

بررسی بیماران مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی فک

(Squamous Cell Carcinoma of Jaw) در بیمارستانهای امام خمینی، امیراعلم و

انستیتو سرطان طی سالهای ۷۶-۷۳

دکتر هبت‌الدین برقی، گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر ابراهیم رزم‌پا، گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فرشید نابلویی

A Survey of Squamous Cell Carcinoma (SCC) of Jaw in Three Hospitals of Tehran, 1373 to 1376

ABSTRACT

57 cases of jaw's SCC who were hospitalized in Imam Khomeini HSP, Amir-Alam HSP & Cancer Institute between the years of 1373 to 1376, were studied. 23 cases of them were female and the rest of them (34 cases) were male. The range of age of patients was between 25 to 85 years.

21 cases (% 36.8) have maxillary involvement and 37 cases (%64.9) have mandibular involvement and there was one case (%1.7) of synchronous involvement of both sites.

Patients were categorized according to their individual characteristics (sex, age, occupation, birth & living place), etiologic factors (smoking & familial susceptibility), complaints, sites of involvement in each jaw, histopathological characteristics of tumor (stage, grade, lymphatic involvement), rate of bone and soft tissue involvement, type of treatment, and recurrences of previous lesions.

According to the results, and apart from late consultation of majority of patients with their physicians, invasive behaviours of tumoral lesions were less than expected rate. And despite of using radical and invasive treatments, considerable percent of patients were facing recurrence of their previous lesions.

Besides, patterns of distribution of birth and living places of patients may probably show the role of geographical and environmental factors in making patients susceptible to certain diseases.

Key Words: Squamous Cell Carcinoma; Jaw; Tehran

چکیده

۵۷ بیمار مبتلا به SCC فک مراجعه کننده به بیمارستانهای امام خمینی، امیراعلم و انستیتو سرطان در سالهای ۷۶-۷۳ مورد بررسی قرار گرفتند که ۲۳ مورد زن و ۳۴ مورد مرد با طیف سنی ۲۵ تا ۸۵ سال بودند. از این تعداد ۲۱ مورد (۳۶/۸٪) در استخوان فک فوقانی و ۳۷ مورد (۶۴/۹٪) در استخوان فک تحتانی و ۱ مورد (۱/۷٪) در هر دو استخوان به صورت همزمان دچار بدخیمی شده بودند. بیماران مورد بررسی از نظر شاخصهای فردی (جنس، سن، شغل، محل تولد و سکونت)، شاخصهای اتیولوژیک (مصرف سیگار،

استعداد فامیلی)، شکایات بالینی، مکان‌های درگیری، خصوصیات هیستوپاتولوژیک تومور (stage, grade) و درگیری لنفاوی)، میزان درگیری استخوانی و نسوج نرم همراه و درمانهای بکار برده شده و موارد ناشی از عود ضایعات قبلی مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاصل از این مطالعه چنین می‌نمودند که علیرغم مراجعه دیر هنگام اکثریت قریب به اتفاق این بیماران به پزشک، خصوصیات تهاجمی ضایعات تومورال کمتر از حد انتظار بوده است و علیرغم بکارگیری درمانهای تهاجمی، درصد قابل توجهی از بیماران به دنبال عود

جمله، توتون و تنباکو، آفلاتوکسین موجود در مواد غذایی، گاز خردل، هیدروکربنهای پلی‌سیکلیک و برخی مواد شیمیایی حاصل از کارخانجات صنعتی و نیز Thorotrast که به عنوان ماده‌ی حاجب در رادیولوژی از آن استفاده می‌شد، مطرح شده‌اند (۵-۳، ۱۰-۸).

