

گزارش گرانولوم نوجوانی منفرد به دنبال واکسیناسیون ب ث ژ

دکتر محمد تقی زاده^۱، دکتر امیر واحدی^۲، دکتر بهروز ایلیخانی زاده^۳، دکتر فرحناز نوروزی نیا^۴، دکتر فرخ قوام^۵

تاریخ دریافت 84/09/29، تاریخ پذیرش 84/12/17

چکیده

پیش زمینه و هدف: گرانولوم نوجوانی یک ضایعه فیروهمیستوسیتیک است که موارد غالب آن در دوران کودکی مشاهده می شود و بیشتر سرگردن و تنه را درگیر می کند، هر چند موارد خارج پوستی نیز گزارش شده است. شرح حال: در این مقاله، یک مورد گرانولوم در یک دختر ۳ ساله که با توده متحرک، سفت و غیرحساس بافت نرم عمقی ناحیه زیربغل سمت چپ یک سال بعد از واکسیناسیون ب ث ژ بر روی بازوی همان سمت، مراجعه کرده بود، معرفی می شود. بحث: ایجاد این ضایعه بعد از واکسیناسیون ب ث ژ از موارد نادر این بیماری است. درمان این ضایعه، جراحی و برداشتن کامل آن و در موارد خاصی مثل درگیری چشم و ضایعات سیستمیک، رادیوتراپی می باشد.

کل واژگان: گرانولوم نوجوانی، واکسیناسیون ب ث ژ

مجله پزشکی ارومیه، سال هفدهم، شماره دوم، ص ۱۴۰-۱۳۸، بهار ۱۳۸۵

آدرس مکاتبه: ارومیه - بلوار ارشاد، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، بخش آسیب شناسی، دکتر محمد تقی زاده

مقدمه

معمولا کوچکتر از نوع منفرد هستند (۲). در موارد نادری، ضایعات جلدی ممکن است همراه با ضایعات مشابه در سایر جاها مثل چشم (۶)، ریه (۸،۷) اپی کارد (۹)، حفره دهان (۷) و بیضه (۱۰) باشد. چشم، شایعترین محل درگیری خارج جلدی است. این موضوع که گرانولوم نوجوانی، یک نئوپلاسم حقیقی است و یا یک روند واکنشی غیرمعمول می باشد، هنوز مورد بحث است. این ضایعه، در اکثر موارد پسرفت کرده، هر چند مواردی نیز وجود داشته که ضایعه پس رفتی نداشته است (۲،۱). برداشتن کامل ضایعه در موارد منفرد پوستی، موجب بهبودی قطعی می گردد.

موارد گرانولوم نوجوانی سیستمیک منجر به فوت نیز

گرانولوم نوجوانی^۶ یک ضایعه ثابت یا پس رونده هیستوسیتی است که بیشتر در بچه ها رخ می دهد (۴،۳،۲،۱). این ضایعه به عنوان ضایعات هیستوسیتی غیر سلول لانگرهانس (کلاس II) دوران کودکی طبقه بندی می شود (۵). در ۳۰-۱۵٪ موارد نیز، بعد از سن ۲۰ سالگی ظاهر می شود (۱). ضایعات متعدد در ۵۰٪ بیماران دیده شده است (۲). ولی این ضایعه در بالغین، بیشتر به عنوان یک تومور منفرد ظاهر می شود (۴،۲،۱). به عنوان یک قاعده، موارد بعد از دو سالگی یا بالغین، معمولا منفرد هستند. این ضایعات به صورت پلاکهای زرد یا قهوه ای و یا ندولهایی از یک میلی متر تا چند سانتی متر ظاهر می شوند. در فرم متعدد، ندولها

^۱ استادیار گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

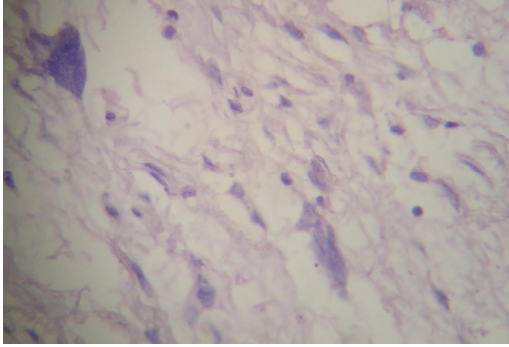
^۲ دستیار گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ استادیار گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ استادیار گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۵ استاد گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

گزارش شده است.

