

گزارش یک مورد «رتیکولوز»

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۴، صفحه ۲۸۲، ۲۵۳۵

دکتر یزدگرد اکرامی - دکتر عبدالخالق محبت آئین*

معاینه سایر دستگاهها: در معاینه شکم طحال و کبد بزرگ نیستند و توode شکمی غیر طبیعی لمس نمیشود. عدد لنفاوی سطحی بزرگ نیستند. رادیو گرافی قفسه صدری عظم غدد لنفاوی مسدیاستن را نشان نمیدهد. فرمول خون، سرعت رسوب گلوبولی و بزل استرنال طبیعی است.

بافت برداری پوست: که بدفراط انجام شد (شش بار) ضایعات کم و بیش مشابهی بقرار زیر نشان داد:

اپیدرم آکاتوتیک و در بعضی نواحی همراه با پارا کراتوز و طویل شدن کرتها میباشد. مهمترین تغییر بافتی عبارتست از یک ارتشاچ سلولی وسیع و شدید درم فوقانی و میانی همراه با ارتشاچ پراکنده درم عمیق (شکل های ۵، ۶، ۷، ۸).

بخش اعظم سلولهای تشکیل دهنده این انفیلترا شبه لنفویت «لنفو سیتویید» و دارای هسته‌ای گرد یا یاضی با کروماتینی متراکم و سیتوپلاسمی قلیل میباشد. لا بلای این سلولها تاکسلو لهای رتیکولو و هیستویویت آتبیبک دیده نمیشود. سلولهای نشوپلازیک دارای خاصیت تهاجمی به اپیدرم فوقانی است و در بعضی نقاط تجمع سلولی شبیه به میکرو آسپر پوتریه Pautrier درست میکنند ولی سلولهای میکوزیس که مؤید میکوزنگویید باشد دیده نمیشود.

دو تشخیص آسیب شناسی که توسط دو آسیب شناس جدا گانه داده شده است عبارتند از:

۱- رتیکولوز بدخیم
۲- مرحله اول میکوزنگویید.

درمانهای انجام شده: دونوبت ماوراء بنفش (اولترا اویوله) یکی ۱۶ دقیقه و هر دفعه بمدت ۰.۱ دقیقه و یکی ۲۴ دقیقه و هر دفعه بمدت ۰.۱ دقیقه. این درمان اثر واضحی در بهبود ضایعات نداشت. لذا بیمار مجدداً

تعزیز: بیماریهای گوناگونی تحت عنوان رتیکولوز ذکر میشوند که وجه مشترک آنها عبارتست از تکثیر عناصر متخلکه سیستم رتیکولو آندوتیال (۱) (تابلوی ۱).

تابلوی ۱:

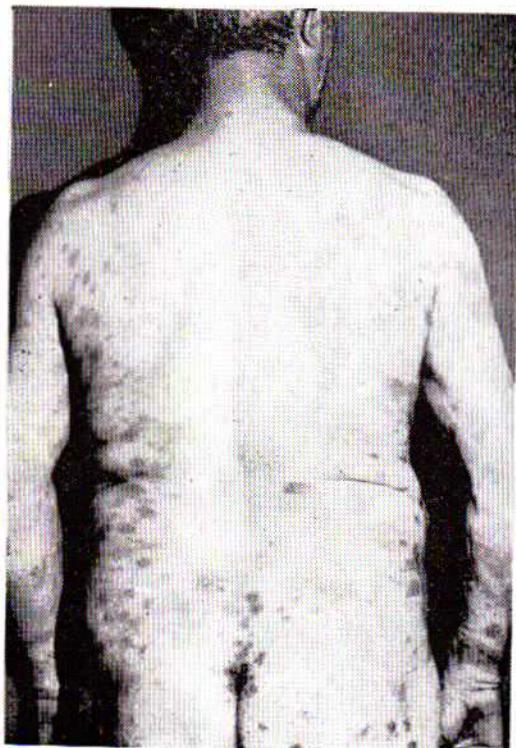
بیماریهای گوناگونی که تحت عنوان رتیکولوز نام برده میشوند:

