

بازنگری و طبقه بندی لنفوم اولیه پوست بیماران ایرانی بر اساس رده بندی WHO-EORTC: گزارش کوتاه

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۲/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۷/۰۱

زمینه و هدف: لنفوم اولیه پوستی به دو گروه لنفوم پوستی T-CELL و B-CELL تقسیم می‌شوند. این مطالعه به هدف تقسیم بندی هیستوپاتولوژیک و مشخص شدن مشخصات دموگرافیک بیماران ایرانی انجام گرفت. **روش بررسی:** ۲۳۴ بیمار مبتلا به لنفوم اولیه پوست که در مدت چهار سال به بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه نمودند مورد تحقیق قرار گرفتند. اطلاعات بیماران با مطالعه پرونده جمع‌آوری شد، لام‌ها و مدارک مجدداً مورد بررسی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** از میان ۲۳۴ بیمار، تنها علامت بالینی بیماران، خارش پوستی و شایع‌ترین محل درگیری جنرالیزه گزارش شده است. ۱۸۹ بیمار T-CELL و ۴۵ بیمار B-CELL را داشتند، سن بیماران و برتری جنسی به هر دو نوع لنفوم در زمان تشخیص مشابه و با مردان بوده است. **نتیجه گیری:** نتایج اطلاعات، رده بندی هیستوپاتولوژیک و دموگرافیک بیماران مبتلا به لنفوم اولیه پوست را فراهم می‌کند.

کلمات کلیدی: لنفوم اولیه پوستی، لنفوم پوستی T-CELL، لنفوم پوستی B-CELL.

کامبیز کامیاب حساری^۱، مریم غیائی^۲
آریتا نیکو^۱، محسن بیگلریان^{۱*}
سید مجتبی جمالی^۲

۱- گروه درماتولوژی

۲- گروه درماتولوژی

۱ و ۲- بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران خیابان وحدت اسلامی،
بیمارستان رازی
تلفن: ۵۵۱۵۹۹۸-۰۲۱
E-mail: biglaryan@gmail.com

مقدمه

تشخیص لنفوم اولیه پوستی را تحت تاثیر قرار داده،^۱ ارزیابی صحیح در تشخیص و شناسایی فاکتورهای پیش‌بینی باعث شناسایی درمان صحیح می‌شود اما تاکنون هیچ یک از روش‌های تقسیم‌بندی به تنهایی تمام این کرایتریاهای پوشش ندادند، از روش‌های نام برده، چندین روش تقسیم‌بندی لنفوم پوستی به زیر گروه‌های مختلف ارائه شده‌اند. از متداول‌ترین سیستم‌های طبقه‌بندی این تومور، WHO و یا EORTC هستند که هر دو سیستم به تنهایی نقص‌هایی را دارند. بیش‌ترین اتفاق نظر در این تقسیم‌بندی‌ها لنفوم پوستی T-CELL، Cutaneous T-CELL Lymphoma (CTCL) است، هم‌چنین اختلاف نظر در تعریف و واژه‌شناسی لنفوم‌های پوستی B-CELL، Cutaneous B-Cell Lymphoma (CBCL) گنج‌کننده می‌باشد. برای رفع این مشکلات سیستم طبقه‌بندی WHO و یا EORTC جایگزین شد که گام مهمی

لنفوم‌های اولیه پوستی (Primary cutaneous lymphoma) گروه هتروژن می‌باشند و از بدخیم شدن سلول‌های هماتوپوئیتیک و سلول‌های لنفویید T-CELL، B-CELL و NK-CELLS پوست ایجاد می‌شوند و تظاهر خارج پوستی بستگی به مرحله‌ی پیشرفت بیماری در زمان تشخیص دارد.^{۱-۳} لنفوم‌های پوستی با سرعت زیاد نسبت به سایر سرطان‌ها در ایالات متحده آمریکا رو به افزایش است، میزان بروز این بیماری هر سال ۱/۱۰۰۰۰۰ برآورد شده است که بعد از لنفوم دستگاه گوارش شایع‌ترین لنفوم خارج گره لنفاوی است.^۴ برخلاف لنفوم‌های ندولار، این تومور رفتار کلینیکی متفاوت را نشان می‌دهد. گسترده شدن طیف تحقیقات مولکولی جدید و بافت‌شناسی،

یافته‌ها

طبق بررسی چهار ساله در آرشیو پاتولوژی بیمارستان رازی، ۲۳۴ نمونه بیمار مبتلا به لنفوم اولیه پوست (۱۸۹ بیمار T-CELL و ۴۵ مورد B-CELL) وجود داشت که در این مطالعه تحت بررسی قرار گرفتند.

متوسط سنی این بیماران در این بازه زمانی تشخیص در دو گروه اصلی T-CELL، B-CELL، ۴۸/۸۵ سال بوده و اختلاف بازه سنی در افراد مبتلا به CTCL ۷-۹۸ سال بود، (مردان ۱۱۲ و زنان ۷۷ نفر) و CBCL ۷۵-۱۶ سال، (مردان ۲۸ و زنان ۱۷ نفر) گزارش شدند. از ۱۸۹ مورد نمونه بافتی، CTCL با تشخیص قطعی پرولیفراسیون لنفوسیت T و ارتشاح لینکویید اولیه بررسی شد، ۱۱۴ نمونه با میکوزیس فونگوئیدس (MF) مطابقت داشت، ۱۱ نمونه همراه با دژنراسیون موسینوز فولیکول موئی میکوزیس فونگوئیدس (Mycosis Fungoides Folliculotropic, MF) بدون فولیکوتروپ (Mycosis Fungoides Folliculotropic, MF) بدون درگیری اپیدرم توصیف شد (شکل ۱)، پنج نمونه با بچ‌های لوکالیزه همراه با تکثیر لنفوسیت‌های T، پازتویید رتیکولوزیس بدون درگیری اپیدرم تشخیص داده شد (شکل ۲).

در صورتی که بیماری پوست شل گرانولوماتوز به عنوان یک متغیر بسیار نادر MF در نمونه‌های بررسی شده در این مطالعه دیده نشد. شش نمونه که تا حدی مشابه MF بود که ارتشاح یکسان سلولی و درگیری پوست اندکی داشت، سندرم سزاری (Sezary syndrome) شناخته شد (شکل ۳)، ۱۸ نمونه با مورفولوژی آناپلاستیک و پلئومورفیک + CD30 که با هسته‌های گرد و بیضی‌های نامنظم و هستک‌های برجسته ائوزینوفیلیک همراه سیتوپلاسم فراوان که با توصیف Primary Cutaneous Anaplastic Large Cell Lymphoma (C-ALCL) مطابقت داشت گزارش شد (شکل ۴). تشخیص ۲۹ نمونه به بیماری مزمن و محدود شونده پاپولونکروتیک یا پاپولوندولار لنفوماتویید پاپولوزیس لنفوم بدخیم اعلام شد (شکل ۵)، چهار نمونه لنفوم اولیه پوستی پیرامونی T-CELL نامشخص بوده، نمای پاتولوژی دو نمونه دیگر مربوط به لنفوم شبه پانیکولیتی با ارتشاح زیر پوستی T-CELL با اندازه‌های مختلف و تعداد زیاد ماکروفاژ گزارش شد. لنفوم از نوع خارج گره لنف سلول‌های NK/T-CELL و نوع خارجی وابسته به گره بینی وجود نداشت.

محسوب می‌گردد، به دلیل این که شکل یکسانی به تشخیص داده و چشم‌انداز جدید درمانی برای بیماران مبتلا به لنفوم پوستی باز می‌کند.^۶ در این مطالعه نمونه‌های بافتی موجود در آرشیو پاتولوژی بیمارستان رازی توسط سیستم WHO-EORTC بازنگری و تقسیم‌بندی نموده، شایع‌ترین علایم دموگرافیک همراه با یافته‌های هیستوپاتولوژیک بیماران را بر حسب سیستم تقسیم‌بندی جدید در بیماران ایرانی تعیین و برای راهنمایی جامع به‌خصوص در تشخیص زود هنگام بیماری در مبتلایان در ایران استفاده کرد.

روش بررسی

در این مطالعه گذشته‌نگر، پس از مطالعه پرونده بیماران مبتلا به لنفوم اولیه پوست که به مرکز فوق تخصصی بیماری‌های پوست دانشگاه تهران، بیمارستان رازی طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۴ مراجعه کرده بودند طراحی و اجرا شد، استخراج اطلاعات از پرونده آن‌ها صورت گرفت. ارزیابی هیستولوژیک شامل بیوپسی‌های متعدد انجام شده از قسمت‌های مختلف درگیر بیمار بود و بیماران با تشخیص اولیه لنفوم که بررسی پاتولوژی آن‌ها تایید نشده بود از مطالعه خارج شدند.

