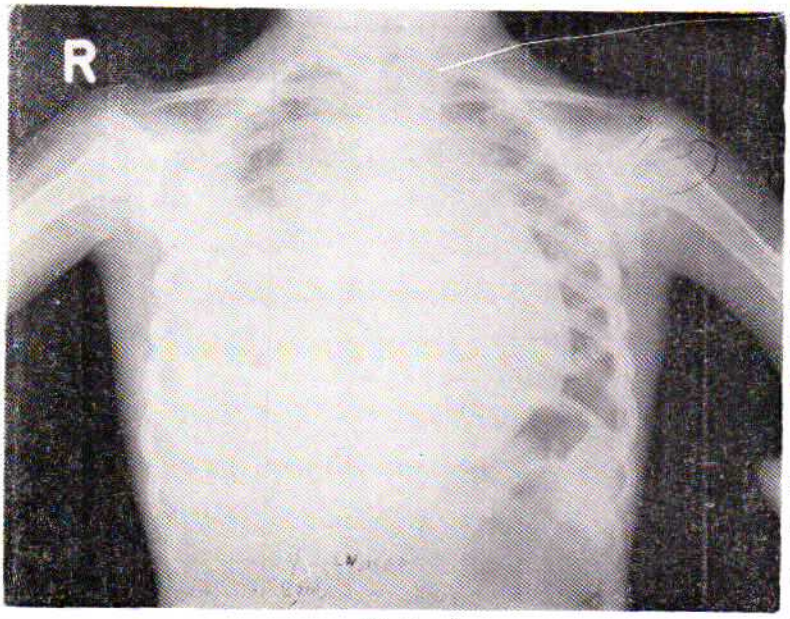
دو شکل بالینی لوسمی لنفوبلاستیك حاد کودکان

مجله علمی نظام پزشکی
سال دوم ، شماره ۴ ـ ۵ ، صفحه ۳۲۱، ۱۳۵۱

دکتر مسعودعزیزی *

لوسمی‌لنفوبلاستیك حادکودکان‌همیشه به‌شکل عادی خود که باعلائم مختلف ومتعدد همراه است تظاهر نمیکند بلکه گاهی بیماری مدتهـا بصورت عارضه یك علامتی سیر کرده پزشك رااز تشخیص‌منحرف میکند. درشکل کلاسیك وپرعلامت، بیماری با علائم پوستی بصورت پورپورا ، اکیموز، پتشی و گاه کیستهای درموئید و حتی لوسمید ، علائم مخاطی بصورت ضایعات دهان و حلق ، علائم غدد لنفاوی بصورت آدنوپاتی های عمومی ، علائم دستگاه رتیکولوآندوتلیال بصورت کبد و طحال بزرگ ، علائم عصبی بصورت فلج های مختلف و حتی علائم مننژه ، علائم استخوانی‌مفصلی‌بصورت دردهای مختلف وبالاخره تب، کم‌خونی‌و سندرم های هموراژیك مختلف سیر میکند دو شکلی که مورد بحث است یکی شکل پلوروپریکاردیك و دیگری شکل توام بـا کم‌خونی خالص بیماری است .

شکل اول : بیماری ممکنست بصورت وجود مایع در پریکارد وگاه‌درجنب بطورجداگانه و اشکال مختلط ظاهرشود وتامدتها بدون هیچگونه علامتی، صرفاً بصورت ضایعات پریکارد وجنب، سیر کرده علائم اصلی‌بیماری ماهها بعد نزد بیماردیده‌شود. شکل پلوروپریکاردیك نزدکودك‌سه‌ساله‌ایکه‌عارضه‌اش‌شرح‌داده میشود دیده شد . بیماری طفل درماه بهمن ۱۳۴۷ با تب وسرفه شروع شده و باین علت تحت درمان باآنتی‌بیوتیك‌ها وداروهای مسکن سرفه قرارگرفته بود. این درمانها تغییری درسیر بیماری‌ندادند و بتدریج علائم تنفسی دیگر بصورت تنگی نفس وحملات سیانوز نزد بیمار ظاهر گردید. اولین کلیشه رادیوگرافی ازقفسه‌صدری که درتاریخ ۴۷/۱۲/۱۵ گرفته شد وجود مقدار زیادی مایع در جنب راست همراه بابزرگی‌قلب‌را نشان داد، ودر معاینه‌ایکه در ۴۷/۱۲/۲۵ برای اولین بار ازبیمار بعمـل‌آمد علائم زیر جلب توجه‌کرد:



