

بررسی فراوانی ابتلا به بدخیمی‌های حفره دهان و بافت‌های اطراف در ساری- ایران

آتنا شیوا*#، سید جابر موسوی**

* استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

** استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۳/۲/۷ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۵

Epidemiologic Study of Oral and Paraoral Malignancies in Sari, Iran

Atena Shiva*#, Seyed Jaber Mousavi**

* DDS, MSc, Assistant Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

** PhD, MD, Assistant Professor, Dept of Community of Medicine, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Received: 27 April 2014 ; Accepted: 27 September 2014

Introduction: In spite of recent advances in cancer treatment, the oral cancer is still one of the top ten causes of death because of late diagnosis and due to various reasons such as being asymptomatic in early stages, similarity of its clinical presentation with other lesions and variety of clinical manifestations. Considering the role of environmental and geographical factors in cancer incidence, epidemiological studies are of great importance. The aim of this study was to determine eight year prevalence of oral and paraoral malignancies of the patients referred to Bou-Ali-Sina hospital as the center of head and neck malignancies in Sari, Iran.

Materials & Methods: In this study which was performed on 43 medical files of patients with oral, paraoral and maxillofacial malignancies from March 2005 to March 2013, necessary individual, clinical and histopathological information were extracted. SPSS 18 software was used to analyze data and draw tables and charts.

Results: Squamous cell carcinoma (SCC) was the most common malignancy (32.2%) followed by Basal cell carcinoma (30.2%) and Metastatic tumors (6.9%). Male to female ratio was 1.5/1 and age average was 55.04 ± 17.56 . The most common clinical feature of SCC was exophytic lesion (50%), followed by ulcerous lesion (42.8%). Basal cell carcinoma mostly appeared with ulcer (62.5%) and other malignancies mostly appeared as exophytic lesions (51.1%). The most common site of SCC involvement was neck (42.7%) while BCC was totally observed on facial skin (100%), and the most common site in other malignancies was neck as well (37.5%).

Conclusion: Most of the epidemiological patterns of oral squamous cell carcinoma were different and less prevalent from other studies. Males had higher incidence rate than females and surprisingly using tobacco had a weak role as a risk factor.

Key words: Oral cancer, oral & maxillofacial malignancies, prevalence.

Corresponding Author: atenashiva@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2015; 38(4): 337-46 .

چکیده

مقدمه: علی‌رغم پیشرفت‌های متعددی که در زمینه درمان سرطان به وجود آمده است، سرطان دهان به جهت تشخیص دیر هنگام به دلایل متعدد مثل بدون علامت بودن در مرحله اولیه تشابه‌ناپذیری بالینی با سایر ضایعات و تنوع در تظاهرات کلینیکی، جز ده علت اول مرگ‌ومیر می‌باشد. با توجه به نقش شرایط محیطی و اقلیمی در سرطان‌ها، ضرورت انجام مطالعات اپیدمیولوژیک احساس می‌شود. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی ۸ ساله موارد مبتلا به بدخیمی‌های حفره دهان و بافت‌های اطراف در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی سینا ساری (مرکز بدخیمی‌های سر و گردن) انجام شد.

مولف مسؤول، نشانی: ساری، بلوار خزر، دانشکده دندانپزشکی، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۱۱۳-۳۲۴۴۸۹۴

E-mail: atenashiva@yahoo.com

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر روی پرونده ۴۳ بیمار مبتلا به بدخیمی دهان، فک و صورت و بافت‌های اطراف از اسفند ۸۳ تا اسفند ۹۱ 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 با ویرایش ۱۸ ترسیم گردید.

یافته‌ها: کارسینوم سلول سنگفرشی شایع‌ترین بدخیمی بود (۳۲/۲ درصد) و بعد از آن بازال سل کارسینوما (۳۰/۲ درصد) و تومورهای متاستاتیک (۶/۹ درصد) قرار داشتند. نسبت مرد به زن ۱/۵ به ۱ و میانگین سن $56 \pm 17/5$ سال بود. کارسینوم سلول سنگفرشی بیشتر به صورت ضایعه برجسته (۵۰ درصد) و سپس زخم (۴۲/۸ درصد) و بازال سل کارسینوما بیشتر به صورت زخم (۶۱/۵ درصد) و سایر بدخیمی‌ها به صورت ضایعه برجسته (۵۱/۱ درصد) بودند. شایع‌ترین محل ابتلا در کارسینوم سلول سنگفرشی در گردن (۴۲/۷ درصد) و تمام موارد بازال سل کارسینوما در پوست صورت (۱۰۰ درصد) بود و در سایر بدخیمی‌ها شایع‌ترین محل ابتلا، گردن (۳۷/۵ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: الگوی سرطان سلول سنگفرشی در مطالعه حاضر متفاوت و کمتر از سایر مطالعات بود، تعداد مردان نسبت به زنان، بیشتر بود و نقش استعمال دخانیات به عنوان عامل خطر کم‌رنگ بود.

