

هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی لوزه های کامی

*دکتر مهدی بخشایی^۱، دکتر ناصر طیبی^۲، دکتر مهدی موزونی^۳،

دکتر نوید نوری زاده^۴، دکتر سارا شهریاری^۵

^۱استادیار گوش، گلو و بینی - جراحی سر و گردن، ^۲استادیار پاتولوژی،

^۳دستیار تخصصی پاتولوژی، ^۴پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک ضایعه خوش خیم نادر در لوزه های کامی است که سبب نمای پاپیلاری غیرطبیعی در سطح لوزه ها می گردد که می تواند با کارسینوم یا پاپیلوم اشتباه شود.

گزارش مورد: بیمار یک دختر ۷ ساله با ضایعات پاپیلوماتوز سطح هر دو لوزه ی کامی می باشد.

واژه های کلیدی: هایپرپلازی، لوزه های کامی، هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی

مقدمه

تاکنون بر اساس اطلاعات نویسندگان قبلا در ایران چنین گزارشی وجود نداشته است. پاتوژنز این بیماری روشن نمی باشد. هرچند، بر اساس ظاهر بالینی آن تشخیص های شایع تری مانند پاپیلوما و کارسینوما به ذهن می رسد ولی هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک روند خوش خیم است، احتمالا غیرنئوپلاستیک، که با تونسیلکتومی به راحتی درمان می گردد (۲،۴). در این مقاله، یک بیمار با هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی گزارش می شود.

گزارش مورد

یک دختر ۷ ساله و سفید پوست با شکایت احساس توده در گلو همراه با ادینوفاژی، هیپونازالیتی، دیسفاژی، خرخر و آپنه انسدادی هنگام خواب از ۳ سال قبل به درمانگاه گوش، گلو و بینی مراجعه نمود. در معاینه ی فیزیکی ضایعات پاپیلوماتوز دو طرفه در اوروفارنکس، خلف کام نرم و روی لوزه های کامی مشهود بود (تصویر شماره ۱).

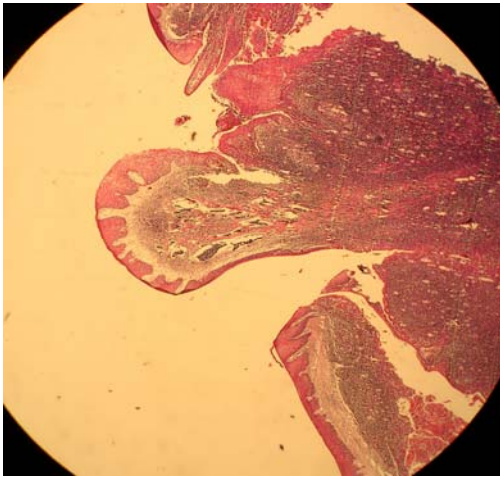
هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک وضعیت بالینی و بافت شناسی نادر است که به صورت ضایعات پاپیلوماتوز لوزه ها، شبیه پاپیلوما ی سنگفرشی تظاهر می یابد. درجاتی از هایپرپلازی در بافت های لنفاوی حلقه والدیر که بیشترین میزان آن در کودکان دیده می شود، وجود دارد که با بلوغ، اکثر موارد برطرف می گردد. در نتیجه، تعیین میزان بروز واقعی این ضایعه از مقالات مشکل است (۱). هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی برای اولین بار توسط آقای رابرت در سال ۱۸۹۶ گزارش گردید (۲). ۴ گزارش از غربی ها و ۳۵ مورد در ژاپنی ها، نشان دهنده ی برتری ابتلا در نژاد آسیایی می باشد (۲،۳).

^۵آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، بیمارستان قائم (عج)، گروه گوش، گلو و بینی

تلفن تماس ۰۵۱۱-۸۵۹۴۰۸۲

Email:mehbakhsh@yahoo.com

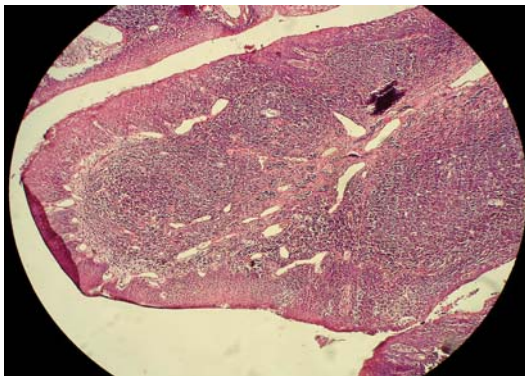
تاریخ وصول: ۸۶/۱۱/۱۴ تاریخ تایید: ۸۷/۳/۲۹



تصویر ۲- زوائد انگشتی شکل (رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین با درشت نمایی ۴ برابر)



تصویر ۱- ضایعات پاپیلوماتوز دوطرفه‌ی لوزه‌های کامی



تصویر ۳- ساختمان پاپیلاری با بافت لنفاوی در زیر پوشش اپیتلیوم سنگفرشی رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین با درشت نمایی

بحث

هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک اختلال نادر لوزه‌های کامی است و اهمیت آن، در تشابه تظاهر بالینی با پاپیلوم سنگفرشی دهان و پولیپ‌های لنفوئیدی دستگاه گوارشی است که می‌تواند سبب انسداد شدید حلق گردد. هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی برای اولین بار توسط آقای رابرت در سال ۱۸۹۶ گزارش گردید.

