

فراوانی کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در دو گروه جوان و سالخورده‌ی ایرانی

دنیا صدی*، عباس خدایاری**، سپیده قروان***

* دانشیار گروه آسیب شناسی فک و دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران
 ** دانشیار گروه جراحی فک، دهان و صورت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان طالقانی
 *** دندانپزشک

چکیده

بیان مساله: تومورهای بدخیم دهانی یازدهمین بدخیمی شایع در دنیاست و شایع‌ترین گونه آن اسکواموس سل کارسینومای دهانی بوده، که به گونه‌ی معمول در افراد میانسال تا سالخورده دیده می‌شود اما به تازگی در جوانان افزایش یافته است.

هدف: هدف از این پژوهش، تعیین فراوانی اسکواموس سل کارسینومای دهانی در دو گروه سنی گوناگون در جمعیت ایرانی و مقایسه‌ی عوامل در پیوند با آن در این دو گروه بود.

مواد و روش: پژوهش از گونه‌ی توصیفی بود و در سه مرکز انستیتو سرطان‌شناسی امام و بیمارستان طالقانی و بوعلی تهران از اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ تا تیر ماه ۱۳۸۸ انجام شد. گروه مورد بررسی کنونی از بیمارانی با تشخیص کارسینوم سلول سنگفرشی دهان (OSCC) پس از بیوپسی تشکیل شده بودند. داده‌های دموگرافیک، مرحله‌ی بیماری، شغل، گروه خونی و دیگر عوامل خطر ساز با بررسی پرونده‌ی پزشکی گردآوری شد. بیماران به دو گروه سنی ۴۵ سال و پایین‌تر و گروه سنی بالای ۴۵ سال بخش گردیدند و از لحاظ متغیرهای ثبت شده با هم مقایسه و واکاوی آماری شدند. برای بررسی متغیرها از آزمون کیفی کای-اسکووار (Chi-Square) با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۱۶ استفاده گردید.

یافته‌ها: از ۱۷۰ بیمار مبتلا به OSCC، ۱۳۸ نفر (۸۲/۲ درصد) در گروه سنی بیشتر از ۴۵ سال قرار داشتند و در این گروه میان دو جنس تفاوت معناداری دیده نشد. زبان و گروه خونی A به ترتیب بیشترین جای بروز و گروه خونی در مبتلایان بود ($p < 0/05$) ۳۲ بیمار (۱۸/۸ درصد) در گروه سنی ۴۵ سال و کمتر قرار داشتند. مخاط فک پایین و کف دهان بیشترین نواحی درگیر را در بر می‌گرفت. بیشتر مبتلایان ساکن شمال کشور بوده و در مرحله‌ی چهار بیماری قرار داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: کارسینوم سلول سنگفرشی دهان در بیماران سالخورده‌ی ایرانی شایع‌تر بوده و الگوی بیماری در بیماران جوان متفاوت است.

واژگان کلیدی: اسکواموس سل کارسینومای دهانی، بیماران جوان و سالخورده، شیوع، جمعیت ایرانی

درآمد

سرطان‌ها از علل مهم مرگ و میر در جوامع بشری به شمار می‌روند. در آمریکا بر پایه‌ی برآورد انجام شده از هر سه تا چهار نفر یک نفر مبتلا به سرطان خواهد شد^(۱). در حیطه‌ی کار دندانپزشکان نیز سرطان حفره‌ی دهان می‌تواند از علل مراجعه‌ی بیماران به مطب‌ها و مراکز دندانپزشکی باشد، که در میان سرطان‌های حفره‌ی دهان، کارسینوم سلول سنگفرشی (Squamous Cell Carcinoma (SCC)) شایع‌ترین بدخیمی می‌باشد^(۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد، که تقریباً ۹۵ درصد موارد کارسینوم در افراد بالای ۴۵ سال رخ می‌دهد و متوسط سن در زمان تشخیص بیماری ۶۰ سال است. این ارتباط سنی بیانگر اثر عامل سن در آغاز عوامل موثر بر تغییرات بدخیمی سلول‌های اپیتلیالی است^(۲ و ۳).