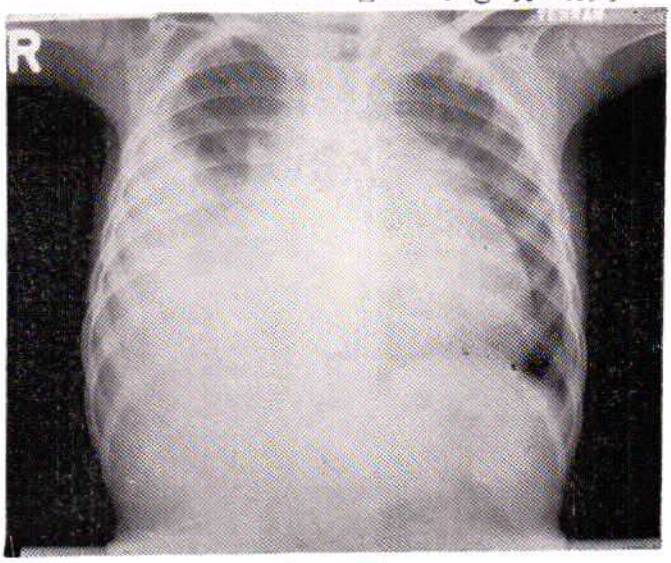
(۴۷/۱۲/۱۵)

تب ، تنگی نفس ، پولی پنه ، سیانوز همراه باسرفه های فراوان. درمعاینهٔ شکم، کبد سه بندانگشت ازکنارتحتانی‌دنده‌ها تجاوز می‌کرد ودر لمس دردناك بود ، درسمع ریتین، صداهای تنفسی ریه‌راست‌بگوش نمیرسیدواین‌قسمت از ریه کاملا مات‌بود، نبض‌تند و در سمع قلب صداهاکربودند ، فشار خون $\frac{۸}{۴}$ بود.در آنموقع بهیچوجه علائمی دال بر وجود لوسمی نزد بیمار دیده

* گروه بیماریهای کودکان دانشکده‌پزشکی دانشگاه تهران(بیمارستان بهرامی).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

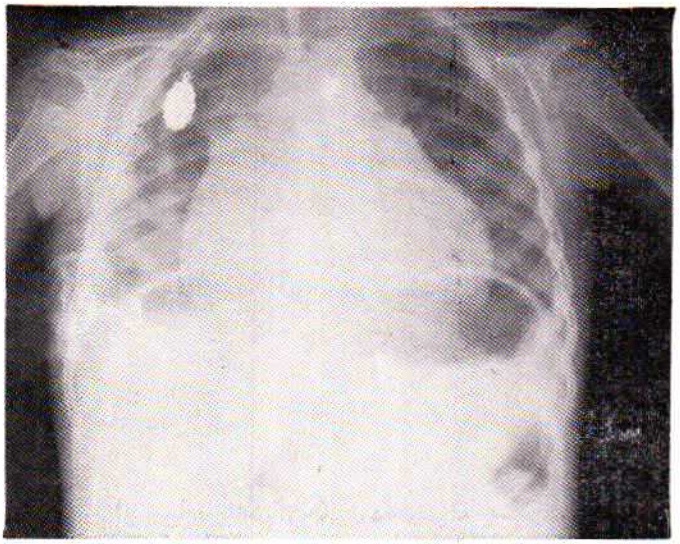
نشد بخصوص آدنوپاتی نداشت ، طحال قابل لمس نبود ، علائم خونریزی پوستی ویا مخاطی مشاهده نشد .



