

# گزارش یک مورد لنفوم غیرهوچکین در حفره دهان

\* خانم دکتر زهرا تهییدست اکراد

## چکیده

انفومای بدخیم تغییر شکل نئوپلاستیک سلولهایی هستند که عمدتاً از بافت‌های لنفاوی منشاء می‌گیرند. دوواریان اصلی لنفوم بدخیم، لنفوم غیرهوچکین (NHL) و بیماری هوچکین می‌باشد. لنفومای بدخیم شایع‌ترین نئوپلاسم در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی می‌باشد و بیش از دو سوم بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین با لنفاد نوباتی محیطی بدون درد مراجعه می‌کنند. ابتلاء حلقه والدیر، گره‌های لنفی اپی‌تروکلثار و مزانتریک بیشتر به نفع لنفوم غیرهوچکین هستند. تقریباً ۲۰ درصد بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین آدنوباتی مدیاستن دارند. این بیماران اکثر موقع با سرفه‌های دائمی احساس ناراحتی در قفسه سینه یا بدون هیچ شکایتی و فقط با رادیوگرافی غیرطبیعی قفسه سینه مراجعه می‌کنند.

## مقدمه

لنفوم یک علت ویروسی دارد. لنفوم بورکیت آفریقایی و لنفوم سلول T بالغین در انسان مشخص شده‌اند که علت ویروسی دارند EBV همراهی قوی با ایجاد لنفوم بورکیت دارد و (Human T Cell Leukemia Virus) به نظر می‌رسد عامل ایجاد کننده لنفوم سلول T بالغین (Adult T Cell Lymphoma) باشد.

بیش از دو سوم بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین بالنفادنوباتی محیطی بدون درد و دائمی مراجعه می‌کنند.

این مسئله پذیرفته شده است که یک گره لنفی سفت و بزرگتر از یک سانتی‌متر که با اعفونت ثابت شده‌ای همراه نیست و بیش از ۴ تا ۶ هفته باقی مانده است باید بیوسی شود. وجود تظاهرات بالینی خاصی تشخیص لنفوم غیرهوچکین را پیشنهاد می‌کنند. ابتلاء حلقه والدیر (Ring Waldeyers) و گره‌های لنفی اپی‌تروکلثار (Epitrochlear Nodes) و مزانتریک بیشتر به نفع لنفوم غیرهوچکین هستند. برخلاف بیماران مبتلا به بیماری هوچکین که می‌تواند با کاهش وزن،

لنفومای بدخیم تغییر شکل نئوپلاستیک سلولهایی هستند که عمدتاً از بافت‌های لنفاوی منشاء می‌گیرند دو واریان اصلی لنفوم بدخیم، لنفوم غیرهوچکین Non - Hodgkins و بیماری هوچکین Hodgkin هستند. گرچه هر دو این تورمورها در اعضاء رتیکولوندوتیال ارتساح پیدا می‌کنند رفتارهای بیولوژیکی و بالینی آنها نشان می‌دهد که احتمالاً ایندو رابطه‌ای با هم ندارند.

هر ساله در ایالات متحده حدود ۳۰۰۰۰ مورد جدید لنفوم غیرهوچکین تشخیص داده می‌شود و به نظر می‌رسد که این رقم در حال افزایش باشد. لنفومای بدخیم شایع‌ترین نئوپلاسم در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی هستند به علاوه از نظر تعداد کل بیمارانی که در سال به علت سرطان می‌میرند مقام چهارم را به خود اختصاص می‌دهد. با افزایش میزان وقوع سندروم کمبود ایمنی اکتسابی AIDS تعداد موارد لنفوم غیرهوچکین به شدت رو به افزایش است.

