CASE REPORT

A Diffuse Large B-cell Lymphoma in the Maxilla: A Rare Case Report

Atena Shiva[1],
Shahin Arab[2],
Amirhossein Pakravan[3],
Nika Rezaeikalantari[4],
Parastoo Namdar[5]

[1] Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Phd in Biochemistry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Doctor of Dental Surgery, Dental Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Orthodontics, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 12, 2022 ; Accepted March 14, 2023)

Abstract

Malignant neoplasms that affect the lymphatic system are called lymphoma and include a wide range of diseases that originate from B cells. Lymphoma is the second common neoplasm of the head and neck and includes Hodgkin's lymphoma and non-Hodgkin's lymphoma. This article reports the case of a primary non-Hodgkin's lymphoma in the oral cavity. He attended Sari Maxillofacial Surgery Clinic because of a gradual growth of a mass in the posterior region of the maxilla. The patient was primarily diagnosed with periodontal abscess but misdiagnosis led to treatment failure and disease progression. After attending our clinic, immunohistochemical examination was performed which revealed a diffuse large B-cell lymphoma. The patient underwent surgery and treatment with CHOP regimen (cyclophosphamide, daunorubicin, vincristine, and prednisolone). The development of lymphoma in the oral cavity is very rare and its symptoms such as pain, swollen gums, and loose teeth are similar to other dental problems and may lead to diagnostic problems. The present report draws attention to non-Hodgkin's lymphoma in differential diagnosis of soft and hard tissues of the oral lesions that can lead to appropriate treatment and better prognosis.

Keywords: diffuse large B-cell lymphoma, maxilla, non-Hodgkin lymphoma

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (220): 206-213 (Persian).

Corresponding Author: Parastoo Namdar - Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: dds.pnamdar@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۰ اردیبهشت سال ۱۴۰۲ (۲۱۳-۲۰۶)

لنفوم سلول B بزرگ منتشر در فک بالا: یک گزارش مورد نادر

آتنا شیوا[۱]
شهین عرب[۲]
امیرحسین پاکروان[۳]
نیکا رضایی کلانتری[۴]
پرستو نامدار[۵]

چکیده

نئوپلاسم‌های بدخیم که سیستم لنفورتیکولار را درگیر می‌کنند، لنفوم نام دارند و شامل گروه وسیعی از بیماری‌ها می‌باشند که از سلول‌های B منشاء می‌گیرند. لنفوم، دومین بدخیمی شایع سر و گردن است و شامل لنفوم هوچکین و غیرهوچکین می‌شود. در این گزارش مورد، یک نمونه لنفوم غیرهوچکین اولیه در حفره دهان معرفی می‌شود. بیمار آقای ۵۱ ساله‌ای بود که به‌دلیل رشد تدریجی یک توده تومورال در ناحیه خلف ماگزیلا به مرکز درمانی جراحی فک و صورت شهر ساری مراجعه کرد. لازم به ذکر است که در طی مراجعه اولیه بیمار به دندانپزشک، بیماری پریودنتال و آبسه دندانی تشخیص داده شده بود، اما درمان‌های صورت گرفته به علت تشخیص نادرست، کارامد نبود و سبب پیشرفت بیماری شده بود. پس از مراجعه به مرکز جراحی فک و صورت، بررسی ایمونوهیستوشیمی در مورد بیمار، حاکی از وجود لنفوم غیرهوچکین سلول B منتشر بود. بیمار تحت جراحی و درمان با رژیم CHOP (سیکلوفسفامید، داناروبیسین، وین کریستین، پردنیزولون) قرار گرفت. نتیجه می‌گیریم با توجه به این‌که وقوع لنفوم غیرهوچکین در حفره دهان بسیار نادر است و علائم آن نیز مشابه با برخی عفونت‌های دندانی نظیر درد، تورم و لق شدن دندان‌ها می‌باشد، ممکن است این امر منجر به بروز مشکلات تشخیصی گردد. مقاله حاضر می‌تواند جهت ارائه آگاهی به دندانپزشکان و تأکید بر احتمال لنفوم غیرهوچکین در تشخیص افتراقی ضایعات بافت نرم و سخت دهان مورد توجه باشد و به تشخیص زودرس و اطمینان از درمان مناسب برای بهبود پروگنوز کمک کند.

