

● گزارش موردی مقاله: ۶۱۰



گزارش سه مورد بیمار برگر قبل و بعد از پیوند سلولهای بنیادی اتولوگ رهاشده از مغز استخوان پس از تحریک با G-CSF^۱

چکیده

زمینه: ترومبوآنژییت اوبلیتران (Thromboangiitis Obliterans) TAO یا بیماری برگر با انسداد سگمنتال و التهاب در شریانهای متوسط و کوچک و وریدهای سطحی مشخص می شود [۱ و ۲]. این بیماری بیشتر در مردان ۲۰-۵۰ سال رخ داده و ارتباط تنگاتنگ با مصرف تنباکو دارد. TAO دسراسر جهان دیده می شود اما پراکندگی آن در آسیای جنوب شرقی و خاور میانه به مراتب بیشتر از اروپا و آمریکای شمالی است [۱ و ۲ و ۳ و ۴]. روشهای درمانی TAO و پاسخ این بیماری به روش های درمانی رایج، محدود بوده و عود بیماری شایع می باشد. مطالعات اخیر نشان داده که آنژیوژنز راه حلی جدید و موثر برای این دسته از بیماران می باشد [۵ و ۶]. در مطالعه حاضر، سلولهای بنیادی تهیه شده از خون محیطی پس از تحریک مغز استخوان با (Granulocyte-Colony Stimulating Factor) G-CSF، در درمان بیماری برگراستفاده گردیده و میزان تاثیر آن ارزیابی شده است.

روش کار: مطالعه حاضر به روش تجربی (Experimental) و از نوع قبل و بعد می باشد. در این مطالعه سه بیمار مبتلا به برگر با درد درحال استراحت و زخم اندام، که به درمان های اولیه طبی و جراحی پاسخ مناسب نداد، کاندید دریافت سلولهای بنیادی اتولوگ شدند. برای هر بیمار G-CSF نوترکیب به صورت زیر جلدی با دوز ۵ میکروگرم به ازای هر کیلوگرم، روزانه تجویز شد. تا سلولهای Stem یا پیش ساز (Progenitor Cells) از مغز استخوان رها شو ند. سلولها در روز هفتم از خون محیطی جمع آوری و در نقاط متعدد و مشخص از عضلات اندام تحتانی درگیر، تزریق شدند.

یافته ها: در طول مطالعه، مهمترین یافته ها عبارتند از: بهبود آشکار در اندازه زخم در مورد اول و سوم و بهبود کامل در مورد دوم. دمای سطحی دیستال اندام مبتلا ۱ تا ۱/۵ درجه سانتیگراد افزایش داشت. اشباع اکسیژن عروقی (O₂ Saturation) در مورد اول ۱۷٪، در مورد دوم ۱۱٪ و در مورد سوم ۴٪ افزایش یافت. پالس اکسی متری از میزان غیر قابل

دکتر حبیب اله پیروی ۱

دکتر شاپور شاه قاسم پور ۲*

دکتر آرش محمدی توفیق ۳

دکتر افشین فتحی ۴

الهه احمد زاده ۵

عبدالرضا بختیاری ۶

۱. استاد جراحی عمومی و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. استادیار ایمونولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. دستیار جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵. کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶. کارشناس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بررسی در اندام مبتلای هر سه مورد تا میزان قابل توجهی در دو مورد افزایش یافت. محدودیت مسافت طی شده ۲ در هر سه مورد از بین رفت. شواهد رادیولوژیک به نفع تشکیل عروق کولترال در اندام تحتانی درگیر بود.

نتیجه گیری: این مطالعه Pilot نشان می دهد که تزریق سلولهای بنیادی خون محیطی به بیماران برگری که پس از تحریک مغز استخوان با G-CSF به دست می آیند، روش درمانی موثر، در دسترس و قابل انجام وبدون عارضه جانبی خاص می باشد.

کلمات کلیدی : برگر، سلولهای بنیادی، اتولوگ، G-CSF

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۸/۲۵ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۷/۱/۳۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۲/۹

۱- Granulocyte-Colony Stimulating Factor

۲- Intermittent Cludication

*نشانی نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان طالقانی، مرکز تحقیقات مهندسی بافت و پزشکی نانو

تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۹۸۴۷

نمبر: ۰۲۱-۲۲۴۳۹۸۴۸

نشانی الکترونیکی:

Sgasempour@yahoo.com

مقدمه

ممکن است. از سوی دیگر مداخله جراحی شامل بای پس عروقی کمک چندانی به مبتلایان نمی کند ونهایتا به قطع عضو درگیر منجر می شود.

مطالعات اخیر نشان داده که آنژیوپلاستی راه حلی جدید و موثر برای این دسته از بیماران می باشد [۷و۶]. به طوری که با کاشت سلولهای مونونوکلتر مغز استخوان و یا سلولهای مونونوکلتر رها شده از مغز استخوان با تحریک G-CSF، در اندام ایسکمیک عروق کولترال تشکیل گردیده است [۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲و۱۳].

در سال 2002 برای اولین بار Tateishi گزارشی حاکی از استفاده از سلولهای اتولوگ مغز استخوان در درمان بیماران مبتلا به ایسکمی شدید اندام را ارائه کرد. پژوهشگران دیگری نیز استفاده از stem cell therapy را در کاهش درد اندام مبتلا در بیماران برگری گزارش کردند [۱۴]. در این مطالعات نشان داده شده است که استفاده از سلولهای مغز استخوان یا سلولهای مشتق از مغز استخوان، محرک خوبی برای آنژیوپلاستی بوده ومنجر به اصلاح گردش خون در اندامهای ایسکمیک در شرایط in vivo می گردند [۱۴و۱۵و۱۶و۱۷و۱۸و۱۹و۲۰].

در مطالعه حاضر، سلولهای بنیادی تهیه شده از خون محیطی پس از تحریک مغز استخوان، در درمان بیماری برگراستفاده گردیده ومیزان تاثیر آن ارزیابی شده است.

روش کار

این مطالعه بر روی سه مورد مبتلا به بیماری برگر، به روش تجربی

ترومبوآنژییت اولیتران (TAO) یا بیماری برگر با انسداد سگمنتال و اغلب با ضایعات التهابی متعدد در شریانهای متوسط و کوچک و وریدهای سطحی مشخص می شود [۳و۲و۱]. در فاز حاد بیماری، ترومبوز ناشی از تجمع سلولی، التهاب حاد تمام دیواره عروقی دیده می شود که موجب بسته بندی TAO در ردیف بیماری های واسکولیتی می گردد. به علاوه با توجه به یافته های گوناگون و غیر اختصاصی پاتولوژیک می توان TAO را جدا از واسکولیت ها در نظر گرفت، چرا که این بیماری بیشتر در مردان ۲۰-۵۰ سال رخ داده و ارتباط تنگاتنگ با مصرف تنباکو دارد. و همچنین به دلیل نداشتن علائم سیستمیک خاص و ابتلا به صورت ترومبوز سلولی با مناطق بدون درگیری و سالم عروقی و عدم مثبت شدن تستهای فاز حاد التهابی و نداشتن مارکرهای خاص ایمونولوژیک، می توان آن را نوع ویژه ای از سایر انواع واسکولیتها در نظر گرفت [۵و۴].

هر چند TAO در سراسر جهان دیده می شود، اما پراکندگی آن در خاور میانه و آسیای جنوب شرقی به مراتب بیشتر از اروپا و آمریکای شمالی می باشد. در اروپا از میان بیماران بستری به علت بیماری شریان، حدود ۰/۵ تا ۵٪ را بیماران TAO تشکیل می دهند [۲و۳و۴و۵]. این آمار در کشور پیشرفته ژاپن حدود ۱۶٪ موارد را شامل می شود. روشهای درمانی TAO وپاسخ این بیماری به روش های درمانی دارویی محدود بوده وعود بیماری شایع می باشد [۵و۶و۷]. وقتی انسداد عروقی، ابعاد وسیعی از عروق را درگیر کند، ترمیم عروقی (Revascularization) در مبتلایان تقریباً غیر

نتایج

بیماران علیرغم ترک سیگار و سمپاتکتومی لومبار (دو مورد پس از دو ماه و یک مورد پس از شش ماه) از درد شدید حین استراحت و زخم در دیستال اندام تحتانی شاکی بودند که پس از مداخله، درد هنگام استراحت در دیستال اندام مبتلا در دو بیمار از بین رفته و در بیمار سوم کاهش یافت. محدودیت مسافت طی شده تا ایجاد درد ناحیه عضلانی (Intermittent claudication)، پس از یک ماه در موارد مبتلا از بین رفت. در مورد اول پس از طی 30 ± 150 متر دچار درد شدید عضلانی ساق پای چپ می شد و در مورد دوم با طی 50 ± 280 متر دچار درد عضلات ساق پای راست می شد که در هر دو مورد با گذشت حدود یک ماه از درمان با سلولهای بنیادی، این محدودیت برطرف گردید. در مورد سوم درد عضلات ساق چپ با طی 50 ± 250 متر بوده که بر طرف شده است.

اندازه زخم: در مورد اول بهبود التهاب و اریتم شست و اطراف آن تا حد ۸۰٪ (به جز بند آخر که گانگرن بود) و در مورد دوم بهبود تقریباً کامل زخم ایجاد شد. مورد سوم نیز بهبود نسبی در حد ۵۰٪ در زخم داشت (شکل ۱-).

ارزیابی شاخص های رادیولوژی: در سونوگرافی کالر داپلر مورد اول، قبل از درمان cut off شریان فمورال سطحی چپ در حدود ۵ سانتیمتر بالای ناحیه پوپلیته با تنگی شریانهای خلفی و قدامی تیبیال گزارش شد به طوری که بررسی موج دیستال آنها مقدور نبود، در حالی که پس از مداخله شریان تیبیال خلفی در انتهای مسیر خود، در پشت مائلول داخلی چپ، دارای فلوی شریانی همراه با موج Low Resistant بود که نشان دهنده ی پر شدن شریان تیبیال خلفی چپ با عروق جانبی ۲ بود. در CT آنژیوگرافی کنترل پس از مداخله نیز، تشکیل عروق جانبی در ساق پای چپ تایید شد.

در بیمار دوم سونوگرافی کالر داپلر شریانی اندام مبتلا، قبل وبعد مداخله انجام شد. در شریان تیبیال خلفی شاخص مقاومت ۳ پیش از مداخله ۸۶٪ بود که به ۶٪ کاهش یافت. از طرفی حداکثر سرعت جریان خون شریانی؛ آن از ۴۲ به ۴۸/۸ در واحد cm/s افزایش نشان داد که حاکی از خون گیری بیشتر این شریان بود.

از نوع قبل و بعد انجام شده است. مورد اول آقای ۳۶ ساله با زخم شست پای چپ و گانگرن بند دیستال آن و زخم کف همان پا که در معاینه اندام چپ فقط نبض فمورال ملموس بود و اندام دیگر نبض فمورال و پوپلیتال داشت. سابقه مصرف 22 p/y سیگار تا دو ماه قبل از سلول درمانی داشته و دو ماه قبل از مداخله تحت عمل جراحی لومبار سمپاتکتومی چپ قرار گرفته بود ولی زخمها بهبودی نداشته است.

بیمار دوم آقای ۴۲ ساله با زخم روی پای راست با سابقه مصرف سیگار 22 p/y و سمپاتکتومی لومبار است دو ماه قبل در معاینه نبض های دیستال هر دو اندام تحتانی را نداشت. سیگار را دو ماه پیش ترک کرده بود.

بیمار سوم آقای ۳۵ ساله با سابقه زخم روی انگشت سوم پای چپ از یک سال و نیم پیش از مراجعه که علیرغم درمانهای گوناگون طبی و نیز تعبیه استنت عروقی در دیستال شریان فمورال سطحی چپ، بهبودی زخم نداشته و از درد شدید هنگام استراحت شاکی بود. این بیمار شش ماه پیش سمپاتکتومی لومبار چپ شده بود و از همان زمان سیگار را ترک کرده بود اما زخم همچنان پابرجا مانده بود.

در این مطالعه شاخص ها و متغیرهایی که قبل وبعد از مداخله درمانی ارزیابی شده اند عبارتند از: درد هنگام استراحت، مسافت طی شده تا هنگام ایجاد درد در اندام مبتلا، مشخصات زخم اندام (اندازه، ترشح... دمای سطحی دیستال اندام مبتلا، اشباع اکسیژن عروقی و پالس اکسی متری دیستال اندام مبتلا، وضعیت عروقی اندامها با مطالعات رادیولوژیک، شمارش WBC, Hb, Plt، اندازه گیری تروپونین، آنزیم های کبدی، تستهای بیوشیمی و تعیین درصد سلول های $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD14^+$, $CD34^+$, $CD45^+$, $CD16+56^+$, $CD19$.

به بیماران G-CSF زیر جلدی روزانه تزریق گردید. پس از آخرین تزریق G-CSF، سلولهای Stem خون محیطی با استفاده از دستگاه (Gambro Cobas Spectra Cell Separator, USA) جمع آوری شدند که بلا فاصله سلولهای MNCs (Mononuclear cells) موجود در آن شمارش و درصد سلولهای $CD34^+$, $CD19^+$, $CD14^+$, $CD8^+$, $CD4^+$, $CD3^+$ ، $CD45^+$ به روش فلوسیتومتری تعیین گردید (جدول ۱ و ۲). سلولهای بنیادی جمع آوری شده به صورت سوسپانسیون به حجم ۸۰-۶۰ سی سی رسانده شده و این سوسپانسیون با سرنگ ۲۳G در نقاط مختلف اندام تحتانی مبتلا در واحدهای ۱-۰/۵ سی سی در شرایط استریل اتاق عمل، تحت بیهوشی جنرال تزریق شد. بیماران پس از تزریق به مدت ۴۸-۲۴ ساعت تحت مراقبت بودند.

- ۱- Pack Years
- ۲-Collatral
- ۳-Resistance Index
- ۴- peak systolic velocity



بحث

مکانیسمهای پیشنهادی این است که سلولهای پیش ساز آندوتلیال تزریق شده، شروع به آنژیوژنز می کنند. پر واضح است که عروق تازه تشکیل شده، ظریف بوده و مجموعاً موجب گردش خون کولترال می شوند. گفتنی است هیچگونه عارضه ای هنگام تزریق G-CSF و بعد از تزریق سلولهای CD34⁺ در این سه بیمار مشاهده نگردید. به نظر می رسد استفاده از سلولهای بنیادی خون محیطی، آسان، سریع، ارزان و بدون هیچگونه خطری است. هر چند این مطالعه فعلاً در سه مورد بیمار مبتلا به بیماری برگر انجام شده است ولی نتایج بدست آمده به صورت یکنواخت رضایت بخش است. لازم به یاد آوری است که این نوع مطالعه جزو نخستین مطالعه های استفاده از سلولهای بنیادی اتولوگ در درمان بیماری برگر در کشورمان می باشد.

سپاسگزاری: از شرکت دارویی پویش دارو که با در اختیار گذاشتن رایگان G-CSF در اجرای این تحقیق ما را یاری رساند، کمال تشکر را داریم.

موثر بودن سلولهای بنیادی در آنژیوژنز به ویژه در بیماران برگری در چند سال اخیر گزارش شده است [۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷]. از عواملی که در آنژیوژنز دخیل هستند می توان به فاکتورهای رشد، ژنهای آنژیوژنیک، سلولهای بنیادی شامل سلولهای پیش ساز آندوتلیال و سلولهای مزانشیمال اشاره کرد (۸). سلولهای مغز استخوان دارای سلولهای نابالغ بسیار و نیز سلولهای پیش ساز آندوتلیال می باشد. در این مطالعه ۵۰۰ سی سی سلولهای رها شده (PB- mobilized) از بیماران جمع آوری و به حجم ۸۰-۶۰ سی سی تغلیظ شد. این سلولهای تغلیظ شده در نقاط مختلف عضله گاستروکنمیوس تزریق گردیدند. این سه بیمار با توجه به قطع سیگار و لومبار سمپاتکتومی و عدم کاندید بودن برای عمل جراحی bypass عروقی، در صورت عدم مداخله درمان با سلولهای بنیادی با توجه به درد هنگام استراحت و عدم بهبودی زخم دیستال اندام مبتلا کاندید آمپوتاسیون عضو می شدند.

این مطالعه نشان داد که بازسازی عروق خونی و جلوگیری از تخریب و انسداد بیشتر آنها با استفاده از سلولهای بنیادی اتولوگ به طور کامل و چشمگیر و همچنین درد هنگام استراحت بیماران را از بین برده و زمان بهبودی زخم را به طور فاحشی کاهش می دهد. هر چند مکانیسم دقیق بهبود و درد هنگام استراحت، ناشناخته مانده است،

Archive

جدول شماره ۱: معیارها و ارزیابی بالینی سه بیمار شرح داده شده قبل و بعد از دریافت Stem cell								
بیمار	سال / سن	سابقه مصرف سیگار / سال	پالس اکسی متری		اکسیژن ساچوریشن		اندازه گیری دمایی پوست بر حسب درجه سانتیگراد	
			قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان
۱	۳۶	>۲۰	غیر قابل اندازه گیری	%۹۸	%۶۷	%۸۴/۷	۳۵	۳۶/۵
۲	۴۲	>۲۲	غیر قابل اندازه گیری	%۹۹	%۸۰	%۹۱/۵	۳۶	۳۷
۳	۳۵	>۱۵	غیر قابل اندازه گیری	%۸۳	%۹۱	%۹۵/۱	۳۵/۵	۳۶/۵

ND=Not detectable

جدول شماره ۲: درصد لنفوسیتها، مونونوکلئورها، CD34+ در بیماران، قبل و بعد از دریافت Stem Cell																	
Case #	MNCs Count 10 ⁸ /Kg	CD3 ⁺ %		CD4 ⁺ %		CD8 ⁺ %		CD19 ⁺ %		CD13 ⁺ %		CD14 ⁺ %		CD34 ⁺ %		CD45 ⁺ %	
		B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A
۱	۸/۴۹	۷۶	۷۸/۳	۴۰/۹	۳۴/۸	۳۶/۵	۳۶/۹	۱۵/۰	۱۳/۵	۴۰/۳	۲۸/۱	۷/۷	۸/۸	۷/۸	۲/۵	۹۳/۵	۱۰۰/
۲	۷/۹۸	۶۵/۲	۴۸/۲	۳۸/۹	۳۳/۱	۱۷/۲	۱۸/۹	۱۳/۰	۱۲/۰	۴۴/۱	۳۲/۱	۱۷/۱	۱۱/۲	۸/۵	۰/۶	۹۸/۵	۹۹/۸
۳	۷/۴۵	۷۹/۲	۶۹/۵	۳۷/۸	۴۱/۲	۳۶/۵	۳۶/۲	۱۰/۲	۹/۲	۴۶/۳	۳۷/۸	۲۷/۴	۸/۷	۴/۹	۰/۳	۹۹/۲	۹۹/۶

B=Before ، A=After



استفاده از سلولهای بنیادی در درمان بیماری برگر بیمار ۱



بیمار ۲

بعد از درمان



قبل از درمان



بیمار ۳

بعد از درمان



قبل از درمان



مراجع

- 1- Puechal X, Fiessinger JN. *Thromboangiitis obliterans or Buerger's disease: challenges for the rheumatologist. Rheumatology* 2006;
- 2- Nielubowicz J, Rosnowski A, Pruszyński B, et al. *Natural history of Buerger's disease. J Cardiovasc Surg* 1980;21:529-40.
- 3- Yutaka Saito, Ken-ichiro Sasaki, Yousuke Katsuda, et al. *Effects of Autologous Bone-Marrow Cell Transplantation on Ischemic Ulcer in Patients with Buerger's Disease. Circ J* 2007;71:1187-1192.
- 4- Adar R, Papa MZ, Halpren Z et al. *Cellular sensitivity to collagen in thromboangiitis obliterans. N Engl J Med* 1983;308:1113-1116.
- 5- Hagen B, Lohse S. *Clinical and radiologic aspects of Buerger's disease. Cardiovasc Intervent Radiol* 1984;7:283-293.
- 6- Shionoya S, Ban I, Nakata Y et al. *Diagnosis, pathology and treatment of Buerger's disease. Surgery* 1974;75:695-700.
- 7- Koji Miyamoto, Kazuhiro Nishigami, Noritoshi Nagaya, et al. *Unblinded pilot study of autologous transplantation of bone marrow mononuclear cells in patients with thromboangiitis obliterans. Circulation* 2006;114:2679-2684.
- 8- Isner J, Asahara T. *Angiogenesis and vasculogenesis as therapeutic strategies for percutaneous transluminal angioplasty. J Clin Invest* 1999;103:1231-1236.
- 9- Yukihito Higashi, Masashi Kimura, Kieko Hara, et al. *Autologous bone-marrow mononuclear cell implantation improves endothelium-dependent vasodilation in patients with limb ischemia. Circulation* 2004;109:1215-1218.
- 10- Wester T, Jorgensen JJ, Strandén E, et al. *Treatment with autologous bone marrow mononuclear cells in patients with critical lower limb ischemia. A pilot study. Scandinavian Journal of Surgery* 2008;97:56-62.
- 11- Kudo FA, Nishibe T, Nishibe M et al. *Autologous transplantation of peripheral blood endothelial progenitor cells (CD34+) for therapeutic angiogenesis in patients with critical limb ischemia. Intl Angiol* 2003;22:344-348.
- 12- Masahiro Kagiguchi, Takahisa Kondo, Hideo Izawa, et al. *Safety and efficacy of autologous progenitor cell transplantation for therapeutic angiogenesis in patients with critical limb ischemia. Circ J* 2007;71:196-201.
- 13- Takashi Saigawa, Kiminori Kato, Takuyo Ozawa, et al. *Clinical application of bone marrow implantation in patients with arteriosclerosis obliterans, and the association between efficacy and the number of implanted bone marrow cells. Circ J* 2004;68:1189-1193.
- 14- Tateishi Yuyama E, Matsubara H, Murohara T, et al. *Therapeutic angiogenesis for patients with limb ischemia by autologous transplantation of bone-marrow cells: a pilot study and a randomized control trial. Lancet* 2002;360:427-435.
- 15- Durdu S, Ruchan Akar A, Arat M, et al. *Autologous bone-marrow mononuclear cell implantation for patients with Rutherford grade II-III thromboangiitis obliterans. J Vasc Surg* 2006;44:732-739.
- 16- Dong-Ik K, Mi-Jung K, Jin-Hyun J, et al. *Angiogenesis facilitated by autologous whole bone marrow stem cell transplantation for Buerger's disease. Stem Cells* 2006;24:1194-1200.
- 17- Sung-Whan K, Hoon H, Gue-Tae C, et al. *Successful stem cell therapy using umbilical cord blood-derived multipotent stem cells for Buerger's disease and ischemic limb disease in animal model. Stem Cells* 2006;24:1620-1626.
- 18- Sepulveda P, Martinez-Leon J, and Garcia-Verdugo JM. *Neovascularization with endothelial precursors for the treatment of ischemia. Transplantation Proceedings* 2007;39:2089-2094.
- 19- Bin Zhou, Peng Xia Liu, Hai Feng Lan, et al. *Enhancement of Neovascularization with mobilized blood cell transplantation: Supply of angioblasts and angiogenic cytokines. Journal of Cellular Biochemistry* 2007;102:183-195.
- 20- Boda Z, Udvardy M, Farkas K, et al. *Autologous bone marrow-derived stem cell therapy in patients with severe peripheral arterial disorder. Orv Hetil* 2008;149:531-540.