

پروفایل ضایعات دهان و فک و صورت در مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد طی سال‌های

۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰

سیدحسین طباطبایی^۱، سجاد ابومحمادی اردکانی^۲، فاطمه اولیاء^{۳*}

^۱ دانشیار، گروه آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

^۲ دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

^۳ دانشیار، گروه بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۱/۳/۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۲۰

Profile of Oral and Maxillofacial Lesions in Patients Attending Yazd Dental School from 2010 to 2021

Seyed Hosein Tabatabaei¹, Sajad Abumohammadi Ardakani², Fatemeh Owlia^{3*}

¹ Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Dentist, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

³ Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 29 May 2022; Accepted: 11 December 2022

Introduction: Oral cavity as a mirror of health could reflect the health of the entire body. Early diagnosis and treatment of lesions can play an effective role in their prognosis.

Comparing the frequency of oral and maxillofacial lesions in different regions is highly valuable in health policy making. Therefore, the present study was conducted to prepare the profile (Full details of records) of oral and maxillofacial lesions in patients referred to Yazd Dental School, Iran, from 2010 to 2021.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 15,779 patients' records of oral and maxillofacial lesions in the Oral Medicine and Oral and Maxillofacial Pathology Departments of Yazd were examined. Demographic data composed of age and gender, and clinical information such as type of lesion, location, and side of the lesion were gathered over a period of 12 years, from 19 February to 16 March. The collected data were analyzed using SPSS software (version 25) and the Chi-square test.

Results: The overall frequency of profiles of oral and maxillofacial lesions among all oral and dental problems referred to the Dental School in the time frame investigated in this survey was 35%. The mean age of the patients was 34.8±13.8, and the lesions were more frequent among 20-39.9 years old age group. Moreover, lesions were more common in females. The most frequent type of lesions was epithelial lesions, followed by developmental defects, and soft tissue tumors and reactive lesions. Facial skin, tongue, and buccal mucosa were the most common sites.

Conclusion: The findings of this research could be beneficial for educational purposes and in planning for the prevention and treatment of these lesions.

Key words: Oral manifestations, Oral lesions, Biopsy, Oral cavity.

*Corresponding Author: dr.owlia@gmail.com

➤ Please cite this paper as: Tabatabaei SH, Abumohammadi Ardakani S, Owlia F. "Profile of Oral and Maxillofacial Lesions in Patients Attending Yazd Dental School from 2010 to 2021". *J Mash Dent Sch.* 2023; 47(2): 195-209.

➤ DOI: 10.22038/jmds.2023.65817.2175

چکیده

مقدمه: دهان به عنوان آینه سلامت میتواند انعکاسی از سلامت بدن باشد. تشخیص و درمان به موقع ضایعات میتواند نقش مؤثری در پروگنوز آنها داشته باشد. مقایسه فراوانی ضایعات دهانی - فکی در مناطق مختلف در سیاست گذاری سلامت از ارزش بالایی برخوردار است. از این رو، مطالعه حاضر به منظور تهیه‌ی پروفایل (مشخصات کامل پرونده) ضایعات دهان و فک و صورت در مراجعین به دانشکده‌ی دندانپزشکی یزد از سال ۱۳۸۹ تا سال ۱۴۰۰ انجام شد.

* مؤلف مسئول، نشانی: یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان

E-mail: dr.owlia@gmail.com

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی، ۱۵۷۷۹ پرونده‌ی دارای ضایعات دهان و فک و صورت در بخش‌های بیماری‌های دهان و آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت یزد مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس و مشخصات بالینی ضایعات مانند نوع ضایعات، محل و سمت ضایعات در بازه زمانی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰ جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۵ و آزمون آماری کای-اسکوئر تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: فراوانی کلی پروفایل ضایعات دهان و فک و صورت در بین کلیه مشکلات دهان و دندان مراجعه‌کنندگان به دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد در بازه زمانی مورد بررسی، در مطالعه حاضر، ۳۵ درصد بود. میانگین سن بیماران $34/8 \pm 13/8$ سال بود. ضایعات، بیشترین فراوانی را در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹/۹ سال داشتند. ضایعات به‌طور کلی در جنس مؤنث فراوانتر بودند. فراوان‌ترین دسته از ضایعات به‌ترتیب، ضایعات اپی‌تلیالی، نقایص تکاملی، ضایعات تحریکی و تومورهای بافت نرم بودند. فراوان‌ترین مکان بروز ضایعات به‌ترتیب، پوست صورت (۳۰/۲ درصد)، زبان (۱۶/۳ درصد) و مخاط باکال (۹/۸ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه می‌تواند در آموزش به دانشجویان و دندان‌پزشکان و همچنین انجام مطالعات بعدی و برنامه‌ریزی برای پیشگیری و درمان ضایعات مورد توجه باشد.

کلمات کلیدی: تظاهرات دهانی، ضایعات دهانی، بیوپسی، حفره دهان

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۲ دوره ۴۷ / شماره ۲: ۱۹۵-۲۰۹.

مقدمه

حفره دهان ورودی دستگاه گوارش و دستگاه تنفسی است. لایه مخاطی دهان شامل اپیتلیوم سنگفرشی است که بافت همبند عروقی را می‌پوشاند.^(۱) ضایعات دهانی شامل هر گونه تغییر غیر طبیعی و تورم در بافت دهان است که این تغییرات می‌تواند به دنبال محرک‌های موضعی در محل یا متعاقب بیماری‌های سیستمیک به وجود آیند.^(۲) ضایعات مختلف حفره‌ی دهان می‌توانند مشکلات قابل توجهی را برای سلامت بدن به وجود آورند.^(۳و۴) سلامت دهان اهمیت خاصی در کیفیت زندگی افراد دارد. ضایعات دهانی می‌تواند منجر به ناراحتی، درد و تداخل با عملکرد جویدن، بلع و تکلم گردد. همچنین موجب بروز علائمی چون بوی بد و خشکی دهان می‌گردد که می‌تواند با فعالیتهای اجتماعی روزانه بیماران تداخل ایجاد کند.^(۵) با آنکه بیشتر ضایعات غیر نئوپلاستیک حفره‌ی دهان محدودشونده و بی‌خطر هستند، برخی از ضایعات نیز پیش‌بدخیم محسوب می‌شوند و برخی دیگر از آن‌ها در صورتی که درمان نشوند ممکن است به عواقبی خطرناک و حتی مرگ منجر شوند. همچنین نئوپلاسم‌های خوش‌خیم بافت نرم دهان می‌توانند موضعا

مهاجم باشند و بدخیمی‌های دهان نرخ ابتلا و مرگ و میر

بالایی دارند.^(۳)

فراوانی ضایعات دهانی در هر جمعیتی متفاوت است.^(۶) آگاهی نسبت به میزان فراوانی این ضایعات در یک منطقه‌ی جغرافیایی خاص، از طریق شناسایی عوامل اتیولوژیک احتمالی موجب تسهیل برنامه‌ریزی برای درمان و استراتژی‌های پیشگیرانه‌ی مناسب می‌شود. با توجه به اختلاف نژادی و فرهنگی در کشور ما با سایر نقاط جهان، نمی‌توان آمار ارائه‌شده در کتب مرجع را به جمعیت کشور تعمیم داد. بررسی پروفایل ضایعات دهان می‌تواند در راستای تعیین میزان فراوانی هر یک از ضایعات دهانی و فکی در جامعه و مقایسه توزیع فراوانی آن‌ها با سایر نقاط ایران و جهان کمک‌کننده باشد. Joseph و همکاران^(۴) فراوانی، شیوع و توزیع ضایعات دهانی ذکر شده برای تشخیص هیستوپاتولوژیک در آزمایشگاه پاتولوژی دهان در دانشگاه کویت را در یک بازه ۱۸ ساله ارزیابی کرد. او نشان داد که ضایعات مخاطی شایع‌ترین ضایعات تشخیص داده شده بودند و اکثر آنها خوش‌خیم بودند.

مطالعات تحقیقاتی ذکر کرده بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. در این مطالعه در مجموع ۴۵۴۰۶ پرونده‌ی بیمار بررسی شد (۴۴۳۳۵ پرونده‌ی مربوط به بخش بیماری‌های دهان و ۱۰۷۱ پرونده‌ی مربوط به آسیب‌شناسی دهان) که بعد از حذف موارد فاقد شرایط بررسی و موارد تکراری، ۱۵۷۷۹ پرونده‌ی دارای ضایعه مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است، متغیرهای جنس و سن در رابطه با تعداد کل پرونده‌ها (مراجعه‌ین) بررسی و محاسبه گردید. لیکن از آنجاکه در برخی از مراجعه‌ین، چند ضایعه مختلف وجود داشت، لذا آمار مربوط به متغیرهای سمت و مکان ضایعه در رابطه با کل ضایعات محاسبه گردید.

