

## بررسی پنج ساله موارد ابتلا به بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد-ایران

دکتر زهرا دلاوریان\*، دکتر آتسا سا پاک فطرت\*\*، دکتر سید مصطفی محمودی\*\*\*

\* دانشیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*\* استادیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*\*\* دستیار تخصصی گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تاریخ ارائه مقاله: ۸۷/۱۲/۷ - تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۳

### Five Year's Retrospective Study of Oral and Maxillofacial Malignancies in Patients Referred to Oral Medicine Department of Mashhad Dental School-Iran

Zahra Delavarian\*, Atessa Pakfetrat\*\*, SayedMostafa Mahmoudi\*\*\*

\* Associate Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

\*\* Assistant Professor Dept of Oral Medicine, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

\*\*\* Postgraduate Student, Dept of Oral Pathology, Dental School, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received: 26 February 2009; Accepted: 24 May 2009

**Introduction:** In spite of recent progresses in cancer treatment; the oral cancer is still one of ten most common causes of death, because of late diagnosis (the reasons for that is similarity of clinical presentation with some of the benign lesions, symptomless in early stages, and variety of clinical manifestation...). Considering the role of cultural and geographical factors in oral cancer prevalence, epidemiological studies are of great importance. The aim of this research is to determine five years prevalence of orofacial malignancies of the patients referred to Oral Medicine Department, Mashhad Dental School, Iran.

**Materials & Methods:** A descriptive and retrospective study was done using 44 medical files of patients whose oral and maxillofacial malignancy was histopathologically confirmed. (From November 2000 to November 2005) demographic, clinical and histopathological data were extracted. We've used SPSS software to analyze data and drawing table and charts.

**Results:** Squamous cell carcinoma (SCC) was the most common malignancy (73%) followed by verrucous carcinoma (10%) and salivary gland carcinoma (7%). Male to female ratio was  $0.9/1$  and age average was  $53.52 \pm 17.66$ . The most common clinical feature of SCC was ulcer and exophytic lesion (34%) and other malignancy mostly appeared as exophytic lesion (67%). The most prevalent chief complains of oral SCC patients was ulcer (41%), and tongue was the most common site (30%).

**Conclusion:** Although most of epidemiological patterns of oral SCC were similar to other researches, but females had a higher incidence rate than males and surprisingly tobacco use was markedly low in comparison to other studies.

**Key word:** Oral cancer, oral & maxillofacial malignancies.

# Corresponding Author: pakfetrata@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2009; 33(2): 129-38.

#### چکیده

**مقدمه:** علی‌رغم پیشرفت‌های متعددی که در درمان سرطان‌ها به وجود آمده است سرطان دهان به دلیل تشخیص دیر هنگام به جهت علل متعددی مثل بدون علامت بودن در مراحل اولیه، تشابه نمای بالینی با سایر ضایعات و تنوع در تظاهرات کلینیکی و ... جز ده علت عمده مرگ و میر می‌باشد. با توجه به نقش شرایط محیطی و اقلیمی در سرطان‌ها، ضرورت انجام مطالعات اپیدمیولوژیک احساس می‌شود. از این رو مطالعه‌ای با هدف تعیین فراوانی پنج ساله موارد مبتلا به بدخیمی‌های دهان، فک صورت در بیماران مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه‌ای توصیفی بر روی پرونده ۴۴ بیمار مبتلا به بدخیمی دهان، فک و صورت از آذر ۷۹ تا اذر ۸۴ (با تأیید پاتولوژی) صورت گرفت. ابتدا اطلاعات فردی، بالینی و هیستوپاتولوژیک مورد نیاز، استخراج گردید. سپس با استفاده از آمار توصیفی میزان فراوانی و درصد فراوانی محاسبه، جداول و نمودارها با استفاده از نرم افزار SPSS ترسیم گردید.

**یافته ها:** کارسینوم سلول سنگفرشی شایع ترین بدخیمی بود (۷۳٪) و بعد از آن وروکوس کارسینوما (۱۰٪) و بدخیمی های غدد بزاقی (۷٪) قرار داشتند. نسبت مرد به زن ۰/۹ به ۱ (و میانگین سن ۵۳/۵۲±۱۷/۶۶ سال بود. کارسینوم سلول سنگفرشی، بیشتر به صورت زخم و ضایعه برجسته (هر کدام ۳۴٪) و سایر بدخیمی ها بیشتر به صورت ضایعه برجسته (۶۷٪) بودند. شایع ترین شکایت بیماران در کارسینوم سلول سنگفرشی زخم (۴۱٪) و شایعترین محل ابتلا، زبان (۳۰٪) بود.

**نتیجه گیری:** الگوی سرطان دهان در مطالعه حاضر مشابه سایر مطالعات بود ولی تعداد زنان مبتلا نسبت به سایر مطالعات بیشتر بود و نقش استعمال دخانیات به عنوان عامل خطر کم رنگ تر بود.

**واژه های کلیدی:** سرطان دهان، بدخیمی دهان، فک و صورت.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۸ دوره ۳۳ / شماره ۲: ۳۸-۱۲۹.

## مقدمه

سرطان یکی از پنج عامل عمده مرگ و میر در همه جوامع است. در آمریکا، سرطان دومین علت اصلی مرگ و میر می باشد. تنها بیماری های قلبی و عروقی هستند که تلفات بیشتری را سبب می شوند.<sup>(۱-۲)</sup> در ایران، سرطان، سومین عامل مرگ و میر می باشد و سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از هموطنان در اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند. بر اساس اطلاعات منتشر شده، ۵۵۸۵۵ مورد سرطان در سال ۲۰۰۶ در ایران گزارش شده است و ASR<sup>۱</sup> بیش از ۹۸ و ۱۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به ترتیب در زنان و مردان می باشد.<sup>(۳)</sup>

مطالعات اپیدمیولوژیک در زمینه سرطان، به بررسی تفاوت های جنسی، سنی، اجتماعی، اقتصادی و شغلی در افراد مبتلا به سرطان در مناطق جغرافیایی یک کشور و کشورهای مختلف می پردازد. چنین مطالعات توصیفی یک طریقه قابل استفاده و سودمند در مورد دلایل بروز سرطان های مختلف است.<sup>(۴)</sup>

پنج درصد از کل سرطان ها در سر و گردن رخ می دهد و تقریباً نیمی از این موارد در حفره دهان است. تنوع تظاهرات تا حدودی می تواند به عوامل خطر<sup>۲</sup> و شرایط محیطی بستگی داشته باشد، لذا در جوامع مختلف با عادات متفاوت و روش های مختلف استفاده از تنباکو (به عنوان مهمترین عامل خطر برای سرطان دهان) می توان انتظار داشت که سرطان دهان به شکل های متفاوتی ظاهر یابد. در نتیجه میزان بروز سالانه و مرگ و میر ناشی از سرطان دهان در کشورهای مختلف تا بیست برابر متفاوت است.<sup>(۵)</sup> بنابراین، زیربنای کنترل

سرطان، بررسی و تحلیل اطلاعات مربوط به موارد جدید سرطان در هر منطقه می باشد.<sup>(۴)</sup>

شیوع سرطان دهان برحسب سن، جنس، نژاد، مکان جغرافیایی متفاوت است. در مردان سرطان دهان ۴٪ و در زنان ۲٪ همه سرطان های بدن را شامل می شود.

انسیدانس سرطان دهان در مردان از ۱ تا ۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ در کشورهای مختلف، متفاوت است. در آسیای جنوبی و مرکزی این سرطان جزء سه سرطان شایع است، اما این آمار ۰/۷ در چین، ۴/۶ در تایلند و ۱۲/۶ در هند و در ایران ۱/۲۵ در زنان و ۱/۰۸ در مردان می باشد، که بسیار وابسته به رفتارهای پرخطر بوده، به طور مثال شیوع استعمال دخانیات در تایلند ۶۰٪ و در کشور ما در مردان ۲۰-۲۹٪ می باشد.

در نقشه جهانی مربوط به شیوع سرطان دهان در سال ۱۹۹۷، ایران به همراه هند، پاکستان، بنگلادش، سریلانکا و افغانستان در یک منطقه جغرافیایی و تحت عنوان جنوب آسیا در نظر گرفته شده که شیوع آن بین ۲۰ تا ۳۶/۳ در ۱۰۰/۰۰۰ عنوان شده است.<sup>(۵)</sup>

بر اساس اطلاعات منتشر شده توسط وزارت بهداشت مربوط به سال ۱۳۸۲، درصد سرطان دهان در بین سایر سرطان ها در استان های سیستان و بلوچستان (۵/۹٪)، چهارمحال و بختیاری (۳/۴٪) و خراسان (۳/۱٪) در زنان جزء ده سرطان شایع بوده است. در مردان در هفت استان، سرطان دهان جزء ده سرطان شایع بوده است که عبارتند از: کهگیلویه و بویراحمد (۶/۳٪) هرمزگان (۶٪) سیستان و بلوچستان (۴٪) کردستان و زنجان (۲/۶٪) سمنان (۲/۲٪) و اردبیل (۲/۱٪). بنابراین در تنها استانی که سرطان دهان هم در میان مردان و

1. Age Standardized Incidence Rate

2. Risk Factors

میانگین سن از آزمون *t*-student استفاده شد. سطح معنی داری  $\alpha=0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مدت برای ۵۷ بیمار تشخیص بالینی بدخیمی مطرح شده بود که در ۳۷ مورد گزارش پاتولوژی نیز، بدخیمی بوده است. گزارش پاتولوژی در دو مورد غیربدخیمی، سه مورد دیسپلازی، دو مورد نیاز به بیوپسی عمیق‌تر بوده است. در ۱۳ مورد نیز به دلیل عدم مراجعه بیمار و یا ارجاع به سایر مراکز، جواب پاتولوژی وجود نداشت. برعکس در ۷ مورد گزارش پاتولوژی، بدخیمی بوده در حالی که تشخیص بالینی در دو مورد غیربدخیمی و در ۵ مورد پیش‌بدخیمی بود. بنابراین در این مدت ۴۴ پرونده بدخیمی در ناحیه دهان، فک و صورت با تائید پاتولوژی وجود داشت که مبنای بررسی این تحقیق قرار گرفت.

### نوع بدخیمی

از ۴۴ مورد بدخیمی گزارش شده، SCC با ۳۲ مورد (۷۳٪) و وروکوس کارسینوما با ۴ مورد (۱۰٪) شایع‌ترین آنها بوده است (جدول ۱).

### جنس

از ۳۲ مورد SCC گزارش شده ۱۳ نفر مرد (۴۱٪) و ۱۹ نفر (۵۹٪) زن بودند. اما از مجموع کل بدخیمی‌ها ۲۱ نفر مرد (۴۸٪) و ۲۳ نفر (۵۲٪) زن بودند (نمودار ۱).

### سن

میانگین سن مبتلایان به بدخیمی‌های دهان، فک و صورت  $53/52 \pm 17/66$  بود که برای SCC،  $57/91 \pm 10/77$  و در مورد سایر بدخیمی‌ها  $41/83 \pm 17/72$  بود (جدول ۲).

### شکایت اصلی

زخم با ۳۲٪ موارد، شایع‌ترین شکایت بیماران از بدخیمی‌های دهان فک و صورت بود، تورم و توده با ۲۷٪ شیوع، دومین شکایت شایع بیماران بود (جدول ۳).

### طول مدت شکایت

میانگین طول مدت شکایت در مردان  $5/99 \pm 10/7$  ماه (با دامنه یک ماه تا ۱۲ ماه) و در زنان  $3/35 \pm 2/87$  (با دامنه ۳ هفته تا ۴۸ ماه) بود. در مجموع میانگین طول مدت شکایت

هم در میان زنان جزء ده سرطان شایع است، سیستان و بلوچستان است که می‌تواند به دلیل مصرف ناس در آن منطقه باشد.<sup>(۶)</sup>

با نگاهی اجمالی به مطالب ذکر شده مشخص می‌شود که با تمامی اهمیت انجام مطالعات اپیدمیولوژیک بر روی سرطان دهان، متأسفانه به این نوع مطالعات در ایران بسیار کم پرداخته شده است. بنابراین در این مطالعه به بررسی پنج ساله موارد مبتلا به بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشکده، پرداختیم، به امید آنکه بتوانیم گامی هر چند کوچک در این زمینه برداریم.

### مواد و روش‌ها

برای تعیین فراوانی انواع بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشکده، مطالعه‌ای توصیفی طراحی گردید. بدین منظور ابتدا کلیه پرونده‌های بخش بیماری‌های دهان از ابتدای آذر ۱۳۷۹ تا پایان آبان ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفت و پرونده بیماران مبتلا به بدخیمی در ناحیه دهان، فک و صورت جدا گردید.

مواردی که دارای تائید پاتولوژی نبودند از مطالعه حذف گردیدند و فقط بیمارانی که در گزارش پاتولوژی آنها یکی از انواع بدخیمی در ناحیه دهان، فک و صورت ذکر شده بود تحت مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز از پرونده‌ها استخراج و در فرمی که جهت این بیماران تهیه گردیده بود، ثبت گردید.

این فرم حاوی اطلاعات فردی بیماران از قبیل سن، جنس، عادات و اطلاعاتی مربوط به ضایعه شامل شکایت اصلی، طول مدت شکایت، توصیف بالینی، محل، ابتلاء لنفاوی، تهاجم استخوانی، نمای رادیوگرافی درمان‌های قبلی، تشخیص بالینی و پاتولوژی بود.

سپس با استفاده از روش‌های آماری، میزان فراوانی و درصد فراوانی محاسبه و جداول فراوانی تهیه و نمودارهای مربوطه ترسیم گردید. از آنجائی که SCC شایع‌ترین بدخیمی در ناحیه دهان است میزان فراوانی و درصد فراوانی به صورت جداگانه برای SCC نیز محاسبه گردید. جهت مقایسه

۵ نفر سیگاری، مرد بودند. درجه میکروسکوپی ضایعه در ۳ مورد درجه I و در ۲ مورد درجه II بود.

سابقه حضور ضایعه پیش بدخیمی

سابقه ۱۱ ساله لیکن پلان، در یک مرد ۵۱ ساله مبتلا به SCC گونه وجود داشت.

درجه میکروسکوپی

از نظر درجه میکروسکوپی کارسینوم سلول سنگفرشی، ۲۳ مورد (۷۲٪) درجه I، ۸ مورد (۲۵٪) درجه II و یک مورد (۳٪) درجه آن کاملاً مشخص نبوده و II یا III گزارش گردیده بود.

