

خصوصیات مردم شناختی و آسیب‌شناسی کارسینوم سلول سنگفرشی پوست و لب: بررسی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی تهران

دکتر زهرا صفایی نراق، دانشیار بخش پاتولوژی، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدرضا مرتضوی، بورده تخصصی پوست، بیمارستان بوعلی سینا ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دکتر عباس امید، پزشک عمومی

Demographic and Pathologic findings of Squamous Cell Carcinoma of Skin and Lip in Pathology Department of Razi Hospital ABSTRACT

Squamous cell carcinoma, a cancer of keratinocytes origin, mostly involves sun-exposed areas of the skin. To study the pathologic and demographic features of this disease, records of 395 patients of squamous cell carcinoma of skin and lip were reviewed. Most of the patients (83%) aged 40 years or more at the time of diagnosis. Respectively, 74.4% and 75.8% of cases with skin and lower lip carcinoma were men, but in upper lip cases frequencies of both sexes were equal. The number of patients referred from western and north-western provinces were much more than those of other provinces of the country. The most frequent histologic stage was grade 1 (53% and 58.8% in skin and lip carcinoma, respectively), showing that most patients visit physicians early enough, and are diagnosed in early stages of the disease.

Key Words: Squamous cell carcinoma; Geographic distribution; Histologic grading

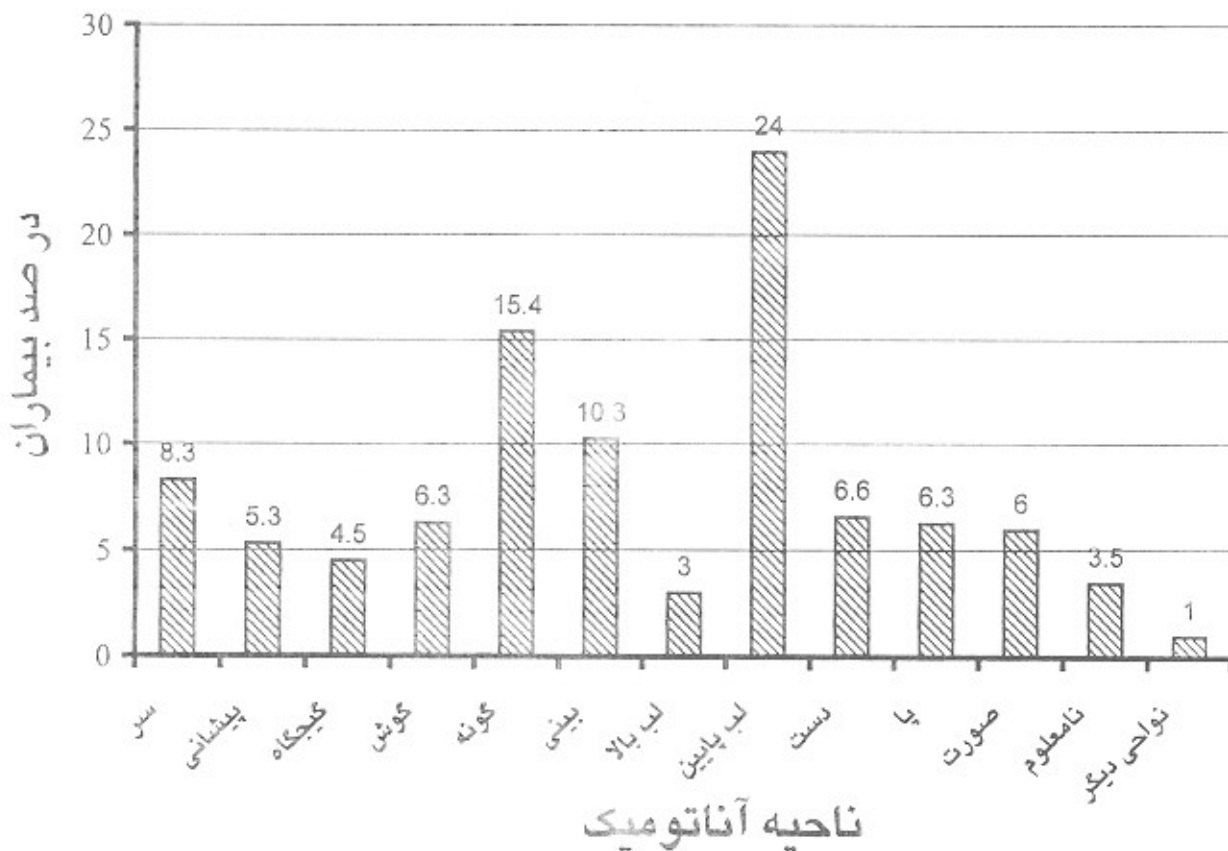
چکیده

