

گزارش ۱ مورد گرانولوسیتیک سارکومای (کلروما) چشمی

چکیده

موردی که معرفی می‌شود دختری ۱۲ ساله با کلرومای چشمی است که از حدود ۴۰ روز قبل از مراجعه به بیمارستان دچار تورم، قرمزی و بیرون‌زدگی و کاهش دید پیش‌رونده چشم راست شده بود. در ابتدا بیمار با تشخیص عفونت چشم تحت درمان قرار گرفت که بهبودی نداشت. پس از انجام دادن آزمایش‌ها و بررسی‌های بیشتر، تشخیص کلرومای چشمی ناشی از AML داده شد که تحت رژیم شیمی‌درمانی اختصاصی قرار گرفت و مشکلات ذکر شده به جز کاهش دید چشم راست به طور کامل بهبود یافت.

*دکتر علی‌اکبر عبدی I

دکتر عظیم مهرور II

دکتر شهلا انصاری III

کلیدواژه‌ها: ۱- AML (لوسمی میلوژنیک حاد) ۲- کلروما (گرانولوسیتیک سارکوما)

۳- بیرون‌زدگی چشم ۴- شیمی‌درمانی

مقدمه

لوسمی میلوژنیک حاد ۲۰-۱۵٪ موارد لوسمی را در کودکان تشکیل می‌دهد.

بعضی از اختلالات ژنتیکی مانند تری‌زومی ۲۱، سندرم دیاموند‌بلاکفان، سندرم آنمی آپلاستیک فانکونی و سندرم بلوم و ... احتمال ابتلا به AML را افزایش می‌دهند.

این بیماری در اغلب موارد در سنین کودکی و در ۷۵٪ موارد قبل از سن ۱۰ سالگی خود را نشان می‌دهد و پسر بچه‌ها را بیش از دختر بچه‌ها مبتلا می‌سازد.

گرانولوسیتیک سارکوما (Granulocytic Sarcoma) یک تومور توپر (Solid) از گرانولوسیت‌های نابالغ است که به علت رنگ سبزی که توسط میلوپراکسیداز موجود در سلول‌های تومور ایجاد می‌گردد کلروما (Chloroma) نیز نامیده می‌شود.

در حقیقت گرانولوسیتیک سارکوما یک تومور خارج مغز استخوانی (Extramedullary tumor) نادر با منشأ میلوئید است که در اغلب موارد همراه با بیماری لوسمی میلوژنیک حاد دیده می‌شود.

I) استادیار بیماری‌های کودکان، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران (*مؤلف مسئول)

II) استادیار و فوق تخصص بیماری‌های خون و انکولوژی کودکان، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

III) استادیار و فوق تخصص بیماری‌های خون و انکولوژی کودکان، بیمارستان حضرت علی (ع)، خیابان ظفر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

هموگلوبین = ۱۰/۹
 پلاکت = ۱۸۶۰۰۰
 Retic count = ۹٪
 WBC = ۹۸۰۰ {Poly = ۵۰٪, Lymph = ۴۰٪, Atypical = ۱۰٪}
 منفی = کشت خون
 CRP = منفی
 Anti HIV Ab = منفی
 Coombs = منفی
 BUN = ۱۲, Cr = ۰/۶, اسیداوریک = ۶/۱
 SGOT = ۳۲, SGPT = ۵۱, ALP = ۱۵۳
 Billirubine: T = ۰/۴, D = ۰/۲
 PTT = ۳۳, PT = ۱۲/۵
 در بررسی مایع مغزی - نخاعی: گلوکز = ۷۵، پروتئین = ۴۷، LDH = ۹، WBC = صفر، RBC = صفر بود.

در MRI انجام شده یک توده خارج محوری (extra-axial) بزرگ در ناحیه میانی - فوقانی (medial-superior) اوربیت (Orbit) که به استخوان پیشانی (frontal bone) راست دست اندازی کرده بود مشاهده شد. به علت بزرگی توده، کره چشم راست (Globe) به سمت پایین جابه جا شده و عصب بینایی (Optic nerve) تحت کشش قرار گرفته بود.

پس از انجام دادن MRI، تخلیه توده توسط عمل جراحی (Orbital decompression) صورت گرفت و از توده مورد نظر، نمونه ای برای تشخیص آسیب شناسی (Pathology) فرستاده شد. گزارش آسیب شناسی و یافته های میکروسکوپی، نشان دهنده گرانولوسیتیک سارکوما بود.

در بررسی ایمونوفنوتیپ (Immunophenotyping) نمونه مغز استخوان، لوسمی میلوژنیک حاد از نوع AML-M۲ گزارش شد. هم چنین در مطالعه سیتوژنیک (Cytogenic) جابه جایی (translocation) بین کروموزوم ۸ و ۲۱ (t(۸;۲۱)) مشاهده گردید که این یافته مطابق با یافته ایمونوفنوتیپ بود.

با توجه به یافته های ذکر شده، بیمار با تشخیص کرمومای چشمی ناشی از AML، تحت رژیم شیمی درمانی

گرانولوسیتیک سارکوما در ۸-۲۰٪ موارد لوسمی میلوژنیک حاد دیده می شود (۱).

در این گزارش دختر ۱۲ ساله ای که مبتلا به کرمومای چشمی بود معرفی می گردد و روند بالینی (Clinical Course) بیماری شرح داده می شود.

معرفی بیمار

بیمار، دختری ۱۲ ساله، متولد و ساکن تهران، فرزند دوم خانواده بود که در تاریخ ۸۲/۵/۳ به علت تورم، قرمزی، بیرون زدگی (Proptosis) و کاهش دید چشم راست به مرکز حضرت رسول اکرم (ص) مراجعه کرد و مورد بررسی قرار گرفت (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱ - کرمومای چشمی در بیمار معرفی شده در چشم راست

مشکلات ذکر شده در بیمار از حدود ۴۰ روز قبل به صورت تدریجی و پیش رونده ایجاد شده بود و قبل از آن هیچ مشکلی نداشت. هم چنین بیمار سابقه ای از وجود توده های زیرجلدی (Subcutaneous mass) را ذکر نمی کرد. در سایر معاینات نکته مثبتی وجود نداشت.

یافته های آزمایشگاهی در زمان پذیرش بیمار عبارت بودند از:

پیشانی چنین حدس زده شد که احتمالاً تومور بدخیم است، بررسی‌های آسیب‌شناسی و سلول‌شناسی صورت گرفت در نهایت تشخیص کلرومای چشمی در ارتباط با AML برای بیمار گذاشته شد. شیوع کلرومای چشمی در بیماران مبتلا به AML حدود ۸-۲/۵٪ می‌باشد. این بیماری در اغلب موارد پس از ابتلای بیمار به AML به طور بسیار نادر دیده می‌شود. با توجه به مطالب ذکر شده و با توجه به این که بیمار مورد شناخته شده AML نبود و تنها با مشکل تورم و بیرون‌زدگی چشم مراجعه کرده بود، در ابتدا احتمال کلرومای چشمی بسیار اندک به نظر رسید اما با توجه به بدخیم بودن این بیماری و این که تشخیص زودهنگام موجب بهبودی قابل توجه مشکلات بیمار می‌شود، توجه به این تشخیص افتراقی در بیمار دچار تورم و بیرون‌زدگی چشم منطقی می‌باشد.

منابع

- 1- Bulas RB., Laine FJ., Das Narla L. Bilateral orbital granulocytic sarcoma(chloroma) preceding the blast phase of acute myelogenous leukemia: CT findings, *Pediatr Radiol*, 1995, 25: 488-489.
- 2- Ohata K., Nondoh T., Yasou K., Kohsaka Y., Kohmura E. Primary granulocytic sarcoma in the sphenoidal bone and orbit, *Childs Nerv Syst*, 2003, 19: 674-679.
- 3- Pomeranz SJ., Haekins HH., Towbin R., Lisberg WN., Clark RA. Granulocytic sarcoma(chloroma): CT manifestations, *Radiology*, 1985, 155: 167-70.
- 4- Romanuik CS. Case report: Granulocytic sarcoma(chloroma presenting as a cerebellopontine angle mass, *Clin Radiol*, 1992, 45: 284-285.
- 5- Pui MH., Fletcher BD., Langstone JW. Granulocytic sarcoma in childhood leukemia: imaging features, *Radiology*, 1994, 190: 698-702.

