

عوامل الاختطار عند مرضى الأورام البشرية غير الميلانينية

فايز الدغلاوي*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: إن الأورام البشرية غير الميلانينية شائعة في منطقة الشرق الأوسط بما فيها الجمهورية العربية السورية. وهي أورام قابلة للاتقاء والكشف المبكر عنها مع زيادة توعية المرضى لأهمية العوامل المسهمة في إحداثها.

النظر في مختلف أشكال الأورام البشرية غير الميلانينية وأشكالها الفرعية وعرض تجربة مستشفى الأمراض الجلدية والزهرية الجامعي وخبرته في هذا المجال، مع محاولة تحديد عوامل الاختطار من خلال ربطها بالأنماط النسيجية الأسوأ إنذاراً. فضلاً عن تحديد إمكانية التشخيص الدقيق سريرياً ومن ثمّ التداخل الجراحي المبكر بإجراء الخزعة الاستتصالية لعدم وجود تقنية الجراحة المجهرية بحسب Moh.

مواد البحث وطرائقه: أجريت هذه الدراسة الاستيعادية بواسطة مراجعة ملفات المرضى في الأرشيف المركزي للمستشفى في المدة من 2002 /1/2 إلى 2012/12/31. وبلغ العدد الكلي للمرضى المراجعيين 346918، أمّا عدد المصابين بأورام بشرية غير ميلانينية فكان 3922. درست بطاقات المرضى لاستخلاص البيانات الشخصية والديموغرافية المتوافرة. ومن ثم تمت العودة إلى أرشيف قسم التشريح المرضي للتحقق من الدراسة النسيجية وتحديد الأنماط الفرعية للأورام بمختلف أشكالها.

النتائج: من بين الأورام البشرية غير الميلانينية البالغ عددها 3922، كانت هناك 1522 سرطانة قاعدية الخلايا و546 سرطانة حرشفية الخلايا و13 سرطانة مختلطة و1676 تفران سفعي و33 حالة من داء بوفن و132 طولواناً فمويّاً. وكانت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث 1:2.241، وتوضع 2928 (74,655%) على الرأس، واختلفت في الرأس نواحي التوضع بين الذكور والإناث، وتوضع النمط المختلط الأسوأ إنذاراً على الرأس فقط. وكان التشخيص السريري الأولي صحيحاً في 2932 (74,757%) وربما.

الاستنتاج: تبين أن عوامل الاختطار الأكثر تأثيراً هي التعرض لأشعة الشمس والتدخين والمزوقات والتعويضات السنوية غير الملائمة. ممّا يدفعنا لتأكيد الحملات التثقيفية عن اجتناب عوامل الاختطار هذه.

كلمات مفتاحية: BCC سرطانة قاعدية الخلايا، SCC سرطانة حرشفية الخلايا، MC سرطانة مختلطة، AK تفران سفعي، BD داء بوفن، طولوان فموي OL.

* قسم الجلدية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Risk Factors in Patient With Non-Melanotic Epidermal Tumors

Faiez Al-Deghlawi*

Abstract

Background & Objective: Non-melanotic skin cancers are common in the middle east region, including the Syrian Arab Republic. They are preventable and detectable in early stages with increased patient education in the term of causative contributing factors.

Looking into the different types of non-melanotic skin tumors and their subtypes, and demonstrating the experience of the University Hospital for Skin and Venereal diseases, with the attempt of determining risk factors through linking them with the histological types having the worst prognosis. In addition, determining the possibility of making a precise clinical diagnosis, leading consequently to early surgical intervention by excisional biopsy due to the lack of Moh's microscopic surgery technique.

Methods & Materials: this retrospective study was conducted by reviewing patients files in the hospital's central archives during the period from 2/1/2001 to 31/12/2011. A total of 346918 patients have attended the hospital, and the number of patients with non-melanotic skin tumors was 3922. Patient's files were studied to derive the available patients personal and demographic data. Than dermatopathology archives were revised to ascertain histology and determine subtypes of various tumors.

Results: among the 3922 non-melanotic tumors, there were 1522 basal cell carcinomas, 546 squamous cell carcinomas, 13 mixed carcinomas, 1676 actinic keratoses, 33 cases of Bowen's disease and 132 oral leukoplakias. The male to female ratio was 2.242:1, 2928 (74.655%) of tumors were located on the head, and the location on the head differed between males and females, the mixed carcinoma which has the poorest prognosis, were located on the head only. The initial clinical diagnosis was correct in 2932 (74.757%) tumors.

Conclusion: it has been shown that the most effective risk factors were sun exposure, smoking, cosmetics and inappropriate dental prostheses. Which leads us to emphasize on educational campaigning about avoidance of these risk factors.

Key words: BCC basal cell carcinoma, SCC squamous cell carcinoma, MC mixed carcinoma, AK actinic keratosis, BD Bowen's disease, OL oral leukoplakia.

* Faculty of Medicine, Damascus University.



الشكل 1. سرطانة شائكة الخلايا.

للسرطانة حرشفية الخلايا ثلاثة أنماط نسيجية رئيسية⁶، وهي السرطانة حرشفية الخلايا الغدانية adenoid SCC والسرطانة حرشفية الخلايا المنتجة للموسين-mucin producing SCC والسرطانة حرشفية الخلايا التولولية verrucous SCC⁷. ومع ذلك هناك أنماط أخرى مثل spindle السرطانة حرشفية الخلايا ذات الخلايا المغزلية cell SCC والسرطانة حرشفية الخلايا الوعائية الكاذبة pseudovascular SCC وقرحة Marjolin (ليست نمطاً نسيجياً ولكن بسبب وجود التليف الناجم عن الأديات السابقة فهي تشكل حالة خاصة من السرطانة حرشفية الخلايا).

