

گزارش یک مورد بیماری کیکوچی - فوجی موتو

دکتر آفاق امیرآبی

E-mail: afag.amirabi@gmail.com

استادیار پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل

چکیده

بیماری کیکوچی یک بیماری التهابی خوش خیم و خودمحدود شونده است که اولین بار در ژاپن گزارش گردید. ابتلا به بیماری بطور شایع تر در زنان و در دهه سوم زندگی و معمولاً بصورت آدنوپاتی منفرد و پایدار گردنی بروز می کند. عود در ۳٪ موارد رخ می دهد. اهمیت آن به لحاظ احتمال اشتباه تشخیصی با لنفوم های بدخیم با نکروز وسیع می باشد. مورد معرفی شده یک خانم ۲۲ ساله است که با راش های جلدی، آدنوپاتی های متعدد از یک ماه قبل مراجعه و در آزمایشات انجام گرفته لوکوسیتوز متوسط با حضور لنفوسیت های آتی پیک در اسمیر خون محیطی مشاهده گردید. سرعت رسوب گلبولی بطور متوسط افزایش یافته بود. در نهایت پس از بیو پسی غدد لنفاوی گردن، تشخیص بیماری کیکوچی مسجل گردید.

واژه های کلیدی: بیماری کیکوچی - فوجی موتو، لنف آدنوپاتی

پذیرش: ۸۵/۱۰/۴

دریافت: ۸۵/۴/۲۱

مقدمه

غیره، آدنوپاتی های متعدد و یا منتشر ایجاد نماید [۱]. بیماری لو پوس نیز متعاقب آن گزارش شده است [۹-۷]. تب در ۵۰-۳۳ درصد بیماران گزارش شده است [۱۰، ۱]. سایر علایم بیماری عبارتند از: اسهال، تب و لرز، تعریق، تبوع، استفراغ، درد سینه، درد شکم [۱]، سوزش گلو، کاهش وزن، میالژی، آرترالژی [۱۱]. بزرگی طحال و کبد در مواردی [۱۱، ۱۰، ۱]. لکوپنی در ۴۳-۲۵ درصد [۱۰، ۴]، لکوسیتوز در ۵-۲/۹٪ [۱۰، ۴] و لنفوسیتوز آتی پیک در ۲۵٪ موارد [۴] گزارش شده است. فاصله زمانی از شروع علائم تا تشخیص بیماری از ۱ تا ۲۴ ماه متغیر است [۱]. بیماری معمولاً در عرض ۱ تا ۳ ماه بهبود می یابد. عود و مرگ نادر است [۱۱]. سرعت سدیمانتاسیون گلبول های قرمز بصورت خفیف تا متوسط افزایش می یابد [۱۳].

هدف از ارایه مورد، گزارش این نکته است که بیماری در حدود ۳۰٪ موارد با لنفوم بدخیم قابل اشتباه است [۱]. کارپورکسی در لنفوم های بدخیم با درجه بدخیمی بالا نیز مشاهده می گردد و حضور ایمونوبلاست ها و هیستوسیت های آتی پیک ممکن است تشخیص را مشکل تر سازد، ولی جمعیت یکدست سلولی در لنفوم های بدخیم با درجه بدخیمی بالا مثل لنفوم

برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ کیکوچی و فوجی موتو بطور همزمان ولی مستقل از یکدیگر خصوصیات بافت شناسی و بالینی یک بیماری التهابی غدد لنفاوی را شرح دادند که آن را به نام لنفادنیت تحت حاد و نکروزان گردنی نام نهادند. پس از آن توجه زیادی به این بیماری خوش خیم شد و به اسامی مختلفی از قبیل لنفادنیت نکروزان هیستوسیتیک (HNL)^۱، بیماری کیکوچی، بیماری کیکوچی-فوجی موتو (KFD)^۲ معروف شد [۳-۱]. متعاقب گزارش اولین مورد بیماری در ژاپن، پیلری و همکاران ۲۷ مورد بیماری خارج از ژاپن را در آلمان غربی (۲۳ مورد)، ایران (۱ مورد)، ایتالیا (۱ مورد)، کره جنوبی (۱ مورد) و اسپانیا (۱ مورد) گزارش نمودند. پس از انتشار این گزارشات موارد دیگری از سرتاسر جهان گزارش گردید [۵، ۴]. بیماری کیکوچی-فوجی موتو معمولاً بصورت آدنوپاتی منفرد و پایدار، و اغلب در ناحیه گردن تظاهر می کند [۶]، اما می تواند در سایر مناطق بدن از قبیل زیر بغل، فوق ترقوه، میان سینه، داخل پاروتید، ایلپاک، سلیپاک، اطراف پانکراس و

