

بررسی میزان شیوع لنفوم در ایران

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۶ ، صفحه ۵۳۶ - ۵۳۴ ، ۱۳۵۴

دکتر فرهاد نواب* دکتر تقی شریعتمداری*

مقدمه:

است بیماران در گروههای سنی جداگانه تقسیم بندی نشدند میزان شیوع بیماری را از مقایسه لنفوم با سایر نوپلازمها در استیتو معین ساخته‌ایم . تشخیص در هر مورد براساس بافت برداری بوده و به سه صورت لنفوسارکوما (L.S.) (Lympho Sarcoma) (Reticulum Cell Sarcoma (R.C.S.)) و بیماری هوچکین (H.D.) (Hodgkin's Disease) گزارش شده است . موارد لوسمی لنفوئید مزمن و لنفوم فولیکولر زانت منظور نشده است.

برای تعیین اینکه آیا تغییری در شیوع لنفوم در سالهای اخیر پیدا شده است یا نه ، موارد مورد مطالعه به دو دسته تقسیم شده‌اند ، یکی شامل موارد لنفوم در ۱۶ ساله اول و دیگری در ۲ ساله آخر است .

نتایج :

شیوع لنفوم در مقایسه با تمام تومورهای بدخیم

در طی یک دوره ۱۸ ساله ، از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۵۳، ۳۰۶۴۱ تومور بدخیم با عمل جراحی از افراد مختلف برداشت شده و از نظر نسجی مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است و لنفوم بدخیم در ۲۶۷۵ مورد مشاهده شده است (۷/۸٪ تمام تومرها). در میان تومورهای بدخیم ، لنفوم از نظر شیوع در مردان مقام سوم و در زنان مقام پنجم را دارد. در ۱۶ ساله اول، ۲۳۲۸ مورد لنفوم

در میزان شیوع بعضی از انواع لنفوم ، سن و وضع جنرا فیائی و طبیعی مناطق مختلف دخالت دارد (۱۶-۲۲-۲۰). نحوه پخش و انتشار بعضی از انواع لنفوم (۲۹-۳۰) مؤید آنست که در گسترش این بیماری یک عامل عفنی و محتملاً ویروسی در کار است (۱۱-۸-۱۲). بنابراین گزارش‌هایی که از ایران و کشورهای مجاور در دست داریم ، لنفوم ، مخصوصاً نوع شکمی آن ، در این منطقه شایع است (۲۷-۲۶-۱۳-۸-۵-۳-۲). از این نظر که در تهران مرکزی برای ثبت آماری از سلطان وجود ندارد ، ارزیابی شیوع سلطانهای مختلف مشکل است.

آنچه که در این مقاله منظور است اثبات وفور لنفوم بدخیم در ایران با مطالعه درباره مواردی است که بعداً از نظر پاتولوژی مورد تأیید قرار گرفته است .

موارد مورد مطالعه

مواردی که مورد مطالعه قرار گرفته از استیتو سلطان تاج پهلوی می‌باشد. در طی یک دوره ۱۸ ساله در حدود ۸۵۰۰۰ نمونه نسجی که با عمل جراحی برداشت شده به این مؤسسه فرستاده شده ، که ۳۰۶۴۱ مورد تومور بدخیم بوده است (۳۶٪). از این تعداد لنفوم ۷/۸٪ (۲۶۷۵) مورد را تشکیل میداده است.

از آنجا که جمعیت مورد مطالعه از منطقه خاصی از کشور نبوده

* استیتو تاج پهلوی - دانشکده پزشکی پهلوی ، دانشگاه تهران.

