

لنفوم بدخیم معده

گزارش يك مورد و بحثی پیرامون این عارضه

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۵، صفحه ۴۱۱، سال ۱۳۵۴

دکتر شهریار قندی - دکتر شمس شریعت *

چون موردی از این نوع ضایعه را نویسندگان این مقاله تحت درمان و بررسی قرار داده اند از این جهت پس از ذکر شرح حال بیمار با مراجعه به نوشته های پزشکی بحثی در این زمینه بعمل می آید.

شرح حال بیمار:

خانم ف.ک، ۳۲ ساله، بعلت هماتمز، ملنا و دل درد مراجعه کرده است. شروع بیماری از سه ماه قبل بوده که با احساس درد خفیف ناحیه اپی گاستر همراه بوده است. درد گاهگاهی به پشت انتشار می یافته و بانوع غذا تغییری در آن ایجاد نمیشده است. بتدریج بی اشتهائی و لاغری نیز اضافه شده است. بیمار دوهفته قبل از مراجعه دچار هماتمز میگردد که دو دفعه تکرار شده است. در سابقه وی هیچگونه بیماری خاصی وجود ندارد.

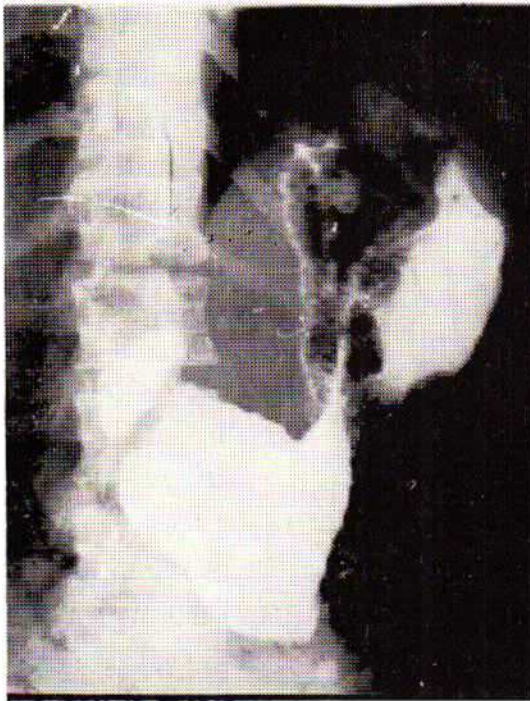
نشانه های بالینی: بیمار خانمی است رنگ پریده و لاغر اندام که مخاط چشم و دهان او بی رنگ است. در لمس شکم نرم و در ناحیه اپی گاستر هیچگونه توده یا حساسیتی وجود ندارد. طحال قابل لمس بود و کبد باندازه یک سانتی متر پائین لبه دنده ها به دست می خورد. غدد لنفاوی زیر بغل و بالای ترقوه قابل لمس نبود. دستگاه قلب و ریه و مجاری ادراری و دستگاه تناسلی و اعصاب طبیعی بود. فشار خون $\frac{100}{60}$ ، درجه حرارت بدن طبیعی و نبض ۱۰۰ در دقیقه بود.

آزمایشهای پاراکلینیک: هموگلوبین ۸/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۲۳ درصد، همیو کرومی و آنیزوسیتوز و پوئی کیلوسیتوز در گلبولهای قرمز دیده میشود و در آزمایش فرمول شمارش خون، تعداد گلبولهای

با آنکه تعداد مرگ و میر از سرطانهای معده در کشورهای مختلف تفاوت فاحشی بایکدیگر دارد و بر اساس یکی از آمارهای منتشره تعداد آن در ژاپن و شیلی هفتاد تن، در فنلاند پنجاه و پنج تن، در آتریش چهل و شش تن، در فرانسه و انگلستان بیست و هفت تن، در کانادا بیست و سه تن و در ممالک متحده آمریکا چهارده تن بین یکصد هزار تن از ساکنین مناطق فوق الذکر میباشد (۶)، معیذا شیوع آن در بین انواع مختلف سرطانهای انسانی نسبتاً زیاد است بطوریکه در کشورهای ژاپن و فنلاند، سرطان معده در بین سرطانهای اعضاء دیگر مقام اول را دارد و در ممالک آمریکا و دانمارک موقع و مقام دوم را دارا است (۶).

