

AKUT LÖKOZLARDA SEYREK GÖRÜLEN SEYİR FORMLARI

Dr. Suat Efe (*)

Akut lökoz bugün için etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, irreverzibl ve kısa zamanda fatal sonuçlanan habis bir lökosit hastalığıdır.

Akut lökozlara egü lösemi, olgunlaşmamış hücreli lösemi, stamm cell lösemi de denmektedir. Ayrıca hücrelerin türüne bakarak lenfoblastik lökoz veya paramiyeloblastik, mikromiyeloblastik lösemi, akut miyeloz gibi adlar da kullanılmaktadır.

Hastaları hekime sevkeden belirtiler genellikle şunlardır: Solukluk, hemorajik diyatez belirtileri (epistaksis, jenjivoraji, purpura, seyrek olarak gastrointestinal veya ürojenital hemorajiler), yüksek ateş ve anjin, ilerleyici yorgunluk.

Muayenede kemik ve eklem ağrıları, lenfadenopati (çocuklardaki akut lökozlarda daha sık), splenomegali (vak'aların % 70 inde 1-4 cm), hepatomegali (çocuk lösemilerinde hemen daima, erişkinlerde bazan), akciğerlerde migratuar lösemik enfiltrasyonlar, EKG de bazan dal blokları, perikartta hemorajik epanşman (seyrek), priapismus (çok seyrek olarak görülür), serebral enfiltrasyonlara ve hemorajilere bağlı olarak apopleksiler ve diğer sinir sistemi belirtileri, çocuklarda meningosis leucaemica, gözlerde konjonktival ve retinal hemorajiler, dekelmanlar, içkulakta hemorajilere veya enfiltrasyonlara bağlı işitme kusurları veya Menière sendromu görülebilir.

Konumuzun dışında kaldığı için akut lökozların morfolojik kan ve kemik iliği bulgularından ve diğer tanı metotlarından söz edecek değiliz. Ancak komplikasyon olarak akut lökozlarda hemorajileri, enfeksiyonları, hiperürisemi ve dalak rüptürünü sayabiliriz.

Materyal:

1962-1974 yılları arasında servisimize 20 akut lökoz vak'ası yatırılmıştır. Yaşları 14-76 arasında değişmektedir. Bunların 4 ü 20 yaşın altında, 4 ü 20-30 yaşlar arasında, 7 si 30-50 yaşlar arasında ve 5 i de 50 yaşın üstündedir. Vak'aların 14 ü erkek, 6 sı kadındır. 2 sin-

de lenfoblastik lökoz, 18 inde paramiyeloblastik lökoz teşhis edilmiştir. Tedavide prednisolon, kan transfüzyonu ile birlikte 10 vak'ada 6 merkaptopurin (Puri-Nethol), 3 vak'ada siklofosfamid (Endoxan), 1 vak'ada Methotrexat kullanılmıştır.

Metot:

Vak'aların teşhisinde periferik kan tetkikleri (lökosit sayımı, formül), kemik iliği tetkiki, ayrıca kan sayımı, trombosit sayımı, sedimentasyon, radyolojik tetkik ve diğer klinik ve laboratuvar muayeneleri kullanılmıştır.

Sonuçlar:

1. 1962-1974 yılları arasında kliniğimizde yatan hasta sayısı 9331 ile cranlandığında akut lökoz ensidansımız % 0,21 dir.

2. Cinsiyet bakımından görülme oranı erkeklerde % 70, kadınlarda % 30 dur.

3. Yaş dağılımı bakımından % 20 vak'a 20 yaşın altında, % 20 vak'a 20-30 yaşlar arasında, % 35 vak'a 30-50 yaşlar arasında ve % 25 vak'a 50 yaşın üstündedir.

4. Kliniğe gelişlerindeki bulgulara göre:

a) Lökosit sayısı: 1 vak'ada (% 5,5) lökopenik seviyede,

7 vak'ada (% 38,8) 5000 - 10000 arası,

4 vak'ada (% 22) 10000 - 25000 arası,

4 vak'ada (% 22) 25000 - 100000 arası,

2 vak'ada (% 11) 100000 - 300000 arası bulunmuştur. 2 vak'anın dosyası bulunamadığı için yukarki yüzdelere sokulmamıştır.

b) Periferik lökosit formülünde blast sayısı: % 17-100 arasında değişmektedir.

