

فراوانی ضایعات واکنشی غدد بزاقی در نمونه‌های ثبت شده در بیمارستان‌های آیت‌الله کاشانی و الزهرا و دانشکده‌ی دندان پزشکی اصفهان در یک دوره‌ی ده ساله (۱۳۸۶-۱۳۹۵)

۱. گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکده‌ی علوم دندان پزشکی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۲. نویسنده مسؤول: گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکده‌ی علوم دندان پزشکی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 Email: l.maleki@dnt.mui.ac.ir
 ۳. دانشجوی دکترای حرفه‌ای، کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

پرویز دیهیمی^۱
 لاله ملکی^۲
 مهدی عکاف‌زاده^۳

چکیده

مقدمه: ضایعات واکنشی غدد بزاقی، ضایعاتی اکتسابی، غیر عفونی و غیر نئوپلاستیک می‌باشند. اغلب ترومای مستقیم و انسداد جریان بزاق را به عنوان علل بروز این ضایعات بیان می‌کنند. هدف این پژوهش، تعیین فراوانی این ضایعات در نمونه‌های ثبت شده در بیمارستان‌های آیت‌الله کاشانی و الزهرا و دانشکده‌ی دندان پزشکی اصفهان در دوره‌ی ده ساله (۱۳۸۶-۱۳۹۵) بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی از نوع مقطعی، اطلاعات ثبت شده مربوط به ضایعات واکنشی (موکوسل، رانولا، آدنوماتوئید هایپرپلازی، سیالومتاپلازی نکروزان، آدنوزیس پلی سیستیک اسکروزان، سیال آدنیت انسدادی، کیست احتباسی موکوسی، کیلیت گلاندولاریس) به تعداد ۴۳۵ مورد در مراکز درمانی اصفهان از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ بررسی شد. آنالیز آماری داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ و آزمون‌های آماری ANOVA و کای اسکور انجام گردید ($p \text{ value} < 0/05$).

یافته‌ها: در کل ۴۳۵ نمونه، ضایعه‌ی واکنشی غدد بزاقی دیده شد که این ضایعات، ۴/۷۴ درصد از کل بیوپسی‌های دهان، ۲۸/۵ درصد از کل ضایعات واکنشی دهان و ۲۹/۴۵ درصد از کل ضایعات بزاقی را به خود اختصاص دادند. موکوسل (۶۰/۷ درصد)، بیشترین فراوانی را در بین ضایعات واکنشی بزاقی داشت. مبتلایان به موکوسل و رانولا به طور معنی‌داری نسبت به مبتلایان به دیگر ضایعات واکنشی غدد بزاقی در سنین پایین‌تری قرار داشتند ($p \text{ value} < 0/001$). بیشترین فراوانی ضایعات واکنشی بزاقی در لب پایین (۵۶/۶ درصد) مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی ضایعات واکنشی غدد بزاقی در بین کلیه‌ی بیوپسی‌های دهانی و بزاقی، شناخت خصوصیات اپیدمیولوژیک این ضایعات موجب افتراق بهتر آن‌ها از سایر ضایعات دهانی و بزاقی مانند تومورهای غدد بزاقی و نیز درمان مناسب‌تر می‌گردد.

کلید واژه‌ها: موکوسل، غدد بزاقی، بیوپسی، ضایعات، غیر نئوپلاستیک.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۱۰

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۸/۱۲/۲۳

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸/۹/۲۵

استناد به مقاله: دیهیمی پرویز، ملکی لاله، عکاف‌زاده مهدی. فراوانی ضایعات واکنشی غدد بزاقی در نمونه‌های ثبت شده در بیمارستان‌های آیت‌الله کاشانی و الزهرا و دانشکده‌ی دندان پزشکی اصفهان در یک دوره‌ی ده ساله (۱۳۸۶-۱۳۹۵). مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۳): ۱۵۳ - ۱۶۱.

مقدمه

حفره‌ی دهان، همواره در معرض نیروهای جویدن و سایر ضربه‌ها و آسیب‌ها می‌باشد. غدد بزاقی که خود به دو دسته‌ی کلی اصلی و فرعی طبقه‌بندی می‌شوند، در بعضی موارد تحت تأثیر این ضربه‌ها و نیز انسداد مجاری‌شان ضایعاتی از خود بروز می‌دهند که این دسته از ضایعات اکتسابی غدد بزاقی که غیر عفونی و غیر نئوپلاستیک می‌باشند، تحت عنوان ضایعات واکنشی غدد بزاقی، طبقه‌بندی می‌شوند.

اغلب، ترومای مستقیم و انسداد جریان بزاق را به عنوان علل بروز این ضایعات بیان می‌کنند، اگرچه در برخی موارد اتیولوژی دقیق آن‌ها ناشناخته است. به طور کلی غدد بزاقی در برابر آسیب یا انسداد، از طریق طی نمودن دژنراسیون آتروفیک و نکروز همراه با جایگزینی پارانشیم توسط سلول‌های التهابی و سرانجام اسکار فیبروزه، واکنش نشان می‌دهند. این تغییرات دژنراتیو ظریف و جزیی بوده و طی هفته‌ها یا ماه‌ها ظاهر می‌شوند (۱).