نسبت مرد به زن در مورد درجه I به صورت ۱ : ۰/۵ و در مورد درجه II به صورت ۱ : ۱/۷ بوده است.

میانگین سنی در درجه I، از ۵۴/۵۷±۱۷/۰۱ سال بود و در درجه II، ۶۶/۷۵±۷/۷۷ سال بود که با توجه به آزمون t-test این اختلاف معنی دار بود (P=۰/۰۱۲).

بیش از نیمی از مبتلایان در کمتر از ۳ ماه بعد از بروز علائم به دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده‌اند.

نمای بالینی

۴۳٪ بدخیمی های دهان و فک و صورت به صورت یک ضایعه برجسته بروز کرده بودند. در مورد SCC، نمای زخم و برجسته به صورت برابر هر کدام ۱۱ مورد (۳۴٪) بود (نمودار ۲). تغییر رنگ در ۶ مورد به صورت پلاک سفید و در یک مورد به صورت پلاک سفید همراه با نواحی اریتماتوز بود.

محل ابتلا

۴۱ ضایعه به صورت محیطی و ۳ ضایعه به صورت مرکزی بود که شامل سارکومای اوینگ، SCC سینوس ماگزیلا و لنفوم غیرهوجکین (هرکدام یک مورد) می شد. زبان با ۲۴٪ موارد شایعترین محل ابتلا بود. لته و مخاط آلوتول با ۱۷٪ در مرتبه بعدی قرار داشت (نمودار ۳).

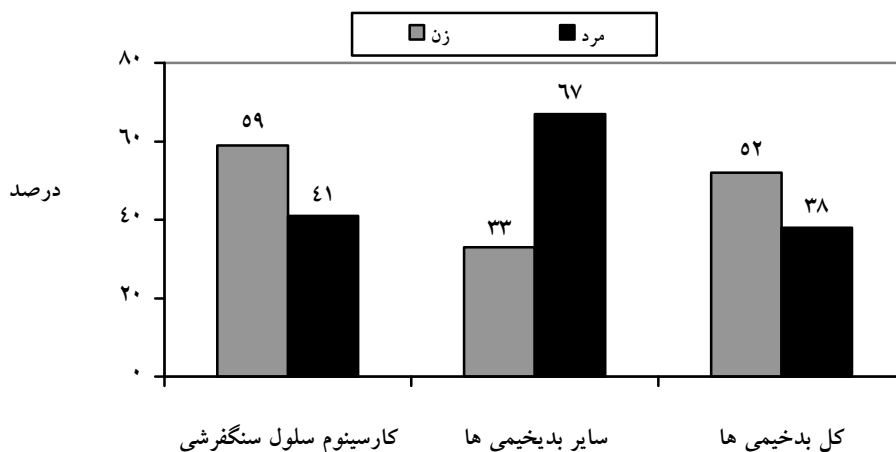
عادات

از نظر عادات، ۵ نفر از مبتلایان به SCC، سیگار مصرف می کردند و یک نفر نیز سابقه مصرف تنباکو (قلیان) داشت. هر

جدول ۱ : توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه برحسب نوع بدخیمی

فراوانی		نوع بدخیمی
تعداد	درصد	
۳۲	۷۲/۷	کارسینوم سلول سنگفرشی
۴	۹/۰۹	وروکوس کارسینوما
۲	۴/۵	آدنوئید کیستیک کارسینوما
۱	۲/۲	کارسینوم غده بزاقی*
۱	۲/۲	لنفوم غیر هوجکین
۱	۲/۲	لنفوم سلول بزرگ منتشر
۱	۲/۲	کارسینوم سلول روشن
۱	۲/۲	کارسینوم سلول بازال
۱	۲/۲	سارکوم اوینگ
۴۴	۱۰۰	کل

\* نوع بدخیمی غده بزاقی گزارش نشده بود.



نمودار ۱: درصد فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب جنس

جدول ۲: میانگین سن افراد تحت مطالعه بر حسب جنس

بَدَخِیْمِیْ هَا	جنس	تعداد	میانگین سن	انحراف معیار
کارسینوم سلول سنگفرشی	مرد	۱۳	۶۱/۰	۱۱/۳
	زن	۱۹	۵۵/۷	۱۸/۱
	کل	۳۲	۵۷/۹	۱۵/۷
سایر بدخیمی ها	مرد	۸	۴۶/۷	۱۶/۹
	زن	۴	۳۲/۰	۱۶/۹
	کل	۱۲	۴۱/۸	۱۷/۷
کل بدخیمی ها	مرد	۲۱	۵۵/۵	۱۵/۱
	زن	۲۳	۵۱/۶	۱۹/۸
	کل	۴۴	۵۳/۵	۱۷/۶

