

گرانولوم اتوزینوفیل معده

در سال ۱۹۳۲ فلر^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 هر را^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 عسروروده کوچک وجود داشت.

پاتوزنز و هیستوپاتولوژی: 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

استاد و رئیس بخش پزشکی ۲ بیمارستان پهلوی

رئیس بخش پزشکی ۲ بیمارستان پهلوی

- 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 افوزینوفیلی وجود دارد.

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

اگرچه بیوسی بوسیله کاسترو سکوپپی ممکن است نوع ضایعه را نشان بدهد اما با قطعیت نمیتوان عدم وجود ضایعه بدخیم را کنار گذاشت

درمان: وجود هر تومور یا اختلال جداری در رادیوگرافی معده احتیاج به جراحی تفتیشی و برداشتن ضایعه دارد تا عدم وجود ضایعه مسلم گردد. بعلت گزارش های محدود گرا نولوم افوزینوفیل معده 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 $110/70$ 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 افوزینوفیل ۲ با تونه ۷۰ سگما ته ۲۲ نفوسیت و ۲۰ منوسیت - هماتوکریت ۱۶٪ - هموگلوبین ۳۵٪ درد و آزمایش بعدی عده گلبولهای سفید ۸۸۰۰۰ و ۸۰۰۰ بود و تعداد گلبولهای قرمز به ۳۵۰۰۰۰۰ افزایش یافت - در آزمایش شیر معده در حال ناشتا و بعد از تحریک بوسیله 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 معده و اثنی عشر در ناحیه آتر معده 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 نخنای کوچک معده پیش آمدگی درشتی دیده میشد که اطراف پایه آن ناحیه روشن وسیعی فرا گرفته بود با تشخیص احتمالی پولیپوز معده 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

معدده جسمی متحرک که از پیلورتا کاردیا حرکت داشت لمس میشد. با انسیزیونی بطول تقریباً ۷ سانتیمتر معدده باز گردید. توموری پایه دار که پایه آن به سطح خلفی معدده اتصال داشت بطول ۱۵ سانتیمتر و قطر ۵ سانتیمتر وجود داشت. تومور از پایه قطع شد و محل آن دوخته شد در آزمایش بافت شناسی: درماکروسکوپی بافت بشکل استوانه ای بطول ۸ و عرض ۲ سانتیمتر بود. سطح خارجی آن مخاط معدده را نشان میداد. سطح تومور کم و بیش قهوه ای رنگ بود و بعد از برش داخل استوانه برنگ کرم مایل به قهوه ای 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 معدده در شخص ۴۰ ساله شرح داده شد. ضایعه رادیولوژیکی بیمار بشکل پولیپهای متعدد معدده و اثنی عشر بود که در مواقع عمل جراحی دیده شد. یک پولیپ دراز در معدده قرار گرفته و داخل بولب اثنی عشر پرولاپسوس پیدامیکرده است. بعد از برداشتن ضایعه پولیپی آزمایش بافت شناسی وجود یک ضایعه گرانولوم ائوزینوفیل معدده 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. Int. Med.
102 : 10, 1958
- 4- Vaneck, J. Am. J. Pathol. 25 : 397 1649
- 5- Bockus, H Gastroentrology 1963

* * *