

بررسی خصوصیات کلینیکوپاتولوژیک کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، در گروه‌های سنی مختلف در یک دوره‌ی ۱۰ ساله

۱. مرکز تحقیقات ایمپلنت‌های دندانی، گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
۲. نویسنده مسؤؤل: مرکز تحقیقات مواد دندانی، گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
Email: s_khalesi@dnt.mui.ac.ir

سیدمحمد رضوی^۱سعیده خالصی^۲

چکیده

مقدمه: بیش از ۹۵ درصد از سرطان‌های دهان، کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) می‌باشد. شیوع SCC دهان در بالغین جوان کمتر از ۴۰ سال، بین ۴/۰ تا ۹/۳ درصد از کل بیماران مبتلا به این سرطان می‌باشد. در سال‌های اخیر، افزایش شیوع این ضایعه‌ی بدخیم در سنین جوانی دیده شده است. هدف از این مطالعه، ارزیابی شاخص‌های کلینیکوپاتولوژیک SCC دهان در گروه‌های سنی مختلف در بیماران مراجعه کننده به دانشکده‌ی دندان پزشکی اصفهان بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تعداد ۸۰ پرونده‌ی ثبت شده با تشخیص نهایی SCC مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات دموگرافیک و بالینی شامل سن، جنسیت، نمای بالینی، مکان ضایعه و طول مدت آن، از پرونده‌های موجود در بخش پاتولوژی دهان دانشکده‌ی دندان پزشکی اصفهان استخراج شد. شاخص‌های هیستوپاتولوژیک و درجه‌ی بدخیمی تومور توسط دو پاتولوژیست دهان مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ شد و با آزمون‌های آماری کای اسکوئر، من‌ویتنی و فیشر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. میزان $p \text{ value} < 0/05$ ، معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: از تعداد ۸۰ نمونه، ۴۲ (۵۲/۵ درصد) زن و ۳۸ (۴۷/۵ درصد) مرد با نسبت زن به مرد = ۱/۱ بود. مخاط آلوتولار، شایع‌ترین مکان درگیر در همگی گروه‌های سنی بود. شایع‌ترین تظاهر بالینی به صورت ضایعه‌ی اگزوفیتیک و در تمام گروه‌های سنی، کارسینوم سلول سنگفرشی خوب تمایز یافته، شایع‌ترین نوع هیستوپاتولوژیک بود. هیچ یک از شاخص‌های کلینیکوپاتولوژیک بین گروه‌های سنی، تفاوت معنی‌دار نداشت ($p \text{ value} > 0/05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج مطالعه‌ی اخیر، هیچ پارامتر هیستوپاتولوژیک اختصاصی بین گروه‌های سنی مختلف در بیماران مبتلا به SCC وجود نداشت. باوجود افزایش شیوع SCC دهان در بیماران جوان، این تومور بدخیم همچنان یکی از بیماری‌های مختص سنین بزرگسالی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کارسینوم سلول سنگفرشی، پاتولوژی، سرطان دهان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۱۴

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۸/۱/۳۱

تاریخ ارسال: ۱۳۹۷/۱۱/۱۵

استناد به مقاله: رضوی سیدمحمد، خالصی سعیده. بررسی خصوصیات کلینیکوپاتولوژیک کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، در گروه‌های سنی مختلف در یک دوره‌ی ۱۰ ساله. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۸؛ ۱۵(۲): ۱۵۶-۱۶۳.

مقدمه

فرمالین، توسط دو پاتولوژیست دهان مورد بررسی هیستوپاتولوژیک قرار گرفت و بر طبق سیستم‌های درجه‌بندی شامل سیستم درجه‌بندی Broder's، درجه‌بندی Anneroth و درجه‌بندی Bryne، پارامترهای هیستوپاتولوژیک تعیین و درجه‌ی بدخیمی تومور مشخص گردید (۹-۱۱). اطلاعات در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) وارد شد و بر اساس آزمون‌های آماری کای اسکوئر، من‌ویتنی و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان $p \text{ value} < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

