

# بررسی انواع تومورهای سر و گردن و عوامل همراه آن در استان گیلان

\*دکتر هوشنگ گرامی (MD)<sup>۱</sup> - دکتر عبدالرحیم کوشا (MD)<sup>۱</sup> - دکتر سیدمحمد آقاچانیپور (MD)<sup>۱</sup> - دکتر احسان کاظم‌نژاد (PhD)<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات ENT-HNS، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: hg\_gerami@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۴/۲۱

## چکیده

**مقدمه:** تومورهای سر و گردن، مجموعه‌ای از انواع هیستوپاتولوژی تومورها است که منشا آن‌ها راه هوایی-گوارشی فوقانی، غدد بزاقی، تیروئید و پاراتیروئید و پوست این نواحی می‌باشد. عوامل خطر مختلف به ویژه عوامل محیطی مانند الکل، سیگار و برخی عفونت‌های ویروسی (HPV6 و HPV11) شیوع این گونه تومورها را افزایش می‌دهند.

**هدف:** بررسی توزیع انواع تومورهای سر و گردن و عوامل خطر همراه آنها در استان گیلان

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۱ بوده و با مراجعه به بایگانی بیمارستان امیر المومنین رشت، اطلاعات مربوط به بیماران دارای نمونه هیستولوژی با تشخیص انواع تومورهای سر و گردن، استخراج و ثبت گردید. اطلاعات، با نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** ۵۵۸ بیمار با میانگین سنی  $54/34 \pm (16/37)$  سال شامل ۳۷۲ نفر (۶۶/۷٪) مرد و ۱۸۶ نفر زن (۳۳/۳٪) با تشخیص تومورهای سر و گردن در این مرکز بستری گردیده بودند. از این میان ۷۴/۷٪ تومورها، بدخیم بوده‌اند. فراوان‌ترین تومور از نظر هیستوپاتولوژی سرطان سلول سنگفرشی (Scc) با ۲۷۹ مورد (۵۰٪) و از لحاظ مکان تومور، حنجره با ۱۹۵ مورد (۳۴/۹٪) بیشترین شیوع را داشت. در بررسی عادات بیماران ۵۱/۴٪ از آنها سیگار، ۲۱/۵٪ مواد مخدر، ۹/۷٪ الکل و ۸/۶٪ قلیان استفاده میکردند. در ۱/۶٪ موارد سابقه خانوادگی و در ۱/۶٪ افراد سابقه تومور قبلی وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** اطلاعات موجود در این تحقیق با برخی مطالعات مشابه بوده ولی برخی تفاوت‌ها را نیز نشان می‌داد. گرچه این تفاوت‌ها تا حدودی می‌تواند ناشی از تعاریف متفاوت و دیگر تورش‌ها در انجام مطالعات باشد، ولی شیوه زندگی و عوامل مختلف نیز می‌تواند این تغییر را سبب شده باشد. بنابراین مطالعات بیشتر در سایر نواحی جغرافیایی کشور برای مقایسه، پیشنهاد می‌گردد.

**کلید واژه‌ها:** سرطان‌های سر و گردن / عوامل خطر / نشانه‌ها و علائم بیماری

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و چهارم شماره ۹۳، صفحات: ۱-۹

## مقدمه

هر ساله بیش از ۴۰۰۰۰۰ مورد جدید سرطان سر و گردن در آمریکا و ۵۰۰۰۰۰۰ مورد در کل جهان گزارش می‌شود که منشاء اغلب آنها، راه هوایی-گوارشی فوقانی می‌باشد (۱). شیوع سرطان‌های سر و گردن در جنوب غرب آسیا خصوصاً هندوستان و پاکستان بسیار بالا بوده و ۲۱٪ از سرطان‌های مردان و ۱۱٪ از سرطان‌های زنان را در کراچی و تا ۵۴/۴۸٪ سرطان‌های بدن را در هندوستان شامل می‌شود (۲). سرطان سلول سنگفرشی (Scc) (Squamous Cell Carcinoma) شایع‌ترین سرطان سر و گردن می‌باشد. سرطان‌های سر و گردن در مردان بالای ۵۰ سال شایع‌ترند و با عوامل خطر محیطی و نحوه زندگی ارتباط دارند. استفاده از تنباکو بزرگترین عامل خطر سرطان سر و گردن می‌باشد (۳). مصرف مداوم الکل همراه با سیگار، همچنین ویروس پاپیلوما

انسانی (HPV) در افزایش شیوع سرطان‌های سر و گردن، نقش بسزایی دارند. در ضمن، مصرف گوشت را با افزایش بروز سرطان و مصرف میوه و سبزیجات با کاهش بروز آن مرتبط می‌دانند (۱۰). با توجه به این که، عوامل خطر تومورهای سر و گردن (مصرف سیگار و الکل و ...) متغیر بوده و برخی از عوامل نظیر تریاک، قلیان، استعدادها ژنتیکی و ... می‌توانند عامل این نوع تومورها باشند، مطالعه‌ای به منظور تعیین فراوانی تومورهای سر و گردن در استان گیلان انجام دادیم. از سویی دیگر به علت نبود برنامه‌ریزی جهت پیشگیری و غربالگری این تومورها، اجرای تحقیقی به منظور تعیین فراوانی تومورهای سر و گردن لازم بود لذا به بررسی این موضوع پرداختیم تا بتوانیم شایع‌ترین تومورها را در ناحیه‌ی سر و گردن تعیین کرده و براساس آن برنامه‌هایی

جهت پیشگیری ارائه نماییم.