کلمات کلیدی: سرطان دهان، بدخیمی‌های دهان، فک و صورت، شیوع. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۳ دوره ۳۸ / شماره ۴: ۴۶-۳۳۷.

مقدمه

در کشورهای مختلف تا بیست برابر متفاوت است و میزان حیات پنج ساله در ایران سی تا ۶۲ درصد گزارش شده است.^(۳) در صورت عدم تشخیص به موقع بدخیمی‌های دهان در مراحل اولیه، این ضایعات گسترش یافته و موجب بدشکلی‌های غیرقابل ترمیم و اختلال در عملکرد عضو، همراه با ایجاد درد و ناراحتی شده و در نهایت به مرگ بیمار می‌انجامد.^(۱) بنابراین زیربنای کنترل سرطان، بررسی و تحلیل اطلاعات مربوط به موارد جدید سرطان در هر منطقه می‌باشد. همانطور که می‌دانیم شیوع سرطان بر حسب سن، جنس، نژاد، مکان جغرافیایی، تفاوت در نحوه زندگی و رژیم غذایی متفاوت است. انسیدانس سرطان دهان در مردان از ۱ تا ۱۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در کشورهای مختلف، متفاوت است. در آسیای جنوبی و مرکزی این سرطان شایع است؛ اما این آمار ۰/۷ در چین، ۴/۶ در تایلند، ۱۲/۶ در هند و در ایران ۱/۲۵ در زنان و ۱/۰۸ در مردان می‌باشد؛ که بسیار وابسته به رفتارهای پرخطر می‌باشد، به طور مثال شیوع استعمال دخانیات در تایلند ۶۰ درصد و در کشورما در مردان ۲۹-۲۰ درصد می‌باشد. در نقشه جهانی مربوط به شیوع سرطان دهان در سال ۱۹۹۷ ایران به همراه هند، پاکستان، بنگلادش،

سرطان، یکی از ۵ عامل عمده مرگ‌ومیر در همه جوامع است. در آمریکا، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین علت اصلی مرگ‌ومیر می‌باشد. در ایران، سرطان سومین عامل مرگ‌ومیر می‌باشد و سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از هموطنان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند.^{(۱) و (۲)} براساس اطلاعات منتشر شده، ۵۵۸۵۵ مورد سرطان در سال ۲۰۰۶ در ایران گزارش شده است. پنج درصد از کل سرطان‌ها در سر و گردن رخ می‌دهد و تقریباً نیمی از این موارد در حفره دهان است. سرطان دهان در کشور آمریکا و انگلستان در حدود ۳ درصد بدخیمی‌ها را شامل شده و هشتمین سرطان شایع در مردان و پانزدهمین سرطان شایع در زنان محسوب می‌شود.^{(۲) و (۳)} تنوع تظاهرات تا حدودی می‌تواند به عامل خطر و شرایط محیطی بستگی داشته باشد. لذا در جوامع مختلف با عادات متفاوت و روش‌های مختلف استفاده از تنباکو (به عنوان مهم‌ترین عامل خطر برای سرطان دهان) می‌توان انتظار داشت که سرطان دهان به شکل‌های متفاوتی تظاهر یابد و اغلب افراد با سن بالاتر از ۵۰ سال را گرفتار می‌کند. میزان بروز سالانه مرگ‌ومیر ناشی از سرطان دهان

مواد و روش‌ها

برای تعیین فراوانی انواع بدخیمی‌های دهان، فک و صورت و بافت‌های اطراف در مراجعین به بیمارستان بوعلی سینا شهر ساری مطالعه‌ای توصیفی طراحی گردید. بدین منظور ابتدا کلیه پرونده‌های بیمارستان از ابتدای اسفند ۸۳ تا اسفند ۹۱ مورد بررسی قرار گرفت و پرونده بیماران مبتلا به بدخیمی در ناحیه دهان، فک و صورت و بافت‌های اطراف جدا گردید. مواردی که دارای تایید پاتولوژی نبودند، از مطالعه حذف گردیدند و فقط بیمارانی که در گزارش پاتولوژی آنها یکی از انواع بدخیمی در ناحیه دهان، فک و صورت و بافت‌های اطراف ذکر شده بود، تحت مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز در 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 (مصرف سیگار حداقل ۱۰ عدد سیگار در روز به مدت ۳ سال)^(۷) و اطلاعاتی مربوط به ضایعه شامل شکایت اصلی، طول مدت شکایت (از ابتدای ایجاد ضایعه تا مرحله مراجعه)، 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 مربوط ترسیم گردید. از آنجایی که SCC^۱ شایع‌ترین بدخیمی در ناحیه دهان و BCC^۲ شایع‌ترین سرطان پوست است، میزان فراوانی و درصد فراوانی به صورت جداگانه برای SCC و BCC محاسبه گردید. جهت مقایسه میانگین سن از آزمون

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.^(۴)

براساس اطلاعات منتشر شده وزارت بهداشت مربوط به سال ۱۳۸۲، درصد سرطان دهان در بین سایر سرطان‌ها در استان‌های سیستان و بلوچستان ۵/۹ درصد، چهارمحال و بختیاری ۳/۴ درصد و خراسان ۳/۱ درصد در زنان جزء ده سرطان شایع بوده است. در مردان در هفت استان، سرطان دهان جز ده سرطان شایع بوده است که عبارتند از: کهگیلویه و بویر احمد (۶/۳ درصد)، هرمزگان (۶ درصد)، سیستان و بلوچستان (۴ درصد)، کردستان و زنجان (۲/۶ درصد)، سمنان (۲/۲ درصد) و اردبیل (۲/۱ درصد). بنابراین در تنها استانی که سرطان دهان هم در میان مردان و هم در میان زنان جزء ده سرطان شایع است سیستان و بلوچستان است که می‌تواند به دلیل مصرف ناس در آن منطقه باشد.^(۵)

مطالعات اپیدمیولوژیک در زمینه سرطان به بررسی تفاوت‌های جنسی، سنی، اجتماعی، اقتصادی و شغلی در افراد مبتلا به سرطان در مناطق جغرافیایی یک کشور و کشورهای مختلف می‌پردازد.^(۶) چنین مطالعات توصیفی یک طریقه قابل استفاده و سودمند در مورد دلایل بروز سرطان‌های مختلف است. 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 ۸ ساله موارد مبتلا به بدخیمی‌های دهان، فک و صورت و بافت‌های اطراف، در مراجعین به بیمارستان بوعلی سینا به عنوان مرکز سر و گردن شهر ساری پرداختیم به امید آنکه بتوانیم گامی هر چند کوچک در این زمینه برداریم.

1. Squamous Cell Carcinoma
2. Basal Cell Carcinoma

از ۱۴ مورد SCC گزارش شده، ۱۲ نفر مرد (۸۵/۷ درصد) و ۲ نفر زن (۱۴/۳ درصد) بودند. همچنین از ۱۳ مورد BCC گزارش شده، ۸ نفر مرد (۶۱/۵ درصد) و ۵ نفر زن (۳۸/۵ درصد) بودند. اما از مجموع کل بدخیمی‌ها، ۲۶ نفر مرد (۶۰/۵ درصد) و ۱۷ نفر زن (۳۹/۵ درصد) بودند. (جدول ۲)

میانگین سن مبتلایان به بدخیمی‌های دهان، فک و صورت $55/04 \pm 20/26$ سال بود که برای SCC، $64/78 \pm 15/24$ سال و برای BCC $65/15 \pm 12/93$ سال و در مورد سایر بدخیمی‌ها $37/93 \pm 23/97$ سال بود. (جدول ۲)

تورم و توده با ۵۱/۲ درصد موارد، شایع‌ترین شکایت بیماران از بدخیمی‌های دهان، فک و صورت بود و زخم، با ۳۲/۵ درصد شیوع، دومین شکایت بیمار بود. (جدول ۳)

میانگین طول مدت شکایت در مردان $11/38 \pm 8/53$ ماه (با دامنه یک ماه تا ۳۶ ماه) و در زنان $10/76 \pm 8/95$ ماه (با دامنه ۱ ماه تا ۳۴ ماه) بود. در مجموع میانگین طول مدت شکایت $11/13 \pm 8/63$ ماه بوده است و کمتر از ۱۷ درصد از مبتلایان در کمتر از ۳ ماه با بروز علایم به بیمارستان مراجعه کرده بودند.

۵۱/۲ درصد بدخیمی‌های دهان، فک و صورت به صورت یک ضایعه برجسته بروز کرده بودند. در مورد SCC، نمای زخم در ۶ مورد (۴۲/۸ درصد) و نمای برجسته و تورم، در ۷ مورد (۵۰ درصد) مشاهده گردید. در مورد BCC، نمای زخم در ۸ مورد (۶۱/۶ درصد) و در ۴ مورد (۳۰/۸) همراه با تغییر رنگ بود (جدول ۴).

t-student استفاده شد. سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مدت برای ۴۵ بیمار تشخیص بالینی بدخیمی مطرح شده بود که در ۴۳ مورد گزارش پاتولوژی نیز بدخیمی بود. گزارش پاتولوژی در یک مورد غیربدخیمی بود و در یک مورد دیگر نیز، جواب پاتولوژی وجود نداشت. بنابراین در این مدت ۴۳ پرونده بدخیمی در ناحیه دهان، فک و صورت با تایید پاتولوژی وجود داشت که مبنای بررسی این تحقیق قرار گرفت.

