

اللمفوما Lymphoma

تعرف اللمفوما بأنها تكاثر عشوائي خبيث يحدث على حساب الخلايا اللمفاوية

(البائية أو التائية) أينما وجدت سواء داخل الجهاز اللمفاوي أو خارجه.

لا يقتصر وجود اللمفوما على العقد اللمفاوية (تشكل العقد اللمفاوية أكنت السطحية

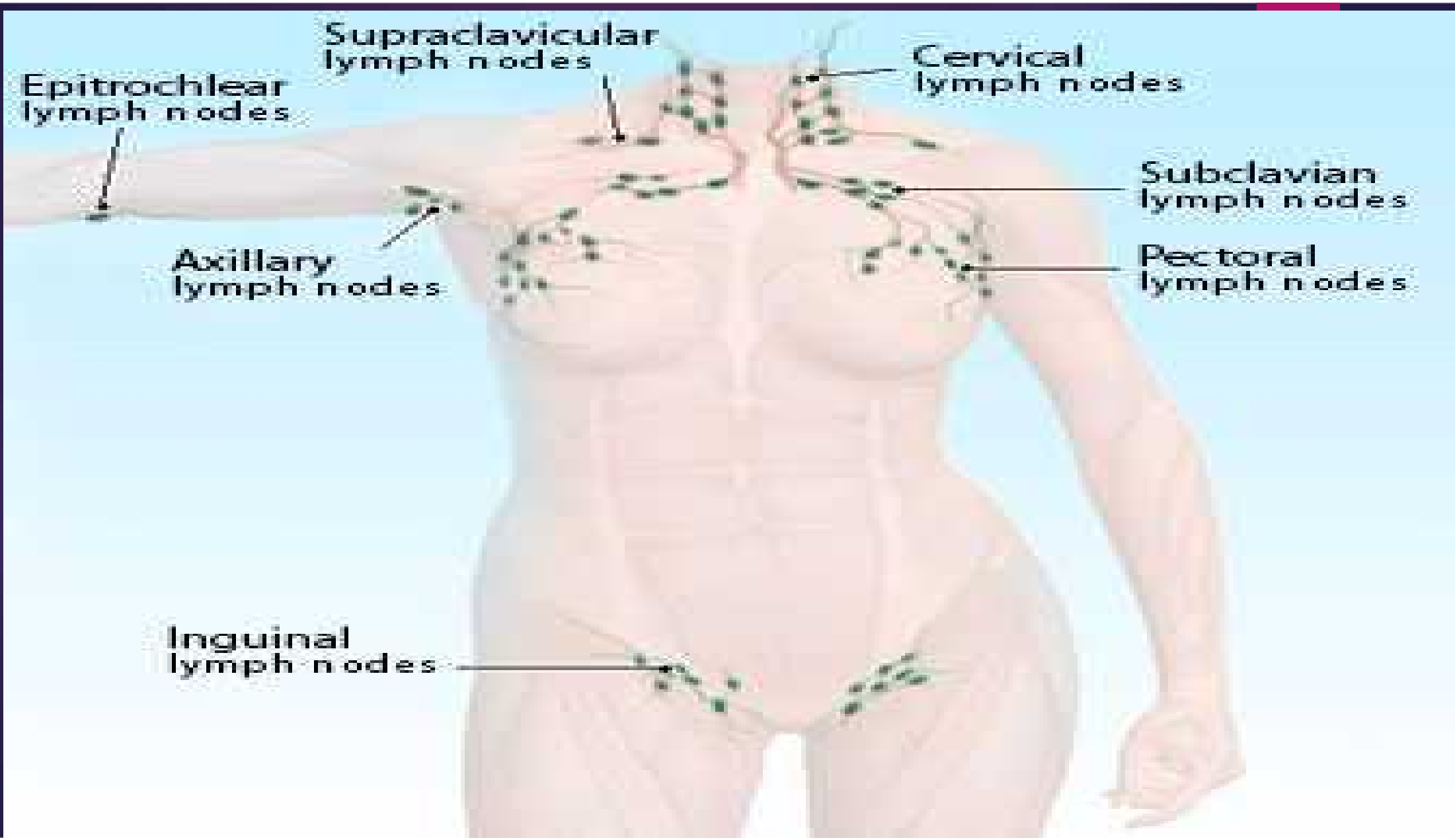
أم العميقة موطناً لـ 70-75% من اللمفومات) وأينما وجدت الخلية اللمفاوية فمن الممكن

أن يحدث تنشؤ خبيث على حسابها، مثلاً: لمفوما الأمعاء، وهي شائعة في بلادنا، لمفوما الدماغ،

لمفوما الكبد وإن كانت نادرة جداً.

التوزع التشريحي لمجموعات العقد اللمفية

القذالية، الخشائية/خلف الأذن، النكفية: السطحية والعميقة (أمام الأذن، تحت الأذن، ضمن الغدة)	الخلف	الرأس
الوجهية (الشدقية والأنفية الشفوية)، تحت الفك السفلي، تحت الذقنية	الأمام	
أمامية (أمام العضلة القترائية)، جانبية(جانب العضلة القترائية)	السطحية	العنق
رقبية أمامية عميقة (أمام الرغامى، حول الرغامى، أمام الحنجرة، الدرقية)، رقبية جانبية عميقة (علوية، سفلية، خلف البلعوم، الوداجية)	العميقة	
(Virchow's) فوق الترقوة اليسرى	أخرى	
الإبط: (العضدية، الصدرية، تحت الكتفية، المركزية، القمية) الذراع: (فوق البكرية، الدالية الصدرية)		الإبط والذراع
حول القص، ضمن الأوراب، فوق الحجاب الحاجز، الرغامية القصبية (العلوية، السفلية، القصبية الرئوية، حول الرغامية، ضمن الرئوية)		الصدر
خلف الأبهر، جانب الأبهر، أمام الأبهر (الزلاقية: المعدية والكبدية والطحالية، المساريقية العلوية: اللفائفية الكولونية والمساريقية الكولونية، المساريقية السفلية: حول المستقيمية)	حول الأبهر	البطن
الحرقفية: الباطنة والظاهرة والعجزية، خلف البريتوانية	أخرى	
الإربية: العميقة (Cloquet's node) والسطحية، المأبضية		الساق



تقسم خباثات الخلايا اللمفاوية إما:

1- ابيضاضات (على حساب نقي العظم) وقد ترتشح بالمحيط (من المركز إلى المحيط).

2- لمفومات (اورام لمفية صلبة): تبدأ في أماكن تواجد الخلية اللمفاوية في المحيط وقد ترتشح

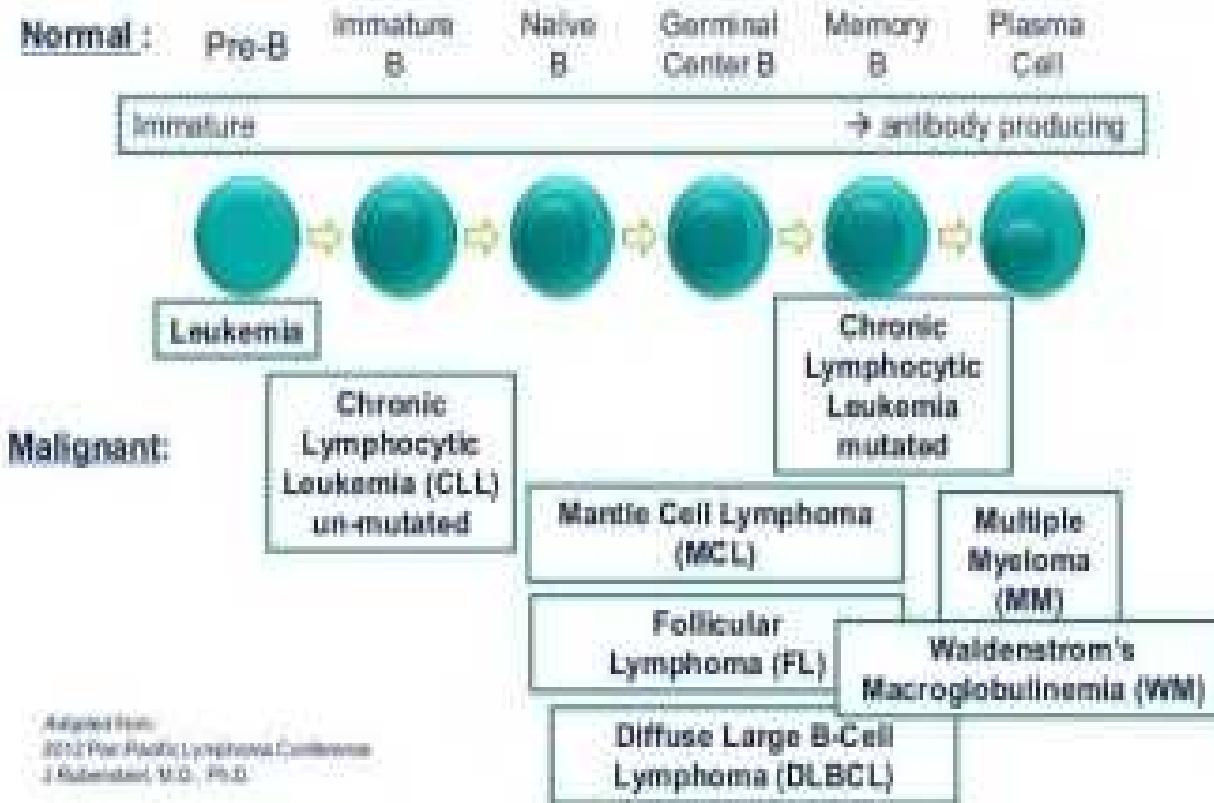
في النقي وتتحول إلى ابيضاضية في مراحل متقدمة (من المحيط إلى المركز).