در بین تومورهای مختلف معده، هشتم درصد آنها از نوع بدخیم است (۵) و در میان انواع سرطانهای این عضو ۸۶ تا ۹۰ درصد (۵) آنها را کارسینومها تشکیل میدهند. در ۵۴۱ مورد تومور بدخیم معده که در بیمارستان Presbyterian نیویورک تحت عمل جراحی قرار گرفته اند ۸۶/۹ درصد آنها کارسینوم و ۷/۶ درصد یعنی فقط چهل و یک مورد آن از انواع مختلف لنفوم بدخیم بوده است (۱۱). در گزارش دیگری تعداد لنفوم معده را از این رقم هم کمتر و به میزان سه درصد تومورهای بدخیم معده میداند. با توجه به این مقدمه بخوبی روشن میشود که لنفومهای بدخیم معده نسبتاً نادر میباشد منتهی به علت خصوصیات بالینی خاصی که لنفومهای این عضو دارند در هر مورد که تشخیص تومور بدخیم معده مطرح میشود، باید امکان وجود این عارضه را نیز در نظر گرفت.

وکبد و امعاء و احشاء دیگر سالم بود، برای بیمار گاسترکتومی توتال با آناتوموزمری به قوس ژژونوم انجام گرفت و در ضمن ژژونو-ژژونوستومی نیز انجام یافت و بیمار در روز دهم پس از عمل با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید. متأسفانه بیمار مجدداً مراجعه نکرده است.



شکل ۲- وجود ضایعات متعدد در ناحیه فوندوس معده

آسیب شناسی

ماکروسکوپی: بافت شامل معده و قسمتی از چادرینه است. طول انحنای بزرگ معده ۲۰ سانتی متر و طول انحنای کوچک ۱۵ سانتی متر است. مخاط معده پشته پشته باقوام سفت است (شکل ۳) که در قسمت‌هایی از آن زخم‌های سطحی وجود دارد و در جدار معده تعدادی کانکلیون قابل لمس دیده می‌شود. چادرینه باقطار ۲۰ × ۲۵ سانتی متر میباشد. در مشاهده و ملامسه چادرینه کانکلیون لنفاوی مشخصی مشهود نیست.

میکروسکوپی: در برشهای متعددی که از جدار معده تهیه گردید، مشاهده شد که اپی تلیوم معدی و غدد آن در نواحی زخمی شده از بین رفته است و جای آنرا ورقه فیبرینولو کوسیت ضخیمی پوشانده است. در زیر ورقه مذکور و در سرتاسر کوریون و زیر مخاط مناطقی از جدار معده که دارای اپی تلیوم طبیعی است، بافت نئوپلازیک دیده میشود که از سلولهای نسبتاً مدور با سیتوپلاسم کم و هسته‌های اکثراً نوکلئوله درست شده بود (شکل ۴) گرچه بعضی از هسته‌ها جوانه‌دار و کم و بیش چند سطحی بودند ولی بیشتر آنها مدور و

سفید ۶۶۰۰ در میلی متر مکعب و فرمول آنها بصورت سگمانته ۷۲ درصد، ائوزینوفیل ۲ درصد، مونوسیت ۵ درصد، لنفوسیت ۲۰ درصد، نوتروفیل ۱ درصد بود. پروتئین توتال ۵/۴ گرم درصد و در الکتروفورز بیمار آلبومین ۳۹ درصد، گلوبولین آلفایک ۴ درصد، گلوبولین آلفا دو ۱۵ درصد، گلوبولین بتا یک ۱۶ درصد، گلوبولین گاما ۲۶ درصد بود. سرعت رسوب خون در ساعت اول ۵۰ میلی‌متر و در ساعت دوم ۹۰ میلی‌متر بوده است.