به منظور آنکه بیماران با ضایعات مختلف از آمار حذف نشوند، کلیه پرونده‌های بخش‌های ذکر شده جمع‌آوری و بررسی شد و در صورتی که ضایعه بیوپسی شده بود، تشخیص هیستوپاتولوژیک به عنوان تشخیص نهایی و قطعی و ملاک طبقه‌بندی قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۵ و آزمون آماری Chi-square (جهت مقایسه داده‌های کیفی بین زیر گروه‌ها) تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

بررسی کلیه پرونده‌ها بدون ذکر نام و اطلاعات شخصی بیماران و به صورت محرمانه انجام شد. در صورتی که در پرونده هر یک از بیماران عدم تمایل آن‌ها به استفاده از اطلاعات پرونده در تحقیقات ذکر شده بود، آن پرونده از مطالعه حذف می‌شد. همچنین این مطالعه در «کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد» به شماره IR. SSU. REC. 1400. 129 به تصویب رسید.

یافته‌ها

از بین مجموع ۴۵۴۰۶ پرونده‌ی بررسی شده، ۱۵۷۷۹ پرونده (مربوط به هر مراجعه کننده) دارای ضایعه‌ی دهان و فک و صورت و مربوط به آسیب‌شناسی دهان بعد از

Aljazaeri و همکاران^(۱) بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۷، مطالعه‌ای بر روی ۵۶۰ بیوپسی از ضایعات دهانی موجود در آزمایشگاه‌های هیستوپاتولوژی دانشکده دندانپزشکی و بیمارستانهای بصره انجام دادند. بیشترین مکان ضایعات به ترتیب زبان، مخاط باکال و لثه بود. از طرفی ۱۹/۱ درصد را ضایعات بدخیم، ۱۶/۳ درصد ضایعات خوش خیم، ۱۳/۲ درصد کیست، ۶/۱ درصد ضایعات بزاقی و ۲/۹ درصد را ضایعات ایمونولوژیک تشکیل می‌دادند. ریانی و همکارانش^(۷) با بررسی ضایعات دهانی افراد ساکن خانه سالمندان اظهار داشتند که بیشترین ضایعه‌ای که در این سالمندان مشاهده شد، پیگمانتاسیون (۴۲/۶ درصد) بوده و شایعترین مکان برای بروز ضایعات، لثه و ریح آلوتولار (۳۱/۷ درصد) بود.

لذا این مطالعه، به منظور جمع‌آوری اطلاعات کلینیکی و پاتولوژی موجود در بخش‌های بیماری‌های دهان و آسیب‌شناسی دهان و تهیه پروفایل کامل ضایعات دهانی و فکی در بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده‌ی دندانپزشکی یزد در طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها

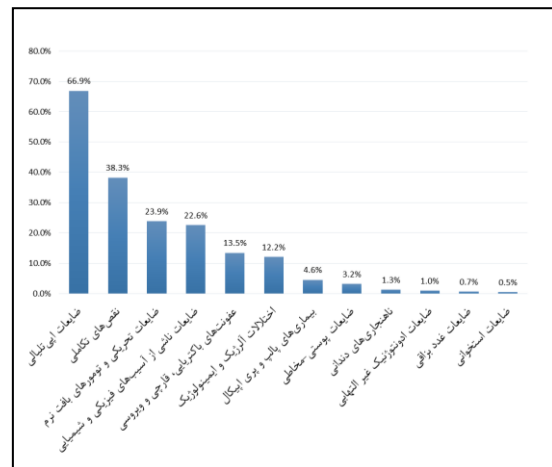
در این مطالعه توصیفی-مقطعی، پرونده کلیه‌ی بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده‌ی دندانپزشکی یزد در طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰ موجود در بخش‌های بیماری‌های دهان و آسیب‌شناسی دهان بررسی شد. مطالعه حاضر با کد اخلاق IR. SSU. REC. 1400. 129 مورد تصویب کمیته اخلاق منطقه‌ای قرار گرفته بود. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس و مشخصات بالینی ضایعات مانند نوع ضایعات، محل و سمت ضایعات در بازه زمانی ۳۰ بهمن ۱۳۸۹ تا ۲۵ اسفند ۱۴۰۰ جمع‌آوری شد. پرونده‌های دارای نقص اطلاعات و همچنین پرونده‌هایی که در آن بیمار عدم رضایت خود را نسبت به استفاده از اطلاعات پرونده در

فراوان‌ترین دسته از ضایعات در میان پرونده‌های دارای ضایعه‌ی دهان، فک و صورت، ضایعات اپی‌تلیالی بودند (۶۶/۹ درصد). این دسته از ضایعات شامل ضایعات اپی‌تلیوم مخاط دهان و پوست صورت بود و دربردارنده‌ی زیر گروه‌های پیگمانتاسیون (ضایعات هایپرپیگمانته و هایپوپیگمانته) بودند. این دسته از ضایعات شامل انواع خال‌های صورت و داخل دهانی، کک و مک (Freckle)، پیگمانتاسیون فیزیولوژیک، ملاسما، ماکول ملانوتیک دهانی و ویتیلیگو، ضایعات هایپرپلاستیک خوش‌خیم (اسکارهای صورت، هایپرکراتوز خوش‌خیم، استوماتیت نیکوتینی و هایپرپلازی سباسه)، ضایعات پیش‌بدخیم (کراتوز مرتبط با تنباکوی غیرتدخینی، لکوپلاکیا، دیسپلازی و فیروز زیرمخاطی دهانی)، ضایعات بدخیم (سرطان سلول سنگفرشی، وروکوز کارسینوما، ملانوم بدخیم و سرطان سلول سنگفرشی پایلاری) و ضایعات مرتبط با HPV اپی‌تلیالی (زگیل، وروکا و لگاریس)، اسکواموس پاپیلوما و هایپرپلازی اپی‌تلیالی چندکانونی بود.

نقص‌های تکاملی با ۶۰۳۹ مورد (۳۸/۳ درصد)، شامل زبان شیاردار، توروس کامی، گرانول‌های فوردایس، لوکوادم، واریس‌های زیرزبانی، زبان مودار، انکیلوگلوسیا، اگزوستوز، توروس مندیبولاریس و کامیشورال لپ پیت، ضایعات تحریکی و تومورهای بافت نرم با ۳۷۷۳ مورد (۲۳/۹ درصد) شامل ضایعات واکنشی (فیبروم تحریکی، آویخته‌ی فرنوم (Frenal tag) و...) و ضایعات خوش‌خیم بافت نرم (شامل بدشکلی‌های عروقی، تلانژکتازی، همانژیوم، لیپوم، نوروفیبروم، فیبرولیپوم، آنژیولیپوم، میوفیروما، همانژیولنفانژیوما، آنژیوفیروم نازوفارینژیال، تومور سلول گرانولر و فیبروماتوزیس لته‌ای) و ضایعات ناشی از آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی با ۳۵۷۴ مورد (۲۲/۶ درصد)، شامل لینه‌آلبا، زخم تروماتیک، جویدن عادت

حذف موارد تکراری، واجد شرایط بررسی در مطالعه بودند. از آنجا که تعداد ضایعات ثبت شده در هر پرونده، از ۱ تا ۸ ضایعه‌ی مختلف دهان و فک و صورت متغیر بود، در مجموع ۳۸۱۵۶ ضایعه در پرونده‌ها تشخیص داده شده بود که از این تعداد، ۳۷۰۸۵ ضایعه مربوط به بخش بیماری‌های دهان بود و ۱۰۷۱ مورد مربوط به پرونده‌های بخش آسیب‌شناسی دهان بود که براساس بررسی هیستوپاتولوژیک تشخیص داده شده بود. درصد فراوانی کلی ضایعات دهان و فک و صورت شامل ضایعات مخاط دهان، استخوان فکین و پوست صورت در جمعیت مراجعه‌کننده به دانشکده‌ی دندان‌پزشکی یزد طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۰، ۳۵ درصد بود.

