

# اثر گازمو تارد در یک مورد هوچکین

نکارش

دکتر شفیه ان راد

رئیس بخش طبی بیمارستان راه آهن

محمد علی معظمی

کارورز بخش

ع. ص. ۴۵ ساله شغل مستخدم بعلت تب و بی‌اشتهائی و آدنوپاتی دردناک دو طرف زیر فك در تاریخ ۲۲/۷/۳۳ مراجعه نموده است مدت بیماری بیست روز در معاینه که از بیمار بعمل آمدطحال لمس نشد غدد کوچک و بزرگ در کشاله ران پائین گردن و زیر بغل و اپی‌تروکله وجود داشت سایر دستگامها سالم در تاریخ ۲۴/۷/۳۳ فرمول شمارش از بیمار بعمل آمد نتیجه بقرار زیر بود :

گلبول قرمز ۴۴۰۰۰۰۰ گلبول سفید ۱۲۰۰۰۰ پلی‌نوکلتر نتر و فیل ۰/۷۷؛ پولی‌نوکلتر ائوزینوفیل ۰/۱؛ پولی‌نوکلتر بازوفیل ۰/۰؛ لنفوسیت ۰/۲۰؛ مونوسیت ۲؛ رادیوگرافی در ریه علامت ضایعه سلی مشهود نبوده در تاریخ ۲۹/۷/۳۳ آزمایشی از یکی از گانگلیون بعمل آمد و مشکوک بسل شدن روی این زمینه بیمار تحت درمان ضد سلی با استرپتومیسین و ریمیفون قرار گرفت و در تاریخ ۱۳/۸/۳۳ بعد از قطع تب بیمار مرخص شد و برای دومین بار در تاریخ ۱۷/۱/۳۶ بعلت تب و بی‌اشتهائی و همچنین غدد ریز و درشت بدون درد در ناحیه گردن مراجعه کرد .

مدت بیماری - تب و بی‌اشتهائی در حدود ۱۷ روز است که ایجاد شده ولی غدد فوق الذکر از چندی قبل باین طرف جلب توجه بیمار را میکرده است .  
پیشرفت بیماری غدد ناحیه گردن بتدریج بزرگ و متعدد شده و تب و بی‌اشتهائی در مدتی که ایجاد شده تغییری نکرده است .

شرح حال کنونی - در مواجهه با بیمار اولین چیزی که جلب نظر میکند چهره سرخ بیمار است و در هنگام صحبت عضلات صورت بیمار دوچار اسپاسم های مخصوصی میگردد .

درنگاه عدم تقارن طرفین گردن نسبت بهم جلب توجه میکند طرف راست گردن برجسته تر است در لمس این غدد باندازه های مختلف از یک بادام تایک گرد و

حتی تایک نارنگی حس میشود این غدد باطراف چسبندگی ندارند غیر از ناحیه گردن در زیر بغل، زیر چنبر و فوق آن و کشاله ران غددی نظیر آنچه که گفته شد محسوس است ولی بطور کلی این غدد بدون درد و بدون آثار عفونت میباشد یا اینکه بزرگی این غدد زیاد است معین علامت فشاری که مریض را متوجه و ناراحت کند وجود ندارد.

**معاینه -** دستگاه تنفس: مخاط بینی سالم و بدون بو و سینوسهای فکی و پیشانی دردق بدون درد میباشد مخاط حلق طبیعی بعد از عمل بلع در جدار خلفی حلق ترشحاتی مشاهده نمیشود منظره قفسه صدی از خارج طبیعی است در لمس چیز مهمی جز آنچه گفته شد وجود ندارد دردق در ناحیه انتراسکا پلوور تبال ماتیتة مختصری حس میشود در سمع صداهای ریه طبیعی است از لحاظ علامت غمغمی بیمار از تنگی نفس مختصر در موقع حرکت شکایت دارد.

دستگاه گوارش - بیمار از بی اشتهائی و نفخ شکم نیز شکایت میکند اجابت مزاج بیمار کمتر از معمول و بیوست وجود دارد رنگ مدفوع طبیعی است. در مشاهده شکم بیمار کمی برجسته تر از معمول بنظر میرسد ولی ورید سطحی دیده نمیشود در لمس قوام شکم سفت تر از معمول ولی دردناک نیست طحال و کبد در لمس محسوس نیست در سایر دستگاه های بیمار عارضه مهمی که قابل ذکر باشد مشاهده نشد بطور خلاصه علامت مثبت: آدنوپاتی متقارن باندازه های مختلف.

آزمایشهای انجام شده: در تاریخ ۳۶/۱/۱۹ فورمول شمارش بعمل آمد نتیجه بقرار زیر است مقدار هموگلوبین ۵۵٪ گلبول قرمز ۳۲۰۰۰۰۰ گلبول سفید ۶۰۰۰ پولی نوکلترتروفیل ۶۳٪ پولی نوکلتر ائوزینوفیل ۱٪ پولی نوکلتر بازوفیل ۰٪ لنفوسیت ۳۱ مونسیت ۵ چنانچه ملاحظه میشود فورمولی شمارش کمکی بتشخیص نکرد در تاریخ ۱۲/۱/۲۰ از بیمار سدیمان تاسیون بعمل آمد سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۹۵ میلیمتر در ساعت و در ساعت دوم ۱۳۰ میلیمتر در این زمینه چون بیمار تب کرده بود با آنتی بیوتیک تحت درمان قرار گرفت ولی متأسفانه تب بعد از سقوط مختصر از نو شدت پیدا کرد در تاریخ ۳۶/۱/۲۰ فورمول شمارش مجدد شد نتیجه بقرار زیر بود.

مقدار هموگلوبین ۵۵٪، گلبول قرمز ۳۵۰۰۰۰۰ مقدار گلبول سفید ۵۴۰۰ پولی نوکلئر نتروفیل ۷۸٪، پولی نوکلئرانوزینوفیل ۱۰٪، پولی نوکلئربازوفیل ۰٪، لنفوسیت ۱۲٪، مونوسیت ۱۰ میلیوسیت صفر درصد.

در تاریخ ۳۶/۱/۲۰ واسرمن از بیمار بعمل آمد جواب منفی بود تا اینکه در تاریخ ۳۶/۱/۲۲ یکی از گانگلیون های ناحیه گردن برای آزمایش آسیب شناسی دانشکده پزشکی ارسال شد پاسخ بقرار زیر بود:

در آزمایش ریزینی بافت ارسالی ساختمان بافت لنفاوی دیده میشود که سلول رتیکولر در آن هیپر بلازی بافته اند این سلولها دارای پروتوپلاسم ائوزینوفیل و هسته کم کروماتین هستند حجم سلولها متغیر در بعضی نقاط سلولهای باهسته درشت شبیه سلول اشتنبرگ مشاهده میشود تشخیص: هوچکین.

در تاریخ ۳۶/۲/۱ فرمول شمارش مجدد از بیمار بعمل آمد نتیجه بقرار زیر بود:

مقدار هموگلوبین ۵۵٪، گلبول قرمز ۲۵۵۰۰۰۰ گلبول سفید ۴۶۰۰ پولی نوکلئر نتروفیل ۸۸٪، پولی نوکلئرانوزینوفیل ۰٪، پولی نوکلئربازوفیل لنفوسیت مونوسیت ۰٪، میلیوسیت ۲٪. در تاریخ ۳۶/۲/۷ از بیمار رادیوگرافی مדיاستن بعمل آمد جواب بشرح زیر بود. در ناف چپ آدنوپاتی مشاهده میشود در پارانشیم شش لکه های ریزی مشاهده میگردد همچنین در تاریخ ۳۶/۲/۲۶ بزل استرنوم وغد لنفاوی بعمل آمد نتیجه بقرار زیر بود.

پره اریتروبلاست، مگالوبلاست صفر درصد، مگالاریتروبلاست ۳ درصد، اریتروبلاست حقیقی ۴ درصد، اریتروبلاست هسته دار ۶ درصد عناصر دانه دار: شماره کلی نتروفیل ۷۳ درصد، شماره کلی ائوزینوفیلها ۶ درصد، میلیوبلاست یک درصد، میلیوسیت چهار درصد، پرومیلوسیت ۳ درصد، متامیلوسیت ۱۴ درصد، پلی نوکلئر ۱۴ درصد.

عناصر آگرانولوسیت: لنفوسیت ۴ درصد، منونوکلئر ۹ درصد، مونوسیت تیپیک ۲ درصد، پلاسماوسیت ۲ درصد سلول رتیکولر تیپیک ۳ درصد، غیر قابل طبقه بندی ده درصد همراه با عناصر مشکوک به سلولهای اشتنبرگ.



موجوده از نوع سلولهای رتيكولر كم و بيش تكامل يافته و پره اشتنبرك و اشتنبرك است. نکته جالب توجه اينست كه پرتوپلاسم سلولهای محيطی از چربی انباشته شده و اين نما بطور محسوس جلب توجه ميكند باين نظر تشخيص يك لنفوگرانولوماتوز بدخيم مطرح ميگردد.

بدین ترتیب باز بیمار را از تاریخ ۳۶/۱۲/۱۷ تحت درمان گاز موتارد قرار دادیم و پس از پنج تزریق غده شروع بکوچك شدن نمودند و چون فرمول شمارش آنمی نشان میداد

این درمان را قطع و در این زمینه برای بیمار يك ترانسفوزیون انجام گرفت و بعد از این درمان دوباره چهار تزریق گاز موتارد برای بیمار انجام شد اکنون بیمار كاملاً خوب بدون تب اشتها خوب و گانگلیونهای فوق جنبری از بین رفته و گانگلیون زین بغل كاملاً كوچك و بصورت ميكروآدنوپاتی درآمده اند.

نتیجه: در شرح حال فوق چند نکته قابل توجه دیده میشود از اینقرار:

- ۱- اولاً گاهی اوقات ممكن است منظره آناتوموپاتولوژيك ضایعات موجود در غده لنفاوی در بیماری هوچكن شكل ضایعات سلی را پیدا کنند
- ۲- گاهی از اوقات مطلقاً فرمول خون چه از لحاظ شمارش و چه از لحاظ فرمول باشكلكلاسیك بیماری كه نسبتاً نادر تر است تطبیق نمی كند مثلاً شمارش گلبولهای سفید این بیمار در حدود ۵-۶ هزار بود و اتوزینوفیلی نیز از ۱-۲٪ تجاوز نمی نمود.
- ۳- ثانیاً مشتقات موتارد در هوچكن مؤثر است اما مانع از عود بیماری نمیشود.