

دکتر محمدعلی مایار^۱، دکتر پژمان بختیاری‌نیا^۲، دکتر فرزاد ضیاء^۲

۱- استادیار گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز؛ ۲- پزشک عمومی

مقدمه: سرطان سلول‌های قاعده‌ای Basal

Cell Carcinoma (BCC)، شایعترین سرطان پوست در انسان است که دارای انواع هیستوپاتولوژیک مختلف و شکل‌های بالینی بسیار متنوعی می‌باشد.

هدف: از این مطالعه ارزیابی بیماران

مبتلابه BCC در اهواز از نظر سن، جنس، محل بروز ضایعات، شکل‌های آسیب‌شناسی مختلف و مقایسه شیوع آن با سایر سرطان‌های پوست بخصوص سرطان سلول‌های اسکواموس است.

بیماران و روش‌ها: این مطالعه توصیفی به

صورت گذشته‌نگر و با استفاده از مدارک موجود در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی اهواز انجام شده است. روش کار به این صورت بود که تمام مدارک موجود در بایگانی آزمایشگاه آسیب‌شناسی از شروع سال ۱۳۶۶ تا پایان سال ۱۳۷۶ بررسی و پرونده آن عده از بیمارانی که مبتلا به نوعی از سرطان پوست بودند مورد مطالعه قرار گرفت.

یافته‌ها: از میان حدود هفتاد هزار نمونه ارسالی

به آزمایشگاه، در مجموع ۱۲۷۱ نفر مبتلا به نوعی از سرطان پوست بودند. ۸۹۶ بیمار (۷۰/۵۰٪) مبتلا به BCC بودند شیوع BCC در مردان و زنان تقریباً مساوی بود. سن متوسط بیماران ۶۰ سال بود. در رابطه با سن بیماران، مسئله جالب تفاوت سن متوسط بیماران در ۲ سال اول نسبت به ۲ سال آخر مطالعه بود. در ۲ سال اول، متوسط سن بیماران ۵۷/۵۸ سال و در ۲ سال آخر مطالعه ۶۳/۲۷ سال بود. ۸۰٪ بیماران در محدوده سنی ۴۰ تا ۸۰ سالگی بودند. شایعترین محل بروز ضایعات به ترتیب بینی، گونه، پیشانی و پلک چشم‌ها بود. ۲۹۴ نفر نیز مبتلابه سرطان سلول‌های اسکواموس بودند که از نظر شیوع در حدود یک سوم BCC می‌شود.

نتیجه‌گیری: شایعترین سرطان پوست در اهواز BCC است. شیوع آن در هر دو جنس مساوی است. متوسط سن بیماران ۶۰ سال است و با گذشت زمان سن بروز آن افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: سرطان سلول‌های قاعده‌ای،

اهواز، سرطان پوست

مقدمه

سرطان سلول قاعده‌ای Basal Cell Carcinoma

(BCC)، برای اولین مرتبه توسط Jacob در سال ۱۸۲۷ میلادی توصیف شد (۱). BCC شایعترین سرطان پوست است و تقریباً به طور منحصر در مناطقی از پوست که دارای فولیکول‌های مو هستند و عمدتاً در ناحیه صورت بروز می‌کند (۲). BCC از سطح تـحتانی

مؤلف مسئول: دکتر محمدعلی مایار - اهواز، بیمارستان سینا، بخش پوست

www.SID.ir

اپیدرم و از لایه سلول‌های قاعده‌ای (یلایه بازال) منشأ می‌گیرد و به طرف عمق پوست در ناحیه دوم توسعه می‌یابد. اگر چه سرعت رشد BCC خیلی کند است و متاستاز با آن فوق‌العاده نادر می‌باشد، ولی در صورت غفلت از آن تدریجاً پیشرفت کرده، باعث تخریب موضعی وسیع و نفوذ به بافت‌های عمقی تر و گاهی باعث مرگ بیمار می‌گردد. اهمیت BCC از این نظر است که هر شخصی که یک بار دچار BCC شود، احتمال بروز کانسره‌های پوستی و داخلی در وی نسبت به افراد سالم

درخواستی که پزشک نمونه برداری به همراه نمونه بافتی به بخش آسیب شناسی ارسال کرده بود، ثبت می شد.

یافته‌ها

از ۱۲۷۱ بیمار مبتلا به سرطان پوست، ۸۹۶ نفر BCC (۷۰/۵۰٪)، ۲۹۴ نفر SCC (۲۳/۱۳٪)، ۲۵ نفر میکوزیس فونگوئید، ۲۲ نفر ملاتوم بدخیم، ۱۲ نفر کاپوسی سارکوما و ۸ بیمار درماتوفیروسارکوم پروتوبرانس داشتند. ۱۴ نفر باقیمانده نیز مبتلا به تومورهای پوستی نادر دیگری بودند. از ۸۹۶ بیمار مبتلا به BCC، ۴۷۴ نفر مرد (۵۲/۹٪) و ۴۲۲ نفر زن (۴۷/۱٪) بودند که نسبت مردها به زنها ۱/۱۲ به ۱ بود. از میان بیماران سن ۱۰ نفر از آنها مشخص نشده بود. از ۸۸۶ بیمار باقی مانده، سن مبتلایان به تفکیک دهه‌های سنی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. متوسط سن بیماران ۶۰ سال بود. حدود ۹۰٪ مبتلایان به BCC در محدوده سنی بالای ۴۰ سال قرار داشتند. بیماران زیر ۲۰ سال مبتلا به گزرودرمایگمتوزم بودند. در ۱۷ نفر از بیماران از ۲ محل بیوپسی انجام شده بود لذا در کل ۹۱۳ نمونه آسیب شناسی با تشخیص BCC وجود داشت. از ۹۱۳ نمونه، زیر نوع پاتولژیک ۱۷۴ نمونه معین نشده بود. از ۷۳۹ نمونه، ۷۰۹ زیر نوع خالص و ۳۰ زیر نوع مختلط وجود داشت (جدول شماره ۲).

از ۹۱۳ نمونه BCC، محل ۹۳ نمونه در برگه درخواستی ارسالی پزشکان قید نشده بود. محل‌های مبتلا در ۸۲۰ نمونه باقی مانده در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. از ۷۰۹ مورد درگیری صورت، محل دقیق نمونه برداری در ۹۲ مورد مشخص نشده بود و فقط به کلمه صورت اکتفا شده بود. موارد ابتلای اجزای مختلف صورت در بقیه نمونه‌ها برحسب تعداد، نسبت موارد به کل موارد BCC و نسبت به کل موارد BCC صورت، به تفکیک در جدول شماره ۴ آمده است. از ۳۴۳ مورد ابتلای بینی، سهم زنان ۱۸۵ مورد (۵۳/۹۴٪) و سهم مردان ۱۵۸ مورد (۴۶/۰۶٪) بود. از ۳۱ مورد ابتلای لاله گوش، ۲۵ مورد (۸۰/۶۵٪) در مردان و ۶ مورد (۱۹/۳۵٪) در خانم‌ها بود. از ۱۲ مورد درگیری پشت گوش، سهم مردان ۱۱ مورد (۹۱/۶۶٪) و سهم زنان ۱

افزایش می‌یابد (۳). تاکنون آمار دقیق در مورد شیوع بیماری در ایران تهیه نشده است. با توجه به این که BCC در ایران نیز تومور پوستی شایعی است و مبتلایان به آن ممکن است برحسب محل بروز ضایعات به متخصص رشته‌های مختلف پزشکی مراجعه نمایند، شناخت دقیق آن از جنبه‌های همه گیرشناختی، بالینی، آسیب شناختی و درمانی برای همه پزشکان ضروری است.

بیماران و روش‌ها

برای انجام این مطالعه توصیفی از مدارک پزشکی بخش آسیب شناسی بیمارستان امام خمینی اهواز استفاده شد. این بیمارستان در مرکز شهر اهواز واقع شده و یکی از بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی و قدیمی‌ترین بیمارستان استان است. بخش‌های تخصصی مختلفی در این بیمارستان فعالیت دارند و یکی از مراکز پذیرش بیماران ارجاعی از سایر شهرهای استان می‌باشد. بخش آسیب شناسی این بیمارستان علاوه بر پاسخ‌گویی به تمام بخش‌های بیمارستان، نمونه‌های ارسالی از سایر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و مطب‌های خصوصی شهر اهواز یا شهرهای دیگر را در سرویس کلینیک ویژه خود می‌پذیرد. با توجه به اینکه در اکثر شهرهای استان خوزستان در مدت زمان مورد مطالعه آزمایشگاه آسیب شناسی وجود نداشته است، می‌توان انتظار داشت که بسیاری از بیماران از شهرهای مجاور به اهواز آمده باشند.

روش نمونه برداری غیر تصادفی بود و کل نمونه‌های مختلف موجود در دفتر و بایگانی بخش آسیب شناسی از آغاز فروردین ۱۳۶۶ تا پایان اسفند ۱۳۷۶ (حدود ۷۰۰۰۰ نمونه) مورد بازخوانی قرار گرفت. بخش آسیب شناسی بیمارستان امام خمینی تمام گزارشات پاتولژی را در ۲ نسخه تهیه کرده، یک نسخه را به بیمار داده و نسخه‌های دیگر را براساس تاریخ و شماره آن در کتابچه‌هایی بسیار محکم صحافی و بطور منظم نگهداری می‌نماید. در مجموع ۱۲۷۱ بیمار مبتلا به نوعی از سرطان پوست بودند. پس از یافتن بیماران، اطلاعات مورد نظر از قبیل سن، جنس، محل نمونه برداری و تشخیص آسیب شناسی آن براساس دفاتر بخش، گزارش آسیب شناسی و برگه‌های

مورد (۰.۸/۳۴٪) بود. از ۷۰ مورد درگیری اسکالپ، ۴۹ مورد (۰.۷۰٪) در مردان و ۲۱ مورد (۰.۳۰٪) در زنان بود.

بحث

براساس آمارهای بین‌المللی BCC شایعترین سرطان پوست است (۶،۵،۴) انستیتو ملی سرطان آمریکا شیوع آن را در آمریکا ۴۰۰،۰۰۰ مورد در سال تخمین زده است (۱)، اما براساس مطالعه دیگری سالانه بیش از ۷۵۰،۰۰۰ نفر بیمار جدید در ایالات متحده تشخیص داده می‌شوند (۷). شیوع BCC در استرالیا، حدود ۶۵۷ نفر به ازاء هر ۱۰۰ هزار نفر در سال یعنی بیش از ۲ برابر شیوع این بیماری در آمریکا است (۸). برای مقایسه با این آمارها، متأسفانه شیوع این بیماری در ایران مشخص نشده است. در این مطالعه از ۱۲۷۱ فرد مبتلا به سرطان پوست، BCC با اختصاص ۷۰/۵٪ از کل بیماران شایعترین سرطان پوست بود. پس از آن SCC که ۲۳/۱۳٪ از بیماران را شامل می‌شد، در رده دوم قرار داشت. نسبت مبتلایان به BCC به SCC حدود ۳/۰۵ به یک می‌باشد یعنی تقریباً ۳ برابر شایعتر از SCC بود. در مجموع ۹۳/۶۳٪ از همه بیماران مورد مطالعه، به یکی از این دو سرطان مبتلا بودند. این نتایج می‌تواند یک برآورد خوب و نسبتاً قابل اعتماد حداقل برای کل مردم خوزستان باشد. زیرا همان‌گونه که ذکر شد، نمونه‌برداری در این مطالعه، در حقیقت همه بیماران مبتلا به سرطان پوست (ثبت شده در بخش آسیب‌شناسی) را دربر می‌گرفت.

نسبت مردان به زنان در مبتلایان به BCC (۱/۱۲) به تفاوت مهمی را از نظر شیوع بین مردان و زنان نشان نمی‌دهد. در حالی که انتظار بر این است که شیوع BCC در خانم‌ها که به علت تفاوت‌های شغلی و نوع پوشش مدت بسیار کمتری در معرض آفتاب قرار می‌گیرند، خیلی کمتر باشد. شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که پوست خانم‌ها در مقایسه با آقایان نسبت به آفتاب و سایر فاکتورهای ایجادکننده BCC خیلی حساس‌تر است. در مطالعه‌ای که در امیرنشین قطر در این زمینه انجام شده (۹) شیوع بیماری در مردان بیشتر بود. ولی در مطالعه‌ای در ژاپن (۱۰) شیوع بیماری در زن و مرد مساوی بود. در یک آمار دیگر که از ۶۷ بیمار در بانکوک (تایلند) تهیه شده،

شیوع BCC در خانم‌ها ۲ برابر بیشتر از آقایان بود (۱۱). شایعترین سن ابتلا در کل بیماران و نیز در هر یک از دو جنس دهه هفتم عمر بود. مطالعه قطر (۹) سن شیوع بیماری را دهه ۳ تا ۵ ذکر کرده است در حالی که در آمار ژاپنی‌ها (۱۰) متوسط سن بیماران ۵۹ سال و در آمار تایلند ۶۰/۶ سال است (۱۱). با توجه به این که شدت تابش آفتاب در خوزستان بسیار زیاد است، شاید یک دلیل برای سن بالای بیماران تیرگی پوست در مردم این منطقه باشد. میانگین سنی مردان و زنان مبتلا در student t-test اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($P < 0/06$). به عبارت دیگر می‌توان میانگین سن ابتلا را در مردان و زنان مورد مطالعه یکسان دانست. یک مسأله جالب این است که در دو سال اول مطالعه (سال‌های ۱۳۶۶ و ۱۳۶۷ میانگین سنی کل مبتلایان به BCC، ۵۷/۵۸ سال و در دو سال آخر (۱۳۷۵ و ۱۳۷۶)، ۶۳/۲۷ سال بود. با استفاده از آزمون student t-test مشخص شد که تفاوت بین این دو میانگین از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/01$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که میانگین ابتلا در ۱۱ سال گذشته افزایش داشته است. دلایل این امر می‌تواند تغییر نوع لباس و نحوه پوشش بدن در جامعه، بویژه بعد از انقلاب باشد. همچنین نقش متخصصین پوست و وسایل ارتباط جمعی در آگاهی دادن به مردم و توجه آنها به مضرات نور خورشید و تأثیر زیانبار آن بر پوست نیز می‌تواند در این امر دخیل باشد. اکنون تغییر رفتار مردم و اصرار بسیاری از افراد در استفاده از کرم‌های ضد آفتاب برای اکثر متخصصین پوست کاملاً روشن است. مسأله دیگر، شیوع فوق‌العاده زیاد بروز ضایعات لاله‌گوش، پشت‌گوش و ناحیه scalp در آقایان در مقایسه با خانم‌ها است. علت این تفاوت شاید استفاده خانم‌ها از روسری و چادر باشد که به‌طور کامل مانع تابش آفتاب به مناطق فوق می‌شود. از سوی دیگر شیوع BCC بر روی بینی (که در بانوان هم در معرض آفتاب قرار می‌گیرد)، در خانم‌ها بیشتر از آقایان است.

نتیجه‌گیری

شایعترین سرطان پوست در خوزستان BCC است که بیش از ۷۰ درصد سرطان‌های پوست را تشکیل می‌دهد.

خورشید قرار می‌گیرند، شیوع BCC تقریباً در هزار دو
جنس مساوی است. در ضمن به نظر می‌رسد که به تدریج
سن بروز BCC در مردم خوزستان بالاتر می‌رود.

پس از آن SCC قرار دارد. این دو سرطان در مجموع بیش
از ۹۳٪ سرطان‌های پوست در این ناحیه را تشکیل
می‌دهند. با وجود تمام اختلافی که در نحوه لباس پوشیدن
و مدتی که مردان در مقایسه با زنان در معرض اشعه

جدول شماره ۱: سن مبتلایان به BCC
به تفکیک دهه‌های سنی

سن (سال)	تعداد	درصد
۰-۱۰	۲	۰/۲۳
۱۱-۲۰	۳	۰/۳۴
۲۱-۳۰	۱۴	۱/۵۸
۳۱-۴۰	۷۵	۸/۴۷
۴۱-۵۰	۱۳۶	۱۵/۳۵
۵۱-۶۰	۱۶۳	۱۸/۴۰
۶۱-۷۰	۲۵۸	۲۹/۱۲
۷۱-۸۰	۱۶۰	۱۸/۰۶
۸۱-۹۰	۵۹	۶/۶۶
۹۱-۱۰۰	۱۶	۱/۸۱
جمع	۸۸۶	۱۰۰

