

بررسی فراوانی بدخیمی‌های حفره دهان و بافت‌های اطراف در یک مرکز درمانی شهر اصفهان در یک دوره پنج ساله

دکتر آتوسا امین زاده*، دکتر احمد متقی^۱، دکتر ابراهیم محمدی^۲

چکیده

مقدمه: شیوع بدخیمی‌ها بین جوامع و در یک جامعه بر اساس محل و زمان متفاوت می‌باشد. انجام مطالعات اپیدمیولوژیک می‌تواند در آشنایی با گروه‌های در معرض خطر کمک کننده باشد. هدف از این پژوهش، بررسی فراوانی بدخیمی‌های دهان و نسوج اطراف با در نظر گرفتن سن و جنس بیماران، نوع و محل بدخیمی در یک مرکز درمانی شهر اصفهان در یک دوره پنج ساله بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه گذشته‌نگر توصیفی، اطلاعات مربوط به ۲۳۶ مورد بدخیمی‌های دهان و بافت‌های اطراف، بین سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۸۴ بررسی و اطلاعات مربوط به سن، جنس و محل ابتلا ثبت شد. بدخیمی‌ها از نظر بافت منشأ در گروه‌های اپی‌تلیالی، بزاقی، خونی، بافت نرم و سخت قرار گرفتند. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ به صورت توصیفی بیان شد.

یافته‌ها: بدخیمی‌های حفره دهان ۱/۸ درصد کل بدخیمی‌ها را در طی پنج سال مورد نظر تشکیل داد. میانگین سنی مبتلایان به بدخیمی‌های دهان در این تحقیق ۵۴ سال (۵/۵ سالگی در مردان و ۵۲ سالگی در زنان) به دست آمد. نسبت ابتلا مرد به زن ۲/۲ برابر بود. فراوان‌ترین گروه بدخیمی‌ها مربوط به ضایعات اپی‌تلیالی با ۷۲ درصد موارد ابتلا بود پس از آن ۱۵ درصد بزاقی، ۵/۵ درصد خونی، ۲/۹ درصد بافت نرم و ۲/۹ درصد ضایعات استخوانی قرار داشتند. ۲۰ درصد بدخیمی‌ها به حنجره و بعد از آن به زبان (۱۷ درصد) مربوط بود. شایع‌ترین بدخیمی سرطان سلول سنگفرشی بود که ۹۰ درصد ضایعات اپی‌تلیالی را تشکیل می‌داد.

نتیجه‌گیری: سرطان سلول سنگفرشی فراوان‌ترین نوع بدخیمی بود. فراوانی در مردان ۵۶/۵ ساله، و در حنجره و زبان بیشتر مشاهده شد.

کلید واژه‌ها: بدخیمی‌های دهان، بدخیمی‌های سر و گردن، اپیدمیولوژی

* استادیار، گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران (مؤلف مسؤل)
a.aminzadeh@khuif.ac.ir

۱: استادیار، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲: دندان‌پزشک، اصفهان، ایران

این مقاله در تاریخ ۹۱/۷/۲۲ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۱/۹/۱۹ اصلاح شده و در تاریخ ۹۱/۹/۲۸ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان
۱۳۹۱: ۸(۶): ۵۶۰ تا ۵۶۶

مقدمه

سرطان دهان (Oral neoplasm) در کشور آمریکا و انگلستان در حدود سه درصد بدخیمی‌ها را شامل شده و هشتمین سرطان شایع در مردان و پانزدهمین سرطان شایع در زنان محسوب می‌شود که اغلب افراد با سن بالاتر از ۵۰ سال را گرفتار می‌کند. سرطان دهان علت بیشتر از بیست درصد کل مرگ و میرها به شمار می‌رود. میزان حیات پنج ساله در ایران سی تا شصت و دو درصد گزارش شده است [۱]. همانند اغلب بدخیمی‌ها میزان ابتلا به بدخیمی‌های دهانی نیز با افزایش سن (به خصوص در جنس مذکر) افزایش می‌یابد. نسبت ابتلا جنس مذکر به مؤنث سه به یک است [۳، ۲]. اگرچه Curado و Hashibe [۴] معتقدند شیوع بدخیمی‌های سر و گردن نسبت به گذشته در زنان رو به افزایش می‌باشد. در استان فارس نسبت ابتلا مرد به زن پنج به یک گزارش شده است [۵].

