

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۴، شماره ۳، صفحات ۲۱۹-۲۲۶ (پاییز ۱۳۷۹)

بررسی بیماری هوچکین در سه مرکز دانشگاهی

طی سالهای ۱۳۷۱-۷۶

دکتر ایرج خسرونی*

* دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ بیمارستان امام حسین (ع)، بخش داخلی

خلاصه

با توجه به شیوع و خصوصیات منحصر به فرد بیماری هوچکین و شروع بیماری با علائم مشترک با سایر بیماریها و تناقضات موجود در مورد شیوع سنی بیماران، زیر گروه بافت‌شناسی و عدم اطلاع از وضعیت کشور و به منظور تعیین علائم اولیه و آسیب‌شناسی بیماری هوچکین، این تحقیق روی مراجعان به بیمارستانهای شهید مدرس، آیت‌الله طالقانی و امام حسین (ع) بین سالهای ۱۳۷۱-۱۳۷۶ انجام شد. پژوهش به روش مطالعه داده‌های موجود انجام و پرونده کلیه بیماران مبتلا از بایگانی خارج شد و ویژگیهای سن، جنس، علائم و نشانه‌های اساسی مراحل بیماری، پاتولوژی و بیماریهای همراه آن مورد بررسی قرار گرفت و پرونده‌هایی که داده‌های کامل داشتند داده‌های آنها با آمار توصیفی به اطلاعات در مورد بیماری منجر و ارائه گردید. طی مدت بررسی، ۳۵۰ بیمار مبتلا به هوچکین وجود داشتند که ۱۲۲ پرونده کامل مربوط به ۷۲ مرد و ۵۰ زن مابین ۱۸-۳۵ سالگی بودند. ۸۳ درصد آنان دارای علائم و نشانه‌های اساسی (B) و ۷۳ درصد بیماران با داشتن توده گردن سفت و دردناک مراجعه کرده بودند. یکسوم بیماران در مرحله دوم بیماری بودند و از نظر بافت‌شناختی ۴۲ درصد مبتلا به ندول اسکروز بودند. با توجه به شیوع بیماری و درگیری افراد در سنین فعال کاری انجام تحقیقات تحلیلی برای شناخت عامل و یا عوامل به وجود آورنده بیمار توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: هوچکین، لنفوم بدخیم، الگوی دو کوهانه

مقدمه

بیماری هوچکین که جزو دسته لنفوم بدخیم می‌باشد یک بیماری تکثیر شونده دائمی یاخته‌های لنفورتیکولار سیستم ایمنی است که ویژگیهای منحصر به خود دارد (۱).

در سال ۱۸۳۲ نخستین بار، توماس هوچکین مقاله خود را در مورد چگونگی ظاهر غدد مبتلا و طحال ۶ بیمار چاپ و منتشر کرد. در سال ۱۹۲۶ گرین فیلد موتن و ترنر بافتهای برداشته شده از این بیماری را مورد ارزیابی مجدد قرار دادند که بیماری هوچکین در سه مورد آنها تایید شد (۲). این پزشکان در بافتهای بیماران سلولهایی متفاوت از سایر یاخته‌ها مشاهده کردند که این، از ویژگی‌های بیماری هوچکین است و بدون آنها نمی‌توان بیماری هوچکین را تشخیص داد. این سلولها که مشخص کننده بیماری هوچکین هستند ریداشتر نبرگ نامیده می‌شوند. در کشورهای پیشرفته بیماری هوچکین یک بیماری غیرشایع می‌باشد که حدود ۱ درصد تمام سرطانهائی است که در سال تشخیص داده می‌شوند. بروز این بیماری در حدود سه درصد هزار در کشورهای اروپائی و ایالات متحده آمریکا و یک درصد هزار در کشور ژاپن می‌باشد. بروز این بیماری نسبت به سن اشخاص متفاوت است؛ در مورد بروز این بیماری یک قله دو کوهانه وجود دارد که یکی از قله آن در افراد بالغ جوان و دیگری در افراد مسن‌تر دیده می‌شود. این الگو همچنین با توجه به نوع زیر گروه بافت‌شناختی متفاوت است؛ به طوری که در زیر گروه لنفوسیت با تعداد کم الگوی دو کوهانه نداریم (۷). در بالغین جوان زیر گروه ندولاراسکلروزینگ نوع غالب است ولی در افراد مسن‌تر نوع سلولی و مخلوط فراوان‌تر است، لذا با این چهره‌های اپیدمیولوژیکی چنین تصور می‌شود که شاید در گروه سنی جوان و مسن اتیولوژی بیماری متفاوت می‌باشد.

