

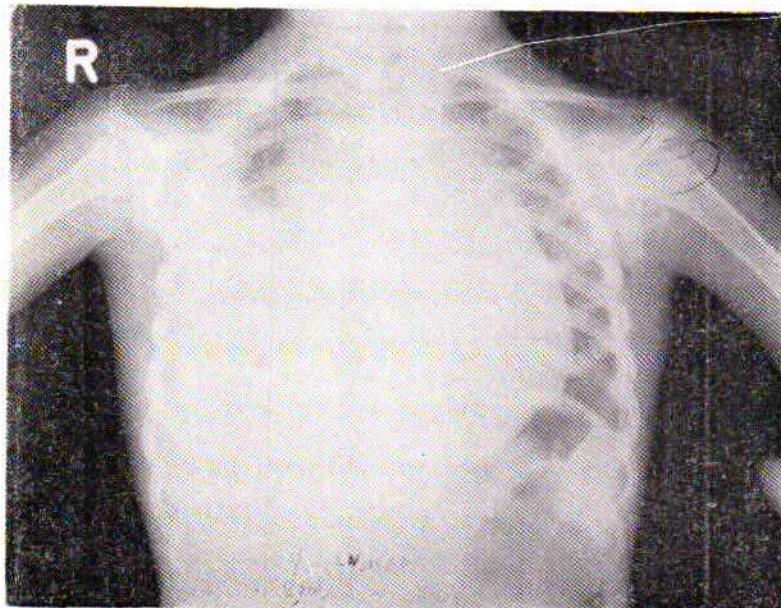
دو شکل بالینی لوسمی لنفو بلاستیک حاد کودکان

مجله علمی نظام پزشکی

سال دوم ، شماره ۴ - ۵ ، صفحه ۳۲۱ - ۳۵۱

* دکتر مسعود عزیزی

در جنب راست هموراه با بزرگی قلب را نشان داد، و در معاینه ایکه در ۱۲/۴۷ برای اولین بار از بیمار بعمل آمد علامت ذینفع توجه کرد:



(۱۵/۱۲/۴۷)

تب، تنگی نفس، پولی پنه، سیانوز هموراه با سرفه های فراوان. در معاینه شکم، کبد سه بندانگشت از کنار تحتانی دندنهها تجاوز می کرد و در لمس دردناک بود، در سمع ریتین، صدای های تنفسی رید است بگوش نمیرسید و این قسمت از ریه کاملاً مات بود، نبض تنده در سمع قلب صداها کر بودند، فشار خون $\frac{8}{4}$ بود. در آن موقع به بیچوچه علائمی دال بر وجود لوسمی نزد بیمار دیده

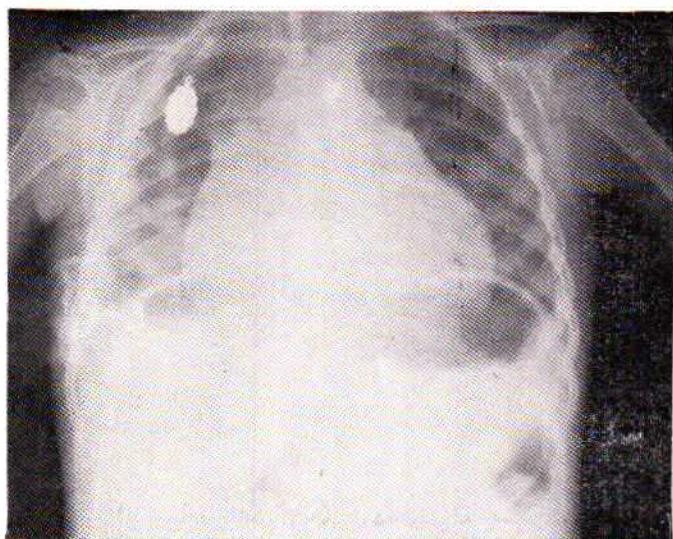
لوسمی لنفو بلاستیک حاد کودکان همیشه به شکل عادی خود که با علائم مختلف و متعدد هموراه است تظاهر نمیکند بلکه گاهی بیماری مدت‌ها بصورت عارضه یک علامتی سیر کرده پزشک را از تشخیص منحرف میکند. در شکل کلاسیک و پر علامت، بیماری با علائم پوستی بصورت پورپورا، اکیموز، پتشی و گاه کیستهای درموئید و حتی لوسمید، علائم مخاطی بصورت ضایعات دهان و حلق، علائم غدد لنفاوی بصورت آدنوباتی های عمومی، علائم دستگاه ریتیکولوآندوتیال بصورت کبد و طحال بزرگ، علائم عصبی بصورت فلجهای مختلف و حتی علائم منتشر، علائم استخوانی مفصلی بصورت دردهای مختلف و بالاخره تب، کم خونی و سندروم های هموراژیک مختلف سیر میکند دو شکلی که مورد بحث است یکی شکل پلوروپریکاردیک و دیگری شکل توام با کم خونی خالص بیماری است.