4 vak'ada (% 23,5) % 50 den az,

13 vak'ada (% 76,5) % 50 den fazla bulunmuş, 3 vak'anın blast sayısı dosya bulunamadığından veya kayıt noksanlığından buraya alınmamıştır.

c) Adenomegali: 9 vak'ada (% 50) bulunmuştur. Diğer 9 vak'ada yoktu. 2 vak'a dosyaları bulunamadığı için buraya sokulmamıştır.

d) Splenomegali: 12 vak'ada saptanmış (% 66,6), bunlardan 9 unda dalak büyüklüğü 1,5 - 10 parmak diye, 3 ünde ise 1-5 artı işareti ile ifade edilmiştir.

e) Hepatomegali: 9 vak'ada (% 50) saptanmış, 1-4 parmak diye ifade edilmiştir. 2 vak'ada ise 1 artı işaretiyle belirtilmiştir.

f) Kemik iliği bulguları: 10 vak'ada sternal ponksiyon yapılmıştır. 8 vak'ada buna gerek kalmamıştır. Kemik iliği hücre sayısı 30000 - 265000 arasında değişmekteydi (ortalama 89514). Miyelogramdaki blast sayısı % 16-99 arasında bulunmuştur (ortalama % 64,8).

5. Akıbetleri: Vak'alarımızın 10 unda remisyon sağlanabilmiştir (% 50). 6 sı haliyle (% 30) çıkarılmış, 4 ü (% 20) ölmüştür.

6. Değişik seyir formu gösterenler: 1 vak'ada ikter, 1 vak'ada plörezi, 1 vak'ada pnömoni, 1 vak'ada hemiparezi, 1 vak'ada ekzofthalmus, 1 vak'ada çene apsesi, 1 vak'ada % 100 blast, 2 vak'ada ileri derecede splenomegali, 2 vak'ada hiperlökositoz, 1 vak'ada lökopeni tesbit edilmiştir.

Kazuistik

Değişik seyir formu gösteren vak'alarımızın anamnez ve bulgularını kısaca bildirmek isteriz.

Vak'a 1: M.G. 24 yaşında erkek. 1971 yılında 14227 prot. no. ile yatırılmış. Boğaz ağrısı, ateş, öksürük, kraşa, halsizlik, iştahsızlık, gözlerinin ve vücudunun sararması gibi şikâyetlerle başvurmuş.

20 gün önce halsizlik, başdönmesi ve göz kararması şikâyetleriyle bir iç hastalıkları uzmanına götürülmüş ve *sarılık* olduğu söylenerek kendisine vitaminlerle karaciğer ekstresi yazılmış ve yatak istirahati öğütlenmiş. 3-4 gün sonra boğaz ağrısı, ateş, öksürük ve ekspektorasyon başlamış. 2 gün içinde ateşi düşmüş. 3 gün sonra tekrarlamış. Bol terlemiş. Tekrar aynı hekime başvurmuş, sarılığı geçmediği ve öksürüğü olduğu için bir hastanede tetkiki önerilmiş.

Muayenede skleralar ve deri koyu ikterik bulunuyor. Boynun iki yanında polimikroadenopati, 1,5 parmak büyüklüğünde karaciğer, 3 parmak büyüklüğünde dalak saptanıyor. İlk tanı: Enfeksiyöz mononükleoz veya akut lökoz.

Laboratuar bulguları: İdrar koyu kırmızı, bilirubin pozitif. Ürobilinojen ve ürobilin negatif. Kan bilirubinleri: Total bilirubin % 2,73, konjüge bilirubin % 1,97 mg., non-konjüge bilirubin % 0,76 mg. Birer hafta ara ile yapılan kontrollarda ise total bilirubinemi sırası ile % 5,91 mg., % 7,93 mg., % 7,05 mg. bulunuyor. Her defasında konjüge bilirubin fazla idi. İdrar kontrollerinde bilirubin daima 2 veya 3 pozitif, üçüncü hafta ürobilinojen ve ürobilin 2 pozitif bulundu. Protrombin aktivitesi ilkin % 52, sonra 2 defa % 100, sonuncusunda ise % 48 bulundu. Transaminazlar ilkinde normal, sonuncu kontrolda artmış (SGOT 101,4 ve SGPT 87,5 ü) idi. Alkali fosfataz başlangıçta

13, sonuncu kontrolda ise 22 Bodanski ünitesi bulunmuştur. Sefalin kolesterol pozitif. Hastalığın 21 inci günü yapılan Paul-Bunnell testi normal çıktı.

Hematolojik bulgular: Hb % 11 g (% 70), eritrosit 3220000, Renk indeksi 1. Lökosit 27000. Formülde % 77 mikromiyeloblast, % 23 paramiyeloblast. Trombosit 47160. Sedimentasyon: 25-60-105. Kemik iliği formülü: % 77 paramiyeloblast, % 22 mikromiyeloblast, % 1 promiyelosit. Auer cisimcikleri mevcut.