در مورد این بیماری یک بروز فصلی ذکر شده است: بدین ترتیب که تعداد بیشتری از بیماران در فصل زمستان تشخیص داده شده‌اند. البته این امر شاید به علت آن باشد که مراجعه به پزشک در فصل زمستان به علت ابتلای بیشتر به عفونتهای تنفسی فوقانی باشد. شواهدی از درگیری فامیلی به بیماری هوچکین وجود دارد. قل همسان دیگر مبتلا به بیماری هوچکین اگر در اوائل بلوغ باشد باعث افزایش خطر ابتلا می‌شود ولی در سنین بالاتر چنین افزایش خطری وجود ندارد. افزایش خطر در خویشاوندان درجه اول سه برابر، در قل دیگر بیمار حدود ۷ برابر وجود دارد. در مورد دو قلوها اگر همجنس باشند این افزایش ۹ برابر و در دوقلوهای غیرهمجنس حدود ۵ برابر می‌باشد و با توجه به شواهد موجود، مانند تفاوت نژادی (که سیاه‌پوستان کمتر از سفیدپوستان مبتلا می‌شوند) و افراد ساکن مناطق شرق- که کمتر گرفتار می‌شوند؛ همچنین بالا رفتن ریسک خطر ابتلا در کسانی که از مناطق کم خطر به مناطق پرخطر مهاجرت می‌کنند می‌توان گفت که عوامل محیطی در بروز بیماری موثر می‌باشند (۷). از آنجا که در مناطقی از کشور ما که بیشتر بیماران را بالغین جوان تشکیل می‌دهند و در آنان امید به زندگی و انتظار حیاتی پرنشاط و توام با سلامت وجود دارد در مورد علائم نادر و چهره‌های متنوع آن و همراهی این بیماری با بیماری سل و سایر بیماریهای عفونی در ایران متاسفانه تاکنون مقاله جامعی منتشر نشده، همچنین علائم در شروع بیماری مثل خارش، تب و سندرم نفروتیک ممکن است مدتها تشخیص بیماری هوچکین را به تاخیر بیندازد. لذا بر آن شدیم که روی بیماران بستری شده در سه مرکز دانشگاهی مطالعه‌ای دقیق انجام دهیم تا با مشخص کردن علائم متنوع و نادر این بیماری در تشخیص به موقع و درمان آن کمکی کرده باشیم.

روش بررسی

با عنایت به تمام اطلاعات آماری منتشر شده مربوط به بیماری هوچکین که محدود به کشورهای اروپائی و آمریکائی می‌باشد این بررسی به شکل گذشته‌نگر (مطالعه داده‌ها) به منظور تعیین مشخصات جنس، سن، نوع آسیب‌شناسی علائم بالینی بیماران مراجعه کننده به سه مرکز دانشگاهی شهید مدرس، طالقانی، امام حسین (ع)، که با تشخیص بیماری هوچکین بین سالهای ۱۳۷۱-۷۶ مراجعه کرده و بستری شده بودند، انجام شد. پرونده بیماران که مورد مطالعه قرار گرفت دارای شرح حال، سیر بیماری، گزارش قطعی بیماری از نظر آسیب‌شناسی، نوع و نتیجه درمان بود. بیشتر مراجعان به سه مرکز درمانی یاد شده را اهالی شهرهای مختلف ایران و نواحی مختلف تهران تشکیل می‌دهند. شایان ذکر است که می‌توان آمار به دست آمده را به سایر نقاط ایران تعمیم داد. بیماران بیمارستان طالقانی از ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۶ مورد بررسی قرار گرفتند.

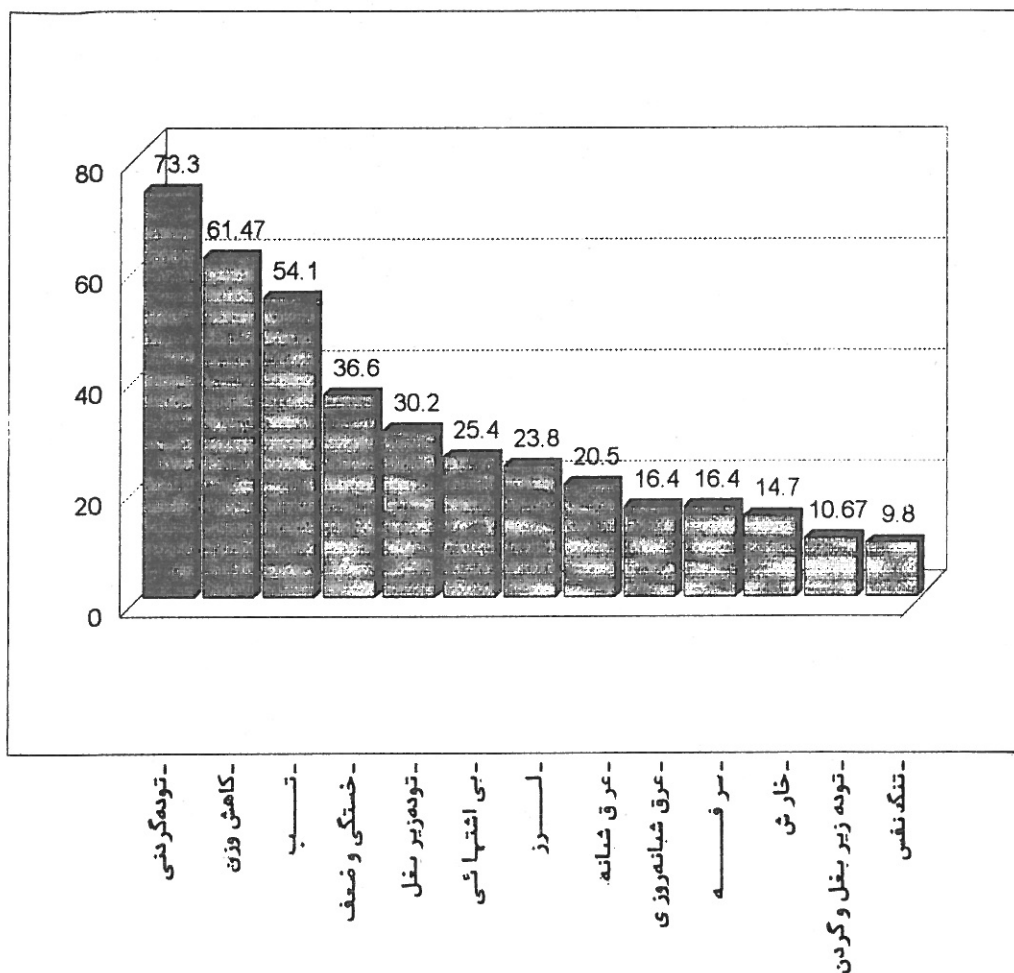
از مطالعه ۳۵۰ پرونده که بیماران با تشخیص بیماری هوچکین مراجعه و اکثراً تحت درمان قرار گرفته بودند توانستیم فقط ۱۲۲ پرونده را که بیماران مربوطه از نظر شرح حال و علائم بیماری (B, A) نتیجه آسیب‌شناسی، سیر بیماری، مراحل بیماری، عوارض بیماری و چگونگی درمان کامل بودند، انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتدا طبق یک جدول که از پیش طراحی شده بود جواب سئوالات مطرح شده از پرونده استخراج شد و به ثبت رسید. در این بررسی سعی شده است که اولین علامت که باعث مراجعه بیمار به پزشک شده بود مطرح شود و در صورتی که بیماران در مراجعه بعدی بیماری آنان عود کند علائم و نشانه‌های بیماری در اولین عود و بروز مد نظر قرار گیرد. نتایج به دست آمده از این بررسی را با نتایج بررسی دیگری که در مرکز طبی کودکان- روی

اطفال مبتلا به هوچکین انجام گرفت- مقایسه شد و نتیجه آن به ثبت رسید.

نتایج

طی مدت بررسی در مجموع، ۳۵۰ بیمار مبتلا به هوچکین وجود داشتند که ۱۲۲ پرونده (۳۴/۷ درصد) کامل بود. این تعداد شامل ۷۲ مرد (۵۹ درصد) و ۵۰ زن (۴۱ درصد) بود. نسبت مرد به زن ۱/۴ به ۱ بود.