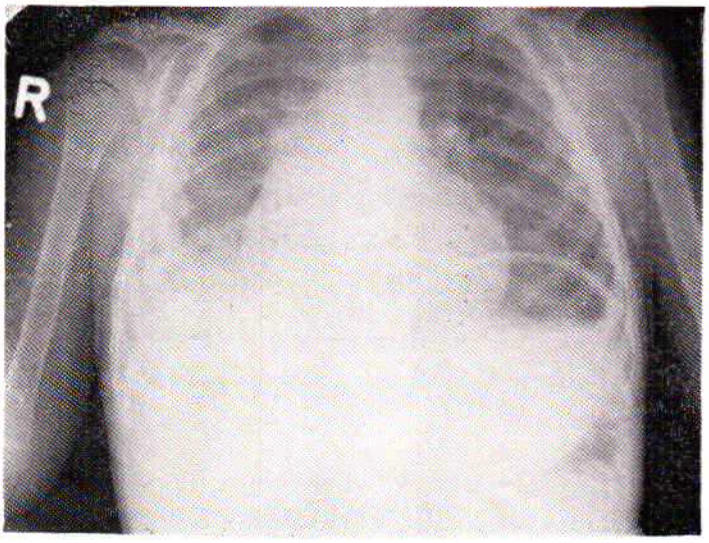
(۴۷/۱۲/۲۵)

رادیوگرافی جدید (۴۷/۱۲/۲۵) تغییری را بامقایسه کلیشه ۴۷/۱۲/۱۵ نشان نداد. همانشب بیمار بستری وبا پونکسیون جنب راست، مایع سر و فیبرینو خارج گردید و چون وضع طفل ازنظر اختلال شدید تنفسی بعلت اپانشمان بسیار نگران کننده بود توسط آقای دکتر اعتبار پلورتومی شد. نتیجه آزمایش مایع جنب درتاریخ ۴۸/۱/۱ بهقرار زیر بود:
گویچه سفید ۱۶۰۰۰ درمیلیمترمکعب (لنفوسیت ۶۰٪)،ریوالتا مثبت ودرآزمایش مستقیم میکروب دیده نشد. فرمول وشمارش: گویچه سفید ۴۰۰۰۰، پولی نوکلئر ۵۵٪ لنفوسیت ۴۰٪ هموگلوبین ۱۴ گرم درصد، سدیمانتاسیون ۲۳ میلیمتر درساعت اول.
الکتروکاردیوگرافی(۴۸/۱/۳) کوتاه شدن دامنه موج Q R.S بدون تغییر S.T ویا T را نشان داد. وجود مایع سروفیبرینو در جنب ومشاهده تعداد زیاد لنفوسیت درآن همراه باآلبومین بالا ابتدا فکرراامتوجه پلوروپریکاردیت سلی کرد وبلافاصله داروهای ضد سلی همراه با پردنیزولون تجویز گردید.
روز بعداز پلورتومی وضع عمومی طفل خیلی بهتر شد، ازشدت تنگی نفس بمیزان جالب توجهی کاسته گردید، سیانوز ازبین رفت، لبه کبد فقط یك بند انگشت از کنار تحتانی دنده‌ها تجاوز میکرد . در سمع ریتین صداهای تنفسی در طرف راست بهتر شنیده میشدند و فقط ماتیته مختصری درقاعده ریه راست موجود بود .
کلیشه رادیوگرافی (۴۸/۱/۳) نشان دادکه مقدارکمی مایع درجنب راست وجود دارد وبخصوص بزرگی قلب بعلت وجود اپانشمان پریکارد بوضوح دیده میشد .

آزمایش مانتوکه فردای بستری شدن انجام شد ۴۸ ساعت بعد منفی بود .



