بررسی فراوانی ملانوم بدخیم سر و گردن در دوره ۱۱ ساله در یک جمعیت ایرانی

دکترنفیسه شاملو[۱] ، دکتر یاسر صافی [۲#]، دکتر علیرضا قنادان[۳] ،دکتر شراره پوریان[۴]

۱- استادیار بخش آسیب شناسی دهان ، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- استادیار بخش رادیولوژی دهان ، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- استادیار بخش آسیب شناسی انستیتو کانسر امام خمینی ، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران

۴-دندانپزشک

خلاصه:

سابقه و هدف: ملانومایک نئوپلاسم بدخیم بامنشاء ملانوسیتیک وسومین سرطان شایع پوست می‌باشد. ملانوم مخاط دهان کمتر از ۱ درصد همه ملانوماها را شامل می‌شود. اتیولوژی مشخصی برای ضایعات مخاطی دهان معین نشده است و ملانوم مخاطی نسبت به همتای جلدی خود بسیار مهاجم تر است. به دلیل افزایش درفراوانی ملانوم درسالهای اخیروهمچنین فقدان اطلاعات کافی درخصوص آن لذا بر آن شدیم تا میزان فراوانی ملانوم سروگردن را در یک دوره ۱۱ ساله در جمعیت ایرانی بررسی کنیم.

مواد و روش ها: این مطالعه با بررسی اطلاعات موجوددر پرونده‌های پاتولوژی بیماران مراجعه کننده به ۵ مرکز مهم ارجاع این ضایعات، شامل بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی شهیدبهشتی، بیمارستانهای شهدا، لقمان حکیم، طالقانی و انستیتوکانسرامام خمینی انجام شد. در این مطالعه متغیرهای جنس،سن، محل ضایعه،عود،متاستاز، نمای اولیه ضایعه و محل سکونت بیمار بررسی شدند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از آزمون آماری chi-square استفاده گردید.

یافته ها: ازمیان ۱۹۱۶۷۹ پرونده ،۲۶۲ مورد یعنی ۰/۱۴ درصد با تشخیص ملانوم سروگردن گزارش گردید که میانگین سنی ابتلا ۱۱/۰۱±۵۰ سال بود.۴۰درصد افراد مبتلا زن و۶۰ درصد مرد بودند. بیشترین نمای بالینی تغییر رنگ به میزان ۴۶/۹ درصد وبعد از آن زخم به میزان ۱۸/۶ درصد بود. در مجموع در ۲۴/۸ درصد موارد متاستاز دیده شد. همچنین شایعترین محل ایجاد ضایعه در گردن و گونه و شایعترین ناحیه ابتلا در داخل دهان،کام گزارش گردید.

نتیجه گیری: فراوانی ملانوم سر وگردن در جمعیت مورد مطالعه ۲۷/۴ درصد کل ملانوما بود که بیشترین محل وقوع آن گردن و کمترین چانه گزارش شد. شایعترین محل وقوع ملانوم دهانی، کام بوده و این ضایعه در مردان شایع تر از زنان بود.

واژگان کلیدی: فراوانی، ملانوم، بدخیم، سرطان دهان

وصول مقاله: ۹۳/۱۱/۱۱ اصلاح نهایی: ۹۴/۴/۷ پذیرش مقاله: ۹۴/۵/۱۸

مقدمه:

