

بررسی متغیرهای دموگرافیک در بیماران جراحی شده در بخش جراحی پلاستیک و انیستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی در بین سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۲

* دکتر امیرعلی فره‌وش^۱، دکتر محمدرضا فره‌وش^۲

چکیده

مقدمه: تومورهای بافت نرم، یکی از موارد مهم مرگ ناشی از سرطان را تشکیل می‌دهند. از طرف دیگر به دلیل فراوانی تومورهای خوش‌خیم و عدم ارزیابی دقیق آنها، تعیین فراوانی کلی و علل ایجاد این تومورها، بسیار دشوار می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین فراوانی تومورهای بافت نرم ماگزیلوفاسیال بود.

روش بررسی: این مطالعه از انواع مطالعات توصیفی و در حقیقت نوعی گزارش سری موارد (Case Series) است. بیماران مبتلا به تومورهای بافت نرم ماگزیلوفاسیال که بین سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۳ به بخش جراحی پلاستیک و یا انیستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) مراجعه نموده بودند، جمعیت مورد مطالعه را تشکیل دادند. پرونده این بیماران از بایگانی بیمارستان خارج و اطلاعات مورد نیاز از آنها استخراج گشت. با استفاده از نرم‌افزار SPSS، تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت.

یافته‌ها: از میان ۵۱۳ تومور مورد بررسی، ۴۵۷ تومور (۸۹٪) ماهیت بدخیم و ۵۶ تومور (۱۱٪) باقی‌مانده ماهیت خوش‌خیم داشتند. تعداد ۱۸۵ نفر (۳۶٪) از بیماران مؤنث و ۳۲۸ نفر (۶۴٪) دیگر مذکر بودند. تعداد ۱۶۴ نفر (۳۶٪) از تومورهای بدخیم مؤنث و ۲۹۳ نفر (۶۴٪) دیگر مذکر بودند. تقریباً یک چهارم از بیماران در دهه ششم از عمر خود قرار داشتند. ۶۰٪ از بیماران مورد مطالعه سنی کمتر از ۶۰ سال داشتند. بیشترین فراوانی بیماران در گروه تومورهای کمتر از ۲/۵ سانتی‌متر بود. کارسینوم سلول‌های سنگفرشی با ۲۰۰ مورد (۳۹/۰٪) شایع‌ترین تومور و لب تحتانی شایع‌ترین محل ایجاد تومورهای بافت نرم در بیماران تحت مطالعه بود.

بحث و نتیجه‌گیری: هرچند که با توجه به طبیعت این مطالعه به عنوان یک مطالعه گزارش سری موارد، امکان انجام آزمون‌های آماری برای یافتن ارتباط‌های احتمالی میسر نبود ولی پیشنهاد می‌شود با انجام یک مطالعه از نوع مقطعی هم به جستجوی این ارتباط‌های احتمالی پرداخته شود و هم میزان بقای بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

کلمات کلیدی: تومورهای بافت نرم، ماگزیلوفاسیال، تومور سر و گردن

۱. پزشک عمومی، اداره بهداشت و درمان نهجا (مؤلف مسؤول)

۲. فوق‌تخصص جراحی پلاستیک، رئیس بخش جراحی پلاستیک بیمارستان امام خمینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

تومورهای بافت نرم به پرولیفراسیون‌های مزانشیمی که در خارج اسکلت، بافت غیر اپی‌تلالی بدن به جز احشا، پوشش‌های مغز و سیستم لنفورتیکولار روی می‌دهند، اطلاق می‌گردد. این تومورها با توجه به بافتی که درگیر می‌کنند، نامگذاری می‌شوند (عضله، چربی، بافت فیبرو، عروق و اعصاب). تعیین فراوانی تومورهای بافت نرم دشوار می‌باشد زیرا اغلب تومورهای خوش‌خیم بی‌بوسی نمی‌شوند. فراوانی تومورهای بافت نرم خوش‌خیم در مقایسه با انواع بدخیم به صورت تخمینی با نسبت ۱۰۰ به ۱ نشان داده می‌شود. در ایالات متحده، فقط ۷۲۰۰ مورد سارکوم در هر سال تشخیص داده می‌شود (۰/۸ درصد ضایعات بدخیم تهاجمی). با این حال، این تومورها مسوول بیش از ۲٪ از کل مرگ‌های ناشی از سرطان می‌باشند که نشان‌دهنده طبیعت کشنده آنها است [۱]. تومورهای بافت نرم می‌توانند در هر نقطه‌ای از بدن ایجاد شوند، هر چند که ۴۰٪ آنها در اندام تحتانی، به ویژه در زنان، رخ می‌دهند. ۲۰٪ در اندام فوقانی، ۱۰٪ در سر و گردن، و ۳۰٪ در تنه و خلف صفاق واقع می‌گردند [۲]. ۱۵٪ از تومورهای بافت نرم، در کودکان رخ می‌دهند و چهارمین سرطان شایع در این گروه سنی می‌باشند که بعد از تومورهای مغز، سرطان‌های دستگاه خونساز و تومور ویلمز قرار دارند [۳].

با توجه به مطالب اشاره شده، کاملاً مشخص است که تومورهای بافت نرم، یکی از موارد مهم مرگ ناشی از سرطان را تشکیل می‌دهند. شیوع بالای این تومورها در اطفال نیز، این گروه از تومورها را حایز اهمیت و توجه می‌نماید. از طرف دیگر به دلیل فراوانی تومورهای خوش‌خیم و عدم ارزیابی دقیق آنها، تعیین فراوانی کلی و علل ایجاد این تومورها، بسیار دشوار می‌باشد. با عنایت به مسایل مطروحه، این مطالعه با انگیزه تعیین فراوانی تومورهای بافت نرم و نحوه توزیع آن‌ها، طراحی و انجام شد.

هدف این مطالعه تعیین فراوانی تومورهای بافت نرم

ماگزیلوفاسیال در بیماران مراجعه‌کننده به بخش جراحی پلاستیک و انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) بین سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۳ بود.

روش بررسی

(Case Series) . بیماران مبتلا به تومورهای بافت نرم ماگزیلوفاسیال که بین سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۳ به بخش جراحی پلاستیک و یا انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) مراجعه نموده بودند، جمعیت مورد مطالعه را تشکیل دادند. حجم نمونه بر اساس تمامی موارد موجود در محدوده زمانی مورد اشاره، ۵۱۳ مورد بود (Existing Data). این تعداد از بیماران به روش غیر احتمالی متوالی انتخاب و وارد مطالعه شدند.

در ابتدا، شماره پرونده بیماران مبتلا به تومورهای بافت نرم ماگزیلوفاسیال از دفتر ثبت بیماران بخش تهیه شد. پس از آن پرونده این بیماران از بایگانی بیمارستان خارج و اطلاعات مورد نیاز از آنها استخراج گشت. این اطلاعات درون پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات ثبت شد.

پس از انتقال اطلاعات به رایانه، با استفاده از ویرایش یازدهم نرم افزار SPSS، تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت. متغیرهای کیفی در قالب جداول و نمودارهای فراوانی نمایش داده شدند و در مورد متغیرهای کمی، شاخص‌های مختلف آماری (میانگین، انحراف معیار و ...) ذکر شد.

اطلاعات بیماران محرمانه طلقی شده و دسترسی به آنها محدود به محقق و اساتید راهنما و مشاور بود. در کل مفاد بیانیه هلسینکی در باب رعایت اخلاق در پژوهش‌های پزشکی مدنظر قرار داشت.

یافته‌ها

از میان ۵۱۳ تومور مورد بررسی، ۴۵۷ تومور (۸۹٪) ماهیت بدخیم و ۵۶ تومور (۱۱٪) باقی‌مانده ماهیت خوش‌خیم داشتند.

جدول ۱- فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب دهه سنی

| سن بیمار | خوش خیم تعداد (%) | بدخیم تعداد (%) | کل تعداد (%) |
|-----------|----------------------|--------------------|-----------------|
| دهه دوم | ۳ (۵/۳) | ۱۶ (۳/۵) | ۱۹ (۳/۶) |
| دهه سوم | ۵ (۸/۹) | ۴۵ (۹/۹) | ۵۰ (۹/۶) |
| دهه چهارم | ۱۱ (۱۹/۶) | ۶۷ (۱۴/۷) | ۷۸ (۱۵/۳) |
| دهه پنجم | ۵ (۸/۹) | ۵۴ (۱۱/۹) | ۵۹ (۱۱/۵) |
| دهه ششم | ۱۹ (۳۳/۹) | ۱۰۶ (۲۳/۲) | ۱۲۵ (۲۴/۴) |
| دهه هفتم | ۵ (۸/۹) | ۵۸ (۱۲/۷) | ۶۳ (۱۲/۳) |
| دهه هشتم | ۸ (۱۴/۲) | ۸۶ (۱۸/۹) | ۹۴ (۱۸/۴) |
| دهه نهم | - | ۲۵ (۵/۵) | ۲۵ (۴/۸) |

