

## یافته‌های بالینی و دموگرافیک بیماران مبتلا به ضایعات اگزوفیتیک محیطی در مراجعه کنندگان به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد-ایران در طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۳

مریم امیر چقماقی\*، نوشین محتشم\*\*، معین سعیدی\*\*\*

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

تاریخ ارائه مقاله: ۸۸/۱۲/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۱۲

### Clinical and Demographic Findings of Oral Exophytic Lesions in Patients Referred to Oral Medicine Department of Mashhad Dental School-Iran (2004-7)

Maryam AmirChaghmaghi\*, Nooshin Mohtasham\*\*#, Moein Saidi\*\*\*

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

\*\* Associate Professor of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

\*\*\* Dentist

Received: 16 March 2010; Accepted: 3 August 2010

**Introduction:** Peripheral exophytic lesions are one of the most prevalent oral lesions and the most important cause of patients's referral to oral medicine department. Determination of frequency of oral peripheral exophytic lesions and demographic findings and clinical presentation can help us for diagnosing, prevention and management of them, so a retrospective 4-year study was carried out by purpose of determining the frequency of different types of peripheral exophytic lesions in patients referred to oral medicine department of Mashhad Dental School.

**Materials & Methods:** Descriptive and retrospective study was done on files of 166 patients with peripheral exophytic lesions referred to oral medicine department of Mashhad Dental school from 2004-2007. Demographic (Age, sex ...), clinical (size, number, location) and histopathological data were recorded and described by SPSS software and descriptive statistical analysis and table and charts prepared.

**Result:** In our study, peripheral exophytic lesions were more frequent among females (F/M: 3/2). The mean age of patients was 40-60 years (33.5%). Gingiva was the most common location for exophytic lesions in oral cavity (44.0%). Inflammatory hyperplasia lesions were the most prevalent peripheral exophytic lesions and SCC was also the most common tumor in oral cavity. Duration in most of lesions (71.3%) was between 1 to 12 month and the most important chief complaint of patients was swelling (76.8%).

**Conclusion:** Although most of epidemiological patterns of oral exophytic lesions were similar to other researches, this research revealed recording of clinical observations in patients' files was essential for epidemiologic studies and carefulness in clinical and histopathologic examination is necessary and leads to correct diagnosis

**Key words:** Oral cavity, peripheral exophytic lesion, retrospective study.

# Corresponding Author: Mohtashamn@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2010; 34(3): 179-88.

#### چکیده

**مقدمه:** ضایعات برجسته محیطی گروه شایعی از ضایعات دهانی هستند که طیف وسیعی از ضایعات با پاتوزنهای مختلف را در برمی گیرند. تعیین فراوانی انواع این ضایعات و یافته‌های دموگرافیک و نمای آنها می‌تواند در تشخیص، پیشگیری و درمان آنها کمک کننده باشد. اما مطالعه در زمینه فراوانی و اشکال بالینی این ضایعات در ایران بسیار محدود انجام شده است. از این رو مطالعه ۴ ساله گذشته نگر با هدف تعیین فراوانی انواع مختلف ضایعات برجسته محیطی در بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد.

# مولف مسؤول، نشانی: مشهد، میدان پارک، دانشکده دندانپزشکی، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۵۱۱-۸۸۲۹۵۰۱-۱۵

E-mail: Mohtashamn@mums.ac.ir

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی و گذشته نگر بر روی پرونده‌های ۱۶۶ بیمار مبتلا به ضایعات اگزوفیتیک محیطی، از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ در بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد صورت گرفت. اطلاعات دموگرافیک (سن و جنس بیماران) و نیز یافته‌های بالینی مربوط به ضایعه (اندازه، تعداد، مکان، ...) در چک لیست‌ها ثبت گردید و نتایج توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، توصیف گردید.

**یافته‌ها:** در مطالعه ما شیوع ضایعات برجسته محیطی در زنان بیشتر از مردان بود (F/M: ۳/۲). این ضایعات در گروه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال از فراوانی بیشتری برخوردار بودند (۳۳/۵٪) و شایع‌ترین محل درگیری لثه بود (۴۴/۰٪). هیپرپلازی‌های واکنشی شایع‌ترین گروه این ضایعات (۷۴/۴٪) و SCC شایع‌ترین تومور بدخیم در این بررسی تعیین گردید. سیر ضایعات در ۷۱/۳٪ موارد بین یک تا ۱۲ ماه بود و شکایت اصلی اکثر بیماران تورم بود (۷۸/۶٪).

**نتیجه‌گیری:** نتایج بدست آمده در این مطالعه مشابه مطالعات سایر کشورها بود. اما این مطالعه مشخص نمود که ثبت دقیق مشاهدات بالینی در پرونده بیماران نیاز اساسی جهت انجام مطالعات اپیدمیولوژیک بوده و دقت در نمای بالینی و انجام بیوپسی در صورت نیاز باعث تشخیص دقیق‌تر این ضایعات می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** ضایعات برجسته محیطی، حفره دهان، بررسی گذشته نگر.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۹ دوره ۳۴ / شماره ۳: ۸۸-۱۷۹.

