

اپیدمیولوژی تومورهای بدخیم جلدی

بیمارستان‌های لقمان حکیم و بوعلی، ۸۱-۱۳۸۰

دکتر پرویز طوسی (استاد)، دکتر ساناز سامی کرمانی (دستیار)، دکتر آذر شیرزادیان کبریا (دستیار)
گروه بیماری‌های پوست و مو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

مقدمه: کانسره‌های پوستی از شایعترین سرطان‌ها در سراسر جهان می‌باشند و یکی از علل عمده بیماری زایی محسوب می‌شوند. این تحقیق با توجه به شیوع بالای کانسره‌های پوستی و با هدف بررسی مختصات اپیدمیولوژیک افراد مبتلا به این تومور ها صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: طی سال های ۸۱-۱۳۸۰، کلیه مراجعه کنندگان به درمانگاههای پوست بیمارستان های لقمان حکیم و بوعلی که تشخیص یکی از انواع تومور های بدخیم جلدی توسط انجام بیوپسی و بررسی گزارش پاتولوژی آن تایید شده بود، از طریق پرسشگری مستقیم و معاینه و پر کردن پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌ها: طبق این مطالعه شایعترین تومور بدخیم پوستی در بین ۴۰۰ نفر بیمار مورد مطالعه BCC (۸۳/۵٪) و سپس SCC (۱۲/۵٪) بوده است. متوسط سنی افراد ۶۰/۶ سال و اکثریت با جنس مذکر بود. شایعترین فنوتیپ پوستی نوع ۳ و شایعترین فرم پاتولوژیک BCC نوع Solid و در مورد SCC نوع Insitu بود. ۴۶٪ از کل بیماران سابقه رادیوتراپی داشتند که از این تعداد ۷۷٪ دچار رادیو درماتیت بودند. شایعترین محل درگیری برای BCC ناحیه Scalp و برای SCC، لب تحتانی بود. ۶۱٪ از افراد به علت شغلشان در معرض نور آفتاب بودند که از این تعداد ۸۲/۷٪ مذکر بودند. بیشترین مراجعه کنندگان ساکن و متولد استان تهران بودند. افزایش قابل توجه درصد مبتلایان به BCC از نوع superficial در کسانی که سابقه رادیوتراپی نداشتند (۳۲/۴٪) در مقایسه با درصد آن در کسانی که سابقه رادیوتراپی نداشتند (۱۲٪) ایجاب می‌کند مطالعات بیشتری در خصوص این ارتباط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: در نتیجه این مطالعه مشخص گردید که شایعترین تومور پوستی در مراجعه کنندگان به درمانگاههای پوست مذکور تومور BCC در ناحیه سر و گردن خصوصا در افراد مذکر و در مشاغل در معرض آفتاب می‌باشد.

مقدمه

کanserهای پوستی از شایعترین سرطان‌ها در سراسر جهان می‌باشند و یکی از علل عمده بیماری زایی محسوب می‌شوند. کارسینوم سلول بازال (BCC) و کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) سالانه بیش از یک میلیون مورد جدید کانسر را شامل می‌شود. از بین کانسرهای پوستی ملانوما باعث میزان مرگ و میر بیشتری می‌شود (۱) کانسرهای غیرملانومی پوستی (NMSC) در کشورهای نظیر استرالیا که تابش اشعه آفتاب زیاد و اغلب مردم سفید پوست هستند شایعترین کانسر می‌باشد و میزان بروز آنها در حال افزایش است و در حال حاضر حداقل ۱٪ از جمعیت راسالیانه درگیر می‌کند (۲). در انگلستان انسیدانس کانسرهای پوستی غیرملانومی ۱۰۰ مورد در هر صد هزار نفر در طی هر سال گزارش شده است. مرگ و میر ناشی از کانسرهای پوستی غیرملانومی در ایالات متحده حدود ۰/۴۴ در هر صد هزار نفر در هر سال تخمین زده شده (۳).

