

Original Article

Epidemiology and Clinical Presentations of Head and Neck Lymphomas

Nikzad Shahidi^{1*}, Yalda Jabbari Mogaddam¹, Vida Jafari²

¹Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Medical Student, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: nikzadsh@yahoo.com

Received: 7 March 2020 Accepted: 28 March 2020 First Published online: 28 Oct 2020
Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2020;42(4):417-424

Abstract

Background: Head and neck cancer is the sixth most common malignancy worldwide. Neoplastic lymphoma is a malignant origin of colonization of B cell, T cell and NK cell. It is the third most common malignancy in the head and neck area after squamous cell carcinoma and salivary gland tumors. Lymphoma is divided into Non Hodgkin's lymphoma (NHL) and Hodgkin lymphoma (HL) groups. They have two peak ages of 20-30 and 70-60 years. The first symptom of lymphoma in patients is usually a painless, enlarging lymph node. Then we can mention weight loss, night sweats, fever. Diagnosis is based on clinical findings and biopsy. The aim of this study was to determine the frequency and histopathologic subtypes of the head and neck lymphomas and to evaluate the clinical symptoms and diagnostic processes in patients with lymphoma diagnosed in ENT department of East Azerbaijan University of Medical Sciences.

Methods: The study population has 40 samples. There were 602 seropositive biopsies and 59 patients with diagnosed lymphoma, 19 of which were excluded due to lack of records and exclusion criteria. Patients' records were reviewed for age, sex, clinical presentation, laboratory tests, Paraclinic and pathologic outcome.

Results: The Hodgkin's lymphoma was 62.5% more common than non Hodgkin's lymphoma. Most patients were in the age range of 10-20 years. Mean age of patients was 35.6 ± 24.72 . 82.5% of patients referred to the hospital with complaints of neck swelling. The most prevalent subtype of Hodgkin's lymphoma was nodular sclerosis (44%) and the most prevalent subtype of non Hodgkin's was diffuse large B cell 36%.

Conclusion: lymphoma should be considered as one of the differential diagnoses of cervical swelling in the diagnostic and therapeutic studies of patients. Also, males and age groups of 10-20 years and 60-70 years should be considered important.

Keywords: Lymphoma, Neck, Lymph node

How to cite this article: Shahidi N, Jabbari Mogaddam Y, Jafari V. [Epidemiology and Clinical Presentations of Head and Neck Lymphomas]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2020;42(4):417-424. Persian.

مقاله پژوهشی

اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی لنفوم‌های سر و گردن

نیکزاد شهیدی^{۱*}، یلدا جباری مقدم^۲، ویدا جعفری^۳

^۱ گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳ نویسنده مسئول: ایمیل: nikzadsh@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۹/۱/۹ انتشار برخط: ۱۳۹۹/۸/۷
مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. ۱۳۹۹؛ ۴۲(۴): ۴۱۷-۴۲۴

چکیده

زمینه: لنفوم، نئوپلاسمی بدخیم است که از توسعه کلنی سلول‌های لنفاتیک NK11 و T11 و B11 منشأ می‌گیرد و سومین بدخیمی شایع در ناحیه سر و گردن بعد از اسکواموس سل کارسینوما و تومورهای غدد بزاقی است. لنفوم‌ها به دو گروه هوچکین و نان هوچکین تقسیم می‌شوند و دارای دو پیک سنی ۲۰-۳۰ سال و ۶۰-۷۰ سال می‌باشند. اولین علامت لنفوم در بیماران معمولاً یک لنف نود بدون درد و بزرگ شونده است. از سایر علائم می‌توان به کاهش وزن، تعریق شبانه، تب اشاره کرد. تشخیص بیماری براساس یافته‌های بالینی و بیوپسی می‌باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین لنفوم‌ها در ناحیه سر و گردن، بررسی فراوانی و مشخص نمودن انواع هیستوپاتولوژیک زیرگروه‌های لنفوم‌های سر و گردن و ارزیابی علائم بالینی و پروسه‌های تشخیصی در بیماران دچار لنفوم می‌باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی و جامعه مورد مطالعه، ۴۰ نمونه انسانی را شامل می‌شود. تعداد توده‌های گردنی بیوپسی شده از ناحیه سر و گردن ۶۰۲ مورد بود. بیماران با لنفوم تشخیص داده شده ۵۹ مورد بودند که ۱۹ مورد به علت در دسترس نبودن پرونده و معیارهای خروج از مطالعه کنار گذاشته شدند. پرونده‌های بیماران از نظر سن، محل سکونت، جنس، تظاهرات بالینی، آزمایشات، پاراکلینیک و نتیجه پاتولوژی بررسی و ثبت شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه لنفوم هوچکین با فراوانی ۶۲/۵٪ شایع‌تر از لنفوم نان‌هوچکین بود. بیشتر بیماران در بازه سنی ۲۰-۱۰ سال قرار داشتند و میانگین سنی بیماران ۲۴/۷۲±۳۵/۶ بدست آمد. ۸۲/۵٪ بیماران با شکایت تورم گردنی به بیمارستان مراجعه داشتند. در لنفوم هوچکین نوع ندولار اسکلروزیس با ۴۴٪ شایع‌ترین ساب‌تایپ بود و در لنفوم نان‌هوچکین با Diffuse large B cell ۳۶٪ بیشترین شیوع را به خود اختصاص داد.

نتیجه‌گیری: در بررسی‌های تشخیصی بیماران با شکایت تورم گردنی باید یکی از تشخیص‌های افتراقی، لنفوم در نظر گرفته شود. لازم است جنس مذکر و گروه‌های سنی ۲۰-۱۰ سال و ۶۰-۷۰ سال از این نظر بیشتر مورد توجه قرار بگیرند.

کلید واژه‌ها: لنفوم، گردن، لنف نود

نحوه استناد به این مقاله: شهیدی ن، جباری مقدم ی، جعفری و. اپیدمیولوژی و تظاهرات بالینی لنفوم‌های سر و گردن. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. ۱۳۹۹؛ ۴۲(۴): ۴۱۷-۴۲۴

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

سرطان سر و گردن ششمین بدخیمی شایع در سراسر جهان با بیش از ۵۰۰۰۰۰ مورد جدید سالانه می‌باشد (۱). لنفوم، نئوپلاسمی است بدخیم که از توسعه کلنی سلول‌های لنفاتیکی، B cell, T cell, NK cell منشا می‌گیرد (۲). هفتمین بدخیمی در جهان، سومین بدخیمی شایع در ناحیه سر و گردن بعد از اسکواموس سل کارسینوما و تومورهای غدد بزاقی است (۳ و ۴). عوامل خطرزای لنفوم ژنتیک، عوامل عفونی مانند HIV, EBV, HP، نقص ایمنی و مواجهه شغلی هستند (۵). لنفوم‌ها در مردان شایع‌تر از زنان دارای دو پیک سنی ۲۰-۳۰ سال و ۶۰-۷۰ سال و به دو گروه HL, NHL تقسیم می‌شوند (۶). تفاوت‌های زیادی بین نحوه توزیع زیرگروه‌های لنفوم در آسیا و جمعیت غرب وجود دارد و توزیع شیوع لنفوم در جمعیت‌ها بر اساس سن، جنس و نژاد متفاوت است. لنفوم بدخیم باید بعنوان تشخیص افتراقی یک تومور یا لنفادنوپاتی گردنی محسوب شود. لف نوده‌های گردن می‌توانند تقریباً به وسیله‌ی هر نوع لنفومی درگیر شوند (۷ و ۸).

۲/۳ لنفوم‌ها در یک ناحیه بصورت تومور لوکالیزه یا جزئی از یک لنفادنوپاتی ژنرالیزه ظهور می‌یابند، بقیه موارد لنفوم‌ها اکسترانودال هستند (۹). لنفوم هوچکین ناشایع‌تر از لنفوم نان‌هوچکین است (۱۰). شایع‌ترین انواع لنفوم هوچکین کلاسیک و در لنفوم نان‌هوچکین Intermediate grade می‌باشد. لنفوم هوچکین دارای دو پیک سنی ۳۵-۱۵ ساله و بیش از ۵۰ سال است. میانگین سنی در لنفوم هوچکین ۲۷ سالو در لنفوم نان‌هوچکین ۶۷ سال می‌باشد (۸). اولین علامت معمولاً یک لف‌نود بدون درد، بزرگ شونده است، سپس می‌توان به کاهش وزن، تعریق شبانه، تب، خستگی، خارش اشاره کرد (۷، ۱۱). تشخیص لنفوم‌ها بر اساس آزمایشات هیستوپاتولوژیک از بافت لف‌نود و اکسترانودال صورت می‌گیرد. بیوپسی اکسیژن‌یونال، بیوپسی سوزنی که بوسیله ایمونوهیستوشیمی یا فلوسیتومتری تکمیل می‌شود از روش‌های تشخیص لنفوم‌ها می‌باشد. مرحله‌بندی لنفوم‌ها بر پایه ترکیب یافته‌های کلینیکی، رادیولوژیکی و جراحی است. درمان براساس نوع لنفوم، مرحله بیماری، سرعت رشد بیماری، سن بیمار و علائم متفاوت خواهد بود (۱۲). افزایش در میزان شیوع لنفوم‌ها در سال‌های اخیر بویژه در افراد جوان و همچنین به خاطر تأثیرپذیری شیوع و ویژگی‌های لنفوم از فاکتورهای محیطی و نژادی نمی‌توان نتایج مطالعات انجام شده در یک گروه یا محل را به جمعیت خاصی تعمیم داد، بنابراین باید قسمت‌های مختلف یک کشور جهت بدست آوردن درکی روشن، جداگانه مورد بررسی قرار گیرند. همچنین برنامه دولت جهت افزایش سطح سلامت جامعه عمدتاً بر پایه تحقیقات اپیدمیولوژیک و مطالعات قرار دارد، بنابراین دانستن شیوع لنفوم‌ها براساس تفاوت آب و هوایی، جغرافیایی، سن، جنس، محل آناتومیک می‌تواند یک روش مهم جهت تشخیص و درمان باشد.

نکات کاربردی

آشنایی با علائم لنفوم در سر و گردن و تشخیص بموقع و صحیح آن و در نتیجه افزایش میزان بقای بیماران از نکات مهم کاربردی است.

هدف این تحقیق تعیین لنفوم‌ها در ناحیه سر و گردن و بررسی فراوانی و مشخص نمودن انواع هیستوپاتولوژیک زیر گروه‌های لنفوم سر و گردن و ارزیابی علائم بالینی، پروسه‌های تشخیصی در بیماران با لنفوم «تشخیص داده شده» است.

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی بوده و کلیه اطلاعات بر اساس پرونده بیماران می‌باشد. اطلاعات بیماران بصورت محرمانه و با استفاده از شماره پرونده آن‌ها ثبت گردیده است. در این بررسی گزارش کلیه بیوپسی‌های به عمل آمده از توده‌های سر و گردن در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان‌های امام رضا و کودکان تبریز در یک دوره زمانی ۵ ساله (۱۳۹۷-۱۳۹۲) مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد بیوپسی‌های ثبت شده از توده‌های سر و گردن ۶۰۲ مورد و بیماران با لنفوم تشخیص داده شده ۵۹ مورد بودند که ۱۹ مورد به علت در دسترس نبودن پرونده و معیارهای خروج از مطالعه کنار گذاشته شد. بنابراین جامعه مورد مطالعه ۴۰ مورد بود.

معیار ورود به این مطالعه، شامل لنفوم تشخیص داده شده در ناحیه سر و گردن طی بازه زمانی ۵ ساله از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۷ بود. معیارهای خروج عبارت بودند از: بیماران تشخیص داده شده با لنفوم سر و گردن که طی مراجعه در این بازه دچار عود بیماری شده بودند و همچنین بیمارانی که اطلاعات پرونده‌شان ناقص بود. بدین ترتیب بیماران با تشخیص لنفوم در ناحیه سر و گردن مشخص شد و متغیرها از روی پرونده‌ها استخراج و بررسی شد و با برنامه spss نسخه ۲۵ آنالیز آماری انجام گرفت. متغیرهای بررسی شده شامل موارد زیر می‌باشند: سن، جنس، محل سکونت، تاریخ بستری، شکایت اصلی بیمار در بدو ورود، علائم بالینی نظیر (تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد، کاهش وزن بیش از ۱۰ درصد وزن بدن در طی ۶ ماه، خارش، تعریق شبانه، سرفه، دیسفاژی، کاهش اشتها، خستگی، ضعف و بی‌حالی، سردرد، گلودرد، وجود اسپلنومگالی یا هپاتومگالی در معاینه، ساب تایپ لنفوم، محل دقیق توده در گردن (با استفاده از برگه شرح عمل که به هنگام بیوپسی باز از آن ناحیه توسط جراح نوشته شده بود). برای تمام بیماران آزمایش‌های CBC, ESR, CRP, LDH جهت بررسی یافته‌هایی نظیر آنمی، لکوسیتوز، لوکوپنی، ترومبوسیتوپنی ثبت شد. جهت انجام مرحله‌بندی (Staging) نتایج گزارش CXR، سی‌تی‌اسکن

ریه، مדיاستن، سی تی اسکن شکم و لگن و سونوگرافی شکم و لگن بصورت دقیق از پرونده بیماران استخراج گردید.

یافته‌ها

از بین ۴۰ بیمار با تشخیص لنفوم سر و گردن ۲۵ بیمار (۶۲/۵٪) لنفوم هوچکین و ۱۵ بیمار (۳۷/۵٪) لنفوم نان‌هوچکین بدست آمد. بنابراین در مطالعه ما لنفوم هوچکین شایع‌تر از لنفوم نان‌هوچکین بود. از ۴۰ بیمار با لنفوم سر و گردن ۲۳ مورد (۵۷/۵٪) مرد و ۱۷ مورد (۴۲/۵٪) زن بودند. از بین ۲۵ بیمار با تشخیص لنفوم هوچکین ۱۶ مورد (۶۴٪) مرد و ۹ مورد (۳۶٪) زن بودند و از ۱۵ بیمار با لنفوم نان‌هوچکین نیز ۷ مورد (۴۶/۶٪) مرد و ۸ مورد (۵۳/۴٪) زن بدست آمد، بنابراین در بررسی ما لنفوم هوچکین تمایل زیادی به جنس مذکر داشت در حالی که در لنفوم نان‌هوچکین گرایش جنسیتی واضحی وجود نداشت. فراوانی سنی لنفوم های سر و گردن در جدول ۱ آورده شده است. بنابراین بیش‌تر بیماران ۹ مورد (۲۲/۵٪) در بازه سنی ۱۰-۲۰ سال بودند. همچنین در این مطالعه ۱۵ بیمار (۳۷/۵٪) زیر ۲۰ سال ثبت شدند، که از این بین ۱ پسر ۱۳ ساله با لنفوم نان‌هوچکین، ۹ پسر با لنفوم هوچکین، ۵ دختر با لنفوم هوچکین به دست آمد. برای بیماران با تشخیص لنفوم هوچکین بازه سنی ۱۰-۲۰ سال، با ۸ مورد (۳۲٪) و در لنفوم نان‌هوچکین بازه سنی ۶۰-۷۰ سال، با ۵ مورد (۳۳/۳٪) بیش‌ترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. میانگین سنی بیماران با تشخیص لنفوم ۳۵/۶ سال بدست آمد که برای افراد با لنفوم هوچکین و نان‌هوچکین به ترتیب ۲۲/۱۶ و ۵۸ گزارش شد. میانگین سنی مردان در لنفوم هوچکین ۲۰/۹۳ سال، برای لنفوم نان‌هوچکین ۵۲ سال بدست آمد که این اعداد برای زنان در لنفوم هوچکین و نان‌هوچکین به ترتیب ۲۴/۸۸ و ۶۲/۸۷ بود. با توجه به نتایج بدست آمده میانگین سنی در افراد با لنفوم هوچکین کمتر از افراد با لنفوم نان‌هوچکین بود. بنابراین می‌توان گفت که بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین در ناحیه سر و گردن جوان‌تر از بیماران با لنفوم نان‌هوچکین می‌باشند. از ۴۰ بیمار با تشخیص لنفوم اثبات شده ۷ بیمار (۱۷/۵٪) سابقه مصرف سیگار داشتند. از ۴۰ بیمار لنفوم سر و گردن ۲۸ بیمار (۷۰٪) در شهر و ۱۲ بیمار (۳۰٪) در روستاها سکونت داشتند، که می‌توان گفت بیش‌تر بیماران با لنفوم سر و گردن در شهرها ساکن هستند. صد در صد بیماران با تورم گردنی، لنف‌نود بزرگ شده در ناحیه گردن داشتند. درگیری خارج از لنف‌نود در ۲ مورد از بیماران مشاهده شد که در ناحیه گونه و بینی بود. از بین ۴۰ بیمار با تشخیص لنفوم سر و گردن، محل توده گردنی در ۱۳ بیمار (۳۲/۵٪) در سمت راست گردن، در ۱۵ بیمار (۳۷/۵٪) در سمت چپ گردن و در ۱۲ بیمار (۳۰٪) توده گردنی دو طرفه بود. بنابراین بیش‌ترین تعداد بیماران، تورم گردنی مستقر در سمت چپ گردن داشتند. با توجه به این یافته‌ها توده‌های گردنی بیش‌تر در سطوح گردنی ۲، ۳، ۴، ۵ به صورت

همزمان قرار داشتند. در بررسی اندازه توده‌های گردنی در بیماران مبتلا به لنفوم سر و گردن، بزرگ‌ترین توده گردنی ۱۰۰ میلی‌متر و کوچک‌ترین ۱۵ میلی‌متر اندازه‌گیری شد که میانگین اندازه توده‌های گردنی در این مطالعه ۱۷/۴۶ ± ۳۴/۸ میلی‌متر بدست آمد. بیست و دو بیمار (۵۵٪) از ۴۰ بیمار علایم سیستمیک را در زمان بستری ذکر کرده بودند که از این بین تب بالای ۳۸ درجه سانتی‌گراد به-عنوان شایع‌ترین علامت سیستمیک با ۲۰ مورد (۵۰٪) بدست آمد. از ۲۵ بیمار لنفوم هوچکین ۱۳ بیمار (۳۲/۵٪) و در بیماران با لنفوم نان‌هوچکین ۵ بیمار (۱۲/۵٪) علائم بالینی دیگری نظیر ضعف و بی‌حالی، بی‌اشتهایی، خارش. داشتند. از بین ۴۰ بیمار با تشخیص لنفوم سر و گردن در ۱۴ بیمار (۳۵٪) در مراجعات سرپایی آسپیراسیون ظرف سوزنی (FNA) از توده گردنی به عمل آمده بود که ۱۱ مورد از آنها (۷۸/۵٪) تشخیص صحیح لنفوم را مطابق با پاتولوژی قطعی داشتند در حالی که در ۲۶ بیمار (۶۵٪) قبل از انجام اکسیژونال بیوپسی، FNA انجام نگرفته بود. از ۴۰ بیمار با تشخیص لنفوم سر و گردن برای ۱۶ بیمار (۴۰٪) در اولین مراجعه به بیمارستان سی تی اسکن و سونوگرافی شکم و لگن درخواست شده بود که فراوانی یافته‌های سی تی اسکن در جدول ۲ آورده شده است در کل ۱۳ مورد از ۴۰ مورد لنفوم سر و گردن (۳۲/۵٪) درگیری ارگان‌های داخل شکمی را داشتند. بیست و یک بیمار (۵۲/۵٪) گرافی قفسه سینه در بدو مراجعه داشتند که ۱۳ مورد (۶۱/۹٪) نرمال بوده و در ۸ مورد (۳۸/۱٪) لنفادنوپاتی مדיاستن و ناف ریه گزارش شده بود. برای ۱۲ بیمار (۳۰٪) از ۴۰ بیمار با تشخیص لنفوم سر و گردن سی تی اسکن ریه و مדיاستن درخواست شده بود که ۴ مورد (۳۳/۳٪) آن نرمال و ۸ مورد (۶۶/۶٪) با لنفادنوپاتی بود. در آزمایش‌های درخواست شده از بیماران هنگام مراجعه به بیمارستان برای ۱ مورد (۲/۵٪) لکوپنی (۳۶۰۰)، ۱۲ مورد (۳۰٪) لکوسیتوز ($WBC > 10000$) در شمارش گلوبول‌های سفید گزارش شده بود. ۱ بیمار (۲/۵٪) پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ و ۴ بیمار (۱۰٪) پلاکت بالای ۴۵۰۰۰۰ داشتند همچنین هموگلوبین ۱۵ بیمار زیر ۱۲mg/dl بود، بنابراین ۳۷/۵ درصد از بیماران با لنفوم سر و گردن آنمی داشتند. در طی بررسی‌های انجام شده برای ۱ بیمار آنتی‌بادی EBV و برای ۱ بیمار دیگر آنتی‌ژن HBS مثبت ثبت شد. از بین ۴۰ بیمار با تشخیص لنفوم سر و گردن ۲۶ بیمار (۶۲/۵٪) در مراحل I و II و ۱۴ بیمار (۳۷/۵٪) در مراحل III و IV بیماری قرار داشتند که از این بین مرحله II با ۵۰٪ شیوع شایع‌ترین مرحله در بیماران با لنفوم اثبات شده بود. از ۲۵ بیمار لنفوم هوچکین ۱۱ بیمار (۴۴٪) ساب تایپ ندولار اسکلوئوزیس و ۸ بیمار (۳۲٪) Mixedcellularity بدست آمد. بنابراین شایع‌ترین ساب تایپ لنفوم هوچکین ندولار اسکلوئوزیس بود. همچنین از ۱۵ بیمار لنفوم نان‌هوچکین ۹ بیمار با ساب تایپ Diffuse large B cell بودند که با ۳۶٪ شایع‌ترین ساب تایپ لنفوم نان‌هوچکین را به خود اختصاص داد (جدول ۳).

جدول ۱: فراوانی گروه‌های سنی در بیماران

سن	فراوانی	درصد
۱-۱۰	۶	۱۵
۱۰-۲۰	۹	۲۲/۵
۲۰-۳۰	۵	۱۲/۵
۳۰-۴۰	۶	۱۵
۴۰-۵۰	۱	۲/۵
۵۰-۶۰	۳	۷/۵
۶۰/۷۰	۶	۱۵
۷۰-۸۰	۴	۱۰
کل	۴۰	۱۰۰

جدول ۲: سی‌تی‌اسکن شکم و لگن

سی‌تی‌اسکن شکم و لگن	فراوانی	درصد
بدون CT scan	۲۴	۶۰
نرمال CT scan	۳	۷/۵
درگیری طحال	۲	۵
درگیری کبد	۳	۷/۵
درگیری توام کبد و طحال	۱	۲/۵
درگیری توام طحال و لنفادنوپاتی	۳	۷/۵
درگیری توام کبد و طحال و لنفادنوپاتی	۴	۱۰
کل	۴۰	۱۰۰

جدول ۳: ساب تایپ لنفوم‌ها مطابق با گزارش پاتولوژی

ساب تایپ	فراوانی	درصد
Anaplastic large cell lymphocyte depleted	۱	۲/۵
Bcell type	۱	۲/۵
Diffuse large Bcell	۹	۲۲/۵
Diffuse small cell non cleaved	۱	۲/۵
Follicular	۱	۲/۵
Low grade	۱	۲/۵
Lymphocyte depleted	۱	۲/۵
Lymphocyte predominant	۲	۵/۰
Lymphocyte predominant phase of nodular	۱	۲/۵
Lymphocyte rich	۱	۲/۵
Marginal Bcell lymphoma	۱	۲/۵
Mixed cellularity	۸	۲۰/۰
Nodular sclerosis	۱۱	۲۷/۵
Small lymphocytic	۱	۲/۵
کل	۴۰	۱۰۰

بحث

در نتایج حاصل از این مطالعه نفوم هوچکین با ۶۲/۵٪ شایع - تر از نفوم نان هوچکین می باشد که در پژوهش انجام یافته توسط اوتو نیز اینگونه بوده است (۲۳). در حالی که در اکثر پژوهش های ذکر شده نفوم نان هوچکین بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. مغایرت این یافته با نتایج بیشتر مطالعات می تواند به علت تفاوت در ویژگی های اجتماعی، فرهنگی، ریسک فاکتورها، طراحی داده و جمع آوری داده ها مربوط باشد. در این مطالعه در بین بیماران با نفوم سر و گردن مردان با ۵۷/۵ درصد بیشترین شیوع را به خود اختصاص دادند. در پژوهش Otoh و همکاران (۲۳) نیز درگیری مردان بیشتر از زنان بود. در حالی که در مطالعه Etemad-Moghadam نسبت مرد به زن ۲ به ۲/۱ به دست آمده است (۴). در پژوهش حاضر نفوم هوچکین تمایل بیشتری به جنس مرد دارد (۶۴٪ در مقایسه با ۳۲٪). شاملو، صهبا، بصیرت، ارکوهارت، رولی (۲۲) و سی باپاساد نیز به این نتیجه رسیدند که نفوم هوچکین در مردان شایع تر است ولی در مطالعه سی باپاساد (۲۱) زنان بیشترین فراوانی را در نفوم هوچکین داشتند. در این پژوهش میانگین سنی بیماران با نفوم نان هوچکین بیشتر از افراد با نفوم هوچکین (۵۸±۱۸/۴۶) در مقایسه با (۲۲/۱۶±۱۷/۱۱) است. که نتایج صهبا (۵۵±۱۸) در مقایسه با (۴۷/۱۸±۷/۱۸)، ارکوهارت (۶۷/۲) در برابر (۲۷/۷) با یافته فوق مشابه هست (۱۷). بیشترین تعداد بیماران در این پژوهش در بازه سنی ۲۰-۱۰ سال قرار دارند و ۳۷/۵٪ بیماران، زیر ۲۰ سال را تشکیل می دهند در حالی که در مطالعه انجام شده توسط Ajayi (۱۵) درگیری بیماران در دهه اول زندگی بیشتر است و ۷۸ درصد بیماران زیر ۲۰ سال بودند. جوان ترین بیمار با نفوم سر و گردن در این مطالعه ۳ ساله بود در حالی که در مطالعه کونلی (۱۳) بیمار ۶ ماهه، Etemad-Moghadam (۴) ۷ ماهه، Larizadeh (۱) ۲ ساله، Ajayi (۱۵) ۲/۵ ساله، شاملو (۱۸) ۹ ساله، Conley (۲۰) ۱۳ ساله، صهبا ۱۶ ساله گزارش شده بود. مسن ترین بیمار در این مطالعه ۸۰ سال سن داشت. شایع ترین شکایت بیماران با نفوم سر و گردن در هنگام مراجعه به بیمارستان جهت بررسی های تشخیصی، تورم گردنی (۱۰۰٪) لنفادنوپاتی گردنی) با بیشترین درگیری در سمت چپ گردن بود (۸۲/۵٪). صهبا (۱۷)، Etemad-Moghadam (۱۴)، یا ین لی (۴)، اکوتو (۲۱)، Baharvand (۲۴)، کونلی (۲۶) و نیز شایع ترین تظاهر بالینی را لنفادنوپاتی گردنی ثبت کرده بودند. درحالی که در پژوهش انجام یافته توسط جفری (۱۸) در ۶۰ درصد بیماران علائم اولیه به صورت علائم بالینی لوکال بوده است. از دیگر نتایج این پژوهش، درگیری خارج از لئف نود بود که در ۲ بیمار (۵ درصد) و در ناحیه گونه و بینی مشاهده شد. این میزان درگیری کمترین مقدار بدست آمده در مقایسه با سایر

مطالعات است چرا که در مطالعه Etemad-Moghadam (۴) ۲۶/۲ درصد از بیماران، در مطالعه یا ین لی (۱۶) ۳۶/۷ درصد بیماران مبتلا به نفوم و ۱۸/۳۲ درصد از بیماران در مطالعه انجام یافته توسط Urquhart (۱۷) درگیری اکسترانودال داشتند که شایع ترین ناحیه درگیر در این مطالعات، حلقه والدیر بود.

پنجاه و پنج درصد بیماران در بدو مراجعه به مراکز درمانی علائم سیستمیک مانند: تعریق شبانه، کاهش وزن، تب بالای ۳۸ درجه را ذکر کرده بودند. بیش تر افراد بررسی شده با نفوم سر و گردن تب بالای ۳۸ درجه سانتی گراد داشتند که شایع ترین علامت سیستمیک ثبت شده بود. همچنین ۴۵ درصد بیماران بررسی شده در این مطالعه علائم بالینی دیگری بجز علائم سیستمیک در بدو مراجعه داشتند. در مطالعه Urquhart (۱۷) علائم سیستمیک بیشتر در گروه بیماران با نفوم هوچکین ثبت شده بود. در نتایج این پژوهش از بین ۲۳ مورد جنس مذکر ۶ بیمار سابقه مصرف سیگار و مواد افیونی را داشتند با توجه به اینکه تمام این افراد بالای ۲۰ سال بودند می توان این سابقه را یک ریسک فاکتور برای سنین بالای ۲۰ سال در نظر گرفت درحالی که در مطالعه انجام شده توسط Otoh (۲۳) یک بیمار سابقه مصرف تنباکو را به عنوان عادت مرتبط با سرطان داشت که سن بیمار مورد نظر ذکر نشده بود. شایع ترین ساب تایپ نفوم هوچکین در پژوهش حاضر با ۴۴٪ ندولاراسکلروزیس می باشد و بعد از آن Mixed cellularity رتبه دوم را به خود اختصاص داد که این در توافق با یافته های پژوهش انجام شده توسط Basirat، Shamloo، Basirat، Basirat (۱۲) و (۱۳) درحالی که در مطالعات منتشر شده توسط Lee (۱۶)، Dubey (سال ۱۹۹۹) (۲۲) و Baharvand (۲۵) در رتبه اول زیرگروه های نفوم mixedcellularity سپس ندولاراسکلروز قرار داشت. شایع ترین ساب تایپ نفوم نان هوچکین در این مطالعه Diffuse large B cell است ولی در مطالعه Ajayi (۱۵) و Dubey (۱۹۹۸) (۲۱) شایع ترین زیرگروه نفوم نان هوچکین مربوط به بورکیت لنفوما بود. ۶۲/۵٪ بیماران در مطالعه ما در طی بستری جهت بررسی های تشخیصی در مرحله ۱ و ۲ بیماری قرار داشتند و شایع ترین مرحله بیماری، مرحله ۲ بود. یعنی نفوم سر و گردن در زمان بروز تمایل کمتری به پیشرفته بودن دارد. یا ین لی (۱۶)، جفری (۱۸)، رولی (۱۹) نتایج مشابه نتیجه این مطالعه را داشتند در حالی که در پژوهش بهاروند (۲۵) شایع ترین مرحله بیماری مرحله سوم با ۴۰٪ است. در این مطالعه ۳۷/۵٪ بیماران با نفوم سر و گردن در آزمایشات به عمل آمده دچار کم خونی (Anemia) بودند و بعد از آن لکوسیتوز با ۳۰٪ موارد رتبه دوم را داشت که در مطالعه منتشر شده از بهاروند (۲۵) نیز ۴۷/۶٪ از بیماران آنمی را به عنوان شایع ترین یافته هماتولوژیک داشتند؛ سپس لکوپنی با ۲۰/۷٪ گزارش شده بود. در مطالعه ما از بین افرادی که برای آن ها سی تی -

اسکن و سونوگرافی شکم و لگن درخواست شده بود، ۳۲/۵٪ درگیری ارگان‌های شکمی را نشان دادند که از این بین ۲۵٪ بیماران (بزرگی طحال) اسپنومگالی داشتند در حالی که در مطالعه Baharvand در ۳۹٪ موارد بزرگی طحال ثبت شده بود. بنابراین می‌توان به این نتیجه دست یافت که در صورت شک به پیشرفته بودن بیماری می‌توان از این مدالیته‌های تصویر برداری جهت بررسی درگیری سایر مناطق بهره جست. در این مطالعه به علت فراوانی لنفوم سر و گردن در زیرگروه ۲۰-۱۰ سال شغل غالب برای بیماران دانش‌آموزی بدست آمد. همچنین شغل کارگر در بین مردان مبتلا به لنفوم سر و گردن با ۱۵٪ اولین رتبه را کسب کرد و بعد از آن شغل کشاورزی با ۱۰٪ دومین رتبه را به خود اختصاص داد. در نتایج بدست آمده از این مطالعه بیش‌ترین فراوانی در درگیری سطح‌های گردنی مربوط به سطوح ۲، ۳، ۴ و ۵ با هم می‌شد (۳۲/۵٪) و بیش‌تر بیماران لنفوم سر و گردن با تورم گردنی در سمت چپ مراجعه کرده بودند. در این مطالعه از بین FNA درخواست شده برای بیماران قبل از اکسیژونال بیوپسی ۷۸/۵٪ با تشخیص صحیح لنفوم بودند. بنابراین این نتیجه می‌تواند بیانگر کارساز بودن FNA قبل از بیوپسی باز باشد. در بین بیماران بررسی شده با لنفوم سر و گردن در مطالعه حاضر بیش‌ترین فراوانی در محل سکونت مربوط به شهرها بود که می‌توان به این نتیجه دست یافت که به علت در دسترس بودن مراکز تشخیصی مجهز، مراجعه و تشخیص به هنگام در شهرها بیشتر است؛ همچنین می‌تواند نشانگر تفاوت آب و هوایی و رژیم غذایی نیز باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، در بررسی‌های تشخیصی بیماران با شکایت تورم گردنی (توده گردنی بدون درد) در بدو مراجعه، باید یکی از تشخیص‌های افتراقی مهم در کنار آبه، کیست، لیپوم ناحیه گردن و عفونت‌های دهان و دندان، انواع سرطان سر و گردن از جمله لنفوم در نظر گرفته شود و جهت تایید یا رد آن تلاش به عمل آید. همچنین در این بیماران باید جنس مذکر، گروه‌های سنی ۲۰-۱۰ سال و ۷۰-۶۰ سال بیشتر مورد توجه قرار گیرند. در این بیماران گرفتن شرح حال دقیق از وجود علائم سیستمیک (کاهش وزن، تعریق شبانه، تب بالای ۳۸ درجه سانتی‌گراد)، سابقه بیماری‌های عفونی، سابقه خانوادگی کانسر، نباید مورد غفلت قرار بگیرد چرا که جهت تشخیص مناسب می‌تواند کمک کننده باشد. درخواست FNA در مراجعات سرپایی بیماران با شکایت تورم گردنی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

پیشنهاد

در صورت شک بالینی قوی به انواع سرطان سر و گردن شرح حال بالینی دقیق به عمل آید. برای بیماران با شکایت تورم گردنی در صورت ظن قوی به سرطان‌های سر و گردن قبل از بیوپسی باز، FNA درخواست شود. در بیماران با سرطان سر و گردن جهت بررسی از نظر درگیری سایر ساختارهای گردنی و ارگان‌های شکمی سی‌تی‌اسکن بعنوان مدالیته انتخابی درخواست شود. ثبت گزارش‌های بیوپسی بیماران در سیستم کامپیوتری براساس تشخیص نهایی صورت گیرد. ایجاد سیستم نرم‌افزاری یکپارچه در برای ثبت تمامی بیماران با تشخیص انواع سرطان‌ها از جمله لنفوم سر و گردن جهت انجام تحقیقات پیشنهاد می‌شود.

قدردانی

از همه همکاران و پرستاران محترم بخش گوش و حلق و بینی که در انجام این تحقیق کمک نمودند کمال تشکر را داریم. شماره پایان نامه: ۵۹۷/۸

ملاحظات اخلاقی

با توجه به اینکه مداخله خاص درمانی بر بیماران اعمال نشده است نیاز به ملاحظات اخلاقی خاصی وجود ندارد و در کمیته منطقه ای اخلاق با کد IR.TBZMED.REC.1398.592 به تصویب رسیده است.

منابع مالی

منابع مالی ندارد.

منافع متقابل

مؤلفین اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تالیف یا انتشار این مقاله وجود ندارد.

مشارکت مؤلفان

ن ش طراحی و اجرا، ی ج تحلیل نتایج، و ج جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده داشتند. همچنین نسخه نهایی مقاله را خوانده و تایید کرده‌اند.

References

- Larizadeh MH, Damghani MA, Shabani M. Epidemiological characteristics of head and neck cancers in southeast of Iran. *Iran J Cancer Prev* 2014;7(2):80-6.
- Picard A, Cardinne C, Denoux Y, Wagner I, Chabolle F, Bach CA. Extranodal lymphoma of the head and neck: a 67-case series. *European Annals of ORL* 2015;132(2):71-5. doi: 10.1016/j.anorl.2014.07.005
- Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2010;60:277-300. doi: 10.3322/caac.20073
- Etemad-Moghadam S, Tirgary F, Keshavarz S, Alaeddini M. Head and neck non-Hodgkin's lymphoma: a 20-year demographic study of 381 cases. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2010;39(9):869-72. doi: 10.1016/j.ijom.2010.03.029
- Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. (Vol. 1 & Vol. 2). McGraw Hill Professional; 2018. PP: 6.
- Warzocha K, Lech-Marańda E. Diagnostyka i leczenie chłoniaków niezłośliwych. *Post. Nauk Med* 2011;24(7):567-676.
- Bojanowska-Poźniak K, Nurkowska M, Danilewicz M, Pietruszewska W. Clinical manifestation of malignant lymphomas of the head and neck region. *Otolaryngologia Polska = The Polish Otolaryngology* 2017;71(6):14-21. doi: 10.5604/01.3001.0010.7192
- Weber AL, Rahemtullah A, Ferry JA. Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma of the head and neck: clinical, pathologic, and imaging evaluation. *Neuroimaging Clin N Am* 2003;13(3):371-92. doi: 10.1016/s1052-5149(03)00039-x
- Zucca E, Cavalli F. *Extranodal lymphomas. Oncology Institute of Southern Switzerland, Division of Medical Oncology*. Ospedale San Giovanni, 6500 Bellinzona, Switzerland (Downloaded from <http://annonc.oxfordjournals.org/> by guest on 20 September 2015).
- Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1993;43(1):7-26. doi: 10.3322/canjcli.n.43.1.7.
- Herd MK, Woods M, Anand R, Habib A, Brennan PA. Lymphoma presenting in the neck: current concepts in diagnosis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012;50(4):309-13. doi: 10.1016/j.bjoms.2011.03.263
- Basirat M, Rabiei M, Bashardoust N. Incidence of Head and Neck Lymphoma in Guilan Province, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17(S3):1-4. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.s3.1
- Shamloo N, Ghannadan A, Jafari M, Ahmadi S, Mortazavi H, Baharvand M. Head and neck lymphoma in an Iranian population. *Iran J Otorhinolaryngol* 2017;29(94):261-7.
- Mohtasham N, Babakoohi S, Sarraf-Yadzy M, Sadr B, Ghaffarzagdegan K, Shiva A, et al. Oral and jaw lymphoma in an Iranian population. *J Craniofac Surg* 2011;22(3):868-70. doi: 10.1097/scs.0b013e31820f7d07
- Larizadeh MH, Damghani MA, Shabani M. Epidemiological Characteristics of Head and Neck Cancers in Southeast of Iran. *Iran J Cancer Prev* 2014;2:80-6. doi: 10.1016/j.ijom.2007.01.007
- Lee YY, Van Tassel P, Nauert C, North LB, Jing BS. Lymphomas of the head and neck: CT findings at initial presentation. *AJR* 1987;149(3):575-81. doi: 10.2214/ajr.149.3.575
- Urquhart A, Berg R. Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck. *The Laryngoscope* 2001;111(9):1565-9. doi: 10.2214/ajr.149.3.575
- Fierstein JT, Thawley SE. Lymphoma of the head and neck. *The Laryngoscope* 1978;88(4):582-93. doi: 10.1002/lary.1978.88.4.582
- Rowley H, McRae RD, Cook JA, Helliwell TR, Husband D, Jones AS. Lymphoma presenting to a head and neck clinic. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1995;20(2):139-44. doi: 10.1111/j.1365-2273.1995.tb00031.x
- Conley SF, Staszak C, Clamon GH, Maves MD. Non-hodgkin's lymphoma of the head and neck: The university of Iowa experience. *The Laryngoscope* 1987;97(3):291-300. doi: 10.1288/00005537-19870300-00007
- Dubey S, Sengupta SK, Kaleh LK, Morewaya JT. Paediatric head and neck lymphomas in Papua New Guinea: a review and analysis of 67 cases. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 1998;43(3):235-40. doi: 10.1016/s0165-5876(98)00012-3
- Dubey SP, Sengupta SK, Kaleh LK, Morewaya JT. Adult head and neck lymphomas in Papua New Guinea: a retrospective study of 70 cases. *ANZ Journal of Surgery* 1999;69(11):778-81. doi: 10.1046/j.1440-1622.1999.01694.x
- Otoh EC, Johnson NW, Danfillo IS, Adeleke OA, Olosoji HA. Primary head and neck cancers in North Eastern Nigeria. *West Afr J Med* 2004;23(4):305-13. doi: 10.4314/wajm.v23i4.28146
- Todd GB, Michaels L. Hodgkin's disease involving Waldeyer's lymphoid ring. *Cancer* 1974;34(5):1769-78.
- Baharvand M, Mortazavi H. Characteristics of Hodgkin lymphoma in a defined group of Iranian pediatric patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(13):5167-9. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.13.5167