

لنفوم بدخیم معده

گزارش یک مورد و بحثی پیرامون این عارضه

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۵، صفحه ۴۱۱، سال ۱۳۵۴

* دکتر شهریار قندی - دکتر شمس شریعت *

چون وردی از این نوع ضایعه را نویسنده‌گان این مقاله تحت درمان و بررسی قرار داده‌اند از این جهت پس از ذکر شرح حال بیمار با مراجعته به نوشته‌های پزشکی بحثی در این زمینه بعمل می‌آید.

شرح حال بیمار:

خانم ف.ك، ۳۶ ساله، بعلت هما تمز، ملنا و دل درد مراجعته کرده است. شروع بیماری از سه ماه قبل بوده که با احساس درد خفیف ناحیه اپی گاستر همراه بوده است. درد گاهگاهی بدشت انتشاری می‌باشد و با نوع غذا تغییری در آن ایجاد نمی‌شده است. بتدريج بی اشتهايی و لاغری نیز اضافه شده است. بیمار دوهفته قبل از مراجعته دچار هما تمز می‌گردد که دو دفعه تکرار شده است. در سایه وی هیچگونه بیماری خاصی وجود ندارد.

نشانه‌های بالینی: بیمار خانمی است رنگ پریده و لاغر اندام که مخاط چشم و دهان او بی‌رنگ است. در لمس شکم نرم و در ناحیه اپی گاستر هیچگونه توده یا حساسیتی وجود ندارد. طحال قابل لمس بود و کبد باندازه یک سانتی‌متر پائین لبه دندنه‌ها به دست می‌خورد. غدد لنفاوی زیر بغل و بالای ترقوه قابل لمس نبود. دستگاه قلب و ریه و مجاري ادراري و دستگاه تناسلی و اعصاب طبیعی بود. فشار خون $\frac{100}{80}$ درجه حرارت بدن طبیعی و بین 100°C در دقیقه بود.

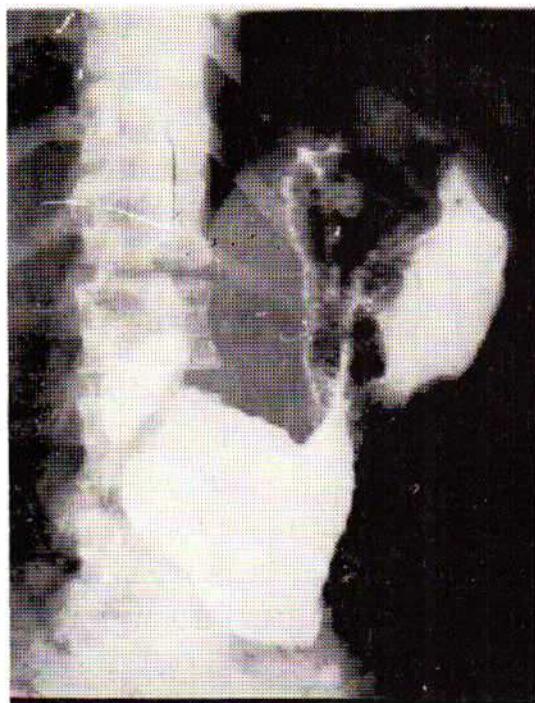
آزمایش‌های پاراکلینیک: همو گلو بین $5/8$ گرم درصد، هماتوکریت ۲۳ درصد، هیپوکرومی و آنیزوسیتوزوپوئی کیلوسیتوز در گلوبولهای قرمز دیده می‌شود و در آزمایش فرمول شمارش خون، تعداد گلوبولهای

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

در بین تومورهای مختلف معده، هشتاد درصد آنها از نوع بدخیم است^(۵) و در میان انواع سلطانهای 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 گرفته‌اند 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 بهمیزان سه درصد تومورهای بدخیم معده میدانند. با توجه به این مقدمه بخوبی روش 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.

* دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران.

