

گزارش یک مورد نادر لنفوم غیر هوچکین اولیه در وستیبول فک بالا

سید امید مهدوی*، نجمه السادات بوستانی**، ندا غلامی***#، آتس سا پاک فطرت****، نصرالله ساغروانیان*****

* استادیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

** دستیار تخصصی بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

*** دستیار تخصصی گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

**** دانشیار بیماری‌های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
***** استادیار آسیب شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۹۰/۱۱/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۲۵

Primary Non-Hodgkin Lymphoma in the Maxillary Vestibule: Report of a Rare Case

SeyedOmid Mahdavi*, Najmehsadat Boostani**, Neda Gholami***#, Atessa Pakftrat****, Nasrollah Saghravani*****

* Assistant Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

** Postgraduate Student, Dept of Anesthesiology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*** Postgraduate Student, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

**** Associate Professor of Oral Medicine, Dental Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

***** Assistant Professor of Oral & Maxillofacial Pathology, Oral & Maxillofacial Disease Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 6 February 2012; Accepted: 14 May 2012

Introduction: Lymphoma is the malignant neoplasm of lymphocytes which is divided into 2 categories: Hodgkin and Non-Hodgkin lymphoma (NHL). The occurrence of primary lymphoma in oral cavity is uncommon and comprises only 2% of all extra-nodal lymphomas. The aim of this study was introduction of a case of NHL in oral cavity, presenting the related signs and its differentiation from similar lesions.

Case report: A 72 year old man referred with complaint of a swelling in left side of the face and demanding to extract the loosen tooth. The swelling had been present for one year accompanying pain and the lesion had been treated as a dental infection. The pain had subsided but swelling had slow growing after medical treatment. Intraoral examination, revealed a swelling with rubbery consistency in depth of left maxillary vestibule extending to the tuberosity. Second premolar tooth was loosen (third degree). In panoramic view, there was an ill-defined radiolucency from mesial of second premolar to distal of alveolar ridge. This tooth had floating in air view. Incisional biopsy was made under the diagnosis of salivary or mesenchymal tumor. According to histopathology and immunohistochemistry reports, lesion was diagnosed as a diffuse large B-cell lymphoma. The patient was referred to oncologist for treatment.

Conclusion: As some of the signs and symptoms of oral lymphoma may be mistaken with dental infections, it is important for a dentist to detect its signs and symptoms and make in time referral.

Key words: Non-Hodgin lymphoma, maxillary vestibule, oral, case report.

Corresponding Author: Nedagholami64@gmail.com

J Mash Dent Sch 2012; 36(2): 165-72 .

مولف مسؤول، نشانی: یزد، دانشگاه شهید صدوقی، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان، تلفن: ۰۹۱۲۳۴۱۰۴۹۷

E-mail: Nedagholami64@gmail.com

چکیده

مقدمه: لنفوم، نئوپلاسم بدخیم سلول‌های لنفوسیت است که به ۲ نوع هوچکین و غیرهوچکین تقسیم می‌شود. وقوع لنفوم به شکل اولیه در حفره دهان ناشایع است و تنها ۲٪ همه لنفوم‌های خارج گره‌ای را تشکیل می‌دهد. هدف این مطالعه، معرفی یک مورد لنفوم غیرهوچکین در حفره دهان و بررسی علائم آن و افتراق از سایر ضایعات مشابه بود.

گزارش مورد: آقای ۷۲ ساله با شکایت تورم سمت چپ صورت و اصرار به کشیدن دندان لق مراجعه کرد. تورم یکسال قبل همراه درد به وجود آمده و بیمار با تشخیص عفونت دندانی تحت درمان قرار گرفته بود. به دنبال مصرف دارو، درد وی برطرف شده ولی تورم برطرف نشده و به مرور رشد آهسته‌ای نیز پیدا کرده بود. در بررسی داخل دهانی تومی منتشر با قوام لاستیکی در عمق وستیبول سمت چپ تا ناحیه توبروزیته همان سمت وجود داشت که سبب پری عمق وستیبول شده بود. دندان پره مولر دوم لقی درجه ۳ داشت. در رادیوگرافی پانورامیک یک رادیولوسنسی با حاشیه نامشخص از مزایل دندان پره مولر دوم تا دیستال ریچ آلونول سمت چپ وجود داشت و دندان پره مولر دوم نمای معلق در فضا داشت. با تشخیص احتمالی توموری بزاقی یا مزانشیمی ضایعه تحت بیوپسی انسینژنال قرار گرفت. تشخیص نهایی ضایعه بر اساس گزارش هیستوپاتولوژی و ایمونوهیستوشیمی Diffuse large B cell lymphoma تعیین شد. بیمار جهت درمان به انکولوژیست معرفی گردید.

