

بروز Non melanoma skin cancer در استان اصفهان

دکتر فریبا ایرجی^۱، دکتر نادر اربابی^۲، دکتر علی اصیلان^۳، دکتر امیرحسین سیادت^۴، دکتر جلال کشاورز^۵

۱- استادیار گروه پوست، ۲- دستیار گروه پوست، ۳- استاد گروه پوست، ۴- متخصص پوست، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، ۵- پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

زمینه و هدف: سرطان‌های پوست غیرملانومی (Non melanoma skin cancer (NMSC جزو شایع‌ترین سرطان‌های بدن هستند. با این که مرگ و میر آن‌ها بالا نیست ولی می‌توانند برای بیمار درجه بالایی از ناتوانی ایجاد کنند. در کشور ما عواملی چون میزان تماس با آفتاب و عادات فرهنگی و نوع پوست افراد بروز و شیوع آن‌ها را متفاوت کرده است. هدف از این مطالعه بررسی میزان بروز NMSC در استان اصفهان بود.

روش اجرا: اطلاعات این مطالعه با استفاده از اطلاعات مرکز Cancer registry استان اصفهان به دست آمده است و بروز NMSC به ازای هر ۱۰۰ هزار جمعیت محاسبه شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۶۸۱ مورد NMSC از سال ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ ثبت شده بود و بروز NMSC در این مدت، ۱۰/۶۷ در ۱۰۰ هزار محاسبه شد. ناحیه مرکزی صورت شایع‌ترین محل بروز BCC و SCC بوده است.

نتیجه‌گیری: بروز NMSC در استان اصفهان در مقایسه با کشورهای غربی در حد کم‌تری است اما میزان بروز، برابر ۱۰/۶۷ در ۱۰۰ هزار نفر در سال است که معادل ۵ الی ۶ هزار مبتلا در هر سال در کشور می‌شود که با تشخیص صحیح و زود هنگام می‌توان از مرگ و میر و ناتوانی آن‌ها جلوگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: کانسره‌های غیرملانومی پوست، اصفهان، بروز

فصلنامه بیماری‌های پوست ۱۳۸۵؛ دوره ۹ (۴): ۳۳۰-۳۳۴

وصول مقاله: ۱۴/۱۱/۳۰ پذیرش: ۱۵/۲/۷

مقدمه

با این که NMSC در نژادهای با پوست نوع I و II شایع است ولی در دیگر نژادها هم در رأس بدخیمی‌ها قرار دارد (۲). به غیر از نوع پوست، مسایل دیگری چون درجه UV exposure، عادات فرهنگی چون sun bathing و استفاده از ضد آفتاب یا مسایل ناحیه‌ای چون رادیوتراپی در بروز و شیوع NMSC دخیلند.

از آن جا که فراوانی پوست نوع I و II در کشور ما بالا نیست بروز و شیوع کم‌تر NMSC دور از انتظار نیست ولی از جهت دیگر به دلایل متعدد چون تابش فراوان نور خورشید، رادیوتراپی سروگردن در گذشته، استفاده نکردن از ضد آفتاب و تغییر عادات‌های فرهنگی در دهه‌های اخیر

سرطان‌های پوست غیرملانومی (Non melanoma skin cancer (NMSC شایع‌ترین سرطان‌های بدن هستند. با این که مرگ و میر آن‌ها بالا نیست ولی می‌توانند برای بیمار درجه بالایی از ناتوانی ایجاد کنند، به نحوی که Basal cell carcinoma (BCC) می‌تواند موجب تخریب بینی، چشم، سینوس‌های پارانازال و تهاجم به دور حتی مغز شود (۱) و Squamous cell carcinoma ضمن تخریب موضعی، می‌تواند حتی با متاستاز سبب مرگ بیمار شود.