و کبد و امعاء و احتشاء دیگر سالم بود، برای بیمار گاستر کنومی توتال با آنستوموزمری به قوس ژژونوم انجام گرفت و در ضمن ژژونو-ژژونوسکوئی 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 ۳ - وجود ضایعات متعدد در ناحیه فوندوس معده

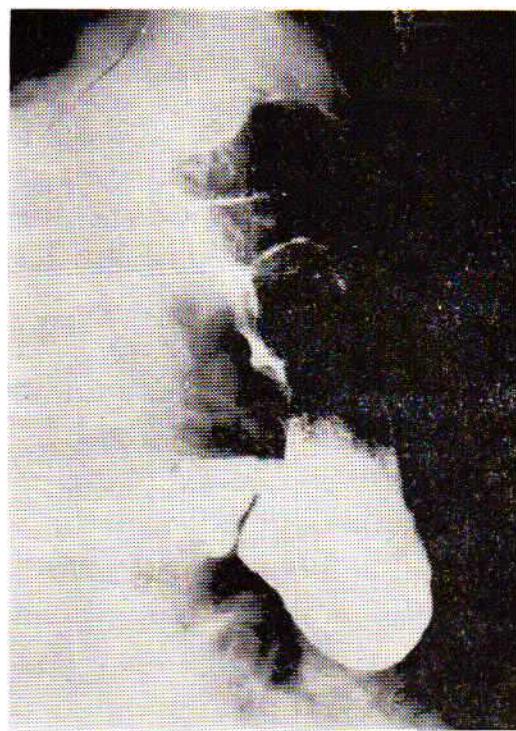
آسیب شناسی

ماکروسکوپی: بافت شامل معده و قسمتی از چادرینه است. طول انحنای بزرگ معده ۲۰ سانتی‌متر و طول انحنای کوچک ۱۵ سانتی‌متر است. مخاط معده پشت‌پشته با قوام سفت است (شکل ۳) که در قسمت‌هایی از آن زخم‌های سطحی وجود دارد و در جدار معده تعدادی گانگلیون قابل لمس دیده می‌شود. چادرینه با قطرار 20×25 سانتی‌متر می‌باشد. در مشاهده و ملامسه چادرینه گانگلیون لنفاوی مشخصی مشهود نیست.

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

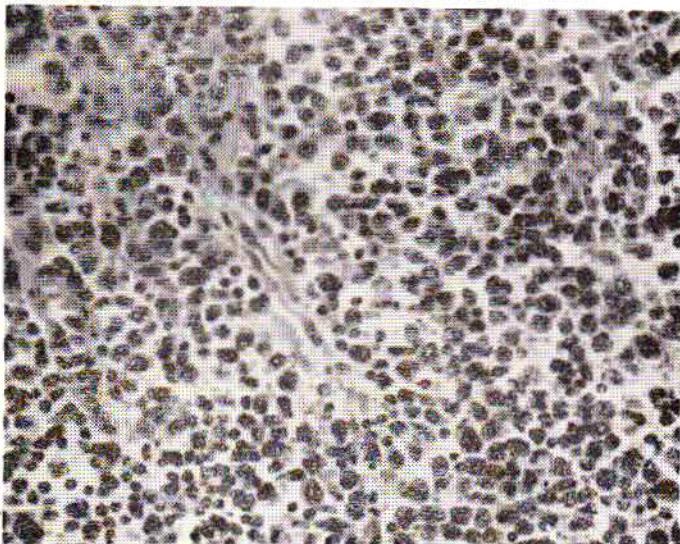
سفید ۶۶۰۰ در میلی متر مکعب و فرمول آنها بصورت سگمانه ۷۲ درصد، اگزینوفیل ۲ درصد، مونوسیت ۵ درصد، لنفوسیت ۴/۵ گرم درصد و در الکتروفورز بیمار آلبومین ۳۹ درصد، گلبولین آلفایک ۴ درصد، گلبولین آلفا دا ۱۵ درصد، گلبولین بتا یک ۱۶ درصد، گلبولین گاما ۲۶ درصد بود. سرعت رسوب خون در ساعت اول ۵ میلی‌متر در ساعت دوم ۹ میلی‌متر بوده است.