واژه های کلیدی: لنفوم سلول B بزرگ منتشر، فک بالا، لنفوم غیرهوچکین

مقدمه

نئوپلاسم‌های بدخیم که سیستم لنفورتیکولار را درگیر می‌کنند، لنفوم نام دارند و شامل گروه وسیعی از بیماری‌ها می‌باشند، که از سلول‌های B منشاء می‌گیرند. لنفوم به عنوان دومین بدخیمی شایع سر و گردن شناخته شده است و شامل لنفوم هوچکین و غیر هوچکین می‌باشد(۱). لنفوم غیرهوچکین حتی اندام‌ها و بافت‌هایی که به طور معمول فاقد سلول‌های لنفوئیدی هستند را نیز درگیر می‌کند. علت این بیماری نامشخص است و عوامل خطر اصلی عبارت از نقص ایمنی، بیماری‌های خود ایمنی، عفونت‌ها، قرار گرفتن در معرض عوامل شیمیایی مضر، شیمی درمانی و پرتودرمانی می‌باشد(۲).

مولف مسئول: پرستو نامدار– ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی E-mail: dds.pnamdar@gmail.com
۱. دانشیار، گروه پاتولوژی دهان،فک وصورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دکترای بیوشیمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، گروه جراحی فک و صورت و دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. جراح دندانپزشک، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. استادیار، گروه ارتودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۹/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۱۰/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

دامنه رفتار لنفوم غیرهوچکین ممکن است بسیار آرام یا خیلی مهاجم و کشنده باشد، درحالی که لنفوم هوچکین تظاهرات خارج عقده‌ای نادر دارد، در لنفوم غیرهوچکین نمای خارج عقده‌ای شایع است و می‌تواند در نواحی مختلفی شامل سیستم احشایی، بیضه، تیروئید، پوست، سیستم عصبی مرکزی، پستان، بافت‌های چشمی، سینوس‌ها، لوزه و غدد بزاقی دیده شود(۵-۳). عامل بروز لنفوم غیرهوچکین ممکن است ویروسی یا مرتبط با سرکوب سیستم ایمنی باشد، با این حال، اتیولوژی دقیق آن ناشناخته باقی مانده است(۶). وقوع لنفوم غیر هوچکین در حفره دهان بسیار نادر است و تنها ۲ درصد لنفوم‌های خارج گره‌ای در حفره دهان رخ می‌دهد(۵). هم‌چنین بروز لنفوم در استخوان کم‌تر از ۵ درصد است(۸،۷). در صورتی که این بیماری در حفره دهان رخ دهد، کام، لثه، زبان، مخاط گونه، کف دهان و لب‌ها را درگیر می‌کند(۹).

اولین مورد لنفوم غیرهوچکین منتشر سلول B بزرگ در فک بالا توسط Kini و همکاران در سال ۲۰۰۹ گزارش شد(۱۰). پس از آن نیز مواردی از بروز این لنفوم‌های منتشر سلول B بزرگ درمقالات ذکر شده است(۱۳-۱۱). این گزارش‌های موردی لنفوم غیرهوچکین بزرگ منتشر، به‌عنوان تظاهرات بیماری خارج گره‌ای اولیه یا جزئی از فرآیند بیماری منتشر که شامل غدد لنفاوی منطقه‌ای است، گزارش شده‌اند. در مورد عود لنفوم‌های منتشر سلول B بزرگ در فک بالا گزارشات زیادی وجود ندارد. یک مورد نادر به‌عنوان تظاهرات اولیه عود دیررس پس از ۵ سال، به‌عنوان یک لنفوم خارج گره‌ای داخل استخوانی توسط Kumar و همکاران گزارش شده است(۱۳). لنفوم‌های منتشر سلول B بزرگ مربوط به گروهی از بدخیمی‌های لنفاوی متشکل از سلول‌های بزرگ با هسته‌های تاولی، هستک‌های برجسته، سیتوپلاسم بازوفیل همراه با سرعت تکثیر معمولاً بالا است(۱۴). بروز لنفوم در حفره دهان به‌علت نادر بودن ممکن است منجر به بروز مشکلات تشخیصی ودر نهایت تشخیص دیرهنگام گردد چراکه علائم این بیماری می‌تواند مشابه عفونت‌های دندانی نظیر درد، تورم و لق شدن دندان‌ها باشد. از آن‌جایی که لنفوم سلول B بزرگ منتشر بسیار مخرب و تمایل به‌درگیری گره‌های لنفاوی را دارد، بنابراین شناسایی علائم و نشانه‌های این بیماری خصوصا هنگامی که در حفره دهان رخ می‌دهد، حائز اهمیت فراوان است. در این گزارش مورد، یک نمونه لنفوم غیر هوچکین اولیه در حفره دهان معرفی شد.

