

ارزیابی فراوانی تومورهای دهان، فک و صورت در نمونه های ارجاع شده به بخش آسیب شناسی کلینیک دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

فائزه آزمووده^۱، آیدا مخلصی^{۲،۳*}، فاطمه رحمانی^{۲،۳}، سجاد نوریان^۴

^۱ استادیار، گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ شبکه علمی آموزشی و پژوهشی یوسرن (USERN)، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۴ استادیار، گروه آمار، دانشکده علوم، دانشگاه قم، قم، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۲۱

Frequency of Oral and Maxillofacial Tumors in the Samples Referred to the Pathology Department of Qazvin University of Medical Sciences

Faeze Azmoodeh¹, Aida Mokhlesi^{2,3*}, Fateme Rahmani^{2,3}, Sajad Noorian⁴

¹ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Student of Dentistry, Student Research Committee, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ USERN Office, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Sciences, University of Qom, Qom, Iran

Received: 22 February 2022; Accepted: 12 September 2022

Introduction: The mouth, jaw, and face are prone to oral and maxillofacial tumors, constituting a significant proportion of pathological lesions in Iran. Therefore, the present study aimed to investigate the frequency of oral and maxillofacial tumors in the samples referred to the Pathology Department of Qazvin University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive study was performed on 110 patients referred to Qazvin Dental Clinic with pathological diagnosis of oral and maxillofacial tumors. After reviewing the medical files, information on tumor type, anatomical location, tissue origin, age range, gender, smoking and drug use, alcohol consumption, family history, and pathological diagnosis were extracted. The data were analyzed in SPSS software (version 25).

Results: According to the findings of the study, 58.18% of women and 41.81% of men developed tumors of the mouth, jaw, and face. These pathological lesions were in the age range of 9-90 years (mean age of 41.04±20.29 years). They made up 42.72% of benign tumors and 57.27% of malignant ones. Among these, 84 cases were odontogenic tumors, and 26 cases were non-odontogenic tumors.

Conclusion: As evidenced by the obtained results, oral squamous cell carcinoma was the most common among Oral and Maxillofacial tumors. This finding is consistent with the results of many epidemiological studies in the field of tumors of the mouth, jaw, and face.

Key words: Histopathological, Frequency, Oral and maxillofacial, Tumor

Corresponding Author: mokhlesiaida@gmail.com

Please cite this paper as:

Azmoodeh F, Mokhlesi A, Rahmani F, Noorian S. Frequency of Oral and Maxillofacial Tumors in the Samples Referred to the Pathology Department of Qazvin University of Medical Sciences. *J Mash Dent Sch.* 2023; 47(2): 106-14.

چکیده

مقدمه: دهان، فک و صورت دارای شرایطی مناسب برای ابتلا به تومورها می باشد و فراوانی قابل توجهی از ضایعات پاتولوژیک را در ایران تشکیل می دهد. در این مطالعه به بررسی فراوانی تومورهای دهان و فک و صورت در نمونه های ارجاع شده به بخش آسیب شناسی کلینیک دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین پرداختیم.

* مؤلف مسئول، نشانی: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی

E-mail: mokhlesiaida@gmail.com

مواد و روش: این تحقیق، یک مطالعه مقطعی-توصیفی است که با بررسی ۱۱۰ پرونده از بیماران مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی قزوین با تشخیص پاتولوژی تومورهای دهان، فک و صورت انجام گرفت. پس از بازبینی پرونده ها اطلاعات نوع تومور، موقعیت آناتومیک، منشأ بافتی، محدوده سنی، جنس، استعمال دخانیات و مواد مخدر، مصرف الکل، پیشینه خانوادگی و تشخیص پاتولوژیک استخراج شد. جهت تجزیه و تحلیل داده از SPSS با ویرایش ۲۵ استفاده شد.

یافته ها: برطبق یافته های حاصل از مطالعه، ۶۴ نفر (۵۸/۱۸ درصد) از مبتلایان به تومورهای دهان، فک و صورت خانم و ۴۶ نفر (۴۱/۸۱ درصد) آقا بودند. ضایعات پاتولوژیک، محدوده سنی ۹ تا ۹۰ سال با میانگین سنی $41/04 \pm 20/29$ سال را درگیر کرده بود. تعداد ۴۷ نفر (۴۲/۷۲ درصد) تومورها خوش خیم و ۶۳ نفر (۵۷/۲۷ درصد) بدخیم بودند. در این بین، ۸۴ مورد تومور ادنتوژنیک و ۲۶ مورد تومور غیر ادنتوژنیک بودند. **نتیجه گیری:** نتایج مطالعه ما نشان داد که سرطان سلول سنگفرشی دهان بیشترین فراوانی در بین تومورهای دهان و فک و صورت را تشکیل می دهد که با نتایج بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک در حیطه تومورهای دهان، فک و صورت همراستا می باشد.

