

لوسمی مزمن با لنفوسیت‌های ت گزارش یک مورد

مجله نظام پزشکی
سال هشتم، شماره ۶، صفحه ۳۸۹، ۱۳۶۱

* دکتر جلال فاطمی * دکتر پروفیشن میربد *

بعلت تنگی نفس و کم شدن ادرار در مشهد بپزشک مراجعه می‌کند و با توجه به علامت بالینی تشخیص نارسائی کلیه مطرح می‌گردد و با تجویز لازمکن، سرم و کورتن بنای اظهار بیمار بهبود نسبی می‌یابد. دروز قبل از عزیمت به تهران بثرواتی در پوست شکم، پشت و پاها نمایان شده که بصورت ارتیتم منتشر بوده است. در موقع پستری شدن در تهران یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی بقرار ذیر بوده است:

یافته‌های بالینی:

بیمار لاغر اندام و تنگی نفس متوسط داشت، فوق الماده ضعیف و کاشتکیگه بوزن ۴۵ کیلوگرم، تعداد ضربان نبض ۸۵ در دقیقه و تعداد تنفس ۲۴ در دقیقه، صلبیه چشمها قرمز و پرخون، دهان خشک و پوشیده از ورقه سفید رنگ، لبها مختصر سیانوزه بود. در هر دو ریه رالهای برونشیک پراکنده و صدای های قلب بستخی شنیده می‌شد. شکم نرم، طحال حساس و بزرگ (در حدود ۳ بند انگشت پائین دندنه‌ها)، کبد ۲ بند انگشت پائین دندنه‌ها طرف راست حن می‌شد ولی اندازه آن طبیعی بود. تمام پوست ناحیه شکم، پشت و رانها حالت ارتیماتو داشت که با فشار بر نگه سفید در می‌آمد. تیهای متناوبی داشت که گاه به ۳۹ درجه میرسد.

یافته‌های آزمایشگاهی:

کشتهای متعدد خون منفی گزارش شد. کشت خلط استافیلوکاک و کشت ادرار کلیسیبیلای مقاوم به کلیه آنتی بیوتیک‌ها معمول نشان

مقدمه: امروزه با توجه بوجود دنوع لنفوسیت T و B در انسان و حیوانات و سیر متفاوت بیماری این دو دسته سلول، بسیاری از محققان در این داشته که بطور کلی در تمام بیماریهای بدخیم دسته لنفوسیتی از قبیل لکمی‌های حاد و مزمن، لنفوهما، میکوزیس فونکوئیدیس، سزاری سندروم وغیره نوع سلول آنرا که از دسته T و یا B می‌باشد، مشخص نمایند. البته بطور کلی گرچه بیشتر بیماریهای دستگاه لنفاوی بخصوص لنفوهما من بوط به سلولهای نوع B می‌باشد ولی در لکمی‌های حاد دسته T-cell نیز فراوان است. لکمی لنفوسیتی مزمن بطور کلی از دسته B می‌باشد و بطور نادر در مجلات مختلف نوع T نیز گزارش شده است. در این گزارش یک بیمار مبتلا به لوسمی لنفوئیدی مزمن از نوع T-cell معرفی می‌شود سپس توضیح مختصری راجع به آزمایشگاهی که سبب تمایز این دو دسته لنفوسیتها از یکدیگر می‌شوند و همچنین بشرح گزارش‌های متعدد و پراکنده‌ای که در نوشتۀ‌های مختلف پزشکی تاکنون اذاین بیماری داده شده است مپردازیم.

شرح حال: ع-م، مردی است ۷۲۸ ساله ساکن مشهد بعلت تنگی نفس، ناراحتی بلع، سرفه، خلط فراوان و بی‌حالی مراجعه می‌کند. در سابقه شخصی جز بیماریهای معمولی نکته جالبی ذکر نمی‌کند. از جوانی سیکار می‌کشیده و در حدود ۲۵ سال است که مبتلا به برونشیت مزمن می‌باشد. بیست روز قبل از بسترسی شدن در تهران

* سازمان انتقال خون ایران.