در رادیوگرافی ساده، هایپرتروفی بافت نرم نازوفارنکس دیده می‌شد. تشخیص بالینی پاپیلوماتوز بود. به جز یک کم خونی خفیف هیپوکروم و میکروسیت ناشی از فقر آهن در آزمایشات روتین، نکته‌ی غیرطبیعی وجود نداشت. برداشت جراحی به صورت تونسیلکتومی انجام گرفت و نمونه‌ها در شیشه‌ی حاوی فرمالین ۱۰٪ به آزمایشگاه فرستاده شدند و بلوک پارافینی از آن‌ها تهیه شد. در بررسی ماکروسکوپی، هر دو لوزه ابعادی در حد $1/5 \times 2 \times 3/5$ سانتی متر داشتند. قوام آن‌ها لاستیکی، صورتی رنگ و سطح‌شان پاپیلوماتوز بود.

در بررسی میکروسکوپی نمونه، ضایعات انگشت مانند شامل مرکز عروقی همراه هایپرپلازی لنفاوی فولیکولار واضح مشابه گرز، دیده می‌شد. از نظر بافت شناسی، پوشش سطحی آن‌ها، سنگفرشی مانند سطح لوزه‌ها بود (تصاویر ۲ و ۳).

هیچ آثاری از بدخیمی وجود نداشت. ظاهر بافت شناسی بافت، نشان دهنده‌ی شکل خاصی از هایپرتروفی لوزه‌ها بود که هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی نامیده می‌شود. پیگیری‌های بعد از عمل نشان دهنده‌ی وضعیت ریشه کن شده‌ی بیماری، بدون اثری از عود ضایعه بود.

شایع ترین تظاهر بالینی این بیماری عبارت است از اوتیت دوطرفه، تونسیلیت و رینوفونی راجعه (۱).
تشخیص قطعی توسط مطالعات میکروسکوپی بافت شناسی صورت می پذیرد و یافته های میکروسکوپی شامل هایپرپلازی لنفاوی در یک بافت همبندی شل است که با یک پوشش سنگفرشی پوشیده شده است (۵،۱،۶).
در بررسی میکروسکوپی موارد کارسینوم، تغییر شکل و بی نظمی سلولی و در پاپیلوم مرکز واسکولر بدون هایپرپلازی بافت لنفاوی می باشد و از طرفی پاپیلوم های دهان منفرد و بدون علامت هستند (۷).

نتیجه گیری

هایپر پلازی لنفوئیدی باید تشخیص داده شود، چون از نظر بالینی شبیه ضایعات نئوپلاستیک خوش خیم (پاپیلوما) و بدخیم (کارسینوما) می باشد. هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک روند خوش خیم احتمالاً غیرنئوپلاستیک است، که درمان قطعی آن تونسیلکتومی می باشد (۴،۲).

در ژاپن در سال ۱۹۲۴ توسط اگیناوا به صورت یک هایپرتروفی نادر لوزه های کامی گزارش شد و ماتسوئی در همان سال آن را به صورت هایپرتروفی آتیپیک (هایپرتروفی پاپیلاری) لوزه های کامی بیان نمود (۵،۲).

به نظر می رسد که شیوع این وضعیت در نژاد آسیایی شایع تر بوده (۳،۲) و جنس مونث مقداری برتری داشته باشد. دامنه ی سنی بیماران ۲-۵۴ سال بوده و درگیری لوزه های کامی معمولاً به صورت دوطرفه می باشد (۲).

این وضعیت غیر طبیعی لوزه های کامی دارای نام های مختلفی مانند هایپرتروفی پاپیلوماتوز، هایپرتروفی پاپیلاری، هایپرتروفی شبه تومور، هایپرتروفی غیرطبیعی، هایپرپلازی پاپیلاری، تورم شبه پاپیلومایی، تونسیلیت پرولیفراتیو و هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی است.

هرچند پاتوژنز این بیماری نامعلوم است ولی بعضی عوامل مظنون شامل تحریکات مداوم التهابی، تاثیرات هورمونی، نئوپلازی و تغییر شکل مادرزادی با توارث اتوزومال غالب می باشند (۵،۲).

References

- 1- Kardon DE, Wenig BM, Heffner DK, Thompson LDR. Tonsillar lymphangiomas: A clinicopathologic series of 26 cases. *Mod Pathol* 2000; 13(10): 1128-33.
- 2- Dias EP, Alfaro SE, de Piro SC. Lymphoid papillary hyperplasia: Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2003; 95(1): 77-9.
- 3- Pitois M, Sellem M, Quiniou M. [Les lymphangiomes de l'amygdale palatine (amygdale lymphangiome). *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*]. *Rev laryngol Otol Rhinol* 1985; 106(1): 67-70. (French)
- 4- Carillo-Farga J, Abbud-Neme F, Deutsch E. Lymphoid papillary hyperplasia of the palatine tonsils. *Am J Surg Pathol* 1983; 7(6): 579-82.
- 5- Enomoto T, Matsui K, Tabata T. Papillary hypertrophy of the palatine tonsils. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980; 89(2 Pt 1): 132-4.
- 6- Pilch BZ. The nasopharynx and Waldeyer's ring. In: Pilch BZ. (editor). *Head and neck surgical pathology*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001: 157-94.
- 7- Timothy SL. Benign tumors and tumor like lesions of the oral cavity. In: Cumming CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. (editors). *Cumming's otolaryngology head and neck surgery*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 1574.