

MONOSİTER LÖSEMİ

Dr. Cavit Sökmen*

Dr. Bekir Berkol**

Bugün ayrı bir lösemi şekli olduğu umumiyetle kabul edilmiş bulunan monositer löseminin henüz münakaşa edilmekte bulunan iki cephesi vardır. Bunlardan bir tanesi hastalığın kronik şeklinin mevcut olup olmadığı, diğeri Naegeli tipinin mahiyetidir. Biz bu yazımızda 1955 yılından 1963 yılı sonuna kadar geçen dokuz sene zarfında kliniğimizde tetkik ve tedavi edilmiş olan monositer lösemi vak'alarını gözden geçirirken, literatürdeki bilgilerin ışığı altında, bu iki noktayı münakaşa edecek ve vak'alarımızda kullandığımız tedavi vasıtalarından aldığımız sonuçları kıymetlendirmeye çalışacağız.

METOT

Son dokuz sene zarfında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kliniğinde dokuz adet monositer lösemi vak'ası tetkik ve tedavi edilmiştir. Bu vak'alarda teşhis perifer kanındaki ve kemik iliğindeki sitolojik bulgulara dayanılarak ve bazı vak'alarda biyopsi materyelinin histopatolojik tetkikinden elde olunan sonuçlar göz önünde bulundurularak konuldu. Monositlerin idantifikasyonu için Sinn ve Dick'in (1) kabul ettikleri kriteriyumlara istinat olundu. Biyopsi materyelinin tetkikinden elde edilen sonuçları kıymetlendirirken Berkheiser'in (2) ve Custer ile Bernhard'ın (3) kriteriyumları göz önünde tutuldu. Bekheiser'e göre Schilling tipi monositer lösemi retikülosarkomla bazı müsterek vasıflara maliktir. Fakat klinik ve hematolojik vasıflar bu iki hastalığı birbirinden müşkülâtsiz ayırmaya yarar. Custer ve Bernhard'a (3) göre ise retikülosarkom ve Hodgkin hastalığı monositer lösemi belirtileri yapabilen iki hastalık halidir. Bu itibarla biz de vak'alarımıza teş-

* A. Ü. Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kl. Kürsü Profesörü.

** A. Ü. Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kl. Profesörü.

MONOSİTER LÖSEMİ VAK'ALARININ ÖZELLİKLERİ

Vak'a Sıra No.	Hastanın Adı, Soyadı, yaşı, cinsiyeti, klinik prot. No. (Sene)	Klinik bulgular ve biyopsi sonuçları	Lâboratuvar Bulguları	Monositer löseminin hematolojik ve klinik şekli	Tedavi ve Sonuç
1	A. K. 38 E 167/1315 (1957)	Halsizlik, remittant ateş, bir parmak karaciğer büyüklüğü, dış etlerinde hipertrofi ve kanama.	Derin anemi, orta derecede (16,000) lökositöz ile müterafık yüksek (70 %) monositöz ve hafif (120,000) trombositopeni.	Schilling tipi, kronik	Antibiyotik, transfüzyon ve prednisolon ile klinik iyileşme.
2	A. G. 38 K 243/1958 (1960)	Ateş, bulantı ve kusma, dalak ve karaciğer beraber parmak büyük dalaktan yapılan aspirasyon biyopsisinde Hodgkin hastalığı şüphesi.	Hafif anemi, lenfositöz (36 %) ve bäriz (33 %) monositöz ile müterafık hafif (9200) lökositöz.	Schilling tipi, kronik	Prednisolon ve TEM ile klinik iyileşme.
3	Ş. K. E 1250/10822 (1960)	Ateş ve kanama diyatezi, yaygın mikroadenopati, dış etlerinde kanama.	Derin anemi, yüksek (73 %) monositöz ile müterafık lökopeni (3000), trombositopeni ve pozitif Lücet delili. Kemik iliğinde blastlar (monoblast) sahneye hâkim.	Schilling tipi, akut	Transfüzyon, prednisolon ve antibiyotik ile klinik salâh.
4	M. S. 53 E 440/4838 (1962)	Halsizlik, iştahsızlık, terleme ve ateş, palpabl derecede karaciğer büyüklüğü, dış etlerinde hipertrofi ve kanama.	Derin anemi, yüksek (97 %) monositöz ile müterafık hafif (10,000) lökositöz, trombositopeni, kanama zamanında uzama, kemik iliğinde monoblastik infiltrasyon.	Schilling tipi, akut	Transfüzyon, prednisolon ve antibiyotik tesirsiz kalmıştır.
5	L. K. 60 K 697/6077 (1962)	Halsizlik, ateş, kanama diyatezi, tonsillalarda hipertrofi ve boyunda adenopati, palpabl derecede karaciğer büyüklüğü, iki parmak dalak büyüklüğü.	Hafif anemi, yüksek (85 %) monositöz ile müterafık yüksek (84,000) lökositöz.	Schilling tipi, akut	Prednisolon, 6 - MP ve antibiyotik tesirsiz kalmıştır.

