

دراسة 25 حالة سرطان الشائك الخلايا في الشفة السفلية

الدكتور عيسى وهبة*
الدكتور جمال قسومة**
نبيلة نعمان قباني***

(تاريخ الإيداع 7 / 9 / 2011. قُبِلَ للنشر في 12 / 2 / 2012)

□ ملخص □

المقدمة: يُعدّ سرطان الشفة السفلية الشائك الخلايا واحداً من أكثر أنواع سرطانات الفم شيوعاً. على الرغم من أن هذا النوع من السرطانات قابل للعلاج بسهولة عادة مقارنة بخبائثات مواقع فموية أخرى ولكن يمكن أيضاً أن يحدث بسبب هذا المرض نقائل ناحية ونكس موضعي أو الموت.

الهدف من الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى تحديد نسبة حصول النقائل العقدية اللمفية ومستويات الانتقالات العقدية اللمفية الأكثر إصابة والعلاقة بين العمر ومستويات الانتقالات العقدية اللمفية. المواد والطرائق: تضمنت الدراسة 25/ مريضاً مصاباً بالـ SCC الأولي على الشفة السفلية ممن عولجوا في مشفى المواساة وذلك بهدف التدبير الشفائي. خضع كل المرضى للاستئصال الجراحي للورم مع ترك هوامش جراحية لا تقل عن 5م إضافة إلى تجريف العنق تبعاً للاستطباب.

النتائج: صنف 72% من المرضى على أنهم N0 ووجدت النقائل العقدية عند 20% على هيئة N1 و 8% على هيئة N2a . عانى 16% من المرضى من نقائل رقبية إلى المستوى Ia و 8% منهم إلى المستوى Ia+Ib في حين أنه فقط 4% من المرضى لديهم انتقال إلى المستوى II. العلاقة بين العمر ومستوى العقد اللمفية في العنق لم تظهر فروقات ذات دلالة إحصائية.

الخلاصة: خلصت هذه الدراسة إلى شيوع إصابة سرطان الشائك الخلايا في الشفة السفلية عند الذكور مقارنة بالإناث وخصوصاً في العقد السابع من العمر وأن المستوى الأول (لاسيما المنطقة تحت الذقنية) هي الأكثر تأثراً بالانتقالات العقدية مع عدم وجود علاقة بين المستوى المصاب والعمر.

الكلمات المفتاحية: الشفة السفلية، سرطان الشائك الخلايا، العقد اللمفية، الانتقالات، المستويات الرقبية.

* أستاذ - قسم جراحة الفم والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق - دمشق - سورية.
** أستاذ مساعد - قسم الأذن والأنف والحنجرة - كلية الطب - جامعة دمشق - دمشق - سورية.
*** طالبة دراسات عليا (دكتوراه) - قسم جراحة الفم والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق - دمشق - سورية.

A Study of 25 Cases of Lower Lip Squamous Cell Carcinoma

Dr. Issa Wehbeh*
Dr. Jamal Kassouma**
Nabila Kabbani***

(Received 7 / 9 / 2011. Accepted 12 / 2 / 2012)

□ ABSTRACT □

Introduction: Lower lip squamous cell carcinoma is one of the most common types of cancers of the oral cavity. Although it is generally readily curable compared with malignancies at other oral sites, regional metastasis, local recurrence and even death from this disease may occasionally occur.

Aim of Study: The study aimed to determine The ratio of cervical node metastasis, the most affected levels of lymph node metastasis, and the correlation between age and levels of lymph node metastasis.

Materials &Methods: The study included 25 patients with primary lower lip SCC, treated in Al Moasat hospital for the curative management. All patients underwent surgical resection of the tumor with surgical margins not less than 5 mm as well as neck dissection according to the indication.

Results: 72% of patients were classified as N0. Nodal metastasis was present in %20 as N1 and %8 as N2a and 16% of patients suffered from cervical metastasis to the level /Ia/, %8 to /Ia +Ib/ and %4 to the level /II/. The correlation between age and level of lymphatic node did not reveal statistically significant differences.

Conclusion: This study concluded that squamous cell carcinoma of the lower lip is more common in males than in females particularly in the 7th decade of age, and Level I (especially for the submental area) is the most affected by nodal metastases with no correlation in between the affected level and the age.

Keywords: Lower Lip, SCC, Lymph Nodes, Metastasis, Cervical Levels.

*Professor, Oral and Maxillofacial Department, Faculty of Dentistry, Damascus University, Damascus, Syria.

**Associate Professor, Otolaryngology Department, Faculty of Medicine, Damascus University, Damascus, Syria.

***Postgraduate Student, Oral and Maxillofacial Department, Faculty of dentistry, Damascus University, Damascus, Syria.

مقدمة:

يُعدّ سرطان الشفة السفلية الشائك الخلايا Lower Lip Squamous Cell Carcinoma أو ما يرمز له بـ (LLSCC) أكثر الخباثات malignancies مشاهدة بعد سرطان الجلد في منطقة الرأس والعنق^[1] كذلك هو الخباثة الأكثر شيوعاً في التجويف الفموي عند البالغين^[1] ومن العوامل المؤهبة للسرطان : التعرض المديد لأشعة الشمس والتدخين وشرب الكحول والأمراض المناعية المزمنة^[2] علماً أن التعرض المديد هو العامل الأكثر إحداثاً لسرطان الشفة.

يشيع سرطان الشفة عند ذوي البشرة البيضاء مقارنة بذوي البشرة السوداء لغياب الطبقة الصبغية الواقية عندهم^[3] كما تعدّ الطلاوة leukoplakia وفرط القرن hyperkeratosis والتغيرات السفعية actinic changes من العوامل المؤهبة لسرطان الشفة وتترافق بالتعرض المديد لأشعة الشمس^[4].

يصيب السرطان اللشائك الخلايا (SCC) الشفة السفلية بنسبة 91 الى 97% مقارنة بالشفة العلوية^[5] التي تبلغ نسبة إصابتها 2 الى 8 % والصوار commissure بنسبة 1% فقط وتكون الإصابة في منطقة حافة الشفة vermilion (الحافة الحمراء) بنسبة 90-98% وأكثرها يتوضع في طرف واحد (بين الخط الناصف والصوار) وتتواجد الخباثة في مواقع متعددة بالشفة بنفس الوقت بنسبة 6% وتترافق بخباثات في الطريق الهوائي الهضمي العلوي upper aerodigestive tract بنسبة 3%^[3]

تتميز آفات الشفة السفلية عن بقية آفات الجهاز الهضمي بأنها سهلة الاكتشاف والتشخيص diagnosis والعلاج Treatment ومع ذلك يبقى حوالي 25% من خباثات الشفة السفلية تحمل إمكانية النكس recurrence والانتقالات metastasis والتسبب بالوفيات^[6] ، ولذلك يجب أن يعالج السرطان الشائك الخلايا الناشئ على حساب الشفة السفلية سريعاً وبمزيد من الاهتمام، حيث يمكن أن تتراوح نسبة الوفيات الناجمة عن تأخير أو إهمال العلاج إلى 10-30%^[7,8] ومن هنا يتبين لنا أهمية وجود الانتقالات الرقبية وخطورتها من حيث تأثيرها على النكس الموضعي الناحي Locoregional Recurrence وتأثيرها على إنذار الإصابة prognosis وإمكانية السيطرة على المرض، وبالتالي من هنا كانت نشأة فكرة هذه الدراسة.

تعدّ خباثة الشفة من الخباثات الشائعة في الرأس والعنق، وهي نادرة قبل الأربعين، والعمر المناسب لها بين الـ 50 و 70 سنة في حين يصادف فقط 10% من الحالات عند من هم أصغر من سن الـ 40^[9-11]، وتشاهد الإصابة لدى الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1/5 بالنسبة لخباثات الشفة السفلية عموماً، لكن النسبة عند الإناث أكثر من الذكور بنسبة 1/3 فيما يتعلق بخباثات جلد الشفة .

لابد من الاهتمام بآفات الشفة السفلية لما لها من أهمية كبيرة من الناحيتين الوظيفية والجمالية مع ضرورة التذكر دوماً بأن التأخر في بدء المعالجة الصحيحة قد يسيء كثيراً للإنذار معرضاً المريض لأعمال جراحية واسعة ومتكررة مع احتمال الحاجة لمعالجات متممة وما يرافق ذلك من مضاعفات وعقابيل قد تكون ذات آثار سيئة جداً على المريض.

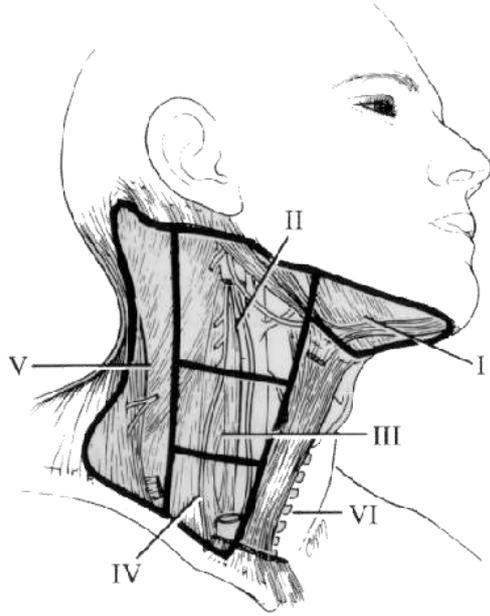
توصف الخباثات الناشئة عن الشفة السفلية بتصانيف classifications مختلفة فقد حدد الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان الشفة السفلية بأنها تمتد من الاتصال الشفوي للجلد مع أحمر الشفاه حتى الجزء من الشفة المماس للشفة العلوية، وعُدت خباثة جلد الشفة جزءاً من خباثات الجلد، وخباثة باطن الشفة جزءاً من خباثات التجويف الفموي.

بينما عدت المؤسسة العالمية للسرطان خباثات الشفة تشمل خباثة الحافة الشفوية (الحمراء) وخباثة باطن الشفة (المخاطية) وخباثة جلد الشفة، وهذا التصنيف هو المعتمد في دراستنا.

ينزح لمف الشفة السفلية إلى شبكة لمفاوية lymphatic network دقيقة تتوضع تحت الطبقة تحت المخاطية لحافة الشفة الحمراء (الحافة القرمزية) [12] Submucosa of the vermillion ويكون ذلك من خلال خمسة أو ستة جذوع لمفاوية جامعة lymphatic collecting trunks للمف الشفة ومنها إلى العقد للمفاوية الناحية regional lymph nodes lymph nodes بحيث يصب الجذع المسؤول عن نزح لمف الثلث المتوسط من الشفة السفلية إلى العقد للمفاوية تحت الذقنية lymph nodes submental في حين ينزح لمف الجذوع الجامعة من الثلث الجانبي للشفة في كل جهة إلى العقد تحت الفكية للجهة ذاتها Ipsilateral submandibular lymph nodes كما يمكن في بعض الحالات الفردية أن ينزح لمف الثلث المركزي للشفة إلى العقد تحت الفكية في أحد الجانبين.

وجدت انتقالات إلى العقد للمفاوية تحت الفكية في 80-90% من حالات سرطان الشفة السفلية الشائك الخلايا على الرغم من أن بعض هذه العقد تكون سلبية negative عند فحصها سريريا [13,14] - ومن هنا تأتي أهمية تحري المستويات العنقية cervical levels الأكثر إصابة- حيث إن البعض يوصي بتجريف العنق neck dissection الوقائي في حالات سرطان الشفة السفلية المترافق مع N0 ، وهنا تجدر الإشارة إلى أهمية السريري المعتمد على المعطيات السريرية والشعاعية في تحديد المرحلة التي يمر بها المريض، في حين تبقى الأهمية الكبيرة لما يسمى بوجود الانتقالات العقدية الخفية Occult Metastasis أو المجهرية والتي يتم كشفها مجهرياً فقط.