اندازه گیری قند اووره خون و آزمایش کامل ادرار طبیعی نشان میداد. در رادیو گرافی مری و معده و انتنی عذر که بامداد حاجب بعمل آمدلوه مری طبیعی بنظر رسید ولی معده دارای جدار افیلتره 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 سیتوولوژی که از ماحصل شستشوی معده بعمل آمده است سلول مشکوک دیده نشده است. از بیمار گاسترسکوپی بعمل آمد و در محل فوندوس تومور مشکوک دیده شد و بهمین جهت بافت برداری با گاسترسکوپ انجام گردید ولی در آزمایش میکروسکوپی فقط از ارشاد سلولهای آمامی (پلاسموسیت و اکزوینوفیل) و متابلازی انتستینال جدار معده مشابه تغییرات آتروفیک دیده شد.



شکل ۱ - جدار افیلتره معده

جهت تشخیص قطعی در تاریخ ۳/۸/۵۰ از بیمار لپاراتومی بعمل آمد که تومور پشت‌پشته‌ای در ناحیه فوندوس معده و انحنای بزرگ با آنودگی گانگلیونهای بند معده مشاهده گردید. چادرینه بزرگ



شکل ۵- با آنکه تعدادی سلول با هسته‌های زاویدار یا چند سطحی در این تصویر دیده می‌شود، عهیداً اکثر سلول‌ها دارای هسته‌های عدور و سیتوپلاسم کم هست. (درشت نمایی متوسط)

دارای کروماتین منتشر و دان دان و سیتوپلاسم کم و کاملاً مشابه لنفوپلاسموسیت بنظر میرسیدند (شکل ۵). رنگ آمیزی رتیکولین مؤید آنست که بافت تومورال قدرت رتیکولین‌سازی را دارد. در سلوهای تومور علائم اتیپیک مشهود بود.

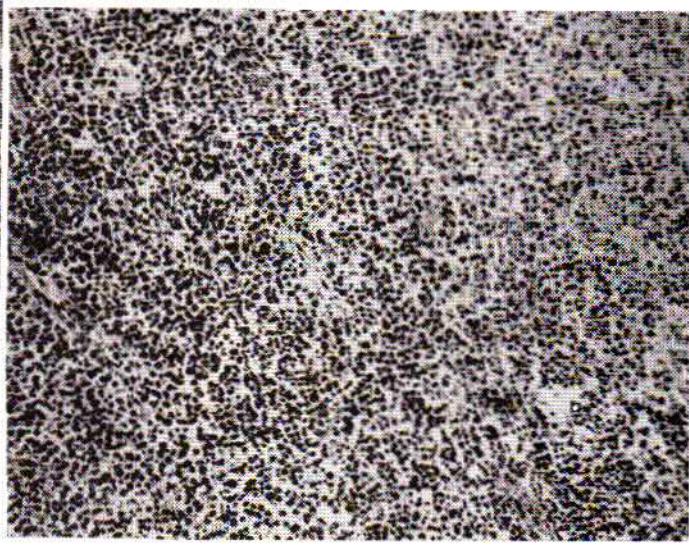


شکل ۳- نمایی پنهانه پژوهه با جین‌های بر جسته محاط قوم را زخم‌های متاخ طبعه



شکل ۶- قسمی از یک گانگلیون لنفاوی که در آن مراکز زایگر (مراکز واکنشی) بحیی شخص می‌باشدند.

در برشهای مربوط به گانگلیون‌های لنفاوی جز پرشدن سینوسها و بخصوص سینوسهای مرکزی از سلول‌های رتیکولر نوع ماکرو- فازیک، تغییرات دیگری در آنها وجود نداشت بدین معنی که طرح اصلی گانگلیون کاملاً پا بر جا و محفوظ مانده و مراکز زایگر شکل ونمای طبیعی را داشتند (شکل ۶). با خصوصیات میکرو‌سکبی موجود عارضه از نوع لنفوم بدخیم نوع مختلط تشخیص داده شد. (شماره ۷۶۳۱۴ آزمایشگاه آسیب‌شناسی انتیتو تاج پهلوی)



شکل ۴- نمای بافت توموری که کاملاً پرسلول است. سلولها دارای سیتوپلاسم کم بوده و هسته‌های آنها اکثرآ عدور می‌باشد (درشت نمایی کوچک)

بافت تومورال تالا بلای قسمت عضلانی جدار نفوذ کرده ولی سروز معده مورد تهاجم قرار نگرفته بود بطوریکه در سروز جز پرخونی عروق و اتساع آنها توأم با فیر ورخیق تغییرات دیگری وجود نداشت.

