

بررسی میزان اثربخشی فتودینامیک تراپی در درمان بازال سل کارسینوما و عوامل مؤثر بر نتیجه درمان با پیگیری ۶ ماهه

خلاصه

زمینه و هدف: بازال سل کارسینوما (BCC) شایعترین سرطان پوست در انسان است و فتودینامیک تراپی (PDT) به عنوان یک روش جدید و غیرتهاجمی به ویژه در درمان این بیماران خاص توجه زیادی را به خود جلب کرده است.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که بر روی ۲۸ ضایعه BCC انجام شده است و در آن بیماران بین ۶-۱ نوبت با فواصل ۱ ماهه تحت ALA-PDT قرار گرفته، ماهانه ویزیت شده و از نظر پاسخ به درمان، عوارض و نتایج زیبایی بررسی شده اند. بیماران پس از پایان دوره درمان به مدت ۶ ماه از نظر عود ضایعه پیگیری شدند.

یافته ها: از ۲۸ ضایعه مورد مطالعه ۰/۸۲/۱٪ به درمان پاسخ دادند که ۰/۳۲٪ آنان پاسخ کامل و ۰/۵۰٪ پاسخ نسبی داشتند. نتایج زیبایی در ۷۷/۵٪ بیماران، عالی یا خوب بود. در ۹۲/۸٪ موارد هیچ عارضه ای گزارش نشد یا عوارض خفیف بود. بیماران با سابقه مشیت رادیوتراپی پاسخ کمتری به درمان نشان دادند ($P<0.05$). بین سن و جنس بیمار، لوکالیزاسیون، میانگین قطر ضایعه، نوع بالینی BCC و عوارض کمی پس از درمان با میزان پاسخ به درمان رابطه معنی داری یافت نشد و بعد از ۶ ماه پیگیری، هیچ یک از ضایعات عود نکرد.

نتیجه گیری: PDT از کارآبی بالا و عوارض در درمان BCC - بخصوص نوع سطحی - برخوردار است و می تواند به عنوان یک انتخاب مناسب به کار رود.

واژه های کلیدی: بازال سل کارسینوما، فتودینامیک تراپی، فتوکمو تراپی

۱- زهره تهرانچی نیا^۱
۲- هدی رحیمی^۲
۳- ابوالفضل رحیمی^۳

^۱- استادیار گروه پوست، مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲- دستیار تخصصی پوست، مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳- استادیار گروه چشم پزشکی، بیمارستان بوعلی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

نویسنده مسئول: دکتر زهره تهرانچی نیا، تهران، بیمارستان شهدای تجریش، مرکز تحقیقات پوست، تلفن: ۰۲۶۷۴۴۲۶۲، پست الکترونیک: zohreh_tehranchi@yahoo.com

مقدمه

داروهای سایتوتوکسیک مانند ۵-فلوئورواوراسیل همگی کاملاً غیراختصاصی عمل می کنند بدین معنی که فقط سلول های تومورال را هدف قرار نمی دهند لذا سبب اثرات نامطلوب در بافت اطراف ضایعه و از جمله تشكیل اسکار می شوند و با همراهند [۱].

فتودینامیک تراپی (PDT) یک روش جدید در درمان BCC محسوب می شود و این مزیت را بر روش های فوق الذکر دارد که یک روش غیر تهاجمی است و باعث کمترین آسیب در بافت غیر تومورال اطراف ضایعه می شود [۳] و [۴] به علاوه بیمارانی که کاندید مناسبی برای اکسیزیون جراحی نمی باشند و PDT می تواند به عنوان یک روش جایگزین ارزشمند به کار رود عبارتند از:
- بیمارانی که دچار ضایعات بزرگ هستند [۵].
- بیمارانی که به علت سابقه رادیوتراپی دچار ضایعات متعدد می باشند.
- بیمارانی که پس از عمل جراحی یا سایر روش های درمانی دچار عود ضایعه شده اند [۶-۸].

سرطان های غیر ملانومی پوست (NMSC) شایع ترین سرطان در جوامع بشری هستند لذا از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشند. بروز NMSC به طور فرایینده ای رو به افزایش است [۸-۱۰٪ در سال] و حدود ۴۰-۵۰٪ بیمارانی که سابقه یک NMSC دارند، در عرض ۵ سال آینده باز هم به تومورهای غیر ملانومی دیگر مبتلا خواهند شد [۱]. در این میان بازال سل کارسینوما (BCC) به عنوان شایعترین شکل کانسر پوستی که با تهاجم موضوعی و مرببدیتی قابل توجه همراه می باشد از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۲] و تلاش های زیادی را جهت درمان بهینه به خود معطوف ساخته است.

روش انتخابی برای درمان BCC در حال حاضر اکسیزیون جراحی است ولی از آبجایی که BCC عمدها در نواحی در معرض آفتاب (عموماً سر و صورت) رخ می دهد، کاربرد یک روش جدید که با بهترین نتایج cosmetic و کمترین اسکار همراه باشد از اهمیت خاصی برخوردار است.

به علاوه کلیه روش های غیر جراحی که تا امروز در درمان BCC به کار رفته اند از جمله کورتاژ، کوتر، کراپوتراپی، رادیوتراپی، لیزر و

بیمار قرار داده می‌شد و رضایت‌نامه کتبی جهت ورود به مطالعه از وی اخذ می‌شد.

برای هر بیمار فرم اطلاعاتی طرح تکمیل می‌شد و از ضایعه (ضایعات بیمار) در شروع کار عکس گرفته می‌شد. سپس کرم $\%20$ ALA به ضخامت ۱ میلی‌متر بر روی کل ضایعه و ۱ سانتی‌متر از پوست سالم اطراف ضایعه مالیده می‌شد و با پانسمان غیرچسبنده و light-proof بسته می‌شد. ۶-۸ ساعت بعد پانسمان برداشته می‌شد و باقیمانده کرم به آرامی از سطح پوست پاک می‌شد و بیمار تحت PDT قرار می‌گرفت. دستگاه PDT که در این مطالعه به کار رفت Waldman Medizintechnik, Villengen, Schwenningen, Germany 1200L PDT بود که یک فیلد سیرکولار از نور قرمز incoherent با قطر ۱۵ سانتی‌متر تولید می‌کرد. طول موج نور تولید شده بین $600-730\text{ nm}$ بود. هر ضایعه تحت تابش با دوز $J/\text{cm}^2=100\text{ mW/cm}^2$ قرار می‌گرفت. در طی مدت تابش علاوه بر ضایعه بیمار، پوست سالم اطراف ضایعه نیز با قطری برابر با قطر ضایعه نور را دریافت می‌کرد. در طی مدت تابش، یک فن الکتریکی دستی جهت کاهش احساس سوزش و ناراحتی بیمار به کار می‌رفت و چشم‌های بیمار توسط عینک مخصوص محافظت می‌شد. در طی ۲۴ ساعت اول پس از درمان جهت کاهش اریتم و التهاب ناحیه از پماد موضعی زینک اکساید و کیسه یخ استفاده می‌شد و استفاده از پماد زینک اکساید به مدت ۲ هفته ادامه پیدا می‌کرد. کلیه بیماران با فاصله ۱ ماه پس از هر جلسه درمان ویزیت می‌شدند و در هر ویزیت از ضایعه بیمار عکس گرفته می‌شد و سیر پاسخ به درمان وی (شامل قطر ضایعه و عوارض پس از درمان) ثبت می‌شد.

پاسخ به درمان طبق معیارهای زیر ارزیابی و طبقه‌بندی می‌شد: پاسخ کامل: هیچ ضایعه قابل رؤیت و قابل لمس وجود ندارد.

پاسخ نسبی: ضایعه قابل رؤیت یا قابل لمس وجود دارد ولی قطر آن نسبت به ویزیت قبل، کاهش یافته است.

بدون پاسخ: ضایعه قابل رؤیت یا قابل لمس وجود دارد و قطر آن نسبت به ویزیت قبل کاهش نیافته است.

در این زمان در صورتی که بیمار به درمان پاسخ نداده بود کاندید اکسیزیون ضایعه می‌شد و در صورتی که پاسخ نسبی نشان داده بود، کاندید نوبت بعد PDT می‌شد. حداکثر تعداد جلسات PDT برای هر بیمار ۶ جلسه بود و در صورتی که بیمار در این مدت به پاسخ کامل نمی‌رسید کاندید اکسیزیون ضایعه می‌شد. بیمارانی که پاسخ کامل به درمان نشان می‌دادند، ۱ ماه پس از آخرین نوبت PDT از نظر پاسخ cosmetic طبق معیارهای زیر ارزیابی می‌شدند:

عالی: هیچ اسکار، آتروفی، اندوراسیون، اریتم و هیپرپیگماتاسیونی وجود ندارد.

خوب: اسکار، آتروفی، اندوراسیون وجود ندارد ولی در مقایسه با پوست اطراف، اریتم یا هیپرپیگماتاسیون دارد.

- بیمارانی که حین جراحی، ضایعه آنها به طور کامل رزکسیون نشده است [۸].

- بیمارانی که تحت درمان با آنتی کوآگولان هستند [۵].

- بیمارانی که برای عمل جراحی رضایت نمی‌دهند [۵].

- بیماران مبتلا به Gorlin Syndrome [۹-۱۱].

- بیماران دچار ضعف ایمنی و بیماران پیوندی [۱۲ و ۱۳].

- بیماران دیابتی [۱۲].

- بیمارانی که استعداد تشکیل کلوئید یا اسکار هیپرتروفیک را دارند [۱۲].

