تظاهرة نادرة للمفوما–لاهودجكن عند بدء التشخيص لطفل عمره 7سنوات

تقرير– حالة

ماجد خضر* **خليل البيروتي****

الملخص

قدّمنا في هذا التقرير حالة نادرة للمفوما –لاهودجكن عند طفل عمره 7سنين تظاهرت بعلامات سطام تاموري لحظة التشخيص، إذْ قبل في مستشفى الأطفال الجامعي بدمشق بشكوى سعال جاف، وعلامات زلة تنفسية شديدة. أظهرت صورة الصدر بقسم الإسعاف زيادة بالمشعر الصدري القلبي مع علامات شعاعية لانصباب جنب ثنائي الجانب، وأوضح إيكو القلب وجود انصباب تاموري غزير المقدار.أظهرت الدراسة الموفولوجية لسائل الجنب وجود خلايا ورمية. أمَّا الدراسة المناعية له فكانت تتماشى مع ابيضاض لمفاوي من النمط التائي. أوضحت خزعة التامور ارتشاح خلايا التامور بخلايا صغيرة مدورة زرقاء.

من النادر أن تكشف اللمفوما–لاهودجكن عند بدء التشخيص بتظاهرة قلبية معزولة، لذا نقدم هذا التقرير لندرة هذه الحالات، وخاصة بسن الطفولة، ونوصي بضرورة أن تكون اللمفوما – لاهودجكن جزءاً من التشخيص التفريقي لحالات العسرة التنفسية الحادة عند الأطفال، وخاصة بأعمار المدرسة.

* أستاذ – قسم أمراض الدم والأورام عند الأطفال– كلية الطب البشري – جامعة دمشق.

** طبيب أطفال– دراسات عليا أمراض الدم والأورام عند الأطفال– مستشفى الأطفال الجامعي–جامعة دمشق.

A Rare Presentation of NHL at Diagnosis in 7 Year-Old Boy Case- Report

Maged Kheder[*] **Khalil Albiroty**[**]

Abstract

An unusual case of NHL in pediatrics was reported. A 7 year old boy came to Damascus University Children Hospital with all signs of cardiac tamponed 4 days ago. CXR revealed a remarkable increase of the cardiothoracic index. Echocardiographic showed pericardial effusion without any anatomical defects, along with a little amount of pleural effusion. A flowcytometry study of pleural effusion showed T-cells lymphoma immunologic feature. A cytology study of pleural fluid showed malignant cells and the pathological study of pericardium biopsy revealed an infiltration of small blue round cells in pericardium. Because it is so rare to have a NHL presentation with only cardiac tamponed manifestation in pediatrics, we report this case is reported and it is recommend that NHL should be in the differential diagnosis of sudden dyspnea in childhood, especially, at school age .

[*] Professor Of Pediatric Hematology & Oncology Children University Hospital -Damascus University.
[**] M.D, Pediatrician, Fellowship of Pediatric Hematology & Oncology Children university Hospital-Damascus University.

المقدمة:

تعدُّ اللمفومالاهودجكن خامس أكثر ورم خبيث مشخص شيوعاً عند الأطفال[1]. واختلاطاتها يمكن أن تحدث كأول تظاهرة لحظة التشخيص؛ لذا ينبغي أن توضع بالحسبان عند مقاربة أية طفل بحالة إسعافية [2].

الأطفال المصابون باللمفومالاهودجكن تزداد لديهم خطورة الاختلاطات المهددة للحياة، إمَّا بسبب السير الخبيث للورم، أو بسبب العلاج وتأثيراته، لذلك إدراك هذه الاختلاطات ومعرفة علاجها المناسب يعدُّ أمراً أساسياً، وتعدُّ متلازمة انضغاط الوريد الأجوف العلوي، وانسداد الطرق التنفسية، وانضغاط النخاع الشوكي، وكذلك السطامالتاموري من الأمثلة الشائعة للحالات الإسعافية في اللمفوما– اللاهودجكن.

يحدث السطامالتاموري بسبب تراكم السوائل في التامور مسببة انضغاط أجواف القلب، ومن ثَمَّ قصور العود الوريدي، مسبباً قلة بالنتاج القلبي[3]. وأسباب السطامالتاموري متعددة منها الخباثات ولكن يبقى أكثرها شيوعاً الأسباب الإنتانية [4].

وصف الحالة:

بدأت أعراض الطفل ذي السبع سنوات بسعال جاف وتسرع بمعدل التنفس، ومظاهر عسرة تنفسية خلال أربعة أيام، في سوابقه قصة التهاب لوزات قيحي عولج بالصادات الفموية مع تحسن بالأعراض قبل أسبوعين من الشكوى الحالية.لا قصة عائلية لأمراض دموية أو ورمية.

بالفحص السريري:

علامات عسرة تنفسية بمعدل تنفس نحو 50 مرة بالدقيقة مع سحب وربي وتحت القص. معدل نبضان القلب 140 نبضة بالدقيقة مع خفوت بأصوات القلب بالإصغاء، الضغط الشرياني يقيس نحو 110\75ملمز وزمن عود الامتلاء الشعري لا يتجاوز 3 ثانية.

ضخامة كبدية ممضة قليلاً بالجس تقيس نحو 3 سم فقط تحت الحافة الضلعية، بلا ضخامة طحالية أو علامات حبن مرافقة.

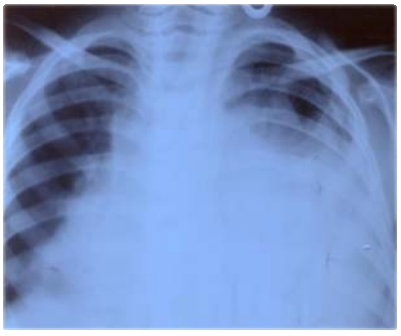
لا ترفع حراري أو مظاهر نزفية أو وذمات، لا علامات نبضان وداجي أو دوران جانبي. باقي الفحص السريري ضمن السوي.

أظهرت النتائج المخبرية ارتفاعاً بتعداد الكريات البيضاء بصيغة متوازنة ،فقر دم وارتفاع بقيم حمض البول و LDH(الجدول1)

جدول1: القيم المخبرية عند التشخيص

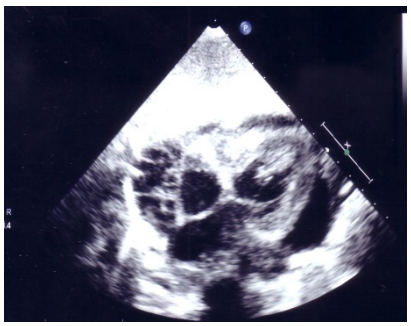
LDH	UA	PTT	PT	ESR
1054	9	24ثا	%85	32/11
P	ALB	GOT	GPT	CRP
5	4	43	24	12
Plt	Hb	L	N	WBC
$250*10^3$	8.7	51%	46%	12500

التقييم الشعاعي بالصورة البسيطة أوضح زيادة بالمشعر الصدري القلبي مع وجود انصباب جنب ثنائي الجانب (الصورة 1)



صورة 1: صورة الصدر البسيطة عند القبول

أظهر إيكو القلب انصباب التامور الغزير من دون شذوذات ببنية القلب (الصورة2).



صورة 2: إيكو القلب: انصباب تامور غزير مع بعض الحجب

أُجْرِيَ بزل تامور إفراغي: سائل مدمى بلا خثرات نحو 200مل، عينة من هذا السائل أجري عليها دراسة جرثومية وفطرية وسلية كانت نتائجها سلبية الزرع، وعينة أخرى درست كلطاخة تحت المجهر الضوئي أظهرت خلايا لمفاوية أرومية الشكل مع بعض العدلات والكريات الحمراء.

بعد إجراء البزل الإفراغي تحسنت حالة الطفل سريرياً تحسناً ملحوظاً، ولكن بسبب نكس الانصباب التاموري، أُجْرِيَتْ نافذة تامورية جنبية، وأُخِذَتْ خزعة من التامور ووُضِعَ مفجر للجنب بالجانب الأيسر من الصدر.

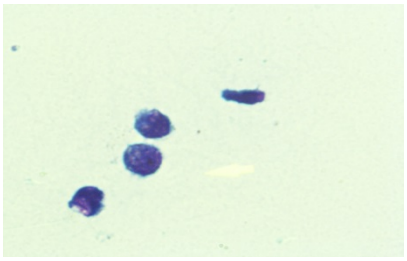
أرسلت عينة سائل الجنب للدراسة الخلوية المناعية (FCM) فكانت تماشى مع ابيضاض لمفاوي من النمط التائي T-cell leukemia (الجدول2).

جدول 2: دراسة الجريان الخلوي المناعي لسائل الجنب

CD_{46}	CD_7	TDT	CD5	CD_3
%25	%85	%53	%84	%71

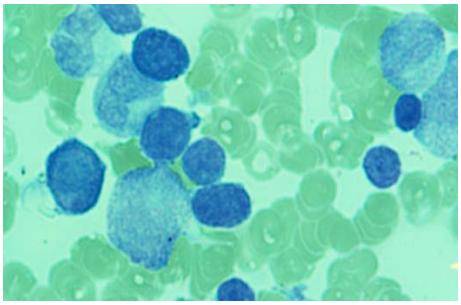
أوضح المسح الشعاعي بالتصوير الطبقي المحوسب عدة ضخامات عقدية بالمنصف الخلفي على تماس مع الفقرات الصدرية مع بعض الضخامات العقدية حول الأبهر البطني والشريان المساريقي العلوي.

الدراسة النسيجية لخزعة التامور أظهرت ارتشاحاً ورمياً بخلايا خبيثة صغيرة مدورة زرقاء تتماشى مع لمفوما–لاهودجكن من النمط صغير الخلايا(الصورة3).



صورة 3: خزعة التامور: ارتشاح التامور بخلايا مدورة زرقاء

أُجْرِيَ بزل نقي ثنائي الجانب أظهر ارتشاح نقي العظم بنحو 30%من الأورمات اللمفاوية(الصورة4).



صورة 4: ارتشاح النقي بأورمات لمفاوية الشكل

بالاعتماد على الموجودات كلّها الشعاعية والنسيجية والدراسة المناعية ،شخصت حالة الطفل كلمفوماتائية مع تعمم ابيضاضي، ووضع على خطة:

ALL-BFM عالي الخطورة.

بعد إنهاء 35 يوماً من الخطة الهجومية تحسنت الموجودات الشعاعية على صورة الصدر الطبيعية وإيكو القلب بزوال علامات الانصباب بالتامور أو الجنب، وحدوث هجوع تام بنقي العظام، ما يعني استجابة جيدة على العلاج (الصورة 5)...

صورة 5: صورة الصدر البسطة & إيكو القلب:طبيعية

وما أكد ذلك التقييم الشامل بنهاية اليوم 64 من الخطة إذْ كانت موجودات القلب على الإيكو طبيعية والتقييم الشعاعي بالطبيقي المحوري طبيعياً أيضاً مع زوال الضخامة الكبدية وتحسن الحالة العامة.

المناقشة:

لأن الطفل جاء بأعراض عسرة تنفسية حادة من دون ترفع حراري، كان لابدَّ من إجراء صورة الصدر لنفي الأسباب القلبية للزلة التنفسية كاعتلال العضلة القلبية التوسعي، أو التهاب عضلة القلب. وبالاعتماد على موجودات صورة الصدر والعلامات السريرية أُجْرِيَ بزل تامور إفراغي إسعافياً.

شخصت اللمفوما بدلاً من الابيضاض الحاد بسبب وجود السطامالتاموريو الضخامات العقدية بالمنصف الخلفي وحول الأبهر البطني، ولأن الارتشاح الأرومي ببزل نقي العظام أقل من50%. وأكثر ما أكد ذلك التشريح المرضي لخزعة التامور الذي أظهر الارتشاح بالخلايا المدورة الزرقاء.

