

العلاقة بين النقائل العقدية الناحية وسماكة الورم لدى مرضى سرطان الشفة السفلى شائك الخلايا

سامر عيسى*

عمر حشمة**

عصام الأمين***

الملخص

خلفية البحث وهدفه: تلعب السماكة الأعظمية للورم دوراً هاماً في سير وإنذار الاورام الحبيثة عموماً والسرطان شائك الخلايا الفموي خصوصاً، فقد ترافقت الاورام ذات السماكة الأكبر مع نسب أعلى للنقائل العقدية الناحية وبالتالي إنذاراً أسوأ. هدف هذا البحث الى دراسة العلاقة بين السماكة الورمية (TT) والإصابة بالنقائل العقدية الناحية لدى مرضى سرطان الشفة السفلى شائك الخلايا وتقييم دور هذا العامل كعامل إنذاري في سير وتطور المرض و كعامل مؤثر في تعديل خطة المعالجة المقترحة. مواد البحث وطرائقه: شملت عينة البحث 23 مريضاً (12 ذكور، 11 إناث) تم نسيجياً تأكيد إصابتهم بسرطان الشفة السفلى شائك الخلايا، تم قياس سماكة الورم من خلال الدراسة التشريحية المرضية المفجرة على الخزعة الاستئصالية للورم، كما تم تقييم حالة العقد للمفاوية الناحية من حيث الإصابة بالنقائل الورمية شعاعياً أو نسيجياً أو بالطريقتين معاً. تم تقسيم المرضى الى مجموعتين من حيث الإصابة العقدية بالورم: مجموعة المرضى مع عقد إيجابية النقائل (N+)، مجموعة المرضى مع عقد سلبية النقائل (N0)، ومن ثم قمنا بقياس السماكة الأعظمية للورم في كل من المجموعتين المدروستين ومقارنة النتائج باستخدام اختبار t-student.

النتائج: حدثت النقائل العقدية الناحية لدى 10 مرضى أي بنسبة 43.47% من عينة الدراسة، كان متوسط سماكة الورم لدى المرضى إيجابيين النقائل العقدية 12.6 مم أما في مجموعة المرضى سلبيين النقائل العقدية فقد كان متوسط السماكة 6.47 مم وهي قيمة أقل من متوسط السماكة في مجموعة المرضى إيجابيين النقائل ويفرق دال احصائياً عند مستوى ثقة 95%.

الاستنتاجات: ترافقت نقائل العقد للمفاوية الناحية لدى مرضى سرطان الشفة السفلى شائك الخلايا مع قيم أعلى لمقدار السماكة الورمية وبالتالي ارتبطت هذه الحالات مع احتمالية أعلى لتطور نقائل العقد للمفاوية الناحية مما يجعل إجراء التجريف أو التشيع الوقائي للعنق أمراً يجب أخذه بعين الاعتبار لدى هؤلاء المرضى.

كلمات مفتاحية: سرطان الشفة السفلى - النقائل العقدية - السماكة الورمية.

* طالب دكتوراه في قسم جراحة الفم والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

** أستاذ في قسم جراحة الفم والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

*** أستاذ في قسم أمراض الأذن والأنف والحنجرة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

The Relation Between Regional Lymph Node Metastasis and Tumor Thickness in Lower Lip Squamous Cell Carcinoma Patients

Samer Issa*

Omar Heshmeh**

Issam Alameen***

Abstract

Background and aim: The tumor thickness (TT) plays an important role in the progress and prognosis of malignant tumors in general, and particularly in oral squamous cell carcinoma. Tumors with more thickness were associated with more high percentage of regional lymph node metastasis and as a result of this more bad prognosis.

This study aimed to evaluate the relation between tumor thickness (TT) and regional lymph node metastasis in lower lip squamous cell carcinoma patients, and to evaluate (TT) as a prognostic factor of the progress of disease and as an influencer factor in suggested treatment plan.

Materials and methods: The study sample contained 23 patients (12 male, 11 female) who were diagnosed with lower lip squamous cell carcinoma, Exicional boipsy was taken and tumor thickness was measured by the pathologist and regional lymph nodes status was evaluated pathologically or radiologically or by the two ways.

The sample patients were divided into two groups according to regional lymph nodes status: patients with positive lymph node metastasis (N+), and patients with negative lymph node metastasis (N0), the maximum tumor thickness was measured in the two groups and results were compared by using student t- test.

Results: Lymph node metastasis were occurred in 10 patients of our sample (43.47%), the median tumor thickness was 12.6 mm in positive lymph node metastasis group and 6.47 mm in negative lymph node metastasis group which was lesser than the median of positive lymph node group with statistical significant difference at 95% confidence level.

Conclusion: Regional Lymph node metastasis were associated with higher values of tumor thickness in patients with lower lip squamous cell carcinoma, and tumors with higher thickness were related to higher incidence of lymph node metastasis so that prophylatic neck curettage or irradiation is to be considered in those patients.

Key words: Lower lip cancer-lymph node metastasis- tumor thickness.

* PhD student in Oral and Maxillofacial Surgery - Faculty of Dentistry - Damascus University.

** Professor in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery - Faculty of Dentistry - Damascus University.

*** Professor in the Department of Ear, Nose and Throat Diseases - Faculty of Human Medicine - Damascus University.

المقدمة:

البيضاء بينما يكون نادرا جدا لدى الزوج،¹² وتعتبر الحافة القرمية للشفة السفلية المكان المفضل للاصابة وذلك على جانب واحد من الخط المتوسط.¹³ تبدو الافة بالبداية على شكل منطقة متمسكة وقاسية ومثبتة الى النسج المجاورة او متقرحة بشكل سطحي ومغطاة بقشور وجلبات ولا يتجاوز قطرها 6 مم بداية او 1 سم على ابعد تقدير³ ونادرا ما تكون القرحة كبيرة إلا في حالات الاهمال الشديد ويميل الانتشار للعقد اللمفية ان يكون بطيئا وتكون العقد تحت الذقنية عادة أول العقد المصابة.⁶ تكون سرطانات الشفة عادة سهلة الكشف للطبيب الفاحص بحكم موقعها لذلك فان تشخيص الاصابة يكون سريريا بالدرجة الاولى كذلك تفيد الصور الشعاعية في تقييم وتحديد مدى امتداد الافة الى النسج تحت المخاطية والبنى والعقد المجاورة.^{14,15} يجب اجراء خزعة تشخيصية لكل افة شفة سفلية مشتبه بها حيث يصعب في بعض الاحيان التفريق بين افات الشفة السفلية السليمة والخبيثة إلا من خلال الدراسة النسيجية.¹³ **العلاج:** في حالات الاورام البدئية (المراحل المبكرة) اي المرحلة 1 او 2 يتم الاعتماد على العلاج الجراحي أو الشعاعي. اما الاورام ذات المراحل المتقدمة اي المراحل 3 و4 فغالبا ما يحتاج هؤلاء المرضى الى مشاركة نوعي العلاج الجراحي والشعاعي باستثناء المرضى بالمرحلة الثالثة مع افات صغيرة وبدون وجود عقد لمفية بالمنطقة أو نقائل بعيدة أو المرضى مع عقد أقل من 2 سم والذين يمكن معالجتهم بإحدى المقاربتين السابقتين.¹¹ بالنسبة للعلاج الجراحي فإنه يتضمن إما فقط عملية استئصال للورم مع هامش أمان دون القيام بأي نوع من أنواع تجريف العنق أو التداخل على العقد اللمفاوية الناحية وذلك في حال التأكد من عدم وجود نقائل ورمية الى العقد اللمفاوية الناحية، أو قد يمتد العمل الجراحي ليشمل

تشكل سرطانات الفم نسبة لأبأس بها من مجمل الأورام الخبيثة التي تصيب الإنسان¹، ففي أوروبا تشكل سرطانات الفم حوالي 5% من مجمل الأورام الخبيثة التي تصيب الإنسان، أما في آسيا وخصوصاً الهند تحتل سرطانات الفم مكانة متقدمة من حيث الانتشار حيث تشكل حوالي 50% من مجمل الخباثات التي تصيب الإنسان.^{2,3} يعتبر السرطان شائك الخلايا (SCC) الخباثة الأكثر شيوعا في المخاطية الفموية، حيث يشكل حوالي 90% من مجمل الخباثات التي تصيب المخاطية الفموية وهو يصيب الرجال أكثر منه عند الإناث وغالباً ما يكون المصابين من الأعمار المتقدمة (فوق 40 سنة).⁴