کلمات کلیدی: هیستوپاتولوژیک، فراوانی، فک و صورت، تومور

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۲ دوره ۴۷ / شماره ۲: ۱۴-۱۰۶.

مقدمه

دهان، فک و صورت با توجه به موقعیت آناتومیک، مکانی مناسب برای بسیاری از ضایعات پاتولوژیک می باشد و بیشترین ضایعات را تومورهای دهان، فک و صورت تشکیل می دهند.^(۱-۳) صرف نظر از نوع تومور، بیشترین نواحی درگیر شامل لثه، حفره دهان و نواحی مختلفی از فک و صورت می باشد.^(۴) در سال های اخیر با توجه به تغییر روند و الگوی زندگی شیوع آنها افزایش پیدا کرده است.^(۵) علاوه بر آن درمان این تومورها با تغییر در چهره، اختلال در بلع و عملکرد زبان منجر به کاهش عزت نفس بیماران در موقعیت های اجتماعی و سایر مشکلات روانشناختی دیگر می شود.^(۵) با توجه به این مسائل طراحی و اجرای برنامه پیشگیرانه درمانی بسیار مهم می باشد.^(۶) از آنجایی که لازمه ی برنامه ریزی، داشتن آمار دقیق، بررسی عوامل اتیولوژیک و تأثیر آن بر فراوانی تومورهای ناحیه دهان، فک و صورت می باشد؛ تعیین فراوانی آن ها از مهم ترین موضوعات تحقیقاتی در ارتباط با این بیماران می باشد.^(۶ و ۳)

بدخیم گزارش شد. در میان تومورهای خوش خیم، آمولوبلاستوما با ۴۲/۷۴ درصد، بیشترین فراوانی و سرطان سلول سنگفرشی دهان با ۳۶/۳۶ درصد، بیشترین فراوانی در میان تومورهای بدخیم را تشکیل می دادند.^(۱) در پژوهش شیوا و همکاران^(۷) در ایران، با بررسی ۴۳ پرونده از بیماران، سرطان سلول سنگفرشی دهان شایع ترین بدخیمی بود (۳۲/۲ درصد) و بعد از آن بازال سل کارسینوما (۳۰/۲ درصد) و تومورهای متاستاتیک (۶/۹ درصد) بیشترین شیوع را نشان دادند.

با بررسی مطالعات، ضایعات پاتولوژیک با توجه به عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقلیمی شیوع و الگوی متفاوتی را نشان می دهند. علاوه بر آن، عوامل اتیولوژیک نظیر سن، جنس، مصرف دخانیات، الکل، دارو و سابقه خانوادگی بر شیوع ضایعات پاتولوژیک تأثیر می گذارد؛ لذا برای برنامه ریزی صحیح درمانی، بهتر است در هر موقعیت جغرافیایی، مطالعات اپیدمیولوژیک جهت بررسی تومورهای دهان، فک و صورت انجام شود.^(۸ و ۳) از آنجایی که مطالعه اپیدمیولوژیک جامع و کامل در شمال ایران صورت نگرفته است، بر آن شدیم بدون در نظر گرفتن محدوده سنی و جنسی به تعیین فراوانی تومورهای دهان، فک و صورت در

در پژوهش Bassey و همکاران^(۱) در نیجریه، از ۱۴۶ بیمار مراجعه کننده که ۶۵/۸ درصد آقا و ۳۴/۲ درصد خانم بودند؛ ۸۶/۳ درصد تومور خوش خیم و ۱۳/۷ درصد تومور

یافته ها

از میان ۱۰۶۱ پرونده بررسی شده از فروردین ۱۳۸۳ تا فروردین ۱۳۹۸، ۱۱۰ مورد تومور دهان، فک و صورت در بخش آسیب شناسی ثبت گردید. در این میان ۵۸/۱۸ درصد خانم و ۴۱/۸۱ درصد آقا به این تومور مبتلا شدند. این ضایعات پاتولوژیک محدوده سنی ۹ تا ۹۰ سال با میانگین سنی $20/29 \pm 41/04$ سال را درگیر کرده بود؛ که در این بین، محدوده سنی ۲۱ تا ۳۰ سال بیشترین آمار ابتلا را نشان دادند. هم چنین، بررسی های صورت گرفته بیشترین مراجعه در سال ۱۳۸۷ (۱۰ درصد) را نشان داد.