** پخش اپیدمیولری استیتو تاج پهلوی ، دانشکده پزشکی پهلوی ، دانشگاه تهران .

توزیع جنسی:
در طول دوره ۱۶ ساله اول، ۱۶۱۰ بیمار از جنس مذکور (جدول ۲) و ۷۱۸ بیمار از جنس مؤنث بوده‌اند. (نسبت مذکور به مؤنث ۲۰٪) در انواع لنفوم‌ها این نسبتها عبارتند از: لنفوسارکوما ۰٪، رتیکولوم سل سارکوما ۹٪ و بیماری هوچکین ۲۰٪، ۲۱٪، رتیکولوم سل سارکوما ۹٪ و بیماری هوچکین ۲۰٪، ۲۱٪. تعداد نسبتاً کمتری رتیکولوم سل سارکوما در افراد مذکور مشاهده می‌شود. برخلاف یافته‌های آماری بالا در دوره ۲ ساله آخر مطالعه نسبت جنسی مذکور به مؤنث ۲۰٪ بوده است یعنی در برابر تعداد ۲۵۶ مورد مذکور تعداد ۹۱ مورد مؤنث وجود دارد.

جدول ۳- توزیع لنفوما براساس جنسیت

نسبت	مؤنث	مؤنث	مذکور	کل تعداد	۱۹۵۶-۱۹۷۲
۲۰٪	۷۱۸	۱۶۱۰	۲۲۲۸	تمام انواع لنفوما	
۲۰٪	۲۴۰	۶۲۵	۸۶۵	لنفوسارکوما	
۱۰٪	۲۴۵	۴۵۹	۷۰۴	رتیکولوم سل سارکوما	
۲۰٪	۲۲۳	۵۲۶	۷۵۹	بیماری هوچکین	
			۱۹۷۲-۷۴		
۲۰٪	۹۱	۲۵۶	۳۴۷	تمام انواع لنفوما	
۲۰٪	۴۶	۱۰۰	۱۴۶	لنفوسارکوما	
۲۰٪	۲۰	۵۵	۷۵	رتیکولوم سل سارکوما	
۲۰٪	۳۵	۱۰۱	۱۳۶	بیماری هوچکین	

توزیع تشریحی:

منظور از توزیع تشریحی، توزیع براساس موضع بافت برداری در دو دوره مطالعاتی است. (جدول ۳).

در این مطالعه، در متجاوز از نیمی از موارد با بافت برداری از عدد دراین دوره، در تغییص بیماری داده شده است و غده‌های شکمی در مقام لنفاوی گردیدن تشخیص بیماری داده شده است و غده‌های این نمونه‌ها دوم قرار دارند. موضع برداشت با بیوپسی درمورد بعضی از نمونه‌ها معلوم نیست بنابراین از این مناطق بنوان «دیگر نقاط» یاد شده است.

جدول ۳- موضع اولیه بافت برداری عقده‌های لنفاوی

سایر نقاط	قفسه صدری	کشائل رانی	زیر بغلی	شکمی	گردنه	۱۹۳۵-۱۹۵۱
۸/۸	۱/۲	۸/۸	۸	۱۶/۲	۵۶/۹	کل لنفوسارکوما
۹/۶	۱/۲	۱۰/۴	۵	۲۱/۴	۵۲/۳	رنیکولوم سل سارکوما
۱۲/۴	۰/۲	۸/۲	۶/۲	۱۹	۵۲/۴	بیماری هوچکین
۳/۷	۱/۵	۷/۶	۱۲/۹	۸	۶۶/۳	۱۹۵۱-۱۹۵۳
-	۲/۲	۱۰/۱	۸/۴	۱۶/۴	۶۱/۹	کل لنفوسارکوما
-	۵/۱	۱۱/۸	۱۰/۳	۱۷/۶	۵۵/۲	رنیکولوم سل سارکوما
-	۵/۲	۸	۱۰/۲	۱۸/۷	۵۷/۳	رنیکولوم سل سارکوما
-	-	۹/۶	۵/۱	۱۴	۷۱/۳	بیماری هوچکین

و در ۲ ساله آخر ۳۴۷ مورد لنفوم وجود داشته است (جدول ۱). بدینترت تب میزان حدوث لنفوم در این انتیتو در حدود ۱۵۰ مورد در سال بوده است.

جدول ۱- مقایسه انواع لنفوما در دو مورد مطالعاتی

سال	کل تعداد لنفوما	لنفوسارکوما سل سارکوما	رتیکولوم سل سارکوما	بیماری هوچکین
۱۹۳۵-۱۹۵۱	۲۲۲۸	۸۶۵	۷۰۴	۷۱۸
درصد کل		۳۷/۲	۳۰/۲	۲۴/۰
۱۹۵۱-۱۹۵۳	۲۴۷	۱۲۶	۷۵	۹۱
درصد کل		۳۹/۲	۲۱/۶	۱۰/۴

انواع هیستولوژیک لنفوم بدخیم

در طی دوره ۱۶ ساله اول مطالعه، یعنی از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۵۱، ۲۲۲۸ مورد لنفوم مشاهده شده است (جدول ۱). شایعترین نوع لنفوم در این دوره بترتیب لنفوسارکوما (% ۳۷/۲) کل موارد یا ۸۶۵ مورد)، بیماری هوچکین (% ۳۰/۲) یا ۷۰۴ مورد) و رتیکولوم سل سارکوما (% ۲۱/۶) یا ۷۵ مورد بوده است و بمکس در ۲ ساله بعد یعنی سال ۱۳۵۱ تا سال ۱۳۵۳ از کل ۳۴۷ مورد لنفوم بدخیم، (% ۳۹/۲) بیماری هوچکین دیده شده که مساوی میزان شیوع لنفوسارکوماست. در طی همین دوره فقط ۷۵ مورد (% ۲۱/۶) رتیکولوم سل سارکوما دیده شده است.

توزیع سنی:

سن بیماران بهنگام انجام بافت برداری در دوره ۱۶ ساله اول مطالعه (۱۳۳۵ تا ۱۳۵۱) و دوره ۲ ساله دوم (۱۳۵۳ تا ۱۳۵۱) مقایسه شده است. بنابراین مقایسه شیوع لنفوسارکوما بطور تابعی زیاد می‌شود، تا در گروه سنی ۴۱-۵۰ ساله به حداقل میرسد و آنگاه رو به کاهش می‌گذارد. این نحوه توزیع سنی در دو دوره مطالعاتی مشابه بوده است. توزیع سنی رتیکولوم سل سارکوما بر اساس بررسی دوره ۱۶ ساله اول دو نقطه اوج وجود دارد که یکی در دهه سوم و دیگری در دهه پنجم است. درمورد بیماری هوچکین حداقل شیوع در گروه سنی ۲۱-۳۰ ساله در دوره ۱۶ ساله اول بوده است که بعداز آن تدریجی کاهش می‌باید. در دوره ۲ ساله آخر دونقطه اوج در این دوره مورد وجود دارد که یکی در گروه سنی ۱۱-۲۰ ساله (% ۲۶/۵) تمام موارد هوچکین (و دیگری در گروه سنی ۴۱-۵۰ ساله (% ۱۸/۴) موارد) است.

شیوع لنفوم ۱/۸٪ بوده است (۱۴، جدول ۴). در سه گزارش جداگانه از شیراز شیوع لنفوم نسبت به انواع نئوپلازمها ۷/۶٪ (حقیقی و همکاران - ۱۵)، ۱۲/۱٪ (دوتز و همکاران - ۹) و ۱۰/۲٪ (برکت و همکاران - ۵) بوده است.

شیوع لنفوم در کشورهای مجاور نیز زیاد است. در افغانستان سوبین (Sobin) در طی یک دوره ۵/۲ ساله (۱۹۶۵-۶۸) بر اساس مطالعات پاتولوژیک نمونه بیوپسی حاصل از عمل جراحی ۵۷ مورد لنفوم را در بین کل ۵۵۰ تumor بدخیم گزارش نموده است. بنابراین گزارش لنفوم ۱۰/۴٪ کل tumorهای بدخیم را تشکیل میدهد (۲۹). در لبنان ۱۱/۳٪ کل سرطانها از نوع لنفوم بدخیم است (۳۰). در نقاط مختلف دنیا در شیوع لنفوم اختلاف وجود دارد (۱۷). در آمریکا وقوع سالانه لنفوم در تمام نقاط ۳/۲٪ از سرطانها میباشد و لنفوم در بین تومرها بدخیم مردان مقام نهم و تومرها بدخیم زنان مقام هشتم را داراست (۶).

بنا بر اطلاعاتی که از اسرائیل در دست است میزان حدوث سالانه انواع لنفوم ۳/۳٪ در هر ۱۰۰۰۰ تن میباشد (۱۹).

بنا بر مشاهدات موجود در حال حاضر شایعترین شکل سرطان که دیده میشود کانسر پوست است که با افتتهای شیراز مطابقت دارد و ۴/۲۳٪ تمام ضایعات بدخیم را تشکیل میدهد. دوین تومور شایع بدخیم کانسر مری است که ۱۴٪ کل است. این شیوع بسیار زیاد بیماران سرطان مری که به انتیتو تاج پهلوی مراجعت کرده اند برخلاف یافته هایی است که قبلا در تهران و شیراز وجود داشته است (۱۴-۱۵). شاید توجیه این مطالعه آن باشد که تعداد زیادی از بیماران از ناحیه شمالی ایران که در آنجا سرطان مری شایع است به این انتیتو مراجعت نمی نمایند.

تعداد مواردی از لنفوم بدخیم که هر ساله بطور متوسط در انتیتو تاج دیده میشود، ۱۵۰ مورد یعنی ۱/۵ بر این بیشتر از آمار حبیبی و ۳/۲۵ بر این بیشتر از تنبیجی حاصله از شیراز است. با وجود آنکه در این بررسی تعیین میزان وقوع این بیماری ممکن نبوده

جدول ۴- میزان حدوث لنفوم نسبت به کل تعداد نئوپلازم هایی که در تهران و شیراز دیده میشود.

مولف	دسته مطالعاتی	منتظره موارد مطالعه	کل تعداد نئوپلازم ها	کل تعداد لمفوما	درصد لنفوها در نئوپلازم ها	موارد لنفوم در هر سال
حبیبی (۱۹۷۰)	تهران	۱۹۴۰-۶۴	۲۸۰۶۹	۲۲۷۶	۸/۱	۹۵
حقیقی و همکاران (۱۹۷۰)	شیراز	۱۹۶۲-۶۸	۳۲۹۵	۲۳۴	۷/۶	۳۹
دوتز و همکاران (۱۹۷۱)	شیراز	۱۹۶۰-۶۹	۳۰۰۶	۲۶۴	۱۲/۱	۴۰
برکت و همکاران (۱۹۷۱)	شیراز	۱۹۶۲-۶۹	۳۲۷۵	۲۵۰	۱۰/۲	۴۴
نواب و همکاران (۱۹۷۵) (۱۹۷۵)	تهران	۱۹۵۶-۷۴	۳۰۶۴۱	۲۶۷۵	۸/۷	۱۵۰

شیوع در حد موضع بیوپسی در جدول ۳ مشاهده میشود. تشخیص در دوره اول مطالعه، در ۹/۵۶٪ موارد بایافت برداری از عدد لنفاوی گردید، در ۱۶/۳٪ موارد از غدد لنفاوی شکم، در ۱۲٪ موارد از عدد ناحیه قفسه سینه، در ۸/۸٪ موارد غدد کشاله رانی، در ۸٪ موارد زیر بغلی داده شده و بالاخره در ۸/۸٪ موارد موضع بیوپسی معلوم نبوده است.