اما به تازگی مواردی از ابتلا به SCC در سنین کمتر از ۴۵ سال گزارش شده است^(۴). بر پایه‌ی پژوهش‌هایی که در شمال تایلند^(۴)، هندوستان^(۵) و انگلستان^(۶-۸) انجام شده سن ابتلا به SCC به کمتر از ۴۵ سال هم کاهش یافته و عواملی همچون مصرف بیشتر از اندازه‌ی نوشیدنی‌های الکلی و سیگار، کم و بیش به عنوان دلایل این امر بیان شده است.

لامارون (Lamaroon) و همکاران، در تایلند شمالی افزایش شیوع SCC را به ویژه در افراد جوان گزارش کردند. مدارک پزشکی ۵۷۸ بیمار با تشخیص SCC حفره‌ی دهان (با سن متوسط ۶۵ سال و نسبت مرد به زن سه به یک) بررسی گردید. ۷۵ بیمار (۱۲/۸ درصد) سن ۴۵ سال و یا کمتر داشتند (متوسط ۳۹ سال) و بیشتر بیماران بی‌در نظر گرفتن سن در مرحله‌ی ۴ بیماری قرار داشتند (۵۶/۲ درصد). شایع‌ترین درجه‌ی بافت شناسی (خوب و یا متوسط تمایز یافته) (Well or moderately differentiated)، (۷۹/۴ درصد) و شایع‌ترین جای درگیری زبان (۴۲/۸ درصد) بود مجموعه‌ی این داده‌ها نشان داد، که SCC به عنوان یک مشکل مهم در شمال تایلند برجا مانده است^(۴).

در پژوهشی که توسط کوریاکوس (Kuriakose) و همکاران، در مرکز محلی تراواندروم (Trivandrum) در هند انجام شد عوامل اتیولوژیک، دموگرافیک و آسیب‌شناسی بالینی در ۳۷ بیمار مبتلا به SCC حفره‌ی دهان که سن کمتر از ۳۵ سال داشتند را در مقایسه با شمار همانندی از بیماران که سنی بالاتر از ۶۰ سال

داشتند بررسی کردند. در بیماران کمتر از ۳۵ سال SCC حفره‌ی دهان، بیشتر زنان را مبتلا کرده بود که در همه‌ی طبقات اجتماعی دیده می‌شد و همراهی کمتری با عوامل اتیولوژیک شناخته شده وجود داشت. شایع‌ترین جای وقوع تومور زبان بود و به سرعت به غدد لنفاوی گسترش می‌یافت اما در گروه بیمارانی که سن بالاتر از ۶۰ سال داشتند SCC دهان در مردان شایع‌تر بوده و تقریباً همیشه با مصرف الکل، سیگار و یا تنباکوی جویدنی همراه بود. این نتایج نشان می‌دهد، که رفتار بیولوژیک SCC حفره‌ی دهان در بیماران جوان ممکن است متفاوت از بیماران سالخورده باشد^(۵).

با توجه به این که در رابطه با فراوانی بروز SCC دهانی در جمعیت جوان ایرانی و عوامل مرتبط با آن اطلاعات ناچیزی موجود است این پژوهش با هدف تعیین فراوانی اسکواموس سل کارسینوماهای دهانی در رده‌های گوناگون سنی و عوامل در پیوند با آن در بیماران مراجعه‌کننده به انستیتو سرطان‌شناسی مجتمع بیمارستانی امام خمینی، بیمارستان طالقانی و بوعلی تهران در یک دوره‌ی ۲ ساله میان سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روش

این پژوهش از گونه‌ی توصیفی و روش گردآوری داده‌ها مصاحبه با بیمار و بررسی پرونده‌ی پزشکی و ثبت متغیرها در برگه‌ی اطلاعاتی بود. پس از موافقت کمیته‌ی پژوهشی و همچنین دریافت همه‌ی مجوزهای لازم برای بررسی در سه مرکز انستیتو سرطان‌شناسی مجتمع بیمارستانی امام خمینی، بیمارستان طالقانی و بوعلی تهران به عنوان سه مرکز دانشگاهی در ارجاع سرطان دهان انتخاب گردیدند. همه‌ی بیمارانی که پس از نمونه برداری دارای تشخیص میکروسکوپی SCC دهانی بودند از اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ تا تیر ماه ۱۳۸۸ گزینش و نمونه‌های عود از بررسی کنار گذاشته شدند. تشخیص میکروسکوپی نمونه‌ها توسط دو آسیب‌شناس دهان تایید گردید. متغیرهای مورد بررسی شامل ویژگی‌های دموگرافیک بیمار، محل زندگی، جای بروز آسیب، گروه خونی، مصرف دخانیات تدخینی و غیر تدخینی، مصرف نوشیدنی‌های الکلی، ابتلا به بیماری‌های سیستمیک و خود ایمنی، پیشینه‌ی شیمی درمانی و رادیوتراپی و مرحله‌ی بیماری بود، که طی مصاحبه با بیماران و همچنین بررسی پرونده‌ی پزشکی آنان اطلاعات مربوط به نمونه‌ها گردآوری شده و پس از آن با توجه به

بیشترین نواحی درگیر بوده‌اند ($p = 0/001$).