شاخص‌های بالینی

از ۸۰ نمونه‌ی OSCC، ۴۲ (۵۲/۵ درصد) زن و ۳۸ (۴۷/۵ درصد) مرد با نسبت زن به مرد ۱/۱ بوده است. حداقل سن بیماران، ۲۶ سال و حداکثر ۹۰ سال بود (نمودار ۱). در گروه سنی ۶۱-۸۰ سال، بالاترین شیوع OSCC دیده شد. بر طبق آزمون کای اسکوئر، توزیع فراوانی OSCC در بین دو گروه جنسیت بر اساس گروه‌های سنی، تفاوت معنی‌دار نشان داد ($p \text{ value} = 0/021$). همچنین جدول ۱، توزیع فراوانی OSCC را در بین گروه‌های سنی بر اساس مکان درگیری در دهان را نشان می‌دهد. مخاط آلونولار با فراوانی ۳۱ مورد (۳۸/۸ درصد)، شایع‌ترین مکان در تمام گروه‌های سنی بوده است. شایع‌ترین تظاهر بالینی در تمام گروه‌های سنی به صورت یک ضایعه‌ی اگزوفیتیک در دهان دیده شده است. اگرچه ضایعه‌ی زخمی، شایع‌ترین تظاهر بالینی در بیماران جوان‌تر بوده است. در مطالعه‌ی حاضر در اغلب گروه‌های سنی، بیماران، مدت زمان حضور ضایعه در دهان را کمتر از ۶ ماه گزارش کردند.

شاخص‌های هیستوپاتولوژیک

از نظر هیستوپاتولوژیک، اغلب نمونه در تمام گروه‌های سنی دارای میزان بالای کراتینیزاسیون بوده‌اند. بیشتر

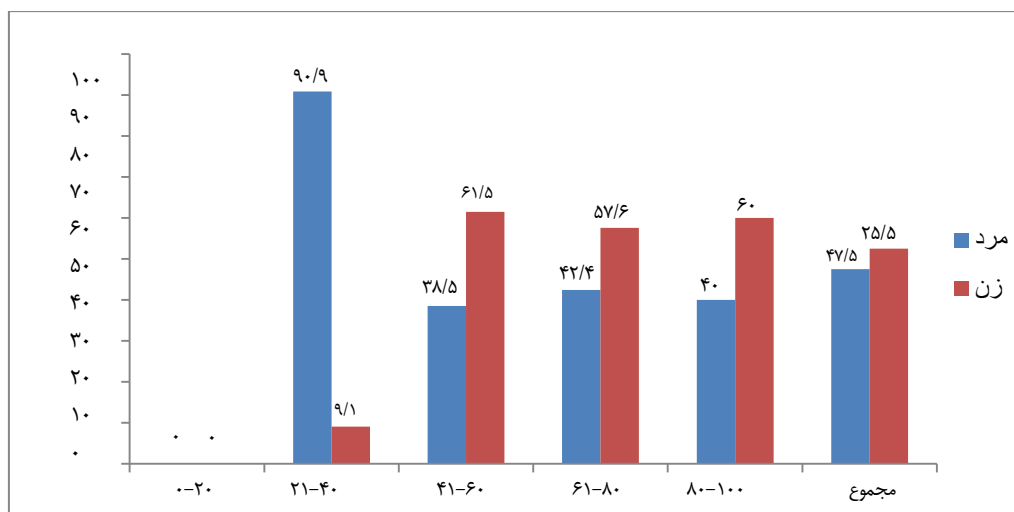
کارسینوم سلول سنگفرشی SCC (Squamous cell carcinoma)، یکی از سرطان‌های شایع در جهان بوده و بیش از ۹۵ درصد از سرطان‌های دهان را شامل می‌شود (۱). کارسینوم سلول سنگفرشی دهان (OSCC) اغلب در بیماران مسن به ویژه در دهه‌ی ۵ تا ۷ زندگی دیده شده است (۱، ۳). شیوع این ضایعه در افراد جوان‌تر از ۴۰ سال، بین ۰/۴ تا ۳/۹ از کل بیماران بوده است (۴). اگرچه مطالعات اخیر نشان دهنده‌ی افزایش شیوع آن در بیماران جوان می‌باشد (۱، ۵). بسیاری از مطالعات، رشد سریع تومور و پروگنوز ضعیف‌تر را در جوانان گزارش کرده‌اند (۶). با وجود تفاوت‌های بسیار در رفتار بیولوژیک و بالینی SCC در گروه‌های سنی مختلف، برخی مطالعات، تفاوت چشمگیری از نظر بالینی و پروگنوز در گروه‌های سنی جوان و مسن را نشان نداده‌اند (۷، ۸). با توجه به اهمیت این ضایعه به عنوان یک نئوپلاسم بدخیم تهدید کننده‌ی حیات و افزایش شیوع بیماران OSCC در ایران، هدف از این مطالعه، بررسی شاخص‌های کلینیکی پاتولوژیک OSCC در گروه‌های سنی مختلف بیماران دانشکده‌ی دندان پزشکی اصفهان بوده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، تعداد ۸۰ نمونه از بیماران مبتلا به OSCC موجود در آرشیو بخش پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندان پزشکی اصفهان بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات دموگرافیک شامل جنسیت، سن، تظاهر بالینی، مدت زمان ضایعه، مکان درگیر کننده، از پرونده‌های موجود جمع‌آوری گردید. نمونه‌های فاقد اطلاعات لازم بالینی و فاقد کیفیت لازم از نظر بافت‌شناسی، از مطالعه خارج شدند. نمونه‌ها به ۵ گروه سنی شامل ۲۰-۱، ۴۰-۲۱، ۶۰-۴۱، ۸۰-۶۱، ۱۰۰-۸۱ تقسیم شدند (۲، ۳). اسلایدهای تهیه شده با رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ئوزین از بلوک‌های پارافینی فیکس شده در

Bryne و Anneroth, Broder، شایع ترین نوع هیستوپاتولوژیک در تمام رده‌های سنی، OSCC با درجه‌ی خوب تمایز یافته (Grade I) بود. هیچ یک از شاخص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک OSCC در بین گروه‌های سنی مختلف، تفاوت معنی‌دار نداشت ($p \text{ value} > 0/05$) (جدول ۱ و ۲).

ضایعات، دارای پلئومورفیسم هسته‌ای متوسط بوده و تعداد میتوز در ضایعات بیماران با گروه سنی کمتر از ۸۰ سال، بسیار کم بوده است. در تمام گروه‌های سنی، اغلب الگوی تهاجم تومور به صورت جزایر بزرگ دیده شد و در اغلب نمونه‌ها پاسخ ایمنی، متوسط گزارش گردید. طبق سیستم‌های درجه‌بندی



نمودار ۱: فراوانی OSCC بر اساس گروه‌های سنی و جنسیت بیماران

جدول ۱: ویژگی‌های بالینی کارسینوم سلول سنگفرشی بیماران در گروه‌های سنی مختلف

گروه‌های سنی	۴۰-۲۱	۶۰-۴۱	۸۰-۶۱	۱۰۰-۸۱	تعداد (درصد)	p value
مکان تومور						
مخاط آلوئولار	۵ (۴۵/۵)	۱۰ (۳۸/۵)	۱۳ (۳۹/۴)	۳ (۳۰)	۳۱ (۳۸/۸)	۰/۷۴۴
مخاط باکال	۲ (۱۸/۲)	۷ (۲۶/۹)	۵ (۱۵/۲)	۲ (۲۰)	۱۶ (۲۰)	
زبان	۲ (۱۸/۲)	۶ (۲۳/۱)	۱۱ (۳۳/۳)	۲ (۲۰)	۲۱ (۲۶/۳)	
کف دهان	۰ (۰)	۱ (۳/۸)	۱ (۳)	۲ (۲۰)	۴ (۵)	
کام	۲ (۱۸/۲)	۱ (۳/۸)	۱ (۳)	۰ (۰)	۴ (۵)	
لب	۰ (۰)	۱ (۳/۸)	۲ (۶/۱)	۱ (۱۰)	۴ (۵)	
مدت زمان تومور						
< ۶ ماه	۶ (۵۴/۵)	۱۷ (۶۵/۴)	۲۳ (۶۹/۷)	۸ (۸۰)	۵۴ (۶۷/۵)	۰/۸۴۴
۶-۱۲ ماه	۴ (۳۶/۴)	۲ (۷/۷)	۳ (۹/۱)	۰ (۰)	۹ (۱۱/۳)	
۱-۲ سال	۰ (۰)	۴ (۱۵/۴)	۴ (۱۲/۱)	۱ (۱۰)	۹ (۱۱/۳)	
> ۲ سال	۱ (۹/۱)	۳ (۱۱/۵)	۳ (۹/۱)	۱ (۱۰)	۸ (۱۰)	
نمای بالینی						
ضایعه‌ی اگزوفیتیک	۴ (۳۶/۴)	۱۰ (۳۸/۵)	۱۴ (۴۲/۴)	۶ (۶۰)	۳۴ (۴۲/۵)	۰/۹۶۰
زخم	۶ (۵۴/۵)	۱۰ (۳۸/۵)	۱۳ (۳۹/۴)	۴ (۴۰)	۳۳ (۴۱/۳)	
پلاک سفید	۰ (۰)	۲ (۷/۷)	۲ (۶/۱)	۰ (۰)	۴ (۵)	
پلاک سفید قرمز	۱ (۹/۱)	۴ (۱۵/۴)	۴ (۱۲/۱)	۰ (۰)	۹ (۱۱/۳)	