في سلسلة حالات مجراة – ولكن عند البالغين –حصل السطامالتاموري بنسبة 14% من حالات التهاب الشغاف المجهول السبب، وكانت النسبة العظمى من تلك الحالات بسبب الخباثة أو التدرن[6].

من المعروف اعتلال العقد المنصفية بسياق اللمفوما– لاهودجكن سواء بالفحص السريري أو بالموجودات الشعاعية فقط، إمَّا كإصابة مبدئية أو كإصابة جهازية متعددة، ولكن من النادر أن تقتصر الإصابة على الانصباب التاموري فقط[7].

نحو 50% من المصابين باللمفوما –لاهودجكن سيكون لديهم إصابة خارج العقد اللمفاوية لاحقاً (إصابة ثانوية)، ولكن أقل من 35%من المصابين بها سيعانون من إصابة بدئية خارج العقد اللمفاوية، وأكثر الأماكن شيوعاً خارج العقد اللمفاوية هي السبيل الهضمي ثم الجلد[8].

في مراجعة الأدب الطبي ،وجدنا حالة واحدة فقط في طب الأطفال لحالة لمفوما –لاهودجكننشرت مؤخراً في العام 2015 تظاهرت عند التشخيص بسطام تاموري[9]. والسطامالتاموري يعدُّ من التظاهرات المعروفة للمفوما – لاهودجكن خلال سير المرض فقط لا أن يكون التظاهرة الأولى للمرض خاصة عند الأطفال.

وتعدُّ حالتنا الحالة الثانية لكشف لمفومالاهودجكن بعلامات سطام تاموري عند الأطفال، وهذا ملفت للنظر ومهم لكل طبيب أطفال متابع للحالات الإسعافية أو الورمية عند الأطفال.

الخلاصة والاستنتاج:

يجب أن تكون الحالات الإسعافية على رأس قائمة التشخيص التفريقية للعسرة التنفسية الحادة، وهذا مايؤدي إلى إجراءات عاجلة تمنع تلك الحالات من تهديد الحياة. وكما نستنتج أيضاً أن اللمفوما–لاهودجكن يمكن أن تأتي بحالة إسعافية مهددة للحياة كالسطامالتاموري مثلاً/ كمافي حالتنا/ ما يعني أهمية البحث الجيد لأماكن انتشارها ليترتب عليه وضع الخطة العلاجية المناسبة.

ويتضح بتشخيص الحالة أهمية دراسة سوائل البدن وعدم اهمالها في زحمة الانشغال بالتدبير الإسعافي لأنها ومع أهمية إسعاف الطفل أولاً – هي التي ستضع التشخيص الصحيح غالباً...

الكلمات المفتاحية:

لمفوما–لاهودجكن، سطام تاموري، تظاهرة لمفوما عند الأطفال.

References

[1]. [2].
Kaatsch P. Epidemiology of childhood cancer. Cancer Treat Rev 2010; 36:277.
[3]. Crump C, Sundquist K, Sieh W, et al. Perinatal and family risk factors for non-Hodgkin lymphoma in early life: a Swedish national cohort study. J Natl Cancer Inst 2012; 104:923
[4].Corrigan JJ, Feig SA, American Academy of Pediatrics. Guidelines for pediatric cancer centers. Pediatrics 2004; 113:1833.
[5]. Murphy SB. The national impact of clinical cooperative group trials for pediatric cancer. Med PediatrOncol 1995; 24:279.
[6]. Morton LM, Wang SS, Devesa SS, et al. Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001. Blood 2006; 107:265.
[7]. Fisher MJ, Rheingold, SR. Oncologic Emergencies. In: Principles and Practice of Pediatric Oncology, 6th, Pizzo, PA, Poplack, DG (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2011. p.1125.
[8]. Ramdas J, Haymon M, Ward K, et al. Treatment of superior vena cava syndrome with recombinant tissue plasminogen activator in a sickle cell patient undergoing bone marrow transplantation. PediatrHematolOncol 2001; 18:71.
[9]. Narang S, Harte BH, Body SC. Anesthesia for patients with a mediastinal mass. AnesthesiolClin North America 2001; 19:559.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2016/01/21.
تاريخ قبوله للنشر 2016/06/05.