

بررسی عوامل عمده اپیدمیولوژیک و اتیولوژیک مؤثر بر بروز بازال سل کارسینوما ی سر و گردن در بیماران بستری شده با همین تشخیص در بیمارستان شهید دکتر بهشتی زنجان ؛ ۷۸ - ۱۳۷۰

دکتر ناصر حکمی *

خلاصه :

بازال سل کارسینوما شایعترین تومور پوستی می باشد به همین منظور تحقیقی جهت بررسی عوامل اپیدمیولوژیک و اتیولوژیک مؤثر بر این بیماری بر روی ۶۹ بیمار مبتلا به B.C.C در فاصله سالهای ۷۸ - ۷۰ در بیمارستان دکتر بهشتی بستری شده بودند به انجام رسید. این مطالعه توصیفی بوده و بشکل مقطعی انجام شد .

در این تحقیق مشخص گردید که ۵۵/۰۷ درصد مبتلایان را بیماران مردان و ۴۴/۹۳٪ را زنان تشکیل می دادند . پیک سنی ابتلا به بیماری بالای ۶۰ سال بود و اکثریت قابل توجه بیماران بین ۷۰ - ۶۰ سال قرار داشتند حدود ۶۰٪ مبتلایان ساکن روستا و ۴۰٪ در شهر سکونت داشتند . شاغلین به کارهای خارج ساختمانی که مستلزم تماس طولانی با نور آفتاب بود (کشاورزان - دامپروران - کارگران - فروشندگان دورگرد) بیشترین مبتلایان به بیماری بودند . ۱۵٪ موارد بیماری در محل هایی که سابقه ای از تروما و آسیب طولانی داشتند مثل زخم طولانی و اسکار سوختگی پدید آمده بود . حدود ۱۴/۵٪ مراجعین علت مراجعه خود را عود ضایعه پس از درمان ضایعه اولیه ذکر می کردند .

در کل شایعترین محل درگیری بینی و گوشها (پره اریکولاز و پوست اریکول) و شایعترین محل عود منطقه وسط صورت (بینی - لب - چین نازولیبال - پلکها و کانتوس داخلی) بودند . نزدیک به ۲۵٪ بیماران هنگام مراجعه با ضایعات متعدد ۳ - ۲ ناحیه بودند و ضایعه ۱/۳ مراجعین به هنگام مراجعه به بافت زیر جلدی و غضروف و استخوان نفوذ کرده بود .

واژه های کلیدی : ایران ، زنجان ، دانشگاه علوم پزشکی ، بازال سل کارسینوما ، اپیدمیولوژیک و اتیولوژی

مقدمه :

موریدتی و مورثالیتی در جامعه بشری بودند جای خود را به بیماریهای قلبی عروقی و بدخیمی ها داده اند . امروزه بدخیمی ها همراه با بیماری قلبی و تروما ۳ علت شایع مرگ و ناتوانی را تشکیل می دهند . شایعترین بدخیمی های گرفتار کننده بشر بدخیمی های پوستی است و از میان آنها نیز بازال سل

علم پزشکی به سرعت در حال پیشرفت است و این پیشرفت و دستیابی به امکانات بهداشتی و درمانی پیشرفته تر موجب تغییر و تحولاتی ژرف در برخورد انسانها با بیماریها و متقابلاً نحوه رفتار با بیماریهای گوناگون شده است . بطوریکه در یکی از دو قرن اخیر بیماریهای عفونی که زمانی شایعترین علت در

جهانی ضایعات پره کانسر و کانسر پوستی در شماره ۱۷ مجله درماتولوژی، سرجری و انکولوژی ۱۹۹۷ استفاده شده است و در بخش بحث و تحلیل یافته های این تحقیق با نتایج این دو تحقیق مقایسه گردیده است (۱۰ و ۱۱).

روش تحقیق:

در این مطالعه توصیفی روش نمونه گیری جهت بررسی به روش توتال سمپلینگ (Total Sampling) بوده که بر روی ۶۹ بیمار مبتلا به B.C.C در فاصله سالهای ۷۸-۱۳۷۰ به مرکز آموزشی و درمانی شهید بهشتی مراجعه کرده اند و جهت جراحی ضایعه در بخش گوش حلق بینی بستری شده اند انجام گرفته است. بدین ترتیب این مطالعه از نظر زمانی مقطعی می باشد.

تشخیص بالینی اولیه ضایعه کلیوی ۶۹ بیمار فوق با مشاهدات پاتولوژی اثبات شده است لازم به ذکر است در بررسی انجام گرفته تعداد کل بیماران بستری؛ با تشخیص بازال سل کارسینوما تحت جراحی قرار گرفته اند در طی فاصله فوق الذکر ۷۲ نفر بودند که ۳ مورد آن به علت عدم دسترسی به گزارش پاتولوژی از مطالعه کنار گذاشته شدند.

متغیرهایی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند شامل متغیرهای زمینه ای، سن بیماران که متغیر کمی جنس، محل سکونت و شغل متغیر کیفی بودند. همچنین سابقه رادیاسیون قبلی و محل ضایعه اولیه یارکورانت بودن ضایعه متغیر کیفی و منفرد یا متعدد بودن ضایعه بعنوان متغیر کمی از شرح حال بیمار استخراج گردید.

بعلت محدود بودن بیماران بستری با تشخیص B.C.C قسمت عمده اطلاعات آماری بطریق گذشته نگر جمع آوری گردید و اطلاعات لازم جهت این طرح تحقیقی برای هر بیمار از طریق پرسشنامه هائی که به همین منظور تهیه گردیده بود و در مورد بیماران

کارسینوما (B.C.C) شایعترین بدخیمی های پوستی را تشکیل می دهد (۹).

این تومور سیر بطئی دارد ولی در روند گسترش خود می تواند به بافتهای زیر جلدی، غضروف و استخوان زیر محل درگیری نفوذ کند و سبب تخریب این بافتها گردد (۴).

متاستاز در این بدخیمی ها بسیار نادر و محدود به دو حالت زیر است.

- ۱- عدم شناخت بیماری و ادامه رشد آن بحدی که تومور اولیه به حدود چندین سانتیمتر برسد.
- ۲- انسزیون های مکرر و ناکامل که در جریان یک روند درمانی ناقص بر روی تومور داده می شود. (۹)

شناخت ریسک فاکتورهای مؤثر در بروز بیماری و اجتناب از آنها که بر طبق تحقیقات متعدد بعمل آمده مهمترین و شایعترینشان تابش نور آفتاب است. که در گروههای مختلف در معرض خطر تا حدود زیادی به کاهش بروز این بیماری خواهد انجامید (۱۱). همچنین شناخت تظاهرات اولیه مختلف ضایعه و اقدامات صحیح در جهت درمان هر چه زودتر آن؛ از گسترش سطحی، تخریب عضو و دیگر ضایعات پیشگیری نموده و جلوی موربیدیتی های گوناگون برای بیمار و صرف هزینه هایی را که در صورت پیشرفت بیماری به این مراحل جهت درمانهای رادیکال تر و جراحی های رکنستریکتیو بعدی ضروری است خواهد گرفت (۱۰). لذا بر آن شدیم تا تحقیقی هر چند محدود و تا آن اندازه که امکانات موجود اجازه می داد در زمینه عوامل اپیدمیولوژیک و اتیولوژیک که بنظر می رسد در پیدایش بدخیمی مؤثر باشد و نیز نحوه بروز رفتار بیماری داشته باشیم.

در این تحقیق از دو مقاله یکی مطالعه H.Ieven به عنوان کانسره های پوستی سر و گردن در شماره ۹۳ مجله لارنگوسکپ ۱۹۹۳ و دیگری مطالعه Gordon Silverstone با عنوان اپیدمیولوژی

همچنین در ۲۲ مورد (۳۱/۸۸٪) تومور به غضروف، استخوان و بافت زیر جلد نفوذ و در ۶۸/۱۱٪ موارد محدود به پوست بوده است.

از میان ۶۹ بیمار ۹ مورد ضایعه در بینی (۲۷/۵۳٪)، ۱۰ مورد در گوش، ۴ مورد در چانه، در لب و چین نازولیبیال ۷ مورد، در گونه ۷ مورد، در پلک کانتوس داخلی ۹ مورد و در گردن ۲ مورد مشاهده گردیده است.

از میان ۶۹ مورد ۲۹ مورد (۴۲/۰۲) قطر ضایعه زیر ۱ Cm و بقیه بالای ۱ Cm بوده و ۲۲ مورد تخریب عضوی و ۱۰ مورد ضایعه رکورنت داشته اند.

از میان ۱۰ مورد ضایعه رکورنت ۴ مورد (۴۰٪) بر روی بینی، ۱ مورد (۱۰٪) بر روی پیشانی، ۲ مورد (۲۰٪) در گوش، ۱ مورد (۱۰٪) بر روی لب و چین نازولیبیال، ۱ مورد (۱۰٪) بر روی گونه و ۱ مورد (۱۰٪) بر روی پلک ها یا کانتوس داخلی عود ضایعه داشتند و عود ضایعه در گردن و چانه صفر بوده است.

بحث:

بر طبق نتایج بدست آمده از بررسی انجام گرفته بر روی ۶۹ بیمار بستری مبتلا به بازال سل کارسینوما در بیمارستان دکتر بهشتی زنجان در فاصله سالهای ۷۸-۱۳۷۰، ۵۵/۰۷٪ موارد را مردان و ۴۴/۹۳٪ موارد را زنان تشکیل می دادند. بر طبق آنچه در مقالات مطالعه شده ذکر گردیده است شیوع جنس B.C.C در مردان اندکی بیشتر از زنان می باشد که این نتیجه مطابقت نسبی با نتیجه بدست آمده از بررسی فوق دارد (۴).

۱/۴۴٪ بیماران زیر ۴۰ سال، ۱۵/۹۴٪ موارد ۴۰-۶۰ سال، ۴۴/۹۳٪ موارد ۶۰-۷۰ سال، ۳۳/۳۳٪ موارد ۷۰-۸۰ سال و ۴/۳۴٪ موارد بالای ۸۰ سال بودند. طبق این نتایج بیشترین فراوانی بیماری در بین افراد ۶۰-۷۰ سال است و مجموع بیماران در

بستری از اول سال ۷۰ تا شهریور ماه سال ۷۸ با مراجعه به پرونده بستری بیماران در بایگانی جمع آوری گردید.

اطلاعات مربوط به بیماران بستری شده در ۶ ماهه اول از مهر تا آخر اسفند ماه سال ۷۸ با مراجعه مستقیم به خود بیماران و پرونده پزشکی آنان در بخش گوش حلق بینی بیمارستان دکتر بهشتی جمع آوری شد. و اطلاعات جمع آوری شده توسط کامپیوتر با نرم افزار Epi : 12 و با روش آماری chi= Squar مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج:

از ۶۹ بیمار مورد بررسی ۳۸ مورد (۵۵/۰۷٪) مذکر و ۳۱ مورد (۴۴/۹۳٪) مؤنث بودند. همچنین یک مورد زیر ۴۰ سال (۱/۴۴٪) و ۱۱ مورد بین ۶۰-۴۰ ساله (۱۵/۹۴٪) و ۳۱ مورد ۶۰-۷۰ ساله (۴۴/۸۳٪) و ۲۳ مورد ۷۰-۸۰ سال (۳۳/۳۴٪) و بالای ۸۰ سال ۳ مورد که ۴/۳۴٪ موارد را شامل می شوند. از ۶۹ مورد ۲۷ مورد (۳۹/۱۳٪) ساکن شهر و ۴۲ مورد (۶۰/۸۷٪) ساکن روستا بودند.

از ۳۸ مورد بیمار مذکر ۲۸ مورد (۶۵/۷۸٪) شغل کشاورزی، ۴ مورد (۱۰/۵۲٪) فروشنده دوره گرد، ۹ مورد (۲۳/۶۸٪) شغل های متفرقه و یا کارگر بودند. از ۳۱ مورد مؤنث ۴ مورد (۱۲/۹۰٪) شغل کشاورزی و ۲۷ مورد بقیه شغل متفرقه و ۲۵ مورد خانه دار بودند.

از ۶۹ مورد فقط ۱ مورد سابقه رادیوتراپی در گردن داشته است (۱/۴۴٪) و ۵۶/۱۶۶ نفر قبل از بروز ضایعه مشکل خاصی را در محل عنوان نکرده و ۱۰ نفر (۱۴/۴۹٪) زخم قبلی طول کشیده را در محل ضایعه و ۳ نفر (۴/۳۵٪) اسکار سوختگی را ذکر کرده اند.

از میان ۶۹ مذکر ۵۳ مورد (۷۶/۸۱٪) ضایعه مؤنث و ۱۶ مورد (۲۳/۱۸٪) ضایعه متعدد داشته اند.

گروه سنی ۸۰-۶۰ سال ۷۸/۲۷٪ کل موارد می باشد که پیک سنی بالایی را در این محدوده نشان می دهد این پیک سنی در مقالات مطالعه شده نیز بهمین صورت بیان گردیده است. (۴).

۷۶/۱۸٪ بیماران ضایعه منفرد و ۲۳/۱۸٪ موارد ضایعه متعدد داشتند. این نتیجه مطابقت کامل با نتایج مقالات مطالعه شده که در انسیدانس؛ بروز بیماری را به شکل ضایعات متعدد ۲۵٪ ذکر کرده اند دارد (۱۱).

دوره گرد و ۱۰/۵۲٪ موارد کارگر بودند. بر طبق این نتایج مشخص گردید که ۵۸/۳۲٪ موارد بیماری در کسانی دیده می شود که شغل خارج از ساختمان و زیر نور آفتاب دارند. این در حالی است که اگر بخواهیم از جنبه دیگر مشاغل درصد زنان خانه دار را نیز با توجه به کارهای نسبتاً زیادی که در خارج از ساختمان انجام می دهند به ویژه در روستاها بدان بیفزائیم این درصد باز هم بالاتر خواهد رفت. بدین ترتیب همسو با نتایج مقالات مطالعه شده خواهد شد. ۱/۴۴٪ بیماران سابقه رادیوتراپی داشته اند و ۹۸/۵۵٪ هیچ سابقه ای از رادیوتراپی ندارند. و این نتایج، مقالات ارائه شده قبلی را که رادیوتراپی را یکی از ریسک فاکتورهای بروز B.C.C می داند مغایر است. این ناسازگاری شاید با این نکته که در مرکز درمانی ما رادیوتراپی کاربرد چندانی گسترده ای ندارد قابل توجیه باشد (۱۱).

۳۱/۸۸٪ بیماران تخریب عضو منتج از ضایعه داشتند که اندیکاسیونی جهت جراحیهای رکنستریکتیو همزمان یا بعدی بود و ۶۸/۱۱٪ بیماران بدون تخریب عضوی بودند. این یافته مطابقت کامل با نتایج مقالات مطالعه شده که میزان انسیدانس تخریب عضو بودند منتج از ضایعه را بهنگام مراجعه بیمار؛ کمی کمتر از ۱/۳ موارد ذکر کرده اند دارد (۶ و ۱۱).

۱۴/۴۹٪ ضایعات گوش ۱۵/۹۴٪، ضایعات پیشانی ۱۴/۴۹٪ موارد، ضایعات پلک و کانتوس داخلی ۱۳/۰۴٪ موارد و در گونه ها و لب و چین نازولیبیال هر کدام با ۱۰/۱۴٪ موارد در مکانهای بعدی قرار داشتند. چانه با ۵/۸٪ موارد کم خطر ترین نقطه صورت برای درگیری توسط B.C.C بوده و گردن با ۲/۹۰٪ موارد کمترین میزان درگیری را در کل داشت.

۴۰/۹۰٪ ضایعات تخریب کننده عضو بر روی بینی، ۱۸/۱۶٪ بر روی گوش، ۱۸/۱۶٪ آنها بر روی پلک ها و کانتوس داخلی قرار داشتند. این نتایج مشابه نتایج بدست آمده در مقالات مطالعه شده است که بینی و گوشها را متحمل ترین هدف برای تخریب موضعی عضو در اثر ضایعه B.C.C می دانند. همانطور که در مقالات فوق الذکر بیان شده است یکی از محل هائی که علیرغم شیوع نه چندانی بالای درگیری در آن، در صورت گرفتار شدن به ضایعه بسادگی باعث تخریب عضو می شود پره اربیتال و کانتوس داخلی است. ۵/۷۹٪ کل موارد تخریب عضو در مقابل ۱۳/۰۴٪ موارد درگیری این محل علت این انسیدانس تخریبی بیشتر همانگونه که در مقالات هم ذکر شده شاید کم بودن بافت زیر جلدی

از شایعترین فرم تظاهر بالینی که ۱/۳ کل موارد را شامل می شد ۳۳/۳۳٪ موارد زخم های طول کشیده و بهبود ناپذیر و در مقام دوم بروز ضایعه به شکل پلاک با ۲۸/۹۹٪ موارد وجود داشتند. و سپس ضایعات خونریزی دهنده با ۲۷/۵۴٪ موارد و ضایعات پوسته ریزی دهنده با ۱۹/۵۰٪ موارد قرار داشتند.

۱۴/۴۹٪ بیماران قبل از بروز ضایعه؛ در منطقه درگیر فعلی، زخم های مزمن و طول کشیده و ۴/۲۵٪ موارد اسکار سوختگی را ذکر کرده اند. و مجموعاً ۱۸/۷۴٪ موارد ضایعه را در مناطقی که بدلیلی از قبل دچار مشکلی مزمن بوده اند نشان داده اند.

از شایعترین فرم تظاهر بالینی که ۱/۳ کل موارد را شامل می شد ۳۳/۳۳٪ موارد زخم های طول کشیده و بهبود ناپذیر و در مقام دوم بروز ضایعه به شکل پلاک با ۲۸/۹۹٪ موارد وجود داشتند. و سپس ضایعات خونریزی دهنده با ۲۷/۵۴٪ موارد و ضایعات پوسته ریزی دهنده با ۱۹/۵۰٪ موارد قرار داشتند.

۶۰٪ موارد عود را تشکیل می دهد که با نتایج بدست آمده از مقالات مطالعه شده که در آن درگیری بینی را ۴۰٪ و درگیری منطقه وسطی صورت را ۶۷٪ ذکر می کند نسبتاً مطابق است. ولی در این بررسی میزان ذکر شده در مقالات مطالعه شده که در حدود ۱۳٪ است می باشد.

پیشنهادات:

با توجه به نتایج بدست آمده از تحقیقات انجام گرفته قبلی مهمترین ریسک فاکتورها جهت بروز B.C.C؛ نور آفتاب است. در بررسی ما نیز مشاغل

و تماس نسبتاً مستقیم پوست با غضروف و استخوان ریز باشد که نفوذ ضایعه را به عمق امکان پذیر می کند (۱۱).

۴۰٪ موارد عود بیماری بر روی بینی، ۱۰٪ بر روی پیشانی، ۲۰٪ بر روی گوش، ۱۰٪ بر روی لب و چین نازولیبیال، ۱۰٪ بر روی پیشانی، ۱۰٪ بر روی لب و چین های نازولیبیال، ۱۰٪ موارد بر روی گونه و ۱۰٪ موارد بر روی پلک ها و کانتوس داخلی بوده است. نتایج این مطالعه در مورد درگیری بینی در مورد رکورنت در حدود ۴۰٪ موارد و درگیری منطقه وسطی صورت و لب و چین های نازولیبیال و بینی و کانتوس داخلی مجموعاً حدود

جدول ۱: توزیع فراوانی جنسی و سنی بیماران بستری مبتلا به B.C.C در بیمارستان دکتر بهشتی زنجان در فاصله سالهای ۷۸-۷۰

سن	جنس		مؤنث		مذکر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کمتر از ۴۰ سال	۰	۰	۱	۱/۴۴	۰	۰
۴۰-۶۰ سال	۷	۱۰/۱۵	۴	۵/۷۹	۱۱	۱۵/۹۴
۶۰-۷۰	۱۷	۲۴/۶۴	۱۴	۲۰/۲۹	۳۱	۴۴/۹۳
۷۰-۸۰	۱۲	۱۷/۳۹	۱۱	۱۵/۹۴	۲۳	۳۳/۳۴
بالای ۸۰ سال	۲	۲/۸۹	۱	۱/۴۵	۳	۴/۳۴
جمع	۳۸	۵۵/۷۰	۳۱	۴۴/۹۳	۶۹	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران بستری مبتلا به B.C.C در بیمارستان شهید بهشتی زنجان در فاصله سالهای ۷۸-۷۰ برحسب جنس و محل سکونت

محل سکونت	جنس		مؤنث		مذکر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شهر	۱۴	۲۰/۲۸	۱۳	۱۸/۸۵	۲۷	۳۹/۱۳
روستا	۲۴	۳۴/۷۹	۱۸	۲۶/۰۸	۴۲	۶۰/۸۷
جمع	۳۸	۵۵/۰۷	۳۱	۴۴/۹۳	۶۹	۱۰۰

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی بیماران بستری مبتلا به B.C.C در بیمارستان دکتر بهشتی بر حسب شغل و جنس، (۷۸-۱۳۷۰).

شغل	جنس		مؤنث		مذکر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کشاورز - دامپرور	۲۵	۳۶/۲۳	۴	۵/۷۹	۲۹	۴۲/۰۲
فروشنده دوره گرد	۴	۵/۷۹	۰	۰	۴	۵/۷۹
رادیولوژیست	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کارگران سازمان فلزات سنگین و سرب و روی	۰	۰	۰	۰	۰	۰
دیگر مشاغل	۹	۱۳/۰۴	۲۷	۳۹/۱۳	۳۶	۵۲/۱۷
جمع	۳۸	۵۵/۰۷	۳۱	۴۴/۹۳	۶۹	۱۰۰

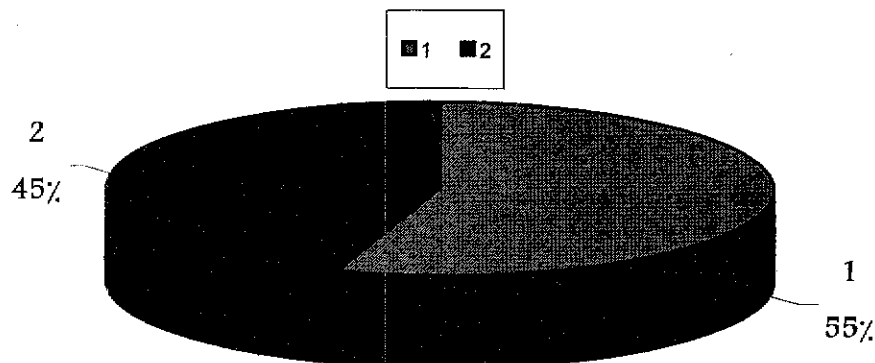
جدول شماره ۴: توزیع فراوانی اولیه یارکورت بودن ضایعه در بیماران بستری مبتلا به B.C.C در بیمارستان دکتر بهشتی زنجان بر حسب محل ضایعه (۷۸-۱۳۷۰).

محل ضایعه	ضایعه رکورت		ضایعه رکورت		ضایعه اولیه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بینی	۴	۵/۷۹	۱۵	۲۱/۷۳	۱۹	۲۷/۵۳
پیشانی	۱	۱/۴۴	۹	۱۳/۰۴	۱۰	۱۴/۴۹
گوش	۲	۳/۸۸	۹	۱۳/۰۴	۱۱	۱۵/۹۴
چانه	۰	۰	۴	۵/۷۹	۴	۵/۷۹
لب و چین نازولیبال	۱	۱/۴۴	۶	۸/۶۹	۷	۱۰/۱۴
گونه	۱	۱/۴۴	۶	۸/۶۹	۷	۱۰/۱۴
پلک و کانتوس داخلی	۱	۱/۴۴	۸	۱۱/۵۹	۹	۱۳/۰۴
گردن	۰	۰	۲	۲/۸۹	۲	۲/۸۹
جمع	۱۰	۱۴/۴۹	۵۹	۸۵/۵۰	۶۹	۱۰۰

آموزش همگانی و بخصوص در افراد در معرض خطر که شاید بعلت ساکن بودن اکثریتشان در مناطق روستایی فاقد هر گونه اطلاعاتی در این زمینه باشند مهمترین و کاربردی ترین روش جهت کاستن از بروز موارد جدید باشد. همچنین آموزش افراد در مورد نحوه تظاهرات اولیه بیماری و توصیه جهت مراجعه به افراد متخصص با مشاهده اولین تغییرات پوستی جهت بررسی بیشتر و شناسایی زود هنگام بیماری و

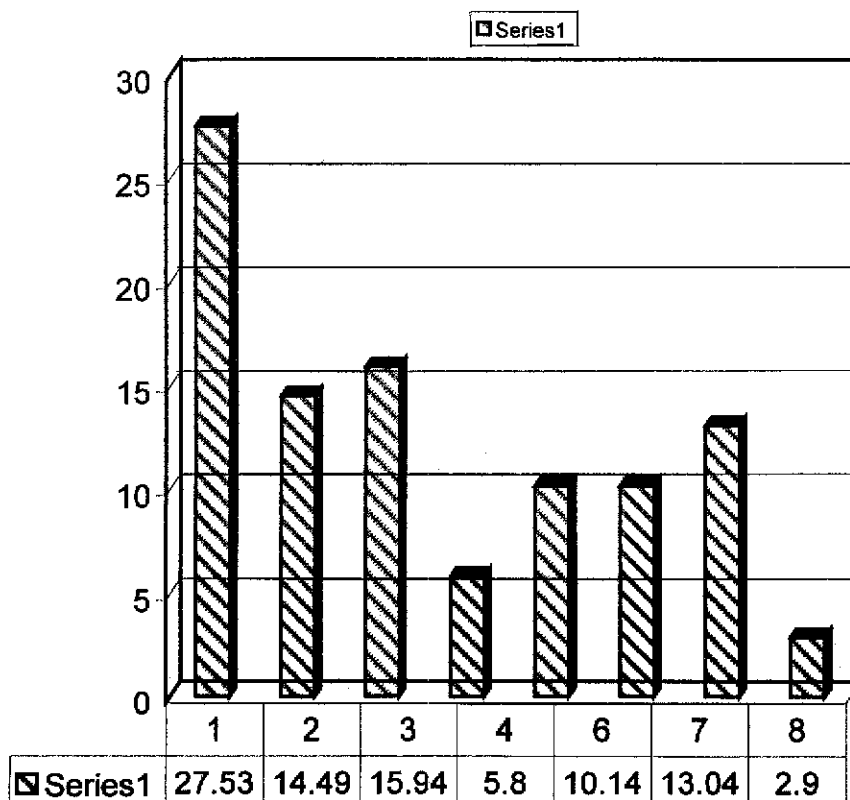
در معرض نور آفتاب مانند کشاورزی، دامپروری، کارگری بیشترین درصد مبتلایان را تشکیل می دادند.

با توجه به این نکات و با توجه بدین امر که اجتناب از این ریسک فاکتورها با بکار بستن روشهای نسبتاً ساده مانند پوشیدن لباسهای مناسب و استفاده از کلاههای محافظ از نور آفتاب و نهایتاً استفاده از کرم های ضد آفتاب امکان پذیر است بنظر می رسد



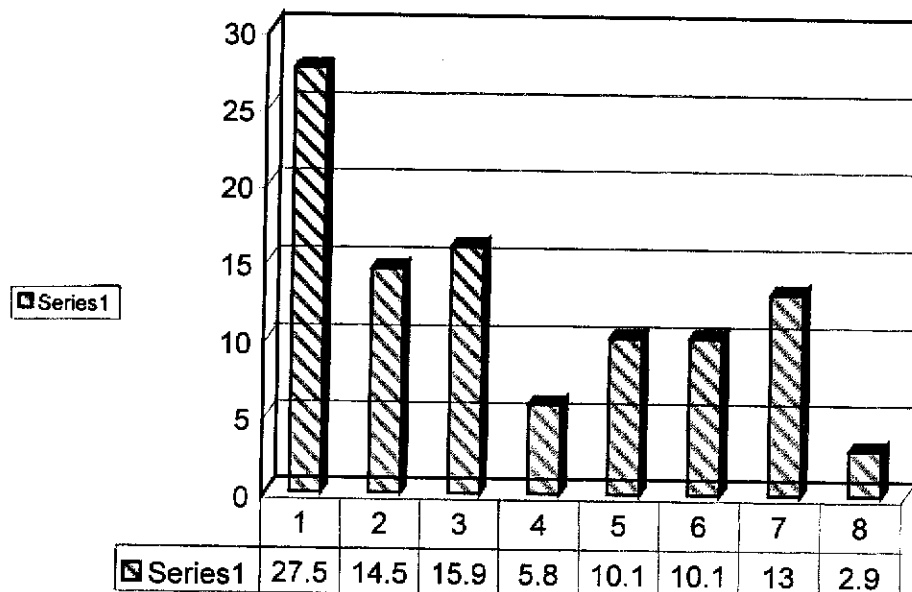
۱ - مبتلایان مذکر ۲ - مبتلایان مؤنث

نمودار ۱ - نمودار پراکنده‌گی جنسی بیماران بستری مبتلا به بازال سل کارسینوما در بیمارستان دکتر شهید بهشتی زنجان در فاصله ی سالهای ۷۸-۷۰



۱ - بینی ۲ - پیشانی ۳ - گوش ۴ - چانه ۵ - لب و چین های نازولنیال
 ۶ - گونه ۷ - پلک ها و کانگوس داخلی ۸ - گردن

نمودار ۲ - توزیع فراوانی اعضاء درگیر در بیماران بستری مبتلا به بازال سل کارسینوما در بیمارستان دکتر بهشتی زنجان ۷۸-۱۳۷۰



۱- بینی ۲- پیشانی ۳- گوش ۴- چانه ۵- لب و چین های نازولابیل ۶- گونه
 ۷- پلک ها و کانتوس داخلی ۸- گردن

نمودار ۳- توزیع فراوانی اعضاء درگیر در بیماران بستری مبتلا به بازال سل کارسینوما در بیمارستان دکتر بهشتی

زنجان ۷۸-۱۳۷۰

4 - EMME TT ANTONY J.et al . Malignant Skin tumors Second Edition 1993

5 - GORDON B. HUGHES. Text Book of chinalical Otolaryngology Third Edition 1997 .

6 - GORDON B. HUGHES et al WORLD Wide Epidemiology of premalignant and malignant Cutaneous lesion Dermatology Surgery Oncology 1991 (17) 31-300

7 - LEVIN H. et al Cutaneous cancer of the head and Neck Management of massive and previously uncontrolled lesions Laryngosconpe 1993. (93) - 112-116.

8 - MACKIE RONA M. Skin cancer an ill Usetratd Gauicltto The ETHiology Clinic Features Pathology and management of cutaneat tumor 1993 second Edition .

9 - PA PARELLA H. Otolaryngology Basic Scences Relative Principles 1999 Third Edition .

10-SILVERSTONEM.T. OEFNAGEL J.J. et al Differences in age site distribution and sex Between Nodolar and Superficial . Basal cell carcinoma J , 1 Lnvest Dermatol 1998(6) 880 884.

11 - Zane Hi R Tumino R.A. Comparson of Risk Factor for Malignant Melanoma Squamus cell carcinoma , Basal cell carcinoma Int I. Clinical practice 1998 (3)145

پیشگیری از عوارض پیشرفته ضایعه خواهد شد و جلوی هزینه های گزاف جهت بستری طولانی و یا جراحی رادیکال ترو رکنسترایکتیو بعدی را خواهد گرفت . باز آموزی پزشکان عمومی و پرسنل بهداشتی در سطوح پائین تر در مورد تظاهرات بالینی مختلف این بیماری و روشهای کلاسیک برخورد با ضایعات پوستی بخصوص ضایعات مقاوم به درمان حتی در مواردی که هنوز هیچگونه شواهدی از رفتارهای آگرسو ضایعه وجود ندارد سبب کند شدن موارد غفلت شده می گردد .

سپاسگزاری :

بدینوسیله از همکاری آقای دکتر نورالدین موسوی نسب و آقای عبدالحسین اسماعیلی دانشجوی پزشکی تشکر می نمائیم .

کتابنامه :

- 1 - ARNOLD et al . Andrew s Disease of the skin clinical Dermatology - Third Edition 1994.
- 2 - Ballenger JoHN. JACOB Disease of the Nose , Throat Ear Head and Neck Third - Edition 1995 Vol.
- 3 - CUMMING CHARLES . W.et al otolaryngology Head and neck Surgery - First Edition 1993.