مقاله پژوهشی

بررسی شش ساله موارد ابتلا به بدخیمی دهان، فک و صورت در مراجعین به بیمارستان ولی‌عصر (عج) زنجان

ایمان شیرین بک[۱]، سمیرا بصیر شبستری*[۲]، رضا اقدام ضمیری[۳]، حامد صالح دوست[۴]

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۸/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: علیرغم پیشرفت‌های درمانی اخیر، سرطان دهان به علت تأخیر در تشخیص هنوز یکی از ده علت مرگ‌ومیر می‌باشد و طبق مطالعات اخیر بروز بدخیمی‌های دهان، فک و صورت رو به افزایش است. بعلاوه با توجه به نقش شرایط اقلیمی، نحوه زندگی و تغذیه در بروز سرطان‌ها لذا مطالعات اپیدمیولوژیک اهمیت میابد. هدف این مطالعه بررسی موارد بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مراجعین به بیمارستان ولی‌عصر (عج) زنجان طی ۶ سال بود.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی پرونده پزشکی ۲۱۴ بیمار بدخیمی دهان، فک و صورت که ازلحاظ هیستوپاتولوژیک تائید شده بودند انجام گرفت. داده‌های دموگرافیک، بالینی و هیستوپاتولوژیک موردنظر استخراج و ثبت و آنالیز آماری گردید.

یافته‌ها: حداقل و حداکثر سن بیماران ۲۰ و ۸۹ سال با میانگین ۱۳/۹۴±۶۲/۵۹ سال بود. نسبت مرد به زن ۲/۱۶ به ۱ بر آورد گردید. شایع‌ترین تظاهر بالینی بدخیمی‌های دهان و فک و صورت به‌صورت ضایعات زخمی و برجسته بود. شایع‌ترین محل ابتلا، لب پایین و زبان بود.

بحث و نتیجه‌گیری: هرچند که شایع‌ترین الگوی اپیدمیولوژیک بدخیمی‌های دهان فک و صورت در مطالعه حاضر مشابه سایر مطالعات داخل کشور بود ولی ازلحاظ مقادیر نسبت مرد به زن و میانگین سنی کمی نسبت به سایر مطالعات تفاوت داشت. بررسی نقش سیگار و گرید ضایعات در بروز بدخیمی ازجمله نقاط قوت این طرح بود.

کلیدواژه‌ها: سرطان دهان، بدخیمی، فک، شیوع

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره دهم، ص ۶۰۹-۶۰۱، دی ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: کرج، خیابان شهید کتوئی زاده، دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز ۰۹۱۲۴۴۶۹۶۳۸

Email: samira_bsh2@yahoo.com

مقدمه

موقعیت آناتومیک منطقه سر و گردن خاص می‌باشد زیرا به ساختمان‌های حیاتی مهم نزدیک است در این میان، ناحیه دهان، فک و صورت با توجه به اینکه اعمال فیزیولوژیک متعددی ایفا می‌کند و در زیبایی فرد تأثیرگذار می‌باشد لذا حائز اهمیت است (۱). در این راستا بسیاری از پژوهش‌ها تصدیق نموده‌اند که رابطه معنی‌داری بین سلامت دهان و سلامت جسم و روان وجود دارد (۲). زیرا اختلالات ناحیه دهان، فک و صورت منجر به تجربه درد، بروز مشکلات در تغذیه، تکلم، جویدن، حس چشایی، زیبایی ظاهری فرد و ارتباطات اجتماعی وی می‌گردد (۳). لذا، بدخیمی‌های این ناحیه عوارض ناخوشایندی را به دنبال خواهد داشت و علاوه بر اینکه ممکن است حیات فرد را به مخاطره اندازد، منجر به مشکلات متعددی اعم از حیطه درمان و پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی می‌شوند که نهایتاً بر الگو و کیفیت زندگی فرد تأثیرگذار خواهند بود (۴، ۵). یکی از اساسی‌ترین مسائل در ارتباط با هر بیماری تعیین فراوانی آن در مناطق مختلف جغرافیایی است که این امر در ارتباط با سرطان‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا در تشخیص آسیب‌شناختی ضایعات، میزان شیوع، سن، جنس و محل بروز آن موردتوجه قرار می‌گیرد و از طرفی دیگر در جمعیت‌های گوناگون ممکن است متغیرهای مذکور متفاوت باشند (۲، ۶). لذا بدون در دست داشتن

[۱] متخصص جراحی دهان و فک و صورت، استادیار دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج

[۲] متخصص بیماریهای دهان و فک وصورت، استادیار دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج (نویسنده مسپول)

[۳] تخصص رادیوتراپی انکولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز

[۴] دکترای دندانپزشکی عمومی

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

آماری دقیق از کلیه مناطق کشور امکان برنامه‌ریزی مناسب غیرممکن می‌باشد. بنابر همین دلایل، بررسی اپیدمیولوژیک ضایعات در هر جامعه ضرورت می‌یابد (۴، ۷). بعلاوه از آنجائی که مطالعات اپیدمیولوژیک به بررسی تفاوت‌های جنسی، سنی، اجتماعی افراد مناطق جغرافیایی مختلف می‌پردازد لذا به‌عنوان یک روش کاربردی و سودمند در زمینه بررسی علل بروز سرطان مطرح شده است (۶).