جدول ۲: شاخص‌های هیستوپاتولوژیک کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در گروه‌های سنی مختلف

p value	تعداد (درصد)	۱۰+ - ۸۱	۸۰ - ۶۱	۶۰ - ۴۱	۴۰ - ۲۱	شاخص‌های هیستوپاتولوژیک
درجه‌ی کراتینیزاسیون						
.۰/۵۳۲	۴۰ (۵۰)	۶ (۶۰)	۱۷ (۵۱/۵)	۱۲ (۴۶/۲)	۵ (۴۵/۵)	زیاد
	۲۴ (۳۰)	۳ (۳۰)	۱۲ (۳۶/۴)	۵ (۱۹/۲)	۴ (۳۶/۴)	متوسط
	۱۳ (۱۶/۳)	۱ (۱۰)	۳ (۹/۱)	۷ (۲۶/۹)	۲ (۱۸/۲)	خفیف
	۳ (۳/۸)	۰ (۰)	۱ (۳)	۲ (۷/۷)	۰ (۰)	بدون کراتینیزاسیون
پلئومورفیسم هسته‌ای						
.۰/۱۰۱	۲۱ (۲۶/۳)	۰ (۰)	۱۲ (۳۶/۴)	۶ (۲۳/۱)	۳ (۲۷/۳)	کم
	۳۴ (۴۲/۵)	۶ (۶۰)	۱۶ (۴۸/۵)	۸ (۳۰/۸)	۴ (۳۶/۴)	متوسط
	۱۴ (۱۷/۵)	۳ (۳۰)	۲ (۶/۱)	۶ (۲۳/۱)	۳ (۲۷/۳)	پلئومورفیسم زیاد
	۱۱ (۱۳/۸)	۱ (۱۰)	۲ (۹/۱)	۶ (۲۳/۱)	۱ (۹/۱)	پلئومورفیسم زیاد + آناپلازی
تعداد میتوز						
.۰/۱۲۴	۴۴ (۵۵)	۳ (۳۰)	۲۲ (۶۶/۷)	۱۱ (۴۲/۳)	۸ (۷۲/۷)	کم (۲-۰)
	۲۵ (۳۱/۳)	۶ (۶۰)	۷ (۲۱/۲)	۱۰ (۳۸/۵)	۲ (۱۸/۲)	متوسط (۴-۳)
	۷ (۸/۸)	۱ (۱۰)	۲ (۶/۱)	۳ (۱۱/۵)	۱ (۹/۱)	زیاد (۶-۵)
	۴ (۵)	۰ (۰)	۲ (۶/۱)	۲ (۷/۷)	۰ (۰)	بسیار زیاد (> ۶)
الگوی تهاجم						
.۰/۹۹۱	۵۷ (۷۱/۳)	۸ (۸۰)	۲۳ (۶۹/۷)	۱۸ (۶۹/۲)	۸ (۷۲/۷)	جزایر بزرگ
	۱۳ (۱۶/۳)	۲ (۲۰)	۶ (۱۸/۲)	۴ (۱۵/۴)	۱ (۹/۱)	جزایر کوچک + بورد‌های تهاجمی
	۹ (۱۱/۳)	۰ (۰)	۳ (۹/۱)	۴ (۱۵/۴)	۲ (۱۸/۲)	نوارهای باریک
	۱ (۱/۳)	۰ (۰)	۱ (۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	سلول‌های میتوز تومورال
پاسخ ایمنی میزبان						
.۰/۵۱	۲۲ (۲۷/۵)	۳ (۳۰)	۱۰ (۳۰/۳)	۷ (۲۶/۹)	۲ (۱۸/۲)	متراکم
	۳۶ (۴۵)	۵ (۵۰)	۱۶ (۴۸/۵)	۱۰ (۳۸/۵)	۵ (۴۵/۵)	متوسط
	۱۵ (۱۸/۸)	۲ (۲۰)	۵ (۱۵/۲)	۴ (۱۵/۴)	۴ (۳۶/۴)	خفیف
	۷ (۸/۸)	۰ (۰)	۲ (۶/۱)	۵ (۱۹/۲)	۰ (۰)	فاقد پاسخ ایمنی
درجه‌بندی بر اساس Broders						
.۰/۶۷۲	۴۱ (۵۱/۳)	۶ (۶۰)	۱۷ (۵۱/۵)	۱۳ (۵۰)	۵ (۴۵/۵)	I
	۲۳ (۲۸/۸)	۳ (۳۰)	۱۲ (۳۶/۴)	۴ (۱۵/۴)	۴ (۳۶/۴)	II
	۱۳ (۱۶/۳)	۱ (۱۰)	۳ (۹/۱)	۷ (۲۶/۹)	۲ (۱۸/۲)	III
	۳ (۳/۸)	۰ (۰)	۱ (۳)	۲ (۷/۷)	۰ (۰)	IV
درجه‌بندی بر اساس Anneroth						
.۰/۰۷۲	۵۹ (۷۳/۸)	۸ (۸۰)	۲۷ (۸۱/۸)	۱۵ (۵۷/۷)	۹ (۸۱/۸)	I
	۱۹ (۲۳/۸)	۲ (۲۰)	۶ (۱۸/۲)	۹ (۳۴/۶)	۲ (۱۸/۲)	II
	۲ (۲/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۷/۷)	۰ (۰)	III
درجه‌بندی بر اساس Bryne						
.۰/۲۳۵	۵۹ (۷۳/۸)	۸ (۸۰)	۲۶ (۷۸/۸)	۱۶ (۶۱/۵)	۹ (۸۱/۸)	I
	۲۰ (۲۵)	۲ (۲۰)	۷ (۲۱/۲)	۹ (۳۴/۶)	۲ (۱۸/۲)	II
	۱ (۱/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۳/۸)	۰ (۰)	III

