

بررسی فراوانی ضایعات فکی غیر اودنتوژنیک همراه با تشکیل استخوان یا غضروف در مراجعین به بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد از ابتدای تاسیس تا سال ۱۳۸۹

رضا زارع محمودآبادی*، شادی ثقفی**#، پرویز محمودی***، رامین خضرای****، عبدالله جوان*****
 * دانشیار گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ** دانشیار آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 *** مربی گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 **** دندانپزشک
 ***** کارشناس آمار، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 تاریخ ارائه مقاله: ۹۱/۸/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۲۴

Frequency of Non Odontogenic Lesions with Formation of Bone or Cartilage in Referral Patients to Mashhad Dental School from Dental School Foundation up to 2010

Reza Zare Mahmoodabadi*, Shadi Saghafi**#, Parviz Mahmoodi***, Ramin Khazraee****, Abdollah Javan*****

* Associate Professor, Dept of Oral Pathology, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Associate Professor of Oral Pathology, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University Of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Instructor, Dept of Oral Pathology, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
 **** Dentist

***** B.Sc of Statistics, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 20 November 2012; Accepted: 12 February 2013

Introduction: Lesions with formation of bone and/or cartilage are a group of osseous lesions in the jaws including a group of non-neoplastic lesions as well as benign or malignant neoplasm. A group of these lesions are known as fibro-osseous lesions. The purpose of this study was evaluation of clinical and histopathologic characteristics of non odontogenics lesions of the jaws with formation of bone or cartilage in referral patients to Mashhad dental school during 40 years.

Materials & Methods: In this study, a review was made of all the biopsies in the histologic dept, of mashhad dental school between 1970 and 2010. Every patient with diagnosis of non odontogenic lesion with formation of bone or cartilage was brought into account. Individual informations including gender, age, and region of the lesion, clinical and histologic findings were noted. These data were defined descriptively and were compared by Chi-Square test.

Results: A total of 9991 biopsies were reviewed during this study period. Out of these, 133 cases (1.33%) corresponded to non odontogenic lesions with formation of bone or cartilage.

Ossifying fibroma with 37 cases (28%) was the most frequent lesion followed by osteosarcoma with 19 cases (14%). The mean age of the patients was 32.2 ± 17.3 years, with minimum age of 9 years and maximum of 75 yrs. In age distribution between different decades of life, most of the lesions were seen in second decade of life with 36 cases. Most of the patients were females with 79 cases whereas males were 54 cases.

Conclusion: This study shows that non odontogenic lesions with formation of bone or cartilage have low frequency compared to other lesions of the jaws. Among studied lesions, ossifying fibroma followed by osteosarcoma were the most frequent lesions. Females were more involved than males and most of the lesions occurred in mandible and in posterior area.

Key words: Bone, cartilage, fibro-osseous lesions, non odontogenic lesions.

Corresponding Author: saghafis@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2013; 37(2): 127-36.

چکیده

مقدمه: ضایعات همراه با تشکیل استخوان و یا غضروف دسته‌ای از ضایعات استخوانی در فکین را تشکیل می‌دهند که شامل طیفی از ضایعات نئوپلاسمی خوش‌خیم و بدخیم و ضایعات غیرنئوپلاسمی می‌باشند. گروهی از این ضایعات تحت عنوان ضایعات فیبرواسئوس شناخته می‌شوند. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی‌های بالینی و هیستولوژیک ضایعات غیرادونتوزنیک همراه با تشکیل استخوان و یا غضروف در فکین در بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندان پزشکی مشهد طی ۴۰ سال بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه دفاتر ثبت گروه آسیب‌شناسی دانشکده دندان پزشکی مشهد از ابتدای تاسیس (۱۳۴۹) تا مهرماه سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند و مشخصات بیماران با ضایعات فکی غیرادونتوزنیک که همراه با تشکیل استخوان یا غضروف بودند، جمع‌آوری گردید. اطلاعات فردی بیماران شامل جنس، سن، به همراه جایگاه ضایعه و تشخیص بالینی و هیستولوژیک آنها ثبت، با جداول فراوانی توصیف و با آزمون کای دو مقایسه شد ($\alpha=0/05$).

