

بررسی ایمنوفنوتیپ لنفوم های دستگاه گوارش در بیماران بستری در بیمارستانهای شهر همدان و تعیین ارتباط ایمنوفنوتیپ، محل تومور و سن بیماران با بقای ۲ ساله آنها

دکتر آرش دهقان*، دکتر آزاده قدیری**، دکتر محمدعلی سیف ربیعی***، دکتر محمد جعفری*
دکتر علیرضا منصف****

دریافت: ۹۱/۲/۴، پذیرش: ۹۱/۷/۱۸

چکیده:

مقدمه و هدف: ۴۰٪ لنفوم ها در مناطقی غیر از گره های لنفاوی به وجود می آیند و دستگاه گوارش شایعترین محل آنهاست. لنفوم های دستگاه گوارش طبق تعریف هیچگونه شواهدی به نفع درگیری کبد و طحال و گره های لنفاوی یا مغزاستخوان ندارند. شایعترین ایمنوفنوتایپهای لنفوم در دستگاه گوارش MALTOMA, Diffuse large B cell, Burkitt, Follicular, T cell lymphoma است. بیماری در افراد مسن و در جنس مذکر شایع است. سیر بیماری، نحوه درمان و بقای بیماران در بعضی ایمنوفنوتیپ های لنفوم دستگاه گوارش متفاوت است. هدف از این مطالعه بررسی ایمنوفنوتیپ لنفوم های دستگاه گوارش در بیماران بستری در بیمارستانهای شهر همدان و تعیین ارتباط ایمنوفنوتیپ، محل تومور و سن بیماران با بقای ۲ ساله آنها می باشد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- مقطعی از مجموع ۵۳ نمونه با تشخیص اولیه لنفوم دستگاه گوارش در بیماران بستری در بیمارستان های شهر همدان، در یک محدوده زمانی ۲۵ ساله پس از انجام ایمنوهیستوشیمی با مارکرها CK و LCA و رد درگیری ارگان های دیگر با مراجعه به پرونده ی بیماران ۵۲ مورد لنفوم اولیه دستگاه گوارش تشخیص داده شد. با استفاده از مارکرها CD₃, CD₅, CD₂₀, CD₂₃, CD₁₀, CD₁₅, CyclinD₁، و زنجیره سبک k و λ ایمنوفنوتیپ لنفوم تعیین گردید و آنالیز آماری اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار SPSS 16 و تست chi-square انجام گرفت.

نتایج: از نظر جنسی برتری خفیفی در جنس مذکر دیده شد. شایعترین رده سنی دهه ی ۶ بود. شیوع ایمنوفنوتیپ MALTOMA ۶۰٪ و سپس diffuse large B cell lymphoma ۲۴/۵٪ بود. شیوع لنفوم در معده ۴۷/۲٪ و در روده باریک ۳۰/۲٪ بود. بقای ۲ ساله در ۶۴/۲٪ افراد مثبت بود، بقاء در MALTOMA ۸۱/۲٪ و در DLBL ۳۸/۲٪ بود که تفاوت معنی دار میباشد (P= 0.005). در مورد رابطه بین بقای دو ساله با سن بیماران و محل تومور ارتباط معنی دار نبود (P در مورد اول 0.938 و در مورد دوم 0.308).

نتیجه نهایی: در این مطالعه شایعترین لنفوم های گوارش به ترتیب MALTOMA و Diffuse large B cell lymphoma بودند. پروگنوز MALTOMA از DLBL بهتر بود ولی سن و محل در پروگنوز تاثیر نداشت.

کلید واژه ها: ایمنوفنوتیپ / سرطان های معده و روده / لنفوم

مقدمه:

است (۱). مدیریت صحیح لنفوم گوارش نیاز به تعیین زیرگروه آن دارد که با استفاده از روش ایمنوهیستوشیمی میسر می گردد. در طبقه بندی WHO شایعترین لنفوم گوارش MALTOMA (۵۵٪) و بدنبال آن

لنفوم بدخیم به دو زیرگروه هوچکین و غیرهوچکین تقسیم می شود و ۴۰٪ آنها در مناطقی غیر از گره لنفاوی بوجود می آیند که بیشترین محل آن دستگاه گوارش