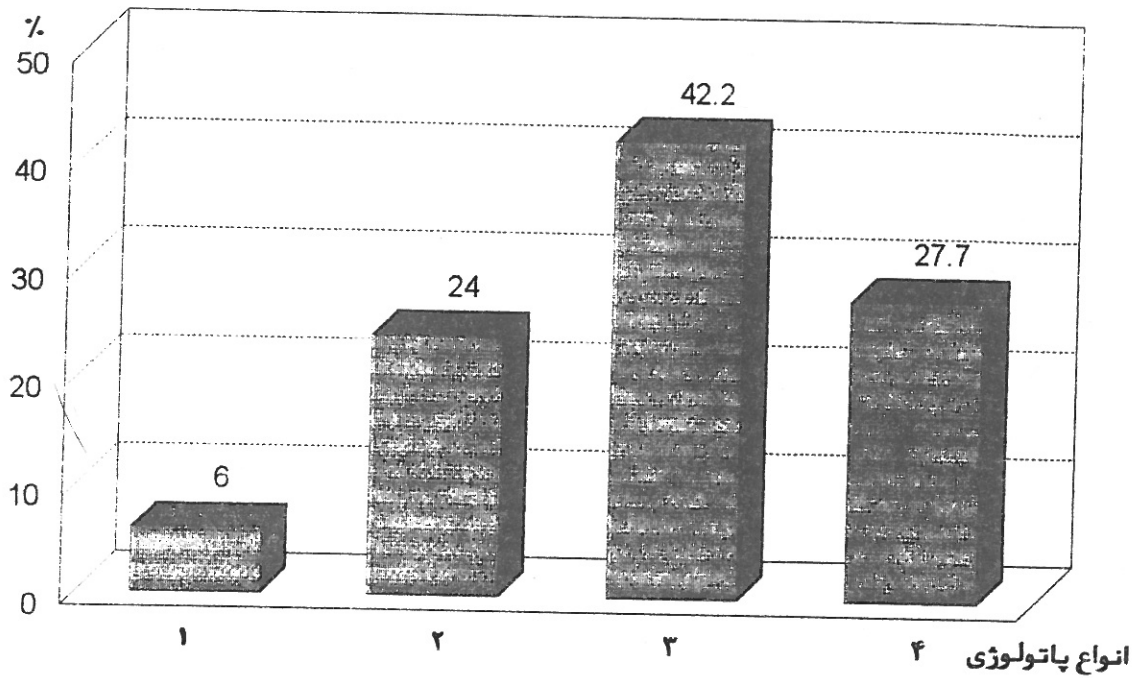
سن بیماران. ۶/۵ درصد بیماران ما زیر ۱۵ سال، ۲۹/۵ درصد بالای ۳۵ سال و ۶۴ درصد آنان بین ۱۵-۳۵ سال داشتند. از این ۱۲۲ نفر، ۱۰۲ نفر (۸۳/۶ درصد) دارای علائم و نشانه‌های اساسی (B) طبق بحث سمپوزیوم A Arboe و ۲۰ نفر (۱۶/۲ درصد) بدون علائم اساسی (A) بودند. در نمودار ۱ توزیع علائم بیماران ارائه شده نشانگر آن است که تعداد ۸۷ نفر (۷۳/۳ درصد) با توده گردنی با قوام سفت و دردناک بودند. ۷۵ نفر (۶۱/۴ درصد) با کاهش وزن، ۶۶ نفر (۵۴/۹ درصد) گرفتار تب، ۴۴ نفر (۳۶/۶ درصد) دچار خستگی و ضعف، ۳۷ نفر (۳۰/۲ درصد) دارای توده‌های زیر بغل، ۳۱ نفر (۲۵/۴ درصد) مبتلا به بی‌اشتهایی، لرز، در ۲۶ نفر، (۲۳/۸ درصد) عرق شبانه، در ۲۵ نفر (۲۰/۵ درصد)، عرق شبانه‌روزی، ۲۰ نفر (۱۶/۴ درصد)، مبتلا به سرفه، ۱۸ نفر (۱۴/۷ درصد) گرفتار خارش، در ۱۳ نفر (۱۰/۶۷ درصد) وجود توده گردنی و زیر بغل، ۱۲ نفر (۹/۸۳ درصد) گرفتار تنگی نفس، در ۱۰ نفر (۸/۲ درصد) بزرگی گره‌های لنفاوی در کشاله ران، در ۵ نفر (۴/۱ درصد) تپش قلب، در ۴ نفر (۳/۲ درصد) ملنا، اسهال و استفراغ پلورال افیوژن و ضایعات پوستی، در سه نفر (۲/۵ درصد) آسیت و در ۱۲ مورد قطع قاعدگی وجود داشت.



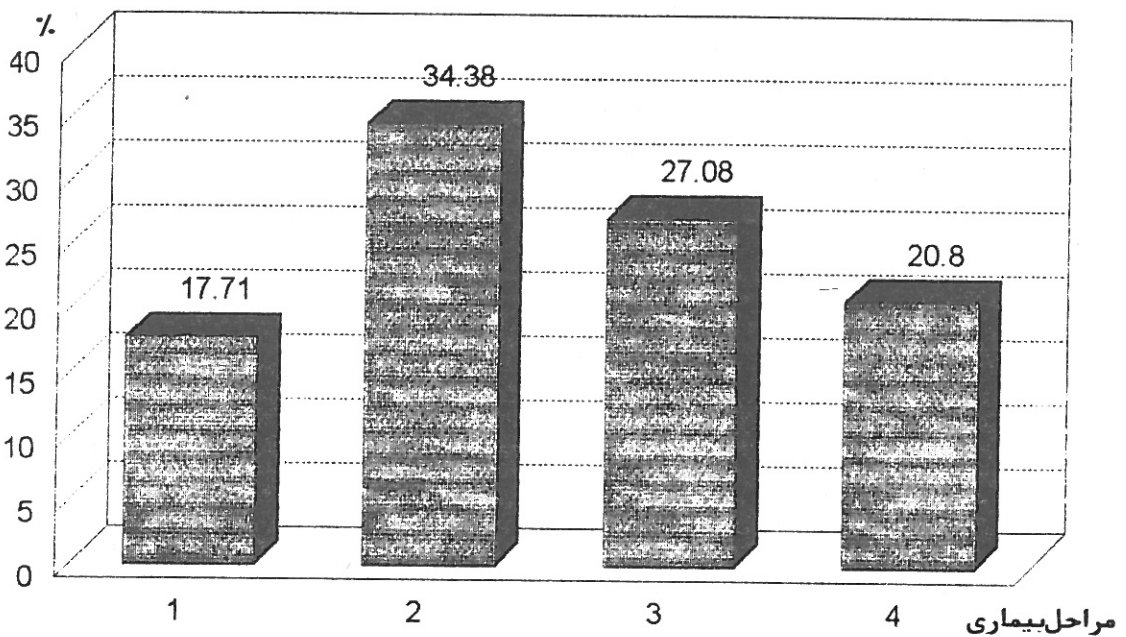
نمودار (۱) توزیع علائم بیماری هوچکین در نزد بیماران بستری در بیمارستانهای امام حسین (ع)، طالقانی و شهید مدرس، در سالهای (۱۳۶۷-۷۷)

لاپاراسکوپی فقط در ۸ مورد انجام شد. بافت‌شناسی. از مجموع ۸۳ نفر (۶۸ درصد) بیمار مبتلا به هوچکین که پاسخ آسیب‌شناسی داشتند (نمودار ۳) درصد انواع مختلف بافت را در بیماران مبتلا به هوچکین نشان می‌دهد: ۳۵ نفر (۴۲/۳ درصد) مبتلا به ندولار اسکروزینگ، ۲۳ نفر (۲۷/۷ درصد) زیر گروه سلولهای مخلوط، ۲۰ نفر (۲۴/۱۰ درصد) زیر گروه لنفوسیتی غالب و ۵ نفر (۶ درصد) لنفوسیت با تعداد کم موارد را تشکیل می‌دهند.

از نظر مراحل بیماری ۹۶ پرونده (۸۷ درصد) از نظر مرحله‌بندی قابل تشخیص بودند که در نمودار ۲ ارائه شده است. این نمودار نشان می‌دهد که ۱۷ نفر (۱۷/۷ درصد) در مرحله اول، ۳۳ نفر (۳۴/۴ درصد) در مرحله دوم، ۲۶ نفر (۲۷/۱۰ درصد) در مرحله سوم و ۲۰ نفر (۲۰/۸ درصد) در مرحله چهارم بیماری بودند. جهت تعیین مراحل بیماری معمولاً از تکه‌برداری از کبد و اسکن، پرتونگاری و تکه‌برداری از عقده‌های لنفاوی استفاده شده است. لاپاراتومی و



نمودار ۲) توزیع مراحل بیماری در بین ۹۶ نفر مبتلا به بیماری هوچکین بستری در بیمارستانهای ام حسین (ع)، طالقانی و شهید مدرس، سالهای (۷۷-۱۳۶۷)



۱) لنفوسیت با تعداد کم (۲) لنفوسیت غالب (۳) ندولار اسکروزینگ (۴) سلولهای مخلوط
نمودار ۳) توزیع فراوانی انواع پاتولوژی در ۸۳ بیمار مبتلا به هوچکین بستری شده در بیمارستانهای طالقانی، شهید مدرس و امام حسین (ع) (سالهای ۷۷-۱۳۶۷)

سلولی مخلوط فراوان تر می‌باشد. لذا با این چهره‌های اپیدمیولوژیک چنین تصور می‌شود که شاید در گروه سنی جوان و مسن اتیولوژی بیماری متفاوت باشد. شناخت بیماری در فصل زمستان بیشتر است؛ همچنین شواهدی از درگیری خانوادگی در بیماری هوچکین گزارش داده شده است. قل دیگر مبتلا به بیماری هوچکین اگر در اوائل بلوغ باشد باعث افزایش خطر ابتلا می‌شود ولی در سنین بالاتر چنین افزایش خطری وجود ندارد و درقل دیگر بیماری افزایش خطری ۳ برابر در خویشاوندان درجه اول و حدود ۷ برابر در قل دیگر بیماری وجود دارد (۷).

در مورد دوقلوها اگر دوقلوها همجنس باشند افزایش خطر نسبی به ۹ برابر می‌رسد و اگر غیر همجنس باشند حدود ۵ برابر است. باتوجه به این الگو مشکل است که بخواهیم این امر را به اساس توارثی ساده نسبت دهیم. تاکنون یک HLA خاص و دقیق مشخص نشده است اگر چه از حدود بیست سال پیش HLA4C را مطرح کرده اند.