السرطانة حرشفية الخلايا سرطانة بشروية غازية، وتتألف السرطانة من جزر خلوية مؤلفة من خلايا حرشفية بدرجات مختلفة من التمايز الخلوي (جيدة التمايز ومتوسطة التمايز وضعيفة التمايز) (الشكل 2) تبعاً لأنظمة تصنيف السرطانة حرشفية الخلايا الأكثر رواجاً في العالم⁸. بالنسبة إلى قرحة Marjolin، فعادة ما تكون جيدة التمايز وهي تنشأ على حافات ندبة ناجمة عن حرق قديم أو حديثة التهابية مزمنة مثل قرحات الساق الثقالية أو

مقدمة:

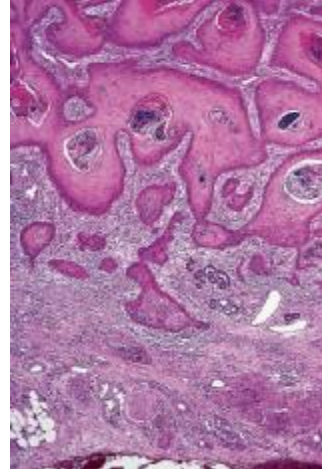
السرطانة حرشفية الخلايا ورمٌ خبيثٌ يصيب أي ناحية من الجلد، غير أنها أكثر شيوعاً في إصابتها للوجه. نادراً ما تنشأ هذه السرطانة على جلد طبيعي المظهر، إذ إنها كثيراً ما تنشأ على جلد متأد نتيجةً للتعرض لأشعة الشمس¹. ويلى ذلك في الشيوخ، نشوء السرطانات حرشفية الخلايا على الندب المزمنة التالية للحروق وقرحات الساق الثقالية التي تدعى قرحات Marjolin². ومع ذلك، لا تنزع السرطانات حرشفية الخلايا الناشئة على جلد متأد شمسياً لإعطاء النقائل إلا بنسبة قليلة تقدر بـ 0,5% فقط. تراوح نسبة وقوع النقائل الناجمة عن السرطانات حرشفية الخلايا لدى المصابين بها جميعاً من 2 إلى 3%³. وتعد السرطانة حرشفية الخلايا الناشئة على الشفة السفلى ذات نسبة الوقوع الأعلى للنقائل مع أنها تنشأ على جلد متأد شمسياً (نحو 16%)⁴ ويعزى ذلك إلى التدخين في كثير من الحالات. وللسرطانات حرشفية الخلايا الناشئة على آفات التهابية سابقة وقوع أعلى للنقائل، إذ إنها تصل إلى ما يقارب 31%. إن وقوع السرطانة حرشفية الخلايا على العموم أعلى لدى المكبوتين مناعياً، كما أنها تأخذ سيراً أكثر هجوميةً لديهم⁵.

تتظاهر السرطانة حرشفية الخلايا التي تصيب الجلد على شكل قرحة سطحية محاطة بحفاف مرتفعة، وكثيراً ما تكون القرحة مغطاة بقشرة سميكة تعلو أرضية حمراء حبيبية. ولدى الجس يُلاحظ وجود الارتشاح والهشاشة الجلدية.

عامة، ومع ذلك ذكرت الأدبيات حالات نادرة جداً لحدوث النفاثل.¹⁰ من الناحية السريرية، توجد أنماط سريرية مختلفة، منها السرطانة قاعدية الخلايا السطحية Superficial BCC والسرطانة قاعدية الخلايا العقيدية Nodular BCC والسرطانة قاعدية الخلايا الارتشاحية Infiltrating BCC والسرطانة قاعدية الخلايا صغيرة العقيدات Micronodular BCC والورم الظهاري الليفي Fibroepithelioma والسرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة Pigmented BCC والسرطانة قاعدية الخلايا الشبيهة بالفشيعية Morphea-like BCC، فضلاً عن الأشكال الخاصة المذكورة أعلاه التي تتطور في سياق متلازمة بازكس ومتلازمة الخلية القاعدية الوحمانية والوحمة قاعدية الخلايا وحيدة الجانب الخطية.¹

تتظاهر السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية على شكل عقيدة شمعية متبارزة ذات حافات مرتفعة لؤلؤية المظهر توجد عليها توسعات للشعيرات الدموية. ويكون مركز الآفة مغطى بجلبة وهذا ما يُدعى القرحة الفارضة (الشكل 3). أمّا السرطانة قاعدية الخلايا صغيرة العقيدات فتُشخص نسيجياً عوضاً عن أن تُشخص سريرياً، إذ نجد انتشاراً لخلايا قاعدية إلى ما بعد الحافات الحقيقية للسرطانة قاعدية الخلايا العقيدية. أمّا السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة فلا تختلف عن العقيدية إلا بلونها المصطبغ. وتتظاهر السرطانة قاعدية الخلايا التلفية أو الشبيهة بالفشيعية على شكل لويحة مفردة مسطحة مرتشحة ذات سطح أملس يخضع للنقرح في الآفات طويلة الأمد (الشكل 4). وهنا لا بدّ من الإشارة إلى أنّ هذا النوع يعدّ الأسوأ بسبب شبيهه للفشيعية إذ يغفل تشخيصه وقتاً طويلاً.

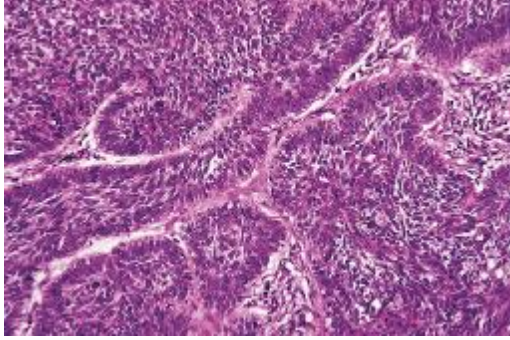
الجيوب النازحة لالتهاب العظم والنقي أو منطقة معالجة شعاعياً في السابق. أمّا السرطانة حرشفية الخلايا مغزلية الخلايا التي قد تشبه -إلى حدّ كبير- الورم الأصفر الليفي اللانموذجي، فتبدي وجود خلايا مغزلية الشكل مع جسور وصل بين خلوية ما يجعل معرفة الأصل الحرشفي لها واضحاً أو أنها لا تبدي جسور الوصل بين الخلوية هذه ما يجعل معرفة أصلها صعباً.



