

گزارش يك مورد «رتيكولووز»

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۴، صفحه ۲۸۲، ۲۵۳۵

دکتر یزدگرد اکرامی - دکتر عبدالخالق محبت آئین *

تعریف: بیماریهای گوناگونی تحت عنوان رتیکولووز ذکر میشوند که وجه مشترك آنها عبارتست از تکثیر عناصر متشکله سیستم رتیکولو آندوتلیال (۱) (تابلوی ۱).

تابلوی ۱:

بیماریهای گوناگونی که تحت عنوان رتیکولووز نام برده میشوند:

- ۱- لوسمیها
- ۲- لنفومهای بدخیم
- ۳- میلومها
- ۴- میکوزفنگوئید
- ۵- بثورات ماقبل میکوزی
- ۶- رتیکولووز سزاری «Sezary»
- ۷- رتیکولووز لیپوملانیک
- ۸- پوئی کیلو درما آتروفیکن واسکولاری
- ۹- رتیکولو هیستوسیتوم کروستی «Crosti»

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

شرح حال: بیمار مرد ۴۲ ساله ایست که بعلت پیدایش لکه های قرمز بی خارش در سراسر بدن مراجعه کرده است. شروع بیماری را از شش سال قبل ذکر میکند. در معاینه بالینی پلاکهای بقطر يك تا ده سانتیمتر در سراسر بدن دیده میشود (شکل های ۱، ۲، ۳ و ۴). پلاکها سرخ رنگ و پوسته دار (ارتیما تو اسکوامو) بوده، رنگ آنها قرمز تافهوه ای مایل بسياه میباشد. اکثر پلاکها سفت اند «انفیلتره» و رنگ قرمز آنها در اثر فشار از بین نمیرود. در حالیکه عده کمی از پلاکها انفیلتراسیونی نشان نمیدهد و در اثر فشار از بین میرود.

معاینه سایر دستگاهها: در معاینه شکم طحال و کبد بزرگ نیستند و توده شکمی غیر طبیعی لمس نمیشود. غدد لنفاوی سطحی بزرگ نیستند. رادیوگرافی قفسه صدری غظم غدد لنفاوی مدیاستن را نشان نمیدهد. فرمول خون، سرعت رسوب گلبولی و بزل استرنال طبیعی است.

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

اپیدرم آکانتوتیک و در بعضی نواحی همراه با پاراکراتوز و طولیل شدن کرتها میباشد. مهمترین تغییر بافتی عبارتست از يك ارتشاح سلولی وسیع و شدید درم فوقانی و میانی همراه با ارتشاح پراکنده درم عمقی (شکل های ۵، ۶، ۷ و ۸).

بخش اعظم سلولهای تشکیل دهنده این انفیلترها شبه لنفوسیت «لنفوسیتوئید» و دارای هسته ای گرد یا بیضی با کروماتینی متراکم و سیتوپلاسمی قلیل میباشد. لابلای این سلولها تك تك سلولهای رتیکولرو هیستوسیت آتیبیک دیده میشود. سلولهای نئوپلازیک دارای خاصیت تهاجمی به اپیدرم فوقانی است و در بعضی نقاط تجمع سلولی شبیه به میکروآبسه پوتریه «Pautrier» درست میکنند ولی سلولهای میکوزیس که مؤید میکوزفنگوئید باشد دیده نمیشود. دو تشخیص آسیب شناسی که توسط دو آسیب شناس جدا گانه داده شده است عبارتند از:

۱- رتیکولووز بدخیم

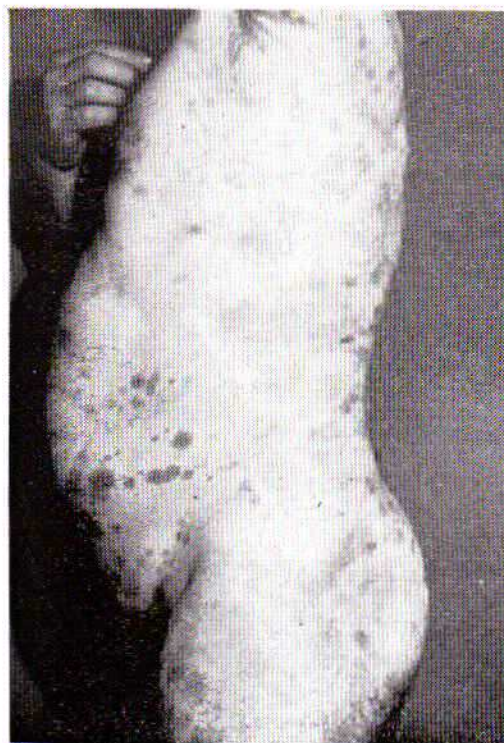
۲- مرحله اول میکوزفنگوئید.

