

تشخیص شما چیست؟

دکتر علی اصیلیان^۱، دکتر مرتضی ادبی^۲، دکتر مؤژگان مختاری^۳

۱-استاد، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۲-متخصص پوست، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۳-متخصص آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

معرفی بیمار

خانمی ۲۵ ساله به علت تورم مزمن لب فوقانی به درمانگاه پوست مراجعه کرد. تورم لب از ۸ سال قبل شروع شده و دوره‌های بهبود و عود مکرر داشته است (تصویر شماره ۱). بنا به گفته بیمار در هر دوره عود علاوه بر لب فوقانی، قسمت میانی صورت نیز متورم می‌گردید. در بین حملات، تورم لب کاهش می‌یافت ولی هیچگاه به حالت طبیعی بر نمی‌گشت. بیمار ۷ سال قبل بخاطر تورم مکرر لب فوقانی مورد عمل جراحی لثه و دندان قرار گرفته بود که

مؤثر واقع نشده بود. همچنین در ۱۵ سالگی دچار فلج عصب هفت سمت راست صورت گردیده که بعد از سه ماه با درمان دارویی بهبود یافته است. سابقه بیماری گوارشی را ذکر نمی‌کند. در معاینه فیزیکی، تمام لب فوقانی متورم، سفت و بدون گرمی و قرمزی (تصویر شماره ۱) بود. سایر اعضا و نیز شمارش سلولهای خونی و سرعت سدیمانتاسیون طبیعی بودند. از لب فوقانی نمونه برداری گردید و برای آسیب‌شناسی فرستاده شد (تصویر شماره ۲).
تشخیص شما چیست؟



تصویر شماره ۱

مؤلف مسئول: دکتر علی اصیلیان - اصفهان، بلوار صفه، بیمارستان الزهراء، بخش پوست



تصویر شماره ۲- (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - انوزین ، بزرگنمایی ۱۶۰ برابر)



تصویر شماره ۳

می شود و ممکن است همراه با سوزش و تورم باشد. این علامت از دهه دوم یا سوم عمر شروع شده و بیشتر در خانمها دیده می شود (۴).

علت بیماری تاکنون شناخته نشده و ممکن است زمینه وراثتی داشته باشد. عده ای عامل بیماری را عوامل میکروبی می دانند ولی دلیل قطعی در این زمینه در دست نیست (۲). در یک مطالعه، در سرم ۱۴ بیمار از ۱۸ بیمار پادتن برضد *Borrelia borgdorferi* پیدا شده است (۵). از آنجایی که علت بیماری کاملاً مشخص نشده درمانهای متعددی با نتایج مختلف تجربه شده است از جمله استروئید بصورت خوراکی و داخل ضایعه، کلوفازیمین، مینوسیکلین، کلروکین، هیدروکسی کلروکین و جراحی ترمیمی لب (cheiloplasty) (۶-۴).

این بیمار تحت درمان با پردنیزولون خوراکی روزانه ۶۰ میلی گرم قرار گرفت که بتدریج مقدار استروئید کم شد و بهبودی نسبتاً خوبی مشاهده گردید (تصویر شماره ۳). لازم به ذکر است که برای بیمار قبلاً انواع آنتی بیوتیک های خوراکی و تزریقی مثل پنی سیلین تجویز شده بود که تأثیری در حال بیمار نداشتند.

منابع

- 1-Demis DJ, Waisman M. Melkersson – Rosenthal. In: Demis DJ(ed). Clinical dermatology. Philadelphia: J.B. Lippincott company, 1997: 10A: 1-3.
- 2-Champion Rh, Burton JL, Burns DA, et al (eds). Rook/Wilkinson / Ebling text book of dermatology. Oxford: Blackwell Science, 1998: 3139-41.
- 3-Allen CM, Camisa C, Hamzeh S, et al. Cheilitis granulomatosa: Report of six

تشخیص: سندرم کامل Melkersson Rosenthal

یافته های آسیب شناسی

یافته های آسیب شناسی شامل گرانولوم غیر کازئیفیه، ارتشاح متراکم سلولهای پلئومرفیک، ارتشاح لنفوسیت ها در اطراف عروق و ادم لنفاتیک می باشد (تصویر شماره ۲).

بحث

سندرم کامل Melkersson Rosenthal شامل سه علامت تورم لب و صورت، فلج عصب صورت و زبان شکاف دار می باشد (تصویر شماره ۱)، که بیمار ما هر سه علامت فوق را دارا بود. مجموع علامت های کلاسیک بیماری در همه بیماران یافت نمی شود. از بین این علائم، تورم لب اغلب جزء یافته های اولیه و ثابت بیماری می باشد (۱-۳). در این بیمار ابتدا فلج عصب صورت در سمت راست رخ داد و ۲ سال بعد از آن دچار تورم عود کننده لب گردید که به علت عدم تشخیص صحیح، تحت عمل جراحی لثه و دندان قرار گرفت. در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد فلج عصب صورت به عنوان اولین علامت بیماری است (۴). زبان شکافدار در نیمی از بیماران دیده

cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1995; 23: 444-50.

- 4-Zimmer WM, Rogers RS, Reeve CM, et al. Orofacial manifestations of Melkersson – Rosenthal syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 74: 610-19.

- 5-Liu HG. A study on the relationship between cheilitis granulomatosa and Melkersson – Rosenthal syndrome. Chung Itua, Kouchiang, Hesueh Tsachih 1993; 28:

6-Ellitsgaard N, Andersson AP, Worsaae N,
et al. Long – term results after surgical
reduction cheiloplasty in patients with

Melkersson – Rosenthal syndrome and
cheilitis granulomatosa. *Ann Plast Surg*
1993; 31: 413-20.