6	R. B. 32 E 861/7681 (1962)	Ateş, kanama diyatezi, yüzde lösemik infiltrasyon, boyunda ve koltuk altında adenopati, boyun lenfa düğümlerinden yapılan biyopside monositer lösemik infiltrasyon tipinde lenfoma. (7 aylık gebelik).	Derin anemi, yüksek (70 %) monositler ile müterafık yüksek (226,000) lökositler ve trombositopeni.	Schilling tipi, akut	Antibiyotik, transfüzyon, prednisolon ve 6 - MP tesirsiz kaldı.
7	A. D. 32 K 1526/13537 (1962)	Halsızlık ve ateş, jeneralize adenopati, palpabl derecede karaciğer ve iki parmak dalak büyüklüğü, rektumun yukarı bölgesinde lokalize tümöral teşekkilden yapırlan biyopside retikülosarkom kanaati hasıl oldu.	Derin anemi, monositler (21 %) ve blast hücreler (11 %) yanında granülositer hücrelerde ileri derecede sola kayma ile müterafık yüksek (214,000) lökositler ve trombositopeni, kanama testlerinde bozukluk. Kemik iliğinde monositler ve granülositer seride hiperplazi.	Naegeli tipi, akut	Prednisolon, transfüzyon ve antibiyotikle klinik nisbi iyileşme.
8	A. Ş. 36 K 176/1329 (1963)	Hafif ateş, yaygın ve çok büyük adenopati, ödem, lenfa düğümü biyopsisinde monositler olması muhtemel lösemik infiltrasyon, bir parmak karaciğer büyüklüğü, pelvis ve göbeğin sağ tarafına taşan dalak büyüklüğü.	Derin anemi, monositler (11 %), granülositer seride ileri derecede sola kayma ve yüksek (220,000) lökositler, kemik iliğinde monositler, retiküler ve granülositer hiperplazi.	Naegeli tipi, akut	Antibiyotik ve NH ₂ , ile klinik nisbi iyileşme.
9	F. T. 31 E 644/4942 (1963)	Dermansızlık, dispne, ateş, yaygın ve orta büyüklükte adenopati, lenfa düğümüden yapılan biyopside retiküler hücreli sarkom teşhisine varıldı, dalak doğumdan önce iki parmak ve doğumdan sonra dört parmak büyük bulundu (hasta kliniğe geldiği zaman 7 aylık gebe idi).	Derin anemi, yüksek (92 %) monositler ile müterafık yüksek (42,000) lökositler ve trombositopeni. Kanama testleri bozuk. Kemik iliği monositler ve retiküler histiyositer hücrelerle infiltrate.	Schilling tipi, akut	Antibiyotik, transfüzyon ve prednisolon ile sağlanan klinik iyilik doğumdan sonra 6 - MP ilâvesine rağmen fenalığa değışti.

his koyarken histopatolojik tetkikin retikülosarkom veya Hodgkin hastalığı olarak tesbit ettiği durumlarda klinik ve hematolojik bulgulara ön plânda kıymet verdik. Monositer löseminin kronik şekillerinin tesbitinde de gene Sinn ve Dick'in (1) kabul ettikleri kriteriyumlar göz önünde tutuldu. Bu kriteriyumlar iki noktada ifade olunabilir : I. Hastalığın devam süresinin bir seneden uzun olması, 2. ilk muayenede kemik iliğinin akut lösemiye has tabloyu göstermemiş bulunması.