روش و مواد

جهت این تحقیق یک مطالعه گذشته‌نگر و توصیفی از نوع مقطعی صورت گرفت و جامعه مورد بررسی و حجم نمونه به کل بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی بیمارستانهای امام خمینی، امیراعلم و انستیتو سرطان، با تشخیص هیستوپاتولوژیک SCC فک در طی سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۳ اختصاص داده شد. جهت بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز، پرونده‌های پزشکی این بیماران به منظور خصوصیات فردی بیماران و شاخص‌های اپیدمیولوژیک بیماری، تعیین فراوانی بعضی عوامل سبب‌ساز شناخته شده، بررسی خصوصیات آناتومیک و هیستوپاتولوژیک (Stage، grade، شدت درگیری نسوج استخوانی و سایر نسوج و متاستاز) تومورها و تظاهرات و یافته‌های بالینی و درمان و موارد عود، تحت مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاصله با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای Epi-Info مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفتند.

یافته‌ها

الف) یافته‌های فردی

از ۵۷ مورد بررسی شده SCC، ۲۳ مورد (۳/۴۰٪) زن و ۳۴ مورد (۷/۵۹٪) مرد بودند. طیف سنی مراجعان از ۲۵ سال تا ۸۵ سال متفاوت بود و میانگین سنی بیماران ۵۸/۱۰۵ سال با s.d برابر ۳/۶۴ سال (median، mode) برابر با ۶۰ سال) بود. قله (peak) سنی مبتلایان در دهه ششم عمر (۶/۳۱٪، ۱۸ مورد) بود و بیش از نیمی از آنها (۴/۵۴٪) در دو دهه سنی ۶ و ۷ قرار داشتند. درصد پراکندگی شغل مبتلایان از ۳۶٪ در مورد خانه‌داران، ۲۴٪ در مورد کشاورزان و ۱۶٪ در مورد کارگران تا ۱۲٪ در مورد افراد بیکار یا بازنشسته، ۸٪ در مورد شاغلین شغل‌های آزاد و ۴٪ در مورد کارمندان متفاوت بود.

ب) یافته‌های اتیولوژیک

از ۲۳ بیمار با سابقه مشخص در مورد مصرف یا عدم مصرف توتون و تنباکو به هر شکل آن، ۲۱/۷۴٪ بطور متوسط به مدت ۲۶/۷ سال سابقه مثبت داشتند.

ضایعات قبلی خود مراجعه نموده بودند. بعلاوه، پراکندگی جغرافیایی خاص بیماری از نظر محل سکونت و محل تولد بیماران نشانگر احتمال دخالت مسائل اقلیمی و آب و هوایی خاص در ایجاد بیماری است.

واژه‌های کلیدی: سرطان سلول سنگفرشی؛ فک؛

تهران

مقدمه

بدخیمی‌های ناحیه سر و گردن بدلیل موقعیت آناتومیک خاص و اهمیت ویژه‌ای که بدلیل مسائل ظاهری برای بیماران دارند و همینطور بدلیل موقعیت مخفی گروه بسیار زیادی از این تومورها و مشکلات درمانی ناشی از این مسأله، حائز اهمیت خاصی هستند (۴،۲،۱). در این بین، تومورهای ناحیه صورت و دهان (Orofacial Tumors) و به خصوص بدخیمی‌های نواحی فک (فوقانی و تحتانی) اهمیت بسزایی دارند. شایعترین بدخیمی‌های برخاسته از این نواحی بر اساس کتب مرجع، عبارت از کارسینوم سلول سنگفرشی یا SCC می‌باشد (۱۱-۱۴،۱).

SCC جزو کارسینوم‌های اپی‌تلیالی محسوب می‌شود (۲،۳) و به ۳ طریق می‌تواند استخوان‌های فک را گرفتار سازد که عبارتند از: ۱- درگیری اولیه استخوان به صورت PIOSCC (Squamous Cell Carcinoma Primary Intraosseous) که یک حالت نسبتاً ناشایع و با منشأ سلولهای Odontogenic می‌باشد (۵، ۱۱، ۱۵).

۲- درگیری اولیه سینوس ماگزیلر که بنا بر آمار کتب مختلف در حدود ۸۰-۵۰٪ موارد بدخیمی این سینوس و نیز حدود ۶۰٪ تومورهای اپی‌تلیالی بدخیم سینوس را شامل می‌شود (۳، ۸، ۱۱، ۱۵). ۳- درگیری اولیه حفره دهان با گسترش تهاجم به استخوانهای فک که منشأ اولیه تومور می‌تواند از مخاط ناحیه گونه (buccal mucosa)، لثه (و مخاط نواحی آلوئول) کف دهان و کام سخت باشد. در هر کدام از این موارد، خصوصیات پاتولوژیک تومور، رفتارهای تهاجمی و شواهد رادیولوژیک و شاخص‌های اپیدمیولوژیک با سایر گروهها تفاوت دارد.

طبقه‌بندی علائم و نشانه‌های ناشی از این بدخیمی‌ها بر اساس یک طبقه‌بندی کلی و اساسی که توسط Martensson و Larsson (۲،۳) ارائه شد صورت می‌گیرد که فراوانی آنها در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است. فاکتورها و مسائل شغلی و محیطی متعددی بعنوان عوامل زمینه‌ساز این بدخیمی از

شروع علائم تا زمان تشخیص در این گروه از بیماران (موارد درگیری فک فوقانی)، ۹/۸۳ ماه بود.

در بین بیماران مبتلا به SCC فک تحتانی در ۲۷ مورد (۹/۷۲٪) درگیری تنهای تنه (body)، در ۴ مورد (۸/۱۰٪) درگیری منفرد

جدول ۱- شکایات بیماران مبتلا به SCC ماگزایلا مراجعه کننده به

بیمارستانهای مورد مطالعه طی سالهای ۷۶-۱۳۷۳

All Complaints	Main Complaint	Complaint
14 (38.99%)	10 (52.6%)	Oral
4 (11.1%)	2 (10.5%)	Nasal
2 (5.6%)	1 (5.3%)	Orbital
13 (36.1%)	6 (31.6%)	Facial
3 (8.3%)	0	Neural

شاخه (ramus)، در ۳ مورد (۸/۱٪) درگیری منفرد سمفیز، در ۱ مورد (۲/۷٪) درگیری توأم تنه و شاخه و در ۲ مورد (۵/۴٪) درگیری توأم تنه و سمفیز وجود داشت. کلاً تنه استخوان در ۸۱٪ موارد (۳۰ مورد) و شاخه و سمفیز استخوان هر کدام در ۱۳/۵٪ موارد (۵ مورد) گرفتار شده بودند. سمت درگیری در ۲۰ مورد (۵۷/۱٪) در طرف راست و در ۱۵ مورد (۴۲/۹٪) در طرف چپ بود و در ۲ مورد هم درگیری دوطرفه فک تحتانی وجود داشت.

درصد فراوانی جنسی زنان در درگیریهای فک تحتانی ۴۰/۵٪ (۱۵ مورد) و از آن مردان ۵۹/۵٪ (۲۲ مورد) بود و نسبت جنسی مرد به زن ۱/۴۶۷ بود. متوسط سنی این گروه از بیماران ۵۷/۳ سال بود.

جدول ۲- شکایات بیماران مبتلا به SCC مندیبل مراجعه کننده به

بیمارستانهای مورد مطالعه طی سالهای ۷۶-۱۳۷۳

All Complaints	Main Complaint	Complaint
22 (35.5%)	13 (38.2%)	Oral
30 (48.4%)	19 (55.9%)	Facial
2 (3.2%)	0	Referred Pains
8 (12.9%)	2 (5.9%)	Others

شایعترین شکایات بالینی این گروه از بیماران از سری شکایات مربوط به صورت (۴۸/۴٪) بود و پس از آن شکایات دهانی (۳۵/۵٪) عمدهترین شکایات بیماران را تشکیل می دادند (جدول

بعلاوه، سابقه فامیلی مثبت در ۲ بیمار (۳/۵٪) وجود داشت بدین ترتیب که در یک مورد یک خانم ۷۲ ساله مبتلا به SCC ماگزایلا راست سابقه مشابه را در پسردایی خود ذکر می نمود، خواهر بزرگ وی نیز بواسطه سرطان استخوان فوت نموده بود و خواهر دوم او هم به دلیل وجود تومورهای بدخیم شکمی تحت شیمی درمانی بود. بیمار دوم هم یک خانم ۷۱ ساله مبتلا به SCC ماگزایلا چپ بود که سابقه بیماری مشابه در مادر خود و سابقه توده گردنی در دختر خود را ذکر می نمود. در مورد ۳ بیمار هم سابقه قبلی یا همزمان بدخیمیهای دیگر سر و گردن وجود داشت. بیمار اول یک خانم ۷۱ ساله مبتلا به SCC ماگزایلا چپ بود که بطور همزمان دچار درگیری پوست سمت چپ صورت با Superficial BCC شده بود. دومین بیمار ما یک خانم ۶۱ ساله مبتلا به SCC مندیبل بود که سابقه آدنوکارسینوم زبان در ۴ ماه قبل را ذکر می نمود و بدین خاطر تحت رزکسیون ضایعه قرار گرفته بود و بالاخره مورد سوم یک مرد ۷۵ ساله مبتلا به SCC ماگزایلا راست بود که سابقه ای از ملانوم پلک راست در ۲۰ سال قبل را متذکر می شد و تحت رادیوتراپی قرار گرفته بود.

پ) محل درگیری و علائم بالینی

از ۵۷ مورد بدخیمی، ۲۱ مورد (۳۶/۸٪) در استخوان فک فوقانی و ۳۷ مورد (۶۴/۹٪) در استخوان فک تحتانی ایجاد شده بود و ۱ مورد (۱/۷٪)، در هر دو استخوان بطور همزمان واقع شده بود.

در بین بیماران مبتلا به بدخیمی فک فوقانی، در ۱۲ مورد (۵۷/۱٪) درگیری تنهای سینوس، در ۳ مورد (۱۴/۳٪) درگیری تنهای کام سخت، در ۴ مورد (۱۹٪) درگیری توأم سینوس و کام سخت و در ۲ مورد (۹/۵٪) درگیری توأم سینوس و ستیغ آلتولر وجود داشت. کلاً سینوس در ۸۵/۷٪ موارد (۱۸ مورد)، کام سخت در ۳۳/۳٪ موارد (۷ مورد) و ستیغ آلتولر در ۹/۵٪ موارد (۲ مورد) دچار درگیری شده بودند، در ۱۰ مورد (۵۵/۶٪)، سمت راست فک فوقانی و در ۸ مورد (۴۴/۴٪)، سمت چپ فک فوقانی دچار درگیری شده بود و در ۳ مورد هم طرف درگیر ذکر نشده بود.

درصد فراوانی جنسی زنان در استخوان فک فوقانی ۳۸/۱٪ (۸ مورد) و از آن مردان، ۶۱/۹٪ (۱۳ مورد) بود و نسبت جنسی مرد به زن ۱/۶۲۵ بود. متوسط سنی بیماران این گروه ۶۱/۵۷ سال بود. شایعترین شکایات بالینی این بیماران از علائم دهانی بود (۳۸/۹٪) و پس از آن علائم مربوط به صورت (۳۶/۱٪) عمدهترین شکایات بیماران را تشکیل می دادند (جدول ۱). متوسط فاصله زمانی از

(۴/۷۱٪) ۱ تا ۲ سانتی‌متر و ۲ مورد (۳/۱۴٪)، ۲ تا ۳ سانتی‌متر قطر داشتند و اندازه‌های کمتر از ۱ سانتی‌متر و بیشتر از ۳ سانتی‌متر، هر کدام در ۱ مورد دیده می‌شد. حداکثر قطر غدد لنفاوی قابل لمس به طور متوسط ۱ تا ۲ سانتی‌متر با s.d برابر با ۰/۶۹۹ سانتی‌متر بود.

جدول ۳- Grade تومورهای ماگزویلا و مندیبل در بیماران مبتلا به SCC

مراجعه کننده به بیمارستانهای مورد مطالعه طی سالهای ۷۶-۱۳۷۳

Grade	Well Diff.	Moderately Diff.	Poorly Diff.
Maxilla	8 (47.1%)	5 (29.4%)	4 (23.5%)
Mandible	18 (54.5%)	11 (33.3%)	4 (12.2%)
Total	26 (53.1%)	15 (30.6%)	8 (16.3%)

۲). متوسط فاصله زمانی از شروع علائم تا زمان مراجعه و تشخیص در این گروه از بیماران ۷/۳۳ ماه بود.

ت) یافته‌های هیستوپاتولوژیک

از نظر درجه تمایز بافتی (grading)، اکثر این تومورها (۱/۵۳٪) چه در فک فوقانی و چه در فک تحتانی از درجه تمایز خوبی برخوردار بودند (جدول ۳). ۱۵ مورد (۵/۶۲٪) از ۲۴ بیمار مبتلا به SCC با سابقه مشخص در مورد وجود یا عدم وجود غدد لنفاوی قابل لمس، دارای لنفادنوپاتی بودند که ۵۰٪ در طرف راست و ۵۰٪ در طرف چپ سر و گردن قرار داشتند و در ۱ مورد لنفادنوپاتی دوطرفه وجود داشت.

در ۸۰٪ (۱۲ مورد) از بیماران لنفادنوپاتی گردنی، در ۶/۲۶٪ (۴ مورد) لنفادنوپاتی، ساب‌مندیبولر (تحت فکی) و در ۶/۶٪ (۱ مورد) لنفادنوپاتی ساب‌منتال (زیرچانه‌ای) وجود داشت (جدول ۴). از میان ۱۴ بیمار با اندازه مشخص غدد لنفاوی، ۱۰ مورد

جدول ۴- پراکنندگی سمت غدد لنفاوی بر حسب محل آنها در مبتلایان به SCC مراجعه کننده به بیمارستانهای مورد مطالعه طی سالهای ۷۶-۱۳۷۳

Side of LAP	Site of LAP	Cervical	Submandibular	Submental	Cervical & Submandibula	Total
Right		5 (31.25%)	2 (12.5%)	1 (6.25%)	0	8 (50%)
Left		5 (31.25%)	1 (6.25%)	0	2 (12.5%)	8 (50%)
Total		10 (62.5%)	3 (18.75%)	1 (6.25%)	2 (12.5%)	16 (100%)

ث) درگیری استخوان و نسوج نرم

از ۴۳ بیمار با میزان تهاجم استخوانی مشخص، در ۱۲ مورد (۷/۲۷٪) درگیری استخوانی وجود داشت که در ۳۱ مورد (۱/۷۲٪) درگیری ناقص (از ابتلای پریوست تا کورتکس استخوان) و در ۱۱ مورد (۶/۲۵٪) درگیری کامل استخوانی وجود داشت.

همچنین متوسط اندازه تومورها، ۲ تا ۳ سانتی‌متر بود و بیش از ۳ آنها (۵/۷۶٪) اندازه‌ای بین ۱ تا ۴ سانتی‌متر داشتند (جدول ۵). بر اساس سیستم TNM، T تومورها در ۳/۷۳٪ موارد عبارت از T2 و T3 بود (جدول ۶). و ۳ بیماران (۷۵٪) در هنگام مراجعه در حد stage های ۲ و ۳ (S2، S3) بودند (جدول ۷).

جدول ۵- فراوانی اندازه تومور در بیماران مبتلا به SCC مراجعه کننده به بیمارستانهای مورد مطالعه طی سالهای ۷۶-۱۳۷۳

Size	0-1cm	1-2 cm	2-3 cm	3-4 cm	4-5 cm	5-6 cm	> 6	Total
Frequency	1(2.9%)	10(29.4%)	8(23.6%)	8(23.6%)	5(14.7%)	1 (2.9%)	1 (2.9%)	34

۴ مورد (۷٪)، درگیری پوست در ۳ مورد (۳/۵٪)، درگیری لب، لوزتین و مخاط دهانی گونه‌ای (buccal) هر کدام در ۲ مورد (۵/۳٪) و درگیری عضلات گردنی، کام نرم و مخاط کام سخت هر کدام در ۱ مورد (۱/۱٪) وجود داشت.

در ۳۷ مورد (۴/۶۱٪) از ۵۷ بیمار مبتلا به SCC فک، درگیری چندین بافت نرم در کنار درگیری استخوانی در گزارش آسیب‌شناسی ذکر شده بود، بدین ترتیب که درگیری لثه در ۱۳ مورد (۸/۲۲٪)، درگیری غدد بزاقی، زبان و نسوج نرم و مخاط کف دهان هر کدام در

جدول ۶- فراوانی T تومور در بیماران مبتلا به SCC مراجعه کننده به بیمارستانهای مورد مطالعه طی سالهای ۷۶-۱۳۷۳

Total	T4	T3	T2	T1	Tis	T
45	3 (6.7%)	13 (28.9%)	20 (44.4%)	8 (17.8%)	1 (2.2%)	Frequency

ج) درمان

در این بیماران کلاً در ۴۸ مورد (۸۴/۲٪) از درمان جراحی، در ۵ مورد (۸/۸٪) از شیمی درمانی و در ۴ مورد (۷٪) از رادیوتراپی استفاده شده بود و شایعترین درمان بکار برده شده عبارت از جراحی تنها در ۴۳ مورد (۷۵/۴٪) از بیماران بود.

چ) عود

۱۵ مورد (۲۶/۳٪) با شکایت ناشی از عود بیماری قبلی خود مراجعه نموده بودند که ۱۲ مورد (۸۰٪) آنها در فک تحتانی، ۲ مورد

(۱۳/۳٪) در فک فوقانی و ۱ مورد (۶/۷٪) در هر دو استخوان ایجاد شده بود. ۱۱ مورد (۷۳/۳٪) این بیماران مرد و ۴ مورد (۲۶/۷٪) زن بودند. فاصله زمان مراجعه از بیماری قبلی بین ۱ تا ۱۰ سال متفاوت بود و بطور متوسط پس از ۳/۶۹ سال با s.d برابر با ۳/۱۷ سال (میانه برابر با ۲ سال) دوباره مراجعه کرده بودند. متوسط فاصله زمانی از ضایعه قبلی در مورد ضایعات فک فوقانی، ۳ سال و در مورد ضایعات فک تحتانی، ۳/۸ سال بود.

جدول ۷- Stage تومور بر اساس محل درگیری در بیماران مبتلا به SCC مراجعه کننده به بیمارستانهای مورد مطالعه طی سالهای ۷۶-۱۳۷۳

Total	S4	S3	S2	S1	S0	Stage
18	3 (16.7%)	8 (44.4%)	6 (33.3%)	0	1 (5.6%)	Maxilla
27	3 (11.2%)	10 (37%)	10 (37%)	4 (14.8%)	0	Mandible
	(4413.6%)	18 (41%)	15 (34%)	4 (9.1%)	1 (2.3%)	Total

بحث و نتیجه گیری

دومین شغل شایع در این بیماران کشاورزی بود (۲۴٪) و بعلاوه بسیاری از زنان خانه دار هم، به کشاورزی بعنوان شغل دوم اشتغال داشتند. با توجه به این مطالب چنین به نظر می رسد که شاید فاکتور شغل به نحوی با عوامل سبب ساز احتمالی بیماری در ارتباط باشد. از طرف دیگر از آنجایی که درصد قابل توجهی از بیماران اهل و ساکن مناطق حاصلخیز و با آب و هوای بارانی و مرطوب کشور بودند، شاید بتواند اشتغال بیماران به این شغل خاص (کشاورزی) را توجیه نماید.

۴- علیرغم اینکه کمتر از ۱/۴ بیماران این مطالعه سابقه مصرف سیگار داشتند ولی امروزه نقش توتون و تنباکو بعنوان یکی از علل مسبب و زمینه ساز بیماری پذیرفته شده است (۸،۶،۵). سابقه فامیلی مثبت در حدود ۳/۵٪ از بیماران و سابقه وجود قبلی و یا همزمان بدخیمی های دیگر در حدود ۵/۳٪ بیماران وجود داشت که ۸۰٪ این بیماران زن بودند (۴ مورد) که با توجه به این مطالب می توان چنین نتیجه گرفت که استعداد و زمینه ژنتیکی و فامیلی حتی در صورت دخالت، سهم بسیار کمی در میان عوامل اتیولوژیک دارند، اما به هر حال این سوابق در جمعیت زنان بیشتر به چشم می خورند

۱- در این مطالعه فراوانی نسبی بیماری در گروه مردان ۱/۴۸ برابر بیشتر از گروه زنان بود که این برتری جنسی مردان در مورد بدخیمی های سینوس فک فوقانی و درگیریهای اولیه خود دهان که به سمت فک گسترش یافته اند توسط منابع و مقالات دیگر تأیید می شود بطوری که در مورد SCC لثه، این برتری را حتی تا ۴ برابر هم ذکر می کنند (۱۷-۱۴). البته چنین گفته می شود که در مورد SCC داخل استخوانی اولیه، این برتری به نسبت ۱/۵ برابر در زنان بیشتر دیده می شود (۱۵).

۲- بیماران مورد بررسی در این مطالعه همگی در گروه بالغین (adults) قرار داشتند و بطور متوسط تقریباً ۵۸ سال (s.d = ۳/۶۴) سن داشتند. قله سنی آنها در دهه ششم عمر بود که منابع مختلف هم پیک سنی این بیماران را اکثراً در دهه های ۶ و ۷ ذکر می نمایند (۱۶-۱).

۳- شایعترین شغل بیماران، خانه داری بود که همگی آنها زن بودند و فاکتور جنس بعنوان یک متغیر مخدوش کننده عمل کرده است.

استخوانی اولیه، سینوس و داخل دهانی با گسترش به فک از درجه تمایز بافتی متوسط تا بالایی برخوردارند (۵،۲) که در این مطالعه هم چه در فک فوقانی و چه در فک تحتانی نتایج مشابه بدست آمد.

۸- در کتب مرجع چنین ذکر می‌شود که اکثر موارد این بدخیمی (در حدود ۷۵٪) در هنگام مراجعه در حد T3 و T4 هستند (۸،۵،۲) در حالیکه ۷۳/۳٪ موارد این مطالعه در حد T2 و T3 و ۷۵٪ آنها stageهای ۲ و ۳ (S3، S2) داشتند که با توجه با فاصله زمانی طولانی‌تر بین شروع شکایت و مراجعه بیماران این مطالعه که موجب می‌شود تا انتظار stageهای بالاتری برود، کاملاً قابل توجه است و شاید با عنایت به این مطلب که اکثریت ضایعات تومورال از درجه تمایز بافتی خوب تا متوسطی برخوردار هستند، توجیه شود.

۹- امروزه استفاده از روش‌های مختلف جراحی، اساسی‌ترین اقدام درمانی در مورد این بدخیمی‌ها بشمار می‌آید و بر استفاده از درمان‌های ترکیبی تأکید بسیار می‌شود، بطوری که بعنوان مثال از درمان مرکب جراحی و رادیوتراپی بعنوان قابل قبول‌ترین درمان انتخابی جهت SCC سینوس در طی سالهای اخیر یاد شده است (۱۱،۵). اکثریت بیماران این مطالعه هم از جراحی بعنوان اصلی‌ترین اقدام درمانی سود جستند که برحسب کاربرد، از رادیوتراپی و شیمی‌درمانی هم بعنوان درمان‌های اساسی و کمکی استفاده شده بود.

۱۰- بیش از $\frac{1}{4}$ بیماران (۲۶/۳٪) با شکایات ناشی از عود بیماری قبلی خود مراجعه نموده بودند و این در حالی است که در مقایسه با سایر بدخیمی‌های ناحیه فک و صورت بر فراوانی بروز عود این بدخیمی (SCC) چندان تأکید نمی‌شود (۱۲،۵).

