

تشخیص شما چیست؟

دکتر رضا یعقوبی

دانشیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

معرفی بیمار

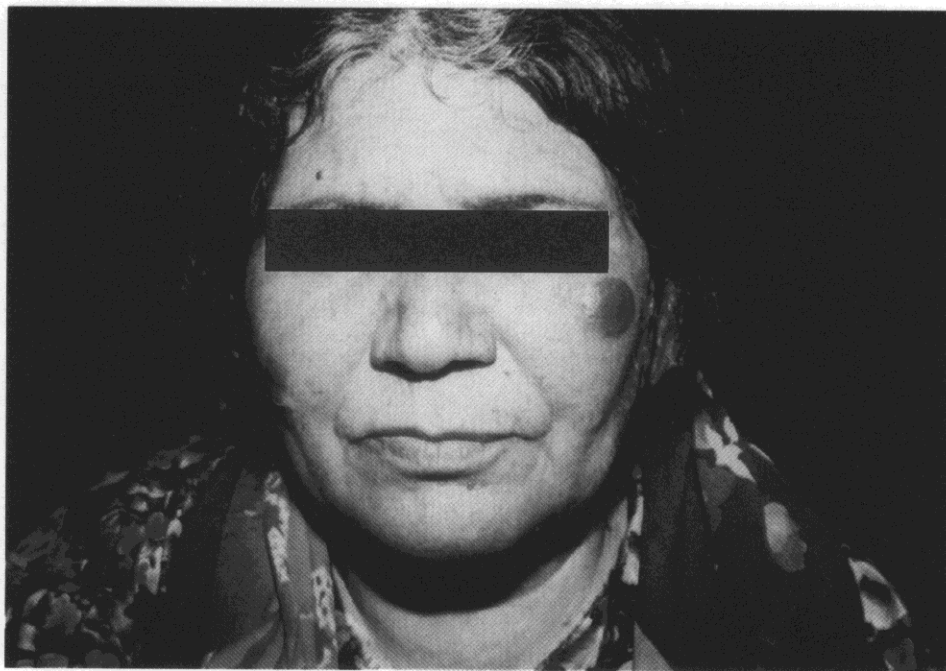
سانتیمتر تا 3×3 سانتیمتر متغیر بود (تصویر ۱). در بررسی آزمایشگاهی CBC نرمال، قندخون ناشتا ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول ۲۱۱ میلی گرم در دسی لیتر و تری گلیسرید ۳۱۰ میلی گرم در دسی لیتر نبود. کوچکترین ضایعه به طور کامل جراحی شد و آزمایش هیستوپاتولوژی ارتشاح متراکم سلولهای پلی مورفونوکلر را نشان داد (تصاویر ۲، ۳).

تشخیص شما چیست؟ (برای مطالعه پاسخ به صفحه

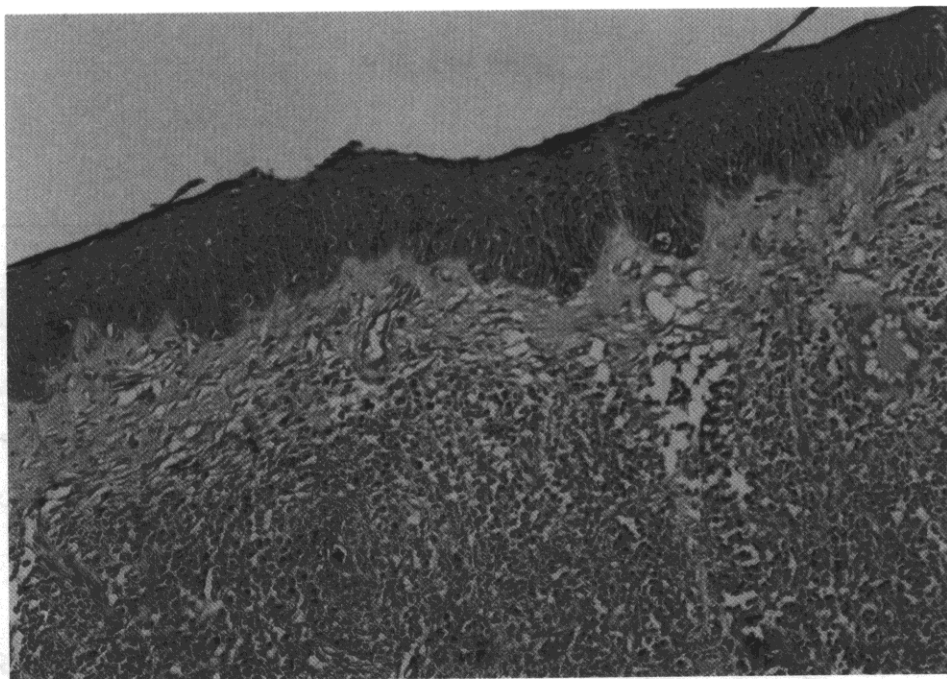
۵۳ مراجعه نمایید)

خانمی ۵۷ ساله با یک سابقه ۸ ماهه از چندین ضایعه پوستی در صورت به درمانگاه پوست مراجعه کرد. ضایعات بدون علامت ولی به طور پیشرونده‌ای در حال رشد بودند. در سابقه بیمار به جزء دیابت ملیتوس و مصرف چندین ساله قرص گلی بن کلامید نکته مهمی وجود نداشت.