از میان ضایعات بررسی شده، ۳۳ نوع تومور در ناحیه دهان، فک و صورت گزارش شد که در این بین، سرطان سلول سنگفرشی دهان (۲۵/۴۵ درصد) و سپس آملوبلاستوما (۱۴/۵۴ درصد) از فراوانی بیشتری برخوردار بود (نمودار ۱).

همچنین بررسی های صورت گرفته نشان داد، تومورهای خوش خیم ۴۲/۷۲ درصد (نسبت مرد به زن = 1:0.62) و تومورهای بدخیم ۵۷/۲۷ درصد (نسبت مرد به زن = 1:0.8) از موارد ابتلا را تشکیل می داد که در محدوده سنی ۲۱ تا ۳۰ سال (۱۳/۶۳ درصد) تومورهای خوش خیم و ۴۱ تا ۵۰ سال (۱۴/۵۴ درصد) تومورهای بدخیم از فراوانی بیشتری برخوردار بود. (جدول ۲)

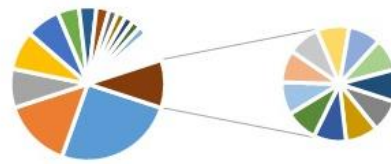
بیشترین محل آناتومیک درگیر، فک پایین (۳۹/۰۹ درصد) و به دنبال آن فک بالا (۱۶/۳۶ درصد)، زبان (۱۳/۶۳ درصد) و مخاط باکال (۱۳/۶۳ درصد) بود که در مجموع ۸۲/۷۲ درصد از مناطق درگیر را تشکیل می داد (نمودار ۲).

بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی قزوین از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۸ پیردازیم.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی - توصیفی با رویکرد گذشته نگر به شیوه بررسی بایگانی بر روی پرونده بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی قزوین در طی سال های ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۸ صورت گرفت. با مراجعه به بایگانی این مرکز، کلیه پرونده بیماران با ضایعات پاتولوژیک در این دوره بازایی و مواردی که تشخیص آن تومور دهان، فک و صورت بود، انتخاب گردید. سپس اطلاعاتی از جمله نوع تومور، موقعیت آناتومیک، منشأ بافتی، محدوده سنی، جنس، استعمال دخانیات و مواد مخدر، مصرف الکل، پیشینه خانوادگی و تشخیص پاتولوژیک استخراج شد. در انتها اطلاعات استخراج شده پرونده بیماران از نظر نوع تومور (خوش خیم و بدخیم)، منشأ بافتی (ادنتوژنیک، غیر ادنتوژنیک شامل اپیتلیال، خون، استخوان، بزاق، بافت نرم) و محل (زبان، مخاط باکال، کف دهان، کام، لب بالا، لب پایین، فک بالا، فک پایین) طبقه بندی شدند.

اصول مطالعه و روش کار در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین با شماره IR.QUMS.REC.1399.44 مورد تأیید قرار گرفت. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS با ویرایش ۲۵ تجزیه و تحلیل شدند. هم چنین داده های پیوسته به صورت انحراف معیار \pm میانگین (SD) و داده های طبقه بندی شده به صورت فراوانی و درصد توصیف شدند. هم چنین از آزمون کای دو استفاده شد و P-value کمتر از ۰/۰۵ معنادار به حساب آمد.



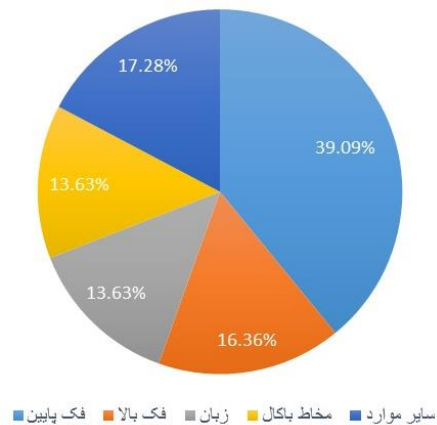
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| ■ squamous cell carcinoma | ■ ameloblastoma |
| ■ odontoma | ■ mucoepidermoid carcinoma |
| ■ myxoma | ■ pleomorphic adenoma |
| ■ hemangioma | ■ carcinoma in situ |
| ■ muro epidermal carcinoma | ■ carcinoma in situ |
| ■ myoepithelioma | ■ verrucous carcinoma |
| ■ osteoblastoma | ■ leiomyosarcoma |

نمودار ۱: توزیع فراوانی تومورهای دهان، فک و صورت

درصد) و سابقه خانوادگی مربوط به تومور (۱۰ درصد) گزارش شد.

