

بررسی سرطان سلول قاعده ای در نواحی پوشیده و غیرمعمول بدن در بیماران بیوپسی شده در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز (۸۴-۱۳۷۱)

دکتر رضا یعقوبی*، دکتر علی اکبر افشین افشون**، دکتر نسترن رنجبری***، سید محمود لطیفی****

دریافت: ۸۵/۱۱/۱۴، پذیرش: ۸۶/۳/۲۱

چکیده:

مقدمه و هدف: سرطانهای سلول قاعده ای (BCCs) Basal cell carcinomas شایعترین بدخیمی در انسان می‌باشند و اکثراً در نواحی تابش نور آفتاب دیده می‌شوند ولی وجود آنها در نواحی پوشیده بدن غیرمعمول می‌باشد. بدین ترتیب، محل ضایعه نمی‌تواند نخستین فاکتور در تشخیص BCCs باشد. هدف از این مطالعه ارائه اطلاعاتی در رابطه با BCCs نواحی پوشیده و غیرمعمول بدن می‌باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد که در آن ۱۱۳۵ پرونده BCCs اولیه، در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز، طی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۱ که تشخیص آنها از نظر آسیب‌شناسی تأیید شده بودند، مطالعه شد. **نتایج:** از مجموع ۱۱۳۵ مورد BCCs، ۴۸ مورد آن (۲۷ نفر مرد و ۲۱ نفر زن) در نواحی پوشیده و غیرمعمول بدن بودند. میانگین سن بیماران $52/7 \pm 14/1$ سال و نسبت مرد به زن $1/2$ بود. از ۴۸ مورد BCCs، ۲۷ مورد (۵۶/۳٪) در تنه، ۸ مورد (۱۶/۷٪) در اندام فوقانی، ۱۱ مورد (۲۲/۹٪) در اندام تحتانی و ۲ مورد (۴/۲٪) در ناحیه تناسلی خارجی بودند. Solid BCCs بیشترین فرم هیستولوژیک تمامی نواحی آناتومیک بود (۶۶/۶٪). **نتیجه نهایی:** اگرچه از کل موارد BCCs اولیه ثبت شده، فقط ۴۸ مورد (۴/۲٪) آن در نواحی پوشیده و غیرمعمول بدن بود ولی می‌بایست وجود BCCs در این نواحی را در نظر داشت و از تمامی ضایعات مشکوک آن نمونه‌برداری کرد.

سرطان سلول قاعده ای / محل ضایعه

مقدمه:

ولی ممکن است وجود آنها برای بیمار خطرناک باشند. هدف از این مطالعه، گزارش تجربه ای در ارتباط با BCCs نواحی غیرمعمول و پوشیده بدن، با در نظر گرفتن جنس، سن و محل انتشار تومور و فرمهای مختلف هیستولوژیک BCCs می‌باشد.

روش کار:

طی یک بررسی توصیفی - مقطعی گذشته‌نگر، ۱۱۳۵ پرونده BCCs در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز، طی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۱

BCCs شایع‌ترین تومور بدخیم پوستی هستند که در نواحی تابش نور آفتاب به بدن دیده می‌شوند. تماس طولانی با تشعشعات اشعه ماوراء بنفش یک خطر عمده در ایجاد این بدخیمی می‌باشد(۱). در گزارشات منتشر شده، BCCs نواحی پوشیده بدن را، BCCs غیرمعمول و یا غیرشایع عنوان کرده‌اند. BCCs نواحی پوشیده در مقایسه با BCCs نواحی تابش نور آفتاب نادر هستند (۲). ضایعات نواحی پوشیده بدن اگرچه بعضی اوقات بی‌ضرر به نظر می‌رسند

* دانشیار گروه پوست دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز (yaghoobi_rz@yahoo.com)

** دکتری حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

*** استادیار گروه پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**** عضو هیأت علمی گروه آمار حیاتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

از ۲۷ مورد BCCs تنه، ۸ مورد (۱۶/۷٪) در قفسه صدری (شکل ۱)، ۵ مورد (۱۰/۴٪) روی شکم (شکل ۲)، ۳ مورد (۶/۳٪) در پشت، ۲ مورد (۴/۲٪) در زیر بغل، ۳ مورد (۶/۳٪) در پستان‌ها، ۶ مورد (۱۲/۵٪) روی شانه‌ها قرار داشتند.



