

## الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء بعمر أقل من 40 سنة

### دراسة سريرية هستوباتولوجية استعادية

لينة الحاج ابراهيم\*

#### المخلص

خلفية البحث وهدفه: لتقييم العلامات السريرية والنسجية للكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة. أجري البحث في مشفى الأمراض الجلدية-جامعة دمشق.

مواد البحث وطرائقه: أجريت دراسة راجعة لجميع حالات الكارسينوما قاعدية الخلايا المشخصة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة، خلال مدة 10 سنوات، بدءاً من 2008/1/1 حتى 2017/12/31، إذ حُدثت علاماتها السريرية، وأنماطها النسيجية وعلاقتها مع التوضعات التشريحية لهذه الأورام، وقورنت مع مجموعة الشاهد (73 ورم للكارسينوما قاعدية الخلايا متطورة لدى أثوياء بعمر أكبر من 40 سنة، اختيرت عشوائياً).

النتائج: بلغت نسبة الكارسينوما قاعدية الخلايا لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة (8,42%) مقارنة مع جميع أورام الـ BCC المشخصة خلال الفترة المذكورة. بلغت نسبة إصابة الذكور/الإناث (1,19) بأرجحية خفيفة لإصابة الذكور، مقارنة مع نسبة (0,82) بمجموعة الشاهد. تراوحت أعمار المرضى في المجموعة الأولى من 16 لـ 40 سنة، بمعدل وسطي بلغ (29,71 سنة). في كلتا المجموعتين: توضع الأورام بشكل رئيسي ناحية الرأس والعنق، وكان النمط النسيجي العقيدي الأكثر شيوعاً. أبدت المجموعة الأولى نسبة أكبر لتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا بالتوضعات الأخرى (خارج الرأس والعنق): 10,97% مقابل 6,94% في مجموعة الشاهد؛ إذ سيطر تسجيل النمط النسيجي السطحي في هذه التوضعات في المجموعتين. كانت نسبة الإصابة بالأنماط النسيجية الأكثر عدوانية لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة (النمطان قشيعي النموذج والارتشاحي) أكثر شيوعاً من مجموعة الشاهد (13,41% مقابل 6,94%).

الاستنتاج: تبدي الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مميزات سريرية نسيجية؛ إذ تميل للتوضع الرئيسي ناحية الرأس والعنق، وتسيطر عليها الإصابة بالنمط العقيدي. أبدت الأنماط النسيجية: السطحي، والقشيعي، والارتشاحي، والتقرني نسبة أكبر للتطور لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مقارنة مع الأعمار الأكبر لكن دون فوارق إحصائية مميزة.

\* أستاذ مساعد - قسم الأمراض الجلدية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

## Basal Cell Carcinomas Developing in individuals younger than 40 years: Clinico- Histopathological study

Lina Al haj Ibrahim\*

---

### Abstract

**Background & aim:** To assess the clinicopathologic features of Basal Cell Carcinomas developing in individuals younger than 40 years.

**Setting:** Dermatology Hospital-Damascus University.

**Patients and Methods:** A retrospective study of all cases of Basal Cell Carcinomas developing in individuals younger than 40 years was done during 10years, between 01/01/2008 and 31/12/2017. Their clinical features and histopathological types had been defined, with their relation to anatomic distribution of these tumors, and were compared with control group (73 tumors of BCCs developing in individuals older than 40 years, randomized selected).

**Results:** The incidence of Basal Cell Carcinomas in individuals younger than 40 years was 8,42% in comparison to all cases of BCC diagnosed during the mentioned period. The male-female ratio was 1,19 (with a slight increase in males) vs 0,82 in control group. The mean age was 29,71 years (ranging from 16 to 40 years) in the first group. In both groups, BCCs were predominantly located over the head and neck, and the nodular histopathological type was the most frequent. Extracerebral locations of BCCs developing in individuals younger than 40 years were more frequent (10,97% vs 6,94% in control group) with predominance of superficial histopathological type in these locations in two groups. The incidence of the more aggressive histopathological types (sclerodermiform and infiltrating types) were more pronounced in individuals younger than 40 years compared with controls (13,41% vs 6,94%).

**Conclusion:** Basal Cell Carcinomas Developing in individuals younger than 40 years have a specific clinicohistopathological features, with major location over the head and neck. The nodular histopathological type is the most prevalent. The incidence of superficial, sclerodermiform, infiltrative and keratotic histopathological types in individuals younger than 40 years were higher than controls (cases of BCC developing in individuals older than 40 years), but without significant statistical differences.

---

---

\* Assist Prof, -Department of Dermatology-Damascus University.

**المقدمة:**

تتأذر Bazex (باستعداد جسمي سائد مبد لضمور جلد جريبي التوضع ناحية الأطراف وتطور آفات ورمية متعددة ناحية الوجه بأعمار مبكرة بالعقد الثاني من الحياة ونادرًا بمرحلة الطفولة المتأخرة)<sup>6</sup>.

إضافة إلى جفاف الجلد المصطبغ بنمط جسدي صاغر؛ إذ يتميز بحساسية جلدية، وتبدلات تصبغية بالمناطق المكشوفة، وتطور أورام بأعمار مبكرة، وعيب بإصلاح الـ DNA المتأذي ضيائيًا. توجد ثمانية أنماط على الأقل متراوحة من (A-G). يعبر معظم مرضى التناذر عن النمط C الذي لا يبدي مضاعفات عصبية، على العكس من النمطين A, D.<sup>6</sup>

تمتلك الكارسينوما قاعدية الخلايا طيفًا واسعًا من الأنماط السريرية متضمنة: النمط العقيدّي، والسطحي، والمصطبغ، وقشيعي المظهر، والارتشاحي والإبتليوما الليفية لـ Pinkus<sup>1,2</sup>

تبدّي الصورة النسجية للكارسينوما قاعدية الخلايا طيفًا من التبدلات تدرج في مجموعتين رئيسيتين: متميزة، وغير متميزة؛ إذ تميل الأولى لإبدائها درجات من التمايز تجاه البنى الجريبية الشعرية (النمط التقريبي)، أو تجاه الغدد الزهمية (BCC ذات التمايز الزهمي)، أو تجاه البنى الغدية العرقية (النمط الغداني). وعامةً تميل الأنماط السريرية الآتية: المصطبغ، السطحي، قشيعي المظهر والإبتليوما الليفية لتعبيرها عن أنماط غير متميزة من الناحية المجهرية.<sup>3,6</sup>

أجريت مجموعة من الدراسات من أجل تحديد العلاقة بين الأنماط النسجية المختلفة للكارسينوما قاعدية الخلايا ووبائيات الإصابة بها (العمر، الجنس والتوضعات التشريحية) من أجل تحديد الآليات المرضية للإصابة<sup>7,8</sup>. وقد وجد أن التوضع التشريحي المسيطر في الأورام المتطورة في الأعمار المتقدمة هو ناحية الرأس والعنق، وهذا ما أدى للتأكيد على دور التعرض المزمن والمطول للضياء، وكان

تعدّ الكارسينوما قاعدية الخلايا أكثر الخباثات الجلدية شيوعًا؛ إذ تدرج ضمن طيف سرطانات الجلد اللاميلانومية، وهي تتطور عادة بشكل آفة مفردة على الرغم من احتمال إبدائها لآفات متعددة في وقت واحد أو في فترات زمنية متلاحقة<sup>(1)</sup>.

يسيطر توضعها ناحية الوجه لدى الأثوياء ذوي الجلد الفاتح، متوسطي إلى متقدمي الأعمار، والمعرضين للشمس بشكل مطول ومزمن أو بشكل حاد ومتقطع. يمكن أن تسهم كثير من العوامل الأخرى في تطورها ومنها: التعرض لجرعات كبيرة من الأشعة السينية، وندبات الحروق، والتناول طويل الأمد للزرنخ اللاعضوي<sup>2</sup>. تعدّ إصابة الأطفال والأعمار الشابة نادرة؛ إذ تتوافق عادة مع استعداد وراثي، أو قصة تعرض حاد ومتقطع للأشعة فوق البنفسجية، أو الإصابة بالمهق، أو مرضى زرع الأعضاء، أو تناول مثبّطات المناعة، وثمة دور محتمل للفيروسات الحليمومية الإنسانية، بالإضافة إلى تسجيل حالات معزولة لا يمكن عزوها لآلية واضحة ودقيقة.<sup>3,4,5</sup>

تتضمن الاضطرابات الوراثية التي تبدي تطور مجموعة من هذه الآفات الورمية خلال مرحلة الطفولة والشباب: تناذر الكارسينوما قاعدية الخلايا الوحماني (تناذر Gorlin باستعداد وراثي جسمي سائد؛ إذ تتطور أورام متعددة ما بين مرحلة البلوغ والعقد الرابع من الحياة، وقد يصل عددها أحيانًا إلى المئات أو الآلاف، بالإضافة لتنتقرات راحية أخصوية، كيسات بشروية بالتشارك مع شذوات هيكلية وفي الجملة العصبية المركزية).<sup>6</sup>

الوحمة قاعدية الخلايا الخطية وحيدة الجانب: نادرة جدًا، تتظاهر عادة منذ الولادة بشكل طفح منتشر وحيد الجانب، خطي الانتظام، أو نطاقي الشكل، العقيدات معبرة عن كارسينوما قاعدية الخلايا، لاتميل للازدياد بالحجم مع التقدم بالعمر.<sup>6</sup>

–أما المجموعة الثانية، وهي مجموعة الشاهد، فقد تكونت من 72 آفة تطورت لدى 71 مريضاً بعمر أكبر من 40 سنة، اختبرت عشوائياً من ملفات وحدة التشريح المرضي الجلدي في عام 2017، حيث أجريت دراسة سريرية نسجية مماثلة لديهم، وطُبقت القوانين الإحصائية المناسبة للبحث عن فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للجنس، والتوضع التشريحي، والأنماط النسجية للأورام.

طُبقت القوانين الإحصائية باستخدام T student واختبار كاي مربع Chi-square النسبة للعمر، والجنس، والتوضع التشريحي، والأنماط النسجية للأورام، لتحري وجود فوارق ذات دلالة إحصائية؛ إذ اعتبرت (P-value < 0.05) دالة إحصائياً.

#### النتائج:

شُخصت (973) حالة للكارسينوما قاعدية الخلايا لدى (815) مريض، اعتماداً على الخزعة النسجية ضمن فترة الدراسة المذكورة (وسيطياً: 97,3 حالة سنوياً)، متضمنة (82) آفة لدى (68) ثوي بعمر أصغر من (40) سنة، بنسبة تبلغ (8,42%).

#### توزيع الإصابة حسب الجنس:

في المجموعة الأولى: شملت الدراسة (37) مريضاً ذكراً (بنسبة 54,41%)، و (31) مريضة أنثى (بنسبة 45,58%)، وكانت نسبة الذكور /الإناث=1,19. أما مجموعة الشاهد (لدى الأثوياء المصابين بعمر أكبر من 40 سنة) فقد تضمنت 71 مريضاً: 71/39 مريضة أنثى بنسبة مئوية 54,92%، و 71/32 مريضاً ذكراً بنسبة مئوية 45,07%، وكانت نسبة الذكور /الإناث=0,82، وبتطبيق اختبار كاي مربع (P>0.05، 0.248): المجموعتان متجانستان من حيث التوزيع الجنسي.

النمط النسجي الرئيسي بهذه التوضعات هو النمط العقيدي<sup>9</sup>. من ناحية أخرى، لوحظ تسجيل النمط السطحي بتواتر أعلى ناحية الجذع والأطراف بمتوسط أعمار أقل مقارنة مع النمط العقيدي، الأمر الذي دعا بعضهم لاعتبار إمرضية الإصابة بهذا النمط (السطحي) مختلفة عن الأنماط النسجية الأخرى؛ إذ اشتملت على الاستعداد الوراثي و/أو دور التعرض الحاد المتقطع للضياء (10,11).

وقد سلط الضوء والاهتمام البحثي على التظاهرات السريرية لهذا النمط من الأورام لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة، وارتباطها بأنماط نسجية نوعية اعتماداً على وبائيات الإصابة<sup>12,13</sup>.

لا توجد دراسات محلية مماثلة لدى مجموعة المرضى المصابين بالكارسينوما قاعدية الخلايا بأعمار أصغر من 40 سنة للبحث عن علامات سريرية هستوباتولوجية نوعية لهذه الفئة من الأعمار.

#### طرائق البحث:

اعتماداً على الدراسة الراجعة لملفات وحدة التشريح المرضي الجلدي بمشفى الأمراض الجلدية والزهرية الجامعي بدمشق، لفترة زمنية تبلغ عشر (10) سنوات ممتدة من 2008/1/1 حتى 2017/12/31، أُثبت التشخيص النسجي ل(973) حالة للكارسينوما قاعدية الخلايا لدى (815) مريض، تضمنت:

– (82) آفة تطورت لدى (68) ثوي، تراوحت أعمارهم من (16) وحتى (40) سنة: وهي المجموعة الأولى. جُمعت المعلومات السريرية لديهم، متضمنة: جنس المريض، وعمره عند التشخيص النسجي للورم، إضافة إلى توضع التشريحي.

من جهة أخرى، حُدد النمط النسجي للإصابة: النمط العقيدي، الغداني، السطحي، قشيعي النموذج، الارتشاحي، التقريبي، وأنماط أخرى بحال وجودها.

أبدى ثلاثة مرضى في المجموعة الأولى إصابتهم بجفاف الجلد المصطبغ (68/3) أي بنسبة: 4,41% : نكران وأنثى).

لم يسجل باقي المرضى في كلا المجموعتين أي تناذرات وراثية أخرى مؤهبة لتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا، أو تثبيط مناعي أو تاريخ سابق لزراع أعضاء.

#### توزيع الإصابة حسب العمر:

تراوحت أعمار مرضى المجموعة الأولى من (16) سنة، حتى (40) سنة، بمعدل وسطي بلغ (29,71 سنة)، إذ تم التشخيص النسجي ل(71) ورم بالعقد الرابع من الحياة، أي بنسبة (82/71 : 86,58%).

في حين سجلت ثمانية أورام في العقد الثالث من العمر (82/8): بنسبة (9,75%)، وثلاثة أورام بالعقد الثاني (82/3): بنسبة (3,65%).

أما بمجموعة الشاهد فقد تراوحت الأعمار عند التشخيص النسجي للإصابة من 46 سنة حتى 76 سنة، بمعدل وسطي بلغ 63,2 سنة: سجّل 40 ورم بالعقد السابع من الحياة (72/40) بنسبة (55,55%)، 16/72 بنسبة 22,22% بالعقد السادس من الحياة، 9/72 بالعقد الخامس من الحياة بنسبة 12,50%، و 7/72 بالعقد الثامن بنسبة 9,72%.

بتطبيق اختبار One way anova ( $P > 0.05$ ;  $P = 0.0006$ ): يوجد فارق إحصائي هام بين متوسط عمر عينة المجموعة الأولى وعينة الشاهد، وهذا منطقي حسب مخطط الدراسة.

توزيع الإصابة حسب عدد الآفات:

بالمجموعة الأولى: شُخصت آفات مفردة لدى (65) مريض بتوضعات تشريحية مختلفة (68/65): بنسبة (95,58%)؛ إذ كانت أعمار اثنين وستين (62) منهم في العقد الرابع

بالمجموعة الأولى: شُخصت آفات مفردة لدى (65) مريض بتوضعات تشريحية مختلفة (68/65): بنسبة (95,58%)؛ إذ كانت أعمار اثنين وستين (62) منهم في العقد الرابع

بالمجموعة الأولى: شُخصت آفات مفردة لدى (65) مريض بتوضعات تشريحية مختلفة (68/65): بنسبة (95,58%)؛ إذ كانت أعمار اثنين وستين (62) منهم في العقد الرابع

أبدى ثلاثة مرضى في المجموعة الأولى إصابتهم بجفاف الجلد المصطبغ (68/3) أي بنسبة: 4,41% : نكران وأنثى).

لم يسجل باقي المرضى في كلا المجموعتين أي تناذرات وراثية أخرى مؤهبة لتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا، أو تثبيط مناعي أو تاريخ سابق لزراع أعضاء.

#### توزيع الإصابة حسب العمر:

تراوحت أعمار مرضى المجموعة الأولى من (16) سنة، حتى (40) سنة، بمعدل وسطي بلغ (29,71 سنة)، إذ تم التشخيص النسجي ل(71) ورم بالعقد الرابع من الحياة، أي بنسبة (82/71 : 86,58%).

في حين سجلت ثمانية أورام في العقد الثالث من العمر (82/8): بنسبة (9,75%)، وثلاثة أورام بالعقد الثاني (82/3): بنسبة (3,65%).

أما بمجموعة الشاهد فقد تراوحت الأعمار عند التشخيص النسجي للإصابة من 46 سنة حتى 76 سنة، بمعدل وسطي بلغ 63,2 سنة: سجّل 40 ورم بالعقد السابع من الحياة (72/40) بنسبة (55,55%)، 16/72 بنسبة 22,22% بالعقد السادس من الحياة، 9/72 بالعقد الخامس من الحياة بنسبة 12,50%، و 7/72 بالعقد الثامن بنسبة 9,72%.

بتطبيق اختبار One way anova ( $P > 0.05$ ;  $P = 0.0006$ ): يوجد فارق إحصائي هام بين متوسط عمر عينة المجموعة الأولى وعينة الشاهد، وهذا منطقي حسب مخطط الدراسة.

#### توزيع الإصابة حسب عدد الآفات:

بالمجموعة الأولى: شُخصت آفات مفردة لدى (65) مريض بتوضعات تشريحية مختلفة (68/65): بنسبة (95,58%)؛ إذ كانت أعمار اثنين وستين (62) منهم في العقد الرابع

جدول (1): التوزيع التشريحي لأورام الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء الأصغر والأكبر عمراً من 40 سنة.

النسبة المئوية	عدد الأورام	النسبة المئوية	عدد الأورام	
%93,02	72/67	%89,02	82/73	الرأس والعنق
%13,88	72/10	%17,07	82/14	الوجنة
%41,66	72/30	%30,48	82/25	الأنف
%19,44	72/14	%17,07	82/14	الصدر
%1,38	72/1	%2,43	82/2	الاجفان
%1,38	72/1	%3,65	82/3	صبيوان الانن
%1,38	72/1	%2,43	82/2	ما حول الانن
%2,76	72/2	%2,43	82/2	ناحية المآق الانسي للعين
		%3,65	82/3	أعلى الشفة العليا
%4,16	72/3	%2,43	82/2	الجبهة
%2,76	72/2	%1,21	82/1	الفروة
%4,16	72/3	%6,09	82/5	العنق
%6,94	72/5	%10,97	82/9	خارج الرأس والعنق
%5,55	72/4	%7,31	82/6	الجذع
%1,38	72/1	%3,65	82/3	الساق

توزع الإصابة حسب الأنماط النسجية للأورام: في المجموعة الأولى: أبدأت الدراسة النسجية لأورام الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة سيطرة النمط العقيدي ب(82/42): بنسبة 51.21(%)، فالنمط السطحي (82/15): بنسبة 18,2(%)، فالغداني (82/10): بنسبة 12,19(%)، فالقشيعي (82/7): بنسبة 8,53(%)، فالنقرني(82/4) والارتشاحي(82/4) بنسبة(4,87%) لكل منهما. وبتطبيق اختبار كاي مربع ( $P<0.05$ ): يوجد فارق إحصائي هام بتوزع عينة الدراسة حسب النمط النسجي. أظهرت الأورام السبعة عشر المتطورة لدى مرضى جفاف الجلد المصطبغ الثلاث، الأنماط النسجية الآتية: النمط العقيدي (9/42)، النمط الغداني(4/10)، النمط القشيعي(3/7) والنمط الارتشاحي(1/4).

توضعت جميع الأورام السبعة عشر التي تطورت لدى مرضى جفاف الجلد المصطبغ الثلاثة ناحية الوجه. أما في مجموعة الشاهد: فقد توزع 72/67 ورم ناحية الرأس والعنق بنسبة 93,02%؛ إذ توضع 72/5 ورم خارج الرأس بنسبة 6,94% (4أورام ناحية الجذع وورم ناحية الساق). وبتطبيق اختبار كاي مربع ( $P>0.05$ ): المجموعتان متجانستان بالتوزيع التشريحي للأورام، لكن وجد فارق إحصائي هام ما بين توزيع الأورام ناحية الرأس والعنق مقارنة بالتوزيعات الأخرى بالمجموعة الأولى: ( $P<0.05$ ), وكذلك لوحظ فارق إحصائي هام بمجموعة الشاهد ( $P<0.05$ ).

أما في مجموعة الشاهد: فقد سجّل النمط العقيدي ب44 ورم/72 بنسبة 61,11% (43 ورم ناحية الرأس والعنق، وورم واحد ناحية الجذع)، بينما بلغ النمط السطحي 72/7 بنسبة 9,72% (حيث توضع ثلاثه أورام ناحية الرأس والعنق، وأربعة أورام خارج الرأس: ثلاثة على الجذع وواحد على الساق). أما النمط الغداني فقد لوحظ ب 72/15 بنسبة 20,83% ناحية الرأس والعنق، 3 حالات سجلت النمط القشيعي 72/3 بنسبة 4,16%، حالتان للنمط الارتشاحي 72/2 بنسبة 2,76%، وحالة واحدة للنمط التقرني 72/1 بنسبة 1,38%.

بتطبيق اختبار كاي مربع ( $P < 0.05$ ;  $0.0003 < P$ ): يوجد، أيضاً، فارق إحصائي هام بتوزع عينة الدراسة حسب النمط النسجي.

كان النمطان النسيان: العقيدي والغداني أكثر تواتراً بالإصابة في مجموعة الشاهد مقارنة بالمجموعة الأولى، في حين كانت الأنماط النسجية: السطحي، والقشيعي، والارتشاحي، والتقرني أكثر تواتراً بالإصابة بالمجموعة الأولى بالمقارنة مع مجموعة الشاهد، لكن لم تلاحظ فوارق إحصائية هامة باختلاف نسب تطور هذه الأنماط بين المجموعتين ( $P > 0.05$ ).

**وبدراسة العلاقة ما بين التوضع التشريحي للورم ونمطه النسجي:**

بالمجموعة الأولى: توضع كامل أورام الكارسينوما قاعدية الخلايا ذات النمط العقيدي، والغداني، والقشيعي، والتقرني، والارتشاحي ناحية الرأس والعنق؛ إذ لوحظ أن 82/73 ورماً قد توضع ناحية الرأس والعنق بنسبة مئوية بلغت

89,02%، وكانت الأنماط النسجية لهذه الأورام على النحو الآتي:

73/42: أبدت النمط العقيدي (بنسبة 57,53%)  
 73/10: أبدت النمط الغداني (بنسبة 13,69%)  
 73/7: أبدت النمط القشيعي (بنسبة 9,58%)  
 73/6: أبدت النمط السطحي (بنسبة 8,21%)  
 73/4: أبدت النمط التقرني (بنسبة 5,47%)  
 73/4: أبدت النمط الارتشاحي (بنسبة 5,47%)، وهذا يدل على سيطرة الإصابة بالنمط النسجي العقيدي بالأورام المتوضعة ناحية الرأس والعنق.

أما النمط السطحي فقد توضع (15/9: بنسبة 60%) من حالاته ناحية الجذع والأطراف، مقابل 6 حالات توضع ناحية الرأس والعنق بنسبة 40% (جدول رقم 2).

أما في مجموعة الشاهد فقد سيطر، أيضاً، توضع الأورام ناحية الرأس والعنق ب 72/67 بنسبة بلغت 93,02%، وكانت الأنماط النسجية لهذه الأورام على النحو الآتي:

67/43: أبدت النمط العقيدي (بنسبة 64,17%)  
 67/15: أبدت النمط الغداني (بنسبة 22,38%)  
 67/3: أبدت النمط القشيعي (بنسبة 4,47%)  
 67/3: أبدت النمط السطحي (بنسبة 4,47%)  
 67/1: أبدت النمط التقرني (بنسبة 1,49%)  
 67/2: أبدت النمط الارتشاحي (بنسبة 2,98%)  
 وقد سُجلت 5 أورام خارج الرأس بنسبة 6,94%:

5/1: أبدى النمط العقيدي على الجذع.  
 5/3: أبدت النمط السطحي على الجذع.  
 5/1: أبدى النمط السطحي على الساق (الجدول 2).

الجدول (2): توزيع الأنماط النسجية لأورام الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة

لدى الأثوياء الأصغر والأكبر عمراً من 40 سنة اعتماداً على التوضعات التشريحية لها، وجنس المرضى.

أورام BCC المتطورة لدى الأثوياء الأكبر عمراً من 40 سنة						أورام BCC المتطورة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة						النمط النسجي للورم
العدد الكلي	الجنس		التوضيع التشريحي للورم			العدد الكلي	الجنس		التوضيع التشريحي للورم			
	ذكور	إناث	خارج الرأس والعنق		الرأس والعنق		ذكور	إناث	خارج الرأس والعنق		الرأس والعنق	
			الأطراف	الذراع					الأطراف	الذراع		
44	21	23		1	43	42	27	15			42	النمط العقيدى
7	3	4	1	3	3	15	5	10	3	6	6	النمط السطحي
15	7	8			15	10	6	4			10	النمط الغداني
3	1	2			3	7	3	4			7	النمط القشيعي
1		1			1	4	2	2			4	النمط التقريبي
2	1	1			2	4	2	2			4	النمط الارتشاحي

وقد بينت العلاقة بين النمط النسجي للورم وجنس المريض:

في المجموعة الأولى:

سيطرة إصابة الذكور بالنمط العقيدى:  
 $(1,80=27/15=M/F)$ .

بالنمط الغداني:  $(1,5=6/4=M/F)$ .

سيطرة إصابة الإناث بالنمط السطحي:  
 $(0,50=5/10=M/F)$ .

بالنمط القشيعي:  $(0,75=3/4=M/F)$ .

بالنمط التقريبي:  $(1=2/2=M/F)$ .

بالنمط الارتشاحي:  $(3=3/1=M/F)$ .

أما في مجموعة الشاهد:

أرجحية إصابة الإناث نسبة للذكور بالنمط العقيدى  $(M/F=21/23=0.91)$ .

بالنمط الغداني:  $(M/F=7/8=0.87)$ .

بالنمط السطحي:  $(M/F=3/4=0.75)$ .

بالنمط القشيعي:  $(M/F=1/2=0.50)$ .

بالنمط التقريبي:  $(M/F=-0/1=0.50)$ .

ويتطبيق اختبار كاي مربع بالنسبة إلى توزيع الأنماط النسجية اعتماداً على التوضيع التشريحي للأورام بين المجموعتين ( $0.36:P>0.05$ ): كانت المجموعتان متجانستين من حيث تكرارات توزيع النمط النسجي للأورام اعتماداً على التوضيع التشريحي لها.

ويتطبيق اختبار كاي مربع لمقارنة توزيع النمط النسجي العقيدى اعتماداً على التوضيع التشريحي بين المجموعتين ( $0.36:P>0.05$ ): يلحظ أن المجموعتين متجانستين من حيث تكرارات توزيع النمط العقيدى للأورام حسب التوضيع التشريحي.

على الرغم أن كلتا المجموعتين أبدأنا توضعاً رئيسياً للأورام ناحية الرأس والعنق (  $89,02\%$  مقابل  $93,02\%$  بمجموعة الشاهد)، إلا أن المجموعة الأولى أبدت نسبة أكبر لتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا بالتوضعات الأخرى (خارج الرأس والعنق):  $10,97\%$  مقابل  $6,94\%$  بالمجموعة الثانية (دون وجود فارق إحصائي هام،  $P>0,005$ )؛ إذ سيطر تسجيل النمط النسجي السطحي في هذه التوضعات في المجموعتين.



بالنمط الارتشاحي: (M/F=1/1=1).

### المناقشة:

بلغت نسبة الإصابة بالكارسينوما قاعدية الخلايا لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة (8,42% : 82 حالة/973)، وهي نسبة مرتفعة نسبياً عند مقارنتها بدراسة J.Garcias et al في إسبانيا<sup>12</sup>؛ إذ بلغت 2,5% (41 آفة/1841) خلال 6 سنوات ممتدة من بداية عام 2010 إلى نهاية عام 2015)، وقد يعود هذا الأمر إلى عدم اشتغال الدراسة الإسبانية أي مرضى يعانون من تناذرات وراثية محرضة لـ BCC أو عوازل مناعية، في حين ضمت دراستنا ثلاثة مرضى مصابين بجفاف الجلد المصطبغ أبدو تطور 17 ورماً خلال مدة 10 سنوات.

سجلت أرجحية خفيفة بإصابة الذكور مقارنة مع الإناث (M/F = 37/31 = 1,19)، بينما كانت إصابة الجنسين متساوية بدراسة J.Garcias et al بإسبانيا<sup>12</sup>، باستثناء المرضى الثلاثة المصابين بجفاف الجلد المصطبغ، لم يبد أي من المرضى الخمسة والستين المتبقين تطور أي ورم بدئي ثانٍ خلال الدراسة الراجعة، عكس ما أظهرت دراسة J.Garcias et al<sup>12</sup> بأن 11,1% من مرضى دراسته (41/4) أبدو تطور ورم ثانٍ خلال متابعة دامت 5 سنوات.

سيطر توزع الأورام ناحية الرأس والعنق (89,02% : 82/73) بفارق إحصائي هام عن التوزيعات التشريحية الأخرى (10,97% : 82/9)، وهذا يؤدي إلى التركيز على الدور المهم للتعرض للضياء بشكله؛ الحاد المتقطع والمزمن، تراكمي التأثير بتطور الكارسينوما قاعدية الخلايا بشكل عام، ولاسيما لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة وبمرحلة الطفولة<sup>4</sup>، وقد أظهرت نتائج دراسة J Garcia et al<sup>2</sup> توزع 23 ورم/41 (لدى المصابين الأصغر عمراً من 40 سنة) ناحية الرأس والعنق بنسبة 56,1%، و 18/41 بنسبة 43,9% خارجها (12 ورم ناحية الجذع، 5

بالأطراف العليا، و 1 بالساق)، أما دراسة Conde Almeida بالبرازيل<sup>14</sup> على 57 مصاب بـ BCC بأعمار متراوحة من 15 إلى 49 سنة فقد أبدت تطور 57/27 من الأورام بنسبة 47,36% ناحية الرأس والعنق، في حين أظهرت دراسة Betti et al<sup>13</sup> بميلانو -إيطاليا نتائج معاكسة؛ إذ بلغت نسبة تطور هذا النمط من الأورام لدى الأثوياء بعمر أصغر من 40 سنة ناحية الرأس والعنق 36%، مقابل 59,3% ناحية الجذع.

بسبب تطور هذه الأورام لدى مجموعة شابة من المرضى، كان التشخيص السريري المبني لدى العديد منهم خاطئاً، وقد اشتمل طبقاً من الاضطرابات كالحطاطة التليفية بالوجه، الذئبة الحمامية القرصية، والوحمات ميلانية المنشأ عديمة التملن.

من الناحية النسجية: سيطر النمط النسجي العقيدي (82/42: بنسبة 51,21%)، الذي توضع حالاته جميعها ناحية الرأس والعنق، تلاه النمط السطحي (82/15: بنسبة 18,25%)؛ إذ تطورت 60% من آفاته ناحية الجذع والأطراف.

ويعدّ النمطان النسيجان؛ العقيدي والسطحي، من أقل الأنماط النسجية عدوانية بسير الكارسينوما قاعدية الخلايا (3,6,16)؛ إذ عبرا بدراستنا عن 57 حالة/82: بنسبة 69,51% من جهة أخرى: بلغ عدد الأورام المبدية للنمط القشيعي 82/7: بنسبة 8,53%، أما النمط الارتشاحي فقد وجد بـ 82/4: بنسبة 4,87%، ويعدّ هذان النمطان عدوانيين السير وإنذار أسوأ من الأنماط السابقة (3,16)؛ إذ بلغ عددها 82/11: بنسبة 13,41%. وقد أظهرت دراسة J Milroy et al (16) المجراة على 151 مصاباً بالكارسينوما قاعدية الخلايا بأعمار أقل من 50 سنة: وجود الأنماط النسجية العدوانية (قشيعية النموذج والارتشاحية) بـ 33% منهم، في حين سجلت دراسة J Garcia في إسبانيا<sup>12</sup> نسبة بلغت 90,3% للأنماط النسجية الأقل عدوانية (73,2%

الأعمار الأقل من 35 سنة (38% للإناث، 25% للذكور).

#### الاستنتاج:

تبدي الكارسينوما قاعدية الخلايا المتطورة لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مميزات سريرية ونسجية؛ إذ تميل للتوضع الرئيسي ناحية الرأس والعنق، وسيطرة للإصابة بالنمط النسجي العقيدي، مع تواتر قليل بتسجيل الأنماط النسجية العدوانية، لكنها تسجل نسبة أكبر للتطور بالتوضعات الأخرى (خارج الرأس والعنق): 10,97% مقابل 6,94% في مجموعة الشاهد؛ إذ يسيطر تسجيل النمط النسجي السطحي بهذه التوضعات في المجموعتين. بالمقارنة مع مجموعة الشاهد (الأثوياء الأكبر عمراً من 40 سنة المبدئين لتطور BCC): أبدت الأنماط النسجية: السطحي، والقشيعي، والارتشاحي، والتقرني نسبة أكبر للتطور لدى الأثوياء الأصغر عمراً من 40 سنة مقارنة مع الأعمار الأكبر لكن دون فوارق إحصائية ملحوظة .

للنمط العقيدي 41/30 حالة، و17,1% للنمط السطحي (41/7)، أما دراسة Conde Almeida في البرازيل<sup>14</sup> على 57 مصاباً بـBCC بأعمار متراوحة بين 15 إلى 49 سنة، فقد أوضحت أن النمط العقيدي قد حقق نسبة 42,1% (57/24)، في حين كانت نسبة الأنماط النسجية العدوانية 37,49%، وبدراسة Roudier-Pujol C<sup>15</sup> على 70 مريض بعمر أقل من 35 سنة: بلغت نسبة الإصابة بالأنماط النسجية العدوانية 13%.

وبدراسة العلاقة بين النمط النسجي للـ BCC والتوضع التشريحي للورم، فقد أظهرت دراستنا سيطرة الإصابة بالنمط النسجي العقيدي بالأورام المتوضعة ناحية الرأس والعنق مقارنة مع النمط السطحي بالتوضعات ناحية الجذع والأطراف السفلى، في حين أبدت دراسة Betti et al<sup>13</sup> أن النمط القشيعي هو الأكثر شيوعاً ناحية الرأس والعنق مقارنة مع النمط السطحي ناحية الجذع.

من جهة أخرى، وبدراسة العلاقة ما بين الأنماط النسجية العدوانية للـ BCC وجنس المرضى، في دراستنا، كانت نسبة 16,21% من الإناث المصابات بـBCC بأعمار أصغر من 40 سنة مبدئين لتطور أنماط نسجية عدوانية (قشيعية النموذج والارتشاحية)، في حين بلغت هذه النسبة لدى الذكور: 11,11%، وبالمقارنة فقد أظهرت دراسة Leffell et al<sup>17</sup> نسب إصابة أكبر للجنسين بهذه الأنماط لذوي

### المراجع References

- 1- Madan V,et al.Basal cell carcinoma, in Rook s Textbook of Dermatology,9<sup>th</sup> ed.,vol.4,Wiley-Blackwell,2016,141.1:3909-3930.
- 2- Soyer H,et al.Actinic keratosis,Basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma,in Dermatology,4th ed.,vol.2,Elsevier Saunders,2018,section 18,108:1884-1893.
- 3- Calonje E,et al.Tumors of the surface epithelium,in MCKEEs Pathology of the skin,4<sup>th</sup> ed.,vol.2,Elsevier Saunders,2012,24.1088-1106.
- 4- Benjamin W,et al.Basal cell carcinoma in children,Report of 3 cases.Arch Dermatol.2000; 136(3):370-372.
- 5- Kanitakis J,et al.Basal cell carcinoma developing in solid organ transplant recipients.Arch Dermatol.2003; 139:1133-1137.
- 6- Kirkham N,et al.Tumors and cysts of the epidermis,in Lever s Histopathology of the skin,11<sup>th</sup> ed.,Lippincott Williams,2015,29.1616-1642.
- 7- Scrivener Y,et al.Variations of basal cell carcinomas according to gender,age,location and histopathological subtype.Br J Dermatol.2002; 147(1):41-7.
- 8- McCormack C,et al.Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma,A possible indicator of differing causes.Arch Dermatol.1997; 133(5):593-6.
- 9- Puavilai S,et al.Correlation of histological subtypes of basal cell carcinoma with age,sex and distribution of skin lesions:a five-year study at Ramathibodi Hospital.J Med Assoc Thai.2002;85(5):560-4.
- 10- Bastiaens M,et al.Differences in age,site distribution and sex between nodular and superficial basal cell carcinoma indicate different types of tumors.J Invest Dermatol.1998; 110(6):880-4.
- 11- Raasch B,et al.Basal cell carcinoma:Histological classification and body-site distribution.Br J Dermatol.2006; 155(2):401-7.
- 12- Garcias-Ladaria J,et al.Basal cell carcinoma in young adults.Actas Dermosifiliogr.2017;108:376-7.
- 13- Betti R,et al.Anatomic location and histopathologic subtype of basal cell carcinomas in adults younger than 40 or 90 and older:Any difference?Dermatol Surg.2009;35:201-206.
- 13- Almeida A,et al.Frequency of basal cell carcinoma in population younger than 50 years of age:clinical study and literature review.An.Bras.Dermatol.2009;vol.84.
- 14- Roudier-Pujol C,et al.Basal cell carcinoma in young adults:not more aggressive than in older patients.Dermatology.1999;199(2):119-23.
- 15- Milroy C,et al.Aggressive basal cell carcinoma in young patients:fact or fiction?Br J Plast Surg.2000;53(5):393-6.
- 16- Leffell D,et al.Aggressive-Growth Basal cell carcinoma in young adults.Arch Dermatol.1991; 127(11):1663-7.

تاريخ ورود البحث: 2018/11/25.

تاريخ قبوله للنشر: 2018/12/06.