* استادیار گروه پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

** دستیار گروه پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (naserkheirjoo@yahoo.com)

*** استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

**** دانشیار گروه پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

است. اغلب جمعیت همراهی از لنفوسیت‌های کوچک وجود دارد که با IHC تشخیص داده شده‌اند. در IHC معمولاً CD10⁺ و bcl₂ منفی هستند. ممکن است CD10⁺ باشد و نسبتی از آنها هم bcl₂ مثبت هستند. رنگ‌آمیزی CD21 ممکن است شبکه باقیمانده‌ای از سلول‌های دندریتیک را نشان بدهد که بوسیله لنفوم‌ها کولونیزه شده‌اند، یافته‌ای که پیشنهاد می‌کند که DLBCL از مالت منشأ می‌گیرد (۲).

لنفوم فولیکولار بصورت فولیکول‌های نئوپلاستیک تیپیک تظاهر می‌کند که بیشتر از سنتروسیت و کمتر از سنتروبلاست تشکیل شده و معمولاً کل دیواره را می‌گیرد و گسترش خارجی به مخاط پیدا می‌کند. انفیلترای منتشر اینترفولیکولار معمولاً غالب است و معمولاً از لنفوسیت‌های کوچک با هسته نامنظم تشکیل شده است. این نوع ممکن است بصورت نادر تشکیل Lymphoepithelial lesion بدهد که مخصوصاً در بیوپسی‌های اندوسکوپیک اگر کولونیزاسیون فولیکولار شکل غالب آن باشد با MALTOMA اشتباه می‌شود. لنفوم فولیکولار معمولاً CD10⁺ و bcl₂ و زنجیره سبک را نشان می‌دهند به هر حال ۲۰ درصد آنها CD10 منفی هستند و بعضی از آنها bcl₂ هم ندارند. CD10 عمدتاً دارای جزء منتشر اینتر فولیکولار است (۲).

ظاهر هیستولوژیک بورکیت کلاسیک با درگیری مخاطی بصورت صفحاتی از بلاستهای مونومرف با اندازه‌های متوسط مخلوط با هیستوسیت‌های فاگوسیتیک است که با حاشیه باریکی از سیتوپلاسم دور هسته و هستک‌های بازوفیلیک کوچک متعدد و کروماتین کلامپ مشخص می‌شود. در IHC سلول‌ها مارکرهای B-CELL شامل CD19، CD20، CD79 را نشان می‌دهند به علاوه CD10 و Bcl₆ مثبت، Ki67 ۱۰۰٪ مثبت و Bcl₂، CD5، CD23 و TDT منفی است (۲).

Small lymphocytic lymphoma پرولیفراسیون منتشر سلول‌های لنفوئیدی کوچک که با مثبت بودن CD5 و CD23 مشخص می‌گردد (۲).

Tcell rich B cell lymphoma سلول‌های نئوپلاستیک آتیپیک بزرگ پراکنده در زمینه‌ای از لنفوسیت‌های کوچک و هیستوسیت‌ها که سلول‌های بزرگ CD20، CD79a و EMA مثبت هستند و لنفوسیت‌های کوچک CD3 و CD8 مثبت هستند (۲).

هدف از این مطالعه بررسی ایمنوفنوتیپ لنفوم های دستگاه گوارش در بیماران بستری در بیمارستانهای شهر

Diffuse large B cell lymphoma (۴۰٪)، Burkitt (۳٪)، follicular، enteropathy type Tcell lymphoma (هر کدام زیر ۱٪) هستند. شایعترین ارگان های درگیر معمولاً معده و روده باریک می باشند (۲).

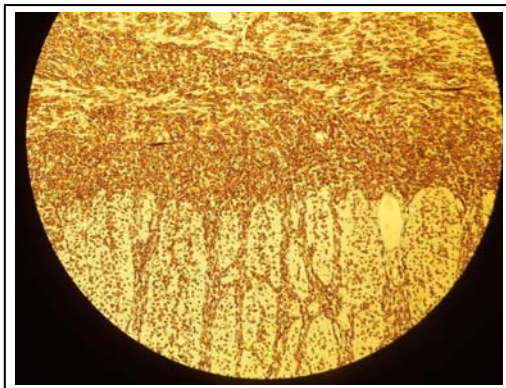
ایمنوهیستوشیمی IHC بکارگیری مارکرهای ایمنولوژیک برای مطالعه سلول‌ها و بافت‌هاست. روش‌های مختلفی اکنون در دسترس است که دو تا از شایعترین آنها روش کمپلکس ایمنی بین پراکسیداز و آنتی پراکسیداز و تکنیک ایمنوآنزیماتیک biotin-avidin است (۳).