¹ Histolytic Necrotizing Lymphadenitis

² Kyananur Forest Disease

بورکیت هرگز در این بیماری مشاهده نمی گردد. وجه افتراق از لنفوم بدخیم بر اساس افسمان نسبی ساختمان غدد لنفاوی، ضایعات پاراکورتیکال و موضعی، سینوس های دست نخورده، دبری های کاریورکتیک فاقد نوتروفیل، وجود هیستوسیت های راکتیو، و فقدان منظره آسمان پرستاره و اندکس میتوزی پایین است [۱۴،۱۲،۱]. بیماری کاوازاکی، لنفوم هوجکین، کارسینوم متاستاتیک و انفارکتوس غدد لنفاوی در تشخیص افتراقی با این بیماری قرار دارند [۱۱،۱].

رنگ آمیزی های اختصاصی از قبیل رنگ آمیزی گرم، گیمسا، ذیل-نلسن و وارتن استاری در این بیماری منفی می باشند. بیماری کیکوچی را باید در تشخیص افتراقی هر بیماری با تب طول کشیده و لنفادنوپاتی گردنی در نظر داشت. در مناطقی که شیوع سل بالاست، افتراق از سل لازم است [۱۵،۱]. پرسینیوز، بیماری خراش گربه، لنفادنیت توکسوپلازما، و منونوکلئوز عفونی نیز در تشخیص افتراقی مطرح می باشند [۱۱،۱].

شرح حال بیمار

بیمار مورد بررسی خانم ۲۲ ساله ای است که با راش های جلدی، آدنوپاتی های متعدد در ناحیه گردن، زیربغل و کشاله ران از یک ماه قبل مراجعه نموده است. در اسمیر خون محیطی لکوسیتوز متوسط در حدود ۱۵۰۰۰ در هر میکرولیتر خون با ۲۵٪ لنفوسیت های آتی پیک مشاهده گردید. سرعت سدیمانتاسیون گلبول های قرمز ۲۱ بوده و تست آنتی بادی هتروفیل و بررسی های سرولوژیک از لحاظ توکسوپلازما، منونوکلئوز عفونی و سل منفی می باشند. سرم بیمار از لحاظ حضور آنتی بادی بر علیه DNA^۱ دو رشته ای نیز منفی می باشد. چهل روز بعد، از غده لنفی گردن بیوپسی بعمل آمد. در بررسی ماکروسکوپی غده لنفی به رنگ کرم- خاکستری، و به ابعاد ۱/۵*۱*۰/۴ سانتی متر بود در سطح برش قوام غده لنفی در بعضی نواحی نرم و شکننده بود. در بررسی ریزینی با درشت نمایی کوچک افسمان نسبی ساختمان غدد لنفاوی، ارتشاح های لکه ای و رنگ پریده،

متعدد و بعضاً بهم پیوسته و وسیع در نواحی کورتکس و پاراکورتکس مشاهده می گردید، که در بررسی با درشت نمایی بزرگتر از تجمع هیستوسیت ها (ماکروفاژها) و ایمنوبلاست ها و منوسیت های پلاسماستوتیو تشکیل یافته اند. لنفوسیت های کوچک به تعداد کمتر در ضایعات مشاهده می گردند. در مرکز ضایعات نکروز انعقادی وسیع حاوی دبری های سلولی و عاری از ارتشاح نوتروفیلی و ائوزینوفیلی مشاهده می گردد در بررسی مارکرهای سلول های T، CD68 و MPO مثبت بودند در نهایت بیماری کیکوچی تشخیص داده شد و بیمار پس از سه ماه کاملاً بهبود یافت.