مطالعات انجام شده بر روی حیوانات نشان می‌دهد که

وجود داشته شکایت داشت و بارها عنوان آبشه دندانی تحت درمان با آنتی بیوتیک قرار گرفته و در زمان مراجعه نیز آنتی بیوتیک و مسکن مصرف می نمود. در آزمایشات کلینیکی که از نامبرده بعمل آمد انفیلتراسیون منتشر لته در سراسر فک بالا و نیمی از فک پایین در طرف مبتلا مشاهده شد. در ضمن در ناحیه ابتلاء در فک بالا در محل دندان بیرون آورده شده ضایعه گسترده مخاطی همراه با Expancion استخوان الونول وجود داشت. در رادیوگرافی G.O.P. تحلیل کامل استخوان در محل دندان بیرون آورده شده قابل مشاهده می باشد. بعلت ضایعه زخمی و درد شدید خوردن غذا برای بیمار بسیار دشوار و در تیجه بیمار بسیار رنجور و ضعیف و ناتوان به نظر می رسید. در نمای ظاهری نیز عدم تقارن در صورت بچشم می خورد و در ضمن بیمار اظهار می کرد که به طور ناخواسته چار لوچی و دوینی می شود و احساس درد در گوش در طرف مبتلا داشت و اشتهاي بیمار کم و از وزن بیمار کاسته شده بود. غدد لنفاوی در ناحیه مبتلا متورم و قابل لمس بودند.

### در تشخیص افتراقی

Leukemia Infiltrate - 1

Histiocytosis X - 2

Lymphoma - 3

مطرح شد.

در ابتداء آزمایش خون درخواست گردید که نکته قابل توجهی را نشان نداد.

برای بیمار درخواست نمونه برداری از ضایعه گردید که نتیجه آن وجود نسج تئوفرمی را که متشکل از سلولهای گرد با سیتوپلاسم قرمز و هسته مرکزی بود نشان می داد، در بین این سلولها عالائم بدخیمی مشاهده گردید و نتیجه آن تحت عنوان لنفوم غیرهوچکین Non Hodgkin Lymphoma اعلام گردید.

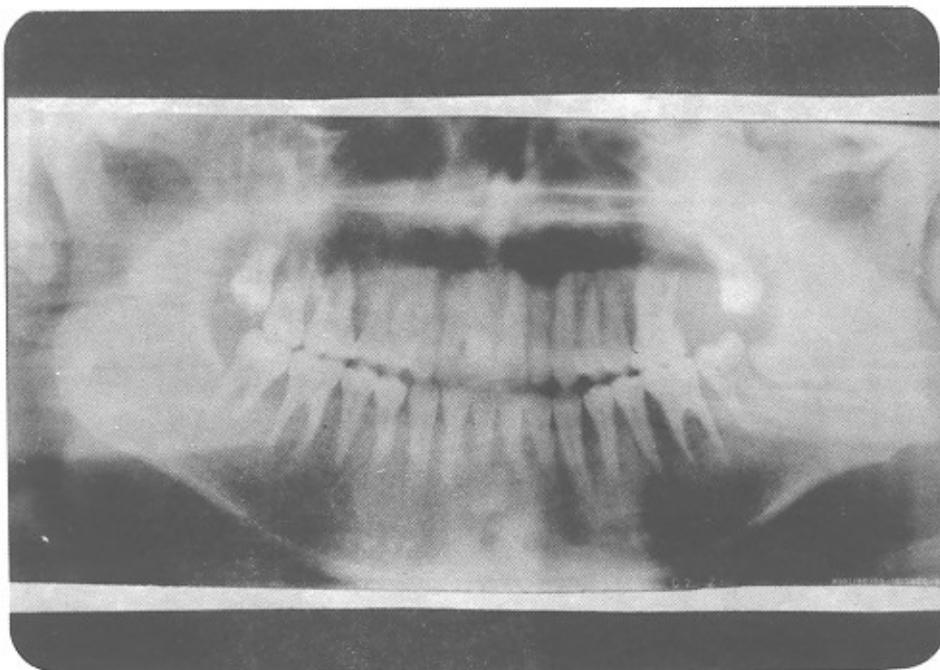
تب، عرق شبانه مراجعه کنند کمتر شایع است بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین با عالائم سیستمیک مراجعه نمایند. بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین همچنین با عالائم در قفسه سینه، شکم یا خارج از گره لنفی مراجعه می کنند تقریباً ۲۰ درصد بیماران مبتلا به لنفوم غیرهوچکین آدنوپاتی مدیا است دارند. این بیماران اکثر موقع با سرفه های دائمی، احسان ناراحتی در قفسه سینه یا بدون هیچ شکایتی و فقط با رادیوگرافی غیرطبیعی قفسه سینه مراجعه می کنند تشخیص های افتراقی عبارتند از عفوونتها مثل هیستوپلاسموز، سل یا مونونوکلیوز عفونی، بیماران مبتلا به لنفومهای غیرهوچکینی منتشر ممکن است با ضایعات اولیه پوستی توده هایی در بیضه، تحت فشار قرار گرفتن حاد نخاع Acute Spinal Cord Compression ضایعات منفرد استخوانی و بندرت منزئت لنفومی مراجعه کنند.