## مقدمه

نمود.<sup>(۱)</sup>

ضایعات برجسته محیطی گروه بزرگی از ضایعات حفره دهان را شامل می‌شوند و می‌توانند از یک ضایعه خوش‌خیم نظیر هیپرپلازی واکنشی تا یک تومور بدخیم نظیر کارسینوم سلول سنگفرشی متفاوت باشند. بنابراین در برخورد اول با ضایعه اگزوفیتیک محیطی افتراق محیطی از مرکزی و خوش‌خیم از بدخیم حائز اهمیت است و از طرفی توصیف ضایعات می‌تواند تا اندازه‌ای در تعیین منشأ ضایعه کمک‌کننده باشد. نمای بالینی این ضایعات می‌تواند به صورت ندولر، گنبدی، پولیپوئید با سطح صاف یا نامنظم به اشکال پاپیلوماتوز، گرانولر، وروکوز، پشته پشته و ... تظاهر یابد. به طور مثال ضایعات با سطح ناصاف ممکن است از اپی تلیوم مخاط پوششی منشأ گرفته باشند که این ضایعات می‌تواند از یک ضایعه خوش‌خیم مانند پاپیلوم و وروکا و لگاریس تا بدخیمی‌هایی مانند وروکوس کارسینوما و کارسینوم سلول سنگفرشی متفاوت باشند. برعکس ضایعاتی با سطح ناصاف می‌توانند علل متفاوتی نظیر منشأ بزاقی، مزانشیمال و ... داشته باشد. در نتیجه گاه تشخیص بالینی ضایعات

ضایعات برجسته یا اگزوفیتیک به هر رشد پاتولوژیکی اطلاق می‌شود که از کاتنور طبیعی مخاط دهان برجسته‌تر باشد<sup>(۱)</sup> این ضایعات ممکن است در بافت نرم مخاط دهان و یا در داخل استخوان‌های فک بالا یا پایین ایجاد شوند. ضایعات برجسته محیطی، ضایعاتی هستند که در بافت نرم مخاط دهان ایجاد شده‌اند و در نمای رادیوگرافی آنها عدم تحلیل استخوان و یا تحلیل سطحی مشاهده می‌شود. برای افتراق ضایعات برجسته محیطی از مرکزی، تحرک ضایعه بر روی استخوان زیرین (به جز کام سخت و لثه چسبنده) و نیز عدم تحلیل یا تحلیل سطحی استخوان در نمای رادیوگرافی ضایعات کمک‌کننده خواهد بود. افتراق ضایعات محیطی از مرکزی بسیار حائز اهمیت است چرا که تشخیص‌های افتراقی و متعاقب آن پیش‌آگهی و درمان برای این دو گروه بسیار متفاوت است.

مکانیسم‌های متعددی برای ایجاد ضایعات برجسته محیطی مخاط دهان مطرح شده‌اند که از آن جمله می‌توان به هیپرپلازی (افزایش تعداد سلول‌ها)، هیپرتروفی (افزایش اندازه سلول‌ها) نئوپلازی و تجمع مایع در بافت اشاره

گردید. از این میان ۱۶۶ پرونده مربوط به ضایعات برجسته محیطی تفکیک شد. معیار ورود در این مطالعه وجود یک یا چند ضایعه برجسته محیطی در بافت نرم مخاط دهان بیماران بود. برای تایید محیطی بودن ضایعات در نواحی که ضایعه بر روی استخوان واقع شده بود، در بررسی یافته‌های رادیوگرافی ثبت شده در پرونده‌های بیماران و بر اساس میزان تحلیل استخوان، در صورت عدم تحلیل یا تحلیل سطحی (اروزیون سطحی استخوان)، به عنوان ضایعه محیطی در نظر گرفته می‌شد.

از آنجا که این مطالعه به صورت گذشته نگر و بر روی پرونده‌های موجود در بایگانی بخش بیماری‌های دهان صورت گرفته است، بررسی ضایعاتی نظیر آبسه‌ها، توروس‌ها و اگزوستوزها و نیز تغییرات طبیعی مخاط دهان که به دلیل وضعیت اورژانس بیمار و یا به علت عدم نیاز به درمان، پرونده کامل برای آنها تشکیل نشده بود، امکان‌پذیر نبود و از مطالعه خارج شدند. از این رو معیار ضایعات برجسته محیطی در مطالعه ما تشخیص بالینی و تایید هیستوپاتولوژی بود.

به دلیل حذف توروس‌ها و اگزوستوزها، آبسه‌ها و تغییرات طبیعی مخاط دهان، ضایعات برجسته محیطی در مطالعه ما در ۵ گروه قرار گرفتند که شامل: هیپرپلازی‌های واکنشی، تومورهای بدخیم، تومورهای خوش‌خیم، موکوسل (یا رانولا) و همانژیوم‌ها بودند. اطلاعات مربوط به سن، جنس، نمای بالینی، محل ضایعات و شکایت اصلی بیماران از پرونده‌ها استخراج شد و در چک لیستی که به این منظور طراحی شده بود، ثبت گردید. نهایتاً داده‌های استخراج شده با استفاده از آمار توصیفی با ارائه میانگین‌ها و توزیع فراوانی توصیف گردید.

#### یافته‌ها

فراوانی کلی ضایعات برجسته محیطی در بین ۱۲۳۲

بدخیم به علت عدم توجه به سیر ضایعه، تغییرات سطح آن و ... به عنوان یک ضایعه خوش‌خیم مطرح می‌گردد.