اختصاصی قرار گرفت که پس از درمان با حال عمومی خوب و برطرف شدن تورم، قرمزی و بیرون‌زدگی چشم راست از بیمارستان مرخص گردید.

بحث

گرانولوسیتیک سارکوما یک تومور نادر خارج مغز استخوان(extramedullary) با منشا میلوئید است که در اغلب موارد با لوسمی میلوژنیک حاد(AML) دیده می‌شود(۲). سلول‌های لوسمیک می‌توانند هر یک از اعضای خارج مغز استخوان را درگیر کنند. تجمع این سلول‌ها به شکل تومور در بافت نرم(Soft tissue)، گرانولوسیتیک سارکوما یا کلروما نامیده می‌شود(۳). واژه کلروما در ابتدا توسط King در سال ۱۸۵۳ استفاده شد(۴). علت نام‌گذاری رنگ سبز نمونه‌های تهیه شده از تومور بود. همان طور که ذکر شد گرانولوسیتیک سارکوما در اغلب موارد قبل از سن ۱۰ سالگی و بیش‌تر در پسر بچه‌ها دیده می‌شود. این تومور در لوسمی میلوژنیک حاد حدود ۵ برابر شایع‌تر از لوسمی میلوژنیک مزمن تظاهر می‌یابد و شیوع آن در لوسمی میلوژنیک حاد ۸-۲/۵٪ می‌باشد(۵). میانگین امید به زندگی(Median-survival) در حدود ۲۲ ماه گزارش شده است. همان طور که ذکر شد، مورد معرفی شده با مشکل تورم، بیرون‌زدگی چشم راست به این مرکز مراجعه کرده بود. با توجه به علائم و معاینات اولیه در این بیمار تشخیص‌های افتراقی از جمله سلولیت اوربیت، التهاب اوربیت و ترومبوز سینوس کاورنوس، پسودوتومور اوربیت و نئوپلاسم‌ها مطرح شد. بیمار قبل از مراجعه به بیمارستان تحت درمان سلولیت اوربیت قرار گرفته بود اما هیچ‌گونه بهبودی بالینی حاصل نشده بود بنابراین تشخیص‌های افتراقی دیگر در نظر گرفته شد.

همان طور که اشاره شد در MRI انجام شده توده‌ای بزرگ با دست‌اندازی به استخوان پیشانی(Frontal bone) مشاهده گردید که نشانه بدخیم بودن تومور بود. با توجه به این که ماهیت این توده در MRI انجام شده قابل بررسی نبود و تنها از دست‌اندازی توده به استخوان

A Case Report of Granulocytic Sarcoma of Eye(Chloroma)

^I *A.A. Abdi, MD ^{II} A. Mehrvar, MD ^{III} Sh. Ansari, MD

Abstract

The patient of the present report was a twelve-year-old girl who had an eye chloroma. She faced with edema, redness, proptosis and loss of sight in her right eye 40 days prior to referring to the hospital. The patient underwent treatment after she was diagnosed with eye infection but it did not have any effects on her. Surveys and experiments implied an eye chloroma resulting from AML. All the above-mentioned problems except loss of sight in her right eye disappeared by arranging chemotherapy.

Key Words: 1) Acute Myelogenic Leukemia(AML)
2) Chloroma(Granulocytic Sarcoma)
3) Exophthalmos 4) Chemotherapy

I) Assistant Professor of Pediatric Diseases. Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran(*Corresponding Author).

II) Assistant Professor of Pediatric Hematology and Oncology. Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Assistant Professor of Pediatric Hematology and Oncology. Hazrat Ali Asghar Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.