

گزارش یک مورد اسکوآموس سل کارسینوما (SCC) پوست سر در بیمار با سابقه بازال سل کارسینوما (BCC)

آتنا شیوا (DDS)*، امیر حسین پاکروان (DDS)^۲

۱- گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲- گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دریافت: ۹۵/۸/۱، اصلاح: ۹۵/۹/۶، پذیرش: ۹۵/۹/۲۳

خلاصه

سابقه و هدف: بدخیمی های پوست که بروز آنها اخیراً رو به افزایش است، ۱۱ درصد بدخیمی های انسان را شامل می شود. کارسینوم سلول بازال (BCC)، یک بدخیمی اولیه اپی تلیالی با گسترش کند و موضعی مهاجم می باشد. اسکوآموس سل کارسینوما (SCC)، حدود ۲۰٪ تومورهای پوست را تشکیل می دهد و از اپی تلیوم سطحی دیسپلازیک منشا می گیرد. هدف از این گزارش، یک مورد SCC پوست سر در بیمار با سابقه ابتلا به BCC در گذشته با عود مکرر می باشد.

گزارش مورد: بیمار مردی ۷۵ ساله، با سابقه ۱۵ ساله بیماری دیابت و مصرف طولانی سیگار و الکل که در ۲۰ سال قبل دچار BCC اسکروزه پوست سر بود و در طی این مدت دوبار به علت عود ضایعه تحت جراحی قرار گرفته بود. از یک سال پیش تاکنون و در همان منطقه درگیری با BCC، زخمهایی با قطر ۲-۳ cm و نمای اندوفیتیک با ناحیه مرکزی فرورفته و زخمی و حاشیه برجسته و نامنظم در کنار نواحی لکوپلاکی ایجاد شد. نتیجه بررسی هیستوپاتولوژیک بیوپسی، Squamous cell carcinoma را تایید نمود. **نتیجه گیری:** نظر به اینکه، درصد زیادی از بیماران با سابقه تومور غیر ملانومی، در مدت ۵ سال آینده مجدداً به تومورهای غیر ملانومی دیگر مبتلا خواهند شد لذا شناخت بهنگام، درمان مناسب و پیگیریهای منظم می تواند به میزان قابل توجهی از ناتوانی، متاستاز و مرگ ناشی از این بدخیمی ها بکاهد. در نتیجه آگاه نمودن اینگونه بیماران برای انجام درمان مناسب، پیگیری جهت جلوگیری از عود ضایعات، به منظور افزایش طول عمر آنها بسیار کمک کننده است.

واژه های کلیدی: اسکوآموس سل کارسینوما، بازال سل کارسینوما، بدخیمی پوست سر.

مقدمه

است زیرا در طول ۳ سال پس از درمان تومور اولیه احتمال ۳۰٪ برای بروز ضایعه ثانویه و ۶٪ بروز کارسینوم سلول سنگفرشی پوستی وجود دارد (۵). در بررسی که Khakzad در بابل و Plesko در اسلوواکی بر روی سرطانهای پوستی انجام دادند، به این نتیجه رسید که شایع ترین تومورهای پوستی به ترتیب BCC و بعد SCC می باشد (۱۳ و ۱۲). همچنین در بررسی فراوانی انواع سرطانهای پوست که توسط Amouzgar و همکارانش در مشهد انجام شد ۵۷/۷٪ از موارد را BCC و ۲۰/۳٪ را SCC تشکیل داد (۱). اسکوآموس سل کارسینوم دومین تومور شایع پوست است که از اپی تلیوم سطحی دیسپلازیک منشا می گیرد و حدود ۲۰٪ تومورهای پوست را تشکیل می دهد (۱۴). میزان بروز تومور با افزایش سن افزایش یافته و در مردان نیز شایع تر از زنان می باشد (۱۵). در ایران، نسبت ابتلاء در مردان ۱/۵ برابر زنان بوده و در نیمه دوم عمر بیشتر دیده می شود. اشعه فرابنفش آفتاب نقش اساسی در پیدایش ضایعه ها دارد (۱۶). علاوه بر آن، شواهد متعددی بیانگر نقش ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) در ایجاد برخی از فرم های اسکوآموس سل کارسینوم است (۱۷). تعدادی از اختلالات ژنتیکی مانند اگزودرما

سرطانهای پوست ۱۱ درصد بدخیمی های انسان را شامل می شود و جز شایع ترین تومورهای بدخیم در انسان محسوب می شود به طوریکه هر سال تعداد بسیار زیادی از بیماران مبتلا به علل درمانهای نامناسب و تشخیص دیر هنگام مبتلا به عوارض این بیماری و در نهایت مرگ ناشی از آن می شوند (۱ و ۲). سرطان پوست به دو دسته ملانومایی و غیر ملانومایی تقسیم می شود (۳). گروه غیر ملانومایی یا (Non-melanomma Skin Cancer=NMSC) شایع ترین سرطان در جوامع بشری که شامل کارسینوم سلول بازال (BCC) و کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) می باشد (۴). کارسینوم سلول بازال اولین بار توسط Jacob در سال ۱۸۲۷ معرفی شد و آن را Rodent Ulcer یا زخم چونده نامید (۵). کارسینوم سلول بازال، یک بدخیمی اولیه اپی تلیالی با گسترش کند و موضعی مهاجم می باشد که از سلولهای لایه بازال و ضامئ آن منشا می گیرد (۸-۶). این سرطان جز شایع ترین سرطان پوست در بین سفیدپوستان است و اکثراً به علت رادیوتراپی و تابش اشعه ماورابنفش ایجاد و حدود ۸۰٪ موارد این کارسینوم در پوست سر و گردن یافت می شود (۹-۱۱). عود یک کارسینوم بازال

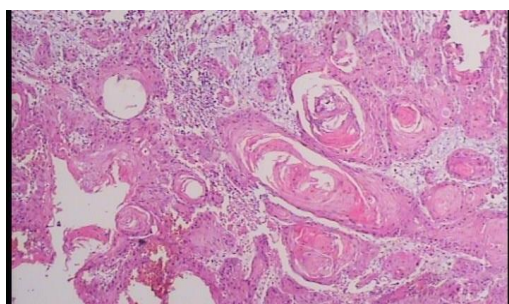
* مسئول مقاله: دکتر آتنا شیوا

E-mail: atenashiva@yahoo.com

آدرس: ساری، بلوار خزر، دانشکده دندانپزشکی، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت. تلفن: ۰۱۱-۳۳۲۴۴۸۹۴



شکل ۱. نمای بالینی اسکوآموس سل کارسینومای پوست سر همراه با زخم های متعدد زخمی وحاشیه حلقه ای، برجسته و نامنظم



شکل ۲. نمای هیستوپاتولوژیک از سلولهای اپی تلیالی مالیکنتت سنگفرشی با تهاجم به بافت همبند زیرین وتشکیل مروارید کراتینی

بحث و نتیجه گیری

در این گزارش مورد بیمار مرد و حدود ۷۵ ساله بود. در مطالعات متعدد شیوع BCC و SCC را در مردها بیشتر از خانم ها گزارش کرده اند (۲). در مطالعه Amozgar و همکارانش، نسبت مرد به زن در BCC برابر ۱/۶ به ۱ و در SCC با نسبت ۲/۸ به ۱ گزارش شد (۱). BCC یک بدخیمی اولیه اپی تلیالی با گسترش کند و موضعی مهاجم می باشد که از لایه بازال پوست و ضامم آن منشا می گیرد و به ندرت متاستاز می دهد اما اسکوآموس سل کارسینوم که از اپی تلیوم سطحی دیسپلازیک منشا می گیرد تمایل به متاستاز دارد (۲۴ و ۱). با افزایش سن احتمال بروز BCC و SCC بیشتر می شود به طوریکه حداکثر شیوع این بدخیمی ها در افراد با سنین ۷۹-۴۰ سال مشاهده می شود (۹). در مطالعه ای که توسط Collins و همکارانش صورت گرفت میانگین سنی بیماران مبتلا ۶۴ سال (۲۵) و در تحقیق Revenga و همکارانش ۷۱ سال بود (۲۶). در تحقیق ما نیز بیمار مبتلا ۷۵ ساله بود. در حدود ۸۵٪ از ضایعات SCC در ناحیه سر و گردن ایجاد می شود که غالبا بر روی پوست سر، صورت، پیشانی و لب پایین دیده می شود (۱) که با مطالعه حاضر که در پوست سر ایجاد شده بود، همخوانی دارد. از لحاظ علائم بیماران مبتلا به سرطان پوست سر، درد خفیف، اریتم و سوزش مختصر را گزارش نمودند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۹). در مورد عامل اتیولوژیک، موثر بودن استعمال دخانیات در بروز ضایعات تایید شده است و شاید یکی از دلایل عمده شیوع SCC، BCC در مردان عادات بیشتر آن ها در مصرف دخانیات در مقایسه با زنان باشد (۲). در مطالعه حاضر نیز بیمار مصرف طولانی مدت سیگار و الکل را در تاریخچه پزشکی خود داشت. با توجه به اینکه، درصد زیادی از بیمارانی که سابقه یک NMSC دارند

پیگمنتوزوم، اپیدرمولیز بولوز دیستروفیک، آلبینیسم و در نهایت سابقه سرطان پوست قبلی همچون بازال سل کارسینوم، ممکن است نقشی در پیدایش اسکوآموس سل کارسینوم داشته باشند (۱۸ و ۱۹). در بیمارانی که ضعف سیستم ایمنی دارند، مانند دریافت کنندگان پیوند درمان شده معمولا ناشایع و متاستاز در آن بسیار نادر است ولی معاینه دوره ای این بیماران بسیار ضروری نیز خطر اسکوآموس سل کارسینوم افزایش می یابد (۲۰).

درحالیکه دوز تجمعی اشعه فرابنفش در ایجاد Squamous cell (SCC) carcinoma نقش مهمی دارد، سابقه آفتاب سوختگی در دوران طفولیت و مواجهه با نور آفتاب در افزایش بروز BCC (Basal cell carcinoma) و ملانوم بسیار اهمیت دارد (۲۱). از آنجاییکه در تحقیقات بیان شده است که بروز NMSC بطور چشمگیری روبه افزایش بوده (۳-۸٪ در سال) و حدود ۴۰-۵۰ درصد بیمارانی که سابقه یک NMSC دارند در مدت ۵ سال آینده مجددا به تومورهای غیر ملانومی دیگر مبتلا خواهند شد (۲۲). لذا هدف از این مطالعه گزارش یک مورد اسکوآموس سل کارسینوما (SCC) پوست سر در بیمار با سابقه بازال سل کارسینوما (BCC) می باشد.

گزارش مورد

بیمار مردی ۷۵ ساله، با سابقه ۱۵ ساله بیماری دیابت و مصرف طولانی سیگار و الکل که در ۲۰ سال قبل دچار بازال سل کارسینومای پوست سر، با نمای اسکلروزه شده بود و در طی این مدت دوبار، به علت عود بازال سل کارسینوما و ایجاد زخمهای متعدد در پوست سر تحت جراحی قرار گرفته بود. تا ۳ سال پس از آخرین جراحی صورت گرفته بر روی بازال سل کارسینوما بیمار عاری از ضایعات پوستی بود اما از یک سال پیش تاکنون و در همان منطقه درگیری با بازال سل کارسینوما، دچار زخمهای متعدد و با نمای کلینیکی متفاوتی نسبت به زخمهای قبل شده بود.

زخمها با قطر ۳-۲ سانتیمتر و نمای اندوفیتیک با ناحیه مرکزی فرورفته و زخمی وحاشیه حلقه ای، برجسته و نامنظم در کنار نواحی لکوپلاکی مشهود بود (شکل ۱). از ضایعات مذکور چندین بیوپسی اینسیژنال توسط جراح تهیه شد و جهت بررسی به آزمایشگاه آسیب شناسی ارسال شد. در نمای ماکروسکوپی، ضایعه شامل ۲ قطعه پوستی کرم- قهوه ای رنگ مجموعا به ابعاد ۱/۵×۱×۰/۵ بود.

در بررسی ریزینی نمونه ارسالی پرولیفراسیون نئوپلازیک مالیکنتت سلولهای اپی تلیوم سنگفرشی که به صورت جزایر پراکنده در بافت همبند تهاجم پیدا کرده بودند، به همراه کراتین سازی انفرادی مشهود بود. سلولها پلئومورفیسم و هسته هایپرکروم داشتند. در لایه لای جزائر، سلولهای آماسی لنفوپلاسموسیت به همراه عروق خونی و رشته های کلاژن دیده شد.

سطح ضایعه نیز توسط اپی تلیوم سنگفرشی مطابق ارتوکراتینیزه دیسپلازیک پوشیده شده بود. نتیجه بررسی هیستوپاتولوژیک بیوپسی، Squamous Cell Carcinoma نوع Well Differentiated را تایید نمود (شکل ۲) و بیمار تحت جراحی جهت برداشتن بقیه ضایعات و جراحی ترمیمی پیوند از پوست پا، رادیوتراپی و شیمی درمانی قرار گرفت. در پیگیری ۶ ماهه بیمار دچار عود مجدد ضایعه شده بود.

استفاده از عوامل محافظتی در مقابل اشعه فرابنفش و آموزش جهت شناسایی و پیگیری ضایعات مشکوک توسط خود فرد بسیار سودمند است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل آزمایشگاه نور که درآماده سازی لام مارا یاری کرده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

در مدت ۵ سال آینده مجدداً به تومورهای غیر ملانومی دیگر مبتلا خواهند شد و با عنایت به اینکه شناخت سریع و به موقع، درمان مناسب و پیگیریهای منظم می‌تواند به میزان قابل توجهی از ناتوانی، متاستاز و مرگ ناشی از این بدخیمی‌ها بکاهد لذا آگاهی دادن به اینگونه بیماران برای انجام درمان مناسب و پیگیری جهت احتمال عود ضایعات، جهت افزایش طول عمر آنها بسیار کمک کننده می باشد. همچنین از آنجاییکه در پیدایش این ضایعات نقش نور آفتاب شناخته شده است بنابراین آموزش همگانی به منظور پیش گیری از این بدخیمی‌ها و

Squamous Cell Carcinomas (SCC) of the Scalp in a Patient with History of Basal Cell Carcinoma (BCC); A Case Report

A. Shiva (DDS)*¹, A.H. Pakravan (DDS)²

1. Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran

2. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(1); Jan 2017; PP: 55-60

Received: Oct 22th 2016, Revised: Nov 26th 2016, Accepted: Dec 13th 2016.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Incidence of skin malignancy is increasing recently and includes 11% of all human malignancies. Basal cell carcinoma (BCC) is a primary malignant epithelial with slow expansion and invasive status. Squamous cell carcinomas (SCC) constitutes about 20% of all skin tumors is originated from surface epithelial dysplasia. This study aim to report a case of SCC of the scalp in a patient with history of BCC with frequent relapses.

CASE REPORT: The patient is a 75-year old man with a history of diabetes for 15 years, smoking and alcohol use for a long time, who suffered from BCC in the last 20 years and underwent surgery twice due to relapse of the lesion. Since last year, 2-3 cm injuries and endophytic appearance with mired center and prominent and irregular margins near leukoplakia areas were created in the same BCC spot. The results of histopathology confirmed Squamous cell carcinoma.

CONCLUSION: Since a high percentage of patients with a history of non-melanoma tumor will suffer from other non-melanoma tumors in the next 5 years, timely diagnosis, appropriate treatment and regular follow-up can reduce the chance of disability, metastasis and death significantly. Therefore, informing these patients for appropriate treatment and follow-up to prevent relapse can help to increase their life span.

KEY WORDS: *Squamous cell carcinoma, Basal cell carcinoma, Scalp malignancy.*

Please cite this article as follows:

Shiva A, Pakravan AH. Squamous Cell Carcinomas (SCC) of the Scalp in a Patient with History of Basal Cell Carcinoma (BCC); A Case Report. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(1):55-60.

*Corresponding author: A. Shiva (DDS)

Address: Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Science, Khazar Blv., Sari, I.R.Iran

Tel: +98 11 33244894

E-mail: atenashiva@yahoo.com

References

1. Amouzagar MH, Yazdan Panah MJ, Ebrahimi Rad M. Frequency of different skin cancers in Ghaem Hospital Mashhad, from 1975 to 1995: A cross-sectional study Iranian Journal of Dermatology 12006;9(35):28-34.
2. Ghasemi M, Hajheydari Z, Golpour M, Naghshvar F, Emadian O, Taleghani A. Diagnostic value of scraping cytology in superficial skin cancers. J Mazand Univ Med Sci 2013;23(97):66-72 (Persian).
3. Mirzaei M, Razi S, Ghoncheh M, Mohammadian A, Salehiniya H. Skin cancer incidence rate and trend in 2004-2008 in Tehran province. Jdc.tums. 2015;5(4):193-199.
4. Guy G, Ekwueme D. Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a systematic review of the 874 literature. Pharmacoeconomics 2011;29: 863-74.
5. Neville BW, Damm D, Allen CM, ouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3th ed. St.Louis: Saunders Co; 2009. p. 409-21.
6. Caekelbergh K, Annemans L, Lambert J, Roelandts R. Economic evaluation of methyl aminolaevulinate-based photodynamic therapy in the management of actinic keratosis and basal cell carcinoma. Br J Dermatol 2006; 155: 784-90.
7. Samarasinghe V, Madan V. Nonmelanoma skin cancer. J Cutan Aesthet Surg 2012; 5: 3-10.
8. Busquets JM, Hwang PH: Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: a meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg 2006Mar; 134(3):476-82.
9. De Zwaan SE, Haass NK. Genetics of basal cell carcinoma. Australas J Dermatol 2010; 51: 81-92. 28.
10. Ingham PW, Placzek M. Orchestrating ontogenesis: variations on a theme by sonic hedgehog. Nat Rev Genet 2006; 7: 841-50.
11. Teglund S, Toftgard R. Hedgehog beyond medulloblastoma and basal cell carcinoma. Biochim Biophys Acta 2010; 1805: 181-208.
12. Yoshida Y, Wang I, Yoder HM, et al. The forkhead box M1 transcription factor contributes to the development and growth of mouse colorectal cancer. Gastroenterology 2007; 132: 1420-31.
13. Khakzad M. Skin cancers in patients referred for plastic surgery. JBUMS 2003;5(1):50-54.
14. Plesko I, Severi G, Obsitnikow A, et al. Trend in the incidence of non-melanoma skin cancers in Slovakia 1978-1995. Neoplasma 2000;47(3):137-42.
15. Dehghani F, Binesh F. Pigmented squamous cell carcinoma of skin : A case report .J Rare dis diag Ther .2015,1(2).16.
16. Hornblass A, Stefano J.A. Pigmented basal cell carcinoma of the eyelids. Am. J. Ophthalmol. 1981; 92: 193-197.
17. Kumar N, Saxena YK. Two cases of rare presentation of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the hand. IJDRE 2002;68(6):349-351.
18. Feller Liviu, Lemmer J. Oral squamous cell carcinoma: Epidemiology, clinical presentation and treatment .J of cancer therapy ,2012(3):263-268.
19. Nassiria Kashani M, Sadr B, Fanian F, et al. Pre-operative assessment of basal cell carcinoma dimensions using high frequency ultrasonography and its correlation with histopathology. Skin Res Technol 2013; 19: e132-8.
20. Tierney E, Barker A, Ahdout J, Hanke CW, Moy RL, Kouba DJ. Photodynamic therapy for the treatment of cutaneous neoplasia, inflammatory disorders, and photoaging. Dermatol Surg 2009; 35:725-46.
21. Wulf HC, Pavel S, Stender I, et al. Topical photodynamic therapy for prevention of new skin lesions in renal transplant recipients. Acta Derm Venereol 2006; 86: 25-8.
22. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (part I). J am Acad. Dermatol 1991; 24: 1- 13.
23. Chinem VP, Miot HA. Epidemiology of basal cell carcinoma. An Bras Dermatol 2011; 86: 292-305.
24. Schaffer JV, Rigel DS, Kopel AW, et al. Cutaneous melanoma past, present and future. J Am Acad Dermatol 2004;51-65.

25. Colins GL, Nikoonahad N, Morgan MB. Changing demographics and pathology of non melanoma skin cancers in the last 30 years. *Semin Cutan Med Surg* 2004;23:80-83.
26. Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF, Mar Vazques Salvado M, et al. Descriptive epidermology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital survey. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2004;18:137-41.