



لوسمی‌ها و لنفوم‌های کودکان

کنفرانس

کلینیکال

پاتولوژی

GPC

گزارش یک مورد لوسمی حاد لنفوبلاستیک (ALL) با
بروز تظاهرات دهانی، دندانی، بعنوان اولین
نشانه‌های تشخیصی.

بحث بالینی: دکتر مسعود فلاحی نژاد

دستیار تخصصی بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بحث پاتولوژی: دکتر محمد مشرف

استادیار بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه مقاله:

لوسمی حاد شایع‌ترین بدخیمی دوران کودکی است. عوارض دهانی این بیماری ممکن است قبل از بروز تظاهرات عمومی آشکار شود. پسر ۱۲ ساله‌ای بعلت آبسه دندان به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی ارجاع شد. در معاینه دهانی غیر از پوسیدگی و آبسه همراه آن، لقی درجه ۳ ژنرالیزه دندانها و لنفادنوپاتی حساس تحت فکی دو طرفه مشاهده گردید. همزمان با درمان آبسه توسط آنتی بیوتیک، Work up کامل خونی بعمل آمد، ولی هیچ نشانه‌ای از غیرعادی بودن عناصر خونی مشاهده نشد. در جریان دومین آزمایش کامل خون و امتحان مورفولوژی وجود سلولهای Blast نابالغ در خون محیطی محرز گردید و با تشخیص احتمالی All

به مرکز طبی کودکان دکتر اهری معرفی گردید و امتحان مغز استخوان، تشخیص لوسمی لنفوبلاستیک نوع L3 را مسجل نمود و بیمار تحت درمان رایج پزشکی قرار گرفت. بیمار هم اکنون در دوره Remission کامل بوده و دندانهای از نظر لقی به حالت طبیعی برگشته‌اند: دندان $\frac{1}{8}$ بدون نیاز به درمان ریشه تر ترمیم شده است و بدین ترتیب آبسه $\frac{1}{8}$ هیچ ارتباطی با پوسیدگی نداشته است.

بحث بالینی:

در سالهای اخیر، پیشرفتهای قابل ملاحظه‌ای در تشخیص انواع لوسمی و درک بهتر از اتیولوژی آنها و در نتیجه درمان آنها حاصل شده است. این مسئله خصوصاً در لوسمی حاد لنفوبلاستیک

مقاله ذیل گزارش
کنفرانس کلینیکال
پاتولوژی است که در
سال ۱۳۷۲ در
دانشکده دندانپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی
شهید بهشتی برگزار
گردیده است که برای
راحتی درک مطالب
بصورت ذیل آماده و
ارائه گردیده است.

۱- لوسمی حاد:

- a) Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)
- b) Acute Non- Lymphoblastic leukemia (ANLL)
- c) Neonatal Leukemia (NL)

۲- لوسمی مزمن:

Chronic Mylogenous Leukemia (CML)

- a) Adult form,
- b) Juvenile form

لوسمی مزمن (CML) در کودکان نادر است (۱ تا ۵٪). فرم Adult در نوجوانان و فرم Juvenile در شیرخواره‌ها دیده می‌شود. لوسمی نوزادی (NL) در ماه اول زندگی اتفاق می‌افتد و ممکن است با سندرم داون و یا دیگر ناهنجاریهای کروموزومی مرتبط باشد، لذا به لوسمی مادرزادی نیز معروف است. لوسمی حاد غیر لنفوسایتیک (ANLL) ۲۵٪ لوسمی حاد کودکان را تشکیل می‌دهد و تظاهرات کلینیکی مشابه با ALL دارد ولی درمان و پیش‌آگهی متفاوتی دارد (۱).

لوسمی حاد لنفوبلاستیک

:(ALL)

اپیدمیولوژی: ALL شایع‌ترین بدخیمی دوران کودکی است، بطوریکه هر سال نزدیک به ۲۰۰۰ مورد در امریکا تشخیص داده می‌شود. اوج سنی وقوع ALL ۶-۲ سال است و در پسرها شایع‌تر از دختران است و در سفیدپوستان دو برابر سیاه‌پوستان است. (۱)

اتیولوژی، علت ALL مثل سایر سرطانها شناخته شده نیست. اخیراً تحقیقات روی ژنهای مسئول سرطان،

NHL دوران کودکی در تمام مناطق مختلف لنفاوی از جمله غدد لنفاوی پلاکهای Peyer و حلقه Waldeyer، تیموس، مغز استخوان و... رخ می‌دهد و سرعت منتشر می‌شوند. NHL کودکان به سه نوع Histiocytic Undifferentiated و Lymphoblastic (Burkitt's type , Non- Burkitt's



تصویر ۱: چهره بیمار در زمان اولین مراجعه

type) تقسیم می‌شود. در بالغین فتوتایپ B-Cell در حالیکه در کودکان هم فتوتایپ B-Cell (Burkitt's type) و هم فتوتایپ T-Cell شایع است. (۱)

Leukemias: لوسمی‌ها با تکثیر نئوپلاستیک بافتهای سازنده گلبولهای سفید در مغز استخوان ایجاد می‌شوند و با تظاهر سلولهای نئوپلاستیک در خون و افزایش گلبولهای سفید خون محیطی مشخص می‌شوند (۲ و ۳) و به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می‌شوند:

(ALL) بارزتر و چشمگیرتر است. نسبت به ۴۰ سال قبل که تقریباً اغلب مبتلایان به ALL در مدت کمتر از ۲ یا ۳ سال تسلیم مرگ می‌شدند، اکنون بیش از ۵۰٪ این بیماران حداقل ۵ سال یا بیشتر قادر به ادامه حیات خود در سایه درمانهای مدرن Clinical Oncology می‌باشند. ۳۰ سال قبل کوشش محققین بیشتر در زمینه بهتر کردن روشهای درمانی و پیدا کردن راههای درمانی مؤثرتر صرف می‌شد، در حالیکه امروزه این کوشش در جهت ایجاد دوره‌های طولانی‌تر در ادامه حیات این بیماران معطوف گردیده است. (۱)

لوسمی‌ها و

لنفوم‌های کودکان:

لوسمی‌ها با توجه به بعضی از خصوصیات و خط مشی کلینیکی و علائم و نشانه‌های مشترک با لنفوم‌ها در یک گروه بزرگتر از طبقه‌بندی بیماریها، بنام لوسمی‌ها و لنفوم‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

Lymphomas: اساساً سرطانهای بافت لنفوئید هستند که با تکثیر و تجمع سلولهای متعلق به همان بافت وجود و به دو دسته تقسیم می‌شوند:

- (۱) Hodgkin's (HL)-
- Lymphomas: بطور ثابت از یک غده منفرد یا زنجیره غدد لنفاوی که از نظر آناتومی بهم پیوسته هستند سرچشمه می‌گیرند.
- (۲) Non- Hodgkin's (NHL)
- Lymphomas: در ۶۵٪ موارد غدد لنفاوی و ۳۵٪ موارد بافت‌های ارگانهای پارانشیمی را گرفتار می‌کند.

(۲)

ناهنجاریهای کروموزومی و ویروسهای سرطانزا معطوف شده است (۲ و ۴). عوامل محیطی مثل رادیاسیون، تشعشعات اتمی، و در معرض مواد شیمیایی قرار گرفتن را نیز می توان نام برد. در ناهنجاریهای کروموزومی ۷ و ۱۴ خطر ابتلا به بدخیمی لنفوما و ALL در تریزومی ۲۱ شانس ابتلاء به ALL ۱۵ مرتبه بیشتر است. (۱).

طبقه بندی مورفولوژیک، قابل استفاده ترین طبقه بندی مربوط به FAB است.

(French, American, British cooperative working group) که ALL به L1 و L2 و L3 طبقه بندی می شود:

L1: لنفوبلاستهای کوچکتر، سیتوپلاسم کم و

هستک های غیر واضح یا بدون هستک که در ۸۵٪ موارد اتفاق می افتد.

L2: لنفوبلاستهای بزرگتر، سیتوپلاسم بیشتر و هستک های واضح و بیشتر از یکی.

L3: شبیه به سلولهای لنفوم بورکیت با هسته های کاملاً پررنگ و سلولهای نسبتاً درشت لنفوئیدی است (۱).

تظاهرات بالینی (ALL):

شایع ترین علائم و یافته های فیزیکی که در نتیجه: آنمی، ترومبوسیتوپنی و نوتروپنی پدید می آید شامل: رنگ پریدگی، خستگی، بی اشتها، پتشی، پورپورا، خونریزی و عفونت

می باشد. لنفادنوپاتی موضعی یا منتشر، هپاتومگالی و اسپلنومگالی از عواقب انتشار لوسمی خارج از غده لنفوی هستند. انتشار لوسمی در پریوستیوم و استخوان اغلب اتفاق می افتد و درد استخوان اغلب بصورت لنگیدن یا امتناع از راه رفتن در کودکان جوان شایع است. و این علائم در کودکان مبتلا به ALL از چند روز تا ماهها



تصویر ۲: نمای کلینیکی ۱/۱۶ همراه با آبسه و سیتوبلار

طول می کشد. این علائم در کودکان اختصاصی نیست و ممکن است ALL از نظر کلینیکی شبیه تعداد دیگری از بیماریهای دوران کودکی مثل منونوکلئوزیس عفونی، عفونتهای مزمن ویروسی و آرتریت های روماتیسمی باشد. شمارش گلبولهای سفید خون محیطی ممکن است طبیعی یا پائین تر باشد، اما تقریباً در ۱/۳ بیماران شمارش اولیه لوکوسیت ها بیشتر از ۲۰۰۰۰ در میلیمتر مکعب خون است (۱ و ۲ و ۴).

تظاهرات دهانی، دندان

(ALL):

تظاهرات عمده عبارتند از:

التهاب لثه، افزایش حجم لثه، خونریزی و پتشی و زخم لثه، افزایش حجم لثه Hyperplasia یکی از ثابت ترین اشکال این بیماری به استثنای افراد بی دندان می شود، معمولاً بصورت منتشر بوده و از نظر شدت متفاوت است و در بسیاری موارد ممکن است دندانها بطور کلی مدفون شوند. لثه ها اسفنجی، ادماتوز و شدیداً قرمز

هستند و به آسانی خونریزی می کنند. تورم لثه بعلت انتشار گلبولهای سفید در نواحی آزرده نسبتاً مزمن می باشد. ضایعات پورپورای مخاط دهانی مشابه اکیموزهای جلدی ممکن است دیده شوند. (۳ و ۵)

لثی سریع دندانها بعلت نکروز پریدنتال

لیگامان گزارش شده است و تخریب سریع استخوان الوتول نیز در بعضی موارد اتفاق می افتد.

تغییرات رادیوگرافیک در پانورامیک شامل تغییرات در تکامل کرپیت های دندانی، تخریب لامینادورا، جابجایی دندانها و کاهش تراکم رادیوگرافی استخوان در این ناحیه همراه است (۴، ۵، ۶ و ۷). البته هر بیماری که سبب تضعیف ایمنی و تضعیف مغز استخوان شود و بیماری ارگانهای خون ساز ممکن است یک یا بیشتر از یافته های دهانی لوسمی حاد را در زمان تشخیص اولیه اش داشته باشند. (۵).

اختلالات عصبی مانند پارستزی در قسمتی از صورت یا دهان گاهی همراه با

طبقه بندی FAB شرح ذیل است:
 L1: دوره Remission و Survival طولانی است.
 L2: پیش آگهی بدی دارد.
 L3: پیش آگهی از L1 و L2 بدتر است (۱).

تشخیص افتراقی تظاهرات دهانی لوسمی حاد با سایر بیماریها:

تظاهرات دهانی بعضی بیماریها و سندرمها ممکن است وجوه مشابهی با لوسمی حاد داشته باشند که در معاینه و تشخیص افتراقی به چند بیماری مهم اشاره می شود:

- ۱- هیستوساتیوزیس X (مالتیپل ائوزینوفیل گرانولوما و هندشولر کریستین).
- ۲- نوتروپنی دوره ای و مادرزادی

- ۳- سندروم چدیاك هیگاشی
- ۴- اگرانولوسیتوز
- ۵- سندروم پاپیلون لوفور
- ۶- دیابت جوانان
- ۷- پریدنتائیتیس جوانان
- ۸- هیپوفسفانازیا
- ۹- هیپرپاراتیروئیدسم

ملاحظات دندانپزشکی در

بیماران لوسمی حاد:

در بیماران لوسمیک بطور کلی باید از هر گونه دستکاری دندانپزشکی نظیر جرمگیری زیر لثه، کورتاژ، درمان ریشه و کشیدن اجتناب شود، چرا که نتیجه ای

نگهدارنده و تقویت آن اکثریت بیماران ظرف ۱ تا ۲ ماه عود بیماری دارند. دو داروی غـالب در این دوره Methotrexate و Mercaptopurine-۶ و همچنین استفاده توام با Cyclophosphamide است.

عود بیماری ممکن است در مغز استخوان، سیستم اعصاب مرکزی و بیضه ها اتفاق افتد. (۱)



تصویر ۳: نمای رادیوگرافیک O.P.G به تخریب استخوانی خصوصاً در نواحی دندانهای خلفی فک پائین توجه شود.

پیش آگهی:

سن و شمارش اولیه لوکوسیتها دو عامل مؤثر در پیش آگهی هستند. کودکان کوچکتر از ۲ سال و بالاتر از ۱۰ سال پیش آگهی بدتری دارند و بدترین پیش آگهی برای کودکان کمتر از یک سال است. کودکان ۲ تا ۱۰ سال بهترین پیش آگهی را دارند. کودکان با شمارش گلبولهای سفید بالاتر در زمان تشخیص، پیش آگهی بدتری دارند. عوامل مؤثر دیگر عبارتند از:

نژاد، بزرگ شدن عضوی، لنفادنوپاتی و... و از جمله طبقه بندی مورفولوژیکی FAB. پیش آگهی در

درد نیز دیده شده است (۸). گاهی علائم دهانی مقدم بر علائم عمومی کلینیکی بوده بطوریکه بیمار قبل از مراجعه به پزشک، به دندانپزشک مراجعه می کند. (۳، ۴، ۵، ۷ و ۹).

درمان لوسمی حاد در کودکان:

به نسبتی که آگاهی ما از ALL افزایش

یافته است، ارزیابی و درمان کودکان با این بیماری پیچیده تر شده است. درمان رایج به چهار مرحله تقسیم می شود:

(۱) Remission

Induction: که اولین هدف درمانی ALL است، مغز استخوان باید دارای سلولهای طبیعی کمتر از ۵٪ لنفوبلاست باشد و شمارش خون محیطی در محدوده نرمال قرار

گیرد. داروهای مورد استفاده در این دوره عبارتند از:

Daunorubicin, L-Asparaginase, Vincristine, Prednizone و Anthracycline. این دوره چهار هفته طول می کشد.

(۲) Central Nervous System prophylaxis: شامل رادیوتراپی جمجمه به مقدار *CGY ۲۴۰۰-۱۸۰۰ و نیز Methotrexate بصورت داخل نخاعی است که بعد از پایان مرحله اول انجام می گیرد.

(۳ و ۴) Maintenance and

consolidation therapy: بدون درمان



تصویر ۴: نمای کلینیکی بیمار یک هفته بعد از اولین معالجه

جز وخیم تر شدن حال عمومی بیمار و عفونت بیشتر نخواهند داشت (۴) و درمان دندانپزشکی باید تا مرحله Remission کامل به تعویق افتد. درمانهای پیشگیری مثل استفاده از دهان شویه ها و جرمگیری بالای لثه و تمیز کردن مختصر انساج نکتروتیک در جلوگیری از پیشرفت ضایعات دهانی مؤثر هستند (۴).

در بیماران مبتلا به لوسمی یا لنفوما، نقش بهداشت و پیشگیری در کاهش مشکلات عفونی پریدنتال در خلال شیمی درمانی محرز گردیده است. در یک تحقیق استفاده از دهان شویه کلرگزیدین دی گلوکونات ۰/۲٪ سه بار در روز بجای مسواک کردن، نتایج مطلوبی داشت (۱۰). هر چند در تحقیق دیگر، کلرگزیدین ۰/۲٪ نه تنها اثر مطلوبی نداشت بلکه در مواردی عوارض

جانبی بدنبال داشت، لذا برای کسانی که توانایی مسواک کردن جهت برقراری بهداشت مطلوب دهانی دارند، کلرگزیدین توصیه نمی شود (۱۱).

گزارش مورد:

در تاریخ ۷۲/۴/۲۲ پسر ۱۲ ساله ای به نام پ-ک بعلت آسسه به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی شهیدبهشتی معرفی شد. بیمار یک هفته پیش در یکی از مراکز درمانی دانشگاهی تحت درمان آسسه به آنتی بیوتیک و مسکن قرار گرفته بود.

بیمار سومین فرزند خانواده است (تصویر ۱) و پدر و مادر وی خویشاوندی دو طرفه دارند. (پسرعمو، دخترعمو و پسرخاله، دخترخاله). دو فرزند دیگر سالم هستند. در سابقه بیمار هیچ نکته مثبت از نظر سابقه بیماری و هیچ علائم و نشانه ای بالینی خاصی وجود نداشت.

بیمار تحت معاینه دقیق دهانی و دندانی قرار گرفت. غیر از پوسیدگی $\frac{6}{6}$ ، بقیه دندانها سالم بودند و در بدو امر بنظر می رسید که آسسه، مربوط به پوسیدگی $\frac{6}{6}$ باشد (تصویر ۲) لقی درجه ۳ تمام دندانها بدون پاکت لثه ای دندانهای بودن پاکت لثه ای و نیز حجیم بودن مخاط در پالاتال $\frac{6}{6}$ مشاهده گردید. غدد لنفاوی دو طرفه گردن نیز حساس بود. در رادیوگرافی پانورکس بیمار، از بین رفتن کمرست الوتولی خصوصاً در دندانهای خلفی و محل انشعاب ریشه ها و از بین رفتن کمرست الوتولی خصوصاً در دندانهای خلفی و محل انشعاب ریشه ها و از بین رفتن لامینادورا و نامشخص بودن طرح تراپکولهای استخوانی مشاهده شد (تصویر ۳).

توجه ویژه روی بیماریهایی که عوارض دهانی آنها لقی دندانها و بیماریها پریدنتال می باشد (تشخیص افتراقی) معطوف شد. از بیمار آزمایش کامل خون بعمل آمد. ولی هیچگونه تغییر در عناصر خونی مشاهده نگردید. از نظر عفونت دهانی بیمار مجدداً تحت



تصویر ۵: نمای کلینیکی دهان در زمان Remission (دندان $\frac{6}{6}$ ترمیم شده است).

خاله) احتمالاً در ردیف عوامل ژنتیک قرار می‌گیرد.

یکی از عوارض بیماریهای سیستمیک، بروز تظاهرات دهانی، دندانی است که ممکن است قبل از ظاهر شدن علائم عمومی بالینی و یا حتی لابراتواری آشکار شود.

لوسمی حاد یکی از بیماریهای سیستمیک است که ممکن است بیمار بعلت مشکلات دهانی، دندانی شخصاً به دندانپزشک مراجعه نماید (۳ و ۵ و ۹)

درمان دندانپزشکی چنین بیمارانی قبل از تشخیص قطعی بیماری ممکن است مشکلاتی را برای آنها فراهم کند که عوارض شدید عفونی از جمله آنهاست (۱۲). در گزارش موردی، بیمار بعلت تورم و درد دندان به دندانپزشک مراجعه می‌کند که بعد از کشیدن دندان، درد و تورم ادامه یافته و با تجویز آنتی‌بیوتیک و مسکن مشکل بیمار بر طرف نمی‌شود و نهایتاً در بررسیهای بعدی و بیوپسی از همان ناحیه، لنفومای بورکیت از نوع امریکایی تشخیص داده

می‌شود (۱۳). در گزارش دیگر، بیماری، جهت درمان تورم ناحیه زیر چشم، با دندانهای non-vital و ضایعه پری اپیکال مراجعه می‌کند که با بیوپسی به موقع، لنفومای غیرهوچکینی تشخیص داده می‌شود (۱۴).

در بیمار مورد گزارش ما، آبه‌سه همراه با پوسیدگی در بدو امر ممکن بود که آبه‌سه ناشی از پوسیدگی دندان تلقی شود و پس از آنتی‌بیوتیک تراپی یا در حین آن دندان کشیده شود و بیمار را با معضل روبرو کند. لذا نقش دندانپزشک در بررسی دقیق ضایعات دهانی و

از مراکز عود بیماری در پسران بیضه‌ها هستند که در بیمار مورد گزارش هم اتفاق افتاد که بیوپسی بیضه وجود متاستاز را نشان داد که تحت رادیوتراپی قرار گرفت. وضع عمومی بیمار بعد از گذشت حدود یکسال نسبتاً خوب است



تصویر ۶: چهره بیمار در زمان Remission کامل بیماری.

و هیچگونه علائم دهانی دندانی ندارد (تصویر ۶).

بحث و نتیجه‌گیری:

لوسمی حاد شایع‌ترین بدخیمی دوران کودکی است. هر چند علت آن ناشناخته مانده ولی امروزه توجه روی عوامل متنوعی از جمله ژنتیک، عوامل محیطی، ویروس‌ها و شرایط عدم کفایت ایمنی معطوف شده است (۱). بیمار مورد گزارش ما با توجه به خویشاوندی دو طرفه پدر و مادر (پسرعمو، دخترعمو و پسرخاله و دختر

درمان آنتی‌بیوتیک و بهداشت دهانی قرار گرفت. حدود یک هفته بعد از شروع اولین بررسی آزمایش خونی، تغییراتی در وضعیت عمومی بیمار شامل بروز ندولهایی در پوست سر بیمار، بدحالی و احساس کسالت و دردهای شکمی ظاهر شد. (تصویر ۴) در آزمایش دوم خون و بررسی مورفولوژیک، وجود سلولهای نابالغ بلاست Blast را در خون محیطی نشان داد و در نتیجه با تشخیص احتمالی ALL از نوع L3 (لوسمی حاد لنفوبلاستیک نوع Burkitt) محرز گردید و تحت درمان رایج پزشکی قرار گرفت. از ۷۲/۵/۲۰ شیمی درمانی با تجویز داروهای Prednizolon, Vincristin L-Asparaginase, (Doxorubicin) Adriblastin, Methotrexate آغاز گردید. در طول این دوره شیمی درمانی، بعلت تضعیف سیستم ایمنی بروز عفونتهای باکتریایی، قارچی و انگلی، داروهای کفلین، جتتامایسین، انکوپین، باکتریوم، نیستاتین و مترونیدازول و برای درمان عوارض دیگر زایلوریک و کلسیم فورت و جهت بهداشت دهان ازویوله دوژانسن استفاده گردید.

درمان سیستم اعصاب مرکزی (CNS) با رادیوتراپی و متوترکسات داخل نخاعی انجام شد. در تاریخ ۱۳۷۲/۹/۲ Complete Remission حاصل شد و پوسیدگی $\frac{1}{6}$ بدون نیاز به درمان ریشه ترمیم گردید و بدین ترتیب آبه‌سه $\frac{1}{6}$ هیچ گونه ارتباطی با پوسیدگی نداشته است. (تصویر ۵). لقی دندانها کاملاً بر طرف گردید و وضعیت لثه به حالت عادی درآمد. یکی

تشخیص بیماری هر چند بصورت احتمالی و معرفی بیمار به پزشک در تشخیص زودرس بیماری کمک شایانی می کند .

تقدیر و تشکر:

شهید بهشتی .
خانم دکتر ایزدیار ، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران مرکز طی کودکان دکتر اهروی .

خانم دکتر زره گر ، دستیار تخصصی بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی

منابع و ماخذ:

- leukemia and lymphoma ", J- clin - periodontal May 1991;18(5):346-7.
- 11- Wahlin- Y.B. "Effects of chlorhexidine Mouthrinse on oral health in patients With acute leukemia ", oral- Surg, oral, Med, oral, pathol; sep 1989,68 (3):279,87.
- 12- Cusino - C, "Acute Lymphoblastic leukemia and dental treatment ", Dent- Cadmos., Feb. 1990, 15, 58 (2):81-2.
- 13- Baden E.; Carter R., "Intra oral Presentation of American Burkitt's Lymphoma after extraction of mandibular left third molar ", J-oral- Maxillofac, surg. Aug. 1987.45(8): 686-93.
- 14- Burtiz J.B., et al.; Non - Hodgkin's lymphoma disguised as odontogenic pain ", J-Am- Dent, Assoc., Mar 1992' 123(3):99-100.
- , Mosby, 1987.
- 7- Wood Norman K. , Goaz Paul w., Differential Diagnosis of oral Lesions , U. S. A , Mosby, 1991.
- ۸- دکتر ترك، ن. - دکتر مشرف، م. ، دکتر شیردل، ع. (علائم دهانی پوریورای ترومبوسیتوپنیک و لوسمی در بیماران بستری شده در بخش خون بیمارستان قائم (عج) ، جهت دریافت درجه دکتری دندانپزشکی ، شماره ۷۵۲ ، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ، سال ۱۳۷۰ .
- ۹- دکتر آبیونس ، و . دکتر مستقیم ، د. "گزارش یک مورد لوسمی حاد با تظاهرات تبیک دهانی "مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه ملی ، آبان ماه ۱۳۴۹ ، سال دوم شماره ۱ ، صفحه ۱۰-۵ .
- 10- De- Beule F., F., et al."The effectiveness of preventive regimen on the periodontal health of patients undergoing chmotherapy for
- 1- Devita vincet T., et al.; Cancer, principles and practice of oncology, 3 rd ed., philadelphia, J.B. lippin cott company 1989,1671-1695.
- 2- Rubbins stanley L., Kumar Vinay; Basic pathology, 4th ed.. sanders, 1987,369-389.
- 3- Jones J. Harold, Mason David K.; Oral Manifestations of systemic Disease, 2nd ed., saunders, 1990,679-683.
- ۴- دکتر آبیونس ، و دکتر قائم مقامی ، ا. ، ضایعات مخاط دهان ، چاپ دوم ، تهران ، انتشارات جهاددانشگاهی ، تابستان ۱۳۷۰ .
- 5- Shafer william.G.,A Textbook of oral pathology, 4th ed., U.S.A., Sunders, 1983, 740-44
- 6- Goaz Paul, W., et al. oral Radiology, Principles and in terpretation, U. S. A.

SUMMARY

Leukemias and Lymphomas of childhood: a case report of an Acute Lymphoblastic Leudemia (ALL) with orodontal manifestaions as initial diagnostic signs.

Dr.M. Moshref*, Dr. M. Fallahi Nejad **

Acute Leukemia is the most common malignancy of child hood. Oral manifestations of this disease may reveal befor general presentation. A 12 year old boy was reered to pedodontic department of shahid Beheshti facu lty of Dentistry because of a dental abcess. In oral examintation, in addition to vestibular mucosal abcess of mandibular left first molar, generalized third grade mobility of teeth and sensitive bilateral submandibular Lymphadenopathies, were observed. At the same time of treatment of the abcess by antibiotic, complete blood work up was made, but no sign of blood abnormalities were observed. Second complete blood examination, revealed immature blast cells in circulatory system, up on this recent finding the patient was refered to Dr. Ahari's pediatric Medical center with possible diagnosis of All. Bone marrow survey confirmed L3 type of ALL and the patient underwent current medical treatment. At the moment the patient is in complete remission and tooth mobility has been turned to normal condition. The has been restored without root canal treatment and thus the abcess of the has no relation with caries.

* Assistant professor, Department of oral pathology shahid Beheshti Medical Science university, Faculty of Dentistry.

** Resident(3 rd year), Department of pedodontics shahid Beheshti Medical Science university, Faculty of Dentistry.