

## Epidemiology of Eyelid Skin Masses over a 10- Year Period at Labbafinejad Medical Center

Bagheri A, MD\*; Tavakoli M, MD; Saloor H, MD; Abrishami M, MD; Aletaha M, MD; Kanani A, MD; Esfandiari H, MD

Ophthalmic Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: abbasbagheri@yahoo.com

**Purpose:** To define the demographic and clinical features of eyelid masses at a referral hospital over a 10-year period.

**Methods:** This is a retrospective record-based study on patients with eyelid masses during the above-mentioned period. Data on epidemiologic and clinical features and therapeutic approaches were collected and analyzed.

**Results:** 551 patients were included in the study from which 369 cases (67%) were inflammatory lesions (Chalazia), 82 cases (14.8%) were benign and 100 cases (18.2%) were malignant neoplasms. Melanocytic nevi (40%), papillomas (16%) and cysts (10%) were the most common benign lesions. Basal cell carcinoma (BCC) (83%), squamous cell carcinoma (SCC) (8%) and sebaceous gland carcinoma (SGC) (6%) were the most frequent malignant tumors. The lower lid was the most common location for malignant lesions followed by the upper lid. Recurrence of BCC was recorded in 16 cases which was most common in the lower lid.

**Conclusion:** Inflammatory lesions including chalazia were the most common type of eyelid mass in lesions our survey. Melanocytic nevi and BCC were the most frequent benign and malignant lesions respectively. Recurrence of BCC was common especially in the lower lid.

**Keywords:** Eyelid Skin Tumor, Papilloma, Nevus, Basal Cell Carcinoma, Squamous Cell Carcinoma, Chalazion

• Bina J Ophthalmol 2013; 18 (3): 257-264.

Received: 29 January 2012

Accepted: 24 October 2012

### ویژگی‌های جمعیت‌شناختی توده‌های پلکی نمونه‌برداری شده طی ۱۰ سال در مرکز پزشکی لبافی‌نژاد

دکتر عباس باقری<sup>۱</sup>، دکتر مهدی توکلی<sup>۱</sup>، دکتر حسین سالور<sup>۱</sup>، دکتر محمد ابریشمی<sup>۱</sup>، دکتر مریم آل‌طه<sup>۲</sup>، دکتر آزاده کنعانی<sup>۳</sup> و دکتر حامد اسفندیاری<sup>۳</sup>

**هدف:** بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی تومورهای پلکی طی سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۸۹ در بیمارستان شهید لبافی‌نژاد. **روش پژوهش:** در این مطالعه گذشته‌نگر، پرونده تمام بیمارانی که با تشخیص توده پلکی در دوره زمانی ذکر شده در بیمارستان لبافی‌نژاد مورد بیوپسی پلک قرار گرفته بودند بررسی و اطلاعات مربوط به هر بیمار در فرم‌های مخصوص تهیه شده ثبت شد. داده‌ها بر مبنای اهداف طرح، مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** از مجموع ۵۵۱ مورد بررسی شده، ۳۶۹ مورد (۶۷ درصد) شالازیون، ۸۲ مورد (۱۴/۸ درصد) توده خوش‌خیم و ۱۰۰ مورد (۱۸/۲ درصد) توده بدخیم بودند. شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم به ترتیب شامل خال‌های ملانوسیتی (۴۰ درصد)، پاپیلوماها (۱۶ درصد) و کیست‌ها (۱۰ درصد) بودند. شایع‌ترین توده‌های بدخیم کارسینوم سلول قاعده‌ای (BCC) (۸۳ درصد)، کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) (۸ درصد) و کارسینوم غدد سباسه (SGC) (۶ درصد) بودند. BCC و SCC بیش‌تر در افراد مسن‌تر از ۷۰ سال بروز کرده بودند. شایع‌ترین محل بروز تومورهای بدخیم پلک پایین و به دنبال آن پلک بالا بود. BCC در ۱۶ مورد عود داشت که در پلک پایین از همه شایع‌تر بود. متاستاز در هیچ بیماری دیده نشد.

**نتیجه‌گیری:** در مرکز لبافی‌نژاد شایع‌ترین توده پلکی، توده‌های التهابی است که در زنان شایع‌تر است. خال ملانوسیتی

شایع ترین توده خوش خیم و BCC شایع ترین تومور بدخیم پلک است. بیش تر این توده‌ها در پلک پایین هستند که همراه با درصد عود بالاتری نیز می‌باشند.

• مجله چشم پزشکی بینا ۱۳۹۲؛ دوره ۱۸، شماره ۳: ۲۶۴-۲۵۷.