در صورتی که کانسرهای پوستی در مراحل اولیه تشخیص داده شود می‌توان به خوبی و بطور کامل آنها را تحت درمان قرارداد اخیراً در کشورهای پیشرفته مراقبت‌های اولیه که توسط پزشکان جهت آموزش بیماران در مورد محافظت پوست از آسیب‌های ناشی از نور خورشید اعمال می‌شود و همچنین غربالگری بیماران در معرض خطر کانسرهای جلدی افزایش یافته است (۱) آگاهی از خصوصیات همه گیر شناسی و بالینی این ضایعات ضمن اینکه پزشکان را در تشخیص بهتر آنها راهنمایی می‌کند دست اندر کاران امور بهداشتی جامعه را نیز جهت حصول نتیجه مطلوب در مسیر صحیح تری قرار می‌دهد. یکی از عوامل مهم و موثر در ایجاد کانسرهای پوستی نور آفتاب و نیز اشعه فرا بنفش (UV) می‌باشد. اهمیت نور خورشید در ایجاد تومورهای جلدی از سال ۱۸۹۴ میلادی شناخته شده (۴) با وجود فراوانی این تومورها اطلاعات متناقضی در مورد فاکتورهای مستعد کننده آن وجود دارد (۵) بشمار می‌آید. مواجهه شغلی با نور خورشید برای ابتلا به SCC فاکتور

خطر مهمی به شمار می‌آید در حالیکه برای ابتلا به BCC و ملانوما مواجهه متفاوت با نور خورشید خصوصاً در دوران کودکی دارای اهمیت می‌باشد. از سایر عوامل موثر میتوان نژاد سابقه رادیو تراپی تماس با مواد سرطانزا (کارسینوژن) نظیر آرسنیک و برخی از مواد شیمیایی را نام برد (۳).

کشور ما از جمله کشورهایی است که در بیشتر مناطق جغرافیایی آن دارای آب و هوای گرم و آفتابی می‌باشد و در عین حال جامعه وسیعی از مردم کشور ما را کشاورزان و دامداران تشکیل می‌دهد که به واسطه شغلشان مستقیماً در معرض نور خورشید قرار دارد. عدم توجه به زخم‌ها و توده‌های با ماهیت سرطانی در جوامعی با سطح فرهنگ متوسط و یا پایین و عدم اطلاع از خطرات و عواقب آن طبیعتاً میزان مرگ و میر و سایر عوارض ناشی از سرطان‌های جلدی را افزایش می‌دهد اطلاع به مراکز درمانی امکان درمان صحیح را فراهم آورده و از ناتوانی‌های ناشی از پیشرفت بیماری جلوگیری خواهد کرد. با توجه به مطالب فوق در این تحقیق در نظربود از زمان شروع مطالعه با مراجعه به درمانگاههای پوست بیمارستان‌های لقمان حکیم و بوعلی کلیه افراد مبتلا به تومورهای بدخیم جلدی تشخیص داده شده بر اساس معاینه بالینی و یافته‌های پاتولوژیک از نظر شاخص‌های اپیدمیولوژیک مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه: کلیه بیمارانی که مبتلا به نوعی ضایعه پوستی بوده و نیاز به انجام بیوپسی داشته‌اند و نمونه بیوپسی آنان جهت تشخیص به بخش پاتولوژی ارسال شده و تشخیص نهایی یکی از انواع تومورهای جلدی توسط پاتولوژیست مشخص و تایید گردیده است این جامعه شامل کلیه بیمارانی بود از تاریخ تصویب طرح به درمانگاههای پوست بیمارستان‌های لقمان و بوعلی مراجعه کرده‌اند و شرایط بالا را داشته‌اند.

نوع مطالعه : cross sectional بوده و تعداد نمونه‌ها ۴۰۰ نفر اعلام شد.

نمونه برداری به طریقه سرشماری Sequential از کلیه افرادی که از تاریخ شروع مطالعه به درمانگاههای پوست بیمارستان‌های لقمان و بوعلی مراجعه کرده‌اند و شرایط ورود به مطالعه را داشته‌اند انجام می‌شد و توسط ۲ نفر رزیدنت پوست که هر کدام در یکی از بیمارستان‌ها حضور داشتند پرسشنامه مربوطه در پرسشگری رویاروی و مستقیم با بیمار تکمیل می‌گردید. لازم به ذکر است که در این مطالعه از ۴ فرم مختلف پرسشنامه استفاده می‌شد که هر کدام بر اساس نوع پاتولوژیک ضایعه مورد مطالعه انتخاب می‌شدند. این پرسشنامه‌ها در ضمیمه آمده است.

در این مطالعه متغیرهای زیر مورد بررسی قرار گرفتند : سن و جنس و محل تولد و سکونت بیماران، شغل، تیپ پوستی و عوارض پوستی ناشی از آفتاب مثل کک و مک ، Cutis Rhomboides، سابقه کانسر قبلی در بیمار و خانواده و نیز سابقه مصرف سیگار الکل و مواد مخدر. سابقه رادیوتراپی و وجود رادیو درمانیت و عوارض پوستی آن مثل آتروفی و آلویسی، نوع پاتولوژیک و نوع کلینیکی تومور و محل آن.

نفر (۲) در زمان انجام تحقیق اعتیاد داشتند. از کل بیماران ۲۹ نفر (۷٪) در گذشته الکل مصرف می‌کردند و ۳ نفر (۱٪) در زمان انجام تحقیق الکل مصرف می‌کردند. در کل بیماران ۲۳ نفر (۶٪) سابقه کانسر پوستی در خود و ۵ نفر (۱٪) سابقه کانسر پوستی در افراد فامیل داشتند. ۸ نفر (۲٪) سابقه کانسر غیر پوستی در خود و ۲۰ نفر (۵٪) سابقه کانسر غیر پوستی در افراد فامیل را اعلام نمودند.

از کل بیماران رنگ چشم در ۱۰۰ نفر (۲۵٪) مشکی ۲۵۳ نفر (۶۳٪) قهوه‌ای و در ۴۷ نفر (۱۲٪) سبز یا آبی بود. از کل بیماران ۳۳۷ نفر (۸۴٪) دارای رنگ موی تیره تر بودند و ۶۳ نفر (۱۶٪) رنگ موی روشن داشتند. در کل بیماران از نظر تیپ پوستی ۱۰۸ نفر (۲۷٪) تیپ ۲، ۱۹۱ نفر (۴۸٪) تیپ ۳ و ۹۸ نفر (۲۵٪) تیپ ۴ و ۳ نفر (۱٪) دارای تیپ ۵ بودند. از کل بیماران ۵۹ نفر (۱۴٪) دچار کراتوزهای آفتابی بودند تعداد ضایعات حداقل ۱ و حداکثر ۳۰ عدد بود. از مبتلایان به BCC ۳۸ نفر (۱۱٪) دچار کراتوز آفتابی بودند که تعداد ضایعات در آنان حداقل ۱ و حداکثر ۲۰ عدد بوده و ۱۸ نفر (۳۶٪) از مبتلایان به SCC دچار کراتوز آفتابی بودند و متوسط تعداد ضایعات $5/3 \pm 5/2$ بوده حداقل ۱ ضایعه و حداکثر ۲۰ ضایعه داشته‌اند. عوارض پوستی ناشی از آفتاب در جدول شماره ۳ نشان داده شده.

هیچ یک از بیماران سابقه تماس با آرسنیک را نداشتند (از طریق شرح حال و معاینه بالینی بیماران). ۱۸۳ نفر (۴۶٪) از کل بیماران سابقه رادیوتراپی داشتند و ۱۴۱ نفر (۳۵٪) دچار رادیودرمانیت بودند از بین مبتلایان به BCC ۱۷۹ نفر (۵۳٪) سابقه رادیوتراپی داشتند که از این تعداد ۱۳۸ نفر (۴۱٪) رادیودرمانیت داشتند. متوسط سنی افراد مبتلا به BCC که دارای سابقه رادیوتراپی بودند $59/1 \pm 9/2$ بود (حداقل ۴۰ و حداکثر ۸۵ سال) ۴ نفر از مبتلایان به SCC (۸٪) سابقه رادیوتراپی داشتند که از این تعداد ۳

نوع مطالعه : cross sectional بوده و تعداد نمونه‌ها ۴۰۰ نفر اعلام شد.

نمونه برداری به طریقه سرشماری Sequential از کلیه افرادی که از تاریخ شروع مطالعه به درمانگاههای پوست بیمارستان‌های لقمان و بوعلی مراجعه کرده‌اند و شرایط ورود به مطالعه را داشته‌اند انجام می‌شد و توسط ۲ نفر رزیدنت پوست که هر کدام در یکی از بیمارستان‌ها حضور داشتند پرسشنامه مربوطه در پرسشگری رویاروی و مستقیم با بیمار تکمیل می‌گردید. لازم به ذکر است که در این مطالعه از ۴ فرم مختلف پرسشنامه استفاده می‌شد که هر کدام بر اساس نوع پاتولوژیک ضایعه مورد مطالعه انتخاب می‌شدند. این پرسشنامه‌ها در ضمیمه آمده است.

در این مطالعه متغیرهای زیر مورد بررسی قرار گرفتند :

سن و جنس و محل تولد و سکونت بیماران، شغل، تیپ پوستی و عوارض پوستی ناشی از آفتاب مثل کک و مک ، Cutis Rhomboides، سابقه کانسر قبلی در بیمار و خانواده و نیز سابقه مصرف سیگار الکل و مواد مخدر. سابقه رادیوتراپی و وجود رادیو درمانیت و عوارض پوستی آن مثل آتروفی و آلویسی، نوع پاتولوژیک و نوع کلینیکی تومور و محل آن.

یافته‌ها

در این تحقیق ۴۰۰ نفر شامل ۱۲۹ زن و ۲۷۱ مرد با متوسط سنی $60/6 \pm 11$ سال حداقل ۲۶ و حداکثر ۸۷ سال مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۳۳۴ نفر (۸۳٪) مبتلا به BCC، ۴۹ نفر (۱۲٪) SCC، ۲ نفر (۰٪) ملانوم، ۸ نفر (۲٪) مبتلا به MF، ۲ نفر (۰٪) کارسینوم سباسبه و ۵ نفر (۱٪) مبتلا به سارکوم کاپوزی بودند. از مبتلایان به BCC، ۲۲۵ نفر (۶۷٪) مرد و ۱۰۹ نفر (۳۲٪) زن و در بین مبتلایان به SCC ۳۱ نفر (۶۳٪) مرد و ۱۸ نفر (۳۶٪) زن بودند. بیماران مبتلا به BCC دارای متوسط سنی $59/6 \pm 10/6$ سال (حداقل ۲۶ و حداکثر ۸۶ سال) و بیماران مبتلا به SCC دارای متوسط سنی $64/3 \pm 11$ سال

جدول شماره ۱- توزیع بیماران مبتلا به تومورهای جلدی بر اساس محل تولد، محل سکونت قبلی و محل سکونت فعلی

مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲

محل سکونت فعلی		محل سکونت قبلی		محل تولد		استان
%	تعداد	%	تعداد	%	تعداد	
۷۱/۵	۲۸۶	۲۶	۱۰۴	۲۵/۳	۱۰۱	تهران
۲/۳	۹	۳/۷	۲۹	۷/۳	۲۹	آذربایجان غربی
۴	۱۶	۱۴	۵۶	۱۴	۵۶	آذربایجان شرقی
۲	۸	۳/۵	۲۱	۵/۵	۲۲	اردبیل
۰/۸	۳	۳/۵	۲۱	۵/۳	۲۱	زنجان
۲/۵	۱۰	۵/۵	۲۲	۵/۸	۲۳	گیلان
۲/۸	۱۱	۳/۳	۱۳	۳/۳	۱۳	لرستان
۱/۵	۶	۵/۲	۱۰	۲/۵	۱۰	مازندران
۱	۴	۵/۱	۶	۱/۵	۶	قم
۱/۵	۶	۸/۲	۱۱	۳	۱۲	اصفهان
۰/۵	۲	۳/۲	۹	۲/۳	۹	خراسان
۱/۳	۵	۲	۸	۲	۸	گلستان
۲	۸	۵/۴	۱۸	۴/۸	۱۹	همدان
۰	۰	۱	۴	۱	۴	یزد
۰/۸	۳	۲/۵	۱۰	۲/۵	۱۰	قزوین
۲/۳	۹	۵	۲۰	۵	۲۰	مرکزی
۱/۳	۵	۱/۵	۶	۱/۵	۶	کردستان
۰/۳	۱	۴/۸	۱۹	۴/۸	۱۹	افغانستان
۰/۸	۳	۱	۸	۱	۴	کرمان
۱/۳	۵	۲	۸	۱/۸	۷	کرمانشاه
۰	۰	۰/۳	۱	۰/۳	۱	چهار محال بختیاری

مبتلایان به BCC در ۱۵۶ نفر (۴۶/۷٪) تعداد ضایعات بیش از یکی بوده است. در مبتلایان به SCC در ۲ نفر (۴/۱٪) ضایعات متعدد بوده است. متوسط زمان ظهور تومور $40 \pm$ ۲۷ ماه (حداقل ۱ و حد اکثر ۳۶۰ ماه بود). وضعیت کل افراد مورد مطالعه از نظر محل تومور در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

لازم است خاطر نشان گردد در تعدادی از افراد مورد تحقیق، محل تومورها بیش از یک ناحیه بوده. در کل ۵۲۸ ناحیه در ۴۰۰ بیمار دچار تومور بود که در این ضایعات شایع‌ترین ناحیه درگیر scalp بوده است در مبتلایان به

مورد (۶/۱٪) رادیودرماتیت داشت. از ۱۴۱ نفر بیماری که دچار رادیودرماتیت بودند آلپسی در ۱۳۳ نفر (۳۹/۸٪) آنروفی در ۱۳۳ نفر (۳۹/۸٪) هایپرپیگمانتاسیون در ۱۳۰ نفر (۳۸/۹٪)، هیپوپیگمانتاسیون در ۱۳۲ نفر (۳۹/۵٪) و تالترکازی در ۸۸ نفر (۲۶/۳٪) دیده شد. متوسط تعداد ضایعات نومورال در کل بیماران 4 ± 3 (حداقل ۱۲ حداکثر ۵۰) بود. متوسط تعداد تومورها در افرادی که سابقه رادیوتراپی داشتند $2/4 \pm 4/2$ (حداقل ۱ و حداکثر ۲۲) بود. از کل بیماران ۲۲۹ نفر (۵۷/۲٪) دارای یک ضایعه و ۱۷۱ نفر (۴۲/۷٪) دارای بیش از یک ضایعه بودند در

جدول شماره ۲- توزیع بیماران مبتلا به تومورهای جلدی بر اساس نوع تومور و محل تومور
مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲

Cancer type	BCC		SCC		Total	
	شماره	درصد	شماره	درصد	شماره	درصد
scalp	۱۸۸	۴۰/۹	۴	۸/۱	۱۹۲	۳۶/۳
forehead	۵۳	۱۱/۵	۲	۴/۰۸	۵۵	۱۰/۴
Temple	۲۳	۷/۱	۴	۸/۱	۲۸	۷/۱
eyelid	۳	۰/۶	۰	۰	۳	۰/۵
Inner canthus	۱۶	۳/۴	۱	۲/۰۴	۱۷	۳/۲
Outer canthus	۵	۱	۱	۲/۰۴	۶	۱/۱
ear	۱۹	۴/۱	۳	۶/۱	۲۲	۴/۱
nose	۵۹	۱۲/۸	۲	۴/۰۸	۶۱	۱۱/۵
cheek	۴۷	۱۰/۲	۵	۱۰/۲	۵۳	۱۰/۰۳
Upper lip	۰	۰	۶	۱۲/۲	۶	۱/۱
Lower lip	۰	۰	۱۰	۲۰/۴	۱۰	۱/۸
Nasolabial fold	۵	۱	۰	۰	۵	۰/۹
Chin	۱	۰/۰۰۲	۰	۰	۱	۰/۱
jaw	۴	۰/۸	۰	۰	۴	۰/۷
Neck	۲۱	۴/۵	۰	۰	۲۱	۳/۹
Ant.Trunk	۱	۰/۰۰۲	۱	۲/۰۴	۳	۰/۵
Post. trunk	۲	۰/۴	۰	۰	۳	۰/۵
Upper limb	۱	۰/۰۰۲	۲	۴/۰۸	۵	۰/۹
Lower limb	۰	۰	۴	۸/۱	۱۰	۱/۸
Genitalia	۰	۰	۰	۰	۰	۱/۸۰
Generalized	۱	۰/۰۰۲	۰	۰	۹	۱/۷
Tongue	۰	۰	۴	۸/۱	۴	۱/۷
جمع	۴۵۹		۴۹		۵۰۸	۰/۷

جدول شماره ۳- توزیع عوارض پوستی ناشی از آفتاب در بیماران مبتلا به تومورهای جلدی
مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲

Actinic cheilitis	Senile lentigo		Waxy thickening	Seborrheic keratosis	Senile comedon	Telangiectasis	Cutis rhomboides	Deep wrinkle	Freckle
	few	many							
۱/۱۴/۷	۱/۶۵	۱/۱۰	۱/۱۰	۱/۵۱	۱/۲۴	۱/۱۹	۱/۱۵	۱/۲۶	۱/۲۴

جدول شماره ۴- توزیع بیماران مبتلا به BCC بر اساس زیر گروه پاتولوژی تومور و سابقه رادیوتراپی

مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

BCC (Without Radiotherapy)		BCC (With Radiotherapy)		BCC (Total)		Tumor type
درصد	شماره	درصد	شماره	درصد	شماره	Pathologic type
۷۳/۵	۱۱۴	۶۳/۱	۱۱۳	۶۸	۲۲۷	Nodular (solid)
۱۲/۳	۱۹	۳۲/۴	۵۸	۲۳/۱	۷۷	Superficial pigmented
۶/۵	۱۰	۳/۴	۶	۴/۸	۱۶	Adenoid
۱/۹	۳	۰/۶	۱	۱/۲	۴	Morpheid
۱/۹	۳	۰	۰	۰/۹	۳	Infiltrative
۰/۶	۱	۰	۰	۰/۳	۱	Fibroepithelial
۰/۶	۱	۰	۰	۰/۳	۱	Basosquamous
۲/۶	۴	۰/۶	۱	۱/۵	۵	Unknown
۱۰۰	۱۵۵	۱۰۰	۱۷۹	۱۰۰	۳۳۴	Total

تومور در ۶ نفر (۲٪) وجود داشت. از کل بیماران در ۳۷۳ نفر (۹۷٪) نوع تومور، اولیه بوده است و ۱۰ نفر (۳٪) دارای تومور راجعه بودند. وضعیت مبتلایان به BCC و SCC از نظر نوع پاتولوژیک تومور در جدول شماره ۴ و ۵ آمده است. نمای بالینی مبتلایان به BCC که سابقه رادیوتراپی نداشتند. در جدول شماره ۶ آمده است. نمای بالینی مبتلایان به SCC در جدول شماره ۷ آمده است.

BCC شایعترین ناحیه درگیر scalp بود. ۲۱ نفر (۵٪) از کل بیماران سابقه درمان قبلی را ذکر می‌کردند. زمان درمان قبلی در افراد فوق بطور متوسط 32 ± 31 ماه (حداقل ۱۲ و حداکثر ۱۲۰ ماه) بود. از کل بیماران ۵ نفر (۱٪) دچار آدنویاتی بودند. اندازه تومور در مبتلایان به BCC بطور متوسط $8/8 \pm 15$ (حداقل ۳ و حداکثر ۶۵ میلی متر) و اندازه تومور در مبتلایان به SCC بطور متوسط $16/3 \pm 20$ (حداقل ۵ و حداکثر ۱۰۰ میلی متر) بود. در کل سابقه تروما در محل

جدول شماره ۶- توزیع بیماران مبتلا به BCC بر اساس نوع کلینیکی

تومور

مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲

٪	شماره	Clinical type
۳۱/۶	۴۹	Nodular
۴۷/۷	۷۴	Noduloulcerative
۱۲/۲	۱۹	Superficial
۳/۸	۶	Nodulopigmented
۰/۶	۱	Superficial pigmented
۰	۰	Ulcerative
۰	۰	Rodent
۳/۸	۶	Sclerodermoid
۱۰۰	۱۵۵	Total

جدول شماره ۵- توزیع بیماران مبتلا به SCC بر اساس زیر گروه

پاتولوژیک تومور.

مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲

٪	شماره	Pathologic type
۴/۱	۲	Adenoid
۱۰/۲	۵	Mucinous
۰	۰	Verrucous
۴۴/۹	۲۲	Insitue
۸/۲	۴	Well differentiated
۳۲/۷	۱۶	Unknown

کل ۱۱ ± ۶۰/۶ سال بود که مبتلایان به SCC با متوسط سنی ۱۱ ± ۶۴/۳ نسبت به مبتلایان به BCC با متوسط ۱۰/۶۱ ± ۵۹/۶ سال مسن تر بودند. در مطالعه J.W.W. A.Oikarinen در فنلاند (۱۳) و در مطالعه Coebergh در Netherland (۱۰) نیز بیماران SCC مسن تر از BCC بودند.

۳۰٪ از بیماران در زمان حال یا گذشته سیگاری بودند ۳۲٪ از مبتلایان به SCC و ۲۹/۳٪ از مبتلایان به BCC سیگاری بودند لذا از لحاظ مصرف سیگار مبتلایان به BCC و SCC اختلاف قابل توجهی نشان نمی دادند.

از افرادی که سابقه مصرف سیگار در گذشته یا حال داشتند ۹۵/۸٪ مذکر بودند در مطالعه C.Ceylan (۱۱) نیز درصد افراد سیگاری مذکر واضحا بیشتر بود.

سابقه کانسر غیر پوستی در بیماران مبتلا به BCC در ۱/۱۵٪ موارد مثبت بود. در مطالعه Luigi Naldi و همکاران (۵) بین سابقه مثبت تومور غیر پوستی و BCC ارتباط وجود داشت که البته با توجه به اینکه این مطالعه از نوع مورد شاهدهی بوده توصیه می شود وجود یا عدم وجود این ارتباط در مطالعات مشابه مورد بررسی قرار گیرد.

در این مطالعه ۱۲٪ از بیماران رنگ چشم روشن و ۱۶٪ رنگ موی روشن داشتند. شایعترین فنوتیپ پوستی تیپ ۳ و پس از آن به ترتیب تیپ های ۲ و ۴ بوده. در مطالعه Luigi Naldi (۵) بین رنگ مو و رنگ چشم روشن و ریسک ایجاد BCC ارتباط وجود داشته اما در مورد رنگ پوست ارتباطی دیده نشد. با توجه به درصد نسبتا پایین رنگ چشم و رنگ موی روشن در مبتلایان به تومورهای جلدی در این مطالعه و وجود فنوتیپ پوستی ۳ در اکثر بیماران ایرانی پیشنهاد می شود در مطالعات مورد شاهدهی وجود ارتباط بین این موارد و تومورهای پوستی مورد بررسی قرار گیرد.

۴۶٪ از کل بیماران سابقه رادیوتراپی داشتند که از این تعداد ۷۷٪ رادیودرماتیت داشتند. از کسانی که سابقه رادیوتراپی داشتند ۹۳/۴٪ مبتلا به تومورهای متعدد (اکثرا BCC) ۹۱/۲٪ بودند. به وجود ارتباط بین رادیوتراپی و BCC در مطالعه Luigi Naldi (۵) و نیز مطالعه M.D.Cichter (۱۴) اشاره شده که در این مطالعه نیز تایید

جدول شماره ۷- توزیع بیماران مبتلا به SCC بر اساس نوع کلینیکی تومور

مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲

Clinical type	شماره	%
Ulcerative	۲۴	۴۹
Papillomatous	۸	۱۶/۳
Vegetans	۷	۱۴/۳
Nodular	۱۰	۲۰/۴
Total	۴۹	۱۰۰

بحث

طبق نتایج بدست آمده در این مطالعه شایعترین تومور پوستی در بین مراجعه کنندگان به درمانگاه های پوست بیمارستان های لقمان و بوعلی طی ۲ سال تومور BCC بوده است (۸۳/۵٪). این نتیجه مشابه با نتایجی است که در مطالعه C. Ceylan و همکاران در ترکیه (۱۱) و نیز در مطالعه Sebastiano Bio در ایتالیا اعلام شد (۱۲) در این مطالعه درصد مبتلایان به تومورهای جلدی در جنس مذکر بیشتر بود (۳۷/۷٪) در مطالعه C.Ceylan نیز مبتلایان مذکر بیشتر از مونث بوده (۶۵/۷٪) و در مطالعه Sebastiano.Bio نیز در مورد تومورهای SCC و BCC در جمعیت، اکثریت با جنس مذکر بوده (۱۲) با توجه به اینکه اشعه UV نور خورشید به عنوان عاملی اتیولوژیک در پیدایش تومورهای جلدی غیر ملانومی (شامل SCC و BCC) دخیل است و با توجه به اینکه اکثریت شغل های خارج از فضای بسته و در معرض آفتاب اختصاص به جنس مذکر داشته (۸۲/۷٪) لذا افزایش شیوع این تومورها در مردان مورد انتظار است. نسبت مذکر به مونث در مبتلایان به BCC ۲/۰۶ بودو در مبتلایان به SCC ۱/۷۲ این نسبت ها در مطالعه C.Ceylan (۱۱) به ترتیب عبارت بود از BCC : ۱/۰۱ و SCC : ۲/۸۶ و در مطالعه J.W.W.Coebergh (۱۰) هم به ترتیب BCC : ۱/۴ و SCC : ۳/۲ بوده همه مطالعات اشاره به درگیری بیشتر جنس مذکر نسبت به مونث دارد. متوسط سنی بیماران بطور

پاتولوژیک BCC فرم Nodular ذکر شد (۸۱/). همچنین در مطالعه S.bio (۱۲) فراوانی BCC نوع Superficial در نواحی پوشیده بیشتر بود و همراهی با الاستوز آفتابی نداشته بنابراین اتیولوژی غیر آفتابی برای آن کمتر مطرح شده. با توجه به مطالعه ما و درصد افزایش یافته BCC نوع Superficial در نواحی که قبلا تحت رادیوتراپی قرار گرفته بودند اتیولوژی رادیاسیون در ایجاد این نوع BCC مطرح می‌گردد و مطالعات بیشتری جهت اثبات این ارتباط پیشنهاد می‌گردد. از لحاظ بالینی در مبتلایان به BCC (بدون سابقه رادیوتراپی) و مبتلایان به SCC به ترتیب انواع ندولولسراتیو (۲۲/۲) و اوسراتیو (۴۹/). شایعترین انواع بود. در مطالعه C.Ceylan نیز در این دو نوع تومور (BCC، SCC) شایعترین فرم بالینی ندولولسراتیو گزارش شد. (۶۹/۸) (۱۱).

می‌گردد. شایعترین محل درگیری در مبتلایان به BCC اسکالپ بود. (۴۰/۹). در مطالعه C.Ceylan (۱۱) شایعترین محل BCC صورت (۴۶/۶) در مطالعه Sebastianobio (۱۲) سر و گردن و در مطالعه Anna Hannuksela (۱۵) صورت و اسکالپ و گردن ذکر شده. شایعترین محل درگیری در مبتلایان به SCC لب تحتانی (۲۰/). بود در سایر مطالعات شایعترین محل درگیری SCC سر و گردن ذکر شده اما محل درگیری به تفکیک ذکر نشده. در ۱۶٪ بیماران مبتلا به SCC پوست زمینه تومور دچار کراتوز آفتابی بوده است. از نظر نوع پاتولوژیک تومور، شایعترین فرم در ضایعات BCC بدون سابقه رادیوتراپی فرم Solid یا Nodular (۷۳/۵) بود و در کسانی که سابقه رادیوتراپی داشته‌اند درصد فراوانی فرم Superficial (۳۲/۴) واضحا بیشتر از درصد آن در افرادی بود که سابقه رادیوتراپی نداشته‌اند (۱۲/۳). در مطالعه C.Ceylan نیز شایعترین فرم پاتولوژیک BCC فرم Solid بود (۵۰/۷) و در مطالعه S.bio (۱۲) نیز شایعترین فرم

منابع

1. Mona saraiya, Erica frank, Lisa Elon et al. Personal and clinical skin cancer prevention 2000;136: 633-642.
2. English DR, Armstrong BK. Epidemiology of non-melanoma skin cancer and solar keratoses in Australia. *Australas J Dermatol* 1997;38 suppl 7:s :26-9.
3. Rona M. Mackie. Epidermal skin Tumours. Rook , Wilkinson , Ebling , Textbook of Dermatology. Oxford, Blackwell Sciences 1996;1679 , 1692.
4. Kenneth A. Arndt , Philip E leboit. Text book of cutaneous medicine and surgery 1997;1363.
5. Luigi Naldi , Anna Dilandro, Fabio parzzini. Host-related and environmental risk factors for cutaneous basal cell carcinoma : Evidence from an Italian case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 42 : 446- 52 .
6. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol*. 2002 ; 146 suppl 61: 1-6 .
7. Nigel kirkham , Tumors and cysts of the Epidermis , David Elder. *levers Histopathology of the skin*. lippin cott-Raven Eighth Edition 1997;719.
8. Walter SD, king WD, Marrelt CD. Association of cutaneous malignant melanoma with intermittent exposure to ultraviolet radiation : results of a case-control study in Ontario. *Can INT J Epidemiol* 1999; 28: 418-27 .
9. Gilchrest BA, Eller MS, G eller AC, Year M. The pathogenesis of melanoma induced by ultraviolet radiation. *N Engl J Med* 1999; 340 : 1341-8.
10. J.W.W Coebergh, H.A.M. Neumann-Trends in the incidence of non-melanoma skin cancer in the SE Netherlands 1975-1988 : a registry – based study. *Br J Dermatol*. 1991; 125 : 353-359.
11. Ceylan C, Ozturk G , Alper S. Non-melanoma a skin cancers between the year of 1990 and 1999 in Izmir , Turkey : demographic and clinicopathological characteristics. *J Dermatol*. 2003 ; 30 (2) : 123-31 .
12. Sebastinano Boi, Epidemiology of skin Tumors : Data from the cutaneous cancer Registry in Trentino , Italy. *J cutan Med surg*. 2003 jul 28 .
13. Kaskinen Ari , Oikarinen Aarne , Nonmelanoma skin cancer in Northern finland. *Int J Dermatol* 1996;35: 700-703.
14. Michael D. Lichter , Margaret R. karagas , Therapeutic fonizing Radiation and the Incidence of Basal cell carcinoma and squamonas' cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2000;136: 1007-1011.
15. Anna Hannuksela-suahn-Basal cell skin carcinoma and other Nomelanoma skin cancers in finland from 1956 Through 1995. *Arch Dermatol* 1999;135:781-786.