## مواد و روش‌ها

مثبت از سرطان سروگردن، سابقه‌ی برخورد با دود تنور و مواد غذایی نمک سود، محل درگیری و گزارش پاتولوژی، استخراج گردیده و ثبت گردیدند. در مواردی که یک فرد دوبار تحت عمل جراحی قرار گرفته بود، در صورت تکراری بودن نتیجه پاتولوژی (عود تومور) فقط یک بار در تحقیق ثبت گردید. بیمارانی که FNA آنها در مرکز دیگری انجام شده بود به علت عدم اطمینان از قطعیت نتیجه نمونه‌برداری، از این تحقیق کنار گذاشته شدند. مواردی که گزارش پاتولوژی بیمار در پرونده و یا آزمایشگاه‌های پاتوبیولوژی موجود نبوده در این پژوهش لحاظ نگردیدند. در مورد مصرف سیگار، مواد مخدر، الکل، قلیان و مواد نمک سود و مواجهه با دود تنور در صورت ثبت شدن مصرف این مواد در پرونده، این موارد مثبت در نظر گرفته شده و در صورت ثبت عدم مصرف، منفی در نظر گرفته شد. در مواردی که در پرونده اطلاعاتی از مصرف موارد فوق ذکر نشده بود به صورت ثبت نشده در نظر گرفته شد. اطلاعات مربوط به محل سکونت بیمارانی از آدرس موجود در پرونده استخراج شد. در مورد سن بیمارانی، سن ثبت شده‌ی بیمار در زمان تشخیص تومور لحاظ گردیده است. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS 16 شد. جهت برآورد فراوانی نسبی انواع تومورهای سروگردن از فاصله اعتماد ۹۵٪ (۹۵٪ CI) استفاده گردیده و اطلاعات با کمک جداول فراوانی نمودارها توصیف گردیدند. با توجه به ارجاع اغلب تومورهای سر و گردن استان گیلان به این بیمارستان، می‌توان نتایج این تحقیق را به کل استان تعمیم داد.

## نتایج

در این مطالعه در مجموع، ۵۵۸ بیمار مبتلا به انواع تومورهای سروگردن بررسی شدند. میانگین سنی بیمارانی  $34 \pm 16/37$  (۵۴/ سال با حداقل ۹ سال و حداکثر ۱۰۰ سال بود. ۳۷۲ نفر از بیمارانی (۶۶/۷٪) مرد و ۱۸۶ نفر (۳۳/۳٪) زن بودند. تومورها ۴۲۰ مورد (۷۵/۳٪) بدخیم و ۱۳۸ مورد (۲۴/۷٪) خوش‌خیم بودند (جدول ۱).

جامعه مورد بررسی این تحقیق بیمارانی استان گیلان و نمونه‌ی آماری ما، بیمارانی مراجعه‌کننده به بخش گوش، گلو و بینی بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) رشت (مرکز اصلی ارجاع بیمارانی سر و گردن در استان گیلان، البته دو بیمارستان خصوصی نیز در شهر رشت وجود دارد که طبق بررسی‌های انجام شده عمل‌های سر و گردن به میزان قابل‌توجهی در آنها صورت نمی‌گیرد)، بود؛ در نمونه آسیب‌شناسی بافتی آنها یکی از نئوپلاسم‌های خوش‌خیم و یا بدخیم در نواحی سر و گردن تأیید شده بود. تومورهای سروگردن در نواحی داخل جمجمه‌ای و چشم به علت مراجعه نکردن این بیمارانی به بخش گوش، گلو و بینی این بیمارستان در این تحقیق وارد نگردیدند. در مجموع، نمونه مورد بررسی شامل ۵۵۸ بیمار بود. روش نمونه‌گیری در این بررسی به صورت سرشماری بود. کلیه‌ی بیمارانی که در بخش گوش، گلو و بینی بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۱ بستری گردیده و تحت عمل جراحی و یا نمونه‌برداری قرار گرفته بودند و نمونه جهت آسیب‌شناسی بافتی فرستاده شده بود و نیز بیمارانی که تشخیص قطعی تومور سر و گردن در آنها تأیید شده و برای مقاصد دیگری بستری گردیده بودند با مراجعه به دفتر ثبت بیمارانی بستری مشخص گردیده و سپس کلیه اطلاعات پرونده‌های این بیمارانی که در بایگانی بیمارستان موجود بودند مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی اطلاعات مربوط به بیمارانی که تشخیص نئوپلاسم در آنها به اثبات رسیده بود ثبت گردیده و در صورت تشخیص دیگر از تحقیق کنار گذاشته شدند. پرونده‌هایی که تشخیص آسیب‌شناسی بافتی آنها در پرونده موجود نبوده با مراجعه به آزمایشگاه‌های پاتوبیولوژی، بر حسب تطابق اطلاعات فردی، تشخیص پاتولوژی بدست آمده و در صورت داشتن نمونه تأیید شده نئوپلاسم وارد تحقیق گردیدند. اطلاعات مربوط به بیمارانی شامل سن، جنس، شهرستان محل سکونت، سواد، سکونت در شهر یا روستا، مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر، قلیان، سابقه‌ی خانوادگی

جدول ۱. توزیع فراوانی تومورهای خوش خیم و بدخیم با توجه به متغیرهای دموگرافیک.

خوش خیمی/بدخیمی			سن (سال)	میانگین
کل	بدخیمی	خوش خیمی		
۳۴/۵۴	۵۹	۴۰/۱۷	میانگین	
۳۸/۱۶	۶۳/۱۳	۹۲/۱۵	انحراف معیار	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	گروه سنی	
(۱۰/۲)۵۷	(۴)۱۷	(۲۹)۴۰	زیر ۳۰ سال	
(۲۵/۴)۱۴۲	(۱۷/۹)۷۵	(۶/۴)۶۷	۳۰ تا ۵۰ سال	
(۲۷/۲)۱۵۲	(۳۲/۴)۱۳۶	(۱۱/۶)۱۶	۵۰ تا ۶۰ سال	
(۲۱/۱)۱۱۸	(۲۵/۷)۱۰۸	(۷/۲)۱۰	۶۰ تا ۷۰ سال	
(۱۵/۹)۸۹	(۲۰)۸۴	(۳/۶)۵	بالای ۷۰ سال	
			جنس	
(۶۶/۷)۳۷۲	(۲۷/۴)۳۰۴	(۴۹/۳)۶۸	مرد	
(۳۳/۳)۱۸۶	(۲۷/۶)۱۱۶	(۵۰/۷)۷۰	زن	
			شهری/روستایی	
(/۶۳/۶)۳۵۵	(۶۳/۶)۲۶۷	(۳۶/۸)۸۸	شهری	
(۳۶/۳)۲۰۳	(۳۶/۴)۱۵۳	(۶۳/۲)۵۰	روستایی	
			مصرف سیگار	
(۴۸/۴)۲۶۲	(۵۵/۲)۲۳۲	(۲۷/۲)۳۸	دارد	
(۴۸/۶)۲۷۱	(۴۰/۷)۱۷۱	(۷۲/۵)۱۰۰	ندارد	
(۰/۳)۱۷	(۰/۴)۱۷	-	ترک سیگار	
			مصرف مواد مخدر	
(۲۱/۵)۱۲۰	(۲۶/۴)۱۱۱	(۶/۵)۹	دارد	
(۷۸/۵)۴۳۸	(۷۳/۶)۳۰۹	(۹۳/۵)۱۲۹	ندارد	
			مصرف الکل	
(۹/۷)۵۴	(۱۱/۲)۴۷	(۵/۱)۷	دارد	
(۹۰/۳)۵۰۴	(۸۸/۸)۳۷۳	(۹۴/۹)۱۳۱	ندارد	
			سابقه خانوادگی	
(۱/۶)۹	(۱/۹)۸	(۰/۷)۱	دارد	
(۹۸/۴)۵۴۹	(۹۸/۱)۴۱۲	(۹۹/۳)۱۳۷	ندارد	
			مصرف قلیان	
(۸/۶)۴۸	(۹)۳۸	(۷/۲)۱۰	دارد	
(۹۱/۴)۵۱۰	(۹۱)۳۸۲	(۹۲/۸)۱۲۸	ندارد	
			مرحله درمان	
(۴۹/۳)۲۷۵	(۴۹/۵)۲۰۸	(۴۸/۶)۶۷	۵ سال اول بعد درمان	
(۵۰/۷)۲۸۳	(۵۰/۵)۲۱۲	(۵۱/۴)۷۱	۵ سال دوم بعد درمان	
			تحصیلات	
(۳/۲۶)۱۴۷	(۳۲/۴)۱۳۶	(۸)۱۱	با سواد	
(۷۳/۳)۴۱۱	(۶۷/۶)۲۸۴	(۹۲)۱۲۷	بی سواد	
			محل سکونت	
(۵/۷)۳۲	(۲/۶)۲۶	(۴/۳)۶	آستانه	
(۵/۹)۳۳	(۶/۷)۲۸	(۳/۶)۵	انزلی	
(۵۰/۴)۲۸۱	(۴۸/۸)۲۰۵	(۵۵/۱)۷۶	رشت	
(۴/۵)۲۵	(۴)۱۷	(۵/۸)۸	فومن	
(۶/۵)۳۶	(۶)۲۵	(۸)۱۱	لاهیجان	
(۲۷)۱۵۱	(۲۸)۱۱۹	(۲۳)۳۲	سایر	
			شغل	
(۱۰)۵۶	(۱۰)۴۴	(۸)۱۲	کارمند	
(۲۸)۱۵۶	(۳۳/۸)۱۴۲	(۱۰/۱)۱۴	کشاورز	
(۲۴/۹)۱۳۹	(۲۰/۲)۸۵	(۳۹/۱)۵۴	خانه دار	
(۸/۴)۴۷	(۹/۳)۳۹	(۵/۸)۸	بیکار	
(۵)۲۸	(۳/۸)۱۶	(۸/۷)۱۲	کارگر	
(۲۳)۱۳۲	(۲۲)۹۳	(۲۸)۳۹	سایر	
			محل درگیری	
(۴/۱)۲۳	(۵/۲)۲۲	(۰/۷)۱	هیپوفارنکس و مری	
(۳۴/۹)۱۹۵	(۴۵/۵)۱۹۱	(۲/۹)۴	حنجره	
(۵)۲۸	(۵)۲۱	(۵/۱)۷	حفره‌ی بینی و نازوفارنکس	
(۸/۶)۴۸	(۱۰/۷)۴۵	(۲/۲)۳	حفره‌ی دهان و ارووفارنکس	

سینوس‌های پارانازال	-	(۱)۴	(۰/۷)۴
غدد بزاقی	(۷۴/۶)۱۰۳	(۴/۸)۲۰	(۲۲)۱۲۳
پوست	-	(۱۷/۹)۷۵	(۱۳/۴)۷۵
بافت نرم سر و گردن و غدد لنفاوی	(۱۴/۵)۲۰	(۲/۹)۱۲	(۵/۷)۳۲
تیروئید	-	(۷/۱)۳۰	(۵/۴)۳۰
کل	(۱۰۰)۱۳۸	(۱۰۰)۴۲۰	(۱۰۰)۵۵۸

فراوان‌ترین نوع تومور از لحاظ آسیب‌شناسی بافتی سرطان سلول سنگفرشی بوده که ۲۷۹ نفر (۵۰٪) مبتلا به این تومور بوده‌اند و سپس به ترتیب آدنوم پلئومورف ۹۰ نفر (۱۶/۱٪) و Basal Cell Carcinoma (BCC) با ۴۳ نفر مبتلا (۷/۷٪) بیشترین فراوانی را داشته‌اند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی تومورهای خوش‌خیم و بدخیم با توجه به نوع پاتولوژی.

انواع تومور	خوش‌خیمی تعداد(درصد)	بدخیمی تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)
آنژیوفیروما	۵ (۳/۶)	۰	۵ (۹)
آنژیولیوما	۱ (۰/۷)	-	۱ (۰/۲)
کارسینوم سلول‌های پایه	-	۴۳ (۱۰/۲)	۴۳ (۷/۷)
کارسینوم درجا	-	۸ (۱/۹)	۸ (۱/۴)
کارسینوم انوتید سیستیک	-	۸ (۱/۹)	۸ (۱/۴)
فیبروگزنوما	۱ (۰/۷)	-	۱ (۰/۲)
کارسینوم آناپلاستیک تیروئید	-	۱ (۰/۲)	۱ (۰/۲)
کارسینوم فولیکول تیروئید	-	۶ (۱/۴)	۶ (۱/۱)
کارسینوم مدولای تیروئید	-	۱ (۰/۳)	۱ (۰/۲)
کارسینوم پاپیلار تیروئید	-	۲۱ (۵)	۲۱ (۵)
همانژیوما	۱ (۰/۷)	-	۱ (۰/۲)
همانژیوم	-	۲ (۰/۵)	۲ (۰/۴)
لییوما	۱۶ (۱۱/۶)	-	۱۶ (۲/۹)
لنفونژیوما	۳ (۲/۳)	-	۳ (۰/۵)
لنفوما	-	۲۵ (۶)	۲۵ (۴/۵)
کارسینوم درموئید موکوبی	-	۱۲ (۲/۹)	۱۲ (۲/۳)
میوایی تلیوما	۱ (۰/۷)	-	۱ (۰/۲)
نوروفیروما	۱ (۰/۷)	-	۱ (۰/۲)
پلاسماسیتوما	-	۱ (۰/۲)	۱ (۰/۲)
آدنوم پلئومورفیک	۹۰ (۶۵/۲)	-	۹۰ (۱۶/۱)
رابدومیوسارکوم	-	۱ (۰/۲)	۱ (۰/۲)
کارسینوم مجرای بزاقی	-	۳ (۰/۷)	۳ (۰/۵)
کارسینوم سلول‌های کوچک	-	۱ (۰/۲)	۱ (۰/۲)
تومور سلول مدور کوچک	-	۳ (۰/۵)	۳ (۰/۴)
کارسینوم سلول سنگفرشی	-	۲۷۹ (۶۶/۴)	۲۷۹ (۵۰)
پاپیلوما سلول سنگفرشی	۸ (۵/۸)	-	۸ (۱/۴)
کارسینوم متمایز نیافته	-	۶ (۱/۴)	۶ (۱/۱)
توموروارتین	۱۱ (۸)	-	۱۱ (۲)
کل	(۱۰۰)۱۳۸	(۱۰۰)۴۲۰	(۱۰۰)۵۵۸

فراوانترین آنها SCC با ۶۲ مورد (۶۹/۷٪) بوده و سپس BCC با ۱۴ مورد (۱۵/۷٪) و لنفوم با ۳ مورد (۳/۴٪) بیشترین فراوانی را در این گروه داشته‌اند. درصد افرادی که سیگار مصرف می‌کردند یا سیگار را ترک کرده بودند، در تومورهای حنجره، ۸۷/۷٪، در حفره‌ی بینی و نازوفارنکس ۴۶/۴٪ و در هیپوفارنکس و مری گردنی، ۴۳/۵٪ بوده که به ترتیب بیشترین درصدها را داشته‌اند. ۴۸ نفر (۸/۶٪) از افراد مبتلا به تومورهای سروگردن از کلیان استفاده می‌کردند، که از این تعداد ۳۵ مورد (۷۲/۹٪) SCC، ۶ مورد (۱۲/۵٪) آدنوم پلئومورف، ۲ مورد (۴/۲٪) تومور وارتین، ۱ مورد (۲/۱٪) BCC، ۱ مورد (۲/۱٪) کارسینوم فولیکول، ۱ مورد (۲/۱٪) کارسینوم پاپیلر، ۱ مورد (۲/۱٪) لنفونژیوما و ۱ مورد (۲/۱٪) کارسینوم درجا (Carcinoma in situ) بوده‌است. ۱۲۰ نفر (۲۱/۵٪) از بیماران اعتیاد به مواد مخدر را ذکر کرده بودند؛ که از این تعداد ۹۷ مورد (۸۰/۸٪) SCC، ۴ مورد (۳/۳٪) آدنوم پلئومورف، ۴ مورد (۳/۳٪) BCC و بقیه، سایر تومورها را داشتند. درصد اعتیاد به مواد مخدر در مبتلایان به SCC، ۳۴/۸٪، در مبتلایان به آدنوم پلئومورف، ۴/۴٪ و در BCC، ۹/۳٪ بود. درصد استفاده‌کنندگان از مواد مخدر به ترتیب در تومورهای حنجره، ۳۹/۵٪، هیپوفارنکس و مری، ۳۰/۴٪؛ حفره‌ی بینی و نازوفارنکس ۲۵٪؛ بیشترین مقدار بوده‌است.

از نظر شغلی بیشترین فراوانی را کشاورزان داشته‌اند. در بررسی محل سکونت بیماران، ۳۰۵ نفر از بیماران (۶۳/۶٪)، ساکن شهر و ۲۰۳ نفر (۳۶/۴٪)، ساکن روستا بودند. در جمعیت شهری فراوانترین تومورها به ترتیب SCC با ۱۷۹ مورد (۵۰/۴٪)، آدنوم پلئومورف ۵۶ مورد (۱۵/۸٪) و BCC و لنفوم هرکدام با ۱۸ مورد (۵/۱٪) بودند. در جمعیت روستایی فراوانترین تومورها SCC با ۱۰۰ مورد (۴۹/۳٪)، آدنوم پلئومورف با ۳۴ مورد (۱۶/۷٪) و BCC با ۲۵ مورد (۱۲/۳٪) بودند. در شهرستان‌های استان گیلان بیشترین فراوانی‌ها به ترتیب در شهرستان‌های رشت با ۲۸۱ مورد (۵۰/۴٪)، لاهیجان با ۳۶ مورد (۶/۵٪) و انزلی با ۳۳ مورد (۵/۷٪) مشاهده شد. از لحاظ سواد ۱۴۷ نفر (۲۶/۳٪) از مبتلایان، بی‌سواد و ۴۱۱ نفر (۷۳/۷٪) باسواد بودند؛ که در بین

از لحاظ محل درگیری، شایع‌ترین محل‌ها، حنجره با ۱۹۵ مورد (۳۴/۹٪)، غدد بزاقی با ۱۲۳ مورد (۲۲٪) و پوست سروگردن با ۷۵ مورد (۱۳/۴٪) بودند (جدول ۱).

فراوانترین تومور در جنس مذکر SCC با ۲۲۶ مورد بوده که ۶۰/۸ درصد تومورها در افراد مذکر را تشکیل می‌داده و بعد از آن آدنوم پلئومورف با ۴۶ مورد (۱۲/۴٪) و BCC با ۲۴ مورد (۶/۵٪) بیشترین فراوانی را داشته‌اند. در جنس مونث هم SCC با ۵۳ مورد (۲۸/۵٪) بیشترین فراوانی را داشته و پس از آن بیشترین فراوانی را آدنوم پلئومورف با ۴۴ مورد (۲۳/۷٪) و BCC با ۱۹ مورد (۱۰/۲٪) داشته‌اند. با توجه به مکان درگیری فراوانترین نوع آسیب‌شناسی بافتی در حنجره SCC با ۱۸۱ مورد (۹۲/۸٪)، در هیپوفارنکس و مری، SCC با ۲۱ مورد (۹۱/۳٪)، در حفره‌ی بینی و نازوفارنکس، SCC با ۱۲ مورد (۴۲/۹٪)، در حفره‌ی دهان و اروفارنکس، SCC با ۳۰ مورد (۶۲/۵٪)، در بافت نرم سروگردن و غدد لنفاوی، لیپوما با ۱۶ مورد (۵۰٪)، در سینوس‌های پاراناژال، SCC با ۳ مورد (۷/۵٪)، در غدد بزاقی، آدنوم پلئومورف با ۹۰ مورد (۷۳/۲٪)، در پوست، BCC با ۴۳ مورد (۵۷/۳٪) و در تیروئید، کارسینوم پاپیلاری تیروئید با ۲۱ مورد (۷۰٪) بوده‌اند.

در گروه سنی زیر ۳۰ سال، ۵۷ مورد بیمار مبتلا به تومور یافت شد که فراوانترین تومور در این گروه سنی آدنوم پلئومورف (۴۹/۱٪) بوده‌است و پس از آن به ترتیب کارسینوم پاپیلاری تیروئید (۱۰/۵٪) و لنفوم (۸/۸٪) بیشترین فراوانی را داشته‌اند (جدول ۲). در گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، ۱۴۲ مورد تومور یافت شد که فراوانترین آنها، آدنوم پلئومورف ۴۳ مورد (۳۰/۳٪) بوده و پس از آن SCC، با ۳۵ مورد (۲۴/۶٪) و لیپوما، با ۱۰ مورد (۷٪) بوده‌اند. در گروه سنی ۵۰ تا ۶۰ سال، ۱۵۲ مورد تومور شناخته شده بوده که (SCC) با ۹۶ مورد (۶۳/۲٪) و پس از آن آدنوم پلئومورف با ۱۱ مورد (۷/۲٪) و (BCC) با ۸ مورد (۵/۳٪) بیشترین فراوانی را در این گروه سنی داشته‌اند. در گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال، در مجموع ۱۱۸ مورد تومور ثبت شده که به ترتیب (SCC) با ۸۵ مورد (۷۲٪)، (BCC) با ۱۵ مورد (۱۲/۷٪) و آدنوم پلئومورف با ۶ مورد (۵/۱٪) بیشترین فراوانی را در این گروه سنی داشته‌اند. در گروه سنی بالای ۷۰ سال، ۸۹ مورد وجود داشت که