گزارش مورد

بیمار آقای ۵۱ ساله‌ای بود که به دلیل درد و ناراحتی مبهم ودائمی، تورم در ناحیه خلف فک بالا در سمت چپ، به مرکز درمانی جراحی فک و صورت شهر ساری در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرد. بیمار هیچ سابقه مصرف دارو(جز آنتی بیوتیک جهت درمان دندان‌های کشیده شده)، مصرف دخانیات یا سابقه بیماری سیستمیک و درگیری به بدخیمی را ذکر نمی‌کرد. طبق گزارش بیمار، ضایعه همراه درد و تورم از ۴ماه قبل از مراجعه با سرعت زیاد در فک بالا در ناحیه دندان‌های مولر ایجاد شده بود. پس از گذشت ۲ماه از شروع علائم، بیمار به دندانپزشک مراجعه کرده بود وتشخیص برمبنای دندان‌های غیر قابل نگهداری مولرگذاشته شده و دندان‌های مولر کشیده شده بود. ولی بعد از گذشت ۲ ماه از کشیده شدن دندان‌ها ومصرف طولانی آنتی‌بیوتیک، بیمار همچنان عدم بهبود علائم و بلکه بدترشدن علائم را عنوان می‌کرد. در زمان مراجعه به جراح فک و صورت، پس از معاینه داخل دهان بیمار، یک توده با قوام سفت، همگن و حساس در لمس به اندازه ۴ سانتی‌متر در قسمت لثه خلفی فک بالا در مجاورت ناحیه اپیکال دندان‌های کشیده شده با تخریب استخوان و گسترش وسیع مشهود بود. مخاط پوشاننده صاف و قرمز رنگ بود و عروق خونی فراوان داشت (تصویر شماره ۱).

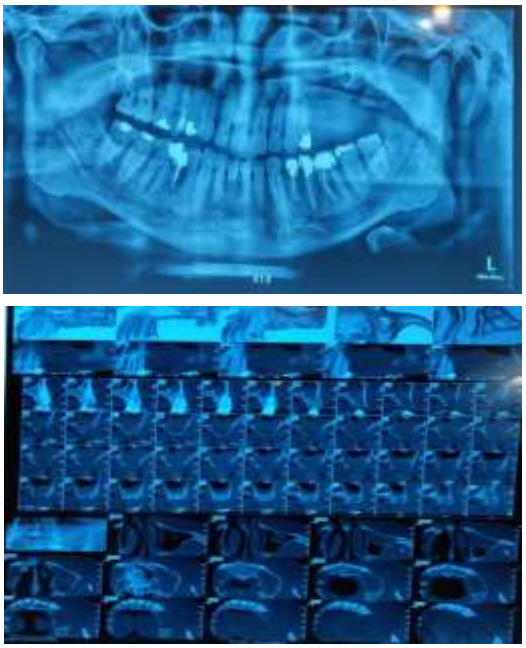
ارزیابی آزمایشگاهی هیچ یافته غیرطبیعی را نشان نداد. سی‌تی اسکن و گرافی پانورامیک برای بیمار انجام شد و در نمای پارانومیک یک ضایعه لوسنت وسیع

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

مشاهده شد. این ضایعه رادیولوسنت، در ناحیه خلف فک بالا ازدندان پره مولر دوم تا ناحیه دندان مولر دوم سمت چپ بیمار قرار داشت (تصویر شماره ۲).