فراوان‌ترین دسته از ضایعات در میان پرونده‌های دارای ضایعه‌ی دهان، فک و صورت، ضایعات اپی‌تلیالی بودند (۶۶/۹ درصد). درصد فراوانی ضایعات به تفکیک در نمودار ۱ آمده است.



نمودار ۱: توزیع فراوانی ضایعات دهان و فک و صورت در

پرونده‌های بررسی شده

(ادونتوژنیک میگزوما و ادونتوژنیک فیبروما) و ضایعات متفرقه‌ی ادونتوژنیک (فولیکول دندان‌ی و فولیکول دندان‌ی هایپرپلاستیک)، ضایعات غدد بزاقی با ۱۰۳ مورد (۰/۷ درصد) شامل ضایعات خوش‌خیم بزاقی (موکوسل/رانولا، سیالوسیست، سیالادنیت مزمن، پلئومورفیک آدنوما، میوایپتلیوما، مونومورفیک آدنوما و درمال سیلندروما) و تومورهای بدخیم بزاقی (موکوپیدرموئید کارسینوما Minimally invasive carcinoma ex-pleomorphic adenoma، Polymorphus low-grade adenocarcinoma، Epithelial Myoepithelial Carcinoma و آدنوئید سیستیک کارسینوما) و ضایعات استخوانی با ۷۲ (۰/۵ درصد)، شامل ضایعات فیبرواسئوس (فیروز دیسپلازا، سمتواسئوس دیسپلازا و اسیفاینگ فیبروما و اسیفاینگ فیبرومای جوانان)، تومورهای خوش‌خیم (استئوما، استئوئید استئوما و دسموپلاستیک فیبروما)، ضایعات واکنشی (CGCG و Aneurysmal bone cyst)، ضایعات التهابی استخوان فکین (استئیت مزمن و پروسه‌ی التهابی)، تومورهای بدخیم (استئوسارکوم، کندروسارکوم و Round cell tumor) و ضایعات متفرقه‌ی استخوانی (استئواسکلروز ایدیوپاتیک، تومور باقی‌مانده، اسکار و همانژیوم داخل استخوانی).

فراوان‌ترین مکان بروز ضایعات به‌ترتیب، پوست صورت با ۱۱۵۰۳ مورد (۳۰/۲ درصد)، زبان ۶۱۹۸ مورد (۱۶/۳ درصد) و مخاط باکال ۳۷۲۱ مورد (۹/۸ درصد) بود. لته ۱۵۹۹ (۴/۲ درصد)، کام ۱۳۲۷ (۳/۵ درصد)، لب‌ها و مخاط لب ۱۱۶۵ (۳/۱ درصد) و استخوان مندیبل ۳۴۹ (۰/۹ درصد) در رده‌های بعدی از لحاظ فراوانی قرار داشتند. کمترین میزان فراوانی نیز مربوط به مخاط آلوئولار با ۱۸۶ مورد (۰/۵ درصد)، استخوان ماگزیلا با ۱۷۵ مورد (۰/۵ درصد) و کف دهان با ۴۰ مورد (۰/۱ درصد) بود. همچنین ۲۲۴۸ مورد (۵/۹ درصد) از ضایعات در سایر مکان

گونه، آمالگام تتو، ملانوز مرتبط با سیگار، لب پوسته‌پوسته (Exfoliative cheilitis) و هماتوم از لحاظ فراوانی در رده‌های بعدی قرار داشتند.

عفونت‌های باکتریایی، قارچی و ویروسی با ۲۱۲۸ مورد (۱۳/۵ درصد)، شامل عفونت‌های باکتریایی، قارچی و ویروسی (آکنه، کاندیدیاژیس، هرپس لبی، دنچر استوماتایتیس، گلوست لوزی شکل میانی زبان، شقاق گوشه لب، التهاب لوزه، هرپس داخل دهانی، اکتینوما بکوزیس و توبرکلوزیس)، اختلالات آلرژیک و ایمونولوژیک با ۱۹۲۲ مورد (۱۲/۲ درصد)، شامل زبان جغرافیایی، آفت و اریتم مهاجر، بیماری‌های پالپ و پری اپیکال با ۷۳۳ مورد (۴/۴ درصد)، شامل آبسه، سینوس ترکت و پارولیس، کیست رادیکولار، گرانولوم پری اپیکال، کیست رزیجوال، Condensing osteitis و استئومیلیت و ضایعات پوستی - مخاطی با ۵۰۸ مورد (۳/۲ درصد)، شامل لیکن پلان، واکنش لیکنوئیدی و پمفیگوس و لگاریس، پفیگوئید غشای مخاطی، لوپوس دیسکوئید و پفیگوس پارائتوپلاستیک، فراوانی کمتری داشتند.

کمترین میزان فراوانی نیز مربوط به موارد زیر بود: ناهنجاری‌های دندان‌ی با ۲۰۳ مورد (۱/۳ درصد) شامل فلوروزیس، هایپوپلازی، آملوژنزیس ایمپرکتا و دندان اضافه، ضایعات ادونتوژنیک غیر التهابی با ۱۵۱ مورد (۱/۱ درصد) شامل کیست‌های تکاملی، کیست دانتی ژور، ادونتوژنیک کراتوسیست (OKC)، کیست ادونتوژنیک ارتوکراتینیزه، گلندولار ادونتوژنیک سیست، لترال پریدنتال سیست و کلسیفاینگ ادونتوژنیک سیست، تومورهای ادونتوژنیک با منشا اپی‌تلیوم (آملوبلاستوما، آملوبلاستومای یونی‌سیستیک، سنترال آملوبلاستوما و ادونتوآملوبلاستوما)، تومورهای ادونتوژنیک مختلط (ادونتومای کامپلکس و کامپاند)، تومورهای ادونتوژنیک با منشا اکتومزانثیم

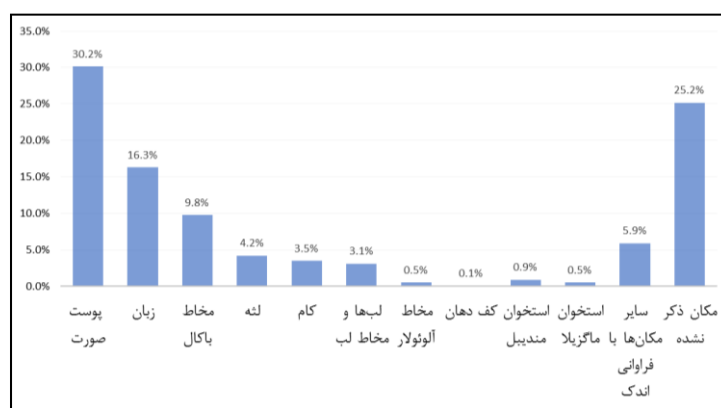
بدون ذکر جزئیات بیشتر بودند. از میان موارد مشاهده شده در لبها و مخاط لبها، ۲۸۴ ضایعه (۲۴/۴ درصد) مربوط به لب پایین و ۱۱۰ ضایعه (۹/۴ درصد) مربوط به لب بالا بودند و ۷۷۱ ضایعه (۶۶/۲ درصد) بدون ذکر جزئیات بیشتر بودند. ضایعات مشاهده شده در کام عمدتاً مربوط به کام سخت بودند؛ ۱۰۷۹ ضایعه (۸۱/۳ درصد) کام سخت، ۲۱ ضایعه (۱/۶ درصد) کام نرم و ۲۲۷ ضایعه (۱۷/۱ درصد) بدون ذکر جزئیات بیشتر بودند. همچنین ضایعات مشاهده شده در مخاط آلوئولار عمدتاً در مخاط آلوئولار فک پایین دیده شده بودند؛ ۱۰۴ ضایعه (۵۵/۹ درصد) مخاط آلوئولار فک پایین، ۴۶ ضایعه (۲۴/۹ درصد) مخاط آلوئولار فک بالا و ۳۶ ضایعه (۱۹/۲ درصد) بدون ذکر جزئیات بیشتر بودند.

همچنین ضایعات به طور کلی در سمت راست فراوانتر از سمت چپ و میدلاین بودند؛ سمت راست ۱۲۲۲ ضایعه (۳/۲ درصد)، سمت چپ ۱۰۹۷ ضایعه (۲/۹ درصد)، دوطرفه ۵۰۹ ضایعه (۱/۳ درصد)، میدلاین ۴۷ ضایعه (۰/۱ درصد) و ۳۵۲۸۱ ضایعه (۹۲/۵ درصد) بدون ذکر سمت درگیر بودند ($P=0/018$) (جدول ۱).