السرطان شائك الخلايا على الشفة السفلية:

تعتبر الشفة السفلية اكثر الاماكن عرضة للاصابة بالسرطان شائك الخلايا الفموي^{5,6} يشبه سرطان الشفة في سلوكه السرطان الجلدي اكثر من سرطان المخاطيات وتبلغ نسبة اصابة الشفة السفلية بالسرطان 88-98 % مقارنة مع 2-7% للشفة العلوية و4% للصور^{7,12} وعلى جميع الاحوال تتصف افات الشفة السفلية بسهولة الكشف والتشخيص وبالتالي سلامة الانذار، علما أنه يمكن أن تشاهد بعض الحالات ذات السلوك العدوانى المتمثل بسرعة تقدم المرض والنكس التالى للعلاج والتسبب بالوفيات وقد تبلغ نسبة هذه الحالات 15% من مجمل إصابات الشفة. تحدث معظم اصابات الشفة السفلية في الاعمار بين 54-65 سنة ولكن يمكن ان يصادف احيانا عند الاشخاص ممن هم دون سن الثلاثين مع ميل لإصابة الذكور اكثر من الاناث وتتراوح نسبة الإصابة إناث الى الرجال من 135 الى 16 وذلك تبعا لموقع الاصابة، ويعتقد أن التعرض لأشعة الشمس من اكثر الاسباب المؤهبة للأصابة بالسرطان حيث يرتفع معدل الاصابة كثيرا لدى ذوي البشرة

أن الدراسات أثبتت وجود عوامل أخرى تؤثر على إندار الحالة الورمية للسرطان شائك الخلايا الفموي ونقائله المبكرة للعقد للمفاوية الناحية للعنق ومنها سماكة الورم الأولي (Tumor Thickness)^{16,20} حيث ترافقت زيادة سماكة الورم مع زيادة نسب النقائل للعقد للمفاوية الناحية مقارنة مع الحالات الأقل سماكة، ففي إحدى الدراسات ترافقت الأورام شائكة الخلايا ذات السماكة الأكبر من 7,5 مم (بغض النظر عن حجم الورم الأولي) مع نقائل لمفاوية للعنق بنسبة 57%، أما الأورام ذات السماكة الأقل من 7,5 مم فترافقت مع نسبة نقائل لمفاوية للعنق 12%.²¹

تترافق زيادة سماكة الورم الأولي للسرطان شائك الخلايا مع زيادة ارتشاحه في النسيج المتوضعة أسفل البشرة الفموية مثل الصفيحة الخاصة للمخاطية الفموية والنسج الضامة المجاورة مما يجعل الخلايا الورمية على تماس مع الأوعية اللمفية والدموية المجاورة ويزيد من فرصة انتقالها للأوعية للمفاوية ومن ثم العقد للمفاوية الناحية للعنق مشكلة صمامة ورمية مجهريّة خفيّة لايمكن كشفها بالفحوص السريرية والشعاعية.

يمكن أن يكون لسماكة السرطان الشفة شائك الخلايا دوراً في تعديل خطة المعالجة المقترحة حيث أنه في الحالات ذات السماكة العالية أو الغزو العميق يمكن أن تتضمن خطة المعالجة تجريف عنق وقائي أو تشيع وقائي للعقد اللمفية للعنق بسبب الاحتمالية العالية لوجود نقائل خفية في هذه العقد.¹⁶

الهدف من البحث:

يهدف البحث الى تحديد دور سماكة الورم (Tumor Thickness) لسرطان الشفة السفلية شائك الخلايا في حدوث نقائل العقد للمفاوية الناحية لدى مرضى سرطان الشفة السفلية شائك الخلايا، ودراسة دور هذا العامل كعامل إنذاري في سير المرض وإنذاره وتأثيره على خطة المعالجة

استئصال الورم مع إجراء تجريف عنق في حال إثبات إصابة العقد للمفاوية الناحية أو حتى الشك بإصابتها بالنقائل الورمية الخفية.¹⁶

المعالجة الشعاعية قد تكون العلاج الرئيسي لسرطانات الراس والعنق، حيث يتضمن تطبيق الأشعة الخارجية المصدر التقليدية او الأشعة خارجية المصدر المعدلة الشدة (IMRT) حيث تعتبر هذه الأشعة الخارجية العلاج الشعاعي الأساسي المعتمد لعلاج سرطانات الشفة، بالإضافة الى معالجات أخرى تتميز بمحدودية استجابات تطبيقها مثل حزمة البروتون والتشيع التماسي والتشيع الخللي (ابر راديوم ضمن الورم). مؤخرًا فتح استخدام Electron Beam Irradiation ذو الطاقة العالية افاقاً جديدة في تشيع سرطانات الشفتين والذي يتميز بالضرر الضئيل على عظم الفك السفلي.¹⁵ أما المعالجات الكيماوية المستخدمة لعلاج سرطان الشفتين فهي مجموعة من الادوية السامة للخلايا والتي قد تُعطى وريدياً او فمويّاً.

أما المعالجة الكيماوية السامة للخلايا فيحتفظ بها لحالات الاستعمار الورمي البعيد والحالات المتقدمة جداً. تم وضع عدة بروتوكولات لتطبيق المعالجة الكيماوية للسرطان الشفتين شائك الخلايا ولكن اغلب الدارسين يعتقد ان بان الفائدة الاكبر تتحقق عندما تسبق المعالجة الكيماوية استئصال او تشيع الورم حيث تعمل الادوية الكيماوية على انقاص حجم الورم وبالتالي يسهل استئصاله جراحياً أو تطبيق العلاج الشعاعي . استُخدمت عدة ادوية كيميائية لعلاج سرطان الشفتين شائك الخلايا مثل Pleomycin.

Cisplatin, Doxorubicin, Methotrexate حيث من الممكن ان يأخذ المريض دواءً واحداً او مشاركة بين مجموعة من الادوية في نفس الوقت.¹¹ اعتمد تصنيف TNM على تقييم حجم الورم الأولي في تقدير درجة تقدم الحالة الورمية وإنذارها وبالتالي خطة المعالجة المقترحة، إلا

حيث تمّ قبول المرضى بحجم ورم T1, T2 واستبعاد المرضى مع T3 بسبب الاحتمالية العالية لتطوير النقائل العقديّة عند هؤلاء المرضى، أيضاً فقد تم استبعاد المرضى من الدرجة النسيجية الثالثة من عينة الدراسة لنفس السبب السابق.

قمنا بتصنيف المرضى في مجموعتين من حيث الإصابة بالنقائل العقديّة الناحية للورم:

1 - مجموعة المرضى مع نقائل عقد لمفاوية ناحية (N+) (إيجابية النقائل العقديّة).

2 - مجموعة المرضى بدون نقائل عقد لمفاوية ناحية (N0) (سلبية النقائل العقديّة).

بعد إتمام الفحوص السريرية والشعاعية والنسجية يتم وضع التصنيف المرحلي للمريض (staging) وعلى أساسه جرى وضع خطة المعالجة والتي قد تتضمن واحداً أو أكثر من العلاجات التالية : العلاج الجراحي - العلاج الشعاعي - العلاج الكيماوي.

النتائج:

وصف العينة:

تألّفت عينة الدراسة من 23 مريض ومريضة (12 ذكور، 11 إناث) مصابين بسرطان الشفة السفلية شائك الخلايا (الجدول 1)، أُجري لديهم عمل جراحي لاستئصال الورم مع أو بدون تجريف العنق تراوحت أعمارهم بين 35 و 77 سنة (بمتوسط قدره 64,04)، كان توزع المرضى بالنسبة للدرجة النسيجية للورم: 13 مريض من الدرجة النسيجية الأولى و 10 مريض من الدرجة النسيجية الثانية، أما بالنسبة لحجم الورم فقد كان توزع المرضى: 14 مريض T1 و 9 مريض T2.

مما قد يستدعي إجراء تجريف وقائي أو تشعب وقائي للعنق يقلل من النكس الناحي اللاحق للمرض.

مواد البحث وطرائقه:

تصميم الدراسة: دراسة استباقية تحليلية Prospective Study

عينة الدراسة: تألفت العينة المدروسة من 23 مريض (13 ذكور، 10 إناث) تم تأكيد إصابتهم نسيجياً بسرطان الشفة السفلية شائك الخلايا وقد تراوحت أعمارهم بين 35 - 77 سنة (متوسط العمر 64,04 سنة). تم انتقاء عينة البحث من المرضى المراجعين لمشفى الموساة الجامعي ومشفى جراحة الفم والفكين ومشفى البيروني بجامعة دمشق وذلك في الفترة الممتدة بين عام 2016 و 2018م.

التقييم السريري للمرضى (الفيزيائي و الشعاعي):

أجري فحص سريري وشعاعي لجميع مرضى العينة، تضمّن الفحص السريري استجاباً للمريض وأخذاً للقصة السريرية كما تضمّن فصاً للحفرة الفموية والبلعوم بصورة عامة وللشفة بصورة خاصة حيث شمل الفحص التأمل وجس القرحة أو الكتلة الورمية لمعرفة الخصائص السريرية لها (الحجم - الفسوة - التقرح - الارتشاح والتنثيب الى النسيج المجاورة -..... الخ) كما تضمّن الفحص السريري اجراء جس للعقد الرقبية لتحري وجود عقد مصابة بالنقائل الورمية.

أما الفحص الشعاعي فتضمن مجموعة من الصور الشعاعية التي تمّ إجراؤها اعتماداً على المعطيات السريرية لكل مريض (صور بانورامية للفكين - صور بسيطة - تصوير بالامواج فوق الصوتية - CT - ومضان عظام - MRI).

تم أخذ خزعات تشخيصية واستئصالية (عمل جراحي للورم) للمرضى ومن ثمّ تم تحديد الدرجة النسيجية والسماكة الأعظمية للورم (TT) من قبل اخصائي التشريح المرضي

العلاقة بين النفاثل العقديّة الناحيّة وسماكة الورم لدى مرضى سرطان الشفة السفلي شائك الخلايا

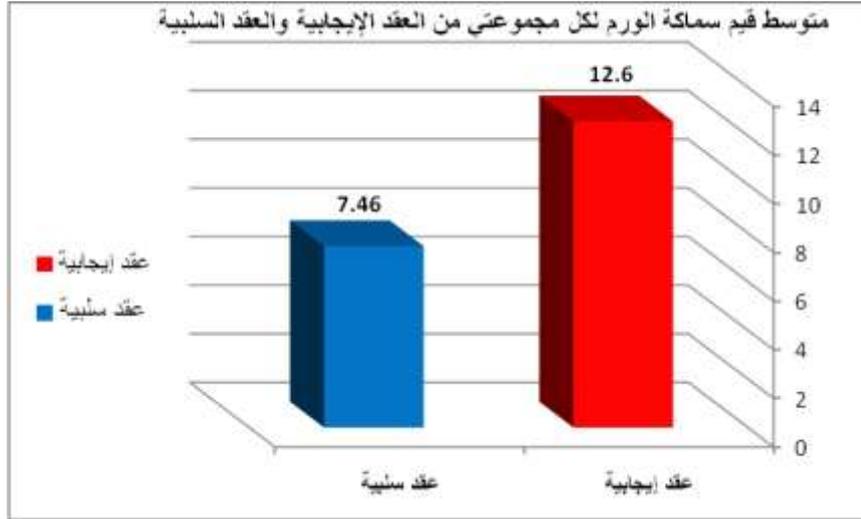
الجدول (1): يبين توزيع مرضى عينة البحث وفقاً لجنس المريض. (TT) في مجموعة مرضى النفاثل العقديّة (إيجابيّ النفاثل العقديّة) بين 3 مم و 20 مم بمتوسط قدره 12.6 مم، أما في مجموعة مرضى العقد السليمة ورميا (سليبيّ النفاثل العقديّة) فقد تراوح مقدار السماكة الورمية بين 2 مم و 15 مم بمتوسط قدره 7.46 مم.

جنس المريض	عدد المرضى	النسبة المئوية
ذكر	21	17.52
أنثى	11	47.83
المجموع	23	100

حدثت النفاثل العقديّة لدى 10 مرضى من العينة الكاملة للدراسة أي بنسبة 43.47% وتراوح مقدار السماكة الورمية

الجدول (2): يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري لقيم سماكة الورم في عينة البحث وفقاً لحالة العقد المدروسة

المتغير المدروس	حالة العقد	عدد الحالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
سماكة الورم (TT)	عقد إيجابية النفاثل	10	12,6	32,4	1.366	3	20
	عقد سلبية النفاثل	31	7,46	26,3	1.004	2	15



المخطط (1): يبين متوسط قيم سماكة الورم لكل مجموعتي من العقد إيجابية النفاثل والعقد سلبية النفاثل

نتائج دراسة الفروق في متوسط قيم السماكة الورمية بين مجموعة المرضى مع عقد مصابة ومجموعة المرضى مع عقد سليمة:

تمت مقارنة قيم السماكة الورمية المقاسة وذلك بين مجموعتي المرضى المدروستين وذلك باستخدام اختبار T ستودنت للعينات المستقلة (جدول 3).

الجدول (3): يبين نتائج اختبار T ستودنت للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط قيم السماكة الورمية بين مجموعتي المرضى (إيجابي العقد، سلبي العقد).

المتغير المدروس	المقارنة في قيم السماكة الورمية بين المجموعتين:	الفروق بين المتوسطين	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
السماكة الورمية	العقد الإيجابية-العقد السلبية	14,5	79,2	12	0,0108	توجد فروق دالة

قمنا في دراستنا هذه بتقييم دور سماكة الورم (TT) في إحداث نقائل العقد للمفاوية الناحية لدى مرضى سرطان الشفة السفلية شائك الخلايا وذلك من خلال دراسة السماكة الورمية لدى الحالات التي أبدت نقائل عقدية بالإضافة الى دراستها لدى الحالات التي لم تبد أي نقائل ومن ثم محاولة ربط احتمالية الإصابة بالنقائل العقدية مع مؤشر سماكة الورم.

قمنا بتضمين دراستنا مرضى سرطان الشفة T1 , T2 فقط نظرا لتوافق مرضى T3 مع احتمالية عالية لحدوث النقائل وذلك بصرف النظر عن العوامل الأخرى المؤثرة في إحداث النقائل، أيضا فقد تم استبعاد المرضى ذوي الإصابة الورمية من الدرجة النسيجية الثالثة لنفس السبب السابق.

شملت العينة الكاملة للدراسة 23 مريض (12 ذكور، 11 إناث) تراوحت أعمارهم بين 35 و 77 سنة بمتوسط قدره 64,04 سنة، وقد حدثت النقائل العقدية الناحية لدى 10 مرضى من عينة البحث أي بنسبة 43.47% وهي نسبة قريبة من النسبة 46,14% التي سجلها Onercl وزملاؤه في دراستهم على لسرطان الشفة السفلية شائك الخلايا وأكبر من نسبة النقائل 35,34% التي سجلها Melchers LJ وزملاؤه في دراستهم على السرطان شائك الخلايا

أظهرت نتائج اختبار T ستودنت للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في قيم السماكة الورمية المقاسة وذلك بين مجموعتي المرضى المدروستين أن قيمة مستوى الدلالة P= 0,01 وهي قيمة أصغر بكثير من القيمة 0,05 مما يدل على وجود فروق دالة بين المجموعتين المدروستين (العقد الإيجابية، العقد السلبية) فيما يخص سماكة ورم الشفة.

المناقشة:

اعتمد تصنيف TNM على حجم الورم الأعظمي في تحديد إنذار الحالة الورمية وخطة المعالجة المقترحة، ولكن تبيّن الدراسات وجود عوامل إنذارية أخرى هامة ومؤثرة في سير وإنذار الحالات الورمية عموماً والسرطان شائك الخلايا الفموي خصوصاً مثل الدرجة النسيجية للورم وسماكة الورم والغزو الورمي للأغصان العصبية والأوعية الدموية والمفاوية ومجموعة من العوامل الأخرى.

تبرز أهمية معرفة الدور الدقيق لتلك العوامل في تطور المرض في تحديد الحالات التي تحمل معها خطورة عالية لتطوير النقائل الخفية أو الاستعمار البعيد مما ينعكس على قرار خطة المعالجة من خلال القيام ببعض الإجراءات العلاجية الإضافية التي من شأنها ضمان استئصال أشمل للورم ومنعاً للنكس اللاحق.

المقبولة لدينا T1,T2 نتفق أيضا مع دراسة Wallwork BD وزملائه التي اجراها على 53 مريض بالسرطان شائك الخلايا الفموي عموما وليس فقط سرطان الشفة وخلصت الى الإقرار بدور سماكة الورم كعامل انذاري للنقائل العقدية الناحية حيث كان متوسط سماكة الورم لديهم في حالات العقد المصابة بالنقائل 14.6مم وفي مجموعة العقد السليمة 8.6 مم.¹⁶

أيضا تتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه Melchers LJ وزملاؤه في دراستهم التي شملت 212 مريض بالسرطان شائك الخلايا الفموي حيث كان متوسط عمق الارتشاح الورمي في حالات نقائل العنق 8.4 مم وفي حالات العقد السليمة 5.49 مم. علما أن هذه الدراسة قامت بدراسة عمق الارتشاح الورمي وليس سماكة الورم ولكن يبقى هذان المصطلحان مترابطين في أغلب الحالات حيث غالبا ما تترافق زيادة سماكة الورم مع زيادة عمق ارتشاحه للأنسجة المجاورة.²⁰

الاستنتاجات:

بينت هذه الدراسة ارتباط النقائل العقدية الناحية لسرطان الشفة شائك الخلايا مع مقدار السماكة الورمية، كما دلت على أن زيادة السماكة الورمية قد أدت الى نسبة أعلى من النقائل العقدية الناحية.

التوصيات:

نوصي - ضمن حدود هذه الدراسة - بأخذ تجريف أو تشعب العنق الوقائي بعين الاعتبار في حالات سرطان الشفة شائك الخلايا والتي أبدت قيما عالية للسماكة الورمية.

الفموي حيث قد يكون السبب في ذلك هو أن أغلب الحالات في دراسة Melchers LJ كانت مكتشفة مبكرا ومن النوع T1.^{20,22}

تراوح مقدار السماكة الورمية في مجموعة النقائل العقدية في دراستنا بين 3 مم و 20 مم بمتوسط قدره 12.6 مم أما في مجموعة العقد السليمة فقد تراوح مقدار السماكة الورمية بين 2 مم و 15 مم بمتوسط قدره، 7.46 مم أي كانت متوسط قيم السماكة الورمية في مجموعة النقائل الورمية أكبر منه في حال عدم وجود نقائل وقد تبين بالدراسة الاحصائية التحليلية أن هذا الفرق هام ودال احصائياً، وبالتالي يمكننا القول أن حالات النقائل العقدية للسرطان شائك الخلايا على الشفة قد ارتبطت وبشكل واضح بالأورام ذات السماكة الأكبر وأن هذه الأورام تمتلك خاصية تطوير النقائل العقدية الناحية وبشكل أكبر من الأورام الأقل سماكة.

تبدو هذه النتيجة منطقية كونه زيادة سماكة الورم سوف تؤدي الى زيادة غزوه للأنسجة تحت البشرة بما تحتويه من أوعية دموية ولمفاوية وأعصاب مما يزيد فرص انتقال الخلايا الورمية بجميع أشكاله سواء موضعياً أو ناحياً أوحى الاستعمار البعيد للبنى والأعضاء الحيوية للجسم.

تتفق هذه النتائج Onercl وزملاؤه والتي أجروها على 27 مريض بسرطان الشفة السفلية والتي خلصوا فيها الى أن سماكة الورم عامل مؤثر في إحداث النقائل العقدية، حيث كان متوسط سماكة الورم لدى مرضى النقائل العقدية 5.6 مم ولدى المرضى سلبتي النقائل 3.79 مم. نفس صغر قيم السماكة الورمية لديهم بالنسبة للقيم المسجلة لدينا (12.6 و 7.46 مم) وذلك بسبب كون الحالات لديهم مكتشفة مبكرا أما في دراستنا فقد كانت أحجام الأورام

References

1. Shah J P, Gil Z. Current Concepts in Management of Oral Cancer-Surgery. *Oral Oncol.* 2009 Apr;45(4):394-401.
2. Warnakulasuriya S. Global Epidemiology of Oral and Oropharyngeal Cancer. *Oral Oncol.* 2009 Apr;45(4):309-316.
3. Attar E, Dey S, Hablas A. Head and Neck Cancer in a Developing Country: A Population-Based Perspective Across 8 Years. *Oral Oncol.* 2010 Aug;46(8): 591-6.
4. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Oral Cancer: Clinical Features. *Clinical Features. Oral Oncol.* 2010 Jun;46(6):414-7.
5. Neville, B and Damm, D. Color atlas of clinical pathology (2nd ed), BC Decker Inc, London (2003).45-70.
6. Kochaji, n Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. Bilingual Arabic Edition (8th ed), AL Kochaji, Syria (2011).
7. Scully, C and Cawson , r. Medical problems in dentistry, Bath press, Somerest (1998). 178-200.
8. McCombe, D and Macgill, K. Squamous cell carcinoma of the lip: a Retrospective review of Peter Maccallum Cancer Institute Eexperience .*ANZ J surg* 2000; 70; 358-61.
9. Zitsch, R and Park, C. Outcome analysis for lip carcinoma. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 1995;113: 589-96.
10. Kruskemper, G and Handschel,J . Smoking affects quality of life in patients with oral squamous cell carcinomas. *Clin Oral Invest* 2011; online first October.
11. Shah ,J and Gil ,Z .Current concepts in management of oral cancer surgery. *Oral Oncol* 2009; 27; 114-122.
12. Imaizumi ,a and Yoshito, A potential pitfall of MRI imaging for assessing mandibular invasion of squamous cell carcinoma in the oral cavity. *AJNR* 2006; 27: 114-122.
13. Neville, B. Oral cancer and precancerous lesions. *J Clin* 2002; 52:195-215.
14. 14-Robert Hermans. Squamous cell cancer of the neck, Cambridgeuniversity press, New York (2008)
15. 15- Zwahlen ,R and Dannemann , C.Quality of life and psychiatric morbidity in patients successfully treated for oral cavity squamous cell cancer and their wives. *JOral Maxillofac Surg* 2013; 66; 1125-1132.
16. Montes DM, Schmidt BL. Oral maxillary squamous cell carcinoma: management of the clinically negative neck. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008 Apr;66(4):762-6.
17. Wallwork BD, Anderson SR, Coman WB. Squamous cell carcinoma of the of mouth: tumour thickness and the rate of cervical metastasis. *ANZ J Surg.* 2007 Sep;77(9):761-4.
18. Fukano H, Matsuura H, Hasegawa Y. Depth of invasion as a predictive factor for cervical lymph node metastasis in tongue carcinoma. *Head Neck.* 1997 May;19(3):205-10.
19. Pastuszek A, Hanson M, Grigg R. Squamous cell carcinoma of the lip: depth of invasion, local recurrence and regional metastases. Experience of a rural multidisciplinary head and neck unit. *J Laryngol Otol.* 2015 Aug 25:1-6.
20. Kane SV, Gupta M, Kakade AC, D' Cruz A. Depth of invasion is the most significant histological predictor of subclinical cervical lymph node metastasis in early squamous carcinomas of the oral cavity. *Eur J Surg Oncol.* 2006 Sep;32(7):795-803.
21. Melchers LJ, Schuurung E, van Dijk BA. Tumour infiltration depth ≥ 4 mm is an indication for an elective neck dissection in pT1cN0 oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2012 Apr;48(4):337-42.
22. Brandwein-Gensler M, Teixeira MS. Oral squamous cell carcinoma: histologic risk assessment, but not margin status, is strongly predictive of local disease-free and overall survival. *Am J Surg Pathol.* 2005 Feb;29(2):167-78.
23. Onercl M. Tumor thickness as a predictor of cervical lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the lower lip. *Oolaryngol Head and Neck surg.* 2000 Mar 27