

# بررسی آماری شیوع سرطان های سر و گردن در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان های گوناگون بدن به بخش پرتودرمانی بیمارستان نمازی در سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲

جنان قبانچی\* - سید مهدی مرتضوی\*\* - سید هادی پرهیز\*\*\*

\* استادیار گروه تشخیص بیماری دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

\*\* دندانپزشک

\*\*\* دندانپزشک

## چکیده

**بیان مسأله:** سرطان های سر و گردن از دو تا پنج درصد سرطان های بدن را در بر می گیرند که، این درصد، در برخی کشورها بالاتر است. برای نمونه، در کشور هند، در حدود ۵۰ درصد سرطان های بدن را سرطان های با منشأ دهانی و گلو تشکیل می دهند. این تومورها، به طور کلی، در مردان شایع تر بوده، اما این حالت در برخی بخش های دهان وارونه می شود. سن ابتلا معمولاً بالای ۴۰ سال گزارش شده است.

**هدف:** هدف از این بررسی، تعیین شمار بیماران مبتلا به سرطان های سر و گردن بوده است که، در سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲ در بخش پرتودرمانی بیمارستان نمازی شیراز درمان شده اند.

**مواد و روش:** در این بررسی، در سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲، شمار ۴۹۶ بیمار مبتلا به سرطان های سر و گردن از میان مراجعه کنندگان به بخش پرتودرمانی بیمارستان نمازی برگزیده شدند. همه ی بیماران از لحاظ سن، جنس، میزان دریافتی پرتو و جای تومور رده بندی گردیدند.

**یافته ها:** در میان مبتلایان به سرطان های سر و گردن، میانگین سن ابتلا برای مردان، ۴۹ سال و زنان، ۴۳ سال بود. شایع ترین جای درگیری در هر دو جنس، مغز با ۲۲۸ مورد (۴۶ درصد) و در درجات بعدی، گردن با ۵۷ مورد (۱۱/۵ درصد) و حنجره با ۵۶ مورد (۱۱/۳ درصد) بودند. اسکواموس سل کارسینوما (Squamous Cell Carcinoma) (SCC) شایع ترین تومور بوده و در درجات بعدی آن، استروماتوسینوما (Astrocytoma)، مینژیوما (Meningioma) و لیمفوما (Lymphoma) جا گرفتند. یافته های این بررسی از برخی لحاظ، همانندی هایی و از لحاظ دیگر، تفاوت هایی با دیگر بررسی ها و کتب مرجع را نشان داد.

**نتیجه گیری:** این بررسی نشان داد که، شماری چشمگیر (در حدود ۱۳/۵ درصد) بیماران مراجعه کننده به بخش پرتودرمانی را مبتلایان به سرطان های سر و گردن تشکیل می دهند. با توجه عوارض بالای پرتودرمانی، به ویژه خطر Osteoradionecrosis در این بیماران، انجام برنامه ریزی درست، پیش و پس از درمان، برای کاهش عوارض ایجاد شده به پایین ترین اندازه ی ممکن الزامی است.

**واژگان کلیدی:** سرطان های سر و گردن، بخش پرتودرمانی بیمارستان نمازی، شیراز

تاریخ تأیید مقاله: ۸۳/۶/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۳/۲/۳۰

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. سال پنجم؛ شماره ۱ و ۲، ۱۳۸۳. صفحه ی ۹۷ تا ۱۰۵

\* نویسنده مسوول: جنان قبانچی. شیراز- خیابان قصردشت- دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- گروه آموزشی تشخیص بیماری های

Email: [ghabanj@sums.ac.ir](mailto:ghabanj@sums.ac.ir)

دهان و دندان- تلفن: ۴-۶۲۶۳۱۹۳-۰۷۱۱

**مقدمه**

سرطان های سر و گردن از شایع ترین سرطان های بدن هستند. در هندوستان در حدود ۵۰ درصد سرطان های بدن را این سرطان ها تشکیل می دهند<sup>(۱)</sup>. در ایالات متحد آمریکا، از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۸۷ میزان شیوع سرطان های دهان و حلق، ۱۱/۳ مورد در هر صد هزار نفر بوده و درگیری مردان سه برابر زنان گزارش شده است<sup>(۱ و ۲)</sup>.

کارسینومای بینی- حلقی (Nasopharynx) که، عمده تومورهای ناحیه ی بینی و حلق را تشکیل می دهند، در ایالات متحد آمریکا کمیاب بوده، اما در جمعیت چینی ها زیاد است. سرطان های حفره ی بینی و سینوس های پارانازال، دو درصد سرطان های تازه تشخیص داده شده را تشکیل می دهد. از دسته ی سرطان های حلقی، گونه ی فوق گلوئی (Supraglottic)، در حدود ۹۵ درصد سرطان های حلقی را در بر می گیرند<sup>(۱)</sup>. به طور کلی، هنگامی که، از سرطان سر و گردن گفته می شود، منظور ناحیه ی بالایی دستگاه گوارشی تنفسی، در برگیرنده ی سینوس های پارانازال، حفره ی بینی، دهانی حلقی، حفره ی دهان، هیپوفارینکس، حنجره، مری و ناحیه ی گردنی است. شایع ترین کارسینومای این ناحیه، بدخیمی سلول های اپی تلیال سنگفرشی است. کارسینومای سر و گردن چون سرطان های پوستی و تومورهای درون جمجمه ای، پنج درصد کل سرطان های بدن را در مردان و دو درصد سرطان های موجود در زنان را تشکیل می دهد. سن شایع ابتلا، معمولاً در حدود ۶۰ تا ۷۰ سالگی است. هشتاد درصد موارد سرطان ها، SCC و ۲۰ درصد دیگر شامل تومورهای غدد بزاقی، تیروئیدی و سارکوماهای کمیاب هستند<sup>(۳)</sup>. آمار در کشور آمریکا، در سال ۱۹۹۶، نشان می دهد که، سالانه در حدود ۲۹۴۹۰ مورد تازه ی سرطان های دهانی گزارش شده که، از این میان، ۸۲۶۰ مورد به مرگ افراد منجر گشته است<sup>(۲)</sup>. عواملی گوناگون به تأخیر در تشخیص و درمان سرطان های دهان منجر می گردند، از این عوامل، می توان موارد زیر را نام برد.

- ۱- بیشتر افراد از وجود سرطان های دهان و عوارض آنها آگاهی ندارند.
- ۲- تقریباً، پنج درصد افراد، معاینه های کامل و پیوسته ی دندانپزشکی را جدی نمی گیرند.
- ۳- بیشتر سرطان های دهان بی درد و علامت هستند.
- ۴- مواردی همواره با درد، همانند دردهای رایج دندانی هستند.
- ۵- بیشتر دندانپزشکان معاینه های کامل دهان، صورت و گردن را انجام نمی دهند.
- ۶- بسیاری از دندانپزشکان، توانایی تشخیص آسیب های پیش سرطانی یا مراحل اولیه سرطان ها را ندارند.
- ۷- پیدایش تأخیر میان زمان تشخیص و درمان آسیب.
- ۸- به ندرت دندانپزشکان قادر به درمان آسیب های سرطانی دهان هستند و چنانچه، درمانی ارایه می دهند، ارزشی ناچیز دارد<sup>(۲)</sup>.

**عوامل آسیب شناختی در بروز آسیب ها**

مصرف دخانیات از عوامل مهم پیدایش سرطان است. دیده شده است که، رترومولارید شایع ترین ناحیه ای است که در اثر مصرف سیگار دچار شده و در درجات بعدی، کف دهان قرار می گیرد<sup>(۲)</sup>.

مصرف الکل، به طور مستقیم بر روی سلول های اپی تلیال مخاط دهان اثر کرده و نفوذ پذیری آن را افزایش می دهند و از سویی باعث کاهش آب بدن نیز، می گردد. برخی شواهد گویای اثر مستقیم الکل بر ژن P53 است<sup>(۴)</sup>. اختلال در جذب موادغذایی و ویتامین ها و اختلال در کار کبد، از عوامل دیگر سرطانزایی الکل به شمار می روند.

مصرف دخانیات و الکل با هم، احتمال پیدایش سرطان دهانی را افزایش می دهد. در این حالت، احتمال پیدایش سرطان، به مراتب بیشتر از مصرف جداگانه ی آنهاست<sup>(۳)</sup>.

مصرف تنباکوی بی دود در افراد آماده به سرطان نیز، می تواند به پیدایش سرطان دهان منجر

