

انواع بالینی و ویژگی‌های کارسینوم سلول بازال در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۸

زمینه و هدف: کارسینوم سلول بازال شایع‌ترین نوع سرطان است که به‌ندرت باعث مرگ می‌شود، ولی با مشکلات زیبایی و هزینه‌های بالای درمانی همراه است. ویژگی‌های بالینی این سرطان وابسته به عوامل میزبان و محیط است که در هر منطقه مختص به خود بوده و ممکن است با گذشت زمان تغییر نمایند. این مطالعه برای یافتن خصوصیات بالینی سرطان سلول قاعده‌ای در شهر کرمانشاه انجام گردید.

روش اجرا: این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی روی ۱۱۹ بیمار که کارسینوم سلول بازال با بررسی آسیب‌شناختی در آن‌ها تأیید شد، در درمانگاه حاج دایی کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ انجام گردید. اطلاعات دموگرافیک بیماران و مشخصات ضایعات مانند تعداد، محل، اندازه و نوع بالینی و آسیب‌شناختی آن‌ها ثبت گردید. برای تحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس و آزمون مربع کای استفاده گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۱۷۱ ضایعه در ۱۱۹ بیمار، نوع ندولر شایع‌ترین شکل بالینی در ۱۵۸ (۹۲/۴٪) و آسیب‌شناختی در ۱۳۱ (۷۶/۶٪) موارد بود. ساب‌واریانت رنگدانه‌دار یک سوم موارد را شامل و در مردان، پوست‌های قهوه‌ای متوسط و افراد با سابقه‌ی رادیوتراپی شایع‌تر بود ($P < 0.05$). شایع‌ترین محل درگیری، بینی و شایع‌ترین ضایعه‌ی همراه، کراتوز آکتینیک بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه شایع‌ترین نوع بالینی و آسیب‌شناختی کارسینوم سلول بازال در شهر کرمانشاه نوع ندولر بود، که در افراد مسن، مشاغل در معرض آفتاب و همراهی با کراتوز آکتینیک مشاهده گردید. برنامه‌های آموزشی و غربالگری جهت پیشگیری، مراجعه و تشخیص زودرس و درمان مقتضی افراد پرخطر توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سرطان پوست، کارسینوم سلول بازال، ویژگی بالینی

دریافت مقاله: ۹۱/۰۲/۰۶ پذیرش مقاله: ۹۱/۰۵/۱۴

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۱، دوره‌ی ۳ (۲): ۱۰۰-۱۰۹

دکتر حسین کاووسی^۱
دکتر منصور رضایی^۲
دانیال عیسی پور^۳
دکتر سیدرضا سیدمحمد دولابی^۳

۱. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:
دکتر حسین کاووسی

کرمانشاه، بلوار گلستان، درمانگاه پوست
حاج دایی، پست الکترونیک:
hkavoussi@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

انسان می‌باشد^{۱۹۴}.

با توجه به این که متاستاز ناشی از این بدخیمی بسیار نادر است لذا مرگ به‌علت این بدخیمی بسیار پایین است ولی این سرطان با گذشت زمان منجر به تخریب موضعی و هم‌چنین مشکلات زیبایی در مبتلایان می‌گردد^۱.

ناتوانی و مشکلات زیبایی ناشی از آن و هم‌چنین هزینه‌های بالای این بیماری به ویژه نوع طول کشیده‌ی آن باعث می‌شود که در اکثر جوامع این سرطان یک

مقدمه

سرطان پوستی غیرملانومی شامل کارسینوم سلول بازال یا Basal Cell Carcinoma و کارسینوم سلول سنگ‌فرشی شایع‌ترین بدخیمی در انسان در آمریکا و اکثر نقاط دنیا است و شیوع آن در سال‌های اخیر به‌طور قابل توجهی در حال افزایش می‌باشد^{۱-۳}. کارسینوم سلول بازال، نوع شایع سرطان پوستی غیر ملانومی یا به‌عبارتی شایع‌ترین نوع بدخیمی پوست در

و خصوصیات بیماران کارسینوم سلول بازال در درمانگاه تخصصی پوست حاج دایی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ انجام گردید.

روش اجرا

این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی در درمانگاه تخصصی پوست حاج دایی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه طی ۱۲ ماه در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. بیمارانی که کارسینوم سلول بازال آن‌ها از طریق بررسی آسیب‌شناسی تأیید گردید، وارد مطالعه شدند. برای افزایش دقت تشخیص، نمونه‌های بافتی به درمانگاه تخصصی دانشگاه ارسال و توسط متخصص آسیب‌شناسی پوست مرکز مورد بررسی قرار گرفت. این بررسی در مجموع بر روی ۱۱۹ بیمار با تعداد کلی ۱۷۱ ضایعه‌ی کارسینوم سلول بازال انجام شد.

علاوه‌بر اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از بیماران، اطلاعات بیماران به‌طور محرمانه جمع‌آوری و نگهداری شد. پروتکل این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مورد تأیید قرار گرفت.

