

## ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی مبتلایان به ملانوم بدخیم مراجعه‌کننده به یک درمانگاه مرجع تومورهای پوست در ایران: مطالعه‌ای ۵ ساله

**مقدمه:** ملانوم بدخیم از کشنده‌ترین تومورهای پوستی به‌شمار می‌رود. میزان بروز، نمای آسیب‌شناختی و مرگ‌ومیر این تومور در کشورهای غربی با کشورهای آسیایی و خاورمیانه تفاوت‌های بسیاری دارد. با توجه به اهمیت تشخیص زودرس در شناسایی و درمان تومور در مراحل اولیه‌ی اطلاع از یافته‌های دموگرافیک آن کمک‌کننده به‌شمار می‌رود. هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به ملانوم بدخیم مراجعه‌کننده به درمانگاه تومورهای پوستی بیمارستان رازی است.

**روش اجرا:** در قالب مطالعه‌ای مقطعی، اطلاعات دموگرافیک مورد نیاز، مشخصات بالینی و یافته‌های آسیب‌شناسی کلیه‌ی بیماران با تشخیص ملانوم بدخیم وارد مطالعه شده، هم‌زمان با پرونده، در پرسش‌نامه‌های ویژه درج و در پایان مطالعه، توصیف و تحلیل آماری داده‌ها انجام شد.

**یافته‌ها:** در کل تعداد ۲۵۰۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت که از میان آن‌ها ۱۶۶ مورد ملانوم مشتمل بر ۸۹ زن (۳۶/۵٪) و ۷۷ مرد (۴۶/۴٪) با نسبت جنسیتی ۱/۱۵ به ۱ مورد شناسایی قرار گرفت (فراوانی نسبی برابر ۶/۵٪). میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶۰/۵ سال بوده است. ۶۵ نفر (۳۹/۲٪) سابقه‌ی تماس مزمن با نور آفتاب را داشتند. متوسط زمان مراجعه از لحظه آگاهی بیمار از وجود ضایعه تا تشخیص در حدود ۹ ماه بود. شایع‌ترین نوع آسیب‌شناختی تومور نوع آکرال لنتیگویی بود. شایع‌ترین مرحله‌ی کشف تومورها، مرحله‌ی Clark 3 بود (۴۶/۰٪). شایع‌ترین محل تومورها، سر و گردن بود.

**نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی ملانوم بدخیم درصد قابل‌ملاحظه‌ای از تومورهای پوستی را در ایران شامل می‌شود. با توجه به سابقه‌ی تماس طولانی با نور آفتاب، مرحله‌ی بالای تومور در هنگام مراجعه و متوسط ۹ ماه تأخیر از زمان بروز ضایعه تا مراجعه به نظر می‌رسد انجام فعالیت غربال‌گری و افزایش آگاهی عموم مردم از اهمیت زیادی برخوردار باشد. برخی نتایج مطالعه مانند سابقه‌ی خانوادگی، شیوع خال‌های ملانوسیتیک و محل شایع بروز تومورها نیاز به مطالعات با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر دارند.

**کلمات کلیدی:** ملانوم بدخیم، تومورهای پوستی، ویژگی‌های دموگرافیک

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۰۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۱۸

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۳، دوره‌ی ۵ (۱): ۹-۱۵

دکتر پدرام نورمحمدپور<sup>۱</sup>

دکتر امیر هوشنگ احسانی<sup>۱</sup>

دکتر مصطفی میرشمس‌شهبهانی<sup>۱</sup>

دکتر فاطمه شاه‌محمدی<sup>۲</sup>

دکتر فاطمه غلامعلی<sup>۱</sup>

۱. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر فاطمه غلامعلی

تهران، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی، گروه پوست. پست الکترونیک:

fatemehgholamali@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

اصلی‌ترین علت به‌شمار می‌رود<sup>۳،۴</sup>. پوست، شایع‌ترین مکان اولیه‌ی ملانوم بدخیم به‌شمار می‌رود<sup>۵</sup>. این تومور در سفیدپوستان به‌ویژه نژاد قفقازی بیشترین شیوع را داشته و در حال حاضر کشور استرالیا بیشترین تعداد موارد جدید گزارش‌شده‌ی ملانوم بدخیم در دنیا را

### مقدمه

تماس با نور آفتاب عمده‌ترین و مهم‌ترین عامل ابتلا به سرطان‌های پوستی است<sup>۱،۲</sup>. در میان طیف گسترده‌ی اشعه‌ی خورشید نیز طیف فرابنفش

دارد.<sup>۶</sup> با وجود افزایش تعداد موارد جدید ملانوم بدخیم، به نظر می‌رسد میزان مرگ و میر ناشی از آن رو به کاهش است.<sup>۷</sup> علت عمده‌ی این مطلب به شناسایی زودتر موارد جدید به‌ویژه با استفاده از ابزارهایی مانند درموسکوپ و نیز روش‌های مؤثرتر درمانی نسبت داده می‌شود.<sup>۸،۹</sup> به نظر می‌رسد نوع ملانوم و محل عمده‌ی درگیری در نژادهای مختلف با هم متفاوت باشد. برای مثال انواع ملانوم آکرال لنتیگویی در میان آسیایی‌ها به‌طور شایع‌تری گزارش شده‌اند<sup>۱۰</sup> و این موضوع در خصوص بررسی‌های انجام‌شده در ایران نیز صادق است.<sup>۱۱</sup> نکته‌ی مهم تشخیص به‌موقع بیماری و درمان صحیح آن است و این موضوع اهمیت زیادی در افزایش بقای بیمار دارد.<sup>۱۲-۱۴</sup> اهمیت این موضوع هنگامی مشخص می‌شود که بدانیم در مواردی حتی تا یک‌سوم موارد ملانوم‌های آکرال اشتباهاً به‌عنوان ضایعات خوش‌خیم تشخیص داده شده‌اند.<sup>۱۵</sup> مطالعه‌ی حاضر منعکس‌کننده‌ی نتایج یک بررسی پنج‌ساله در خصوص شیوع این تومور و ویژگی‌های دموگرافیک مبتلایان مراجعه‌کننده به مرکز درمان تومورهای پوستی بیمارستان رازی تهران به‌عنوان یک مرکز سطح سوم می‌باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند مورد استفاده سایر محققین و نیز تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت سازمان‌دهی برنامه‌های غربال‌گری قرار گیرد.