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، شاخص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک OSCC در پنج گروه سنی، مورد بررسی قرار گرفت. میزان بدخیمی در گروه‌های سنی مختلف، تفاوت چشمگیر نداشت. طبق مطالعات بسیاری، OSCC یک بیماری درگیر کننده‌ی گروه سنی مسن می‌باشد (۲، ۷، ۱۲، ۱۳). اگرچه در بسیاری از مطالعات، این ضایعه در زنان جوان بیشتر گزارش شده است (۱۴، ۱۵)؛ اما در مطالعه‌ی حاضر، فراوانی OSCC در زنان بیشتر از مردان بوده است (۵۲/۵ درصد). اگرچه فراوانی بالای مردان در گروه سنی جوانان (۲۱-۴۰ سال) با نسبت مرد به زن ۱۰ به ۱۱ مشاهده شد که شبیه نتایج مطالعه‌ی سان و همکاران می‌باشد (۱۶). اگرچه در مطالعات مختلف، شیوع OSCC در بیماران جوان‌تر از ۴۰ سال از ۱ درصد تا ۶ درصد گزارش شده (۱۷)، اما افزایش شیوع OSCC در بیماران جوان‌تر (۱۱/۷ درصد) در بین سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۳ دیده شده است (۱۳/۷۵ درصد) (۱). دلیل این افزایش شیوع، در بیماران جوان و همچنین در زنان، هم‌چنان مورد سؤال است. از دلایل احتمالی می‌توان به در معرض بیشتر قرار گرفتن جوانان و زنان در سال‌های اخیر نسبت به برخی فاکتورهای خطر از جمله تنباکو و الکل اشاره کرد. در این مطالعه شبیه به برخی مطالعات، OSCC در دهه‌ی سنی اول و دوم (۰-۲۰ سالگی) گزارش نشده است. همچنین طبق نتایج مطالعه‌ی بختیاری و همکاران (۱) و صدری و همکاران (۱۸)، بیشترین میزان شیوع در گروه سنی ۶۰-۸۰ سال بوده است.

طبق این مطالعه، شایع‌ترین مکان درگیری تومور در تمام رده‌های سنی، مخاط آلوتولار (۳۸/۸ درصد) و سپس زبان (۲۶/۳ درصد) و مخاط باکال (۲۰ درصد) بوده است. در حالی که شایع‌ترین مکان OSCC طبق مطالعات دیگر در ایران، انگلستان و سریلانکا، زبان گزارش شده است (۴، ۱۲، ۱۹). اما در مطالعات انجام شده در کشورهای تایلند، تایوان و هند، مخاط باکال، شایع‌ترین مکان بوده است (۱۲). این نتایج متفاوت را می‌توان به اختلاف در خصوصیات مناطق

جغرافیایی از جمله عادات دهانی مثل جویدن تنباکو مربوط دانست. اگرچه در تعدادی مطالعات، زبان، شایع‌ترین مکان در بیماران جوان و مخاط آلوتولار، شایع‌ترین مکان در افراد مسن بوده است. اما در مطالعه‌ی حاضر تفاوتی از نظر مکان ضایعه در گروه‌های سنی مختلف دیده نشد (۲، ۲۰).

در مطالعه‌ی حاضر، مشابه با مطالعه‌ی فلکی و همکاران (۱۲)، ضایعه‌ی اگروفیتییک، شایع‌ترین تظاهر بالینی در تمام گروه‌های سنی بوده که این نتایج بر خلاف سایر مطالعات که در آنها ضایعات الوسروپرولیفراتیو، شایع‌ترین تظاهر گزارش شده، می‌باشد. شبیه مطالعات ساساکی و همکاران (۴) و سیرواردنا و همکاران (۱۹)، در این مطالعه درجه‌ی تومور از نظر میزان بدخیمی بر طبق سه سیستم درجه‌بندی بین گروه‌های سنی، تفاوت معنی‌دار نشان نداد، که این نتایج با مطالعه‌ی رحمان و همکاران (۲۱) متفاوت بود. اگرچه در مطالعه‌ی رحمان و همکاران (۲۱) بین درجه‌ی تومور دو گروه سنی مسن و جوان بر طبق سیستم درجه‌بندی Broder، تفاوت مشاهده نشد، اما ضایعات بیماران جوان، میزان تهاجم بیشتری نسبت به افراد مسن داشته که شاید به دلیل پلئومورفیسم هسته‌ای، میتوز و عمق تهاجم بیشتر تومور در جوانان بوده است. در مطالعه‌ی حاضر، شاخص‌های هیستوپاتولوژیک پنج گروه سنی مورد بررسی، تفاوت معنی‌دار نداشت، که شبیه مطالعات مافی و همکاران (۵) و کاپیلا و همکاران (۷) می‌باشد. اما پلئومورفیسم بیشتر در افراد جوان شبیه مطالعه‌ی سیرواردنا و همکاران (۱۹) بوده است.

همچنین در این مطالعه، پاسخ ایمنی ضعیف‌تر در تومور بیماران جوان‌تر، دیده شد. برخی مطالعات میزان رفتار تهاجمی بیشتری را در افراد جوان گزارش کرده‌اند (۲۲). با توجه به در نظر گرفتن اهمیت پاسخ ایمنی در کنترل تکثیر سلول‌های تومورال، پاسخ ایمنی ضعیف‌تر در بیماران جوان می‌تواند دلیل رفتار بالینی مهاجم‌تر این تومور در این افراد باشد.