ها با فراوانی کمتر شامل فرنوم لبیال و لوزهها دیده شدند. برای ۹۵۹۷ مورد (۲۵/۲ درصد) از کل ضایعات نیز مکانی ذکر نشده بود (نمودار ۲).

در میان ضایعاتی که در زبان مشاهده شده بودند، ۴۵۹ ضایعه (۷/۴ درصد) در سطح شکمی، ۳۷۸ ضایعه (۶/۱ درصد) در سطح پشتی و ۱۵۵ ضایعه (۲/۵ درصد) در سطح طرفی دیده شده بودند و در مورد مابقی موارد (۵۲۰۶ ضایعه، ۸۴ درصد) جزئیات بیشتری ذکر نشده بود. در مورد ضایعاتی که در استخوان مندیبل دیده شده بودند، ۱۰۲ ضایعه (۲۹/۲ درصد) مربوط به خلف مندیبل و ۲۵ ضایعه (۷/۲ درصد) مربوط به قدام مندیبل بودند و ۲۲۲ ضایعه (۶۳/۶ درصد) بدون ذکر جزئیات بیشتر بودند. همچنین در میان ضایعات مشاهده شده در استخوان ماگزایلا، ۴۴ ضایعه (۲۴/۹ درصد) مربوط به قدام ماگزایلا و ۲۴ ضایعه (۱۳/۶ درصد) مربوط به خلف ماگزایلا بودند و ۱۰۷ ضایعه (۶۱/۶ درصد) بدون ذکر جزئیات بیشتر بودند.

از کل موارد مشاهده شده در لثه، ۱۵۷ ضایعه (۹/۸ درصد) در لثه‌ی فک بالا و ۱۵۷ ضایعه (۹/۸ درصد) در لثه فک پایین دیده شده بودند و ۱۲۸۵ ضایعه (۸۰/۵ درصد)



نمودار ۲: توزیع فراوانی ضایعات دهان و فک و صورت در پرونده‌های بررسی شده بر حسب محل ضایعه

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع ضایعات دهان و فک و صورت بر حسب سمت رخداد ضایعه

فراوانی برحسب سمت						ضایعات
کل	سمت ذکر نشده	دوطرفه	سمت چپ	میدلاین	سمت راست	
تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	
(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	
۱۸۱۲۵	(۹۷/۰۴)	۹۶	۱۷۱	۸	۲۶۰	ضایعات اپی تلیالی
(۱۰۰/۰)	۱۷۵۹۰	(۰/۵)	(۰/۹۲)	(۰/۰۴)	(۱/۴)	
۷۰۷۱	۶۶۲۵	۱۳۷	۱۳۷	۵	۱۶۷	نقص های تکاملی
(۱۰۰/۰)	(۹۳/۷)	(۱/۹)	(۱/۹)	(۰/۱)	(۲/۴)	
۴۲۴۱	۳۸۹۹	۱۲	۱۷۸	۱۴	۱۳۸	ضایعات بافت نرم
(۱۰۰/۰)	(۹۱/۹)	(۰/۳)	(۴/۲)	(۰/۳)	(۳/۳)	
۲۶۲۴	۲۱۲۰	۱۱۷	۲۰۸	۶	۱۷۳	آسیب های فیزیکی و شیمیایی
(۱۰۰/۰)	(۸۰/۸)	(۴/۵)	(۷/۹)	(۰/۲)	(۶/۶)	
۲۲۷۸	۲۱۴۸	۱۷	۶۲	۰	۵۱	عفونت های باکتریایی، قارچی و ویروسی
(۱۰۰/۰)	(۹۴/۳)	(۰/۷)	(۲/۷)	(۰/۰)	(۲/۳)	
۱۹۸۱	۱۸۹۳	۱۱	۱۷	۰	۶۰	ضایعات آلرژیک و ایمونولوژیک
(۱۰۰/۰)	(۹۵/۶)	(۰/۶)	(۰/۹)	(۰/۰)	(۳/۴)	
۷۱۸	۳۴۱	۸	۱۷۷	۵	۱۸۶	بیماری های پالپ و پری اپیکال
(۱۰۰/۰)	(۴۷/۶)	(۱/۱)	(۲۴/۷)	(۰/۷)	(۲۵/۹)	
۵۵۳	۲۷۰	۱۰۷	۶۷	۶	۱۰۳	ضایعات پوستی-مخاطی
(۱۰۰/۰)	(۴۸/۸)	(۱۹/۳)	(۱۲/۲)	(۱/۱)	(۱۸/۶)	
۲۰۸	۲۰۸	۰	۰	۰	۰	ناهنجاری های دندان
(۱۰۰/۰)	(۱۰۰/۰)	(۰/۰)	(۰/۰)	(۰/۰)	(۰/۰)	
۱۶۶	۷۰	۱	۵۴	۰	۴۲	ضایعات ادنتوزنیک غیرالتهابی
(۱۰۰/۰)	(۴۱/۹)	(۰/۶)	(۳۲/۳)	(۰/۰)	(۲۵/۲)	
۱۰۹	۸۱	۰	۴	۲	۲۲	ضایعات غدد بزاقی
(۱۰۰/۰)	(۷۴/۳)	(۰/۰)	(۳/۷)	(۱/۸)	(۲۰/۲)	
۷۲	۳۰	۳	۱۹	۱	۱۹	ضایعات استخوانی
(۱۰۰/۰)	(۴۱/۷)	(۴/۱)	(۲۶/۴)	(۱/۴)	(۲۶/۴)	

از دسته ی ضایعات ادنتوزنیک ($P = ۰/۰۰۰۱$) و ضایعات غدد بزاقی ($P = ۰/۰۰۱$) که در مردان فراوانی بیشتری نسبت به زنان داشتند، دیگر دسته های ضایعات در زنان فراوان تر بودند (جدول ۲).

ضایعات به طور کلی در جنس مؤنث فراوانی بیشتری نسبت به جنس مذکر داشتند، ۹۹۹۵ ضایعه ($۶۳/۳$ درصد) در جنس مؤنث و ۵۷۸۴ ضایعه ($۳۶/۶$ درصد) در جنس مذکر. نسبت جنس مؤنث به مذکر برابر با $۱/۷$ بود. به غیر

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع ضایعات دهان و فک و صورت بر حسب جنس

P-value	مؤنث تعداد (درصد)	مذکر تعداد (درصد)	
۰/۰۰۰۱	۶۹۱۷ (۳۶/۵۹)	۳۶۳۷ (۴۲/۰۹)	ضایعات اپی تلیالی
۰/۰۰۰۱	۳۶۰۰ (۱۹/۰۴)	۲۴۳۹ (۲۸/۲۲)	نقص‌های تکاملی
۰/۶۹۳	۲۳۷۷ (۱۲/۵۷)	۱۳۹۴ (۱۶/۱۳)	ضایعات تحریکی و تومورهای بافت نرم
۰/۹۷۵	۲۲۶۳ (۱۱/۹۷)	۱۳۱۱ (۱۵/۱۷)	آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی
۰/۰۰۰۱	۱۴۲۹ (۷/۵۶)	۶۹۹ (۸/۰۹)	عفونت‌های باکتریایی/قارچی/ویروسی
۰/۲۰۹	۱۲۴۴ (۶/۵۸)	۶۷۸ (۷/۸۴)	ضایعات آلرژیک و ایمنونولوژیک
۰/۲۴۶	۴۲۸ (۲/۲۶)	۲۷۱ (۳/۱۳)	بیماری‌های پالپ و پری اپیکال
۰/۷۶۷	۳۲۵ (۱/۷۱)	۱۸۳ (۲/۱۱)	ضایعات پوستی-مخاطی
۰/۰۰۷	۱۴۷ (۰/۷۷)	۵۶ (۰/۶۴)	ناهنجاری‌های دندانی
۰/۰۰۰۱	۷۲ (۰/۳۸)	۹۴ (۱/۰۸)	ضایعات ادونتوزنیک غیرالتهابی
۰/۰۰۱	۴۸ (۰/۲۵)	۵۴ (۰/۶۲)	ضایعات غدد بزاقی
۰/۱۱۸	۵۲ (۰/۲۷)	۲۰ (۰/۲۳)	ضایعات استخوانی
۰/۰۰۰۱	۱۸۹۰۲ (۱۰۰/۰)	۸۶۴۰ (۱۰۰/۰)	فراوانی کل

Chi-square test

گروه‌های سنی در جدول ۳ آورده شده است.
($P = ۰/۰۰۰۱$).

