

## تقييم النتائج العلاجية لداء هودجكن

الدكتور ميخائيل جرجس\*

الدكتور رياض جالق\*\*

أسامة علي ماوردي\*\*\*

(قبل للنشر في 2004/3/30)

### □ الملخص □

داء هودجكن ورم لمفي خبيث قابل للشفاء، ذو خصائص سريرية ومخبرية ونسجية مميزة [1]. أول من وصف المرض كان Thomas Hodgkin عام 1832م [2].

يشخص سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية 2-3 حالات لكل 100000 نسمة، وهو يشكل 0.7% من الخباثات [1]. يتم معالجة المرضى بالمعالجة الشعاعية و/أو الكيماوية بناءً على مرحلة الورم وعوامل سوء الانذار [3]. يهدف هذا البحث إلى تسليط الضوء على هذا المرض، وإعطاء فكرة عن النتائج العلاجية التي تم الحصول عليها في محافظتنا، وبالتالي محاولة تحديد سبب عدم الاستجابة والنكس، أملين تحسين نسبة الشفاء قدر الإمكان. أجري البحث بالطريق الراجع على (41) مريض داء هودجكن والذين يعالجون في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والوحدات المهنية التابعة لها بين عامي 1998-2003، وذلك بالعودة إلى أظابيرهم ومراجعة كافة الاستقصاءات والاجراءات المتخذة لديهم، ومن ثم متابعة نتائج معالجة هؤلاء المرضى لمدة سنتين على الأقل.

#### نتائج الدراسة بيّنت:

- نسبة إصابة الذكور أعلى بقليل من الإناث.
- ذروة الإصابة بداء هودجكن في دراستنا كانت في العقد الثالث من العمر.
- ظرف الكشف الأكثر شيوعاً لدى مرضانا هو ضخامة العقد للمفاوية.
- ازدياد عدد المرضى الذين يبدون وجود علامات عامة.
- ارتفاع سرعة التثقل لدى عدد كبير من المرضى.
- فقر الدم المشاهد لدى مرضى الدراسة كان من نمط سوي الحجم - سوي الصباغ (10 مرضى)، وناقص الحجم - ناقص الصباغ (7 مرضى)، وانحلالي مناعي ذاتي (مريض واحد).
- وجود إصابة بالعقد للمفاوية المنصفية لدى أكثر من نصف المرضى.
- ارتفاع عدد المرضى ذوي المراحل السريرية المتقدمة.
- كان معدل الاستجابة على المعالجة لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور.
- كان معدل الاستجابة على المعالجة لدى الشباب أعلى منه لدى الأطفال والمسنين.
- كان معدل الاستجابة على المعالجة لدى المرضى ذوي النمط النسيجي غلبة للمفاويات أعلى منه لدى المرضى ذوي الأنماط النسيجية الأخرى.
- كان معدل الاستجابة على المعالجة لدى المرضى ذوي المراحل I، II أعلى منه لدى المرضى ذوي المراحل III، IV.

\* أستاذ في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

\*\* أستاذ مساعد في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

\*\*\* طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

## Valuation of Therapeutical Results in Hodgkin Disease

Dr. Micheal Georgios\*  
Dr.Riad Jalek\*\*  
Ossama Ali Mawardee\*\*\*

(Accepted 30/3/2004)

### □ ABSTRACT □

Hodgkin disease (HD) is a curable malignant lymphoma with distinct clinical, biological and histological characteristics [1].

Thomas Hodgkin first described HD in 1832 [2].

In U.S.A: The age – adjusted incidence rate is 2-3 cases per 100.000 individuals (about 0.7% of all cancers) [1].

Patients with HD are treated by radiotherapy or/and chemotherapy according to the stage and adverse prognostic factors [3].

The purpose of this research is to focus on this disease, and to give an idea about therapeutical results we had achieved in our city, there – by trying to know the causes of resistance and relapse, then improve rates of treatment.

A retrospective research was undertaken. About (41) patients have been treated in Al-Assad University Hospital in Lattakia and its clinical units between 1998-2003, by returning to their records, and looking up all examinations and investigations that had been made for them. And following their therapeutical results for two years in minimum.