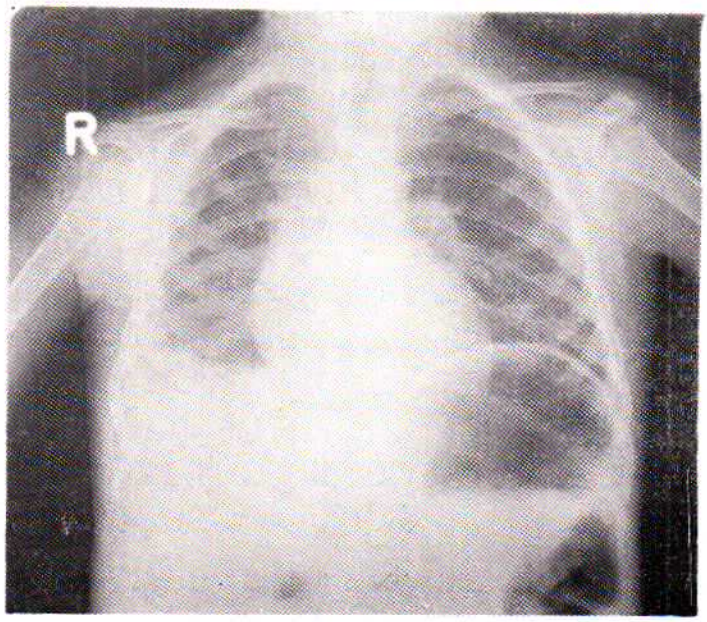
(۴۸/۱/۳)



(۴۸/۱/۶)

کلیشه ۴۸/۱/۶، بعدازبرداشتن لوله پلوروتومی،وجود مقدار کم مایع در جنب و قلب بزرگ را نشان داد . با ادامه درمان (مسلماً بعلت پردنیزولون) روزبروزحالت عمومی بیمار بهترشد وکلیشه رادیوگرافی که در تاریخ ۴۸/۱/۱۰ گرفته شد، کوچك شدن واضح تصویرقلب همراه با مایع مختصری در جنب راست را نشان داد . فرمول وشمارش (۴۸/۱/۸) ازقرارزیر بود:
گویچه سفید ۷۴۰۰ ، پولی نوکلئر ۶۲٪ . لنفوسیت ۳۴٪.
چون علائم هیپرکورتی سیسم نزدبیمارظاهر گردید بتدریج ازمیزان پردنیزولون کاسته شد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



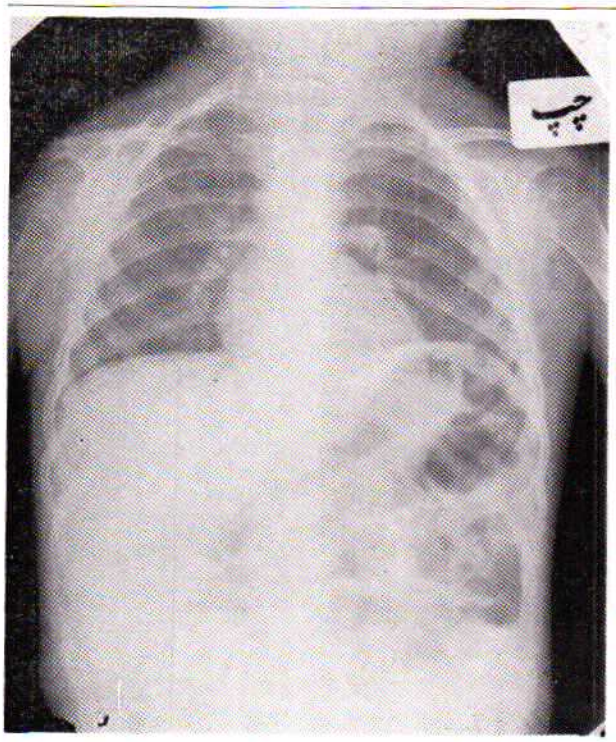
(۱۰ر۱ر۴۸)

B.C.G تست که در تاریخ ۴۸/۱/۲۳ در انستیتو پاستور بعمل آمد منفی بود *.

بتدریج علائم جدید نزد طفل پیدا شد : این علائم ابتدا عصبی و بصورت فلج محیطی عصب صورتی چپ بود که بخودی خود هشت روز بعد اصلاح گردید ولی پنج روز بعد در طرف راست ظاهر شد. بعداً باکم شدن میزان پردنیزولون کم خونی نزد طفل دیده شد. در آنموقع نتیجه آزمایشات خونی ومغز استخوان که توسط آقای دکتر وزین انجام شد (۴۸/۲/۱۸) عبارت بود از:

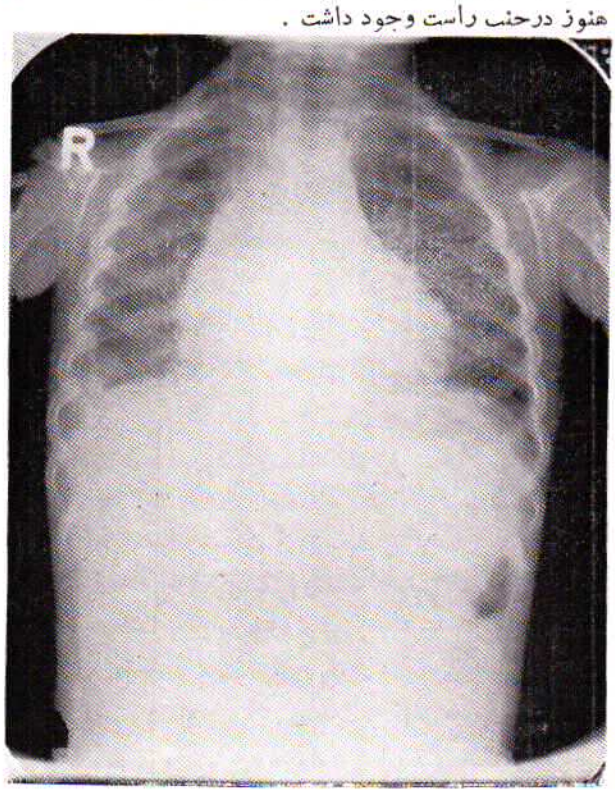
گویچه سفید ۱۲۰۰۰۰، پولی نوکلئر ۸٪ لنفوسیت ۴۱٪، لنفوبلاست ۳۹٪ هموگلبین ۱۱ گرم درصد، تعداد پلاکت ۴۸۰۰۰ ، درمغز استخوان تمام عناصر سفید را سلولهای نارس تشکیل میدادند که همگی لنفوبلاست بودند.

درعین حال بزرگی کبد و طحال و آدنوپاتی منتشر و پورپورا نزد بیمار ظاهر گردید ودر کلیشه رادیوگرافی ۳ر۲ر۴۸ هنوز آثار مایع درجنب وبزرگی قلب همراه با آدنوپاتی مدیاستینال چپ دیده شد، بدین ترتیب تشخیص لوسمی لنفوبلاستیك حاد با شروع بشکل پلوروپریکاردیت مسجل گردید وبیمار تحت درمان با پردنیزولون ـ آمتوپترین و ۶ مرکاپتوپورین قرار گرفت. نتیجه درمان یکهفته بعد رضایت بخش بود بدین ترتیب که کبد و طحال دیگر لمس نمیشدند، آدنوپاتیها و پورپورا ازبین رفتند و فلج عصب صورتی راست بهبود یافت ولی روی کلیشه رادیوگرافی



(۳ر۲ر۴۸)

(۲۰ر۲ر۴۸) بزرگی قلب مجدداً جلب توجه کرد ومقداری مایع هنوز درجنب راست وجود داشت .

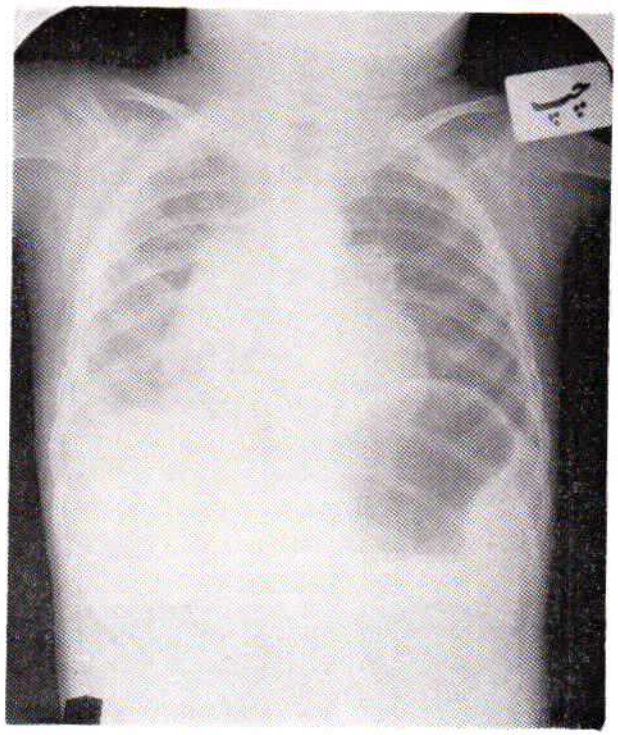


(۳۰ر۲ر۴۸)

* این آزمایش حساس ترین آزمایش جهت تشخیص سل اطفال میباشد وبوسیله باسیل گاوی کشته بصورت تزریق داخل پوستی انجام و معمولاً نتیجه آزمایش ۴۸ـ۷۲ ساعت بعد خوانده میشود. این آزمایش نزد اطفال آنرژیك مبتلا به سل وحتی در دوره قبل از آلرژی (Antéallergique) نیز جواب مثبت میدهد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

فرمول وشمارش جدید(۱۱ر۲ر۴۸) عبارت بود از: گویچه سفید ۱۶۲۰۰ با ۴٪ لنفوبلاست، وکلیشه رادیوگرافی(۱۱ر۳ر۴۸) نشان دادکه درجنب راست مایع وجود ندارد وتصویرقلب تقریباً طبیعی شده است ودر عین حال در دوطرف مدیاستن آدنوپاتی‌های متعددی دیده میشود.



۴۸ر۳ر۱۱

درمان بیمار ادامه‌داده شد ودرتاریخ ۲۲ر۳ر۴۸ فرمول‌وشمارش از قرار زیر بود :

گویچه سفید ۷۱۰۰ با ۸۵٪ پولی‌نوکلئرو ۱۲٪ لنفوسیت ـ تعداد پلاکت ۲۰۰ر۰۰۰ . درمان نگاهدارنده با آمتوپترین (Methotrexate) ادامه‌داده‌شد. این‌درمان درابتدارضایتبخش‌بود وبیماروارد مرحله رمیسیون نسبتاً طولانی‌شد ولی‌بتدریج بیماری عودکرد. علائم هموراژیك از نوظاهر گردید. کبد وطحال مجدداً حس‌شدند. فرمول‌وشمارش عودبیماری‌راتائیدکرد(۴۸/۶/۹): گویچه‌سفید: ۹۲۴۰۰ با ۱۳٪ پولی‌نوکلئرو ۳۴٪ لنفوسیت‌و۴۲٪ بلاست. پلاکتها بمیزان قابل توجهی‌کاسته شده بودند ودر مغز استخوان مجدداً تعداد زیادی بلاست دیده شد، مگاکاریوسیت دیده نشد . با وجود تزریقات مکرر خون و برقرار کردن مجدد درمان با پردنیزولون وداروهای سیتولیتیك، بیمار یکسال بعداز شروع بیماری درتابلوی‌کم خونی شدید ونارسائی قلب درگذشت .

شکل پلورال بیماری درسال ۱۹۵۲ بوسیله Bierman وسال ۱۹۶۴ بوسیله Dameshek و سال ۱۹۶۶ بوسیله Body در جریان سیر بیماری شرح داده شد و Wintrobe درسال۱۹۶۷، شکل پلورال را از اشکال دیررس بیماری دانست. Kosteas در سال۱۹۶۱، هموراژی پریکاردرا درجریان لوسمی لنفوبلاستیك شرح داد و Jaffe درسال۱۹۷۰، وجود مایع در پریکارد را در ابتدای بیماری مشاهده کرد .

شکل پلوروپریکاردیك لوسمی حاد ازنظر طرز شروع، که با علائم تب ـ ناراحتی تنفسی ـ سرفه ونارسائی قلب تظاهرمیکند ممکنست بعدازمشاهده مایع سروفیبرینو،فکررا متوجه پلوروـ پریکاردیت سلی کند. نزد این‌بیماران اولاً بعلت وضع مخصوص فرمول وشمارش ثانیاً بعلت وجود تعداد زیادی لنفوسیت درمایع جنب، باید فوراپونکسیون مغزاستخوان جهت روشن‌شدن‌تشخیص بعمل آید .

