

هیستوپاتولوژی نئوپلاسم پلک

بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)

دکتر فهیمه اسدی‌املی (استادیار)*، دکتر سید ضیاءالدین محمدی (استادیار)*، دکتر هایده حائری (استادیار)**،

دکتر ابوالفضل کسانی (استادیار)*

* دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان فارابی

** دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام

چکیده

مقدمه: تاکنون تنها گزارشات معدودی در مورد شیوع نئوپلاسم‌های پلک در کشورهای آسیایی وجود داشته است که در مقایسه با آمار کتب مرجع، تفاوت‌هایی دارند. با توجه به این اختلاف آماری بر آن شدیم تا آماری از شیوع این تومورها در کشورمان تهیه نماییم.

مواد و روشها: یک مطالعه مقطعی توصیفی و گذشته‌نگر بر روی پرونده بیماران مراجعه کننده طی سال‌های ۷۷-۱۳۶۸ در بیمارستان فارابی انجام گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۱۱۰۳ بیمار مبتلا به نئوپلاسم پلک، از لحاظ مشخصات هیستوپاتولوژیک و اپیدمیولوژیک تومور مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۴ درصد این بیماران مبتلا به نئوپلاسم‌های خوش‌خیم پلک و ۵۶ درصد مبتلا به نئوپلاسم‌های بدخیم پلک بودند. در این بررسی شایع‌ترین نئوپلاسم‌های خوش‌خیم پلک به ترتیب عبارتند از: خال (۳۷/۷ درصد)، هامارتوم (۱۹/۶ درصد)، پاپیلوم (۱۵/۹ درصد)، نوروفیبروم (۷ درصد) و پیلوماتریکسوما (۵/۱ درصد)، شایع‌ترین نئوپلاسم‌های بدخیم پلک به ترتیب عبارتند از: BCC (۷۸/۸ درصد)، SCC (۱۱/۸ درصد)، ملانوم بدخیم (۲/۴ درصد) و کارسینوم غدد سباسه (۱/۹ درصد). میان سن تشخیص در نئوپلاسم‌های خوش‌خیم پلک ۳۶ سال و در نئوپلاسم‌های بدخیم ۵۷ سال بود. شایع‌ترین محل آناتومیک درگیری در نئوپلاسم‌های خوش‌خیم به ترتیب پلک فوقانی (۲۰۶ مورد)، پلک تحتانی (۱۳۳ مورد)، کانتوس داخلی (۲۰ مورد) و کانتوس خارجی (۳ مورد) و در نئوپلاسم‌های بدخیم به ترتیب پلک تحتانی (۲۶۸ مورد)، پلک فوقانی (۱۱۷ مورد) و کانتوس داخلی (۵۳ مورد)، کانتوس خارجی (۱۷ مورد) بودند.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: در این مطالعه شیوع نئوپلاسم‌های بدخیم در پلک چپ بیشتر از نئوپلاسم‌های خوش‌خیم بود، ولیکن شیوع نئوپلاسم‌های خوش‌خیم و بدخیم در پلک راست تقریباً برابر مشاهده گردید.

هر یک از عناصر تشکیل دهنده پلک برخیزند و یا به طور نادر ناشی از متاستاز باشند (۱). تومورهای خوش‌خیم پلک بسیار شایع هستند. شایع‌ترین تومور خوش‌خیم پلک پاپیلوم است که غالباً در افراد میان‌سال و مسن دیده می‌شود. پاپیلوم در واقع تکثیر سلول‌های پوست است که به شکل ضایعه برجسته

مقدمه

پلک‌ها چین‌های نازکی از پوست و عضله هستند که از ساختمان‌های ظریف چشم محافظت می‌کنند. ضایعات نئوپلاستیک پلک بسیار شایع بوده و می‌توانند به طور اولیه از

نامنظم با سطح ایندوره تظاهر می‌کند. خال‌ها از دیگر تومورهای خوش‌خیم شایع پلک هستند که به ندرت بدخیم می‌شوند و در خانم‌ها شایع‌تر هستند. همانژیوم کاپیلری شایع‌ترین تومور عروقی مادرزادی پلک است که هنگام تولد و یا مدت کوتاهی پس از آن ظاهر شده و معمولاً تا سن هفت سالگی خودبخود از بین می‌روند (۱،۲).

