

Epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Birjand city, between 2008 and 2017

Leili Alizadeh¹, Gholamreza Sharifzadeh², Yasaman Aghajani³

¹ Assistant Professor, Dental Research Center, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

² Assistant Professor of Epidemiology, School of Health, Infectious Diseases Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

³ Student of Dentistry, Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran



Citation: Alizadeh L, Sharifzadeh Gh, Aghajani Y. [Epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma in Birjand city, between 2008 and 2017]. J Birjand Univ Med Sci. 2019; 26(3): 279-88. [Persian]

DOI: <http://doi.org/10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109>

Received: September 24, 2018

Accepted: April 30, 2019

ABSTRACT

Background and Aim: Squamous cell carcinoma is one of the most common causes of head and neck cancer and is one of the ten leading causes of death in the world. its prognosis is weak due to late diagnosis and varied clinical. Environmental and climatic conditions play a role in cancers; for this reason, the necessity of epidemiological studies is felt. The aim of this study was to evaluate the ten-year epidemiology of cases infected head and neck squamous cell carcinoma in Birjand.

Materials and Methods: This is a cross-sectional descriptive-analytical study, by the method of retrospective study was performed on 111 patients with head and neck squamous cell carcinoma. demographic and histopathological data were extracted from patient records. Subsequently, the data were then analyzed using one-way Chi-square test or Fisher's alpha level of $\alpha = 0.05$.

Results: In this study, the mean age of the patients was 60.52 ± 12.9 years and the ratio of male to female was 2.08. The most common sites of involvement were larynx (63.1%) and followed by tongue (8.1%). For smokers, laryngeal involvement was 76.7% and for non-smokers, 54.4%, which is statistically significant ($P=0.04$). 54.1% of patients had squamous cell carcinoma (SCC) with moderately differentiation. 55% of patients were living in the city. Moderately differentiated tissue lesions among drug users they were significantly higher ($P=0.02$).

Conclusion: The results of this study showed that head and neck squamous cell carcinoma has become more prevalent in men, especially the elderly, in recent years. The most common site of involvement in head and neck was the larynx, and smoking significantly increased the prevalence of laryngeal lesions.

Key Words: Epidemiology; Squamous Cell Carcinoma; Head and Neck

بررسی اپیدمیولوژی کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن در شهر بیرجند، طی سال‌های ۱۳۸۷-۹۶

لیلی علیزاده^۱ ، غلامرضا شریف‌زاده^۲ ، یاسمن آفاجانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: کارسینوم سلول سنگفرشی، از شایع‌ترین سرطان‌های ناحیه سر و گردن و جزء ده علت عمده مرگ و میر در جهان است. پیش‌آگهی این بیماری به علت تشخیص دیرهنگام و گوناگونی در تظاهرات آن، ضعیف می‌باشد. شرایط محیطی و اقلیمی در سرطان‌ها نقش دارند؛ به همین دلیل، خسروت انجام مطالعات اپیدمیولوژیک احساس می‌شود. این مطالعه با هدف ارزیابی اپیدمیولوژی ده‌ساله موارد مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن در شهر بیرجند انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی، به صورت گذشته نگر بر روی پرونده ۱۱۱ بیمار مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن انجام شد. اطلاعات دموگرافیک و هیستوپاتولوژیک مورد نیاز از پرونده بیماران استخراج گردید؛ سپس داده‌ها بهوسیله آزمون آماری Chi-square یک‌طرفه يا Fisher در سطح آلفا مساوی ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه، میانگین سنی بیماران $۵۰\pm ۱۲/۹$ سال و نسبت مرد به زن $۲/۰/۸$ بود. بیشترین محل درگیری، ناحیه حنجره ($۶۳/۱\%$) و پس از آن زبان ($۸/۱\%$) بود. در افراد سیگاری، درگیری ناحیه حنجره $۷/۶$ درصد و در افراد غیر سیگاری $۵/۴/۴$ درصد بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P=0/۰۴$). از بین افراد مورد مطالعه، $۵۴/۱$ درصد بیماران دارای درجه تمایز متوسط بودند و $۵/۵$ درصد افراد درگیر، در شهر سکونت داشتند. ضایعات بافتی با تمایز متوسط، در افراد مصرف کننده مواد مخدر به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($P=0/۰۲$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن طی سال‌های اخیر در بین مردان بویژه افراد مسن شیوع بیشتری داشته است. بیشترین میزان درگیری در ناحیه سر و گردن، حنجره بود و مصرف دخانیات به‌طور معنی‌داری شیوع ضایعات حنجره را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: اپیدمیولوژی؛ کارسینوم سلول سنگفرشی؛ سر و گردن

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۸؛ ۲۶(۳): ۲۷۹-۲۸۸.

دربافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۲ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۰

^۱ استادیار بخش آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
^۲ استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
^۳ نویسنده مسؤول؛ دانشجویی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران
آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- دانشکده دندانپزشکی
تلفن: +۹۸۹۱۵۵۹۶۷۱۳۹ پست الکترونیکی: Yaaghajani2@yahoo.com

مقدمه

تفاوت‌های بزرگی در میزان بروز و مرگ و میر سالانه OSCC در سراسر جهان با تفاوت بروز تا ۲۰ برابر بین کشورهای مختلف یافت شده است. اکثر این تفاوت‌ها بدون شک ناشی از تفاوت عادت‌ها، سبک زندگی، کیفیت آموزش پیشگیرانه و سوابق پزشکی در کشورهای مختلف است (۶). ارتباط بین پیش‌آگهی OSCC و سن و جنس، بحث‌برانگیز است. برخی مطالعات چنین رابطه‌ای را نشان نداده‌اند (۹، ۱۰)؛ در حالی که دیگر مطالعات نشان داده‌اند که پیش‌آگهی OSCC در مردان مسن ضعیفتر است (۱۱، ۱۲). در برخی مطالعات هیچ ارتباطی بین پیش‌آگهی بیماری و مصرف سیگار و الكل گزارش نشده است (۹)؛ در حالی که برخی دیگر میزان مرگ و میر بالاتر در سیگاری‌ها و مصرف کنندگان الكل را گزارش داده‌اند (۱۳). مطالعاتی نیز نشان داده‌اند که بین پیش‌آگهی و درجه تمایز بیماری ارتباطی وجود ندارد (۱۴)؛ در حالی که برخی دیگر مرگ و میر بیشتر را در بیماران با درجه تمایز کمتر بیماری، نشان داده‌اند (۱۵). مطالعات اپیدمیولوژیک، پایه‌ای برای تحقیقات مرتبط با سلامت است و به شناسایی عوامل خطر برای بیماری و ارائه درمان ایده‌آل می‌پردازد. با وجود انجام چندین مطالعه در مورد اپیدمیولوژی OSCC در ایران، اطلاعات بسیار محدودی در مورد عوامل مرتبط با بیماری در شهر بیرجند وجود دارد. شناخت رفتار اپیدمیولوژیک کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن، اجازه برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری، تشخیص و درمان آن را می‌دهد؛ بدین‌منظور، مطالعه حاضر با هدف بررسی فاکتورهای اپیدمیولوژیک مرتبط با کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن در سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۶ در شهر بیرجند انجام شد.

روش تحقیق

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است. در این مطالعه، با استفاده از روش سرشماری کلیه بیمارانی که با تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی سر

امروزه جهان با بیماری‌های غیرقابل درمان تحت عنوان اپیدمی مدرن شناخته می‌شود. در این میان، سرطان دومین علت مرگ در میان ۱۰ علت شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است (۱). سرطان دهان ۲ تا ۴ درصد از همه بدخیمی‌ها را شامل می‌شود؛ اگرچه شیوع آن در برخی از کشورها بیشتر است؛ به عنوان مثال ۱۰ درصد در پاکستان و ۴۵ درصد در هند شیوع دارد (۲).

بر اساس مطالعات انجام‌شده در ایران، سرطان سومین علت مرگ است و سالانه بیش از ۳۰ هزار بیمار به علت بدخیمی‌ها جان خود را از دست می‌دهند. براساس داده‌های منتشرشده، ۵۵۸۵۵ مورد سرطان در سال ۲۰۰۶ در ایران گزارش شده است (۳). بر اساس اطلاعات منتشرشده توسط وزارت بهداشت در ایران در سال ۲۰۰۳، سرطان دهان در استان‌های سیستان و بلوچستان، چهارمحال و بختیاری و خراسان به ترتیب: ۵/۹ و ۳/۴ و ۳/۱ درصد از همه سرطان‌های بدن را شامل می‌شد و یکی از ۱۰ سرطان شایع بود (۴).