همچنین مطالعاتی در ارتباط با نوع HLA و نوع زیرگروه بافت شناسی میزان گسترش بیماری و پاسخ به درمان انجام شده است. به نظر می‌رسد هاپلو ژن تیپهای A₁ و B₈ در طول عمر طولانی اینها غالب باشد. در کودکان ما تفاوت قابل توجه در بروز بیماری در دو جنس وجود دارد؛ به طوریکه، پسران حدود ۸۵ درصد موارد بیماری را شامل می‌شوند. یک الگوی جغرافیایی غیرمعمول نیز در این بیماران باتوجه به ملیتهای مختلف وجود دارد. نکته جالب توجه آن است که در بروز بیماری از یک کشور به کشور دیگر تفاوتی وجود دارد که اینها سه دسته کودکان، افراد بالغ و افراد مسن را شامل می‌شود. در ضمن، یک تفاوت نژادی نیز در بروز بیماری وجود دارد. در ایالات متحده آمریکا سیاه پوستان کمتر از سفیدپوستان درگیر این بیماری می‌شوند ولی در صورت ابتلا، نسبت به سفیدپوستان پیش آگهی

از نتایج دیگری که از بررسی پرونده ۱۲۲ بیمار دچار هوچکین به دست آمد ۵ درصد از بیماران از درگیری پایین دیافراگم و گرفتاری دستگاه گوارش شکایت داشتند و ۱/۶ درصد آنان فقط از گرفتاری قفسه صدری ناله داشتند.

از ۱۲۲ بیمار مبتلا به هوچکین ۴ نفر به طور همزمان مبتلا به سل و هوچکین بودند و یک مورد سل هم در موقع عود بیماری تشخیص داده شد (۴/۱۶ درصد). سل در ۴ نفر با تکه برداری از غدد لنفاوی و یک نفر با خلط مثبت تشخیص داده شده است. از ۱۲۲ نفر بیمار مبتلا به هوچکین ۲ نفرشان خواهر و برادر بودند. درگیری مغز استخوان در ۴ درصد موارد وجود داشت که اکثر آنان بیمارانی بودند که زیر گروه بافت‌شناسی (تعداد کم لنفوسیت) داشتند.

بحث

بیماری هوچکین در کشورهای پیشرفته یک بیماری غیرشایع می‌باشد که حدود ۱ درصد از تمام سرطانها را تشکیل می‌دهد (۱). این بیماری بین ۳ درصد هزار در کشورهای اروپائی و آمریکایی و تایک درصد هزار در کشور ژاپن بروز می‌کند (۴). بیماری هوچکین نسبت به سن بروز متفاوت دارد یعنی در افراد جوان و بالغ و مسن تر شیوع بیشتری دارد (۴). بررسی بروز جمعیتی بیماری با سن تابع دو لگاریتم خطی است (۵)؛ به طوریکه، تاسن حدود ۲۰-۲۴ سالگی افزایش شیب دارد و بعد از آن، این افزایش حالت تدریجی پیدا می‌کند. این الگو از الگوی لنفوم غیرهوچکینی و سرطان خون متفاوت می‌باشد. این الگو، همچنین باتوجه به نوع زیر گروه بافت شناسی نیز متفاوت است؛ به طوریکه مثلاً در زیر گروه لنفوسیت با تعداد کم ما الگوی دوکوهانه نداریم. در افراد بالغ جوان زیر گروه ندولار اسکروزینگ نوع غالب است ولی در افراد مسن تر نوع

بدتری دارند. شواهدی وجود دارد که افرادی که از مناطق کم خطر به مناطق پرخطر مهاجرت می‌کنند این مهاجرت برای آنان ریسک خطر ابتلا به بیماری محسوب می‌شود. ویژگی جالب در بیماری هوچکین این است که افرادی که از نظر وضعیت اجتماعی - اقتصادی در طبقه بالا هستند و ضریب هوشی بالا دارند بیشتر به این بیماری مبتلا می‌باشند (۴). همه گیر شناختی توصیفی بیماری هوچکین به یک بیماری عفونی به عنوان اتیولوژی بیماری در کودکان و بالغین جوان دلالت دارد. افرادی که پیشینه عفونت منونوکلئوز عفونی داشته باشند افزایش خطر ابتلا به بیماری هوچکین در آنان وجود دارد و عده‌ای از بیماران هوچکینی پادتن بیشتر از حد انتظار در برابر کپسید ویروس اپشتن بار دارند؛ بعلاوه، مطالعه روی سرم این افراد در حدود چندسال قبل از تشخیص بیماری پادتن های بالا در برابر این ویروس را نشان داده است. حضور توام پادتن‌های ایمونوگلوبولین A و G در برابر کپسید آنتی ژن ویروس پادگن هسته ای ویروس اپشتن بار C فعالیت این ویروس را برای مدتی قبل از بروز آشکار بیماری هوچکین نشان می‌دهند و لذا ممکن است این عفونت ویروسی نقطه شروع بیماری هوچکین باشد.

