

يك مورد بیماری او کوسار کوماتوز

نکارش

دکتر ویلسان بت منصور

و

دکتر بینش ور

دستیار افتخاری

رئیس بخش وابسته دانشکده پزشکی در
بخش بیماریهای گندزا بیمارستان پهلوی

قبل از آنکه شرح بیمار فوق داده شود لازم است مختصری در باره بیماری
لو کوسار کوماتوز که نادر است از نظر خوانندگان بگذرد.

لو کوسا کوماتوز عبارت از اجتماع تو مور بدخیم باحالت لو کوزی خونست
و اغلب بروز تو مور مقدم برحالت لو کوزی خونست، اول دفعه آنرا استرن برگ در
سال ۱۹۵۳ دیده است و بعدها دانشمندان دیگر کم و بیش بآن برخوردند، این بیماری
بیشتر در کودکان و جوانان دیده میشود.

نشانه‌ها: تعیین شروع بیماری غیر ممکن است و از نظر نشانه‌ها سه مرحله دارد:

۱- حالت تو موری ۲- مرحله سار کوماتوز ۳- مرحله لوسمی یا
مرحله انتهایی.

۱- مرحله تو مور: در نهمه موارد بانسانه‌های تو مور مدیاستن شروع میشود
یک دهم موارد باعلائم تو مور شکم، در شروع بیماری حالت عمومی بیمار خوبست
ممکن است کمی تب داشته ولی نشانه‌هایی از قبیل تنگی نفس و نشانه فشار بر مدیاستن
و دردهای پاروکسیستیک مشاهده میشود و این نشانه‌ها باهمراه بودن پلورزی که اغلب
خونی است ممکن است دیده شود. نشانه‌های خونی، شماره و فرمول لو کوسیتز
طبیعی است.

۲- مرحله سار کوماتوز: در اکثر موارد علاوه بر تو مور مدیاستن ادنوپاتی
گردن یا زیر بغل وجود دارد و بافت برداری این غدد تشخیص بیماری را روشن میکند،
گاهی طحال کمی بزرگ شده در این مرحله از بیماری در امتحان خون ممکن است
یک پولی نو کلتوز خفیف بدون تغییر شکل سلولها دیده شود و این حالت معروف به

سار کوماتوز یا بیماری کندرات (۱) است .

۳- مرحله نوسمی : تب بالا و نامنظم (بالاتر از ۳۹) گانگلیونها، طحال و کبد بزرگ، درد استخوانی و تظاهرات خونریزی از بینی و احشاء، هماتوری متروراژی پورپورا و اکیموز به سندرم تو مورمدیاستن اضافه میشوند .

امتحان خون- هیپرلوکوسیتوز معمولاً بین بیست و چهل هزار، بندرت کمتر از بیست هزار و در فرمول سلولهای لوکوبلاست ظاهر میشوند، پولی نوکلرها خیلی کم سلولهای جنینی ۷۰٪ تا ۹۸٪ پروتوپلاسم سلولها کم و بازوفیل، هسته گردو نوکلئول های روشن، این سلولها با این مشخصات که توسط استرن برگ (۲) مشخص شده اند سلولهای لوکوسار کوماتوز نامیده شده اند .

در بعضی مواقع سلولها خیلی آتیپیک، هسته شان بیضی شکل، نامنظم، غیرقرینه یا دو هسته پیوسته بهم است . حال مشابه دات بیمار که در بخش واکیر بستری بود شرح میدهم :

شرح حال بیمار : خاتون فرزند اسمعیل ۲۳ ساله، خانه دار، بعلت تنگی نفس سنگینی و درد ناحیه هیپو کندر چپ و تب در تاریخ ۲۸/۸/۳۴ به بخش عفونی بیمارستان پهلو راهنمائی و بستری میگردد .

نشانه های بالینی : تاریخ بروز این بیماری را کاملاً نمیتواند بیان نماید ولی تنگی نفس و ناراحتی هیپو کندر چپ دو ماه قبل از مراجعه شروع شده است . بیمار پنج سال است شوهر کرده دارای یک فرزند سالم است دو طفل او یکی در چهار ماهگی و دیگری در هشت ماهگی بعلت نامعلومی فوت کرده اند، نکته قابل ذکر دیگری در سابقه وی موجود نیست .

حالت عمومی بیمار خوب نیست، خطوط در هم سیمای بیمار در دورنج عمیقی را بیان مینماید که در نظر اول بخوبی جلب توجه میکند . پوست بدن مومی رنگ کمی متمایل بزردی است، مخاطها بی رنگ، تب نامرتب بین ۳۸ و ۴۰ درجه، تظاهرات خونریزی از لثه ها دیده میشود .

تنگی نفس دائمی و درد شدید هیپو کندرچپ بیشتر سبب رنج بیمار است. غدد لنفاوی زیر فك، دور گردن، فوق ترقوه، زیر بغل، کشاله ران بزرگ و متحرك، بدون درد، مجزاً از هم. قوام نسبتاً سفت و مانند دانه های تسبیح بدنبال هم قرار گرفته اند. طحال در لمس بزرگ و تا حدود ناف میرسد خیلی دردناک، قوام آن سفت و سطحش صاف و منظم است. کبد چهار بند انگشت بزرگ، صاف و مختصر حساس است.

دستگاه تنفس: بیمار تنگی نفس دائمی دارد، تك سرفه های می کند، خلط ندارد، صداهای تنفسی در قاعده ریه راست کمتر شنیده میشود.
قلب و عروق: نبض ضعیف، نامرتب و متغیر است، تا کی کاردی و سوفل سیستولیک در ناحیه مزو کارد شنیده میشود.

در سایر دستگاہها نکته قابل ذکر وجود ندارد.
امتحاناتی که از بیمار بعمل آمده بدین قرار است:

شمارش گلبولهای قرمز	۳۰۰۰۰۰۰
شمارش گلبولهای سفید	۱۲۰۰۰

فرمول خون:

پلی نو کلتور	۴۰
لو کو بلاست	۱۹
منو نو کلتور	۱۲
منوسیت	۱۹
لنفوسیت	۱۰

بعضی لو کو بلاست ها در هسته دارای و اکوئل و نو کلتول و خود هسته دبورژونان است.

تعداد پلاکتها ۸۰۰۰، زمان سیلان ۵ دقیقه، زمان انعقاد ۹ دقیقه
مغز استخوان: سلولاریته مغز استخوان کمی کمتر از طبیعی، در رشته های گرانولوسیت و اکنش سلولهای نارس مشاهده میشود. و اکنش رشته هیستوسیت وجود دارد. رشته ارتروسیت هیپوپلازیک است.

بزل گانگلیو نها : در بزل گانگلیو نهاسلو لهای بلاستیک، منومرف بهم چسبیده

دیده شده .

بزل طحال : در بزل طحال سلولهای درشت با هسته بزرگ محتوی نو کلتول

وسیتوپلاسمای ناچیز با میتوزهای فراوان و جوانه های هسته سلولی مشاهده میشود .

بیوپسی (بافت برداری) : در تاریخ ۳۴/۹/۶ یکی از غدد زیرفک جهت امتحان

بیوپسی برداشته شد و نتیجه بدین ترتیب است :

منظره گانگلیون بکلی عوض شده، توده نسجی تشکیل شده از سلولهای شبیه

بیکدیگر از تیپ لنفو بلاست اما در حال میتوز و تغییر شکل ، دلائل فوق مؤید

سار کوم لنفوئید است .

پرتوشناسی : نتیجه پرتوشناسی از سینه بیمار وجود توموری در ناحیه پاراهیلرا

معین میکند .

آزمایشهای دیگر: آزمایشهای سرمی خون برای تشخیص سیفیلیس منفی ،

آزمایش پل بونل منفی بوده است .

سیر بیماری : بتدریج حال بیماری رو ببدی سیر میکرد ، تنگی نفس شدیدتر

خونریزی از لته ها بیشتر، پورپورا و اکیموز تظاهر کرد ، در تاریخ ۳۴/۹/۱۰ یعنی

یازده روز بعد از بستری شدن با حالت خفگی و خونریزی در گذشت .

در خاتمه از همکاری صمیمانه ای که آقای دکتر پویا از موقعی که به بیمارستان پهلوی

آمده اند با نگارندگان مینمایند سپاسگذاری میکنیم .