



ماگنجانیده شدند. همان طور که ذکر شده معیار ما بیشتر براساس تشخیص پاتولوژی بیماری بود. بیمارانی هم که Multiple skin cancer داشتند، به عنوان Single case در نظر گرفتیم.

### نتایج

از ۵۴۹۰ بیمار ۹۹۴ بیمار در سال ۱۳۷۲ و ۱۰۵۹ بیمار در سال ۷۳ و ۱۰۷۵ بیمار در سال ۷۴ و ۱۱۲۶ بیمار در سال ۷۵ و ۱۱۲۶ بیمار در سال ۷۶ پذیرش شده که از این تعداد یعنی ۵۴۹۰ بیمار، ۴۳۹ بیمار N.M.S.C سر و گردن بوده اند که تعداد ۳۰۲ نفر یعنی ۶۸/۷٪ B.C.C و ۱۳۷ نفر یعنی ۳۱/۳٪ S.C.C بودند.

از نظر لوکالیزاسیون N.M.S.C شایعترین محل بینی و بعد گونه و پلک، گوش و کانتوس داخلی بودند - هرچند ضایعات در پوست سر، لب، پیشانی، گردن، چانه و کانتوس خارجی بررسی شدند (جدول ۱).

در مورد B.C.C بیشتر از همه و شایعترین محل باز هم بینی و دومین محل شایع پلک و بعد گونه و بعد کانتوس داخلی بود.

در مورد S.C.C شایعترین محل لاله گوش، بعد گونه، بعد لب و بینی بوده است (جدول ۱).

شده بین این سالها تعداد ۴۳۹ مورد NMSC بود که ۳۰۲ نفر B.C.C و ۱۳۷ نفر S.C.C بودند. در این بررسی مقایسه‌ای کردیم در تعداد بیماران در سالهای مورد مطالعه و از نظر لوکالیزاسیون و شیوع ناحیه‌ای بررسی شدند و اختلافی که از نظر جنس و تفاوتی که در سن بیماران وجود داشت مورد مطالعه قرار گرفت.

### روش یا متد

بایستی اشاره کرد که تعداد زیادی از بیماران به علت مراجعه به رادیوتراپیستهای خصوصی، متخصصین جراحی پلاستیک، متخصصین جراحی عمومی یا متخصصین پوست از مطالعه ما حذف شده اند و آنهایی مورد مطالعه قرار گرفتند که در بیمارستان قائم (عج) یا بخش مرکز کانسر بیمارستان امید مراجعه نموده اند. معیار انتخاب بیماران در مطالعه ما بیشتر گزارش پاتولوژیست بوده تا وضعیت بالینی بیمار - بیماران ما طی این چند سال براساس محل ضایعه در سر و گردن، براساس جنسشان و براساس نوع پاتولوژی که BCC و SCC بوده تفکیک شدند، از نظر سن بیماران را در سه گروه سنی زیر ۳۰ سال تا ۵۰ سال و بالای ۵۰ سال قرار دادیم و برای هر کدام جدول خاصی تهیه کردیم و تمام بیمارانی که تحت عمل جراحی و یا رادیوتراپی قرار گرفتند در بررسی

جدول ۱

	چانه		گونه		لب		گوش		بینی		پیشانی		پوست سر		گردن		کانتوس داخلی		کانتوس خارجی		پلک	
	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC
سال ۷۶	۱	۰	۷	۷	۳	۳	۲	۱۱	۲۳	۳	۳	۲	۷	۵	۱	۱	۹	۱	۰	۰	۸	۲
سال ۷۵	۰	۰	۱۱	۶	۳	۴	۳	۹	۸	۵	۴	۰	۳	۴	۱	۰	۱۳	۱	۱	۰	۹	۱
سال ۷۴	۰	۰	۲	۴	۱	۵	۴	۹	۱۵	۵	۱	۲	۵	۲	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۲	۰
سال ۷۳	۰	۰	۷	۸	۲	۲	۴	۷	۲۴	۰	۱	۲	۴	۰	۱	۰	۷	۰	۰	۰	۱۴	۰
سال ۷۲	۰	۱	۱۷	۴	۶	۵	۱	۱	۱۹	۶	۴	۵	۶	۴	۲	۰	۷	۱	۰	۰	۲۳	۰
جمع	۱	۱	۴۴	۲۹	۱۵	۱۹	۱۴	۳۷	۹۰	۱۸	۱۳	۱۱	۲۵	۱۵	۵	۱	۳۹	۲	۱	۰	۵۶	۳

کل بیماران NMSC ۴۳۹ نفر  
تعداد SCC ۱۳۷ نفر

کل پذیرش شده‌های سالهای ۷۲ تا ۷۶ ۵۴۹۰ نفر  
تعداد BCC ۳۰۲ نفر



است (جدول ۲) در سن ۳۰-۵۰ سال بیشترین لوکالیزاسیون در ناحیه پوست سر بوده است و در سن ۵۰ به بالا بیشترین لوکالیزاسیون در ناحیه بینی بوده است.

پراکندگی یا انسیدانس ضایعات را برحسب محل در نمودار ۱ ملاحظه می‌نمایید. انسیدانس NMSC برحسب سال در جدول ۱ و ملاحظه می‌شود که در سال ۷۲-۱۱۲ بیمار یعنی ۲۵/۵٪ و در سال ۷۳-۸۳ بیمار یعنی ۱۸/۹٪ و در سال ۷۴، ۵۹ بیمار یعنی ۱۳/۴٪ و در سال ۷۵، ۸۶ بیمار یعنی ۱۹/۵٪ و در سال ۷۶، ۹۹ بیمار یعنی ۲۲/۵٪ بوده‌اند و کمترین تعداد ابتلا مربوط به سال ۷۴ می‌باشد.

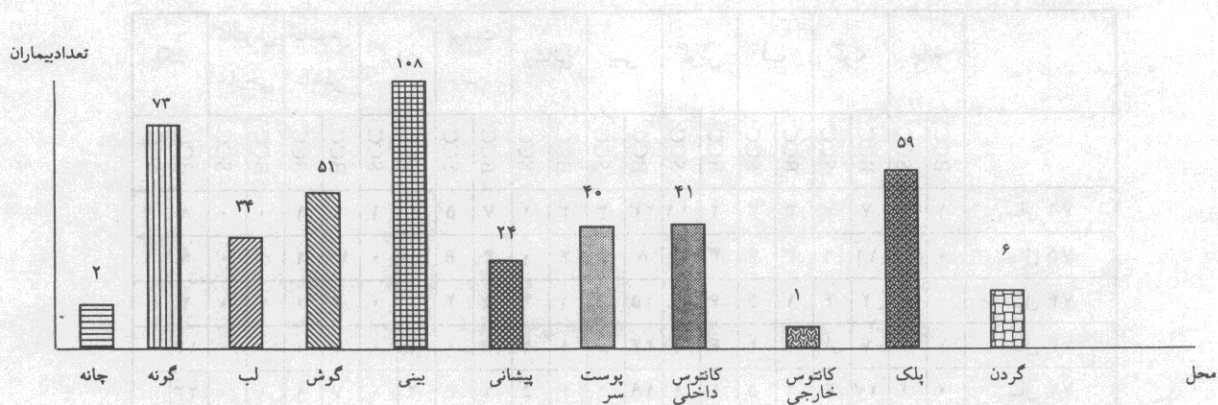
اکثراً B.C.C، ضایعات منفرد بودند. SCCها شکلهای پاتولوژیک مختلف داشتند. از نظر جنس در ۴۳۹ بیمار NMSC - ۲۶۸ مرد و ۱۷۱ نفر زن بودند و از این تعداد در مورد BCC، ۱۶۵ مرد یعنی ۶۱/۵٪ و ۱۴۰ نفر یعنی ۳۸/۵٪ خانم بودند.

در مورد SCC ۱۰۳ بیمار یعنی ۷۵/۱٪ مرد و ۳۱ نفر یعنی ۲۴/۹٪ خانمها بودند (جدول ۲).

همان‌طور که در قسمت متد اشاره شد، بیماران را از نظر سنی در سه گروه صفر تا ۳۰ سال، ۳۰ تا ۵۰ سال و بیشتر از ۵۰ سال قرار دادیم. شایعترین سن ابتلا سن بیشتر از ۵۰ سال بوده

جدول ۲- پراکندگی سنی و جنسی

کل	پلک		کانتوس خارجی		کانتوس داخلی		گردن		پوست سر		پیشانی		بینی		گوش		لب		گونه		چانه	
	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC	BCC	SCC
۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۷۲	۰	۷	۰	۰	۰	۰	۲	۵	۱۴	۰	۶	۰	۱۶	۱	۳	۰	۱	۱	۶	۰	۰	۰
۳۶۲	۳	۴۹	۱	۰	۲	۱	۳	۱۰	۱۱	۱۱	۷	۱۱	۱۸	۷۲	۳۶	۱۱	۱۹	۱۴	۲۷	۳۷	۰	۱
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰



نمودار ۱- بررسی شیوع لوکالیزاسیون NMSC

بحث

خورشید هستند (۳-۲۹). البته چون ضایعه در نازولیبیل فولد و در کانتوس داخلی چشم و ناحیه پست اریکولر هم دیده می‌شود بایستی عوامل دیگری هم در بروز ضایعه دخالت داشته باشد (۳-۱۲-۲۹-۲۰) حدس زده می‌شود از عوامل مهم یکی در معرض آفتاب بودن قبل از سن ۱۸ سالگی است و علت دیگر که مورد بحث است مسأله تحلیل رفتن لایه ازون است که این لایه زمین را از اجزاء اشعه اولتراویوله خورشید محافظت می‌کند (۳-۱۲-۲۹) حتی مطالعه شده که کاهش ۱٪ در لایه ازون می‌تواند مسؤول افزایش ۲-۳٪ NMSC باشد (۳-۱۲-۲۹).

BCC یک ندول ترانس لوسنت درشت شبیه مروارید است که اطراف آن را تلائزکتازی عروق خونی احاطه کرده است و به آن رودنت اولسر هم می‌گویند چرا که شبیه گازگرفتگی موش صحرایی است.

این ضایعه می‌تواند ملانین هم داشته باشد و چنان سیاه باشد که از نظر کلینیکی افتراق آن از یک ملانوم مشکل باشد. در شکل اسکلووتیک ضایعه یا morpheiform در مان کمی مشکل تر است چرا که توسط استرومای بافت همبند احاطه شده است.

درمان شامل حذف ضایعه و یا تخریب ضایعه است که می‌توان حذف جراحی نمود یا از رادیوتراپی یا کرایوسرجری یا نیتروژن مایع سود برد. حذف کامل جراحی برای جلوگیری از عود روش اساسی است. بایستی به این نکته توجه کرد که بیماری که BCC دارد این شانس را دارد که طی ۵ سال آینده یکی دیگر هم برایش به وجود آید (۳-۱۶-۳۲) که این شانس ابتلای مجدد ۳۶ تا ۵۵٪ طی ۲-۳ سال آینده خواهد بود. و اگر بیمار بعد از ابتلا از آفتاب پرهیز نکند شانس بیشتری برای کانسر بعدی خواهد داشت (۳-۲۹-۳۲-۱۶) بنابراین این بیماران بایستی هر ماه یکبار برای سه سال متوالی پیگیری شوند.

SCC در سن ۵۰ سالگی و بیشتر دیده می‌شود و باز در کسانی است که بیشتر عمرشان را در معرض نور خورشید بوده‌اند. و اکثراً یک تناسبی با نور خورشید دارند. به همین دلیل بیشتر در لاله گوش و لب تحتانی، پیشانی و گونه به وجود می‌آیند. و

کارسینومهای پوستی غیر ملانوتیک (NMSC) شایعترین نئوپلاسم نژاد سفید آمریکا است (۴-۲۷-۲۶).

در مملکت ما مطالعه ثابت شده‌ای راجع به افزایش NMSC وجود ندارد. در یک گزارش از دپارتمان Health Communication نشان داد که ۴۵۷ مرگ از NMSC

در سال ۱۹۹۲ یعنی یک افزایش ۲۷٪ نسبت به سال ۱۹۸۰ وجود داشته است و اکثر مطالعات اپیدمیولوژیک که در استرالیا و آمریکا راجع به NMSC انجام شده یک افزایش NMSC را نشان می‌دهد (۱۳-۲۵-۱۶-۲۰). در یک مطالعه که Lioid Roberth در South walth روی ۶ میلیون نفر انجام داده انسیدانس بیماران NMSC را ۱۳۷/۷ به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش کرده است. هرچند که خود او هم معتقد است که تعداد بیماران بایستی بیشتر از این باشد چرا که همان‌طور که اشاره شده تعدادی از بیماران به مراکزی مراجعه کرده‌اند که آمارشان ثبت نشده است و یا در یک گزارش از استرالیا انسیدانس ۸۲۳ مورد NMSC در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش شده است. و در بین تمام کانسرها شایعترین کانسر بوده است. در یک مطالعه در کانادا و آمریکا نیز افزایش میزان NMSC را طی ۲۲ سال گذشته نشان می‌دهد.

SCC و BCC در بعضی خصوصیات شبیه هم هستند ولی خوشبختانه SCC کمتر شایع است ولی پتانسیل انوازیون بیشتری دارد بیشتر در مردان دیده می‌شود و در یک گزارش از King's college hospital تعداد مردها را سه برابر زنها گزارش می‌کند. بیشتر در افراد سیگاری و اگر از نظر سنی مقایسه کنیم SCC را در سنین کمتر نسبت به BCC گزارش می‌کنند (۲-۶-۱۰-۱۵-۲۷).

یک سؤال عمده در پشت اینهاست و آن این است که کدام فاکتور باعث افزایش NMSC شده است. بیشتر از همه در معرض نور آفتاب بودن علت اولیه محسوب می‌شود و در مورد BCC باید بگوییم چون بیشتر در سن بالای ۴۰ سال دیده می‌شود و باز بیشترین مبتلایان کسانی هستند که در طول روز در معرض نور



می‌افتد (۷-۹-۱۲). بعضی از گزارشات نشان می‌دهد که ۲۵٪ از بیماران یک گسترش جدید در ۳ سال بعد و ۵۰٪ بیماران یک گسترش جدید ضایعه در ۵ سال بعد از اولین بیماری داشته‌اند (۷). اگر بیماری لنفادنوپاتی مثبت از نظر هیستولوژیک داشته باشد بایستی درمان شود، که این درمان یا رادیوتراپی یا دیسکسیون لنف نود خواهد بود.

### قدردانی و تشکر

از زحمات استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمدرضا قوام نصیری که ضمن راهنمایی‌های بسیار اجازه دادند از آرشو بیمارستان امید استفاده شود و آقای دکتر درهمی و آقای دکتر خوبی که در قسمت آسیب‌شناسی کمک‌های ارزنده‌ای نمودند و آقای دکتر قهرمانی رزیدنت ارشد گوش و حلق و بینی که در جمع‌آوری موارد به‌حقیر کمک کردند، کمال تشکر را دارم.

کمتر در نواحی پوشیده بروز می‌کند. بعضی از عوامل مثل اشعه یونیزان - آرسنیک، پلی‌سیکلیک هیدروکربن می‌توانند جزو عوامل تحریک‌کننده باشند ولی باز هم شایعترین عامل اشعه اولتراویوله است. تشخیص ضایعه مثل BCC براساس پاتولوژی است - میزان متاستاز SCC برعکس BCC خیلی زیاد است مسلماً این میزان در بیماران ایمونوساپرس بیشتر خواهد بود.

روش درمان مثل BCC روش حذف جراحی و تخریب ضایعه است. دیسکسیون جراحی یا اکترو دیسکسیون و یا در روش تخریبی می‌توان از اشعه یونیزان یا کرایوسرجری با نیتروژن مایع استفاده کرد. البته این نکته قابل ذکر است که اگر بتوانیم مارژین سالم جراحی را با میکروسکپ تمیز دهیم، به شدت میزان عود کاهش پیدا می‌کند. میزان متاستاز در این بیماران ۲۵ تا ۴۵٪ است و قسمت عمده میزان عود در ۲ سال اول بعد از جراحی اتفاق

### خلاصه

از ۵۴۹۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه سرطان بیماران قائم (عمج) و امید در بین سالهای ۱۳۷۲-۱۳۷۶ تعداد ۴۳۹ بیمار ثابت شده NMSC مورد مطالعه قرار گرفتند، که از این تعداد ۶۸/۷٪ BCC و ۳۱/۲٪ SCC بودند. بیشترین لوکالیزاسیون برای NMSC بینی و بعد گونه بود. برای BCC باز شایعترین محل بینی و در مورد SCC شایعترین محل لاله گوش بود. بیشترین تعداد BCC یعنی ۶۱/۵٪ در آقایان و ۳۸/۵٪ در خانمها بود. در SCC باز هم ۷۵/۱٪ در آقایان در صورتی که ۲۴/۹٪ در خانمها بود. از نظر انسیدانس بیشترین تعداد NMSC یعنی ۲۵/۵٪ در سال ۷۲ و کمترین تعداد یعنی ۱۳/۴٪ در سال ۷۴ بوده است. روش درمانی حذف جراحی یا تخریب ضایعه با رادیوتراپی بوده است. این نکته حائز اهمیت است که به‌دست آوردن مارژین سالم به‌روش میکروسکپی به شدت از میزان عود ضایعه می‌کاهد.

### REFERENCES

1. Beadle PC, Leach JF. Holidays, ozone and skin cancer. Arch Dermatol Res 1982; 274: 47-56.
2. Epstein E. Malignant sun-induced squamous cell carcinoma of the skin. J Dermatol Surg Oncol. 1983; 9: 505-506.
3. Epstein JH Nonmelanoma skin cancer overview 1992. Photobiol. 1992; 14: 49-57.
4. Epstein JH Photocarcinogenesis, skin cancer and

- aging. In: Balin AK, Kligman AK, eds. *Aging and the Skin*. New York, NY: Raven Press; 1988; 307-309.
5. Glass AG, Hoover RN. The emerging incidence of melanoma and squamous cell skin cancer. *JAMA* 1989; 262: 2097-100.
  6. Gallagher Rp, Hill GB, Bajdik CD, et al. Sun Light expure, pigmentary factors and risk of nonmelancytic skin cancer. I: basal Cell carcinoma. *Arch Dermatol*. 1995; 131: 157-163.
  7. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, et al. Sun light exposure, pigmentary factors and risk of nonmelanocytic skin cancer. I: basal cell carcinoma. *arch dermatol*. 1995; 131: 157-163.
  8. Gils GG, Marks R, Foley P. Incidence of non-melocytic skin cancer treated in Australia. *Br Med J* 1998; 296: 13-17.
  9. Harvey I., FRANKEL, S., MARKS, SHALOM, D. and NOLANFARRELL, M., Non-melanoma skin cancer and solar keratoaes. I. Methods and descriptive results of the South Wales skin cancer study. *Brit. J. Cancer*; 74, 1302-1307 (1996).
  10. Harvey I, Shalom D, Marks RM, Frankel SJ. Non-melanoma skin cancer. *Br Med J* 1989; 299: 1118-20.
  11. KALDOR J., SHUGG, D., YOUNG, B., DWYER, T. and ANG Y.G., Non-melanoman skin cancer: ten years of cancer-registry-based surveillance. *Int. J. Cancer*, 53, 886-891 (1993).
  12. Karagas MR, Stukel TA, Greenberg ER, et al. Risk of subsequent basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of skin among patients with prior skin cance *JAMA*. 1992; 267: 3305-3310.
  13. KRICKER, A., ARMSTRONG, B.K., ENGLISH, D.R. HEENAN. P.J., Does intermittent sun exposure cause basal cell carcinoma? A case-control study in Western Australia. *Int. J. Cancer*; 60, 489-494 (1995a).
  14. Lioyd Roberts D. incidence of non-melanoma skin cancer in West Glamorgan, south Wales. *Br J Dermatol* 1990; 122: 399-403.
  15. Marks R. Nonmelanoma skin cancer and solar keratoses in Australia: a review. *Eur J Epidemiol* 1985; 1: 319-322.
  16. MARKS, R., JOLLEY, D., DOREVITICH, A.P. and SELWOOD, T.S., The incidence of non-melanocytic skin cancer in an Australian population: results of a five-years prospective study. *Med. J. Austr.*, 150, 475-478 (1989).
  17. Marks R. Jollley D, Lectas S, Foley P. The role of chidhood exposure to sunlight in the development of solar keratoses and non-melanocytic skin cancer. *Med J Aust* 1990; 152: 62-66.
  18. Marks R, Staples M, Giles GG. Trends in non-melanocytic skin cancer treated in Australia: the second national survey. *Int J Cancer* 1993; 53: 585-590.
  19. MARKS, R., ATAPLES, M. and GILES, GG., Trends in nonmelanocytic skin cancer treated in Australia: the second national survey. *Int J. Cancer*; 53, 585-590 (1993).
  20. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United states: incidence. *J. Am Acad Dermatol*. 1994; 30: 774-780.
  21. Nixon, R.L., Dorevich, AP. and MARKS, R, Squamous cell carcinoma of the skin. Accuracy of clinical diagnosis and outcome of follow up in Australia. *Med. J. Austr.*, 144, 235-239 (1986).
  22. Perston DS, Stern RS. Nomelanoma cancer of the skin. *New Engl J Med* 1992; 327: 1649-1662.
  23. Robinson JK: Risk of developing another basal



- cell carcinoma: a 5-year study. *Cancer*. 1987; 60: 118-120.
24. PEARL, DK. and SCOTT, EL., The anatomical distribution of skin cancers. *Int. J. Epidemiol.*, 15, 502-506 (1986).
25. ROBERTS, D.L., Incidence of non-melanoma skin cancer in west Glamorgan. South Wales. *Brit. J. Dermatol.*, 122, 399-403 (1990).
26. REIZSNER, G.T., CHUANG, T. Y., ELPERN, D.J., STONE, J.L. and FARMER, E.R., Basal cell carcinoma in Kauai, Hawaii: the highest documented incidence in the United States. *J. Amer. Acad. Dermatol.*, 29, 184-189 (1993).
27. ROWE DE, CARROLL RJ, DAY CL. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, lip. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 976-990.
28. STENBECK, K.D., BALANDA, K.P., WILLIAMS, M.J., RING, I.T., MACLENNAN, R., CHICK, J.E. and MORTON, A.P., Patterns of treated non-melanoma skin cancer in Queensland the region with the highest incidence rate in the world. *Med. J. Austr.*, 153, 511-515 (1990).
29. STERN RS, WEINSTEIN MC, BAKER SG. Risk reduction for nonmelanoma skin cancer with childhood sunscreen use. *Arch Dermatol*. 1986; 122: 537-545.
30. SILVERMAN, M.K., KOPF, A.W., GRIN, C.M., BART. R.S. and LEVENSTEIN, M.J., Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part I: Overview. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 17, 713-718 (1991).
31. URBACH F. Man and ultraviolet radiation. In: Passchier WF, Boonjakovis BFM, eds. *Human Exposure to Ultraviolet Radiation: Risks and Regulations*. Oxford, England: Excerpta Med-ica: 1987: 3-16.
32. WHITAKER CJ, LEE WR, DOWNES JE. Squamous cell skin cancer in the North-West of England, 1967-69 and its relation to occupation. *Br J Ind Med* 1979; 36: 43-51.