استانها بیشتر بود. نور آفتاب یکی از مهمترین عوامل زمینه ساز در بیماران بود. درجه هیستولوژیک تومور در اکثر بیماران (۵۳٪ و ۵۸/۸٪) درجه یک تشخیص داده شد. این نکته نشان می‌دهد که اکثر بیماران مراجعه زود هنگام داشته و تشخیص بیماری توسط متخصص پوست و پاتولوژیست به موقع گذاشته می‌شود.

مقدمه

کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) یکی از تومورهای بدخیم پوست است که از سلولهای کراتینوسیت اپیدرم منشأ می‌گیرد. یکی از مهمترین عوامل دخیل در ایجاد این بیماری، تابش شدید و طولانی نور آفتاب می‌باشد و به این علت، شیوع آن در نقاط مختلف

کارسینوم سلول سنگفرشی یکی از تومورهای بدخیم پوست از منشأ سلولهای کراتینوسیت اپیدرم است که اغلب نقاط نواحی در معرض نور آفتاب پوست را گرفتار می‌کند. با هدف شناخت بهتر ویژگی‌های دموگرافیک و آسیب‌شناختی این بیماری، پرونده‌های آسیب‌شناسی ۳۹۵ بیمار مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی پوست و لب مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات دموگرافیک بیماران و خصوصیات آسیب‌شناختی ضایعه استخراج گردید. اکثر بیماران در هنگام ابتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی بیش از ۴۰ سال سن داشتند (۸۳٪). به ترتیب ۷۴/۴٪ و ۷۵/۸٪ مبتلایان کارسینوم سلول سنگفرشی پوست و لب تحتانی را مردان تشکیل می‌دادند، ولی در لب فوقانی فراوانی هر دو جنس برابر بود. تعداد بیماران مراجعه‌کننده از استانهای غربی و شمال غربی کشور از سایر



شکل ۱- انتشار آناتومیک کارسینوم اسپینوسلولر

روش و مواد

پرونده‌های تمام ۳۹۵ بیماری که از فروردین ۱۳۷۱ الی اسفند ۱۳۷۲ نمونه هایشان به بخش پاتولوژی بیمارستان رازی تهران ارسال و تشخیص SCC پوست یالب برای آنها مطرح شده بود مورد بازبینی قرار گرفت. اطلاعات مربوط به سن، جنس و محل زندگی بیماران و خصوصیات آسیب شناختی و محل تشریحی ضایعه استخراج گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی صورت گرفت.