VAK'A TAKDİMİ

Takdim etmek istediğimiz dokuz adet monositer lösemi vak'asının özellikleri 92 - 93 sayfelerdeki tabloda kaydedilmiştir.

MÜNAKAŞA

Vak'alarımızın klinik ve hematolojik özelliklerinin münakaşasına başlamadan önce klinikde monositer lösemi teşhisinde karşılaşılan güçlükleri ve bunun sebeplerini açıklamak isteyoruz. Bu güçlüğü başlıca iki sebebi vardır. Bunlardan bir tanesi monositer löseminin retikülosarkom ve hodgkin hastalığı ile akraba olması ve bu yüzden bazan monositer lösemi vak'alarının bu iki hastalığın atipik şekilleri olarak karşımıza çıkmasıdır (2, 3). Nitekim bizim 2 inci vak'amızda karaciğer ve dalak aspirasyon biopsilerinin tetkikinde Hodgkin hastalığı şüphesi ifade edilmiş, fakat perifer kanında sonradan yüksek nisbette monositozun tesbit edilmesi sayesinde doğru tehise gitmek kabil olmuştur. 9 uncu vak'amızda da lenfa düğümü biopsisinde retikülüm hücreli sarkom teşhisine gidilmiş olmasına rağmen perifer kanındaki yüksek monositoz göz önünde tutularak doğru teşhis koymak kabil olmuştur. Monositer lösemi teşhisindeki güçlüğü ikinci ve nadir görülen bir sebebi de monositer hücrelerin yanlış idantifiye edilmeleridir. Böyle bir durum bizim 4 üncü ve 6 ıncı vak'alarımızda vukubulmuştur. 4 üncü vak'anın ilk tetkikinde hiç bir organ büyüklüğünün ve adenopatinin mevcut olmayışı ve perifer kanındaki hücrelerin lenfosit olarak kabul edilmeleri hastadaki derin aneminin ve trombositopeninin sebebini aplastik anemide görmek gibi bir hatalı yola bizi sevketmiştir. Bu vak'anın ikinci tetkikinde periferdeki hücrelerin çoğunun blast karakterde oldukları görülerek akut bir lösemi üzerinde du-

rulmuş ve ancak hastanın üçüncü defa klinige alınmasında dış eti hipertrofisi ile rektal leziyonun tesbit edilmesi monositer lösemi ihtimâlini düşündürmüştür. Bu düşünce ile gerek perifer kanında ve gerek kemik iliğinde yapılan sitolojik inceleme monositer lösemi ihtimalini teyit etmiştir. 6 ıncı vak'amızda önce lenfoblastik lösemi üzerinde durulmuş, fakat bilâhare yaptırılan lenfa düğümü biopisisinde monositer lösemik infiltrasyon tipinde lenfoma teşhisinin ortaya konulması karşısında tekrar edilen sitolojik incelemede monositleri idantifiye etmek kabil olmuştur.

Şimdi sayıları 9 adet olan monositer lösemili vak'a larımızın klinik ve hematolojik özelliklerini literatürdekilerle karşılaştıracğız. 1956 yılından önceki on sene zarfında Sinn ve Dick (1) taraflarından John Hopkins hastanesinde müşahede olunan 25 monositer lösemi vak'asından 17 si akut 8 si kronik olduğuna göre akut vak'alar kronik olanların iki misli demktir. Bizim akut vak'alarımız 6, kronik vak'alarımız 3 adet olduğuna göre nisbet Sinn ve Dick'in vak'alarındakinin aynıdır. Aynı otörler ayrıca literatürden 14 adet kronik vak'a toplamışlardır. Bu duruma göre biz de Sinn ve Dick'in (1) fikirlerine iştirak ederek monositer löseminin kronik şeklinin mevcudiyetine inanıyor ve bu vak'aların zannedildiğı kadar nadir olamadığını kabul ediyoruz. Bu kanaat Dameshek ve Gunz'un (4) görüşleri ile tezat halindedir. Bu sonuncu otörler monositer löseminin kronik şeklinin nadir, belki de gayri mevcut bulunduğı fikrini ileri sürüyorlar. Şimdi biz sayıları 3 adet olan kronik vak'aları mızdaki hastalık belirtileri ile literatürdeki vak'alara ait olanları karşılaştıracğız. Bu otörlerin topladıkları 22 vak'adan üçü müstesna geriye kalan 19 vak'ada musabiyet yaşları 40 dan yukarı olduğu halde bizim vak'alarımızın hepsinin yaşları 40 dan aşağı idi. Buradaki farklı durum bizim vak'alarımızın mahdut sayıda bulunması ve memleketimizde yaşlı hastaların hastaneye müracaatlarının gençler kadar sık vukubulamayışı ile izah edilebilir. İnisiyal semptom bizim vak'alarımızda da hafif ateş ve halsizlikten ibaret idi. Literatürdeki vak'alarda adenopatinin hiç bulunmadığı veya hafif olduğu bildirilmiştir. Bizim vak'alarımızdan iki tanesinde de adenopati hastalık müddetince mevcut değildi. Vak'alarımızdan ikisinde hem dalak, hem de karaciğer büyüklüğü, üçüncüsünde sadece karaciğer büyüklüğü mevcuttu. Bu durum literatürdeki vak'alarda