مشخصات عمومی بیماران مانند سن، جنس، شغل، محل زندگی، نوع پوست، سابقه‌ی شخصی و فامیلی سرطان پوست و رادیوتراپی و هم‌چنین ویژگی‌های اختصاصی کارسینوم سلول بازال مانند تعداد، محل، اندازه، نوع بالینی و آسیب‌شناختی در پرونده‌ی بیماران ثبت شد. در برخی موارد بیوپسی بیشتری برای تأیید ضایعات پوستی مهم همراه گردید. آنالیز آماری اطلاعات با استفاده از نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) انجام شد. برای مقایسه‌ی متغیرهای کمی بین اشکال بالینی مثل سن و طول مدت بیماری از آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. برای بقیه‌ی متغیرهای کیفی مثل جنس، نوع پوست و غیره از آزمون مربع کای استفاده شد.

مشکل بهداشت عمومی اساسی باشد.^۵

بعضی از ویژگی‌های بالینی این سرطان همانند نوع بالینی، تعداد، محل و اندازه‌ی ضایعات، سن، بیمار وابسته به خصوصیات و رفتارهای میزبان یا عوامل محیطی است^{۱۲-۱۴}. بنابراین بسیاری از جنبه‌های بالینی این بدخیمی تحت تأثیر عوامل میزبان و محیط می‌باشد.^{۱۳}

آشنایی با خصوصیات بالینی و بسیاری از ویژگی‌های این بدخیمی نه‌تنها در تشخیص صحیح و به‌موقع، هم‌چنین در درمان مناسب آن بسیار سودمند است.^۶

مطالعات همه‌گیرشناسی می‌تواند در شناسایی خصوصیات رفتاری و فنوتیپیکال گروه‌های پرخطر کمک‌کننده باشد و منجر به اقدامات بهداشتی جهت پیش‌گیری به موقع در افراد جامعه شود.^۲

در ایران تعدادی مطالعه‌ی گذشته‌نگر در ارتباط با کارسینوم سلول بازال با مراجعه‌ی محققین به پرونده‌ی بیماران در سرویس آسیب‌شناسی انجام گرفته است که با توجه به اطلاعات موجود، تنها متغیرهای بسیار محدودی از بیماران مورد بررسی قرار گرفته است^{۱۴-۱۶}.

با توجه به شیوع بالای این تومور از یک سو و عدم دسترسی آسان بخش عمده‌ای از جامعه به امکانات تخصصی پوست، این مطالعه می‌تواند در شناخت بیشتر کارشناسان بهداشتی، پزشکان عمومی و متخصصین رشته‌های دیگر کمک‌کننده باشد.

از آنجایی که خصوصیات بالینی کارسینوم سلول بازال ممکن است در هر منطقه‌ی جغرافیایی و هم‌چنین با گذشت زمان تغییر نماید، لذا شناسایی خصوصیات بالینی، آسیب‌شناختی و هم‌چنین عوامل خطر مهم دخیل در این بدخیمی می‌تواند در پیش‌گیری، تشخیص سریع بیماری، درمان مناسب و کاهش هزینه‌ی آن کمک‌کننده باشد.

این مطالعه جهت یافتن بعضی از ویژگی‌های بالینی

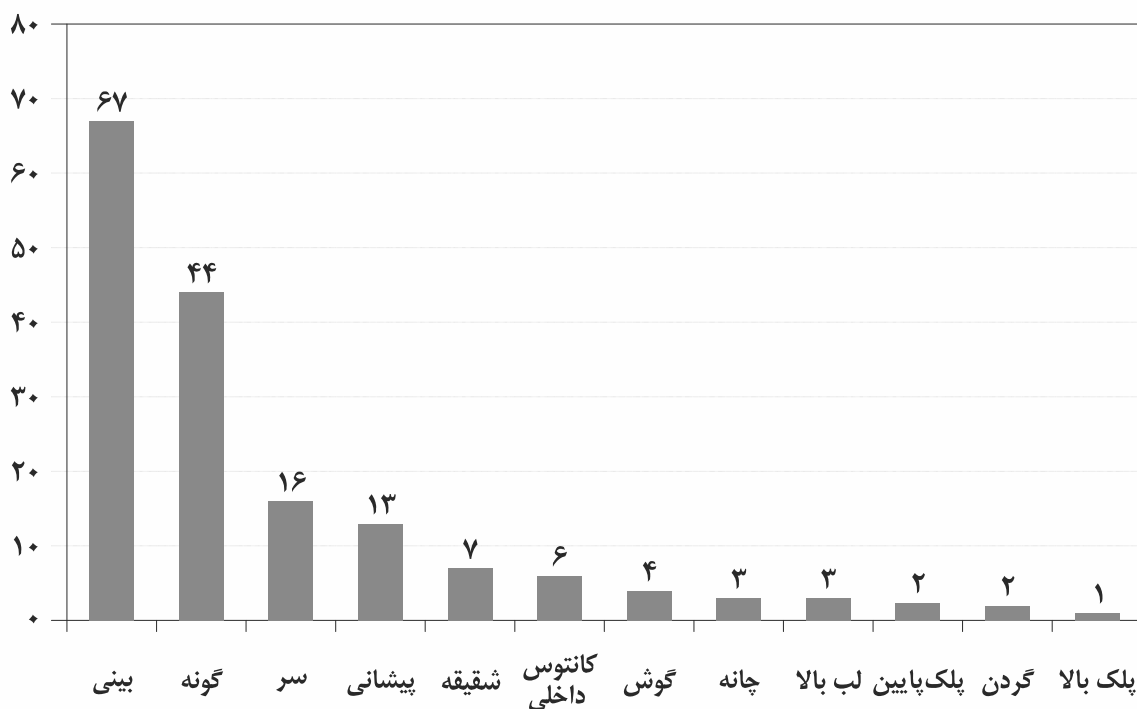
یافته‌ها

از ۱۱۹ بیمار مبتلا به کارسینوم سلول بازال پوست، ۶۲ نفر (۵۲/۱٪) مرد و ۵۷ نفر (۴۷/۹٪) زن بودند. دامنه‌ی سنی آن‌ها ۳۰-۹۷ سال و دارای میانگین سنی 65.34 ± 14.99 سال بود. بیشترین فراوانی در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال شامل ۳۱ (۲۶/۱٪) بیمار بود. در این مطالعه ۴۱ (۳۴/۵٪)، ۳۵ (۲۹/۴٪) و ۴۳ (۳۶/۱٪) نفر از بیماران به ترتیب در شهر، روستا و هر دو زندگی می‌کردند. از نظر شغلی ۸۹ (۷۴/۸٪) نفر در نواحی روباز و ۳۰ (۲۵/۲٪) نفر در نواحی بدون تماس با نور آفتاب فعالیت داشتند. سابقه‌ی شخصی، خانوادگی و رادیوتراپی به ترتیب در ۱۸ (۱۵/۱٪)، ۲ (۱/۷٪) و ۵ (۴/۲٪) نفر از بیماران وجود داشت. از نظر نوع پوست ۹۰ (۷۵/۶٪) نفر دارای پوست قهوه‌ای متوسط و ۲۹ (۲۴/۴٪) نفر دارای پوست روشن بودند. زمان شروع بیماری دارای دامنه‌ای بین ۱-۲۱ سال با میانگین 3.11 ± 2.14 سال بود.

از ۱۷۱ مورد ضایعه، دامنه‌ی قطر ضایعات ۱۰۰-۴ میلی‌متر و میانگین آن‌ها 10.54 ± 12.87 میلی‌متر بود. ۸۶ (۷۳/۵٪) بیمار دارای یک ضایعه‌ی کارسینوم سلول بازال و بقیه بین ۲ تا ۵ ضایعه داشتند. ضایعات در ۱۵۰ (۸۷/۷٪)، ۱۶ (۹/۴٪)، ۳ (۱/۸٪) و ۲ (۱/۲٪) مورد به ترتیب در صورت، پوست سر، گردن و تنه مشاهده گردید. در صورت بیشترین تعداد ضایعه شامل ۶۷ (۴۴/۷٪) مورد در بینی مشاهده گردید (نمودار ۱).

گزرودرماپیگمانتوزا در ۱ (۰/۸٪) و آلبینیسم در ۱ (۰/۸٪) بیمار به‌عنوان زمینه‌ی ژنتیکی وجود داشت. شایع‌ترین ضایعه‌ی پوستی همراه آکتینیک کراتوزیس در ۶۰ (۵۰/۴٪) بیمار، و مهم‌ترین ضایعه‌ی پوستی همراه سرطان سلول سنگفرشی در ۲ (۱/۷٪) بیمار مشاهده گردید (جدول ۱).

نوع ندولر به‌عنوان شایع‌ترین شکل بالینی در ۱۵۸ (۹۲/۴٪)، مورفه‌آ مانند در ۸ (۴/۷٪)، سطحی در ۵ (۲/۹٪) و هم‌چنین ساب‌واریانت رنگدانه‌دار در ۵۷



نمودار ۱: توزیع فراوانی محل ضایعات بیماران مبتلا به کارسینوم سلول بازال در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۸.

موارد به عنوان موارد متفرقه در نظر گرفته شدند. در مردان نسبت به زنان، نوع بالینی رنگدانه‌دار کارسینوم سلول بازال شایع‌تر بود (۴۰ به ۱۶) و اختلاف آماری معنی‌داری یافت گردید ($P=0.004$). در افرادی که تحت رادیوتراپی قرار گرفتند همگی فرم بالینی رنگدانه‌دار را نشان دادند و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید ($P=0.001$). هم‌چنین نوع بالینی رنگدانه‌دار در بیماران با پوست قهوه‌ای متوسط نسبت به پوست روشن شایع‌تر بوده (۵۴ به ۲) و اختلاف معنی‌دار آماری نشان داد ($P=0.001$). رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین سن، محل و تعداد ضایعه، شغل، ضایعات پوستی همراه و محل زندگی با اشکال بالینی مشاهده نگردید (جدول ۳).

بحث

در مطالعه‌ی کنونی که در طی یک سال در شهر کرمانشاه در ۱۱۹ بیمار با کارسینوم سلول بازال انجام شد، بیماری در مردان نسبت به زنان مختصری شایع‌تر بود (۴۷٫۹٪ و ۵۲٫۱٪). گرچه در اکثر مطالعات در نقاط مختلف دنیا مردان به‌طور قابل توجهی نسبت به زنان بیشتر به این بدخیمی مبتلا می‌گردند^{۱۷-۲۰}. در مطالعاتی که در مشهد^{۲۱} و همدان^{۲۲} انجام گرفت کارسینوم سلول بازال به ترتیب ۴ و ۱/۸ برابر در مردان شایع‌تر بود. علت عدم برتری جنسی واضح در این منطقه را می‌توان توجه بیشتر زنان به مشکلات پوستی و مراجعه‌ی به موقع به مراکز درمانی و نیز اشتغال بسیاری از زنان این منطقه به کشاورزی و در نتیجه تماس طولانی‌مدت و بدون محافظت با نور آفتاب دانست.