بزاقتی با ۱۲۳ مورد (۲۲٪) و پوست با ۷۵ مورد (۱۳/۴٪) بود. در مورد محل درگیری در مطالعات مختلف، تفاوت‌های زیادی دیده می‌شود. بدون احتساب پوست و تیروئید در آمریکای شمالی و اروپا شایع‌ترین مکان‌های درگیری تومورهای بدخیم، حفره دهان، اروفرانکس و حنجره بوده و در کشورهای حوزه دریای مدیترانه سرطان‌های نازوفارنژیال شایع‌تر می‌باشند (۲). در مطالعه دکتر لطفی و همکاران، بیشترین نواحی درگیر، لارنکس، هیپوفارنکس و دهان بوده‌است (۱۱). در مطالعه دکتر راد و همکاران شایع‌ترین مکان‌ها شامل پوست (۴۶/۸٪)، لنف نودهای سر و گردن (۱۳/۹۸٪) و حنجره (۱۳/۴۸٪) بوده‌است (۱۲). در مطالعه دکتر اندیشه تدبیر و همکاران، حنجره، حفره دهان و پوست بیشترین شیوع کانسر در سر و گردن را داشته‌اند (۱۳). علاوه بر عوامل خطر مختلف و سبک زندگی مختلف در نواحی مختلف جغرافیایی که می‌تواند باعث این تفاوت‌ها در فراوانی محل‌های درگیری شود، تفاوت در تعاریف مطالعات مختلف از تومورهای این ناحیه مانند حذف تومورهای تیروئید و پوست در برخی مطالعات و اضافه کردن تومورهای داخل جمجمه‌ای و چشم در برخی دیگر نیز می‌تواند در این تفاوت‌ها نقش داشته باشد. همچنین به علت مراجعه‌ی بیماران پوستی و بیماران مبتلا به لنفادنوپاتی‌ها و مشکلات تیروئید به دیگر مراکز درمانی سطح استان دلیل کمتر گزارش شدن این گونه بیماران در این مطالعه می‌باشد. از لحاظ فراوانی انواع هیستوپاتولوژی در مکان‌های مختلف، در حنجره، هیپوفارنکس و مری گردنی، نازوفارنکس و حفره بینی، اوروفارنکس و حفره‌ی دهانی و سینوس‌های پارانازال اکثریت تومورها SCC بوده که مطابق با یافته‌های مطالعات قبلی و کتب مرجع می‌باشد. در تیروئید، فراوان‌ترین تومورها به ترتیب کارسینوم پاپیلر تیروئید (۷۰٪) و کارسینوم فولیکول تیروئید (۲۰٪) و در غدد بزاقی، آدنوم پلئومورف (۷۳/۲٪) و سپس موکوپای درموئید کارسینوما (۹/۸٪) و تومور وارتین (۸/۹٪) بوده‌اند که مطابق با سایر مراجع بوده‌اند (۸). در مورد پوست سر و گردن، BCC شایع‌ترین تومور بوده‌است؛ که این مطابق با تحقیق انجام شده در کرمان توسط دکتر راد و همکارانش می‌باشد (۱۲). مطالعات مختلف اثر سیگار و تنباکو بر

باسودان، بیشترین فراوانی را تومورهای SCC با ۱۸۴ مورد (۴۴/۸٪)، آدنوم پلئومورف با ۸۴ مورد (۲۰/۴٪) و BCC با ۲۲ مورد (۵/۴٪) دارا بوده‌اند و در گروه بی‌سودان، بیشترین فراوانی متعلق به SCC با ۹۵ مورد (۶۴/۶٪)، BCC با ۲۱ مورد (۱۴/۳٪) و لنفوم با ۸ مورد (۵/۴٪) بود. در بررسی پرونده بیماران، فراوان‌ترین شکایت اصلی بیماران مراجعه‌کننده به دلیل تومور سر و گردن خشونت و گرفتگی صدا با ۱۵۴ مورد (۲۷/۶٪) بوده و پس از آن فراوان‌ترین شکایات اصلی، توده پاروتید با ۸۹ مورد (۱۵/۹٪) و ضایعات پوستی با ۷۵ مورد (۱۳/۴٪) بوده‌است. در ۱/۶٪ موارد سابقه خانوادگی و در ۱/۶٪ افراد سابقه تومور قبلی وجود داشته‌است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۵۵۸ بیمار مبتلا به تومورهای خوش‌خیم و بدخیم سر و گردن بررسی گردیدند که میانگین سنی بیماران در این مطالعه، ۵۴/۳۴ سال بوده‌است. میانگین سنی افراد مبتلا به کنسرهای سر و گردن در مطالعات مختلف در نقاط مختلف متفاوت بوده در مطالعه انجام شده در کراچی این میزان ۵۳ سال بود (۹). در مطالعاتی که در ایران انجام گرفته این عدد در مطالعه دکتر لطفی و همکاران، ۵۸/۳۶ سال (۱۱) و در مطالعه دکتر راد و همکاران، ۵۸/۳۶ سال (۱۲) بوده‌است. میانگین سنی افراد مبتلا به تومورهای خوش‌خیم در این مطالعه ۴۷/۱۷ سال و میانگین سنی افراد مبتلا به تومورهای بدخیم ۵۹/۰۰ سال بوده که نزدیک به میانگین سنی ابتلا به این تومورها در مطالعات انجام شده در ایران است. از لحاظ جنسیت اکثر افراد مبتلا (۷۵/۳٪) مرد بوده‌اند که این مطابق با مطالعات مختلف در نقاط مختلف می‌باشد (۹). فراوان‌ترین تومور از لحاظ آسیب‌شناسی بافتی در این مطالعه، کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) بوده که ۵۰ درصد موارد را شامل می‌شده‌است؛ که این مطابق با یافته‌های پیشین بوده‌است (۲). پس از SCC بیشترین فراوانی را در این ناحیه آدنوم پلئومورفیک (۱۶/۸٪) داشته که این درصد فراوانی مطابق با کتب مرجع می‌باشد (۱۲). از نظر محل درگیری تومور در این مطالعه شایع‌ترین مکان‌ها، حنجره با ۱۹۵ مورد (۳۴/۹٪)، غدد