درمانهای انجام شده: دو نوبت ماوراء بنفش (اولترا وایوله) یکی ۱۶ دفعه و هر دفعه بمدت ۱۰ دقیقه و یکی ۲۴ دفعه و هر دفعه بمدت ده دقیقه. این درمان اثر واضحی در بهبود ضایعات نداشت. لذا بیمار مجدداً

* دانشکده پزشکی رازی دانشگاه تهران.



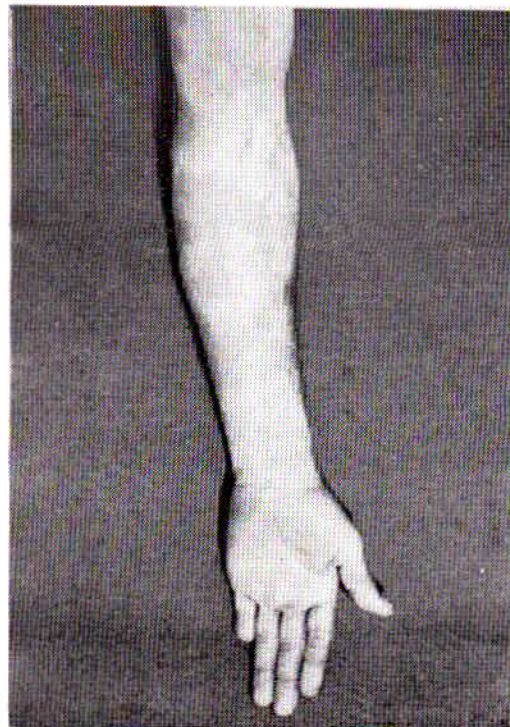
شکل ۳- پلاکهای متعدد در ناحیه پشت.



شکل ۱- پلاکهای متعدد با بعد گوناگون در قسمت چپ تنه.



شکل ۴- ضایعات در اندام تحتانی



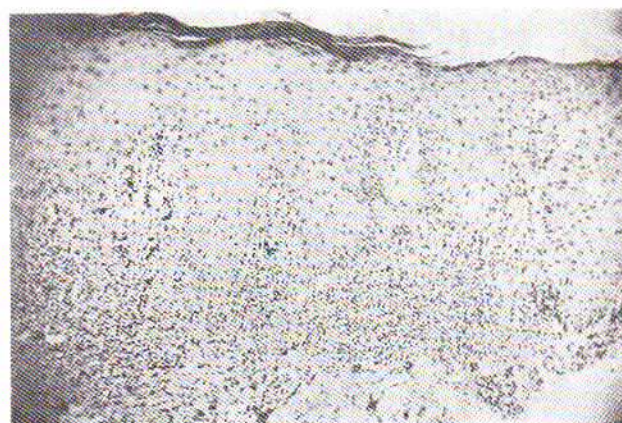
شکل ۳- ضایعات جلدی در اندام فوقانی.

شد. بدین طریق که هر آمپول ده میلیگرمی در ۵۰ سی سی سرم فیزیولوژی حل و هر روز بعد از استحمام از این محلول بر روی پلاکهای انقباض یافته مالیده شد. پس از سه هفته ضایعات روبه کاهش

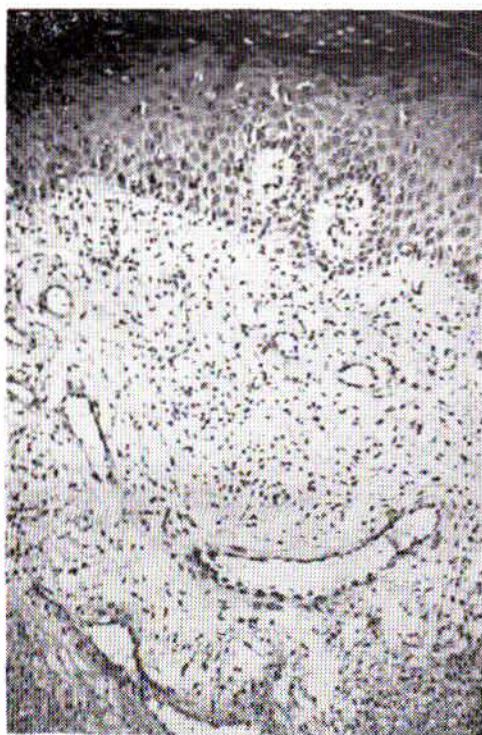
بستری گردید و بمدت ۷ روز هر روز يك آمپول ده میلیگرمی نیتروزن موستارد بصورت موستین «Mustine» یعنی مکلوواتامین هیدروکلراید (Mechlorethamine, Hydrochloride) بکار برده