دچار لنفسار کوم معده هستند ناشی از انسداد ورید طحالی میدانند. نشانه های رادیولوژی لنفسار کوم با عالم کارسینوم معده قابل اشتباه است. بطوریکه بوکوس نوشته است: Snoddy در سی و دو مورد بجای لنفسار کوم تشخیص زخم معده را داده است و - Thorb jarnason درسی و دو مورد سار کوم معده، فقط چهار مورد تشخیص رادیولوژی صحیح داده است (۱۲). همچنین فریدمن (Fridman) در مرو مجدد ۶۴ مورد لنفسار کوم فقط درشی مورد (۴/۹ درصد) بطور قطعی تشخیص لنفسار کوم و در ۹ مورد (۱۴ درصد) تشخیص احتمالی لنفسار کوم معده داده است (۲).

در گاسترسکوپی، لنفسار کوم از دیگر ضایعات بد خیم معده غیر قابل تشخیص میباشد. بطور کلی در گاسترسکوپی عارضه مشابه زخم، تومور پوپویید، ضایعات انفیلترا تیو، گاستریت هیپر تروفیک و حتی تومور داخل جداری است منتهی نوع ارتاشادی یا انفیلترا تیو شایعترین نوعی است که در گاسترسکوپی دیده میشود.

مخاط در نتیجه کفترین ضربه دچار خونریزی شده و در سطح معده زخم های سطحی متعدد شبهه گاستریت اروزبیو یا گاستریت هیپر تروفیک دیده میشود منتهی تغییر شکل نیافتن چین های معده یکی از نشانه های تمایز لنفسار کوم معده از ضایعه آمامی این عضو میباشد (۲).

بطور کلی باید گفت که تشخیص قطعی مبنی بر انجام کلیه آزمایش های بالینی، آندوسکوپی، رادیولوژی، سیتوولوژی و بخصوص هیستو پاتولوژی است و در حقیقت بدون آزمون هیستو پاتولوژی تشخیص قطعی امکان پذیر نمیباشد و چون نحوه درمان کارسینوم های معده با لنفوم بدخیم آن فرق های اساسی دارد از این جهت آزمون های سیتوولوژی و هیستو پاتولوژی برای تشخیص این عارضه کاملا ضرور است.

سیتوپاتولوژی: در آزمون سیتوولوژی از شیره معده بیماران مبتلا به لنفسار کوم معده، سلو لهای مشاهده میشود که کاملاً کوچکتر از سلو لهای کارسینوم است. سلو لهای گرد و متعدد الشکل و دارای هسته مرکزی و پر کروماتین و نامنظم و کمی بزرگتر از هسته لنفو سیت طبیعی است. سلو لها بطور انفرادی و یا بصورت دسته های کوچک دیده میشوند و هیچ وقت بصورت مجتمع (Synechial) که مشخص تومور های اپی تلیا لی است مشاهده نمیشوند. نکته دیگری که بسیاری از سیتوپاتولوژیستها روی آن تکیه می نمایند عدم واکوئول در سیتوپلاسم سلول است و اگر احیاناً واکوئول در سلو لهای مشاهده گردد اعتقاد بر این است که نتیجه دز نرماش سلو لی است و نه آنکه واکوئل سیتوپلاسمی محتوی موکوس باشد. مطلب قابل توجه این است که در هر گسترده تهیه شده از شیره معده اگر لنفو سیت 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.