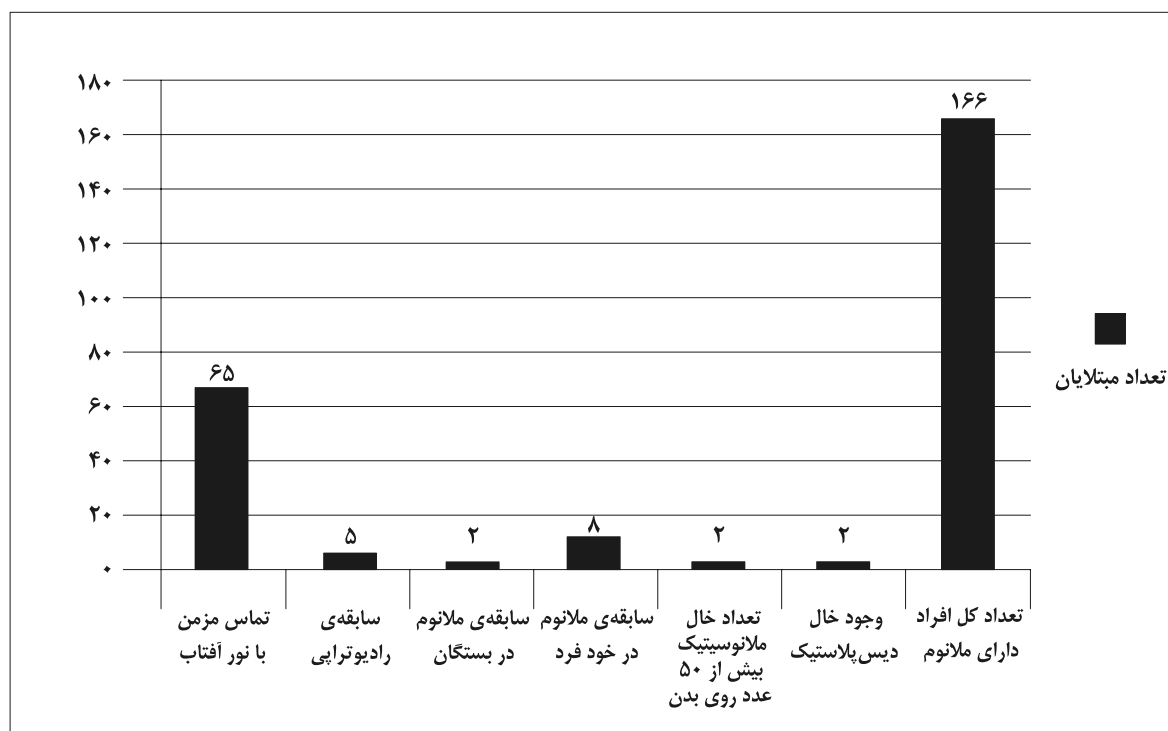
## روش اجرا

مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ای مقطعی است که طی آن پرونده‌ی تمام بیماران مراجعه‌کننده به مرکز درمان تومورهای پوستی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران واقع در بیمارستان رازی طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفت. ملاک انتخاب بیماران گزارش آسیب‌شناسی منطبق با ملانوم بوده است. ویژگی‌های دموگرافیک بیماران

مراجعه‌کننده مانند سن، جنسیت، شغل، شهر محل سکونت، سابقه‌ی فردی و خانوادگی ابتلا به ملانوم بدخیم و نیز برخی ویژگی‌های مهم مرتبط مانند سابقه‌ی پرتودرمانی، تماس مزمن یا تفریحی با نور آفتاب و سابقه‌ی خال‌های ملانوسیتیک متعدد در پرسش‌نامه‌های ویژه وارد گردید. هم‌چنین مشخصات تومور مانند محل درگیری، مدت زمان پیدایش آن و نوع آسیب‌شناسی تومور ثبت گردید. مطالعه‌ی حاضر در کمیته‌ی اخلاق گروه بیماری‌های پوست مطرح گردیده و مطابقت آن با موازین پیمان‌نامه‌ی هلسینکی مورد تأیید قرار گرفته است.

## یافته‌ها

در کل تعداد ۲۵۰۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت که از میان آن‌ها ۱۶۶ مورد ملانوم بدخیم مشتمل بر ۸۹ زن (۵۳/۶٪) و ۷۷ مرد (۴۶/۴٪) با نسبت جنسیتی ۱/۱۵ به ۱ مورد شناسایی قرار گرفت. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶۰/۵ سال بوده است که این میزان به تفکیک برای زنان (۵۹/۷ (دامنه: ۲۴-۹۰) سال و برای مردان ۶۱/۳ (دامنه: ۳۰-۹۰) سال می‌باشد. ۸ نفر (۵/۰٪) از بیماران سابقه‌ی قبلی ملانوم بدخیم در خود بیمار و دو نفر (۱/۰٪) سابقه‌ی خانوادگی ملانوم بدخیم را داشتند. بیماران گروه سنی ۵۰ تا ۷۰ سال دربرگیرنده‌ی بیشترین تعداد (۷۰ بیمار، ۴۲/۱٪) بود. ۶۵ نفر (۳۹/۲٪) سابقه‌ی تماس مزمن با نور آفتاب را داشتند. بیشترین تعداد بیماران از استان‌های مرکزی ایران بودند (۱۳۸ نفر، ۸۲/۵٪). شکل ۱، فراوانی برخی عوامل خطر ساز در مبتلایان به ملانوم بدخیم را نمایش می‌دهد. یک نکته‌ی مهم مدت زمان ابتلا به بیماری قبل از مراجعه است. متوسط زمان مراجعه از لحظه‌ی آگاهی بیمار از وجود ضایعه تا مراجعه به پزشک و تشخیص حدود ۹ ماه بود. در ۱۳۵ نفر از بیماران (۸۱/۳٪) ضایعه‌ای در بازه‌ی پنج‌ساله قبل از مراجعه وجود داشت. در بقیه‌ی بیماران تومور به‌صورت اولیه و



