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

Leili Alizadeh[1], Gholamreza Sharifzadeh[2], Yasaman Aghajani[3]

[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 α =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

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

مقاله اصیل پژوهشی

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

لیلی علیزاده[۱]، غلامرضا شریف‌زاده[۲]، یاسمن آقاجانی[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 به‌علت تشخیص دیرهنگام و گوناگونی در تظاهرات آن، ضعیف می‌باشد. شرایط محیطی و اقلیمی در سرطان‌ها نقش دارند؛ به همین دلیل، ضرورت 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، به‌صورت 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 داده ها به‌وسیله آزمون آماری Chi-square یک‌طرفه یا Fisher در سطح آلفا مساوی ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه، میانگین سنی بیماران ۱۲/۹±۶۰/۵ سال و نسبت مرد به زن ۲/۰۸ بود. بیشترین محل درگیری، ناحیه حنجره (۶۳/۱٪) و پس از آن زبان (۸/۱٪) بود. در افراد سیگاری، درگیری ناحیه حنجره ۷۶/۷ درصد و در افراد غیر سیگاری ۵۴/۴ درصد بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (P=۰/۰۴). از بین افراد مورد مطالعه، ۵۴/۱ درصد بیماران دارای درجه تمایز متوسط بودند و ۵۵ درصد افراد درگیر، در شهر سکونت داشتند. ضایعات بافتی با تمایز متوسط، در افراد مصرف کننده مواد مخدر به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (P=۰/۰۲).

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.

دریافت: 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؛** دانشجوی 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: ۰۹۸۹۱۵۵۹۶۷۱۲۹+ پست الکترونیکی: Yaaghajani2@yahoo.com

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

مقدمه

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؛ به‌عنوان 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 به‌علت 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، چهارمهال و بختیاری و خراسان به‌ترتیب: 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 (Squamous Cell Carcinoma)، شایع‌ترین سرطان در حفره دهان و علت بیش از ۹۰ درصد بدخیمی‌های دهانی است (۵). شیوع کارسینوم سلول سنگفرشی دهان OSCC (Oral 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). الکل و تنباکو شایع‌ترین عوامل اتیولوژیکی برای OSCC هستند (۶). تقریباً ۲۷۵۰۰۰ مورد جدید OSCC هر ساله در سراسر جهان گزارش شده است (۸).

OSCC به‌علت پیچیدگی‌های مربوط به بیماری و یا درمان و مرگ و میر بالا، از اهمیت بالایی برخوردار است (۷). 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 (۱۰، ۹)؛ در حالی که دیگر مطالعات نشان داده‌اند که پیش‌آگهی OSCC در مردان مسن ضعیف‌تر است (۱۲، ۱۱). در برخی مطالعات هیچ ارتباطی بین پیش‌آگهی بیماری و مصرف سیگار و الکل گزارش نشده است (۹)؛ در حالی که برخی دیگر میزان مرگ و میر بالاتر در سیگاری‌ها و مصرف‌کنندگان الکل 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

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

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 سرطان موجود در بیمارستان امام رضا و حضرت ولی‌عصر و آزمایشگاه‌های خصوصی بیرجند استفاده شد و کلیه موارد بدخیمی 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 بدخیم یک کد اختصاصی مرتبط با بدخیم‌بودن و یک کد اختصاصی مرتبط با نوع بدخیمی را اختصاص می‌دهد و در نتیجه دسترسی به انواع ضایعات بدخیم را تسهیل می‌کند. پس از به دست آوردن تمامی نمونه‌های بدخیم، 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 پرونده‌های موجود در آرشیو بخش پاتولوژی با تشخیص اسکواموس سل کارسینوما به‌دست آمد. به‌علت کامل‌نبودن 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 بدخیمی «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 پرونده پاتولوژی از بین پرونده‌های 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 به‌صورت محرمانه 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 به‌وسیله آزمون آماری Chi-squre 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 ۱۲/۹±۶۰/۵۲ سال و حداقل سن ۲۹ سال و حداکثر 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 درگیر 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=۰/۰۲)؛ بدین صورت که در افراد با سابقه مصرف مواد مخدر، به‌طور 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).

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

در این مطالعه درگیری ناحیه حنجره در افراد سیگاری (P=۰/۰۴) و افراد مصرف‌کننده مواد مخدر (P=۰/۰۰۷) به‌طور معنی‌داری افزایش نشان داد، اما ارتباط معنی‌داری بین محل درگیری و سن بیماران مبتلا یافت نشد (جدول ۳).

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

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

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

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

نوع متغیر		درجه تمایز			نتیجه آزمون آماری
		تمایز خوب تعداد (درصد)	تمایز متوسط تعداد (درصد)	تمایز ضعیف تعداد (درصد)	
محل درگیری	حنجره	۲۰ (۲۹)	۴۱ (۵۹)	۹ (۱۲)	آزمون دقیق فیشر
	زبان	۴ (۴۴)	۵ (۵۶)	۰ (۰)	X2=۲۰/۷
	لب پایین	۳ (۳۷/۵)	۴ (۵۰)	۱ (۱۲/۵)	P=۰/۶۸
مصرف دخانیات	بله	۱۱ (۲۶)	۲۸ (۶۵)	۴ (۹)	آزمون‌های پیرسون و کای‌اسکوئر
	خیر	۲۸ (۴۱)	۳۲ (۴۷)	۸ (۱۲)	X2=۳/۵
					P=۰/۱۶
مواد مخدر	بله	۱۳ (۲۴)	۳۳ (۶۰)	۹ (۱۶)	آزمون‌های پیرسون و کای‌اسکوئر
	خیر	۲۶ (۴۷)	۲۷ (۴۸)	۳ (۵)	X2=۷/۹
					P=۰/۰۲
محل سکونت	شهر	۱۸ (۳۰)	۳۷ (۶۱)	۶ (۹)	آزمون‌های پیرسون و کای‌اسکوئر
	روستا	۲۱ (۴۲)	۲۳ (۴۶)	۶ (۱۲)	X2=۲/۴
					P=۰/۳۰
سن	کمتر از ۴۰	۹ (۴۰)	۱۱ (۴۸)	۳ (۱۲)	آزمون دقیق فیشر
	۵۰-۶۹	۲۱ (۳۶)	۳۲ (۵۵)	۵ (۹)	X2=۱/۳۸
	۷۰ و بالاتر	۹ (۳۰)	۱۷ (۵۷)	۴ (۱۳)	P=۰/۸۷
جنسیت	مرد	۲۴ (۳۲)	۴۴ (۵۹)	۷ (۹)	آزمون‌های پیرسون و کای‌اسکوئر
	زن	۱۵ (۴۲)	۱۶ (۴۴)	۵ (۱۴)	X2=۲/۰۲
					P=۰/۳۶

