

بررسی آماری ۱۳ ساله تومورهای بدخیم دهان و فک و صورت در شهر همدان (۱۳۶۴-۱۳۷۶)

دکتر محمدحسین انصاری

استادیار گروه جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی همدان

Title: A 13 years statistical evaluation on maxillofacial malignant tumors in Hamedan

Authors: Ansari M.H. Assistant Professor

Address: Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Hamedan University of Medical Sciences

Abstract: Cancer is considered as one of human's complications, particularly in oral and maxillofacial region which leads to undesirable effects and sometimes endangers individual's life. The aim of this study was to investigate the frequency of maxillofacial malignant tumors, during 13 years, (1985- 1998), in Hamedan. Three hundred and eighty – six records of biopsies were selected from the private files of physicians, 7 private and governmental pathological centers and other educational and research organizations in Hamedan. After observing the samples by oral pathologist, they were presented as the statistical population for this retrospective study. The highest rate of biopsies was observed in the sixth (42.7%), seventh (39.6%) and third (10.6%) decades. The average age was 43.5 years, for women and 45.5 for men. The ratio of men to women was $\frac{1.52}{1}$. The oldest patient was a 91- year - old man with malignant melanoma, while the youngest was a 3-year-old girl with Burkitt lymphoma. The commonest site of involvement was nasal region (17.3%) and the anterior neck triangle showed the least common tumoral site (2.3%). The commonest tumor, observed in this study, was BBC (41.4%) and the least common was malignant fibrous histiocytoma (0.2%). Baso cellular and epidermoid carcinomas have been the commonest cancers in this investigation, while lymphoma and salivary gland cancers have been placed as the second ones. The results of this study showed that the lower lip and tongue are considered as the commonest sites for cancer.

Key Words: Oral & Maxillofacial Surgery - Malignant Tumors - Cancer

Journal of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences (Vol. 15, No. 4, 2003)

چکیده

سرطان به عنوان یکی از معضلات بشری محسوب می‌گردد، بخصوص سرطانهای ناحیه گردن و صورت که دارای عوارض نامطلوبی می‌باشند و گاه حیات فرد را به مخاطره می‌اندازد. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی تومورهای بدخیم در طی ۱۳ سال (۱۳۶۴-۱۳۷۶) در همدان انجام شد. در این بررسی ۳۸۶ برگ بیوپسی تأیید شده، از طریق مراجعه به بایگانی شخصی پزشکان، هفت مرکز آسیب‌شناسی خصوصی و دولتی همدان، مراکز آموزشی و درمانی و دیگر مراکز تحقیقاتی انتخاب شدند و پس از بازبینی نمونه‌ها توسط متخصص آسیب‌شناسی دهان به عنوان نمونه و جامعه آماری اساس این مطالعه گذشته‌نگر را تشکیل دادند. بیشترین موارد بیوپسی در دهه‌های سنی شش (۴۲/۷٪)، هفت (۳۹/۶٪) و سه

(۱۰/۶٪) انجام شده بود. میانگین سن ابتلا ۴۳/۵ سال و در مردان دو سال بیشتر از زنان بود. نسبت مرد به زن ۱/۵۲ بود. پیرترین بیمار مردی ۹۱ ساله با ملانوم بدخیم و جوانترین آنها دختری سه ساله با لنفوم بورکیت بود. بیشترین محل بیوپسی در ناحیه بینی (۱۷/۳٪) و کمترین آن در مثلث قدامی در قسمت گردن (۲/۳٪) بود. شایعترین تومور، کارسینوم بازوسلولر پوست (۴۱/۴٪) و کميابترین آنها فیبروس هیستوسیتومای بدخیم (۰/۲٪) بود. دو کارسینوم باز و سلولر و اپیدرموئید در زمره رایجترین سرطانه‌ها در این بررسی بودند و سپس لنفوم‌ها و سرطانه‌های بزاقی قرار داشته‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که لب پایین و زبان مانند تحقیقات مشابه در داخل و خارج از کشور در ردیف شایعترین محل‌های ابتلا به سرطان دهان محسوب می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: تومورهای بدخیم - جراحی دهان و فک و صورت - سرطان

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران (دوره ۱۵، شماره ۴، سال ۱۳۸۱)

مقدمه

درمان راهنمایی می‌نماید. در واقع بدون در دست داشتن آماری صحیح و قابل اتکا از کلیه مناطق کشور امکان برنامه‌ریزی مناسب از نظر فراهم آوردن امکانات درمانی و پیشگیری غیر ممکن می‌باشد. همچنین وجود آمار دقیق توانایی بررسی عوامل اتیولوژیک ضایعه را فراهم می‌آورد و با در اختیار داشتن آن می‌توان به مطالعه رابطه احتمالی عوامل اتیولوژیک و ضایعات پرداخت.

این مقاله با هدف دستیابی به فراوانی ضایعات سرطانی صورت‌وگردن، مجموعه تومورهای خوش‌خیم و بدخیم حفره دهان و نسوج پیرامون آنها را که در مقطع زمانی سیزده ساله در برخی از مراکز درمانی شهر همدان به ثبت رسیده‌اند مورد بررسی قرار داده‌است تا براساس مطالعه‌ای گذشته‌نگر ویژگی‌های آنها را از نظر سن، جنس، محل و نوع ضایعه گزارش نماید.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر از نوع Case-Series اطلاعات حاصل از بایگانی شخصی نویسنده همراه با نتایج حاصل از هفت مرکز آسیب‌شناسی در شهر همدان در طی سیزده سال از ۱۳۷۶-۱۳۶۴ و بایگانی بیمارستانها و دیگر مراکز تحقیقاتی استان مبنای تحقیق آماری برای تومورهای

سرطان یکی از بزرگترین کابوسهای انسان است که علی‌رغم پیشرفتهای بسیار زیاد علم پزشکی در سالیان اخیر، هنوز هم به‌عنوان یکی از بزرگترین معضلات جامعه بشری به حساب می‌آید.

ناحیه سر و صورت و گردن علاوه بر نزدیک بودن به ساختمانهای حیاتی مهم، دارای اعمال فیزیولوژیک بسیار اهمیت می‌باشد و نقش قابل توجهی در زیبایی انسان دارد. بنابر همین دلایل سرطانه‌های این ناحیه عوارض بسیار ناخوشایندی را به دنبال دارند. این ضایعات علاوه بر اینکه ممکن است حیات فرد را به مخاطره اندازد، می‌تواند باعث ایجاد اختلال در اعمال فیزیولوژیک و همچنین بوجود آمدن نقایص قابل توجه در زیبایی شوند و در نتیجه جدا از مشکلات پزشکی، پیامدهای روانی و اجتماعی مهمی را برای بیمار همراه داشته باشد.

یکی از اساسیترین مسائل در ارتباط با هر بیماری تعیین فراوانی آن در مناطق مختلف جغرافیایی است و در ارتباط با سرطانه‌ها این امر از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، چرا که هم به پزشکان در تشخیص ضایعه کمک می‌کند و هم برنامه‌ریزان را در طراحی و اجرای برنامه پیشگیری و

۶۷ مورد (۱۷/۳٪) بیشترین میزان گرفتاری و مثلث قدامی گردن با نه مورد (۲/۳٪) کمترین میزان ابتلا را داشتند. شایعترین تومور بدخیم در این بررسی BCC و نادرترین آن فیبروس هیستوسیتومای بدخیم (MFH) و کندروسارکوم بوده است (جدول ۲). همچنین از نقطه نظر منشا بافتی ضایعات سیصد و ده تومور منشا اپی تلیالی، ۷۱ تومور منشا مزانشیمی و پنج تومور منشا مرکب (اپی تلیالی - مزانشیمی) داشته‌اند.

کارسینومای بازوسلولر یا به اختصار (BCC) شایعترین تومور بدخیم انسان در زمره سرطانه‌های غیر ملانین‌ساز پوست محسوب می‌شود. BCC در نواحی باز بدن نظیر لاله گوش و بینی و گونه که بیشتر تحت تاثیر اشعه ماورا بنفش خورشید قرار می‌گیرند بیشتر است (۹۵٪). در پوست پیشانی، ابرو و چانه کمتر (۳/۲٪) و در پلکها و چین بینی لب حداقل است (۱/۸٪). در این بررسی بینی با ۶۶ مورد (۱۷٪) و گونه خارجی با ۵۲ مورد (۱۳/۴٪) بیشترین میزان ابتلا را نشان داده‌اند.

بحث

در یک بررسی انجام شده در ایران که روی ۲۹۲ ضایعه پوستی صورت و به مدت سه سال (۱۳۷۳-۱۳۷۱) صورت گرفت نشان داده شد که BCC با شیوعی برابر ۲۱/۲٪ اولین ضایعه صورت بوده است.

اغلب بیماران را مردان (۵۲٪) تشکیل می‌دادند. آنها بیشتر در دهه‌های سنی شش و هفت قرار داشتند و در ۳۳/۲٪ موارد از زمان ابتلا تا مرحله مراجعه و نمونه برداری یک تا پنج سال فاصله بوده است. و تومور در نواحی بینی، لب بالا، گونه و پیشانی شایعتر بوده است. (۵-۱) BCC بین ۵۹٪-۵۵٪ تومورهای پوششی غیر ملانین‌ساز NMET* یا NMSC** را تشکیل می‌دهد.

خوش‌خیم و بدخیم ناحیه دهان و فک و صورت قرار گرفته است، بدین ترتیب که پس از مراجعه به بایگانی مراکز فوق کلیه موارد تومورهای خوش‌خیم و بدخیم دهان و فک و صورت تعیین شد و اطلاعاتی شامل سن، جنس، محل، نوع تومور و تخصص فرد درخواست کننده بیوپسی استخراج و ثبت گردید. سپس نمونه‌های ناقص و نمونه‌های واجد تشخیص نامشخص حذف شدند و در برخی موارد نیز به منظور حصول حداکثر صحت و دقت نمونه‌ها مورد بازبینی متخصص آسیب‌شناسی دهان قرار گرفتند.

نتایج

در این مطالعه ۱۳۸۴ نمونه مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۲۸۶ مورد (۲۷/۸٪) مربوط به ضایعات بدخیم، ۸۰۶ مورد (۵۸/۲٪) تومورهای خوش‌خیم و ۱۹۲ مورد (۱۳/۹٪) مربوط به ضایعات و حالات پیش سرطانی بود که بخش اول این مطالعه صرفاً به بررسی تومورهای بدخیم اختصاص یافته است. از ۳۸۶ نمونه بررسی شده از تومورهای بدخیم ۲۳۳ مورد (۶۰/۴٪) مربوط به مردان و ۱۵۳ مورد (۳۹/۶٪) مربوط به زنان (نسبت مرد به زن $\frac{1/52}{43/5}$) بوده است. سن متوسط مبتلایان به طور کلی ۴۳/۵ سال بود و بیشترین و کمترین میزان بروز به ترتیب در دهه‌های شش و هفت و دهه اول مشاهده گردید. جواترین بیمار دختری سه ساله مبتلا به لنفوم بورکیت و پیرترین بیمار، مردی ۹۱ ساله مبتلا به ملانوم بدخیم در سمت چپ فک بالا بود. در ضمن سن متوسط ابتلا در مردان دو سال بیش از زنان بود (جدول ۱). در بین پزشکان و دندانپزشکان (اعم از عمومی یا متخصص) درخواست کننده بیوپسی، متخصصان پوست با ۱۱۳ مورد (۲۹/۳٪) در مقام اول قرار داشتند. در این بین جراحان دهان و فک و صورت و دندانپزشکان به ترتیب با ۱۰۶ (۲۷٪) و ۱۹ (۴/۹٪) در ردیفهای دوم و پنجم قرار گرفتند. از نظر محل ابتلا بینی با

* Non Melanotic Epithelial Tumor

** Non Melanotic Skin Cancer

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد بیماران را بر حسب دهه‌های سنی، تعداد و نسبت درصد و به تفکیک نشان می‌دهد

ردیف	دهه سنی	تعداد	درصد
۱	۱-۱۰	۲	۰/۸
۲	۱۱-۲۰	۸	۲
۳	۲۱-۳۰	۴۱	۱۰/۶
۴	۳۱-۴۰	۵	۱/۳
۵	۴۱-۵۰	۵	۱/۳
۶	۵۱-۶۰	۱۶۵	۴۲/۷
۷	۶۱-۷۰	۱۵۲	۳۹/۶
۸	۷۱-۸۰	۲	۰/۸
۹	۸۱-۹۰	۲	۰/۵
۱۰	۹۱-۱۰۰	۱	۰/۲
	جمع	۲۸۶	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی تومورهای بدخیم بر اساس سن متوسط ابتلا به بیماری و جنس به تعداد و درصد

ردیف	نام تومور	میانگین سنی	مرد	زن	جمع	درصد
۱	BCC	۶۰	۸۳	۷۷	۱۶۰	۴۱/۴
۲	SCC	۶۰	۹۸	۴۹	۱۴۷	۲۸
۳	لنفوم غیر هوچکین NHL	۲۸	۲۵	۱۲	۳۷	۹/۶
۴	لنفوم هوچکین HL	۴	۴	۵	۹	۲/۳
۵	آسینی سل کارسینوما	۶۱	۴	۴	۸	۲
۶	استنوسارکوم	۳۲	۴	۲	۶	۱/۵
۷	موکوبی درموند	۴۶	۲	۲	۵	۱/۳
۸	لنفوم بورکیت	۹/۵	۳	۱	۴	۱
۹	ملانوم بدخیم	۶۸/۵	۳	۰	۳	۰/۷
۱۰	اوینگ تومور	۱۹	۲	۱	۳	۰/۷
۱۱	سارکوم کاپوزی	۳۷	۲	۰	۲	۰/۵
۱۲	کندروسارکوم	۵۶	۱	۰	۱	۰/۲
۱۳	فیبروس هیستوسیتومای بدخیم	۴۵	۱	۰	۱	۰/۲
	جمع	۴۲/۵	۲۲۳	۱۵۲	۳۷۵	۱۰۰

فاصله می‌افتد که حکایت از اهمال بیمار و ضعف قدرت تشخیص پزشکان دارد. علیهذا دندانپزشکان و پزشکانی که در ناحیه سر و گردن به ارزیابی و معاینه بیماران اشتغال دارند. بویژه دندانپزشکان باید با علل، تقسیم‌بندی، درمان و جلوگیری از BCC آشنا باشند (۲، ۳، ۶).

میزان وقوع و حدوث آن ۴۹ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت در سال در مردان و ۴۵ مورد در زنان است. نسبت مرد به زن در نواحی High exposure $\frac{14}{5}$ یا $\frac{2/8}{1}$ و در نواحی Low exposure $\frac{11}{9}$ یا $\frac{1/2}{1}$ می‌باشد. معمولاً از زمان پیدایش تا زمان تشخیص به طور متوسط ۲/۵ سال

سال)، تنوع و تعداد مراکز نمونه برداری، برتری تعداد ضایعات خوش خیم بر بدخیم و از همه مهمتر درجه آگاهی جامعه نسبت به عوامل مساعد کننده بیماری باشد، در گزارش مزبور سرطان دهان نیمی از تومورهای بدخیم ناحیه را تشکیل داده است (۷۱ از ۱۴۳ مورد) ضمن اینکه لب پایین (۲۱ بیمار و ۲۹/۵٪) و زبان (۱۶ بیمار و ۲۲/۵٪) شایعترین مکانهای رفتاری بوده‌اند که این موضوع با این بررسی، لب پایین (۵۷ بیمار و ۳۸/۷٪) و زبان (۲۸ بیمار و ۱۹٪) اندکی متفاوت است. در ارزیابی و مقایسه دو گزارش قبلی با مطالعه حاضر معلوم می‌شود که سرطان دهان خاص دهه‌های ششم و هفتم با میانگین سنی چهل، ۵۲ و شصت سال بوده است و این تومور به نسبت $\frac{2}{1}$ تا $\frac{4}{4}$ در مردان شایعتر است (۱۲ و ۱۳).

با مستثنی دانستن عوامل به وجود آورنده سرطان دهان، تشخیص بیماری از اولویت و اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. ابتلای لنفاتیک که درمان بیماری را پیچیده و امید به زندگی پنج ساله را کاهش می‌دهد در نتیجه اهمال بیمار و پزشک روی می‌دهد. یک بررسی که بر روی ۱۵۶ نفر شامل نود مرد و ۶۶ زن انجام شده است نشان می‌دهد که علی‌رغم ارائه خدمات درمانی بموقع (اشعه درمانی، شیمی درمانی، جراحی جداگانه و یا ترکیبی) فقط ۳۷٪ بیماران پس از پنج سال زنده بوده‌اند و به هنگام درمان ۳۵٪ از مبتلایان متاستاز گردنی داشته‌اند. ارزیابی دقیق عقده‌های لنفاوی گردنی یا باختصار *CLN موضوعی خوب شناخته شده در مبتلایان به سرطان دهان است و دندانپزشکان که بیماران برای اولین بار به آنان مراجعه می‌کنند علاوه بر تقویت قدرت معاینه و تشخیص باید قادر به استفاده از فنون تشخیصی متنوع باشند، فی‌المثل **MRI علاوه بر کمک فراوان به مرحله‌بندی سرطان

* Cervical Lymph Node

** Magnetic Resonance Imaging

در بین عوامل بوجود آورنده علاوه بر اشعه ماورا بنفش (اتفاقی یا شغلی) استعداد ژنتیک و سن سه عامل عمده محسوب می‌شوند. حساسیت افراد در برابر این اشعه متفاوت و تعیین کننده است. عدم تحمل نسبت به اشعه مذکور سبب شده است تا این کارسینوم در برخی کشورها (فنلاند و ایالات متحده) شایعترین شکل سرطان پوست محسوب گردد و تعداد آن هر سال افزایش یابد (۲، ۳ و ۵).

زود شناختن BCC درمان خوب را به دنبال دارد که امید بهبودی در آن بالاست و با معلولیت و هزینه درمانی کمتری همراه است. میزان مرگ و میر در BCC برای مردان ۰/۸٪ در یکصد هزار نفر جمعیت در سال و ۰/۵٪ برای زنان است (۲-۹).

دومین و خطرناکترین بدخیمی در این بررسی سرطان دهان است. کارسینوم اپی‌درموئید یا اسکوامس سل کارسینوما و یا باختصار SCC در برخی کشورها شایعترین شکل سرطان دهان است و ۹۰٪ موارد را بخود اختصاص می‌دهد (۱۰).

در کشور ایران در یک بررسی انجام شده طی مدت ده سال معلوم شد که سرطان دهان اغلب در لب و زبان (۹۷٪) بوده است و بیماران اغلب مردان بیش از چهل سال بوده‌اند. سن ابتلا از ۳۵ تا ۹۵ سالگی و میانگین سنی برای زنان هفتاد و در مورد مردان ۶۲ سال و به نسبت $\frac{1/12}{1}$ تا $\frac{1/52}{1}$ بوده است (۱۱-۱۴).

در گزارشی دیگر که در ایران و بر روی ۱۴۳۴ بیوپسی و طی مدت پنج سال (۱۳۶۹-۱۳۷۳) انجام شده و از نظر تعداد نمونه و روش بررسی با مطالعه حاضر هماهنگ و منطبق است معلوم شده که سرطان دهان ۵٪ کل ضایعات مورد بررسی را به خود اختصاص داده است و این تقریباً نصف موارد (۱۰/۶٪) در این بررسی است. علت آن می‌تواند محدود بودن سنوات مطالعه (پنج سال در برابر ۱۳

دهان می‌تواند متاستازهای گردنی کوچکتر از سه میلی‌متر را در ۴۰٪ موارد نشان دهد (۱۲ و ۱۴-۱۸). بنابراین و با توجه به آنچه که ارائه شد پیشنهاد می‌شود دندانپزشکان به عنوان کسانی که با محیط سر و دهان سروکار دارند در معاینات خود توجه ویژه‌ای به تغییرات ساختمانی بافت‌های سرو گردن و دهان مبذول نمایند تا بتوان بدخیمی‌ها را در همان مراحل اولیه تشخیص و درمان نمود.

منابع

- ۱- یزدانفر، آمنه؛ رسولی، لوتیز؛ منصف، علیرضا؛ فرشچیان، محمود. بررسی ضایعات بیوپسی شده صورت در بخش بیماریهای پوست، مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان ۱۳۷۴؛ ۲(۳): ۹-۵۳.
- 2- Hannuksela Svahn A, Pukkala E, Karyonen J. Basal cell carcinoma and other non-melanoma skin cancers in Finland 1956-1995. Arch Dermatol 1999; 7(135): 781-6, 843-44.
- 3- Stojanovic S, Poljacki M, Preveden R. Clinic epidemiologic characteristics of superficial multiple BCC. 1986-1996. Med Pergl 1991; 1-2(52): 62-5.
- 4- Pearson G, King LE, Boyd AS. Basal cell carcinoma of the lower extremities. Int J Dermatol 1999; 38(11): 852-54.
- 5- Raasch B, MacLennan R, Wronski I, Robertson I. Body site specific incidence of BCC and SCC. Mutat Res 1998; 9(424): 101-6.
- 6- Reshiraj E, Epstein JB. Basal cell carcinoma: What dentists need to know. J Am Dent Assoc 1991; 3(130): 375-80.
- 7- Martin D, Barthelemy I, Pelissier P, Mondie JM. National surgery on therapeutic strategy in facial epitheliomas. Ann Chir Plast Esthet 1998; 4(43): 356-72.
- 8- Martin D, Barthelemy I, Mondie JM, Grangier Y. Facial epitheliomas: General considerations, surgical techniques and indications. Ann Chir Plast Esthet 1998; 4: 311-64.
- 9- Bumpous JM, Padhya TA, Barnett SN. Basal cell carcinoma of the head and neck: identification of predictors of recurrence. Ear Nose Throat J 2000; 79(3): 200-2, 204.
- 10- Chen GS. An statistical analysis of oral Sc. Khil-Kht China 1995; 10(11): 528-8.
- 11- Charbi S, Charbi BW, Balle VH, Berthelsen A. Intraoral cancer in the country Copenhagen Vgesk-laeger 1999; 19(161): 2811-5.
- ۱۲- کیهانی امان‌اله. تومورهای زبان. چاپ اول. تهران: نشر کلمه؛ ۱۳۷۸، ص ۱۴۲، ۱۴۱، ۱۳۵، ۱۳۱، ۱۲۳، ۱۰۵، ۱۱۸، ۱۷، ۱۴۳.
- ۱۳- مشرف، محمد؛ حسینی، مهرداد. بررسی اپیدمیولوژیک نمونه‌های بیوپسی شده در سه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۹۵. بیماریهای دهان، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۴.
- 14- Myers JN, Elkins T, Roberts d, Byers RM. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults: increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. Otolaryngo Head Neck Surg 2000; 122(1): 44-51.
- 15- Hemminiki K, Dong C. Subsequent cancers after in situ and invasive squamous cell carcinoma of the skin. Arch Dermatol 2000; 136(5): 647-51.
- 16- Wide JM, White DW, Woolgar JA, Brown JS. Magnetic resonance imaging in the assessment of cervical nodal metastasis in oral SCC. Clin Radiol 1999; 2(54): 90-4.
- 17- Arbes SJ, Olshan AF, Caplan DJ. Factors contributing to the poorer survival of black Americans diagnosed with oral cancer (United states). Cancer Causes Control 1999; 10(6): 513-23.
- 18- Sugerman PB; Savage NW. Current concepts in oral cancer. Aust Dent J 1999; 44(3): 147-56.