لنفوم بدخیم معده
گزارش یك مورد و بحثی پیرامون این عارضه

مجله نظام پزشکی
سال چهارم، شماره ۵ ، صفحه ۴۱۱ ، سال ۱۳۵۴

دکترشهریار قندی ـ دکترشمس شریعت *

باآنکه تعداد مرگ ومیر ازسرطانهای معده درکشورهای مختلف تفاوت فاحشی بایکدیگر دارد وبراساس یکی ازآمارهای منتشره تعدادآن درژاپن‌وشیلی هفتادتن،درفنلاند پنجاه وپنج‌تن،دراتریش چهل و شش تن ، در فرانسه و انگلستان بیست و هفت تن ، در کانادا بیست و سه تن و درممالك متحده آمریکا چهارده تن بین یکصد هزار تن از ساکنین مناطق فوق‌الذکر میباشد(۶)، معهذا شیوع آن دربین انواع مختلف سرطانهای انسانی‌نسبتاً زیاد است بطوریکه در کشورهای ژاپن و فنلاند ، سرطان معده در بین سرطانهای اعضاء دیگر مقام اول را دارد و در ممالك‌آمریکا و دانمارك موقع و مقام دوم را دارا است(۶).

در بین تومورهای مختلف معده، هشتاد 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 نیویورك تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند ۸۶/۹ درصد آنها کارسینوم و۷/۶ درصد یعنی فقط چهل‌ویك موردآن ازانواع مختلف لنفوم بدخیم بوده است (۱۱). درگزارش دیگری تعداد لنفوم معده را از این رقم هم‌کمتر و به‌میزان سه درصد تومورهای بدخیم معده میدانند. باتوجه به این مقدمه بخوبی روشن میشودکه لنفوم‌های بدخیم معده نسبتاً نادر میباشند منتهی به علت خصوصیات بالینی خاصی‌که لنفوم‌های این‌عضو دارند در هرموردکه تشخیص تومور بدخیم معده مطرح میشود، باید امکان وجود این عارضه را نیزدر نظر گرفت.

چون موردی از این نوع ضایعه را نویسندگان این مقاله تحت درمان و بررسی قرار داده‌اند ازاین جهت پس از ذکر شرح‌حال بیمار با مراجعه به نوشته‌های پزشکی بحثی در این زمینه بعمل میآید .

شرح حال بیمار :

خانم‌ف‌ك، ۳۲ساله، بعلت‌هماتمز، ملنا ودل‌درد مراجعه کرده‌است. شروع بیماری از سه ماه قبل بوده‌که با احساس درد خفیف ناحیه اپی‌گاستر همراه بوده است. دردگاهگاهی به‌پشت انتشارمی‌یافته وبانوع غذا تغییری درآن ایجاد نمیشده است. بتدریج بی‌اشتهائی و لاغری نیز اضافه شده است. بیمار دوهفته قبل ازمراجعه دچار هماتمزمیگردد که دو دفعه تکرارشده‌است. درسابقه وی هیچگونه بیماری خاصی وجود ندارد.

نشانه‌های بالینی: بیمار خانمی است رنگ پریده و لاغراندام‌که مخاط چشم و دهان او بی‌رنگ است. در لمس شکم نرم ودرناحیه اپی‌گاسترهیچگونه توده یاحساسیتی‌وجود ندارد. طحال‌قابل‌لمس بود وکبد باندازه یك‌سانتی‌متر پائین لبه دنده‌ها به‌دست میخورد. غدد لنفاوی زیر بغل وبالای ترقوه قابل لمس نبود. دستگاه قلب و ریه و مجاری ادراری و دستگاه تناسلی واعصاب طبیعی بود . فشار خون $\frac{۱۰۰}{۵۰}$، درجه حرارت بدن طبیعی ونبض ۱۰۰ در دقیقه بود.

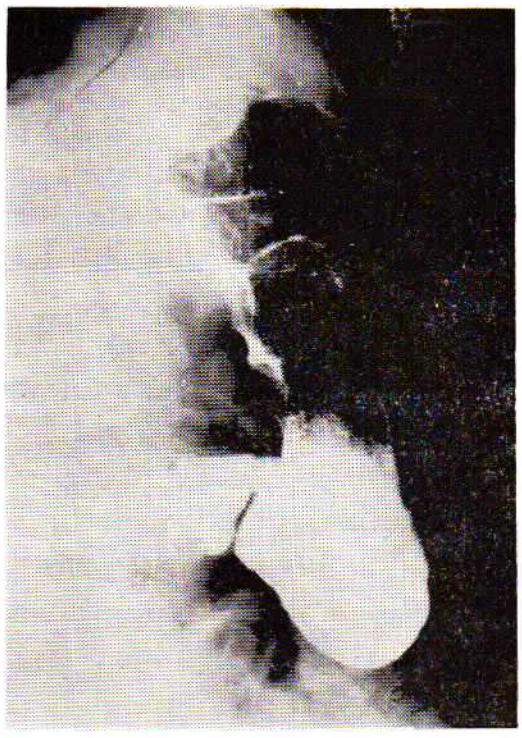
آزمایشهای پاراکلینیك: هموگلوبین ۵/۸ گرم‌درصد، هماتوکریت ۲۳درصد، هیپوکرومی‌وآنیزوسیتوزوپوئی‌کیلوسیتوزدر گلبولهای قرمزدیده میشود ودرآزمایش‌فرمول‌شمارش‌خون، تعدادگلبولهای

---

* دانشکده پزشکی پهلوی ـ دانشگاه تهران.

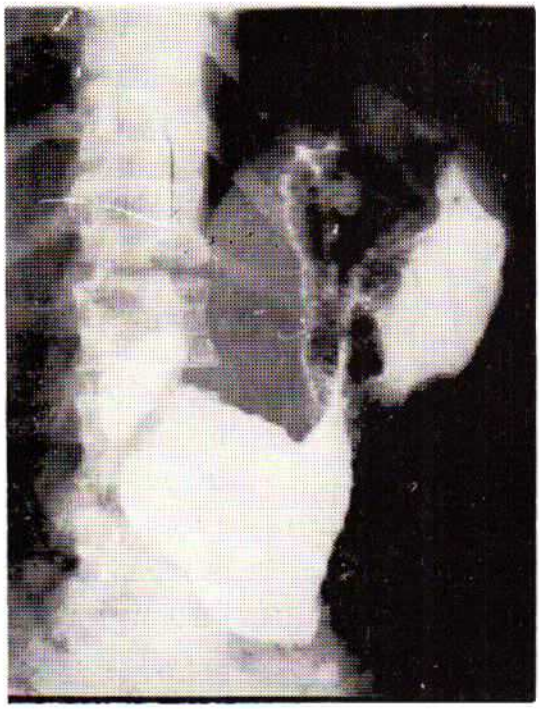
سفید ۶۶۰۰ در میلی متر مکعب و فرمول آنها بصورت سگمانته ۷۲ درصد، ائوزینوفیل ۲ درصد، مونوسیت ۵ درصد، لنفوسیت ۲۰ درصد، نوتروفیل ۱ درصد بود. پروتئین توتال ۵/۴ گرم درصد و در الکتروفورز بیمار آلبومین ۳۹ درصد، گلبولین آلفا یک ۴ درصد، گلبولین آلفا دو ۱۵ درصد، گلبولین بتا یک ۱۶ درصد، گلبولین گاما ۲۶ درصد بود.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

اندازه گیری قند واورهٔ خون و آزمایش کامل ادرار طبیعی نشان میداد. در رادیوگرافی مری و معده واثنی عشر که با ماده حاجب بمل آمد لوله مری طبیعی بنظر رسید ولی معده دارای جدار انفیلتره 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 گاستروسکپی بعمل آمد و در محل فوندوس تومور مشکوک دیده شد و بهمین جهت بافت‌برداری با گاستروسکپ انجام گردید ولی در آزمایش میکروسکپی فقط ارتشاح سلولهای آماسی (پلاسموسیت و ائوزینوفیل) و متاپلازی انتستینال جدار معده مشابه تغییرات آتروفیک دیده شد.



