

بررسی توصیفی تومورهای دهان و فک و صورت در یک جمعیت ایرانی

زهره جعفری اشکاوندی*، آزاده اندیشه تدبیر*، یاسمن سرداری**

* استادیار گروه آموزشی پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
** دستیار تخصصی گروه آموزشی پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

چکیده

بیان مساله: تومورهای ناحیه‌ی سر و گردن، گروهی پیچیده از آسیب‌ها با انواع آسیب شناختی بافت و روند بالینی متفاوت هستند. شیوع آسیب‌ها، سن، جنس و محل آنها، در ارزیابی بیماران، برای تشخیص آسیب، مورد توجه قرار می‌گیرد. از آنجا که این متغیرها، در جوامع گوناگون ممکن است متفاوت باشد، بررسی آنها در هر جامعه اهمیت پیدا می‌کند.

هدف: این پژوهش، با هدف بررسی فراوانی تومورهای فک و دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی و بیمارستان چمران شیراز طرح‌ریزی گردید.

مواد و روش: بررسی گذشته‌نگر کنونی، به شیوه‌ی بررسی بایگانی، بر روی پرونده‌ی ۲۳۴۳ بیمار مراجعه کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی و بیمارستان چمران شیراز در سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۷ انجام شد. در این بررسی، اطلاعات مربوط به گونه‌ی تومور، جنس، سن و جای تومورها استخراج و سپس داده‌ها با نرم‌افزار SPSS۱۵ بررسی گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۲۳۴۳ نمونه‌ی بررسی شده، ۳۰۰ تومور (۱۲/۸ درصد) در جامعه‌ی مورد بررسی یافت شد. در کودکان و نوجوانان زیر ۱۹ سال، شایع‌ترین تومور خوش خیم و بدخیم به ترتیب، ادنتوما و هیستوتوزسیتوز سلول لانگرهانس بوده و در بالغین به ترتیب، آملوبلاستومای تک حفره‌ای و کارسینوم سلول سنگ فرشی (SCC) بیشترین شمار را به خود اختصاص داده بودند. تومورهای خوش خیم و بدخیم بافت نرم در لثه، و تومورهای بافت سخت در ناحیه‌ی خلفی مندیبل شایع تر بودند.

نتیجه‌گیری: برخی از یافته‌های این بررسی، با متون مرجع و مطالعات دیگر متفاوت است. افزون بر طرح‌ریزی متفاوت پژوهش، ممکن است تفاوت‌های نژادی و جغرافیایی، باعث تفاوت در گونه و توزیع تومورها در این بررسی نسبت به مطالعات دیگر شده باشد. به هر حال، با توجه به تفاوت یافته‌ها پیشنهاد می‌گردد، که با انجام بررسی‌های گسترده‌تر، اطلاعات موجود در این زمینه را افزایش داد.

واژگان کلیدی: فراوانی، تومورهای دهان و فک، آسیب شناسی فک و صورت

درآمد

تومور برپایه‌ی تعریف، یک توده‌ی غیر طبیعی بافتی است، که رشد آن افزایش پیدا کرده و با بافت‌های طبیعی پیرامون آن ناهماهنگ است و با کنار گذاشتن محرک‌هایی که این تغییر را القا کرده‌اند، همچنان در همان حد زیاد برجا می‌ماند. تومورها به طور کلی به دو دسته تومورهای خوش خیم و بدخیم رده‌بندی می‌گردند و هر یک از این گروه‌ها نیز، بسته به بافت منشا به زیر گروه‌های گوناگونی بخش می‌شوند^(۱). بررسی‌های گذشته‌نگر متعددی درباره‌ی اپیدمیولوژی تومورهای ناحیه‌ی سر و گردن انجام شده است. برخی از این بررسی‌ها در مورد گروه خاصی از تومورها، مانند تومورهای بدخیم، تومورهای غدد بزاقی و تومورهای ادنتوژنیک بوده و شماری نیز به بررسی کلی تومورها در گروه‌های سنی خاص پرداخته‌اند^(۲، ۳، ۴ و ۵).

در ایران، مهرابی و همکاران، با بررسی ۱۷۴۴۷ بیمار مبتلا به تومورهای بدخیم، شایع‌ترین ناحیه‌ی ابتلا به بدخیمی را دستگاه گوارش و سپس، بافت‌های لنفاوی و سیستم خونساز معرفی کردند. در بررسی آنان ابتلای مردان به تومور بیشتر از زنان و میانگین سنی مبتلایان ۵۱/۲ درصد گزارش شده است^(۶). نوربالا و همکاران نیز، در یزد با بررسی سرطان‌های پوست، به ترتیب کارسینوم سلول بازال، کارسینوم سلول سنگفرشی و ملانوما را شایع‌ترین بدخیمی‌های پوستی گزارش کردند. تومورهای بدخیم پوست ۲۸/۶ درصد از کل بدخیمی‌ها را در بررسی آنان تشکیل داده است^(۷).