* بیمارستان امام خمینی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

الف - روش آزمایش برای پیدا کردن ایمونو گلوبولین‌های سطح لنفوسمیت (Ig surface) :

۱- لنفوسمیت‌های از خون محیطی دفیرینه جدامیکنند. برای اینکار خون را روی Ficoll با وزن مخصوص ۷۷/۱ (مایع جدا کننده گلوبولها) برد و مدت ۲۰ دقیقه سانتریفوژات انجام می‌شود. بعد از این مدت لنفوسمیت‌ها که بصورت یک لایه سفید رنگ جمع شده‌اند بدمست می‌آیند.

۲- لنفوسمیت‌ها سه بار و هر بار بمدت ۵ دقیقه با محیط Tc ۱۹۹ شستشو داده می‌شوند.

۳- لنفوسمیت‌های شسته شده را در لولهای آزمایش متعدد ریخته و در مجاورت آتنی سرم‌ها قرار داده می‌شوند. آتنی سرم‌های مورد مصرف عبارتند از آتنی IgG، آتنی IgM، آتنی IgA، آتنی IgD، آتنی IgE، آتنی K و آتنی S. سرم مخلوط برای پیدا کردن درصد کلی لنفوسمیت‌های مثبت. این آتنی سرم‌ها با فلورستین ایزوتوپیوانات کونزوگه شده‌اند.

۴- مخلوط لنفوسمیت و آتنی سرم را به مدت ۳۰ دقیقه در ۴ درجه سانتی گراد انکوبه می‌کنند.

۵- بعد از انکوباسیون لنفوسمیت‌ها را سه بار با محیط Tc ۱۹۹ شستشو داده و مدت هر بار شستشو ۵ دقیقه است. این شستشو نیز در ۴ درجه سانتی گراد انجام می‌گیرد.

۶- پس از آخرین شستشو، لنفوسمیت‌ها برای بررسی آمده هستند. برای دیدن لنفوسمیت‌ها یک قطره از محلول بین لام و لام قرار داده با میکروسکپ فلورسان مطالعه می‌شود. بدین وسیله درصد لنفوسمیت‌های مثبت با هر آتنی سرم تعیین می‌شود. گزارش این آزمایش در بیمارما بشرح زیر است:

بنابر این تعداد خلیل ناچیز از لنفوسمیت‌های بیمار در سطح خود ایمونو گلوبولین داردند با توجه به اینکه B-cell ها قادر به ترشح ایمونو گلوبولین‌ها بوده و از آنها در سطح خود دارند، میتوان گفت که لنفوسمیت‌های بیمار مورد گزارش B-cell نیستند.

ب- آزمایش B-Rosette - بادگن (آتنی زن) پادتن (آتنی بادی) (کبلمان) :

یک سانتیمتر مکعب همو گلوبولین بدهیک سانتیمتر مکعب سوسپانسیون ۲/۵ درصد گلوبول قرمز + ۰ اضافه نموده مدت ۳۰ دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرار داده می‌شود. پس از این مدت ۱/۰ سانتیمتر مکعب سرم موش بعنوان کبلمان به لوله آزمایش اضافه کرده مجدداً ۳۰ دقیقه در بن ماری گذاشته می‌شود. بعد از نیمساعت دوم محلول را به مدت ۳۰ دقیقه با دور ۲۰۰ سانتی یافروز نموده محلول روئی دور ریخته و به باقیمانده یک سانتیمتر مکعب محیط