شکل ۱: سرطان سلول قاعده ای روی سینه



شکل ۲: سرطان سلول قاعده ای روی شکم

میزان درگیری ساعد و دست ۸ مورد BCCs را شامل می‌شد که ۵ مورد (۱۰/۴٪) در نواحی ساعد و ۳ مورد (۶/۳٪) در دست‌ها قرار داشتند. از ۱۱ مورد BCCs اندام تحتانی، ۱ مورد (۲/۱٪) روی کپل، ۲ مورد (۴/۲٪) در ران‌ها، ۳ مورد (۶/۳٪) روی ساق، ۳ مورد (۶/۳٪) روی پاها و ۲ مورد (۴/۲٪) در کشاله ران قرار داشتند. از ۲ مورد BCCs (۴/۲٪) ناحیه تناسلی خارجی، هر ۲ مورد بر روی ولو قرار داشتند.

در تمامی نواحی آناتومیک، فرم هیستولوژیک BCCs Solid، فرم غالب آسیب‌شناسی بود (۳۲ مورد، ۶۶/۶٪) (شکل ۳). از ۳۲ مورد Solid BCCs، ۲۵ مورد (۵۲/۱٪) فرم Solid circumscribed BCCs، ۴ مورد (۸/۳٪) فرم Cystic solid BCCs، ۲ مورد (۴/۲٪) Infiltrative solid BCCs و ۱ مورد (۲/۱٪) Solid with squamous differentiation BCCs بود.

مطالعه شدند. مبنای تشخیص BCCs، تأیید یافته‌های آسیب‌شناسی بود. سن، جنس، محل تومور و انواع فرم‌های آسیب‌شناسی BCCs جراحی شده نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج:

در کل بیماران مورد مطالعه، ۱۰۸۷ مورد (۹۵/۸٪) در ناحیه سر و گردن و ۴۸ مورد (۴/۲٪) در نقاط پوشیده و غیرمعمول بدن مشاهده شد. از ۴۸ مورد اخیر، ۲۷ مورد (۵۶/۳٪) در مردان و ۲۱ مورد (۴۳/۷٪) در زنان بود. نسبت ابتلامردان به زنان ۱/۲ بود. حداقل و حداکثر سن بیماران به ترتیب ۲۵ و ۸۷ سال و میانگین سنی آنان 52.7 ± 14.1 سال بود. جدول ۱، اطلاعات کامل‌تری از سن بیماران را برحسب جنس نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی سنی بیماران BCCs به تفکیک جنس

جمع	جنس (تعداد)		سن (سال)
	زن	مرد	
۲(۴/۳)	۱	۱	۲۱-۳۰
۶(۱۲/۵)	۳	۳	۳۱-۴۰
۱۷(۳۵/۴)	۷	۱۰	۴۱-۵۰
۱۱(۲۲/۹)	۶	۵	۵۱-۶۰
۵(۱۰/۴)	۲	۳	۶۱-۷۰
۶(۱۲/۵)	۱	۵	۷۱-۸۰
۱(۲/۱)	۱	-	۸۱-۹۰
۴۸(۱۰۰)	۲۱	۲۷	کل

از ۴۸ مورد BCCs، به تفصیل، ۲۷ مورد (۵۶/۳٪) در تنه، ۸ مورد (۱۶/۷٪) در اندام فوقانی، ۱۱ مورد (۲۲/۹٪) در اندام تحتانی و ۲ مورد (۴/۲٪) در ناحیه تناسلی خارجی بودند. جدول ۲، میزان درگیری نواحی آناتومیک بدن را برحسب جنس نشان می‌دهد.

جدول ۲: فراوانی انتشار محل تشریحی BCCs به تفکیک جنس

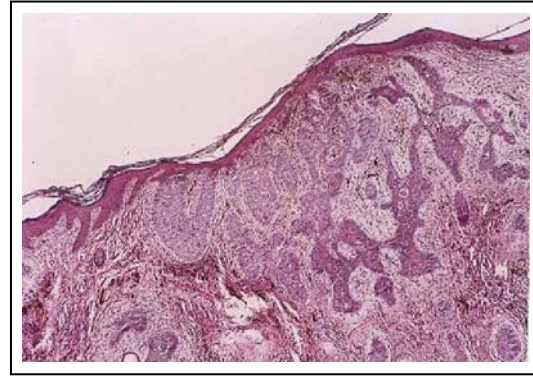
محل	جنس		جمع
	مرد (تعداد درصد)	زن (تعداد درصد)	
تنه	۱۶(۵۹/۳)	۱۱(۵۲/۴)	۲۷(۵۶/۳)
اندام فوقانی	۶(۲۲/۲)	۲(۹/۵)	۸(۱۶/۷)
اندام تحتانی	۵(۱۸/۵)	۶(۲۸/۶)	۱۱(۲۲/۹)
ناحیه تناسلی	-	۲(۹/۵)	۲(۴/۲)
کل	۲۷(۱۰۰)	۲۱(۱۰۰)	۴۸(۱۰۰)

خارج از ایران کمتر (۴/۲٪) بوده است ولی با نتایج مطالعات برخی از همکاران داخل کشور تقریباً تشابهاتی دارد.

تفسیر این اختلاف یافته‌ها در بین نژادهای مختلف کار آسانی نیست، بطوری که بالاترین انسیدانس BCC مربوط به افرادی است که دارای پوست روشن و رنگی بور دارند. در حالیکه بیماران آسیائی و آفریقائی که دارای پوست تیره‌تری می‌باشند، طبعاً در مقایسه با افراد سفید پوست با درصد کمتری دچار BCC می‌شوند. همچنین به نظر می‌رسد BCCهای نواحی پوشیده بدن، در معاینه بالینی به سهولت فراموش شده و یا تشخیص داده نمی‌شوند. لذا یادآور می‌شویم که می‌بایست تمامی نواحی بدن در معاینه فیزیکی به دقت از نظر ضایعات آتی‌پیکال و احتمال وجود این بدخیمی مورد توجه قرار گیرند.

اگرچه تشعشعات ماوراء بنفش یک فاکتور اتیولوژیک در ایجاد BCC نواحی تابش نور آفتاب می‌باشد ولی رخ داد آن در نواحی پوشیده احتمال عوامل اتیولوژیک دیگری که هنوز هم بدرستی شناخته نشده‌اند را مطرح می‌کند. از جمله فاکتورهای خطر پیشنهادی در ظهور BCC نواحی پوشیده بدن، ضعف سیستم ایمنی بدن (Depressed immune surveillance) ناشی از اشعه ماوراء بنفش است که ممکن است در پاتوژنز آن نقش داشته باشد. بدین ترتیب ضعف نسبی سیستم ایمنی بدن در این نواحی که ناشی از اثر غیرمستقیم اشعه ماوراء بنفش است ممکن است هماهنگ با سایر عوامل نظیر سن بالا و ضربه‌های موضعی پیدایش BCC را تسریع نماید (۷،۸).

میانگین سنی بیماران مطالعه حاضر حدود ۵۲ سال بود، که در مقایسه با BCCs نواحی تابش نور که در سنین بالاتری (دهه هفتم عمر) دیده می‌شود (۹)، به نظر می‌رسد BCC نواحی پوشیده یک بدخیمی میانسالی است. از نظر انتشار BCC در نقاط مختلف بدن بین زنان و مردان تفاوت‌هایی دیده می‌شود. اگرچه در هر دو جنس اکثراً BCCs در نواحی سر و گردن ظاهر می‌شوند ولی درصد بالاتری از زنان، در مقایسه با مردان که دچار BCC تنه هستند، مبتلا به BCC اندام تحتانی می‌باشند. این اختلاف انتشار BCC در بین مردان و زنان ممکن است ناشی از تفاوت در نحوه پوشیدن لباس و میزان تماس با نور آفتاب باشد، که سابقاً به این مطالب اشاره شده است (۱۰). در مطالعه ما، اغلب موارد BCCs در مردان و زنان در تنه و به



شکل ۳: نست های سرطان سلول قاعده ای با آرایش نمای پالیسیدینگ محیطی هسته ها (رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین × ۴۰)

سایر اشکال هیستولوژیک شامل ۱۰ مورد (۲۰/۸٪) Superficial BCCs، فرمهای Adenoid, Follicular هر کدام ۲ مورد (۴/۲٪)، اشکال Keratotic, Fibroepithelioma هر کدام ۱ مورد (۲/۱٪) بودند. از ۲۵ مورد Solid circumscribed BCCs، ۱۳ مورد در تنه، ۱۰ مورد در اندام‌ها و ۲ مورد مربوط به ولو بودند. اکثریت موارد Superficial BCCs در تنه (۷ مورد) و سپس در اندام تحتانی (۳ مورد) بودند.

بحث:

سرطان سلول قاعده ای شایعترین کانسر پوستی است که اکثراً در نواحی تابش نور آفتاب بدن ظاهر می‌شود، بطوریکه تقریباً از هر ۵ مورد BCC مشاهده شده، ۴ مورد آن در صورت دیده می‌شود (۳). بسیاری از مطالعات تخمین زده‌اند که انسیدانس BCC نواحی پوشیده بدن دامنه‌ائی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد را داراست (۳). در مطالعه بتی و همکاران از مجموع ۱۰۵۰ مورد BCCs، ۲۷۵ مورد (۲۶٪) آن در نواحی پوشیده وجود داشتند (۲). در مطالعه زمانیان و همکاران از ۱۸۹ مورد BCC جمعاً ۱۳ مورد، ۶/۸٪ (۴ مورد در تنه و ۹ مورد در اندام‌ها) در نواحی پوشیده بدن گزارش شده است (۴). در بررسی اخیانی و همکاران از ۲۳۶ مورد BCC جمع آوری شده طی سالهای ۷۶-۱۳۷۵، ۲۲۹ مورد (۹۷٪) آن در سر و صورت، ۵ مورد (۲/۱٪) در گردن و ۲ مورد (۰/۸٪) در تنه بوده است (۵). در مطالعه طوسی و همکاران از ۴۵۹ مورد BCC گزارش شده فقط ۳ مورد (۰/۶٪) در نواحی پوشیده (تنه) بوده است (۶). در مطالعه حاضر، انسیدانس BCCs مناطق پوشیده و غیرمعمول در مقایسه با مطالعات گزارش شده

