology* 118.6 (1988): 745-752.
9. Kwok, Y. K., et al. "A retrospective study of melanocytic naevi at the National Skin Centre." *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 30.1 (2001): 32-37.
10. Andersen, William K., and David N. Silvers. "Melanoma? it can't be melanoma! a subset of melanomas that defies clinical recognition." *JAMA* 266.24 (1991): 3463-3465.
11. Mukhopadhyay, Subhalakshmi, et al. "A clinicopathological study of malignant melanoma with special reference to atypical presentation." *Indian Journal of Pathology and Microbiology* 51.4 (2008): 485.
12. Konrad, Patrícia, et al. "Histopathological and epidemiological profile of cases of primary cutaneous melanoma diagnosed in Criciúma-SC between 2005 and 2007." *Anais brasileiros de dermatologia* 86.3 (2011): 457-461.
13. LeBoit, P E and G Burg, *Pathology and Genetics of Skin Tumours*. 1st. layon: IARK PRESS, 2006.
14. Youl, Philippa H., et al. "Body-site distribution of skin cancer, pre-malignant and common benign pigmented lesions excised in general practice." *British journal of dermatology* 165.1 (2011): 35-43.
15. Suvernakar, S V, R Harwani Shweta and S A Deshpande. "Clinicopathological Study of Pigmented Skin Lesions." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 13.5 (2014): 70-73.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2016/6/30.

تاريخ قبوله 2016/7/7.