

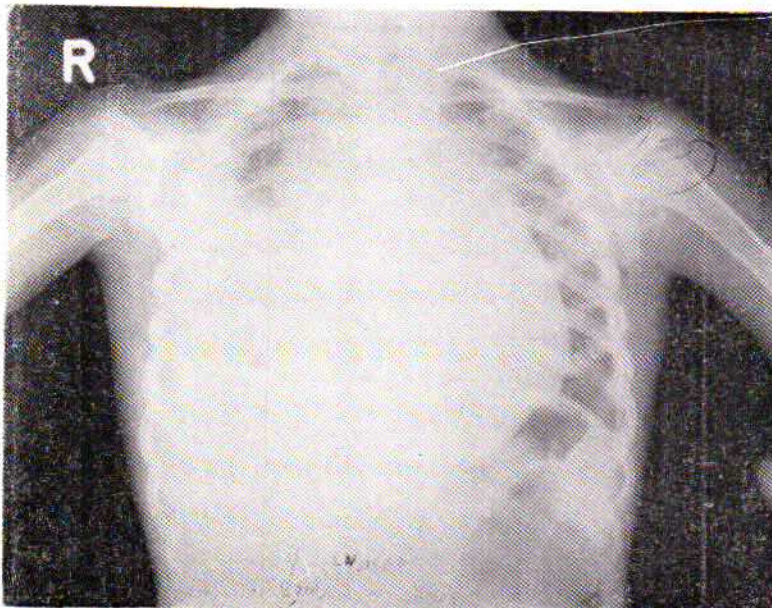
دو شکل بالینی لوسمی لنفو بلاستیک حاد کودکان

مجله علمی نظام پزشکی

سال دوم، شماره ۴ - ۵، صفحه ۳۲۱، ۱۳۵۱

دکتر مسعود عزیزی *

در جنب راست همراه با بزرگی قلب را نشان داد، و در معاینه ای که در ۴۷/۱۲/۲۵ برای اولین بار از بیمار بعمل آمد علائم زیر جلب توجه کرد:



(۴۷/۱۲/۱۵)

تب، تنگی نفس، پولی پنه، سیانوز همراه با سرفه های فراوان. در معاینه شکم، کبد سه بند انگشت از کنار تحتانی دنده ها تجاوز می کرد و در لمس دردناک بود، در سمع ریتین، صدا های تنفسی ریه راست بگوش نمیرسید و این قسمت از ریه کاملاً مات بود، نبض تند و در سمع قلب صداها کر بودند، فشار خون $\frac{8}{4}$ بود. در آن موقع بهیچوجه علائمی دال بر وجود لوسمی نزد بیمار دیده

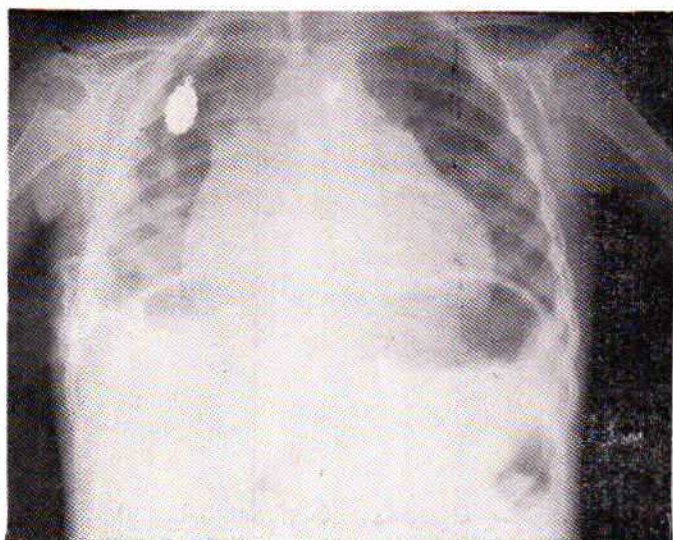
لوسمی لنفو بلاستیک حاد کودکان همیشه به شکل عادی خود که با علائم مختلف و متعدد همراه است تظاهر نمیکنند بلکه گاهی بیماری مدتها بصورت عارضه یک علامتی سیر کرده پزشک را از تشخیص منحرف میکند. در شکل کلاسیک و پر علائم، بیماری با علائم پوستی بصورت پورپورا، اکیموز، پتشی و گاه کیستهای درموتید و حتی لوسمید، علائم مخاطی بصورت ضایعات دهان و حلق، علائم غدد لنفاوی بصورت آدنوپاتی های عمومی، علائم دستگاه رتیکولو آندوتلیال بصورت کبد و طحال بزرگ، علائم عصبی بصورت فلج های مختلف و حتی علائم مننژ، علائم استخوانی مفصلی بصورت دردهای مختلف و بالاخره تب، کم خونی و سندرم های هموراژیک مختلف سیر میکنند دو شکلی که مورد بحث است یکی شکل پلوروپریکاریدیک و دیگری شکل توام با کم خونی خالص بیماری است.