یافته‌ها: از مجموع ۹۹۹۱ مورد بیوپسی، تعداد ۱۳۳ مورد (۱/۳۳ درصد) با تشخیص ضایعات غیرادونتوزنیک همراه با تشکیل استخوان یا غضروف بود. از این تعداد، آسیفایینگ فیروما با ۳۷ مورد (۲۸ درصد) و به دنبال آن استئوسارکوم با ۱۹ مورد (۱۴ درصد) بیشترین موارد را به خود اختصاص داده است. میانگین سنی بیماران $32/2 \pm 17/3$ سال بود که حداقل سن بیماران ۹ و بالاترین آن ۷۵ سال بود. در توزیع سنی بیماران در دهه‌های مختلف سنی بیشترین تعداد ضایعات در دهه دوم زندگی با ۳۵ مورد گزارش شده بود. ۷۹ نفر از زنان و ۵۴ نفر از مردان درگیر این ضایعات بودند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه ضایعات غیرادونتوزنیک همراه با تشکیل استخوان یا غضروف از شیوع بسیار کمی برخوردار بودند. در بین ضایعات مورد بررسی آسیفایینگ فیروما و دنبال آن استئوسارکوم بالاترین شیوع را داشتند. در این تحقیق زنان بیشتر از مردان مبتلا بودند و جایگاه ضایعات بیشتر در فک پایین و قسمت خلفی بود.

واژه‌های کلیدی: استخوان، غضروف، ضایعات فیبرواسئوس، ضایعات غیرادونتوزنیک.
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۲ دوره ۳۷ / شماره ۲: ۳۶-۱۲۷.

مقدمه

نقش مهمی دارد. گروهی از این ضایعات تحت عنوان ضایعات فیبرواسئوس شناخته می‌شوند، که در آن استخوان با بافت سلولی فیروزی که به تدریج تبدیل به استخوان لاملار و یا به صورت یک مخلوط آمورف با مواد معدنی بسیار می‌گردد جایگزین می‌شود.^(۱) در منابع مختلف طبقه بندی ضایعات فیبرواسئوس با یکدیگر فرق کرده و ضایعات متفاوتی را در این شاخه ذکر کرده‌اند.^(۲-۴) Matsuzuka و همکارانش در مطالعه خود در توکیو ضایعات همراه با تشکیل بافت سخت در ناحیه دهان را مورد بررسی قرار دادند و آنها در این مطالعه کل این ضایعات را تحت عنوان ضایعات فیبرواسئوس خواندند که شامل تعداد زیادی از ضایعات راکتیو و تومورال خوش خیم و بدخیم می‌گردید.^(۵) هدف از این مطالعه که برای نخستین بار در کشور ما انجام شده است، بررسی میزان فراوانی ضایعات همراه تشکیل استخوان،

ضایعات استخوانی در جمجمه و فکها بسیار متنوع و گسترده می‌باشند که از لحاظ منشاء ممکن است ادونتوزنیک یا غیرادونتوزنیک باشد. گروهی از ضایعات غیرادونتوزنیک با منشاء استخوانی همراه با تشکیل استخوان و یا غضروف می‌باشند که شامل طیفی از ضایعات نئوپلاسمی خوش‌خیم و بدخیم و ضایعات غیرنئوپلاسمی است. در بسیاری از موارد تشخیص نئوپلاسم از ضایعات راکتیو کاری دشوار می‌باشد، چون تظاهرات هیستولوژیکی آنان بسیار مشابه بوده و عملاً بدون آگاهی از تظاهرات بالینی و رادیوگرافیک ضایعه، تشخیص امکان‌پذیر نیست.

تشخیص صحیح ضایعات غیرادونتوزنیک راکتیو از تومورها مهم بوده و در روش درمان و پیش‌آگهی ضایعات

یافته‌ها

در این مطالعه توصیفی از مجموع ۹۹۹۱ مورد بیوپسی موجود در بایگانی بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد، در ۱۳۳ مورد (۱/۳ درصد) تشخیص ضایعه غیرادنتوژنیک همراه با تشکیل استخوان یا غضروف بوده است

فراوانی ضایعات تشخیص داده شده به تفکیک:

در مجموع ۹ ضایعه در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. هر کدام از این ضایعات به همراه اطلاعات سنی به تفکیک در جدول ۱ آمده است. از مجموع ۱۳۳ بیمار، بیشترین ضایعه مربوط به اسیفایینگ فیبروما با ۳۷ مورد (۲۷/۸ درصد) و به دنبال آن استئوسارکوم با ۱۹ مورد (۱۴/۲ درصد) بود. کمترین ضایعه، استئوئیداستئوما با تنها یک مورد بود. تعداد ۱۴ ضایعه فیبرواسئوس نامشخص (۱۰/۵ درصد) وجود داشت که در آن نوع ضایعه معلوم نبود (جدول ۱).

