

گزارش یک مورد کی کوچی

دکتر محمد رضا سروقد¹، دکتر مهرداد فرخ نیا²، *دکتر مهدی بخشایی³،

دکتر کامران غفارزادگان⁴، دکتر مجید غفوری⁵

¹استادیار بیماری های عفونی²متخصص بیماری های عفونی³، استادیار و عضو مرکز تحقیقات گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن
⁴پاتولوژیست، ⁵دستیار بیماری های عفونی - بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: بیماری کی کوچی یک لنفادنیت نکروزان می باشد، که در ژاپن شیوع داشته اخیراً با انسیدانس پیشرونده ای در سایر نقاط جهان گزارش می شود. اغلب در خانم ها در اواخر دهه دوم و اوایل دهه سوم به صورت آدنوپاتی مثلث خلفی گردن بروز می کند و از نظر بالینی و پاتولوژی بالنفوم قابل اشتباه است.

گزارش مورد: این گزارشی از یک مورد بیماری کی کوچی در خانم 51 ساله ایرانی است تا متخصصین گوش، گلو و بینی و جراحی سر و گردن بیشتر با این بیماری خوش خیم و ناشایع آشنا شوند.
واژه های کلیدی: لنفادنوپاتی، لنفادنیت نکروزان، بیماری کی کوچی

مقدمه

بیماری کی کوچی که بیماری Kikuchi-Fujimoto نیز نامیده می شود، به عنوان لنفادنیت نکروزان تحت حاد شناخته می شود که به صورت آدنوپاتی خوش خیم گردنی در بالغین جوان، عمدتاً خانم ها دیده می شود. این بیماری اولین بار در سال 1972، توسط Kikuchi و Fujimoto به طور جداگانه در مقالات ژاپنی توصیف شد (1، 2).

اولین مورد بیماری در خارج ژاپن در مقالات اتولارنگولوژی توسط Gleeson و همکاران مطرح شد (3). اغلب گزارشات در رابطه با این بیماری مربوط به مجلات پاتولوژی است که به نظر می رسد علت این مسئله آشنائی ناکافی متخصصین گوش، گلو و بینی با این بیماری باشد. لذا در این مقاله، ما به توصیف یک مورد از این بیماری و سیر بالینی آن جهت آشنائی بیشتر متخصصین گوش، گلو و بینی پرداخته ایم.

گزارش مورد

خانم 51 ساله با شکایت از تب که از 45 روز قبل شروع شده بود به درمانگاه عفونی مراجعه کرد. تب بیمار به صورت گاهگاهی، خفیف و همراه با سردرد، لرز و ضعف بود. بیمار از بی اشتهاپی (بدون کاهش وزن) و دردهای استخوانی شکایت داشت. از دو هفته قبل هم به صورت اتفاقی متوجه توده ای در گردن با سیر پیشرونده شده بود ولی شرح حالی از تهوع، استفراغ، راش، آرترالژی، تنگی نفس، خونریزی از مخاط، تماس با حیوان یا بیماری سل را نمی داد. در معاینات اولیه بیمار کاملاً هشیار بوده، با وجود تب توکسیک نبود. یک غده لنفاوی دردناک به ابعاد 1×1 سانتیمتر در زنجیره خلفی گردن در سمت چپ قابل لمس بود. در سایر نقاط بدن لنفادنوپاتی وجود نداشت. معاینه فیزیکی سایر ارگان ها نرمال بود. در سوابق بیمار تنها نکته، بستری در بخش قلب در سال گذشته و همچنین مصرف داروهای سیتالوپرام، پرفنازین، کلونازپام، کوتریموکسا زول و لاموتریجین بود.

*آدرس مؤلف مسؤول: مشهد بیمارستان امام رضا (ع) - بخش گوش، گلو و بینی

تلفن تماس: 0511-8593031 Email:

mehbakhsh@yahoo.com

در بررسی آزمایشگاهی اولیه :

پلی نوکلرهای اپی تلیوئید

بحث

بیماری کی کوچی معمولاً به صورت آدنوپاتی موضعی گردن در مثلث خلفی گردن و اغلب در خانم های جوان ظاهر می کند به نحوی که در مطالعه ای نسبت زن به مرد 3 به 1 با متوسط سن 30 سالگی گزارش شد (5) ظرف چند هفته تا حداکثر شش ماه به صورت خود بخود بهبود یافته لذا ماهیتی خوش خیم دارد. از نظر بالینی کی کوچی در 75٪ موارد

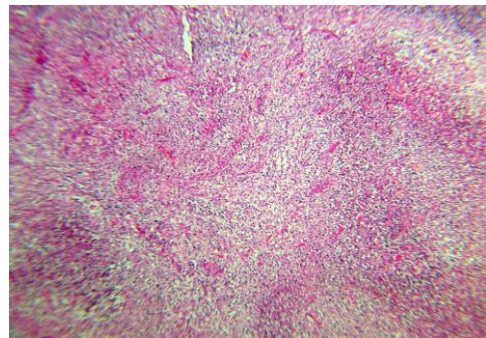
با لنفادنوپاتی گردنی یا آدنوپاتی در مناطق دیگر (اگزایلا، اپی تراکلنار، مدیاستینال، ایلپاک و ...) بروز می کند و در ثلث موارد آدنوپاتی دو طرفه است. تب و آدنوپاتی از علائم بارز بیماری است. علائم سیستمیک شامل تب خفیف (که در هفته اول مقاوم به درمان است)، تعریق شبانه، تهوع، استفراغ، کاهش وزن، گاهی اسهال، میالژی، آرترالژی، درد قفسه صدري و شکم، هپاتواسپلنومگالی می باشد (4). ممکن است بشورات جلدی به اشکال اریتم، پاپول اریتمایتو، پلاک، ندول و یا بشورات روشن چند شکلی، زخم های دهانی و اسکولیت های لکوسیتیک کلاسیک دیده شوند (3،4).

علت بیماری نامعلوم است، هر چند نظریه های متعددی از جمله دخالت عفونت ها به خصوص یرسینیا، توکسوپلازما، پاروویروس، EBV یا HSV6 و HSV8 به عنوان عامل مطرح شده است به نظر می رسد این بیماری ثانویه به یک واکنش افزایش حساسیت در غدد لنفاوی ایجاد می شود. برای شروع این واکنش ازدیاد ایمنی معمولاً یکسری فاکتورهای شروع کننده نظیر یک سوپر آنتی ژن یا یک پروتئین طبیعی لازم است تا با گیرنده های سلول های باند شده و آغازگر واکنش باشد. از طرفی توجه به دخالت سیستم ایمنی در این بیماری بر اساس همراهی آن با لوپوس یا دیگر بیماری های اتوایمیون قویاً مد نظر می باشد (4).

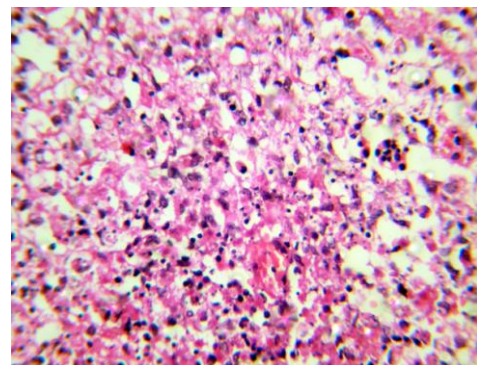
در این بیماری یافته های آزمایشگاهی غیراختصاصی و تست های سرولوژیک منفی است. تشخیص معمولاً بر اساس بیوپسی و تغییرات هیستولوژیک مشخصی که شامل: نواحی غیرمنظم پاراکورتیکال از

WBC: 3200 یا PMN : 75٪ و Lymph: 25٪
RBC: $4/7 \times 10^6$ و HB: 13/5
mg/dl. Pl : 81000 و ESR : 7
CRP (+) Wright , 2ME (-) , B/C (-)
Biochemistry (Nor mal) , RF(-), ANA(-)
AntiToxo IgM(-), CMV IgM (-), EBV VCA(-)
لام خون محیطی نرمال بود. CXR و نوار قلب، سونوگرافی شکم، گرافی لومبوساکرال طبیعی بود.

با توجه به آزمایشات و شرح حال بیمار، بیوپسی غده لنفاوی گردنی برای بیمار انجام شد در شرح میکروسکوپی نمونه تهیه شده انفلیترای نامنظم لنفوسیت با تعدادی پلاسما سل و گاه پلی نوکلرهای ائوزینوفیل باراکسیون هیستوسیتیک گاه به صورت اپی تلیوئید بدون تولید گرانولوم و عروق با جدار ضخیم، گزارش شد. در حاشیه نمونه ارسالی منطقه ای بار اکسیون اپی تلیوئید و نواحی مرکزی نکروتیک بدون پلی نوکلرها دیده شد تصویر شماره (1). یافته های فوق تشخیص Kikuchi را مطرح می کرد.