بعضی مطالعات نشان داده که علائم بالینی و پیش آگهی بیماری مربوط به نوع بافت شناسی بیماری می‌باشد. یک مطالعه که براساس طبقه بندی لوکز انجام شد رابطه ای بین بقاء بیماری و شش زیر گروه را نشان داده است. طول عمر ۱۵ ساله برای بیماران نوع گروه‌های هیستوسیتیک و لنفوسیتیک ۴۳/۵ درصد، برای نوع منتشر آن ۲۷/۵ درصد، برای نوع ندولار اسکروزینگ ۱۵/۴ درصد، برای نوع سلولی مخلوط ۱/۳ درصد، نوع رتیکولار ۴/۸ درصد و برای نوع بافیروز منتشر ۲/۱ درصد بوده است. این مطالعه در بیماران متعلق به ارتش ایالات متحده آمریکا که عمدتاً از مردان جوان بودند، انجام شد. گزارش دیگری از

بررسی براساس طبقه بندی برای مقایسه نوع زیر گروه و مرحله آسیب شناسی بیماری وجود دارد که نشان می‌دهد ۷۶ درصد از بیماران لنفوسیت غالب در مراحل اول و دوم بیماری بودند که این رقم در مورد نوع ندولار اسکروزینگ ۶۰ درصد، در نوع سلولی مخلوط ۴۴ درصد و در نوع لنفوسیت با تعداد کم ۱۹ درصد بوده است. تظاهرات بیماری در بیشتر موارد از عقده‌های لنفاوی گردن شروع می‌شود. در بعضی موارد نشانه‌هایی از تب، عرق شبانه، خارش یا کاهش وزن - که می‌تواند چهره غالب بیماری نیز باشد- در ابتدای امر وجود دارد.طحال یا کبد بزرگ در موارد دیگر مشاهده می‌شود و در تعدادی از بیماران عقده‌های لنفاوی بزرگ زیر بغل دیده می‌شود (۳).

در مطالعه دیگری که در مرکز طبی کودکان در طی سالهای ۱۳۵۴-۱۳۶۶ انجام شد نشان می‌دهد که بیشتر بیماران مذکر می‌باشند که نسبت به آمار بالغین ما تعداد افراد مذکر آنان به میزان بیشتری وجود دارد (۹). اکثر بیماران که دوران کودکی را می‌گذرانند در مرحله سوم و چهارم مراجعه کردند و در بیماران مورد بررسی ما (بالغین) بیشترشان در مراحل اول و دوم مراجعه کرده‌اند. در کودکان ۵۶ درصد دارای علائم اساسی B و در بیماران ما ۸۳/۶ درصد بیماران دارای علائم اساسی B بودند. از نظر آسیب شناختی ۱۶ درصد کودکان بیمار با برتری لنفوسیتی، ۱۹ درصد با ندولار اسکروزینگ، ۵۴ درصد با سلولهای مختلط و ۱۱ درصد با کاهش لنفوسیتی مراجعه کردند ولی در بررسی ما ندولار اسکروزینگ ۴۲/۷ درصد و برتری لنفوسیتی ۲۴/۱ درصد می‌باشد. در کودکانی که از نوع سلولهای مخلوط می‌باشند به میزان ۵۴ درصد هستند که در مقایسه با بزرگسالان (۲۷/۷ درصد) از میزان بالائی برخوردار است. یافته ما با یافته های هیس و همکاران، رایت و همکاران، دیویتا و همکاران که نشان می‌دهند که ندولار اسکروزینگ به عنوان

غیرهوچکین نشان داده شده است (۸) که جمعا ۶۵ نفر از بیماران با هم فامیل بودند. ۲۰ نفر فامیل باهم هوچکین داشتند؛ ۸ زوج لنفوم غیرهوچکین و هوچکین داشته و ۸ زوج دیگر با هم لنفوم غیرهوچکین داشتند. در بیماران هوچکینی اکثریت باکسانی بود که پدر یا مادر و فرزند درگیری داشتند. در بیماران ما فقط ۲ نفر (۱/۶۳ درصد) خواهر و برادر بودند. باتوجه به تعداد کم بیماران و تعداد کم افراد فامیل این امر ارزش آماری ندارد.