در بررسی سرگران و همکاران، شایع‌ترین کانسره‌های دهان کارسینومای سلول سنگفرشی، بیشتر در ناحیه‌ی زبان و بیشتر در افراد بالای ۶۵ سال بوده است^(۸). پژوهش‌های متعددی نیز، به بررسی تومورهای غدد بزاقی پرداخته‌اند. انصاری با توصیف ۱۳۰ تومور بزاقی، آدنومای پلئومورفیک و سپس، کارسینومای موکوپیدرموئید را شایع‌ترین تومورها معرفی کرده^(۹) و صاکی و همکار در میان ۳۴ تومور غدد تحت فکی درمان شده در مدت ۱۵ سال، آدنوئید سیستیک کارسینوما و آدنومای پلئومورفیک را شایع‌ترین آنها بیان نموده‌اند^(۱۰).

بررسی دیگری نیز، توسط مهران و همکاران، بر روی تومورهای ادنتوژنیک کودکان و نوجوانان انجام شده است. آنان ادنتوما و فیبرومای ادنتوژنیک محیطی را در این گروه سنی شایع‌تر از دیگر تومورها گزارش کردند^(۱۱). از آنجایی که در تشخیص آسیب شناختی ضایعات، شیوع

آسیب و نیز سن، جنس و جای آنها مورد توجه قرار می‌گیرد و در جمعیت‌های گوناگون شیوع و نیز متغیرهای یاد شده ممکن است متفاوت باشد، بررسی اپیدمیولوژیک ضایعات در هر جامعه اهمیت پیدا می‌کند. در این بررسی، شیوع تومورهای ناحیه‌ی سر و گردن و نیز متغیرهای جنس، سن و جای آسیب‌ها در بیماران مراجعه‌کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان چمران شیراز بررسی شد.

مواد و روش

بررسی گذشته‌نگر کنونی، به صورت Case series و به شیوه‌ی بررسی بایگانی (Archive review) بر روی پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده به بخش آسیب‌شناسی بیمارستان چمران شیراز و بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۷ انجام شد. در مرحله‌ی نخست با مراجعه به بایگانی این مرکز همه‌ی پرونده‌های بیماران مبتلا به آسیب‌های دهان، فک و صورت موجود بازنگری شدند و آن دسته که تشخیص آسیب‌شناسی بافت نمونه‌ی آنها تومور بود، انتخاب گردید. سپس، اطلاعات مربوط به نوع تومور، سن، جنس و جای آسیب‌ها استخراج شد. سن بیماران به دو گروه صفر تا ۱۹ سال (کودکان و نوجوانان) و بالای ۱۹ سال (بالغین و بزرگسالان) بخش گردید^(۵). نوع تومور نیز، بر پایه‌ی گزارش آسیب‌شناسی نمونه‌ها به دو گروه تومورهای ادنتوژنیک و غیرادنتوژنیک رده‌بندی شد. افزون بر این، تومورهای غیر ادنتوژنیک به دو گروه تومورهای خوش‌خیم و بدخیم رده‌بندی گردید^(۱). در هر گروه از تومورها نیز برپایه‌ی منشاء بافتی، ضایعات در زیر گروه‌های گوناگونی قرار گرفتند.

برپایه‌ی محل، تومورها به دو گروه تومورهای بافت نرم و تومورهای بافت سخت رده‌بندی شدند و جای دقیق تومور در بافت نرم و نیز، ناحیه‌ی ابتلای فک‌ها، در تومورهای بافت سخت ثبت گردید. در مرحله‌ی پایانی، با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۵، بررسی فراوانی برپایه‌ی متغیرهای موجود انجام گرفت. در این بررسی، نمونه‌هایی که هیچ‌یک از اطلاعات بالینی آنها شامل سن و جنس بیماران و جای آسیب در پرونده نوشته نشده بود، کنار گذاشته شد و مواردی که تنها یکی از این متغیرها بیان نشده، با علامت ستاره مشخص گردید. تومورهایی که شمار آنها از سه عدد کمتر بود، در دسته‌ی کلی "دیگر موارد" قرار گرفتند.

یافته‌ها

از میان ۲۳۴۳ نمونه‌ی موجود در بخش آسیب‌شناسی، شمار ۳۰۰ نمونه تومور ثبت گردید، که ۱۲/۸ درصد از کل نمونه‌ها را شامل می‌شد. ۲۸/۴ درصد از تومورها در گروه سنی زیر ۱۹ سال و ۷۱/۶ درصد در افراد بالای ۱۹ سال ثبت گردید. در افراد زیر ۱۹ سال درگیری پسران (۵۶/۳ درصد) و در افراد بالای ۱۹ سال درگیری زنان (۵۲/۶ درصد) بیشتر بود. از این شمار تومور، ۱۱۷ نمونه (۳۹ درصد) ادنتوژنیک و ۱۷۱ مورد (۶۱ درصد) غیر ادنتوژنیک گزارش شد.

