لنفوم بدخیم روده باریك (تیپ مدیترانه‌ای)

(گزارش یك مورد اتوپسی)

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۱ ، صفحه ۳۴ ، ۱۳۵۳

دکتر صادق سموریان*

موارد مختلفی از بیماری لنفوم بدخیم در سالهای اخیر گزارش شده که هر کدام ازجهاتی‌مورد توجه قرار گرفته وتحقیقات‌وسیعی درآنها انجام گرفته‌است. ازآن جمله لنفوم روده باریك‌را میتوان نام برد.

گزارشهای متعدد ازکشورهای شرق‌میانه (۴، ۸، ۳ و ۲) نشان داده است‌که لنفوم مجرای گوارش بخصوص قسمت فوقانی روده باریك درکشورهای مزبورشیوع بیشتری داشته و بنظر میرسدکه ارتباط با وضعیت جغرافیائی و نژادی مناطق فوق داشته باشد.

اخیراً گزارشی از عراق از ۳۰ مورد لنفوم بدخیم روده باریك (۱۷)وگزارشی‌از اسرائیل(۷) وهمچنین گزارشهای متعددی از ایران توسط آقایان دکتر برکت (۱) و دکتر حقیقی (۵)کم و بیش وضعیت این نوع لنفوم شرق میانه و شیوع آنرا نشان داده است. وباین‌مناسبت اینگونه لنفومها را تحت عنوان «لنفوم شرق میانه» یا لنفوم مدیترانه‌ای (۵ و ۱۷) نام برده‌اند.

یك‌مورد اتوپسی‌لنفوم روده‌باریك‌که اخیراً درتهران انجام گرفته است گزارش می کنیم.

شرح حال بیمار

جوان۱۸ساله، دانش‌آموز،اهل‌وساکن‌کرمانشاه بعلت اسهال در بخش داخلی بیمارستان ابن‌سینا بستری گردیده است .

سابقه: ۲ سال قبل درکرمانشاه بیمار دچار اسهال میشود. اسهال آبکی ، گاهی همراه با زورپیچ بدون درد و خون بوده است . با مراجعه به همکاران پزشك و معالجات اسهال بهبود نمی‌یابد . امتحان مدفوع وکشت خون نکته مهمی را نشان نداد . از بیمار پرتونگاری بعمل‌آمد وتشخیص کولیت‌کولون چپ داده شد. چون وضع بیمار بهتر نشد و اسهال شدت یافت بتهران آمد و بطور سرپائی به‌اطباء مختلف مراجعه کرد . در آن زمان آزمایشهائی بشرح زیر بعمل آمد .

امتحان مدفوع ازنظر آمیب و شیگلا و سالمونلامنفی ولی‌کولی‌باسیل پاتوژن‌رشدکرده است. امتحان خون برای سالمونلامنفی است . شمارش گلبولی لکوسیتوز خفیف (۱۰۸۰۰ گویچه سفید) را نشان داد. فرمول‌آن: نوتروفیل۷۲، ائوزینوفیل۳، مونوسیت ۵ و لنفوسیت ۱۹ بوده است. در امتحان مدفوع خون دیده شد. در رادیوگرافی کولون التهاب‌کولون محرز بود، سپس‌ازبیمار رکتوسکپی بعمل آمد و شرح زیر گزارش شد (۵۲/۴/۱۰). سرتاسر مخاط رکتوسیگموئید رنگ پریده ، خیزدار و بدون انقباضهای معمولی روده است . مقداری مایع اسهالی درسرتاسر روده بدون‌بلغم‌وبدون‌خون دیده‌شد. بیوپسی‌مخاط رکتوسیگموئید بعمل‌آمد. دربررسی آسیب شناسی مخاط رکتوسیگموئید افزونی سلولهای پلاسموسیت را درمخاط وزیرمخاط نشان داد. واحتمال دیسکرازی پلاسموسیتی مطرح شد وبیمار برای مطالعه بیشتر در بخش‌داخلی بیمارستان‌ابن‌سینابستری گردید. درموقع بستری؛ بیمار جوانی‌است لاغراندام، بسیارضعیف ورنگ پریده به‌وزن۲۵ کیلو گرم، هوش‌وحواس‌درروضع‌عادی‌استوبسئوالات‌بخوبی‌پاسخ‌میدهد. بگفته بیمار وزنش خیلی‌کم شده و در دو ماه اخیر پنج‌کیلو وزن