شکل اول: بیماری ممکنست بصورت وجود مایع در پریکارد و گاه در جنب بطوط جدا گانه و اشکال مختلف ظاهر شود و تامدتها بدون هیچگونه علامتی، صرفاً بصورت ضایعات پریکارد و جنب، سیر کرده علائم اصلی بیماری ماهها بعد نزد بیمار دیده شود. شکل پلوروپریکاردیک نزد کودک سالهای ایکه عارضه اش شرح داده میشود دیده شد. بیماری طفل در ماه بهمن ۱۳۴۷ با تب و سرفه شروع شده و باین علت تحت درمان با آنتی بیوتیک ها و داروهای مسكن سرفه قرار گرفته بود. این درمانها تغییری در سیر بیماری ندادند و بتدریج علائم تنفسی دیگر بصورت تنگی نفس و حملات سیانوز نزد بیمار ظاهر گردید. اولین کلیشه رادیو گرافی از قفسه صدری که در تاریخ ۱۵/۱۲/۴۷ گرفته شد وجود مقدار زیادی مایع

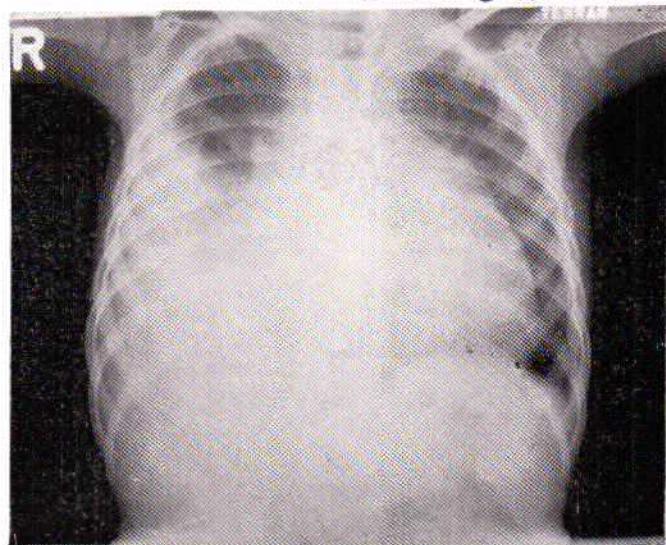
* گروه بیماریهای کودکان دانشکده پزشکی دانشگاه تهران (بیمارستان بهرامی).

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

نشد بخصوص آدنوباتی نداشت، طحال قابل لمس نبود، علائم خونریزی یوستی و با مخاطی مشاهده نشد.



(۴۸.۱۳)



(۴۲.۱۳.۲۵)

رادیوگرافی جدید (۴۷/۱۲/۲۵) تغییری را بامقايسه کلیشه ۱۵/۱۲/۴۷ نشان نداد. همانش بیمار بستری و با پونکسیون جنب راست، مایع سر و فیبرینو خارج گردید و چون وضع طفل از نظر اختلال شدید تنفسی بعلت اپانشمان بسیار نگران کننده بود توسط آقای دکتر اعتبار پلوروتومی شد. نتیجه آزمایش مایع جنب در تاریخ ۱۱/۱/۴۸ بقرار زیر بود:

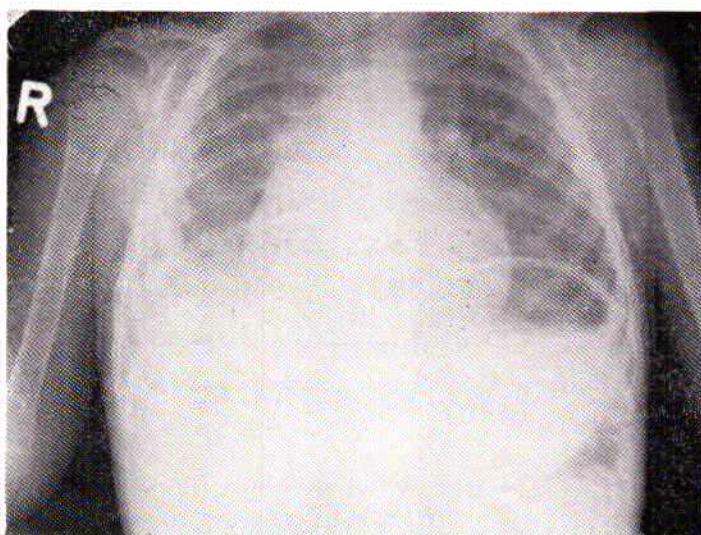
گویچه سفید ۱۶۰۰۰ در میلیمتر مکعب (لنفوسيت ۶٪)، ریوالتا مثبت و در آزمایش مسقیم میکرب دیده نشد. فرمول و شمارش: گویچه سفید ۴۰۰۰، پولی نوکلئر ۵۵٪ لنفوسيت ۴۰٪ همو گلو بین ۱۴ گرم درصد، سدیما مانتابیون ۲۳ میلیمتر در ساعت اول.

الکتروکاردیوگرافی (۴۸/۱/۳) کوتاه شدن دامنه موج Q.R.S بدون تغییر T و با T را نشان داد. وجود مایع سروفیبرینو در جنب و مشاهده تعداد زیاد لنفوسيت در آن همراه با آلبوهین بالا ابتدا فکر رامتو جه پلوروپریکارديت سلی کرد و بلا فاصله دار و های ضد سلی همراه با پردنیزولون تجویز گردید.

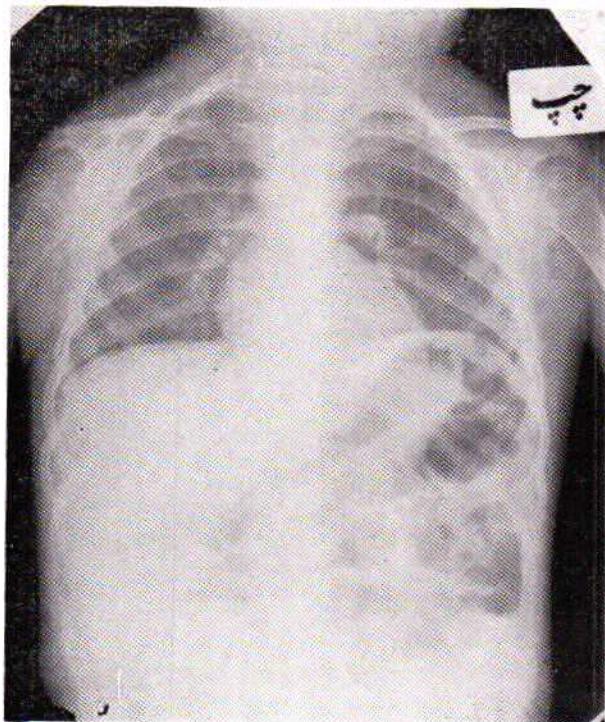
روز بعداز برداشتن لوله پلوروتومی وجود مقدار کم مایع در جنب و قلب بزرگ را نشان داد. با ادامه درمان (مسلسل بعلت پردنیزولون) روز بروز حالت عمومی بیمار بهتر شد و کلیشه رادیوگرافی که در تاریخ ۱۰/۱/۴۸ گرفته شد، کوچک شدن واضح تصویر قلب همراه با مایع مختصری در جنب راست را نشان داد. فرمول و شمارش (۴۸/۱/۸) از قرار زیر بود:

گویچه سفید ۷۴۰۰، پولی نوکلئر ۶۲٪. لنفوسيت ۳۴٪. چون علامت هپر کورتی سیسم نزدیک از ظاهر گردید بتدریج ازمیزان پردنیزولون کاسته شد.

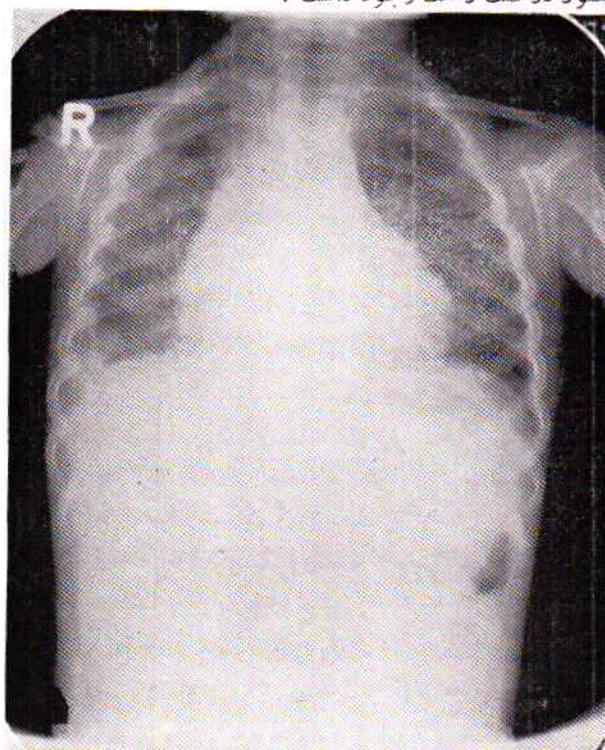
کلیشه رادیوگرافی (۴۸/۱/۳) نشان داد که مقدار کمی مایع در جنب راست وجود دارد و بخصوص بزرگی قلب بعلت وجود اپانشمان پریکارد بوضوح دیده میشد.



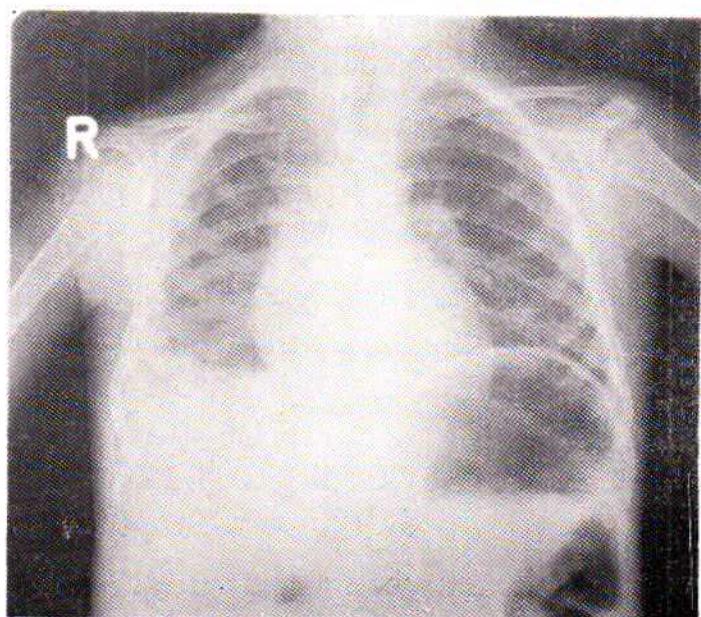
(۴۸.۱۶)



