

(مقاله پژوهشی)

بررسی آسیب شناسی و بالینی ضایعات خوش خیم و بدخیم آنوس در طی سال های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید صدوقی یزد

شکوه تقی پور ظهیر^{۱*}، معصومه مزیدی^۲

چکیده

زمینه و هدف: درگیری آنوس و پوست اطراف آن یکی از شکایت های معمول در درمانگاه گوارش می باشد و با این حال نئوپلاسم های کانال مقعد و پوست غیر معمول است. این مطالعه با هدف بررسی کلینیکوپاتولوژی ضایعات خوش خیم و بدخیم آنوس انجام گرفت.

روش بررسی: کلیه بیمارانی که در طی سال های ۱۳۸۵ الی ۱۳۹۵ با تشخیص اولیه ضایعه آنال تحت بیوپسی و یا اکسیزیون قرار گرفته بودند و به بخش پاتولوژی بیمارستان شهید صدوقی یزد مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافیک از جمله سن، جنس، علائم بالینی و تشخیص هیستوپاتولوژیک وارد چک لیست از قبل تهیه شده گردیدند. سپس توسط نرم افزار اماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل اماری قرار گرفتند. موارد pv کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ اماری معنی دار تلقی شدند.

یافته ها: از کل ۱۶۶۲ بیمار ۹۳۴ نفر مرد (۵۶/۲٪) و ۷۲۸ نفر (۴۳/۸٪) زن بودند. میانگین سنی بیماران ۴۲/۴ با انحراف معیار ۱۵/۷ سال و دامنه تغییرات ۱۵ تا ۸۷ سال بود. شایعترین تومور بدخیم ناحیه آنوس آدنوکارسینوما (۷۶/۵٪) و سپس ملانوم بدخیم (۱۷/۶٪) بود. فراوانی تومورهای بدخیم در مردان بیشتر از زنان بوده است. شایعترین علامت در بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم، خونریزی بود. شایعترین ضایعه خوش خیم هموروئید (۶۶/۵٪) بود. اکثریت ضایعات خوش خیم در سنین زیر ۵۰ سال بوده اند و شایعترین علامت بالینی در تومورهای خوش خیم احساس توده (۶۳/۳٪) بوده است.

نتیجه گیری: در این مطالعه بر خلاف سایر مطالعات آدنوکارسینوم آنوس شایع ترین تومور بوده که فراوانی آن در جنس مذکر بیشتر بوده است.

واژگان کلیدی: نئوپلاسم، خوش خیم، بدخیم، آنوس.

۱-استاد گروه پاتولوژی.

۲- پزشک عمومی.

۱-گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی و بهداشتی شهید صدوقی یزد.

۲-دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی و بهداشتی شهید صدوقی یزد.

*نویسنده مسؤول:

شکوه تقی پور ظهیر؛ گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی و بهداشتی شهید صدوقی یزد.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۳۳۵۳۱۴۷۱

Email: taghipourzahirsh@gmail.com

اعلام قبولی: ۱۳۹۸/۴/۱۵

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۸/۳/۲۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

مقدمه

تومور که نتایج به دست آمده نشان داد که سرطان سلول سنگفرشی در زنان بالاتر بوده و میزان بروز سرطان آنال در سنین زیر ۴۰ سال بیشتر می باشد (۵). در مطالعه ای در سال ۲۰۱۶ که توسط Surabhi و همکاران انجام شد، سیر تکامل و مدیریت سرطان سلول های سنگفرشی مقعد مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ارتباط نزدیکی بین این سرطان و ویروس HPV پیدا شد و هم چنین پاپ اسمیر مقعد و آنوسکوپی با رزولوشن بالا راه های نوظهور و مناسبی برای جلوگیری از پیشرفت ضایعات پیش بدخیم شناخته شد (۶). در مطالعه ای که توسط Leonard و همکاران بر روی ضایعات پوستی آنوس و اطراف آنوس انجام گرفت دیده شد که شایع ترین سرطان این ناحیه سرطان سلول سنگفرشی و بعد از آن بیماری بوون، پازه، سرطان سلول بازال، ملانوم و نهایتا ادنوکارسینوم است و مشاهده کردند که تاخیر در تشخیص این نوع تومورها در این ناحیه با پیشرفت گسترده همراه بوده است و برای همین این منطقه اناتومیک بسیار مهم بوده و شناخت زودرس می تواند نجات بخش جان بیمار باشد (۷). در مطالعات اخیر گزارش شده است که به علت تغییر الگوهای رفتاری در ارتباطات جنسی جامعه و به طبع آن افزایش عفونت HPV و نیز افزایش افراد مبتلا به HIV که موجب افزایش سرطان های آنوس شده است (۸). از این رو بر آن شدیم تا ضایعات خوش خیم و بدخیم ناحیه ی مقعد را از نظر خصوصیات هیستوپاتولوژیک در یک بازه زمانی ده ساله از سال ۱۳۸۵ الی ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید صدوقی یزد مورد بررسی قرار دهیم تا به وضعیت بیماران مراجعه کننده با بیماری ها و تومورهای این ناحیه در مرکز دانشگاهی دست یابیم تا زمینه ای برای تحقیقات بعدی جامع تری باشد.

روش بررسی

در این مطالعه پس از اخذ مجوزهای لازم و کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی یزد مبنی بر حفظ اسرار بیمار مطابق با معاهده هلسینکی، اطلاعات

ضایعات ناحیه آنوس یکی از شایع ترین علت مراجعات به درمانگاه جراحی و داخلی می باشد. از شایع ترین ضایعات ناحیه آنوس می توان به هموروئید و فیشرها اشاره نمود (۱). ضایعات بدخیم ناحیه آنوس شامل سرطان سلول اسکواموس و ملانوم بدخیم و ادنوکارسینوم می باشد، البته تومورهای نادر از جمله بیماری پازه و تومورهای نورواندوکراین می توانند درگیر کننده این نواحی باشند (۱). در سال ۲۰۱۵ در مطالعه ای که توسط He X و همکاران به انجام رسید، نتایج هیستوپاتولوژیک ضایعات خوش خیم آنال مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، هموروئید در درجه اول و فیستول در درجه دوم قرار داشت. در طی بررسی هیستولوژیک ۱۶ درصد از این موارد خوش خیم، در نتایج پاتولوژی بعدی، بدخیمی را نشان دادند که این نتایج در افراد بالای ۶۰ سال بیشتر بود (۲). در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۳ توسط Lee Pc و همکاران در چین به انجام رسید، میزان بروز بدخیمی در ضایعات خوش خیم آنال مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه، بیماران با ضایعات خوش خیم آنال برای ۶ سال مورد پیگیری قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که در بیماران با هموروئید، احتمال بروز بدخیمی بالا می رود ولی در بیماران با ضایعات التهابی خوش خیم، احتمال بروز سرطان به جمعیت عادی هیچ فرقی ندارد (۳). در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۶ توسط Karaitianos و همکاران در مصر به انجام رسید، نقش سیتولوژی در تعیین نوع ضایعات آنال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که استفاده از نتایج سیتولوژی-پاتولوژی در تشخیص اولیه و نیز افتراق ضایعات خوش خیم، پیش بدخیم و بدخیم، بسیار کمک کننده می باشد (۴). در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۵ توسط Shiels و همکاران در آمریکا به انجام رسید بروز سرطان آنال در آمریکا مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ضایعات ناحیه ی آنال در طی سال های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۱ که با تشخیص مربوطه بستری شده بودند، از نظر هیستولوژی، دموگرافیک و خصوصیات

توجه به $p=0/24$ ارتباط معنی داری میان انواع تومورهای بدخیم و جنس بیماران وجود نداشت. $47/1\%$ از تومورهای بدخیم آنوس در سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی و $29/4\%$ از آنان در سنین ۵۰ تا ۷۰ سالگی بودند. به جز تومور نورواندوکراین، دو تومور بدخیم دیگر اکثراً در سنین بالاتر تشخیص داده می‌شوند. با توجه به $p=0/37$ ارتباط معنی داری میان انواع تومور بدخیم و سن بیماران وجود ندارد (جدول ۳). شایعترین علامت در بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم، خونریزی بوده است که با توجه به $p=0/2$ ارتباط معنی داری میان انواع تومور بدخیم و علائم بالینی مشاهده نشد (جدول ۴).

فراوان ترین ضایعه خوش خیم در طول مطالعه هموروئید ($66/5\%$) بود، که شامل انواع هموروئید داخلی، خارجی و ترومبوزه بود (جدول ۵). اکثریت ضایعات در مردان شایعتر بوده به جز پولیپ، کندیلوما و کیست پوستی که در زنان شایعتر بوده است. با توجه به $p=0/13$ ارتباط معنی داری میان انواع ضایعات و جنس بیماران مشاهده نشد (جدول ۶). در این مطالعه اکثریت ضایعات خوش خیم در سنین زیر ۵۰ سال بوده اند. البته با توجه به $p=0/84$ ارتباط معنی داری میان سن و انواع ضایعات خوش خیم وجود نداشت (جدول ۷). در مجموع شایعترین علامت بالینی در تومورهای خوش خیم احساس توده ($63/3\%$) بوده است. در هموروئید، پولیپ، کندیلوما و کیست‌های پوستی شایعترین علامت احساس توده، در فیشر شایعترین علامت خونریزی و در فیستول ترشح و خونریزی شایعترین علامت بالینی بوده است. با توجه به $p=0/01$ ارتباط معنی داری میان انواع ضایعات خوش خیم با علائم بالینی مشاهده شد (جدول ۸).

بیماران محرمانه تلقی شده و فقط در راستای اهداف پژوهش از آن استفاده خواهد شد. تمامی بیمارانی که در طی سال‌های ۱۳۸۵ الی ۱۳۹۵ با تشخیص اولیه ضایعه آنال تحت بیوپسی و یا اکسیزیون قرار گرفته بودند و به بخش پاتولوژی بیمارستان شهید صدوقی یزد مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه اطلاعات دموگرافیک مورد نیاز از جمله سن، جنس، تشخیص پاتولوژی و علائم اولیه با استفاده از چک لیست از قبل تهیه شده از پرونده‌ی بیماران استخراج شد. سپس اطلاعات بدست آمده وارد نرم افزار آماری SPSS ورژن 21 شده و با استفاده از آزمون‌های آماری از جمله ANOVA و Chi square مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. کلیه موارد با p کمتر از $0/05$ از لحاظ آماری معنی دار تلقی شدند.

یافته‌ها

مطالعه حاضر به صورت یک مطالعه توصیفی تحلیلی با هدف بررسی وضعیت کلینیکوپاتولوژی ضایعات خوش خیم و بدخیم آنوس در طی سال‌های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام گرفت. در طول مطالعه و مدت زمان ۱۰ سال، ۱۷ مورد نمونه بدخیم و ۱۶۴۵ نمونه خوش خیم مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سنی بیماران $42/4$ با انحراف معیار $15/7$ سال و دامنه تغییرات ۱۵ تا ۸۷ سال بود. از میان بیماران ۹۳۴ نفر مرد ($56/2\%$) و ۷۲۸ نفر زن ($43/8\%$) بودند. طبق جدول ۱ شایع ترین تومور بدخیم اندوکارسینوم گزارش شده است. مطابق جدول ۲ فراوانی تومورهای بدخیم در مردان بیشتر از زنان بوده است اما با

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع تومورهای بدخیم

نوع تومور	تعداد	درصد
آدنوکارسینوما	۱۳	٪۷۶/۵
ملانوم بدخیم	۳	٪۷۶/۶
نورواندوکراین کارسینوما	۱	٪۵/۹
مجموع	۱۷	٪۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی تومورهای بدخیم بر حسب جنس

نوع تومور	مرد		زن		مجموع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آدنوکارسینوما	۷	٪۵۳/۸	۶	٪۴۶/۲	۱۳
ملانوم بدخیم	۳	٪۱۰۰	۰	٪۰	۳
نورواندوکراین کارسینوما	۱	٪۱۰۰	۰	٪۰	۱
مجموع	۱۱	٪۶۴/۷	۶	٪۵۳/۳	۱۷
				۰/۲۴	p

جدول ۳: توزیع فراوانی تومورهای بدخیم بر حسب سن

نوع تومور	زیر ۳۰ سال		۳۰ تا ۵۰ سال		۵۰ تا ۷۰ سال		مجموع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آدنوکارسینوما	۳	٪۲۳/۱	۶	٪۴۶/۲	۴	٪۳۰/۸	۱۳
ملانوما	۰	٪۰	۲	٪۶۶/۷	۱	٪۳۳/۳	۳
نورواندوکراین کارسینوما	۱	٪۱۰۰	۰	٪۰	۰	٪۰	۱
مجموع	۴	٪۲۳/۵	۸	٪۴۷/۱	۵	٪۲۹/۴	۱۷
						۰/۳۷	p

جدول ۴: توزیع فراوانی انواع تومور بدخیم بر حسب علائم بالینی

نوع تومور	احساس توده		خونریزی		درد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آدنوکارسینوما	۲	٪۱۵/۴	۹	٪۶۹/۲	۲
ملانوما	۲	٪۶۶/۷	۰	٪۰	۱
نورواندوکراین کارسینوما	۰	٪۰	۱	٪۱۰۰	۰
مجموع	۴	٪۲۳/۵	۱۰	٪۵۸/۸	۳
					۰/۲
					p

جدول ۵: توزيع فراوانی انواع ضایعات خوش خیم انوس و اطراف انوس

نوع ضایعه	تعداد	درصد
هموروئید	۱۰۹۴	٪۶۶/۵
فیشر	۹۷	٪۵/۹
فیستول	۱۲۵	٪۷/۶
منگوله پوستی و پولیپ	۱۵۸	٪۹/۶
کندیلوما (آکومیناتوم، وارت)	۹۴	٪۵/۷
کیست پوستی	۷۷	٪۴/۷
مجموع	۱۶۴۵	٪۱۰۰

جدول ۶: توزيع فراوانی انواع تومورهای خوش خیم بر حسب جنس

نوع ضایعه	مرد		زن		مجموع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
هموروئید	۶۳۴	٪۵۷/۹	۴۶۰	٪۴۲/۱	۱۰۹۴
فیشر	۷۲	٪۷۴/۲	۲۵	٪۲۵/۸	۹۷
فیستول	۶۸	٪۵۴/۴	۵۷	٪۴۵/۶	۱۲۵
منگوله پوستی و پولیپ	۶۹	٪۴۳/۶	۸۹	٪۵۵/۴	۱۵۸
کندیلوما (آکومیناتوم، وارت)	۴۴	٪۴۶/۸	۵۰	٪۵۳/۲	۹۴
کیست پوستی	۳۶	٪۴۶/۴	۴۱	٪۵۳/۳	۷۷
مجموع	۹۲۳	٪۵۶/۱	۷۲۲	٪۴۳/۹	۱۶۴۵
				۰/۱۳	

p

جدول ۷: توزيع فراوانی ضایعات خوش خیم بر حسب سن

نوع ضایعه	زیر ۳۰ سال		۳۰ تا ۵۰ سال		۵۰ تا ۷۰ سال		بالای ۷۰ سال		مجموع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
هموروئید	۳۳۰	٪۳۰/۲	۴۹۸	٪۴۵/۵	۲۵۷	٪۲۳/۵	۹	٪۰/۸	۱۰۹۴
فیشر	۳۸	٪۴۰/۲	۴۱	٪۴۲/۲	۱۸	٪۱۸/۶	۰	٪۰	۹۷
فیستول	۴۲	٪۳۳/۶	۶۴	٪۵۱/۲	۱۸	٪۱۴/۴	۱	٪۰/۸	۱۲۵
منگوله پوستی و پولیپ	۷۰	٪۴۴/۳	۴۹	٪۳۱/۱	۳۹	٪۲۴/۶	۰	٪۰	۱۵۸
کندیلوما (آکومیناتوم، وارت)	۴۱	٪۴۳/۶	۳۲	٪۳۴	۲۱	٪۲۲/۴	۰	٪۰	۹۴
کیست پوستی	۳۷	٪۴۸	۲۸	٪۳۶/۴	۱۲	٪۱۵/۶	۰	٪۰	۷۷
مجموع	۵۵۸	٪۳۳/۹	۷۱۲	٪۴۳/۳	۳۶۵	٪۲۲/۲	۱۰	٪۰/۶	۱۶۴۵
						۰/۸۴			

p

جدول ۸: توزیع فراوانی تومورهای خوش خیم بر حسب علائم بالینی

نوع ضایعه	احساس توده		خونریزی		درد		ترشح		مجموع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
هموروئید	۷۸۷	٪۷۱/۹	۱۶۹	٪۱۵/۵	۱۲۸	٪۱۱/۷	۱۰	٪۰/۹	۱۰۹۴
فیشر	۲	٪۰/۲	۶۴	٪۶۵/۹	۳۰	٪۳۰/۹	۱	٪۰/۱	۹۷
فیستول	۰	٪۰	۲۳	٪۱۸/۴	۱۶	٪۱۲/۸	۸۶	٪۶۸/۸	۱۲۵
Skin Tag و پولیپ	۱۲۹	٪۸۱/۶	۲۹	٪۱۸/۴	۰	٪۰	۰	٪۰	۱۵۸
کندیلوما (آکومیناتوم، وارت)	۵۴	٪۵۷/۵	۲۷	٪۲۸/۷	۹	٪۹/۶	۴	٪۴/۲	۹۴
کیست پوستی	۶۹	٪۸۹/۶	۰	٪۰	۲	٪۲/۶	۶	٪۷/۸	۷۷
مجموع	۱۰۴۱	٪۶۳/۳	۳۱۲	٪۱۸/۹	۱۸۵	٪۱۱/۳	۱۰۷	٪۶/۵	۱۶۴۵

۰/۰۰۱

p

بحث

سلول اسکواموس (SCC) شامل می شود ولی با این حال ادنوکارسینوم میتواند در برخی دیگر از کشورها میزان بیشتری از درگیری را شامل شود (۵). هم چنین در مطالعه ای دیگر که در سال ۲۰۱۵ در امریکا منتشر شد، گزارش شد که ۸۲/۲٪ از بیماران مورد مطالعه مبتلا به SCC آنوس، ۱۲/۳٪ مبتلا به ادنوکارسینوم و ۱/۶٪ مبتلا به ملانوما بودند در صورتیکه در مطالعه حاضر شایع ترین تومور بدخیم ادنوکارسینوم می باشد که غیر همسو با مطالعات فوق می باشد که شاید علت آن کمتر بودن عفونت پاپیلوما ویروس در جمعیت مورد مطالعه ما می باشد. هم چنین این مطالعه نشان داد فراوانی تومورهای بدخیم در مردان بیشتر از زنان بوده است اما ارتباط معنی داری میان انواع تومورهای بدخیم و جنس بیماران وجود نداشت. اما براساس مطالعه ای که در سال ۲۰۱۵ در امریکا منتشر شد، در طول سالهای ۱۹۹۷ تا ۲۰۱۱، مقادیر SCC مقعد، حداقل در میان زنان، به طور قابل توجهی افزایش یافته بود، در حالی که میزان بروز ادنوکارسینوم ها، کاهش یافته بودند (۵). علاوه بر این مقادیر میزان بروز در یک میلیون نفر، با بالاترین نرخ در میان مردان و در مطالعه رجیستری سان

تومورهای آنوس از جمله نئوپلاسم های نادر لوله گوارشی هستند. مطالعات نشان داده است که شایع ترین تومور کانال انال و پوست پری انال کارسینوم سلول های سنگفرشی (SCC) است؛ که گرچه درمان آن در دهه گذشته به طور قابل توجهی تکامل نیافته است، اما یک پیشرفت عمده کشف عفونت ویروسی پاپیلوما انسانی (HPV) به عنوان یک علت عمده بیماری و پیشگیری احتمالی آن از طریق استفاده از واکسن های جدید است. سایر نئوپلاسم های کمتر رایج کانال انال و پوست پری انال کارسینوم سلول بازال، ملانوم و آدنوکارسینوما هستند.

مطالعه حاضر که به صورت یک مطالعه توصیفی تحلیلی با هدف بررسی کلینیکوپاتولوژی ضایعات خوش خیم و بدخیم آنوس در سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام گرفت، نشان داد شایعترین تومور بدخیم ناحیه آنوس آدنوکارسینوما (۷۶/۵٪) و بعد از آن ملانوم (۱۷/۶٪) بوده است. بر همین اساس در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۶ در امریکا انجام شد، نشان داده شد که ۸۲ درصد از تمام سرطان های آنال در ایالات متحده را سرطان

جز کیست پوستی، فیبروپیتیلیال پولیپ، کندیلوما و پاپیلوما که در زنان شایعتر بوده است اما هیچ رابطه معنی داری میان نوع ضایعه و جنس آشکار نگردید. هم چنین، اکثریت ضایعات خوش خیم در سنین زیر ۵۰ سال بوده اند و ارتباط معنی داری میان سن و انواع ضایعات خوش خیم وجود نداشت. براساس مطالعات انجام شده شیوع ضایعات خوش خیم مقعد همچون همورئید در هر دو جنس یکسان بوده و معمولا در بازه سنی ۴۵ تا ۶۵ سال اتفاق می افتند که این یافته با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲). مطالعه Frisch و همکاران نشان داد که شایعترین ضایعات خوش خیم آنال به ترتیب همورئید، پولیپ و بعد از آن ها فیشر و فیستول هستند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۰). همچنین نتایج مطالعه آنها نشان داد که ضایعات خوش خیم در بین دو جنس تفاوت معنی داری نداشته است و بیشتر آنها در سنین زیر ۵۰ سال اتفاق می افتد. در مطالعه آنها با فالوآپ بیماران به مدت ۶ سال ریسک بدخیمی ضایعات خوش خیم نیز ارزیابی شد. در تایید این یافته های مطالعه Clark و همکاران نیز نشان داد که شایعترین ضایعه خوش خیم آنوس، همورئید، فیشر، آبسه و فیستول می باشد و با وجود اینکه بسیاری از بیماران از این شرایط رنج می برند میزان تشخیص و درمان این ضایعات حدود ۵۰ تا ۸۳ درصد است و بیشترین علت آن عدم گرفتن شرح حال و معاینه بالینی دقیق می باشد که همسو با مطالعه حاضر می باشد (۱۱).

نتیجه گیری

در این مطالعه بر خلاف سایر مطالعات که انواع تومورهای بدخیم در زنان بیشتر دیده شده بود در مردان بیشتر بوده و برخلاف مطالعات کشورهای دیگر که سرطان اسکواموس از سایر تومورهای بدخیم تر شایع تر بود نوع ادنوکارسینوم بیشتر بود. از میان ضایعات

فرانسيسكوافزايش یافته بودند. (۶و۵) هم چنین ۴۷/۱٪ از تومورهای بدخیم آنوس در سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی و ۲۹/۴٪ از آن در سنین ۵۰ تا ۷۰ سالگی هستند. به جز تومور نورواندوکراین، دو تومور بدخیم دیگر اکثرا در سنین بالاتر تشخیص داده می شوند؛ اما با توجه به اطلاعات به دست آمده از مطالعه ارتباط معنی داری میان انواع تومور بدخیم و سن بیماران وجود ندارد. اما از طرفی دیگر در مطالعه ای که در آمریکا انجام شد نشان داده شد که در تمام نژادها، SCC به طور کلی تا سن ۵۰ یا ۶۰ سال به صورت شدید افزایش مییابد، و پس از آن افزایش بیشتر بصورت تدریجی در سنین بالاتر بوده، به جز در میان مردان سیاه پوست، ادامه می یابد (۷و۸). هم چنین این مطالعه نشان داد که شایعترین علامت در بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم، خونریزی بوده است اما ارتباط معنی داری میان انواع تومور بدخیم و علائم بالینی مشاهده نشد اما برخلاف تومورهای بدخیم، تومورهای خوش خیم ارتباط معنی داری با علائم بالینی داشتند که همسو با سایر مطالعات می باشد (۸و۹). هم چنین طبق نتایج به دست آمده در این مطالعه شایعترین ضایعه خوش خیم در طول مطالعه همورئید (۶۶/۵٪) بود. که شامل انواع همورئید داخلی، خارجی و ترومبوزه بود. بعد از آن ضایعات منگوله پوستی و پولیپ (۹/۶٪) بیشترین فراوانی را داشت. بر این اساس، طبق مطالعه ای که مابین سال های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ در اتریش انجام شد، با توجه به ضعیف بودن اطلاعات اپیدمیولوژیک در مورد ضایعات خوش خیم آنوس، این مطالعه نشان داد که همورئید به عنوان شایعترین ضایعه خوش خیم مطرح شده که میزان شیوع گریدهای ۱ (۷۲/۸۹٪) از دیگر موارد بیشتر بوده و پس از آن گریدهای ۲، ۳ و ۴ به ترتیب بیشترین شیوع را داشتند (۹). این مطالعه نشان داد که اکثریت ضایعات خوش خیم در مردان شایعتر بوده به

خوش خیم هموروئیدها بیشتر بودند که اکثرا در افراد جوان مشاهده گردید. در این مطالعه همانند سایر مطالعات فراوان ترین سن ایجاد تومورهای بدخیم زیر ۵۰ سال بود.