• پاسخ‌گو: دکتر عباس باقری (email: abbasbagheri@yahoo.com)

دریافت مقاله: ۹ بهمن ۱۳۹۰

تایید مقاله: ۳ آبان ۱۳۹۱

۱- استاد- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- استادیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تهران- پاسداران- بوستان نهم- خیابان پایدارفرد (خیابان امیر ابراهیمی)- پلاک ۲۳- مرکز تحقیقات چشم

### مقدمه

حدود ۵ درصد از تومورهای پوستی در ناحیه پلک‌ها روی می‌دهند<sup>۱</sup> و پوست نواحی اطراف چشم و پلک‌ها از جمله محل‌های شایع درگیری در ضایعات نئوپلاستیک سر و صورت می‌باشد. تومورهای پلکی به ندرت منجر به مرگ می‌شوند ولی تشخیص دیرهنگام این ضایعات منجر به مداخله وسیع‌تر جراحی جهت خارج کردن آن‌ها شده و متعاقب آن اثرات نامطلوب زیبایی برای بیمار خواهند داشت<sup>۲</sup>. تومورهای خوش خیم علاوه بر مشکلات زیبایی ممکن است مسیر دید را مسدود کرده و یا باعث تغییر وضعیت طبیعی پلک‌ها شوند. تومورهای بدخیم نظیر BCC و SCC و کارسینوم غدد سباسه و حتی ملانوم پوست، می‌توانند با درگیر نمودن پلک‌ها و پوست اطراف چشم در بیمار ایجاد ناتوانی (Morbidity) و حتی مرگ (Mortality) نمایند.

مطالعات متعددی در کشورهای مختلف در مورد شیوع انواع تومورهای پلکی، تظاهرات بالینی و عوامل خطر ایجاد کننده آن‌ها صورت گرفته‌اند<sup>۳</sup>. از آن جایی که بروز تومورهای پوستی پلک تا حد زیادی تحت تاثیر عوامل محیطی مانند تماس با نور آفتاب، اشعه فرابنفش و عوامل نژادی مثل رنگ پوست و غیره می‌باشد، شیوع انواع این تومورها در مناطق مختلف جغرافیایی با یکدیگر متفاوت است. اهمیت دانستن شیوع تومورهای پلکی و تظاهرات بالینی آن‌ها در برخورد با بیماران از سویی و محدود بودن مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور ایران از سوی دیگر، لزوم انجام طرح تحقیقاتی در این زمینه را مشخص می‌سازد، هم‌چنین زمینه را برای انجام مطالعات وسیع‌تر مانند تعیین عوامل خطر در این زمینه فراهم می‌نماید.

پلکی در بیمارستان لبافی‌نژاد طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۷۸ مورد بیوپسی قرار گرفته بودند و پرونده ایشان در بایگانی بیمارستان موجود بود وارد تحقیق شدند. برای هر بیمار فرم مخصوص ثبت اطلاعات تهیه شد. در هنگام تنظیم پرونده از تابلوی اسنلن برای معاینه دید بیماران، اسلیت‌لامپ جهت بررسی سگمان قدامی و خلفی، افتالموسکوپ غیرمستقیم برای فوندوسکوپی و نور معمولی اتاق جهت مشاهده ضایعات و گاه از دوربین ساده به منظور ثبت یافته‌ها استفاده می‌شد. داده‌های مورد نیاز بر اساس پرسش‌نامه از پرونده بیماران جمع‌آوری می‌شد. این داده‌ها شامل سن، جنس، چشم مبتلا، مدت زمان مراجعه بعد از شروع علائم، علائم در بدو ورود، میزان دید، محل و اندازه ضایعه، مشخصات ظاهری ضایعه، محدودیت حرکتی، معاینات فوندوسکوپی، وضعیت کیسه اشکی، سابقه ضربه و یا تومورهای پوستی در سایر نقاط بدن، نوع عمل جراحی، شیوه ترمیم پلک، نتیجه درمان، نحوه پی‌گیری، میزان عود توده و مشخصات توده عود کننده بود. در مورد توده‌های مشکوک به بدخیمی، جراحی در بیش تر موارد به صورت بیوپسی اکسیژنول همراه با برداشتن جداگانه بافت حاشیه‌ای بود. اگر پاسخ آسیب‌شناسی تایید کننده عدم درگیری بافت حاشیه‌ای (مارژین) بود، برای بیمار جراحی ترمیمی انجام می‌شد، در غیر این صورت نمونه‌برداری تا پاک شدن کامل مارژین ادامه می‌یافت. در توده‌های بزرگ، اولین عمل معمولاً بیوپسی برشی (Incisional) و در صورت تایید بدخیم بودن توده، ادامه درمان به روش بالا بود. در مورد توده‌های به ظاهر خوش خیم درمان جراحی شامل خارج نمودن توده و تایید آسیب‌شناسی و ترمیم بود. یافته‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

### یافته‌ها

توده‌های پلکی به دو گروه التهابی و غیرالتهابی تقسیم شدند. ۳۶۹ (۶۷ درصد) مورد از توده‌های پلکی، التهابی (شالازیون) بودند

### روش پژوهش

این مطالعه به صورت "گزارش موارد" و گذشته‌نگر و مبتنی بر پرونده بیماران صورت گرفت. کلیه بیمارانی که با تشخیص توده

قطر ضایعه بیش‌تر از ۱۵ میلی‌متر) بود. انواع غیرالتهابی توده‌ها شامل ۸۲ مورد خوش‌خیم و ۱۰۰ مورد توده بدخیم بودند. از ۸۲ مورد توده خوش‌خیم شناسایی شده، ۴۰ مورد در مردان و ۴۲ مورد در زنان بروز کرده بودند. دسته‌بندی بافت‌شناسی این تومورها در جدول ۲ نمایش داده شده است.

که در ۲۱۷ زن و ۱۵۲ مرد با میانگین سنی ۳۱/۷ (۷ تا ۸۰) سال بروز کرده بودند (جدول ۱). اندازه توده‌های التهابی، در ۵۶ درصد موارد کوچک (بزرگ‌ترین قطر کم‌تر از ۵ میلی‌متر)، ۳۱ درصد متوسط (بزرگ‌ترین قطر بیش‌تر از ۵ میلی‌متر و کم‌تر از ۱۰ میلی‌متر)، ۸ درصد بزرگ (بزرگ‌ترین قطر ضایعه بیش‌تر از ۱۰ و کم‌تر از ۱۵ میلی‌متر) و ۵ درصد موارد بسیار بزرگ (بزرگ‌ترین

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناسی توده‌های التهابی و غیرالتهابی

میزان P	بدخیم	خوش‌خیم	التهابی	
$\pm < 0.001$	$63.9 \pm 12.3$	$46.4 \pm 20.7$	$31.7 \pm 14.2$	میانگین سنی
$* 0.001$	۶۴ (۶۴)	۴۰ (۴۹)	۱۵۲ (۴۳)	جنس مرد (درصد)
$\pm 0.001$	$36.9 \pm 12.0$	$89.3 \pm 24.0$	$3.9 \pm 2.8$	فاصله زمانی شروع بیماری تا مراجعه (ماه)
	۱-۳۰۰	۱-۶۰۰	۱-۱۵	

‡ آزمون کروسکال والیس  
\* آزمون کای مربع

جدول ۲- فراوانی تومورهای خوش‌خیم پلک

نوع تومور	تعداد	درصد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
خال	۳۳	۴۰	۳۰-۵۱
پاپیلوما	۱۳	۱۶	۸-۲۴
کیست	۸	۱۰	۳-۱۶
کراتوزیس سبوریک	۶	۷	۲-۱۳
همانژیوم	۴	۴/۹	۰/۲-۹/۵
کراتوزیس لیکنوئید	۳	۳/۷	۰/۹-۹/۶
زگیل	۳	۳/۷	۰/۹-۹/۶
سیرنگوما	۳	۳/۷	۰/۹-۹/۶
میلیا	۲	۲/۴	۰-۵/۸
تریکواپیتلیوما	۲	۲/۴	۰-۵/۸
لیپوما	۲	۲/۴	۰-۵/۸
نوروفیبروما	۱	۱/۲	۰-۳/۶
هیدروسیتوم آپوکرین	۱	۱/۲	۰-۳/۶
آدنوم سیاسه	۱	۱/۲	۰-۳/۶

در پلک‌ها نشان می‌دهد. شایع‌ترین درگیری ترکیبی پلک در ضایعه التهابی درگیری هم‌زمان پلک‌های بالا و پایین (۲۱ مورد) و پس از آن درگیری

شایع‌ترین توده خوش‌خیم پلک، خال‌های ملانوسیتیک (۴۰ درصد موارد) و پس از آن پاپیلوما و کیست‌ها به ترتیب ۱۶ و ۱۰ درصد موارد را شامل می‌شدند. جدول ۳ موقعیت توده‌های پلکی را

کارسینوم سلول‌های سباسبه (SGC)، ۲ مورد ملانوم بدخیم و یک مورد لنفوم بود. هر بیمار فقط یک توده بدخیم پلکی داشت. توده‌های بدخیم، پلک راست و چپ را تقریباً به طور مساوی درگیر کرده بودند. (۵۲ مورد در پلک‌های چشم چپ)

هم‌زمان پلک بالا و کانتوس خارجی (۱۶ مورد) بود. در این مطالعه، ۱۰۰ توده پلکی بدخیم شناسایی شد که شامل ۸۳ مورد (۸۳ درصد) کارسینوم سلول‌های بازال (BCC)، ۸ مورد (۸ درصد) کارسینوم سلول‌های شاخی (SCC)، ۶ مورد (۶ درصد)

جدول ۳- مقایسه محل انتشار توده‌های مختلف پلکی

	التهایی		خوش خیم		بدخیم		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بالا	۱۴۰	۳۷٫۹	۴۷	۵۷٫۳	۱۸	۱۸	۲۰۵	۳۷٫۲
پایین	۹۵	۲۵٫۷	۲۴	۲۹٫۳	۵۸	۵۸	۱۷۷	۳۲٫۱
داخل	۲۸	۷٫۶	۵	۶٫۱	۵	۵	۳۸	۶٫۹
خارج	۳۳	۸٫۹	۲	۲٫۴	۶	۶	۴۱	۷٫۴
ترکیبی	۷۳	۱۹٫۷	۴	۴٫۸	۱۳	۱۳	۹۰	۱۶٫۳
جمع کل	۳۶۹	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۵۱	۱۰۰

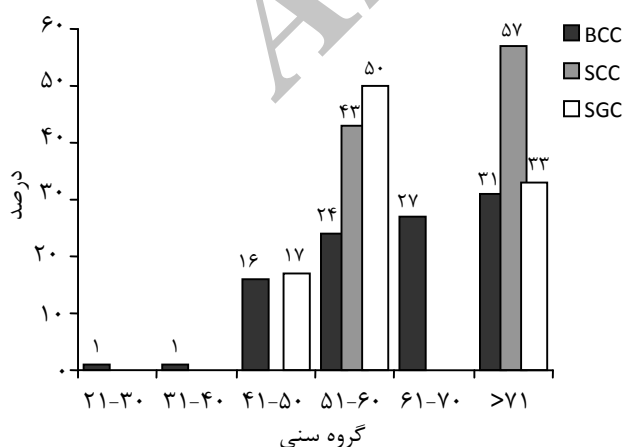
جدول ۴- ویژگی‌های جمعیت‌شناسی بیماران مبتلا به توده‌های بدخیم پلک

میزان P	لنفوم	ملانوم بدخیم	SGC	SCC	BCC	میانگین سنی (سال)
±۰٫۳۴	۷۱	۶۷±۴	۶۵±۱۶	۷۳±۹	۶۳±۱۲	دامنه تغییرات
		۶۴-۷۰	۵۰-۸۲	۵۹-۸۹	۲۵-۱۰۰	مرد (درصد)
* >۰٫۹۹	۰	۵۰	۵۰	۴۷٫۲	۶۵٫۱	فاصله زمانی شروع علائم تا مراجعه (ماه)
±۰٫۹۶	۲٫۰	۹٫۰	۱۰٫۲	۱۱٫۷	۲۸	

‡ براساس کروسکال والیس

\* براساس کای مربع

کانتوس داخلی (۳ مورد) بود.

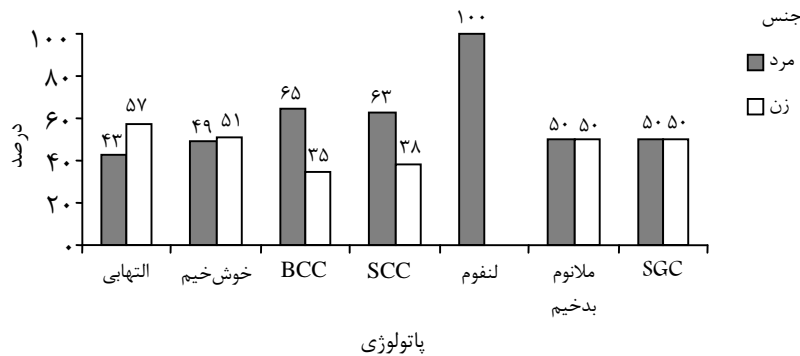


نمودار ۱- انتشار سنی تومورهای بدخیم

فراوانی بروز توده‌های بدخیم در دهه‌های متوالی سنی درنمودار ۱ نشان داده شده است. BCC و SCC بیش‌تر در افراد بالاتر از ۷۰ سال یافت شدند (به ترتیب ۳۱٫۳ درصد و ۵۷٫۱ درصد).

بیماران مبتلا به ملانوم بدخیم و کارسینوم سباسبه از دو گروه قبلی جوان‌تر بودند، ۱۰۰ درصد موارد ملانوم بدخیم در دهه هفتم و ۵۰ درصد موارد کارسینوم سباسبه در دهه ششم عمر تشخیص داده شدند. تنها مورد لنفوم پلک، ۷۱ سال داشت (جدول ۴). موقعیت تومورها در جدول ۵ با جزئیات بیان شده‌اند. شایع‌ترین موقعیت BCC و SCC و کارسینوم سلول سباسبه در پلک پایینی بود (به ترتیب ۶۱٫۴ درصد، ۲۵ درصد و ۵۰ درصد).

شایع‌ترین درگیری ترکیبی پلک‌ها، در مورد BCC درگیری هم‌زمان پلک پایین و کانتوس داخلی (۵ مورد) و سپس پلک بالا و



نمودار ۲- انتشار جنسی تومورهای مختلف

جدول ۵- محل انتشار و موقعیت تومورهای بدخیم پلک

محل انتشار	BCC		SCC		SGC		لنفوم		ملانوم بدخیم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بالا	۱۴	۱۶٫۹	۲	۲۵	۱	۱۶٫۶	۰	۰	۱	۵۰
پایین	۵۱	۶۱٫۴	۲	۲۵	۳	۵۰	۱	۱۰۰	۱	۵۰
داخل	۴	۴٫۸	۰	۰	۱	۱۶٫۷	۰	۰	۰	۰
خارج	۴	۴٫۸	۲	۲۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰
ترکیبی	۱۰	۱۲	۲	۲۵	۱	۱۶٫۷	۰	۰	۰	۰
جمع	۸۳	۱۰۰	۸	۱۰۰	۶	۱۰۰	۱	۱۰۰	۲	۱۰۰

تغییرات ۹۵ درصدی (۲/۶-۰/۹). از ۱۶ مورد عود، ۵ مورد در تومورهایی با اندازه کم‌تر از ۳ میلی‌متر، ۴ مورد در تومورهای متوسط (۳-۶ میلی‌متر) و ۷ مورد در تومورهای بزرگ‌تر از ۶ میلی‌متر بروز کرده بود.

