

بررسی اپیدمیولوژیک سرطان‌های دهان در خوزستان طی ۱۰ سال (۱۳۷۱-۱۳۸۱)

دکتر رضا یعقوبی^۱، دکتر علی اصغر علی یاری^۲، دکتر نیتوون عماد مستوفی^۳، مهندس سید محمود لطیفی^۴
^۱-دانشیار پوست، دانشگاه علوم پزشکی اهواز؛ ^۲-پزشک عمومی، ^۳-استاد یار آسیب شناسی، ^۴-مربي گروه آمارزیستی؛ دانشگاه
علوم پزشکی اهواز

اسکواموس سل کارسینوما شایع‌ترین (۷۵٪) از کل بدخیمی‌ها بود و به دنبال آن کارسینوم نازوفارنیتال (۱۰٪) و لنفوم (۷٪) قرار داشتند. شایع‌ترین محل بدخیمی، لب پایین (۲۹٪)، سپس زبان (۱۹٪) و نازوفارنیکس (۱۵٪) بود.

نتیجه گیری: اگر چه تفاوت جزئی در برخی از یافته‌های این مطالعه با سایر گزارش‌ها دیده شد ولی اکثر یافته‌ها مشابه سایر مطالعات انجام شده بود. برای شناخت عوامل خطر سرطان دهان مطالعات دقیق‌تری را در آینده پیشنهاد می‌کنیم.

واژه‌های کلیدی: اپیدمیولوژی، دهان، بدخیمی،
تومور، هیستوپاتولوژی، خوزستان

فصلنامه بیماری‌های پوست، پاییز ۱۳۸۳؛ ۲۹؛ ۱۳۶۳-۳۱؛ ۲۶

مقدمه: میزان بروز سرطان‌های دهان در سرتاسر جهان متفاوت است.

هدف: آگاهی از طیف سرطان‌های دهان در استان خوزستان

روش اجرا: مواد این مطالعه شامل اطلاعات آماری تومورهای بدخیم دهان است که توسط متخصصان آسیب شناسی استان خوزستان در طی سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۸۱ تشخیص داده شده بودند.

یافته‌ها: از بین کل نمونه‌های ارسالی به آزمایشگاه‌های استان، ۳۰۵ مورد سرطان دهان شناسایی شد. از این تعداد ۱۹۳ نفر (۶۳٪) مرد و ۱۱۲ نفر (۳۶٪) زن بودند، نسبت مردان به زنان ۱/۷ بود و میانگین سن بیماران ۴۰.۰ ± ۱۶.۶ سال بود. از نظر آسیب شناسی،

محسوسي در نواحی مختلف یک کشور دیده می‌شود (۱).
مطالعات همگرا نشان داده است که میزان بروز سرطان دهان در بسیاری از کشورهای صنعتی اروپا در آینده افزایش خواهد یافت که یکی از مهم‌ترین دلایل آن، نامشخص بودن پاتوزنر بیماری است.
بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که در کشورهای صنعتی، کشیدن سیگار به ویژه همراه با مصرف الکل یک عامل مهم ایجاد‌کننده سرطان دهان است. کمبودهای

مقدمه
میزان بروز سرطان‌های دهان و میزان مرگ و میر ناشی از آن در سرتاسر جهان متفاوت است. بیشترین ارقام ثبت شده مربوط به چندین کشور در حال توسعه نظیر هند، پاکستان و بنگلادش است. همچنین در اروپا، ارقام مختلفی در رابطه با سرطان دهان وجود دارد و تفاوت

مؤلف مسؤول: دکتر رضا یعقوبی - اهواز، بیمارستان امام خمینی (ره)،
بخش پوست، کد پستی ۶۱۳۳۵

آسیب‌شناسی استان خوزستان، ۳۰۵ مورد سرطان دهان طی سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۸۱ شناسایی شد. از این تعداد ۱۹۳ نفر (۶۳/۲٪) مرد و ۱۱۲ نفر (۳۶/۸٪) زن بودند. نسبت مردان به زنان ۱/۷ به ۱ بود. دامنه سنی بیماران در این مطالعه ۵-۹۵ سال بود و بیشترین فراوانی سنی سرطان دهان در کل، به ترتیب به دهه‌های هفتم (۲۴/۶٪) و ششم عمر (۲۰/۳٪) مربوط بود. میانگین سن بیماران در کل $55/04 \pm 16/60$ سال و سال و به تفکیک میانگین سن زنان $54/2 \pm 17/7$ سال و مردان $55/05 \pm 16/00$ سال بود.

(SCC) از ۳۰۵ مورد سرطان دهان ۱۵۴ مورد (۵۰/۰٪) squamous cell carcinoma از نوع کاملاً دیفرانسیه (well-differentiated)، ۶۴ مورد (۲۱٪) moderately differentiated، ۱۱ مورد (۳/۶٪) از نوع دیفرانسیسیون بد (poorly differentiated)، ۳۳ مورد (۱۰/۸٪) کارسینومای نازوفارنکس، ۲۳ مورد (۷/۵٪) لنفوم، ۴ مورد (۱/۳٪) آدنوئید کیستیک کارسینوما، ۳ مورد (۱٪) از وروکوز کارسینوما، آدنوکارسینوما، mixed تومور بدخیم، ۲ مورد (۰/۷٪) تومور متاستاتیک و یک مورد (۰/۳٪) از تومورهای ژآنث سل، موکوآپدرموئید کارسینوما، آسینیک سل کارسینوما، رابدوموسارکوم و لنفوپاپی تلیومای بدخیم بودند.

بدخیمی‌های آدنوئید کیستیک کارسینوما (۴ مورد)، آدنوکارسینوما (۳ مورد)، ژآنث سل تومور بدخیم و تومور لنفوپاپی تلیومای بدخیم هر کدام یک مورد فقط در زنان مشاهده شد ولی بقیه بدخیمی‌ها در مردان شایع‌تر از زنان بود (جدول شماره ۱).

در کل، بیشترین محل در گیری لب پایین بود (۸۹ مورد، ۲۹/۲٪)، سپس به ترتیب زیان (۵۸ مورد، ۱۹٪)، نازوفارنکس (۴۸ مورد، ۱۵/۷٪)، مخاط گونه (۲۲ مورد، ۷/۲٪)، کف دهان (۱۸ مورد، ۵/۹٪)، لب (بدون ذکر دقیق

غذایی نیز به عنوان عامل اساسی دخیل در ایجاد سرطان دهان شناخته شده است (۲). سایر عوامل شامل ویروس پاپیلومای انسانی ۱۸ و ۱۶، رعایت نکردن بهداشت دهان و دندان، مصرف نکردن دهان شویه و تباکوی بدون دود است (۱). خلاصه می‌توان گفت که علت سرطان دهان ناشناخته است، اگر چه برخی از عوامل ایجاد‌کننده، مستعد کننده و کارسینوژن‌ها، مشخص شده‌اند. بنابراین پیگیری وضعیت رشد سرطان دهان در کشورهای مختلف مهم است. هدف از این مطالعه تعیین شاخص‌های ایدمیولوژیک مبتلایان به سرطان‌های دهان در خوزستان طی ۱۰ سال (۱۳۷۱-۱۳۸۱) بوده است.

روش اجرا

این مطالعه به روش متکی بر داده‌های موجود (existing data study) انجام گرفت و در طی آن تمامی پرونده‌های سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۸۱ بیماران مبتلای به تومورهای بدخیم دهان در بخش‌های آسیب‌شناسی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز و نیز مراکز خصوصی شهرهای اهواز، آبادان، خرمشهر، دزفول و بهبهان مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی تومورهای بدخیم غدد بزاقی و نتوپلاسم‌های بدخیم اولیه فک یا متابستاز به فک از مطالعه حذف شد و نواحی حفره لب (sublocations) شامل لب‌ها، کام، زبان، کف دهان، نازوفارنکس، اوروفارنکس، هیپوفارنکس، لوزه‌ها، آلوٹولار ریچ و لشه محسوب شد. سن، جنس، محل سکونت بیماران، تعداد کل تومورها، نواحی در گیر و نوع هیستوپاتولوژی در هر یک از نواحی تشریحی و جغرافیایی و نیز میزان مورد گزارش شده در هر سال مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین کل نمونه‌های ارسالی به آزمایشگاه‌های

آغاجاری،...، ۵۲ بیمار (۱۷٪) از شهرهای شمالی استان (دزفول، شوش، شوستر، اندیمشک، مسجد سلیمان،...)، ۲۵ مورد (۸٪) از شهرهای جنوبی استان (آبادان، خرمشهر، ماشهر،...) و ۸ مورد (۲٪) از شهرهای غربی استان (سوستگرد، هویزه،...) بودند. ۵۷ مورد (۱۸٪) از بیماران محل سکونت آنها مشخص نبود. در ارتباط با فراوانی محل تومور با مناطق جغرافیایی استان خوزستان، در تمامی مناطق به جز منطقه غرب استان (که زبان، شایع ترین محل در گیری بود)، لب پایین شایع ترین محل در گیری را به خود اختصاص می داد. در ارتباط با نوع آسیب شناسی تومورها، در تمامی مناطق شایع ترین بد خیمی از نوع SCC بود.

محل) و لوزه ها هر کدام (۱۴ مورد، ۴٪)، لب بالا (۱۲ مورد، ۳٪)، هیپوفارنکس (۱۱ مورد، ۳٪)، اوروفارنکس (۸ مورد، ۲٪)، کام (۷ مورد، ۲٪) آلوثولار ریچ و لئه (۴ مورد، ۱٪) بود. توزیع سرطان های مطالعه شده بر اساس نوع آن و محل در گیری در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

میزان سرطان دهان طی سال های ۱۳۷۱-۱۳۷۵ جمعاً ۷۴ نفر (۲۴٪) و در سال های ۱۳۷۶-۱۳۸۰ کل ۱۹۰ نفر (۶۲٪) و در سال ۱۳۸۱ شامل ۴۱ نفر (۱۳٪) بوده است. در بین بیماران مبتلا به سرطان دهان ۱۱۴ مورد (۴٪) مربوط به مرکز استان (اهواز و حومه)، ۴۹ بیمار (۱۶٪) از شهرهای شرقی استان (رامهرمز، ایذه، بهبهان،

جدول شماره ۱- توزیع ۱۰ ساله سرطان های دهان در استان خوزستان بر اساس نوع سرطان و جنس مبتلایان

جمع	مود(درصد)	زن (درصد)	جنس	نوع سرطان
۱۵۴	۹۶(۵۰)	۵۸(۵۱)	S.C.C (well diff.)	
۶۴	۴۲(۲۲)	۲۲(۲۰)	S.C.C (mod. diff.)	
۳۳	۲۵(۱۳)	۸(۷)	Nasopharyngeal carcinoma	
۲۲	۱۶(۸)	۷(۶)	Lymphoma	
۱۱	۵(۲/۵)	۶(۵)	S.C.C (poorly diff.)	
۴	-	۴(۴)	Adenoid cystic carcinoma	
۳	۲(۱)	۱(۱)	Verrucous carcinoma	
۳	-	۳(۳)	Adenocarcinoma	
۳	۲(۱)	۱(۱)	Malignant mixed tumour	
۲	۲(۱)	-	Metastatic tumour	
۱	-	۱(۱)	Malignant giant cell	
۱	۱(۰/۵)	-	Mucoepidermoid carcinoma	
۱	۱(۰/۵)	-	Acinic cell carcinoma	
۱	۱(۰/۵)	-	Rhabdomyosarcoma	
۱	-	۱(۱)	Malignant lymphoepithelioma	
۳۰۵(۱۰۰)	۱۹۳(۱۰۰)	۱۱۲(۱۰۰)	جمع	

جدول شماره ۳- توزیع ۱۰ ساله سرطان‌های دهان در استان خوزستان بر اساس نوع سرطان و محل درگیری

آسیب شناسی	لب بلا پایین	کام زبان	دکت دهان	نارووارکس	لبه گوشه	مخاط گوشه	لبه*	اوروفارکس	هیپوفارکس	مجموع	
S.C.C (well diff.)	۴	۶۰	۳۸	۹	۰	۱	۲	۱۶	۱۷	۷	۱۰۶
Verrucous carcinoma	—	۲	—	۱	—	—	—	—	—	—	۳
Lymphoma	—	—	—	۱	—	۸	۱۱	—	۱	—	۳۳
Nasopharyngeal carcinoma	—	—	—	—	۲۰	—	—	—	۲	۱	۳۳
Malignant giant cell	—	—	—	—	—	—	۱	—	—	—	۱
Mucoepidermoid carcinoma	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	۱
Adenoid cystic carcinoma	—	—	—	۱	—	—	۱	—	—	—	۴
Malignant mixed tumour	۲	—	—	—	—	—	—	—	—	—	۳
Acinic cell carcinoma	—	—	۱	—	—	—	—	—	—	—	۱
Metastatic tumour	—	—	۱	—	۱	—	—	—	—	—	۲
Adenocarcinoma	—	—	۲	—	۱	—	—	—	—	—	۳
Rhabdomyosarcoma	—	—	—	—	۱	—	—	—	—	—	۱
Malignant lymphoepithelioma	—	—	—	—	—	—	۱	—	—	—	۱
S.C.C (Moderately diff.)	۳	۲۱	۲	۱۵	۷	۱	۱	۲	۱	۲	۷۶
S.C.C(Poorly diff.)	۲	۱	۲	۱	—	۱	—	۲	—	۱	۱۱
درصد	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰%	۰.۰
جمع	۱۷	۸۴	۰	۷۰	۲۸	۱۶	۴	۲۲	۱۶	۷۱	۲۰۶

* بدون ذکر محل بالا باین

بحث

و نقش عوامل ایجاد کننده جدید^(۹). به این ترتیب با استی تووجه داشت که تومورهای بدخیم دهان در هر سنی ممکن است دیده شوند.

شایع‌ترین سرطان حفره دهان SCC است (۱۲-۲). و سرطان‌های ناشی از غدد برازقی مینور نظیر آدنوتیک کیستیک کارسینوما، موکوایدرموئید کارسینوما، آدنو کارسینوما، تومور mixed بدخیم و نیز لنفوم، سارکوم و ملانوم بدخیم به میزان کمتری دیده می‌شود^(۴). ۲-۱۰٪ لنفوم‌ها نخستین بار در دهان نمایان می‌شوند. در مطالعه‌ای لنفوم‌ها، سومین بدخیمی شایع دهان بوده‌اند^(۱۱). از مجموع ۳۰۵ مورد بدخیمی دهان، SCC (۷۵٪) به عنوان شایع‌ترین بدخیمی و مابقی (۲۵٪) شامل کارسینوم نازوفازنژیال (دومنین بدخیمی شایع)، لنفوم (سومین بدخیمی شایع) و نیز بدخیمی‌های مربوط به غدد برازقی مینور و سایر بافت‌ها بود. یافته‌های ما با نتایج اکثر مطالعات انجام شده مطابقت دارد^(۱۲-۲).

در خصوص محل ابتلا (sublocation)، نواحی نازوفارنکس و غدد برازقی در کشور کویت از نقاط شایع در گیر هستند. ناحیه نازوفارنکس محل اصلی در گیری سرطان‌های حفره دهان در کشورهای سواحل دریای مدیترانه و دیگر کشورهای عربی است. در امریکا، زبان، له و کف دهان جزو نقاط عمده ابتلا سرطان دهان است و حال این که در بمبئی زبان، دهان و هیپوفارنکس جزو نقاط اصلی در گیر هستند^(۱۳). در مطالعه حاضر، لب و سپس زبان و نازوفارنکس جزو نواحی عمده و اصلی ابتلا بودند. کارسینوم لب، در منطقه سر و گردن بعداز سرطان پوست دومین سرطان شایع است. اکثر سرطان‌های لب، روی لب پایین بوده و در ۹۵٪ موارد در مردان دیده می‌شود^(۱۲). در مطالعه حاضر، کارسینوم لب (مجموع لب بالا و پایین) اند کی بیش از یک سوم (۳۶٪) کل تومورهای بدخیم گزارش شده را شامل می‌شد. بیشترین بدخیمی‌ها در مردان و مربوط به لب پایین (۲۹٪) و اغلب از نوع SCC

فراآنی نسبی سرطان‌های نواحی مختلف بدن با در مناطق مختلف جغرافیایی جهان به مقیاس وسیعی متفاوت است. بنابراین اهمیت آن نیز در نواحی مختلف دنیا متفاوت است^(۲).