تظاهر کلینیکی این ضایعات، عمدتاً به صورت تورم است که می‌تواند دردناک یا بدون درد و در بعضی موارد همراه زخم باشد. تشخیص این ضایعات بر اساس نمای بالینی و در نهایت ارزیابی میکروسکوپی است. در برخی موارد، سیالوگرافی نیز کمک‌کننده می‌باشد. برخی از این ضایعات خودبه‌خود بهبود می‌یابند و برخی نیاز به جراحی‌های موضعی برای درمان دارند. این ضایعات به ۸ گروه شامل موکوسل، رانولا، آدنوماتوئید هایپرپلازی، سیالومتاپلازی نکروزان، آدنوزیس پلی‌سیستیک اسکروزان، سیال آدنیت انسدادی، کیست احتباسی موکوسی و کیلیت گلاندولاریس تقسیم‌بندی می‌شوند (۲).

موکوسل، هفدهمین ضایعه‌ی شایع حفره‌ی دهان است به طوری که شیوع آن در آمریکا، ۲/۵ ضایعه در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، در سوئد، ۰/۱۱ درصد و در برزیل، ۰/۰۸ درصد می‌باشد (۳) رانولا (۵/۸ درصد) از کل موکوسل‌ها را شامل می‌شود (۴) و شایع‌ترین ضایعه در رابطه با غدد زیر زبانی است (۵).

طبق مطالعه‌ی موحیدیان و همکاران (۶)، موکوسل (۱۰ درصد)، کیست احتباسی موکوسی (۵/۴ درصد) و سیال آدنیت (۱۷/۵ درصد) از کل ضایعات بزاقی را تشکیل می‌دهند.

ساغروانیان و همکاران (۷) در مطالعه‌ای فراوانی موکوسل، رانولا، آدنوماتوئید هایپرپلازی و سیالومتاپلازی نکروزان را نسبت به کلیه‌ی ضایعات بزاقی به ترتیب ۵۳، ۳، ۱/۳ و ۰/۴ درصد بیان کردند.

با توجه به این که راجع به فراوانی انواع ضایعات واکنشی غدد بزاقی و مقایسه‌ی آن‌ها با یکدیگر و با سایر ضایعات واکنشی و بزاقی، مطالعه‌ی جامع و دقیقی در ایران و نیز سایر کشورها انجام نشده است و حتی به صورت ضایعاتی جداگانه نیز مطالعات اپیدمیولوژیک کمی صورت پذیرفته، این مطالعه به تعیین فراوانی این ضایعات بر حسب سن، جنس و محل در بیوپسی‌های گرفته شده از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بیمارستانی آیت‌الله کاشانی و الزهراء اصفهان و نیز دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در طی یک دوره‌ی ده ساله از سال ۱۳۸۶-۱۳۹۵ پرداخت. بدیهی است از آن‌جا که این ضایعات به خصوص موکوسل، رانولا و سیال آدنیت انسدادی، یافته‌های نسبتاً شایعی در دهان بوده و درمان ضایعات واکنشی غدد بزاقی نیز می‌تواند کاملاً متفاوت باشد، مطالعات اپیدمیولوژیک از اهمیت بالایی در شناخت بهتر فراوانی این دسته از ضایعات و همچنین تشخیص افتراقی دقیق تر آن‌ها از سایر ضایعات غدد بزاقی از قبیل تومورهای خوش خیم و بدخیم و بیماری‌های اتوایمیون درگیرکننده‌ی این غدد و همچنین سایر ضایعات حفره‌ی دهان دارد و رسیدن به تشخیص درست و سریع و همچنین درمان‌های اصولی و دقیق را امکان‌پذیر می‌سازد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی است. کلیه‌ی پرونده‌های بیماران با تشخیص ضایعات واکنشی غدد بزاقی شامل موکوسل، رانولا، آدنوماتوئید هایپرپلازی، سیالومتاپلازی

محاسبه نشده بود، فراوانی هر کدام از ضایعات موجود در هر دسته، به صورت جداگانه محاسبه و در نهایت فراوانی‌ها جمع زده شد.

آنالیز آماری داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) صورت گرفت. همچنین از آزمون‌های آماری ANOVA و کای اسکوئر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. سطح معنی‌داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع تعداد ۹۱۵۸ پرونده مربوط به کلیه‌ی ضایعات دهانی که طی مدت ده سال (۱۳۸۶-۱۳۹۵) در مراکز بیمارستانی آیت‌الله کاشانی و الزهراى اصفهان و نیز دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ثبت شده بود، ۴۳۵ مورد مربوط به ضایعات واکنشی بزاقی بود. همچنین تعداد کل ضایعات بزاقی و تعداد کل ضایعات واکنشی دهان ثبت شده در این مراکز به ترتیب ۱۴۷۷ و ۱۵۲۶ مورد بود (جدول ۱).