بحث

بیماری کیکوچی- فوجی موتو انتشاری جهانی داشته و بطور شایع در ژاپن و برخی کشورهای آسیایی دیده می شود [۶،۱]. در هر سنی از ۹ سالگی [۱۳] تا ۷۵ سالگی [۱] گزارش شده است. سن شایع ابتلا (مانند مورد معرفی مقاله) در دهه سوم زندگی است [۳،۱]. نسبت ابتلا زن به مرد ۱: ۴-۱/۱ می باشد [۱۴،۱۳،۱]. علت بیماری قطعاً مشخص نیست، علل عفونی و خود ایمنی برای بیماری پیشنهاد شده اند. در بین علل عفونی ویروس EBV^۲، ویروس هرپس انسانی تپ ۶ [۱۹]- [۱۵] و پاروویروس B 19 [۲۰،۱۵] مطرح می باشند. در یک مطالعه اخیر ویروس EBV به توسط سه تکنیک معتبر و مستقل از یکدیگر (هیبریدیزاسیون در جا، DNA-PCR و ایمون هیستوشیمی) در ۹ مورد از ۱۰ بیمار شناسایی شده است [۱۵]. در مورد بررسی شده حاضر بررسی از لحاظ ویروس CMV^۳، EBV و هرپس تپ ۱ و ۲ منفی بود. سایر عوامل عفونی پیشنهادی شامل عفونت با سیتومگالوویروس، ویروس هرپس انسانی تپ ۶ و ۸، آدنوویروس، پرسینیا و توکسوپلازما می باشند [۱۸]. تصور می شود منوسیت های پلاسماستوتیو در آسیب شناسی بیماری نقش داشته باشند [۲۱]. ایمنوبلاست ها به تعداد متغیر و اغلب با خصوصیات هسته ای آتی پیک به صورت توده ها یا صفحاتی دیده می شوند [۱۴]. آنها مانند لنفوسیت های

^۲ Epstein Barr Virus

^۳ Cyto Megalo Virus

^۱ Deoxyribo Nucleic Acid

هیستوسیت ایجاد نمایند [۱۴]. منوسیت های پلاسماسیتوئید ممکن است در نواحی زیر کپسولی و بین فولیکولی نیز دیده شوند [۲۰]. منوسیت های پلاسماسیتوئید علاوه بر آنتی ژن های معمول منوسیت/ماکروفاژ، مارکرهایی از قبیل CD38 (در پلاسماسل، تیموسیت و لنفوسیت های فعال شده)، LN1 (در سلول های مرکز فولیکولی و سلول های اریترئوئید)، و CD4 را بروز می دهند [۲۰].

ناحیه نکروتیک حاوی سلول های BCD20 مثبت بوده و پلاسماسل وجود ندارد، ویا بندرت دیده می شود. نوتروفیل ها وجود ندارند و به همین دلیل پیلری^۱ و همکاران آنرا بنام لنفادنیت نکروزان هیستوسیتی بدون ارتشاح نوتروفیلی نامیده اند [۱۰]. ممکن است هیپرپلازی فولیکولی دیده شود [۲۱]. اکثر هیستوسیت ها برای مارکرهای CD68 و MPO مثبت می باشند و آنتی ژن های مربوط به لنفوسیت های T بطور قوی و کانونی مثبت می شوند. مارکرهای مربوط به لنفوسیت های B یعنی CD20 و مارکرهای سلول های کشنده طبیعی (CD57) کمتر دیده شد. بنابراین ایمنو هیستوشیمی در بررسی و تشخیص بیماری نقش بسیار مهمی دارد [۲۴]. در بررسی با میکروسکپ الکترونی ساختمان های توبولورتیکولر و اجسام میله ای داخل سیتوپلاسمی مشابه بیماری لوپوس سیستمیک اریتماتو اغلب یافت می گردد [۶].

در تعداد کمی از بیماران، لوپوس سیستمیک اریتماتو بطور همزمان و یا بعد از بهبود بیماری کیکوچی- فوجی موتو تشخیص داده شد [۲۷-۲۵]. بیماری کیکوچی- فوجی موتو یک بیماری خود محدود شونده است که نیاز به درمان خاصی ندارد [۲۸] و بخاطر احتمال وجود ۳٪ عود [۱۴،۱۳] پی گیری بیماران الزامی است و ضمناً ممکن است پیش درآمدی برای بیماری لوپوس سیستمیک اریتماتو باشد.

نتیجه گیری

بیماری کیکوچی- فوجی موتو نوعی لنفادنوپاتی خوش خیم و خودمحدود شونده است که ممکن است چند ماه طول کشیده و از لحاظ بالینی و آزمایشگاهی با طیفی

کوچک در داخل نواحی نکروتیک، فنوتیپ سلول T را دارند [۲۰،۱۴]. سلول های CD8 مثبت با افزایش طول مدت بیماری، افزایش می یابند [۲۲، ۱۳]. یک مکانیسم پیشنهادی برای تخریب سلولی وابسته به آنتی بادی، آپوپتوز سیتولیتیک وابسته به سلول T می باشد [۱۸]. لنفوسیت های TIA-۱ مثبت (پروتئین گرانول سیتولیتیک) در مناطق نکروتیک و در سلول های آپوپتوتیک فراوان بوده، ولی در مناطق سالم بندرت یافت می شوند. BCL2 و P53 نقش مهمی ندارند [۱۸]. قطر غدد لنفی از ۰/۵ تا ۷ سانتی متر (بطور متوسط تا ۲ سانتی متر) متغیر است [۱۳،۱]. در بعضی مقالات و از جمله در مورد بررسی شده در این گزارش غدد لنفاوی شکننده گزارش شده اند [۲۳،۱۴]. در بررسی میکروسپی با درشت نمایی کوچک، مناطق گرد یا نامنظم و رنگ پریده و اغلب در ناحیه پاراکورتیکال بصورت منفرد و یا متعدد، و بعضاً بهم پیوسته مشاهده می شود. وسعت گرفتاری غدد لنفاوی متغیر بوده و معمولاً ۵۰٪ و یا بیشتر است. در مورد معرفی شده در این مقاله منطقه گرفتار حدود ۶۰٪ غده را تشکیل می دهد [۱۴]. ضایعات از سلول های هیستوسیت، لنفوسیت های کوچک، تعدادی ایمنوبلاست با دبری های ائوزینوفیل و دبری های کاریورکتیک بازوفیل تشکیل یافته اند. هیستوسیت ها اکثریت جمعیت سلولی را تشکیل داده و ممکن است فاگوسیتیک یا غیر فاگوسیتیک باشند. هیستوسیت هایی با هسته های نامنظم مرکزی و نیز انواع کف آلود و نگین انگشتری نیز توصیف شده اند [۱۴] و فرم اخیر از لحاظ افتراق با کارسینوم متاستاتیک معده از نوع نگین انگشتری و نیز نوعی از لنفوم بدخیم با مورفولوژی مشابه حائز اهمیت است [۲۳،۶]. یک جزء کاراکتریستیک ضایعه، منوسیت های پلاسماسیتوئید هستند که اندازه متوسط با هسته گرد و کناری، هستک غیر واضح و سیتوپلاسم متوسط و آمفوفیل دارند [۱۴]. ضایعات بزرگتر ممکن است سه لایه مشخص بصورت یک ناحیه مرکزی با نکروز انعقادی و دبری های کاریورکتیک [۱۴،۱]. ناحیه میانی با ایمنوبلاست ها، منوسیت های پلاسماسیتوئید، هیستوسیت ها و دبری ها، و یک ناحیه محیطی متشکل از لنفوسیت ها، ایمنوبلاست ها و تعداد کمی

¹ Pileri

از بیماری های عفونی از قبیل سل و بیماری های بدخیم مانند لنفوم بدخیم با نکروز وسیع قابل اشتباه می باشد و چون نیاز به درمان خاصی ندارد، افتراق آن از موارد ذکر شده اهمیت خاصی دارد. ایمون هیستوشیمی و رنگ آمیزی های اختصاصی اهمیت و جایگاه خاصی در تشخیص صحیح این بیماری دارند.

References

- 1- Dorfman RF, Berry GJ. Kikuchi histiocytic necrotizing lymphadenitis: An analysis of 108 cases with emphasis on differential diagnosis. *Semin diagn pathol.* 1988, Nov5 (4); 5: 329-345.
- 2- Kikuchi M. Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytosis. *Nippon ketsueki gakkai zasshi* 1972; 35: 379-380.
- 3- Fujimoto Y, Kozima Y, Yamaguchi k. Cervical subacute necrotizing lymphadenitis. A new clinicopathologic entity. *Naika* 1972; 20: 920-927.
- 4- Pileri S, Kikuchi M, Helbron D, Lennert K. Histiocytic necrotizing lymphadenitis without granulocytic infiltration. *Virchows Arch A pathol Anat Histol.* 1982; 395 (3): 257-71.
- 5- correa H, MD. Kikuchi necrotizing lymphadenitis. Louisiana state university, medical center. From medscape general medicine posted. 03.03.1996
- 6- Rosai J MD. *Ackermans surgical pathology.* Eighth ed. New york: Mosby, 1999; 1675-1676.
- 7- Kuo T. cutaneous manifestations of kikuchi histiocytic necrotizing lymphadenitis. *Am J Surg Pathol* 1990; 14(9): 872-876.
- 8- Aqel N, Hnry K, Woodrow D. Skin involvement kikuchis disease: An immunochemical & immunofluorescence study. *Virchows archive* 1997; 430: 349-352.
- 9- Sumiyoshi Y, Kikuchi M, Takeshta M, Yoneda S, Kobari S, Ohshima K. Immunohistological study of skin involvement in kikuchi disease. *Virchows Arch B cell pathol.* 1992; 62(4): 263-69.
- 10- Histiocytic necrotizing lymphadenitis [Editorial]. *Arch pathol. Med* 2003 Oct, 127(10): 1345-8.
- 11- Blewitt RW, Kumar SN, Abraham JS. Recurrence of kikuchi's Histiocytic necrotizing lymphadenitis. *After 12 years clin pathol.* 2000, Feb 153 (2): 157-8.
- 12- Kuto T. kikuchis disease (histiocytic necrotizing lymphadenitis). A clinicopathologic study of 79 cases with an analysis of histologic subtypes, immunology and ploidy. *Am. J. surg pathol.* 1995; 19: 797-809.
- 13- Tsang WYW, Chan JKC, Ng CS. Kikuchis lymphadenitis. A morphologic analysis of 75 cases with special reference to unusual features. *Am. J. Surg Pathol* 1994; 18(3): 219-231.
- 14- Maeda N, Yamashita Y, kimura H, Hara S, Mori N. Quantitative analysis of HSV load in the lymph nodes of patients with histiocytic necrotizing lymphadenitis Using a real time PCR assay. *Diagn Md; pathol.* 2006 Mar; 15 (1): 44-55.
- 15- Hollingsworth HC, Peiper SC, Weiss LM, Raffled M, Jaffe ES. An investigation of the viral pathogenesis of kikuchi-fujimoto disease. Lack of evidence for EBV or Human herpes virus type b the causative agents. *Arch pathol lab Med* 1994Feb; 118(2): 134-40.
- 16- Sumiyoshi Y. Analysis of HSV genomes in kikuchis disease. *Virchows archiv* 1994; 430: 349-52.
- 17- Felgar FE. Histiocytic necrotizing (kikuchi's disease) lymphadenitis: in situ end-labeling, immunohistochemical, & serologic evidence supporting cytotoxic lymphocyte-mediated apoptotic cell death. *Mod pathol* 1997; 10(3): 231-41.
- 18- Yilmaz M, Camci C, Sari I, Okan V, Serinc A, Onata M and et al. Histiocytic necrotizing lymphadenitis (kikuchi-Fujimoto's disease) mimicking systemic Lupus erythematosus: a review of two cases. *Lupus* 2006; 15(6): 384-7.
- 19- Meyer O. Parvovirus B 19 infection can induce kikuchi disease associated with SLE. 1991; 1: 37-41.
- 20- Aqel NM. A study of plasmacytoid monocytes in kikuchis disease, nonspecific reactive lymphadenitis & lymph nodes containing metastatic malignant tumors. *J pathol.* 1997; 182: 182.
- 21- Sumiyoshi Y, Kikuchi M, Takeshita M, Ohshima K, Masuda Y, Parwaresch MR. Immunohistologic studies of kikuchis disease. *Hum pathol* 1993 Oct; 24(10): 1114-9.
- 22- Menasce LP, Banerjee SS, Edmonson D, Harris M. KFD Continuing diagnostic difficulties. *Histopatol.* 1998; 33: 248-54.
- 23- Jia-Cheng Xiso-Long Jin. The diagnosis & differential diagnosis of histiocytic necrotizing lymphadenitis. A study of histology & immunohistochemistry & electron microscopy. *Zhonghua Li Xue Zhi.* 2003 Dec.
- 24- Biasi D. Three clinical reports of kikuchis lymphadenitis combined with SLE. *Clin Rheum* 1996; 15(1): 81-83.
- 25- Martinez – Vazquez C. KFD associated with SLE. *Q J med* 1997; 90: 531-533.
- 26- EL-Ramahi KM, Karrar A, Ali MA. Kikuchi disease and its association with systemic Lupus erythematosus: *Lupus.* 1994 Oct; 3(5): 409-11.
- 27- Norris AH. KFD: A benign cause of fever and lymphadenopathy. *Am. J. Med.* 1996; 171: 401-5.