منابع

- 1- AbdullGaffar B, Keloth T, Al-Hattawi M, Al Marzouqi M, ElTayeb Y. Benign anal and perianal polypoid neoplasms and tumor-like lesions. *Pathol Res Pract*. 2012 Dec 15;208(12):719-25. doi: 10.1016/j.prp.2012.09.004.
- 2- He X, Huang J, Yao J, Chen Z, Lian L, Li S, et al. Routine histopathologic examination of "benign" anal lesions: is it necessary? *Surg Today*. 2015 Apr;45(4):416-21. doi: 10.1007/s00595-014-1090-2
- 3- Lee PC, Hu YW, Hung MH, Chen CC, Lin HC, Lee FY, et al. The risk of cancer in patients with benign anal lesions: a nationwide population-based study. *Am J Med*. 2013 Dec;126(12):1143.e9-18. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.05.016.
- 4- Karaitianos IG, Archondakis SK, Korkolis D, Koundouris C, Xenitidis M, Daskalopoulou D, et al. The role of cytology in the diagnosis of benign and malignant anal lesions. *Acta Chir Jugosl*. 2006;53(2):39-42.
- 5- Shiels MS, Kreimer AR, Coghill AE, Darragh TM, Devesa SS. Anal Cancer Incidence in the United States, 1977-2011: Distinct Patterns by Histology and Behavior. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015 Oct;24(10):1548-56. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0044.
- 6- Surabhi VR, Menias CO, Amer AM, Elshikh M, Katabathina VS, Hara AK, et al. Tumors and Tumorlike Conditions of the Anal Canal and Perianal Region: MR Imaging Findings. *Radiographics*. 2016 Sep-Oct;36(5):1339-53. doi: 10.1148/rg.2016150209.
- 7- Leonard D, Beddy D, Dozois EJ. Neoplasms of Anal Canal and Perianal Skin. *Clin Colon Rectal Surg*. 2011 Mar; 24(1): 54-63. doi: 10.1055/s-0031-1272824
- 8- Sun Z, Migaly J. Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016 Mar; 29(1): 22-29. doi: 10.1055/s-0035-1568144
- 9- Frisch M, Melbye M. Anal Cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 3. New York, NY: Oxford University Press; 2006. pp. 830-40.
- 10- Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *International journal of colorectal disease*. 2012 Feb 1;27(2):215-20.
- 11- Clark SJ. Benign anal disease. *Journal of the American Academy of PAs*. 2016 Nov 1;29(11):23-9.

Characteristics of Benign and Malignant Anus Lesions in Patients Referred to Shahid Sadoughi General Hospital During 2006 to 2016, Yazd, Iran

Shokouh Taghipour Zahir^{1*}, Massoume Mazidi²

1-Professor of Pathology.
2-General Practitioner.

1-Department of Pathology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

2-Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*Corresponding author:

Shokouh Taghipour Zahir; Department of Pathology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Tel: +989129627559

Email: taghipourzahirsh@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: The involvement of the anus and the surrounding skin is one of the common complaints in the gastrointestinal clinic, however, neoplasms of the anal canal and skin are unusual. The aim of this study was to evaluate the clinical and pathological findings of benign and malignant lesions of anus among patients referred to pathology department of Shahid Sadoughi Hospital in Yazd during the years 2006 to 2016.

Subjects and Methods: All patients (1662) with primary diagnosis of anal lesions who underwent biopsy or excision were enrolled in the study. Demographic data including age, sex, clinical signs and histopathologic diagnosis were entered into the pre-prepared checklist. The data were analyzed by SPSS software. The values of $P < 0.05$ were considered statistically significant.

Results: Out of 1662 patients 934 were men (56.2%) and 728 (43.8%) were women. The mean age of patients was 42.4 with a deviation of 15.7 years and the range of changes was 15-87 years. How many cases were malignant??. The most common malignant tumor was anus adenocarcinoma (76.5%) and then malignant melanoma (17.6%). The prevalence of malignant tumors in men was higher than in women. The most common symptom in patients with malignant tumors was bleeding. The most common benign hemorrhoid lesions (66.5%). The majority of benign lesions were under the age of 50 years and the most common clinical symptom in tumors was benign tumor (63.3%).

Conclusion: In this study, contrary to other studies, anus adenocarcinoma is the most common tumor with a higher frequency in males.

Keywords: Neoplasm, Benign, Malignant, Anus.

►Please cite this paper as:

Taghipour Zahir Sh, Mazidi M. Characteristics of Benign and Malignant Anus Lesions in Patients Referred to Shahid Sadoughi General Hospital During 2006 to 2016, Yazd, Iran. *Jundishapur Sci Med J* 2019; 18(2):161-169

Received: Mar 11, 2019

Revised: June 10, 2019

Accepted: July 6, 2019