در سال ۱۹۶۶ هنری را پاپورت Henry Rappaport اولین طبقه بندی بالینی مناسب را برای لنفوم غیرهوچکین ارائه کرد. این طبقه بندی براساس وضعیت کل ساختمان گره لنفی و نیز خصوصیات سلول توبیلاستیک بود. طبقه بندی Rappaport لنفومهای غیرهوچکین را به دو زیر نوع اصلی به نام منتشر Diffuse و Nodular تقسیم می کند.

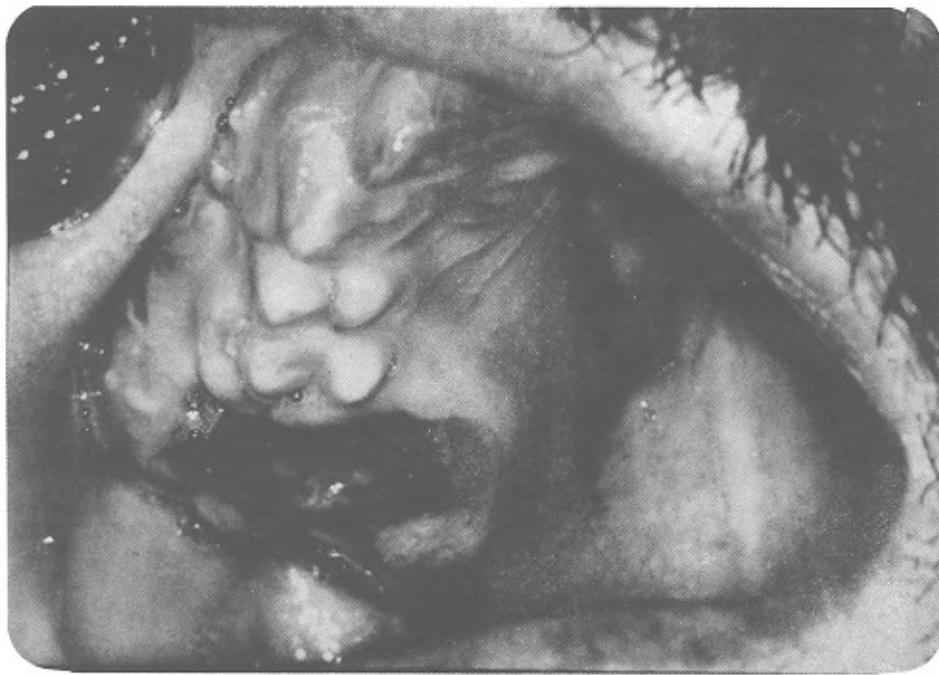
در طبقه بندی Working Formulation لنفومهای غیرهوچکین را براساس سیر طبیعی آنها به زیر گروههای با درجه بد خیمی پایین (Low Grade) متوسط (Inter Medium) و بالا (High Grade) تقسیم می کنند در لنفومهای با درجه بد خیمی متوسط و بالا طول عمر بسیار کوتاه است.

