

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۳ شماره ۱ فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰ صفحات ۶۹-۶۵

## فراوانی انواع کانسره‌های سر و گردن در بیماران بستری شده در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امام در سالهای ۱۳۸۶-۱۳۷۶

علیرضا لطفی: گروه گوش، حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: drarf\_53@yahoo.com

منیره حلیمی: گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
مسعود نادرپور: گروه گوش، حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
حامد محمدی قهاری: گروه گوش، حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
کاوه قناد: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۸/۴/۲۷، پذیرش: ۸۹/۸/۱

### چکیده

**زمینه و اهداف:** تخمین زده می‌شود ۶۴۴ هزار مورد جدید سرطان سر و گردن سالانه در سراسر جهان تشخیص داده می‌شود که دو سوم این موارد در کشورهای روبه توسعه رخ می‌دهند. جمعیت در معرض خطر سرطان سر و گردن کسانی هستند که سابقه طولانی مدت مصرف سیگار و الکل دارند. با این وجود، سیر آماری سن و جنسیت بیماران طی دهه‌های اخیر در چندین مطالعه رو به تغییر بوده است. تا جایی که بررسی نمودیم، تاکنون مطالعه‌ای در زمینه اپیدمیولوژی سرطان‌های سر و گردن در مراکز ما صورت نپذیرفته است. بنابراین، هدف از این مطالعه بررسی فراوانی انواع مختلف این سرطان‌ها طی دهه گذشته می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی، پرونده ۶۱۰ بیمار با سرطان سر و گردن تایید شده در مراکز آموزشی-درمانی امام خمینی و امام رضا (ع) تبریز طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۶ بررسی گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل وجود سرطان‌های سر و گردن بر اساس تعریف‌های پذیرفته شده بین‌المللی (بطور مثال جراحی‌های سرطان‌های داخل جمجمه، چشم، تیروئید و غیره) و وجود اطلاعات نسبتاً کامل در مورد بیمار بوده است. عوامل خطر احتمالی نیز در هر بیمار تعیین گردید.

**یافته‌ها:** ۶۱۰ مورد با سرطان سر و گردن، ۴۷۰ مذکر و ۱۴۰ مونث، با سن متوسط  $58.36 \pm 15.74$  (۹۵-۱۳) سال وارد مطالعه شدند. انواع مختلف سرطان بر اساس محل شامل سرطان حنجره (۴۵/۲٪)، دهان (۱۲/۶٪)، لب (۱۱/۵٪)، نازوفارنکس (۱۱٪)، هیپوفارنکس (۷/۲٪)، غدد بزاقی (۷٪)، سینوس ماگزیلاری (۲/۳٪)، لوزه (۲/۱٪)، حفره بینی (۰/۸٪) و اوروفارنکس (۰/۲٪) بود. کارسینوم سلول سنگفرشی شایع‌ترین نوع پاتولوژیک بود (۷۵/۲٪). اغلب موارد کارسینوم سلول سنگفرشی از نوع با تمایز خوب بودند (۸۰/۶٪). سابقه مصرف سیگار در بیماران با سرطان حنجره، دهان و نازوفارنکس و سابقه مصرف الکل در بیماران با سرطان‌های دهان و لب بطور معنی‌داری بیشتر بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس اطلاعات موجود، گزارشات مختلفی در مورد فراوانی انواع مختلف سرطان‌های سر و گردن موجود است. انجام مطالعات بیشتر در مراکز مشابه جهت انجام مقایسه پیشنهاد می‌گردد.

**کلید واژه‌ها:** سرطان‌های سر و گردن، کارسینوم سلول سنگفرشی، سیگار، الکل

### مقدمه

هوایی و گوارشی فوقانی به کار می‌رود. این ناحیه آناتومیکال شامل حفره دهان، بینی نازوفارنکس، اوروفارنکس، هیپوفارنکس،

کانسر سر و گردن یک اصطلاح کلی می‌باشد که بر پایه توصیف آناتومیکال و توپوگرافی برای تومورهای بدخیم راههای

شده است. برنامه آماری بکار رفته SPSS™ نسخه ۱۵ است. متغیرهای کمی با استفاده از One-way ANOVA test مقایسه شدند و در موارد معنی دار، از آزمون تعقیبی Scheffe استفاده شده است. مقایسه در مورد متغیرهای کیفی (Categorical) توسط Contingency Tables و با استفاده از Chi-Square Test و یا Fisher's Exact Test (در مواردی که اعداد مورد انتظار کوچک بوده اند) استفاده شده است. در تمامی موارد مورد مطالعه، نتایج در صورت دارا بودن  $P \leq 0/05$  از نظر آماری معنی دار شناخته شدند.

### نتایج

در این مطالعه ۶۱۰ بیمار دچار سرطان سر و گردن مورد بررسی قرار گرفتند. سن بیماران بطور متوسط  $58/36 \pm 15/74$  (۹۵-۱۳) سال بود. از این عده، ۴۷۰ مورد (۷۷/۰۵٪) مذکر و ۱۴۰ مورد (۲۲/۹۵٪) مونث بودند. از نظر محل تومور، حنجره ۲۷۶ مورد (۴۵/۲٪) که شامل (گلوت، ۱۳۲ مورد، سوپراگلوت، ۱۳۶ مورد و ساب گلوت ۸ مورد)، دهان ۷۷ مورد (۱۲/۶٪) که شامل (مخاط بوکال، ۱۲ مورد، کام ۶ مورد، زبان ۵۵ مورد، لثه ۲ مورد و حفره دهان ۱ مورد و Alveolar ridge، ۱ مورد)، لب ۷۰ مورد (۱۱/۵٪) که شامل (لب فوقانی، ۱۳ مورد و لب تحتانی، ۵۷ مورد)، نازوفارنکس ۶۷ مورد (۱۱٪)، هیپوفارنکس ۴۴ مورد (۷/۲٪) که شامل (سینوس پیری فرم، ۲۵ (۵۶/۸٪) مورد و پست کریکوئید، ۱۹ (۴۳/۲٪) مورد)، سینوس ماگزیلاری ۱۴ مورد (۲/۳٪)، لوزه‌ها ۱۳ مورد (۲/۱٪) که [شامل راست، ۸ (۶۱/۵٪) مورد و چپ، ۵ (۳۸/۵٪) مورد]، حفره بینی ۵ مورد (۰/۸٪)، غدد بزاقی ۴۳ مورد (۷٪) که [شامل ساب مندیولار، ۸ مورد و غده پاروتید ۳۵ مورد] و اوروفارنکس ۱ مورد (۰/۲٪) بود.

از نظر تشخیص هیستوپاتولوژیک تومور، کارسینوم سلول سنگفرشی، ۴۵۹ مورد (۷۵/۲٪)، کارسینوم تمایز نیافته، ۶۲ مورد (۱۰/۲٪)، لنفوم ۳۰ مورد (۴/۹٪)، کارسینوم موکوپیدرموئید، ۱۷ مورد (۲/۸٪)، آدنوییدسیستیک کارسینوم، ۱۴ مورد (۲/۳٪)، کارسینوم سلول بازال، ۵ مورد (۰/۸٪)، کارسینوم وروکوز، ۳ مورد (۰/۵٪)، تومور سلول گرد، ۳ مورد (۰/۵٪)، آسینیک سل کارسینوم، ۳ مورد (۰/۵٪)، رابدومیوسارکوم، ۳ مورد (۰/۵٪)، تومور سلول دوکی، ۲ مورد (۰/۳٪)، ملانوم، ۲ مورد (۰/۳٪)، فیبروسارکوم، ۲ مورد (۰/۳٪)، کارسینوم آناپلاستیک، ۱ مورد (۰/۲٪)، کارسینوم میوایی تلیال، ۱ مورد (۰/۲٪)، آدنوکارسینوم پایپلاری، ۱ مورد (۰/۲٪)، کارسینوم آدنواسکوموس، ۱ مورد (۰/۲٪) و آدنوم پلئومورفیک، ۱ مورد (۰/۲٪) بود. از نظر تشخیص هیستوپاتولوژیک تومور بر حسب محل، حنجره شامل (SCC، ۲۶۸ مورد (۹۷/۱٪)، کارسینوم وروکوز، ۳ مورد (۱/۱٪)، کارسینوم تمایز نیافته، ۲ مورد (۰/۷٪)، رابدومیوسارکوم، ۱ مورد (۰/۴٪)، کارسینوم آدنوییدسیستیک، ۱ مورد (۰/۴٪)، دهان شامل (SCC، ۶۸ مورد (۸۸/۳٪)، لنفوم، ۵ مورد (۶/۵٪)، کارسینوم موکوپیدرموئید،

حنجره و تیروئید و غدد بزاقی می باشد (۱). بررسی اپیدمیولوژیک کانسره‌های سر و گردن در مقالات پزشکی تحت توجه ویژه ای قرار گرفته است. این کانسرها اغلب در نتیجه مواجهه با موادی چون الکل، تنباکو، ذرات چوب و نیکل ایجاد می شوند. چون هر نوع بافتی در این ناحیه اعم از استخوان، غدد بزاقی، اپیتلیوم، عضله صاف و بافت لنفاوی وجود دارد هر نوع هیستولوژی در کانسره‌های سر و گردن می تواند دیده شود (۲). شایعترین نوع بافت شناختی در ۹۰٪ موارد کارسینوم سلولهای سنگفرشی می باشد (۳). شیوع جغرافیایی سرطان سر و گردن در دنیا محدوده وسیعی را از درصد کم در کشورهای غربی تا بالای ۴۰٪ در آسیای جنوبی و جنوب غربی شامل می شود (۴). سیگار و الکل از جمله ریسک فاکتورهای تثبیت شده کانسر سر و گردن می باشند. اگر چه این نوع کانسر در مردان شایعتر است، میزان بروز در زنان نیز افزایش پیدا کرده است که احتمالاً به علت تغییر عادات استعمال دخانیات و مصرف الکل در زنان می باشد (۳). هدف این مطالعه بررسی میزان شیوع انواع کانسره‌های سر و گردن غیر از تیروئید و بررسی ریسک فاکتورهای این نوع کانسر می باشد. با توجه به اینکه مطالعه دقیقی در ایران به ویژه در استان آذربایجان شرقی درباره فراوانی این کانسرها صورت نگرفته است بر آن شدیم که این بررسی را انجام دهیم تا با شناسایی فراوانی و ریسک فاکتورها بتوانیم در تشخیص زودرس و پیشگیری از این کانسرها گامی برداشته باشیم.

### مواد و روشها

در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی، پرونده ۶۱۰ بیمار با سرطان های سر و گردن مورد بررسی قرار گرفته و عوامل خطر احتمالی نیز تعیین و ثبت گردید. مکان انجام پژوهش بخش های گوش، حلق و بینی بیمارستان های امام خمینی (ره) و امام رضا (ع) تبریز بوده است. مدت زمان انجام مطالعه چهارده ماه بوده است که از اول فروردین ماه سال ۱۳۸۷ هجری شمسی لغایت اول خرداد ماه سال ۱۳۸۸ جمع آوری اطلاعات اولیه و تجزیه و تحلیل داده ها صورت پذیرفته است. لازم به ذکر است پرونده های بررسی شده مربوط به سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۶ بوده است. پرونده تمامی بیماران بستری در بخش های گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن مراکز آموزشی-درمانی امام خمینی و امام رضا (ع) که طی سال های مورد نظر با تشخیص سرطان های سر و گردن بستری بوده اند، وارد مطالعه شدند. در تمامی موارد مشخصات بیماران و تومور مربوطه و عوامل خطر احتمالی ثبت شده، بررسی گردید. با توجه به گذشته نگر بودن مطالعه، مورد اخلاقی خاصی وجود نداشته و اطلاعات بیماران محرمانه باقی مانده است. این مطالعه به تصویب کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسیده است. موارد بررسی شده شامل سن، جنسیت، محل تومور، تشخیص هیستوپاتولوژیک تومور، تمایز SCC سابقه مصرف الکل، سابقه مصرف سیگار بودند. اطلاعات به دست آمده بصورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار (Mean  $\pm$  SD) و نیز فراوانی و درصد بیان

۱ مورد (۱/۱۳٪)، رابدومیوسارکوم، ۱ مورد (۱/۱۳٪)، کارسینوم تمایز نیافته، ۱ مورد (۱/۱۳٪) و تومور سلول دوکی، ۱ مورد (۱/۱۳٪)، لب شامل SCC، ۶۲ مورد (۸۸/۶٪) و BCC، ۵ مورد (۷/۱٪)، کارسینوم آدنوسیستیک، ۲ مورد (۲/۹٪) و ملانوم، ۱ مورد (۱/۴٪)، نازوفارنکس [شامل SCC]، ۶ مورد (۹٪)، لنفوم، ۶ مورد (۹٪) و کارسینوم تمایز نیافته، ۵۵ مورد (۸۲٪)، هیپوفارنکس [شامل SCC]، ۴۲ مورد (۹۵/۵٪)، کارسینوم تمایز نیافته، ۱ مورد (۲/۳٪) و آدنوکارسینوم پایپلاری، ۱ مورد (۲/۳٪)، غده پاروتید [شامل SCC]، ۷ مورد (۲۰٪)، کارسینوم موکوپیدرموئید، ۹ مورد (۲۵/۷٪)، لنفوم، ۳ مورد (۸/۶٪)، فیبروسارکوم، ۲ مورد (۵/۷٪)، کارسینوم آدنوسیستیک، ۸ مورد (۲۲/۹٪)، کارسینوم آسینیک سل، ۳ مورد (۸/۶٪)، ملانوم، ۱ مورد (۲/۹٪)، کارسینوم آدنواسکواموس، ۱ مورد (۲/۹٪) و کارسینوم میوایی تیلیال، ۱ مورد (۲/۹٪)، سینوس ماگزیلاری [شامل SCC]، ۵ مورد (۳۵/۷٪)، کارسینوم موکوپیدرموئید، ۳ مورد (۲۱/۴٪)، لنفوم، ۱ مورد (۷/۱٪)، رابدومیوسارکوم، ۱ مورد (۷/۱٪)، کارسینوم آدنوسیستیک، ۱ مورد (۷/۱٪)، کارسینوم تمایز نیافته، ۱ مورد (۷/۱٪) و تومور سلول گرد، ۲ مورد (۱۴/۳٪)، لوزه ها شامل [لنفوم]، ۱۲ مورد (۹۲/۳٪) و کارسینوم تمایز نیافته، ۱ مورد (۷/۷٪)، غدد بزاقی [شامل SCC]، ۱ مورد (۱۲/۵٪)، کارسینوم موکوپیدرموئید، ۴ مورد (۵۰٪)، لنفوم، ۱ مورد (۱۲/۵٪) و کارسینوم آدنوسیستیک، ۲ مورد (۲۵٪)، حفره بینی [شامل لنفوم]، ۲ مورد (۴۰٪)، کارسینوم تمایز نیافته، ۱ مورد (۲۰٪)، تومور سلول دوکی، ۱ مورد (۲۰٪) و تومور سلول گرد، ۱ مورد (۲۰٪)، اوروفارنکس [شامل کارسینوم آناپلاستیک، ۱ مورد (۱۰۰٪)] و تمایز SCC [شامل با تمایز خوب، ۳۷۰ مورد

۱ مورد (۸۰/۶٪)، با تمایز متوسط، ۸۳ مورد (۱۸/۱٪) و با تمایز بد، ۶ مورد (۱/۱۳٪) [شامل SCC] بود. از نظر تمایز SCC بر حسب محل در جدول ۱ خلاصه و مقایسه شده اند. در ۱۹۵ مورد (۳۱/۹۷٪) سابقه مصرف سیگار و در ۳۷ مورد (۶/۰۷٪) سابقه مصرف الکل وجود داشت. از نظر ریسک فاکتورهای سرطان‌های سر و گردن، ریسک فاکتورهای احتمالی قابل بررسی در انواع مختلف سرطان‌های سر و گردن در جدول شماره ۲ خلاصه و مقایسه شده اند. بر این اساس:

- سن:  
✓ در سرطان دهان بطور معنی داری بیشتر از پاروتید، نازوفارنکس و متفرقه بود.  
✓ در سرطان پاروتید بطور معنی داری کمتر از لب، حنجره و دهان بود.  
✓ در سرطان هیپوفارنکس بطور معنی داری کمتر از لب و بیش تر از نازوفارنکس بود.  
✓ در سرطان نازوفارنکس بطور معنی داری کمتر از لب، حنجره، دهان و هیپوفارنکس بود.  
✓ در موارد متفرقه بطور معنی داری کمتر از لب، حنجره و دهان بود.  
- جنسیت:  
جنسیت مذکر در سرطان حنجره، لب و پاروتید بترتیب بطور معنی داری بیشتر از بقیه و در سرطان هیپوفارنکس کمتر از بقیه موارد بود.  
- سابقه مصرف سیگار:  
در سرطان حنجره، دهان و نازوفارنکس بترتیب بطور معنی داری بیشتر از بقیه و در سرطان پاروتید و متفرقه کمتر از بقیه موارد بود.  
- سابقه مصرف الکل:  
در سرطان دهان، لب و متفرقه بترتیب بطور معنی داری بیشتر از بقیه و در سرطان پاروتید و هیپوفارنکس کمتر از بقیه موارد بود.

جدول شماره ۱: وضعیت تمایز SCC سر و گردن

محل	نوع	فراوانی (درصد)
حنجره	Well differentiated	۲۱۲ (۷۹/۸)
	Moderately differentiated	۵۳ (۱۹/۸)
	Poorly differentiated	۳ (۱/۱)
دهان	Well differentiated	۵۹ (۸۶/۸)
	Moderately differentiated	۸ (۱۱/۸)
	Poorly differentiated	۱ (۱/۵)
لب	Well differentiated	۵۹ (۹۵/۲)
	Moderately differentiated	۳ (۴/۸)
	Well differentiated	۱ (۱۶/۷)
نازوفارنکس	Moderately differentiated	۴ (۶۶/۷)
	Poorly differentiated	۱ (۱۶/۷)
	Well differentiated	۲۹ (۶۹)
هیپوفارنکس	Moderately differentiated	۱۲ (۲۸/۶)
	Poorly differentiated	۱ (۲/۴)
	Well differentiated	۶ (۸۵/۷)
غده پاروتید	Moderately differentiated	۱ (۱۴/۳)
	Well differentiated	۴ (۸۰)
	Moderately differentiated	۱ (۲۰)
سینوس ماگزیلاری	Well differentiated	۱ (۱۰۰)
	Moderately differentiated	۱ (۱۰۰)
غدد بزاقی	Moderately differentiated	۱ (۱۰۰)

جدول شماره ۲: ریسک فاکتورهای احتمالی در انواع مختلف سرطان های سر و گردن

متغیر	لب	حنجره	دهان	پاروتید	هیپوفارنکس	نازوفارنکس	متفرقه	p
سن (سال)	۶۶±۱۳	۶۱±۱۲	۶۱±۱۵	۵۰±۲۰	۵۵±۱۷	۴۶±۱۸	۵۲±۱۹	<۰/۰۰۱
جنس (مذکر)	۶۰ (۸۶)	۲۴۸ (۹۰)	۴۶ (۶۰)	۲۶ (۷۴)	۲۰ (۴۶)	۴۷ (۷۰)	۲۳ (۵۶)	<۰/۰۰۱
سیگار	۱۴ (۲۰)	۱۱۹ (۴۳/۱)	۱۹ (۲۴/۷)	۶ (۱۷/۱)	۸ (۱۸/۲)	۲۲ (۲۳/۸)	۷ (۱۷/۱)	<۰/۰۰۱
الکل	۱۷ (۱۰)	۱۲ (۴/۳)	۱۰ (۱۳)	۰ (۰)	۱ (۲/۳)	۴ (۶)	۳ (۷/۳)	۰/۰۳۹

## بحث

ما در این مطالعه به بررسی فراوانی انواع سرطان های سر و گردن در بیمارستان های امام خمینی و امام رضا (ع) تبریز طی سال های ۱۳۸۶-۱۳۷۶ پرداختیم. در مجموع ۶۱۰ بیمار حائز شرایط مطالعه گردیدند. ۷۷٪ بیماران مذکر و سن متوسط ۵۸/۳۶ سال بود. Ries و همکاران در یک مطالعه در ایالات متحده، متوسط سن بیماران دچار سرطان سر و گردن را ۶۳ سال گزارش نمودند. در این مطالعه نیز درصد بیشتری از بیماران بررسی شده مذکر بودند (۵). Parkin و همکاران در یک متآنالیز نشان داد که در تمامی نقاط دنیا برتری جنسیتی مذکر در مورد سرطان های سر و گردن وجود دارد (۶). در یک مطالعه مشابه توسط Kim و همکاران در کره جنوبی، ۱۰۶۳ بیمار دچار سرطان های سر و گردن بررسی شدند. نسبت جنسی مذکر به مونث در این مطالعه ۵ به ۱ و متوسط سن افراد ۶۰/۳ سال گزارش گردید (۷). در مطالعه Bhurgri و همکاران در پاکستان، سرطان سر و گردن در بین افراد مذکر شایعتر بود. در این مطالعه سن متوسط بیماران بررسی شده ۵۳ سال بوده است (۸). همان گونه که ملاحظه می گردد نتایج مطالعات مختلف در زمینه مشخصات کلی (سن و جنس) بیماران دچار سرطان سر و گردن مشابه است. نتایج مطالعه فعلی نیز در راستای همین گزارشات قرار دارد. درصد فراوانی انواع مختلف سرطان های سر و گردن در مطالعه فعلی شامل سرطان حنجره (۴۵/۲٪)، دهان (۱۲/۶٪)، لب (۱۱/۵٪)، نازوفارنکس (۱۱٪)، هیپوفارنکس (۷/۲٪)، پاروتید (۵/۷٪)، سینوس ماگزیلاری (۲/۳٪)، لوزه (۲/۱٪)، غدد بزاقی (۱/۳٪)، حفره بینی (۰/۸٪) و اوروفارنکس (۰/۲٪) بود. Morris و همکاران در یک مطالعه در کویت بین سال های ۸۸-۱۹۷۹، ۷۸۴ بیمار دچار سرطان های سر و گردن را بررسی نمودند. سرطان نازوفارنکس در ۲۴/۷٪ موارد، غدد بزاقی در ۲۳/۵٪ موارد، هیپوفارنکس در ۱۴/۲٪ موارد، اوروفارنکس در ۸/۴٪ موارد، زبان در ۸/۳٪ موارد و فارنکس در ۲٪ موارد وجود داشت (۹). Mecklenburg و همکاران در یک مطالعه در ایالات متحده، سرطان زبان، دهان، کف دهان، لب و غدد بزاقی را به ترتیب در ۲۰، ۱۸، ۱۲، ۱۱ و ۸ درصد موارد گزارش نمودند (۱۰). Parkin و همکاران در یک مطالعه در هند، سرطان زبان، دهان و هیپوفارنکس را به ترتیب شایع ترین سرطان های سر و گردن گزارش نمودند (۱۱). در مطالعه Kim و همکاران در کره جنوبی، سرطان های حلق، حفره دهان، اوروفارنکس، هیپوفارنکس، نازوفارنکس و سینوس های پارانازال به ترتیب در

۴۵/۹، ۱۶/۵، ۹/۵، ۷ و ۴/۳ درصد موارد دچار سرطان های سر و گردن گزارش گردید (۷). در مطالعه Bhurgri و همکاران در پاکستان، سرطان های حفره دهان شایع ترین نوع سرطان های سر و گردن گزارش شده اند (۸). در یک مطالعه در کشور نپال توسط Bakota و همکاران، ۱۵۹ مورد با سرطان سر و گردن بررسی شده و شایع ترین انواع به ترتیب سرطان های حنجره (۲۵/۸٪)، حلق (۱۹/۵٪)، حفره دهان (۱۸/۹٪) و غدد بزاقی (۲/۵٪) گزارش گردیدند (۱۲). در مطالعه Hoffman و همکاران در ایالات متحده بر روی ۳۰۱۳۵۰ مورد سرطان سر و گردن، سرطان های حلق، دهان و لب در ۱۷/۶٪ موارد وجود داشت (۱۳). در مطالعه Nwawolo و همکاران در نیجریه بر روی ۳۸ بیمار دچار سرطان های سر و گردن، نازوفارنکس در ۱۶/۸٪ موارد، بینی، سینوس ها و گوش ها در ۱۳/۶٪ موارد، حلق در ۱۲/۱٪ موارد و غدد بزاقی در ۷/۶٪ موارد درگیر بودند (۱۴). همان گونه که ملاحظه می گردد، نتایج مطالعات مختلف از نظر محل درگیری در سرطان های سر و گردن بسیار متغیر می باشد. دلایل مختلفی در این زمینه قابل اشاره می باشند. تفاوت در حجم نمونه بررسی شده یکی از این دلایل است. ما در این مطالعه ۶۱۰ بیمار را بررسی نمودیم که با توجه به تک مرکزی بودن مطالعه، حجم نمونه قابل توجهی را شامل می گردد. یکی دیگر از دلایل تفاوت در نتایج، تفاوت در نحوه تعریف سرطان های سر و گردن می باشد. در برخی مطالعات از تعریف استاندارد در این زمینه استفاده نشده و برخی سرطان ها نظیر بدخیمی های داخل جمجمه ای، پوست، غده تیروئید و غیره نیز مدنظر قرار گرفته اند. همین امر منجر به مخدوش شدن درصدهای گزارش شده می گردد. یکی دیگر از علل تفاوت نتایج، زمان انجام بررسی است. مطالعات نشان داده اند که روند شیوع انواع مختلف سرطان های سر و گردن در مناطق مختلف طی زمان های متفاوت متغیر بوده و این تغییر در برخی موارد قابل توجه است (۲). تفاوت توزیع سنی، جنسی و نژادی بیماران بررسی شده نیز از دیگر دلایل تفاوت در نتایج در نظر گرفته می شود (۱۵، ۱۶). ما در این مطالعه به بررسی برخی عوامل خطر بین انواع مختلف سرطان های سر و گردن نیز پرداختیم. سن بالا به ترتیب در سرطان های لب، دهان، حنجره و هیپوفارنکس؛ جنسیت مذکر به ترتیب در سرطان های حنجره، لب، پاروتید و نازوفارنکس؛ سابقه مصرف سیگار به ترتیب در سرطان های حنجره، دهان و نازوفارنکس و مصرف الکل به ترتیب در سرطان های دهان

سرطان های بدن، چندعاملی (مولتی فاکتوریال) باشند (۱). در انتها بایستی متذکر گردید مطالعه فعلی دارای محدودیت هایی نیز بوده است. مهمترین محدودیت مطالعه فعلی گذشته نگر بودن آن است که امکان بررسی دقیق اطلاعات را سلب نموده است. این امر امکان بررسی دقیق ریسک فاکتورها و نیز سایر عوامل خطر محتمل را نیز از بین برده است. علاوه بر این، نداشتن گروه شاهد امکان بررسی رابطه ریسک فاکتورهای بررسی شده با خود سرطان های سر و گردن را نیز از بین برده است.

و لب بیشتر مشاهده شد. مطالعات بسیار محدودی در زمینه بررسی ریسک فاکتورهای انواع مختلف سرطان های سر و گردن وجود دارد. Bhurgri و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که سرطان های حلق و حنجره در جنس مذکر شایعتر است (۸). Nwawolo و همکاران ارتباط مصرف سیگار با سرطان های حلق، لب و زبان را نشان دادند (۱۴). Koch و Wiseman در مطالعات خود نشان دادند که سیگار بیشتر با سرطان های حلق، هیپوفارنکس و کف دهان مرتبط است (۱۷، ۱۸). جهت رسیدن به نتایج قطعی در این زمینه نیازمند انجام مطالعات بیشتر و کنترل شده تری می باشیم. بویژه اینکه بنظر می رسد سرطان های سر و گردن، مشابه با سایر

## References:

1. Döbrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. *Cancer Metastasis Rev* 2006; **24**(1): 9-17.
2. Davies L, Welch HG. Epidemiology of head and neck cancer in the United States. *Otolaryngology Head Neck Surg* 2006; **135**(3): 451-457.
3. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJ, Maniglia JV, Goloni-Bertollo M. Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008; **74**(1): 68-73.
4. Chidzonga MM, Mahomva L. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, maxillary antrum and lip in a Zimbabwean population: a descriptive epidemiological study. *Oral Oncol* 2006; **42**(2): 184-189.
5. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L. *SEER Cancer Statistics Review*. 1<sup>st</sup> ed. USA. Bethesda National Cancer Institute, 2005; PP: 1-9.
6. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. *Cancer incidence in five continents*. 1<sup>st</sup> ed. Lyon. IARC Scientific Publications; 2002; PP: 1-5.
7. Kim KM, Kim YM, Shim YS, Kim KH, Chang HS, Choi JO, et al. Epidemiologic survey of head and neck cancers in Korea. *J Korean Med Sci* 2003; **18**(1): 80-87.
8. Bhurgri Y, Bhurgri A, Usman A, Pervez S, Kayani N, Bashir I, et al. Epidemiological review of head and neck cancers in Karachi. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; **7**(2): 195-200.
9. Morris RE, Mahmeed BE, Gjorgov AN, Jazzaf HG, Rashid BA. The epidemiology of lip, oral cavity and pharyngeal cancers in Kuwait 1979-1988. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; **38**(4): 316-319.
10. Mecklenburg RE, Greenspan D, Klienman DV. *Tobacco effects in the mouth*. 2<sup>nd</sup> ed. Bethesda, Maryland, 1992; PP: 74.
11. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. *Cancer Incidence in Five Continents*. 1<sup>st</sup> ed. France. IARC Sci Publ, 1992; PP: 120.
12. Baskota DK, Agrawal R, Prasad R, Sinha BK. Distribution of malignancies in head and neck regions and their management. *JNMA* 2005; **44**(159): 68-72.
13. Hoffman HT, Karnell LH, Funk GF, Robinson RA, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cancer of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; **124**(9): 951-962.
14. Nwawolo CC, Ajekigbe AT, Oyenyin JO, Nwankwo KC, Okeowo PA. Pattern of head and neck cancers among Nigerians in Lagos. *West Afr J Med* 2001; **20**(2): 111-116.
15. Murdock JM, Gluckman JL. African-American and white head and neck carcinoma patients in a university medical center setting. Are treatments provided and are outcomes similar or disparate? *Cancer* 2001; **91**(1): 279-283.
16. Wynder EL, Bross IJ. Aetiological factors in mouth cancer; an approach to its prevention. *Br Med J* 1957; **1**(3): 1137-1143.
17. Koch WM, Lango M, Sewell D, Zahurak M, Sidransky D. Head and neck cancer in nonsmokers: a distinct clinical and molecular entity. *Laryngoscope* 1999; **109**(8): 1544-1551.
18. Wiseman SM, Swede H, Stoler DL, Anderson GR, Rigual NR, Hicks WL Jr, et al. Squamous cell carcinoma of the head and neck in nonsmokers and nondrinkers: an analysis of clinicopathologic characteristics and treatment outcomes. *Ann Surg Oncol* 2003; **10**(7): 551-557.