مطالعه‌ی ما از نظر شیوع بیشتر OSCC خوب تمایز

بالینی بود. پیشنهاد می‌شود این مطالعه با حجم نمونه‌ی بیشتری انجام گردد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر، هیچ یک از پارامترهای بالینی و هیستوپاتولوژیک OSCC در بین گروه‌های سنی مختلف، تفاوت چشمگیر نداشت. با وجود افزایش شیوع در افراد جوان در سال‌های اخیر این تومور به عنوان یک نئوپلاسم بدخیم در افراد مسن شناخته می‌شود.

یافته، شبیه به سایر مطالعات بود. طبق نتایج حاصل پس از OSCC خوب تمایز یافته، OSCC با تمایز متوسط و سپس با تمایز ضعیف دیده شد (۱۲، ۱۶). اما در مطالعه‌ی سیرواردنا و همکاران (۱۹) و رحمان و همکاران (۲۱)، SCC با تمایز متوسط در افراد جوان، شایع‌تر بوده است که برخلاف مطالعات ساساکی و همکاران (۴) می‌باشد که اغلب تومورهای افراد جوان دارای تمایز خوب و در افراد مسن، تمایز متوسط شیوع بیشتری داشته است. از محدودیت‌های مطالعه، وجود پرونده‌های با اطلاعات ناقص

References

1. Bakhtiari S, Mortazavi H, Mehdipour M, Jafarian N, Ranjbari N, Rahmani S. Frequency of head and neck squamous cell carcinomas and related variables in southern Iran (Ahvaz City): 10-year retrospective study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017; 18(2): 375-79.
2. Naz S, Salah K, Khurshid A, Hashmi AA, Faridi N. Head and neck squamous cell carcinoma - comparative evaluation of pathological parameters in young and old patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16(9): 4061-3.
3. Fan Y, Zheng L, Mao MH, Huang MW, Liu SM, Zhang J, et al. Survival analysis of oral squamous cell carcinoma in a subgroup of young patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(20): 8887-91.
4. Sasaki T, Moles DR, Imai Y, Speight PM. Clinico-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. *J Oral Pathol Med* 2005; 34(3): 129-33.
5. Mafi N, Kadivar M, Hosseini N, Ahmadi S, Zare-Mirzaie A. Head and neck squamous cell carcinoma in Iranian patients and risk factors in young adults: a fifteen-year study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(7): 3373-8.
6. Cariati P, Cabello-Serrano A, Perez-de Perceval-Tara M, Monsalve-Iglesias F, Martínez-Lara I. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: A retrospective study in Granada University Hospital. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2017; 22(6): e679-e685.
7. Kapila SN, Natarajan S, Boaz K. A comparison of clinicopathological differences in oral squamous cell carcinoma in patients below and above 40 years of age. *J Clin Diagn Res* 2017; 11(9): ZC46-ZC50.
8. Ho HC, Lee MS, Hsiao SH, Hwang JH, Hung SK, Chou P, et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in young patients: a matched-pair analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265(Suppl 1): S57-61.
9. Broders AC. Squamous-cell epithelioma of the lip: a study of five hundred and thirty-seven cases. *JAMA* 1920; 74(10): 656-64.
10. Anneroth G, Batsakis J, Luna M. Review of the literature and a recommended system of malignancy grading in oral squamous cell carcinomas. *Scand J Dent Res* 1987; 95(3): 229-49.
11. Bryne M, Koppang HS, Lilleng R, Kjaerheim A. Malignancy grading of the deep invasive margins of oral squamous cell carcinomas has high prognostic value. *J Pathol* 1992; 166(4): 375-81.
12. Falaki F, Dalirsani Z, Pakfetrat A, Falaki A, Saghravanian N, Nosratzahi T, et al. Clinical and histopathological analysis of oral squamous cell carcinoma of young patients in Mashhad, Iran: a retrospective study and review of literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(4): e473-7.
13. Mallet Y, Avalos N, Le Ridant AM, Gangloff P, Moriniere S, Rame JP, et al. Head and neck cancer in young people: a series of 52 SCCs of the oral tongue in patients aged 35 years or less. *Acta Otolaryngol* 2009; 129(12): 1503-8.

