

مقایسه اثرات درمانی و زیبایی سه روش کورت، جراحی و کورت توأم با کوتریزاسیون در ضایعات کارسینوم سلولهای بازال

چکیده :

مقدمه و هدف: شایع‌ترین بدخیمی‌های انسان، بدخیمی‌های پوستی است و از میان آنها کارسینوم سلولهای بازال شایع‌ترین است. این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه اثرات درمانی و زیبایی سه روش کورت، جراحی و کورت توأم با کوتریزاسیون در ضایعات کارسینوم سلولهای بازال انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه مداخله‌ای است که بر ۷۹ ضایعه کارسینوم سلولهای بازال در ناحیه سر و صورت ۶۴ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان بعثت سنج در طی سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲ انجام شده است. در این پژوهش سه روش درمانی کورت، جراحی و کورت به همراه کوتریزاسیون با هم مقایسه شدند. نمونه‌گیری به صورت نمونه در دسترس بوده و بیماران مراجعه کننده که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند به یکی از سه گروه مورد مطالعه تخصیص داده شدند. نتایج درمانی در فرم اطلاعات ثبت شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و شاخص‌های توصیفی آنالیز گردیدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تعداد ۶۹ تومور (۸۷/۳ درصد) به صورت پاپولونودولار بوده که از این تعداد ۶۱ تومور (۸۸/۴ درصد) دارای زخم بر روی سطح تومور بودند. در درمان جراحی که در این مطالعه روی ۲۶ ضایعه انجام شد میزان بهبود ۹۱/۷ درصد بود. در ۴۵ مورد (۵۷ درصد) تومورها از نوع سخت بودند. در طی پیگیری در ۹ تومور (۱۱/۴ درصد) عود مشاهده گردید. ۲ تومور در گروه درمان شده به روش جراحی، ۵ تومور در گروه تحت درمان به روش کورت و ۲ تومور در گروهی که با کورت به همراه کوتریزاسیون درمان شده بودند، قرار داشتند. نتایج زیبایی در بیماران که با کورت تحت درمان قرار گرفتند، خوب بود و فقط اسکار خیلی کوچکی و یا هیپرپیگمانتاسیون خفیفی در بعضی از آنها رخ داد.

نتیجه‌گیری: درمان با کورت برای ضایعات کوچک و یا نودولهای کوچک مناسب است، ولی برای تومورهای دارای رفتار تهاجمی و رشد سریع توصیه نمی‌شود. نتیجه زیبایی در بیماران که به وسیله کورت به همراه کوتریزاسیون تحت درمان قرار گرفتند نیز بسیار خوب بود و در اکثر موارد بدون اسکار و یا با اسکار بسیار کم بود. کورت به همراه کوتریزاسیون روشی مناسب، ارزان و آسان جهت درمان ضایعات کوچک کارسینوم سلولهای بازال توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کارسینوم سلولهای بازال، کورت، جراحی، کوتریزاسیون

دکتر فرخ راد*
دکتر رکسانا یغمایی*

*متخصص پوست، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان بعثت، درمانگاه پوست

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۱۲/۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۵/۴

مؤلف مسئول: دکتر فرخ راد
پست الکترونیک: dr_farokh_rad@yahoo.com

مقدمه

در این نواحی باید هم تأثیر درمانی مناسبی داشته باشد و هم از نظر زیبایی قابل قبول باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه اثرات درمانی و زیبایی سه روش کورت، جراحی و کورت توأم با کوتریزاسیون در ضایعات کارسینوم سلول‌های بازال انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این یک مطالعه مداخله‌ای است که بر روی ۷۹ ضایعه کارسینوم سلول‌های بازال در ناحیه سر و صورت ۶۴ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان بعثت سنندج در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲ انجام پذیرفته است. در این مطالعه سه روش درمانی کورت، جراحی و کورت به همراه کوتریزاسیون با هم مقایسه شدند. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت نمونه در دسترس بوده و بیماران مراجعه کننده که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند به یکی از سه گروه مورد مطالعه تخصیص داده شدند و تا رسیدن به حجم نمونه لازم مطالعه ادامه یافت. از کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی اخذ گردید.