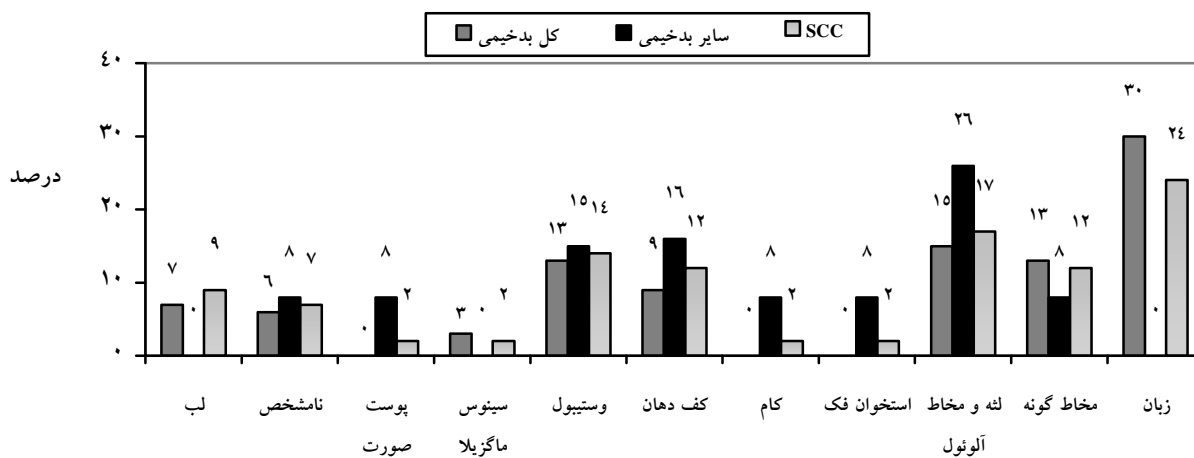
جدول ۳: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب شکایت اصلی

شکایت اصلی	کارسینوم سلول سنگفرشی		سایر بدخیمی ها		کل بدخیمی ها	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زخم	۱۳	۴۱/۰	۱	۸/۰	۱۴	۳۲/۰
تورم و توده	۷	۲۲/۰	۵	۴۳/۰	۱۲	۲۷/۰
درد	۴	۱۳/۰	۲	۱۷/۰	۶	۱۴/۰
سوزش	۳	۹/۰	۱	۸/۰	۴	۹/۰
تغییر رنگ	۳	۹/۰	۱	۸/۰	۴	۹/۰
لقی دندان	۰	۰/۰	۱	۸/۰	۱	۲/۰
نامشخص	۲	۶/۰	۱	۸/۰	۳	۷/۰
کل	۳۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۴۴	۱۰۰



نمودار ۲: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه برحسب نمای بالینی

\* یک مورد به صورت ضایعه برجسته توأم با زخم و یک مورد نیز به صورت ضایعه برجسته توأم با تغییر رنگ بود.



نمودار ۳: درصد فراوانی افراد تحت مطالعه برحسب نمای بالینی

است. Elter (۹-۱۳) میزان SCC را ۹۳٪ بدخیمی های دهان در آمریکا اعلام کرد<sup>(۱۴)</sup> و Sagerman میزان SCC را در استرالیا ۹۸٪ گزارش کرد.<sup>(۱۵)</sup> این میزان در مطالعه Arotiba در نیجریه ۴۳٪ و در مطالعه Kayembe در کنگو ۵۸٪ بوده است.<sup>(۱۶ و ۱۷)</sup> بنابراین نتایج به دست آمده در این تحقیق مشابه سایر تحقیقات صورت گرفته در داخل ایران بود ولی از نتایج

## بحث

SCC شایع ترین بدخیمی دهان به ویژه در افراد مسن می باشد<sup>(۷ و ۸)</sup> در بررسی حاضر، SCC، ۷۳ درصد بدخیمی های دهان را شامل می شد که مشابه تحقیق تدبیر (۱۳۸۷) و نزدیک به تحقیق سرگران (۱۳۸۵) با شیوع ۷۰٪، یعقوبی (۱۳۸۳) و قیابچی (۱۳۸۳) با شیوع ۷۵٪ و وجدانی (۱۳۷۷) با شیوع ۷۷٪

شایع ترین شکایت بیماران در مورد SCC زخم بود که ۴۱٪ موارد را شامل می‌شد. در مورد سایر بدخیمی‌ها، شایع ترین شکایت، تورم و توده با ۴۳٪ موارد بود. ۵۷٪ بیماران، در کمتر از ۳ ماه بعد از ظهور علائم اولیه، مراجعه داشته‌اند و متأسفانه ۴۳٪ بیماران چهار ماه تا دو سال بعد از ظهور علائم اولیه مراجعه کرده‌اند در مطالعه Dimitroulis ۳۸٪ بیماران مبتلا به سرطان دهان، بیش از ۳ ماه بعد از اینکه توسط پزشک یا دندانپزشک عمومی از وجود ضایعه مشکوک به بدخیمی آگاه شده‌اند به متخصص بیماری‌های دهان مراجعه کرده‌اند.<sup>(۲۷)</sup>

بیماران به طور میانگین،  $8/01 \pm 7/3$ ، بعد از بروز علائم به بخش بیماری‌های دهان دانشکده مراجعه داشته‌اند. این مدت برای مردان  $10/7 \pm 5/99$  ماه و برای زنان  $3/35 \pm 2/87$  ماه بوده است.

