

الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء بعمر أقل من 40 سنة دراسة سريرية هستوباتولوجية استعادية

لينة الحاج ابراهيم*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: لتقييم العلامات السريرية والنسجية للكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة. أُجريَ البحث في مشفى الأمراض الجلدية-جامعة دمشق.

مواد البحث وطرقه: أجريت دراسة راجعة لجميع حالات الكارسينوما قاعدية الخلايا المشخصة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة، خلال مدة 10 سنوات، بدءاً من 2008/1/1 حتى 2017/12/31، إذ حُدِّت علامات السريرية، وأنماطها النسيجية وعلاقتها مع التوضعات التشريحية لهذه الأورام، وقورنت مع مجموعة الشاهد (73 ورم للكارسينوما قاعدية الخلايا متطورة لدى أثوياء بعمر أكبر من 40 سنة، اختيرت عشوائياً).

النتائج: بلغت نسبة الكارسينوما قاعدية الخلايا لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة (8,42%) مقارنة مع جميع أورام الBCC المشخصة خلال الفترة المذكورة. بلغت نسبة إصابة الذكور/الإناث (1,19) بأرجحية خفيفة لإصابة الذكور، مقارنة مع نسبة (0,82) بمجموعة الشاهد. تراوحت أعمار المرضى في المجموعة الأولى من 16 لـ 40 سنة، بمعدل وسطي بلغ (29,71 سنة). في كلتا المجموعتين: توضع الأورام بشكل رئيسي ناحية الرأس والعنق، وكان النمط النسيجي العقيدي الأكثر شيوعاً. أبدت المجموعة الأولى نسبة أكبر لتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا بالتوضعات الأخرى (خارج الرأس والعنق): 10,97% مقابل 6,94% في مجموعة الشاهد؛ إذ سيطر تسجيل النمط النسيجي السطحي في هذه التوضعات في المجموعتين. كانت نسبة الإصابة بأنماط النسيجية الأكثر عدوانية لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة (النمطان قشيعي النموذج والارتشاحي) أكثر شيوعاً من مجموعة الشاهد (13,41% مقابل 6,94%).

الاستنتاج: تبدي الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مميزات سريرية نسيجية؛ إذ تميل للتوضع الرئيسي ناحية الرأس والعنق، وتسيطر عليها الإصابة بالنمط العقيدي. أبدت الأنماط النسيجية: السطحي، والقشيعي، والارتشاحي، والتقرني نسبة أكبر للتطور لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مقارنة مع الأعمار الأكبر لكن دون فوارق إحصائية مميزة.

* أستاذ مساعد- قسم الأمراض الجلدية-كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

Basal Cell Carcinomas Developing in individuals younger than 40 years: Clinico- Histopathological study

Lina Al haj Ibrahim*

Abstract

Background & aim: To assess the clinicopathologic features of Basal Cell Carcinomas developing in individuals younger than 40 years.

Setting: Dermatology Hospital-Damascus University.

Patients and Methods: A retrospective study of all cases of Basal Cell Carcinomas developing in individuals younger than 40 years was done during 10years,between 01/01/2008 and 31/12/2017.Their clinical features and histopathological types had been defined,with their relation to anatomic distribution of these tumors ,and were compared with control group(73 tumors of BCCs developing in individuals older than 40 years,randomizely selected).

Results: The incidence of Basal Cell Carcinomas in individuals younger than 40 years was 8,42% in comparison to all cases of BCC diagnosed during the mentioned period.The male-female ratio was 1,19(with a slight increase in males) vs 0,82 in control group.The mean age was 29,71 years (ranging from 16 to 40 years) in the first group. In both groups,BCC s were predominantly located over the head and neck,and the nodular histopathological type was the most frequent.Extracephalic locations of BCCs developing in individuals younger than 40 years were more frequent(10,97% vs 6,94%in control group)with predominance of superficial histopathological type in these locations in two groups. The incidence of the more aggressive histopathological types(sclerodermiform and infiltrating types)were more pronounced in individuals younger than 40 years compared with controls(13,41% vs 6,94%).

Conclusion: Basal Cell Carcinomas Developing in individuals younger than 40 years have a specific clinicohistopathological features,with major location over the head and neck.The nodular histopathological type is the most prelevant.The incidence of superficial,sclerodermiform,infiltrative and keratotic histopathological types in individuals younger than 40 years were higher than controls(cases of BCC developing in individuals older than 40 years),but without signifigant statistical differences .

*Assist Prof, -Department of Dermatology-Damascus University.

المقدمة:

تتأخر Bazex (باستعداد جسمي سائد مبد لضومر جلد جريبي التوضع ناحية الأطراف وتطور آفات ورمية متعددة ناحية الوجه بأعمار مبكرة بالعقد الثاني من الحياة ونادراً بمرحلة الطفولة المتأخرة)⁶.

إضافة إلى جفاف الجلد المصطبغ بنمط جسدي صاغر؛ إذ يتميز بحساسية جلدية، وتبدلات تصبغية بالمناطق المكشوفة، وتطور أورام بأعمار مبكرة، وعيب بإصلاح الـ DNA المتأذي ضيائياً. توجد ثمانية أنماط على الأقل متراوحة من (A-G). يعبر معظم مرضى التناذر عن النمط C الذي لا يبدي مضاعفات عصبية، على العكس من النمطين A, D.⁶

تمتلك الكارسينوما قاعدية الخلايا طيفاً واسعاً من الأنماط السريرية متضمنة: النمط العقيدى، والسطحي، والمصطبغ، وقشيعي المظهر، والارتشاحي والإبتليوما الليفي لـ Pinkus^{1,2}

تبدي الصورة النسجية للكارسينوما قاعدية الخلايا طيفاً من التبدلات تتدرج في مجموعتين رئيسيتين: متمايضة، وغير متمايضة؛ إذ تميل الأولى لإبدائها درجات من التمايز تجاه البنى الجريبية الشعرية (النمط التقريبي)، أو تجاه الغدد الزهيمية (BCC ذات التمايز الزهيمي)، أو تجاه البنى الغدية العرقية (النمط الغداني). وعامةً تميل الأنماط السريرية الآتية: المصطبغ، السطحي، قشيعي المظهر والإبتليوما الليفي لتعبرها عن أنماط غير متمايضة من الناحية المجهرية.^{3,6}

أجريت مجموعة من الدراسات من أجل تحديد العلاقة بين الأنماط النسجية المختلفة للكارسينوما قاعدية الخلايا ووبائيات الإصابة بها (العمر، الجنس والتوضعات التشريحية) من أجل تحديد الآليات المرضية للإصابة^{7,8}. وقد وجد أن التوضع التشريحي المسيطر في الأورام المتطورة في الأعمار المتقدمة هو ناحية الرأس والعنق، وهذا ما أدى للتأكيد على دور التعرض المزمن والمطول للضياء، وكان

تعدّ الكارسينوما قاعدية الخلايا أكثر الخباثات الجلدية شيوعاً؛ إذ تتدرج ضمن طيف سرطانات الجلد اللاميلانومية، وهي تتطور عادة بشكل آفة مفردة على الرغم من احتمال إبدائها لآفات متعددة في وقت واحد أو في فترات زمنية متلاحقة⁽¹⁾.

يسيطر توضعها ناحية الوجه لدى الأثوياء ذوي الجلد الفاتح، متوسطي إلى متقدمي الأعمار، والمعرضين للشمس بشكل مطول ومزمن أو بشكل حاد ومتقطع. يمكن أن تسهم كثير من العوامل الأخرى في تطورها ومنها: التعرض لجرعات كبيرة من الأشعة السينية، وندبات الحروق، والتناول طويل الأمد للزرنينخ اللاعضوي². تعدّ إصابة الأطفال والأعمار الشابة نادرة؛ إذ تتوافق عادة مع استعداد وراثي، أو قصة تعرض حاد ومتقطع للأشعة فوق البنفسجية، أو الإصابة بالمهق، أو مرضى زرع الأعضاء، أو تناول مثبطات المناعة، وثمة دور محتمل للفيروسات الحليمومية الإنسانية، بالإضافة إلى تسجيل حالات معزولة لا يمكن عزوها لآلية واضحة ودقيقة.^{3,4,5}

تتضمن الاضطرابات الوراثية التي تبدي تطور مجموعة من هذه الآفات الورموية خلال مرحلة الطفولة والشباب: تناذر الكارسينوما قاعدية الخلايا الوحمانني (تناذر Gorlin باستعداد وراثي جسمي سائد؛ إذ تتطور أورام متعددة ما بين مرحلة البلوغ والعقد الرابع من الحياة، وقد يصل عددها أحياناً إلى المئات أو الآلاف، بالإضافة لتتقرت راحية أخصية، كيسات بشرية بالتشارك مع شذوذات هيكلية وفي الجملة العصبية المركزية).⁶

الوحمة قاعدية الخلايا الخطية وحيدة الجانب: نادرة جداً، تتظاهر عادة منذ الولادة بشكل طفح منتشر وحيد الجانب، خطي الانتظام، أو نطاقي الشكل، العقيدات معبرة عن كارسينوما قاعدية الخلايا، لاتميل للزيادة بالحجم مع التقدم بالعمر.⁶

-أما المجموعة الثانية، وهي مجموعة الشاهد، فقد تكونت من 72 آفة تطورت لدى 71 مريضاً بعمر أكبر من 40 سنة، اختيرت عشوائياً من ملفات وحدة التشريح المرضي الجلدي في عام 2017، حيث أجريت دراسة سريرية نسجية مماثلة لديهم، وطُبقت القوانين الإحصائية المناسبة للبحث عن فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للجنس، والتوضع التشريحي، والأنماط النسجية للأورام.

طُبقت القوانين الإحصائية باستخدام T student واختبار كاي مربع Chi-square النسبة للعمر، والجنس، والتوضع التشريحي، والأنماط النسجية للأورام، لتحري وجود فروق ذات دلالة إحصائية؛ إذ اعتبرت (P-value < 0.05) دالة إحصائياً.

النتائج:

شُخصت (973) حالة للكارسينوما قاعدية الخلايا لدى (815) مريض، اعتماداً على الخزعة النسجية ضمن فترة الدراسة المذكورة (وسطياً: 97,3 حالة سنوياً)، متضمنة (82) آفة لدى (68) ثوي بعمر أصغر من (40) سنة، بنسبة تبلغ (8,42)%.

توزع الإصابة حسب الجنس:

في المجموعة الأولى: شملت الدراسة (37) مريضاً ذكراً (بنسبة 54,41%)، و (31) مريضة أنثى (بنسبة 45,58%)، وكانت نسبة الذكور /الإناث=1,19. أما مجموعة الشاهد (لدى الأتوباء المصابين بعمر أكبر من 40 سنة) فقد تضمنت 71 مريضاً: 71/39 مريضة أنثى بنسبة مئوية 54,92%، و 71/32 مريضاً ذكراً بنسبة مئوية 45,07%، وكانت نسبة الذكور /الإناث=0,82، وبتطبيق اختبار كاي مربع (P>0.05, 0.248): المجموعتان متجانستان من حيث التوزع الجنسي.

النمط النسجي الرئيسي بهذه التوضعات هو النمط العقيدى⁹. من ناحية أخرى، لوحظ تسجيل النمط السطحي بتواتر أعلى ناحية الجذع والأطراف بمتوسط أعمار أقل مقارنة مع النمط العقيدى، الأمر الذي دعا بعضهم لاعتبار إمرضية الإصابة بهذا النمط (السطحي) مختلفة عن الأنماط النسجية الأخرى؛ إذ اشتملت على الاستعداد الوراثي و/أو دور التعرض الحاد المتقطع للضياء (10,11).

وقد سُلط الضوء والاهتمام البحثي على التظاهرات السريرية لهذا النمط من الأورام لدى الأتوباء الأصغر عمراً من 40 سنة، وارتباطها بأنماط نسجية نوعية اعتماداً على وبائيات الإصابة^{12,13}.

لا توجد دراسات محلية مماثلة لدى مجموعة المرضى المصابين بالكارسينوما قاعدية الخلايا بأعمار أصغر من 40 سنة للبحث عن علامات سريرية هستوباتولوجية نوعية لهذه الفئة من الأعمار.

طرائق البحث:

اعتماداً على الدراسة الراجعة لملفات وحدة التشريح المرضي الجلدي بمشفى الأمراض الجلدية والزهرية الجامعي بدمشق، لفترة زمنية تبلغ عشر (10) سنوات ممتدة من 2008/1/1 حتى 2017/12/31، أُثبت التشخيص النسجي ل (973) حالة للكارسينوما قاعدية الخلايا لدى (815) مريض، تضمنت:

- (82) آفة تطورت لدى (68) ثوي، تراوحت أعمارهم من (16) وحتى (40) سنة: وهي المجموعة الأولى. جُمعت المعلومات السريرية لديهم، متضمنة: جنس المريض، وعمره عند التشخيص النسجي للورم، إضافة إلى توضع التشريحي.

من جهة أخرى، حُدد النمط النسجي للإصابة: النمط العقيدى، الغداني، السطحي، قشيعي النموذج، الارتشاحي، التقرنّي، وأنماط أخرى بحال وجودها.

65/62) : بنسبة 95,38%)، وثلاثة في العقد الثالث (65/3): بنسبة 4,61%).

في حين أبدى المرضى الثلاثة المصابون بجفاف الجلد المصطبغ تطور آفات بدئية متعددة بتوضعات تشريحية مختلفة ناحية الوجه على النحو الآتي:

1- تشخيص سنة (6) أورام بفترات زمنية متلاحقة خلال فترة الدراسة المذكورة لدى المريضة الأنثى (تشخيص ورمين مترامين معاً بعمر 27 سنة، أتبعاً بتشخيص ورم ثالث بعمر 29، تلاهم الإثبات النسجي لثلاثة أورام متلاحقة بفواصل خمسة إلى عشرة أشهر).

2- تشخيص ثلاثة (3) أورام ناحية الوجه لدى مريض ذكر (ورمين مترامين بعمر 16 سنة، أتبعاً بورم ثالث بعد سنتين).

3- تشخيص ثمانية (8) أورام ناحية الوجه لدى مريض ذكر خلال فترة الدراسة (ورمين مترامين معاً بأعمار 35، 31، 29، وأورام مفردة بأعمار: 33 و 36 سنة).

أما في مجموعة الشاهد: فقد أبدى سبعون مريضاً 71/70 تطور آفات مفردة بنسبة 98,59%، في حين شكا مريض واحد من تطور ورمين مترامين معاً 71/1 بنسبة 1,5%.

بتطبيق اختبار كاي مربع ($P > 0.05$):

المجموعتان متجانستان من حيث عدد الأورام عند التشخيص بعد استبعاد مرضى جفاف الجلد المصطبغ من العينة الأولى.

توزع الإصابة حسب التوضع التشريحي للأورام:

بالمجموعة الأولى: أبدت الأورام سيطرة بالتوضع ناحية الرأس والعنق بنسبة بلغت (89,02% : 73 آفة/82)، في حين توضع تسعة أورام بتوضعات أخرى بنسبة (10,97% : 82/9)، كما هو موضح بالجدول (1).

أبدى ثلاثة مرضى في المجموعة الأولى إصابتهم بجفاف الجلد المصطبغ (68/3) أي بنسبة : 4,41% : ذكران وأنثى).

لم يسجل باقي المرضى في كلا المجموعتين أي تناذرات وراثية أخرى مؤهبة لتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا، أو تثبيط مناعي أو تاريخ سابق لزرع أعضاء.

توزع الإصابة حسب العمر:

تراوحت أعمار مرضى المجموعة الأولى من (16) سنة، حتى (40) سنة، بمعدل وسطي بلغ (29,71 سنة)، إذ تم التشخيص النسجي ل (71) ورم بالعقد الرابع من الحياة، أي بنسبة (82/71 : 86,58%).

في حين سجلت ثمانية أورام في العقد الثالث من العمر (82/8 : بنسبة 9,75%)، وثلاثة أورام بالعقد الثاني (82/3 : بنسبة 3,65%).

أما بمجموعة الشاهد فقد تراوحت الأعمار عند التشخيص النسجي للإصابة من 46 سنة حتى 76 سنة، بمعدل وسطي بلغ 63,2 سنة: سجّل 40 ورم بالعقد السابع من الحياة (72/40 بنسبة 55,55%)، 16/72 بنسبة 22,22% بالعقد السادس من الحياة، 9/72 بالعقد الخامس من الحياة بنسبة 12,50%، و 7/72 بالعقد الثامن بنسبة 9,72%.

بتطبيق اختبار One way anova ($P > 0.0006$):

يوجد فارق إحصائي هام بين متوسط عمر عينة المجموعة الأولى وعينة الشاهد، وهذا منطقي حسب مخطط الدراسة.

توزع الإصابة حسب عدد الآفات:

بالمجموعة الأولى: شُخصت آفات مفردة لدى (65) مريض بتوضعات تشريحية مختلفة (68/65 : بنسبة 95,58%)؛ إذ كانت أعمار اثنين وستين (62) منهم في العقد الرابع

جدول (1): التوزع التشريحي لأورام الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأتوياء الأصغر والأكبر عمراً من 40 سنة.

النسبة المئوية	عدد الأورام	النسبة المئوية	عدد الأورام	
%93,02	72/67	%89,02	82/73	الرأس والعنق
%13,88	72/10	%17,07	82/14	الوجنة
%41,66	72/30	%30,48	82/25	الأنف
%19,44	72/14	%17,07	82/14	الصدر
%1,38	72/1	%2,43	82/2	الاجفان
%1,38	72/1	%3,65	82/3	صبيان الاذن
%1,38	72/1	%2,43	82/2	ما حول الاذن
%2,76	72/2	%2,43	82/2	ناحية المآق الانسي للعين
		%3,65	82/3	أعلى الشفة العليا
%4,16	72/3	%2,43	82/2	الجبهة
%2,76	72/2	%1,21	82/1	الفروة
%4,16	72/3	%6,09	82/5	العنق
%6,94	72/5	%10,97	82/9	خارج الرأس والعنق
%5,55	72/4	%7.31	82/6	الجذع
%1,38	72/1	%3.65	82/3	الساق

توضعت جميع الأورام السبعة عشر التي تطورت لدى مرضى جفاف الجلد المصطبغ الثلاثة ناحية الوجه.

أما في مجموعة الشاهد: فقد توزع 72/67 ورم ناحية الرأس والعنق بنسبة %93,02؛ إذ توضع 72/5 ورم خارج الرأس بنسبة %6,94 (4 أورام ناحية الجذع وورم ناحية الساق).

وبتطبيق اختبار كاي مربع ($P > 0.05$; 0.312): المجموعتان متجانستان بالتوضع التشريحي للأورام، لكن وجد فارق إحصائي هام ما بين توزيع الأورام ناحية الرأس والعنق مقارنة بالتوضعات الأخرى بالمجموعة الأولى: ($P < 0.05$; 0.021)، وكذلك لوحظ فارق إحصائي هام بمجموعة الشاهد ($P < 0.05$; 0.034).

توزع الإصابة حسب الأنماط النسجية للأورام:

في المجموعة الأولى: أبدت الدراسة النسجية لأورام الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأتوياء الأصغر عمراً من 40 سنة سيطرة النمط العقيدي ب(82/42): بنسبة %51.21، فالنمط السطحي (82/15): بنسبة %18,2، فالغداني (82/10): بنسبة %12,19، فالقشيعي (82/7): بنسبة %8,53، فالقنري (82/4) والارتشاحي (82/4) بنسبة %4,87 لكل منهما.

وبتطبيق اختبار كاي مربع ($P < 0.05$; 0.0001): يوجد فارق إحصائي هام بتوزع عينة الدراسة حسب النمط النسجي. أظهرت الأورام السبعة عشر المتطورة لدى مرضى جفاف الجلد المصطبغ الثلاث، الأنماط النسجية الآتية: النمط العقيدي (42/9)، النمط الغداني (10/4)، النمط القشيعي (7/3) والنمط الارتشاحي (4/1).

أما في مجموعة الشاهد: فقد سجّل النمط العقيدي ب44 ورم/72 بنسبة 61,11% (43 ورم ناحية الرأس والعنق، وورم واحد ناحية الجذع)، بينما بلغ النمط السطحي 72/7 بنسبة 9,72% (حيث توضع ثلاثه أورام ناحية الرأس والعنق، وأربعة أورام خارج الرأس: ثلاثة على الجذع وواحد على الساق). أما النمط الغداني فقد لوحظ ب 72/15 بنسبة 20,83% ناحية الرأس والعنق، 3 حالات سجلت النمط القشيعي 72/3 بنسبة 4,16%، حالتان للنمط الارتشاحي 72/2 بنسبة 2,76%، وحالة واحدة للنمط التقرني 72/1 بنسبة 1,38%.

بتطبيق اختبار كاي مربع ($P < 0.05$; 0.0003): يوجد، أيضاً، فارق إحصائي هام بتوزع عينة الدراسة حسب النمط النسجي.

كان النمطان النسجيان: العقيدي والغداني أكثر تواتراً بالإصابة في مجموعة الشاهد مقارنة بالمجموعة الأولى، في حين كانت الأنماط النسجية: السطحي، والقشيعي، والارتشاحي، والتقرني أكثر تواتراً بالإصابة بالمجموعة الأولى بالمقارنة مع مجموعة الشاهد، لكن لم تلاحظ فروق إحصائية هامة باختلاف نسب تطور هذه الأنماط بين المجموعتين ($P > 0.05$).

وبدراسة العلاقة ما بين التوضع التشريحي للورم ونمطه النسجي:

بالمجموعة الأولى: توضع كامل أورام الكارسينوما قاعدية الخلايا ذات النمط العقيدي، والغداني، والقشيعي، والتقرني، والارتشاحي ناحية الرأس والعنق؛ إذ لوحظ أن 82/73 ورماً قد توضعت ناحية الرأس والعنق بنسبة مئوية بلغت

89,02%، وكانت الأنماط النسجية لهذه الأورام على النحو الآتي:

73/42: أبدت النمط العقيدي (بنسبة 57,53%)
 73/10: أبدت النمط الغداني (بنسبة 13,69%)
 73/7: أبدت النمط القشيعي (بنسبة 9,58%)
 73/6: أبدت النمط السطحي (بنسبة 8,21%)
 73/4: أبدت النمط التقرني (بنسبة 5,47%)
 73/4: أبدت النمط الارتشاحي (بنسبة 5,47%)، وهذا يدل على سيطرة الإصابة بالنمط النسجي العقيدي بالأورام المتوضعة ناحية الرأس والعنق.

أما النمط السطحي فقد توضع (15/9: بنسبة 60%) من حالاته ناحية الجذع والأطراف، مقابل 6 حالات توضعت ناحية الرأس والعنق بنسبة 40% (جدول رقم 2).

أما في مجموعة الشاهد فقد سيطر، أيضاً، توضع الأورام ناحية الرأس والعنق ب 72/67 بنسبة بلغت 93,02%، وكانت الأنماط النسجية لهذه الأورام على النحو الآتي:

67/43: أبدت النمط العقيدي (بنسبة 64,17%)
 67/15: أبدت النمط الغداني (بنسبة 22,38%)
 67/3: أبدت النمط القشيعي (بنسبة 4,47%)
 67/3: أبدت النمط السطحي (بنسبة 4,47%)
 67/1: أبدت النمط التقرني (بنسبة 1,49%)
 67/2: أبدت النمط الارتشاحي (بنسبة 2,98%)
 وقد سُجلت 5 أورام خارج الرأس بنسبة 6,94%:

5/1: أبدى النمط العقيدي على الجذع.
 5/3: أبدت النمط السطحي على الجذع.
 5/1: أبدى النمط السطحي على الساق (الجدول 2).

الجدول (2): توزيع الأنماط النسجية لأورام الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة

لدى الأثوياء الأصغر والأكبر عمراً من 40 سنة اعتماداً على التوضعات التشريحية لها، وجنس المرضى.

أورام BCC المتطورة لدى الأثوياء الأكبر عمراً من 40 سنة						أورام BCC المتطورة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة						النمط النسجي للورم
العدد الكلي	الجنس		التوضيع التشريحي للورم			العدد الكلي	الجنس		التوضيع التشريحي للورم			
	ذكور	إناث	خارج الرأس والعنق		الرأس والعنق		ذكور	إناث	خارج الرأس والعنق		الرأس والعنق	
			الأطراف	الجزع					الأطراف	الجزع		
44	21	23		1	43	42	27	15			42	النمط العقيدي
7	3	4	1	3	3	15	5	10	3	6	6	النمط السطحي
15	7	8			15	10	6	4			10	النمط الغداني
3	1	2			3	7	3	4			7	النمط القشيعي
1		1			1	4	2	2			4	النمط القرني
2	1	1			2	4	2	2			4	النمط الارتشاحي

وقد بينت العلاقة بين النمط النسجي للورم وجنس المريض:

في المجموعة الأولى:

سيطرة إصابة الذكور بالنمط العقيدي:
 $(1,80=27/15=M/F)$.

بالنمط الغداني: $(1,5=6/4=M/F)$.

سيطرة إصابة الإناث بالنمط السطحي:
 $(0,50=5/10=M/F)$.

بالنمط القشيعي: $(0,75=3/4=M/F)$.

بالنمط القرني: $(1=2/2=M/F)$.

بالنمط الارتشاحي: $(3=3/1=M/F)$.

أما في مجموعة الشاهد:

أرجحية إصابة الإناث نسبة للذكور بالنمط العقيدي $(M/F=21/23=0.91)$.

بالنمط الغداني: $(M/F=7/8=0.87)$.

بالنمط السطحي: $(M/F=3/4=0.75)$.

بالنمط القشيعي: $(M/F=1/2=0.50)$.

بالنمط القرني: $(M/F=-0/1=0.50)$.

ويتطبيق اختبار كاي مربع بالنسبة إلى توزيع الأنماط النسجية اعتماداً على التوضيع التشريحي للأورام بين المجموعتين $(0.36:P>0.05)$: كانت المجموعتان متجانستين من حيث تكرارات توزيع النمط النسجي للأورام اعتماداً على التوضيع التشريحي لها.

ويتطبيق اختبار كاي مربع لمقارنة توزيع النمط النسجي العقيدي اعتماداً على التوضيع التشريحي بين المجموعتين $(0.36:P>0.05)$: يلحظ أن المجموعتين متجانستان من حيث تكرارات توزيع النمط العقيدي للأورام حسب التوضيع التشريحي.

على الرغم أن كلتا المجموعتين أبدتا توضعاً رئيسياً للأورام ناحية الرأس والعنق ($89,02\%$ مقابل $93,02\%$ بمجموعة الشاهد)، إلا أن المجموعة الأولى أبدت نسبة أكبر لتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا بالتوضعات الأخرى (خارج الرأس والعنق): $10,97\%$ مقابل $6,94\%$ بالمجموعة الثانية (دون وجود فارق إحصائي هام، $P>0,005$)؛ إذ سيطر تسجيل النمط النسجي السطحي في هذه التوضعات في المجموعتين.

بالنمط الارتشاحي: (M/F=1/1=1).

المناقشة:

بلغت نسبة الإصابة بالكارسينوما قاعدية الخلايا لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة (8,42% : 82 حالة/973)، وهي نسبة مرتفعة نسبياً عند مقارنتها بدراسة J.Garcias et al في إسبانيا¹²؛ إذ بلغت 2,5% (41 آفة 1841/ 6 سنوات ممتدة من بداية عام 2010 إلى نهاية عام 2015)، وقد يعود هذا الأمر إلى عدم اشتغال الدراسة الإسبانية أي مرضى يعانون من تناذرات وراثية محرضة لـ BCC أو عوازل مناعية، في حين ضمت دراستنا ثلاثة مرضى مصابين بجفاف الجلد المصطبغ أبدوا تطور 17 ورماً خلال مدة 10 سنوات.

سجلت أرجحية خفيفة بإصابة الذكور مقارنة مع الإناث (M/F = 37/31 = 1,19)، بينما كانت إصابة الجنسين متساوية بدراسة J.Garcias et al بإسبانيا¹²، باستثناء المرضى الثلاثة المصابين بجفاف الجلد المصطبغ، لم يبد أي من المرضى الخمسة والستين المتبقين تطور أي ورم بدئي ثانٍ خلال الدراسة الراجعة، عكس ما أظهرت دراسة J.Garcias et al¹² بأن 11,1% من مرضى دراسته (41/4) أبدوا تطور ورم ثانٍ خلال متابعة دامت 5 سنوات.

سيطر توضع الأورام ناحية الرأس والعنق (89,02% : 82/73) بفارق إحصائي هام عن التوضعات التشريحية الأخرى (10,97% : 82/9)، وهذا يؤدي إلى التركيز على الدور المهم للتعرض للضياء بشكله؛ الحاد المتقطع والمزمن، تراكمي التأثير بتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا بشكل عام، ولاسيما لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة وبمرحلة الطفولة⁴، وقد أظهرت نتائج دراسة J Garcia et al² توضع 23 ورم/41 (لدى المصابين الأصغر عمراً من 40 سنة) ناحية الرأس والعنق بنسبة 56,1%، و 18/41 بنسبة 43,9% خارجها (12 ورم ناحية الجذع، 5

بالأطراف العليا، و 1 بالساق)، أما دراسة Conde Almeida بالبرازيل¹⁴ على 57 مصاب بـ BCC بأعمار متراوحة من 15 إلى 49 سنة فقد أبدت تطور 57/27 من الأورام بنسبة 47,36% ناحية الرأس والعنق، في حين أظهرت دراسة Betti et al¹³ بميلانو -إيطاليا نتائج معاكسة؛ إذ بلغت نسبة تطور هذا النمط من الأورام لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة ناحية الرأس والعنق 36%، مقابل 59,3% ناحية الجذع.

بسبب تطور هذه الأورام لدى مجموعة شابة من المرضى، كان التشخيص السريري المبدي لدى العديد منهم خاطئاً، وقد اشتمل طيفاً من الاضطرابات كالحطاطة التليفية بالوجه، الذئبة الحمامية القرصية، والوحمات ميلانية المنشأ عديمة التملن.

من الناحية النسجية: سيطر النمط النسجي العقيدي (82/42: بنسبة 51,21%)، الذي توضع حالاته جميعها ناحية الرأس والعنق، تلاه النمط السطحي (82/15: بنسبة 18,25%)؛ إذ تطورت 60% من آفاته ناحية الجذع والأطراف.

ويعدّ النمطان النسيجان؛ العقيدي والسطحي، من أقل الأنماط النسجية عدوانية بسير الكارسينوما قاعدية الخلايا (3,6,16)؛ إذ عبرا بدراستنا عن 57 حالة/82: بنسبة 69,51% من جهة أخرى: بلغ عدد الأورام المبدية للنمط القشيعي 82/7: بنسبة 8,53%، أما النمط الارتشاحي فقد وجد بـ 82/4 : بنسبة 4,87%، ويعدّ هذان النمطان عدوانيين السير وإنذار أسوأ من الأنماط السابقة (3,16)؛ إذ بلغ عددها 82/11: بنسبة 13,41%. وقد أظهرت دراسة J Milroy et al (16) المجراة على 151 مصاباً بالكارسينوما قاعدية الخلايا بأعمار أقل من 50 سنة: وجود الأنماط النسجية العدوانية (قشيعية النموذج والارتشاحية) بـ 33% منهم، في حين سجلت دراسة J Garcia et al في إسبانيا¹² نسبة بلغت 90,3% للأنماط النسجية الأقل عدوانية (73,2%

الأعمار الأقل من 35 سنة (38% للإناث، 25% للذكور).

الاستنتاج:

تبدى الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأتوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مميزات سريرية ونسجية؛ إذ تميل للتوضع الرئيسي ناحية الرأس والعنق، وسيطرة للإصابة بالنمط النسجي العقيدي، مع تواتر قليل بتسجيل الأنماط النسجية العدوانية، لكنها تسجل نسبة أكبر للتطور بالتوضعات الأخرى (خارج الرأس والعنق): 10,97% مقابل 6,94% في مجموعة الشاهد؛ إذ يسيطر تسجيل النمط النسجي السطحي بهذه التوضعات في المجموعتين. بالمقارنة مع مجموعة الشاهد (الأتوياء الأكبر عمراً من 40 سنة المبدئين لتطور BCC): أبدت الأنماط النسجية: السطحي، والقشيعي، والارتشاحي، والتقري نسبة أكبر للتطور لدى الأتوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مقارنة مع الأعمار الأكبر لكن دون فوارق إحصائية ملحوظة .

للنمط العقيدي 41/30 حالة، و17,1% للنمط السطحي (41/7)، أما دراسة Conde Almeida في البرازيل¹⁴ على 57 مصاباً بـ BCC بأعمار متراوحة بين 15 إلى 49 سنة، فقد أوضحت أن النمط العقيدي قد حقق نسبة 42,1% (57/24)، في حين كانت نسبة الأنماط النسجية العدوانية 37,49%، ودراسة Roudier-Pujol C¹⁵ على 70 مريض بعمر أقل من 35 سنة: بلغت نسبة الإصابة بالأنماط النسجية العدوانية 13%.

وبدراسة العلاقة بين النمط النسجي للـ BCC والتوضع التشريحي للورم، فقد أظهرت دراستنا سيطرة الإصابة بالنمط النسجي العقيدي بالأورام المتوضعة ناحية الرأس والعنق مقارنة مع النمط السطحي بالتوضعات ناحية الجذع والأطراف السفلى، في حين أبدت دراسة Betti et al¹³ أن النمط القشيعي هو الأكثر شيوعاً ناحية الرأس والعنق مقارنة مع النمط السطحي ناحية الجذع.

من جهة أخرى، وبدراسة العلاقة ما بين الأنماط النسجية العدوانية للـ BCC وجنس المرضى، في دراستنا، كانت نسبة 16,21% من الإناث المصابات بـ BCC بأعمار أصغر من 40 سنة مبديات لتطور أنماط نسجية عدوانية (قشيعية النموذج والارتشاحية)، في حين بلغت هذه النسبة لدى الذكور: 11,11%، وبالمقارنة فقد أظهرت دراسة Leffell et al¹⁷ نسب إصابة أكبر للجنسين بهذه الأنماط لذوي

المراجع References

- 1- Madan V, et al. Basal cell carcinoma, in Rook's Textbook of Dermatology, 9th ed., vol. 4, Wiley-Blackwell, 2016, 141.1:3909-3930.
- 2- Soyer H, et al. Actinic keratosis, Basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma, in Dermatology, 4th ed., vol. 2, Elsevier Saunders, 2018, section 18, 108:1884-1893.
- 3- Calonje E, et al. Tumors of the surface epithelium, in MCKEE's Pathology of the skin, 4th ed., vol. 2, Elsevier Saunders, 2012, 24.1088-1106.
- 4- Benjamin W, et al. Basal cell carcinoma in children, Report of 3 cases. Arch Dermatol. 2000; 136(3):370-372.
- 5- Kanitakis J, et al. Basal cell carcinoma developing in solid organ transplant recipients. Arch Dermatol. 2003; 139:1133-1137.
- 6- Kirkham N, et al. Tumors and cysts of the epidermis, in Lever's Histopathology of the skin, 11th ed., Lippincott Williams, 2015, 29.1616-1642.
- 7- Scrivener Y, et al. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. Br J Dermatol. 2002; 147(1):41-7.
- 8- McCormack C, et al. Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma, A possible indicator of differing causes. Arch Dermatol. 1997; 133(5):593-6.
- 9- Puavilai S, et al. Correlation of histological subtypes of basal cell carcinoma with age, sex and distribution of skin lesions: a five-year study at Ramathibodi Hospital. J Med Assoc Thai. 2002; 85(5):560-4.
- 10- Bastiaens M, et al. Differences in age, site distribution and sex between nodular and superficial basal cell carcinoma indicate different types of tumors. J Invest Dermatol. 1998; 110(6):880-4.
- 11- Raasch B, et al. Basal cell carcinoma: Histological classification and body-site distribution. Br J Dermatol. 2006; 155(2):401-7.
- 12- Garcias-Ladaria J, et al. Basal cell carcinoma in young adults. Actas Dermosifiliogr. 2017; 108:376-7.
- 13- Betti R, et al. Anatomic location and histopathologic subtype of basal cell carcinomas in adults younger than 40 or 90 and older: Any difference? Dermatol Surg. 2009; 35:201-206.
- 13- Almeida A, et al. Frequency of basal cell carcinoma in population younger than 50 years of age: clinical study and literature review. An. Bras. Dermatol. 2009; vol. 84.
- 14- Roudier-Pujol C, et al. Basal cell carcinoma in young adults: not more aggressive than in older patients. Dermatology. 1999; 199(2):119-23.
- 15- Milroy C, et al. Aggressive basal cell carcinoma in young patients: fact or fiction? Br J Plast Surg. 2000; 53(5):393-6.
- 16- Leffell D, et al. Aggressive-Growth Basal cell carcinoma in young adults. Arch Dermatol. 1991; 127(11):1663-7.

تاريخ ورود البحث: 2018/11/25.

تاريخ قبوله للنشر: 2018/12/06.