

## فراوانی ضایعات حاوی سلول ژانت (lesions giant cell) در ناحیه دهان و صورت بین سال‌های ۹۰-۱۳۸۳ در بخش آسیب‌شناسی دهان و فک دانشکده دندانپزشکی تبریز

پریا امام‌وردیزاده<sup>۱</sup>، سپیده وثوق حسینی<sup>۲</sup>، خدیجه عبدال<sup>۳</sup>، مصطفی محمودی<sup>۴</sup>، مهسا تقی‌زاده<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت 1393/02/24 تاریخ پذیرش 1393/05/18

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** ضایعات ژانت سلی ضایعات نسبتاً شایع فکی هستند. تعدادی از ضایعات میکروبیال، توموری و شبه توموری، کیستیک، متابولیکی و استئودیستروفیک حفره دهان با سلول‌های ژانت همراه هستند. از آنجایی که در تشخیص آسیب‌شناختی ضایعات شیوع آسیب و نیز سن و جنس و محل آن‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد، هدف از این مطالعه تعیین فراوانی ضایعات دهانی حاوی سلول ژانت در یک دوره ۷ ساله (۹۰-۱۳۸۳) در بخش آسیب‌شناسی دهان و فک دانشکده دندانپزشکی تبریز بوده است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه گذشته‌نگر و توصیفی جامعه مورد پژوهش پرونده‌های بیماران با تشخیص ضایعات حاوی سلول ژانت در بخش آسیب‌شناسی دهان و فک دانشکده دندانپزشکی تبریز طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۳ بود. اطلاعات به دست آمده توسط روش آماری توصیفی، آزمون رابطه مجذور کای با آزمون مقایسه میانگین و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از میان ۸۰۸ پرونده مورد مطالعه ۹۸ ضایعه (۱۲/۱۲ درصد) حاوی سلول ژانت بودند که در این میان ۹۱/۸ درصد ضایعات توموری و شبه توموری بودند. شیوع ضایعات در دهه پنجم و ششم بیشتر از سایر دهه‌های سنی بود. اکثر ضایعات در ناحیه خلف فک پایین قرار داشتند و شیوع آن‌ها در زنان کمی بیشتر از مردان بود.

**نتیجه‌گیری:** ضایعات دارای سلول ژانت در ناحیه دهان و فک، نسبتاً شایع هستند که شایع‌ترین آن‌ها، ژانت سل گرانولومای محیطی می‌باشد. **کلید واژگان:** ضایعات دهانی، سلول ژانت، اپیدمیولوژی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره هفتم، ص ۵۷۷-۵۷۱، مهر ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۵۵۹۶۵

Email: Svosough rare@yahoo.com

### مقدمه

طبقه‌بندی می‌شوند که عبارت‌اند از: الف- ضایعات میکروبیال: این ضایعات شامل توبرکلوزیس دهانی، اکتینو مایکوزیس دهانی و سارکونیدوز دهانی می‌باشند. ب- ضایعات توموری و شبه توموری: این ضایعات شامل ژانت سل گرانولومای محیطی و مرکزی، ژانت سل فیبروما، ژانت سل تومور، استئوسارکوما، رابدومیوسارکوما و لنفوم هوچکین هستند. ج- ضایعات کیستیک: شامل کیست تروماتیک استخوانی (TBC) و کیست آنوریسمال استخوانی (ABC) می‌باشد.

ضایعات ژانت سلی ضایعات نسبتاً شایع فکی هستند. ژانت سل‌ها سلول‌های بزرگ چند هسته‌ای از اجداد متفاوت‌اند. ژانت سل‌های Foreign body، ژانت سل‌های Langhans، ژانت سل touthon و ژانت سل توموری انواع متفاوتی از ژانت سل‌ها هستند (صرف‌نظر از انواع متفرقه ژانت سل‌ها نظیر سلول‌های aschoff ندول‌های روماتیک و سلول‌های reed sternberg لنفوم هوچکین) (۱-۳).