تومورهای ادنتوژنیک

در جدول ۱، نوع و سن تومورهای ادنتوژنیک نشان داده شده است. ۱۱۶ مورد از این تومورها (۹۹/۱ درصد) خوش‌خیم و یک مورد بدخیم بوده است. بیشتر این تومورها (۸۸ درصد) بصورت مرکزی و ۱۲ درصد محیطی بودند. شایع‌ترین جای درگیری داخل استخوانی ناحیه‌ی خلفی مندیبل (۶۷ درصد) و پس از آن ناحیه‌ی قدامی و خلفی ماگزیلا (۱۱/۷ درصد) بوده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی تومورهای ادنتوژنیک بر پایه نوع تومور، سن و جنس بیماران

گونه‌ی تومور	گروه سنی		جمع (درصد)	میانگین سنی (بازه سنی)	نسبت مرد به زن	
	>۱۹	≤۱۹			>۱۹	≤۱۹
آملوبلاستومای معمولی	۱۶	۱	۱۷(۱۴/۵)	۳۵/۱ (۲۳-۷۰)	۰:۱	۸:۸
آملوبلاستومای تک حفره‌ای*	۲۶	۹	۳۵ (۲۹/۹)	۲۶ (۱۲-۶۶)	۵:۴	۹:۱۸
تومور ادنتوژنیک آدنوماتوئید*	۴	۷	۱۱ (۹/۴)	۱۹/۴ (۱۳-۴۰)	۲:۵	۱:۳ ^o
تومور ادنتوژنیک اپی‌تلیالی کلسیفیه	۴		۴(۳/۴)	۳۸ (۲۵-۵۹)		۳:۱
فیبرومای آملوبلاستیک	۲	۱	۳(۲/۵)	۲۱/۶ (۱۰-۲۸)	۰:۱	۲:۰
ادنتوما	۱۲	۱۱	۲۳(۱۹/۶)	۲۰ (۵-۵۲)	۸:۳	۷:۵
فیبرومای ادنتوژنیک محیطی	۱۰	۴	۱۴(۱۱/۹)	۳۷/۱ (۱۳-۶۰)	۲:۲	۴:۶
میکسومای ادنتوژنیک	۵	۱	۶(۵/۱)	۲۴/۴ (۱۲-۴۲)	۱:۰	۱:۴
دیگر موارد	۱	۳	۴(۳/۴)	۲۵/۷ (۶-۷۰)	۱:۲	۰:۱
جمع	۸۰(۶۸/۴)	۳۷(۳۱/۶)	۱۱۷(۱۰۰)	۲۷ (۶-۷۰)	۱۹:۱۸	۳۷:۴۵

جدول ۲: توزیع فراوانی تومورهای خوش‌خیم غیرادنتوژنیک بر پایه‌ی نوع تومور، سن و جنس بیماران

گروه تومور	گروه سنی		جمع (درصد)	میانگین سنی (بازه سنی)	نسبت مرد به زن	
	>۱۹	≤۱۹			>۱۹	≤۱۹
اپی‌تلیالی	۹	۲	۱۱(۱۲)	۱۸/۱ (۱۳-۶۱)	۰:۲	۴:۵
همانژیوما	۵	۶	۱۱(۱۲)	۲۷/۶ (۵-۶۵)	۵:۱	۳:۲
لنفانژیوما	۳	۲	۵(۵/۴)	۲۵ (۷-۴۳)	۱:۱	۱:۲
لییوما	۷		۷(۷/۶)	۴۷/۴ (۲۷-۷۰)		۴:۳
نوروفیبروما*	۱۰	۲	۱۲(۱۳/۲)	۴۰/۱ (۳-۶۷)	۱:۱	۱:۹
شوانوما	۲	۱	۳(۳/۳)	۲۶/۳ (۱۹-۳۵)	۰:۱	۲:۰
فیبروس هیستوسیتوما*	۳	۳	۶(۶/۶)	۳۳ (۸-۴۱)	۲:۱	۲:۱
استخوانی	۵	۱	۶(۶/۶)	۲۸/۴ (۱۲-۴۰)	۰:۱	۳:۱
فیبرومای اسفیه مرکزی*	۱۴	۹	۲۳(۲۵/۳)	۲۹/۶ (۳-۶۶)	۴:۵	۳:۱۱
دیگر موارد	۵	۲	۷(۷/۶)	۲۸/۷ (۴-۴۵)	۱:۱	۳:۲
جمع	۶۳(۶۹/۲)	۲۸(۳۰/۸)	۹۱ (۱۰۰)	۲۹/۸ (۳-۶۷)	۱۴:۱۴	۲۴:۳۷

گروه نسبت ابتلا دختران و پسران بسیار نزدیک بود. در افراد بالای ۱۹ سال، آملوبلاستومای تک حفره‌ای بالاترین شیوع را داشت (۳۲/۵ درصد)، که در این گروه میزان ابتلا زنان بالاتر بود (۵۴/۹ درصد). در میان ۱۱۷ تومور این گروه تنها فیبرومای ادنتوژنیک به صورت محیطی در لثه‌ی ۱۴ بیمار ثبت گردید و

تومورهای این گروه در افراد میان سنین ۵ تا ۷۰ سالگی تشخیص داده شدند. بیشتر این تومورها (۶۸/۴ درصد) بالای ۱۹ سال و بقیه در افراد زیر ۱۹ سال ثبت گردید. میانگین سنی هر تومور، جداگانه محاسبه شد (جدول ۱). در میان افراد زیر ۱۹ سال، شایع‌ترین تومور ادنتوما (۲۹/۷ درصد) گزارش گردید، که در این

(۳۰/۳ درصد) بود (جدول‌های ۴ و ۵).