نکروزان، آدنوزیس پلی‌سیستیک اسکروزان، سیال آدنیت انسدادی، کیست احتباسی موکوسی، کیلیت گلاندولاریس در نمونه‌های بیوپسی ثبت شده از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آیت‌الله کاشانی و الزهراى اصفهان و دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در طی یک دوره‌ی ده ساله از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ بررسی شد و اطلاعات مربوط به سن، جنس و محل هر ضایعه در فرم جمع آوری اطلاعات، یادداشت گردید. از آن‌جا که سیال آدنیت‌های مزمن به احتمال زیاد به علت انسداد به وجود می‌آیند، پرونده‌های با تشخیص سیال آدنیت مزمن نیز به عنوان سیال آدنیت انسدادی وارد مطالعه‌ی ما شدند. پرونده‌هایی که فاقد اطلاعات کافی بوده یا تشخیص‌های هیستوپاتولوژی نامشخص یا چندگانه داشتند از مطالعه خارج شدند. موارد عود نیز در نظر گرفته نشد. همچنین تعداد کل بیوپسی‌های دهان، تعداد کل ضایعات بزاقی و نیز تعداد کل ضایعات واکنشی دهان از مراکز مذکور استخراج گردید. از آن‌جا که تعداد کلیه‌ی ضایعات بزاقی و نیز کلیه‌ی ضایعات واکنشی دهان در مراکز جمع‌آوری داده به صورت یک‌جا

جدول ۱. توزیع فراوانی ضایعات واکنشی بزاقی و درصد آن نسبت به کلیه‌ی ضایعات دهانی، کلیه‌ی ضایعات واکنشی دهان و کلیه‌ی ضایعات بزاقی

نام ضایعه	فراوانی در بین ضایعات واکنشی بزاقی تعداد (درصد)	درصد فراوانی در بین کلیه‌ی بیوپسی‌های دهان (n = ۹۱۵۸)	درصد فراوانی در بین کلیه‌ی ضایعات واکنشی دهان (n = ۱۵۲۶)	درصد فراوانی در بین کلیه‌ی ضایعات بزاقی (n = ۱۴۷۷)
موکوسل	۲۶۴ (۶۰/۷)	۲/۸۸	۱۷/۳۰	۱۷/۸۷
رانولا	۲۳ (۵/۳)	۰/۲۵	۱/۵۰	۱/۵۵
آدنوماتوئید				
هایپرپلازی	۱۲ (۲/۸)	۰/۱۳	۰/۷۸	۰/۸۱
سیالومتاپلازی				
نکروزان	۱۰ (۲/۳)	۰/۱۱	۰/۶۵	۰/۶۷
سیال آدنیت				
انسدادی	۱۰۹ (۲۵/۱)	۱/۱۹	۷/۱۴	۷/۳۷
کیست احتباسی				
موکوسی	۱۷ (۳/۹)	۰/۱۸	۱/۱۱	۱/۱۵
کل	۴۳۵ (۱۰۰)	۴/۷۴	۲۸/۵۰	۲۹/۴۵

هیچ موردی با تشخیص آدنوزیس پلی سیستیک اسکروزان و کیلیت گلندولاریس در مراکز مورد مطالعه‌ی ما یافت نشد و به همین دلیل این دو ضایعه در جداول آورده نشده‌اند. از ۴۳۵ ضایعه‌ی واکنشی بزاقی، ۲۰۷ مورد (۴۷/۶ درصد) در مردان و ۲۲۸ مورد (۵۲/۴ درصد) در زنان دیده شد. برای بررسی ارتباط بین ضایعات مختلف و جنسیت، از آزمون کای اسکوئر استفاده شد و مشخص گردید که بین ضایعات مختلف و متغیر جنسیت، رابطه‌ی معنی داری وجود ندارد ($p \text{ value} = ۰/۹۸۴$).

از آزمون آماری ANOVA، برای بررسی ارتباط بین ضایعات مختلف و سن مبتلایان استفاده شد و مشخص گردید که به طور کلی بین ضایعات مختلف و متغیر سن مبتلایان، رابطه‌ی معنی داری ($p \text{ value} < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. برای این که متوجه شویم این ارتباط دقیقاً بین چه ضایعاتی معنی دار است، از آزمون تعقیبی دانکن استفاده گردید. این آزمون با بررسی میانگین و انحراف معیار سن مبتلایان به هر ضایعه، ضایعات مورد مطالعه را در دو دسته قرار داد. دسته‌ی اول که

در سنین پایین تری بروز پیدا کردند شامل موکوسل و رانولا بود و دسته‌ی دوم که در سنین بالاتری دیده شدند، بقیه‌ی ضایعات واکنشی بزاقی را شامل می‌شد (جدول ۲). از نظر سنی، ضایعات موجود در هر دسته با یکدیگر اختلاف معنی داری نداشتند، اما بین ضایعات هر دسته با دسته‌ی دیگر، تفاوت معنی داری دیده شد ($p \text{ value} < ۰/۰۰۱$).