PDT می‌تواند به عنوان یک روش جایگزین ارزشمند به کار رود. در مطالعات مختلف در رابطه با کاربرد ALA-PDT در درمان BCC سطحی، میزان پاسخ به درمان بالا ولی نه کاملاً مشابه گزارش شده است [۱۱، ۱۲، ۱۳]. نتایج درباره BCC ندولار [۱۴، ۱۵، ۱۶] و همچنین BCC پیگمانته [۱۷] بسیار متفاوت است. با توجه به موارد فوق بر آن شدیدم که اثربخشی PDT در درمان انواع مختلف BCC و عوامل مؤثر بر نتیجه درمان را در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست بیمارستان شهدای تجریش مورد بررسی قرار دهیم.

روش بررسی

این یک کارآزمایی بالینی است که بر روی بیماران مبتلا به BCC مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست بیمارستان شهدای تجریش انجام شده است. ابتدا بیماران توسط درماتولوژیست ویزیت شده و در صورتیکه از نظر بالینی مشکوک به BCC بودند، تحت incisional biopsy می‌گرفتند. چنانچه بیمار مبتلا به چندین ضایعه مشابه بود، فقط از یکی از ضایعات بیوپسی می‌شد. پس از تأیید هیستوپاتولوژیک تشخیص بالینی، بیمار از نظر ورود به مطالعه ارزیابی می‌شد. بیمارانی که دارای یک یا چند مورد از معیارهای زیر بودند از مطالعه خارج می‌شدند:

۱- سابقه مصرف دارویی که حساسیت به نور بدده.

۲- کاربرد یک روش درمانی دیگر جهت ضایعه BCC در ۶ ماه اخیر

۳- بارداری

۴- شیردهی

۵- سن ≥ 18 سال

۶- ابتلا به نوع rodent ulcer یا مرئیک همچنین کلیه بیماران قبل از ورود به مطالعه از نظر آنتی‌نوکلئار آنتی‌بادی (ANA) جهت تشخیص photosensitization احتمالی آزمایش می‌شدند و در صورت مشیت بودن نتیجه آزمایش، بیمار از مطالعه حذف می‌شد. سپس اطلاعات لازم درباره چگونگی درمان و عوارض احتمالی آن در اختیار

نسبی: اسکار، آتروفی، اندوراسیون خفیف دارد.
ضعیف: اسکار، آتروفی، اندوراسیون شدید دارد.

در همین زمان از ضایعاتی که پاسخ بالینی کامل نشان داده بودند، در صورتی که در مناطقی از بدن غیر از صورت واقع شده بود و بیمار نیز رضایت داشت، بیوپسی مجدد انجام می شد تا پاسخ کامل از نظر هیستولوژیک نیز تأیید شود.

همچنین ضایعات با پاسخ کامل به مدت ۶ ماه بعد از پایان دوره درمان از نظر عود ضایعات پیگیری می شدند.
پس از جمع آوری اطلاعات، آنالیز آماری با استفاده از تست های Kruskal-Wallis و K^2 انجام شد.

یافته ها

در مجموع ۲۸ ضایعه از ۱۲ بیمار (۸ مرد و ۴ زن) با میانگین سنی 59.1 ± 12.7 سال (بین ۵۲-۷۲ سال) وارد مطالعه شدند. از ۲۸ ضایعه مورد مطالعه (۵/۵۳٪) ۱۵ ضایعه BCC ندول، (۷/۲۵٪) ۷ ضایعه BCC پیگمانته و (۲۱/۵٪) ۶ ضایعه BCC سطحی بودند.
از ۲۸ ضایعه مورد مطالعه، ۱۳ ضایعه (۴۶/۴٪) در ناحیه اسکالپ، ۱۳ ضایعه (۴۶/۴٪) در ناحیه صورت و ۲ ضایعه (۷/۲٪) در ناحیه گوش واقع بودند. میانگین بزرگترین قطر ضایعات 19.9 mm (بین ۳-۱۰۰ mm) و میانگین مساحت ضایعات 6.8 cm^2 (بین ۵-۱۰۰ cm^2) بود. تعداد جلسات درمانی در ۲، ۱، ۰.۴، ۰.۳، ۰.۱ و ۰.۰ بود. میانگین تعداد جلسات (۴/۹) (بین ۱-۶) جلسه بود. سایقه رادیوتراپی در ۱۷ مورد (۷/۶۰٪) ضایعات مثبت و در ۱۱ مورد (۳۹/۳٪) ضایعات منفی بود.

از ۲۸ ضایعه مورد مطالعه ۲۳ ضایعه (۸۲/۱٪) به درمان پاسخ دادند و ۵ ضایعه (۱۷/۹٪) هیچ پاسخی ندادند. از مواردی که به درمان پاسخ دادند ۱۴ مورد پاسخ نسبی (شکل های شماره ۱ و ۲) و ۹ مورد پاسخ کامل داشتند. (شکل های شماره ۳ و ۴).