الشكل 2 سرطانة شانكة الخلايا جيدة التمايز

السرطانة قاعدية الخلايا وهي نوع آخر من الأورام البشرية الشائعة، فعادةً ما تتظاهر على شكل ورم وحيد، مع أنها قد تكون متعددة في كثير من الأحيان. عادةً ما تظهر لدى البالغين، ولكنها قد تصيب الأطفال أيضاً. إذ توجد ثلاثة أنماط نادرة يتطور فيها الورم باكراً، وهي كأن تكون في سياق متلازمة بازكس Bazex ومتلازمة الخلية القاعدية الوحمانية وفي الوحمة قاعدية الخلايا وحيدة الجانب الخطية.¹ ويعاني نحو 40% ممن كانت لديه سرطانة قاعدية الخلايا من تطور ورم جديد خلال 10 سنوات من الورم الأول.

توجد عوامل مؤهبة لحدوث السرطانة قاعدية الخلايا وهي التعرض المطول لأشعة الشمس والجلد الفاتح والتعرض لجرعات كبيرة من أشعة رونتجن.⁹ لا ترسل السرطانات قاعدية الخلايا بنفاثل إلى نواح أخرى من الجسم كقاعدة



الشكل 5. الخلايا المحيطة تصطف كالسياج.



الشكل 3. سرطانة قاعدية الخلايا.

هناك جدلٌ في تصنيف السرطانة قاعدية الخلايا، فمن الناحية النسيجية يمكن تصنيفها لأورام متميزة (نحو ملحقات الجلد المختلفة كالشعر والغدد الزهمية والغدد العرقية المفترزة) وأخرى غير متميزة.⁶ ولا يمكن الفصل بوضوح بين النموذجين. ولكن بربط كلتا الناحيتين السريرية والهيستولوجية يمكن القول: إن النمط العقيدي وآفات متلازمة الخلية القاعدية الوحمانية والوحمة قاعدية الخلايا وحيدة الجانب الخطية ومتلازمة بازكس تبدي تمايزاً أو لا تبديه، في حين أن الأنماط الأخرى وهي المصطبغة والتليفية والسطحية والورم الظهاري الليفي فلا تبدي تمايزاً أو تبدي تمايزاً قليلاً فقط. وعلى العموم، تدعى السرطانات قاعدية الخلايا التي تبدي تمايزاً نحو تشكيل البنى الشعرية بالسرطانة قاعدية الخلايا القرنية، وتسمى التي تتمايز نحو تشكيل الغدد الزهمية السرطانة قاعدية الخلايا ذات التمايز الزهمي، وتسمى التي تتمايز نحو تشكيل بنى قنوية بالسرطانة قاعدية الخلايا الغدانية. بالنسبة إلى النمط الارتشاحي، فهو يعدُّ على العموم الأسوأ إنذاراً من الناحية النسيجية بسبب ارتشاح الخلايا الورمية إلى العمق (الشكل 6).



الشكل 4 - BCC شبيهة بالقشعية.

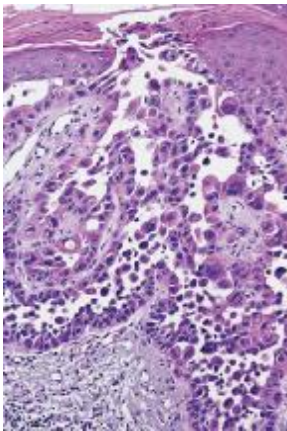
من الناحية الهيستولوجية، تشترك السرطانة قاعدية الخلايا بأشكالها السريرية المختلفة بوجود خلايا ذات نمط قاعدي، تتوضع على شكل جزر خلوية، تكون خلاياها المحيطة مصطفة على شكل سياج (الشكل 5). تنفصل هذه الجزر عن اللحمية الضامة المحيطة بشقوق صغيرة تحدث في أثناء تحضير الخزعة بسبب انكماش اللحمية الضامة المحيطة بالجزر. تحتوي هذه اللحمية على تكاثر للخلايا مولدة الليف. قد تتشكل الفراغات الكيسية نتيجة لنخر الورم في بعض البؤر.

ذكره لاحقاً لأن له نسبةً تراوح من 15-25% (نسبة لا يستهان بها) تكون الآفات فيها سرطانية في الموضع.

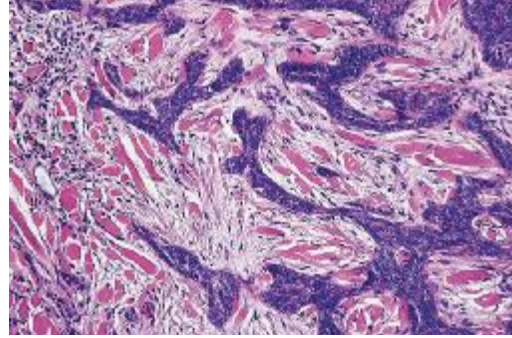
التقرانات السفعية أورامٌ بشرويةً في الموضع *in situ*، وهي عادةً ما تتظاهر على شكل حطاطات ذات وسوف خشنة الملمس غير مرتشحة، قد تكون وحيدة أو متعددة، وتتوضع على النواحي المعرضة كالوجه وظهر اليدين (الشكل 7). وتقدر نسبة التحول باتجاه السرطانة حرشفية الخلايا بـ 20% لدى المرضى المصابين بالتقرانات السفعية.¹¹ وعادةً ما تكون هذه السرطانات وتلك التي تنشأ على جلد متأذٍ ضوئياً غير مولدةٍ للنقائل، إذ قدرت النقائل فيها بـ 0,5%-3%.

