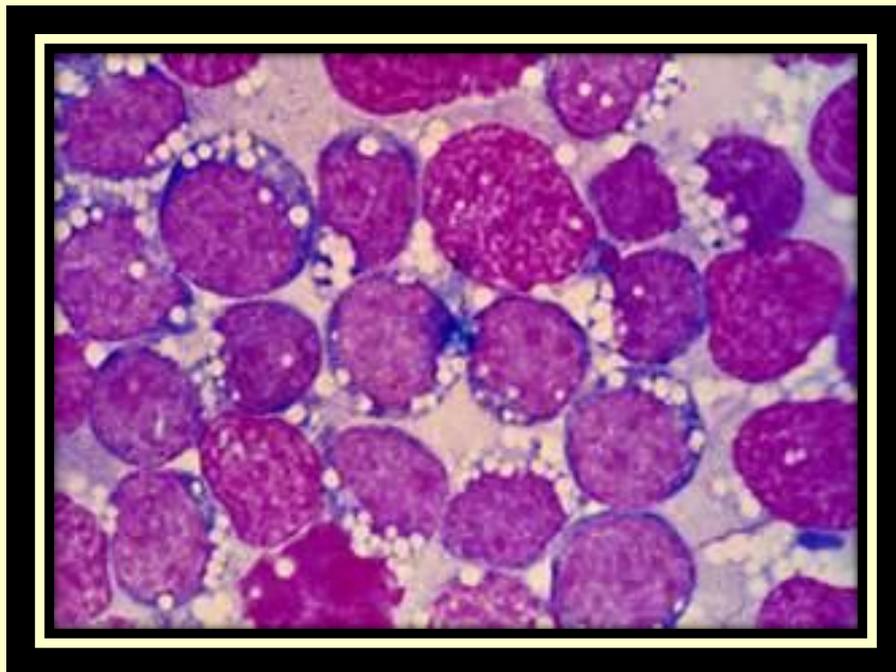


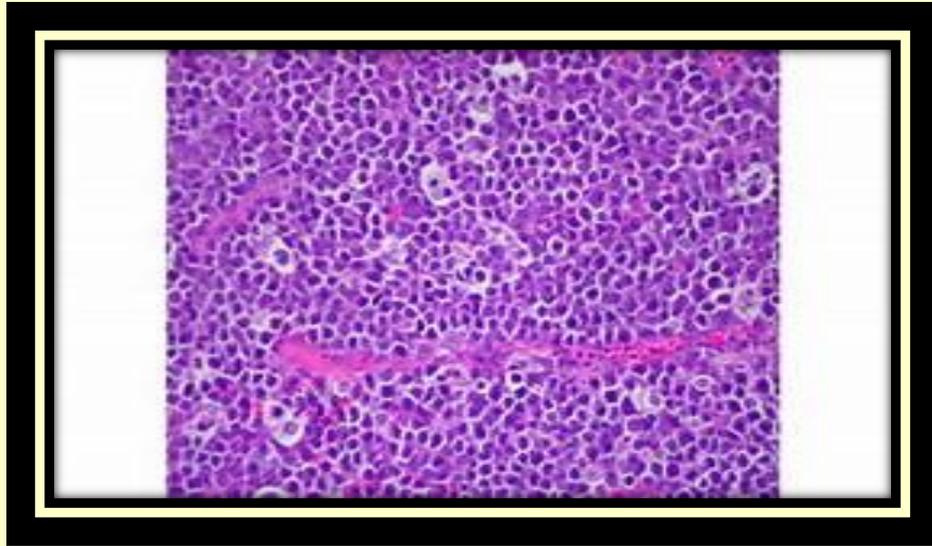
سوال شماره ۱۳ :

بیمار پسر ۱۲ ساله با تب و درد شدید استخوانی از ۴ روز قبل که لام خون محیطی و اسپیراسیون مغز استخوان وی در زیر نشان داده شده است :

در PBS:



در BMA:



سوال الف - تشخیص چیست ؟

سوال ب - بررسی سیتوژنیک درخواستی چیست ؟

سوال ج - درمان چیست ؟

پاسخ سوال شماره ۱۳ :

پاسخ قسمت الف - لنفوم بورکیت (Burkitt Syndrom)

لنفوم/لوسمی بورکیت نوعی بیماری نادر در بزرگسالان در ایالات متحده است و کمتر از ۱٪ لنفومهای غیر هوچکینی را به خود اختصاص می دهد، در مقابل در کودکان عامل ۳۰٪ لنفومهای غیرهوچکینی است.

لوسمی بورکیت یا L3 ALL ، بخش کوچکی از موارد لوسمی حاد در کودکان و بزرگسالان را شامل می شود.

سلولهای این نوع لنفوم از نظر شکل و اندازه ، همگن می باشند.

سه شکل متمایز بالینی از لنفوم بورکیت قابل شناسایی هستند که عبارتند از: اندمیک، اسپورادیک و همراه با نقص ایمنی. لنفومهای بورکیت نوع اندمیک و اسپورادیک اغلب در کودکان افریقایی و نوع اسپورادیک در کشورهای غربی دیده می شود.

نوع همراه با نقص ایمنی، در مبتلایان به HIV بروز میکند.

اکثر مبتلایان به بورکیت دچار لنفادنوپاتی محیطی و یا توده شکمی هستند. بیماری به سرعت پیشرفت کرده و تمایل به متاستاز به CNS دارد.

پاسخ قسمت ب - نشان دادن کسر بسیار بالای سلولهای در حال تکثیر و وجود $t(8,14)$ یا یکی از انواع آن جمله $t(2,8)$ یا $t(8,22)$ تایید کننده تشخیص است.

لوسمی سلول بورکیت با مشاهده توده یکنواخت بارز از سلولهایی با اندازه متوسط که دارای هسته گرد، هستکهای متعدد و سیتوپلاسم بازوفیلی همراه با واکنولهای سیتوپلاسمی هستند، قابل تشخیص است.

نشان دادن بروز ایمونوگلوبولین بر سطح سلول ها و یکی از ناهنجاریهای سیتوژنتیک مذکور تایید کننده تشخیص است.

پاسخ قسمت ج - درمان

درمان لنفوم بورکیت در کودکان و بزرگسالان باید طی ۴۸ ساعت پس از تشخیص بیماری آغاز شده، شامل کاربرد رژیمهای شیمی درمانی ترکیبی شدید از جمله دوزهای بالای سیکلوفوسفامید باشد. درمان پیشگیری کننده برای CNS ضروری است.

امروزه با استفاده از درمانهای موثر و به موقع، میزان بهبودی در کودکان و بزرگسالان جوان به ۷۰-۸۰٪ می رسد.

درمان نجات بخش در بیمارانی که به درمان اولیه پاسخ نمی دهند، موثر نمی باشد که نشاندهنده اهمیت رویکرد درمانی اولیه در این بیماران است.