مزیت های IHC: حساسیت و اختصاصیت بالای استفاده از مواد روتین پرورده شده حتی اگر مدت‌های طولانی از تهیه آنها گذشته باشد، تسهیل در برقراری ارتباط بین یافته‌های IHC و یافته‌های مورفولوژیک، استفاده راحت آنها در بافتهای کلسیفیه و نکروزه و مناسب برای مطالعات سیتولوژی و میکروسکوپ الکترونی. ایمنوفنوتیپ لنفوم‌های گوارش با استفاده از مارکرهایی چون CD3، CD5، CD20، CD23، CD10، CD15، CD100، CyclinD1، و light chains تعیین می‌گردد.

لنفوم MALT از سلول‌های B کوچک هتروژن تشکیل شده است سلول‌های مونوسیتوئید، لنفوسیت‌های کوچک و سلول‌های ایمنوبلاست پراکنده و سنتروبلاست است. تمایز پلازما سل در درصدی از موارد وجود دارد. در بافتهای اپی‌تلیال سلول‌های نئوپلاستیک اپی‌تلیوم را انفیلتره می‌کند و تشکیل Lymphoepithelial lesion می‌دهد. ایمنوفنوتیپ لنفوم مالت شامل CD20، CD79، CD21، CD35 مثبت و CD5، CD10، CD23 منفی می‌باشد. CD43 که نشان دهنده یک فنوتیپ نئوپلاستیک است، در ۵۰ درصد موارد بیان می‌شود. سلول‌های توموری بطور تیپیک IgM را بیان می‌کنند، ولی IgG و IgA را بیان نمی‌کنند. جمعیت سلول‌های T اینتراتومورال مشخصاً CD3⁺ و مخصوصاً CD4⁺ هستند. شبکه‌های گسترده از سلول‌های فولیکولار دندریتیک مشخصاً با CD21 و CD23 دتکت می‌شوند (۲).

DLBCL متشکل از سلول‌های بزرگی است که ممکن است شبیه سنتروبلاست باشند، ولی سیتوپلاسم وسیع‌تری دارند که تظاهرات پلازما بلاستیک دارد. سلول‌های Bizzar و چند هسته‌ای شایع هستند و گاهی شبیه RS هستند. این سلول‌ها به صورت صفحاتی لابلائی غدد انفیلتره می‌شوند، تشکیل lympho epithelial اگر چه رخ می‌دهد، ولی نادر

شایعترین محل تومور در معده ۲۵ مورد (۴۷/۲٪) سپس در روده باریک ۱۶ مورد (۳۰/۲٪) کولون ۱۰ مورد (۱۸/۹٪) و سپس در مری ۲ مورد (۳/۸٪) بود. از بین ۵۳ مورد بررسی شده با استفاده از مارکرهای CK و LCA تشخیص قطعی لنفوم اولیه دستگاه گوارش در ۵۲ مورد گذاشته شد و از این ۵۲ مورد، ۳۲ مورد MALTOMA گزارش گردید که تشخیص آن با استفاده از نمای Lymphoepithelial lesion وجود centrocyte like cells و monocytoid cells وجود پلاسماسل‌های دارای daucher body مورد شک قرار گرفت و با مثبت بودن مارکرهای CD_{20} , Bcl_2 و زنجیره‌های سبک مونوکلونال κ و λ و منفی شدن CD_{10} و CD_{23} تأیید شد. در ۱۳ مورد وجود diffuse infiltrate of large non multinucleated cells و cleaved cells (centroblasts) resembling RS cells و گاهی Lymphoepithelial lesion تشخیص DLBCL مورد شک قرار گرفت که در تمامی موارد CD_{20} مثبت بود، در نیمی از موارد Bcl_2 مثبت بود و CD_{10} و Bcl_6 هم در بعضی موارد مثبت بودند. مارکرهای CD_3 , CD_5 و CD_{23} منفی بودند (تصویر ۱).



