Iraqi Journal of Cancer and Medical Genetics

دراسة مرضية نسيجية لبعض الاورام الظهارية في جلد الانسان

خليل حسن الجبوري[1]، ناهي يوسف ياسين[2]، فراس صبحي صالح الطائي[2]

1 فرع الامراض كلية الطب البيطري، جامعة بغداد
2 المركز العراقي لبحوث السرطان والوراثة الطبية، الجامعة المستنصرية

الخلاصة:

تضمن البحث الحالي اجراء دراسة مرضية, نسيجية ل (35) ورما جلديا في الانسان, وقد تبين من هذه الدراسة ان (27) ورما منها اوراما سرطان خبيثة (77,15%). تم تشخيص (14) ورما من الاورام الخبيثة سرطان الخلية الظهارية القاعدية (51,85%) وتمثل غالبية الاورام المستاصلة, وقد لوحظ تزامل المظهر العياني المتقرح للافة (50%) مع التغير المرضي النسجي الصلد (85,71%) حيث كانا المظهرين الشائعين لهذا الورم. وتبين ان سرطان الخلية الظهارية الحرشفية هي النوع السرطاني الثاني الاكثر حدوثا بعد سرطان الخلية الظهارية القاعدية, حيث تم تشخيصها في اثني عشر حالات من الاورام الخبيثة (4,44%) كانت اغلبها جيدة التفريق ما عدا حالتين ظهرت بنمط فقيرة التفريق. وقد لوحظ ان اعمار المصابين بسرطان الخلية الظهارية الحرشفية اكبر من اعمار المصابين بسرطان الخلية الظهارية القاعدية. اظهرت الدراسة ان جميع الاورام المستاصلة للنوعين السابقين كانت واقعة ضمن منطقة الراس. اما بقية الاورام فقد كانت كالاتي: وحالة واحدة ورم ميلاني خبيث. في حين شخصت الاورام الجلدية المتبقية: خمسة اورام حميدة, وثلاث افات ماقبل التسرطن (جفاف الجلد الخضابي). وشملت الاورام الحميدة: حالتان ثؤلول شائع, وشامتان احداهما التحامية والاخرى مركبة, وحالة واحدة لورم غدي زهمي.

الكلمات الدلالية: الاورام الظهارية، دراسة مرضية نسيجية.

المقدمة:

تعد الامراض السرطان احدى الاسباب الرئيسية للوفاة في الدول المتطورة والنامية على حد سواء ولهذا احدثت هذه الامراض تطورا واسعا في برامج البحوث العلمية (1), وعلى الرغم من هذا التطور فان الصعوبة مازالت قائمة في المعالجة والقضاء على هذه المشكلة وذلك لمحدودية التحكم بهذا المرض, حيث تتميز الاورام السرطان بالانقسام الخلوي غير المسيطر عليه.وفي العراق وعلى مدى السنوات الماضية والحالية يعد السرطان احد اهم اسباب الوفيات خاصة بعد عام 1991م, ويتضح ذلك من خلال الحالات المرضية المسجلة منذ عام 1992 ولحد الان فقد لوحظ ارتفاع في نسبة الاصابة بهذا المرض مقارنة مع السنوات السابقة, كما ان اورام الجلد تعد من الاورام التي تحتل المراكز المتقدمة من بين الاورام المختلفة لتكون ضمن السرطانات العشرة الاولى الاكثر شيوعا في العراق (2,3), ولهذا السبب اجريت العديد من الدراسات حول انواع مختلفة من السرطان لغرض فهم الطبيعة الاحيائية, وتشخيص هذا المرض ومعالجته وفي العالم, وتحديدا في العقود الاخيرة يلاحظ زيادة في نسبة حدوث سرطانات الجلد الميلانية melanomaوسرطانات الجلد غير الميلانية non-melanocytic skin cancers التي تشمل سرطان الخلية الظهارية القاعدية basal cell carcinoma, وسرطان الخلية الظهارية الحرشفية squamous cell carcinoma, كما موثق من قبل العديد من الدول ذات الاغلبية العرقية القوقازية, والاشخاص ذات البشرة البيضاء او الباهتة (4), حيث تلعب الشمس والاشعة فوق البنفسجية ultraviolet radiation (UV) دورا هاما في احداث هذه السرطانات الجلدية عندهم (5,6,7). على هذا الاساس يعد سرطان الجلد احد اكثر انواع السرطان شيوعا, وله تاثير هائل على النسبة المرضية والصحة العامة (8), وتعد سرطان الخلية الظهارية القاعدية والحرشفية من اكثر انواع سرطانات الجلد غير الميلانية حدوثا في الانسان (9,10).ونظرا لاهمية السرطان استهدفت الدراسة الى مايلي: دراسة مرضية, عيانية ومجهرية, للاورام الجلدية الاكثر شيوعا في الانسان بالعراق.

المواد وطرائق العمل Material and Methods:

الدراسة المرضية النسيجية Histopathological study:

بعد دراسة صفات الورم العيانية تم اخذ العينات الورمية في محلول الفورمالين المتعادل 10% لمدة لا تقل عن ثلاثة ايام. تنقل النماذج بعدها الى جهاز التمرير الذاتي histokinetteحيث تمرر بمحاليل كحولية (كحول اثيلي) بتراكيز متصاعدة, ثم تغمر بمحلول الزايلول لمرحلتين, واجراء عملية الصب بقوالب شمعية blocking, اذ يتم طمس النماذج بالبارافين paraffin. تقطع النماذج على شكل شرائح نسيجية يتراوح سمكها 5 مايكرومتر وبواسطة جهاز المشراح microtome. بعدها يتم صبغ الشرائح النسيجية بالصبغة الاعتيادية الهيماتوكسلين والايوسين (H&E 11).

Corresponding Address:
Khalil H. Aljeboori
Dept. of Pathology, College of Vet. Medicine, univ. of Baghdad
Email: Khalilhassan1955@gmail.com

النتائج Results:

عينات الانسان Human biopsies:

اظهرت النتائج ان (27) حالة مرضية من اصل (35) كانت اوراما جلدية خبيثة malignant, وخمس حالات كانت اوراما جلدية حميدة be-nign, وثلاث حالات كانت آفات ماقبل التسرطن pre-cancerous le-sions. ويوضح الجدول (1) اهم المؤشرات المرضية للاورام الجلدية المنتخبة في الدراسة.

جدول (1): اهم المؤشرات المرضية للاورام الجلدية المستاصلة من الانسان

رقم الحالة	النمط النسجي للورم	سلوك الورم	الجنس	العمر(سنة)	موقع الورم
.1	BCC	خبيث	F	60	الانف
.2	الثؤلول الشائع	حميد	M	20	اصبع ابهام القدم
.3	الثؤلول الشائع	حميد	M	20	الركبة
.4	SCC	خبيث	F	10	المنطقة الحجاجية
.5	SCC	خبيث	F	62	جفن العين
.6	SCC	خبيث	F	10	الفك السفلي
.7	SCC	خبيث	M	57	جفن العين
.8	BCC	خبيث	F	40	الشفة العليا
.9	BCC	خبيث	M	70	فروة الراس
.10	XP	ماقبل التسرطن	F	70	الشفة السفلى
.11	XP	ماقبل التسرطن	M	20	جفن العين
.12	SCC	خبيث	M	60	الخد
.13	SCC	خبيث	M	65	الانف
.14	SCC	خبيث	M	60	جفن العين
.15	شامة التحامية	حميد	F	42	الفخذ
.16	BCC	خبيث	F	50	الخد
.17	BCC	خبيث	F	23	جفن العين
.18	BCC	خبيث	F	65	الانف
.19	شامة مركبة	حميد	M	65	الانف
.20	SCC	خبيث	F	58	الخد
.21	XP	ماقبل التسرطن	M	20	الانف
.22	SCC	خبيث	F	65	فروة الراس
.23	BCC	خبيث	M	65	الانف
.24	BCC	خبيث	M	68	الانف
.25	BCC	خبيث	M	43	الشفة السفلى
.26	BCC	خبيث	M	60	الانف
.27	BCC	خبيث	F	52	الخد
.28	MM	خبيث	M	70	الساق
.29	BCC	خبيث	F	58	الخد
.30	SCC	خبيث	M	60	جفن العين
.31	SCC	خبيث	F	75	الشفة السفلى
.32	BCC	خبيث	M	20	الانف
.33	SCC	خبيث	M	60	الخد
.34	BCC	خبيث	M	55	الانف
.35	الورم الغدي الزهمي	حميد	M	65	الانف

BCC: سرطان الخلية الظهارية القاعدية, SCC: سرطان الخلية الظهارية الحرشفية,
MM: الورم الميلاني الخبيث, XP: جفاف الجلد الخضابي,
M: ذكر, F: انثى.

ورام الجلد الخبيثة Malignant Skin Tumours:

بينت النتائج وجود (27) ورما خبيثا, تم تشخيص (14) ورما منها سرطان الخلية الظهارية القاعدية BCC, واثني عشر ورما شخصت سرطان الخلية الظهارية الحرشفية SCC, وورم واحد كان ميلانيا خبيثا MM.

سرطان الخلية الظهارية القاعدية Basal cell carcinoma:

اظهرت النتائج ان سرطانBCC تمثل نسبة (51,85%) من اورام الجلد الخبيثة التي حصل عليها (27 حالة), وتمثل (40%) من مجموع الاورام الجلدية ككل (35 حالة) حيث تمثل غالبية الاورام المستاصلة. تم دراسة اهم المؤشرات التي لها دور اساسي في التاثير على مرضية سرطانBCC, والمثبتة في جدول (1).

اولا: العمر Age

تباينت اعمار المصابين بسرطانBCC, الا ان الغالب في هذه الاعمار تتراوح ما بين العقد الخامس والسادس من العمر, في حين ظهرت حالتان فقط في العقد الثاني من العمر وكما مبين في جدول (1).

ثانيا: الجنس Sex

كان عد المصابين بسرطانBCC سبعة ذكور, وسبعة اناث وكما مبين في الجدول (1), اي ان نسبة الرجال الى النساء 1:1.

ثالثا: موقع الورم Tumour location

ظهرت جميع حالات الاصابة بسرطانBCC في مناطق مختلفة من الراس, فقد ثبتت سبع حالات في الانف nose من اصل (14) حالة اي تمثل (50%) من مجموع هذه الاورام, في حين ظهرت ثلاث حالات في الخد check, وحالة واحدة في كل من جفن العين eyelid, والشفة العليا و الشفة السفلى upper and lower lip, وفروة الراس scalp.

رابعا: المظهر العياني Gross appearance

اظهرت سرطانBCC مظاهر سريرية وعيانية مختلفة تمثلت باربعة اشكال, وهي المتقرح ulcerative (شكل 1), والمخضب pigmented(شكل 2)، والعقيدي nodular, والندبي morphea. كان الشكل المتقرح هو الاكثر حدوثا حيث سجلت سبع حالات (من اصل 14 حالة) اي نسبة (50%), اما الشكل المخضب والعقيدي فقد سجلت ثلاث حالات لكل منهما اي نسبة كل شكل (21,43%), في حين ظهرت حالة واحدة للشكل الندبي (7,14%). ويوضح الجدول (2) المظهر العياني وعلاقته مع موقع الو

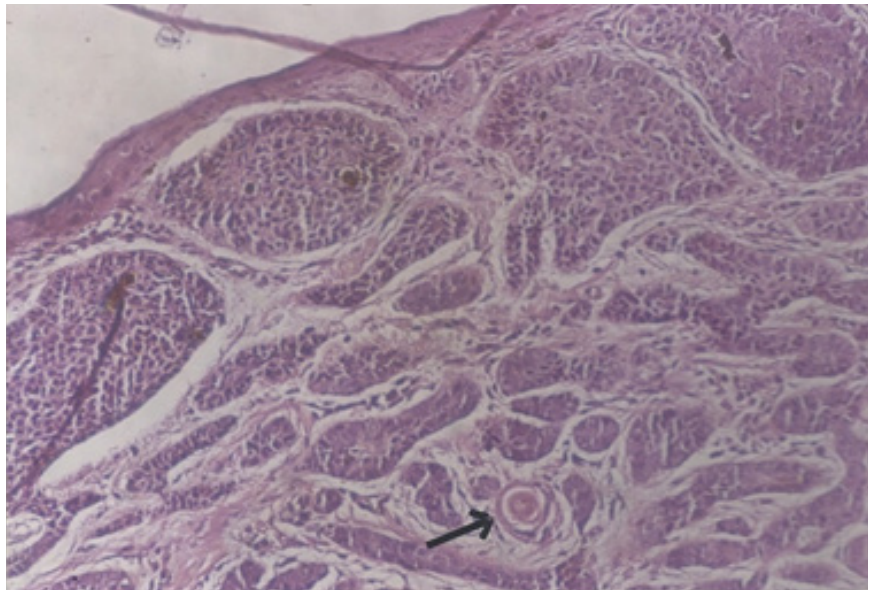
الشكل (1) : مظهر عياني يوضح سرطان الخليه الظهاريه القاعدية (BCC) – الشكل المتقرح .

الشكل (2) : مظهر عياني يوضح سرطان الخليه الظهاريه القاعدية (BCC) – الشكل المخضب

جدول (2) العلاقة ما بين المظهر العياني لسرطانBCC وموقع تواجدها

المظهر العياني	موقع الورم						المجموع
	الانف	الخد	جفن العين	الشفة العليا	الشفة السفلى	فروة الراس	
المتقرح	3	2	-	1	-	1	7
المخضب	2	1	-	-	-	-	3
العقيدي	2	-	1	-	-	-	3
الندبي	-	-	-	-	1	-	1
المجموع	7	3	1	1	1	1	14

خامسا: التغير المرضي النسجي Histopathological changes:
اوضحت النتائج عن وجود نمطين نسيجيين لسرطانBCC, الاول: النمط الصلد solid في (12) حالة, والثاني: القرنيkeratotic في حالتين. تميز النمط الصلد بوجود كتل خلوية متباينة الحجم ذات انوية فيها فرط صبغين hyperchromatic, وكانت انوية خلايا الطبقة المحيطية مرتبة بشكل سياج palisade, وشوهدت صبغة الميلانين في مناطق متفرقة من الافة (النوع المخضب), بينما تترتب الخلايا السرطان في حالات اخرى على هيئة حبال cord like (شكل 3), مع ملاحظة وجود الاشكال الانشطارية الخيطية mitotic figures للخلايا السرطان. ولوحظ اختراق بعض الكتل الخلوية الورمية في بعض الحالات لطبقات الجلد وتحت الجلد, فضلا عن وجود التقرح في معظم الحالات. اما الشكل القرني فتميز اضافة الى ما ذكر بوجود فرط القرنين hyperkeratotic مع تكونصفائح قرنية في مراكز الخلايا الورمية, وقد شوهد التليف fibrosis بصورة كثيفة في بعض الافات (الشكل الندبي). ويوضح الجدول (3) العلاقة ما بين التغير المرضي النسجي والمظهر العياني للافة.



الشكل(3): مقطع نسيجي لسرطان (BCC) في الانف يوضح تكاثر الخلايا السرطانيه القاعديه على هيئة كتل وحبال متباينة الاحجام امتدت الى طبقة الادمة , مع وجود اتصال بين الخلايا القاعديه والخلايا السرطانيه. (H&E 100X)

جدول (3): العلاقة ما بين التغير المرضي النسجي والمظهر العياني لسرطانBCC

التغير المرضي النسجي	المظهر العياني				النسبة المئوية
	المتقرح	المخضب	العقيدي	الندبي	
الصلد	5	3	3	1	85,714%
القرني	2	-	-	-	14,286%
النسبة المئوية	50%	21,43%	21,43%	7,14%	100%

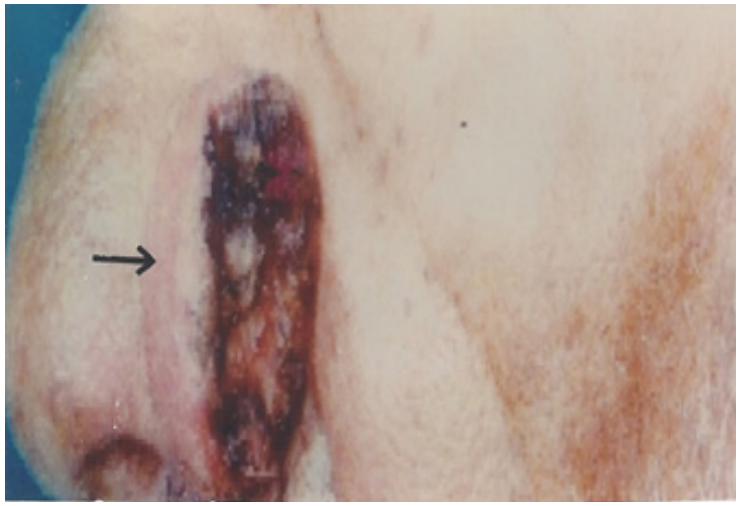
سرطان الخلية الظهارية الحرشفية Squamous cell carcinoma
سجلت اثني عشر حاله من سرطانSCC في هذه الدراسة, وشكلت نسبة (34,02%) من مجموع الحالات ككل (35 ورما), ونسبة (44,4%) من مجموع اورام الجلد الخبيثة التي تم الصول عليها (27 ورما), وفيما يلي اهم المؤشرا التي تؤثر على مرضية سرطانSCC:

اولا: العمر Age
وجدت سرطانSCC في اعمار كبيرة تتجاوز العقد الخامس من العمر في حين ظهرت حالتان فقط بعمر عشر سنوات.

ثانيا: الجنس Sex
كان عدد المصابين بسرطانSCC: اربعة ذكور وستة اناث, وكما مبين في الجدول (1) حيث كانت نسبة الرجال الى النساء 1,5:1, اي تمثل (40%) للرجال و (60%) للنساء.

ثالثا: موقع الورم Tumour location
ظهرت جميع حالات الاصابة بسرطانSCC في مناطق مختلفة من الراس. ثلاث منها في جفن العين (30%), وحالتان في الخد (20%), وحالة واحدة في كل من الانف والشفة السفلى والمنطقة الحجاجية or-bital region, ومنطقة الفك السفلي mandibular region وفروة الراس.

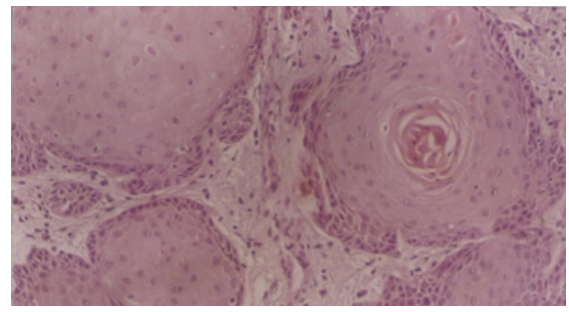
رابعا: المظهر العياني Gross appearance
كان المظهر العياني لسرطانSCC على شكل عقيدة مقببة dome-shaped, صلدة ومتقشرة scaling مع مركز متقرح (شكل 4).



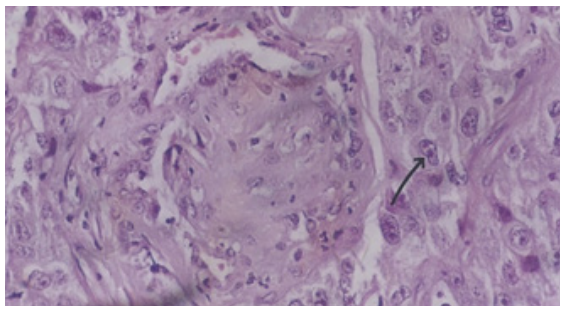
الشكل (4) : مظهر عياني يوضح سرطان الخليه الظهاريه الحرشفيه (SCC) – حيث يلاحظ عقيدة مقببة ذات ذات مركز متقرح (سهم)

خامسا: التغير المرضي النسجي Histopathological changes

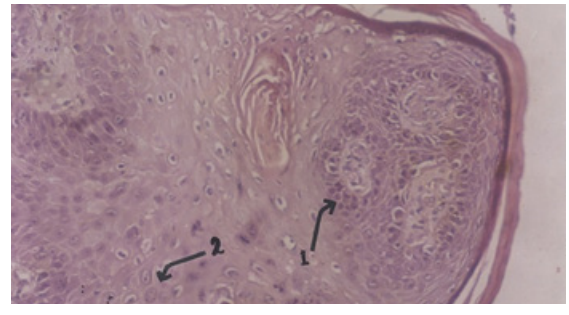
كان سرطانSCC في اغلب الحالات على هيئة كتل خلوية سرطان جيدة التفريق well-differentiated مكونة من خلايا حرشفية, مع تكوين القرنين keratin على شكل مراكز متقرنة في صفائح كتل الخلايا السرطان, ويسمى لاليء القرنين keratin pearls (شكل 5). وقد لوحظ التباين في اشكال واحجام الخلايا السرطان وانويتها التي تكون واضحة وبارزة prominent, مع مشاهدة الاشكال الانشطارية الخيطية mitotic figures بكثرة. (شكل 6) , (شكل 7) وقد بينت النتائج ايضا وجود حالتين لسرطانSCC فقيرة التفريق poorly-differentiated والتي تميزت بتكاثر الخلايا الكشمية anaplastic cells المماثلة بمظهرها للخلايا الابتدائية primitive او الجنينية embryonated. وقد شملت جميع هذه الانواع ارتشاح السدى stroma بخلايا التهابية تتمثل بخلايا متعددة الانوية polymorphic nuclear cells مع خلايا لمفية lymphocytes.



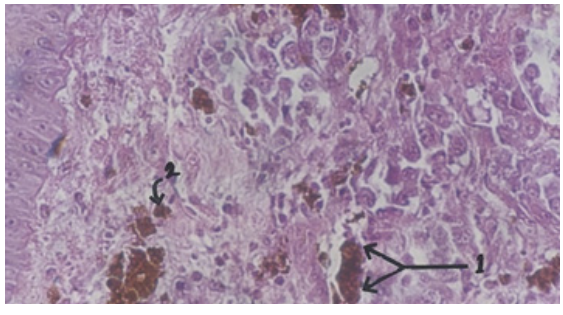
الشكل (5) : مقطع نسجي لسرطان(SCC) في الجفن يوضح الكتل الخلويه السرطان المتباينة الحجم مع تكون لالىء القرنين في مراكز البعض منها (H&E 100X)



الشكل (6) : مقطع نسجي لسرطان(SCC) في منطقة الحجاجيه يوضح تكاثر الخلايا السرطان الحرشفيه المتباينة الاحجام مع مشاهدة الاشكال الانشطاريه الخيطيه (سهم) (H&E 200X)



الشكل (7) : مقطع نسجي لسرطان (SCC) في الخد يوضح تكاثر الخلايا السرطانيه الحرشفيه (سهم رقم 1) لطبقة البشرة مع ملاحظة تكون لآلى القرنين (سهم رقم 2) (H&E 100X)



الشكل (8) : مقطع نسجي للورم الملائي الخبيث MM في الساق , يوضح: وجود صبغة الميلامين على هيئة كتل حرة في طبقة الادمة (سهم رقم 1) فضلاً عن مشاهدة الخلايا البلغمية الملتهمه لهذه الصبغة melanophages (سهم رقم 2) (H&E 200X)

الورم الملاني الخبيث Malignant melanoma

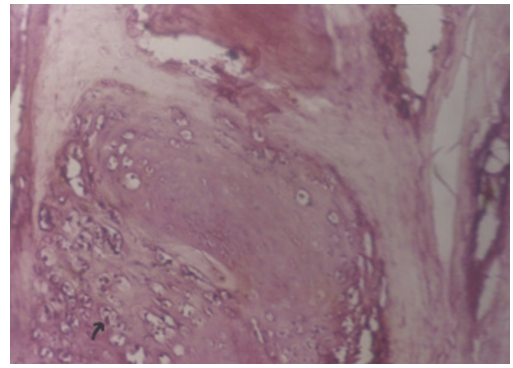
سجلت هذه الدراسة حالة واحدة لورم MM واهم المؤشرات المرضية مبينة في الجدول (1). وجد الورم في الساق على شكل آفة متقرحة ذات لون داكن. نسيجيا لوحظ وجود مناطق متكونة من خلايا ورمية ذات انوية متباينة الحجم والشكل, محتوية على صبغة الميلانين (خلايا melano-cytes). كما انتشرت الخلايا الميلانية في طبقة الادمة التي ظهرت فيها على هيئة خلايا مغزلية spindle cells, فضلا عن ملاحظة الخضاب بهيئة كتل حرة free masses في بعض المناطق, مع وجود الخلايا البلعمية الملتهمة لصبغة الميلانين melanophages (شكل 8).

اورام الجلد الحميدة Benign skin tumours

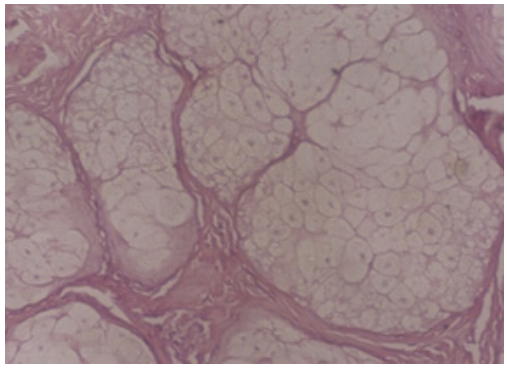
كان مجموع الاورام الحميدة خمس اورام جلدية, واهم المؤشرات المرضية لهذه الاورام مبينة في الجدول (1).

الثؤلول الشائع (Verruca vulgaris) Common warts

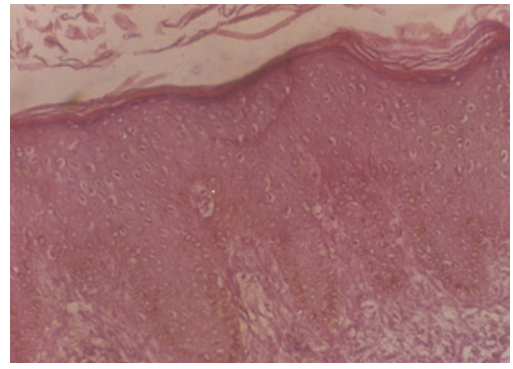
تميزت الافة بكونها صلدة ومرتفعة عن سطح البشرة بشكل قبب متعددة او مفردة. ونسيجيا اظهر الفحص وجود فرط التقرن, مع وجود بروزات اصبعية ممتدة نحو الاسفل ناتجة عن فرط تنسج في طبقات خلايا البشرة epidermis (شكل 9). كما لوحظ وجود فجوات vacuoles في طبقة الخلايا الشوكية prickle cells layer ذات انوية متغلظة pyknotic, فضلا عن مشاهدة الاجسام الاشتمالية القاعدية داخل النواة basophilic intranuclear inclusions bodies.



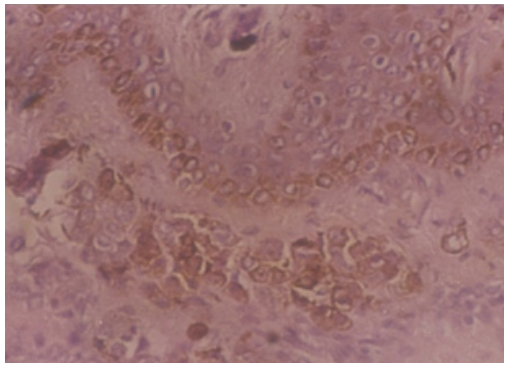
الشكل (9) : مقطع نسجي لجلد مصاب بالثؤلول الشائع في ابهام القدم , يوضح : البروزات الاصبعيه لطبقة البشرة مع وجود الفجوات في طبقة الخلايا الشوكيه , فضلا عن ملاحظة الاجسام الاشتماليه القاعديه داخل النواة (سهم) (H&E 100X)



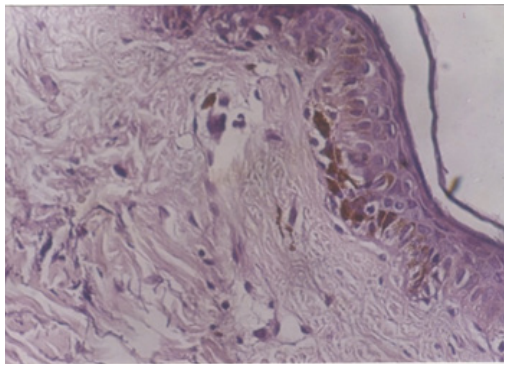
الشكل (10) :مقطع نسجي لورم غدي زهمي في الانف يوضح تكاثر الغدد الزهميه على هيئة فصيصات غير منتظمة الحجم والشكل (H&E 100X)



الشكل (11): مقطع نسجي لشامة التحاميه في الفخذ يوضح وجود الخلايا الخضابيه naevus cells ذات اللون البنوي الداكن في الملتقى البشري الادمي فقط (H&E 100X)



الشكل (12) : مقطع نسجي لشامة مركبه في الانف يوضح وجود الخلايا الخضابيه ذات اللون البني الداكن في الملتقى البشري الادمي والادمه (H&E 200X)



الشكل (13) : مقطع نسجي لافة الجفاف الجلدي الخضابي XP في الشفه السفلى يوضح وجود صبغة الميلامين والخلايا الملائيه مابين خلايا الطبقة القاعديه , مع ملاحظة تكاثر الالياف الغراويه بكثرة (H&E 200X)

الورم الغدي الزهمي Sebaceous adenoma

وجدت الافة على شكل كتلة محددة مع وجود التقرح. وقد اظهر الفحص النسجي وجود فصيصات متعددة من الغدد الزهمية غير منتظمة الحجم والشكل, ناتجة عن فرط التنسج الشديد severe hyperplasia (شكل 10).

الشامات Nevus

بينت النتائج وجود نوعين من الشامات كما موضحة في الجدول (1) وهي:

الشامة الالتحامية Junctionalnaevus

برزت الافة على شكل ثؤلول wart like lesion ذات لون داكن. امتازت نسجيا بوجود الخلايا الخضابية naevus cells في الملتقى البشري الادمي epidermal – dermal junction (شكل 11).

الشامة المركب Compound naevus

وجدت الافة مرتفعة فوق سطح البشرة على شكل نمو حليمي ذات لون بني داكن. امتازت نسجيا بوجود الخلايا الخضابية في الملتقى البشري الادمي وكذلك في طبقة الادمة dermis (شكل 12).

افات ما قبل التسرطن Pre – cancerous lesions

اوضحت النتائج وجود ثلاث حالات من هذه الافات وشخصها جميعها على انها جفاف الجلد الخضابي xerodermapigmentosum. عيانيا لوحظ وجود افات ورمية متعددة او مفردة على شكل عقيدات nodules صغيرة مخضبة pigmented في المناطق المعرضة للشمس (الجفن, الشفة, الانف) وفي اعمار صغيرة. نسيجيا وجدت تغيرات غير منتظمة في طبقة البشرة مع ملاحظة مناطق فرط تقرن بسيط كما شوهدت صبغة الميلانين والخلايا الميلانية في مناطق محددة من طبقة الخلايا القاعدية. فضلا عن وجود الالياف الغراوية collagenous fibers بكثرة في الافة (شكل 13).

المناقشة Discussion:

الدراسة المرضية Pathological study

الدراسة المرضية للاورام الجلدية في الانسان

اصبحت اورام الجلد من الامراض التي تصيب الانسان بمعدلات كبيرة والتي لها تاثير هائل على النسبة المرضية والصحة العامة (3, 4, 6, 8, 12, 13). ومن الملاحظ ان هناك اختلافا في نسب حدوث سرطانات الجلد في الدراسات المحلية عن الدراسات في الدول الاوربية, والاسكندنافية, والامريكية, والذي قد يعزى الى: الصفات اللونية وانواع الجلد للاشخاص في الدول الاجنبية والمختلفة عن صفاتنا الجلدية (14) وعلى اساس هذا الاختلاف يلاحظ ان الدول الغربية دائما تربط حدوث سرطانات الجلد مع التعرض للاشعاع الشمسي (وبالذات الاشعة فوق البنفسجية UV light), حيث ان التحطم الحاصل للجلد الناتج عن اشعة الشمس يزداد في البشرة الباهتة, وهكذا اصبحت الاورام الجلدية من الاورام الشائعة للاشخاص القوقازيين Caucasians, والاشخاص ذات البشرة البيضاء والشعر الاشقر – اي المنتمين الى نوع الجلد الاول I والثاني II– (15). في حين يلاحظ ان الاسيويين والافارقة يتميزون بالبشرة السمراء, ويصنفون ضمن نوع الجلد الخامس V والسادس VI (14), وبهذا تعطيهم هذه الصفة اللونية الحماية من التلف الحاصل للبشرة بسبب اشعة الشمس. من جهة اخرى فقد بينت الدراسات وجود نفاذ depletion في طبقة الاوزون المؤدي الى زيادة اشعة UVB الواصلة الى الارض (16), وبالتالي ارتفاع نسبة الاورام الجلدية المصيبة لكل من الانسان والحيوانات. وبعيدا عن الاشعاع الشمسي والاشعة فوق البنفسجية التي يشير اليها الكثير من الباحثين كسبب رئيسي لسرطانات الجلد, فان التلوث البيئي الذي تعرض له بلدنا في العقد الاخير من القرن الماضي جراء الحروب التي استخدمت فيها مختلف الاسلحة, قد يكون لها الدور في حدوث هذه الاورام اضافة الى العوامل الاخرى: كسوء التغذية , وانخفاض المناعة, والاستعداد الوراثي للاصابة بالاورام, والتلوث الحاصل بسبب دخان المركبات والمحركات والمعامل وغيرها.تم في هذه الدراسة الحصول على (35) ورما جلديا, وتوضح ان (27) ورما منها هي اورام سرطان خبيثة (77,15%), وكانت سرطان الخلية الظهارية القاعدية SCC تشكل (14) ورما منها, اي نسبة (51,85%) من مجموع الاورام السرطان الخبيثة وهي نسبة عالية مقارنة بحجم العينة المدروسة ولكنها مقاربة نوعا ما الى الدراسات المحلية والعالمية السابقة: (3, 7, 9, 10, 13, 17, 18) حيث اشارت هذه الدراسات الى ان سرطانBCC تحدث بنسب تتراوح بين (70 – 80%), وان هذا الفارق بين النسب يعود الى تباين حجم العينة المدروسة من قبل الباحثين, ومع هذا فان كل الدراسات بما فيها الدراسة الحالية تؤكد الزيادة في نسبة حدوث هذه الاورام السرطان الذي قد يعود الى كون الخلايا القاعدية هي الاكثر تعرضا للاذى, حيث ان خطورة سرطانBCC ترتبط مع التعرض لمستويات واطئة من اشعة الشمس وباسلوب متقطع intermittent: (9, 19, 20)) لقد بينت الدراسة ان المظهر العياني المتقرح ulcerative لسرطانBCC هو الاكثر حدوثا, حيث سجلت سبع حالات اي تشكل نسبة (50%) من مجموع سرطانات ال BCC, وهذا يتماشى مع نتائج عدد من الدراسات (18, 21) وقد يعود السبب في هذه الزيادة الى ان اغلب المصابين بسرطانBCC ياتون الى العلاج بعد مدة طويلة من ظهور الورم, وبالتالي فان كل الافات التي مضى عليها وقت طويل ستتقرح مبكرا او فيما بعد (18). وكان النمط الصلد solidهو المظهر المرضي النسجي الشائع في هذه الدراسة حيث لوحظ في (12) حالة اي نسبة (58,71%) من مجموع سرطانات ال BCC وهي نسبة قريبة الى الدراسة الحالية التي اجريت من قبل (18) وقد يرجع سبب الاختلاف في النسب ربما الى تباين حجم العينة المدروسة. ويلاحظ في هذه الدراسة ارتباط ظهور المظهر العياني المتقرح مع النمط النسجي الصلد لسرطانBCCحيث ان من مجموع سبع حالات ذات مظهر عياني متقرح ظهرت خمس منها ذات نمط نسجي صلد, وبالعكس من مجموع (12) نمطا نسجيا صلدا ظهرت خمس حالات ذات مظهر عياني متقرح, وهذا يتفق مع ما اكده (18) حيث اشاروا الى مثل هذه العلاقة بين المظهرين. تراوحت اعمار المصابين بسرطانBCC في الدراسة الحالية بين العقد الخامس والسادس وكما ذكرت الدراسات: (7, 9, 17, 21, 22) والتي تشير الى ان الاصابة بسرطانBCC تحدث في الاعمار المتقدمة ونادرا ماتلاحظ في اعمار اقل من 20 سنة, كذلك فان هذه النتيجة تاكدت من خلال زيادة الاصابة ضمن الفئات العمرية 50 – 70 سنة. وبالنسبة للجنس فقد كانت نسبة الرجال الى النساء متساوية (1:1) وهي نسبة مختلفة عن الدراسات والاحصائيات المحلية والعالمية اذ اظهرت زيادة اصابة الرجال الى النساء: (3, 4, 9, 17) وقد يرجع السبب الى صغر حجم العينة الماخوذة في هذه الدراسة مقارنة بالدراسات المذكورة سابقا, وقد يكون هناك فعلا زيادة في نسبة اصابة النساء بالسرطانات الجلدية خصوصا في الظروف التي تعرض لها القطر خلال العقد الاخير من القرن الماضي. اما موقع ظهور سرطانBCC فقد ظهرت جميعها في منطقة الراس مما يدل على ان هذه المنطقة هي اكثر المناطق تعرضا للاصابة والذي قد يكون بسبب تعرضها المستمر لاشعة الشمس, كما اكد كثير من الباحثين: (4, 9 ,13, 21). كان الورم السرطاني الجلدي الثاني الاكثر شيوعا في الدراسة الحالية هو سرطان الخلية الظهارية الحرشفية SCC حيث

سجلت اثني عشر ورماً من هذه السرطان اي تمثل (44,4%) من مجموع الاورام السرطان الخبيثة (27ورم), ولذلك تعد من السرطانات الجلدية غير الملانية الشائعة بعد سرطانBCC وهذا ما تشير دراسات وبحوث عديدة: (3, 4, 9, 17, 23) وقد يعود ذلك الي ان السرطان SCC ترتبط بشدة والتعرض المستمر لاشعة الشمس ولفترات طويلة باسلوب تراكمي accumulative على العكس من سرطان,4) BCC 9), مع الاخذ بنظر الاعتبار الصفات اللونية, ونوع الجلد لدى الاشخاص المعرضين للاشعاع الشمسي اضافة الى استعدادهم الوراثي للاصابة بهذه السرطانات. اظهرت الدراسة مظهر عياني واحد لسرطانSCC المتميز بالشكل المقبب, مع تكوين القشور والمركز التقرحي, وهو المظهر العياني الشائع لسرطانSCC وكما وصفه الكثير من الباحثين: (13, 21, 23, 24) حيث تكون الافة على شكل عقيدة بارزة فوق سطح الجلد. كما بينت النتائج الى ان اغلب حالات سرطانSCC كانت جيدة التفريق well-differentiated مع تكوين القرنين بشكل وفير على شكل لآلئ pearls وهذا يتفق مع العديد من الدراسات (13, 23, 25). وكانت اغلب اعمار المصابين بسرطانSCC ضمن العقد السادس من العمر, وقد تتجاوز الى العقد السابع, والملاحظ انها اعمار اكبر من اعمار المصابين بسرطانBCC, وهذا يتماشى مع الدراسات (13, 21) فيما عدا حالتين من سرطانSCC ظهرت في عمر 10 سنوات ويعزى السبب في ذلك الى الاستعداد الوراثي لدى الشخص المصاب والمتمثل بظهور حالة جفاف الجلد الخضابي XP. لقد كان عدد الذكور والاناث المصابين بسرطانSCC اربعة ذكور وست اناث اي نسبة (1,5:1) والذي يدل على ان عدد الاناث المصابات اكثر من الرجال وهذا يختلف مع العديد من الدراسات المحلية والعالمية: (3, 13, 17) وقد يعود السبب في ذلك الى العدد القليل من حالات سرطانSCC التي تم الحصول عليها في هذه الدراسة, وتباين حجم العينة مقارنة مع الدراسات المذكورة. اما بالنسبة لموقع الورم, فقد اظهرت الدراسة ان كل حالات سرطانSCC ظهرت ضمن منطقة الراس كما هي الحالة في سرطانBCC, حيث لم يتم الحصول على اي ورم في منطقة اخرى من الجسم, على عكس بعض الدراسات التي تبين ظهور الورم في مناطق مختلفة كالجذع والرقبة والاطراف والاعضاء التناسلية مع الاغلبية لوقوع الورم في منطقة الراس: (26, 27, 28) وهذا يدل على اهمية منطقة الراس في ظهور الاورام الجلدية الشائعة وذلك لكونها اكثر مناطق الجسم مكشوفة ومعرضة للاذى الخارجي. ان حدوث مؤشرات كهذه سواء كانت لسرطانBCC او SCC يعود الى : ان الافة في المراحل العمرية الكبيرة تكون ضارية بسبب قلة مناعة الكائن الحي (الوهن المناعي), وتراكم التعرض للتلوث والمطفرات طيلة حياة الفرد (29), وربما يعود ايضا الى عدم اتباع طريقة التشخيص المبكر والفحص الدوري المستمر للجلد. اظهرت الدراسة الحالية نسب متفاوتة لحدوث الاورام الجلدية الاخرى كونها اوراما نادرة الحدوث مقارنة بسرطانBCC او SCC, ولا يمكن اعتماد مؤشرات مرضية معينة؛ وذلك لقلة هذه الحالات حيث تم تسجيل حالة واحدة لورم ملاني خبيث MM ويمثل نسبة (3,70%) من مجموع الاورام السرطان الجلدية الخبيثة (27ورم), ورغم قلة هذه النسبة الا انها قريبة نوعا ما من النسبة المئوية لهذا الورم والمثبتة في احصائيات وزارة الصحة او في دراسات محلية اخرى: (3, 17) ويرجع الاختلاف في النسب الى تباين حجم العينة المأخوذة من قبل الباحثين. كانت اعداد الاورام الحميدة في هذه الرداسة قليلة قياسا الى الاورام الخبيثة, ورغم قلتها في الدراسة الحالية الا انها شائعة الحدوث – وخصوصا التي يكون سببها حمى مثل الثؤلول الشائعcommon warts – حيث تم ملاحظتها بشكل كثير في الاعمار الصغيرة, وكذلك الحال بالنسبة للشامات التي لوحظت في اماكن مختلفة من الجسم.

References:

1. Burnouf, D. Y.; Fuchs, R. P. P. (2000). The early detection of frame-shift mutations induced by a food – borne carcinogen in rats: a new tool for molecular epidemiology. Mutat Res. 462:281-291.
2. Ministry of health (1990). Results of Iraqi Cancer Registry, 1986 – 1988, Iraqi cancer boarder.
3. Ministry of health (1999). Results of Iraqi Cancer Registry, 1992 – 1997, Iraqi cancer boarder.
4. Buettner, P.G.; Raasch, B. A. (1998). Incidence rates of skin cancer in Townsville, Australia. Int J Cancer. 78.587-593.
5. Lapka, D.V. (2000). Oncology today: skin cancer. RN. 63(7):32.
6. Rosso, S.; Minarro, R.; Schraub, S.; Tumino, R.; Franschi, S.; Zanetti, R. (2002). Reproducibility of skin characteristic measurements and reported sun exposure history. Int J Epidemoil. 31:439-446.
7. Valjinac, H.D.; Adanja, B.J.; Lazar, Z.F.; Bagavac, A.N.; Bjekic, M.D.; Marinkovic, J.M.; Kocev, N.I. (2000). Risk factors for basal cell carcinoma. ActaOncologica. 39(5):611-616.
8. Stratton, S.P.; Dorr, R.T.; Alberts, D.S. (2000). The state-of-the-art in chemoprevention of skin cancer. Eur J Cancer. 36:1292-1297.
9. Karagas, M.R.; Greenberg, E.R.; Spenger, S.K; Stukel, T.A.; Mott, L.A. (1999). Increase in incidence rates of basal cell and squamous cell skin cancer in New Hampshire, USA. Int J Cancer. 81:555-559.
10. Leonard, N.: Chaggar, R.; Jones, C.; Takahashi, M.; Nikitopoulou, A.; Lakhani, S. R. (2001). Loss of heterozygosity at cylindromatosis gene locus, CYLD in sporadic skin adnexal tumours. J Clin-Pathol. 54:689-692.
11. Luna, L.G. (1968). Manual of histological staining method of the armed forces institute of pathology. 3rd ed. Macregtill Book. USA.
12. Wolff, J.; Wollina, U. (2000). Second malignancies in melanoma patients in Thuringia. JEADV. 14:479-483.
13. Shelton, R.M. (2001). Skin cancer; Areviw and atlas for the medicine provider. The Mount Sinai J medicine. 68:243-252.
14. Russel, L.(2000). Skin cancer. In: A nurse's guide to cancer care. Nevidjon, B. M.; Sowers, K. W. (eds). Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, USA. PP. 182-191.
15. Lock-Andersen, J.; (2000). Objective measurements of skin pigmentation and sensitivity to sunlight: Studies in healthy person and patients with basal cell carcinoma and cutaneous malignant melanoma. Thesis is submitted to the degree of Doctor of Medicine, Medical Faculty of the University of Copenhagen, Denmark.
16. Urbach, F. (1989). Potential effects of altered solar ultraviolet radiation on human skin cancer. PhotochemPhotobiol. 50:507-512.
17. Al – Nasiri, N.; Tahir, A.M. Amin, N.S. (1982). Analysis of 1237 malignant neoplasma at al – yarmook Hospital. J fac med Baghdad. 28(4):91-100.
18. Al – Jaza'ri, M. F.; Al – Rawi, F. A.; Al – Ziarah, H. A. (2001). Correlation between clinical and pathological types of basal cells carcinoma. The Iraqi J Med Sci. 1(2): 204-206.
19. Rosso, S.; Zanetti, R.; Martinez, C.; Tormo, M. J.; Schroub, S; Sancho-Garnier, H.; Franceschi, S.; Gafa, L.; Pera, E.; Navarro, C.; Laurent, R.; Schrameck, C.; Talamini, R.; Tumino, R.; Wechsler, J. (1996). The multicentre south European study "Helios" II: different sun exposure pattern in the aetiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. B J Cancer. 73:1447-1454.
20. Zantti, R.; Rosso, S.; Martinez, C.; Navarro, C.; Schraub, S.; Sancho-Garnier, H.; Franceschi, S.; Gafa, L.; Perea, E.; Tormo, MJ.; Laurent, R.; Schrameck, C.; Cristofolini, M.; Tumino, R.; Wechsler, J. (1996). The multicentre south European study "Helios" I: Skin characteristics and sunburns in basal cell and squamous cell carcino-

mas of the skin. Br J Cancer. 73:1440-1446.
21. Hunter, J. A.A., Savin, J.A.; Dahl, M. V. (1996). Clinical dermatology. Black well Science Ltd., USA.
22. Underwood, J.C. (2000). General and systematic pathology. Harcourt publishers Ltd., London. UK.
23. Rinker, M. H.; Fenske, N. A.; Scalf, L. A.; Glass, L. F. (2001). Histologic variants of squamous cell carcinoma of the skin. Cancer Control. 8(4):354-363.
24. Nevidjon, B.M.; Sowers, K.W. (2000). A Nurs'e guide to cancer care. Lippincott Company, Phladelphia.
25. MacSween, R. N. M.; Whaley, K. (1997). Muir's textbook of pathology. Oxford University. Press, Inc, New York. USA.
26. Grodstien, F.; Speizer, F. E.; Hunter. D. J. (1995). A prospective study of incidence of squamous cell carcinoma of the skin in the Nurses' health study. J. Natl Cancer Inst. 87:1061-1066.
27. Gray, D.T.; Suman, V. J.; Daniel, W.P.; Clay, R. P.; Harmsen, W.S.; Rocnigk, R. K. (1997). Trends in the population-based incidence of squamous cell carcinoma of the skin, First diagnosed between 1984 and 1992. Arch Dermatol. 133:735-740.
28. English, D.R.; Kricker, A.; Heenan, P.J.; Randell, P.I.; Winter M.G.; Armstrong, B.K. (1997). Incidence of nonmelanocytic skin cancer in Geraldton, Western Australia. Int J Cancer. 73:629-633.
29. Yaseen, N.Y. (1990). Cytogenetic study on human colorectal cancer cells. Thesis submitted to the degree of Doctor of Philosophy, Medical School University, Sheffield.

Study on Some Epithelial Skin Tumors in Human

Khalil H. Al-Jeboori[1],Nahi Y. Yaseen[2], Firas S. Al-Taee[2]

1 Dept. of Pathology, College of Veterinary Medicine Univ. Of Baghdad
2 Iraqi Centre for Cancer and Medical Genetics Research, Al- Mutansiriya University

Summary:

The present research includes a pathological study of 35 human cases, there were 27 type of tumor of malignant nature (77.15%), of these 14 were basal cell carcinoma (BCC) (51.85%) which represent most of the excised tumors. It was observed that there were an association between ulcerated gross appearance (85.71%) which were the common appearance of the tumor. The squamous cell carcinoma (SCC) is shown to be the second most common tumor, it was diagnosed in twelve cases of the malignant tumors (44.4%). It was shown that those who have SCC are older than those with BCC, all cases of both types of these tumors were located in head region. One case of malignant melanoma, while the rest of tumors diagnosed were five cases of benign tumors and three pre – cancerous lesions (xerodermapigmentosum). The benign tumors were: two cases common warts, two nevus (junctional and compound), and one case sebaceous adenoma.