### گزارش یک بیمار Case Report

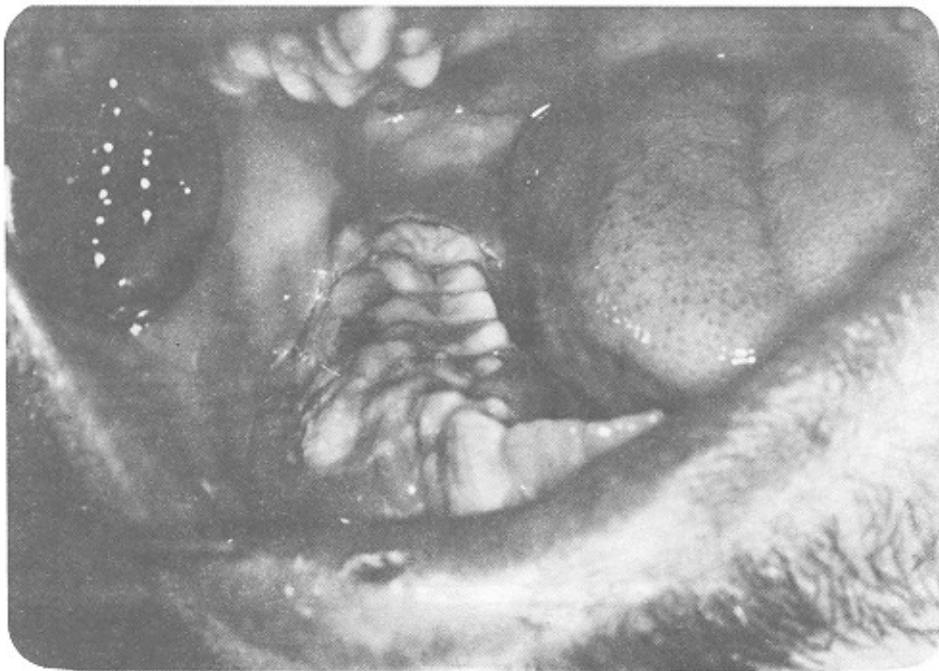
آقای ح ۲۲ ساله به بخش بیماریهای دهان داشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران مراجعه نموده است. بیمار از زخم و جراحات دهانی که بدنیال بیرون آوردن دندان از دو ماہ پیش



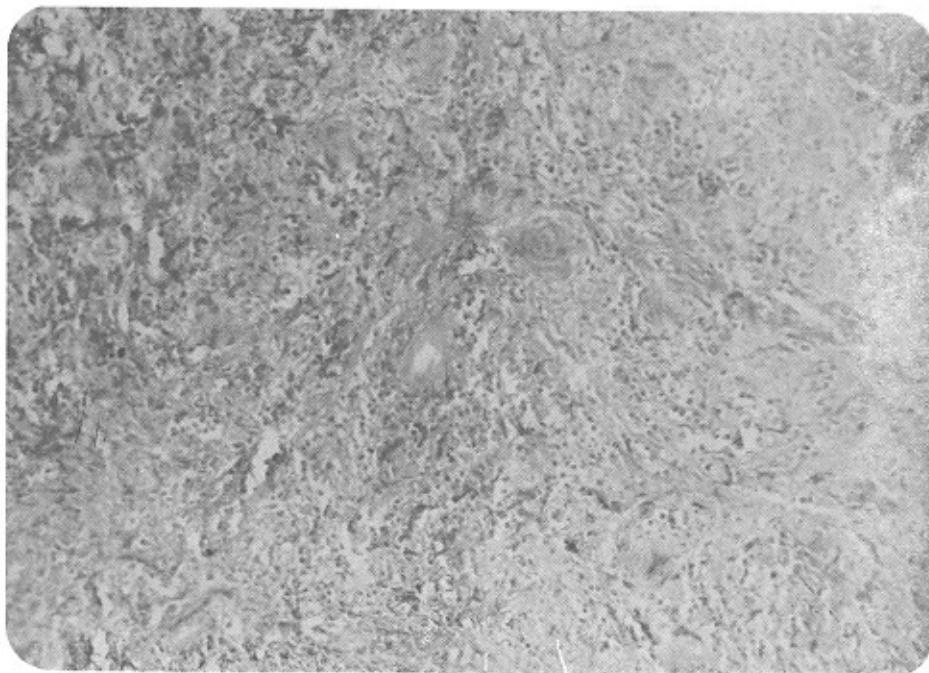
شکل ۱ - در رادیوگرافی O.P.G تخلیل کامل استخوان در محل دندان بیرون اورده شده مشاهده می شود



شکل ۲ - انفیلتراسیون منتشر لبه در سراسر فک بالا مشاهده می شود و در طرف میتلا در محل دندان بیرون اورده شده ضایعه گستردگی مخاطی همراه با استخوان آلوئول وجود دارد  
Expansion



شکل ۳ - انفیلتاسیون لثه در طرف مبتلا در فک پایین مشاهده می‌شود.