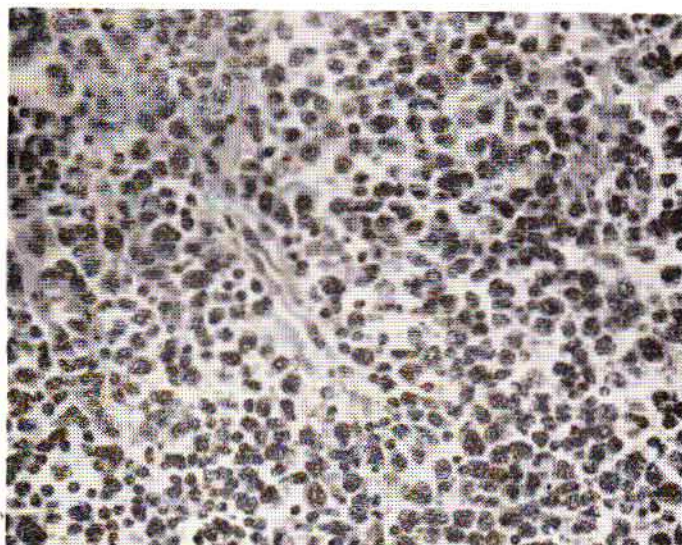
اندازه گیری قند و اوره خون و آزمایش کامل ادرار طبیعی نشان میداد. در رادیوگرافی مری و معده و اثنی عشر که با ماده حاجب بعمل آمد لوله مری طبیعی بنظر رسید ولی معده دارای جدار انقباضی بود و در آن ضایعات متعدد دیده شد که مشکوک به نئوپلاسم بود. این ضایعات بیشتر در فوندوس و انحنای بزرگ معده جای داشتند (شکل ۱ و ۲). در آزمایش سیتولوژی که از ماحصل شستشوی معده بعمل آمده است سلول مشکوک دیده نشده است. از بیمار گاستروسکوپی بعمل آمد و در محل فوندوس تومور مشکوک دیده شد و بهمین جهت بافت برداری با گاستروسکوپ انجام گردید ولی در آزمایش میکروسکوپی فقط ارتشاح سلولهای آماسی (پلاسموسیت و ائوزینوفیل) و متاپلازی انتستینال جدار معده مشابه تغییرات آتروفیک دیده شد.



شکل ۳- جدار انقباضی معده

جهت تشخیص قطعی در تاریخ ۵۰/۸/۳ از بیمار لاپاراتومی بعمل آمد که تومور پشته پشته‌ای در ناحیه فوندوس معده و انحنای بزرگ با آلودگی کانکلیونهای بند معده مشاهده گردید. چادرینه بزرگ

دارای کروماتین منتشر و دان دان و سیتوپلاسم کم و کاملاً مشابه لنفو پلاسما سیت بنظر میرسیدند (شکل ۵). رنگ آمیزی رتیכולین مؤید آنست که بافت تومورال قدرت رتیכולین سازی را دارد. در سلولهای تومور علائم اتی پسیم مشهود بود.



شکل ۵- با آنکه تعدادی سلول با هسته های زاویه دار یا چند سطحی در این تصویر دیده میشود معیناً اکثر سلولها دارای هسته های مدور و سیتوپلاسم کم هست. (درشت نمایی متوسط)

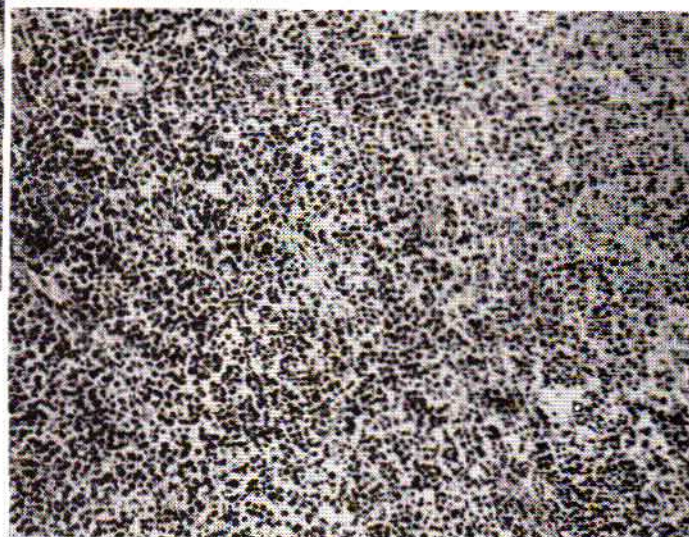


شکل ۳- نمای بسته بسته با جین های برجسته مخاط توم با زخم های سطحی مخاط معده



شکل ۶- قسمتی از یک گانگلیون لنفوی که در آن مراکز زائگر (مراکز واکنشی) بخوبی مشخص میباشد.

در برشهای مربوط به گانگلیونهای لنفوی جز پر شدن سینوسها و بخصوص سینوسهای مرکزی از سلولهای رتیکولر نوع ماکرو-فاژیک، تغییرات دیگری در آنها وجود نداشت بدین معنی که طرح اصلی گانگلیون کاملاً پا برجا و محفوظ مانده و مراکز زائگر شکل و نمای طبیعی را داشتند (شکل ۶). با خصوصیات میکروسکوپی موجود عارضه از نوع لنفوم بدخیم نوع مختلط تشخیص داده شد. (شماره ۷۶۳۱۴ آزمایشگاه آسیب شناسی انستیتو تاج پهلوی)



شکل ۴- نمای بافت توموری که کاملاً پرسلول است. سلولها دارای سیتوپلاسم کم بوده و هسته های آنها اکثراً مدور میباشد (درشت نمایی کوچک)

بافت تومورال تالابلائی قسمت عضلانی جدار نفوذ کرده ولی سرور معده مورد تهاجم قرار نگرفته بود بطوریکه در سرور جز پر خونی عروق و اتساع آنها توأم با فیبروز خفیف تغییرات دیگری وجود نداشت.

بحث :

بطوریکه در مقدمه یادآوری شد بر طبق گزارش «دولارو» سارکومهای معده قریب ده درصد تومورهای بدخیم این عضو را تشکیل میدهند (۵). از طرف دیگر بر اساس تحقیقات Jordan و بعضی از مؤلفان دیگر، در حدود شصت درصد تومورهای بدخیم غریبی تلیالی معده شامل لنفوسارکوم و رتیکولوسارکوم این عضو میباشد (۲ و ۵) و در گزارش دیگری در مورد ۱۹۶ بیمار که طی سالهای ۱۹۳۰ تا ۱۹۶۵ به بیمارستان کودکان تورنتو (Toronto) مراجعه کرده اند ۷۵ تن مبتلا به بیماری هوجکین و ۱۲۱ تن دچار لنفوسارکوم یا رتیکولوسارکوم یا انواع دیگر لنفومهای بدخیم دستگاه گوارشی بودند. انتهای در هیچیک از بیماران مبتلا جایگزینی بیماری اولیه آنها در دستگاه گوارشی نبوده است (۷). از نظر تیپ هیستولوژی در بچه‌ها شایعترین لنفومهای بدخیم اولیه دستگاه گوارشی و از جمله معده، لنفوسارکوم و رتیکولوسارکوم میباشد (۷) و در بالغین نیز لنفوسارکوم دستگاه گوارشی نه تنها نادر نیست بلکه برخی بر این عقیده اند که مرتباً بر شیوع آن افزوده میشود و به همین جهت واردی که در سالهای اخیر دیده شده است بیشتر و متعددتر از گذشته است (۴).

ضایعه از عمقی ترین قسمت مخاط و زیر مخاط شروع میشود و چنین بنظر می آید که در ۲۵ درصد موارد چند کانونی میباشد (۱).

لنفوم بدخیم معده گرچه در هر سنی دیده میشود ولی ابتلاء جوانان از افراد مسن بیشتر است (۲ و ۱). با آنکه می نویسند که حد متوسط سن بیماران مبتلا به لنفوسارکوم معده معمولاً ده سال کمتر از سن مبتلایان به کارسینوم این عضو است مع هذا در یک گزارش، حد متوسط سن بیماران مبتلا به لنفوسارکوم با سلولهای نابالغ ۴۱ سال و در لنفوسارکوم با سلولهای بالغ ۵۵ سال و در بیماری هوجکین ۴۷ سال و در رتیکولوسارکوم ۶۱ سال میباشد (۱۳).

مطالعه گزارشها نشان میدهد که ابتلاء جنس مذکر به انواع مختلف لنفومها خیلی بیشتر از جنس مؤنث است. علائم بالینی بیماری شامل دردهایی مشابه درد زخم پپتیک معده (۲ و ۳) و بی اشتها و کم شدن وزن و هماتمز میباشد. در بیست درصد موارد ممکن است هماتمز اولین علامت لنفوسارکوم باشد (۲). اسهال و ملنا نیز در لنفوسارکوم شایع است. گاهی لنفوسارکوم باعث پارگی معده میشود و تولید سندرم حاد شکمی را مینماید. گزارشهایی از توم بودن سندرم سوء جذب با لنفوم دستگاه گوارشی از جمله معده وجود دارد (۸). در معاینه بیماران وجود توده قابل لمس در ناحیه اپی گاستر در ۲۵ تا ۵۰ درصد موارد گزارش کرده اند (۹) بعلاوه درد و حساسیت در ناحیه اپی گاستر نیز معمولاً وجود دارد (۹). گاهی طحال بیماران بزرگ است و علت بزرگی طحال را در بیمارانی که فقط

دچار لنفوسارکوم معده هستند ناشی از انسداد و رید بطحالی میدانند. نشانه‌های رادیولوژی لنفوسارکوم با علائم کارسینوم معده قابل اشتباه است. بطوریکه بوکوس نوشته است: Snoddy در سی و دو مورد بجای لنفوسارکوم تشخیص زخم معده را داده است و Thorb jarnason در سی و دو مورد سارکوم معده، فقط چهار مورد تشخیص رادیولوژی صحیح داده است (۱۲). همچنین فریدمن (Fridman) در مرور مجدد ۶۴ مورد لنفوسارکوم فقط درش مورد (۴/۹ درصد) بطور قطعی تشخیص لنفوسارکوم و در ۹ مورد (۱۴ درصد) تشخیص احتمالی لنفوسارکوم معده داده است (۲). در گاستر سکوپ، لنفوسارکوم از دیگر ضایعات بدخیم معده غیر قابل تشخیص میباشد. بطور کلی در گاستر سکوپ عارضه مشابه زخم، تومور پولیپوئید، ضایعات انفیلترا تیبو، گاستریت هپبر تر و فیک و حتی تومور داخل جدار است منتهی نوع ارتشاحی یا انفیلترا تیبو شایعترین نوعی است که در گاستر سکوپ دیده میشود.

مخاط در نتیجه کمترین ضربه دچار خونریزی شده و در سطح معده زخم‌های سطحی متعدد شبیه گاستریت آروزبویا گاستریت هپبر تر و فیک دیده میشود منتهی تغییر شکل نیافتن چین‌های معده یکی از نشانه‌های تمایز لنفوسارکوم معده از ضایعه آماسی این عضو میباشد (۲). بطور کلی باید گفت که تشخیص قطعی مبنی بر انجام کلیه آزمایشهای بالینی، آندوسکوپ، رادیولوژی، سیتولوژی و بخصوص هیستو-پاتولوژی است و در حقیقت بدون آزمون هیستو پاتولوژی تشخیص قطعی امکان پذیر نمیشود و چون نحوه درمان کارسینومهای معده با لنفوم بدخیم آن فرق‌های اساسی دارد از این جهت آزمونهای سیتولوژی و هیستو پاتولوژی برای تشخیص این عارضه کاملاً ضرور است.

سیتوپاتولوژی: در آزمون سیتولوژی از شیر معده بیماران مبتلا به لنفوسارکوم معده، سلولهایی مشاهده میشود که کاملاً کوچکتر از سلولهای کارسینوم است. سلولها گرد و متحدالشکل و دارای هسته مرکزی و پر کروماتین و نامنظم و کمی بزرگتر از هسته لنفوسیت طبیعی است. سلولها بطور انفرادی و یا بصورت دسته‌های کوچک دیده میشوند و هیچوقت بصورت مجتمع (Synechial) که مشخص تومورهای اپی تلیالی است مشاهده نمیشوند. نکته دیگری که بسیاری از سیتوپاتولوژیستها روی آن تکیه می نمایند عدم واکنش در سیتوپلاسم سلول است و اگر احیاناً واکنش در سلول مشاهده گردد اعتقاد بر این است که نتیجه دژنرسانس سلولی است و نه آنکه واکنش سیتوپلاسمی محتوی موکوس باشد. مطلب قابل توجه این است که در هر گسترده تهبه شده از شیر معده اگر لنفوسیت فراوان و بیش از حد دیده شود نباید آنرا یک کیفیت معمولی دانست بلکه در این موارد باید لنفوم بدخیم را هم در نظر داشت.

هیستوپاتولوژی

لنفوم بدخیم معده ممکن است همراه با ابتلاء عقده‌های لنفاوی و یا بدون ابتلاء آنها باشد کما آنکه مواردی گزارش شده که پس از عمل جراحی معده و خروج تومور هیچگونه انتشار به عقده‌های لنفاوی مجاور و حتی اعضاء دور دست پیدا نشده است ولی بنظر میرسد که لنفوم بدخیم معده بیشتر در پی عارضه عمومی دستگاه لنفورتبکولر پدیدار میشود. اغلب انحنای معده دچار این بیماری می‌شود و برطبق گزارش آکرمن از ۷۴ مورد لنفوم بدخیم معده در ۵۵ مورد آن، یک یا هر دو انحنای معده مبتلا بوده و در ده مورد ضایعه بطور منتشر خودنمایی کرده است و درشش مورد هم فقط انسداد پیلور دیده شده است (۱). انتشار بیماری پس از معده به عقده‌های لنفاوی مجاور است بدین معنی که ابتلاء عقده‌های لنفاوی موضعی در هنگام عمل جراحی بین ۴۰ تا ۸۰ درصد موارد است ولی گسترش به دوازدهم در ۸ درصد و به مری در ۴ درصد موارد دیده شده است.

ماکروسکوپی: رو بهمرفته از نظر ماکروسکوپی لنفوم بدخیم معده مشابه کارسینوم آن است بطوریکه غالباً در مشاهدات ماکروسکوپی تشخیص این دو عارضه از یکدیگر مشکل میباشد معهذا خاصیتی وجود دارد که بیشتر منحصر به لنفوم بدخیم معده است از جمله ضخیم شدن موضعی جدار معده، منظره سفید رنگ و یکنواخت تومور، برجسته شدن مخاط و وجود چنداروزیون سطحی با نمای مشابه نوک پستان که بصورت منتشر در مخاط وجود دارد و بعلاوه چین‌های ضخیم و سفت و بالاخره گاهی هم زخم‌های وسیع در زمینه تومور بطور وسیع، یکنواخت و منتشر نیز جلب توجه میکند. معمولاً برای لنفوم بدخیم معده چهار شکل ماکروسکوپی شرح میدهند:

- ۱- اولسراسیون همراه با سفتی و سختی نسج همبندی قاعده آن که ممکن است با زخم پتیک اشتباه گردد (۲) بهمین جهت در زخم‌های متعدد باید امکان وجود لنفوم بدخیم را مطرح کرد. ممکن است اطراف زخم بصورت طبیعی و یا منگنه‌ای و سفت باشد (۲).
- ۲- نوعی که باعث صلابت و سفتی جدار معده میشود بی آنکه زخمی در کار باشد. در این شکل عناصر توموری در لایه‌ای طبقات مختلف جدار معده نفوذ میکنند بی آنکه مخاط از بین برود و بدین جهت باعث سختی و صلابت جدار معده میگردد. این شکل شبیه لیئیت پلاستیک میباشد.
- ۳- شکل مشابه گاستریت هیپرتروفیک که در این حالت چین‌های مخاطی برجسته و بزرگ میگردد و تشخیص آن از گاستریت هیپرتروفیک مشکل میباشد (۲)، مورد معرفی شده از این دسته است.

۴- گاهی لنفوم بدخیم معده منظره پولیپی بخود میگیرد و بظاهر مشابه آدنوکارسینوم میشود. نکته قابل تذکر این است که در بعضی موارد دو یا حتی چند شکل فوق ممکن است در یک بیمار دیده شود (اشکال مختلط).

میکروسکوپی: در آزمون میکروسکوپی گاهی تشخیص ضایعه فوق‌العاده آسان و زمانی بعکس کاملاً مشکل میباشد. وقتی تشخیص آسان خواهد بود که سلولهای توموری واحد کلیه خصوصیات سیتولوژی بدخیمی باشند بدین معنی که بافت توموری از نوع لنفوسارکوم (اعم از نوع لنفوبلاستیک و یا لنفوسیتیک) یا رتیکولو-سارکوم با سلولهای مدور حجیم و سیتوپلاسم کف‌آلود با آنارشی سلولی و میتوزهای فراوان و بالاخره بشکل بیماری هوجکین با پولیمر فیسیم مشخص و تعداد کثیری سلولهای اشتنبرگ باشد. در چنین حالتی خیلی زود قسمت عضلانی جدار معده را خراب میکند و بالاخره سلولهای توموری به سرور و عقده‌های لنفاوی و حتی اعضاء مجاور نفوذ مینماید (۵).

تشخیص میکروسکوپی زمانی مشکل خواهد بود که عناصر توموری با کارسینوم آنابلاستیک مشابهت داشته باشد بخصوص این کیفیت در رتیکولوسارکوم بیشتر دیده میشود. در این صورت با توجه به مقاستازهای گانگلیونی در کارسینوم آنابلاستیک (اگر متاستاز وجود داشته باشد) و وجود فسفاتاز آلکالین در سلولهای لنفوسارکوم، حضور موکوس در کارسینوم و اثبات آن با رنگ آمیزبهای اختصاصی و بالاخره استفاده از رنگ آمیزی رتیکولین از جمله کارهایی است که میتواند این دو عارضه را از یکدیگر تفکیک نماید.

نکته مهم در تشخیص میکروسکوپی لنفوم بدخیم معده تمیز و افتراق لنفوم‌های خوش‌خیم و یا بقول برخی از مؤلفان پسودولنفوم معده از نوع بدخیم آن میباشد. گاهی ارتشاحی از سلولهای لنفوسیتی در زیر مخاط دیده میشود که نسبتاً محدود بوده و بداخل سایر طبقات جدار معده نفوذ نکرده است. در اینحال برای پاتولوژیست فوق‌العاده مشکل است که تشخیص بدهد آیا حقیقتاً بالنفوم خوش-خیم روبروست و یا آنکه عارضه واقعاً لنفوم بدخیم است. گاهی اوقات توجه بیشتر و دقیقتر به پولیمر فیسیم سلولی، آنارشی هسته-های سلولی، وجود میتوزهای فراوان، وجود کانو نه‌های انقبضاتی و نفوذ به داخل عروق و سرور و بالاخره دیدن گانگلیونهای لنفاوی که در آنها تغییرات بدخیمی پیدا شده است به حل مسئله کمک بسیار میکند ولی بسیاری از مؤلفان معتقدند که چون مراحل بینابینی وجود دارد، خصوصیات سیتولوژی و کیفیات محلی عارضه کافی برای تشخیص قطعی آن میباشد.

درمان

درمان لنفوسارکوم معده بطریق جراحی و شامل باز کردن شکم و قطع و برداشتن معده است (۲ و ۳ و ۷ و ۹). حتی اگر تومور قسمتی از لنفوم سیستمیک باشد، چون گروهی از مؤلفان معتقدند که ممکن است شروع اولیه لنفوم از معده باشد، باز باید عمل جراحی انجام گیرد زیرا پیش آگهی و آینده این بیماران امید بخش تر از بیماران مبتلا به کارسینوم است (۲ و ۹). برای کسب نتیجه بهتر، قطع و برداشتن معده بایستی هر چه وسیع تر باشد. حتی در مواقعی که عقده های لنفاوی آلوده محلی را نتوان برداشت باز هم قطع و برداشت تومور اولیه صلاح است زیرا گزارش های متعددی مبنی بر حیات طولانی بیمار پس از عمل جراحی داده شده است (۲ و ۹). بعلاوه پیش آگهی خوب سارکومها، اغلب نویسندگان متفق القولند که برای تمام تومورهای معده که بظاهر متاستاز نشان نمیدهند - بامید اینکه ضایعه خوش خیم و یا از دسته سارکومهاست - باید برای تجسس جدار شکم باز گردد و حتی المقدور تومور قطع و برداشته شود (در صورتی هم که چسبندگی به اطراف وجود داشته باشد در نتیجه آماس میباشد و بعلاوه متاستاز دور دست وجود ندارد). عمل جراحی در آزدگی معده در جریان لنفوم سیستمیک یا لوسمی بحث جداگانه است و اقدام به عمل جراحی، به اندازه تومور و قابلیت برداشت آن بستگی دارد.

رادیوتراپی نیز در درمان لنفوسارکوم معده مفید است حتی در بعضی موارد به علت بروز نتیجه ناهطلوب از عمل جراحی و در بعضی از مراکز بطور کلی به علت حساس بودن لنفومها به اشعه بعد از عمل جراحی، رادیوتراپی انجام میگردد (۱ و ۲ و ۳ و ۷ و ۹)

بعلاوه غالب بیمارانیکه بعد از عمل جراحی بیش از پنج سال عمر کرده اند آنهایی هستند که رادیوتراپی هم شده اند. گرچه سختی میتوان ادعا کرد که با جراحی یا رادیوتراپی لنفوسارکوم کنترل شده است اما میتوان درمان رادیوتراپی را به تنهایی یا بعد از عمل جراحی در لنفوسارکوم و متاستاز آن بکار برد (۲ و ۳ و ۹) البته چنانچه آزدگی معده قسمتی از آزدگی لنفوم سیستمیک باشد، در این صورت اصل کلی معالجه شیمی درمانی است (۲). بررسی وضع درمان پالیاتیو با رادیوتراپی یا شیمی درمانی در بیمارانیکه کمتر از پنج سال حیات داشته اند حقیقتاً مشکل است ولی علائم اولس بیماران از بین میرود و چنانچه انسداد در کار باشد بهبود مییابند.

بطور کلی پیش آگهی سارکوم بهتر از کارسینوم معده است بعلاوه امکان قطع و برداشتن تومور در لنفوسارکوم تقریباً ۷۵٪ موارد میباشد (۲).

در تومورهای قابل عمل جراحی، طول زندگی ۵۸٪ بیماران بیش از پنج سال و در ۲۷٪ آنها متجاوز از ده سال است (۱۰). بعلاوه هر چه ضایعه کوچکتر و انتشار آن محدودتر باشد پیش آگهی بهتر است (۱ و ۱۰).

از نظر بافت شناسی معتقدند که بطور کلی لنفوم بدخیم نوع لنفوم - پلاستیک، نتیجه بهتری از رتیکولوسارکوم دارد (۱۰).

رویه مرفته با مرور در نوشته های پزشکی چنین نتیجه گرفته میشود که اگر بعد از عمل جراحی بیمار، رادیوتراپی و شیمی درمانی نیز انجام گیرد احتمال زندگی بعد از ۵ سال زیادتر خواهد بود.

REFERENCES:

- 1- Ackerman, L. V, Jun A. Del Regato. Cancer part 1: 579-626, Third Edition, 1962.
- 2- Bockus H. L.: Gastro-Enterology Vol. 1, 802-810 Second Edition 1966 W. B. Saunders.
- 3- Cathcart, Roberts, John P. Sutton, H.B. Gregorie, Jr.: Sarcoma of the Stomach Annales of Surgery 173: 398-402, 1971.
- 4- Debray, Ch., Chappellart, P., Pironneau, A, Martin E., Fine A.: Lymphosarcomatose digestive simultant des tumeurs benignes gastrique ulcères; Som. Hôp. 45: 1176-1178-14, Avril 1969.
- 5- Delarue J., Laumonier R.: Anatomie Pathologique, p. p: 803 et 817-819, Editions Medicales Flammarion, Paris 1969.
- 6- Institut Gustave Roussy, Carcinologie, 15 - 52, Editions Medicales Flammarion, 1967.
- 7- Jenkin, R., Sonley, M., Stephens, C. and Coll.: Primary intestinal tract Lymphoma in childhood Radiol. 23: 763 - 767, 1969.

- 8- Jinich Horacio, Edmundo_Rojas. John a Webb, John R. Kelsey: Lymphoma Presenting as a Malabsorption gastro-enterology 54: 421_425, 1968.
- 9- Juergen A. Stobbe, Malcolm B. Dockerty, and Phillip Bernatz: Primary Gastric Lymphoma and its grades of Malignancy, Amer. J. Surg. 112: 10_19, 1966
- 10- Julian I. Joseph, and Raffaele Lattes: Gastric Lymphosarcoma. Amer. J. of Clin. Pathology 45 : 653_670, 1966.
- 11- Stout A. Purdy: Tumors of the Stomach P.P. 78 AF. I. P Washington, 1953.
- 12- Thorbjarnason, B. M. D Beal, John. M. D.: Primary Malignant lymphoid tumors of the Stomach. Cancer. 9: 712, 1956.
- 13- Welborn J. Keith., John W. Rebeck., Joseph L. Ponka: Intestinal lymphosarcoma Arch. Surg. 94: 717, 1967.
- 14- Wood. David: Tumors of the A.F.I.P Washington. 1967.