

بررسی فراوانی و کلینیک و پاتولوژیک ضایعات لب بر اساس بیوپسی

منصور مقیمی^۱، پگاه کمال^{۱*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: هدف از این مطالعه توصیف خصوصیات کلینیکوپاتولوژیک ضایعات لب جهت شناسایی زودرس و درمان مناسب بیماران می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه، یک مطالعه توصیفی و مقطعی بر روی ۱۵۸ بیمار با ضایعات لب می‌باشد که اطلاعات آن‌ها در بیمارستان شهید صدوقی از سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۱ ثبت شده است و تحت بیوپسی قرار گرفته‌اند. سپس داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS version 16 و آزمون مربع کای و آزمون دقیق فیشر Chi-Square و Fisher's Exact Test تحلیل شد. در این مطالعه P کمتر ۰/۰۵ معنی دار تلقی شد.

نتایج: این مطالعه بر روی ۱۵۸ بیمار (۷۷ مرد و ۸۱ زن) با محدوده سنی ۴ تا ۹۳ سال انجام شد. ۴۴ بیمار مبتلا به ضایعات بدخیم و ۱۱۴ بیمار دارای ضایعه خوش‌خیم بودند. شایع‌ترین بدخیمی در این بیماران اسکواموس سل کارسینوما و در مرحله بعد بازال سل کارسینوما بود. در میان ضایعات خوش‌خیم، آسیب‌های واکنشی، تومورهای خوش‌خیم و ضایعات التهابی به ترتیب شایع‌ترین موارد بودند.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین جراحات لب به‌طور کلی تومورهای خوش‌خیم با درگیری لب تحتانی بودند. به‌علاوه، شیوع ضایعات بدخیم با افزایش سن رابطه مستقیم داشت. به این منظور در هر فرد مسن با ضایعه لب، ابتدا باید ضایعات بدخیم به‌خصوص اسکواموس سل کارسینوما رد شود.

واژه‌های کلیدی: ضایعات لب، بازال سل کارسینوما، اسکواموس سل کارسینوما، هیستوپاتولوژی

ارجاع: مقیمی منصور، کمال پگاه. بررسی فراوانی و کلینیک و پاتولوژیک ضایعات لب بر اساس بیوپسی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد؛ ۱۴۰۰؛ ۲۹ (۵): ۵۶-۳۷۴۶.

۱- گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۳۵۳۴۲۷۰، پست الکترونیکی: pegah_kml@yahoo.com، صندوق پستی: ۸۹۱۵۷۸۶۹۹۸

کانسرهای لب را تشکیل می‌دهند. تومورهای لب تحتانی و محل اتصال دو لب به ترتیب ۹۰-۹۸٪ و کمتر از ۱٪ کل کانسرهای لب را تشکیل می‌دهند بیشتر از ۳۳٪ بیماران مبتلا به کانسر لب، دارای مشاغل در هوای آزاد هستند و باعث شده مدت طولانی در معرض نور خورشید باشند که فاکتور مهمی برای کانسر لب است. لب‌ها به علت فقدان لایه پیگمانته محافظ، مستعد تغییرات فعال هستند. اسکواموس سل کارسینوما و بازال سل کارسینوما شایع‌ترین تومورهای لب هستند (۱۱، ۱۰) و بیشترین شیوع در مردان سفید پوست با میانگین سنی ۵۰ سال گزارش شده است. کانسر لب حدود ۰/۶٪ تمام کانسرهای لب در آمریکا به خود اختصاص داده است. ریسک فاکتورهای کانسر لب مواجهه با آفتاب و مصرف الکل و تنباکو است و شاید این‌ها دلیل بیشتر بودن کانسر لب در مردان باشد (۱۲). ضایعات لب از نظر شیوع و تظاهرات بالینی با ضایعه مشابه آن بر روی پوست تفاوت دارند و تشخیص این ضایعات نیازمند اطلاعات و تجربه کلینیکوپاتولوژیک کافی می‌باشد. از طرفی تشخیص سریع، به موقع و اقدام درمانی مناسب موجب افزایش طول عمر و حتی عمر طبیعی بیمار خواهد شد. از این رو جهت درمان ضایعات بدخیم لب از رادیوتراپی در افراد مسن و برداشتن تومور با حاشیه کافی در افراد جوان‌تر و در بعضی موارد از داروهای اینترفرون آلفا و کرم ایمیکویمود استفاده می‌شود. در ضایعات خوش‌خیم از لیزر، کرایوسرجری، برداشتن کامل ضایعه و داروهایی از قبیل کورتیکواستروئید و آنتی‌بیوتیک استفاده می‌شود (۱۳). با توجه به کویری بودن و تابش شدید نور خورشید در استان یزد که یکی از مهم‌ترین ریسک فاکتورهای کانسر لب می‌باشد. هم‌چنین عدم بررسی هم‌زمان ضایعات خوش‌خیم و بدخیم لب در استان یزد، نادر بودن مطالعه در ایران و آسان‌تر شدن برخورد اولیه تشخیصی با دانستن شایع‌ترین ضایعات لب و علائم بالینی آن‌ها در استان یزد، تصمیم گرفتیم توزیع فراوانی و یافته‌های کلینیکوپاتولوژیک ضایعات لب را در بین بیماران مورد بررسی قراردادده و راه‌کارهای تازه ای را در جهت پیشگیری درمان و جلوگیری از عود این ضایعات تا حد امکان ارائه دهیم.

لب‌ها محلی برای بروز ضایعات خوش‌خیم و بدخیم متنوعی هستند. ضایعات لب در طیف وسیعی از بیماری‌های ارثی و اکتسابی ایجاد می‌گردند. درگیری لب در جریان بیماری‌های اکتسابی ممکن است ناشی از بیماری‌های پوستی و یا به عنوان قسمتی از علائم بالینی بیماری‌های سیستمیک و نیز عارضه‌ای از مصرف دخانیات باشد. در مواردی درگیری لب اولین علامت از یک بیماری سیستمیک است و تعدادی از ضایعات پاتولوژیک نیز منحصر به لب هستند. شرایط آب و هوایی و اشعه ماورابنفش هم‌چنین مصرف دخانیات به‌علت ایجاد تغییرات حرارتی و شیمیایی از علل آسیب به لب هستند (۳-۱). وضعیت خاص آناتومیک لب سبب تنوع و تغییر شکل بالینی ضایعات در این ناحیه شده و تعدادی از این ضایعات تمایل به بدخیمی دارند. شبکه لنفاوی وسیع در لب موجب گسترش و متاستاز سریع بدخیمی‌ها در این ناحیه می‌شود که می‌تواند منجر به ناتوانی و حتی مرگ و میر در افراد مبتلا شود (۴، ۵). شایع‌ترین ضایعه خوش‌خیم در کامیشور، فیبروما، در لب تحتانی: کراتوز فعال و در لب فوقانی: خال اینترادرمال است (۶). از طرفی فراوانی ضایعات خوش‌خیم بسته به نوع ضایعه در مرد و زن متفاوت هستند (۷). در زن‌ها همانژیوما، فیبروما و خال اینترا درمال بیشترین فراوانی را دارند و در مردان شایع‌ترین ضایعه کراتوز فعال است. در مطالعه اپیدمیولوژی و هیستولوژی کانسر لب انجام شده توسط Géraud و همکارانش در سال ۲۰۱۲ نشان داده شد که تعداد زنان مبتلا به تومور لب فوقانی و تعداد مردان مبتلا به تومور لب تحتانی بیشتر از مطالعات قبلی است و هم‌چنین برخلاف کتب مرجع، شایع‌ترین محل درگیری ضایعات بدخیم در این مطالعه لب فوقانی بود (۸). در مطالعه Silapunt و همکارانش در سال ۲۰۰۴، برخلاف مطالعات قبلی درگیری بازال سل کارسینوما در مردان و زنان یکسان گزارش شد (۹). کانسر لب غالباً از حاشیه مرزی که در تماس با لب فوقانی نمی‌باشد و در معرض نور خورشید است، منشأ می‌گیرد. تومورهای لب فوقانی غالباً در نزدیکی خط وسط ایجاد می‌شوند که حدود ۸-۲٪ کل

روش بررسی

این مطالعه به صورت گذشته نگر و توصیفی -تحلیلی از مطالعه پرونده‌های پاتولوژی بیماران ارجاع شده به بیمارستان شهید صدوقی یزد که در بین سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۸۷ تحت بیوپسی لب قرار گرفته‌اند، انجام شد. در این مطالعه افراد مراجعه کننده به دپارتمان درماتولوژی با محدوده سنی ۹۳-۴ سال با علائم بالینی ندول، زخم، خون ریزی، پوسته ریزی، خارش، درد، پلاک اریتماتو و هایپرپیگمانتاسیون در ناحیه لب که تحت بیوپسی لب قرار گرفتند به مطالعه وارد شدند و در صورت عدم دسترسی به بیمار و یا عدم تمایل به همکاری جهت تکمیل اطلاعات از مطالعه خارج شدند. تهیه مقاطع بافتی از نمونه‌های ارسالی از دپارتمان درماتولوژی با تشخیص کلینیکال ضایعات خوش خیم و بدخیم لب طی مراحل پایدارسازی با فرمالین ۱۰٪، طبق روش‌های معمول تهیه مقاطع آسیب‌شناسی و رنگ آمیزی هماتوکسیلین- ائوزین صورت گرفته، سپس تشخیص هیستوپاتولوژیک نهایی توسط یک متخصص پاتولوژی توسط میکروسکوپ نوری مدل labomed lx 500 با عدسی‌های ۴،۱۰ و ۴۰ انجام شد. در نهایت بر اساس سن، جنس، علائم بالینی و محل آناتومیک ضایعه پرسش‌نامه‌ای تنظیم گردیده و با توجه به اطلاعات و داده‌های موجود در پرونده‌های ارجاع شده به بخش پاتولوژی بیمارستان شهید صدوقی و تماس با بیماران پرسش‌نامه تکمیل گردید.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS version 16 و آزمون مربع کای و آزمون دقیق فیشر Chi- Square و Fisher's Exact Test تحلیل شد. در این مطالعه P کمتر ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تایید شده است.