14. Müller S, Pan Y, Li R, Chi AC. Changing trends in oral squamous cell carcinoma with particular reference to young patients: 1971-2006. The Emory University experience. *Head Neck Pathol* 2008; 2(2): 60-6.
15. Salem A. Dismissing links between HPV and aggressive tongue cancer in young patients. *Ann Oncol* 2010; 21(1): 13-7.
16. Sun Q, Fang Q, Guo S. A comparison of oral squamous cell carcinoma between young and old patients in a single medical center in China. *Int J Clin Exp Med* 2015; 8(8): 12418-23.
17. Udeabor SE, Rana M, Wegener G, Gellrich NC, Eckardt AM. Squamous cell carcinoma of the oral cavity and the oropharynx in patients less than 40 years of age: a 20-year analysis. *Head Neck Oncol* 2012; 4: 28.
18. Sadri D, Khodayari A, Gharvan S. Prevalence of oral squamous cell carcinoma in a group of young and old Iranian patients. *J Dent Shiraz Univ Med Sci* 2011; 12(2): 120-6.
19. Siriwardena BS, Tilakaratne A, Amaratunga EA, Tilakaratne WM. Demographic, aetiological and survival differences of oral squamous cell carcinoma in the young and the old in Sri Lanka. *Oral Oncol* 2006; 42(8): 831-6.
20. Troeltzsch M, Knösel T, Eichinger C, Probst F, Troeltzsch M, Woodlock T, et al. Clinicopathologic features of oral squamous cell carcinoma: do they vary in different age groups? *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72(7): 1291-300.
21. Ur Rahaman SM, Ahmed Mujib BR. Histopathological correlation of oral squamous cell carcinoma among younger and older patients. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18(2): 183-8.
22. Zhang YY, Wang DC, Su JZ, Jia LF, Peng X, Yu GY. Clinicopathological characteristics and outcomes of squamous cell carcinoma of the tongue in different age groups. *Head Neck* 2017; 39(11): 2276-82.

Evaluation of Clinico-Pathological Characteristics of Oral Squamous Carcinoma in Different Age Groups in a 10-Year Period

Seyed Mohammad Razavi¹

Saeede Khalesi²

1. Dental Implants Research Center, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** Dental Materials Research Center, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. **Email:** s_khalesi@dent.mui.ac.ir

Abstract

Introduction: Over 95% of oral cancers are squamous cell carcinomas (SCC). The prevalence of oral SCC in subjects < 40 years of age has been reported to be 0.4–3.9% of all the subjects with this lesion. The number of young patients with this malignant tumor has increased in recent years. The present study was undertaken to evaluate the clinico-pathological parameters of OSCC in patients in different age groups, referring to Isfahan Faculty of Dentistry.

Materials & Methods: In this retrospective, cross-sectional study, we reviewed demographic data, clinical features and histopathological parameters of 80 OSCC cases in different age groups from the Archives of the Oral Pathology Department, Isfahan Faculty of Dentistry. The histopathological parameters and malignant tumor grades were evaluated by two oral pathologists. Data were analyzed with SPSS 22, using chi-squared and Mann-Whitney tests ($\alpha = 0.05$).

Results: Of all the cases evaluated, 42 (52.5%) were female and 38 (47.5%) were male, with a female-to-male ratio of 1.1. Alveolar mucosa with 31 (38.8%) cases was the most common site of involvement in all the age groups. The most prevalent clinical feature of OSCC in the patients was exophytic lesion. Well-differentiated (grade 1) OSCC was the most common subtype of OSCC in all the age groups. There was no significant difference in the clinico-pathological parameters between the age groups (p value > 0.05).

Conclusion: Based on the results of the present study, there was no specific histopathological parameter between different age groups with OSCC. Despite the increase in the number of young patients with OSCC, it is still considered a specific malignant tumor in old age groups.

Key words: Oral cancer, Pathology, Squamous cell carcinoma.

Received: 6. 2.2019

Revised: 22.4.2019

Accepted: 5.5.2019

How to cite: Razavi SM, Khalesi S. Evaluation of Clinico-Pathological Characteristics of Oral Squamous Carcinoma in Different Age Groups in a 10-Year Period. J Isfahan Dent Sch 2019; 15(2): 156-163.