

آنژیوفیبروما: گزارش یک مورد نادر

دکتر امیر هوشنگ احسانی، دکتر پدرام نورمحمد، دکتر عطاالله مرادی

گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

کمپلکس توپروس اسکروزیس اختلالی ژنتیکی است که با تشکیل هامارتوم در بسیاری از اعضای بدن همراه است. ضایعات مشخصه پوستی آن مشتمل بر آنژیوفیبروما، شاگرین پیچ، فیرومای اطراف ناخن و لکه‌های سفید است. این بیماری اکثرا با اپی لپسی و کم هوشی همراهی دارد. در این مقاله مرد ۲۶ ساله ای معرفی می‌شود که با آنژیوفیبروم بسیار بزرگی در صورت به بیمارستان پوست رازی تهران مراجعه کرده است که برای وی مشکلات روحی و روانی جدی به وجود آورده بود و همین امر طرح درمانی مناسبی را برای وی الزامی می‌کرد.

کلیدواژه‌ها: آنژیوفیبروما، صورت، کمپلکس توپروس اسکروزیس

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۷/۸، پذیرش: ۱۳۸۸/۸/۶

پوست و زیبایی، بهار ۱۳۸۹؛ دوره ۱ (۱): ۴۴-۴۶

معرفی بیمار

بیمار مرد ۲۶ ساله ای که اهل و ساکن افغانستان است و با ضایعات پوستی به درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران مراجعه کرده است. در معاینه انواعی ضایعات پوستی دارد که مشتمل بر: یک توده گل کلمی بسیار بد شکل کننده در اطراف دهان (تصویر شماره ۱) که از سن ۵ سالگی به صورت پاپول و ندول های به تدریج بزرگ شونده ایجاد شده است، لکه‌های سفید رنگ متعدد بر روی تنه که قبل از ضایعات صورت وجود داشته است (تصویر شماره ۲)، فیبروم های پدانکوله نرم در اطراف گردن و زیربغل (تصویر شماره ۳)، پلاک های سفت فیبروماتوز روی پوست سر و پیشانی (تصویر شماره ۱) و فیبروم پیرامون ناخن است. بیمار از لحاظ هوشی بدون مشکل است و سابقه تشنج هم ندارد. سابقه فامیلی این بیماری را نمی‌دهد. در بررسی های بالینی و آزمایشگاهی و تصویربرداری به عمل آمده، در سایر عضوها از جمله قلب و عروق و سیستم اعصاب مرکزی و چشم و کلیه و ریه و استخوان ها درگیری ندارد. در بیوپسی از ضایعات اطراف دهان، آنژیوفیبروما تایید شد. این توده آنژیوفیبرومای بزرگ برای بیمار مشکل جدی روحی و روانی ایجاد کرده است که نیاز مبرم به یک طرح درمانی مناسب را الزامی می‌کند.



شکل ۱. نمای روبه‌روی صورت، ضایعه آنژیوفیبرومای بزرگ با شکل گل کلم



شکل ۲. لکه‌های سفید رنگ متعدد روی بدن



شکل ۳. نمای جانبی صورت و گردن

بحث

ای تلاترکتاتیک ۱ تا ۱۰ میلی متری هستند که از چین بینی لبی به سمت گونه ها و چانه گسترش می یابند و گاهی در گوش ها دیده می شوند آن ها ممکن است به تعداد زیاد و آشکار باشند و بسیار به ندرت، توده های گل کلمی ایجاد کنند. در بسیاری از موارد، از نظر دور می مانند زیرا به قسمتی کوچکی از بینی یا چانه محدود می شوند.

آنژیوفیبروما معمولا بین سنین ۳ تا ۱۰ سالگی ظاهر می شود ولی گاهی در بدو تولد یا شیر خوارگی یا بعد از ۱۰ سالگی نیز تظاهر می یابد. این ضایعات اغلب طی بلوغ، گسترده تر می شود و سپس بدون تغییر باقی می ماند.

۲- فیبرومای اطراف ناخن: توموری سفت است که از چین ناخن منشاء می گیرد و به رنگ پوست یا قهوه ای است و در سنین بلوغ یا بعد از آن ظاهر می شود.

