

میزان بقای بیماران مبتلا به اسکوآموس سل کارسینوما‌ی دهانی

زمینه و هدف: سرطان دهان به‌عنوان شایع‌ترین سرطان سر و گردن، رتبه‌ی هشتم را از لحاظ شیوع در میان تمامی سرطان‌ها به خود اختصاص داده است. در این میان، بیش از ۹۰٪ سرطان‌های دهان از نوع اسکوآموس سل کارسینوما (Squamous cell carcinoma [SCC]) می‌باشد. هدف اصلی این مطالعه بررسی میزان بقای بیماران مبتلا به SCC دهان و عوامل مؤثر بر آن است.

روش اجرا: در این مطالعه، ۱۷۴ پرونده‌ی مربوط به بیماران مبتلا به SCC دهان بررسی شد. سپس به‌منظور گردآوری اطلاعات موردنیاز، بقای بیماران از طریق تماس تلفنی پیگیری شد. تحلیل آماری این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 انجام شد. میزان بقا با منحنی Kaplan-Meier و عوامل مؤثر بر آن با آزمون Cox regression بررسی گردید.

یافته‌ها: مردان، ۵۷٫۶٪ از تعداد کل بیماران را به خود اختصاص داده‌اند. محدوده‌ی سنی بیماران ۲۲ تا ۸۹ سال با میانگین سن ابتدای ۶۱٫۵ سال می‌باشد. شایع‌ترین محل بروز تومورهای دهانی این بیماران بر روی زبان بود. میزان بقای کلی پنج‌ساله‌ی بیماران برابر با ۴۹٫۴٪ با خطای معیار ۰٫۰۵ به‌دست آمده است. میزان بقا با سن بیماران و هم‌چنین نحوه‌ی درمان شامل جراحی یا شیمی‌درمانی ارتباطی معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: میزان ابتلا در مردان بیشتر است و به‌طور کلی با افزایش سن میزان بقای بیماران کاهش می‌یابد. سرطان‌های دهان به‌علت میزان بقای پایین نیازمند توجه ویژه می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: سرطان دهان، اسکوآموس سل کارسینوما، میزان بقا

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۶

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۶، دوره‌ی ۸ (۴): ۱۹۵-۲۰۳

احمد جعفری^۱

دکتر نفیسه اسماعیلی^۲

شمس‌الملوک نجفی^۳

دکتر حانیه امامی رضوی^۴

۱. گروه آموزشی دندان‌پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲. گروه پوست، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. گروه آموزشی بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. گروه آموزشی دندان‌پزشکی ترمیمی، دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر حانیه امامی رضوی

تهران، خیابان ایتالیا، دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه شاهد
پست الکترونیک:

hanie_emami@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

است^۳ که پیش‌بینی می‌شود اهمیت آن در سال‌های پیش رو، به عنوان یک عامل در بار بیماری‌ها (burden of diseases) به طور فزاینده‌ای بیشتر شود. علل اصلی افزایش مرگ‌ومیر در اثر سرطان‌ها شامل مواردی هم‌چون رشد نسبی جمعیت سالمندان، کاهش مرگ‌ومیر در اثر بیماری‌های واگیردار و افزایش استعمال دخانیات است. در ایران نیز سرطان سومین عامل مرگ‌ومیر به‌شمار می‌رود که سالانه جان بیش از ۳۰ هزار نفر را می‌گیرد. تخمین زده می‌شود که هر سال در کشور، بیش از ۷۰ هزار مورد جدید سرطان

وجه اشتراک همه‌ی انواع سرطان‌ها نقص در مکانیزم‌های تنظیم‌کننده‌ی رشد طبیعی و تکثیر و مرگ سلول‌ها است. سرطان‌ها به‌طور عمده در اثر تماس، استنشاق، خوردن، آشامیدن و هرگونه مواجهه‌ی مستمر افراد با مواد سرطان‌زا بروز می‌کنند. مصرف دخانیات و الکل دو عامل خطر اصلی شناخته‌شده در بروز سرطان دهان هستند^{۱،۲}.

سرطان بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی، دومین عامل شایع مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و سومین عامل مرگ در کشورهای کمتر توسعه یافته

بروز پیدا می‌کند^{۴۵}.

سرطان دهان به‌عنوان شایع‌ترین سرطان سر و گردن، رتبه‌ی هشتم را از لحاظ شیوع در میان تمامی انواع سرطان‌ها در جهان به خود اختصاص داده است.^۶ در سال ۱۳۸۳ حدود ۲۶۴ مورد جدید از سرطان لب و دهان در زنان ایران ثبت شده است که میزان بروز آن برابر با ۱ در ۱۰۰ هزار بوده است (هفدهمین سرطان شایع در زنان). این رقم در مردان ۳۸۶ مورد بوده است که میزان بروز آن ۱/۳ در ۱۰۰ هزار می‌باشد (سیزدهمین سرطان شایع در مردان).^۱ در میان انواع سرطان‌های دهان، اسکواموس سل کارسینوما (SCC) شایع‌ترین گونه‌ی آن است که بیش از ۹۰٪ سرطان‌های دهان را شامل می‌شود. این نوع سرطان معمولاً در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود؛ بنابراین میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن، علی‌رغم پیشرفت روش‌های تشخیص و درمان، همچنان بالا است.^۷ درمان سرطان‌ها به‌ویژه سرطان‌های دهان، علاوه بر اثرات جسمی، عواقب روحی - روانی بسیاری برای بیمار و خانواده‌ی وی به‌دنبال دارد.^۱ عوامل مختلفی در پیش‌بینی طول مدت زندگی (بقای) پنج‌ساله‌ی پس از درمان مؤثر می‌باشد. از جمله‌ی این عوامل، سن بیمار و مرحله‌ی تومور در هنگام تشخیص اولیه، میزان عود و ایجاد تومورهای ثانویه است.^{۸،۹} بر این اساس سازمان جهانی بهداشت (WHO) اهدافی را برای کشورها تا سال ۲۰۲۰ پیشنهاد داده است که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به کاهش بروز سرطان‌های حلق و دهان و افزایش طول مدت زندگی (بقای پنج‌ساله) مبتلایان اشاره کرد.^{۱۰}

هدف اصلی از این مطالعه، بررسی میزان بقای بیماران مبتلا به SCC دهان و عوامل مؤثر بر آن می‌باشد. نتایج حاصل از این پژوهش در نهایت می‌تواند جهت تدوین برنامه‌ای جامع برای افزایش طول عمر بیماران، پیشگیری از بروز این‌گونه از سرطان‌ها و هم‌چنین درمان مؤثرتر، کاهش عوارض و بهبود

پیش‌آگهی و کیفیت زندگی مبتلایان به آن مورد استفاده قرار گیرد.

روش اجرا

در این مطالعه که به‌صورت هم‌گروهی (cohort) انجام شده است، ابتدا پرونده‌های تمامی بیماران مبتلا به SCC دهان که در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ در مرکز ثبت سرطان (cancer registry) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ج.ا. جمع‌آوری شده مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع، در این پرونده‌ها امکان برقراری تماس با ۱۷۴ نفر از بیماران یا نزدیکان آن‌ها فراهم شد. لازم به ذکر است که مرکز ثبت سرطان وزارت بهداشت به‌طور جامع از سال ۱۳۸۲ اطلاعات مربوط به بیماران مبتلا به سرطان را از سراسر کشور جمع‌آوری نموده است. این اطلاعات در قالب فرم‌های مشخصی از جانب مراکز آزمایشگاهی که نمونه‌ی پاتولوژی مبتلایان به سرطان در آنجا تشخیص داده شده، به مرکز ثبت سرطان وزارت بهداشت ارسال می‌شود. این اطلاعات شامل مشخصه‌های اپیدمیولوژیک و پاتولوژیک بیماری می‌باشد. از جمله‌ی این مشخصات می‌توان به سن و جنس بیمار و زمان تشخیص آزمایشگاهی تومور اشاره کرد. محل ضایعه، میزان تمایز ضایعه (tumor grade) و درجه‌ی تهاجمی تومور (tumor stage) نیز با کدهای مخصوصی در این پرونده‌ها درج شده است.

در این مطالعه، پژوهشگران اطلاعات حاصل از بررسی پرونده‌های بیماران را در فرم‌های اطلاعاتی مشخصی ثبت کردند. این فرم‌ها شامل دو دسته سؤال بودند؛ دسته‌ی اول شامل مواردی بود که با مراجعه به پرونده‌ی بیماران پاسخ داده شدند. پاسخ به بخش دوم سؤالات که شامل اطلاعات شخصی بیماران از جمله بقای آن‌ها بود، با برقراری تماس تلفنی و بعد از کسب رضایت ایشان یا بستگانشان و با رعایت اصول محرمانگی گردآوری شد. محل تومور هر بیمار به‌صورت

بیماران یا بستگان ایشان سؤالاتی مبنی بر اینکه این مراقبت‌های دوره‌ای در بیمارستان یا در مطب خصوصی پزشک معالج‌شان صورت گرفته نیز پرسیده شد.

