

اپی تلیومای بازو سلولر و بررسی روی ۵۰۹ بیمار

نویسنده: دکتر حبیب انصارین

عضو هیئت علمی و مدیر گروه بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران

چکیده:

اپی تلیومای بازو سلولر یا بازال سل کارسینوما شایع ترین نوع سرطانهای انسان و از آن جمله سرطانهای پوستی است و در صورت تشخیص زودرس درمان تقریباً قطعی می باشد. این مطالعه بطور پروسپکتیو روی ۵۰۹ بیمار مبتلا انجام شده و نتایج بدست آمده نشان می دهد که بر عکس آمارهای خارجی مهمترین عامل مساعد کننده در کشور ما وجود سابقه رادیوتراپی برای درمان کچلی های سر می باشد و از طرفی بالاترین میزان ابتلا در نواحی سر و گردن بوده که آمار ما اختلاف فاحشی با آمارهای خارجی نشان می دهد.

● تعریف:

اپی تلیومای باز و سلولر تومور بدخیمی است که بندرت متاستاز می دهد و از سلولهای مشابه سلولهای طبقه بازال اپیدرم و ضمام آن تشکیل یافته و از نظر بافت شناسی و استرومای محافظ حالت اختصاصی دارد.

● شیوع:

اپی تلیومای بازو سلولر حدود ۷۰-۷۵٪ سرطانهای پوستی را تشکیل می دهد. هر سال حدود ۵۰۰۰۰۰ مورد تازه از این بیماری در آمریکا گزارش می شود که ۹۹٪ آنها سفید پوستان هستند که بیشترین رقم شیوع به جزیره هاوایی حدود ۹۹۷ در صد هزار و استرالیا ۶۷۲ درصد هزار و کمترین رقم شیوع به ایسلند حدود ۱۰ درصد هزار می باشد. در کشور خودمان آمار دقیقی نداریم و از طرفی به علت متغیر بودن تعداد جمعیت شهر تهران و غیر بومی بودن بیماران تعیین رقم شیوع امکان پذیر نشد.

طبق گزارشی در جزایر هاوایی حدود ۵۰٪ افراد بومی این جزیره که به سن ۸۲ سال می رسند مبتلا به اپی تلیومای بازو سلولر می شوند.

طبق گزارش دیگری میزان بروز سرطانهای پوستی در ممالک غربی افزایش پیدا کرده است بطوریکه در مدت ۱۴ سال مابین سالهای ۱۹۷۸ تا ۱۹۹۱ میزان اپی تلیومای بازو سلولر حدود ۲٫۵ برابر و اپی تلیومای اسپینوسلولر حدود ۱٫۵ برابر افزایش داشته است (۱۰-۱۳).

۹۵٪ بیماران مبتلا به اپی تلیومای بازو سلولر بین سنین ۴۰-۷۹ ساله بوده که ۷۵ تا ۸۵٪ در نواحی سر و گردن که ۲۵ تا ۳۰٪ آنها در روی بینی قرار دارد. نسبت شیوع بیماری در زنان نسبت به مردان از ۱ به ۸/۰٪ در استرالیا تا ۱ به ۱٫۵ در آمریکا متفاوت است. در چین و ژاپن میزان بروز اپی تلیومای بازو سلولر نسبتاً کمتر است (۷-۱۰).

● سبب شناسی:

علت بیماری مانند تمام سرطانهای اعضای دیگر مشخص

واکسیناسیون

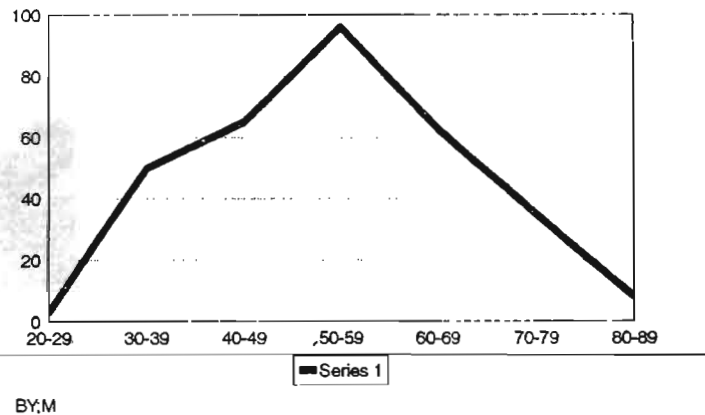
۶- ارتباط اپی تلیوماهای متعدد با HLA-DR1 (۸)