منابع

- 1- John G. Batsakis, Md. Tumors of the Head & Neck, Clinical & Pathological Considerations 1974.
- 2- Mc Quarrie, Adams, Shons, Browne. Head & Neck Cancer, Clinical Decision and Management Principles. chapters: 17, 18, 24. 1986.
- 3- English Otolaryngology. Maxillary Sinus Cancer. volume 3. chapter 18. 1986.
- 4- Stephan Ariyan. Cancer of the Head & Neck. chapter 13. Mosby . 1987.
- 5- Comprehensive Management of Head & Neck Tumors. volume 2. Dental & Jaw Tumors Saunders. 1987.
- 6- Oxford, Textbook of Pathology. Tumors of jaws. 1992.
- 7- Meyerhoff - Rice. Otolaryngology Head & Neck Surgery. P: 528-529, 620. 1992.
- 8- Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. chapters: 51, 53 73. 1993.
- 9- Schuller & Schleuny. Otolaryngology Head & Neck Surgery. P: 129-133. 1994.
- 10- Ballenger. Disease of Nose, Throat, Ear, Head & Neck. P: 275-278. 1995.
- 11- Gady H. MD, Tuvia H. MD, Yosef P.K. MD, Aristide A. MD, Jack S. MD. Clinical Experiences with Carcinoma of the Maxillary Sinus. Ear, Nose and Throat Journal 1988 July; 67: 497-509.
- 12- Hissberg A., Leibovich P. Metastatic Tumors to the Jaw Bones. J-Oral-Pathol- Med. 1994 Sep; 23(8): 237-41.
- 13- Panas M., Gawbowski P. SCC Arising in an Odontogenic Cyst. Pol-J-Pathol.
- 14- Neuray M., Eshete S. Orofacial Tumors in Ethiopian Patients. J-Craniomaxillofac - Surg. 1994 Apr; 22(2): 76-80.

که شایسته بررسی‌های بیشتر است.

۵- اکثریت موارد درگیری فک در فک تحتانی ایجاد شده بود (۷۷٪) که از این نظر با SCC داخل استخوانی اولیه که مطابق آمار در اکثریت موارد در فک تحتانی ایجاد می‌شوند (۲،۱)، مطابقت دارد ولی در مورد SCCهای داخل دهان که منجر به درگیری‌های استخوانهای فک می‌شوند برحسب محل ضایعه دهانی، شیوع درگیری استخوانی در فک فوقانی یا فک تحتانی متفاوت می‌باشد بطوری که در مورد SCC مخاط buccal خصوصاً فرم Verrucous تمایل به درگیری فک تحتانی بیشتر است، بعلاوه SCC لثه هم تمایل بیشتر به درگیری ساختن فک تحتانی از خود نشان می‌دهد و SCC کف دهان هم عموماً فک تحتانی را درگیر می‌سازد. در مورد SCC کام سخت هم تهاجم و درگیری تومورال عموماً در استخوان فک فوقانی دیده می‌شود (۸،۲).

۶- شایعترین شکایت بالینی بیماران مبتلا به SCC فک فوقانی در این مطالعه از علائم دهانی (۳۸/۹٪) و سپس از علائم مربوط به صورت (۳۶/۱٪) بود که به طور متوسط به فاصله ۹/۸ ماه از شروع شکایت مراجعه نموده بودند. در حالیکه در مطالعات خارجی شایعترین شکایت بیماران از علائم مربوط به بینی ناشی می‌شود و بطور متوسط به فاصله ۵ ماه از شروع شکایاتشان مراجعه می‌نمایند (۱۱،۲). در مورد بدخیمی‌های فک تحتانی هم مطابق آمار خارجی شکایت شایع بیماران از علائم مربوط به صورت و سپس مربوط به دهان بود که بطور متوسط ۷/۳ ماه طول کشیده بود (۴-۱۰،۲،۱).

۷- چنین ذکر می‌شود که اکثر موارد SCC فک اعم از اشکال داخل

- 15- Suci Y, Tanimoto K. Primary Intraosseous Carcinoma - Diagnostic Criteria - J Oral - Maxillofac - Surg. 1994 Jun; 52(6): 580-3.
- 16- Arotiba GT. A Study of Orofacial Tumors in Nigerian Children. J - Oral - Maxillofac - Surg. 1996 Jan; 54(1): 34-8.
- 17- Bianchi SD., Girelli G. The Prototype of an Expert System for Diagnosis of Pseudotumors & Tumors of the Jaws. Radiol - Med - Torino. 1996 mar; 91(3): 219-25.