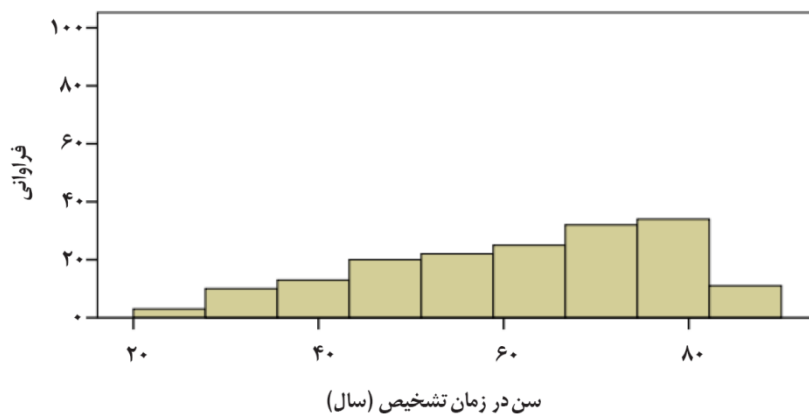
پس از جمع‌آوری اطلاعات موردنیاز به شرح آنچه که در بالا گفته شد، با استفاده از برنامه‌ی SPSS نسخه‌ی ۲۰، داده‌های تجربی به‌دست‌آمده تحلیل شده و متعاقباً جداول و نمودارهای مربوطه تهیه شدند. میزان بقای بیماران مورد مطالعه با منحنی Kaplan-Meier و عوامل مؤثر بر آن با آزمون Cox regression بررسی گردید. در اینجا حد معنی‌داری آماری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس مطالعه‌ی انجام‌گرفته، مردان جمعیتی برابر با ۹۸ نفر معادل ۵۷/۶٪ و زنان جمعیتی برابر با ۷۲ نفر معادل ۴۲/۴٪ را از تعداد کل بیماران به خود اختصاص داده‌اند. محدوده‌ی سنی بیماران از ۲۲ تا ۸۹ سال با میانگین سن ابتلای ۶۱/۵ سال به‌دست آمد (شکل ۱). کسر ۸۳/۳٪ از بیماران بدون سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای بوده‌اند. هم‌چنین مشخص شد که ۶۳/۶٪ از کل بیماران، دارای ضایعات کاملاً تمایز یافته (well differentiated)، ۲۴/۲٪ از ایشان دارای ضایعات نسبتاً تمایز یافته (moderately differentiated) و نهایتاً ۱۲/۲٪ از آن‌ها

یک کد در فرم مربوطه ثبت شد. خاطرنشان می‌گردد که این کدگذاری براساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های انکولوژی (ICD-O) صورت پذیرفته است.

از کل ۱۷۴ نفر بیمار مورد مطالعه که در تشخیص آزمایشگاهی آن‌ها تومور اولیه‌ی اسکواموس سل کارسینومای دهانی گزارش شده بود، ۴ بیمار دارای ضایعه‌ی بدون تهاجم (insitu) بودند که از مطالعه خارج شدند. یکی از متغیرهای مستقل این مطالعه، سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های مزمن سیستمیک در هنگام تشخیص سرطان در نظر گرفته شد، از این‌رو، طی تماس‌های تلفنی برقرارشده، سؤالاتی درباره‌ی سابقه‌ی ابتلای فرد بیمار به این دسته از بیماری‌های زمینه‌ای پرسیده شد. در این مطالعه از بستگان بیمارانی که در زمان انجام پژوهش در قید حیات نبودند در مورد علت فوت ایشان نیز سؤال شد. مرگ‌های ناشی از عود سرطان، مرگ پس از جراحی یا شیمی‌درمانی جزو علل مرتبط با سرطان و مرگ‌های ناشی از تصادفات، حمله‌ی قلبی و ... به‌عنوان علل نامرتب با آن دسته‌بندی شدند. از آنجا که بیماران مبتلا به سرطان پس از گذراندن مراحل درمان‌شان، به‌منظور حصول اطمینان از بهبودی و نیز معاینه‌های مجدد برای تشخیص ضایعات ثانویه‌ی احتمالی، در قالب مراقبت‌های دوره‌ای به محل مشخصی ارجاع داده می‌شوند، در مطالعه‌ی حاضر از



شکل ۱: هیستوگرام سن بیماران

دارای ضایعات کمتر تمایز یافته (low differentiated) بوده‌اند. داده‌های آماری این مطالعه نشان می‌دهد که شایع‌ترین محل بروز تومورهای دهانی بیماران بر روی زبان بود.