بالاترین میانگین سنی متعلق به کندروسارکوم با ۴۷ سال و کمترین میانگین سنی مربوط به استئوبلاستوما با ۲۰/۷ سال بود. کمترین سن درگیری ۹ سال بود که مربوط به استئوسارکوم و استئوم بود. بیشترین سن ابتلا در استئوسارکوم با ۷۵ سال سن بود (جدول ۱).

جنس و سن بیماران:

به طور کلی ۵۴ مورد (۴۰/۶ درصد) از بیماران مرد بودند و ۷۹ نفر زن (۵۹/۴ درصد) بودند. در مجموع زنان حدود ۱/۴ برابر بیشتر از مردان درگیر این گونه ضایعات بودند.

در این مطالعه میانگین سنی بیماران $32/2 \pm 17/3$ سال بود؛ حداقل سن بیماران ۹ سال و حداکثر ۷۵ سال بود. میانگین سنی در مردان $28/5 \pm 17$ سال با دامنه ۹ تا ۷۰ سال و میانگین در زنان $34/7 \pm 17$ سال با دامنه ۱۰ تا ۷۵

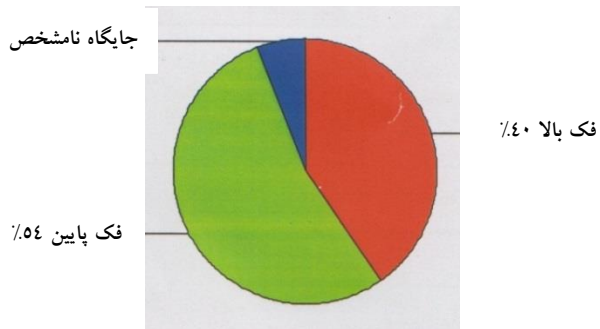
غضروف و سمان در استخوان فکین در مراجعین به بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندان پزشکی مشهد از بدو تاسیس تا ابتدای مهرماه ۱۳۸۹ و تعیین ویژگی‌های دموگرافیک، بالینی و هیستولوژیک این ضایعات بود.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه گذشته نگر (Retrospective) بود که با مراجعه به بایگانی بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد و بررسی پرونده‌های موجود از بدو تأسیس (۱۳۴۹) تا سال ۱۳۸۹ انجام گردید. معیار ورود ضایعاتی بودند که غیرادنتوژنیک بوده و در آنها استخوان یا غضروف و یا هر دو تشکیل شده باشد، ضایعات با منشا ادونتوژنیک در این مطالعه بررسی نگردیدند. در این تحقیق کلیه دفاتر بیوپسی و همچنین دفاتر مربوط به برگه ارسال جراح و جواب پاتولوژیست مرور گردید. به طور کلی ضایعات غیرادنتوژنیک که با تشکیل استخوان یا غضروف بوده و در دانشکده دندانپزشکی مشهد در طی این دوره زمانی ۴۰ ساله مورد تشخیص و درمان قرار گرفته بود شامل ۹ ضایعه بود که عبارت بودند از: ۱- اگزوستوز ۲- استئوسارکوما ۳- کندروسارکوما ۴- استئوما ۵- استئوبلاستوما ۶- استئوئید استئوما ۷- فیبروز دیسپلازی ۸- دیسپلازی سمتو استئوس ۹- اسیفایینگ فیبروما.

اطلاعات مورد نیاز شامل سن و جنس بیماران، جایگاه ضایعه، تشخیص بالینی و تشخیص پاتولوژی ضایعه از دفاتر استخراج و ثبت گردید. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS گردید و با استفاده از روش‌های آماری میزان فراوانی و درصد فراوانی محاسبه و جداول فراوانی تهیه و نمودارهای مربوطه ترسیم گردید. از آزمون کای با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ برای مقایسه‌ها استفاده نمودیم.

(نمودار ۱). بیشترین میزان ضایعات در قسمت خلف فک پایین با تعداد ۵۷ مورد (۴۲/۵ درصد) و کمترین میزان ضایعات در قدام فک پایین با ۴ مورد (۳ درصد) بود.