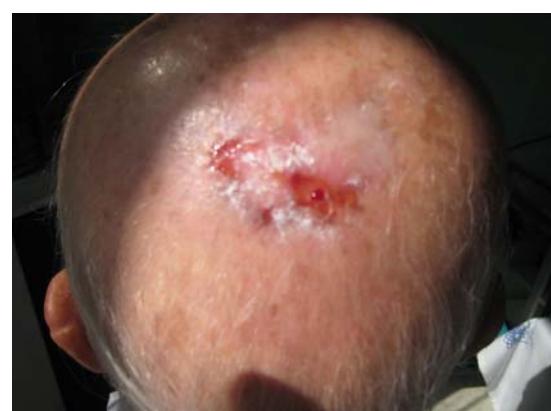
شکل ۲- بیمار a با BCC ناحیه اسکالپ بعد از PDT با پاسخ نسبی



شکل ۳- بیمار b با BCC ناحیه اسکالپ قبل از PDT



شکل ۴- بیمار b با BCC ناحیه اسکالپ بعد از PDT با پاسخ کامل



شکل ۱- بیمار a با BCC ناحیه اسکالپ قبل از PDT

میانگین قطر ضایعات در گروهی که پاسخ کامل به درمان دادند $13 \pm 1/2$ میلیمتر، در گروه با پاسخ نسبی $28/3 \pm 2/8$ میلیمتر و در گروه بدون پاسخ $9 \pm 4/2$ میلیمتر بود که پس از انجام آنالیز آماری با تست Kruskal-Wallis رابطه معنی دار آماری بین قطر ضایعه و میزان پاسخ به درمان یافت نشد.

میانگین مساحت ضایعات در گروهی که به درمان پاسخ کامل دادند $1/1 \pm 3/7\text{cm}^2$ ، در گروه با پاسخ نسبی $11 \pm 4/4\text{cm}^2$ و در گروه بدون پاسخ $1/7 \pm 1/8\text{cm}^2$ بود که بعد از انجام آنالیز آماری با تست Kruskal-Wallis رابطه معنی دار آماری بین مساحت ضایعه و میزان پاسخ به درمان یافت نشد. توزیع ضایعات براساس نوع BCC و

پاسخ به درمان در جدول شماره ۱ آمده است.

پس از انجام آنالیز آماری با تست کای-دو بین نوع ضایعات و پاسخ به درمان رابطه آماری معنی داری یافت نشد. ($P<0.08$)

توزیع ضایعات براساس سابقه انجام رادیوتراپی و پاسخ دهنده به درمان در جدول شماره ۲ آمده است پس از انجام آنالیز با تست کای-دو بین میزان پاسخ به درمان و سابقه انجام رادیوتراپی رابطه آماری معنی داری یافت شد ($p<0.046$) همانطور که از جدول فوق مشخص است، در گروه با سابقه مثبت رادیوتراپی به موضع، احتمال پاسخ دهنده به درمان کمتر است.

توزیع ضایعات براساس عوارض بعد از PDT و میزان پاسخ دهنده به درمان در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۲- توزیع ضایعات براساس سابقه انجام رادیوتراپی و پاسخ دهنده به درمان

پاسخ دهنده به درمان			
بدون پاسخ	پاسخ نسبی	پاسخ کامل	پاسخ به درمان
۵ (٪۲۹)	۹ (٪۵۳)	۳ (٪۱۸)	مثبت
.	۵ (٪۴۵)	۶ (٪۵۵)	منفی

پس از انجام آنالیز آماری با تست کای-دو بین میزان پاسخ دهنده به درمان و ایجاد عوارض پس از درمان رابطه معنی دار آماری یافت نشد. از ۹ ضایعه ای که پاسخ کامل به درمان دادند ۷ ضایعه به مدت ۶ ماه پیگیری شدند (۲ ضایعه متعلق به ۱ بیمار بود که جهت ویزیت پیگیری مراجعه نکرد). در هیچیک از موارد فوق بعد از ۶ ماه عود مشاهده نشد.

بحث

در این مطالعه ۱۰۰٪ ضایعات BCC سطحی (sBCC) به درمان پاسخ دادند که در ۶۷٪ موارد این پاسخ کامل و در ۳۳٪ موارد پاسخ نسبی بود.

در ۹ ضایعه ای که پاسخ کامل دادند ۳ ضایعه پس از اتمام دوره درمان مورد بیوپسی مجدد قرار گرفتند که در هر سه مورد رفع ضایعه بطور کامل از نظر هیستولوژیک نیز تأیید شد. از ۹ ضایعه ای که به درمان پاسخ کامل دادند، نتایج cosmetic در ۵ ضایعه (۵۵٪) عالی، در ۲ ضایعه (۲۲٪)، خوب و در ۲ ضایعه (۲۲٪) متوسط بود.

از نظر عوارض بعد از درمان (شامل درد، سوزش و اریتم ناحیه) در ۱۷ مورد (٪۶۰) هیچ عارضه ای گزارش نشد، در ۹ مورد (٪۳۲) عوارض خفیف و در ۲ مورد (٪۷) عوارض شدید (فقط درد شدید) گزارش شد.

توزیع ضایعات براساس لوکالیزاسیون و پاسخ به درمان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- بررسی میزان پاسخ به درمان براساس برخی متغیرهای مورد مطالعه

پاسخ به درمان	پاسخ نسبی	بدون پاسخ	پاسخ کامل	لوکالیزاسیون
اسکالپ	۳ (٪۲۳)	۷ (٪۵/۴)	۳ (٪۲۳)	
صورت	۱ (٪۸)	۶ (٪۴۶)	۶ (٪۴۶)	
گوش	۱ (٪۵۰)	۱ (٪۵۰)	.	
جنسیت				
مرد	۱ (٪۷)	۹ (٪۶۴)	۴ (٪۲۹)	
زن	۴ (٪۲۸)	۵ (٪۳۶)	۵ (٪۳۶)	
BCC نوع				
BCC سطحی	۲ (٪۳)	۴ (٪۶۷)	۲ (٪۳)	
BCC ندولار	۱۰ (٪۶۷)	۳ (٪۲۰)	۱۰ (٪۶۷)	
BCC پیگمانته	۲ (٪۲۹)	۲ (٪۲۹)	۲ (٪۲۹)	
عارض پس از PDT				
بدون عرضه	۶ (٪۳۵)	۶ (٪۳۵)	۶ (٪۳۵)	
عارضه خفیف	۶ (٪۶۷)	۳ (٪۳۳)	۶ (٪۶۷)	
عارضه شدید	۲ (٪۱۰۰)	.	۲ (٪۱۰۰)	

پس از انجام آنالیز آماری با تست کای-دو بین لوکالیزاسیون ضایعات و میزان پاسخ به درمان، رابطه آماری معنی داری یافت نشد. میانگین سن بیماران در گروهی که به درمان پاسخ کامل دادند $53/6 \pm 1/8$ سال، در گروه با پاسخ نسبی $62/4 \pm 8/8$ سال و در گروه بدون پاسخ $60 \pm 6/2$ سال بود که بین میانگین سنی بیماران و میزان Kruskal-Wallis رابطه معنی داری یافت نشد. توزیع ضایعات براساس جنسیت بیمار و پاسخ به درمان در جدول شماره ۱ آمده است. پس از انجام آنالیز آماری با تست کای-دو بین جنسیت بیمار و میزان پاسخ به درمان رابطه آماری معنی داری یافت نشد.

برای افزایش کارآیی PDT استفاده شد که در این مطالعه هم پاسخ کامل ۷۵٪ در ضایعات nBCC مشاهده شد [۲۲].

از لحاظ عوارض جانبی در مطالعه ما ۶۰٪ بیماران هیچ عارضه‌ای را گزارش نکردند و عوارض شدید تنها در ۲ مورد (۷٪) گزارش شد. در سایر مطالعات نیز عوارض PDT بسیار اندک گزارش شده است. Wang و همکارانش دریافتند که بیماران مبتلا به BCC که تحت PDT قرار می‌گیرند در مقایسه با کربیوپترایی میزان درد مشابهی را تجربه می‌کنند [۲۳].

در این مطالعه نتایج cosmetic در ۷۷٪ ضایعات خوب یا عالی بود و با نتایج مختلف قبلی، که این عدد را بین ۷۹-۹۳٪ گزارش کرده‌اند، قابل مقایسه است. در یک مطالعه نشان داده شد که نتایج cosmetic حاصل از PDT بهتر از کربیوپترایی است (۸۹٪ از بیماران تحت درمان با PDT در مقایسه با ۵۰٪ برای کربیوپترایی) نتایج خوب یا عالی داشتند [۲۴] و در مطالعه دیگر هم در ۶۰٪ بیماران تحت درمان با PDT نتایج cosmetic عالی گزارش شد که مشابه نتیجه مطالعه ما بود و به طور معنی‌داری از نتایج زیبایی کربیوپترایی (۱۶٪) بهتر بود [۲۵]. در مطالعه ما نتایج cosmetic بالافاصله پس از پایان دوره درمان ارزیابی می‌شد ولی از آنجایی که در مطالعه Horn و همکارانش [۶] و Vinciullo و همکارانش [۲۶] نشان داده شد که با گذشت زمان، نتایج cosmetic حاصل از PDT بهتر هم می‌شود، لذا به نظر می‌رسد که در صورت ارزیابی این نتایج با یک فاصله زمانی از اتمام دوره درمان ممکن است عدد بالاتری نیز به دست آید.

در مطالعه ما بعد از ۶ ماه پیگیری در هیچیک از ضایعات عودی مشاهده نشد. در مطالعات دیگر میزان پیگیری از ۶ ماه تا ۵ سال متفاوت بوده و لذا میزان عود نیز بسیار متفاوت ذکر شده است. در مطالعه Varma و همکارانش از ۶۱ ضایعه که برای ۱۲ ماه پیگیری شدند، ۱۱ ضایعه عود کردند که ۶ مورد از عودها در ۶ ماه اول رخ داده بود [۶]. در مطالعه Fai و همکارانش عود ۱۵٪ بعد از ۱۲ ماه پیگیری گزارش شد [۲۷]. در مطالعات دیگر میزان عود بعد از ۴۸ ماه، ۲۰٪ گزارش شد [۱۶]. در یک پیگیری ۵ ساله میزان عود ۸٪ متعاقب درمان با PDT با کربیوپترایی قابل مقایسه بود (۲۰٪ برای PDT در برابر ۲۰٪ برای کربیوپترایی) [۲۵]. در دو مطالعه دیگر میزان عود در ضایعات کوچکتر که قطری کمتر از ۱cm داشتند حتی از این هم کمتر بود (فقط ۶٪ عود بعد از ۳۶ ماه). در این مطالعات میزان عود بعد از ۴۸ ماه مساوی با ۳۶ ماه بود و بدان معنی است که بعد از ۳۶ ماه ریسک بیشتری برای عود وجود نداشته است [۲۴ و ۲۸].

در مطالعه ما بین عواملی همچون سن و جنس بیمار، لوکالیزاسیون ضایعه، میانگین قطر ضایعه، نوع بالینی BCC و میزان عوارض پس از درمان با میزان پاسخ دهی به PDT رابطه معنی‌داری یافت نشد. تنها متغیری که با میزان پاسخ دهی رابطه داشت سابقه رادیوپترایی بود بدین صورت که بیماران با سابقه مثبت رادیوپترایی پاسخ

میزان پاسخ کامل به درمان در مطالعات مختلف بین ۱۰۰٪-۸۰٪ گزارش شده است [۱۷-۱۵]. به نظر می‌رسد علت تفاوت در پاسخ کامل به درمان در مطالعه ما با سایر مطالعات در این است که ما محدودیتی از نظر سایر ضایعات برای ورود به مطالعه قائل نشدمیم و میانگین سایر ضایعات در مطالعه ما بیش از مطالعات فوق بوده است به عنوان مثال در یک مطالعه [۶] که میزان پاسخ به PDT را ۸۲٪ گزارش کرده است، میانگین بزرگترین قطر ضایعه ۱۴mm گزارش شده در صورتی که در مطالعه ما ۹mm بود. علت این تفاوت در سایر ضایعات ممکن است به دلیل مراجعه دیرهنگام بیماران ما باشد و یا اینکه این مطالعه در یک مرکز ارجاعی صورت گرفته و مراجعین آن را اغلب موارد پیچیده و صعب العلاج تشکیل می‌دادند که در مراکز پایین‌تر قابل درمان با روش‌های معمولی (جراحی) بوده اند و به این مرکز ارجاع داده شده‌اند. به علاوه از آنجا که در همه مواردی که در این مطالعه پاسخ نسبی نشان دادند، میزان کاهش قطر ضایعه در پایان دوره درمان بیش از ۸٪ بود لذا حتی در این موارد نیز انتظار می‌رفت که در صورت ادامه درمان در تعداد جلسات بیشتر، این ضایعات نیز به پاسخ کامل برسند. در مطالعه جدیدی که درباره تأثیر PDT بر BCC های ژیانت صورت گرفته، همه BCC ها کاهش سایز داده ولی در نهایت نیاز به جراحی پیدا کردند [۱۸]. در مطالعه ما ۲۹٪ ضایعات BCC پیگمانته (pBCC) پاسخ کامل نشان دادند، در صورتیکه در تنها مطالعه‌ای که pBCC را تحت درمان با PDT قرار داده است هیچیک از ۴ بیمار مورد مطالعه پاسخ کامل نشان ندادند [۱۵].

در مورد BCC ندولار (nBCC) نتایج مختلفی حاصل شده است. در مطالعه ما میزان پاسخ کامل به درمان در ضایعات nBCC ۲۰٪ بود. این عدد از ۱۰٪ در مطالعه Wolf و همکارانش [۱۹] تا ۹۴٪ در مطالعه Mosterd و همکارانش [۲۰] متفاوت بود. یک علت مهم توجیه کننده تفاوت‌های فوق آن است که در برخی مطالعات حجم نمونه کوچک بوده، به علاوه معیارهای متفاوتی جهت ارزیابی پاسخ کامل به درمان مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین رژیم‌های درمانی مختلفی از نظر مدت ماندن ALA بر روی ضایعات قبل از تابش نور، طول موج نور به کار رفته و مدت تابش نور ... در این مطالعات مورد استفاده قرار گرفته است. در برخی موارد از روش‌هایی جهت افزایش نفوذپذیری ALA به بافت استفاده شده است. مثلاً در Mطالعه Rhodes و همکارانش از methyl-ALA به جای photosensitizer به بافت استفاده شده است. در صورتیکه در مطالعه دیگری که به مقایسه m-ALA و m-ALA در درمان BCC پرداخته است تفاوتی بین این دو ماده یافت نشد [۲۱]. در مطالعه دیگری که توسط Thompser و همکارانش صورت گرفت از فیبرهایی که در تماس مستقیم با سطح تومور بودند

اقتصادی نیز ثابت شده است [۳۲] با در نظر گرفتن موارد فوق و با توجه به کارآیی بالا و برتری نتایج cosmetic، این روش درمانی BCC می‌تواند به عنوان یک انتخاب مناسب در بیماران مبتلا به خصوصاً SBCC به کار رود اگرچه هنوز مطالعات بیشتر و با حجم نمونه بالاتر خصوصاً درباره مقایسه رژیم‌های مختلف درمانی با هم و عوامل مؤثر بر افزایش میزان پاسخ‌دهی به درمان مورد نیاز است.

کمتری به PDT نشان می‌دادند. تا جایی که ما می‌دانیم بررسی ارتباط این متغیرها با میزان پاسخ‌دهی به PDT قبل از مطالعه قرار نگرفته بود و نیاز است تا مطالعات بیشتری در این زمینه و با حجم نمونه بالاتر صورت گیرد. در آخر می‌توان این نکته را اضافه کرد که درمان BCC باید با در نظر گرفتن کارآیی، نتایج cosmetic، ترجیح بیمار و به صرفه‌بودن روش درمانی انتخاب شود. در مطالعات متعدد نشان داده شده است که بیماران، PDT را به روش‌های معمول درمان ترجیح می‌دهند [۲۹-۳۱] و به صرفه‌بودن PDT از نظر

منابع

- Kuijpers DIM, Thissen MRTM, Neumann MHA. Basal cell carcinoma treatment options and prognosis, a scientific approach to a common malignancy. *Am J clin Dermatol* 2002; 3: 247-59.
- Rhodes LE, Rie M, Enstrom Y, et al. Photodynamic therapy using topical methyl aminolevulinate vs surgery for nodular basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2004; 140: 17-23.
- Szeimies RM, Karrer S. Towards a more specific therapy: targeting nonmelanoma skin cancer cells. *Br J Dermatol* 2006; 154(1): 16-21.
- Tierney E, Barker A, Ahdout J, et al. Photodynamic therapy for the treatment of cutaneous neoplasia, inflammatory disorders, and photoaging. *Dermatol Surg* 2009; 35: 725-46.
- Kaviani A, Fashtami LA, Fateh M, et al. Photodynamic therapy of head and neck basal cell carcinoma according to different clinicopathologic features. *Lasers Surg Med* 2005; 36: 377-82.
- Horn M, Wolf P, Wulf HC, et al. Topical methyl aminolevulinate photodynamic therapy in patients with basal cell carcinoma prone to complications and poor cosmetic outcome with conventional treatment. *Br J Dermatol* 2003; 149: 1242-9.
- Soler AM, Warloe T, Berner A, et al. A follow-up study of recurrence and cosmesis in completely responding superficial and nodular basal cell carcinomas treated with methyl 5-aminolevulinate-based photodynamic therapy alone and with prior curettage. *Br J Dermatol* 2001; 143: 467-71.
- Soler AM, Warloe T, Tausjo J, et al. Photodynamic therapy for residual and recurrent basal cell carcinoma after radiotherapy using topical 5-aminolevulinic acid or methylester aminolevulinic acid. *Acta Oncologica* 2000; 39: 605-9.
- Itkin A, Gilchrest BA. Aminolevulinic acid blue light photodynamic therapy for treatment of multiple basal cell carcinomas in two patients with nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Dermatol Surg* 2004; 30: 1054-61.
- Chapas AM, Gilchrest BA. Broad area photodynamic therapy for treatment of multiple basal cell carcinomas in a patient with nevoid basal cell carcinoma syndrome. *J Drug Dermatol* 2006; 5(2): 3-5.
- Madn V, Lancaster JA, Allan D, et al. Nodular basal cell carcinoma in Gorlin's syndrome treated with systemic photodynamic therapy and interstitial optical fiber diffuser laser. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 85-9.
- Braathen LR, Szeimies RM, Basset-Seguin N, et al. Guidelines on the use of photodynamic therapy for nonmelanoma skin cancer: An International Consensus. *J Acad Dermatol* 2007; 56: 125-43.
- Perrott AN, McGregor JM, Warwick J, et al. Treatment of post-transplant premalignant skin disease. A randomized intrapatient comparative study of 5-fluorouracil cream and topical phototherapy.
- Wulf HC, Pavel S, Stender I, et al. Topical photodynamic therapy for prevention of new skin lesions in renal transplant recipients. *Acta Derm Venereol* 2006; 86: 25-8.
- Pinton PGC. Repetitive photodynamic therapy with topical aminolevulinic acid as an appropriate approach to the routine treatment of superficial nonmelanoma skin tumors. *J Photochem Photobiol* 1995; 29: 53-7.
- Vinciullo C. MAL-PDT in difficult to treat basal cell carcinoma. An Australian study: 48 month follow up data. Poster present at 3rd Meeting of the European Association of Dermato-Oncology Rome, June 23-25, 2006 *JID* 2006; 126(2): 534.
- Vinciullo C, Elliot T, Gebauer K, et al. MAL-PDT in patients with basal cell carcinoma: results of an Australian multicenter study. Poster presented at International Skin Cancer Conference July 22-24 2004, Zurich, Switzerland.

18. Madan V, West CA, Murphy JV, Lear JT. Sequential treatment of giant basal cell carcinomas. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008 Jun 19. [Epub ahead of print].
19. Wolf P, Rieger E, Kerl H. J Am Acad Dermatol. Topical photodynamic therapy with endogenous porphyrins after application of 5-aminolevulinic acid. An alternative treatment modality for solar keratoses, superficial squamous cell carcinomas, and basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 41.
20. Mosterd K, Thissen MR, Nelemans P, et al. Fractionated 5-aminolevulinic acidphotodynamic therapy vs. surgical excision in the treatment of nodular basal cell carcinoma: results of a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008; 159: 864-70.
21. Kuipers DI, Thissen MR, Thissen CA, et al. Similar effectiveness of methyl aminolevulinate and 5-aminolevulinate in topical photodynamic therapy for nodular basal cell carcinoma. *J Drugs Dermatol* 2006; 5: 642-5.
22. Thompson MS, Anderson – Engles S, Svanberg S, et al. Photodynamic therapy of nodular basal cell carcinoma with multifiber contact light delivery. *J Environ Pathol Toxicol Oncol* 2006; 25: 411-24.
23. Basset-Seguin N, Ibbotson SH, Emtestam L. MAL-PDT versus cryotherapy in primary sBCC results of 36 months follow-up. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18(2): 412.
24. Basset-Seguin N, Ibbotson SH, Emtestam L, Tarstedt M, Morton C, Maroti M, Calzavara-Pinton P, Varma S, Roelandts R, Wolf P. Topical methyl aminolevulinate photodynamic therapy versus cryotherapy for superficial basal cell carcinoma: a 5 year randomized trial. *Eur J Dermatol* 2008; 18(5): 547-53.
25. Vinciullo C, Elliott T, Francis D, et al. Photodynamic therapy with topical methyl aminolevulinate for 'difficult-to-treat' basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2005; 152(4): 765-72.
26. Fai D, Arpaia N, Romano I, et al. Methylaminolevulinate photodynamic therapy for the treatment of actinic keratosis and non-melanoma skin cancers: a retrospective analysis of response in 462 patients. *G Ital Dermatol Venereol* 2009; 144: 281-5.
27. Basset-Seguin N, Ibbotson SH, Emtestam L, et al. MAL-PDT versus cryotherapy in primary sBCC: results of 48-month follow-up. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19(2): 237.
28. Wennberg A-M, Keohane S, Lear JT, et al. A multicenter study of photodynamic therapy with methyl aminolevulinate (MAL-PDT) cream in immuno-compromised organ transplant recipients with non-melanoma skin cancer. Presented at the 10th World Congress of Cancers of Skin. Vienna, Austria 2005; 13-6.
29. Vinciullo C, Tardstedt M, Pariser DM, et al. Patient satisfaction after treatment of basal cell carcinoma and actinic keratosis with MAL-PDT compared to previous other therapies. Poster Presented at the 14th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology, London 2005; 12-6.
30. Weston A, Fitzgerald P. Discrete choice experiment to derive willingness to pay for methyl aminolevulinate photodynamic therapy versus simple excision surgery in basal cell carcinoma. *Pharmacoeconomics* 2004; 22(18): 1195-208.
31. Caekelbergh K, Annemans L, Lambert J, et al. Economic evaluation of methyl aminolevulinate-based photodynamic therapy in the management of actinic keratosis and basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2006; 155: 784-90.