شکل اول: بیماری ممکنست بصورت وجود مایع در پریکارد و گاه در جنب بطور جدا گانه و اشکال مختلط ظاهر شود و تا مدت ها بدون هیچگونه علامتی، صرفاً بصورت ضایعات پریکارد و جنب، سیر کرده علائم اصلی بیماری ماهها بعد نزد بیمار دیده شود. شکل پلوروپریکاریدیک نزد کودکان سه ساله ای که 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 مسکن 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 رادیوگرافی از قفسه صدری که در تاریخ ۴۷/۱۲/۱۵ گرفته شد وجود مقدار زیادی مایع

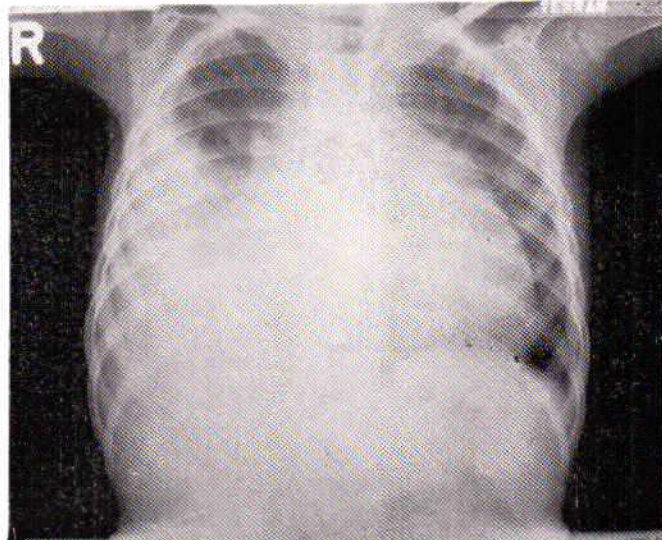
* گروه بیماریهای کودکان دانشکده پزشکی دانشگاه تهران (بیمارستان بهرامی).

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

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



(۴۸/۱/۳)



(۴۷/۱۲/۲۵)