tesbit edilenlere uymaktadır. Sinn ve Dick'e (1) göre kronik monositer lösemide dış eti leziyonu akut vak'alardaki kadar sık değildir ve ancak terminal bir belirti olarak ortaya çıkar. Bizim bir vak'amızda tesbit ettiğimiz dış eti leziyonu da geç (bir senedn fazla bir müddet sonra) meydana gelmiştir. Literatürdeki 22 vak'adan ancak iki tanesinde rektal leziyon tesbit edilbeilmiş olması göz önünde tutulunca bizim topu topu 3 adet olan vak'alarımızda ne rektal ve ne de gastroentestinal traktüsün diğer kısımlarına ait bir leziyon mevcut olmayışı literatürdeki bulgulara uygun düşmektedir. Lâboratuvar bulgularına gelince : Anemi bizim vak'alarımızda da literatürdeki vak'alara uygun olmak üzere erken bir belirti olarak tesbit edilmiştir. Literatürdeki vak'aların çoğunda erken devirde lökopeninin mevcudiyeti bildirilmekte ise de bizim vak'alarımızın kliniğe geç müracaat etmelerinden dolayı lökosit sayısı hepçinde normalin üstünde bulunuyordu. Literatürdeki vak'aların başlangıcında lökosit formülünde monositozun her vak'ada mevcut bulunmadığı tesbit edilmiştir. Bizim vak'alarımızdan bir tanesinde de (Vak'a 2) aşikâr monositoz hastalığın ancak sonraki devirlerinde (hastanın üçüncü müracaatında) ortaya çıkmıştır. Literatürdeki vak'aların ekserisinde muayyen bir derecede trombositopeni görüldüğü ve bunun ancak hastalığın son devirlerinde aşikâr dercelri bulunduğu bildirilmektedir. Bizim vak'alarımızdan bir tanesi hariç (Vak'a 1) hiç birisinde ileri derecede trombositopeni görülmemiş ve kanama diyazeti ortaya çıkmamıştır. Kemik iliği vak'alarımızdan iki tanesinde yapılmıştır. İncelemenin erken devrede yapılmış olduğu vak'a 2 de ilikte eritrositer seride depresyon, miyeloit seride hiperaktiviteden başka değişiklik görülmemiştir. Kemik iliğinin geç devrede incelendiği vak'a 8 de monositer ve retiküler hücrelerde hiperplazi bulunmuştur. Literatürdeki vak'aların ekserisinde hastalığın başlangıcında ilikte lösemik değişiklik görülmemiş, fakat perifer kanında olgunlaşmamış hücrelerin mevcut bulunduğu her vak'ada ilikte lösemik infiltrasyon müşahede olunmuştur. Bu itibarla bizim çok mahdut sayıdaki vak'alarımızda tesbit ettiğimiz kemik iliği bulguları literatürdeki vak'alara ait olanlarla mutabakat halindedir. Kronik vak'alara ait bölümü kapatırken bizim bu vak'aları (vak'a 1, 2, 8) kronik sınıfa koyuşumuzun sebebini açıklamak isteriz. Her üç vak'ada anamnez ve klinik seyir hastalığın bir sene-

den daha uzun devamettiğini gösterdiğ için (1) vak'alar kronik şekil olarak kabul edildi.

Şimdi sayıları 6 adet olan akut vak'alarımızın özelliklerini Sinn ve Dick'in sayıları 17 olan akut vak'alarınınkilerle karşılaştıracğız. Literatürdeki vak'alara ait musabiyet yaşı (8-60), musabiyetin cinsiyetle olan münasebeti (1/1), diş etlerinin (2/3) ve gastroentestinal traktüsün (1/3) hastalığa iştiraki, adenopatinin (hafif derecede) ve dalak - karaciğer büyüklüğünün (orta derecede) derecesi ile ilgili bulgular bizim vak'alarımızda tesbit olunanlara ufak farklarla uymaktadır. Lâboratuvar bulgularına gelince : Lökosit sayısı literatürdeki vak'aların mühim bir kısmında normal olduğu halde bizim vak'alarımızda, lökopeni gösteren bir tanesi müstesna, orta veya ileri dereceleri bulan lökositoz tesbit edilmiştir. Bu farklı durum bizim vak'alarımızın kliniğe geç müracaat etmiş olmaları ile kabili izahtır. Sinn ve Dick (1) kendi vak'alarında perifer kanında bazan tek tük miyelosite rastladıklarını bildiriyorlar. Bizim vak'alarımızdan birisinde (vak'a 7) granülositer serinin genç elemanlarına yüksek nisbette rastlanmış ve bu vak'a Naegeli tipi akut monositer lösemi olarak kabul edilmiştir. (Naegeli tipinin kronik şekline uyan 8 inci vak'amızda da aynı perifer kanı bulguları tesbit edilmiştir). Sinn ve Dick (1) vak'alarında bu bakımdan bir tasnif yapmadıklarına göre Naegeli tipini, monositer löseminin bir varyitesi olarak kabul etmemektedirler. Kemik iliği otörlerin vak'alarında ekserisi blastlardan ibaret olmak üzere monositer infiltrasyona uğramıştır. Bizim vak'alarımızdan kemik iliği yapılan beş tanesinde ilik, löseminin tipine göre değişmek üzere, farklı tablolar göstermiştir. Schilling tipine tevafuk eden 4 vak'adan üçünde, otörlerin vak'alarındakine uygun olmak üzere, sadece monositer, bir tanesinde histiyomonositer infiltrasyon tesbit edilmiştir. Buna mukabil Naegeli tipine tevafuk eden bir vak'ada monositer infiltrasyon yanında granülositer seriye ait hiperplazi ve sola kayma müşahade olunmuştur. Berkheiser'e (2) göre monositer löseminin Naegeli tipi preiferde ve kemik iliğinde miyeloblastlarla monositler arasındaki geçit şekillerinin mevcudiyeti ile karakterize olup miyelomonositer lösemi olarak tanınmaktadır. Schilling tipi ise histiyomonositer lösemi adı ile anılmakta olup

retiküloendotelyal hücrlerle monositler arasında transiziyon şekillerinin hâkimiyeti ile karakterizedir. Monositer lösemnin bu şekline histiyositik lösemi, lösemik retiküloendotelyoz veya maling retiküloz gibi karışıklığa sebep olan bir çok isimle verilmiştir. Bizim tekmil vak'alarımız arasında iki adet Naegeli tipi monositer lösemi mevcut olup bunlardan bir tanesi akut, diğeri kronik sınıfa dahildir. Yedi adet olan Schilling tipi vak'alarımızdan beş tanesi akut, iki tanesi kronik seyretmiştir. Bu duruma göre Schilling tipinin daha çok akut, Naegeli tipinin daha ziyade kronik seyretmek temayülünde bulunduğ düşünülebilir. Berkheiser'e (2) göre yaşama şansı Schilling tipi vak'alarda Naegeli tipindekilere nazaran daha kısadır. Bu görüş bizim biraz önce belirttiğimiz kanaatin, yani Schilling tipi vak'aların tercihan akut, Naegeli tipi vak'aların daha ziyade kronik seyretmek temayülünde bulundukları şeklindeki görüşümüzün başka bir deyimle ifadesidir.

Yazımızın sonunda vak'alarımızın tedavilerinde kullandığımız tedavi vasıtalarından aldığımız sonuçları kıymetlendirmek istiyoruz. Dameshek ve Gunz'a (5) göre akut monositer lösemi diğeri lösemi tiplerine nazaran tedaviye çok daha az cevap verir. Folik asit antagonistleri, 6 - MP ve steroitler masif dozlarda dahî hiç veya pek az tesirlidirler. Bu otörler TEM veya chlorambucil gibi ağız yolu ile kullanılan Nitrogen mustard derivelerinden bazan faydalı sonuçlar aldıklarını, buna mukabil steroitlerin hastalığın seyrini fenalaştırabileceğini söylüyorlar. Sedat Tavat ve arkadaşları (6) ACTH ve Cortison ile tedavi ettikleri bir monositer lösemi vak'asında bu tedavi altında hastalığın kötüleştiğine şahit olmuşlardır. Rosenthal ve arkadaşlarının (7) bir vak'asında da aynı tedavi hastalık belirtilerini arttırmaktan başka işe yaramamıştır. Kınacıgil'in (8) bir vak'ası ACTH, Cortison, Urethan ve yüksek doz B₁₂ tedavisinden faydalanmamıştır. Buna mukabil Rimbaud ve arkadaşlarının (9) vak'asında antibiyotik himayesinde 6 - MP ile birlikte tatbik olunan prednisolön tedavisi klinik ve hematolojik salah temin etmiştir. Biz kendi vak'alarımızda antibiyotik, transfüzyon, steroit, NH₂, TEM ve 6 - MP gibi tedavi vasıtalarını kullandık. Tedavi vasıtalarının tatbik şekli ve kombinasyon durumu bakımından vak'alarımızı üç grupta toplamak kabildir. 1 — Antibiyotik + Transfüzyon + Steroit ile tedavi edilen vak'alar : Sayıları beş adet olan bu

gruptaki vak'aların 4 tanesi Schilling tipi akut lösemi, bir tanesi aynı tipin kronik şekli idi. Bunlardan üçü akut (vak'a 3, 7, 9) birisi kronik (vak'a 6) olmak üzere 4 vak'ada sadece klinik iyileşme, akut olan bir tanesinde (vak'a 6) hem klinik hem hematolojik iyileşme elde edildi. 2 — Antibiyotik + Transfüzyon + NH_2 veya TEM ile tedavi edilen vak'alar : Her ikisi kronik şekle dahil bulunan ve birisi (vak'a 2) Schilling tipi, diğeri (vak'a 8) Naegeli tipi olan iki vak'ada bu tedavi sadece nisbî klinik iyileşme sağladı. 3 — Antibiyotik + Transfüzyon + 6 - MP ile tedavi edilen vak'alar : Her ikisi Schilling tipinin akut şekline uyan bu vak'alarda (vak'a 4, 5) tedavi tesirsiz kalmıştır. Bu vak'alarda tedavinin tesirsiz kalışında 6 - MP nin geç tatbik edilmesinin rolünü hesaba katmak icabeder. Netice olarak denilebilirki literatürdeki bilgilere göre monositre lösemi vak'alarında antibiyotik, transfüzyon ve steroit yanında NH_2 ve deriveleri ile 6 - MP'nin kullanılması uygundur. Fakat biz monositer lösemi tedavisinin, bilhassa tedaviye alınmaları geç kalmış vak'alarda, yüz güldürücü olmadığı kanaatını kendi vak'alarımızdaki müşahedeye dayanarak ifade etmek isteriz.

ÖZET

1 — Altısı akut, üçü kronik şekle uyan ve yedisi Schilling tipinde, ikisi Naegeli tipinde bulunan dokuz adet monositer lösemi vak'ası takdim olundu.

2 — Monositer lösemnin teşhisinde karşılaşılan güçlüklerin iki sebepten ileri geldiğine işaret olundu. Bu sebeplerden bir tanesinin monositer lösemnin retiküsarkom ve Hodgkin hastalığı ile ak-raba olmasından, diğerrinin monositlerin idantifikasyonunda rastlanan güçlükten ibaret bulunduğu vak'alara dayanılarak açıklandı.

3 — Monositer lösemnin kronik şeklinin mevcut bulunduğu ve bunun zannedildiği kadar nadir olmadığı tebarüz ettirildi.

4 — Takdim olunan dokuz adet monositer lösemi vak'ası klinik ve hematolojik özellikleri bakımından münakaşa edildi ve literatürdeki vak'alarla karşılaştırıldı. Naegeli tipinin daha ziyade kronik, Schilling tipinin ise tercihan akut seyretmek temayülünde bulunduğu kanaati ortaya konuldu.

5 — Literatürdeki bilgilere göre monositer lösemi vak'alarında antibiotik, transfüzyon ve steroid yanında NH_2 ve deriveleri ile 6 - MP'nin kullanılmasının uygun olacağına işaret edildikten sonra bu yazıda takdim olunan vak'alarda elde edilen tedavi sonuçlarına dayanılarak monositer lösemi tedavisinin, bilhassa tedavisi gecikmiş vak'alarda, yüz güldürücü olmadığı kanaati tebrüz ettirildi.

SUMMARY

Monocytic Leukemia

1 — Nine cases of monocytic leukemia are presented, of which 6 cases are of the acute form and 3 cases of a chronic nature or 7 cases of the Schilling type and 2 cases of the Naegeli type.

2 — Two kinds of difficulty in the diagnosis of monocytic leukemia has been mentioned. One is the relationship between monocytic leukemia and tumorous conditions such as reticulosarcoma and Hodgkin disease. Secondly diagnostic problems in the identification of monocytes can be considerable.

3 — It is the opinion of the authors that the chronic form of monocytic leukemia is a reality and that its occurrence is not so rare as claimed by many authors.

4 — The clinical and hematological features in these cases compared with those from the literature. It is suggested that in general the Naegeli type of disease tends to be chronic, and the Schilling type to be acute.

5 — On the basis of data from the literature it is advisable to use therapeutic agents such as antibiotics, blood transfusions, steroids, 6 - MP, NH_2 and its derivatives in the treatment of monocytic leukemia, but the results of treatment of the cases suggest that any form of treatment in monocytic leukemia is not completely satisfactory, especially in the advanced stages of the disease.

LİTERATÜR

1. Sinn, C. M. : Monocytic leukemia. Am J. Med; 20 : 588 - 602, 1956.
2. Berkheiser, S. W. : Studies on the comparative morphology of monocytic leukemia, granulocytic leukemia and reticulum cell sarcoma. Cancer, 10 : 606 - 616, 1957.

3. Custer, R. P. and Bernhard, W. G. : The interrelationship of Hodgkin's disease and other lymphatic tumors. Am. J. Med. Sc., 216 : 625, 1948.
 4. Dameshek, W. and Gunz, F. : Leukemia. Grune and Stratton, New York and London, 1958, P. 16.
 5. Dameshek, W. and GUNZ, F. : Leukemia Grune and Stratton, New York and London, 1958, P. 377 - 379.
 6. Tavat, S., Garan, R., Göksel, F. ve Türker, K. : Seyri esnasında diabetes insipidus teşekkül eden bir monositer lösemi vak'ası. İstanbul Tıp Fak. Mec., 18 : 81 - 88, 1955.
 7. Rosenthal, M. C., Saunders, R. H., Schwartz, L. I., Zannos, L., Santiago, E. P. and Dameshek, W. : The use of adrenocorticotropic hormone and cortison in the treatment of leukemia and leukosarcoma. Blood, 6 : 804 - 823, 1951.
 8. Kınacıgil, R. T. : Reticulose histiomonocytaire (Reticulose histiocytaire maligne cutanée avec monocytémie de type leucémoid). Annales de dermatologie et de syphilographie, 88 : 138 - 149, 1961.
 9. Rimbaud, M. M. P., Ravoire, J. et Duntze, F. : Gingivite hyperthrophique révélatrice d'une leucose à monocytes. Bulletin de dermatologie et de syphilographie, 66 : 645 - 646, 1959.
-

Mecmuaya geldiği tarih : 28 - Nisan - 1964