بحث:

بطوریکه در مقدمه یادآوری شد بطبق گزارش «دولارو» سار کوم های معده قریب ده درصد تومور های بدخیم این عضو را تشکیل میدهند (۵). از طرف دیگر بر اساس تحقیقات Jordan و بعضی از مؤلفان دیگر، در حدود شصت درصد تومور های بدخیم غیر اپی تلبالی معده شامل لنفسار کوم و رتیکولوسار کوم این عضو میباشد (۲ و ۵) و در گزارش دیگری در مردم ۱۹۶ بیمار که طی سالهای ۱۹۳۰ تا ۱۹۶۵ به بیمارستان کودکان تورنتو (Toronto) مراجعه کرده اند ۷۵ تن مبتلا به بیماری هوچکین و ۱۲۱ تن دچار لنفسار کوم یا رتیکولوسار کوم یا انواع دیگر لنفوم های بدخیم دستگاه گوارشی بوده اند منتهی در هیچیک از بیماران مبتلا جایگزینی بیماری اولیه آنها در دستگاه گوارشی نبوده است (۷).

از نظر تیپ هیستولوژی در بچه ها شایعترین لنفوم های بدخیم اولیه دستگاه گوارشی و از جمله معده، لنفسار کوم و رتیکولوسار کوم میباشد (۷) و در بالغین نیز لنفسار کوم دستگاه گوارشی نه تنها نادر نیست بلکه برخی بر این عقیده اند که مرتباً بر شیوع آن افزوده میشود و بهمن جهت واردی که در سالهای اخیر دیده شده است بیشتر و مقعدتر از گذشته است (۴).

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

لنفوم بدخیم معده که چه در هر سنی دیده میشود ولی ابتلاء جوانان از افراد مسن بیشتر است (۱ و ۲). با آنکه می نویسند که حد متوجه سن بیماران مبتلا به لنفسار کوم معده معمولاً ده سال کمتر از سن مبتلا بیان به کارسینوم این عضواست معهداً در یک گزارش، حد متوجه سن بیماران مبتلا به لنفسار کوم با سلو لهای نابالغ ۴۱ سال و در لنفسار کوم با سلو لهای بالغ ۵۵ سال و در بیماری هوچکین ۴۷ سال و در رتیکولوسار کوم ۶۱ سال میباشد (۱۳).

مطالعه گزارش ها نشان میدهد که ابتلاء جنس مذکور به انواع مختلف لنفوم ها خیلی بیشتر از جنس مؤنث است. عالم بالینی بیماری شامل دردهایی مشابه درد زخم پیتیک معده (۲ و ۳) و بی اشتیاهی و کم شدن وزن و هم اتمز میباشد. در بیست درصد موارد ممکن است هم اتفاق اولین علامت لنفسار کوم باشد (۲). اسهال و ملنا نیز در لنفسار کوم شایع است. گاهی لنفسار کوم باعث پارگی معده میشود و تولید سندروم حاد شکمی را مینماید. گزارش هایی از توأم بودن سندروم سوء جذب بالنفوم دستگاه گوارشی از جمله معده وجود دارد (۸).

در معاینه بیماران وجود توده قابل لمس در فاصله اپی گاستر را 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

۴- گاهی لنفوم بدخیم معده منظره پولپی 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 مختلف).

میکروسکوپی: در آزمون میکروسکوپی گاهی تشخیص ضایعه فوق العاده آسان و زمانی عکس کاملاً مشکل میباشد. وقتی تشخیص آسان خواهد بود که سلولهای توموری واحد کلیه خصوصیات سیتوالوژی بدخیمی باشند بدین معنی که بافت توموری از نوع لنفوسارکوم (اعم از نوع لنفوپلاستیک و یالنفوستیک) یا رتیکولوسارکوم با سلولهای مدور حجمی و سیتوپلاسم کف آلود با آنارشی سلولی و میتوزهای فراوان و بالاخره بشکل بیماری هوچکین با پولیمر فیسم مشخص و تعداد کثیری سلولهای اشتبه‌گ باشد. در چنین حالتی خیلی زود قسمت عضلانی جدار معده را خراب میکند و بالاخره سلولهای توموری به سرزو و عقده‌های لنفاوی و حتی اعضاء مجاور نفوذ مینماید (۵).