(۴۸ر۲۰) بزرگی قلب مجدداً جلب توجه کرد و مقداری مایع هنوز درحت راست وجود داشت.



(۴۸ر۲۰)



(۴۸ر۱۰)

B.C.G تست که در تاریخ ۴۸/۱۲۳ در آنستیتو باستور بعمل آمد منفی بود *.

بتدربیع عالم جدید نزد طفل پیدا شد: این عالم ابتدا عصبی و بصورت فلج محيطي عصب صورتی چپ بود که بخودی خودهشت روز بعد اصلاح گردید ولی پنج روز بعد درطرف راست ظاهر شد. بعداً با کم شدن بین ان پردنیزولون کم خونی نزد طلف دیده شد. در آن موقع نتیجه آزمایشات خونی و مغز استخوان که توسط آفای دکتر وزین انجام شد (۴۸/۲۱۸) عبارت بود از:

گویچه سفید ۱۲۰۰۰، پولی نوکلئر ۸٪ لنسوپیت ۱٪، لنسو بلاست ۳٪ هموگلوبین ۱۱ گرم درصد، تعداد پلاکت ۴۸۰۰۰، درمنز استخوان تمام عناصر سفید را سلولهای نارس تشکیل میدادند که همگی لنسو بلاست بودند.

در عین حال بزرگی کبد و طحال و آدنوپاتی منتشر و پورپورا نزد بیمار ظاهر گردید و در کلیشه رادیو گرافی ۴۸ر۲۴۳ هنوز آثار مایع در چشم و بزرگی قلب همراه با آدنوپاتی مدیاستینال چپ دیده شد، بدین ترتیب تشخیص لوسی لنسو بلاستیک حاد با شروع بشکل پلوروپریکاردیت مسجل گردید و بیمار تحت درمان با پردنیزولون - آمتوپترین و ۶ مرکاپتو پورین قرار گرفت. نتیجه درمان یکهفته بعد رضایت بخش بود بدین ترتیب که کبد و طحال دیگر لمس نمیشدند، آدنوپاتیها و پورپورا ازین رفتند و فلح عصب صورتی راست بهبود یافت ولی روی کلیشه رادیو گرافی

* این آزمایش حساس ترین آزمایش جهت تشخیص سل اطفال میباشد و بوسیله باسیل گاوی کشته بصورت تزریق داخل پوستی انجام و معمولاً نتیجه آزمایش ۴۸-۷۲ ساعت بعد خواهد میشود. این آزمایش نزد اطفال آنژیک مبتلا به سل و حتی در دوره قبل از آرزوی (Antéallergique) نیز جواب ثابت نمیدهد.

جریان سیر بیماری شرح داده شد و Wintrobe در سال ۱۹۶۷ در شکل پلورال را از اشکال دیر رس بیماری دانست. Kosteas در سال ۱۹۶۱، هموراژی پریکاردا در جریان لوسمی لنفو بلاستیک شرح داد و Jaffe در سال ۱۹۷۰، وجود مایع در پریکارد را در ابتدای بیماری مشاهده کرد.

شکل پلوروپریکاردیک لوسمی حاد از نظر طرز شروع، که با عالم تب - ناراحتی تنفسی - سرفه و نارسانی قلب ظاهر میکند ممکنست بعد از مشاهده مایع سروفیرینو، فکر را متوجه پلورو- پریکاردیت سلی کند. نزد این بیماران اولاً بعلت وضع مخصوص فرمول و شمارش ثابناً بعلت وجود تعداد زیادی لنفوسيت در مایع جنب، باید فوراً پونکسیون مغز استخوان جهت روشن شدن تشخیص بعمل آید.

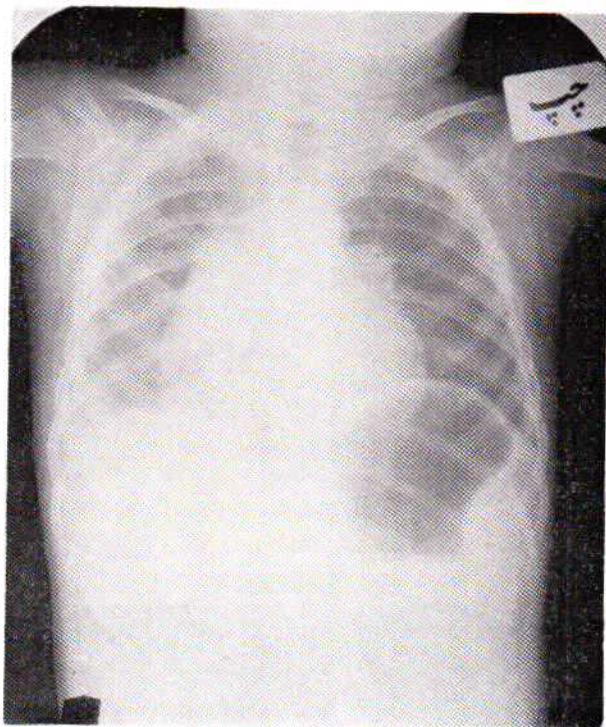
شکل بالینی دوم: اشکال با کم خونی خالص بیماری است که تابحال در بیمارستان بهرامی و در بیمارستان پهلوی هواردی از آنرا مشاهده کرده ایم و شرح حال زیر مر بوط بدختر ۱۳ ساله ایست که در تاریخ ۵/۷/۵ بعلت زنگ پریدگی - ضعف و سردرد مر اجمعه کرد. در معاينة بالینی بجز زنگ پریدگی مخاطها و پوست و سوالف سیستولیک غیر عضوی قلب علامت دیگری جلب توجه نکرد (وزن ۴۳ کیلو گرم - قد ۱۵۶ سانتیمتر) در مقابل این منظره بالینی بسادگی میشد فکر کم خونی فقر آهن را کرد چون بیمار عالم بالینی دیگر لوسمی را بصورت طحال بزرگ - کبد بزرگ - آدنوباتی و یاعالم همراهی نداشت. اولین فرمول و شمارش که در تاریخ ۵/۷/۸ بعمل آمد از قرار زیر بود:

گویچه سفید: ۰۰، ۴۲۰۰، پولی نوکلئر ۱۶٪، لنفوسيت ۸۰٪، همو گلوبین ۵/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۱۵٪ پلاکت ۲۰۰۰۰. در مقابل لکوپنی و تعداد زیاد لنفوسيت در خون محيطی با فکر شروع یک لوسمی آلوسمیک، از بیمار پونکسیون مغز استخوان بوسیله آقای دکتر وزین بعمل آمد و در مغز استخوان تعداد زیادی سلولهای لوسمیک مشاهده شد، سدیما تاسیون ۱۵۰-۱۶۰ بود، بالا فاصله بیمار تحت درمان با پر دنیز و لون و Oncovin هر هفته یک تزریق ۲ میلیگرمی قرار گرفت در ضمن دو مرتبه خون، یکبار ۳۵۰ و دفعه دوم، ۵۰ سانتیمتر مکعب تزریق شد. فرمول و شمارش در تاریخ ۱۳/۷/۵۰ از قرار زیر بود:

گویچه سفید: ۰۰، ۳۱۰۰، پولی نوکلئر ۱۴٪، لنفوسيت ۶۴٪، بالاست ۱۹٪، همو گلوبین ۱۰ گرم درصد، هماتوکریت ۳۱٪، پلاکت ۱۸۲۰۰ و در تاریخ ۲۵/۷/۵۰ نتیجه فرمول و شمارش عبارت بود از:

گویچه سفید: ۰۰، ۶۶۰۰، پولی نوکلئر ۶۹٪، لنفوسيت ۲۶٪، لنفو بلاست

فرمول و شمارش جدید (۴۸۳۲۱) عبارت بود از: گویچه سفید ۱۶۲۰۰ با ۴٪ لنفو بلاست، و کلیشه رادیو گرافی (۴۸۳۱۱) نشان داد که در جنب راست مایع وجود ندارد و تصویر قلب تقریباً طبیعی شده است و در عین حال در دو طرف مدیا استن آدنوباتی های متعددی دیده میشود.



۴۸۳۲۱

درمان بیمار ادامه داده شد و در تاریخ ۴۸۳۲۲ فرمول و شمارش از قرار زیر بود:

گویچه سفید ۷۱۰۰ با ۸۵٪ پولی نوکلئر و ۱۲٪ لنفوسيت - تعداد پلاکت ۲۰۰۰۰. درمان نگاهدارنده با آمتوپترین (Methotrexate) ادامه داده شد. این درمان در ابتدا رضایت‌بخش بود و بیماروارد مرحله رمیسیون نسبتاً طولانی شد ولی بتدریج بیماری عود کرد. عالم هموراژیک از نو ظاهر گردید. کبد و طحال مجدداً حس شدند. فرمول و شمارش عود بیماری را تأیید کرد (۴۸/۶/۹):

گویچه سفید: ۰۰، ۹۶۴۰ با ۱۳٪ پولی نوکلئر و ۳۴٪ لنفوسيت ۴۲٪ بالاست. پلاکتها بینان قابل توجهی کاسته شده بودند و در مغز استخوان مجدداً تعداد زیادی بالاست دیده شد، مگاکاربیوسیت دیده نشد. با وجود تزریقات مکرر خون و بر قرار کردن مجدد درمان با پر دنیز و لون و داروهای سیتو لیتیک، بیمار یکسال بعد از شروع بیماری در تابلوی کم خونی شدید و نارسانی قلب در گذشت.

شکل پلورال بیماری در سال ۱۹۵۲ بوسیله Bierman و سال ۱۹۶۴ بوسیله Dameshek و سال ۱۹۶۶ بوسیله Body در

و بخصوص در فرمول خون ممکنست تعداد زیادی لنفوسيت دیده شود که خود موجبی جهت انجام پونکسیون هنوز استخوان میباشد. در اینجا لازم است راجع به L.Asparaginase L. Asparaginase نیز توضیحی داده شود. از این دارو پزشکان را پنی منجمله Minoshima و همکارانش نتایج خوبی گرفته و به کنگره بین المللی اطفال سال ۷۱ وین معرفی نمودند. این دارو آنژیمی است که بوسیله E.Coli ترشح میشود و اثر سوء روی L.Asparagine، که ماده لازم جهت میتوزو رشد سلولهای بد خدم است، دارد و در ابتدای درمان همراه با پرداز نیز و لون تجویز میشود. این دارو بصورت فلاکونهای ۱۰۰۰-۵۰۰۰ واحدی بصورت پودر وجود دارد و میتوان روزانه بین ۵۰-۲۰۰ میگرم وزن بصورت پرفوزیون قطره قطره با واحد برای هر کیلو گرم و زن بصورت پرفوزیون قدره قدره با سرم قندی ۵٪ تجویز کرد. قبل از تزریق باید امتحان حساسیت بصورت تزریق داخل پوستی از بیمار بعمل آید درینک مورد مراza این دارو در بیمارستان بهرامی استفاده کرد. هایم ب Fletcher ما باید همیشه درمان را با مقدار کم شروع کرد چون مقدار زیاد آن بسرعت عجیب بیمار را بطرف شکل آلوسمیک و حتی آپلازی مغز استخوان میبرد و برای سلولهای دیگر نیز مضر است. در آن تبیه در مواد دیگر از این دارو استفاده کرده نتیجه آنرا باطلاع همکاران غریز خواهیم رسانید.

