چکیده
زمینه و هدف: گرفتاری ریه در بیماران هولچین معمولاً هر همراه با درگیری گرانی و ناتمامی از گسترش ضایعه از گره‌های لنفاوی می‌باشد. هولچین اولیه ریه بیماری نادیر است که به‌طور مشابه در جوانان و زنان در سنین بالا دیده می‌شود.

شرح مورد: بیمار معمولاً شده خانمی است ۵۴ ساله که به شکایت تب، سرفه خشک و کاهش وزن از سه ماه قبل مراجعه کرده بود. به‌دلیل تداوم و ثابت بودن ریوی مشاهده گردید ولی نتیجه‌گیری مراقبت محسوس نشد. در بررسی متابولیک ندوبه‌ها متعدد و دو طرفه‌هی رنگی نشان داده آمد به روش برونوکسپی و بیوبسی تحت سنی اسک انجام شده که بیماری هولچین مطرح گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: هر چند هولچین اولیه ریه بیماری نادیر است ولی استنی آن را به عنوان یکی از علل ایجادکننده ندوبه‌ها متعدد و دو طرفه‌ریوی در نظر داشت.

واژه‌های کلیدی: هولچین، لنفوم، ریه، اولیه

مقدمه
اندیشه آن نیاز به انجام فحصی بیماری هولچین و درگیری هولچین در نادیده گرفتن و سایر عوامل دارد. جهت اثبات بیافقتی این بیماری نیاز به مشاهده سول ریبیشترین و نمونه باید تشخیص گرفته و معمولاً به وسیله بیوبسی ریه به روش جراحی باز و یا برونوکسپیک داده می‌شود.[۱]

معرفی بیمار
بیمار خانمی است ۵۴ ساله که به شکایت تب، وزن کاهش و استنجاری از سه ماه قبل به بیمارستان شهید صدوقی برد مراجعه کرده بود. بیمار در لوگ، سایر عوامل بیماری نادیده گرفتن و سایر عوامل دارد.

۱- (نورسهم، مسئول) استادگر گروه آموزشی داخلی، دانش‌آموزی علوم پزشکی شهید صدوقی برد
halvani47@yahoo.com

۲- استادگر گروه آموزشی پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی برد
سیتوگرافی و سی-ئی اسکن، شکم و لکی اکوکاردیوگرافی و ماموگرافی طبیعی یافت. در مراحل اول و دوم LDH و PPD و سی-ئی اسکن 105 بود. تست (Purified Protein Derivative) اسپری و کش خلط از نظر باسیل سل، منفی بود. آزمایش‌های مربوط به بیماری‌های روماتیسمی همگی منفی بودند. آسپرامیون و بیوبیسهی مغن استخوان طبیعی بود. جهت بیمار برونکوکسیلی و پلی‌ویروس‌هایی از انجام شد که ضایعه داخل برونکس مشاهده نگردید. نمونه‌های مایع برونكوآلودنوز از نظر باسیل سل باتری یا پیتون، قارچ و سولو های بدن خصوصی بود. بررسی نمونه بیوبیسه ره از طبقه برونکس کمیکی به تشخیص تکرر. بررسی سیتوپاتولوژی نمونه‌های به دست آمده به روش بیوبیسه تحت سی-ئی اسکن نیز تشخیص نبود. لذا جهت بیمار بیوبیسه بار به از طریق تریاکتوسیتی انجام شد. در آزمایش میکروکوئی، نمای بافت ره با تجمع هتروز سولوی شامل سولو های کلاسیک و جن هسته‌های ریشه‌شیرگر در میان سولو های النهار واکنشی مانند لنفوسیت، پلاسماس، انتروپیونیل و پلی مورفونکلر دیده شد (شکل 3).

این مدت 10 کیلوگرم کاهش وزن داشت. علی رغم دربافت آنتی‌بوتیک‌های مختلف به صورت سربایی به‌هادی خاص نکره و نسترا گردد. وی سابقه دیابت، فشار خون بالا و هپاتیته‌ای از جهار سال قبل داشته و تحت درمان با گلی ریالمیت، متافون، امیلوبسیل و جامی‌پروزول بود. بیمار خانه‌دار بود و سابقه تشکیل عوامل آلاینده محیطی را نداشت. در معاینه، دمای بدن 38/5 درجه سانتی‌گراد بود، ضایعه بوستی و لنفاژ‌ها محسوبی وجود نداشت. در معاینه فیزیکی سیستم مختصر کرانک خشخ در طرف چپ‌دستی سمع شد. کبد و طحال از اتربیل طبیعی داشتند. رادیوگرافی و سی-ئی اسکن قفسه سیستم بیمار، ندول‌های متعدد دوطرفه، بیشتر در لوب‌های فوقانی را نشان داد. لنفاژ‌های مدیاستینال و بلورال افیزوز وجود نداشت.