کارسینوم سلول بازال عموماً به شکل تک ضایعه و در افراد میان‌سال و مسن مشاهده می‌شود^{۲۳-۲۵}. هم‌چنین در مطالعه‌ی ما میانگین سنی ۶۴ سال بوده و ۸۶ (۷۳٫۵٪) مورد با یک ضایعه مراجعه نمودند که توجیه آن افزایش افراد سالمند جامعه، نوع پوست

جدول ۱: توزیع فراوانی ضایعات پوستی همراه در بیماران مبتلا به کارسینوم سلول بازال در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۸.

ضایعات پوستی همراه	تعداد / درصد
کراتوزیس آکتینیک	۶۰ (۵۰٫۴٪)
کراتوزیس سبورئیک	۸ (۶٫۷٪)
کارسینوم سلول سنگفرشی	۲ (۱٫۷٪)
بیماری بوون	۱ (۰٫۸٪)
کومدون پیری	۱ (۰٫۸٪)
بدون ضایعه	۴۷ (۳۹٫۵٪)
تعداد کل	۱۱۹ (۱۰۰٪)

(۳۳٫۳٪) ضایعه یافت گردید (جدول ۲). انواع کارسینوم بازال نیز در جدول ۲ نشان داده شده است. میانگین سنی ($P=0.128$) و زمان شروع بیماری ($P=0.827$) تفاوت معنی‌داری را در شکل‌های بالینی مختلف نشان نداد.

جهت بررسی ارتباط شکل بالینی و سایر متغیرها، به‌علت موارد کم‌اشکال مورفه‌آ مانند و سطحی، این

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع بالینی و آسیب شناختی بیماران مبتلا به کارسینوم سلول بازال در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۸.

نوع	متغیر	تعداد / درصد
بالینی	ندولر	۱۵۸ (۹۲٫۴٪)
	مورفه‌آ مانند	۸ (۴٫۷٪)
	سطحی	۵ (۲٫۹٪)
	تعداد کل	۱۷۱ (۱۰۰٪)
آسیب‌شناختی	ندولر	۱۳۱ (۷۶٫۶٪)
	میکروسیستیک	۱۱ (۶٫۴٪)
	مورفه‌آ مانند	۸ (۴٫۷٪)
	اینفیلتراتیو	۵ (۲٫۹٪)
	سطحی	۵ (۲٫۹٪)
	متاتیپیکال	۲ (۱٫۲٪)
	میکروندولر	۱ (۰٫۶٪)
	تعداد کل	۱۷۱ (۱۰۰٪)

جدول ۳: توزیع فراوانی شکل بالینی ضایعات کارسینوم سلول بازال برحسب برخی متغیرها.

P	شکل بالینی					متغیرها
	تعداد کل	مورفه‌آ مانند	سطحی	رنگدانه دار	ندولر فاقد رنگدانه	
۰/۰۰۴	۹۶ (٪۱۰۰)	۷ (٪۰/۳)	۲ (٪۰/۱)	۴۱ (٪۴۲/۷)	۴۶ (٪۴۷/۹)	مرد
	۷۵ (٪۱۰۰)	۱ (٪۰/۷)	۳ (٪۴/۰)	۱۶ (٪۲۱/۳)	۵۵ (٪۷۳/۳)	زن
	۱۷۱ (٪۱۰۰)	۸ (٪۴/۷)	۵ (٪۲/۹)	۵۷ (٪۳۲/۷)	۱۰۱ (٪۵۹/۱)	تعداد کل
>۰/۰۰۵	۱۳ (٪۱۰۰)	۱ (٪۰/۷)	۰ (٪۰)	۶ (٪۴۶/۲)	۶ (٪۴۶/۲)	پیشانی
	۶۷ (٪۱۰۰)	۶ (٪۹/۰)	۳ (٪۴/۵)	۱۹ (٪۲۸/۳)	۳۹ (٪۵۸/۲)	بینی
	۱ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱۰۰)	پلک بالا
	۲ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱۰۰)	پلک پایین
	۶ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۴ (٪۶۶/۷)	۲ (٪۲۳/۳)	کانتوس داخلی
	۴۴ (٪۱۰۰)	۱ (٪۰/۳)	۲ (٪۴/۵)	۱۱ (٪۲۵/۰)	۳۰ (٪۶۸/۲)	گونه
	۷ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۴ (٪۵۷/۱)	۳ (٪۴۲/۹)	شقیقه
	۳ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۳ (٪۱۰۰)	چانه
	۳ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۳ (٪۱۰۰)	لب بالا
	۴ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۲۵/۰)	۳ (٪۷۵/۰)	گوش
=۰/۰۰۱	۱۵۰ (٪۱۰۰)	۸ (٪۵/۳)	۵ (٪۳/۳)	۴۵ (٪۳۰/۰)	۹۲ (٪۶۱/۳)	تعداد کل
	۳۸ (٪۱۰۰)	۳ (٪۷/۹)	۱ (٪۲/۶)	۲ (٪۵/۳)	۳۲ (٪۸۴/۲)	قهوه‌ای روشن
	۱۳۳ (٪۱۰۰)	۵ (٪۳/۸)	۴ (٪۳/۰)	۵۴ (٪۴۰/۶)	۷۰ (٪۵۲/۶)	قهوه‌ای متوسط
≤۰/۰۰۱	۱۷۰ (٪۱۰۰)	۸ (٪۴/۷)	۵ (٪۲/۹)	۵۶ (٪۳۲/۹)	۱۰۲ (٪۵۹/۴)	تعداد کل
	۱۸ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱۸ (٪۱۰۰)	۰ (٪۰)	مثبت
	۱۵۳ (٪۱۰۰)	۸ (٪۵/۲)	۵ (٪۳/۴)	۳۸ (٪۲۴/۴)	۱۰۲ (٪۶۶/۷)	منفی
	۱۷۱ (٪۱۰۰)	۸ (٪۴/۷)	۵ (٪۲/۹)	۵۶ (٪۳۲/۷)	۱۰۲ (٪۵۹/۶)	تعداد کل

ذکر نمودند. این یافته احتمالاً مرتبط با عدم وجود زمینه‌ی ژنتیک در خانواده‌ها دانست. از طرفی اطلاعات مربوط به سابقه‌ی فامیلی، از بیمار یا همراهان اخذ می‌گردد و ممکن است نامعتبر و در نتایج تأثیرگذار باشد. پس بنابراین احتمالاً سابقه‌ی قبلی کارسینوم سلول بازال در فرد نسبت به سابقه‌ی خانوادگی، عامل مهم‌تری در ایجاد کارسینوم سلول بازال در آینده‌ی در افراد ساکن این منطقه است.

تماس مزمن با دوز کم تا متوسط اشعه‌ی یونیزان به عنوان عاملی در ایجاد کارسینوم سلول بازال مطرح می‌باشد. میزان خطر مرتبط با خصوصیات رنگدانه‌ی پوست است.^{۳۰} در مطالعه‌ی از تهران بین ۹/۴۷٪ تا ۱۳/۳۵٪ موارد کارسینوم سلول بازال سابقه‌ی قبلی

ساکنان این منطقه، تأثیر مهم عوامل محیطی به ویژه نور آفتاب و هم‌چنین مراجعه‌ی دیررس بیماران است. بیماران که دارای سابقه‌ی قبلی سرطان پوستی هستند در معرض خطر ایجاد سرطان پوستی در آینده می‌باشند.^{۲۶} مطابق مطالعه‌ی ما سابقه‌ی قبلی کارسینوم سلول بازال در ۱۸ (٪۱۵/۱) بیمار مشاهده گردید. بنابراین بیماران با کارسینوم سلول بازال به ویژه در وجود ضایعات متعدد می‌بایست جهت یافتن ضایعه‌ی جدید تحت پیگیری قرار گیرند. در بعضی مطالعات نقش سابقه‌ی خانوادگی در ایجاد کارسینوم سلول بازال ناچیز^{۲۷} ولی در مطالعات دیگری این نقش مهم^{۲۸} و^{۲۹} مطرح گردیده است. در مطالعه‌ی ما نیز فقط ۲ (٪۱/۷) بیمار دارای سابقه‌ی خانوادگی مثبت را

(۹۸/۸٪) در ناحیه‌ی سر و گردن مشاهده گردید. هم‌چنین در صورت ۶۷ (۴۴/۷٪) مورد، بینی شایع‌ترین محل درگیری بود. توجه یافته‌های ما، وضعیت پوشش و نوع پوست مردم این ناحیه و نیز اثرات مضر اشعه‌ی ماوراءبنفش می‌باشد.

شایع‌ترین شکل بالینی کارسینوم سلول بازال نوع ندولر می‌باشد. هم‌چنین نوع سطحی نیز حدود ۱۵٪ موارد را شامل می‌شود که نوع اخیر عمدتاً تنه را مبتلا می‌نماید^{۱،۶،۸}.

نوع رنگدانه‌دار کارسینوم سلول بازال نوع غیرشایع بوده که حدود ۶٪ موارد را تشکیل می‌دهد و عمدتاً در افراد تیره‌پوست مانند نژاد لاتین، اسپانیایی، آسیایی و هندوستان مشاهده می‌شود^{۳۷،۶}.

نوع مورفه‌آ مانند کارسینوم سلول بازال ناشایع بوده و ۶-۲٪ را شامل می‌شود که تقریباً به‌طور کامل در صورت مشاهده می‌شود^{۱،۶}.

در مطالعه‌ای از تهران بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶ روی بیماران کارسینوم سلول بازال، نوع رنگدانه‌دار ۱۴/۱٪ موارد را تشکیل داده بود^{۳۱}.

در بررسی ما نوع ندولر ۱۵۸ (۹۲/۴٪) و ساب‌تایپ رنگدانه‌ای ۵۷ (۳۳/۳٪) مورد بود که اشکال شایع را تشکیل داده‌اند اما انواع سطحی و مورفه‌آ یک ناشایع بودند. هم‌چنین نوع رنگدانه‌دار در مردان نسبت به زنان و نیز در پوست قهوه‌ای متوسط شایع‌تر و دارای اختلاف معنی‌دار بود. علت این یافته‌ها می‌تواند در ارتباط با پوست آسیب‌دیده‌ی ناشی از آفتاب در مردان و پوست قهوه‌ای متوسط اکثریت مردم این منطقه باشد.

در مطالعات قبلی شایع‌ترین نوع آسیب‌شناختی کارسینوم سلول بازال نوع ندولر بوده است^{۳۱،۳۸}. چنان‌چه در بررسی ما نیز، نوع ندولر به‌عنوان شایع‌ترین فرم، ۱۳۱ (۷۶/۶٪) مورد را شامل گردید. ولی اشکال پرخطر از نظر آسیب‌شناختی مانند نوع اینفیلتراتیو، مورفیک، متاتیپیکال و میکروندولر در مجموع ۱۶ (۹/۳٪) مرد را تشکیل دادند. شناخت نوع آسیب‌شناختی در

رادیوتراپی را داشتند^{۳۱}. ۴/۲٪ بیماران سابقه‌ی قبلی رادیوتراپی را ذکر نمودند و همگی نوع بالینی رنگدانه‌ای کارسینوم سلول بازال را نشان دادند و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید. لذا در افرادی که تحت رادیوتراپی قرار می‌گیرند بایستی در یک دوره‌ی طولانی‌مدت برای ایجاد کارسینوم سلول بازال تحت پیگیری قرار گیرند. هم‌چنین بیماران با ضایعات متعدد کارسینوم سلول بازال به ویژه نوع رنگدانه‌دار از نظر سابقه‌ی قبلی رادیوتراپی مورد بررسی قرار گیرند.

گرچه پوست روشن و وجود فرکل فرد را مستعد سرطان پوست می‌نماید^{۳۳،۳۲،۲۷،۱۳}. ولی در مطالعه‌ی اخیر عمده‌ی بیماران یعنی ۹۰ (۷۵/۶٪) مورد دارای پوست قهوه‌ای متوسط بودند که توجه آن این است که اغلب ساکنان این منطقه دارای پوست قهوه‌ای متوسط می‌باشند^۱.

در بسیاری از مطالعات اشتغال کاری در محیط روباز فرد را مستعد سرطان پوستی می‌نماید^{۳۵،۳۴} اما هاکنسون^{۱۲} در مطالعه‌ای از سوئد نشان داد که کار در محیط روباز خطر ایجاد سرطان پوست را افزایش نمی‌دهد. در مطالعه‌ی ما ۸۹ (۷۴/۸٪) بیمار شاغل در محیط روباز بودند که نمایانگر اشتغال و فعالیت در محیط‌های روباز به‌عنوان یک عامل خطر در ایجاد کارسینوم سلول بازال در ساکنان این منطقه می‌باشد.

مطالعه‌ای از ایرلند^{۳۶} نشان داد که شیوع کارسینوم سلول بازال وابسته به محل جغرافیایی است، در حالی که در مطالعه‌ای از ترکیه^۸ شیوع این سرطان در روستایان کشاورز بالا بود. در مطالعه‌ی ما شیوع بیماری در مناطق شهری و روستایی تفاوت قابل توجهی نشان نداد. بنابراین عوامل خطر در نواحی شهری و روستایی یکسان است.

سرطان سلول بازال معمولاً در ناحیه‌ی سر و گردن و اغلب تمایل به درگیری ناحیه‌ی میانی فوقانی صورت دارد^{۱،۷،۸}. هم‌چنین در مطالعه‌ی ما تقریباً تمام موارد

این بررسی نشان داد که در این منطقه کارسینوم سلول بازال عمدتاً از نظر بالینی و پاتولوژیک نوع ندولر می‌باشد که در افراد مسن، مشاغل در معرض آفتاب و همراهی با کراتوز آکتینیک مشاهده می‌گردد. اما شیوع بالای نوع رنگدانه‌دار احتمالاً مرتبط با نوع پوست و تماس مزمن و بدون محافظت از آفتاب می‌باشد. برنامه‌های آموزشی و غربالگری جهت مراجعه به موقع، تشخیص زودرس و درمان مقتضی افراد پرخطر جهت کاهش هزینه و مشکلات زیبایی توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه‌ی دانشجویی آقای دکتر دانیال عیسی‌پور استخراج شد که از ایشان و آقای دکتر مظاهر رضانی - متخصص آسیب‌شناسی پوست گروه آسیب‌شناسی - تشکر می‌گردد.

ارائه‌ی درمان مناسب و پیش‌آگهی بسیار مهم می‌باشد. در مطالعه‌ی ما کراتوز آکتینیک شایع‌ترین ضایعه‌ی پوستی همراه کارسینوم سلول بازال بود که مطابق با مطالعات قبلی بوده است^{۳۹،۴۰}. این ضایعه‌ی پوستی در اثر تماس طولانی‌مدت نور آفتاب است درحالی‌که سوختگی‌های دوران کودکی تماس تفریحی ناشی از آفتاب نقش مهمی در ایجاد کارسینوم سلول بازال دارد. لذا وجود کراتوز آکتینیک می‌تواند نشانگر احتمالی ایجاد کارسینوم سلول بازال در آینده باشد. سندرم‌ها و زمینه‌ی ژنتیکی فرد را مستعد ایجاد کارسینوم سلول بازال متعدد به‌ویژه در سنین پایین می‌نماید^{۲۷،۴۱}. در مطالعه‌ی ما یک بیمار گزردورما پیگمنتوزا و یکی دیگر به آلبینیسم مبتلا بود، لذا در این منطقه زمینه‌ی سندرم‌های ژنتیکی فاکتور خطر مهمی نیست.

References

1. Quinn AG, Perkins W. Non-melanoma skin cancers and other epidermal skin tumor. In: Burns T, Breathnach S, and Cox N, Griffiths C (editors). Rook's textbook of dermatology. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010; 36.1-24.
2. Katz MH. Non-melanoma skin cancer. Md Med J, 1997; 46: 239-42.
3. Eide MJ, Krajenta R, Johnson D, et al. Identification of patients with nonmelanoma skin cancer using health maintenance organization claims data. Am J Epid 2009; 171: 123-8.
4. Lipozencic J, Celic D, Strand M, et al. Skin cancers in Croatia, 2003-2005: Epidemiologic study. Coll Antropol 2010; 34: 865-9.
5. Almahroos M, Kurban AK. Ultra-violet carcinogenesis in non-melanoma skin cancer: Incidence in relation to geographic location and in migrant population. Skin Med 2004; 3: 29-35.
6. James ED, Berger TG, Elston DM. Andrew's diseases of the skin. Clinical dermatology. 10th ed. Philadelphia: Saunders & Elsevier, 2006; 633-84.
7. Czarnecki D, O'Brien T, Meehan CJ. Non-melanoma skin cancer: Number of cancers and their distribution in outpatients. Int J Dermatol, 1994; 33: 416-7.
8. Ceylan C, Oztürk G, Alper S. Non-melanoma skin cancers between the years of 1990 and 1999 in Izmir, Turkey: Demographic and clinicopathological characteristics. J Dermatol 2003; 30: 123-31.
9. Panda S. Nonmelanoma skin cancer in India: Current scenario. Indian J Dermatol, 2010; 55: 373-8.
10. Brewster DH, Bhatti LA, Inglis JH, et al. Recent trends in incidence of nonmelanoma skin

- cancer in EAST OF Scotland, 1992-2003. *Br J Dermatol* 2007; 156: 1295-300.
11. Chuang TY, Reiznger GT, Elpern DJ, et al. Non-melanoma skin cancer in Japanese ethnic Hawaiians in Kauai, Hawaii: An incidence report. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 422-6.
 12. HåKansson N, Floderus B, Gustavsson P, et al. Occupational sunlight exposure and cancer incidence among Swedish construction workers. *Epidemiology* 2001; 12: 552-7.
 13. Strom SS, Yamamura Y. Epidemiology of no-melanoma skin cancer. *Clin Plast Surg* 1997; 24: 627-36.
 14. Mapar MA, Baktiari Nia P, Zia F. [Basal cell carcinoma in patients referred to Imam Khomeini Hospital in Ahwaz in 1366-76]. *Iran J Dermatol* 2000; 3: 23-8. [Persian]
 15. Zamanian A, Pilevar M, Monsefi AR. [Anatomic location of basal cell carcinoma in relation to histological subtype: Analysis of 189 cases in Hamedan Sina Hospital during 1997-99]. *Iran J Dermatol* 2004; 3: 140-4. [Persian]
 16. Yaghoobi R, Afshin Afshoon A, et al. [Study of basal cell carcinoma and uncommon sites of the body in the Imam Khomeini Hospital of Ahwaz (1992-2005)]. *Scientific J Hamedan University Med Sciences Health Services*, 2007; 14: 36-9. [Persian]
 17. Wallberg P, Skog E. The increasing incidence of basal cell carcinoma. *B J Dermatol* 1994; 131: 914-5.
 18. Raasch BA, Buettner PG. Multiple non-melanoma skin cancer in an exposed Australian population. *J Dermatol* 2002; 41: 625-8.
 19. Markes R, Staples M, Giles GG. Trends in non-melanoma skin cancer treated in Australia: The second national survey. *Int J Cancer* 1993; 35: 585-90.
 20. Miller DL, Wienstock MA. Non-melanoma skin cancer in the united state: Incidence. *J Am Acad Dermatol*, 1994; 20: 774-8.
 21. Amouzgar MH, Yazdanpanah MJ, Ebrahimirad M. [Frequency of different skin cancer in qaem hospital of Mashhad, from 1975-1995: A cross-sectional study]. *Iran J Dermatol* 2006; 19: 28-34 [Persian].
 22. Yazdanfar A, Ghasemi E. [Frequency of skin cancers in Hamedan from 1991 to 2007]. *Dermatology and Cosmetic*, 2011; 123-30. [Persian]
 23. Lipozencić J, Jurakić-Tončić R, Rados J, et al. Epidemiology of non-melanoma and melanoma skin cancer in Zagreb, Croatia. *Acta Dermatovenerol Croat* 2008; 16: 193-203.
 24. Holme SA, Malinovszky K, Roberts DL. Changing trends in non-melanoma skin cancer in South Wales, 1988-98. *Br J Dermatol* 2000; 143: 1224.
 25. Gallagher RP, Ma B, Mclean DI, et al. Trend in basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and melanoma of the skin from 1973 through 1987. *J Am Acad Dermatol* 1999; 23: 413.
 26. Czarnecki D, Sutton T, Czarnecki C, et al. A 10 year prospective study of patients with skin cancer. *J Cutan Med Surg* 2002; 6: 427-9.
 27. Milán T, Verkasalo PK, Kapiro J, et al. Malignant skin cancers in the Finish Twin cohort: A population-based study, 1976-97. *Br J Dermatol* 2002; 147: 509-12.
 28. Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and etiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2007; 157: 47-51.
 29. Lear W, Dahlke E, Murray CA. Basal cell carcinoma: review of epidemiology, pathogenesis, and associated risk factors. *J Cutan Med Surg* 2007; 11: 19-30.