من الناحية النسيجية، تقسم التقرانات السفعية إلى 5 أنماط: الضخامي والضموري (الشكل 8) والمصطبغ ومنحل الأشواك والبوفيناني. وتبدي التقرانات السفعية على اختلاف أنماطها تبدلاتٍ مشتركة تتألف من

فرط التقرن (الذي يتناوب فيه التقرن السوي مع نظير التقرن بحيث يتوضع التقرن السوي على مستوى فوهات الجريبات الشعرية) وانعدام قطبية الخلايا الشائكة والكشم الخلوي الذي يتجلى بتعدد الأشكال والانمطية.⁶ وفي كثيرٍ من الأحيان يحدث تبرعمٌ في الوجه السفلي للبشرة. وما يجدر ذكره أنّ النمط البوفيناني من التقرانات السفعية غير قابلٍ للتمييز عن داء بوفن.



الشكل 8. تقران سفعي منحل الأشواك.



الشكل 6. BCC نمط ارتشاحي.

السرطانة المختلطة سرطانيةً تحتوي من الناحية النسيجية على تبدلاتٍ تتوافق مع السرطانة حرشفية الخلايا والسرطانة قاعدية الخلايا معاً، وعادةً ما يتوضع كل نوع من السرطانتين في جانبٍ من الآفة. أمّا من الناحية السريرية فهي تتميز بوجود عقيدةٍ مرتشحةٍ متقرحةٍ مغطاةٍ بقشرةٍ سميكة.



الشكل 7. تقران سفعي.

وتناولنا في بحثنا كلاً من التقرانات السفعية وداء بوفن بصفتها أوراماً بشرويةً في الموضع (*carcinoma in situ*)، وإن كان قد جرى ترجمتهما على أنهما آفاتٌ مقدّمةٌ للسرطانة سابقاً ومحتملة التسرطن ربما حالياً، ولكن النسيجيات لا تتوافق مع الواقع وهذه الترجمة "محتملة التسرطن" تتنافى مع أصل المصطلح "سرطانة في الموضع" وربما كان مصطلح "محتملة الغزو" أكثر إفادةً للمعنى، وعلى أي حال هناك إجماعٌ على أنّ هذه الآفات سرطاناتٌ حقيقيةٌ في الموضع في معظم الأدبيات الطبية. وكذلك جرى تضمين الطلوان الفموي الذي سنأتي على

أما الورم البشري غير الميلانيني السادس فهو الطلوان الفموي الذي يتظاهر على شكل رقعةٍ وحيدةٍ أو رقعٍ متعددةٍ بيضاء اللون ذات حدودٍ مبهمَةٍ وغير مرتفعةٍ بالضرورة. ومع ذلك، إن كانت الآفات مرتفعةً قليلاً (لويحيةً) فعندها تكون حدودها واضحةً. ينجم اللون الأبيض عن تميهِ الطبقة المتقرنة السمكية (الشكل 10).



الشكل 10. طلوان فموي.

تتميز الآفات هيستولوجياً بوجود فرط التقرن وخطل التقرن مع شواكٍ ورشاحةٍ التهابيةٍ لمفاوية الخليا. وبالفحص النسيجي يبدو أن 80% من الآفات حميدة، و17% منها يبدي درجاتٍ مختلفةً من خلل التنسج أو سرطانةً في الموضع، وبيدي 3% منها سرطانةً غازيةً حرشفية الخليا. ويبدو الإنذار أسوأ في الآفات المتوضعة على أرض الفم مقارنةً بتلك المتوضعة على المخاطية الشدقية.

المرضى والطرائق: قمنا بدراسة استعادية شملت مراجعة أرشيف مكتب القبول في مستشفى الأمراض الجلدية والزهرية الجامعي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، في المدة بين عامي 2002 و2012 وبالعودة إلى بطاقات المرضى، قمنا بتسجيل النواحي المصابة ومهن المرضى وأعمارهم والصفات الديموغرافية والنمط الجلدي بحسب Fitzpatrick وسوابق المرضى الشخصية والأسرية، مع العلم بأن بعضاً من هذه البيانات كانت غير كاملة بالنسبة إلى كثيرٍ من المرضى (في الدراسات الاستعادية يعتمد الباحث على ما هو موجودٌ في بطاقات المرضى وليس

أما النوع الخامس من الأورام البشرية غير الميلانينية فهو داء بوفن Bowen's disease، الذي هو أيضاً سرطانةً في الموضع، وعادةً ما يتألف من آفة مفردةٍ تظهر على ناحيةٍ معرضةٍ للشمس أو غير معرضةٍ. تتظاهر الآفة على شكل رقعةٍ واضحة الحدود ولكن ليست منتظمة الحدود بالضرورة، وهي حماموية ذات سيرٍ محيطيٍّ وقد تكون مرتشحةً أو غير مرتشحةٍ (الشكل 9). وهي تشبه - إلى حدٍ بعيدٍ - السرطانة قاعدية الخليا مع غياب اللأئي الحطاطية في المحيط. تستر الآفة في بعضٍ من بؤرها وسوف وجلبات.



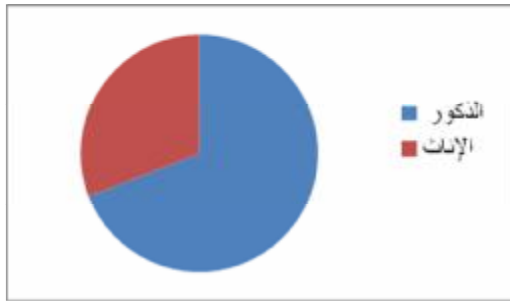
الشكل 9. داء بوفن.