يمكن أن تنشأ اللمفوما في أي مرحلة من مراحل تطور وتمايز الخلية اللمفاوية⁵ :

اسم الخباثة التي تنشأ عنها	مرحلة الخلية البانية
Precursor B lymphoma\leukemia (B-ALL)	Precursor B lymphoblast
CLL + SLL + Burkitt Lymphoma+ Hairy cell Leukemia	Naïve B Cell
Mantle cell lymphoma	Mantle Lymphocyte
Follicular lymphoma+ DLBCL ⁶	Centroblast & Centrocyte
Marginal zone lymphoma (MALToma ⁷)	Marginal Lymphocyte
Lymphoplasmacytic lymphoma + Waldenstrom Macroglobulinemia داء فالدينستروم	الخلايا اللمفاوية البلاسمية Lymphoplasmacyte
CLL + SLL	Memory cell
Multiple Myeloma الورم النقوي العديد	Plasmacyte

ملاحظات على الجدول:

1- الالبيضاخ اللمفاوي المزمن هو تكاثر يبدأ في نقي العظم على حساب لمفاويات (بائية) في 85% من الحالات) ناضجة من الناحية الشكلية ولكنها مضطربة من الناحية المناعية.



2- لمفوما الخلايا الصغيرة (Small Cells Lymphoma (SLL): تشاهد في الأعمار المتقدمة.

3- لمفوما يوركيت: لمفوما خلايا ناضجة منتجة للأضداد، تشاهد عند صغار العمر.

4- الالبيضاى بالخلايا المشعرة Hairy cell leukemia: يحدث على حساب الخلية البائية

5- Lymphoblastic lymphoma هي خباثة ناشئة عن خلايا Precursor B lymphoblast وتعد من أسوأ الأنواع وعلاجها يشبه علاج الالبيضاى الحاد.⁸

6- داء فالدينستروم: لمفوما خلايا B مع إنتاج وحيد النسيلة للأضداد IgM
→ تصيب اللمفومات الرجال أكثر من النساء، وتفضل المتقدمين بالعمر غالباً.
→ تقسم اللمفومات عموماً إلى: هودجكن ولمفوما لا هودجكن.

العوامل المؤهبة للإصابة Risk Factors

حج الأمراض المناعية: جوغر، داء هاشيموتو، الداء الزلاقي.

حج الأمراض الفيروسية: EBV (خصوصاً لمفوما يوركيت)، HIV (خصوصاً اللمفومات اللانبة)، فيروس HTLV1

حج الأمراض الجرثومية: اللمفوما المرافقة للملوية البوابية.

حج الاضطرابات الصبغية: (14,18) t مؤهبة للمفوما الجرابية.

حج عوز المناعة الخلقي وعوز المناعة المكتسب (الإيدز، والتثبيط المناعي بعد زرع الأعضاء).

حج التعرض للمواد السامة والكيميائية مثل البترول ومشتقاته والأسمدة الأزوتية: إذ إن لها دور في إحداث الطفرات، وهنا لا بد من الإشارة إلى ضرورة اتخاذ تدابير الحيطة والوقاية لدى المزارعين والعمال عند التعامل معها.

المظهر السريري Clinical Presentation

1- الأعراض العامة B symptoms:

2- الحرارة الدائمة أو المتراوحة < 38 درجة خلال الشهر الماضي: أكثر من 38°

دون أن تترافق مع إنتان.

3- نقص الوزن الهام: أكثر من 10 كغ خلال 6 أشهر الماضية.⁹

-4 التعرق الليلي الغزير خلال الشهر الماضي، الذي يضطر المريض إلى تغيير ملابسه وقد يكون الجو بارداً إذ لا علاقة لهذا التعرق بدرجة حرارة المحيط.

الفحوص المتشخصة Work Up

➤ فحص التشريح المرضي لخزعة استئصالية excisional biopsy أو خزعة لبية core biopsy.

➤ يتم تجنب الـ FNA¹¹ بسبب عدم إمكانية تطبيق التلوينات المناعية عليها، ومن دون هذه التلوينات لا يمكن تحديد تحت الأنماط Subtypes والتي يختلف كل منها عن الآخر في السير السريري والعلاج.

➤ تعداد الدم الكامل مع الصيغة واللطاخة المحيطية.

▪ ترتفع اللمفاويات في تعداد الدم المحيطي عند إصابة اللقي في المراحل المتقدمة، أو في حال وجود إلتان مرافق.

➤ شوارد المصل والكرياتينين وحمض البول في المصل.

➤ صورة صدر شعاعية بسيطة، طبقي محوري للصدر والبطن والحوض.

➤ PET/CT: تم دمج جهاز الكاميرا البوزيترونية مع جهاز CT لينتج PET/CT وهو من أحدث أنواع التصوير الكاشفة للأورام الشرح إضافة من مقرر الأشعة 12

▪ الـ PET هو الفحص الأهم والانتقائي لمتابعة العلاج ومراقبة النكس، ويلجأ إليه للتفريق بين العقد الالتهابية والورمية عند الأطفال الصغار لتجنبهم إجراء الخزعة، كما يُستعمل لتقييم العقد اللمفاوية العميقة المشكوك بخبائثها لأنه لا يمكن الوصول إليها بالخزعة.

➤ وظائف الكبد.

➤ LDH المصل: هام جداً.

➤ بيتا 2 ميكروغلوبولين Beta-2 microglobulin: هامة وواسمة لسوء الإنذار.¹³

➤ رحلان كهربائي لبروتينات المصل.

➤ خزعة نقي العظم: وتُجرى فقط لتحديد المرحلة بعد تشخيص اللعموما لاسيما عند وجود ارتفاع البيض على حساب اللمفاويات أو وجود فقر الدم.

الفحوص المتشخصة Work Up

➤ فحص التشريح المرضي لخزعة استئصالية excisional biopsy أو خزعة لبية core biopsy.

➤ يتم تجنب الـ FNA¹¹ بسبب عدم إمكانية تطبيق التلوينات المناعية عليها، ومن دون هذه التلوينات لا يمكن تحديد تحت الأنماط Subtypes والتي يختلف كل منها عن الآخر في السير السريري والعلاج.

➤ تعداد الدم الكامل مع الصيغة واللطاخة المحيطية.

▪ ترتفع اللمفاويات في تعداد الدم المحيطي عند إصابة اللقي في المراحل المتقدمة، أو في حال وجود إلتان مرافق.

➤ شوارد المصل والكرياتينين وحمض البول في المصل.

➤ صورة صدر شعاعية بسيطة، طبقي محوري للصدر والبطن والحوض.

➤ PET/CT: تم دمج جهاز الكاميرا البوزيترونية مع جهاز CT لينتج PET/CT وهو من أحدث أنواع التصوير الكاشفة للأورام الشرح إضافة من مقرر الأشعة 12

▪ الـ PET هو الفحص الأهم والانتقائي لمتابعة العلاج ومراقبة النكس، ويلجأ إليه للتفريق بين العقد الالتهابية والورمية عند الأطفال الصغار لتجنبهم إجراء الخزعة، كما يُستعمل لتقييم العقد اللمفاوية العميقة المشكوك بحياتها لأنه لا يمكن الوصول إليها بالخزعة.

➤ وظائف الكبد.

➤ LDH المصل: هام جداً.

➤ بيتا 2 ميكروغلوبولين Beta-2 microglobulin: هامة وواسمة لسوء الإنذار.¹³

➤ رحلان كهربائي لبروتينات المصل.

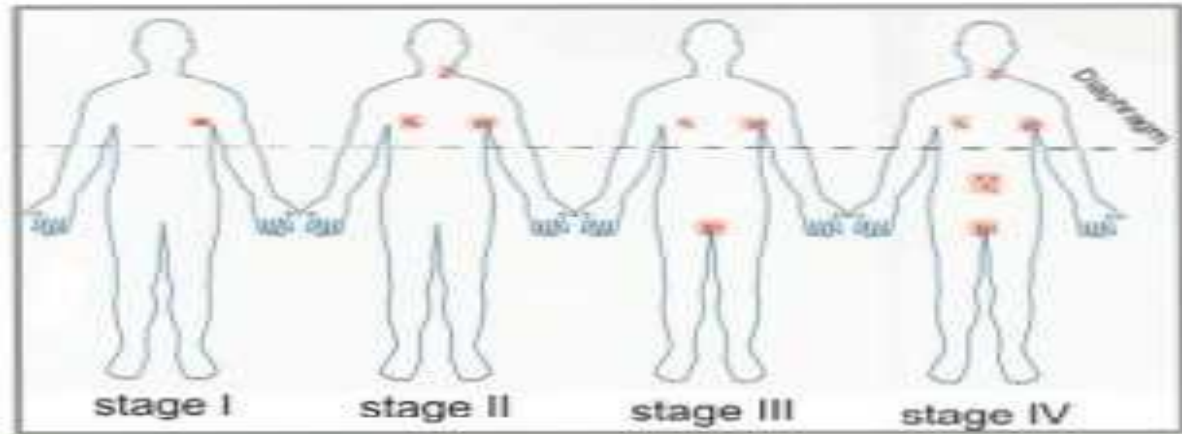
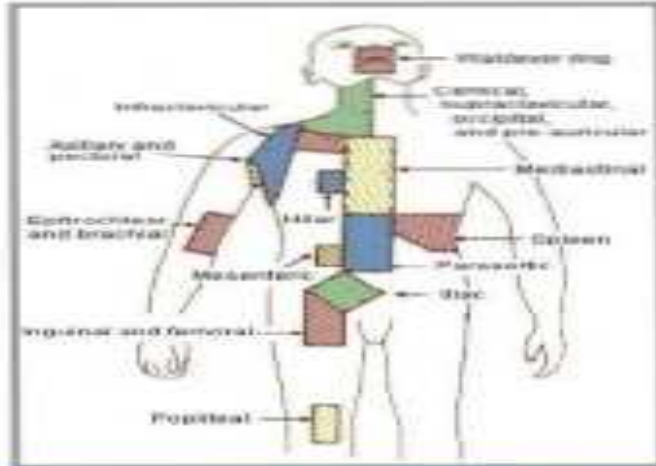
➤ خزعة نقي العظم: وتُجرى فقط لتحديد المرحلة بعد تشخيص اللقوما لاسيما عند وجود ارتفاع البيض على حساب اللمفاويات أو وجود فقر الدم.