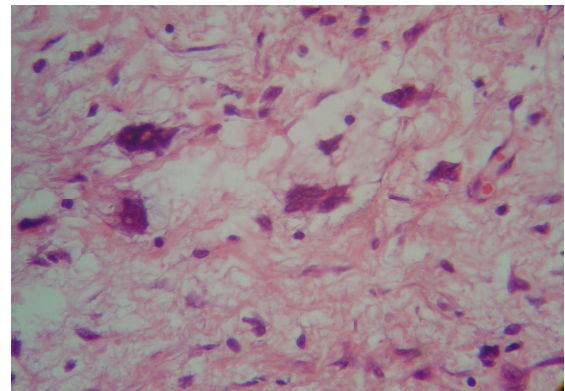


شکل شماره ۲

بیشتر موارد سروگردن و تنه را درگیر می‌کند (۲) ولی موارد خارج پوستی و سیستمیک نیز گزارش شده است (۱) که چشم شایعترین محل آن است (۱). در این بیماران آنومالی لپیدی وجود ندارد (۱). همراهی بیماری با نوروفیبروماتوزیس و *Urticaria Pigmentosa* دیده شده است. در ضمن مواردی نیز به دنبال صرع و بیماری نیمین پیک گزارش شده است (۴). یک مورد نیز به دنبال عفونت غده پاروتید توسط سیتومگالوویروس دیده شده است (۱). به نظر می‌رسد، این بیماری یک روند واکنشی مربوط به سلولهای دندریتیک باشد. از شواهدی که برای این موضوع وجود دارد، می‌توان پس رفت خودبه‌خودی و یا مرتبط با عفونتهای ویرال، نظیر سیتومگالوویروس را بیان نمود. در مورد بیمار معرفی شده، به نظر می‌رسد که واکنش با ب ت ث یک روند واکنشی ایمنولوژیک را برای تحریک سیستم بیگانه‌خواری تک هسته‌ای آغاز می‌کند که موجب تزايد سلولهای هیستوسیتیک غیر سلول لانگرهانس می‌گردد و خود را به صورت ضایعه گزانتوگرانولوم نشان می‌دهد. به دلیل شایع بودن گزانتوگرانولوم نوجوانی پوستی در ناحیه سروگردن، می‌تواند به خصوص در موارد متعدد با لنفادنوپاتی اشتباه شود. تشخیص قطعی گزانتوگرانولوم نوجوانی از طریق بررسی ریخت شناسی ضایعه، میسر است. در موارد منفرد پوستی، برداشت ضایعه بدون عود می‌باشد. در موارد سیستمیک و متعدد ضایعه به دلیل همراهی با بیماریهایی مانند نوروفیبروماتوز تیپ یک و لوسمی میلومونوسیتیک نوجوانی، بررسی بیماری زمینه‌ای توصیه می‌گردد تا مواجهه درمانی به نحو صحیح‌تری باشد (۱۱، ۱۲).

معرفی بیمار

بیمار دختر بچه ۳ ساله‌ای است که یک ماه بعد از واکنش‌های پوستی ب ت ث دارای نودول متحرکی در زیر بغل همان سمت (بازوی چپ) شد. این ضایعه به طور تدریجی بزرگ شده تا به قطری حدود ۷ سانتی‌متر می‌رسد. در معاینه، توده نسبتاً عمیق، متحرک و سفت بود و تندر نس نداشت. توده به طور کامل درآورده شد. نمونه حاصل از عمل جراحی که به آزمایشگاه آسیب شناسی ارسال شد، متشکل از دو توده گرد خاکستری رنگ که توده بزرگتر به ابعاد $2/5 \times 4 \times 6$ سانتی‌متر و توده کوچکتر به ابعاد $1/5 \times 1/5 \times 2$ سانتی‌متر بود. در برش نیز دارای سطح یکنواخت ژلاتینی با قوام نسبتاً نرم بود. در بررسی میکروسکوپی، تزايد سلولهای دوکی تا ستاره‌ای شکل در یک زمینه فیرومیگزوئید قرار داشتند و تعداد زیادی سلولهای غول‌آسا از جمله انواع Touton نیز وجود داشت. در رنگ‌آمیزی ایمونوهیستوشیمی، ویمنتین مثبت بود ولی دسمین اکترین عضله صاف و فاکتور فون ویلبراند منفی بودند. این رنگ‌آمیزی، ماهیت هیستوسیتیک غیر سلول لانگرهانس (S100 منفی) را آشکار کرد (شکل‌های ۱ و ۲). پی‌گیری بیمار یک سال بعد از برداشتن ضایعه، نشان دهنده بهبودی کامل بود.



شکل شماره ۱

بحث

گزانتوگرانولوم نوجوانی، یک ضایعه هیستوسیتیک می‌باشد که در ۶۷ درصد موارد، پوستی و منفرد است. تمام انواع گزانتوگرانولوم نوجوانی در جنس مذکر شایعتر است که در مورد نوع متعدد پوستی به ۱۲ برابر می‌رسد.

References:

01. Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's soft tissue Tumors. 4th Ed. St Louis: Mosby; 2001. 459-468.
02. Sternberg SS, Antonioli DA, Carter D, Mills SE, Oberman HA, Altshuler G et al. Diagnostic Surgical Pathology. 3rd Ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 1999. 65-66.
03. Mc Nutt NS, Smoller BR, Contereras F. Skin. In: Anderson's Pathology. 10th Ed. St Louis: Mosby; 1996. 2463-2464.
04. Rosai J. Ackerman's surgical Pathology. 9th Ed. St Louis, Mosby; 2004. 186.
05. Marrogi AJ, Dehner LP, Coffin CM, Wick MR. Writing Group of the histiocytic Society. Histiocytic syndromes in children. Lancet 1987; 208.
06. Smith ME, Sanders TE, Bresnick GH. Juvenile Xanthogranuloma of the ciliary body in an adult. Arch Ophthalmol 1969; 813.
07. Zelger BW, Sidoroff A, Orchard G, Cerio R. Non-Langerhans cell histiocytoses: A new unifying concept. Am J Dermatopathol 1996; 18: 490.
08. Lottsfeldt F, Good R. Juvenile Xanthogranuloma with pulmonary lesions: A case report. Pediatrics 1964; 33: 233.
09. Eller JL. Roentgen therapy for visceral Juvenile Xanthogranuloma, including a case with involvement of the heart. Am J Radio 1965; 95:52.
10. Helwig EB. Histiocytic and Fibrocytic disorders. In: Graham JH, Johnson WC, Helwig EG (Editors) Dermal Pathology. New York: Harper & Row; 1972.
11. Janney CG, Hurt MA, Santa Cruz DJ. Deep juvenile xanthogranuloma: subcutaneous and intramuscular forms. Am J Surg Pathol 1991; 15: 150.
12. Zelger B, Cerio R, Orchard G, Wilson-Jones E. Juvenile and adult xanthogranuloma: A histological and immunohistochemical comparison. Am J Surg Pathol 1994; 18: 126.