#### **The results of research showed:**

- Incidence rate was a little more higher in males than in females.
- Age-specific incidence rate has a peak in the third decade.
- Lymphadenopathy was the most common diagnostic circumstance in our research.
- Number of patients with general signs was high.
- Erythrocyte sedimentation rate (ESR) is elevated in a large number of patients.
- Anemia in our research was divided to normocytic – normochromic type (10 patients), microcytic – hypochromic type (7 patients) and autoimmune hemolysis type (1 patient).
- Mediastinal lymphadenopathy was found in more than 50% of the patients.
- Number of patients with advanced-stage disease was high.
- Response rate in females was higher than in males.
- Response rate in young adults was higher than in children and older individuals.
- Response rate in patients with lymphocytic predominance was higher than other histological types.
- Response rate in patients with stage I, II was higher than in patients with stage III, IV.

---

\*Professor, Internal Medicine Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University,Lattakia, Syria .

\*\*Associate Professor, Internal Medicine Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .

\*\*\*Postgraduate Student, Internal Medicine Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .

## هدف البحث:

على الرغم من شيوع الإصابة بداء هودجكن، إلا أن الإنذار تحسن بشكل كبير خلال السنوات العشرين الأخيرة وذلك بفضل التشخيص الباكر وتضافر المعالجة الكيماوية والشعاعية، بالإضافة إلى معرفة طريقة انتشار هذا المرض [4].

ومن هذا المنطلق وجدنا ضرورة إجراء دراسة تحليلية لحالات داء هودجكن والتي راجعت مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والوحدات المهنية التابعة لها وذلك خلال السنوات الخمس الأخيرة، لتسليط الضوء على هذا المرض وإعطاء فكرة عن النتائج العلاجية التي تم الحصول عليها في محافظتنا، وبالتالي تحديد سبب عدم الاستجابة والنكس، أملين تحسين نسبة الشفاء قدر الإمكان.

## مادة البحث:

المرضى الذين شخص لديهم داء هودجكن بالفحص النسيجي للخرعات المأخوذة من العقد المصابة أو من أي عضو آخر مصاب [1]، وتم تحديد الدور السريري ونمط التشريح المرضي وعوامل الإنذار، ومن ثم العلاجات التي خضعوا لها.

## طريقة البحث:

أجري البحث بالطريق الراجع على (41) مريض داء هودجكن والذين يعالجون في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والوحدات المهنية التابعة لها بين عامي 1998-2003، وذلك بالعودة إلى أضابيرهم وتسجيل المعلومات التي تتضمن:

- 1- الجنس.
- 2- العمر.
- 3- ظروف الكشف.
- 4- الدور السريري: والذي تم تحديده بناءً على معطيات: الاستجواب - الفحص السريري - الفحوص المخبرية - العلامات الحيوية - صورة الصدر - طبقي محوري للصدر - ايكو للبطن والحوض و/أو طبقي محوري للبطن والحوض - خزعة نقي العظم [1].
- 5- النمط النسيجي.
- 6- العلاجات التي تلقاها المرضى.
- 7- الاستجابة على العلاج.
- 8- نتائج متابعة المرضى لمدة سنتين على الأقل.

مع العلم أننا اعتمدنا المعايير والتعاريف التالية أثناء تسجيل تلك المعلومات:

- 1- ارتفاع سرعة التثفل فوق الـ 40 في الساعة الأولى حتى نقول بوجود سرعة تثفل مرتفعة.
- 2- زيادة تعدد الكريات البيض عن الـ 12 ألف خلية/دل حتى نقول بوجود زيادة في تعداد الكريات البيض.
- 3- الجواب الأولي على المعالجة: يتمثل بغياب تام للضخامات العقدية والحشوية وغياب العلامات العامة وعودة التحاليل المخبرية إلى الطبيعي بعد إنهاء الجرعات العلاجية الهجومية الكاملة.

## النتائج والمناقشة:

جدول رقم (1): يبين توزع الإصابة بداء هودجكن حسب الجنس.

| الجنس  | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) |
|--------|------------|--------------------|
| الذكور | 21         | 51.22              |
| الإناث | 20         | 48.78              |

يُبيّن الجدول السابق أن نسبة إصابة الذكور بداء هودجكن في دراستنا كانت أكثر بقليل من إصابة الإناث.