ملانومایک نئوپلاسم بدخیم با منشاء ملانوسیتیک می‌باشد که از یک ضایعه خوش‌خیم ملانوسیتیک یا مستقیماً ازملانوسیتهای موجوددر پوست یامخاطی که از سایر لحاظ طبیعی هستند، ایجاد می‌گردد.[۱] ملانوما سومین سرطان شایع پوست می باشد که ۵ درصد کانسرهای پوست را تشکیل می‌دهد.[۲] آسیب حاصل از اشعه ماورای بنفش یک عامل خطر ساز اصلی به حساب می‌آید، چرا که این حقیقت وجود دارد که بروزملانوما برای جمعیت‌های دارای پوست روشن بانزدیک شدن به خط استوا افزایش می‌یابد. اما به نظر نمی‌رسد، قرارگرفتن مزمن در برابر آفتاب به اندازه‌ای که در بروز سایر سرطانهای جلدی مانندکارسینوم سلول بازال (BCC) و کارسینوم سلول سنگفرشی(SCC) مؤثراست، در بروز این کارسینوم نقش آشکاری داشته باشد. آسیب حاد نورخورشید، ممکن است علت مهمتری از آسیب مزمن در ایجاد ملانوما باشد.[۱] ملانوم مخاط دهان در ایالات متحده نادربوده وکمتراز ۱٪همه ملانوماراشامل می‌شود.هیچ اتیولوژی مشخصی برای ضایعات مخاط دهان معین نشده است.ملانوم مخاطی نسبت به همتای جلدی خود بسیار مهاجم‌تر می‌باشد.[۳] حداقل یک

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر یاسر صافی تلفن: ۰۹۱۲۳۰۶۱۸۳۱ پست الکترونیک:N_shamloo@yahoo.com

بیمار از هر سه بیمار مبتلا به ملانوم دهانی مدتی قبل ازتشخیص ملانوما، دارای تاریخچه ای از یک ماکول پیگمانته در ناحیه تومور بوده است.[۱،۳] این بیماری درصورت تشخیص زودرس , پرگنوز مناسبی داشته ودرصورت عدم تشخیص یاتشخیص دیرهنگام میتواندیک بیماری به سرعت کشنده باشد.[۴] به دلیل اینکه یک افزایش حقیقی درمیزان فراوانی بیماری در سال‌های اخیر وجود دارد[۵]، لذابرآن شدیم تامیزان فراوانی ملانوم دهان و سروگردن را در بیماران مراجعه کننده به ۵ محل ارجاع اصلی شامل بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی، بیمارستان‌های شهداء، لقمان حکیم، طالقانی و انستیتو کانسر امام خمینی در فاصله سالهای۱۳۹۱-۱۳۸۱ را بررسی کنیم.

مواد و روش ها:

این تحقیق با بررسی داده‌های موجود انجام شد. جامعه مورد بررسی پرونده‌های مربوط به بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی شهیدبهشتی و بیمارستانهای شهداء، لقمان حکیم، طالقانی وانستیتوکانسرامام خمینی درطی سالهای۱۳۹۱- ۱۳۸۱ بودند که در تشخیص هیستوپاتولوژی آنها ملانوما ذکر شده، بود. روش نمونه‌گیری در تحقیق سرشماری بود. سن، جنس، محل درگیری، عودومتاستاز با استفاده از شاخص های تعداد و درصد تعیین و گزارش گردید.آنالیز آماری تحقیق با استفاده از نرم افزار(SPSS)نسخه ۱۸ و آزمون کای- دو انجام شد.

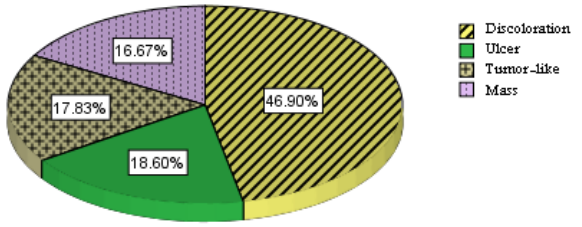
یافته ها:

مطالعهٔ حاضر بر روی ۱۹۱۶۷۹ پرونده بیمارانجام شد، که از این تعداد ۹۵۴ مورد با تشخیص ملانوم کل بدن (۰/۴۹) کل ضایعات و ۲۶۲ پرونده (۲۷/۴ درصد) کل ملانوماها مربوط به سر و گردن بود و ۲۲ مورد نیز در دهان دیده شد یعنی (۲/۳درصد) کل ملانوما بیشترین تعداد ضایعات یعنی ۲۳۵ مورد (۸۹/۶) درصد مربوط به انستیتو کانسر امام خمینی و کمترین تعداد یعنی ۲ مورد (۰/۷۶ درصد) مربوط به بیمارستان طالقانی ودانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی بود.