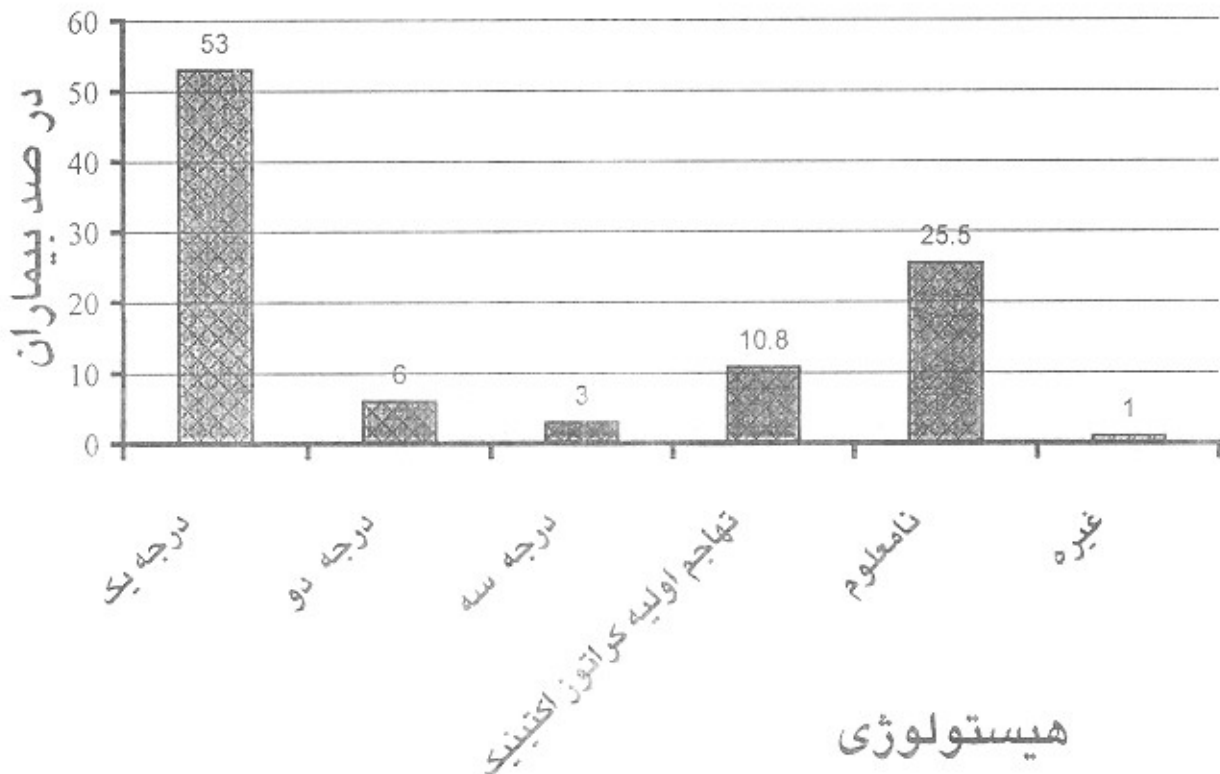
یافته‌ها

نتایج بدست آمده در این تحقیق در دو بخش ارائه می‌گردد: قسمت اول شامل یافته‌های کل بیماران مبتلا به SCC (پوست و لب) و قسمت دوم مشتمل بر یافته‌های بیماران SCC لب می‌باشد.

جهان و در افراد دارای مشاغل گوناگون، متفاوت (۳،۲،۱) است. سایر عوامل مطرح در ایجاد SCC عبارتند از: نژاد و رنگ و پوست، کارسینوژنهای صنعتی از قبیل قطران و روغن، اسکارهای سوختگی قدیمی، گرانولوم‌های مزمن سیفیلیس، جذام، سل (لوپوس ولگاریس) و بالاخره برخی سندرومها و بیماریهای نادر پوست، که مهمترین آنها گزردرمی پیگمانته (Xeroderma Pigmentosum) می‌باشد (۴).

شایعترین نقاط ابتلای پوست به SCC نواحی در معرض نور آفتاب مثل پشت دستها و بخش فوقانی صورت و بویژه در مردان لب تحتانی و لانه گوش می‌باشند (۵). SCC لب یکی از انواع پر خطر آن بوده و احتمال متاستاز و عود آن زیاد است. SCC در افراد میانسال و مسن شایعتر است و جز در موارد خاص به ندرت در دوره کودکی ایجاد می‌شود.

