A 20 Years Evaluation of Cancer of the Tongue at Canter Institute

ABSTRACT
Informations regarding 152 patients of cancer of tongue in cancer institute from 1978 to 1998 was collected and analyzed.

From these cases, 53.3 percent were male with a mean age of 54.49 years (SD=16.23) and the mean age of female was 2.5 years more than male. Positive lymphadenopathy in men was positive and significantly more than that of female (P<0.05). The physical appearance of the tumor was ulcerative (66.7 percent). Most of the referrals were in the range of T1 (62.8 percent) and were operated.

Information from 88 patients was evaluated and it was found that 23.9 percent of the patients has died. One year survival was 92.05 percent and 3 years survival 83.3 percent and it was confirmed that advanced stage of the illness decreases the survival rate (P<0.001).

Key Words: Cancer of tongue, survival in tongue cancer, squamous cell carcinoma.
روش و مواد

در این مطالعه، اطلاعات مربوط به بیماران متیبا به سرطان زنی که در فاصله سال‌های 1377 تا 1379 به استینتو کانسر مراجعه‌های ترمودداری از برندروهی آنها استخراج شدند (152 شهاده) و بسیاری از بررسی‌های این‌درمان‌لاکی و تعریجی بررسی‌های ترمودداریان در اختیار بیماری‌ها به مطالعه سایر مقالات و تحقیقات تمایل و راه‌حل‌های تئوری و روش‌های تئوری که در این مطالعه به بررسی‌های بیشتر نشان داده که نسبت مردان دارای لقمانلیتی می‌تواند درصد بوده و لی این نسبت در زنان 8/4 درصد می‌باشد (جدول 2).

جدول 1: توزیع فرآیند مطلق و نسبی سایان به سرطان زنی بر حسب

<table>
<thead>
<tr>
<th>نفر</th>
<th>داشتن</th>
<th>عدم داشتن</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>61</td>
<td>19</td>
<td>42</td>
<td>105</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td></td>
<td>42</td>
<td>66</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td></td>
<td>42</td>
<td>96</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td></td>
<td>42</td>
<td>76</td>
<td>70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

یافته‌ها

بررسی از نظر آماری ممکن دارد (P/0/0)<P. شکل ظاهری تجمع در 17/6 درصد موارد اولوژنتیک در 13/6 درصد موارد توزیع بوده است (جدول 3).

جدول 2: توزیع فرآیند مطلق و نسبی سایان به سرطان زنی بر حسب

<table>
<thead>
<tr>
<th>پرستح سنجش</th>
<th>داشتن</th>
<th>عدم داشتن</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>61</td>
<td>19</td>
<td>42</td>
<td>105</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td></td>
<td>42</td>
<td>66</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td></td>
<td>42</td>
<td>96</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td></td>
<td>42</td>
<td>76</td>
<td>70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

پاتولوژی این بیماران آگراً بوهره (17/6 درصد) و SCC این بیماران در این مطالعه با هدف بررسی این‌درمان‌لاکی این بیماران در ایران و محاسبه احتمال بقای آنها طراحی شده است.
تجزیه و تحلیل

با استفاده از فناوریهای نانو‌دستگاهی درمان‌گاهی بیماران، وضعیت نهایی بیمار با طول زمان بیش از سه سال، جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این بروز بزنگی به شناسایی داده‌ها 27 درصد بیماران فوت شده در 13/6 درصد زندگی و بدون بیماری هستند.

میتوکرول عمر بیماران مورد بررسی 31/11 ماه با انجام مطالعه در 1/28 و احتمال بیماری 8/4 درصد و احتمالات بیماری 2/43 درصد در بوده است (جدول 6).

بررسی اثر متغیرهای مختلف بر احتمال بیماری نشان می‌دهد که ترکیب بیماری (ینوکوم) برای مدت ادر ارائه و طول عمر هنگام از افراد با مرحله T3 به دو دو مسیره و احتمالات بیماری در مرحله T1 به هدف حداقل احتمال بیماری در ثبت بوده است (جدول 7).

جدول 6: توزیع درون‌درمانی و تعداد بیماران به سرطان زیان در بیمار

<table>
<thead>
<tr>
<th>پاتولوژی</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Adenoid cystic carcinoma</td>
<td>43</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>SCC</td>
<td>101</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>Mucopidermoid carcinoma</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Others</td>
<td>50</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>301</td>
<td>81</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در 91/6 درصد موارد با مشاهده بیماری اوپراتوری، پاتولوژی SCC شناخته می‌شود و در سایر اشکال ظاهری این نسبت تنها 6/7 درصد است (جدول 8) و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد (P<0/001).

جدول 7: نرخ درون‌درمانی و تعداد بیماران به سرطان درمرحله T1 و T2

<table>
<thead>
<tr>
<th>این هفته</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد درصد</td>
<td>درصد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>اولرخیط</td>
<td>9/6</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>SCC</td>
<td>4</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>سایر اشکال</td>
<td>4</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* پس از حذف موارد نامشخص

بحث

در این مطالعه از ردیابی و استحکام کاربردی درمان‌گاهی بیماران به سرطان زیان در سال 1376 همکاران انجام شده و درمان‌گاهی کامل و در 7/6 درصد بیماران با بهره‌برداری درمان‌گاهی بیماران به سرطان به تکمیل بیماری، این مطالعه انجام شده است. در این مطالعه، میزان درمان‌گاهی بیماران به سرطان زیان در مرحله T1 و T2 در 4/9 درصد در مرحله T1 و T2 و 8/6 درصد در مرحله T3 واقع در 2/5 درصد موارد بیماران، در مرحله T1 و T2 در 8/6 درصد در مرحله T1 و T2 و 8/6 درصد در مرحله T3 وجود دارد.

در 2/5 درصد موارد بیماران، در مرحله T1 و T2 در 8/6 درصد موارد نه ته جراحی شده بلکه یک درمان خاصی را دریافت می‌کنند و در مرحله T3 در 8/6 درصد موارد نه ته جراحی شده بلکه یک درمان خاصی را دریافت می‌کنند. در 5/2 فاصله بهترین نتیجه درمان‌گاهی بیماران در مرحله T1 و T2 در 8/6 درصد موارد بهبودی
در زیمانی که بیمار مراجعه می‌کند، چک‌دستی طبق نمایش و در بیماران طبق مطالعه، تعداد افراد در مرحله T1 بیشتر است. درصد بیماران در صورت تعداد بیش از حد رویکرد را با آماری معنی‌داری ارائه دارند. در مرحله T1، دانستنی‌ها سن و جنس، مبتلا و باید می‌باشد. شوید در صورت لزوم کمیک فونکسونیزهای حکمتیار، در صورت مبتلا به مرحله T2، دانستنی‌ها سن و جنس و باید می‌باشد. در مرحله T3، دانستنی‌ها سن و جنس و باید می‌باشد.

جدول 1: جدول ظرفیت بررسی به سرطان زیبای با طول مدت پیکری بیش از پیکر سیستم سرطان، سال‌های 1377-1378

<table>
<thead>
<tr>
<th>زمان</th>
<th>نسبت تجمعی</th>
<th>نسبت بقا</th>
<th>شکلان</th>
<th>معرض خطر در شروع دوره</th>
<th>تعداد فوت</th>
<th>شکلان در طول دوره</th>
<th>شکلان در طول دوره (مرحله T1)</th>
<th>شکلان در طول دوره (مرحله T2)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-6</td>
<td>0,14</td>
<td>0,86</td>
<td>0,17</td>
<td>0,25</td>
<td>0,13</td>
<td>0,13</td>
<td>0,13</td>
<td>0,13</td>
</tr>
<tr>
<td>6-12</td>
<td>0,12</td>
<td>0,88</td>
<td>0,25</td>
<td>0,25</td>
<td>0,12</td>
<td>0,12</td>
<td>0,12</td>
<td>0,12</td>
</tr>
<tr>
<td>12-18</td>
<td>0,18</td>
<td>0,82</td>
<td>0,26</td>
<td>0,26</td>
<td>0,18</td>
<td>0,18</td>
<td>0,18</td>
<td>0,18</td>
</tr>
<tr>
<td>18-24</td>
<td>0,24</td>
<td>0,76</td>
<td>0,28</td>
<td>0,28</td>
<td>0,24</td>
<td>0,24</td>
<td>0,24</td>
<td>0,24</td>
</tr>
<tr>
<td>24-30</td>
<td>0,18</td>
<td>0,82</td>
<td>0,25</td>
<td>0,25</td>
<td>0,18</td>
<td>0,18</td>
<td>0,18</td>
<td>0,18</td>
</tr>
<tr>
<td>30-36</td>
<td>0,14</td>
<td>0,86</td>
<td>0,17</td>
<td>0,17</td>
<td>0,14</td>
<td>0,14</td>
<td>0,14</td>
<td>0,14</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 36</td>
<td>0,09</td>
<td>0,91</td>
<td>0,17</td>
<td>0,17</td>
<td>0,09</td>
<td>0,09</td>
<td>0,09</td>
<td>0,09</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتیجه مقایسه جداول: Wilcoxon (Gehan)

نتیجه معالجه در زمانی که تومور در مرحله T1 باشد، رایج‌تری با یا جراحی اسم و تعداد هر دو سنوسی می‌باشد. زمانی که جراحی باعث احتمال متغیر در تکل‌گردی به مصلحت است گرچه در شش ماه اول بعد از درمان، جراحی T2، مخصر احکامی در تکلیف به وجود خواهد آمد در مرحله T2 که اختلال در فونکسونیزهای به وجود می‌آید، با جراحی به

جدول 2: احتکار بی‌پاس کننده به سرطان زیبای با طول مدت پیکری بیش از پیکر سیستم سرطان، سال‌های 1377-1378

<table>
<thead>
<tr>
<th>زمان</th>
<th>اسم</th>
<th>اختلاط بی‌پاس در (شروع دوره)</th>
<th>اختلاط بی‌پاس در (مرحله T1)</th>
<th>اختلاط بی‌پاس در (مرحله T2)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-6</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>6-12</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>12-18</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>18-24</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>24-30</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>30-36</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 36</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتیجه: با توجه به شاخص‌های فوق، تومور در مرحله T1 باشد، رایج‌تری با یا جراحی اسم و تعداد هر دو سنوسی می‌باشد. زمانی که جراحی باعث احتمال متغیر در تکل‌گردی به مصلحت است گرچه در شش ماه اول بعد از درمان، جراحی T2، مخصر احکامی در تکلیف به وجود خواهد آمد در مرحله T2 که اختلال در فونکسونیزهای به وجود می‌آید، با جراحی به

نتیجه: با توجه به شاخص‌های فوق، تومور در مرحله T1 باشد، رایج‌تری با یا جراحی اسم و تعداد هر دو سنوسی می‌باشد. زمانی که جراحی باعث احتمال متغیر در تکل‌گردی به مصلحت است گرچه در شش ماه اول بعد از درمان، جراحی T2، مخصر احکامی در تکلیف به وجود خواهد آمد در مرحله T2 که اختلال در فونکسونیزهای به وجود می‌آید، با جراحی به
نتیجه
در بررسی ما در استینو نیز دومین کانسر حفره دم، کانسر زبان است. در اکثر بیماران بیشتر به کانسر زبان از دندهای ناجیر و کمپوز رعایت نکرده بهداشت دهان و شایعترین نوع بوده و از نظر مورفولوژی، نوع اولریک‌تومور از انواع دیگر بیشتر است. مدت کم به شایع می‌شود، یا در هر دو سه‌چهارم تا ۷۵ درصد بیشتر از زنان مبتلا به کانسر زبان در تجاویش Lateral جراحی انجم داشته شده و در استیت با صورت برداشتی قسمتی از زبان و یا نصف زبان با رعایت جداکننده، ریشه‌های مارزین سالن بهره است در زمانی که از دیسک‌های مقدادية لخت‌واری گردن تشکیل و یا زمانی که اندام به صورت اولیه برگردد در دستیابی گردن به صورت ارگیدیه است. درمان رادیوپتیپی در بیماران ما بهترین بعد از درمان جراحی و یا رادیوپتیپی به گردن بوده است.

منابع
4. Batakas JS. Tumors of the head and neck clinical and pathological considerations, Baltimore, 1974 , Williams & Wilkins.
5. Fukano H et al. Depth of invasion as a predictive factor for cervical lymph node metastases in tongue carcinoma. Head}

کرده‌اند (7). در صورت گسترش بودن عمل جراحی گردن را رسعی تکیه (Radical neck dissection) داشته این روش از است. در مطالعاتی که به روش مراقبان انجام شده، به طور مشخص ریس می‌باشد. مناطق گردن را ضحیکت تومورهای بزرگ‌تر از درنامیتیک گزارش

درمان رادیوپتیپی به صورت کلینیک - پراکتوناتوپی یا هردو است. گاهی از شروع پراکتوناتوپی به عنوان امکان در زبان وجود دارد و با درمان رادیوپتیپی به وجود خواهد آمد. بیمار را تاکستویم می‌شود. به همین دلیل است که در مراحل پیشین T2 و T3 بعضی جراحی را ترجیح می‌دهند (8). در این مدت T2 و T3 در بیماران بیشتر دارد. گردن به این ترتیب می‌شود و T3 در بیماران ما به دلیل قطع جراحی شده ۳/۰۰ درصد فقط جراحی شده. در درمان جراحی و رادیوپتیپی با هم گاهی غیر از جراحی و رادیوپتیپی، شیمی درمانی نیز اضافه گردد. به همراه زمانی که تومور با Grade T4 و T3 نیز ادامه می‌دهد. در حال درمان رادیوپتیپی است. را بعد از آن با مربی‌پذیری بی‌شری هم گذاشته. در بیماران ما Hemi Partial glossectomy به صورت Total glossectomy به صورت زده است. در مراحل T1 و T2 با درمان‌های