بر اساس آزمون آماری کای اسکوتر تفاوت‌های مشاهده شده در توزیع فراوانی دسته‌های ضایعات بر حسب جنس، برای دسته‌های ضایعات اپی تلیالی، ضایعات ادونتوزنیک، ضایعات غدد بزاقی، نقایص تکاملی، عفونت‌ها و ناهنجاری‌های دندانی معنادار بود. همچنین تفاوت‌های مشاهده شده در توزیع فراوانی دسته‌های ضایعات بر حسب گروه سنی ($P = ۰/۰۰۰۱$)، مکان و سمت ($P = ۰/۰۱۸$) در بین دسته‌ها معنادار بود. ($P < ۰/۰۵$).

ضایعات اپی تلیالی در جنس مؤنث به‌طور معناداری فراوان‌تر از جنس مذکر بودند؛ ضایعه (۶۵/۵ درصد) در جنس مؤنث و ۳۶۳۷ ضایعه (۳۴/۵ درصد) در جنس مذکر ($P = ۰/۰۰۰۱$).

بازه‌ی سنی بیماران از ۴ تا ۹۳ سال و میانگین سن آن‌ها $۳۴/۸ \pm ۱۳/۸$ سال بود. ضایعات به‌طور کلی بیشترین فراوانی را در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹/۹ سال (۵۶/۳ درصد)، و کمترین میزان فراوانی را در گروه‌های سنی زیر ۱۰ سال (۱/۳ درصد) داشتند. درصد فراوانی بروز ضایعات بر حسب

جدول ۳: توزیع فراوانی انواع ضایعات بر حسب گروه سنی

P-value	گروه سنی							ضایعات
	کل	سن ذکر نشده	بالای ۶۰ سال	۴۰-۵۹ سال	۲۰-۳۹ سال	۱۰-۱۹ سال	زیر ۱۰ سال	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۰۰۰۱	۱۰۵۵۴ (۱۰۰/۰)	۶ (۷/۷۹)	۴۷۵ (۵۶/۹۵)	۲۵۳۷ (۶۰/۷۵)	۶۲۵۳ (۷۰/۳۹)	۱۱۷۷ (۷۳/۱۵)	۱۰۶ (۵۰/۹۶)	ضایعات اپی تلیالی
۰/۰۰۰۱	۶۰۳۹ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۳۸۰ (۴۵/۵۶)	۱۹۹۳ (۴۷/۷۲)	۳۲۷۵ (۳۶/۸۶)	۳۸۵ (۲۳/۹۲)	۶ (۲/۸۸)	نقص های تکاملی
۰/۰۰۰۱	۳۷۷۳ (۱۰۰/۰)	۲۶ (۳۳/۷۶)	۲۲۵ (۲۶/۹۷)	۱۰۰۵ (۲۴/۰۶)	۲۱۶۴ (۲۴/۳۶)	۳۲۵ (۲۰/۱۹)	۲۸ (۱۳/۴۶)	ضایعات بافت نرم
۰/۰۰۰۱	۳۵۷۴ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱۲۱ (۱۴/۵)	۹۸۲ (۲۳/۵۱)	۲۰۵۹ (۲۳/۱۷)	۳۹۵ (۲۴/۵۴)	۱۶ (۷/۶۹)	آسیب های فیزیکی و شیمیایی
۰/۰۰۰۱	۲۱۲۸ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱۳۷ (۱۶/۴۲)	۴۹۵ (۱۱/۸۵)	۱۱۴۹ (۱۲/۹۳)	۳۳۸ (۲۱)	۹ (۴/۳۲)	عفونت ها
۰/۰۰۰۱	۱۹۲۲ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۳۷ (۴/۴۳)	۴۷۶ (۲۴/۸)	۱۲۱۲ (۱۳/۶۴)	۱۸۱ (۱۱/۲۴)	۱۶ (۷/۶۹)	ضایعات آلرژیک و ایمونولوژیک
۰/۰۰۰۱	۷۳۳ (۱۰۰/۰)	۱۰ (۱۲/۹۸)	۴۳ (۵/۱۵)	۱۴۹ (۱۱/۳۹)	۳۸۴ (۴/۳۲)	۶۹ (۴/۲۸)	۴۵ (۲۱/۶۳)	بیماری های پالپ و پری اپیکال
۰/۰۰۰۱	۵۰۸ (۱۰۰/۰)	۷ (۹/۰۹)	۳۵ (۴/۱۹)	۲۵۹ (۶/۲)	۲۰۳ (۲/۲۸)	۴ (۰/۲۴)	۰ (۰/۰)	ضایعات پوستی-مخاطی
۰/۰۰۰۱	۲۰۳ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۲۰ (۰/۴۷)	۱۵۸ (۱/۷۷)	۱۸ (۱/۱۱)	۷ (۳/۳۶)	ناهنجاری های دندانی
۰/۰۰۰۱	۱۵۱ (۱۰۰/۰)	۱۸ (۲۳/۳۷)	۷ (۰/۸۳)	۳۳ (۰/۵۵)	۶۶ (۰/۷۴)	۲۸ (۱/۷۴)	۱۵ (۷/۲۱)	ضایعات ادونتوزنیک غیرالتهابی
۰/۰۰۰۱	۱۰۳ (۱۰۰/۰)	۲ (۲/۵۹)	۱۸ (۲/۱۵)	۱۸ (۰/۴۳)	۴۲ (۰/۴۷)	۲۱ (۱/۳)	۲ (۰/۹۶)	ضایعات غدد بزاقی
۰/۰۰۰۱	۷۲ (۱۰۰/۰)	۴ (۵/۱۹)	۲ (۰/۲۳)	۲۵ (۰/۵۹)	۲۷ (۰/۳)	۱۱ (۰/۶۸)	۳ (۱/۴۴)	ضایعات استخوانی
۰/۰۰۰۱	۱۵۷۷۹ (۱۰۰/۰)	۷۷ (۱۰۰/۰)	۸۳۴ (۱۰۰/۰)	۴۱۷۶ (۱۰۰/۰)	۸۸۸۳ (۱۰۰/۰)	۱۶۰۹ (۱۰۰/۰)	۲۰۸ (۱۰۰/۰)	فراوانی کل

chi-square test

بحث

اطلاعات درباره‌ی فراوانی ضایعات دهانی و فکی، بخش مهمی از حرفه‌ی سلامت دهان را تشکیل می‌دهد و اطلاعات اپیدمیولوژیک را در مورد توزیع این ضایعات در میان جمعیت‌ها فراهم می‌کند.^(۸)

فراوانی کلی ضایعات دهان، فك و صورت در مطالعه‌ی حاضر ۳۵ درصد بود که نزدیک به مطالعه‌ی Mathew و همکاران در هند و Mumco در ترکیه بود که در آن فراوانی ضایعات دهانی به طور کلی در معاینه‌خانه به خانه ۷۶۵ نفر از ساکنین استانبول، ۴۱/۷ درصد گزارش شد.^(۹،۱۰) همچنین فراوانی ضایعات دهانی در مطالعه‌ی Pentenero و همکاران^(۱۱) و مطالعه‌ی Kansky و همکاران^(۱۲) به ترتیب ۲۵ درصد و ۲۷ درصد ذکر شده بود، که به مطالعه‌ی حاضر نزدیک بود. باین حال، میزان فراوانی ضایعات دهانی در برخی دیگر از مطالعات پایین‌تر گزارش شده بود.^(۱۳-۱۵) تفاوت در میزان فراوانی ضایعات دهانی را می‌توان به تفاوت‌های نژادی، جغرافیایی، فرهنگی و نیز تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه و تفاوت در میزان و نحوه‌ی ثبت اطلاعات در مراکز مختلف در مطالعات مختلف مرتبط دانست. همچنین برخلاف بسیاری از مطالعات، در مطالعه‌ی حاضر ضایعات صورتی نیز بررسی شده بود که این مسئله را نیز می‌توان دلیلی برای بالاتر بودن میزان فراوانی ضایعات نسبت به برخی دیگر از مطالعات دانست.