جدول شماره ۲: زیر نوع های آسیب شناختی

BCC

درصد	تعداد	زیر نوع
۷۲/۹	۵۳۹	Solid
۴/۵	۳۳	Adenoid
۶/۸	۵۰	Solid & Adenoid
۴/۵	۳۳	Morphoeic
۳/۰	۲۲	Basosquamous
۲/۷	۲۰	Multifocal Superfical
۰/۴	۳	Infiltrating
۰/۵	۴	Keratotic
۰/۳	۲	fibroepithelioma
۰/۱	۱	Clear Cell
۰/۱	۱	Acantholytic
۰/۱	۱	Follicular
۴/۱	۳۰	Mixed
۱۰۰	۷۳۹	جمع

جدول شماره ۳: محل بروز BCC

در ۸۰ بیمار

درصد	تعداد	محل ابتلا
۸۶/۵	۷۰۹	صورت
۸/۵	۷۰	اسکالپ
۲/۳	۱۹	تنه
۱/۷	۱۴	اندامها
۱/۰	۸	گردن
۱۰۰	۸۲۰	جمع

مکان‌های درگیر در صورت	بینی	گونه	پیشانی	پلک‌ها	لاله گوش	لب	چین نازولابیال	پشت گوش	کانتوس داخلی	کانتوس خارجی	چانه	نامشخص	جمع
تعداد	۳۴۳	۷۶	۵۲	۴۰	۳۱	۲۳	۲۱	۱۲	۱۰	۳	۶	۹۲	۷۰۹
درصد از کل موارد BCC	۴۱/۸۳	۹/۲۷	۶/۳۴	۴/۸۸	۳/۷۸	۲/۸۰	۲/۵۶	۱/۴۶	۱/۲۲	۰/۳۷	۰/۷۳	۱۱/۲۲	۸۶/۴۶
درصد از BCCهای صورت	۴۸/۳۸	۱۰/۷۲	۷/۳۳	۵/۶۴	۴/۳۷	۳/۲۴	۲/۹۶	۱/۶۹	۱/۴۱	۰/۴۲	۰/۸۵	۱۲/۹۸	۱۰۰

منابع

- 1 - Patterson J W. Basal Cell Carcinoma. In Demis DJ (editor). Clinical Dermatology. 18th edition Philadelphia: J.B.Lippincott company, 1991(4):21, 18.
- 2 - Walter F. Lever WF. Histopatology of the skin. 7th edition, Philadelphia: J.B.Lippincott company. 1990:622-634.
- 3 - Frish M, Hjalgrim H, Olsen J H, et al. Risk for subsequent cancer after diagnosis of basal cell carcinoma: A population based epidemiologic study. Ann Intem Med 1996;125:815-21.
- 4 - Xie J, Murone M, louoh SM, et al. Activating smoothened mutations in sporadic basal cell carcinoma. Nature 1998; 391:90-92,.
- 5 - Buechner SA, Wemli M, Harr T, et al. Regression of basal cell carcinoma by intralesional interferon alpha treatment. J Clin Invest 1997; 100:2691-6.
- 6 - Lear JT, Smith AG. Basal cell carcinoma. Postgrad Med J 1997; 73:538-42.
- 7 - Gailani MR, Bale AE. J Natl Cancer Inst 1997; 89:1103-9.
- 8 - Emmet A J J. Malignant Skin Tumours. Second edition. London Churchill Livingstone. 1990: 109-142.
- 9 - Mahmoud SF, Azadeh B. Basal cell carcinoma in Qatar. Int J dermatol 1996; 35:704-6
- 10 - Kikuchi A, Shimizu H, Nishikawa T. Clinical histopathological characteritics of basal cell carcinoma in japanese patients. Arch Dermatol 1996; 132:320-4.
- 11 - Nakiang Y, Kullavanijaya P. Basal cell carcinoma: seven years experience at the Institute of Dermatology in Bangkok, Thailand. J Dermatol 1994; 21:660-3.