

بررسی فراوانی تومورهای بدخیم پوستانی در بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان ارومیه

دکتر شیرین لطفی نژاد^۱، دکتر تورج رشیدی^۲، دکتر محمد جواد عشقی^۳

چکیده

زمینه و هدف: تومورهای بدخیم پوست در زمره $\square\square\square\square\square\square$ سرطان ها در تمام جهان می باشد. در کشور ایران به دلیل وجود آفتاب نافذ و طولانی در اغلب روزهای سال و این که اکثریت مردان و زنان روستایی را کشاورزان تشکیل می دهند که بنابه مقتضیات شغلی در معرض تأثیر مداوم اشعفتاب هستند، شیوع این گونه ضایعات بالا است. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی فراوانی تومورهای بدخیم پوستانی در ارومیه بود.

روش کار: مطالعه به صورت گذشته نگر و توصیفی و از فروردین سال ۱۳۷۰ تا فروردین سال ۱۳۸۳ اجرا گردید. در این مطالعه با مراجعه به مراکز پاتولوژی در سطح شهرستان ارومیه حدود $\square\square\square\square$ گزارش پاتولوژی مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۱۰۹۹ بیمار با پاتولوژی تومور بدخیم پوستانی شامل کارسینوم سلول بازال (BCC)، کارسینوم سلول اسکواموس (SCC) و ملانوم بدخیم پوستانی (CMM) شناسایی و از نظر شاخص های سن، جنس، شغل، محل ضایعه و محل سکونت بررسی شدند. در مواردی که اطلاعات ناقص بود با مراجعه به مرکز ثبت سرطان در معاونت بهداشتی استان تا حد امکان اطلاعات تکمیل گردید.

نتایج: از مجموع $\square\square\square\square$ مورد ۱۴۰۰ بیمار (۹۷/۹٪) ضایعه منفرد و ۲۲ بیمار (۲/۱٪) ضایعات متعدد داشتند. نسبت مرد به زن در کل تومورهای پوستانی $\square\square/\square\square$ یک بود. بیشترین درصد بیماران را (۲۸/۱۰٪) کشاورزان تشکیل می دادند. شایع ترین محل در مورد BCC روی بینی (۱۰/۱٪)، در مورد SCC اطراف دهان (۳/۳۰٪) و در مورد CMM اندام $\square\square(\square\square/\square\square)\%$ بود. در مقایسه، BCC در نیمه فوقانی و SCC در نیمه تحتانی صورت شایع تر بود. اکثریت بیماران در دهه سنی ۶۰-۶۹ سال قرار داشتند. از نظر نوع تومور BCC با فراوانی $\square\square/۷۱\%$ شایع تر بود. از نظر محل سکونت ۵۲/۶۱٪ مراجعین اهل ارومیه و بقیه اهل سایر شهرها بودند. در مقایسه انواع مختلف تومورهای مورد مطالعه در ۱ سال اول و دوم، به طور متوسط افزایش ۲۵٪ در فراوانی تومورها مشاهده $\square\square$.

نتیجه گیری: با توجه به افزایش شیوع سرطان های پوستانی در این منطقه ضروری است اقدامات لازم جهت پیشگیری، کاستن عوامل خطر را و تشخیص زود رس این نوع تومورها انجام گیرد.

واژه های کلیدی: تومورهای بدخیم پوست، کارسینوم سلول بازال، کارسینوم سلول اسکواموس، ملانوم بدخیم

$\square\square\square\square$

۱ - مولف مسئول: استاد یار پاتولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۲ - ستاد یار پوست دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۳ - مومی - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

چهار لایه

پوست از سه لایه اپیدرم، درم و بافت زیرجلدی تشکیل شده است. اپیدرم خارجی ترین لایه است و از اپی تلیوم سنگفرشی مطابق تشکیل شده که ضخامت آن از ۰/۱ تا ۱/۵ میلی متر متغیر است. اپیدرم از چهار لایه سلول تشکیل شده که از عمق به سطح اپیدرم لایه بازال، لایه خاردار، لایه دانه دار و اپیدرم سه نوع سلول فرعی ملانوسیت، لانگرهانس و مرکل وجود دارد. درم ضخامت متغیری دارد و از بافت هم بندی تشکیل شده است و شامل الیاف کلاژن، الاستیک و رتیکولر است. درم در کل به دو لایه فوقانی بنام پاپیلر و تحتانی بنام رتیکولر تقسیم می شود [۱].

پوست با داشتن ساختمان غنی خاستگاه انواع متنوعی از تومورهای خوش خیم و بدخیم است، بعلاوه پوست محل متاستاز بدخیمی های داخلی نیز می باشد [۲]. ضایعات تومورال پوست بویژه تومورهای بدخیم با عوامل نژادی و اجتماعی رابطه مشخصی دارند. بعنوان مثال تومورهای اپیدرمال بدخیم بیشتر در نژاد سفید دیده می شوند [۳-۴]. سرطان های پوست در تمام کشورها در ردیف شایع ترین سرطان ها می باشند [۷]. بنابراین علتی مهم برای موربیدیتی هستند و هزینه سیستم بهداشتی، درمانی برای این بیماران در کشورهایی مثل استرالیا که جمعیت سفید پوست دارند و به علت شرایط اقلیمی (آفتاب طولانی مدت در اغلب اوقات سال) بسیار زیاد می باشد [۵]. از آنجائیکه این سرطانها در روی پوست فرار دارند اگر بیماران آموزش ببینند و پزشکان عمومی در طی آموزش دانشگاهی خود تعداد کافی از موارد سرطان پوست را دیده باشند خیلی زود تشخیص داده شده و با درمان صحیح [۶] درمان قطعی قرار می گیرند. این در حالیکه که در درمان کانسره های داخلی کمتر از علاج قطعی می توان صحبت کرد، بعلاوه اگرچه بدخیمی های پوست با چشم غیر مسلح قابل رویت هستند ولی

درصد بالایی از اشتباهات تشخیص کلینیکی را به خود اختصاص می دهند. علت این امر میزان بالای ضایعات خوش خیم و کراتوز، تنوع شکل و ظاهر ضایعات میباشد. آگاهی از توزیع ناحیه ای تومورهای بدخیم پوستی [۸] اهمیت دارد چون در برخی از نواحی تومورها رفتار تهاجمی تری دارند. مثلاً کارسینوم سلول سنگفرشی ناحیه لب، گوش و ژنیتال حتی در صورتی که خوب [۹] یافته باشد، به سرعت متاستاز می دهد [۱۰-۱۱] و یا ملانوم بدخیم در نواحی پشت، بازو، گردن و سر دارای پیش آگهی بدتری می باشد [۱۲-۱۳].

شایعترین علت کانسره های بدخیم پوست (۱۴) صوص SCC و BCC) تشعشع نور خورشید می باشد که بعلت صدمات وارده به لایه ازن، میزان تشعشعات ماورای بنفش که به زمین می رسد افزایش می یابد از طرفی با پیشرفت تکنولوژی روز به روز سر و کار انسان با منابع مصنوعی ماورای بنفش و پرتوهای یونیزان بیشتر می شود، بنابراین منطقی است که فکر کنیم بایستی روز به روز بر شیوع سرطان های پوست افزوده شود [۱۴-۱۵].

در کشور ما بدلیل وجود آفتاب نافذ و طولانی مدت در اغلب روزهای سال و اینکه اکثریت مردان و زنان روستایی کشاورز هستند و بنا به مقتضیات شغلی در معرض تاثیر مداوم اشعه آفتاب هستند و به علت عدم استفاده از حفاظ های فیزیکی بایستی انتظار شیوع بالای سرطان های پوست را داشت. از طرفی [۱۶] سال قبل بیماران مبتلا به کچلی سر را تحت درمان با اشعه قرار می دادند و تعداد زیادی از این بیماران که با این روش درمان شده اند، امروزه با BCC و SCC مراجعه می کنند که این نیز بر میزان این بدخیمی ها می افزاید [۱۷-۱۸]. باتوجه به مطالب فوق [۱۹-۲۰] ر با هدف بررسی فراوانی توزیع سنی جنسی و ناحیه ای سه نوع تومور بدخیم پوست یعنی BCC, SCC و CMM انجام گردید.