تومورهای غیر ادنتوژنیک بدخیم

۵۰/۲ درصد از تومورهای غیر ادنتوژنیک را تومورهای بدخیم تشکیل می‌دادند. گونه، سن، جنس و جای درگیری این تومورها در جدول ۳ نشان داده شده است.

تومورها از ۵ تا ۷۵ سالگی ثبت شدند. ۲۲ درصد از این تومورها در گروه سنی زیر ۱۹ سال و ۷۸ درصد در گروه سنی بالای ۱۹ سال مشاهده گردید. میانگین سنی هر تومور به صورت جداگانه در جدول ۳ آمده است. به علت شمار اندک، آدنو کارسینومای پلی مورفوس با درجه‌ی پایین (۲ مورد)، فیبروس هیستوسیتومای بدخیم، همانژیو اندوتلیومای بدخیم، کندروسارکومای مزانشیمی، پلاسмосیتوما، سارکوم سلول دوکی (۱ مورد) در دسته‌ی بقیه‌ی موارد قرار گرفتند.

شایع‌ترین تومورهای بدخیم افراد زیر ۱۹ سال، هیستوسیتوز سلول لانگرهانس (۲۵ درصد) و سپس لنفوم (۲۰ درصد) و در افراد بالای ۱۹ سال نیز، کارسینوم سلول سنگفرشی (۵۲/۱ درصد) و پس از آن استئوسارکوما (۱۴ درصد) بود. در هر دو گروه سنی، تومورهای بدخیم در مردان بیشتر مشاهده شد. بیشتر این تومورها در بافت نرم (۵۹/۵ درصد) و به میزان کمتر در بافت سخت قرار داشتند. شایع‌ترین جای تومورهای بدخیم در بافت نرم، لثه و سپس مخاط باکال و در بافت سخت ناحیه‌ی خلفی مندیبل و سپس، ناحیه‌ی خلفی ماگزایلا بوده است (جدول‌های ۴ و ۵).

نسبت ابتلا مردان به زنان در مورد این تومور ۱/۵:۱ و نسبت درگیری فک بالا به پایین ۱/۳:۱ بود. همچنین، یک مورد از تومورهای فیبرو ادنتومای آملوبلاستیک، فیبرومای ادنتوژنیک مرکزی و سمتوبلاستوما مشاهده شد، که در گروه بقیه‌ی موارد قرار گرفتند. در این گروه یک مورد تومور بدخیم (آملوبلاستیک کارسینوما) در ناحیه‌ی خلفی مندیبل یک زن ۷۰ ساله گزارش شد.

تومورهای غیر ادنتوژنیک خوش خیم

جدول ۲ سن، جنس و جای درگیری این تومورها را نشان می‌دهد. ۴۹/۸ درصد از تومورهای غیر ادنتوژنیک استخراج شده در این گروه قرار گرفتند. در هر دو گروه سنی شایع‌ترین تومور، فیبرومای اسفیه بود. در گروه سنی زیر ۱۹ سال، شیوع جنسی برابر و در گروه بالای ۱۹ سال ابتلا زنان بیشتر از مردان گزارش شد. این تومورها از سن ۳ تا ۶۷ سالگی و بیشتر آنها (۶۹/۲ درصد) در افراد بالای ۱۹ سال گزارش شده بودند. میانگین سنی هر تومور جداگانه محاسبه شد (جدول ۲). بقیه‌ی موارد این گروه شامل نرومای منفرد محدود، میگزومای غلاف عصبی، رابدومیوما، لیومیوفیبروما، فیبرومای اسفیه جوانان و فیبرومای دسموپلاستیک و کوردوما بوده است.

۵۶/۸ درصد از تومورها در بافت نرم و ۴۳/۲ درصد در استخوان قرار داشتند. شایع‌ترین جای درگیری تومورهای بافت نرم، مخاط باکال (۲۱/۷ درصد موارد) و پس از آن مخاط آلوئولر (۱۴/۱ درصد)، و شایع‌ترین نواحی درگیر بافت سخت ناحیه‌ی خلفی مندیبل (۵۱/۵ درصد) و سپس، ناحیه‌ی خلفی ماگزایلا

جدول ۳: توزیع فراوانی تومورهای بدخیم غیر ادنتوژنیک بر پایه‌ی نوع تومور، سن و جنس بیماران