در بین جمعیت بیماران مورد مطالعه، ۸۷ نفر معادل ۵۱٫۲٪ از کل بیماران در زمان انجام پژوهش در قید حیات بودند و نیز مشخص شد که با کنارگذاشتن آمار بیمارانی که به دلایلی نامشخص فوت کرده بودند، ۹۷٫۳٪ از بیماران متوفا به علت عوارض ناشی از سرطان و تنها ۲٫۷٪ از ایشان به علل مشخص دیگری غیر از سرطان فوت شده بودند.

چنانچه دوره‌ی پیگیری بقا را برابر با فاصله‌ی زمانی تشخیص بیماری تا زمان فوت بیمار یا زمان برقراری تماس تلفنی از جانب پژوهشگران این مطالعه با وی، هر کدام که کوتاه‌تر باشد تعریف کنیم، داده‌های گردآوری شده در اینجا نشان می‌دهد که دوره‌ی پیگیری بقای بیماران مورد مطالعه در بازه‌ی حد فاصل ده روز (۰٫۳ ماه) تا ۶ سال و ۷ ماه (۸۰ ماه) بوده است. به دنبال تحلیل آماری داده‌های تجربی این پژوهش، میزان بقای کلی یک ساله‌ی بیماران عددی برابر با ۸۹٫۲٪ با انحراف معیار ۰٫۰۲، میزان بقای کلی سه ساله‌ی ایشان رقمی برابر با ۵۸٫۸٪ با انحراف معیار ۰٫۰۴ و میزان بقای کلی پنج ساله‌ی آن‌ها برابر با ۴۹٫۴٪ با انحراف معیار ۰٫۰۵ به دست آمده است (شکل ۲). افزون بر این مشخص شد که میزان بقای کلی یک ساله‌ی بیماران مذکور برابر با ۸۶٫۷٪ با انحراف معیار ۰٫۰۴، میزان بقای کلی سه ساله‌ی ایشان برابر با ۵۵٫۵٪ با انحراف معیار ۰٫۰۵ و میزان بقای کلی پنج ساله‌ی آن‌ها برابر با ۴۷٫۳٪ با انحراف معیار ۰٫۰۸ است. همچنین میزان بقای کلی یک ساله‌ی بیماران مؤنث برابر با ۹۲٫۶٪ با انحراف معیار ۰٫۰۳، میزان بقای کلی سه ساله‌ی ایشان برابر با ۶۳٫۱٪ با انحراف معیار ۰٫۰۶ و میزان بقای کلی پنج ساله‌ی آن‌ها برابر با ۵۱٫۳٪ با انحراف معیار ۰٫۰۷ به دست آمد.

تحلیل‌های آماری انجام شده نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به سرطان‌های دهان، میزان بقا با سن بیماران ارتباطی معنی‌دار دارد ($P=0.02$) به نحوی که با افزایش سن، میزان بقا کاهش می‌یابد. در مقابل، مشخص شد که متغیر جنسیت با میزان بقا در این بیماران ارتباط معنی‌داری ندارد ($P=0.40$). علاوه بر این، تحلیل‌های صورت پذیرفته مشخص کردند که میزان بقا با درجه‌ی تمایز ضایعه ارتباط معنی‌داری ندارد ($P=0.08$) در حالی که انجام درمان جراحی ($P=0.003$) یا شیمی‌درمانی ($P=0.03$) با میزان بقا ارتباطی معنی‌دار دارند و به تعبیری میزان بقا در بیمارانی که یکی از این روش‌های درمانی را انجام داده‌اند در قیاس با سایرینی که هیچ درمانی را انجام نداده یا روش‌های درمانی دیگری را هم‌چون رادیوتراپی در پیش گرفته‌اند بالاتر است (جدول ۱).