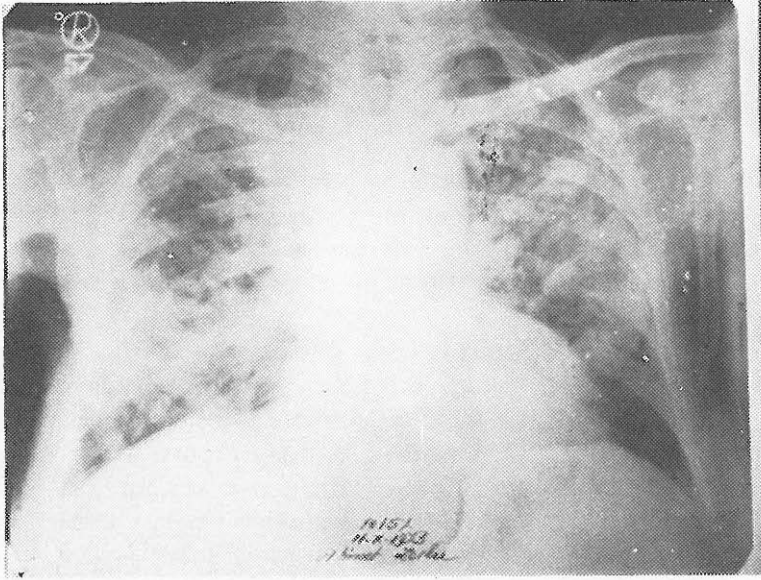
Akciğer grafisi: Apeksler açık. Kaidelere doğru bronkovasküler dolgunluk.

Seyir: Hastanın ikteri gitgide arttı. Bel ve bacak ağrıları başladı. Yattığının 11 inci günü vücudunda ve bacaklarında purpuralar çıktı. Ateş devam etti. Şiddetli baş ağrısı ve kulak uğultusundan şikâyetçi. Öksürük ve kışın devam etti. Purpura arttı. Genel durum bozuldu. Kostalar palpasyonla ağrılı. Hemoglobinin % 25 e kadar düştü. Yattığının 27 nci günü ateş ve nabız eğrileri kesişti ve eksildi.

Vak'a 2: Z.Ö. 24 yaşında erkek. 1970 yılında 15595 prot. nu. ile yatırıldı. İlk tanı: Sağda *plörezi*. Klinik muayenede hastanın ileri derecede soluk olduğu dikkati çektiği için hemen kan sayımı ve formül yapıldı. Paramiyeloblastların fazlalığı göze çarptı. Plevra ponksiyonu yapıldı. Punktatta, periferik kan formülünün hemen hemen aynı sayılabilecek derecede bir sediment formülü ile karşılaşıldı. Akciğer grafisinde sağ plevranın tamamen dolu olduğu tesbit edilmekteydi. Hasta 3 gün içinde eksildi.

Vak'a 3: A.Z. 66 yaşında erkek. 1973 yılında 10815 prot. no ile yatırıldı. İştahsızlık, halsizlik, öksürük ve karın şişliğinden şikâyetçi idi. Bu hasta 10 gün önce servisimizden akut lökoz teşhisiyle taburcu edilmişti. Kontrola çağırılmıştı. Ateşi yükseldiği için yeniden yatırılmıştı. Efor dispnesi ve öksürüğü dikkati çekmekteydi. Her iki akciğer alanında mebzul krepitan raller. Dalak büyük.

Hematolojik bulgular: Hb % 8 g (% 50), Eritrosit 2400000, lökosit 32000. Formülde: % 96 paramiyeloblast, % 3 segment, % 1 lenfosit. Trombositler 43200. Sedimentasyon 8-20-47 mm. Kemik iliği bulguları: Hücre sayısı 30000, Beyaz seri % 96. % 66 paramiyeloblast, % 3 miyelosit, % 3 metamiyelosit, % 13 ştab, % 10 segment, % 1 mono. Kırmızı seri % 4 olup bunun % 3 ü ortokramatik normoblast, % 1 i kırmızı seri mitoz idi. Kemik iliği bulgularına göre hastada kronik miyelozun akut ekzaserbasyonu düşünülmüştür.



İdrar tahlili: Dansite 1012, sedimentte her alanda 8-10 löko. ve 1-2 löko. kümesi.

Akciğer grafisi: Her iki apeks ve kaidenin dış kısımları dışındaki akciğer parankiminde çok sayıda ve değişik büyüklükte kondanse sahalar ve yer yer yuvarlak açıklıklar görülmektedir. Yaygın pnömonik enfiltrasyon (Resim 1).

Seyir: Titremeleri ve yüksek ateşleri birbirini izleyerek aralıklı şekilde sürdü. Titremeler esnasında malaria paraziti arandı, bulunamadı. Hafif lökositürinin yüksek ateşlerinin sebebi olamayacağı kanaatine varıldı. Genel durumu çok bozuk olduğu için akciğer röntgeni biraz gecikerek yaptırılabilirdi ve pnömonik enfiltrasyon görülerek Endoxan tedavisine antibiotik te eklendi. Salâhla taburcu edildi.