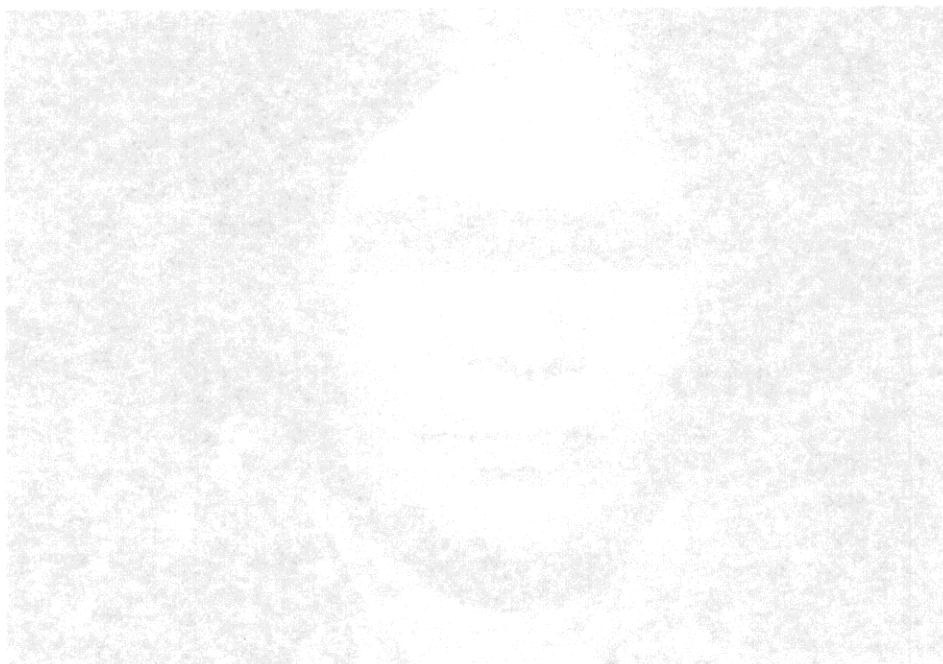
در معاینه فیزیکی سه ندول انفیلتراتیو، کاملاً مشخص و به رنگ قرمز تیره تا قهوه‌ای روشن بر روی هر دو گونه دیده شد. اندازه ضایعات از 0.5×0.5