شکل ۱ــ جدار انفیلتره معده

جهت تشخیص قطعی در تاریخ ۵۰/۸/۳ از بیمار لاپاراتومی بعمل آمد که تومور پشته‌پشته‌ای در ناحیه فوندوس معده و انحنای بزرگ با آلودگی گانگلیونهای بند معده مشاهده گردید. چادرینه بزرگ و کبد و امعاء و احشاء دیگر سالم بود، برای بیمار گاستر کتومی توتال با آناستوموز مری به قوس ژژونوم انجام گرفت و در ضمن ژژونو ــ 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 ۲ــ وجود ضایعات متعدد در ناحیه فوندوس معده

آسیب شناسی

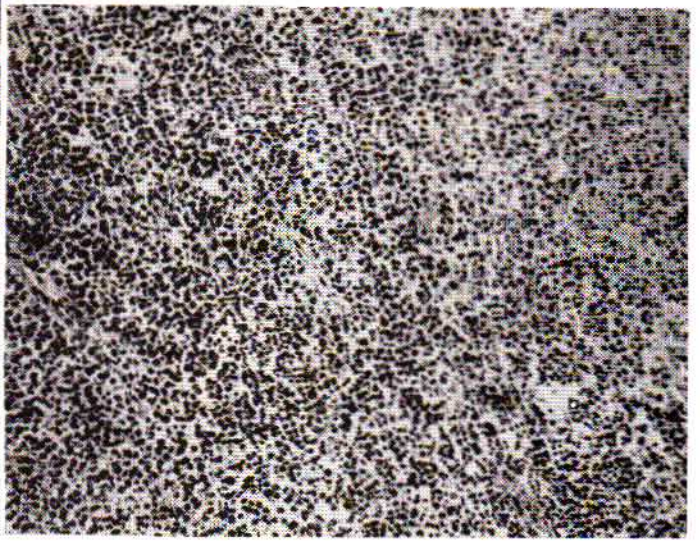
ماکروسکپی: بافت شامل معده و قسمتی از چادرینه است. طول انحنای بزرگ معده ۲۰ سانتی متر و طول انحنای کوچک ۱۵ سانتی‌متر است. مخاط معده پشته‌پشته باقوام سفت است (شکل ۳) که در قسمت‌هایی از آن زخم‌های سطحی وجود دارد و در جدار معده تعدادی گانگلیون قابل لمس دیده میشود. چادرینه باقطار ۲۰ × ۲۵ سانتی‌متر میباشد.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

میکروسکپی : در برشهای متعددی که از جدار معده تهیه گردید، مشاهده شد که اپی‌تلیوم معدی 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) گرچه بعضی از هسته‌ها جوانه‌دار و کم و بیش چند سطحی بودند ولی بیشتر آنها مدور و

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

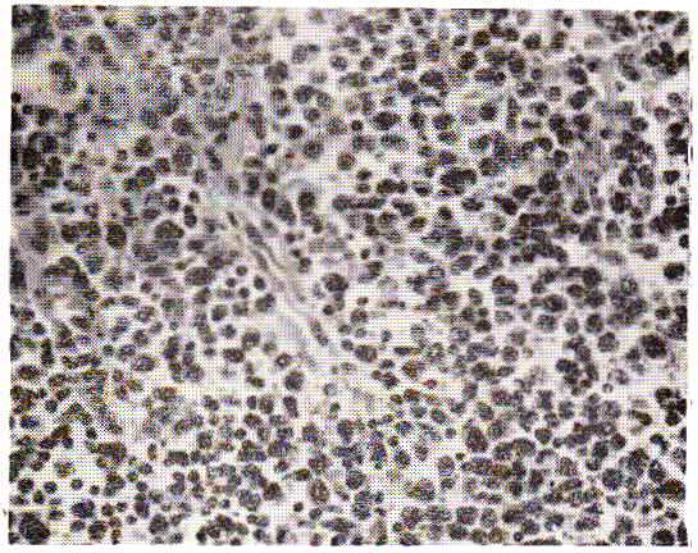


شکل ۳ــ نمای پشته پشته باچین‌های برجسته مخاط تورم با زخم‌های سطحی مخاط معده

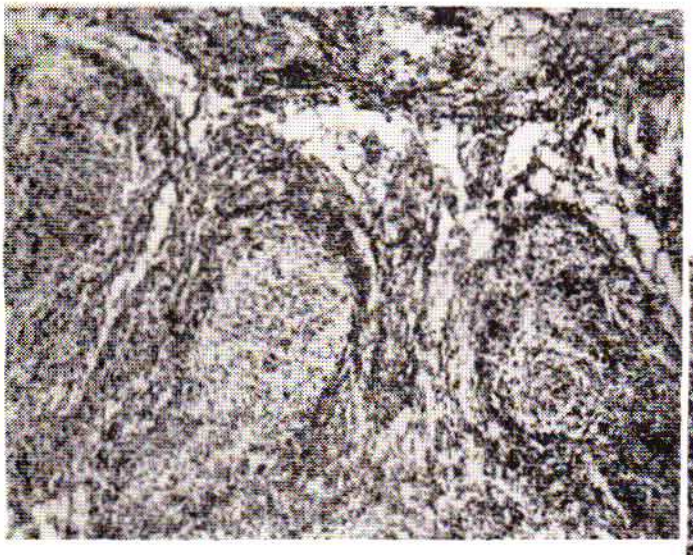


شکل ۴ــ نمای بافت توموری که کاملا پرسلول است. سلولها دارای سیتوپلاسم کم بوده و هسته‌های آنها اکثراً مدور میباشد (درشت نمایی کوچك)

بافت تومورال تالابلای قسمت عضلانی جدارنفوذکرده ولی سروز معده مورد تهاجم قرارنگرفته بود بطوریکه درسروز جزپرخونی عروق‌واتساع آنهاتوأم‌بافیبروزخفیف‌تغییرات دیگری‌وجودنداشت.



شکل ۵ــ باآنکه تعدادی سلول با هسته‌های زاویه‌دار یا چند سطحی دراین تصویر دیده میشود معهذا اکثرسلولها دارای هسته‌های مدور وسیتوپلاسم کم هستند (درشت نمائی متوسط)



شکل ۶ــ قسمتی ازیك گانگلیون لنفاوی که درآن مراکز زایگر (مراکزواکنشی) بخوبی‌مشخص میباشند.

در برشهای مربوط به گانگلیونهای لنفاوی جز پرشدن سینوسها وبخصوص سینوسهای مرکزی ازسلولهای رتیکولر نوع ماکروفاژیك، تغییرات دیگری درآنها وجود نداشت بدین‌معنی که طرح اصلی گانگلیون کاملا پا برجا و محفوظ مانده و مراکز زایگر شکل ونمای طبیعی‌را داشتند(شکل۶). باخصوصیات میکروسکپی موجود عارضه ازنوع لنفوم بدخیم نوع مختلط تشخیص داده شد. (شماره ۷۶۳۱۴ آزمایشگاه آسیب‌شناسی انستیتو تاج پهلوی)

بحث :

بطوریکه در مقدمه یادآوری شد برطبق گزارش « دولارو » سارکومهای معده قریب ده درصد تومورهای بدخیم این عضو را تشکیل میدهند(۵). ازطرف دیگر براساس تحقیقات Jordan وبعضی از مؤلفان دیگر، درحدود شصت درصد تومورهای بدخیم غیر اپی تلیالی معده شامل لنفوسارکوم و رتیکولوسارکوم این عضو میباشد (۲ و ۵) و در گزارش دیگری درمورد ۱۹۶ بیمار که طی سالهای ۱۹۳۰ تا ۱۹۶۵ به بیمارستان کودکان تورنتو (Toronto) مراجعه کرده‌اند ۷۵ تن مبتلا به بیماری هوچکین و ۱۲۱ تن دچار لنفوسارکوم یا رتیکولوسارکوم یا انواع دیگر لنفومهای بدخیم دستگاه گوارشی بوده‌اند منتهی در هیچیك از بیماران مبتلا جایگزینی بیماری اولیه آنها در دستگاه گوارشی نبوده است(۷). ازنظر تیپ هیستولوژی دربچه‌ها شایعترین لنفومهای بدخیم اولیهٔ دستگاه گوارشی واز جمله معده، لنفوسارکوم و رتیکولوسارکوم میباشد(۷) ودربالغین نیز لنفوسارکوم دستگاه گوارشی نه تنها نادر نیست بلکه برخی بر این عقیده‌اند که مرتباً برشیوع آن افزوده میشود وبهمین جهت مواردی که درسالهای اخیر دیده شده است بیشتر ومتعددتر از گذشته است (۴).

ضایعه ازعمقی‌ترین قسمت مخاط وزیرمخاط شروع میشود وچنین بنظر می‌آید که در ۲۵ درصد موارد چندکانونی میباشد (۱).

لنفوم بدخیم معده گرچه درهرسنی دیده میشود ولی ابتلاء جوانان از افراد مسن بیشتر است (۲ و ۱) . با آنکه می‌نویسند که حد متوسط سن بیماران مبتلا به لنفوسارکوم معده معمولا ده سال کمتر ازسن مبتلایان به کارسینوم این عضو است معهذا دریك گزارش، حد متوسط سن بیماران مبتلا به لنفوسارکوم باسلولهای نابالغ ۴۱ سال ودرلنفوسارکوم باسلولهای بالغ ۵۵ سال ودربیماری هوچکین ۴۷ سال ودر رتیکولوسارکوم ۶۱ سال میباشد(۱۳).

مطالعه گزارشها نشان میدهد که ابتلاء جنس مذکر به انواع مختلف لنفومها خیلی بیشتر ازجنس مؤنث است. علائم بالینی بیماری شامل دردهایی مشابه درد زخم پپتیك معده (۲ و ۳) وبی‌اشتهایی و کم‌شدن وزن و هماتمز میباشد . در بیست درصد موارد ممکن است هماتمز اولین علامت لنفوسارکوم باشد (۲). اسهال و ملنا نیزدر لنفوسارکوم شایع است. گاهی لنفوسارکوم باعث پارگی معده میشود وتولید سندرم حادشکمی را مینماید. گزارشهایی از توأم بودن سندرم سوء جذب بالنفوم دستگاه گوارشی ازجمله معده وجود دارد(۸). در معاینه بیماران وجود توده قابل لمس در ناحیه اپی گاستر را در ۲۵ تا ۵۰ درصد موارد گزارش کرده‌اند(۹) بعلاوه درد وحساسیت در ناحیه اپی گاستر نیز معمولاً وجود دارد (۹). گاهی طحال بیماران بزرگ است وعلت بزرگی طحال را در بیمارانی که فقط دچارلنفوسارکوم معده هستند ناشی ازانسداد وریدطحالی میدانند. نشانه‌های رادیولوژی لنفوسارکوم با علائم کارسینوم معده قابل اشتباه است. بطوریکه بوکوس نوشته‌است : Snoddy در سی ودو مورد بجای لنفوسارکوم تشخیص زخم معده را داده‌است و Thorb - jarnason درسی و دو مورد سارکوم معده ، فقط چهار مورد تشخیص رادیولوژی صحیح داده است (۱۲) . همچنین فریدمن (Fridman) در مرور مجدد ۶۴ مورد لنفوسارکوم فقط درشش مورد (۹/۴درصد) بطورقطعی تشخیص لنفوسارکوم و در۹ مورد (۱۴ درصد) تشخیص احتمالی لنفوسارکوم معده داده است (۲). درگاسترسکوپی، لنفوسارکوم از دیگر ضایعات بدخیم معده غیر قابل تشخیص میباشد. بطورکلی درگاسترسکوپی عارضه مشابه زخم، تومورپولیپوئید، ضایعات انفیلتراتیو ، گاستریت هیپرتروفیك وحتی تومور داخل جداری است منتهی نوع ارتشاحی یا انفیلتراتیو شایعترین نوعی است که درگاسترسکوپی دیده میشود.

مخاط درنتیجه کمترین ضربه دچارخونریزی شده و درسطح معده زخمهای سطحی متعددشبیه گاستریت اروزیو یا گاستریت هیپرتروفیك دیده میشود منتهی تغییرشکل نیافتن چین‌های معده یکی ازنشانه‌های تمایز لنفوسارکوم معده از ضایعه آماسی این عضو میباشد (۲). بطورکلی باید گفت که تشخیص قطعی مبنی برانجام کلیه آزمایشهای بالینی، آندوسکوپی، رادیولوژی، سیتولوژی وبخصوص هیستوپاتولوژی است و درحقیقت بدون آزمون هیستوپاتولوژی تشخیص قطعی امکان‌پذیر نمیباشد وچون نحوه درمان کارسینومهای معده با لنفوم بدخیم آن فرقهای اساسی دارد از این جهت آزمونهای سیتولوژی وهیستوپاتولوژی برای تشخیص این عارضه کاملا ضرور است.

سیتوپاتولوژی: درآزمون سیتولوژی ازشیره 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 پرکروماتین و نامنظم وکمی بزرگتر از هسته لنفوسیت طبیعی است. سلولها بطورانفرادی ویا بصورت دسته‌های کوچك دیده میشوند وهیچوقت بصورت مجتمع (Synechial) که مشخص تومورهای اپی تلیالی است مشاهده نمیشوند. نکته دیگری که بسیاری از سیتوپاتولوژیستها روی آن تکیه می‌نمایند عدم واکوئول در سیتوپلاسم سلول است و اگر احیاناً واکوئول در سلول مشاهده گردد اعتقاد براین است که نتیجه دژنرسانس سلولی است و نه آنکه واکوئل سیتوپلاسمی محتوی موکوس باشد. مطلب قابل توجه این است که درهر گستردهٔ تهیه شده ازشیره معده اگر لنفوسیت فراوان و بیش از حد دیده شود نباید آنرا یك کیفیت معمولی دانست بلکه دراین موارد بایدلنفوم بدخیم را هم درنظر داشت.

هیستوپاتولوژی

لنفوم بدخیم معده ممکن است همراه با ابتلاء عقده‌های لنفاوی و یا بدون ابتلاء آنها باشد کماآنکه مواردی گزارش شده که پس‌از 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 لنفورتیکولر پدیدارمیشود. اغلب انحناهای‌معده دچاراین‌بیماری می‌شود وبرطبق گزارش آکرمن‌از۷۴ مورد لنفوم بدخیم معده در ۵۵ موردآن، یك یا هردو انحنای معده مبتلا بوده و در ده مورد ضایعه بطور منتشر خودنمـائی کرده است و درشش مورد هم فقط انـداد پیلور دیده شده است (۱). انتشار بیماری پس‌از معده به عقده‌های‌لنفاوی مجاوراست بدین معنی‌که ابتلاء عقده‌های لنفاوی موضعی در هنگام عمل جراحی بین ۴۰ تا ۸۰ درصد موارد است ولی گسترش به‌دوازده در ۸ درصد و به مری در ۴ درصد موارد دیده شده است.

ماکروسکوپی: رویهمرفته ازنظر ماکروسکپی لنفوم بدخیم‌معده مشابه‌کارسینوم‌آن است بطوریکه غالباً در مشاهدات ماکروسکپی تشخیص این دو عارضه از یکدیگر مشکل میباشد معهذا خصایصی وجود داردکـه بیشتر منحصر به لنفوم بدخیم معده است از جمله ضخیم شدن موضعی جدار معده ، منظره سفید رنگ و یکنواخت تومور، برجسته شدن مخاط ووجود چنداروزیون سطحی با نمای مشابه نوك پستان‌که بصورت منتشر در مخاط وجود دارد وبعلاوه چین‌های ضخیم وسفت وبالاخره گاهی هم زخم‌های وسیع درزمینه تومور بطور وسیع، یکنواخت ومنتشرنیز جلب توجه میکند.

معمولاً برای لنفوم بدخیم معده چهار شکل ماکروسکوپی شرح میدهند:

۱ـ اولسراسیون همراه با سفتی و سختی نسج همبندی قاعده آن کـه ممکن است با زخم پپتیك اشتباه گردد (۲) بهمین جهت در زخم‌های‌متعدد باید امکان وجود لنفوم‌بدخیم‌را مطرح‌کرد. ممکن است اطراف زخم بصورت طبیعی ویا منگنه‌ای وسفت باشد (۲).

۲ـ نوعی که باعث صلابت و سفتی جدار معده میشود بی‌آنکه زخمی درکار باشد. دراین شکل عناصر توموری در لایلای 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 لینیت پلاستیك میباشد.

۳ـ شکل مشابه گاستریت هیپرتروفیك که دراین حالت چین‌های مخاطی برجسته و بزرگ میگردد و تشخیص آن از گاستریت هیپرتروفیك مشکل‌میباشد(۲)، مورد معرفی‌شده ازاین‌دسته‌است.

۴ـ گاهی لنفوم بدخیم معده منظره‌پولیپی بخود میگیرد و بظاهر مشابه آدنوکارسینوم میشود. نکته قابل‌تذکر این است‌که دربعضی موارد دو یا حتی چند شکل فوق ممکن است در یك بیمـار دیده شود (اشکال مختلط).

میکروسکوپی : در آزمون میکروسکوپی گاهی تشخیص ضایعه فوق‌العاده‌آسان و زمانی بعکس کاملا مشکل میباشد. وقتی‌تشخیص آسان خواهد بود که سلولهای توموری واجد کلیه خصوصیات سیتولوژی بدخیمی باشند بدین معنی کـه بافت توموری از نوع لنفوسارکوم (اعم ازنوع لنفوپلاستیك ویالنفوسیتیك) یا رتیکولو-سارکوم با سلولهای مدور حجیم و سیتوپلاسم‌کف‌آلود باآنارشی سلولی و میتوزهای فراوان و بالاخره بشکل بیماری هوچکین با پولیمرفیسم مشخص و تعدادکثیری سلولهـای اشتنبرگ باشد. در چنین حالتی خیلی‌زود قسمت‌عضلانی جدار معده را خراب میکند و بالاخره سلولهای توموری به سروز و عقده‌های لنفاوی و حتی اعضاء مجاور نفوذ مینماید (۵).

تشخیص میکروسکپی زمانی مشکل خواهد بودکه عناصر توموری با کارسینوم آنـاپلاستیك مشابهت داشته باشد بخصوص این‌کیفیت در رتیکولـوسارکوم بیشتر دیده میشود. دراین صورت با توجه به متاستازهای گانگلیونی درکارسینوم آناپلاستیك (اگر متاستاز وجود داشته‌باشد) و وجودفسفاتازآلکالین درسلولهای‌لنفوسارکوم، حضورموکوس درکارسینوم واثبات‌آن بارنگ‌آمیزیهای‌اختصاصی وبالاخره استفاده ازرنگ‌آمیزی رتیکولین ازجمله‌کارهایی است که میتواند این دو عارضه را از یکدیگر تفکیك نماید.

نکته مهم درتشخیص میکروسکوپی‌لنفوم بدخیم معده تمیزوافتراق لنفوم‌های خوش‌خیم ویا بقول برخی از مؤلفان پسودولنفوم معده ازنوع بدخیم آن میباشد. گاهی ارتشاحی از سلولهای لنفوسیتی در زیر مخـاط دیده میشود که نسبتاً محدود بوده و بداخل سایر طبقات جدارمعده نفوذ نکرده‌است. دراینحال برای پاتولوژیست فوق‌العاده مشکل است‌که تشخیص بدهدآیا حقیقتاً بالنفوم خوش-خیم روبروست و یا آنکه عارضه واقعاً لنفوم بدخیم است . گاهی اوقات توجه بیشتر ودقیقتر به پولیمرفیسم سلولی، آنارشی هسته-های سلولی، وجودمیتوزهای فراوان، وجودکانونهای‌انفیلتراتیو ونفوذ بداخل‌عروق وسروز وبالاخره دیدن گانگلیونهای لنفاوی که درآنها تغییرات‌بدخیمی پیدا شده‌است به‌حل مسئله‌کمك بسیار میکند ولی بسیاری از مؤلفان معتقدند که چون مراحل بینابینی وجود دارد ، خصوصیات سیتولوژی و کیفیات محلی عارضه‌کافی برای تشخیص قطعی آن نمیباشد.