در موارد عدم وجود تشخیص قطعی در لام‌ها و مدارک موجود بررسی توسط دو درماتوپاتولوژیست دیگر بررسی انجام شد. رنگ‌آمیزی نمونه‌ها توسط هماتوکسیلین-ائوزین، رتیکولین و PAS، در صورت امکان رنگ‌آمیزی گیمسا و ایمونوهیستوشیمی با استفاده از مارکرهای آنتی‌ژنیک معمول لنفوسیت و ایمونوژنیک روی نمونه‌های پارافینی انجام شد. تقسیم‌بندی نمونه‌ها بر اساس WHO-EORTC صورت پذیرفت.^۷

موارد مقایسه برای بررسی بیماران شامل: سن، جنس، نوع لنفوم اولیه پوست، علایم کلینیکی زمان مراجعه بیمار (به‌علت ناقص بودن بسیاری از پرونده‌ها قابل بررسی در بیماران خارش بود) و محل درگیر بیماری (چهار گروه سر و گردن، تنه، اندام‌ها، جنرالیزه) تقسیم شد. اطلاعات بیمار با پرسش‌نامه‌هایی که با استفاده از موارد نام برده بالا تنظیم شده جمع‌آوری و پس از ورود اطلاعات به نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۶، آنالیز اطلاعات با استفاده از آزمون‌های χ^2 و Student's t-test انجام گردید. مقادیر $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱: نتایج به دست آمده از بررسی پرونده‌های بیماران بر اساس رده‌بندی

WHO-EORTC از لنفومای اولیه پوست		رده‌بندی بر اساس WHO-EORTIC		تعداد	فراوانی
لنفوم‌های سلول‌های T, NK پوستی	۱۸۹	۸۰/۷۷	۴۱/۱۷	۱۱۴	۴۸/۱۷
میکوزیس فونگوئیدس					
زیر گروه‌ها و واریاسیون‌های دیگر میکوزیس فونگوئیدس					
میکوزیس فونگوئیدس فولیکوتروپ	۱۱	۴/۷۱		۱۱	۴/۷۱
پاژتوئید رتیکولوزیس	۵	۲/۱۴		۵	۲/۱۴
بیماری پوست شل گرانولوماتوز	۰	۰		۰	۰
سندرم سزاری	۶	۲/۵۶		۶	۲/۵۶
لوسمی و لنفوم سلول‌های T در بالغین	۱	۰/۴۳		۱	۰/۴۳
لنفوم سلول‌های بزرگ آناپلاستیک اولیه پوست	۱۸	۷/۶۹		۱۸	۷/۶۹
لنفوماتوئید پاپولوزیس	۲۹	۱۲/۳۹		۲۹	۱۲/۳۹
لنفوم سلول T شبه پانیکولیتی	۱	۰/۴۳		۱	۰/۴۳
لنفوم سلول‌های T و NK از نوع خارج گره لنف	۰	۰		۰	۰
لنفوم سلول‌های T محیطی اولیه (غیر اختصاصی)	۴	۱/۷۱		۴	۱/۷۱
لنفوم تهاجمی سلول‌های T CD8 ⁺ اپیدرم دوست	-	-		-	-
لنفوم سلول‌های T g/d	-	-		-	-
لنفوم اولیه پوستی سلول‌های پوستی پلنومورفیک سلول‌های T CD4 ⁺ کوچک / متوسط	۴۵	۱۹/۲۳		۴۵	۱۹/۲۳
لنفوم سلول‌های B پوستی	۱۳	۵/۲۵		۱۳	۵/۲۵
لنفوم اولیه پوستی - سلول‌های حاشیه‌ای B	۲۳	۹/۸۳		۲۳	۹/۸۳
لنفوم اولیه پوستی - نوع فولیکول سنتر	۸	۳/۴۲		۸	۳/۴۲
لنفوم اولیه پوستی - منتشر از سلول‌های B بزرگ (Leg type)	۱	۰/۴۳		۱	۰/۴۳
لنفوم اولیه پوستی - منتشر از سلول‌های B بزرگ (انواع دیگر)	۰	۰		۰	۰
لنفوم‌های اولیه پوستی منتشر از سلول‌های B بزرگ و دیگر انواع لنفوم‌های B بزرگ داخل عروقی	۲۳۴	۱۰۰		۲۳۴	۱۰۰