* بخش‌آسیب‌شناسی بیمارستان ابن‌سینا ـ تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

کم کرده است. درسابقه شخصی نکته مهمی ندارد، بیماردانش‌آموز و ازدواج نکرده است . غیر از روماتیسم ابتلا به بیماری دیگری را بخاطر نداشت . در سابقه خانوادگی، پدر و مادر بیمار زنده هستند، پدر بیمار بعلت گاستریت تحت درمان‌است، مادر بیمارنیز اسهال دارد ولی شدت آن از اسهال بیمارکمتر است. دوبرادر و چهار خواهر بیمار سالمند.

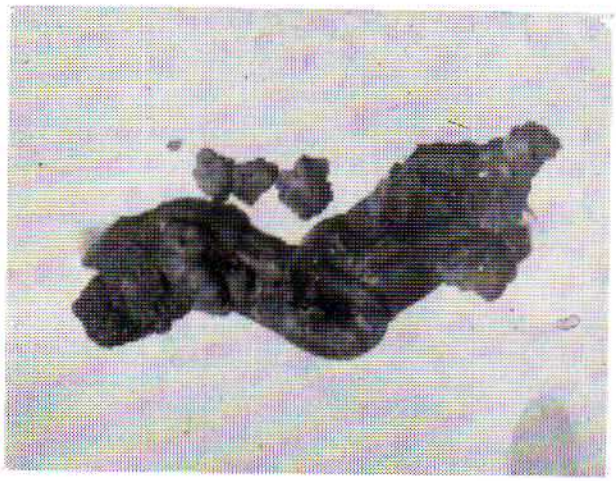
بررسیهای بالینی: بیمار دچار سردرد و دایماً درحال فکراست. ناحیهٔ درد، بیشتر در پشت سراست‌که بطرف جلوتیر میکشد. از گوش، حلق وبینی و چشم شکایتی ندارد و نکته مرضی مهمی‌نیز بدست نیامد.

در دستگاه تنفس و گردش خون نکته مرضی دیده نشد. فشارخون $\frac{۱۰۰}{۶۰}$ Hg، نبض۷۲دردقیقه ودرجه حرارت۳۶/۵ است. دردستگاه ادراری نکته مهم مرضی ندارد.

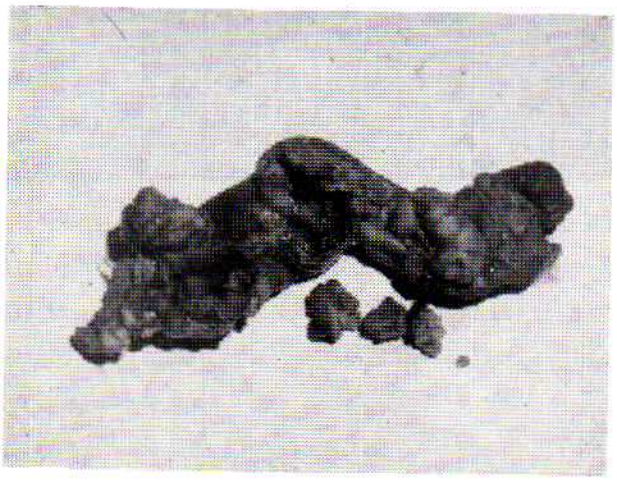
در معاینه دستگاه گوارش شکم بیمار در حال طبیعی است ، کبد و طحال طبیعی است، اجابت مزاج روزی ۲ تا چهارباراست.

در دستگاه خونساز وعصبی نیز نکته مرضی مهمی دیده نشد. بیمار باتشخیص‌سندرم سوءجذب تحت درمان قرار گرفت وآزمایش‌های لازم بشرح زیر انجام شد : امتحان مدفوع که بطور مکرر انجام گرفته هیچگونه میکربی مشاهده نشد ، بجز آنکه چند دفعه ایشریشیاکولی‌رشدکرده‌است. کشت‌خون بطورمکرر برای‌تجسس باکتری‌منفی بوده‌است. سدیم ۱۲۶ میلی‌اکیوالان، پتاسیم۲/۵ ، کلرور ۹۰ میلی‌اکیوالان، میزان CO_2 خون۲۲ میلی‌اکیوالان در لیتر گزارش شده است. این آزمایش بطورمکرر انجام‌گرفته وتغییرفاحشی مشاهده نشد. میزان چربی مدفوع ۵۳۰۰ میلیگرم درلیتراست، درامتحان‌مغزاستخوان نکته مرضی مشاهده نشد. در امتحان ادرار نیز عناصر غیرطبیعی ملاحظه نشد. آلبومبین بنس‌جونس نداشت. در پرتونگاری با ماده حاجب از روده، درقسمت سوم دوازدهه بینظمی‌هائی دیده شد و بعلاوه حدس آدنوپاتی‌هائی در مجاور این قسمت زده شد آزمایش مانتو منفی بوده است . پرتونگاری ریه نکته‌مرضی نداشت. پروتئین‌کلی‌خون ۱۱ گرم، آلبومین ۵۱٪، گلبولین ۱ ≈ ۳٪ ، گلوبولین۲ ≈ ۷٪ و گلبولین β۱ و β۲و γ۳۹٪، جداشدن βو γ گلبولین‌خوب انجام نمیگیرد. یکنوع پروتئین غیرمشخص سراسر باند گلبولین را بخصوص در ناحیه β۱و γ میپوشاند. ظاهراً γ گلبولین قدری‌کاهش دارد ، β۱ افزایش‌یافته، تفکیك βو γ میسر نشد(دکتربرال).در رادیوگرافی دستگاه گوارش اتساع قوسهای ژژونوم و ایلئون دیده میشود. دربیوپسی ژژونوم ویلوزیته‌ها پهن وکوتاه و درمخاط وزیرمخاط سلولهای تك‌هسته‌ای نوع لنفوپلاسموسیت مشهود است، وتشخیص سندرم سوءجذب داده شد. بیمار با تشخیص احتمالی دیسکرازی پلاسموسیتی و سندرم سوء جذب تحت مداوا قرارگرفت، داروها عبارت بودند از ترکیبات استروئید، ویتامین‌ها، آنتی بیوتیك ، سولفامید، سرم قندی وتصحیح‌الکترولیتها.

وضع بیمار روزبروز بدتر میشد ، و اسهال ادامه داشت و پس از ۷۰ روزبستری درگذشت و ازبیمار اتوپسی بعمل‌آمد. دراتوپسی چینهای روده باریك در قسمت دوازدهه و ژوژنوم برجسته وبعضی قسمتها آتروفیه و دیواره روده ضخیم بوده است (شکل ۱ و ۲) در ناحیه کولون و رکتوسیگموئید پرخونی و خیز دیده شد ، گانگلیونهای مزانتر بزرگ مجزا و باقوام الاستیك میباشد.



شکل‌شمارهٔ ۱- قسمتی ازرودهٔ باریك را نشان میدهدکه چین‌های مخاطی‌کاملا ضخیم و برجسته میباشد.

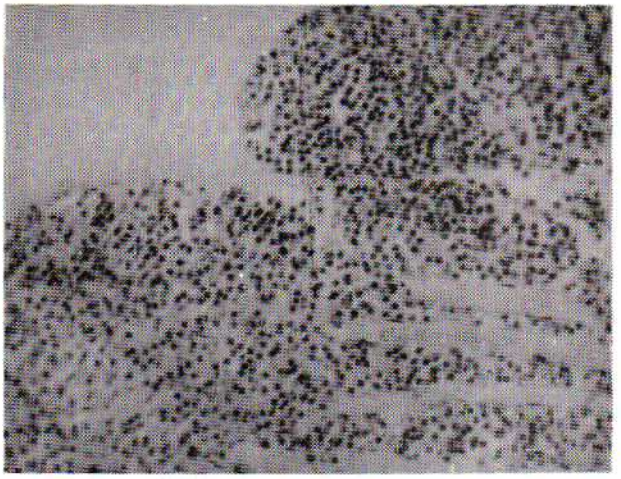


شکل شمارهٔ ۲- قطعه‌ای از روده باریك میباشدکه یك ناحیهٔ تنگ در مرکز همراه با چین‌های ضخیم و برجسته را در طرفین نشان میدهد.

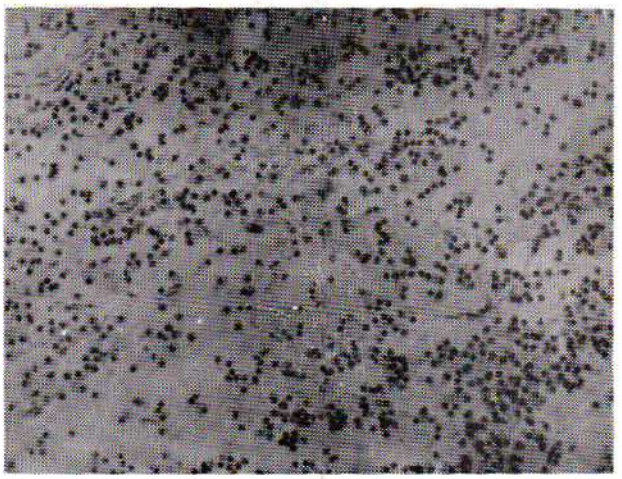
کبد و طحال نمای عادی داشته، درقلب و ریه و مغز نکته مرضی مهمی‌دیده نشد. در برشهای روده باریك درسرتاسر مخاط و زیر

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

مخاط سلولهای تك‌هسته‌ای تومورال نوع لنفوسیت و پلاسموسیت بطور کانونی و منتشر دیده شد. این سلولهـا در داخل عقده‌های لنفاوی نیز مشاهده گردید. (شکل ۳ و ۴).



شکل‌شمارهٔ ۳- ساختمان مخاط وزیرمخاط را نشان میدهدکه سرتاسر آنها توسط سلولهای تومورال لنفوپلاسموسیت اشغال‌شده‌است. چین‌های‌مخاطی که ضخیم وحجیم شده‌اند بخوبی مشهود است.



شکل‌شمارهٔ ۴- زیرمخاط روده‌باریك را نشان میدهدکه توسط سلولهای لنفوپلاسموسیت تومورال انفیلتره شده‌است.

در مغز استخوان سلول‌های مغز استخوان طبیعی بوده ولی تعداد فراوان‌پلاسموسیت دیده شد. دردریه‌ها ازنظر میکرسکپی برنکو-پنومونی مشاهده گردید.

بحث

این نـوع لنفوم توسط محققین شرق میانه بیشتر مطـالعه شده و گزارشهای‌فراوان‌نیزصورت گرفته است. دکتربرکت Barekat و همکارانش از استان جنوبی ایران (فارس) گزارش داده‌اندکه این تومورها ۱۸/۹٪ تمام تومورهای بدخیم مردان و ۱۱/۷٪ تمام تومورهای‌بدخیم زنان‌را تشکیل میدهند و از۹۳ مورد لنفوم دستگاه گوارش ۶۴مورد‌آن درقسمت روده باریك بوده‌است(۱).

دکتر حقیقی Haghighi و همکارانش همچنین از استان فـارس گزارش داده‌اندکه لنفوم بدخیم ۹۶/۹٪ تمام تومورهای بدخیم روده باریك را تشکیل میدهد(۵).