جدول رقم (2): يبين توزع الإصابة بداء هودجكن حسب العمر.

| العمر          | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) |
|----------------|------------|--------------------|
| 1-10 سنوات     | 5          | 12.19              |
| 11-20 سنة      | 10         | 24.39              |
| 21-30 سنة      | 15         | 36.58              |
| 31-40 سنة      | 4          | 9.76               |
| 41-50 سنة      | 3          | 7.32               |
| أكثر من 50 سنة | 4          | 9.76               |

يُبيّن الجدول السابق أن أعلى نسبة لحدوث داء هودجكن في دراستنا كانت في العقد الثالث من العمر

حيث بلغ عدد المرضى (15) مريض أي بنسبة 36.58%.

جدول رقم (3): يبين ظروف كشف داء هودجكن في دراستنا (أي الظروف التي دفعت المرضى

لمراجعة الطبيب والتي تم على أثرها تشخيص المرض).

| ظروف الكشف                          | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) | النسبة العالمية (%) |
|-------------------------------------|------------|--------------------|---------------------|
| ضخامة عقد لمفاوية معزولة            | 30         | 73.18              | 80                  |
| علامات عامة                         | 5          | 12.19              | 10-5                |
| سعال                                | 1          | 2.44               | أقل من 1            |
| ضخامة عقد لمفاوية مع تبدل حالة عامة | 5          | 12.19              | 10-5                |

يُبيّن الجدول السابق أن معظم المرضى في دراستنا راجعوا بسبب ضخامة عقد لمفاوية وكان عددهم (30)

مريض أي بنسبة 73.18%، بينما راجع (5) مرضى (أي بنسبة 12.19%) بسبب علامات عامة، وراجع مريض واحد (2.44%) بسبب سعال، وراجع (5) مرضى (12.19%) بسبب ضخامة عقد لمفاوية مترافقة مع تبدل بالحالة العامة لديهم.

جدول رقم (4): يبين وجود الأعراض والعلامات العامة لدى المرضى في دراستنا.

| النسبة العالمية (%) | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى | العرض أو العلامة السريرية |
|---------------------|--------------------|------------|---------------------------|
| 45-40               | 48.78              | 20         | الترفع الحروري            |
| 35-30               | 58.53              | 24         | نقص الوزن                 |
| 25-20               | 51.21              | 21         | التعرق الليلي             |
| أقل من 10           | 26.82              | 11         | الحكة                     |

نلاحظ من الجدول السابق أن الترفع الحروري كان موجوداً لدى (20) مريض (48.78%)، وأن نقص الوزن كان موجوداً لدى (24) مريض (58.53%)، وأن التعرق الليلي كان موجوداً لدى (21) مريض (51.21%)، وأن الحكة كانت موجودة لدى (11) مريض (26.82%).

جدول رقم (5): يبين الضخامات العقدية والضخامات الحشوية الموجودة سريرياً لدى المرضى في دراستنا.

| النسبة العالمية (%) | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى |                     |
|---------------------|--------------------|------------|---------------------|
| 85-80               | 82.92              | 34         | عقد لمفاوية رقبية   |
| 20-15               | 19.51              | 8          | عقد لمفاوية ابضية   |
| أقل من 10           | 19.51              | 8          | عقد لمفاوية مغنبية  |
| 12-7                | 12.19              | 5          | ضخامة طحال و/أو كبد |

نلاحظ من الجدول السابق أنه وجدت ضخامة عقد لمفاوية رقبية لدى (34) مريض (82.92%)، وضخامة عقد لمفاوية ابضية لدى (8) مريض (19.51%)، وضخامة عقد لمفاوية مغنبية لدى (8) مريض (19.51%)، وضخامة طحال و/أو كبد لدى (5) مريض (12.19%).

جدول رقم (6): يبين العلامات المخبرية الدموية الموجودة لدى المرضى في دراستنا.

| النسبة العالمية (%) | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى |                           |
|---------------------|--------------------|------------|---------------------------|
| 65-60               | 43.90              | 18         | فقر الدم                  |
| 40                  | 26.82              | 11         | زيادة تعداد الكريات البيض |
| 70-55               | 73.18              | 30         | ارتفاع سرعة التثفل        |

نلاحظ من الجدول السابق أن (18) مريض (43.90%) من المرضى في دراستنا كان لديهم فقر دم، وأن (11) مريض (26.82%) كان لديهم زيادة في تعداد الكريات البيض، وأن (30) مريض (73.18%) كان لديهم ارتفاع في سرعة التثفل.

