

Clinical and Hematological Findings in Patients with Pancytopenia

Shahrbanoo Keyhanian¹,
Zahra Fotokian²,
Ali Pourhabib³,
Niloofer Safae Semnani⁴,
Ali Saravi⁵,
Shadi Saravi⁶

¹Associate Professor, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

²Assistant Professor, Department of Nursing, Ramsar Nursing and Midwifery School, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

³MSc Student in Geriatric Nursing, Ramsar Nursing and Midwifery School, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁴Medical Student, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

⁵Medical Student, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

⁶Pharmacy Student, Faculty of Pharmacy, Semmelweis University, Budapest, Hungary

(Received April 3, 2016, Accepted September 28, 2016)

Abstract

Background and purpose: Pancytopenia, is a great group of hematological diseases. Determining the etiology and pathology of the disease is of paramount importance for timely and proper treatment. This study aimed at investigating the clinical and hematological findings in patients with pancytopenia.

Materials and methods: We conducted a cross-sectional study in which relevant information was extracted from 126 records of patients with pancytopenia in Ramsar Imam Sajjad Hospital and Sari Imam Khomeini Hospital in Mazandaran province, Iran (2009-2014). Data was analyzed in SPSS V. 21.

Results: The patients were 56 females and 70 males. The study population included 60 patients in the center and 66 in the west of Mazandaran province. Preliminary clinical findings showed lymphadenopathy in 42 patients (33.3%), splenomegaly in 34 (26.9%), and hepatomegaly in 15 patients (11.9%) and there were 35 cases (27.7%) with no clinical findings. The causes of pancytopenia according to biopsy and aspiration results were megaloblastic anemia in 34 patients (27%), HL in 29 (23%), aplastic anemia in 15 (11.9%), NHL in 14 (11.1%), MDS in 13 (10.3%), normal biopsy in 10 (7.9%), Erythroid hyperplasia in 9 (7.1 %), and Hairy cell leukemia in 2 patients (1.6%).

Conclusion: The most common causes of pancytopenia in this study were lymphoma and megaloblastic anemia. Therefore, complete examination of patients with blood abnormalities is required for early treatment and reducing the mortality and morbidity rates.

Keywords: pancytopenia bone marrow aspiration, megaloblastic anemia

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26 (142): 249-253 (Persian).

مطالعه یافته‌های بالینی و هماتولوژیک در بیماران مبتلا به پان‌سایتوپنی

شهربانو کیهانیان^۱
 زهرا فتوکیان^۲
 علی پورحیب^۳
 نیلوفر صفائی سمنانی^۴
 علی ساروی^۵
 شادی ساروی^۶

چکیده

سابقه و هدف: پان‌سایتوپنی، دسته بزرگی از بیماری‌های خونی است. مشخص کردن اتیولوژی و پاتولوژی بیماری برای درمان به موقع و مناسب حائز اهمیت می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی یافته‌های بالینی و هماتولوژیک در بیماران مبتلا به پان‌سایتوپنی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی-مقطعی می‌باشد که در بیمارستان‌های امام سجاد (ع) رامسر و امام خمینی (ره) ساری طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۳ انجام شده است. اطلاعات موجود از پرونده ۱۲۶ بیمار دچار پان‌سیتوپنی استخراج و داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۱۲۶ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، ۵۶ نفر زن و ۷۰ نفر مرد بودند. افراد شرکت‌کننده در مطالعه، شامل ۶۰ نفر از مرکز و ۶۶ نفر از غرب مازندران بودند. از نظر یافته بالینی اولیه، آدنوپاتی در ۴۲ نفر (۳۳/۳ درصد)، اسپلنومگالی در ۳۴ نفر (۲۶/۹ درصد) و هپاتومگالی در ۱۵ نفر (۱۱/۹ درصد) وجود داشت و ۳۵ نفر (۲۷/۷ درصد) بدون یافته بالینی بودند. از نظر علل پان‌سایتوپنی بر حسب نتیجه بیوپسی و آسپیراسیون، آنمی مگالوبلاستیک در ۳۴ نفر (۲۷ درصد)، لنفوم هوچکین در ۲۹ نفر (۲۳ درصد)، آنمی آپلاستیک در ۱۵ نفر (۱۱/۹ درصد)، لنفوم غیرهوچکین در ۱۴ نفر (۱۱/۱ درصد)، سندرم میلودیسپلاستیک در ۱۳ نفر (۱۰/۳ درصد)، بیوپسی نرمال در ۱۰ نفر (۷/۹ درصد)، هایپرپلازی اریتروئید در ۹ نفر (۷/۱ درصد) و لوسمی سلول مویی در ۲ نفر (۱/۶ درصد) گزارش شد.