اگرچه مطالعات اپیدمیولوژیک متعددی در ایران و سایر کشورها برای بررسی فراوانی و مشخصات بالینی تعدادی از ضایعات برجسته محیطی انجام شده است، اما تاکنون مطالعات اندکی برای بررسی فراوانی همه ضایعات برجسته حفره دهان صورت گرفته است. در مطالعه امیدیان و همکارانش در اهواز مشخص گردید که ضایعات دهانی در زنان و در دهه دوم و سوم زندگی شایع‌تر است.<sup>(۲)</sup> Lawoyin و همکارانش هم پیوژنیک گرانولوما را به عنوان یک ضایعه غیرنئوپلازیک شایع مطرح نمودند.<sup>(۳)</sup> Gandara نیز در مطالعه‌ای نشان داد که ژانت سل گرانولوما در فک بالا شایع‌تر از فک پایین است.<sup>(۴)</sup> در مطالعه هاشمی‌پور و همکارانش نیز ضایعات شبه تومور بافت نرم مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه شیوع ضایعات در زنان بیشتر از مردان بود و پیوژنیک گرانولوما شایع‌ترین ضایعه در گروه ضایعات خونریزی دهنده بافت نرم بود.<sup>(۵)</sup> با توجه به تعداد کم مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد طیف وسیع ضایعات برجسته حفره دهان و به دلیل اهمیت این گونه مطالعات در تعیین فراوانی و نماهای بالینی شایع این ضایعات در یک بررسی گذشته‌نگر، نمای بالینی ضایعات اگزوفیتیک محیطی، فراوانی هر یک از آنها و اطلاعات دموگرافیک بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان (دانشکده دندانپزشکی مشهد) در طی سال‌های ۸۳ تا ۸۶ را بررسی نمودیم، به امید آنکه بتوانیم گامی هرچند کوچک در این زمینه برداریم.

#### مواد و روش‌ها

جهت اجرای این مطالعه توصیفی پرونده‌های ۱۲۳۲ بیمار که طی سال‌های ۸۶-۸۳ به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه نموده بودند، بررسی

با ۷ مورد ۴/۲٪ کل ضایعات را تشکیل می‌داد و پس از آن تومورهای متاستاتیک با ۲ مورد (۱۸/۸٪) و تومورهای بدخیم غدد بزاقی و وروکوز کارسینوما هر کدام با یک مورد (۹ و ۰۹٪) در جایگاه بعدی قرار داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع ضایعات هایپرپلازی واکنشی

ضایعه	فراوانی	درصد
پیوژنیک گرانولوم	۳۰	۲۴/۱۹
ژانت سل گرانولوم محیطی	۳۴	۲۷/۴۱
فیبروم	۴۶	۳۷/۰۹
ژانت سل فیبروم	۴	۳/۲۲
فیبروم محیطی با کلسیفیکاسیون	۸	۶/۴۵
اپولیس فیشوراتوم	۱	۰/۶
اپولیس گرانولوماتوز	۱	۰/۶
کل	۱۲۴	۱۰۰

از ۱۵ مورد تومور خوش خیم، ۶ مورد آن مربوط به تومورهای خوش خیم غده بزاقی (پلئومورفیک آدنوما) و ۷ مورد مربوط به تومورهای مزانشیمال (۴ نوروفیبروما، ۲ رابدومیوما و یک مورد میوایپیلیوما) و دو مورد تومورهای خوش خیم اپی تلیالی (پاپیلوما) می‌باشد که به ترتیب ۴۰٪ و ۶۷/۵٪ و ۱۳/۳٪ از تومورهای خوش خیم را تشکیل می‌دادند.

### سن

بیشترین سن شیوع ضایعات برجسته محیطی حفره دهان بین ۴۱ تا ۶۰ سال بود (۳۳/۵٪) و پس از آن گروه سنی ۴۰-۲۰ سال (۳۰/۴٪) در جایگاه بعدی قرار داشت. کمترین میزان فراوانی ضایعات در سنین بالای ۶۰ سال (۱۴/۲٪) مشاهده شد.

میانگین سنی ضایعات مختلف در نمودار ۱ نشان داده شده است.

بیمار مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان ۱۳/۴۷٪ (۱۶۶ نفر) برآورد گردید. از این میان بیشترین فراوانی مربوط به ضایعات هایپرپلازی واکنشی بود که تقریباً ۲/۳ کل ضایعات را تشکیل می‌داد (۷۴/۶٪) و پس از آن به ترتیب تومورهای خوش خیم، موکوسل و رانولا، تومورهای بدخیم و سپس همانژیوم قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع ضایعات برجسته محیطی

ضایعه	فراوانی	درصد
هایپرپلازی آماسی	۱۲۴	۷۴/۷
همانژیوم	۳	۱/۸
موکوسل و رانولا	۱۳	۷/۸
تومورهای بد خیم	۱۱	۶/۶
تومورهای خوش خیم	۱۵	۹
کل	۱۶۶	۱۰۰

در این مطالعه فیبروم تحریکی شایع ترین ضایعه در بین کل ضایعات بود که در مجموع ۲۷/۷۴٪ از کل ضایعات و ۳۷/۰۹٪ از ضایعات هایپرپلازی واکنشی را تشکیل می‌داد. پس از آن ژانت سل گرانولومای محیطی و پیوژنیک گرانولوما در جایگاه بعدی قرار داشتند (جدول ۲).