Vak'a 4: S.K. 60 yaşında kadın. 1973 yılında 11813 prot. no. ile yatırıldı. Hasta torpör halinde servise getirilmişti. Ailesinden edinilen bilgiye göre hastalığı 3 ay önce bacak ağrıları ile başlamış. Muayenesinde her iki supraklaviküler bölgede lenf bezleri, 4 parmak hepatomegali, 4 parmak splenomegali tesbit edildi. Sağda *parezi* mevcuttu.

Laboratuar bulguları: Glisemi % 97 mg., azotemi % 25 mg., potassemi 3,07 mEg/L (% 12 mg), kanda Na ve Cl normal. Likorda hücre yok, şeker 61 mg., albumin % 15 mg., klorür % 734 mg.

Hematolojik bulgular: Hb % 65, Eri 3003000, löko. 9200 . Formülde: % 43 blast, % 1 normoblast, % 4 çomak, % 41 parçalı, % 3 eo., % 3 mono, % 4 lenfo. Sadimantasyon: 7-20-40 mm.

Miyelogram: Hücre sayısı 82800. Beyaz seri % 84. Bunun % 58 i blast, % 1 i promiyelosit, % 3 ü metamiyelosit, % 6 sı çomak, % 12 si parçalı nötro, % 1 i parçalı eo., % 3 ü lenfo. Kırmızı seri % 16. Bunun % 1 i makroblast, % 3 ü polikromatik, % 12 si ortokromatik normoblast. Retiküm hücresi % 1 (plazma hücresi). Blastların % 60 ında gerek sitoplazmada gerekse nukleusta bol miktarda vaküoller görülmekteydi.

Nörolojik konsültasyon (Dr. Y. Aktuna): Letarji halinde bulunan hastada iki taraflı orta derecede ptoz hali, Doll's eye fenomeni, orta derecede ense sertliği, sağda fazla olmak üzere her iki üst ve alt ekstremitelerde periferik sinirler boyunca ağrı ve hassasiyet vardır. Boynun iki tarafında supraklaviküler bölgelerde, sağda fazla olmak üzere, lenf bezleri ele gelmektedir. Karaciğer 3 parmak kadar büyüktür. Bu bulgulara göre 1) Karsinojen nöromiyopati, 2) Menenjit tbc.' 3) Guillaîne-Barré'nin atipik formu, 4) Mezansefalonda bir preçes düşünülebilir. Kanaatımca hastanın akciğerinde veya karaciğerinde yahut başka bir yerinde primer tümör mevcuttur. Buna bağlı olarak karsinojen bir nöromiyopati (myositis) teşekkül etmiştir. Ayrıca mezansefalonda bir süreç (metastaz) düşünülebilir.

Seyir: Likor basıncı 310 mm su, basınçla 510 mm su bulundu. Endoxan ile birlikte semtomatik tedavi yapıldı. Letarji hali 5 gün sürdü. 6 ncı günü sorularlara cevap vermeğe başladı. Ağrıları ve bulantısı oldu. 10 uncu günü rahat konuşmağa başladı. Ense sertliği devam ediyor. Kusmaları oluyor. Ailesinin istek ve ısrarı üzerine taburcu edildi. Yatışının 16 ncı günü yapılan lökosit formülü: Blast % 10, segment % 67, lenfo % 17, mono % 6.

Vak'a 5: K.T. 17 yaşında kadın. 1965 yılında 4214 prot. no. ile yatırıldı. Yutkunma ağrısından ve güçlüğünden, halsizlikten şikâyetçi. 25 gün önce bu şikâyetlerle başvurduğu bir hastanede tonsillektomi öğütlenmiş. Onu izleyen günlerde boynunun iki yanında küçük bezeler peyda olmuş. Antibiotiklerden yararlanamadığı için servisi-mize başvurmuş.

Bulgular: Sol gözde *ekzoftalmus*. Karaciğer ve dalak üçer parmak büyük. Boynun iki yanında, koltuk altlarında ve inguinal bölgelerde mercimekten nohut büyüklüğüne kadar değişen yumuşak lenf gangliyonları ele geliyor. Sternumun alt yarısı basmakla ağrılı. Lacet negatif.

Laboratuar bulguları: Hb % 17'5 g., eri. 5920000, renk indeksi 1. Löko. 219000. Formülde: Mikromiyeloblast % 79, ştab % 2, segment % 16, eo. % 2, lenfo. % 1. Trombositler 92000. İdrar: Normal. Sternal ponksiyon yapıldı, fakat alınan kan çok çabuk koagüle olduğundan formül yapılamadı.

