

ارزیابی تشخیص صحیح بالینی بازالت سل کارسینومای اطراف پلک

محمد رضا مشکوہ (M.D.)^{*} سیمین سریزدی (M.D.)^{**}

چکیده

سابقه و هدف : بازالت سل کارسینوما شایع ترین بدخيسي پلک ها است که غالباً اشتباه تشخيص داده می شود. با توجه به اهمیت تشخیص صحیح بالینی در بیش آگهی و درمان این بیماری، و مراجعت اکثر این بیماران به متخصصین چشم، میزان تشخیص صحیح بالینی و شاخص ظن بالینی در چشم پزشکان ارزیابی شد.

مواد و روش ها : طی یک بررسی پنج ساله و گذشته نگر در کلیه مرکز آسیب شناسی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان با استفاده از روش Lightstone شاخص ظن بالینی و تشخیص صحیح بالینی بازالت سل کارسینوما در متخصصین چشم پزشکی محاسبه شد.

یافته ها : میزان تشخیص صحیح بالینی ۷۲/۷ درصد و شاخص ظن بالینی ۸۷/۸ درصد بود.

استنتاج : میزان تشخیص صحیح بالینی در این گروه از پزشکان بسیار خوب و مطابق با مطالعات سایر نقاط دنیا و قابل مقایسه با میزان تشخیص صحیح بالینی در متخصصین پوست بود، ولی شاخص ظن بالینی در مقایسه با سایر بررسی ها بسیار پایین تر بود و به عبارتی ظن بالینی همکاران چشم پزشک در مورد بازالت سل کارسینومای اطراف پلک باید افزایش یابد.

واژه های کلیدی : تشخیص صحیح بالینی، بازالت سل کارسینوما

مقدمه

مختلف این احتمال بین ۳ تا ۹ درصد موارد گزارش شده است (۷،۶).

تومور در پلک پایین ۲ تا ۴ بار شایع تر از پلک بالا دیده می شود و تمایل بیشتری به ابتلا کاتتوس داخلی نسبت به کاتتوس خارجی دارد (۸،۶).

گزارش های زیادی در مورد بد تشخیص دادن B.C.C خصوصا در مورد تشخیص توسط پزشکان غیر متخصص پوست وجود دارد (۵). در سال های اخیر توجه زیادی به تعیین اختصاصات یک معاینه بالینی معطوف شده و بسیاری معتقدند که مانند یک آزمون تشخیصی متداول از قبیل آسیب شناسی و رادیوگرافی،

بازالت سل کارسینوما (B.C.C) شایع ترین بدخيسي پلک ها است و ۹۰ تا ۹۰ درصد موارد بدخيسي در این ناحیه را تشکيل می دهد (۱،۴).

این بدخيسي معمولاً سال ها قبل از درمان وجود داشته و غالباً اشتباه تشخیص داده می شود (۵) اگر چه بازالت سل کارسینوما غالباً متأستاز می دهد ولی گسترش آن معمولاً بیش از لبه های بالینی ضایعه است و اگر با حاشیه مناسب درمان نشود، تمایل به عود دارد (۵). ندرتاً B.C.C پلک و ناحیه اتصال پلک فوقانی و تحتانی (Canthus)، به داخل کرده چشم گسترش می یابد و منجر به تخلیه حفره کاسه چشم می شود و در بررسی های

* استادیار گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

** دانشجو پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان

تاریخ دریافت: ۸۳/۱/۲ تاریخ تصویب: ۸۳/۶/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۳/۶/۱۵

درخواست، پزشک به بدخیمی پوستی مشکوک شده بود، جدا شد. جمع آوری داده‌ها در سه گروه انجام شد. A : مواردی که تشخیص بالینی بازال سل کارسینوما بوده و آزمایش آسیب‌شناسی هم آن را تائید کرده است B: مواردی که تشخیص بالینی BCC بوده و مورد تائید آزمایشگاه قرار نگرفته است. C: مواردی که تشخیص بالینی BCC نبوده ولی آزمایشگاه تشخیص BCC داده است. در مواردی که در برگه درخواست، تشخیص افتراقی وجود داشت تشخیص اول به عنوان تشخیص مورد نظر در نظر گرفته می‌شد و پرونده‌های فاقد تشخیص بالینی، از رده مطالعه حذف می‌شد. همچنین نام بیماران درج می‌گردید تا در صورتی که که یک بیمار دو بار پرونده داشت، اولین تاریخ آزمایش آسیب‌شناسی در نظر گرفته شود و موارد بعدی حذف گردد. سپس با استفاده از داده‌ها طبق روش Lightstone میزان تشخیص صحیح بالینی و شاخص ظن بالینی مطابق فرمول‌های زیر محاسبه شد.

$$\frac{A \times 100}{A+B+C} = \text{درصد ظن بالینی}$$

$$\frac{A \times 100}{A+B+C} = \text{درصد تشخیص صحیح بالینی}$$

از محدودیت‌های این پژوهش این است که ممکن است در موارد محدودی، پزشک، اولین تشخیص بالینی را به عنوان اولین تشخیص افتراقی خود، نوشته باشد.

یافته‌ها

در بررسی که روی پانزده هزار پرونده موجود در بایگانی‌های مرکز آسیب‌شناسی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد ۱۷۴ مورد بازال سل کارسینوما با تائید آسیب‌شناسی وجود داشت که از این تعداد، ۳۱

ارزش واقعی یک معاینه بالینی نیز باید معلوم باشد^(۹). روش‌های مختلف برای ارزیابی صحت تشخیص بالینی بازال سل کارسینومای پوست مطرح شده است. با توجه به اهمیت تشخیص صحیح و زودرس بازال سل کارسینوما در پیش‌آگهی و چگونگی درمان و مراجعت اکثریت این بیماران به متخصصین چشم، میزان تشخیص صحیح بازال سل کارسینومای اطراف پلک در چشم پزشکان کرمان ارزیابی شد.

مواد و روش‌ها

روش‌های متعددی برای ارزیابی تشخیص صحیح بالینی سرطان‌های پوست به کار رفته است. روش‌های آینده‌نگر معمولاً این اشکال را ایجاد می‌نماید که در مواردی که پزشک به بدخیمی مشکوک نمی‌شود، نمونه‌برداری و آزمون آسیب‌شناسی انجام نمی‌گردد، در صورتی که ممکن است ضایعه بدخیم باشد. روش‌های گذشته‌نگر نیز محدودیت‌های فراوانی دارند.

بسیاری از مطالعات قبلی که برای ارزیابی تشخیص صحیح سرطان‌های پوست انجام شده بر اساس روش Lightstone و همکارانش می‌باشد که ما نیز از این روش استفاده کردیم^(۷,۸). نوع بررسی، گذشته‌نگر و محل انجام بررسی، تمامی آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان بوده است. در هر آزمایشگاه یک رونوشت از جواب آسیب‌شناسی به همراه برگه درخواست آزمایش آسیب‌شناسی که توسط پزشک پر شده است، بایگانی می‌شود. در برگه درخواست، محل ضایعه، مدت ضایعه، و تشخیص‌های بالینی پزشک درخواست کننده و نام پزشک و تخصص اوی درج شده است. پرونده‌های موجود در بایگانی آزمایشگاه‌ها در مدت ۵ سال مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس محل ضایعه، ضایعه اطراف پلک با تشخیص آسیب‌شناسی بازال سل کارسینوما یا مواردی که در برگه

سل کارسینومای پلک از لحاظ بالینی تشخیص داده شده بود(۱۲) در مطالعه حاضر تشخیص صحیح بالینی ۷۲/۷ درصد موارد بود و در واقع فقط ۲۷/۲ درصد موارد از لحاظ بالینی تشخیص داده نشده بود که نسبت به مطالعات قبلی قابل قبول است.

البته با ۱۴ توجه داشت که در این بررسی، مواردی که تشخیص نوشته نشده بود یا تشخیص اول BCC نبوداز مطالعه حذف شد.

تشخیص صحیح بالینی بازالت سل کارسینومای پوست بدون درنظر گرفتن ناحیه مبتلا توسط متخصصین پوست، در مطالعات زیادی ارزیابی شده است. Lightstone و همکارانش(۱۹۶۵) تشخیص صحیح بالینی بازالت سل کارسینوما را ۷۶ درصد و شاخص ظن بالینی را ۱۰۶ درصد گزارش کردند(۱۰). Presser و همکارانش(۱۹۸۷) تشخیص صحیح بالینی را در متخصصین پوست شاغل در دانشگاه را ۷۰ درصد و شاخص ظن بالینی را در این گروه ۱۳۰ درصد محاسبه نموده اند و در پزشکان متخصص پوست که در بخش خصوصی کار می کرده اند، تشخیص صحیح بالینی ۶۵ درصد و شاخص ظن بالینی ۱۳۳ درصد بوده است. در مطالعه حاضر چشم پزشکان شاغل در دانشگاه و بخش خصوصی از هم مجرما نشده اند و تشخیص صحیح بالینی قابل قبول و قابل مقایسه با تشخیص صحیح بالینی گزارش شده توسط متخصصین پوست در سایر مطالعات بوده است، ولی شاخص ظن بالینی به طور قابل توجهی کمتر از سایر گزارشها است و در این مطالعه شاخص ظن بالینی ۳۸/۸ درصد بوده است و به عبارتی چشم پزشکان از لحاظ بالینی، کمتر متوجه تشخیص بازالت سل کارسینوما می باشند.

آیا بی حوصلگی و یا نداشتن وقت می تواند عامل آن باشد؟

مورد مربوط به اطراف پلک بود. میزان تشخیص صحیح بالینی ۷۲ درصد و شاخص ظن ۸۳/۸ درصد محاسبه شد. همه بیماران توسط چشم پزشک جراحی شده بودند و فقط ۳ مورد توسط متخصصین پوست ارسال شده بود که از رده مطالعه حذف شد و شاخص ظن و تشخیص صحیح بالینی فقط در مورد چشم پزشکان محاسبه شد.

از ۳۱ مورد ابتلا به بازالت سل کارسینوما ۲۳ مورد در خانمها و ۸ مورد در آقایان بود (۷۴/۲ درصد در خانمها و ۲۵/۲ درصد در آقایان). حداقل سن بیماران ۲۰ سال وحداکثر سن ۷۰ سال بود. ۸۰/۶ درصد بیماران بالای ۴۰ سال داشتند ولی در خانمها ۶۹/۵ درصد بالای ۴۰ سال بودند. ضایعاتی که در آنها تشخیص اولیه غیر از بازالت سل کارسینوما بود، ولی آسیب شناسی BCC را تائید کرده بود، اساسا خال و اسکواموسل کارسینوما (SCC) بودند. در مواردی که تشخیص بازالت سل کارسینوما بود و در آسیب شناسی تائید نشده بود، یک مورد گزارش آسیب شناسی ملانوم بدخیم بود و در مورد دیگر آسیب شناسی غیر اختصاصی ذکر شده بود.

بحث

بازالت سل کارسینوما شایع ترین بدخیمی اطراف پلک ها می باشد و گزارش های زیادی در مورد اشتباه در تشخیص این تومور در این ناحیه ذکر شده است. Abra ham و همکارانش(۲۰۰۰) تشخیص بالینی اشتباه BCC اطراف پلک را در ۳۵ بیمار از ۱۱۶ بیمار (۳۰ درصد) ابتلا به بازالت سل کارسینوما ذکر کردند (۸) و Payne و همکارانش(۱۹۹۷) تشخیص اشتباه در اطراف چشم را در ۴۰ درصد موارد ذکر کردند (۶) در بررسی دیگری از ۴۰ بیمار مبتلا به BCC پلک ۹ بیمار (۲۳ درصد) از لحاظ بالینی تشخیص داده نشده بود (۱۲) و در مطالعه دیگر فقط یک بیمار از ۹ بیمار مبتلا به بازالت

نقاط مثل ساق پا در خانم‌ها سه برابر شایع تر از آقایان گزارش شده است (۱۲). در بررسی حاضر شیوع بازال سل کارسینوما در اطراف پلک در خانم‌ها تقریباً سه برابر آقایان بود. البته تعداد بیماران در این بررسی زیاد نبود. مطالعات گسترده‌تر در این زمینه برای اثبات این مسئله و پی‌بردن به علل احتمالی که در تفاوت شیوع در دو جنس در این منطقه، دخالت دارد لازم است.

نکته قابل توجه دیگر در این بررسی این بود که همه بیماران به جزء ۳ بیمار، توسط چشم پزشکان درمان شده بودند و در واقع بیماران برای تشخیص درمان و ضایعات اطراف چشم تمایل به مراجعته به چشم پزشکان را نشان می‌دهند و از این‌رو باید شاخص ظن بالینی در همکاران متخصص چشم افزایش یابد. در مطالعات متعددی بازال سل کارسینوما کمی در مردها شایع تر از خانم‌ها گزارش شده است (۱۳، ۱۴) هر چند که در برخی

فهرست منابع

1. Salmon J, Bieniek A, Baran E, Szepietowski J.C. Basal cell carcinoma on the eyelids: own experience. *DERMATOL SURG*. 2004; 30: 257-263.
2. Lindgren G, Diffey BL, Larko O. Basal cellcarcinoma of the eyelids and solar ultraioler radiation exposure. *Br J Ophthalmol*. 1998; 82: 1412 1415.
3. Leffell DJ, Carucci JA. Management of skin cancer. In: DeVt, Hellmann S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001: 1996-2002.
4. Mamalis N, White GL JR, Pedersen DM. Malignant lesions of the eyelids *Am Fam physician*. 1989; 39: 95-102.
5. Lober C.W, Fenske N.A. Basal cell and sebaceous gland carcinoma of the periorbital region *J. Am Acad Dermatol* 1991; 25: 685-690.
6. Payne JW, Duke JR, Butner R. Basal cell carcinoma of the eyelids a long. Term follow up study *Arch ophthalmol*. 1969; 81: 553-558.
7. Perlman GS, Hornblass A. Basal cell carcinoma of the eyelids a review of patients treated by surgical excision. *Ophthalmic surg*. 1976; 7: 23-27.
8. Abraham J C, Jabaley M.E, Hoops J. Basal cell carcinoma of the medial canthal region. *Am J surg* 1973; 126: 492-495.
9. Whited J.D, Hall R.P. Diagnostic accuracy and precision in assessing Dermatologic disease. *Arch Dermatol*. 1997; 133: 1409-1415.
10. Lightstone A.C, Kopf AW. Grafinkel Diagnostic accuracy a new approach to its evaluation. Results in basal cell epitheliomas. *Arch Dermatol*. 1965; 91: 497-502.
11. Presser S.E, Taylor J.R. Clinical diagnostic accuracy of basal cell carcinoma *J. Am. Acad. Dermatol*. 1987; 16: 988-90.



12. Einaugler RB, Henkind P. Basal cell carcinoma of the eyelid: apparent incomplete removal. *Am. J. ophthalmol.* 1969; 67: 413-7.
13. Hornblass A, Stefano J.A. Pigmented basal cell carcinoma of the eyelids. *Am. J. Ophthalmol.* 1981; 92: 193-197.
14. Miller S.J. Biology of basal cell carcinoma *J. A.M. Acad. Dermatol.* 1991; 24: 1-13.
15. Reizner G.T, Chuang T.Y, Elpern D.J. Basal cell carcinoma in Kauai, Hawaii: The highest documented incidence in united states. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1993; 29: 184-9.