در صورت عدم تشخیص به موقع بدخیمی‌های دهان در مراحل اولیه این ضایعات گسترش یافته و موجب بدشکلی‌های غیر قابل ترمیم و اختلال در عملکرد عضو همراه با ایجاد درد و ناراحتی شده و در نهایت به مرگ بیمار منجر می‌شوند. میزان تأخیر در تشخیص به موقع سرطان دهان در مطالعه سرگران و همکاران [۶] هفت ماه و نیم گزارش شده است که نسبت به موارد گزارش شده در کشورهای پیشرفته بالاتر است.

بدخیمی‌های دهان و بافت‌های اطراف آن را می‌توان بر اساس بافت مبدأ به پنج دسته ضایعات اپی‌تلیالی (که از بافت پوششی مخاط دهان منشأ می‌گیرند)، ضایعات غدد بزاقی (با منشأ بافت سازنده غدد بزاقی)، ضایعات بافت نرم (شامل کلیه ضایعات بدخیم دهان و بافت اطراف که مربوط به بافت‌های نرم بوده و منشأ مزانشیمی دارند)، ضایعات خونی که منشأ آن‌ها رده‌های مختلف سلول‌های خون‌ساز است و ضایعات استخوانی که از بافت استخوان منشأ می‌گیرند، تقسیم کرد [۹-۷، ۲].

محل بدخیمی‌های دهان شامل نواحی زبان، لثه، مخاط گونه، کف دهان، کام (سخت و نرم)، لب، استخوان ماگزیلا و مندیبل، حنجره، نازوفارنکس، فارنکس (شامل هایپوفارنکس و اروفارنکس)، لوزه، غده بزاقی پاروتید، ساب مندیبولر، ساب لینگوال و غدد بزاقی فرعی می‌باشد. در تعدادی از مطالعات اپیدمیولوژیک مربوط به سرطان دهان سینوس‌های فکی و

صورتی اطراف دهان شامل سینوس ماگزیلا، سینوس‌های پارانازال (فرونتال، اتموئید و اسفنوئید) نیز در نظر گرفته شده‌اند [۹-۷].

Swango [۱۰] میزان شیوع سالانه بدخیمی‌های دهان و مرگ ناشی از سرطان در بین نژادها و کشورهای مختلف را متفاوت دانسته و معتقد است که این امر می‌تواند به دلیل تفاوت در نحوه زندگی، رژیم غذایی و رویارویی با عوامل خطر متفاوت باشد. بدون شک بسیاری از این تفاوت‌ها به دلیل تفاوت در عادات ملت‌ها، آموزش‌های پیش‌گیری و کیفیت گزارش‌های پزشکی در کشورهای مختلف است. با وجود مشکلات موجود در برداشت مفاهیم از این قبیل اطلاعات، این اطلاعات می‌تواند در شناسایی انواع مختلف بدخیمی‌های دهان، رده سنی، جنس و نژاد شایع کمک کننده باشند. هدف از این پژوهش، آشنایی با فراوانی بدخیمی‌های دهان و نسوج اطراف با در نظر گرفتن سن و جنس بیماران، نوع و محل بدخیمی بود.

مواد و روش‌ها

در این تحقیق توصیفی گذشته‌نگر، ۱۱۸۱۸ پرونده موجود در یک مرکز درمانی بیماران سرطانی در شهر اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مرکز بیماران از مناطق داخلی استان و استان‌های مجاور برای درمان ارجاع می‌شوند. ۲۳۶ پرونده با تشخیص هیستوپاتولوژی بدخیمی‌های دهان و بافت‌های مجاور آن استخراج گردیده است و اطلاعات مربوط به سن، جنس، نوع ضایعه و محل ضایعه ثبت گردید. از آنجایی که اطلاعات مربوط به عوامل خطر و عادات بیماران ثبت نشده و بنابراین امکان بررسی این موارد وجود نداشت. میانگین سنی و توزیع فراوانی این ضایعات به تفکیک جنس، محل ابتلا و نوع بدخیمی بر حسب درصد بیان شد.