در نتیجه با استناد به یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت بیماری هوچکین که جزء دسته لنفوم‌های بدخیم می‌باشد و با درمان مناسب حدود ۸۰ درصد بهبودی نسبی پیدا می‌کند و با توجه به اینکه در اغلب کشورها بیماران را بالغین جوان تشکیل می‌دهند و امید زیادی به زندگی خوب و حیاتی پرنشاط دارند و حضورشان برای مملکت خود مثمرتر می‌باشد، برای به دست آوردن این آرزو در شناخت اتیولوژی، بررسی علت ژنتیک و درمان بیماری فعالیت و تحقیقات فراوانی را طلب می‌کند.

مراجع

1. Rosenberg SA. The management of Hodgkin's disease: Half a century of change, the Kaplan memorial relecture. Am Oncol 1996; pp 555-60.
2. Solanellas JE, Steban F, Saladado, et al. Hodgkin's disease of middle ear mastoid. J La & Yngolotal 1996; 10:869-71.
3. Levime Am. HIV associated HD-Biologic and clinical aspects. Heamatol Oncol Clin Morth Am 1990; 10:1135-98.
4. Forsyth PO, Bessell FM. Hodgkin's disease impatients older than 10 years of age: A registry based analysis. Eur J Cancer, 1997; 23:1638-42.
5. Greil R. Prognosis and management strategies of lymphatic meofosias. The Elderly Oncology 1996; 55:265-75.

شایعترین یافته است، هم آهنگی دارد. همچنین از نظر سنی نتایج ما با بیماران بزرگسال آمریکا و اروپا تقریبا هم آهنگی وجود دارد.

در بیشتر مطالعات انجام شده قله سنی غالب قله سنی اول است (۱/۳/۴) و اگر سن و زیر گروه هوچکین را با هم مقایسه نمائیم متوجه می‌شویم که اکثر بیماران جوان ما را ندولاراسکلروزینگ تشکیل می‌دهند ولی در افراد مسن‌تر (بالا تر از ۴۰ سال) بیشتر آنان با نوع سلول مخلوط می‌باشند. در بررسی دیگری که Forsvth و همکاران (۴) انجام دادند نشان می‌دهد که هیچ گونه اختلافی از نظر سکنس، علائم بیماری و بافت شناسی و مرحله بیماری بین افراد جوان و افراد پیر به دست نیامده است- غیر از یک مورد که در افراد بالاتر از ۷۰ سال نوع لنفوسیت غالب دیده نشده که در مقایسه با بررسی ما که در سه مورد لنفوسیت غالب گزارش داده شده است همخوانی نسبی وجود دارد. در یک بررسی دیگر که Siebert و همکاران در ارتباط با رابطه خانوادگی در بیماری هوچکین و لنفوم

6. Taylor PR, Angus B. Hodgkin's disease: a population adjusted clinical epidemiology study of management at presentation. Northern Region lymphoma Ground J 1998; 91:131-9.
7. Prvkhgm N. Hodgkin's disease. Oxford Textbook of Oncology 1995; 2:1720-51.
8. Sienert R, Louie D. Familial Hodgkin and non-Hodgkin's lymphoma: Different patterns in first degree & elativey. Zeuk-Lymphoma 1997; 24:503-7.

۹. ایزدیار م، رخشان م و طحان‌نژاد ز. طبقه‌بندی هیستوپاتولوژیکی و بررسی عوامل بالینی بیماران مبتلا به هوچکین در مرکز طبی کودکان. مجله علمی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، شماره مسلسل ۳۲، اسفند ۱۳۷۶، صص ۳۲-۳۴.

The evaluation of Hodgkin's disease in three University Hospitals (1992-1997)

Khosronia I*

* Imam Hosein Hospital, Department of Internal Medicine, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

SUMMARY

Considering the high prevalence and unique features of Hodgkin's disease, its non-specific symptoms at the beginning of the disease, existing controversy on the age distribution of patients and histopathological features and its unknown status in Iran. This study was conducted in Modarres, Taleghani and Imam Hosein Hospitals between 1992 to 1997 to assess primary symptoms and histopathological features.

In a retrospective study based on existing data in the patients files, personal information including age, sex, major signs and symptoms, histopathological features of Hodgkin's disease were obtained and recorded.

There were 350 cases of Hodgkin's disease of whom 122 had complete files (72 men, 50 women aged 35 ± 18 ys).

Among 122 cases; 83% had major signs and symptoms (3) and 73% had solid cervical nodule on presentation. One-third of patients were in stage II and 43% had nodular sclerosis. According to high prevalence of Hodgkin's disease and involvement of patients in their active life period, it is recommended to conduct analytical studies to investigate the etiology of the disease.

Keywords: Hodgkin, Malignant lymphoma