به نظر می رسد که برخی افراد به دلایل عوامل ارثی خاص، بیشتر از دیگران به سرطان آمادگی دارند. سندروم بلوم (Bloome) و لی- فراومانی (Li-Fraumani) دو نمونه از بیماری های ارثی هستند که، به افزایش آمادگی سرطان دهان منجر می گردد.<sup>(۸)</sup> بررسی ها نشان دهنده ی اثر مواد استفاده شده در شیمی درمانی سرطان های گوناگون در پیدایش سرطان های تازه است. در این راستا، پژوهشی بر نفوسیت های باکروموز شکسته در مجاورت بلئومیسین (Bleomycine) (دارویی که، در شیمی درمانی سرطان ها استفاده می شود) انجام گردید. یافته ها نشان داد که، نفوسیت های با کروموز شکسته در افراد دچار سرطان سر و گردن حساسیت بیشتر به اثر جهش زای بلومیسین نسبت به گروه شاهد (سیگاری) نشان می دهد.<sup>(۹)</sup> ویروس های گروه هرپس در پیدایش سرطان های انسانی دخالت دارند. ارتباط اشتهای بار ویروس (Epstein Bar Virus) با لنفوم برکت افریقایی و کارسینوم نازوفارنکس نیز، پی در پی گزارش شده است. شماری از پژوهشگران اثر ویروس را مستقیم و شماری دیگر، آن را در ارتباط با دیگر کارسینوزن ها دخیل دانسته اند. به هر حال، این اثر کاملاً شناخته نشده است.<sup>(۱۰)</sup> در ارتباط با Human Papilloma Virus، تاکنون ۷۵ گونه ی زیر گروه آن تشخیص داده شده است که، به نظر می رسد، HPV16 و HPV18 با SCC سر و گردن در پیوند باشند.<sup>(۱۱)</sup> بررسی های گوناگون، اثر مصرف دهانشویه ها را در سرطان های دهان نشان می دهد که، خود نگرانی هایی در رابطه با سرطان زایی دهان شویه های دارای الکل ایجاد کرده است. بررسی ملاگلین (Melauglin) و وین بلات (Winn Blat) گویای افزایش خطر سرطان دهان در مردان به نسبت ۴۰ درصد و در زنان به مقدار ۶۰ درصد، به دنبال مصرف دهانشویه های دارای مقادیر بالای الکل است.<sup>(۱۲)</sup> جایگاه های پر خطر از نظر ابتلا به سرطان (High Risk Oral Sites) در دهان مشخص شده و

گردد<sup>(۵)</sup>. متأسفانه، مصرف این ماده، روز به روز محبوبیت بیشتر در جوانان پیدا می کند که، خود به افزایش شیوع سرطان زبان در سن ۱۰ تا ۲۰ سالگی به میزان دو برابر منجر شده است.<sup>(۲)</sup>

اصولاً، SCC دهانی در سنین بالای ۴۰ سال ایجاد شده، اما شیوع آن در سنین پایین تر رو به افزایش است.<sup>(۲)</sup> در گذشته، نسبت ابتلای مردان به زنان، چهار به یک بوده، اما امروز، این نسبت به یک و یا کمتر نیز کاهش یافته است. در برخی نقاط دهان، مانند زبان، لثه و الوئول، درگیری زنان بیشتر از مردان گزارش شده است.<sup>(۲)</sup>

تغذیه، نقش مهم و مستقیم در روند سرطان زایی سر و گردن دارد. شیوه ی اثر و دخالت این ماده هنوز کاملاً شناخته شده نیست. در سندروم پلامر وینسون (Plummer Vinson) و آنمی نبود آهن، SCC هیپوفارینکس و دهان پی در پی گزارش شده است. در پژوهشی که، در کارولینای شمالی انجام شد، نقش محافظتی برنامه ی غذایی دارای میوه و سبزی های تازه و سرشار از ویتامین سی و بتاکاروتن در برابر ابتلا به سرطان تاکید گردید.<sup>(۱)</sup> استفاده از آنالوگ های ویتامین آ (A) برای جلوگیری از ابتلا به سرطان نیز، دلیل دیگر بر این گفتار است.<sup>(۶)</sup>

اثر پرتوافکنی آکتینیک بر سرطان لب پایین، مدتهاست که، شناخته شده است. به نظر می رسد که، پرتو فرابنفش توانی بالا در آسیب رسانی به DNA را دارد<sup>(۳، ۴)</sup>. بررسی های آزمایشگاهی گویای پیدایش SCC دهانی پس از کاربرد مواد شیمیایی بر مخاط دهان است، ولی این ارتباط در موارد انسانی هنوز کاملاً مشخص نشده است.<sup>(۴)</sup> مواد شیمیایی موجود در محیط و صنعت (صنایع چرم، فلزکاری و پارچه بافی) نقشی به سزا در پیدایش سرطان دارد.<sup>(۱)</sup>

ارتباط عوامل شغلی با پیدایش سرطان های بینی و سینوس های پارانازال کاملاً شناخته شده است. ذرات نیکل، کروم، سرب و براده های چوب نقشی مهم در این مسأله دارند. اسید سولفوریک و پنبه ی نسوز باعث افزایش سرطان حنجره در کارگران پارچه بافی و فلز کاری می گردد.<sup>(۷)</sup>

از ژن ها هستند که، بر روی تقسیم سلولی اثر منفی دارند و به آنها ژن سرکوب کننده تومور (Tumor Suppressor Gene) گویند. از دیدگاه سبب شناختی، TSGها بر خلاف سرطان زها عمل می کنند تا کارکرد طبیعی سلول مهار شود. افزون بر این ژن ها، عوامل تشخیصی مولکولی (مارکرهای سلولی) نیز، در تشخیص، پی گیری (Follow-up) و حتی درمان برخی از تومورهای بدخیم کمک بسیار زیاد کرده اند که، نمونه ای از آنها ژن P53 است. شیوه های گوناگون درمان SCC در طول زمان با درک بهتر ویژگی های سرشتی این تومور و چگونگی پیشرفت آن تغییر کرده است. برای ارایه ی طرح درمان مناسب تر، ارزیابی دقیق اولیه از نشانه ها و علائم بیماری الزامی است. این ارزیابی، شامل نمونه برداری و پی گیری نیز، می گردد<sup>(۱۴)</sup>. روش های درمان سرطان ها، شامل موارد زیر است:

- ۱- جراحی، ۲- پرتودرمانی، ۳- شیمی درمانی، ۴- ایمن درمانی (Immunotherapy) و ۵- ترکیبی از روش های بالا<sup>(۲)</sup>. هر یک از این روش ها دارای سودمندی و معایبی هستند که، بسته به گونه ی آسیب و جای آن استفاده می شوند. نکته ی مهم در همه ی این درمان ها، توجه به عوامل روحی بیمار، چه پیش و چه پس از درمان سرطان سر و گردن است. شیوع بالای افسردگی در بیماران دچار سرطان سر و گردن در حدود ۴۰ درصد بیان شده است. باید دانست که، پس از درمان آسیب، پی گیری امری ضروری است.

هدف از این پژوهش، بررسی میزان شیوع سرطان های سر و گردن در میان بیماران مراجعه کننده به بخش پرتودرمانی بیمارستان نمازی در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ می باشد.

### مواد و روش

در این پژوهش تحقیقی- آماری، بررسی بر روی پرونده ی بیماران مراجعه کننده به بخش پرتودرمانی بیمارستان نمازی در سال های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ انجام گرفت. همه ی بیماران از لحاظ جنس، جای تومور،

اگر این نقاط را به هم وصل کنیم، شکل بیضی ایجاد می کند. این نواحی، شامل لب پایین، کف دهان، سطح شکمی زبان، کناره ی زبان، گونه، ناحیه ی رترومولار و کام نرم است<sup>(۲)</sup>.

### علائم بالینی و پرتونگاری سرطان های سر و گردن

کارسینومای اسکواموس سل (SCC)، به عنوان شایع ترین سرطان سر و گردن در دهان می تواند علائمی گوناگون نشان دهد. این آسیب ممکن است به شکل آسیبی قرمز، سفید، سفید و قرمز، برجسته از سطح و یا زخم عمقی با حاشیه ی برآمده دیده شود. معمولاً، آسیب بی درد بوده و ممکن است همراه با تورم غدد لنفاوی آشکار شود. چنانچه این آسیب در کنار یا در درون استخوان باشد، می تواند علائم پرتونگاری را به شکل خوردگی و یا آسیب های رادیولوژیک کیست مانند (Cystlike Radiolucency) ایجاد کند<sup>(۳)</sup>.

### روش های تشخیصی بالینی سرطان ها

روش های تشخیصی بالینی نیز، برای سرطان ها وجود دارد که، به شکل استفاده از تولئیدین بلو، سیتولوژی تراشی (Exfoliative Cytology)، بیوپسی اکسیژنال (Excisional Biopsy) و نشانگرهای تومور (Tumor Markers) است. در اینجا، لازم است درباره ی پروتوانکوژن ها و ژن های سرکوب کننده ی تومور مطالبی ارایه شود. ژن های پروتوانکوژن، پس از تغییر، به انکوژن تبدیل می شوند. این ژن ها در شماری از سرطان ها ردیابی شده اند و به عنوان جزو اساسی از پدیده ی چند مرحله ای سرطان زایی به شمار می آیند<sup>(۱۳)</sup>. شماری از ساز و کارهایی که، به وسیله ی آن ها سرطان زها فعال می شوند، توصیف گردیده اند. در همه ی موارد، این ساز و کارها به بروز نامناسب سرطان زها منجر گشته که، خود موجب افزایش ساخت پروتئین ها می گردد. این ساز و کارها شامل، موتاسیون نقطه ای (Point Mutation)، تکثیر ژنی (Gene Amplification) و افزایش بروز (Over expression) هستند. گروه دیگر

معنی دار تشخیص داده شد که، کمترین سن ابتلا، به کراتیوفارینژیوما (Craniopharyngioma)، برابر ۱۵ سال و بیشترین آن، به سرطان تیروئید، برابر ۶۶ سال مربوط است. این بررسی نشان داد که، بیشترین جای درگیری در ناحیه ی سر و گردن، مغز با ۲۲۸ مورد (۴۶ درصد) و پس از آن، گردن با ۵۷ مورد (۱۱/۵ درصد) و در درجه بعد، حنجره با ۵۶ مورد (۱۱/۳۱ درصد) قرار می گیرد.