درمان

درمان لنفوسارکوم معده بطریق جراحی و شامل بازکردن شکم وقطع و برداشتن معده است(۲ و ۳ و ۷ و ۹). حتی اگر تومور قسمتی ازلنفوم سیستمیك باشد، چون گروهی از مؤلفان معتقدند که ممکن است شروع اولیه لنفوم از معده باشد ، باز باید عمل جراحی انجام‌گیرد زیرا پیش‌آگهی وآینده این‌بیماران امید ـ بخش‌تر از بیماران مبتلا به‌کارسینوم است (۲ و۹). برای کسب نتیجه بهتر ،قطع وبرداشتن معده بایستی‌هرچه وسیع‌ترباشد. حتی درمواقعی که عقده‌های لنفاوی آلوده محلی را نتوان برداشت باز هم‌قطع وبرداشت تومور‌اولیه صلاح‌است زیرا گزارش‌های‌متعددی مبنی برحیات طولانی بیمار پس از عمل جراحی داده شده است (۲ و ۹). بعلت پیش‌آگهی خوب سارکومها، اغلب نویسندگان متفق‌القولندکه برای تمام تومورهای معده که بظاهرمتاستاز نشان نمیدهند ـ بامیدا‌ینکه ضایعه خوش‌خیم‌ویا ازدسته سارکومهااست ـ باید برای تجسس جدار شکم بازگردد و حتی‌المقدور تومور قطع و برداشته شود (در صورتی هم که چسبندگی به اطراف وجود داشته باشد درنتیجه آماس میباشد وبعلاوه متاستاز دوردست وجود ندارد) . عمل جراحی در آزردگی معده در جریان لنفوم سیستمیك یا لوسمی بحث جداگانه‌ایست و اقدام به‌عمل جراحی، به اندازهٔ تومور و قابلیت برداشت آن بستگی دارد.

رادیوتراپی نیز در درمان لنفوسارکوم معده مفید است حتی در بعضی موارد به علت بروز نتیجهٔ نامطلوب از عمل جراحی و در بعضی ازمراکز بطورکلی به علت حساس بودن لنفومها به‌اشعه بعد ازعمل جراحی، رادیوتراپی انجام میگیرد (۱ و۲ و۳ و ۷ و ۹)

بعلاوه غالب بیمارانیکه بعداز عمل جراحی بیش‌از پنج سال عمر کرده‌اندآنهائی هستند که رادیوتراپی هم شده‌اند. گرچه بسختی میتوان ادعاکردکه با جراحی یا رادیوتراپی لنفوسارکوم‌کنترل شده‌است اما میتوان درمان رادیوتراپی را به‌تنهائی یا بعدازعمل جراحی در لنفوسارکوم و متاستاز آن بکار برد (۲ و ۳ و ۹) البته چنانچه آزردگی معده قسمتی از آزردگی لنفوم سیستمیك باشد ، دراین صورت اصل‌کلی معالجه شیمی درمانی است (۲).

بررسی وضع درمان پالیاتیو با رادیوتراپی یا شیمی درمانی در بیمارانیکه‌کمتر از پنج سال حیات داشته‌اند حقیقتاً مشکل‌است ولی علائم اولیه بیماران ازبین میرود وچنانچه انسداد درکارباشد بهبود مییابند.

بطورکلی پیش‌آگهی سارکوم بهتر ازکارسینوم معده است بعلاوه امکان قطع و برداشتن تومور در لنفوسارکوم تقریباً ۷۵٪ موارد میباشد (۲).

درتومورهای قابل عمل‌جراحی،طول زندگی ۵۸٪ بیماران بیش ازپنج سال ودر۲۷/۶٪ آنها متجاوز ازده‌سال‌است(۱۰). بعلاوه هرچه ضایعه کوچکتر و انتشار آن محدودتر باشد پیش‌آگهی بهتراست (۱ و ۱۰) .

از نظر بافت شناسی معتقدندکه بطورکلی لنفوم بدخیم نوع لنفوـ پلاستیك، نتیجهٔ بهتری از رتیکولوسارکوم دارد (۱۰).

رویهمرفته با مرور درنوشته‌های پزشکی چنین نتیجه‌گرفته‌میشود که اگربعداز عمل جراحی‌بیمار، رادیوتراپی وشیمی درمانی‌نیز انجام‌گیرد احتمال زندگی بعداز 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- 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 simultant des tumeurs benignes gastrique ulceres; 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 Raffacle 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. Rebuck., Joseph L. Ponka: Intestinal lymphosarcoma Arch. Surg. 94: 717, 1967.

14- Wood. David: Tumors of the A.F.I.P Washington. 1967.