



هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی لوزه های کامی

* دکتر مهدی بخشایی¹، دکتر ناصر طیبی²، دکتر مهدی موزونی³،

دکتر نوید نوری زاده⁴، دکتر سارا شهریاری⁵

^{1,4}استادیار گوش، گلو و بینی - جراحی سر و گردن، ²استادیار پاتولوژی،

³دستیار تخصصی پاتولوژی، ⁵پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک ضایعه خوش خیم نادر در لوزه های کامی است که سبب نمای پاپیلاری غیرطبیعی در سطح لوزه ها می گردد که می تواند با کارسینوم یا پاپیلوم اشتباه شود.

گزارش مورد: بیمار یک دختر 7 ساله با ضایعات پاپیلوماتوز سطح هر دو لوزه ی کامی می باشد.

واژه های کلیدی: هایپرپلازی، لوزه های کامی، هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی

مقدمه

تاکنون بر اساس اطلاعات نویسنده گان قبلا در ایران چنین گزارشی وجود نداشته است.

پاتورژن این بیماری روشن نمی باشد. هرچند، بر اساس ظاهر بالینی آن تشخیص های شایع تری مانند پاپیلوما و کارسینوما به ذهن می رسد ولی هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک روند خوش خیم است، احتمالا غیرنئوپلاستیک، که با تونسیلکتومی به راحتی درمان می گردد (2،4). در این مقاله، یک بیمار با هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی گزارش می شود.

گزارش مورد

یک دختر 7 ساله و سفید پوست با شکایت احساس توده در گلو همراه با ادینوفاژی، هیپونازالیتی، دیسفاژی، خرخر و آپنه انسدادی هنگام خواب از 3 سال قبل به درمانگاه گوش، گلو و بینی مراجعه نمود. در معاینه ی فیزیکی ضایعات پاپیلوماتوز دو طرفه در اوروفارنکس، خلف کام نرم و روی لوزه های کامی مشهود بود (تصویر شماره 1).

هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک وضعیت بالینی و بافت شناسی نادر است که به صورت ضایعات پاپیلوماتوز لوزه ها، شبیه پاپیلومای سنگفرشی ظاهر می یابد. درجاتی از هایپرپلازی در بافت های لنفوی حلقه والدیر که بیشترین میزان آن در کودکان دیده می شود، وجود دارد که با بلوغ، اکثر موارد برطرف می گردد. در نتیجه، تعیین میزان بروز واقعی این ضایعه از مقالات مشکل است (1). هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی برای اولین بار توسط آقای رابرت در سال 1896 گزارش گردید (2). 4 گزارش از غربی ها و 35 مورد در ژاپنی ها، نشان دهنده ی برتری ابتلا در نژاد آسیایی می باشد (2،3).

* آدرس مؤلف مسؤول: ایران، مشهد، بیمارستان قائم (عج)، گروه گوش،

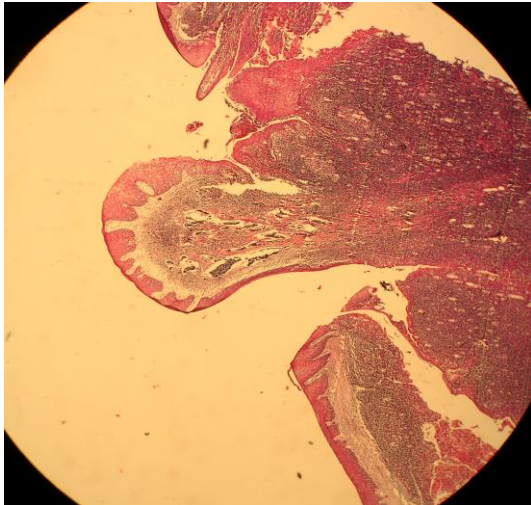
گلو و بینی

تلفن تماس 0511-8594082

Email: mehbaksh@yahoo.com

تاریخ تایید: 87/3/29

تاریخ وصول: 86/11/14



تصویر 2- زوائد انگشتی شکل (رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با درشت نمایی 4 برابر)

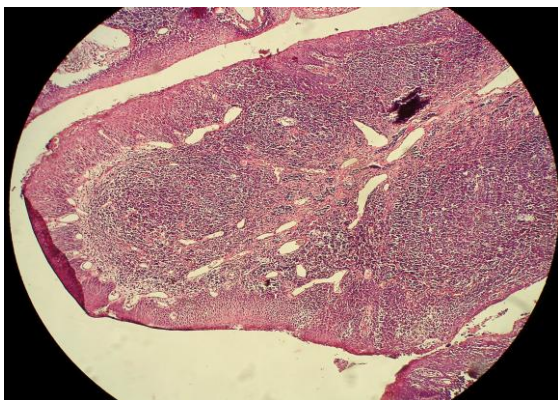


تصویر 1- ضایعات پاپیلوماتوز دوطرفه ی لوزه های کامی

در رادیوگرافی ساده، هایپرتروفی بافت نرم نازوفارنکس دیده می شد. تشخیص بالینی پاپیلوماتوز بود. به جز یک کم خونی خفیف هیپوکروم و میکروسیتراشی از فقر آهن در آزمایشات روتین، نکته ی غیرطبیعی وجود نداشت برداشت جراحی به صورت تونسیلکتومی انجام گرفت و نمونه ها در شیشه ی حاوی فرمالین 10٪ به آزمایشگاه فرستاده شدند و بلوک پارافینی از آن ها تهیه شد. در بررسی ماکروسکوپی، هر دو لوزه ابعادی در حد $3/5 \times 2 \times 1/5$ سانتی متر داشتند. قوام آن ها لاستیکی، صورتی رنگ و سطح شان پاپیلوماتوز بود.

