

فراوانی تومورهای بدخیم پوستی 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 شایعترین سرطان ها در تمام جهان می باشند. در کشور ایران به دلیل وجود آفتاب نافذ و طولانی در اغلب روزهای سال و با توجه به این که اکثریت مردان و زنان روستایی را کشاورزان تشکیل می دهند و بنابه مقتضیات شغلی در معرض تاثیر مداوم اشعه آفتاب هستند، شیوع این گونه ضایعات بالا است. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی فراوانی تومورهای بدخیم پوستی در ارومیه بود.

روش کار: مطالعه به صورت گذشته نگر و توصیفی و از فروردین سال ۱۳۷۰ تا فروردین سال ۱۳۸۰ اجرا گردید. در این مطالعه با مراجعه به مراکز پاتولوژی در سطح شهرستان ارومیه حدود ۶۱۴۹۶ گزارش پاتولوژی مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۱۰۹۹ بیمار با پاتولوژی تومور بدخیم پوستی شامل کارسینوم سلول بازال (BCC)، کارسینوم سلول اسکواموس (SCC) و ملانوم بدخیم پوستی (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.

یافته ها: از مجموع ۱۰۹۹ مورد، ۱۰۷۶ بیمار (۹۷/۹٪) ضایعه منفرد و ۲۳ بیمار (۲/۱٪) ضایعات متعدد داشتند. نسبت مرد به زن در کل تومورهای پوستی ۱/۷ به یک بود. بیشترین درصد بیماران را (۲۸/۰۲٪) کشاورزان تشکیل می دادند. شایع ترین محل در مورد BCC روی بینی (۲۶/۲٪)، در مورد SCC اطراف دهان (۳۶/۷۸٪) و در مورد CMM اندام ها (۴۵/۰۹٪) 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 ۷۱/۶۲٪ 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 ۵ سال اول و دوم، به طور متوسط افزایش ۲۵٪ در فراوانی تومورها مشاهده شد.

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

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

پوستی

- ۱ - مولف مسئول: استاد یار پاتولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- ۲ - استاد یار پوست دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- ۳ - پزشک عمومی - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

پوست از سه لایه اپیدرم، درم و بافت زیرجلدی تشکیل شده است. اپیدرم خارجی ترین لایه است و از اپی تلیوم سنگفرشی مطبق تشکیل شده که ضخامت آن از ۰/۰۵ میلی متر تا ۱/۵ میلی متر متغیر است. اپیدرم از چهار لایه سلول تشکیل شده که از عمق به سطح شامل لایه بازال، لایه خاردار، لایه دانه دار و لایه شاخی است. در 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 [۳-۶-۴]. سرطان های پوست در تمام کشورها در ردیف شایع ترین سرطان ها می باشند [۷]. بنابراین علتی مهم برای موربیدتی 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 [۸]. از آنجاییکه این سرطانها در روی پوست قرار 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 تحت درمان قطعی قرار می گیرند. این در حالیست که در درمان سرطان 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 می باشد. آگاهی از توزیع ناحیه ای تومورهای بدخیم پوستی نیز 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 تمایز یافته باشد، به سرعت متاستاز می دهد [۹ و ۱۰] و یا ملانوم بدخیم در نواحی پشت، بازو، گردن و سر دارای پیش آگهی بدتری می باشد [۴، ۱۲ و ۱۱].

شایعترین علت سرطان های بدخیم پوست (به خصوص SCC^۱ و BCC^۲) 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 [۷ و ۱۴-۱۶].

در کشور ایران 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 ۳۰ سال قبل بیماران مبتلابه 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 یا SCC مراجعه می کنند که این نیز بر میزان این بدخیمی ها می افزاید [۷، ۱۲ و ۱۱]. باتوجه به مطالب فوق

1.Squamus Cell Carcinoma

2.Basal Cell Carcinoma

مورد را زنان تشکیل می دادند و نسبت مرد به زن ۲/۹۲ بود.

با توجه به اطلاعات بدست آمده پیک سنی بروز تومورهای بدخیم پوستی در جامعه مورد مطالعه در مورد BCC و CMM، سنین ۶۹-۶۰ سال و برای SCC سنین ۷۹-۷۰ سال می باشد.

از نظر شغل و جنس، مردان کشاورز با میزان ابتلای ۳۰۸ مورد (۲/۲۸٪) بیشترین درگیری را داشتند و زنان خانه دار با ۲۸۲ مورد (۶۶/۲۵٪) در رده دوم قرار داشتند. از تعداد کل ۱۰۹۹ مورد بیمار تعداد ۱۸۸ مورد (۱/۱۷٪) شغلشان نامعلوم بود که ۱۰۹ 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	۳۰۸	-	۳۰۸	۲۸/۰۲
کارمند و کارمند بازنشسته	۷۴	۴۷	۱۲۱	۱۱/۰۱
خانه دار	-	۲۸۲	۲۸۲	۲۵/۶۶
آزاد	۷۴	-	۷۴	۶/۷۴
کارگر	۶۷	-	۶۷	۲/۱۸
راننده	۲۴	-	۲۴	۱/۹۱
بیکار	۲۱	-	۲۱	۶/۱۱
نظامی و نظامی بازنشسته	۱۴	-	۱۴	۱/۲۷
نامعلوم	۱۰۹	۷۹	۱۸۸	۱۷/۱
جمع	۶۹۱	۴۰۸	۱۰۹۹	۱۰۰

شایع ترین محل درگیری در مطالعه حاضر در مورد BCC بینی می باشد که از بین ۷۸۷ مورد بیماری ۲۰۵ مورد (۲۶/۰۵٪) را به خود اختصاص داده بود. در مورد SCC شایع ترین محل درگیری اطراف دهان بود که از ۲۶۱ مورد بیمار ۹۶ مورد (۳۶/۷۸٪) را به خود اختصاص داده است. در مورد CMM شایع ترین محل درگیری اندام ها بودند که ۲۳ مورد از مجموع ۵۱ مورد را شامل می شدند (جدول شماره ۲).

مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی، توزیع سنی، جنسی و ناحیه ای سه نوع تومور بدخیم پوست یعنی SCC, BCC و CMM انجام گردید.

مواد و روش ها

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 ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفت. از این تعداد با حذف موارد تکراری در کل تعداد ۱۰۹۹ مورد تومور بدخیم پوست (BCC, SCC, CMM) حاصل 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 با مراجعه به این مرکز تا حد امکان اطلاعات تکمیل شد.

یافته ها

از ۱۰۹۹ مورد بیمار، ۶۹۱ مورد (۶۲/۸۸٪) بیماران را مردان و ۴۰۸ مورد (۳۷/۱۲٪) را زنان تشکیل می دادند. در مورد BCC از ۷۸۷ مورد ۴۵۹ مورد (۵۸/۳۳٪) را مردان و ۳۲۸ مورد (۴۱/۶۷٪) را زنان تشکیل می دادند و نسبت مرد به زن ۱/۴ بود. در مورد SCC از ۲۶۱، ۱۹۴ مورد (۷۴/۳۳٪) را مردان و ۶۷ مورد (۲۵/۶۷٪) را زنان تشکیل می دادند و نسبت مرد به زن ۲/۹ بود. در مورد CMM از مجموع ۵۱ مورد (۷۴/۵٪)، ۳۸ مورد (۲۵/۵٪) را مردان و ۱۳

شایع ترین نوع میکروسکوپی در بین تومورهای بدخیم پوستی BCC می باشد که از مجموع ۱۰۹۹ مورد ۷۸۷ مورد (۷۱/۶۲٪) را شامل می شود. SCC ۲۶۱ مورد (۲۳/۷۴٪) و CMM ۵۱ مورد (۴/۶۴٪) را شامل میشوند (جدول شماره ۳).

جدول ۲. فراوانی تومورهای بدخیم پوستی بر حسب محل درگیری

نوع ضایعه محل ضایعه	BCC	SCC	CMM	جمع کل
بینی	۲۰۵	۱۸	۱	۲۲۴
سایر نواحی صورت	۱۹۳	۴۳	۱۰	۲۴۶
سر (اسکالپ)	۱۳۳	۲۷	۵	۱۶۵
دور چشم	۱۳۱	۶	۳	۱۴۰
اطراف گوش	۴۴	۲۵	۱	۷۰
اطراف دهان	۲۸	۹۶	۱۸	۱۴۲
نواحی متعدد	۲۰	۳	-	۲۳
تنه	۱۶	۴	۶	۲۶
گردن	۱۳	۳	-	۱۶
اندام ها	۴	۳۶	۲۳	۶۳
جمع	۷۸۷	۲۶۱	۵۱	۱۰۹۹

جدول ۳. توزیع نمای میکروسکوپی در تومورهای بدخیم پوستی

نمای میکروسکوپی	BCC	SCC	CMM	جمع
تعداد	۷۸۷	۲۶۱	۵۱	۱۰۹۹
فراوانی درصد	۷۱/۶۲	۲۳/۷۴	۴/۶۴	۱۰۰

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

سال	BCC	SCC	CMM	مجموع
۱۳۷۰	۵۵	۱۱	۴	۷۰
۱۳۷۱	۵۲	۱۵	۳	۷۰
۱۳۷۲	۶۳	۱۵	۳	۸۱
۱۳۷۳	۶۵	۲۰	-	۸۵
۱۳۷۴	۷۱	۲۷	۷	۱۰۵
۱۳۷۵	۸۹	۳۵	۵	۱۲۹
۱۳۷۶	۹۷	۳۶	۷	۱۴۰
۱۳۷۷	۱۰۴	۳۲	۵	۱۴۱
۱۳۷۸	۹۴	۴۶	۶	۱۴۶
۱۳۷۹	۹۷	۲۴	۱۱	۱۳۲

بودند. شهرستان های سلماس و نقده به ترتیب با درصد فراوانی ۶/۰۹٪ و ۵/۹٪ رتبه دوم و سوم را در سطح استان داشتند. مراجعین خارج استان بیشتر از استان آذربایجان شرقی و کردستان بودند با درصد فراوانی ۳/۷۳٪ و خارج کشور نیز ترکیه و عراق با درصد فراوانی ۰/۸۲٪ بودند و ۸/۸۳٪ 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 درصد فراوانی ۲۲/۲٪ در مورد BCC و ۳۲/۵٪ در مورد SCC و ۳۳/۳٪ در مورد CMM وجود داشت.

بحث

بطور کلی BCC، SCC و CMM در مردان شایع تر از زنان بود، بطوریکه نسبت مرد به زن ۱/۷ می باشد. که این نسبت در مورد BCC ۱/۴ و در مورد SCC ۲/۹ بوده که به آمارهای مطالعات کشوری نزدیک است [۱۷-۱۵]. این نسبت ها نشان دهنده تأثیر اشعه آفتاب بر ایجاد این تومورهاست. فراوانی CMM نیز در مردان بیشتر بود که این نسبت در مطالعه حاضر با سایر مطالعات همخوانی نداشت. CMM در مناطق با میزان بروز 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 [۸ و ۷] در مطالعات داخلی نیز CMM در مردان بیشتر گزارش شده است [۱۵].

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

برای محل سکونت اطلاعات بر اساس شهرهای استان، خارج استان و خارج کشور تنظیم شد. بیشترین مراجعین از شهرستان ارومیه با درصد فراوانی ۵۲/۶۱٪

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

- کارگران و کشاورزان از وسایل حفاظتی مناسب در برابر اشعه ماورای بنفش 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.

منابع

- 1- Maize SL. Cutaneous pathology. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:1-32.
- 2- Weedon D. Skin pathology. 1st ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999.
- 3- Robbins SL. Pathologic Basis of Disease. 6th ed. Philadelphia: W.B Saunders, 1998.
- 4- Fitzpatrick S. Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York: McGraw Hill 1999: 840-51.
- 5- Rigel DS. The incidence of malignant melanoma in the United States: Issues as we approach the 21st Century. J Am Acad Dermatol. 1996 May; 34(1): 839-47.

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 جامعه 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 نیز با سایر مطالعات انجام شده مطابقت داشت [۱۷-۱۵].

شایع ترین فرم هیستوپاتولوژیک در بین تومورهای مورد مطالعه BCC با درصد فراوانی ۷۱/۶۲٪ بود که در مطالعات داخلی نیز BCC با درصد فراوانی ۷۰٪ شایع ترین فرم است [۱۷-۱۵].

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. باتوجه به 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.

سالهای ۶۳ تا ۶۵، مجله دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۹، تابستان ۱۳۷۲، صفحات ۲۲ تا ۲۷.

6- MacLenman R, Green AC, McLeod GR, Martin NG. Increasing incidence of cutaneous melanoma in Queensland, Australia. *J Natl Cancer Inst.* 1992Sep; 84:(18) 1427-32.

7- Adams RM. *Occupational Skin Disease.* 3rd ed. Philadelphia: W.B Saunders, 1999: 145-8, 157.

8- Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. *Textbook of Dermatology* 6th ed. London: Blackwell, 1998: 1737, 1556-8.

9- Boyd AS. Tumors of the epidemic. Barnhill RL editor. *Textbook of Dermatopathology.* Philadelphia: Mc Graw-Hill, 1998: 534.

10- Moschella H. *Dermatology.* 3rd ed. Philadelphia: W. B Saunders, 1992: 1736.

11- Weedon D. Symmers systemic Pathology, the skin, 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 1999: 735, 802.

12- Kirkham N. Tumors and cysts of the epidermis. Elder D, Elenitsas R, editors. *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 Apr; 132:(4) 444-50.

۱۴- محیط زیست، مجموعه سخنرانی ارائه شده در کارگاه آموزشی جایگزینی مواد سازگار با لایه ازن، بهمن ماه ۱۳۷۹.

۱۵- اصیلیان علی، حسن پور اسماعیل، مقدادی مرتضی. بررسی شیوه جغرافیایی سرطان های پوست در مرکز ایران، مجله پژوهش در علوم پزشکی، سال دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۷۶، صفحات ۶۵ تا ۶۷.

۱۶- مستوفی کاظم، 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 ۱۳۷۰، صفحات ۲۳ تا ۲۵.

۱۷- شیخ الاسلام زاده سید محیط. بررسی بیماران مبتلا به بازال سل کارسینوما و اسکواموس سل کارسینوما در