➤ يجب إجراء بزل وخزعة نقي عند وجود نقص عنصرين من عناصر الدم الخلوية الثلاثة .

تحديد مرحلة الليمفوما حسب Ann Arbor

★ الخطوة التالية بعد التشخيص هي تحديد المرحلة، ومن المهم جداً لدى تقييم المريض تحديد مدى انتشار المرض تشريحياً إذ يختلف الانذار وتختلف المعالجة تبعاً لمرحلة ودرجة انتشار المرض.

★ يعتمد نظام Ann Arbor في تحديد مرحلة الليمفوما (هودجكن ولاهودجكن)



المرحلة	التعريف
I	إصابة مجموعة عقدية واحدة، أو عضو لمفي وحيد (طحال، تيموس، حلقة والداير (Waldeyers ring).
II	إصابة مجموعتين عقديتين على جانب واحد من الحجاب الحاجز.
III	إصابة العقد أو الأعضاء اللمفية على جانبي الحجاب الحاجز وتقسم هذه المرحلة إلى: ¹⁴
	III ₁ الإصابة البطنية فوق مستوى الجذع الزلاقي. ¹⁵
III	III ₂ الإصابة البطنية تحت مستوى الجذع الزلاقي. ¹⁶
IV	• إصابة أكثر من موقع واحد خارج عقدي (نقائل)، أو إصابة الكبد أو نقي العظام.

A

بدون أعراض عامة.

B

خسارة غير مفسرة لأكثر من 10٪ من وزن الجسم خلال الأشهر الستة الماضية.
ارتفاع حرارة أكثر من 38° غير مفسر دائم أو متراوح خلال الشهر الماضي.
تعرق ليلي غزير متكرر خلال الشهر الماضي.

اعتبارات مورثية

يتكرر حدوث الشذوذات المورثية في العديد من الخلايا اللمفية ومع أنه لم تُكتشف شذوذات مورثية نوعية لكل الخلايا اللمفية، لكن يعتقد بوجود مثل تلك الشذوذات لكل نوع هذه الخلايا، والجدول التالي يبين أهم الشذوذات المورثية في الخلايا اللمفية.

المورثة السرطانية	الشذوذ الصبغي	الخلايا
	t (14;15)	الابيضاض اللمفاوي المزمن
BCR/ABL	t (9;22)	الابيضاض اللمفاوي الحاد
AF4 / ALL1	t (4;11)	لمفوما خلايا المعطف
BCL-1 / IYH	t (11;14)	اللمفوما الجرابية
BCL-2 / IYH	t (14;18)	لمفوما بوركيت
C-MYC	t (8;14)	لمفوما الخلايا الكبيرة غير المصنوع CD30
ALK	t (2;5)	

يترافق بعض هذه الشذوذات بعلامات إنذارية هامة مثلاً: يحمل ثلث الصبغي 22 في مرضى CLL علامات إنذار سيئ، كذلك الحال كما هو معروف لدى مرضى ALL مع وجود صبغي فيلادلفيا.

إحصائيات

نسبة وقوع اللمفوما من جميع الخلايا 6.1٪ ومنها: NHL : 70٪ . HL : 30٪.

- ◇ حسب إحصائيات 2007 (USA): هناك 7500 حالة هودجكن HL جديدة (2.5 لكن 100 ألف) و63190 حالة لاهودجكن NHL جديدة.
- ◇ المرتبة السادسة بالنسبة للرجال: بعد البروستات- الكولون- الرئة- الميلانوما – المثانة.
- ◇ المرتبة الخامسة عند النساء: بعد الثدي- كولون – الميلانوما- الرئة.

لمفوما هودجكن VS لمفوما لا هودجكن

- ① تُعتبر للمفوما_ كما ذكرنا_ إحدى الآفات الخبيثة التي تحدث على حساب الخلايا للمفاوية، وتقسم إلى لمفوما هودجكن Hodgkin's lymphoma ولمفوما لاهودجكن Non- Hodgkin's lymphoma .
- ② هناك تباين كبير بين أنواع للمفومات من حيث العلاج والبقيا والشفاء والمتابعة وهو ما سندرسه في سياق هذه المحاضرة والتي تليها.

لمفوما هودجكن Hodgkin's lymphoma

- ① يعتبر داء هودجكن مجموعة من سرطانات الخلية للمفاوية التي تتميز بوجود خلايا ريد- ستيرنبرغ (Reed- Sternberg): و هي خلايا كبيرة ثنائية النوى (تشبه عيني البومة)، توجد ضمن خلفية مشكلة من خلايا ارتكاسية (المفاويات – البالعات – العدلات – الحمضات – الناسجات والخلايا البلاسمية
- ② خلية ريد-ستيرنبرغ مميزة للمفوما هودجكن، وتمتلك خليطاً من قدرات الخلايا الكبيرة (مثل الخلية البدينة والبالعة الكبيرة)، واسماتها النوعية CD 15 وCD 30.

لمفوما لاهودجكن Non-Hodgkin's lymphoma

كما تُعتبر لمفومات لاهودجكن مجموعة متغايرة (Heterogenous group) من سرطانات الخلايا اللمفاوية، والتي يتباين السير السريري فيها من إصابة معتدلة بطيئة السير إلى إصابة شديدة متطورة بسرعة، (مثل Lymphoblastic Lymphoma) ولكل نوع منها سير سريري ومظهر مخبري وعلاج خاص بها.

جدول للمقارنة بين لمفوما هودجكن ولمفوما لاهودجكن ^{إصابة}

لمفوما لاهودجكن NHL	لمفوما هودجكن HL	
60% من اللمفومات	40% من اللمفومات	النسبة
ذروة الإصابة بعد 60 سنة	ذروة الإصابة في العقد الثالث	العمر
في 08-90% من الحالات III، IV	في 08-90% من الحالات II، I	المرحلة
منتشر	مركزي حول المناطق الرقبية	التوضع
تنتشر بعيداً خارج العقد	للجوار ونادراً خارج العقد	الانتشار
لا تشاهد خلية ريد- ستيرنبرغ	تشاهد خلية ريد- ستيرنبرغ	التشريح المرضي
الخلية اللمفاوية	خلية ريد- ستيرنبرغ	الخلية الخبيثة
لمفوما بوركيت هي الأسوأ إنذاراً	سيطرة الخلايا اللمفية تحسن الإنذار وقلتها تسيء للإنذار	الإنذار (حسب التشريح المرضي)
يحدث	لا يحدث	الطور الابيضاضي

ولنبداً الآن بـ لمفوما لاهودجكن:

لمفوما لاهودجكن Non-Hodgkin's lymphoma

كما قد تتوضع في العقد اللمفاوية، وبما أن انتقالها دموي فمن الممكن أن تتوضع خارج العقد اللمفية وقد تكون الإصابة البدئية خارجها مثل: الدماغ، الكبد، العظم، وهو ما يميزها عن داء هودجكن.

تشكل اللمفومات البائية 75٪ وتشكل التائية 20٪، بالإضافة إلى نسبة 5٪ تشكلها لمفومات لخلايا ليست تائية ولا بائية non B non T cells¹⁷.

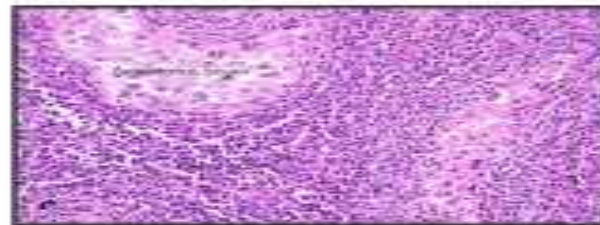
التوزع التشريحي للمفوما لاهودجكن

1- Lymphatic Tissue NHL:

- يشكل تقريباً 65٪ من الحالات.
- تبدأ الإصابة بالعقد اللمفاوية ثم ينتشر إلى النسيج اللمفاوية واللوزتين.
- وتكثر فيه إصابة الطحال والأغشية المخاطية الحاوية على النسيج اللمفاوي مثل لويحات باير في أنبوب الهضم.

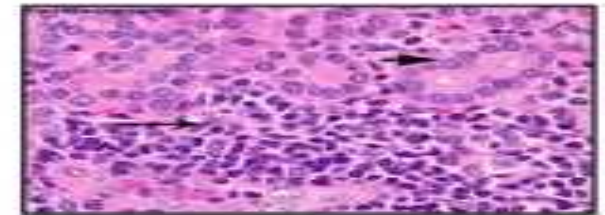
2- Primary Extra nodular NHL:

تبدأ الإصابة في أعضاء لا تحوي على النسيج اللمفاوية مثل (المعدة - الأنسجة الرخوة - الخصيتين - الدماغ - الدرق - الجلد¹⁸ - الغدد اللعابية - الثدي) .



في الخصية

في المعدة



في الغدد اللعابية

وبائيات

- نسبة الحدوث: 12\100000 حالة سنوية جديدة¹⁹ (في سوريا تقريبا 600 حالة جديدة سنوياً).
- تصيب جميع الأعمار خاصة المتقدمين بالسّن (المتوسط 65 - 70 سنة).
- الذكور أكثر إصابة من الإناث.
- العرق الأبيض أكثر إصابة من العرق الأسود لكن ليس بجميع أنماط NHL.

تصنيف لمفوما لاهودجكن

هناك عدة طرق للتصنيف تعتمد على أساس الشكل المورفولوجي، أو السير السريري، أو درجة **خباثة الخلية الورمية** وهو التصنيف الذي يهمنا ويترتب عليه المنحى السريري للمرض **وتقسم NHL وفقه إلى ① منخفضة الدرجة Low grade** : تشاهد في الأعمار الكبيرة وعلى الرغم من أنها ولا تدخل على العلاج في هوادة تامة فمن الممكن أن يتعايش المريض معها 10 سنوات إذا تم ضبطها حتى لو كانت في مراحل متقدمة. ② **متوسطة الدرجة Intermediate Grade**

③ **عالية الدرجة High:**

Grade هي تكاثر لخلايا كبيرة بائية أو تائية أو **Lymphoblastic cells**²⁰ تشاهد عند الصغار ونادرة عند الكبار وعلاجها يشبه علاج الابيضاض الحاد، تستجيب على العلاج جيداً وتدخل في هوادة تامة ولكن لفترة قصيرة حيث تنكس بعد أشهر ويصبح المريض بحاجة لزرع النقي.