نتیجه‌گیری: به دلیل تشابه برخی از علائم لنفوم دهانی با عفونت‌های دندانی امکان تشخیص اشتباه وجود دارد که این مسئله اهمیت شناسایی علائم لنفوم غیرهوچکین توسط دندانپزشک و ارجاع به موقع را نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: لنفوم غیرهوچکین، وستیبول فک بالا، دهان، گزارش مورد. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۱ دوره ۳۶ / شماره ۲: ۷۲-۱۶۵.

مقدمه

عفونت نظیر درد، تورم و لقی دندان وجود داشته باشد)، امکان تشخیص اشتباه وجود دارد. این مسئله اهمیت شناسایی علائم و نشانه‌های لنفوم غیرهوچکین در حفره دهان توسط دندانپزشک و مدنظر قرار دادن آن در صورت بروز ضایعات مشابه را نشان می‌دهد. این گزارش به معرفی یک نمونه لنفوم غیرهوچکین اولیه در محلی غیرشایع در حفره دهان می‌پردازد؛ که با تشخیص اشتباه عفونت دندانی، بیمار جهت کشیدن دندان لق عامل آن ارجاع شده بود.

گزارش مورد

آقای ۷۲ ساله با شکایت از تورم سمت چپ صورت و اصرار به کشیدن دندان لق پره مولر دوم سمت چپ بالا به بخش بیماری‌های دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه کرد. وی اظهار داشت این تورم حدود یک سال قبل به دنبال درد دندان به وجود آمده و با تشخیص عفونت دندانی، بیمار تحت درمان با ضد درد و آنتی‌بیوتیک (آموکسی سیلین) قرار گرفته بود

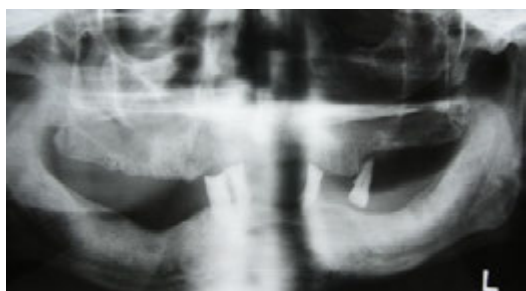
لنفوم، نئوپلاسم بدخیم سلول‌های لنفوسیت است که به دو نوع شایع هوچکین و غیرهوچکین تقسیم می‌شود. لنفوم غیرهوچکین طیفی از نئوپلاسم‌های سیستم لنفوئیدی با دامنه‌ای از رفتار نسبتاً آرام تا خیلی مهاجم و کشنده است.^(۱) برخلاف لنفوم هوچکین که تظاهرات خارج گره‌ای آن نادر است در لنفوم غیرهوچکین نمای خارج گره‌ای نسبتاً شایع بوده و در نواحی خاصی از قبیل معده، روده، ریه، فوق کلیه، بیضه، فضاها، پشت شکم، تیروئید، پوست، سیستم عصبی مرکزی، پستان، بافت‌های چشمی، سینوس‌ها، لوزه و غدد بزاقی به وجود می‌آید.^(۲) وقوع لنفوم به شکل اولیه در حفره دهان نادر بوده و در صورت وقوع کام، لثه، زبان، مخاط گونه، کف دهان و لب‌ها را درگیر می‌کند. لنفوم در حفره دهان ۲٪ همه لنفوم‌های خارج گره‌ای را تشکیل می‌دهد.^(۲) به دلیل تنوع علائم لنفوم در حفره دهان و تشابه برخی از این علائم با عفونت‌های با منشا دندانی (به خصوص وقتی نشانه‌های

