

در از هنوز تنها نامی است که بکار می رود، در حالیکه از لحاظ آتیولوژی و پاتولوژی هیچ ارتباطی بین بیماریهای قارچی و میکووزیس فون گوئید وجود ندارد. آلبرت نیز فکر می کرد که این بیماری یک نوع بیماری مقاربی است.

در سال ۱۸۵۱ بازین (Bazin) مطالعات بیشتری را درباره این بیماری شروع کرد و در سال ۱۸۷۶، هم رحله را در سیر بیماری شرح داد.

ویدال و برورک نیز نوع دامبله «D'emblée» را که در آن فقط توهورهای بیماری دیده می شود گزارش دادند و هالوبیو در سال ۱۸۹۱ همراه شدن اریترودرمی را در یک نوع از میکووزیس فون گوئید شرح داد و برخی، آلوپسی موسینوز را همراه این بیماری گزارش داده اند.

بلوفارب (Bluefarb) که مطالعات زیادی در ریکولوزها نموده شکل اریترودرمیک را یکی از لوسومی ها یا لمفوم ها بحساب آورده است و شکل دامبله را همان ریکولوم سل سار کوما (Reticulum-Cell Sarcoma) ذکر مینماید و شکل کلاسیک بیماری را یک نوع ریکولوزولی کاملابه مجزا از لمفوم ها و لوسومی ها میداند. اما برخی از محققین این را یک نوع لمفوم دانسته و بعضی دیگر اصولا آنرا بعنوان یک بیماری مشخص و مجزا نشناخته اند. عده ای دیگر این بیماری را با سندروم سزاری (Sezary) در یکدسته قرار داده و آنها را فوق العاده نزدیک ییکدیگر دانسته اند.

در مرور پاتولوژی لمفوم ها و از جمله این بیماری نیز مطالعات بسیار شده ولی هنوز این مطالعات و گزارش ها نتیجه قطعی و مسلم بدست نداده و اختلاف نظر زیاد است. از جنبه درمانی هم مطالعه و تجریبه زیاد صورت گرفته و نظرات متفاوت منتشر شده است که با توجه بنکات بالا ملاحظه می شود که این بیماری موارد نادری است که در عرض ۱۵ سال گذشته بر سر آن بحث و گفت و گویی بسیار شده و هنوز اختلاف نظرها بسیار است (۳-۴-۵-۹-۱۰).

شكل گلینیکی و هیستوپاتولوژی میکووزیس فون گوئید از لحاظ بالینی و آسیب شناسی کاملابه نشانه شده و مشخص است. این بیماری نزد مردان بیشتر از زنان و نزد کودکان و افراد مسن نادر است. سیر بیماری کند می باشد و اغلب تا ۲۰ سال طول می کشد که شامل سه مرحله است:

مرحله اول، یا پرمیکوتیک، بایک ضایعه غیر اختصاصی که معمولاً اگزمائی و یا شبه پسوریازیس است شروع می شود و در اغلب موارد با خارش شدید همراه است. از خصوصیات این مرحله عدم بهبود بیماری با درمانهای معمولی اگرما، پسوریازیس وغیره است. پلاکهای بیماری با شکال مختلف ورنگهای گوناگون در می اید.

- سرولوژی (V.D.R.L.) منفی.

- آزمایش میکروسکوپیک (بیوپسی) از تومور روی ساعد نمای نروفیرومای طبقه درم با آثار واکنش آماسی گزارش شد.

حال عمومی بیمار در بیمارستان خوب بوده و در معاینات عمومی و سابقه شخصی و فامیلی نکته مهمی وجود نداشته است. بیمار در تاریخ ۴۹/۳/۲۳ از بیمارستان مرخص و پس از چند روزی عازم مشهد شده و بد رمانگاه دانشکده پزشکی مشهد مراجعه نموده است. در آنجا از پلاکهای انفیلتره پوست بیوپسی بعمل آمده که گزارش آن چنین است: در امتحان میکروسکوپیک ضخامت اپiderم نامنظم شده است. در درم، کائونهای انفیلترای سلولی پلیمر ف ساخته شده از لنفوسيت پلاسموسیت، هیستیوسیت، پلی نوکلئائزینوفیل و سلولهای درشت با هسته های جوانه دار در درم سطحی و میانی مشاهده می شود. جایجا در ضخامت اپiderم اگزروستیوز سلولهای هیستیوسیت مشهود است که نمای باصطلاح میکروآبس (Pautrier) را دارد. تشخیص «میکووزیس فون گوئید».