یافته‌ها

۲۳۶ پرونده در مطالعه حاضر شرکت داده شد. میانگین سنی بیماران ۵۴ سال بود، اما در محل‌های مختلف و نیز در هر ضایعه تفاوت‌هایی داشت. چنانچه در جداول یک و دو نیز ملاحظه می‌شود کمترین میانگین سنی مربوط به ضایعات بافت

ضایعات غدد بزاقی (۰/۹) بود (جدول ۱ و ۲).
 با توجه به بافت منشأ بدخیمی ضایعات، ضایعات اپی‌تلیالی
 با (۷۲ درصد) درگیری بیشترین مورد بودند. ضایعات غدد بزاقی
 با (۱۵ درصد) و ضایعات خونی با (۵/۵ درصد) ضایعات شایع
 بعدی بودند. ضایعات بافت نرم (۲/۹ درصد) و ضایعات
 استخوانی (۲/۹ درصد) در رده‌های بعدی قرار داشتند
 (نمودار ۱).

نرم (۲۷/۵ سال) و بیشترین میانگین سنی مربوط به ضایعات
 غدد بزاقی (۵۹ سال) بود. از ۲۳۶ پرونده مورد بررسی ۶۹/۰۶
 درصد ضایعات مربوط به آقایان و ۳۰/۹۳ درصد در خانم‌ها دیده
 شد. نسبت ابتلا مرد به زن ۲/۲ برابر بود گرچه این نسبت در
 بدخیمی‌های مختلف و همچنین محل‌های مختلف تفاوت‌هایی
 را نشان داد به گونه‌ای که بالاترین نسبت مرد به زن مربوط به
 ضایعات استخوانی [۶] و کمترین نسبت مرد به زن مربوط به

جدول ۱. توزیع فراوانی ضایعات بر حسب جنس و سن

نوع بدخیمی	فراوانی (درصد)	فراوانی به تفکیک جنس		نسبت مرد به زن	میانگین سنی	میانگین سنی بر حسب جنس	
		مرد	زن			مرد	زن
ضایعات اپی‌تلیالی	۱۷۲ (۷۲/۸)	۱۲۶	۴۶	۲/۷۲	۵۷	۶۲	۵۳
ضایعات غدد بزاقی	۳۷ (۱۵/۷)	۱۸	۱۹	۰/۹	۵۹/۱۸	۵۸/۰۴	۵۶/۹
ضایعات خونی	۱۳ (۵/۵)	۸	۵	۱/۶	۵۳	۴۶/۴۴	۵۴/۳
ضایعات بافت نرم	۷ (۵/۹۷)	۵	۲	۲/۵	۲۷/۵	۳۰	۲۳/۵
ضایعات استخوانی	۷ (۲/۹۷)	۶	۱	۶	۳۲/۵	۳۳/۵	۲۵
کل	۲۳۶ (۱۰۰)	۱۶۳	۷۳	۲/۲	۵۴	۵۶/۵	۵۲