امروزه علی‌رغم پیشرفت‌های درمانی، میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان زیاد می‌باشد (۸). به‌نحوی‌که سرطان به‌عنوان یکی از پنج عامل عمده مرگ‌ومیر در همه جوامع شناخته شده است. در آمریکا، سرطان پس از بیماری‌های قلبی و عروقی دومین علت اصلی مرگ‌ومیر می‌باشد (۱). اما با توجه به اینکه میزان حیات ۵ ساله در ایران، ۳۰ تا ۶۲ درصد برآورد شده لذا سرطان، به‌عنوان سومین عامل مرگ‌ومیر در کشورمان شمرده می‌شود (۹). پژوهش‌ها نشان دادند که سرطان‌های سر و گردن نهمین علت مرگ ناشی از سرطان است زیرا متأسفانه میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن بالا و حدود ۵۰ درصد می‌باشد (۱). از سوئی دیگر این سرطان‌ها در کشورهای درحال‌توسعه یک بیماری نسبتاً شایع محسوب می‌شود (۵). در این میان سرطان دهان به‌عنوان، دهمین سرطان رایج در جهان مطرح شده است که، عامل ۲۰ درصد کل مرگ‌ومیرها می‌باشد. مطالعات انجام‌گرفته در آمریکا و انگلستان نشان داد که سرطان دهان، در حدود سه درصد بدخیمی‌ها را شامل می‌شود و به‌عنوان هشتمین و پانزدهمین سرطان شایع در مردان و زنان محسوب می‌شود (۳،۱۰). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، مشخص گردید که کارسینوماهای حفره دهان در کشورهای درحال‌توسعه به‌عنوان ششمین و دهمین سرطان در مردان وزنان می‌باشد (۱۱). لذا به نظر می‌رسد که طی چند سال اخیر شیوع انواع سرطان‌های دهان افزایش پیدا کرده است (۵). زیرا طبق نقشه جهانی مربوط به سال ۱۹۹۷، شیوع سرطان دهان در ایران ۲۰ تا ۳۶/۳ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر گزارش شده است. بعلاوه بر اساس آمار منتشرشده در سال ۲۰۰۶ به دنبال بررسی ۵۵۸۵۵ مورد سرطان در ایران مشخص شد که ۵ درصد از کل سرطان‌ها در ناحیه سر و گردن رخ می‌دهند که تقریباً نیمی از این موارد، در حفره دهان بروز میابند (۱۱، ۷). گزارش‌های وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲، نشان داد که سرطان دهان در زنان و مردان به ترتیب سه و هفت استان کشور (ازجمله استان زنجان در رتبه چهارم با شیوع ۲/۶ درصد)، جزء ده سرطان شایع بوده است (۷). در این راستا اکثر مطالعات بیشترین سنین بروز بدخیمی دهان و فک و صورت را در سنین بالا گزارش نمودند (۳، ۵، ۱۰، ۱۱). در گذشته نسبت بروز بدخیمی دهان در مردان ۳-۶ برابر بیشتر از زنان گزارش می‌شد اما به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر اختلاف بروز در دو جنس کم‌تر شده است (۱۲).

نظر به تنوع نتایج مطالعات در زمینه بدخیمی‌های دهان فک و صورت و همچنین با توجه به نقش شرایط محیطی و اقلیمی در بروز سرطان‌ها، لذا انجام مطالعات اپیدمیولوژیک در این زمینه ضرورت میابند (۲،۶). این در حالی است که تاکنون مطالعات کمی با موضوع بدخیمی‌های دهان و فک و صورت در ایران انجام شده است (۱۳-۲۳). لذا با توجه به اینکه مبحث سرطان ازجمله اولویت‌های ملی پژوهشی وزارت بهداشت می‌باشد، همچنین نظر به شیوع بالای سرطان دهان در استان زنجان طبق رتبه‌بندی کشوری، فقدان مطالعه اپیدمیولوژیک مبنی بر وضعیت این استان بنابراین مطالعه حاضر را به‌منظور بررسی شش‌ساله شیوع بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مراجعین به بیمارستان ولی‌عصر زنجان انجام دادیم تا با شناخت مشخصات این بیماران شاید بتوانیم گامی هرچند کوچک در راستای کمک به سیاست‌گذاران حیطه بهداشت کشورمان جهت تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و تأمین امکانات و بودجه‌های درمانی برداریم.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی گذشته‌نگر بر روی ۷۹۲۶ پرونده مربوط به مراجعین به بخش انکولوژی بیمارستان ولیعصر زنجان طی سال‌های ۹۴-۱۳۸۸ انجام گرفت. این مرکز ازاین‌جهت مدنظر قرار گرفت زیرا بیماران انکولوژی داخل و اطراف استان زنجان جهت درمان به آنجا ارجاع می‌شوند. نمونه‌گیری بر اساس تعداد در دسترس و به‌صورت بررسی بایگانی (Archive review) صورت گرفت. روش اجرا بدین نحو بود که آرشیو ۶ ساله پرونده بیماران بخش انکولوژی بررسی شد و پرونده‌های مربوط به مبتلایان به بدخیمی دهان، فک و صورت که حتماً ازلحاظ هیستوپاتولوژیک نیز تائید شده بودند جدا گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرونده‌هایی بود که اطلاعات مربوط به داده‌های دموگرافیک بیماران، مشخصات بالینی و هیستوپاتولوژیک ضایعه آن‌ها کامل و دقیق بودند لذا مواردی که دارای تأیید پاتولوژی نبودند، یا هرگونه نقص در اطلاعات پرونده داشتند از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده‌ها فرم اطلاعاتی معتبر بود که در سایر مطالعات مشابه نیز استفاده گردیده بود لذا روایی و پایائی آن مورد تأیید است (۱۳-۲۳). این فرم حاوی اطلاعات فردی بیماران (سن، جنس، عادات مصرف سیگار حداقل ۱۳ عدد سیگار در روز به مدت ۳ سال (۲۴) و ضایعه بدخیم (نوع و محل ضایعه، تشخیص پاتولوژی و رده (Grading) آن‌ها بود .نهایتاً داده‌های دموگرافیک، بالینی و هیستوپاتولوژیک موردنظر استخراج و در فرم مذکور ثبت گردید. سپس با استفاده از

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

روش‌های آماری، میزان فراوانی و درصد فراوانی محاسبه و جداول فراوانی تهیه و نمودارهای مربوط ترسیم گردید .ازآنجایی‌که کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC)شایع‌ترین بدخیمی در ناحیه دهان و ((BCC بازال سل کارسینوم شایع‌ترین سرطان پوست است، لذا میزان و درصد فراوانی به‌صورت جداگانه برای SCC و BCC محاسبه گردید (۱، ۱۰) .از آزمون‌های آماری T.test و chi-squaire جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شد و p<۰/۰۵ ازنظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه کلیه مشخصات فردی بیماران محرمانه باقی ماند و صرفاً این اطلاعات به‌صورت کد به مشاور آمار جهت تجزیه‌وتحلیل آماری منتقل گردید لذا مطالعه حاضر ملاحظه اخلاقی خاصی نداشت.

یافته‌ها

ارزیابی ۲۱۴ پرونده بیماران سرطان دهان فک و صورت نشان داد که میانگین سن این مبتلایان با حداقل ۲۰ و حداکثر ۸۹ سال، ۶۲/۵۹±۱۳/۹۴ سال می‌باشد. نسبت ابتلا مرد به زن ۲/۱۶ به ۱ برآورد گردید. مقادیر فراوانی توزیع سن و جنس مبتلایان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی سن مبتلایان بدخیمی دهان فک و صورت برحسب جنسیت

جنس / سن	فراوانی درصد	حداقل سن	حداکثر سن	میانگین	انحراف معیار
مرد	۳۱/۷۵	۲۰	۸۷	۶۳/۷	۱۳/۵۰۵
زن	۶۸/۲۵	۳۰	۸۹	۶۰/۶۷	۱۴/۶۲۵
جمع	٪۱۰۰			۱۲/۴۳۷	۲۸/۱۳

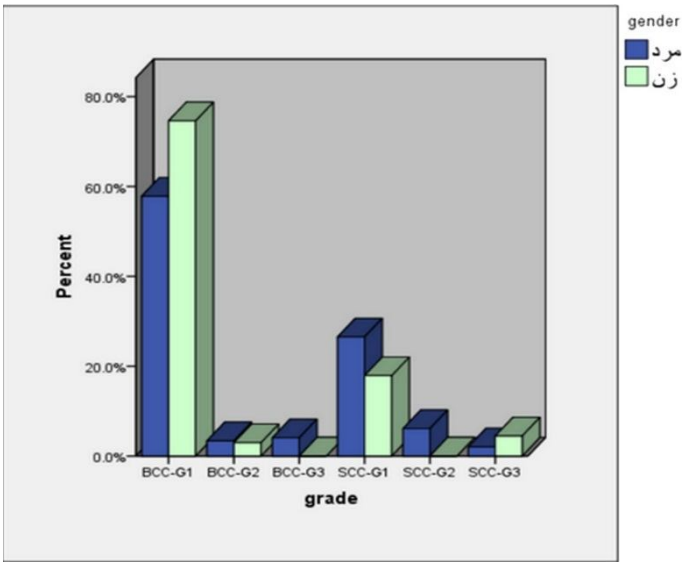
بیماران را برحسب گروه سنی به چهار دسته (۱ تا ۱۹ سال و ۲۰ تا ۴۰ سال و ۴۱ تا ۶۵ سال و بالاتر از ۶۵ سال) تقسیم نمودیم. شیوع بدخیمی دهان فک و صورت در مبتلایان ۲۰-۴۰ ساله، (۹ نفر) ۴/۹ درصد و در گروه سنی ۴۱-۶۵ ساله، (۸۵ نفر)۴۵/۶ درصد و در بیماران بالای ۶۵ سال، (۱۲۰ نفر) ۴۹/۵ درصد برآورد گردید لذا مشخص شد که افراد مسن‌تر به‌طور معنی‌داری بیشتر در معرض ابتلا به بدخیمی‌های دهان و فک و صورت قرار دارند (P=0.04). بیشترین فراوانی بروز بدخیمی دهان فک و صورت برحسب محل بروز مربوط به پوست صورت ۳۴/۵ درصد و لب پائین ۶/درصد ۱۱ و زبان ۸/۴ درصد بود. بعلاوه بروز بدخیمی در لب پائین به‌طور معنی‌داری بیشتر از لب بالا بود (P=0.02).

سرطان‌های ناحیه دهان را می‌توان به دو نوع BCC و SCC تقسیم‌بندی کرد. با توجه به اینکه هرکدام از آن‌ها نیز از گریدهای مختلفی تشکیل شده‌اند. مشخص گردید که درمجموع (۱۴۸ نفر) ۶۹/۲ درصد و (۶۶ نفر) ۳۰/۸ درصد بیماران به ترتیب مبتلا به انواع BCC و SCC بودند. خوشبختانه فراوان‌ترین گرید هم در زنان و هم در مردان مربوط به گرید BCC-G1 (مردان ۵۷/۵ درصد و زنان ۷۵ درصد) و SCC-G1(مردان ۲۶/۷ درصد و ۷ زنان ۱۷/۷ درصد) بود. بعلاوه مشخص گردید زنان مبتلا به انواع BCC به‌طور معنی‌داری در مراحل اولیه سرطان نسبت به مردان جهت درمان مراجعه نمودند. درحالی‌که مردان مبتلا به مراحل اولیه SCC به‌طور معنی‌داری زودتر از زنان مراجعه نمودند. (P<0.05) این در حالی است که در مراحل پیشرفته ضایعات SCC, BCC تفاوت معنی‌داری در مراجعه بین زنان و مردان دیده نشد. (P>0.05) توزیع گرید انواع سرطان برحسب جنسیت بیماران در قالب نمودار ۲ ارائه شده است.

