

## التقران السفعي دراسة وبائية إحصائية

الدكتورة فوز حسن\*  
الدكتور محمود دلول\*\*  
ريم الحوراني\*\*\*

(تاريخ الإبداع 29 / 4 / 2010. قُبِلَ للنشر في 10 / 6 / 2010)

### □ ملخص □

تبين هذه الدراسة معدل شيوخ التقران السفعي لدى عينة من مراجعي العيادات الخارجية في مشفى الأسد الجامعي في مدينة اللاذقية بعمر 45 سنة فما فوق وذلك بين عامي 2008 و 2009 . قمنا في هذه الدراسة أيضاً بتحديد أهمية العوامل المؤهبة (مثل العمر، الجنس، ونمط الجلد) بالإضافة إلى العوامل البيئية والمهنية في تطور التقران السفعي. كان عدد أشخاص العينة 944 مريضاً (501 رجلاً و 443 امرأة). وجدنا أن المعدل الكلي لشيوخ التقران السفعي كان 70.5% لدى الرجال و 29.5% لدى النساء، كما لاحظنا أن معدل الشيوخ كان مرتباً بشكل وثيق بالعمر لدى كلا الجنسين، إذ بلغ 33.3% لدى الرجال و 20.6% لدى النساء بعمر 75 سنة فما فوق. لاحظنا وجود علاقة قوية لشيوخ التقران السفعي مع علامتين ناجمتين عن التعرض للشمس هما درجة المران الشمسي ووجود الشامات الشيخية الشمسية. وكان معدل شيوخ التقران السفعي أعلى لدى الأشخاص ذوي النمط اللوني I . لاحظنا أيضاً وجود معدل عالٍ للتقران الزهمي لدى كلا الجنسين، والذي يعدّ من الحالات المرتبطة بالعمر. لاحظنا في هذه الدراسة أن معدل شيوخ التقران السفعي يزداد في المهن التي تتطلب التعرض للشمس لفترات طويلة (مثل الزراعة والأعمال الميدانية). سجلنا حالتين سرطان قاعدي الخلايا و 4 حالات سرطان شائك الخلايا وحالتين قرني جلدي وحالة شوكم قرني عند مرضى الدراسة.

الكلمات المفتاحية: التقران السفعي، معدل شيوخ.

\*أستاذ مساعد - قسم الأمراض الجلدية والزهرية-كلية الطب-جامعة تشرين-اللاذقية-سورية.

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

\*\*\*طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم الأمراض الجلدية والزهرية-كلية الطب-جامعة تشرين-اللاذقية-سورية.

## Actinic Keratosis: A Statistical & Epidemiological Study

Dr. Foz Hassan \*  
Dr. Mahmoud Dalloul\*\*  
Reem Al-Hourany \*\*\*

(Received 29 / 4 / 2010. Accepted 10 / 6 / 2010)

### □ ABSTRACT □

This study examines the prevalence of sun-related damage to skin in people aged 45 and above attending outpatient clinics at Al-Assad University Hospital in Lattakia over the period October 2008 and October 2009. The importance of constitutional factors (complexion, skin type, age), as well as environmental and occupational exposures to the development of actinic keratosis (AK) was assessed in this study. Nine hundred and forty-four patients (501 men and 443 women) were recruited. The overall prevalence of AK was 70.5% in men and 29.5% in women. The prevalence was strongly related to age in both sexes, being 33.3% and 20.6%, respectively, in men and women aged 75 years and above, and was most strongly related to two objective signs of sun exposure, namely the degree of solar elastosis and the presence of solar lentigines. The prevalence of AK was higher in subjects with skin phototype I. There was a high prevalence of seborrhoeic keratosis in both sexes, which was an age-related case. Two cases of basal cell carcinoma, four cases of squamous cell carcinoma, one case of cutaneous horn, and one case of keratoacanthoma were identified.

**Keywords:** actinic keratosis, prevalence

---

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

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

\*\*\*Postgraduate Student, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**مقدمة:**

يعدّ التقران السفعي (الضياي) Actinic Keratosis حالة ما قبل سرطانية تحدث نتيجة التعرض المزمن لأشعة الشمس لدى الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة وخاصة بعد عمر 40 سنة، وقد تتحول هذه الآفة إلى سرطان شائك الخلايا [1]. تتجم الإصابة عن التعرض للشمس بشكل مزمن بسبب الأشعة فوق البنفسجية B التي يتراوح طول موجتها بين 290 و320 نانومتر، تظهر الإصابة بعد فترة كمون تتراوح بين 10-20 سنة وهي لا تحدث على جلد طبيعي بل على جلد متناكس ومتأذ بسبب أشعة الشمس. يعتقد أن الأشعة فوق البنفسجية تسبب تغيرات في المادة الوراثية لخلايا البشرة التي تتحول إلى خلايا لانموذجية تحل محل البشرة الطبيعية وتؤدي بالتدريج إلى اضطرابات في التقرن .

تحدث الإصابة لدى الذكور أكثر من الإناث وخاصة ذوي النمط الجلدي ا، II و III ونادرا ما تصيب ذوي النمط IV ولاتصيب الجلد الأسود [2]. هناك سيطرة لشبوع التقران السفعي بين المزارعين والبحارة والصيادين، وكذلك بين الذين يمارسون الرياضات الشمسية (التنس، الغولف، وتسلق الجبال) .

تتظاهر الآفة بشكل سطح متقرن تتشكل على سطحه أحيانا قشرة قاسية عالقة تزال بصعوبة وألم، بلون الجلد أو صفراء بنية مع حافة حمامية غالبا، ملمسها خشن تقيس عادة أقل من 1 سم، بيضوية أو دائرية. تتوضع الآفات على الوجه (الجبهة، الأنف، الخدين، الذقن، الشفة السفلية، الأذنين، العنق، الذراعين، ظهر اليدين وفروة الرأس لدى الصلع).

تشخص الآفة سريريا ويتم تأكيد التشخيص نسيجيا .

يجب حماية المناطق المكشوفة من الجسم من أشعة الشمس باستخدام واقيات ضياء ذات عامل حماية مرتفع وخاصة لدى الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة (النمط II و III).

توجد العديد من المعالجات الفعالة التي يتم اختيارها حسب كل حالة، ومنها تخريب الآفات بالجراحة القرية، 5- فلورويوراسيل موضعيا، إيميكيمود موضعيا، أدابالين جيل موضعيا، ديكلوفيناك موضعيا، ليزر إريبوم ياغ، ليزر CO2، التقشير الكيميائي، السنفرة الجلدية، والاستئصال الجراحي.

**أهمية البحث وأهدافه:**

التقران السفعي هو عسر تصنع موضع مع خبائثة محتملة [3,4]. يجب أخذ هذه الحالة بالحسبان لكونها تحمل قابلية عالية للتحويل إلى سرطان جلد لاميلاني. لقد تم تقدير خطر تحول التقران السفعي إلى سرطان شائك الخلايا بمعدل يفوق 20%، ولكن دراسة مطولة أعطت معدلاً أقل من 5% [5].

رغم وجود عدة دراسات عالمية عن وبائية التقران السفعي وأذيات الجلد بالأشعة فوق البنفسجية [6-9]، إلا أنها قليلة جداً في سوريا، ومازال تحديد العوامل الرئيسية البيئية والمؤهبة المتهمة غير مكتمل وواضح.

إن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو تحديد معدل حدوث الآفات الجلدية قبل السرطانية لدى شريحة من الناس في مدينة اللاذقية في سوريا، أما الهدف الثاني فهو تحديد العلاقة بين هذه الآفات وعوامل الخطر.

**عينة البحث:**

تم اختيار عينة مؤلفة من 944 مريضاً من مراجعي العيادات الخارجية في مشفى الأسد الجامعي خلال الفترة الممتدة من 1-10-2008 إلى 1-10-2009، حيث شملت الدراسة الأشخاص بعمر 45 سنة فما فوق.

### طرائق البحث ومواده:

تمت متابعة المرضى من خلال استمارة خاصة دُوّنت فيها المعلومات اعتماداً على الاستجواب الدقيق والفحص السريري، وقد تم تحديد النمط اللوني لمرضى الدراسة حسب تصنيف Fitzpatric [10] كما في الجدول الآتي:

الجدول رقم 1 : الأنماط اللونية للجلد حسب Fitzpatric

النمط اللوني	اللون الأساسي للجلد	الاستجابة عند التعرض للأشعة فوق البنفسجية
I	أبيض شاحب	لا يتسفع - يحترق بسهولة
II	أبيض	يتسفع بصعوبة - يحترق بسهولة
III	أبيض	يتسفع بعد حرق شمس بدئي
IV	بني فاتح - زيتوني	يتسفع بسهولة
V	بني	يتسفع بسهولة
VI	أسود	يصبح أغمق

تضمن الفحص السريري تحري وجود المران الشمسي على الوجه والعنق، وقد تم تقسيمه إلى درجات وهي:

لايوجد : لاتوجد أي درجة من المران الشمسي

خفيف : مناطق صغيرة معزولة قليلة جداً من تلون الجلد بالأصفر، مع وجود التجاعيد.

متوسط : مناطق أكبر من تلون الجلد بالأصفر، متعددة لكنها منفصلة، مع تسمك واضح في الجلد.

شديد : مناطق كبيرة متمادية من تلون الجلد بالأصفر والتسمك الشديد والمنتشر.

تم تحري وجود الشامات الشمسية على الرأس والعنق في أثناء الفحص السريري، إذ تم تسجيل النتائج حسب

عدد هذه الشامات وفق الآتي:

لايوجد

4 >

5 - 10

10 <

وقد تم تسجيل وجود أي من الموجودات الآتية: شوكوم قرني، سرطان قاعدي الخلايا، سرطان شائك الخلايا،

ميلانوم خبيث، داء بوفن، تقران زهمي أو تآليل فيروسية على الرأس والعنق عند مرضى الدراسة.

### الطرق الإحصائية:

تم استخدام الطرق الآتية في هذه الدراسة:

- اختبار Chi-2: لدراسة العلاقات بين المتغيرات ذات المراتب.
- التحليل متعدد المتغيرات (Logistic Regression) والذي يسمح بدراسة العلاقات المكتشفة بين المتغيرات الأساسية بعد الأخذ بالحسبان المتغيرات الأخرى والموازنة عليها.

- الفروق عند عتبة الدلالة 0,05 عدت هامة إحصائيا وكذلك إذا خلت حدود الثقة من الرقم 1.
- تم التحليل الإحصائي بمساعدة البرنامج الإحصائي Epi-info.

## النتائج والمناقشة:

### خصائص العينة المدروسة:

تتألف عينة الدراسة من 944 فردا متطوعا بينهم 443 امرأة. تراوحت أعمارهم بين 45 و 85 سنة (بمتوسط قدره 60.7 سنة وانحراف معياري قدره 9.2 سنة). بلغت نسبة الذين يمارسون الأعمال المكتبية في الدراسة الحالية 50% تقريبا ونسبة الذين يعملون بالزراعة 30%. كان نمط الجلد اللوني III هو النمط السائد لدى المشاركين في دراستنا بنسبة تجاوزت 50%. لقد وجدنا درجة من المران الشمسي عند أكثر من 40% من المشاركين. كما لاحظنا وجود الشامات الشيخية عند حوالي 35% منهم. أما التقران السفعي فقد بلغ معدل شيوعه في العينة المدروسة 6.5%. وكان التقران الزهمي أكثر الآفات الأخرى المرافقة شيوعا (23%) (الجدول رقم 2).

الجدول رقم 2 : خصائص العينة المدروسة (العدد الكلي=944 مشارك)

الخاصية	N	النسبة المئوية (%)
الجنس		
▪ النساء	443	46.9
▪ الرجال	501	53.1
العمر		
▪ 45-54	277	29.3
▪ 55-64	339	35.9
▪ 65-74	264	28.0
▪ 75-85	64	6.8
المهنة		
▪ مهندس	31	3.3
▪ مزارع	383	30.0
▪ ميكانيكي	16	1.7
▪ عامل في الجيش	44	4.7
▪ أعمال مكتبية	467	49.5
▪ عامل بناء	103	10.9
النمط اللوني للجلد		
▪ I	65	6.9
▪ II	389	41.2
▪ III	490	51.9

المران الشمسي		
57.5	543	لا يوجد
22.8	215	خفيف
15.8	149	متوسط
3.9	37	شديد
عدد الشامات الشيخية		
65.1	615	0
21.4	202	5>
8.5	80	5 - 10
5.0	47	10<
التقران السفعي		
6.5	61	موجود
آفات مرافقة		
76.0	717	لا يوجد
22.8	215	تقران زهمي
0.32	3	تأليل فيروسية
0.21	2	سرطان قاعدي الخلايا
0.32	3	سرطان شائك الخلايا
0.21	2	قرن جلدي
0.11	1	شوكوم قرني
0.11	1	تقران زهمي + تأليل فيروسية

يظهر الجدول رقم 3 خصائص المشاركين في الدراسة بحسب الجنس. كانت نسبة النساء اللواتي يمارسن مهنة الزراعة 37.7% مقابل 23.2% من الرجال وكذلك كانت نسبتهم أعلى من الرجال في ممارسة الأعمال المكتتبية (61.9% مقابل 38.5%)،  $(p=0.0001)$ . كانت نسبة وجود المران الشمسي أعلى لدى النساء منها لدى الرجال  $(p=0.0001)$ . أما نسبة وجود الشامات الشيخية فكانت أعلى لدى الرجال منه لدى النساء  $(p=0.0001)$  وكذلك معدل شيوخ التقران السفعي فقد كان أعلى لدى الرجال (8.6%) منه لدى النساء (4.1%)،  $(p=0.0001)$ . أما التقران الزهمي فكان أكثر شيوعاً لدى النساء منه لدى الرجال.

الجدول رقم 3 : خصائص العينة المدروسة بحسب الجنس

	الرجال	النساء

p	501		443		العدد الكلي
	%	N	%	N	
0.14					العمر
	29.1	146	29.6	131	45-54
	33.9	170	38.1	169	55-64
	30.9	155	24.6	109	65-74
	6.0	30	7.7	34	75-85
0.0001					المهنة
	23.2	116	37.7	167	مزارع
	38.5	193	61.9	274	أعمال مكتبية
	38.3	192	0.5	2	أخرى
0.12					النمط اللوني للجلد
	8.4	42	5.2	23	I
	41.5	208	46.5	181	II
	50.1	251	54.0	239	III
0.0001					المران الشمسي
	66.3	332	47.6	211	لا يوجد
	20.4	102	25.5	113	خفيف
	10.2	51	22.1	98	متوسط
	3.2	16	4.7	21	شديد
0.0001					عدد الشامات الشبخية
	59.5	298	71.6	317	0
	22.6	113	20.1	89	>5
	10.8	54	5.9	26	5 - 10
	7.2	36	2.5	11	<10
<b>0.005</b>	<b>8.6</b>	<b>43</b>	<b>4.1</b>	<b>18</b>	التقران السفعي
					آفات مرافقة
0.0002	80.8	405	70.4	312	لا يوجد
	17.6	88	28.7	127	تقران زهمي
	1.6	8	0.9	4	أخرى

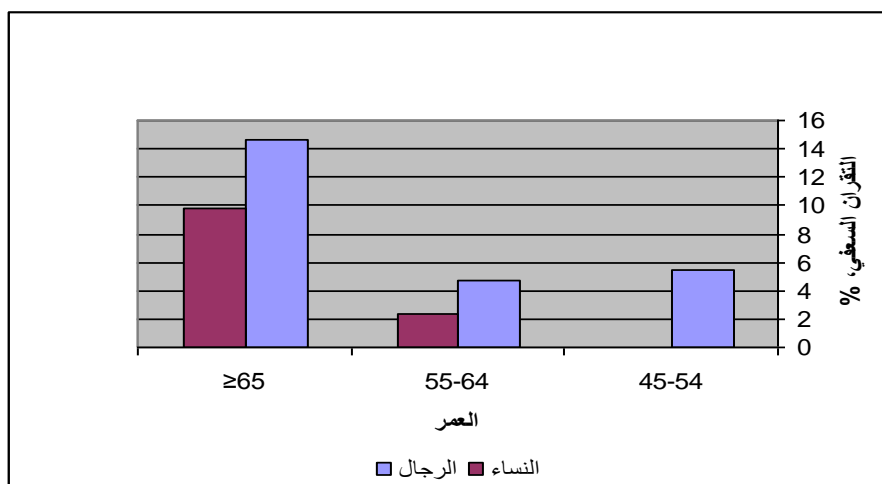
عوامل الخطر:

## العلاقة بين العمر والتقران السفعي:

لاحظنا وجود علاقة هامة إحصائياً بين العمر والتقران السفعي ( $p=0.0001$ ). كلما زاد عمر المشاركين ازداد وجود التقران السفعي وقد كانت الفئة العمرية "≤ 65 سنة" هي الأكثر عرضة لخطر الإصابة (12.5%) مقارنة بـ (2.9%) عند الفئة العمرية "45-54 سنة". وقد وجدنا علاقة مماثلة أيضاً عند كل من الرجال والنساء (الجدول رقم 4) (الشكل رقم 1).

الجدول رقم 4 : العلاقة بين العمر والتقران السفعي بحسب الجنس

النساء		الرجال		الكل		العمر
%	N	%	N	%	N	
0	0	5.5	8	2.9	8	45-54
2.4	4	4.7	8	3.5	12	55-64
9.8	14	14.6	27	12.5	41	65≤
0.0001		0.001		0.0001		<i>P</i>



الشكل رقم 1 : العلاقة بين العمر والتقران السفعي بحسب الجنس

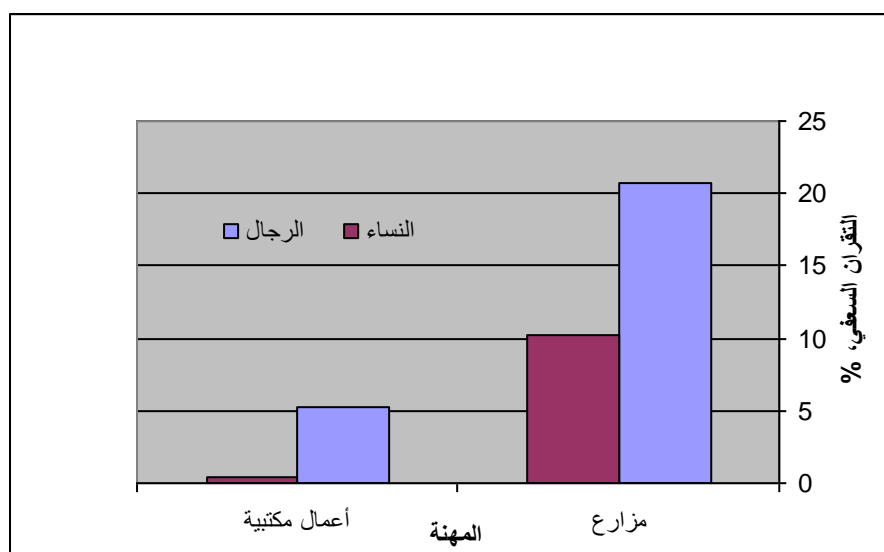
## العلاقة بين المهنة والتقران السفعي:

فيما يتعلق بالعلاقة بين المهنة والتقران السفعي، فقد كان التقران السفعي أكثر شيوعاً بين المزارعين (14.5%) مقارنة مع المشاركين الذين يمارسون الأعمال المكتبية (2.4%)، ( $p=0.0001$ ). وهنا أيضاً لاحظنا وجود علاقة مماثلة هامة إحصائياً عند كلا الجنسين (الجدول رقم 5) (الشكل رقم 2).

الجدول رقم 5 : العلاقة بين المهنة و التقران السفعي بحسب الجنس



النساء		الرجال		الكل		المهنة
%	N	%	N	%	N	
10.2	17	20.7	24	14.5	41	مزارع
0.4	1	5.2	10	2.4	11	أعمال مكتبية
0	0	4.7	9	4.6	9	أخرى
0.0001		0.0001		0.0001		<i>p</i>



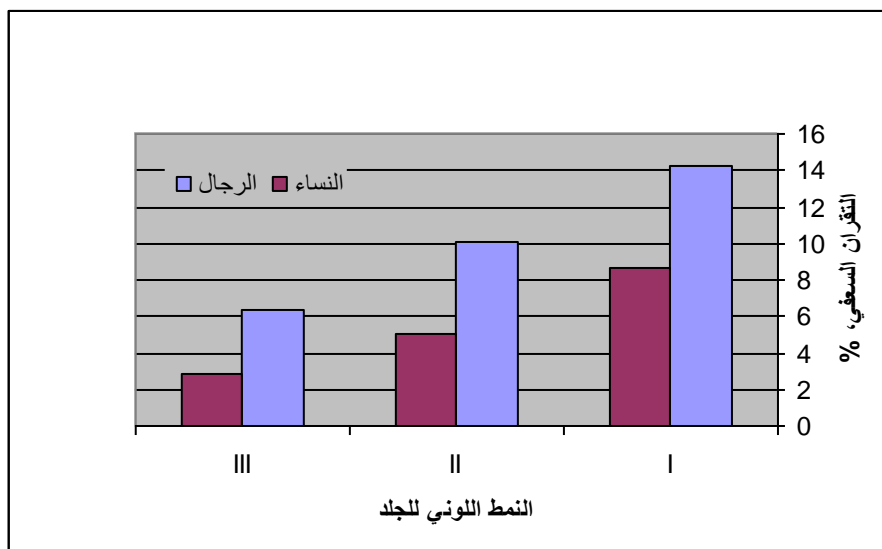
الشكل رقم 2 : العلاقة بين المهنة و التقران السفعي بحسب الجنس

### العلاقة بين النمط اللوني للجلد والتقران السفعي

يبين الجدول رقم 6 العلاقة بين النمط اللوني للجلد والتقران السفعي. لقد أظهرت دراستنا وجود علاقة عكسية هامة إحصائياً بين ازدياد تلون الجلد ومعدل شيوخ التقران السفعي ( $p=0.027$ ). لقد كان التقران السفعي أكثر شيوعاً عند النمط I (12.3%) مقارنة بالنمط II (7.7%) والنمط III (4.7%). وعلى الرغم من ملاحظة وجود علاقة مماثلة لدى الرجال والنساء، إلا أن ذلك لم يصل إلى درجة الأهمية الإحصائية (الشكل رقم 3).

الجدول رقم 6 : العلاقة بين النمط اللوني للجلد والتقران السفعي بحسب الجنس

النساء		الرجال		الكل		النمط اللوني للجلد
%	N	%	N	%	N	
8.7	2	14.3	6	12.3	8	I
5.0	9	10.1	21	7.7	30	II
2.9	7	6.4	16	4.7	23	III
0.30		0.14		0.027		<i>p</i>



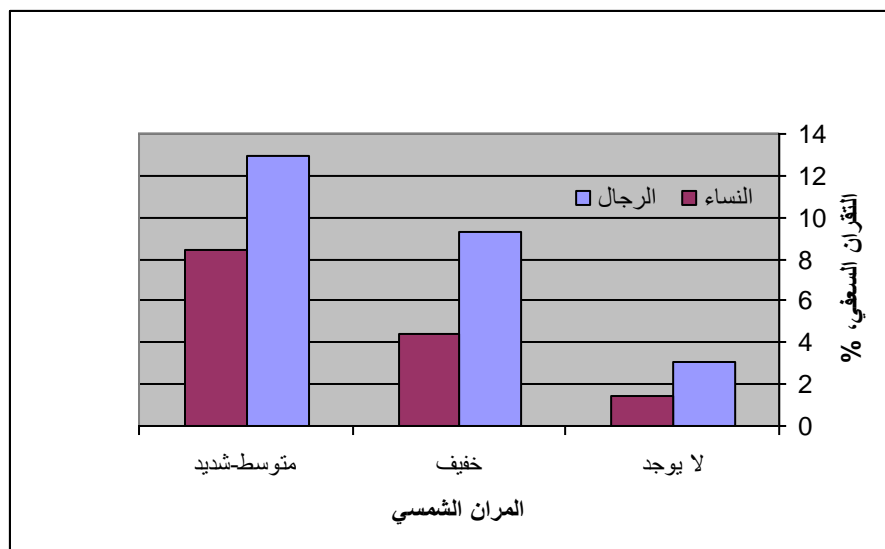
الشكل رقم 3 : العلاقة بين النمط اللوني للجلد والتقران السفعي بحسب الجنس

## العلاقة بين المران الشمسي والتقران السفعي

يظهر الجدول رقم 7 وجود علاقة دالة إحصائياً بين المران الشمسي والتقران السفعي ( $p=0.0001$ ). لقد أظهرت الدراسة الحالية وجود علاقة طردية بين الحالتين، فكلما ازدادت درجة المران الشمسي ازداد معدل شيوع التقران السفعي. كما لاحظنا وجود علاقة مماثلة لدى كل من الجنسين على الرغم من كونها أكثر وضوحاً لدى الرجال (الشكل رقم 4).

الجدول رقم 7 : العلاقة بين المران الشمسي والتقران السفعي بحسب الجنس

النساء		الرجال		الكل		المران الشمسي
%	N	%	N	%	N	
1.4	3	4.2	14	3.1	17	لا يوجد
4.4	5	14.7	15	9.3	20	خفيف
8.4	10	20.9	14	12.9	24	متوسط-شديد
0.01		0.0001		0.0001		<i>p</i>



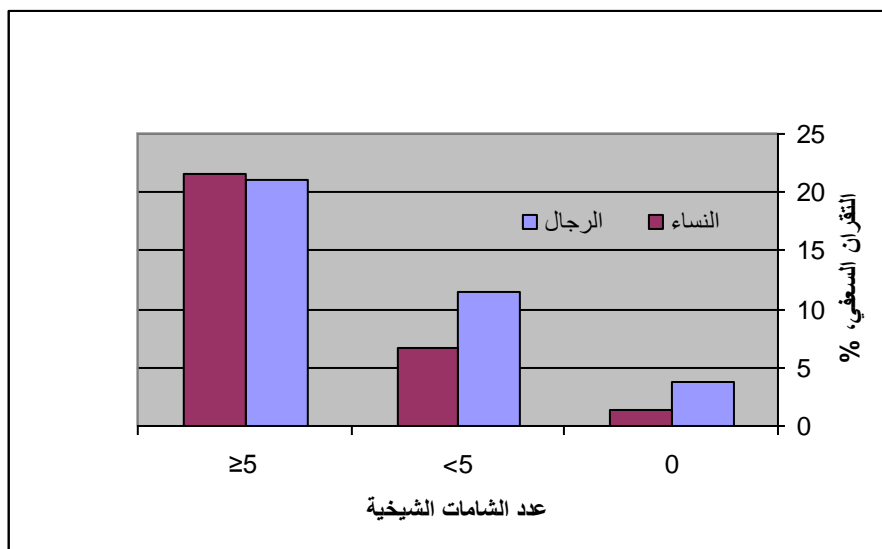
الشكل رقم 4 : العلاقة بين المعان الشمسي والتقران السفعي بحسب الجنس

#### العلاقة بين الشامات الشيخية والتقران السفعي:

لاحظنا وجود علاقة هامة إحصائيا وطردية أيضا بين وجود الشامات الشيخية والتقران السفعي وعند كلا الجنسين ( $p=0.0001$ ). كلما ازداد عدد الشامات الشيخية ازداد معدل شيوع التقران السفعي (الجدول رقم 8) (الشكل رقم 5).

الجدول رقم 8 : العلاقة بين الشامات الشيخية والتقران السفعي بحسب الجنس

النساء		الرجال		الكل		عدد الشامات الشيخية
%	N	%	N	%	N	
1.3	4	3.7	11	2.4	15	0
6.7	6	11.5	13	9.4	19	5>
21.6	8	21.1	19	21.3	27	5≤
0.0001		0.0001		0.0001		<i>p</i>



الشكل رقم 5 : العلاقة بين الشامات الشيخية والتقران السفعي حسب الجنس

## العلاقة بين التقران الزهمي والتقران السفعي:

لم نلاحظ وجود علاقة بين التقران الزهمي والتقران السفعي. لقد كان معدل شيوع التقران السفعي عند المصابين بالتقران الزهمي 6.5% مقارنة بـ 5.3% عند غير المصابين، إلا أن العلاقة كانت أكثر ملاحظة لدى الرجال. إلا أننا لم نتمكن من حساب درجة الأهمية الإحصائية نظراً لصغر العينة (الجدول رقم 9).

الجدول رقم 9 : العلاقة بين التقران الزهمي والتقران السفعي حسب الجنس

النساء		الرجال		الكل		
%	N	%	N	%	N	
						آفات أخرى مرافقة
4.5	14	5.9	24	5.3	38	لا يوجد
1.6	2	13.6	12	6.5	14	تقران زهمي
50	2	87.5	7	75.0	9	أخرى
-		-		-		<i>p</i>

## المناقشة:

يظهر الجدول رقم 10 العلاقة بين التقران السفعي والعوامل الأخرى المدروسة. لقد أظهر التحليل متعدد المتغيرات أن الجنس والعمر والمهنة ووجود الشامات الشيخية تعدّ عوامل خطورة لوجود التقران السفعي. وفيما يتعلق بالجنس، يعدّ الرجال أكثر عرضة للإصابة بالتقران السفعي من النساء بأكثر من ثلاثة أضعاف وذلك بعد ضبط العوامل الأخرى. وفيما يتعلق بالعمر فقد وجدنا أن الفئة العمرية "65 سنة" هي أكثر عرضة للإصابة بالتقران السفعي مقارنة بالمجموعة العمرية ">55". والأفراد الذين يمارسون مهنة الزراعة هم أكثر عرضة لخطر الإصابة بالتقران السفعي بأكثر من خمسة أضعاف (OR=5.43) مقارنة بالممارسين للمهن المكتبية. كذلك لاحظنا أن وجود الشامات

الشيخية يترافق مع زيادة الإصابة بالتقران السفعي بحوالي الضعفين. وأما فيما يتعلق بالعلاقة بين النمط اللوني للجلد و التقران السفعي، فعلى الرغم من ملاحظة وجود ميل تدريجي واضح لزيادة خطر الإصابة بالتقران السفعي (2.83، 1.49، 1) بتغير نمط الجلد من I إلى III على الترتيب، إلا أن ذلك كان حدود درجة الأهمية الإحصائية ( $p=0.075$ ). ومن جهة أخرى، لم نلاحظ وجود علاقة هامة إحصائياً بين المران الشمسي والتقران السفعي بعد الموازنة على العوامل الأخرى السابقة الذكر.

الجدول رقم 10 : العوامل المتعلقة بالتقران السفعي: تحليل متعدد المتغيرات

P	حدود الثقة - %95	ODD RATIO (OR)	
			المتغيرات التي تم إدخالها معا في معادلة الانحدار للموازنة عليها
0.001	5.90- 1.56	3.04	الرجال
			العمر
	شاهد	1.00	45-54
0.99	2.66- 0.38	1.00	55-64
0.006	8.83 -1.43	3.25	65≤
			المهنة
0.0001	11.5-2.56	5.43	مزارع
	شاهد	1.00	أعمال مكتبية
0.64	3.27-0.49	1.26	أخرى
			النمط اللوني للجلد
0.075	8.88 - 0.90	2.83	I
0.21	2.79 - 0.80	1.49	II
	شاهد	1.00	III
			المران الشمسي
	شاهد	1.00	لا يوجد-خفيف
0.48	2.55-0.65	1.28	متوسط- شديد
			عدد الشامات الشيخية
	شاهد	1.00	5>
0.019	4.17-1.13	2.17	5≤

**المقارنة:**

لقد سجلت هذه الدراسة ودراسات أخرى [6-9, 11,12,13,14,15] حدوثاً أعلى للتقران السفعي لدى الرجال منه لدى النساء، وهذا قد ينجم عن التعرض التراكمي للشمس بسبب العمل في العراء.

لقد أجريت دراسة عن معدل حدوث الأذية الضيائية والتقران السفعي لدى السكان القوقازيين المقيمين في منطقة ميرسي سايد الواقعة شمال غرب بريطانيا [15]، شملت عينة الدراسة 968 مريضاً بعمر يزيد عن 40 سنة، وقد كان معدل حدوث التقران السفعي 15.4% لدى الرجال و 5.9% لدى النساء، وقد كان هذا المعدل أعلى من دراستنا.

كما أجريت دراسة شملت 560 مقيماً في جنوب ويلز بعمر 60 سنة فما فوق [13,16]، وكان معدل حدوث التقران السفعي أعلى منه لدى سكان ميرسي سايد بحوالي الثلث.

وقد قام [17] Rea et al بإجراء دراسة على الأجزاء المكشوفة من الجسم لدى 614 شخصاً بعمر من 15 إلى 74 عاماً تم اختيارهم بالمسح من عينة متطابقة من 2180 مقيم في مدينة لندن، ولم تسجل هذه الدراسة أي حالة تقران سفعي، بينما سجلت حالة سرطان جلد لا ميلاني واحدة، وهذا أقل بكثير من المتوقع.

وقد أجري مسح سكاني باكر من قبل [14] O'Beirn et al في غالواي إيرلندا على 1338 متطوع بعمر أكبر من 21 عاماً، إذ كان معدل حدوث التقران السفعي 13.6% لدى الرجال و 7.6% لدى النساء.

من الصعب مقارنة معدل حدوث التقران السفعي بين الدراسات المختلفة وذلك بسبب اختلاف طريقة البحث، اختيار العينة، إجراءات الفحص وإجراء الخزعة.

لم نقم في دراستنا بإجراء الخزعة بشكل روتيني، بل أجريت للآفات التي يشتبه فيها حدوث تحول باتجاه الخباثة. لوحظ في دراستنا أن نسبة وجود التقران الزهمي لدى أفراد العينة كان 17.8% لدى الرجال و 28.7% لدى النساء، وفي كلا الجنسين كان هذا المعدل مرتبطاً بالعمر. بينما سجلت دراسة ميرسي سايد معدلاً أعلى، إذ كان معدل وجوده 54.8% لدى الرجال و 38% لدى النساء، ولوحظ أيضاً ارتباطه بالعمر.

وقد سجلت دراسة ل Yeatman et al في أستراليا حدوث التقران الزهمي بمعدل 100% لدى الأشخاص الذين يزيد عمرهم عن 50 عاماً [18].

إن المعلومات عن عوامل الخطر المرافقة لحدوث التقران السفعي ليست دقيقة تماماً بسبب عدم دقة إجابات بعض المرضى عن هذه العوامل مثل التعرض لحروق شمسية خلال الطفولة وغيرها.

من الملاحظ في دراستنا وجود علاقة قوية بين الإصابة بالتقران السفعي والتعرض التراكمي لأشعة الشمس الناجم عن المهنة، إذ كان المعدل لدى الأشخاص الذين يمارسون مهنة الزراعة أعلى بكثير من خمسة أضعاف (OR=5.43) مقارنة بالممارسين للمهن المكتبية. أما في دراسة ميرسي سايد فلم يلاحظ وجود علاقة بين التقران السفعي والتعرض للشمس. كما أن [19] Vitasa et al قد قام بإجراء تقييم أكثر شمولاً لإيضاح العلاقة بين التقران السفعي والتعرض للشمس ولكنه فشل في إيجاد هذه العلاقة وذلك في دراسة أجريت على مجموعة مجدفين في الولايات المتحدة الأميركية.

**الاستنتاجات والتوصيات:**

-لقد بلغ معدل شبيوع التقران السفعي في دراستنا حوالي 6.5%، وقد تم تحديد عوامل الخطر للإصابة كالتالي:  
الجنس (الرجال)، العمر المتقدم، النمط الجلدي اللوني الفاتح، المهن التي تُمارس في العراء (الزراعة)، ووجود التعرض  
الجلدي الناجم عن التقدم في السن والتعرض المزمّن للشمس (المران الشمسي والشامات الشيخية). نظراً لكل ماسبق  
ولكون التقران السفعي آفة قبل سرطانية فإننا نوصي باتخاذ الإجراءات الوقائية لتجنب الإصابة (الوقاية من التعرض  
لأشعة الشمس باستخدام الملابس وواقيات الشمس)، كما نوصي بعلاج هذه الحالة باكراً ما أمكن لتقليل إمكانية تحولها  
باتجاه الخباثة.

-نوصي أيضاً بإجراء دراسات للمقارنة بين مختلف أنواع العلاجات وتحديد أكثرها فعالية وأماناً.

### المراجع:

- 1- CHAMPION,R.H, BURTON,J.L, BURNS,D.A, BREATHNACH,S.M. *Textbook of Dermatology, Chapter 36, Epidermal Skin Tumours*,6<sup>th</sup> edn, The Blackwell Science Ltd, United Kingdom, 1998,1670.
- 2- WOLFF,K, JOHNSON,R.A, SUURMOND,D. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of Clinical Dermatology, Section 10, Photosensitivity, photo-induced disorders*, 5<sup>th</sup> edn, The McGraw-Hill Companies, USA, 2005, 262.
- 3- BENDL,B.J, GRAHAM J.H. *New concepts on the origin of squamous cell carcinomas of the skin: solar (senile) keratosis with squamous cell carcinoma—a clinicopathologic and histochemical study*. Proc Natl Cancer Conf 1970; 6: 471-88.
- 4- SANDERSON, K.V, MACKIE, R. *Tumours of the skin*. In: Textbook of dermatology (Rook AJ, Wilkinson DS, Ebling FJG, eds), 3<sup>rd</sup> edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1979: 2129-231.
- 5- MARKS, R, RENNIE, G, SELWOOD, T.S. *Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma*. Lancet 1988; 1(8589): 795-7.
- 6- MARKS R, PONSFORD, M.W. SELWOOD, T.S *et al. Non-melanotic skin cancer and solar keratoses in Victoria*. Med J Aust 1983; 2: 619-22.
- 7- HOLMAN, C.D, ARMSTRONG, B.K, EVANS, P.R *et al. Relationship of solar keratoses and history of skin cancer to objective measures of actinic skin damage*. Br J Dermatol 1984; 110: 129-38.
- 8- GREEN, A, BEARDMORE, G, HART, V. *et al. Skin cancer in a Queensland population*. J Am Acad Dermatol 1988; 19: 1045-52.
- 9- MARKS, R, SELWOOD, T.S. *Solar keratosis: the association with erythematous ultraviolet radiation in Australia*. Cancer 1985; 56: 2332-6.
- 10- WOLFF,K, JOHNSON,R.A, SUURMOND,D. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of Clinical Dermatology, Section 10, Photosensitivity, photo-induced disorders*, 5<sup>th</sup> edn, The McGraw-Hill Companies, USA, 2005, 228.
- 11- ZAGULA-MALLY, Z.W. *et al. Frequency of skin cancer and solar keratoses in a rural Southern county as determined by population sampling*. Cancer 1974; 34: 345-9.
- 12- JOHNSON, M.L, ROBERTS, J. *Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74 years, 1971-1974*. National Center for Health Statistics (Vital

- and Health Statistics: Series 11, Data from the National Health Survey). 1978; 212: 1-72.
- 13- HARVY, I, FRANKEL, S, MARKS, R. *et al. Non-melanoma skin cancer and solar keratoses. II. Analytical results of the South Wales Skin Cancer Study.* Br J Cancer 1996; 74: 1308-12.
  - 14- O'BEIRN, S.F, JUDGE, P, URBACH, F. *et al. Skin cancer in County Galway. Ireland Proc Natl Cancer Conf* 1970; 6: 489-500.
  - 15- MEMON, A.A, TOMENSON, J.A. *et al. Prevalence of solar damage and actinic keratosis in a Mersyside population.* British Journal of Dermatology 2000; 142: 1154-59.
  - 16- HARVY, I, FRANKEL, S, MARKS, R. *et al. Non-melanoma skin cancer and solar keratoses. I. Methods and descriptive results of the South Wales Skin Cancer Study.* Br J Cancer 1996; 74:1302-7.
  - 17- REA, J.N, NEWHOUSE, M.L, HALIL, T. *Skin disease in Lambeth. A community study of prevalence and use of medical care.* Br J Prev Soc Med 1976; 30: 107-14.
  - 18- YEATMAN, J.M, KILKENNY, M, MARKS, R. *The prevalence of seborrhoeic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency.* Br J Dermatol 1997; 137: 411-14.
  - 19- VITASA, B.C, TAYLOR, H.R, STRICKLAND, P.T *et al. Association of nonmelanoma skin cancer and actinic keratosis with cumulative solar ultraviolet exposure in Maryland watermen.* Cancer 1990; 65: 2811-17.