

مشخصات جمعیت شناختی و هیستوتوپوگرافیک سرطان‌های توپر در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه (۸۳-۱۳۸۰)

دکتر حسین خدمت*؛ دکتر محسن امینی*؛ دکتر سید محمد میری**؛ دکتر سید حمید مدنی***؛ دکتر محمد حسین اکبری****؛

روشنک فخاری راد*****

چکیده

سابقه و هدف: در جهان ۶ بلیونی سال ۲۰۰۰، حدود ۱۰ میلیون سرطان تشخیص داده شده که از آن حدود ۶/۲ میلیون مورد منجر به مرگ شده است. در جایی که اهمیت مطالعه این معضل جهانی از نظر شیوع و مرگ و میر اثبات شده است، آگاهی از اپیدمیولوژی سرطان می‌تواند کمک شایانی به پیشگیری و کنترل آن نماید. هدف از انجام این مطالعه گردآوری اطلاعات بیماران مبتلا به سرطان توپر در استان کرمانشاه در فاصله سال‌های ۸۳-۱۳۸۱ است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی است که به روش سرشماری عمومی در روی ۷۳۴ بیمار طی سال‌های ۱۳۸۰ لغایت سه ماه اول ۱۳۸۳ برای تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی و هیستوتوپوگرافیک سرطان‌های توپر در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از روش Frequency و Descriptive آنالیز توصیفی و در صورت لزوم با آزمون‌های کای اسکویر و دقیق فیشر تحلیل گروهی شدند.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران ۱۶/۴۵±۵۷/۳۷ سال و ۶۱٪ را مردان تشکیل می‌دادند. شایع‌ترین محل درگیری تومورهای توپر به ترتیب در دستگاه گوارش ۲۰۶ نفر (۲۹٪)، ادراری-تناسلی ۲۰۰ نفر (۲۸٪)، پوست ۷۷ نفر (۱۰٪)، پستان ۷۲ نفر (۱۰٪)، سر و گردن ۶۹ نفر (۹٪)، قلبی-ریوی ۶۰ نفر (۸٪)، سیستم خون‌ساز ۲۴ نفر (۳٪)، عضلانی-اسکلتی ۱۶ نفر (۲٪) و مغز و اعصاب ۱۰ نفر (۱٪) بودند. شایع‌ترین انواع پاتولوژیک تومور شامل تومورهای اپی‌تلیال در ۶۲۶ نفر (۸۵/۲۹٪)، تومورهای مزانشیمال در ۵۵ نفر (۷/۴۹٪)، تومورهای ملانوسیت در ۲۰ نفر (۲/۷۲٪)، تومورهای مخلوط (Mixed) در ۱۸ نفر (۲/۴۵٪) و تومورهای تراتوکارسینوما در ۱۵ نفر (۲/۰۴٪) بود که گزارش شد. شایع‌ترین محل درگیری تومورهای اپی‌تلیال در دستگاه ادراری-تناسلی (۳۰/۷٪) و کمترین سیستم خون‌ساز (۱/۱٪) بود. میانگین سن بیماران دارای تومورهای اپی‌تلیال ۵۸/۷±۱۵/۳ سال بود.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین تومورهای مورد مطالعه، تومور معده و کولون بودند. شیوع سرطان با افزایش سن افزایش پیدا می‌کند و بویژه در گروه سنی ۶۰-۴۰ سال شایع‌تر می‌باشد. در زنان سرطان‌های پستان، رحم، تخمدان، معده و پوست شایع‌ترین سرطان‌ها محسوب می‌شدند، داشتن اطلاعات کافی از نحوه گسترش و اپیدمیولوژی انواع سرطان‌ها در مناطق مختلف جغرافیایی می‌تواند در غربالگری گروه‌های پرخطر، شناسایی به موقع بیماران و درمان آن‌ها کمک قابل توجهی نماید.

کلیدواژه‌ها: سرطان توپر، اپیدمیولوژی، کرمانشاه « دریافت: ۸۵/۲/۵ پذیرش: ۸۶/۶/۲۰ »

*متخصص داخلی، فوق تخصص گوارش و کبد، دانشیار دانشگاه، بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)

پزشک عمومی، محقق بخش داخلی بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) **پاتولوژیست، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*****کارورز بخش داخلی، بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) ****پاتولوژیست، استادیار دانشگاه، بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)

*عهده‌دار مکاتبات: تهران، بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)، دفتر گروه داخلی، طبقه نهم یال شرقی، تلفکس: ۸۸۰۳۷۵۶۰ - ۰۲۱

مقدمه

اپیدمیولوژی سرطان در هر منطقه وابسته به وضعیت نژادی، سن، جنس، موقعیت جغرافیایی، آداب و رسوم فرهنگی، اجتماعی، تغذیه‌ای و اسلوب زندگی افراد است (۱). به طوری که در هر کشور با گذشت زمان و تغییر الگوهای رایج آمار مبتلایان در حال تغییر است (۲).

سیستم‌های بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف برای آگاهی از آمار سرطان در فواصل گوناگون، وضعیت آماری سرطان را در جمعیت خود بررسی و تحلیل نموده و با توجه به آن، ضمن بررسی روش‌های پیشگیری و کاهنده، توصیه‌های لازم برای اجرای برنامه‌های غربالگری را به جمعیت و کادر فنی پزشکی گوشزد می‌نمایند (۳). گام بعدی، بررسی‌های گسترده تحقیقی برای یافتن ارتباطها و علل افزایش یا کاهش سرطان در کشور و ایجاد اختلاف با کنترل‌های خارجی است. آمار این بررسی‌ها و کشف علت‌ها به طور دایم رو به تغییر و یکی از موضوعات روز تحقیق است (۱). در ایران نیز با توجه به اهمیت موضوع، هنوز سیستم ثبت اطلاعات سرطان (Cancer Registry) به صورت جامع و یکپارچه موجود نمی‌باشد و اطلاعات موجود در مراکز پاتولوژی در دسترس همگان نمی‌باشد (۲ و ۸-۴). آگاهی از تومورهایی که در اندام‌های توپر بدن مانند دستگاه گوارش، سینه و پروستات رشد می‌نمایند می‌تواند به‌عنوان گروهی از شایع‌ترین تومورهای بدن کمک شایانی به آگاهی از نحوه توزیع این نوع سرطان‌ها بنماید. هدف از انجام این مطالعه ثبت اطلاعات اولیه بیماران مبتلا به سرطان در استان کرمانشاه است تا با آگاهی از جزئیات بیماران منطقه بتوانیم مقایسه کاملی با آمار سایر استان‌ها و یا کشورهای دیگر داشته باشیم.

مواد و روش‌ها

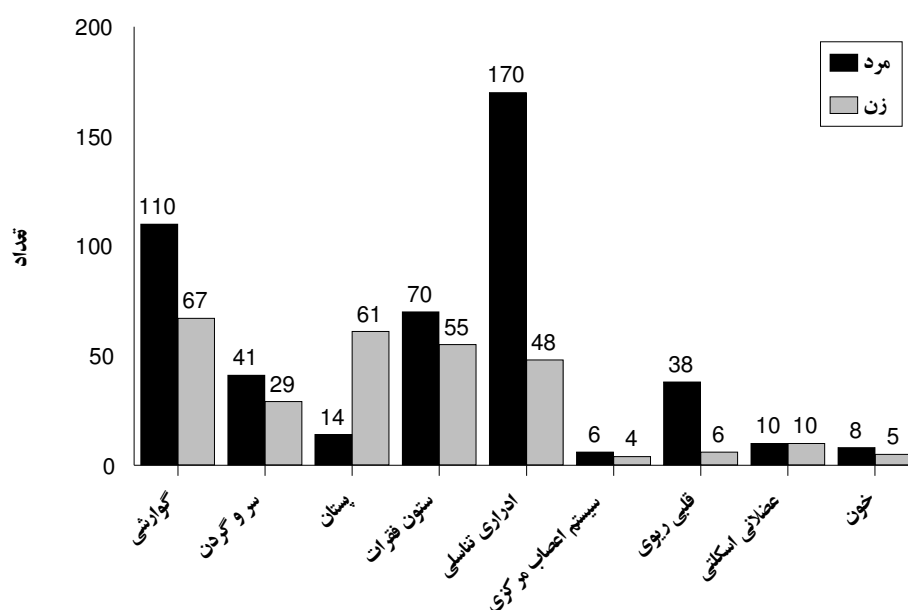
مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی در مدت سه سال (۸۳-۱۳۸۰) در روی تمامی بیماران دارای سرطان‌های گوارشی و غیرگوارشی توپر (solid) و در ۴ مرکز درمانی و یک آزمایشگاه شهر کرمانشاه (بیمارستان امام حسین(ع)، مرکز آموزشی درمانی چهارمین شهید محراب، بیمارستان بیستون و آزمایشگاه پارس) انجام شد. همگی بیماران مورد مطالعه (سرشماری عمومی یا Census) در فاصله زمانی قیدشده تحت عمل جراحی قرار گرفته و نوع تومور و محل تومور آن‌ها در برگه پاتولوژی قید گردیده بود. روش جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ای بود که با کمک یک پرسشنامه پیلوت ابتدا در روی ۱۰ بیمار مطالعه شده بود. تعدادی از متغیرهای مورد بررسی شامل متغیرهای زندگی‌نامه‌ای، مشخصات پاتولوژیک نوع و محل درگیری تومور بودند. شرط خروج بیماران از مطالعه داشتن سرطان‌های غیر توپر در نظر گرفته شد. کلیه اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ شده و با روش‌های Frequency و Descriptive آنالیز توصیفی و در صورت لزوم با آزمون‌های کای اسکویر و دقیق فیشر تحلیل گروهی شدند. تمام داده‌ها تا دو رقم اعشار محاسبه گردیدند.

یافته‌ها

در بررسی ۷۳۴ بیمار مبتلا به سرطان توپر شهر کرمانشاه، میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مورد مطالعه $۱۶/۴۵ \pm ۵۷/۳۷$ سال بود و ۴۴۶ نفر (۶۰/۸٪) مرد و ۲۸۸ نفر (۳۹/۲٪) زن در این مطالعه بررسی شدند. در بررسی بیماران مبتلا به سرطان‌های توپر برحسب نوع بیمارستان دریافتیم که تعداد ۳۸۸ بیمار (۵۳٪) در آزمایشگاه پارس،

۵۵ نفر (۷/۵٪)، تومورهای ملانوسیت در ۲۰ نفر (۲/۷٪)، تومورهای مخلوط (Mixed) (توموری که از نظر پاتولوژی بیشتر از یک نوع ساختار بافت‌شناسی را دارا می‌باشد) در ۱۸ نفر (۲/۴۵٪) و تومورهای تراتوکاریسینوما در ۱۵ نفر (۲/۰۴٪) از بیماران وجود دارند (نمودار ۲).
 شایع‌ترین محل درگیری در مورد تومورهای مزانشیمال سیستم خون‌ساز در ۱۶ نفر (۳۰٪) بود (جدول ۱). در بررسی توزیع جنسی محل‌های تومورهای توپر در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه طی سال‌های ۸۳-۸۰، دریافتیم که از تعداد کل ۴۴۶ مرد مورد مطالعه، ۲۹ درصد تومورها در دستگاه گوارش، ۹ درصد در سر و گردن، ۷ درصد در پستان، ۸/۵ درصد در پوست، ۳۵ درصد در دستگاه ادراری تناسلی، ۲ درصد در دستگاه اعصاب مرکزی، ۱۱ درصد در سیستم قلبی-ریوی، ۲ درصد در دستگاه عضلانی-اسکلتی و ۳ درصد در سیستم خون‌ساز قرار دارند (جدول ۱).

۱۶۷ نفر (۲۳٪) در بیمارستان بیستون، ۱۱۸ نفر (۱۶٪) در بیمارستان چهارمین شهید محراب و ۶۱ نفر (۸٪) در بیمارستان امام حسین (ع) بستری و پذیرش شده‌اند.
 در بررسی محل تومورهای توپر در بیماران مورد مطالعه دریافتیم که تومورهای دستگاه گوارش در ۲۰۶ نفر (۲۹٪)، تومورهای دستگاه ادراری-تناسلی در ۲۰۰ نفر (۲۸٪)، تومورهای پوست در ۷۷ نفر (۱۰٪)، تومورهای پستان در ۷۲ نفر (۱۰٪)، تومورهای سر و گردن در ۶۹ نفر (۹٪)، تومورهای قلبی-ریوی در ۶۰ نفر (۸٪)، تومورهای سیستم‌های خون‌ساز در ۲۴ نفر (۳٪)، تومورهای عضلانی-اسکلتی در ۱۶ نفر (۲٪) و تومورهای مغز و اعصاب در ۱۰ نفر (۱٪) اندام‌های بدن را گرفتار نموده بودند (نمودار ۱).
 در بررسی نوع تومور از نظر تقسیم‌بندی پاتولوژیک، دریافتیم که از کل ۷۳۴ بیمار مورد بررسی، تومورهای اپیتلیال در ۶۲۶ نفر (۸۵/۳٪)، تومورهای مزانشیمال در

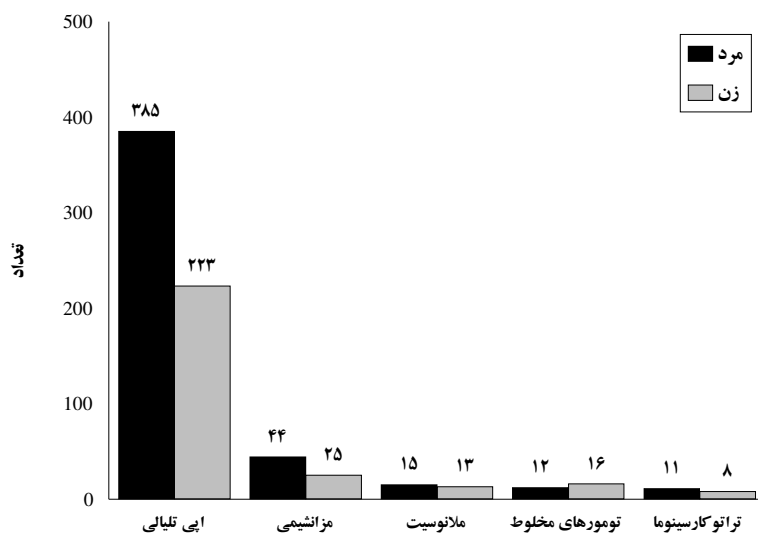


نمودار ۱- توزیع فراوانی محل‌های درگیری تومور در بیماران مبتلا به سرطان‌های توپر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه برحسب جنس

جدول ۱- توزیع انواع تومور در بیماران مبتلا به سرطان‌های توپر بر حسب محل ابتلا به تومور، در افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر

کرمانشاه (۸۳-۱۳۸۰)

محل تومور	نوع تومور				
	تراآتوکار سینوما	تومورهای مخلوط	تومورهای ملانوسیت	تومورهای اپیتلیال	تومورهای مزانشیمال
دستگاه گوارش	۴ (۲۶/۷)	۷ (۳۸/۹)	۷ (۳۵)	۱۸۲ (۲۹/۱)	۶ (۱۰/۹)
سر و گردن	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۱/۱)	۳ (۱۵)	۴۸ (۷/۷)	۱۴ (۲۵/۵)
پستان	۱ (۶/۷)	۱ (۵/۶)	۳ (۱۵)	۶۷ (۱۰/۷)	۰ (۰)
پوست	۲ (۱۳/۳)	۴ (۲۲/۲)	۴ (۲۰)	۶۶ (۱۰/۵)	۱ (۱/۸)
دستگاه ادراری-تناسلی	۳ (۲۰/۰)	۳ (۱۶/۷)	۰ (۰)	۱۹۲ (۳۰/۷)	۲ (۳/۶)
دستگاه اعصاب مرکزی	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵ (۸)	۵ (۹/۱)
سیستم قلبی-ریوی	۱ (۶/۷)	۱ (۵/۶)	۲ (۱۰)	۵۴ (۸/۶)	۲ (۳/۶)
دستگاه عضلانی-اسکلتی	۱ (۶/۷)	۰ (۰)	۱ (۵)	۵ (۸)	۹ (۱۶/۴)
سیستم خون‌ساز	۱ (۶/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷ (۱/۱)	۱۶ (۲۹/۱)
جمع	۱۵ (۱۰۰/۰)	۱۸ (۱۰۰/۰)	۲۰ (۱۰۰/۰)	۶۲۶ (۱۰۰/۰)	۵۵ (۱۰۰/۰)



نمودار ۲- توزیع فراوانی انواع تومور در بیماران مبتلا به سرطان‌های توپر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه بر حسب جنس (۸۳-۱۳۸۰)

تومورهای مخلوط بیشترین شیوع (۳۹٪) را در دستگاه گوارش داشته و در سه دستگاه عصبی، خونی و ادراری-تناسلی هیچ موردی از این نوع تومور وجود نداشت و تراتوکارسینوما (۲۷٪) بیشترین درگیری را در دستگاه گوارش ایجاد نمود (جدول ۱).

در بررسی میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مورد مطالعه برحسب محل قرارگیری تومور، سن بیماران مبتلا به تومورهای دستگاه گوارش $60/7 \pm 13/1$ سال، در افراد مبتلا به تومورهای سر و گردن $51/2 \pm 18/6$ سال، در افراد مبتلا به سرطان پستان $48/7 \pm 12/2$ سال، بیماران دارای سرطان پوست $58/1 \pm 14/3$ سال، بیماران دارای سرطان دستگاه ادراری تناسلی $60/4 \pm 18$ سال و بیماران سرطان دستگاه خون‌ساز $46/7 \pm 19/9$ سال بود. سایر اطلاعات و مقایسه آن‌ها در جدول ۲ درج گردیده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن بیماران مبتلا به سرطان‌های توپر بر حسب محل تومور، در افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی

شهر کرمانشاه (۸۲-۱۳۸۰)

محل تومور	تعداد	سن بیماران (سال)
دستگاه گوارش	۲۰۶	$60/7 \pm 13/2$
سر و گردن	۶۹	$51/2 \pm 18/6$
پستان	۷۲	$48/8 \pm 12/2$
پوست	۷۷	$58/1 \pm 14/4$
دستگاه ادراری-تناسلی	۲۰۰	$60/5 \pm 18$
دستگاه اعصاب مرکزی	۱۰	$54/8 \pm 16/4$
سیستم قلبی-ریوی	۶۰	$61/1 \pm 12/9$
دستگاه عضلانی-اسکلتی	۱۶	$40/5 \pm 20/5$
سیستم خون‌ساز	۲۴	$46/8 \pm 19/9$
جمع	۷۳۴	$57/4 \pm 16/5$

در زنان مورد مطالعه نیز ۲۷ درصد تومورها در دستگاه گوارش، ۱۰ درصد در سر و گردن، ۲۴ درصد در پستان، ۱۳ درصد در پوست، ۱۵ درصد در دستگاه ادراری تناسلی، کمتر از ۱ درصد در دستگاه اعصاب مرکزی، ۳ درصد در سیستم قلبی-ریوی، ۳ درصد در دستگاه عضلانی-اسکلتی و ۴ درصد در سیستم خون‌ساز جای گرفته‌اند (نمودار ۱).

در بررسی توزیع جنسی درگیری تومورهای توپر برحسب نوع پاتولوژی تومور، دریافتیم که از مجموع ۴۴۶ مرد مورد مطالعه، ۸ درصد دارای تومورهای مزانشیمال، ۸۶ درصد دارای تومورهای اپی‌تلیال، ۳ درصد تومورهای ملانوسیت، ۲ درصد تومورهای مخلوط و ۲ درصد تومورهای تراتوکارسینوما می‌باشد که این نسبت‌ها در زنان مورد مطالعه به ترتیب $2/5$ ، 3 ، $7/5$ ، $8/5$ و $2/5$ درصد بود (نمودار ۲).

در بررسی انواع تومور برحسب محل درگیری تومورهای توپر در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه طی سال‌های ۸۳-۸۰ دریافتیم که شایع‌ترین محل درگیری تومورهای مزانشیمال در سیستم خون‌ساز (۲۹/۱٪) و کمترین محل درگیری در پستان است. در مورد تومورهای اپی‌تلیال شایع‌ترین محل درگیری دستگاه ادراری-تناسلی (۳۰/۷٪) و کمترین محل درگیری سیستم خون‌ساز است (۱/۱٪). افرادی که پاتولوژی تومور آن‌ها تومورهای ملانوسیت گزارش گردید بیشتر در دستگاه گوارش آن‌ها ابتلا دیده شد (۳۵٪) و در سیستم خون‌ساز، دستگاه ادراری تناسلی و دستگاه اعصاب مرکزی آن‌ها هیچ مورد ابتلا گزارش نگردید.

۱۷۳۲ بیمار مبتلا به سرطان در طی یک دوره ۵ ساله و به صورت population-based به بررسی تمام قومیت‌های ساکن در این استان پرداخت. تشخیص سرطان با روش مطالعات هیستوپاتولوژیک، بالینی، رادیولوژیک و مرگ و میر بود.

شایع‌ترین تومور در این مطالعه، تومور معده با شیوع ۱۹/۷ درصد در هر ۱۰۰ هزار نفر بود (ASR=۲۷/۵) (۴). در میان سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی نیز، سرطان معده شایع‌ترین بود (۴۷ درصد) و به دنبال آن سرطان کولون (۸درصد) با شیوع ۹/۵ در هر ۱۰۰ هزار نفر وجود داشت. در زنان، سرطان پستان، رحم و تخمدان، معده و پوست شایع‌ترین سرطان‌ها محسوب می‌شدند (۴).

آگاهی از شیوع سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی با داشتن یک برنامه غربالگری ویژه بیماران دچار دیس پپسی با سن حداقل ۴۵ سال امکان‌پذیر است (۳، ۳۴ و ۳۶). شیوع سرطان با بالا رفتن سن افزایش پیدا می‌کند. با در نظر گرفتن این رشد و گسترش شیوع، پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ از ۷۰ درصد سرطان‌ها در افراد بالای ۶۵ سال اتفاق بیفتد و این امر می‌تواند به علت حساسیت بیشتر افراد مسن نسبت به عوامل سرطان‌زایی محیطی باشد. اپیدمیولوژی سرطان در افراد ممکن است تحت تأثیر سن، نوع تومور (لوکمی، لنفوم، تخمدانی و...) و محل تومور (ریه، پستان) باشد. در افراد مسن اغلب سرطان‌ها دارای درجه پیشرفت بالایی هستند (۹).

مطالعات محلی تاکنون میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی در استان اردبیل در شمال ایران را بالا گزارش نموده‌اند (۷). در طول دوره ۴ ساله‌ای ثبت کلیه بیماران مبتلا به سرطان GI انجام شد. ثبت این بیماران بر اساس مطالعات هیستوپاتولوژیک بود.

اگر مبنای تقسیم بیماران نوع پاتولوژی تومورهای مورد مطالعه باشد، میانگین و انحراف معیار سن بیماران دارای تومورهای مزانشیمال ۴۳/۶±۱۸/۸ سال، سن بیماران دارای تومورهای اپیتلیال ۵۸/۷±۱۵/۳ سال، تومورهای ملانوسیت ۵۸/۲±۱۸ سال، بیماران دارای تومورهای مخلوط ۵۳/۸±۲۱/۹ سال و تراتوکاریسینوما ۵۲/۳±۱۷/۴ سال می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سن بیماران مبتلا به سرطانهای توپیر بر حسب نوع تومور، در افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه (۸۲-۱۳۸۰)

نوع تومور	تعداد	سن
تومورهای مزانشیمال	۵۵	۴۳/۶±۱۸/۸
تومورهای اپیتلیال	۶۲۶	۵۸/۸±۱۵/۳
تومورهای ملانوسیت	۲۰	۵۸/۳±۱۸
تومورهای مخلوط	۱۸	۵۳/۹±۲۱/۹
تراتوکاریسینوما	۱۵	۵۲/۳±۱۷/۴
جمع	۷۳۴	۵۷/۴±۱۶/۵

بحث

داشتن اطلاعات کافی از نحوه گسترش و اپیدمیولوژی انواع سرطان‌ها در مناطق مختلف جغرافیایی می‌تواند در غربالگری گروه‌های پرخطر، شناسایی به موقع بیماران و درمان آن‌ها کمک قابل توجهی نماید (۳۹).

مطالعات مختلف نشان‌دهنده افزایش شیوع سرطان‌های دستگاه گوارش در بخش‌های مرکزی ایران بودند (۲، ۴ و ۸). مطالعه‌ای در استان سمنان بر روی اپیدمیولوژی سرطان صورت گرفت، این مطالعه با بررسی

می‌گردد. در زنان عوامل زمینه‌ساز سرطان ریه با مردان متفاوت است. درمان و پیگیری طولانی‌مدت هم در مردان اثر کمتری نسبت به زنان دارد. این تفاوت‌ها می‌تواند در برنامه‌ریزی برای تشخیص و غربالگری بیماران کمک فراوانی نماید (۱۲، ۳۷، ۳۸ و ۴۲).

با توجه به گسترش بروز اپیدمیولوژی سرطان ریه در بین جوامع مختلف می‌توان از سیگار به‌عنوان تنها عامل مستقیم و مهم این موضوع یاد کرد. سایر عوامل مؤثر در ایجاد و گسترش پاندمی سرطان ریه در جوامع عبارتند از عوامل شغلی و محل کار (مانند آزبستوز، آرسنیک، کروم، نیکل و رادون) و سایر عوامل محیطی (مانند استعمال دخانیات به‌صورت غیرفعال و آلودگی هوا) (۶-۱، ۱۷-۱۱، ۲۱-۱۹، ۳۸-۳۶ و ۴۳).

شایع‌ترین محل تومورهای بدن، پوست می‌باشد. که با توجه به ناشناخته بودن شیوع سرطان‌های پوست در جمعیت نرمال در حال افزایش است. بحث اپیدمیولوژیک شیوع سرطان‌های پوست نیازمند بررسی همه جانبه مواردی مانند نژاد، جنس، سن، موقعیت زندگی و عوامل محیطی می‌باشد (۲۸ و ۳۴-۳۲).

شایع‌ترین تومورهای پوستی، تومورهای اپی‌تلیالی، BCC و SCC می‌باشند. شیوع تومورهای اپی‌تلیالی در بعضی مناطق بین ۴۰ و ۷۰۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر متغیر می‌باشد (۲۹). تومورهای ملانوما در ساکنان مدیترانه و در معرض نور خورشید شایع‌ترین می‌باشد (شیوع ۴ تا ۱۲ در هر ۱۰۰ هزار). با وجود پایین بودن شیوع مقایسه‌ای سرطان‌های پوست نسبت به سایر سرطان‌ها، درصد بدخیمی این سرطان‌ها همچنان قابل بحث می‌باشد (۲۹).

اپیدمیولوژی تومورهای پوست توسط Boi و همکاران در ایتالیا بررسی شد. تومورهای پوست به‌علت شیوع

افزایش بروز سرطان در این منطقه با گذشت زمان کاملاً معنادار بود و در کل ۱/۳ بیماران مبتلا به سرطان معده بودند (۷).

شایع‌ترین سرطان مشاهده‌شده در کشور آلمان در دهه ۱۹۹۰، سرطان معده و روده کوچک بود که در مردان بیشتر از زنان مشاهده شد (۱۲).

میزان شیوع سرطان کولورکتال در سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۰۰ در شیراز ۴/۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر ارزیابی شد که در زنان این میزان بیشتر از مردان بود و این نسبت‌ها در مقایسه با ده سال قبل به‌طور معناداری افزایش یافته بود. به‌ویژه میزان شیوع در گروه سنی ۶۰-۴۰ سال قابل توجه بود (۴۰). طی سی سال گذشته در ایران شیوع سرطان‌های مری و معده تغییرات چشمگیری داشته است. مطالعه مرکز تحقیقات سرطان شیراز و تهران در طی ۳۰ سال گذشته خاطر نشان نمود که بویژه شیوع سرطان کولون در ایران افزایش قابل توجهی داشته و پس از آن تغییرات معده از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد (۲، ۴، ۶ و ۸). سرطان‌های معده و مری از شایع‌ترین سرطان‌های منتهی به مرگ در شمال ایران محسوب می‌شوند (۲، ۴، ۶ و ۸). نسبت‌های درگیری تومورهای GI در استان گلستان مشابه سایر مطالعات انجام شده در چین و کشورهای دیگر بود. مصرف الکل، استعمال تنباکو و یا سایر عوامل خطرزای سرطان GI در بیماران مورد مطالعه نسبت به افراد عادی منطقه هیچ اختلاف آماری معناداری نداشت. پس باید علت شیوع زیاد سرطان‌های GI در این منطقه را غیر از عوامل مذکور در نظر گرفت (۶).

در ایالات متحده در هر دو جنس مرد و زن سرطان ریه به عنوان شایع‌ترین عامل مرگ‌ومیر محسوب

۴۱. فراوان در افراد جامعه، مسئولیت موارد عمده‌ای از بستری‌ها و پیگیری‌های پزشکی را در مناطق با میزان فراوان اشعه خورشیدی مضر دارا می‌باشند. پس برای برنامه‌ریزی‌های دقیق بهداشتی، آگاهی از میزان دقیق شیوع سرطان‌های پوست لازم و ضروری است. آن‌ها در مطالعه خود با بررسی شش ساله ۳۴۳۵ تومور پوستی اولیه دریافتند که BCC (سرطان سلول بازان) با شیوع ۸۷/۹ SCC (سرطان سلول سنگ‌فرشی) با شیوع ۲۸/۹ و ملانوم سطحی با شیوع ۱۴/۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر از بیشترین شیوع سالیانه برخوردارند. آن‌ها بین دو جنس مرد و زن هیچ تفاوتی پیدا نمودند (۲۸).
- میزان شیوع سرطان‌های پستان به ازاء افزایش سن، افزایش می‌یابد. انواع آناپلاستیک تومورهای سرطان نسبت به ۱۰ سال قبل بیشتر شده که شاید یکی از دلایل افزایش شیوع سرطان‌ها، کم شدن برنامه‌های غربالگری سرطان پستان در منطقه مورد نظر باشد (۱، ۲۳، ۲۶، ۳۷، ۴۰، ۴۵ و ۴۶).
- Barker و همکاران در روی تومورهای مغز و نخاع یک مطالعه اپیدمیولوژی انجام دادند. آن‌ها با بررسی ۸۹۴ بیمار در طول ۹ سال در جمعیتی حدود ۱/۵ میلیون نفر نتیجه گرفتند که گلیوما شایع‌ترین تومور (۳/۹) در هر ۱۰۰ هزار نفر) در محدوده سنی بیماران بالای ۱۵ سال در تقسیم‌بندی از نظر جنس، محل سکونت و سن بود. تومور آستروسیتوما با درجه ۳ در مردان و مننژیوما در زنان شایع‌ترین تومور محسوب می‌شود. در جمعیت روستایی میزان شیوع سرطان مغز و دستگاه اعصاب مرکزی کمتر از شهری بود (۴۷).
- TCC (سرطان سلول‌های ترانزیشنال) یکی از شایع‌ترین انواع تومورهای مثانه می‌باشد (۵، ۱۶، ۲۷ و
۴۱. برای مقایسه متغیرهای مختلف بروز سرطان پستان در دو جنس مرد و زن، Hill و همکاران نتیجه گرفتند که هر دو جنس در سن کمتر از ۵۰ سال بیشتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند. در بین افراد جامعه، مردها به درصد بیشتری از تومورهای بدخیم مبتلا می‌شدند. این سرطان در افراد مجرد نسبت به متأهل کمتر دیده می‌شود. جنس عامل پیشگویی مهمی در شیوع و بدخیمی سرطان پستان محسوب نمی‌گردد (۴۰).
- شیوع تومورهای توپر در جمعیت، با افزایش سن زیاد می‌شود. تومورهای اپی‌تلیالی یکی از شایع‌ترین تومورهای افراد مسن محسوب می‌شود. در مقابل آن، تومورهای مزانشیمال بسیار کم دیده می‌شوند. تنها راه مؤثر برای درمان تومورهای توپر در افراد مسن جراحی است اما با وجود این، عوارض متعددی در سنین بالا بیماران را تهدید می‌کند، پس باید خطر اعمال جراحی در افراد مسن به‌خوبی مدنظر قرار بگیرد (۴۶). در مطالعه اپیدمیولوژی سرطان‌ها بایستی دقت نمود که جامعه مورد مطالعه ما نمایانگر کل جمعیت باشد. به‌طور مثال بیشتر مطالعات اپیدمیولوژی در آمریکا تنها به بررسی مردم شمال آن کشور می‌پردازد. اگر به رژیم‌های غذایی، شیوه زندگی، عوامل محیطی و ژنتیکی توجه ویژه شود، در آن صورت می‌توان بسیاری از پیچیدگی‌های تنوع در شیوع سرطان‌ها را توجیه نمود (۴۸).
- ### تشکر و قدردانی
- بدین‌وسیله از مسئولین محترم بیمارستان‌های شهر کرمانشاه و همکاران محترم در اداره ثبت سرطان کرمانشاه تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

Abstract:***Demographic & Histotopographic Characteristics of Solid Cancers among Patients Referred to Kermanshah Health Care Centers, (2001-2004)***

Khedmat, H.¹; Amini, M.¹; Miri, S.M.²; Madani, S.H.³; Akbari, M.H.⁴; Fakharirad, R.⁵

1. Gastroenterologist, M.D., Associate professor, department of Internal Medicine, Baqiyatollah Hospital, Baqiyatollah Medical University, Tehran, Iran

2. Medical Doctor, Baqiyatollah Hospital, Baqiyatollah Medical University, Tehran, Iran

3. Pathologist, M.D., Assistant professor, department of Pathology, Kermanshah University of Medical Sciences.

4. Pathologist, M.D., Assistant professor, department of Pathology, Baqiyatollah Medical University, Tehran.

5. Medical Student, Internship of department of Internal Medicine, Baqiyatollah Medical University, Tehran, Iran

Background & Objectives: *In the 6-billion-population world 2000, approximately 10 million cancers were diagnosed, among which there were an estimated 6.2 million cancer deaths. Whereas the universality of cancer incidence and mortality is established, the burden of cancer by type or organ site is distributed unequally between developing and industrialized nations. We want to collect some information from the patients with solid tumors who were referred to Kermanshah hospitals during the period 2000 to 2004.*

Materials and Methods: *This descriptive and cross-sectional study was performed on 734 patients with solid tumors who were referred to Kermanshah hospitals during 2000 up to spring of 2004. We gathered data via census method and analyzed them by chi-square, fisher exact in SPSS version 13.*

Results: *Patients with cancers aged 57.37 ± 16.45 years that 61% were males. The most common locations of tumors in patients were: Gastrointestinal ($n=206$; 29%); Genito-urinary ($n=200$; 28%); skin ($n=77$; 10%); breast ($n=72$; 10%); head & neck ($n=69$; 9%); cardiopulmonary ($n=60$; 8%); hematopoietic system ($n=24$; 3%); musculoskeletal ($n=16$; 2%) and CNS ($n=10$; 1%). The most common pathologic type of tumors was: epithelial tumors ($n=626$; 85%); mesenchymal ($n=55$; 8%); melanocytic tumors ($n=20$; 3%); mixed ($n=18$; 2%), and teratocarcinoma ($n=15$; 2%). 31% of epithelial tumors involved genito-urinary tract and less than 2% involved hematopoietic system. The mean age of patients with epithelial tumors was 58.7 ± 15.3 years.*

Conclusion: *Suitable information of different types of cancers in particular geographic areas can help define medical programs for treatment and screening of high-risk groups.*

Keywords: *Solid Tumors- Epidemiology*

منابع

1. Alberg AJ, Brock MV, Samet JM. Epidemiology of lung cancer: looking to the future. *J Clin Oncol* 2005; 23(14):3175-85
2. Hosseini SV, Izadpanah A, Yarmohammadi H. Epidemiological changes in colorectal cancer in Shiraz, Iran: 1980-2000. *ANZ J Surg* 2004; 74(7):547-9
3. Darwish-Yassine M, Wing D. Cancer epidemiology in Arab Americans and Arabs outside the Middle East. *Ethn Dis* 2005;15(1 Suppl 1):S1-5-8
4. Babaei M, Mousavi S, Malek M, Tosi G, Masoumeh Z, Danaei N, et al. Cancer occurrence in Semnan Province, Iran: results of a population-based cancer registry. *Asian Pac J Cancer Prev* 2005; 6(2):159-64
5. Habibi A, Manouchehri A, Diba MH, Sajadi M, Ghavam M. Prostatic tumors in Iran. *Int Surg* 1975; 60(8):405-7
6. Islami F, Kamangar F, Aghcheli K, Fahimi S, Semnani S, Taghavi N, et al. Epidemiologic features of upper gastrointestinal tract cancers in Northeastern Iran. *Br J Cancer* 2004; 90(7):1402-6
7. Sadjadi A, Malekzadeh R, Derakhshan MH, Sepehr A, Nouraie M, Sotoudeh M, et al. Cancer occurrence in Ardabil: results of a population-based cancer registry from Iran. *Int J Cancer* 2003; 107(1):113-8
8. Yazdizadeh B, Jarrahi AM, Mortazavi H, Mohagheghi MA, Tahmasebi S, Nahvijo A. Time trends in the occurrence of major GI cancers in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2005; 6(2):130-4
9. Balducci L. Epidemiology of cancer and aging. *J Oncol Manag* 2005; 14(2):47-50
10. Polednak AP. Explaining geographic variation in breast and cervical cancer incidence rates in US Hispanic women. *Ethn Dis* 2005; 15(4):727-32
11. Page GP, Green JL, Lackland D. Epidemiology of lung cancer with special reference to genetics, bioassays, women, and developing countries. *Semin Respir Crit Care Med* 2000; 21(5):365-73
12. Haas JF, Rahu M, Staneczek W. Time trends in cancer incidence in the German Democratic Republic 1968-1981. *Neoplasma* 1986; 33(2):129-39
13. Kinoshita N, Koyama Y, Yoshino K, Tanaka H, Ajiki W, Tukuma H, et al. [Second primary cancers occurring in patients with cancers of the mouth and meso-hypo pharynx in Japan]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1997; 44(3):201-6
14. 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):316-9

15. Schottenfeld D, Beebe-Dimmer JL. Advances in cancer epidemiology: understanding causal mechanisms and the evidence for implementing interventions. *Annu Rev Public Health* 2005; 26:37-60
16. Talaska G. Aromatic amines and human urinary bladder cancer: exposure sources and epidemiology. *J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev* 2003; 21(1):29-43
17. Ambrosone C, Thompson P. Molecular epidemiology of epithelial tumors. *Curr Opin Oncol* 1998; 10(5):467-74
18. Canga C, III, Vakil N. Upper GI malignancy, uncomplicated dyspepsia, and the age threshold for early endoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(3):600-3
19. Weiderpass E, Vainio H, Kauppinen T, Vasama-Neuvonen K, Partanen T, Pukkala E. Occupational exposures and gastrointestinal cancers among Finnish women. *J Occup Environ Med* 2003; 45(3):305-15
20. Kocher HM, Linklater K, Patel S, Ellul JP. Epidemiological study of oesophageal and gastric cancer in south-east England. *Br J Surg* 2001; 88(9):1249-57
21. Tajima K, Tominaga S. [A comparative case-control study of stomach and large intestinal cancers]. *Gan No Rinsho* 1986; 32(6):582-90
22. Yeole BB, Jussawalla DJ. Descriptive epidemiology of bone cancer in greater Bombay. *Indian J Cancer* 1998; 35(3):101-6
23. Nishtar S, Ahmed A, Bhurgri Y, Mohamud KB, Zoka N, Sultan F, et al. Prevention and control of cancers: National Action Plan for NCD Prevention, Control and Health Promotion in Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2004; 54(12 Suppl 3):S45-S56
24. Katz AR, Palafox NA, Johnson DB, Yamada S, Ou AC, Minami JS. Cancer epidemiology in the freely associated U.S. Pacific Island jurisdictions: challenges and methodologic issues. *Pac Health Dialog* 2004; 11(2):84-7
25. Laggiou P, Adami HO, Trichopoulos D. Causality in cancer epidemiology. *Eur J Epidemiol* 2005; 20(7):565-74
26. Jatoi I, Anderson WF, Rao SR, Devesa SS. Breast cancer trends among black and white women in the United States. *J Clin Oncol* 2005 Nov 1; 23(31):7836-41
27. Brauers A, Jakse G. Epidemiology and biology of human urinary bladder cancer. *J Cancer Res Clin Oncol* 2000; 126(10):575-83
28. Boi S, Cristofolini M, Micciolo R, Polla E, Dalla PP. Epidemiology of skin tumors: data from the cutaneous cancer registry in Trentino, Italy. *J Cutan Med Surg* 2003; 7(4):300-5

29. Boni R, Schuster C, Nehrhoff B, Burg G. Epidemiology of skin cancer. *Neuro Endocrinol Lett* 2002; 23 Suppl 2:48-51
30. Ollstein RN. Skin lesions in the elderly: precancer and cancer. *Care Manag J* 2004; 5(2):107-11
31. Tarstedt M, Larko O, Molin L, Wennberg AM. [Increasing number of skin cancer cases-- also among the younger]. *Lakartidningen* 2005; 102(26-27):1972-5
32. Welch HG, Woloshin S, Schwartz LM. Skin biopsy rates and incidence of melanoma: population based ecological study. *BMJ* 2005; 331(7515):481
33. Denic S. Frequency and management of germ-cell tumors in a third-world country. *Oncol Rep* 1998 ; 5(5):1241-4
34. Holschneider CH, Johnson MT, Knox RM, Rezai A, Ryan WJ, Montz FJ. Bullatacin--in vivo and in vitro experience in an ovarian cancer model. *Cancer Chemother Pharmacol* 1994; 4(2):166-70
35. Shoham Z. Epidemiology, etiology, and fertility drugs in ovarian epithelial carcinoma: where are we today? *Fertil Steril* 1994; 62(3):433-48
36. Trope CG, Makar AP. Epidemiology, etiology, screening, prevention, and diagnosis in female genital cancer. *Curr Opin Oncol* 1991; 3(5):908-19
37. Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. *J Natl Cancer Inst* 2005 ; 97(19):1407-27
38. Pirina P, Ostera S, Santoru L, Ginesu GC, Fois AG, Deiola G, et al. Epidemiology of lung cancer in Sardinia, Italy, from 1980 to 1996. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(6):622-6
39. Friedlander M, de SP, Segelov E. Risk factors, epidemiology, screening, and prognostic factors in female genital cancer. *Curr Opin Oncol* 1992; 4(5):913-22
40. Hill TD, Khamis HJ, Tyczynski JE, Berkel HJ. Comparison of male and female breast cancer incidence trends, tumor characteristics, and survival. *Ann Epidemiol* 2005; 15(10):773-80
41. Kodama M, Kodama T. Comparative epidemiology of cancers of the testis, lung, bladder and stomach with special reference to the possible implication of environmental hormones in the recent risk changes of the 4 neoplasia types. *Int J Mol Med* 1998; 2(6):705-14
42. Thomas L, Doyle LA, Edelman MJ. Lung cancer in women: emerging differences in epidemiology, biology, and therapy. *Chest* 2005; 128(1):370-81

43. Reeves WC, Rawls WE, Brinton LA. Epidemiology of genital papillomaviruses and cervical cancer. *Rev Infect Dis* 1989; 11(3):426-39
44. [Epithelial skin cancer. Epidemiology, etiology, pathologic anatomy, diagnosis, treatment principles]. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127(Spec No 1):A80-A85
45. Cossu A, Budroni M, Capobianco G, Pirino D, Palmieri G, Dessole S, et al. Epidemiology of malignant breast tumors in the province of Sassari (Sardinia, Italy) in the period 1992-2002. *Eur J Gynaecol Oncol* 2005; 26(5):505-8
46. Jandik P, Mergancova J, Voboril Z, Hadzi ND. [Mesenchymal extraperitoneal tumors in the elderly]. *Rozhl Chir* 2004; 83(8):380-3
47. Barker DJ, Weller RO, Garfield JS. Epidemiology of primary tumors of the brain and spinal cord: a regional survey in southern England. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976; 39(3):290-6
48. Rastogi T, Hildesheim A, Sinha R. Opportunities for cancer epidemiology in developing countries. *Nat Rev Cancer* 2004; 4(11):909-17