در مقایسه تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک، ۸۴ تومور غیر ادنتوژنیک (۷۶/۳۶ درصد) ثبت شد که ۲۱ مورد خوش خیم (نسبت مرد به زن=1:0.61) و ۶۳ مورد بدخیم (نسبت مرد به زن=1:0.8) بودند. در تومورهای خوش خیم، بافت بزاقی (۳۳/۳۳ درصد) و در تومورهای بدخیم، بافت اپی تلیالی (۷۱/۴۲ درصد) از نظر منشأ بافت بیشترین فراوانی را تشکیل می دادند. (جدول ۳)

در میان تومورهای غیر ادنتوژنیک، سرطان سلول سنگفرشی دهان بیشترین آمار (۲۵/۴۵ درصد) را به خود اختصاص داد. این نوع تومور در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۹ سال (۳۹/۲۸ درصد) بیشتر مشاهده می شد. علاوه بر آن آمار ابتلا در مردان (۵۷/۱۴ درصد) بیشتر از زنان بود و زبان (۳۹/۲۸ درصد) بیشترین آمار درگیری را داشت. (جدول ۳) همچنین در تومورهای ادنتوژنیک ۲۶ مورد تومور خوش خیم (نسبت مرد به زن=1:0.62) ثبت شد و هیچگونه تومور ادنتوژنیک بدخیم گزارش نشد. در میان تومورهای



نمودار ۲: توزیع فراوانی موقعیت آناتومیک تومورهای دهان، فک و صورت

علاوه بر آن، بیشترین فراوانی منشأ بافتی، بافت اپیتلیال (۴۱/۸۱ درصد) و به دنبال آن ادنتوژنیک (۲۴/۵۴ درصد)، بزاقی (۱۸/۱۸ درصد) و بافت نرم (۷/۲۷ درصد) بود که ۹۱/۸۱ درصد از کل منشأ بافتی را تشکیل می داد (جدول ۱). با بررسی سایر اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران، مصرف مواد مخدر (۶/۳ درصد)، استعمال دخانیات (۱۰ درصد)، مصرف الکل (۰/۹ درصد)، مصرف دارو (۱۷/۹

ادنتوژنیک، آملوبلاستوما (۵۷/۶۹ درصد) بیشترین آمار ابتلا را به خود اختصاص داد. این تومور بیشتر در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۴۰ درصد) مشاهده می شد و در خانم ها و مردها شیوع تقریباً برابری داشت. هم چنین این تومور ادنتوژنیک فک پایین را بیشتر درگیر کرده بود. (جدول ۳) لازم به ذکر است که ارتباط معناداری میان سن و جنس با نوع تومور مشاهده شد ($P=0/05$).

جدول ۱: توزیع فراوانی منشأ بافتی تومورهای دهان، فک و صورت (فراوانی و درصد)

ادنتوژنیک	خون	استخوان	بافت نرم	بزاقی	اپی تلیالی	کل
۲۶	۴	۴	۵	۷	۱	۴۷
(۲۳/۶۳)	(۳/۶۳)	(۳/۶۳)	(۴/۵۴)	(۶/۳۶)	(۰/۹)	(۱۰۰/۰)
۰	۱	۱	۳	۱۳	۴۵	۶۳
(۰/۰)	(۰/۹)	(۰/۹)	(۲/۷۲)	(۱۱/۸۱)	(۴/۰۹)	(۱۰۰/۰)

جدول ۲: توزیع فراوانی تومورهای دهان، فک و صورت بر پایه خوش خیم و بدخیم (فراوانی و درصد)

کل	نوع تومور		جنس
	بدخیم	خوش خیم	
۶۴	۳۵	۲۹	زن
(۱۰۰/۰)	(۵۴/۷)	(۴۵/۳)	
۴۶	۲۸	۱۸	مرد
(۱۰۰/۰)	(۶۰/۹)	(۳۹/۱)	
۱۱۰ (۱۰۰/۰)	۶۳ (۵۷/۳)	۴۷ (۴۲/۷)	کل

 $P=۰/۵۱۸$

نتیجه آزمون کای دو

جدول ۳: توزیع فراوانی تومورهای دهان، فک و صورت بر پایه ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک (فراوانی و درصد)