جدول ۲: بررسی مشخصات در پرونده بیماران مبتلا

متغیر	CTCL	CBCL	مجموع
تعداد=۱۸۹	تعداد=۴۵	تعداد=۲۳۴	
سن	۴۵/۸۵(۷-۹۸)	۴۵/۸۵(۱۶-۷۵)	۴۵/۸۵(۷-۹۸)
جنس	مرد/زن=۱/۴۶	مرد/زن=۱/۶۵	مرد/زن=۱/۴۹
	مرد=۱۱۲	مرد=۶۵	مرد=۱۴۰
	زن=۷۷	زن=۱۷	زن=۹۴
زمان شروع علائم تا زمان تشخیص (ماه)	۴۶(۱-۴۸۰)	۳۴(۲-۴۸۰)	۴۳/۵(۱-۴۸۰)
خارش	۱۵۰(٪۷۹/۴)	۳۸(٪۸۴/۴)	۱۸۸(٪۸۰/۳)
تعداد	۱۸۹	۴۵	۲۳۴

CTCL= Cutaneous T-CELL Lymphoma
CBCL= Cutaneous B-Cell Lymphoma

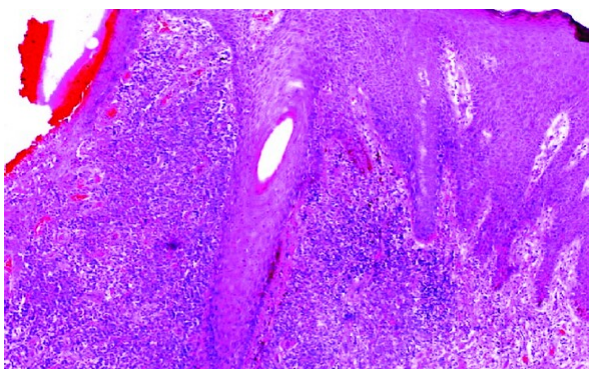
جدول ۳: توزیع محل درگیری بیماران

محل درگیری	CTCL	CBCL	مجموع
تعداد=۱۸۹	تعداد=۴۵	تعداد=۲۳۴	
تنه	۴۸(٪۲۵/۴)	۷(٪۱۵/۶)	۵۵(٪۲۳/۵)
اندام	۴۳(٪۲۲/۸)	۱۰(٪۲۲/۲)	۵۳(٪۲۲/۷)
سر و گردن	۱۵(٪۷/۹)	۱۱(٪۲۴/۴)	۲۶(٪۱۱/۱)
منتشر	۸۳(٪۴۳/۹)	۱۷(٪۳۷/۸)	۱۰۰(٪۴۲/۷)
تعداد	۱۸۹	۴۵	۲۳۴

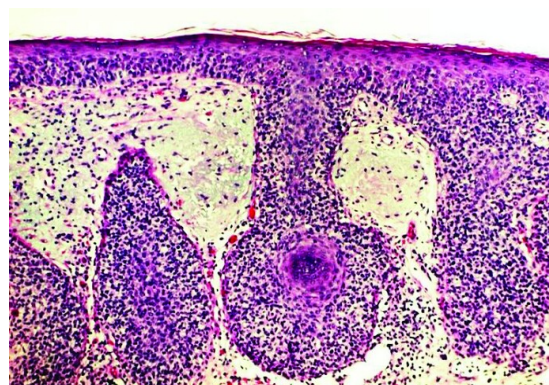
CTCL= Cutaneous T-CELL Lymphoma
CBCL= Cutaneous B-Cell Lymphoma

گزارش شدند (شکل ۶). هشت نمونه از لنفوم اولیه پوست منتشر از سلول‌های B-CELL، Type leg، با پیش‌آگهی بسیار بد بود که جمععی از B-CELL‌های نئوپلاستیک در عروق خونی خون را نشان داد (شکل ۷) از لنفوم‌های منتشر از B بزرگ داخل عروقی موردی در مطالعه دیده نشد (جدول ۱). شایع‌ترین مناطق درگیری در هر دو گروه، فرم منتشر با ۱۰۰(٪۴۲/۷) بیمار، در Cutaneous T-CELL Lymphoma (CTCL) ۸۳(٪۴۳/۹) بیمار و Cutaneous B-Cell Lymphoma (CBCL) ۱۷(٪۳۷/۸) بیمار اعلام شد. تنه با ۵۵(٪۲۳/۵) بیمار، در CTCL با ۴۸(٪۲۵/۴) بیمار و CBCL با ۷(٪۱۵/۶) بیمار، همین‌طور اندام‌ها ۵۳(٪۲۲/۷) بیمار، در CTCL ۴۳(٪۲۲/۸) بیمار و CBCL ۱۰(٪۲۲/۲) بیمار و میزان درگیری سر و گردن ۲۶(٪۱۱/۱)

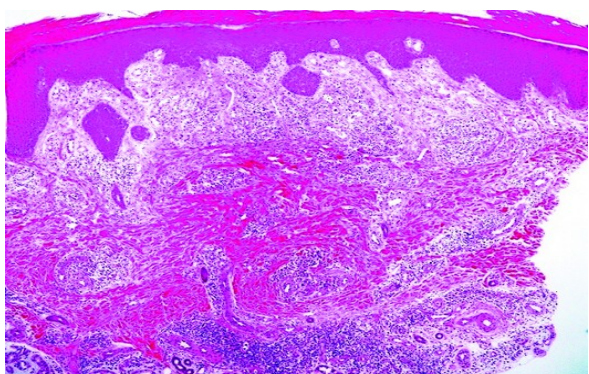
شایع‌ترین نوع بیماری‌های CBCL، لنفوم اولیه پوستی - فولیکول سنتر با رشد آرام و ارتشاح لنفوسیت‌های کوچک به صورت گره‌دار تا وسیع بدون درگیری اپیدرم با ۲۳ نمونه، هم‌چنین نوع حاشیه‌ای لنفوم اولیه پوست B در رتبه بعدی با ظاهر میکروسکوپی سلول‌های نفوذ یافته از لنفوپلاسماسیتوئید و پلاسماسل در حاشیه درم با ۱۳ نمونه



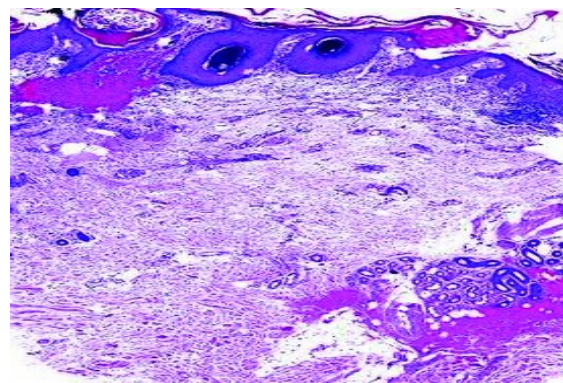
شکل ۴: لنفوم اولیه پوستی C-ALCL (100x)



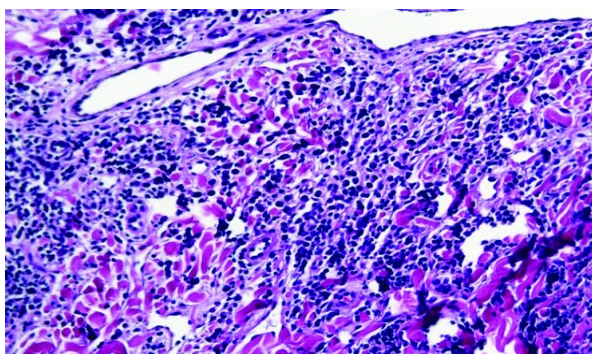
شکل ۱: مایکوزیس، فولیکوتروپیک (100x)



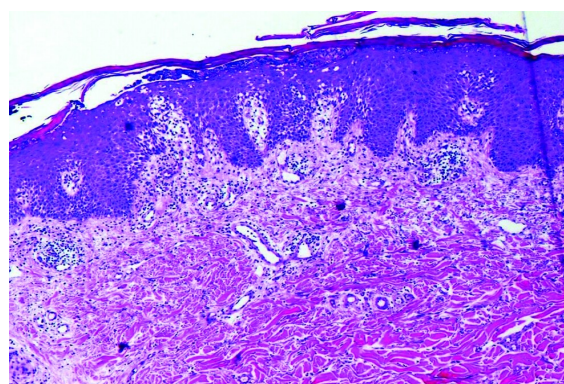
شکل ۵: لنفوماتوئید، پاپولیس (40x)



شکل ۲: پاگتوئید رتیkulوزیس (100x)



شکل ۶: لنفوم B-CELL مارژینال پوستی اولیه (100x)



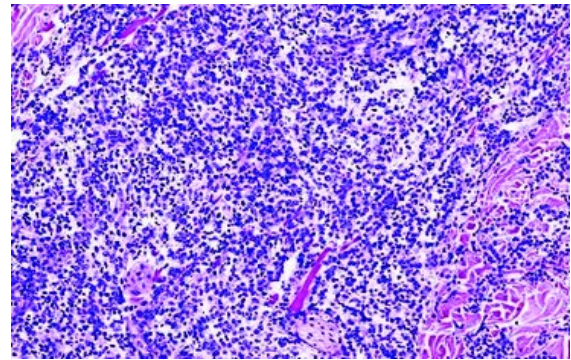
شکل ۳: سندرم سزاری (40x)

می‌دهند. هر گروه روش درمانی مجزایی را می‌طلبد که به فاکتورهای غیر وابسته‌ای چون تظاهرات بالینی، بافت‌شناسی، ایمونوفنوتیپ و ایمونوژنوتیپ تومور بستگی دارد.

طی مطالعاتی که در سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۶ توسط Willemze منتشر شد، تفاوت‌های موجود در رده‌بندی لنفوم CTCL و کرایتریایها را تا تقسیم‌بندی جدید WHO-EORTC از سال ۱۹۰۶ مورد بررسی قرار دادند و به نتایج زیر دست یافتند:^۱ CTCL به گروهی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که تنوع در رفتار کلینیکی آنان پیش‌آگهی متفاوت داشته و نیازهای درمانی خاص را طلب می‌کند.^۲ تشخیص و تقسیم‌بندی بیماری باید بر اساس مجموعه‌ای از کرایتریایهای کلینیکی، بافت‌شناسی و ایمونولوژی باشد.^۳

تقسیم‌بندی‌های WHO-EORTC برای ۹۰٪ موارد CTCL یکسان عمل می‌کند.^{۱۰-۸} باز هم در سال ۲۰۰۶ Burg، در بیمارستان دانشگاهی سویس، لنفوم‌های بدخیم پوستی را به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم و فاکتورهای خطر این بیماری را ذکر نمود، هم‌چنین زیر گروه‌ها را از جنبه درجه بدخیمی بررسی و استراتژی درمانی لازم را بر این اساس توصیه کرد.^{۱۱} Dummer در سال ۲۰۰۷ در زمینه پاتولوژی یافته‌های جدید را ارائه داد تا به فاکتورهای خطر این بیماری‌ها دست یابند.^۵ مطالعه Sneff در دانشگاه Leiden هلند در سال ۲۰۰۸، CBCL را بررسی و به اختلاف موجود در استراتژی‌های درمانی به بررسی شدت درجه این بیماری در بین مراکز درمانی بیماری‌های پوست اشاره کرد و به علل این اختلاف پرداخت، هم‌چنین نیاز به یک روش یکسان تقسیم‌بندی برای تشخیص و درمان بیماران مبتلا به CBCL را مطرح نمود.^{۱۲}

سیستم‌های متداول این سری تومورها، سیستم‌های WHO، EORTC، هر کدام به تنهایی دارای نقص هستند و به قسمتی از این مشخصات توجه کرده‌اند این دو تقسیم‌بندی در مورد لنفوم‌های اولیه سلول T بسیار به هم شبیه هستند و اختلافاتی در مورد لنفوم‌های اولیه سلول B وجود دارد، به عنوان مثال سیستم WHO با توجه به بافت‌شناسی و شکل مولکولی سلول‌ها این لنفوم را تقسیم‌بندی کرده است.^{۱۳} مطالعه ما تقسیم‌بندی اطلاعات دموگرافیک و هیستوپاتولوژیک مربوط به بیماران لنفوم اولیه پوست را از مرکز درمانی بیمارستان رازی دانشگاه تهران گزارش می‌کند. آگاهی از تقسیم‌بندی هیستوپاتولوژیک و تظاهرات کلینیکی لنفوم اولیه پوست



شکل ۷: لنفومای پوستی اولیه با ارتشاح وسیع B-CELL, Leg Type (100x)

بیمار، مانند سه گروه نام برده پیشین، CTCL نسبت به CBCL بیش‌تر بود، ۱۱٪ (۲۴/۴) بیمار در مقابل ۱۵٪ (۷/۹) بیمار) گزارش شد (جدول ۳). متوسط فاصله زمانی درگیری پوست و شروع علائم تا زمان تشخیص طولانی بود.

CBCL نسبت به CTCL (متوسط زمان در بیماران CBCL ۳۴ ماه، در مقابل بیماران CTCL ۴۶ ماه در مجموع لنفوم اولیه پوستی ۴۳/۵ ماه $P=۰/۴۰$) دوره زمانی کم‌تری را داشتند که خود می‌تواند تا حدی به علت تاخیر در تشخیص ماهیت شروع مخفی این بیماری و نیز تعداد بالای تشخیص افتراقی باشد که تشخیص قطعی برای علائم بالینی را دشوار نموده و هیستوپاتولوژی آن غیر اختصاصی خواهد شد. در بررسی پرونده بیماران، تنها نشانه قابل بررسی خارش پوستی بود. تعداد بیمارانی را که از خارش شکایت داشتند در مقابل بیمارانی که خارش نداشتند بیش‌تر بوده {۱۸۸٪ (۸۰/۳)} بیمار در مقابل ۴۶٪ (۱۹/۷) بیمار}، این نسبت نیز در CTCL ۱۵۰٪ (۷۹/۴) بیمار و CBCL ۳۸٪ (۸۴/۴) بیمار به طور مشابه وجود داشته است (جدول ۲).

بحث

لنفوم‌های اولیه پوستی T-CELL و B-CELL گروه هتروژنی از لنفوم غیرهوچکینی (Non-Hodgkin's Lymphoma, NHL) هستند که در پوست تظاهر می‌یابند.^{۱۴} تومورهای لنفوم برخلاف لنفوم‌های ندولار با رفتار کلینیکی متفاوت و مشخصه‌های جدید مولکولی و بافتی که از خود نشان می‌دهند، تشخیص بیماری را تحت تاثیر قرار

که این رتبه به لنفوم اولیه پوست در مرکز فولیکول با ۵۱/۱۱٪ از نمونه‌های CBCL تعلق گرفت. به علت ماهیت گذشته‌نگر بودن مطالعه، تعیین فاصله درست زمان بین شروع علائم و تشخیص بیماری سخت بود (در CTCL ۴۶ ماه و CBCL ۳۴ ماه) که علت آن را می‌توان شروع مخفی بیماری و متعدد بودن تشخیص‌های افتراقی نام برد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که طراحی مطالعه جامعه‌نگر در منطقه انجام گیرد تا مطابق آن به اطلاعات اپیدمیولوژیک پایه‌ای بر مبنای فاکتورهای پاتوزنیک و دموگرافیک دقیق‌تر از این دسته بیماری‌ها دست یابیم.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل پایان‌نامه تحت عنوان "بازنگری و تقسیم‌بندی هیستوپاتولوژیک لنفوم اولیه پوست بر اساس تقسیم‌بندی WHO-EORTC در مرکز پاتولوژی بیمارستان رازی در فاصله زمانی مهر ماه ۱۳۸۴ تا مهر ماه ۱۳۸۸" در مقطع پزشکی عمومی و کد ۲۱۱۹۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، بیمارستان رازی اجرا شده است.

در مناطق مختلف جغرافیایی، می‌تواند راه‌گشایی برای یافتن فاکتورهای خطر و مکانیسم‌های ایجاد کننده این دسته از بیماری‌های بدخیم باشد. اطلاعات دموگرافیک از این دسته بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای پیشرفته غربی اندک است. نتایج به‌دست آمده، اولین گزارش ایران در رده‌بندی هیستوپاتولوژیک لنفوم اولیه پوستی در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی، تفاوت‌های نامحسوسی با نتایج مطالعات در کشورهای غربی داشت.^{۱۴} میانگین سنی کاملاً مشابه دو گروه اصلی لنفوم اولیه پوست (CBCL, CTCL) با مقدار تقریبی ۴۹ سال می‌باشد. فاصله سنی اختصاص داده شده به CTCL (۷-۹۸ سال) و (۷۵-۱۶ سال) مربوط به CBCL، شیوع بیش‌تر CTCL در مقابل CBCL (۱۸۹/۸۰/۷۷ بیمار در برابر ۴۵/۱۹/۲۳ بیمار) را نشان می‌دهد در مطالعه ما برتری جنسی در هر دو نوع لنفوم پوستی با جنس مردان بود که در مطالعات قبلی گزارش نشده است.^{۱۴} از این میان MF بیش‌ترین شیوع با ۶۰/۸۵٪ از نمونه‌های CTCL را داشت

References

- Newton R, Ferlay J, Beral V, Devesa SS. The epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma: comparison of nodal and extra-nodal sites. *Int J Cancer* 1997;72(6):923-30.
- Zinzani PL, Quaglino P, Pimpinelli N, Berti E, Baliva G, Rupoli S, et al. Prognostic factors in primary cutaneous B-cell lymphoma: the Italian Study Group for Cutaneous Lymphomas. *J Clin Oncol* 2006;24(9):1376-82.
- Groves FD, Linet MS, Travis LB, Devesa SS. Cancer surveillance series: non-Hodgkin's lymphoma incidence by histologic subtype in the United States from 1978 through 1995. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(15):1240-51.
- Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood* 2005;105(10):3768-85.
- Dummer R, Asagoe K, Cozzio A, Burg G, Doebbeling U, Gollig P, et al. Recent advances in cutaneous lymphomas. *J Dermatol Sci* 2007;48(3):157-67.
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al, editors. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues (IARC WHO Classification of Tumours). Vol. 2, 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Cerroni L, Gatter K, Kerl H. Skin Lymphoma: The Illustrated Guide. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
- Lennert K, Feller AC, editors. Histopathology of Non-Hodgkin's Lymphomas. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992. p. 312.
- Dummer R, Dreyling M; ESMO Guidelines Working Group. Primary cutaneous lymphoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2008;19 Suppl 2:ii22-6.
- Willemze R, Meijer CJ. Classification of cutaneous T-cell lymphoma: from Alibert to WHO-EORTC. *J Cutan Pathol* 2006;33 Suppl 1:18-26.
- Burg G, Kempf W, Cozzio A, Döbbeling U, Feit J, Gollig P, et al. Cutaneous malignant lymphomas: update 2006. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006;4(11):914-33.
- Senff NJ, Noordijk EM, Kim YH, Bagot M, Berti E, Cerroni L, et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer and International Society for Cutaneous Lymphoma consensus recommendations for the management of cutaneous B-cell lymphomas. *Blood* 2008;112(5):1600-9.
- Willemze R. XV. Primary cutaneous lymphomas. *Ann Oncol* 2011;22:iv72-5.
- Querfeld C, Guitart J, Kuzel TM, Rosen ST. Primary cutaneous lymphomas: a review with current treatment options. *Blood Rev* 2003;17(3):131-42.

Revision and classification of persian patient's primary cutaneous lymphoma according to WHO-EORTC classification in Razi Hospital, Tehran: *a brief report*

Abstract

Received: May 19, 2012 Accepted: September 22, 2012

Kambiz Kamiab Hesari M.D.¹
Maryam Gheiasi M.D.²
Azita Niko M.D.¹
Mohsen Biglarian M.Sc.^{1*}
Mogtaba Seyyed Gamali M.D.²

1- Department of Dermatopathology, Razi Hospital Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Department of Dermatology, Razi Hospital Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Background: Primary cutaneous lymphoma is separated into two groups, cutaneous lymphoma (CTCL) and cutaneous B-CELL Lymphoma (CBCL). This study was performed to classify histopathologically and define demographic features of Persian patients with primary cutaneous lymphoma.

Methods: Twenty hundred and thirty four patients with primary cutaneous lymphoma who have been referred to Razi Hospital in Tehran, Iran during at four year period (October 2005 to October 2009), were investigated in this study. The data were gathered by reviewing their medical records and examined again extant evidence and histology slides.

Results: Among 234 Patients, the only clinical feature that could be assessed was itching. The most common involves location of disease was generalized. 189 (80.77%) cases of the patients had CTCL and 45 (19.23%) cases of the patients had CBCL. Age of patients with two lymphoma type were similar at the this time of diagnosis. Sex supremacy was with men in two groups.

Conclusion: This study provides histopathologic classification and demographic data.

Keywords: primary cutaneous lymphoma, cutaneous T-CELL lymphoma, cutaneous B-CELL lymphoma

* Corresponding author: Department of Dermatopathology, Razi Hospital Medical Center, Vahdat Eslami Ave., Tehran, Iran.
Tel: +98- 21- 55159988
E-mail: biglaryan@gmail.com