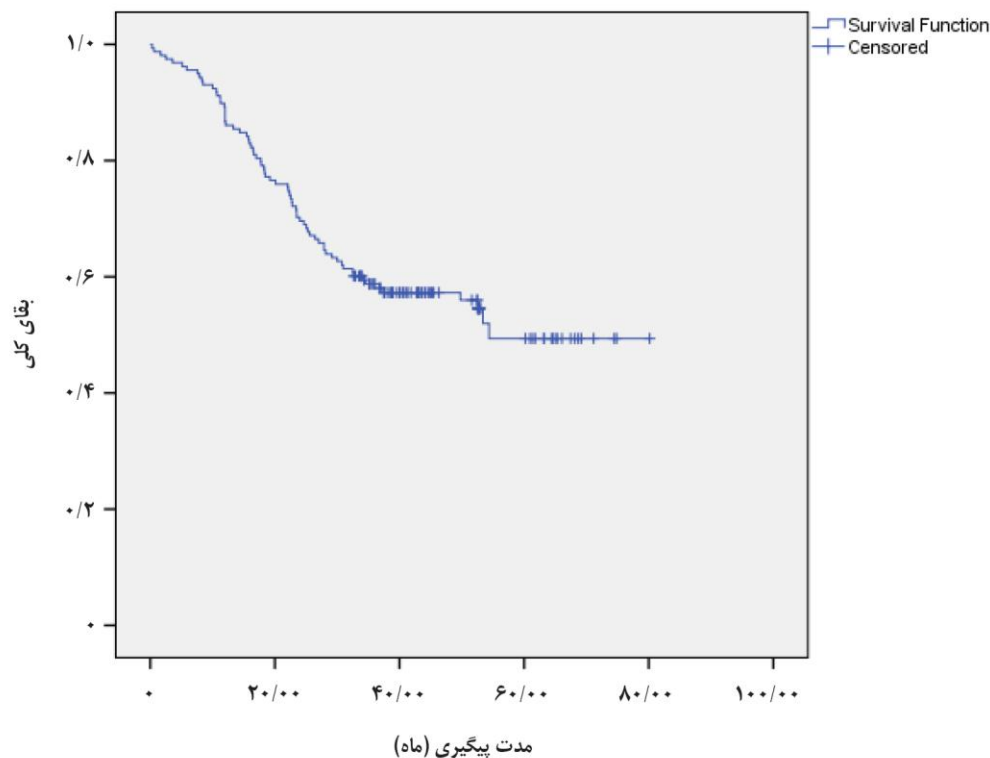
بحث

با توجه به نتایج به دست آمده، ۵۷٫۶٪ از بیماران را مردان تشکیل داده‌اند لذا می‌توان گفت که براساس مطالعه‌ی حاضر SCC دهان در مردان شایع‌تر است. شایان ذکر است که این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های دیگری که پیشتر بر روی همین گونه از سرطان انجام شده در انطباق است. برای مثال، Brandizzi و همکاران^{۱۱} در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۰۵ در کشور آرژانتین در مورد فاکتورهای

جدول ۱: ارتباط عوامل مختلف با میزان بقای کلی بیماران مبتلا به سرطان دهان

| نوع متغیر | سطح معنی‌داری |
|-------------------------|---------------|
| سن | * ۰٫۰۲ |
| جنس | ۰٫۴۰۰ |
| درجه‌ی تهاجمی تومور | ۰٫۰۸۰ |
| انجام درمان جراحی | * ۰٫۰۰۳ |
| انجام درمان شیمی‌درمانی | * ۰٫۰۳۰ |
| انجام درمان رادیوتراپی | ۰٫۵۵۰ |

* مقادیر از نظر آماری معنی‌دار است.



شکل ۲: نمودار بقای بیماران

نتیجه‌ی پژوهش حاضر بسیار نزدیک است. هم‌چنین در مقاله‌ی Warnakulasuriya^{۱۴} میانگین سن ابتلای بیماران در ایالات متحده برابر با ۶۲ سال گزارش شده است. البته خاطر نشان می‌گردد که در مطالعه‌ای که توسط Chamani و همکارانش^{۱۵} در سال ۲۰۰۸ در استان کرمان انجام شد، میانگین سنی ابتلای بیماران، ۷ سال کمتر از مطالعه‌ی حاضر یعنی ۵۴٫۵ سال گزارش شده است که این امر می‌تواند ناشی از مصرف بیشتر مواد دخانی و تفاوت در سبک زندگی جامعه‌ی آماری مورد مطالعه‌ی آن پژوهش باشد. هم‌چنین در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط Bhurgri^{۱۶} در هند انجام شده است، مشخص شد که فقط ۲۳٪ از بیماران سن ابتلایی بیشتر از ۶۰ سال داشته‌اند. در توجیه مطلب اخیر می‌توان گفت که در مناطقی که دارای شیوع بالای سرطان دهان هستند انتظار می‌رود که سن ابتلا نسبت به سایر مناطق پایین‌تر باشد^{۱۴}. همان‌گونه که پیشتر اشاره شد، در این پژوهش از

اپیدمیولوژیک سرطان دهان به این نتیجه رسیده‌اند که شیوع این بیماری در مبتلایان به سرطان دهان و حلق در سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۲ در مردان ۱٫۲۴ برابر زنان بوده است. هم‌چنین در مطالعه‌ای انجام‌شده در ایران توسط سرگران و همکاران^{۱۲} مشخص شد که ۵۵٪ از مبتلایان مرد بوده‌اند. Chandu و همکاران^{۱۳} در سال ۲۰۰۵ در استرالیا در قالب یک پژوهش دریافتند که ۵۶٫۸٪ از بیماران مبتلا مرد بوده‌اند. در مقاله‌ای از Warnakulasuriya^{۱۴} که طی آن مروری بر مجموعه‌ای از پژوهش‌های مربوط به نرخ بقای بیماران مبتلا به سرطان دهان صورت پذیرفته نیز آمده است که میزان ابتلای مردان به سرطان دهان در انگلستان ۱٫۵ برابر زنان بوده است.

در مطالعه‌ی حاضر، میانگین سنی ابتلای بیماران سرطان دهان برابر با ۶۱٫۵ سال به‌دست آمده است. این عدد در مطالعه‌ای که توسط سرگران و همکاران^{۱۲} انجام شد برابر با ۶۱٫۲ سال گزارش شده است که به

مجموع ۱۷۰ بیمار بررسی شده، ۸۳ نفر معادل با ۴۸٫۸٪ از جمع کل بیماران در زمان انجام پژوهش فوت شده بودند. علت مرگ ۷۲ نفر از جمعیت متوفاء، معادل ۴۲٫۴٪ از تعداد کل بیماران عوارض ناشی از سرطان و تنها برای ۲ نفر از آن‌ها، معادل ۱٫۲٪ از کل بیماران سایر عوامل بوده است. گفتنی است که علت مرگ ۹ نفر معادل با ۵٫۲٪ از بیماران نیز نامشخص بوده است. این در حالی است که در مطالعه‌ی Chandu و همکاران^{۱۳} از مجموع ۱۱۵ بیمار بررسی شده، ۸۸ نفر معادل ۷۶٫۵٪ از آن‌ها در قید حیات بوده‌اند. در آن پژوهش، علت فوت ۱۷ نفر معادل ۱۴٫۸٪ از کل بیماران عوارض ناشی از سرطان و دلایل فوت ۱۰ نفر متوفای دیگر معادل ۸٫۷٪ از جمعیت کل، سایر موارد گزارش شده است. بیشتر بودن نرخ مرگ‌های ناشی از سرطان در جمعیت بیماران مورد بررسی در پژوهش حاضر در قیاس با مطالعه‌ی Chandu و همکاران^{۱۳} که در استرالیا انجام شده است می‌تواند ناشی از روش‌های درمانی پیشرفته‌تر، کوتاه‌تر بودن فواصل زمانی بین بروز علائم تا اولین مراجعه یا بین تشخیص بیماری تا آغاز درمان بیماران و همچنین آگاهی بخشی مؤثرتر بیماران برای انجام مراقبت‌های دوره‌ای پس از درمان در آن کشور باشد. در گزارشی دیگر از سرگران و همکاران^{۱۷} گفته شده که ۱۷٪ از جمعیت مبتلایانی که پرونده‌ی ایشان مورد بررسی قرار گرفته است، در زمان انجام پژوهش در قید حیات بوده‌اند؛ ۷۱٪ از بیماران به علت عوارض ناشی از سرطان و ۵٪ از آن‌ها به سایر علل فوت شده و وضعیت ۸٪ دیگر از جمعیت مورد مطالعه نامشخص بوده است. نکته‌ی حائز اهمیت در اینجا این است که نرخ‌های متفاوت گزارش شده برای درصد بیماران متوفاء و نیز دلایل فوت ایشان در مطالعات مورد اشاره در بالا در مقایسه با پژوهش حاضر به علت متفاوت بودن دوره‌ی پیگیری بقا در این مطالعات می‌باشد. به دنبال تحلیل داده‌های آماری اخذ شده در پژوهش