معیار ورود به مطالعه ابتلا به ضایعه کارسینوم سلول‌های بازال در صورت و معیارهای خروج از مطالعه انجام درمان قبلی برای این ضایعات، عدم مراجعه مجدد و ضایعه بزرگتر از ۴ سانتی‌متر بود. جهت رعایت اصول اخلاقی، ۵ بیمار با ۵ ضایعه که نیاز به انجام جراحی داشتند (دارای ضایعه بین ۳ تا ۴ سانتی‌متر بودند) در گروه جراحی قرار داده

شایع‌ترین بدخیمی‌های گرفتار کننده بشر، بدخیمی‌های پوستی است و از میان آنها کارسینوم سلول‌های بازال از بقیه شایعتر است (۱). ۶۵ درصد از کل تومورهای اپیتلیال از این نوع هستند (۳ و ۲) که در اکثر موارد در ناحیه سر و گردن می‌باشد. این تومور در مردان شایعتر از زنان است و اغلب در سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی ظاهر می‌شود (۲). تابش نور آفتاب، وضعیت شغلی و ژنتیکی، نقص ایمنی و وجود عوامل مستعد کننده از عوامل خطر برای این بیماری محسوب می‌شوند (۴ و ۵).

روش‌های درمانی جراحی و غیرجراحی وجود دارد که می‌تواند منجر به درمان موفق این عارضه شود. این روش‌ها شامل کورت، کوتریزاسیون، جراحی، کرایوتراپی، اشعه درمانی، فتودینامیک تراپی و ... می‌باشد (۶). انتخاب روش درمانی بر حسب معیارهای مختلف شامل؛ سن و جنس بیمار، اندازه، محل و وضعیت بافت شناسی تومور، تبحر پزشک و امکانات موجود می‌باشد (۷ و ۸). روش استاندارد برداشتن تومور از طریق جراحی است که در طی ۵ سال عودی حدود ۳/۲ درصد تا ۱۰ درصد برای تومورهای اولیه و بیشتر از ۱۷ درصد برای تومورهای عود کرده دارد (۸-۱۲). بیشتر موارد عود نیز در ناحیه سر و گردن روی می‌دهد که بیشترین میزان آن در بینی است (۱۳).

با توجه به اهمیت سر و صورت در زیبایی افراد و این که بیشترین موارد کارسینوم سلول‌های بازال نیز در همین نواحی بروز می‌کند، روش جراحی

در تمام موارد درمان از گزیلوکائین به عنوان ماده بی‌حسی استفاده شد. در مورد ضایعات بزرگتر که نیاز به گرافت و یا فلاپ‌های بزرگ داشتند از بیهوشی عمومی استفاده شد. نتایج درمانی در فرم اطلاعات ثبت شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS^(۱) و شاخص‌های توصیفی آنالیز گردیدند.

یافته‌ها

جمعیت مورد مطالعه شامل؛ ۳۶ مرد (۵۶/۳ درصد) و ۲۸ زن (۴۳/۷ درصد) و میانگین و انحراف معیار سن بیماران $55/07 \pm 7/1$ سال بود. در این مطالعه شایع‌ترین محل بروز تومور در نمونه‌های پژوهش گونه‌های آنها (۲۱/۶ درصد) و کمترین محل ضایعات ناحیه گیجگاه و شیار بین لب و بینی (۲/۵ درصد) بود (جدول ۱).

تعداد ۶۹ تومور (۸۷/۳ درصد) به صورت پاپولونندولار بوده که از این تعداد ۶۱ تومور (۸۸/۴ درصد) دارای زخم بر روی سطح تومور بودند. ۷ ضایعه (۸/۹ درصد) دارای ظاهر مورفئیک و ۳ ضایعه (۳/۸ درصد) نیز پیگمانته بودند.

اندازه ضایعات از ۳ میلی‌متر تا ۱۰ سانتی‌متر متغیر بود. اکثر تومورها رشد کند و آهسته‌ای داشتند، فقط دو مورد از آنها، یکی روی سر و یکی روی بینی رشد سریعی داشتند و بافت‌های استخوانی و غضروفی زیر تومور را تخریب کرده بودند. ضایعات متعدد در ۶ بیمار (۱۱ درصد)

شدند و در مورد بقیه موارد اندازه زخم ۲ سانتی‌متر یا کمتر بوده و برای آنها هر سه روش درمانی ذکر شده می‌توانست استفاده شود. میانگین و انحراف معیار مدت زمان پیگیری بیماران $3/1 \pm 13/2$ ماه بود.

۲۵ مورد از این تومورها با کورت، ۲۶ مورد با جراحی و ۲۸ تومور با روش کورت به همراه کوتریزاسیون تحت درمان قرار گرفتند. ضایعات بزرگتر و ضایعاتی که بافت‌های عمقی را درگیر کرده بودند (۵ ضایعه) با استفاده از جراحی پلاستیک تحت درمان قرار گرفتند و برای آنها از گرافت و یا فلاپ استفاده شد. در حین جراحی از پوست اطراف ضایعات بزرگتر تا ۱ سانتی‌متر و از پوست اطراف ضایعات عود کننده تا ۳ سانتی‌متر به عنوان حاشیه امن به وسیله جراح پلاستیک برداشته شد.

در درمان ضایعاتی که با کورت تحت درمان قرار گرفتند از یک کورت کوچک استفاده شد و بعد از برداشتن توده تومور، بر روی قاعده ضایعه کورت کشیده شد. اشکال این نوع درمان این بود که نمی‌شد از پوست طبیعی حاشیه تومور نیز برداشت. در درمان به وسیله کورت و کوتریزاسیون بعد از کورت کشیدن ضایعات، سطح زخم به جای مانده به طور سطحی کوتریزاسیون شد، سپس روی این سطح دوباره کورت کشیده شد و دوباره کوتریزاسیون گردید. همچنین پوست طبیعی اطراف تومور به شعاع یک تا ۲ میلی‌متر به وسیله کوتریزاسیون تخریب گردید. اشکال این نوع درمان نیز این بود که نمی‌شد از پوست طبیعی حاشیه تومور برای بررسی پاتولوژی برداشت.

1-Statistical Package for Social Sciences

دیده شد.

از نظر هیستولوژیک تومورهای نوع مورفئیک و یا توپر بودند (جدول ۲).

نتایج زیبایی در بیمارانی که با کورت تحت درمان قرار گرفتند خوب بود و فقط اسکار خیلی کوچک و یا هیپرپیگمانتاسیون خفیفی در بعضی از آنها رخ داد. نتیجه زیبایی در بیمارانی که به وسیله کورت به همراه کوتریزاسیون تحت درمان قرار گرفتند نیز بسیار خوب بود و در اکثر موارد بدون اسکار و یا با اسکار بسیار کم همراه بود. نتیجه زیبایی در بیمارانی که با روش جراحی درمان شدند متفاوت بود. ضایعاتی که به طور سرپایی جراحی شدند، اسکار کوچکی در محل بخیه به جای گذاشتند. اندازه اسکار بستگی به اندازه تومور داشت. در مواردی که از فلاپ و یا گرافت برای درمان استفاده شد، نتایج عمل از نظر زیبایی خوب نبود، ولی قابل قبول بود (جدول ۳).

تومورهای عود کرده فقط از نوع تومورهای سخت و مورفئیک بودند.

