ـ سرولوژی (V.D.R.L.) منفی .
ـ آزمایش میکروسکپیك (بیوپسی) از تومور روی ساعد نمای نروفیبروما‌ی طبقه درم باآثار واکنش آماسی گزارش شد .
حال عمومی بیمار دربیمارستان خوب بوده ودرمعاینات عمومی وسابقه شخصی وفامیلی نکته مهمی وجود نداشته است. بیمار در تاریخ ۴۹/۳/۲۳ از بیمارستان مرخص وپس ازچند روزی‌عازم مشهدشده وبدرمانگاه دانشکده‌پزشکی‌مشهد مراجعه نموده‌است. درآنجا ازپلاکهای انفیلتره پوست‌بیوپسی بعمل آمده که گزارش آن چنین است : درامتحان میکروسکپیك ضخامت اپیدرم‌نامنظم شده است . دردرم ، کانونهای انفیلترای سلولی پلیمرف ساخته شده از لنفوسیت پلاسموسیت، هیستیوسیت، پلی‌نوکلئرائوزینوفیل وسلولهای درشت باهسته‌های جوانه‌دار در درم سطحی و میانی مشاهده میشود . جابجا در ضخامت اپیدرم اگزوسیتوز سلولهای هیستیوسیت مشهوداست که‌نمای‌باصطلاح میکروآبسه(Pautrier) را دارد . تشخیص «میکوزیس فونگوئید».
بیمار ، پس از بازگشت ازمشهد ، مجدداً درمرکز درمانی رضا پهلوی معاینه شد زخمی انفیلتره در ناحیه کتف راست داشت وضایعات باشدت بیشتروخارش شدید درسراسر بدن دیده میشد. او مورد رادیوتراپی قرارگرفت ، در ناحیه کتف سه جلسه رادیوتراپی(300R,65KV) بعمل‌آمد و۶ جلسه نیزرادیوتراپی درپلاکهای ناحیه‌شکم انجام‌گرفت . ضایعات درناحیه‌شکم‌بهبود نسبی وزخم‌کتف التیام یافت . پلاکهای انفیلتره اطراف آن از بین رفت . اما بیمار همچنان از خارش شدید و ضایعات نقاط دیگر بدن شکایت داشت تااینکه درتاریخ ۴۹/۶/۱۸ در مرکز درمانی ثریا بستری شد . دراینوقع بیمار علاوه برخارش شدید وپلاکهای شبیه پسوریازیس چند ندول زخمی شده ، دو عدد در پشت دست چپ وساعد چپ ویکی‌هم روی شست پای چپ، داشت. معاینات عمومی وآزمایش‌های متداول بعمل‌آمد وبیوپسی‌ازکناره تومور پشت دست‌چپ ، میکوزیس فونگوئید را تائید نمود. بیمار تحت درمان باپردنیزولون (روزی۲۰ میلی‌گرم) همراه‌بادرمان موضعی وآنتی‌بیوتیك قرار داده شد . خارش او خیلی تخفیف پیدا کرد ولی ضایعات روی بدن همچنان باقی ماند و فعلا کورتیکوتراپی‌ادامه داردتااینکه مجدداً پس ازمدتی‌رادیوتراپی ازسرگرفته شود .
بحث‌کلی ـ تاریخچه ـ بیماری میکوزیس فونگوئید را برای اولین باردرسال ۱۸۰۶ آلیبرت (Alibert) شرح داد وبعداً نام مذکور راکه‌احتمالا بعلت شباهت بعضی ازضایعات آن باضایعات قارچی بوده برای‌این‌بیماری انتخاب‌کرد وپس از گذشت‌سالیان دراز هنوز تنها نامی است‌که بکار میرود ، درحالیکه از لحاظ اتیولوژی و پاتولوژی هیچ ارتباطی بین بیماریهای قارچی ومیکوزیس فونگوئید وجود ندارد . آلیبرت نیزفکر میکردکه این بیماری یك نوع بیماری مقاربتی است .
در سال ۱۸۵۱ بازین (Bazin) مطالعات بیشتری را درباره این بیماری شروع‌کرد ودرسال ۱۸۷۶ ، سه‌مرحله را درسیر بیماری شرح داد .
ویدال وبروك نیز نوع دامبله «D'emblée» را که درآن فقط تومورهای بیماری دیده میشود گزارش دادند وهالویو در سال ۱۸۹۱ همراه شدن اریترودرمی را در یکنوع از میکوزیس فونگوئید شرح داد و برخی،آلوپسی موسینوز را همراه این بیماری گزارش داده‌اند .
بلوفارب (Bluefarb) که مطالعات زیادی دررتیکولوزها نموده شکل اریترودرمیك رایکی ازلوسمی‌ها یا لمفومها بحساب‌آورده است وشکل‌دامبله‌را همان رتیکولوم سل‌سارکوما (Reticulum-Cell Sarcoma) ذکرمینماید وشکل‌کلاسیك بیماری رایکنوع رتیکولوزولی‌کاملا مجزا از لمفومها و لوسمی‌ها میداند. اما برخی ازمحققین این‌را یکنوع لمفوم دانسته وبعضی دیگراصولا آنرا بعنوان یك بیماری مشخص و مجزا نشناخته‌اند. عده‌ای دیگراین بیماری را باسندرم سزاری (Sezary) دریکدسته قرار داده وآنها را فوقالعاده نزدیك بیکدیگر دانسته‌اند.
درمورد پاتوژنی لمفومها وازجمله این بیماری نیزمطالعات‌بسیار شده ولی هنوزاین مطالعات وگزارشها نتیجه قطعی ومسلم‌بدست نداده واختلاف نظرزیاد است. ازجنبه درمانی‌هم مطالعه وتجربه زیاد صورت گرفته ونظرات متفاوت منتشر شده است‌که با توجه بنکات بالا ملاحظه میشودکه این بیماری موارد نادری است‌که درعرض ۱۵۰ سال گذشته برسرآن بحث وگفت وگوی بسیارشده وهنوزاختلاف نظرها بسیاراست (۳ـ۴ـ۵ـ۹ـ۱۰).
شکل‌کلینیکی وهیستوپاتولوژیـ میکوزیس فونگوئید از لحاظ بالینی وآسیب‌شناسی کاملا شناخته‌شده ومشخص است. این‌بیماری نزد مردان بیشتر اززنان ونزدکودکان و افراد مسن نادراست . سیر بیماری‌کند میباشد واغلب تا ۲۰ سال طول میکشد که شامل سه مرحله است:
مرحله اول، پاپرمیکوتیك، بایك ضایعه غیراختصاصی که معمولا اگزمائی ویاشبه پسوریازیس است شروع میشود ودراغلب موارد با خارش شدید همراه است. ازخصوصیات این مرحله عدم بهبود بیماری با درمانهای معمولی اگزما، پسوزیازیس وغیره است. پلاکهای بیماری باشکال مختلف ورنگهای گوناگون درمیاید.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

