گزارش یک مورد بیماری «کی کوجی - فوجیموتو»

دکتر حمیدالله بهادر[I]
دکتر شاهین قاسمی[II]

چکیده

در این مقاله، خانم متأهل ۱۸ ساله و بارداری معرفی می‌شود که از یکسال پیش بصورت تدریجی دچار تب‌های متناوب، تعریق شبانه و کاهش وزن شده است. بیمار با شکایت از وجود یک تودهٔ گردنی به درمانگاه عفونی بیمارستان فیروزآبادی مراجعه نموده است در بررسی‌های بالینی و آزمایشگاهی هیچ یافته‌ای به نفع بیماریهای هماتولوژیک، کلاژن عروقی، عفونی و بدخیمی‌ها بطور مشخص بدست نیامد ولی پاسخ آزمایش هیستوپاتولوژیک بیوپسی غده لنفاوی گردنی لنفادنیت کی‌کوجی را نشان داد. علیرغم اینکه هیچ گونه درمان خاصی برای بیمار انجام نگرفت پس از زایمان تمام تظاهرات بیماری خودبخود محو گردید.

کلید واژه‌ها: ۱- تودهٔ گردنی ۲- بیوپسی غده لنفاوی ۳ـ لنفادنیت کی کوجی - فوجیموتو ۴ـ بهبودی خودبخود

مقدمه

لنفادنیت هیستیوسیتیک نکروزانت یا بیماری کی‌کوجی-فوجیموتو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط KIKUCHI و FUJIMOTO از کشور ژاپن گزارش گردید. از آنجا که بیماری خود محدود شونده است و تظاهرات آن مشابه بیماریهای جدی و سیستمیکی مانند لنفوما، لوپوس، لنفادنیت‌های عفونی و چهره‌های غیر معمول بیماری سل می‌باشد لذا توجه به آن جهت کم کردن نگرانی بیمار و همچنین کاهش دادن هزینه‌های تحمیلی تشخیصی ضروری می‌باشد.

سن شیوع لنفادنیت هیستیوسیتیک نکروزان ۲۰ تا ۳۰ سال و در خانمها شایعتر است. بیماری خوش خیم بوده و بدون درمان خاصی در مدت ۲ تا ۸ ماه خودبخود بهبود یافته و تظاهرات آن ناپدید می‌شود.

شایعترین تظاهر بیماری بزرگی غدد لنفاوی گردنی می‌باشد که در بعضی اوقات حساس و دردناک می‌باشد و در اکثر مواقع با علائم پیش ظهور (Prodermal) دستگاه تنفسی فوقانی و بعضی اوقات تب شروع می‌گردد.

سایر تظاهرات شامل تهوع، استفراغ، بزرگی تمامی غدد لنفاوی (Generalize) تب و تعریق شبانه، لاغری و ندرتاً اسپلنومگالی میباشد و اینها علائمی هستند که در بیماریهای سیستمیک مانند کلاژن عروقی، بیماریهای بدخیم هماتولوژیک ممکن است ظاهر گردد و پزشک را در برخورد اولیه دچار اشتباه کند.

تاکنون مطالعات ویروس‌شناسی و سرولوژیک هیچ عامل مشخصی را در ایجاد بیماری نشان نداده است اما بررسی‌های هیستوپاتولوژیک نمونه‌های بافتی هیپرپلازی سلولهای رتیکولار توأم با نکروز انعقادی را نمایان ساخته است[1].