حاضر مشخص گردید که میزان بقای یک ساله‌ی بیماران مبتلا به سرطان دهان رقمی برابر با ۸۹٫۲٪، نرخ بقای سه ساله‌ی آن‌ها برابر با ۵۸٫۸٪ و میزان بقای کلی پنج ساله‌ی ایشان عددی برابر با ۴۹٫۴٪ بوده است. در مطالعه‌ی Warnakulasuriya^{۱۴} مشخص شده که میزان بقای کلی پنج ساله برای مبتلایان به سرطان دهان در اکثر کشورها رقمی بین ۵۰٪ الی ۶۰٪ می‌باشد. همچنین در مطالعه‌ی انجام شده در ایالات متحده توسط Silverman و همکاران^{۱۸} میزان بقای کلی پنج ساله‌ی بیماران رقمی برابر با ۶۰٪ به دست آمده است که قریب به ۱۰٪ از مطالعه‌ی حاضر بیشتر است. مشخصاً در توجیه اختلاف نرخ بقای گزارش شده در پژوهش مذکور با مطالعه‌ی حاضر می‌توان دلایلی را همچون وجود زیرساخت‌های بهتر در کشورهای توسعه یافته در زمینه‌ی بهداشت و سلامت دهان و نیز دسترسی بهتر بیماران به مراکز درمانی مجهزتر برشمرد. سرگران و همکاران^{۱۷} میزان کلی بقای پنج ساله‌ی بیماران را برابر با ۳۰٪ گزارش کرده‌اند. توجه شود که مطالعه‌ی انجام شده توسط این تیم پژوهشی قریب به یک دهه پیشتر از بازه‌ی زمانی مربوط به مطالعه‌ی پیش رو است لذا اختلاف نرخ به دست آمده برای بقای بیماران در مطالعه‌ی ایشان در قیاس با پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از تقای استانداردهای نظام سلامت و بهداشت کشور و پیشرفت روش‌های درمانی طی سالیان اخیر باشد.

پژوهش حاضر در تحلیل چند متغیره‌ی Cox regression برای متغیرهای جنسیت، درجه‌ی تهاجمی تومور و روش درمانی رادیوتراپی ارتباطی معنی‌دار با متغیر بقا به دست نیاورد. البته در مقابل نشان داد که برای متغیرهای سن، روش درمان جراحی و شیمی‌درمانی این ارتباط معنی‌دار بوده است. سرگران و همکاران^{۱۷} در چارچوب تحلیل چند متغیره‌ای مشابه نشان دادند که متغیرهای روش درمانی و درجه‌ی تهاجمی تومور در قیاس با متغیرهای

موانع و مشکلات موجود در سیستم بهداشتی - درمانی کشور برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران و نیز تدوین برنامه‌های پیشگیری ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله‌ی پیش رو بدین‌وسیله از مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و اداره‌ی سرطان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ج.ا.ا. که در انجام این مطالعه نهایت همکاری را به عمل آوردند و همچنین از سرکار خانم دکتر کتایون سرگران استادیار بخش سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در انجام این مطالعه و نگارش بخش‌هایی از مقاله راهنمایی‌های مفیدی را مبذول داشتند، مراتب تشکر صمیمانه‌ی خود را ابراز می‌دارند.

سن و جنسیت اثرگذرای بیشتری بر متغیر بقا داشته‌اند. در مطالعه‌ای که Chen و همکاران^{۱۹} در سال ۱۹۹۹ در تایوان انجام دادند مشخص شد که متغیر درجه‌ی تهاجمی تومور با متغیر بقا ارتباطی معنی‌دار دارد. در توجیه این مطلب مبنی بر اینکه مطالعه‌ی حاضر ابراز می‌دارد درجه‌ی تهاجمی تومور فاقد ارتباطی معنی‌دار با بقا است، به‌طور مشخص بایستی به نقص ثبت اطلاعات دقیق بیماران در پرونده‌های ایشان اشاره کرد. گرچه طی سال‌های اخیر وضعیت ثبت سرطان در کشور به‌سرعت در حال بهبودی است، اما هنوز نواقص زیادی در این خصوص دیده می‌شود. نتایج پژوهش حاضر در مجموع نشان می‌دهد که سرطان‌های دهان به‌علت نرخ پایین بقا نیازمند توجه و برنامه‌ریزی ویژه می‌باشند. با توجه به افزایش سالانه‌ی درصد مبتلایان به سرطان در کشور، آگاهی از وضعیت اپیدمیولوژیک این بیماری در سطح جامعه و بررسی