شایع‌ترین شکایات اصلی در فراوان‌ترین پاتولوژی‌های یافت شده در این تحقیق می‌باشند.

به نظر می‌رسد که یافته‌های پژوهش‌های پیرامون تومورهای سروگردن تا حدی با یکدیگر اختلاف دارند که این اختلاف‌ها تا حدی مربوط به شرایط تحقیق و بیشتر به علت عوامل متغیر در نواحی مختلف می‌باشد؛ بنابراین تحقیقاتی مشابه می‌تواند برای مقایسه این تفاوت‌ها مفید باشند.

با توجه به یافته‌های بالا به نظر می‌رسد اکثر تومورهای ناحیه سروگردن از نوع SCC بوده که تأثیر عواملی همانند الکل و تنباکو بر آنها اثبات گردیده و تحقیق پیرامون عوامل و مکانیسم مولکولی این تومورها ادامه دارد. با توجه به فراوانی این تومورها نسبت به سایر موارد در این ناحیه، اجرای تحقیق در زمینه عوامل خطر در این ناحیه‌ی جغرافیایی خاص (مصرف مواد مخدر و رژیم تغذیه‌ای و سایر عادات خاص افراد این ناحیه) مفید باشد.

**پیشنهادات:** با توجه به اینکه اکثر تومورهای ناحیه سروگردن SCC بوده و عوامل خطر این نوع تومور متغیر می‌باشد بررسی عوامل خطر این نوع تومور و همچنین بررسی پیش‌آگهی و سیر و سایر موارد مربوط به این نوع تومور مفید می‌باشد.

همچنین مطالعاتی جهت بررسی موارد خاص موجود در منطقه همچون رژیم غذایی و سایر عواملی که قبلاً بررسی نشده‌اند در مطالعات تحلیلی می‌تواند مفید باشد. مطالعات مشابه در سایر نقاط جغرافیایی برای مقایسه نیز کمک‌کننده است.

این مقاله بر گرفته از یک پایان‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌باشد.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سرطان‌های سروگردن را تأیید نموده‌اند (۱۱ و ۳). در این مطالعه ۵۱/۴٪ افراد مبتلا سابقه مصرف سیگار داشتند که درصد فراوانی افراد سیگاری در تومورهای مختلف متفاوت بوده و در SCC ناحیه‌ی سروگردن این رقم به ۷۲/۴٪ می‌رسیده در مکان‌های مختلف نیز این درصد متفاوت بوده در حنجره بیشترین حد ۸۷/۷٪ بود. همچنین ۸/۶ درصد بیماران از قلیان استفاده می‌کردند که بیشترین درصد استفاده از قلیان در تومورهای حنجره ۱۵/۹٪ مشاهده گردید. ۱۲/۵٪ از افراد مبتلا به SCC از قلیان استفاده می‌کردند. اثر الکل بر سرطان‌های سر و گردن به اثبات رسیده است (۱۱ و ۳). در این مطالعه ۹/۷٪ افراد الکل مصرف می‌کردند که درصد مصرف الکل در افراد مبتلا به SCC، ۱۴/۷٪ بوده و این درصد در بین محل‌های درگیری در مری و هیپوفارنکس با ۱۷/۴٪ بیشترین حد بود. در مورد استفاده از مواد مخدر اطلاعات چندانی در مطالعات پیشین در مورد تأثیر این مواد بر سرطان‌های سروگردن موجود نبوده است. به‌طور کلی در این مطالعه ۲۱/۵٪ بیماران اعتیاد به مواد مخدر داشته‌اند. درصد اعتیاد به مواد مخدر در افراد مبتلا به تومور حنجره ۳۹/۵٪ و در پاتولوژی SCC، ۳۴/۸٪ بوده است.

در مقایسه جمعیت روستایی و شهری بیماران تومور BCC در جمعیت روستایی (۱۲/۳٪) نسبت به جمعیت شهری (۵/۱٪) بیشتر دیده شده که می‌تواند ناشی از مواجهه بیشتر این افراد با نور خورشید به مدت طولانی به‌عنوان یک عامل خطر باشد (۱۲).

فراوان‌ترین شکایات اصلی بیماران، به‌ترتیب، خشونت صدا، ضایعات پوستی و توده‌های پاروتید می‌باشد که مطابق با

## منابع

1. Stricker TP, Kumar V, Neoplasm. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, et al. Robbins & Cotran Pathologic basis of disease. 8th edition. Newyourk; Mosby Elsevier inc, 2010: 259-327.
2. Chang S, Ha P. Biology of Head and neck cancer in: Cammings CW. Cammings Otolaryncology and Head and neck surgery. 5th edition. Newyourk; Mosby Elsevier inc, 2010 V2: 987-1015.
3. Vokes E. Head and neck Cancers. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th edition. Philadelphia; MCGraw hill inc, 2012; V1A; 727-733.
4. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisanip P. Global cancer statistic 2002. Cancer clin 2005; 55: 74-108.
5. Belot A, Grosclaude P, Boss N, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev publique 2008; 56: 159-175.
6. Hunter KD, Parkinson EK, et al. Profiling early head and neck cancer. Nat Rev cancer 2005; 5: 127-135.
7. Hill C, Doyon F. The frequency of cancer in France. Bull cancer 2008; 95: 5-10.

8. Bhattacharjee A, Chakraborty A, Purkaystha P. Prevalence of Head and Neck cancer in the North East an Institutional Study. *Ind Jour OF Otolaryngology and H&N Surg* 2006 ; 58(1) ; 15-19.
9. Bhurgri Y, Bhurgri A, Usman A, Pervez S, Kayani N, Bashir I, et al. Epidemiological review of head and neck cancers in Karachi. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; 7(2) : 195-200.
10. Davies L, Welch HG, Epidemiology and genetic predisposing for head and neck cancer in the United State. *Otolaryngology Head and Neck Surg* 2006 ; 135 : 451-457.
11. Lotfi A, Halimi M, Naderpour M, Mohammadi H, Ghanad K. Frequency of Different Types of Head and Neck Cancers in Patients Admitted to ENT-HNS Department of Imam Hospital during 1997-2007. *Medical Journal of Tabriz University*. [text in persian] 2011; 15(1) : 65-9. [Text in persian]
12. Rad M, Chamani G, Zarei MR, Hashemipour M. Epidemiological Aspects of Head and Neck Cancers in a Group of Iranian Population. *Shiraz Univ Dent J* 2010 ; 10 ; 50-56.
13. Andisheh Tadbir, A, Ashraf Mj, Jafaei Z, et al. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in Southern Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal ,IRCMJ*, 2008 ; 10(4): 309-313.



# A Report of Relative Frequency of Head and Neck Tumors and Respective Factors in Guilan Province

\*Gerami H(MD)<sup>1</sup>- Kousha A(MD)<sup>1</sup>- Aghajanjpour SM(MD)<sup>1</sup>- Kazem Nejad E(PhD)<sup>1</sup>

\*Corresponding Address: ENT-HNS Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Email: hg\_gerami@yahoo.com

Received: 14 Apr/2014 Accepted: 1/jul/2014

## Abstract

**Introduction:** Head and neck tumors are a collection of tumors with different histopathology that originate from upper aero-digestive tract, skin, salivary glands, thyroid and parathyroid glands. It has been proven that various risk factors such as tobacco, alcohol and some viruses (HPV6 & HPV11) increase the prevalence and incidence of such tumors; and that's why the frequency and prevalence of head and neck tumors vary in different areas, throughout the world.

**Objective:** study was determining the relative frequency of these kinds of tumors and the respective risk factors.

**Materials and Methods:** In a cross-sectional retrospective and descriptive study, data of patients with histologically confirmed diagnosis of head and neck tumors, were extracted from their recorded files in Amir-Al Momenin hospital and entered into SPSS V.16 software; and using frequency tables and graphs the data were analyzed.

**Results:** In total, 558 patients with mean age of 54.34±16.37 years including 372 males (66.7%) and 186 females (33.3%) were admitted with diagnosis of head and neck tumors, from 2001 to 2012 in this hospital. (74/7%) of the tumors were malignant. The most frequent tumor was Squamous Cell Carcinoma with 279(50%) cases. The most frequent site of tumors was larynx with 195 (34/9%) cases. Having reviewed social habits of the patients; we found that (51/4%) were smoker; (21/5%) opium addict ;( 9.7%) alcoholic; and (8.6%) of them used hubble bubble. As revealed, (1.6%) of patients had positive family history and (1.6%) of them had history of another tumor in the past medical history .The most frequent chief complaint of all the patients referred to this center with head and neck tumor was hoarseness.

**Conclusion:** Data of our samples were similar to those in some studies but different in some cases. Reason of such variations may be definition of samples and other biases in different studies, but the life style and different risk factors also may be responsible for these differences. So further comparative studies in other geographical regions are recommended.

**Conflict of interest:** non declared

**Keywords :** Head and Neck Neoplasms/ Risk Factors/ Signs and symptom

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 93, Pages: 1-9

**Please cite this article as:** Gerami H, Kousha A, aghajanjpour SM, Kazem Nejad E. A Report of Relative Frequency of Head and Neck Tumors and Respective Factors in Guilan Province. J of Guilan University of Med Sci 2015; 24(9): 1-9. [Text in Persian]