در مطالعه‌ی حاضر، فراوان‌ترین محل بروز ضایعات به ترتیب پوست صورت، زبان و مخاط باکال بود که با مطالعه‌ی Saleh و همکاران^(۱۶) در عربستان که در آن فراوان‌ترین مکان بروز ضایعات، زبان و مخاط باکال گزارش شد و همچنین با مطالعه‌ی Monteiro و همکاران^(۸) در پرتغال که در آن فراوان‌ترین محل بروز ضایعات به ترتیب مخاط لبیال، مخاط باکال و زبان گزارش شد، مشابهت داشت. همچنین

در مطالعه‌ی Molania و همکاران^(۵)، زبان، مخاط باکال و کام فراوان‌ترین مکان‌های بروز ضایعات دهانی بودند. در مطالعه‌ی Fadil و Al-Essa^(۱۴) و Shulman^(۱۷) نیز مشابه مطالعه‌ی حاضر، مخاط باکال سومین مکان شایع بروز ضایعات دهانی گزارش شده بود.

لبها و مخاط لبیال که در مطالعه‌ی حاضر ششمین مکان شایع بروز ضایعات بود در برخی دیگر از مطالعات همچون مطالعه‌ی Shulman^(۱۷) و مطالعه‌ی Monteiro و همکاران^(۸)، رتبه‌ی اول را از لحاظ میزان فراوانی داشت. این تفاوت را می‌توان به تفاوت در طراحی و جمعیت مورد مطالعه نسبت داد. مطالعه‌ی Shulman^(۱۷) بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، تنها بر روی جوانان و کودکان انجام شد و ضایعات با تشخیص هیستوپاتولوژیک در آن مورد بررسی قرار نگرفته بود. همچنین در مطالعه‌ی Monteiro و همکاران^(۸) تنها ضایعات بیوپسی‌شده بررسی شده بود. ریانی و همکارانش^(۷) با بررسی ضایعات دهانی افراد ساکن خانه سالمندان اظهار داشتند که بیشترین ضایعه‌ای که در این سالمندان مشاهده شد، پیگماتتاسیون (۴۲/۶ درصد) و شایع‌ترین مکان برای بروز ضایعات، لثه و ریح آلوتولار (۳۱/۷ درصد) بود که با مطالعه‌ی حاضر مغایرت داشت؛ این تفاوت را می‌توان به گروه سنی بالاتر مطالعه‌ی وی و استفاده بیشتر از دنچر کامل و پارسیل و در نتیجه ضایعات ناشی از آن بر روی لثه و ریح آلوتولار نسبت داد.

در این مطالعه، میانگین سن بیماران دارای ضایعه‌ی دهان، فك و صورت $34/8 \pm 13/8$ سال بود که با مطالعه‌ی Joseph و همکاران^(۴) در کویت مشابهت داشت (درصد ۳۷/۸) اما با مطالعه‌ی Saleh و همکاران^(۱۶) و همچنین مطالعه‌ی Monteiro و همکاران^(۸) که در آن‌ها میانگین سن بیماران به ترتیب $46/8 \pm 23$ و $47/8 \pm 18/6$ سال ذکر شده بود، اختلاف داشت. در مطالعه‌ی حاضر میان بروز ضایعات

است رخداد برخی از ضایعات تحریکی دهان افزایش یابد. علاوه بر این، بروز بیشتر ضایعات دهانی در جنس مؤنث را می‌توان به سوگیری مراجعه نسبت داد، به این صورت که زنان نسبت به مردان برای بررسی مشکلات دهانی خود مراجعه بیشتری به مراکز درمانی داشته‌اند.

با این حال در برخی دیگر از مطالعات، فراوانی بیشتر ضایعات در جنس مذکر گزارش شده است.^(۱۳،۱۹) در این مطالعه، دسته‌ی ضایعات ادونتوژنیک (تومورها و کیست‌های ادونتوژنیک) در مردان فراوان‌تر از زنان بود که این مسئله با مطالعه‌ی Jones و Franklin^(۲۱) همخوانی داشت. در مطالعه‌ی Monteiro و همکاران^(۸)، Kilinc و همکاران^(۲۳) و Tortorici و همکاران^(۲۴) به ترتیب ضایعات کیستیک، تومورهای ادونتوژنیک و کیست‌های ادونتوژنیک در مردان فراوان‌تر گزارش شده بود.

در این مطالعه فراوان‌ترین دسته از ضایعات، به ترتیب ضایعات اپی‌تلیالی، ضایعات تکاملی و ضایعات بافت نرم بودند. این یافته با نتایج مطالعه‌ی شهسواری و همکاران^(۲۵) که در آن فراوان‌ترین دسته‌های ضایعات به ترتیب ضایعات اپی‌تلیالی و ضایعات بافت نرم بود، مطابقت داشت. همچنین در مطالعه‌ی دیگری از شهسواری و همکاران^(۲۶) فراوان‌ترین دسته از ضایعات بافت نرم، ضایعات واکنشی (۹۱/۲ درصد) بود که با نتایج مطالعه‌ی ما (۹۷ درصد) مشابهت داشت. در مطالعه‌ی شهسواری^(۲۶) فراوان‌ترین مکان بروز این ضایعات، لثه گزارش شد که در مطالعه‌ی حاضر دومین مکان شایع بروز ضایعات بافت نرم بود. ضایعات بافت نرم بیشترین فراوانی را در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹/۹ سال یعنی دهه‌ی سوم و چهارم زندگی داشتند، در حالی که در مطالعه‌ی شهسواری^(۲۶) این ضایعات بیشترین فراوانی را در دهه‌ی چهارم تا ششم زندگی داشتند. این تفاوت را می‌توان

مختلف دهانی و فکی و سن ارتباط معناداری مشاهده شد که این مسئله هم راستا با دیگر مطالعات بود.^(۱۸،۱۷،۵) در این مطالعه، فراوان‌ترین گروه سنی بروز ضایعات، گروه سنی ۲۰ تا ۳۹/۹ سال یعنی دهه‌ی سوم و چهارم زندگی بود که با نتایج مطالعه‌ی Fadil و Al-Essa^(۱۴) که در آن فراوان‌ترین گروه سنی بروز ضایعات، ۲۰ تا ۳۹ سال ذکر شده بود، مطابقت داشت. در مطالعه‌ی Joseph و همکاران^(۴) و همچنین مطالعه‌ی قناعی و همکاران^(۱۳) در شمال ایران، بیشترین فراوانی ضایعات در دهه‌ی چهارم زندگی (۳۰ تا ۴۰ سال) بود که می‌توان آن را تقریباً مشابه مطالعه‌ی حاضر دانست. در مطالعه‌ی Senguven و همکاران^(۱۹) و همچنین مطالعات مشابه در ایران نیز دهه‌ی سوم تا پنجم زندگی به عنوان فراوان‌ترین سن بروز ضایعات ذکر شد.^(۲۰،۵) اما در مطالعه‌ی Monteiro و همکاران^(۸) فراوان‌ترین دهه‌ی سنی فراوانی ضایعات، دهه‌ی ششم زندگی بود؛ این تفاوت را می‌توان به این مسئله نسبت داد که مطالعه‌ی Monteiro و همکاران^(۸) بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، بر روی بیوپسی‌های انجام‌شده در یک مرکز بیمارستانی صورت گرفته بود و احتمالاً افراد مسن‌تر و یا با مشکل سیستمیک در بیمارستان بیوپسی میشدند و افراد جوانتر به صورت سرپایی تحت بیوپسی قرار می‌گرفتند.

در مطالعه‌ی حاضر، ارتباط میان بروز ضایعات دهانی و فکی و جنس برای بسیاری از ضایعات معنادار بود و به‌طور کلی ضایعات در جنس مؤنث فراوانی بیشتری داشتند، که این مسئله با نتایج دیگر مطالعات همخوانی داشت.^(۲۲، ۲۱، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۸) این مسئله را می‌توان به علت‌های متفاوتی مرتبط دانست. از جمله اینکه برخی از ضایعات دهان می‌توانند تحت تاثیر افزایش هومون‌های جنسی بویژه در دوران حاملگی، بروز یا تشدید پیدا کنند. از طرفی در دوران بارداری به‌علت کاهش مراقبت‌های بهداشتی دهان ممکن

به این مسئله نسبت داد که در مطالعه‌ی شهسواری تنها ضایعات بیوپسی شده بررسی شده بودند.