شکل ۱: فراوانی برخی عوامل خطر ساز در مبتلایان به ملانوم بدخیم

## بحث

شیوع ملانوم بدخیم در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی یافته و این افزایش بیش از آن است که صرفاً بتوان آن را به افزایش در کشف تومور نسبت داد. مبتلایان به ملانوم بدخیم در مطالعه‌ی حاضر در حدود ۶/۵٪ از کل تومورهای مراجعه‌کننده به مرکز تومورهای بیمارستان رازی را در برمی‌گیرند. مطالعات گوناگون نسبت مرد به زن را در این تومور تقریباً ۱ به ۱/۴ و متوسط سنی در هنگام بروز عارضه را در حدود ۶۰/۴ سال گزارش نموده‌اند که تقریباً با مطالعه‌ی ما (متوسط سنی ۶۰/۵ سال و نسبت مرد به زن ۱ به ۱/۱۵) تطبیق دارد<sup>۱۷،۱۶</sup>. این مطابقت در یافته‌های توزیع سنی و جنسی تومور نیز قابل ملاحظه است و شایع‌ترین گروه سنی بیماران بین ۵۰ تا ۷۰ سال بوده است<sup>۱۶</sup>.

از نظر موضع تشریحی محل قرارگیری تومور،

بر روی پوست به‌ظاهر سالم ایجاد شده است. در ۳٪ از بیماران سابقه‌ی پرتودرمانی قبلی در محل بروز ضایعه وجود داشت.

نوع آسیب‌شناختی تومور یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی پیش‌آگهی بیمار است. جدول شماره‌ی ۱ نمایش‌گر فراوانی انواع آسیب‌شناختی تومور می‌باشد. هم‌چنان که انتظار می‌رود شایع‌ترین نوع آسیب‌شناختی تومور نوع آکرال لنتیگویی (روی اندام‌ها) می‌باشد. فراوانی تومور در نواحی مختلف بدن نیز در همین جدول نمایش داده شده است. طبقه‌بندی آسیب‌شناسی ملانوم‌ها براساس سیستم Clark نشان داد که شایع‌ترین مرحله‌ی کشف تومورها مرحله‌ی Clark 3 بوده است (۴۶٪). به عبارت دیگر تقریباً در نیمی از بیماران مراجعه‌کننده، تومور در مراحل نسبتاً پیشرفته قرار داشته است. جدول شماره‌ی ۲ پراکندگی انواع آسیب‌شناختی ملانوم بدخیم را براساس سن و جنس بیماران نمایش می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی انواع آسیب‌شناختی ملانوم بدخیم در نواحی مختلف بدن

| مجموع (%) | محل ضایعه |              |              |            |
|-----------|-----------|--------------|--------------|------------|
|           | تنه       | اندام فوقانی | اندام تحتانی | سر و گردن  |
| ۴۴        | ۰         | ۱۲           | ۳۲           | ۰          |
| ۴۴        | ۰         | ۶            | ۲            | ۳۶         |
| ۲۵        | ۴         | ۳            | ۸            | ۱۰         |
| ۴۲        | ۳         | ۶            | ۱۵           | ۱۸         |
| ۱۱        | ۱         | ۲            | ۱            | ۷          |
| ۱۶۶       | ۸ (%۴,۸)  | ۲۹ (%۱۷,۵)   | ۵۸ (%۳۴,۹)   | ۷۱ (%۴۲,۸) |

در مطالعات مختلف متفاوت بود. برخی مطالعات ملانوم آکرال لنتیگویی را به‌عنوان شایع‌ترین نوع آسیب‌شناختی تومور معرفی می‌کنند. مطالعات دیگری وجود دارند که ملانوم با گستردگی سطحی را به‌عنوان شایع‌ترین نوع آسیب‌شناختی تومور مطرح می‌کنند. مطالعه‌ی حاضر شیوع برابر این دو زیرگروه آسیب‌شناختی را نشان داد.

یک مورد قابل توجه در مطالعه‌ی حاضر فراوانی بالای بیماران مراجعه‌کننده از مناطق مرکزی و معتدل کشور است. چنانچه ارتباط میان تأثیر نور آفتاب و بروز ملانوم بدخیم را بپذیریم انتظار می‌رود مناطق جنوبی کشور که تعداد روزهای آفتابی بیشتری دارند و شدت تابش خورشید نیز در آن مناطق بیشتر است باید دارای بخش اعظم بیماران باشند. با توجه به این‌که درمانگاه تومورهای پوستی دانشگاه علوم پزشکی تهران یک مرکز مرجع به شمار رفته و از تمام کشور

شایع‌ترین مکان درگیری در مطالعات مختلف متفاوت بوده است.<sup>۱۸</sup> برخی مطالعات، تنه و برخی دیگر اندام‌ها را به‌عنوان شایع‌ترین محل درگیری بیان می‌کنند<sup>۱۵،۱۹</sup>. در مطالعه‌ی حاضر بیشترین موارد درگیری را روی سر و گردن وجود داشت. شاید مهم‌ترین علت این تفاوت نوع خاص پوشش لباس در ایرانیان است که به‌ویژه در مورد زنان بخش‌های عمده‌ای از بدن به‌استثنای صورت را دربرمی‌گیرد. این موضوع با این حقیقت که مهم‌ترین عامل ایجاد ملانوم بدخیم، نور آفتاب می‌باشد نیز تطبیق دارد.

حداقل در یک مورد ارتباطی میان تعداد زیاد خال‌های ملانوسیتیک خوش‌خیم و شیوع ملانوم بدخیم پیشنهاد شده است. در مطالعه‌ی حاضر تنها دو نفر از بیماران بیش از ۵۰ عدد خال ملانوسیتیک معمولی روی بدن داشتند. شیوع انواع مختلف آسیب‌شناختی ملانوم بدخیم

جدول ۲: پراکندگی سنی و جنسی انواع آسیب‌شناختی ملانوم بدخیم

| مجموع (%) | توزیع جنسیتی ضایعات |            | توزیع سنی ضایعات |            |            |
|-----------|---------------------|------------|------------------|------------|------------|
|           | مرد                 | زن         | بیش از ۷۰ سال    | ۷۰ تا ۵۰   | زیر ۵۰ سال |
| ۴۴        | ۲۶                  | ۱۸         | ۱۲               | ۲۰         | ۱۲         |
| ۴۴        | ۲۷                  | ۱۷         | ۱۴               | ۲۰         | ۱۰         |
| ۲۵        | ۱۰                  | ۱۵         | ۹                | ۱۱         | ۵          |
| ۴۲        | ۲۱                  | ۲۱         | ۱۹               | ۱۴         | ۹          |
| ۱۱        | ۵                   | ۶          | ۳                | ۵          | ۳          |
| ۱۶۶       | ۸۹ (%۵۳,۶)          | ۷۷ (%۴۶,۴) | ۵۷ (%۳۴,۴)       | ۷۰ (%۴۲,۱) | ۳۹ (%۲۳,۵) |

یک نکته‌ی جالب در خصوص داده‌های به‌دست‌آمده با دقت در توزیع انواع تومورها در گروه‌های سنی مختلف مشخص می‌شود. به جز ملانوم مهاجم که بیشترین شیوه آن در گروه سنی بیش از ۷۰ سال بوده، در تمام گروه‌های آسیب‌شناختی، بیشترین شیوع تومور در گروه سنی ۵۰ تا ۷۰ سالگی است. این موضوع با توجه به تغییرات سیستم ایمنی در سن بالا و تجمع تغییرات دیسپلاستیک و موتاسیون‌ها با افزایش طول عمر فرد منطقی به نظر می‌رسد.

در کل، مطالعه‌ی حاضر نمای کلی از فراوانی ملانوم در میان کل بیماران مبتلا به تومورهای پوستی به‌دست می‌دهد و با توجه به نتایج آن، صرف‌نظر از تفاوت‌های مربوط به نوع پوشش خاص مردم ایران، می‌توان گفت تقریباً توزیع و ویژگی‌های آماری ملانوم بدخیم در ایران مشابه سایر کشورهای دنیا است. برای تأیید یافته‌های این مطالعه بررسی‌های وسیع‌تر با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر و در صورت امکان، غربالگری تومور قابل توصیه است. یک ویژگی مطالعه‌ی حاضر بالابودن مرحله‌ی Clark در بیماران مراجعه‌کننده بود، لذا اجرای برنامه‌های غربالگری برای یافتن سریع‌تر بیماران و فعالیت‌های اطلاع‌رسانی برای افزایش آگاهی عمومی جامعه لازم به نظر می‌رسد.

مراجعه‌کننده دارد، کم‌بودن بیماران از مناطق جنوبی و گرمسیر کشور را می‌توان به رفتارهای حفاظتی بهتر در برابر نور آفتاب در این نواحی و تیره‌تر بودن رنگ پوست ساکنان این بخش‌ها که عامل حفاظتی به‌شمار می‌رود نسبت داد. زیرگروه ملانوم ندولار به‌طور مختصر در مردان شایع‌تر بوده است. با توجه به معنی‌دارنشدن این تفاوت در تحلیل آماری، اهمیت این یافته مشخص نمی‌باشد و برای بررسی آن نیاز به مطالعات بیشتر خواهد بود. سابقه‌ی خانوادگی ابتلای ملانوم همواره به‌عنوان یک عامل خطر ساز در ابتلا به موارد جدید ملانوم مورد مطالعه بوده است.<sup>۲۰</sup> در مطالعه‌ی ما تنها ۱/۲٪ افراد مبتلا، سابقه‌ی خانوادگی مرتبط داشتند.

در مورد شیوع خال‌های دیسپلاستیک و ارتباط آن با ملانوم بدخیم مطالعات مختلفی انجام شده است. در یک مورد شیوع خال‌های دیسپلاستیک در افراد مبتلا به ملانوم در حدود ۵۶٪ برآورد شده است.<sup>۲۱،۲۲</sup> این میزان در مطالعه‌ی ما نزدیک به ۱٪ بود. این مورد تا حدودی به‌واسطه‌ی تفاوت تیپ پوستی میان کشور ما با کشورهای اروپایی و استرالیا که عمده‌ی مطالعات مربوط به آن‌ها می‌باشد قابل توجیه است. دلایل دیگر این موضوع می‌تواند مربوط به عدم مراجعه‌ی بیماران برای تشخیص ضایعات و عدم ارسال آسیب‌شناسی برای خال‌های برداشت‌شده به‌صورت روتین نیز باشد.

## References

1. van der Leest RJ, de VE, Bulliard JL, et al. The Euromelanoma skin cancer prevention campaign in Europe: characteristics and results of 2009 and 2010. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 1455-65.
2. Wood C. Travel health: sun protection and skin cancer prevention for travellers. *Br J Nurs* 2011 11; 20: 909-13.
3. Traianou A, Ulrich M, Apalla Z, et al. Risk factors for actinic keratosis in eight European centres: a case-control study. *Br J Dermatol* 2012; 167 (Suppl 2): 36-42.
4. Boniol M, Autier P, Boyle P, Gandini S. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4757.
5. Franceschi S, Levi F, Randimbison L, La VC. Site distribution of different types of skin cancer: new aetiological clues. *Int J Cancer* 1996 3; 67: 24-8.
6. Little EG, Eide MJ. Update on the current state of melanoma incidence. *Dermatol Clin* 2012;

- 30: 355-61.
7. Garbe C, Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. *Clin Dermatol* 2009; 27: 3-9.
  8. Shenemberger DW. Cutaneous malignant melanoma: a primary care perspective. *Am Fam Physician* 2012; 85: 161-8.
  9. Terushkin V, Halpern AC. Melanoma early detection. *Hematol Oncol Clin North Am* 2009 Jun; 23: 481-500, viii.
  10. Chang JW, Yeh KY, Wang CH, et al. Malignant melanoma in Taiwan: a prognostic study of 181 cases. *Melanoma Res* 2004; 14: 537-41.
  11. Yaghoubi R, Rafieii R, Savaddar F, Latifi M. [Malignant Melanoma in Khouzestan, study of 62 cases]. *Iran J Dermatol* 2002; 5: 7-14. [Persian]
  12. Gambichler T, Scholl L, Stucker M, et al. Clinical characteristics and survival data of melanoma patients with nevus cell aggregates within sentinel lymph nodes. *Am J Clin Pathol* 2013; 139: 566-73.
  13. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013; 49: 1374-403.
  14. Curiel-Lewandrowski C, Chen SC, Swetter SM. Screening and prevention measures for melanoma: is there a survival advantage? *Curr Oncol Rep* 2012; 14: 458-67.
  15. Soon SL, Solomon AR, Jr., Papadopoulos D, et al. Acral lentiginous melanoma mimicking benign disease: the Emory experience. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 183-8.
  16. Luk NM, Ho LC, Choi CL, et al. Clinicopathological features and prognostic factors of cutaneous melanoma among Hong Kong Chinese. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 600-4.
  17. Chang JW, Yeh KY, Wang CH, et al. Malignant melanoma in Taiwan: a prognostic study of 181 cases. *Melanoma Res* 2004; 14: 537-41.
  18. Stierner U, Augustsson A, Rosdahl I, Suurkula M. Regional distribution of common and dysplastic naevi in relation to melanoma site and sun exposure. A case-control study. *Melanoma Res* 1992; 1: 367-75.
  19. Waldmann A, Nolte S, Geller AC, et al. Frequency of excisions and yields of malignant skin tumors in a population-based screening intervention of 360,288 whole-body examinations. *Arch Dermatol* 2012; 148: 903-10.
  20. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer* 2005; 41: 2040-59.
  21. Augustsson A. Melanocytic naevi, melanoma and sun exposure. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1991; 166:1-34.
  22. Augustsson A, Stierner U, Rosdahl I, Suurkula M. Common and dysplastic naevi as risk factors for cutaneous malignant melanoma in a Swedish population. *Acta Derm Venereol* 1991; 71: 518-24.

## Demographic and clinical characteristics of patients with malignant melanoma attending a referral skin tumors clinic in Iran: A 5-year study

Pedram Noormohammadpour, MD<sup>1</sup>  
Amirhooshang Ehsani, MD<sup>1</sup>  
Mostafa Mirshams Shashahani, MD<sup>1</sup>  
Fateme Shahmohammadi, MD<sup>2</sup>  
Fateme Gholamali, MD<sup>1</sup>

1. Department of Dermatology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Background and Aim:** Malignant melanoma is one of the most lethal skin tumors. Its prevalence and demographic specifications are different in European and western countries from those in the Middle East. This study was aimed to evaluate the demographic and clinical characteristics of malignant melanoma in Iran.

**Methods:** In this cross-sectional study, the patients with the diagnosis of malignant melanoma who attended the tumor clinic of Razi Hospital, Tehran, Iran were included. Demographic and clinical data were registered in specific questionnaires. Histopathology findings were also recorded in the questionnaires.

**Results:** A total of 2500 patients attending tumor clinic of Razi Hospital were evaluated. Out of them, 166 cases had malignant melanoma including 89 (53.6%) females and 77 males (46.4%). The mean age of patients 60.5 years. History of chronic sun exposure was found in 65 (39.2%) cases. Mean delay time between commencement of lesion and diagnosis was 9 months. The most common histopathologic type was acral lentiginous and the most common observed stage of tumor was Clark 3. The most common frequent observed tumor site was head and neck which was followed by limbs.

**Conclusion:** Malignant melanoma is common in patients with skin tumors in Iran. Considering morbidity and mortality of malignant melanoma and the relatively high stages of tumors, at the first time the patients sought medical care, screening programs seems to be necessary to find the patients in earlier stages, as well as the mass education. Some of our findings such as the most common location of the tumors, family history and relation with dysplastic naevies, remain to be confirmed in studies with larger sample sizes.

**Keywords:** malignant melanoma, demography, skin tumors

Received: Dec 23, 2013      Accepted: Mar 9, 2014

Dermatology and Cosmetic 2014; 5 (1): 9-15

**Corresponding Author:**  
Fateme Gholamali, MD

Vahdate-e-Eslami Sq. Razi Hospital,  
Department of Dermatology, Tehran, Iran.  
Email: fatemehgholamali@ymail.com

**Conflict of interest:** None to declare