داد. شمارش خون محیطی چندین بار آزمایش شد که بار اول گلوبولها سفید دویست هزار با ۳٪ نوتروفیل و ۵۶٪ لنفوسمیت کوچک، ۳۹٪ لنفوسمیت غیر طبیعی (شکل ۱)، ۱٪ منوسمیت و ۱٪ آئوزینوفیل بود، گلوبولهای قرمز آنیزوپویکلولوسمیتوز مختصه داشت. پلاکتها نیز کاهش یافته بود توجه یشتر روی لنفوسمیت‌ها نشان داد که این سلول‌ها کمی بزرگتر از گلوبول قرمز با سیتوپلاسم کم بازو فیل و هسته درشت و چین و شکنچ دار هستند (شکل ۲). رنگ آمیزی P.A.S انجام شد و در سیتوپلاسم این سلولها دانهای P.A.S مثبت مشاهده گردید (شکل ۳). مغز استخوان که از ستینخ خاصه بدمست آمد کم سلول بود. ۶٪ سلولهای هسته دار لنفوسمیت که ۵٪ آنها لنفوسمیت های آتنی بیک بودند دسته اریتر و گید فعالیت طبیعی داشت مکاکاریوسمیت‌ها بطور پراکنده دیده شد.

بافت برداری از بوسیت ناحیه شکم که قرمز رنگ بود انجام شد.

نمای آسیب‌شناسی:

ماکروسوکپی: قطمهای از بوسیت با قطرار ۳/۰ × ۰/۵ سانتیمتر و به ضخامت ۰/۳ سانتیمتر است.

میکروسکپی: قطمهای از بوسیت که در درم آن در اطراف ضمائم پوستی و عرق اتفیلتر اسیون سلولهای لنفوسمیت وجود دارد (شکل ۴). با درشت نمایی قوی هسته سلولها حدود نامنظم داشته و چین شکن دار است (شکل ۵)، بافت برداری (بیوپسی) (شماره ۹۶۱۲۸ آزمایشگاه آسیب‌شناسی علوم پایه پژوهشی) آزمایش‌های معمول که در بدودرود به بیمارستان انجام شد بشرح زیر است:

آزمایش ادرار نکته مرضی نداشت. او ره خون ۲۰ میلی گرم درصد، کر آتنی نین ۱/۳ میلی گرم درصد، گلوکز ۵ میلی گرم درصد، کلیزیم ۹/۳ میلی گرم درصد، سدیم ۱۳۳ میلی اکی و الان و پتاسیم ۵/۱ میلی اکی و الان بود. هو گلوبولین ۱۶/۶ گرم درصد، هماتوکریت ۴۹٪، تعداد گلوبولهای سفید ۱۸۰/۰۰۰ با ۵٪ پلی نوکلئر نوتروفیل، ۹٪ لنفوسمیت بالغ و آتنی بیک ۲٪ آئوزینوفیل و ۳٪ منوسمیت بود. الکتروفورز پروتئین‌های سرم انجام شد: آلبومین ۵۵٪، گلوبولین ۴۸٪ با ۱۴٪، آلبومین ۱۲٪، آئوزین ۱۵٪ و آن ۱۶٪ بود. ایمونوالکتروفورز پروتئین‌های سرم بیمار بشرح زیر است: ۱۱ IgG میلی گرم در میلی لیتر، ۶۸ IgA میلی گرم در میلی لیتر و ۳۹ IgM میلی گرم در میلی لیتر که IgM و IgA کمی پائین تر از حد طبیعی بود. با توجه به تعداد فراوان لنفوسمیت‌ها در خون محیطی و مغز استخوان همراه با ارتash (انفیلتر اسیون) در بوسیت و دیگر یافته‌های بالینی از قبیل بزرگی طحال، حبس لوسمی لنفوگید زده شد و چون لنفوسمیت‌ها کوچک با هسته‌های چین و شکن دار بودند بمنظور رسید لوسمی لنفوگید مزمن از نوع B-cell تی باشد. آزمایش‌های تکمیلی برای تأیید T لنفوسمیت انجام شد که بقرار ذیر است:

با وجود درمان نوقاذکر حال عمومی بیمار رضایت پخش نبود و در تاریخ ۱۱/۱۶۰ اطرافیان بیمار اورا به مشهد منتقل کردند که یک هفته بعد از این انتقال بیمار فوت شد.

بحث :

گرچه لنفوسيت های خون محیطی شخص سالم بیشتر از نوع T-cell هستند ولی اکثر لوسمی های لنفوسيتی و لنفوم ها چه حاد و چه مزمن از لنفوسيت های B-cell منشأ میگیرند.