احتمال عود در سنین بالا بیش‌تر بود و ۷۴/۶ درصد موارد در سنین بالای ۷۰ سال رخ داده بود. فاصله بین شروع علائم تا مراجعه در افراد مبتلا به عود  $22/5 \pm 24/1$  و در موارد بدون عود  $43/3 \pm 24$  ماه بود. با این وجود تفاوت بین دو گروه معنادار نبود ( $P=0/44$ ). بین جنس و عود تومور رابطه معناداری مشهود نبود ( $P=0/81$ ). تنها مورد عود در SCC، در یک مرد ۷۲ ساله در پلک تحتانی و کانتوس داخلی، یک سال پس از عمل جراحی روی داده بود.

### بحث

توده‌های پلکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی می‌باشند که یک

فاصله زمانی بین شروع علائم و مراجعه بیمار برای توده‌های التهابی، خوش‌خیم و بدخیم به ترتیب ۳/۹ ماه، ۸۹/۳ ماه و ۳۶/۹ ماه بود. در توده‌های بدخیم این فاصله برای BCC ۲۸ ماه، SCC ۱۱/۷ ماه، SGC (کارسینوم سلول سباسبه) ۱۰/۲ ماه، ملانوم بدخیم ۹ ماه و لنفوم ۲ ماه بود. متوسط زمان پی‌گیری بیماران ۷۸ (دامنه تغییرات ۱۱۰-۱) ماه بود. ۱۷ بیمار دچار عود تومور شدند که ۱۶ مورد آن در گروه BCC و یک مورد آن در SCC روی داده بود. ۹ مورد از عودهای BCC در پلک تحتانی، ۳ مورد در کانتوس داخلی، ۲ مورد در پلک فوقانی، یک مورد در پلک تحتانی و کانتوس داخلی و یک مورد در کانتوس خارجی رخ داده بود. تنها مورد عود SCC، در کانتوس داخلی بود.

تفاوت معناداری بین موقعیت تومورهای BCC و عود وجود نداشت ( $P=0/15$ ). هم‌چنین بین اندازه توده در BCC و احتمال عود رابطه معناداری وجود نداشت ( $P=0/07$ ) ولی احتمال عود ضایعه با افزایش هر رده، ۱/۶ برابر افزایش می‌یافت (حدود

کودکان و افراد زیر ۱۷ سال صورت گرفته بود. برخی دیگر از این تفاوت‌ها ممکن است به علت ناحیه خاص جغرافیایی باشد، به عنوان مثال به عقیده نویسندگان این مقاله شیوع بالای هیدروسیستوم در مطالعه عربستان سعودی ناشی از اقلیم گرم این منطقه و فعالیت بیش‌تر غدد عرق پوستی در ساکنین آن می‌باشد.<sup>۴</sup>

سن متوسط ابتلا به تومورهای خوش‌خیم در بیماران ما حدود ۴۷ سال و شیوع جنسی تقریباً یکسان بود و بیش‌ترین درگیری در پلک بالا (حدود ۵۷ درصد) روی داده بود. نتایج به نسبت مشابه در مقالات دیگر هم گزارش شده بود. به عنوان مثال در یک بررسی بر روی بیش از ۵۵۰۰ مورد تومور پوست پلک در سوییس، ۸۴ درصد موارد را تومورهای خوش‌خیم تشکیل می‌دادند که شایع‌ترین نوع آن هم پاپیلوم سلول سنگفرشی و پس از آن کراتوز سیوریک بود. متوسط سن در این دو نوع تومور خوش‌خیم به ترتیب ۵۶ و ۶۹ سال بود و نسبت جنسی در اکثر موارد توده‌های خوش‌خیم اپیدرمی مساوی بود. در بعضی از انواع آسیب‌شناسی مانند پاپیلوم، کراتوز فولیکولار وارونه و کیست درموئید برتری با پلک بالا بود. کراتوآکانتوم، کراتوز آفتابی (Solar Keratosis) و بیماری Bowen در پلک پایین شایع‌تر بودند و در بسیاری از موارد نیز هر دو پلک درگیری یکسان داشتند.<sup>۱۱</sup> در مطالعه مشابه دیگری از کشور تایلند، ۵۱ درصد تومورهای خوش‌خیم در پلک بالا بودند.<sup>۱۲</sup> در مطالعه جنوب تایوان نیز ۴۶ درصد موارد خوش‌خیم در پلک فوقانی روی داده بودند<sup>۱۳</sup> ولی در مقابل در مطالعه چین، درگیری پلک پایین با اختلاف کمی نسبت به پلک بالا در صدر قرار داشت.<sup>۳</sup>

سه بدخیمی شایع در مطالعه ما به ترتیب BCC (۸۳ درصد)، SCC (۸ درصد) و کارسینوم غدد سیبسه (SGC) (۶ درصد) بودند. در مطالعاتی که در کشورهای مختلف صورت گرفته‌اند، ترتیب و یا نسبت این تومورهای متفاوت است که جهت مقایسه در جدول ۶ نشان داده شده‌اند.

تقریباً در تمام این مطالعات، BCC شایع‌ترین تومور بدخیم پلک می‌باشد. شیوع SGC به ویژه در کشورهای آسیایی از میزان بالاتری برخوردار است در حالی که در اکثر کشورهای غربی میزان BCC بیش از ۸۵ درصد است. این تفاوت‌ها تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند ژنتیک، نژاد، موقعیت جغرافیایی، فاصله از خط استوا و عادات بهداشتی مردم هر منطقه در رابطه با محافظت از نور آفتاب می‌باشد.

میانگین سن مبتلایان به بدخیمی در تحقیق حاضر در انواع

چشم‌پزشک با آن مواجه می‌شود. در مطالعه حاضر، ۵۵۱ پرونده از بیمارانی که با شکایت توده پلکی به بیمارستان لبافی‌نژاد مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. از این مقدار، ۴۵۱ مورد (۸۱ درصد) را توده‌های غیربدخیم تشکیل می‌دادند که شایع‌ترین آن‌ها شالازیون بود. با کنار گذاشتن شالازیون به عنوان یک بیماری التهابی، ۸۲ مورد تومور خوش‌خیم در بیماران شناسایی شد. گرچه تومورهای خوش‌خیم بیش‌ترین میزان کلی توده‌های پلک را تشکیل می‌دادند ولی چون به طور معمول اکثر آن‌ها به صورت سرپایی توسط چشم‌پزشکان یا متخصصین پوست در مراکز غیر آموزشی و درمانگاه‌های خصوصی درمان می‌شوند و بیش‌تر بیماران مراجعه کننده به درمانگاه ما به عنوان یک مرکز ارجاعی به علت شک به بدخیمی یا نیاز به جراحی‌های ترمیمی و گسترده‌تر از پزشکان خارج از مرکز ارجاع می‌شوند، بنابراین موارد بدخیم در این مطالعه نسبت به توده‌های خوش‌خیم (به جز شالازیون) برتری دارند.

در یک مطالعه ۹ ساله در چین بر روی تومورهای پوستی از سال ۲۰۰۶-۱۹۹۷، بیش از ۲۶۰۰ نمونه بررسی شدند که ۸۶ درصد موارد آن را توده‌های غیربدخیم تشکیل می‌دادند و از این موارد نیز شایع‌ترین علت آن مربوط به توده‌های التهابی یا شالازیون بود.<sup>۳</sup> در مطالعه ما، بیش‌ترین موارد شالازیون در زنان و متوسط سنی بیماران ۳۱/۷ بود. در یک مطالعه اپیدمیولوژیک در عربستان سعودی شالازیون با ۲۱/۶ درصد فراوانی، دومین نوع ضایعات خوش‌خیم را تشکیل می‌داد که ۵۵ درصد موارد آن در مردان بود و سن متوسط بیماران ۳۲/۶±۱۸/۷ گزارش شد.<sup>۴</sup> سایر ویژگی‌های شالازیون در مطالعه جداگانه‌ای توسط نویسنده مطالعه حاضر معرفی شده است.<sup>۵</sup>

شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم در این تحقیق به ترتیب خال، پاپیلوم سنگفرشی و کیست (درموئید و اپی درموئید) بودند. این ترتیب در مطالعات مختلف متغیر بوده است که برخی از آن‌ها مشابه تحقیق حاضر بوده‌اند. برای مثال در سه مطالعه از چین، جنوب تایوان و کره جنوبی تومورهای شایع خوش‌خیم به ترتیب خال، پاپیلوم و کیست گزارش شده‌اند.<sup>۳،۶،۷</sup>

شایع‌ترین توده خوش‌خیم در مطالعات <sup>۸</sup>Kersten و <sup>۹</sup>Ni، پاپیلوم و در برخی از مقالات کیست درموئید گزارش شدند.<sup>۱۰</sup> در مطالعه عربستان سعودی، شایع‌ترین توده خوش‌خیم هیدروسیستوم گزارش شد و شالازیون در رتبه بعدی قرار داشت.<sup>۴</sup> برخی از این تفاوت‌ها به علت متفاوت بودن جمعیت مورد مطالعه است. برای مثال، در مطالعه Hsu و همکاران<sup>۱۰</sup> که کیست درموئید به عنوان شایع‌ترین تومور معرفی شده است، بررسی بر روی

بودند. گزارش‌هایی از ابتلا به این بیماری در سنین پایین در مقالات مشابه هم وجود دارد و در این بیماران احتمال ناهنجاری‌های وراثتی و بروز سندرم‌های خاص از قبیل سندرم خال سلول قاعده‌ای (Basal Cell Nevus Syndrome) و بیماری گزرودرم پیگمنتوزوم وجود دارد<sup>۱۸،۱۹</sup>.