در مطالعه‌ی حاضر، ضایعات پوستی-مخاطی، ۵۰۸ مورد (۳/۲ درصد) از کل پرونده‌های دارای ضایعه را تشکیل می‌دادند. شایع‌ترین این ضایعات، لیکن پلان و واکنش لیکنوئیدی دهانی بودند که بر اساس ویژگی‌های بالینی تشخیص داده شده بودند. این نتیجه با مطالعه‌ی Oivio و همکاران^(۱۵) همسو بود که در آن فراوانی بیماری‌های لیکنوئیدی (لیکن پلان و واکنش لیکنوئیدی دهانی)، ۳/۵ درصد گزارش شده بود. در سایر مطالعات درصدهای کمتری گزارش شده بود.^(۱۸، ۲۷ و ۲۸) همچنین این ضایعات بیشترین فراوانی را در مخاط باکال و زبان داشتند که با نتایج مطالعه‌ی Kovac-Kovacic و Skaleric هم‌خوانی داشت.^(۲۹)

در این مطالعه، ۴۳۹ ضایعه (۸۶/۵ درصد) از ضایعات پوستی-مخاطی به صورت بالینی تشخیص داده شده بودند که عمدتاً شامل لیکن پلان و واکنش لیکنوئیدی دهانی بودند. فراوانی ضایعات ناشی از آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی، ضایعات آلرژیک و ایمونولوژیک به ترتیب با ۳۵۷۴ ضایعه (۲۲/۶ درصد) و ۱۹۲۲ (۱۲/۲ درصد) بود، در حالی که در مطالعه‌ی Haberland و همکاران^(۳۰) در آمریکا فراوانی این ضایعات به ترتیب ۶/۹ درصد و ۱۶/۹ درصد بود. این تفاوت را می‌توان به تفاوت در جمعیت مطالعه، حجم نمونه‌ی بسیار کمتر مطالعه‌ی Haberland و همکاران^(۳۰) و تفاوت‌های نژادی و فرهنگی مرتبط دانست. در این مطالعه، فراوانی ضایعات غدد بزاقی ۱۰۳ مورد (۰/۷ درصد) از کل پرونده‌های دارای ضایعه بود که به نتایج مطالعه‌ی Aljzaeri و همکاران^(۱) (۶/۱ درصد) و Jones و همکاران^(۲۱) (۷/۱ درصد) نزدیک بود. در این مطالعه، بر خلاف برخی دیگر از مطالعات ضایعات غدد بزاقی در

جنس مذکر شایع‌تر بودند. این مسئله را می‌توان به فراوانی بالای موکوسل در این مطالعه نسبت داد، از این نظر که موکوسل به‌عنوان یکی از شایع‌ترین ضایعات غدد بزاقی، در این مطالعه همانند برخی دیگر از مطالعات همچون مطالعه‌ی More و همکاران^(۳۱)، در پسران- به‌علت شیوع بالاتر تروما به لب- بیشتر از دختران مشاهده شده بود.

مشابه مطالعه سیدمجیدی و همکاران^(۳۲)، ضایعات پالپ و پری‌اپیکال در خلف مندیبل و قدام ماگزایلا فراوان‌تر از بقیه‌ی نواحی بودند. در این مطالعه ضایعات پری‌اپیکال در زنان فراوان‌تر از مردان بودند که این مسئله با نتایج مطالعات دیگر همچون مطالعه‌ی دیهمی و همکاران^(۳۳) مطابقت دارد ولی با نتایج مطالعه‌ی سیدمجیدی و همکاران در تضاد بود. در مطالعه‌ی حاضر، ضایعات ادونتوزنیک ۱۵۱ مورد (۱/۱ درصد) از کل پرونده‌های دارای ضایعه و ۱۵ درصد از پرونده‌های مربوط به بیوپسی‌ها را تشکیل می‌دادند. در حالی که در مطالعه‌ی Joseph^(۴) ضایعات ادونتوزنیک ۲۶ درصد از ضایعات بیوپسی شده را تشکیل می‌دادند. در این مطالعه، تومورهای ادونتوزنیک ۵/۴ درصد از کل ضایعات بیوپسی شده را تشکیل می‌دادند که با نتایج مطالعه‌ی Kilinc و همکاران^(۳۳) (۵/۲ درصد) و همچنین مطالعه‌ی Ali^(۳۴) (۴/۹ درصد) مشابهت داشت، اما از نتایج مطالعه‌ی Saleh و همکاران^(۱۶) (۲/۲ درصد) بیشتر بود. همچنین ۹/۶ درصد از پرونده‌های بیوپسی را کیست‌های ادونتوزنیک تشکیل می‌دادند که با نتایج مطالعه‌ی Tortorici و همکاران (۱۰/۴ درصد) مشابهت داشت.^(۲۴) در این مطالعه تومور ادونتوزنیک بدخیمی مشاهده نشد که با نتایج دیگر مطالعات مبنی بر نادر بودن این ضایعات مطابقت دارد.^(۳۴-۳۶) در این مطالعه مشابه مطالعات قبلی، کیست‌های ادونتوزنیک التهابی فراوانی بیشتری نسبت به کیست‌های ادونتوزنیک تکاملی و تومورهای ادونتوزنیک داشتند.^(۳۷ و ۳۸)

معاینات تاکید می‌کند. از نتایج این مطالعه می‌توان در آموزش به دانشجویان و دندان‌پزشکان، افزایش دقت تشخیص افتراقی ضایعات و همچنین انجام مطالعات بعدی بهره جست.

از مهم‌ترین نقاط قوت این مطالعه می‌توان به بررسی هم‌زمان ضایعات با تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک اشاره کرد که در دیگر مطالعات انجام‌شده تاکنون، کم‌نظیر است. به دلیل تفاوت در دیدگاه تقسیم‌بندی ضایعات و جمع‌بندی ضایعات بالینی و پاتولوژی، این مطالعه نسبت به سایر مطالعات انجام‌شده از این دست برتری داشت. همچنین در این مطالعه ۲۰۱ نوع ضایعه‌ی مختلف در قالب ۱۲ گروه بررسی شدند و جهت افزایش دقت و ارزش مطالعه ۵ دسته از ضایعات نیز به زیرگروه‌های خود تقسیم شدند. در این مطالعه سمت بروز ضایعات نیز بررسی شد که نسبت به مطالعات قبلی نوآوری داشت. با این وجود، نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه را باید با در نظر داشتن محدودیت‌های موجود تفسیر کرد. دانشکده‌ی دندان‌پزشکی یزد به عنوان یک مرکز ارجاع بوده و بسیاری از بیماران با ضایعات دهان و فک و صورت به این مرکز ارجاع می‌شوند. لذا با توجه به این نکته، نتایج آن به کل جامعه قابل تعمیم نیست. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نقص یا فقدان اطلاعات کامل بالینی و رادیوگرافیک از جمله مکان دقیق و سمت بعضی از ضایعات در پرونده‌ها اشاره کرد. این موضوع نشان‌دهنده‌ی اهمیت ثبت کامل اطلاعات ضایعات در پرونده‌ها و همچنین لزوم الکترونیکی کردن پرونده‌های دانشکده‌ی دندان‌پزشکی به‌عنوان یک هدف بلندمدت جهت سهولت و دقت بیشتر در انجام مطالعات بعدی است.

مشابه مطالعات قبلی ضایعات ادونتوزنیک و استخوانی در مندیل فراوان‌تر از ماگزایلا و در خلف شایع‌تر از قدام بودند.^(۲۳و۲۹و۳۴) تفاوت‌های مشاهده شده در بروز ضایعات در نواحی مختلف فکین می‌تواند به تفاوت در میزان بروز پوسیدگی‌های دندانی، تفاوت در میزان حضور بقایای اپی‌تلوم ادونتوزنیک و تفاوت در میزان تروماهای وارده یا میزان رعایت بهداشت و مسواک‌زدن در نواحی مختلف فکین مرتبط باشد. در این مطالعه، تومورهای بدخیم فکی در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹/۹ سال فراوان‌تر از بقیه گروه‌های سنی بودند. این یافته با نتایج مطالعه‌ی رضوی و همکاران^(۳۶) که در آن فراوان‌ترین گروه سنی بروز تومورهای بدخیم داخل استخوانی ۲۱ تا ۳۵ سال گزارش شد، مشابهت داشت.