مستويات العقد للمفاوية:



ينزح لمف الرأس والعنق إلى العقد للمفاوية تحت الذقنية وإلى العقد العميقة تحت الفكية وكذلك تلك العقد المتوضعة على طول مسار الوريد الوداجي الباطن Internal Jugular Vein [15].

يوجد أكثر من نظام لتصنيف العقد للمفاوية ولكننا سنأخذ بالنظام المذكور: [16]

المستوى الأول: (I) level ويقسم بدوره إلى قسمين هما: المستوى (Ia) ويشمل عقد المثلث تحت الذقن والمستوى (Ib) ويشمل عقد المثلث تحت الفك.

المستوى الثاني: (II) Level ويشمل العقد الوداجية العلوية الممتدة من قاعد القحف وحتى تفرع السباتي الأصلي.

المستوى الثالث: (III) Level ويشمل العقد الوداجية المتوسطة الممتدة من تفرع السباتي الأصلي إلى العضلة الكتلامية.

المستوى الرابع: (IV) Level ويشمل العقد الوداجية السفلية الممتدة من الكتلامية حتى الترقوة.

المستوى الخامس: (V) Level ويشمل عقد المثلث الرقبى الخلفي المحاطة بالترقوة والحافة الخلفية للعضلة الكتفية اللامية والعضلة شبه المنحرفة.

المستوى السادس: (VI) Level العقد الحشوية: بين الغمدين السباتيين من الجسم السفلي اللامي حتى ذروة القص العلوية.

ويقال إن الانتقال الورمي للعقد للمفاوية يكون من الأعلى إلى الأسفل، وبمعنى آخر إن الانتقال العقدي هو أمر قابل للتخمين والتنبؤ به وذلك بحسب Spencer و Ferguson و Wiesefeld [15] علماً أن بعض الدراسات الحديثة تحاول إثبات خلاف ذلك حيث يمكن أن يكون الانتقال قافزاً وغير خاضع لترتيب تشريحي محدد سلفاً.

يُعدّ وجود عقدة لمفية انتقالية من أهم العوامل التنبؤية لتحديد إنذار الإصابة، حيث ينقص وجود النقائل الرقبية فرصة الشفاء عند المريض الخاضع للعلاج الطويل الأمد بمعدل 50% مقارنة بأولئك الذين لا يبديون نقائل رقبية [17].

يمكن تحري وتقييم انتباج العقد للمفاوية بعدة طرق سريرية وشعاعية حيث يمكن للجوء بداية إلى الفحص السريري (الجس) كما يمكن للجوء أيضاً إلى تخطيط الصدى (الإيكو) وكذلك التصوير الطبقي المحوري CT والرنين المغناطيسي MRI حيث تبلغ دقة الفحص السريري 71% حسب دراسة Woolgar [18] ويُعدّ وجود المركز المنتخر للعقدة المصابة هو العامل التنبؤي الأهم لتحديد الإنذار وليس حجم العقدة وذلك حسب دراسة كل من Shingaki و Suzuki و Nakajima التي أظهرت أنه لا توجد علاقة حقيقية بين حجم العقدة وإصابتها فقد تبدي العقدة ارتكاساً ضخامياً سليماً على هيئة فرط تنسج Hyperplasia في حين يمكن للعقد ذات الحجم الطبيعي (>1سم) أن تكون حاوية على خلايا ورمية منتقلة [19]

يُعدّ الـ PET أو ما يعرف بالتصوير المقطعي بقذف البوزيترون هو الوسيلة الأفضل لتقييم العقد للمفاوية الرقبية حيث يتصف بقدرته على كشف الانتقالات الورمية ضمن العقد صغيرة الحجم والسلبية على صورتي الطبقي المحوري والرنين المغناطيسي [20] وعلى جميع الأحوال يبقى التشريح المرضي هو الفيصل لتحديد وجود النقائل للمفاوية إلى العقد الرقبية.

الملاحح النسيجية للسرطان الشائك الخلايا:

يتألف السرطان الشائك الخلايا الجيد التمايز well differentiated من أغمدة وأعشاش خلوية واضحة الأصل النسيجي، وفيها تكون الخلايا كبيرة عادة وتبدي غشاءً خلوياً متميزاً وجسوراً بين خلوية وأشواك وصل غير مرئية بوضوح، في حين تكون النواة كبيرة وتبدي تفاوتاً في التلون، كذلك يمكن أن يشاهد في الأشكال الجيدة التمايز نماذج انقسامية متعددة لكنها لا تبدو واضحة ويصعب تمييزها بسهولة.

من المظاهر المميزة للسرطان الشائك الخلايا الجيد التمايز وجود التقرن وتشكل لآلى بشرية متقرنة بحجوم مختلفة وفي الآفات النموذجية يشاهد مجموعات خلوية خبيثة مجتاحة للنسيج الضام connective tissue .

أما في الأشكال الأقل تمايزاً فتتقد مظاهرها المعروفة ويكون الشبه بخلايا البشرة الشائكة أقل، ويكون معدل انقسام الخلايا الشائكة أسرع وكذلك معدل النمو للخلايا المنقسمة أسرع، ويلاحظ اختلاف كبير بين الخلايا في الشكل والحجم والاصطباغ إضافة إلى عدم قدرتها على تأدية دور الخلية الشائكة المتميزة وتشكيل القرنين .

أما بالنسبة للأشكال السيئة التمايز فيكون شبيهاً قليلاً بأصلها وأحياناً تكون بعيدة جداً في شكلها عن الأصل لذلك قد يصعب تشخيصها بسبب المظهر النسيجي الخبيث غير المميز إضافة لوجود خلايا خبيثة سريعة الانقسام كما تبدي نقصاً كبيراً في الارتباط .

لقد حث وجود درجات مختلفة من التمايز في السرطان الشائك الخلايا على تصنيف الأورام في درجات، فالدرجة الأولى هي للأورام الشديدة التمايز والتي تنتج خلاياها الكثير من القرنين، في حين تشير الدرجة الرابعة إلى الأورام سيئة التمايز poorly differentiated حيث تكون خلاياها شديدة الخبث ولا تبدي تشكل قرنين^[21].

درجة تمايز السرطان الشائك الخلايا مجهرياً :

قسم Border عام 1972 الـ S.C.C بحسب درجة تمايزه إلى^[22]:

درجة أولى : **G1** ← جيد التمايز: الخلايا المتميزة 75-100%.

درجة ثانية: **G2** ← جيدة بشكل متوسط : الخلايا المتميزة 50-75%.

درجة ثالثة: **G3** ← سيئة التمايز: الخلايا المتميزة 25-50%.

درجة رابعة: **G4** ← سيئة جداً: الخلايا المتميزة 0-25% .

الأشكال السريرية للسرطان الشائك الخلايا:

الشكل التفريحي: يبدأ على شكل تقرح منذ البداية بيضوي أو دائري الشكل، وتمتاز عن الأشكال الأخرى بأنها أكثر تقرحاً وأشد غزواً وأكثر ارتشاحاً وأقل تمايزاً وأكثر عرضة للنزف والدمج.

الشكل النابت: يبدأ على شكل تسمك في البشرة ، تتسع جانبياً وبتجاه العمق مشكلاً قاعدة عريضة قرصية الشكل ثم تنمو الآفة نحو الأعلى، ثم تنتشق ثم تغزوها الجراثيم، وأخيراً يتنخر سطح الورم وتغطي القرحة قشور تؤدي إزالتها إلى تشكل سطح نازف بسهولة أحمر وحبيبي، ثم يرتشح الورم عميقاً فاقداً مظهره الحبيبي.

الشكل الثولولي: شكل نادر وخاصة في جلد الشفة لكنه يكثر في الفم والحنجرة، ويمتاز ببطء النمو وينشأ غالباً على أرضية طولان ، له منظر حليمي مع امتدادات إصبعية، وما يميزه أن الحواف أشد امتداداً للخارج من الأشكال السابقة وينمو حتى يصل إلى حجم كبير قبل أن يغزو العمق، وهو ورم جيد التمايز نسيجياً يختلط مع آفات فرط التصنع لذلك يجب أن تمتد خزعة الآفة إلى المخاطية المجاورة.

تصنيف السرطان الشائك الخلايا الفموي:

وضعت الهيئة الأمريكية للسرطان (AJCC) تصنيفاً للسرطانات الفموية والعقد اللمفاوية والانتقالات الجهازية البعيدة وهو ما يعرف بتصنيف TNM وذلك بناء على المعطيات السريرية والشعاعية

وتصنف الأورام بحسب حجمها كالتالي: (Tumor)

TX: ورم ابتدائي لا يمكن تقييمه

T0: لا وجود لورم ابتدائي

Tis: سرطان في الموضع

T1: ورم بحجم 2 سم أو أقل

T2: ورم بحجم يزيد عن 2 سم ولكنه أقل من 4 سم

T3: ورم يتجاوز في حجمه 4سم.

T4: ورم غاز للبنى المجاورة

في حين تصنف العقد اللمفية المصابة كما يلي ذكره: (Nodes)

N0: لا يوجد عقد مجسوسة سريريا.

N1: عقدة واحدة مجسوسة في نفس الجهة ipsilateral تقيس > 3 سم.

N2a: عقدة واحدة مجسوسة في نفس الجهة ipsilateral تقيس بين 3-6 سم.

N2b: عدة عقد مصابة في نفس الجهة لا تزيد عن 6سم.

N2c: عقد مصابة في الجانبين Bilateral أو في الجانب المعاكس Contralateral ولا تتجاوز 6سم.

N3: عقد مصابة < 6 سم

ومن العوامل التي تلعب دورا في الانتقال للمفاوي : حجم الورم البدئي- ثخانة الورم- الارتشاح حول

الأعصاب- درجة تمايز الورم- النكس الموضعي للورم البدئي- وبدرج أقل شكل الورم لا سيما القرصي.

بينما يتم تحديد النقائل كآآتي: (Metastasis)

M0: لا توجد نقائل بعيدة.

M1: توجد نقائل بعيدة.

التصنيف المرحلي السريري:

المرحلة الأولى: T1N0M0.

المرحلة الثانية: T2N0M0.

المرحلة الثالثة: T1N1M0 / T2N1M0 / T3(N0,N1)M0.

المرحلة الرابعة A: T4(N0,N1)M0.

المرحلة الرابعة B: Any T (N2/N3) M0

أهمية البحث وأهدافه:

1. دراسة نسبة حصول الانتقالات في حالات الـ SCC المتوضعة على الشفة السفلية.

2. دراسة المستويات للمفاوية الأكثر إصابة في حال حدوث الانتقالات.

3. دراسة وجود علاقة بين عمر المريض والمستويات المصابة.

طرائق البحث ومواده:

➤ شملت الدراسة (25) حالة مريض ومريضة ممن يعانون من سرطان الشائك الخلايا على الشفة السفلية

معظمهم من المراجعين للشعبة الأذنية في مشفى المواساة ومرضى مشفى جراحة الوجه والفكين وذلك في الفترة

الممتدة بين أيلول 2009 وأيار 2011 ، حيث تراوحت اعمارهم بين 39 و 76 عاماً.

- يشترط ألا يكون المريض قد خضع لعلاج سابق بحيث يكون العلاج الجراحي هو العلاج المبدئي وبهدف الشفاء الكامل .
- تمت مراقبة كل من الشكل العياني وحجم الورم وإصابة العقد اللمفاوية ودرجة الورم والمستوى المصاب لكل مريض ومريضة في عينة البحث.
- أجريت الدراسات الشعاعية والمخبرية والنسجية اللازمة قبل التخطيط للعمل الجراحي، وتمت أرشفة النتائج الخاصة بكل مريض على حده تمهيداً للدراسة الإحصائية لاحقاً وذلك بعد استكمال المعلومات الجراحية والنسجية اللازمة.
- تضمنت القصة السريرية للمريض المعلومات الكاملة عن زمن ظهور الآفة ومرآحتها والعلاجات المتبعة حتى الوصول إلى المرحلة الراهنة من الإصابة.
- أجري فحص شامل لكل مريض على حده داخل وخارج فموي مع فحص البلعوم والحنجرة لتحري وجود أي امتداد للآفة مع التركيز على فحص العصب الذقني سريرياً وكذلك العصب الهامشي .
- تم إعطاء أهمية كبيرة لتحري الانتقالات العقدية اللمفاوية وذلك من خلال الفحص السريري وإجراء إيكو العنق مع اللجوء إلى الـ MRI عند اللزوم وذلك لتحري موقع العقدة وحجمها وسلامة مركزها وتعزيزها للمادة الظليلة.
- تم إجراء صور شعاعية مرافقة عند الشك بوجود انتقالات إلى البنى العظمية المجاورة أو إلى الأعصاب وذلك لتحري سلامة الفك السفلي وقاعدة القحف عند الضرورة.
- تم إجراء صورة بسيطة للصدر لتحري النقائل الصدرية ويمكن أن تتبع بصورة CT عند حاجة المريض.
- تم إجراء تصوير بطني حشوي بالأشعة فوق الصوتية لتحري سلامة الكبد والطحال والعقد الحشوية.
- تم إجراء ومضان عظام عند الحاجة لذلك.
- أجريت كذلك الفحوص الدموية والاستشارات الداخلية اللازمة.
- يخضع المريض للمداخلة الجراحية المتضمنة استئصال الآفة مع ترك حواف أمان لا تقل عن 5 مم مع ترميم المنطقة إضافة إلى تجريف العقد اللمفية المصابة - في حال وجودها- وذلك تبعاً للمستويات المصابة دون إجراء تجريف وقائي للحالات التي لا تبدي انتقالاً عقدياً، وترسل العينة للدراسة النسيجية.
- أعطي العلاج الشعاعي الداعم للعلاج الجراحي للمرضى الذين أظهرت الدراسة النسيجية عندهم وجود إصابة للعقد المستأصاة أو حواف مصابة.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

➤ وصف العينة:

تألفت العينة من /25/ مريضاً ومريضة منهم /21/ مريضاً أي ما يعادل 84% للذكور مقابل /4/ مريضات أي ما يعادل 16% للمرضى الإناث.



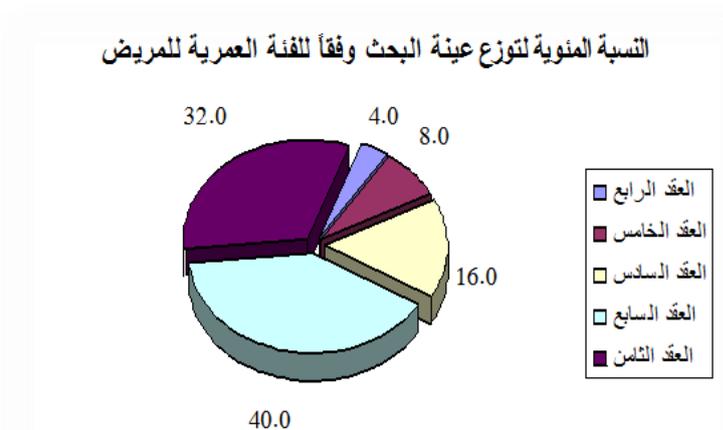
مخطط رقم (1) يمثل النسبة المئوية لتوزيع عينة البحث وفقاً لجنس المريض

➤ توزيع العينة وفقاً للفئة العمرية:

كان توزيع العينة وفقاً للفئة العمرية موزعاً بحسب ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (1) يبين توزيع العينة وفقاً للفئة العمرية

النسبة المئوية	عدد المرضى	الفئة العمرية
4.0	1	العقد الرابع
8.0	2	العقد الخامس
16.0	4	العقد السادس
40.0	10	العقد السابع
32.0	8	العقد الثامن
100	25	المجموع

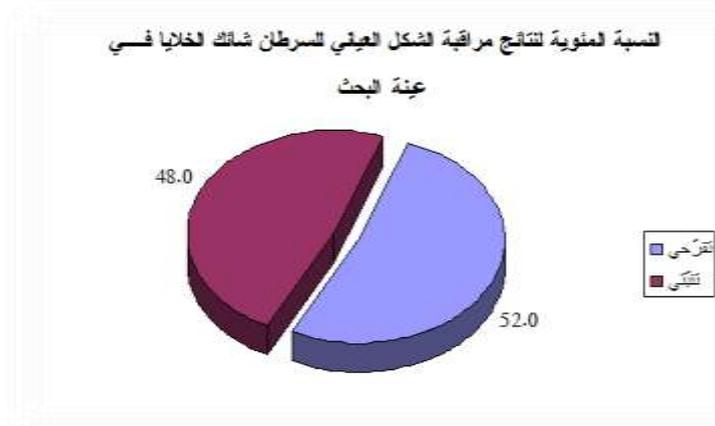


مخطط رقم (2) يمثل بالنسبة المئوية لتوزيع عينة البحث وفقاً للفئة العمرية.

➤ نتائج مراقبة الشكل العياني للسرطان الشائك الخلايا في عينة البحث:
كان توزع العينة تبعاً للشكل العياني للإصابة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (2) يبين توزع الشكل العياني للإصابة في عينة الدراسة

النسبة المئوية	عدد المرضى	الشكل العياني
52.0	13	تقرّحي
48.0	12	تنبّني
100	25	المجموع



مخطط رقم (3) يمثل بالنسبة المئوية مراقبة الشكل العياني للسرطان الشائك الخلايا في عينة البحث.

➤ نتائج مراقبة درجة إصابة العقد اللمفاوية في عينة البحث (الانتقالات العقدية اللمفاوية):
كان توزع المرضى في العينة المدروسة تبعاً لإصابة العقد اللمفاوية عندهم كما يوضحه الجدول:

جدول رقم (3) يبين الانتقالات العقدية اللمفاوية

النسبة المئوية	عدد المرضى	درجة إصابة العقد اللمفاوية
72.0	18	N0
20.0	5	N1
8.0	2	N2a
100	25	المجموع



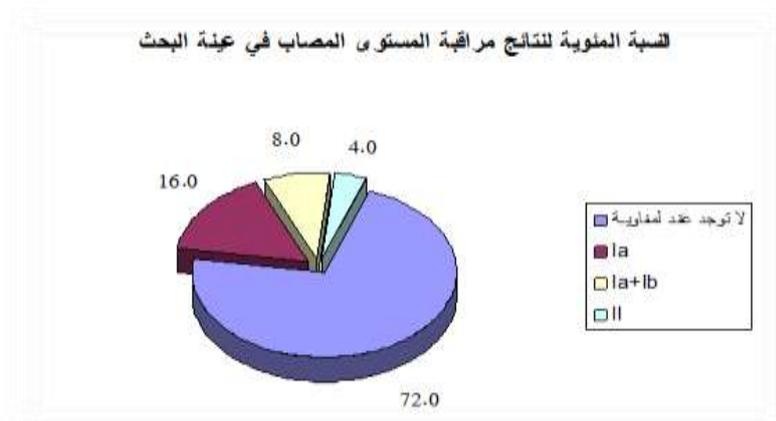
مخطط رقم (4) يمثل بالنسبة المئوية مراقبة درجة إصابة العقد اللمفاوية (الانتقالات) في عينة البحث.

◀ نتائج مراقبة المستويات المصابة في عينة البحث:

كان توزع المرضى في العينة المدروسة تبعاً للمستوى المصاب كما هو موضح في الجدول مع التنويه إلى أنه تم تحديد إصابة المستوى بناء على الدراسة الشعاعية المدعومة بالدراسة النسيجية مع استبعاد كل الحالات التي كانت فيها الضخامة العقدية ارتكاسية وليست انتقالية وهي حالة واحدة فقط.

جدول رقم (4) يبين المستويات المصابة في عينة البحث

النسبة المئوية	عدد المرضى	المستوى المصاب
72.0	18	لا توجد عقد لمفاوية
16.0	4	Ia
8.0	2	Ia+Ib
4.0	1	II
100	25	المجموع



مخطط رقم (5) يمثل بالنسبة المئوية نتائج مراقبة المستوى المصاب في عينة البحث.

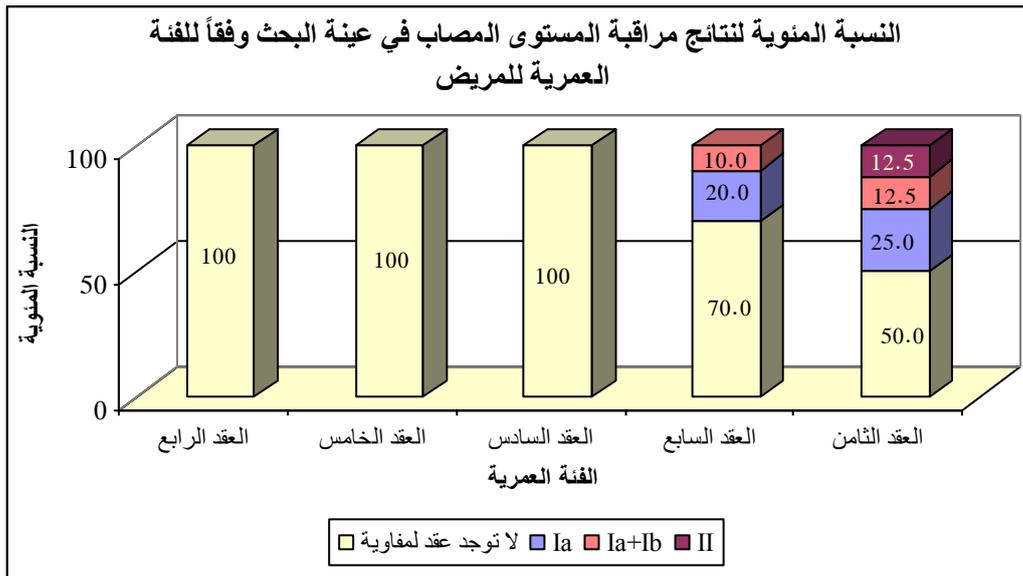
وتجدر الإشارة هنا إلى احتمال وجود الانتقالات العقدية الخفية Occult Metastases والتي لا يمكن كشفها إلا بالوسائل النسيجية وذلك ضمن مستويات العقد التي لم تبد أعراضاً سريرية و/أو علامات شعاعية والتي لم تجرف وقائياً.

➤ نتائج مراقبة المستويات المصاب في عينة البحث وفقاً للفئة العمرية للمريض:

كان توزع مرضى المستويات المختلفة المصابة تبعاً لفئاتهم العمرية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (5) يبين نتائج مراقبة المستويات المصابة في عينة البحث وفقاً للفئة العمرية للمريض

النسبة المئوية	عدد المرضى	المستوى المصاب	الفئة العمرية
100	1	لا توجد عقد لمفاوية	العقد الرابع
0	0	Ia	
0	0	Ia+Ib	
0	0	II	
0	0	المجموع	
100	2	لا توجد عقد لمفاوية	العقد الخامس
0	0	Ia	
0	0	Ia+Ib	
0	0	II	
0	0	المجموع	
100	4	لا توجد عقد لمفاوية	العقد السادس
0	0	Ia	
0	0	Ia+Ib	
0	0	II	
0	0	المجموع	
70.0	7	لا توجد عقد لمفاوية	العقد السابع
20.0	2	Ia	
10.0	1	Ia+Ib	
0	0	II	
100	10	المجموع	
50.0	4	لا توجد عقد لمفاوية	العقد الثامن
25.0	2	Ia	
12.5	1	Ia+Ib	
12.5	1	II	
100	8	المجموع	



مخطط رقم (6) يمثل النسبة المئوية لنتائج مراقبة المستوى المصاب في عينة البحث وفقاً للفئة العمرية للمريض.

دراسة العلاقة بين الفئة العمرية للمريض والمستوى المصاب:

جدول رقم (6) يبين العلاقة بين الفئة العمرية والمستوى المصاب

المتغيران المدروسان = المستوى المصاب × الفئة العمرية				
عدد القياسات	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدر	دلالة الفروق
25	5.868	12	0.923	لا توجد فروق دالة

المناقشة:

1. مناقشة توزيع العينة حسب جنس المريض:

كانت نسبة الإصابة عند الذكور أكبر مما هو عليه الحال عند الإناث ونسبة 1/5 تقريباً وهذه النسبة شائعة ونتفق في نتائجنا مع كل من Silveberg و Lubera [1] و Baker [2] و Krause [2] و Sharmap و Schuller [3] و Million [4] و Molnar [5].

يمكن أن تعزى قلة إصابة النساء مقارنة بالرجال إلى عاملين: العامل الأول وهو استعمال معظم النساء لأحمر الشفاه والمستحضرات التجميلية الأخرى التي تطلي الشفة فتلعب دوراً واقياً من تأثير الأشعة فوق البنفسجية وتشكل بالتالي عامل وقاية من التعرض الشمسي، أما العامل الثاني فهو قلة تناول النساء للكحول والتبغ مقارنة بالرجال - ضمن عينة البحث وبحسب الاستجابات - علماً أن الدراسات الحديثة تبين نزعة السرطان الشائك الخلايا لإصابة النساء بشكل متزايد مقارنة بالسابق وربما يعزى ذلك إلى زيادة ميل النساء للتدخين وتعاطي الكحول أكثر من السابق.

2. مناقشة توزيع العينة تبعاً لعمر المريض:

كانت معظم الإصابات في العقد السابع من العمر (40%) يليها العقد الثامن (32%) ثم العقد السادس (16%) ونتفق في نتائجنا مع كل من Devisscher و Van den Elsaker [10] و Hos و Turan [11] حيث

إنهم يرون أن خباثات الشفة السفلية تكون نادرة قبل سن الأربعين وتكون أكثر شيوعاً بين سن الـ 50 و الـ 70 وتشاهد فقط في 10% من الحالات عند من هم دون الـ 40 من العمر.

3. مناقشة نتائج توزيع العينة تبعاً للشكل العياني لنموذج الإصابة:

لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لتوزيع الإصابة تبعاً لشكلها العياني، علماً أنه توجد بعض الدراسات التي تعول على الاختلاف في إندار الإصابة تبعاً لشكل الإصابة السريري.

4. مناقشة نتائج حدوث الانتقالات العقدية للمفاوية والمستويات الأكثر إصابة

بلغت نسبة حصول الانتقالات العقدية للمفاوية 28% مقابل 72% من حالات الـ No حيث كانت أكثر الانتقالات مشاهدة إلى المستوى الأول لاسيما المنطقة تحت الذقنية وذلك خلافاً لنتائج Shaha وزملاءه [24] الذي يُعدّ وفق ملاحظاته المنطقة تحت الفك هي الأكثر تأثراً بالإصابة في حال سرطان الشفة السفلية وربما يعزى هذا الاختلاف إلى تباين موقع الإصابة أصلاً بين المرضى على الشفة بالنسبة للخط الناصف ، فكلما كانت الإصابة أقرب إلى الخط المتوسط كلما زاد احتمال إصابة المستوى الأول في المنطقة تحت الذقنية تبعاً للنزح للمفاوي الطبيعي للمنطقة... ويُعدّ موضوع تحري وجود النقائل اللمفية الرقبية أمراً بالغ الأهمية لما لذلك من تأثير على إندار الإصابة حيث يرى Scharukh Jalisi أن وجود الانتقالات الرقبية العقدية تخفض معدل الشفاء بنسبة 50% بالنسبة لمرضى سرطان الشفة السفلية الشائك الخلايا [23]، كذلك بين Ashok نقلاً عن Shaha الذي ذكر في القرن التاسع عشر أهمية تحري الانتقالات العقدية اللمفية الرقبية في سرطانات الرأس والعنق وامتداد الإصابة إلى الغدة تحت الفك، فبمجرد حدوث ذلك يكون الشفاء قد أصبح مستحيلاً تقريباً [24].

5. نتائج مراقبة المستويات اللمفية المصابة بالانتقالات الورمية وفقاً للفئة العمرية.

على الرغم من ازدياد نسبة حصول الانتقالات مع تقدم العمر ضمن عينة البحث - حيث بلغت نسبة حصول الانتقالات في العقد السابع 30% منها في المستوى Ia و 10% منها في المستوى Ia+Ib أما في العقد الثامن فقد بلغت نسبة حصول الانتقالات 50% منها في المستوى Ia و 12.5% في المستوى Ia+Ib و 12.5% منها في المستوى II- إلا أنه لم توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند دراسة ارتباط الفئة العمرية بالمستوى المصاب.

الاستنتاجات والتوصيات:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن سرطان الشفة السفلية أكثر شيوعاً عند الرجال مقارنة بالنساء وأنه في معظم الحالات لم تكن هناك عقد إيجابية سريرية (سواء بالفحص السريري أو الشعاعي) بينما توجد النقائل العقدية في 28% من الحالات.

أما بالنسبة للحالات التي حصل فيها انتقالات عقدية فقد كانت أغلب هذه الانتقالات إلى المستوى الأول بينما كانت الانتقالات إلى المستوى الثاني فقط في 4% من الحالات.

ازدادت نسبة حصول الانتقالات الرقبية المرافقة لسرطان مع تقدم العمر على الرغم من أنه لم تكن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية يمكن الاعتماد عليها في النتائج .

ولابد في نهاية الدراسة من الإشارة إلى محدودية الدراسة Limitation of the study وذلك بسبب قلة عدد أفراد العينة المتوافرة عموماً وقلة الحالات التي حصلت فيها انتقالات لمفية خصوصاً وذلك بطبيعة الحال، لذلك نوصي بضرورة استكمال الدراسة بعد شمول العينة لعدد أوسع من الحالات من خلال اللجوء إلى مراكز تخصصية أخرى

كمشفى البيروني مثلاً أو مشفى الأمراض الجلدية أو من خلال الاستعانة بأضابير المرضى السابقين من خلال دراسة تراجمية مثلاً في كل من مشفى المراساة ومشفى جراحة الوجه والفم والفكين والبيروني ومشفى الأمراض الجلدية يمكن من خلالها إسقاط النتائج المستنتجة على عدد أكبر من أفراد العينة إضافةً إلى:

1. ضرورة التركيز على أهمية الفحص الروتيني لجوف الفم والشفتين لكشف التغيرات المرضية في أبكر وقت ممكن.

2. ضرورة مراقبة جميع حالات سرطان الشفة المعالجة جراحياً لتحري نسبة حدوث النكس بعد العلاج وبالتالي دراسة أهمية تجريف العنق الوقائي.

3. ضرورة التركيز على العلاج الشعاعي الداعم للعلاج الجراحي (عند وجود الاستطباب) ومراقبة حدوث النكس بعد الجراحة.

4. تنظيم أرشفة وحفظ المعلومات الخاصة بمرضى الأورام عموماً مما يسهل إجراء الدراسات التراجعية والوصول إلى النتائج الدقيقة التي من الممكن أن تساعد في تحسين إنذار المرض بشكل عام.

المراجع:

1. SILVEBER, G. E; LUBERA, J. *Cancer statistics*. 1992, 5-22.
2. BAKER, S. R; KRAUSE, C. J. *Carcinoma of the lip*. Laryngoscope, vol.90, 1982, 19-27.
3. SHARMA, P. K ; SCHULLER, D. E ; BAKER, S. R. *Malignant neoplasms of the oral cavity*. Otolaryngology Head and Neck Surgery. vol.4, 1998 .
4. MILLION, R. R; CASSISI, N. J. *management of the Head and Neck Cancer*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1984 , 239-98.
5. MOLNAR L; RONAY, P. ; TAPOLCSANYI, L. *Carcinoma of the lip. Analysis of the material of 25 years*. Oncology. Vol.29, 1974, 101-6.
6. CEREZO, L; LIU, F.F; TSANG, R; PAYNE, D. *Squamous cell carcinoma of the lip : analysis of the Princess Margaret Hospital experience*. Radiotherapy and Oncology.vol.28, 1993.
7. FITZPATRICK P, J. *Cancer of the lip*. Otolaryngol. Vol.13, 1984, 6- 32.
8. PETROVICH, Z; KUISK, H; TOBOCHNIK, N; HITTLE, R. E; BARTON, R; JOSE, L. *Carcinoma of the lip*. Arch Otolaryngol.vol.105, 1979, 91- 187.
9. SOUZA,R; FONSECA,T; OLIVERIA-SANTOS,C; SANTOS,G; CARDOSO,C; DE PAULO,A. *Lip squamous cell carcinoma in a Brazilian population: epidemiological study and clinicopathological associations epidemiological and clinical analysis of lip cancer section Oral medicine and pathology*. 2010.
10. DE VISSCHER, J. G; VAN DEN ELSAKER, K; GROND, A. J. ; VAN DER WAL, J. E; VAN DER WAAL, I. *Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the lower lip : Evaluation of long-term results and prognostic factors*. Oral Maxillofac Surg. vol56, 1998, 814-820.
11. HOS, N; ÖNERCI, M; KAYA, S; TURAN, E. *Squamous cell carcinoma of the lower lip*. Otolaryngol. Vol.13, 1992, 363-365.

12. HAAGENSEN, C.D; FEIND, C.R; HERTER, F.P. *The lymphatics in cancer*, Philadelphia (PA):WB Saunders, 1972, 59–230.
13. GLOSTER, H.M; BRODLAND, D.G. *The epidemiology of skin cancer*. Dermatol Surg. Vol.22, 1996, 217–226.
14. KORNEVS,E; SKAGERS,A; TARS,J; BIEGESTANS,A; LAUIS,G. *5 Years experience with lower lip cancer*. Dental and maxillofacial journal.vol.7,2005, 95-98.
15. SPENCER, K.R; FERGUSON, J.W; WIESENFELD, D. Current Concepts in the management of oral squamous cell carcinoma. Australian Dental Journal. vol.47,2002,284-289.
16. ROBBINS, K.T; MEDINA, J.E,WOLFE, G.T; LEVINE, P.A; SESSIONS, R.B; PRUET, C.W. *Standardizing neck dissection terminology*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg.vol.117, 1991,601-605.
17. SHAH, J.P; ANDERSEN, P.E; *Evolving role of modifications in neck dissection for oral squamous cell carcinoma*. Oral Maxillofac Surg.vol.33, 1995, 9-14.
18. WOOLGAR,J.A. *Detailed topography of cervical lymph-node metastasis from oral squamous cell carcinoma*. Oral Maxillofac Surg. VOL.26, 1997,3-9.
19. SHINGAKI, S; SUZUKI, I; NAKAJIMA, T. *Computed tomographic evaluation of lymph node metastasis in head and neck carcinomas*. Craniomaxillofac Surg.vol.23, 1995,233-237.
20. BRAAMS, J.W; PRUIM, J; FRELING, N.J. *Detection of lymph node metastasis of squamous-cell cancer of the head and neck with FDG-PET and MRI*. Nucl Med.vol. 36, 1995,211-216.
21. AL KHAYER,H; AZIZ, K; MANDILY, A. *Oral Pathology*. 1998-1999.
22. BHARGAVA,A; SAIGAL,S; CHALISHAZAR,M. *Histopathological Grading Systems In Oral Squamous Cell Carcinoma: A Review*. Oral Health.vol.2, 2010 ,4.
23. JALISI, S. *Management of the Clinically Negative Neck in Early Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity*. Otolaryngol Clin .vol. 38 , 2005, 37–46.
24. SHAH, J.P; MEDINA, J.E; SHAHA, A.R. *Cervical lymph node metastasis*. Curr Probl Surg.vol.30,1993, 335.