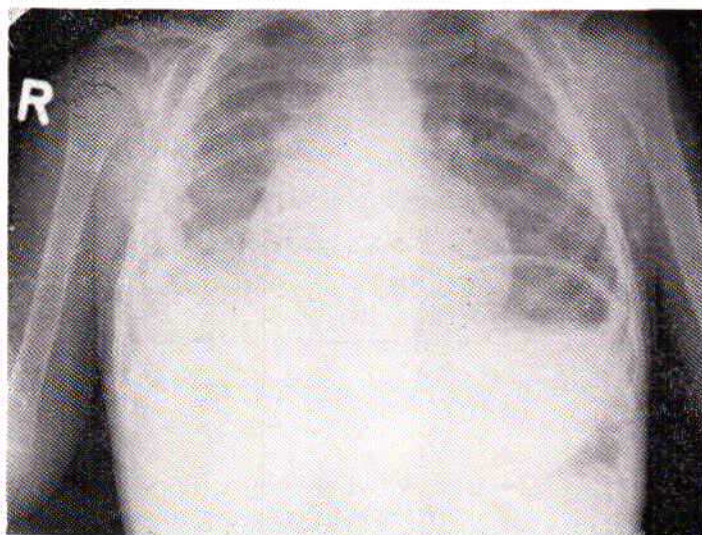
رادیوگرافی جدید (۴۷/۱۲/۲۵) تغییری را با مقایسه کلیشه ۴۷/۱۲/۱۵ نشان نداد. همان شب بیمار بستری وبا پونکسیون جنب راست، مایع سر و فیبرینو خارج گردید و چون وضع طفل از نظر اختلال شدید تنفسی بعلت اپانشمان بسیار نگران کننده بود توسط آقای دکتر اعتبار پلورتومی شد. نتیجه آزمایش مایع جنب در تاریخ ۴۸/۱/۱ به قرار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

گویچه سفید ۱۶۰۰۰ در میلیتر مکعب (لنفوسیت ۶۰٪)، ریوالتا مثبت و در آزمایش مستقیم میکرب دیده نشد. فرمول و شمارش: گویچه سفید ۴۰۰۰۰، پولی نوکلئر ۵۵٪، لنفوسیت ۴۰٪، هموگلوبین ۱۴ گرم درصد، سدیمانتاسیون ۲۳ میلیتر در ساعت اول.

الکتروکاردیوگرافی (۴۸/۱/۳) کوتاه شدن دامنه موج Q R.S بدون تغییر S.T و یا T را نشان داد. وجود مایع سرو فیبرینو در جنب و مشاهده تعداد زیاد لنفوسیت در آن همراه با آلبومین بالا ابتدا فکر دامتوجه پلوروپریکاردیت سلی کرد و بلافاصله داروهای ضد سلی همراه با پردنیزولون تجویز گردید.

روز بعداز پلورتومی وضع عمومی طفل خیلی بهتر شد، از شدت تنگی نفس بمیزان جالب توجهی کاسته گردید، سیانوز از بین رفت، لبه کبد فقط يك بند انگشت از کنار تحتانی دنده ها تجاوز میکرد. در سمع ریتین صداهای تنفسی در طرف راست بهتر شنیده میشدند و فقط ماتیتة مختصری در قاعده ریه راست موجود بود.

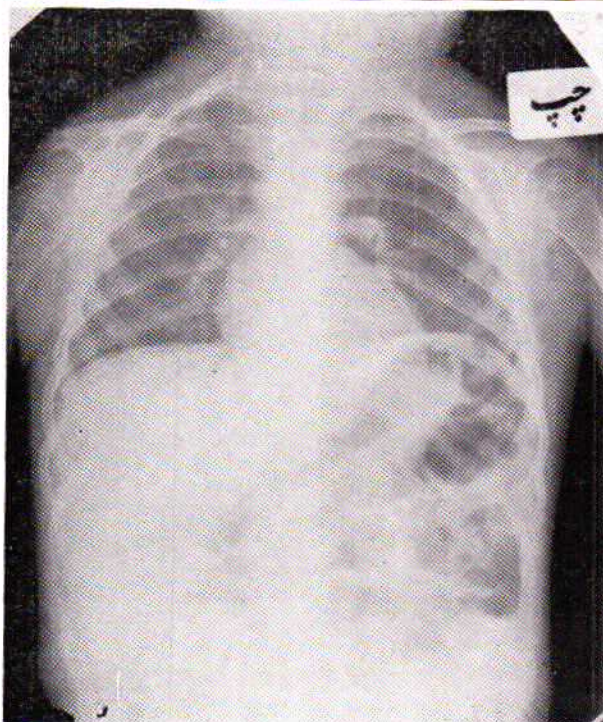
کلیشه رادیوگرافی (۴۸/۱/۳) نشان داد که مقدار کمی مایع در جنب راست وجود دارد و بخصوص بزرگی قلب بعلت وجود اپانشمان پریکارد بوضوح دیده میشد.



