

## التبدلات الوبائية والإمراضية لسرطانات الجلد اللاميلانية في السنوات الأخيرة

الدكتورة رولا بدور\*

(تاريخ الإيداع 28 / 3 / 2013. قُبِلَ للنشر في 16 / 5 / 2013)

### □ ملخص □

سرطانات الجلد اللاميلانية هي الخباثات الأكثر شيوعاً. وتضم السرطانة قاعدية الخلايا و السرطانة شائكة الخلايا. تهدف الدراسة إلى تحديد التبدلات المحتملة، السريرية والإمراضية المرافقة لهذه الآفات خلال السنوات الأخيرة وتقييمها. دُرست وحلّلت قائمة مؤرشفة لحالات سرطانات الجلد اللاميلانية المشخصة خلال الأعوام (1998-1999-2000) والأعوام (2009-2010-2011) في إحدى المشافي الجامعية الكبرى في اللاذقية (مشفى الأسد الجامعي). تضمنت الإمراضية المشاركة المدروسة: النمط النسيجي للورم قاعدي الخلايا (العقيدي، السطحي، والمرتشح) وكذلك الدرجة النسيجية للورم شائك الخلايا (جيد، متوسط، وسيّ التمايز). أما العوامل الديموغرافية فشملت العمر، الجنس، والتوضع.

النتائج: كان السرطان قاعدي الخلايا هو النمط المسيطر خلال فترتي الدراسة. النسبة قاعدي اشائك كانت أعلى من تلك المسجلة منذ 9 سنوات. التوضع الأشيع كان الرأس و العنق. غالبية الحالات شخصت بين 60-80 سنة. حصل كل من النمط العقيدي للورم القاعدي و النمط جيد التمايز للورم الشائك على نسب الحدوث الأعلى، لكن هذه النسب تبدلت مع الوقت ليبقى في المقدمة النمط العقيدي بانخفاض طفيف ( $P=0.31$ ) يتبعه مع ارتفاع بسيط النمط السطحي ( $P=0.11$ )، و من ثم المرتشح ( $P=0.28$ )، أما النمط جيد التمايز لل SCC فبقي في المرتبة الأولى مع تسجيل ارتفاع هام بالمقابل للنمط متوسط التمايز في الوقت الحالي ( $P=0.009$ ). معظم مرضى العينة كانوا ذكورا باستثناء حالات SCC للسنوات الأخيرة حيث تفوقت الإناث.

**الكلمات المفتاحية:** سرطانات الجلد اللاميلانية، ورم قاعدي الخلايا، ورم شائك الخلايا، وبائيات، أنماط نسيجية.

\* مدرسة - قسم الأمراض الجلدية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## Epidemiologic and pathological changes of non-melanoma skin cancer in the last years

Dr. Roula Baddour\*

(Received 28 / 3 / 2013. Accepted 16 / 5 / 2013)

### □ ABSTRACT □

Nonmelanoma skin cancer (NMSC) is the most common diagnosed malignancy. The NMSC consists of basal cell carcinoma (BCC) and squamous cell carcinoma (SCC).

The purpose is to determine and evaluate the potential clinical or pathological changes of these lesions in the last years. A group of archived cases of (NMSC) diagnosed in (1998-1999-2000) and in (2009-2010-2011) at a large university hospital in Lattakia (Alassad university hospital) was studied. The studied pathologic attributes included the histological type of BCC (nodular, superficial, infiltrating) and histological grade of SCC ( well, moderate, and poorly differentiated). Demographic features included age, sex and location.

The results are: Basal cell carcinoma was the predominant form of NMSC over the two study periods. BCC/SCC rate was higher than that reported before 9 years. The most common location is the head and neck. Most cases were diagnosed among patients aged (60-80) years. Both the nodular type of BCC and the well differentiated SCC had the higher rates. These rates have changed in time but the nodular BCC remained the most common type with slight decrease (P=0.31) followed by superficial (P=0.11) and then infiltrating (P=0.28). As for the well differentiated SCC, it remained the first with a significant increase in moderately differentiated SCC (P=0.009). The majority of patients were males except for the last years; the majority of SCC cases were females.

**Keywords:** NMSC, BCC, SCC, epidemiology ,histological type.

---

\*Assistant Professor, Dermatology Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

**مقدمة :**

تعتبر سرطانات الجلد اللاملانية (NMSC) الخبايا المشخصة الأكثر شيوعاً [1] وهي في تزايد مستمر، وتضم السرطان قاعدي الخلايا (BCC) والسرطان شائك الخلايا (SCC) بنوعيه الغازي (invasive) والكامن (in situ). ونميز من SCC جيد التمايز و متوسط التمايز وسيء التمايز. ويعتبر BCC المسيطر على نسبة كبيرة من هذه السرطانات [2] [3] [4].

عموماً فإن سرطانات الجلد اللاملانية NMSC تشخص لدى الرجال أكثر من النساء، بينما في الأعمار الأكثر شباباً تملك النساء نسبة أعلى من NMSC، في حين أنه بعد عمر [ 40 - 35 ] سنة تزداد النسبة بين الرجال والنساء بمعدل 2.1 [7] [6] [5]. على كلٍ فإن نسبة حدوث NMSC نادرة قبل سن 40 سنة، وأكثر ما تُشخص في ناحية الرأس والعنق [10] [9] [8].

فيما يخص BCC فإنه يتطور بشكل عام بشكل بدئي و لكن في حالات نادرة جدا قد يتطور اعتباراً من وحة زهمية تُولوية لجاداسون، إن العامل الإمبراضي الرئيسي هو التعرض للشمس ويبدو أن التعرض للشمس بفترات متقطعة متهم أكثر من التعرض المزمّن. ونميز سريريا ونسجيا 3 أنماط رئيسة وهي: النمط العقيدى البسيط و هو الأكثر مشاهدة (45-60%) والنمط السطحي (10-25%) ذو الإنذار الجيد جدا، والنمط المرتشح (10-15%) الذي ينضوي تحته النمط صلابي الشكل (5%)، بالإضافة إلى نمط رابع شديد الغزو و نادر الحدوث.

أما فيما يخص SCC فهو يمثل حوالي ثلث السرطانات الجلدية، ويحدث عادة على آفة ما قبل سرطانية. العامل الممرض الأكثر وجودا هو الشمس وخاصة عند التعرض المزمّن لأشعتها، أما العامل المؤهب الثاني فهو فيروس (HPV) و نجد نمطه المسبب للورم في الكثير من سرطانات المخاطيات (عنق الرحم، الشرج) وفي بعض سرطانات الأعضاء التناسلية [11].

**أهمية البحث وأهدافه:**

بالرغم من أهمية سرطانات الجلد اللاملانية وانتشارها فإن قليلاً من الدراسات أجريت لتقييم التبدلات في المظهر السريري و التوضع و الإمبراضية المشاركة في هذه الحالات. يهدف هذا البحث إلى دراسة التوزيع الديموغرافي لسرطانات الجلد اللاملانية لدى مراجعي مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، ومدى ارتباط هذا التوزيع بالعمر والجنس وكذلك موقع الإصابة والنمط النسيجي، ومن ثم مقارنة هذه النتائج بالمعطيات نفسها بعد حوالي عقد من الزمن في نفس المشفى.

**طرائق البحث و مواده:**

تم إجراء بحث في الاستمارات المؤرشفة لـ NMSC المشخصة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الأعوام (98-99-2000) ومقارنتها بالـ NMSC المشخصة خلال الأعوام (2009, 2010, 2011) أي بعد 9 سنوات. وشمل البحث حالات السرطان قاعدي الخلايا BCC والسرطان شائك الخلايا SCC.

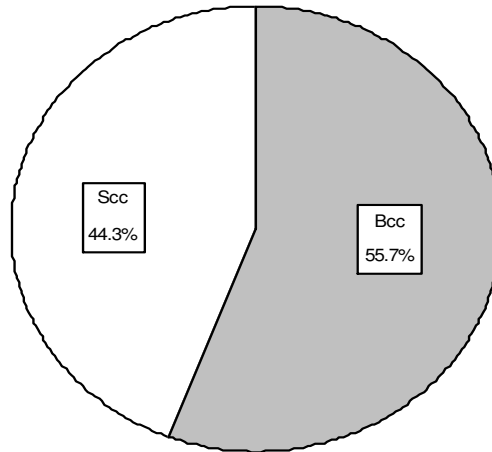
شملت الاستمارة المعلومات التالية : اسم المريض                      العمر                      الجنس  
نوع الورم                      النمط النسيجي                      التوضع

شمل النمط النسيجي لا BCC: (العقدي nodulare - السطحي superficial - المرتشح infiltrating )، أما النمط النسيجي لا SCC فشمل ( جيد التمايز well differentiated , متوسط التمايز moderately differentiated , سيء التمايز poorly differentiated ) . وقد تم تقسيم المرضى إلى فئات عمرية من 20 عاماً بدءاً من عمر سنة وحتى عمر فوق الثمانين سنة . أما التوضع فتم اختصاره لكلا الورمين في ( الرأس والعنق head and neck , الجذع trunk , الأطراف extremities ) . ومن ثم فرزت النتائج ودُرست إحصائياً عبر the students t-test

### النتائج والمناقشة:

بلغ عدد حالات NMSC المشخصة خلال الأعوام ( 98 - 99 - 200 ) 79 حالة موزعة على الشكل التالي : عام 98 بلغ عدد الحالات 34 حالة ( 22 BCC , 12 SCC ) , عام 99 بلغ عدد الحالات 21 حالة ( 10 BCC , 11 SCC ) أما خلال عام 2000 فبلغ العدد 24 حالة ( 12 BCC , 12 SCC )، أي بمعنى آخر كان لدينا 35 SCC أي بنسبة 44.30% من مجموع NMSC و 44 BCC أي بنسبة 55.7%.

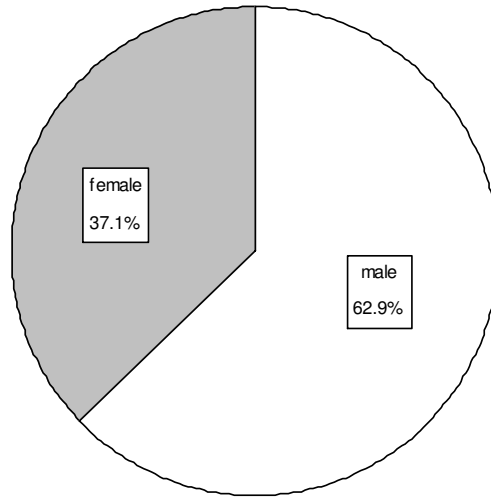
NMSC ( Bcc Scc ) [ 1998 - 1999 - 2000 ]



الشكل رقم ( 1 ) يظهر نسبة حدوث BCC و SCC خلال الفترة الزمنية الأولى ( 98 - 99 - 2000 )

أما فيما يتعلق بالجنس فكان نصيب الرجال أكبر من النساء في كلا الورمين، إذ توزعت حالات SCC ما بين 22 ذكراً و 3 أنثى أي أن توزع الإصابة كان 62.85 % الذكور و 37.14 % للإناث

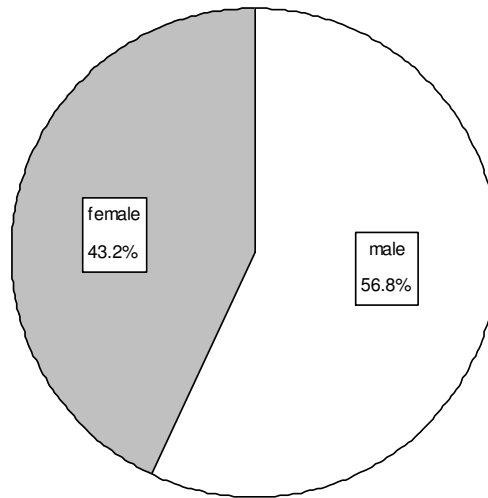
SCC [ 1998 - 1999 - 2000 ]