مختلف پاتولوژی، بیش‌تر از ۶۰ سال بود. این یافته منطبق با اکثر مطالعات یاد شده و نیز مطابق با یافته‌های Vitaliano و Urbach<sup>۱۷</sup> بوده است که سن را به عنوان یک عامل خطر مهم در تومورهای پوستی غیر ملانومی معرفی کرده‌اند. در تحقیق ما دو بیمار در سن زیر ۴۰ سال و ۱۳ بیمار در سن زیر ۵۰ سال به BCC مبتلا شده

جدول ۶- شیوع تومورهای بدخیم پلکی در کشورهای مختلف

ردیف	کشور محل مطالعه	تعداد موارد بدخیم	ترتیب شیوع تومور (درصد)
۱	چین <sup>۴</sup>	۳۶۳	BCC (۴۱/۳) SGC (۳۸/۶) لنفوم (۹/۱)
۲	تایوان <sup>۶</sup>	۱۸	BCC (۷۸) SGC (۱۶/۶) SCC (۵)
۳	تایلند <sup>۱۲</sup>	۳۲	BCC (۴۰) SGC (۳۷/۵) ملانوم (۹)
۴	سوئیس <sup>۱۱</sup>	۸۸۰	BCC (۸۶) SCC (۷) SGC (۳)
۵	تایوان <sup>۱۳</sup>	۱۱۶۶	BCC (۶۵/۱) SCC (۱۲/۶) SGC (۷/۹)
۶	ژاپن <sup>۱۴</sup>	۳۸	BCC (۳۹/۵) SGC (۲۸/۹) SCC (۱۰/۵)
۷	امریکا <sup>۱۵</sup>	۱۷۴	BCC (۹۰/۸) SCC (۸/۶) ملانوم (۰/۶)
۸	ایران <sup>۱۶</sup>	۵۲۴	BCC (۷۸) SCC (۱۲) SGC (۰/۵)

مطالعه ما، بیش‌ترین زمان ابتلا به بیماری قبل از مراجعه مربوط به BCC (حدود ۴۰ ماه) و پس از آن به ترتیب مربوط به SGC (۱۱ ماه)، SCC (۱۰ ماه) و لنفوم بدخیم (۱ ماه) بود. آگاهی از وجود ضایعه در بیماران BCC از مدت‌ها قبل از مراجعه و تشخیص، یک یافته است<sup>۱۸</sup>. طبق یک مطالعه، ۱۵ درصد از این بیماران حداقل ۵ سال قبل از تشخیص، از وجود زخم و بیماری آگاه بوده‌اند<sup>۲۰</sup>. به علت همین ویژگی (پیشرفت تدریجی)، بیوپسی هر گونه ضایعه مشکوک در پلک‌ها در اسرع وقت توصیه می‌شود<sup>۲۱</sup>.

در این بررسی بعد از حدود ۶/۵ سال پی‌گیری بیماران، حدود ۱۶ مورد عود در موارد BCC و ۱ مورد عود در بیماران SCC مشاهده شد. عوامل خطر برای عود بیماران عبارتند از اندازه ضایعه (عود در ضایعات بزرگ‌تر از ۲ سانتی‌متر بالاتر از ۴۰ درصد و برای ضایعات زیر ۲ سانتی‌متر کم‌تر از ۱۰ درصد است)، نوع مورفه‌آ شکل ضایعه و نیز موقعیت تومور در کانتوس داخلی می‌باشد<sup>۱۹</sup>. روش درمان هم در میزان عود تاثیرگذار است.

در مطالعه ما از ۴ مورد بیماری در کانتوس داخلی، ۳ مورد دچار عود شدند (۷۵ درصد). در حالی که این میزان در موقعیت پلک تحتانی حدود ۱۶ درصد بود. به علاوه عود بیماری با اندازه ضایعه هم مرتبط بود و هرچه ضایعه اولیه بزرگ‌تر بود، شانس عود بیش‌تر می‌شد و این با نتایج سایر مطالعات مطابقت دارد<sup>۱۹</sup>.

به طور کلی بیش از ۲۰ درصد موارد BCC در اطراف چشم‌ها بروز می‌کنند که نیمی از این موارد در پلک پایین، یک سوم در کانتوس داخلی، ۱۵ درصد در پلک بالایی و ۵ درصد در کانتوس خارجی واقع هستند<sup>۱۹،۲۰</sup>.

در مطالعه حاضر، بیش‌ترین موارد BCC در پلک پایین واقع بودند (۶۱/۴ درصد) ولی میزان بروز بیماری در کانتوس داخلی از اکثر مطالعات مشابه پایین‌تر<sup>۱۵</sup> و به میزان یکسانی با کانتوس خارجی بود.

در این تحقیق، وجود توده زخمی شایع‌ترین علت مراجعه در بیماران مبتلا به BCC و SCC بود و افزایش ضخامت لبه پلک یافته‌ای بود که با بالاترین میزان در مبتلایان به بدخیمی‌های پلک یافت شد. طولانی‌ترین زمان مراجعه بعد از بروز علائم مربوط به BCC (۲۸ ماه) و کم‌ترین مربوط به لنفوم (۲ ماه) بود.

به طور کلی شروع پیدایش تومور BCC بسیار تدریجی است و ضایعات اولیه مشخصه ویژه‌ای ندارند و ممکن است به صورت خطی از برجستگی‌های مروارید شکل همراه با تلائزکتازی‌های ظریف و حداقل زخم بروز یابند.

در فرم کامل، BCC ممکن است به اشکال شایع از قبیل ندولار، پیگمانته، زخمی و مورفه‌آ شکل دیده شود که شایع‌ترین نوع آن نوع ندولر می‌باشد<sup>۱۸،۱۹</sup>. در مطالعه Takamura و همکاران<sup>۱۴</sup> مانند

نقطه قوت این مطالعه آرایه آمارهایی از تومورهای پلک در مدت ده سال از اولین مطالعه در ایران است که در بیمارستان فارابی انجام شده بود<sup>۱۶</sup>، که با توجه به تفاوت آمارهای موجود در کشورها و مناطق جغرافیایی مختلف و نبود این آمارها در کشور، انجام چنین تحقیقی ضروری می‌رسید. نقطه ضعف این مطالعه، گذشته‌نگر بودن آن و احتمال خطا در جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعات می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

شایع‌ترین توده پلکی در همه سنین و هر دو جنس شالازیون می‌باشد که در زنان فراوان‌تر است. شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم و بدخیم پوست پلک به ترتیب خال پیگمانته و BCC می‌باشند.

در یک مطالعه که در سال ۱۹۸۹ انتشار یافت، تمام مقالاتی که از سال ۱۹۴۷ مربوط به عود BCC بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند. طبق نتایج این مطالعه، کم‌تر از ۱/۳ عودها در سال اول روی داده بودند. فقط حدود ۵۰ درصد موارد عود در ۲ سال اول و فقط ۲/۳ این موارد هم در سه سال اول رخ داده بودند و میزان عود در پی‌گیری ۱۰ ساله، دو برابر پی‌گیری دو ساله بود و ۱۸ درصد موارد عود نیز در بین سال‌های پنجم تا دهم روی دادند. اهمیت این نتایج در لزوم پی‌گیری طولانی مدت این بیماران به ویژه در مواردی است که عوامل خطر ذکر شده را داشته باشند<sup>۲۲</sup>. این نتایج هم‌چنین به این اشاره دارد که دقت در شناسایی عود در سال‌های اول پس از برداشتن ضایعه باید بیش‌تر باشد زیرا شناسی عود در این سال‌ها بالاتر است.

### منابع

- Cook BE Jr, Batly GB. Treatment options and future prospects for the management of eye lid malignancies; and evidence based update. *Ophthalmology* 2001;108:20088-20098.
- Hilovsky JP. Lid lesions suspected of malignancy. *J Am Opom Assoc* 1995;66:510-515.
- Xu XL, Li B, Sun XL, et al. Eyelid neoplasms in the Beijing Tongren Eye Centre between 1997 and 2006. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2008;39:367-372.
- Al-Fakyyh. Epidemiology of benign eyelid lesions in patients presenting to a teaching hospital. *Saudi Journal of Ophthalmology*. In Press, Corrected Proof
- Bagheri A, Hasani HR, Karimian F, et al. Effect of chalazion excision on refractive error and corneal topography. *Eur J Ophthalmol* 2009;19:521-526.
- Chang CH, Chang SM, Lai YH, et al. Eyelid tumors in southern Taiwan: a 5-year survey from a medical university. *Kaohsiung J Med Sci* 2003;19:549-554.
- Chi MJ, Baek SH. Clinical analysis of benign eyelid and conjunctival tumors. *Ophthalmologica* 2006;220:43-51.
- Kersten RC, Ewing-chow D, Kulwin DR, et al. Accuracy of clinical diagnosis of rutaneous lesions ophthalmology 1997;104:479-484.
- Ni Z. Histopathological classification of 3,510 cases with eyelid tumor. [Article in Chinese] *Zhonghua Yan KeZaZhi* 1996;32:435-437.
- Hsu HC, Lin HF. Eyelid tumors in children: a clinicopathologic study of a 10-year review in southern Taiwan. *Ophthalmologica* 2004;218:274-277.
- Deprez M, Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. *Am J Dermatopathol* 2009;31:256-262.
- Pornpanich K, Chindasub P. Eyelid tumors in Siriraj Hospital from 2000-2004. *J Med Assoc Thai* 2005;88 Suppl 9:S11-S14.
- Lin HY, Cheng CY, Hsu WM, et al. Incidence of eyelid cancers in Taiwan: a 21-year review. *Ophthalmology* 2006;113:2101-2107. Epub 2006 Sep 7.
- Takamura H, Yamashita H. Clinicopathological analysis of malignant eyelid tumor cases at Yamagata university hospital: statistical comparison of tumor incidence in Japan and in other countries. *Jpn J Ophthalmol* 2005;49:349-354.
- Cook BE, Bartley GB. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in Olmsted country, Minnesota. *Ophthalmology* 1999;106:746-750.
- Sadeghi TA, Tabatabaei Z, Kasaei A, et al. Tumors of eyelids & conjunctiva in Farabi eye hospital 1989-1998. *Iranian J Ophth* 2001;1:72-80.
- Vitaliano PP, Urbach F. The relative importance of risk factors in nonmelanoma carcinoma. *Arch Dermatol* 1980;116:454-456.
- Margo CE, Waltz K. Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin. *Surv Ophthalmol* 1993;38:169-192.
- Allali J, D'Hermies F, Renard G. Basal cell carcinomas of the eyelids. *Ophthalmologica* 2005;219:57-71.
- Perlman GS, Hornblase A. Basal cell carcinoma of the eyelids: a review of patients treated by surgical excision. *Ophthalmic Surg* 1976;7:23-27.
- Lober CW, Fenske NA. Basal cell, squamous cell, and sebaceous gland carcinomas of the periorbital region. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:685-6890.
- Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *J Dermatol Surg Oncol* 1989;15:315-328.