شکل بالینی دوم : اشکال با کم‌خونی خالص بیماری است که تابحال در بیمارستان بهرامی ودر بیمارستان‌پهلوی مواردی‌ازآنرا مشاهده کرده‌ایم وشرح‌حال زیرمربوط به‌دختر۱۳ ساله‌ایست‌که درتاریخ ۵۰/۷/۵ بعلت رنگ‌پریدگی‌ـ ضعف وسردرد مراجعه کرد. درمعاینه بالینی بجزرنگ‌پریدگی مخاطها وپوست وسوفل سیستولیك غیرعضوی قلب علامت دیگری جلب توجه نکرد (وزن ۴۳ کیلوگرم ـ قد ۱۵۶ سانتیمتر) درمقابل این منظره بالینی بسادگی میشد فکرکم‌خونی فقرآهن راکرد چون بیمار علائم بالینی دیگر لوسمی رابصورت طحال بزرگ ـ کبد بزرگ ـ آدنوپاتی ویاعلائم هموراژیك نداشت. اولین فرمول و شمارش‌که درتاریخ ۵۰/۷/۸ بعمل آمد ازقرار زیر بود :

گویچه سفید: ۴۲۰۰، پولی نوکلئر ۱۶٪ ،لنفوسیت ۸۰٪ ، هموگلبین۵/۵ گرم‌درصد، هماتوکریت۱۵٪ پلاکت۲۰۰۰۰۰. در مقابل لکوپنی وتعداد زیاد لنفوسیت درخون محیطی با فکر شروع یك لوسمی آلوسمیك، ازبیمارپونکسیون مغز استخوان بوسیله آقای دکتر وزین بعمل‌آمد ودر مغزاستخوان تعدازیادی سلولهای لوسمیك مشاهده شد ، سدیمانتاسیون ۱۵۰ـ۱۶۰ بود، بلافاصله بیمار تحت درمان باپردنیزولون و Oncovin هر هفته یك‌تزریق ۲ میلیگرمی قرارگرفت درضمن دومرتبه‌خون، یکبار ۳۵۰ ودفعه دوم۵۰۰ سانتیمترمکعب تزریق شد. فرمول‌وشمارش درتاریخ ۵۰/۷/۱۳ از قرار زیر بود :

گویچه سفید ۳۱۰۰، پولی‌نوکلئر۱۴٪ ، لنفوسیت ۶۴٪، بلاست ۱۹٪ ، هموگلبین ۱۰ گرم درصد ، هماتوکریت ۳۱٪ ، پلاکت ۱۸۲۰۰۰ ودرتاریخ ۵۰/۷/۲۵ نتیجه فرمول وشمارش عبارت بود از :

گویچه‌سفید: ۶۶۰۰، پولی‌نوکلئر ۶۹٪، لنفوسیت۲۶٪، لنفوبلاست

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

۳٪. درمان بیمار باداروهای فوق ادامه داده شد کم‌خونی به‌درمان جواب داد وروز بروز وضع بیمار بهتر شد و بهیچوجه علائم دیگری نزد بیمار ظاهر نگردید و تنها علامتی که جلب توجه میکرد قیافه هیپر کورتی‌سیسم نزد او بود تا آنکه در تاریخ ۵۰/۸/۵ آزمایش خون محیطی و مغز استخوان رمیسیون کامل را نشان دادند: فرمول و شمارش : گویچه سفید ۶۸۰۰ ، پولی‌نوکلئر ۷۸٪ ، لنفوسیت ۱۸٪ ، هموگلبین ۱۰ گرم درصد ، هماتوکریت ۳۳٪ ، درمغز استخوان اثری ازعناصر بلاستیك نبود. درمان نگاهدارنده با ۶ مرکاپتوپورین ابتدا دو قرص روزانه بعد یك قرص و بالاخره یکروز در میان دو قرص ادامه داده شد. فعلا بعد از ده‌ماه بیمار درحال رمیسیون کامل میباشد و آخرین آزمایش مغز استخوان و خون محیطی که در تاریخ ۵۱/۳/۳ انجام شد رمیسیون کامل را نشان داد . فرمول وشمارش : گویچه سفید ۶۴۰۰ ، پولی‌نوکلئر ۵۵٪ ، لنفوسیت ۳۲٪ ، هموگلبین ۱۴/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۴۳٪ .