موکوسل و رانولا با ۱۳ مورد (۱۱ موکوسل و ۲ رانولا) از میان ۱۶۶ ضایعه اگزوفیتیک محیطی ۷/۸٪ ضایعات را تشکیل می‌دادند و همانژیوما با ۳ مورد، ۱/۸٪ از کل ضایعات را شامل می‌شد. در گروه نئوپلاسم‌ها، ۲۶ مورد گزارش گردید که از این میان ۱۵ تومور خوش خیم و ۱۱ مورد بدخیم بودند که به ترتیب ۹٪ و ۶/۶٪ از کل ضایعات را شامل می‌شدند. در میان نئوپلاسم‌های بدخیم، کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) شایع ترین تومور بوده و

**جنس**

۶۰/۲٪ بیماران دارای ضایعه برجسته محیطی حفره دهان، زن و ۳۹/۸٪ مرد بودند. شیوع هیپرپلازی‌های واکنشی در زنان ۲ برابر مردان بود و نسبت وقوع SCC در زنان نسبت به مردان ۳ به ۴ بود، یعنی ۵۷/۱٪ از SCCها در مردان رخ داده بود. تومورهای خوش‌خیم غده بزاقی در مردان و زنان مساوی بود و ۵۷/۱٪ تومورهای خوش‌خیم مزانشیمال در زنان رخ داده بود (نمودار ۲). فراوانی ضایعات برجسته حفره دهان بر حسب جنس در نمودار ۲ نشان داده شده است.

**محل درگیری**

شایع‌ترین محل درگیری ضایعات برجسته محیطی در لثه بود (۴۴/۰٪). لب‌ها و مخاط گونه با ۱۳/۹٪ شایع‌ترین محل‌های درگیری بعد از لثه بودند (جدول ۳). فراوانی ضایعات برجسته بر حسب محل درگیری در جدول ۳ نشان داده شده است.

**نمای بالینی ضایعات**

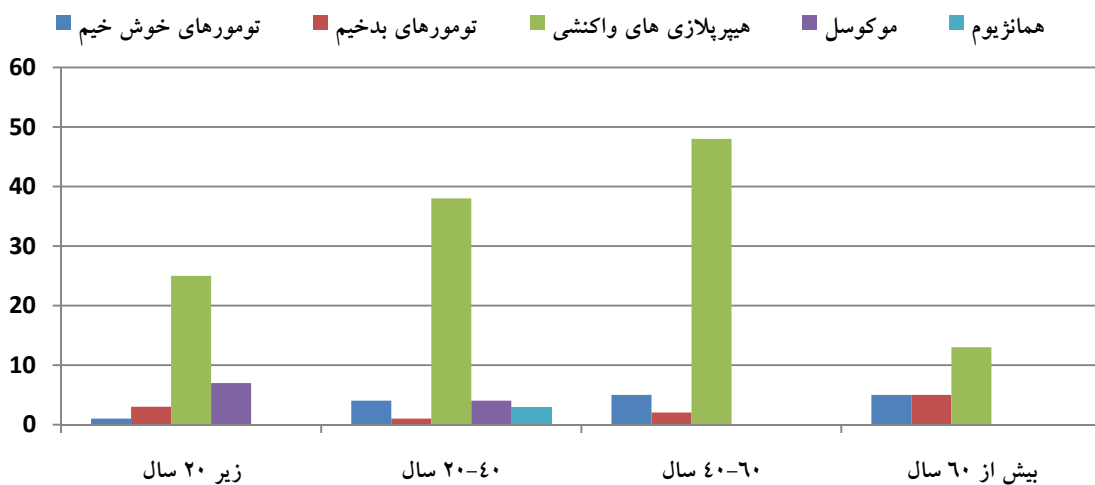
از ۱۶۶ ضایعه برجسته محیطی ۱۱۲ ضایعه نمای پولیپوئید (۶۷/۵٪) و ۵۴ ضایعه به صورت ندولر (۴۶٪ ضایعه) و گنبدی (۸٪ ضایعه) بودند. ۷۹/۸٪ از ضایعات هیپرپلازی آماسی پولیپوئید و ۷۱/۴٪ کارسینوم‌های سلول سنگفرشی، به عنوان شایع‌ترین تومور بدخیم در این مطالعه بدون پایه بودند. همچنین همه تومورهای غدد بزاقی خوش‌خیم به صورت ندولر یا گنبدی بودند.

نمای بالینی ۶۶/۴٪ موکوسل‌ها بدون پایه و تمامی همانژیوماها در این مطالعه ندولر بودند (نمودار ۳).