جدول ۱ میزان فراوانی مبتلایان به OSCC به تفکیک دو گروه سنی افراد ۴۵ سال و کمتر و افراد بالای ۴۵ سال در سه مرکز ارجاع شهر از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸

گروه سنی	میزان فراوانی (درصد، شمار)
افراد ۴۵ سال و کمتر	۳۲ (۱۸/۸)
افراد بالای ۴۵ سال	۱۳۸ (۸۱/۲)

جدول ۲ میزان فراوانی مبتلایان به OSCC دهانی به تفکیک جای آسیب در دو گروه سنی افراد ۴۵ سال و کمتر و افراد بالای ۴۵ سال در سه مرکز ارجاع شهر از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸

جای آسیب	گروه سنی (سال)	
	≤ ۴۵	> ۴۵
مخاط باکال	صفر (۰)	۸ (۴/۷)
لب	۴ (۲/۳)	۱۸ (۱۰/۵)
زبان	۸ (۴/۷)	۵۰ (۲۹/۴)
مخاط الوتول فک پایین و کف دهان	۱۴ (۸/۱۵)	۳۴ (۱۹/۹)
مخاط الوتول فک بالا	۶ (۳/۵)	۱۴ (۸/۲)
دیگر نواحی*	۰ (۰)	۱۴ (۸/۲)

* دیگر نواحی شامل: ناحیه‌ی رترو مولر، لته و کام است.

جدول ۳ میزان فراوانی مبتلایان به OSCC دهانی به تفکیک مرحله‌بندی بالینی در دو گروه سنی افراد ۴۵ سال و کمتر و افراد بالای ۴۵ سال در سه مرکز ارجاع شهر از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸

مرحله‌ی بیماری	گروه سنی (سال)	
	≤ ۴۵	> ۴۵
مرحله‌ی ۱	۶ (۳/۵)	۲۴ (۱۴/۲)
مرحله‌ی ۲	۴ (۲/۳)	۳۲ (۱۸/۸)
مرحله‌ی ۳	۲ (۱/۲)	۲۸ (۱۶/۵)
مرحله‌ی ۴	۱۹ (۱۱/۱)	۵۵ (۳۲/۳)

در هر دو گروه سنی بیشتر مبتلایان در مرحله‌ی ۴ قرار داشتند ($p < 0/05$)

از نظر گروه خونی میان بیماران بالای ۴۵ سال، افراد با گروه خونی A، O، B و AB به ترتیب بیشترین شانس ابتلا به OSCC را داشتند ($p < 0/05$) در حالی که در افراد ۴۵ سال و کمتر، گروه خونی به عنوان عامل اثرگذار شناخته نشده و از نظر آماری هم تفاوت معنادار میان مبتلایان در این مورد وجود نداشت. در ارتباط با متغیر جنس، در گروه سنی بالای ۴۵ سال تفاوت معنادار میان دو جنس مذکر و مؤنث از نظر آماری وجود نداشت و نسبت مرد به زن ۰/۹ بود اما در گروه سنی ۴۵ سال و کمتر مردان بیشتر از زنان مبتلا گشته و میان دو گروه تفاوت

گروه سنی ۴۵ سال و پایین‌تر و بالای ۴۵ سال بیماران به دو دسته بخش گردیدند و از لحاظ متغیرهای ثبت شده با هم مقایسه و واکاوی آماری گردیدند. با توجه به کیفی بودن متغیرها برای واکاوی یافته‌ها از آزمون کای-اسکوار استفاده شد.