I) استادیار عفونی مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، شهر ری (مؤلف مسئول)

II) استادیار عفونی مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، شهر ری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

معرفی بیمار

خانم «ف - ش» ۱۸ ساله، باردار با سن حاملگی بیست هفته به علت وجود توده‌های نسبتاً حساس و گهگاه دردناک در ناحیه گردن که از یکسال پیش تدریجاً بزرگتر شده به درمانگاه عفونی بیمارستان «فیروزآبادی» مراجعه نمود. بیمار اظهار می‌نماید از ۵ ماه پیش همزمان با شروع بارداری، تعداد و اندازه توده‌ها بیشتر و بزرگتر شده و تدریجاً دچار تب‌های متناوب و کاهش وزن (سه کیلوگرم) و تعریق شبانه گردیده است. در سوابق پزشکی تاریخچه‌ای از مصرف دارو و تزریق خون وفراورده‌های خونی، عمل جراحی، مسافرت به مناطق آلوده، تماس با حیوانات و ابتلاء به بیماری سل، دیابت، قلبی-عروقی، کلاژن، بدخیمی در خود و نزدیکان درجه اول دیده نمی‌شود. در معاینه درجه حرارت ۳۷/۹ درجه سانتی‌گراد، ضربان قلب ۹۲ در دقیقه و تعداد تنفس نرمال بود. تعداد نبض با درجه حرارت تناسب داشت. در معاینه دستگاه تناسلی و بررسی حاملگی که توسط متخصص بیماریهای زنان انجام شد وضعیت مادر و جنین طبیعی و نکته غیر طبیعی دیده نشد. در لمس زنجیره‌های لنفاوی در ناحیه گردن غدد لنفی متحرک و دردناک و در اندازه‌های نیم تا ۱/۵ سانتیمتر بدون تورم و قرمزی بافت پوستی در سمت چپ و قسمت خلفی به دست خورد. در معاینه شکم، کبد و طحال طبیعی و در معاینه قلب و ریه یافتهٔ غیر طبیعی مشاهده نگردید. نتیجهٔ معاینهٔ اندامها و پوست و تیروئید نیز طبیعی بود.

در آزمایشات بالینی فرمول شمارش خون محیطی *(CBC)* و *ESR* طبیعی بود به منظور بررسی بیماری سل تست جلدی توبرکلین *(PPD)* انجام شد که *induration* آن ۰/۵ سانتی‌متر بود. جهت بررسی بیماریهای کلاژن تست‌های *RF*، *LECell*، *ANA* و *CRP* نیز انجام گرفت[۱] که نتیجه آن منفی بود و همچنین پاسخ تست های سرولوژیک برای بررسی عفونت‌های ناشی از *HIV*، *HBV*، *HCV*، *HSV* و *HTLV* هم منفی بود. در رادیوگرافی قفسه صدری هیچ ضایعه پاتولوژیک در پارانشیم ریه، پلورومدیاستن مشاهده نگردید. با توجه به ادامه تب‌های متناوب خفیف *(lowgrade)* و عدم افزایش وزن بیمار متناسب با افزایش سن بارداری و هم چنین نگرانی بیمار، یکی از غدد لنفاوی زنجیره گردنی برداشته شد و به آزمایشگاه ارسال گردید که نتیجه آزمایش هیستوپاتولوژیک آن «لنفادنیت کی‌کوجی» را نشان داد.

در پی گیری ماهیانه تا ماه هشتم تغییر واضحی در تعداد و اندازه غدد لنفاوی گردنی رخ نداد، وزن بیمار نیز در وضعیت ثابتی باقی ماند اما تب‌های متناوب بیمار قطع گردید. بیمار به موقع و بطور طبیعی در ماه نهم بارداری، زایمان نمود. نوزاد وی کاملاً طبیعی و با وزن حدود ۲۳۰۰ گرم متولد شد. در پی گیری بعد از زایمان مشخص شد که دو ماه پس از زایمان غدد لنفاوی گردن کوچک شده، و از تعداد آنها نیز کاسته شده و بیمار بدون هیچ شکایتی به شیردهی طفل خود ادامه می‌دهد.