از ۴۳ مورد بدخیمی گزارش شده، SCC با ۱۴ مورد (۳۲/۲ درصد) و بعد از آن بازال سل کارسینوما با ۱۳ مورد (۳۰/۲ درصد) شایع‌ترین آنها بود. (جدول ۱)

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب نوع بدخیمی

نوع بدخیمی	تعداد	درصد
کارسینوم سلول سنگفرشی	۱۴	۳۲/۵
بازال سل کارسینوما	۱۳	۳۰/۲
آدنوکارسینوم بزاقی	۱	۲/۳
رابدو میو سارکوم	۳	۶/۹
سارکوم اوینگ	۱	۲/۳
لنفوم هوچکین	۱	۲/۳
لنفوم سلول بزرگ منتشر	۱	۲/۳
کارسینوم مرکل	۱	۲/۳
کارسینوم مدولاری تیروئید	۲	۴/۶
تومور متاستاتیک	۳	۶/۹
کارسینوم اندیفرانسیه	۱	۲/۳
نوروبلاستوم	۱	۲/۳
کارسینوم اگرین	۱	۲/۳
کل	۴۳	۱۰۰/۰

جدول ۲: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار سن افراد تحت مطالعه بر حسب جنس و نوع بدخیمی

بدخیمی	جنس	تعداد	درصد	میانگین سن	انحراف معیار
کارسینوم سلول سنگفرشی	مرد	۱۲	۸۵/۷	۶۱/۷۵	۱۴/۶۲
	زن	۲	۱۴/۳	۸۳/۰۰	۱۸/۳۱
کارسینوم سلول بازال	کل	۱۴	۱۰۰/۰	۶۴/۷۸	۱۵/۲۴
	مرد	۸	۶۱/۵	۶۴/۷۵	۱۲/۸۱
	زن	۵	۳۸/۵	۶۵/۸	۱۵/۱۹
	کل	۱۳	۱۰۰/۰	۶۵/۱۵	۱۲/۹۳
سایر بدخیمی‌ها	مرد	۶	۳۷/۵	۳۷/۸۳	۲۲/۸۳
	زن	۱۰	۶۲/۵	۳۹/۰۰	۲۷/۸
کل بدخیمی‌ها	کل	۱۶	۱۰۰/۰	۳۷/۹۳	۲۳/۹۷
	مرد	۲۶	۶۰/۵	۵۴/۸۴	۲۰/۲۹
	زن	۱۷	۳۹/۵	۵۵/۳۵	۲۶/۸۱
کل	کل	۴۳	۱۰۰/۰	۵۵/۰۴	۲۰/۲۶

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

شکایت اصلی	کارسینوم سلول سنگفرشی		کارسینوم سلول بازال		سایر بدخیمی‌ها		کل بدخیمی‌ها	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زخم	۶	۴۲/۸	۸	۶۱/۵	۰	۰/۰	۱۴	۳۲/۵
تورم و توده	۷	۵۰/۰	۰	۰/۰	۱۵	۹۳/۷	۲۲	۵۱/۲
درد	۱	۷/۲	۰	۰/۰	۱	۶/۳	۲	۴/۶
سوزش	۰	۰/۰	۱	۷/۸	۰	۰/۰	۱	۲/۳
تغییر رنگ	۰	۰/۰	۴	۳۰/۷	۰	۰/۰	۴	۹/۴
کل	۱۴	۱۰۰/۰	۱۳	۱۰۰/۰	۱۶	۱۰۰/۰	۴۳	۱۰۰/۰

جدول ۴: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب نمای بالینی و نوع بدخیمی

نمای بالینی	کارسینوم سلول سنگفرشی		کارسینوم سلول بازال		سایر بدخیمی‌ها		کل بدخیمی‌ها	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زخم	۶	۴۲/۸	۸	۶۱/۵	۰	۰/۰	۱۴	۳۲/۵
ضایعه برجسته	۷	۵۰/۰	۰	۰/۰	۱۵	۹۳/۷	۲۲	۵۱/۲
تغییر رنگ	۱	۷/۲	۴	۳۰/۸	۰	۰/۰	۵	۱۱/۷
تغییر قوام	۰	۰/۰	۱	۷/۷	۱	۶/۳	۲	۴/۶
کل	۱۴	۱۰۰/۰	۱۳	۱۰۰/۰	۱۶	۱۰۰/۰	۴۳	۱۰۰/۰

درجه III $68/78 \pm 16/54$ سال بود که با توجه به آزمون t -test این اختلاف معنی‌دار بود ($P=0/014$).