مؤلف مسوول: دکتر نادر اربابی - اصفهان، بیمارستان الزهرا، دفتر گروه پوست

پست الکترونیک: naderarababy@yahoo.com

محاسبه‌های این تحقیق بر حسب داده‌های سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ صورت گرفته است. جمعیت میانگین استان در طی این سال‌ها ۳۹۳۷۵۹۳ نفر بوده است که ۲۰۲۷۸۸۴ نفر آن‌ها مرد و ۱۹۰۹۷۰۹ نفر آنان زن گزارش شده‌اند.

یافته‌ها

طبق اطلاعات جمع‌آوری شده از مرکز Cancer registry از سال ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ تعداد ۱۶۸۱ مورد NMSC در این مرکز ثبت شد که از این بین، ۳۵۲ مورد SCC پوستی و ۱۳۲۹ مورد BCC گزارش شده است (جدول شماره ۱).

بروز NMSC از سال ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱، ۱۰/۶۷ در ۱۰۰ هزار نفر محاسبه شد. شایع‌ترین سن بروز چه در BCC و چه در SCC در دهه ۵ تا ۸ بوده است (جدول شماره ۲). از نظر توپوگرافی شایع‌ترین محل بروز BCC ناحیه مرکزی صورت و بعد از آن سر و گردن و ناشایع‌ترین محل اندام تحتانی بوده است (جدول شماره ۳).

در SCC نیز شایع‌ترین محل درگیری قسمت مرکزی صورت و تنه ناشایع‌ترین محل بوده است (جدول شماره ۳). در این مطالعه تعداد ۲۲۳ مورد SCC مخاطی نیز ثبت شد.

بالا رفتن بالقوه شیوع NMSC دور از انتظار نیست. با عنایت به آن چه که گفته شد لزوم مطالعه‌های اپیدمیولوژیک برای بررسی بروز و رفتار NMSC کاملاً مشخص است ضمن این که تاکنون در این زمینه مطالعه کامل و منسجمی صورت نگرفته است. اولین قدم در این راه تعیین ویژگی‌های دموگرافیک و توپوگرافیک NMSC است. مطالعه‌ی پیش رو به بررسی میزان بروز NMSC در استان اصفهان به عنوان یک نمونه جامعه ایرانی پرداخته است.

روش اجرا

اطلاعات این مطالعه از مرکز Cancer Registry استان اصفهان وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استخراج شده است. در این مرکز برحسب کدهای ICD۰، نوع کانسر، محل آن و اطلاعات مربوط به بیمار ثبت می‌شود.

در مطالعه حاضر، محل کانسر بر اساس کدهای ICD۰ ثبت شد و در محاسبه کانسر خالص پوستی، ضایعه‌های تناسلی نواحی و مخاطی مدنظر قرار نگرفت. در این مطالعه منظور از NMSC مجموع تعداد BCC+SCC است.

جدول شماره ۱- فراوانی تومورهای BCC و SCC پوست برحسب جنس در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۷۷ در استان اصفهان

نوع تومور	در زنان (میزان بروز)	در مردان (میزان بروز)
BCC	۵۳۶ (۷/۰۱ در ۱۰۰ هزار)	۷۹۳ (۹/۷۷ در ۱۰۰ هزار)
SCC	۱۰۸ (۱/۴ در ۱۰۰ هزار)	۳۴۴ (۳/۰۸ در ۱۰۰ هزار)

جدول شماره ۲- فراوانی تومورهای BCC و SCC پوست بر حسب سن در سال های ۱۳۸۱-۱۳۷۷ در استان اصفهان

گروه سنی (سال)	۰-۱۰	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	۳۱-۴۰	۴۱-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰	۷۱-۸۰	۸۱-۹۰	بالای ۹۰	جمع
BCC	۰	۶	۱۵	۸۳	۲۵۱	۳۶۹	۳۱۶	۲۴۰	۴۰	۹	۱۳۲۹
SCC	۳	۲	۵	۱۸	۳۸	۷۰	۱۱۰	۸۱	۲۰	۵	۳۵۲

جدول شماره ۳- فراوانی تومورهای BCC و SCC پوست بر حسب محل در سال های ۱۳۸۱-۱۳۷۷ در استان اصفهان

محل بروز	نوع تومور	BCC	SCC
اطراف پلک		۹۸	۲۲
گوش		۶۹	۵۷
صورت جز اطراف چشم و گوش		۷۴۴	۱۴۹
سروگردن جز صورت		۳۷۸	۶۴
تنه		۲۸	۹
دست		۷	۲۵
پا		۵	۲۶
جمع		۱۳۲۹	۳۵۲

بحث

طبق نتایج به دست آمده در مطالعه فوق بروز NMSC در حال حاضر در استان اصفهان ۱۰/۶ در ۱۰۰ هزار جمعیت است که در مقایسه با آمار کشورهای سفید پوست هنوز در حد زیادی پایین است. طبق بررسی های صورت گرفته، بروز NMSC در جهان در حال افزایش است به طوری که حتی در اروپا بروز آن طی ۱۰ سال از ۱۷۳/۵ به ۲۶۵ در ۱۰۰ هزار افزایش یافته است (۴). در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۶ در ایران صورت پذیرفته است شیوع NMSC ۱۱/۵ در ۱۰۰ هزار گزارش شده است (۳). در مطالعه حاضر، بروز محاسبه شده است و با این که نمی توان بروز را با شیوع مقایسه کرد ولی می توان نتیجه گرفت که

بروز بیماری NMSC در حال افزایش است زیرا روند رشد این تومورها مزمن است خصوصاً در مورد BCC می تواند سال ها طول بکشد. BCC شایع ترین تومور انسان است. در ایالت متحده، سالانه ۹۰۰ هزار مورد جدید آن با بروز ۴۸۵ و ۲۵۳ در ۱۰۰ هزار به ترتیب برای مردان و زنان گزارش می شود (۵). همان طور که ملاحظه می شود این میزان با یافته های این مطالعه، تفاوت فاحشی دارد که البته قابل انتظار است.

شایع ترین محل بروز BCC، صورت و بعد از آن سر و گردن به جز صورت بوده است. میزان بروز BCC در سر و گردن حتی از اطراف گوش و چشم نیز بالاتر است. احتمالاً این موارد عمدتاً به اسکالپ مربوط است و بروز

BCC در این محل اغلب ناشی از رادیوتراپی است. از این رو یافته‌های مطالعه‌های پیش رو به صورت غیرمستقیم بیان گر تأثیر عامل رادیوتراپی در بروز BCC است.

مطابق سایر نقاط دنیا در این مطالعه هم مردان شایع‌تر از زن‌ها به BCC دچار بوده‌اند. در مطالعه حاضر، نسبت مردان به زنان مبتلا به BCC ۱/۴ بود و این آمار مشابه استرالیا (۶) و Minnesota (۷) و حتی آمار قبلی استان اصفهان است. ۹۲٪ موارد BCC در این مطالعه بعد از ۴۰ سالگی اتفاق افتاده است در حالی که این رقم معمولاً ۷۵٪ است (۸). شاید این افزایش تا حدی به مسایل نژادی مربوط باشد، چرا که BCC در افرادی که پوست روشن و حاوی فرکل دارند زودتر و به صورت متعدد اتفاق می‌افتد (۹).

نسبت بروز BCC به SCC پوستی در کشورهای مختلف متفاوت است و این به درجه exposure و تابش نور خورشید بستگی دارد به طوری که افزایش exposure این عدد از رقم معمول ۴ کاهش می‌یابد (۷) و حتی در بعضی گروه‌ها مثل ماهی گیران سفید پوست به ۱ می‌رسد (۱۰). Immunosuppression عامل دیگری است که باعث کاهش این نسبت می‌شود (۱۱).

