# گزارش یك مورد «رتیکولوز»

دکتر یزدگرد اکرامی ـ دکتر عبدالخالق محبت‌آئین*

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۸۲ ، ۲۵۳۵

**تعریف:** بیماریهای گوناگونی تحت عنوان رتیکولوز ذکرمیشوند که وجه مشترك آنها عبارتست از تکثیر عناصر متشکله سیستم رتیکولوآندوتلیال (۱) (تابلوی ۱).

**تابلوی ۱:**
**بیماریهای گوناگونی که تحت عنوان رتیکولوز نام‌برده میشوند:**

۱ـ لوسمی‌ها
۲ـ لنفومهای بدخیم
۳ـ میلوم‌ها
۴ـ میکوزفنگوئید
۵ـ بثورات ماقبل میکوزی
۶ـ رتیکولوزسزاری «Sezary»
۷ـ رتیکولوزلیپوملانیك
۸ـ پوئی‌کیلودرماآتروفیکن واسکولاری
۹ـ رتیکولوهیستیوسیتوم‌کروستی «Crosti»

دراین جا شرح حال بیماری را که در دانشکده پزشکی رازی بستری شده‌است ، مینگاریم .

**شرح حال:** بیمار مرد ۴۲ ساله‌ایست که بعلت پیدایش لکه‌های قرمز بی خارش در سراسر بدن مراجعه کرده است . شروع بیماری را ازشش سال قبل ذکرمیکند. درمعاینه بالینی پلاکهائی بقطریك تا ده سانتیمتر درسراسربدن دیده میشود (شکل‌های ۱، ۲، ۳ و ۴). پلاکها سرخ رنگ و پوسته‌دار (ارتیماتواسکوامو) بوده، رنگ‌آنها قرمز تاقهوه‌ای مایل بسیاه میباشد. اکثرپلاکها سفت‌اند «انفیلتره» ورنگ قرمز آنها در اثر فشار ازبین‌نمیرود. در حالیکه عده‌کمی از پلاکها انفیلتراسیونی نشان نمیدهند ودر اثرفشار ازبین میرود.

**معاینه سایر دستگاهها :** درمعاینه شکم طحال وکبد بزرگ‌نیستند و توده شکمی غیرطبیعی لمس نمیشود. غدد لنفاوی سطحی بزرگ نیستند. رادیوگرافی قفسه صدری عظم غدد لنفاوی مدیاستن را نشان نمیدهد. فرمول‌خون، سرعت رسوب گلبولی وبزل‌استرنال طبیعی است .

**بافت برداری پوست:** که بدفعات انجام شد(شش‌بار) ضایعات‌کم و بیش مشابهی بقرار زیر نشان داد:

اپیدرم آکانتوتیك ودربعضی نواحی همراه با پاراکراتوز وطویل شدن‌کرت‌ها میباشد. مهمترین‌تغییربافتی عبارتست از یك ارتشاح سلولی وسیع و شدید درم فوقانی ومیانی‌همراه باارتشاح پراکنده درم عمقی(شکل‌های ۵، ۶، ۷ و۸).

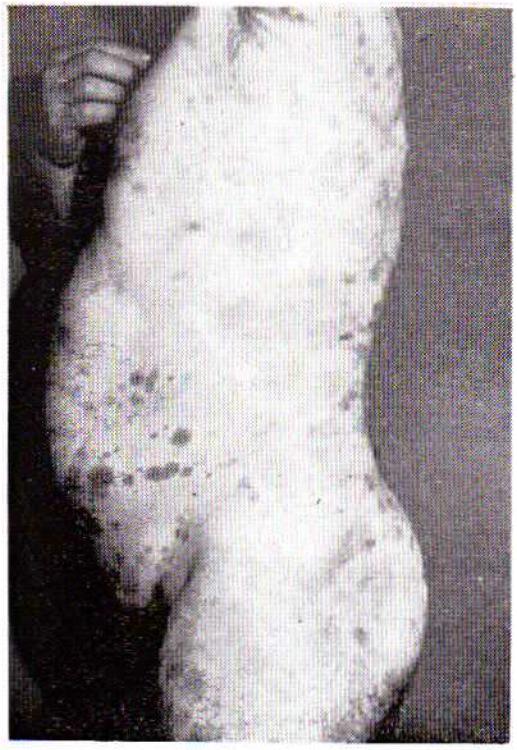
بخش اعظم سلولهای تشکیل دهنده این انفیلترا شبه لنفوسیت «لنفوسیتوئید»و دارای هسته‌ای گرد یابیضی‌باکروماتینی‌متراکم و سیتوپلاسمی‌قلیل‌میباشد.لابلای‌این‌سلولها تك‌تك‌سلولهای‌رتیکولرو هیستیوسیت‌آتیپیك دیده میشود. سلولهای‌نئوپلازیك دارای‌خاصیت تهاجمی به اپیدرم فوقانی است و دربعضی نقاط تجمع سلولی شبیه به میکروآبسه پوتریه «Pautrier» درست میکنند ولی سلولهای میکوزیس‌که مؤید میکوزفنگوئید باشد دیده نمیشود.