- ۱- لوسمی‌ها
- ۲- لنفویهای بدخیم
- ۳- میلوم‌ها
- ۴- میکوزنگویید
- ۵- بثورات ماقبل میکوزی
- ۶- رتیکولوز سزاری Sezary
- ۷- رتیکولوز لیپوملانیک
- ۸- پوئی کیلو درما آتروفیکن و اسکولاری
- ۹- رتیکولوهیستیو سیتوم کروستی Crostia

در اینجا شرح حال بیماری را که در دانشکده پزشکی رازی بستری شده است، مینگاریم.

شرح حال: بیمار مرد ۴۲ ساله است که بعلت پیدا شدن لکه‌های قرمز بی خارش در سراس بدن مراجعت کرده است. شروع بیماری را از شش سال قبل ذکر میکنند. در معاینه بالینی پلاکهای بقطريک تا ده سانتیمتر در سراس بدن دیده میشود (شکل های ۱، ۲، ۳ و ۴). پلاکها سرخ رنگ و پوستدار (ارتیماتوسکوام) بوده، رنگ آنها قرمز تا قهوه‌ای مایل بسیاه میباشد. اکثر پلاکها سفت اند «انفیلتره» و رنگ قرمز آنها در اثر فشار از بین نمیبرند. در حاليکه عده کمی از پلاکها انفیلترا اسیونی نشان نمیدهد و در اثر فشار از بین میروند.

* دانشکده پزشکی رازی دانشگاه تهران.



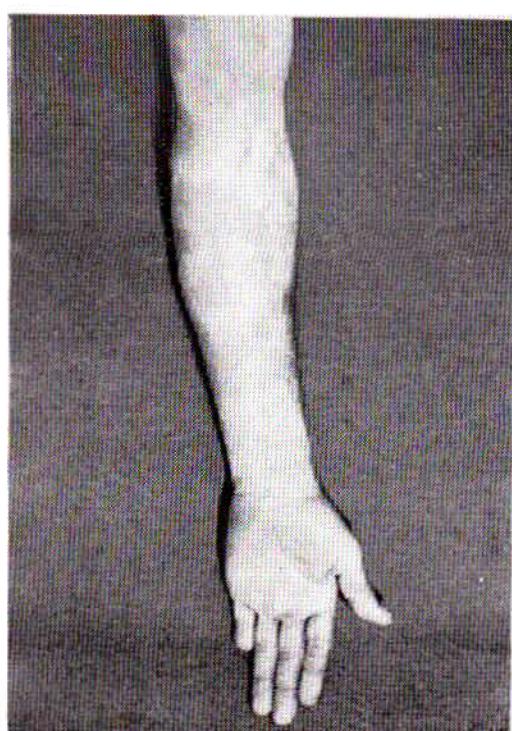
شکل ۲- پلاکیتای متعدد در ناحیه پشت.



شکل ۱- پلاکیتای متعدد با بعد چوناگون در قسمت جب تنه.



