

## ● گزارش موردى



### معرفی یک مورد بیماری کیکوچی به عنوان علامت اولیه بیماری لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک

چکیده

لنفادنیت نکروزان هیستیوپیتیک که در سال ۱۹۷۲ بنام بیماری کیکوچی - فوجیموتو شرح داده شده است، یک بیماری نادر خوش خیم می باشد که عمدتاً افراد جوان را مبتلا نموده و با لنفادنوفیاتی دردناک یا بدون درد یک طرفه گردنی تظاهر می نماید. در بررسی های گذشته کمتر از ۲۰ بیمار مبتلا به کیکوچی و بیماری لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک بوده اند.

بیمار ما زنی ۲۹ ساله با لنفادنوفیاتی گردنی، سوپراکلاؤکولار طرف راست بود که به تدریج دچار لنفادنوفیاتی آگزیلاری دو طرفه و لنفادنوفیاتی پارا آئورتیک و اینگوینال (ژنراالیزه) نیز گردید. در بیوپسی از غده لنفاوی، لنفادنیت نکروزان گزارش شد. این بیمار بعد از یک سال از شروع بیماری دچار علائم سرشته به صورت تب شبانه، تعریق، کاهش وزن، خستگی و بی اشتہایی شده و به تدریج درد مفاصل کوچک دستها و پاها نیز ایجاد گردید. در بررسی های پاراکلینیک، آنمی، لکوپنی خفیف، افزایش ESR، تست ANA (ds) مثبت و مثبت داشت که تشخیص SLE مطرح و به دنبال درمان با کورتیکوستروئید و آنتی مالاریا بهبود یافت.

بیمار فوق یک مورد نادر می باشد که در آن تظاهر SLE با بیماری کیکوچی بود. در مطالعات قبلی نیز بیماری کیکوچی قبل و یا همزمان و یا بعد از SLE ایجاد شده است، به همین جهت توصیه شده این بیماران چندین سال از نظر ایجاد بیماری SLE پیگیری شوند.

دکتر شمسا شریعت پناهی<sup>\*</sup>

۱. استادیار بیماری های داخلی  
(روماتولوژیست)، دانشگاه شاهد

\*نشانی نویسنده مسئول: تهران، خیابان ایتالیا  
بیمارستان شهید مصطفی خمینی،  
تلفن: ۸۸۹۶۳۱۲۲  
پست الکترونیک: Shariat15@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۲/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۲/۲۲

گزارش شد که با رد بیماری SLE، لفوم و عفونت مایکو باکتریال تشخیص کیکوچی مطرح گردید (شکل ۱).

در آزمایشات آن زمان، گلبول‌های سفید ۵۰۰۰ در میلی‌مترمکعب، هموگلوبین ۱۳ میلی‌گرم در دسی لیتر، پلاکت ۲۰۰۰۰۰ در میلی‌مترمکعب و ESR=۶۰ بود.

بیمار بعد از یک سال از شروع بیماری دچار علائم سرشتی به صورت تب شبانه، تعریق، کاهش وزن، بی‌اشتهائی و خستگی و به تدریج درد مفاصل کوچک دست‌ها و پاها شد. در بررسی‌های پاراکلینیک، آنمی نورموکروم و نورموسیتیک ( $Hb=10/6$ )، لکوپنی خفیف و  $L=46\%$ ،  $P=52\%$ ؛  $WBC=4800$ ، پلاکت برابر با  $141000$ ، افزایش ESR ( $ESR=30$ ) و تست Anti DNA (ds) ( $ANA=1/640$  (مثبت)) و کمپلمن‌های نرمال داشت که کورتیکوستروئید و آنتی‌مالاریا درمان شروع شد و بتدریج بهبود یافت.

## بحث

بیمار فوق یک مورد نادر می‌باشد که تظاهر بیماری لوپوس با بیماری کیکوچی بوده است. همراهی بیماری لوپوس و بیماری کیکوچی در چندین بیمار دیده شده و ذکر شده که بیماری کیکوچی قبل، همزمان و یا

نوتروفیل و پلاسماسل می‌باشد که این تغییرات، گاهی با لنفادنیت لوپوسی قابل افتراق نمی‌باشد و وجود اجسام هماتوکسیلین و پلاسماسل بیشتر و رسوب DNA در جدار عروق خونی جهت افتراق لوپوس از کیکوچی کمک کننده است. در نتیجه قبل از تشخیص بیماری کیکوچی باید با تست‌های سرولوژیک SLE رد شود [۱].

به ندرت در کیکوچی، گرفتاری خارج غده لنفاوی همراه با گرفتاری پوست، مفرز استخوان و میوکارد دیده می‌شود. راش پوستی بیماری کیکوچی غیراختصاصی بوده و شامل پلاک‌های منفرد و یا متعدد اریتمatos در صورت واندام‌ها و تنه می‌باشد که از چند هفته تا ماه‌ها طول می‌کشد و گاهی شبیه ضایعات SLE می‌باشد.

## مقدمه

بیماری کیکوچی یا لنفادنیت هیستیوسیتیک نکروز دهنده یک بیماری شبیه لوپوس خودبخود محدود شونده است که اولین بار در سال ۱۹۷۲ در ژاپن شرح داده شد و علت شناخته شده‌ای ندارد [۱]. به نظر می‌رسد پاسخ ایمنی T cell‌ها و هیستیوسیتها به یک عامل عفونی مانند ویروس ابشتاین بار و یا ویروس تیحال انسانی نوع ۶ و ۸ یا HIV و یا پاراویروس B19 در پاتوژن بیماری دخالت داشته باشد [۲]. این بیماری در آسیا شایع‌تر از سایر نقاط دنیا دیده می‌شود [۳]. شایع‌ترین تظاهر بالینی بیماری کیکوچی، تب و لنفادنوباتی گردیده می‌باشد. معمولاً تب خفیف بوده و به مدت یک هفته طول می‌کشد. عدد لنفاوی گردن به طور متوسط بزرگ می‌شوند. بیشتر بیماران، فرمول شمارش نرمال دارند و در ۲۰ تا ۳۲ درصد بیماران لکوپنی دیده می‌شود. گاهی ESR افزایش می‌باید و معمولاً فاکتورهای ضد هسته‌ای و فاکتور روماتوئید و سلول LE منفی می‌باشد [۲].

بیماری در تشخیص افتراقی SLE (از نظر کلینیکی) و لفوم بدخیم (از نظر هیستولوژیک) قرار دارد و تشخیص آن براساس تغییرات هیستولوژیک در غده لنفاوی شامل نکروز پاراکورتیکال، انفیلترازیون سلول‌های منونوکلئر و فقدان

## معرفی مورد

بیمار یک زن ۲۹ ساله می‌باشد که در سال ۱۳۸۴ با لنفادنوباتی گردیدی از ۱۰ ماه قبل به درمانگاه بیماری‌های داخلی بیمارستان شهید‌مصطفی خمینی مراجعه نموده است. بیمار همزمان دچار لنفادنوباتی سوپراکلاویکولار طرف راست بوده و به تدریج دچار لنفادنوباتی آگزیلاری دو طرفه، پارا آئورتیک و اینگوئینال (لنفادنوباتی ژنرالیزه) نیز شده است. در بیوپسی از غده لنفاوی لنفادنیت نکروزان قادر اجسام هماتوکسیلین



گرفتار شایع شامل گردن ۴۳٪، مزانتریک ۲۱٪، آکزیالاری ۱۸٪ و اینکوئینال ۱۷٪ بوده است که در بیمار ما نیز همین نواحی گرفتار شده بودند.

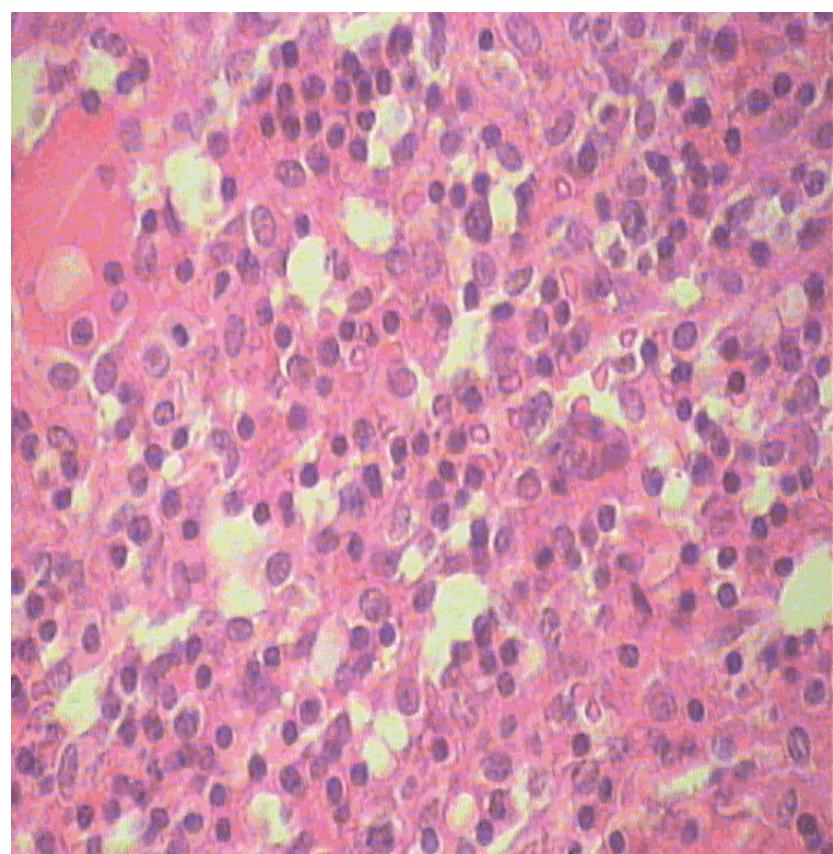
در بررسی چوا و گلام<sup>۵</sup> [۷] دختر چینی ۹ ساله با لوپوس شرح داده شده که بیماری او ابتدا با کیکوچی ظاهر شده و سپس علائم لوپوس ایجاد شده است که مشابه بیمار ما می‌باشد.