ادنتوژنیک	غیر ادنتوژنیک	کل
۱۶	۴۸	۶۴
(۲۵/۰)	(۷۵/۰)	(۱۰۰/۰)
۱۰	۳۶	۴۶
(۲۱/۷)	(۷۸/۳)	(۱۰۰/۰)
۲۶	۸۴	۱۱۰
(۲۳/۶)	(۷۶/۴)	(۱۰۰/۰)

 $P=۰/۶۹۱$

نتیجه آزمون کای دو

بحث

تومورهای دهان، فک و صورت از مهم ترین ضایعات سر و گردن می باشند که با توجه به تأثیر عوامل اتیولوژیک و محیطی، فراوانی متفاوتی را در مناطق مختلف نشان می دهند. در مطالعه حاضر، از میان ۱۱۰ تومور بررسی شده، ۴۲/۷۲ درصد تومورها خوش خیم (نسبت مرد به زن = 0.62: 1) و ۵۷/۲۷ درصد بدخیم (نسبت مرد به زن = 0.8: 1) گزارش شد. بدون توجه به نوع تومور، تومور خوش خیم بیشتر محدوده سنی ۲۱ تا ۳۰ سال و تومورهای بدخیم محدوده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال را درگیر کرده بود. Bassey و همکاران^(۱) در نیجریه گزارش دادند که تومورهای خوش خیم فراوانی بیشتری به خود اختصاص داده و مردان بیشتر از زنان به تومورهای دهان، فک و صورت مبتلا شدند که با نتایج مطالعه ما متناقض می باشد. از آن جایی که بسیاری از تومورهای خوش خیم دهان و فک و صورت بدون علامت می باشند و بسیاری از بیماران بدون درد و نمای بالینی برای چکاب روتین به مراکز دندانپزشکی مراجعه نمی کنند؛ لذا بسیاری از تومورهای خوش خیم در این مرحله تشخیص داده نمی شوند که این امر منجر به مراجعه بیشتر بیماران در مرحله بدخیمی می شود.^(۱)

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که فک پایین شایعترین محل درگیر در تومورهای دهان و فک و صورت می باشد که با نتایج مطالعه Kilinc و همکاران^(۲) در ترکیه همراستا می باشد. با این حال در برخی مطالعات، سایر موقعیت های آناتومیک به عنوان شایع ترین محل درگیری گزارش شد.^(۹-۱۱) از آنجایی که توزیع متفاوتی از تومورهای دهان، فک و صورت در مطالعات مختلفی گزارش شده است، لذا تمرکز برای طراحی برنامه پیشگیری و درمان در یک موقعیت آناتومیک منطقی به نظر نمی رسد.

در میان تومور های غیر ادنتوژنیک، سرطان سلول سنگفرشی دهان بیشترین آمار تومورهای غیر ادنتوژنیک (۲۵/۴۵ درصد) را به خود اختصاص داد. همانطور که میدانیم سرطان دهان یکی از عمده ترین مشکلات بهداشت عمومی و ششمین نئوپلاسم بدخیم شایع می باشد که دو سوم این موارد در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد.^(۱۲) سرطان سلول سنگفرشی دهان بیش از ۹۰ درصد نئوپلاسم های بدخیم دهان را تشکیل می دهد.^(۱۳) مناطق آناتومیک اصلی درگیر: زبان، کف دهان، لثه ها، کام، مخاط دهان و سایر نقاط دهان است که شیوع آن تحت تأثیر مناطق جغرافیایی متفاوت می باشد.^(۱۳) سرطان سلول سنگفرشی دهان تمایل به متاستازهای اولیه و گسترده به غدد لنفاوی دارد که سبب به خطر افتادن سلامت عمومی بیماران می شود.^(۱۳و۱۴) مصرف الکل، استعمال دخانیات، رژیم های غذایی ناسالم، سبک زندگی بی تحرک و عفونت های ویروسی عوامل خطر در ایجاد سرطان هستند. همچنین نوشیدن الکل و استعمال دخانیات می تواند منجر به سرطان حفره دهان، حلق، حنجره و مری شود.^(۱۵و۱۶) در حالی که شیوع سیگار کشیدن در کشورهای توسعه یافته در حال کاهش است، در برخی از کشورهای در حال توسعه از قبیل آمریکای جنوبی، آسیا و آفریقا در حال افزایش است.^(۱۵)

بر اساس یافته های مطالعه حاضر زبان شایعترین محل بروز سرطان سلول سنگفرشی دهان بود (۳۹/۲۸ درصد) که با نتایج مطالعات دیگر در ایران^(۱۷و۱۸)، انگلستان^(۱۹)، سریلانکا^(۲۰) و آمریکای شمالی^(۲۱) هم سو می باشد. با این وجود با برخی از مطالعات دیگر در کشورهای آسیایی که مخاط باکال را به عنوان شایع ترین محل درگیری انتخاب کرده اند، متفاوت می باشد.^(۱۲و۲۲) این تفاوت می تواند به دلیل عادات غذایی متفاوت در این کشورها باشد.