در طی ۲ ساله آخر مطالعه تشخیص بر اساس بافت برداری از عدد لنفاوی موضع زیر بوده است: ۶۱/۹٪ موارد غدد گردی، ۱۶/۴٪ موارد غده های شکمی، ۱۰/۱٪ موارد غدد کشاله ران، ۴/۴٪ موارد غدد زیر بغل و بالاخره ۳/۲٪ موارد غدد قفسه صدری. بنابراین در هر دو دوره مطالعه برای تشخیص هیستولوژیک لنفوم غدد لنفاوی شکمی بعد از عدد ناحیه گرد شایعترین موضع برداشت بیوپسی میباشد و در هر دو دوره مطالعه تقریباً در ۱۶٪ تمام موارد تشخیص از این راه بوده است.

انواع لنفوم شکمی:

بررسی انواع هیستولوژیک لنفوم که در طی دوره اول مطالعه در غدد شکمی دیده شده، نشان میدهد که لنفوسارکوما ۴۸/۷٪، رتیکولوم سل سارکوما ۳۵/۳٪ و بیماری هوچکین ۱۶٪ موارد را تشکیل میدهد. در طی دوره دوم این نسبت ها عبارتند از: لنفوسارکوما ۴۲/۱٪، رتیکولوم سل سارکوما ۲۴/۶٪ و بیماری هوچکین ۳۳/۳٪ کل موارد.

بحث:

در این بررسی از کل تعداد ۳۰۶۴۱ مورد تومور بدخیم در طی یک دوره ۱۸ ساله (۱۳۲۵-۱۳۵۳)، تعداد ۲۶۷۵ مورد لنفوم بدخیم وجود داشته است (۷/۸٪ تمام نئوپلازم ها). این بررسی آماری با مشاهداتی که قبلا از تهران گزارش شده است مطابقت دارد. حبیبی در بین ۲۸۰۶۹ نئوپلازم که در طی یک دوره ۲۴ ساله (۱۳۲۹-۱۳۵۳) در مرکز مختص موچیتی در تهران جمع آوری شده بود، تعداد ۲۲۷۶ مورد لنفوم بدخیم یافته و بنابراین میزان

لنفوم در بعضی از موارد با ناهنجاریهای ایمونو گلوبولین (IgA) همراه است (۲۸). بنا بر مطالعات برکت و همکارانش در شیراز تقریباً نیمی از موارد لنفوم روده باریک از نوع لنفوسارکوما و قسم اعظم بقیه موارد بطور متساوی از نوع هوچکین و رتیکو-لوم سل سارکوما میباشد (۵). نصر و همکاران او ۷ بیمار مبتلا به لنفوم اولیه روده باریک را مورد مطالعه قرار داده اند. هیستولوژی آنها در ۵۵ مورد لنفوسارکوما و در ۲۲ مورد رتیکولوم سل سارکوما بوده است (۲۰). در بین ۵۹ مورد لنفوم روده باریک که دو تن و همکاران او مشاهده کرده اند، ۳۰ مورد لنفوسارکوما، ۲۷ مورد رتیکولوم سل سارکوما و ۲ مورد هوچکین وجود داشته است (۹). نسبت بالای هوچکین شکمی که در دو دوره دوم این مطالعه دیده شده است مخالف با گزارش های قبلی می باشد. به صورت وفور لنفوم هوچکین شکل روده در خاورمیانه در سالهای اخیر مطرح شده است (سمپوزیوم لنفوم، تونس، مارس ۱۹۷۴).

در این مطالعه هیستولوژی غدد داخل شکم احتمالاً نمودار هیستولوژی ابتلای اولیه شکمی است زیرا در سورتیکه ضایعات سطحی اتر یا سهل الوصول تری وجود میداشت، بعید بظاهر می سید که بافت برداری از غدد شکمی صورت میگرفت. در ۹ مورد از ۱۰ مورد لنفوم شکمی که توسط Rappaport و همکاران گزارش شده است، در آنها غدد لنفاوی مزادر و مخاط روده باریک هردو در دسترس بوده است. هیستولوژی غدد لنفاوی با هیستولوژی مخاط روده باریک مطابقت داشته است (۲۶) بنابراین در بررسی ما با وجود آنکه بافت برداری محدود به غدد شکمی بوده است در سورتیکه تومور مخاط روده باریک را فرا بگیرد میتوان انتظار هیستولوژی مشابهی را داشت.