(۴۸/۱/۶)

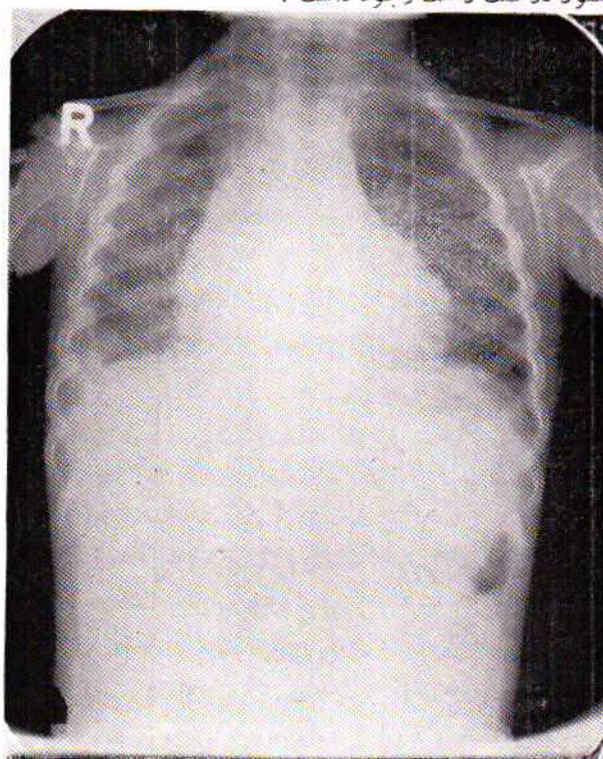
کلیشه ۴۸/۱/۶، بعد از برداشتن لوله پلورتومی، وجود مقدار کم مایع در جنب و قلب بزرگ را نشان داد. با ادامه درمان (مسلماً بعلت پردنیزولون) روز بروز حالت عمومی بیمار بهتر شد و کلیشه رادیوگرافی که در تاریخ ۴۸/۱/۱۰ گرفته شد، کوچک شدن واضح تصویر قلب همراه با مایع مختصری در جنب راست را نشان داد. فرمول و شمارش (۴۸/۱/۸) از قرار زیر بود:

گویچه سفید ۷۴۰۰، پولی نوکلئر ۶۲٪، لنفوسیت ۳۴٪. چون علائم هیپرکورتیسم نزد بیمار ظاهر گردید بتدریج ازمیزان پردنیزولون کاسته شد.

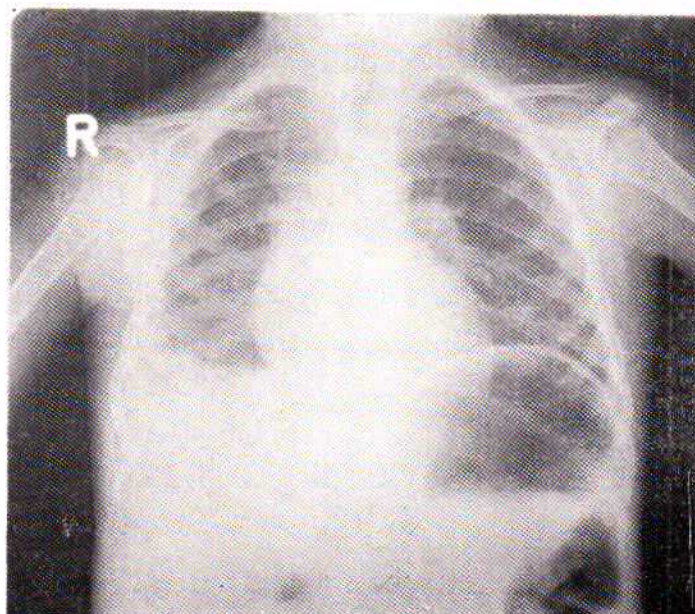


(۴۸۲۳۳)

(۴۸۲۳۰) بزرگی قلب مجدداً جلب توجه کرد و مقداری مایع هنوز در جنب راست وجود داشت.



(۴۸۲۳۰)



(۴۸۱۹۱۰)

B.C.G تست که در تاریخ ۴۸/۱/۲۳ در آنستیتو 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 با کم شدن میزان پردنیزولون کم خونی نزد طفل دیده شد. در آن موقع نتیجه آزمایشات خونی و مغز استخوان که توسط آقای دکتر وزین انجام شد (۴۸/۲/۱۸) عبارت بود از:

گویچه سفید ۱۲۰۰۰، پولی نوکلئار ۸٪ لنفوسیت ۴۱٪، لنفو بلاست ۳۹٪ هموگلوبین ۱۱ گرم درصد، تعداد پلاکت ۴۸۰۰۰، در مغز استخوان تمام عناصر سفید را سلولهای نارس تشکیل میدادند که همگی لنفو بلاست بودند.

در عین حال بزرگی کبد و طحال و آدنوپاتی منتشر و پورپورا نزد بیمار ظاهر گردید و در کلیشه رادیوگرافی ۴۸۲۳۳ هنوز آثار مایع در جنب و بزرگی قلب همراه با آدنوپاتی مدیاستینال چپ دیده شد، بدین ترتیب تشخیص لوسمی لنفو بلاستیک حاد - با شروع بشکل پلوروپریکاردیت مسجل گردید و بیمار تحت درمان با پردنیزولون - آمتریپترین و ۶ مرکاپتوپورین قرار گرفت. نتیجه درمان یک هفته بعد رضایت بخش بود بدین ترتیب که کبد و طحال دیگر لمس نمیشدند، آدنوپاتیها و پورپورا از بین رفتند و فلج عصب صورتی راست بهبود یافت ولی روی کلیشه رادیوگرافی

* 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 خوانده میشود. این آزمایش نزد اطفال آنریک مبتلا به سل و حتی در دوره قبل از آلرژی (Antéallergique) نیز جواب مثبت میدهد.

جریان سیر بیماری شرح داده شد و Wintrobe در سال ۱۹۶۷، شکل پلورال را از اشکال دیررس بیماری دانست. Kosteas در سال ۱۹۶۱، همورازی پریکارد را 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 علائم تب - ناراحتی تنفسی - سرفه و نارسائی قلب تظاهر میکند ممکنست بعد از مشاهده مایع سرو فیبرینو، فکر را متوجه پلورو-پریکاردیت سلی کند. نزد این بیماران اولاً بعلت وضع مخصوص فرمول و شمارش ثانیاً بعلت وجود تعداد زیادی لنفوسیت در مایع جنب، باید فوراً پونکسیون مغز استخوان جهت روشن شدن تشخیص بعمل آید.