گونه‌ی تومور	گروه سنی		جمع (درصد)	میانگین سنی (بازه‌ی سنی)	نسبت مرد به زن	
	>۱۹	≤۱۹			≤۱۹	>۱۹
کارسینوم سلول سنگفرشی	۳۷		۳۷(۴۰/۲)	۵۶/۵ (۲۶-۷۱)		۲۳:۱۴
کارسینومای ورو کوس	۶		۶(۶/۵)	۶۰/۳ (۴۰-۷۰)		۵:۱
میکوپلیدرموئید کارسینوما	۵	۲	۷(۷/۷)	۳۹/۷(۱۶-۵۴)	۱:۱	۱:۴
آدنوتید سیستیک کارسینوما	۲	۱	۳(۳/۲)	۲۶ (۱۸-۳۲)	۱:۰	۱:۱
استئوسارکوما	۱۰	۱	۱۱(۱۱/۹)	۲۸/۲ (۵-۴۳)	۱:۰	۶:۴
کندروسارکوما	۳	۱	۴(۴/۳)	۴۰ (۱۶-۵۸)	۰:۱	۱:۲
سارکوم یووینگ	۱	۳	۴(۴/۳)	۱۲/۲(۲-۲۰)	۳:۰	۱:۰
هیستوسیتوز سلول لانگرهانس	۱	۵	۶(۶/۵)	۱۴/۹ (۵-۲۷)	۳:۲	۱:۰
لنفوم	۲	۴	۶(۶/۵)	۱۸ (۶-۳۶)	۳:۱	۲:۰
بدون تشخیص		۳	۳(۳/۲)	۱۱/۵ (۹-۱۷)	۲:۱	
سارکوم سلول دوکی	۵		۵(۵/۴)	۴۵/۵ (۳۱-۶۳)		۰:۵
دیگر موارد						
جمع	۷۱(۷۸)	۲۰(۲۲)	۹۲ (۱۰۰)	۴۱ (۲-۷۱)	۱۶:۶	۴۱:۳۰

جدول ۴: توزیع تومورهای غیرادنتوژنیک بافت نرم بر پایه‌ی محل

محل تومور	لب پایین	لب بالا	کام	زبان	مخاط آلونول	لثه	مخاط باکال	ناحیه‌ی رترومولر	کف دهان	غده تحت فکی	غده لنفاوی دهان	جمع (درصد)
خوش خیم	۹	۱	۲	۳	۹	۷	۸	۱		۱		۱۰ (۱۱)
بدخیم				۶	۳	۸	۱۰	۴	۱		۱	۴۰ (۴۳/۹)
						۵			۱		۱	۳۴ (۳۷/۳)
												۷ (۷/۶)
جمع	۹	۱	۱۱	۹	۱۲	۲۰	۲۰	۵	۲	۱	۲	۹۲ (۱۰۰)

جدول ۵: توزیع تومورهای بافت سخت بر پایه‌ی محل ابتدای فکی

محل تومور	قدام	خلف	قدام	خلف	سینوس‌های پاراناژال	جمع (درصد)
غیرادنتوژنیک	۲	۱۰	۱	۱۷	۳	۳۲ (۲۱/۶)
ادنتوژنیک	۱۱	۱۱	۹	۶۳		۹۴ (۵۸/۷)
سارکومای غیرادنتوژنیک		۹	۴	۱۲		۲۵ (۱۵/۶)
کارسینومای غیرادنتوژنیک		۲		۴	۱	۷ (۴/۳)
کارسینومای ادنتوژنیک				۱		۱ (۰/۶)
جمع	۱۳	۳۲	۱۴	۹۷	۴	۱۶۰ (۱۰۰)

بحث

اپیدمیولوژی تومورهای سر و گردن در پژوهش‌های گوناگونی بررسی شده و آمار متفاوتی از میزان شیوع انواع گوناگون تومورهای این ناحیه ارائه گردیده است. در بررسی کنونی، با بررسی ۲۳۴۳ نمونه، ۳۰۰ تومور گزارش شد، که بدون در نظر گرفتن نوع تومور، ۶۹ درصد از آنها خوش خیم و بقیه بدخیم بوده‌اند. تومورهای ادنتوژنیک خوش خیم ۳۹ درصد از کل تومورها را تشکیل داده‌اند. در میان تومورهای غیر ادنتوژنیک، شمار گونه‌های بدخیم با اختلاف بسیار ناچیزی از شمار تومورهای خوش خیم بیشتر بوده است. در انواع خوش خیم نیز، تومورهای مزانشیمی از بقیه بیشتر بوده‌اند. منشا گرفتن بیشتر بافت‌های بدن از بافت مزانشیمی، می‌تواند یکی از دلایل این مساله باشد. به طور کلی میزان ابتلا زنان و مردان به تومور تقریباً برابر بود، اما تومورهای بدخیم در هر دو گروه سنی بیشتر در مردان مشاهده شد. همانند این یافته در بررسی‌های جونز (Jones) و همکاران به دست آمده است (۱۷، ۱۳). مهرابی و سرگران نیز، در گزارش خود بروز بیشتر بدخیمی‌ها را در مردان بیان کرده‌اند (۸ و ۶). از آنجایی که عوامل موثر در ایجاد موتاسیون‌ها و سرطان‌زایی (مانند مصرف سیگار و الکل و تابش نور خورشید) در مردان بیشتر وجود دارد، چنین نتایجی قابل توجیه است.

در بررسی ناکادا (Nakada) و همکاران در ژاپن، از ۵۰۳ مورد ضایعه‌ی آسیب‌شناسی فک و دهان، ۲۶/۶ درصد تومور گزارش شد، که ۸۰ درصد آنها خوش خیم و بقیه بدخیم بوده‌اند (۱۲) و ۱۳ درصد از کل تومورهای گزارش شده آنها نیز، ادنتوژنیک بود. جنز (Jones) و همکاران نیز در انگلستان، در روند یک دوره‌ی ۳۰ ساله، ۱۰ درصد تومور در میان ضایعات آسیب‌شناسی فک و دهان گزارش کرده‌اند (۱۳). در بررسی آنها، شیوع تومورهای بدخیم غیر ادنتوژنیک از تومورهای خوش خیم این گروه بیشتر بود. در برزیل نیز، یولماسکی (Ulmasky) با بررسی ۹۶۶ آسیب دهان و فک در افراد زیر ۱۵ سال، بروز تومورها را ۹/۵ درصد گزارش کرده است. در بررسی وی، بروز تومورهای خوش خیم پنج برابر بیشتر از تومورهای بدخیم بود (۱۴). در این بررسی، شایع‌ترین تومور خوش خیم، آمولوبلاستوما تک حفره‌ای و پس از آن فیبرومای اسیفیه مرکزی و ادنتوما گزارش شد. در متون مرجع، فیبرومای اسیفیه واقعی توموری نادر به شمار می‌رود (۱۵) و از آنجایی که این تومور در تشخیص افتراقی با آسیب‌های فیبرواسئوس قرار دارد، این احتمال وجود دارد، که برخی از موارد این آسیب‌ها به اشتباه فیبرومای اسیفیه گزارش شده باشند. شیوع بالاتر این آسیب در خلف مندیبل و در زنان، با متون مرجع هماهنگی دارد.

فک‌ها بود و در بیشتر موارد این تومور در ماگزایلا و در مردان مشاهده شد. در بررسی جونز و متون مرجع موجود این تومور به عنوان یکی از بدخیمی‌های غیر شایع در ناحیه‌ی فک، دهان و صورت بیان شده است (۱۳، ۱۵ و ۲۲).

۶۲/۳ درصد از تومورهای غیر ادنتوژنیک این بررسی در بافت نرم و بقیه در بافت سخت قرار داشتند. شایع‌ترین جای وقوع تومورهای خوش خیم و بدخیم بافت نرم به ترتیب مخاط باکال و لته بود. اما با در نظر گرفتن تومورهای ادنتوژنیک، لته شایع‌ترین جای وقوع تومورهای خوش خیم است. البته جای دقیق ۴۸ تومور نیز مشخص نشده است.

در فک‌ها، شایع‌ترین محل وقوع تومورهای خوش خیم و بدخیم، ناحیه‌ی خلفی مندیبل و سپس ناحیه‌ی خلفی ماگزایلا بوده و در مورد تومورهای ادنتوژنیک مکان دوم، ناحیه‌ی قدامی و خلفی ماگزایلا بوده است.

الخطبیا (Al-Khateeb) نیز ۷۳ درصد از تومورهای کودکان و نوجوانان را در بافت نرم و بیشتر را در لب پایین گزارش کرده است. در بررسی وی، بیشتر تومورهای فک‌ها، خوش خیم و ادنتوژنیک بوده‌اند، که بیشتر در ماگزایلا بروز پیدا کردند و تومورهای غیر ادنتوژنیک بیشتر در مندیبل قرار داشتند (۵).

تومورهای ادنتوژنیک در این بررسی در گروه سنی بالای ۱۹ سال بیشتر مشاهده شد. جونز و جینگ (Jing) نیز ضمن اعلام این نتیجه، بیان کرده‌اند، که از آنجایی که تومورهای ادنتوژنیک از بقایای جوانی دندان‌های منشا می‌گیرند، این تومورها پس از تشکیل کامل دندان‌ها ایجاد می‌شوند (۴ و ۱۳).

در میان تومورهای ادنتوژنیک این بررسی، شایع‌ترین تومور آملوبلاستوما (تک حفره‌ای و معمولی) و سپس ادنتوما بود. در بررسی ناکادا (Nakada) نیز، همین نتایج به دست آمد (۱۲).

براساس مراجع موجود، تنها ۱۳ درصد از همه‌ی موارد آملوبلاستوما را نوع تک حفره‌ای تشکیل می‌دهد، که ۵۰ درصد از آنها در دهه‌ی دوم زندگی رخ می‌دهد (۱۵ و ۲۲)، اما در بررسی کنونی، ۶۱ درصد از آملوبلاستوماها را گونه‌ی تک حفره‌ای تشکیل داد و ۷۴/۳ درصد از آنها پس از دهه‌ی دوم مشاهده شد. فراوانی بالاتر نوع تک حفره‌ای را می‌توان به جای بررسی نسبت داد. زیرا بیشتر آملوبلاستوماهای توپر در بیمارستان‌ها مورد جراحی قرار می‌گیرند و نمونه‌های بیمارستانی در این بررسی بسیار کمتر از نمونه‌های دانشکده‌ی دندانپزشکی بود.

در گروه سنی بالای ۱۹ سال، شایع‌ترین تومورهای خوش خیم به ترتیب آملوبلاستومای تک حفره‌ای، آملوبلاستوما معمولی و نوروفیبروما و در افراد زیر ۱۹ سال به ترتیب ادنتوم، فیبرومای اسفیه و همانژیوما بوده است. در میان تومورهای بدخیم کودکان و نوجوانان، هیستوسیتوز سلول لانگرهانس و لنفوم به ترتیب شایع‌تر بوده‌اند، اما در بالغین، کارسینوم سلول سنگفرشی و پس از آن استئوسارکوما بالاترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند. در بررسی‌های دیگر، همانژیوما در کودکان (۱۶)، فیبرومای اسفیه در کودکان (۱۷)، آدنومای پلئومورفیک در بالغین (۱۳) به عنوان شایع‌ترین تومورهای خوش خیم گزارش شده‌اند.

در بررسی‌هایی که تومورهای بدخیم کودکان و نوجوانان را در ناحیه‌ی فک، دهان و صورت بررسی کرده‌اند نیز، آمار متفاوتی گزارش شد. بررسی‌های جونز (Jones) و کابانا (Kabana) (۱۸ و ۱۷)، هیستوسیتوز سلول لانگرهانس و بررسی‌های آجایی (Ajayi) و آرگبوسولا (Aregbesola) (۱۹ و ۲۰)، لنفوم و آرویتا (Arobita) (۲۱) نیز لنفوم بورکیت را شایع‌ترین بدخیمی فک و صورت کودکان و نوجوانان عنوان کرده‌اند.

در بررسی سرگران (۸)، جونز و آرویتا (۲ و ۱۳) نیز، کارسینوم سلول سنگفرشی به عنوان شایع‌ترین تومور بدخیم ناحیه‌ی فک و دهان در بالغین گزارش شد. آرویتا نیز، مانند بررسی کنونی، میانگین سنی بروز کارسینوم سلول سنگفرشی را در دهه‌ی ششم زندگی عنوان کرد. در بررسی سرگران بیشتر کارسینوم‌های دهان در سنین بالای ۶۵ سال گزارش شده است.

در متون مرجع معتبر شایع‌ترین جای ابتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی، زبان، کف دهان و کام نرم گزارش گردید و مخاط باکال یکی از نواحی غیرشایع درگیری کارسینوم سلول سنگفرشی دهان بیان شده است (۱۵ و ۲۲)، در بررسی سرگران نیز، زبان محل شایع کارسینوم سلول سنگفرشی دهان بوده، در حالیکه در این بررسی شایع‌ترین نواحی ابتلاء، مخاط باکال و سپس زبان بود. این امر می‌تواند ناشی از شمار ناچیز نمونه‌های کارسینوم سلول سنگفرشی مورد بررسی در این پژوهش باشد. نسبت مردان به زنان مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی در این بررسی حدودا ۳:۲ است و ابتلاء زنان از نسبت کلی ۳:۱ بیان شده (۲۲) بیشتر بود. البته، در مراجع گوناگون روند رو به افزایش ابتلاء زنان به کارسینوم سلول سنگفرشی مورد توجه قرار گرفته است (۱۵ و ۲۲). دومین بدخیمی فک و صورت در این پژوهش، استئوسارکوما

خاصی از تومورها و نیز رده‌های سنی متفاوت در بررسی‌ها) مرتبط دانست.

نتیجه گیری

نتایج یاد شده بیان کننده‌ی تفاوت‌های اپیدمیولوژیک تومورهای ناحیه‌ی دهان و فک در جامعه‌ی مورد بررسی در مقایسه با بررسی‌های گذشته‌نگر دیگر است. از آنجایی که در کشور ما آمار منتشر شده‌ی جامعی از فراوانی آسیب‌های فک و صورت و از جمله تومورهای این ناحیه وجود ندارد، امکان مقایسه‌ی کامل نتایج این بررسی با بررسی‌های دیگر در ایران وجود نداشته است. بنابراین، انجام بررسی در جامعه‌ی بزرگتر، با احتساب نمونه‌های بیمارستان‌های مرتبط و همچنین، یکپارچه سازی و تبادل نتایج بررسی‌های مراکز گوناگون، برای ایجاد بانک اطلاعاتی جامع از تومورها در کشور لازم است. انجام این‌گونه بررسی‌ها و اعلام نتایج به پزشکان فک و صورت، برای استفاده در ارزیابی بهتر بیماران پیشنهاد می‌گردد.

