

گرانولوم اتوزینوفیل معده

در سال ۱۹۳۲ لفلر^۱ منظره کلینیکی یک ضایعه ریوی را که بنام اتوزینوفیلیک گرانولوما^۲ نامید شرح داد. اولین مورد ضایعه گرانولومی از این نوع درجهاز هاضمه بوسیله هررا^۳ لاگاردیا^۳ شرح داده شده که یک انسداد پیلوری ناشی از ضایعه تومورمانندی برنگ زرد متمایل به سبز بود و ضایعات مشابهی هم در اثنای عسرورده کوچک وجود داشت.

پاتوزنزهیستوپاتولوژی: ضایعه گرانولومی اغلب در ناحیه پیلور معده است. شایعترین تظاهرات بیماری ضخامت جدار معده و وجود نودولهای زیر مخاطی نسبتاً محدود است که تمایل به تولید پولیپ پایدار دارد که بنام پولیپ فیبروئیدالتهابی نامیده میشود. ضایعه گاهی با اولسراسیون معده همراه بوده همچنین اغلب در اثنای عشر پرولاپسوس پیدامیکند گرانولوم اتوزینوفیل در نواحی بروز تومورهای بدخیم معده شایعتر است.

از نظر بافت‌شناسی یک راکسیون بازوفیلیک نسبی ملتحمه با فیبروبلاست‌ها، فیبروسیت‌ها و الیاف کولاجن و همراه با انفیلتراسیون لکوسیت‌های اتوزینوفیلیک و لنفوسیت دیده میشود. لنفوسیت‌ها گاهی بشکل فولیکولهای لنفوی درآمده‌اند. بندرت سلولهای ژان‌چند هسته‌ای هم دیده میشود.

معمولاً اتوزینوفیل‌ها بطور منتشر در تمام ضایعه مخصوصاً زیر مخاط و عضلات پراکنده‌اند. پرولیفراسیون واضح آتریبولها و عروق شعریه و عروق لنفوی اغلب موجود است. حدود ضایعه مشخص نیست و کپسول محدودکننده ندارد.

مخاط روی ضایعه نازک شده و معمولاً موسکولاریس موکوزه گرفتار نیست. بامشابهت با تجربیات بر روی حیوانات بسیاری از مؤلفین این گرانولوما را مربوط به کیفیات آلرژیک میدانند.

نشانه‌های بالینی: در کلینیک ممکن است ضایعه ایجاد علامتی نکند و یا علائمی مشابه تومورهای پیلوری یا زخم و یا انسداد پیلور بدهد. علائم شایع بیماری سوزش اپیکاستر یا زیر گریفوئید

- 1- Loeffler
- 2- Eosinophilic Granuloma
- 3- Herrera
- 4- La guardia

یا درد و فشار این ناحیه است. ممکن است علت مراجعه بیمار استفراغ بعد از غذا - نقصان وزن و علائم انسداد پیلور باشد.

در رادیوگرافی اغلب انسداد پیلور و تومور پولیپ مانند در ناحیه پیلور دیده میشود.

در آزمایش خون بندرت افزینوفیلی وجود دارد.

در سیتولوژی معدہ گلد گرابر ۵ و همکارانش سلولهای ژان را مشاهده کردند.

اگرچه بیوسی بوسیلہ گاستروسکوپی ممکن است نوع ضایعہ را نشان بدد اما با قطعیت نمیتوان عدم وجود ضایعہ بدخیم را کنار گذاشت

درمان: وجود هر تومور یا اختلال جداری در رادیوگرافی معدہ احتیاج به جراحی تفتیشی و برداشتن ضایعہ دارد تا عدم وجود ضایعہ مسلم گردد. بعلت گزارش های محدود گرا نولوم افزینوفیل معدہ نمیتوان روی پیش آگهی بیماری و عود بعد از عمل جراحی اظهار عقیده کرد و بهتر است بیمار از نقطه نظر آلرژی و ضایعات نقاط دیگر مخصوصاً ریه و روده مورد مطالعه قرار گیرد.

شرح حال بیمار:

ع. ل. ۴۰ ساله اهل خرم آباد کارگر در تاریخ ۲۴/۲/۴۵ در بخش ۲ پزشکی بیمارستان پهلوی بستری شد. علت مراجعه بیمار اسهال و درد پاها بوده است. طبق اظهار بیمار اسهال در ۱۰ ماه پیش همراه با دردهای شکمی شروع شده و روزی ۲ - ۳ بار اجابت داشته است اسهال گاهی بلغمی بوده ولی هیچ وقت خون قرمز نداشته است اما مدفوع گاهگاهی سیاه رنگ بوده است. علاوه بر این بیمار هر چند وقت یکبار دچار استفراغهای بعد از غذا میشده است. در سابقه شخصی و فامیلی بیمار نکته جالبی وجود نداشت و در امتحانات فیزیکی غیر از احساسی در لمس ناحیه اپیگاستر نکته غیر عادی وجود نداشت. فشار خون بیمار ۱۲۰/۷۰ بود یک لیپومی با اندازه فندق در بالای ابروی راست بیمار وجود داشت.

در امتحانات پاراکلینیکی ادرار طبیعی - سدیم تناسیون در ساعت اول ۱۵ میلیتر - آزمایش مدفوع وجود آسکاریس را نشان داد ولی خون میکروسکوپی نداشت. در امتحان فرمول و شمارش گلبولهای قرمز ۲۷۰۰۰۰۰، گلبولهای سفید ۱۰۳۰۰ با ۴ درصد افزینوفیل ۲ با تونه ۷۰ سگما ته ۲۲ نفوسیت و ۲۰ منوسیت - هماتوکریت ۱۶٪ - هموگلوبین ۳۵٪ درد و آزمایش بعدی عدہ گلبولهای سفید ۸۸۰۰۰ و ۸۰۰۰ بود و تعداد گلبولهای قرمز به ۳۵۰۰۰۰۰ افزایش یافت - در آزمایش شیرہ معدہ در حال ناشتا و بعد از تحریک بوسیلہ الکل ۷٪ اسید آزاد وجود نداشت و اسیدیته توتال ۸ واحد بود که بعداً تا ۱۴ واحد افزایش یافت.

آزمایش مغز استخوان کم خونی بعلت فقر آهن را نشان داد مقدار اسیداوریک خون ۶/۱۲ میلی گرم در ۱۰۰ بود. در رادیوگرافی معدہ و اثنی عشر در ناحیه آتر معدہ نواحی روشن کم و بیش وسیعی دیده میشد که نظیر این تغییرات در بولب اثنی عشر هم وجود داشت. همچنین در قسمت تحتانی ناحیه عمودی، نحناهی کوچک معدہ پیش آمدگی درشتی دیده میشد که اطراف پایه آن ناحیه روشن وسیعی فرا گرفته بود با تشخیص احتمالی پولیپوز معدہ و اثنی عشر بیمار به بخش جراحی معرفی شد و در تاریخ ۲۹/۳/۴۵ تحت عمل جراحی قرار گرفت. در تفتیش داخلی شکمی در داخل



شکل ۱



شکل ۲

معدۀ جسمی متحرک که از پیلورتا کاردیا حرکت داشت لمس می‌شد. با انسیمیونی بطول تقریباً ۷ سانتیمتر معدۀ باز گردید. توموری پایه‌دار که پایه آن به سطح خلفی معدۀ اتصال داشت بطول ۱۵ سانتیمتر و قطر ۵ سانتیمتر وجود داشت. تومور از پایه قطع شد و محل آن دوخته شد در آزمایش بافت‌شناسی: درماکروسکوپی بافت بشکل استوانه‌ای بطول ۸ و عرض ۲ سانتیمتر بود. سطح خارجی آن مخاط معدۀ را نشان می‌داد. سطح تومور کم و بیش قهوه‌ای رنگ بود و بعد از برش داخل استوانه برنگ کرم مایل به قهوه‌ای و ناصاف بود - در آزمایش ریز بینی بافت منظره پولیپی را نشان می‌داد ولی در ناحیه زیر مخاط واکنش گرانولوماتو بیشتر از نوع سلولهای ائوزینوفیل بود. تشخیص گرانولوم ائوزینوفیل بود. بیمار بعد از عمل جراحی با حالت عمومی خوبی مرخص شد.

خلاصه: یک مورد گرانولوم ائوزینوفیل معدۀ در شخص ۴۰ ساله شرح داده شد. ضایعۀ رادیولوژیکی بیمار بشکل پولیپ‌های متعدد معدۀ و اثنی عشر بود که در مواقع عمل جراحی دیده شد. یک پولیپ دراز در معدۀ قرار گرفته و داخل بولب اثنی عشر پرولاپسوس پیدا می‌کرده است. بعد از برداشتن ضایعۀ پولیپی آزمایش بافت‌شناسی وجود یک ضایعۀ گرانولوم ائوزینوفیل معدۀ را مسجل کرد.



شکل ۳

References

- 1- Bochner, R.J. and Grant, R.N Surgery 30 : 388 1924
- 2- Bullock, W.K. and Moran, E.T. Cancer 6 : 488 1923
- 3- Goldgraber, M. B. and Kisner, J.B, A.M.A. Archives. Jnt. Med.
102 : 10, 1958
- 4- Vaneck, J. Am. J. Pathol. 25 : 397 1649
- 5- Bockus, H Gastroentology 1963

* * *