به عمل آمده نان و ایتال و لقی درجه ۳ داشت. در ارزیابی نمای رادیوگرافی پانورامیک، تحلیل شدید ریج آلوئول سمت چپ به صورت نعلبکی شکل از قدام دندان پره مولر دوم تا خلف ریج آلوئول وجود داشت، همچنین نمای رادیولوسنت در انتهای ریشه دندان پره مولر دوم وجود داشت (تصویر ۴). به دلیل تحلیل شدید اطراف دندان پره مولر دوم این دندان نمای معلق پیدا کرده بود. در ارزیابی نمای اکلوزالی طرفی چپ صورت، علائمی از برجستگی استخوانی مشاهده نشد. همچنین یک فضای لوسنت در باکال دندان پره مولر دوم وجود داشت که توسط رادیوپاسته بافت نرم احاطه شده بود. (تصویر ۵) در ارزیابی‌های بالینی هیچ گونه لنفادنوپاتی ناحیه ای مشاهده نشد. تشخیص بالینی براساس تاریخچه، سیر رشد یک ساله ضایعه، شکل ندولر، قوام رابری، محل آن، رشد بدون درد و عدم پاسخ به درمان آنتی‌بیوتیکی، توموری با منشأ غده بزاقی و یا مزانشیمی تعیین شد. لذا جهت تشخیص قطعی بیوپسی انسیزنال از ضایعه به عمل آمد.

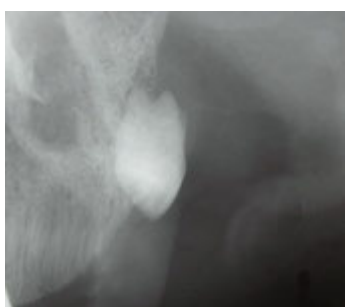
بررسی هیستوپاتولوژی و ایمونوهیستوشیمی: در ارزیابی هیستوپاتولوژی، ارتشاح و پرولیفراسیون نئوپلاستیک سلول‌های لنفوسیت بدخیم همراه با صفحاتی از سلول‌های گرد تا بیضی با سیتوپلاسم اندک، سلول‌های بزرگ با سیتوپلاسم روشن در برخی مناطق، هسته‌های وزیکوله و پلئومورف به همراه میتوز فراوان و آتپیسیم سلولی مشاهده گردید. (تصویر ۶) برای تعیین نوع سلول‌های لنفوسیت بدخیم، ارزیابی ایمونوهیستوشیمی برای تعیین نوع آنتی ژن‌های سطحی انجام گردید. نتیجه این بررسی حاکی از مثبت بودن آنتی ژن سطحی CD 20 و منفی بودن آنتی ژن CD 3 بود که این امر نشان دهنده ارتشاح سلول‌های لنفوسیت بدخیم از نوع سلول B بود. تشخیص نهایی ضایعه براساس ارزیابی هیستوپاتولوژی و

که تنها موجب رفع درد او شده بود ولی تورم همچنان باقی مانده و طی یک سال گذشته رشد آهسته‌ای نیز پیدا کرده بود. یک هفته قبل از مراجعه به به این مرکز، دندانپزشک معالج به دلیل تورم سمت چپ صورت درخواست رادیوگرافی پانورامیک و اکلوزال طرفی نموده بود. در گزارش رادیولوژیست با توجه به نمای رادیولوسنت انتهای ریشه دندان پره مولر دوم سمت چپ بالا در نمای پانورامیک و نیز ناحیه رادیولوسنت احاطه شده توسط بافت نرم در باکال دندان مذکور در نمای اکلوزال طرفی چپ، ضایعه آبه تشخیص داده شده بود. دندانپزشک نیز با توجه به گزارش رادیولوژیست کشیدن دندان مذکور را به بیمار توصیه نموده بود. لذا بیمار جهت کشیدن این دندان به دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بود. در تاریخچه پزشکی بیمار، سابقه فشارخون کنترل شده و مصرف روزانه ۸۰ میلی گرم آسپرین جهت پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی به چشم می‌خورد. در تاریخچه دندانپزشکی، بیمار اغلب دندان‌های خود را به دلیل لقی و درد کشیده بود. در معاینه بالینی خارج دهانی تورمی با قوام لاستیکی به اندازه ۲×۳ سانتیمتر در گونه سمت چپ صورت وجود داشت (تصویر ۱).