میانگین میزان دریافت پرتو بر پایه ی جنس در مردان که، شمار آنها ۳۱۳ نفر بوده، ۴۵۰۷/۳۵ و در زنان که، شمار آنها ۱۸۳ نفر بوده، ۴۴۸۹/۰۷ است. آزمون های آماری، تفاوتی میان جنس و میزان دریافت پرتو نشان ندادند ( $p=0/۸۳۹$ ).

بررسی ها نشان داد که، SCC بیشترین تومور دیده شده در مردان است که، شمار ۱۱۱ نفر به این گونه ی بدخیمی دچار بودند (۳۹/۲ درصد، بر پایه ی جنس و ۷۶/۶ درصد، بر پایه ی گونه ی سرطان)، سپس، استریوتوما، منینژیوما و لیمفوما، در درجات بعدی قرار می گیرند.

شایع ترین تومور در زنان، SCC بوده که، ۳۴ مورد (۲۰/۵ درصد، در جنس و ۲۳/۴ درصد، بر پایه ی گونه ی تومور)، به این گونه سرطان دچار بودند. در درجات بعدی، استروسیتوما، لیمفوما و منینژیوما قرار می گیرد. شایع ترین جای درگیری تومور در مردان، مغز بوده که، ۱۳۸ بیمار به آن دچار بودند (۴۷/۳ درصد)، حنجره، گردن و بینی - حلقی، از جاهای دیگر ابتلا هستند. در زنان، بیشترین جای درگیری، مغز گزارش شده است، که در ۹۰ بیمار مشاهده گردید (۵۴/۵ درصد بر پایه ی جنس و ۳۹/۵ درصد، بر پایه ی جای درگیری). در این بررسی، ارتباطی معنی دار میان میانگین پرتو دریافتی و جای تومور، با استفاده از واکاوی واریانس به دست آمد. کمترین میانگین دریافت پرتو به شبکه، با ۲۵۰۰ واحد و بیشترین آن، به سینوس فوق سلا (Supra Sellar Sinus)، با ۵۲۶۶/۶۷ واحد مربوط است. گفتنی است که، جاهای درگیری برخی تومورها که، فراوانی آنها کمتر از دو بوده است، از بررسی کنار گذاشته شده اند. ارتباطی

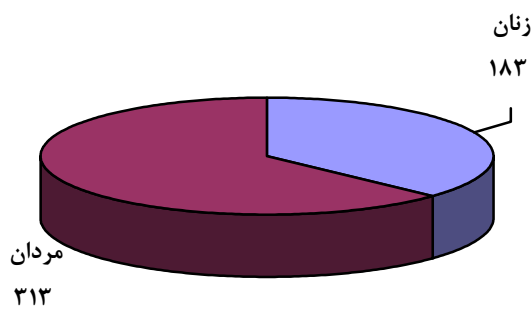
میزان پرتو دریافتی و گونه ی تومور، با استفاده از واکاوی های واریانس،  $X^2$  و  $t$ -test ارزیابی آماری شدند. از آنجا که، در بیماران یاد شده اطلاعات دقیق درباره ی دیگر متغیرها، مانند علل ایجاد، علایم بالینی یا عوارض جانبی در دسترس نبود، از متغیرهای سن، جنس و اندازه ی پرتو دریافتی بهره گرفته شد.

## یافته ها

از همه ی ۳۷۰۸ نفر مبتلا به سرطان های گوناگون مراجعه کننده به بخش پرتودرمانی، شمار ۴۹۶ نفر به سرطان سر و گردن دچار بودند. از این میان، ۳۱۳ نفر (۶۳/۱ درصد) مرد و ۱۸۳ نفر (۳۶/۹ درصد) زن بوده اند. در نمودار ۱، توزیع فراوانی جنسی در افراد مورد بررسی نشان داده شده است. در این بررسی، میانگین سنی افراد مبتلا، ۴۶ سال بوده که، حداقل سن دو سال و حداکثر ۸۵ سال مشخص گردید. این یافته، در نمودار ۲ توزیع سنی افراد مورد بررسی، آورده شده است. در بررسی پرونده ی این بیماران، افزون بر سن و جنس بیماران، تشخیص گونه ی سرطان، جای درگیری و اندازه ی پرتو دریافتی بیمار در طول درمان نیز، بررسی شد. در این پژوهش، ۳۶ گونه سرطان در ناحیه ی سر و گردن تشخیص داده شد که، بیشترین آن، SCC با ۱۴۵ مورد، برابر ۲۹/۲ درصد و پس از آن، تومور مغزی آستروسیتوما (Astrocytoma) با ۸۰ مورد، برابر ۱۶/۱ درصد بود (جدول ۱). میانگین اندازه ی دریافت پرتو در سرطان های گوناگون، با استفاده از واکاوی واریانس متفاوت بوده که، کمترین آن، به Gravous Ophthalmophy، با میانگین دریافتی ۲۲۰۰ واحد (CGy) پرتو و بیشترین آن، به Schwannoma با میانگین ۵۴۰۰۰ واحد مربوط بود. میانگین سنی در مردان (شمار کل آنها ۳۱۳ نفر بود) ۴۹ سال و در زنان (۱۸۳ نفر) ۴۳/۱۵ سال نشان داده شد. از نظر آماری، میان جنسیت و سن تفاوتی معنی دار به دست آمد و استفاده از واکاوی  $t$ -test، این تفاوت را تایید کرد ( $p=0/۰۰۱$ ). اختلاف سنی بیماران دچار انواع سرطان، با استفاده از واکاوی واریانس،