نمودار ۱: توزیع فراوانی ضایعات مورد مطالعه بر اساس جایگاه

سال بود. توزیع سنی بیماران در دهه‌های مختلف سنی در جدول ۲ ذکر شده است. بیشترین میزان ضایعات (۲۷ درصد) در دهه دوم زندگی (۱۹-۱۰) و کمترین میزان وقوع ضایعات (۱/۵ درصد) در دهه اول زندگی بود. ضایعات در مردان در دهه دوم از شیوع بالاتری برخوردار بود در حالی که در زنان در دهه سوم شیوع ضایعات بیشتر بود (جدول ۲).
جایگاه ضایعه:

ضایعات غیرادنتوژنیک که با تشکیل استخوان یا غضروف همراه هستند در نقاط مختلف دهان یا فک و صورت به وجود می‌آیند. در این مطالعه ۴۰ درصد ضایعات در فک بالا و ۵۴ درصد در فک پایین بودند. در تعداد ۸ نفر از بیماران موقعیت ضایعه ذکر نشده بود

جدول ۱: توزیع فراوانی ضایعات، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر بر اساس سن بیماران به تفکیک نوع ضایعات

تشخیص هیستولوژیک	(درصد) تعداد	میانگین سنی و انحراف معیار	کمترین سن	بیشترین سن
اسیفایینگ فیروما	۳۷ (۲۷/۸)	۳۱±۱۴/۰	۱۰	۶۳
استئوسارکوم	۱۹ (۱۴/۲)	۲۸/۶±۲۱/۸	۹	۷۵
استنوم	۱۶ (۱۲/۰)	۳۳/۶±۱۸/۷	۹	۷۰
ضایعات فیبرواسنوس نامشخص	۱۴ (۱۰/۵)	۲۹/۲±۱۶/۴	۱۲	۷۰
فیروزدیسپلازی	۱۱ (۸/۲)	۲۹±۱۸/۸	۱۳	۶۶
کندروسارکوم	۱۰ (۷/۵)	۴۷±۲۰/۰	۱۷	۷۰
سمنتو استنوس دیسپلازی	۹ (۶/۷)	۴۳±۱۵/۰	۲۰	۶۳
اگزوستوز	۸ (۶/۰)	۳۹±۹/۲	۳۰	۵۲
استنوبلاستوما	۸ (۶/۰)	۲۰/۷±۱۰/۶	۱۱	۴۰
استوئید استنوما	۱ (۰/۷)	۲۱/۵±۱۰/۶	۲۹	۲۹
کل	۱۳۳ (۱۰۰/۰)	۲۰/۷±۰/۰	۹	۷۵

جدول ۲: فراوانی ضایعات بر اساس توزیع در دهه‌های مختلف سنی به تفکیک جنسیت

سن (سال)	تعداد کل	درصد	مذکر (درصد) تعداد	مونث (درصد) تعداد
۰ - ۹	۲	۱/۵	۲ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)
۱۰ - ۱۹	۳۵	۲۶/۹	۱۹ (۵۴/۳)	۱۶ (۴۵/۷)
۲۰ - ۲۹	۳۳	۲۴/۶	۱۳ (۳۹/۴)	۲۰ (۶۰/۶)
۳۰ - ۳۹	۱۷	۱۲/۷	۴ (۲۳/۵)	۱۳ (۷۶/۵)
۴۰ - ۴۹	۱۶	۱۱/۹	۴ (۲۵/۰)	۱۲ (۷۵/۰)
۵۰ - ۵۹	۱۳	۹/۷	۶ (۴۶/۲)	۷ (۵۳/۸)
۶۰ - ۶۹	۸	۶/۰	۱ (۱۲/۵)	۷ (۸۷/۵)
۷۰ - ۷۹	۶	۴/۵	۳ (۵۰/۰)	۳ (۵۰/۰)
گزارش نشده	۳	۲/۲	۲ (۶۶/۷)	۱ (۳۳/۳)
کل	۱۳۳	۱۰۰/۰	۵۴ (۴۰/۶)	۷۹ (۵۹/۴)

مقایسه ضایعات خوش خیم و بدخیم

در این مطالعه ضایعات بدخیم عبارت بودند از کندروسارکوما و استئوسارکوما و باقیمانده ضایعات که در جدول ۱ آمده‌اند در مجموع ضایعات خوش خیم را تشکیل می‌دادند. از مجموع ۱۳۳ بیمار تعداد ۱۰۴ نفر (۷۸/۲ درصد) دارای ضایعات خوش خیم بوده و تنها ۲۹ نفر (۲۱/۸ درصد) با تشخیص بدخیمی بوده‌اند. ضایعات خوش خیم در جنس مونث شایع‌تر بود در حالی که ضایعات بدخیم شیوع اندک بیشتری در جنس مذکر داشت. در رابطه با جایگاه ضایعات، در هر دو نوع ضایعه خوش خیم و بدخیم، درگیری فک پایین (۷۱ نفر) بیشتر از

فک بالا (۵۵ نفر) بود و ناحیه خلف با ۹۰ مورد (۸۷/۴ درصد) نسبت به ناحیه قدام با ۱۳ مورد (۱۲/۶ درصد) بیشتر درگیر بود. با توجه به نتیجه آزمون Chi-Square مشخص گردید که بین نوع ضایعه با جنسیت، جایگاه و محل ضایعه هیچگونه ارتباطی وجود ندارد (جدول ۳).

ضایعات فیبرواسئوس:

ضایعات فیبرواسئوس شامل اسیفایینگ فیبروما، فیروز دیسپلازی و سمتواسئوس دیسپلازی می‌باشند. در این مطالعه سمتواسئوس دیسپلازی به سه گروه پری آپیکال، فوکال و فلورید تقسیم گردید. فراوانی هر ضایعه در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی ضایعات خوش خیم و بدخیم بر حسب جنس و جایگاه

نوع ضایعه	تعداد (درصد)	جنسیت		جایگاه ضایعه		ناحیه ضایعه
		زن	مرد	فک بالا	فک پایین	
خوش خیم	۱۰۴ (۷۸/۲)	۶۵ (۶۲/۵)	۳۹ (۳۷/۵)	۴۲ (۴۲/۸)	۵۶ (۵۷/۲)	۱۰ (۱۱/۵)
بدخیم	۲۹ (۲۱/۸)	۱۴ (۴۸/۲)	۱۵ (۵۱/۷)	۱۳ (۴۶/۴)	۱۵ (۵۳/۶)	۳ (۱۸/۸)
کل	۱۳۳ (۱۰۰/۰)	۷۹ (۵۹/۴)	۵۴ (۴۰/۶)	۵۵ (۴۳/۶)	۷۱ (۵۶/۴)	۱۳ (۱۲/۶)
نتیجه آزمون		$P=۰/۱۸۷$		$P=۰/۶۶۵$		$P=۰/۴۲۱$

جدول ۴: توزیع فراوانی ضایعات فیرو استئوس، میانگین و انحراف معیار سن به تفکیک نوع ضایعات

تشخیص هیستولوژیک	تعداد	درصد	میانگین سنی	انحراف معیار	کمترین سن		بیشترین سن		جنسیت		فک پایین		فک بالا	
					سن	سن	زن	مرد	قدام	خلف	قدام	خلف		
فیروز دیسپلازی	۱۱	۱۵/۴۹	۲۹	۱۸/۸	۱۳	۶۶	۴	۷	۰	۰	۴	۱	۶	۵۴/۵
آسیفاینگ فیروما	۳۷	۵۲/۱۱	۳۱	۱۴	۱۰	۶۳	۲۵	۱۲	۲	۲۳	۲۳	۵	۷	۱۸/۹
سمتواسئوس	۶	۸/۴۵	۳۳/۶۶	۲۱	۲۰	۶۳	۴	۲	۰	۰	۰	۰	۲	۳۳/۳
دیسپلازی فوکال	۳	۴/۲۲	۴۳	۱۵	۲۷	۵۷	۳	۰	۰	۰	۳	۰	۰	۰/۰
دیسپلازی فلورید	۱۴	۱۹/۷۱	۲۹/۲	۱۶/۴	۱۲	۷۰	۸	۶	۱	۵	۵	۲	۶	۴۲/۸
ضایعات فیرواستئوس نامشخص	۷۱	۱۰۰/۰	۴۳/۵۷	۱۷/۵	۱۰	۷۰	۴۴	۲۷	۳	۳۹	۳	۸	۲۱	۲۹/۵

بحث

ساختمان‌های مرتبط با دندان هستند.^(۶) در این مطالعه ضایعاتی مورد بررسی قرار گرفته‌اند که در آنها بافت استخوان طبیعی در ناحیه فک و صورت با استخوان نابالغ و یا غضروف جابه جا گشته است. در این مطالعه تعداد ۹ ضایعه به عنوان ضایعات غیرادونتوژنیک که با تشکیل استخوان یا غضروف همراه است مورد بررسی قرار گرفته است، در حالی که در مطالعه‌ای که توسط Matsuzuka و همکارانش^(۵) صورت گرفت تعداد ۱۶ ضایعه در این گروه

استخوان‌های فک ممکن است محل اولیه برای یک طیف وسیع از تومورهای خوش خیم و یا بدخیم باشد که ویژگی‌های کلینیکی، هیستوپاتولوژیک و رادیوگرافی متفاوتی را دارا می‌باشند. این تومورها ممکن است به صورت ادونتوژنیک و غیرادونتوژنیک طبقه‌بندی گردند. واژه غیرادونتوژنیک نشان می‌دهد که تومور فاقد سلول‌هایی است که به وجود آورنده دندان و یا

تنها ۴ مورد (۰/۷٪) و استئوئید استئوما ۳ مورد (۰/۵٪) را در طی ۳۶ سال شامل می شدند. در مطالعه ما طی چهل سال تعداد استئوبلاستوما ۸ مورد (۰/۶٪) و استئوئید استئوما تنها ۱ مورد (۰/۱٪) بود در حالی که استئوما با ۱۶ مورد^(۱۲) از شیوع بسیار بالاتری برخوردار بود و این با مطالعه Matsuzuka^(۵) هماهنگ است. در بررسی ضایعات بدخیم غیرادنتوژنیک که با تشکیل استخوان یا غضروف همراه است، استئوسارکوم با ۱۹ مورد شایع ترین بیماری در میان کل ضایعات پس از اسیفایینگ فیبروما بوده است. این یافته‌ها با مطالعه‌ای که توسط Junior و همکارانش^(۱۲) صورت گرفته تطابق کامل دارد. جالب این که میانگین سنی در تحقیق ایشان ۲۹ سال بوده است که تقریباً مطابق با یافته‌های ما می باشد.

بر اساس اطلاعات به دست آمده در این مطالعه، زنان با ۷۹ نفر (۵۹٪) نسبت به مردان با ۵۴ نفر (۴۱٪) دارای برتری جنسیتی بودند. میانگین سنی در کل بیماران ۳۲/۲ سال بود و در مردها ۲۸/۵ سال و در زنان ۳۴/۷ سال بود. در تحقیقات انجام شده توسط Matsuzuka^(۵)، Chang^(۱۳)، Liu^(۱۴)، Waldron^(۱۵) و Ogunsalu^(۱۶) نیز زنان بیشتر از مردان مبتلا به این ضایعات بودند. در تحقیقات دیگر نیز مشابه مطالعه ما، این ضایعات بیشتر در دهه‌های سوم و چهارم زندگی گزارش شده‌اند.^(۱۴-۱۷) در حالی که در مطالعات Matsuzuka^(۵) میانگین سنی ۴۰/۱ سال بود همچنین در مطالعه Vegas Bustmante^(۱۷) با میانگین سنی ۴۴ سال، دهه پنجم زندگی را شایع ترین زمان ابتلا دانسته‌اند. در تحقیقاتی که Mark^(۱۸) و Delgado^(۱۹) بر روی سن بیماران در استئوسارکوم صورت داده‌اند (در دهه‌های سوم و چهارم زندگی) بیشترین موارد بیماری،

قرار گرفت. در مطالعه دیگر Yoon و همکارانش^(۷) یک طبقه بندی تغییر داده شده را که می تواند در درک بیماری و درمان آن مفید باشد، پیشنهاد دادند. این طبقه بندی براساس ویژگی‌های پاتولوژیکی و تحلیل‌های بالینی و رادیوگرافی و هیستولوژیک می باشد و ضایعات فیبرواسئوس را به دو گروه با منشا لیگامان پریودنتال و منشا استخوان مدولاری تقسیم بندی کرده است. طبقه بندی‌های دیگر در مورد این ضایعات به تفسیر در مقالات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است.^(۴-۲) این نشان دهنده آن است که یک تقسیم بندی جهانی مشخص و یکسانی هنوز در این زمینه بوجود نیامده است.^(۷)

در مطالعه ما ضایعات فیبرواسئوس شامل سه گروه فیبروز دیسپلازی، اسیفایینگ فیبروما و سمئتواسئوس دیسپلازی با مجموع ۷۱ مورد بیشترین نوع ضایعات بودند. در بین ضایعات فیبرواسئوس نیز اسیفایینگ فیبروما با ۳۷ مورد بیشترین شیوع را داشت. این یافته‌ها مطابق با بررسی‌های انجام گرفته توسط Worawongvasu^(۸)، Mintz^(۹) و Matsuzuka^(۵) می باشد که در آن اسیفایینگ فیبروما بیشترین مورد را به خود اختصاص می داد. در حالی که در بررسی Alsharif^(۱۰) در بین بیماران چینی سمئتواسیفایینگ فیبروما و به دنبال آن اسیفایینگ فیبروما بیشترین فراوانی را داشته است. در مطالعه‌ای دیگر که توسط Yoon و همکارانش^(۷) بر روی ۷۲ بیمار صورت گرفت، فیبروز دیسپلازی به عنوان بیشترین ضایعه معرفی گردید. در مطالعه Dahlin و همکارانش^(۱۱) تومورهای استئوژنیک خوش خیم شامل استئوبلاستوما و استئوئید استئوما به ترتیب ۳٪ و ۱۱٪ شیوع داشتند. در مطالعه Matsuzuka^(۵) این دو تومور نادر بودند و استئوبلاستوما

دیده شده، در حالی که در یافته‌های ما میانگین سنی ۲۸/۶ سال بوده است و زنان اندکی بیشتر از مردان مبتلا بوده‌اند. این اختلاف می‌تواند به علت متفاوت بودن جامعه آماری و ویژگی‌های متفاوت محیطی و نژادی باشد، در رابطه با کندروسارکوما، مجموع ۱۰ مورد شامل ۷ مرد و ۳ زن بود. در بررسی Pang و همکارانش^(۲۰) بر روی ۲۳ مورد کندروسارکوم مزانشیمی، ابتلا مردان از زنان بیشتر بود که مطابق با بررسی ما می‌باشد. همچنین در مطالعه آنان نشان داده شد که اگر یافته‌های هیستولوژیک با یافته‌های ایمونوهیستوشیمیایی ادغام گردد در تشخیص صحیح بیماری کمک می‌کند. در مطالعه دیگری که توسط Shakeil و همکارانش^(۲۱) بر روی ۲۰ مورد کندروسارکوم مزانشیمی در طول ۴۵ سال صورت گرفت ۱۱ نفر زن و ۹ نفر مرد بوده‌اند. سن بیماران بین ۷ تا ۳۷ سال با میانگین سنی ۲۲/۱ سال بوده است، در حالی که در تحقیق ما سن افراد بین ۱۷ تا ۷۰ سال و میانگین ۴۷ سال بوده است. همچنین در بررسی وی مشخص گردید که منشا کندروسارکوم مزانشیمی بیشتر استخوانی بوده و بیمارانی که جراحی وسیع به همراه شیمی‌درمانی را انجام می‌دهند، پیش‌آگهی بهتری را دارند.

بیشتر از ضایعات بدخیم با ۲۹ مورد بودند. در هر دو نوع ضایعه درگیری فک پایین و قسمت خلفی بیشتر از فک بالا و قسمت قدامی بود. در تحقیقات Vega و همکارانش^(۲۲) و Wanebo^(۲۳) نیز شیوع استئوسارکوم در فک پایین بیشتر از فک بالا بود. تحقیقی که در آن مقایسه دقیقی بین ضایعات خوش‌خیم و بدخیم را ذکر کرده باشد، یافت نگردید.

نتیجه‌گیری

شیوع ضایعات غیرادونتوژنیک که با تشکیل استخوان یا غضروف همراه بود نسبت به سایر ضایعات کمتر بود و حدود ۱/۳۳٪ از کل مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌داد. اسیفاینینگ فیروما و به دنبال آن استئوسارکوم شایع‌ترین ضایعه تشخیصی بودند. فراوانی ضایعات خوش‌خیم بسیار بیشتر از ضایعات بدخیم بود. زن‌ها بیشتر از مردها مبتلا به این گونه ضایعات بودند. میانگین سنی بیماران ۳۲/۲±۱۷/۳ سال بود و دهه دوم زندگی (۱۹-۱۰ سال) بالاترین درصد ابتلا را داشت. از نظر موقعیت ضایعه، فک پایین و قسمتی خلفی بیشتر درگیر بودند. از نظر جنسیت، میانگین سنی و جایگاه ضایعات این مطالعه با مطالعات دیگر مشابهت دارد ولی از نظر فراوانی ضایعات با بعضی مطالعات دیگر متفاوت می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی با کد ۶۹۵۶۱ و پایان‌نامه به شماره ۲۶۰۴ می‌باشد و بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت پشتیبانی این طرح تشکر می‌گردد.

در مطالعه ما ۵۳٪ ضایعات مربوط به فک پایین بوده و ۴۱٪ در ارتباط با فک بالا بودند و تعدادی نیز گزارش نشده بودند. همچنین در این تحقیق مشخص شد که خلف فک پایین مهم‌ترین مکان ابتلاء به ضایعات می‌باشد. این یافته‌ها مشابه تحقیقات Alsharif^(۱۰)، Bustamante^(۱۷)، Liu^(۱۴) و Junior^(۱۲) می‌باشد.

در مقایسه ضایعات خوش‌خیم و بدخیم، در بررسی ما مشخص شد که ضایعات خوش‌خیم با ۱۰۵ مورد بسیار

منابع

1. Waldron CA. Fibro osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51(8): 828-35.
2. Nelille BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3rd ed. St. Louis: W.B. Saunders Co; 2009. P. 635.
3. Eversole LR. *Clinical Outline of Oral Pathology Diagnosis and Treatment*. 3rd ed. New York: B.C. Decker Inc; 2002. P. 436.
4. Regezi JA, Sciubba JJ. *Oral Pathology, Clinical Pathologic Correlation*. 6th ed. St. Louis: W.B. Saunders Co; 2012. P. 294.
5. Matsuzuka K, Shimono M, Uchiyama T, Noma H, Inoue T. Lesions related to the formation of bone, cartilage or cementum arising in the oral area: A statistical study and review of the literature. *Bull Tokyo Dent Coll* 2002; 43(3): 173-80.
6. Theodorou DJ, Theodorou SJ, Sartoris DJ. Primary non-odontogenic tumors of the jawbones: An overview of essential radiographic findings. *Clin Imaging* 2003; 27(1): 59-70.
7. Yoon JH, Kim J, Lee CK, Choi IJ. Clinical and histopathological study of fibro-osseous lesions of the jaws. *Yonsei Med J* 1989; 30(2): 133-43.
8. Worawongvasu R, Songkampol K. Fibro-osseous lesions of the jaws: An analysis of 122 cases in Thailand. *J Oral Pathol Med* 2010; 39(9): 703-8.
9. Mintz S, Velez I. Central ossifying fibroma: An analysis of 20 cases and review of the literature. *Quintessence Int* 2007; 38(3): 221-7.
10. Alsharif MJ, Sun ZJ, Chen XM, Wang SP, Zhao YF. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A study of 127 Chinese patients and review of the literature. *Int J Surg Pathol* 2009; 17(2): 122-34.
11. Dahlin DC, Johnson EW. Giant osteoid osteoma. *J Bone Joint Surg Am* 1954; 36(3): 559-72.
12. Junior AT, de Abreu Alves F, Pinto CA, Carvalho AL, Kowalski LP, Lopes MA. Clinicopathological and immunohistochemical analysis of twenty-five head and neck osteosarcomas. *Oral Oncol* 2003; 39(5): 521-30.
13. Chang CC, Hung HY, Chang JY, Yu CH, Wang YP, Liu BY, et al. Central ossifying fibroma: A clinicopathologic study of 28 cases. *J Formos Med Assoc* 2008; 107(4): 288-94.
14. Liu Y, Wang H, You M, Yang Z, Miao J, Shimizutani K, et al. Ossifying fibromas of the jaw bone: 20 cases. *Dentomaxillofac Radiol* 2010; 39(1): 57-63.
15. Waldron CA, Giansanti JS. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A clinical-radiologic-histologic review of sixty-five cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 35(2): 190-201.
16. Ogunsalu CO, Lewis A, Doonquah L. Benign fibro-osseous lesions of the jaw bones in Jamaica: Analysis of 32 cases. *Oral Dis* 2001; 7(3): 155-62.
17. Vegas Bustamante E, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Benign fibro- osseous lesions of the maxillas: Analysis of 11 cases. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2008; 13(10): 653-6.
18. Mark RJ, Sercarz JA, Tran L, Dodd LG, Selch M, Calcaterra TC. Osteogenic sarcoma of the head and neck. The UCLA experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 117(7): 761-6.
19. Delgado R, Maafs E, Alfeiran A, Mohar A, Barrera JL, Zinser J, et al. Osteosarcoma of the jaw. *Head Neck* 1994; 16(3): 246-52.
20. Pang ZG, He XZ, Wu LY, Wei W, Liu XY, Liao DY, et al. Clinicopathologic and immunohistochemical study of 23 cases of mesenchymal chondrosarcoma. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi* 2011; 40(6): 368-72. (Chinese)

21. Shakked RJ, Geller DS, Gorlick R, Dorfman HD. Mesenchymal chondrosarcoma: Clinicopathologic study of 20 cases. Arch Pathol Lab Med 2012; 136(1): 61-75.
22. Vege DS, Borges AM, Aggarwal K, Balasubramaniam G, Parikh DM, Bhaser B. Osteosarcoma of the craniofacial bones. A clinico-pathological study. J Craniomaxillofac Surg 1991; 19(2): 90-3.
23. Wanebo HJ, Koness RJ, MacFarlane JK, Eilber FR, Byers RM, Elias EG, et al. Head and neck sarcoma: Report of the head and neck sarcoma registry. Society of head and neck surgeons committee on research. Head Neck 1992; 14 (1): 1-7.