میکروزیس فوکوئید، سندرم سزاری و درحدود ۳۰٪ لوسمی حاد لنفوئید بچهها و بطور خیلی نادر بعضی از لوسمی های لنفوئید مزمن از نوع T لنفوسيت میباشد (۳-۴-۱۳). منشأ هر دو لنفوسيت مغز استخوان است که بعداً بر اثر تغییرات متحمله در اثر رشد و تقسیم و تکثیر بعدی در محلهای مختلف خواص متفاوت بخود میگیرند جدول شماره ۲ مشخصات لنفوسيت های T و B وجود شماره ۳ چگونگی مقابله این دونوع سلول را از هم نشان میدهد با توجه به جدول اخیر چنین مفهوم است که مهمترین عوامل تشخیصی T و B لنفوسيت، ایمو گلوبولین سطح سلول، تشکیل روزت با گلوبول قرمز گوسفتند و آنتی سرمهای ناهما نند بر علیه تیموسیت هاست که اولی در B لنفوسيت و دودیگر در T لنفوسيت مثبت میباشد (۱).

لوسمی لنفوئید مزمن T-cell در حدود ۱٪ بیماران لوسمی لنفوئید مزمن را تشکیل میدهد (۱) و دریک گزارش اذیمارستان سن لوئی فرانسه با پی کیری ۱۵۰ بیمار مبتلا به لوسمی مزمن و انجام آزمایش های لازمه جهت جدا کردن T-cell از B-cell فقط ۳ تن

کشت TC ۱۹۹ ۱۰٪ اضافه میشود. ۲- سانتیمتر مکعب از این سوسپانسیون به ۰/۲ سانتیمتر مکعب سوسپانسیون ۲ میلیونی گلوبول سفید در میلی لیتر شخص مورد آزمایش اضافه نموده پس از ۵ دقیقه سانتریفوگ نموده بسدت آمدہ با میکروسکپ مطالعه و در حالیکه تعیین میشود. در شخص طبیعی تشکیل روزت ۲۰٪ است. در حالیکه در بیمار مورد مطالعه ۱٪ بوده است. بدین وسیله نیز مشخص شد که لنفوسيت های بیمار از نوع B-cell نیستند.

پ- آزمایش T Rosette (TA) : ۰/۲ سانتیمتر مکعب از سوسپانسیون محتوی $10^6 \times 5$ گلوبول سفید در میلی لیتر به ۰/۲ سانتیمتر مکعب سوسپانسیون ۲ درصد گلوبول قرمز گوسفتند اضافه نموده و بعدت ۵ دقیقه سانتریفوگ میشود. سپس محلول را ۱۶-۲۰ ساعت در ۴ درجه سانتی گراد نگهداری نموده بعد درصد روزت بوجود آمدہ از گلوبول های سفید و گلوبول قرمز گوسفتند تعیین میشود. در بیمار مورد بحث تعداد روزت ۳۶٪ بوده در مقابل طبیعی که ۵۱٪ است. (باید توجه داشت تعداد کل لنفوسيتها در خون محیطی شخص سالم از ۴-۵ هزار تجاوز نمیکند در حالیکه در این بیمار تعداد کل لنفوسيتها بیش از صد هزار است. بدین معنی اگر در یک شخص سالم بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ T لنفوسيت وجود داشته باشد، در این بیمار تعداد T لنفوسيت ها بیش از ۳۶۰۰ بوده است). با توجه به کل یاقنهای بالینی و آزمایش کاهی در این بیمار تشخیص لوسمی لنفوئید مزمن T-cell تأیید شد. پس از تشخیص، درمان بیمار با توجه به علائم خونی بر طبق برنامه زیر انجام گرفت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱

داروهای مصرفی	هماتوکریت	همو گلوبولین	گلوبول سفید	
آندوکسان IV ۶۰۰ میلی گرم انکووین IV ۲ میلی گرم پردنیزون PO	X	۱۵	۴۹	۵۹/۱۲/۱۱ ۱۸۰/۰۰۰
آدریا بلاستون IV ۵۰ میلی گرم پردنیزون PO	X	۱۲/۸	۳۸	۵۹/۱۲/۱۶ ۱۹۲/۰۰۰
آندوکسان IV ۶۰۰ میلی گرم انکووین ۲ میلی گرم پردنیزون PO	X	۱۳/۵	۴۰	۵۹/۱۲/۱۶ ۱۷۰/۰۰۰
لکوفورزیس	X	۱۱/۲	۳۴	۵۹/۱۲/۲۴ ۱۰۲/۰۰۰
لکوفورزیس	X	۱۱/۲	۳۶	۵۹/۱۲/۲۸ ۱۲۹/۰۰۰

جدول شماره ۲- مشخصات لنفوسيت‌های B و T در انسان

لنسوسيت T	لنسوسيت B	مشخصات
مفر استخوان	مفر استخوان	منشا
تیموس	بورس در پرندگان در پستانداران نامشخص	محل طبیعی رشد
قسمت عمقی قشر	فولیکولیها و ظایهای مرکز عقده‌ای	محل استقرار در عقده‌های لنفاوی
مؤثر در این سلولی - سلول تنظیم دهنده (کمکی یا مهاری)	سلول مؤثر در پادتن (آنتی کر) سازی	اعمال
مهار کننده یا کشنده سلولی (القائی یا کمکی)	سلولهای مرکز فولیکولی و مرکز عقده‌ای	گروههای فرعی مشخص شده
۷۵-۸۰٪ لنفوسيت‌های کوچک	۱۵-۲۰٪ لنفوسيت‌های کوچک	درصد موجود در خون محيطی
تشکیل خود بخود روزت با گلبول قرمز گوستند (E-Rosette)	ایمونو گلبولین سطح سلولی	علامت مطمئن سطح سلولی

جدول شماره ۳- مشخصات سطح سلولهای لنفوئید انسانی

هیستیوسیت	لنسوسيت T	لنسوسيت B	مشخصات
-	-	+	ایمونو گلبولین سطح سلولی
(+)	(-)	(+)	پادگن مشابه Ia
(+)	(-)	(+)	گیرنده برای مکمل (EAC Rosette)
-	+	-	تشکیل روزت با E-Rosette گلبول قرمز
-	+	-	ترانسفراز انتهائی
-	+	-	ضد سرمهای نامحدود بر علیه تیموسیتها
+	(-)	(+)	گیرنده برای FC (IgEA Rosette)
+	-	-	بیگانه خواری

توضیح : Ia : (Iregion-associated antigen) پادگنی است که بواسیله ژن Ir تولید شده و در سطح سلول بافتی مختلف و همچنین در سطح لنفوسيت‌های B ممکن است وجود داشته باشد و بواسیله آنتی سرم مخصوص خود مشخص می‌شود (۷).
 FC : (Crystallizable fragment) قسمت قابل تبلور ایمونو گلبولین که به سطح سلولی می‌چسبد.

کاهش شدید نشان نمیدهدن (۱۳-۱۴-۱۵). گلوبولهای سفیددار ای هسته متراکم و سیتوپلاسم کم است و درین آنها سلولهای با هسته چین و شکن و شکافدار دیده میشود.