Basal Cell Carcinoma (BCC) یا کارسینوم سلول بازال شایع‌ترین تومور بدخیم پلک است به طوری که بر طبق کتب مرجع ۷۵ درصد از تومورهای بدخیم پلک را شامل می‌شود و به ترتیب (شیوع) در محل‌های پلک تحتانی، کانتوس داخلی، پلک فوقانی و کانتوس خارجی دیده می‌شود. ارجحیت سنی ندارد و از نظر سنی در دهه هفتم عمر شایع‌تر است (۱،۲).

دومین تومور بدخیم پلک کارسینوم غدد سباسه است که شیوع آن در پلک فوقانی ۳-۲ برابر پلک تحتانی می‌باشد و مورتالیتی حدود ۲۲ درصد دارد و در خانم‌ها بیشتر از آقایان دیده می‌شود (۱،۲).

از دیگر تومورهای بدخیم **Squamous Cell Carcinoma (SCC)** یا کارسینوم سلول سنگفرشی است که بر طبق کتب مرجع ۳۹ بار کمتر از BCC دیده می‌شود (۱،۲).

به دلیل وجود طرح انتشار متفاوت ساختمان‌های ضمایم پوستی در پلک، انتشار تومورهای پوستی در پلک متفاوت از پوست سایر نواحی بدن می‌باشد، به طوری که برخی از تومورها به ویژه کارسینوم غدد سباسه و کاسینوم غدد مول در بیشتر موارد در ناحیه پلک‌ها ایجاد می‌گردند. تقسیم‌بندی ضایعات نئوپلازیک پلک به طور خلاصه در زیر آورده شده است (۱).

۱- تومورهای برخاسته از اپی‌تلیوم سطحی:

الف) خوش‌خیم: *

پاپیلوم سلول اسکواموس * هیپرپلازی پسودوکارسینوماتوز * کراتوآکانتوما * کراتوسبورئیک * کراتوز فولیکولر اینورته * کراتوز لیکنوئید خوش‌خیم * آکانتوما با سلول بزرگ

ب) ضایعات پیش سرطانی:

* کراتوز اکتینیک * بیماری بون * گزودرما پیگمانتوزوم ج) تومورهای بدخیم: * کارسینوم سلول بازال * کارسینوم سلول اسکواموس * آدنوآکانتوما

۲- تومورهای ملانوسیتی:

الف) خوش‌خیم * انواع مختلف خال

ب) بدخیم * ملانوم بدخیم

۳- تومورهای غددی و نیز سایر تومورهای آدنکسال:

الف) تومورهای برخاسته از غدد سباسه * آدنوم و کارسینوم غدد سباسه

ب) تومورهای برخاسته از غدد عرق اکرین * سیرنگوم

* پلئومرفیک آدنوما (تومور مخاط پوست، سیرنگوم کندروئید)

* آکرواسپیروما اکرین (هیدرآدنوم با سلول روشن) *

آدنوکارسینوم موسینی غدد عرق * آدنوسید سیستیک

کارسینوما اولیه جلدی * آدنوکاسینوم غدد اکرین

ج) تومورهای غدد آپوکرین * آدنوم و آدنوکارسینوم‌های غدد مول

د) تومورهای برخاسته از فولیکول مو * تریکوپای تلیوما *

تریکوفولیکولما * تریکولوما * تومور انفاندیبولوم

فولیکولر * پیلوماتریکسوما

۴- تومورهای عروقی: * همانژیوم‌ها (کاپیلری و کاورنوس)

* گرانولوم پیوژنیک * لنفانژیوم‌ها * گلوموس تومور

* آنژیوسارکوم جلدی

۵- تومورهای نوروژنیک: * شوانوم * نوروفیبروم *

نوروفیبروماتوز * نوروما * گرانولارسل تومور * مرکل سل

تومور

۶- تومورهای هیستوسیتی: * فیبروز هیستوسیتوما *

توبروس گزانتوما * هیستوسیتوز

۷- تومورهای لنفوئیدی

۸- تومورهای ثانویه:

الف) تهاجم از بافت‌های اطراف

ب) متاستاز دوردست

* شایع‌ترین تومور اولیه متاستاتیک به پلک، کارسینوم پستان و در مرتبه بعدی کارسینوم ریه است.

با توجه به فراوانی انواع مختلف ضایعات پلک اگر پزشک معالج از اپیدمیولوژی این تومورها به ویژه ضایعات بدخیم آگاهی صحیح نداشته باشد با عدم تشخیص به موقع و درمان صحیح و سریع، افزایش مورتالیتیه و موربیدیتیه بیماران دور از انتظار نخواهد بود. از آنجایی که آمار ارائه شده در کتب مرجع

متوسط سن تشخیص نئوپلاسم‌های خوش‌خیم پلک ۳۶ سال و متوسط این تشخیص نئوپلاسم‌های بدخیم ۵۷ سال بود. شایع‌ترین نئوپلاسم‌های خوش‌خیم پلک، به ترتیب عبارتند از: خال (۳۷/۷ درصد)، هامارتوم (۱۹/۶ درصد)، پاپیلوم (۱۵/۹ درصد)، نوروفیروم (۷ درصد) و پیلوماتریکسوما (۵/۱ درصد)، شایع‌ترین نئوپلاسم‌های بدخیم پلک به ترتیب عبارتند از: BCC (۷۸/۸ درصد)، SCC (۱۱/۸ درصد)، ملانوم بدخیم (۲/۴ درصد) و کارسینوم غدد سباسه (۱/۹ درصد). در کل ۵۷۴ بیمار مبتلا به نئوپلاسم پلک، مرد بودند که ۳۳/۳ درصد آنها مبتلا به نئوپلاسم خوش‌خیم و ۶۶/۵ درصد آنها مبتلا به نئوپلاسم بدخیم پلک بودند. در بررسی محل آناتومیک ضایعه مشاهده شد که اغلب نئوپلاسم‌هایی که پلک تحتانی و کانتوس داخلی را درگیر کرده بودند بدخیم بودند (جدول ۱).

نکته جالب آنکه ۵۰۹ بیماری که درگیری پلک چپ داشتند ۴۱/۶ درصد مبتلا به نئوپلاسم خوش‌خیم و ۵۸/۳ درصد مبتلا به نئوپلاسم بدخیم پلک بودند، در حالی که فراوانی تومورهای خوش‌خیم و بدخیم در پلک راست با هم یکسان بودند. شایع‌ترین نئوپلاسم پلک در پسران و دختران زیر ۱۹ سال هامارتوم بود. شایع‌ترین نئوپلاسم پلک در خانم‌ها در سنین ۲۹-۲۰ سال خال و در آقایان این گروه سنی BCC بود. شایع‌ترین نئوپلاسم پلک در سنین بالای ۴۰ سال در هر دو جنس BCC بود. اطلاعات جزئی‌تر به دست آمده در این تحقیق در جداول و نمودارهای انتهای مقاله آمده است (نمودار ۵).

بحث

همانگونه که در قسمت نتایج ذکر شد شایع‌ترین نئوپلاسم خوش‌خیم پلک در این بررسی خال با فراوانی ۳۷/۳ درصد بود (نمودار ۸ و جدول ۷) که بیشتر از شیوع آن در کشورهای هند (۱۲/۳ درصد) و چین (۲۴/۴ درصد) بود (۳، ۴). از آنجایی که اغلب مبتلایان به این تومور، خانم‌ها هستند (نمودار ۲) که توجه بیشتری به زیبایی خود دارند و با توجه به وضعیت اقتصادی بهتر کشور ایران نسبت به کشورها می‌توان این مسئله را توجیه نمود.

مربوط به کشورهای غربی است و در محدود مقالات و تحقیقات کشورهای آسیایی اختلاف آماری چشمگیر با کتب مرجع دیده می‌شود لذا بر آن شدیم که مطالعات آماری از این تومورها در کشورمان تهیه کنیم و چون بیمارستان فارابی بزرگترین مرکز ارجاعی چشم پزشکی در سطح کشور است نتیجه این تحقیقات می‌تواند تا حدود زیادی نشانگر میزان شیوع تومورهای پلک در ایران باشد.

مواد و روش‌ها

جهت بررسی شیوع انواع نئوپلاسم‌های پلک، یک مطالعه مقطعی و گذشته‌نگر بر روی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فارابی انجام شد. بدین صورت که پرونده‌های بخش پاتولوژی کلیه بیماران مبتلا به نئوپلاسم‌های پلک طی سال‌های ۷۷-۱۳۶۸ مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا با مراجعه به بیمارستان فارابی اطلاعات مربوط به بیماران مبتلا به نئوپلاسم‌های پلک جمع‌آوری شد که بالغ بر ۱۱۰۳ نمونه بود سپس برای اعمال دقت بیشتر و جلوگیری از خطاهای محاسبه، اطلاعات وارد Code sheet های کامپیوتری شد و نتایج زیر به دست آمد.

یافته‌ها

در مطالعه انجام شده بر روی ۱۱۰۳ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان فارابی طی یک دوره ۱۰ ساله، ۴۴ درصد آنها مبتلا به نئوپلاسم‌های خوش‌خیم پلک و ۵۶ درصد مبتلا به نئوپلاسم‌های بدخیم بودند.

جدول شماره ۱- فراوانی نسبی نئوپلاسم‌های خوش‌خیم و بدخیم و پیش‌سرطانی بر حسب گروه‌های سنی، بیوپسی شده در بخش

آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)

سن (سال)	خوش‌خیم	بدخیم	پیش‌سرطانی	کل
< ۱۰	۷۴/۲	۲۵/۸	۰	۱۰۰
۱۰-۱۹	۹۱/۹	۸/۱	۰	۱۰۰
۲۰-۳۹	۷/۹	۲۸/۴	۰/۷	۱۰۰
۴۰-۴۹	۳۹/۵	۶۰/۵	۰	۱۰۰
≥ ۶۰	۲/۵	۷۹/۵	۰	۱۰۰

سالمندان در جوامع غربی بیشتر از ایران و بالعکس فراوانی جوانان در ایران بیشتر از جوامع غربی می‌باشد. این خود می‌تواند دلیلی بر افزایش شیوع پاپیلوم که یک تومور سنین سالمندی است در جوامع غربی و افزایش شیوع خال در ایران باشد.

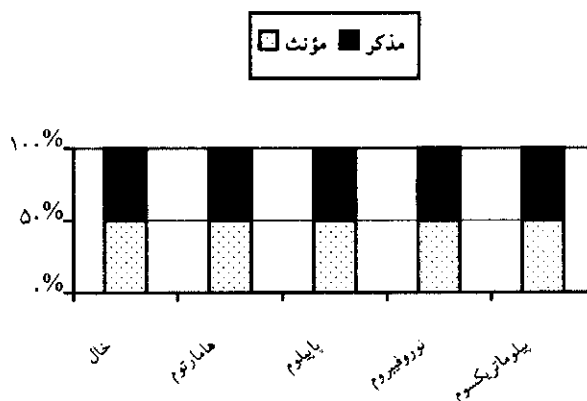
در آمار هند پاپیلوم با شیوع ۱۳/۱ درصد چهارمین تومور خوش خیم پلک بوده است و تومورهای واسکولر شایع‌ترین تومورهای خوش خیم در آن کشور گزارش شده‌اند (۳). این را می‌توان به شرایط اقتصادی و بهداشتی آن ناحیه مربوط دانست، می‌دانیم که هند از کشورهای فقیر و پرجمعیت جهان است که غالب افراد آن از سطح اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر برخوردارند که این خود عاملی در جهت مراجعه کمتر آنان به پزشک است. از طرفی می‌دانیم که براساس طرح WHO بایستی تمام کودکان از نظر وزن، قد و بررسی رشد و نیز بسیاری از مشکلات سلامتی خود به طور رایگان معاینه شده و مورد بررسی قرار گیرند، پس شاید شیوع بالای تومورهای عروقی که غالباً در اطفال مشاهده می‌شوند (۱،۲) به علت مراجعه کمتر بالغین به پزشک باشد، حال آنکه اطفال به علت معاینه رایگان تحت بررسی پزشکی بیشتری قرار می‌گیرند و به همین علت تومورهای آنان از جمله تومورهای عروقی و تومورهای عصبی به ترتیب اولین و دومین تومور شایع خوش خیم این نواحی باشند. البته در کلیه این موارد تأثیرات شناخته شده نژاد و شرایط جغرافیایی را نمی‌توان نادیده گرفت.

در آمار مربوط به چین نیز همچون جوامع غربی، پاپیلوم شایع‌ترین تومور خوش خیم پلک می‌باشد (۴) با کمی دقت در جمعیت چین در می‌یابیم که در این کشور از سال‌ها قبل طرح کنترل جمعیت اجرا شده به طوری که هیچ خانواری در چین نمی‌بایست بیش از یک فرزند داشته باشد، این عامل می‌تواند باعث افزایش سن متوسط چینی‌ها و در نتیجه کمتر بودن قشر جوان در این کشور نسبت به ایران باشد به طوری که پاپیلوم از خال شایع‌تر گزارش شده است.

در این بررسی شایع‌ترین تومور بدخیم پلک، کارسینوم سلول بازال (BCC) می‌باشد (جدول ۶) که ۷۸/۷۷ درصد از نئوپلاسم‌های بدخیم پلک و ۸۷ درصد از نئوپلاسم‌های بدخیم اپی‌تلیالی پلک را تشکیل می‌دهد. این یافته با آمار کتب مرجع همخوانی دارد که شیوع آن را ۹۵-۸۵ درصد نئوپلاسم‌های

جدول شماره ۲- فراوانی نسبی نئوپلاسم‌های خوش خیم، بدخیم و پیش‌سرطانی پلک بر حسب نواحی آناتومیک، بیوسی شده در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)

محل تشریح	خوش خیم	بدخیم	پیش‌سرطانی	کل
پلک فوقانی	۶۳/۶٪	۳۶/۱٪	۰/۳٪	۱۰۰٪
پلک تحتانی	۳۳/۲٪	۶۶/۸٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
کانتوس داخلی	۲۷/۴٪	۷۲/۶٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
کانتوس خارجی	۱۵/۰٪	۸۵/۰٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
پلک راست	۱۸/۳٪	۵۱/۵٪	۰/۲٪	۱۰۰٪
پلک چپ	۱۷/۷٪	۵۸/۳٪	۰/۰٪	۱۰۰٪



نمودار شماره ۱- فراوانی نسبی دو جنس در شایع‌ترین نئوپلاسم‌های خوش خیم پلک، بیوسی شده در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)

در این بررسی فراوانی خال در پلک فوقانی بیشتر از پلک تحتانی بود (جدول ۷). همچنین اغلب بیماران در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال قرار داشتند که با آمار کتب مرجع همخوانی دارد (۱).

در این بررسی پاپیلوم که بر طبق گفته کتب مرجع شایع‌ترین تومور خوش خیم پلک است (۱) (جدول ۷) با شیوع ۱۴/۴ درصد نئوپلاسم‌های خوش خیم پلک، سومین نئوپلاسم خوش خیم پلک را تشکیل می‌دهد. در مطالعه انجام شده، این تومور غالباً در سنین بالای ۶۰ سال مشاهده شد. اگر ما به هرم سنی در ایران و جوامع غربی نظر بیفکنیم، خواهیم دید متوسط طول عمر افراد در کشورهای غربی بیشتر از ایران و میزان زاد و ولد در ایران بیشتر از جوامع غربی است در نتیجه فراوانی

شماره ۵- فراوانی انواع هیستوپاتولوژی تئوپلاسم‌های بدخیم پلک (به ترتیب حروف الفبا) در دهه‌های سنی گوناگون، بیوسی شده در بخش

آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)

ردیف	BCC	SCC	آدنوکارسینوم	تومور اپیتلیالی بدخیم	تومور ضمیمه پوستی	تومور عروقی بدخیم	تومور مخلوط بدخیم	رایدوبیوسارکوم	رئینوپلاستوم	کروستیک	کارسینوم آدنوسید	کارسینوم غده سینه	لنفوم	ملائوم	هیستوسیتوم بدخیم	کل
۱	۳	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۵	۷	۰	۰	۰	۰	۱	۱۷	
۲	۲	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۶	
۳	۱۳	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۵	
۴	۲۲	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۲۵	
۵	۶۳	۸	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۵۶	
۶	۹۷	۱۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	۱	۱۱۴	
۷	۱۵۳	۲۴	۲	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۵	۱	۴	۰	۱۹۱	
۸	۶۸	۱۸	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۶	۰	۱	۱	۹۶	
۹	۱۸	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰	
۱۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷	

جدول شماره ۶- فراوانی انواع هیستوپاتولوژی تئوپلاسم‌های بدخیم پلک (به ترتیب حروف الفبا) بر حسب جنس و محل تشریح، بیوسی شده در

بخش آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)

متغیر	BCC	SCC	آدنوکارسینوم	تومور اپیتلیالی بدخیم	تومور ضمیمه پوستی	تومور عروقی بدخیم	تومور مخلوط بدخیم	رایدوبیوسارکوم	رئینوپلاستوم	کروستیک	کارسینوم آدنوسید	کارسینوم غده سینه	لنفوم	ملائوم	هیستوسیتوم بدخیم	کل
فراوانی پاتولوژی	۴۸۶	۷۳	۵	۱	۱	۱	۱	۸	۷	۱	۱۲	۳	۱۵	۳	۶۱۷	
محل تشریح	فوقانی	۸۱	۲۳	۳	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۲	۰	۱۱۷
	تختانی	۲۳۹	۱۷	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۲	۰	۰	۱	۲۳۸
	فوقانی و تختانی	۷	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱۰
	کانتوس داخلی	۴۷	۵	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۳
	کانتوس خارجی	۱۴	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۷
	راست	۱۶۱	۲۶	۱	۰	۱	۱	۱	۳	۴	۰	۴	۰	۷	۰	۲۰۹
	چپ	۲۲۷	۳۳	۴	۱	۰	۰	۰	۳	۲	۱	۶	۲	۵	۳	۲۹۷
جنس	راست و چپ	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
	مذکر	۳۰۹	۴۱	۳	۱	۱	۱	۳	۳	۱	۴	۱	۱۱	۲	۳۸۲	
	مؤنث	۱۷۷	۳۲	۲	۰	۰	۰	۵	۴	۰	۸	۲	۴	۱	۲۳۵	