استنتاج: یافته‌ها نشان داد که لنفوم و آنمی مگالوبلاستیک از شایع‌ترین علل مسبب پان‌سایتوپنی هستند. لذا بررسی دقیق و مکرر بیمارانی که آزمایش نمونه خون غیرطبیعی دارند و درمان هرچه زودتر بر حسب علت توصیه می‌شود، تا بتوان میزان مورتالیتی و موبیدیتی را کاهش داد.

واژه‌های کلیدی: پان‌سایتوپنی، آسپیراسیون مغز استخوان، آنمی مگالوبلاستیک

مقدمه

پان‌سایتوپنی به کاهش هر سه رده سلول‌های خونی (۱). در میان روش‌های تشخیصی، یکی از مهم‌ترین روش‌های تشخیص قطعی پان‌سایتوپنی، بیوپسی مغز استخوان است (۵-۲). اگرچه تحقیقات مختلف،

E-mail: Alipourhabib58@gmail.com

مؤلف مسئول: علی پورحیب - رامسر: دانشکده پرستاری و مامایی رامسر

۱. دانشیار، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، مازندران، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۴. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

۵. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۶. دانشجوی داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه سملوایز، بوداپست، مجارستان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۱/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۷/۷

هموگلوبین کم‌تر از ۱۰ گرم در دسی لیتر، لوکوسیت کم‌تر از ۴۰۰۰/cumm و پلاکت کم‌تر از ۱۵۰۰۰۰/cumm. هم‌چنین بیمارانی که در دو ماه قبل از شروع مطالعه، تحت کموتراپی بودند، از مطالعه خارج شدند. روش انجام کار بدین ترتیب بود که از بیماران واجد شرایط، بیوپسی مغز استخوان با سوزن جمشیدی انجام و اسمیر به پاتولوژی ارسال گردید. روش گردآوری اطلاعات از طریق چک لیست و گزارش آسیب‌شناسی موجود در پرونده بیماران بود. لام‌ها با روش گیمسارنگ آمیزی شده و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-20 و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها و بحث

نتایج نشان داد که از ۱۲۶ بیمار، ۵۶ نفر (۴۴/۴ درصد) زن و ۷۰ نفر (۵۵/۶ درصد) مرد بودند. بیش‌ترین تعداد مبتلایان به پان‌سایتوپنی در گروه سنی ۲۰-۵۹ و کم‌ترین تعداد در گروه سنی بالای ۸۰ سال قرار داشتند. بر اساس نتایج مربوط به علل پان‌سایتوپنی، آنمی مگالوبلاستیک شایع‌ترین عامل مسبب پان‌سایتوپنی در ۳۴ نفر (۲۷ درصد)، لنفوم هوچکین در ۲۹ نفر (۲۳ درصد)، آنمی آپلاستیک در ۱۵ نفر (۱۱/۹ درصد)، لنفوم غیرهوچکین در ۱۴ نفر (۱۱/۱ درصد)، سندرم میلودیسیپلاستیک در ۱۳ نفر (۱۰/۳ درصد)، بیوپسی نرمال در ۱۰ نفر (۷/۹ درصد)، هایپرپلازی اریتروئید در ۹ نفر (۷/۱ درصد) و لوسمی سلول مویی در ۲ نفر (۱/۶ درصد) گزارش شد (نمودار شماره ۱) که مطابق با نتایج مطالعه دیگران است (۱۹-۷). در برخی مطالعات، آنمی آپلاستیک به عنوان شایع‌ترین عامل پان‌سایتوپنی معرفی شد (۱۴-۲۱، ۲۱). در مطالعه Graham (۲۰۱۵)، آنمی مگالوبلاستیک (۱۷) و در مطالعه Lakhey (۲۰۱۲)، آنمی هیپوپلاستیک به عنوان اولین عامل پان‌سایتوپنی گزارش شد (۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در ۱۲۶ بیمار مبتلا به پان‌سایتوپنی، رایج‌ترین شکایت اصلی تب (۲۷/۸ درصد)، ضعف و بی‌حالی (۲۶/۲ درصد)،

علل متعددی را در جهت ایجاد پان‌سایتوپنی دخیل می‌دانند، ولی نتایج این مطالعات، اطلاعات ضد و نقیضی را در مورد سبب‌شناسی آن ذکر می‌کنند. در برخی پژوهش‌های انجام شده، شایع‌ترین عامل پان‌سایتوپنی، آپلازی مغز استخوان و آنمی مگالوبلاستیک، هیپراسپلنسیسم (۴،۶)، لوسمی میلوئید حاد (۷)، آنمی هایپوپلاستیک (۹)، آنمی مگالوبلاستیک (۱۰) و لوسمی حاد و آنمی آپلاستیک (۱۴) و سندروم میلودیسیپلاستیک (۱۲) گزارش شد. در یک مطالعه، شایع‌ترین تظاهر بیماری ضعف عمومی، دیس پنه و تب و (۱۱) و در مطالعه دیگر، شایع‌ترین تظاهر بیماری، ضعف عمومی و خستگی بود (۱۳). از آن‌جا که تعیین شدت و پاتولوژی زمینه‌ای پان‌سایتوپنی نقش بسیار مهمی در تعیین پیش‌آگهی و نوع درمان این بیماران دارد (۱۷-۱۵)، لذا مشخص کردن اتیولوژی و پاتولوژی بیماری برای درمان به موقع و مناسب حائز اهمیت می‌باشد. لذا مطالعه حاضر، با هدف تعیین پاتولوژی و اتیولوژی بیماران دچار پان‌سایتوپنی تحت آسپیراسیون مغز استخوان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت متوالی بود. حجم نمونه، شامل ۱۲۶ بیمار دچار پان‌سایتوپنی بود که برای آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان به درمانگاه خون بیمارستان‌های امام سجاد (ع) رامسر و امام خمینی (ره) ساری از ابتدای سال ۱۳۸۸ تا پایان سال ۱۳۹۳ مراجعه نمودند. با توجه به این که اطلاعات نمونه‌های واجد شرایط مطالعه مربوط به دوره زمانی مشخص می‌باشد، از میان تمام پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده در ۱۲۶ مورد تشخیص قطعی پان‌سایتوپنی مسجل شده بود. به علاوه بر اساس مطالعات مشابه و بر اساس فرمول $d^2 = \frac{p \cdot q}{n}$ $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.08$ $d = 0.022$ $n = \frac{p \cdot q}{d^2}$ $p = q = 0.05$ $n = 126$ نمونه تقریباً ۱۲۶ نفر محاسبه شد (۲۳،۳). معیارهای ورود این مطالعه شامل ۲ یا ۳ مورد از موارد زیر می‌باشد:

به عنوان یک یافته گزارش کردیم. به علاوه عدم امکان بررسی همه نمونه ها مانند مبتلایان به سیروز کبدی نیز از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بود.

نتایج پژوهش، نشان داد که لنفوم و آنمی مگالوبلاستیک از شایع ترین علل مسبب پان ساسیتوپنی هستند. اما باید به علل نادرتری مانند هایپرپلازی اریتروئید، لوسمی سلول مویی و MDS نیز توجه داشت. لذا، بررسی دقیق و مکرر بیمارانی که آزمایش نمونه خون غیرطبیعی دارند و درمان هرچه زودتر بر حسب علت پان ساسیتوپنی می تواند به کاهش میزان مورتالیتی و موربیدیتی بیماران کمک کند.



رنگ پریدگی (۱۸/۳ درصد)، خونریزی پوستی و مخاطی (۱۶/۷ درصد) و عفونت (۱۱/۱ درصد) بود. این یافته ها با نتایج مطالعات دیگران قابل قیاس است.

در مطالعه Jain (۲۰۱۳) سه یافته ضعف و بی حالی، تب و رنگ پریدگی (۵)، در مطالعه Gayathri (۲۰۱۱)، ضعف و تنگی نفس (۱۰)، در مطالعه Kumar (۲۰۱۲)، ضعف عمومی، تب و علائم خونریزی (۱۹) و در مطالعه Khodke (۲۰۰۱)، تب، ضعف و علائم خونریزی (۲۲) شایع ترین شکایت گزارش شد.

یافته ها نشان داد که ۴۲ نفر (۳۳ درصد) آدنوپاتی، ۳۴ نفر (۲۶/۹ درصد) اسپنومگالی، ۱۵ نفر (۱۱/۹ درصد) هپاتومگالی و ۳۵ نفر (۲۷/۷ درصد) بدون یافته بالینی بودند. در مطالعه Haridas (۲۰۱۳) شایع ترین یافته بالینی به ترتیب آدنوپاتی، اسپنومگالی و هپاتومگالی بود (۹). در مطالعات دیگر، رنگ پریدگی، اسپنومگالی و هپاتومگالی شایع ترین یافته بالینی بود (۲، ۱۱، ۲۲).

یکی از محدودیت های مطالعه حاضر، آن است که با توجه به این که هیپرپلازی اریتروئید یک یافته در مغز استخوان بوده و یک تشخیص نبوده و از همه مهم تر دلیل پان ساسیتوپنی نیست، لذا ما هایپرپلازی اریتروئید را

References

1. Frank F, Collin C, David P, Byran R, Editor. De Gruchey's clinical hematology in medical practice. 5th ed. Berlin: Blackwell; 2004.
2. Niazi M, Fazl-i-Raziq. The incidence of underlying pathology in pancytopenia-An experience of 89 cases. JPMI 2004; 18(1): 79-76.
3. Young NS, Barrett AJ. The treatment of severe acquired aplastic anaemia. Blood 1995; 85(12): 3367-3377.
4. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Manual of Medicine. 19th ed. New York: Mc Graw Hill Education; 2016.
5. Jain A, Naniwadekar M. An etiological reappraisal of pancytopenia-largest series reported to date from a single tertiary care teaching hospital. BMC Hematol 2013, 13(1): 10.
6. Lakhey A, Talwar OP, Singh VK, Shiva Raj KC. Clinico-hematological study of pancytopenia. JPN 2012; 2(3): 207-210.
7. Pathak R, Jha A, Sayami G. Evaluation of bone marrow in patients with pancytopenia JPN 2012; 2: 265-271.
8. Santra G, Das BK. A cross-sectional study of the clinical profile and aetiological spectrum of pancytopenia in a tertiary care centre. Singapore Med J 2010; 51(10): 806-812.

9. Haridas B, Prasad Pune, Maharashtra Sachin Sarode, Dilip Kadam. Clinical Profile of Pancytopenia In Adults. IJSR 2013, 2(7): 2277-8179.
10. Gayathri BN, Rao KS. Pancytopenia: A Clinico Hematological Study. J Lab Physicians 2011; 3(1): 15-20.
11. Safaei A, Shokripour M, Omidifar N. Bone Marrow and Karyotype Findings of Patients with Pancytopenia in Southern Iran. Iran J Med Sci 2014; 39(4): 333-340.
12. Tariq M, Khan N, Basari R, Amin S. Etiology of pancytopenia. Professional Med J 2010; 17(2): 252-256.
13. Naseem S, Varma N, Das R, Ahluwalia J, Sachdeva MU, Marwaha RK. Pediatric patients with bicytopenia/pancytopenia: review of etiologies and clinico-hematological profile at a tertiary center. Indian J Pathol Microbiol 2011; 54(1): 75-80.
14. Ishtiaq O, Baqai HZ, Anwer F, Hussain N. Patterns of pancytopenia patients in a general medical ward and a proposed diagnostic approach. J Ayub Me Coll Abbottabad 2004; 16(1): 8-13.
15. Tilak V, Jain R. Pancytopenia-a clinicohematologic analysis of 77 cases. Indian J Pathol Microbiol 1999; 42(4): 399-404.
16. Kumar R, Kalra SP, Kumar H, Anand AC, Madan H: Pancytopenia-a six year study. J Assoc Physicians India 2001; 49: 1078-1081.
17. Graham Sh, Marla NJ, Fernandes H, Jayaprakash CS. A clinicohematological evaluation of pancytopenia in a tertiary care hospital in South India. Muller J Med Sci Res 2015, 6(1): 5-9.
18. Khunger JM, Arulselvi S, Sharma U, Ranga S, Talib VH. Pancytopenia-a clinico haematological study of 200 cases. Indian J Pathol Microbiol 2002; 45(3): 375-379.
19. Kumar DB, Raghupathi AR. Clinicohematologic analysis of pancytopenia: study in a tertiary care centre. Basic Appl Pathol 2012; 5(1): 19-21.
20. Gupta V, Tripathi S, Tilak V, Bhatia BD. A study of clinico-hematological profiles of pancytopenia in children. Trop Doct 2008; 38(4): 241-243.
21. Barik SS, Chandoke RK, Verma AK. A prospective Clinicohematological study in 100 cases of pancytopenia in capital city of India. J Appl Hematol 2014; 5(2): 45-50.
22. Khodke K, Marwah S, Buxi G, Yadav RB, Chaturvedi NK. Bone marrow examination in cases of pancytopenia. J Indian Acad Clin Med 2001; 2(1-2): 55-59.