Archive of SID

پژوهشی

فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
سال پانزدهم شماره ۴۷ فصل تابستان سال ۱۳۸۴

ارزیابی تشخیص صحیح بالینی بازال سل کارسینومای اطراف پلک

محمد رضا مشکوة (M.D.)* سیمین سریزدی (M.D.)**

چکیده

سابقه و هدف : بازال سل کارسینوما شایع‌ترین بدخیمی پلک‌ها است که غالبا اشتباه تشخیص داده می‌شود. با توجه به اهمیت تشخیص صحیح بالینی در پیش‌آگهی و درمان این بیماری، و مراجعه اکثر این بیماران به متخصصین چشم، میزان تشخیص صحیح بالینی و شاخص ظن بالینی در چشم پزشکان ارزیابی شد.

مواد و روش‌ها : طی یک بررسی پنج ساله و گذشته‌نگر درکلیه مراکزآسیب‌شناسی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان با استفاده از روش Lightstone شاخص ظن بالینی و تشخیص صحیح بالینی بازال سل کارسینوما درمتخصصین چشم پزشکی محاسبه شد .

یافته‌ها : میزان تشخیص صحیح بالینی۷۲/۷ 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 بررسی‌ها بسیار پایین‌تر بود و به عبارتی ظن بالینی همکاران چشم پزشک در مورد بازال سل کارسینومای اطراف پلک باید افزایش یابد .

واژه‌های کلیدی : تشخیص صحیح بالینی، بازال سل کارسینوما

مقدمه

بازال سل کارسینوما (B.C.C) شایع‌ترین بدخیمی پلک ها است و۸۰ تا ۹۰ درصد موارد بدخیمی در این ناحیه را تشکیل می‌دهد (۱تا٤) .

این بدخیمی معمولا سال‌ها قبل ازدرمان وجود داشته و غالبا اشتباه تشخیص داده می‌شود(۵) اگر چه بازال سل کارسینوما غالبا متاستاز می‌دهد ولی گسترش آن معمولا بیش از لبه‌های بالینی ضایعه است واگر با حاشیه مناسب درمان نشود، تمایل به عود دارد(۵). ندرتا B.CC پلک و ناحیه اتصال پلک فوقانی و تحتانی (Canthus)، به داخل کره چشم گسترش می‌یابد و منجر به تخلیه حفره کاسه چشم می‌شود و در بررسی‌های مختلف این احتمال بین ۳تا۵ درصد موارد گزارش شده است (۷،٦) .

تومور در پلک پایین ۲تا٤ بار شایع‌تر از پلک بالا دیده می‌شود و تمایل بیش‌تری به ابتلا کاتتوس داخلی نسبت به کانتوس خارجی دارد (۸،٦) .

گزارش‌های زیادی در مورد بد تشخیص دادن B.CC خصوصا در مورد تشخیص توسط پزشکان غیرمتخصص پوست وجود دارد (۵). در سال‌های 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،

* استادیار گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
** دانشیار پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان
✉ کرمان: دانشگاه علوم پزشکی

تاریخ دریافت : ۸۳/۱/۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۳/٤/۱۳ تاریخ تصویب: ۸۳/۹/۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

www.SID.ir

Archive of SID

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 ومراجعه اکثریت این بیماران به متخصصین چشم، میزان تشخیص صحیح بازال سل کارسینومای اطراف پلک در چشم پزشکان کرمان ارزیابی شد.

مواد و روش ها

روش‌های متعددی برای ارزیابی تشخیص صحیح بالینی سرطان‌های پوست به‌کار رفته است. روش‌های آینده‌نگر معمولا این اشکال را ایجاد می‌نماید که در مواردی که پزشک به بدخیمی مشکوک نمی‌شود، نمونه‌برداری و آزمون آسیب شناسی انجام نمی‌گردد، در صورتی‌که 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 می باشد که ما نیز از این روش استفاده کردیم (۷و۸). 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 ونام پزشک وتخصص وی درج شده است. پرونده‌های موجود در بایگانی آزمایشگاه‌ها در مدت ۵ سال مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس محل ضایعه، ضایعه اطراف پلک باتشخیص آسیب‌شناسی بازال سل‌کارسینوما یا مواردی‌که در برگه درخواست، پزشک به بدخیمی پوستی مشکوک شده بود، جدا شد. جمع‌آوری 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 نظرگرفته می‌شد و پرونده‌های فاقد تشخیص بالینی، از رده مطالعه حذف می‌شد. همچنین نام بیماران درج می‌گردید تا در صورتی‌که که یک بیمار دو بار پرونده داشت، اولین تاریخ آزمایش آسیب‌شناسی در نظرگرفته 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.

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

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

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

یافته‌ها

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]
www.SID.ir

Archive of SID

مورد مربوط به اطراف پلک بود. میزان تشخیص صحیح بالینی ۷۲/۷ درصد وشاخص‌ظن 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 شاخص‌ظن و تشخیص صحیح بالینی فقط در مورد چشم پزشکان محاسبه شد.

از ۳۱ مورد ابتلا به بازال سل کارسینوما ۲۳ مورد در خانم‌ها و ۸ مورد در آقایان بود (۷٤/۲ درصد در خانم‌ها و ۲۵/۲ درصد در آقایان). حداقل سن بیماران ۲۰ سال وحداکثرسن ۷۰ سال بود. ۸۰/٦ درصد بیماران بالای ٤۰ سال داشتند ولی در خانم‌ها ٦۹/۵ درصد بالای ٤۰ سال بودند. ضایعاتی که در آن‌هاتشخیص اولیه غیر از بازال سل کارسینوما بود،ولی آسیب‌شناسیBCC را تائید کرده بود، اساسا خال و اسکواموسل کارسینوما (SCC)بودند.

در مواردی که تشخیص بازال سل کارسینوما بود و در آسیب‌شناسی تائید نشده بود، یک مورد گزارش آسیب‌شناسی ملانوم بدخیم بود و در مورد دیگر آسیب‌شناسی غیراختصاصی ذکرشده بود.

بحث

بازال سل کارسینوما شایع ترین بدخیمی اطراف پلک‌ها می باشد و گزارش‌های 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 در۳۵ بیمار از ۱۱٦ بیمار (۳۰ درصد) ابتلا به بازال سل کارسینوما ذکر کردند (۸) و Payne و همکارانش(۱۹۹۷) تشخیص اشتباه BCC در اطراف چشم را در ٤۰ درصد موارد ذکر کردند(٦) در بررسی دیگری از٤۰ بیمار مبتلا به BCC پلک ۹ بیمار (۲۳ درصد) از لحاظ بالینی‌تشخیص‌داده نشده بود(۱۲) و در مطالعه دیگر فقط یک بیمار از ۹ بیمار مبتلا به بازال سل کارسینومای پلک از لحاظ بالینی تشخیص داده شده بود(۱۳) 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 بای‌د توجه داشت که در این بررسی، مواردی که تشخی‌ص نوشته نشده بود ی‌ا تشخی‌ص اول BCC نبوداز مطالعه حذف شد.

تشخیص صحیح‌بالینی بازال سل‌کارسینومای پوست بدون درنظر گرفتن ناحیه مبتلا توسط متخصصین پوست، در مطالعات زیادی ارزیابی شده است. Lightstone و همکارانش(۱۹٦۵)تشخیص‌صحیح بالینی بازال‌سل‌کارسینوما را ۷٦ درصد و شاخص‌ظن بالینی را ۱۰٦ درصد گزارش کرده‌اند(۱۰). Presser و همکارانش (۱۹۸۷) تشخیص صحیح بالینی را در متخصصین پوست شاغل در دانشگاه را ۷۰ درصد و شاخص‌ظن بالینی را در این گروه ۱۳۰ درصد محاسبه نموده‌اند و در پزشکان متخصص پوست که در بخش خصوصی کار می‌کرده‌اند، تشخیص صحیح بالینی ٦۵ درصد و شاخص ظن بالینی ۱۳۳ درصد بوده است. در مطالعه حاضر چشم پزشکان شاغل در دانشگاه و بخش خصوصی از هم مجزا نشده‌اند 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 بازال سل کارسینوما می‌باشند.

آی‌ا بی‌حوصلگی و ی‌ا نداشتن وقت می‌تواند عامل آن باشد؟

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]
www.SID.ir

Archive of SID

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 مراجعه 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 شایع‌تر از خانم‌ها گزارش شده است(۱۴،۱۵) هر چند که در برخی نقاط مثل ساق پا در خانم‌ها سه برابر شایع‌تر از آقایان گزارش شده است (۱۳). در بررسی حاضر شیوع بازال سل کارسینوما در اطراف پلک در خانم‌ها تقریبا سه برابر آقایان بود. البته تعداد بیماران در این بررسی زیاد نبود. مطالعات گسترده‌تر در این زمینه برای اثبات این مسأله و پی‌بردن به علل احتمالی که در تفاوت شیوع در دو جنس در این منطقه، دخالت دارد لازم است.

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]
www.SID.ir

Archive of SID

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

www.SID.ir