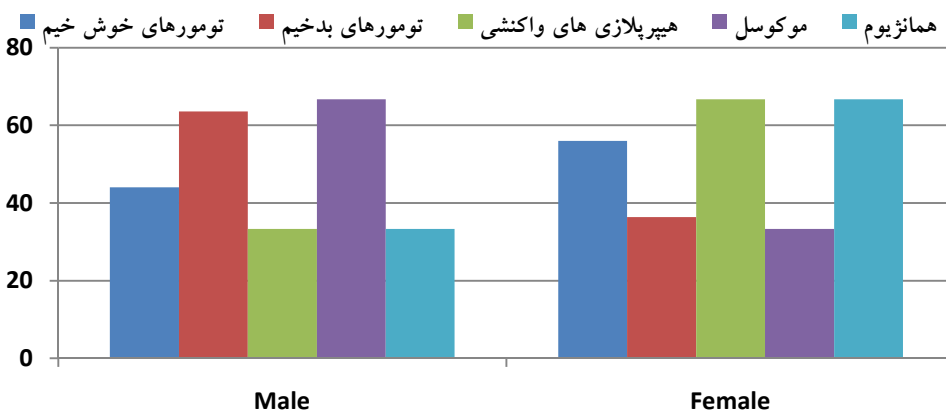
۱۴۷ ضایعه از ۱۶۶ ضایعه اگزوفیتیک محیطی دارای سطح صاف بودند (۸۸/۵٪). SCC و تومورهای اپی تلیالی خوش‌خیم در ۱۰۰٪ موارد دارای سطح ناصاف بود و بر عکس همه موکوسل‌ها سطح صافی داشتند. هیپرپلازی‌های واکنشی در ۹۱/۱٪ و تومورهای خوش‌خیم در ۸۶/۶٪ دارای سطح صاف بودند. همانژیوم‌ها نیز همگی دارای سطح صاف بودند.

جدول ۳: توزیع فراوانی ضایعات برجسته محیطی بر حسب محل درگیری

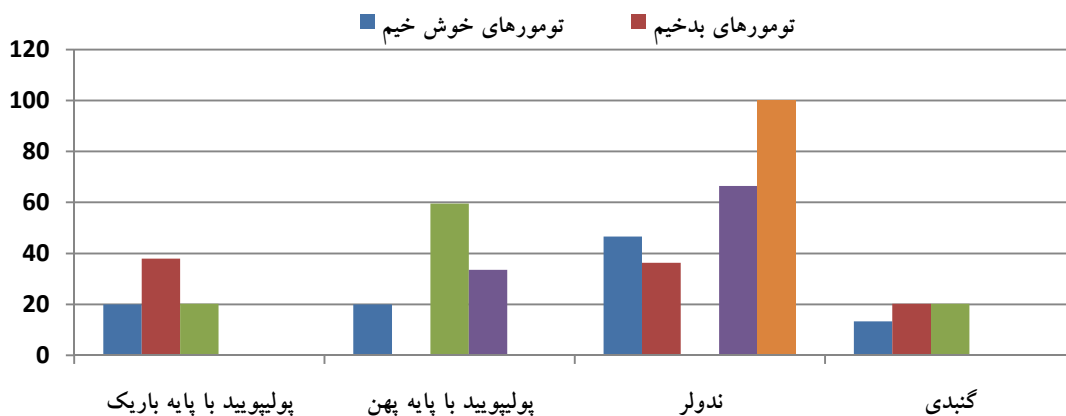
نوع ضایعه	تومورهای خوش‌خیم		تومورهای بدخیم		هیپرپلازی‌های واکنشی	موکوسل و همانژیوما		درصد کل
	تعداد کل	درصد کل	تعداد کل	درصد کل		تعداد کل	درصد کل	
کام سخت	۹		۷				۱۶	۹.۶
کام نرم	۲						۲	۱.۲
زبان	۱		۳		۱۴		۱۸	۱۰.۸
وستیبول					۹		۹	۵.۴
گونه	۳		۲		۱۸		۲۳	۱۳.۹
کف دهان					۲		۲	۱.۲
لب					۱۱		۱۱	۱۳.۹
لثه و مخاط آلوئول			۶		۶۵		۷۳	۴۴.۰
کل	۱۵		۱۱		۱۲۴		۱۶۶	۱۰۰



نمودار ۱: توزیع فراوانی ضایعات برجسته به تفکیک نوع ضایعه بر حسب سن



نمودار ۲: توزیع فراوانی انواع ضایعات برجسته به تفکیک نوع ضایعه بر حسب جنس



نمودار ۳: توزیع فراوانی ضایعات برجسته به تفکیک نوع ضایعه بر حسب نمای بالینی

**مدت زمان ایجاد ضایعات**

برای بررسی ضایعات برجسته محیطی بر حسب مدت زمان ایجاد ضایعه سیر این ضایعات را به ۳ گروه تقسیم‌بندی کردیم:

الف) کمتر از ۱ ماه، ب) بین ۱-۱۲ ماه، ج) بیشتر از ۱۲ ماه

۱۱۷ بیمار (۷۱/۳٪ ضایعات) مدت زمان ایجاد ضایعات را بین ۱-۱۲ ماه ذکر کردند. ضایعات ۴۰ بیمار (۲۴/۳٪) سیر کمتر از یک ماه داشته و بیماران دارای همانژیوم سیر چندین ساله را برای این ضایعات بیان کرده‌اند.

**شکایت اصلی بیماران**

از ۱۶۶ بیمار، ۱۶۳ نفر با شکایت اولیه از ضایعه خود به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه نموده بودند و ۳ بیمار (۱/۸٪) فاقد هر گونه شکایت بوده و هر ۳ نفر توسط دندانپزشک عمومی ارجاع داده شده بودند. تورم شایع‌ترین شکایت بیماران مراجعه‌کننده بود (۷۸/۶٪). ۱۲ نفر با شکایت تورم و درد (۷/۳٪) و ۸ نفر تنها با شکایت درد مراجعه نموده بودند (۴/۹٪) سایر بیماران با شکایت‌های متفاوتی نظیر زخم، تورم و زخم و سوزش مراجعه نموده بودند.

از ۱۳ بیمار دارای موکوسل ۱۲ بیمار (۹۲/۳٪) دلیل مراجعه خود را تورم بیان کرده بودند. ۲ بیمار از ۳ بیمار دارای همانژیوم دلیل شکایت خود را تورم و ۱ بیمار دلیل مراجعه خود را تورم به همراه سوزش بیان کرد. ۸۱/۱٪ بیماران دارای تومورهای بدخیم و ۸۴/۶٪ بیماران دارای تومور خوش‌خیم تورم شکایت اصلی خود را تورم بیان کردند.

۱۴/۲٪ بیماران دارای SCC با شکایت درد و تورم مراجعه کرده بودند و ۱۴/۲٪ نیز با شکایت تورم و

سوزش مراجعه کرده بودند در حالی که ۷۱/۶٪ فقط تورم را شکایت اصلی خود بیان کرده بودند.

**اندازه ضایعات**

از ۱۶۶ ضایعه موجود، ۱۸ ضایعه فاقد ثبت اندازه در پرونده بودند و از ۱۴۸ ضایعه دارای اندازه، ۱۰۶ ضایعه (۷۱/۷٪) دارای اندازه‌ای بزرگ‌تر یا مساوی ۱ سانتی متر بودند، در حالی که ۴۲ ضایعه اندازه‌ای کوچکتر از ۱ سانتی متر داشتند (۲۸/۳٪).

ضایعات موکوسل در این مطالعه در (۲۴/۹٪) موارد اندازه آنها ثبت نشده بود و در موارد باقی مانده ۴۹/۹٪ موارد دارای اندازه کوچکتر از ۱cm بودند.

تمامی همانژیوم‌ها در این مطالعه اندازه بزرگتر از ۱cm داشتند. ۷۶/۹٪ تومورهای خوش‌خیم، ۷۰٪ ضایعات هیپرپلازی آماسی و ۹۰٪ تومورهای بدخیم اندازه بزرگتر از ۱cm داشتند.

**بحث**

ضایعات برجسته محیطی طیف وسیعی شامل ضایعات واکنشی تا یک تومور تا ضایعات رشدی تکاملی را شامل می‌شوند. از آنجا که چگونگی شروع ضایعات، مدت زمانی که در دهان هستند، جایگاه، نمای بالینی (مانند سطح، شکل، اندازه ...) و قرینه یا غیرقرینه بودن ضایعات (مانند توروسها) راهنماهای مهمی در تشخیص افتراقی این ضایعات هستند، در این مطالعه خصوصیات دموگرافیک و بالینی ضایعات برجسته محیطی بررسی شد. در مطالعه حاضر ضایعات هیپرپلازی واکنشی بیش از ۲/۳ کل ضایعات برجسته محیطی حفره دهان را تشکیل می‌دادند که این امر می‌تواند به دلایل متفاوتی از جمله شیوع عوامل ایجاد کننده این ضایعات و نیز تعدد ضایعاتی که در این گروه قرار می‌گیرند، رخ دهد. پس از آن به ترتیب تومورهای خوش‌خیم، موکوسل و رانولا،

تومورهای بدخیم و سپس همانژیوم قرار داشتند.

ضایعاتی مانند آبسه‌ها، توروس و اگزوستوزها و تغییرات طبیعی مخاط به جهت ماهیت شناخته شده ضایعه و نیز عدم نیاز به درمان و در مورد آبسه‌ها به دلیل شرایط اورژانس بیماران، فاقد پرونده کامل بوده و بنابراین در مطالعه ما فراوانی این ضایعات قابل ارزیابی نبودند.

فراوان‌ترین ضایعه در بین کل ضایعات اگزوفتیک محیطی در این مطالعه، فیبروم تحریکی بود که ۲۷/۷٪ کل ضایعات را شامل می‌شد. با توجه به این که توروس‌ها و اگزوستوزها در مطالعه ما قرار ندارند نتایج ما با مطالعه‌ای که در سال ۱۹۸۶ در دانشکده دندانپزشکی Minnesota بر روی ۲۳۶۱۶ بیمار دارای ضایعه اگزوفتیک در حفره دهان انجام شده است،<sup>(۶)</sup> و فیبروم تحریکی پس از توروس شایع‌ترین ضایعه در آن مطالعه بود، مشابه است و می‌توان بیان کرد که فیبروم تحریکی جزء شایع‌ترین ضایعات اگزوفتیک محیطی می‌باشد.

همچنین در مطالعه ما فراوانی ضایعات برجسته محیطی در زنان بیشتر از مردان بود. بطوری که ۶۰/۲٪ از ضایعات اگزوفتیک محیطی حفره دهان در زنان و ۳۹/۸٪ در مردان بود. هیپرپلازی‌های واکنشی که ۷۴/۶٪ از کل ضایعات را تشکیل می‌دادند، در ۶۵/۳٪ موارد در زنان و در ۳۴/۷٪ موارد در مردان ایجاد شده بودند. تحقیقات Zarei و همکاران در کرمان<sup>(۷)</sup>، نیز همانند بررسی‌هایی که توسط Al Rawi<sup>(۸)</sup> و Kfire<sup>(۹)</sup> انجام شده بود، نشان داد که شیوع هیپرپلازی‌های واکنشی در زنان بیش از مردان است. بالاتر بودن شیوع این ضایعات در گروه هیپرپلازی‌های واکنشی در مطالعه ما بیانگر بالاتر بودن شیوع ضایعات برجسته محیطی در زنان خواهد بود، چرا که ۷۶/۴٪ از کل ضایعات را در مطالعه ما گروه هیپرپلازی‌های واکنشی تشکیل می‌دهند. اما در این مطالعه همانند تحقیقات

صورت گرفته در مرکز بیماری شناسی کاتانیا<sup>(۱۰)</sup> میزان بروز تومورها در حفره دهان در مردان بیشتر از زنان بود. بیشترین سن شیوع ضایعات در مطالعه ما بین ۶۰-۴۱ سال بود که این امر به دلیل شیوع هیپرپلازی‌های واکنشی در این طیف سنی بود که این وضعیت مشابه سایر مطالعات نظیر مطالعه زارعی و همکاران<sup>(۷)</sup> بود.

تومورهای خوش‌خیم حفره دهان در مطالعه ما در سنین بین ۶۰-۲۰ سال و تومورهای بدخیم در سن بالای ۶۰ سال از فراوانی بیشتری برخوردار بودند که مشابه مطالعه دلاوریان و همکاران<sup>(۱۱)</sup>، اندیشه تدیرو همکاران<sup>(۱۲)</sup> و Chidzonka<sup>(۱۳)</sup> بوده است. در مطالعه‌ای که طی سال‌های ۱۹۹۵-۱۹۹۰ در مرکز بیماری شناسی کاتانیا بر روی تومورهای حفره دهان صورت گرفت<sup>(۱۰)</sup> نتایج مشابه مطالعه ما بدست آمد، چنان که تومورهای خوش‌خیم حفره دهان در دهه سنی ۳ تا ۶ و تومورهای بدخیم در دهه ۵ تا ۷ شیوع بیشتری داشتند.

در مطالعه ما تورم به تنهایی و یا همراه با درد و سوزش مهم‌ترین شکایت بیماران بود به طوری که شکایت بیماران در ۹۲٪ موکوسل‌ها، ۸۴٪ تومورهای بدخیم و ۸۷٪ تومورهای خوش‌خیم تورم بود. شکایت اصلی ۷۱/۶٪ بیماران مبتلا به SCC در مطالعه ما تورم بود اما در مطالعه دلاوریان شایع‌ترین شکایت بیماران SCC زخم و پس از آن تورم تعیین شد.<sup>(۱۱)</sup> به این ترتیب توجه به این نکته ضروری است که یک تومور بدخیم گاهی اوقات ممکن است فقط با شکایت تورم از سوی بیماران مطرح گردد و بنابراین معاینه تمامی قسمت‌های حفره دهان برای بررسی تورم‌هایی که گاه از جانب بیمار بی ارزش تلقی شده است وظیفه هر دندانپزشک می‌باشد.

سرعت رشد تومورهای خوش‌خیم از تومورهای بدخیم کمتر است، به همین علت در هنگام تشخیص



هیپرپلازی‌های واکنشی و همه همانژیوم‌ها دارای سطح صاف بودند در حالی که ۸۱٪ تومورهای بدخیم سطح ناصاف داشتند که مشابه مطالعه دلاوریان و همکاران<sup>(۱۱)</sup> بوده است. از آنجا که SCC شایع‌ترین تومور بدخیم در مطالعه ما بوده و منشاء اپی تلیالی آن موجب می‌شود که سطح ناصافی داشته باشد<sup>(۱۴و۱۵)</sup> بنابراین در این مطالعه درصد بالایی از تومورهای بدخیم دارای سطح ناصاف بود.

### نتیجه‌گیری

ضایعات برجسته محیطی دهان طیف وسیعی از ضایعات با سبب‌شناسی و پاتوژن‌های متفاوت را دربرمی‌گیرد که گاهی ممکن است نماهای بالینی آنها مشابه باشد. بنابراین جهت تشخیص صحیح و درمان مناسب این ضایعات، بررسی دقیق نمای بالینی ضایعات (توجه به سطح و شکل ضایعه و ...)، عوامل تحریکی احتمالی، قوام، سیر ضایعه و شکایت بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است، هرچند نتایج بدست آمده در این مطالعه مشابه مطالعات سایر کشورها بود. اما بررسی‌های اپیدمیولوژیک در مورد ضایعات برجسته محیطی و سایر ضایعات دهانی در کشور ما بسیار کم بوده و مطالعات بیشتری ضروری بنظر می‌رسد تا بتوان با افزایش تعداد بیماران مورد مطالعه به یافته‌های دقیق‌تری رسید. پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به اهداف فوق علاوه بر دقت هنگام اخذ شرح حال و معاینه بالینی، ثبت این اطلاعات در پرونده بیماران نیز به طور کامل انجام پذیرد. همچنین ایجاد یک بانک اطلاعاتی از ضایعات دهان و فک و صورت، بررسی فراوانی آنها در کشور و مقایسه آن با سایر کشورها و نهایتاً ارائه گزارش به WHO باید مورد توجه قرار گیرد.

تومورهای خوش‌خیم ماه‌ها و گاه سال‌ها از ظهور ضایعه می‌گذرد. در مطالعه ما نیز بیماران مبتلا به تومورهای خوش‌خیم فقط در ۱۵/۳ موارد سیر کمتر از یک ماه را برای ضایعه خود بیان کرده بودند، در حالی که بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم در ۳۶/۴ موارد سیر کمتر از یک ماه را برای ضایعه خود بیان کرده بودند و این بیان‌کننده آن است که سرعت رشد ضایعه در بیماران مبتلا به تومور بدخیم، در ماه اول سریع‌تر بوده است.

سیر ۷۱/۳ ضایعات برجسته محیطی در مطالعه ما بین ۱ تا ۱۲ ماه بود و سیر ۵۴/۴٪ تومورهای بدخیم نیز بین ۱ تا ۱۲ ماه بود. در مطالعه دلاوریان و همکاران هم مشابه مطالعه ما، میانگین طول مدت تومورهای بدخیم ۴/۷ ماه تعیین گردید.<sup>(۱۱)</sup>

شایع‌ترین محل درگیری در مطالعه ما لثه و مخاط آلوتول بود. تومورهای بدخیم در لثه و مخاط آلوتول و پس از آن در زبان شایع‌تر بودند. اما در مطالعه دلاوریان و همکاران شایع‌ترین محل درگیری SCC، زبان و پس از آن لثه بود.<sup>(۱۱)</sup> تومورهای خوش‌خیم در این مطالعه در کام سخت شایع‌تر بودند. از آنجا که شایع‌ترین تومور خوش‌خیم در مطالعه ما تومورهای غدد بزاقی بودند و جایگاه شایع این تومورها نیز ناحیه خلفی طرفی کام سخت است<sup>(۱۴)</sup> بنا براین نتایج بدست آمده قابل توجه است.

موکوسل‌ها معمولاً به صورت ندولر رخ می‌دهند و شایع‌ترین محل آنها (۷۵٪ موارد) لب پایین بوده و سطح صاف و قوام نرم دارند<sup>(۱۳)</sup>، در مطالعه ما نیز در ۶۶/۴٪ موارد بصورت ندولر و در ۸۴/۶٪ موارد لب پایین جایگاه وقوع موکوسل‌ها بود. همچنین سطح تمامی موکوسل‌ها صاف بود.

در مطالعه ما ۹۲٪ تومورهای خوش‌خیم، ۹۱٪

**تشکر و قدردانی**

راهنمایی های ارزنده شان در نگارش این مقاله تقدیر و

بدین وسیله از سرکار خانم دکتر دلاوریان به جهت تشکر می گردد.

**منابع**

1. Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Co; 1997. P. 130-62.
2. Omidian M, Mostowfi NE, Bohranifard H. Pathological aspects of oral lesions in Ahwaz, Iran (1994-2004). Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2009; 11(1): 57-61. (Persian)
3. Lawoyin JO, Arotiba JT, Dosumu OO. Oral pyogenic granuloma: A review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. Br J Oral Maxillofac Surg 1997; 35(3): 185-9.
4. Gandara-Ray JM, Pacheco Martins Carneiro JL, Gandara-Vila P, Blanco-Carrion A, Garcia-Garcia A, Madrinan-Grana P, et al. Peripheral giant-cell granuloma. Review of 13 cases. Med Oral 2002; 7(4): 254-9.
5. Hashemipour MA, Rad M, Mojtahedi A. A survey of soft tissue tumor-like lesions of oral cavity: A clinicopathological study. Iranian Journal of Pathology 2008; 3(2): 81-7. (Persian)
6. Bouquot JE, Gundlach KK. Oral exophytic lesions in 23616 white American over 35 years of age. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 62(3): 284-91.
7. Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: A review of 172 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 2007; 45(4): 288-92.
8. Al-Rawi N. Localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: A clinico-pathological study of 636 lesions from Iraq. The Internet Journal of Dental Science 2009; 7(1).
9. Kfire Y, Buchner A, Hansen LS. Reactive lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. J Periodontol 1980; 51(11): 655-61.
10. Sortino F, Milici A. Epidemiology of oral cavity tumors. Minerva Stomatol 1998; 47(5): 197-202.
11. 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)
12. Andisheh Tadbir A, Mehrabani D, Heydari ST. Primary malignant tumors of orofacial origin in Iran. Craniofac Surg 2008; 19(6): 1538-41.
13. 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.
14. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's Oral Medicine: Diagnosis and Treatment. 11<sup>th</sup> ed. Hamilton Ontario: B. C. Decker Inc; 2008. P. 102-42.
15. Neville B, Damm DD, Allen CM, Bouquot J, Neville BW. Oral and Maxillofacial Pathology. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2008. P. 356-63.