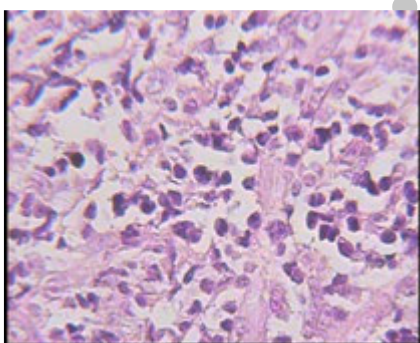
در بررسی داخل دهانی یک پاپول به اندازه ۰/۵×۰/۵ سانتیمتر با قوام سفت و هم‌رنگ مخاط در گونه سمت چپ و مجاور دندان پره مولر دوم مشاهده می‌شد. در زیر آن تورمی ندولر با سطح صاف و هم‌رنگ مخاط از قدام دندان مذکور تا ناحیه توپروزیته همان سمت به اندازه تقریباً ۲×۴ سانتیمتر و با حدودی نامشخص وجود داشت که سبب پُری عمق وستیبول شده بود (تصویر ۲). تورم مذکور دارای قوامی لاستیکی در قدام و قوامی تقریباً نرم در خلف بود. در کام بیمار هیچگونه تغییر بالینی مشاهده نشد. (تصویر ۳) دندان پره مولر دوم براساس تست‌های



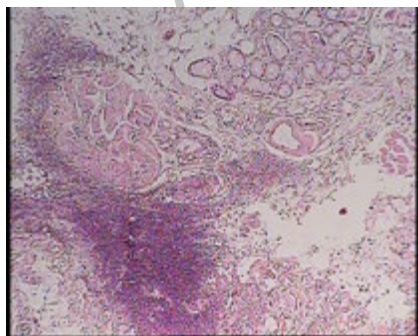
تصویر ۴: تحلیل شدید ریبج آلئوئول از مزیاال دندان پره مولر دوم سمت چپ تا خلف ریبج و نمای معلق دندان مذکور در نمای OPG



تصویر ۵: ناحیه رادیولوسنت احاطه شده توسط بافت نرم در باکال دندان پره مولر دوم در نمای اکلوزال طرفی سمت چپ



تصویر ۶: ارتشاح و پروليفراسيون نئوپلاستیک سلول‌های لنفوسیت بدخیم



تصویر ۱: تورم ندولر با قوام لاستیکی در ناحیه گونه سمت چپ



تصویر ۲: تورم ندولر با سطح صاف و هم‌رنگ مخاط با قوام لاستیکی در عمق وستیبول سمت چپ و پاپولی با قوام سفت بر روی آن