مواد و روش

این مطالعه بصورت گذشته نگر و توصیفی انجام شد. در این مطالعه ابتدا به مراکز پاتولوژی اعم از دولتی و خصوصی در سطح شهرستان ارومیه مراجعه شد و حدود ۶۱۴۹۶ برگه اصلی پاتولوژی از فروردین سال ۱۳۷۰ تا فروردین سال ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفت. از این تعداد با حذف موارد تکراری در کل تعداد ۱۰۰۰ مورد تومور بدخیم پوست (BCC و SCC و CMM) انتخاب شد.

اطلاعاتی نظیر سن، جنس، شغل، نمای هیستوپاتولوژیک تومور، ناحیه بیوپسی، تاریخ ارسال نمونه و محل سکونت بیمار از برگه های پاتولوژی استخراج گردید. با توجه به اینکه تمام مراکز پاتولوژی موظف به گزارش موارد بدخیمی ها به مرکز ثبت سرطان در معاونت بهداشتی استان هستند، در مواردی که اطلاعات بدست آمده از برگه های پاتولوژی ناقص بود مراجعه به این مرکز تا حد امکان اطلاعات تکمیل شد.

نتایج

از ۱۰۹۹ مورد بیمار ۶۹۰ مورد (۶۱/۰۰٪) بیماران را مردان و ۴۰۹ مورد (۳۷/۰۰٪) را زنان تشکیل می دادند. در مورد BCC از ۳۰۰ مورد ۱۰۰ (۳۳/۰۰٪) را مردان و ۲۰۰ (۶۷/۰۰٪) را زنان تشکیل می دادند و نسبت مرد به زن ۲/۱ بود. در مورد SCC از ۱۹۰ مورد ۷۰ (۳۷/۰۰٪) را مردان و ۱۲۰ (۶۳/۰۰٪) را زنان تشکیل می دادند و نسبت مرد به زن ۱/۱ بود. در مورد CMM از ۱۱۰ مورد ۵۰ (۴۵/۰۰٪) را مردان و ۶۰ (۵۵/۰۰٪) را زنان تشکیل می دادند و نسبت مرد به زن ۱/۱ بود. در مورد BCC از ۱۰۰ مورد ۵۰ (۵۰/۰۰٪) را مردان و ۵۰ (۵۰/۰۰٪) را زنان تشکیل می دادند و نسبت مرد به زن ۱/۱ بود.

با توجه به اطلاعات بدست آمده پیک سنی بروز تومورهای بدخیم پوستی در جامعه مورد مطالعه در

مورد BCC و CMM ۱۰۰۰ - ۶۰ سال و برای SCC ۱۰۰۰ - ۷۰ سال می باشد.

از نظر شغل و جنس، مردان کشاورز با میزان ابتلا ۲۰۰ مورد (۱۰/۰۰٪) بیشترین درگیری را داشتند و زنان خانه دار با ۲۰۰ مورد (۱۰/۰۰٪) در رده دوم قرار داشتند. از تعداد ۱۰۹۹ مورد بیمار تعداد ۱۸۰ مورد (۱۷/۱٪) شغلشان نامعلوم بود که ۱۰۰ مورد آنها را مردان و ۷۹ مورد آنها را زنان تشکیل میدادند (جدول شماره ۱).