این بررسی به منظور تعیین فراوانی سنی، جنسی، جغرافیایی و تنوع یافته‌های آسیب‌شناسی بیماران SCC و مراجعه کننده به بخش پاتولوژی بیمارستان رازی تهران انجام شده است.



شکل ۲- هیستولوژی کارسینوم اسپینوسلولر پوست

یافته‌های بیماران SCC پوست

۱- سن: میانگین سن بیماران مبتلا به SCC پوست ۶۲/۵ سال (از ۲ تا ۹۰ سال) بود. بیشترین تعداد بیماران در گروه سنی ۵۰ تا ۷۹ سالگی بودند و بیماران زیر ۴۰ سال فقط ۷/۲ درصد کل بیماران را تشکیل می‌دادند. تمام بیماران زیر ده سال سابقه ضایعه Xeroderma Pigmentosum در ناحیه صورت را داشتند.

جنس: مردان ۷۴/۴ درصد مبتلایان را تشکیل می‌دادند. میانگین سنی زنان ۶۲/۳ و میانگین سنی مردان ۶۳/۱ سال بود.

پراکنندگی جغرافیایی: ۱۹ درصد بیماران ساکن استان تهران و ۶۸ درصد سایر استانهای کشور بودند و در ۱۲/۹ درصد نامشخص بود. پنج استان قزوین، زنجان، اردبیل، آذربایجان غربی و شرقی در مجموع ۲۹/۵ درصد بیماران را شامل می‌شدند که رقمی در خور توجه است.

محل آناتومیک ضایعه: در مجموع ۸۳/۳ درصد موارد SCC در سر و گردن و ۱۳ درصد در اندامها دیده شده بود. SCC لب ۲۷ درصد موارد را تشکیل می‌داد و SCC لب تحتانی یا فراوانی ۲۴ درصد، شایع‌ترین محل درگیری در بدن بود (شکل یک).

عوامل زمینه‌ساز: کراتوز آفتابی (Actinic Keratosis)،

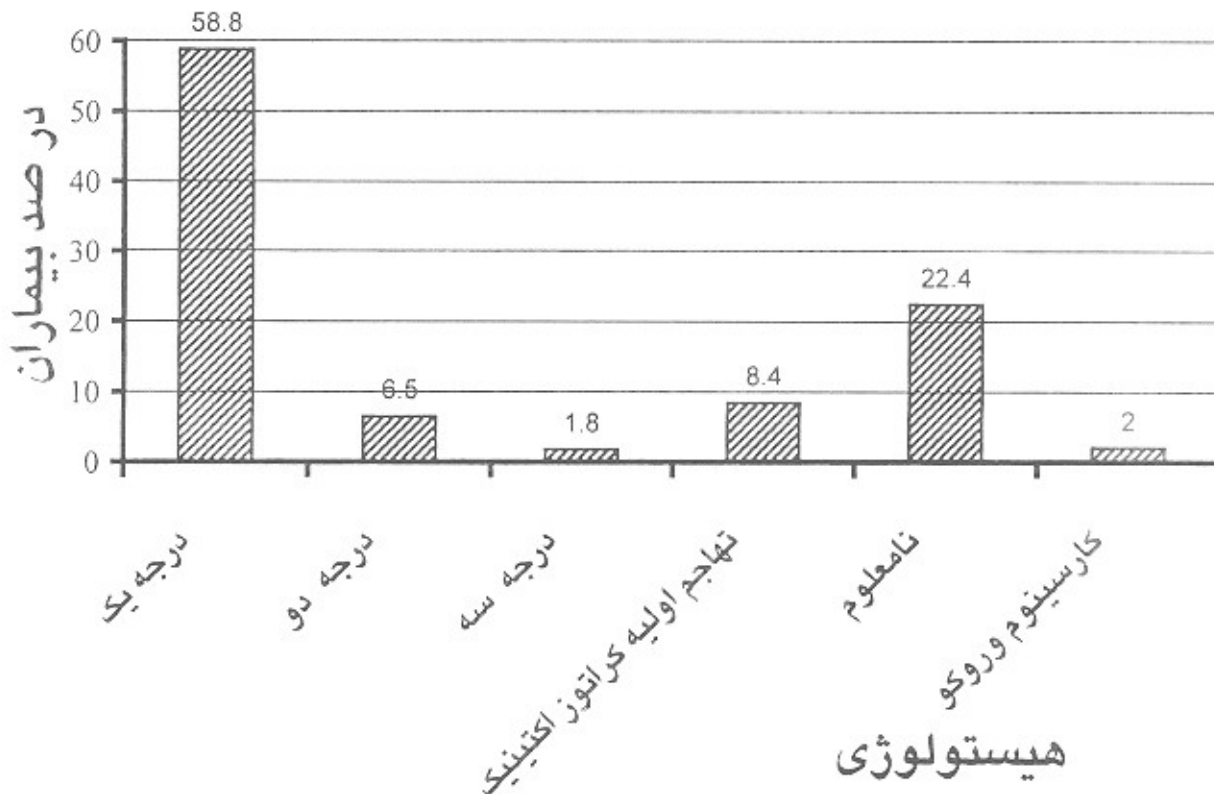
Xeroderma Pigmentosum، اسکار سوختگی، اشعه ایکس و بیماری بوون شایع‌ترین عوامل زمینه‌ای در بیماران مورد مطالعه بودند. در ۶۸ درصد موارد، عامل زمینه‌ای خاصی در پرونده قید نشده بود.

درجه هیستولوژی تومور: اکثر بیماران در هنگام مراجعه SCC درجه یک (Grade I) داشتند. بیمارانی که مبتلا به کراتوز آفتابی با علائم اولیه تهاجم بافتی جداگانه در نظر گرفته شدند، فقط سه مورد به نوع Verrucous مبتلا بودند (شکل دو).

یافته‌های بیماران SCC لب

سن: میانگین سنی مبتلایان به SCC لب ۶۲/۱۸ سال بود. میانگین سنی مردان مبتلا به SCC لب تحتانی و فوقانی به ترتیب ۶۲/۱ و ۶۰ سال و زنان به ترتیب ۶۲/۶ و ۵۸/۲ سال بود. جنس: ۸۲/۴ درصد بیماران مبتلا به SCC لب را مردان تشکیل می‌دادند. این میزان در لب تحتانی ۸۵/۲٪ و فوقانی ۵۰/۶٪ بود.

درجه هیستولوژی تومور: شایع‌ترین درجه هیستولوژیک تومور SCC لب درجه یک (Grade I) بود. در ۸/۴ درصد بیماران Actinic Cheilitis با تهاجم اولیه بافتی و در ۲ درصد بیماران



شکل ۲- هیستولوژی کارسینوم اسپینوسلولر لب

Verrucous Carcinoma دیده شد (شکل سه).

بحث و نتیجه گیری

کارسینوم سلول سنگفرشی پوست و لب یکی از تومورهای شایع پوست می‌باشد که در سالهای اخیر، به دلیل تغییرات شیوه زندگی و کار و تماس طولانی با نور آفتاب و کاهش ضخامت لایه اوزون شیوع بیشتری یافته است. توزیع سنی بیماران مبتلا به SCC پوست در این مطالعه، شباهت زیادی با سایر گزارشات دارد (۶،۱). شیوع SCC پوست در مردان در این تحقیق تقریباً سه برابر زنان بود. علت این تفاوت، احتمالاً آنست که مردان به دلایل شغلی در محیط‌های باز و در معرض تابش اشعه خورشید هستند و احتمالاً بیشتر با عوامل کارسینوژن تماس دارند. از طرف دیگر زنان به دلیل داشتن پوشش اسلامی، کمتر از مردان در معرض تابش آفتاب قرار می‌گیرند.