نسبت این تعداد سلولهای آتی پیک به بقیه لتفویت‌ها در بیماران مختلف متفاوت میباشد. ولی بوضوح از لتفویت‌های لوسومی لتفوید مزمن B-cell که همه سلولها یکنواخت از لتفویت‌های بالغ با هسته متراکم و گردی تشکیل شده‌اندمتایز هستند. T-لتفویت در لوسومی لتفوید مزمن آنزیم لیزوزیم و گرانولهای سیتوپلاسمی فراوانتر از B-cell دارد. گرانولاسیونهای سیتوپلاسمی P. A. S. مثبت هستند (۵). ارتضاح سلولی در مغز استخوان در بیماری مورد بحث معمولاً کمتر از لوسومی لتفوید مزمن نوع B-cell است. دو ترکیبی در این بیماری شایعتر است. لتفویت‌ها در لوسومی لتفوید مزمن نوع T-cell اغلب مشابه با سلول سزاری است ولی گاه قابل تمیز از آن میباشد (۱۳-۱۵). در لوسومی لتفوید مزمن T-cell ابتلاء پوست همراه با تهاجم به اپیدرم نیست و برخلاف سدرم سزاری آبسه Pautrier دیده نمیشود (۱۱) گرچه در ممکنست بشدت مورد تهاجم سلولهای تومرال واقع شود. در مورد تشخیص افتراقی باید لکوسارکوم مورد توجه قرار گیرد. در لکوسارکوم سلولهای تومرال از B-cell در لوسومی لتفوید مزمن متفاوت است ولی از نظر شکل ظاهری ممکنست شباهتی با T-cell داشته باشد. متنها در لکوسارکوم اشکال بزرگ و کوچک دیده میشود. در لکوسارکوم لتفویت‌های از نوع B-cell هستند در نتیجه ایمونو گلوبولین سطح سلولی بالاست. این سلولها از B-cell لوسومی لتفوید مزمن بوسیله رنگ پذیری با آتنی سرم فلورسان متمایز میشوند. چون مقدار ایمونو گلوبولین در سطح سلولهای لکوسارکوم خیلی بالاست، رنگ خیلی شدید میگیرند در حالیکه B-cell های لوسومی لتفوید مزمن کم رنگ تر میشوند (۲-۱). ناگفته نماند که سلولهای در لکوسارکوم منوکلولال هستند بدین معنی که در سطح سلولی یکنوع ایمونو گلوبولین دارند و از لتفویت‌وزراکتیو که لتفویت‌های پولی کلولال دارند قابل تشخیص میباشد (۱). علاوه بر آزمایش‌های ذکر شده، آزمایش‌های دیگری برای جدا سازی لوسومی لتفوید مزمن T-cell وجود دارد یکی از آنها آزمایش با آتنی سرم خرگوش است که برعلیه L. D. H₁ و B-cell تهیه شده باشد (۳). اندازه گیری L. D. H₅ (Lactic Dihydro Genase) نشان میدهد که در لتفویت T-لتفویت آنست (۶). فعالیت ۵ نوکلئوتیداز (5-Nucleotidase) در هر دونوع لتفویت‌کاهش میباشد و برای تشخیص این دونوع سلول بی ارزش است (۱۰). واضح است چون این بیماری یک بیماری T-لتفویتی میباشد، معمولاً آزمایش‌های عمر بوط بایمی سلولی

به لوسومی لتفوید مزمن از نوع T-cell مبتلا بودند (۳). این بیماری تفاوت‌های فاحشی چه از نظر بالینی و سیر بیماری و چه از نظر آزمایشگاهی با لوسومی لتفوید مزمن B-cell دارد. بیماری اخیر سیر ملایمی داشته ممکنست مدت زیادی بی‌علامت باشد و فقط در ضمن یک آزمایش معمولی و یا معاینه بیمارجهت بیماریهای دیگر تشخیص داده شود.

معمولًا خستگی، احساس توده‌ای در تاچیه گردن، زیر بغل و کشاله ران و یا کم شدن وزن اولین تظاهر بیماری و علت مناجعه به پیش شک است (۱۶). طول عمر بیماران بین ۱ تا ۱۰ سال (۶) و حتی تا ۳۵ سال گزارش شده است (۱۶). معمولاً هر چقدر علامت بالینی آزمون های آزمایشگاهی غیر طبیعی تر باشد بیمار در مرحله پیش فته تری بوده و طول عمر کوتاهتری خواهد داشت. این بیماری بندرت ممکنست به نوع حاد تبدیل شود (کمتر از ۲٪ موارد) و پیشرفت بیماری سریع گردد (۱۷). در حالیکه لوسومی لتفوید مزمن نوع T-cell میباشد سریع بسیار سریعی داشته و بسرعت بیمار را از پارامیاورد لذا تشخیص سریع و درمان فوری ممکنست بتواند کمک بزرگی به بیمار بینند (۱۳). ولی بطور کلی چون لوسومی لتفوید مزمن T-cell بیماری بسیار نادرست شرح کلی و جامع از چگونگی بیماری نمیتوان داد. اخیراً گزارش‌های یک یا چند مورد در نوشتۀ های پژوهشی منتشر شده است. معمولاً شروع بیماری در سنین بالا است. از نظر جنسی تفاوت بارزی بین ابتلاء زن و مرد وجود ندارد. بزرگی طحال بیش از لوسومی لتفوید مزمن B-cell به چشم میخورد ولی عدد لتفاوی معمولاً بزرگ نیستند. تظاهرات پوستی بصورت موضعی یا منتشر و غالباً بصورت اریترودرمی یا ندولهای جلدی بوده است (۱۵). بطوریکه در یک گزارش از ۳۸ پرون از ۱۶ بیمار (این بزرگترین رقمی است که تاکنون از این بیماری گزارش شده است) ۹ تن ابتلاء پوست داشته‌اند (۱۵) و در یک گزارش دیگر از چهار تن مبتلا به این بیماری سه مورد دچار ضایعات پوستی بوده‌اند (۱۲). بیمار مورد گزارش نیز ضایعات پوستی بصورت اریترودرمی داشته است.

تظاهرات عصبی و ابتلاء مراکن عصبی نیز شایعتر از لوسومی لتفوید مزمن از نوع B-cell گزارش شده است که ممکنست شروع و یا یکی از تظاهرات بعدی بیماری باشد (۱۲). بالاخره بعلت کاهش مقاومت سلولی و پیشرفت سریع بیماری و بخصوص مقاومت شدید این بیماری به درمان است که غالباً بسرعت بیمار را بطریمرگ میکشاند و در نتیجه برخلاف لوسومی لتفوید مزمن از نوع B-cell دوره بیماری در نوع T-cell بسیار کوتاه است. از نظر آزمایشگاهی این بیماری میتواند بطور کامل از دیگر بیماری‌ها مشخص گردد. معمولاً تعداد گلوبولهای سفیدخون محیط خلی بالاست و از جنده از تا چند صد هزار گزارش شده است. گلوبولهای قرمز و پلاکت‌ها

بیمار را بطریق مرگ می‌کشاند، لذا انجام یک شیمی درمانی بصورت یک یا مجموعه چند داروئی باید روی این بیماران آزمایش شود. فعلاً هر مرکز مطابق سلیقه خود و یا شدت بیماری و علامت‌مر بوطه درمان خاصی انجام میدهد (۴۰۸).

اید است که تجربیات و تحقیقات بعدی بتواند راه درمان موثری را برای این بیماران پیدا کند.

خلاصه و نتیجه:

بیماری لوسمی لنفوئید مزمن نوع T-cell یکی از انواع نادر لنفویم‌های T-cell است که با خستگی، آدنوپاتی و بزرگی طحال تظاهر می‌کند. در خون محیطی و مغز استخوان بیماران تعداد فراوانی لنفوسيت مشاهده می‌شود آزمایش‌های T-Rosette و استفاده از آنتی‌سیمهای ناهمانند بر علیه تیموسیت‌ها، T-cell بودن لنفوسيت‌هارا بطورقطع تأیید می‌کند. این بیماری سیر سریع تروپیک‌گاهی بدتری نسبت به لوسمی لنفوئید B-cell دارد. بنابراین تشخیص یعنی این دو بیماری الزامی است.

اما تشخیص سریع و درمان شدید در لوسمی لنفوئید مزمن T-cell چه اندازه مؤثر واقع می‌شود آیا می‌تواند سیر بیماری را تغییر دهد؟ امید است مطالعات و گزارش‌های بعدی آنرا روشن کند. نویسنده‌گان این گزارش از خانم دکتر انارکی و همکارانشان بمناسبت انجام آزمایش‌های ایمونولوژی‌جهت اختراق T-B لنفوسيت سپاسگزاری مینمایند.

REFERENCES :

- 1- Aisenberg Alance.: Current concepts in immunology cell – surface markers in lymphoproliferative disease. New Engl. J. of Med. 304: 331-336. 1981.
- 2- Aisenberg, S. C. and wilkes, B.: Lymphosarcoma cell leukemia. Blood 48: 707-715 1976.
- 3- Brouet, J. C. et al.: Chronic lymphocytic leukemia of T-cell origin immunological and clinical evaluation in eleven patients. Lancet. Nov. 2: 90-93. 1975.
- 4- Catovsky, D.A., et al.: Prolymphocyte leukemia of band T-cell type. Lancet. Aug. 4: 232-234, 1973.
- 5- Coulson, F. W.: Surgical pathology. J. B. lippincott company. Philadelphia toronto 929-31, 1978.
- 6- Davis, S.: Medical center east orange. The New Engl. J. Med. 304: 425, 1981.
- 7- Fudenberg, H. H.: Basic clinical immunology. Lange medical publication Los altos. P. 619, 1976.
- 8- Kanti, R., et al.: Clinical staging of CLL. Blood 46: 219-234, 1975.
- 9- Kersey, J. H., et al.: All and lymphoma cells with T. markers. M. C. proc 49: 584-587, 1974.
- 10- Reaman, G. H., et al.: Diminished lymphoblast 5- Nucleotidase activity in All with T-cell characteristics. New Engl. J. of Med. 300: 1374-1377, 1979.
- 11- Redelson, M. L., et al.: Cutaneous T-cell lymphoma NIH conference. Ann. Int. Med. 83: 534-552 1975.
- 12- Reinherz, E. L., et al.: T-cell subset characterization of human T - cell. Blood. 53 : 1066 - 1075, 1979.
- 13- Sullivan, A. K., et al.: Small lymphocyte T-cell leukemia in the adult. Cancer 42: 2920-27, 1978.
- 14- Sumiya, M.: CLL & T-cell origin. The lancet 20: 910, 1973.
- 15- Uchiyama, T. et al.: Adult T-cell leukemia clinical and hematologic features of 16 cases. Blood 50: 481-491, 1977.
- 16- Wintrub, M. M.; Clinical hematology. 7th edition Leoxfebiger Phila. 1520-1533. 1974.
- 17- Zarrabi, M. H. et al.: CLL terminating in acute leukemia, Arch Intern Med. 137: 1059-1064, 1977.

کاهش می‌باشد چنانکه در بیمار مورد گزارش آزمون توبرکولین منفی بوده در حالیکه عمل B-cell ها معمولاً طبیعی است. در بیمار فوق الذکر آزمون ایمونوالکتروفورز و مقدار گلبولین‌هارا طبیعی نشان داده است. T لنفوسيتها که در اینی سلوالی فعالیت می‌کنند انواع مختلف دارند ممکنست از نوع سلوالهای کمکی Helper cell و یا سلوالهای مهار کننده Suppressor cell وغیره باشند. آیا کلیه بیماران مبتلا به لوسمی لنفوئید مزمن T-cell که ازانواع مختلف T لنفوسيت ایجاد شده باشند. ظاهرات بالینی یکنواخت یا متفاوت خواهند داشت؟ این سوال احتیاج به مطالعه و بررسی بیشتری در این بیماری دارد. مطالعه آخرین گزارشها که بتازگی انتشار یافته است نشان میدهد که لنفوئم نوع T-cell ، لوسمی حاد لنفوئید بچه‌ها ALL T-cell از نوع T-cell مهاری (Suppressor) می‌باشند، بهتر بدرمان جواب میدهند تا سردرم سزاری و لوسمی لنفوئید مزمن T-cell که لنفوسيت‌های آن از نوع کمکی (Helper-cell) هستند (۱).

درمان :

همانطور که قبلاً مذکور شد بعلت عدم شیوع بیماری هنوز درمان موثر و کلاسیکی برای این بیماری پیشنهاد نشده است. داروهایی که تاکنون مورد استفاده قرار گرفته عبارت از استروئید، آندوسکان، آنکووین، کلرام بوسیل وغیره می‌باشد.

چون غالباً این بیماری بدون درمان سیر سریع دارد و به سرعت