**جدول ۲: میانگین سن بر پایه‌ی جای سرطان‌های گوناگون**

میانگین سن	شمار	جای تومور
۲۲/۰۰	۲	ماندیل
۳۴/۵۰	۲	طنابهای صوتی
۳۸/۲۳	۳۰	جمعمه
۴۱/۳۵	۲۲۸	مغز
۴۳/۴۰	۵	چشم
۴۷/۷۵	۸	گوش
۴۸/۸۸	۵۷	گردن
۴۹/۱۲	۳۳	گوش و حلق
۴۹/۵۰	۶	اوربیت
۵۰/۵۹	۱۷	پاروتید
۵۳/۳۳	۳	غده ی زیر زبانی
۵۳/۶۷	۳	ناحیه ی سوپراسلار
۵۵/۵۰	۲	شکیه
۵۸/۸۶	۵۶	حنجره
۵۹/۲۳	۱۳	زبان
۶۰/۲۰	۵	صورت
۶۰/۵۶	۹	تیروئید
۶۲/۷۵	۴	سینوس ماگزیلا
۶۷/۶۷	۳	لوزه
۶۹/۵۰	۲	لب پایین

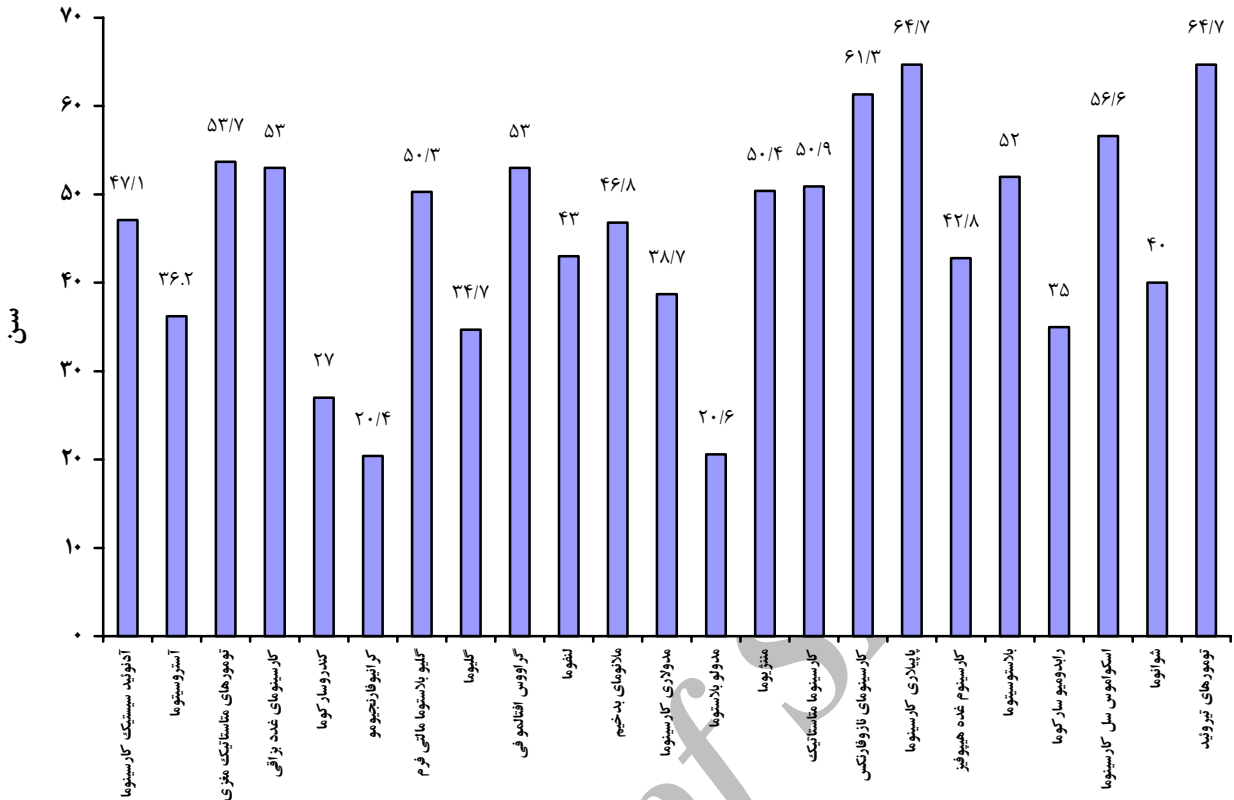


**نمودار ۱: توزیع فراوانی جنسی در افراد مورد بررسی**

معنی دار میان سن و جاهای گوناگون درگیری سرطان با استفاده از واکاوی واریانس دیده شد، کمترین میانگین سن، به تومور فک پایینی، با ۲۲ سال سن و بیشترین آن به لب بالایی، با ۶۹/۵ سال سن مربوط است (جدول ۲). گفتنی است که، تومورهایی که فراوانی آنها کمتر از دو بوده، از بررسی کنار گذاشته شده اند.

**جدول ۱: فراوانی انواع سرطان**

گونه ی سرطان	شمار	درصد
آدنوئید سیستیک کارسینوما	۱۳	۲/۶
آستروسیتوما	۸۰	۱۶/۱
تومورهای متاستاتیک مغزی	۳۴	۶/۹
کارسینومای غدد بزاقی	۲	۰/۴
کندروسارکوما	۳	۰/۶
کرانیوفارنجیوما	۸	۱/۶
گانگلیوگلیوما	۱	۰/۲
گلیوبلاستوما مالتی فرم	۱	۰/۲
گلیوما	۲۴	۴/۸
گراووس افتالموفی	۲۳	۴/۶
لنفوما	۴	۰/۸
ملانومای بدخیم	۴۱	۸/۳
مدولاری کارسینوما	۱۰	۲/۰
مدولو بلاستوما	۳	۰/۶
مننژیوما	۱۰	۲/۰
کارسینومای متاستاتیک	۳۱	۶/۳
تومور میانی مخچه ای	۱۳	۲/۶
کارسینومای موکوپیدرموئید	۱	۰/۲
کارسینومای نازوفارنجیال	۱	۰/۲
ندولار اسکروسیس	۳	۰/۶
تومورهای ادنتونیک	۱	۰/۲
تومور عصب بینایی	۱	۰/۲
اوربیتال مس	۱	۰/۲
تومور اوربیتال	۱	۰/۲
کارسینومای پاپیلاری	۳	۰/۶
تومورهای ناحیه پیرال	۱	۰/۲
آدنومای هیپوفیز	۲۵	۵/۰
بلاستوسیتوما	۲	۰/۴
رتینو بلاستوما	۱	۰/۲
رایدومیو سارکوما	۲	۰/۴
اسکوآموس سل کارسینوما	۱۴۵	۲۹/۲
شوآنوما	۳	۰/۶
کارسینومای تیموس	۱	۰/۲
سرطان تیروئید	۳	۰/۶
جمع	۴۹۶	۱۰۰/۰



نمودار ۲: میانگین سن در انواع گوناگون تومور

## بحث

بوده، در حالی که، از این تومور در کتب مرجع خارجی، مانند دو مرجع اصلی بیماری های دهان یعنی منبع ۲ و ۱۵ نامی برده نشده است. یافته های این بررسی نیز، از شیوع بالای لیمفوما در ناحیه ی سر و گردن، گویای آن است که، با برخی منابع همانندی دارد (۲). از آنجا که، این تومورها به هنگام پیدایش، پیش و پس از درمان، علایمی در ناحیه ی دهان، سر و گردن ایجاد می کنند، دندانپزشک آگاه می تواند به عنوان فردی عمل کند که، نقشی مهم در تشخیص به هنگام و سریع این تومورها داشته باشد. این مساله هنگامی امکان پذیر است که، معاینه های کامل و دقیق از همه ی بیماران انجام پذیرد.

## نتیجه گیری

این بررسی نشان داد که، شماری چشمگیر از بیماران مراجعه کننده به بخش پرتودرمانی را مبتلایان

یافته های این بررسی از این دیدگاه که، تومورهای سر و گردن شیوعی بیشتر در مردان نسبت به زنان داشته با دیگر پژوهش ها همخوانی دارد. از سویی، وجود SCC، به عنوان شایع ترین تومور در ناحیه ی سر و گردن و درگیری سن بالاتر نیز، با آمارهای دیگر کشورها همخوان است که، در کتب مرجع و مقالات آورده شده است (۲، ۳، ۶ و ۱۳). یافته ی دیگر که، در کتب دندانپزشکی به آن کمتر اشاره شده، وجود استروسیتوما، به عنوان تومور دوم شایع در ناحیه ی سر و گردن بوده که، در کتب دندانپزشکی از تومورهای غده بزاقی و لیمفوما، به عنوان سرطان های با شیوع بالا نام برده شده است. با توجه به این مساله، به نظر می رسد که، شیوع تومورهای با سرچشمه ی سلولهای مغزی (Astrocytoma) در مراجعه کنندگان به بخش پرتودرمانی بیمارستان نمازی، به نسبت بالا

درست، پیش و پس از درمان، برای کاهش عوارض ایجاد شده به پایین ترین اندازه ی ممکن الزامی است.

به سرطان های سر و گردن تشکیل می دهند. با توجه به بالاتر بودن خطر Osteoradionecrosis در این بیماران و عوارض دیگر درمان آنها، انجام برنامه ریزی

\*\*\*\*\*

## References

1. Douglas E, Peterson JA, Ambrosio D. Non surgical management of head and neck cancers patients. Dent Clin of North Am 1994; 38(3): 425-445.
2. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed., Mosby Com.: 1997; p.587-593.
3. Lewelyn J, Mitchell R. Smoking, alcohol and oral cancer in south east Scotland: a 10 years Experience. BJ Oral Maxillofac Surg 1998; 32: 146-152.
4. Richard CK, Jorada DM, Tom D. Oral squamous cell carcinoma: new insights. Oral Pathol 1997; 63: 517-525.
5. Vignes Waren N, Tilashulski K, Rod B. Tobacco use and cancer: a reappraisal. Oral Surg 1995; 80: 178-182.
6. Silverman B, Eversol A, Truelove W. Oral premalignancies and squamous cell carcinoma. Essential in Oral Medicine 2001; 20: 189-205.
7. Casto BC. Effects of ultraviolet irradiation on the Trans forming and plaque forming capacities of simian adenovirus. J Viral 1988; 22: 641-642.
8. Berkower A, Biller HF. Head and neck cancer associated with bloom's syndrome. Laryngoscope 1983; 98: 740-748.
9. Hol Inshead AC, Chretrn PB. Invivo and invitro measurements of the relationship of human SCC to HSV tumor associated antigens. Cancer Res 1988; 136: 821-828.
10. Dark NH, et al. Invitro and animal studies of the role of viruses in oral carcinogens. Oral Oncol Eurj Cancer 1992; 28: 145-152.
11. Millers CS, White DK. Human papilloma virus expression in oral mucosa premaligant conditions and SCC. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 82: 57-68.
12. Boriny S, Squirers T. Cancer Statics. 1992; 42:19-38
13. Irish JC, Bernstein A. Oncogenes in head and neck. Cancer Laryngoscope 2000; 103: 42-52.
14. Schrether JFC. Oral cancer diagnosis and delay in referral. Oral and Maxillofac Surg 1992; 30: 210-213.
15. Greenberg M, Glick M. Burket's oral medicine, diagnosis and treatment plan. 10th ed., BC-Decker: 2003; 625-626.



**Abstract****Analytic Evaluation of the Prevalence of Head and Neck Cancers among Patients with Different Kinds of Cancers Visited in Radiotherapy Department of Nemazee Hospital, 2003-2004****Ghapanchi J.\* Mortazavi M. \*\* - Parhiz H \*\***

\* Assistant Professor, Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences

\*\* Dentist

**Statement of Problem:** Head and neck cancers represent approximately 2-5% of neoplasms which is more in some countries. For example, 50% of cancers in India are of oral cavity and pharyngeal origin. Head and neck cancers are more prevalent in men, but in some regions of oral cavity, this ratio may be reversed. The majority of patients diagnosed with Head and neck cancers were over the age of 40 years.

**Purpose:** This study was undertaken to determine the number of persons with head and neck cancer who were admitted in Radiotherapy Department of Nemazee Hospital during 2003-2004.

**Materials and Methods:** In this retrospective study from 2003 to 2004, 496 subjects with head and neck cancers referred to Radiotherapy Department of Nemazee Hospital were evaluated. All patients were categorized according to sex, age, dose of irradiation and localization of the tumor.

**Results:** The mean age of patients was 49 for men and 43 years for women. The most common site of the head and neck cancers was the brain (228 cases, 46%), followed by neck (57 cases, 11.5%) and larynx (56 cases, 11.3%). Squamous cell carcinoma (SCC) was the most common tumor followed by astrocytoma, meningioma and lymphoma. It was shown that, comparison with other results, there were some similarities as well as differences in some instances.

**Conclusion:** This research revealed that approximately 13.5% of patients who were admitted in Radiotherapy Department of Nemazee Hospital suffered from head and neck cancers. Due to complications of radiotherapy specially osteoradionecrosis, proper dental management plans before and after treatment seems necessary.

**Key words:** Head and neck cancers, Nemazee Hospital, Radiotherapy Department, Shiraz

*Shiraz Univ. Dent. J. 2004; 5(1,2): 97-105*