بحث

از حدود ۲ دهه پیش که بیماری «کی کوجی-فوجیموتو» معرفی گردید دهها مورد از بیماری با تظاهرات بالینی مختلف از گوشه و کنار جهان گزارش شده است. چند نمونه جالب از این موارد را که می‌تواند به دلیل متفاوت بودن و فریبندگی تابلوی بالینی در برخورد اولیه موجب سردرگمی پزشک و اتلاف وقت و پرداخت هزینه گزاف توسط بیمار گردد و با بیماریهای متعدد داخلی و عفونی اشتباه شود بطور اجمالی و بعنوان نمونه ارائه میگردد.

مورد اول: بیمار خانم ۲۷ ساله‌ای از کشور سنگاپور با تابلوی تب، عفونت ادراری، راش جلدی، پلی‌آرتریت، لنفادنوپاتی ژانرالیزه، پان سیتوپنی و انهدام سلولهای کبدی، کلستاز و کوآگولوپاتی با سیری تدریجی و روبه پیشرفت در مدت سه ماه مورد بررسی بالینی و آزمایشگاهی قرار گرفته است. پاسخ آزمایشات هیستوپاتولوژیک و ایمنوفنوتایپینگ *(Immunophenotyping)* برروی نمونه‌های بیوپسی مغز استخوان، افزایش نسبی لنفوسیتهای *(T)* با ارجحیت *CD4* را نشان داد[۲].

مورد دوم: دختر بچه ۹ ساله از کشور چین با بیماری لوپوس اریتماتوزسیستمیک *(SLE)* نشانه‌های مظنون به لنفادنیت چرکی داشته است که در آزمایش هیستوپاتولوژیک «لنفادنیت هیستیوسیتیک نکروزان» تائید می‌شود[۳].

مورد سوم: خانم ۳۰ ساله مبتلا به بیماری *(SLE)* و ابتلا همزمان کبد، طحال و غدد لنفاوی بوده است. آزمایش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

هیستوپاتولوژی غده لنفی و نمونه‌های بافتی برداشته شده از طحال، کلیه، مغز استخوان نمای تیپیک «لنفادنیت هیستیوسیتیک نکروزانت» را در غده لنفی نشان می‌دهد اما وجود توده هماتوکسیلینی شامل مواد بازوفیلیک بهم چسبیده و آمورف (بی شکل) که «مشخصه» آزمایشگاهی هیستوپاتولوژیک SLE است موجب رفع شبهه میشود[۴].

مورد چهارم: دو مورد از بیماری در دو جنس مختلف یکی مرد ۳۶ ساله و دیگری دختر ۱۶ ساله از کشور عربستان سعودی گزارش شد که هر دو بیمار با «تب» و لنفادنیت گردنی مراجعه کرده بودند، بدلیل طولانی بودن دورهٔ بیماری (سه ماه) و سیر تدریجی آن اولین حدس بالینی مطرح شده احتمال وجود بیماری بدخیم سیستم لنفاوی بود که پس از اخذ پاسخ هیستوپاتولوژی بیماری «کی کوجی - فوجیموتو» اثبات گردید[۵].

مورد پنجم: گزارش مراجعه ده بیمار از سریلانکا می‌باشد در میان اینها یک مرد و بقیه زن بودند این بیماران با علائم تب، بزرگی غدهٔ لنفاوی گردن و سرعت رسوب گلبولی (ESR) ۳۵ تا ۹۰ مراجعه کردند و با شک به بیماریهای سل، بدخیمی‌های هماتولوژیک مورد بررسی قرار گرفتند[۶].

مورد ششم: در این گزارش، اهمیت ارتباط اتیولوژیک بیماری «کی کوجی- فوجیموتو» با واکنش سیستم ایمنی سلولی (CMI) و پاسخگوئی سلولهای نوع (T) به محرکات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی هیستوپاتولوژیک غددلنفاوی زیر بغلی سمت چپ در بیماری‌با پستان مصنوعی (سلیکونی) همانطرف نمای هیستیوسیتیک و نکروزان را نشان داد با حذف و تعویض اندام مصنوعی که دارای ناخالصی‌های ساختمانی بوده و احتمالاً بعنوان محرک (CMI) عمل می‌نموده، عارضه خودبخود بهبود یافته است[۷].

نتیجه گیری

چنین بنظر می‌رسد که بعد از مواجه شدن سیستم ایمنی با عامل اتیولوژیک تظاهرات مشابه‌ای ایجاد می‌گردد که در برخورد اولیه منجربه قضاوت بالینی نادرست توسط پزشک می‌گردد. لذا دقت و توجه کافی به چنین تظاهراتی برای پزشک با هدف کم‌کردن میزان خطاهای تشخیصی کلینیکی ضرورت دارد.

KFD یکی از بیماریهائی است که با علائم تب‌های طول کشیده، بزرگی غدد لنفاوی موضعی و یا عمومی، علائم پوستی و برخی اوقات گرفتاری همزمان چند عضو تظاهر می‌کند این بیماری در خانمها و در گروه سنی جوان تا میانسال شایعتر است. این بیماری خوش خیم و خود محدود شونده بوده و می‌تواند چهره بیماریهای مختلف از جمله: بدخیمی‌های هماتولوژیک و لنفاتیک، بیماریهای کلاژن عروقی و عفونی را تقلید کند. بنابراین در برخورد با علائم بالینی ذکر شده خصوصاً در یک خانم جوان یا میانسال باید بیماری KFD را مد نظر قرار داد.

منابع

1- Mandell-Dauglas and Benetls: Principles and Practice of Infections Disease Founth Ed.1995 P:94

2- Sangare-Barc.J. a Kikuchi's disease a case report with emphasis and flowcytometric studies 1996, oct. 4 K(6): 383-6

3- Chines lecturers: Systemic lupus Erythematious with Ertythema multiforme like lesions and Histiocytic - necrotizing lymphadenitis a case report: Ann. AcAD. Med. singapure - 1996-Jul. 25(4): 399-901

4- Seminer Arthritis - Ruma THICA: Necrotizing lymphadenitis associated with SLE: 1996 Aug: 26(4): 477-82

5- Louis - N; Hanley. M; Davidson - NM; kikuchi - Fujimoto disease, Report of two case and over view: J-Largngo - otol 1994 Nov; 108(11): 1001-4

6- Fernando, M.S; Kumarasingh, M.P, Necrotizing lymphadenitis of KFD in Sri-lanka: Ceylon-medical Journal: 1994 sep: 39(3) 126-8

7- Cordlia E. sever, Catherine P.Leith; Judith Appenzeller; kathy Foucar: KIKUCHI'S lymphadenitis associated with ruptured Silicon breast implant; Arch. pathol-lab.lad, 1996 Apr: 120(4) 308-5

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

KIKUCHI - FUJIMOTO DISEASE

A CASE REPORT

H. Bahador, MD [I] *SH. Ghassemi, MD* [II]

ABSTRACT

In this Case report we presented an eighteen year old pregnant woman who suffered from intermittent fever, night sweat, weight loss and neck mass. she was referred to infectious disease clinic of the FIROOZABADI hospital and clinical and Labratory examinations revealed no hematologic, collagen vascular, malignant or infection diseases. However histopathologic biopsy of the neck lymph nodes revealed Necrotizing Histocytic lymphadenitis or Kikuchi Fujimoto disease.

Although no specific treatment or medication were prescribed, but all of the symptoms and signs of the patient disappeared after delivery

Key Words: 1) Neck mass **2) Lymph node biopsy**

3) Kikuchi fujimoto Lymphadenitis **4) Self limited**

I) Assistant Professor of infection disease Firozabadi hospital, Iran university of Medical Sciences and Health Services IRAN, Ray (Corresponding author)

II) Assistant Professor of infection disease Firozabadi hospital, Iran university of Medical Sciences and Health Services IRAN, Ray

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]