نسبت بروز BCC به SCC خالص پوستی در مطالعه حاضر حدود ۳/۷ است. با توجه به این که انتظار می‌رود این نسبت در کشورهای High exposure پایین باشد بنابراین عدد ۳/۷ در کشوری مانند ایران با درجه بالای دریافت نور خورشید تقریباً مطابق انتظار است. ضمن این که موارد زیادی از BCC مطالعه حاضر ناشی از رادیاسیون قبلی

است و با کسر آن این نسبت باز هم کم‌تر می‌شود. با این که SCC اغلب، بیماری نژاد سفید است در سایر نژادها هم شیوع دارد ولی در نژادهای مختلف از نظر محل، علت و پیش‌آگهی تفاوت دیده می‌شود (۱۲ و ۲). در این مطالعه میزان بروز به ترتیب در صورت و تنه واجد بیش‌ترین و کم‌ترین مقدار است و به نظر می‌رسد بیش از هر چیز پیرو درجه exposure به نور آفتاب است.

به جز نور خورشید، عوامل دیگری چون نقص ایمنی، HIV و PUVA نیز در بروز SCC دخیلند (۱۴ و ۱۳). در افزایش SCC باید به نقش احتمالی این عوامل هم فکر کرد. با این که هنوز شیوع NMSC در کشور ما پایین است ولی با توجه به High exposure بودن ناحیه جغرافیایی ما باید به مردم در مورد sun protection آموزش کافی داده شود و به‌تر است این مسأله به عنوان یک مسأله بهداشت عمومی در زمره سیاست‌های کلی بهداشتی کشور قرار گیرد.

اگر بروز NMSC را در سایر مناطق ایران هم کم و بیش برابر عدد به دست آمده در این مطالعه بدانیم تقریباً سالانه با ۵ الی ۶ هزار مورد NMSC در کشور مواجهیم که در صورت تشخیص صحیح و زود هنگام می‌توان تا حد قابل توجهی از مرگ و میر و ناتوانی بالقوه این بیماری جلوگیری کرد، ضمن این که این امر از نظر اقتصادی موجب صرفه‌جویی قابل ملاحظه در هزینه‌های درمان این بیماران می‌شود.

References

- 1-Curry MC, Montgomery H, Winkelmann RK. Giant basal cell carcinoma. Arch Dermatol 1977; 113: 316-19.
- 2-Halder RM, Bridgeman-Shah S. Skin cancer in African Americans. Cancer 1995; 75(suppl.2): 667-73.
- 3-Holm SA, Malinovsky K, Robert DL. Changing trends in non-melanoma skin cancer in south Wales, 1988-98. Br J Dermatol 2000; 143: 104-08.

- 4-Asilian A, Hasanpour I. Geographical prevalence of skin malignancy in central Iran. *Research in Medical Sciences* 1997; 2: 65-68.
- 5-Miller DL, Weinstock MA. Non-melanoma skin cancer in United States: incidence. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 774-78.
- 6-Marks R, Staples M, Giles. Trends in non-melanocytic skin cancer treated in Australia: the second national survey. *Int J Cancer* 1993; 53: 585-90.
- 7-Chuang TY, Poescu A, Su WPD, et al. Basal cell carcinoma: a population-based incidence study. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 413-17.
- 8-Mackie RM, Quinn AG. Non-melanoma skin cancer and other epidermal skin tumors. In Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (editors). *Rook's textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science, 2004; 36: 1-4.
- 9-Miki Y. Basal cell epithelioma among Japanis. *Australas J Dermatol* 1968; 9: 304-13.
- 10-Vitasa BC, Taylor HR, Strickland PT, et al. Association of non-melanoma skin cancer and actinic keratosis with cumulative solar ultraviolet exposure in Maryland water man. *Cancer* 1990; 65: 2811-17.
- 11-Jemec GB, Holm EA. Non-melanoma skin cancer in organ transplant patients. *Transplantation* 2003; 75: 253-57.
- 12-Oettle AG. *Skin cancer in Africa*. Monogr 10 Washington DC: National Cancer Institute 1963: 197-73.
- 13-Nguyen P, Van-Christian K, Ming ME, Berger T. Aggressive squamous cell carcinoma in persons infected with human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol* 2002; 138: 758-63.
- 14-Ramsay HM, Fryer AA, Hawley CM, et al. Non-melanoma skin cancer risk in Queensland renal transplant population. *Br J Dermatol* 2002; 147: 950-56.