تصویر ۱: CD_{20} در DLBL

در ۲ مورد وجود لنفوم بورکیت با نمای تیپیک diffuse round infiltration of cells with abundant cytoplasm multiple nucleoli multiple mitosis admixed nuclei with tangible body macrophages with starry sky pattern مورد شک قرار گرفت و مثبت شدن CD_{10} و Bcl_6 و CD_{20} و منفی شدن CD_5 و CD_{23} و Bcl_2 تأییدی بر تشخیص بود.

۲ مورد (تشخیص B cell lymphoma T cell rich با مورفولوژی زیر مورد شک قرار گرفت.

Scatter atypical large neoplastic cells in the background of small lymphocytes and histiocytes.

همدان و تعیین ارتباط ایمنوفنوتیپ، محل تومور و سن بیماران با بقای ۲ ساله‌ی آنها می‌باشد.

روش کار:

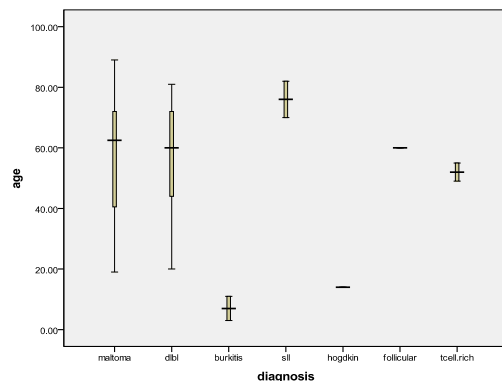
در این مطالعه توصیفی - مقطعی پس از بررسی نمونه‌های ۳۰ ساله بیمارستان‌های شهر همدان ابتدا موارد با تشخیص لنفوم اولیه دستگاه گوارش جدا گردیدند، لازم به ذکر است با توجه به بی‌نام بودن کلیه نمونه‌ها و عدم درگیری اشخاص در این مطالعه از نظر اخلاقی معنی وجود نداشت. پس از انجام روش ایمنوهیستوشیمی با استفاده از مارکرهای سیتوکراتین و LCA تشخیص قطعی لنفوم داده شد و ایمنوفنوتیپ آنها با استفاده از مارکرهای CD_5 , CD_3 , CD_{20} , CD_{23} , زنجیره سبک κ و λ , cyclin D_1 , bcl_6 , bcl_2 تعیین شد. اقدام بعدی تعیین نسبت سنی، جنسی، محل و بقای ۲ ساله هر یک از این ایمنوفنوتیپ‌ها بود.

بقای ۲ ساله با مراجعه به مرکز ثبت‌احوال و ذیح حیاتی به صورت تعیین درصد افرادی که در مدت ۲ سال از تشخیص بیماری زنده بودند و متوفیانی که علت مرگ آنها بیماری نبود مشخص شد. با مراجعه به پرونده پزشکی بیماران در همه‌ی آنان درمان کافی با توجه به پروتکل مشخص انجام گردیده بود.

اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 آزمون آماری chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

از نظر شیوع جنسی در کل ۳۰ نفر (۵۶/۶٪) مرد و ۲۳ نفر (۴۳/۴٪) زن بودند. در MALTOMA نسبت مذکر به مؤنث تقریباً ۲ برابر و در DLBL این نسبت تقریباً ۱ به ۱ بود. میانگین سنی ۵۰ سال بود بیشترین سن مربوط به SLL ۷۹ سال و کمترین سن مربوط به Burkitt ۷ سال بود. طیف سنی سایر ایمنوفنوتیپ‌ها در نمودار ۱ قابل مشاهده است.