جدول ۱. فراوانی تومورهای بدخیم پوستی براساس شغل

شغل	مرد	زن	مجموع	درصد فراوانی
کشاورز	۱۰۰	-	۱۰۰	۱۰/۰۰
نامعلوم	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰	۱۸/۰۰
کارمند و کارمند بازنشسته	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰	۱۸/۰۰
خانه دار	-	۱۰۰	۱۰۰	۹/۰۰
آزاد	۱۰۰	-	۱۰۰	۹/۰۰
کارگر	۱۰۰	-	۱۰۰	۹/۰۰
راننده	۱۰۰	-	۱۰۰	۹/۰۰
بیکار	۱۰۰	-	۱۰۰	۹/۰۰
نظامی و نظامی بازنشسته	۱۰۰	-	۱۰۰	۹/۰۰
جمع	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰/۰۰

شایع ترین محل درگیری در مطالعه ۱۰۰۰ در مورد BCC بینی می باشد که از بین ۷۸۷ مورد بیماری ۲۱۰ مورد (۲۶/۰۵٪) را به خود اختصاص داده بود. در مورد SCC شایع ترین محل درگیری اطراف دهان بود که از ۲۶۱ مورد بیمار ۱۰۰ مورد (۳۸/۳۳٪) را به خود اختصاص داده ست. در مورد CMM ۱۰۰۰ ۱۰۰۰ درگیری اندام ها بودند که ۲۳ مورد از مجموع ۱۰۰۰ مورد را شامل می شدند (جدول شماره ۲).

شایع ترین نوع میکروسکوپی در بین تومورهای بدخیم پوستی BCC می باشد که از مجموع ۱۰۰۰ مورد ۲۰۰ مورد (۲۰/۰۰٪) را شامل می شود. SCC ۲۰۰ مورد (۲۰/۰۰٪) و CMM ۵۰ مورد (۵/۰۰٪) را شامل میشوند (جدول شماره ۳).

جدول ۲. توزیع عوامل خطر عمده سکنه مغزی در مصرف کنندگان قرص های ضد بارداری خوراکی

نوع ضایعه	BCC	SCC	CMM	نوع ضایعه
سایر نواد	۰۰۰	۰۰	۰	۰۰۰
مورت	۰۰۰	۰۰	۰۰	۰۰۰
۰۰ (اسکالپ)	۰۰۰	۰۰	۰	۰۰۰
دور چشم	۰۰۰	۰	۰	۱۴۰
اطراف گوش	۰۰	۰۰	۰	۷۰
اطراف دهان	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰۰
نواحی متعدد	۰۰	۰	-	۰۰
۰۰۰	۰۰	۰	۰	۰۰
گردن	۰۰	۰	-	۰۰
اندام ها	۰	۰۰	۰۰	۰۰
۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰	۰۰۰۰

جدول ۳. توزیع نمای میکروسکوپی در تومورهای بدخیم پوستی

نمای میکروسکوپی	BCC	SCC	CMM	۰۰۰
تعداد	۰۰۰	۰۰۰	۰۰	۰۰۰۰
فراوانی درصد	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰۰۰

جدول ۴. جدول فراوانی تومورها بر حسب سال های مورد مطالعه

سال	BCC	SCC	CMM	مجموع
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۰	۰۰
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۳	۷۰
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۷	۸۶
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	-	۸۵
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۰	۰۰۰
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۰	۰۰۰
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۰	۰۰۰
۰۰۰۰	۰۰۰	۰۰	۰	۰۰۰
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۰	۰۰۰
۰۰۰۰	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰۰

برای محل سکونت اطلاعات بر اساس شهرهای استان، خارج استان و خارج کشور تنظیم شد. بیشتر مراجعین از شهرستان ارومیه با درصد فراوانی ۰۰/۰۰٪

بودند. ۰۰ لرستان های سلماس و نرده به ترتیب ۰ ۰ درصد فراوانی ۰۰/۰۰٪ و ۵/۰٪ رتبه دوم و سوم را در سطح استان داشتند. مراجعین خارج استان بیشتر از استان آذربایجان شرقی و کردستان بودند با درصد فراوانی ۳/۰۰٪ و خارج کشور نی ۰۰۰۰۰۰ و عراق با درصد فراوانی ۰۰/۰۰٪ بودند و ۸/۰۰٪ مراجعین نیز محل سکونتشان مشخص نشده بود.

در مقایسه توزیع فراوانی تومورهای بدخیم پوستی مورد مطالعه در نیمه اول نسبت به نیمه دوم دهه ۱۳۷۰ با توجه به جدول شماره (۴) افزایش ۰ درصد فراوانی ۲۲/۰٪ در مورد BCC و ۳۲/۰٪ در مورد SCC و ۳۳/۰٪ در مورد CMM وجود داشت.