● نمای بالینی:

آزار اپی تلیوماهای بازوسلولر در بدو شروع غالباً علامت خاصی نداشته لذا بیمار ممکن است اطلاع دقیق از زمان شروع بیماری نداشته باشد احتمالاً بصورت پاپول یا یک زخم بدون التیام تظاهر نماید و غالباً بیمار آنرا بحساب زخمی شدن بعلت پشه زدگی یا کندگی با ناخن یا خراشیدگی با تکه چوب یا غیره می گذارد معمولاً آزار در ابتدا بصورت برجستگی کوچک یا پاپول شفاف یا مرواریدی و مدور بوده و توسط اپیدرمی نازک که بواسطه چند عروق موئینه سطحی متسع دیده می شود پوشیده شده است امکان دارد ذرات پیگمان ریز توسط لنز دستی دیده شود.

سایر اشکال تظاهر تومور پاپول یا پلاک کوچک لیکنوئید اریتماتو یا زخم کوچک و سطحی شبیه خراشیدگی با ناخن یا بصورت نواحی شاخی یا مختصر ایندوراسیون می باشند گاهی اوقات ممکن است پایه دار و تلاتریکتازیک شبیه گرانولوم پیوژنیک باشند. همانند تومورهای ابتدایی تومورهای پیشرفته تر نیز اشکال بسیار گوناگونی داشته ولی غالباً فرم و شکل اولیه خود را حفظ می کنند. از انواع شایع بروز ندولهای

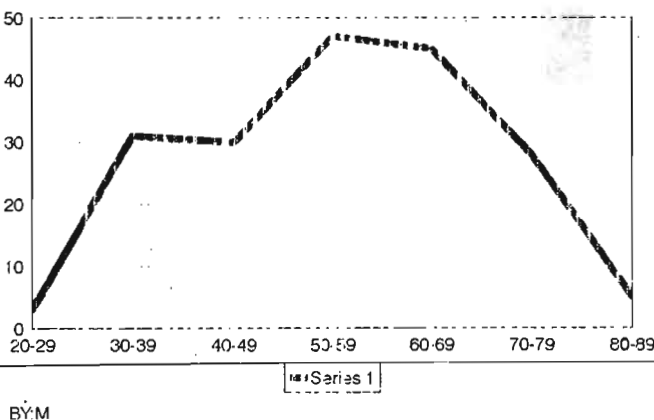
AGE DISTRIBUTION OF BCC
FREQUENCY OF BCC IN MEN



نشده ولی عواملی در بروز آن نقش اساسی دارند که می توان به ترتیب زیر نام برد:

- ۱- وجود زمینه فرد شامل پوست سفید و خشک با رنگ چشم روشن و موهای بلوند که این افراد در مقابل آفتاب بعوض برنزه شدن می سوزند.
- ۲- اشعه یونیزان (بخصوص در کشور ما بعلت متداول بودن درمان آزارهای کچلی سر با رادیوتراپی در گذشته عامل مستعد کننده مهمی بشمار می رود). اشعه ماوراء بنفش در مناطق با آب و هوای گرم و خشک بخصوص در افرادی که بعلت شغلشان مجبورند مدت طولانی در مقابل آفتاب باشند.
- ۳- مصرف طولانی مدت آب یا داروهای حاوی آرسنیک
- ۴- داشتن زمینه فامیلی (بروز اپی تلیوماهای بازوسلولر در دوقلوهای یک تخمکی و در سندرم بازال سل نووس
- ۵- بودن آزارهای قبلی از قبیل خال سباسبه. گزرودر مایگماتازوم و برخی از هامارتومهای ضمایم پوستی - جوشگاههای سوختگی و

AGE DISTRIBUTION OF BCC
FREQUENCY OF BCC IN WOMEN



بارشد کند و کاملاً با حاشیه مشخص و بارشد عمقی یا پلاکهای ضخیم و کلفت می باشد اپیدرم روی تومور ممکن است متناوباً پوسته ریزی کرده و یا در اثر دستکاری زخم شده و بر روی آن دلمه ای ایجاد شود. ولی قبل از اینکه زخم دائمی شود سطح تومور اپی تلیالیزه شده و باز فرو می ریزد. معمولاً با

محدود شده است.

نوع زخم خورنده دارای حاشیه و قاعده سفت بوده ولی حاشیه طنابی ندارد، این نوع بسرعت زخمی شده و دلمه دار می گردد در صورت عدم درمان ممکن است زخم به عمق نفوذ کرده و باعث انهدام بیشتر بخصوص در اطراف چشم. بینی و گوش گردد که غالباً به نسوج اطراف چشم و استخوانهای صورت جمجمه و حتی متره توسعه پیدا می کند.

نوع مورفه ایک یا اسکالر و درمیک ناشایع بوده و بعلت فیبروز شدید استروما بصورت پلاکهای ضخیم تر از تومورهای معمولی درمی آید و حاشیه آزار کاملاً مشخص نبوده و پوست سفت را فراتر از حاشیه ظاهری تومور می توان لمس کرد.

از نظر تعداد تومور طبق گزارشی حدود ۷۱٪ بیماران ۱ عدد - ۱۷٪ بیماران ۲ عدد - ۹٪ بیماران ۳-۵ عدد - ۲٪ بیماران ۵-۱۰ عدد و ۱٪ بیماران بیشتر از ۱۰ عدد داشته اند.

رشد آزار کند بوده ولی در انواع زخم خورنده مهاجم پیشرفت سریع می باشد.

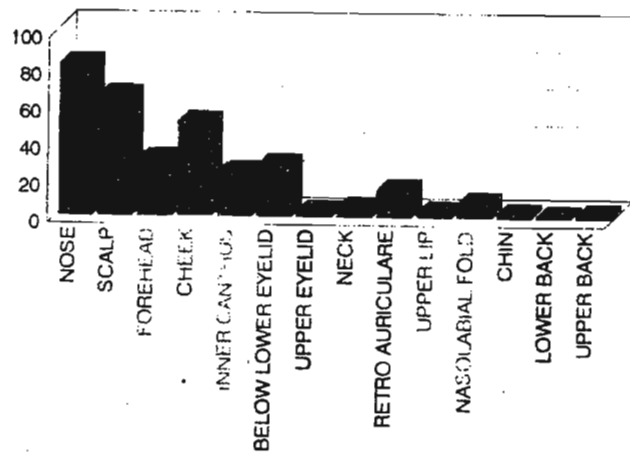
● متاستاز

متاستاز این آزار نادر بوده و تاکنون ۱۷۰-۲۰۰ مورد گزارش شده است. غالباً متاستاز به غدد لنفاوی بوده و در درجات بعدی ریه - کبد و استخوان می باشد و بیشترین نوع متاستاز دهنده آزارهای نواحی اسکروتوم، شکم، ولو، نوک سینه، زیر بغل و آنوس به ترتیب قرار دارند در مردان نسبت به زنان بیشتر می باشد و بعد از متاستاز طول عمر زندگی بیمار خیلی کم بوده و متوسط عمر آنها ۸ ماه است.

● تشخیص:

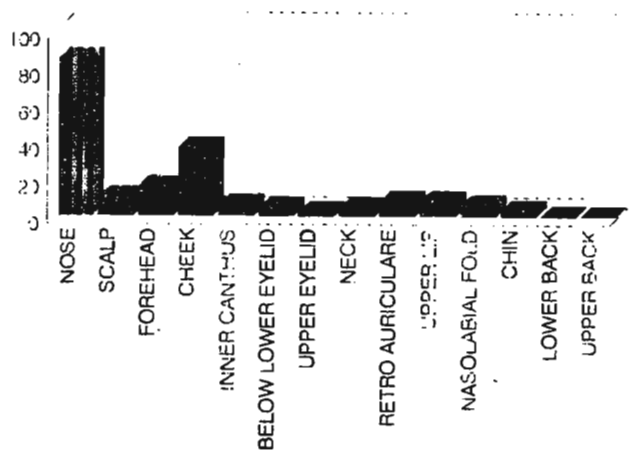
غالباً آزار ظاهر مشخص داشته و باید از اپی تلیومای اسپینوسولر خالهای رنگی کراتوز سلولر کراتوآکانتوم، ملانوم، آنژیوسارکوم، سیلندروما،

MEN



رشد ضایعه سطح آن نامنظم تر می شود. معمولاً رنگ دانه ها در سراسر تومور انتشار یکنواختی دارند ممکن است بعضی یاتمام ندولهای تشکیل دهنده تومور مرکز کیستیک داشته باشند که ظاهر شفاف به آنها می دهد. گاهی تومور انتشار سطحی دارد و توسط حاشیه طناب مانند مختصر برجسته و نامنظمی

WOMEN



هر دو جنس ۵۰-۵۹ سالگی بوده ولی جدول شروع بیماری را در مردان در سنین پائین تر نسبت به زنان نشان می دهد.

(جدول شماره ۱-۲)

از نظر مناطق درگیر سر و گردن حدود ۹۷٪ را نشان

می دهد در آمارهای خارجی این میزان درگیری حدود

۷۵ تا ۸۵٪ بوده [۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷] لذا اختلاف

معنی داری وجود دارد و می توان طرز لباس پوشیدن و

سنت و آداب زندگی را مطرح کرد و از طرفی بالاترین

منطقه درگیر در هر دو جنس ناحیه بینی می باشد که در

زنان میزان ابتلا حدود ۴۵٪ که با آمارهای خارجی

۳۱/۵٪ اختلاف قابل توجهی را نشان می دهد

(۱-۲-۳-۴-۵-۶-۱۳). ابتلا در اندام تحتانی

وجود نداشت در حالی که طبق آمارهای خارجی

حدود ۸/۱٪ بوده است [۱-۴-۱۱] (جدول ۳-۴) از

نظر زمان شروع بیماری از چند هفته تا حدود ۵ سال

مستفاوت بود و بالاترین رقم در فاصله زمانی ۱-۲

سالگی می باشد و اختلاف جالب توجهی بین دو جنس وجود

نداشت (جدول ۵-۶) از نظر عوامل مساعد کننده بالاترین رقم

وجود سابقه رادیوتراپی برای درمان کچلی های سر در هر دو

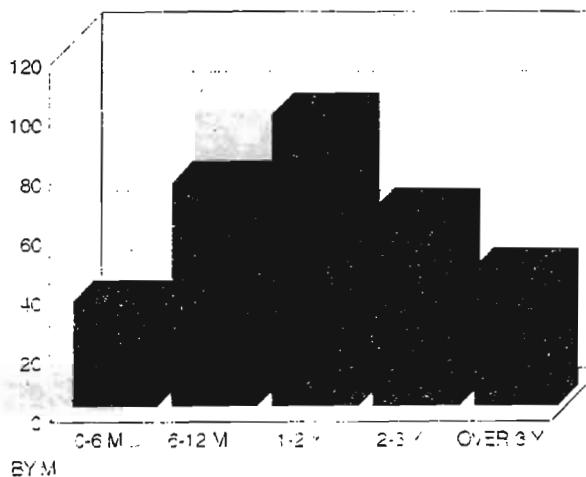
جنس است که حدود ۳۸٪ را نشان می دهد که در آمارهای

خارجی این میزان خیلی پائین می باشد. (جدول شماره ۷)

از نظر تعداد آزار حدود ۴۳۳ نفر یک عدد و ۵۰ نفر ۲ عدد

درماتوفیبروم، کلوتید، کراتوز سبوره ٹیک، بیماری باون، پاژت، پایوزنیک گرانولوما، اکزما، پسوریازیس، سارکوئید، لوپوس ولگاریس، لنفوما و لیشمانیوز تشخیص داده شود.

DURATION OF BCC IN MEN



● روش بررسی:

بررسی روی ۵۰۹ بیمار مبتلا به اپی تلیوما ی بازوسلولر طی ۵ سال از ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۷۲ در مراجعین بیمارستانهای فیروزآبادی، فیروزگر و کلینیک خصوصی بطور پروسپکتیو انجام گرفت. تمام بیماران از نظر آسیب شناسی تحت بررسی قرار گرفته و تأیید شده اند. بطور کلی بیماران از نظر تعداد تومور، محل، مدت، سن وجود عوامل مساعد کننده و از نظر بروز اولیه یا عود مورد مطالعه قرار گرفتند.

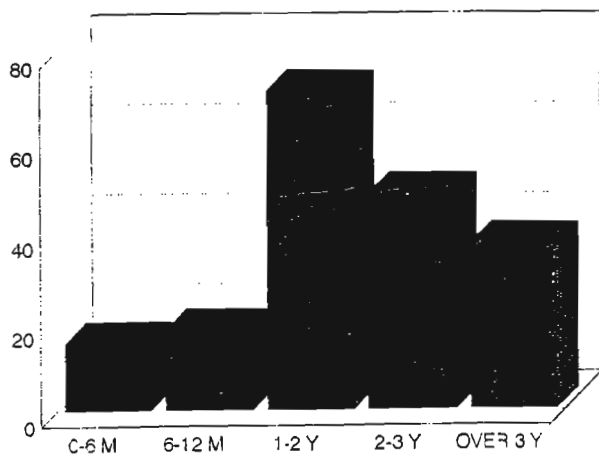
● یافته ها:

از تعداد ۵۰۹ بیمار مبتلا به اپی تلیوما ی بازوسلولر ۳۲۰ نفر مرد و ۱۸۹ نفر زن بودند که نسبت شیوع مردان به زنان حدود ۱/۷ به ۱ را نشان داد که تا اندازه ای با آمارهای خارجی ۱/۵ تا ۲ به ۱ مطابقت دارد.