دو تشخیص آسیب شناسی‌که توسط دو آسیب شناس جداگانه داده شده است عبارتند از:

۱ـ رتیکولوز بدخیم
۲ـ مرحله اول میکوزفنگوئید.

درمانهای انجام شده: دونوبت ماوراءبنفش(اولتراویوله) یکی۱۶ دفعه‌وهردفعه‌بمدت ۱۰دقیقه ویکی۲۴دفعه وهردفعه بمدت ده‌دقیقه. این درمان اثر واضحی دربهبود ضایعات نداشت. لذابیمار مجدداً

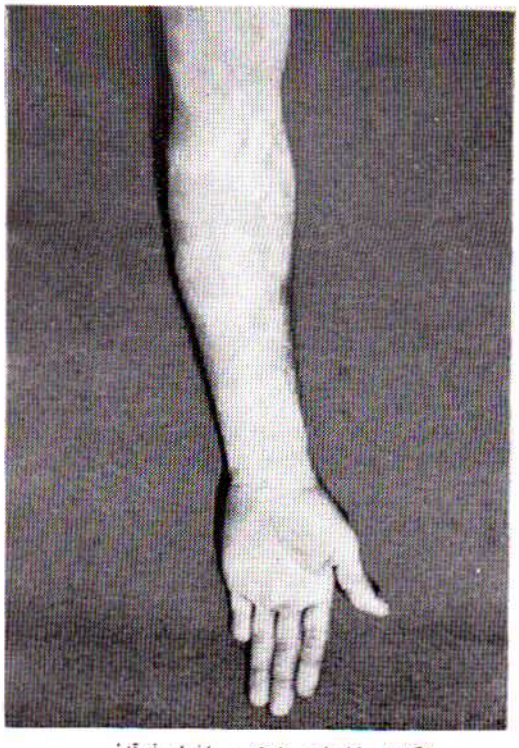
* دانشکده پزشکی رازی دانشگاه تهران.



شکل ۱- پلاکهای متعدد با ابعاد گوناگون درقسمت چپ تنه.



شکل ۲- پلاکهای متعدد در ناحیه پشت.

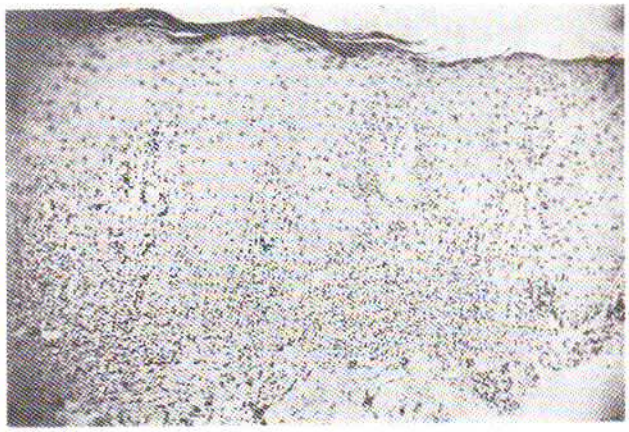


شکل۳- ضایعات جلدی در اندام فوقانی.

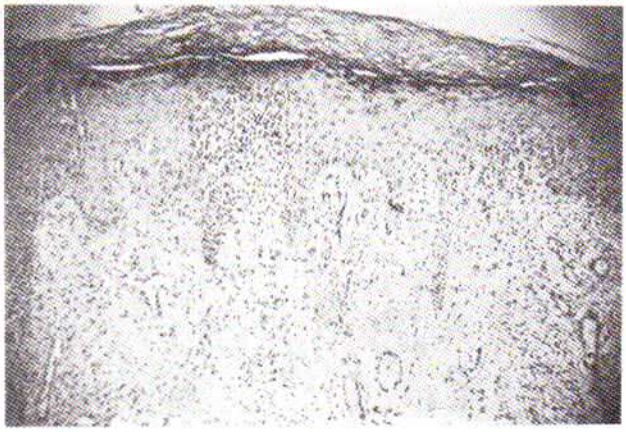


شکل۴- ضایعات در اندام تحتانی

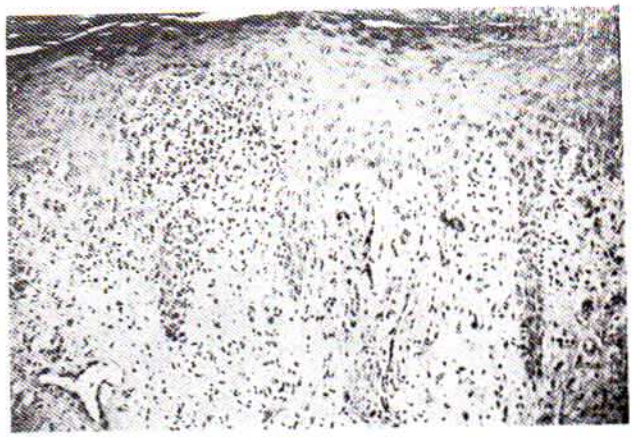
بستری گردید و بمدت ۷ روز هرروز یك آمپول ده میلیگرمی نیتروژن موستارد بصورت موستین «Mustine» یعنی مکلرواتامین هیدروکلراید (Mechlorethamine, Hydrochloride) بکاربرده شد. بدینطریق که هر آمپول ده میلیگرمی در ۵۰ سی‌سی سرم فیزیولوژی حل و هرروز بعد از استحمام از این محلول برروی پلاکهای انفیلتره مالیده شد. پس از سه هفته ضایعات روبه کاهش



شکل ۵ـ ارتشاح سلولی درم فوقانی.