Most Common NHLs

Category	Frequency (%)
Diffuse large B-cell	31
Small B-lymphocytic/CLL	22
Marginal-zone B-cell, MALT	8
Peripheral T-cell	7
Small B-lymphocytic/CLL	7
Mantle-cell lymphoma	6
Primary mediastinal large B-cell	2
Anaplastic large T/null cell	2
High-grade B-cell, Burkitt-like	2
Marginal-zone B-cell, nodal	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	2

Armitage JO, Weisenburger DD. *J Clin Oncol.* 1998;16:2780-2795.

المظاهر السريرية والإنذار والمعالجة لأهم أنواع الخلايا اللمفية

الخلايا البائية الباكرة

لمفوما الأرومات البائية precursor B cell lymphoblastic Lymphoma

- من أكثر اللمفومات خباثة Lymphoblastic Lymphoma تتظاهر الخباثة الناشئة على حساب هذه الخلايا أي pre B cell lymphoblast غالباً يشكّل ابيضاض حاد وهو السرطان الأشيع لدى الأطفال ونادراً ما تتظاهر هذه الخباثة بشكل لمفوما (أي يحدث التكاثر في العقد اللمفاوية نفسها) والتي غالباً ما تتطور إلى شكل ابيضاضي، و من الشائع أن تترافق هذه اللمفوما مع زيادة في كتلة المنصف.
- إنذارها سيئ ومن الممكن أن تستجيب على العلاج ولكن علاجها قاسٍ ويشبه علاج الابيضاض الحاد (جرعات وبيروتوكولات عالية الخطورة) أي أن الإنذار والمعالجة لا يختلفان في كلا الشكلين.

الخلايا البائية الناضجة (المحيطية)

7. الابيضاض اللمفي المزمن CLL:

يمكن أن يُعتبر لمفوما منخفضة الدرجة Low Grade، ويتميز عن باقي أنواع اللمفوما بأنه يبدأ في نقي العظم بدلاً من العقد اللمفاوية، في 90% من الحالات يحدث على حساب الخلايا البائية

2. لمفوما خلايا المعطف Mantle cell lymphoma:

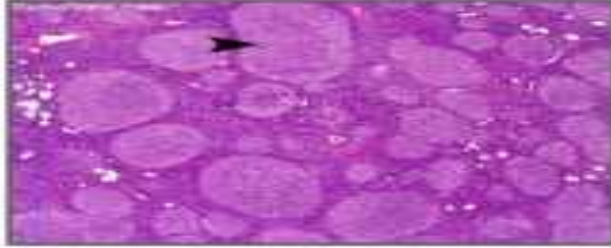
- يصيب الذكور أكثر، متوسط العمر 63 سنة غالباً يتظاهر هذا النوع من اللمفومات بضخامة عقد لمفية، تكاثر ورمي لخلايا B صغيرة إيجابية CD20 يزيد من اتساع منطقة المعطف Mantle Zone. Pahtoma.
- ترافق مع أعراض عامة، ويُشخص حوالي 70% من المرضى في المرحلة الرابعة، وتكثر نسبياً إصابة الجهاز الهضمي (معدة أو أمعاء دقيقة).
- تبدى الدراسة الصيفية غالباً (11,14) t، هذا الشذوذ الذي يضع المورثة bcl-1 على الصبغي 11 بجوار مورثة السلاسل الثقيلة على الصبغي 14 وهذا يؤدي إلى زيادة إنتاج بروتين Bcl-1.

تطبيق أزداد ال CD20 عند إيجابيتها، مثلاً: نظام المعالجة CHOP +Rituximab.

المعالجة غير مرضية بشكل عام حيث تبلغ نسبة البقيا لمدة 5 سنوات حوالي 25٪ فقط، ولا يزال تدبير هذا المرض موضوع العديد من الدراسات.

3. اللمفوما الجرابية *Follicular lymphoma*:

✿ يشكل هذا النوع حوالي 22٪ من اللمفومات فهو أكثر أشكال اللمفوما منخفضة الدرجة شيوعاً يصيب الذكور بنسبة 40٪ ومتوسط العمر 59 سنة.



✿ يتظاهر بضخامة عقد لمفية غير مؤلمة بدون أعراض عامة غالباً، وقد يصيب أي عضو في الجسم.

✿ يتكون الورم من خلايا مركز الجراب الصغيرة المثلمة بالإضافة إلى خلايا أرومات مركز الجراب الكبيرة بنسب مختلفة وكلما كانت الأرومات أكثر كلما كان الإنذار أسوأ ودرجة الخباثة أكثر.

✿ من الناحية الصبغية هناك الشذوذ (14,18)t، وتبدي الدراسة المناعية نمطاً بائياً بالإضافة إلى وجود البروتين BCL-2 الناتج عن الشذوذ الصبغي المذكور .

اللمفومات البائية

لمفوما الخلايا الكبيرة المنتشرة (DLBCL) Diffuse large B-Cell lymphoma

أكثر أشكال اللمفومات شيوعاً حيث تشكل 1 / 3 حالات اللمفومات، وهي غالباً بائية.

تشاهد كثيراً عند البالغين حيث متوسط العمر (64) سنة ونسبة إصابة الذكور 55٪، وتشاهد بنسبة ضئيلة جداً عند الأطفال.

خبائتها: هي من الأنماط الخطرة (متوسط إلى عالي الخطورة¹).

يتظاهر المرض بإصابة العقد اللمفية عند وضع التشخيص، وأكثرها شيوعاً الجهاز الهضمي ونقي العظام، ولكن يمكن إصابة أي عضو في الجسم.

يتكون الورم من خلايا كبيرة هي الأرومات المناعية أو أرومات مركز الجراب، وتأخذ شكلاً منتشراً² ضمن العقد اللمفية.

المعالجة

تعالج كيميائياً بعدة أدوية مثل نظام CHOP (سيكلوفوسفاميد، دوكسوروبسين - أو ما يدعى (H)-hydroxydaunorubicin فنكريستين - يدعى (O)ncovin - بردنزولون) مع Rituximab حيث تطبق



سنة أشواط وقد يتلوها علاج شعاعي أحيانا

Treatment

RT ▶

Chemo ▶

BMT / SCT ▶

Antibody treatment: *Rituximab target* CD-20 ▶

Supportive ▶

Chemo R-CHOP

*CYCLOPHOSPHAMID 750 Mg/m²

*Adriamycin 50Mg/m²

*Oncovin (vincristin) 1,4 mg/m².

*Predlone 40 mg D1-D5 .

Anti CD20 (MONOCLONAL ANTIBODY)

*RITUXIMABE 375mg/m²

6CYCLES EVERY3 WEEKS .

لمفوما بوركيت (ابيضاض بوركيت) Burkitt's Lymphoma

- ✍ ورم سريع النمو وشديد الخطورة جداً.
- ✍ خلاياه بلاسمية ناضجة أو أرومات بلاسمية في درجة معينة متجهة نحو إفراز الخلايا. متوسطة الحجم
- ✍ يندر حدوثه لدى البالغين، إذ يشكل أقل من 1٪ من لمفوما لاهودجكن، لكن تصل هذه النسبة إلى 30٪ لدى الأطفال.
- ✍ يبلغ متوسط العمر في الشكل الكهلي 31 سنة، وإصابة **الذكور** أكثر بنسبة 1/9، ويلاحظ عند **السود** أكثر من البيض.



✍ له ثلاثة أشكال سريرية:

(1) **الشكل الوبائي (الإفريقي) (Endemic):**

ويشاهد في إفريقيا، ولـ EBV دور في تطوره، ويتظاهر بإصابة الفكين.

(2) **الشكل الفردي (الغربي) (Sporadic):**

ويشاهد في البلاد الغربية، ويتظاهر بضخامة عقد لمفية، أو كتلة بطنية.

(3) **الشكل المرافق لضعف المناعة:** ويشاهد لدى مرضى الإيدز.

- ✍ ينتشر المرض بسرعة إلى النقي والجهاز العصبي المركزي إلى جميع أنحاء الجسم الأخرى.
- ✍ ينشأ هذا الورم على حساب الخلايا البائية الناضجة العذراء، أي قبل تعرضها لأي مستضد.

✍ يحدث بازفاءات على c-myc (الصبغي 8):

- الأشيع مشاهدة الشذوذ الصبغي (8;14)t، والذي يجمع المورثة المسرطنة c-myc إلى مورثة السلسلة الثقيلة -الموجودة على الصبغي 14-.
- كما يمكن مشاهدة الشذوذ (8;22)t أو (2;8)t، حيث تأتي المورثة c-myc إلى جوار مورثة السلسلة الخفيفة كابا أو لامبدا.
- تؤدي الشذوذات الصبغية المذكورة إلى زيادة في إنتاج وتعبير المورثة السرطانية c-myc⁶ التي تعمل كمنظم للنمو في النواة عن طريق تفعيل عدة جينات ضرورية لزيادة النمو promotes cell growth، وهذا يؤدي في النهاية لنشوء الورم..

المعالجة

- ✍ يجب البدء بالمعالجة بالسرعة القصوى خلال 48 ساعة من وضع التشخيص إن أمكن.
- ✍ وتتكون المعالجة من عدة مواد كيميائية وبجرعات عالية منها السيكلوفوسفاميد والميتوتركسات والسييتارابين، ويجب إعطاء معالجة داخل السيساء لكل المرضى.
- ✍ بتطبيق معالجات كهذه يمكن شفاء 70 – 80 % من المرضى الأطفال والكبار.
- ✍ لا توجد معالجة ناجعة لحالات النكس⁷.

الخباثات التائية الباكرة⁹ Precursors T cell malignancies

7. اللمفوما (أو الالبيضاض بالأرومات التائية L. T cell lymphoblastic

☀ تتظاهر هذه الخبائث بشكل ابيضاض لمفي حاد ALL، أو لمفوما عالية الدرجة، وتصيب غالباً الأطفال واليافعان الذكور.

☀ يتميز الشكل الالبيضاضي بتعداد كريات بيض عال جداً، وضخامة منصف، وضخامة كبدية وطحالية بالإضافة إلى ضخامة عقد لمفية.

☀ أما اللمفوما فتصيب غالباً الذكور اليافعين وتتظاهر بضخامة منصفية كبيرة،

☀ غالباً ما يصاب الجهاز العصبي المركزي سريعاً بكلا الشكلين.

المعالجة

☀ يعالج هذا النمط من الخباثات اللمفية كالالبيضاض اللمفي الحاد، ويفضل إجراء زرع نقي كعلاج بدئي للمرضى اليافعين إذا وجد لديهم مستويات عالية من LDH أو إصابة عصبية مركزية أو ارتشاح في النقي.

2. خباثات الخلايا التائية الناضجة¹⁰

7. الفطار (التفطر) الفطرائي Mycosis Fungoides:

☀ ويسمى أيضاً اللمفوما التائية الجلدية.

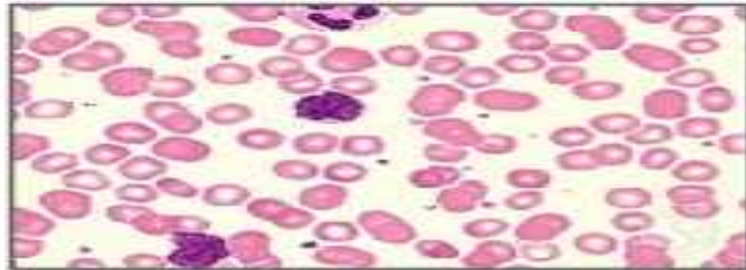
☀ يصيب السود أكثر من البيض، والذكور أكثر من الإناث في الخمسينات من العمر.

يبدأ المرض بالتهاب أو أكزيما جلدية على مدى سنوات عديدة ويراجع هؤلاء المرضى أطباء الجلد قبل الدم.

تتطور الإصابة الجلدية مع الزمن إلى شكل مطاطي ثم إلى شكل ورمي ويوضع التشخيص غالباً في المراحل المتقدمة بالخزعة، ويمكن أن ينتشر المرض إلى العقد اللمفية والأحشاء في المراحل الأكثر تقدماً.



تعد متلازمة سيزاري¹¹ Sezary شكلاً من هذا الاضطراب وتتميز بحكة موهمة، وإصابة جلدية احمرارية (الرجل الأحمر)، وفي مرحلة متأخرة منها تنتقل الخلايا الورمية (خلايا Sezary) لتدور في الدم المحيطي.



خلايا سيزاري

بعض المرضى يأتون مباشرة بتعداد بيض عالي على حساب اللمفاويات وتتشخص حالياً بالتهنيط المناعي من الدم المحيطي، ونحتاج للخزعة أيضاً.

تعالج المراحل الباكرة بالأشعة والستيروئيدات الموضعية، والخردل الأزوتي الموضعي والمعالجة الضوئية.

تجرب المعالجة الكيماوية الجهازية في الأشكال المتقدمة وكلها معالجات ملطفة وليست شاقية.

2- اللمفومات التائية لدى البالغين Adult T cell

سبب هذه الخباثة هو الإنتان بالفيروس المتقهقر retrovirus من نمط HTLV-1.

ينتقل هذا الفيروس عن طريق المشيمة أو نقل الدم أو الجنس.

تتطور اللمفوما لدى 2.5% ممن ينتقل الفيروس إليهم من الأم، وبعد فترة كمون تقدر وسطياً بـ 5.5 سنة.

أما انتقال الفيروس عن طريق نقل الدم أو الجنس فيؤدي غالباً إلى الشكل التشنجي الاستوائي¹² بعد 1 - 3 سنة.

يوضح التشخيص برؤية الخلايا الشاذة بالدم المحيطي (خلايا لمفية كبيرة، نواة مثلثة بشكل الوردية إيجابية CD4 على هذه الخلايا ووجود أضداد الـ HTLV-1).

ويسير المرض لدى بعض المرضى سيراً بطيئاً وتكون البقيا طويلة، لكن في أغلب الحالات يكون سير المرض سريعاً وعنيفاً ويتظاهر بضخامة عقد لمفية، وضخامة كبد وطحال، وارتشاحات جلدية، وانحلالات عظمية، وبالتالي ارتفاع كلس الدم.

3. اللمفوما التائية كبيرة الخلايا غير المصنعة L. Anaplastic large t- cell¹³ :

تشكل حوالي 2٪ من اللمفومات وتصيب الذكور بنسبة 70٪ ومتوسط العمر 33 عاماً. يتظاهر بضخامة عقد لمفية وأعراض واضحة غالباً، تندر فيه إصابة النقي، والجهاز الهضمي، بينما تكثر الاصابات الجلدية، كما هو الحال في اللمفومات التائية على اختلاف أنواعها، وهناك شكل جلدي فقط بطيء السير. تكون الخلايا الورمية كبيرة الحجم أرومية المظهر، وتأخذ النواة شكل نعل القرس مع وجود نوية واضحة، وهيولى غزيرة غالباً وتبدي واسمات تائية وأحياناً لا تحمل أي واسمات null cells، ومن أهم الواسمات لهذا النوع من اللمفومات هو CD 30. كما يكثر وجود الشذوذ الصبغي (5 , 2) في 50٪ من الحالات الذي يؤدي إلى زيادة فعالية الـ (ALK) Anaplastic Lymphoma Kinase.

المعالجة

تكون بتطبيق المعالجة الكيماوية العديدة مثل باقي اللمفومات عالية الدرجة والإنذار جيد نسبياً، حيث تبلغ نسبة البقيا لمدة 5 سنوات حوالي 75٪.

4. أنماط أخرى من اللمفومات التائية المحيطية:¹⁴

1. لمفوما الخلايا التائية المناعية الوبائية L. Angiolimmunoblastic T cell :

يشاهد في هذا النمط تكاثر وعائي بالإضافة إلى التكاثر اللمفي الخبيث، ويشكل هذا النوع حوالي 20٪ من لمفوما الخلايا التائية. يتصف بضخامة عقد لمفية معممة، حرارة، نقص وزن، طفح جلدي، ارتفاع غاما غلوبولين عديد النسيلة.

2. لمفوما الخلايا التائية خارج العقد . Extranodal T/NK cell L :

وتسمى أيضاً . Angiocentric L وتصيب الأنف والجيوب الأنفية بالدرجة الأولى، وتأخذ سيراً سريعاً.

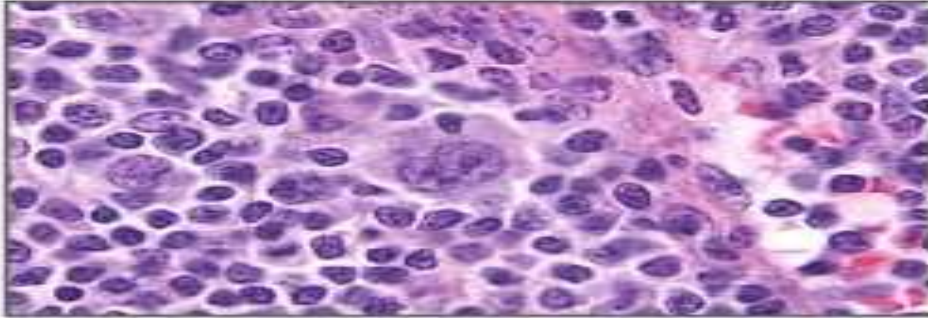
3. لمفوما الخلايا التائية المعوية . Enteropathy-type Intestinal T cell L :

يظهر هذا الشكل النادر غالباً كاختلاط لبدء المرض غير المعالج.

ملاحظات:

- في جميع اللمفاويات التائية باستثناء (سيزاري) يعيش المرضى فترة طويلة.
- حوالي 60% من المرضى يعيشون فوق 5 سنوات حتى ولو لم يكن هناك شفاء.

لمفوما هودجكن Hodgkin's lymphoma



مقدمة:

- إذا وصلت لمرحلة تميز فيها أنواع لمفوما لاهودجكن وتفهمها جيداً، لن يكون من الصعب عليك فهم لمفوما هودجكن.
- تذكر أن كلمة لمفوما مؤلفة من: lymph أي متعلق بالخلايا اللمفاوية، و oma تعني كتلة أو ورم.
- لمفوما هودجكن هي تكاثر تنسوي في خلايا ريدستيرنبرغ وهي خلايا بائية كبيرة تمتلك نواة متعددة الفصوص ونوية بارزة، وغالباً ما تكون $CD15^+$, $CD30^+$.
- في لمفوما لاهودجكن تتألف كل الكتلة من خلايا ورمية، بينما في هودجكن ليس هناك كتلة كبيرة كاملها خلايا ورمية بل كتلة فيها خلايا نادرة هي خلايا ريدستيرنبرغ وهذه الخلايا تفرز سيتوكينات cytokines تحرض وتعطي الخلايا الالتهابية الأخرى التي تؤلف كتلة. لذا تعد خلايا ريدستيرنبرغ هي مفتاح ظهور الورم.

- تتظاهر لمفوما هودجكن في معظم الحالات بضخامة عقد لمفية غير مؤلمة غالباً، في المغبن أو فوق الترقوة أو تحت الإبط.
- أكثر من نصف المرضى لديهم بضخامة عقد منصفية عند وضع التشخيص، وقد تكون الضخامة المنصفية **العرض الأول** للمرض.
- تعد إصابة العقد تحت الحجاب الحاجز **غير شائعة**، وأكثر ما تشاهد لدى المتقدمين بالسن.
- يعاني ثلث المرضى تقريباً من أعراض عامة **B-Symptoms** (حرارة، نقص وزن، تعرق ليلي).
- ويمكن أن يتظاهر المرض في حالات نادرة بحرارة مجهولة السبب التي تأخذ أحياناً نمط بل-إبشتاين **Pel-Epstein fever**، وفيه تستمر الحرارة أياماً أو أسابيعاً لتزول بعدها لفترة ثم تعاود ثانية.
- وقد يتظاهر المرض **بأعراض أخرى** مثل (الحكة، الحمى العقدة، تنكس مخيخي، اعتلال أعصاب، نفروز، انحلال دم مناعي ذاتي¹⁵، نقص صفيحات مناعي ذاتي، فرط كلس الدم، ألم عند شرب الكحول في منطقة الورم).
- يشخص المرض بدراسة **خزعة¹⁶ مناسية** لعقدة لمفية مصابة، وبالتلويينات المناعية نرى **(إيجابية CD30، وإيجابية CD15)**

Real* Classification

Classic:

Nodular Sclerosis.

Lymphocyte rich

Mixed Cellularity

Lymphocyte depleted

Non-Classic

Nodular Lymphocyte predominant

(most) favorable

*

Nodular Sclerosing

Most common subtype in **developed countries**.

Accounts for **50-75%** of all cases of HD.

Accounts for **40%** of **younger** patients and **70%** of adolescents with HD.

Thickened lymph node capsule, organized collagenous bands forming circumscribed nodules.

Often involves lower cervical, supraclavicular, and mediastinal nodes.

Mixed Cellularity

Accounts for 15-30% of all cases of HD.

Common in younger children (<10 years)

Most frequent subtype in HIV patients.

Many Reed-Sternberg cells

LN has inflammatory background with lymphocytes, plasma cells, eosinophils, histiocytes, and malignant reticular cells

Frequently presents with advanced disease and extranodal extension at diagnosis.

Lymphocyte Depletion

Rare in children

May actually be diffuse large cell lymphoma

Many bizarre, malignant reticular cells

Many RS cells

Few lymphocytes

Diffuse fibrosis and necrosis

Often presents with widespread disease with bone and bone marrow involvement

Lymphocyte Predominance

B-cell lineage

Accounts for 10-15% of children with HD.

More common in younger patients.

Often presents as localized disease.

More common in males (2:1).

LN structure partially or completely destroyed

Often misdiagnosed as reactive hyperplasia (benign appearing lymphocytes).

Reed-Sternberg cells are rare.

Constitutional symptoms (*B symptoms*):

**Night sweats*,.

**sustained fever > 38 degree celsius*,.

**loss of weight >10% of body weight in 6 mo.*

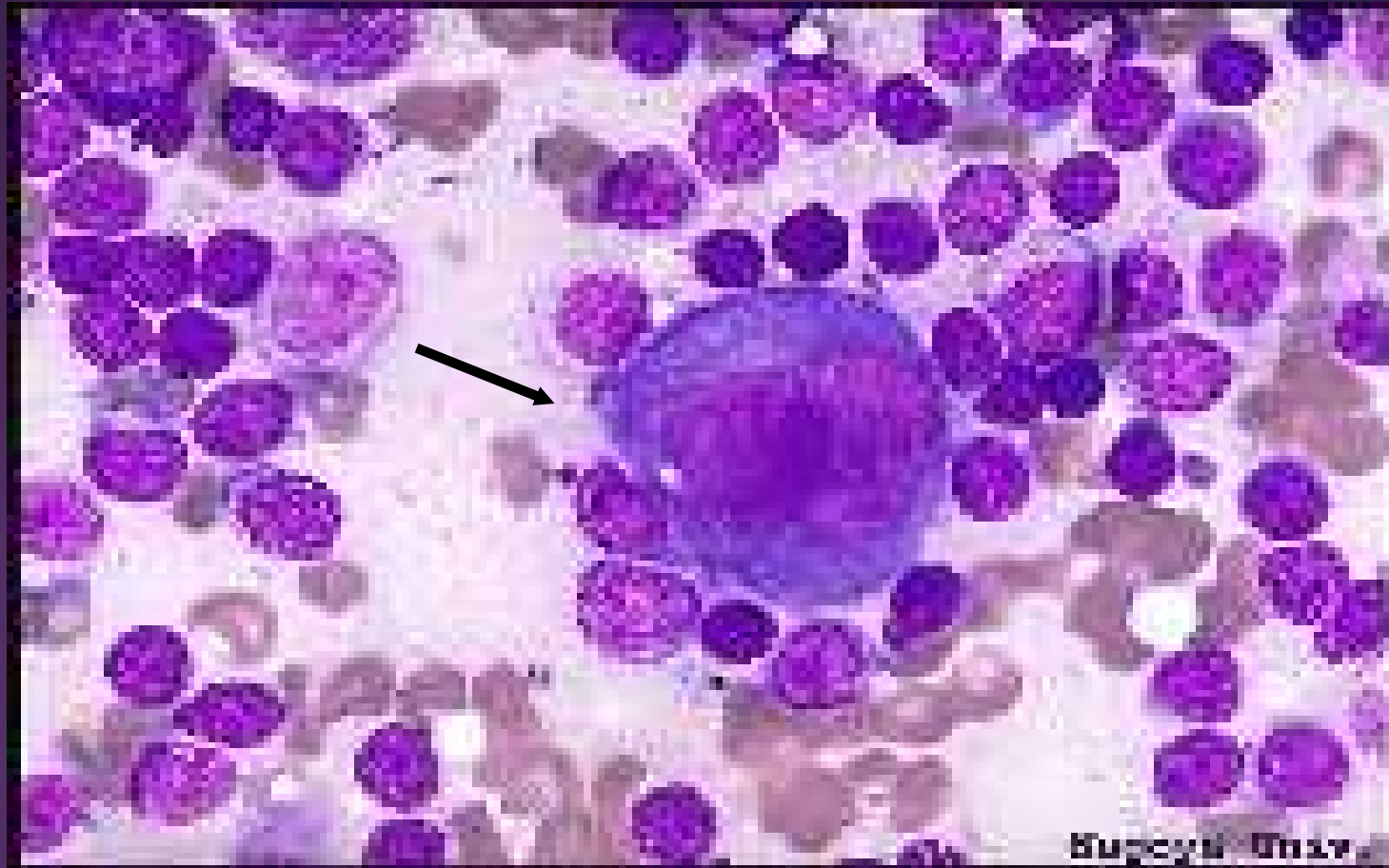
Fever sometimes cyclical (*'Pel-Ebstein fever'*)

Pain at the site of disease after *drinking alcohol*

Pallor.

Pruritis .

Symptoms of *Bulky (>10 cm)* disease.



REED-STERNBERG (RS) Cell

Investigations

CBC :

ESR -raised

LFT- (liver infil / obs at porta hepatis)

RFT- prior to treatment

Urate , CA, ALBUMIN

LDH - adverse prognosis

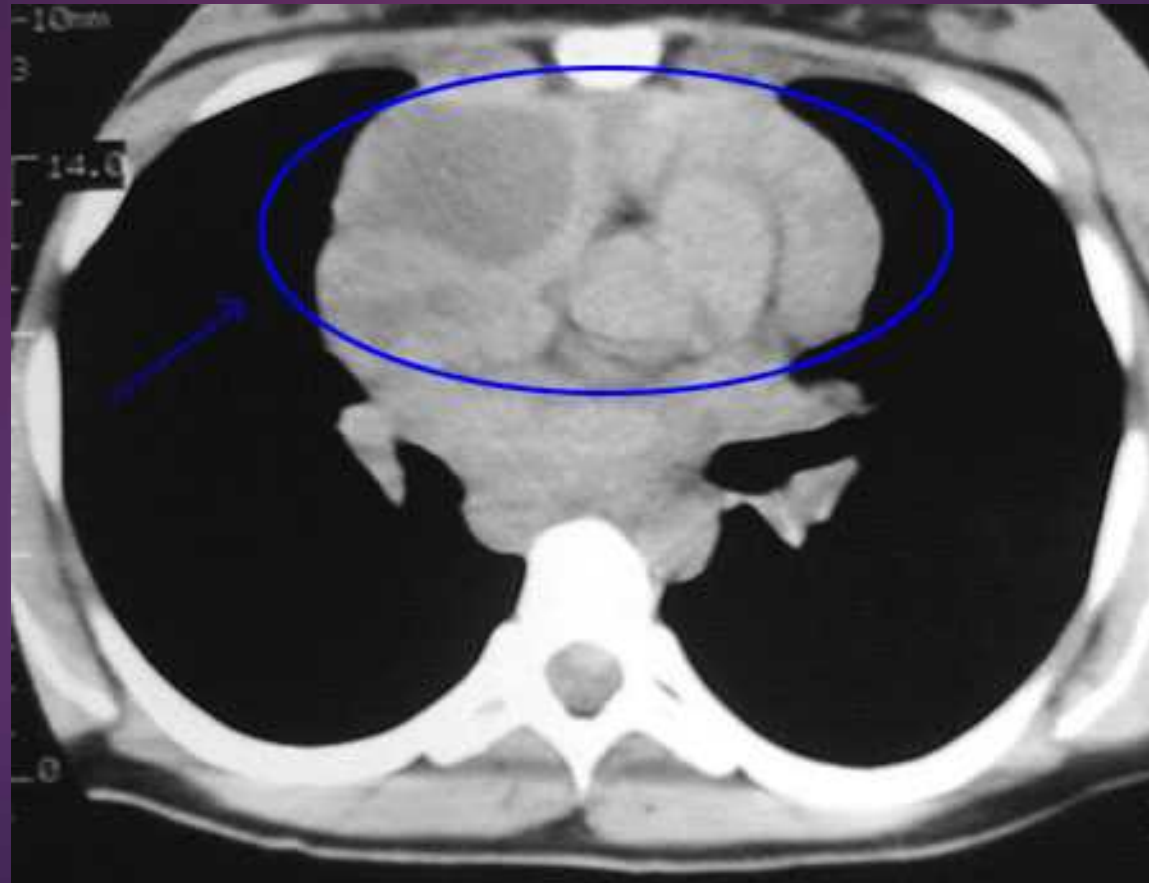


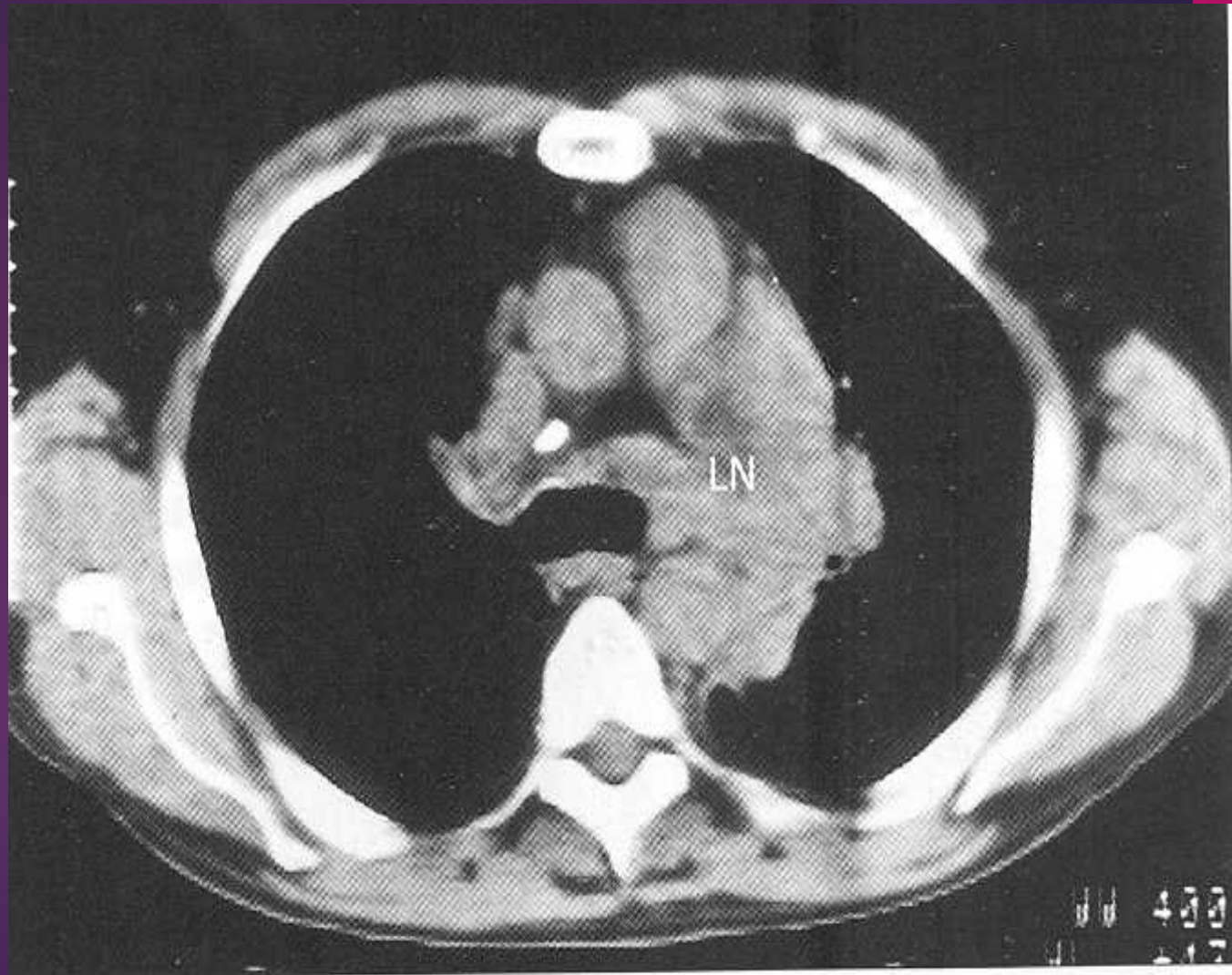
CXR- *mediastinal mass*

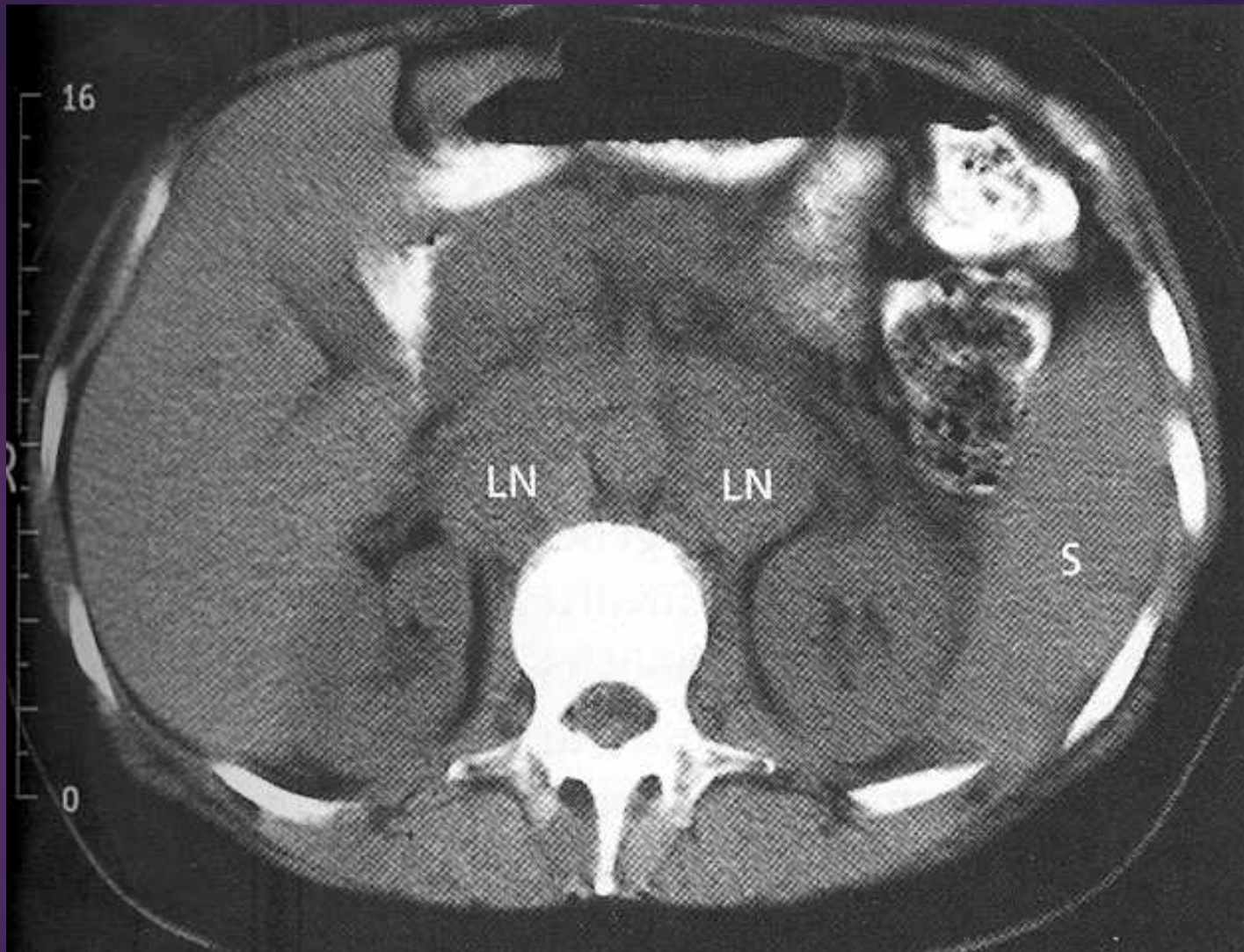
CT thorax / abdomen / pelvis-for staging

∴ **PET** ∴ ∴

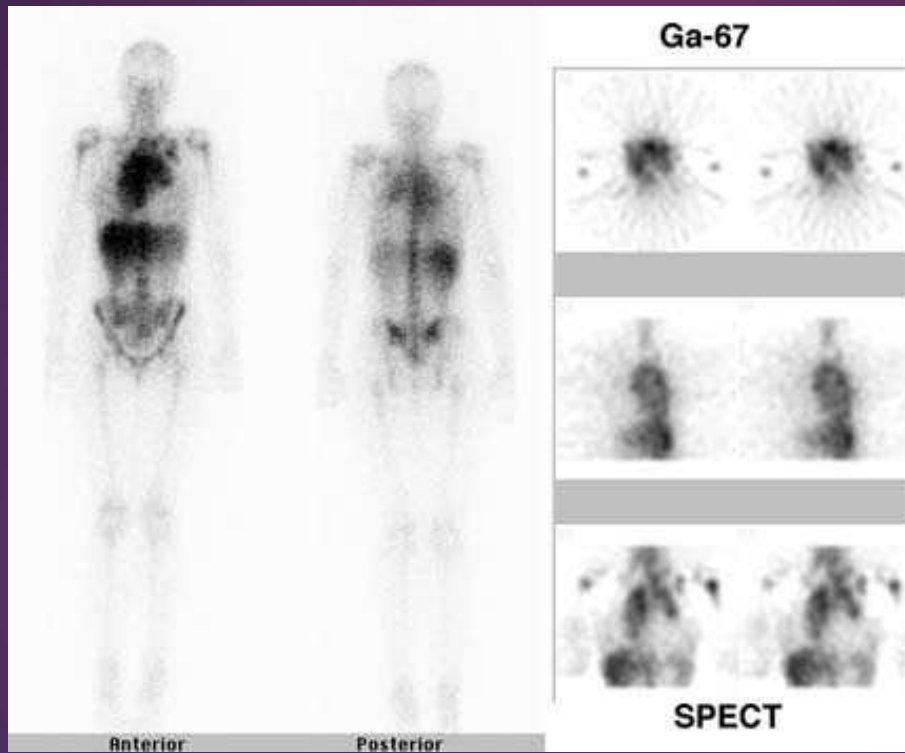
CT of chest







Nuc Med & PET scans



International Prognostic Index (IPI)

- *Age >45 .
- *Advanced stage disease STAGE 4.
- *Albumin <4 g/dl.
- *MALE .
- *LEUKOCYTOSIS >15000 mm³.
- *LYMPHHOPENIA <600/mm³.
- *HGB<10,5 g/dl .

Hodgkin lymphoma

Clinical Staging

- * History/ Physical examination .
- * CT scan neck, thorax, abdomen.
- * ^{18}F FDG-PET scan.
- * Bone marrow biopsy.

Treatment

- * *RT*
- * *Chemo*
- * *BMT / SCT*
- * *Supportive*

Treatment - Guidelines

Indications for RT:

Stage I disease

Stage II disease

For Bulky disease

For pressure problems

Indications for Chemo/T

All with B symptoms

Stage I disease

Stage II disease

Stage III and IV disease

Chemotherapy

ABVD:

Adriamycin 25mg/m²

Bleomycin, 10mg/

Vinblastine 6mg/m²

Dacarbazine 375/m²

Higher dose for relapse or younger pts with poor prognostic features

Prognosis

Stratified into risk groups •

Stage, bulky disease, histology.

Response to treatment.

Presence of mediastinal mass.

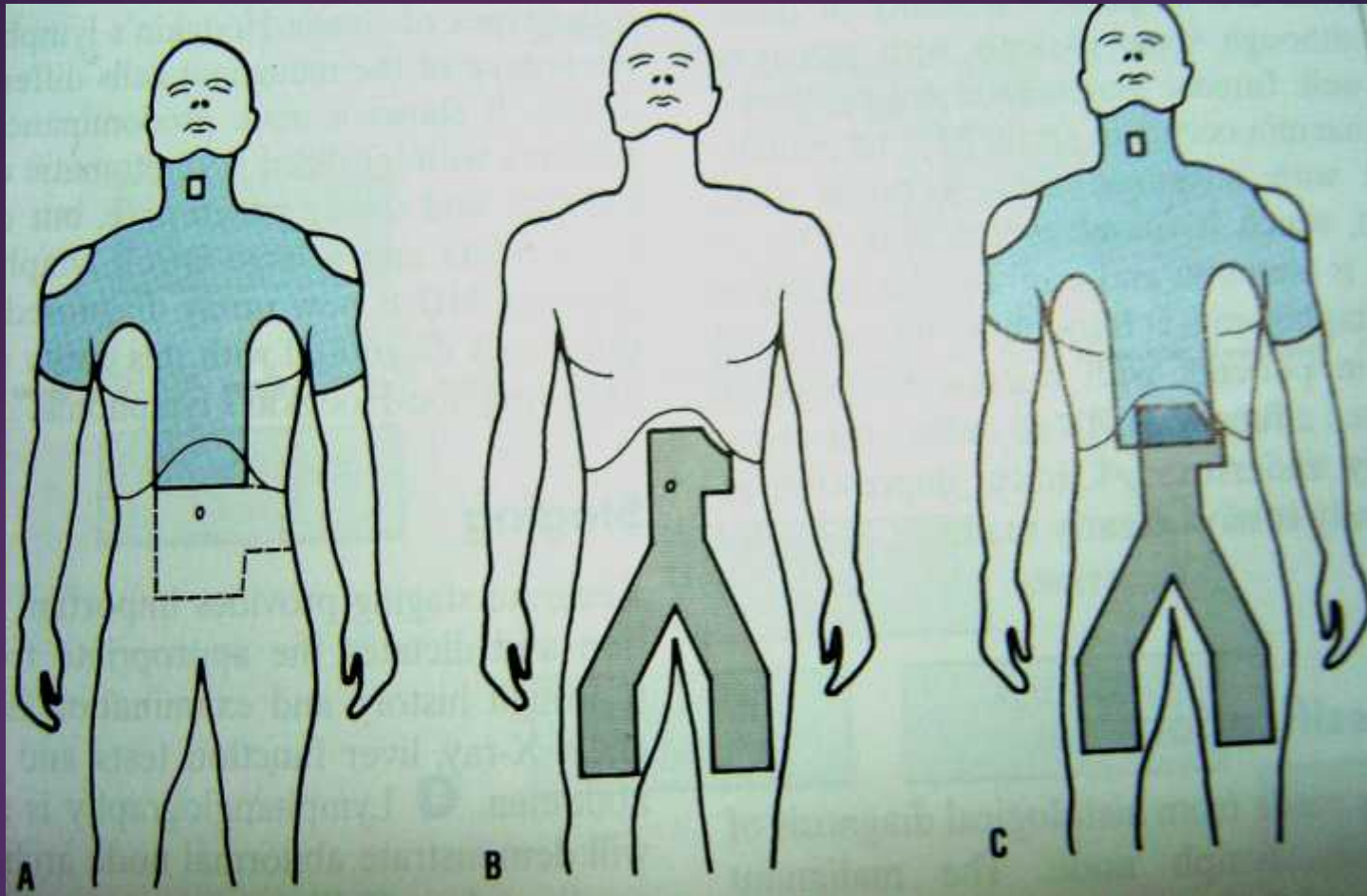
B symptoms.

Treatment

Stage IA , Stage IIA **Chemotherapy ALONE**
: **OR CHEMO PLUS Radiotherapy(3-4)CYCLES**

Stage IB,, Stage IIB:
Chemotherapy every 4 weeks, 6-8 cycles;
either alone, or in combination with
radiotherapy

Stage III & IV :
Chemotherapy + **Radiotherapy** (for bulky
disease or palliation of symptoms)



Irradiation fields used in Hodgkin's Lymphoma

Prognosis

Early Stage/Favorable disease

Stages I-II, IIIA.

80 - 90% DFS.

Advanced Stage/Unfavorable Disease

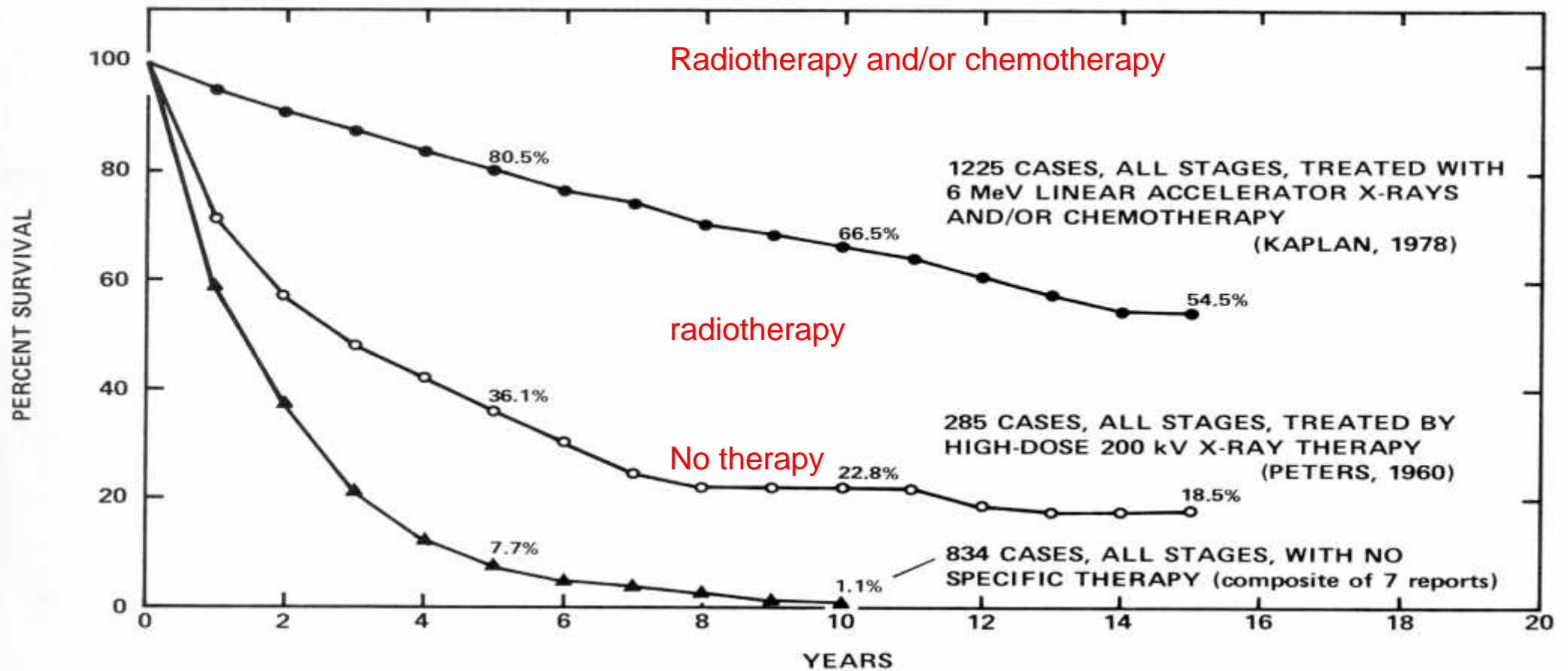
Stages IIIB and IV.

DFS rates 60-80 %.

Treatment results in Hodgkin lymphoma at 5 years

Stage	Prognosis	RFS	OS
I/II	Favorable	92 %	98 %
	unfavorable	89 %	94 %
III/IV		75 %	86 %

Survival after Hodgkin lymphoma



Treatment for relapsed Hodgkin lymphoma

15-30% of all HL patients will relapse and require second-line treatment

High-dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation:

- superior over conventional chemotherapy
- remains the **standard of care** for relapsed HL (except very late relapse?)

نهاية المحاضرة السادسة