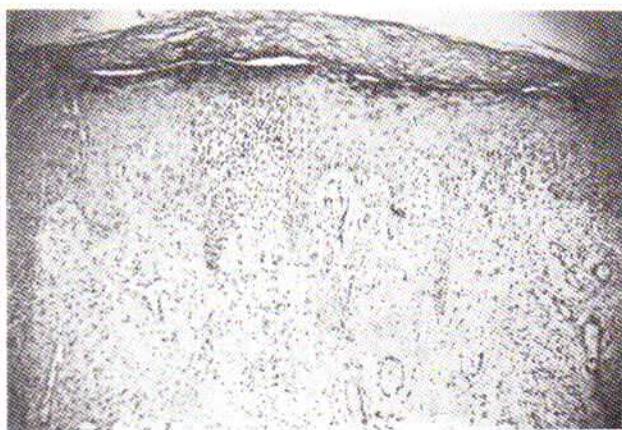
شکل ۴- ضایعات در انداز تحتانی



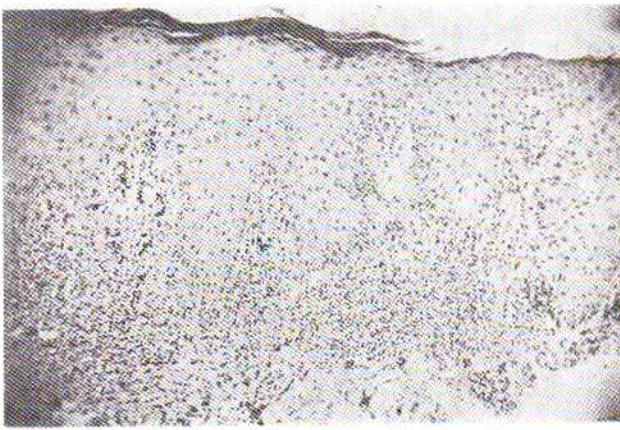
شکل ۳- ضایعات جلدی در اندام فوقانی.

شد. بدینظریق که هر آمپول ده میلیگرمی در ۵۰ سی سی سرم فیزیولوژی حل و هر روز بعد از استحمام از این محلول بر روی پلاکهای انفیلتره مالبده شد. پس از سه هفته ضایعات روبه کاهش

بستری گردید و به مدت ۷ روز هر روز یک آمپول ده میلیگرمی فیترولن موستارد بصورت موستین «Mustine» یعنی مکلرواتامین هیدروکلرايد (Mechlorethamine, Hydrochloride) بکاربرده



شکل ۶- ارثاح سلوی به ایدرم فوقانی رخنه کرده و جمع سلوی شبیه میکروآبه پوژر به درست کرده است.

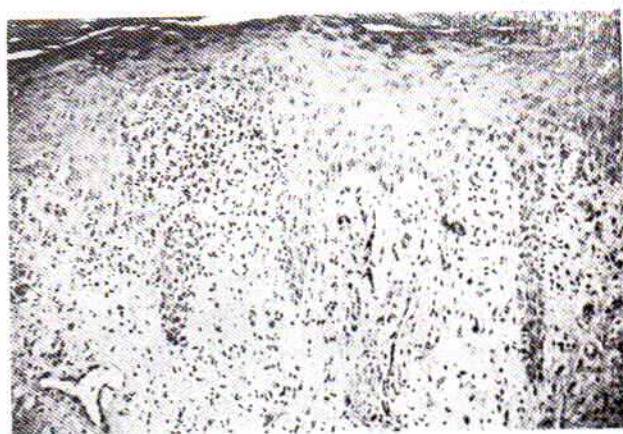


شکل ۵- ارثاح سلوی درم فوقانی.



شکل ۸- عروق درم فوقانی همراه با ارثاح سلویهای نتوپلازیک.

اختیار کرد و آیا اصولاً بین این دو اصطلاح طبی فرقی هست یا نه؟ بررسی نوشته های پزشکی نشان میدهد که دو عقیده کاملاً متفاوت راجع به نحوه کار برد رتیکولوز وجود دارد. بعضی از مصنفین رتیکولوز را برای هر نوع پرولیفراسیون بدخیم سلوهای رتیکولو-آندولیال بکار میبرند (۳). بدین ترتیب میکوزوفنگوئید «طبیعاً یکی از اشکال رتیکولوز بدخیم و حتی بعقیده این مصنفین میکوزو-فنگوئید جامع ترین شکل رتیکولوز بدخیم میباشد».



شکل ۷- همانند شکل ۶ با بزرگ نهانی بیشتر.

گذاشت و بعد از شش هفته انفیلتراسیون پلاکها کاملاً فروکش کرد و بیوپسی نیز نقصان انفیلتراسیون در میکردا نشان داد. مع الوصف پس از ده هفته ضایعات ندولی جدیدی پیدا شد و پلاکهای قدیمی نیز مجدداً اندکی انفیلتراسیون پیدا کرد. لذا مجدداً بیمار بطريق فوق تحت درمان با موستین قرار گرفت. در این بار فروکش ضایعات پس از شش هفته شروع شد و اکنون مدت دو ماه است که ادامه دارد.