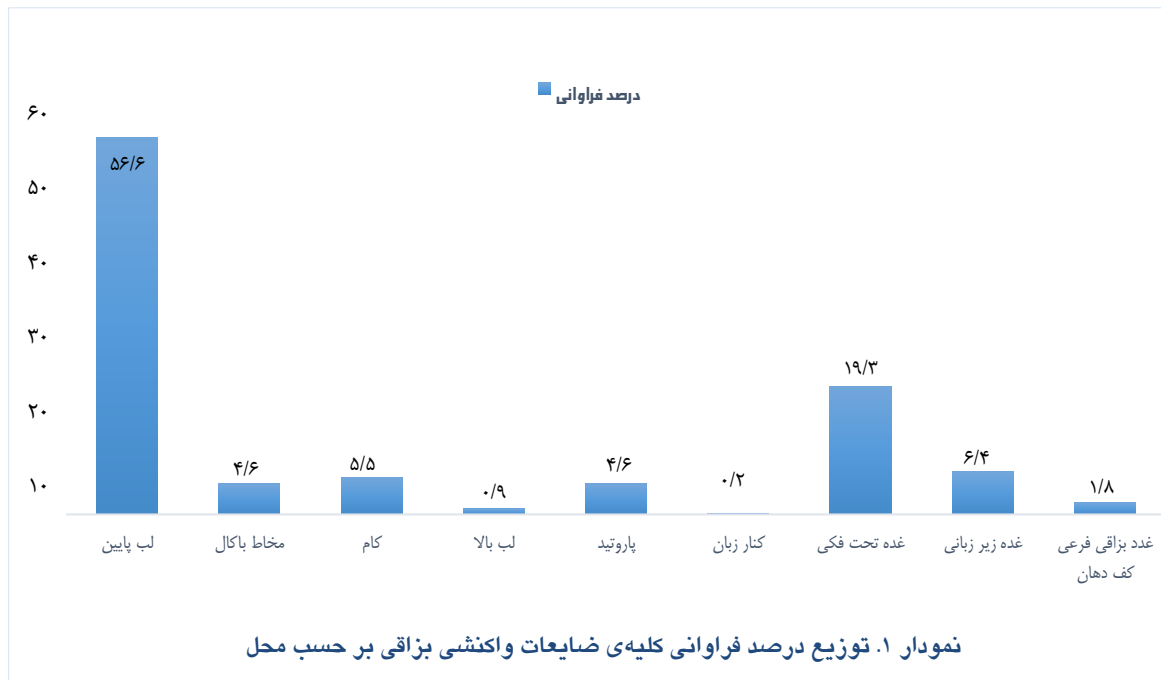
در بین تمامی محل‌های مشاهده شده‌ی ضایعات واکنشی بزاقی، لب پایین با ۵۶/۶ درصد، بیشترین فراوانی و قسمت کناری زبان با تنها ۰/۲ درصد، کمترین فراوانی را داشت (نمودار ۱).

موکوسل، با ۶۰/۷ درصد، شایع‌ترین ضایعه در بین همه‌ی ضایعات واکنشی مورد بررسی در این مطالعه گزارش شد. سن متوسط مبتلایان به آن $۱۳/۴ \pm ۳۰$ سال بود، به طوری که بیشترین شیوع در دهه‌ی سوم و چهارم زندگی (مجموعاً ۶۰/۳ درصد) دیده شد. ۵۲/۷ درصد در زنان و ۴۷/۳ درصد در مردان مشاهده گردید. لب پایین با ۹۲ درصد، شایع‌ترین محل بروز ضایعه بود.

جدول ۲. شاخص‌های آماری سن مبتلایان به ضایعات واکنشی بزاقی به تفکیک نوع ضایعه

نام ضایعه	تعداد ضایعه	میانگین سن مبتلایان	انحراف معیار	فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد برای میانگین		کمینه	بیشینه
				حد پایینی	حد بالایی		
دسته‌ی اول							
موکوسل	۲۶۴	۳۰/۰۹	۱۳/۴۶	۲۸/۴۶	۳۱/۷۲	۰*	۸۳
رانولا	۲۳	۲۵/۸۲	۱۵/۹۱	۱۸/۹۴	۳۲/۷	۱	۵۴
دسته‌ی دوم							
آدنوماتوئید	۱۲	۴۱/۵	۱۷/۶	۳۰/۳۱	۵۲/۶۸	۲۰	۶۷
هایپرپلازی							
سیالومتاپلازی	۱۰	۴۲/۲	۱۴/۰۲	۳۲/۱۶	۵۲/۲۳	۲۲	۶۰
نکروزان							
سیال آدنیت	۱۰۹	۴۷/۹۹	۱۵	۴۵/۱۴	۵۰/۸۳	۱۳	۹۰
انسدادی							
کیست احتباسی	۱۷	۴۱/۲۳	۲۶/۹۵	۲۷/۳۷	۵۵/۰۹	۰	۸۳
موکوسی							
کل	۴۳۵	۳۵/۳۸	۱۶/۸۱	۳۳/۷۹	۳۶/۹۶	۰	۹۰

* در مواردی که سن مبتلایان زیر یک سال بوده، در مراکز جمع‌آوری داده و نیز مطالعه‌ی ما صفر در نظر گرفته شده است.



شایع‌ترین ضایعه به حساب می‌آمد. میانگین سن مبتلایان به این ضایعه، 48 ± 15 سال و در دهه‌های چهارم، پنجم و ششم زندگی شایع‌تر بود. $53/2$ درصد در زنان و $46/8$ درصد در مردان مشاهده شد. غده‌ی تحت فکی ($77/1$ درصد) مکان شایع این ضایعه بود.

کیست احتباسی موکوسی، $3/9$ درصد از کل ضایعات واکنشی بزاقی را شامل می‌شد. میانگین سنی مبتلایان، $26/9 \pm 41/2$ سال بود. در دهه‌ی اول زندگی بیشتر از بقیه‌ی دهه‌ها دیده شد، اگرچه طیف سنی این ضایعه وسیع بود. $47/1$ درصد در زنان و $52/9$ درصد در مردان مشاهده شد. غدد بزاقی فرعی کف دهان ($47/1$ درصد) شایع‌ترین مکان بروز این ضایعه بود.

بحث

هیچ موردی با تشخیص آدنوزیس پلی سیستیک اسکروزان و کیلیت گلندولاریس در مراکز مورد مطالعه‌ی حاضر یافت نشد که احتمالاً به علت شیوع بسیار پایین آن‌ها در جمعیت بود. همچنین پی برده شد که تفاوت معنی‌داری بین بروز ضایعات در دو جنس وجود ندارد ($p \text{ value} = 0/984$)، با این وجود در بین کلیه‌ی ضایعات واکنشی بزاقی، اندکی سهم

رانولا، $5/3$ درصد از ضایعات واکنشی بزاقی را تشکیل داد. سن متوسط مبتلایان، $25/8 \pm 15/9$ سال و دهه‌ی چهارم زندگی، شایع‌ترین دهه‌ی ابتلا به آن بود. $52/2$ درصد در مردان و $47/8$ درصد در زنان دیده شد. همگی موارد در کف دهان و احتمالاً مربوط به غده‌ی زیرزبانی بودند.

آدنوماتوئید هایپرپلازی، $2/8$ درصد از کل ضایعات را شامل می‌شد. سن متوسط مبتلایان، $41/5 \pm 17/6$ سال و شایع‌ترین دهه‌ی سنی برای ابتلا به این بیماری دهه‌ی ششم زندگی بود و در زنان و مردان به نسبت مساوی دیده شد. شایع‌ترین مکان بروز ضایعه، کام بود که دو سوم موارد را شامل می‌گردید.

سیالومتاپلازی نکروزان، $2/3$ درصد از کل ضایعات واکنشی بزاقی را در این مطالعه به خود اختصاص داد. سن متوسط مبتلایان به این ضایعه، $42/2 \pm 14$ سال بود و بیشترین فراوانی در دهه‌های سوم، پنجم و ششم زندگی مشاهده شد. 60 درصد در زنان و 40 درصد در مردان دیده شد. 70 درصد ضایعات در کام ایجاد شده بودند.

سیال آدنیت انسدادی که در این مطالعه، مجموع موارد سیال آدنیت انسدادی و مزمن بود، $25/1$ درصد از ضایعات واکنشی بزاقی را به خود اختصاص داد که بعد از موکوسل،

زنان بیشتر بود (۵۲/۴ درصد در زنان و ۴۷/۶ درصد در مردان) که شاید علت آن را بتوان به مراجعات بیشتر زنان به مراکز درمانی، هنگام بروز چنین ضایعاتی در آنان نسبت داد. در بین کلیه ضایعات واکنشی بزاقی، بیشترین فراوانی مربوط به دهه‌های سوم و چهارم زندگی بود که احتمال می‌رود به علت بیشتر بودن تروماها و تحریکات فیزیکی در این سنین باشد.

طبق آنالیزهای آماری این مطالعه، موکوسل و رانولا به طور معنی‌داری در سنین کم‌تری نسبت به آدنوماتوئید هایپرپلازی، سیالومتاپلازی نکروزان، سیال آدنیت انسدادی و کیست احتباسی موکوسی بروز پیدا کردند ($p \text{ value} < 0/001$). به نظر می‌رسد تفاوت در علت بروز ضایعات که در مورد موکوسل و رانولا عمدتاً تروما و در بقیه موارد اغلب انسداد یا ایسکمی موضعی است، موجب تفاوت سنی مبتلایان در این ضایعات باشد.

موکوسل (۶۰/۷ درصد) در مطالعه‌ی حاضر، بیشترین فراوانی را در بین کلیه ضایعات واکنشی بزاقی به خود اختصاص داد که تا حدودی مشابه مطالعه‌ی آلوآکیا (۸) می‌باشد که موکوسل با ۶۴ درصد به عنوان شایع‌ترین ضایعه‌ی خوش‌خیم بزاقی گزارش شد.

نسبت موکوسل به کل ضایعات بزاقی در مطالعات مختلف کاملاً متفاوت است به طوری که موحدیان و همکاران (۶) این نسبت را ۱۰ درصد، سراوانی و همکاران (۹) (۳۰/۶ درصد)، ساغروانیان و همکاران (۷) (۵۳ درصد) و پردیس و همکاران (۱۰) (۷۰ درصد) بیان نمودند. در مطالعه‌ی حاضر، این نسبت ۱۷/۸۷ درصد برآورد شد. سن متوسط مبتلایان به موکوسل در پژوهش حاضر ۳۰ سال با انحراف معیار ۱۳/۴ بود که با مطالعه‌ی ریسیکونی و همکاران (۱۱) مشابهت داشت.

در مطالعه‌ی حاضر، لب پایین با ۹۲ درصد، بیشترین فراوانی را بین محل‌های بروز این ضایعه به خود اختصاص داد که دقیقاً مطابق مطالعه‌ی کانسیکائو و همکاران (۱۲) و مشابه مطالعه‌ی جنی و همکاران (۱۳) می‌باشد.

رانولا، سومین ضایعه‌ی شایع پژوهش حاضر نام گرفت.

این ضایعه، ۸ درصد از کل موارد نشت موسین (Mucus extravasation phenomenon) را شامل شد که مشابه مطالعه‌ی کانسیکائو و همکاران (۱۲) بود. همچنین این ضایعه، ۱/۵۵ درصد از کل ضایعات بزاقی را تشکیل داد که این مقدار در مطالعه‌ی ساغروانیان و همکاران (۷)، ۳ درصد گزارش شده بود. از لحاظ سن مبتلایان، رانولا، کم‌ترین میانگین سنی را در بین همه‌ی ضایعات واکنشی بزاقی داشت که مشابه نظر کراوالا و نیولند (۱۴) می‌باشد که بیشترین شیوع این ضایعه را در کودکان بیان کرده‌اند.

آدنوماتوئید هایپرپلازی، پنجمین ضایعه‌ی شایع مطالعه‌ی حاضر بود.

ساغروانیان و همکاران (۷) فراوانی این ضایعه را، ۱/۳ درصد از کل ضایعات بزاقی گزارش کردند که این مقدار در مطالعه‌ی ما، ۰/۸۱ درصد به دست آمده است. سن متوسط مبتلایان به این ضایعه، ۴۱/۵ سال با انحراف معیار ۱۷/۶ محاسبه شد که با مطالعات باچنر و همکاران (۱۵) و بارت و اسپاید (۱۶) شباهت داشت. هرچند آمار و اعداد یکسان نبود. در پژوهش به عمل آمده، بیشترین درصد فراوانی در بین مکان‌های بروز ضایعه را کام به خود اختصاص داد که مشابه مطالعه‌ی باچنر و همکاران (۱۵) بود.

صرف نظر از دو ضایعه‌ای که هیچ موردی از آن‌ها مشاهده نشد، سیالومتاپلازی نکروزان، کم‌ترین شیوع را در بین کلیه ضایعات این مطالعه به خود اختصاص داد. در مطالعه‌ی حاضر نسبت این ضایعه به کل ضایعات بزاقی، ۰/۶۷ درصد بیان شد در حالی که این نسبت در مطالعه‌ی ساغروانیان و همکاران (۷) (۰/۴ درصد) اعلام گردید.

در مطالعه‌ی حاضر، میانگین سن مبتلایان، ۴۲/۲ سال بود و کام با ۷۰ درصد فراوان‌ترین محل بروز این ضایعه گزارش شد که از هر دو نظر مشابه مطالعه‌ی لینچ و همکاران (۱۷) و برانون و همکاران (۱۸) بود.

سیال آدنیت انسدادی که در مطالعه‌ی حاضر موارد مربوط به سیال آدنیت مزمن را نیز شامل می‌گردید، دومین ضایعه‌ی شایع این مطالعه بود و ۷/۳۷ درصد از کل ضایعات

بودند که از مطالعه‌ی ما خارج شدند. بنابراین ممکن است تأثیر جزئی در نتایج بر جا گذاشته باشند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر نیز انجام گیرد و با نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، مقایسه گردد. همچنین برای به دست آوردن نتایج دقیق‌تر می‌توان مراکز جمع‌آوری داده‌ها را افزایش داد تا حجم نمونه‌ی بیشتری برای قضاوت در مورد شیوع ضایعات واکنشی بزاقی داشته باشیم.

نتیجه‌گیری

با توجه به فراوانی ضایعات واکنشی غدد بزاقی در بین کلیه‌ی بیوپسی‌های دهانی (۴/۷۴ درصد) و بزاقی (۲۹/۴۵ درصد)، شناخت خصوصیات اپیدمیولوژیک این ضایعات موجب تشخیص افتراقی بهتر آن‌ها از سایر ضایعات دهانی و بزاقی مانند تومورهای غدد بزاقی و نیز درمان مناسب آن‌ها می‌گردد. توجه به موکوسل به عنوان شایع‌ترین ضایعه‌ی واکنشی بزاقی، دهه‌های سوم و چهارم زندگی به عنوان فراوان‌ترین دهه‌های سنی مبتلایان و لب پایین به عنوان شایع‌ترین محل بروز این ضایعات، در این زمینه بسیار کمک‌کننده خواهد بود.

همچنین خصوصیات مربوط به شیوع ضایعات واکنشی بزاقی در مطالعه‌ی حاضر در بسیاری از موارد با نتیجه‌ی مطالعات در سایر مناطق هماهنگی داشت. هرچند آمار و اعداد یکسان نبود و در مواردی نیز اختلافات بارزی مشاهده شد که می‌تواند بیانگر نقش عوامل فرهنگی، جغرافیایی و نژادی در بروز و شیوع این ضایعات و یا تفاوت در حجم نمونه و یا روش مطالعه باشد.

بزاقی را به خود اختصاص داد، در حالی که در مطالعه‌ی موحیدیان و همکاران (۶) سیال آدنیت مزمن، ۱۷/۵ درصد از کل ضایعات بزاقی را شامل گردید که با مطالعه‌ی حاضر تفاوت داشت. در پژوهش حاضر، ۸۱/۶ درصد مبتلایان به این ضایعه در سن ۳۰ تا ۷۰ سالگی مشاهده شدند که مشابه مطالعه‌ی ایرو و همکاران (۱۹) می‌باشد که این محدوده‌ی سنی را شایع‌ترین سن ابتلا به سنگ بزاقی که خود مهم‌ترین عامل ایجاد سیال آدنیت مزمن و انسدادی است، بیان کردند. ابتلای غده‌ی تحت فکی حدوداً ۵ برابر بیشتر از پاروتید بود که مشابه با نظر سومز و ساوتام (۲۰) می‌باشد و دلیل آن، بروز بیشتر سنگ‌های بزاقی در غده‌ی تحت فکی نسبت به پاروتید بود. کیست احتباسی موکوسی در مطالعه‌ی حاضر، ۱/۱۵ درصد کل ضایعات بزاقی را تشکیل داد که با مطالعه‌ی موحیدیان و همکاران (۶) که این نسبت را ۵/۴ درصد بیان کردند مغایرت داشت. احتمال می‌رود در مطالعه‌ی مذکور، کیست‌های رشدی نمودی غدد بزاقی نیز همراه با کیست احتباسی بزاقی، محاسبه شده باشند. در پژوهش حاضر میانگین سن مبتلایان به این ضایعه، ۴۱/۲ بود و مبتلایان به طور معنی‌داری در سن بالاتری نسبت به مبتلایان به موکوسل قرار داشتند که مشابه نظر سپ و همکاران (۱) می‌باشد. از لحاظ محل ضایعه، ۶۴/۸ درصد ضایعات در گونه و کف دهان دیده شد و تنها یک مورد در لب پایین که محل شایع بروز موکوسل است، یافت گردید که مشابه مطالعه‌ی مروری هریسون (۲۱) بود.

در مورد محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت، برخی از پرونده‌ها فاقد اطلاعات کافی و تشخیص‌های قطعی

References

1. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Contemporary oral & maxillofacial pathology. 1st ed. St.Louis: Mosby Co; 1997. p. 319-56.
2. Deyhimi P. Pathology of salivary glands. 1st ed. Tehran, Iran: Royan Pazhouh Publications; 2007. p. 114-204. [In Persian].
3. Rashid AK, Anwar N, Azizah AM, Narayan KA. Cases of mucocele treated in the Dental Department of Penang Hospital. Arch Orofac Sci 2008; 3(1): 7-10.

4. Neville BW, Damm DD, Chi AC, Allen CM. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. St.Louis: Elsevier Health Sciences; 2015. p. 422-72.
5. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 5th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008. p. 405-20.
6. Movahedian B, Noori R, Rezaei M. Epidemiology of salivary gland lesions in referring patients to Isfahan University of Medical Sciences Hospitals 1998-2003. J Isfahan Dent Sch 2007; 3(3): 137-44. [In Persian].
7. Saghravanian N, Hosseinpour Jajram H, Salehinejad J, AfzalAghaie M, Ghazi N. A 30-year comparison of clinical and histopathological diagnoses in salivary gland lesions, odontogenic cysts and tumors in Mashhad Dental School, Iran. J Mashhad Dent Sch 2010; 34(4): 299-308. [In Persian].
8. Alavikia M. Prevalence of benign salivary gland disease and benign tumors in patients referred to Pathology Dept. of Shahid Beheshti Dental School during 1381-1391 [Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2014. [In Persian].
9. Saravani S, Kadeh H, Farhad-Mollashahi L, Rubin R. Clinicopathological evaluation of salivary gland lesions in the southeast of Iran. J Isfahan Dent Sch 2016; 12(2): 122-30. [In Persian].
10. Pardis S, Karandish M, Lavaee-Mashadi F. The clinicopathologic study of benign and malignant lesions of salivary glands in patients attending Shiraz dental school in 15 years. Zahedan J Res Med Sci 2012; 13(9): 52-5. [In Persian].
11. Re Cecconi D, Achilli A, Tarozzi M, Lodi G, Demarosi F, Sardella A, et al. Mucocoeles of the oral cavity: a large case series (1994-2008) and a literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010; 15(4): e551-6.
12. Conceicao JG, Gurgel CA, Ramos EA, de Aquino Xavier FC, Schlaepfer-Sales CB, Cangussu MC, et al. Oral mucocoeles: a clinical, histopathological and immunohistochemical study. Acta Histochem 2014; 116(1): 40-7.
13. Jani DR, Chawda J, Sundaragiri SK, Parmar G. Mucocoele--a study of 36 cases. Indian J Dent Res 2010; 21(3): 337-40.
14. Kerauola C, Newlands C. Oral and maxillofacial surgery. 1st ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010. p. 199.
15. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM, Leider AS. Adenomatoid hyperplasia of minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 71(5): 583-7.
16. Barrett AW, Speight PM. Adenomatoid hyperplasia of oral minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 79(4): 482-7.
17. Lynch DP, Crago CA, Martinez MG, Jr. Necrotizing sialometaplasia. A review of the literature and report of two additional cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1979; 47(1): 63-9.
18. Brannon RB, Fowler CB, Hartman KS. Necrotizing sialometaplasia. A clinicopathologic study of sixty-nine cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 72(3): 317-25.
19. Iro H, Długaiczek J, Zenk J. Current concepts in diagnosis and treatment of sialolithiasis. Br J Hosp Med (Lond) 2006; 67(1): 24-8.
20. Soames JV, Southam JC. Oral pathology. 3rd ed. Oxford, UK: Oxford University; 1999. p. 245-66 p.
21. Harrison JD. Salivary mucocoeles. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975; 39(2): 268-78.

Frequency of Reactive Salivary Gland Lesions in the Samples Collected in Kashani and Al-Zahra Hospitals and Faculty of Dentistry in Isfahan in a 10-Year Period from 2007 to 2016

Parviz Deyhimi¹

Laleh Maleki²

Mahdi Akafzadeh³

1. Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. **Email:** l.maleki@dnt.mui.ac.ir

3. Graduate Student, Dental Students Research Committee, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Salivary gland reactive lesions are acquired, non-infectious, and non-neoplastic lesions. Often, direct trauma and salivary flow obstruction are reported to be the etiologic agents for these lesions. This study aimed to determine the frequency of salivary gland reactive lesions recorded in Isfahan Ayatollah Kashani and Al-Zahra Hospitals and Dental School during a 10-year period (2007-2016).

Materials & Methods: In this descriptive cross-sectional study, patients' records (n = 435) with a diagnosis of reactive lesions (mucocele, ranula, adenomatoid hyperplasia, necrotizing sialometaplasia, sclerosing polycystic adenosis, obstructive sialadenitis, mucus retention cyst, cheilitis glandularis) were investigated in Isfahan therapeutic centers from 2007 to 2016. Data analysis was performed with SPSS 22, using ANOVA and chi-squared test ($\alpha = 0.05$).

Results: A total of 435 samples of salivary gland reactive lesions were seen that accounted for 4.74% of oral biopsies, 28.5% of the whole oral reactive lesions, and 29.45% of salivary lesions. Mucocele (60.7%) had the highest frequency among salivary reactive lesions. Patients with mucocele and ranula were significantly younger than those with other salivary gland reactive lesions (p value < 0.001). The highest incidence of salivary glands reactive lesions was observed in the lower lip (56.6%).

Conclusion: Considering the prevalence of salivary gland reactive lesions among all the oral and salivary biopsies, recognizing the epidemiological characteristics of these lesions leads to better differential diagnosis of them from other oral and salivary lesions, such as salivary gland tumors, leading to their appropriate treatment.

Key words: Biopsy, Lesions, Mucocele, Non-neoplastic, Salivary glands.

Received: 16.12.2019

Revised: 13.3.2020

Accepted: 26.4.2020

How to cite: Deyhimi P, Maleki L, Akafzadeh M. Frequency of Reactive Salivary Gland Lesions in the Samples Collected in Kashani and Al-Zahra Hospitals and Faculty of Dentistry in Isfahan in A 10-Year Period from 2007 to 2016. J Isfahan Dent Sch 2020; 16(2): 153-161.