جای سکونت بیمار به شرح زیر رده‌بندی شد:

شمال: استان‌های خراسان شمالی، گلستان، سمنان،

مازندران، تهران، گیلان، قزوین، اردبیل و زنجان

شرق: استان‌های خراسان رضوی، خراسان جنوبی،

سیستان و بلوچستان

غرب: استان‌های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی،

کردستان، ایلام، همدان، کرمانشاه و لرستان

مرکز: استان‌های قم، اصفهان، مرکزی، فارس، یزد،

کرمان، کهگیلویه و بویراحمد و چهارمحال و بختیاری

جنوب: استان‌های هرمزگان، بوشهر و خوزستان

بر پایه‌ی تعریف انجمن بین‌المللی مبارزه با سل و

بیماری‌های ریوی، سیگاری حقیقی به شخصی گفته می‌شود،

که در یک ماه گذشته صد نخ یا بیشتر سیگار یا برابر آن تنباکو

استفاده کرده باشد. این مصرف می‌تواند گاه به گاه یا در مدت

یک تعطیلی آخر هفته باشد^(۹).

مرحله‌بندی بالینی بیماران مبتلا به S.C.C دهانی از یک

سو برای مشخص کردن میزان گسترش بیماری و از سوی دیگر

ارایه‌ی بهترین درمان به بیمار است، که بر پایه‌ی سیستم TNM

(T: تومور آغازین، N: گره‌های لنفاوی ناحیه، M: متاستاز

دوردست) در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت^(۱۰).

یافته‌ها

در مدت دو ساله‌ی بررسی در سه مرکز انتخابی، روی

هم رفته ۱۷۰ بیمار مبتلا به SCC دهانی شامل ۶۶ نفر مرد

(۳۸/۸ درصد) و ۷۲ نفر زن (۴۲/۳ درصد) در گروه بالای ۴۵ سال

و ۲۶ نفر مرد (۳۰/۴ درصد) و ۶ نفر زن در گروه ۴۵ سال و کمتر

همراه با پرونده‌های بالینی و آسیب‌شناسی آنها بررسی گردیدند و

سپس یافته‌ها توسط واکاوی آماری کای-اسکوار واکاوی شد.

نتایج این بررسی در جدول‌های ۱، ۲ و ۳ آمده است.

در گروه سنی ۴۵ سال و کمتر، تفاوت معنادار میان

مبتلایان از نظر جای آسیب وجود نداشت ($p = 0/321$) در حالی که

در گروه سنی بالای ۴۵ سال زبان، مخاط فک پایین و کف دهان

اثرگذاری نبود اما در گروه ۴۵ سال و کمتر جنس مرد به گونه‌ی معنادار بیشتر مبتلایان را تشکیل می‌داد ($p = 0/012$)، که همانند بررسی‌ها در سریلانکا و جنوب ایران است^(۱۱، ۱۵ و ۱۶). اما پژوهش کوریاکوس در هندوستان و جانسون (Johnson NW) در انگلستان وقوع بیشتر را در گروه جوانان و در زنان بیان می‌کنند. شاید این تفاوت به علت تفاوت‌های فرهنگی و اقلیمی و گونه‌ی بررسی‌هاست^(۴ و ۵).

نتایج پژوهش کنونی نشان داد، که در گروه سنی بالای ۴۵ سال زبان، مخاط فک پایین و کف دهان بیشترین نواحی درگیر بوده‌اند ($p = 0/001$)، که همانند نتایج موجود در کتاب‌های مرجع و دیگر بررسی‌هاست. اما در گروه سنی ۴۵ سال و کمتر، تفاوت معنادار میان مبتلایان از نظر جای آسیب وجود نداشت، که ناشی از شمار ناچیز نمونه در این گروه سنی و پراکندگی آن است، در حالی که بررسی‌های لامارون در تایلند، کوریاکوس در هندوستان و ساریوارنا، در این گروه سنی جای شایع وقوع آسیب را زبان گزارش می‌کنند^(۴، ۵ و ۱۱).