در بررسی ۲۶۲ پرونده با تشخیص ملانوم سر و گردن، تعداد ۱۰۵ نفر (۴۰ درصد) مونث و ۱۵۷ نفر (۶۰ درصد) مذکر بودند. کمترین سن مبتلایان ۱۵ سال و بیشترین آن ۸۸ سال بود، با میانگین سنی (۱۱/۰۱ ±۵۰).

در این بررسی شایعترین محل ایجاد ضایعه، گردن با ۸۴ مورد (۳۲/۰۶درصد) وکمترین ناحیه که ضایعه در آن مشاهده شد،پوست چانه با ۱مورد (۰/۳۸درصد) بود. همچنین در داخل دهان شایعترین محل ایجاد ضایعه، کام با ۱۲مورد (۵۴/۵درصد) بود. در این بررسی از کل مردان بیمار ۶۶/۱ درصد عود مجدد داشته که این رقم در زنان ۳۳/۹ درصد بود. در ۶۶/۲ درصد مردان و۳۳/۸ درصد زنان با تشخیص ملانوم در این مطالعه متاستاز دیده شد.

توزیع بیماران مورد بررسی برحسب نمای بالینی در نمودار ۱ ارائه شده و نشان میدهد که شایعترین نما، تغییر رنگ به میزان ۴۶/۹ درصد وبعد از آن زخم با ۱۸/۶ درصد و کمترین شیوع نمای بالینی، توده به میزان ۱۶/۷ درصد بود. در ۴ مورد نیز در پرونده ها نمای بالینی ذکر نشده بود.



نمودار ۱- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به ملانوم سروگردن به تفکیک نمای بالینی ضایعه

بحث:

در این مطالعه (۰/۴۹ درصد) کل ضایعات ارسالی پاتولوژی مربوط به ملانوم کل بدن و (۲۷/۴ درصد) آن مربوط به ملانوم سر و گردن بود. در اغلب کشورها این رقم ۲۵ درصد کل نمونه

های ملانوما ذکر شده است. [۳] که به نظر می رسد در مطالعه ما در این زمینه ۲/۴ درصد فراوانی بیشتری گزارش شده است. مطالعات سایر نقاط دنیا نشان می‌دهد حدود ۱ درصد ملانوما مربوط به ملانومای دهانی است که این رقم در مطالعه ما ۹,۹٪ بوده است مطالعاتی در کشورهای ژاپن، اوگاندا این رقیم را ۵ تا ۸ درصد نیز گزارش کرده‌اند.[۶،۹،۱۰] در این مطالعه میزان ابتلا به ملانوم در جنس مذکر (۶۰٪) و در جنس مونث(۴۰٪) گزارش گردید که این یافته مشابه مطالعات Dovel، chidzonga, Jahanbani, Noorbala و همکارانشان میباشد.[۵،۴ ،۸،۶]در این مطالعه از لحاظ سنی بروز ضایعه بیشتر در رده سنی ۶۰-۵۰ سال با میانگین سنی ۱۱/۰۱±۵۰ سال بودکه مشابه سایر مطالعات است.[۹-۴]در این مطالعه بیشترین محل بروز ملانوم در ناحیهٔ گردن و در دهان نیز بیشترین محل بروز ضایعه،در کام گزارش گردید که این یافته ها مشابه مطالعات سایر پژوهشگران در نقاط دیگر دنیا می باشد. [۱۳-۱۰، ۷،۶] در این بررسی از لحاظ عود،در افراد مذکر میزان عود مجدد بیشتر از افراد مونث بود ولی ازلحاظ آماری ارتباط معنی داری بین عود مجدد و جنس بدست نیامد. همچنین در کل ۲۱/۳ درصد افراد مبتلا به ملانوم دارای عود مجدد بود، که این یافته مشابه مطالعه Rapidis می باشد.[۱۳]در مطالعهٔ ما میزان متاستاز در افراد مذکر بیشتر از افراد مونث بود که از لحاظ آماری ارتباط معنی داری بین متاستاز وجنس بدست نیامد. همچنین در این بررسی میزان متاستاز در کل ۲۴/۸ درصد بود. که مشابه با مطالعهٔ Penel و مغایر با مطالعهٔ RapidisوTanaka و همکارانشان می‌باشد. [۹،۱۳،۱۴] علت مغایرت با مطالعات Rapidis و Tanaka و همکارانشان می تواند به خاطر تفاوت‌های نژادی در بروز ضایعه باشد. [۹،۱۳] در این مطالعه شایعترین نمای بالینی تغییر رنگ به میزان ۴۶/۹ درصد و بعد از آن زخم ۱۸/۶ درصد و کمترین نمای بالینی توده به میزان۱۶/۷ درصد بود. در ۴ مورد نیز در پرونده ها نمای بالینی ذکر نشده بود.قابل ذکر است که در مطالعات دیگر بررسی بر روی نمای بالینی ضایعه صورت نگرفته که بررسی حاضر از این جهت حائز اهمیت میباشد. از محدودیتهای تحقیق میتوان عدم مراجعه به همه مراکز درمانی شهر تهران و نیز اینکه مطالعه بر اساس داده های موجود واز روی پرونده ها می‌باشد را عنوان کرد.