30. Yoshinaga S, Hauptmann M, Sigurdson AJ, et al. Nonmelanoma skin cancer in relation to ionizing exposure among U.S radiologic technology. *Int J Cancer* 2005; 115: 828-34.
31. Mirshams Shahshahani M, Esmaily N, Kamyab K, et al. [An epidemiologic study of basal cell carcinoma and its risk factors in patients referred to razi hospital tumor clinic in autumn 2005-2006]. *Iran J Dermatol* 2008; 11: 73-5. [Persian]
32. Jackson BA. Non-melanoma skin cancer in persons of color. *Semin Cutan Med Surg* 2009; 28: 93-5.
33. Vitaliano PP, Urbach F. The relative importance of risk factors in non-melanoma carcinoma. *Arch Dermatol* 1980; 116: 454-6.
34. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and non-melanoma skin cancer: The role of sunlight. *Dv Exp Med Biol* 2008; 624: 89-103.
35. Mahmoud SF, Azadeh B. Basal cell carcinoma in Qatar. *Int J Dermatol* 1996; 35: 704-6.
36. Carsin AE, Sharp L, Comber H. Geographical, urban/rural and socioeconomic variation in non-melanoma skin cancer incidence: A population-based study in Ireland. *Br J Dermatol* 2011; 164: 822-9.
37. Bigler C, Feldman J, Hall E, Padilla RS. Pigmented basal cell carcinoma in Hispanics. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 751.
38. N. Kirkham, Tumors and Cysts of the Epidermis, In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson Jr BL, et al (editors). "Lever's histopathology of the Skin". 10th ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 791-850.
39. Vitasa BC, Taylor HR, Strickland PT, et al. Association of non-melanoma skin cancer and actinic keratosis with cumulative solar ultraviolet exposure in Maryland waterman. *Cancer* 1990; 65: 2811-7.
40. Corona R, Daglio E D, Erico M, et al. Risk factor for basal cell carcinoma in Mediterranean population: Role of recreational sun exposure early in life. *Arch Dermatol* 1999; 40: 141.
41. Brewster AM, Alberg AJ, Strickland PT, et al. XPD polymorphism and risk of subsequent cancer in individual with nonmelanoma skin cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13: 1271-5.

Clinical types and characteristics of basal cell carcinoma in Kermanshah province in 2009

Hossein Kavoussi, MD¹
Mansour Rezaei, PhD²
Danyal Isapour³
Seyyed Reza Seyyed Mohammad
Doulabi, MD³

1. Department of Dermatology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
2. Department of Biostatistics, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
3. Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Background and Aim: Basal cell carcinoma (BCC) is the most common type of malignancy that rarely causes death but results in cosmetic problems and is associated with high treatment cost. Clinical characteristics of this cancer are related to the host and environmental factors. These factors are specific for each area and may change over the time. The aim of this study was to find clinical characteristics of BCC in Kermanshah city.

Methods: This cross-sectional study was done on 119 histopathologically documented BCC cases in Haj Dayi skin clinic in Kermanshah in 2009. Demographic data of patients and characteristics of the lesions including their number, location, size and clinical type were recorded. Data were analyzed using ANOVA and chi squared tests.

Results: The patients had a total number of 171 BCC lesions. Nodular type encompassed 158 (92.4%) lesions and was the most common clinical form. Pigmented subtype included one third of lesions and was significantly more common in male patients with moderate brown skin and following radiotherapy ($P<0.05$). The nose was the most common area of involvement and actinic keratosis was the most common associated skin lesion.

Conclusion: In this study, the most common clinical and pathological type of BCC was nodular type. It was observed in old patients, those with outdoor jobs and was associated with actinic keratosis. Educational and screening programs for prevention, early detection and diagnosis, and appropriate treatment for high-risk individuals are suggested.

Keywords: skin cancer, basal cell carcinoma, clinical characteristics

Received: Apr 25, 2012

Accepted: Aug 4, 2012

Dermatology and Cosmetic 2012; 3 (2): 100-109

Corresponding Author:

Hossein Kavoussi, Phd

Haji Daei Dermatology Clinic, Golestan
Blvd, Kermanshah, Iran.
Email: hkavoussi@gmail.com

Conflict of interest: None to declare