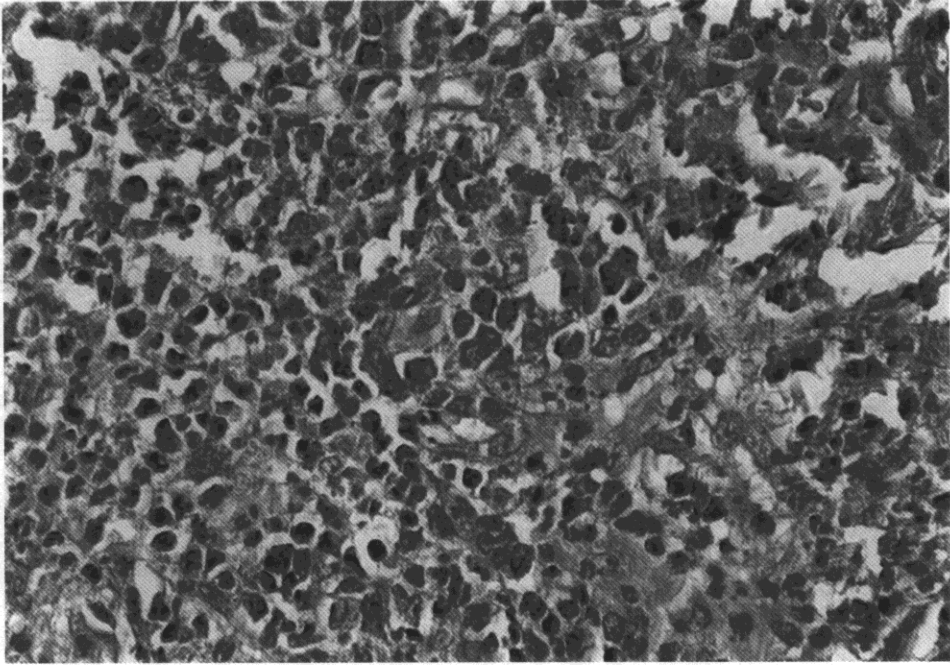


تصویر شماره ۱



تصویر شماره ۲





تصویر شماره ۳

ولی بندرت بیش از سه سانتی متر می باشد. رنگ ضایعات از ارغوانی مایل به قرمز تا قهوه‌ای متفاوت می باشد اما برخی از مؤلفین بر روی رنگ مشخص قرمز-قهوه‌ای تأکید داشته، به طوری که این مشخصه را یک کلید تشخیصی مفید می دانند (۴). برخی از بیماران از خارش مختصر، سوزش و یا حساس بودن ضایعات شاکی هستند ولی ضایعات معمولاً فاقد علامت هستند (۵). گرانولوم فاسیال ممکن است در هر سنی دیده شود و به طور مشخص بیشتر مردان سفیدپوست میانسال سالم مبتلا می شوند (۶).

علت و پاتوژنز گرانولوم فاسیال ناشناخته است. برخی از مؤلفین پیشنهاد کردند که گرانولوم فاسیال ممکن است یک فرم از واسکولیت و به دنبال یک پاسخ موضعی شبه آرتوس ایجاد شود. یک مطالعه اخیر ایمونوهیستوکیمال ارجحیت لنفوسیت‌های T کمکی که تقریباً هم با آنتی‌بادیهای ضد اینترلوکین ۲ و lymphocyte functional antigen رنگ آمیزی شدند را نشان دادند. مؤلفین از این یافته‌ها نتیجه‌گیری کردند که نقش اینترفرون گاما در این روند، ممکن است یک نقش بیماری‌زا باشد (۴).

یافته‌های آسیب‌شناسی گرانولوم فاسیال شامل ارتشاح متراکم سلولهای پلی مورفونوکلتر است که اساساً در نیمه فوقانی درم و در برخی نواحی درم تحتانی و بعضاً در بافت هیپودرم دیده می شود. به طور مشخص این ارتشاح توسط یک منطقه نرمال از بافت کلاژن به نام Grenz zone از اپیدرم و ضمائم پیلوسباسه مجزا می گردد. ارتشاح پلی مورف شامل ائوزینوفیل، نوتروفیل، سلولهای مونونوکلتر، پلاسماسل بوده و شواهدی از واسکولیت به صورت خروج گلبول‌های قرمز از عروق و در نتیجه رسوب هموزیدرین، لکوسیتوکلایس، عروق کاپیلری متسع و وجود مواد فیبرینوئید قویاً ائوزینوفیلیک در و اطراف دیواره عروق دیده می شود. ممکن است در برخی از موارد فیبروز

تشخیص: گرانولوم فاسیال

یافته‌های آسیب‌شناسی شامل اپیدرم طبیعی می باشد و در درم فیبروتیک علاوه بر Grenz zone (تصویر شماره ۲)، ارتشاح سلولهای التهابی پلی مورف شامل ائوزینوفیل، نوتروفیل، پلاسماسل، لنفوسیت و ماکروفاژ مشاهده شد (تصویر شماره ۳). ارتشاح فوق تا هیپودرم نیز دیده شد. ضایعات کوچکتر به طور کامل جراحی شدند ولی درمان بزرگترین آنها با تزریق داخل ضایعه سوسپانسیون تریامسینولون استوناید به میزان ۵ میلی گرم در میلی لیتر هر سه هفته یک بار آغاز شد. پس از سه تزریق، ضایعه بهبودی قابل ملاحظه‌ای نشان داد. ضایعات کوچکتر عود نکردند ولی بیمار جهت پیگیری و ادامه درمان مراجعه نکرد.

بحث

نخستین مورد گرانوم فاسیال توسط Wigley و در سال ۱۹۴۵ تحت عنوان گرانولوم ائوزینوفیلیک گزارش شد. Leeper و Lever در سال ۱۹۵۰ گرانولوم فاسیال را از سایر گرانولوم‌های ائوزینوفیلیک جدا کردند و در نهایت Pinkus در سال ۱۹۵۲ نام کنونی گرانولوم فاسیال را پیشنهاد کرد (۱).