جدول رقم (7): يبين أنماط فقر الدم المشاهدة لدى المرضى في دراستنا.

| نمط فقر الدم             | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) |
|--------------------------|------------|--------------------|
| سوي الحجم - سوي الصباغ   | 10         | 55.56              |
| ناقص الحجم - ناقص الصباغ | 7          | 38.88              |
| انحلالي مناعي ذاتي       | 1          | 5.56               |

نلاحظ من الجدول السابق أنه وجد فقر دم سوي الحجم - سوي الصباغ لدى (10) مريض (55.56%) من أصل (18) مريض، وفقر دم ناقص الحجم - ناقص الصباغ لدى (7) مريض (38.88%) من أصل (18) مريض، ووجد فقر دم انحلالي مناعي ذاتي مع تفاعل كومبس المباشر إيجابي لدى مريض واحد فقط (5.56%) من أصل (18) مريض.

جدول رقم (8): يبين نتائج الاستقصاءات الشعاعية لدى المرضى في دراستنا.

| ضخامة المنصف          | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) |
|-----------------------|------------|--------------------|
| ضخامة المنصف          | 22         | 53.65              |
| ضخامة الطحال          | 10         | 24.39              |
| ضخامة الكبد           | 5          | 12.19              |
| ضخامة عقد لمفية بطنية | 12         | 29.26              |

نلاحظ من الجدول السابق أنه وجدت ضخامة منصف لدى (22) مريض (53.65%)، وضخامة طحال لدى (10) مريض (24.39%)، وضخامة كبد لدى (5) مريض (12.19%)، وضخامة عقد لمفية بطنية كالعقد الحرقفية وحول الأبهري وفي سرتي الكبد والطحال لدى (12) مريض (29.26%).

جدول رقم (9): يبين نسبة وجود إصابة في نقي العظم لدى المرضى في دراستنا.

| إصابة نقي العظم | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) |
|-----------------|------------|--------------------|
| إصابة نقي العظم | 9          | 21.95              |

نلاحظ من الجدول السابق أنه وجدت إصابة نقي العظم والمثبتة بالخزعة لدى (9) مريض (21.95%).

جدول رقم (10): يبين توزيع الأنماط النسيجية لداء هودجكن لدى المرضى في دراستنا.

| النمط النسيجي   | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) | النسبة العالمية (%) |
|-----------------|------------|--------------------|---------------------|
| التصلب العقيدي  | 22         | 53.65              | 60-80               |
| غلبة اللمفاويات | 7          | 17.09              | 5                   |
| مختلط الخلايا   | 11         | 26.82              | 15-30               |
| نقص اللمفاويات  | 1          | 2.44               | أقل من 1            |

نلاحظ من الجدول السابق أن النمط النسيجي التصلب العقيدي وجد لدى (22) مريض (53.65%)، وغلبة للمفاويات لدى (7) مرضى (17.09%)، ومختلط الخلايا لدى (11) مريض (26.82%)، ونقص للمفاويات لدى مريض واحد فقط (2.44%).

جدول رقم (11): يبين توزع المراحل السريرية لداء هودجكن لدى المرضى في دراستنا.

| المرحلة السريرية | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) | النسبة العالمية (%) |
|------------------|------------|--------------------|---------------------|
| المرحلة (I)      | 7          | 17.09              | 12                  |
| المرحلة (II)     | 17         | 41.45              | 46                  |
| المرحلة (III)    | 8          | 19.51              | 31                  |
| المرحلة (IV)     | 9          | 21.95              | 11                  |

نلاحظ من الجدول السابق أنه كان لدينا (7) مرضى (17.09%) في المرحلة I، و(17) مريض (41.45%) في المرحلة II، و(8) مرضى (19.51%) في المرحلة III، و(9) مرضى (21.95%) في المرحلة IV.

جدول رقم (12): يبين الاستجابة على العلاج حسب المرحلة السريرية لدى المرضى في دراستنا.

| الجواب<br>الأولي على<br>المعالجة<br>بقيا خالية<br>من النكس<br>لمدة سنتين | المرحلة (I) |                    | المرحلة (II) |                    | المرحلة (III) |                    | المرحلة (IV) |                    |
|--|-------------|--------------------|--------------|--------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
|  | عدد المرضى  | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى   | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى    | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى   | النسبة المئوية (%) |
| الجواب<br>الأولي على<br>المعالجة   | 7           | 100                | 17           | 100                | 5             | 62.50              | 5            | 55.55              |
| بقيا خالية<br>من النكس<br>لمدة سنتين                                     | 7           | 100                | 12           | 70.58              | 4             | 50                 | 3            | 33.33              |

نلاحظ من الجدول السابق:

- من أصل (7) مرضى في المرحلة (I) حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (7) مرضى (أي بنسبة 100%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (7) مرضى (أي بنسبة 100%).
- من أصل (17) مريض في المرحلة (II) حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (17) مريض (أي بنسبة 100%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (12) مريض (أي بنسبة 70.58%).

- من أصل (8) مرضى في المرحلة (III) حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (5) مرضى (أي بنسبة 62.50%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (4) مرضى (أي بنسبة 50%).
- من أصل (9) مرضى في المرحلة (IV) حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (5) مرضى (أي بنسبة 55.55%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (3) مرضى (أي بنسبة 33.33%).

بينما تبلغ معدلات الشفاء وفق الدراسات العالمية:

| المرحلة (I)                      | المرحلة (II) | المرحلة (III) | المرحلة (IV) |
|----------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| 90%                              | 80-90%       | 70-80%        | 50-60%       |
| بقيا خالية من النكس لمدة 5 سنوات |              |               |              |

جدول رقم (13): يبين الاستجابة على العلاج حسب النمط النسيجي لدى المرضى في دراستنا.

| التصلب العقيدي | غلبة اللمفاويات    |            | مختلط الخلايا      |            | نقص اللمفاويات     |            | الجواب الأولي على المعالجة     |
|----------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------------------|
|                | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى |                                |
| 21             | 95.45              | 6          | 85.71              | 8          | 72.72              | 1          | 100                            |
| 15             | 68.18              | 6          | 85.71              | 6          | 54.54              | 0          | بقيا خالية من النكس لمدة سنتين |

نلاحظ من الجدول السابق:

- من أصل (22) مريض ذوي النمط النسيجي التصلب العقيدي، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (21) مريض (أي بنسبة 95.45%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (15) مريض (أي بنسبة 68.18%).
- من أصل (7) مرضى ذوي النمط النسيجي غلبة اللمفاويات، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (6) مرضى (أي بنسبة 85.71%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (6) مرضى (أي بنسبة 85.71%).
- من أصل (11) مريض ذوي النمط النسيجي مختلط الخلايا، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (8) مرضى (أي بنسبة 72.72%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (6) مرضى (أي بنسبة 54.54%).

من أصل مريض واحد ذي النمط النسيجي نقص اللمفاويات، تم الحصول لديه على الجواب الأولي على المعالجة، لكنه وبعد حوالي سنة من إنهاء العلاج الهجومي حدث لديه نكس مترافق مع ضخامة طحال ودفن وحين وسوء حالة عامة وتوفي المريض.

جدول رقم (14): يبين الاستجابة على العلاج حسب الجنس لدى المرضى في دراستنا.

| الإناث             |            | الذكور             |            |                                |
|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------------------|
| النسبة المئوية (%) | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) | عدد المرضى |                                |
| 95                 | 19         | 80.95              | 17         | الجواب الأولي على المعالجة     |
| 80                 | 16         | 57.14              | 12         | بقيا خالية من النكس لمدة سنتين |

نلاحظ من الجدول السابق:

- من أصل (21) مريض ذكر، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (17) مريض (أي بنسبة 80.95%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (12) مريض (أي بنسبة 57.14%).
- من أصل (20) مريضة، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (19) مريضة (أي بنسبة 95%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (16) مريضة (أي بنسبة 80%).

جدول رقم (15): يبين الاستجابة على العلاج حسب العمر لدى المرضى في دراستنا.

| بقيا خالية من النكس لمدة سنتين | الجواب الأولي على المعالجة |                    |                |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------|----------------|
| 3                              | 4                          | عدد المرضى         | 10-1 سنوات     |
| 60                             | 80                         | النسبة المئوية (%) |                |
| 6                              | 9                          | عدد المرضى         | 20-11 سنة      |
| 60                             | 90                         | النسبة المئوية (%) |                |
| 12                             | 14                         | عدد المرضى         | 30-21 سنة      |
| 80                             | 93.33                      | النسبة المئوية (%) |                |
| 3                              | 4                          | عدد المرضى         | 40-31 سنة      |
| 75                             | 100                        | النسبة المئوية (%) |                |
| 2                              | 2                          | عدد المرضى         | 50-41 سنة      |
| 66.66                          | 66.66                      | النسبة المئوية (%) |                |
| 1                              | 2                          | عدد المرضى         | أكثر من 50 سنة |
| 25                             | 50                         | النسبة المئوية (%) |                |

نلاحظ من الجدول السابق:

- من أصل (5) مرضى تراوحت أعمارهم بين 1-10 سنوات، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (4) مرضى (أي بنسبة 80%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (3) مرضى (أي بنسبة 60%).
- من أصل (10) مرضى تراوحت أعمارهم بين 11-20 سنة، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (9) مرضى (أي بنسبة 90%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (6) مرضى (أي بنسبة 60%).
- من أصل (15) مريض تراوحت أعمارهم بين 21-30 سنة، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (14) مريض (أي بنسبة 93.33%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (12) مريض (أي بنسبة 80%).
- من أصل (4) مرضى تراوحت أعمارهم بين 31-40 سنة، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى (4) مرضى (أي بنسبة 100%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى (3) مرضى (أي بنسبة 75%).
- من أصل (3) مرضى تراوحت أعمارهم بين 41-50 سنة، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى مريضين (أي بنسبة 66.66%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى مريضين (أي بنسبة 66.66%).
- من أصل (4) مرضى تجاوزت أعمارهم 50 سنة، حصل الجواب الأولي على المعالجة لدى مريضين (أي بنسبة 50%)، وتم الحصول على بقيا خالية من النكس لمدة سنتين لدى مريض واحد (أي بنسبة 25%).

جدول رقم (16): يبين الاختلالات والمضاعفات التي تم تسجيلها لدى المرضى في دراستنا.

| الاختلاط               | عدد المرضى | النسبة المئوية (%) |
|------------------------|------------|--------------------|
| داء المنطقة Zona       | 2          | 4.87               |
| انعدام نطاف Azospermia | 1          | 2.43               |
| وفاة                   | 4          | 9.75               |

نلاحظ من الجدول السابق أنه:

- 1- سجلت حالتني داء المنطقة Zona (أي بنسبة 4.87%)، علماً أن هذين المريضين كانا قد عولجا وفق نظام متناوب من ABVD/copp.
- 2- سجلت حالة انعدام نطاف Azospermia لدى مريض عمره (27) سنة وكان قد تلقى علاجي تشاركي كيميائي مع شعاعي (وفق طريقة Mantle).
- 3- سجلت (4) وفيات (أي بنسبة 9.75%) لدى مرضانا خلال فترات متفاوتة من بدء المرض والعلاج، ولأسباب متعلقة بشكل مباشر بالمرض نفسه أو بالمعالجة التي تلقاها هؤلاء المرضى علماً أن أعمارهم جميعاً كانت تتجاوز (45) سنة.

## المراجع:

.....

- 1- Athanassios Argiris, Virginia Kaklamani: Hodgkin disease, last updated: October 25, 2001.
- 2- Volker Diehl, Peter Mauch, Joseph M. Connors: Hodgkin's lymphoma. Hematology 1999; 270-289.
- 3- David C. Linch, Roger G. Gosden, Togas Tulandi, Seang – Lin Tan, Stephen L. Hancock: Hodgkin's lymphoma, choice of therapy and late complications. Hematology 2000; 205-217.
- 4- Steven M. Horwitz, Sandra J. Horning: Advances in the treatment of Hodgkin's lymphoma, Curr. Opin. Hematology 2000; 235-240.
- 5- Devita VT, Hubbard SH: Hodgkin disease. N. Engl J Med 1993; 328-560.
- 6- Lawrence M. Tierney, Jr, others: Current medical 2003.
- 7- Richard M. Stone, others: Harrison's principles of internal medicine (15<sup>th</sup>) 2001.