

هایپر ائوزینوفیلی در ارتباط با نئوپلاسم های مایلوئیدی و لنفوئیدی

• دکتر ناهید نصیری

دکترای تخصصی خون شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز



• دکتر حبیب اله گل افشان

دکترای علوم آزمایشگاهی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

golafshan@sums.ac.ir



خلاصه

ائوزینوفیلی در غیاب آلرژی، آسم، واکنش های دارویی، عفونت های انگلی و بیماری های بافت پیوندی می تواند نشانگر اختلالات کلونال ائوزینوفیل یا لنفوم و یا اختلالات مایلوپرولیفراتیو باشد.

هایپرائوزینوفیلی با تداوم بیشتر یا مساوی ۱۵۰۰ ائوزینوفیل در هر میلیتر مکعب خون یا بیشتر از ۲۰٪ ائوزینوفیل در مغز استخوان ممکن است در بسیاری از موارد واکنشی یا کلونال مشاهده شود که نتیجه آن تهاجم به ارگان ها و ترشح گرانول ها و نارسایی چند ارگانه می باشد. برای بیمار مبتلا به هایپرائوزینوفیلی نخست باید علل واکنشی از قبیل آلرژی، آسم، داروها، عفونت ها، اختلالات اتوایمیون و یا تومورهای بافت توپر را مورد بررسی قرار داد. چنانچه علل واکنشی یافت نگردد ائوزینوفیلی اولیه را بایستی مد نظر قرار داد.

بنا به سفارش WHO در سال ۲۰۱۶ آزمایش FISH یا RT-PCR برای ادغام دو ژن FIP1L1-PDGFRA و آزمایش سایتوژنتیک و FISH برای بازآرایی های ژن ها روی کروموزوم های (PDGFRB)، 5q31-33 (PDGFRB)، 4q12 (PDGFRB)، 8p11-12 (FGFR1) و 9p24 (Jak2) ضروری می باشد (۳). لوسمی مزمن ائوزینوفیلی به حالتی اطلاق می شود که شمارش خالص ائوزینوفیل ها به طور دائم بیشتر از ۱۵۰۰ در میلی متر مکعب باشد. این بیماران بایستی فاقد مارکرهای ژنتیکی خانواده مایلوپرولیفراتیو (از قبیل t(9;22) و جهش های Jak2، CARL و CMPL) و

همچنین فاقد بازآرایی های ژنتیکی مایلوئیدی/لنفوئیدی مرتبط با ائوزینوفیلی (از جمله PDGFRB، PDGFRA، و FGFR1) باشند.

کلمات کلیدی: هایپر ائوزینوفیلی، لوسمی مزمن ائوزینوفیلی، PDGFRB، PDGFRA

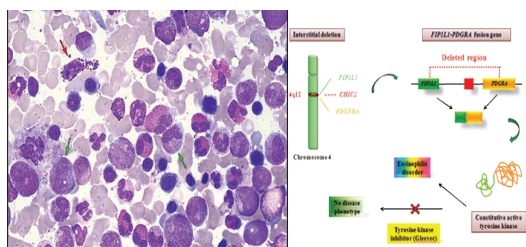
مقدمه

ائوزینوفیلی در غیاب آلرژی، آسم، واکنش های دارویی، عفونت های انگلی و بیماری های بافت پیوندی می تواند نشانگر اختلالات کلونال ائوزینوفیل یا لنفوم و یا اختلالات مایلوپرولیفراتیو باشد. شمارش خالص ائوزینوفیل ممکن است در گستره ۱۵۰۰ تا بیش از ۵۰۰۰ در میلی متر مکعب قرار گیرد (۱).

کاهش وزن، عرق شبانه، تب، خستگی، میالژی، آنژیوادم، سرفه، تنگی نفس، خارش و اسهال در ائوزینوفیلی شایع است. فیبروز اندومیوکارد، افزایش فشارخون، نارسایی قلب، اسکار دریچه های قلب و تشکیل ترومبوس از عوارض جدی ائوزینوفیلی است. نکته مهم اینکه در بیمار مبتلا به ائوزینوفیلی نه تنها مشاهده گستره محیطی از نظر سلول های غیرطبیعی مانند سلول های لنفوم همچنین بلاست مهم است بلکه نیاز به مطالعه سایتوژنتیک نیز می باشد (۲).

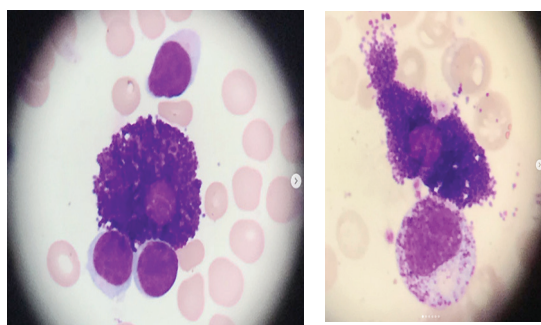
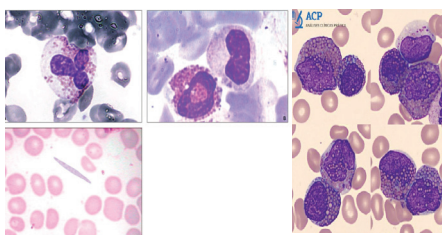
هایپرائوزینوفیلی با تداوم بیشتر یا مساوی ۱۵۰۰ ائوزینوفیل در هر میلی متر مکعب خون یا بیشتر از ۲۰٪ ائوزینوفیل در مغز استخوان ممکن است در بسیاری از





شکل ۱. ادغام دو ژن FIP1L1 با PDGFRA ناشی از حذف ناحیه بینابینی روی کروموزوم ۴ که فرآورده با ویژگی تیروزین کیناز دارد. در تصویر فوق نمای مغز استخوان شبیه لوسمی مزمن ائوزینوفیلیک مشاهده می‌شود

گستره خون محیطی در غالب موارد اختلالات لنفوئیدی/میلوئیدی با ائوزینوفیلی ائوزینوفیل های غیر طبیعی از قبیل ائوزینوفیل بدون گرانول های سیتوپلاسمی، واکنله شدن سیتوپلاسم و حلقوی شدن هسته را نشان می‌دهد. مغز استخوان نمای هایپرسلولار با افزایش ائوزینوفیل از ۱۳٪ تا ۴۰٪، فیروز مغز استخوان با کریستال های شارکوت لیدن، ماست سل ها به صورت توزیع پراکنده یا مجتمع و یا ماست سل های آتیپیک دوکی شکل را نشان می‌دهد (اشکال ۲ و ۳) (۵).



شکل ۲. ائوزینوفیل های دیسپلاستیک، کریستال شارکوت لیدن و سلول های ماست سل

موارد واکنشی یا کلونال مشاهده شود که نتیجه آن تهاجم به ارگان ها و ترشح گرانول ها و نارسایی چند ارگانه می‌باشد. برای بیمار مبتلا به هایپر ائوزینوفیلی نخست باید علل واکنشی از قبیل آلرژی، آسم، داروها، عفونت‌ها، اختلالات اتوایمیون و یا تومورهای بافت توپر را مورد بررسی قرار داد. چنانچه علت ثانویه یافت نگردد ائوزینوفیلی اولیه را بایستی مد نظر قرار داد. بررسی در این گونه موارد شامل آنالیز مورفولوژی خون محیطی و مغز استخوان، ایمونوهیستوشیمی (برای CD117، آنزیم تریپتاز و CD25)، آزمایش های فلوسایتومتری جهت ایمونوفنوتایپ مارکرهای لنفوئیدی و مایلوئیدی و آنالیزهای سیتوژنتیک و مولکولار می‌باشد (۳).

بنا به سفارش و تجدید نظر WHO در سال ۲۰۱۶ آزمایش برای FISH یا RT-PCR برای ادغام دو ژن FIP1L1-PDGFRα و آزمایش سائتوژنتیک و FISH برای بازآرایی های ژن ها روی کروموزوم های 4q12 (PDGFRA)، 5q31-33 (PDGFRB)، 8p11-12 (FGFR1) و 9p24 (Jak2) ضروری می‌باشد (۳).
PDGFRA، PDGFRB و FGFR1 به ترتیب اشاره به گیرنده های فاکتور رشد پلاکتی آلفا و بتا و گیرنده رشد فیبروبلاست ها دارد (۱).

در مقاله مروری حاضر، پیرامون هایپر ائوزینوفیلی های مرتبط با بدخیمی های خونی و درمان آن ها صحبت خواهد شد.

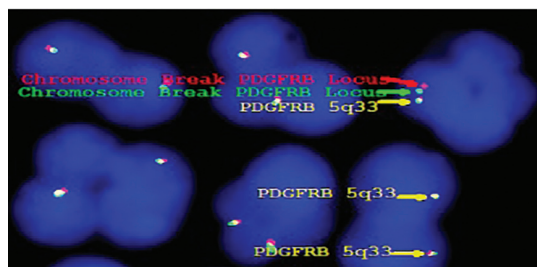
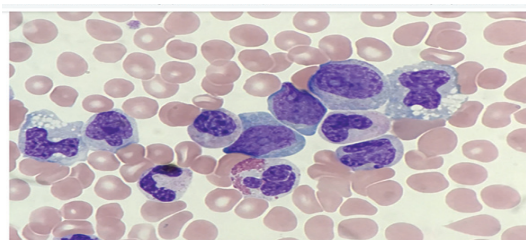
□ هایپر ائوزینوفیلی در ارتباط با بدخیمی های خونی

بازارایی PDGFRA شایع ترین اختلال در گروه نئوپلاسم های مایلوئیدی-لنفوئیدی همراه با ائوزینوفیلی (M/LNs-Eo) می‌باشد که اغلب آن ها ناشی از ادغام دو ژن FIP1L1 با PDGFRA ناشی از حذف ناحیه بینابینی این دو ژن روی کروموزوم ۴ است (شکل ۱). حذف بینابینی 800 Kb از روی کروموزوم ۴ ناحیه LN2 (CHIC2) که با روش FISH قابل تشخیص است موجب این ادغام می‌شود. ائوزینوفیلی بیشتر یا مساوی ۱۵۰۰ در ۷۵٪ موارد مشاهده گردیده و تصویر خون محیطی و مغز استخوان بسیار هتروژن با نماهای لوسمی مزمن ائوزینوفیلیک (CEL)، ماستوسیتوز سیستمیک، لوسمی مزمن میلو سیتیک و میلو منوسیتیک، لنفوم لنفوبلاستیک B و T مشاهده گردیده است (۴).

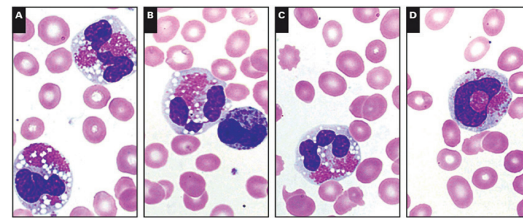


کیناز از قبیل ایماتینیب رضایت بخش است ولی جهش‌های مقاوم از قبیل S601P در PDGFRA و یا جهش T6741 در میدان کینازی FIP1L1-PDGFRB رخ داده و بیمار را مقاوم به درمان‌های بازدارنده نسل اول و دوم می‌کند. پیوند سلول‌های بنیادی راه بهبودی این بیماران است (۵). بازآرایی PDGFRB با حالت‌های مختلف بالینی بروز می‌کند. لام خون محیطی یا مغز استخوان با نمای تکثیر سری میلوئیدی، ائوزینوفیلی و منوسیتوز تشخیص را به سمت ادغام PDGFRB با نمای لوسمی مزمن میلومنوسیتیک با ائوزینوفیلی و جابجایی t(5;12) پیش می‌رود. ژن PDGFRB روی کروموزوم ۵ بوده و تاکنون بیش از ۳۰ ادغام ژنی گزارش شده که شایع‌ترین آن‌ها ادغام ETV6-PDGFRB با جابجایی t(5;12) می‌باشد (شکل ۵) (۱).

بیماران با ادغام ژن PDGFRB غالباً با منوسیتوز و ائوزینوفیلی تظاهر کرده و افزایش چشمگیر ائوزینوفیل در خون، مغز استخوان و بافت را نشان می‌دهند. فیوزن ژنی به صورت‌های مختلف از قبیل atypical CML، CMML، لوسمی میلومنوسیتیک جوانی، لوسمی حاد میلوئیدی، لوسمی حاد لنفوبلاستیک و لنفوم سلول‌های T جلوه می‌کند (۵).



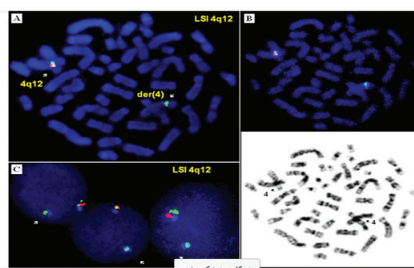
شکل ۵. لوسمی مزمن مایلومنوسیتیک با ائوزینوفیلی و جابجایی ۵ و ۱۲ ادغام ژن FGFR که مانند گیرنده‌های فاکتور رشد



شکل ۳. مورفولوژی ائوزینوفیل‌های دیسپلاستیک در هایپرائوزینوفیلی ناشی از نئوپلاسم‌های مایلوئیدی/لنفوئیدی

به علاوه ادغام ۷ ژن دیگر با PDGFR1 از قبیل BCR، ETV6، K1F5B، CDK5RAP2، StRN، TNKS2 و FoxP1 گزارش گردیده که ادغام ژنی در این موارد نهفته (Cryptic) نبوده و با سیتوژنتیک و تأیید FISH قابل شناسایی است (شکل ۴). از بازدارنده‌های تیروزین کیناز به عنوان خط اول درمان در ادغام‌های PDGFRA استفاده می‌شود که با پیش‌آگهی مطلوب همراه است (۲).

فیوزن ژن PDGFRA به طور چشمگیر در جنس مذکر با شیوع نسبت مرد به زن ۲۰ تا ۳۰ به یک گزارش شده است. بیمار ممکن است با علائم آلرژی پوستی و مخاطی، طحال بزرگ و تاریخچه ترومبوز و نارسایی قلب که در ۲۰ تا ۳۰ درصد موارد رخ می‌دهد تظاهر نماید (۴).



شکل ۴. شناسایی ادغام دو ژن PDGFRA و FIP1L1 با روش FISH با استفاده از پروب‌های رنگی

عارضه جدی میوکاردیت ائوزینوفیلی موجب نارسایی و آریتمی قلب و ترومبوز می‌گردد. نمای خونی این بیماران به صورت‌های گوناگون از قبیل هایپرائوزینوفیلی، لوسمی مزمن ائوزینوفیلی، نئوپلاسم‌های میلوئیدی، لوسمی‌های T، سارکوم میلوئیدی همراه با ائوزینوفیل مشاهده می‌گردد. گر چه درمان با بازدارنده‌های تیروزین

مایلوپرولیفراتیو 8P11 نام دیگر این ادغام ژنی است. ژن‌های متعددی قابلیت ادغام در FGFR1 دارند (جدول ۱) (۴).

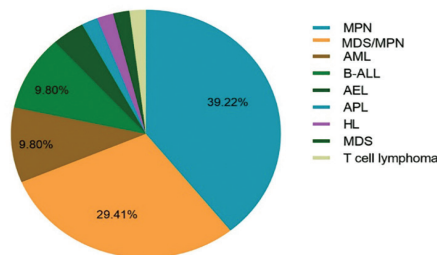
پلاکتی آلفا و بتا یک گیرنده تیروزین کینازی است به صورت‌های گوناگونی از جمله لوسمی های میلوئیدی و لنفوئیدی با افزایش ائوزینوفیل تظاهر می‌کند. سندرم‌های

جدول ۱. برخی از جا به جایی‌های گیرنده فاکتور رشد فیبروبلاست و نئوپلاسم های مربوط

Summary of Key Pathologic Findings and Additional Chromosomal Abnormalities in Neoplasms With *FGFR1* Rearrangement

| Translocation Involving <i>FGFR1</i> | Partner Gene | Additional Translocation /Karyotype Involved | Pathology | Reference |
|--------------------------------------|---------------|--|---|-----------|
| t(8;22)(p12;q11) | <i>BCR</i> | None | MPN with B-LL | 46 |
| t(8;22)(p11;q11) | <i>BCR</i> | None | MPN progressed to AML | 47 |
| t(8;22)(p11.2;q11.2) | <i>BCR</i> | None | MPN | 48 |
| t(8;22)(p11.2;q11.2) | <i>BCR</i> | None | MPN with 4% B-lymphoblasts | 48 |
| t(8;22)(p11;q11) | <i>BCR</i> | None | AML with biphenotypic myeloid/B-lymphoid blasts | 49 |
| t(8;9)(p11;q33) | <i>CEP110</i> | +21 | MPN with eosinophilia | 17 |
| t(8;9)(p11;q34) | <i>CEP110</i> | inv(2)(p15q21) | MPN | 50 |
| t(8;19)(p12;q13.3) | <i>HERVK</i> | Loss of Y | AML | 51 |
| t(8;9)(p11;q32) | <i>CEP110</i> | t(12;18)(p11;q12), +21 at relapse | MPN with atypical CML-like features | 52 |
| t(8;9)(p12;q33) | <i>CEP110</i> | +21 at progression | MPN | 53 |
| t(8;9)(p11.2;q33) | <i>CEP110</i> | +19, +21 | AMML | 16 |
| t(8;9) | <i>CEP110</i> | Not known | Atypical CML | 54 |
| t(8;9)(p11 or p12;q34) | <i>CEP110</i> | None | Ph-negative MPN | 55 |
| t(8;9)(p11;q34) | <i>CEP110</i> | None | Ph-negative MPN | 56 |
| t(8;9)(p11;q34) | <i>CEP110</i> | None | MPN with transformation to AML | 57 |
| t(3;8;9)(p25;p21;q34) | ? | None | MPN with T-LL with additional B-LL in relapse | 58 |
| t(8;9)(p11;q33) | <i>CEP110</i> | None | MPN with B-LL/monoblastic leukemia | 28 |
| t(8;9)(p11;q33) | <i>CEP110</i> | None | AMML | 59 |
| t(8;9)(p11;q33) | <i>CEP110</i> | None | MPN with T-LL, progressed to AML | 60 |
| t(8;9)(p23;p24) | <i>CEP110</i> | None | MDS unclassifiable with excess erythroblasts | 61 |

بایستی پیوند آلوزن سلول‌های مادر را در اولویت قرار داد. درمان با بازدارنده‌های *Jak2* (Ruxolitinib) اثرات موقتی داشته و علیرغم درمان، بایستی پیوند را نیز مد نظر داشت (۴).



شکل ۶. طیف نئوپلاسم های گوناگون در ادغام دو ژن PCM1-Jak2

مهم‌ترین ادغام ژنی *Jak2* مربوط به PCM1-Jak2 در نتیجه شناسایی RNA نسخه برداری شده قابل شناسایی است. ادغام دو ژن PCM1-Jak2 با تصویری شبیه به نئوپلاسم های مایلویئیدی مزمن همراه با ائوزینوفیلی و مغز استخوان فیبروزه بروز می‌کند. سیر بالینی تهاجمی بوده و لوسمی به سوی مرحله حاد AML و به ندرت تبدیل به بلاست های لنفوئیدی می‌شود. امکان دارد تظاهر اولیه به صورت لوسمی های حاد باشد (۱).

با توجه به این که حدود ۶۰٪ موارد اختلالات مایلوپرولیفراتیو با ادغام ژنی PCM1-Jak2 با ائوزینوفیلی همراهی دارند ارزیابی و شناسایی t(8;9) سفارش می‌گردد (شکل ۶). لکوسیتوز، ائوزینوفیلی، فیبروز مغز استخوان و طحال بزرگ از علائم بالینی و آزمایشگاهی است. با توجه به تهاجمی بودن سیر بالینی و مؤثر نبودن رژیم‌های درمانی



لوسمی مزمن ائوزینوفیلی به حالتی اطلاق می‌شود که شمارش خالص ائوزینوفیل‌ها به طور دائم بیشتر از ۱۵۰۰ در میلی متر مکعب باشد (شکل ۷). این بیماران بایستی فاقد مارکرهای ژنتیکی خانواده میلوپرولیفراتیو (از قبیل $t(9;22)$ و جهش‌های $Jak2$ ، $CARL$ و $CMPL$) و همچنین فاقد بازآرایی‌های ژنتیکی میلوئیدی/لنفوئیدی مرتبط با ائوزینوفیلی (از جمله $PDGFRA$ ، $PDGFRB$ و $FGFR1$) باشند. در لوسمی مزمن ائوزینوفیلی شمارش بلاست در خون محیطی یا مغز استخوان کمتر از ۲۰ درصد بوده و خون محیطی مجموعه‌ای از سری نارس ائوزینوفیلی همراه با لکوسیتوز را نشان می‌دهد. گفتنی است که در لوسمی مزمن ائوزینوفیلی اختلالات کروموزومی مانند وارونگی ۱۶، جابجایی‌های $t(8;21)$ ، $t(15;17)$ و $t(9;22)$ نیز مشاهده نمی‌گردد (۴).

بحث و نتیجه گیری

بدخیمی‌های میلوئیدی/لنفوئیدی مرتبط با ائوزینوفیلی و بازآرایی‌های $PDGFRA$ ، $PDGFRB$ و $FGFR1$ گروه هتروژن و نادری از بدخیمی‌های خونی هستند که با تشکیل ژن‌های فیوژن غیرطبیعی و در نتیجه بیان تیروزین کینازهای ذاتاً فعال همراه هستند. با کاربوتایپ می‌توان بازآرایی‌های $PDGFRB$ و $FGFR1$ را شناسایی کرد اما جهت تشخیص $FIP1L1$ - $PDGFRA$ بایستی از آنالیز FISH یا مطالعات مولکولی استفاده نمود.

تشخیص فیوژن‌های ژنی حساس به ایماتینیب منجر به پیشرفت‌های قابل توجهی در درمان و پیش‌آگهی بدخیمی‌های میلوئیدی/لنفوئیدی مرتبط با ائوزینوفیلی شده است.

نئوپلاسم‌های لنفوئیدی/میلوئیدی با ائوزینوفیلی مرتبط با بازآرایی ژن $FLT3$ 13q امکان دارد که در گروه بندی WHO با اختلالات ائوزینوفیلی میلوئیدی/لنفوئیدی با ائوزینوفیلی قرار گیرد. بازآرایی‌های $t(12;13)$ با ادغام ژن‌های $ETV6/FLT3$ و جابجایی $t(13;22)$ با ادغام $BCR-FLT3$ و نیز ادغام با ژن‌های نامعلوم روی کروموزوم‌های ۲، ۳، ۵ و ۷ گزارش گردیده است. تظاهر بیماری به صورت‌های لوسمی لنفوبلاستیک/لنفوما، سارکوم میلوئیدی، لوسمی مزمن ائوزینوفیلیک، سندرم‌های پیش سرطانی، لوسمی مزمن میلومنوسیتی، لوسمی با فنوتیپ مخلوط و درگیری خارج مغز استخوان با ائوزینوفیلی گزارش شده است (۵).

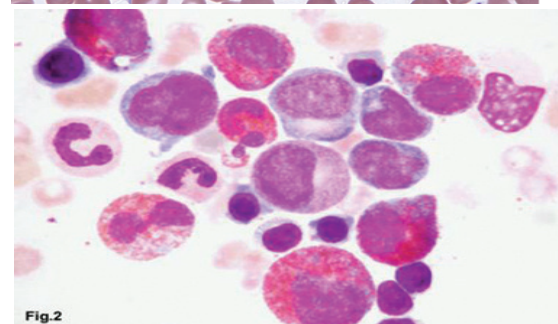
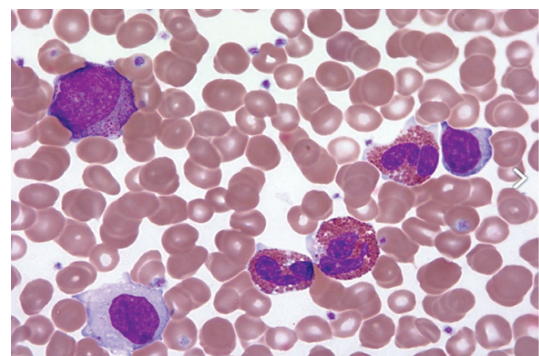


Fig-2

شکل ۷. گستره محیطی و مغز استخوان در لوسمی مزمن ائوزینوفیلی بدون اختلال کروموزومی شناخته شده

References:

- 1- Kumar KR, Chen W, Koduru PR, Luu HS. Myeloid and lymphoid neoplasm with abnormalities of $FGFR1$ presenting with trilineage blasts and $RUNX1$ rearrangement: a case report and review of literature. *Am J Clin Pathol*. 2015 May;143(5):738-48. doi: 10.1309/AJCPUD6W1JLQMQMNA. PMID: 25873510.
- 2- Valent P, Sotlar K, Sperr WR, Escribano L, Yavuz S, Reiter A, et al. Refined diagnostic criteria and classification of mast cell leukemia (MCL) and myelomastocytic leukemia (MML): a consensus proposal. *Ann Oncol*. 2014 Sep;25(9):1691-1700. doi: 10.1093/annonc/mdl047. Epub 2014 Mar 27. PMID: 24675021; PMCID: PMC4155468.
- 3- Savage N, George TI, Gotlib J. Myeloid neoplasms associated with eosinophilia and rearrangement of $PDGFRA$, $PDGFRB$, and $FGFR1$: a review. *Int J Lab Hematol*. 2013 Oct;35(5):491-500. doi: 10.1111/ijlh.12057. Epub 2013 Mar 13. PMID: 23489324.
- 4- Sun Y, Cai Y, Chen J, Cen J, Zhu M, Pan J, Wu D, Sun A, Chen S. Diagnosis and Treatment of Myeloproliferative Neoplasms with $PCM1$ - $JAK2$ Rearrangement: Case Report and Literature Review. *Front Oncol*. 2021 Oct 11; 11:753842. doi: 10.3389/fonc.2021.753842. PMID: 34707996; PMCID: PMC8542851.
- 5- Benevolo G, Urbino I. Myeloid Neoplasms with Eosinophilia: Rare Entities with Emerging Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Acta Haematol*. 2020 Nov 18;1-2. doi: 10.1159/000511327. Epub ahead of print. PMID: 33207337.