جدول ۲- فراوانی اندازه های مختلف تومورهای مورد مطالعه

| نوع تومور اندازه تومور | خوش خیم تعداد (%) | بدخیم تعداد (%) | کل تعداد (%) |
|---------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| < ۲/۵ سانتی متر | ۲۴ (۴۲/۸) | ۲۱۸ (۴۷/۷) | ۲۴۲ (۴۷/۱) |
| ≥ ۲/۵ و < ۵ سانتی متر | ۱ (۱/۷) | ۲۲ (۴/۸) | ۲۳ (۴/۴) |
| ≥ ۵ و < ۷/۵ سانتی متر | - | ۴۲ (۹/۱) | ۴۲ (۸/۱) |
| ≥ ۷/۵ و < ۱۰ سانتی متر | ۲۲ (۳۹/۲) | ۳ (۰/۶) | ۲۵ (۴/۸) |
| ≥ ۱۰ و < ۱۵ سانتی متر | ۱ (۱/۷) | ۲۶ (۵/۶) | ۲۷ (۵/۲) |
| ≥ ۱۵ سانتی متر | - | ۱۹ (۴/۱) | ۱۹ (۳/۷) |
| اندازه تومور نامشخص | ۸ (۱۴/۲) | ۱۲۷ (۲۷/۷) | ۱۳۵ (۲۶/۳) |

جدول ۳- فراوانی انواع مختلف تومور در جمعیت مورد مطالعه

| انواع تومور | خوش خیم تعداد (%) | بدخیم تعداد (%) | کل تعداد (%) |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| Adenoid Cystic Carcinommma | - | ۱۳ (۲/۸) | ۱۳ (۲/۴) |
| BCC | - | ۱۳۷ (۳۰/۰) | ۱۳۷ (۲۶/۷) |
| Chemoductoma | ۴ (۷/۱) | - | ۴ (۰/۸) |
| Keratoacanthoma | - | ۲ (۰/۴) | ۲ (۰/۴) |
| Lymphoma | - | ۱۷ (۳/۷) | ۱۷ (۳/۳) |
| Melanoma | - | ۴۷ (۱۰/۳) | ۴۷ (۹/۲) |
| Monomorphic | - | ۹ (۲/۰) | ۹ (۱/۷) |
| Adenoma | ۳۴ (۶۰/۷) | - | ۳۴ (۶/۶) |
| Dermoid Cyst | ۶ (۱۰/۷) | - | ۶ (۱/۲) |
| Dermatofibrosarcoma Protubrance | ۵ (۸/۹) | - | ۵ (۱/۰) |
| Neurofibroma(Von Recklinghausen) | - | ۲۱ (۴/۶) | ۲۱ (۴/۱) |
| Polymorphic Adenoma | - | ۷ (۱/۵) | ۷ (۱/۴) |
| Primitive Neuroectoderma SCC | - | ۲۰۰ (۴۳/۸) | ۲۰۰ (۳۹/۰) |
| Small Round Cell Tumor | - | ۴ (۸/۷) | ۴ (۰/۸) |
| Solitary Plasmacytoma | ۳ (۵/۳) | - | ۳ (۰/۶) |
| Warthin`s Tumor | ۴ (۷/۱) | - | ۴ (۰/۸) |

تعداد ۱۸۵ نفر (۳۶٪) از بیماران مؤنث و ۳۲۸ نفر (۶۴٪) دیگر مذکر بودند. تعداد ۱۶۴ نفر (۳۶٪) از تومورهای بدخیم مؤنث و ۲۹۳ نفر (۶۴٪) دیگر مذکر بودند. تقریباً یک چهارم از بیماران در دهه ششم از عمر خود قرار داشتند. ۶۰/۸٪ از بیماران مورد مطالعه سنی کمتر از ۶۰ سال داشتند.

اندازه تومورهای مورد مطالعه، به ۶ گروه تقسیم شد. جدول زیر فراوانی مطلق، نسبی و تجمعیمی بیماران مورد بررسی را برحسب اندازه تومور آنها نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود، بیشترین فراوانی بیماران در گروه تومورهای کمتر از ۲/۵ سانتی متر بود. اختلافی واضحی از نظر اندازه تومور، بین تومورهای خوش خیم و بدخیم وجود نداشت.