تتألف الآفة هيستولوجياً من فرط تقرنٍ مستقيمٍ وشواكٍ عريضٍ الاستطالات البشرية، إذ إن الاستطالات البشرية تضغط الحليمات الأدمية فتجعلها تبدو كصفائح رقيقة. تفقد الخليا الشائكة استقطابها وتوجد كثير من الخليا عسيرة التقرن فضلاً عن علامات الكشم والانقسام الخلوئين في كثير من الخليا، ومع ذلك يبقى الحد الفاصل بين البشرة والأدمة واضحاً وصريحاً. غير أن هذا الفاصل يتخرب لدى حدوث التحول باتجاه السرطانة حرشفية الخليا الغازية التي تقدر نسبتها بـ 3-5% 12. يمكن لآفات داء بوفن أن تظهر على حشفة القضيب وتدعى الحالة عندئذ التنسج الأحمر بحسب كيرات erythroplasia of Queyrat.

الجدول 1. توزيع الأورام البشرية غير الميلانينية بحسب أنماطها.

OL	AK	BD	MC	SCC	BCC
132	1676	33	13	546	1522

واختلفت نسبة الإصابة بين الجنسين، إذ كان عدد الذكور المصابين بأورامٍ بشريةٍ غير ميلانينيةٍ 2712 (69,148%)، وكان عدد الإناث المصابات 1210 (30,851%) (المخطط 1). أي إنَّ نسبة إصابة الذكور إلى الإناث هي 1:2,241.



المخطط 1. نسبة الذكور إلى الإناث.

وراوحت أعمار المرضى من 28 سنة إلى 84 سنة في الجنسين. ومن 28 سنة إلى 82 سنة لدى الذكور، ومن 45 سنة إلى 84 سنة لدى الإناث، ويعرض الجدول 2. توزيع الأورام البشرية غير الميلانينية بحسب الفئات العمرية لدى الجنسين.

الجدول 2. توزيع الأورام البشرية غير الميلانينية بحسب فئات الأعمار لدى الجنسين.

الفئة العمرية	الذكور	الإناث
العقد الثالث	12	-
العقد الرابع	45	-
العقد الخامس	93	33
العقد السادس	516	244
العقد السابع	1406	563
العقد الثامن	433	233
العقد التاسع	207	137
المجموع	2712	1210

أما بالنسبة إلى توزيع أنماط الأورام البشرية لدى الجنسين (الجدول 3)، فكانت لدى الذكور 402 سرطانةٍ حرشفية الخليا (73,626%) و914 سرطانة قاعدية الخليا (60,052%) و11 سرطانة مختلطة (84,615%)

كالدراسة الاستباقية التي ينظمها الباحث الاستبانة تبعاً للمعلومات المطلوبة، ولذلك لم يكن من الممكن تحديد هل كان التعرض لأشعة الشمس حاداً منقطعاً في أثناء الطفولة والشباب أم كان تعرضاً مزمناً تراكمياً؟ وفي كثير من الأحيان لا يؤتى على ذكر عادة التدخين ما لم تكن ذات صلة كأن يكون لدى المريض طولانٍ فمويٍّ أو سرطانةٍ حرشفية الخليا على الشفة السفلى، أما بالنسبة إلى التعويضات السنوية فهي ظاهرةٌ من خلال الفحص السريري، ومع ذلك لم يؤت على ذكرها غالباً في معظم بطاقات المرضى، وهذا ما يجب لحظه في الدراسات المستقبلية). ومن ثم عدنا إلى أرشيف مختبر التشريح المرضي وسجلنا النمط النسيجي للأورام المذكورة أعلاه ودرجة تمايز السرطانات حرشفية الخليا والسرطانات المختلطة. كما قمنا أيضاً بتسجيل حالات السرطانة حرشفية الخليا التي نشأت على تقراناتٍ سفعيةٍ سابقةٍ أو في ندباتٍ مزمنةٍ، سواءً أكانت على ندبات الحروق أم على ندبات لتقرحات الساقين أو على الآفات المزمنة الأخرى. وقمنا أيضاً بتسجيل التشخيص التفريقي السريرية المختلفة التي أرسلت الحالات بها إلى قسم الجراحة. ومن ثم نُظمت هذه البيانات في جداول مختلفة (بحسب فئات الأعمار والنواحي المصابة ونمط الجلد الخ). كان عدد المراجعين الكلي 346918 مريضاً بشكاياتٍ جلديةٍ مختلفةٍ، وكان عدد من أُصيب منهم بورمٍ بشرويٍّ غير ميلانينيٍّ 3922 (1,130%) مريضاً. إذ كان عدد المصابين بسرطانة قاعدية الخليا هو 1522 (38,806%)، وكانت لدى 546 (13,921%) مريضاً سرطانة حرشفية الخليا، وحدثت السرطانة المختلطة لدى 13 (0,33%)، وأصيب 132 (3,3656%) مريضاً بالطولان الفموي، و33 (0,841%) مريضاً بداء بوفن، وكانت لدى 1676 (42,733%) تقراناتٍ سفعيةٍ (الجدول 1).

حالةً من الطلوان الفموي واشتملت التشخيص التفريقية على الحزاز المسطح الفموي والوحمة الاسفنجية البيضاء والتآليل الفموية. وكان التشخيص السريري الأولي صحيحاً في 1332 (79,474%) تقراناً سفعياً وأجريت الخزعة في معظم الحالات لنفي السرطانة حرشفية الخلايا. ولم يكن التشخيص الأولي صحيحاً (0%) في أيٍّ من حالات السرطانة المختلطة، واشتملت التشخيص التفريقية على السرطانة حرشفية الخلايا والسرطانة قاعدية الخلايا واللايشمانيا الجلدية. يعرض الجدول 4 الدقة التشخيصية السريرية الأولية بحسب الأورام البشرية غير الميلانينية.

الجدول 4. الدقة التشخيصية الأولية بحسب الورم البشري غير الميلانيني.

نوع الورم البشري غير الميلانيني	الدقة التشخيصية السريرية الأولية (%)
SCC	57,692
BCC	74,770
MC	0
OL	90,151
BD	87,5
AK	79,474

أما بالنسبة إلى توزع الأورام البشرية بحسب الناحية التشريحية من الجسم، توضع معظم الأورام البشرية غير الميلانينية على منطقة الرأس إذ بلغ عددها 2928 (74,655%) ورماً (1952) عند الذكور و976 عند الإناث، وتوضع 328 (8,363%) منها على الجذع و47 (1,198%) منها على الرقبة و381 (9,714%) منها على الأطراف العلوية و230 (5,864%) منها على الأطراف السفلية و8 (0,203%) منها على الناحية التناسلية.

النتائج: لدى العودة إلى بطاقات المرضى وتحديد نواحي الإصابة بالتفصيل، كانت الإصابات الرأسية على الفروة (الصدغين والقمة) والأنف والمآق والشفة العلوية والشفة السفلية والوجنتين والأذنين بنسب مختلفة، كما اختلفت هذه النسب بحسب الجنسين (الجدول 5).

و122 حالةً من الطلوان الفموي (91,172%) وأصيب 32 من الذكور بداء بوفن (96,969%)، وكانت لدى 1231 من الذكور تقرانات سفعيةً (73,448%). أما بالنسبة إلى الإناث، فكانت هناك 144 سرطانة حرشفية الخلايا (26,373%) و608 سرطانات قاعدية الخلايا (39,947%) و2 سرطانة مختلطة (15,384%) و10 حالات من الطلوان الفموي (8,270%) وحالةً واحدةً من داء بوفن (3,030%) و445 تقراناً سفعياً (26,551%).

الجدول 3. توزع أنماط الأورام البشرية غير الميلانينية بحسب

الجنس ونسبها المئوية.

نوع الورم البشري غير الميلانيني	ذكور	إناث
SCC	402 (73,626%)	144 (26,373%)
BCC	914 (60,052%)	608 (39,947%)
MC	11 (84,615%)	2 (15,384%)
OL	122 (91,172%)	10 (8,270%)
BD	32 (96,969%)	1 (3,030%)
AK	1231 (73,448%)	445 (26,551%)
المجموع	2712	1210

وبالعودة إلى التشخيص التفريقي الذي أرسل المريض به إلى الجراحة، كان التشخيص السريري دقيقاً في 2932 (74,757%) من مجموع الأورام البشرية، إذ كان التشخيص السريري دقيقاً في 315 (57,692%) سرطانة حرشفية الخلايا، واشتملت التشخيص التفريقية المختلفة الشوكوم القرني والتقران السفعي والسرطانة قاعدية الخلايا واللايشمانيا الجلدية والذآب الشائع. وكان التشخيص المبدئي صحيحاً في 1138 (74,770%) سرطانة قاعدية الخلايا، واشتملت التشخيص التفريقية على الوحامات الخلوية واللايشمانيا الجلدية والسرطانة حرشفية الخلايا والقشيعية والذئبة الحمامية القرصية. كان التشخيص السريري الأولي صحيحاً في 28 (87,5%) حالةً من داء بوفن، واشتملت التشخيص التفريقية على السرطانة قاعدية الخلايا السطحية والتهاب الجلد. وكان التشخيص السريري الأولي صحيحاً في 119 (90,151%)

فتوضعت معظم حالاته (112 حالة) على المخاطية الشدقية) والباقي على باطن الشفة السفلية.

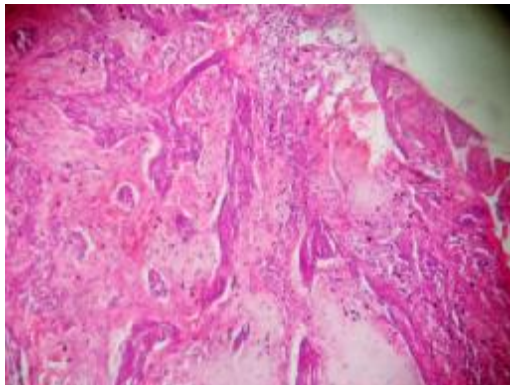
إنّ هذا التوضع على النواحي المعرضة لأشعة الشمس والشفة السفلية، جعلنا نستنتج عوامل الاختطار المختلفة من التعرض للأشعة فوق البنفسجية والمزوقات والتدخين والتعويضات السنوية، فضلاً عن الخلفية العلمية والخبرة لكل باحث ومختص في طب الجلد.

كما قمنا بملاحظة التشخيص التفريقية المختلفة المدونة في بطاقات المرضى بالنسبة إلى الأورام البشرية غير الميلانينية المدروسة، ويعرض الجدول 7 أبرز التشخيص التفريقية التي كانت مدونة في بطاقات المرضى المصابين بالسرطانات قاعدية الخلايا وشائكة الخلايا (ويصعب ذكر التشخيص التفريقية كلها لأن قائمتها طويلة جداً) أكثر من 30 تشخيصاً تفريقياً).

الجدول 7. أبرز التشخيص التفريقية الواردة في بطاقات المرضى المصابين بالسرطانات قاعدية الخلايا والسرطانات شائكة الخلايا.