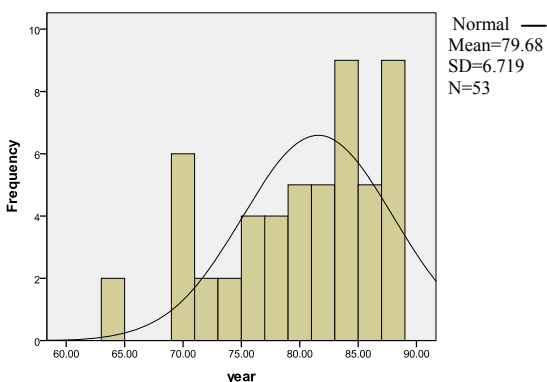


نمودار ۱: ارتباط ایمنوفنوتیپ با سن بیماران

جدول ۱: ارتباط ایمنوفنوتیپ با محل تومور

مجموع	کولون	روده باریک	معدده	مری	
۳۲	۵	۶	۲۰	۱	MALTOMA
۱۳	۴	۵	۴	۰	DLBL
۲	۱	۱	۰	۰	Burkitt
۲	۰	۰	۱	۱	SLL
۱	۰	۱	۰	۰	Follicular
۲	۰	۲	۰	۰	T Cell rich B cell
۵۲	۱۰	۱۵	۲۵	۲	جمع

فراوانی سالیانه لنفوم های دستگاه گوارش بطور نسبی در حال افزایش است که این مسأله در نمودار ۲ قابل رؤیت می باشد.

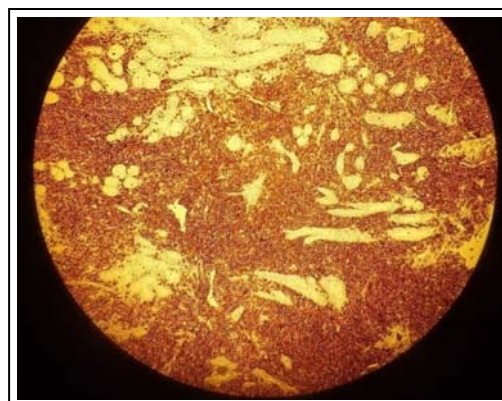


نمودار ۲: فراوانی سالیانه لنفوم دستگاه گوارش

بحث:

لنفوم های دستگاه گوارش شایعترین لنفوم های extranodal می باشند و شرط تشخیص آن ها نبود گرفتاری طحال، مغز استخوان و کبد است. بیماری اغلب افراد مسن ۶۰ تا ۷۰ سال را مبتلا می کند و برتری خفیفی در جنس مذکر دیده می شود (۴). طیف سنی لنفوم غیر هوچکین از ۱۵ تا ۸۷ سال متغیر است. سن متوسط و میانه برای لنفوم معدده، ۵۶ و ۶۱ سال و برای روده ۴۵ و ۵۵ سال است (۵). در این مطالعه نیز برتری خفیف جنس مذکر به نسبت ۱/۳ قابل مشاهده است و میانگین سنی لنفوم معدده ۶۰ سال و لنفوم روده ۵۴ سال بود (با کنار گذاشتن لنفوم بورکیت که لنفوم درگیر کننده کودکی است). شایعترین ایمنوفنوتیپ لنفوم های گوارش در بعضی مطالعات MALTOMA (۶) و در بعضی دیگر DLBL ذکر شده است (۷) و البته در بیشتر کتب مرجع این ارجحیت با Malt است (۲،۳). در اطفال شایعترین انواع لنفوم Burkitt

مارکرهای IHC مثبت در سلول های بزرگ مارکرهای سلول B مثل CD20 بود و در لنفوسیت های زمینه ای مارکرهای سلول T نظیر CD3 مثبت بود. مورد ۲ با diffuse infiltration of small lymphocytes مورد شک قرار گرفت که با مثبت بودن هر دو مارکر CD5 و CD23 تشخیص small lymphocytic lymphoma تائید گردید (تصویر ۲).



