

Evaluation of prognostic factors affecting long and short term survival rates of Hodgkin's lymphoma patients using the cure fraction models

Elhaei A¹, Saki Malehi A², Seghatoleslam M³

1.MSc of Biostatistics and Epidemiology, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2. Assistant Professor of Biostatistics and Epidemiology, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Public Health, Research Center of Thalassemia & Hemoglobinopathy, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran, Iran, (Corresponding Author) Tel: +98-61-31615331, Email: amalsaki@gmail.com

3. Oncology Specialist, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: This study aimed to analyze the factors affecting time and experience of relapse in the patients with Hodgkin's lymphoma, using cure fraction.

Material and Methods: This retrospective study included all the patients diagnosed as Hodgkin's lymphoma in the Center for oncology and hematology in Shafa Hospital in Ahvaz City from 2002 to 2012. We used survival analysis and cure fraction models In order to answer the question, "why are some people in the study don't experience recurrence?". We used mixture and nonmixture cure models using Weibull, exponential, log-normal, log-logistic and gamma distributions, and a logistic model for estimation of the proportion of safe individuals; and Cureregr8 instruction for study of its associated factors. STATA13 software was used for data analysis. Akaike information criterion (AIC) was used to compare the performance of these models.

Results: Parametric model of Weibull distribution had the lowest AIC (804.3171). Factors affecting long-term survival of the patients with Hodgkin's lymphoma, were hemoglobin > 10.5 (P-value = 0.018) and stage of the disease (P-value = 0.032). Factors affecting short-term survival of the patients included age >30 years (P-value = 0.001), involvement of the groin site (P-value = 0.010) Stage of disease (P-value < 0.001) and bone marrow involvement (P-value = 0.003).

Conclusion: When the study population includes two susceptible and non-susceptible (safe or healed) subgroups in regard to recurrence of Hodgkin's lymphoma, use of cure models for separate evaluation of the variables associated with the long and short term survival and cure rates is appropriate.

Keywords: Hodgkin lymphoma, Survival analysis, Cure fraction, Recurrence, Mixture parametric model, Non-mixture parametric model

Received: Dec 8, 2018

Accepted: Mar 3, 2019

How to cite the article: Elhaei A, Saki Malehi A, Seghatoleslam M. Evaluation of prognostic factors affecting long and short term survival rates of Hodgkin's lymphoma patients using the cure fraction models. SJKU 2019; 24 (1): 66-77.

بررسی عوامل موثر در بقای بلند مدت و کوتاه مدت بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین با استفاده از مدل- سازی کسر شفایافتگی

امیر الهائی^۱، امل ساکی مالچی^۲، محمد ثقت الاسلام^۳

۱. کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. استادیار آمار زیستی و اپیدمیولوژی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران، (نویسنده مسئول) تلفن ثابت: ۰۶۱-۳۱۶۱۵۳۳۱، ایمیل: amalsaki@gmail.com
۳. فوق تخصص آنکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مطالعه حاضر عوامل موثر بر زمان تا تجربه عود در بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین را با در نظر گرفتن کسر شفایافتگی مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است.

روش بررسی: در این مطالعه گذشته‌نگر، پرونده تمامی بیماران مرکز آنکولوژی و هماتولوژی بیمارستان شفای شهرستان اهواز با تشخیص لنفوم هوچکین، در بازه زمانی ۱۳۹۱-۱۳۸۱، بررسی شد. برای پاسخ به سوال "چرا بعضی افراد حاضر در مطالعه در مقابل پیشامد مورد نظر ایمن هستند؟" مدل‌های آنالیز بقاء همراه با کسر شفایافتگی به کار گرفته شد که تا کنون در کشور مطالعه‌ای مبنی بر بررسی میزان شفایافتگی بیماری هوچکین صورت نگرفته است. مدل‌های شفایافته آمیخته و ناآمیخته با استفاده از توزیع‌های وایبل، نمایی، لگ - نرمال، لگ - لجستیک و گاما و یک مدل لجستیک برای برآورد نسبت افراد ایمن و بررسی عوامل مرتبط با آن با استفاده از دستور Cureregr8 در محیط نرم‌افزار STATA13 به داده‌ها برازش شد. برای مقایسه کارایی این مدل‌ها از ملاک اطلاع آکائیک استفاده شد.

نتایج: مدل پارامتری آمیخته با توزیع وایبل دارای کم‌ترین مقدار معیار آکائیک (۸۰۴/۳۱۷۱) بود. عوامل موثر بر بقای بلندمدت، هموگلوبین بالای ۱۰/۵ (P-value = ۰/۰۱۸) و مرحله بیماری است (P-value = ۰/۰۳۲). عوامل موثر بر بقای کوتاه مدت بیماران سن بالای ۳۰ سال (P-value = ۰/۰۰۱)، درگیری در محل کشاله ران (P-value = ۰/۰۱۰)، مرحله بیماری (P-value < ۰/۰۰۱) و درگیری مغز استخوان (P-value = ۰/۰۰۳) هستند.

نتیجه گیری: در وضعیت‌هایی که جامعه مورد بررسی شامل دو زیرگروه مستعد و غیر مستعد (ایمن یا شفایافته) برای واقعه مورد نظر (عود از بیماری لنفوم هوچکین) باشد، استفاده از مدل شفایافته به منظور بررسی جداگانه متغیرهای مرتبط با نسبت شفایافتگی و نیز توزیع زمان آن واقعه برای افراد مستعد مناسب است.

واژگان کلیدی: لنفوم هوچکین، آنالیز بقاء، کسر شفایافتگی، عود، مدل پارامتری آمیخته، مدل پارامتری ناآمیخته

وصول مقاله: ۹۷/۹/۱۷ اصلاحیه نهایی: ۹۷/۱۲/۸ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۲

مقدمه

نسبت بیماری‌رانی است که در جامعه مورد مطالعه رویداد مورد نظر را تجربه نمی‌کنند. این افراد را اصطلاحاً گروه بهبودیافته^۵ می‌نامند. در چنین وضعیتی که دوره‌ی پیگیری طولانی است و نسبتی از بیماران از رخداد مورد انتظار ایمن هستند، میزان سانسورشدگی افزایش یافته و در نتیجه میزان بقای برآورد شده از روش‌های متداول، بیش برآزش می‌شود. یکی از روش‌های مدلسازی مطالعات بقای طولانی مدت^۶، استفاده از مدل‌های شفایافته^۷ می‌باشد (۸). یکی از مهم‌ترین موارد مدنظر متخصصین بالینی، پیش‌بینی زمان عود^۸ لنفوم هوچکین می‌باشد. این بیماری در بازه زمانی کمی پس از اتمام درمان اولیه، عود می‌کند. نیمی از موارد عود بیماری در ۲ سال اولیه درمان اتفاق می‌افتد و بالغ بر ۹۰٪ موارد عود پیش از ۵ سال رخ داده و وقوع عود پس از ۵ سال، نادر است. به عبارت دیگر، پس از ۵ سال، خطر ابتلا به این بیماری همانند خطر ابتلا برای افراد عادی می‌باشد (۹). اگر عود را به عنوان یک پیشامد در نظر بگیریم، بیماری‌رانی که هیچ‌گاه پیشامد عود را تجربه نکنند، گروه ایمن (شفایافته) هستند. با توجه به اهمیت رویداد عود این بیماری، با فرض دو زیر گروه مستعد و ایمن برای جامعه بیماران لنفوم هوچکین، می‌توان از مدل شفایافته پارامتری برای بررسی فاصله زمانی بین تشخیص تا عود بیماری و تأثیر عوامل مختلف بر این فاصله زمانی استفاده کرد.

روش بررسی: (تعداد=۲۵۴)

در این مطالعه گذشته‌نگر، پرونده‌ی تمامی بیماری‌رانی که با تشخیص لنفوم هوچکین و در بازه زمانی فروردین ماه ۱۳۸۱ لغایت اسفند ماه ۱۳۹۱ به مرکز آنکولوژی و هماتولوژی بیمارستان شقای شهر اهواز، در استان خوزستان، مراجعه

سرطان‌ها به دلیل عوارض جبران‌ناپذیر و هزینه‌های زیاد تشخیص و درمان جایگاه ویژه‌ای در برنامه‌های نظام سلامت دارند (۱). میزان بروز سرطان در کشور ما در مقایسه با آمریکا ۱۵ برابر و در مقایسه با اروپای غربی ۱۲ برابر می‌باشد (۲). با وجود روش‌های درمانی بدون جراحی سرطان‌ها، این بدخیمی‌ها پس از اتمام دوره‌ی مرسوم درمانی دوباره عود می‌کنند و شماری دیگر پس از طی دوره‌های درازمدت، نسبت به این درمان‌ها مقاوم می‌شوند. بر اساس شواهد در دسترس، نقش آشکار سیستم ایمنی و لنفوسیت‌ها در کنترل و از بین بردن سرطان قابل توجه است. به همین دلیل، امروزه هدف بسیاری از روش‌های درمانی بالینی، دست‌ورزی‌های سیستم ایمنی و ارتقای آن است (۳). لنفوم‌ها^۱ (سرطان‌های غدد لنفاوی) حاصل بدخیم شدن لنفوسیت‌ها می‌باشند و به دو دسته‌ی اصلی لنفوم هوچکین^۲ و لنفوم غیرهوچکین^۳ تقسیم می‌شوند. مطالعات بسیاری در زمینه سبب شناسی لنفوم هوچکین انجام شده‌است. از جمله دلایل مطرح درباره علت ابتلا به این بیماری عفونت با ویروس ابشتاین بار^۴ است (۴). میزان بروز این بیماری در کشورهای پیشرفته و در میان مردان بیشتر ولی در کشورهای آسیایی کمتر است (۵). بر اساس تحقیقات انجام شده طی سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۹ در آمریکا، میزان بروز این بیماری از هر ۱۰۰ هزار نفر ۲/۶ مورد گزارش شده است (۶). برای تحلیل داده‌های بقای بیماران، روش‌های نیمه پارامتری و پارامتری رایج‌ترین کاربرد را دارند. علی‌رغم محدودیت‌های کم مدل‌های نیمه پارامتری نسبت به مدل‌های بقای پارامتری توان کمتری دارند (۷). در بسیاری از تحقیقات پزشکی موضوع مورد علاقه، برآورد

⁵Immune/cure⁶Long-term survival⁷Cure models⁸Relapse¹Lymphoma²Hodgkin³Non-hodgkin⁴EBV(Epstein-Barr virus)

کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. تشخیص بالینی در گیری لنف نوده‌های بیماران توسط دو پاتولوژیست مختلف مرکز مورد تأیید قرار گرفت. در طی این مطالعه، پرونده‌ی بیماران بررسی شده و وضعیت نهایی بیمار از لحاظ وقوع مرگ یا عود مشخص و ثبت گردید. اطلاعات اولیه شامل متغیرهای دموگرافیک، مرحله‌ی سرطان، لنف نودها و ارگان درگیر در زمان تشخیص و نوع درمان، مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفتند. معیار خروج افراد از مطالعه ناقص بودن پرونده‌های کلینیکی آنها بوده است. در مجموع ۳۸۹ بیمار وارد مطالعه شدند. ۱۳۵ پرونده به علت اطلاعات ناقص از مطالعه خارج شدند. در نهایت از ۲۵۴ پرونده استفاده شد. بیماران پیگیری شده دارای پرونده بایگانی بیمارستان نیز بوده و آدرس و شماره تلفن برای پیگیری‌های بعدی وجود داشت. در این مطالعه سعی بر حفظ اسرار بیماران بوده و تمامی ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق: IR.AJUMS.REC.1397.329) رعایت شده است.

روش های تجزیه و تحلیل آماری

مدل‌های شفایافته به دو دسته‌ی کلی مدل‌های شفایافته‌ی آمیخته^۱ و مدل‌های شفایافته ناآمیخته^۲ تقسیم‌بندی می‌شوند (۱۰). در مدل‌های شفایافته آمیخته، فرض بر این است که جامعه به صورت ناهمگن از دو زیر جامعه (افراد در معرض خطر و افراد مصون) تشکیل شده‌است. در این مدل فرض می‌شود هر فرد با احتمال p در معرض خطر تجربه‌ی پیشامد مورد نظر باشد و با احتمال $1-p$ در زیرجامعه شفایافته قرار گیرد. برای مدل‌سازی چنین داده‌هایی، از تابع آمیخته‌ای استفاده می‌شود که تابع بقای آن برای افراد مصون یک و برای افراد در معرض خطر، یکی از توابع متداول مانند لجستیک^۳ باشد. تابع بقا برای این مدل عبارت است از:

$$S(t) = \{p + (1 - p)S_u(t)\}$$

- ^۱Mixture
- ^۲Non-mixture
- ^۳Logistic

$$S(t) = p^{1-S(t)}$$

که $S(t)$ تابع بقای افراد در معرض خطر می‌باشد و در این مدل‌های ناآمیخته پارامتری می‌تواند وایبل، نمایی، لگ - نرمال، لگ - لجستیک و گاما باشد (۱۳). برای آزمون وجود افراد شفایافته، نسبت افراد با زمان سانسور شدگی بزرگ‌تر از آخرین زمان وقوع پیشامد می‌باشد که فرضیه مربوط به آن را می‌توان به صورت $H_0: \pi = 1$ نوشت. در این آزمون، تحت فرض صفر بیمار با بقای طولانی مدت وجود ندارد و تمام بیماران در معرض وقوع پیشامد هستند. این فرض با روش آزمون درست نمایی، تحلیل می‌شود (۱۴). برای بررسی پیش فرض آزمون کافی بودن مدت زمان

- ^۴Weibull
- ^۵Exponential
- ^۶Log-normal
- ^۷log-logistic
- ^۸Gamma
- ^۹semi-parametric

بررسی (۶۳/۴٪) ۱۶۱ نفر از افراد در محل گردن، (۷/۱٪) ۱۸ نفر از افراد در زیر بغل، (۴/۳٪) ۱۱ نفر از افراد در محل کشاله ران و (۱۶/۵٪) ۴۲ نفر از سایر مکان‌ها درگیری داشتند. درگیری مغز استخوان در (۷۴/۸٪) ۱۹۰ نفر از بیماران گزارش شده است. رژیم شیمی درمانی (۱۰/۶٪) ۲۷ نفر از بیماران Stanford V^۵ بوده است (جدول ۱).

درصد افرادی که بقای طولانی مدت دارند و بعد از ۲۰ سال از شروع پیگیری زنده مانده اند، برابر ۲۴/۵٪ و با اطمینان ۹۵٪ در محدوده (۲۹٪، ۱۹٪) قرار دارند. آزمون وجود بیماران با بقای بلند مدت با روش پیشنهادی مالر^۶ و ژو^۷ انجام شد. همچنین از ۲۵۴ بیمار تحت درمان ۱۰۰ زمان مرگ سانسور نشده وجود دارد. بنابراین سانسور شدگی ۶۰/۶٪ می‌باشد. این اطلاعات با جدول پیشنهادی مالر و ژو منطبق شد و تحت توزیع نمایی با میانگین ۱۰/۵ و حجم نمونه ۲۵۴، در جدول مربوطه (نزدیک‌ترین تخمین‌ها) فرض وجود بیماران با بقا بلند مدت، در سطح معنی‌داری ۰/۰۱، پذیرفته شد. در بین تمام مدل‌ها، مدل‌های آمیخته دارای کمترین مقدار ملاک‌های AIC و بودند. از بین مدل‌های آمیخته، مدل شفاف‌افته آمیخته وایبل دارای کمترین مقدار AIC بود. در نتیجه مدل شفاف‌افته آمیخته وایبل، بهترین مدل پارامتری برای بررسی اثر متغیرهای اثرگذار بر زمان عود بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین می‌باشد (جدول ۲). بنابراین نتایج حاصل از برازش این مدل گزارش می‌شود. نتایج حاصل از برازش مدل آمیخته وایبل در حضور کسر شفاف‌افتگی، متغیرهای پیش‌گو و تابع ربط لوجیت در جدول شماره ۳ نشان داده شده‌است. در زیر جامعه افراد با بقای بلند مدت، هموگلوبین بیش‌تر از ۱۰/۵ نسبت به هموگلوبین کم-تر از ۱۰/۵، بخت ایمن شدن بیماران را ۳ برابر افزایش می‌دهد (P-value = ۰/۰۱۸)؛ (۲/۰۵۲ - ۰/۱۹۲) : ۹۵٪ CI ; (OR = ۳/۰۷). از طرفی، مرحله سوم و چهارم بیماری نسبت

مطالعه‌ی مالر و ژو براساس مدل سانسور شدگی مستقل و هم توزیع و با فرض سانسورشدگی نمایی و یکنواخت^۱، با استفاده از روش شبیه‌سازی^۲ جدول‌هایی را برای این منظور تهیه کرده‌اند. در این روش، مقدار آماره‌ی به‌دست آمده را با مقدار بحرانی مرتبط با حجم نمونه و در صد بیماران سانسور شده مقایسه می‌کنند (۱۵). سوال عمده در این پژوهش این بود که چرا بعضی افراد حاضر در مطالعه در مقابل پیشامد موردنظر ایمن یا شفایافته هستند؟ برای پاسخ به این سوال و با توجه به ساختار داده‌ها مدل‌های آنالیز بقا همراه با کسر شفایافتگی به کار گرفته شدند. مدل‌های شفایافته آمیخته و ناآمیخته با استفاده از توزیع‌های وایبل، نمایی، لگ - نرمال، لگ - لجستیک و گاما و یک مدل لجستیک برای برآورد نسبت افراد ایمن و بررسی عوامل مرتبط با آن به داده‌ها برازش شد. برای مقایسه کارایی این مدل‌ها از ملاک اطلاع آکاییک^۳ استفاده شد. تفسیر ضرایب در زیرمدل شفایافته و بقای کوتاه مدت بر اساس دستورالعمل ارائه شده توسط اتاس^۴ و همکاران انجام شد (۲۰). متغیرهای کمی به صورت میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر و متغیرهای کیفی نیز به صورت تعداد (درصد) گزارش شده‌اند. تحلیل توصیفی داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. مدل‌سازی نرخ شفایافتگی با استفاده از مدل‌های آمیخته و ناآمیخته با استفاده از دستور Cureregr8 در محیط نرم‌افزار STATA نسخه ۱۳ انجام شد.

یافته‌ها

۵۷٪ بیماران مرد و بقیه زن بودند. میانه سنی کل افراد حاضر (۷۵ - ۳) ۲۴ سال بود. در میان بیماران، (۶۷/۷٪) ۱۷۲ نفر زیر ۳۰ سال و بقیه افراد بالای ۳۰ بودند. سطح هموگلوبین (۴۶/۱٪) ۱۱۷ نفر از افراد زیر ۱۰/۵ بود. در نمونه تحت

5Stanford V: Adriamycin, Vinblastine, Mechlorethamine, Etoposide, Vincristine, Bleomycin and Prednisone
6Maler
7Zhou

¹Uniform
²Simulation
³Akaike information criterion
⁴Othus

به مرحله اول و دوم، بخت ایمنی را کاهش می‌دهد (P-value = ۰/۰۰۱)، درگیری در محل کشاله ران (P-value = ۰/۰۱۰)، مرحله بالای بیماری (P-value < ۰/۰۰۱) و درگیری مغز استخوان (P-value = ۰/۰۰۳) می‌باشد.

به مرحله اول و دوم، بخت ایمنی را کاهش می‌دهد (P-value = ۰/۰۰۸) ; CI % ۹۵ : (-۱/۹۸۸ ، -۰/۳۰۴) ; OR = ۰/۳۲ در زیر مدل بقای کوتاه مدت، برای بیمارانی که در زیر جامعه "مستعد" قرار دارند، سن بالای ۳۰ سال

جدول ۱. فراوانی و فراوانی نسبی متغیرهای اثرگذار بر بقای کوتاه مدت و بلند مدت بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین

متغیر	تعداد(درصد)	متغیر	تعداد(درصد)
جنسیت			
مرد	۱۴۷ (۵۷/۹٪)	مرحله I+II	۱۲۴ (۴۸/۸٪)
زن	۱۰۷ (۴۲/۱٪)	مرحله III+IV	۱۰۲ (۴۰/۲٪)
سن (سال)			
کم تر از ۳۰ سال	۱۷۲ (۶۷/۷٪)	مشخص نشده	۲۸ (۱۱٪)
۳۰ سال و بیش تر	۸۰ (۳۱/۵٪)	شیمی درمانی	
مشخص نشده	۲ (۰/۸٪)	رژیم Stanford V	۲۷ (۱۰/۶٪)
هموگلوبین			
کم تر از ۱۰/۵	۱۱۷ (۴۶/۱٪)	رژیم ABVD ^۱	۲۱۸ (۸۵/۵٪)
۱۰/۵ و بیش تر	۱۳۶ (۵۳/۵٪)	مشخص نشده	۹ (۳/۵٪)
مشخص نشده	۱ (۰/۴٪)	درگیری مغز استخوان	
محل درگیری			
گردن	۱۶۱ (۶۳/۴٪)	نمونه برداری	
زیربغل	۱۸ (۷/۱٪)	CHL ^۲	۲۰۷ (۸۱/۵٪)
کشاله ران	۱۱ (۴/۳٪)	NLPHL ^۳	۲۶ (۱۰/۲٪)
سایر مکان‌ها	۴۲ (۱۶/۵٪)	مشخص نشده	۲۱ (۸/۳٪)
مشخص نشده	۲۲ (۸/۷٪)		

^۱ Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dacarbazine (ABVD)

^۲ Classical Hodgkin's Lymphoma (CHL)

^۳ Nodular Lymphocyte Predominant Hodgkin's Lymphoma (NLPHL)

جدول ۲. شاخص های مقایسه‌ای برای توزیع های پارامتری مدل های شفا یافته آمیخته و نا آمیخته

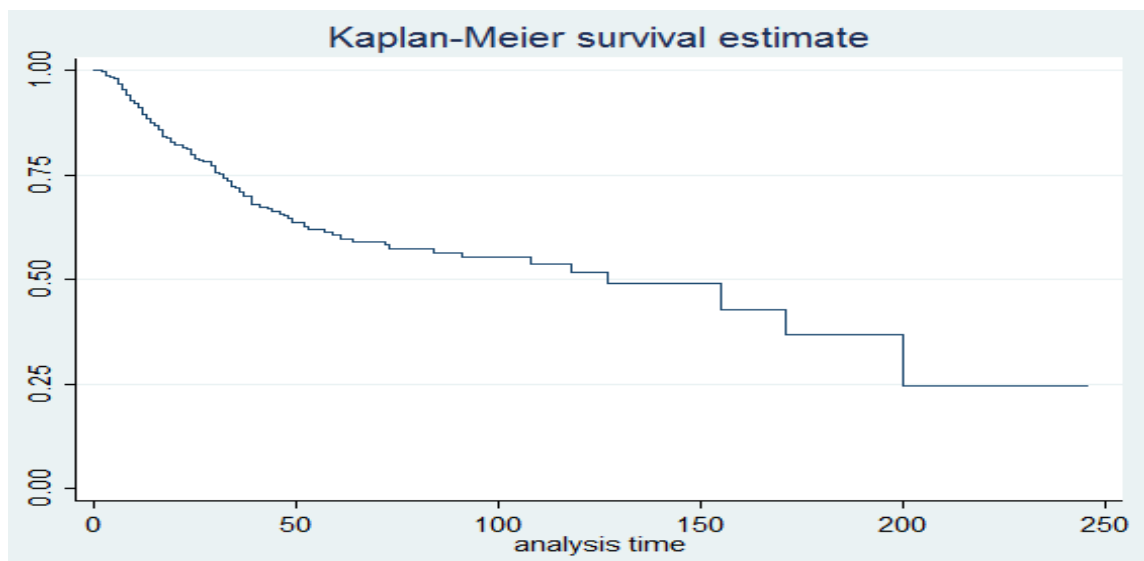
مدل	توزیع	AIC
آمیخته	نمایی	۸۰۹/۶۸۴۹
نا آمیخته		۸۱۲/۰۹۶۹
آمیخته	وایل	۸۰۴/۳۱۷۱
نا آمیخته		۸۰۵/۲۱۲۱
آمیخته	لگ-لجستیک	۸۰۸/۲۲۷۶
نا آمیخته		۸۰۹/۴۳۳۱
آمیخته	لگ-نرمال	۸۰۹/۱۴۴۴
نا آمیخته		۸۱۲/۴۷۷۳
آمیخته	گاما	۸۰۶/۴۷۴۲
نا آمیخته		۸۰۷/۸۲۲۸

جدول ۳. مدل شفا یافته آمیخته وایل

متغیر	(خطای معیار) ضریب	حدود اطمینان ۹۵٪	OR	P-value
جنسیت: مرد	-۰/۲۵۲(۰/۴۶۰)	(-۱/۱۵۵, ۰/۶۵۰)	۰/۷۸	۰/۵۸۳
سن: بالای ۳۰	-۰/۵۳۳(۰/۵۳۸)	(-۱/۵۸۹, ۰/۵۲۱)	۰/۵۹	۰/۳۲۲
هموگلوبین: < ۱۰/۵	۱/۱۲۲(۰/۴۷۴)	(۰/۱۹۲, ۲/۰۵۲)	۳/۰۷	۰/۰۱۸
درگیری گردن: دارد	۰/۱۶۹(۰/۵۳۸)	(-۰/۸۸۶, ۱/۲۲۳)	۱/۱۸	۰/۷۵۴
درگیری زیر بغل: دارد	۰/۳۰۴(۰/۸۹۴)	(-۱/۴۴۸, ۲/۰۵۷)	۱/۳۵	۰/۷۳۴
درگیری کشاله ران: دارد	-۱/۶۹۹(۱/۴۹۹)	(-۴/۶۳۷, ۱/۲۳۸)	۰/۱۸	۰/۲۵۷
نمونه برداری: CHL	-۰/۰۴۱(۰/۹۶۶)	(-۱/۹۳۴, ۱/۸۵۲)	۰/۹۶	۰/۹۶۶
مرحله بیماری: ۴ و ۳	-۱/۱۴۶(۰/۴۲۹)	(-۱/۹۸۸, -۰/۳۰۴)	۰/۳۲	۰/۰۰۸
درگیری مغز استخوان: دارد	۱/۰۵۷(۰/۵۵۹)	(-۰/۳۹, ۲/۱۵۵)	۲/۸۸	۰/۰۵۹
شیمی درمانی: ABVD	۱/۲۱۶(۰/۹۹۱)	(-۰/۷۲۷, ۳/۱۵۹)	۳/۳۷	۰/۲۲۰
ثابت	-۱/۵۷۱(۱/۱۲۰)	(-۳/۷۶۷, ۰/۶۲۴)	۰/۲۱	۰/۱۶۱
متغیر	(خطای معیار) ضریب	حدود اطمینان ۹۵٪	Z	P-value
جنسیت: مرد	-۰/۲۲۶(۰/۲۴۰)	(-۰/۶۹۷, ۰/۲۴۵)	-۰/۹۴	۰/۳۴۷
سن: بالای ۳۰	-۰/۸۵۱(۰/۲۵۷)	(-۱/۳۵۴, -۰/۳۴۷)	-۳/۳۱	۰/۰۰۱
هموگلوبین: < ۱۰/۵	۰/۳۳۰(۰/۲۶۳)	(-۰/۱۸۵, ۰/۸۴۶)	۱/۲۶	۰/۲۰۹
درگیری گردن: دارد	-۰/۴۴۳(۰/۲۵۲)	(-۰/۹۳۸, ۰/۰۵۰)	-۱/۷۶	۰/۰۷۸
درگیری زیر بغل: دارد	۰/۴۴۱(۰/۴۱۱)	(-۰/۳۶۴, ۱/۲۴۷)	۱/۰۷	۰/۲۸۳
درگیری کشاله ران: دارد	-۱/۱۵۳(۰/۴۴۵)	(-۲/۰۲۵, -۰/۲۸۲)	-۲/۵۹	۰/۰۱۰
نمونه برداری: CHL	-۰/۸۱۱(۰/۴۷۹)	(-۱/۷۵۲, ۰/۱۲۹)	-۴/۳۵	۰/۰۹۱
مرحله بیماری: ۴ و ۳	-۰/۹۳(۰/۲۱۴)	(-۱/۳۴۹, -۰/۵۱۱)	-۲/۹۶	< ۰/۰۰۱
درگیری مغز استخوان: دارد	-۰/۶۶۵(۰/۲۲۵)	(-۱/۱۰۶, -۰/۲۲۵)	-۱/۶۹	۰/۰۰۳
شیمی درمانی: ABVD	۰/۳۷۴(۰/۵۲۹)	(-۰/۲۰۴, ۱/۲۶۴)	۱/۴۱	۰/۱۵۷
ثابت	-۲/۴۴۴(۰/۴۵۸)	(-۳/۳۴۱, -۱/۵۴۶)	-۵/۳۴	< ۰/۰۰۱

تاریخ ثبت مقاله

تاریخ ثبت مقاله



شکل ۱. نمودار برآورد بقای بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین و تعیین زمان شفایافتگی با نمودار کاپلان-مایر

جدول ۴. مدل شفایافته ناآمیخته و ایل

P-value	OR	حدود اطمینان ۹۵٪	(خطای معیار) ضریب	متغیر
۰/۵۹۹	۰/۷۷	(-۱/۲۰۴ ، ۰/۶۹۵)	-۰/۲۵۵(۰/۴۸۴)	جنسیت: مرد
۰/۲۸۲	۰/۴۹	(-۱/۹۶۴ ، ۰/۵۷۳)	-۰/۶۹۶(۰/۶۴۷)	سن: بالای ۳۰
۰/۰۵۲	۳/۲۹	(-۰/۰۰۸ ، ۲/۳۹۵)	۱/۱۹۳(۰/۶۱۳)	هموگلوبین: < ۱۰/۵
۰/۷۲۱	۱/۲۲	(-۰/۸۸۱ ، ۱/۲۷۵)	۰/۱۹۷(۰/۵۵۰)	درگیری گردن: دارد
۰/۶۳۴	۱/۵۵	(-۱/۳۶۳ ، ۲/۲۳۹)	۰/۴۳۷(۰/۹۱۹)	درگیری زیر بغل: دارد
۰/۳۲۴	۰/۲۱	(-۴/۵۹۰ ، ۱/۵۱۷)	-۱/۵۳۷(۱/۵۵۷)	درگیری کشاله ران: دارد
۰/۸۹۸	۰/۸۶	(-۲/۴۴۲ ، ۲/۱۴۱)	-۱/۱۵۱(۱/۱۶۹)	نمونه برداری: CHL
۰/۰۰۹	۰/۳۰	(-۲/۱۰۵ ، -۰/۲۹۵)	-۱/۱۹۹(۰/۴۶۲)	مرحله بیماری: ۴و۳
۰/۰۹۸	۲/۸۶	(-۰/۱۹۲ ، ۲/۲۹۴)	-۱/۰۵۱(۰/۶۳۴)	درگیری مغز استخوان: دارد
۰/۲۲۳	۳/۶۳	(-۰/۷۳۴ ، ۳/۳۶۲)	۱/۲۸۹(۱/۰۵۸)	شیمی درمانی: ABVD
۰/۲۳۳	۰/۱۹	(-۴/۴۰۴ ، ۱/۰۷۴)	-۱/۶۶۵(۱/۳۹۷)	ثابت
P-value	Z	حدود اطمینان ۹۵٪	(خطای معیار) ضریب	متغیر
۰/۳۹۹	-۰/۸۴	(-۰/۸۱۹ ، ۰/۳۲۶)	-۰/۲۴۶(۰/۲۹۲)	جنسیت: مرد
۰/۰۱۵	-۲/۴۴	(-۱/۷۹۵ ، -۰/۱۹۷)	-۰/۹۹۶(۰/۴۰۷)	سن: بالای ۳۰
۰/۲۲۵	۱/۲۱	(-۰/۳۱۸ ، ۱/۳۵۱)	۰/۵۱۷(۰/۴۲۶)	هموگلوبین: < ۱۰/۵
۰/۱۷۶	-۱/۳۵	(-۱/۰۳۰ ، ۰/۱۸۹)	-۰/۴۲۰(۰/۳۱۱)	درگیری گردن: دارد

توجه: جدول ۴

توجه: جدول ۴

۰/۳۱۱	۱/۰۱	(-۰/۴۸۰، ۱/۵۰۶)	۰/۵۱۳(۰/۵۰۷)	درگیری زیر بغل: دارد
۰/۰۳۳	-۲/۱۳	(-۲/۶۳۸، -۰/۱۰۹)	-۱/۳۷۴(۰/۶۴۵)	درگیری کشاله ران: دارد
۰/۲۰۳	-۱/۲۷	(-۲/۲۷۶، ۰/۴۸۴)	-۰/۸۹۶(۰/۷۰۴)	نمونه برداری: CHL
<۰/۰۰۱	-۴/۱۹	(-۱/۶۰۴، -۰/۵۸۲)	-۱/۰۹۳(۰/۲۶۱)	مرحله بیماری: ۴و۳
۰/۰۹۸	-۱/۶۵	(-۱/۰۳۲، ۰/۰۸۷)	-۰/۴۷۳(۰/۲۸۶)	درگیری مغز استخوان: دارد
۰/۲۷۴	۱/۰۹	(-۰/۵۲۵، ۱/۸۵۲)	۰/۶۶۴(۰/۶۰۶)	شیمی درمانی: ABVD
<۰/۰۰۱	-۳/۷۴	(-۴/۳۵۹، -۱/۳۶۰)	-۲/۸۵۹(۰/۷۶۵)	ثابت

بحث

عوامل موثر بر زمان تا تجربه‌ی یک رویداد (مرگ، عود بیماری، تولد اولین فرزند) یکی از مهم‌ترین پیامدهای مورد علاقه در مطالعات بالینی است. روش آماری متناسب با ساختار چنین داده‌هایی آنالیز بقا می‌باشد (۱۶). علی‌رغم تنوع روش‌های آنالیز بقا و استفاده روزافزون از این روش‌ها، تسلط به ساختار داده‌ها و انتخاب مدل متناسب با این ساختار امری ضروری است. در صورتی که مجموعه داده تحت بررسی نسبت قابل توجهی از افراد ایمن را در خود داشته باشد، روش‌های تحلیل بقای متداول برای این داده‌ها نادرست و گمراه کننده است (۱۷). در این مطالعه با توجه به ساختار داده‌های حاصل از پیگیری ۲۰ ساله‌ی ۲۵۴ بیمار مبتلا به لنفوم هوچکین، به مدلسازی کسر شفایافتگی با استفاده از مدل‌های پارامتری آمیخته و ناآمیخته پرداخته و کارایی مدل‌ها مقایسه شده است. در مطالعه‌ی حاضر عوامل موثر بر بقای بلند مدت بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین، همگلوبین بالای ۱۰/۵ و مرحله بیماری بودند. از طرفی عوامل موثر بر بقای کوتاه مدت بیماران، سن بالای ۳۰ سال، درگیری در محل کشاله‌ی ران، مرحله‌ی بیماری و درگیری مغز استخوان می‌باشند. در اکثر مطالعات انجام شده در زمینه شناسایی عوامل موثر بر بقای بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین از روش‌های آنالیز بقای متداول پارامتری و ناپارامتری نظیر مدل مخاطرات متناسب کاکس و مدل اسپلاین استفاده

شده‌است. در این مدل‌ها مفروضاتی متناسب با وجود کسر شفایافته وجود ندارد. از طرفی، مهم‌ترین رویداد در این مطالعات زمان تا تجربه رویداد مرگ بوده و تاکنون مطالعه‌ای که تا تجربه‌ی رویداد عود را با استفاده از روش‌های آنالیز بقا مورد بررسی قرار داده باشد، انجام نشده‌است (۱۸-۲۰). در مطالعاتی که بر اساس شناسایی عوامل موثر بر زمان تا تجربه مرگ بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین و با استفاده از روش‌های آنالیز بقای متداول انجام شده‌اند، متغیرهای سن بالا، رژیم شیمی درمانی، مرحله‌ی بالای بیماری و درگیری مغز استخوان از عوامل موثر بر زمان تا تجربه مرگ این بیماران تشخیص داده شدند (۲۱-۲۳). بسل^۱ و همکاران بقای بلند مدت بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین بعد از درمان طی سال‌های ۱۹۷۳-۲۰۰۲ بررسی کردند، بقای ۱۵ ساله برای بیمارانی که طی سال‌های ۱۹۸۲-۱۹۷۳، ۱۹۹۲-۱۹۸۳، و ۲۰۰۲-۱۹۹۳ تشخیص داده شده بودند به ترتیب برابر با ۵۷٪، ۷۴٪ و ۸۳٪ بودند (P-value < ۰/۰۰۱) (۲۴). گلملیوس^۲ و همکاران بقای طولانی مدت بیماران جوان و میان سال مبتلا به لنفوم با استفاده از مدل‌های شفایافته^۳ بررسی کردند. نسبت شفایافتگی ۸۹٪ و میانه زمان بقا برای بیماران شفایافته ۴/۶ سال بدست آمد. مرگ و میر بیماران دارای عود، ۱۹ برابر (۳۱-۲۱؛ CI٪ ۹۵) مرگ و میر بیماران

¹Bessell
²Glimelius
³Spline

تشکر و قدردانی

محققین لازم می‌دانند مراتب سپاس و قدردانی خود از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، به دلیل تشخیص ضرورت طرح و تأمین بستر مناسب جهت انجام آن را، ابراز دارند.

بدون عود حاصل شد (۲۵). در این مطالعه مدل شفایافته و اویل به عنوان بهترین مدل برای بررسی اثر بقای بلند مدت و کوتاه مدت بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین تعیین شد. تاکنون تعدادی از پژوهش‌های انجام شده در کشور با استفاده از مدل‌های شفایافته به تجزیه و تحلیل اطلاعات بقای بیماران مبتلا به سرطان‌ها و سایر بیماری‌ها با در نظر گرفتن رویداد مرگ، پرداخته‌اند. خوبی و همکاران در یک مطالعه از مدل‌های شفایافته در تعیین عوامل خطر و نیز عوامل موثر بر سلامت بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور استفاده کردند. محققان در این مطالعه نتیجه‌گیری کردند مدل شفایافته ناآمیخته لگ- نرمال بهترین مدل برای تعیین عوامل خطر بیماری تالاسمی ماژور می‌باشد (۲۶). در مطالعه‌ای دیگر محمدی و همکاران در بررسی دقیق‌تر فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند و تعیین عوامل موثر بر این فاصله، با در نظر گرفتن حضور زنان نابارور در نمونه و مدل‌های شفایافته با رویکرد بیزی پرداختند. این محققان در مطالعه خود نتیجه‌گیری کردند مدل شفایافته گمپرتز روشی مناسب در بررسی فاصله تولد اولین فرزند و یافتن عوامل موثر بر این فاصله است (۲۷).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مدل‌های شفایافته می‌توانند به عنوان مدلی مناسب برای تحلیل بقای بیماران لنفوم هوچکین به کار روند و لذا استفاده از این مدل‌ها در تحلیل بقای داده‌های شفایافته برای سایر محققین نیز پیشنهاد می‌شود. در عین حال پیشنهاد می‌شود که بازتحلیل این داده‌ها با استفاده از روش‌های جانمایی^۱ انجام و با نتایج این مطالعه مقایسه شود.

¹Imputation

Reference

1. Rostami C, Asadollahi K, Sayehmiri K, Cheraghi M. Incidence rate of gastric cancer and its relationship with geographical factors using GIS in Khuzestan Province between 2009 and 2013. *SJKU* 2017;22: 129-39. [In Persian]
2. Mirsadraee S, Farzadnia M, Heidary F, Rahimi M, Jabbari NH, Kakhi S. A comparative immunohisto chemical diagnosis of Hodgkin's lymphoma with conventional method. *MUMS* 2011;53:214-21. [In Persian]
3. Noori-Dalooi MR, Rahimi Rad N, Kavooosi S. CAR T- cells: Novel targeted therapies in cancer. *JSUMS* 2018;25:1-11. [In Persian]
4. Küppers R, Engert A, Hansmann ML. Hodgkin lymphoma. *J Clin Invest* 2012;122:3439-47.
5. Salati M, Cesaretti M, Macchia M, El Mistiri M, Federico M. Epidemiological overview of Hodgkin lymphoma across the mediterranean basin. *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2014; 6: e2014048.
6. Szabo SM, Hirji I ,Johnston KM, Juarez-Garcia A, Connors JM. Treatment patterns and costs of care for patients with relapsed and refractory Hodgkin lymphoma treated with brentuximab vedotin in the United States: A retrospective cohort study. *PloS One* 2017;12:e0180261.
7. Ghasemi E, Baghban AA, Baghestani A, Asgary S. Considering time-interaction terms using parametric survival models for interval-censoring data. *Epidemiol Biostat Public Health* 2017;14: e12134-1- e12134-5.
8. De Oliveira RP, Menezes AFB, Mazucheli J, Achcar JA. Mixture and nonmixture cure fraction models assuming discrete lifetimes: Application to a pelvic sarcoma dataset. *Biom J* 2019; [Epub ahead of print].
9. Brockelmann PJ, Goergen H, Kohnhorst C, Von Tresckow B, Moccia A, Markova J, et al. Late relapse of classical hodgkin lymphoma: an analysis of the german Hodgkin study group HD7 to HD12 trials. *J Clin Oncol* 2017;35:1444-50.
10. Zhou J, Zhang J, Lu W. Computationally Efficient Estimation for the Generalized Odds Rate Mixture Cure Model with Interval-Censored Data. *J Comput Graph Stat* 2018;27:48-58.
11. Lambert P, Bremhorst V. Estimation and identification issues in the promotion time cure model when the same covariates influence long and short term survival. *Biom J* 2019 ;61:275-89.
12. Cox DR . Oakes D. Analysis of survival data. 1st ed, Routledge; 2018; 212.
13. Naseri P, Baghestani AR, Momenyan N, Akbari ME. Application of a mixture cure fraction model based on the generalized modified weibull distribution for analyzing survival of patients with breast cancer. *Int J Cancer Manag* 2018; In Press:e62863.
14. Ma X, Xiang L. Testing for the presence of a cure fraction in clustered interval-censored survival data. *Aust Nz J Stat* 2013;55:173-90.
15. Hoseini M, Bahrampour A, Mirzaee M. Comparison of weibull and lognormal cure models with cox in the survival analysis of breast cancer patients in Rafsanjan. *J Res Health Sci* 2017;17:e00369.
16. Kleinbaum DG, Klein M. Survival analysis: Springer; 2010.
17. Perdoná GC, Louzada-Neto F. A general hazard model for lifetime data in the presence of cure rate. *J Appl Stat* 2011;38:1395-405.

18. Elshenawy MA, Rauf MS, Elhassan TA, Maghfour I, Akhtar S. Survival analysis of patients with Hodgkin lymphoma who failed high dose chemotherapy and autologous stem cell transplant. *Ann Hematol* 2018;97:1229-40.
19. Agreda-Vasquez G, Ramirez-Ibarguen A, Crespo-Solis E, Rivas-Vera M, editors. Survival analysis of patients with classical Hodgkin'S lymphoma treated with ABVD: results from two referral centers in mexico city. *haematologica*; Ferrata storti foundation via giuseppe belli 4, 27100 Pavia, Italy, 2017.
20. Lanoy E, Rosenberg PS, Fily F, Lascaux AS, Martinez V, Partisani M, et al. HIV-associated Hodgkin lymphoma during the first months on combination antiretroviral therapy. *Blood* 2011;118:44-9.
21. Jayashree S, Nirekshana K, Guha G, Bhakta-Guha D. Cancer chemotherapeutics in rheumatoid arthritis: A convoluted connection. *Biomed Pharmacother* 2018;102:894-911.
22. Ahmadzadeh A, Yekaninejad MS, Jalili MH, Bahadoram M, Efazat M, Seghatoleslami M, et al. Evaluating the survival rate and the secondary malignancies after treating Hodgkin's lymphoma patients with chemotherapy regimens. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* 2014;8:21-6.
23. Martini V, Marconato L, Poggi A, Riondato F, Aresu L, Cozzi M, et al. Canine small clear cell/T zone lymphoma: clinical presentation and outcome in a retrospective case series. *Vet Comp Oncol* 2016;14:117-26.
24. Bessell E, Bouliotis G, Armstrong S, Baddeley J, Haynes A, O'connor S, et al. Long-term survival after treatment for Hodgkin's disease (1973–2002): improved survival with successive 10-year cohorts. *Br J Cancer* 2012;107: 531-6.
25. Glimelius I, Ekberg S, Jerkeman M, Chang ET, Björkholm M, Andersson TM, et al. Long-term survival in young and middle aged H odgkin lymphoma patients in S weden 1992–2009—trends in cure proportions by clinical characteristics. *Am J Hematol* 2015;90:1128-34.
26. Ali Akbari Khoei R, Bakhshi E, Azarkeivan A, Biglarian A. Application of cure models in survival analysis of thalassemia major disease. *RJMS* 2015; 22:71-9. [In Persian]
27. Mohammadi Farrokhran E, Mahmoodi M, Mohammad K, Rahimi A, Majlesi F, Parsaeian M. Study of factors affecting first birth interval using modified gompertz cure model in west Azarbaijan province, Iran. *IRJE* 2013;9:41-51. [In Persian]