جدول ۲. توزیع فراوانی نوع بدخیمی، بر حسب سن و جنس مبتلایان در هر گروه

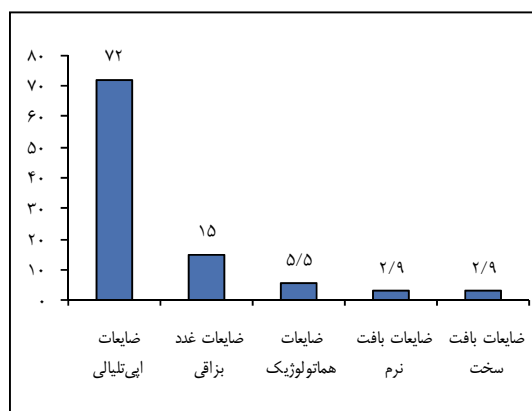
نام ضایعه	فراوانی	فراوانی ضایعات بدخیم بر حسب جنس		نسبت مرد به زن	میانگین سنی مبتلایان به ضایعات بدخیم	میانگین سنی بر حسب جنس	
		مرد	زن			مرد	زن
سرطان سلول سنگفرشی	۱۵۵	۱۱۴	۴۱	۲/۷۸	۵۷/۲	۵۸/۵	۵۵/۷
موکوپاپی درموئید کارسینوما	۱۷	۷	۱۰	۰/۷	۵۶/۹	۶۲/۲۵	۵۵/۳۲
کارسینوم اندیفرانسیه	۱۲	۹	۳	۳	۵۴/۴۶	۵۲/۹	۵۹/۶
آدنوئید سیستیک کارسینوما	۹	۴	۵	۰/۸	۴۵/۲	۲۷	۵۱/۸
لنفوما	۱۳	۸	۵	۱/۶	۵۳	۴۶/۴۴	۵۴/۲
آدنو کارسینومای سلول آسینی	۱	۱	-	-	۲۳	۲۳	-
آدنو کارسینوما	۳	۲	۱	۲	۵۹	۵۹	۵۹
بازال سل کارسینوما	۴	۳	۱	۳	۶۸	۷۶/۵	۵۲
سالیواری داکت کار سینوما	۲	۲	-	-	۶۶	۶۶	-
تومورهای مختلط بدخیم	۵	۲	۳	۰/۶	۶۱	۵۷	۶۳/۶۶
فیبروسارکوما	۳	۲	۱	۲	۴۷/۶۶	۵۲	۳۹
ملانومای بدخیم	۱	-	۱	-	۴۸	-	۴۸
فیروز هیستوسایتومای بدخیم	۱	۱	-	-	۲۳	۲۳	-
کندروسارکوما	۴	۴	-	-	۳۹	۳۹	-
استئوسارکوما	۳	۲	۱	۲	۲۶	۲۷/۵	۲۵
ضایعات متاستاتیک به بافت نرم	۳	۲	۱	۲	۱۲	۱۵	۸
کل	۲۳۶	۱۶۳	۷۳	۲/۲	۵۴	۵۶/۵	۵۲

با سرطان سلول سنگفرشی بافت مجاور مبتلا بوده است. پس از حذف این موارد شایع‌ترین بدخیمی با منشأ بافت بزاقی در غدد بزاقی فرعی، موکوپیدرموئید کارسینوما و در غدد بزاقی تحت فکی، آدنویید سیستیک کارسینوما بود. در لوزه لنفوما و در ناحیه نازوفارنکس فراوان‌ترین بدخیمی سرطان سلول سنگفرشی و بعد از آن لنفوما بود.

بحث

بدخیمی‌ها یا تومورها، گروه بزرگی از بیماری‌های انسان را تشکیل داده و شیوع آن‌ها روز به روز بیشتر می‌شود. با وجود وسایل تشخیصی مدرن و روش‌های درمانی پیشرفته میزان مرگ و میر ناشی از آن‌ها زیاد می‌باشد. شیوع بدخیمی‌ها بین جوامع و در یک جامعه بر اساس محل و زمان متفاوت می‌باشد. میزان تأخیر در تشخیص به موقع سرطان دهان در ایران در مطالعه سرگران و همکاران [۶] هفت ماه و نیم گزارش شده است که نسبت به موارد گزارش شده در کشورهای پیشرفته بالاتر است. انجام مطالعات اپیدمیولوژیک می‌تواند در آشنایی با گروه‌های در معرض خطر کمک کننده باشد. هدف از این پژوهش، آشنایی با فراوانی بدخیمی‌های دهان و نسوج اطراف با در نظر گرفتن سن و جنس بیماران، نوع و محل بدخیمی بود. در مطالعه حاضر بر روی ۲۳۶ مورد سرطان دهان و نسوج اطراف، میانگین سنی ابتلا به سرطان دهان و نسوج اطراف ۵۴ سال به دست آمد. کمترین سن درگیری در ضایعات بافت نرم ۲۷/۵ و بیشترین سن در مبتلایان به تومورهای بزاقی ۵۹ بود. در مطالعه جواهر [۷] در طی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۳ کمترین سن در مبتلایان به تومورهای استخوانی و بیشترین سن در مبتلایان به ضایعات اپی‌تلیالی گزارش شد. در مطالعه فهمی و همکاران [۵] در استان فارس نیز میانگین سن بیماران مبتلا به سرطان دهان ۵۵ سالگی گزارش شده است. در هندوستان، میانگین سنی ابتلا به سرطان دهان ۴۹/۷۳ سالگی می‌باشد و در کشور برزیل نیز میانگین سنی ابتلا به سرطان دهان ۵۸/۶ سالگی گزارش شده است [۱۱].