کارسینوم سلول های سنگفرشی با ۲۰۰ مورد (۳۹/۰٪) شایع ترین تومور در جمعیت مورد مطالعه بود (جدول ۳).

لب تحتانی شایع ترین محل ایجاد تومورهای بافت نرم در بیماران تحت مطالعه بود. فراوانی مطلق و نسبی خاستگاه های مختلف تومورهای مورد مطالعه، در جدول ۴ نشان داده شده است.

انواع درمان های جراحی در بیماران مبتلا به تومورهای بافت نرم ماگزیلو فاسیال در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵- فراوانی انواع روش‌های درمانی جراحی در جمعیت مورد مطالعه

| انواع درمان‌های جراحی | خوش خیم تعداد (%) | بدخیم تعداد (%) | کل تعداد (%) |
|-----------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| Craniectomy | - | ۱۸ (۳/۹) | ۱۸ (۳/۵) |
| Mandiblectomy | - | ۲۲ (۴/۸) | ۲۲ (۴/۲) |
| Hemimaxillectomy | - | ۴۶ (۱۰/۰) | ۴۶ (۸/۹) |
| Maxillectomy | - | ۱۵ (۳/۲) | ۱۵ (۲/۹) |
| Parotidectomy | - | ۶۲ (۱۳/۵) | ۶۲ (۱۲/۰) |
| Resection | ۵۶ (۱۰۰) | ۲۷۷ (۶۰/۶) | ۳۳۳ (۶۴/۹) |
| Rhinectomy | - | ۱۷ (۳/۷) | ۱۷ (۳/۳) |

جدول ۴- فراوانی خاستگاه‌های مختلف تومورهای مورد مطالعه

| انواع تومور | خوش خیم تعداد (%) | بدخیم تعداد (%) | کل تعداد (%) |
|--------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| Buccal | ۱۴ (۲۵) | ۴۹ (۱۰/۷) | ۶۳ (۱۲/۲) |
| Globe | - | ۹ (۱/۹) | ۹ (۱/۷) |
| Lower Lip | ۱۰ (۱۷/۸) | ۶۹ (۱۵/۰) | ۷۹ (۱۵/۳) |
| Parotid | ۱۹ (۳۳/۹) | ۹ (۱/۹) | ۲۸ (۵/۴) |
| Mandible | - | ۳۳ (۷/۲) | ۳۳ (۶/۴) |
| Maxilla | - | ۲۴ (۵/۲) | ۲۴ (۴/۶) |
| Skin | - | ۱۲ (۲/۶) | ۱۲ (۲/۳) |
| Brow | - | ۱۵ (۳/۲) | ۱۵ (۲/۹) |
| Ear | - | ۱۹ (۴/۱) | ۱۹ (۳/۷) |
| Lid | - | ۵۹ (۱۲/۹) | ۵۹ (۱۱/۵) |
| Scalp | - | ۱۰ (۲/۱) | ۱۰ (۱/۹) |
| Upper Lip | ۱۲ (۲۱/۴) | ۴۱ (۸/۹) | ۵۳ (۱۰/۳) |
| Nose | - | ۴۵ (۹/۸) | ۴۵ (۸/۷) |
| Cheek | - | ۲۴ (۵/۲) | ۲۴ (۴/۶) |
| Sublingual | - | ۱۸ (۳/۹) | ۱۸ (۳/۵) |
| Nasal Root | - | ۲۱ (۴/۵) | ۲۲ (۴/۳) |
| Lateral Brow | ۱ (۱/۷) | - | - |

مذکر به مؤنث است [۸]. در اغلب موارد عامل ایتولوژیک خاصی شناخته نمی‌شود، ولی سابقه برخورد با اشعه [۹] و تروما [۱۰] مهم‌ترین عواملی هستند که در منابع مختلف به آن اشاره شده است.