تشخیص میکروسکوپی زمانی مشکل خواهد بود که عناصر توموری با کارسینوم آناپلاستیک مشابهت داشته باشد بخصوص این کیفیت در رتیکولوسارکوم بیشتر دیده میشود. در این صورت با توجه به مقاومت‌های گانگلیونی در کارسینوم آناپلاستیک (اگر متاستاز وجود داشته باشد) و وجود فسفات‌آلتالین در سلولهای لنفوسارکوم، حضور موکوس در کارسینوم و اثبات آن با رنگ آمیزیهای اختصاصی وبالاخره 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 خوش‌حیم و یا بقول برخی از مؤلفان پسورد لنفوم معده از نوع بدخیم آن میباشد. گاهی ارتاحی از سلولهای لنفوستی در ذیر مخاط طبیعی نشود که نسبتاً محدود بوده و بداخل سایر طبقات جدار معده نفوذ نکرده است. در این حال برای پاتولوژیست فوق العاده مشکل است که تشخیص بدهد آیا حقیقتاً بالنفوم خوش‌حیم روبروست و یا آنکه عارضه واقعاً لنفوم بدخیم است. گاهی اوقات توجه بیشتر و دقیق‌تر به پولیمر فیسم سلولی، آنارشی هسته‌های سلولی، وجود میتوزهای فراوان، وجود کانوهای انفیلتراتیو و نفوذ بداخل عروق و سرزو وبالاخره دیدن گانگلیونهای لنفاوی که در آنها تغییرات بدخیمی پیدا شده است به حل مسئله کمک بسیار میکند ولی بسیاری از مؤلفان معتقدند که چون مرحله بینابینی وجود دارد، خصوصیات سیتوالوژی و کیفیت محلی عارضه کافی برای تشخیص قطعی ن میباشد.

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 بضرر هیرسد که لنفوم بدخیم معده بیشتر در پی عارضه عمومی دستگاه لنفورتیکولر پدیدار میشود. اغلب احتمالاتی معده چهار این بیماری می‌شود و بطبقه گزارش آکرمن از ۷۴ مورد لنفوم بدخیم معده در ۵۵ مورد آن، یک یا هردو احتمالی معده مبنلا بوده و در ده مورد ضایعه بطور منتشر خودنمایی کرده است و در شش 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 و لی گسترش بدوازده در ۸ درصد و به مری در ۴ درصد موارد دیده شده است.

ماکروسکوپی: رویه مرفنه از نظر ماکروسکوپی لنفوم بدخیم معده مشابه کارسینوم آن است بطوریکه غالباً در مشاهدات ماکروسکوپی تشخیص این دو عارضه از یکدیگر مشکل میباشد معاذه خاصیتی وجود دارد که بیشتر منحصر به لنفوم بدخیم معده است از جمله تشخیص شدن موضعی جدار معده، منظره سفید رنگ و یکنواخت تومور، بر جسته شدن مخاط وجود چنداروزیون سطحی با نمای مشابه نوک پستان که بصورت منتشر در مخاط وجود دارد و بعلاوه چین‌های ضخیم و سفت وبالاخره 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- اول رسیبون همراه با سفتی و سختی نسج همیندی قاعده آن که ممکن است با زخم پیتیک 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 می‌آنکه زخمی در کار باشد. در این شکل عناصر توموری در لایلای طبقات مختلف جدار معده نفوذ میکنند بنابراین آنکه مخاط ازین برود و بدین جهت باعث سختی و صلابت جدار معده میگردد. این شکل شبیه لینیت پلاستیک میباشد.

۳- شکل مشابه گاستریت هیپرتروفیک که در این حالت چین‌های مخاطی بر جسته و بزرگ میگردد و تشخیص آن از گاستریت هیپرتروفیک مشکل میباشد (۲)، مورد معرفی شده از این دسته است.

بعلاوه غالباً بیمارانیکه بعداز عمل جراحی بیش از پنج سال عمر کرده‌اند آنهایی هستند که رادیوتراپی هم شده‌اند. گرچه بسختی میتوان ادعا کرد که با جراحی یا رادیوتراپی لنفسار کوم کنترل شده است اما میتوان درمان رادیوتراپی را بعدنهایی یا بعدازعمل جراحی در لنفسار کوم و متاستاز آن بکار برد (۲ و ۳ و ۹). البته چنانچه آزرسدگی معده قسمتی از آزرسدگی لنفوم سیستمیک باشد، در این صورت اصل کلی معالجه شیمی درمانی است (۲). بررسی وضع درمان پالایاتیو با رادیوتراپی یا شیمی درمانی در بیمارانیکه کمتر از پنج سال حیات داشته‌اند حقیقتاً مشکل است ولی علام اولسر بیماران ازبین میروند و چنانچه انسداد در کار باشد بهبود میبایند.

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

در تومورهای قابل عمل جراحی، طول زندگی ۵۸٪ بیماران بیش از پنج سال و در ۶٪ آنها متجاوز ازدهسال است (۱۰). بعلاوه گرچه ضایعه کوچکتر و انتشار آن محدود‌تر باشد پیش‌آگهی بهتر است (۱۰ و ۱).

از نظر بافت‌شناسی معتقدند که بطور کلی لنفوم بدخیم نوع لنفوپلاستیک، نتیجه بهتری از رتیکولوسارکوم دارد (۱۰).

رویه‌منفته با مرور در نوشهای پزشکی چنین نتیجه گرفته می‌شود که اگر بعداز عمل جراحی بیمار، رادیوتراپی و شیمی درمانی نیز انجام گیرد احتمال زندگی بعداز ۵ سال زیادتر خواهد بود.

درمان

درمان لنفسار کوم معده بطريق جراحی و شامل بازکردن شکم و قطع و برداشتن معده است (۲ و ۳ و ۹ و ۷). 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 پیش‌آگهی و آینده این بیماران امید بخش‌تر از بیماران مبتلا به کارسینوم است (۹ و ۲). برای کسب نتیجه بهتر، قطع و برداشتن معده باستی هرچه وسیع‌تر باشد. حتی در موافقی که عقده‌های لنفاوی آلوه محلی را نتوان برداشت باز هم قطع و برداشت تومور اولیه صلاح است زیرا گر ارش‌های متعددی مبنی بر حیات طولانی بیمار پس از عمل جراحی داده شده است (۹ و ۲). بعلت پیش‌آگهی خوب سارکومهای اغلب ذوی‌سند کان متفق القولند که برای تمام تومورهای معده که بظاهر متاستاز نشان نمیدهند - بامیدا نکه ضایعه خوش‌خیم و یا از دسته سارکومهای است - باید برای تجسس جدار شکم بازگردد 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 است وجود ندارد). عمل جراحی در آزرسدگی معده در جریان لنفوم سیستمیک یا لوسی می‌بحث چداغانه‌ایست و اقدام به عمل جراحی، به اندازه تومور و قابلیت برداشت آن بستگی دارد.

رادیوتراپی نیز در درمان لنفسار کوم معده مفید است حتی در بعضی موارد به علت بروز نتیجه ناهمطلوب از عمل جراحی و در بعضی از مراعات‌کننده‌های این تومور کلی به علت حساس بودن لنفوم‌ها به اشعه بعد از عمل جراحی، رادیوتراپی انجام می‌گیرد (۹ و ۷ و ۳ و ۲ و ۱).

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- Catheart, 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 simulant 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 Médicales Flammarion, Paris 1969.
- 6- Institut Gustave Roussy, Carcinologie, 15 – 52, Editions Médicales 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- Thórbjarnason, B. M. D Beal, John. M. D.: Primary Malignant lymphoid tumors of the Stomach. Cancer. 9: 712, 1956.
- 13- Welborn J. Keith., John W. Rebuck., Joseph L. Ponka: Intestinal lymphosarcoma Arch. Surg. 94: 717, 1967.
- 14- Wood. David: Tumors of the A.F.I.P Washington. 1967.