در این مطالعه با در نظر گرفتن تمامی تومورهای بدخیم دهان، مردان بیش از زنان و به نسبت ۱/۷ به ۱ مبتلا بودند. این یافته‌ها با نتایج بسیاری از مطالعات انجام گرفته مطابقت دارد^(۶-۴). طبق مطالعه Kayembe و همکاران وی از کنگو (زئیر) سرطان دهان به نسبت ۱ به ۴/۷ در زنان بیش از مردان دیده شد^(۷). اگرچه سرطان دهان در مردان شایع تر است ولی طی ۵۰ سال گذشته کاهش قابل ملاحظه‌ای از نظر تفاوت جنس رخ داده است. در ۵۰ سال قبل نسبت ابتلا مردان به زنان تقریباً ۵ به ۱ بوده است ولی در حال حاضر، این نسبت فقط ۲ به ۱ است^(۴). از جمله توضیحاتی که می‌توان در این خصوص بیان کرد، میزان تماس با عوامل خطر نظیر کشیدن سیگار یا مصرف الكل (سرطان‌های داخل حفره دهان) و تماس با نور آفتاب (سرطان لب) در زنان است^(۲).

اگرچه الگوی انتشار سنی سرطان دهان در بین کشورهای مختلف متفاوت است ولی شیوع سرطان از جمله سرطان دهان با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. در کشورهای غربی ۹۸٪ بیماران مبتلا به سرطان دهان بالای ۴۰ سال هستند^(۲). در مطالعه حاضر ۷۹٪ بیماران (۲۴۱ نفر) بالای ۴۰ سال و ۲۰/۹۸٪ (۶۴ نفر) یا کمتر از ۴۰ سال عمر داشتند. یافته‌های این مطالعه در مورد سن ابتلا، با اغلب مطالعات انجام شده مطابقت دارد^(۲، ۴، ۵، ۷). اخیراً برخی از مطالعات، افزایش بروز SCC را در افراد جوان و کمتر از ۴۰ سال گزارش کردند^(۸-۱۰). علت این افزایش کاملاً مشخص نیست و دو فرضیه مطرح است: افزایش تماس عوامل خطر شناخته شده در بین گروه‌های خاص در جامعه

الجزایر، کویت، اسرائیل و مناطق وابسته به قطب شمال هستند(۱۳). در مطالعه حاضر، بعذاز SCC، شایع ترین هیستولوژی گزارش شده در بیماران، کارسینوم نازوفارنژیال و مربوط به ناحیه نازوفارنکس بود. در مطالعه ما به نظر می‌رسد نظیر بسیاری از کشورهای غربی و سواحل مدیترانه، ناحیه نازوفارنکس جزو نقاط عمدۀ در گیر به بدخیمی است.

سرطان مخاط گونه‌ها حدود ۸٪ سرطان‌های حفره دهان را تشکیل می‌دهد. این بیماری در برخی از نقاط دنیا نظیر هند، با توجه به الگوی مصرف تباکو ممکن است شایع‌تر باشد. میانگین سنی این بیماران ممکن است قدری بیشتر از سایر بیمارانی باشد که مبتلا به سرطان دیگر نواحی دهان هستند. همانند سایر نقاط دهان، SCC شوپلاسم غالب در گونه‌ها است(۱۲). در مطالعه حاضر، ۷/۲٪ از بدخیمی‌های دهان مربوط به ناحیه گونه‌ها و SCC شایع‌ترین آن‌ها بود. همان طوری که ملاحظه می‌شود یافته‌های اخیر با نتایج موجود در کتب معتبر نیز مطابقت دارد(۱۲).

سرطان‌های کف دهان حدود ۱۰-۱۵٪ سرطان‌های دهان را تشکیل می‌دهد. اکثر این تومورها از نوع SCC، کاملاً دیفرانسیه شده تا دیفرانسیاسیون متوسط هستند(۱۲). در مطالعه حاضر، ۵/۹٪ از کل تومورهای ثبت شده مربوط به ناحیه کف دهان بود که عمدۀ آن از نظر هیستولوژی SCC کاملاً دیفرانسیه بودند.

حدود ۵٪ سرطان‌های دهان مربوط به کام سخت و ۵٪ تومورهای کام سخت از نوع SCC و اکثراً از نوع کاملاً دیفرانسیه هستند. سایر بدخیمی‌ها نظیر تومورهای غدد بزاوی مینور مانند آدنوئید کیستیک کارسینوما و آدنوکارسینوما ممکن است به میزان SCC شایع باشند(۱۲). در این مطالعه، ۲/۳٪ (۷۷ مورد) از بدخیمی‌ها در ناحیه کام بودند. اندکی بیش از ۵۰٪ SCC و نزدیک به ۵۰٪ تومورهای بدخیم غدد بزاوی مینور بودند. تنوع یافته‌های

کاملاً دیفرانسیه (۶۷/۴٪) بود. این یافته‌ها با نتایج اغلب مطالعات گزارش شده نیز مطابقت دارد(۱۱، ۱۲). میزان بالای بروز سرطان لب پایین، احتمالاً ناشی از تماس با نور خورشید و کشیدن سیگار است(۲). ظهور کمتر سرطان لب در زنان نسبت به مردان احتمالاً ناشی از مصرف فرآورده‌های محافظتی و آرایشی در زنان است(۲). Pogoda و همکارانش مطالعه‌ای روی زنانی که تماس طولانی مدت با آفتاب داشتند، صورت دادند. این مطالعه نشان داد زنانی که یک بار یا کمتر، از کرم‌های محافظ لب استفاده می‌کنند دو برابر زنانی که بیش از یک بار از کرم‌های محافظ لب استفاده می‌کنند، به سرطان لب دچار می‌شوند. مطالعات آنان نشان داد که تشعشعات نور خورشید یک عامل عمدۀ برای ایجاد سرطان لب است. فرآورده‌های ضدآفتاب لب دارای نقش محافظتی بوده و استفاده از رژ لب و دیگر مواد ضدآفتاب توسط زنان به کاهش بروز این بیماری در آنان کمک می‌کند(۱۴).

زبان (به استثنای لب)، بیش از سایر نقاط دهان به بدخیمی مبتلا می‌شود. میانگین سن بیماران مبتلا به سرطان زبان حدود ۶۰ سال است. نسبت ابتلا مردان به زنان، مشابه سایر نواحی حدود ۳ به ۱ است. نوع پاتولوژی سرطان زبان اساساً SCC است(۱۲). در مطالعه حاضر، بعذاز لب، در مجموع، زبان شایع‌ترین محل ابتلا بود ولی در زنان شایع‌ترین محل بدخیمی زبان بود(۲۳/۲٪) در مقابل ۱۶/۶٪. توزیع سنی و جنس بیماران و نیز نوع آسیب‌شناسی آن‌ها، از نوع SCC (۹۳/۱٪) و مشابه اکثر مطالعات گزارش شده است.

سرطان‌های نازوفارنکس از سایر سرطان‌های اپیدرموئید سروگردان متفاوت است. سرطان‌های نازوفارنکس از نظر عامل ایجاد کننده به کشیدن سیگار وابسته نبوده و از نظر هیستولوژیک کاملاً مشخص و در افراد جوان‌تر دیده می‌شوند. اکثر بیماران مربوط به جنوب چین، مالت، تانزانیا،

سرطان دهان در جامعه مورد مطالعه، نقشی داشته‌اند؟ پاسخ به این پرسش، در حال حاضر دشوار است زیرا که اطلاعاتی در این مورد از بیماران ما در دسترس نبود. تایید یارد این عوامل خطر نیازمند مطالعات دقیق‌تر است. شیوع قابل ملاحظه سرطان دهان در اهواز و حومه (۴٪/۳۷٪) احتمالاً با توجه به نسبت جمعیت این ناحیه به کل استان خوزستان قابل توجیه است. آنچه که جالب توجه است شیوع بیشتر بیماری در مناطق شمالی و شرقی استان (جمعاً ۱۳٪/۳۳٪) نسبت به مناطق جنوبی و غربی استان (جمعاً ۱۰٪/۱۰٪) بود که فقط بر اساس اختلاف تعداد جمعیت این نواحی، توجیه پذیر نیست. شباهت‌های قابل توجه جغرافیایی، قومیتی و تا حدودی اجتماعی بین مناطق شمالی و شرقی استان از طرفی و از طرف دیگر، بین مناطق جنوبی و غربی استان وجود دارد، در حالی که این پارامترها بین دو ناحیه فوق متفاوت هستند، لذا ممکن است شیوع بیشتر سرطان دهان در برخی مناطق تحت تأثیر این عوامل باشد. اگر چه تایید این موضوع محتاج به مطالعه بیشتر است.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از تمامی همکاران ارجمند آسیب‌شناسی استان خوزستان و کارکنان محترم آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1-LaVecchia C, Tavani A, Franceschi S, et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. Oral Oncol 1997; 33: 302-12.
- 2-Ostman J, Anneroth G, Gustafsson H, et al. Malignant oral tumours in Sweden 1960-

آسیب‌شناسی تومورهای بدخیم ناحیه کام در این مطالعه مشابه از قام موجود در کتب معتبر است (۱۲).

سرطان‌های آلوثولار ریج و تریگون رتروموolar حدود ۱۰٪ سرطان‌های دهان را تشکیل می‌دهند. اکثرآ مردان مبتلا هستند و نسبت ابتلا آنان به زنان ۴ به ۱ است. پاتولوژی اغلب بیماران از نوع SCC است (۱۲). در مطالعه حاضر کمترین درصد مربوط به سرطان‌های ناحیه آلوثولار ریج و لش بود، در حالی که Ogunbodede و همکاران وی از نیجریه نشان دادند که آلوثولار ریج و لش شایع‌ترین محل ابتلا (۴۰٪/۴٪) و اکثریت بیماران آن‌ها دچار SCC بودند (۶).

افزایش فراوانی سرطان‌های دهان در طی ۵ سال اخیر در این مطالعه را می‌توان چنین توجیه کرد:

۱- استقرار مراکز آسیب‌شناسی در شهرستان‌های استان و مراجعه نکردن بیماران به مراکز استان‌های هم‌جوار یا تهران.

۲- برگشت بسیاری از جمعیت خوزستان بعداز جنگ تحملی عراق در سال‌های اخیر در مقایسه با سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۱.

۳- افزایش جمعیت استان در سال‌های اخیر.

۴- افزایش مصرف سیگار در بین افراد جامعه، اعم از مردان و زنان که یک مشکل بهداشتی عمومی در جامعه ایران است. اگر چه مصرف الكل در جامعه ایران ممنوع است، آیا عوامل ایجاد‌کننده یادشده در افزایش فراوانی

1989. An epidemiological study. Oral Oncol Eur J Cancer 1995; 31B: 106-12.

3-Warnakulasuriya KAAS, Johnson NW, Linklater KM, et al. Cancer of mouth, pharynx and nasopharynx in Asian and

- Chinese immigrants resident in Thames regions. *Oral Oncol* 1999; 35: 471-75.
- 4-Wray D, Lowe Do, Dagg JH, et al. White patches and premalignant and malignant lesions of the oral mucosa. *Textbook of general and oral medicine*. Oxford: Churchill Livingstone, 1999: 243-57.
- 5-Pinholt EM, Rindum J, Pindborg JJ. Oral cancer: a retrospective study of 100 Danish cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 77-80.
- 6-Ogunbodede EO, Ugboko VI, Ojo MA. Oral malignancies in Ile-Ife, Nigeria. *East Afr Med J* 1997; 74: 33-36.
- 7-Kayembe MK, Kalengayi MM. Histological and epidemiological profile of oral cancer in Congo (Zaire). *Odontostomatol Trop* 1999; 22: 29-32.
- 8-Gupta PC. Mouth cancer in India: a new epidemic? *J Indian Med Assoc* 1999; 97: 370-73.
- 9-Mackenzie J, Ah-See K, Thakker N, et al. Increasing incidence of oral cancer among young persons: what is the etiology? *Oral Oncol* 2000; 36: 387-89.
- 10-Martin-Granizo R, Rodriguez-Campo F, Naval L, et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients younger than 40 years. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117: 268-75.
- 11-Scully C. The oral cavity. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science, 1998: 3047-123.
- 12-Sidransky D. Cancer of head and neck. In: De Vita JR, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer-principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001: 789-916.
- 13-Morris RE, Al Mahmeed BF, Gjorgov AW, et al. The epidemiology of lip, oral cavity and pharyngeal cancers in Kuwait, 1979-1988. *BR J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38: 316-19.
- 14-Pogoda JM, Preston-Martin S. Solar radiation, lip protection, and lip cancer risk in Los Angeles County women (California, United States). *Cancer Causes Control* 1996; 7: 458-63.