

بررسی حساسیت و ویژگی Argrophilic Nucleolar Organizer Regions (AgNORs) در تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی و دیسپلازی اپیتلیالی دهان

مریم سیدمجیدی^{۱*}، اعظم صفات^۲

۱- استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- دندانپزشک عمومی

سابقه و هدف: امروزه برای تشخیص سرطان و ضایعات پیش سرطانی، علاوه بر رنگ آمیزی معمولی از انواع مارکرهای سلولی و روشهای ایمونوهیستوشیمی استفاده می شود که در شرایط کنونی به علت پرهزینه بودن اکثر این روشها باید به دنبال راههای تشخیصی ارزان تر و ساده تر مانند رنگ آمیزی نیترات نقره جهت بررسی نقاط سازمان دهنده هسته ای باشیم.

مواد و روشها: ۳۰ مورد کارسینوم سلول سنگفرشی دهان و ۳۰ مورد دیسپلازی مخاط دهان توسط نیترات نقره رنگ آمیزی شدند. نواحی سازمان دهنده هسته ای بر روی ۱۰۰ هسته به طور تصادفی و با بزرگنمایی $\times 100$ شمارش گردید. ۳۰ مورد اپی تلیوم نرمال دهان از نواحی اطراف همان نمونه ها انتخاب شد.

یافته ها: میانگین تعداد نقاط در مخاط نرمال $1/54 \pm 0/22$ ، در دیسپلازی $2/46 \pm 0/51$ و در کارسینوم سلول سنگفرشی دهانی $3/34 \pm 0/67$ بود. ارتباط آماری معنی داری میان گروههای مختلف وجود داشت ($p=0/000$). در بررسی حساسیت و ویژگی این نوع رنگ آمیزی در مورد اپی تلیوم نرمال دهان ارزش قابل توجهی دیده نشد. در مورد دیسپلازی دهان، حساسیت ۷۰٪ و ویژگی ۵۰٪ و در مورد کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۷۵٪ بود.

نتیجه گیری: شمارش AgNORs، روشی مفید جهت افتراق کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، دیسپلازی اپیتلیالی و مخاط نرمال دهان می باشد. با توجه به حساسیت و ویژگی بالای این روش در مورد SCC دهان، می توان از آن به عنوان یک روش کمکی قابل اعتماد در کنار روشهای مرسوم سود جست.

واژه های کلیدی: کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، دیسپلازی اپیتلیالی، اپی تلیوم نرمال دهان، نقاط سازمان دهنده هسته ای.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هفتم، شماره ۴، پاییز ۱۳۸۴، صفحه ۵۷-۵۳

مقدمه

بالای ۴۵ سال قرار دارند(۱). با توجه به شیوع بالای این ضایعه در کشورهای آسیایی مجاور با کشور ما مانند افغانستان، پاکستان و هند به نظر می رسد که این عارضه در ایران نیز نسبت به کشورهای اروپایی شیوع قابل ملاحظه ای داشته باشد. این کارسینوما در موارد

شایعترین نئوپلاسم بدخیم دهان کارسینوم سلول سنگفرشی می باشد که حدود ۹۰ درصد از بدخیمی های این ناحیه را شامل می شود. از طرفی این ضایعه ۳ تا ۴ درصد از کل تومورهای بدخیم را در بدن انسان تشکیل می دهد. اکثر بیماران در محدوده ی سنی

زیادی می‌تواند بر روی ضایعات پیش سرطانی مخاط دهان ایجاد شود که این مسأله می‌تواند پاتولوژیست را در تعیین و تفکیک ضایعه پیش سرطانی از ضایعه سرطانی دچار مشکل سازد. در حال حاضر راه شناخت این ضایعه برداشتن نمونه و انجام آزمایشات هیستوپاتولوژیک با روش رنگ آمیزی H & E می‌باشد (۱و۲). برای به حداقل رساندن اشتباهات تشخیصی و بدست آوردن درجه بدخیمی، از انواع مارکرهای سلولی مانند سیتوکراتین نیز می‌توان استفاده کرد که به علت گرانی کیت‌های تشخیصی و عدم دسترسی آسان به آنها، در آزمایشگاه‌های پاتولوژی عملاً مورد استفاده قرار نمی‌گیرند.

برای تشخیص دقیقتر این ضایعات نوعی رنگ آمیزی بنام رنگ آمیزی نیترا نقره پیشنهاد شده است که جهت نشان دادن نقاط سازمان دهنده هسته‌ای (Nucleolar Organizer Regions) بکار می‌رود. این نقاط (NORs) حلقه‌هایی از DNA سلول هستند که RNA ریپوزومی را کد می‌کنند (۳و۲). این حلقه‌ها طی مرحله اینترفاز، داخل هسته سلول جایگزین می‌شوند (۴). گفته می‌شود، تعداد این نقاط، با سرعت رونویسی RNA و میزان پرولیفراسیون سلول در ارتباط است (۵و۱).

مطالعه‌ی ضایعات مختلف مخاط دهان با این روش نشان داده است که ضایعات بدخیم نسبت به ضایعات خوش خیم دارای تعداد بیشتری از نقاط سازمان دهنده هسته‌ای می‌باشند (۶). به همین جهت تعداد AgNORs در مخاط دهان به عنوان شاخصی جهت افتراق، تشخیص و تعیین پیش آگهی در حالت نرمال، پیش سرطانی و سرطانی مورد توجه قرار گرفته است (۱۲-۷).

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تعداد نقاط سازمان دهنده هسته‌ای در مخاط نرمال، ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی بر روی ۳۰ نمونه SCC دهانی از بیماران مبتلا به آن با میانگین سنی

ضایعات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، شکل این نقاط نظم خود را از دست داده بود و در اکثر نمونه‌های SCC دهان نقاط دارای اندازه‌ی کوچک بود و به طور پراکنده در کل هسته دیده شد (تصاویر ۱ و ۲).

نمودار ۱. حساسیت و ویژگی رنگ آمیزی نیترات نقره در

کارسینوم سنگفرشی دهان

بحث و نتیجه گیری

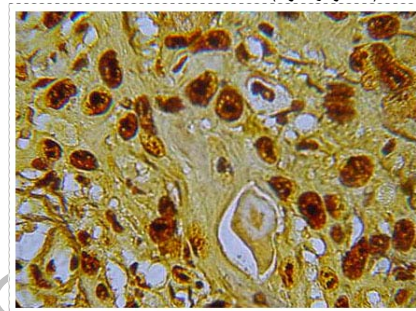
در تحقیق حاضر، میانگین تعداد نقاط سازمان دهنده‌ی هسته‌ای در کارسینوم سلول سنگفرشی دهان نسبت به بافت نرمال ۲/۲ برابر و نسبت به دیسپلازی ۱/۴ برابر افزایش داشت. اختلاف میان هر سه گروه توسط آنالیز آماری معنی‌دار تشخیص داده شد ($p=0/000$).

در تحقیقات Schwint تعداد NOR در کارسینوما بیش از اپی‌تلیوم دیسپلاستیک و آن هم بیش از اپی‌تلیوم نرمال بود و رابطه معنی‌داری در این خصوص بدست آمد ($p=0/0007$) (۸) این نتایج در تحقیقات Kobayashi بر روی لکوپلاکیای بدون تغییرات دیسپلاستیک، دیسپلازی دهان و SCC مخاط دهان نیز حاصل شد (۱۴).

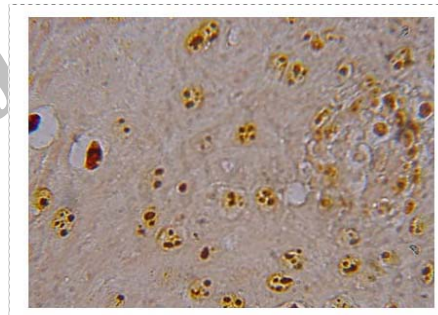
در مطالعه اسلامی و همکارانش میانگین تعداد NOR در گروه سالم $2/33 \pm 0/46$ ، در گروه ضایعات پیش سرطانی (دیسپلازی) $4/63 \pm 0/78$ و در ضایعات سرطانی (SCC) $7/5 \pm 1/89$ عدد بود که میان هر سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). همچنین مشاهده گردید که این نقاط در مخاط نرمال کاملاً گرد و کوچک و در ضایعات دیسپلاستیک و سرطانی، شکل این نقاط نامنظم، اندازه‌ی آنها کوچکتر و با پراکندگی بیشتر در داخل هسته سلولها می باشد (۱۵).

Chattopadhyay جهت بررسی تعداد NOR در مخاط نرمال، لکوپلاکیا و SCC مطالعه‌ای انجام داد. او افزایش این نقاط را در لکوپلاکیا و SCC گزارش کرد. نکته جالب توجه در این تحقیق، کوچک و نامنظم شدن نقاط در ضایعات با دیسپلازی بیشتر نسبت به ضایعات با دیسپلازی کمتر بود (۳).

همچنین نقاط یا نواحی سازمان دهنده‌ی هسته‌ای در مخاط نرمال کاملاً گرد و منظم در داخل هسته‌ها دیده شدند، در صورتی

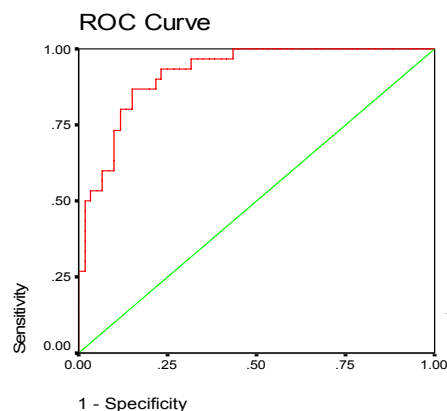


تصویر ۱. رنگ آمیزی نیترات نقره در کارسینوم سلول سنگفرشی دهان



تصویر ۲. رنگ آمیزی نیترات نقره در دیسپلازی دهان

با استفاده از ROC Curve حساسیت و ویژگی این روش رنگ آمیزی در سه گروه مخاط نرمال، دیسپلازی و SCC دهان مورد بررسی قرار گرفت. در مخاط نرمال فاقد ارزش بود در گروه دیسپلازی دارای حساسیت ۷۰٪ و ویژگی حدود ۵۰ درصد و در SCC دهان، دارای حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۷۵٪ بود (نمودار ۱).



اما در تحقیق حاضر، در بررسی مقایسه‌ای شمارش AgNOR در بین سه درجه تمایز SCC دهان و سه درجه دیسپلازی ارتباط آماری معنی‌داری بدست نیامد ($p > 0.05$) که شاید به علت کمی نمونه و عدم تناسب تعداد نمونه‌های با درجه تمایز مختلف در SCC و با شدت‌های مختلف در دیسپلازی باشد. با استفاده از Roc curve حساسیت و ویژگی را در سه گروه بررسی کردیم. در مورد SCC این روش از حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۷۵٪ برخوردار بود و می‌توان از آن به عنوان یک روش کمکی در کنار دیگر روش‌ها استفاده کرد.

در مجموع مطالعه‌ی حاضر استفاده از روش رنگ‌آمیزی نیترات نقره را به عنوان یک روش کمکی بسیار خوب در افتراق بین کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، دیسپلازی مخاط دهان و مخاط نرمال دهان پیشنهاد می‌کند.

البته تحقیقات بیشتر پیرامون استفاده از این روش در تشخیص سایر تومورها و سرطانهای انسانی توصیه می‌گردد. چرا که این روش ساده و عملی بوده و مواد لازم با هزینه اندکی قابل دسترسی می‌باشد، ضمن اینکه کاربرد آن در اکثر سرطانهای انسانی نتایج مفیدی را به دنبال داشته است.

تقدیر و تشکر

از کارکنان محترم بخش پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در کلیه مراحل این تحقیق ما را یاری نموده‌اند، سپاسگزاریم.

که در ضایعات دیسپلاستیک و سرطانی، شکل این نقاط نظم خود را از دست داده بود و در اکثر نمونه‌های SCC دهان نقاط کوچک و به صورت پراکنده در هسته دیده شدند. از جمله تحقیقاتی که بررسی تعداد نقاط سازمان دهنده‌ی هسته‌ای را فاقد ارزش تشخیصی می‌داند، مطالعه‌ی Beer بر روی تومورهای خوش خیم و بدخیم استرومال معده و روده می‌باشد. در این تحقیق اختلاف آماری معنی‌داری میان تعداد نقاط موجود در دو گروه تومورهای خوش‌خیم و بدخیم مشاهده نشد (۱۶). البته از آنجا که در این تحقیق نوع تومور مشخص نشده است و نیز نمونه‌ها کم و نامتناسب بوده‌اند (۷ نمونه بدخیم در مقابل ۱۷ نمونه خوش خیم) نتایج قابل استناد نمی‌باشد.

در تحقیقات Arora نتیجه گیری شد که تعداد NOR با افزایش درجه‌ی بدخیمی یا کاهش تمایز در SCC سر و گردن افزایش یافته و اندازه آنها کوچکتر و نامنظم‌تر می‌شود (۱۷) Migaldi نیز نتایج مشابهی را در میزان AgNOR در SCC بین grade I و grade III بدست آورد (۱۸).

Chatterjee نیز دریافت که تعداد AgNOR از SCC با تمایز خوب بسمت SCC با تمایز متوسط و SCC با تمایز ضعیف افزایش می‌یابد و رابطه‌ی آماری معنی‌داری نیز در این رابطه پیدا کرد ($p < 0.01$) (۶).

همچنین در تحقیقات Sulkowska ارتباط آماری معنی‌داری در شمارش AgNOR بین گروه‌های دیسپلازی خفیف و شدید بدست آمد (۱۹).

References

1. Costa A, Araujo N, Pinto D, Araujo V. PCNA/ AgNOR and ki- 67/ AgNOR double staining in oral squamous cell carcinoma. J Oral Pathol Med 1999; 28: 438-41.
2. Lelmini MV. AgNOR are sensitive markers of radiation in squamous epithelial lesions. J Dent Res 2000; 79(3): 850-6.
3. Chattopadhyay A, Chawda JG, Doshi JJ. Silver-binding nucleolar organizing regions: a study of oral leukoplakia and squamous cell carcinoma. Int J Oral Maxillofac Surg 1994; 23: 374-7.
4. Derenzini M, Pession A, Trere D. Quantity of nucleolar silver-staining proteins in related to proliferating activity in cancer cells. Lab Invest 1990; 63: 137-40.

5. Kinoshita Y, Dohi M, Mizutani N, Ikeda A. Effects of preoperative radiation and chemotherapy on AgNOR count in oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 304-7.
6. Chatterjee R, Mukhopadhyay D, Chakraborty RN, Mitra RB. Evaluation of argyrophilic nucleolar organizer regions (AgNORs) in relation to human papillomavirus infection and cytokinetics. *J Oral Pathol Med* 1997; 26: 310-4.
7. Hara T. Argyrophilic nucleolar organizer regions (AgNORs) in mucosal epithelium under experimental denture bases in rates. *J Oral Pathol Med* 2000; 29: 33-8.
8. Schwint AE . AgNOR mark epithelial foci in malignant transformation in hamster cheek pouch carcinogenesis. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 20-4.
9. Zheng M, Tian X, Li H, Cheng Y, Chen X. Expression Of PCNA and the count of AgNOR in squamous cell carcinoma in larynx and hypopharynx. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 2002; 16(12): 653-5.
10. Ray JG, Chattopadhyay A, Caplan DJ. Usefulness of AgNOR counts in diagnosing epithelial dysplasia. *J Oral Pathol Med* 2003; 32(2): 71-6.
11. Fabbrocini G, Russo N. P53, Cyclin D1, PCNA, AgNOR expression in squamous cell cancer of the lip: a multicenter study. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2000; 16(4): 172-7.
12. Arora B, Jeevan D, Punia RS, Kumar S, Arora DR. AgNORs in squamous cell carcinoma of head and neck . *JIMA issue* 2002; 100(5): 315-16.
13. Ploton D, Menager M, Yeannesson P, Nimbor G. Improvement in the staining and in the visualisation of the argyrophilic proteins of the nucleolar organizer region at the optical level. *Histochem* 1986; 40: 885-9.
14. Kobayashi I. The proliferative activity in oral epithelial dysplasia analyze proliferating cell nuclear antigen immunostaining and argyrophilic nucleolar organizer region staining. *Hum Pathol* 1995; 26(8): 907-13.
۱۵. اسلامی ب. بررسی ارزش تشخیصی تعداد نقاط سازمان دهنده‌ی هسته‌ای با رنگ‌آمیزی نیترات نقره در اسکواموس سل کارسینوما‌ی مخاط دهان. *مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی* ۱۳۸۱؛ ۲۰ (۳): ۳۰۳-۸.
16. Beer TW, Rowlands DC, Crocker J. AgNOR counts and determination of malignancy in stromal tumors of the stomach and small intestine. *J Clin Pathol* 1992; 4: 172-4.
17. Arora B. AgNOR in squamous cell carcinoma of head and neck. *J Indian Med Assoc* 2002; 100(5): 315-6.
18. Migaldi M, Pizo A. AgNOR nucleolar protein expression: a comparison with nuclear proliferating markers in oral pathology. *Oral Surg Oral Med oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85(2): 189-96.
19. Sulowska M. Proliferating activity in oral dysplastic lesions and squamous carcinomas. *Folia Histochem Cytobiol* 2001; 39: 193-9.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندانپزشکی، تلفن: ۹-۲۲۹۱۴۰۸-۰۱۱۱.

ms_majidi79@yahoo.com

Archive of SID