

## CD30 + T cell lymphoma اولیه پوستی : گزارش یک بیمار

دکتر سوزان کاوسی<sup>۱</sup>، دکتر مریم غیائی<sup>۲</sup>، دکتر سیاوش طوسی<sup>۲</sup>

۱- استادیار، ۲- دستیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران

لنفوم CD30+large cell اولیه پوستی یک نوع نادر لنفوم است که منشأ آن لنفوسیت های CD30+T پوست است. از نظر بالینی اغلب به شکل ندول منفرد پوستی تظاهر می کند که به اولسراسیون تمایل دارد. گسترش این لنفوم به ارگان های خارج پوستی نادر است. پیش آگهی این نوع لنفوم خوب است و پاسخ مناسبی به پرتودرمانی می دهد. در این مقاله یک مورد از لنفوم CD30+large cell اولیه پوستی در مردی ۳۴ ساله گزارش می شود که بیماری وی به صورت یک ندول اولسره در ناحیه صورت تظاهر کرده است.

**واژگان کلیدی:** لنفوم، لنفوم اولیه پوستی، ایمونوهیستوشیمی

فصلنامه بیماری های پوست ۱۳۸۴؛ دوره ۸ (۵) ضمیمه ۱: ۴-۱

وصول مقاله: ۸۳/۱۱/۹ پذیرش: ۸۴/۲/۱

### معرفی بیمار

آقای ۳۴ ساله ای با یک ندول اریتماتو به ابعاد ۳ در ۳ سانتی متر در ناحیه گیجگاهی چپ مراجعه و سابقه شروع این ضایعه را از ۶ ماه قبل از مراجعه ذکر کرد. به تدریج چند پاپول و ندول کوچک تر در اطراف آن ایجاد و ندول اولیه اولسره شده بود (تصویر شماره ۱). بیمار لنفادنوپاتی و هپاتواسپلنومگالی نداشت. شمارش کامل خون، اسمیر خون محیطی و تست های عملکرد کبد و کلیه و CT scan قفسه سینه و شکم طبیعی بود. نمونه برداری از ضایعه صورت گرفت. برش های تهیه شده از نمونه مزبور با هماتوکسیلین - اتوزین رنگ آمیزی شد. در درم نئوپلاسمی آناپلاستیک با طرح ندولار متشکل از سلول های آتیپیک و واجد هسته های هیپرکروم دیده می شد. سلول های نئوپلاستیک پلئومورفیسم متوسطی از خود نشان می دادند. میتوزهای پراکنده آتیپیک در نمونه، قابل مشاهده بود (تصویرهای شماره ۲ و ۳). به علت این که ماهیت دقیق سلول های نئوپلاستیک در آسیب شناسی قابل تشخیص نبود

برای بررسی مارکرهای سطحی سلول های نئوپلاستیک immunohistochemistry (IHC) صورت گرفت. در IHC صورت پذیرفته، مارکرهای leukocyte common antigen، CD30، CD3، Ki67 مثبت و HMB45 و cytokeratin، S100، CD20 منفی بود. ضایعه بیمار با تشخیص primary cutaneous CD30 + large cell lymphoma اکسیزیون شد.

### بحث

primary cutaneous CD30 + large cell lymphoma یک لنفوم نادر است که از پوست منشأ می گیرد و محدود به پوست باقی می ماند و از منشأ لنفوسیت های CD30+T است. این لنفوم از نظر بالینی اغلب به صورت ضایعه منفرد و گاهی متعدد پوستی تظاهر می کند که به اولسراسیون تمایل دارد (۱). این لنفوم بیش تر در افراد بالغ دیده می شود و اغلب روی تنه تظاهر می کند، اگرچه ممکن است هر قسمتی از بدن درگیر شود (۲). امکان دارد بعضی از ضایعه ها خود به خود

مؤلف مسؤل: دکتر سوزان کاوسی - تهران، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی

پست الکترونیک: sukavusi@yahoo.com

CD30-T دارند (۶ و ۷). هر دو روش اکسیزیون و پرتودرمانی موضعی برای درمان ضایعه‌های منفرد مناسب هستند. عود موضعی ضایعه در محل درمان شده بسیار نادر است ولی امکان دارد با گذشت زمان در نواحی دیگر پوست ضایعه‌هایی ایجاد شود (۸). شیمی درمانی سیستمیک درمان انتخابی برای بیماری محدود به پوست نیست ولی ممکن است متوترکسات با دوز پایین در درمان این ضایعه‌ها مؤثر باشد (۱).

#### تقدیر و تشکر

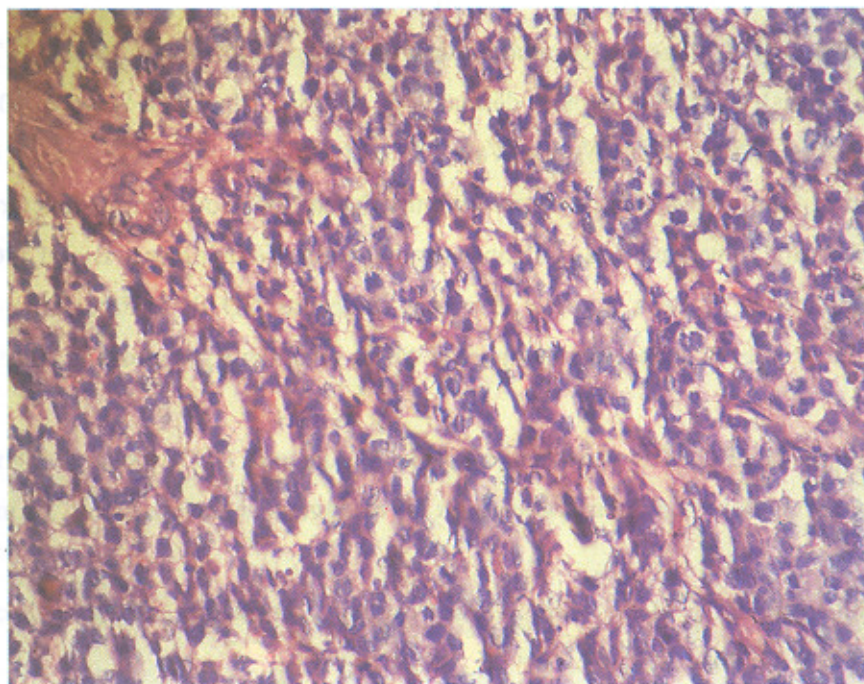
از زحمات جناب آقای دکتر مسعود عسگری استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای بررسی لام پاتولوژی بیمار تشکر می‌شود.

پس رفت کنند با توجه به این که ممکن است ضایعه‌های جدید هم ظاهر شود. گسترش بیماری به ارگان‌های خارج پوستی و غدد لنفاوی نادر است ولی در ۱۰٪ بیماران گزارش شده است (۳). در پاتولوژی این ضایعه‌ها، ارتشاح لنفوسیتی در درم پایلری و رتیکولر دیده می‌شود ولی اپیدرموتروپیسیم مشاهده نمی‌شود. سلول‌ها بزرگ و آنپلاستیک و از رده سلول‌های T هستند ولی ممکن است مارکر CD4 و CD3 خود را از دست داده باشند. مارکر CD30 این سلول‌ها مثبت است (۴ و ۵). این لنفوم به خوبی به پرتودرمانی پاسخ می‌دهد، اگر چه ممکن است ضایعه‌های جدید ایجاد شود ولی پیش‌آگهی آن خوب است. به طور کلی می‌توان گفت که لنفوم‌های پوستی CD30+T، پیش‌آگهی به‌تری از لنفوم‌های پوستی