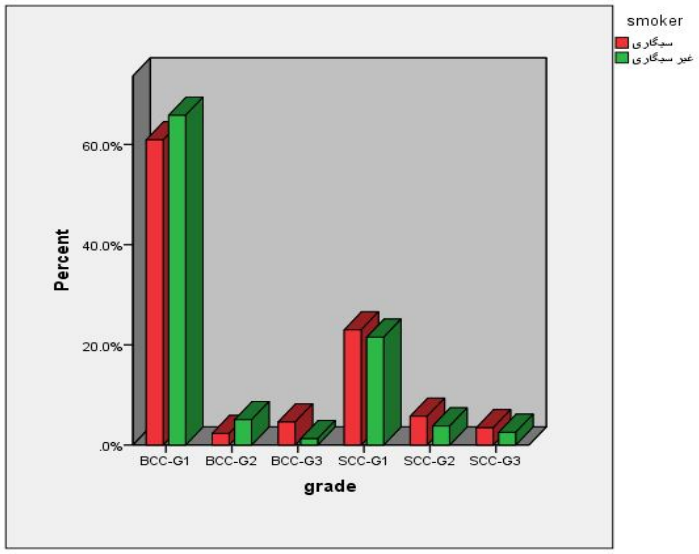
شایع‌ترین محل ابتلا به بدخیمی دهان، فک و صورت، در انواع BCC شامل پوست صورت (۳۵ درصد) و بینی (۹ درصد) و در انواع SCC شامل لب پایین (۱۲ درصد) و زبان (۹ درصد) بود که اکثراً به‌صورت زخمی (۳۷ درصد) و سپس برجسته (۳۰ درصد) و پلاک (۲۳ درصد) و پیگمانته (۱۰ درصد) ظاهر شدند.

ازآنجایی‌که نقش تنباکو به‌عنوان عامل اتیولوژیک برای بدخیمی دهان فک و صورت در کتب مرجع مطرح شده است لذا مبتلایان را ازلحاظ استعمال سیگار بررسی نمودیم. (نمودار ۳) اما ارزیابی‌ها نشان داد که (۹۸ نفر)۴۶ درصد مبتلایان غیر سیگاری بودند بعلاوه در مبتلایان به بدخیمی دهان و فک و صورت رابطه معنی‌دار آماری خاصی بین مصرف سیگار وقوع بدخیمی یافت نشد (P>0.05).

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]



نمودار (۲): توزیع فراوانی گرید بدخیمی‌های فک و صورت در مبتلایان به SCC وBCC به تفکیک جنسیت



نمودار (۳): توزیع فراوانی گرید بدخیمی‌های فک و صورت در مبتلایان به SCC و BCC برحسب مصرف سیگار

بحث و نتیجه‌گیری

درمجموع مطالعه حاضر نشان داد که بروز بدخیمی ناحیه دهان فک و صورت در مردان و همچنین افراد بالای ۶۵ سال شایع‌تر بود. شایع‌ترین محل بروز ضایعات پوست صورت، لب پایین و زبان بود که غالباً به‌صورت زخمی و برجسته تظاهر یافتند. فراوان‌ترین گرید در هر دو جنس و در هر دو نوع ضایعات SCC, BCC گرید I بود. در این مطالعه علیرغم اینکه افراد سیگاری بیشتر در معرض ابتلا به سرطان ناحیه فک و دهان و صورت بودند اما مصرف سیگار تأثیر معنی‌داری در بروز بدخیمی نداشت. نظر به اینکه در کشور ما آمار منتشرشده جامعی از فراوانی تومورهای فک و صورت وجود ندارد، بنابراین امکان مقایسه کامل نتایج این پژوهش با بررسی‌های دیگر در ایران وجود نداشت لذا در ادامه به مباحثه یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات موجود می‌پردازیم:

در این مطالعه شیوع بدخیمی‌های ناحیه دهان فک و صورت ۷۰ درصد برآورد گردید که مشابه نتایج تحقیق اندیشه تدبیر (۱۵) و سرگران (۱۶) (۷۰ درصد)، کدیور (۱۷) و قپانچی (۱۸) (۷۵ درصد)، وجدانی (۱۹) (۷۷ درصد) و دلاوریان (۱۴) (۷۳ درصد) بود بعلاوه در این طرح شیوع بدخیمی‌های دهان همسو با یافته امین

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

زاده بود که نشان داد که سرطان دهان نیمی از تومورهای بدخیم ناحیه فک و صورت را تشکیل داده است (۲۱). این در حالی است که Elter شیوع ۹۳ درصد را در آمریکا و Sagerman در استرالیا ۹۸ درصد و Arotiba در نیجریه ۴۳ درصد و Kayembe در کنگو ۵۸ درصد. گزارش نمودند (۱۱). بنابراین به نظر می‌رسد که نتایج این پژوهش مشابه سایر مطالعات در داخل کشور بوده است و شیوع سرطان دهان در ایران، از آمریکا و استرالیا کم‌تر و از کشورهای آفریقایی بیشتر می‌باشد. درمجموع مقایسه این یافته‌ها خاطرنشان می‌سازد که شیوع بدخیمی‌ها در جوامع مختلف و حتی در یک جامعه متفاوت می‌باشد (۳). در تائید این مورد سانگو نیز میزان شیوع سالانه بدخیمی‌های دهان 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 میزان مواجهه با عوامل خطر متفاوت باشد (۲۵). از سوئی دیگر بی‌شک بسیاری از این اختلاف‌ها به علت تفاوت در عادات جوامع، آموزش‌های پیشگیری و کیفیت گزارش‌های پزشکی کشورهای مختلف است (۲،۷).