بررسی‌های گوناگون نقش استفاده از تنباکوی جویدنی را در بروز OSCC در جوانان موثر می‌دانند و در جوامعی که استفاده از این مواد رایج است زبان شایع‌ترین جای بروز در جوانان بوده اما دیگر بررسی‌ها نشان می‌دهد، که در جوامعی که استفاده از تنباکوی جویدنی رایج نیست نیز زبان شایع‌ترین جای بروز این کارسینوم در جوانان است و این نکته مورد بحث قرار می‌گیرد، که علل دیگری به جز عوامل اتیولوژیک شناخته شده می‌تواند در بروز سرطان دهان در جوانان نقش داشته باشد^(۲، ۴، ۵، ۱۴ و ۱۷) چنان که بررسی ترمبلی (Trembley) و همکاران نشان می‌دهد، که کاهش بروز پروتئین 1 gene (GSPT1) در G1 to S phase transition نقش کلیدی در سم‌زدایی در بدن دارد در گروه سنی جوانان مبتلا به OSCC به گونه‌ی معنادار کاهش یافته است، که موجب افزایش حساسیت این گروه سنی نسبت به کارسینوژن‌ها می‌شود^(۱۸). تومیهارا (Tomihara) موردی از OSCC مخاط باکال را در جوانی گزارش کرد، که در کودکی پیشینه‌ی لوسمی حاد لنفوبلاستیک داشته است و برای او پیوند الیگرافت انجام گرفته و کاهش توان سیستم ایمنی ناشی از استفاده از داروهای کاهنده‌ی سیستم ایمنی را در این امر موثر دانسته‌اند^(۱۹). بررسی تونر (Toner) و همکاران، افزایش موارد ابتلا به OSCC را در گروه جوانان و وقوع آن را در افراد غیر سیگاری مورد بحث قرار داده و

معنادار آماری وجود داشت ($p = 0/012$) و نسبت مرد به زن ۴/۳ بود. از نظر شغلی، بیماران به دو گروه کار در محیط روباز (زیر تابش نور خورشید) و سر بسته بخش شدند، که از نظر آماری در هیچ‌یک از دو گروه سنی تفاوت معنادار میان کار در فضای سر بسته یا روباز وجود نداشت، هر چند که در هر دو گروه سنی شمار افراد شاغل در فضای روباز بیشتر از محیط سر بسته بود. از لحاظ متغیر جای سکونت، شمال کشور، بیشترین شمار مبتلایان را در هر دو گروه سنی در خود جای داده بود ($p < 0/05$). بر پایه‌ی بررسی آماری یافته‌ها، در هیچ‌یک از دو گروه سنی مصرف دخانیات (تدخینی و غیر تدخینی)، مصرف نوشیدنی‌های الکلی، ابتلا به بیماری‌های سیستمیک و خود ایمن، همچنین پیشینه‌ی شیمی درمانی و رادیوتراپی به عنوان عوامل اثرگذار در ابتلا به OSCC شناخته نشدند. تنها بیماری سیستمیکی که در گروه سنی کمتر از ۴۵ سال وجود داشت دیابت بود. در گروه سنی بالای ۴۵ سال هم پس از بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت فراوانی بیشتری نسبت به دیگر بیماری‌های سیستمیک داشت. در بررسی پرونده‌ها ۲۵ نفر از مبتلایان به OSCC دچار ناهنجاری‌های کلسیم خون بودند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد، که در سه مرکز مورد بررسی در بازه‌ی زمانی معین ۸۱/۲ درصد و ۱۸/۸ درصد از مبتلایان به اسکوآموس سل کارسینوما دهانی به ترتیب، افراد بالای ۴۵ سال و ۴۵ سال و کمتر بودند. این نتیجه همانند نتایج موجود در کتاب‌های مرجع و دیگر بررسی‌هاست^(۵ و ۱۰)، که وفور این کارسینوما را با فراوانی بیشتر مربوط به گروه سالخورده می‌دانند اما در رابطه با گروه ۴۵ سال و کمتر در بررسی‌های لامارون (Lamaroon) در تایلند، ساریوارنا (Siriwardena) در سریلانکا و رافائل (Rafael) در اسپانیا به ترتیب فراوانی ۱۲/۸ درصد، ۵ درصد و ۸/۲ درصد و در انگلستان ۶ درصد گزارش شده است^(۴، ۱۳-۱۱). تفاوت در این یافته‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت‌های اقلیمی-نژادی- فرهنگی و عادت‌ها باشد. چنانچه در هندوستان عادت مصرف تنباکوی غیر تدخینی از عوامل بروز OSCC در جوانان شناخته شده اما در بسیاری از بررسی‌ها نیز میان عوامل خطر ساز شناخته شده و بروز زودرس OSCC ارتباطی یافت نشده است^(۱۴). در بررسی کنونی، در گروه بالای ۴۵ سال جنس، متغیر