دراین مرحله نمای میکرسکپیك ضایعات معمولا غیـر اختصاصی است با اینحال ممکن است دلائلی موجود باشد که بتوان بکمك آنها بوجود بیماری مشکوك شد وازآنجمله وجود انفیلتراسیون سلولهای لنفوسیت، هیستیوسیت ورتیکولوسیت همراه‌با ائوزینو-فیل، نوتروفیل و پلاسموسیت درزیراپیدرم است. دربعضی موارد این انفیلتراسیون بیشتر دراطراف عروق موئینه مشاهده میشود.

درمرحله دوم یا مرحله انفیلتراسیون، پلاکهای روی پوست در لمس‌انفیلتره هستند وبا انتشار وسیع واشکال عجیب وغریب‌خود جلب توجه میکنند . این پلاکها اریتماتـو، خشك وپوسته دار هستند وبندرت ممکنست باوزیکول ویا طاول همراه شوند. بـا اضافه شدن تدریجی انفیلتراسیون،پوسته پوسته شدن، تحریك و خارش بیشترمیگردد ومعمولا عفونت ثانوی‌هم دراثرخارش مزید برعلت میشود. این مرحله بدون درمان تا چند سال طول‌میکشد وبیمار را سخت رنج میدهد، بندرت مخاطها نیز دراین مرحله دچارمیشوند وکم‌خونی،لکوسیتوزوگاهی‌ائوزینوفیلی‌هم‌ممکنست دیده شود.

ضایعات انفیلتره ازلحاظ‌میکرسکوپی اختصاصی بوده وسلولهای نادر خاصی بنام سلولهای میکوزیس (Mycosis cell) با هسته درشت وسیتوپلاسم‌کم دیده‌میشود. انفیلتراسیون سلولی‌بقسمتهای زیرین درم نفوذ میکند ودر اپیدرم بصورت میکروآبسه‌هائی‌بنام میکروآبسه‌های پوتریه درمیاید.

مرحله سوم بیماری یا مرحله تومورال، فقط در تعداد کمی از بیماران پیش میاید و در آن مرحلـه ندولها و یا تـومورهائی باندازه‌های مختلف معمولاروی پلاکهای انفیلتره ظاهرمیگردد. این تومورهابندرت ممکنست‌خیلی بزرگ شده ومجروح گردند. این مرحله تاهنگام مرگ ادامه پیدا میکند ولی موقتاً بادرمان میتوان‌پیشرفت‌آنهارا محدود کرد. مرگ معمولادراثریك عفونت اضافی‌پیش‌میاید. ضایعات میکرسکوپی دراین مرحله، انفیلترا-سیون یکنواخت است واغلب بجای سلولهای میکوزیس،سلولهای رتیکولوسیت دیده میشود وبهمین‌جهت اغلب بارتیکولوسارکومها اشتباه میشود. میکروآبسه‌ها ونازك شدن اپیدرم وگاهی زخمی شدن آن موجود است (۱ـ۶ـ۸ـ۱۱ـ۱۲).

درمان ـ از سه وسیله رادیوتراپی ـ کورتیکوتراپی ـ وشیمیو-تراپی بامهارت خاصی باید استفاده کرد. رادیوتراپی، خصوصاً در مراحل اول بیماری، درمان انتخابی است وشامل مصرف کلی ۴۰۰ الی ۵۰۰ R ـ ۶۵ KU در چند مرحله میباشد، با مقدار کمتراشعه ویاباشعه grenz نیز نتایج نسبتاًخوبی‌حاصل‌شده‌است. مصرف پمادهای فلوئوسینولون بطور موضعی با آنتی هیستامین‌ها وباربیتوریکها دراین‌مرحله نیزمفیداست. بتدریـج کـه ضایعات بیشتر وشدیدتر میشود باید ازکورتیزون خوراکی وشیمیوتراپی از جمله داروهای سیتوتوکسیك مانند Cytoxan بمقـدار ۱۰۰ میلی‌گرم ویا Aminoptrine بمقدار۲۵ میلی‌گرم درهفته‌برای مدتی‌محدود همراه باآزمایش‌های‌لازم‌خون وادرار وتستهای‌کبدی استفاده نمود. بعضی بامصرف استروئیدهای فلورینه و برخی با مصرف‌نیتروژن موستارد بطورموضعی نتایج خوبی گزارش‌داده‌اند (۲ـ۷ـ۱۱ـ۱۲ـ۱۴).

نتیجه ـ تا آنجاکه اطلاع حاصل شده بیمار مورد بحث اولین موردی‌است‌که دراصفهان مشاهده وگزارش داده میشود. باتوجه به‌بحث‌کلی در مورد بیماری، این مورد ازلحـاظ کلینیکی، سیر بیماری وآسیب شناسی کاملا کلاسیك و آمـوزنده است. ضایعات جلدی بیمارگاهی چنان با پسوریازیس شباهت دارد کـه بدون توجه به‌تومورها ، تشخیص بالینی غیرممکن است. نتیجه‌درمانی نیز با رادیوتراپی وکورتیکوتراپی نزد بیماررضایتبخش بوده و مصرف پمادفلوئوروسینولون(Synalar) بتخفیف‌ضایعات وخارش آنهاکمك بسیار نموده است ـ ضمناً بیمار با وجود پیشرفت و وسعت ضایعات پوستی هیچ نوع‌علائم‌کلینیکی وآزمایشگاهی دال برابتلاء سایر قسمتهای بدن را نشان نمیدهد و مخاطهاهم سالم است.

REFERENCES

1- Allen G. Arthur, 1967. The skin, A clinical pathology second edition.
2- Auerbach R. (May 1970) Arch. Derm. M.F. Succesfully treated with Cytoxan 101-611
3- Bierman S.M. (June 1968) Arch. Derm. The role of Immunologie Aberration with Pathogenesis of Lymphoma, 97-696
4- Bluefarb S.M. 1965 Cutaneous manifestations of the malignant Lymphoma, Spring field illinois, Charles Thomas publishers.
5- Cronim A.E. (Jan. 1967) M.F. (Mycosis Fungoidis) Cutis 3-27
6- Cyr, D.P. et al (Nov-1960) Arch Derm. M.F. 94-558
7- Farber E.M. et al (1968) Arch. Derm. Treatment of M.F. 97_165
8- Lever W.F. 1961 Histopathology of the skin, Philadelphia J.B. Leppincot
9- Plotnick H. and Abbrecht M. (Av-1965) Arch. Derm. Alopecia Mucinosa and Lymphoma 92-137
10- Roeneyk H.H. and taylor J.C. (Feb-1970) Arch. Derm. M,F. Sezary Syndrom 101-244
11- Rook, wilkinson, Fbling 1968. Textbook of Dermatology. Great Britain Blackwell, Vol-2
12- Russel (April 1962) British journal of Dermatology M.F. treated with cytoxic Drugs. 74_157
13- Sandback M. and Katzenellenbage I. (Dec. 1968) Arch. Derm. M.F. of prolonged in siblings 98-620
14- Sepor K. (1965) Dermatologica pointing thrapy of Nitrogen Mustardin M.F. 130-301

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]