بحث و نتیجه گیری: بیمار ۴۲ ساله ای که بعدت شش سال دارای پلاکهای قرمز پوسته دارد در سراسر بدن بوده، مورد بررسی قرار گرفته است. تشخیص آسیب شناسی ضایعات که شش بار بیوپسی شده اند توسط دو آسیب شناس مستقل، مرحله دوم میکوزوفنگوئید و رتیکولوز بدخیم گزارش گردید. بیمار با نتیجه مطلع و تحت درمان نیتروژن موستارد قرار گرفت. بحث جالبی که در مورداخین بیمار مطرح است نحوه نامکناری بیماری می باشد، بدین معنی که از دو اصطلاح میکوزوفنگوئید و رتیکولوز بدخیم کدام را باید

در مقابل این دو گروه دسته‌ای دیگر از محققین قراردارند که معتقدند در چه انواع گوناگون تکثیر سیستم رتیکولو آندوتیال عنوانی جداگانه هستند و باید جداگانه شرح داده شوند، مع الوصف مواردی از بیماری دیده میشود که چه از لحاظ بالینی و چه از نظر بافت‌شناسی نمیتوان عنوان حامی برای بیماری در نظر گرفت و اصطلاح «رتیکولوز» بهترین عنوانی است که نمیتوان برای بیمار در نظر گرفت و از این‌رو در مورد بیمار ما نیز نمیتوان «رتیکولوز» را بصورت یک عنوان مرضی مستقل بکار برد.

در حالیکه دسته‌ای دیگر از محققین (۲) میکوزنگویید و سایر پرولیفر اسپونهای بدخیم سلولهای سیستم رتیکولو آندوتیال را کاملاً جدا از مبحث رتیکولوزها میدانند و اصطلاح رتیکولوز را فقط در مورد پرولیفر اسپونهای خوش‌خیم سیستم رتیکولو آندوتیال بکار میبرند. (تابلوی ۲).

تابلوی ۲

نمودار دیگری از بیماریهای گرو نام‌گذاری که تحت عنوان رتیکولوز شرح می‌دهند

- ۱- هیستیوسیتوم
- ۲- رتیکولوهیستیوسیتوم
- ۳- رتیکولوهیستیوسیتوم مولتی‌ساتریک
- ۴- لنفوسینوم جلدی
- ۵- ارتشاح لنفوسیتی پوست
- ۶- گرانولوم فاسیال
- ۷- کیلیت گرانولوماتو
- ۸- سندرم ملکرسون روزنفال
- ۹- سارکوئیدوز
- ۱۰- ماستوسمیتوز

REFERENCES :

- 1- Rook A., and Wilkinson, D. S., *Textbook of dermatology*. Vol. 2. 1384-1411. 2nd. Edition. Blackwell. London, 1972.
- 2- Anthony N. Domonkos, M. D. Andrews' Diseases of the skin. Sixth edition. 1971. W. B. Saunders co. Philadelphia.
- 3- Robert Degos. Dermatologie. Collection médico-chirurgicale à revision annuelle. Flammarion. Paris.
- 4- Chung-Hong, H. and winkelmann, R. K. (1973). Digitate dermatosis. Arch. Derm., 107, 65.
- 5- Civatte, A. (1951): le cinquantenaire du parapsoriasis. Ann. Derm. Syph., 78, 5.
- 6- Aschoff, K. A. L. (1924): Lectures on pathology. New York. Hoeber chap. I.
- 7- Hayhoe, F.G. J. (1968): International conference on leukemia - lymphoma. Ed. Zarafonetis. C. J. D. Philadelphia, Lea and Ferblger, P. 307.
- 8- Beek, C. H. (1948). Dermatologica, 96, 350.
- 9- Marks, R. et al. (1969) Br. J. Derm. 81, 327.
- 10- Shelley, W. B. and Lehman, J. M. (1961) Archs derm. 83. 903.