تصویر شماره ۱: توده تومورال در ناحیه خلف ماگزیلا سمت چپ همراه با درد و تورم



تصویر شماره ۲: نمای سی تی اسکن و پانورامیک ضایعه در قدام فک بالا

بعد از انجام آزمایشات و بررسی‌های اولیه، توسط جراح یک بیوپسی اینسیژنال از ضایعه انجام شد و در فرمالین ۱۰ درصد به یک مرکز آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت ارسال شد. نمای Gross و شرح ماکروسکوپی ضایعه حاکی از حضور چند قطعه بافت به رنگ کرم تا قهوه‌ای با قوام سفت به ابعاد ۰/۹×۱/۵×۱/۵ سانتی‌متر بود.

بررسی میکروسکوپی حاکی از وجود یک نئوپلاسم بدخیم حاوی سلول‌های تومورال مشابه لنفوسیت به شکل صفحات وسیع با هسته گرد، سیتوپلاسم اندک حاوی میتوز فراوان بود که در لابه لای سلول‌های مشابه ماکروفاژ با سیتوپلاسم شفاف و فراوان مشهود بود. تشخیص حاکی از وجود لنفوم غیر هوچکین سلول B منتشر، درجه بالا بود که با بررسی ایمونوهیستوشیمی و مثبت شدن مارکرهای CD45,CD20,Ki67,CD3 و نمای میکروسکوپی تایید شد. نمای میکروسکوپی لنفوم منتشر سلول B بزرگ، با رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی ۴ و X۱۰ در تصویر شماره ۳ نمایش داده شده است.



تصویر شماره ۳: نمای میکروسکوپی توده لنفوم غیر هوچکین با رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین با بزرگنمایی ۴ و ۱۰برابر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

در نهایت پس از تشخیص، ضایعه توسط جراحی اکسیژنال به همراه حاشیه اطراف کاملا خارج شد و در گزارش آسیب‌شناسی تشخیص نهایی لنفوم سلول بزرگ B منتشر دیده شد. در زمان تشخیص تومور رادیوگرافی قفسه‌سینه و اسکن استخوان جهت بیمار انجام شد و متاستازی نیز مشاهده نگردید. چند روز پس از جراحی بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

پس از تشخیص و جراحی، بیمار به متخصص انکولوژی ارجاع داده شد و تحت درمان با رژیم CHOP (سیکلوفسفامید، داناروبیسین، وین کریستین، پردنیزولون) قرار گرفت. درگیری در جای دیگری از بدن بیمار یافت نشد. بیمار برای ۶ مرحله تحت شیمی درمانی قرار گرفت. در انتهای سیکل دوم اندازه تورم رو به کاهش نهاد و در پایان سیکل سوم بیمار کاملا بهبود یافته بود. جهت بررسی روند درمان، از بیمار هر سه ماه اسکن دریافت شد و تحت آزمایش قرار گرفت. پس از گذشت ۱۸ ماه حال عمومی بیمار خوب بود. او تحمل مطلوبی نسبت به درمان داشت و هیچ گونه عارضه جانبی منفی گزارش نکرد. در پیگیری دوساله بیمار در سال ۱۴۰۱ عود مجدد و متاستازی مشاهده نگردید.

بحث

تظاهر لنفوم غیرهوچکین در ناحیه سر و گردن بسیار نادر و در حدود ۱ درصد گزارش شده است(۱۵). هنگامی که لنفوم غیرهوچکین در سر و گردن رخ می‌دهد معمولا حلقه والدیر شامل نازوفارنکس، لوزه‌ها و قاعده زبان را درگیر می‌کند. بینی، سینوس‌های پارانازال، اربیت‌ها و غدد بزاقی نیز ممکن است درگیر شوند. درگیری فک بالا نادر است، با این حال برخی موارد درگیری ماگزیلا و ماندیبل گزارش شده است که اکثریت آن در کام و لثه مشاهده شده است(۱۷-۱۵). در نمونه گزارش شده، درگیری قسمت خلفی فک بالا مشاهده شد. بیش‌تر گزارشات لنفوم غیرهوچکین در حفره دهان در مردان میانسال (نسبت مرد به زن ۳:۲) و پیر گزارش شده است(۱۰). میانگین سنی بیماران لنفوم فک بالا در هنگام تشخیص ۵۰ تا ۵۵ سال می‌باشد(۱۱). در صورتی که حفره دهان، ناحیه اولیه ابتلا به لنفوم غیرهوچکین باشد، ابتلای ثانویه دیگر اعضا نیز معمولا گزارش می‌شود(۱۷)، با این حال ما هیچ درگیری در سایر ارگان‌های بیمار گزارش شده در این مطالعه، مشاهده نکردیم. بهترین روش برای مدیریت لنفوم، تشخیص دقیق است. یک مشکل اساسی عدم اختصاصی بودن نماهای بالینی لنفوم حفره دهان است که معمولا به‌صورت علایمی از مشکلات دندانی شامل تورم موضعی استخوان، لقی دندان، التهاب بدون درد مخاط، درد دندان یا صورت تظاهر می‌کند و ممکن است تشخیص پزشک را منحرف کند. به‌دلیل این علائم، بیماران اغلب به‌عنوان بیماری‌های التهابی ادنتوژنیک یا پریودنتال یا سایر ضایعات کیستیک و استئولیتیک فکی بالقوه اشتباه تشخیص داده می‌شوند، که منجر به پردازش نابهنگام و درمان غیرضروری یا نامناسب (مانند درمان ریشه، کشیدن دندان و مصرف داروها و دهانشویه‌های ضد میکروبی) می‌شود(۱۸،۱).

شایان ذکر است که تشخیص قطعی در اکثر مواقع به علت تشابه با سایر بیماری‌های دهان و دندان با تاخیر قابل توجهی صورت می‌گیرد و این مساله در اکثریت موارد سبب منتشر شدن بیماری قبل از تشخیص می‌شود(۱). در گزارش مورد حاضر نیز در طی مراجعه اولیه به دندانپزشک، به اشتباه بیماری پریودنتال و آبسه دندانی تشخیص داده شده بود و در نتیجه درمان‌های صورت گرفته در این راستا به علت تشخیص نادرست کارامد نبود و سبب پیشرفت بیماری شد.

تشخیص افتراقی این بیماری شامل گستره‌ای از بیماری‌های فک و صورت است که ممکن است امر تشخیص را مختل نماید و شامل فرایندهای عفونی از قبیل عفونت قارچی عمقی و سیستمیک، آبسه دنتوآلوئولار، گرانولوم وگنر، گرانولوم کشنده خط میانی، کارسینوم سلول سنگفرشی، تومورهای متاستاتیک، ضایعات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

نئوپلاستیک،کیست و تومورهای ادنتوژنیک می‌باشد(۱۸). علاوه بر این، علایم اختصاصی رادیولوژیک درگیری استخوانی در ۱۰ تا ۲۰ درصد موارد قابل روئیت نیست و یافته‌های رادیوگرافیک زمانی قابل مشاهده می‌باشند که تخریب کورتیکال و تهاجم به سینوس رخ داده باشد و در نتیجه امر تشخیص ممکن است با مشکل روبرو گردد(۱۵،۱۰). در گزارش مورد حاضر، به دلیل وجود تورم و درد دندان پره مولر و عدم وجود سابقه پرشکی بیمار مورد نظر، تشخیص با مشکلاتی روبرو شد. تورم به رغم مصرف آنتی‌بیوتیک که در نتیجه شک به عفونت دندان و بیماری پریودنتال تجویز شده بود، بهبود نیافت. بررسی رادیوگرافیک که حاکی از تخریب ترابکولاسیون طبیعی استخوان و لیگامان پریودنتال بود، یک روند پاتولوژی مخرب‌تر سیستمیک یا موضعی را پیشنهاد می‌کرد.

عموما، رادیوگرافی نشان‌دهنده کاهش حاشیه آلوئولی، گشاد شدن فضای پریودنتال، ضایعات رادیولوسنت نامنظم و مرزهای نامشخص است(۱۹). علاوه بر این، رادیوگرافی معمولی ممکن است نشان‌دهنده تخریب اساسی استخوان ریشه‌های دندان باشد. در مورد بیمار ما، پس از اخذ تاریخچه پزشکی و دندانپزشکی، معاینه کامل سر و گردن و گره‌های لنفاوی انجام شد و با توجه به سلامت سیستمیک بیمار و عدم وجود لنفادنوپاتی و سرعت بالای پیشرفت تورم، اختلال بدخیم مزانشیمی (سارکوم‌ها) مطرح شد و در نهایت بررسی هیستوپاتولوژیک لنفوم غیر هوچکین سلول بزرگ B منتشر، را نشان داد.

در بیمارانی که درگیری موضعی دارند، میزان بقا عالی است، در حالی که در موارد منتشر میزان بقای بیمار نامطلوب است(۱۰). پیش‌آگهی و نتیجه درمان به عوامل زیادی مانند نوع بافت شناسی، نوع درمان، تظاهر علائم B، اندازه تومور و سن بیمار بستگی دارد. در صورت درمان به موقع، بیماری به ندرت به سمت الگوی منتشر با پلاک ها و ندول‌های پوستی و لوسمی پیش می‌رود. درمان‌های شایع لنفوم غیرهوچکین شامل شیمی درمانی، اشعه درمانی و جراحی می‌باشد(۳) و عموماً ترکیبی از شیمی درمانی و اشعه درمانی به‌کار می‌رود. هم‌چنین آنتی‌بادی‌های مونوکلونال و تزریق اینترفرون نیز در درمان این بیماری به‌کار می‌روند(۳). به‌طور کلی، درمان به‌موقع و در غیاب بیماری‌های درگیرکننده سیستم ایمنی نظیر سندرم نقص ایمنی اکتسابی موثر است و بقای طولانی مدت آن بین ۵۰ تا ۷۰ درصد گزارش شده است(۱). در بیمار ما با توجه به تشخیص و درمان مناسب و به موقع، پروگنوز عالی بود.

مقاله حاضر می‌تواند جهت ارائه آگاهی به دندانپزشکان و تأکید بر احتمال لنفوم غیرهوچکین در تشخیص افتراقی ضایعات بافت نرم و سخت دهان مورد توجه باشد و می‌تواند به تشخیص زودرس و اطمینان از درمان مناسب برای بهبود پروگنوز کمک کند. احتمال لنفوم باید در مواردی که بیمار با علائم غیر اختصاصی نظیر التهاب لثه، برآمدگی پری آپیکال درمان نشده، ادنتالژی با منشا نامشخص، یا احساس غیرطبیعی یا بی‌حسی مربوط به ناحیه عصب فرواوربیتال مراجعه می‌کند، درنظر گرفته شوند. این علایم تشخیص دقیق را دشوار می‌کند و ممکن است تاخیر مکرر در مراحل اولیه درمان را توضیح دهد(۲۱،۲۰). CT یا CBCT اسکن فک بالا و رنگ‌آمیزی ایمونوهیستوشیمی نمونه بیوپسی با مارکرهای لنفاوی توصیه می‌شود. درمان لنفوم غیر هوچکین فک بالا با شیمی درمانی و پرتودرمانی ترکیبی معمولا مطلوب است.

در پایان نتیجه می‌گیریم که وقوع لنفوم غیر هوچکین در حفره دهان بسیار نادر است. بروز لنفوم در حفره دهان ممکن است منجر به بروز مشکلات تشخیصی گردد چراکه علائم این بیماری مشابه با برخی عفونت‌های دندانی نظیر درد، تورم و لق شدن دندان‌ها می‌باشد. بنابراین، شناسایی علائم و نشانه‌های این بیماری خصوصا هنگامی که در حفره دهان رخ می‌دهد، حائز اهمیت فراوان است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

سپاسگزاری

این مقاله توسط دانشگاه علوم پزشکی مازندران و با کد اخلاق IR.MAZUMS..REC.1401.14232 تائید شد. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌ها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند. از تمامی کسانی که در این پژوهش با ما همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Armitage JO, Gascoyne RD, Lunning MA, Cavalli F. Non-hodgkin lymphoma. Lancet 2017; 390(10091): 298-310.
2. Nair R, Arora N, Mallath MK. Epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma in India. Oncology 2016; 91(Suppl 1): 18-25.
3. Ansell SM, editor Non-Hodgkin lymphoma: diagnosis and treatment. Mayo Clin Proc 2015; 90(8): 1152-1163.
4. Heuberger BM, Weiler D, Bussmann C, Kuttenberger JJ. Non-Hodgkin lymphoma of the mandible--a case report with differential diagnostic considerations. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2011; 121(5): 449-460.
5. Graham RM, Thomson EF, Cousin GC, Kumar S, Awasthi A. A case of facial lymphoma mimicking dental infection. Dent Update 2009; 36(4): 244-246.
6. Agrawal M, Agrawal S, Kambalimath DH. Non-Hodgkins lymphoma of maxilla: A rare entity. Natl J Maxillofac Surg 2011; 2(2): 210-213.
7. Dinakar J, Priya L, Reddy S. Primary non-Hodgkin’s lymphoma of the mandible. J Oral Maxillofac Pathol 2010; 14(2): 73-76.
8. Frei M, Dubach P, Reichart PA, Schmitt AM, Mueller-Garamvölgyi E, Bornstein MM. Diffuse swelling of the buccal mucosa and palate as first and only manifestation of an extranodal non-Hodgkin ‘double-hit’lymphoma: report of a case. Oral Maxillofac Surg 2012; 16(1): 69-74.
9. Sapkota S,Shaikh H.Non-Hodgkin Lymphoma. Island: StatPearls Publishing; 2020.
10. Kini R, Saha A, Naik V. Diffuse large B-cell lymphoma of mandible: a case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009; 14(9): e421-e424.
11. Zou H, Yang H, Zou Y, Lei L, Song L. Primary diffuse large B-cell lymphoma in the maxilla: a case report. Medicine 2018; 97(20): e10707.
12. Buckner TW, Dunphy C, Fedoriw YD, van Deventer HW, Foster MC, Richards KL, et al. Complete spontaneous remission of diffuse large B-cell lymphoma of the maxillary sinus after concurrent infections. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2012; 12(6): 455-458.
13. Kumar MS, Gannepalli A, Chandragiri A, Amarnath K. Diffuse large B-cell lymphoma of maxilla–A case report of late relapse. J Clin Diagn Res 2016; 10(4): ZD12-ZD14.
14. Larouche J-F, Berger F, Chassagne-Clément C, Ffrench M, Callet-Bauchu E, Sebban C, et al. Lymphoma recurrence 5 years or later following diffuse large B-cell lymphoma: clinical characteristics and outcome. J Clini Oncol 2010; 28(12): 2094-2100.
15. Slootweg PJ, Wittkampf AR, Kluin PM, de Wilde PC, van Unnik JA. Extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the oral tissues an analysis of 20 cases. J Maxillofac Surg 1985; 13(2): 85-92.
16. Ershadi M, Amiran SA, Hekmati-Moghaddam

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

SH. Non-Hodgkin's lymphoma of maxilla: a rare case report. Feyz 2013; 17(4): 408-412 (Persian).

17. Zou H, Yang H, Zou Y, Lei L, Song L. Primary diffuse large B-cell lymphoma in the maxilla: A case report. Medicine 2018; 97(20): e10707.
18. Bhattacharyya I, Chehal HK, Cohen DM, Al-Quran SZ. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the oral cavity: germinal center classification. Head Neck Pathol 2010; 4(3): 181-191.
19. Shiva A, Sobouti F. Comparative Study of Histopathological Reports and Clinical Diagnosis of Oral Biopsies. J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 26(144): 57-64 (Persian).
20. Shiva A, Nosrati K. A Calcifying Odontogenic Cyst Associated with Complex Odontoma: A Case Report. J Babol Univ Med Sci 2015; 16(14): 57-61 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]