معلوم نیست که چه تعدادی از مبتلایان به لنفوم شکمی در این بررسی سندرم سوء جذب داشته اند. اگر بین سندرم سوء جذب و لنفوم شکمی اولیه، چنانکه در بعضی از نقاط دنیا دیده میشود (۹، ۲۶، ۲۱۱۹) ارتباطی موجود نباشد، محتملاً در ایران نیز لنفوم شکمی همراه با سوء جذب شایع است و در این مورد بررسی های در جریان است.

خلاصه :

در یک بررسی دقیق، ۲۶۷۵ بیمار مبتلا به لنفوم بدخیم مسلم در طی یک دوره ۱۸ ساله یعنی از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۵۳ در انتستیتو تاج پهلوی مشاهده شده است. در این بررسی دیده شد که لنفوم بدخیم ۷/۸٪ تمام تومورهای بدخیم را تشکیل میدهد. موارد بیماری در دو دوره مورد بررسی قرار گرفتند. در ۱۶ ساله اول انواع هیستولوژیک لنفوم عبارت بودند از لنفوسارکوما ۲/۳٪، بیماری

است ولی میتوان نتیجه گیری کرد که در بیماران ایران و مخصوصاً تهران و در انتستیتو تاج پهلوی لنفوم شایع است.

در نحوه توزیع سنی لنفوم، دو نقطه اوج برای رتیکولوم سل سارکوما در دوره اول مطالعه دیده میشود نقطه اوج اول احتمالاً مر بوط به افزایش شیوع رتیکولوم سل سارکومای شکمی است. نحوه توزیع دو گانه بیماری هوچکین که در انتستیتو تاج پهلوی در سالهای ۱۳۵۳-۱۳۵۱ دیده شده است مشابه با منحنی سنی مر گو و میر دو گانه ای که در مناطق شهر نشین در بسیاری از کشورهای غربی بتوسط (McMahon) گزارش شده است میباشد (۱۷).

با وجود این در نتایجی که McMahon بدت آورده است یک نقطه اوج در گروه سنی ۱۵-۳۴ ساله و نقطه اوج دیگر در سنین بالاتر از ۵۰ وجود دارد. بنابر مطالعه حاضر منحنی سنی در هرورد هوچکین نقطه اوجی در سنین پائینتر نشان میدهد. بنابر اطلاعاتی که از میزان مرگ و میر هوچکین در جنوب و دیگر نقاط آمریکا در دو دوره ۱۹۴۹-۱۹۵۴ و ۱۹۴۹-۱۹۶۱ وجود دارد در نحوه مرگ و میر وضع خاصی دیده میشود (۷). اختلاف در توزیع سنی هوچکین در افراد جوان در مشاهدات ما و وقوع کم هوچکین در افراد بالغ جوان در ژاپن در ۱۷) مؤید آنست که هوچکین در افراد بالغ جوان عمل متفاوتی دارد:

شایعترین موضع تشوییحی بافت برداری ها ناحیه گردن بوده است (جدول ۳). متجاوز از نیمی از موارد بافت برداری از این ناحیه میباشد. در ۱۶٪ کل موارد لنفوم در هر دو دوره مطالعات تشخیص با بیوپسی عقده های شکمی صورت گرفته است. تشخیص لنفوم بتوسط غدد شکمی تقریباً ۲ برابر بیشتر از غدد کشاله ران و زیر بغل میباشد. تشخیص بافت برداری غدد شکمی در ۱۲/۳٪ کل موارد لنفومی که حبیبی گزارش کرده است (۱۶) و ۱۰/۳٪ افراد مبتلا به لنفوسارکوما و ۹/۳٪ بیماران مبتلا به هوچکین که آرمنی گزارش کرده است (۴)، صورت گرفته است.