ضایعات معمول ژانت سلی حفره دهان در چند گروه

- <sup>۱</sup> استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- <sup>۲</sup> استاد گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)
- <sup>۳</sup> دستیار پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- <sup>۴</sup> استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- <sup>۵</sup> دستیار پروتزی‌های دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سال‌های ۹۰-۱۳۸۳ بود. پرونده بیماران مبتلا به هر یک از ضایعات فوق جدا شده و اطلاعات لازم شامل سن، جنس، محل درگیری ضایعه و نوع ضایعه ژانت سلی در افراد بررسی شد. معیارهای ورودی شامل پرونده‌هایی بود که در آن‌ها اطلاعات کامل بیمار و گزارش میکروسکوپی با تشخیص قطعی یک ضایعه ژانت سلی درج شده بود و پرونده‌های ناقص و مواردی که مربوط به عود ضایعه بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند.

اطلاعات به دست آمده از بیماران مبتلا به ضایعات ژانت سلی وارد رایانه شد و توسط روش آماری توصیفی (فراوانی درصد و میانگین  $\pm$  انحراف معیار)، آزمون رابطه مجذور کای با آزمون مقایسه میانگین و با استفاده از نرم افزار SPSS15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در تحقیق حاضر از میان ۸۰۸ پرونده مورد مطالعه، ۹۸ مورد مربوط به ضایعات حاوی ژانت سل بودند که ۱۲/۱ درصد کل ضایعات را تشکیل می‌دادند. از بین کل افراد تحت بررسی ۵۰ نفر (۵۱ درصد) زن و ۴۸ نفر (۴۹ درصد) مرد بوده‌اند. میانگین سنی کل افراد تحت بررسی  $37/7 \pm 18/6$  سال بود که میانگین سنی زنان تحت بررسی  $36/8 \pm 17$  سال و میانگین سنی مردان تحت بررسی  $38/6 \pm 20/2$  سال بود که تفاوت معنی‌داری نداشت ( $p > 0/05$ )

ضایعات توموری و شبه توموری با ۹۱/۸ درصد موارد بیشترین نوع ضایعه حاوی سلول ژانت را به خود اختصاص داده بودند.

از بین کل ضایعات توموری و شبه توموری (۹۰ مورد)، ۷۰ مورد شامل گرانومای محیطی، ۱۵ مورد شامل گرانومای مرکزی، ۲ مورد لنفوم هوچکین، ۱ مورد استئو سارکوم، ۱ مورد رابدو میو سارکوما و ۱ مورد ژانت سل فیروما بود.

ضایعات کیستیک مشاهده شده شامل ۲ مورد کیست ساده استخوانی و ۱ مورد آنوریسمال بون سیست بود. هر ۳ مورد ضایعات متفرقه، فیروز دیسپلازی بودند. ضایعات میکروبیال و متابولیک به ترتیب سارکوئیدوز و هیپر پاراتیروئیدیسم بودند.

از بین کل ضایعات ژانت سلی مشاهده شده، ۱۹/۴ درصد در دهه ششم زندگی شیوع داشتند، ۵۱/۰۲ درصد ضایعات در زنان و ۴۸/۹ درصد ضایعات در مردان مشاهده شدند. نسبت وقوع ضایعات به تفکیک سن و جنس در جداول ۱ و ۲ دیده می‌شود ( $p > 0/05$ ).

از لحاظ محل درگیری ۳۷/۷ درصد از ضایعات تحت بررسی در خلف فک پایین قرار داشتند، خلف فک بالا از لحاظ محل درگیری رتبه دوم را به خود اختصاص داده بود (۲۳/۴ درصد) (نمودار ۱).

د- ضایعات متابولیکی: شامل هایپرپاراتیروئیدیسم است که سبب ایجاد ضایعه استئولیتیک به نام Brown tumor می‌شود (۴،۲). ه- ضایعات استئودیسترفیک: شامل noonan-like multiple giant cell lesion syndrome است. ز- ضایعات متفرقه: شامل چروبیسم، بیماری پاژه و فیروز دیسپلازی است (۲). همان‌طور که اشاره شد تعدادی از ضایعات میکروبیال، توموری و شبه توموری، کیستیک، متابولیکی، استئودیسترفیک حفره دهان با سلول‌های ژانت همراه هستند. مطالعات مختلفی در زمینه شیوع این ضایعات صورت گرفته برای مثال ktsikeris همکاران در سال ۱۹۹۸ شیوع PGCG را بیشتر در جنس مؤنث و در دهه چهارم و پنجم زندگی گزارش کرده‌اند در حالی که دکتر صدری و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۸۲ در بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی در یک دوره ۲۲ ساله انجام داده‌اند شیوع PGCG را در سنین بالای ۵۰ سال و در اغلب موارد در فک پایین بیان کرده‌اند (۵، ۶). Gungormus در ترکیه در بررسی CGCG در ۸۹ درصد موارد وقوع آن را قبل از ۴۰ سالگی و در ۷۸ درصد موارد در جنس مؤنث گزارش کرده در حالی که دکتر مهاجرانی و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۸۸ در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی انجام داده‌اند، شیوع PGCG را بیشتر در دهه پنجم زندگی و شیوع CGCG را در دهه‌های دوم و سوم زندگی گزارش کرده‌اند (۸ و ۷). همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج این مطالعات با هم مطابقت ندارد که ممکن است به علت اختلاف نژاد، عادات و مناطق جغرافیایی و تعداد نمونه‌های مورد بررسی باشد. به علاوه اکثر مطالعات موجود هر یک از ضایعات با سلول ژانت را به تنهایی و جداگانه بررسی کرده و لذا نتیجه واحد و مشخصی در مورد شیوع و خصوصیات دموگرافیک کلیه ضایعات فکی حاوی سلول ژانت ارائه نشده است. بنابراین هدف از این پژوهش تعیین فراوانی این ضایعات بر اساس یک طبقه‌بندی جامع و جدید به همراه بررسی دامنه‌ی سنی، توزیع جنسی و محل وقوع این ضایعات در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی تبریز می‌باشد تا اطلاعات کاملی از فراوانی ضایعات یاد شده به دست آید و این اطلاعات با گزارش‌های منتشر شده از دیگر نواحی جغرافیایی مقایسه گردد.

### مواد و روش‌ها

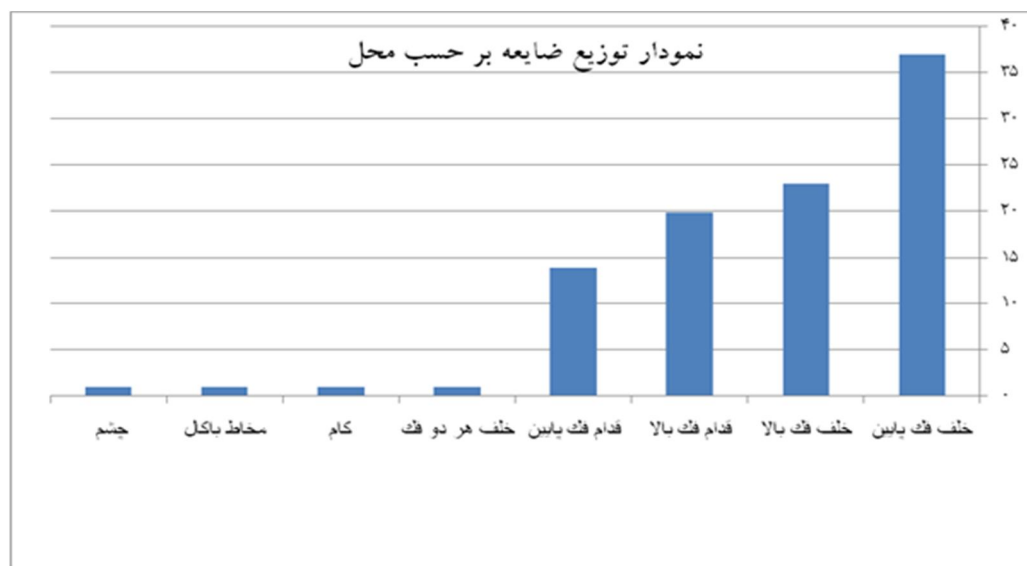
در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر تمامی نمونه‌ها با استفاده از روش تمام شماری مورد بررسی قرار گرفت. محیط پژوهش، بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی تبریز و جامعه مورد بررسی پرونده‌های آرشیو شده در این بخش بین

جدول (۱): فراوانی ضایعات بر حسب جنس

نوع ضایعه ژانت سل	زن (%) تعداد	مرد (%) تعداد
ضایعات توموری و شبه توموری	۴۸ (۵۳/۳%)	۴۲ (۴۶/۶%)
ضایعات کیستیک	۰ (۰%)	۳ (۱۰۰%)
ضایعات میکروبیال	۰ (۰%)	۱ (۱۰۰%)
ضایعات متابولیک	۰ (۰%)	۱ (۱۰۰%)
ضایعات متفرقه	۲ (۶۶/۶%)	۱ (۳۳/۳%)

جدول (۲): فراوانی ضایعات بر حسب سن

نوع ضایعه	توموری و شبه توموری (%) تعداد	کیستیک (%) تعداد	میکروبیال (%) تعداد	متابولیک (%) تعداد	متفرقه (%) تعداد	دهه سنی
۰ - ۱۰	۶ (۶/۶%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۱ (۳۳/۳%)	۰ - ۱۰
۱۱ - ۲۰	۱۱ (۱۲/۲%)	۲ (۶۶/۶%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۱۱ - ۲۰
۲۱ - ۳۰	۱۲ (۱۳/۳%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۲ (۶۶/۶%)	۲۱ - ۳۰
۳۱ - ۴۰	۱۴ (۱۵/۵%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۳۱ - ۴۰
۴۱ - ۵۰	۱۵ (۱۶/۶%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۱ (۱۰۰%)	۰ (۰%)	۴۱ - ۵۰
۵۱ - ۶۰	۱۶ (۱۷/۷%)	۱ (۳۳/۳%)	۱ (۱۰۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۵۱ - ۶۰
بالای ۶۰ سال	۱۲ (۱۳/۳%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	۰ (۰%)	بالای ۶۰ سال



نمودار (۱): فراوانی ضایعات از نظر محل ابتلا

## بحث

در مطالعه صدری و همکاران شیوع این ضایعات ۹/۵ درصد گزارش شده و در مطالعه Mullapudi و همکاران این میزان ۹ درصد گزارش شده که علت آن استفاده از طبقه‌بندی جدید ضایعات حاوی سلول ژانت در مطالعه حاضر می‌باشد که توسط Varghes و

در میان ۸۰۸ پرونده مورد مطالعه در آرشیو بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی تبریز ۹۸ مورد (۱۲/۱ درصد) مربوط به ضایعات حاوی سلول ژانت بود. در حالی که

دهه شش زندگی بوده است. بیشتر موارد مبتلا به هایپرپاراتیروئیدیسم بیشتر از ۶۰ سال سن دارند (۱۲). در این مطالعه یک مورد مبتلا وجود داشت که در دهه پنجم زندگی بوده است.

با توجه به اینکه در این تحقیق از طبقه‌بندی جدید ضایعات حاوی ژانت سل استفاده گردیده ضایعات بدخیم از قبیل لنفوم هوچکین، استئوسارکوما و رابدومیوسارکوما نیز در گروه ضایعات حاوی سلول ژانت در نظر گرفته شدند درحالی‌که در سایر مقالات که یک یا دو دهه قبل از این مطالعه انجام گرفته‌اند از این طبقه‌بندی استفاده نشده است.

ضایعات بدخیم بررسی شده در این مطالعه شامل دو مورد لنفوم، یک مورد استئوسارکوم و یک مورد رابدومیوسارکوم بود که همگی مبتلایان، مرد بودند. لنفوم هوچکین اگرچه در هر دو جنس رخ می‌دهد ولی کمی در مردان شایع‌تر است (۱۱). لنفوم هوچکین دارای دو دوره سنی شایع است که یکی بین ۱۵ تا ۳۵ سال و دیگری بالای ۵۰ سال می‌باشد. در این مطالعه دو مورد لنفوم هوچکین وجود داشت که یکی در دهه هفت و دیگری در دهه نهم زندگی بودند. استئوسارکوم در ناحیه سر و گردن بیشتر در دهه سه و چهار زندگی بروز می‌کند و در مردان شایع‌تر است (۲۰، ۱۱). یک مورد استئوسارکوم مورد بررسی در این مطالعه نیز مربوط به یک مرد و در دهه سوم زندگی بوده است. کودکان ۶۰ درصد موارد رابدومیوسارکوما را شامل می‌شوند (۱۱). در این مطالعه یک مورد رابدومیوسارکوما در دهه اول زندگی در این مطالعه وجود داشت.

برای تشخیص قطعی خیلی از ضایعات محیطی و مرکزی انجام بیوپسی و بررسی میکروسکوپی لازم است. در بررسی‌های اولیه بالینی و رادیوگرافی، تشخیص افتراقی برای ضایعه مطرح می‌شود ولی تشخیص قطعی، بعد از گزارش پاتولوژی نمونه، مشخص می‌گردد. در بررسی میکروسکوپی برخی از ضایعات، سلول‌های ژانت دیده می‌شوند که در این مطالعه به بررسی فراوانی ضایعات حاوی سلول ژانت در ناحیه دهان و صورت پرداختیم که نتایج به‌دست‌آمده می‌تواند مورد استفاده دندان‌پزشکان و متخصصین بیماری‌های دهان و پاتولوژی دهان قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که ۱۲/۱۲ درصد از کل ضایعات فکی طی ۷ سال، ضایعات حاوی سلول ژانت بودند. در این میان PGCG شایع‌ترین ضایعه بود که در دهه ششم و فک پایین شیوع بیشتری داشته و در جنس مؤنث کمی بیشتر دیده شد. اگرچه اکثر ضایعات خوش‌خیم بودند ولی چند مورد ضایعه بدخیم دارای سلول ژانت نیز مشاهده گردید.

همکاران در سال ۲۰۱۱ ارائه شده و این طبقه‌بندی گروه گسترده‌تری از ضایعات را در بر می‌گیرد (۹، ۶، ۲).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین سن وقوع ضایعات حاوی سلول ژانت دهه‌های پنجم و ششم بود. در مطالعه صدری و همکاران و همچنین مطالعه Katsikeris نیز دهه‌های چهارم و ششم به‌عنوان شایع‌ترین سن ذکر شده بود (۵، ۶). درحالی‌که در مطالعه Mullapudi و همکاران دهه سوم به‌عنوان شایع‌ترین دهه سنی ذکر شده بود (۹).

در این مطالعه ضایعات حاوی سلول ژانت عمدتاً در خلف فک پایین و در جنس مؤنث کمی بیشتر از جنس مذکر دیده شدند که مشابه نتایج مطالعه صدری و همکاران، مطالعه خلیفه، مطالعه Mullapudi، مطالعه ملکی، مطالعه معتمدی، مطالعه Pogrel و کتاب‌های مرجع نویل و رگزی و آکرمن می‌باشد (۹-۱۶ و ۶).

در مطالعه حاضر PGCG با شیوع (۷۱/۴ درصد) رتبه اول و CGCG با شیوع (۱۵/۳ درصد) رتبه دوم را در میان ضایعات حاوی سلول ژانت داشتند که بروز آن‌ها در جنس مؤنث و فک پایین بیشتر بود که با سایر مطالعات از جمله مطالعه صدری و همکاران، باقری ثانی و ملکی و معتمدی و Pogrel مشابهت دارد (۱۷-۱۵ و ۱۰، ۶). ولی در مطالعه Katsikeris و همکاران، CGCG به‌عنوان شایع‌ترین ضایعه حاوی ژانت سل و آنوریسمال بون سیست در رده دوم ذکر شده است و این تفاوت به‌این‌علت می‌باشد که در مطالعه آن‌ها فقط ضایعات داخل استخوانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند (۵). "کیست ساده استخوانی" و "کیست آنوریسمال استخوانی" جزء کیست‌های کاذب می‌باشند به این دلیل که پوشش اپیتلیالی ندارند (۱۱). "کیست ساده استخوانی" معمولاً بدون علامت بوده و به‌طور اتفاقی طی بررسی رادیو گرافیک کشف می‌شوند ولی "کیست آنوریسمال استخوانی" به‌صورت تورم با رشد نسبتاً سریع است که برخی موارد همراه درد می‌باشد. کیست ساده استخوانی در مردان شایع‌تر است درحالی‌که "کیست آنوریسمال استخوانی" در هر دو جنس برابر است (۱۸، ۱۹). در این مطالعه دو مورد "کیست ساده استخوانی" و یک مورد "کیست آنوریسمال استخوانی" مورد بررسی قرار گرفت که هر سه مورد در مردان رخ داده بود.

در مطالعه ما ضایعات میکروبیال (سارکوئیدوز) و ضایعات متابولیک (مرتبط با هایپرپاراتیروئیدیسم) کمترین شیوع را داشتند که در مطالعه باقری ثانی و مطالعه صدری و همکاران نیز ضایعات مرتبط با هایپرپاراتیروئیدیسم به‌عنوان نادرترین ضایعات حاوی سلول ژانت ذکر شده‌اند (۱۵ و ۶). سارکوئیدوز در دو مقطع سنی شایع‌تر است که ۲۵ تا ۳۵ سال و ۴۵ تا ۶۵ سال می‌باشد. در مطالعه حاضر نیز یک مورد سارکوئیدوز مشاهده شده که بیمار در

## References:

1. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins Basic pathology. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Co; 2013. P.73-9.
2. Varghese I, Prakash A. Giant cell lesions of oral cavity. OMPJ 2011; 2( 1):107-10.
3. Liu B, Yu SF, Li TJ. Multinucleated giant cells in various forms of giant cell containing lesions of the jaws express features of osteoclasts. J Oral Pathol Med 2003; 32(6):367-75.
4. Khalil PN, Heining SM, Huss R, Ihrler S, Siebeck M, Hallfeldt K, et al. Natural history and surgical treatment of brown tumor lesions at various sites in refractory primary Hyperparathyroidism. Eur J Med Res 2007 ;12:222-30.
5. Katsikeris N, Kakarantza-Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 new cases and review of 956 reported cases. Int J Oral Maxillofac Surg 1988;17(2):94-9.
6. Sadri D, Mashhadi Abbas F, Bimeghdar A. Prevalence of oral giant cell lesions in a period of 22 years (82 to 1360), in Shaheed Beheshti Dental School. Shaheed Beheshti Univ Dental J 2007;71(1):46-51. ( Persian)
7. Gungormus M, Akgul M. Central Giant cell granuloma of the Jaws: A clinical and Radiologic study. J Contemp Dent Pract 2003;3:87-97.
8. Mohajerani H, Mosalman M, Mohajerani SA, Ghorbani Z. Frequency of giant cell lesions in oral biopsies. J Dentistry 2009; 6(4):193-7.
9. Mullapudi SV, Putchu UK, Boindala S. Odontogenic tumors and giant cell lesions of jaws - a nine year study. World J Surgical Oncology 2011;9:1-8.
10. Maleki F, Akhlaghi A. Prevalence of oral pathologic lesions treated in the Taleghani hospital since (1370-74) (dissertation). Tehran: Shaheed Beheshti University of Medical Sciences; 1995. (Persian)
11. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Saunders Co; 2009. P.628,634,198.
12. Regezi JA, Scdiubba JJ, Jordan RC. Oral Pathology clinical pathologic correlation. 5th ed. Philadelphia: Saunders Co; (2008). P.319,176,23.
13. Khalife S, Moshref M, Eshghyar N. Characteristics of patients with giant cell granuloma referred to Tehran and Shaheed Beheshti dental schools (1382-83) (dissertation). Tehran: Islamic Azad University; 2006. (Persian)
14. Rosai J. Mandible and maxilla. In Rosai and Ackerman's Surgical Pathology Volume 1. 9th ed. Newyork: Mosby Co; 2004. P.279-304.
15. Motamedi MH, Eshghyar N, Jafari SM, Lassemi E, Navi F, Abbas FM, et al. Peripheral and central giant cell granulomas of the jaws: a demographic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103(6):e39-43.
16. Pogrel AM. The diagnosis and management of giant cell lesions of the jaws. Annals of Maxillofacial Surgery 2012 ;2(2):102-6.
17. Bagheri Sani A, Eslami M. Statistical analysis of Central giant cell granulomas and The statistical comparison with some other giant cell lesions in patients referred to the Oral and maxillofacial Pathology department (dissertation). Tehran University of medical sciences: 1996. ( Persian)
18. Harnet JC, Lombardi T, Klewansky P, Rieger J, Tempe MH, Clavert JM. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. J Oral Maxillofac Surg 2008 ;66(11):2345-8.
19. Triantafillidou K, Venetis G, Karakinaris G, Iordanidis F, Lazaridou M. Variable histopathological features of 6 cases of aneurysmal bone cysts developed in the jaws:

- review of the literature. J Craniomaxillofac Surg 2012;40(2):e33-38.
20. Ajura AJ, Lau SH. A retrospective clinicopathological study of 59 osteogenic sarcoma of jaw bone archived in a stomatology unit. Malays J Pathol 2010;32(1):27-34.

## GIANT CELL LESIONS AT THE MOUTH AND FACE LOCATION BETWEEN THE YEARS OF 2004-2011 IN THE ORAL AND MAXILLOFACIAL REGION

*Parya Emamverdizadeh<sup>1</sup>, Sepideh Vosoughhosseini<sup>2\*</sup>, Khadije Abdal<sup>3</sup>,  
Mostafa Mahmoudi<sup>4</sup>, Mahsa Taghizade<sup>5</sup>*

*Received: 14 May, 2014; Accepted: 9 Aug, 2014*

### **Abstract**

**Background & Aims:** Giant cell lesions are relatively common lesions of jaws. A number of cystic, metabolic, osteodystrophic, microbial, tumor and tumor like lesions of the oral cavity are associated with giant cells. Since pathogenesis incidence of lesions, age, gender and their location are vital in the detection of lesions, the aim of this study was to determine the prevalence of oral and facial giant cell lesions within a period of seven years (2004-2011) in the oral and maxillofacial pathology department of dentistry faculty, Tabriz University of Medical Sciences.

**Materials & Methods:** In this retrospective descriptive study, the records of patients with giant cell lesion diagnosis in the oral and maxillofacial pathology department of Tabriz Dental Faculty during 2004-2011 were studied. Data obtained were analyzed by descriptive statistical methods, comparison test, and SPSS software.

**Results:** Of 808 studied cases, 98 lesions (12.12%) were giant cell lesions and between them 91.8% were tumor and tumor like lesions. Incidence of the lesions in the fifth and sixth decades was more than other age decades. Most lesions were located in the posterior area of mandible and there was a slightly higher incidence in women than men.

**Conclusion:** Giant cell lesions are common in oral and jaw location. The most common lesions is peripheral giant cell granuloma.

**Keywords:** Oral lesion, Giant cell, Epidemiology

**Address:** Department of Oral Pathology and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel: +98 4133355965

**Email:** Svosough rare@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(7): 577 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Oral Pathology and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Resident, Oral Pathology and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Oral Pathology and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

<sup>5</sup> Resident of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran