

نامتجانس بودن لوسمی لنفوسیتیک حاد در کودکان

*** ** *
دکتر سیمین غازانشاهی - دکتر پروانه وثوق - دکتر احمد مسعود

جدا نمودن لنفوسیتها از خون محیطی بطریقه متد
Thorby and Bratile (۷). انجام شد که قبلا شرح
داده ایم مجله دانشکده پزشکی تهران شماره دوم آبانماه
۲۵۳۵ صفحه ۹۵-۹۱ برای بررسی پذیرنده های سطحی
سلولهای سرطانی از تست روزت مخصوص اندازه گیری درصد
لنفوسیتهای T و B که جزئیات تکنیکی تست روزت را قبلا
نوشته ایم مجله دانشکده پزشکی تهران شماره دوم آبانماه
۲۵۳۵ صفحه ۹۵-۹۱ و از شرح مجدد آن خودداری مینمائیم.
سلولهای که با تست روزت مشخصات هیچکدام از لنفوسیتهای
T و B را دارا نبودند با اسم سلولهای غیر T و B و یا سلولهای
Null cells نامیدیم.

انجام فرمول شمارش خونی: از کلیه بیماران همزمان
با انجام تست روزت فرمول شمارش خونی قبل از شروع
بدرمان و در موقعیکه در حال Remission بهبود بودند
بعمل آمد.

نتایج: قبل از درمان در آزمایش فرمول شمارش
خون محیطی WBC تعداد کل گلبولهای سفید در میلیمتر
مکعب خون بین ۵۵۰۰ تا ۴۴۴۸۰۰ در میلیمتر مکعب خون
با حد متوسط ۷۹۷۹۲ بوده و لنفوسیتهای خون محیطی بین
۱۰۰-۳۵ درصد با حد متوسط ۸۸/۶ درصد بودند (جدول
یک).

بر اساس بررسیهایی که توسط عده ای از محققین
بعمل آمده است (۶) پیش آگهی لوسمی لنفوسیتیک حاد در
کودکان Acute lymphocytic leukemia (۶) و جواب
گوئی آنها بدرمان بر حسب نوع سلولهای که ارجحیت دارند
ارتباط دارد اخیرا " معلوم گردیده است که لوسمی لنفوسیتیک
حاد هتروژن heterogenous میباشد (۶) و میتوان با
بررسی پذیرنده های سطحی Sur face markers سلولهای
سرطانی را به سه نوع T و B و یا سلولهای غیر T و B که با آنها
سلولهای Null cells میگویند تقسیم نمود. در بررسی
اخیر ما پذیرنده های سطحی را در خون محیطی کودکان
میتلا به لوسمی لنفوسیتیک حاد مورد مطالعه قرار دادیم.

روش کار: بیماران مورد مطالعه شامل ۱۶ کودک بین
سنین ۱۵ ماهگی تا ۱۴ سالگی با سن متوسط ۵/۴ سال بودند
که با تشخیص لوسمی لنفوسیتیک حاد در بخش خون بیمارستان
کودکان شهر آزاد بستری شده بودند. از هر یک از بیماران
فوق الذکر ۷ سانتیمتر مکعب از خون محیطی به بخش ایمونولوژی
دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تهران جهت بررسی مشخصات
سلولهای سرطانی قبل از شروع بدرمان و ۳ یا ۴ ماه بعد از
درمان موقعیکه در حال Remission (بهبود) بودند فرستاده
شد.

روش بررسی خواص سلولهای سرطانی:

*** * گروه میکروب شناسی و ایمونولوژی دانشکده پزشکی
*** بیمارستان صمد بهرنگی.

حاد مشاهده نمودیم که اکثریت آنها مبتلا به سرطان نوع سلولهای غیر T و B یا سلولهای Null cells بودند. بعد از درمان موقعی که در حال remission (بهبود) بودند از درصد سلولهای نل کاسته شده و بر درصد لنفوسیت‌های T و B در خون محیطی افزوده گشته و سلولهای فوق‌الذکر تقریباً به نسبتی که در افراد سالم میبینیم دیده شدند.

در بررسی اخیر ما مشاهده نمودیم که بیماران مبتلا به سرطان نوع سلولهای نل دارای پیش‌آگهی بهتری در مقایسه با آنهایی که در بررسی اولیه در خون محیطی شان درصد سلولهای نل کمتر و نسبت بیشتری لنفوسیت‌های T و B داشتند بودند. در سرطان سلولهای نل چون در موقع remission نسبت سلولهای فوق‌الذکر کمتر میگردد بنابراین در این نوع سرطان با بررسیهای مکرر پذیرنده‌های سطحی سلولهای سرطانی در خون محیطی میتوان پیش‌آگهی و وضعیت بیمار را از نظر میزان بهبودی تخمین زد.

خلاصه

در بررسی پذیرنده‌های سطحی در خون محیطی کودکان مبتلا به لوسمی لنفوستیکی حاد ما مشاهده نمودیم که این Acute lymphocytic leukemia بیماری غیر متجانس heterogenous بوده بعضی از انواع آن از نوع سلولهای غیر T و B و یا سلولهای نل cells Null میباشند و در کودکان نوع سلولهای نل شایع تر بوده و پیش‌آگهی بهتری دارد بنابراین با بررسی اولیه پذیرنده‌های سطحی در لوسمی لنفوستیکی حاد میتوان نوع و پیش‌آگهی آن را تخمین زد.

با بررسی پذیرنده‌های سطحی لنفوسیت‌های جدا گردیده از خون محیطی لنفوسیت‌های T بین ۷۶-۴ درصد با حد متوسط ۲۳/۶ درصد و لنفوسیت‌های B بین ۳۰-۱ درصد با حد متوسط ۱۱/۴ درصد و سلولهای غیر T و B یا سلولهای نل Null cells بین ۸۴-۱ درصد با حد متوسط ۶۳/۵ درصد بودند (جدول ۲).

قبل از درمان در سیزده نفر از بیماران یا ۸۰ درصد آنها با بررسی پذیرنده‌های سطحی سلولهای سرطانی در خون محیطی شان مبتلا به سرطان نوع غیر T و B و یا سلولهای نل Null cells بودند در سه نفر از بیماران در آزمایش اولیه سلولهای نل Null کمتر از ۲۷ درصد بوده است و سلولهای سرطانی دارای مشخصات لنفوسیت‌های T و B به نسبت‌های زیر بودند لنفوسیت‌های T به ترتیب ۷۶، ۴۰ و ۶۷ درصد و نسبت لنفوسیت‌های B به ترتیب ۲۴، ۳۶ و ۷ درصد بوده است. بعد از درمان در حال Remission (بهبود) کاهش قابل ملاحظه‌ای در درصد سلولهای نل و افزایش قابل ملاحظه‌ای در درصد لنفوسیت‌های T و B و برگشت به وضعیت مشابه افراد سالم در سرطان نوع سلولهای نل مشاهده گردید (جدول ۳).

در حال remission همچنین کاهش قابل ملاحظه‌ای در تعداد کل گلبولهای سفید در اکثر بیماران بوجود آمد بطوریکه در حال remission WBC بین ۱۴۳۰۰ - ۲۴۰۰ در میلی‌متر مکعب خون با حد متوسط ۷۶۹۰ بوده است (جدول ۴).

در مطالعه اخیر سرطان نوع سلولهای نل خوش خیم تر از نوع سلولهای T و B بودند بطوریکه سه نفر از بیمارانی که در بررسی اولیه سلولهای نل در آنها کمتر از ۲۷ درصد بود در مدت کمتر از یکسال بعد از تشخیص بدرود حیات گفتند. یکی از بیمارانی که در بررسی اولیه مبتلا به سرطان نوع سلولهای نل بود در موقعی که از نظر امتحان مغز استخوان در حال بهبود تشخیص داده شده بود در بررسی پذیرنده‌های سطحی در خون محیطی او هنوز سلولهای نل اکثریت داشتند و تقریباً مشابه وضعی که در امتحان اولیه دیده بودیم بودند. بفاصله کمی بعد از این بررسی بیمار فوق‌الذکر دچار عود در سیستم عصبی و مغز استخوان شد و بدرود حیات گفت.

بحث: در مطالعه اخیر در بررسی پذیرنده‌های سطحی در سلولهای سرطانی کودکان مبتلا به لوسمی لنفوستیکی

جدول شماره ۱ - قبل از درمان

از	تعداد گلبولهای سفید در میلیمتر مکعب خون (WBC)	درصد لنفوسیتها در فرمول شمارش خون محیطی
از	۴۴۴۸۰۰ - ۵۵۰۰	۳۵ - ۱۰۰
حد متوسط	۷۹۷۹۲	۸۸/۶

جدول شماره ۲ - قبل از درمان

از	درصد لنفوسیتهای T	درصد لنفوسیتهای B	درصد سلولهای نل Null cells
از	۴ - ۷۶	۱ - ۳۰	۱۰ - ۸۴
حد متوسط	۲۳/۶	۱۱/۴۲	۶۳/۵

جدول شماره ۳ - بعد از درمان (بهبود)

از	درصد لنفوسیتهای T	درصد لنفوسیتهای B	درصد سلولهای نل Null cells
از	۳۲ - ۷۵	۱۱ - ۳۲	۹ - ۲۳
حد متوسط	۶۱/۳	۲۰/۷۵	۱۸

جدول شماره ۴ - بعد از درمان (بهبود)

از	تعداد گلبولهای سفید در میلیمتر مکعب خون (WBC)	درصد لنفوسیتها در فرمول شمارش خون محیطی
از	۱۴۳۰۰ - ۳۴۰۰	۲۹ - ۶۶
حد متوسط	۷۶۹۰	۴۰/۲

References

- 1- Boggs Dr, Wintrobe MM, Cartwright GE: The acute Leukemia. An analysis of 322 cases and review of the literature. *Medicine* 41:163-226, 1961.
- 2- Brouet Jc, Valenci F, Daniel MT, et al: Immunological classification of acute lymphocytic leukemias: Evaluation of its clinical significans in a hundred patients. *Br J Haematol* 33:319-328, 1978.
- 3- Chessells J.M., Hardisty R.M., Rapson N.T: Acute lymphocytic leukemia in children: Classification and prognosis: *The Lancet*, December 24&31, 1307-1309, 1977.
- 4- Davey FR, Gottlieb AJ: Lymphocyte surface markers in acute lymphocytic leukemia. *Am J Clin Pathol* 62:818-822, 1974.
- 5- Gee TS, Haghbin M, Dowling M.D. Jr. et al: Acute lymphoblastic leukemia in adults and children. Difference in response with similar therapeutic regimens. *Cancer* 37:1256-1264, 1976.
- 6- Haegert DG, Stuart J, Smith JI: Acute lymphoblastic leukemia: A heterogeneous diseases. *Br Med J*: 312 314, 1975.
- 7- Thorby E and Bratlie A : A rapid method for preparation of pure lymphocyte suspensions. *Histocompatibility testing*. 1970. 1970 ed. P.I.
- 8- Tsukimoto K, Wong KY, Lanpkin BC: Surface markers and prognostic factors in acute lymphoblastic leukemia. *N Engl J. Med* 294, 245-248, 1976.