در مطالعه ال - راماهی<sup>۶</sup> [۸] در ۸ بیمار با کیکوچی، بررسی از نظر لوپوس صورت گرفته و ۲ مورد لوپوس تشخیص داده شده است. این بیماران لکوپنی و ESR افزایش یافته، داشته اند.

در بررسی دورفمن [۹] در ۱۰۸ بیمار مبتلا به کیکوچی، ۲ بیمار بعداً دچار لوپوس شده‌اند و توصیه شده که بیماران کیکوچی چندین سال از نظر بیماری لوپوس پیگیری شوند.

### سپاسگزاری

در پایان مقاله از آقای دکتر محمدرضا جلالی، دانشیار پاتولوژی بیمارستان شهیدمصدقی خمینی که در تهیه مقاله همکاری فراوان داشتند، تشکر می‌نماییم.



شکل ۱ - لنفادنیت نکروزان در نمونه بیوپسی غده لنفاوی گردن بیمار

مارتینز<sup>۳</sup> و همکاران [۵] در بررسی خود متوجه شدند که در یک بیمار تشخیص بیماری کیکوچی، سال‌ها قبل از تشخیص لوپوس وجود داشته است و به همین دلیل توصیه شده است که بیماری کیکوچی طول کشیده، ختماً از نظر وجود لوپوس بررسی شود و بر عکس در موارد شعله‌ور شدن لوپوس و ایجاد لنفادنوباتی، باید کیکوچی رد شود.

در بررسی اسینر<sup>۴</sup> و همکاران [۶] ذکر شده که شیوع لنفادنوباتی در لوپوس بین ۱۲ الی ۵۹ درصد می‌باشد و محل‌های

بعد از بیماری لوپوس تظاهر می‌باید و همچنین همراهی کیکوچی و بیماری‌های مختلف بافت همبندی (MCTD) نیز دیده شده است [۱].

در بررسی لن<sup>۱</sup> و چن<sup>۲</sup> در تایوان [۴] چهار مورد بیماری لوپوس و کیکوچی شرح داده شده است. در این بررسی سن بیماران بین ۲۱ الی ۳۵ سال بوده و از ۱۰ روز تا ۸ سال سابقه بیماری لوپوس داشته‌اند و در یک بیمار کیکوچی و لوپوس همزمان ظاهر شده است.

## مراجع

1. Quismorio F.P. Hematologic and lymphoid abnormality in systemic lupus erythematosus. In: Wallace D, Hahn B. *Dobois' lupus erythematosus*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001; 793-794.
2. CD uptodate. Kikuchi's disease [monograph on CD-ROM]. Michael J Richard, 14.3 ed ; Aug 2006.
3. Spies J, et al. The histopathology of cutaneous lesion of kikuchi's disease. *Am J Surg Pathol* 1999; 23(9):1040-1047.
4. Chen YH, Lan JL. Kikuchi disease in systemic lupus erythematosus. *J Microbiol Immunol Infect* 1998; 31(3): 187-192.
5. Martinez-Vascues C, et al. Histiosytic necrotizing lymphadenitis. *QJM* 1997; 90(8):531-533.
6. Esiner MD, et al. Necrotizing lymphadenitis associated with SLE. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26(1):477-482.
7. Chua SH, et al. Systemic lupus erythematosus with erythema multiform like lesions. *Ann Acad Med Singapour* 1996; 25(14):599-601.
8. El-Ramahi KM, et al. Kikuchi disease and it's assosiation with systemic lupus erythematosus. *Lups* 1994; 3(5):409-411.
9. Dorfman RF, Berry GJ. Kikuchi's histiosytic necrotizing lymphadenitis. *Semin Diag Oathol* 1988; 5(4):329-345.