شکل ۴ - تصویر میکروسکپی Non Hodgkin Lymphoma در بیمار مورد گزارش

## نتیجه و بحث

گرفته است. از آنجایی که مواد شیمیایی از فاکتورهای برانگیزندۀ نتوبلاسمها در بدن هستند و همچنین تأیید پزشکان معالج وی تاثیر مواد شیمیایی فوق در مورد ایشان قابل اهمیت است. وظیفه دندانپزشک در مواجه با چنین بیمارانی تشخیص ضایعه بكمک آزمایشات بالینی و پاراکلینیکی است و در صورت امکان برطرف نمودن مشکلات دندانی چنین بیمارانی قبل از شیمی درمانی یا پرتو درمانی است. در مورد بیمار فوق بدليل نداشتن مشکل دندانی بیمار مستقیماً جهت مداوا معرفی گردید. پیگیری وضعیت بیمار نشان داد که پس از سه دوره شیمی درمانی و رادیوتراپی به میزان ۴۰۰۰ راد درمان موثر واقع نگردید و بیمار دو هفته بعد از درمان جان سپرد.

لغوماً از جمله بدخیمی‌هایی است که می‌تواند در حفره دهان دارای تقطیراتی باشد با توجه به گزارشات موجود بروز لغوماً با ضایعات دهانی پدیده‌ای شایع نمی‌باشد، لذا گزارش نمودن مواردی که شروع ضایعه از دهان است جهت آگاهی دندانپزشکان مفید به نظر می‌رسد. از آنجاکه لغوماً معمولاً در ۲۰ تا ۴۰ سالگی اتفاق می‌افتد بروز این بیماری در چنین فردی (۲۲ ساله) لزوم بررسی بیشتری را در رابطه با فاکتورهای مستعدکننده مطرح می‌سازد، باگرفتن تاریخچه از بیمار فوق متوجه شدیم که بیمار در سال ۱۳۶۶ در حین انجام وظیفه سربازی در معرض بمباران شیمیایی باگاز خردل قرار

## REFERENCES

1. Harrison, Tinsley Randolph. 1991. *Harrison's Principal of Internal Medicine* (Vol - 2) 12th Edition. p. 1567-74.
2. Lynch, Malcolm A.; Brightman, Venon J.; Greenberg, Martin S. 1985. *Burket's Oral Medicine, Diagnosis and Treatment*. 8th ed. Lippincott.
3. O'Neil, Durl W.; Schaad Thomas D.; Lowe J. W. 1989. Burkitts' Lymphoma. *General Dentistry*., 37(3): 224-226.

## SUMMARY

### *Oral Non - Hodgkin Lymphoma: Report of a case*

Malignant lymphoma is the neoplastic transformation mainly Originating of lymphoid tissues. It has 2 main variants:

Non - Hodgkin's Lymphoma and Hodgkin disease. The clinical and biological behavior of the above tumors show that they are Likely to have no Relation to eachother, although both of them are infiltrated in the reticuloendothelial organs.

Malignant lymphoma is the most frequent neoplasia between the age 20-40. Furthermore, it is the forth cause of death among cancer Patients over a one - year Period. As the incidence of aquired immunodeficiency syndrome (AIDA) increases, the number of patients with malignant lymphoma, is enhancing.

The etiology of lymphoma is viral. EBV causes Burkitt's lymphoma, and HTLV induces Adult - T - cell lymphoma.

Over two third of the patients with Non - Hodgkin lymphoma are Presented with persistent, nontender Peripheral lymphadenopathy.

It is assumed that a firm lymph node over 1 cm in diameter, not associated with a confirmed infection and persisting over than 4-6 weeks must be examined histologically. Involvement of Waldeyers's ring ,

epitrochlear and mesenteric nodes are in favor of Non - Hodgkin's Lymphoma. systemic signs and symptoms such as loss of Weight , fever and nightswat are less frequent among patients with Non - Hodgkin lymphoma. They are also Presented with signs in their chest, abdomen adn out of lymph nodes. They maybe Presentes with Primary cutaneous lesions, masses in testes, acute spinal cord compresion solitary bone lesions and rarely lymphoma meningitis.

In 1966, Henry Rappaport introduced the first appropriate clinical classification for Non - Hodgkin lymphoma. It was based on general structural Properties of the lymph nodes and the characteristics of the neoplastic cells. Considering the classification, Non - Hodgkin Lymphomas are clssified to two main subtypes: diffuse and nodular.

In the working formulation, the classification is based on the natural course of the lymphoma as follows: Low grade, intermediate , high - grade.

The survival Rates of high - grade and intermediate lymphomas are very short.