

بررسی یک مورد بیماری کیمورا در اثر سوختگی سطحی درجه ۱: گزارش یک مورد نادر

نویسندگان:

مرضیه حق بین^۱، فرهنگ هوشمند^۲، علیرضا عباسی^۳، الهام رفیعی^۱، اطهر راسخ جهرمی^۱، نوید کلانی^{۳*}

۱- مرکز تحقیقات سلامت و بیماری های زنان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۳- مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.18, No.4, Winter 2021

چکیده:

مقدمه: بیماری کیمورا (KD) یک بیماری التهابی مزمن و نادر است که با علت ناشناخته باعث تورم زیر جلدی و لنفادنوپاتی می شود و به طور معمول توده هایی مانند تومور زیر پوستی بدون درد در ناحیه سر و گردن را نشان می دهد. این بیماری براساس وجود یک توده زیر پوستی مشخصه، بالا رفتن آئوزینوفیلی خون محیطی، سطح IgA E و بیوپسی تشخیص داده می شود که نشان دهنده تکثیر غیرطبیعی فولیکول های لنفوی و اندوتلیوم عروقی با نفوذ آئوزینوفیلی است.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۳۵ ساله که از ۲ ماه قبل از تشخیص بیماری دچار سوختگی موضعی درجه ۱ در ناحیه وسیعی از بدن با آب گرم شده و پس از آن علائم بیماری کیمورا به ترتیب ظهور کرده اند و پس انجام چندین آزمایش و نمونه برداری بیماری فرد اثبات گردید.

نتیجه گیری: به نظر می رسد در بیمار مورد بررسی ما سوختگی سطحی وسیع به عنوان یک شوک پوستی عمل کرده و باعث بروز علائم بیماری کیمورا شده است به صورتی که بیمار همه علائم این بیماری را در عرض ۲ ماه نشان داده است که شامل علائم پوستی (خشکی، سوزش، ضخیم شدن، خارش شدید و ایجاد چین و چروک زیاد)، بروز بثورات پوستی در ناحیه پشت گردن و پس از آن تورم در ناحیه بینی و پشت چشم و در نهایت ایجاد توده ای به اندازه یک بادام در سمت راست ناحیه پستی گردن می باشد. بیمار دچار سوزش ادرار، کاهش اشتها و کاهش وزن شده است. همچنین بیماری ایشان به درمان استروئید پاسخ داده است.

واژگان کلیدی: کیمورا، سوختگی، بیماری التهابی

Pars J Med Sci 2021;18(4):1-8

مقدمه:

مورد پراکنده ای نیز در اروپا و آمریکا گزارش شده است [۲-۳]. بیماری کیمورا نوعی اختلال التهابی مزمن است که به طور معمول توده هایی مانند تومور زیر پوستی بدون درد در ناحیه سر و گردن را نشان می دهد. این بیماری براساس وجود یک توده زیر پوستی مشخصه، بالا رفتن آئوزینوفیلی خون محیطی، سطح IgA E و بیوپسی تشخیص داده می شود که نشان دهنده تکثیر غیرطبیعی فولیکول های لنفوی و اندوتلیوم عروقی با نفوذ آئوزینوفیلی است [۴]. بیشتر موارد در آسیا، عمدتاً در چین، ژاپن و آسیای جنوب شرقی گزارش شده است و معمولاً در مردان جوان با درگیری یک طرفه مشاهده می شد [۵]. نسبت مرد به زن ۵: ۱

بیماری کیمورا (KD) یک بیماری التهابی مزمن و نادر است که با علت ناشناخته باعث تورم زیر جلدی و لنفادنوپاتی می شود که در آسیا بیشتر در مردان در دهه های دوم تا سوم زندگی تأثیر می گذارد و اولین بار در سال ۱۹۳۷ توسط کیم در چین به عنوان "لنفوگرانولوم اگزینوفیلیک hyperplastic" توصیف شد [۱] پس از انجام مطالعات توسط کیمورا و همکاران این بیماری به همین نام KD معروف شد [۶]. بیماری کیمورا (KD) نوعی بیماری نادر و خوش خیم است که با ضایعات التهابی مزمن و علت نامشخص بروز می کند. این بیماری معمولاً در ناحیه سر و گردن مردان آسیایی در دهه دوم و چهارم زندگی بوجود می آید. با این حال،

* نویسنده مسئول، نشانی: مربی. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

پست الکترونیک: navidkalani@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۵۶۰۵۴۱۲

پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱

اصلاح: ۱۳۹۹/۹/۳۰

دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۷

داده است [۲۰-۲۱]. Imatinib mesylate اکنون به عنوان یک درمان مؤثر برای KD در نظر گرفته شده است. به عنوان مهار کننده پروتئین تیروزین کیناز PTK، imatinib با مسدود کردن انتخابی PTK مانند PDGFR و c-Kit با مسدود کردن انتخابی عمل می‌کند [۲۲]. با این حال هیچ درمان قطعی تا به امروز برای KD وجود ندارد. هدف از درمان، حفظ عملکرد و زیبایی شناسی و در عین حال جلوگیری از عود مجدد است. در موارد بدون علامت، مشاهده محافظه کارانه کافی است زیرا ضایعات گاهی اوقات با وضوح خود به خود مواجه می‌شوند. برداشتن و جراحی به عنوان اولین خط درمان در موارد دارای علامت در نظر گرفته می‌شود، اگرچه در این موارد نیز عود شایع است [۲۱].

معرفی بیمار:

بیمار خانمی ۳۵ ساله که از ۲ ماه قبل از تشخیص بیماری دچار سوختگی موضعی درجه ۱ در ناحیه وسیعی از بدن با آب گرم شده که بعد از آن دچار تب و لرز شده است. پس از چند روز بروز بثورات پوستی در ناحیه پشت گردن داشته و پس از آن بیمار دچار تورم در ناحیه بینی و پشت چشم شده و در نهایت توده ای به اندازه یک بادام در سمت راست ناحیه پشتی گردن احساس می‌کند. سپس پوست بیمار (بیمار از قبل پوست خشکی داشته) شروع به خارش و سوزش می‌کند که باعث ایجاد چین و چروک، خشکی مضاعف و زخم در اثر خشکی و خارش می‌شود. در حال حاضر بیمار علاوه بر مشکلات پوستی از سوزش ادرار و همچنین کاهش اشتها و کاهش وزن در طی این دو ماه به میزان ۷ کیلوگرم نیز شکایت دارد. BMI بیمار در ابتدا ۲۲/۷۴ بوده و در زمان تشخیص به ۲۰/۵۴ کاهش پیدا کرده است. بیمار هیچ گونه بیماری زمینه‌ای قبلی، سابقه آلرژی غذایی یا دارویی و یا سابقه خونریزی ندارد.

معاینه بیمار:

کلیه علائم حیاتی، TPR و تنفس نرمال است. سر و صورت متورم به علاوه آثار خارش بسیار زیاد و زخم، همراه با ضخامت پوست خصوصاً چین و چروک‌های زیاد در تمامی نواحی سر و گردن و تنه و اندام‌ها دارد که مشابه پیری زودرس می‌باشد (شکل ۱). در معاینه، غدد لنفاوی متعدد ناحیه گردن، ساب مندیبولار و در ساب منتال احساس شد. معاینه ریه و سینه نرمال است اما غدد لنفاوی در آگزیلای دو طرف احساس می‌شود. معاینه شکم نیز نرمال بدون هیچ گونه ارگانومالی یا توده است اما در ناحیه اینگوینال غدد لنفاوی متعدد احساس می‌شود. معاینه اندام‌ها بدون احساس غدد لنفاوی و یا آثار ایسکمی می‌باشد.

و یک طرفه به دو طرفه ۴:۱ بود که مشابه مطالعات قبلی است [۶]. علل KD ناشناخته است. وجود ائوزینوفیل و افزایش IgE، فاکتور نکروز تومور فاکتور α ، اینترلوکین ۴ (IL-4، IL-5، IL-13) و میزان سلول ماستسل هم در خون محیطی و هم در بافت ضایعه نشان‌دهنده یک واکنش آلرژیک یا تغییر سیستم ایمنی بدن است [۷]. ناحیه‌های گره‌ها و توده‌های زیر پوستی بیشتر در مناطق پیش کلاویکولار، تحت فک، پاروتید، حفره دهان، حنجره، کشاله ران، اپی‌کرنیوم و نواحی پوپلیتی است. سایر مکان‌های نادر شامل زیر بغل، حفره دهان و سینوس‌های بینی است. لاین نودهای منطقه‌ای و غدد بزاقی معمولاً درگیر هستند [۸]. در این بیماری معمولاً افزایش ائوزینوفیل خون محیطی و سطح IgE سرم مشاهده می‌شود [۹]. برخی نیز علل خود ایمنی، عفونی و نئوپلاستیک را نیز پیشنهاد کرده‌اند. با این حال، علت دقیق هنوز مشخص نیست [۷]. ویروس Epstein-Barr، تبخال انسان، تبخال انسانی، کاندیدا آلبیکنس، گزش حشرات و عفونت انگلی می‌تواند منجر به محرک آنتی‌ژنیک مداوم باشد [۱۰]. KD حتی در یک بیمار همودیالیز نیز در مطالعات گزارش شده است [۱۱]. این بیماری می‌تواند تقریباً در ۲۰٪ تا ۶۰٪ موارد، کلیه را تحت تأثیر قرار دهد، و معمولاً به عنوان سندرم نفروتیک همراه با آلبومینوری وجود دارد. با این حال، می‌تواند مانند همه انواع گلومرولونفریت نیز تجلی یابد [۱۲]. معاینه بالینی عموماً تورم و یا گره‌های زیر پوستی غیرمستقیم را در ناحیه سر و گردن نشان می‌دهد که تا حدودی با لنفادنوپاتی منطقه‌ای همراه است [۱۳]. برخی مطالعات تصویربرداری با تراکم پراکندگی دقیق در KD نشان می‌دهند و آن را از سایر بدخیمی‌ها متمایز می‌کنند [۱۴]. علاوه بر این دو گروه همزمان گزارش‌های مودی در KD، هایپرپلازی ائزیونوفیل را گزارش کردند [۱۵-۱۶]. علاوه بر این در برخی موارد ائوزینوفیلی و لنفادنوپاتی متعدد به طور مداوم مشخص شده است که تا حدودی با وقوع KD همراه است [۱۷]. در مطالعه دیگری نیز نسبت بیماران زن در بروز خارش تأثیر داشته و با افزایش سن، زمان تشخیص افزایش می‌یابد. تفاوت معنی‌داری از نظر سن در منطقه/ نژاد، عوارض، تعدد، سمت درگیر، توزیع آناتومیکی، حداکثر اندازه، تعداد ائوزینوفیل، سطح ایمونوگلوبولین E، درمان اولیه، عود یا عواقب وجود نداشت [۱۸]. گزینه‌های درمانی شامل کورتیکواستروئیدها، برداشتن جراحی، رادیوتراپی و درمان ترکیبی است. کورتیکواستروئیدها مخصوصاً در موارد KD با درگیری کلیه کاربرد دارند [۱۹]. برای درمان این بیماری غالباً از استروئیدهای موضعی، داخلی و سیستمیک استفاده می‌شود، اما تورم ممکن است به در مان جواب ندهد [۲۰]. رادیوتراپی (۴-۴۵ درجه سانتی‌گراد) نیز مؤثر است و سیکلوسپورین (۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم در روز) در بسیاری از مطالعات نتایج خوبی را نشان

یافته‌های پاراکلینیک:

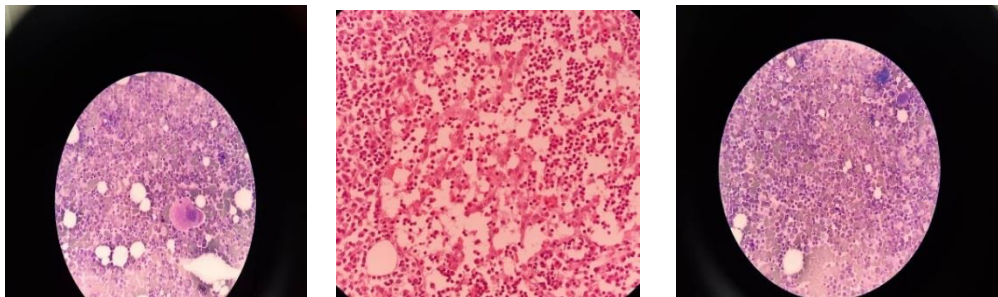
نتایج آزمایشات انجام شده بیمار به شرح جدول ۱ می‌باشد.
 نتایج تصویر برداری بیمار به شرح زیر می‌باشد:
 در سونوگرافی شکم قوام کبد، کیسه صفرا و طحال نرمال است.
 رحم، تخمدان، اندازه کلیه‌ها و ضخامت دیواره نرمال می‌باشد.
 بیمار سنگ کلیه ندارد و در ناحیه اینگوینال غدد لنفاوی با حداکثر
 سایز ۴۶×۱۵ mm دارد.
 سونوگرافی سینه نرمال و بدون هیچگونه توده‌ای می‌باشد.
 در سیتی اسکن قفسه سینه غدد لنفاوی در ناحیه آگزینا با حداکثر
 سایز ۲۸×۱۹ mm با ضخامت دیواره در دو طرف مشاهده شده
 است.

سیتی اسکن مغز طبیعی است و هیچگونه مورد غیرطبیعی
 مشاهده نشده است.
 سیتی اسکن گردن وجود غدد لنفاوی در دو طرف گردن و در
 ناحیه ساب کلاویکولار و در اگزینالای دو طرف را نشان می‌دهد.
 نتایج پاتولوژی بیمار به شرح زیر است:
 نمونه برداری از مغز استخوان حدود ۱،۴٪ سلول میلوئید نابالغ را
 نشان می‌دهد و هیچگونه علائمی از لوسمی مشاهده نشده است.
 نمونه برداری از پوست بیمار نرمال بود.
 نمونه برداری از غدد لنفاوی اینگوینال بیمار، بیماری کیمورا را
 نشان می‌دهد (شکل ۲).

شکل ۱



شکل ۲



جدول ۱: نتایج آزمایشات انجام شده

	Result	Refrence Range
Anti CCP Ab (CPA)	9.2	Negative:<12
WBC	14.2	4-10
Neutrophils	20%	
Lymphocytes	25%	
Monocyte	1%	
Eosinophils	54%	
RBC	5.29	4.1-5.1
HGB	15.5	12-15
HCT	43.5	35-45
MCV	82.2	80.1-96.1
MCH	29.3	27-33
MCHC	35.6	32-36
PLATELETS	418	150-450
RDW-SD	40.5	33.4-49.2
ESR	61	0-20
FBS	90	70-99
BUN	8	6-20
Cr	0.6	0.5-1.4
Triglycerides	170	High risk:>400
HDL Cholesterol	67	High risk:<25
LDL Cholesterol	335	High risk:>160
SGOT	18	Up to 40
SGPT	15	Up to 40
T4	5.16	Adult:5.1-14.1
T3	1.57	0.92-3
TSH	5.140	Adult euthyroid:0.36-8.8
C3	1.42	0.89-1.87
C4	0.37	0.165-0.38
ANA	0.4	Negative:<1.0
Anti Scl 70	2.7	0-12
Anti DNA (IgG)	<10	Negative:<18
Anti DNA (IgM)	22.5	Negative:<18
CPK Total	65	24-220
LDH	865	<480
Albumin	2.1	3.5-5.3
Anti Jo 1	2.6	Negative:<12
Anti SCL 70 Ab	2.5	Negative:<12
Anti sm	2.8	Negative:<12
Anti Ro	2.7	Negative:<12
Anti La	2.6	Negative:<12
Anti Rnp	2.8	Negative:<12
25-OH-Vit D	9.4	Deficient:<10
IgE	2500	0-100
HIV	Negative	
HBSAg	Negative	
HCV	Negative	
Anti CCP Ab(CPA)	9.2	Negative:<12
G6PD	Sufficient	

Urine Analysis:

Specific Gravity	1025	
PH	6	
Protein(1399/01/28)	3+	
Protein(1399/02/31)	1+	
Glucose	Negative	
WBC	1-2	
RBC	0-1	
Epithelial	4-6	
Creatinine (24 hrs urine)	675	600-1800
Protein(24 hrs urine)	5022.3	40-150
Urin Volume (24 hrs urine)	1500	600-1600

Stool is normal.

بحث:

با اگزاما و زخم در کل پوست بدنش دارد (شکل ۱)، اما بیماری زمینه‌ای همراهی نداشته. همچنین در رابطه با تشخیص قطعی برای این بیمار و رد لنفوم‌ها و متاستازهایی با منشأ ناشناخته تشخیص افتراقی بافت‌شناسی گسترده شامل نمونه‌برداری از مغز استخوان، نمونه‌برداری از پوست و نمونه‌برداری از غدد لنفاوی انجام گردید. وجود توده‌های بدون درد در سر و گردن، افزایش سطح سرمی IgE و افزایش EO همیشه باید به شک بیماری KD در افراد منجر شود [۳۶]. وجود توده‌ای در سمت راست ناحیه پشتی گردن و سطح بسیار بالای IgE و EO، علاوه بر نمونه‌برداری غدد لنفاوی به تشخیص قطعی این بیماری کمک کرد. درمان بیماری شامل جراحی، کورتون [۳۷]، اشعه درمانی، سیکلوسپورین، پنتوکسی‌فیلین [۳۸]، ستریزین، ترانس رتینوئیک اسید و پران لوکاست می‌باشد [۳۰]. بیمار مورد نظر ما نیز چند جلسه استروئید دریافت کرد که برای ایشان بسیار موثر بود. عود بیماری در ۲۵ درصد موارد گزارش شده است [۲۴].

نتیجه‌گیری:

بنظر می‌رسد در بیمار مورد بررسی ما سوختگی سطحی وسیع به عنوان یک شوک پوستی عمل کرده و باعث بروز علائم بیماری کیمورا شده است به صورتی که بیمار همه علائم این بیماری را در عرض ۲ ماه نشان داده است که شامل علائم پوستی (خشکی، سوزش، ضخیم شدن، خارش شدید و ایجاد چین و چروک زیاد)، بروز بثورات پوستی در ناحیه پشت گردن و پس از آن تورم در ناحیه بینی و پشت چشم و در نهایت ایجاد توده‌ای به اندازه یک بادام در سمت راست ناحیه پشتی گردن می‌باشد. بیمار دچار سوزش ادرار، کاهش اشتها و کاهش وزن شده است. همچنین بیماری ایشان به درمان استروئید پاسخ داده است.

تشکر و قدردانی:

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه بابت همکاری در اجرای این مطالعه سپاسگزاری می‌شود.

بیماری کیمورا یک بیماری التهابی مزمن نادر با علت ناشناخته است که اغلب با سندرم نفروتیک همراه می‌باشد [۲۳]. در کیمورا بر خلاف هیپرپلازی آنژیو لنفویید همراه با آنوزینوفیلی مراکز زایا تخریب می‌شود [۲۴]. این بیماری معمولاً در بزرگسالان جوان دیده می‌شود و بیشتر بیماران بین ۲۰ تا ۴۰ سال را درگیر می‌کند و در مردان بیشتر از زنان دیده می‌شود. علل KD هنوز ناشناخته است، اما ممکن است به دلیل اختلال یا تداخل در تنظیم ایمنی، واکنش اتوپیک به یک محرک آنتی‌ژنیک مداوم توسط نیش بندپایان، ویروس و نوپلاسم باشد [۲۵]. مانند آنچه برای بیمار ما اتفاق افتاده و بیماری ایشان پس از یک سوختگی وسیع سطحی اتفاق افتاده است. وجود آنوزینوفیل‌های التهابی نشان می‌دهد که KD ممکن است نوعی واکنش حساسیت به بدن باشد [۲۵]. بروز همزمان بیماری کلیوی با این بیماری نیز شایع است، که شیوع آن بین ۱۰٪ تا ۶۰٪ است، در حالی که ۱۰٪ تا ۱۲٪ از بیماران ممکن است از سندرم نفروتیک رنج بکشند [۲۶]. که در ۱۲ تا ۱۶٪ موارد با پروتئینوری مربوطه مرتبط است [۲۷]. در مطالعه ما نیز، بیمار دچار دفع پروتئین شدید بوده و از سوزش ادرار رنج می‌برد. که پس از چند جلسه دریافت استروئید، دفع پروتئینش از ۳+ به ۱+ کاهش پیدا کرد. محل درگیری بیماری عمدتاً غدد بزاقی، عضلات و غدد لنفاوی مجاور است [۲۸] ولی در نواحی مانند ناحیه آگزیلاری، پشت، گوش، اینگوینال، تنه، حفره دهان، اندام‌ها [۲۹] گوش، چشم، مجرای اسپرم، اعصاب [۳۰] و به صورت توده از لوله استاش راست تا چین آری اپیگلوتیک [۳۱] کام سخت [۳۲] نیز گزارش گردیده است. در مطالعه‌ای که توسط Chen H و همکاران انجام شد بیشترین جایگاه توده، مثلث خلفی گردن بود [۳۳]. در بسیاری از مواقع به صورت توده بدون درد و اریتم است ولی به ندرت ممکن است با درد و خارش همراه باشد [۳۰]. بیماری‌های همراه، نظیر کهیر و اگزاما [۳۴] و یک مورد کاردیو میوپاتی دیلاته [۳۵] نیز گزارش شده است. بیمار ما نیز توده‌ای در سمت راست ناحیه پشتی گردن و خارش شدید همراه

References:

- Kimura T, Yoshimura S, Ishikaura E. On the unusual granulation combined with hyperplastic changes of lymphatic tissue. *Trans Soc Pathol Jpn.* 1948; 37:179–80.
- Kumar V, Mittal N, Huang Y, Balderracchi J, Zheng HX, Li Z, et al. A case series of Kimura's disease: a diagnostic challenge. *Ther Adv Hematol.* 2018;9(7):207–11.
- Glibbery N, Muscat K, Cascarini L. Kimura's disease of the parotid gland with cutaneous features in a Caucasian female patient. *J Surg Case Rep.* 2018; 2018(4):rjy067.
- Armstrong WB, Allison G, Pena F, Kim JK. Kimura's disease: two case reports and a literature review. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107:1066-1071. doi: 10.1177/000348949810701212
- Sun GC, Liu F, Sun Y, Ge RF, Pang WH, Sun SS, et al. Clinical analysis of 37 cases of Kimura's disease. *Lin chuang er bi yan hou tou jing wai ke za zhi = J Clin Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2018;32(10):782–6.
- Li TJ, Chen XM, Wang SZ, Fan MW, Semba I, Kitano M. Kimura's disease: a clinicopathologic study of 54 Chinese patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;82(5):549–55.
- Kimura Y, Pawankar R, Aoki M, Niimi Y, Kawana S. Mast cells and T cells in Kimura's disease express increased levels of interleukin-4, interleukin-5, eotaxin and RANTES. *Clin Exp Allergy.* 2002;32:1787–93. 8. Yuen HW, Goh YH, Low WK, Lim-Tan SK. Kimura's disease: A diagnostic and therapeutic challenge. *Singapore Med J.* 2005;46:179–83.
- Li TJ, Kitano M. Oriental Kimura's disease and its relation to angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE) *South Pac Study.* 1997;17:287–300.
- Nagore E, Llorca J, Sánchez-Motilla JM, Ledesma E, Fortea JM, Aliaga A, et al. Detection of Epstein-Barr virus DNA in a patient with Kimura's disease. *Int J Dermatol.* 2000;39:618–20.
- Lee S, Jung SJ, Park SK, Kang KP, Jang KY, Kang MJ, et al. Kimura's disease involving thoracic and abdominal lymph nodes in a hemodialysis patient. *Korean J Intern Med.* 2005;20:159–62.
- Rajpoot DK, Pahl M, Clark J. Nephrotic syndrome associated with Kimura disease. *Pediatr Nephrol.* 2000;14:486–8.
- Ye P, Ma DQ, Yu GY, Gao Y, Peng X. Comparison of the efficacy of different treatment modalities for Kimura's disease. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017;46(3):350–4.
- Syed M, Bhattacharya D, Parida B, Sharma A. Detailed imaging findings in a rare case of Kimura disease, with special mention on diffusion weighted imaging. *Pol J Radiol.* 2017;82:607–11.
- Youssef A, Hasan AR, Youssef Y, Al-Soufi L, Elshimali Y, Alshehabi Z. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a case report. *J Med Case Rep.* 2018;12(1):89.
- Cho M, Kaku Y, Goto K, Endo Y, Kataoka T, Otsuka A, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: A case of spontaneous partial regression post-biopsy. *J Dermatol.* 2018;45(10):e284-e285.
- Garcia Carretero R, Romero Brugera M, Rebollo-Aparicio N, Vazquez-Gomez O. Eosinophilia and multiple lymphadenopathy: Kimura disease, a rare, but benign condition. *BMJ Case Rep.* 2016;2016.
- E Kakehi, K Kotani, Y Otsuka, Y Fukuyasu, Y Hashimoto, S Sakurai, A Hirofumi, K Simizu, R Fujita, K Shoji. Kimura's disease: effects of age on clinical presentation. *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 113, Issue 5, May 2020, Pages 336–345, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcz312>
- Senel MF, Van Buren CT, Etheridge WB, Barcenas C, Jammal C, Kahan BD. Effects of cyclosporine, azathioprine and prednisone on Kimura's Disease and focal segmental glomerulosclerosis in renal transplant Patients. *Clin Nephrol* 1996; 45:18-21.
- Kaneko K, Aoki M, Hattori S, Sato M, Kawana S. Successful treatment of Kimura's disease with cyclosporine. *J Am Acad Dermatol.* 1999; 41:893–4.
- Sun QF, Xu DZ, Pan SH, Ding JG, Xue ZQ, Miao CS, et al. Kimura disease: Review of the literature. *Intern Med J.* 2008; 38:668–72.
- Buchdunger E, Cioffi CL, Law N, Stover D, Ohno-Jones S, Druker BJ, et al. Abl protein-tyrosine kinase inhibitor STI571 inhibits in vitro signal transduction mediated by c-kit and platelet-derived growth factor receptors. *J Pharmacol Exp Ther.* 2000; 295:139–45.
- D. Y. Wang, J. H. Mao, Y. Zhang et al., "Kimura disease: a case report and review of the Chinese literature," *Nephron—Clinical Practice*, vol. 111, no. 1, pp. c55–c61, 2009.
- S. R. Ranka1, A. Rajput2, C. V. Kantharia; KIMURA'S DISEASE; *Indian J Oto. Head Neck Surgery* 2004; 56(1): 241-242.
- C. F. Tseng, H. C. Lin, S. C. Huang, and C. Y. Su, "Kimura's disease presenting as bilateral parotid masses," *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, vol. 262, no. 1, pp. 8–10, 2005.
- M. P. Dixit, K. M. Scott, E. Bracamonte et al., "Kimura disease with advanced renal damage with anti-tubular basement membrane antibody," *Pediatric Nephrology*, vol. 19, no. 12, pp. 1404–1407, 2004
- D. Goldenberg, A. Gatot, Y. Barki, A. Leiberman, and D. M. Fliss, "Computerized tomographic and ultrasonographic features of Kimura's disease," *Journal of Laryngology and Otology*, vol. 111, no. 4, pp. 389–391, 1997.
- Can I.H, Gündüz V, Pulat H, Samim E. Kimura's Disease in the Parotid Gland. *Head Neck Sur* 2007. 1(2): 1-2.
- Pamarajua N, S. A. Khalifaa, Darwisha A, K. O. Paulosea, AhmedaN, et al. Kimura's disease, *J Laryn & Oto* 1996; 110:1084-1087.
- larroche C, Bletry O. kimura disease; <http://www.orpha>.
- Kimura's disease of the parapharyngeal space, free online library.
- N. Terakadoa, f1, A. Sasakib, T. Takebayashib, T. Matsumurab and T. Kojou; A case of Kimura's disease of the hard palate; *Int J Oral Maxillofacial Surg* 2002; 31(2): 222-224.
- Chen H, Thompson LD, Aguilera NS, Abbondanzo SL. Kimura's disease: a clinicopathologic study of 21 cases. *Am J Surg Pathol* 2004; 28(4): 505-13

34. Chen H, Lester D.R. Thompson; Kimura disease- Pathology Clinic Ear Nose Throat J 2003; 1-2.
35. Lin T, Kuo H, Huang C. Kimura's disease in a patient with idiopathic dilated cardiomyopathy on ambulatory peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant
36. Deshpande, A H.; Nayak, S.; Munshi, M M.; Bobhate, S K. Kimura's disease. Diagnosis by aspiration cytology. Acta Cytol. 2002, 46 (2), 357–363.
37. Hiwatashi A, Hasuo K, Shiina T, Ohga S, Hishiki Y, et al. Kimura's Disease with Bilateral Auricular Masses. AJNR Am J Neuroradiol 1999; 20: 1976-1978.
38. Shetty A.K, Beaty M.W, McGuiert JR W.F, Woods C.R. Kimura's Disease: A Diagnostic. Challenge; PEDIATRICS 2002; 110(3): 1-4

A case study of Kimura due to grade 1 superficial burn: A rare case report

Marzieh Haghbeen¹, Farhang Hoshmand², Alireza Abbasi², Elham Rafiee¹, Athar RasekhJahromi¹, Navid Kalani^{3*}

Received: 2020.12.07

Revised: 2020.12.20

Accepted: 2020.12.21

1. Women's Health and Disease Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Research center for Non Communicable Diseases, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.18, No. 4, Winter 2021

Pars J Med Sci 2021;18(4):1-8

Abstract:

Introduction:

Kimura (KD) is a rare and chronic inflammatory disease that causes subcutaneous swelling and lymphadenopathy for unknown reasons and usually shows masses such as painless subcutaneous tumors in the head and neck. The disease is diagnosed based on the presence of a characteristic subcutaneous mass, elevated peripheral blood eosinophilia, IgA E levels, and biopsy, which indicates abnormal proliferation of lymph follicles and vascular endothelium with eosinophilic infiltration.

Case Report:

The patient is a 35-year-old woman who suffered from first degree localized burns in a large area of the body with warm water 2 months before the diagnosis and then the symptoms of Kimura disease appeared in order and after performing several tests and sampling of the disease Proved.

Conclusion:

It seems that in our patient, a large superficial burn acted as a skin shock and caused the symptoms of Kimura disease, so that the patient showed all the symptoms of this disease within 2 months, including skin symptoms (Dryness, burning, thickening, severe itching and excessive wrinkles), skin rashes on the back of the neck and then swelling in the nose and back of the eyes, and finally an almond-sized mass on the right side of the back Is the neck. The patient has heartburn, loss of appetite and weight loss. His illness has also responded to steroid treatment.

Keywords: Kimura, Burn, Inflammatory Disease

* Corresponding author Email: navidkalani@ymail.com