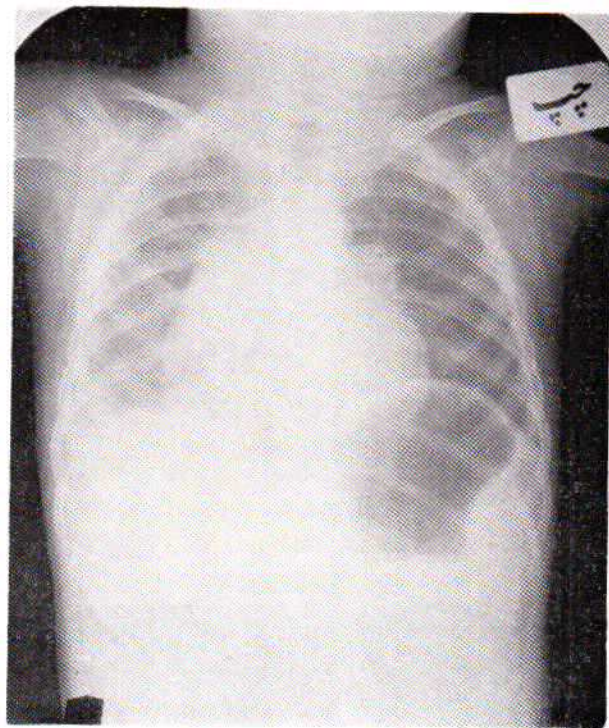
شکل بالینی دوم: اشکال با کم خونی خالص بیماری است که تا بحال در بیمارستان بهرامی و در بیمارستان پهلوی مواردی از آنرا مشاهده کرده ایم و شرح حال زیر مربوط به دختر ۱۳ ساله ایست که در تاریخ ۵/۷/۵۰ بعلت رنگ پریدگی - ضعف و سردرد مراجعه کرد. در معاینه بالینی بجز رنگ پریدگی مخاطها و پوست و سوزن سیستمیک غیر عضوی 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 علائم بالینی دیگر لوسمی را بصورت طحال بزرگ - کبد بزرگ - آدنوپاتی و علائم همورازیک نداشت. اولین فرمول و شمارش که در تاریخ ۵/۷/۸۰ بعمل آمد از قرار زیر بود:

گویچه سفید: ۴۲۰۰، پولی نوکلئو ۱۶٪، لنفوسیت ۸۰٪، همو گلبین ۵/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۱۵٪، پلاکت ۲۰۰۰۰۰. در مقابل لکوپنی و تعداد زیاد لنفوسیت در خون محیطی با فکر شروع يك لوسمی آلوسمیک، از بیمار پونکسیون مغز استخوان بوسیله آقای دکتر وزین بعمل آمد و در مغز استخوان تعداد زیادی سلولهای لوسمیک مشاهده شد، سدیما تناسیون ۱۵۰-۱۶۰ بود، بلافاصله بیمار تحت درمان با پردنیزولون و Oncovin هر هفته يك تزریق ۲ میلیگرمی قرار گرفت در ضمن دومر تبه خون، یکبار ۳۵۰ و دفعه دوم ۵۰۰ سانتیمتر مکعب تزریق شد. فرمول و شمارش در تاریخ ۵۰/۷/۱۳ از قرار زیر بود:

گویچه سفید ۳۱۰۰، پولی نوکلئو ۱۴٪، لنفوسیت ۶۴٪، بلاست ۱۹٪، همو گلبین ۱۰ گرم درصد، هماتوکریت ۳۱٪، پلاکت ۱۸۲۰۰۰ و در تاریخ ۵۰/۷/۲۵ نتیجه فرمول و شمارش عبارت بود از:

گویچه سفید: ۶۶۰۰، پولی نوکلئو ۶۹٪، لنفوسیت ۲۶٪، لنفو بلاست

فرمول و شمارش جدید (۴۸۳۲۲۱) عبارت بود از: گویچه سفید ۱۶۲۰۰ با ۴٪ لنفو بلاست، و کلیشه رادیوگرافی (۴۸۳۲۱۱) نشان داد که در جنب راست مایع وجود ندارد و تصویر قلب تقریباً طبیعی شده است و در عین حال در دو طرف مدیاستن آدنوپاتی های متعددی دیده میشود.



۴۸۳۲۱۱

درمان بیمار ادامه داده شد و در تاریخ ۴۸۳۲۲۲ فرمول و شمارش از قرار زیر بود:

گویچه سفید ۷۱۰۰ با ۸۵٪ پولی نوکلئو و ۱۲٪ لنفوسیت - تعداد پلاکت ۲۰۰۰۰۰. درمان نگاهدارنده با آمتریتین (Methotrexate) ادامه داده شد. این درمان را بتداریا بتبخش بود و بیمار وارد مرحله رمیسیون نسبتاً طولانی شد ولی بتدریج بیماری عود کرد. علائم همورازیک از نوظاهر گردید. کبد و طحال مجدداً حس شدند. فرمول و شمارش عود بیماری را تأیید کرد (۴۸/۶/۹): گویچه سفید: ۹۲۴۰ با ۱۳٪ پولی نوکلئو و ۳۴٪ لنفوسیت و ۴۲٪ بلاست. پلاکتها بمیزان قابل توجهی کاسته شده بودند و در مغز استخوان مجدداً تعداد زیادی بلاست دیده شد، مگاکاریوسیت دیده نشد. با وجود تزریقات مکرر خون و برقرار کردن مجدد درمان با پردنیزولون و داروهای سیتولیتیک، بیمار یکسال بعد از شروع بیماری در تابلوی کم خونی شدید و نارسائی قلب در گذشت.

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

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. Asparaginase نیز توضیحی داده شود. از این دارو پزشکان ژاپنی منجمله Minoshima و همکارانش نتایج خوبی گرفته و به کنگره بین المللی اطفال سال ۷۱ وین معرفی نمودند. این دارو آنژیومی است که بوسیله E. Coli ترشح میشود و اثر سوء روی L. Asparagine، که ماده لازم جهت میتوز و رشد سلولهای بدخیم است، دارد و در ابتدای درمان همراه با پرد-نیزولون تجویز میشود. این دارو بصورت فلاکونهای ۱۰۰۰۰ واحدی بصورت پودر وجود دارد و میتواند روزانه بین ۵۰-۲۰۰ واحد برای هر کیلو گرم وزن بصورت پرفوزیون قطره قطره با سرم قندی ۵٪ تجویز کرد. قبل از تزریق باید امتحان حساسیت بصورت تزریق داخل پوستی از بیمار بعمل آید در یک مورد ما از این دارو در بیمارستان بهرامی استفاده کرده ایم بنظر ما باید همیشه درمان را با مقدار کم شروع کرد چون مقدار زیاد آن سرعت عجیب بیمار را بطرف شکل آلوسمیک و حتی آپلازی مغز استخوان میبرد و برای سلولهای دیگر نیز مضر است. در آتیه در موارد دیگر از این دارو استفاده کرده نتیجه آنرا باطلاع همکاران عزیز خواهیم رسانید.

۳٪. درمان بیمار با داروهای فوق ادامه داده شد کم خونی به درمان جواب داد و روز بروز وضع بیمار بهتر شد و بهیچوجه علائم دیگری نزد بیمار ظاهر نگردید و تنها علامتی که جلب توجه میکرد قیافه همپر کورتیسیسم نزد او بود تا آنکه در تاریخ ۵/۸/۵۰ آزمایش خون محیطی و مغز استخوان رمیسئون کامل را نشان دادند: فرمول و شمارش: گویچه سفید ۶۸۰۰، پولی نوکلئر ۷۸٪، لنفوسیت ۱۸٪، هموگلبین ۱۰ گرم درصد، همتوکریت ۳۳٪، در مغز استخوان اثری از عناصر بلاستیک نبود. درمان نگاهدارنده با ۶ مرکاپتوپورین ابتدا دو قرص روزانه بعد یک قرص و بالاخره یکروز در میان دو قرص ادامه داده شد. فعلا بعد از ده ماه بیمار در حال رمیسئون کامل میباشد و آخرین آزمایش مغز استخوان و خون محیطی که در تاریخ ۳/۳/۵۱ انجام شد رمیسئون کامل را نشان داد. فرمول و شمارش: گویچه سفید ۶۴۰۰، پولی-نوکلئر ۵۵٪، لنفوسیت ۳۲٪، هموگلبین ۱۴/۵ گرم درصد، همتوکریت ۴۳٪.

شکل آنمیک خالص لوسمی لنفو 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 گویچه های سفید یا خیلی زیاد و یا مثل بیمار ما کمتر از طبیعی است

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 & Frattton, 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: Hemorrhagic 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.: Effusion 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.