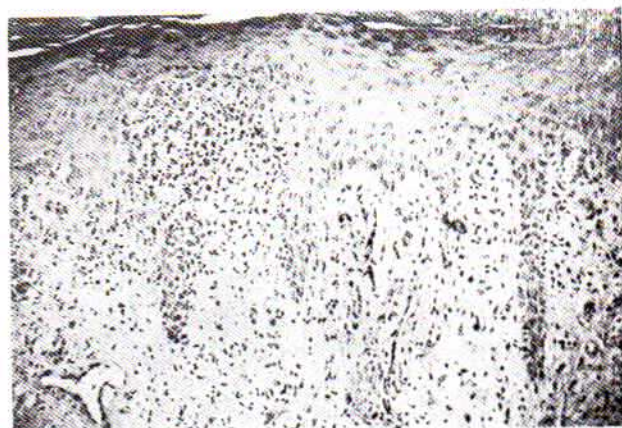
شکل ۶- ارتشاح سلولی به ایدرم فوقانی رخنه کرده و تجمع سلولی شبیه میکروآبه پوتریه درست کرده است.



شکل ۵- ارتشاح سلولی درم فوقانی.



شکل ۸- عروق درم فوقانی همراه با ارتشاح سلولهای نئوپلازیک.



شکل ۷- همانند شکل ۶ با بزرگ نمایی بیشتر.

اختیار کرد و آیا اصولاً بین این دو اصطلاح طبی فرقی هست یا نه؟ بررسی نوشته‌های 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 سلولهای رتیکولو-آندوتلیال بکار می‌برند (۳). بدین طریق میکوزوفنگوئید و طبعاً یکی از اشکال رتیکولوز بدخیم و حتی بعقیده این مصنفین میکوزوفنگوئید جامع‌ترین شکل رتیکولوز بدخیم می‌باشد*.

گذاشت و بعد از شش هفته انفیلتراسیون پلاکها کاملاً فروکش کرد و بیوپسی نیز نقصان انفیلتراسیون درمیک را 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 بطریق فوق تحت درمان با موسستین قرار گرفت. در این بار فروکش ضایعات پس از شش هفته شروع شد و اکنون مدت دوماه است که ادامه دارد.

بحث و نتیجه گیری: بیمار ۴۲ ساله‌ای که بمدت شش سال دارای پلاکهای قرمز پوسته دار 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 مطلوب تحت درمان فیتروژن موستارد قرار گرفت. بحث جالبی که درمورد این بیمار مطرح است نحوه نامگذاری بیماری می باشد ، بدین معنی که از دو اصطلاح میکوزوفنگوئید و رتیکولوز بدخیم کدام را باید

• Reticulosis par excellence of the dermatologist.

در مقابل این دو گروه دسته‌ای دیگر از محققین قرار دارند که معتقدند گرچه انواع گوناگون تکثیر سیستم رتیکولو آندوتلیال عناوین 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 جامعی برای بیماری در نظر گرفت و اصطلاح «رتیکولوز» بهترین عنوانی است که میتوان برای بیمار در نظر گرفت و از اینرو در مورد بیمار ما نیز میتوان «رتیکولوز» را بصورت يك عنوان مرضی مستقل بکار برد.

در حالیکه دسته‌ای دیگر از محققین (۲) میکوزفنگوئید و سایر پرولیفراسیونهای بدخیم سلولهای سیستم رتیکولو آندوتلیال را کاملاً جدا از بحث رتیکولوزها میدانند و اصطلاح رتیکولوز را فقط در مورد پرولیفراسیونهای خوش خیم سیستم رتیکولو آندوتلیال بکار می‌برند. (تابلوی ۲).

تابلوی ۲

نمودار دیگری از بیماریهای غشوانه‌ای که تحت عنوان رتیکولوز شرح می‌دهند

- ۱- هیستوسیتوم
- ۲- رتیکو هیستوسیتوم
- ۳- رتیکو هیستوسیتوم مولتی ساتریک
- ۴- لنفوسیتوم جلدي
- ۵- ارتشاح لنفوسیتی پوست
- ۶- گرانولوم فاسیال
- ۷- کیلیت گرانولوماتو
- ۸- سندرم ملکرسون روزنتال
- ۹- سارکوئیدوز
- ۱۰- ماستوسیتوز

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. Zarafonitis. 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.