

فراوانی ضایعات سفید و قرمز دهان در یک دوره ۲۱ ساله در بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی اصفهان

سیدمحمد رضوی^۱؛ امیرمنصور شیرانی^۲؛ مهرداد اخوان خالقی^۳؛ صابر خزاعی^۴*؛ علیرضا حائریان^۴

چکیده

زمینه: خصوصیات اپیدمیولوژیک ضایعات سفید و قرمز دهان به عنوان ضایعات ماقبل بدخیمی جهت آگاهی و تشخیص بدخیمی های دهان مؤثر است. هدف از این مطالعه تعیین تغییرات اپیدمیولوژیک ضایعات سفید و قرمز دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی اصفهان (۸۷-۱۳۶۷) بود. روش ها: در این مطالعه مقطعی که به صورت توصیفی انجام شد، کلیه پرونده های بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی اصفهان در طی سال های ۸۷-۱۳۶۷ بررسی گردید. جنس و سن بیمار، نوع و محل ضایعه و سال مراجعه، ثبت و داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 11.5 و آزمون آماری Chi-square تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: از ۶۵۰۹ پرونده ثبت شده در بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت در طی این ۲۱ سال، ۱۰۴۷ نفر (۱۶/۱٪) مبتلا به ضایعات سفید و قرمز بودند که از این میان شایع ترین ضایعه قرمز Peripheral Giant Cell Granuloma و شایع ترین ضایعه سفید Linchen Planus بود. میانگین سنی مبتلایان به ضایعات قرمز $33/89 \pm 17/89$ سال و با شیوع ۵۷/۸ درصد در جنس مؤنث بود. همچنین میانگین سنی مبتلایان به ضایعات سفید $44/92 \pm 13/09$ سال و با شیوع ۶۷ درصد در جنس مؤنث یافت شد. بیشترین شیوع ضایعات قرمز در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال (۱۸/۵٪) و ضایعات سفید در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال (۳۱/۸٪) بود. بیشترین مکان درگیری در ضایعات سفید، مخاط گونه (۵۷/۴٪) و در ضایعات قرمز لثه (۷۹٪) بود. نتیجه گیری: میزان شیوع ضایعات سفید و قرمز در سال های اخیر رو به افزایش است و انجام مطالعات تکمیلی و مروری سیستماتیک برای تعیین میزان بدخیمی این ضایعات ضرورت دارد. کلیدواژه ها: ضایعات قرمز، ضایعات سفید، شیوع

«دریافت: ۱۳۹۰/۲/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۷/۱۲»

۱. گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات ترابی نژاد، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲. گروه بیماری های دهان و دندان، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان

۳. کمیته پژوهش های دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴. گروه ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* عهده دار مکاتبات: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده دندانپزشکی، کمیته پژوهش های دانشجویی،

Email: saber.khazaei@yahoo.com

تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۸۶۹

مقدمه

قرمز و توموری تقسیم می شوند (۳). آگاهی از شیوع و خصوصیات اپیدمیولوژیک ضایعات سفید و قرمز با توجه به قابلیت بدخیمی آن از اهمیت زیادی برخوردار است (۴). مطالعات اپیدمیولوژیک محدودی در مورد ضایعات سفید و قرمز دهان در ایران انجام شده است و اکثر مطالعات به بررسی بیماری و وضعیت خاص یا

سلامت دهان شامل حذف و جلوگیری از پوسیدگی دندان، بیماری های پرودنتال و پیشگیری از ضایعات دهانی است (۱). ضایعات دهانی به عنوان نمادی از سلامتی عمومی بدن در نظر گرفته می شود (۲). این ضایعات به ۴ دسته زخمی - تاولی، پیگماتنه، سفید و

دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در یک دوره ۲۱ ساله (طی سال‌های ۸۷-۱۳۶۷) بود. ملاک دسته‌بندی ضایعات نیز براساس طبقه‌بندی ضایعات سفید و قرمز در منابع علمی معتبر آسیب‌شناسی دهان (۴-۱) بود که بر این اساس، هر کدام از ضایعات سفید و قرمز طبقه‌بندی شدند.

پرونده بیماران مبتلا به هر یک از ضایعات فوق، جدا شده و اطلاعات لازم شامل سن، جنس، محل درگیری ضایعه، سال مراجعه و تشخیص بالینی مربوط به هر یک از بیماران در فرم اطلاعاتی از قبل آماده‌شده ثبت گردید. تعداد ۱۲۹ پرونده که فاقد هر یک از اطلاعات لازم بودند از مطالعه حذف شدند. در نهایت، اطلاعات مربوط به ۱۰۴۷ بیمار مبتلا به ضایعات سفید و قرمز با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 و آزمون آماری Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۶۵۰۹ پرونده بررسی‌شده در بخش آسیب‌شناسی طی سال‌های ۸۷-۱۳۶۷، ۱۰۴۷ نفر شامل ۴۱۲ مرد و ۶۳۵ زن با محدوده سنی ۱-۸۵ سال، مبتلا به ضایعات سفید و قرمز بودند. از این تعداد، ۷۲۳ نفر (۳۰۵ مرد و ۴۱۸ زن) مبتلا به ضایعه قرمز و ۳۲۴ نفر (۱۰۷ مرد و ۲۱۷ زن) مبتلا به ضایعه سفید بودند (نمودار ۱). از ۲۷ تغییر پاتولوژیک ثبت‌شده در این تحقیق، شایع‌ترین ضایعه سفید، Lichen Planus و شایع‌ترین ضایعه قرمز، زانت سل گرانولوم محیطی PGCG بود، در ضمن برخی از بیماران بیش از یک ضایعه داشتند (جدول ۱).

همچنین شیوع ضایعات در گروه‌های سنی خاص تعیین شد که بیشترین شیوع ضایعات قرمز و سفید، به ترتیب در گروه‌های سنی ۴۰-۳۱ سال (۱۸/۵٪) و ۵۰-۴۱ سال (۳۱/۸٪) بود (نمودار ۲). میانگین سنی بیماران مبتلا به ضایعات با رنگ سفید $44/92 \pm 13/09$ سال و بیماران مبتلا به ضایعات رنگ قرمز $33/89 \pm 17/89$ سال بود.

بیماری‌هایی با نماهای بالینی یا اتیولوژی فرضی مشابه محدود بوده‌اند.

در مطالعه دلاوریان و همکاران در مشهد (۱۳۸۳)، شیوع ضایعات سفید و قرمز رنگ، ۸/۶ درصد گزارش شده است (۵). همچنین در مطالعه‌ای که صدری و همکاران در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی (۱۳۸۶) در مورد فراوانی سلول‌های ژانت انجام دادند، فراوانی (PCGC) Peripheral Giant Cell Granuloma بیش از همه ذکر شده است (۶). جهانبانی و همکاران (۱۳۷۸) در مطالعه‌ای بر روی کارگران کارخانجات کرمان، شیوع ضایعات سفید و قرمز رنگ را ۹/۵ درصد گزارش کرده‌اند (۷).

مطالعات مختلفی در سایر نقاط کشور و دنیا در این خصوص صورت پذیرفته و نتایج متنوعی به دست آمده است. لیکن بین نتایج این مطالعات با یکدیگر، مواردی از تناقض دیده می‌شود و به نظر می‌رسد که تفاوت‌های اپیدمیولوژیک در مناطق مختلف جغرافیایی وجود دارد که می‌تواند حایز اهمیت باشد. با توجه به مشاهدات بالینی مبنی بر شیوع نسبتاً بالا، اهمیت تغییرات و تنوع در این ضایعات و فقدان اطلاعات کافی در زمینه تغییرات اپیدمیولوژیک ضایعات سفید و قرمز، مطالعه حاضر با هدف تعیین خصوصیات اپیدمیولوژیک ضایعات با رنگ سفید و قرمز در بیماران مراجعه‌کننده به بخش آسیب‌شناسی فک، دهان و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۸۶-۱۳۶۷ انجام شد.

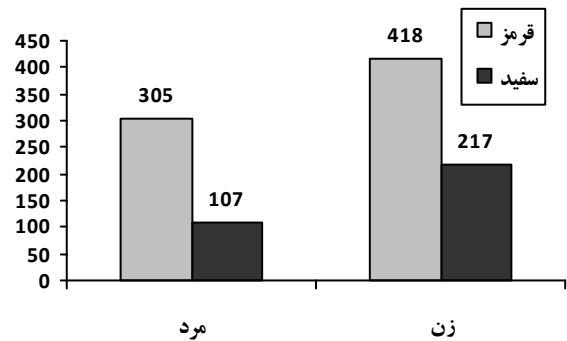
مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی که به صورت توصیفی با استفاده از پرونده‌های موجود در بخش آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت انجام شد، روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری و روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت مشاهده و تکمیل چک‌لیست بود.

جامعه مورد بررسی، پرونده کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش پاتولوژی فک، دهان و صورت دانشکده

جدول ۱- توزیع فراوانی ضایعات سفید و قرمز در بیماران
مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده

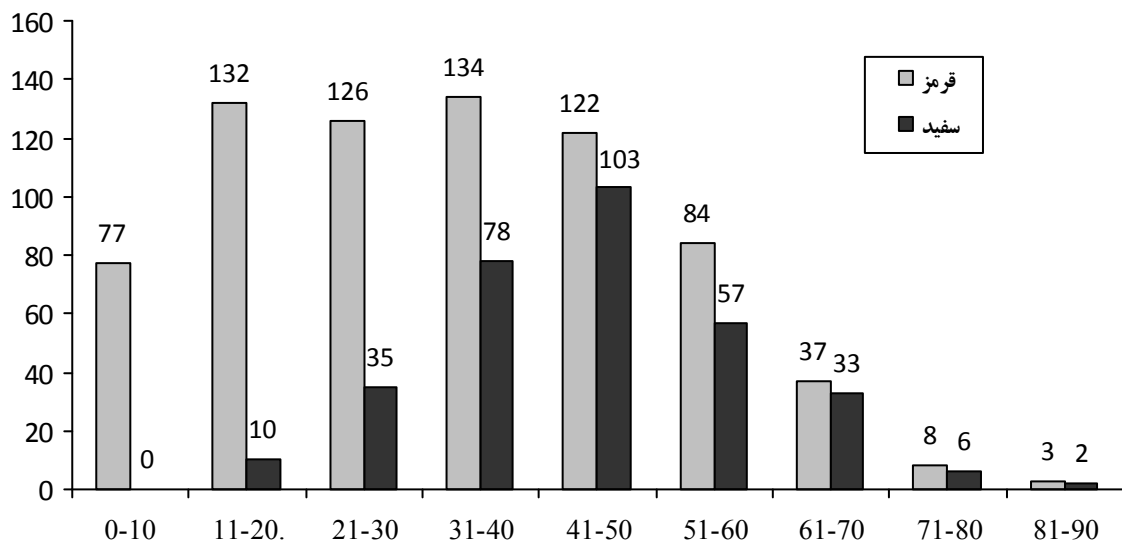
اصفهان		
انواع ضایعات	تعداد	درصد
لوپوس اریتماتوز	۶	۰/۶
پیوژنیک گرانولوما	۳۲۸	۳۱/۵
ژانت سل گرانولوم محیطی	۳۵۶	۳۴
همانژیومای مادرزادی	۳	۰/۲
ژنژیویت پلازما سل	۲	۰/۱۱
لیکن پلان دهانی (نوع اروزیو و آتروفیک)	۲۷	۲/۶
اریتم مولتی فرم	۱	۰/۰۹
قرمز		
لکوپلاکیا	۳۴	۳/۴
لیکن پلان دهانی	۲۱۱	۲۰
لکوآدما	۳	۰/۲
واکنش های لیکنوید ناشی از دارو	۷۶	۷/۳
کل	۱۰۴۷	۱۰۰
سفید		



نمودار ۱- شیوع ضایعات سفید و قرمز در مردان و زنان

بر اساس محل ضایعات، بیشترین مکان درگیری در ضایعات سفیدرنگ، مخاط گونه (۴/۵۷٪) و در ضایعات قرمزرنگ، لثه (۷۹٪) بود (جدول ۲).

علاوه بر این، فراوانی ضایعات سفید و قرمز به تفکیک سال نیز مشخص گردید که حاکی از شیوع بیشتر ضایعات قرمز در طی سال های ۸۲-۱۳۷۸ و شیوع بیشتر ضایعات سفید بین سال های ۸۷-۱۳۸۳ است (جدول ۳).



نمودار ۲- توزیع فراوانی سنی ضایعات سفید و قرمز برحسب گروه های سنی

جدول ۲- توزیع فراوانی ضایعات سفید و قرمز برحسب محل درگیری

محل درگیری	ضایعات سفید		ضایعات قرمز		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کام سخت	۳	۰/۹	۳۶	۵	۳۹	۳/۸
کام نرم	۰	۰/۰	۱	۰/۱	۱	۰/۰۱
لته	۴۰	۱۲/۵	۵۷۱	۷۸/۹	۶۱۱	۵۸/۵
ورمیلیون لب	۲	۰/۶	۶	۰/۸	۸	۰/۶
زبان (سطح پشتی)	۲۳	۷	۱۴	۲	۳۷	۳/۶
زبان (سطح جانبی)	۳۰	۹/۲	۱۴	۲	۴۴	۴/۴
مخاط گونه	۱۸۶	۵۸	۴۰	۵/۵	۲۲۶	۲۱/۵۹
وستیبول دهان	۶	۱/۲	۱۰	۱/۵	۱۶	۱/۶
مخاط لبیال	۳۰	۹/۲	۲۶	۳/۷	۵۶	۵/۳۹
گوشه لب	۰	۰/۰	۱	۰/۰	۱	۰/۰۱
کف دهان	۴	۱/۳	۴	۰/۵	۸	۰/۵

جدول ۳- فراوانی ضایعات سفید و قرمز در سال‌های مختلف

سال	ضایعات سفید		ضایعات قرمز		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۳۷۲-۱۳۶۷	۲۹	۹	۱۳۰	۱۸	۱۵۹	۱۵
۱۳۷۷-۱۳۷۳	۳۷	۱۱/۵	۱۶۷	۲۳	۲۰۴	۱۹/۵
۱۳۸۲-۱۳۷۸	۸۴	۲۶	۲۱۸	۳۰	۳۰۲	۲۹
۱۳۸۷-۱۳۸۳	۱۷۴	۵۳/۵	۲۰۸	۲۹	۳۸۲	۳۶/۵

بحث

بررسی این ضایعات بیشتر در بیماران مراجعه کننده به مراکز تشخیص بیماری‌های دهان انجام می‌شود.

در میان ضایعات قرمز، شایع ترین ضایعه یافت شده PGCG (۴۹/۲٪) بود که بیشترین شیوع (۱۸/۸٪) را در رده سنی ۵۰-۴۱ سال دارد و ۵۲ درصد مبتلایان به آن مؤنث بودند. همچنین شایع ترین محل درگیری این ضایعه، لته و مخاط آلوئولار (۹۴/۱٪) بود. این یافته مغایر با مطالعات خارج از کشور می‌باشد (۴ و ۸) که علت این تفاوت را می‌توان روش نمونه گیری، طول مدت زمان پژوهش و نوع مراکز مورد پژوهش بیان کرد.

دومین ضایعه شایع در گروه ضایعات قرمز، Pyogenic Granuloma با شیوع ۴۵/۳۶ درصد بود که بیشترین فراوانی را در رده سنی ۲۰-۱۱ سال داشت.

در مطالعه حاضر، شیوع کلی ضایعات سفید و قرمز ۱۶/۱ درصد بود. از این میزان، ۱۱/۲ درصد ضایعات قرمز و ۴/۹ درصد ضایعات سفید بودند. ضایعات قرمز در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال و ضایعات سفید در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال، بیشترین شیوع را داشتند. شیوع هر دو ضایعات سفید و قرمز در جنس مؤنث بیشتر بود. ضایعات قرمز، بیشتر در لته و ضایعات سفید در مخاط گونه دیده شدند.

شیوع کلی این ضایعات در مطالعه حاضر از مطالعه جهانسانی و همکاران (۹/۹٪)، بیشتر (۷) و از مطالعه دلاوریان و همکاران (۶۲/۸٪) کم تر است (۵). در اکثر مطالعات، میزان شیوع در جوامع ذکر نگردیده است، زیرا

به بخش آسیب‌شناسی دانست. جهت دستیابی به آمار دقیق در مورد خصوصیات نوع رتیکولر، مطالعات جمعیتی توصیه می‌شود.

ضایعه شایع دیگر در گروه ضایعات سفید که به‌عنوان ضایعه پیش‌سرطانی نیز در نظر گرفته می‌شود (۴)، Leukoplakia با شیوع ۱۰/۵ درصد بود. Cebeci شیوع Leukoplakia را در میان ضایعات سفیدرنگ، ۱۸/۳۴ درصد ذکر کرده است (۱۵). این ضایعه در مطالعه حاضر در رده سنی ۶۰-۵۱ سال، بیشترین شیوع را داشته که مشابه با مطالعه قائم‌مقامی بر روی جمعیت شهر تهران (۱۷) و بررسی Bokor-Bratic در Novi Sad یوگسلاوی است (۱۸). در مطالعه حاضر، این ضایعه شیوع بیشتری در جنس مؤنث (۵۸/۸۲٪) داشت که مغایر با سایر مطالعات می‌باشد (۱۵ و ۱۹-۱۷) و مخاط باکال و کناره‌های زبان، بیشترین محل درگیری در این ضایعه بودند.

نتیجه‌گیری

با تقسیم‌بندی این دوره ۲۱ ساله به دوره‌های زمانی مشخص می‌توان نتیجه گرفت که تعداد مبتلایان به ضایعات سفید و قرمز با گذشت زمان افزایش یافته است که نیاز به بررسی همزمان شیوع و ریسک فاکتورهای احتمالی دخیل در بروز این ضایعات احساس می‌شود. همچنین با توجه این‌که جامعه مورد مطالعه در این بررسی، افراد مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی بودند، انجام مطالعات اپیدمیولوژیکی که به بررسی این ضایعات در جوامع گسترده‌تر و دیگر نقاط کشور بپردازند توصیه می‌شود.

نتایج این مطالعه و سایر مطالعات انجام‌شده در این زمینه حاکی از آن است که این ضایعه، قابلیت بروز در هر سنی را دارد، اما به‌طور معمول، فراوانی بیشتری در کودکان و افراد بالغ جوان نشان می‌دهد، بیشتر لثه (۶۹/۱۳٪) را درگیر می‌کند و در جنس مؤنث فراوان‌تر از جنس مذکر است. این یافته‌ها مشابه با یافته‌های سایر مطالعات می‌باشد (۴، ۸ و ۹). بروز بالاتر این ضایعه در لثه می‌تواند در نتیجه تحریک و التهاب مخاط این محل، متعاقب بهداشت ضعیف دهان باشد و شیوع بیشتر آن در زنان ممکن است متأثر از اثرات هورمون‌های زنانه بر روی عروق باشد، خصوصاً آن‌که این ضایعه، زنان باردار را بیشتر از سایر گروه‌های جمعیتی خاص مبتلا می‌سازد (۴).

شایع‌ترین مورد یافت‌شده در میان ضایعات سفید، لیکن پلان (۷۳/۴٪) بود که بیشترین شیوع را در رده سنی ۵۰-۴۱ سال داشت. این یافته‌ها مطابق با برخی مطالعات انجام‌شده در خارج از کشور (۱۰ و ۱۱) و متفاوت با نتیجه تنها مطالعه انجام‌شده در داخل کشور می‌باشد (۱۲). شیوع بیشتر این ضایعه در زنان (۶۴/۷٪) مشاهده شد که مشابه با برخی از پژوهش‌های انجام‌شده بود (۴ و ۱۴-۱۰)، در صورتی که فقط دو مطالعه، شیوع بیشتر لیکن پلان را در مردان گزارش کردند (۱۵ و ۱۶). همانند سایر مطالعات، مخاط گونه (۶۸/۱٪) شایع‌ترین محل درگیری لیکن پلان بود (۴، ۷ و ۱۲). باید به این نکته توجه کرد که با توجه به این‌که ضایعات رتیکولر در اکثر مواقع مورد بیوپسی قرار نمی‌گیرند، نتایج مطالعه حاضر بیان‌گر توزیع واقعی بیماری در جمعیت نمی‌باشد. در مطالعه حاضر نوع بولوز و اروزیو، بیش از بقیه موارد بود که علت آن را می‌توان ارجاع بیماران دارای این ضایعه

References

1. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed. St Louis: The CV Mosby Company 1997.
2. Shafer WG, Maynard K, Hine BM. A text book of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company 1983.
3. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's oral medicine: Diagnosis & treatment. 11th ed. Hamilton: BC Becker Inc 2008; 77-107.

4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouguot JE. Oral & maxillofacial pathology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company 2009.
5. Delavarian Z, Zavar S. [Prevalence of oral lesions and awareness of their presence in patients attending to Oral-Medicine Center of Mashhad Dental School (Persian)]. J Dent Sch. 2004; 22(3): 425-36.
6. Sadri D, Mashhadi Abbas F, Bimeghdar A. [Prevalence of oral giant cell lesions in 22 years' (1981-2003) in shaheed beheshti dental school (Persian)]. J Dent Sch. 2007; 25(1): 73-8.
7. Jahanbani J, Salarpour F. [The evaluation of oral precancerous lesion in factory workers of Kerman city in 1988 (Persian)]. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 1999; 6(4): 199-204.
8. Al-Khateeb TH. Benign Oral Masses in a Northern Jordanian Population-a Retrospective Study. Open Dent J. 2009;3:147-53.
9. Torres-Domingo S, Bagan JV, Jiménez Y, Poveda R, Murillo J, Díaz JM, et al. Benign tumors of the oral mucosa: a study of 300 patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13(3):E161-6.
10. 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.
11. Abdallat SA, Maaaita TJ. Epidemiological and clinical Features of lichen planus in Jordanian patients. Pak J Med Sci 2007; 23(1): 92-4.
12. Pakfetrat A, Basir Shabestari S, Falaki F. [Five year clinical and epidemiologic findings of oral lichen planus patients referred to oral medicine department of Mashhad Dental School – Iran (Persian)]. Journal of Mashhad Dental School. 2008; 32(3): 195-8.
13. Bagán-Sebastián JV, Milián-Masanet MA, Peñarrocha-Diago M, Jiménez Y. A clinical study of 205 patients with oral lichen planus. J Oral Maxillofac Surg. 1992;50(2):116-8.
14. Grinspan D, Diaz J, Villapol LO, Schneiderman J, Berdichesky R, Palèse D, et al. Lichen ruber planus of the buccal mucosa. Its association with diabetes. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr. 1966;73(6):898-9.
15. Cebeci AR, Gülşahi A, Kamburoglu K, Orhan BK, Oztaş B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14(6):E272-7.
16. Al-Mobeeriek A, AIDosari AM. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. Ann Saudi Med. 2009;29(5):365-8.
17. Ghaem maghami A, Maleki Z, Khozaymeh F, Naseri F. [Epidemiology study of oral leukoplakia of Tehran city in 1996 (Persian)]. J Dent Sch .2002; 20(3):344-50.
18. Bokor-Bratic M. No evidence of hepatitis C virus infection in Serbian patients with oral leukoplakia. J Oral Pathol Med. 2006;35(10):626-9.
19. Bánóczy J, Rigó O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complex screening system in Hungary. Community Dent Oral Epidemiol. 1991;19(5):265-7.