نتایج

در این مطالعه که در یک دوره ۵ ساله انجام شد، ۱۵۸ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان شهید صدوقی یزد شامل ۷۷ مرد و ۸۱ زن با محدوده سنی ۹۳-۴ سال مورد بررسی قرار گرفتند.

۷۲/۱۵٪ از ضایعات مورد بررسی خوش خیم و ۲۷/۸۵٪ از آن‌ها بدخیم بودند. در بین ضایعات بدخیم اسکواموس سل کارسینوما با ۵۴/۵٪ بیشترین فراوانی و در بین ضایعات خوش خیم آسیب‌های واکنشی با ۵۳/۵٪ بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. بیشترین فراوانی در ضایعات خوش خیم در گروه سنی ۴۰-۱ و در ضایعات بدخیم در گروه سنی ۷۰-۴۱ سال است. ارتباط معناداری بین گروه‌های سنی و انواع ضایعات خوش خیم و بدخیم وجود ندارد (جدول ۱). فراوانی ضایعات خوش خیم لب در زنان و فراوانی ضایعات بدخیم در مردان بیشتر است. ارتباط معناداری بین انواع ضایعات خوش خیم و جنسیت وجود دارد بدین صورت که تومور خوش خیم، ضایعات التهابی و خال اینترادرمال به صورت معناداری در زنان و آسیب‌های واکنشی و پیش سرطانی در مردان بیشتر است (جدول ۲). $P=0/035$ بیشترین فراوانی ضایعات خوش خیم در لب تحتانی (۷۱/۱٪) و بیشترین فراوانی ضایعات بدخیم در لب فوقانی (۶۶/۶۶٪) است. ارتباط معناداری بین انواع ضایعات بدخیم و محل درگیری وجود دارد، بدین صورت که اسکواموس سل کارسینوما در لب تحتانی و بازال سل کارسینوما در لب فوقانی به صورت معناداری بیشتر است ($P<0/0001$) توزیع فراوانی انواع ضایعات خوش خیم و بدخیم لب بر حسب محل درگیری در جدول ۳ نشان داده شده است. بر اساس P‌های به دست آمده ندول و هایپرپیگمانتاسیون در خال اینترا درمال، خون ریزی در تومور خوش خیم و پوسته ریزی در ضایعات پیش سرطانی به صورت معناداری بیشتر است. هم چنین زخم به صورت معناداری در ضایعات بدخیم و خوش خیم بیشتر است ($P<0/0001$) اما تفاوت معناداری بین انواع ضایعات بدخیم با سایر علائم بالینی وجود ندارد (جدول ۴). تومورهای خوش خیم لب شامل همانژیوما، کراتو آکانتوما، پلئومورفیک آدنوما، لنفانژیوما و پیلوماتریکوما می‌باشند که همانژیوما با ۵۹/۱٪ بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است (نمودار ۱). توزیع فراوانی آسیب‌های واکنشی لب شامل موکوسل، واکنش به جسم خارجی، پیوژنیک گرانولوما، واکنش بافتی لیکنوئید، تروماتیک فیبروما، فیبروایپلیال هایپرپلازی و تروماتیک نوروما

در نمودار ۲ نشان داده شده است که بیشترین فراوانی مربوط به موکوسل با ۱/۴۹٪ می‌باشد. ضایعات پیش سرطانی شامل اکتینیک شیلاتیس و لیکنوئید دیسپلازی می‌باشند که اکتینیک شیلاتیس با ۷۱/۴۲٪ بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. در ضایعات التهابی لب سندرمد شوگرن با ۶۴/۸٪ بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است (نمودار ۳).

جدول ۱: تعیین و مقایسه توزیع فراوانی گروه‌های سنی در انواع ضایعات خوش‌خیم و بدخیم لب

سن (سال)	۱-۴۰ (سال)	۴۱-۷۰ (سال)	>۷۱ (سال)
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
اسکواموس سل کارسینوما	۳ (۳۷/۵٪)	۱۰ (۵۲/۶٪)	۱۱ (۶۴/۷٪)
بازال سل کارسینوما	۵ (۶۲/۵٪)	۹ (۴۷/۴٪)	۶ (۳۵/۳٪)
جمع کل	۸ (۱۰۰٪)	۱۹ (۱۰۰٪)	۱۷ (۱۰۰٪)
P	۰/۴۳۳	۰/۴۳۳	۰/۴۳۳
آسیب‌های واکنشی	۳۸ (۶۵/۵٪)	۱۹ (۴۱/۳٪)	۴ (۴۰٪)
تومورهای خوش‌خیم	۹ (۱۵/۵٪)	۱۰ (۲۱/۷٪)	۳ (۳۰٪)
ضایعات التهابی	۷ (۱۲/۱٪)	۱۱ (۲۳/۹٪)	۱ (۱۰٪)
خال اینترادرمال	۳ (۵/۲٪)	۱ (۲/۲٪)	۱ (۱۰٪)
ضایعات پیش بدخیم	۱ (۱/۷٪)	۵ (۱۰/۹٪)	۱ (۱۰٪)
جمع کل	۵۸ (۱۰۰٪)	۴۶ (۱۰۰٪)	۱۰ (۱۰۰٪)
p-	۰/۱۵۷	۰/۱۵۷	۰/۱۵۷

بر حسب آزمون Fisher's Exact Test ارتباط معناداری بین گروه‌های سنی با انواع ضایعات خوش‌خیم و بدخیم وجود ندارد.

جدول ۲: تعیین و مقایسه توزیع فراوانی گروه‌های جنسی در انواع ضایعات خوش‌خیم و بدخیم لب

جنسیت	مرد تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)
اسکواموس سل کارسینوما	۱۶ (۵۳/۵٪)	۸ (۵۷/۱٪)
بازال سل کارسینوما	۱۴ (۴۶/۷٪)	۶ (۴۲/۹٪)
جمع کل	۳۰ (۱۰۰٪)	۱۴ (۱۰۰٪)
P	۰/۸۱۳	۰/۸۱۳
آسیب‌های واکنشی	۲۹ (۶۱/۷٪)	۳۲ (۴۷/۸٪)
تومورهای خوش‌خیم	۹ (۱۹/۲٪)	۱۳ (۱۹/۴٪)
ضایعات التهابی	۴ (۸/۵٪)	۱۵ (۲۲/۳٪)
خال اینترادرمال	۰ (۰٪)	۵ (۷/۵٪)
ضایعات پیش بدخیم	۵ (۱۰/۶٪)	۲ (۳٪)
جمع کل	۴۷ (۱۰۰٪)	۶۷ (۱۰۰٪)
p-	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵

بر حسب آزمون Fisher's Exact Test ارتباط معنادار برای ضایعات خوش‌خیم و طبق آزمون Chi-Square عدم ارتباط معنادار برای ضایعات بدخیم با جنسیت گزارش شد.

جدول ۳: تعیین و مقایسه توزیع فراوانی انواع ضایعات خوش خیم و بدخیم لب بر حسب محل درگیری

محل درگیری	لب بالا تعداد(درصد)	لب پایین تعداد(درصد)
اسکواموس سل کارسینوما	۹ (۳۲/۲)	۱۴ (۱۰۰)
بازال سل کارسینوما	۱۹ (۶۷/۸)	۰ (۰)
جمع کل	۲۸ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)
P	P<۰/۰۰۰۱	P<۰/۰۰۰۱
آسیب‌های واکنشی	۱۷ (۵۱/۵)	۴۴ (۵۴/۴)
تومورهای خوش خیم	۸ (۲۴/۲)	۱۴ (۱۷/۷)
ضایعات التهابی	۲ (۶/۱)	۱۷ (۲۰/۳)
خال اینترادرمال	۴ (۱۲/۱)	۱ (۱/۳)
ضایعات پیش بدخیم	۲ (۶/۱)	۵ (۶/۳)
جمع کل	۳۳ (۱۰۰)	۸۱ (۱۰۰)
p-	۰/۱۷۱	۰/۱۷۱

بر حسب آزمون Fisher's Exact Test ارتباط معنادار برای ضایعات بدخیم و عدم ارتباط معنادار برای ضایعات خوش خیم با محل درگیری گزارش شد.

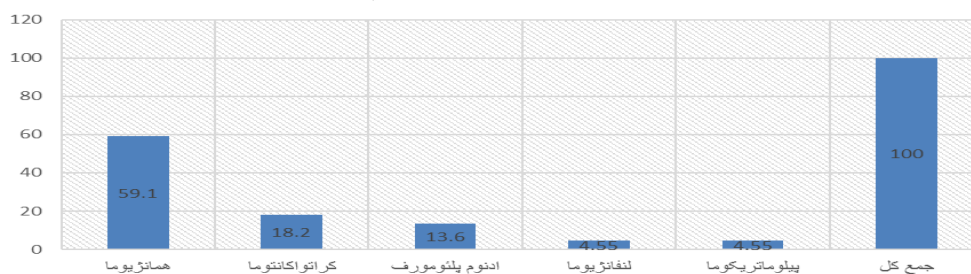
جدول ۴: تعیین و مقایسه توزیع فراوانی انواع ضایعات خوش خیم و بدخیم لب بر حسب علائم بالینی

علائم بالینی	ندول تعداد(درصد)	هایپرپیگمانتاسیون تعداد(درصد)	خونریزی تعداد(درصد)	پوسته ریزی تعداد(درصد)	درد تعداد(درصد)	خارش تعداد(درصد)	زخم تعداد(درصد)	پلاک اریتماتو تعداد(درصد)
تومورهای خوش خیم	۵ (۶۸/۲)	۱ (۴۰/۹)	۵ (۲۲/۷)	۵ (۲۲/۷)	۴ (۱۸/۲)	۳ (۱۳/۶)	۳ (۱۳/۶)	۳ (۱۳/۶)
آسیب‌های واکنشی	۹ (۸۰/۳)	۳ (۴/۹)	۲ (۳/۳)	۳ (۳/۳)	۱۳ (۲۱/۳)	۳ (۴/۹)	۴ (۶/۶)	۳ (۴/۹)
ضایعات پیش بدخیم	۲ (۲۸/۶)	۱ (۱۴/۳)	۰	۲ (۲۸/۶)	۱ (۱۴/۳)	۰	۲ (۲۸/۶)	۲ (۲۸/۶)
ضایعات التهابی	۲ (۱۰/۵)	۰	۱ (۵/۳)	۱ (۵/۳)	۱ (۵/۳)	۰	۲ (۱۰/۵)	۲ (۱۰/۵)
خال اینترادرمال	۵ (۱۰۰)	۵ (۱۰۰)	۰	۰	۲ (۴۰)	۰	۰	۰
جمع کل	۶۴	۷ (۱۵/۸)	۸ (۷)	۸ (۸/۸)	۲۱ (۱۸/۴)	۶ (۵/۳)	۱ (۶)	۱۰ (۸/۸)
P	P<۰/۰۰۰۱	P<۰/۰۰۰۱	۰/۰۳۱	۰/۰۱۸	۰/۳۸۵	۰/۳۰۵	۰/۳۴۳	۰/۲۱۷
اسکواموس سل کارسینوما	۲ (۵۰)	۱ (۱۰/۵)	۳ (۱۲/۵)	۳ (۱۲/۵)	۴ (۱۶/۷)	۵ (۲۰/۸)	۱ (۵۸/۳)	۱ (۴/۲)

بازال سل کارسینوما	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۸	۱	۱	۶۰٪	P
جمع کل	۲	۴	۶	۵	۴	۷	۱	۱	۲	۴	۲۵٪	۵۴/۵٪	۰/۵۸۰		
	۰/۵۸۳	۰/۵۸۰	۰/۱۹۸	۰/۳۵۶	۰/۶۱۴	۰/۶۸۴	۰/۰۷۸	۰/۵۸۰							

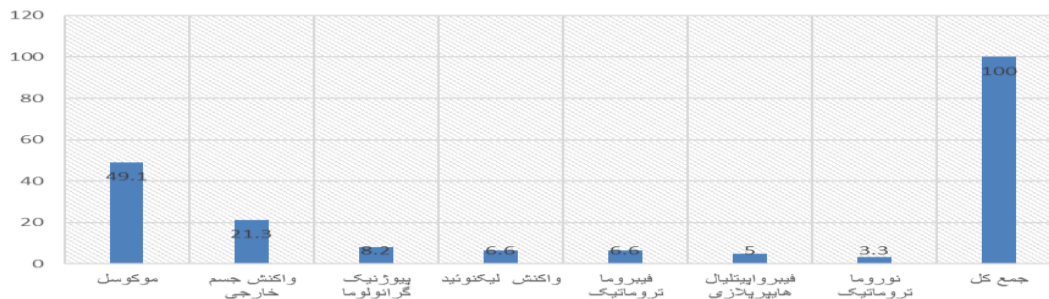
برای بررسی ارتباط بین Chi-Square و Fisher's Exact Test از آزمون انواع ضایعات خوش خیم و بدخیم با علائم بالینی استفاده شده است.

تومورهای خوش خیم



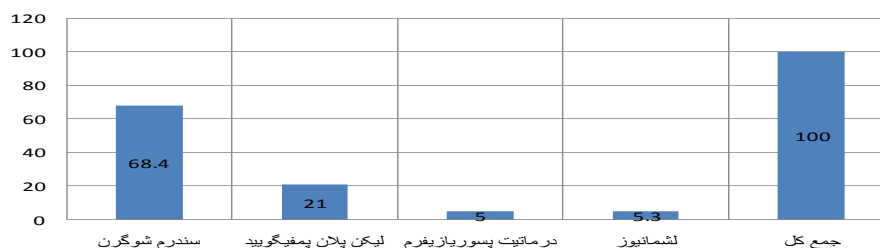
نمودار ۱: درصد توزیع فراوانی انواع تومور های خوش خیم

آسیب های واکنشی



نمودار ۲: درصد توزیع فراوانی انواع آسیب های واکنشی درصد توزیع فراوانی انواع ضایعات التهابی (۳)

ضایعات التهابی



نمودار ۳: درصد توزیع فراوانی انواع آسیب های التهابی

متعلق به گروه سنی ۴۰ سال و کمتر است که تقریباً با آمار کتب مرجع هم‌خوانی دارد که بیشترین فراوانی این ضایعات را در سنین کمتر از ۵۰ سال دانسته است (۶). بیشترین فراوانی در ضایعات بدخیم مربوط به گروه سنی ۷۰-۴۱ است که تقریباً مشابه مطالعه انجام شده در ایتالیا است که بیشترین فراوانی ضایعات بدخیم را سنین ۴۵ سال و بیشتر گزارش کردند (۱۶). در مطالعه جراد در آلمان بیشترین فراوانی در دهه ۸-۹ گزارش شده است که احتمالاً به دلیل شرایط بهداشتی، اقتصادی بهتر و هرم سنی آن ناحیه است و شاید در منطقه ما افراد مسنی که دچار ضایعات لب می‌شوند مراجعه کمتر به پزشک دارند (۸). در این بررسی برای ضایعات بدخیم، لب بالا (۶۶/۶۶٪) شایع‌ترین مکان است که مشابه مطالعه انجام شده در آلمان (۵۴٪ ضایعات بدخیم در لب بالا) است، البته لب تحتانی در کتب مرجع شایع‌ترین محل درگیری گزارش شده است و در این مطالعه هیچ عاملی برای توجیه فراوانی ضایعات بدخیم در لب فوقانی پیدا نکردیم (۶). در این مطالعه ضایعات خوش‌خیم در لب تحتانی بیشتر است که با مطالعه انجام شده در یونان (۵۶/۴۲٪ هم‌خوانی دارد که شاید به این دلیل است که لب تحتانی بیشتر در معرض تروما و عوامل محرک محیطی قرار دارد (۶). در این بررسی شایع‌ترین بدخیمی لب از نوع اسکواموس سل کارسینوما با فراوانی ۵۴/۵٪ ضایعات است. فراوانی این تومور در کشور مکزیک (۵۹/۳٪) تقریباً مشابه آمار ما و در آلمان با فراوانی ۴۱٪ به‌عنوان دومین بدخیمی لب گزارش شد (۸، ۱۵، ۱۶). فراوانی این تومور در سنین ۷۱ سال و بالاتر بیشتر از سایر سنین بود که مشابه گزارش کتب مرجع است که فراوانی این تومور را در افراد مسن بیشتر دانسته است. (۶، ۱۸). هم‌چنین در مطالعه ما میزان رخداد اسکواموس سل کارسینوما در لب تحتانی بیشترین فراوانی را دارد که با آمار کتب مرجع و سایر مطالعات انجام شده در کشورهای ایتالیا، آلمان و مکزیک هم‌خوانی دارد (۱۶، ۱۵، ۸، ۶). در این بررسی شایع‌ترین علامت بالینی

این مطالعه بر روی ۱۵۸ بیمار با ضایعات خوش‌خیم و بدخیم لب در طی ۵ سال انجام شد، که شامل ۷۷ مورد مرد (۴۸/۸٪) و ۸۱ مورد زن (۵۱/۲٪) می‌باشد. در مطالعه مشابه انجام شده توسط اوسترن و همکارانش در برزیل شامل ۴۹/۷٪ زن و ۵۰/۳٪ مرد، مطالعه دکتر انصار و همکارانش در همدان شامل ۷۲/۵٪ مرد و ۲۷/۵٪ زن می‌باشد. (۱، ۱۴). در مطالعه ما ۷۲/۱۵٪ مبتلا به ضایعات خوش‌خیم و ۲۷/۸۵٪ مبتلا به ضایعات بدخیم لب هستند که مشابه مطالعه انجام شده توسط اوسترن و همکارانش است که بیشترین فراوانی را در ضایعات خوش‌خیم گزارش کردند (۴). در مطالعه کاراکیناریس و همکارانش در یونان ۳۳/۳٪ مبتلا به ضایعات خوش‌خیم و ۶۶/۶۶٪ مبتلا به ضایعات بدخیم لب بودند (۶). در این مطالعه ۶۸/۲٪ ضایعات بدخیم را مردان و ۳۱/۸٪ آن را زنان تشکیل می‌دهند که نشان دهنده درگیری بیشتر مردان نسبت به زنان در ضایعات بدخیم لب است که مشابه مطالعات انجام شده در مکزیک، ایتالیا و آلمان است که احتمالاً به دلیل استفاده بیشتر مردان از سیگار و مواجهه بیشتر با نور آفتاب به دلیل انجام مشاغل خارج از خانه توسط مردان است که هر دو از ریسک فاکتورهای مهم کانسر لب است. (۱۶، ۱۵، ۸). ۴۱/۲٪ از ضایعات خوش‌خیم در این مطالعه را مردان و ۵۸/۸٪ را زنان به خود اختصاص می‌دهند که نشان دهنده درگیری بیشتر زنان نسبت به مردان در ضایعات خوش‌خیم لب است که با آمار کتب مرجع هم‌خوانی دارد (۱۷). هم‌چنین با مطالعه کاراکیناریس و همکارانش در یونان (۵۰/۷٪ ضایعات خوش‌خیم لب را زنان و ۴۹/۳٪ را مردان شامل می‌شوند) مطابقت دارد (۶). محدوده سنی بیماران مطالعه کنونی بین ۹۳-۴ سال است که تقریباً مشابه با مطالعه اپیدمیولوژیک ضایعات لب در برزیل توسط اوسترن و همکارانش در سال ۲۰۱۱ می‌باشد که بر روی ۱۰۳۴ بیمار با ضایعات لب در محدوده سنی ۹۶-۲ سال انجام شده است (۱۴). بیشترین فراوانی ضایعات خوش‌خیم در این بررسی

فقط در زنان گزارش شده است که با توجه به اینکه زنان توجه بیشتری به مسائل زیبایی خود نسبت به مردان دارند می‌توان این مسئله را تا حدودی توجیه کرد. در این بررسی نووس اینترا درمال در لب فوقانی بیشتر از لب تحتانی بود که مشابه مطالعه انجام شده در یونان (نووس شایع‌ترین ضایعه لب فوقانی گزارش شد) است (۶). در این مطالعه ۱۷ نوع ضایعات خوش‌خیم مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما با توجه به محدود بودن جامعه آماری این مطالعه، این ضایعات در پنج دسته کلی (تومورهای خوش‌خیم، آسیب‌های واکنشی، ضایعات پیش بدخیم، ضایعات التهابی و خال اینترادرمال) طبقه‌بندی شدند و امکان بررسی ارتباط ضایعات خوش‌خیم به تفکیک نوع ضایعه با سن، جنس، محل درگیری و علایم بالینی امکان‌پذیر نبود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه به‌طور کلی ارتباط معناداری بین ضایعات بدخیم با عواملی از جمله سن، جنس، محل درگیری و زخم وجود دارد. اما انواع ضایعات به تفکیک با متغیرهای سن، جنس و علایم بالینی ارتباط معناداری نداشتند. در هر فرد مسن با علایم بالینی زخم مزمن و ندول در لب ابتدا باید اسکواموس سل کارسینوم را رد نمود. این تومور با بالا رفتن سن افزایش چشم‌گیری داشته لذا تشخیص به موقع و درمان مناسب نقش مهمی در بقا بیماران می‌تواند داشته باشد.

سپاس‌گزاری

از گروه محترم آسیب‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، کمال تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله از پایان‌نامه دوره دکترای عمومی به راهنمایی دکتر منصور مقیمی و نگارش دکتر پگاه کمال استخراج گردیده است.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

اسکواموس سل کارسینوما زخم (۵۸/۳٪) است که در کتب مرجع هم به عنوان شایع‌ترین علامت این تومور ذکر شده است (۲). در مطالعه انجام شده در آلمان وجود زخم در اسکواموس سل کارسینوما ۲۱/۳٪ گزارش شده است (۸). در مطالعه ما بازال سل کارسینوما با فراوانی ۴۵/۵٪ از لحاظ میزان وقوع دومین بدخیمی لب است که بیشترین فراوانی را در مردان دارد و با آمارکتب مرجع (مردان بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند) هماهنگ است اما در مطالعه لئونارد درتگزاس فراوانی این تومور در هر دو جنس تقریباً یکسان گزارش شده است (۱۵). شایع‌ترین علامت بالینی بازال سل کارسینوما در این مطالعه ندول (۶۰٪) و زخم (۵۰٪) و یکی از نادرترین علایم پلاک اریتماتو (۱۰٪) است. علامت بالینی بازال سل کارسینوما از نظر وجود زخم مشابه مطالعه انجام شده در تگزاس است که شایع‌ترین علامت بالینی در این تومور را زخم گزارش کرده‌اند و همچنین طبق کتب مرجع شایع‌ترین علایم بالینی در بازال سل کارسینوما ندول، زخم و پلاک اریتماتو است که وجود پلاک اریتماتو با مطالعه ما هم خوانی ندارد (۹، ۶، ۱۹). همچنین در مطالعه ما بازال سل کارسینوم در لب فوقانی بیشترین فراوانی را دارد که با آمار کتب مرجع و سایر مطالعات انجام شده در کشورهای ایتالیا، آلمان و مکزیک هم‌خوانی دارد (۱۶، ۱۵، ۸، ۶). شایع‌ترین ضایعات خوش‌خیم لب همانژیوم (۱۹/۲۸٪)، اکتینیک کیلاتیس (۱۷/۱۴٪) و نووس اینترادرمال (۱۴/۲۸٪) در مطالعه انجام شده در یونان است که با توجه به محدود بودن مطالعه ما ضایعات خوش‌خیم در ۵ دسته طبقه‌بندی شدند و بیشترین فراوانی در ضایعات واکنشی و کمترین فراوانی در خال اینترادرمال گزارش شد (۶). در این بررسی شایع‌ترین تومور خوش‌خیم لب همانژیوم، شایع‌ترین ضایعه واکنشی در لب موکوسل است که با مطالعه انجام شده در برزیل هم‌خوانی دارد (۱۴). در این مطالعه خال اینترادرمال

References:

- 1- Ansar A, Farshchian M. *The Survey of Frequency, Clinical and Pathological Aspects of Lip and Oral Mucosal Lesions on 199 Patients during 1991-98*. Avicenna J Clin Med 2002; 9(2). [Persian]
- 2-Lovas JG, Harsanyi BB, Elgeneidy Akjos. *Oral Lichenoid Dysplasia: a Clinicopathologic Analysis*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 68(1): 57-63.
- 3-İyidal AY, Gül Ü, Kılıç A. *Number and Size of Acquired Melanocytic Nevi and Affecting Risk Factors in Cases Admitted to the Dermatology Clinic*. Postepy Dermatologii I Alergologii 2016; 33(5): 375-80.
- 4- Irani S. *Pre-Cancerous Lesions in the Oral and Maxillofacial Region: A Literature Review with Special Focus on Etiopathogenesis*. Iran J Pathol 2016; 11(4): 303-22. [Persian]
- 5-Farmer RW, Mccall L, Civantos FJ, Myers JN, Yarbrough WG, Murphy B, et al. *Lymphatic Drainage Patterns in Oral Squamous Cell Carcinoma: Findings of the ACOSOG Z0360 (Alliance) Study*. Otolaryngol Head Neck Surg 2015; 152(4): 673-7.
- 6-Ntomouchtsis A, Karakinaris G, Poulolpoulos A, Kechagias N, Kittikidou K, Tsompanidou C, et al. *Benign Lip Lesions. A 10-Year Retrospective Study*. Oral and Maxillofacial Surgery 2010; 14(2): 115-8.
- 7-Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Rahmani S. *Diagnostic Features of Common Oral Ulcerative Lesions: An Updated Decision Tree*. Int J Dent 2016; 2016: 7278925.
- 8-Géraud C, Koenen W, Neumayr L, Doobe G, Schmieder A, Weiss C, et al. *Lip Cancer: Retrospective Analysis of 181 Cases*. J Dtsch Dermatol Ges 2012; 10(2): 121-7.
- 9-Silapunt S, Peterson SR, Goldberg LH, Friedman PM, Alam MJJ-AAOD. *Basal Cell Carcinoma on the Vermilion Lip: A Study of 18 Cases*. J Am Acad Dermatol 2004; 50(3): 384-7.
- 10-Agrawal R, Chauhan A, Kumar P. *Spectrum of Oral Lesions in a Tertiary Care Hospital*. J Clin Diagn Res 2015; 9(6): EC11-EC3.
- 11-Mangabeira AC, Gerais-Brazil MC-MJC. *Lip Squamous Cell Carcinoma In A Brazilian Population: Epidemiological Study and Clinicopathological Associations*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011; 16(6): e757-62.
- 12-Gondak RO, Da Silva-Jorge R, Jorge J, Lopes MA, Vargas PA. *Oral Pigmented Lesions: Clinicopathologic Features and Review of the Literature*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012; 17(6): E919-E24.
- 13-Moretti A, Vitullo F, Augurio A, Pacella A, Croce A. *Surgical Management of Lip Cancer*. Acta Otorhinolaryngol Ital 2011; 31(1): 5-10.
- 14-Osterne RLV, Costa FWG, Mota MRL, Patrocínio RMSV, Alves APNN, Soares ECS, et al. *Lip Lesions in a Brazilian Population*. J Craniofac Surg 2011; 22(6): 2421-5.
- 15-Maruccia M, Onesti M, Parisi P, Cigna E, Troccola A, Scuderi Njar. *Lip Cancer: A 10-Year Retrospective Epidemiological Study*. Anticancer Res 2012; 32(4): 1543-6.
- 16-Luna-Ortiz K, Güemes-Meza A, Villavicencio-Valencia V, Mosqueda-Taylor Ajmo, Patologia Oral

- Y Cirugia Bucal. *Upper Lip Malignant Neoplasms. A Study of 59 Cases*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012; 17(3): E371.
- 17- Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths CH . *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th Ed. Country New York, United States: Wiley-Blackwell; 2013: 3324-57.
- 18-Dacosta Byfield S, Chen D, Yim YM, Reyes C. *Age Distribution of Patients with Advanced Non-Melanoma Skin Cancer in the United States*. Arch Dermatol Res 2013; 305(9): 845-50.
- 19-Al-Qarqaz F, Marji M, Bodoor K, Almomani R, Al Gargaz W, Alshiyab D, et al. *Clinical and Demographic Features of Basal Cell Carcinoma in North Jordan*. J Skin Cancer 2018; 2018: 2624054.

Prevalence and Clinicopathologic Features of Lip Lesions based on Biopsy

Mansour Moghimi¹, Pegah Kamal^{†1}

Original Article

Introduction: The purpose of this study was to describe the clinicopathologic features of lip lesions for early diagnosis and suitable treatment of patients.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study on 158 patients with lip lesions whose information was recorded in the Department of Pathology of Shahid Sadoughi Hospital from 2008-2012. Then the data were analyzed by SPSS software ver. 16, Chi-Square and Fisher's Exact Test. In this study p-value was considered significant ($P < 0.05$).

Results: This study was performed on 158 cases (77 male and 81 female) with age ranged of 4-93 years. From those, 44 had malignant and 114 had benign lesions. The most common malignancy in this study was *squamous cell carcinoma (SCC)* and *basal cell carcinomas (BCC)*, respectively. In benign lesions reactive ones, benign tumors and inflammatory lesions were more common, respectively.

Conclusion: The most common lip lesions were generally benign tumors, involving the lower lip. In addition, the incidence of malignant lesions was directly related to aging. For this purpose, in any elderly person with a lip lesion, specially squamous cell carcinoma, must first be ruled out.

Keywords: lip lesions, Basal cell carcinoma, Squamous cell carcinoma, Histopathology.

Citation: Moghimi M, Kamal p. **Prevalence and Clinicopathologic Features of Lip Lesions Based on Biopsy.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 29(5): 3746-56.

¹Department of Pathology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09133534270, email: pegah_kml@yahoo.com