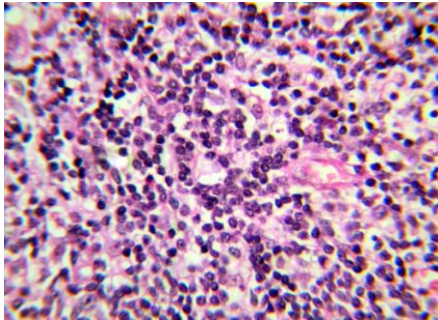


تصویر A- نمای میکروسکوپی غده لنفاوی گردن



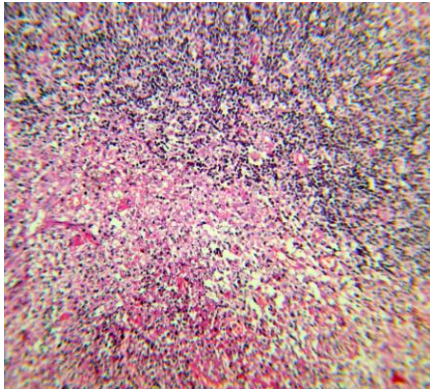
تصویر B- انفلیترای نامنظم لمفوسیتی با تعدادی پلاسما سل و

نکروزانقادی با ذرات هلیته و هیستوسیت های متعددی از انواع مختلف در نواحی نکروتیک می باشند، مشخص می شود.



تصویر A - پلی مورفو کلترهای اپی تلونیدی و تعدادی پلاسماسل

با نواحی نکروتیک فسترال همراه با هیستئوئیدهای متعدد



تصویر B - رآکسیون های اپیتئوئید و نواحی مرکزی نکروز شده

همراه با واسکوئیت لکوسیتیک کلاسیک

پروگنوز کی کوچک بسیار خوب است هر چند می توانهیت
عود کننده داشته باشد و گاهی برای چندین سال ادامه پیدا کند. هیچ
درمان موثری برای بیماری مشخص نشده است ولی علائم و نشانه ها
طی 1-4 ماه خود به خود برطرف می شوند و در بعضی بیماران که
علائم و نشانه های باقی می ماند. مصرف کورتیکواستروئید در رفع
علائم مؤثر است (4). البته یک مورد مرگ هم در این بیماری
گزارش شده است (5).

مهمترین تشخیص افتراقی های کی کوچک، لنفادنیت سلی و
لنفوم بدخیم می باشد (4). در این بیمار آدنویاتی گردنی، تب،
تعریق شبانه، ضعف عمومی و دردهای استخوانی علائم اولیه بودند
که ظن بالینی ما را به طرف بیماری های لنفوپرولیفراتیو رهنمون
کردند و به همین دلیل بیوپسی جهت تشخیص قطعی انجام شد که
ضمن تشخیص بیماری کی کوچک علائم و نشانه ها بعد از برداشت
غده لنفوی کاملاً از بین رفتند و طی پیگیری نه ماهه بیمار
هیچ گونه علائم و نشانه هایی دال بر عود بیماری نشان نداد و در
حال حاضر وضعیت مطلوبی دارد (تصویر شماره 2)

Refrences

- 1- Kikuchi M. Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytes. Acta Hematol Jpn 1972; 35:379-80.
- 2- Fujimoto Y, Kozima Y, Yamaguchi K. Cervical subacute necrotizing lymphadenitis. A new clinicopathological entity. Naika 1972; 30:920-7.
- 3- Gleeson MJ, Siodlak MZ, Barbatis C, Salama NY. Kikuchi's disease-A new cause of cervical lymphadenopathy. J Laryngol Otol 1985; 99(9): 935-9.
- 4- Zar R, McClintock C. Kikuchi- Fujimoto disease: A case report and review of literature. Clin Med 2007; 7(1): 82-4.
- 5- Poulouse V, Chiam P, Poh WT. Kikuchi's disease: a Singapore case series. Singapore Med J 2005; 46(5): 229-32.

Abstract

A case report of kikuchi's disease

Sarvghad MR. MD, Farokhnia M. MD, Bakhshae M. MD,
Ghafar zadegan K. MD, Ghafouri M. MD

I **ntroduction:** Kikuchi's disease is a necrotizing lymphadenitis that is prevalent in Japan and is being increasingly recognized in other areas of the world. It usually occurs in women in their late 20s or early 30s and manifests as a posterior cervical adenopathy. It resolves spontaneously, usually over a period of several weeks to 6 months. Its initial clinical appearance is commonly similar to that of a lymphoma, and it can be pathologically misdiagnosed as such.

Case report: We report a case of Kikuchi's disease that occurred in a 51-year-old Iranian woman. We discuss the clinical features, differential diagnosis, and pathology of this case in an effort to assist otolaryngologists in diagnosing this benign and uncommon entity.

Key words: Lymphadenopathy, Necrotizing Lymphadenopathy, Kikuchi's disease