

عوامل إنذارية جديدة للنكس الموضعي في السرطانة قاعدية الخلايا الجلدية

فريز أحمد¹، صفاء قطليش^{2*}¹ مدرس في قسم الباثولوجيا والباثولوجيا الخلوية - كلية الطب البشري- جامعة دمشق.^{2*} Ph.D في الباثولوجيا والباثولوجيا الخلوية - كلية الطب البشري- جامعة دمشق. safaa.qatleesh@damascusuniversity.edu.sy

المخلص:

خلفية البحث وهدفه: السرطانة قاعدية الخلايا هي ورم ظهاري خبيث مع كمن خبيث منخفض. وهي أورام بطيئة النمو، من النادر أن تنتقل، ولكنها تسبب مشكلة حقيقية بسبب توضعها على الوجه وميلها للنكس وتتصف بتعدد البؤر وكمن للغزو وتدمير للنسج بشكل موضعي. كما تشكل مجموعة متغايرة من الأورام تتراوح بين أورام سطحية إلى أورام غازية عميقة والتي ربما تكون مهددة للحياة، وربما يكون للنمط النسيجي والموقع التشريحي وحجم الآفات الورمية دور الإنذار ولكن لازالت المعلومات والأبحاث قليلة حول هذا الموضوع.

مواد البحث وطرائقه: الدراسة وصفية (دراسة مقطع مستعرض) تتضمن الدراسة حجم عينة مؤلف من 87 مريضاً ومريضة ممن شخص لهم سرطانة قاعدية الخلايا في الجلد ممن راجعوا مستشفى المواساة الجامعي بدمشق في العام 2018 وتمت متابعة المرضى لمعرفة حالة النكس الموضعي.

النتائج: يوجد علاقة ارتباط حقيقية ذات دلالة إحصائية بين النكس الموضعي للسرطانة قاعدية الخلايا والموقع التشريحي والنمط النسيجي للآفات وذلك عند ($P < 0.0001$) لكل منهما، بينما أوضحت الدراسة عدم وجود علاقة بين النكس وحجم الورم. (Sig=0.813)

الاستنتاج: إنه من المهم أن نقيم عوامل الاختطار كنمط السرطانة قاعدية الخلايا والموقع كونها تترافق مع معدلات أعلى للنكس. وإن تقييم هذه العوامل بالإضافة لتقييم الآفة قبل العلاج سوف يمكننا من صياغة خطة علاج أفضل ومعرفة الجوانب الإنذارية في كل حالة.

الكلمات المفتاحية: سرطانة قاعدية الخلايا، النكس الموضعي، الأنماط النسيجية، الموقع التشريحي، حجم الورم.

تاريخ القبول: 2022/8/10

تاريخ الإيداع: 2022/6/9

حقوق النشر: جامعة دمشق - سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب CC BY-NC-SA

ISSN: 2789-7214 (online)

<http://journal.damascusuniversity.edu.sy>

New Prognostic Factors for Local Recurrence in Cutaneous Basal Cell Carcinoma

Fariz Ahmad¹,

Safaa Qatleesh^{*2}

¹ Professor in the Department of Pathology-Faculty of Medicine - Damascus University.

^{2*} Ph.D in Pathology - Faculty of Medicine - Damascus University.

safaa.qatleesh@damascusuniversity.edu.sy

Abstract:

Background: BCC is an epithelial malignant tumor with a low malignant potential. It is a slow growing tumor, which rarely metastasizes but can cause substantial morbidity due to its location on the face, its tendency to relapse, its multiplicity and the potential to invade and destroy local tissues. It forms a group of heterogenous tumors range from superficial to deeply invasive tumors. Histological type, anatomic site and tumor size may be have prognostic role, but the information and researches about them still scant.

Methods: It is a descriptive study (cross sectional study). The study included 87 cases of basal cell carcinoma. Data were obtained from archives of the pathology department, at Almouwasat University Hospital in 2018 with follow up to evaluate the local recurrence.

Results: There was a significant positive relation between local recurrence and anatomic site and histological type ($P < 0.0001$ for each), but there was no significant relation between local recurrence and tumor size ($Sig = 0.813$).

Conclusion: It is crucial to evaluate risk factors such as basal cell carcinoma subtype and localization, as these are associated with a higher rate of recurrence. These risk factors, together with pre-treatment lesion evaluation will enable formulation of better treatment plan and prognostic aspects in each case.

Key Words: Basal Cell Carcinoma, Local Recurrence, Histologic Types, Anatomic Site, Tumor Size.



Submitted: 9/6/2022

Accepted: 10/8/2022

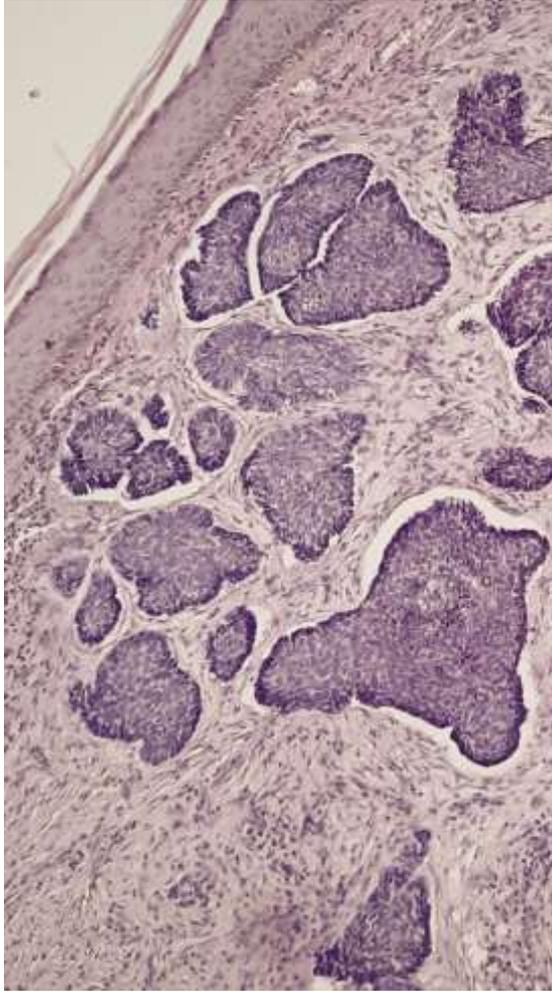
Copyright: Damascus University Syria.

The authors retain copyright under CC BY-NC-SA

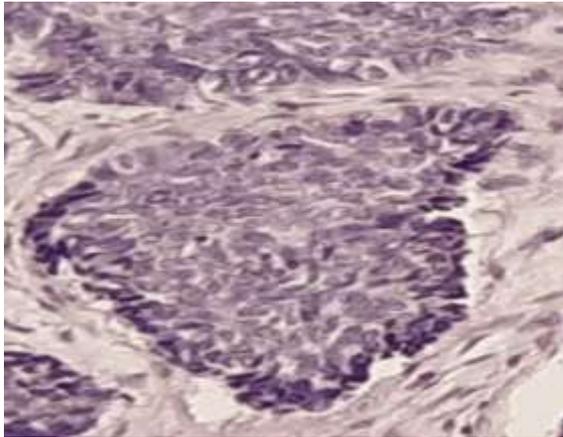
المقدمة:

السرطانة قاعدية الخلايا (Basal cell carcinoma (BCC) هي ورم ظهاري خبيث مع كمون خبيث منخفض، تتألف من خلايا تشبه طبقة الخلايا القاعدية في البشرة (Amini Epidermis *et al.*, 2021; LeBoit, 2006; Tanese, Nakamura, Hirai, Funakoshi, 2019)، كما تعتبر السرطانة قاعدية الخلايا النمط الأكثر تواتراً من السرطانات التي تحدث عند الفوقازيين وحدوثه في ازدياد في كل البلدان كما ذكرت التقارير (Rubin, Chen, & Ratner, 2005; Tran, Chen, & Shumack, 2003). إن معدل حدوث هذه السرطانة يصل إلى 4.3 مليون حالة سنوياً (Meyer, Sand, Schmitz, & Stockfleth, 2021)، كما يزداد معدل الحدوث بشكل هام بعد سن الأربعين ولكن مؤخراً سجل ازدياد حدوثها بين المجموعات الأكثر شباباً وخاصة السيدات (Schierbeck, Vestergaard, & Bygum, 2019)، وإن احتمالية تطوير السرطانة قاعدية الخلايا تنتج عن التفاعل بين مجموعة من العوامل المختلفة كالعوامل البيئية والجينية (Ransohoff *et al.*, 2016)، تتظاهر السرطانة قاعدية الخلايا سريريًا وعيانياً بأشكال مختلفة كآفات حطاطية عقيدية مع سطح أملس متلألئ شاف أو آفة تقرحية أو بشكل بؤر شاحبة مع درجات مختلفة من الجساوة Induration أو تتظاهر أحياناً كبؤر حمامية erythematous مع توسع أوعية شعرية Telangiectasia واضح، كما وصفت آفات عرطلة بأقطار تتجاوز 20 سم قطراً (Tanese *et al.*, 2019). ووصفت أيضاً أشكال بوليبيية وخطية ولكن بشكل أكثر ندرة (Rippey, 1998; Vantuchova & Curik, 2006).

إن المظهر النسيجي المشخص لجميع الأنماط هو خلايا قاعدانية ذات هيولى قليلة شاحبة محيطة بنوى مدورة إلى بيضوية مع كروماتين خشن محبب كما هو مبين في الصورة النسيجية رقم (1). وإن حدود طبقات الخلايا المحيطة من التكاثر الورمي تتصف بالاصطفاف السياجي Palisading بينما تكون الخلايا في المركز ذات توضع أكثر فوضوي (Sexton, Jones, & Maloney, 1990) كما هو مبين في الصور النسيجية التالية رقم (2) من دراستنا الحالية.



الشكل رقم(1): تكاثر لخلايا مشبهه بالخلايا القاعدية.



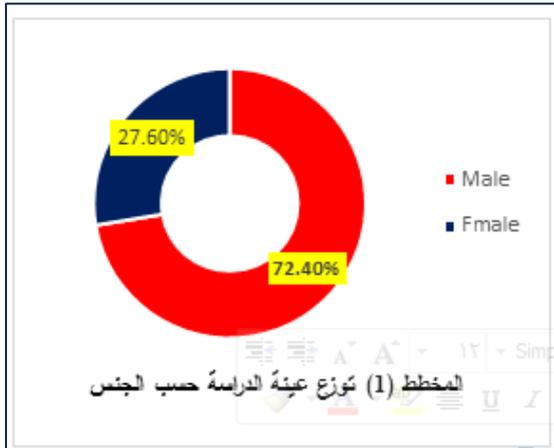
الشكل رقم(2): الاصطفاف السياجي للخلايا الورمية على الحدود في المنطقة المحيطة.

كما تتصف السرطانة أيضاً كون اللحمية المحيطة للخلايا الورمية (أو ما يعرف بالسدى الورمي) تتفصل عن الكتل الورمية بشقوق صناعية (LeBoit, 2006; Sexton *et al.*)

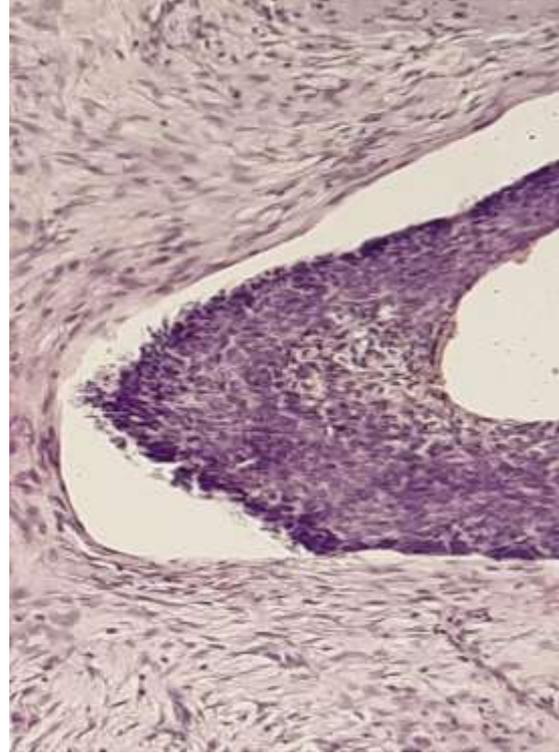
حيث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 25 لتحليل البيانات حيث استخدم الإحصاء الوصفي لوصف عينة الدراسة وخصائصها ومعرفة النسب المئوية والتكرارات للمتغيرات. كما تم إجراء الإحصاء الاستدلالي كدراسة الاستقلال والارتباط عن طريق اختبار Chi-Square Independence Tests حيث يُستخدم لتقييم العلاقة بين متغيرين نوعيين (تقييم الاختلافات في النسب) حيث يمكن أن يكون المتغيران مستقلين أو مرتبطين كما استخدم ارتباط سبيرمان لدراسة الارتباط بين متغيرين نوعي وكمي أو متغيرين كميين وكما استخدم منحني الخاصية العملياتية للمستقبل ROC Curve لتحديد القيمة الأكثر احتمالية والتي قد تنكس عندها السرطانة قاعدية الخلايا وفقاً لحجم الورم إن كان حجم الورم ذا دلالة هامة إحصائياً.

النتائج:

شملت عينة الدراسة 87 مريضاً ومريضةً ممن شخص لهم سرطانة قاعدية الخلايا في الجلد ممن راجعوا مستشفى المواساة الجامعي بدمشق في العام 2018 وكانت نتائج الإحصاء الوصفي على النحو التالي حيث بلغ متوسط أعمار المرضى بين 65.7 + 14.9 فتوزع المرضى حسب الجنس والفئات العمرية على النحو التالي كما هو موضح ضمن الجدول (1) و المخطط التالي رقم (1):



(1990)، كما هو موضح في الصورة النسيجية الباثولوجية التالية رقم (3)



الشكل رقم (3): الشقوق الصناعية بين الخلايا الورمية والسدى الورمي. تشكل السرطانة قاعدية الخلايا حوالي 80% من كل سرطانات الجلد غير الميلانومية non-melanoma skin cancers (NMSC) (Ascierto & Garbe, 2020)، وهي أورام بطيئة النمو، من النادر أن تنتقل، ولكنها تسبب مشكلة حقيقية بسبب توضعها على الوجه وميلها للنكس وتتصف بتعدد البؤر وكمون للغزو وتدمير النسيج بشكل موضعي، كما تشكل مجموعة متغايرة من الأورام تتراوح بين أورام سطحية إلى أورام غازية عميقة والتي ربما تكون مهددة للحياة (Sterry, 2006).

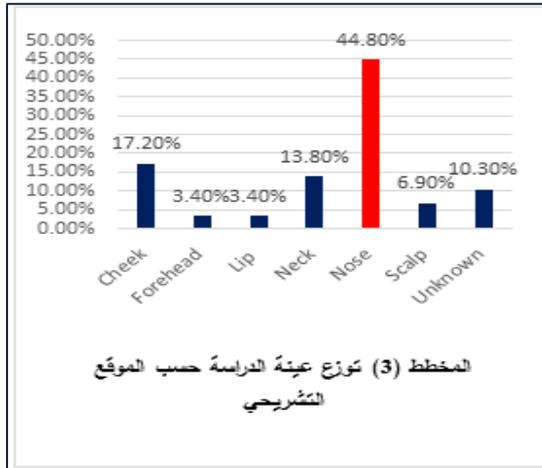
المواد والطرائق:

نوع الدراسة وصفية (دراسة مقطع مستعرض) تتضمن الدراسة حجم عينة مؤلف من 87 مريضاً ومريضةً ممن شخص لهم سرطانة قاعدية الخلايا في الجلد لأول مرة وغير ناكسة_ ممن راجعوا مستشفى المواساة الجامعي بدمشق في العام 2018 وتمت متابعة المرضى لمعرفة حالة النكس ووقت النكس لأول مرة بعد القيام بالاستئصال الأولي عبر الاتصال المباشر مع المرضى وعبر تقارير التشريح المرضي الخاصة بكل مريض.

أيضاً يبين الجدول التالي رقم (2) توزيع المرضى حسب الموقع التشريحي للأفة المستأصلة:

الجدول (2) توزيع المرضى حسب الموقع التشريحي			
المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة المئوية
الموقع التشريحي Anatomic site	Cheek وجنة	15	17.2%
	Forehead جبهة	3	3.4%
	Lip شفة	3	3.4%
	Neck عنق	12	13.8%
	Nose الأنف	39	44.8%
	Scalp افروة الرأس	6	6.9%
	Unknown غير معروف	9	10.3%
	المجموع الكلي	87	100.0%

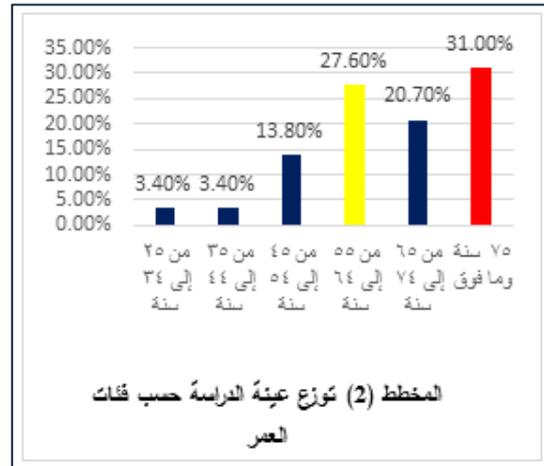
حيث يوضح الجدول السابق أن غالبية الآفات مستأصلة من جلد الأنف بنسبة 44.8% تلتها السرطانة المستأصلة من الوجنة بنسبة 17.2% ثم الآفات المستأصلة من العنق بنسبة 13.8% والمخطط التالي رقم (3) يوضح نسب التوزيع السابقة.



وأوضحت الدراسة أيضاً نسب توزيع الآفات المستأصلة حسب النمط النسيجي الباثولوجي للآفات كما هو مبين وفق الجدول التالي رقم (3)

الجدول (1) توزيع المرضى حسب الجنس والعمر			
المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	63	72.4%
	أنثى	24	27.6%
	المجموع الكلي	87	100.0%
فئات العمر	من 25 إلى 34 سنة	3	3.4%
	من 35 إلى 44 سنة	3	3.4%
	من 45 إلى 54 سنة	12	13.8%
	من 55 إلى 64 سنة	24	27.6%
	من 65 إلى 74 سنة	18	20.7%
	75 سنة وما فوق	27	31.0%
	المجموع الكلي	87	100.0%

حيث كانت الغالبية العظمى من المرضى هم مرضى ذكور بنسبة 72.4% (63 مريض) ومتوسط أعمارهم 71.4 ± 10.8 ، بينما بلغت نسبة الإناث ضمن الدراسة الحالية 27.6% (24 مريضة) ومتوسط أعمارهن 50.6 ± 13.8 . حيث تبين أن 31% من المرضى كانت أعمارهم بين 75 و 87 سنة (أي إن الذروة كانت بعمر 75 سنة فما فوق)، أيضاً لوحظ وجود ذروة ثانية بعمر بين 55 و 64 سنة بنسبة 27.6% والمخطط التالي رقم (2) يوضح توزيع الإصابة بالسرطانة بين المرضى وفقاً للفئات العمرية.



ونسب التوزع النكس للآفات موضحة بالجدول التالي رقم(8) والمخطط رقم(5):

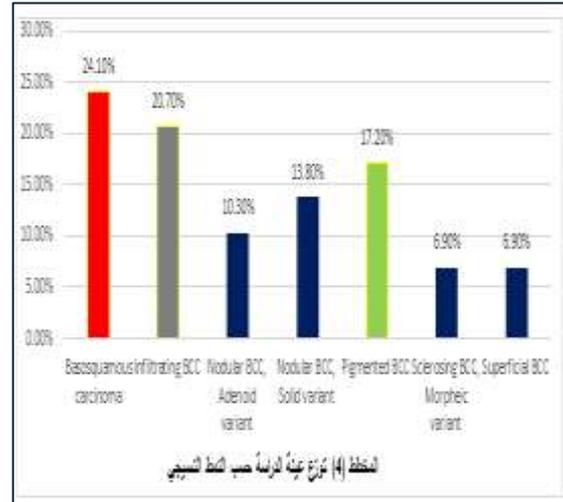
المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة المئوية
النكس المرضي Local Recurrence	Absent غائب	33	37.9%
	present موجود	54	62.1%
	المجموع الكلي	87	100.0%



دراسة علاقة النكس المرضي للسرطانة قاعدية الخلايا لدى المرضى بمجمل المتغيرات السريرية الإنذارية (كالموقع التشريحي للآفات المستأصلة) والباثولوجية المتوافرة (كحجم الورم والنمط النسيجي الباثولوجي للآفات المستأصلة) باستخدام اختبار مربع كاي وذلك لتقييم الاستقلال والارتباط.

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة المئوية
النمط النسيجي Histologic type	Basosquamous carcinoma	21	24.1%
	Infiltrating BCC	18	20.7%
	Nodular BCC, Adenoid variant	9	10.3%
	Nodular BCC, Solid variant	12	13.8%
	Pigmented BCC	15	17.2%
	Sclerosing BCC, Morpheic variant	6	6.9%
	Superficial BCC	6	6.9%
	المجموع الكلي	87	100.0%

حيث يوضح الجدول السابق أن الغالبية العظمى من الآفات هي سرطانة قاعدية الخلايا من نمط المختلط (الشائكي القاعدي) Basosquamous carcinoma بنسبة 24.1%، تلتها السرطانة قاعدية الخلايا النمط المرتشح Infiltrating BCC، ثم السرطانة قاعدية الخلايا النمط المصطبغ Pigmented BCC والشكل التالي رقم (7) يوضح توزع المرضى حسب النمط النسيجي الباثولوجي للسرطانة قاعدية الخلايا.



كما تمت متابعة المرضى لمدة ثلاث سنوات لتقييم النكس فكانت النتائج على النحو التالي كما هو موضح في الجدول رقم (4) حيث شوهد نكس الآفات لدى 62.1% من المرضى (54 حالة) بينما لم يحدث النكس بنسبة 37.9% (33 حالة)

ثانياً: دراسة علاقة النكس الموضعي بالنمط النسيجي الباثولوجي للسرطانة القاعدي الخلايا: وهي مبينة في الجدول التالي رقم(6)

النكس الموضعي		المتغير	الفئة	النمط النسيجي Histologic type
Local Recurrence present موجود	Absent غائب			
18 (85.7)	3 (14.3)		Basosquamous carcinoma	النمط النسيجي Histologic type
15 (83.3)	3 (16.7)		Infiltrating BCC	
3 (33.3)	6 (66.7)		Nodular BCC, Adenoid variant	
6 (50.0)	6 (50.0)		Nodular BCC, Solid variant	
6 (40.0)	9 (60.0)		Pigmented BCC	
6 (100.0)	0 (0.0)		Sclerosing BCC, Morpheic variant	
0 (0.0)	6 (100.0)		Superficial BCC	
P < 0.0001			P-value^a	

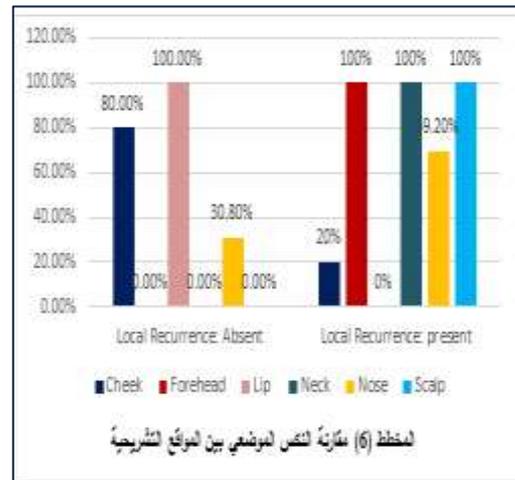
حيث أوضح الجدول أن معنوية الاختبار لدراسة العلاقة بين النكس الموضعي والنمط الباثولوجي النسيجي للآفات_ أصغر من مستوى الدلالة 0.05 أي إنه بثقة 95% يوجد علاقة حقيقية ذات دلالة إحصائية بين النكس الموضعي والمتغير المذكور آنفاً وبالتالي يوجد فروق حقيقية ذات دلالة إحصائية في النكس الموضعي بين مستويات هذا المتغير حيث تبين أن 100% من المصابين بالسرطانة قاعدية الخلايا المصلبة نمط القشيعية Sclerosing BCC, Morpheic Variant لديهم نكس موضعي وهي أعلى مقارنة مع نسب النكس في الأنماط النسيجية الأخرى وتلتها السرطانة القاعدية الخلايا النمط الشائكي قاعدي الخلايا بنسبة نكس بلغت 85.7%، ثم السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية النمط الصلد Nodular BCC, Solid Variant ثم النمط المصطبغ BCC ثم العقيدية النمط الغداني Nodular BCC, Adenoid Variant موضحة في الشكلين الباثولوجيين النسيجين التاليين رقم(4 و5) وأخيراً السرطانة القاعدية الخلايا السطحية في الشكل النسيجي رقم(6) Superficial BCC بنسب (50%، 40%، 33.3% و 0% على الترتيب). المخطط

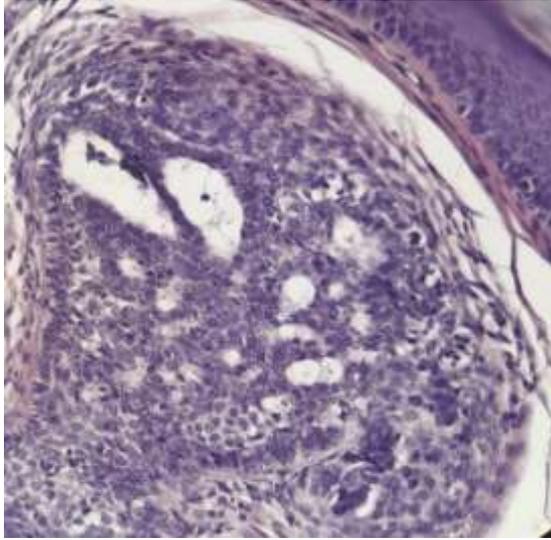
أولاً: العلاقة بين النكس الموضعي والموقع التشريحي للآفات المستأصلة:

وهي موضحة ضمن الجدول التالي رقم(5):

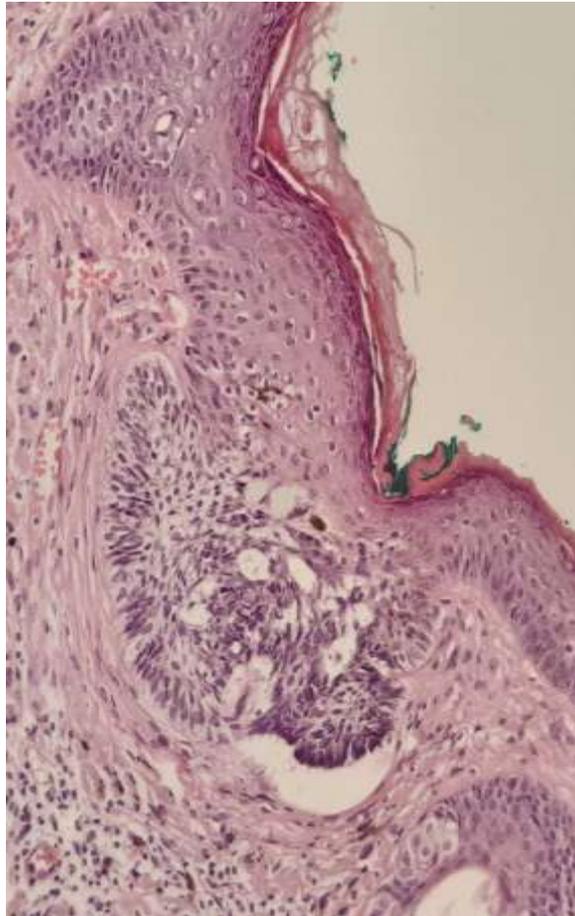
الجدول (5) العلاقة بين النكس الموضعي و الموقع التشريحي			
النكس الموضعي		المتغير	الفئة
Local Recurrence present موجود	Absent غائب		
3 (20.0)	12 (80.0)	الموقع التشريحي Anatomic site	Cheek
3 (100.0)	0 (0.0)		Forehead
0 (0.0)	3 (100.0)		Lip
12 (100.0)	0 (0.0)		Neck
27 (69.2)	12 (30.8)		Nose
6 (100.0)	0 (0.0)		Scalp
P < 0.0001			P-value^a

حيث تبين نتائج هذا الجدول أن معنوية الاختبار لدراسة العلاقة بين النكس الموضعي والموقع التشريحي_ أصغر من مستوى الدلالة 0.05، أي إنه بثقة 95% يوجد علاقة حقيقية ذات دلالة إحصائية بين النكس الموضعي والمتغير المذكور آنفاً وبالتالي يوجد فروق حقيقية ذات دلالة إحصائية في النكس الموضعي بين مستويات هذا المتغير حيث تبين أن 100% من المصابين بالسرطانة قاعدية الخلايا في العنق وفروة الرأس والجبهة لديهم نكس موضعي وهو أعلى مقارنة مع نسب النكس لدى المرضى المشخص لهم سرطانة قاعدية الخلايا في جلد الأنف حيث بلغت نسبتهم 69.2%، وتلتها كل من السرطانة المشخصة في الوجنة والشفة (بنسبة 20% و 0% على الترتيب). والمخطط التالي رقم(5) يوضح علاقة النكس بالموقع التشريحي للآفات المستأصلة.



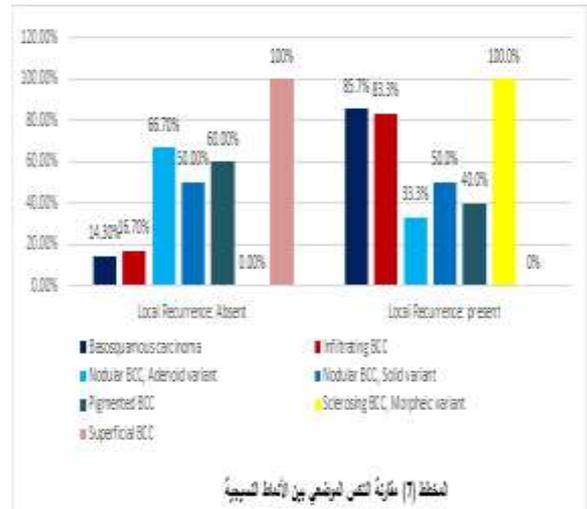


الشكل رقم(5): السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية النمط الغداني (قوة تكبير عالية)

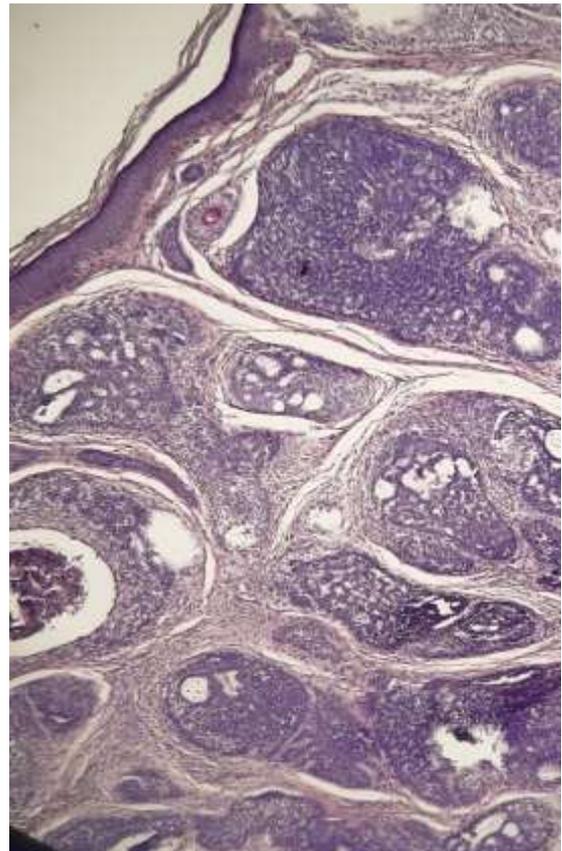


الشكل رقم(6): السرطانة قاعدية الخلايا السطحية

رقم(7) يظهر العلاقة بين النكس الموضعي والنمط النسيجي الباثولوجي للآفات.

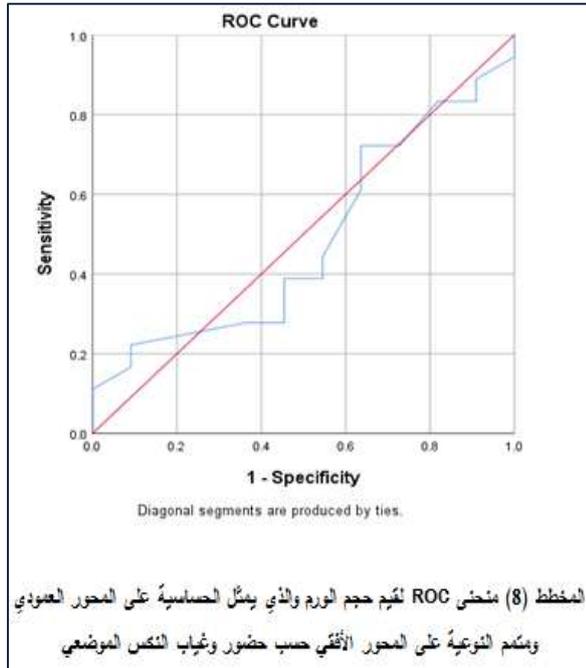


الأشكال النسيجية الباثولوجية رقم(4 و 5) للسرطانة القاعدية الخلايا العقيدية النمط الغداني Adenoid Variant.



الشكل رقم(4): السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية النمط الغداني (قوة تكبير منخفضة).

المشخص لهم سرطانة BCC) والنوعية (غياب النكس الموضعي للمرضى المشخص لهم سرطانة BCC) والمنحنى يأخذ الحساسية على المحور العمودي ومتمم النوعية (1- النوعية) على المحو الأفقي كما هو مبين في المخطط التالي رقم(8) والجدول رقم(8)



ثالثاً: دراسة العلاقة بين النكس الموضعي وحجم الورم:

حيث استخدم ارتباط سبيرمان Spearman correlation لدراسة هذه العلاقة كما هو موضح في الجدول التالي رقم(7)

الجدول (7): ارتباط النكس الموضعي بحجم الورم					
المتغير الأول	المتغير الثاني	N	ارتباط سبيرمان	P-value	الجوهرية
النكس الموضعي	حجم الورم mm	87	-0.026	0.814	NS

فتبين أن معنوية الاختبار 0.814 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي إنه بثقة 95% لا يوجد علاقة حقيقية ذات دلالة إحصائية بين النكس الموضعي وحجم الورم. كما أظهر تحليل الحساسية والنوعية لحجم الورم للتفريق بين حدوث النكس الموضعي أو غيابه عند مرضى السرطانة قاعدية الخلايا باستخدام منحنى ROC Curve ما يلي: حيث إن هذا المنحنى يظهر الحساسية (حدوث النكس الموضعي للمرضى

الجدول (8) المساحة تحت المنحنى وقيمة اختبار المعنوية حسب حضور وغياب النكس الموضعي عند مرضى السرطانة قاعدية الخلايا				
Test Result Variable(s):				
Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0.485	0.064	0.813	0.360	0.610

has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption
b. Null hypothesis: true area = 0.5

المجال الأضعف المصنف لدقة الاختبار المستخدم والمجال المقصود في هذه الحالة هو (0.50-0.60=Fail) وهذا يدعم عدم وجود علاقة بين النكس الموضعي وحجم الورم للسرطانة قاعدية الخلايا.

حيث يظهر الجدول السابق أن منحنى ROC Curve غير دال إحصائياً لأن معنوية الاختبار 0.813 أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي لا يمكن الأخذ بنتائجه فهو مضلل وغير مهم حيث بلغت المساحة تحت المنحنى 48.5% وهي دون

المنافشة:

السرطانة قاعدية الخلايا هي ورم ظهاري خبيث مع كمون خبيث منخفض، تتألف من خلايا تشبه طبقة الخلايا القاعدية في البشرة (Amini et al., 2021; LeBoit, 2006; Tanese et al., 2019)، كما تعتبر السرطانة قاعدية الخلايا النمط الأكثر تواتراً من السرطانات التي تحدث عند القوقازيين وحدوثه في ازدياد في كل البلدان كما ذكرت التقارير (Rubin et al., 2005; Tran et al., 2003).

تشكل السرطانة قاعدية الخلايا حوال 80% من كل سرطانات الجلد غير الميلانومية (Ascierto & Garbe, 2020). وهي أورام بطيئة النمو، من النادر أن تنتقل، ولكنها تسبب مشكلة حقيقية بسبب توضعها على الوجه وميلها للنكس وتتصف بتعدد البؤر وكمون للغزو وتدمير للنسج بشكل موضعي، كما تشكل مجموعة متغايرة من الأورام تتراوح بين أورام سطحية إلى أورام غازية بعمق والتي ربما تكو مهددة للحياة (Sterry, 2006; Tanese et al., 2019).

بعد دراسة فرضيات البحث تبين ما يلي:

- أوضحت دراستنا الحالية أن النمط النسيجي الأكثر شيوعاً هو المختلط (شائكي الخلايا وقاعدي الخلايا) بنسبة 24.1% والنمط العقيدي (الغداني والصلد) بنسبة متساوية وهي 24.1% أيضاً، وهذه النتيجة متقاربة مع نتائج دراسة (Sexton et al., 1990) حيث بلغت نسبة النمط المختلط 38.6% ثم النمط العقيدي 21% تلتها السرطانة القاعدية الخلايا السطحية بنسبة 17.4% بينما كانت نسبة السرطانة السطحية في دراستنا 6.9%.

- كما بينت الدراسة الحالية أن الأنف هو الموقع التشريحي الأكثر شيوعاً للسرطانة قاعدية الخلايا حيث بلغت 44.8% تلتها الوجنة كثاني المواقع التشريحية شيوعاً لتوضع السرطانة قاعدية الخلايا وهذا يتوافق مع دراسة (Kornevs et al., 2020).

كما بينت وجود علاقة ارتباط حقيقية ذات دلالة إحصائية بين النكس الموضعي للسرطانة قاعدية الخلايا والموقع التشريحي، وتبين أن السرطانة قاعدية الخلايا في العنق وفروة الرأس والجبهة هي المواقع التشريحية الأكثر نكساً مقارنة مع المواقع التشريحية الأخرى، بينما أشارت دراسة (Trakatelli et al., 2014) كون السرطانة القاعدية الخلايا في هذه المواقع التشريحية هي مواقع متوسطة الخطورة نسبةً للنكس وهي تلي السرطانة على الأنف وحول الفوهات في الرأس والتي تصنف كونها مواقع عالية الخطورة من حيث النكس الورمي وكذلك بينت دراسة (Kornevs et al., 2020) أن الأنف هو الموقع التشريحي الأكثر ميلاً للنكس وذلك عند قيمة $P < 0.001$ وهذه النتائج غير متطابقة مع نتائج دراستنا الحالية.

- كما بينت الدراسة وجود علاقة ارتباط حقيقية ذات دلالة إحصائية بين النكس الموضعي للسرطانة قاعدية الخلايا والنمط النسيجي، وتبين أن السرطانة قاعدية الخلايا المصلبة نمط الشيعة هي النمط النسيجي للسرطانة الأكثر نكساً مقارنة مع الأنماط النسيجية الباثولوجية الأخرى ويليه النمط المختلط بنسبة 85.7% وهذا يتطابق من نتائج دراسة (Trakatelli et al., 2014) ودراسة (Dandurand, Petit, Martel, & Guillot, 2006) والتي صنفت هذا النمط أيضاً كنمط عدواني وعالي الخطورة من حيث ميله للنكس ولكن تليه السرطانة الارتشاحية Infiltrating BCC وكذلك بينت دراسة (Kornevs et al., 2020) أن النمط المختلط هو النمط النسيجي الباثولوجي الأكثر ميلاً للنكس عند قيمة $P < 0.001$.

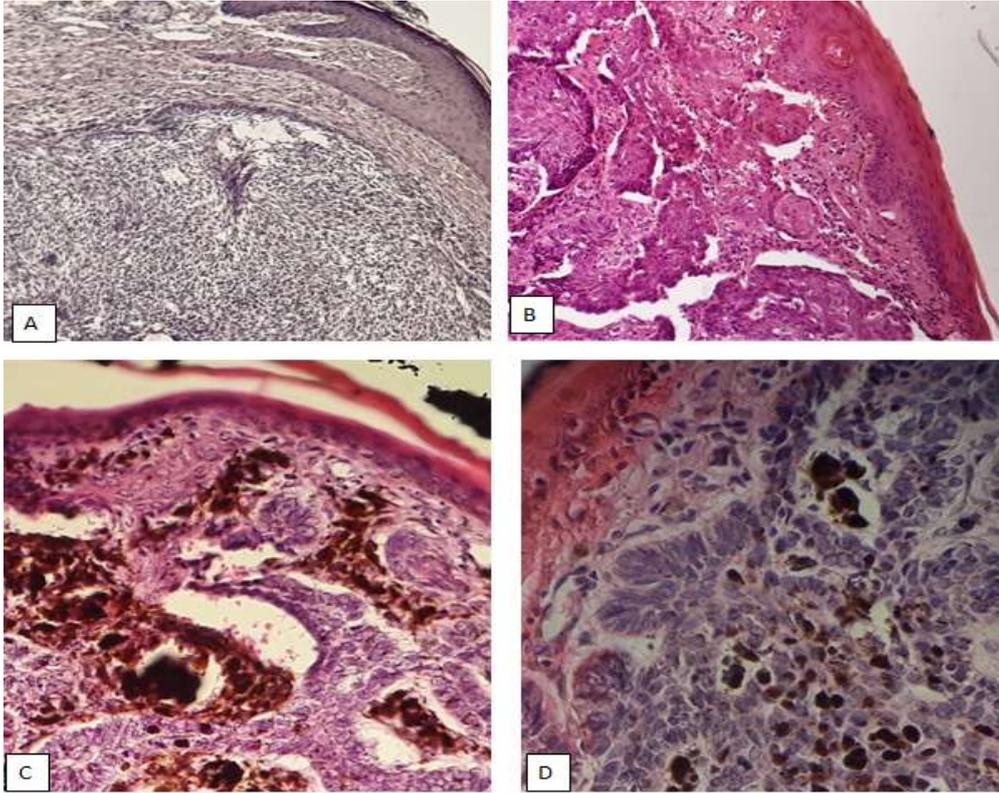
- كما أوضحت الدراسة الحالية عدم وجود علاقة ارتباط حقيقية ذات دلالة إحصائية بين النكس الموضعي للسرطانة قاعدية الخلايا وحجم الورم بينما دلت دراسة (Trakatelli et al., 2014) كون حجم الورم هاماً لتقدير اختطار النكس الورمي ولا سيما في

الخلاصة:

إنه من المهم أن نقيم عوامل الاختطار كالنمط النسيجي الباثولوجي للسرطانة قاعدية الخلايا والموقع التشريحي كونها تتوافق مع معدلات أعلى للنكس. وإن تقييم هذه العوامل بالإضافة لتقييم الآفة قبل العلاج (كحواف الآفة والعلاج الأولي وكفايته والحواف الجراحية وغيرها من العوامل الأخرى) سوف يمكننا من صياغة خطة علاج أفضل ومعرفة الجوانب الإنذارية في كل حالة.

النمط العقيدي وأيضاً لوحظ ذات النتيجة في دراسة (Kornevs *et al.*, 2020) وهذا غير متطابق مع نتائج دراستنا الحالية.

قد يعود الاختلاف بين النتائج من جهة لاختلاف حجم العينة المدروسة بين الدراسة الحالية والدراسات الأخرى واختلاف نسب العينات حسب المتغيرات المدروسة بين الدراسة الحالية والدراسات الأخرى وقد يخضع أيضاً لعوامل أخرى كالموقع الجغرافي وكثافة وشدة التعرض لأشعة الشمس ولعوامل جينية ولأسباب متعلقة بالآفة نفسها كحواف الآفة وتحددتها وقصور العلاج السابق للآفات المستأصلة.

بعض الأنماط النسيجية الباثولوجية للسرطانة قاعدية الخلايا من الدراسة الحالية:

الشكل (7): A: السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية من النمط الصلب

B: السرطانة قاعدية الخلايا من النمط المختلط

C+D: السرطانة قاعدية الخلايا من النمط المصطبغ

الفهارس:

1-فهرس الجداول الواردة ضمن البحث:

الجدول (1)	توزع المرضى حسب الجنس والعمر
الجدول (2)	توزع المرضى حسب الموقع التشريحي
الجدول (3)	توزع المرضى حسب النمط النسيجي
الجدول (4)	توزع المرضى حسب حدوث النكس الموضعي
الجدول (5)	العلاقة بين النكس الموضعي و الموقع التشريحي
الجدول (6)	العلاقة بين النكس الموضعي والنمط النسيجي
الجدول (7)	ارتباط النكس الموضعي بحجم الورم
الجدول (8)	المساحة تحت المنحنى وقيمة اختبار المعنوية حسب حضور وغياب النكس الموضعي عند مرضى السرطانة قاعدية الخلايا

2-فهرس بالمخططات الواردة ضمن البحث:

المخطط (1)	توزع عينة الدراسة حسب الجنس
المخطط (2)	توزع عينة الدراسة حسب الفئات العمرية
المخطط (3)	توزع عينة الدراسة حسب الموقع التشريحي للآفات
المخطط (4)	توزع عينة الدراسة حسب النمط النسيجي للآفات
المخطط (5)	توزع عينة الدراسة حسب حضور وغياب النكس الموضعي للآفات
المخطط (6)	مقارنة النكس الموضعي بين المواقع التشريحية
المخطط (7)	مقارنة النكس الموضعي بين الأنماط النسيجية
المخطط (8)	منحنى ROC لحجم الورم والذي يمثل الحساسية على المحور العمودي ومتمم النوعية على المحور الأفقي حسب حضور وغياب النكس الموضعي

3-فهرس الصور النسيجية الباثولوجية الواردة ضمن البحث الحالي:

الشكل رقم (1)	تكاثر لخلايا مشببه بالخلايا القاعدية.
الشكل رقم (2)	الاصطفاف السياجي للخلايا الورمية على الحدود في المنطقة المحيطة.
الشكل رقم (3)	الشقوق الصناعية بين الخلايا الورمية والسدى الورمي.
الشكل رقم (4)	السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية، النمط الغداني (قوة تكبير منخفضة).
الشكل رقم (5)	السرطانة قاعدية الخلايا العقيدية النمط الغداني (قوة تكبير عالية)
الشكل رقم (6)	السرطانة قاعدية الخلايا السطحية
الشكل رقم (7)	A+B+C+D: أنماط مختلفة للسرطانة القاعدية الخلايا

References

1. Amini, A., Freeman, M., Melstrom, L., Margolin, K. A., Parekh, V., Abdulla, F. R., . . . Oncology, C. (2021). Pathologic complete response with radiation and vismodegib in a patient with advanced basal cell carcinoma: A case report. 14(3), 1-1.
2. Ascierto, P. A., & Garbe, C. (2020). Updates and new perspectives in nonmelanoma skin cancer therapy: highlights from 'Immunotherapy Bridge'. In: Future Medicine.
3. Dandurand, M., Petit, T., Martel, P., & Guillot, B. J. E. J. o. D. (2006). Management of basal cell carcinoma in adults Clinical practice guidelines. 16(4), 394-401.
4. Kornevs, E., Apse, I. A., Safronovs, T. J., Krastiņa, A., Papparde, A., Lauskis, G., & Salms, G. J. S. (2020). Basal Cell Carcinoma. Analysis of 395 cases localized in the neck, ear and nose region.
5. LeBoit, P. E. (2006). Pathology and genetics of skin tumours (Vol. 6): IARC.
6. Meyer, T., Sand, M., Schmitz, L., & Stockfleth, E. (2021). The Role of Circular RNAs in Keratinocyte Carcinomas. Cancers 2021, 13, 4240. In: s Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published
7. Ransohoff, K. J., Jaju, P. D., Tang, J. Y., Carbone, M., Leachman, S., & Sarin, K. Y. J. J. o. t. A. A. o. D. (2016). Familial skin cancer syndromes: Increased melanoma risk. 74(3), 423-434.
8. Rippey, J. J. H. (1998). Why classify basal cell carcinomas? , 32(5), 393-398.
9. Rubin, A. I., Chen, E. H., & Ratner, D. J. N. E. J. o. M. (2005). Basal-cell carcinoma. 353(21), 2262-2269.
10. Schierbeck, J., Vestergaard, T., & Bygum, A. J. A. D. V. (2019). Skin cancer associated genodermatoses: a literature review. 99(4), 360-369.
11. Sexton, M., Jones, D. B., & Maloney, M. E. J. J. o. t. A. A. o. D. (1990). Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma: study of a series of 1039 consecutive neoplasms. 23(6), 1118-1126.
12. Sterry, W. J. E. J. o. D. (2006). Guidelines: the management of basal cell carcinoma. 16(5), 467-475.
13. Tanese, K., Nakamura, Y., Hirai, I., & Funakoshi, T. J. F. i. m. (2019). Updates on the systemic treatment of advanced non-melanoma skin cancer. 6, 160.
14. Trakatelli, M., Morton, C., Nagore, E., Ulrich, C., Del Marmol, V., Peris, K., & Basset-Seguin, N. J. E. J. o. D. (2014). Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management. 24(3), 312-329.
15. Tran, H., Chen, K., & Shumack, S. J. B. J. o. D. (2003). Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. 149, 50-52.
16. Vantuchova, Y., & Curik, R. J. S. M. (2006). Histological types of basal cell carcinoma. 79(5-6), 261-270.