جدول ۱: فراوانی محل ضایعات کارسینوم سلولهای بازال در افراد مورد مطالعه

محل ضایعات	تعداد	درصد
گونه	۱۷	۲۱/۶
پیشانی	۱۵	۱۹
اسکالپ	۸	۱۰/۱
کانتوس میانی	۱۰	۱۲/۶
لب پایین	۷	۸/۹
منطقه آلاز	۶	۷/۶
پل بینی	۵	۶/۳
نوک بینی	۴	۵/۱
منطقه دور گوش	۳	۳/۸
چین بینی لبی	۲	۲/۵
ناحیه گیجگاه	۲	۲/۵
جمع	۷۹	۱۰۰

هیچ بیماری علایم متاستاز در زمان مراجعه اول نداشت. ۳۹ بیمار (۶۰/۹ درصد) به مدت طولانی در معرض نور آفتاب بودند. کراتوزسولار روی صورت ۱۹ بیمار (۲۹/۷ درصد) وجود داشت و ۵ بیمار اسکار رادیوتراپی قبلی و ۱ نفر آلبرینسیم داشتند. در ۴۵ مورد (۵۷ درصد) تومورها از نوع سخت، ۱۴ مورد (۱۷/۷ درصد) سخت و آدنوئید، ۱۰ نفر (۱۲/۶ درصد) آدنوئید، ۷ نفر (۸/۹ درصد) مورفئیک و ۳ نفر (۳/۸ درصد) پیگمانته بودند.

در دوره پیگیری بیماران بین ۳ تا ۲۷ ماه به طور متوسط $13/2 \pm 3/1$ ماه نیز علایمی مبنی بر پیدایش متاستاز دیده نشد. در پیگیری بیماران در ۴ بیمار (۶/۲ درصد) ضایعات جدید کارسینوم سلولهای بازال روی صورت (پیشانی، بینی و پلک پایین) و در ۳ بیمار (۴/۷ درصد) ضایعات کارسینوم سلولهای سنگفرشی روی صورت (بینی و لب پایین) ایجاد شد.

در پیگیری این بیماران در ۹ تومور (۱۱/۴ درصد) عود مشاهده گردید که ۲ تومور در گروه تحت درمان با روش جراحی، ۵ تومور در گروه با روش کورت و ۲ تومور در گروهی که با کورت به همراه کوتریزاسیون درمان شده بودند، قرار داشتند. عود در تومورهای جراحی شده و یا کورت شده در طی یک سال اول بعد از درمان و در تومور درمان شده با کورت به همراه کوتریزاسیون در طی سال دوم بعد از درمان رخ داد. تمام تومورهای عود کننده

جدول ۲: فراوانی عود بر حسب نوع تومور از نظر بافت‌شناسی در گروه‌های درمانی مختلف

گروه درمانی	نوع تومور از نظر بافت‌شناسی	تومور تعداد (درصد)	عود تعداد (درصد)
کورت	سخت	۱۶ (۱۰۰)	۴ (۲۵)
	مورفئیک	۱ (۱۰۰)	۱ (۱۰۰)
جراحی	سخت	۱۳ (۱۰۰)	۱ (۷/۷)
	مورفئیک	۲ (۱۰۰)	۱ (۵۰)
کورت و کوتریزاسیون	سخت	۱۶ (۱۰۰)	۱ (۶/۳)
	مورفئیک	۳ (۱۰۰)	۱ (۳۳/۳)
جمع		۵۱ (۱۰۰)	۹ (۱۷/۶)

جدول ۳: فراوانی تعداد ضایعه، عود و نتایج درمانی از نظر زیبایی در گروه‌های درمانی مختلف

گروه درمانی	اسکار شدید تعداد (درصد)	اسکار خفیف تعداد (درصد)	هیپریپیگمانتاسیون تعداد (درصد)	بدون اسکار تعداد (درصد)	تعداد ضایعه تعداد (درصد)	عود تعداد (درصد)
کورت	۰ (۰)	۰ (۰)	۵ (۲۰)	۲۰ (۸۰)	۲۵ (۳۱/۶)	۵ (۲۰)
جراحی	۴ (۱۵/۴)	۱۲ (۴۶/۱)	۰ (۰)	۱۰ (۳۸/۵)	۲۶ (۳۲/۹)	۲ (۷/۷)
کورت و کوتریزاسیون	۰ (۰)	۵ (۱۷/۹)	۷ (۲۵)	۱۶ (۵۷/۱)	۲۸ (۳۵/۴)	۲ (۷/۱)
جمع	۴ (۵/۱)	۱۷ (۲۱/۵)	۱۲ (۱۵/۲)	۴۶ (۵۸/۲)	۷۹ (۱۰۰)	۹ (۱۱/۴)

بحث و نتیجه‌گیری

سلول‌های کارسینوم بازال شایع‌ترین نوع بدخیمی در انسان است. افزایش شیوع سلول‌های کارسینوم بازال در دنیا باعث شده است که مطالعات زیادی در مورد روش‌های دریافتی متفاوت برای این بیماری انجام شود (۸ و ۷). انتخاب روش‌های درمانی به عواملی از قبیل عوامل مربوط به بیمار شامل؛ سن، جنس و وضعیت بهداشت عمومی، خصوصیات تومور شامل اندازه، محل و زیر گروه هیستولوژیک و همچنین تبحر پزشک و امکانات موجود بستگی دارد (۱۴ و ۸، ۷).

میانگین و انحراف معیار سن بیماران در این

مطالعه $55/07 \pm 7/1$ سال است که بیشتر از مطالعات مشابه می‌باشد. در مطالعه‌ای که در استرالیا انجام شد، میانگین سنی افراد مبتلا به کارسینوم سلول‌های بازال ۶۱ سال بوده (۱۴) و در مطالعه‌ای که در اصفهان انجام شد این میزان ۵۸ سال بود (۱۵).

در این مطالعه تومور سخت شایع‌ترین نوع از نظر بافت‌شناسی بود. در مطالعه فردریش و همکاران^(۱) (۱۹۹۲ تا ۱۹۹۷) ۸۳ درصد از تومورهای

1-Friedrich et al

عود ۵ ساله حدود ۳/۲ تا ۱۰ درصد در تومورهای اولیه می‌باشد (۸-۱۲). در روش جراحی موهس^(۳) میزان عود بسیار کمتر است (۱۴) به صورتی که این میزان برای تومورهای اولیه در پیگیری ۵ ساله در یک مطالعه ۱/۴ درصد و برای تومورهای عود کننده ۴ درصد بوده است (۱۴) و در مطالعه دیگری این میزان به ترتیب؛ ۳/۲ درصد و ۶/۷ درصد گزارش گردیده است (۲۲). لازم به ذکر است که عود ضایعات بستگی به اندازه تومور و تهاجمی بودن تومور از نظر بافت‌شناسی دارد (۸-۱۱).

نوع تومور نقش مهمی در رفتار و یا درمان و اثر آن در تومور دارد. مخصوصاً کارسینوم سلول‌های بازال با رشد سریع و تهاجمی دارای مرزهای کاملاً مشخص نمی‌باشد و این سبب مشکل‌تر شدن درمان در این نوع تومورها می‌شود و علاوه بر این تومورها ممکن است که به بافت پیوندی، غضروف و اطراف اعصاب نفوذ کرده و برداشتن کامل تومور را مشکل نماید (۲۳).

نتایج تحقیقات نشان داده است که رشد سریع و رفتار تهاجمی عوامل مهمی در عود این بیماری می‌باشد، بنابراین تعیین نوع کارسینوم سلول‌های بازال قبل از شروع درمان اهمیت دارد. برای تومورهایی که دارای رفتار تهاجمی و رشد سریع می‌باشند، روش درمان کورت روش مناسبی نیست. زیرا این تومور دارای قسمت‌های فیروز شده

جراحی شده نوع سخت بودند (۱۶). در مطالعه اصلیان (۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱) شایع‌ترین نوع کلینیکی و هیستولوژیک به ترتیب؛ ندولولوسراتیو و ندولر بود (۱۵).

در این مطالعه بیشتر بیماران به مدت طولانی در معرض آفتاب بوده‌اند که در مطالعه حکمی (۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸) و احمایی (۱۳۷۸) و نیز مطالعات دیگر مهمترین عامل خطر برای بروز کارسینوم سلول‌های بازال در معرض آفتاب بودن ذکر شده است (۱۹ - ۱۷ و ۱).

در این مطالعه، عود کوتاه مدت به ترتیب؛ برای روش‌های کورت، جراحی و کورت به همراه کوتریزاسیون بود. در مطالعات مختلف و روش‌های درمانی مختلف میزان عود متفاوت بوده است. در روش استاندارد برش، بعد از ۵ سال حدود ۳/۲ تا ۱۰ درصد تومورهای اولیه و بیشتر از ۱۷ درصد تومورهای عودی، مجدداً عود کرده‌اند (۸-۱۲). برای روش رادیوتراپی در مطالعه کوان و همکاران^(۱) (۲۰۰۴) در پیگیری ۴ ساله میزان عود کارسینوم سلول‌های بازال حدود ۱۴ درصد (۲۰) و در مطالعه زاگرودینک و همکاران^(۲) (۲۰۰۳) در پیگیری ۵ ساله میزان عود ۸/۲ درصد برای نوع ندولار، ۲۶/۱ درصد برای نوع سوپرفیشیال و ۲۷/۷ درصد برای نوع اسکریزنگ گزارش شده است (۲۱).

روش جراحی یکی از شایع‌ترین درمان‌های کارسینوم سلول‌های بازال است. در روش جراحی بدون برداشتن پوست طبیعی اطراف تومور، میزان

1-Kwan et al
2-Zagrodink et al
3-Mohs

و کوتر با هم بهتر از جراحی بود. در مطالعه اسیلیان (۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱) در ۸۱ درصد موارد نتایج زیبایی عالی و خوب گزارش شد که مطالعه ایشان به روش جراحی میکروگرافیک انجام شد (۱۵).

در مجموع نتیجه‌گیری می‌شود که درمان با کورت برای ضایعات کوچک و یا نودولهای کوچک مناسب است، ولی برای تومورهای دارای رفتار تهاجمی و رشد سریع توصیه نمی‌شود. نتیجه زیبایی در بیمارانی که به وسیله کورت به همراه کوتریزاسیون تحت درمان قرار گرفتند نیز بسیار خوب بود و در اکثر موارد بدون اسکار و یا با اسکار بسیار کم بود. کورت به همراه کوتریزاسیون روشی مناسب، ارزان و آسان جهت درمان ضایعات کوچک کارسینوم سلول‌های بازال توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند قدردانی می‌گردد.

می‌باشد و به راحتی به وسیله کورت برداشته نمی‌شود. جراحی موهس درمان انتخابی برای این تومورها می‌باشد و اگر امکان جراحی موهس نباشد، برداشتن تومور به طور عمقی توصیه می‌شود (۲۴).