بدخیمی در ۱۲ بیمار به صورت زخم بروز کرده بود که شامل ۱۱ بیمار مبتلا به SCC و یک بیمار مبتلا به وروکوس کارسینوما می‌شد. تغییر رنگ نیز در ۷ بیمار مشاهده گردید که ۶ مورد آن مربوط به SCC و یک مورد وروکوس کارسینوما بود. نتیجه اینکه بدخیمی‌هایی که به صورت زخم و یا تغییر رنگ بروز کرده‌اند SCC یا وروکوس کارسینوما بوده‌اند. در مطالعه ما، زخم و ضایعه برجسته بیشتر از تغییر رنگ مشاهده گردید که مشابه تحقیق Al-Rawi بود.<sup>(۲۰)</sup>

از نظر درجه میکروسکوپی بیماری، ۲۳ مورد (۷۳٪) درجه I، ۸ مورد (۲۵٪) درجه II و یک مورد درجه III یا IV بود. در مطالعه Chidzunga، درجه I،  $64/8$ ٪، درجه II،  $24/8$ ٪ و درجه III  $10/4$ ٪ گزارش گردیده بود.<sup>(۲۲)</sup> در مطالعه Sasaki،  $65/7$ ٪ موارد درجه II بود.<sup>(۲۸)</sup>

در مطالعه حاضر، زبان شایع ترین محل ابتلا بوده است که مشابه مطالعات Jovanovic، Izarzagaza، Chitapanaut، سرگران و جوادزاده-فلکی بود<sup>(۱۱و۱۹و۲۹و۳۰)</sup> به هر حال مشخص شده است که از این نظر بین مصرف کنندگان دخانیات و سایر افراد تفاوت وجود دارد به نحوی که زبان در افرادی که استعمال دخانیات ندارند به عنوان شایع ترین مکان

مربوط به آمریکا و استرالیا کمتر و از کشورهای آفریقایی بیشتر بود.

سرطان دهان در مردان بیشتر از زنان رخ می‌دهد، اما نسبت مرد به زن که در سال ۱۹۵۰ به صورت ۶ به ۱ بوده است امروزه به کمتر از ۲ به ۱ رسیده است.<sup>(۳)</sup> نسبت مرد به زن در مطالعه ما، در بیماران مبتلا به SCC ۱ : ۰/۷ بود که به مانند مطالعه حسین پور-شیرزائی ۱ : ۰/۸۷ تعداد زنان مبتلا از مردان بیشتر بود.<sup>(۱۸)</sup> اما در تحقیق Arotiba ۱ : ۱/۶۵، Jovanovic ۱ : ۱/۸ و AL-Rawi ۲ : ۱ مردان بیشتر از زنان مبتلا بوده‌اند.<sup>(۱۷و۱۹و۲۰)</sup>

در مطالعه دلاوریان-زوار  $61/8$ ٪ از مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد زن و  $38/2$ ٪ مرد بودند.<sup>(۲۱)</sup> بنابراین یک علت بیشتر بودن بدخیمی‌های دهان در زنان، می‌تواند مراجعه بیشتر زنان در مقایسه با مردان به مراکز درمانی دانشگاهی باشد. البته میزان بالایی از بدخیمی دهان در سایر مطالعات در زنان گزارش شده است که بیشترین آن در سنگاپور بوده است (۵/۸) در هر ۱۰۰۰۰۰ هزار نفر جمعیت).<sup>(۲)</sup>

شایع ترین دهه، برای مبتلایان به SCC در این مطالعه سنین ۶۰-۶۹ سال بوده است، که مشابه مطالعه Chidzunga (۲۰۰۶) و فهمی (۱۳۷۷) بود.<sup>(۹و۲۲)</sup> در مطالعه ما، ۵۳٪ مبتلایان به SCC بالاتر از ۶۰ سال بودند که تقریباً مشابه تحقیق تسدیر (۲۰۰۸) بود.<sup>(۲۳)</sup> ۴ نفر از مبتلایان به SCC زیر ۴۰ سال سن داشتند (۱۲٪)، میانگین سن مبتلایان به بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مطالعه ما،  $53/52$  سال بود که به تحقیق حسین پور-شیرزائی و (۵۲/۵ سال) و فهمی (۵۵ سال) نزدیک و از تحقیق سرگران (۵۸/۸ سال) کمتر بود.<sup>(۱۱و۱۳و۱۸و۲۴)</sup> در مطالعه حاضر هم در مورد SCC و هم در مورد کلیه بدخیمی‌ها، میانگین سن زنان از میانگین سن مردان کمتر بوده است که مشابه مطالعه جوادزاده-فلکی (۱۳۸۰) بود.<sup>(۲۵)</sup> در حالیکه در مطالعات Sankaranarynan (۱۹۹۰)، Jovanovic (۱۹۹۳) و Arotibio (۲۰۰۶) میانگین سن زنان از میانگین سن مردان بیشتر بوده است.<sup>(۱۷و۱۹و۲۶)</sup>

کمتر از میزان مورد انتظار بود. زمان مراجعه بیماران بعد از بروز علائم اولیه نسبت به سایر مطالعات مطلوب تر بود، اما همچنان دیر هنگام می باشد. به هر حال بهتر است به منظور ارتقای آگاهی افراد سیگاری جهت ضرورت معاینات ادواری، اقدامات لازم صورت گیرد.

### پیشنهادات

۱- با توجه به اینکه بیماران برای درمان سرطان دهان به مراکز درمانی مختلف مراجعه می کنند بهتر است اطلاعات مربوط به همه بیماران در مرکزی ثبت گردد تا مطالعات آماری مطلوب تری صورت گیرد.

۲- با توجه به اینکه سیگار مهمترین عامل خطر در SCC می باشد مطالعه ای به منظور تعیین شیوع SCC دهانی در میان افراد سیگاری جامعه صورت گیرد.

۳- با توجه به افزایش شیوع SCC دهانی در زنان و جوانان، مطالعه ای مقایسه ای بین علائم بالینی و پاتولوژیک SCC، در مردان و زنان و نیز در جوانان و بزرگسالان باید انجام شود.

۴- آشنا کردن مردم با علائم سرطان دهان و نقش عوامل خطر توصیه می شود.

۵- آموزش راهکارهای تشخیص زودرس سرطان دهان در کنگره های بازآموزی به منظور توجه پزشکان و دندانپزشکان به علائم و نشانه های اولیه در هنگام معاینه معمول حفره دهان توصیه می گردد.

### تشکر و قدردانی

به این وسیله از زحمات استاد محترم جناب آقای دکتر جوادزاده و رهنمودهای ارزشمند ایشان تشکر می نمایم.

و در افراد با استعمال دخانیات کف دهان مکان شایع محسوب می شود.<sup>(۲)</sup>

در مطالعات Al-Rawi فهمی و جوادی، صابریان و یعقوبی شایع ترین جایگاه ابتلاء لب بوده است<sup>(۱۰،۲۰،۲۳،۲۴،۳۱)</sup> در حالیکه در مطالعه ما لب ۹٪ موارد SCC را شامل می شد. که مشابه مطالعه جوادزاده- فلکی (۹/۵۲٪)<sup>(۲۵)</sup> و بیشتر از مطالعه Chidzonga (۴٪)<sup>(۳۰)</sup> Sanakaranaryanan (۴٪)<sup>(۳۲)</sup>، Mashberg (۶/۷٪)<sup>(۳۳)</sup> بود. از ۱۰ مورد SCC زبان، ۶ تا در حاشیه خلفی-طرفی، ۳ تا در سطح شکمی و یک مورد در سطح پشتی بوده است که مطابق با نظر Neville می باشد که دو سوم کارسینوم های زبان در حاشیه خلفی-طرفی، ۲۰٪ در سطح شکمی و ۴٪ در سطح پشتی زبان است.<sup>(۷)</sup> پنج مرد مبتلا به SCC، سیگار مصرف می کردند و یک زن نیز مصرف کننده تنباکو (قلیان) بوده است (جمعاً ۱۹٪) که به تحقیق جوادزاده- فلکی (۲۲٪)<sup>(۲۵)</sup> نزدیک است. هر چند از مطالعه حسین پور- شیرزایی، Chidzuaga، Chando و Dias کمتر است.<sup>(۱۸،۲۲،۳۴،۳۵)</sup> سیگار و تنباکو از عوامل خطر شناخته شده در سرطان دهان می باشد، اما با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، ۵۹٪ مبتلایان به SCC را زنان تشکیل می دادند و در جامعه ما، چون با احتمال بالا زنان سیگار کمتر مصرف می کنند، شاید به این جهت نقش سیگار به عنوان یک عامل خطر در مطالعه ما کم رنگ بود.

### نتیجه گیری

براساس مطالعه حاضر، الگوی سرطان دهان در مراجعین به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد، مشابه سایر مطالعات بود ولی درصد زنان مبتلا به SCC از سایر مطالعات بیشتر بود و تعداد افراد مصرف کننده سیگار و تنباکو

### منابع

1. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 2005. P. 270.
2. Greenberg MS, Glick M. Burket's Oral Medicine. Diagnosis and Treatment. 10<sup>th</sup> ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003. P. 153.



3. Mousavi M, Gouya M, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. *Annals of Oncology* 2009; 20(3): 556-63.
4. Rodriguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol* 2004; 40(2): 207-13.
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Program. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(1): 3-23.
6. Iranian Annual Cancer Registration Report 2003. Non-communicable disease surveillance. Ministry of Health & Medical Education. Tehran 2005. P. 13. (Persian)
7. Neville B, Damm DD, Allen CM, Bouquot JB. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2001. P. 337-76, 420-30, 484, 502-4, 510-3, 582.
8. Bouquot JE. Oral verrucous carcinoma. Incidence in two US populations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86(3): 318-24.
9. Andisheh Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Primary malignant tumors of orofacial origin in Iran. *Craniofac Surg* 2008; 19(6): 1538-41.
10. Yaghoobi R, Aliari AA, Emad Mostovfi N, Latifi SM. Epidemiologic study of oral cancers in khouzestan province in a ten years period (1992- 2002). *Iranian Journal of Dermatology* 2004; 8(1): 24-31.
11. 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.
12. 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 Nemazi hospital, 2003-2004. *Journal of Dentistry Shiraz University of Medical Sciences* 2004; 5(1-2): 97-105.
13. Razavi SM, Sajadi S. Epidemiological study of oral and perioral cancers in Isfahan. *Dental Research Journal* 2007; 4(2): 25-78.
14. Elter J, Patton L, Strauss R. Incidence rates and trends for oral and pharyngeal cancer in North Carolina: 1990-1999. *Oral Oncol* 2005; 41(5): 470-9.
15. Sugeran PB, Savage NW. Oral cancer in Australia: 1983-1996. *Aust Dent J* 2002; 47(1): 45-56.
16. Kayembe MK, Kalengayi MM. Histological and epidemiological profile of oral cancer in Congo (Zaire). *Odontostomatol Trop* 1999; 22(88): 29- 32.
17. Arotiba GT, Ladeinde AL, Oyeyin JO, Nwawolo CC, Banjo AA, Ajayi OF. Malignant orofacial neoplasms in Lagos, Nigeria. *East Afr Med J* 2006; 83(3): 62-8.
18. HoseinpourJajarm H, Ghodsi K. The assessment of chromosomal abnormalities in patients with oral cancer. *J Mash Dent Sch* 2005; 29(1&2): 51-6. (Persian)
19. Jovanovic A, Schulten EA, Kostense PJ, Snow GB, Vander waal I. Squamous cell carcinoma of the lip and oral cavity in the Netherlands; An epidemiological study of 740 patients. *J Craniofac Surg* 1993; 21 (4): 149-52.
20. 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.
21. Delavarian Z, Zavar S. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a Oral Medicine Department, Mashhad Dental School, IRAN. *The Journal of Islamic Dental Association of Iran* 2003; 6(2): 62-70. (Persian)
22. 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.
23. Andisheh-Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Epidemiology of squamous cell carcinoma of the oral cavity in Iran. *J Craniofac Surg* 2008; 19(6): 1699-702.
24. Fahmy MS, Sadeghi A, Behrard S. Epidemiologic study of oral cancer in Fars province, Iran. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11 (1): 50-8.
25. Falaki F. Prevalence of patients referred to ENT department of Qhaem hospital, Mashhad IRAN. [Thesis Master]. Iran. Dental School of Mashhad University of Medical Sciences; 2002. (Persian)
26. Miller C, Rhodus NL, Falace DP, Little JW. *Dental management of the medically compromised patients*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Inc; 2002. P. 396.
27. Dimitroulis G, Reade P, Wiesenfeld D. Referral patterns of patients with oral squamous cell carcinoma, Australia. *Eur J cancer B Oral Oncol* 1992; 28(1): 23-7.
28. 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.
29. Izarzugaza MI, Esparza H, Aguirre JM. Epidemiological aspects of oral and pharyngeal cancers in the Basque country. *J Oral Pathol Med* 2001; 30(9): 521-6.
30. Chidzonga MM. Oral malignant neoplasia: A survey of 428 cases in two zimbabwean hospitals. *Oral Oncol* 2006; 42(2): 177- 83.
31. Javadi A. Evaluation of treatment results and prognosis in oral malignancies patients referred to OMID hospital from 1995-2002. [Thesis Doctorate]. Iran. Dental School of Mashhad University of Medical Sciences; 2007. (Persian)
32. Sankarnarayanan R. Oral cancer in India: An epidemiologic and clinical review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69(3): 325-30.
33. Mashberg A, Meyers H. Anatomical site and size of 222 early asymptomatic oral squamous cell carcinomas: A continuing prospective study of oral cancer. II. *Cancer* 1976; 37(5): 2149-57.

34. Chandu A, Smith AC. Patterns of referral of patients undergoing surgical management for oral cancer. Aust Dent J 2002; 47(4): 309-13.
35. Dias GS, Almeida AP. A histological and clinical study on oral cancer: Descriptive analyses of 365 cases. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 2007; 12(7): 474-8.