۳- شاگرین پیچ: پلاک نامنظم و ضخیم و مختصری برآمده و به رنگ پوست که معمولا در ناحیه کمری - خارجی است.

۴- لکه های سفید بیضی یا شبیه برگ درخت زبان گنجشک: به طور شایع بر روی تنه و اندام ها است و یک علامت فیزیکی ارزش مند است زیرا امکان دارد در بدو تولد یا اوایل شیر خوارگی حضور داشته باشد.

سایر ضایعات پوستی عبارتند از: پلاک های سفت فیبروماتوز خصوصا روی پیشانی و پوست سر، فیبروم های پایه دار نرم در اطراف گردن و زیر بغل و پولپوز.^{۷-۹}

سایر علایم این بیماری عبارتند از mental deficiency در ۶۰٪ تا ۷۰٪ موارد، صرع که تقریبا در تمام آن هایی که عقب ماندگی ذهنی دارند و در ۷۰٪ آن هایی که هوش متوسط دارند وجود دارد.^{۱۱} و هم چنین عوارض چشمی^{۱۱، ۱۲} تومورهای قلبی و کلیوی^{۱۳-۱۵} و گوارشی^{۱۶} و گرفتاری ریوی^{۱۷} و اختلال های غدد درون ریز و متابولیسم.^{۱۸}

درمان کمپلکس توبروس اسکروزیس: برای بهبود ظاهر بیمار می توان از لیزر pulse dye (طول موج ۵۸۵ نانومتر) استفاده کرد. ضایعات پاپولو و ندولر به بهترین شکل به لیزر CO₂ پاسخ می دهد.^{۱۹} درمان ضایعات در سایر عضو ها ناموفق است و برای خلاصی از علایم، ممکن است به جراحی نیاز باشد.^{۲۰}

بیمار یاد شده در این گزارش نیز یک مورد نادر از کمپلکس توبروس اسکروزیس است که با آنژیوفیبرومای بسیار بزرگ در صورت مراجعه کرده که برای بیمار مشکل جدی روحی و روانی به وجود آورده است. لازم است در این موارد طرح درمانی مناسبی برای این گونه بیماران ارائه شود.

کمپلکس توبروس اسکروزیس که قبلا توبروس اسکروزیس نامیده می شد (واژه کمپلکس اشاره به درگیری مولتی سیستم و تظاهرات متغیر بیماری دارد)، اختلالی ژنتیکی است که با تشکیل هامارتوم در بسیاری از اعضا، خصوصا پوست، مغز، چشم، کلیه و قلب همراه است. مشخصه ضایعات پوستی آن مشتمل بر: آنژیوفیبروما، شاگرین پیچ، پیرامون ناخن فیبرومای اطراف ناخن و ash leaf white macules است. این بیماری با صرع و عقب افتادگی ذهنی (نه به طور همیشگی) همراهی دارد.^{۲۱}

جدول ۱. تظاهرات بالینی کمپلکس توبروس اسکروزیس

Major features
Facial angiofibromas or forehead plaque
Non-traumatic ungular or periungual fibroma
Shagreen patch (connective tissue naevus)
Multiple retinal nodular hamartomas
Cortical tuber
Subependymal nodule
Subependymal giant cell astrocytoma
Cardiac rhabdomyoma, single or multiple
lymphangioliomyomatosis and/or renal angiomyolipoma
Hypomelanotic macules (more than three)

کمپلکس توبروس اسکروزیس اولین بار در قرن ۱۹ میلادی توضیح داده شد.^۱ این بیماری، یک بیماری اتوزومال غالب با نشانه های متغیر است. نمای مشخصه این بیماری عبارت است از ضایعات پوستی، صرع و عقب ماندگی ذهنیکه با تفاوت زیادی در سن شروع و شدت بیماری همراه است.^{۴-۶} شروع زیر ۵ سال، با تغییرهای پوستی یا اپی لپسی معمول است، هر چند بیماری می تواند تا سن بلوغ و بزرگسالی مخفی بماند.

