



دکتر آرش دریاکار (متخصص آسیب شناسی بالینی و تشریحی)
دکتر محمد حسن محمد خواه (متخصص بیماری های داخلی)

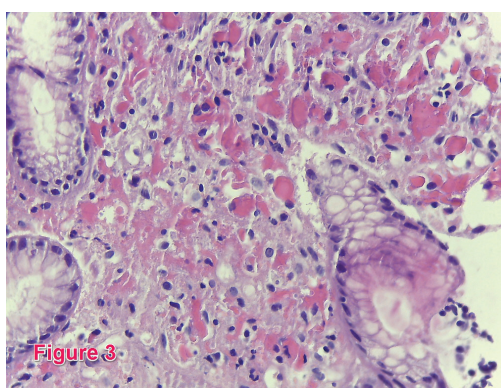
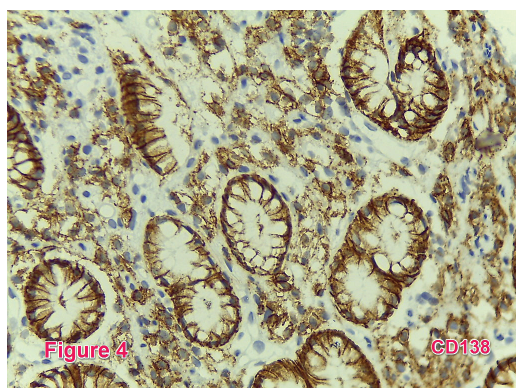
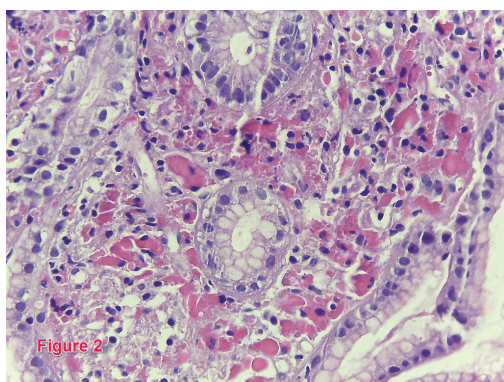


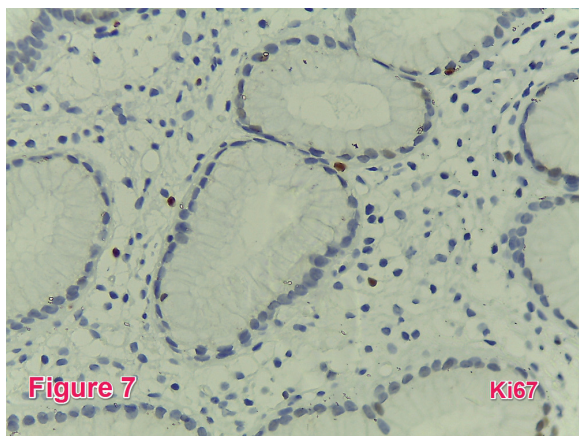
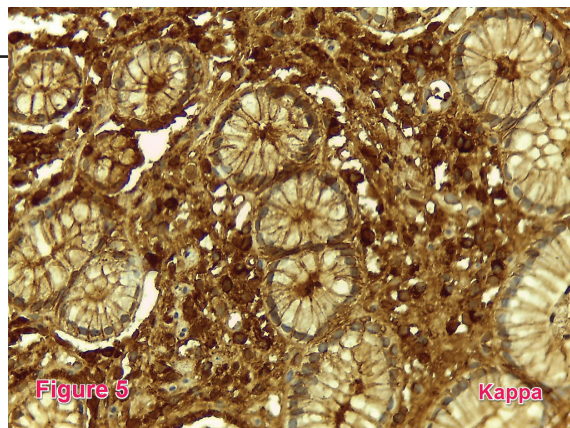
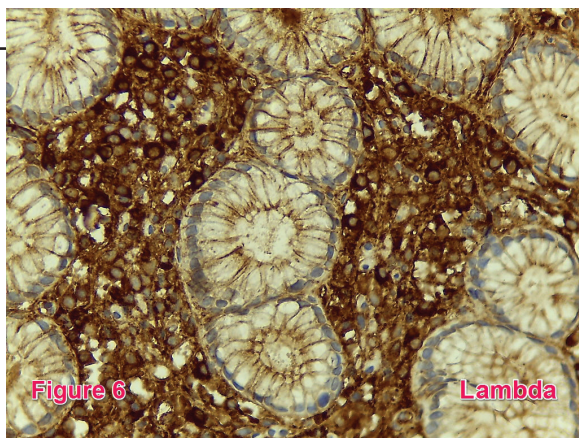
گزارش یک بیماری گوارش کمیاب

بحث

Russell body در اثر تجمع ایمونوگلوبین های فشرده در سیتوپلاسم سلولی و احتمالا به علت اختلال در ترشح سلولی ایجاد می شود. همچنین گاهی در پلاسماسیتوما و برخی از انواع لنفوم **Russell body** دیده می شود. اما در سال ۱۹۹۸، Tazawa و Tsutsumi یک نوع خاص از تجمع زیاد پلاسماسل به همراه **Russell body** در مخاط معده را به نام **Russell body gastritis** گزارش کردند. در این بیماری تجمع فشرده و یک شکل پلاسماسل در لامینا پروپریا دیده می شود و به این دلیل ممکن است با بیماری های نئوپلاستیک اشتباه گرفته شود. بررسی ایمونوهیستوشیمی می تواند با قطعیت این بیماری را از مورد اخیر متمایز سازد. لنفوم **MALT** (mucosa associated lymphatic tissue) می تواند در تشخیص افتراقی قرار گیرد اما در این بیماری بر خلاف لنفوم **MALT**، **Lymphoepithelial lesion** وجود ندارد. همچنین آنتی بی هسته یا میتوز به نفع سرشت واکنشی (reactive) سلول ها است. پلاسماسیتوم هم می تواند در مخاط معده رخ دهد اما در این بیماری الگوی ایمونوهیستوشیمی زنجیره های ایمونوگلوبین پلی کلونال نخواهد بود و همچنین اندکس پایین سلول های

بیمار خانم ۲۹ ساله ای است که با شکایت درد در ناحیه بالای شکم از یک سال پیش مراجعه کرده است. درد شکم بیمار با مصرف داروهایی مانند امپرازول بهبودی نداشت. سابقه بیماری را ذکر نمی کند. در معاینه هنگام لمس درد بیمار در ناحیه اپی گاستر افزایش می یافت و نیز بیمار دچار تهوع می شد. به وی توصیه به آندوسکوپی شد. در آندوسکوپی بیمار، گاستروپاتی در ناحیه آنتر و بدنه معده وجود داشت. همچنین در ناحیه پیلور و آنتر دو زخم با سایز های ۱x۱ و ۰.۵x۰.۵ سانتی متر وجود داشت که ظاهر خوش خیم داشتند. خونریزی فعال در زخم ها دیده نشد. از نواحی درگیر، بیوپسی گرفته شد. (شکل ۱) در بررسی میکروسکوپی مخاط معده التهاب قابل توجه در لامینا پروپریا به همراه تعداد زیادی پلاسماسل و **Mott cell** با **Russell body** دیده شد. (شکل های ۲ و ۳) در بررسی ایمونوهیستوشیمی این سلول ها به نسبت تقریبا یکسان مارکرهای زنجیره کاپا و لامبدا (**Kappa & Lambda**) را نشان دادند. همچنین این سلول ها از نظر مارکر **CD138** مثبت بودند. **Ki67** در کمتر از ۳ درصد این سلول ها مثبت شد. (شکل های ۴ تا ۷) با یافته های فوق تشخیص **Russell body gastritis** برای بیمار گذاشته شد.





پرولیفراتیو که با ki67 سنجش می شود در-Russell body gas tritis بسیار پایین خواهد بود. علت تجمع این سلول نامشخص است ولی فرضیه همراهی عفونت *H.pylori* به عنوان یک عامل محرک در نظر گرفته شده است. البته در مورد بیمار این مقاله این همراهی دیده نشد. بنابراین آگاهی از وجود این بیماری می تواند از تشخیص احتمالی نادرست بیماری نئوپلاستیک بکاهد.

Reference:

Erbersdobler A, Petri S, Lock G. Russell Body Gastritis Arch Pathol Lab Med. 2004;128:915-917



دکتر آرش دریاکار- بورد تخصصی آسیب شناسی تشریحی و بالینی
دکتر مانده رعیتی (بورد تخصصی بیماری های پوست و مو)

گزارش یک بیماری پوستی



بیمار خانم ۲۱ ساله ای است که با شکایت لکه های قهوه ای پوست روی گردن، بازوها و تنه همراه با پوسته ریزی و خارش از ۲ سال قبل مراجعه کرده است. سابقه بیماری سیستمیک، مصرف دارو و نقص ایمنی ندارد. بعد از مصرف داروهای ضد قارچ موضعی، ضایعات کمرنگ تر شده ولی بعد از مدتی عود کرده و گسترش یافته است. در معاینه ماکول و پیچ های قهوه ای رنگ با پوسته ریزی ظریف در گردن، قفسه سینه و جلوی شکم دیده شد. (شکل ۱) بیمار به علت عدم پاسخ مناسب به دو دوره درمان کامل تیناوریسیکالر بیوپسی و تشخیص های افتراقی زیر نیز برای بیمار مطرح شد:

- 1) Tinea versicolor
- 2) Confluent & reticulated papillomatosis
- 3) Seborrheic dermatitis
- 4) Prurigo pigmentosa

در بررسی میکروسکوپی بافت پوست پوشیده شده از اپیدرم مشاهده شد. اپیدرم ظاهر طبیعی داشت. در بررسی دقیق تر لایه شاخی مخمرها و هایفه های قارچی (نمای اسپاگتی و توپ گوشتی) دیده شد که در رنگ آمیزی PAS این عناصر به راحتی قابل