در گروه سنی زیر ۱۹ سال، شایع‌ترین تومور ادنتوژنیک، ادنتوما و سپس آملوبلاستوما گزارش شد. در بررسی جونز نیز همین نتیجه به دست آمد^(۱۷). مهران نیز، ادنتوما را شایع‌ترین تومور ادنتوژنیک این گروه سنی گزارش کرد. اما در بررسی او فیبرومای ادنتوژنیک محیطی دومین تومور شایع بود^(۱۱). بررسی‌های دیگر آملوبلاستوما را شایع‌ترین تومور ادنتوژنیک کودکان و نوجوانان معرفی کرده‌اند^(۲۰، ۲۱). در این بررسی‌ها ادنتوما به عنوان هامارتوم در نظر گرفته شد.

مقایسه‌ی یافته‌های کنونی با نتایج گزارش شده‌ی دیگر بررسی‌ها، بیان کننده‌ی تفاوت نتایج در میان بررسی‌های گوناگون است. همان‌گونه که آروبیئا نیز استدلال می‌کند، این تفاوت‌ها را می‌توان به تفاوت‌های نژادی و جغرافیایی جمعیت‌های مورد بررسی نسبت داد^(۲). افزون بر این، به دست آمدن نتایج متفاوت را می‌توان به اختلاف شمار نمونه‌ها، لحاظ کردن مراکز گوناگون، مانند دانشکده‌های دندانپزشکی و بیمارستان‌ها، و طراحی متفاوت بررسی (همچون در نظر گرفتن همه‌ی گونه‌های تومورها یا گونه‌ی

References

1. Kumar V, Cotran R, Robbins A. Robbin's Basic Pathology. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p.70.
2. Arotiba GT, Ladeinde AL, Oyeneyin JO, Nwawolo CC, Banjo AA, Ajayi OF. Malignant orofacial neoplasms in Lagos, Nigeria. East Afr Med J 2006; 83: 62-68.
3. Nagler RM, Laufer D. Tumors of the major and minor salivary glands: review of 25 years of experience. Anticancer Res 1997; 17: 701-707.
4. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, et al. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. Int J Oral Maxillofac Surg 2007; 36: 20-25.
5. Al-Khateeb T, Al-Hadi Hamasha A, Almasri NM. Oral and maxillofacial tumours in north Jordanian children and adolescents: a retrospective analysis over 10 years. Int J Oral Maxillofac Surg 2003; 32: 78-83.
6. Mehrabi Y, Yavari P, Abadi A. A study of cancer patterns among inpatients of public hospitals in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2004; 5: 387-392.
7. Noorbala MT, Kafaie P. Analysis of 15 years of skin cancer in central Iran (Yazd). Dermatol Online J 2007; 13: 1.
8. Sargeran K, Murtooma H, Safavi SM, Vehkalahti M, Teronen O. Malignant oral tumors in iran: ten-year analysis on patient and tumor characteristics of 1042 patients in Tehran. J Craniofac Surg 2006; 17: 1230-1233.
9. Ansari MH. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65: 2187-2194.

10. Saki N, Nik Akhlagh S. Overview of a 15-year experience with benign and malignant tumors of submandibular gland. *Iranian J Otorhinolaryngol* 2004; 36:38-42.
11. Mehran M, Eslami M, Jalayernaderi N, Chaghakabudi K. An investigation on the prevalence of odontogenic tumors among children referred to the oral and maxillofacial pathology Department, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences (1962-2002). *J Islamic Dent Associat Iran* 2006; 1:7-12.
12. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med* 2006; 35: 392-401.
13. Nakade O, Ohuchi T, Seki C, Kanno H, Abe H, Kaku T, Okuyama T. Survey of histopathological diagnostic services in the Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Higashi-Nippon-Gakuen University, 1979-1989. *Higashi Nippon Shigaku Zasshi* 1989; 8: 39-46.
14. Ulmansky M, Lustmann J, Balkin N. Tumors and tumor-like lesions of the oral cavity and related structures in Israeli children. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999; 28: 291-294.
15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p.361, 563-574, 611-616, 634.
16. Tanaka N, Murata A, Yamaguchi A, Kohama G. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 11-15.
17. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16: 19-30.
18. Kaban LB. Jaws tumors in children in Kaban LB. *Pediatric and oral and maxillofacial surgery*. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 1990. p.384.
19. Ajayi OF, Adeyemo WL, Ladeinde AL, Ogunlewe MO, Omitola OG, Effiom OA, et al. Malignant orofacial neoplasms in children and adolescents: a clinicopathologic review of cases in a Nigerian tertiary hospital. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 959-963.
20. Aregbesola SB, Ugboko VI, Akinwande JA, Arole GF, Fagade OO. Orofacial tumours in suburban Nigerian children and adolescents. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005; 43: 226-231.
21. Arotiba GT. A study of orofacial tumors in Nigerian children. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 34-38.
22. Regezi JA, Sciubba J. Oral pathology- clinical pathologic correlations. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p.52-58, 270, 321.