گزارشهای پراکنده وفراوان دیگری ازمناطقی نظیر تهران(۴) افغانستان(۸) لبنان(۳) عراق (۱۵ و ۱۳) و نزدکلیمی‌هایی‌که در نواحی شرق میانه زندگی میکرده‌اند (۲) نشان دهنده شیوع جغرافیائی و نژادی این نوع لنفوم میباشد. درگزارشهـای فوق تأکید شده است‌که بیماری دربین ایرانیان از نژاد سفید (Cau-casian) و اعراب ازنژاد سامی (Semetic) شیوع فراوان داشته و اکثراً در جوانها مشاهده می‌شود (۱-۱۳) وتحت عنوان فصل مخصوص کلینیکوپاتولوژیك بنام لنفوم مدیترانه‌ای نامگزاری‌شده است (۵) ولی گزارش دیگری کـه ازکلمبیا صورت گرفته نشان دهنده این است‌که گرچه‌عوامل‌ژنتیکی موردتوجه واهمیت‌میباشد اما بیماری منحصر به ساکنین حوزه مدیترانه نبوده و در نقـاط دیگر نیز دیده میشود(۱۶).

موضوع بسیار مهم این نوع لنفوم‌ها تجزیه الکتروفورتیك خون و ادرار بیماران است که بصورت زنجیرهٔ سنگین گاما (زنجیر آلفـا) در روی منحنی الکتروفورز میباشدکه بصورت پهن شدن نوك منحنی بتا وآلفادو است. تعیین هویت اختلال پروتئین سرم بعنوان زنجیره‌های آلفا بوسیله نشان‌دادن عدم وجود زنجیرهای سبك موجود با آزمایشهای مناسب و سرم شناسی و شیمیائی‌کامل میگردد(۱۶).

علائم بالینی بیمـاری ازهمه مهمتر سوء جذب میباشدکه در تمام گزارشات تقریباً ثابت بوده وعلامت مشخص میباشد (۷، ۶، ۲، ۱۰، ۱۱، ۳ و۱۳). مطالعات اخیر نشان داده است‌که استئاتوره علامت اصلی و اساسی لنفوم روده باریك بوده‌که دربین اعراب و یهودی‌های شرق میانه دیده میشود(۲).

بیمار مورد معرفی مـدت یکسال اسهال داشته‌که به هیچ داروئی جواب‌نداده وچربی‌مدفوع ۵/۳ گرم‌بوده‌است. بیمارزیررژیم‌بدون گلوتن قرار میگیرد ولی نتیجه‌ای از آن عاید نمیگردد. درغالب گزارشها اسهال علامت مشخص بوده‌که اولا طولانی و ثانیاً غیر-قابل‌کنترل میباشد (۱۲-۱۱). دردشکم در بعضی موارد گزارش شده است (۲ و ۱) ولی در بیمار ما درد بطور مداوم و بصورت یك علامت مشخص وجود نداشته بلکه گاهی دیده میشده‌که ثابت نبوده‌است. انگشت‌چوب‌طبلی clubbing of fingers علامت‌شایعی است(۱۳ و ۱۴) در بیمار ما نیز وجود داشته است. درگزارشی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

که‌روی ۳۰ مورد لنفوم روده باریك ازعراق صورت گرفته(۱۱) علائم بیماران در ۱۲ مورد سوء جذب ، در چهار مورد با علائم زخم پپتیك، در۲مورد باعلامت ملنا، دو مورد بعلت پریتونیت در دنباله‌پارگی ویك‌مورد بعلت‌نارسائی کلیه که دردنباله‌انفلتراسیون لنفومی‌هردو کلیه‌بوده‌است. مسئله فوق‌العاده مهم‌این‌بیماری‌مطالعه ایمونوالکتروفورز و ایمونوفلورسنت میباشد . مطالب زیادی در نشریات‌دراین‌باره‌نوشته‌شده‌است. مهمترین آنها گزارش کاملی‌است که Osserman از بیماران خود داده است(۱۸).

افزایش پلی‌پپتید با وزن مولکولی زیاد ۵۲۰۰۰ تا ۵۵۰۰۰ که پروتئین غیرطبیعی است دربیماران دیده میشود ومربوط به‌زنجیره H سنگین بوده وجز گاماگلوبولین میباشد. لذا بیماری‌را تحت عنوان H۲γ نیزشرح داده‌اند.

خلاصه‌و نتیجه

گزارش یك مورد اتوپسی لنفوم روده باریك وبررسی نوشته‌های پزشکی رویهمرفته اساس و مشخصات این‌بیماری را بصورت زیر روشن می‌نماید.

۱ـ ازنظرعلائم بالینی ، سوء جذب ، اسهال، درد شکم، انگشت چوب طبلی به ترتیب ازنظر شیوع در بیماران دیده میشود.

۲ـ سن ابتلا اغلب در دوران جوانی بوده ولی امکان پیدایش‌آن در سنین بالاتر نیز وجود دارد.

۳ـ درمطالعه ایمونوالکتروفورز وایمونوفلورسنت خون بیماران اختلال‌بصورت پیدایش پلی‌پپتید غیرطبیعی ازنوع زنجیره سنگین H وγ2 میباشدکه بشکل‌زنجیره Hγ2 مشخص‌میگردد.

۴ـ بیشتر بیماران مبتلا، ازمناطق مدیترانه شرقی بوده و اغلب ایرانی‌ها و یهودیها یا نژاد سامی میباشند.

۵ـ از نظر پاتولوژی پرلیفراسیون ساولهای پلاسموسیت و دسته رتیکولوم سل در دیواره روده مشاهده میگردد که بصورت لنفوم بدخیم تظاهر مینمایند.

REFERENCES:

1 Barekat; A. A; Saidi, F; and Dutz, W.: Cancer survey in south Iran with spcial reference to gastrointestinal neoplasme, Int. J. Cancer 7: 353_363, 1971.

2- Eidelman, S.; Parkins, R. A., and Rubin, C. E.: Abdominal lymphoma presenting as malabsorption, Medicine 45: 111-137, 1966.

3- Gedeon, E, M.: Primary malignant lymphoma of the digestive tract. Lab. Medi. J. 23: 1-9, 1970.

4- Habibi, A, Cancer in Iran; a survey of the most common cases. J. Nat. cancer Inst.: 34: 553-569, 1965.

5- Haghighi; P. Nabizadeh. I., Asvadi, S., and Mohallattee, E. A., Cancer in southern Iran. Cancer 27: 965-977. 1971.

6- Nasr. K., Haghighi; P., Bakshandeh, K., and Haghshenas, M.: primary lymphoma of the upper small intestine, Gut 11: 673-678, 1970.

7- Seijffers, M. J., Levy, M; and Hermann, G; Intractable watery diarrhea hypokalemia and malalsorption in a patient with mediterranean type of abdominal lymphoma, Gastroentrology 55: 118 - 122.

8- Sobin, L, H: Cancer in Afghanestan, Cancer 23-678-688, 1970.

9- Matsumoto, K. K., J. B. Peter R. G. Schulze, A. A. Hakim and P. T. Frank, 1966 watery diarrhea and hypokalemia associated with pancreatic islet cell adenoma. Gastroenterology 50: 231-242.

10- Sleisenger, M. H., T. P. Almy, and D. P, Barr, sprue syndrome secondary to lymphoma of the small bowel, Amer. J. Med. 15: 666-674 1953.

11- Kent, T. H. Malabsorption syndrome with malignant lymphoma. Arch. Path .(Chicago) 78:97-103. 1964.

12- Ramot, B. N, Shahin, and J. J. Bubis. Malabserption syndrome in lymphoma of small intestin Israel J. Med. Sci. 1: 221-226, 1965.

13- Al_ Bahrani, Z, and Bakir, F.: Primary intestinal lymphoma. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 49: 103-113, 1971.

14- Al- Bahrani Z: Clubbing in primary lymphoma of the intestines. To be published.

15_ Al - Khateeb, A. K.: Primary malignant lymphoma of the small intestine. Int. Surg. 54: 295_300, 1970.

16- Cecil - loeb Textbook of medicine thirteenth edition.

17- Al - Saleem, T. and Al _ Bahrani, Z: Malignant lymphoma of the small intestin cancer 31: 291 - 294. 1973.

18_ Osserman, E. F., and Takatsuki, K.: Clinical and Immunochemical studies of four cases of heavy (Hγ2) chain disease, Amer. J. Med., 37: 351 - 373, 1964.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]