از میان کلیه بیماران تحت مطالعه، تعداد ۱۸۵ نفر از بیماران مؤنث و ۳۲۸ نفر دیگر مذکر بودند. تقریباً یک چهارم از بیماران در دهه ششم از عمر خود قرار داشتند. از میان ۵۱۳ تومور مورد بررسی، ۴۵۷ تومور ماهیت بدخیم و ۵۶ تومور باقی‌مانده ماهیت خوش خیم داشتند. هرچند به علت ریفرال بودن مرکز مورد بررسی، فراوانی محاسبه شده برای تومورها مطابق با منابع مربوطه نمی‌باشد. بیشترین فراوانی بیماران در گروه تومورهای کمتر از ۲/۵ سانتی‌متر بود. کارسینوم سلول‌های سنگفرشی با ۲۰۰ مورد (۳۹/۰٪) شایع‌ترین تومور در جمعیت مورد مطالعه بود. لب تحتانی شایع‌ترین محل ایجاد تومورهای بافت نرم در بیماران تحت مطالعه بود.

از میان آن دسته از بیماران تحت مطالعه که به تومورهای بدخیم بافت نرم مبتلا بودند، تعداد ۱۶۴ نفر از بیماران مؤنث و ۲۹۳ نفر دیگر مذکر بودند. تقریباً یک چهارم از بیماران در دهه ششم از عمر خود قرار داشتند. بیشترین فراوانی بیماران در گروه تومورهای کمتر از ۲/۵ سانتی‌متر بود. کارسینوم سلول‌های سنگفرشی با ۲۰۰ مورد (۴۳/۸٪) شایع‌ترین تومور در جمعیت مورد مطالعه بود. لب تحتانی شایع‌ترین محل ایجاد تومورهای

بحث و نتیجه‌گیری

سرطان‌ها دومین عامل مرگ‌ومیر انسان‌ها پس از بیماری قلبی عروقی هستند. تأخیر در تشخیص و درمان عامل مهم مرگ‌ومیر است [۴]. سارکوم‌های نسج نرم شامل طیف وسیعی از تومورهای بدخیم است که منشأ آن بافت مزانشیمی در تمام مکان‌های آناتومیک است و گروه ناشایع از تومورهاست، ولی مجموعه‌ای غنی از انواع هیستولوژیک را شامل می‌شود [۵]. در ناحیه ماگزیلوفاسیال کمتر از ۱٪ کانسرها از نوع سارکوم هستند و ۱۵٪ سارکوم‌های نسج نرم و ۵/۱٪ استئوسارکوم‌ها در سر و گردن وجود دارد [۶]. گرچه تفاوت‌های واضحی بین محل توزیع انواع سارکوم وجود دارد و به‌عنوان مثال سینیویال سارکوم در سر و گردن ناشایع است، اما تمام سارکوم می‌تواند در سر و گردن دیده شود [۷]. سارکوم در سر و گردن عمدتاً دربالغین روی می‌دهد و سن متوسط آن ۴۰ تا ۵۰ سال و نسبت جنسی

بدخیم بافت نرم در بیماران تحت مطالعه بود.

بدخیمی‌های ناحیه سر و گردن به دلیل موقعیت آناتومیک خاص و اهمیت ویژه‌ای که به دلیل مسائل ظاهری برای بیماران دارند و همین‌طور به دلیل موقعیت مخفی گروه بسیار زیادی از این تومورها و مشکلات درمانی ناشی از این مسئله، حائز اهمیت خاصی هستند. در این بین، تومورهای ناحیه صورت و دهان و به خصوص بدخیمی‌های نواحی فک (فوقانی و تحتانی) اهمیت به‌سزایی دارند. شایع‌ترین بدخیمی‌های برخاسته از این نواحی بر اساس کتب مرجع، عبارت از کارسینوم سلول سنگفرشی یا SCC می‌باشد [۱].

در بین بیمارانی که به کارسینوم سلول سنگفرشی بافت نرم ماگزیلوفاسیال مبتلا بودند، تعداد ۳۹ نفر از بیماران مؤنث و ۱۶۱ نفر دیگر مذکر بودند. تقریباً یک چهارم از بیماران در دهه هشتم از عمر خود قرار داشتند. بیشترین فراوانی بیماران در گروه تومورهای کمتر از ۲/۵ سانتی‌متر بود. لب تحتانی شایع‌ترین محل ایجاد تومورهای بافت نرم در بیماران تحت مطالعه بود. امروزه استفاده از روش‌های مختلف جراحی، اساسی‌ترین

اقدام درمانی درمورد این بدخیمی‌ها به‌شمار می‌آید و بر استفاده از درمان‌های ترکیبی تأکید بسیار می‌شود [۱۱]. به‌طوری‌که به‌عنوان مثال از درمان مرکب جراحی و رادیوتراپی به‌عنوان قابل قبول‌ترین درمان انتخابی جهت SCC سینوس در طی سالهای اخیر یاد شده است. اکثریت بیماران این مطالعه هم از جراحی به‌عنوان اصلی‌ترین اقدام درمانی سود جستند که بر حسب کاربرد، از رادیوتراپی و شیمی‌درمانی هم به‌عنوان درمان‌های اساسی و کمکی استفاده شده بود [۱۲].