بحث

بدخیمی‌ها یا تومورها، گروه بزرگی از بیماری‌های انسان را تشکیل داده و شیوع آنها روز به روز بیشتر می‌شود. علیرغم پیشرفت‌های متعددی که در درمان سرطان به وجود آمده است، سرطان دهان به دلیل تشخیص دیر هنگام به علل متعددی مثل بدون علامت بودن در مراحل اولیه، تشابه نمای بالینی با سایر ضایعات و تنوع در تظاهرات کلینیکی، جز ده علت اول مرگ‌ومیر می‌باشد.^(۸) SCC شایع‌ترین بدخیمی دهان به ویژه در افراد مسن می‌باشد که در مردان ۴ درصد و در زنان ۲ درصد همه سرطان‌های دهان را شامل می‌شود.^(۹) BCC شایع‌ترین سرطان پوست (و شایع‌ترین همه سرطان‌ها) یک بدخیمی اپی‌تلالی اولیه می‌باشد که در حدود ۸۰ درصد موارد این کارسینوم در پوست سر و گردن یافت می‌شود.^(۱)

۴۰ ضایعه به صورت محیطی و ۳ ضایعه به صورت مرکزی بود که شامل سارکومای اوینگ و ۲ مورد SCC استخوان فک بود. گردن با ۴۲/۷ درصد موارد، شایع‌ترین محل ابتلا برای SCC بود. پوست صورت با ۲۱/۴ درصد در مرتبه بعدی قرار داشت. در مورد BCC هم تمامی ۱۳ مورد (۱۰۰ درصد) در پوست صورت مشاهده گردید. (جدول ۵)

در مجموع ۶ نفر از کل افراد سیگاری بودند که ۵ نفر از آنها مبتلا به SCC و ۱ نفر باقیمانده نیز مبتلا به آدنوکارسینوم بزاقی بود. هر ۶ نفر سیگاری مرد بودند. درجه میکروسکوپی SCC در ۱ مورد درجه I و در ۴ مورد درجه II بود. از نظر درجه میکروسکوپی کارسینوم سلول سنگفرشی، ۴ مورد (۲۸/۵ درصد) درجه I، ۴ مورد (۲۸/۵ درصد) درجه II و ۸ مورد (۴۳ درصد) درجه III بود. میانگین سن در درجه I از $56/07 \pm 17/06$ سال و در

جدول ۵: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب محل ابتلا و نوع بدخیمی

محل ابتلا	SCC (درصد) تعداد	BCC (درصد) تعداد	سایر بدخیمی (درصد) تعداد	کل (درصد) تعداد
پوست صورت	۳ (۲۱/۴)	۱۳ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱۶ (۳۷/۳)
گردن	۶ (۴۲/۷)	۰ (۰/۰)	۶ (۳۷/۵)	۱۲ (۲۷/۹)
تحت فکی	۱ (۷/۲)	۰ (۰/۰)	۳ (۱۸/۷)	۴ (۹/۳)
گونه	۱ (۷/۲)	۰ (۰/۰)	۲ (۱۲/۶)	۳ (۶/۹)
کف دهان	۱ (۷/۲)	۰ (۰/۰)	۲ (۱۲/۶)	۳ (۶/۹)
استخوان فک	۲ (۱۴/۳)	۰ (۰/۰)	۱ (۶/۲)	۳ (۶/۹)
وستیبول	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۶/۲)	۱ (۲/۴)
زبان	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۶/۲)	۱ (۲/۴)

اما از تحقیق امین زاده^(۲) که این نسبت را در مردان، ۲/۲ برابر زنان بیان کرد، کمتر است. همچنین نسبت ابتلای مرد به زن در مورد BCC معادل ۱:۱/۶ بود. این که در تحقیق حاضر نسبت مردان مبتلا به بدخیمی بیشتر از زنان ذکر گردید را می‌توان مرتبط با بروز بیشتر بدخیمی‌های دهان در مردان دانست که مطابق با نظر Neville^(۱) می‌باشد.

در مطالعه ما، ۶۰/۵ درصد از مراجعین مبتلا به بدخیمی‌های دهان و بافت‌های اطراف را مردان و ۳۹/۵ درصد را زنان تشکیل دادند ولی در مطالعه دلاوریان^(۲۳) ۶۱/۸ درصد از مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد، زن و ۳۸/۲ درصد مرد بودند. شایع‌ترین سن برای مبتلایان به SCC در این مطالعه سنین ۷۹-۵۰ سال با میانگین سنی $64/78 \pm 15/24$ سال بود، که مشابه مطالعه Chidzonga^(۲۴) و فهمی^(۲۵) بود. در مطالعه ما، ۶۴/۲ درصد مبتلایان به SCC بالاتر از ۶۰ سال بودند که تقریباً مشابه به تحقیق اندیشه تدبیر بود^(۲۶) و فقط ۱ نفر از مبتلایان به SCC زیر ۴۰ سال سن داشتند. میانگین سن مبتلایان به بدخیمی‌های دهان، فک و صورت در مطالعه ما $55/04 \pm 20/26$ سال بود که به تحقیق حسین پور^(۲۱) (۵۲/۵ سال) و فهمی^(۲۵) (۵۵ سال) نزدیک و از تحقیق سرگران^(۱۱) (۵۸/۸ سال) و Gervasio^(۲۷) در برزیل (۵۸/۶ سال) کمتر بود. در مطالعه حاضر در SCC، کلیه بدخیمی‌ها و حتی BCC میانگین سن زنان از میانگین سن مردان بیشتر بوده است که این میزان در مورد SCC برخلاف مطالعه فلکی^(۲۸) بود در حالی که در مطالعات Sankaranarynan^(۲۹) و Jovanovic^(۲۰) و Arotiba^(۱۸) مشابه مطالعه ما، میانگین سن زنان از میانگین سن مردان بیشتر بوده است.

در ابتدای ایجاد ضایعه، تورم و توده با ۵۱/۲ درصد موارد شایع‌ترین شکایت بیماران از بدخیمی‌های دهان،

در بررسی حاضر SCC ۳۲/۲ درصد بدخیمی‌ها را شامل می‌شد که بسیار کمتر از سایر تحقیقات بود. چنان که در تحقیق اندیشه تدبیر و همکاران^(۱۰) و تحقیق سرگران^(۱۱) این کارسینوم با شیوع ۷۰ درصد و در تحقیقات یعقوبی^(۱۲) و قپانچی^(۱۳) با شیوع ۷۵ درصد و رضوی^(۱۴) با شیوع ۷۷ درصد گزارش شده است. Elter^(۱۵) میزان SCC را ۹۳ درصد بدخیمی‌های دهان در آمریکا اعلام کرد و Sugerman^(۱۶) میزان SCC را در استرالیا ۹۸ درصد گزارش کرده است. این میزان در مطالعه Kayembe^(۱۷) در کنگو ۵۸ درصد و در مطالعه Arotiba^(۱۸) در نیجریه ۴۳ درصد بوده است. بنابراین نتایج به دست آمده در این تحقیق بسیار پایین‌تر از سایر تحقیقات صورت گرفته در داخل ایران، آفریقا و حتی کشورهای آمریکا و استرالیا بود که می‌تواند به علت مراجعه بیماران به سایر مراکز درمانی و مراکز درمانی شهرهای بزرگ اطراف و عدم شناخت این مرکز به عنوان مرکز سر و گردن باشد.

سرطان دهان در مردان بیشتر از زنان رخ می‌دهد به طوری که نسبت مرد به زن در سال ۱۹۵۰ به صورت ۶ به ۱ بوده است ولی امروزه به کمتر از ۲ به ۱ رسیده است.^(۳) نسبت مرد به زن در مطالعه ما، در بیماران مبتلا به SCC، مشابه سال ۱۹۵۰ برابر ۱:۶ بوده است که گرچه بسیار بالاتر از سایر مطالعات مشابه است، ولی همچون تحقیق Arotiba^(۱۸) ۱:۱/۶۵، AL-Rawi^(۱۹) ۱:۲ و Jovanovic^(۲۰) ۱:۱/۸ نسبت مردان بیشتر از زنان مبتلا بوده است اما در مطالعه حسین پور^(۲۱) با نسبت ۰/۷۸:۱ تعداد زنان مبتلا از مردان بیشتر بوده است. در مطالعه ما نسبت مرد به زن در کل بدخیمی‌ها ۱:۱/۵ بود که تا حدودی نزدیک به تحقیق Shenoii^(۲۲) در هندوستان می‌باشد که نسبت ابتلا به بدخیمی‌های دهان را در مردان ۱/۱ برابر زنان اعلام کرد.

محل ابتلا به سرطان دهان را در هند استخوان مندیبل ذکر کرد. از آنجایی که شیوع بدخیمی‌ها بین جوامع و حتی در یک جامعه بر اساس محل و زمان متفاوت می‌باشد^(۲)، می‌توان این تفاوت را در محل ابتلا نیز مشاهده کرد.

متاسفانه ۸۳/۷ درصد بیماران بیش از ۳ ماه بعد از ظهور علائم اولیه مراجعه کرده بودند. در مطالعه Dimitroulis^(۳۲) ۳۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان دهان بیش از ۳ ماه بعد از این که توسط پزشک یا دندانپزشک عمومی از وجود ضایعه مشکوک به بدخیمی آگاه شدند به متخصص بیماری‌های دهان مراجعه کرده بودند. همچنین این میزان تاخیر در مراجعه در مطالعه سرگران^(۱۱) هفت ماه و نیم گزارش شد که نسبت به موارد گزارش شده در کشورهای پیشرفته بالاتر است. در این تحقیق، بیماران به طور میانگین، ۱۱/۱۳±۸/۶۳ ماه و بعد از بروز علائم به بیمارستان مراجعه داشته‌اند. این مدت برای مردان ۱۱/۳۸±۸/۵۳ ماه و برای زنان ۱۰/۷۶±۸/۹۵ ماه بوده است که این ارقام نشان‌دهنده عدم مراجعه به موقع آنها به مراکز درمانی مربوطه و همچنین عدم توجه بیماران به ضایعات مشکوک می‌باشد.

مجموعاً ۶ نفر از کل افراد سیگاری بودند که ۵ نفر از آنها مبتلا به SCC و ۱ نفر باقیمانده نیز مبتلا به آدنوکارسینوم بزاقی بود. هر ۶ نفر سیگاری مرد بودند که کمتر از مطالعات فلکی^(۲۸)، حسین پور^(۲۱)، Chidzonga^(۳۳)، Chandu^(۳۴) و Dias^(۳۵) بوده است. سیگار و تنباکو از عوامل خطر شناخته شده در سرطان دهان می‌باشد و تعداد افراد مصرف‌کننده سیگار و تنباکو کمتر از میزان مورد انتظار بود. اما نکته قابل توجه این بود که از نظر محل ابتلا بین افراد مصرف‌کننده سیگار با افراد غیرسیگاری تفاوت وجود دارد، به نحوی که گردن در افرادی که استعمال دخانیات نداشتند به عنوان شایع‌ترین

فک و صورت بود. همچنین شایع‌ترین شکایت بیماران در مورد SCC نیز، تورم بود که ۵۰ درصد موارد را شامل می‌شد. در مورد BCC شایع‌ترین شکایت، زخم با ۶۱/۵ درصد موارد بود.

بدخیمی در ۱۴ بیمار در زمان تشخیص، به صورت زخم بروز کرده بود که شامل ۶ بیمار مبتلا به SCC و ۸ بیمار مبتلا به بازال سل کارسینوما بود. تورم در ۲۲ بیمار مشاهده گردید که ۷ مورد مربوط به SCC و مابقی مربوط به سایر بدخیمی‌ها بود. تغییر رنگ نیز در ۵ بیمار مشاهده شد که ۱ مورد آن مربوط به SCC و ۴ مورد بازال سل کارسینوما بود. در مطالعه ما زخم و ضایعه برجسته بیشتر از تغییر رنگ مشاهده گردید که مشابه تحقیق AL-Rawi^(۱۹) بود. نتیجه این که تمامی بدخیمی‌هایی که به صورت زخم و یا تغییر رنگ بروز کرده بودند SCC یا بازال سل کارسینوما بوده‌اند. یافته‌های این تحقیق در مورد BCC، مشابه Neville می‌باشد که بیان می‌کند شایع‌ترین نمای کلینیکی BCC به صورت ندولواولسراتیو است و در ۸۰ درصد موارد در پوست سرو گردن ظاهر می‌شود چنانچه در مطالعه حاضر پوست صورت شایع‌ترین محل ابتلا (۳۷/۲ درصد) برای کل بدخیمی‌ها بوده است که از این مقدار تنها ۳ مورد SCC بوده است و مابقی مربوط به BCC با حضور ۱۰۰ درصد در پوست صورت بوده است. در مطالعه ما، شایع‌ترین مکان برای SCC، گردن (رتبه دوم با ۲۷/۹ درصد در کل بدخیمی‌ها) با ۶ مورد بود. در مطالعات AL-Rawi^(۱۹)، فهمی^(۲۰)، جوادی^(۳۰) و یعقوبی^(۱۱) شایع‌ترین جایگاه ابتلاء لب بود. همچنین در مطالعه دلاوریان^(۳۳)، سرگران^(۱۱)، فلکی^(۲۸)، Lzarzagaza^(۳۱) و Jovanovic^(۲۰) نیز شایع‌ترین مکان زبان شناخته شد که در مطالعه ما زبان تنها ۱ مورد (۲/۳ درصد) از SCC را شامل می‌شد. Shenoi^(۲۲) نیز شایع‌ترین

آشنا کردن مردم با علائم سرطان دهان، پیگیری به موقع و آگاهی از نقش عوامل خطر توصیه می‌شود. همچنین آموزش‌های راهکارهای تشخیص زود رس سرطان دهان در کنگره‌های باز آموزی به منظور توجه پزشکان و دندانپزشکان به علائم و نشانه‌های اولیه در هنگام معاینه معمول حفره دهان توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده دندانپزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به شماره (۶۶-۹۲) می‌باشد و با حمایت مالی دانشگاه به مرحله اجرا در آمده است. بدینوسیله از همکاری فراوان تمامی عوامل تقدیر و تشکر می‌گردد.

مکان و در افراد با استعمال دخانیات داخل دهان (کف دهان و ناحیه تحت فکی) مکان شایع درگیری محسوب می‌شد.

نتیجه گیری

براساس مطالعه حاضر میزان سرطان سلول سنگفرشی که شایع‌ترین سرطان دهان می‌باشد، در مراجعین به بیمارستان بوعلی سینا شهر ساری بسیار کمتر از سایر مطالعات بود که احتمالاً به خاطر عدم شناخت مرکز درمانی مربوطه، مراجعه به سایر مراکز درمانی در استان‌های مجاور و عدم مراجعه به موقع بیماران مبتلا به بدخیمی‌های فک و صورت به مراکز مربوطه می‌باشد.

منابع

- Neville B, dam DD, Allen CM, bouquet JB. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. New York: Elsevier 2009; P. 400-16.
- Aminzadeh A, Motaghi A, Mohammadi E. Epidemiologic study of oral and paraoral malignancies in one cancer referral center in Isfahanduring 5 year period. J Isfahan Dent Sch 2013; 8(6): 560-6. (Persian)
- Mousavi M, Gouya M, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. Ann Oncol 2009; 20(3): 556-63.
- 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.
- 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)
- Iranian annual cancer registration report 2003. Non- communicable disease surveillance. Ministry of Health & medical education. 1st ed. Tehran 2005. P. 13. (Persian)
- Arbabi-Kalati F, Nosratzahi 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)
- Shiva A, Mousavi SJ. Evaluation of dentist's knowledge about oral cancer in Sari-Iran in 2013. J Mazand Univ Med Sci 2014; 24(109): 177-84. (Persian)
- 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.
- AndishehTadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Primary malignant tumors of orofacial origin in Iran. Craniofac Surg 2008; 19(6): 1538-41.
- Yaghoobi R, Aliari AA, Emad Mostovfi N, Latifi SM. Epidemiologic study of oral cancer in khouzestan province in a ten years period (1992-2002). Iran J Dermatol 2004; 8(1): 24-31.
- Sargeran K, Mortoma 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.
- 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 Namazi hospital, 2003-2004. Journal of Dentistry Shiraz University of Medical Sciences 2004; 5(1-2): 97-105. (Persian)

14. Razavi SM, Sajadi S. Epidemiological study of oral and perioral cancers in Isfahan. DRJ 2007; 4(2): 25-78.
15. 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.
16. Sugeran PB, Savage NW. Oral cancer in Australia: 1983-1996. Aust Dent J 2002; 47(1): 45-56.
17. Kayembe MK, Kalengayi MM. Histological and epidemiological profile of oral cancer in Congo (Zaire). Odontostomatoal Trop 1999; 22(88): 29-32.
18. Arotiba GT, Ladeinde AL, Oyenejinjo, Nwawolo CC, Banjo AA, Ajayi OF. Malignant orofacial neoplasms in Lagos, Nigeria. East Afr Med J 2006; 83(3): 62-8.
19. Al-Rawi NH, Talabani NG. Squamous carcinoma of the oral cavity: A case series analysis of clinical presentation and histological grading of the 1425 cases from Iraq. Clin Oral Investing 2008; 12(1): 15-8.
20. Jovanovic A, Schulten EA, Kostense PG, Snow GB, Vande waal I. Squamous cell carcinoma of lip and oral cavity in the Netherlands: An epidemiological study of 740 patients. J Craniomaxillofac Surg 1993; 21(4): 149-52.
21. 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)
22. Shenoi R, Devvrukhar V, Sharma BK, Sapre SB, Chikhale A. Demographic and clinical profile of oral squamous cell carcinoma patients: A retrospective study. Indian J Cancer 2012; 49(1): 21-6.
23. Delavarian Z, Zavar S. Referral pattern, lesion prevalence, and patient care parameters in an oral medicine department, Mashhad Dental School, Iran. J Islamic Dent Assoc Iran 2003; 6(2): 62-70.
24. 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.
25. Fahmy MS, Sadeghi A, Behmard S. Epidemiologic study of oral cancer in Fars province, Iran. Community Dent Oral Epidemiol 1983; 11(1): 50-8.
26. Andishe-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.
27. Gervasio OL, Dutra RA, Tartaglia SM, Vasconcellons WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: A retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. Braz Dent J 2001; 12(1): 57-61.
28. Falaki F. Prevalence of patients referred to ENT department of Qheam hospital, Mashhad Iran. (Doctorate Thesis). Iran. Dental School of Mashhad University of Medical Sciences; 2002. (Persian)
29. Sankarnarayanan R. Oral cancer in India: An epidemiologic and clinical review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 69(3): 325-30.
30. Javadi A. Evaluation of treatment results and prognosis in oral malignancies patients referred to Omid hospital from 1995-2002. (Doctorate Thesis) Iran. Dental School of Mashhad University of Medical Sciences; 2007. (Persian)
31. Izarzugaza MI, Esparza H, Aguirre JM. Epidemiological aspects of oral and pharyngeal cancer in the Basque country. J Oral Pathol Med 2001; 30(9): 521-6.
32. Dimitroulis G, Read P, Wiesenfeld D. Referral patterns of patients with oral squamous cell carcinoma, Australia. Eur J Cancer B Oral Oncol 1992; 28(1): 23-7.
33. Chidzonga MM. Oral malignant neoplasia: A survey of 428 cases in two Zimbabwe hospitals. Oral Oncol 2006; 42(2): 177-83.
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, Almedia AC. A histological and clinical study on oral cancer: Descriptive analyses of 365 cases. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 2007; 12(7): 474-8.