بیمار، پس از بازگشت از مشهد، مجدداً در مرکز درمانی رضا پهلوی معاینه شد زخمی انفیلتره در ناحیه کتف راست داشت و ضایعات باشدت بیشتر و خارش شدید در سراسر بدن دیده می شد. او مورد رادیوتراپی قرار گرفت، در ناحیه کتف سه جلسه رادیوتراپی (300R, 65KV) بعمل آمد و ۶ جلسه نیز رادیوتراپی در پلاکهای ناحیه شکم انجام گرفت. ضایعات در ناحیه شکم بهبود نسبی و زخم کتف التیام یافت. پلاکهای انفیلتره اطراف آن از بین رفت. اما بیمار همچنان از خارش شدید و ضایعات نقاط دیگر بدن شکایت داشت تا اینکه در تاریخ ۴۹/۶/۱۸ در مرکز درمانی ثریا بستری شد. در این موقع بیمار علاوه بر خارش شدید و پلاکهای شبیه پسوریازیس چند ندول زخمی شده، دو عدد در پشت دست چپ و ساعد چپ و یکی هم روی شست پای چپ، داشت. معاینات عمومی و آزمایش های متداول بعمل آمد و بیوپسی از کناره تومور پشت دست چپ، میکووزیس فون گوئید را تأیید نمود. بیمار تحت درمان با پرندیزولون (روزی ۲۰ میلی گرم) همراه بادران موضوعی و آنتی بیوتیک قرار داده شد. خارش او خیلی تخفیف پیدا کرد ولی ضایعات روی بدن همچنان باقی ماند و فعلاً کورتیکوتراپی ادامه دارد تا اینکه مجدداً پس از مدتی رادیوتراپی از سر گرفته شود.

بحث کلی - تاریخیجه - بیماری میکووزیس فون گوئید را برای اولین بار در سال ۱۸۰۶ آلبرت (Alibert) شرح داد و بعداً نام مذکور را که احتمالاً بعلت شباht بعضی از ضایعات آن باضایعات قارچی بوده برای این بیماری انتخاب کرد و پس از گذشت سالیان

ر تیکولو سیت دیده می شود و بهمین جهت اغلب بار تیکولو سار کومها اشتباہ می شود. میکرو آسدها و نازک شدن اپیدرم و گاهی زخمی شدن آن موجود است (۱۲-۶-۱) (۱۲-۱۱-۸-۶).

درمان - از سه وسیله رادیوتراپی - کورتیکوتراپی - و شیمیو- تراپی با مهارت خاصی باید استفاده کرد. رادیوتراپی، خصوصاً در مرحله اول بیماری، درمان انتخابی است و شامل مصرف کلی ۴۰۰ الی R ۵۰۰ KU در چند مرحله می باشد، با مقدار grenz نیز نتایج نسبتاً خوبی حاصل شده است. کمتر اشعه و یا با اشعه فلوروسنیولون بطور موضعی با آنتی هیستامین ها و باربیتو ریکها در این مرحله نیز مفید است. بتدریج که ضایعات بیشتر و شدیدتر می شود باید از کورتیزون خود را کم و شیمیو تراپی از جمله داروهای سیتو توکسیک مانند Cytoxan بمقدار ۱۰۰ میلی گرم و یا Aminoptrine بمقدار ۲۵ میلی گرم در هفتگه برای مدتی محدود همراه با آزمایش های لازم خون و ادرار و تست های کبدی استفاده نمود. بعضی با مصرف استروئید های فلورینه و برخی با مصرف نیتروژن موستارد بطور موضعی نتایج خوبی گزارش داده اند.

(۱۲-۱۱-۷-۲)

نتیجه - تا آنجا که اطلاع حاصل شده بیمار مورد بحث اولین موردی است که در اصفهان مشاهده و گزارش داده می شود. با توجه به بحث کلی در مورد بیماری، این مورد از لحاظ کلینیکی 'سیر بیماری و آسیب شناسی کامل' کالاسیک و آموزنده است. ضایعات جلدی بیمار گاهی چنان با پسوردیازیس شباهت دارد که بدون توجه به تومورها، تشخیص بالینی غیر ممکن است. نتیجه درمانی نیز با رادیوتراپی و کورتیکوتراپی نزد بیمار رضایت بخش بوده و مصرف پماد فلوروسنیولون (Synalar) بتفحیف ضایعات و خارش آنها کمک بسیار نموده است - ضمناً بیمار با وجود پیشرفت و وسعت ضایعات پوستی هیچ نوع علامت کلینیکی و آزمایش گاهی دال بر ابتلاء سایر قسمتهای بدن را نشان نمیدهد و مخاطعه اهم سالم است.

## REFERENCES

- Allen G. Arthur, 1967. The skin, A clinical pathology second edition.
- Auerbach R. (May 1970) Arch. Derm. M.F. Succesfully treated with Cytoxan 101-611
- Bierman S.M. (June 1968) Arch. Derm. The role of Immunologie Aberration with Pathogenesis of Lymphoma, 97-696
- Bluefarb S.M. 1965 Cutaneous manifestations of the malignant Lymphoma, Spring field illinois, Charles Thomas publishers.
- Cronim A.E. (Jan. 1967) M.F. (Mycosis Fungoidis) Cutis 3-27
- Cyr, D.P. et al (Nov-1960) Arch Derm. M.F. 94-558
- Farber E.M. et al (1968) Arch. Derm. Treatment of M.F. 97-165
- Lever W.F. 1961 Histopathology of the skin, Philadelphia J.B. Leppincot
- Plotnick H. and Abbrecht M. (Av-1965) Arch. Derm. Alopecia Mucinosa and Lymphoma 92-137
- Rooneyk H.H. and taylor J.C. (Feb-1970) Arch. Derm. M.F. Sezary Syndrom 101-244
- Rook, wilkinson, Fbling 1968. Textbook of Dermatology. Great Britain Blackwell, Vol-2
- Russel (April 1962) British journal of Dermatology M.F. treated with cytotoxic Drugs. 74-157
- Sandback M. and Katzenellenbage I. (Dec. 1968) Arch. Derm. M.F. of prolonged in siblings 98-620
- Sepor K. (1965) Dermatologica pointing thrapy of Nitrogen Mustardin M.F. 130-301

در این مرحله نمای میکرو سکپیک ضایعات معمولاً غیر اختصاصی است با اینحال ممکن است دلائلی موجود باشد که بتوان بكمک آنها بوجود بیماری مشکوک شد و از آن جمله وجود انفیلتر اسیون سلولهای لنفو سیت، هیستیو سیت و رتیکولو سیت همراه با آوزینو- فیل، نوتروفیل و پلاسمو سیت در زیر اپیدرم است. در بعضی موارد این انفیلتر اسیون بیشتر در اطراف عروق مؤئنه مشاهده می شود. در مرحله دوم یا مرحله انفیلتر اسیون، پلاکهای روی پوست در لمس انفیلتره هستند و با انتشار وسیع واشکال عجیب و غریب خود جلب توجه می کنند. این پلاکها ارتیتماتو، خشک و پوسته دار هستند و بندرت ممکنست باوزیکول و یا طاول همراه شوند. با اضافه شدن تدریجی انفیلتر اسیون، پوسته پوسته شدن، تحریک و خارش بیشتر میگردد و معمولاً عفونت ثانوی هم در اثر خارش مزید برعلت می شود. این مرحله بدون درمان تا چند سال طول میکشد و بیمار را سخت رنج میدهد، بندرت مخاطها نیز در این مرحله دچار می شوند و کم خونی، لکوسیتوزو گاهی آوزینوفیلی هم ممکنست دیده شود.

ضایعات انفیلتره از لحاظ میکرو سکوپی اختصاصی بوده و سلولهای نارس خاصی بنام سلولهای میکوپیز (Mycosis cell) با هسته درشت و سیتو پلاس کم دیده می شود. انفیلتر اسیون سلولی بقسمتهای زیرین در نفوذ می کند و در اپیدرم بصورت میکرو آسده های بنام میکرو آسده های پوتربه در می اید. مرحله سوم بیماری یا مرحله تومورال، فقط در تعداد کمی از بیماران پیش می اید و در آن مرحله ندولها و یا تومورهای باندازه های مختلف معمولاً روی پلاکهای انفیلتره ظاهر میگردد. این تومورها بندرت ممکنست خیلی بزرگ شده و مجرح گردد. این مرحله تا هنگام مرگ ادامه پیدا می کند ولی موقتاً بادرمان میتوان پیشرفت آنها را محدود کرد. مرگ معمولاً در اثر یک عفونت اضافی پیش می اید. ضایعات میکرو سکوپی در این مرحله، انفیلتر اسیون یکنواخت است و اغلب بجای سلولهای میکوپیز، سلولهای