- sure. Arch Dermatol 2002; 138: 1494-1497.
2. Betti R, Bruscajin C, Inselvini E, Crosti C. Basal cell carcinomas of covered and unusual sites of the body. Int J Dermatol 1997; 36: 503-505.
 3. Woo SH, Kim IH, Son SW. Axillary basal cell carcinoma. J Eur Acad Dermatol Venerol 2006; 20: 222-223.
 ۴. زمانیان ع، پيله ور م، منصف ع ر. محل آناتومیک و انواع هیستوپاتولوژیک سرطان سلول قاعده ای: بررسی ۱۸۹ بیمار نمونه برداری شده در بخش پوست بیمارستان سینا همدان طی سالهای ۷۸-۱۳۶۷. فصلنامه بیماریهای پوست، شماره ۲۷، ۱۳۸۳: ۱۴۴-۱۴۰.
 ۵. اخیانی م، غنی نژاد اهری ه، صفائی نراقی ز، رضائی آ. بررسی فراوانی نسبی اپی تلیومای بازوسلولر، انواع کلینیکی و پاتولوژیک آن و رابطه آنها با هم در بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای پوست بیمارستان رازی (طی ۶ ماه). مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره ۵، ۱۳۷۷: ۵۲-۴۸.
 ۶. طوسی پ، سامی کرمانی س، شیرزادیان کبریا آ. اپیدمیولوژی تومورهای بدخیم جلدی، بیمارستان های لقمان حکیم و بوعلی ۸۱-۱۳۸۰. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره ۶، ۱۳۸۳: ۵۱۷-۵۰۹.
 7. Pisani C, Poggiali S, Depadov LA, Andreassi A, Bilenchi R. Basal cell carcinoma of the vulva. J Eur Acad Dermatol Venerol 2006; 20: 446-448.
 8. Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: a clinicopathologic review of 51 cases. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 68-71.
 9. Betti R, Inselvini E, Carducci M, Crosti C. Age and site prevalence of histologic subtypes of basal cell carcinomas. Int J Dermatol 1995; 34: 174-176.
 10. McCormack CJ, Kelly JW, Dorevitch AP. Differences in Age and Body Site Distribution of the Histological Subtypes of Basal Cell Carcinoma. Arch Dermatol 1997; 133: 593-596.

ترتیب انسیدانس آن ۵۹/۳٪ و ۵۲/۴٪ گزارش شده است. تصور می شود علت این اختلاف ممکن است با نوع پوشش زنان جامعه ما مرتبط باشد.

در خصوص BCCs و الگوی هیستولوژیک آن، مطالعه مک کورماک و همکاران نشان داد که فرم Superficial BCC اغلب در تنه و اندامها قرار دارند ولی سایر فرمهای هیستولوژیک BCC اساساً در ناحیه سر و گردن دیده می شوند (۱۰). همچنین مطالعه بتی و همکاران نشان داد که شکل هیستولوژیک Superficial BCC در نواحی پوشیده بدن نظیر تنه و اندامها به ترتیب ۴۲٪ و ۴۴٪ بوده که به طور بارزتری بیشتر از نواحی در معرض نور آفتاب نظیر پیشانی و یا بینی است (۹). در مطالعه حاضر، اگرچه موارد Superficial BCC به ترتیب در ناحیه تنه و در اندامها دیده شد ولی در کل فرم غالب هیستولوژیک BCC نواحی پوشیده بدن، فرم هیستولوژیک Solid BCC بود. تنها مورد فرم هیستولوژیک فیبرو اپی تلیوما، برحسب انتظار، در ناحیه لومبوساکرال گزارش شده بود.

نتیجه نهایی:

اگرچه از کل موارد BCCs اولیه ثبت شده، فقط ۴۸ مورد (۴/۲٪) آن در نواحی پوشیده و غیرمعمول بدن بود ولی می بایست وجود BCCs در این نواحی را در نظر داشت و از تمامی ضایعات مشکوک آن نمونه برداری کرد. به تمامی کلینیسین ها سفارش می گردد که هنگام ارزیابی ضایعات مشکوک در نواحی پوشیده بدن ظن قوی تری نسبت به BCCs نشان دهند، زیرا تشخیص به موقع BCC می تواند از تخریب وسیع بافتی و تشکیل اسکار جلوگیری کرده و نیز درمان آنرا آسانتر نماید.

منابع:

1. Heckmann M, Zogelmeier F, Konz B. Frequency of facial basal cell carcinoma does not correlate with site-specific UV expo-