تصویر ۲: CD5 در SLL

تشخیص ۱ مورد follicular lymphoma به وسیله ی مورفولوژی small cleaved cells that have a follicular pattern of growth و هر دو مارکر Bcl2 و Bcl6 و منفی بودن CD20 و CD23 تشخیص را تائید نمود. بقای ۲ ساله به صورت کلی در ۳۴ مورد (۶۴/۲٪) مثبت بود و در ۱۹ مورد (۳۵/۸٪) منفی بود. در ارتباط ایمنوفنوتیپ با بقای ۲ ساله، مورد اخیر در ۸۱/۲٪ MALTOMA و ۳۸/۲٪ diffuse large B cell lymphoma (DLBL) وجود داشت که با توجه به $\chi^2=7.897$ و $P=0.005$ این تفاوت معنی دار بود و در سایر ایمنوفنوتیپ ها بدلیل تعداد اندک تعیین ارتباط بقاء با ایمنوفنوتیپ میسر نبود. در افراد زیر ۶۰ سال درصد بقای ۲ ساله ۶۴٪ و در افراد بالای ۶۰ سال ۶۴/۳٪ بدست آمد با توجه به $\chi^2=0.00$ و $P=0.983$ این تفاوت معنادار نبود. در مورد ارتباط محل با بقای دو ساله به $\chi^2=2.355$ و $P=0.308$ تفاوت معناداری مشاهده نگردید. توزیع محل براساس ایمنوفنوتیپ در جدول ۱ قابل مشاهده است و براساس اطلاعات آن بیشترین شیوع MALTOMA در معدده و DLBL در روده باریک است.

سپس روده کوچک ۲۷ درصد بعد روده بزرگ ۲۱ درصد. لنفوم های ایلئوسکال پروگنوز بهتری داشتند سرویوال ۵ سال ۷۲ درصد بود(۸).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ در دانشگاه Serbia انجام شده بود ۵۶ بیمار با لنفوم GI در یک دوره ۵ ساله بررسی شدند. معده شایعترین محل ابتلا بود (۷۰ درصد) و بقیه در روده بزرگ و کوچک قرار داشتند، ۷۰ درصد موارد MALT و ۲۵ درصد DLBL بودند و بقیه ساب تایپها ۵ درصد موارد را شامل می‌شدند. در سرویوال بر پایه سن افراد تفاوت وجود داشت (سرویوال در افراد زیر ۵۰ سال بیشتر بود) و درگیری BM هم در آن موثر بود لیکن هیچ تفاوتی از نظر محل و ساب تایپ لنفوم در سرویوال وجود نداشت(۵).

در مطالعه حاضر نیز سرویوال مالتوما از DLBL بهتر بود و مشابه بعضی مطالعات و برخلاف برخی دیگر در این بررسی پروگنوز لنفوم دستگاه گوارش به محل آن و سن بیمار مرتبط نبود.

از مجموع نتایج این مطالعه و مقایسه آنها با آمارهای جهانی و منابع دیگر نکات و پیشنهادات زیر را می‌توان نتیجه گرفت:

با توجه به اینکه بسیاری از موارد لنفوم های اولیه گوارش بدون انجام ایمونوهیستوشیمی و فقط با انجام روش های معمولی میکروسکوپ نوری قابل تشخیص می‌باشند، روش معمولی آسیب شناسی هنوز به عنوان پایه و اساس تشخیص این ضایعات از کارآیی بالایی برخوردار است. از سوی دیگر با توجه به این که تشخیص این ضایعات مطابق با تقسیم بندی های جدید بر پایه ایمونوفنوتیپ صورت می‌گیرد این طبقه بندی در پیش بینی سیر و نحوه درمان اهمیت دارد و استفاده بیشتر همکاران پاتولوژیست و بالینی از این روش به عنوان یک روش تکمیل کننده و تأیید کننده تشخیص شایسته می‌باشد.

نظر به این که در تعیین عوامل مؤثر بر بقاء در تومور از جمله ایمونوفنوتیپ نیاز به تعداد زیادی نمونه می‌باشد تحقیقات بیشتری در سطح منطقه‌ای و کشوری برای تعیین بهتر پروگنوز و سیر درمان را می‌طلبد.

با توجه به افزایش بروز سالیانه لنفوم GI در منطقه مورد مطالعه بررسی عوامل خطر و نحوه پیشگیری از آنها منطقی به نظر می‌رسد و با توجه به این که در آمارهای جهانی بقای افراد زیر ۶۰ سال بهتر گزارش شده ولی در

و شبه آن و سپس با فاصله زیادی DLBL و Acute lymphoblastic lymphoma و Anaplastic lymphoma است(۲) در این مطالعه نیز ارجحیت با MALTOMA (۶۰٪) و سپس DLBL (۲۴/۵٪) بود و در گروه سنی زیر ۲۵ سال ابتدا Burkitt و سپس Hodgkin's lymphoma و MALTOMA و DLBL دیده شدند.

در مورد تأثیر ایمونوفنوتیپ بر بقای ۲ ساله بیشتر گزارشات موجود بر عدم ارتباط آنان دلالت دارد(۵،۸،۹) و بیشترین ارتباط با سن، stage، grade و bulk تومور است(۴). بعضی مطالعات به عدم ارتباط محل تومور و پروگنوز(۸) و بعضی بر ارتباط آنها دلالت دارند(۵).

در این مطالعه پروگنوز MALTOMA از DLBL بهتر بود ولی از نظر سن و محل تفاوت معنی داری در پروگنوز مشاهده نگردید.

در مطالعه‌ای که روی ۴۲۵ بیمار چینی با لنفوم GI اولیه در هونگ کونگ انجام شده بود، ۵۴ درصد مرد و ۴۶ درصد زن بودند متوسط سن آنها ۵۳ سال بود مری در ۱ درصد موارد و روده کوچک در ۳۱ درصد موارد و روده بزرگ در ۵۳ درصد موارد درگیر بود:

۴/۷ درصد آنها SLL و ۲/۴ درصد آنها follicular follicular small cleaved cell lymphoma ۳/۵۰ درصد follicular large cell lymphoma، mixed lymphoma ۱/۲ درصد، lymphoma ۹/۴ درصد diffuse small cleaved cell lymphoma، diffuse mixed cell lymphoma ۱۲ درصد، diffuse large cell lymphoma ۷/۱ درصد، immunoblastic lymphoma ۱/۲ درصد، lymphoma ۲/۴ درصد diffuse small non cleaved lymphoma، unclassified lymphoma ۱۴ درصد بودند. ۹۰ درصد آنها B cell type، ۷ درصد T cell type، ۳ درصد ناشناخته بودند. سرویوال ۵ ساله کلاً ۴۵ درصد بود. عوامل مؤثر بر سرویوال بالا سن کمتر از ۶۰ سال، هیستولوژی low grade، II و I stage و نبود bulk تومور بود (۴).

در مطالعه‌ای دیگر ۵۸۱ بیمار لنفوم روده بصورت گذشته نگر مطالعه شدند. ۸۶ درصد B cell و ۱۴ درصد T cell بودند. شایعترین آنها DLBL (۶۶ درصد) و در رتبه بعدی MALT (۱۰/۵ درصد) بود. سرویوال ۵ ساله در لنفوم T cell ۲۸ درصد و در لنفوم B cell ۷۱ درصد بود شایعترین محل درگیری ایلئوسکال بود (۳۹/۸ درصد)

- Kluwer, 2008.
3. Ackerman L, Rosai J. Rosai and Ackerman human pathology. Special techniques in surgical pathology. 9th ed. Vol 1. New York: Mosby, 2004.
 4. Liang R, Todd D, Chan TK, Chiu E, Lie A, Kwong YL, Chony D. Prognostic factors for primary gastrointestinal lymphoma. *Hemathol Oncol* 1995; 13 (3): 153-63.
 5. Mihalievic B, Nedeljkovic-Jancic R, Vujcic V, Jankovic S, Colovic N. Primary extranodal lymphoma of gastrointestinal localization: A single institution 5 year experience. *Med Oncol* 2006; 23 (2): 225-35.
 6. Ullrich A, Fischbach W, Blettner M. Incidence of gastric B cell lymphoma, A population based study in Germany. *Ann Oncol* 2002; 13: 1120-127.
 7. Danev V, Genova S, Peshev Zh, Uchikov A, Batashki I. Extra nodal lymphoma of gastrointestinal tract retrospective study of six year period. *Khirurgiia (Sofia)* 2006; (2): 5-7.
 8. Patterson- Kane JC, Kugler BP, Francis K. The possible prognostic significance of immunophenotype in feline alimentary lymphoma. *J Comp Pathol* 2004; 130 (2-3): 220-222.
 9. Haung WT, Hsu YH, Yang SF, Chuang SS. Primary gastrointestinal follicular lymphoma clinicopathologic study of 13 cases from Taiwan. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42 (9): 997-1002.
 10. Tung CI, Hsieh PP, Chen RS, Chen YJ, Wang JS. Intestinal T cell and natural killer cell lymphoma in Taiwan with special emphasis on 2 distinct cellular types: Natural killer like cytotoxic T cell and true natural killer cell. *Hum Pathol* 2008; 39 (7): 1018-1025.

این مطالعه تفاوتی در این مورد مشاهده نشد (شاید علت تشخیص دیرتر این تومور در گروه سنی پایین تر باشد) بنابراین استفاده از روش های غربالگری برای تشخیص سریعتر آن مخصوصاً در سنین پایین توصیه می گردد.

نتیجه نهایی:

مطالعه حاضر اطلاعات مختصر ولی قابل توجهی در خصوص ارتباط ایمنوفنوتیپ های لنفوم گوارش با سن و جنس و بقای دو ساله ای آنها ارائه داد و مشخص نمود که ایمنوفنوتیپ MALTOMA از DLBL بهتر است و در این جمعیت مورد بررسی محل لنفوم در دستگاه گوارش و سن تأثیری روی پروگنوز بیماری ندارد. مطالعات بیشتری لازم است تا تأثیر عوامل محیطی و بیان مارکرهای مختلف در رفتار تومور روشن تر شود.

سپاسگزاری:

این مقاله منتج از پایان نامه دوره دستیاری پاتولوژی می باشد. بدینوسیله از جناب آقای سعدی عباسی و سرکار خانم بهناز مصنفات جهت همکاری در جمع آوری نمونه ها و انجام رنگ آمیزی IHC تشکر و قدردانی می شود.

منابع:

1. Chen lie M, Crawford M, Robbins S. Robbins and cotran pathology gastrointestinal tract. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
2. Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger A E. Gastrointestinal pathology. 3rd ed. Philadelphia: Wolter

Original Article

The Study of Gastrointestinal Lymphoma Immunophenotypes in Admitted Patients of Hamadan Hospitals and Relationship between 2 Years Survival with Patient Age, Immunophenotype and Site of the Tumor

A. Dehghan, M.D.^{*} ; A. Ghadiri, M.D.^{**} ; M.A. Seifrabiee, M.D.^{***} ; M. Jafari, M.D.^{*}
A.R. Monsef, M.D.^{****}

Received: 23.4.2012

Accepted: 9.10.2012

Abstract

Introduction & Objective: 40% lymphomas are extranodal and gastrointestinal (GI) tract is the most common site. Gastrointestinal lymphomas by definition have not liver, spleen, lymph node and bone marrow involvement. The most common gastrointestinal lymphomas are MALTOMA, diffuse large B cell lymphoma (DLBL), burkitt, follicular and T cell lymphoma. The most common patients are old men. The aim of this study was determination of immunophenotypes of gastrointestinal lymphoma and relationship between the site, age and immunophenotype with two years survival.

Materials & Methods: In this cross sectional descriptive study 53 primary gastrointestinal lymphoma were studied in admitted patients of Hamadan hospitals. Age, sex, and tumor immunophenotypes (using with CD₃, CD₅, CD₂₀, CD₁₀, CD₁₅, bcl₂, λ, κ light chains) and two years survival were recorded. Results were analyzed using SPSS 16 and chi-square test.

Results: The most common age was 50-60 years and mild male preferential was seen. 60% were MALTOMA and 24.5% were diffuse large B cell lymphoma. 47.2% were in stomach and 30.2% were in small bowel. Total two years survival was 64.2% and in MALTOMA was 81.2% and in DLBL was 38.2% (P= 0.005). In relationship between patient age and tumor site with two years survival there was no mean able relationship (P. value in first was 0.938 and in the latter was 0.308).

Conclusion: The most common lymphoma was MALTOMA and DLBL. Two years survival in MALTOMA was better but age and tumor site have not relationship with two years survival.

(*Sci J Hamadan Univ Med Sci 2013; 19 (4):75-81*)

Keywords: Gastrointestinal Neoplasms / Immunophenotyping / Lymphoma

^{*} Assistant Professor , Department of Pathology, School of Medicine
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.

^{**} Resident , Department of Pathology, School of Medicine
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran. (naserkheirjoo@yahoo.com)

^{***} Assistant Professor , Department of Social Medicine, School of Medicine
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.

^{****} Associate Professor , Department of Pathology, School of Medicine
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.