جدول شماره ۷- فراوانی انواع هیستوپاتولوژی نئوپلاسم‌های خوش‌خیم پلک (به ترتیب حروف الفبا) بر حسب جنس و محل تشریح، بیوپسی شده در

بخش آسیب‌شناسی بیمارستان قارابی (۷۷-۱۳۶۸)

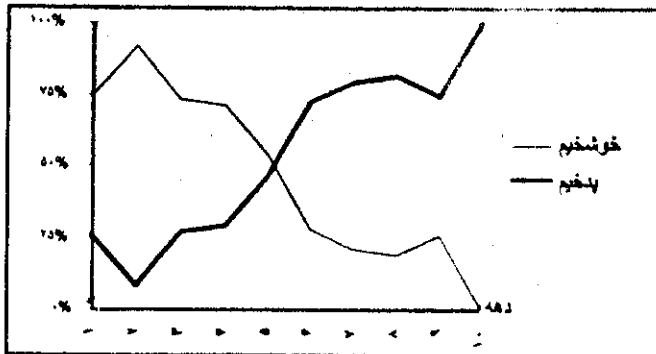
کد	هیستوسیتوم	هیپریلازی غده سباسه	هیپریلازی پسودوکارسینوماتوز	هائیرنوم	ترومبوسیتوم	میوپلیویهای سلول روشن	لیپوم	گرازیولوم پوزیتیک	گرازیولوم سبوریتیک	گرازیولوم آکانتوم	فیبروم	فیبرولایپوم	فانتیت ندوبار	سیرنگوما	عال	تومور مغزط غرض‌خیم	تریگولاریکروما	تریگولایپوما	تریگولوما	پیلوماتریکسوم	پاپیلوم	فراوانی پاتولوژی	
																						محل تشریحی	جنس
۴۸۵	۲	۴	۲۰	۹۵	۳۴	۱	۴	۸	۷	۱۰	۱	۳	۱	۲	۱۸۳	۳	۱	۳	۱	۲۵	۷۷	فوقانی	
۲۰۶	۱	۰	۴	۵۴	۱۹	۰	۲	۳	۲	۴	۰	۰	۰	۰	۶۸	۱	۱	۱	۱	۱۶	۲۹	نحسانی	
۱۳۳	۰	۰	۹	۱۹	۵	۱	۰	۵	۴	۶	۰	۱	۰	۱	۶۱	۰	۰	۰	۰	۲	۱۹	فوقانی و نحسانی	
۹	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۲	محل تشریحی	
۲۰	۰	۰	۲	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵	۰	۰	۱	۰	۱	۷	کانتوس داخلی	
۳	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	کانتوس خارجی	
۱۹۶	۰	۱	۷	۴۳	۱۴	۱	۲	۳	۳	۷	۰	۷	۰	۰	۶۸	۰	۰	۲	۱	۱۲	۳۰	راست	
۲۱۲	۰	۲	۱۰	۳۹	۱۸	۰	۱	۵	۴	۲	۱	۲	۰	۱	۸۵	۲	۱	۰	۰	۷	۳۲	چپ	
۹	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵	۱	۰	۱	۰	۰	۱	راست و چپ	
۱۹۱	۰	۳	۶	۵۱	۱۷	۰	۱	۴	۵	۶	۰	۰	۰	۰	۵۵	۰	۰	۰	۰	۱۳	۳۰	مذکر	
۲۹۴	۲	۱	۱۴	۴۴	۱۷	۱	۳	۴	۲	۴	۱	۳	۱	۲	۱۲۸	۳	۱	۳	۱	۱۲	۴۷	مؤنث	

طوری که در بررسی ما شایع‌ترین محل درگیری این تومور پلک فوقانی است، حال آنکه در کتب مرجع شایع‌ترین محل آناتومیک درگیری لبه پلک تحتانی می‌باشد (۱).

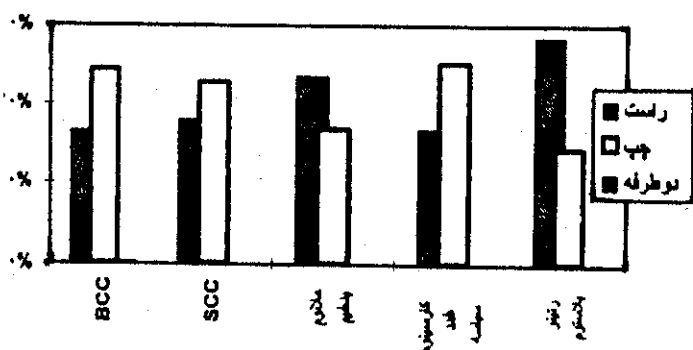
در بررسی ما ملانوم بدخیم با شیوع ۲/۴ درصد نئوپلاسم‌های بدخیم، سومین تومور بدخیم شایع پلک بود (جدول ۶). در آمار ارائه شده از مینه‌سوتا نیز این تومور سومین نئوپلاسم بدخیم عنوان شده بود (۵). البته در کتب مرجع شیوع این تومور کشیده ۱ درصد عنوان شده است که کمتر از آمار به دست آمده در مطالعه ما است (۱،۲). بر عکس شیوع این تومور در هند ۳/۵ درصد و در چین ۴/۹ درصد بود که بیشتر از آمار به دست آمده از مطالعه ما بود (۳،۴). از آنجا که تابش نور خورشید عامل اصلی در ایجاد این تومور است (۳) تفاوت آماری به دست آمده احتمالاً ناشی از تفاوت در شرایط جغرافیایی و تابش نور خورشید است، هر چند که نمی‌توان نژاد را بی‌تأثیر دانست. شایع‌ترین محل آناتومیک درگیری این تومور در بررسی ما پلک تحتانی بود که با گفته کتب مرجع نیز همخوانی دارد (۱،۳).

در آمار ارائه شده از مینه‌سوتا، SCC با شیوع ۸/۶ درصد دومین نئوپلاسم شایع بدخیم پلک بود که تقریباً با آمار بدست آمده در تحقیق ما همخوانی دارد (۵). این در حالی است که در کتب مرجع شیوع این تومور کمتر از ۵ درصد تومورهای اپی‌تلیالی پلک ذکر شده است ممکن است این اختلاف آماری وابسته به میزان تابش نور خورشید باشد که در ایران نسبت به جوامع غربی شدیدتر است. نسبت SCC به BCC در کتب مرجع ۱ به ۳۹ عنوان شده است (۱). در بررسی ما ۱ به ۷ و در گزارشات کشورهای چین و هند ۱ به ۲ بوده (۳،۴) که نشانه شیوع بیشتر SCC در کشور ما و کشورهای شرقی نسبت به جوامع غربی است. در این مورد نیز احتمالاً اختلاف شرایط جغرافیایی کشورها سبب این تفاوت آماری است، هر چند که نمی‌توان عامل نژاد را بی‌اثر دانست. در مطالعه ما اغلب مبتلایان به SCC در گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر قرار داشتند (جدول ۵) که مشابه گزارش کتب مرجع است شیوع این تومور را افراد مسن بیشتر دانسته‌اند (۲). همانند BCC در مورد SCC نیز آمار ارائه شده در بررسی ما در مورد فراوانی محل‌های آناتومیک درگیری ضایعه با آمار کتب مرجع متفاوت است، به

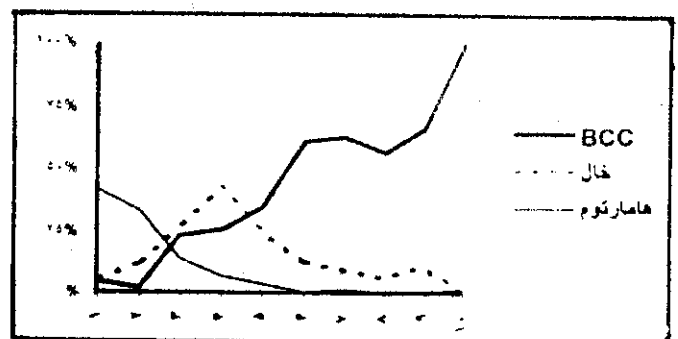
همانگونه که قبلاً ذکر شد در کتب مرجع کارسینوم غدد سباسه به عنوان دومین تومور شایع بدخیم پلک عنوان شده است (۱،۳). حال آنکه در بررسی ما این تومور در رتبه چهارم تومورهای بدخیم پلک قرار گرفت (جدول ۶). در آمار هند نیز این تومور با شیوع ۲۷/۱ درصد و نیز در آمار چین با شیوع ۱-۳ درصد گزارش شده است (۱،۳) و در آمار تهیه شده ما نیز این تومور شیوع ۱/۹۴ درصد داشته است که از لحاظ آماری با کتب مرجع همخوانی دارد. همچنین در آمار ارائه شده از مینه‌سوتا نیز SCC و ملانوم بدخیم دومین و سومین تومور شایع بدخیم پلک گزارش شده‌اند (درست همانند گزارش ما) و هیچ موردی از کارسینوم غدد سباسه گزارش نشده است (۵). در بررسی ما فراوانی این تومور در خانم‌ها دو برابر آقایان بود و متوسط سن تشخیص آن ۶۶ سال بود که این نیز با گفته کتب مرجع همخوانی دارد که این تومور را در خانم‌های میانسال شایع می‌داند (۱،۳).



نمودار شماره ۳- مقایسه دهه‌های مختلف سنی از نظر فراوانی نسبی شایع‌ترین نئوپلاسم‌های خوش‌خیم و بدخیم پلک، بیوپسی شده در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)



نمودار ۴- فراوانی نسبی نواحی تشریحی (چپ و راست) در شایع‌ترین نئوپلاسم‌های بدخیم پلک بیوپسی شده در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۷)



نمودار شماره ۲- مقایسه دهه‌های مختلف سنی از نظر فراوانی نسبی شایع‌ترین نئوپلاسم‌های پلک، بیوپسی شده در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان فارابی (۷۷-۱۳۶۸)

از جمله نکات جالب دیگری که در این بررسی بدست آمده این مسئله بود که فراوانی SCC در ۵ سال اول مطالعه

است و دیگر اینکه شایع ترین نئوپلاسم بدخیم در کودکان زیر ۱۰ سال تهاجم رتینوبلاستوم به پلک است و تومور بدخیم اولیه پلک در بچه‌ها نادر می‌باشد. متأسفانه با وجود شیوع فراوان تومورهای پلک هیچ گزارش قبلی از شیوع این تومورها در کشور ما دریافت نشد که بتوانیم آن را با آمار به دست آمده در این مطالعه مقایسه نماییم.

در پایان متذکر می‌شویم که ضایعات شایعی نظیر مولوسکوم کنتازیوزوم و وروکاولگاریس که جزء ضایعا عفونی می‌باشند و نیز گزانتولاسا که یک ضایعه متداول پلک معهدا واکنشی است اگر چه به صورت توده در پلک تظاهر می‌نمایند ولی به دلیل اینکه ماهیتاً نئوپلاسم نمی‌باشند در مطالعه ما در نظر گرفته نشده‌اند.

کمتر از ۵ سال دوم مطالعه بود و برعکس فراوانی BCC در ۵ سال اول مطالعه بیشتر از ۵ سال دوم مطالعه بود (نمودار ۸) که این امر با مطالب ذکر شده در کتب مرجع همخوانی دارد که گویای این مطلب است که شیوع SCC به تدریج در حال افزایش می‌باشد (۱) و از مسائل دیگر قابل توجه در این تحقیق بیشتر بودن فراوانی قابل ارزش از نظر آماری تومورهای بدخیم نسبت به خوش‌خیم در پلک چپ بود، در حالی که فراوانی تومورهای خوش‌خیم و بدخیم در پلک راست تقریباً برابر بودند، متأسفانه هیچ عاملی که بتوانیم با آن افزایش فراوانی تومورهای بدخیم در پلک چپ را توجیه نماییم پیدا نکردیم. همچنین همانگونه که انتظار می‌رفت با افزایش سن شیوع تومورهای بدخیم به مراتب بیشتر از تومورهای خوش‌خیم

منابع

1. Bilyk Eagle et al. Spencer ophthalmic pathology Vol 4, 4th ed. USA Saunders 1996; Chapter 11.

2. Myron Yanoff Ben S Fine. Ocular pathology 4th ed. Mosby-Wolf 1996; Chapter 6.

3. Abdi Tyagi et al. Tumors of Eyelid. J Indian Med Assoc 1996; 94: 405.

4. Ni Z, et al. Histopathological classification of 3510 cases with Eyelid tumor. Chung Hua Yen Ko Tsa Chin 1996; 32: 435.

5. Cook Bartley. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in olmstead county. Minnesota Ophthalmology 1999; 106: 746.