کارسینوم سلول سنگفرشی SCC (Carcinoma Squamous Cell)، شایع‌ترین سرطان در حفره دهان و علت بیش از ۹۰ درصد بدخیمی‌های دهانی است (۵). شیوع کارسینوم سلول سنگفرشی دهان Oral OSCC (Squamous Cell Carcinoma) از لحاظ سن، جنس، نژاد و موقعیت جغرافیایی متفاوت است (۶). حدود ۳ درصد از کل سرطان‌ها در مردان و ۲ درصد در زنان رخ می‌دهد (۷). بروز این سرطان با افزایش سن، بهویژه در مردان بالای ۴۰ سال، افزایش می‌یابد (۵). الكل و تنباکو شایع‌ترین عوامل اتیولوژیکی برای OSCC هستند (۶). تقریباً ۲۷۵۰۰۰ مورد جدید OSCC هر ساله در سراسر جهان گزارش شده است (۸).

به علت پیچیدگی‌های مربوط به بیماری و یا درمان و مرگ و میر بالا، از اهمیت بالایی برخوردار است (۷).

پرونده پاتولوژی از بین پروندهای موجود در آرشیو بخش پاتولوژی مراکز آموزشی و درمانی بیرجند با تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی به دست آمد.

این مقاله دارای کد اخلاق به شماره Ir.bums.REC.1396.267 است. در این مطالعه از اطلاعات خصوصی و شخصی افراد مورد مطالعه محافظت شد و اطلاعات به صورت محترمانه مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدگذاری و در نرمافزار SPSS (ویرایش ۲۲) وارد شد و ضمن ارائه فراوانی مطلق و نسبی داده‌ها به وسیله آزمون آماری Chi-square یک‌طرفه یا Fisher در سطح آلفا مساوی ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۱۱۱ بیمار مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن با میانگین سنی $۶۰/۵۲\pm ۱۲/۹$ سال و حداقل سن ۲۹ سال و حداقل ۸۸ سال انجام شد. بیشتر بیماران در فاصله سنی ۵۰ تا ۵۹ سال قرار داشتند. این افراد شامل ۳۶ زن (۳۲/۴٪) و ۷۵ مرد (۶۷/۶٪) بودند که مردان تعداد بیشتری داشتند.

بیشتر بیماران دارای کارسینوم سلول سنگفرشی، در سال ۱۳۹۵ (۱۵/۳٪) قرار داشتند. در ۶۳/۱ درصد موارد درگیری ناحیه حنجره، ۸/۱ درصد موارد درگیری زبان و ۷/۲ درصد موارد درگیری لب پایین مشاهده شد که این نواحی شایع‌ترین نواحی درگیری بودند. مشخصات دموگرافیک و اطلاعات ثبت‌شده در پرونده بیماران مبتلا، در جدول یک نشان داده شده است (جدول ۱).

نتایج حاصل از این مطالعه، ارتباط معنی‌داری بین درجه تمایز بیماری و مصرف مواد مخدر نشان داد ($P=0/02$): بدین صورت که در افراد با سابقه مصرف مواد مخدر، به طور معنی‌داری ابتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی با تمایز متوسط مشاهده شد. اما بین سایر متغیرهای مورد بررسی و درجه تمایز بیماری، ارتباط معنی‌داری یافت نشد (جدول ۲).

و گردن بر اساس تشخیص میکروسکوپی طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۶ در مرکز آموزشی و درمانی امام رضا و حضرت ولی‌عصر و آزمایشگاه‌های خصوصی بیرجند تأیید شده بودند، در مطالعه وارد شدند.

در این مطالعه از نرمافزار ثبت سلطان موجود در بیمارستان امام رضا و حضرت ولی‌عصر و آزمایشگاه‌های خصوصی بیرجند استفاده شد و کلیه موارد بدین‌گهی سر و گردن طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۶ جدا شد. این نرمافزار به‌گونه‌ای طراحی شده است که در زمان ثبت ضایعه در آرشیو آزمایشگاه، به هر ضایعه بدین‌گهی یک کد اختصاصی مرتبط با بدین‌گهی‌بودن و یک کد اختصاصی مرتبط با نوع بدین‌گهی را اختصاص می‌دهد و در نتیجه دسترسی به انواع ضایعات بدین‌گهی را تسهیل می‌کند. پس از به دست آوردن تمامی نمونه‌های بدین‌گهی، این نمونه‌ها برای یافتن موارد کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات کلینیکی بیماران از پرونده پزشکی بیماران و اطلاعات پاتولوژیک بیماران شامل درجه تمایز از طریق پرونده پاتولوژی از بین پروندهای موجود در آرشیو بخش پاتولوژی با تشخیص اسکواموس سل کارسینوما به دست آمد. به علت کامل‌بودن اطلاعات نرمافزار، تعداد بسیاری از پرونده‌ها با استفاده از دفاتر موجود در آرشیو بررسی شد؛ سپس پرونده‌های بیماران مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن استخراج گردید. پرونده‌هایی که ناقص بودند، نوع بدین‌گهی «نامشخص» ذکر شده بود و یا دیسپلازی گزارش شده بود، از مطالعه خارج شد و بیمارانی که در گزارش پاتولوژی آنها کارسینوم سلول سنگفرشی در ناحیه سر و گردن ذکر شده بود، مورد مطالعه قرار گرفتند.

اطلاعات کلینیکی بیماران شامل: سن، جنس، مصرف دخانیات (سیگار) و محل درگیری در سر و گردن (زبان، کف دهان، لثه، مخاط آلوئول، مخاط باکال، کام، لب، حلق دهانی، هایپوفارنکس، حلق بینی، حنجره) از پرونده پزشکی بیماران و اطلاعات پاتولوژیک بیماران شامل درجه تمایز، از طریق

در این مطالعه درگیری ناحیه حنجره در افراد سیگاری به طور معنی داری افزایش نشان داد، اما ارتباط معنی داری بین محل درگیری و سن بیماران مبتلا یافت نشد (جدول ۳). (P=۰/۰۷) و افراد مصرف کننده مواد مخدر (P=۰/۰۴)

جدول ۱- توزیع فراوانی شاخص های دموگرافیک و اطلاعات پرونده بیماران مورد مطالعه

تعداد (درصد)	مشخصات دموگرافیک	
(۶۷/۶) ۷۵	مرد	جنسيت
(۳۲/۴) ۳۶	زن	
(۰/۹) ۱	کمتر از ۳۰ سال	سن
(۳/۶) ۴	۳۰-۳۹ سال	
(۱۶/۲) ۱۸	۴۰-۴۹ سال	
(۲۹/۷) ۳۳	۵۰-۵۹ سال	
(۲۲/۵) ۲۵	۶۰-۶۹ سال	
(۱۹/۸) ۲۲	۷۰-۷۹ سال	
(۷/۲) ۸	۸۰ سال و بالاتر	
(۶۳/۱) ۷۰	حنجره	محل درگیری
(۸/۱) ۹	زبان	
(۷/۲) ۸	لب پایین	
(۴/۵) ۵	لب بالا - هیپوفارنکس	
(۳/۶) ۴	سوپراگلوت	
(۱/۸) ۲	مخاط باکال - اپی گلوت - هیپوفارنکس و اوروفارنکس	صرف دخانیات
(۰/۹) ۱	لته - نازوفارنکس - زبان و لب پایین - زبان و حنجره	
(۳۸/۷) ۴۳	بلی	صرف مواد مخدر
(۶۱/۳) ۶۸	خیر	
(۴۹/۵) ۵۵	بلی	درجه تمایز (Grading)
(۵۰/۵) ۵۶	خیر	
(۳۵/۳۱) ۳۹	خوب تمایز یافته	تمایز (Grading)
(۵۴/۱) ۶۰	با تمایز متوسط	
(۱۰/۸) ۱۲	تمایز ضعیف	
(۵۵) ۶۱	شهر	محل سکونت
(۴۵) ۵۰	روستا	

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی درجه تمایز بیماری بر حسب محل درگیری، مصرف دخانیات، مصرف مواد مخدر، محل سکونت، سن و جنسیت

نتیجه آزمون آماری	درجه تمایز			نوع متغیر
	تمایز ضعیف تعداد (درصد)	تمایز متوسط تعداد (درصد)	تمایز خوب تعداد (درصد)	
آزمون دقیق فیشر $X^2=20/7$ $P=0/68$	(12) ۹	(۵۹) ۴۱	(۲۹) ۲۰	جنجه
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=3/5$ $P=0/16$	(۰) ۰	(۵۶) ۵	(۴۴) ۴	زبان
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=7/9$ $P=0/02$	(12/5) ۱	(۵۰) ۴	(۳۷/۵) ۳	لب پایین
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=2/4$ $P=0/30$	(9) ۴	(۶۵) ۲۸	(۲۶) ۱۱	بله
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=1/38$ $P=0/87$	(12) ۸	(۴۷) ۳۲	(۴۱) ۲۸	خیر
آزمون دقیق فیشر $X^2=2/02$ $P=0/36$	(16) ۹	(۶۰) ۳۳	(۲۴) ۱۳	بله
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=2/02$ $P=0/36$	(5) ۳	(۴۸) ۲۷	(۴۷) ۲۶	خیر
آزمون دقیق فیشر $X^2=1/38$ $P=0/87$	(9) ۶	(۶۱) ۳۷	(۳۰) ۱۸	شهر
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=2/02$ $P=0/36$	(12) ۶	(۴۶) ۲۳	(۴۲) ۲۱	روستا
آزمون دقیق فیشر $X^2=2/02$ $P=0/36$	(12) ۳	(۴۸) ۱۱	(۴۰) ۹	کمتر از ۴۰
آزمون دقیق فیشر $X^2=1/38$ $P=0/87$	(9) ۵	(۵۵) ۳۲	(۳۶) ۲۱	۵۰-۶۹
آزمون دقیق فیشر $X^2=2/02$ $P=0/36$	(13) ۴	(۵۷) ۱۷	(۳۰) ۹	و بالاتر ۷۰
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=2/02$ $P=0/36$	(9) ۷	(۵۹) ۴۴	(۳۲) ۲۴	مرد
آزمون های پیرسون و کای اسکوئر $X^2=2/02$ $P=0/36$	(14) ۵	(۴۴) ۱۶	(۴۲) ۱۵	زن

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی محل درگیری بر حسب مصرف دخانیات، مصرف مواد مخدر و سن

نتیجه آزمون آماری	محل درگیری					نوع متغیر
	ساخون نواحی	لباپایین	زبان	حنجه		
آزمون دقیق فیشر $X^2=17/5$ $P=0/04$	(19) ۸	(۲) ۱	(۲) ۱	(۷۷) ۳۳	بله	صرف دخانیات
آزمون دقیق فیشر $X^2=21/1$ $P=0/007$	(۳۴) ۱۶	(۱۰) ۷	(۱۲) ۸	(۵۴) ۳۷	خیر	
آزمون دقیق فیشر $X^2=28/8$ $P=0/058$	(12) ۷	(۶) ۳	(۲) ۱	(۸۰) ۴۴	بله	
آزمون دقیق فیشر $X^2=21/1$ $P=0/007$	(۳۱) ۱۷	(۹) ۵	(۱۴) ۸	(۴۶) ۲۶	خیر	صرف مواد مخدر
آزمون دقیق فیشر $X^2=28/8$ $P=0/058$	(۳۰) ۷	(۰) ۰	(۹) ۲	(۶۱) ۱۴	کمتر از ۴۰	سن
آزمون دقیق فیشر $X^2=28/8$ $P=0/058$	(۱۹) ۱۱	(۵) ۳	(۷) ۴	(۶۹) ۴۰	۵۰-۶۹	
آزمون دقیق فیشر $X^2=28/8$ $P=0/058$	(۲۰) ۶	(۱۷) ۵	(۱۰) ۳	(۵۳) ۱۶	و بالاتر ۷۰	

بحث

در مطالعه حاضر ۳۸/۷ درصد افراد سابقه مصرف دخانیات و ۴۹/۵ درصد افراد سابقه مصرف مواد مخدر داشتند. در مطالعه طباطبائی و همکاران، ۴۹/۳ درصد بیماران از تباکو و انفیه استفاده می‌کردند (۴) که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه کدیور و همکاران، ۷۲ درصد بیماران مورد مطالعه سابقه مصرف سیگار داشتند (۱۹). این تفاوت‌ها در مطالعات مختلف می‌تواند ناشی از حجم نمونه‌های متفاوت مطالعات و گاهی عدم افسای مصرف تباکو و مواد مخدر توسط بیمار یا خانواده وی باشد.

در این مطالعه ۱۳۵/۱ درصد افراد دارای SCC خوب تمايز ۱۰/۸ را یافته، ۵۴/۱ درصد افراد دارای SCC با تمايز متوسط و درصد افراد دارای SCC تمايز نیافته بودند که درصد افراد مبتلا به SCC با تمايز متوسط بالاتر بود. همانند مطالعه حاضر، در مطالعه Khammissa و همکاران، بیشتر افراد مبتلا به SCC دارای تمايز متوسط بودند (۲۰)؛ ولی در مطالعه طباطبائی و همکاران، بیشتر افراد مبتلا به SCC تمايز یافته بودند (۲۱). به نظر می‌رسد تفاوت در درجه تمايز ضایعات در مطالعات مختلف احتمالاً مرتبط با حجم نمونه مورد مطالعه و گاهی عوامل خطر متفاوت مربوط به این کارسینوم در نواحی جغرافیایی مختلف باشد.

در مطالعه حاضر بیشتر بیماران مورد مطالعه در میانگین سنی $۱۲/۹ \pm ۵/۲$ سال قرار داشتند. در مطالعه طباطبائی و همکاران، سن متوسط بیماران $۶۲/۸ \pm ۱$ سال بیان شد (۴) که به میانگین به دست آمده در مطالعه ما نزدیک بود و از میانگین مطالعه دلاوریان و همکاران ($۵۳/۵ \pm ۵$ سال)، بیشتر بود (۲۲).

همچنین در مطالعه ما گروه سنی $۵۹-۵۰$ سال بیشترین گروه سنی مبتلا به SCC بود؛ در حالی که در مطالعه طباطبائی و همکاران شایع‌ترین دهه‌ها، دهه ششم، هفتم و هشتم بود (۴). ابتلای اکثر بیماران در گروه سنی $۵۹-۵۰$ سال طی ده سال اخیر در این استان نشان می‌دهد که نسبت به مطالعات مشابه، مبتلایان حداقل یک دهه جوان‌تر هستند.

کارسینوم سلول سنگفرشی به علت پیچیدگی‌های مربوط به بیماری و یا درمان و مرگ و میر بالا، از اهمیت بسیاری برخوردار است (۷). شناخت رفتار اپیدمیولوژیک کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن، اجازه برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری، تشخیص و درمان آن را می‌دهد. در این مطالعه، هدف ارزیابی اپیدمیولوژی کارسینوم سلول سنگفرشی دهان طی سال‌های ۱۳۸۷-۹۶ در شهر بیرجند بود که در آن فاکتورهای جنسیت، سن، محل درگیری، درجه تمايز و مصرف دخانیات و مواد مخدر در افراد مورد مطالعه بررسی گردید.

در مطالعه حاضر تعداد مردان مبتلا (۶۷/۶٪) بیشتر از تعداد زنان مبتلا (۳۲/۴٪) بود و میزان درگیری در مردان نسبت به زنان معادل ۲ به ۱ بود. این نتایج با نتایج مطالعه Al-Rawi (۱۶) همخوانی داشت که مشابه بیشتر مطالعات انجام‌شده در ایران و دیگر کشورهای است. نتایج مطالعه صدری (۱۷) با نسبت مرد به زن تقریباً برابر، متفاوت از نتایج مطالعه حاضر بوده است. از جمله مهم‌ترین دلایل این تفاوت در دو جنس می‌توان مصرف بیشتر تباکو را در مردان و همچنین فعالیت بیشتر مردان را در محیط باز مطرح نمود (۶). استان سیستان و بلوچستان تنها استانی در ایران است که سلطان هم در مردان و هم در زنان جزء ده سلطان شایع است که می‌تواند ناشی از مصرف مواد دخانی جویدنی و ناس در منطقه باشد (۱۸).

در این مطالعه در ۶۳/۱ درصد موارد درگیری ناحیه حنجره، ۸/۱ درصد موارد درگیری زبان و ۷/۲ درصد موارد درگیری لب پایین مشاهده شد. در مطالعه کدیور و همکاران، سلطان حنجره شایع‌ترین سلطان ناحیه سر و گردن بود (۱۹) و در مطالعه طباطبائی و همکاران، زبان شایع‌ترین محل درگیری بود (۴). این نتایج نشان‌دهنده تأثیر بالای مواد سلطان‌زا شیمیایی مانند تباکو و محصولات آن در درگیری این ناحیه از بدن است.

سنگفرشی ناحیه حنجره دارد و آموزش به افراد جامعه بهویژه جوانان را ضروری می‌داند.

در مطالعه حاضر، در بررسی توزیع فراوانی درجه تمایز بیماری بر حسب محل درگیری و محل سکونت، ارتباط معنی‌داری به دست نیامد.

این مطالعه ارتباط معنی‌داری میان درجه تمایز بیماری و مصرف دخانیات نشان نداد. علت این اختلاف می‌تواند به ناکافی‌بودن اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران یا عدم تمایل بیماران به دادن تاریخچه اجتماعی صحیح، مربوط باشد.

در این مطالعه ارتباط بین درجه تمایز بیماری با سن و جنسیت بیماران، اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. در مطالعه کدیور درجه تمایز ضعیفتر در بیماران مسن‌تر یافت شد، ولی این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود (۱۹).

در مطالعه حاضر ارتباط سن بیماران با محل درگیری اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. در مطالعه آغالی و همکاران (۱۸)، میانگین سنی بیماران بر اساس نواحی مبتلا، تفاوت معنی‌داری داشت؛ به طوری که میانگین سنی در ابتلای لثه و لب، بالاتر از سایر بیماران بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که کارسینوم سلول سنگفرشی سر و گردن طی سال‌های اخیر در شهر بیرجند بین مردان، شهرنشینان و در افراد مسن شیوع بیشتری داشته است. بیشترین میزان درگیری در ناحیه سر و گردن مربوط به حنجره بود و اکثر ضایعات از درجه تمایز متوسط برخوردار بودند.

نتایج مطالعه حاضر، حکایت از وجود ارتباط معنی‌داری میان مصرف دخانیات و مواد مخدر با ضایعات حنجره دارد. با توجه به آنچه که در این بررسی ده‌ساله به دست آمد، مصرف مواد مخدر یک عامل مرتبط با این بدیخیمی شناخته شد. با توجه به این مطلب لزوم تأکید بیشتر بر آگاه‌سازی خانواده‌ها و

این موضوع می‌تواند به عنوان علامت هشدارهای باشد و باید سیاست‌ها در جهت اطلاع‌رسانی گسترش داد و آموزش به عموم مردم استان در مورد این سرطان شایع، عوامل خطر مرتبط با آن و راه‌های شناسایی زودهنگام آن پیش رود.

در مطالعه حاضر، ۵۵ درصد افراد شهری و ۴۵ درصد افراد روستایی بودند. طبق مطالعه Perez و همکاران (۲۳)، شهرنشینی و توسعه تکنولوژیکی می‌تواند افراد را در معرض بیماری‌هایی که از مواد افزودنی مواد غذایی، آفت‌کش‌ها، آلودگی، سیگار کشیدن و الكل منتقل می‌شود، قرار دهد.

در این مطالعه در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر، ۱۶/۴ درصد دارای SCC تمایز نیافته و در افرادی که مواد مخدر مصرف نمی‌کردند، ۵/۴ درصد دارای SCC تمایز نیافته بودند که این نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار مواد مخدر بر روی درجه تمایز بیماری است. نتایج مطالعه Perez و همکاران، با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۲۳). بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه کدیور ارتباط معنی‌داری بین درجه تمایز بیماری و مصرف سیگار وجود نداشت (۱۹). مواد مخدر یا سیگار و دخانیات حاوی انواع مواد سرطان‌زا بوده که گاهی اثرات تقویت‌کننده در چرخه کارسینوژنر داشته و موجب پیشرفت سریع‌تر بیماری و درجه تمایز ضعیفتر تومور می‌گردد.

در مطالعه حاضر، در سیگاری‌ها درگیری ناحیه حنجره ۷۶/۷ درصد و در غیر سیگاری‌ها، درگیری حنجره ۵۴/۴ درصد بود که اختلاف معنی‌داری را نشان داد. همچنین در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر درگیری حنجره ۸۰ درصد و در افرادی که مواد مخدر مصرف نمی‌کردند ۴۶/۴ درصد بود که این ارتباط نیز از نظر آماری معنی‌دار بود. در مطالعه کدیور و همکاران (۱۹) بیشترین درصد مصرف سیگار در افراد مبتلا به سرطان حنجره (۸۱/۷٪) و کمترین درصد مصرف سیگار در افراد مبتلا به سرطان زبان (۲۹٪) مشاهده شده بود. این مواد با توجه به نحوه استفاده، می‌توانند بر روی نواحی مختلفی از بدن اثرگذار باشند. مطالعه حاضر به طور قوی تأکید بر نقش تنباکو و سایر مواد مخدر بر ابتلا به کارسینوم سلول

حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و بخش مدارک پزشکی بیمارستان حضرت ولیعصر و بیمارستان امام رضا و بخش پاتولوژی بیمارستان امام رضا و آزمایشگاه پاتولوژی جناب آقای دکتر زردست که امکانات لازم برای انجام این تحقیق را فراهم نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

به ویژه نسل جوان از خطرات جبران ناپذیر مصرف مواد مخدر ضروری بوده و چنانچه در دستور کار رسانه‌های جمعی قرار گیرد، امید است که در آینده، کمتر شاهد ابتلا به این بدخيimi مهاجم و اثرات انکارناپذیر آن باشيم.

تقدیر و تشکر

تضاد منافع

نویسنده‌گان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه با کد ۲۵ مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است. نویسنده‌گان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از حوزه معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی،

منابع:

- 1- Khandekar SP, Bagdey PS, Tiwari RR. Oral cancer and some epidemiological factors: a hospital based study. Indian J Community Med. 2006;31(3):157-9.
- 2- Markopoulos AK. Current aspects on oral squamous cell carcinoma. Open Dent J. 2012; 6: 126-30. doi: 10.2174/1874210601206010126
- 3- Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. Ann Oncol. 2008; 20(3): 556-63. doi: 10.1093/annonc/mdn642.
- 4- Tabatabaei SH, Maddah A, Haerian A, Akhavan Tafti M, Danesh Ardekani M, Zarmehi S. Epidemiology of Squamous Cell Carcinoma in Yazd, Iran, from 2001 to 2011. Journal of Dentomaxillofacial Radiology, Pathology and Surgery. 2016; 4(4): 7-15.
- 5- Jamshidi S, Zargaran M, Moghimbeigi A, Delkhah M, Baghaei F. A comparison between the knowledge of dental students and general dentists about oral squamous cell carcinoma (Hamadan-Iran). J Mash Dent Sch. 2012; 36(1): 23-36. [Persian]
- 6- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 3th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2016.
- 7- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2016.
- 8- Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. Oral Oncol. 2005; 41(3): 244-60. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2004.08.010
- 9- Lo WL, Kao SY, Chi LY, Wong YK, Chang RC. Outcomes of oral squamous cell carcinoma in Taiwan after surgical therapy: factors affecting survival. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61(7): 751-8.
- 10- Rikardsen OG, Bjerkli IH, Uhlin-Hansen L, Hadler-Olsen E, Steigen SE. Clinicopathological characteristics of oral squamous cell carcinoma in Northern Norway: a retrospective study. BMC oral health. 2014; 14: 103. doi: 10.1186/1472-6831-14-103.
- 11- de Cássia Braga Ribeiro K, Kowalski LP, Latorre Mdo R. Perioperative complications, comorbidities, and survival in oral or oropharyngeal cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003; 129(2): 219-28.
- 12- Sapp JP, Eversole LR, Wysocki G. Contemporary oral and maxillofacial pathology. Implant Dentistry. 1997; 6(3): 238-9.
- 13- Leite IC, Koifman S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Oral Oncol. 1998; 34(5): 347-52.

- 14- O-charoenrat P, Pillai G, Patel S, Fisher C, Archer D, Eccles S, et al. Tumour thickness predicts cervical nodal metastases and survival in early oral tongue cancer. *Oral Oncol.* 2003; 39(4): 386-90.
- 15- Takes RP. Staging of the neck in patients with head and neck squamous cell cancer: imaging techniques and biomarkers. *Oral Oncol.* 2004; 40(7): 656-67.
- 16- Al-Rawi NH, Talabani NG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: a case series analysis of clinical presentation and histological grading of 1,425 cases from Iraq. *Clin Oral Investig.* 2008; 12(1): 15-8. DOI: 10.1007/s00784-007-0141-0
- 17- Sadri D, Khodayari A, Gharvan S. Prevalence of oral squamous cell carcinoma in a group of young and old iranian patients. *J Dent Shiraz Univ Med Sci.* 2011; 12(2): 120-6. [Persian]
- 18- Aghbali AA, Vosughe Hosseini S, Moradzadeh M, Sina M, Kocheky A, Mahmoodi S, et al. A ten-year study of oral squamous cell carcinoma cases in the guilan province. *J Guilan Univ Med Sci.* 2012; 21(84): 71-6. [Persian]
- 19- Kadivar M, Ahmadi S. Evaluation of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck and Related Risk Factors in Young Adults. *Razi J Med Sci.* 2010; 17(75): 68-76. [Persian]
- 20- Khammissa R, Meer S, Lemmer J, Feller L. Oral squamous cell carcinoma in a South African sample: Race/ethnicity, age, gender, and degree of histopathological differentiation. *J Cancer Res Ther.* 2014; 10(4): 908-14. doi: 10.4103/0973-1482.138100.
- 21- Tabatabaei SH, Akhavan Tafti M, Tavakouli Hossini A, Khajehzadeh F, Keshavarz S. Evaluation of Clinical, Demographic, Pathological, and Molecular Factors with Survival Rate of Patients with Oral Squamous cell Carcinoma in Yazd city During 1998–2008. *Journal of Dentomaxillofacial Radiology, Pathology and Surgery.* 2015; 4(1): 31-8.
- 22- Delavarian Z, Pakfetrat A, Mahmoudi S. Five years retrospective study of oral and maxillofacial malignancies in patients referred to Oral Medicine Department of Mashhad Dental School-Iran. *J Mash Dent Sch.* 2009; 33(2): 129-38. [Persian]
- 23- Perez RS, de Freitas SM, Dedivitis RA, Rapoport A, Denardin OVP, de Andrade Sobrinho J. Epidemiologic Study of Squamous Cell Carcinoma of the Mouth and Oropharynx. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2007;11(3):271-7. [Português, English]