در تحقیق حاضر میزان ابتلا مردان به بدخیمی‌های دهان و نسوج اطراف ۲/۲ برابر زنان بود (۶۹/۰۶ درصد کل بدخیمی‌ها در آقایان و ۳۰/۹۳ درصد در خانم‌ها دیده شد). در مطالعه



نمودار ۱. توزیع فراوانی ضایعات به تفکیک نوع ضایعه بر حسب درصد

۹۰ درصد بدخیمی‌های دهان و بافت‌های اطراف آن را سرطان سلول سنگفرشی تشکیل می‌داد. موکوپیدرموئید کارسینوما با ۴۵ درصد موارد شایع‌ترین بدخیمی بزاقی بود. لنفوم بدخیمی شایع خونی، فیبروسارکوما در گروه ضایعات بافت نرم (۴۲ درصد) و کندروسارکوما در گروه ضایعات استخوانی (۵۷ درصد) شایع‌ترین ضایعات بودند.

در میان نواحی آناتومیکی مختلف، حنجره با ۴۹ مورد (۲۰ درصد)، شایع‌ترین محل ابتلا به بدخیمی بود. نواحی شایع بعدی، زبان ۴۱ مورد (۱۷ درصد)، غدد بزاقی اصلی و فرعی با ۳۰ مورد (۱۲/۷ درصد)، لب پایین با ۲۲ مورد ۹/۳ درصد، فک پایین و مخاط گونه با ۱۷ مورد ۷/۲ درصد، نازوفارنکس با ۱۵ مورد ۶/۳ درصد، کف دهان با ۹ مورد ۳/۸ درصد، سینوس‌های پاراناژال با ۶ مورد ۲/۶ درصد بودند. نسبت مرد به زن و میانگین سنی با توجه به محل تفاوت‌هایی را نشان داد. بالاترین نسبت مرد به زن مربوط به حنجره (۸/۸) و کمترین نسبت مربوط به لته پایین (۰/۵) بود (جداول ۱ و ۲).

فراوان‌ترین بدخیمی در حنجره، زبان، لب، سینوس‌ها، کام سخت و نرم، لته، مخاط گونه و کف دهان، سرطان سلول سنگفرشی بود. در پاروتید و غدد بزاقی فرعی، موکوپیدرموئید کارسینوما و در غده بزاقی تحت فکی، آدنویید سیستیک کارسینوما شایع‌ترین بدخیمی بود. اگرچه در مورد غدد بزاقی فرعی و غده بزاقی تحت فکی اکثر مواردی که برای درمان به این مرکز ارجاع داده شده بودند به دلیل درگیری ثانویه این غدد

بدخیمی بزاقی بوده است. این در حالی است که در مطالعه قفقازی [۱۷] در اصفهان (۱۳۷۵-۱۳۶۰)، Eveson و همکاران [۱۹] در ژاپن آدنوئید سیستیک کارسینوما شایع‌ترین بدخیمی گزارش شده است. از نظر محل ابتلا در این مطالعات غده پاروتید بیشترین میزان ابتلا را نشان داد که با مطالعات مشابه همخوانی دارد [۱۷].