نتیجه گیری:

به نظر می رسد فراوانی ملانوم سر وگردن در جمعیت ایرانی ۲۷/۴ درصد کل ملانوما می‌باشد که بیشترین محل وقوع آن گردن و کمترین چانه می‌باشد. شایعترین محل وقوع ملانوم دهانی، کام می‌باشد و این ضایعه در مردان شایع‌تر از زنان است.

References:

1) Neville BW, Damm DD,Allen CM,Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology.3nd ed. WB saunders ;P:409-422.

2)Douglas R,Gnepp DR.Diagnostic surgical pathology of the head and neck.2 nd ed.WB saunders ;P:471-476.

3) Regezi JA, Sciubba JJ, JordanRCK.Oral pathology clinical pathologic correlations.6 th.WB saunders ;p:51-72.

4) Doval DC, Rao CR, Saitha KS, Vigayakumar M, Misra S, Mani K,etal. Magliant melanoma of the oral cavity: report of 14 cases from a regional cancer centre. Eur J Surg Oncol 1996;22(3):245-9.

5)Chidzonga MM.Oral Malignant neoplasm,Oral Oncol 2006;42(2):177-83.

6) Jahanbani J, Forouzandeh A, Sadri D , Mirlashari J. Oral malignant melanoma diagnosed in an Iranian population over an 11-year period. Oral Maxillofac Surg 2008;12(4):181-3.

7) Thomas M, Anna B, Klaus-Dietrich W, David AM.Oral Malignant Melanoma. Int J Oral Maxillofac Surg 2011;10(3):154-9.

8) Noorbala MT , Mohammadi S , Noorbala M. Cutaneous Malignant Melanoma in Central Iran: A 20-Year Study. Iran Red Crescent Med J 2013;15(8):690-4

9)Tanaka N, Mimura K, Ogi K, Amagasa T. Primary malignant melanoma of the oral cavity: assessment of outcomefrom the clinical records of 35 patients. Int J Oral Maxillofac Surg 2004;33(8):761-5.

10) Umeda M, Shimada K. primery malignant melanoma of the oral cavity it's histological of classification and treatment. Br J Oral Maxillofac Surg 1994;32(1):39-47.

11)Bunchner A,Merrel PW,Carpenter WN.Relative frequency of solitary melanocytic lesion of the oral mucosa. J Oral Pathol Med 2004;33(9):550-7.

.

12) Barker BF, Carpenter WM, Daniels TE, Kahn MA, Leider AS, Lozada-Nur F,etal. Oral mucosal melanomas: the WESTOP Banff workshop proceedings. Western Society of Teachers of Oral Pathology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;83(6):672-9

13) Rapidis AD, Apostolidis C,Vilos G, Valsamis S. Primery malignant malignant malignant malignant melanomaof the oral mucosa Primary mucosal melanoma of head and neck: prognostic value of clear margins. Laryngoscope 2006 ;116(6):993-5.

14. Penel N, Mallet Y, Mirabel X, Van JT, Lefebvre JL. Primary mucosal melanoma of head and neck: prognostic value of clear margins. Laryngoscope 2006 ;116(6):993-5.