

The Recurrence Rate of Basal Cell Carcinoma with Positive Histopathological Edges and Associated Risk Factors

Dr. Oudai Yousef*
Dr. Rabab Salloum**

(Received 8 / 7 / 2020. Accepted 10 / 9 / 2020)

□ ABSTRACT □

Background: The best way to approach surgically removed basal cell carcinoma with positive histopathological margins is a controversial issue. Some authors believe that the more appropriate treatment is an immediate reoperation while others prefer a periodic follow up. The rates of recurrence are variable in literature, between 10% and 67%.

Objective: To define the recurrence rate of basal cell carcinoma with positive margins after surgery. Secondly, identify morphological aspects that can suggest a more frequent tumoral recurrence.

Methods: This was a retrospective and observational study made by analysis of medical records of 84 patients up to June 2018 in Tishreen University Hospital; follow up was made between June 2018 and June 2020. From 75 basal cell carcinomas surgically treated, 41 fulfilled inclusion criteria and were evaluated for two years. Recurrence rate of these tumors was analyzed in all patients and clinical characteristics such as sex, age, tumor size, tumor site, ulceration, and histological type were evaluated in order to find if they were related to more common tumoral recurrence.

Results: The rate of positive margins after surgery was %65.4. There were five cases of tumoral recurrence in the observation group and three cases in the re-excision group. Tumor size, site, histological type, ulceration and type of positive margin did not differ statistically between groups. It was not possible to consider if these factors were important in recurrence rates.

Study limitations: Ideally, a prospective study with a larger sample would be more accurate.

Conclusion: The treatment of choice in basal cell carcinoma with positive margins must be individualized to reduce recurrence rates.

* Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Department of Pathological Anatomy, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

معدّل الرجعة لسرطان الخلايا القاعدية ذي الحواف النسيجية المرضية الإيجابية وعوامل الخطورة المرتبطة

د. عدي يوسف*

د. رباب سلوم**

(تاريخ الإيداع 8 / 7 / 2020. قُبل للنشر في 10 / 9 / 2020)

□ ملخص □

خلفية: ما زال الجدول قائماً حول الطريقة الجراحية المثلى لتدبير سرطانة الخلايا القاعدية ذات الحواف النسيجية الإيجابية. يعتقد بعض الباحثين أن إعادة العمل الجراحي الفوري مناسب أكثر بينما يفضل البعض المتابعة الدورية. تتباين معدلات الرجعة في الأدب الطبي وتتراوح بين 10%-67%.

الهدف: تحديد معدل الرجعة في سرطانة الخلايا القاعدية ذات الحواف المرضية الإيجابية بعد الجراحة وتحديد النواحي الشكلية التي ترتبط بمعدل رجعة ورمي أعلى.

الطرائق: كانت هذه الدراسة استيعادية رصدية، حيث تمت مراجعة السجلات الطبية لـ 84 مريضاً بسرطان الخلايا القاعدية لغاية حزيران 2018 وتمت متابعة الحالات المقبولة في الدراسة في الفترة الواقعة بين حزيران 2018 وحزيران 2020 في مستشفى تشرين الجامعي. فمن بين 75 مريضاً خضعوا للتدخل الجراحي لسرطانة الخلايا القاعدية، حقق 41 مريضاً فقط معايير الإدخال المتعلقة بالدراسة والذين تمّ تقييمهم خلال فترة سنتين. تم تحليل معدل الرجعة لدى هؤلاء المرضى وتقييم عوامل الجنس، العمر، حجم الورم، موقع الورم، التقرح والنمط النسيجي لإيجاد العلاقة المحتملة بين هذه العوامل السابقة والرجعة الورمية.

النتائج: كان معدل الحواف الإيجابية بعد الجراحة 65.4%. كان هناك خمس حالات من الرجعة في مجموعة المراقبة وثلاث حالات في المجموعة التي خضعت لإعادة الجراحة. لم يكن هناك فرق إحصائي بين المجموعات فيما يتعلق بحجم الورم، الموقع، النمط النسيجي، التقرح ونمط الحافة الإيجابية. لم يكن بالإمكان تقدير أهمية هذه العوامل على إعادة النكس.

محدودية الدراسة: إن إجراء دراسة استقبالية بعدد مرضى سيعطي نتائج أكثر دقة.

الخلاصة: يجب أن يكون خيار المعالجة في سرطانة الخلايا القاعدية ذات الحواف الإيجابية خاصاً بكل فرد لتقليل معدلات الرجعة.

الكلمات المفتاحية: سرطانة، الخلايا القاعدية؛ رجعة الورم؛ إعادة العمل الجراحي.

* قسم الجراحة التجميلية والترميمية، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

** قسم التشريح المرضي، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

مقدمة:

تُعد سرطانية الخلايا القاعدية من الأورام الجلدية الشائعة وتشكل 75% من الأورام الجلدية الأولية ذات الأصل الظهاري [1-7]. في العقود الثلاث الأخيرة، كان هناك ارتفاع في معدل حدوث هذا الورم من 20% إلى 80% في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك على النطاق العالمي [1]. يؤثر هذه الورم على الرجال فوق 40 عام بشكل أكبر (بنسبة 2:1)، مع متوسط عمر عند التشخيص 68 عام [1,2,4,7]. المنطقة الأشيع لظهور هذا الورم هي كل من الرأس والعنق وخصوصاً الثلثين العلويين [1,2,4]. يتميز هذا الورم بنموه البطيء ونادراً ما يشكل النقائل نظراً لقدرته المنخفضة على الغزو الوعائي. بالرغم من ذلك قد يدمر النسيج المجاورة نظراً لخبائته المرضية [2,6,7,8]. في حالات نادرة، يملك هذا الورم سلوكاً تدميراً مع معدلات عالية من النكس وتشكيل النقائل وخاصة للعقد اللمفية المجاورة، الرئتين، العظام والجلد [1,9]. يعد الاستئصال الجراحي التقليدي من الطرق الأكثر فعالية واستخداماً في التدبير الجراحي لسرطانة الخلايا القاعدية [1,3,4,5,10,11]، الحاقّة الجراحية المنصوح بها هي 4 ملم وتم تحقيق استئصال جراحي مناسب في 98% من حالات الورم قاعدي الخلايا غير الأدمي التصلبي بأقل من 2 سم في القطر [1,3,10]. على الرغم من ذلك، لا تسمح المشاكل التجميلية والوظيفية بالاستئصال الجراحي بالحاقّة المذكورة سابقاً [10]. بالرغم من الاستئصال الجراحي المناسب تحدث الحواف النسيجية بمعدلات متفاوتة بين 5.5-12.5% كما ذكر في الأدب الطبي العالمي [3,7,9,12,13]. لا يزال تدبير سرطان الخلايا القاعدية ذي الحواف الإيجابية محطّ جدل، مع معضلة هامة من تكبير الآفة جراحياً وفق الحوافّ المذكورة أو مراقبة ومتابعة المرضى عند النكس السريري للورم [3,4,11,12,14]. تتباين معدلات النكس المبلغ عنها في الأدب الطبي بين 10% و 67% [3,5,6,9,11,12]. بينما تبلغ معدلات النكس بين 5% و 14% عند الاستئصال الجراحي الكامل [3,5].

وفي هذا السياق، الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو تحديد معدل النكس لسرطان الخلايا القاعدية لدى المرضى الذين لديهم دليل مجهري على بقايا ورمية في الحاقّة المحيطة بمنطقة الاستئصال الجراحي والذي تم تقييمه عبر القسم المختص في مستشفى تشرين الجامعي. بالإضافة إلى ما سبق، تهدف الدراسة إلى تحديد الخصائص الشكلية والتي قد تساهم في زيادة معدلات النكس الورمي، كحجم الآفة، موقع الورم، النمط النسيجي، وجود النقح، ونمط الحوافّ والعوامل المتعلقة بالمريض كالعمر والجنس.

يعتقد العديد من الباحثين أن النهج الأفضل فيما يتعلق بسرطانة الخلايا القاعدية ذات الحوافّ الإيجابية المؤكدة بالفحص النسيجي هو إعادة التداخل الجراحي الفوري، بينما يفضل آخرون اتباع سلوك محافظ [3,4,11,12,14]. يُعدّ التداخل العدوانى غير مبرر عند المرضى المتقدمين بالسن ذوي الحالات الصحية غير المستقرة وخاصة في الآفات ذات خطور النكس القليلة، ومن ناحية أخرى من المعقول الاخذ بعين الاعتبار هذا التدخل العدوانى في الأفراد الأصغر عمراً [11].

يجب أن يتم تقييم "الحوافّ الإيجابية" بشكل حذر نظراً لتباين المفاهيم حول مصطلح الحوافّ [11]. في دراسة قام بها Abide وزملاؤه قابلوا فيها 11 أخصائي تشريح مرضي وتم سؤالهم عن تعريف الحاقّة الإيجابية، لاحظوا اختلاف وتباين في هذا التعريف حتى ضمن المستشفى الواحد. يدل مصطلح المصادفة على وجود الورم بين 0 و 5 ملم من الحاقّة الجراحية. وبشكل مشابه تم سؤال 25 جراح عن سلوكهم المناسب قبل نتائج الفحص النسيجي، لوحظ ميل لإعادة التداخل الجراحي في حال كانت الحوافّ إيجابية والاكتفاء بالمراقبة في حال كانت الحوافّ تحوي أورام مصادفة

[15]. ومن الواضح عدم وجود اتفاق بين المشرحين النسيجين الجلديين حول مفهوم الحوافّ الإيجابية في الفحص النسيجي [11].

بالإضافة لذلك، فإن وجود اشتباه في الحوافّ النسيجية لا يدلّ بالضرورة على النكس [9,12]. أثبتت إعادة التداخل الجراحي التالي للفحص النسيجي وجود بقايا ورمية في 33% بالمتوسط (7-45%). ويعود السبب في ذلك إلى وجود الورم في الحافة الجراحية فقط دون أن يتخطاه، لم تستطع الطرق التقليدية في الفحص النسيجي كشف الورم حيث تم تحليل ما يتراوح بين 0.2-2% من القطع في التقنيات المعتادة. السبب الآخر يعود إلى تدمير الخلايا الورمية بالحدوث الالتهابية التالية للعمل الجراحي [11].

تظهر الأدلة اختفاء خلايا الورم القاعدي بعد أخذ الخزعة عند 25-34% من المرضى ويعزى ذلك إلى دور الجهاز المناعي في تدمير الورم [5,11]. تقترح العديد من الدراسات دور الخلايا للمفاوية التائية CD4+ والسيتوكينات التي تفرزها في التراجع الذاتي لسرطانات الأنسجة الظهارية [5]. وبشكل مشابه، قد تنكس الأورام ذات الحوافّ الجراحية السالبة ويعود ذلك إلى تعدد البؤر الورمي أو إلى حجم العينة الصغر نسبياً المقيم من قبل الأخصائي باستثناء الحالات التي تتم فيها جراحة Mohs [9,12].

يجب أن يكون الخيار العلاجي خاصاً بكل فرد تبعاً للعوامل التي قد تؤثر في إنذارية سرطانية الخلايا القاعدية كحجم الورم، موقعه، نمطه النسيجي، تعريف الحافة المشتبه بها والحالة العامة للمريض [9]. بالإضافة لذلك، يجب أن تتم متابعة المريض المشخص بسرطانية الخلايا القاعدية بشكل دوري ومستقل عن نمط التداخل العلاجي، حيث تكشف المتابعة خلال سنوات عن 66% من حالات النكس وتحديث 75% من التكرارات خلال فترة خمس سنوات [6,9]. يصنف سرطان الخلايا القاعدية إلى نوعين عدواني وغير عدواني. تعد كل من تحت الأنماط دقيق العقد، المخترق والمتصلب الأدمي عدوانية على العكس من الأنماط السطحية والعقدية غير العدوانية [4]. بينت دراسة قام بها Boulinguez وزملاؤه تغييراً في النمط النسيجي لسرطان الخلايا القاعدية عند تكراره بمعدل 24% من الحالات المدروسة (8 من 33) وتطورها إلى تحت نمط أكثر عدوانية [16]. فيما يخص موقع الورم غالباً ما تتوضع حالات سرطانات الخلايا القاعدية ذات الحوافّ الإيجابية في الرأس والعنق بينما تلك التي تتوضع في منتصف الوجه والعنق تملك معدلات الحدوث الأعلى [3,12]. وجدت دراسة تحليل بعدي ضمن هذا السياق معدل خطر نسبي أعلى بـ 2.24 ضعف لسرطانات الخلايا القاعدية المتوضعة في الأنف والأذن مقارنة بباقي مناطق الجسم [17]. يتفق العديد من الباحثين أن التوضعات حول الأنف والأذن ذات إنذارية سيئة، مع معدل أعلى للنكس للأورام غير المستأصلة بشكل كامل في هذه المناطق [4,11]. تتورط الحافة الوحشية بشكل أكبر من الحافة العميقة ولكن من المتفق عليه ازدياد معدل التكرار عندما تكون الحافة العميقة مشبوهةً [3,11]. بالإضافة إلى ذلك، يزداد خطر التكرار في سرطانات الخلايا القاعدية ذات حجم الآفات أكبر من 2 سم [6]. ويبقى تأثير كل من العوامل المذكورة آنفاً على معدل التكرار موضع جدل في العديد من الدراسات [6,7,11,12,13].

ينصح معظم الباحثين بمنهجيات باضعة أقل في الأورام المنخفضة العدوانية، خصوصاً الأورام الصغيرة الحجم والتي لا تتوضع في منتصف الوجه والأذن وذات النمط العقدي أو السطحي مع تورط الحافة الوحشية في المرضى الطاعنين في السن ذوي معدل الحياة المنخفضة [4,6,11].

طرائق البحث ومواده:

هذه الدراسة رجعية رصدية مع احتمالية متعمدة للعينات باختيار مسبق وتمت من خلال تحليل السجلات لجميع حالات سرطان الخلايا القاعدية لغاية حزيران 2018 ومتابعة المرضى في الفترة الممتدة بين حزيران 2018 وحزيران 2020 في مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية، سوريا. تمت مراجعة السجلات في قسم السجلات في المستشفى ولم يتم تضمين الحالات الجديدة التي تلت عام 2018 وذلك لتحقيق فترة متابعة لمدة سنتين. وبشكل مشابه تمت مراجعة جميع تقارير التشريح المرضي عبر قاعدة البيانات في قسم التشريح المرضي في المستشفى متضمنة جميع المرضى الخاضعين للعمل الجراحي لسرطان الخلايا القاعدية المؤكد نسيجياً والتي تظهر حوافاً إيجابية في التشريح المرضي. عرفت الحواف الإيجابية بتلك التي تكون متورطة بالخلايا الورمية مصادفة أو خارجياً. عولجت الأورام بطريقة شافية عبر الاستئصال الجراحي والإغلاق الأولي أو رفع الجلد والجنيحات.

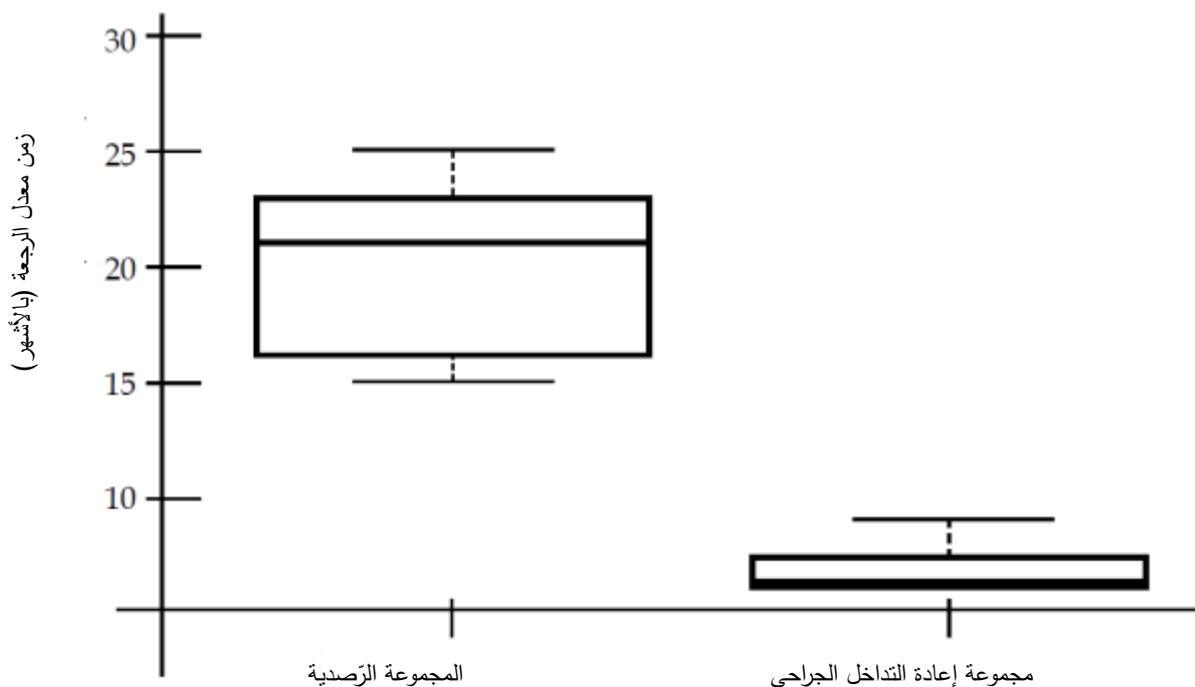
تلا تحديد مجموعات الدراسة للمرضى المصابين بسرطان الخلايا القاعدية جمع المعلومات الطبية عبر مراجعة السجلات الطبية المرتبطة. تم جمع معلومات عن الموجودات السريرية كجنس وعمر المريض، حجم وموقع الورم، وجود أو غياب النقرح، النمط النسيجي ونمط الحواف. قيمت المعلومات التي جمعت سابقاً لتحديد مدى خطورتها على رجعة الورم. تم التواصل مع المريض أو أحد أقربائه لاستكمال المعلومات الناقصة في السجلات الطبية. تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام اختبار Mann-Whitney غير الحدي (العمر كمتغير) واختبار Fisher الدقيق (العوامل الأخرى). تم تقييم زمن الرجعة بين المجموعات عن طريق اختبار t-Student واعتبر أي قيمة $p < 0.05$ ذات أهمية إحصائية.

النتائج والمناقشة:

تم تشخيص 84 مريضاً بسرطان الخلايا القاعدية لغاية شهر حزيران 2018 في مستشفى تشرين الجامعي ومستشفى الأسد الجامعي سابقاً، خضع 75 مريضاً للاستئصال الجراحي بينما 9 منهم خضعوا لتدخلات غير جراحية (الكشط curettage والتخثير الكهربائي، المعالجة بالبرودة، العلاج الشعاعي، العلاج الموضعي بالImiquimod). كان هناك دليل على تورط الحواف في 49 مريضاً ممن خضعوا للاستئصال الجراحي ويشكلون 65.4% من مجمل المرضى. استبعد 8 مرضى لعدم تحقيق مدة المتابعة المنصوص عليها في الدراسة وهي سنتان أو أكثر، وبذلك تمت مراقبة 35 مريضاً من الـ 41 مريض المتبقين بشكل دوري، حدثت 5 حالات من النكس (15%). ومن الـ 6 حالات المتبقية التي خضعت لإعادة العمل الجراحي الفوري 3 منهم نكس المرض لديهم (50%). كان معدل زمن الرجعة في مجموعة الرصد 23 شهراً وفي المجموعة التي خضعت لإعادة التداخل الجراحي كان 7 أشهر ($p=0.0005509$) وكان الانحراف المعياري 4.36 و1.73 للمجموعتين بالترتيب (المخطط البياني 1). كان المتوسط الحسابي لزمن الرجعة في كلا المجموعتين 18.5 شهراً.

كان المتوسط الحسابي لعمر المرضى (66.42) سنة بمجال بين (35-87) سنة. لم يكن هناك فرق هام بين توزيع الإصابات بين الجنسين (51.22% ذكور و48.78% إناث) ولم يكن هناك فرق إحصائي هام بين المجموعتين (مجموعة الرصد ومجموعة إعادة التداخل الجراحي) بما يخص العمر ($p=0.91$) والجنس ($p=1.0$) (الجدول 1 و2).

كانت المواقع الهامة لانتشار سرطانات الخلايا القاعدية غير المستأصلة بشكل كامل كل من العنق والرأس حيث كان عدد الحالات في هذه المناطق 37 حالة يقابلها 4 حالات في باقي مناطق الجسم مع تواضع 39.02% من الحالات في المنطقة الأنفية (الجدول 3). كانت معظم الآفات (82.93%) حجمها أقل من 2 سم قطراً (الجدول 4) بينما كان النمط النسيجي الأشيع هو سرطان الخلية القاعدية العقدي (85.36%) (الجدول 5).



(مخطط بياني 1) زمن معدل الرجعة في مجموعة الرصد ومجموعة إعادة التداخل الجراحي

(جدول 1) العمر

القيمة الكبرى	القيمة الصغرى	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	
85	35	13.68	35	65.51	الرصدية
87	45	14.78	6	67.33	إعادة الجراحة
87	35	14.23	41	66.42	الكلي

اختبار Mann-Whitney ($p=0.9118$)

(جدول 2) الجنس

الجنس	المجموعة الرصدية		مجموعة إعادة الجراحة		المجموع
	العدد	%	العدد	%	
ذكور	18	51.4%	3	50%	21
إناث	17	48.6%	3	50%	20
الكلي	35	100%	6	100%	41

اختبار Fisher الدقيق ($p=1.0$)

(جدول 3) مواقع الأورام

موقع الورم	المجموعة الرصدية		مجموعة إعادة الجراحة		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
أنفي	14	40%	2	33.34%	16	39.02%
حول الأذن	3	8.58%	0	0%	3	7.32%
أذني	2	5.72%	0	0%	2	4.88%
حول فموي	1	2.86%	1	16.67%	2	4.88%
بقية الوجه	12	34.29%	2	33.34%	14	34.14%
بقية الجسم	3	8.58%	1	16.67%	4	9.76%
المجموع	35	100%	6	100%	41	100%

اختبار Fisher الدقيق ($p=0.6257$)

(جدول 4) حجم الورم

حجم الورم	المجموعة الرصدية		مجموعة إعادة الجراحة		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
< 1 cm	17	48.58%	4	66.66%	21	51.22%
1-2 cm	12	34.28%	1	16.67%	13	31.71%
> 2cm	6	17.14%	1	16.67%	7	17.07%
الكلي	35	100%	6	100%	41	100%

اختبار Fisher الدقيق ($p= 0.8385$)

لم يكن هناك فرق إحصائي هام بين مجموعتي الرصد وإعادة التدخل الجراحي من حيث حجم الورم، الموقع، النمط النسيجي، وجود النقح، ونمط الحوافّ ولم يكن بالإمكان في هذه الدراسة من اعتبار هذه العوامل كمتغيرات عند دراسة معدل النكس. (الجدول من 3 إلى 7).

المناقشة:

بلغ معدّل الحوافّ الإيجابية بعد الاستئصال الجراحي لسرطانات الخلايا القاعدية في هذه الدراسة 12.18% (49 ورم من أصل 75 عولجت جراحياً)، وكانت هذه المعدلات ملائمة بشكل مرتفع عند مقارنتها مع المعدلات الموجودة في الأدب الطبي [6,7,9,10,13,15]. يعكس معدل الاستئصال غير الكامل المنخفض للأورم الاستطباب الجراحي الدقيق وكفاءة الطواقم الجراحية في مستشفى تشرين الجامعي. مع الأخذ بعين الاعتبار عدد العينات القليلة في كلا المجموعتين، نكست فقط ثمان حالات في كلا المجموعتين (5 في المجموعة الرصدية، 3 في مجموعة إعادة التدخل الجراحي). تشير هذه المعطيات في دراستنا إلى صعوبة إجراء دراسة رجعية في مركز واحد نظراً لندرة حالات سرطان الخلية القاعدية ذو الحوافّ الإيجابية. تشكل الدراسات المتعددة المراكز الخيار الأفضل لتوضيح جميع الشكوك حول تدبير وعلاج هؤلاء المرضى [4].

لا يتجاوز متوسط زمن الرجعة بالنسبة لسرطان الخلية القاعدية 3 سنوات في معظم الدراسات وهذا ما يتفق مع دراستنا والتي كان فيها هذا المتوسط 18.5 شهر [18].

كان متوسط عمر المرضى (66.42) سنة وهذا ما يتفق مع معظم الدراسات. لم نجد فرقاً في العمر بين مجموعتي الدراسة وهذا ما يختلف عما وجدته Kumar وزملاؤه والذين لاحظوا ارتفاع متوسط العمر عند مجموعة المرضى اللذين خضعوا لجراحة حديثة [3]. بالإضافة لذلك لم نلاحظ فرقاً بين الجنسين.

(جدول 5) النمط النسيجي

النمط النسيجي	المجموعة الرصدية		مجموعة إعادة الجراحة		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
صلب/ عقدي	30	85.71%	5	83.33%	35	85.36%
عقدي دقيق	2	5.72%	0	0.00%	2	4.88%
صلب أدمي	3	8.57%	1	16.66%	4	9.76%
المجموع	35	100%	6	100%	41	100%

اختبار Fisher الدقيق (p = 0.7009)

(جدول 6) التقرح

وجود التقرح	المجموعة الرصدية		مجموعة إعادة الجراحة		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
نعم	18	51.43%	2	33.33%	20	48.78%
لا	17	48.57%	4	66.67%	21	51.22%
الكلي	35	100%	6	100%	41	100%

اختبار Fisher الدقيق (p = 0.6628)

(جدول 7) الحواف المشتبه بها

الحواف	المجموعة الرصدية		مجموعة إعادة الجراحة		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الطرفية	11	31.42%	2	33.33%	13	31.70%
العميقة	19	54.28%	2	33.33%	21	51.22%
كلاهما	5	14.30%	2	33.33%	7	17.08%
الكلي	35	100%	6	100%	41	100%

اختبار Fisher الدقيق (p = 0.736)

تتوضع معظم آفات سرطان الخلايا القاعدي ذي الحواف الإيجابية (90.24%) في منطقة الرأس وينسبة 39.02% في المنطقة الأنفية. يعطي كل من الأنف، الذقن، الزاوية الأنسية من العين، الجفن السفلي والتلم الأنفي خطورة للحواف بنسبة أكبر من 10% وللكس بمعدل حوالي 30% [7]. يعود العدد المرتفع للآفات غير المستأصلة بشكل كامل في هذه المناطق إلى التردد في إزالة المساحة المناسبة من الجلد لعوائق تجميلية [3]. كان حجم معظم الآفات أصغر من 2 سم ويشير ذلك إلى مطالبة المريض بالعناية الطبية والتشخيص المبكر والصحيح من قبل الأطباء، بشكل مشابه للعديد من الدراسات [3,9,19].

كان النمط العقدي هو النمط النسيجي الغالب في سرطانات الخلايا القاعدية (85.36%). يعد النمط العقدي هو النمط السريري الغالب وهو مسؤول عن حوالي 60% من معظم الحالات [1]. ويشكل مشابه للدراسة التي قام بها Wilson وزملاؤه [7]، كان من غير الممكن أن نتحقق إحصائياً من الفروقات بين المجموعتين بما يخص النمط النسيجي، وبالرغم من ذلك يشدد العديد من الباحثين على ارتباط الأورام ذات العدوانية العالية (المخترق والصلب الأدمي) مع معدلات أعلى للتكرار [3,6,11].

بالرغم من عدم وجود فرق إحصائي هام نظراً لصغر حجم عينة الدراسة، كانت الحواف العميقة مشبوهة (51.22% من الحالات) وهذا ما يشكل تناقضاً مع الأدب الطبي الذي يشير إلى كون الحواف الطرفية هي المشبوهة بشكل أكبر [3,11,12].

لا بد من الإشارة إلى شح الدراسات ذات التصميم الجيد والتي تقيم أهمية وجود التقرح في تكرار سرطانات الخلايا القاعدية غير المستأصلة بشكل كامل.

في ظل صعوبات الحصول على عينات أكبر لسرطان الخلايا القاعدية ذي الحواف الإيجابية في هذه الدراسة الرجعية، لوحظ أنه من الأمثل إجراء دراسة تقدمية لمدة خمس سنوات كحد أدنى، وتقييم ثلاث مجموعات رئيسية: المرضى المتأسصلة أورامهم وذات حواف خالية، المرضى الذين خضعوا لإعادة تداخل جراحي مع حواف إيجابية والمرضى ذوو الحواف الإيجابية وتتم متابعتهم بشكل دوري. وبذلك يكون تقييم العوامل المسؤولة عن معدلات الرجعة المرتفعة ذا مصداقية أكبر.