۳٪ درمان بیمار بادروهای فوق ادامه داده شد کم خونی بدرمان جواب داد و روز بروز وضع بیمار بهتر شد و بهیچوجه عالم دیگری نزد بیمار ظاهر نگردید و تنها علامتی که جلب توجه میکرد قیافه هیپر کورتی سیسم نزد او بود تا آنکه در تاریخ ۵/۸/۵۰ آزمایش خون محیطی و مغز استخوان رمیسیون کامل را نشان دادند: فرمول و شمارش: گویچه سفید ۶۸۰۰ ، پولی نو کلثیر ۷۸٪ ، لنفوسيت ۱۸٪ ، همو گلبین ۱۰ گرم درصد، هماتوکریت ۳۳٪ ، درمغز استخوان اثری از عناصر بلاستیک نبود. درمان نگاهدارنده با مرکاپتو پورین ابتدا دو قرص روزانه بعد یک قرص و بالاخره یک روز در میان دو قرص ادامه داده شد. فعلاً بعد از دهماه بیمار در حال رمیسیون کامل میباشد و آخرین آزمایش مغز استخوان و خون محیطی که در تاریخ ۳/۳/۵۱ انجام شد رمیسیون کامل را نشان داد. فرمول و شمارش: گویچه سفید ۶۴۰۰ ، پولی نو کلثیر ۵۵٪ ، لنفوسيت ۳۲٪ ، همو گلبین ۱۴/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۴۳٪.

شكل آنمیک خالص لوسمی لفقو بلاستیک از این نظر که اغلب با کم خونی فقر آهن اشتباه میشود باید مورد توجه قرار گیرد چون ممکنست مدت‌ها بدون هیچ نوع علامت دیگری سیر نماید. ولی چنانچه بوضع خون محیطی توجه شود در اکثر موارد تعداد گویچه‌های سفید یا خلی زیاد وبا مثل بیماران مکمل از طبیعی است.

REFERENCES:

- 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.
- Bierman , H.R. et al. American Heart journal : Pericarditis in patients with leukemia. 22-417-1952
- Bodey G.P. et al. Cancer: Pulmonary complications in acute leukemia . 19 - 781-1966
- Dameshek, W. Leukemia, Grune & Fratton, New-York. Pericardium involvement in acute leukemia. P:188-381 1964. effusion in chronic lymphoblastic leukemia.
- Debré R. , Lelong M. pédiatrie . Leucémie aiguë .
- Hyman, C. B. et al . Blood : Central nervous system involvement by leukemia in children. 25-1-1965.
- Jaffe , N. et al. Pediatrics : Acute leukemia presenting with pericardial tamponade . 45-461- 1970.
- Kosteas, P. et al. Helen. Iatr : Hemorragic pericarditis as an early major manifestation of acute leukemia. 30-707-1961.
- Minoshima S. Three years clinical and laboratory studies in the treatment of childhood leukemia with L. Asparaginase: XIII International Congress of Pediatrics, Wien 1971 .
- Schwab , R S. et al . American Journal of Medical Sciences : Neurologic aspects of leukemia. 189-766-1935.
- Winthrobe, M . Clinical Hematology , Lea & Febiger , U.S.A. : Effusion in Pleural cavities .1001-1967.
- Azizi, M., Vazine. G.H. Forme Pleuro - péricardique de la leucémie aiguë de l' enfant. XIII International Congress of Pediatrics, Wien 1971.