بر پایه‌ی بررسی آماری یافته‌ها، در هیچ‌یک از دو گروه سنی مصرف دخانیات (تدخینی و غیر تدخینی)، مصرف نوشیدنی‌های الکلی، ابتلا به بیماری‌های سیستمیک و خود ایمن، همچنین پیشینه‌ی شیمی درمانی و رادیوتراپی به عنوان عوامل اثرگذار در ابتلا به OSCC در شناخته نشدند، که می‌تواند ناشی از شمار ناچیز نمونه‌ها باشد البته در رابطه با مصرف دخانیات تدخینی چهار بیمار و دخانیات غیر تدخینی و سه بیمار از کل مبتلایان در گروه سنی کمتر از ۴۵ سال بوده و در مورد مصرف نوشیدنی‌های الکلی حتی یک نمونه هم در گروه سنی جوان دیده نشد. بنابراین، با توجه به کم بودن شمار نمونه‌ها انجام واکاوی آماری ممکن نبود، که این امر می‌تواند ناشی از مسایل فرهنگی و مذهبی جامعه ما و احتمال اعتراف نکردن به مصرف نوشیدنی‌های الکلی باشد.

تنها بیماری سیستمیکی که در گروه سنی کمتر از ۴۵ سال وجود داشت دیابت بود. در گروه سنی بالای ۴۵ سال هم پس از بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت فراوانی بیشتری نسبت به دیگر بیماری‌های سیستمیک داشت. نتایج بررسی اتو (Oto) در رابطه با بروز سرطان‌های آغازین سر و گردن در نیجریه نشان داد، که سن رخداد این سرطان‌ها- به ویژه انواع وابسته به ویروس‌ها- کاهش یافته که می‌تواند ناشی از نقش کاهش توان سیستم ایمنی در پاتوژنز این سرطان‌ها باشد (۳۷).

پژوهش کنونی نشان داد افرادی که شغلشان در محیط روباز است میزان مبتلایان بیشتری را در بر می‌گیرند. کشاورزی و دامداری در صدر این مشاغل قرار داشتند. با توجه به این‌که نمونه‌های SCC لب در بررسی وفور چندان‌ی نداشت، پس نور آفتاب اثر چندان‌ی در بروز آسیب‌های درون دهانی نداشته و این امر می‌تواند مرتبط با سموم، آفت‌های کشاورزی و کودهای شیمیایی باشد، که به گونه‌ی گسترده‌ای مصرف می‌شوند. البته اثرگذار بودن این عوامل نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد.

در بررسی پرونده‌ها ۲۵ نفر از مبتلایان به OSCC دچار ناهنجاری‌های کلسیم خون بودند. با توجه به این‌که در مرحله‌ی متاستاتیک بدخیمی‌ها، هایپر کلسمی از نشانه‌های تشخیصی بوده و این بیماران نیز در مرحله‌ی ۴ بودند، این امر قابل توجه است (۲۸ و ۳۹).

نتیجه‌گیری

بر پایه‌ی نتایج حاصل از این بررسی، کارسینوم سلول

کارسینوژنز را امری چند مرحله‌ای دانسته که بسیاری از وقایع ژنتیک و اپی ژنتیک در رخداد آن موثر بوده و بر نقش ویروس HPV در بروز OSCC در جوانان تاکید می‌کند (۳۰).

نتایج بررسی کنونی نشان داد، که بیشتر بیماران مبتلا در هر دو گروه سنی در مرحله‌ی چهار سیستیم TNM (Tumor, Nods, Methastasis) اندازه تومور- لنف نودهای گرفتار و متاستاز) قرار داشتند، این امر با بررسی لامارون در تایلند و یاهالوم (Yahalom) در فلسطین اشغالی هماهنگ است و به نظر می‌آید زخم‌ها و آسیب‌های پیش بدخیم دهانی توسط بیمار و دندانپزشک در معاینه‌های دوره‌ای مورد توجه قرار نمی‌گیرند و زمانی بیماری تشخیص داده می‌شود، که در مراحل پیشرفته است (۴ و ۱۷). بررسی چیتاپاناروکس (Chitapanarux) و همکاران، در تایلند نشان می‌دهد، که ۵۵ درصد بیماران جوان مبتلا به OSCC در مرحله‌ی ۳ و ۴ بیماری بودند و در این بررسی بر لزوم درمان‌های گسترده‌تر این کارسینوم در گروه سنی جوانان سفارش شده است (۳۱).

از نظر گروه خونی میان بیماران بالای ۴۵ سال، افراد با گروه خونی A، O، B و AB به ترتیب بیشترین شانس ابتلا را داشتند ($p < 0.05$) در حالی‌که در افراد ۴۵ سال و کمتر، گروه خونی به عنوان عامل اثرگذار شناخته نشده و از نظر آماری هم تفاوت معنادار میان مبتلایان در این مورد وجود نداشت. بررسی گیویان (Givian) و همکاران، گروه خونی AB را به عنوان گروه خونی شایع در مبتلایان به OSCC یاد می‌کند. اما بررسی‌های پژوهشگران بر روی دیگر سرطان‌ها نشان می‌دهد، که گروه خونی O به علت نقص در سیستم‌های ایمنی وابسته به سلول در برابر خطر بیشتری برای ابتلاست (۳۲-۳۴). البته می‌بایست در این زمینه بررسی‌های فراگیرتری انجام شود.

در این پژوهش از لحاظ متغیر جای سکونت، شمال کشور بیشترین شمار مبتلایان را در هر دو گروه سنی در خود جای داده بود ($p < 0.05$). این امر در رابطه با سرطان‌های دستگاه گوارش نیز به تایید رسیده است (۳۵) و چون مخاط دهان نخستین بخش از دستگاه گوارش است این مساله قابل توجه است. بررسی گیویان و همکاران نیز، این امر را تایید می‌کند (۳۳). پژوهش‌های گوناگون گونه‌ی تغذیه (گوشت نمک سود و آفتاب دیده، نوشیدن چای داغ و مصرف نکردن سبزی و میوه‌ی تازه) و عادت‌های ویژه را با این امر مرتبط می‌دانند (۳۶).

بیماری قرار داشتند.

سنگفرشی دهان در بیماران سالخورده‌ی ایرانی شایع‌تر و با جنس خاصی در پیوند نمی‌باشد. زبان و گروه خونی A به ترتیب بیشترین جای بروز و گروه خونی در مبتلایان است. در گروه جوانان مردان بیشتر از چهار برابر زنان مبتلا شده و مخاط فک پایین و کف دهان بیشترین نواحی درگیری را نشان دادند. بیشتر مبتلایان در هر دو گروه سنی ساکن شمال کشور و در مرحله‌ی پیشرفته‌ی

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود، که در پژوهش‌های بعدی جهت انجام بررسی‌ها از مرکز ثبت سرطان استفاده شود و متغیرهای گونه‌ی تغذیه و استفاده از دخانیات در گروه‌های پر شمارتر بررسی گردد.

References

1. Yao Shi Fu, Bruce MW, Elliot A, Barry LW. Head & Neck Pathology with clinical correlations. 1st ed., New York: Churchill Livingstone; 2001. p. 38-39, 474-477.
2. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Michell R. Pathologic Basis of Disease. 8th ed., Philadelphia: WB Saunders; 2008. p. 546-547.
3. James WL, Donald AF, Craigs M, Nelson LR. Dental Management of the medically compromised patient. 6th ed., St Louis: Mosby; 2002. p. 389.2002.
4. Iamaroon A, Pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayasatok S, Jittidecharaks S, et al. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33: 84-88.
5. Kuriakose M, Sankaranarayanan M, Nair MK, Cherian T, Sugar AW, Scully C, Prime SS. Comparison of oral squamous cell carcinoma in younger and older pati. Eur J Cancer B Oral Oncol 1992; 28: 113-120.
6. Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Epidemiology and aetiology of oral cancer in the United Kingdom. Community Dent Health 1993; 10 (Suppl 1): 13-29.
7. Mackenzie J, Ah-See K, Thakker N, Sloan P, Maran AG, Birch J, Macfarlane GJ. Increasing incidence of oral cancer amongst young persons: what is the aetiology? Oral Oncol 2000; 36: 387-389.
8. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people--a comprehensive literature review. Oral Oncol 2001; 37: 401-418.
9. Karen S. Tobacco control and prevention. INGCAT 1998. Proceeding of the 3th International congress of union against tuberculosis and long disease. Paris, France: Raven Press; 1998. p. 27-32.
10. Sapp P, Eversole LR, WY Socki GP. Contemporary oral and maxillofacial pathology. 1st ed., Baltimore: Mosby; 1997. p. 174-186.
11. Siriwardena BS, Tilakaratne A, Amaratunga EA, Tilakaratne WM. Demographic, aetiological and survival differences of oral squamous cell carcinoma in the young and the old in Sri Lanka. Oral Oncol 2006; 42: 831-836.
12. Martin-Granizo R, Rodriguez-Campo F, Naval L, Diaz Gonzalez FJ. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients younger than 40 years. Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 117: 268-275.
13. British Dental association. Opportunistic oral cancer screening. London: Occasional paper; 2000. No.6.
14. Iype EM, Pandey M, Mathew A, Thomas G, Sebastian P, Nair MK. Oral cancer among patients under the age of 35 years. J Postgrad Med 2001; 47: 171-176.