خلاصة:

خلصنا في هذه الدراسة أن نسبة سرطانات الخلايا القاعدية غير المستأصلة بشكل تام هي نسبة معقولة (12.18%) وتتفق مع الموجودات في الأدب الطبي. لم يكن بالإمكان تقييم المتغيرات السريرية كعوامل مؤثرة في تباين معدلات الرجعة.

يعد التقييم الفردي لكل مريض عند اختيار التدبير الأفضل لسرطان الخلايا القاعدية ذي الحواف الإيجابية هو السبيل لخفض معدل تكرار هذه الأورام، مع الاحتفاظ بإعادة التدخل الجراحي للحالات الأكثر عدوانية.

References:

1. Bologna, J.L; Jorizzo J.L; Rapini R.P. *Dermatology* 2nd ed, St Louis, Mosby, 2008, p. 1641-58.
2. Sampaio SA.P; Rivitti E.A; *Dermatologia* 3rd ed, São Paulo, Artes Médicas, 2008; p. 1163-66.
3. Kumar, P., Orton, C. I., McWilliam, L. J., & Watson, S. (2000). *Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma: a retrospective clinical audit*. British journal of plastic surgery, 53(7), 563–566.
4. Boulinguez S, Grison-Tabone C, Lamant L, Valmary S, Viraben R, Bonnetblanc JM, Bédane C. *Histological evolution of recurrent basal cell carcinoma and therapeutic implications for incompletely excised lesions*. Br J Dermatol. 2004 Sep;151(3):623-6.
5. Rieger, K. E., Linos, E., Egbert, B. M., & Swetter, S. M. (2010). *Recurrence rates associated with incompletely excised low-risk nonmelanoma skin cancer*. Journal of cutaneous pathology, 37(1), 59–67.

6. Berlin J, Katz KH, Helm KF, Maloney M.E. *The significance of tumor persistence after incomplete excision of basal cell carcinoma*. J Am Acad Dermatol. 2002; 46:549-53.
7. Wilson, A. W., Howsam, G., Santhanam, V., Macpherson, D., Grant, J., Pratt, C. A., & Townend, J. V. (2004). *Surgical management of incompletely excised basal cell carcinomas of the head and neck*. The British journal of oral & maxillofacial surgery, 42(4), 311–314.
8. Rowe, D. E., Carroll, R. J., & Day, C. L., Jr (1989). *Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up*. The Journal of dermatologic surgery and oncology, 15(3), 315–328.
9. Nagore, E., Grau, C., Molinero, J., & Fortea, J. M. (2003). *Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV, 17(2), 167–170.
10. Kimyai-Asadi, A., Alam, M., Goldberg, L. H., Peterson, S. R., Silapunt, S., & Jih, M. H. (2005). *Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas*. Journal of the American Academy of Dermatology, 53(3), 464–468.
11. Ríos-Buceta L. (2007). *Management of basal cell carcinomas with positive margins*. Actas dermo-sifiliograficas, 98(10), 679–687.
12. Hallock, G. G., & Lutz, D. A. (2001). *A prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis and significance of positive margins in non-melanoma skin cancers*. Plastic and reconstructive surgery, 107(4), 942–947.
13. Liu, F. F., Maki, E., Warde, P., Payne, D., & Fitzpatrick, P. (1991). *A management approach to incompletely excised basal cell carcinomas of skin*. International journal of radiation oncology, biology, physics, 20(3), 423–428.
14. Sussman, L. A., & Liggins, D. F. (1996). *Incompletely excised basal cell carcinoma: a management dilemma*. The Australian and New Zealand journal of surgery, 66(5), 276–278.
15. Abide, J. M., Nahai, F., & Bennett, R. G. (1984). *The meaning of surgical margins*. Plastic and reconstructive surgery, 73(3), 492–497.
16. Friedman H.I., Williams T., Zamora S., al-Assaad Z.A., *Recurrent basal cell carcinoma in margin-positive tumors*. Ann Plast Surg. 1997; 38:232-5.
17. Rogalski, C., Kauer, F., Simon, J. C., & Paasch, U. (2007). *Meta-analysis of published data on incompletely excised basal cell carcinomas of the ear and nose with introduction of an innovative treatment strategy*. J Dtsch Dermatol Ges. 2007; 5:118-26.