در مطالعه حاضر در درمان جراحی میزان بهبود ۹۱/۷ درصد بود که با مطالعات بزرگتر هم‌خوانی دارد که موفقیت درمان با برش جراحی از ۹۰ تا ۹۷ درصد متفاوت گزارش شده است (۱۱ و ۱۰، ۸). درمان با کورت برای ضایعات کوچک و یا نودولهای کوچک مناسب است، ولی برای تومورهای دارای رفتار تهاجمی و رشد سریع توصیه نمی‌شود. درمان با کورت در مطالعه حاضر ۸۰ درصد بهبود داشت و در مورد درمان کورت به همراه کوتریزاسیون میزان بهبود بیماران ۹۲/۳ درصد بود که کمی کمتر از میزان بهبود در روش موهس (بیشتر از ۹۵ درصد) می‌باشد (۲۲ و ۱۵). این روش برای درمان تومورهای با رفتار تهاجمی مناسب نمی‌باشد. تعداد زیادی از محققان توصیه کرده‌اند که این روش برای تومورهای حداکثر تا اندازه ۲ و یا ۴ سانتی‌متر می‌تواند انجام شود. هرچه تومور بزرگتر باشد، احتمال عود بیشتر می‌شود. در درمان کارسینوم سلول‌های بازال انتخاب صحیح بیمار برای یک نوع درمان مهمترین عامل می‌باشد. انتخاب صحیح بر اساس اندازه تومور، نوع هیستولوژیک و تومور اولیه یا عود کننده، محل و طبیعت تومور می‌باشد (۲۴). در مطالعه حاضر نتایج زیبایی در کورت از دیگر روشها بهتر بود. همچنین نتایج زیبایی در کورت

Comparison of Therapeutic and Cosmetic Results of Curettage, Surgical Excision and Combined Curettage and Cauterization in Lesions of Basal Cell Carcinoma (BCC)

Rad F*,
Yaghmaie R*.

*Assistant Professor of Dermatology,
Department of Dermatology, Besat
Hospital, Kurdistan University of
Medical Sciences, Sanandaj, Iran

KEYWORDS:

Basal Cell Carcinoma (BCC),
Curettage,
Surgical excision,
Cauterization

Received: 7/12/1384

Accepted: 2/5/1385

Corresponding Author: Rad F

E-mail: dr_farokh_rad@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Skin cancers are the most common malignancies of the mankind. Basal cell carcinoma (BCC) constitutes the most prevalent skin cancer in human beings. This study aimed to evaluate the therapeutic and cosmetic results of three methods of treatment of BCC i.e. curettage, surgical excision and combined curettage and cauterization.

Materials & Methods: This is an interventional study, through which 79 lesions of BCC on the faces and scalps of 64 patients in Besat hospital of Sanandaj city in 2001-2003 were treated by curettage, surgical excision and combined curettage and cauterization. Collected data were recorded in frequency tables.

Results: 69 (87.3%) of tumors were papulonodular type, 61 of them had an ulcer on their surface. 26 tumors were treated by surgery which had a cure rate of 91.7%. 45 (57%) tumors were of solid type. During the follow-up period, an overall recurrence rate of 11.4% (9 tumors) was noticed. Two of the tumors that were treated by surgery, 5 of the tumors treated by curettage, and 2 of those which were treated by combined curettage and cauterization recurred. The cosmetic result in the patients who had been treated by curettage was quite promising, only a small scar or a slight hyper pigmentation was left at the site of the lesions.

Conclusion: Curettage is more suitable for the treatment of small lesions of B.C, but it is not recommended for the treatment of the tumors having aggressive behavior or rapid growth. The cosmetic result in the patients treated by combined curettage and cauterization of the lesions was also excellent and in most cases scar was minimal or absent. Combined curettage and cauterization is a cheap and suitable method for the treatment of BCC and it can easily be accomplished.

REFERENCES:

۱. حکمی ناصر. بررسی عوامل عمده اپیدمیولوژیک و اتیولوژیک مؤثر بر بروز بازال سل کارسینومای سر و گردن در بیماران بستری شده با همین تشخیص در بیمارستان شهید دکتر بهشتی زنجان ۱۳۷۸-۱۳۷۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان ۱۳۷۹؛ سال سوم، شماره ۲: ۲۸-۲۱.
2. Cummings CF, John M, Harker IA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. Otolaryngology head and neck surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1998; 1320-1.
3. Lacour JP. Basal cell carcinoma. Rev Part 1999; 49(8): 824-8.
4. Friedma GD, Tekaw IS. Association of basal cell skin cancers with other cancer (United States). Cancer Causes Control 2000; 11(10): 891-7.
5. Plesko I, Severi G, Obsitnikova A. Trends in the incidence of nonmelanoma skin cancer in Slovakia, 1978-1995. Neoplasma (slovakia) 2000; 47(3): 137-42.
6. Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol 1999; 141:415-23.
7. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. Arch Dermatol 1999; 135:1177-83.
8. Kuijpers DI, Thissen MR, Neumann MH. Basal cell carcinoma: treatment options and prognosis, a scientific approach to a common malignancy. Am J Clin Dermatol 2002; 3: 247-59.
9. Netscher DT, Spira M. Basal cell carcinoma: an overview of tumor biology and treatment. Plast Reconstr Surg 2004; 113:74-94.
10. Silverman MK, Kopf AW, Bart RS, Grin CM, Levenstein MS. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 3: Surgical excision. J Dermatol Surg Oncol 1992; 18: 471-6.
11. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL JR. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. J Dermatol Surg Oncol 1989; 15: 315-28.
12. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL JR. Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal cell carcinoma. J Dermatol Surg Oncol 1989; 15: 424-31.
13. Kaskinen A, Oikarinen A. Nonmelanoma skin cancer in northern Finland. Int J Dermatol 1996; 35(10): 700-3.
14. Leibovitch L, Huilgol SC, Selva D, Richards FS, Paver R. Basal cell carcinoma treated with Mohs surgery in Australia (Outcome at 5-year follow-up). J Am Acad Dermatol 2005; 53, (3): 452-7.
۱۵. اصیلیان علی، فرینام مسعود، کیانی اسدالله. بررسی نتایج درمان کارسینوم سلول بازال با جراحی میکروگرافیک موهس در کلینیک پوست بیمارستان الزهرا (س) اصفهان (از مهر ۱۳۷۸ الی اسفند ۱۳۸۱). فصلنامه ره‌آورد دانش، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۳۸۱؛ دوره ۵، شماره ۲۱: ۲۷-۲۲.
16. Friedrich RE, Giese M, Li L, Schenk Y, Schmelzle R. Diagnosis, treatment and follow-up control in 124 patients with basal cell carcinoma of the maxillofacial region treated from 1992 to 1997. Anticancer Res 2005; 25(3A):1693-7.
۱۷. احيایي فریدعلی. بررسی اپیدمیولوژی کارسینوم سلول بازال در استان کردستان در سال ۱۳۷۸. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ۱۳۸۱؛ سال ششم، شماره ۲۳: ۱۶-۱۹.
18. Mahmoud SF, Azadeh B. Basal Cell carcinoma in Rater: Int J Dermatol 1996; 35(10): 704-6.
19. Lathlean S. Skin cancer in general practice in South Australia. A five years study. Aust Fam Physician 1993; 28(1): 528-31.
20. Kwan W, Wilson D, Moravan V. Radiotherapy for locally advanced basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2004; 60:406-11.
21. Zagrodnik B, Kempf W, Seifert B, Muller B, Burg G, Urosevic M, et al. Superficial radiotherapy for patients with basal cell carcinoma: recurrence rates, histologic subtypes, and expression of p53 and Bcl-2. Cancer 2003; 98:2708-14
22. Smeets NW, Kuijpers DI, Nelemans P, Ostertag JU, Verhaegh ME, Krekels GA, et al. Mohs' micrographic surgery for treatment of basal cell carcinoma of the face--results of a retrospective study and review of the literature. Br J Dermatol 2004 ;151(1):141-7.
23. Lang PG, Maize JC. Histologic evaluation of recurrent basal cell carcinoma and treatment implication. J Am Acad Dermatol 1986; 14:186-96.
24. Johnson TM, Tromvitch TA, Swanson NA. Combined curettage and excision: A treatment method for primary basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 1991; 24:613-617.