Göz konsültasyonu: Sağ gözde konjonktiva altı kanaması, sol da redükli ekzoftalmus. Ekzoftalmometre olmadığından derecesi tayin edilemedi. Anizokori mevcut. Her iki göz dibinde preretiniyen taze, geniş ve peteşial nitelikte hemoraji odakları mevcut olup maküler alanlar temiz bulunduğundan her iki gözün görmesi 10/10.

Seyir: Epistaksis oldu, tampon kondu. Sağ gözde kanlanma. Kısa zaman içinde anemi gelişti. Lökosit sayısı 3800 e düştü. Kan transfüzyonu yapıldı. Puri-Nethol tedavisi ile düzelme sağlanabildi.

Vak'a 6: F.G. 15 yaşında kadın. 1962 yılında 9183 prot. no. ile yatırıldı. Başdönmesi, halsizlik, iştahsızlık ve çarpıntıdan şikâyetçi, Bir diş apsesi ameliyatı geçirmiş ve bu esnada çok kan kaybettiği, üstelik ateşi de yükseldiği için servisimize başvurmuş. Muayenede solukluk, taşikardi, palpabl karaciğer ve dalak tesbit edilmiştir.

Laboratuar bulguları: Hb % 30, eri. 1400000, löko. 6100. Formülde: Blast % 72, eo. % 1, ştab % 10, segment % 15, mono % 2. İdrarda albumin pozitif.

K.B.B. konsültasyonu: Alt çenenin sağ alt kenarında deride ve deri altında flüktüasyon veren kolleksiyon mevcut. Oraya uyan kemik kısmında harabiyet görülüyor. Cerrahî müdahale gerekmektedir. Genel durumu düzelinceye kadar konservatif tedavi uygundur. (9 gün sonra çene altındaki apse fistülize olmuştur. Genişletilmiş ve dren konmuştur).

Vak'a 7: O.D. 14 yaşında erkek. 1965 yılında 9067 prot. no ile yatırıldı. Halsizlik, iştahsızlık, ateş, öksürük ve sağ çene altındaki şişlikten şikâyetçi. 6 hafta önce bir çürük dişi çekilmiş, ağrısı olmuş ve daha sonra ateşi de yükselmiş. Boynu şişmiş, solukluğu artmış. Muayenede: Tonsiller hipertrofik, karaciğer 2 parmak büyük, dalak ele gelmiyor. Sağ çene altında ceviz büyüklüğünde lenf bezi, her iki kasıkta ufak lenf bezleri mevcut .

Laboratuar bulguları: Hb % 6 g. (% 35), eri. 1760000, löko. 9600, renk indeksi 1. Trombositler 74000. Sedimantasyon 1 saatte 153 mm. Lökosit formülünde: % 81 mikro - ve % 19 paramiyeloblast bulundu. Crista iliaca'dan yapılan kemik iliği ponksiyonunda hücre sayısı 64000. İlik formülünde % 99 blast, % 1 promiyelosit.

Seyir: Puri-Nethol, kortikosteroid, antibiotik ve kan nakli ile tedavi edildi, salâhla taburcu oldu.

Vak'a 8: Ş.İ. 50 yaşında erkek. 1972 yılında 9056 prot. no. ile yatırılmıştır. Lökosit sayısı 280000, formülde % 98 blast, % 2 segment bulunmuştur. Karaciğer normal, *dalak ise kasığa kadar büyümüş* olarak saptanmıştır.

Vak'a 9: A.Z. 66 yaşında erkek. 1973 yılında 8851 prot. no. ile yatırılmıştır. Lökosit sayısı 10000, formülde ise % 96 blast, % 4 segment bulunmuştur. Karaciğer normal, *dalak ise kasığa kadar büyümüştür.*

Tartışma:

Vak'a sayımızın az ve istatistik değerlendirmeye yetersiz olmasına rağmen konunun bir klinik etüt halinde sunulmasında yarar düşünülmüştür. Amacımız seyrek rastlanan seyir formlarının bilinmesinde, akut lökoz teşhisindeki muhtemel yanılgıları önleme bakımından yarar bulunduğunu duyurmaktır. Her türlü dahiliye hastasının yatırıldığı bir kliniğin hasta materyali arasında akut lökoz vak'alarının % 0,21 oranında saptanmış olması şaşırtıcı sayılmamalıdır. Hemen belirtelim ki akut lökozlu çocuk vak'alar hastanemizin çocuk kliniklerinde tetkik edildikleri için yazımızın dışında bırakılmışlardır. Klasik hematoloji kitaplarında akut lökoz kesreti genel nüfusa göre bildirilmektedir. Meselâ Begemann'ın (1) kitabında 1 milyon nüfusa göre 1 yılda bütün lösemi formlarının görülme oranı 40-50 dir. Son 30 yılda lösemi ensidansının yılda % 4 kadar arttığı bildirilmektedir (1). Yine Begemann'ın kitabına göre çeşitli lösemi formlarının görülme oranları şöyledir: Akut lökozlar % 50, kronik lenfatik lösemi % 25, kronik miyeloid lösemi % 25.