شکل آنمیك خالص لوسمی لنفوبلاستیك ازاین نظر که اغلب با کم‌خونی فقر آهن اشتباه میشود باید مورد توجه قرار گیرد چون ممکنست مدتها بدون هیچ‌نوع علامت دیگری سیر نماید. ولی چنانچه بوضع خون محیطی توجه شود در اکثرموارد تعداد گویچه‌های سفید یا خیلی زیاد و یا مثل بیمارما کمتر از طبیعی است و بخصوص در فرمول خون ممکنست تعداد زیادی لنفوسیت دیده شود که خود موجبی جهت انجام پونکسیون مغز استخوان میباشد.

در اینجا لازم است راجع به L.Asaraginase نیز توضیحی داده شود. ازاین دارو پزشکان ژاپنی منجمله Minoshima وهمکارانش نتایج خوبی گرفته و به کنگره بین‌المللی اطفال سال ۷۱ وین معرفی نمودند. این داروآنزیمی است که بوسیله E.Coli ترشح میشود واثرسوء روی L.Asparagine ، که ماده‌لازم‌جهت میتوزو رشد سلولهای بدخیم‌است، دارد ودرابتدای درمان همراه با پردنیزولون تجویز میشود. این‌دارو بصورت فلاکونهای ۱۰۰۰۰ واحدی بصورت پودر وجود دارد ومیتوان روزانه بین ۵۰-۲۰۰ واحد برای هر کیلوگرم وزن بصورت پرفوزیون قطره قطره با سرم قندی ۵٪ تجویز کرد. قبل از تزریق باید امتحان حساسیت بصورت تزریق داخل‌پوستی از بیمار بعمل آید دریك‌مورد ما ازاین دارو در بیمارستان بهرامی استفاده کرده‌ایم بنظر ما باید همیشه درمان را بامقدار کم شروع کرد چون مقدار زیاد آن بسرعت عجیب بیمار را بطرف شکل آلوسمیك وحتی آپلازی مغز استخوان میبرد و برای سلولهای دیگر نیز مضر است .

درآتیه درمواردیگر ازاین‌دارو استفاده کرده نتیجه آنرا باطلاع همکاران عزیز خواهیم رسانید .

REFERENCES:

1 - Bernard, J. et Collaborateurs. Nouvelle Revue française d'hématologie : Les localisations neuro-méningées des leucémies aiguës et leur traitement par les injections I.R.d, Amethoptérine . 2_812-1962.

2 - Bierman , H.R. et al. American Heart journal : Pericarditis in patients with leukemia. 22-417-1952

3 - Bodey G.P. et al. Cancer: Pulmonary complications in acute leukemia . 19 - 781_1966

4 - Dameshek, W. Leukemia, Grune & Fratton, New-York. Pericardium involvement in acute leukemia. P:188-381 1964. effusion in chronic lymphoblastic leukemia.

5 - Debré R. , Lelong M. pédiatrie . Leucémie aiguë .

6 - Hyman, C. B. et al . Blood : Central nervous system involvement by leukemia in children. 25-1-1965.

7 - Jaffe , N. et al. Pediatrics : Acute leukemia presenting with pericardial tamponade . 45-461- 1970.

8 - Kosteas, P. et al. Helen. Iatr : Hemorragic pericarditis as an early major manifestation of acute leukemia. 30-707-1961.

9 - Minoshima S. Three years clinical and laboratory studies in the treatment of childhood leukemia with L. Asparaginase: XIII International Congress of Pediatrics, Wien 1971 .

10 - Schwab , R S. et al . American Journal of Medical Sciences : Neurologic aspects of leukemia. 189-766-1935.

11 - Winthrobe, M . Clinical Hematology , Lea & Febiger , U.S.A. : Efffusion in Pleural cavities .1001-1967.

12 - Azizi, M., Vazine. G.H. Forme Pleuro - péricardique de la leucémie aiguë de l' enfant. XIII International Congress of Pediatrics, Wien 1971.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]