۰ ۰

بطور کلی BCC ۰ SCC و CMM در مردان شایع تر از زنان بود، بطوریکه ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ مرد به زن ۰/۰ ۰۰۰۰ باشد. که این نسبت در مورد BCC ۱/۰ و در مورد SCC ۲/۹ بوده که به آمارهای داخلی نزدیک است [۱۵-۱۷]. این نسبت ها نشان دهنده تأثیر اشعه آفتاب بر ایجاد این تومورهاست. فراوانی CMM ۰۰۰ در مردان بیشتر بود که این نسبت در مطالعه ۰۰۰ ۰۰۰ سایر مطالعات همخوانی نداشت. CMM در مناطق با انسیدانس بالا مثل استرالیا در مردان و زنان به نسبت مساوی دیده می شود و در امریکا و اروپا شیوع آن در زنان کمی بیشتر از مردان است [۷ و ۸] در مطالعات داخلی ۰۰۰ ۰۰۰ CMM در مردان بیشتر گزارش شده ست [۰۰].

پیک شیوع سنی در کل دهه هفتم زندگی بود و اکثریت بیماران در گروه سنی ۷۰-۵۰ سال قرار داشتند لازم به ذکر است که پیک سنی فقط در زنان مبتلا به SCC دهه هشتم زندگی بود. بیمارانی که در سنین پایین مبتلا شده بودند تقریباً در بیشتر آنها تومور در

زمینه یک عامل مستعد کننده مثل اسکارهای سوختگی و محل های رادیوتراپی قبلی ایجاد شده بود.

۲۸/۰۲٪ بیماران را کشاورزان تشکیل می دهند که در آمارهای داخلی نیز کشاورزان اکثریت مبتلایان را تشکیل داده اند [۱۷-۱۵]. از نظر شغل اکثر بیماران کشاورز بودند و زنان خانه دار در رده دوم قرار داشتند که با توجه به شرکت فعال زنان روستایی در امر کشاورزی و مواجهه بیشتر با اشعه ماورای بنفش در مناطق آلوده ایران قابل توجه است. بعد از این دو گروه شغلی به ترتیب کارمند، کارگر و راننده قرار داشتند.

در بین تومورهای مورد مطالعه SCC و BCC بیشتر در ناحیه سر و صورت بودند. در مقایسه بین SCC و BCC، نوع اول در نیمه فوقانی صورت و SCC در نیمه تحتانی صورت بیشتر دیده می شود.

در مورد BCC شایع ترین محل بینی و در مورد SCC اطراف دهان بود. در هر دو مورد پیشانی و گونه از نظر شیوع رتبه دوم را داشتند، که این یافته ها با سایر مطالعات انجام شده مطابقت داشت [۱۱-۱۰].

شایع ترین فرم هیستوپاتولوژیک در بین تومورهای مورد مطالعه BCC با درصد فراوانی ۷۱٪ بود که در مطالعات داخلی BCC با درصد فراوانی ۱۰۰٪ و SCC با ۱۰۰٪ فرم ست [۱۱-۱۰].

در طول سال های مورد مطالعه، افزایش نسبتاً منظمی در فراوانی این تومورها وجود داشت و همچنین در مقایسه فراوانی تومورهای مورد مطالعه در ۵ سال اول و دوم دهه ۱۳۷۰، بطور متوسط افزایش ۲۵٪ در فراوانی تومورها مشاهده شد. [۱۱-۱۰] تأسیس مراکز پاتولوژی در اکثر شهرهای استان در سال های اخیر، که سبب کاهش مراجعین به مرکز استان می شود این افزایش فراوانی در سال های اخیر قابل توجه است و شاید یکی از علل آن افزایش مواجهه با اشعه ماورای بنفش در اثر صدمه لایه ازن باشد.

اقدامات ذیل جهت کاهش میزان ابتلا به تومورهای بدخیم پوستی توصیه می شوند.

- کارگران و کشاورزان از وسایل حفاظتی مناسب در برابر اشعه اولترا وایوله مانند کلاه، عینک و کرم های ضد آفتاب استفاده نمایند.

- ارجاع سریع بیماران به مراکز تخصصی توسط پزشکان.

- توجه به هر گونه تغییرات و عدم التیام زخم های مزمن به مدت چند هفته.

- انجام مطالعات در مورد میزان آگاهی افراد جامعه بخصوص افراد با خطر بالا در مورد عامل مؤثر در ایجاد تومورهای پوستی و راههای پیشگیری از آن.

- با توجه به اینکه افراد در معرض خطر طیف وسیعی از افراد جامعه را در برمی گیرند دادن آگاهی های لازم در مورد عوامل مؤثر و راه های پیشگیری از طریق رسانه های فراگیر مثل صدا و سیما ضروری به نظر می رسد.

- انجام مطالعات در مورد علت بالا بودن فراوانی CMM در مردان نسبت به زنان در استان آذربایجان غربی.

نتیجه گیری

- 1- Maize SL. Cutaneous pathology. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:1-32.
- 2- Weedon D. Skin pathology. 1st ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999: 652-5, 647-51, 855-61, 691-2.
- 3- Robbins SL: Pathologic Basis of Disease. 6th ed. Philadelphia: W.B Saunders, 1998: 1177-79, 1184-87.
- 4- Fitzpatrick S. Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York: McGraw Hill 1999: 840 - 51, 1100, 1521, 1622.
- 5- Rigel Ds et al: The incidence of malignant melanoma in the united state: Issues as we approach the 21st Centry, J Am Acad Dermatol 1996. 34: 839.

- 6- MacLenman R et al: Increasing incidence of cutaneous melanoma in Queensland, Australia. J Natl Cancer Inst 1992; 84: 1427-1432.
- 7- ADAMS, occupational skin disease, 3rd ed, W.B Saunders, Company, 1999: 145 148, 157.
- 8- Rook/ wilkinson/ Ebling, Textbook of Dermatology sixth ed. blackwell science ltd, 1998; 1737, 1656-1658.
- 9- Raymond L. Barnhill, MD Textbook of Dermatopathology, Mc Graw-Hill, 1998: 534.
- 10- Moschella and Hurley , Dermatology , 3 rd ed, W. B Saunders Company 1992: 1736.
- 11- Symmers systemic Pathology, the skin, 3th ed, churchil livigstone, 1999: 735, 802.
- 12- David Elder , Lever's Histopathology of the skin, 8th ed, Lippincott - Raven 1997: 714 , 727, 675.
- 13- Katsambas A, Nicolaidou E. Cutaneous malignant melanoma and sun exposure. Recent developments in epidemiology. Arch Dermatol 1996; 132: 444-450.

۱۴- محیط زیست، مجموعه سخنرانی ارائه شده در

کارگاه آموزشی جایگزینی مواد سازگار با لایه ازن
بهمن ماه ۱۳۹۳.

۱۵- اصیلیان علی، حسن پور اسماعیل، مقدادی مرتضی.

بررسی شیوه جغرافیایی سرطان های پوست در مرکز

ایران، مجله پژوهش در علوم پزشکی، تابستان ۱۳۹۳

سال دوم، شماره دوم، ت ۱۳۹۳ ت ۱۳۹۳.

۱۶- - - - - خزاعی غلامرضا. بررسی آماری

تومورهای پوستی در یک دوره ۱۰ ساله در بیماران

مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان قائم (عج)

مشهد، مجله دارو و درمان، سال نهم، شماره ۹۸، تابستان

۱۳۹۳ ت ۱۳۹۳.

۱۷- شیخ الاسلام زاده بد محیط. بررسی بیماران مبتلا

به بازال سل کارسینوما و اسکواموس سل کارسینوما در

سالهای ۶۳ تا ۶۵، مجله دارو و درمان، سال دهم، شماره

۱۱۹، تابستان ۱۳۹۳ ت ۱۳۹۳.