تصویر ۳: نمای بالینی کام بیمار

است با یک ضایعه مزانشیمال بافت نرم اشتباه شود.^(۴) یکی از این موارد ضایعه لنفوم در حفره دهان می‌باشد که هرچند نادر است ولی به دلیل تنوع علائم و نشانه‌های کلینیکی ممکن است مشکلاتی را در تشخیص ایجاد کند. لنفوم اغلب در آقایان و در سنین میانسالی به بعد دیده می‌شود و تقریباً ۵٪ همه ضایعات بدخیم را تشکیل می‌دهد؛ که از این میان فقط ۲ تا ۳٪ آن‌ها در ناحیه سر و گردن رخ می‌دهد.^(۴) لنفوم نئوپلاسم بدخیم سلول‌های لنفوسیت است که به دو گروه هوچکین و غیرهوچکین و دو زیرشاخه داخل گره‌ای و خارج گره‌ای تقسیم می‌شود.^(۴) لنفوم بعد از کارسینوم سلول سنگفرشی دومین نئوپلاسم شایع در ناحیه سر و گردن است. لنفوم غیرهوچکین ششمین سرطان شایع و ششمین عامل مرگ در مردان و هفتمین عامل مرگ در زنان می‌باشد.^(۵) لنفوم در مردان شیوع بالاتری دارد^(۲)، و اغلب در سنین میانسالی دیده می‌شود و شیوع آن با افزایش سن بیشتر می‌شود. علت اصلی بروز لنفوم غیرهوچکین نامشخص است، اما عوامل ژنتیکی (موناسیون یا جابجایی در ژن‌های BCL6 یا BCL2) را در بروز آن دخیل می‌دانند.^(۱) بروز لنفوم غیرهوچکین، در گروهی از بیماری‌های اتوایمیون التهابی نظیر سندرم شوگرن و آرتریت روماتوئید، بیماری سلیاک، وضعیت‌های سرکوب ایمنی و یا مصرف داروهای سرکوبگر ایمنی افزایش می‌یابد. عفونت‌های مزمن با عوامل باکتریایی و ویروسی نظیر کلامیدیا، هلیکوباکتریلوری، ویروس اپشتین بار، ویروس هرپس انسانی نوع ۸ و هپاتیت C نیز در بروز آن نقش دارند.^(۱و۲) معمولاً تظاهرات دهانی لنفوم غیرهوچکین ثانویه به درگیری گسترده آن در بدن رخ می‌دهد، لذا ضایعات اولیه لنفوم غیرهوچکین در دهان نادر است که این مسئله اهمیت شناخت علائم آن را نشان می‌دهد. بروز لنفوم در دهان

پس از مشخص شدن نوع ضایعه، بیمار جهت انجام درمان مناسب به متخصص انکولوژی معرفی شد. در ارزیابی‌های پزشکی به عمل آمده از بیمار (رادیوگرافی از Chest، CT Scan، MRI و نمونه مغز استخوان) هیچ‌گونه درگیری در سایر نواحی بدن مشاهده نشد. بیمار پس از کشیدن دندان لق پره مولر دوم سمت چپ تحت درمان با رژیم شیمی‌درمانی CHOP (Cyclophosphamide، Vincristine، Doxorubicin و Prednisone) و سپس ۲۵ جلسه رادیوتراپی قرار گرفت.

ارزیابی‌های پزشکی به عمل آمده از بیمار و نتایج آزمایشات حاکی از بهبودی وی و عدم عود ضایعه تا ۲ سال پس از درمان بود.

بحث و نتیجه گیری

تورم با منشا عفونت و نئوپلاسم در ناحیه صورت و حفره دهان شایع است. هرچند تشخیص افتراقی بین این دو با توجه به علائم و سیر کلینیکی ضایعه به راحتی امکان‌پذیر است ولی گاهی همپوشانی علائم مشکلاتی را در تشخیص ایجاد می‌کند.^(۳) هرچند شایع‌ترین علت تورم در حفره دهان آبسه و ضایعات عفونی است ولی باید توجه داشت که یک آبسه از نظر تاریخچه سیر کوتاه‌تری داشته و معمولاً به دنبال درد دندانی به وجود می‌آید و نیز با درمان‌های آنتی‌بیوتیکی مناسب کوچک‌تر شده یا حتی از بین می‌رود؛ در حالی که ضایعات نئوپلاستیک چنین روندی نداشته و نیز سیر رشدی مداومی دارند. از نظر شکل و قوام نیز یک ضایعه عفونی هرچند تورمی ندولر مشابه ضایعات مزانشیمال ایجاد می‌کند ولی برخلاف آنها دارای قوامی نرم و موج است. اما گاهی به دلیل عمقی بودن، درگیری چندین فضای صورتی و یا تحت کشش قرار دادن مخاط سطحی می‌تواند در لمس قوامی لاستیکی پیدا کند که در این موارد از لحاظ شکل و قوام ممکن

خارج گره‌ای در لنفوم غیرهوچکین نسبتاً شایع می‌باشد.^(۲) معده، روده، ریه، کلیه، فوق کلیه، بیضه، فضا‌های پشت شکم، تیروئید، پوست، سیستم عصبی مرکزی، پستان، بافت‌های چشمی، سینوس‌ها، لوزه و غدد بزاقی از نواحی شایع درگیر در لنفوم غیرهوچکین هستند.^(۳) تقریباً ۴۸-۲۴٪ موارد لنفوم‌های غیرهوچکین از نواحی خارج گره‌ای به وجود می‌آیند که از این میان تنها ۵-۳٪ از آنها به شکل اولیه در حفره دهان ایجاد می‌شوند.^(۴) ۹۲٪ موارد لنفوم غیرهوچکین در دهان از نوع سلول B است که از میان آن‌ها لنفوم Diffuse large B cell، ۶۸٪ موارد را تشکیل می‌دهد.^(۵) هرچند اتیولوژی DLBCL شناخته شده نیست ولی ممکن است به صورت اولیه و یا در اثر پیشرفت یک نوع لنفوم کمتر مهاجم نظیر لنفوم فولیکولار یا لنفوم نوع Small lymphocytic به وجود آید. نقص زمینه‌ای، ریسک فاکتور اصلی بروز این نوع لنفوم است. نوع DLBCL در افراد با نقص ایمنی در مقایسه با نوع تک گیر ارتباط بیشتری با ویروس اپشتین بار دارد.^(۶) لنفوم غیرهوچکین در اغلب مقالات در مردان دهه سنی ۷ و ۸ دیده شده است^(۲) که این یافته با بیمار ما که آقای ۷۲ ساله بود مطابقت داشت. لنفوم غیرهوچکین در دهان اغلب به صورت خارج گره‌ای با قوام نرم تا لاستیکی و بدون هیچ گونه علامتی از قبیل درد و سوزش بروز پیدا می‌کند^(۸) در بیمار معرفی شده نیز تورمی بدون درد به شکل ندولر با سطحی صاف و هم‌رنگ مخاط در عمق وستیبول سمت چپ از قدام دندان پره مولر دوم تا ناحیه توبروزیته همان سمت وجود داشت که سبب پری عمق وستیبول شده بود. (تصویر ۲) تورم مذکور در لمس حدود مشخصی نداشته و دارای قوامی لاستیکی در قدام و نرم در خلف بود. اصولاً وقوع لنفوم غیرهوچکین در حفره دهان نادر است و ممکن است بدون همراهی با سایر علائم

(هوچکین و غیرهوچکین) ناشایع بوده و ۲٪ همه لنفوم‌های خارج گره‌ای را تشکیل می‌دهد، که در این بین لنفوم غیرهوچکین از شیوع بیشتری برخوردار است.^(۱) لنفوم غیرهوچکین خود از انواع ناهمگونی از لنفوم‌ها نظیر: بورکیت، فولیکولار، Marginal Zone B cell, Mantle و DLBCL (Diffuse large B cell lymphoma) تشکیل شده است. اغلب لنفوم‌ها از سلول‌های B منشا می‌گیرند.^(۱) شایع‌ترین علت ایجاد لنفوم سلول‌های B، اختلال در فعالیت سلول‌های T می‌باشد، چون سلول‌های B تحت نظر سلول‌های T فعالیت می‌کنند و اختلال در سلول T می‌تواند منجر به لنفوم سلول B شود. برای افتراق لنفوم سلول B از سلول T از آنتی‌ژن‌های سطح سلول‌ها یا CD (Cluster Differentiation) استفاده می‌شود. مشخصه لنفوم سلول B وجود CD 19-20-21-22 و مشخصه لنفوم سلول T وجود CD 2-3-4-5-7-8 مثبت است. لذا در اغلب موارد جهت تشخیص قطعی لنفوم، پس از ارزیابی هیستوپاتولوژی بررسی ایمونوهیستوشیمی نیز ضرورت پیدا می‌کند.^(۶)

لنفوم Diffuse large B cell (DLBCL) شایع‌ترین نوع لنفوم غیرهوچکین است. سن متوسط بروز آن ۶۴ سال می‌باشد. نیمی از موارد در مرحله سوم و چهارم بیماری مشخص می‌شوند و بروز علائم B براساس سیستم Ann Arbor (کاهش وزن بیش از ۱۰٪ طی ۶ ماه اخیر- تب بیش از ۳۸ درجه- تعریق شبانه) در آنها بالا بوده و بقای ۵ ساله آنها ۴۶٪ می‌باشد. شایع‌ترین تظاهر این نوع لنفوم لنفادنوپاتی است. در ۵۰٪ موارد هنگام تشخیص درگیری خارج لنفاوی وجود دارد که شایع‌ترین محل آن معده و مغز استخوان است. سایر محل‌های درگیری شامل پانکراس، سینوس‌ها و ریه می‌باشد.^(۱) برخلاف لنفوم هوچکین که تظاهر خارج گره‌ای در آن نادر است تظاهر

شایع‌ترین تظاهر بالینی لنفوم غیرهوچکین در دهان زخمی دردناک غیرترمیم شونده به شکل Crater like است. بیماران مبتلا به لنفوم گاهی شکایت از تورم موضعی یا منتشر دردناک یا بدون درد، زخم، تغییر رنگ مخاط، پاراستزی، آناستزی، لقی دندان و لنفادنوپاتی در نواحی مختلف دارند.^(۳) ولی در بیمار معرفی شده، ضایعه هرچند تورمی منتشر و بدون درد در عمق وستیبول ایجاد کرده بود ولی هیچ‌گونه درگیری داخل استخوانی وجود نداشت و لقی دندان و نمای معلق آن به دلیل تحلیل لته و استخوان فک ناشی از مشکل پریدنتال بود. معمولاً لنفوم غیرهوچکین براساس سیستم Ann Arbor به چهار مرحله تقسیم می‌شود. اغلب موارد لنفوم در مرحله اول تظاهر می‌یابند ولی به دلیل عدم آگاهی پزشک از علائم لنفوم دردهان و نیز به دلیل عدم تشخیص و درمان به موقع، متأسفانه در مراحل پیشرفته شناسایی می‌شوند.^(۸) در بیمار اخیر ضایعه دهانی رخ داده خوشبختانه قبل از بروز سایر علائم لنفوم شناسایی شده بود. در ارزیابی‌های پزشکی به عمل آمده از بیمار نیز هیچ‌گونه درگیری سیستمیک و علائم دیگر وجود نداشت. در یک گزارش مورد که توسط Jham و همکاران منتشر شد بیمار تنها تحت یک رژیم شیمی درمانی قرار گرفته بود.^(۱۰) در مطالعه Bairey نیز بیماران تحت شیمی درمانی با رژیم‌های مختلف قرار گرفته بودند.^(۵) در حالی که در بیمار ما علاوه بر شیمی‌درمانی، رادیوتراپی نیز انجام شد. به دنبال این درمان‌ها ضایعه کاملاً بهبود یافته بود و تا ۲ سال پیگیری با توجه به بررسی‌ها و معاینات به عمل آمده بیمار سالم بوده و هیچ‌گونه عودی را نشان نداده بود. در حالی که در مطالعه Bairy و همکاران میزان بقای ۵ ساله بیماران ۳۹٪ و زمان بقای متوسط ۲۶ ماه گزارش شده است.^(۵) این مسئله، اهمیت تشخیص صحیح و ارجاع به موقع و تأثیر

سیستمیک بیماری و درگیری سایر ارگان‌ها رخ دهد.^(۲) لته و کام درگیر هستند درحالی که وقوع آن در استخوان فکین و مخاط وستیبول باکال نظیر آنچه در بیمار اخیر رخ داده بود نادر است.^(۷) در ۶۶٪ موارد، ضایعات لنفوم غیرهوچکین دهانی در بافت نرم و ۷۷٪ این موارد در فک بالا به وجود می‌آید.^(۷) درگیری اولیه داخل استخوانی در لنفوم غیرهوچکین نادر است اما در صورت وقوع در فک بالا شایع‌تر است.^(۸) لنفوم غیرهوچکین در بافت نرم و سخت اغلب به شکل تورم موضعی رخ می‌دهد.^(۲) درگیری حلقه والدایر از لحاظ شیوع در رتبه دوم بعد از درگیری معده‌ای-روده‌ای قرار دارد.^(۳) حلقه والدایر شایع‌ترین محل درگیری داخل دهانی آن است^(۱) و نواحی شایع دیگر شامل کام نرم^(۳و۴) سینوس ماگزایلا^(۷)، لته^(۸)، وستیبول^(۵) و در موارد نادری کام سخت^(۹) و فک پایین^(۴) می‌باشد. این ضایعه اغلب سیر سریع چند ماهه دارد. در این بیمار تورمی وسیع با قوامی لاستیکی در عمق وستیبول ولی با سیر رشدی آهسته یک ساله (که در بررسی مقالات و موارد گزارش شده کمتر به آن اشاره شده بود) وجود داشت که سبب تورم بدون درد ناحیه گونه شده و هیچ‌گونه تظاهر سیستمیک و درگیری سایر ارگان‌ها را ایجاد نکرده بود. لنفوم داخل استخوانی نمای رادیولوسنت با حاشیه نامشخص دارد که مشابه یک ضایعه عفونی است. به همین دلیل رادیولوژیست با توجه به تورم به وجود آمده در عمق وستیبول و نیز نمای لوسنت انتهایی ریشه دندان پرمولر و نیز فضای لوسنت در باکال دندان پره مولر دوم یک آبه را تشخیص داده بود. در حالی که توجه نشده بود که احتمال آبه در ضایعه‌ای با سیر یک ساله و بدون وجود علائمی از عفونت (درد، قرمزی و گرمی مخاط) و عدم پاسخ به درمان آنتی بیوتیکی رد می‌شود.

آن در پیش آگهی این ضایعه بدخیم را نشان می دهد. غفارزادگان که در امر تشخیص پاتولوژی و
تشکر و قدردانی ایمنوهیستوشیمی ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

بدین وسیله از زحمات آقایان دکتر غیائی و دکتر

منابع

1. Little J, Falace D, Miller CS. Dental Management of the Medically Compromised Patients. 7th ed. St. Louis: Mosby Co; 2008. P. 384-6.
2. Greenberg M, Glick M, Ship J. Burket's Oral Medicine. 11th ed. London: BC Decker Inc; 2008. P. 404-7.
3. Graham RM, Thomson EF, Cousin GC, Kumar SN, Awasthi A. A case of facial lymphoma mimicking dental infection. Dent Update 2009; 36(4): 244-6.
4. Heuberger BM, Weiler D, Bussmann C, Kuttenger JJ. Non-Hodgkin lymphoma of the mandible--a case report with differential diagnostic considerations. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2011; 121(5): 449-60.
5. Bairey O, Benjamini O, Blickstein D, Elis A, Ruchlemer A. Non-hodgkin lymphoma in patients 80 years of age or older. Minerva Stomatol 2005; 54(1): 63-8.
6. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Lengo D, Jameson J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed. London: Mc Grawffil Co; 2008. P. 687-700.
7. Kini R, Saha A, Naik V. Diffuse large B cell lymphoma of mandible: A case report. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 2009; 14(9): 421-4.
8. Cavalcante As, Anbinder Al, Pontes Em, Carvalho Yr. B- cell lymphoblastic lymphoma in the maxilla of a child: A rare case report. Int J Oral Maxillofac Surg 2009; 38(12): 1326-30.
9. Isaund D, Ketcha S, Rout J, Dietrich T. Non-resolving periapical inflammation: A malignant deception. Int Endod J 2010; 43(1): 84-90.
10. Jham BC, Binmadi N, Scheper M, Zhao X, Koterwas G, Kashyap A, et al. Follicular lymphoid hyperplasia of the palate: Case report and literature review. J Craniomaxillofac Surg 2009; 37(2): 79-82.