Cinsiyetin rolüne gelince, bizim vak'alarda % 70 erkek, % 30 kadın oranı ortaya çıkmaktadır. Literatüre göre (1) bütün lösemi formları erkeklerde % 60 oranındadır. Demek ki akut lökozlarda da oran hemen hemen aynıdır .

Yaş bakımından akut lökozlara biz daha ziyade 30-50 yaşlar arasında (% 35 vak'ada) rastlamış bulunuyoruz. Diğer yaş gruplarında görülme oranı ise % 20-25 arasında değişmektedir. Demek oluyor ki akut lökoz erişkinlerde hemen hemen her yaş grubunda birbirine oldukça yakın oranlarda görülmektedir.

Klasik kitaplarda (1, 2, 3) akut lökozlardaki lökosit sayısı hakkında kesin bir ortalama sayı verilmiyor. Fakat genellikle normal

sayıda olabileceği, az vak'ada normalin altında olduğu, vak'aların 1/5 inden fazlasında 10000 - 25000 arasında bulunduğu, 1/3 ünden fazlasında ise 25000 den yukarı olabileceği bildirilmektedir. Bizim vak'aların 1/3 ünden fazlasında lökosit sayısının normal sınırlarda olduğu, 1 vak'ada lökopenik bulunduğu, vak'aların 1/5 inden fazlasında 10000-25000 arasında, 1/10 undan daha azında ise 100000 in üzerinde bulunduğu görülmektedir. Wintrobe'nin (2) istatistiğine göre, akut lökozlarda lökosit sayısı 2500 den az % 8,4 vak'ada, 2500 - 5000 arası % 14,4 vak'ada, normal sınırlarda % 13,8 vak'ada, 10000 - 25000 arası % 22,7 vak'ada, 25000 den fazla ise % 38,3 vak'ada görülmüştür. Bu sayılar bizim vak'alardakine uymaktadır. Lökopenik akut lökoz formlarının aplastik anemilerle karıştırılabileceği bilinir. Bu nedenle formülün tanıda büyük önemi vardır. Çok defa kemik iliği tetkikine ihtiyaç duyulur. Hiperlökositoz diyebileceğimiz 200000 in üzerindeki lökosit sayıları ile karşılaşılması akut lökoz tanısında hekimi şüpheye düşürür. Zira hiperlökositoz kronik lökoslara has bir bulgudur. Hiatus leukaemicus'un bulunuşu, periferik kanda ve ilik kanında blastik hücrelerin çoğunluğu teşkil etmesi teşhis koydurucudur. Bizim 2 akut lökoz vak'amızın birinde 219000, diğerinde 280000 lökosit bulunmuştur. Tedaviden önceki bu sayılar şaşırtıcı olabilir, ancak morfolojik teşhis akut lökozun lehine idi.

«Lökosit sayısı ne kadar çoksa, prognoz da o kadar kötüdür» şeklindeki görüş (1) her zaman geçerli değildir. Nitekim bizim hiperlökositozlu bu 2 vak'amız da sitostatik tedaviye olumlu cevap vermişler ve remisyon göstermişlerdir.

Lökosit formülüne gelince, periferik kanda 1-2 tane dahi paramiyeloblast veya lenfoblast görölse, klinik tablo tuttuğu takdirde, akut lökoz tanısı konabilir. Emin olmak için kemik iliği tetkiki şarttır. Vak'alarımızın genellikle blast sayısı % 17-100 arasında değişmekteydi. Kişisel kanımıza göre «blast yüzdesi ne kadar yüksek ise prognoz da o kadar kötüdür ve sürvi o kadar kısadır». Fakat 20 vak'alık bu serimizde, inisiyal blast değerleri % 96-100 arasında bulunan 3 akut lökoz vak'asında remisyon sağlanabilmiş olması bu kanımızın istisnalarını göstermektedir. Dikkate değer olan bu durumun izahında hastaların (vak'a 6, 14, 16) yaşlarının ve lökosit sayılarının herhangi bir rolü olmasa gerektir. Ayrıca % 100 blast gösteren 1 vak'amız (vak'a 4) da haliyle taburecu edilmiştir. Demek ki blast değeri çok yüksek bulunan vak'alarda da prognozu tayin ederken ihtiyatlı olmak gerekmektedir.

Akut lökozlarda adenomegali bulunması koşul değildir. Bulunmaması tanıyı reddettirmez. Vak'alarımızın % 55 inde adenomegali saptanmıştır.

Splenomegali konusu da dikkati çekicidir. Klasik kitaplara (1, 2, 3) göre akut lökozlarda splenomegali kural değildir. Bazı vak'alarda 1-4 cm. kadar dalak büyüklüğü saptanabilir (1). İleri derecede dalak büyüklüğü ise son derece seyrek görülür. Bizim 2 vak'amızda kasığa kadar inen ve karnın yarısını kaplayan dalak saptanmış olması enteresandır. Zira ileri derecede dalak büyümesi kronik miyeloid lösemi için tipik sayılır. Bu gibi çok büyük dalaklı akut lökoz vak'alarının görülebileceği daima hatırd tutulmalıdır. Tabloda vak'a 14 ve 15 olarak görülen bu hastaların birincisinde lökosit sayısı 280000 bulunmuştu, ikincisinde ise lökosit sayısı normale yakındı.

Hepatomegali bakımından vak'alarımızın bir özelliği yoktur. Bu konu daha ziyade pediatrik vak'alar için önem taşımaktadır.

Kemik iliği tetkikine her akut lökoz vak'asında gerek duyulmaz, fakat usulen her vak'ada yapılmalıdır. Periferik kanın muayenesi çok defa teşhis koymağa yeter. Nitekim bizim vak'aların da ancak yarısında sternal ponksiyona gerek duyulmuştur. Kemik iliğindeki hücre sayısı, periferik kandaki lökosit sayısına paralel olarak azalmış veya çoğalmış bulunur. Vak'alarımızdaki ilik hücre sayısı 30000 - 265000 arasında değişmekteydi. Miyelogramdaki blastik hücre oranı % 100 e kadar çıkabiliyor. O takdirde kemik iliği preparatı üniform bir görünüm gösterir. Bazı başlangıç vak'alarında ise blast oranı % 10 kadardır. Normalde miyeloblast oranı 0,5 - 2 kabul edildiğine göre % 5 ten fazlasında akut miyeloz ihtimali kuvvet kazanır.

Vak'alarımızın 4 ü (% 20) kliniğe ilk gelişlerinde tedaviye rağmen veya tedaviye vakit kalmadan ölmüşlerdir. 6 sı (% 30) klinik bir düzelme olmadan veya genel durumlarında kötüleşme olduğu için sahipleri tarafından alınarak götürülmüşlerdir. Geri kalan 10 vak'a (% 50) ise ilk tedaviye olumlu cevap vererek salâhla taburcu edilebilmişlerdir. Bunlardan 3 ünün kliniğe ikinci gelişlerinde veya evlerine döndükten sonra öldükleri saptanmıştır. Batı ülkelerinde tedavi ve bakım olanakları daha elverişli olduğu için remisyon oranı bizdekinden biraz daha yüksektir. Çocuklardaki remisyon oranı çok daha yüksektir. Akut lökoz teşhisi konduktan itibaren yaşama süresi olarak eski tarihlerde 2 ay olarak bildirilirdi. Bu süre son 10 yıl içinde istisnâ vak'alarda da olsa 13,5 yıla kadar uzatılabilmektedir. (Bernard 1970). Erişkinlere ait sürvi istatistiğine sahip değiliz.

Akut lökozların klinik semptomatolojileri ve komplikasyonları hatırlanacak olursa, nâdir rastlanan bazı seyir formlarının bilindiği anlaşılır. Bunlar arasında adı geçmeyen tek komplikasyon olarak bir vak'amızdaki hepatiti sayabiliriz. Hastamızda aynı zamanda akut lökozun bulunduğunu gösteren bütün belirtiler ve deliller mevcuttu. İkter bulgusu hastalığın bütün seyrince sebat etmiştir. Bu vak'ada hepatitle akut lökozun koensidansı mı söz konusuydu, yoksa karaciğerdeki lösemi enfiltrasyonuna veya porta hepatisteki lenf bezlerinin lösemik enfiltrasyonuna bağlı bir ikter mi söz konusuydu, sorusunu bir bakışta cevaplamak zordur. Zira hastada karaciğer biyopsisi veya ölümünden sonra otopsi yapılmamıştır. Ancak 6 haftalık bir seyir içinde hasta hepatit yönünden herhangi bir düzelme göstermemiştir. Bilirubinemi de çok yüksek düzeylere çıkmamıştır. Bu kanıtlar bize ikterin mekanik karakterde olmadığını kabul ettirebilir. Daha ziyade bu ikterin lösemik karaciğer enfiltrasyonuna bağlanması gerektiği inancındayız.

Başka bir akut lökoz vak'amız kiliniğe basit bir plörezi tanısıyla yatırılmıştır. İleri derecede anemik oluşu dikkatimizi çektiği için hemen formül yapılmış ve akut lökoz tanısı konmuştur. Üstelik plevra punktatı da tamamen periferik formüle uymaktaydı. Literatürde (1, 3) lösemik plevra enfiltrasyonuna bağlı plevra epanşmanlarından söz edilmektedir.

İkinci defa kliniğimize yatan başka bir hastada devamlı yüksek ateşin izahı için yapılan incelemeler sırasında yaygın bir pnömoni bulgusuyla karşılaşılmıştır. Röntgen bulgusu lobar pnömoniye benzemiyordu. Filmde (Resim 1) görüldüğü üzere her iki akciğerde multiloküler yuvarlak enfiltrasyonlar vardı. Bunu da akut lökozun akciğerlerde meydana getirdiği lösemik enfiltrasyonlar olarak kabul etmekteyiz. Literatürde de (1, 3) bu konuda bilgi vardır. Üst solunum yollarının migratuar lösemik enfiltrasyonlarının bronşları ve alveolleri iterek «alveolar-kapiller blok sendromu» meydana getirdikleri bilinmektedir. Kan tetkiki ve lökosit formülü yapılmayan bu türlü pnömoni vak'alarında gerçek teşhisin konamayacağı açıktır. Pratikte bu tür vak'alar çoğunlukla iltihap, mikoz, milyer tbc. ve sarkoidozla karıştırılmaktadır.

Bir başka vak'amız kiliniğe torpör halinde getirilmiştir. Sağda hemiparezi bulunduğu dikkati çekmiş, ayrıca servikal adenomegali, hepato-splenomegali saptandığı için lökosit formülü yapılarak esas tanıya gidilmiştir. Periferik kanda % 43 oranında blastik hücre bulun-

duğu için akut lökoz tanısı konmuştur. Bu vak'adaki santral sinir sistemi bulgularını serebral lösemik enfiltrasyonlara bağlamak mümkündür. Literatürde (1, 3) buna dair bilgiler vardır. Her apopleksi vak'asında sistemik, bu arada hematolojik muayenenin önemini ortaya koyan bir vak'a olarak dikkatimizi çekmiştir.

17 yaşındaki bir hastamızda ekzoftalmus saptanmış olması şaşırtıcı değildir. Bilindiği gibi habis kan hastalıklarında, bu arada akut lökozlarda da, retrobülber enfiltrasyonlar olur. Yoğun bir sitostatik tedaviye çabuk cevap vermeleri ve ekzoftalmusun birkaç günde gerilemesi beklenir.

Bir başka vak'amızda akut löküzün bir komplikasyonu olarak alt çenede apse meydana gelmiş olması, kemikte harabiyet görülmesi dikkat çekicidir. Akut lökozlarda fonksiyon gücü taşıyan olgun lökositlerin bulunmayışı sonucu enfeksiyonlara ileri derecede eğilim bulunduğu bilinir. Fakat çene apsesi herhalde çok seyrek görülen bir komplikasyondur.

Özet

1962-1974 yılları arasında kliniğimize yatırılarak incelenen 20 akut lökoz vak'asının seyrek rastlanan seyir şekilleri ve komplikasyonları bakımından dökümü yapılmıştır. Bu arada hepatit, pnömoni, plörezi, hemiparezi, çene apsesi ve ekzoftalmus gösteren 6 akut lökoz vak'asının klinik bulguları bildirilmiş, ayrıca aşırı derecede splenomegali ve hiperlökositoz bulgularının akut lökoz tanısında yanıltıcı olmaması gerektiği, remisyon husulünde hiperlökositozun ve periferik kandaki blast oranı yüksekliğinin olumsuz etkisi olduğuna dair görüşlerin doğru olmadığı kanaati belirtilmiştir.

Summary

20 cases of acute leukemia showing unusual manifestations and complications are presented. The cases were hospitalized and treated in 3rd Med. Clinic of Şişli Children Hospital between 1962-1974. The clinical findings of those cases presenting hepatitis, pneumonia, pleural effusion, hemiparesis, mandibular abscess and exophthalmus were separately discussed. It was pointed out that extreme splenomegaly and hyperleucocytosis should not rule out the diagnosis of acute leukemia. It is also felt that the increased ratio of blast cells in the peripheral blood has no negative effect on inducing remission.

LITERATÜR

- 1 — Herbert Begemann: Klinische Haematologie. Georg Thieme 1970, Stuttgart.
- 2 — W. Lowkowitz ve I. Krzeminska - Lawkowitz: Differentialdiagnose haematologischer Erkrankungen. Georg Thieme, 1956, Stuttgart.
- 3 — Maxwell M. Wintrobe: Clinical Hematology. Lea ve Febiger, 1967, Philadelphia.
- 4 — Bernard, J., Jacquillat, C., Weil, M. ve Boiron, M.: Longterm survival in 65 cases of acute Leukemia. XIII. International Congress of Hematology. Munich, 1970.