در بررسی میکروسکوپی نمونه، ضایعات انگشت مانند شامل مرکز عروقی همراه هایپرپلازی لنفاوی فولیکولار واضح مشابه گرز، دیده می شد. از نظر بافت شناسی، پوشش سطحی آن ها، سنگفرشی مانند سطح لوزه ها بود (تصاویر 2 و 3).

هیچ آثاری از بدخیمی وجود نداشت. ظاهر بافت شناسی بافت، نشان دهنده ی شکل خاصی از هایپرتروفی لوزه ها بود که هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی نامیده می شود. پیگیری های بعد از عمل نشان دهنده ی وضعیت ریشه کن شده ی بیماری، بدون اثری از عود ضایعه بود.



تصویر 3- ساختمان پاپیلاری با بافت لنفاوی در زیر پوشش اپیتلیوم سنگفرشی رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با درشت نمایی

بحث

هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک اختلال نادر لوزه های کامی است و اهمیت آن، در تشابه تظاهر بالینی با پاپیلوم سنگفرشی دهان و پولیپ های لنفوئیدی دستگاه گوارشی است که می تواند سبب انسداد شدید حلق گردد. هایپرپلازی پاپیلاری لنفوئیدی برای اولین بار توسط آقای رابرت در سال 1896 گزارش گردید.

در ژاپن در سال 1924 توسط اگیناوا به صورت یک هایپر تروفی نادر لوزه های کامی گزارش شد و ماتسوئی در همان سال آن را به صورت هایپر تروفی آتیپیک (هایپر تروفی پاپیلاری) لوزه های کامی بیان نمود (2،5).

به نظر می رسد که شیوع این وضعیت در نژاد آسیایی شایع تر بوده (2،3) و جنس مونث مقداری برتری داشته باشد. دامنه ی سنی بیماران 2-54 سال بوده و درگیری لوزه های کامی معمولا به صورت دوطرفه می باشد (2).

این وضعیت غیر طبیعی لوزه های کامی دارای نام های مختلفی مانند باشد و از طرفی پاپیلوم های دهان منفرد و بدون علامت هستند (هایپر تروفی پاپیلوماتوز، هایپر تروفی پاپیلاری، هایپر تروفی شبه تومور، نتیجه گیری)

هایپر تروفی غیر طبیعی، هایپر پلازی پاپیلاری، تورم شبه پاپیلومایی، تونسیلیت پرولیفراتیو هایپر پلازی پاپیلاری لنفوئید است. هر چند پاتوژنز این بیماری نامعلوم است ولی بعضی عوامل مظنون شامل تحریکات مداوم التهابی، تاثیرات هورمونی، نئوپلازی و تغییر شکل مادرزادی با توارث اتوزومال غالب می باشند (2،5).

شایع ترین تظاهر بالینی این بیماری عبارت است از اوتیت دوطرفه، تونسیلیت و رینوفونی راجعه (1).

تشخیص قطعی توسط مطالعات میکروسکوپی بافت شناسی صورت می پذیرد و یافته های میکروسکوپی شامل هایپر پلازی لنفاوی در یک بافت همبندی شل است که با یک پوشش سنگفرشی پوشیده شده است (1،5،6).

در بررسی میکروسکوپی موارد کارسینوم، تغییر شکل و بی نظمی سلولی و در پاپیلوم مرکز واسکولر بدون هایپر پلازی بافت لنفاوی می

هایپر پلازی لنفوئیدی باید تشخیص داده شود، چون از نظر بالینی شبیه ضایعات نئوپلاستیک خوش خیم (پاپیلوما) و بدخیم (کارسینوما) می باشد. هایپر پلازی پاپیلاری لنفوئیدی یک روند خوش خیم احتمالا غیر نئوپلاستیک است، که درمان قطعی آن تونسیلکتومی می باشد (2،4).

References

- 1- Kardon DE, Wenig BM, Heffner DK, Thompson LDR. Tonsillar lymphangiomatous polyps: A clinicopathologic series of 26 cases. *Mod Pathol* 2000; 13(10): 1128-33.
- 2- Dias EP, Alfaro SE, De Piro SC. Lymphoid papillary hyperplasia: Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2003; 95(1): 77-9.
- 3- Pitois M, Sellem M, Quiniou M. [Les lymphangiomes de l'amygdale palatine (amygdale lymphangiome). *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*. *Rev laryngol Otol Rhinol* 1985; 106(1): 67-70. (French)
- 4- Carillo-Farga J, Abbud-Neme F, Deutsch E. Lymphoid papillary hyperplasia of the palatine tonsils. *Am J Surg Pathol* 1983; 7(6): 579-82.
- 5- Enomoto T, Matsui K, Tabata T. Papillary hypertrophy of the palatine tonsils. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980; 89(2 Pt 1): 132-34.
- 6- Pilch BZ. The nasopharynx and Waldeyer's ring. In: Pilch BZ. (editor). *Head and neck surgical pathology*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001: 157-94.
- 7- Timothy SL. Benign tumors and tumor like lesions of the oral cavity. In: Cumming CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. (editors). *Cumming's otolaryngology head and neck surgery*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 1574.