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

نوع متغیر		محل درگیری				نتیجه آزمون آماری
		حنجره	زبان	لب پایین	سایر نواحی	
مصرف دخانیات	بله	۳۳ (۷۷)	۱ (۲)	۱ (۲)	۸ (۱۹)	آزمون دقیق فیشر
	خیر	۳۷ (۵۴)	۸ (۱۲)	۷ (۱۰)	۱۶(۲۴)	X2=۱۷/۵
						P=۰/۰۴
مصرف مواد مخدر	بله	۴۴ (۸۰)	۱ (۲)	۳ (۶)	۷ (۱۲)	آزمون دقیق فیشر
	خیر	۲۶ (۴۶)	۸ (۱۴)	۵ (۹)	۱۷(۳۱)	X2=۲۱/۱
						P=۰/۰۰۷
سن	کمتر از ۴۰	۱۴ (۶۱)	۲ (۹)	۰ (۰)	۷ (۳۰)	آزمون دقیق فیشر
	۵۰-۶۹	۴۰ (۶۹)	۴ (۷)	۳ (۵)	۱۱(۱۹)	X2=۲۸/۸
	۷۰ و بالاتر	۱۶ (۵۳)	۳ (۱۰)	۵ (۱۷)	۶ (۲۰)	P=۰/۰۵۸

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

بحث

کارسینوم سلول سنگفرشی به‌علت 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 ۹۶-۱۳۸۷ در شهر بیرجند بود که در آن فاکتورهای جنسیت، سن، محل درگیری، درجه تمایز 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 کشورهاست. 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 تنباکو 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 سرطان هم در مردان و هم در زنان جزء ده سرطان 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، سرطان حنجره شایع‌ترین سرطان ناحیه سر و گردن بود (۱۹) و در مطالعه طباطبائی و همکاران، زبان شایع‌ترین محل درگیری بود (۴). این نتایج نشان‌دهنده تأثیر بالای مواد سرطان‌زای شیمیایی مانند تنباکو و محصولات آن در درگیری این ناحیه از بدن است.

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 تنباکو 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 افشای مصرف تنباکو و مواد مخدر توسط بیمار یا خانواده وی باشد.

در این مطالعه ۳۵/۱ درصد افراد دارای SCC خوب تمایز یافته، ۵۴/۱ درصد افراد دارای SCC با تمایز متوسط و ۱۰/۸ درصد افراد دارای SCC تمایز نیافته بودند که درصد افراد مبتلا به SCC با تمایز متوسط بالاتر بود. همانند مطالعه حاضر، در مطالعه Khammissa و همکاران، بیشتر افراد مبتلا به SCC دارای تمایز متوسط بودند (۲۰)؛ ولی در مطالعه طباطبائی و همکاران، بیشتر افراد مبتلا به SCC تمایز یافته بودند (۲۱). به نظر می‌رسد تفاوت در درجه تمایز 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±۶۰/۵۲ سال قرار داشتند. در مطالعه طباطبائی و همکاران، سن متوسط بیماران ۶۲/۸۱ سال بیان شد (۴) که به میانگین به دست آمده در مطالعه ما نزدیک بود و از میانگین مطالعه دلاوریان و همکاران (۵۳/۵۲ سال)، بیشتر بود (۲۲).

همچنین در مطالعه ما گروه سنی ۵۰-۵۹ 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 ۵۰-۵۹ سال طی ده سال اخیر در این استان نشان می‌دهد که نسبت به مطالعات مشابه، مبتلایان حداقل یک دهه جوان‌تر هستند.

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

این موضوع می‌تواند به‌عنوان علامت هشداردهنده‌ای باشد و باید سیاست‌ها در جهت اطلاع‌رسانی گسترده 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 الکل منتقل می‌شود، قرار دهد.

در این مطالعه در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر، ۱۶/۴درصد 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 کارسینوژنز داشته و موجب پیشرفت سریع‌تر بیماری و درجه تمایز ضعیف‌تر تومور می‌گردند.

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 به‌طور قوی تأکید بر نقش تنباکو و سایر مواد مخدر بر ابتلا به کارسینوم سلول 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 ثبت‌شده 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 آغبالی 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 بدخیمی شناخته شد. با توجه به این مطلب لزوم تأکید بیشتر بر آگاه‌سازی خانواده‌ها و

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

به‌ویژه نسل جوان از خطرات جبران‌ناپذیر مصرف مواد مخدر ضروری بوده و چنانچه در دستور کار رسانه‌های جمعی قرار گیرد، امید است که در آینده، کمتر شاهد ابتلا به این بدخیمی مهاجم و اثرات انکارناپذیر آن باشیم.

تقدیر و تشکر

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

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

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.

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]

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]

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.109]