



گزارش یک بیماری پوستی

سلول T نبود. بنابراین توصیه به بررسی های تکمیلی بازآرایی ژنی و همچنین پیگیری بالینی و بیوپسی مجدد در هنگام آشکار شدن ضایعات جدید شد.

Pseudolymphoma

این عنوان شامل طیفی از پرولیفراسیون لنفوییدی خوش خیم است که از نظر بالینی و هیستوپاتولوژی لنفوم پوستی را تقلید می کند. معمولا این گروه از ضایعات به دو گروه B-cell و T-cell تقسیم بندی می شود. این پاترن بافت شناسی می تواند یک انفیلترای باند شکل در درم سطحی (پاترن T-cell) یا یک انفیلترای ندولر یا منتشر در درم و گاهی ساب کوتیس (پاترن B-cell) باشد ولی این یک تقسیم بندی فرضی است چرا که گاهی پرولیفراسیون های T-cell پاترن ندولر در درم دارند و در حقیقت در پاترن B-cell بیشتر دیده می شوند.

این عبارت شامل ضایعات منفرد تا متعدد پوستی است، که انفیلترای لنفوسیتی با ماهیت راکتیو دارند. ضایعات به شکل پاپول های قرمز تا قهوه ای پیدا می شوند. ممکن است منفرد، گروهی یا متعدد باشد. بیشتر در صورت، پوست قفسه سینه و اندام فوقانی آشکار می شود، و بیشتر در خانم ها دیده می شود. از نظر بالینی به طور قطعی از لنفوم پوستی قابل افتراق نیست.

عوامل محرک مختلفی برای ایجاد آن مطرح شده مانند گزش کنه، نیش حشرات، تاتو، داروها و غیره. آزمون های IHC و کلونالیتی در این پرولیفراسیون نیز نتوانسته به تشخیص آن کمک کند، زیرا که یافته ها گاهی غیر اختصاصی بوده و در یک مطالعه، در ۱۴٪ مواردی که به عنوان سودولنفوم از نظر بالینی و پاتولوژی تشخیص داده شده اند، مونوکلونالیتی در جمعیت B-cell دیده شده است.

هیستوپاتولوژی

یافته ها شامل درجاتی از آکانتوز یا هیپرپلازی سودوآپی تلیوماتوز، به ویژه در موارد همراه با نیش حشرات می باشد. معمولا یک انفیلترای Patchy، ندولر یا منتشر بوده که بیشتر متشکل از لنفوسیت ها است. بیشتر نمای "Top heavy" در درم سطحی تا میانی دارد. گاهی مراکز ژرمینال به گونه روشن دیده شده و

بیمار دختر بچه ۱۱ ساله ای است که از ۴ سال پیش ضایعات پوستی خارش دار در ناحیه خلفی سر پیدا کرده است، که سیر عود کننده ای داشته و در این مدت چندین بار با یا بدون درمان فروکش کرده و ناپدید شده است. ضایعات پوستی مشابه در سایر نواحی پوستی بدن وجود نداشت. علائم سیستمیک همراه وجود نداشته و سابقه بیماری خاصی ندارد. سابقه فامیلی بیماری منفی است. بیمار داروی خاصی مصرف نکرده است. در معاینه در ناحیه اکسی پیتال تاورتکس اسکالپ، پاپول، پلاک و ندول های متعدد گروهی اریتماتو دیده شد که در لمس سفت و سطح ضایعات صاف بدون آروزیون و اکسکوریشن بوده است. پوسته ریزی خفیف اسکالپ وجود داشت (شکل ۱). معاینه پوست بدن و مخاط طبیعی بود. بیمار تحت درمان با آنتی هیستامین خوراکی و کورتیکواستروئید موضعی قرار گرفت. خارش بیمار کمتر شد، ولی ضایعات از بین نرفت و تعداد آن زیادتیر شد. بیمار با تشخیص افتراقی زیر بیوپسی شد:

- 1) Pseudolymphoma
- 2) Jessner's lymphocytic infiltrate
- 3) Sarcoidosis
- 4) Urticarial vasculitis
- 5) Tumid Lupus Erythematosus
- 6) ALHE
- 7) Cutaneous lymphoma
- 8) Myofibromatosis

در بررسی هیستوپاتولوژی انفیلترای منتشر و در نواحی ندولر در درم دیده شد. سلول های ارتشاحی بیشتر متشکل از لنفوسیت های کوچک، تعدادی هیستوسیت به همراه تعدادی ائوزینوفیل در بستری از درم کلاژنیزه با پرولیزاسیون مختصر عروق کاپیلری بود. ناحیه بدون درگیری (Grenz zone) بین شروع ارتشاح و اپیدرم آتروفیک فوقانی به چشم می خورد (شکل های ۲ و ۳).

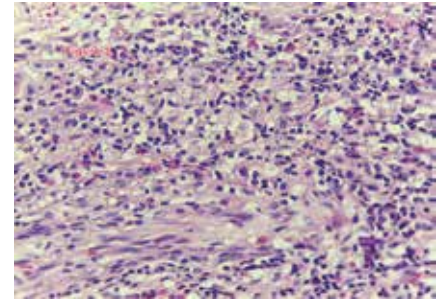
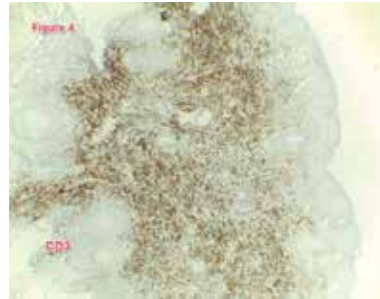
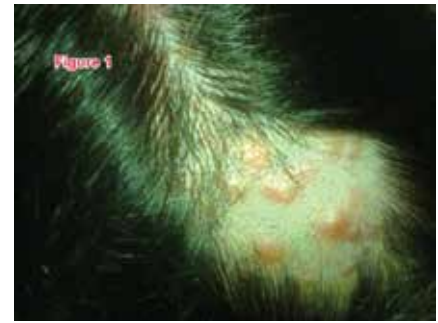
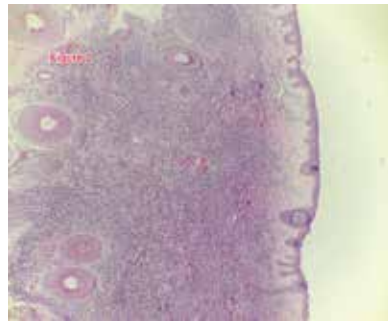
در بررسی IHC بیشتر سلول های لنفوسیتی مارکر CD3 را نشان دادند. CD4 و CD8 تقریبا به یک نسبت در سلول ها مثبت شد. CD79a و CD20 در تعداد کمی از سلول های B پیدا شد. CD34 و CD31 دیواره عروق های پرولیفرة در درم را نمایان ساخت. Ki67، شمار چشمگیری از سلول های لنفوسیتی رو به افزایش را در درم نشان داد (شکل های ۴ تا ۹). با توجه به یافته های فوق تشخیص T cell rich lymphocytic proliferate گذاشته شد که با تشخیص احتمالی سودولنفوم مطابقت داشت. اگرچه یافته های IHC با قطعیت قادر به افتراق این وضعیت از موارد کمی از لنفوم

فرایند راکتیو ضایعه ایجاد کند. با وجود محدودیت های موجود، مطالعات Abnormal antigen expression یا clonal gene rearrangement در موارد مشکل تنها راه نهایی است. در مقابل سودولنفوم، لنفوم های T-cell پوستی می توانند از دست دادن آنتی ژن های Pan T-cell و تظاهر غیر عادی مثل CD7 (CD4+ CD8+ یا CD4- CD8-) یا از دست دادن CD7 را نشان دهند. کشف بازآرایی رستپور سلول T یا ژن های ایمونوگلوبولین های زنجیره سنگین می تواند بهترین راه برای تشخیص نهایی باشد. گاهی تشخیص قطعی یک انفیلترای لنفوئید پوستی امکان پذیر نبوده و در این موارد توصیف میکروسکوپی کامل به همراه یافته های IHC و بحث در مورد تفسیر آن در گزارش لازم است.

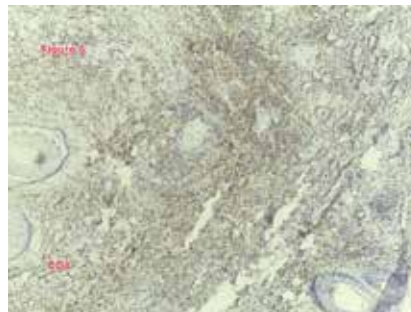
در این موارد بیماران باید تحت نظارت و پیگیری دقیق بالینی قرار گرفته و از هر ضایعه تازه یا عود کننده مجدداً بیوپسی گرفته شود. مطالعات بازآرایی ژنی در موارد مشکل اکیدا توصیه شده اگرچه باید بدانیم موارد مثبت کاذب نیز (به خصوص در روش PCR) اتفاق می افتد.

References

1. Patterson James W, Weedon's Skin Pathology, 4thed., 1210-1214
2. Patterson James W, Practical Skin Pathology, 1st ed., 620-622



حتی آپوپوز و ماکروفاژهای Tingible - body در آن دیده می شود. معمولاً تعدادی ائوزینوفیل و پلاسماسل نیز وجود دارد. گونه هایی از عروق مشخصی با دیواره ضخیم و سلول اندوتلیال برجسته، نیز در این ضایعات گزارش شده است. جدا بودن انفیلترای لنفوسیتی از اپیدرم توسط یک ناحیه با عدم درگیری در درم سطحی (Grenz zone) به عنوان یک یافته مفید این وضعیت در مقایسه با انفیلترای نئوپلاستیک لنفوسیتی نام برده شده است. اگرچه هیچکدام از مواردی که ذکر شد برای این وضعیت کاملاً اختصاصی نیست.



تشخیص های افتراقی

بسیاری از شکل های فوق گاهی در لنفوم پوستی هم دیده می شود، که شامل پرولیفراسیون عروق، وجود ژرمینال مرکزی و یا ائوزینوفیل و گاهی سلول پلئومورف در ضایعات راکتیو نیز دیده می شوند و هیچ وجه منفرد اختصاصی نمی تواند به افتراق این دو کمک کند. گاهی آزمایش IHC یا مولکولار نتایج متفاوتی را ارائه می دهد. برای نمونه ضایعاتی که در مورفولوژی و IHC به عنوان Cutaneous lymphoid hyperplasia در نظر گرفته شده است، بسیار کم مونوکلونالیته B-cell را نشان داده است. ولی ترکیبی از یافته های تشخیصی هیستوپاتولوژیک به همراه یافته های بالینی حمایت کننده می تواند اطمینان قابل توجهی از

