

## اپیدمیولوژی تومورهای غدد بزاقی در یک بررسی ده ساله در بیمارستان لقمان

دکتر حسن مهاجرانی\*، دکتر محمدتقی قطان\*\*، دکتر آرش خجسته\*\*\*، دکتر سیدعلیرضا مهاجرانی\*\*\*\*

### چکیده

سابقه و هدف: تومورهای غدد بزاقی از موارد معدود گزارش شده هستند که مجموعاً ۳-۲٪ تومورهای سر و گردن را تشکیل می‌دهند. ۷۵٪ از آنها را تومورهای خوش خیم و ۲۵٪ را تومورهای بدخیم تشکیل می‌دهند. مطالعه ۱۰ ساله حاضر با هدف بررسی و مطالعه غدد بزاقی بزرگ شامل پاروتید، تحت فکی و زیربانی، همچنین غدد بزاقی کوچکتر که در زیر مخاط کام، لبها و مخاط داخل وجود دارند، در بیمارستان لقمان تهران انجام پذیرفت.

مواد و روشها: مطالعه گذشته‌نگر حاضر بر روی ۴۴ بیمار با تومورهای غدد بزاقی مراجعه کننده به بیمارستان لقمان در بین سالهای ۷۶ تا ۸۶ صورت پذیرفت. اپیدمیولوژی انواع تومورهای غدد بزاقی از نظر سن، جنس و نوع تومور مورد بررسی قرار گرفت. آنالیز هیستوپاتولوژیک توسط متخصصین پاتولوژی انجام و در نهایت آنالیز آماری به روش توصیفی انجام شد.

یافته‌ها: از مجموع ۴۴ بیمار مبتلا به تومور بزاقی، ۳۶/۴٪ زن و ۶۳/۶٪ مرد بودند. ۷۲/۷٪ تومورها خوش خیم و بقیه بدخیم بودند. شایع‌ترین تومورها به ترتیب تومور پلئومورفیک آدنوما با ۷۰/۴٪، موکوپیدرموئید با ۱۱/۳٪ و تومور وارتین با ۲/۲٪ بودند. شایع‌ترین محل درگیری غده پاروتید با ۷۷/۲٪ و بعد از آن غدد تحت فکی و کامی هر کدام با ۱۱/۳٪ مشخص گردیدند.

نتیجه‌گیری: آدنوم پلئومورفیک شایع‌ترین تومور خوش خیم و کارسینوم موکوپیدرموئید شایع‌ترین تومور بدخیم شناخته شد که این یافته‌ها در کشور ما تأیید کننده مطالعات قبلی در سایر کشورهاست.

کلید واژگان: تومور غدد بزاقی، بدخیمی، خوش خیم، گذشته نگر

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۴/۱۳ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۸/۵/۱۱ تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۶/۳۱

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۷، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۸، ۱۵۹-۱۵۵

### مقدمه

تومور غدد بزاقی نادر و غیرمعمول است که در گزارش‌های مختلف ۲ تا ۱۰ درصد نئوپلاسم‌های سر و گردن را شامل می‌شود. این تومورها به طور شایع در غده پاروتید اتفاق می‌افتند (۱)، اما احتمال درگیری غدد تحت فکی، غدد بزاقی کوچک (که ۱۵٪ از نئوپلاسم‌های غدد بزاقی را تشکیل می‌دهند) و غدد زیربانی نیز وجود دارد (۲-۴). در ایران مطالعات اندکی در این مورد انجام شده است، اما در مطالعه‌ای که روی جمعیت نیجریه‌ای انجام شد، نشان داده شد که تومور غدد بزاقی ۷/۶٪ از تومورهای سر و گردن را تشکیل می‌دهند (۵). این در حالی است که این تومور در کنیا از این میزان نیز شایع‌تر است (۶). باید به این نکته نیز اشاره

کرد که تومورهای خوش خیم غدد بزاقی بسیار شایع‌تر از نوع بدخیم هستند (۷-۱۲). بروز تومورهای بدخیم غدد بزاقی در جامعه ۰/۵ تا ۱/۲ مورد در هر صد هزار نفر در طول سال است (۱۳). در مطالعه‌ای که در اوگاندا انجام شد تومورهای بزاقی به سه دسته سارکوما، آملوبلاستوما و کارسینوما دسته‌بندی شده‌اند (۱۴).

در مناطق مختلف جهان نوع این تومورها نیز متفاوت است مثلاً در اکلاهاما (۷)، جامائیکا (۸) و ژاپن (۱۵) نوع اپیدرموئید کارسینوما شایع بود اما در نیجریه پلئومورفیک آدنوما شیوع بیشتری داشت (۱۶). محل‌های درگیری نیز در این مطالعات متفاوت بود. برای مثال آدنوم پلئومورفیک بیشترین

\* نویسنده مسئول: استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

تومورهای متاستازی Mix، کارسینوم سلول کوچک و اسکواموس سل کارسینوما بودند (۱۹). در نگاه نخست، ۳۲ مورد خوش‌خیم و ۱۲ مورد بدخیم گزارش شده بود. اطلاعات مربوط به سن، جنس و محل تومور ثبت گردید. بررسی پاتولوژیک تمامی موارد توسط سه پاتولوژیست حاذق انجام شد و داده‌ها به صورت توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

#### یافته‌ها

از میان بیماران مورد مطالعه، ۳۶/۴٪ زن و ۶۳/۶٪ مرد بودند و میانگین سن آنها ۳۴/۵ سال بود. نحوه توزیع سن، جنس، محل تومور، اندازه و تشخیص پاتولوژیک در جداول ۱، ۲ و ۳ نشان داده شده‌اند. شایان ذکر است که هیچ موردی از درگیری غده بزاقی زیر زبانی دیده نشد. غده پاروتید در ۷۷/۲٪ موارد درگیر و شایع‌ترین محل آسیب بود. بعد از آن غده تحت فکی و کامی هر کدام با ۱۱/۳٪ (۵ مورد) مشخص گردیدند. ۷۷/۲٪ تومورها خوش‌خیم و سایر تومورها بدخیم بودند. شایع‌ترین تومورها تومور پلئومورفیک آدنوما با ۷۰/۴٪ و سپس موکوپیدرموئید با ۱۱/۳٪ و در نهایت تومور وارتین با ۲/۲٪ بود. از نظر اندازه نیز بازه بین ۱ تا ۹ سانتی‌متر بود که شایع‌ترین اندازه در بازه ۲ تا ۴ سانتی‌متر قرار داشت.

نوع درگیری غده پاروتید است، در حالی که تنها ۲۹/۸٪ از درگیری‌های غدد کامی را تشکیل می‌دهد (۱۷). از نظر جنس و توزیع آن هم تفاوت‌های بسیاری بین مطالعات گوناگون وجود دارد. در مطالعه‌ای که توسط Loyola و همکاران (۱۹۹۵) روی جمعیت برزیلی انجام شد، مشخص گردید که در نئوپلاسم‌های غده بزاقی کوچک، زنان از برتری عددی نسبی برخوردارند، در حالی که در مطالعه دیگری در اردن، گزارش شد مردان برتری نسبی دارند (۱۰، ۹). از نظر سنی نیز همین تفاوت نتایج دیده می‌شود (۱۸).

هدف از تحقیق حاضر، بررسی تومورهای اولیه بزاقی در بیمارانی است که در سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۶ به بیمارستان لقمان تهران مراجعه کرده‌اند.

#### مواد و روشها

در این مطالعه گذشته‌نگر، طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۶، ۴۴ بیمار مبتلا به تومور بزاقی که سوابق همگی در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان لقمان - تهران ثبت شده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. برای آنها یک پرسشنامه طراحی و تکمیل شد.

تومورهای غده بزاقی به دو دسته خوش‌خیم و بدخیم تقسیم شدند. تومورهای خوش‌خیم شامل پلئومورفیک آدنوما و وارتین و تومورهای بدخیم شامل موکوپیدرموئید کارسینوما، آدنوکارسینوما، اکس پلئومورفیک کارسینوما،

جدول ۱- جنسیت بیماران مبتلا به تومور خوش‌خیم و بدخیم بزاقی

تومور	جنس		مرد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پلئومورفیک آدنوما	۱۲	۲۷/۲٪	۱۹	۴۳/۲٪	۳۱	۷۰/۴٪
وارتین	۰	۰٪	۱	۲/۲٪	۱	۲/۲٪
موکوپیدرموئید کارسینوما	۱	۲/۲٪	۴	۹٪	۵	۱۱/۲٪
آدنوکارسینوما	۱	۲/۲٪	۰	۰٪	۱	۲/۲٪
اکس پلئومورفیک کارسینوما	۰	۰٪	۱	۲/۲٪	۱	۲/۲٪
تومورهای متاستازی Mix	۰	۰٪	۱	۲/۲٪	۱	۲/۲٪
کارسینوم سلول کوچک	۱	۲/۲٪	۰	۰٪	۱	۲/۲٪
اسکواموس سل کارسینوما	۱	۲/۲٪	۲	۴/۵٪	۳	۶/۷٪

جدول ۲ - سن بیماران با تومور بزاقی

سن	تعداد	درصد
۱۹-۱۰	۴	۹٪
۲۹-۲۰	۷	۱۶٪
۳۹-۳۰	۱۱	۲۵٪
۴۹-۴۰	۸	۱۸/۲٪
۵۹-۵۰	۶	٪۱۳/۶
۶۹-۶۰	۵	٪۱۱/۴
۷۹-۷۰	۳	٪۶/۸

جدول ۳ - محل قرار گیری تومور

پاروتید	تحت فکی		زیر زبانی		غدد کوچک و کامی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پلئومورفیک آدنوما	۲۸	٪۶۳/۳	۰	۰	۳	٪۶/۸
وارتین	۱	٪۲/۲	۰	۰	۰	۰
موکوپیدرموئید کارسینوما	۳	٪۶/۸	۱	٪۲/۲	۱	٪۲/۲
آدنوکارسینوما	۰	۰	۱	٪۲/۲	۰	۰
اکس پلئومورفیک کارسینوما	۱	٪۲/۲	۰	۰	۰	۰
تومورهای متاستازی Mix	۰	۰	۰	۰	۱	٪۲/۲
کارسینوم سلول کوچک	۰	۰	۰	۰	۱	٪۲/۲
اسکواموس سل کارسینوما	۱	٪۲/۲	۲	٪۴/۵	۰	۰
کل	۳۴	٪۷۷/۲	۵	٪۱۱/۴	۵	٪۱۱/۴

## بحث

همچنین اشاره نمودند که احتمال بروز تومورهای خوش خیم ۶۰ تا ۸۰ درصد و در مقابل احتمال بدخیمی ۲۰ تا ۴۰ درصد است (۱۳) که از این نظر نتایج ارائه شده مشابه نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر است. در مطالعه وسیعی که در سال ۲۰۰۰ در اسلوواکی انجام شد، بالاترین درصد از نظر خوش خیمی به دست آمد. در این مطالعه ۷۴٪ موارد گزارش شده خوش خیم بودند (۲۰). Ma'aita و همکاران (۱۹۹۹) در اردن از میان ۲۲۱ بیمار مبتلا، ۱۵۱ تومور خوش خیم در مقابل ۷۰ مورد تومور بدخیم پیدا کردند (۲۱). اما در مطالعه دیگری (۱۹۹۹) گزارش شده که از بین ۳۲۲ بیمار مبتلا به تومور بزاقی در لهستان ۵۷ مورد بدخیم بوده است (۲۲).

در مطالعه حاضر، ۴۴ بیمار با درگیری تومورال غدد ماژور و مینور بزاقی مورد بررسی قرار گرفتند که از این میان ۷۲/۶٪ تومورها خوش خیم و ۲۷/۴٪ از آنها بدخیم بودند. قسمت اعظم این درگیری‌ها در غدد بزاقی بزرگ اتفاق افتاده بود (۸۸/۶٪)، به خصوص در غده پاروتید که شایع‌ترین غده درگیر بود. از طرف دیگر، امکان بروز این مشکل در مردان نیز بیشتر بود یعنی ۶۳/۳٪ در مقابل ۳۶/۷٪ در زنان. بیشترین سن درگیری دهه سوم عمر بود. در مقابل بررسی حاضر، Gonzalez و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که برتری مردان به زنان ۵۸/۷٪ در مقابل ۴۱/۳٪ بود. ایشان، همچنین دهه هفتم عمر را شایع‌ترین سن بروز معرفی کردند. آنها

۲/۲٪ موارد را تشکیل می‌داد. کارسینوم Expleomorphic تنها یک مورد و آن هم در غده پاروتید مشاهده شد. Vargas و همکاران (۲۰۰۲) ۷۳ مورد از این تومور را گزارش کردند که ۶۴٪ در آقایان و ۳۶٪ در خانم‌ها بود (۱۸). ۳۱ مورد آدنوکارسینوم و ۲۴ مورد کارسینوم مجرای بزاقی شایع‌ترین موارد بدخیم گزارش شده در این تحقیق بودند. سه نوع از این تومور تنها در خانم‌ها دیده شد. دهه اوج بروز آن دهه پنجم بوده، آنچه از نظر هیستوپاتولوژیک در این دهه دیده شد، تنها آدنوکارسینوما بود. کارسینوم سلول آسینیک، آدنوکارسینوم، کارسینوم اپیتلیال مایو اپیتلیال و پاپیلاری سیست آدنوکارسینوما هر کدام تنها در یک مورد غدد بزاقی بزرگ را درگیر کرده بودند.

### نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر و در تأیید مطالعات گذشته، پلئومورفیک آدنوما شایع‌ترین تومور خوش‌خیم و موکوپیدرموئید کارسینوما شایع‌ترین تومور بدخیم شناخته شد. همچنین باید یادآور شد شیوع تومورهای سر و گردن در کشورهای در حال توسعه و تفاوت‌های آن با اطلاعات ثبت شده در سایر کشورها باید همیشه هنگام تصمیم‌گیری در مورد تشخیص درگیری‌های غدد بزاقی در نظر گرفته شود تا تشخیص‌های افتراقی و درمان مناسب به درستی انتخاب شوند.

البته نتایج متناقضی هم وجود دارد مثلاً در مطالعه Lopez (۱۹۹۹) درصد بالاتری از نظر شیوع تومورهای بدخیم ارائه شده است (۲۳).

از سوی دیگر در مطالعه حاضر مشخص شد که غدد بزاقی زیر زبانی درگیر نشده‌اند و این احتمال پایین تومورال شدن این غده را نشان می‌دهد که با مطالعات قبلی سازگاری دارد (۲). علاوه بر این Ma'aita (۱۹۹۹) نیز نشان داد که احتمال بروز تومور در غده زیر زبانی تنها ۰/۴٪ است (۲۱). در مقابل در تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ انجام شد، در بین ۱۰۲۱ بیمار، ۳۳ مورد درگیری غده زیرزبانی مشاهده شد است که با نسبت ۳/۲٪ حتی بیش از درگیری تومورال غدد مینور (۳٪) اتفاق افتاده است (۲۰).

پلئومورفیک آدنوما در این تحقیق ۷۰/۴٪ موارد را تشکیل می‌داد. تمامی مطالعات انجام شده بر روی تومورهای بزاقی شیوع این نوع تومور را بین ۵۰ تا ۸۰ درصد اعلام کرده‌اند (۲۲، ۲۰، ۱۳). بنابراین این نتیجه مشابه نتایج به دست آمده در مطالعه کنونی است. از سوی دیگر طبق گزارش مطالعه کنونی، شایع‌ترین محل پلئومورفیک آدنوما، غده پاروتید و سپس غدد زیرزبانی و غدد مینور بود و تومور وارتنین تنها ۲/۲٪ از تومورهای خوش‌خیم را تشکیل می‌داد که باز در غدد مینور، تحت فکی و زیر زبانی یافت نشده بود. در سایر مطالعات، درصد شیوع این تومور بین ۹ تا ۲۸ درصد متغیر بود (۲۴). موکوپیدرموئید کارسینوما بیشتر در غدد ماژور شایع بود (۸/۸٪)، در حالی که در غدد مینور

### References

1. Drivas EI, Skoulakis CE, Symvoulakism EK, Bizaki AG, Lachanas VA, Bizakis JG: Pattern of parotid gland tumors on Crete, Greece: a retrospective study of 131 cases. *Med Sci Monit* 2007;13:136-140.
2. Wang D, Li Y, He H, Liu L, Wu L, He Z: Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population: a retrospective study on 737 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104:94-100.
3. Gonsalves WC, Chi AC, Neville BW: Common oral lesions: Part II. Masses and neoplasia. *Am Fam Physician*. 2007;75:509-512.
4. Otoh EC, Johnson NW, Olasoji H, Danfillo IS, Adeleke OA: Salivary gland neoplasms in Maiduguri, north-eastern Nigeria. *Oral Dis* 2005;11:386-391.
5. Nwawolo CC, Ajekigbe AT, Oyeneyin JO, Nwankwo KC, Okeowo PA: Pattern of head and neck cancers among Nigerians in Lagos. *West Afr J Med* 2001;20:111-116.

6. Dimba EA, Gichana J, Limo AK, Wakoli KA, Chindia ML, Awange DO: An audit of oral diseases at a Nairobi centre, 2000-2004. *Int Dent J* 2007;57:439-444.
7. Neely MM, Rohrer MD, Young SK: Tumors of minor salivary glands and the analysis of 106 cases. *J Okla Dent Assoc* 1996;86:50-52.
8. Williams NP, Boyd DL, Choy L: Salivary gland lesions: a Jamaican perspective. *West Indian Med J.* 2001;50:62-65.
9. Loyola AM, de Araujo VC, de Sousa SO: Minor salivary gland tumours. A retrospective study of 164 cases in a Brazilian population. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995 ;31B:197-201.
10. Ma'aïta JK, Al-Kaisi N, Al-Tamimi S, Wraikat A: Salivary gland tumors in Jordan: A retrospective study of 221 patients. *The Croatian Medical J* 1999;40:44.
11. Ahmed Z, Azad NS, Rauf F, Yaqoob N, Husain A, Ahsan A, et al: Frequency of primary solid malignant neoplasms in different age groups as seen in our practice. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007;19:56-63.
12. Morelato RA, López de Blanc SA: Oral cancer mortality in the province of Cordoba, Argentine Republic in the period 1975-2000. A comparative study with other populations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:230-235.
13. Gonzalez FC, Ramirez LA, Caballero GT: Epidemiological study of salivary gland tumours. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1999;120:331-336.
14. Pacheco-ojeda L, Domeisen H, Narvaez M: Malignant salivary gland tumors in Quito, Ecuador. *Oral J Otorhinolaryngol Relat Spee* 2000;62:296-302.
15. Kusama K, Iwanari S, Aisaki K: Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 129 cases. *J Nihon Univ Sch Dent* 1997;39:128-132.
16. Ladeinde AL, Adeyemo WL, Ogunlewe MO, Ajayi OF, Omitola OG: Salivary gland tumours: a 15-year review at the Dental Centre Lagos University Teaching Hospital. *Afr J Med Med Sci* 2007;36:299-304.
17. Chidzonga MM, Lopez Perez VM, Alvarez PA: Pleomorphic adenoma of the salivary glands. Clinicopathologic study of 206 cases in Zimbabwe. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995;79:747-749.
18. Vargas PA, Gerhard R, Araujo Filho VJ, de Castro IV: Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 124 cases. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002;57:271-276.
19. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: *Oral & Maxillofacial Pathology*. 3rd Ed. Philadelphia, WB Saunders Co. 2002;Chap11:406-435.
20. Satko I, Stanko P, Longauerova I: Salivary gland tumours treated in the stomatological clinics in Bratislava. *J Craniomaxillofac Surg* 2000;28:56-61.
21. Ma'aïta JK, Al-Kaisi N, Al-Tamimi S, Wraikat A: Salivary gland tumors in Jordan: a retrospective study of 221 patients. *Croat Med J* 1999;40:539-542.
22. Osuch-Wójcikiewicz E, Janczewski G, Dobrzyński P, Checiński P, Bruzgielewicz A, Zawadzka R, et al: Tumors of the parotid glands in the material of the Department of Otolaryngology of the Medical Academy in Warsaw in 1986-1995. *Otolaryngol Pol* 1999;53:431-434.
23. Lopez MA, Kowalski LP, da Cunha Santos G, Paes de Almeida O: A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumors. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 264-267.
24. Ellis GL, Auclair PL: *Tumors of the Salivary Glands*. 3rd Ed. Armed Forces Institute of Pathology, Philadelphia, WB Saunders Co. 1995;Chap3:129-134.