امروزه مقادیر بروز بدخیمی‌ها در مردان نسبت به زنان تغییریافته، به‌نحوی‌که در سال ۱۹۶۰ این نسبت ۶ بـه ۱ بود درحالی‌که امروزه این نسبت به کم‌تر از ۲ به ۱ رسیده است (۹،۱۱). در همین راستا در مطالعه حاضر، نسبت بروز بدخیمی در مردان به زنان ۲/۱۶ به ۱ برآورد شد که مانند نتایج مطالعات AL-Rawi(۲۶)، امین زاده (۲۱)، شارما (۲۷)، اندیشه تدبیر (۱۵)، انصاری (۲۰)، در مـــردان به ترتیب ۲ و ۲،۱۴ و ۲،۲ و ۱،۴ و ۱،۵۲ برابر بیشتر از زنـــان بود. بعلاوه کورادو و هشیب درنتیجه بررسی اپیدمیولوژیک بدخیمی سر و گردن در ۵ کشور جهان اظهار داشتند که نسبت به گذشته شیوع آن در زنان رو به افزایش و در مردان روبه کاهش می‌باشد (۲۸). این در حالی است که در تحقیق دلاوریان و زوار شیوع در زنان ۲ برابر بیشتر از مردان گزارش شد (۲۲). تفاوت نتایج این دو مطالعه نسبت به طرح حاضر و سایر پژوهش‌ها می‌تواند به علت تفاوت در تعداد نمونه و جامعه موردبررسی باشد. از سوئی دیگر مراجعه بیشتر زنان در مقایسه بـا مـردان بـه مراکز تخصصی دانشگاهی جهت تشخیص بیماری‌های دهان نیز در تغییر این نسبت‌ها مؤثر می‌باشد (۱۴).

میانگین سنی مبتلایان این مطالعه (۶۲/۵۹ سال)، مشابه مقادیر پژوهش حسین پور (۲۳)، شیرزائی و سرگران (۱۶) بود که این مقادیر به ترتیب ۶۲ و ۶۲،۵ و ۶۹،۸ سال گزارش شدند. این در حالی است که انصاری میانگین سنی ۴۳/۵ سال را برآورد نمود که نسبت به این مطالعه و اکثر پژوهش‌ها متفاوت بـود (۲۰). اکثر مبتلایان در این مطالعه بالای ۶۵ سال سن داشتند که مشابه نتایج Chidzunga (۲۹)، اندیشه تـدبیر (۱۵)، محتشم (۳۰)، انصاری (۲۰) و امین زاده (۲۱) و دلاوریان (۱۴) بود. این در حالی است که شارما شیوع بیشتر بدخیمی‌های دهان را در (دهه چهار و پنج) گزارش نمود (۲۷). علت بروز بیشتر بدخیمی‌ها در سنین بالا می‌تواند به‌واسطه ضعف سیستم ایمنی و اکسپوژر با انواع ریسک فاکتورهای داخلی و خارجی مؤثر در بروز سرطان باشد (۱،۵). تفاوت در تعداد نمونه و جامعه موردبررسی و اختلافات ژنتیکی محیطی می‌تواند موجب تناقض نتایج پاره‌ائی مطالعات نسبت این طرح و سایر پژوهش‌ها گردد. از سوئی دیگر به نظر می‌رسد که اخیراً شیوع سرطان‌های دهان در جوانان روبه افزایش است (۱۰). در این راستا کدیور و همکارانش اظهار داشتند که بیولوژی کارسینوم سلول سنگفرشی سرو گردن در جوانان با افراد مسن متفاوت می‌باشد لذا ممکن است عوامل خطر دیگری در پیشرفت بدخیمی سرو گردن جوانان نقش داشته باشند (۱۷). لذا بررسی‌های تکمیلی بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

در کتب مرجع ذکر شده است که زبان شایع‌ترین محل بروز سرطان دهان می‌باشد و اکثر موارد کارسینوم ورمیلیون لب، در لب پائین بروزمیابند (۳،۱۰). در همین راستا شایع‌ترین محل ابتلا بدخیمی‌های دهان در مطالعه حاضر (زبان و لب پائین) مشابه تحقیق اندیشه تدبیر] زبان [(۱۵)، انصاری (۲۰) و امین زاده (۲۱)] لب پائین و زبان [، شارما (۲۷)] زبان و لب بالا [، دلاوریان (۱۴) [زبان]بود. درحالی‌که در مطالعه Shenoi در هندوستان استخوان آلوئول مندیبل به‌عنوان شایع‌ترین محل بروز گزارش شد (۳۱). بعلاوه مشخص گردید که در این پژوهش بروز بدخیمی در لب پائین در این تحقیق به‌طور معنی‌داری و حدود ۵ برابر شایع‌تر از لب بالا بود. لذا به نظر می‌رسد محل بروز بدخیمی‌های دهان و فک و صورت در مطالعات داخل کشور مشابه یکدیگر اما متفاوت از یافته‌های پژوهش‌های خارج کشور بودند علت این یافته می‌تواند به‌واسطه تفاوت در عادات (استعمال تنباکو جویدنی) و نژاد و جهش‌های ژنتیکی جوامع مختلف باشد (۵،۳۲).

در مطالعه حاضر بدخیمی‌های دهـان، فک و صورت در ۷۹ نفر از بیماران (۳۷ درصد) به‌صورت زخم و در ۶۴ نفر (۳۰ درصد) به‌صورت برجستگی بروز کرده بـود که از این جنبه نیز مشابه تحقیق Al-Rawi (۲۶)، دلاوریان (۱۴) و شیوا (۱۳) بود. زیرا شایع‌ترین نمای ظاهری بدخیمی دهان در مطالعه دلاوریان به‌صورت زخم و سپس برجستگی (۱۴) و در تحقیق شیوا در انواع SCC به‌صورت برجستگی و سپس زخم و در انواع BCC به‌صورت زخمی گزارش شدند. (۱۳). علت بروز بیشتر ضایعات بدخیم به‌صورت زخمی می‌تواند به‌واسطه تظاهر زخم هم در انواع اندوفیتیک واگزوفیتیک و نیز مراحل نهائی سرطان دهان باشد. زیرا بر اساس آنچه در کتب مرجع ذکرشده است SCC دهان، می‌تواند با نماهای بالینی متنوع

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

(اگزوفیتیک، اندوفیتیک، لکوپلاکیک واریتروپلاکیک) تظاهر یابد (۱۰،۳۳). در این میان اشکال لکوپلاکیک و اریتروپلاکیک مربوط به مراحل اولیه ضایعه پیش بدخیم هستند. اما در انواع اگزوفیتیک سطوح ضایعه ممکن است زخمی گردد که در لمس به‌صورت خشن. (Indurated) مشخص می‌گردند و از سوئی دیگر انواع اندوفیتیک دارای یک مرکز فرورفته زخمی هستند که توسط حاشیه بورد محاط شده‌اند (۱۰).

در تحقیق حاضر گرید ضایعات ازنظر درجه میکروسکوپی بدخیمی، شامل ۸۴ درصد درجه I و ۱۱ درصد درجه II و ۵ درصد درجه III بود که نشانگر تشخیص و مراجعه به‌موقع اکثر مبتلایان به مراکز درمانی بود. این مقادیر در مطالعه Chidzunga درجه I ۶۵ درصد، درجه II ۲۵ درصد و درجه III ۱۰ درصد مشابه طرح حاضر گزارش شده بود (۲۶). درحالی‌که در مطالعـه Sasaki ۶۶ درصد موارد درجه II بودند که بیشتر از موارد درجه I و III بودند (۳۴). تفاوت مقادیر گرید در مطالعات مختلف می‌تواند به‌واسطه اختلاف در زمان مراجعه مبتلایان و سیر پیشرفت ضایعه و شرایط سیستمیک بیمار باشد. لذا مشخص گردید که در مطالعه حاضر خوشبختانه اکثر ضایعات در مراحل اولیه تشخیص داده شده بودند. این یافته ازاین‌جهت حائز اهمیت است که با توجه به دسترس بودن حفره دهان، می‌توان در صورت معاینه دقیق و کامل ازآن‌جهت تشخیص سریع ضایعات پیش سرطانی و سرطانی استفاده کرد. لذا تشخیص زودهنگام ضایعات بدخیم منجر به تخریب بافتی کم‌تر و پیش‌آگهی بهتر می‌گردد که در درمان مؤثر و مرگ‌ومیر حداقل بیماران نقش قطعی دارد (۵،۱). در این زمینه دندان‌پزشکان و پزشکان نقش مهمی جهت شناسایی و ارجاع بیماران به متخصصین مربوطه دارند (۳۳).

بررسی‌ها نشان داد که نتایج تحقیق ده‌ساله وجدانی و همکارانش ازلحاظ سن، جنس و محل بروز بدخیمی‌ها همسو با مطالعه حاضر بود. البته نقطه قوت مطالعه حاضر بررسی بروز بدخیمی برحسب گروه‌های سنی و حتی grading، مصرف سیگار و نمای ضایعات است درحالی‌که در پژوهش وجدانی صرفاً گزارش بدخیمی در قالب دو گروه سنی (کم‌تر و بیشتر از ۴۰ سال) ارائه شده بود (۱۹). مطالعه پنج‌ساله امین زاده ازنظر سن، محل ضایعات و مقادیر نسبت بروز جنسیتی با مطالعه حاضر منطبق بود (۲۱). مطالعه انصاری در بررسی ۱۳ ساله تومورهای بدخیم دهان و فک و صورت در شهر همدان نیز از جهت سن، جنس و محل ابتلا همسو با طرح حاضر بود. اما ازلحاظ مقادیر آماری نسبت مرد به زن (۱،۵۲ به ۱) با طرح حاضر (۲،۱۶ به ۱) کمی متفاوت بود که می‌تواند به‌واسطه تفاوت در تعداد نمونه و نیز مدت بررسی و همچنین اختلافات بومی منطقه‌ای باشد (۲۰). بررسی پنج‌ساله دلاوریان در مورد بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مراجعین به دانشکده دندان‌پزشکی مشهد (پرونده ۴۴ بیمار) ازلحاظ محل و نمای ظاهری بدخیمی‌ها (زخمی و برجسته) همسو با طرح حاضر بود به‌نحوی‌که حتی مقادیر بروز ظاهری ضایعات در طرح حاضر (هرکدام ۳۷ درصد و ۳۰ درصد) دقیقاً مشابه پژوهش ایشان برآورد شد (۱۴). شایان‌ذکر است که در طرح حاضر به بررسی نمونه‌ها با تعداد ۵ برابر بیشتر (۲۱۴ نفر) و نیز مدت طولانی‌تر نسبت به مطالعه دلاوریان (۴۴ نفر) پرداختیم.

درمجموع می‌توان نتیجه‌گیری نمود که طرح حاضر در بسیاری جوانب ازجمله سن، جنس، محل بروز و نمای بالینی ضایعات با اکثر مطالعات انجام‌گرفته در کشورمان همسو بود و صرفاً پاره‌ای تفاوت‌ها در مقادیر آماری بین این پژوهش‌ها دیده شد که آن‌هم می‌تواند به‌واسطه اختلافات اقلیمی و تعداد و مدت بررسی باشد. شایان‌ذکر است که ارائه گزارش در مورد محل بروز ضایعات در ناحیه فک و صورت و تعیین میزان بروز ضایعات در برخی نواحی (پوست صورت، بینی و ....) و بررسی استعمال سیگار و گرید ضایعات به تفکیک انواع آن‌ها ازجمله نقاط قوت طرح حاضر می‌باشد که در سایر مطالعات انجام نپذیرفته است.

در این راستا مروری بر کتب مرجع حاکی از این بود که علت سرطان دهان و فک و صورت چندعاملی است اما تاکنون یک عامل واحد به‌عنوان کارسینوژن به وضوح تائید نشده است لیکن مشخص شده است عوامل داخلی و خارجی می‌توانند در بروز آن نقش داشته باشند. در این میان به عواملی همچون سیگار، الکل، نورخورشید، نقائص تغذیه ائی، ویروس‌ها، ضعف سیستم ایمنی، استعدادهای ژنتیکی و.... به‌عنوان ریسک فاکتور بروز سرطان اشاره شده است (۳، ۵، ۱۰، ۳۵، ۳۶). این در حالی است که در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار خاصی بین سرطان دهان، فک و صورت و استعمال سیگار در مبتلایان یافت نشد لذا تنها می‌توان نتیجه‌گیری نمود که افراد سیگاری بیشتر در معرض ابتلا به سرطان ناحیه فک و دهان و صورت بوده‌اند. بنابراین بررسی تأثیرگذاری سایر عوامل اتیولوژیک توصیه می‌گردد.

از آنجائی که پرونده بیماران بیمارستان ولیعصر (عج) همچون اکثر مراکز بهداشتی درمانی سطح کشور به‌صورت کاغذی و با مکانیسم دستی ایجاد و نگهداری می‌شوند، لذا ناقص بودن و یا ناخوانا بودن اطلاعات ثبت شده، ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که منجربه خروج نمونه‌های مذکور از طرح حاضر گردید. لذا انجام مطالعه در جامعه بزرگ‌تر، با احتساب نمونه‌های بیمارستانی تخصصی و همچنین تبادل نتایج بررسی‌های مراکز گوناگون، به‌واسطه استفاده از پرونده الکترونیک سلامت در راستای ایجاد بانک اطلاعاتی جامع از تومورها در کشور ضروری به نظر می‌رسد.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

تشکر و قدردانی

در انتها از ریاست بزرگوار بیمارستان ولیعصر (عج) زنجان و سرکار خانم دکتر مینوش مقیمی رئیس بخش انکولوژی و نیز بیمارانی که در انجام این پایان‌نامه دکتری با کد اخلاق ZUMC.REC.1392.234 ما را یاری رساندند تقدیر و تشکر می نمائیم.

References:

1-Waleed M, Abuzeid Bert W. Fundamentals of Molecular Biology and Gene Therapy. In: O'Malley Jr, Daqing Li, Hinrich S, editors. Cummings Otolaryngology, Head and Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. chapter 73

2-Regina M. Benjamin MB. Oral Health: The Silent Epidemic. Public Health Rep 2010; 125(2): 158–9.

3- Glick M, William M. Burket's oral medicine. USA: People's Medical Publishing House; 2015. P.173-262, 664.

4- Louis B, Harrison R, Roy B, Sessions B, Merrill S. General Principles of Management of Head and Neck Cancer, A multidisciplinary approach. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. P. 212-5.

5-Shabestari S.B, Shirinbak I, Azadarmaki R. A Comprehensive Look at Oromaxillofacial and Laryngopharyngeal Cancers. In: Mehdipour P, editors. Cancer Genetics and Psychotherapy. 1st ed. Springer, Cham; 2017. P. 531-87.

6-Xue X, Hoover DR. Statistical methods in cancer epidemiological studies. Methods Mol Biol 2009;471: 239-72.

7-Iranian annual cancer registration report 2003. Non-communicable disease surveillance. Ministry of Health & medical education. 1st ed Tehran 2005. P. 13. (Persian)

8-Basir Shabestari S, Shirinbak I, Agha-Hosseini F. Maxillary Metastasis of a Medullary Thyroid Carcinoma in a 21-year-old Woman 7 Years After Thyroidectomy. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70: 1495-9.

9-Mousavi M, Gouya M, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran .Annals Oncol 2009; 20(3): 556-63.

10- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th ed. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2016. P.331-621.

11- Globojan. Fact Sheets by Population (IARC) World Health Organization (WHO). Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Available from URL: http: //globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

12-Kumar V, Abbas KA, Aster CJ, Cotran R, Robbins A. Robbin's and Cotran Pathologic Basic Disease. 9th ed. Saunders: Elsevier; 2015.P.70-5.

13- Shiva A, Mousavi SJ. Epidemiologic Study of Oral and Paraoral Malignancies in Sari, Iran. J Mash Dent Sch 2015; 38(4): 337-46. (Persian)

14-Delavarian Z, Pakfetrat A, Mahmoudi SM. Five year's retrospective study of oral and maxillofacial malignancies in patients referred to oral medicine department of Mashhad dental School-Iran. J Mash Dent Sch 2009; 33(2): 129-38. (Persian)

15-Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari S. Epidemiology of squamous cell carcinoma of the oral cavity in Iran. J Craniofac Surg 2008; 19(6): 1699-702.

16-Sargeran K, Murtoma 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(6): 1230-3.

17-Kadivar M, Ahmadi M. Evaluation of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck and Related Risk Factors in Young Adults. J Iran Univ Med Sci 2010;17(75): 67-76.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

18-Ghapanchi J, Mortazavi M, Parhiz H. Analytic Evaluation of the Prevalence of Head and Neck Cancers among Patients with Different Kinds of Cancers Visited in Radiotherapy Department of Nemazee Hospital, 2003-2004.Shiraz Univ Dent J 2004; 5(1,2): 97-105.

19-Vojdaani A,Jafari Z,Andisheh Tadbir A,Sardari Y. Evaluation of oral and maxillofacial malignancies in in one Iranian population. Shiraz Univ Dent J 2009;10(3): 241-8. (Persian)

20-Ansari M. A 13 years' statistical evaluation on maxillofacial malignant tumors in Hamedan. J dent med 2002; 15 (4): 103-108.

21-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.

22-Delavarian Z, Zavar S. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a Oral Medicine Department, Mashhad Dental School, IRAN. J Islamic Dent Assoc Iran 2003; 6(2): 62-70 .(Persian)

23-Hoseinpour Jajarm H, Ghodsi K. The assessment of chromosomal abnormalities in patients with oral cancer. J Mash Dent Sch 2005; 29(1&2): 51-6. (Persian)

24-Arbabi-Kalati F, Nosratzehi T, Salimi S, Sadeghi Sabzevari R, Arbabi-Kalati P. Comparasion of total antioxidant capacity of saliva in smokers and non-smokers. J Mash Dent Sch 2014; 38(2): 93-8. (Persian)

23-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.

26- Al-Rawi NH, Talabani NG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: A case series analysis of clinical presentation and histological grading of 1425 cases from Iraq. Clin Oral Investig 2008; 12(1): 15-8.

27-Sharma P, Saxena S, Aggarwal P. Trends in the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in Western UP: an institutional study. Indian J Dent Res 2012; 21(3): 316-9.

28-Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. Curr Opin Oncol 2009; 21(3): 194-200.

29-Chidzonga MM, Mahomva L. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, maxillary antrum and lip in a Zimbabwean population: A descriptive epidemiological study. Oral Oncol 2006; 42(2): 184-9.

30-Mohtasham N, Babakoohi Sh, Shiva A, Shadman A, Hesari K. Immunohistochemical study of p53, Ki-67, MMP-2 and MMP-9 expression at invasive front of squamous cell and verrucous carcinoma in oral cavity. J Pathol Res Pract 2013; 209(2): 110-7.

31-Shenoi R, Devvrukhkar V, Sharma BK, Sapre SB, Chikhale A. Demographic and clinical profile of oral squamous cell carcinoma patients: A retroseptive study. Indian J Cancer 2012;49(1): 21-6.

32-Schackert KH, Agh-Hosseini F, Go¨rgens H, Jatzwauk M, von S, Noack B, et al. Complete homozygous deletion of CTSC in an Iranian family. Int J Dermatol 2014;53(7): 885-7.

33-Razavi SM, Jafari M, Khalesi S. Clinical guidelines for early diagnosis of oral cancers in the dental office. J Isfahan Dent Sch 2013; 9(4): 378-92. (Persian)

34-Sasaki T, Moles DR, Imai Y, Speight PM. 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.

35-Cao W, Liu Z, Gokavarapu S, Chen Y, Yang R, Ji T.Reformed smokers have survival benefits after head and neck cancer. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2016; 54: 818–25

36-Ferris RL.Immunology and Immunotherapy of Head and Neck Cancer.J Clin Oncol 2015; 33: 29

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

SIX YEAR'S ASSESSMENT OF ORAL AND MAXILLOFACIAL MALIGNANCIES IN PATIENTS REFERRING TO VALI-ASR HOSPITAL OF ZANJAN

Iman Shirinbak[1], *Samira Basir Shabestari*[*2], *Reza Eghdam Zamiri*[3], *Hamed Salehdust*[4]

Received: 17 Sep , 2017; Accepted: 15 Nov , 2017

Abstract

Background & Aims: Despite recent progresses in cancer treatment, the oral cancer is still one of ten most common causes of death because of late diagnosis. Considering the role of cultural and geographical factors in oral cancer prevalence, epidemiological studies are of great importance. Many investigations have reported evidence of an increasing incidence in oral cancers during recent years. The aim of this research was to assess oral and maxillofacial malignancies in patients referring to Vali-Asr Hospital of Zanjan, during six years.

Materials & Methods: A descriptive and retrospective study was done using 214 medical files of patients whose oral and maxillofacial malignancy was histopothologically confirmed. Necessary demographic clinical and histopathological data were extracted. SPSS software was used to analyze data and drawing table and charts.

Results: Minimum and maximum age of patients were 20 and 89 years respectively. Male to female ratio was 2.16 to 1. The most common clinical feature of oral and maxillofacial malignancies was ulcer and exophytic lesion. The most common site of oral and maxillofacial malignancies lesions were lower lip and tongue.

Conclusion: Although most of epidemiological patterns of oral and maxillofacial malignancies were similar to other researches, but male to female's ratio and mean age were difference to other studies.

Keywords: Oral cancer, Jaw, Malignancy, Prevalence

Address: Oral Medicine Department, School of Dentistry, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
Tel: +989124469638
Email: samira_bsh2@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2018: 28(10): 609 ISSN: 1027-3727

[1] *Assistant Professor of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran*
[2] *Assistant Professor of Oral Medicine, School of Dentistry, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran (Corresponding Author)*
[3] *Assistant Professor Radiation Oncologist, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[4] *General Dentist*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]