15. Tadbi AA, Mehrabani D, Heydari ST. Sociodemographic and etiologic differences of malignant orofacial tumors in Iran. *J Craniofac Surg* 2009; 20: 837-840.
16. Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Sociodemographic and etiological differences of head and neck squamous cell carcinoma in young and old patients in southern Iran. *The J Craniofac Surg* 2010; 21: 126-128.
17. Yahalom R, Pfeffer R, Talmi Y, Teicker S, Bedrin L. Squamous cell carcinoma, oral tongue, young adults. *Oral oncology: A global Challenge*. *Oral oncology* 2007 supp:147-8.
18. Tremblay S, Pintor Dos Reis P, Bradley G, Galloni NN, Perez-Ordóñez B, Freeman J, et al. Young patients with oral squamous cell carcinoma: study of the involvement of GSTP1 and deregulation of the Fanconi anemia genes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 132: 958-966.
19. Tomihara K, Dehari H, Yamaguchi A, Abe M, Miyazaki A, Nakamori K, et al. Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa in a young adult with history of allogeneic bone marrow transplantation for childhood acute leukemia. *Head Neck* 2009; 31: 565-568.
20. Toner M, O'Regan EM. Head and neck squamous cell carcinoma in the young: a spectrum or a distinct group? Part 2. *Head Neck Pathol* 2009; 3: 249-251.
21. Chitapanarux I, Lorvidhaya V, Sittitrai P, Pattarasakulchai T, Tharavichitkul E, Sriuthaisiriwong P, et al. Oral cavity cancers at a young age: analysis of patient, tumor and treatment characteristics in Chiang Mai University Hospital. *Oral Oncol* 2006; 42: 83-88.
22. Givian F. Post-graduate thesis: Prevalance of oral scc and realated factors in patients referred to Cancer Institue (Imam Khomeini hospital Tehran)1999-2004: Islamic Azad University; 2005.
23. Hakimifar M, Morsali F, Mohseni L, Poorfathollah MH. Discussable cases of malignant tumors due to immunosuppression. *Proceeding of the 6th of annual congress of pathology*; 2006 Dec 286-9, Tehran, Iran
24. Kinane DF, Blackwell CC, Brettle RP, Weir DM, Winstanley FP, Elton RA. ABO blood group, secretor state, and susceptibility to recurrent urinary tract infection in women. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 285: 7-9.
25. Yahya poor M, Mahmoodi K, Holakoie K. Prevalence of cancer around Caspian sea. *Proceeding of the 6th of annual congress of pathology*, 2006 Dec; 286-289; Tehran, Iran.
26. Cook-Mozaffari PJ, Azordegan F, Day NE, Ressicaud A, Sabai C, Aramesh B. Oesophageal cancer studies in the Caspian Littoral of Iran: results of a case-control study. *Br J Cancer* 1979; 39: 293-309.
27. Otoh EC, Johnson NW, Ajike SO, Mohammed A, Danfillo IS, Jallo PH. Primary head and neck cancers in North -Western Nigeria. *West Afr J Med* 2009; 28: 227-233.
28. Yokomizo A, Koga H, Shinohara N, Miyahara T, Machida N, Tsukino H, et al. Skeletal-related events in urological cancer patients with bone metastasis: a multicenter study in Japan. *Int J Urol* 2010; 17: 332-336.
29. Ben Said B, Maitre S, Perrot JL, Labeille B, Cambazard F. Hypercalcemia-hyperleukocytosis paraneoplastic syndrome complicating cutaneous squamous cell carcinoma. Report of two cases. *Rev Med Interne* 2010; 31: 309-311.