از تمام تومورهای بدخیم اولیه روده باریک که برکت و همکاران (۵) بررسی نموده اند ۹۶٪ موارد لنفوم بوده است. در عراق از ۴۲ تومور روده باریک که Al Bahrani گزارش کرده است، ۳۹٪ مورد (۹۲/۹٪) لنفوم وجود داشته است (۲). بعکس در فنلاند، Vuori در بین ۱۸۰ تومور بدخیم روده باریک فقط ۳۲ مورد لنفوم مشاهده کرده است (۱۷/۸٪) (۳۳). بنابراین ظاهرآ لنفوم روده باریک نسبت به سایر تومورهای این ناحیه در خاورمیانه بسیار شایع تر است.

یک شکل اولیه لنفوم روده ای همراه با سندرم سوء جذب در خاورمیانه (۱۳) و نتایج دیگر دنیا گزارش شده است (۲۲). توجه نسبت به این شکل بیماری از زمانی افزایش یافته که معلوم شده،

انواع لنفوم ۲۶ در درجه اول و ۲۸ در درجه آخر مطالعه بود. بعد از بافت برداری عقده های لنفاوی گردن که در متجاوز از نیمی از موارد صورت گرفت، بافت برداری عقده های لنفاوی شکم تقریباً در ۱۶٪ موارد بطور انتخابی انجام شد تا تشخیص لنفوم داده شود و این خود گویای آن است که لنفوم شکمی در این قسمت از دنبای شایع می‌باشد.

هوچکین ۳۲٪ و رتیکولوم سل سارکوما ۲٪؛ این نسبتها در دو ساله آخر عبارت بودند از ۲۰٪ ۳۲٪ و ۳۹٪ و ۲۱٪. من اکثر بیماران بهنگام تشخیص لنفوسارکوما در حدود ۴۱-۵۰ ساله بود. در مورد رتیکولوم سل سارکوما در دوره ۱۶ ساله اول و درباره بیماری هوچکین در دوره ۲ ساله دوم یک تحویه توزیع دو گانه ملاحظه گردید. نسبت جنس مذکور به مؤنث در تمامی

REFERENCES:

- 1- Aisenberg, C. Alen: Malignant Lymphoma (part one), New Eng. J. Med. 288: 883-890, 1973.
- 2- Al-Bahrani, Z. R.: Primary gastrointestinal lymphoma in Iraq Leb. Med. J. 25: 453-474, 1972.
- 3- Al-Saleem, T., Al-Bahrani, Z.; Malignant lymphoma of the small intestine in Iraq. Cancer 31: 291-294, 1973.
- 4- Armin, K.: A survey of malignant lymphoid tumors among Iranians. Acta Medica Iranica. II: 35-62, 1968.
- 5- Barekat, A. A., Saidi, F. and Dutz, W.: Cancer survey in South Iran with special reference to Gastrointestinal Neoplasms. In. J. Cancer. 7: 353-363, 1971.
- 6- Cancer Statistics 1973. Vital Statistics of the United States. Washington D. C., U. S. Government Printing Office, Annual.
- 7- Cole, P., MacMahon, B., Aisenberg, A.: Mortality from Hodgkin's Disease in the United States. Lancet, ii, 1371-1375, 1968.
- 8- Cook, P. J., and Burkitt, D. P.: Cancer in Africa. Br. Med. Bull. 27, 14-20, 1971.
- 9- Dutz, W., Asvadi, S., Sadri, S. and Kohout, E.: Intestinal Lymphoma and Sprue: A systematic approach. Gut 12: 804-810, 1971.
- 10- Eidelman, S., Parkins, R. A., and Rubin, C. E.: Abdominal lymphoma presenting as malabsorption. Medicine 45: 111-137, 1966.
- 11- Eisinger, M., Fox, S. M., De Harven: : Virus-like agents from patients with Hodgkin's disease. Nature 233: 104-108, 1971.
- 12- Epstein, M. A.: Aspects of EB virus. Adv. Cancer Res. 13: 383-411, 1970.
- 13- Frand, V. I., and Ramot, B.: Malignant Lymphomata. An Epidemiological Study. Harefuah, 65: 83, 1963.
- 14- Habibi, A.: Cancer in Iran. Statistical review on 28, 000 cases Path. Microbiol. 35: 181-183, 1970.
- 15- Haghghi, P., Nabizadeh, I., Asvadi, S. and Mohallatee, E. A.: Cancer in Southern Iran. Cancer 27: 965-977, 1971.
- 16- Kmet, J., and Mahboubi, E.: Esophageal cancer in Caspian littoral of Iran; initial studies. Science 175: 846-853, 1972.
- 17- MacMahon, B.: Epidemiology of Hodgkin's Diseases. Cancer Res. 26: 1189-1200, 1966.
- 18- Mahboubi, E., Kmet, J., Cook, P.H., Day, N.E., Ghadirian, P., and Salmasizadeh, S.: Oesophageal cancer studies in the Caspian littoral of Iran: The Caspian cancer registry. Brit. J. Cancer, 28: 197-214, 1973.
- 19- Modan, B., Goldman, B., Shani, M., Meyres, D., Mitchell, B.S.: Epidemiological aspects of neoplastic disorders in Israeli migrant population. V. The Lymphomas. Journal of National Cancer Institute. 42, 3, 375-381, 1969.
- 20- Nasr, K., Haghghi, P., Bakhshandeh, K., and Haghsehnas, M.: Primary lymphoma of the upper small intestine. Gut II: 673-678, 1970.
- 21- Nobrega, F.T., Kyle, R.A. and Harrison, E.G.: Malignant lymphoma including Hodgkin's disease occurring in the vicinity of a large medical center. (Olmsted County, Minn., 1945 through 1969). Cancer, 31, 295-302, 1973.

- 22- Novis, B.H., Bank, S., Marks, I.N., Selzer, G., Kahn, L., and Sealy, R.: Abdominal lymphoma presenting with malabsorption. Quart. J. of Med. 160: 521-540, 1971.
- 23- Olweny C.L.M., Ziegler, J.I., Berard, C.W., Templeton, A.C. Adult Hodgkin's Disease in Uganda. Cancer. 27: 1295-1301, 1971.
- 24- Pike, M.C., Williams, E.H. and Wright, B.: Burkitt's tumour in the West Nile District of Uganda, 1961-5. Br. Med. J. 2: 395-399, 1967.
- 25- Ramot, B.: Malabsorption due to lymphomatous disease. Ann. Rev. Med. 22: 19-24, 1971.
- 26- Rappaport, H., Ramot, B., Hulu, N., and Park, J.K.: The pathology of so-called Mediterranean abdominal lymphoma with malabsorption. Cancer 29: 1502-1511, 1972.
- 27- Seijffers, M.J., Levy, M., Hermann, G.: Intractable watery diarrhea, hypokalemia and malabsorption in a patient with Mediterranean type of abdominal lymphoma. Gastroenterology. 55: 119-122, 1968.
- 28- Seligmann, M., Danon, F., Hurez, D., Mihaesco, E., and Preud' Homme, J.P.: Alpha Chain Disease: A new immunoglobulin abnormality. Science 162: 1396, 1968.
- 29- Sabin, H.L.: Cancer in Afghanistan. Cancer. 23: 678-688, 1969.
- 30- Tabbara, W. S.: Les tumors malignes hemolymphatiques primitives du tube digestif. Arch. Anat. Path. 20: 117-129, 1972.
- 31- Vianna, N.J., Greenwald, P., Bardy, J., Polan, A K , Dword, A., Mauro, J., Davies, J.N.P.: Hodgkin's disease: Cases with features of a community outbreak. Ann. Int. Med. 77: 169-180, 1972.
- 32- Vianna, N.J., Greenwald, P., Brady, J.N.P.: Extended epidemic of Hodgkin's Disease in high school students. Lancet, i, 1209-1210, 1971.
- 33- Vuori, J.V.A., Primary malignant tumours of the small intestine. Acta Chir. Scand. 137: 555-561, 1971.