گرانولوم فاسیال یک بیماری مزمن و خوش خیمی است که با یک و یا چند ندول ایندوره، قرمز-قهوه‌ای تا ارغوانی رنگ و بدون علامت مشخص می گردد. سطح ضایعات دارای منافذ فولیکولر برجسته و بعضاً دارای تلائزکتازی است. ضایعات معمولاً در صورت و اکثراً بر روی بینی، گیجگاه، گونه و پیشانی دیده می شوند ولی ممکنست در هر محلی یافت شوند. ابتلا داخل بینی نیز گزارش شده است (۲). ابتلا نواحی غیر از صورت نادر می باشد ولی گزارشات مبنی بر وجود ضایعات در پشت، دست‌ها، اندام تحتانی (۳) و پوست سر (۴) وجود دارد. اندازه ضایعات از چندین میلی متر تا چندین سانتی متر متغیر

گرانولوم فاسیال و EED کاملاً به یکدیگر مرتبط و احتمالاً نمایش مختلف یک بیماری هستند. تشابهات هیستولوژیک گرانولوم فاسیال و EED شامل واسکولیت لکوسیتو کلاستیک و ارتشاح متراکم سلولهای التهابی نوتروفیلی است. اگر چه EED به علت فقدان ائوزینوفیل وجود Grenz zone زیر اپیدرم از گرانولوم فاسیال قابل افتراق است (۷۸).

گرانولوم فاسیال به درمانهای موجود مقاومت نشان می‌دهد. تزریق داخل ضایعه کورتیکواستروئیدها به عنوان اولین رویکرد درمانی سفارش شده است. استروئید موضعی نیز ممکن است مؤثر باشد (۶). کرایوتراپی با نیتروژن مایع و متعاقباً تزریق تریامسینولون استوناید را یک درمان مؤثر و بی‌خطر گزارش کرده‌اند (۱). در صورت عدم پاسخ به درمانهای فوق، داپسون، کلشی سین، آنتی‌مالاریا، کورتیکواستروئید سیستمیک، تزریقات طلاو درمان با PUVA را می‌توان تجویز نمود. چنانچه درمانهای طبی نیز مؤثر نباشند، می‌توان از روشهای جراحی نظیر درم ابریشن، کرایوسرجری، الکتروسرجری، لیزرهای آرگون و CO₂ استفاده کرد (۵، ۶، ۸).

منابع

1-Dowlati B, Firooz AR, Dowlati Y. Granuloma faciale: successful treatment of nine cases with a combination of cryotherapy and intralesional corticosteroid injection. *Int J Dermatol* 1997; 36:548-51.

2-Leiferman KM. Syndromes associated with eosinophilia. In: Sams WM, Lynch PJ (eds). *Principles and practical of dermatology*, New York: Chruchill Livingstone, 1990: 650-51.

متراکمی در برخی از ضایعات دیده شود که ضرورتاً به سن ضایعه بستگی نداشته و نشان دهنده تمایل به پس رفت ضایعه است (۷). یافته‌های مطالعات ایمونوفلورسانس گرانولوم فاسیال غیراختصاصی هستند (۵). مطالعات میکروسکوپ الکترونی وجود ائوزینوفیل‌ها را نسبت به میکروسکوپ نوری به طور برجسته‌ای آشکار ساخته و تغییرات دژنراتیو همراه با کریستال شارکوت-لیدن را نشان می‌دهد (۱).

ضایعات گرانولوم فاسیال هرگز زخمی نشده ولی رشد کندی دارد و ممکن است برای سالها پابرجا باقی مانده و ندرتاً پس رفت خودبخودی نشان می‌دهد (۲).

تشخیص گرانولوم فاسیال بر مبنای ترکیبی از نمای بالینی و یافته‌های آسیب‌شناسی است. تشخیص افتراقی آن شامل سارکوئیدوز، لوپوس اریتماتودیسکونید، پسودولنفوم، لوسمی و لنفوم پوستی، آنژیولنفونید، هیپرپلازی با ائوزینوفیلی، هیستوسیتوزیس x، Erythema Elevatum Diutinum (EED)، مایکوزیس فونگوئیدز، گرانولوم‌های عفونی، Polymorphous Light Eruption، گرانولوم جسم خارجی، گزش ارتروئودها می‌باشد (۲، ۸) به نظر می‌رسد

3-Sears JK, Gitter DG, Stone MS. Extrafacial granuloma faciale. *Arch Dermatol* 1991; 127: 742-43.

4-Kavanagh GH, McLaren KM, Hunter JAA. Extensive extrafacial granuloma faciale of the scalp. *Br J Dermatol* 1996; 134:595-96.

5-Ryan TJ. Granuloma faciale. In: Champion RH, Burton JL, Burns DR, Breathnach SM (eds). *Rook / Wilkinson / Ebling textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell

6-Odom RB, James WD, Berger TG (eds).

Andrews' diseases of the skin.

Philadelphia: W.B. Saunders, 2000: 1038.

7-Lever WF, Schaumburg-Lever G (eds).

Histopathology of the skin. Philadelphia:

J.B. Lippinott 1990: 193-95.

8-Burgdorf WHC. Granuloma faciale. In:

Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al

(eds). Fitzpatrick's dermatology in general

medicine. New York: Mc Graw-Hill 1999:

1138.