در میان نواحی مختلف آناتومیکی، حنجره بیشترین میزان ابتلا به بدخیمی (۲۰ درصد) را نشان داد که با مطالعه جواهر [۷] همخوانی دارد. بعد از حنجره، زبان با ۱۷ درصد میزان ابتلا، بیشترین درگیری را نشان داد. در مطالعه جواهر [۷] غدد بزاقی دومین محل ابتلا گزارش شده است و زبان در مرتبه سوم قرار دارد. در مطالعه انجام شده در استان فارس شایع‌ترین محل ابتلا لب پایین و سپس زبان بوده است [۵]. در مطالعه Shenoji و همکاران [۲۰] در هندوستان شایع‌ترین محل ابتلا به سرطان در حفره دهان آلوتول مندیبل گزارش شده است. در برزیل شایع‌ترین محل ابتلا به سرطان دهان، زبان گزارش شده است [۱۱]. در مطالعه Laronde و همکاران [۲۱] در کانادا شیوع سرطان‌های دهان و نسوج اطراف به صورت ۱۳ درصد لب، ۲۷ درصد زبان، ۱۹ درصد لثه، ۱۰ درصد کف دهان، ۱۳ درصد غدد بزاقی، ۱۴ درصد لوزه و ۳ درصد اروفانکس بوده است.

در مطالعه حاضر سرطان ناحیه نازوفارنکس در ۶/۴ درصد موارد نسبت به ۱۱ درصد موجود در مطالعه جواهر [۷] دیده شد و شایع‌ترین عارضه در این ناحیه نازوفارنژیال کارسینوما با ۶۶/۶ درصد میزان بروز نسبت به ۸۱ درصد مطالعه جواهر [۷] بود. از نظر میانگین سنی ۴۲ سال و نسبت مرد به زن (۲/۷) مشابه مطالعه جواهر [۷] بود.

در مطالعه کنونی سینوس‌های ماگزایلا، اتموئید، فرونتال و سینوس اسفنوئید نیز مورد مطالعه قرار گرفت. شایع‌ترین سن ابتلا در دهه‌های ۴-۶ عمر به دست آمد در حالی که در مطالعه جواهر [۷] بیشترین سن ابتلا سینوس‌ها به ضایعات بدخیم دهه ۷ و ۸ عمر بود. شایع‌ترین بدخیمی سینوس‌ها سرطان سلول سنگفرشی بود. از آنجایی که اطلاعات مربوط به عوامل خطر ساز و عادات بیماران ثبت نشده بود امکان بررسی این موارد وجود نداشته و به نوعی محدودیت این مطالعه می‌باشد.

جواهر [۷]، نیز این نسبت ۲/۲ برابر یعنی مشابه مطالعه حاضر گزارش شد؛ اما این نسبت در ضایعات مختلف تفاوت‌هایی داشت به گونه‌ای که بدخیمی‌های استخوانی در آقایان شش برابر خانم‌ها دیده شد در حالی که بدخیمی‌های بزاقی در آقایان فقط ۰/۹ برابر خانم‌ها دیده شد. در مطالعه جواهر [۷] نیز نتایج مشابه مطالعه حاضر گزارش شده است. در حالی که در مطالعه رضوی و سجادی [۸] بیشترین اختلاف درگیری زن و مرد در ضایعات بافت نرم دهان معادل ۲/۵ برابر گزارش شده است، اما کمترین اختلاف مشابه مطالعه حاضر مربوط به ضایعات غدد بزاقی (۰/۸ برابر) بوده است. در کشور هندوستان میزان ابتلا مردان به بدخیمی‌های دهان ۱/۱ برابر زنان بوده است [۱۲].

در تحقیق حاضر علاوه بر نوع بدخیمی، محل بدخیمی نیز روی میزان درگیری مرد و زن اثر داشت به گونه‌ای که بالاترین نسبت مرد به زن مربوط به بدخیمی حنجره و لب پایین و کمترین نسبت، مربوط به لثه فک پایین و لوزه بود. جواهر [۷] نیز بالاترین نسبت ابتلا مرد به زن را در حنجره و کمترین مقدار را در کام نرم گزارش کرد. سرطان حنجره که تقریباً ۲-۱ درصد کل بدخیمی‌های بدن را تشکیل می‌دهد اغلب به عنوان بیماری مردها شناخته می‌شود. رزم‌پا [۱۳] همچنین در مطالعه خود در بیمارستان امام خمینی تهران (۱۳۷۳-۱۳۶۵) شیوع سرطان حنجره در مردان را حداقل ده برابر شیوع آن در زنان گزارش کرد. در مطالعه کنونی ۹۰ درصد بدخیمی‌های با منشأ اپی‌تلیالی به سرطان سلول سنگفرشی اختصاص داشت. در مطالعه فهیمی و همکاران [۵] در استان فارس نیز ۹۷ درصد ضایعات مربوط به سرطان سلول سنگفرشی دهان گزارش شده است. در مطالعه جواهر [۷] میزان فراوانی سرطان سلول سنگفرشی دهان (۸۷ درصد) و در مطالعه تابش [۱۴] این میزان ۷۳/۳ درصد تعیین شده است. Idris و همکاران [۱۵] در سودان فراوانی بروز سرطان سلول سنگفرشی دهان را ۶۶/۵ درصد گزارش می‌کند.

در میان تومورهای بزاقی بالاترین میزان ابتلا مربوط به بدخیمی موکوپای درموئید کارسینوما (۴۵ درصد) بوده است. این میزان در مطالعه جواهر [۷] (۳۹ درصد) گزارش شده است. در مطالعه Rivera-Bastidas و همکاران [۱۶] در ونزوئلا نیز موکوپای درموئید کارسینوما با ۶۲ درصد میزان ابتلا شایع‌ترین

دهان مربوط به ضایعات اپی‌تلیالی (۷۲ درصد) و درصد کمتری مربوط به ضایعات بزاقی (۱۵ درصد) می‌باشد. از میان ضایعات اپی‌تلیالی، سرطان سلول سنگفرشی بیشترین میزان (۹۰ درصد) را داشت. مطالعات بیشتر در خصوص علل و عوامل مستعد کننده بروز گونه‌های مختلف بدخیمی توصیه می‌شود.

پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه با در نظر گرفتن فاکتورهای زمینه‌ای و اتیولوژیک انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به محدودیت‌های این مطالعه، بیشتر بدخیمی‌های حفره

References

1. Sargeran K. Oral Cancer in Tehran, Iran: An approach for understanding disease burden [Thesis]. Helsinki, Finland: School of Medicine, University of Helsinki; 2008.
2. Neville BW. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. New York, NY: Elsevier Limited; 2009. p. 409-16.
3. Cawson RA, Odell EW. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine e-book. 8th ed. New York, NY: Elsevier Health Sciences; 2008. p. 277-90.
4. Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol* 2009; 21(3): 194-200.
5. Fahmy MS, Sadeghi A, Behmard S. Epidemiologic study of oral cancer in Fars Province, Iran. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11(1): 50-8.
6. Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SM, Teronen O. Delayed diagnosis of oral cancer in Iran: challenge for prevention. *Oral Health Prev Dent* 2009; 7(1): 69-76.
7. Javaher A. Epidemiologic evaluation of patients with oral cavity cancer in Seyedoshohada hospital of Isfahan, 1994-2006. [Thesis]. Isfahan, Iran: Khorasgan Dental School, Khorasgan Branch, Islamic Azad University; 2007.
8. Razavi SM, Sajadi S. Epidemiological study of oral and perioral cancers in Isfahan. *Dent Res J* 2007; 4(1): 18-25.
9. Haq M, Abid H, Hanif MK, Warraich RA, Mahmood H, Saddique K. Frequency and pattern of oral and maxillo-facial carcinomas. *Annals of King Edward Medical University* 2009; 154(171): 5.
10. Swango PA. Cancers of the oral cavity and pharynx in the United States: an epidemiologic overview. *J Public Health Dent* 1996; 56(6): 309-18.
11. Gervasio OL, Dutra RA, Tartaglia SM, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J* 2001; 12(1): 57-61.
12. Sankaranarayanan R. Oral cancer in India: an epidemiologic and clinical review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69(3): 325-30.
13. Razmpa E. Epidemiology of Laryngeal carcinoma. A review of 100 patient's files admitted in Imam Khomeiny Hospital. *Teb Tazkiyeh* 1997; 27: 34-6.
14. Tabesh H. Epidemiological study of oral and perioral cancer patients referred to Sayyedoshohada Hospital and Faculty of Dental Medicine in Isfahan from 1981 to 1993. [Thesis]. Isfahan, Iran: Dental School, Isfahan University of Medical Sciences; 1995.
15. Idris AM, Ahmed HM, Mukhtar BI, Gadir AF, El-Beshir EI. Descriptive epidemiology of oral neoplasms in Sudan 1970-1985 and the role of toombak. *Int J Cancer* 1995; 61(2): 155-8.
16. Rivera-Bastidas H, Ocanto RA, Acevedo AM. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. *J Oral Pathol Med* 1996; 25(1): 1-4.
17. Ghafghazi Sh. Evaluation of frequency of age and gender of patients with salivary glands cancer in Seyedoshohada and Kashani hospitals 1982-1997. [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Dental, Isfahan University of Medical Sciences; 1999.
18. Eveson JW, Cawson RA. Tumours of the minor (oropharyngeal) salivary glands: a demographic study of 336 cases. *J Oral Pathol* 1985; 14(6): 500-9.
19. Takahashi H, Fujita S, Tsuda N, Tezuka F, Okabe H. Intraoral minor salivary gland tumors: a demographic and histologic study of 200 cases. *Tohoku J Exp Med* 1990; 161(2): 111-28.
20. Shenoi R, Devrukhkar V, Sharma BK, Sapre SB, Chikhale A. Demographic and clinical profile of oral squamous cell carcinoma patients: a retrospective study. *Indian J Cancer* 2012; 49(1): 21-6.
21. Laronde DM, Hislop TG, Elwood JM, Rosin MP. Oral cancer: just the facts. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(3): 269-72.

Epidemiologic study of oral and paraoral malignancies in one cancer referral center in Isfahan during a 5-year period

Atusa Aminzadeh*, Ahmad Motaghi, Ebrahim Mohammadi

Abstract

Introduction: Prevalence of malignancies is different in different communities and different at different times and locations in a community. Epidemiological studies can help recognize high-risk groups. The aim of this study was to evaluate the frequency of oral and paraoral malignancies based on patient age and gender and the area involved and the type of malignancy in one cancer referral center in Isfahan in a 5-year period.

Materials and Methods: In this retrospective descriptive/analytical study, data of 236 oral and paraoral malignancies was collected in a 5-year period from 2005 to 2010, along with data on age, gender and the area involved. The malignancies were divided into epithelial, salivary, hematologic, soft tissue and hard tissue groups based on their origin. Data was analyzed descriptively using SPSS.

Results: Oral cavity malignancies comprised 1.8% of all the malignancies of the period in question. Mean age of patients with oral cavity malignancies was 54 years (56.5 years in men and 52 in women). Male-to-female affliction ratio was 2.2. The majority of the lesions were epithelial in origin (72%), followed by salivary (15%), hematologic (5.5%), soft tissue (2.9%) and osseous lesions (2.9%). A total of 20% of lesions had occurred in the larynx, with 17% in the tongue. The most common malignancy was squamous cell carcinoma (SCC) with a prevalence rate of 90% of epithelial lesions.

Conclusion: SCC was the most common malignancy, with the highest prevalence rate in 56.6-year-old males in the larynx and tongue.

Key words: Epidemiology, Head and neck neoplasms, Oral neoplasms

Received: 13 Oct, 2012 **Accepted:** 18 Dec, 2012

Address: Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

Email: a.aminzadeh@khuif.ac.ir

Citation: Aminzadeh A, Motaghi A, Mohammadi E. **Epidemiologic study of oral and paraoral malignancies in one cancer referral center in Isfahan during a 5-year period.** J Isfahan Dent Sch 2013; 8(6): 560-566.