علاوه بر آن بر اساس یافته های ما، آمار ابتلا در مردان (۵۷/۱۴ درصد) بیشتر از زنان بود که همسو با سایر مطالعات می باشد.^(۲۲-۲۰ و ۱۸) یکی از علل شیوع بالاتر سرطان سلول سنگفرشی دهان در مردان می تواند عادات کارسینوژن مانند استعمال دخانیات و الکل باشد.

تومورهای ادنتوژنیک گروه بزرگی از تومورهای فک هستند که در طول و یا بعد از فرآیند ادنتوژن ايجاد می شوند.^(۲۷) این تومورها، از نظر بافت شناسی از ضایعات شبه همارتوماتوز تا ضایعات خوش خیم و بدخیم متفاوت می باشند و ممکن است از اپیتلیوم یا اکتومزانسیم و یا هر دو بخش از ساختارهای تشکیل دهنده دندان بوجود آیند.^(۲۴) آمولوبلاستوما با رفتار تهاجمی و سرعت رشد آهسته یکی از شایع ترین تومورهای ادنتوژنیک است و مهمترین تومور در بین تومورهای ادنتوژنیک اکتودرمال می باشد.^(۲۷)

در مطالعه حاضر نیز آمولوبلاستوما شایع ترین تومور ادنتوژنیک بود و بعد از آن ادنتوما بیشترین فراوانی را در میان این تومورها داشت. مشابه مطالعه ما، مطالعات متعددی آمولوبلاستوما را شایع ترین تومور ادنتوژنیک گزارش کرده اند.^(۲۸ و ۲۹) در حالی که نتایج مطالعه ای در شیلی، ادنتوما را به عنوان شایع ترین تومور ادنتوژنیک معرفی کرده است.^(۳۰) اکثر موارد ادنتوما در رادیوگرافی پانورامیک تشخیص داده می شوند و علائم بالینی ایجاد نمی کنند؛ همین امر ممکن است مسبب شیوع پایین ادنتوما به نسبت آمولوبلاستوما در جمعیت شهر قزوین باشد؛ زیرا اکثر بیماران برای معاینه روتین دندان پزشکی و بدون علامتی که نشان دهنده یک آسیب شناسی آشکار باشد، به مراکز دندانپزشکی مراجعه نمی کنند. علاوه بر آن تأثیرات ژنتیکی و یا تنوع محیط های جغرافیایی می تواند از دلایل دیگر باشد.

همچنین در بیماران مراجعه کننده با تشخیص هیستوپاتولوژیک سرطان سلول سنگفرشی دهان، مصرف الکل و جویدن تنباکو در مطالعه ما گزارش نشد. از آنجایی که مصرف الکل و جویدن تنباکو به عنوان رفتاری خلاف هنجارهای اجتماعی در ایران تعریف شده است، امکان عدم گزارش صادقانه توسط بیماران وجود دارد. همچنین ممکن است عوامل دیگری چون رژیم غذایی، ویروس های سرطان زا و استعداد ژنتیکی در بروز این بدخیمی دخیل باشد.^(۲۳ و ۲۴)

با بررسی های صورت گرفته در پرونده کلیه بیماران، میزان استعمال دخانیات (۱۰ درصد) و مصرف الکل (۰/۹ درصد) گزارش شد. بسیاری از مطالعات نشان داده اند که فراوانی تومورهای دهان، فک و صورت تحت تأثیر عوامل مختلفی می باشد که عمدتاً استعمال دخانیات و مصرف الکل است.^(۵) دخانیات حاوی نیکوتین، نیتروزامین های سرطان زا، آمین های معطر و سایر مواد مضر می باشند که ممکن است منجر به آسیب DNA میتوکندری و ایجاد ترکیب پروتئینی غیرطبیعی شده؛ بنابراین بر ساختار کروموزوم، عملکرد و بیان ژن تأثیر گذارد.^(۲۵) همچنین الکل با جذب مواد سرطان زا در مخاط دهان منجر به تغییر ساختار مولکولی، آسیب کبدی و اختلال متابولیسم مواد سرطان زا می شود.^(۲۶) در نتیجه، مصرف سیگار و الکل می تواند عاملی در افزایش خطر تومورهای دهان و فک و صورت باشد.

در این مطالعه، سرطان سلول سنگفرشی دهان در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۹ سال (۳۹/۲۸ درصد) بیشتر مشاهده شد و بیشتر مبتلایان بالای ۴۰ سال داشتند که با نتایج مطالعات دیگر در ایران، سریلانکا، عراق و آمریکای شمالی مشابه می باشد.^(۲۲-۲۰ و ۱۸)

می تواند دلایل دیگری بر تفاوت نتایج مطالعات مختلف باشد.

نتیجه گیری

اپیدمیولوژی تومورهای دهان و فک و صورت در این مطالعه نشان داد، سرطان سلول سنگفرشی دهان بیشترین فراوانی را دارا بود. هم چنین فک پایین بیشترین درگیری را به نسبت سایر نواحی داشت که با نتایج بسیاری از مطالعات مشابه می باشد. با این وجود درصد فراوانی گزارش شده در این مطالعه با سایر مطالعات متفاوت بود که می تواند به دلیل تفاوت موقعیت جغرافیایی و نژادی باشد. هم چنین الگوی غذایی، استعمال دخانیات و مصرف الکل نیز می تواند بر فراوانی این ضایعات تأثیر بگذارد. از آن جایی که بررسی فراوانی تومورهای دهان، فک و صورت تأثیر به سزایی در برنامه ریزی صحیح و مناسب برای تشخیص و مدیریت به موقع این ضایعات دارد، بهتر است مطالعات اپیدمیولوژیک بر جامعه آماری وسیع تری در ایران صورت بگیرد.

تشکر و قدردانی

از اساتیدی که برای انجام این مطالعه نقش آفرینی داشته اند، تقدیر و تشکر می گردد.

هم چنین در مطالعه ما تقریباً همه تومورهای آملوبلاستوما فک پایین را درگیر کرده بود که با مطالعات دیگر در ایران^(۲۹)، هند^(۳۱)، آمریکا، تایلند^(۳۲) و برزیل^(۳۳) همراستا می باشد.

از نظر توزیع جنسی، در مطالعه ما، بروز تومورهای ادنتوژنیک در مردان و زنان تقریباً برابر بود. با این وجود ساغروانیان و همکاران^(۲۹) در مطالعه ای دیگر در یک جمعیتی ایرانی گزارش دادند که تومورهای ادنتوژنیک در مردان از فراوانی بیشتری برخوردارند که این تفاوت می تواند به دلیل تراکم جمعیتی متفاوت در نتیجه توزیع متفاوت جنسی در نقاط مختلف ایران باشد.

کلیه تومورهای ادنتوژنیک در این مطالعه، خوش خیم بودند و مورد بدخیمی ثبت نشد. با بررسی مطالعات دیگر، تومورهای ادنتوژنیک غالباً خوش خیم هستند و موارد بدخیم در آن ها بسیار نادر است.^(۲۸-۳۰)

در نهایت، نتایج متفاوت مطالعات می تواند به دلیل تحت درمان قرار گرفتن برخی از بیماران در مراکز درمانی خصوصی، عدم مراجعه برای درمان و نمونه برداری از آن ها و بدون علامت ماندن بیماران باشد. علاوه بر آن، موقعیت جغرافیایی، عادات غذایی و شرایط آب و هوایی

منابع

1. Bassey G, Osunde O, Anyanechi C. Maxillofacial tumors and tumor-like lesions in a Nigerian teaching hospital: an eleven year retrospective analysis. *Afr J Health Sci* 2014; 14(1):56-63.
2. Kilinc A, Saruhan N, Gundogdu B, Yalcin E, Ertas U, Urvasizoglu G. Benign tumors and tumor-like lesions of the oral cavity and jaws: An analysis of 709 cases. *Niger J Clin Pract* 2017; 20(11):1448-54.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Color atlas of oral and maxillofacial diseases-E-book*: Elsevier Health Sciences; 2018.
4. Esmeili T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. *Dent Clin* 2005; 49(1):223-40.
5. Fang H. Risk factors associated with oral and maxillofacial benign tumors: A case-control study. *Mol Cell Biol* 2017; 63(8):23-6.
6. Levi LE, Lalla RV. Dental treatment planning for the patient with oral cancer. *Dent Clin* 2018; 62(1):121-30.
7. Shiva A, Mousavi SJ. Epidemiologic study of oral and paraoral malignancies in Sari, Iran. *J Mashhad Dent* 2014; 38(4):337-46.
8. Rayyani A, Zamanzadeh M, Karimi Roumani F. Prevalence of oral Mucosal lesions and related risk factors in elderly people residing in nursing homes in Bandar Abbas in 2018. *J Mashhad Dent* 2020; 44(2):149-56.

9. Ansari M. A 13 years statistical evaluation on maxillofacial malignant tumors in Hamedan. *JDM* 2003; 15(4):103-8.
10. Ariyoshi Y, Shimahara M, Omura K, Yamamoto E, Mizuki H, Chiba H, et al. Epidemiological study of malignant tumors in the oral and maxillofacial region: survey of member institutions of the Japanese Society of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2002. *Int J Clin Oncol* 2008; 13(3):220-8.
11. Taghavi N, Mehrdad L, Rajabi M, Akbarzadeh A. A 10-year retrospective study on malignant jaw tumors in Iran. *J Craniofac Surg* 2010; 21(6):1816-9.
12. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45(4-5):309-16.
13. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Oral cancer: clinical features. *Oral Oncol* 2010; 46(6):414-7.
14. Costa AdLL, Pereira JC, Nunes AAF, Arruda MdLdS. Correlation between TNM classification, histological grading and anatomical location in oral squamous cell carcinoma. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(3):216-20.
15. Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncol* 2005; 41(3):244-60.
16. Petti S, Scully C. Oral cancer: the association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality. *Oral Oncol* 2005; 41(8):828-34.
17. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol* 2009; 20(3):556-63.
18. Andisheh-Tadmir A, Mehrabani D, Heydari ST. Epidemiology of squamous cell carcinoma of the oral cavity in Iran. *J Craniofac Surg* 2008; 19(6):1699-702.
19. Sasaki T, Moles D, Imai Y, Speight P. Clinico-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. *J Oral Pathol Med* 2005; 34(3):129-33.
20. Siriwardena B, Tilakaratne A, Amaratunga E, Tilakaratne W. Demographic, aetiological and survival differences of oral squamous cell carcinoma in the young and the old in Sri Lanka. *Oral Oncol* 2006; 42(8):831-6.
21. Hernández-Guerrero JC, Jacinto-Alemán LF, Jiménez-Farfán MD, Macario-Hernández A, Hernández-Flores F, Alcántara-Vázquez A. Prevalence trends of oral squamous cell carcinoma. Mexico City's General Hospital experience. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18(2):e306-11.
22. Al-Rawi NH, Talabani NG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: a case series analysis of clinical presentation and histological grading of 1,425 cases from Iraq. *Clin Oral Investig* 2008; 12(1):15-8.
23. Mannarini L, Kratochvil V, Calabrese L, Silva LG, Morbini P, Betka J, et al. Human Papilloma Virus (HPV) in head and neck region: review of literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009; 29(3):119-26.
24. Barnes L, Eveson JW, Sidransky D, Reichart P. Pathology and genetics of head and neck tumours: IARC; 2005.
25. Huang G, Yan G, Wei X, He X. Superficial parotidectomy versus partial superficial parotidectomy in treating benign parotid tumors. *Oncol Lett* 2015; 9(2):887-90.
26. Chen WL, Wang YY, Zhang DM, Huang ZQ. Endoscopy-assisted transoral resection of large benign parapharyngeal space tumors. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2014; 52(10):970-3.
27. Wright JM, Tekkesin MS. Odontogenic tumors: where are we in 2017? *J Istanbul Univ Fac Dent* 2017; 51(3 Suppl 1):S10-S30.
28. Tawfik MA, Zyada MM. Odontogenic tumors in Dakahlia, Egypt: analysis of 82 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109(2):e67-e73.
29. Saghravanian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak I. Odontogenic tumors in an Iranian population: a 30-year evaluation. *J Oral Sci* 2010; 52(3):391-6.
30. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med* 2002; 31(7):415-20.
31. Tatapudi R, Samad SA, Reddy RS, Boddu NK. Prevalence of ameloblastoma: A three-year retrospective study. *J Indian Acad Oral Med Radiol* 2014; 26(2):145.
32. Intapa C. Analysis of prevalence and clinical features of ameloblastoma and its histopathological subtypes in southeast Myanmar and lower northern Thailand populations: a 13-year retrospective study. *J Clin Diagn Res* 2017; 11(1):ZC102-ZC6.
33. Santos Tde S, Piva MR, Andrade ES, Vajgel A, Vasconcelos RJ, Martins-Filho PR. Ameloblastoma in the northeast region of Brazil: a review of 112 cases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18(Suppl 1):S66-71.