الشكل رقم (2) يظهر نسبة توزع SCC بين الذكور و الإناث في الفترة الزمنية الأولى ( 98 , 99 , 2000 )

أما بالنسبة لـ BCC فكان العدد 25 ذكراً و 19 أنثى، أي أن نسبة الذكور من مرضى BCC بلغ % 56.81 وإناث % 43.18

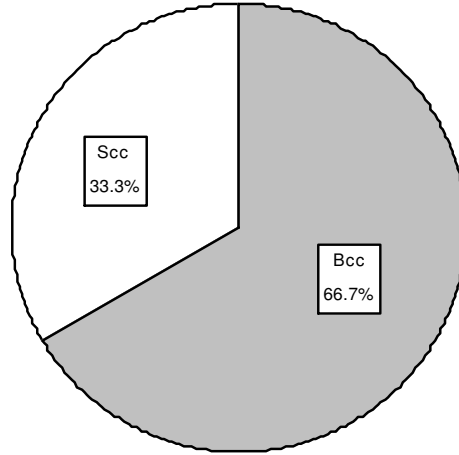
BCC [ 1998 - 1999 - 2000 ]



الشكل رقم (3) يظهر نسبة حدوث BCC بين الذكور و الإناث خلال الفترة الأولى ( 98 , 99 , 2000 )

أما خلال الأعوام ( 2009 , 2010 , 2011 ) فكان العدد الاجمالي لحالات NMSC 132 حالة موزعة ما بين SCC 44 و BCC 88، أي أن نسبة حدوث SCC كانت % 33.33 مقابل % 66.66 لـ BCC. أما توزع الحالات بالتفصيل فكان عام 2009 42 حالة ( 31 BCC , 11 SCC ) وعام 2010 لدينا 47 حالة ( 34 Bcc , 13 SCC ). و كان عام 2011 43 حالة ( 23 BCC , 20 SCC )

NMSC [ 2009 - 2010 - 2011 ]

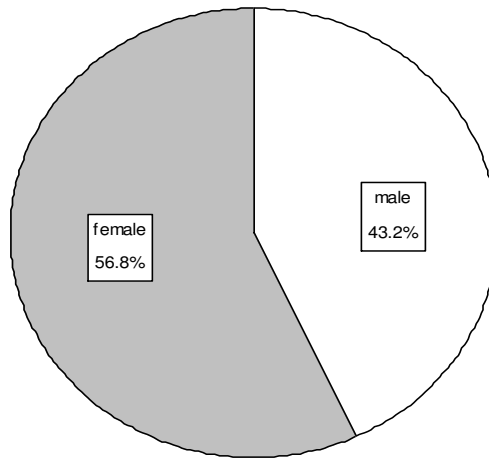


الشكل رقم (4) يظهر نسبة حدوث كل من SCC و BCC خلال الفترة الزمنية الثانية (2009,2010,2011)

أي أن BCC كان مسيطراً خلال الفترة الزمنية الأولى بنسبة % 55.69 بينما كانت نسبة % 44.30 SCC في الفترة نفسها (  $P - Value = 0.1492 > \alpha = 0.05$  ). نقبل الفرض العدم  $H_0$  القائل إن الفرق هو فرق غير هام إحصائياً مقابل ارتفاع نسبة حدوث BCC إلى % 66.66 بينما انخفض SCC إلى % 33.33 وذلك في الفترة الزمنية الثانية أي بعد 9 أعوام (  $P - Value = 0 < \alpha = 0.05$  ) نرفض الفرض العدم ونقبل الفرض البديل  $H_1$  القائل إن الفرق هو فرق هام إحصائياً .

أما بالنسبة للتوزع بالنسبة للجنس فكان نصيب الرجال أقل من النساء على عكس المتوقع .فيما يتعلق بالـ SCC فبلغ عدد الذكور 19 مقابل 25 أنثى، أي أن نسبة الذكور في من مرض SCC كانت % 43.18 مقابل % 56.81 للإناث

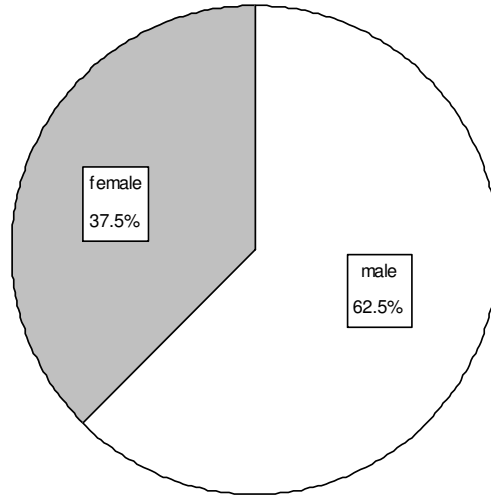
SCC [ 2009 - 2010 - 2011 ]



الشكل رقم (5) يظهر توزع نسبة الذكور إلى الإناث المصابين بالـ SCC خلال الأعوام (2009 - 2010 - 2011)

أما BCC فكان عدد الذكور 55 بنسبة % 62.5 من المرضى مقابل 33 أنثى، أي بنسبة % 37.5

BCC [ 2009 - 2010 - 2011 ]



الشكل رقم ( 6 ) يظهر توزيع نسبة الذكور إلى الإناث المصابين بالبلا BCC خلال الأعوام (2009 – 2010 – 2011)

#### العمر المتوسط للإصابة the average age

كان لدى الذكور في الفترة الأولى ( 60.02 ) وفي الفترة الثانية ( 63.12 ) وكان لدى الإناث في الفترة الزمنية الأولى ( 55.375 ) وفي الفترة الثانية ( 64.22 ) أما بشكل عام في الفترتين المدروستين كان العمر المتوسط للإصابة لدى الذكور ( 61.92 ) ولدى الإناث ( 61.07 ) سنة.

معدل الحدوث حسب الفئة العمرية:

خلال الفترة الزمنية الأولى ( أي الأعوام 2000 – 1999 – 1998 ) كانت النتائج كالتالي :

العمر [ 1 – 20 ] سنة عدد المرضى الكلي 6 مرضى NMSC ( % 7.59 من مجمل مرضى NMSC )

تتوزع منهم BCC 1

( % 2.27 من مجمل مرضى BCC ) و SCC 5 ( % 14.28 من مجمل مرضى SCC ).

العمر [ 20 – 40 ] سنة عدد المرضى الكلي 5 مرضى NMSC ( % 6.32 من مجمل مرضى NMSC )

ليس بينهم أي مريض BCC وبينهم SCC 5 ( % 14.28 من مجمل مرضى SCC ).

العمر [ 40 – 60 ] سنة عدد المرضى الكلي 25 مريض NMSC ( % 31.64 من مجمل مرضى

NMSC ) تتوزع منهم BCC 16 ( % 36.36 من مجمل مرضى BCC ) ، و SCC 9 ( % 25.71

من مجمل مرضى SCC ).

العمر [ 60 – 80 ] سنة عدد المرضى الكلي 35 مريض NMSC ( % 44.3 من مجمل مرضى

NMSC )، تتوزع منهم BCC 20 ( % 45.45 من مجمل مرضى BCC ) و SCC 15 ( % 42.85 من

مجمل مرضى SCC ).

**العمر [ 80 or more ]** سنة عدد المرضى الكلي 8 مرضى NMSC ( % 10.12 من مجمل مرضى NMSC ) تتوزع منهم BCC 7 ( % 15.9 من مجمل مرضى BCC ) و SCC 1 ( % 2.85 من مجمل مرضى SCC )

خلال الفترة الزمنية الثانية ( أي الاعوام 2011 - 2010 - 2009 ) كانت النتائج كالتالي :

**العمر [ 1 - 20 ]** سنة عدد المرضى الكلي 2 مريضاً NMSC ( % 1.15 من مجمل مرضى NMSC )، تتوزع منهم BCC 2 ( % 2.27 من مجمل مرضى BCC ) ودون أي مريض SCC.

**العمر [ 20 - 40 ]** سنة عدد المرضى الكلي 6 مرضى NMSC ( % 4.54 من مجمل مرضى NMSC )، تتوزع منهم BCC 6 ( % 6.81 من مجمل مرضى BCC )، ودون أي مريض SCC.

**العمر [ 40 - 60 ]** سنة عدد المرضى الكلي 40 مريضاً NMSC ( % 30.3 من مجمل مرضى NMSC )، تتوزع منهم BCC 27 ( % 30.68 من مجمل مرضى BCC )، و SCC 13 ( % 29.54 من مجمل مرضى SCC ) .

**العمر [ 60 - 80 ]** سنة عدد المرضى الكلي 63 مريضاً NMSC ( % 47.72 من مجمل مرضى NMSC ) تتوزع منهم BCC 40 ( % 45.45 من مجمل مرضى BCC ) و SCC 23 ( % 52.27 من مجمل مرضى SCC ) .

**العمر [ 80 or more ]** سنة عدد المرضى الكلي 21 مريضاً NMSC ( % 15.9 من مجمل مرضى NMSC ) ، تتوزع منهم BCC 13 ( % 14.72 من مجمل مرضى BCC )، و SCC 8 ( % 18.18 من مجمل مرضى SCC ) .

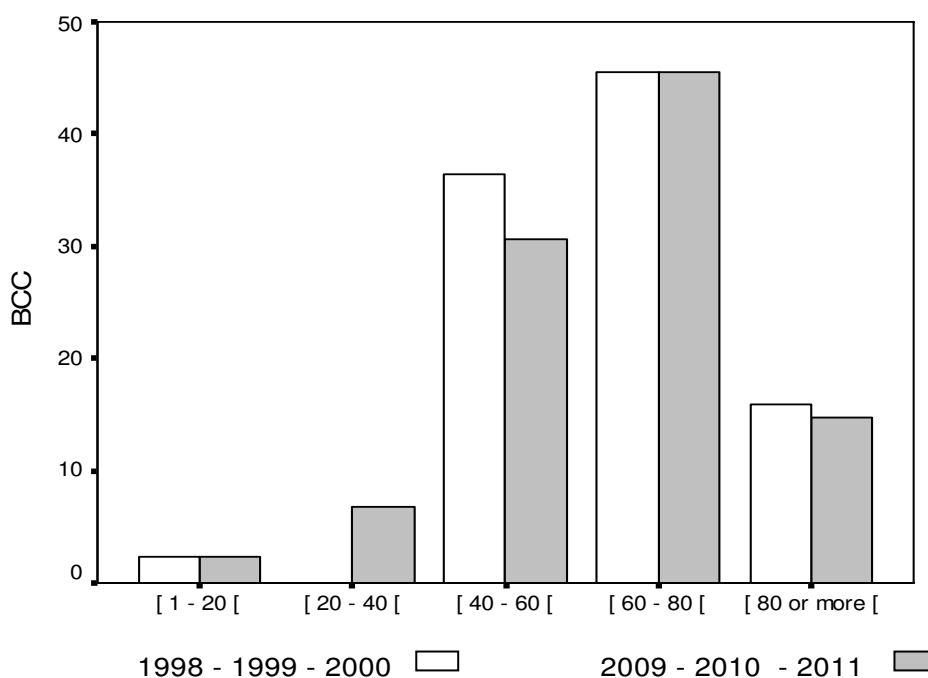
الجدول رقم (1) يظهر معدل حدوث BCC حسب فئات العمر في الفترتين الزمنيتين

فئات العمر		[ 1 - 20 ]	[ 20 - 40 ]	[ 40 - 60 ]	[ 60 - 80 ]	[ 80 or more ]	المجموع
BCC	1998-1999- 2000	1	0	16	20	7	44
	النسبة المئوية	2.3	0	36.4	45.5	15.9	100
	2009-2010- 2011	2	6	27	40	13	88
	النسبة المئوية	2.3	6.8	30.7	45.5	14.8	100

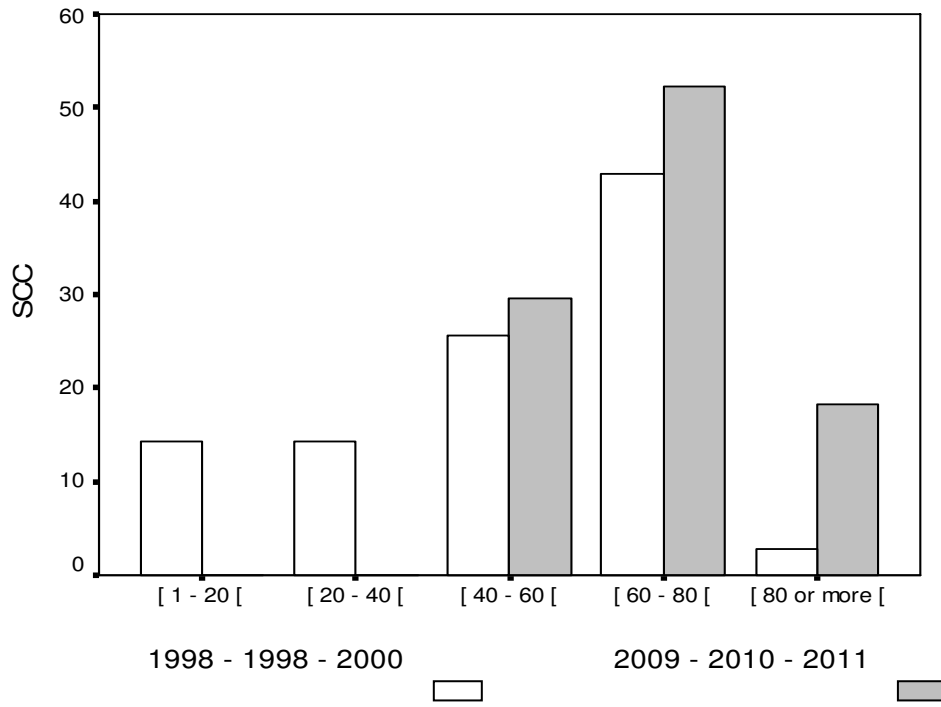


الجدول رقم (2) يظهر معدل حدوث SCC حسب فئات العمر في الفترتين الزميتين

فئات العمر		[ 1 – 20 [	[ 20 – 40 [	[ 40 – 60 [	[ 60 – 80 [	[ 80 or more [	المجموع
SCC	1998-1999-2000	5	5	9	15	1	35
	النسبة المئوية	14.3	14.3	25.7	42.9	2.9	100
	2009-2010-2011	0	0	13	23	8	44
	النسبة المئوية	0	0	29.5	52.3	18.2	100

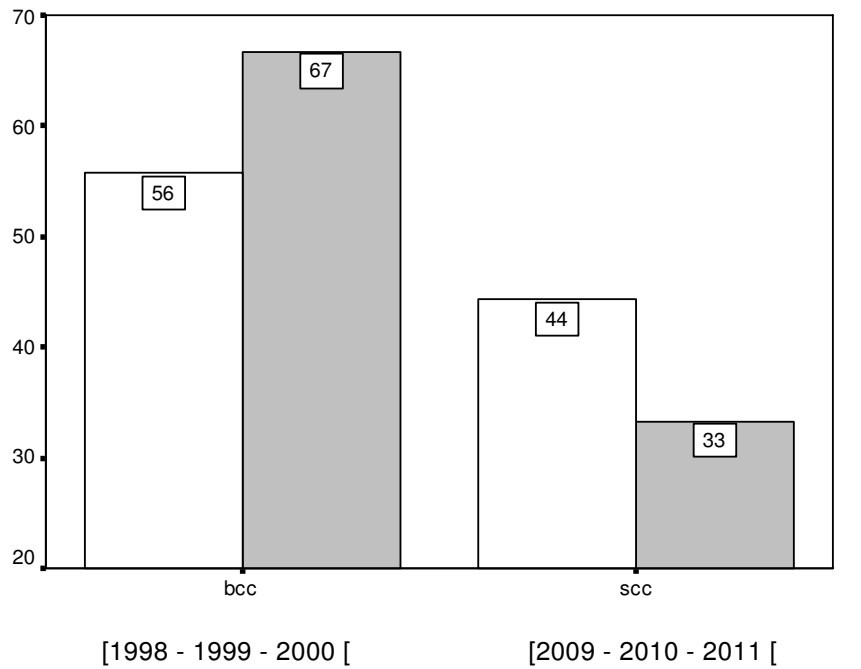


الشكل رقم ( 7 ) يظهر معدل حدوث BCC حسب فئات العمر في الفترتين



الشكل رقم ( 8 ) يظهر معدل حدوث SCC حسب فئات العمر في الفترتين

أما لدى دراسة تبدل النسبة المئوية لحدوث كل من SCC و BCC بين الفترتين الزمنيتين الأولى ( - 1998 1999 - 2000 ) والثانية ( 2009 - 2010 - 2011 ) .



الشكل رقم ( 9 ) يظهر تبدل النسب المئوية لحدوث ( SCC و BCC ) باختلاف سنوات الدراسة

نلاحظ حدوث ارتفاع في نسب حدوث BCC على حساب SCC مع تقدم السنوات، إذ ارتفع معدل الحدوث النسبي للـ BCC من 55.69 % إلى 66.66 % ، وكان هذا على حساب SCC الذي انخفض بدوره من 44.33 % من مجموع NMSC إلى 33.33 % (  $P - Value = 0.0563 > \alpha = 0.05$  ) ، و الفرق هو فرق غير هام إحصائياً .

أما فيما يخص توّضّع الورم فكانت النتائج كالتالي :

خلال الأعوام ( 1998 - 1999 - 2000 ) كان عدد الأورام المتوضّعة في الرأس و العنق 67 ورماً ( 84.81% ) موزعة بين 39 BCC ( 88.63 % من مجموع أورام BCC ) ، و 28 SCC ( 76 % من أورام SCC ) .

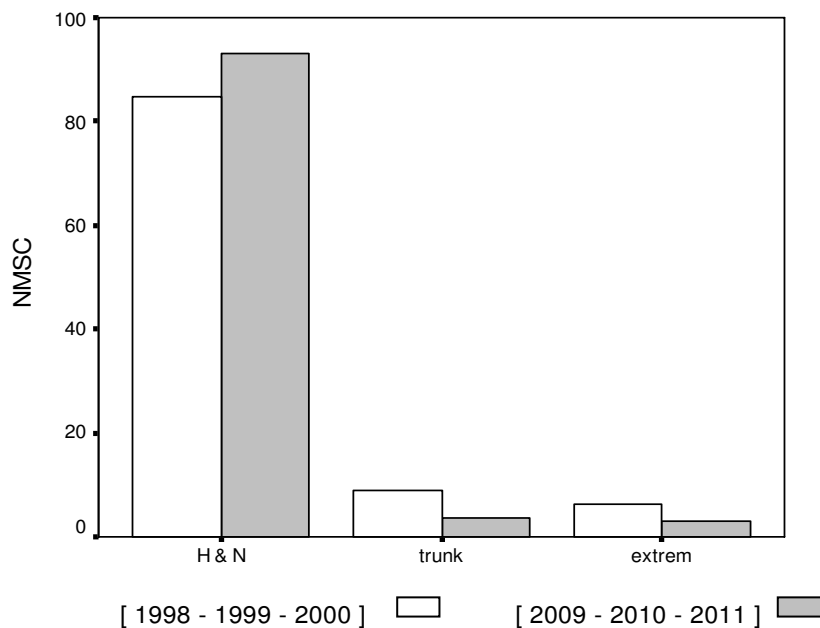
فيما بلغ عدد حالات التوضع على الجذع 7 حالات ( 8.86% ) موزعة ما بين 5 حالات BCC ( 11.36 % ) وحالتي SCC ( 5 % ) ، أما التوضع على الأطراف فكان عدد حالاته 5 حالات ( 7.59% ) موزعة فقط على 5 SCC ( 12.5% ) .

و في الأعوام ( 2009 - 2010 - 2011 ) تم تسجيل 123 حالة توضع على الرأس و العنق ( 93.18% ) ، و الفرق هام إحصائياً بين نسبتي الاورام المتوضّعة في الرأس في الفترتين ، وهي موزعة على 85 حالة BCC ( 96.59 % ) (  $p = 0.0618$  ) و 38 حالة SCC ( 86.36 % ) (  $p = 0.1218$  ) .

أما الجذع فسجلت فيه 5 حالات ( 3.78% ) (  $P - Value = 0.0793$  ) وتتوزع منها حالتا BCC ( 2.27 % ) و 3 حالات SCC ( 6.81 % ) .

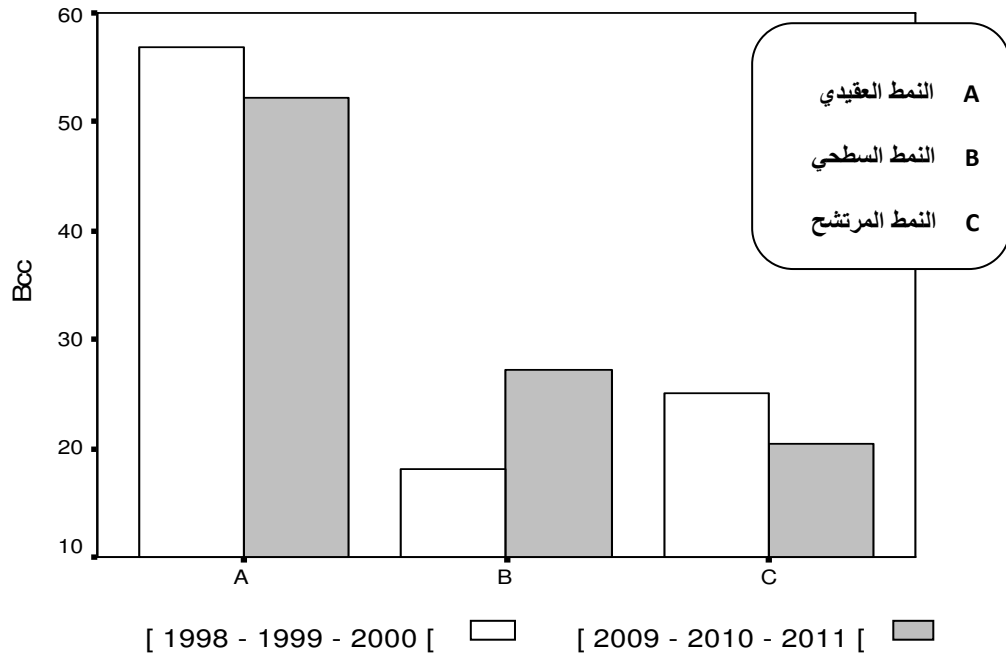
فيما سجلت 4 حالات إصابة في الأطراف ( 3.03% ) (  $P - Value = 0.0857$  ) الفرق غير هام إحصائياً ، تتوزع منها حالة BCC واحدة ( 1.13 % ) و 3 حالات SCC ( 6.81% ) .

نستنتج هنا أن أعلى نسبة توضع هي في الرأس و العنق . مع ازدياد طفيف لهذه النسبة مع مرور السنوات.



الشكل رقم ( 10 ) يظهر توّضعات NMSC عموماً باختلاف الزمن

أما فيما يتعلق بالأنماط النسيجية بالنسبة لـ **BCC** في الفترة الزمنية الأولى (1998 - 1999 - 2000) فبلغ عدد حالات النمط العقيدي 25 حالة أي بنسبة ( 56.81 % ) و النمط السطحي 8 حالات ( 18.18 % ) أما النمط المرتشح فبلغ 11 حالة ( 25 % )، أما في الفترة الزمنية الثانية ( 2009 - 2010 - 2011 ) فبلغ عدد حالات النمط العقيدي 46 حالة ( 52.27 % ) (  $P - Value = 0.3103 > \alpha = 0.05$  ). نقبل الفرض العدم  $H_0$  القائل إن الفرق هو فرق غير هام إحصائياً و النمط السطحي 24 حالة ( 27.27 % ) (  $P - Value = 0.1129$  ) و الفرق غير هام إحصائياً. أما النمط المرتشح فبلغ 18 حالة ( 20.45 % ) (  $P - Value = 0.2803$  )، و الفرق غير هام إحصائياً. إذاً نلاحظ انخفاضاً طفيفاً في نسبة حدوث كل من النمط العقيدي و النمط المرتشح لـ **BCC** يقابله ارتفاع في نسبة حدوث النمط السطحي:



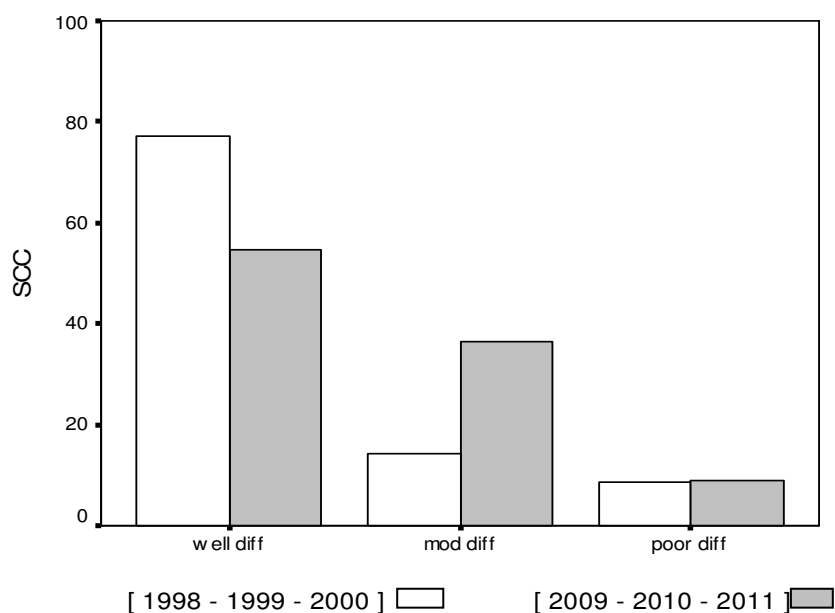
الشكل رقم ( 11 ) يظهر نسب حدوث الأنماط النسيجية لـ **BCC**

أما الأنماط النسيجية لـ **SCC** فكانت كالتالي :

في الفترة الزمنية الأولى ( 1998 - 1999 - 2000 ) حالة **SCC** جيدة التمايز ( 77.14 % ) 5 متوسطة التمايز ( 14.28 % ) ، 3 سيئة التمايز ( 8.57 % ) أما في الفترة الزمنية الثانية ( 2009 - 2010 - 2011 ) 24 حالة **SCC** جيدة التمايز ( 54.54 % ) (  $P - Value = 0.0143 < \alpha = 0.05$  ) ، وبالتالي نرفض الفرض العدم ونقبل الفرض البديل  $H_1$  القائل إن الفرق هو فرق هام إحصائياً بين نسبي أورام **SCC** جيدة التمايز بين الفترتين.

و 16 حالة متوسطة التمايز ( 36.36 % ) (  $P - Value = 0.0091 < \alpha = 0.05$  ) وبالتالي نرفض الفرض العدم ونقبل الفرض البديل  $H_1$  القائل إن الفرق هو فرق هام إحصائياً بين نسبي أورام **SCC** متوسطة التمايز بين الفترتين.

و فقط 4 حالات SCC سيئة التمايز ( 9.09 % ) ( P - Value = 0.4677 ) و الفرق غير هام إحصائياً .



الشكل رقم ( 12 ) يظهر نسب حدوث كل نوع من SCC وتبدلها مع الزمن

نلاحظ أن النمط جيد التمايز حصل على النسبة المئوية الأعلى بنسبة 77.14 % مقارنة بكل من متوسط التمايز و سيئ، فيما تغيرت هذه النسب بعد 9 سنوات لتصبح 54.54 % يقابلها ازدياد نسبة حدوث النمط متوسط التمايز الذي ارتفع من 14.28 % إلى 36.36 %

#### المناقشة:

إن أعلى نسب حدوث لكلا الورمين BCC و SCC حصلت في الفئتين العمريتين من [ 40 - 60 ] سنة ومن [ 60 ] [ 80]- سنة ولم تتبدل هذه النسبة كثيراً مع مرور السنوات، لكن لوحظ بالمقابل ازدياد لنسبة تشخيص BCC في الفترة العمرية [ 20 - 40 ] سنة مقابل ازدياد ظهور لحالات SCC في عمر ما فوق 80 سنة. تفوق الذكور على الإناث في نسب الحدوث المختلفة ما عدا ما يخص SCC في السنوات الأخيرة، إذ تقدمت الإناث بنسبة 56.81% على الذكور 43.21%، وهذا أمر مستغرب و يمكن تفسيره بالانتشار الواسع و المتزايد لعادة التدخين حالياً في الوسط النسائي مقارنة بالماضي و خاصة الأريكة، و ما للتدخين من دور سلبي على هذا الورم بالذات.

كما هو متوقع تفوق BCC على SCC في نسبة الحدوث، وكان هذا التفوق النسبي أوضح في الأعوام ( 2009 - 2010 - 2011 )، و لدى مقارنة هذه النتائج بنتائج دراسة Gary Collins [ 12 ] المجراة في فلوريدا في الولايات المتحدة الميركية لوحظ تباين في نتائج الدراستين إذ إن نسبة الـ BCC كانت لدينا 55.69 % و أصبحت 66.66 % ( P = 0 ) في حين أنه في دراسة Gary كان الـ BCC بنسبة 45 % و انخفضت نسبة الحدوث إلى 34 % ( P = . 04 ) مع الزمن مقابل ارتفاع معدل SCC، وهذا يمكن تفسيره بالعادات الإجتماعية المختلفة في المجتمعين و دور التدخين و الشمس و عوامل مختلفة في إمرضية حدوث SCC.

الجدول رقم(3) يظهر المقارنة بين دراستنا و دراسة Gary لأنماط المختلفة للBCC

أنماط ال BCC	النمط العقيدي	النمط السطحي	النمط المرتشح
دراستنا	56.81%	18.18%	25%
دراسة Gary عام 2001	35%	46%	19%

نلاحظ farkاً هاماً ولاسيما في نسب حدوث النمط السطحي الذي يمكن تفسيره بالعادات الغربية القائمة على التعرض للشمس بغرض التسمير، ولاسيما أن هذا النمط أكثر ما يتوضّع على الجذع [10]. أما فيما يتعلق بالتوضّعات فكانت لدينا النسبة المسيطرة هي التوضّع في الرأس و العنق ( 93.18 % ) لتتخفّض قليلاً مع مرور السنوات إلى ( 84.81 % ) مقابل ارتفاع في كلا التوضّعين في الأطراف و الجذع . وهذا ما يمكن تفسيره بالتبدلات الطارئة على بعض التقاليد الاجتماعية فيما يخص اللباس و علاقة هذه الأورام بأشعة الشمس . و لدى مقارنة دراستنا بدراسة Gary لاحظنا farkاً هاماً، إذ بلغ لديه نسبة إصابة الرأس و العنق 50 % فقط من حالات NMSC وقد يكون السبب كما ذكرنا سابقاً عادات حمامات الشمس الشائعة هناك، و أيضاً عادات اللباس المختلفة عن عاداتنا .

### الاستنتاجات والتوصيات:

- ازدياد مشعر حدوث BCC / SCC ووصوله إلى 2/1 نتيجة حدوث ارتفاع في نسب حدوث BCC على حساب SCC مع تقدم السنوات ( P = 0.0563 ).
- نلاحظ النسبة الكبيرة لتوضّعات NMSC في ناحية الرأس و العنق ، لكن مع انخفاض طفيف حالياً لهذه النسبة ( P = 0.034 ) لمصلحة توضّعات الجذع و الأطراف ( P = 0.079 ) ( P = 0.085 ) على التوالي
- النمط العقيدي هو النمط الغالب لل BCC يليه المرتشح ومن ثم السطحي ، لكن هذه النسب تتبدل بمرور الزمن ليحافظ العقيدي على المرتبة الأولى بانخفاض طفيف ( P = 0.31 ) ، يليه السطحي ( P = 0.11 ) ومن ثم المرتشح ( P = 0.28 ) .
- SCC جيد التمايز هو الأكثر شيوعاً بين أنماط SCC ، مع ارتفاع هام للنمط متوسط التمايز في الوقت الحالي ( P = 0.009 ) .
- تفوق الذكور على الإناث في نسب حدوث NMSC ، باستثناء حالات SCC خلال الأعوام ( 2009 - 2011 ) حيث سجّل تفوق الإناث .
- أكبر نسبة تشخيص للأورام NMSC هي الفترة العمرية [ 60 - 80 ] سنة، مع ازدياد وجود حالات مشخّصة في الفئات العمرية الأخيرة بعمر أكبر من 80 سنة بالنسبة لل SCC ، يقابله ارتفاع هام لمعدل الحالات في الأعمار 20-40 سنة بالنسبة للBCC.
- كان العمر المتوسط التقريبي للإصابة في الفترتين المدروستين لدى الذكور ( 61.92 ) سنة ولدى الإناث ( 61.07 ) سنة
- و نوصي بضرورة الوقاية الشمسية سواء بالواقيات الضيائية أو باللباس، و زيادة حملات التوعية الشعبية تجاه هذه الأورام نظراً لأهمية الكشف المبكر عنها في إنجاح علاجها لاحقاً.

## المراجع:

- 1-R.S.Stem.*The mysteries of geographic caribility in nonmelanoma skin cancer incidence.*Arch Dermatol,Vol.135,1999, 143-144.
- 2-C.Kennedy;C.D.Bajdik.*Descriptive epidemiology of skin cancer on Aruba: 1980-1995.*Int J Dermatol,Vol.40,2001,169-174.
- 3-S.Y.Cheng;N.M.Luk;L.Y.Chong.*Special features of non-melanoma skin cancer in Hong Kong Chinese patients: 10-year retrospective study.*Hong Kong Med J,Vol.7,2001,22-28.
- 4-R.P.Gallager;B.Ma;D.I.McLean;C.P.Yang;V.Ho; J.A.Carruthers et al.*Trends in basal cell carcinoma,squamous cell carcinoma, and melanoma of the skin from 1973 through 1987.*J Am Acad Dermatol, vol.23,1990,13-21.
- 5-R.B.Harris;K.Griffith;T.E.Moon.*Trends in the incidence of nonmelanoma skin cancer in southeastem Arizona, 1985-1986.*J Am Acad Dermatol,Vol. 45,2001, 528-536.
- 6-M.R.Karagas;E.R. Greenberg;S.K.Spencer; T.A .Stukel;L.A.Mott.*increase in incidence rates of basal cell and squamous cell cancer in New Hampshire,USA.*Int J Cancer,Vol, 81,1999, 555-559.
- 7-A.Stang;C.Stegmaier;K.H.Jockel.*Nonmelanoma skin cancer in the Federal State of Saarland,Germany,1995-1999.*Br J Cancer,Vol.89,2003, 1205-1208.
- 8-M.Alam;D.Ratner.*Cutaneous squamous cell carcinoma.*N Engl J Med,344,2001,975-983.
- 9-C.S Wong;R.C.Strange;J.T.Lear.*Basal cell carcima.*BMJ,Vol.327,2003, 794-798.
- 10-WOLFF,K;JOHNSON,R.*FITZPATRICK'S.Clinical dermatology.*fifth ed,McGraw-Hill,U.S.A,2005,1085.
- 11-DUBERTRET,L.;ARACTANGI,S.; BACHELEZ,H.; BODEMER,C.;CHOSIDOW,O.; CRIBIER,B.; JOLY,P. *Therapeutique dermatologique.*2° ed, Medecine-sciences, Flammarion, Paris, 2001:1288.
- 12-COLLINS,L,G;NICKOONAHAND,N;MORGAN,N,B.*Changing demographics and pathology of nonmelanoma skin cancer in the last years.*Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery,vol.23, N °1,2003,80-83.