References

1. Cancer Office, Center for Disease Control and Prevention. Iranian Annual of National Cancer Registration Report 2006. Tehran; Ministry of Health and Medical Education; 2009.
2. Curado MP, Johnson NW, Kerr AR, et al. Oral and oropharynx cancer in South America: Incidence, mortality trends and gaps in public databases as presented to the Global Oral Cancer Forum. *Translational Research in Oral Oncology*. 2016 ;1:1-73.
3. Cancer Office, Center for Disease Control and Prevention. Iranian Annual of National Cancer Registration Report 2008. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011.4.
4. Cancer Office, Center for Disease Control and Prevention. Iranian Annual of National Cancer Registration Report 2009. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012.
5. Jafari A, Gholizadeh N, Ramezani R, et al. Evaluation of survival rate in patients with laryngeal cancer. *Journal of Dental Medicine*. 2017; 30 (2): 89-96. (Persian)
6. Sargeran K. Oral cancer in Tehran, Iran: An approach for understanding disease burden [Doctoral thesis]. Helsinki: University of Helsinki; 2008.
7. Bagan J, Sarrion G, Jimenezzy. Oral cancer: clinical features. *Oral Oncol* 2010; 46 (6): 414-7
8. Ramroth H, Schoeps A, Rudolph E, et al. Factors predicting survival after diagnosis of laryngeal cancer. *Oral Oncol* 2011 ;47(12):1154-8.9.
9. Diz Dios P, Padron Gonzalez N, Seoane Leston J, et al. "Scheduling delay" in oral cancer diagnosis: a new protagonist *Oral Oncol*. 2005 ;41(2):142-6.
10. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003; 53 (5):285-8.

11. Brandizzi D, Chuchurru JA, Lanfranchi HE, Cabrini RL. Analysis of the epidemiological features of oral cancer in the city of Buenos Aires. *Acta Odontol Latinoam* 2005;18 (1):31-5.
12. Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SM, et al. Malignant oral tumors in Iran: ten-year analysis on patient and tumor characteristics of 1042 patients in Tehran. *J Craniofac Surg* 2006 ;17(6):1230-3.
13. Chandu A, Adams G, Smith AC. Factors affecting survival in patients with oral cancer: an Australian perspective. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005 ;34(5):514-20.
14. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncol* 2010 ;46(6):407-10.
15. Chamani G, Zarei MR, Rad M, et al. Epidemiological aspects of oral and pharyngeal cancer in Kerman province, south eastern Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2009;38(2):90-7.
16. Bhurgri Y. Cancer of the oral cavity - trends in Karachi South (1995-2002). *Asian Pac J Cancer Prev* 2005 ;6(1): 22-6.
17. Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SM, et al. Survival after diagnosis of cancer of the oral cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008 ;46(3):187-91.
18. Silverman S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* 2010 ;25(3):279-81.
19. Chen YK, Huang HC, Lin LM, Lin CC. Primary oral squamous cell carcinoma: an analysis of 703 cases in southern Taiwan. *Oral Oncol* 1999 ;35(2):173-9.

Survival rate in patients with oral squamous cell carcinoma

Ahmad Jafari, MD¹
Nafiseh Esmaeili, MD²
Shamsolmoulouk Najafi, MD³
Hanie Emami Razavi, MD⁴

1. Department of Pediatrics, School of Dentistry, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
2. Department of Dermatology, Razi Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Operative Dentistry, School of Dentistry, Shahed University, Tehran, Iran

Background and Aim: Oral cancer as the most common cancer of head and neck region holds the eighth rank among all cancers in order of prevalence. More than 90% of oral cancers are of squamous cell carcinoma (SCC). The main objective of this study is the determination of the survival rate in patients with oral SCC and the factors influencing thereon.

Methods: In this study, 174 recorded cases of patients with oral SCC were evaluated. Required data on survival of patients were gathered by phone calls. Using software SPSS 20, the statistical analysis of data was carried out. The survival rate of the patients and the corresponding influential factors were analyzed by the Kaplan-Meier curves and Cox regression tests, respectively.

Results: 57.6% of the patients were male. The age of the patients ranged between 22-89 years with the average onset age of 61.5 years. The most common site of oral SCC was tongue. The overall five-year survival rate of the patients was 49.4%±0.05. The survival rate had a statistically significant relation with age of the patients and their treatment methods, including surgery or chemotherapy.

Conclusion: The prevalence of oral SCC is higher in men and overall survival rate decreases with increasing age of the patients. Due to the low survival rate of oral cancer patients, more attentions should be paid to this condition.

Keywords: oral cavity cancer, squamous cell carcinoma, survival rate

Received: Jan 18, 2018 Accepted: Feb 5, 2018

Dermatology and Cosmetic 2017; 8 (4): 195-203

Corresponding Author:
Hanie Emami Razavi

School of Dentistry, Shahed University,
Italia Street, Tehran, Iran
Email: hanie_emami@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare