

## بررسی درگیری بافت‌های گردنی - صورتی و غدد لنفاوی در بیماران مبتلا به لنفوما مراجعه کننده به بخش کانسر بیمارستان امام خمینی در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰

دکتر سورینا صهبا\*، دکتر محبوبه پورعبداللهی اردکانی\*\*

### چکیده

سابقه و هدف: لنفوما یک نوع شایع از انواع کانسرهایی است که از بافت لنفاوی منشا می‌گیرند. این بیماری با لنفادنوپاتی و یا اسپلنومگالی تشخیص داده می‌شود، اما نواحی اکسترانودال از جمله بافت‌های گردنی- صورتی و دهانی نیز ممکن است با این بیماری درگیر شوند. با توجه به اینکه نواحی سر و گردن در محدوده کار دندانپزشکی است بنابراین دندانپزشک می‌تواند در تشخیص زودهنگام این بیماری نقش مؤثری ایفا نماید. هدف از این مطالعه تعیین شیوع لنفوما و درگیری بافت‌های گردنی صورتی در بیماران مبتلا به هوچکین و لنفوم غیرهوچکین بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی جهت بررسی شیوع ضایعات و درگیری غدد لنفاوی گردنی- صورتی در انواع لنفوما، پرونده‌های ۵۵ بیمار شامل ۹ بیمار مبتلا به هوچکین و ۴۶ بیمار مبتلا به لنفوم غیرهوچکین در بخش کانسر بیمارستان امام خمینی در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 11 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که میانگین سنی در بیماران مبتلا به بیماری هوچکین  $47 \pm 7/18$  و در بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین  $55 \pm 18$  بود. بیشترین میزان لنفادنوپاتی در ناحیه گردن ( $88/8\%$  در هوچکین و  $56/5\%$  در غیرهوچکین) مشاهده گردید. در  $17/4\%$  درصد از بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین لنفادنوپاتی در نواحی تحت فکی، پاروتید و تحت چانه‌ای مشاهده شد. از نظر مرحله‌بندی (staging)  $61\%$  بیماران در مراحل ۱ و ۲ قرار داشتند و شایع‌ترین روش تشخیص بیوپسی *incisional* بود.

نتیجه‌گیری: توجه به تظاهرات گردنی- صورتی و دهانی لنفوما می‌تواند در تشخیص زودهنگام و درمان به موقع این بیماری کمک کند.

کلید واژگان: غدد لنفاوی، بیماری هوچکین، لنفوم غیرهوچکین

تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۵/۲/۲۳

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۹/۱۴

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ویژه‌نامه (تشخیص - پاتولوژی)، ۱۳۸۶، ۵۸۴-۵۷۹

### مقدمه

دیدگاه بالینی، منشاء سلولهای تومورال، محل بروز بیماری، وجود علائم عمومی، درمان، پیش‌آگهی و میزان بهبودی با یکدیگر تفاوت دارند (۳،۴). بیماری هوچکین اولین بار توسط پاتولوژیست انگلیسی به نام توماس هوچکین در سال ۱۸۲۲ شرح داده شد و در سال ۱۹۸۵ توسط Wilks به نام هوچکین نام‌گذاری گردید (۵). تظاهرات این بیماری شامل تب، از دست دادن بدون علت وزن، تعریق زیاد، خارش و ضعف است. اما مهم‌ترین نشانه آن شامل بزرگی بدون درد غدد لنفاوی همراه

لنفوما گروهی از تومورهای بدخیم هستند که سلولهای لنفورتیکولر یا سیستم ایمنی مانند لنفوسیت‌های B، لنفوسیت‌های T و منوسیت‌ها را درگیر می‌کنند (۱). این بیماری‌ها اغلب از غدد لنفاوی منشاء می‌گیرند اما ممکن است ابتدا در نسوج اکسترانودال تشخیص داده شوند. لنفوما به دو نوع اصلی تقسیم می‌شود که عبارتند از لنفوم هوچکین (HD) و لنفوم غیرهوچکین (NHL) (۲). اگر چه سلولهای هر دو نوع این تومورها، در شبکه رتیکولو اندوتلیال انباشته می‌شوند، اما از

\*نویسنده مسئول: دانشیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. E-mail: sahba\_srn@yahoo.com

\*\*دندانپزشک.

استخوان، لاپاراتومی و اسپلنکتومی نیز ممکن است ضروری باشد. Walden در سال ۱۹۷۵ درگیری ثانویه اندامهای گوناگون از جمله حفره دهان در بیماری هوچکین را گزارش نمود(۸). در سال ۱۹۸۳ موردی از ابتلاء ثانویه فک پایین و مخاط آلوتول به دنبال لنفادنوپاتی در ناحیه زیر بغل (Axillary) در بیماری هوچکین گزارش گردید (۹) و در سال ۱۹۸۴ Jones و همکاران به دو مورد از درگیری فکین در این بیماری اشاره کردند(۱۰)، Tanaka و همکاران (۱۹۹۲) مواردی از ابتلاء لثه فک بالا را در پی بروز بیماری هوچکین مطرح نمودند(۱۱). در سال ۲۰۰۰ Tadaaki و همکاران انواع درمان لنفوم غیرهوچکین در ناحیه مندیبل را شرح دادند(۱۲).

لنفوم غیرهوچکین در ۲۵٪ موارد خارج از سیستم لنفوئیدی ظاهر می‌گردد. معده و سر و گردن دو ناحیه مهم ابتلاء هستند (۱۳). این بیماری حتی در چشم نیز به صورت اوئیت (Uveitis) و کاهش بینایی همراه با درگیری غدد لنفاوی گردن مشاهده شده است(۱۴). همچنین یک مورد از لنفوم ثانویه در قلب با تظاهرات سنکوپ راجعه گزارش گردیده است(۱۵). ضایعات دهانی اغلب در بیماران مسن تر رخ می‌دهد(۵). مواردی از ابتلاء غدد بزاقی به لنفوم بدخیم گزارش شده است (۱۶).

با انجام یک بررسی در دانشگاه Kanazawa ژاپن مشخص گردید که ۵/۸٪ از بیماران مبتلا به سندرم شوگرن، دچار لنفوم بودند، بنابراین نتیجه گرفته شد که در این سندرم بافتهای گردنی باید به دقت بررسی شوند(۱۷). به منظور بررسی غدد لنفاوی سطحی، تحقیقی روی ۸۰۰ بیمار مبتلا به بزرگی غدد لنفاوی در ناحیه گردن، زیر بغل و کشاله ران (Inguinal) انجام و برای تشخیص از Fine needle aspiration (FNAC) cytology استفاده شد. در حدود ۶/۸٪ این غدد بدخیم بودند که در بین موارد بدخیمی ۲/۷٪ لنفوم غیرهوچکین بودند. در مجموع  $\frac{3}{4}$  موارد بدخیمی بویژه کارسینوم متاستاتیک و لنفوم غیرهوچکین در گردن مشاهده شد(۱۸).

Spinell و همکاران (۲۰۰۲) سن ابتلای لنفوم هوچکین را

با قوام لاستیکی است که به ویژه در ناحیه فوق کلاویکول دیده می‌شود(۱۶). غدد لنفاوی در شروع بیماری تقریباً متحرک هستند و با پیشرفت بیماری ثابت می‌شوند. لنفوم هوچکین در حدود  $\frac{1}{6}$  لنفوم غیرهوچکین است و شیوع آن در آمریکا به میزان تقریبی ۸۰۰۰ نفر در ۲۵۰ میلیون جمعیت این کشور است. اگر چه ماهیت اصلی هوچکین شناخته شده نیست اما ویروس Epstein-Bar در بروز این بیماری نقش مهمی دارد(۷).

تشخیص براساس بیوپسی و مشاهده سلولهای چندهسته‌ای Reed - Sternberg است. هوچکین در ۶۰ تا ۸۰٪ موارد از ناحیه سر و گردن شروع می‌شود و در مراحل پیشرفته‌تر به زیر دیافراگم، طحال، کبد و مغز استخوان گسترش می‌یابد. ابتلای دهان گزارش شده اما نادر است. باید توجه داشت لنفوم بیماری کشنده‌ای است که هر سال در آمریکا ۷۰۰۰ مورد ابتلا و ۱۴۰۰ مورد مرگ و میر را سبب می‌شود. ولی روشهای جدید تشخیص، مرحله‌بندی و درمان (رادیوتراپی و شیمی درمانی) به بیماران ۷۰٪ شانس بهبودی می‌بخشد به نحوی که بقای ۵ ساله برای بیماران در مرحله ۱ تقریباً ۹۰٪ است(۵). این میزان در مرحله IV به ۶۰٪ کاهش می‌یابد. در صورت عدم وجود نشانه‌ها و علائم سیستمیک پیش‌آگهی بیماری بهتر است. تعیین مرحله براساس تقسیم‌بندی Ann Arbor (۱۹۷۱) به شرح زیر است.

۱- درگیری یک ناحیه لنفاوی منفرد و یا یک ناحیه اکسترانفاتیک منفرد.

۲- درگیری نواحی متعدد غدد لنفاوی در یک سمت دیافراگم.

۳- گرفتاری غدد لنفاوی در دو طرف دیافراگم و گاهی درگیری طحال.

۴- ابتلاء ژنرالیزه (۱،۷).

مرحله‌بندی هوچکین برای طرح درمان، ارزیابی و پیش‌آگهی بیماری مهم است. تعیین مرحله براساس معاینات بالینی، تاریخچه، تشخیص پاتولوژیک، سی‌تی‌اسکن از ناحیه شکم، MRI، رادیوگرافی از قفسه سینه و مطالعات هماتولوژیک معمول صورت می‌گیرد. انجام لنفانژیوگرافی، بیوپسی مغز

لنفوما بررسی و نتایج ثبت شدند. در مجموع ۵۵ بیمار با تشخیص لنفوما شامل ۹ بیمار (۵ مرد و ۴ زن) مبتلا به بیماری هوچکین و ۴۶ بیمار (۳۴ مرد و ۱۲ زن) مبتلا به لنفوم غیرهوچکین تحت بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS صورت پذیرفت. سپس نمودارهای لازم به کمک همان نرم‌افزار و نرم‌افزارهای 2000 Power Point و Exel رسم شدند.

### یافته‌ها

تعداد بیماران مبتلا به لنفوما در این تحقیق ۵۵ نفر بود که ۹ مورد مبتلا به بیماری هوچکین با میانگین سنی  $47 \pm 7/18$  سال و ۴۶ نفر مبتلا به لنفوم غیرهوچکین با میانگین سنی  $55 \pm 18$  سال بودند. یافته‌ها در هر دو نوع لنفوما به شرح زیر بودند:

**الف: بیماری هوچکین:** نسبت ابتدای مردان به زنان ۲ به ۱ بود، جوان‌ترین بیمار ۱۶ سال و مسن‌ترین آنان ۷۴ سال سن داشت و بیشترین ابتلا در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال مشاهده شد. شایع‌ترین علامت هنگام مراجعه به ترتیب لنفادنوپاتی با ۱۰۰ درصد و کاهش وزن با ۲۲ درصد موارد بودند (جدول ۱) و تعریق مشاهده و گزارش نشد.

شایع‌ترین محل لنفادنوپاتی ناحیه گردن با  $88/8$  درصد بود (جدول ۲) و بیشتر بیماران در مرحله ۲ (stage II) قرار داشتند. (درگیری نواحی متعدد غدد لنفاوی در یک قسمت دیافراگم). الگوی درمانی در کلیه بیماران شامل شیمی درمانی بود که در  $\frac{2}{3}$  از بیماران علاوه بر شیمی درمانی از رادیوتراپی نیز استفاده شده بود.

**ب: لنفوم غیر هوچکین:** نسبت جنس مرد به زن در این بیماری ۳ به ۱ بدست آمد. بیشترین میزان ابتلا در گروه‌های سنی ۴۹-۴۰ و ۷۹-۷۰ سال مشاهده شد. شایع‌ترین علامت هنگام مراجعه لنفادنوپاتی با ۱۰۰ درصد شیوع و شایع‌ترین محل لنفادنوپاتی در منطقه گردن با ۵۷ درصد و از لحاظ درگیری غدد لنفاوی صورتی  $17/5$  درصد در غدد لنفاوی تحت فکی،  $8/5$  درصد در ناحیه پاروتید و ۲ درصد در زیر چانه مشاهده شد

پایین‌تر از لنفوم غیر هوچکین گزارش کرده، بیان نمودند که بعد از سن ۳۰ سالگی میزان بروز لنفوم کاهش می‌یابد (۱۹)، به طور کلی شایع‌ترین علت مراجعه بیماران مبتلا به بدخیمی‌های لنفاوی در بالغین، بزرگی بدون درد غدد لنفاوی است (۴،۷). در کودکان اگرچه تومورهای بدخیم ناحیه گردن شایع نیست اما در صورت وجود این ضایعات، لنفوما شیوع بیشتری دارد (۲۰). در یک تحقیق عوامل پروگنوستیک در معالجه بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین در حلقه Waldeyer بررسی شد که مهم‌ترین آنها در ارتباط با سن، سیستم مرحله‌بندی و تقسیم‌بندی TNM (Tumor Lymphnode Metastasis) گزارش گردید (۲۱). در طی ۲۰ سال اخیر تعداد افراد مبتلا به لنفوم در کشورهای صنعتی به نحو چشمگیری افزایش یافته است و اولین مواجهه با بیمارانی که دچار تورم در ناحیه گردن هستند ممکن است توسط دندانپزشکان صورت گیرد (۲۲). علاوه بر این بیماران مبتلا به لنفوم در اثر ضعف سیستم ایمنی به بهداشت دهان، مراقبت از دندانها و نسوج پرودنتال نیاز بیشتری دارند که موجب مراجعات مکرر آنها به دندانپزشک می‌شود. برای تشخیص قطعی لنفوم، گره‌های لنفاوی باید سریعاً جهت آزمایشات هیستوپاتولوژیک تحت بیوپسی قرار گیرند (۲۳). درمان لنفوم هوچکین بسته به مرحله بیماری با استفاده از رادیوتراپی، شیمی درمانی و یا ترکیبی از این دو روش صورت می‌گیرد که به ویژه در مراحل اولیه رضایت بخش است اما درمان لنفوم غیرهوچکین پیچیده‌تر است (۲۲). هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان شیوع بیماری درگیری بافت‌های گردنی صورتی در بیماران مبتلا به بیماری هوچکین و لنفوم غیرهوچکین بود.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی از نوع Retrospective و مقطعی (Cross Sectional) به منظور تعیین انواع لنفوما و درگیری نواحی گردنی - صورتی تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش کانسر بیمارستان امام خمینی تهران از ابتدای سال ۱۳۸۰ تا پایان سال ۱۳۸۱ انجام شد. نحوه جمع‌آوری اطلاعات به صورت مشاهده بود. در ابتدا پرونده کلیه بیماران مبتلا به انواع

دو کوهانه در دهه ۴۹-۴۰، ۱۱ مورد و در دهه ۷۹-۷۰ نیز ۱۱ مورد بود که با تحقیق انجام شده توسط Tadaaki در سال ۲۰۰۰ هم‌خوانی دارد (۱۲). در تحقیق Spinell (۲۰۰۲) نیز توزیع سنی بیماران در سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی و دیگری بالای ۷۰ سالگی گزارش شده که نتیجه تحقیق حاضر با تحقیق فوق تا حدی مطابقت دارد (۱۹).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین علامت هنگام مراجعه بیمار لنفادنوپاتی (۱۰۰ درصد) بود، در مطالعات قبلی نیز که توسط Walden (۱۹۷۵) انجام شده بود لنفادنوپاتی شایع‌ترین علامت ذکر شده است (۸). به این ترتیب به نظر می‌رسد الگوی تظاهرات بیماران هنگام مراجعه در جامعه ایرانی تقریباً مشابه جوامع غربی باشد. درگیری غده‌های لنفاوی گردنی (۶۵/۵

جدول ۲). شایع‌ترین مرحله مشاهده شده در بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین نیز مرحله ۲ بود. در مجموع بیماران هنگام مراجعه، ۲۲ درصد در مرحله ۱، ۴۴ درصد در مرحله ۲ و ۳۳ درصد در مرحله ۳ قرار داشتند و الگوی درمانی این نوع لنفوم نیز تماماً شیمی درمانی بود که در ۳۵ درصد موارد علاوه بر شیمی درمانی از رادیوتراپی نیز استفاده شد. بطور کلی رایج‌ترین روش تشخیص در هر دو نوع لنفوما بیوپسی incisional و سی تی اسکن بود (جدول ۳).

### بحث

در این تحقیق الگوی پراکندگی سنی بیماران تقریباً به صورت

جدول ۱- فراوانی علایم و نشانه‌های گزارش شده در مبتلایان به لنفوما مراجعه کننده به بخش کانسر بیمارستان امام خمینی در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰

علائم و نشانه‌ها	HD		NHL		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
تب	۱	۱۱/۱	۵	۱۰/۸۶	۶
کاهش وزن	۲	۲۲	۴	۸/۶۹	۶
دیسفاژی	۰	۰	۱	۲/۱۷	۱
تهوع و استفراغ	۱	۱۱/۱	۲	۴/۳۴	۳
لنفادنوپاتی	۹	۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۵۵

جدول ۲- فراوانی محل لنفادنوپاتی در بیماران مبتلا به انواع لنفوما مراجعه کننده به بخش کانسر بیمارستان امام خمینی در سال‌های ۸۰-۱۳۸۱

لنفادنوپاتی	HD		NHL		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
گردن	۸	۸۸/۸	۲۶	۵۶/۵۲	۳۴
پاروتید	۰	۰	۴	۸/۶۹	۴
ساب مندیبولار	۰	۰	۸	۱۷/۳۹	۸
ساب متال	۰	۰	۱	۲/۱۷	۱
شکم	۱۱/۱	۱۱/۱	۸	۱۷/۳۹	۹
مغز	۰	۰	۲	۴/۳۴	۲
کشاله ران	۰	۰	۱	۲/۱۷	۱
زیر بغل	۰	۰	۴	۸/۶۹	۴

جدول ۳- فراوانی روش تشخیص در بیماران مبتلا به انواع لنفومای مراجعه کننده به بخش کانسر

بیمارستان امام خمینی در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰

روش تشخیص	NHL		HD		کل فراوانی	کل درصد
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
اینسیژنال بیوپسی	۶۳/۰۴	۲۹	۵۵/۵	۵	۳۴	۶۱/۸
اکسیژنال بیوپسی	۲۱/۷	۱۰	۴۴/۴	۴	۱۴	۲۵/۵
Chest × Ray	۸/۶۹	۴	.	.	۴	۱۴/۸
سی تی اسکن	۳۰/۴	۱۴	۴۴/۴	۴	۱۸	۳۲/۷
سونوگرافی	۱۵/۲	۷	۱۱/۱	۱	۸	۲۴/۷

HD: Hodgkin's Disease

NHL: Non- Hodgkin's lymphoma

اولیه تشخیص داده می‌شود.

در این تحقیق میانگین سنی بیماران لنفوم هوچکین حدود یک دهه کمتر از بیماران لنفوم غیرهوچکین و توزیع سنی بیماران در نوع غیر هوچکین دو کوهانه (دهه پنجم و هشتم) بود که مشابه کشورهای توسعه یافته است (۱۲). لنفادنوپاتی سرویکال از شایع‌ترین یافته‌های بیماری در هر دو گروه هوچکین و غیرهوچکین و شایع‌ترین stage در هر دو گروه به هنگام مراجعه stage II بود.

### نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که لنفادنوپاتی گردنی شایع‌ترین یافته در بیماران مبتلا به هر دو نوع لنفوم است، علاوه بر این در لنفوم غیرهوچکین مواردی از درگیری غدد لنفاوی تحت فکی، ناحیه پاروتید و تحت چانه نیز مشاهده گردید بنابراین باید به تشخیص افتراقی لنفوم از سایر لنفادنوپاتی‌های گردنی صورتی که در بسیاری از موارد می‌تواند با عفونت‌های دهان و دندان نیز مرتبط باشد توجه خاصی معطوف نمود.

درصد شایع‌ترین لنفادنوپاتی در بیماران مبتلا لنفوم غیرهوچکین بود و پس از آن ناحیه تحت فکی (۱۷/۵ درصد) از نواحی درگیر به حساب می‌آمد.

ولی با توجه به درصد بالای لنفادنوپاتی گردنی در این تحقیق می‌توان درگیری این غدد لنفاوی را در جامعه ایرانی مبتلا به لنفوم غیر هوچکین یک یافته شایع در نظر گرفت. قابل ذکر است در بیماری هوچکین هیچگونه تظاهرات دهانی و لنفادنوپاتی در ناحیه تحت فکی، پاروتید و چانه مشاهده نشد، اما در مطالعه Jones و همکاران (۱۹۹۰) دو مورد از درگیری فکین در این بیماری گزارش گردید. در لنفوم غیرهوچکین ۸ مورد لنفادنوپاتی تحت فکی و ۴ مورد لنفادنوپاتی پاروتید و یک مورد لنفادنوپاتی تحت چانه وجود داشت.

در خصوص staging هنگام مراجعه بیماران در این تحقیق ۴۱/۵ درصد در مرحله II و ۳۲/۵ درصد در مرحله I قرار داشتند ولی در تحقیق Spinell (۲۰۰۴) بیشتر بیماران در stage بالاتری بودند (۱۹). خوشبختانه به نظر می‌رسد با توجه به مراجعه زودهنگام بیماران در جامعه ایرانی، بیماری در مراحل

### References

- Greenberg MS, Glick M: Burket's Oral Medicine. 10th Ed. BC Decker Inc. 2003;Chap16:429-453.
- Wood NK, Goaz PW: Oral and maxillofacial lesion. 5th Ed. St. Louis: The C.V. Mosby Co. 1997;Chap38:528-29.
- Cawson RA, Binnie WH, Barrett AW, Wright JM: Oral Disease. 3rd Ed. London: The C.V Mosby Co. 2001;Chap 12:1201-1202.

4. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL: Harrison principles of internal medicine. 16th Ed. McGraw-Hill. New York 2005;Chap5:641-54.
5. Hellman S: Cancer Principles and Practice of oncology. 7th Ed. Vincent T. 1995;Chap18:1331-46.
6. Ord RA, Blanchaert RH: Oral Cancer. Quintessence Publishing Co. Chicago 2000;Chap6:72-73.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral & Maxillofacial pathology. 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002;Chap13:515.
8. Walden PA: The lymphomas (medical oncology). 4th Ed. London, Black Well Scientific Publication. 1975; Chap9:422-24.
9. Shafer H: Text book of oral pathology. 4th Ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1983;Chap2:185-90.
10. Jones J, Mason DK: Oral manifestation of systemic disease. 2nd Ed. London. W.B Saunders Co. 1990; Chap17: 686-90.
11. Tanaka J, Yoshida K, Suzuki M, Sakata Y: Hodgkin's disease of the Maxillary gingiva a case report. Int J Oral Maxillofacial Surg 1992;Chap21:45-46.
12. Tadaaki K, Kazuhiko O, Hisashi S, Masumi O, Yasutsugu Y, Masahito S: Primary non Hodgkin's lymphoma of the mandible treated with radiotherapy. Chemotherapy and autologous peripheral blood stem cell transplantation. J Oral Pathol Oral Med Oral Surg 2000;90:450-55.
13. Dabaja BS, Ha Cs, Wilder RB, Pro B, McLaughlin P, Cabanillas F: Importance of esophagogastroduodenoscopy in the evaluation non gastro intestinal mucosa-associated Lymphoid tissue. Cancer J 2003;9:321-4.
14. Soylu M, Ozean AA, Okay O, Sasmaz I, Tanyeli A: Non-Hodgkin lymphoma presenting with uveitis occurring after blunt trauma. Pediatr Hematol Oncol 2005;22:53-7.
15. Manojkumar R, Sharma A, Grover A: Secondary lymphoma of the heart presenting as recurrent syncope. Indian Heart J 2001;53:221-3.
16. Glaser SL, Clark CA, Nugent RA, Stearns CB, Dorfman RF: Reproductive factors in Hodgkin's disease in women. Am J Epidemiol 2003 15;158:553.
17. Tonami H, Matoba M, Kuginuki Y, Yokota H, Higashi K, Yamamoto I: Clinical and imaging findings of lymphoma in patients with sjogren syndrome. J Comput Assist Tomogr 2003;27:517-24.
18. Bezabih M, Mariam DW: Determination of aetiology of superficial enlarged lymph nodes using fine needle aspiration cytology. East Afr Med J 2003;80:559-63.
19. Spinell J: Lymphoma facts and statistics. The Society's Booklet 2002;Chap2:19-29.
20. Imhof H, Czerny C, Hormann M, Krestan C: Tumors and tumor-like lesions of the neck: from childhood to adult. Eur Radiol 2004;14(Suppl4):155-65.
21. Kobayashi Y, Ogino T, Hayashi T, Nonaka S, Harabuchi Y: Prognostic factors in non-Hodgkin's lymphoma of Waldeyer's ring and the lymph nodes of the neck. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho 2002;103:761-9.
22. Hiller E: Malignant Hodgkin's and non-Hodkin's lymphomas. MMW Fortschr Med 2005;147:31-4.
23. Wang S, Jiang Y, Wu W, Yang D, Fang Q, Lin X: Clinical analysis of primary head and neck non-Hodgkin's. Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi 2002;16:676-7.