شکل ۶ـ ارتشاح سلولی به اپیدرم فوقانی رخنه کـرده و تجمع سلولی شبیه میکروآبسه پوتریه درست‌کرده است.



شکل ۷ـ همانند شکل ۶ با بزرگ نمائی بیشتر.



شکل ۸ـ عروق درم فوقانی همراه باارتشاح سلولهای نئوپلازیك.

گذاشت وبعد ازشش هفته انفیلتراسیون پلاکها کاملا فروکش کرد وبیوپسی نیز نقصان انفیلتراسیون درمیك‌را نشان داد. مع‌الوصف پس از ده هفته ضایعات ندولی جدیدی پیدا شد وپلاکهای قدیمی نیزمجدداً اندکی‌انفیلتراسیون پیداکرد. لذا مجدداً بیمار بطریق فوق تحت درمان باموستین‌قرارگرفت. دراین‌بار فروکش ضایعات پس‌ازشش هفته شروع شد واکنون مدت دوماه‌است که ادامه دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بیمار ۴۲ ساله‌ای‌که بمدت شش سال دارای پلاکهای قرمز پوسته دار در سراسر بـدن بوده ، مورد بررسی قرارگرفته‌است. تشخیص آسیب‌شناسی ضایعات که شش‌بار بیوپسی شده‌اند توسط دوآسیب‌شناس مستقل، مرحله دوم میکوزفنگوئید و رتیکولوز بدخیم گزارش گردید. بیمار با نتیجه مطلـوب تحت درمان نیتروژن موستارد قرارگرفت. بحث جالبی‌که درمورداین بیمارمطرح است نحوه نامگزاری بیماری می‌باشد ، بدین‌معنی‌که از دو اصطلاح میکوزوفنگوئید و رتیکولوز بدخیم کدام را باید اختیارکرد وآیا اصولا بین این دواصطلاح طبی فرقی‌هست یانه؟ بررسی نوشته‌های پزشکی نشان میدهدکه دو عقیده کاملا متفاوت راجع به نحوه کار برد رتیکولوز وجود دارد. بعضی از مصنفین رتیکولوزرابرای هرنوع پرولیفراسیون‌بدخیم‌سلولهای رتیکولو-آندوتلیال بکار میبرند (۳). بدینطریق میکوزوفنگوئید • طبعاً یکی ازاشکال رتیکولوز بدخیم وحتی بعقیده این‌مصنفین میکوزو-فنگوئید جامع‌ترین شکل رتیکولوز بدخیم میباشد*.

• Reticulosis par excellence of the dermatologist.

در حالیکه دسته‌ای دیگر ازمحققین(۲) میکـوزفنگوئید و سایر پرولیفراسیونهای بدخیم سلولهای سیستم رتیکولوآندوتلیال را کاملا جدا از مبحث رتیکولوزها میدانند و اصطلاح رتیکولوز را فقط درمورد پرولیفراسیونهای خوش‌خیم‌سیستم رتیکولوآندوتلیال بکارمیبرند. (تابلوی ۲).

درمقابل‌این‌دو گروه دسته‌ای دیگرازمحققین قراردارندکه معتقدند گرچه انواع گوناگون تکثیر سیستم رتیکولو آندوتلیال عناوین جداگانه هستند و باید جداگانـه شرح داده شوند ، مع‌الوصف مواردی از بیماری دیده میشود که چه ازلحاظ بالینی وچه ازنظر بافت‌شناسی نمیتوان عنوان جامعی برای بیماری در نظر گرفت و اصطلاح «رتیکولوز» بهترین‌عنوانی‌است‌که میتوان برای بیماردر نظر گرفت وازاینرو درمورد بیمار ما نیزمیتوان «رتیکولوز» را بصورت یك عنوان مرضی مستقل بکار برد .

**تابلوی ۲**

**نمودار دیگری از بیماریهای گوناگونی که تحت عنوان رتیکولوز شرح می‌دهند**

۱ـ هیستیوسیتوم
۲ـ رتیکوهیستیوسیتوم
۳ـ رتیکوهیستیوسیتوم مولتی‌سانتریك
۴ـ لنفوسیتوم جلدی
۵ـ ارتشاح لنفوسیتی پوست
۶ـ گرانولوم فاسیال
۷ـ کیلیت گرانولوماتو
۸ـ سندرم ملکرسون روزنتال
۹ـ سارکوئیدوز
۱۰ـ 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. Sixcth 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.