تشخیص قطعی کمپلکس توبروس اسکروزیس، به وجود دو تظاهر اصلی بیماری براساس معیارهای تشخیصی اصلاح شده کمیته توبروس اسکروزیس (جدول ۱) نیاز دارد. ضایعات پوستی در ۶۰٪ تا ۷۰٪ موارد بیماری یافت می شود. چهار ضایعه پاتوگنومونیک پوستی عبارتند از:

۱- آنژیوفیبروما: به صورت پاپول های سفت و مجزا و قرمز قهوه

References

1. Morgan JE, Wolfort F. The early history of tuberous sclerosis. *Arch Dermatol* 1979; 115: 1317-19.
2. Connor JM, Pirrit LA, Yates JR, et al. Linkage of the tuberous sclerosis locus to a DNA polymorphism detected by v-abl. *J Med Genet* 1987; 24: 544-46.
3. Fryer AE, Chalmers A, Connor JM, et al. Evidence that the gene for tuberous sclerosis is on chromosome 9. *Lancet* 1987; 1: 659-61.
4. Fryer AE, Osborne JP. Tuberous sclerosis: a clinical appraisal. *Pediatr Rev Commun* 1987;1:239-55.
5. Gomez MR. Tuberous sclerosis. In: Gomez MR, (ed.). *Neurocutaneous Diseases*. Boston: Butter worth, 1987: 30-52.
6. Hunt A. Tuberous sclerosis: a survey of 97 cases. Part I. Seizures, pertussis immunisation and handicap. Part II. Physical findings. Part III. Family aspect. *Devo Med Child Neurol* 1983;25: 346-9, 350-2, 353-7.
7. Lagos JC, Gomez MR. Tuberous sclerosis: reappraisal of a clinical entity. *Mayo Clin Proc*: 1967; 42: 26-9.
8. Osborne JP. Diagnosis of tuberous sclerosis. *Arch Dis Child* 1988; 63: 1423-25.
9. Reed WB, Nickel WR, Campion G. Internal manifestations of tuberous sclerosis. *Arch Dermatol* 1963;87: 715-28.
10. Curatolo P, Verdecchia M, Bombardieri R. Tuberous sclerosis complex; a review of neurological aspects. *Eur J Paediatr Neurol* 2002; 6: 15-23.
11. Grover WD, Harley RD. Early recognition of tuberous sclerosis by fundoscopic examination. *J Pediatr* 1969;75: 991-95.
12. Rowley SA, O'Callaghan FJ, Osborne JP. Ophthalmic manifestations of tuberous sclerosis: a population based study. *Br J Ophthalmol* 2001; 85: 420-23.
13. Bass JL, Brenningstal GN, Swaiman KF. Echocardiographic incidence of cardiac rhabdomyomata in tuberous sclerosis. *Am J Cardio* 1985; 55: 1379-82.
14. Gibbs J L. The heart and tuberous sclerosis. An echocardiographic and electrocardiographic study. *Br Heart J* 1985; 54: 596-99.
15. Smith HC, Watson GH, Patel RG, et al. Cardiac rhabdomyomata in tuberous sclerosis: their course and diagnostic value. *Arch Dis Child* 1989; 64: 196-200.
16. Devoride G, Lemieux B, Masse S, et al. Colonic hamartoma in tuberous sclerosis. *Gastroentorology* 1988;94: 182-88.
17. Milledge RD, Gerald BE, Carter WJ. Pulmonary manifestations of tuberous sclerosis. *Am J Roentgenol* 1966; 734-8.
18. Holtzman M, Reider-Groswasser I, Harel S. An unusual asociation of tuberous sclerosis and adrenogenital syndrome. *Brain Dev* 1983; 5: 46-48
19. Papadavid E, Markey A, Bellaney G, et al. Carbon dioxide and PDL treatment of angiofibromas in 29 patients with tuberous sclerosis. *Br J Dermatol* 2002; 147: 337-42.
20. Perot P, Weir B, Rasmussen T. Tuberous sclerosis. Surgical therapy for Seizures. *Arch Neurol* 1966; 15: 498-506.