

ماکروگلوبولینمی والدنشتروم در بیمار مبتلا به سیروز کریپتوزنیک

دکتر مریم رهبان^۱، دکتر آرزو استخری^۱، دکتر سید اسد الله موسوی^۲، دکتر قدرت الله منتظری^۳

^۱ پژوهشگر، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی

^۲ استادیار، بخش خون و انعکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی

^۳ استاد، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی

چکیده

بیمار مرد ۷۲ ساله، مورد شناخته شده سیروز کریپتوزنیک از طریق رد علل مختلف و هیستولوژی کبدی است، که با تظاهر کلینیکی بارز سندرم هیپرویسکوزیتی (Hyperviscosity Syndrome) مراجعه کرده است. ماکروگلوبولینمی والدنشتروم با الکتروفورز سرم و ادرار و بیوپسی مغزاستخوان کاملاً تایید گردید و بعد از شیمی درمانی علائم بالینی بیمار کاملاً برطرف شد و مقدار ایمونوگلوبولین سرمی به زیر ۱۰۰۰mg/dl کاهش یافت. دلیل گزارش این مورد آن است که چنانچه بیمار با سیروز کبدی و علائم هیپرویسکوزیته مراجعه کند، می باید از نظر بیماری Lymphoplasmocytic نیز مورد مطالعه قرار گیرد و در بیماران سیروتیک، ماکروگلوبولینمی ایجاد شده به حساب خود سیروز گذاشته نشود.

کلیدواژه: سیروز کریپتوزنیک، ماکروگلوبولینمی والدنشتروم، سندرم هیپرویسکوزیتی

گوارش / دوره ۱۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۷، ۱۱۳-۱۱۵

زمینه و هدف

این بیماری اولین بار توسط والدنشتروم، پزشک سوئدی در سال ۱۹۴۴ توضیح داده شد. (۱)، ماکروگلوبولینمی والدنشتروم یک لنفوم لنفوپلاسموسیتیک Low-Grade از نوع سلولهای B می باشد که با انفیلتراسیون سلولهای مغز استخوان توسط سلولهای لنفوپلاسموسیتیک و گاموپاتی منوکلونال سرمی IgM، مشخص می شود. (۲)، بروز این بیماری در جهان ۳ در هر میلیون نفر در سال است و همزمانی این بیماری با سیروز کبد بسیار نادر است. (۳)، اغلب بیماران سیروتیک از نظر گاموپاتی منوکلونال بررسی نمی شوند در نتیجه ممکن است چنین بدخیمی های خونی تشخیص داده نشوند، زیرا معمولاً تظاهرات کلینیکی این بیماریها به سیروز کبدی ربط داده می شود. شایعترین تظاهر کلینیکی ماکروگلوبولینمی والدنشتروم، سندرم هیپرویسکوزیتی است. بیماری که گزارش می شود، مرد ۷۲ ساله مورد شناخته شده سیروز کریپتوزنیک کبدی است که با تظاهر بارز

کلینیکی ضعف، خستگی، سردرد، سرگیجه و پارستزی اندامهای فوقانی و تحتانی مراجعه کرد. تشخیص بیماری با الکتروفورز سرم و ادرار و بیوپسی مغز استخوان کاملاً تایید گردید و بعد از شیمی درمانی علائم بالینی بیمار کاملاً برطرف شد. هم چنین بروز سندرم هیپرویسکوزیتی در بیمار مبتلا به سیروز کبد نادر است، به همین دلیل این مورد گزارش می شود.

شرح مورد

مرد ۷۲ ساله مورد شناخته شده سیروز کریپتوزنیک کبد از یکسال پیش که تشخیص از طریق بیوپسی کبد و آزمایش های مربوطه (جدول ۱) تایید شده است. این بیمار از نظر ابتلا به هپاتیت های ویروسی، هپاتیت اتوایمیون، هماکروماتوزیس، استئاتوهپاتیت غیر الکلی و الکلی، بیماری ویلسون و کمبود آلفا یک آنتی تریپسین بررسی شد و هیچ علتی برای ایجاد سیروز در این بیمار پیدا نشد. این بیمار با علائم ضعف، بی حالی، سردرد نسبتاً شدید و سرگیجه واقعی (true vertigo)، به همراه پارستزی اندامهای فوقانی و تحتانی مراجعه کرد. در مدت پی گیری جهت درمان سیروز، سرگیجه بیمار بسیار شدید و پیشرونده شد، طوری که بیمار قادر به حفظ تعادل و راه رفتن نبود. بعد از شرح حال از نظر مصرف دارو یا الکل و معاینه بالینی جهت بیمار سونوگرافی و اندوسکوپی قسمت فوقانی دستگاه گوارش انجام شد. در شرح حال، سابقه مصرف الکل یا مصرف دارو وجود نداشت و بیمار آسیت و واریس مری هم نداشت.

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات

گوارش و کبد

نمابر: ۰۲۱-۸۲۴۱۵۴۰۰

تلفن: ۰۲۱-۸۲۴۱۵۶۰۰

آدرس الکترونیکی: montazer@ams.ac.ir

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۷/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۶

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۰/۱۱