در این مطالعه ضایعات بدخیم ۰/۴۱ درصد از کل پرونده‌های دارای ضایعه و ۶/۱۶ درصد از پرونده‌های مربوط به بیوپسی‌ها را تشکیل می‌دادند. این یافته با نتیجه‌ی مطالعه‌ی Joseph و همکاران^(۴) در کویت که در آن فراوانی ضایعات بدخیم ۶/۳ درصد گزارش شد مشابهت داشت، اما با نتایج مطالعه‌ی Saleh و همکاران^(۱۶) در عربستان که در آن فراوانی نئوپلاسم‌های بدخیم ۳۸/۸ درصد گزارش شد، تفاوت داشت. از آن‌جا که مطالعه‌ی Saleh و همکاران^(۱۶) بر روی نمونه‌های بیوپسی یک مرکز بیمارستانی انجام شده است، این تفاوت را می‌توان به تفاوت در جمعیت مورد بررسی مرتبط دانست.

بر اساس نتایج این مطالعه ضایعات دهان، فک و صورت در جنس مؤنث و گروه سنی ۲۰ تا ۳۹/۹ سال (دهه ی سوم و چهارم زندگی) فراوانی بیشتری داشتند. همچنین ضایعات دهانی، فک و صورت در پوست صورت، زبان و مخاط باکال فراوان‌تر از دیگر نواحی بودند. این مسئله بر لزوم توجه بیشتر دندان‌پزشکان به این نواحی در حین

نتیجه‌گیری

در بین ضایعات دهان و فک و صورت، ضایعات اپی تلیالی، نقص‌های تکاملی و ضایعات و تومورهای بافت نرم فراوانترین بودند. بیشترین ضایعات در گروه سنی جوانان (دهه‌ی سوم و چهارم زندگی) و در سمت راست مشاهده شد. از نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌توان جهت اطلاع‌رسانی به دندان‌پزشکان، پزشکان، دانشجویان و عموم مردم در مورد

میزان فراوانی ضایعات و توزیع فراوانی دهان و فک و صورت و همچنین برنامه‌ریزی برای پیشگیری و درمان آن‌ها و تامین امکانات و بودجه‌های لازم در دانشکده بهره برد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بابت تصویب طرح تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

1. Aljazaeri S, Alqudsi G, Jaber H, Elwi W, Haddad S. Biopsy records to the oral lesions in Basrah between 2012-2017. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2020; 6:74-80.
2. Gonçalves LM, Bezerra Júnior JRS, Cruz MC. Clinical evaluation of oral lesions associated with dermatologic diseases. *An Bras Dermatol* 2010; 85(2):150-6.
3. Ali M, Sundaram D. Biopsied oral soft tissue lesions in Kuwait: a six-year retrospective analysis. *Med Princ Pract* 2012; 21(6):569-75.
4. Joseph BK, Ali MA, Dashti H, Sundaram DB. Analysis of oral and maxillofacial pathology lesions over an 18-year period diagnosed at Kuwait University. *J Investig Clin Dent* 2019; 10(4): e12432.
5. Molania T, Nahvi A, Delrobaee M, Salehi M. Frequency of oral mucosal lesions and awareness of these lesions in patients attending oral and maxillofacial clinic in Sari dental school, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 26(146):80-7.
6. Zahedpasha S, Salehi M, Alizadeh R, Hali H, Mesgarani A, Fallah M, et al. Frequency of tongue lesions in high school students of Sari, Iran, in 2019. *J Mashhad Dent* 2020; 44(4):349-57.
7. Rayyani A, Zamanzadeh M, Karimi Roumani F. Prevalence of oral mucosal lesions and related risk factors in elderly people residing in nursing homes in Bandar Abbas in 2018. *J Mashhad Dent* 2020; 44(2):149-56.
8. Monteiro LS, Albuquerque R, Paiva A, de la Pena-Moral J, Amaral JB, Lopes CA. A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal. *Int Dent J* 2017; 67(1):38-45.
9. Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res* 2008; 19(2):99-103.
10. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis* 2005; 11(2):81-7.
11. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis* 2008; 14(4):356-66.
12. Kansky AA, Didanovic V, Dovsak T, Brzak BL, Pelivan I, Terlevic D. Epidemiology of oral mucosal lesions in Slovenia. *Radiol Oncol* 2018;52(3): 263-6.
13. Mansour Ghanaei F, Joukar F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Kord Valeshabad A. Prevalence of oral mucosal lesions in an adult Iranian population. *Iran Red Crescent Med J* 2013; 15(7):600-4.
14. Al-Essa HS, Fadil AG. The profile of oral lesions in patients attending oral diagnosis clinic at the college of dentistry, university of Basra, Iraq. *Int J Med Health Res* 2019; 8(4):23-9.
15. Oivio UM, Pesonen P, Ylipalosaari M, Kullaa A, Salo T. Prevalence of oral mucosal normal variations and lesions in a middle-aged population: a Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *BMC Oral Health* 2020; 20(1):357.
16. Saleh SM, Idris AM, Vani NV, Tubaigy FM, Alharbi FA, Sharwani AA, et al. Retrospective analysis of biopsied oral and maxillofacial lesions in South-Western Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2017; 38(4):405-12.
17. Shulman JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15(2):89-97.
18. Al-Mobeeriek A, AlDosari AM. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. *Ann Saudi Med* 2009; 29(5):365-8.
19. Senguven B, Baris E, Yildirim B, Shuibat A, Ozer Yucel O, Museyibov F, et al. Oral mucosal lesions: a retrospective review of one institution's 13-year experience. *Turk J Med Sci* 2015; 45(1):241-5.
20. Shiva A, Sobouti F. Comparative study of histopathological reports and clinical diagnosis of oral biopsies. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 26(144):57-64.

21. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med* 2006; 35(7):392-401.
22. Ali AA, Suresh CS, Al-Tamimi D, Al-Nazr M, Atassi RA, Al-Rayes I, et al. A survey of oral and maxillofacial biopsies in the Eastern Province of Saudi Arabia: A 10 years' retrospective study. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2013; 25:393-8.
23. Kilinc A, Saruhan N, Gundogdu B, Yalcin E, Ertas U, Urvasizoglu G. Benign tumors and tumor-like lesions of the oral cavity and jaws: An analysis of 709 cases. *Niger J Clin Pract* 2017; 20(11):1448-54.
24. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burruano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci* 2008; 50(1):15-8.
25. Shahsavari F, Sadri D, Jolehar M, Farzanehnejad R. Epidemiologic study of the prevalence of oral mucosal lesions in the biopsied samples at Buali and Imam Khomeini hospitals from 2000 to 2014. *J Dent Sci Oral Maxillofac Res* 2016; 1(1):28-33.
26. Shahsavari F, Hourkiaie SS, Ghasemi Moridani S. Epidemiologic study of benign soft tissue tumors of oral cavity in an Iranian population. *3DJ* 2012; 1(1):10-5.
27. Mehrotra R, Thomas S, Nair P, Pandya S, Singh M, Nigam NS, et al. Prevalence of oral soft tissue lesions in Vidisha. *BMC Res Notes* 2010; 3:23.
28. Robledo-Sierra J, Mattsson U, Svedensten T, Jontell M. The morbidity of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18(5):766-72.
29. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7):331-5.
30. Haberland CM, Allen CM, Beck FM. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a clinical oral pathology practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87(5):583-8.
31. More CB, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocele: A clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18(1):72-7.
32. Seyedmajidi M, Shiva A, Shakeri F, Moosazadeh M, Haddadi Koohsar A. Epidemiologic characteristics of periapical lesions in biopsy samples, Mazandaran, Iran 2012-2017. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2020; 29(181):73-81.
33. Deyhimi P, Kazemzadeh F, Fanaie M. Evaluation and comparison of prevalence of different periapical lesions in patients referring to the department of oral pathology of Isfahan dental school from 1988 to 2015. *J Isfahan Dent Sch* 2017; 13(3):291-9.
34. Ali MA. Biopsied jaw lesions in Kuwait: a six-year retrospective analysis. *Med Princ Pract* 2011; 20(6):550-5.
35. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, et al. Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007; 36(1):20-5.
36. Razavi SM, Ansari M, Khalesi S. A 25-year retrospective epidemiological study of intra-osseous lesions of jaw bones in Isfahan population, Iran. *JOHOE* 2019; 8(2):68-73.
37. Açikgöz A, Uzun-Bulut E, Özden B, Gündüz K. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17(1):e108-15.
38. Tekkesin MS, Olgac V, Aksakalli N, Alatli C. Odontogenic and nonodontogenic cysts in Istanbul: analysis of 5088 cases. *Head Neck* 2012; 34(6):852-5.
39. Jamshidi S, Shojaei S, Roshanaei G, Modabbernia S, Bakhtiary E. Jaw intraosseous lesions biopsied extracted from 1998 to 2010 in an Iranian population. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(6):e20374.