هرچند که با توجه به طبیعت این مطالعه به‌عنوان یک مطالعه گزارش سری موارد، امکان انجام آزمون‌های آماری برای یافتن ارتباط‌های احتمالی میسر نبود ولی پیشنهاد می‌شود با انجام یک مطالعه از نوع مقطعی هم به جستجوی این ارتباط‌های احتمالی پرداخته شود و هم میزان بقای بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

References

1. Collman JJ, Sultan MR. Tumors of head and neck. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. Principles of surgery. 7th ed, New York 1999. McGraw Hill: 606.
2. Neway M, Eshete S, Minassem. Orofacial tumors in Ethiopian patients. Clinical analysis of 108 cases and a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* Apr 1999; 22(2): 76-80.
3. Weber RS, et al. Soft tissue sarcomas of the head and neck in adolescents and adults. *Am J Surg* 1986; 152: 386-92.
4. Kraus DH, et al. Prognostic factors for recurrence and survival in head and neck soft tissue sarcomas. *Cancer* 1994; 74: 697-702.
5. Greager JA, et al. Soft tissue sarcomas of the adult head and neck. *Cancer* 1985; 56: 820-4.
6. Patel SG, Shaha AR, Shah JP. Soft tissue sarcomas of the head and neck: an update. *Am J Otolaryngol* 2001; 22: 2-18.
7. Farhood AI, et al. Soft tissue sarcomas of the head and neck in adults. *Am J Surg* 1990; 160: 365-9.
8. Kowalski LP, San CI. Prognostic factors in head and neck soft tissue sarcomas: analysis of 128 cases. *J Surg Oncol* 1994; 56: 83-8.
9. Huang J, Mackillop WJ. Increased risk of soft tissue sarcoma after radiotherapy in women with breast carcinoma. *Cancer* 2001 Jul 1; 92(1):172-80.
10. Delpla PA, Rouge D, Durroux R, Rouquette I, Arbus L. Soft tissue tumors following traumatic injury: two observations of interest for the medicolegal causality. *J Forensic Med Pathol* 1998 Jun; 19(2):152-6.
11. Tran LM, et al. Sarcomas of the head and neck. Prognostic factors and treatment strategies. *Cancer* 1992; 70: 169-77.
12. Willers H, et al. Adult soft tissue sarcomas of the head and neck treated by radiation and surgery or radiation alone: patterns of failure and prognostic factors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995; 33: 585-93.

Demographic parameters in patients undergoing head and neck soft tissue tumor surgery in Imam Khomeini Hospital's Plastic Surgery Ward and Cancer Institute between 1372 – 1383

Abstract

Background: Soft tissue tumors are one of the most important reasons for cancer mortality. Determination of total frequency of cancers and their causes are difficult due to amplitude of soft tissue tumors and lack of prior evaluation. The aim of this study was to determine the frequency and distribution of maxillofacial soft tissue tumors.

Materials and methods: This study was a descriptive work or more appropriately, a case series. The population under study included patients with soft tissue tumors that referred to Imam Khomeini Hospital's Plastic Surgery Ward and Cancer Institute between 1372 and 1383. SPSS 11.0 (Statistical software) was applied for data analysis.

Results: Among 513 evaluated tumors, 475(89%) were malignant and 56(11%) were benign. There were 328(64%) males and 185(36%) females in our study. 293(64%) males had malignant tumors, compared to 164(36%) females. Approximately one fourth of patients were in the 6th decade of their lives. About sixty percent of patients were under age of 60. The most frequent tumor observed was less than 2.5 cm in size. Squamous cell carcinoma was the most common tumor in our study with 200(39%) cases and inferior lip was the most common site of soft tissue tumors.

Conclusion: Since the mentioned frequency includes referral bias and the nature of our study did not allow the implementation of statistical tests, we suggest to perform a cross sectional study to look for probable correlations and patient survival.

Keywords: maxillofacial tumor, soft tissue tumor, head and neck.

Farahvash A.A, M.D.

General Physician, IRIAF Health Administration

Farahvash M.R, M.D.

Plastic Surgeon, Imam Khomeini Hospital, Chief of plastic surgery department