(شکل‌های 1 و 2).

شکل 1- رادیوگرافی قفسه سینه

شکل 2- سی-ئی اسکن قفسه سینه

Antibodies to ) CD30 در بررسی ایمونو هیستوشیمی LCA .CD20 (Common Leukocyte

دوره 8 شماره 3 سال 1388

مجاهد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
پانکتکرین‌سازی و (Common Leukocyte Antigen)
منفی بودن (شکل ۴). بانرایان تشخیص بیماری هوچکین
دش و با توجه به عدم درگیری سایر ناحیه، تشخیص
بیماری هوچکین اولیه را مطرح گردید. نظر به درگیری
و صورت دو طرفه، بیمار کاملاً مناسب جهت رادیوتراپی و
جراحی نبود. لذا شبیه درمانی شروع شده و اکنون بعد از
دو سال هنوز تحت نظر است.

شکل ۴- اسلابدا، رنگ‌دانی‌های سلولی بافت ریه به روش
ایمتوهیستوئینی
بحث
بیماری هوچکین اولیه ریه بسیار نادر است و تشخیص
زمانی قطعی می‌شود که گره‌های لنفاوی ناف ریه پاک
بوده و بیمار در جای دیگری وجود نداشته باشد. این
بیماری طیف متفاوت و از ۳۰ تا ۸۰ سال (۱۸-۲۸ سال) داشته، در زنان
۵/۴ بیشتر است و نسبت به هوچکین
گره‌های در سنین بالاتر تظاهر پیدا می‌کند. در حدود نیمی
از بیماران نشانه‌های D از بیماران نشانه‌های B دارند. [۱۶] بیمار فوق علامت
داشت و مدتی به عنوان FUO (مبعلت ناشناخته) B
پرسی شده بود.
ضایعه ریه در یک سوم موارد به صورت تندی سوخته
و در نیمی از موارد به فرم توده محتوای بافت گاهی
ارتشاف رنگ‌لوئنجدار دو طرفه و یا تراکم ریوی مشاهده
می‌شود. گرفتنی‌های فوتوپا در دو ماه می‌تواند بیماری هولگر
واو، اختلالات سیستمی از آنها می‌تواند مشاهده شود. ممکن است
این موارد به منظور مرحله‌بندی درمان لازم است. در فرم‌هایی
از بیماری که به صورت توده منفرد ریه نظاهر می‌گردد،

درجه تشخیص دهنده می‌تواند به روش درمانی بررسی
کامل به منظور مرحله‌بندی درمان لازم است. در فرم‌هایی
از بیماری که به صورت توده منفرد ریه نظاهر می‌گردد،
جراحی و رادیوتراپی مناسب بوده ولی در قریب‌های منتشر و
دو طرفه بهترین روش درامی، شیمی درامی است
[2،۱۲] بیمار معرفی شده بیا توجه به درگیری و سبع دو
طرفه، کاندم مناسبی جهت رادیوتراپی و جراحی نیست، لذا
شیمی درمانی شروع شده و آکسون بعد از دو سال هنوز
تحت نظر است.

نتایج گیری
هوچکین اولیه، بیماری نادری است ولی با توجه به
مشابه بودن علایم بالینی با بیماری‌های عضوی، سرطان

References


    pulmonary involvement: a clinicopathologic study of 5 new cases. Ann Diagn Pathol 2006;

    2006; 48(2): 139-41.


Primary Pulmonary Hodgkin’s Disease (Case Report)

A.H. Halavani¹, F. Binesh²

Received: 29/07/07 Sent for Revision: 10/06/08 Received Revised Manuscript: 23/05/09 Accepted: 02/06/09

Background and Objectives: Lung involvement in Hodgkin's disease is usually associated with nodal involvement and is due to direct extension from mediastinal nodes. Primary pulmonary Hodgkin’s disease is a rare disease. This disease occurs most frequently in the older women.

Case Report: The present case was a 54-year-old woman who was presented with fever, dry cough and weight loss since the last three months. There was no evidence of hepatosplenomegaly and peripheral lymphadenopathy. Radiological investigations revealed bilateral pulmonary nodular lesions but no mediastinal lymphadenopathy. Cyto-pathology assessment of the sample which was taken based on bronchosopic and CT results did not help with diagnosis of the disease. As a last resort, open lung biopsy was done and a diagnosis of Hodgkin's disease was made. The final diagnosis was primary pulmonary Hodgkin's disease.

Conclusion: Although primary pulmonary Hodgkin's is a rare disease, it should be considered as one of the causes of bilateral pulmonary nodular lesions.

Key words: Hodgkin, Lymphoma, Pulmonary, Primary

¹- Assistant Prof., Dept. of Internal Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran (Corresponding Author) Tel: (0351)8224000, Fax: (0351)8224100, E-mail: halvani47@yahoo.com
²- Assistant Prof., Dept. of Pathology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran