

## گزارش ۵ ساله از تظاهرات و شیوع انواع لنفوم غیر هوچکینی در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان شفا اهواز

محمد پدرام<sup>۱</sup>، حسین خوئینی پورفر<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف: لنفوم غیر هوچکینی شایع‌ترین لنفوما در کودکان است و سومین بدخیمی شایع در کودکان محسوب می‌شود. تشخیص بهنگام این بیماری در درمان آن حائز اهمیت بسیاری است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع انواع لنفوم‌ها و تظاهرات بالینی آن میان بیماران مراجعه کننده در خوزستان بود.

روش بررسی: طی یک مطالعه مقطعی - توصیفی تظاهرات و شیوع انواع لنفوم‌های غیر هوچکینی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شفا اهواز از سال ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۸۱ به مدت ۵ سال بوده مورد بررسی قرار گرفتند. برای این منظور ۳۰ کودک (۷۴٪ پسر) استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع لنفوم به ترتیب اولویت، لنفوم نوع بورکیت، لنفوم لنفوبلاستیک و لنفوم سلول بزرگ است. بیشترین یافته‌ها در این بیماری درد و توده شکمی، بعد از آن تورم غدد لنفاوی و در درجه سوم درگیری غدد لنفاوی ریه و علائم نارسائی تنفسی بود. همچنین ۶۰ درصد بیماران با مراحل پیشرفته برای اولین بار مراجعه و تشخیص داده شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت بیماران اکثراً دیر مراجعه می‌کنند؛ لذا باید در رابطه با معاینه کامل بیماران که با دردهای شکمی به مراکز درمانی مراجعه و در معاینات بالینی تورم غدد لنفاوی و علائم سیستمیک را نشان می‌دهند، توجه ویژه‌ای به این بیماری داشت. در بیمارانی نیز که با نارسائی تنفسی مراجعه می‌کنند، بررسی غدد لنفاوی در رادیوگرافی ریه بیمار در کمک به تشخیص این بیماری بسیار حائز اهمیت است.

کلید واژگان: لنفوم غیر هوچکینی، کودکان، تظاهرات بالینی.

### مقدمه

نیست (۲). شیوع لنفوم غیر هوچکینی حدود ۱۵ نفر در ۱۰۰/۰۰۰ کودک زیر ۱۰ سال است (۳). نسبت جنس مذکر به مونث ۲/۵ به ۱ بوده و افزایش شیوع سنی بین ۵ الی ۱۵ می‌باشد (۴). زمینه ایجاد کننده این بیماری می‌تواند بیماری‌های ژنتیکی و اسکوت آلدريج<sup>۲</sup> - آگامی

لنفوم غیر هوچکینی شایع‌ترین لنفوم در کودکان و سومین بیماری بدخیمی در کودکان می‌باشد (۱). ناشی از نوسازی بدخیم سلول‌های رده لنفوئید می‌باشد. اگر چه لنفوم اغلب بافت‌های لنفوئید مثل غدد لنفاوی و طحال را درگیر می‌کند، اما درگیری اندام‌های دیگر ناشایع

\* استاد گروه خون و سرطان کودکان مرکز تحقیقات تالاسمی و هموگلوبینوپاتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز  
\*\* دستیار فوق تخصصی خون و سرطان کودکان مرکز تحقیقات تالاسمی و هموگلوبینوپاتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی اهواز

۱- نویسنده مسؤول

## روش بررسی

در این مطالعه مقطعی - توصیفی پرونده بیماران کودک مبتلا به لنفوم غیر هوچکینی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شفا اهواز از سال ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفت. طی ثبت اطلاعات مندرج در پرونده بیماران اطلاعاتی مانند سن، جنس، علائم بیماری، نوع لنفوم، علائم پاراکلینیک، محل درگیری بیماری، نوع پاتولوژی تومور و مرحله بروز بیماری جمع آوری شد.

## یافته‌ها

از جمع ۳۰ بیمار کودک مبتلا به لنفوم غیر هوچکینی مراجعه کننده طی ۵ سال، ۷۴٪ بیماران پسر و بقیه دختر بودند. حداقل سن بیماران مورد مطالعه ۳ سال و حداکثر ۱۴ سال بود که بیشترین فراوانی در رده سنی ۶-۹ سال بود.

در خصوص نوع لنفوم غیر هوچکینی بیماران مبتلا، ۴۰٪ موارد لنفوم بورکیت ۳۲٪ موارد لنفوم لنفوبلاستیک و ۲۸٪ موارد لنفوم سلول بزرگ را شامل می‌شدند. از نظر مرحله بروز بیماری در بدو تشخیص ۶۰٪ در مرحله سوم و ۳۰٪ در مرحله چهارم و ۱۰٪ در مرحله دوم قرار داشتند.

اشکال بالینی بیماران مبتلا به لنفوم غیر هوچکینی بدین صورت بود که ۶۴٪ موارد توده شکمی، ۴۴٪ تورم غدد لنفاوی، ۲۰٪ درگیری غدد لنفاوی ریه، ۲۰٪ تب و لرز و ۱۲٪ درگیری سیستم عصبی مرکزی داشتند.

از نظر تفکیک اشکال بالینی بیماری بر حسب نوع لنفوم، در مبتلایان به لنفوم بورکیت ۸۰٪ موارد توده شکمی، ۵۰٪ تورم غدد لنفاوی و ۱۰٪ درگیری غدد لنفاوی ناحیه ریه وجود داشت.

گلوبولینمی بروتون<sup>۱</sup> و آتاکسی<sup>۲</sup> و تلانژکتازی<sup>۳</sup> باشد (۵). همچنین این بیماری بعد از پیوند مغزاستخوان نیز رخ می‌دهد. داروهائی مانند دایلاتین و اشعه ایکس و ویروس‌هائی مانند EBV<sup>۴</sup> و HIV<sup>۵</sup> را نیز در بروز این بیماری دخیل می‌دانند (۶).

در کودکان نوع لنفوم با درجه خطر بالا کلاً مطرح است که شامل لنفوم بورکیت، لنفوم لنفوبلاستیک و لنفوم سلول بزرگ<sup>۶</sup> است (۷) که به ترتیب ۵۰٪، ۳۰٪ و ۲۰٪ موارد را تشکیل می‌دهند (۸).

شایع‌ترین محل درگیری شکم (مخصوصاً ناحیه ایلئوسکال) است (۹) و درگیری غدد لنفاوی ناحیه ریه بیشتر در لنفوم لنفوبلاستیک رخ می‌دهد (۱۰) که می‌تواند باعث نشانگان ورید اجوف فوقانی گردد (۱۱).

این بیماری غیر از بافت‌های لنفاوی، پوست، بافت زیر جلدی، اربیت، تیروئید، استخوان، کلیه، فضای اپی‌دورال، مغزاستخوان، پستان و گنادها را نیز درگیر می‌کند (۱۲).

از آن جا که لنفوم غیر هوچکینی در مناطق مختلف جهان با تظاهرات بالینی متفاوت خود را نشان می‌دهد؛ بنابر این ضرورت دارد که تظاهرات بالینی کودکان منطقه اهواز که با لنفوم غیر هوچکین مراجعه کرده‌اند شناسائی شود تا بتوان با انتشار نتایج تحقیق برای ارتقاء سطح آگاهی و شناسائی زود هنگام این بیماری مهلك به منظور ارتقاء سطح سلامت جامعه گامی برداشت.

1 - Bruton Agammaglobulinemia

2 - Ataxia

3 - Telangectasia

4 - Ebstein Barr Virus

5 - Human Immunodeficiency Virus

۶۰٪ بیماران مرحله ۳، ۳۰٪ در مرحله ۴ و ۱۰٪ در مرحله ۲ بیماری بوده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

لنفوم غیر هوچکیننی به عنوان سومین بدخیمی کودکان باید مورد توجه ویژه قرار گیرد و اطلاع از علائم بالینی و پاراکلینیکی بیماری، تشخیص زود هنگام در مراحل اولیه بیماری را باعث می‌شود و به طبع آن نتیجه درمان بهتر خواهد بود در این مطالعه نشان داده شد که شیوع لنفوم لنفوبلاستیک در این گزارش بیشتر از لنفوم Large cell است. در ضمن بیماران مبتلا به سندرم اجوف فوقانی نیز حتماً باید از نظر بیماری لنفوم لنفوبلاستیک مدنظر قرار گیرند. در کل افزایش آگاهی نسبت به این بیماری در تشخیص زود هنگام این بیماری مهلك نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند.

حدود ۴۰٪ بیماران مبتلا به لنفوم Large cell دارای توده شکمی، ۳۵٪ لنفادنوپاتی، ۵۰٪ درگیری غدد لنفاوی ریتین و ۲۵٪ درگیری سلسله اعصاب مرکزی داشتند.

در بررسی‌های انجام شده درگیری غدد لنفاوی ریه در لنفوم لنفوبلاستیک از سایر لنفوم‌ها بیشتر بود، همچنین در این لنفوم درگیری سیستم عصبی مرکزی نسبت به سایرین بیشتر بود. در بورکیت لنفوما نیز توده شکمی از همه انواع لنفوم‌ها بیشتر بود.

از نظر پاراکلینیک ۷۰٪ بیماران مبتلا به لنفومای غیر هوچکیننی میزان لاکتات دهیدروژناز بالا، ۸۰٪ سدیماتاسیون افزایش یافته و ۴۰٪ نیز کم‌خونی داشتند.

### مرحله تشخیص بیماری

در بررسی بر روی بیماران، اکثر بیماران مراجعه کننده به این مرکز در مراحل پیشرفته بیماری بودند و این موضوع به واسطه تشخیص دیر رس در این بیماران بوده است که به علت عدم مساعد بودن شرایط و آگاهی اندک در اولین برخورد با این بیماری بوده است. در هر صورت

### منابع

- 1- Lanzkowsky P. Manual of Pediatric Hematology and Oncology. 3<sup>rd</sup> ed. 1999: 445-48.
- 2- Pizzo PA, David G. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 4<sup>th</sup> ed. 2002: 677-87.
- 3- Hoffman R. Hematology: Basic Principles and Practice. 3<sup>rd</sup>ed. 2000: 1339-343.
- 4- Lux SE. Blood Principles and Practice of Hematology. 2<sup>nd</sup>ed. 2003: 776-820.
- 5- Andrewlister T. The lymphomas. 1<sup>st</sup> ed. 1995: 400-410.
- 6- Devita VT, Hellman S. Cancer Principles and Practice of Oncology. 4<sup>th</sup>ed. 2001: 2270-280.
- 7- Giles W, Vose JM. Lymphoma. Hematol. 2003; 123: 850-855.
- 8- Abrey W, Craig H. Maskowitz. Non- Hodgkin Lymphoma. J Clin Oncol. 2003; 22: 4151-155.
- 9- Terol W. Pediatric Lymphoma. Annal Oncol 2003; 3: 467-470.
- 10- Hayabuchi W. Classification of Lymphoma. Br J Hematol 2003; 123: 606-612.
- 11- Yomata W. Pediatric Lymphoma. Art Oncol 2003; 9: 71-78.
- 12- Poortmans Y. Lymphoblastic lymphoma. J Clinic Oncol 2003; 4483-485.