[۱-۲-۳-۶]

حداقل سن شروع بیماری در مردان ۲۱ سالگی و در زنان ۲۸ سالگی و بالاترین رقم سنی در مردان ۸۳ سالگی و زنان ۸۸ سالگی بود. بالاترین میزان ابتلا در گروه سنی

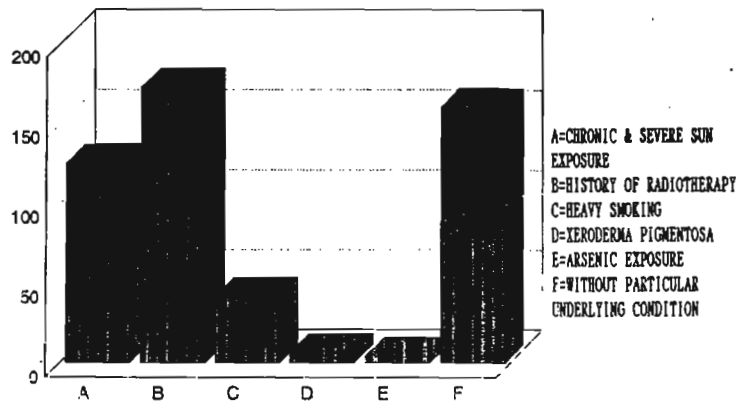
DURATION OF BCC IN WOMEN



در کشور ما شایع ترین نوع سرطانها از جمله سرطان پوستی است و اختلاف معنی داری در برخی قسمت ها با آمارهای خارجی دارد. از طرفی در صورت آگاهی دادن به افراد جامعه و

تشخیص زودرس بیماری تقریباً درمان پذیر بوده و از طرفی بعلت وفور شیوع این بیماری در افراد رادیوتراپی شده توصیه های لازم از نظر ممانعت از تابش زیاد آفتاب یا ضربات و غیره داده شود.

FREQUENCY OF ETIOLOGICAL FACTORS



و ۱۵ نفر سه عدد، ۵ نفر ۴ عدد و ۹ نفر بیشتر از ۴ عدد داشتند و بالاترین رقم تعداد ضایعه در افرادی مشاهده شد که سابقه رادیوتراپی یا مصرف آرسنیک را داشتند.

از نظر نوع بالینی آزارها بیشتر نوع ندولوکیستیک بوده و بالاترین رقم مربوط به تومورهای اولیه می باشد در تمام موارد فوق متاستازی وجود نداشت.

● نتیجه گیری:

این بررسی نشان داد که بیماری اپی تلیومای بازو سلولر

REFERENCES:

- 1- Rook text book of dermatology 1992.
- 2- Fitzpatrick dermatology in general medicine 1994.
- 3- Demis clinical of dermatology 1991.
- 4- ANTHONY, malignant skin tumours 1991.
- 5- GEORGE T, REIZNER etal, BASAL cell carcinoma in kauai, hawaii j AM ACAD dermatol - 1993,29:184-189.
- 6- Marghoob A, etal risk of another basal cell carcinoma j - AM ACAD dermatol 1993,28:22-8.
- 7- Boringec etal cancer statistics, 1992. ca cancer j clin 1993,46: 7-26.
- 8- D. czarnecki facd. etal multiple Bcc and hla j am acad ermatol 1991;24:559-561.
- 9- Barbard k. chang MD, MA etal. a pilot study of ionto pheretic cisplantin chemotherapy of BCC archive of dermatol 1993; vol 129:425-427.
- 10- Tsu - yichaung, MD. etal. BCC j am acad Dermatol 1990; 22:413-7.
- 11- Anne G. hayes, MD, etal. Bcc arising in a fibro-epithelial polyp j am acad dermatol 1993;28: 493-5.
- 12- jacob s. loMD, etal metastatic BCC j am acad dermatol. 1991; 24:715-9.
- 13- CME. Article part (1-2) Biology of BCC j am acad dermatol 24-25; 1991.