نقران مئي	ثأليل	ذآب شائع	فطور عميقة	أورام ملحقات	وحمة خلوية	لايشمانية جلدية	شوكوم قرني	
58	-	14	16	22	54	63	58	BCC
3	42	27	32	6	5	36	52	SCC
62	42	41	48	28	59	99	110	المجموع
2,998	2,030	1,982	2,321	1,353	2,852	4,787	5,319	النسبة المئوية (%)

ويبيدي الشكل 14 إحدى حالات داء بوفن التي توضع على أعلى الظهر.



الشكل 11. سرطانة قاعدية الخلايا شبيهة بالقشبية.

الجدول 5. توزع الإصابات على الوجه بحسب الجنسين.

الناحية	الصدغ	الوجنة	الأف	الشفة السفلية	الأذن	الموق
ذكور	342	348	363	480	270	149
إناث	84	232	243	97	106	214

أمّا بالنسبة إلى الإصابة على الأطراف العلوية والسفلية والذراع والناحية التناسلية والرقبة

فتوزعت بين الجنسين كما هو مبين في الجدول (6)

الجدول 6. توزع الأورام على نواحي الجسم بخلاف الرأس بين الجنسين.

الناحية	الذراع	الرقبة	الطرف العلوي	الطرف السفلي	الناحية التناسلية
ذكور	215	33	223	117	7
إناث	113	14	158	113	1

وتوزعت السرطانات المختلطة جميعها على الوجه، إذ توضع 9 من أصل 13 على الأنف. أمّا الطلوان القموي

ألا يصل مجموع الأورام إلى المجموع الكلي لأننا لم نضم التشخيص التفريقية الواردة جميعها.

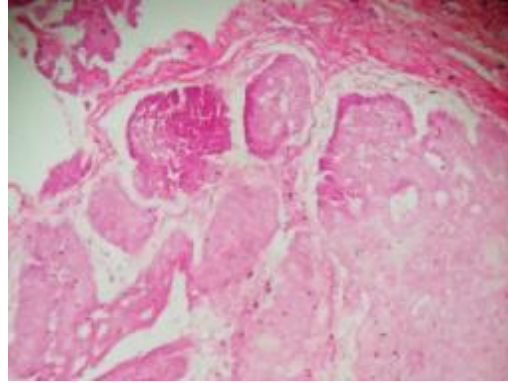
كما أننا عدنا إلى أرشيف التشريح المرضي لتسجيل الأنماط النسيجية لكل من السرطانات قاعدية الخلايا والسرطانات حرشفية الخلايا (الجدولان 8 و9). وتبين أنّ النمط الشبيه بالقشبية كانت معظم توابعاته على الرأس، والوجه تحديداً (الشكل 11)، وكذلك كان النمط السطحي من السرطانات قاعدية الخلايا (الشكل 12). واختلقت درجات تمايز السرطانات حرشفية الخلايا من جيدة التمايز (الشكل 13) إلى السرطانات حرشفية الخلايا المغزلية.

الجدول 8. الأنماط النسيجية للسرطانة قاعدية الخلايا.

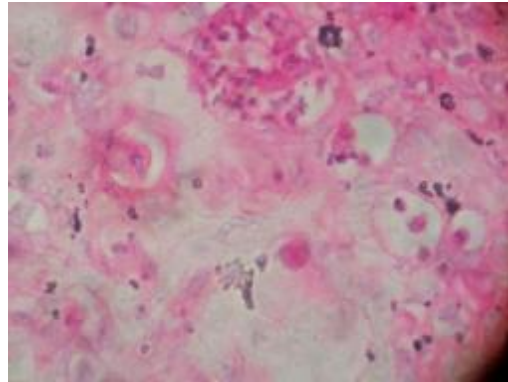
السطحية	الشبيهة بالفشيعية	التقرنية	الكيسية	الارتشاحية	المصطبغة	الغذائية
199	46	143	312	167	343	312

الجدول 9. الأنماط النسيجية للسرطانة شائكة الخلايا.

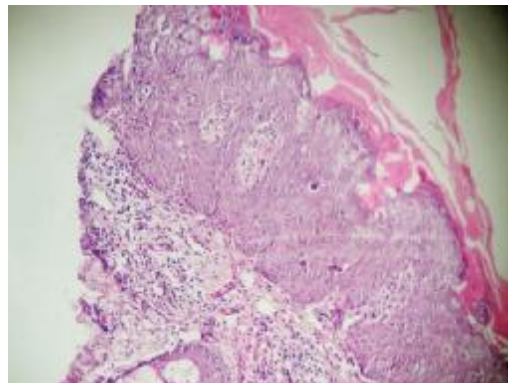
النموذجية	الغذائية	منحلة الأشواك	الثلولوية	مغزلية الخلايا	قرحة Marjolin
262	34	146	53	19	32



الشكل 12. سرطانة قاعدية الخلايا من النمط السطحي.



الشكل 13. سرطانة شائكة الخلايا جيدة التمايز، لاحظ وجود خراجات العدلات ضمن جزر الخلايا الشائكة مع الخلايا مفردة الكروماتين ضخمة النوى.



الشكل 14. داء بوفن، لاحظ الشواك العريض وخلايا بوفن المحاطة بهالة نيرة.

التعرض لأشعة الشمس، وإذا ما أخذنا بالحسبان الإنذار الأشد سوءاً للسرطانة المختلطة نجد أن لأشعة الشمس دوراً مضاعفاً في إحداث الورم وفي إضفاء صبغة الإنذار السيئ أيضاً. ولأن نسبة إصابة الموق كانت أعلى لدى الإناث، ممّا يفسر دور المواد المزوقة الملونة والمعطرة التي تؤدي -في كثيرٍ من الأحيان- إلى التحسس الضوئي الذي يؤدي دوراً كبيراً في الإسهام في تضخيم الأثر الضوئي في الجلد.

وفي دراسة الجدولين 4 و7، نجد أن هناك دقةً تشخيصيةً أوليةً جديرةً بالاعتبار، ومع ذلك، ما يثير القلق هو مصادفة السرطانة قاعدية الخلايا والسرطانة حرشفية الخلايا في خزعٍ لم تشتمل قائمة التشخيص التفريقي لها على أيٍّ من السرطانتين. ومن جهةٍ أخرى، بوجود دقة تشخيصيةٍ معتبرةٍ يجعل طبيب الجلد قادراً على طلب الخزعة الاستئصالية (متى سمح حجم الآفة بذلك) بموثوقيةٍ، ممّا يخفف عن المريض عبء الاستئصال التالي لعدم وجود تقنية الجراحة المجهرية بحسب Moh في المستشفى.

الاستنتاج: يؤدي التعرض المديد لأشعة الشمس مع عدم إيلاء الاهتمام إلى الوقاية منها سواءً أكان من خلال استخدام الحاجبات الشمسية أم ارتداء المناسب من الملابس في الأعمال الخارجية (الزراعة والبناء والخ). مع ضرورة القيام بالحملات الإعلامية التثقيفية وتوجيه الإعلام لضرورة عرض البرامج التثقيفية لمضار التعرض لأشعة الشمس والتدخين والمواد المزوقة. لأن الطبيعة الاستعادية لدراستنا كانت من محددات الدراسة، فلا بدّ من ضرورة تأكيد أخذ المعلومات الديموغرافية والشخصية المفصلة لدى استجواب المرضى في المؤسسات العامّة، لما له من دورٍ مهم في التخطيط ووضع البرامج الصحية المستقبلية.

المناقشة: بتحليل النتائج المدرجة في (الجدول 2) نجد أن ذروة الإصابة كانت في العقد السابع من العمر في كلا الجنسين، ممّا يشير إلى دور التعرض لأشعة الشمس المطول كلما ازداد العمر. ويبدو أن ذروة الإصابة لم تكن في العقدين الثامن والتاسع من العمر مع كون الجرعة التراكمية للتعرض لأشعة الشمس أضخم في هاتين الفئتين العمريتين، وذلك يتوافق مع متوسط الأعمار في بلادنا الذي يقع إجمالاً في العقد السابع من العمر. ويتوافق هذا الاستنتاج مع كون الإصابات أكثر لدى الذكور مما هي عليه لدى الإناث (الجدول 3) بسبب طبيعة الحياة البيئية للنساء في مجتمعاتنا ولاهتمام النساء بالأمر التجميلية كاستخدام حاجبات الأشعة الشمسية التي لا يراها الذكور عملية. كما يشير الجدول 5 إلى النواحي التشريحية من الرأس التي تركزت فيها الإصابات التي تباينت بين الجنسين، فمثلاً إصابة الصدغ لدى الذكور كانت أعلى بنحو ثلاث مرات ممّا هي عليه عند الإناث، وكانت إصابة الأذنين في الذكور أعلى مما عليه لدى الإناث بنحو ثلاث مرات، مع العلم أن نسبة إصابة الذكور للإناث في دراستنا كانت 1:2,241، ممّا يشير أيضاً إلى دور التعرض لأشعة الشمس إذا ما أخذنا بالحسبان وجود حالات الصلع ذكري النموذج لدى الرجال فضلاً عن غطاء الرأس الذي هو تقليدياً في بلادنا لدى نسبة كبيرة من الإناث. ومع ذلك أدّى التدخين دوراً رئيساً في غلبة إصابة الشفة السفلية لدى الذكور. ويبدو أن ما يعزز دور التدخين أيضاً هو وجود 122 حالة من أصل 132 حالة من الطلوان الفموي لدى الذكور، مع عدم ملاحظتنا لوجود اختلاف في نسبة التعويضات السنوية لدى الجنسين. أمّا إذا ما أعنا النظر في كون معظم حالات السرطانة المختلطة لدى الذكور (11 من أصل 13) وكون معظمها قد توضع على الأنف يعيدنا للسبب الأكثر أهمية وهو

References

1. Tony Burns, Stephen Breathnach, Neil Cox, Christopher Griffiths. Soft Tissue Tumours and Tumour-like Conditions. Rooks Textbook of Dermatology, EIGHTH EDITION, WILEY-BLACKWELL, UK, 2010, Volume 3, 52:63, 497-533.
2. Barr LH, Menard JW Marjolin's ulcer. Cancer 1983 ;52:17 3.
3. Lund, HZ. How often does squamous cell carcinoma of the skin metastasize? Arch Dermatol 1965;92:635.
4. Frierson HF Jr, Cooper PH. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the lower lip Hum Pathol 1,986;17:346.
5. Hoxtell EO, Mandel JS, Murray SS, et al Incidence of skin carcinoma after renal transplantation- Arch Dematol 1977 ;113:436.
6. Nigel Kirkham. Tumors and Cysts of the Epidermis. Levers Histopathology of the skin, Histopathology of the skin, Tenth edition, LIPPINCOT WILLIAMS & WILKINS, USA, 2009. 29: 807-834.
7. Kraus FT, Perez-Mesa C. Verrucous carcinona. Cancer 1966;19:26.
8. LeBoit PE, Burg, G, Weedon D, et al. Pathology and genetics of skin tumours. Lyon: IARC Press, 2006.
9. Gellin GA, Kopf AV, Garfinkel L. Basal cell epithelioma. Arch Dermatol 1965:91:38.
10. Von Domarus H, Stevens PJ. Metastatic basal cell carcinoma: Report of five cases and review of 170 cases in the literature. J Am Acad Dermatol 1984; 10:1043.
11. Montgomery H, Dörffel J. Verruca senilis und keratoma senile. Arch Dermatol Syph 1932;166:286.
12. Kao GF. Editorial: carcinoma arising in Bowen's disease. Arch Dermatol 1986;122:1124.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2013/6/25.

تاريخ قبوله للنشر 2013/10/3.