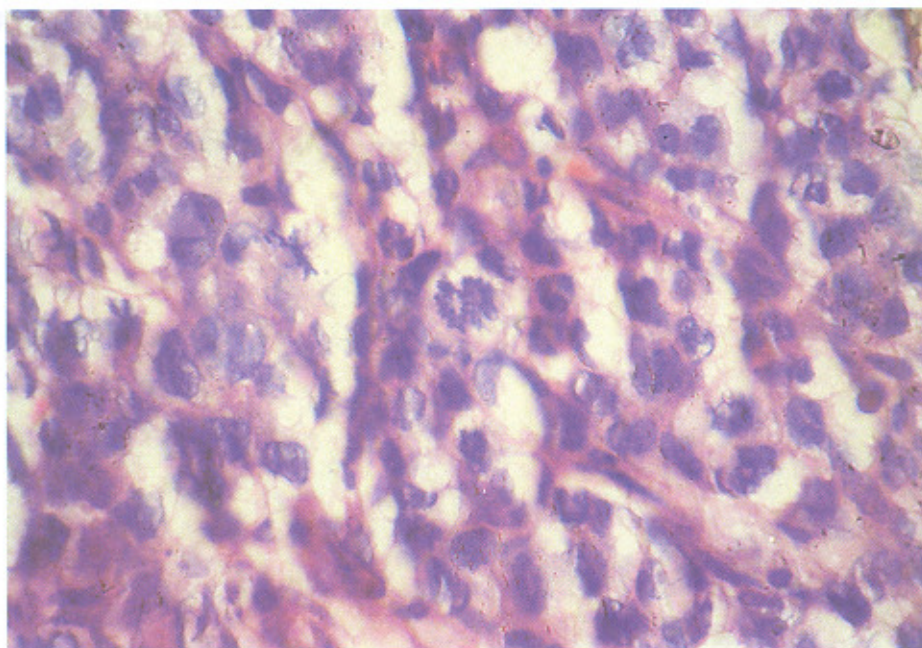


تصویر شماره ۱ - ندول اولسره در ناحیه گیجگاهی چپ بیمار





تصویر شماره ۲ - سلول‌های آتیپیک با هسته هیپرکروم در درم، رنگ آمیزی هماتوکسیلین - انوزین، بزرگنمایی ۴۰ برابر



تصویر شماره ۳ - میتوز در سلول‌های آنابلاستیک، رنگ آمیزی هماتوکسیلین - انوزین، بزرگنمایی ۱۶۰ برابر

## References

- 1-Wittake SJ, Mackie RM. Cutaneous lymphomas and lymphocytic infiltrates. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds). Rook's textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Science; 2004: 54.1-23.
- 2-Bekkenk MW, Geelen FAMJ, Van Woorst Vader PC, et al. Primary and secondary cutaneous CD30 positive lymphoproliferative disorders: a report from the Dutch Cutaneous Lymphoma Group on the long-term follow-up data of 219 patients and guidelines for diagnosis and treatment. *Blood* 2000; 95: 3653-61.
- 3-Beljaards RC, Kaudewitz P, Berti E, et al. Primary cutaneous CD30 positive large cell lymphoma: definition of a new type of cutaneous lymphoma with a favourable prognosis. *Cancer* 1993; 71: 2097-3002.
- 4-Willemze R, Beljaards RC. The spectrum of primary cutaneous CD30 positive lymphoproliferative disorders. A proposal classification and guidelines for management and treatment. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 973-80.
- 5-Willemze R, Beljaards RC, Meier CJL. Classification of primary cutaneous T cell lymphomas. *Histopathology* 1994; 24: 405-15.
- 6-Beljaards RC, Meier CJM, Scheffer E, et al. Prognostic significance of CD30 expression of primary large cell lymphomas of T cell origin. *Am J Pathol* 1989; 135: 1169-78.
- 7-Curco N, Servitje O, Sais G, et al. Primary cutaneous CD30 positive large cell lymphoma: A case with fatal outcome. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 1068-70.
- 8-Bernier M, Bagot M, Broyer M, et al. Distinctive clinicopathological features associated with regressive primary CD30 positive cutaneous lymphomas: analysis of six cases. *J Cutan Pathol* 1997; 24: 157-63.