توزیع جغرافیایی بیماران مبتلا به SCC پوست و لب در این تحقیق، شیوع بیشتری را در استانهای غربی و شمال غربی کشور نشان می‌دهد، در حالیکه بیماران کمتری را از استانهای شرقی،

مرکزی و جنوبی شامل می‌شود. یکی از دلایل این تفاوت در پراکنندگی جغرافیایی فاصله و بعد مسافت استانها از تهران به عنوان یک مرکز اصلی مراجعه بیماران مختلف میباشد. هم‌چنین وجود مراکز درمانی مهم و ارجاعی (referral) از قبیل شیراز، مشهد، کرمان و اهواز که با داشتن بخش پوست فعال، نقش زیادی در جذب استان‌های مربوطه و استان‌های مجاور دارند، می‌تواند تأثیر زیادی بر تعداد مراجعین این استان به تهران داشته باشد. از طرف دیگر نقش رواج بیشتر دامپروری و کشاورزی در استان‌های غربی کشور و پوست روشتن ساکنین این استانها، در میزان شیوع SCC پوست یا لب قابل تأمل و بررسی است.

وقوع بیشتر SCC در سر و صورت (۸۳/۳ درصد) در مقایسه با سایر قسمتهای بدن، نشانگر نقش نور آفتاب در کشور ما می‌باشد، در حالیکه در کشورهای نظیر ژاپن، میزان SCC سر و صورت تنها اندکی از SCC اندامها بیشتر است و عوامل دیگری قبیل اسکار سوختگی و ضایعات التهابی مزمن در ایجاد SCC پوست نقش دارند.

شیوع بیشتر SCC لب در مردان را می‌توان با همان دلایلی که باعث افزایش SCC پوست در مردان می‌شوند (نور آفتاب و عوامل

می‌باشد (۷). شایع‌ترین درجه هیستولوژیک SCC لب و پوست (۸) در بیماران مورد مطالعه Grade 1 بود. این نکته باعث خرسندی است زیرا نشان دهنده مراجعه زود هنگام اکثر بیماران و تشخیص به موقع بیماری توسط متخصص پوست و پاتولوژیست می‌باشد.

کارسینوژن بخصوص سیگار) توجیه نمود (۷). وجود سیبیل در مردان (حفاظت لب فوقانی از آفتاب) و نیز نقش پوشاننده مواد آرایشی و روژ لب در زنان احتمالاً بر شیوع SCC در آنها موثر است. با اینهمه علت تفاوت فاحش در نسبت شیوع SCC لب تحتانی و فوقانی در مردان و زنان همچنان مورد بحث و مجادله محققان

منابع

- 1- Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. Rook Textbook of Dermatology, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1988.
- 2- Marks R, Staples M, Giles GG. Trends in non-melanocytic skin cancer treated in Australia. *Int J Cancer* 1993; 53: 585-90
- 3- Glas AG, Hoover RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell cancer. *JAMA* 1989; 262: 2097-100.
- 4- Swanback G, Hilstroml. Analysis of etiological factors of squamous cell skin cancer of different locations. *Acta Derm Venereol* 1970; 50: 350-4
- 5- Chuang TY, Popescu NA, Su WDP et al. Squamous cell carcinoma: A population based incidence study in Rochester Minnesota. *Arch Dermatol* 1990; 126: 185-8.
- 6- Zitsch PR. Outcome analysis for Lip Carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113(5): 589-9.
- 7- Silvermans JR. Epidemiologic and demographic update in oral cancer. *J Am Dent Assoc* 1990; 120(5): 495-9.
- 8- Breuniger H. Microstaging of squamous cell carcinoma. *Am J Clin Path.* 1990; 94(5): 624-7.
- 9- Mehregan AH, Hashimoto K. Pinkus' guide to dermatology. 6th ed. Detroit Michigan: Appleton & Lange. 1995.
- 10- David Elder. Lever's histopathology of the skin, 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1997.
- 11- Weedon D. The skin systemic pathology. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone. 1992.