

فراوانی ضایعات نسج نرم دهان مرتبط با تروما در جمعیتی از شمال ایران

مریم سید مجیدی^۱
سپیده سیادت^۲
آزاده غلامی^۳
علی بیژنی^۴
کامران نصرتی^۵
رامین فروغی^۵
محمد مهدی زاده^۵

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت ضایعات مرتبط با تروما در نسج نرم دهان و شباهت بالینی آن‌ها به ضایعات نئوپلاستیک، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی ضایعات مذکور در جمعیتی از شمال ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی گذشته نگر با استفاده از پرونده‌های بیماران موجود در بایگانی دو بخش پاتولوژی ارجاع ضایعات دهانی در دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد. مشخصات دموگرافیک بیماران، محل و خصوصیات ضایعات مرتبط با تروما به همراه تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی استخراج شد.

یافته‌ها: چهار صد و چهل و شش مورد ضایعه مرتبط با تروما یافت شد. تمامی ضایعات مرتبط با تروما در نسج نرم پدید آمده بودند. متوسط سنی بیماران $36/82 \pm 0/9$ سال بود. ۱۸۵ بیمار (۴۱/۵ درصد) مذکر و ۲۶۱ بیمار (۵۸/۵ درصد) مؤنث بودند. شایع‌ترین محل بروز ضایعات، لثه (۴۵/۳ درصد) و بعد از آن، لب (۲۴/۹ درصد) بود. شایع‌ترین ضایعه، پیوژنیک گرانولوما (۲۵/۶ درصد) بود. میانگین سنی مبتلایان به کراتوز اصطکاکی و اپولیس فیشوراتوم از سایر موارد بیشتر و در مورد موکوسل از سایر ضایعات کمتر بوده است. ۶۲ مورد از ضایعات (۱۴/۴ درصد) در افراد زیر ۱۵ سال دیده شد. شایع‌ترین محل درگیری در افراد زیر ۱۵ سال، لب و لثه با شیوعی برابر و شایع‌ترین ضایعه موکوسل بود. تطابق تشخیص هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی در ۵۴/۷ درصد موارد دیده شد.

استنتاج: به نظر می‌رسد ضایعات مرتبط با تروما شیوع نسبتاً بالایی در دهان و در جنس مؤنث دارند. ضایعات مرتبط با تروما در بافت نرم شیوع بیشتری نسبت به بافت سخت دارند که شاید به دلیل تماس بیشتر آن‌ها با عوامل محرک موضعی باشد. همچنین نتایج این مطالعه به عنوان مدرک اپیدمیولوژیک ارزشمند بوده، اهمیت این دسته از ضایعات را در حرفه دندانپزشکی مشخص می‌نماید.

واژه های کلیدی: تروما، بافت نرم، بافت سخت، بیوپسی

مقدمه

تروما به آسیب‌های مکانیکی، حرارتی و شیمیایی اطلاق می‌شود. صدمات ایجاد شده ناشی از فعالیت‌های روزانه یا تصادفات قسمت عمده‌ای از ضایعات مرتبط با تروما را در ناحیه فک و صورت شامل می‌شوند (۱، ۲).

E-mail: majidi79@yahoo.com

مؤلف مسئول: مریم سید مجیدی - بابل: دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده دندانپزشکی

۱. گروه آسیب شناسی دهان - فک و صورت، مرکز تحقیقات مواد دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲. گروه آسیب شناسی دهان - فک و صورت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳. دستیار تخصصی پاتولوژی دهان، فک و صورت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۴. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۵. گروه جراحی دهان - فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۱/۲/۱۷ تاریخ تصویب: ۹۱/۴/۲۱

سایش‌های دندانی در افرادی که از تنباکوی جویدنی استفاده می‌کنند یا از براکسیسم رنج می‌برند، دیده در اثر مسواک زدن ممکن است abrasion طوق دندان‌ها ایجاد شود (۳). همچنین طی درمان‌های پزشکی یا دندانپزشکی ممکن است آسیب‌هایی به مخاط دهان و دندان‌ها وارد شود نظیر موکوزیت ناشی از رادیوتراپی، پوسیدگی‌های ناشی از رادیاسیون و استورادیونکروز (۴، ۳). علل دیگر آسیب‌های ناحیه دهان و فک و صورت شامل آسیب‌های فیزیکی که خود فرد ایجاد می‌کند (عادات اختیاری، غیراختیاری و ساختگی)، سوختگی‌های حرارتی و شیمیایی (۲).

از ضایعات ایجاد شده در اثر آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی در حفره دهان می‌توان به لینا آلبا، گاز گرفتگی مزمن مخاط باکال، زخم‌های تروماتیک، سوختگی‌های شیمیایی و حرارتی، عوارض ناشی از درمان‌های ضد سرطان، استئونکروز، هموراژی زیر مخاطی، آمالگام تاتو، تغییر رنگ مخاط دهان ناشی از فلزات سنگین، ملانوز ناشی از مصرف سیگار، تغییر رنگ مخاط دهان ناشی از مصرف دارو، متاپلازی استخوانی و غضروفی واکنشی، پسدوسیست و کیست‌های سینوس ماگزایلا، میواسفرولوزیس اشاره نمود (۵، ۶).

البته هیپرپلازی آدنوماتوئید، سیالومتاپلازی نکروزان، فیبروم تحریکی، اپولیس فیشراتوم، هیپرپلازی پاییلاری التهابی، گرانولوم پیورنیک، نرومای تروماتیک، اپولیس گرانولوماتوزا، هماتوم و موکوسل نیز در اثر تحریک یا ترومای مزمن در نسج نرم دهان ایجاد می‌شوند (۵، ۶). استورادیونکروز و کیست تروماتیک استخوانی نیز در اثر تروما و آسیب به استخوان فک ایجاد می‌شوند (۷-۵).

به طور خلاصه، ترومای دهان می‌تواند از لحاظ اتیولوژی، آناتومی، پاتولوژی و ملاحظات درمانی طبقه‌بندی شود همان‌طوری که به صورت علتی یا مرتبط با عادت طبقه‌بندی می‌شود (۲، ۹، ۸). مروری بر مقالات انگلیسی زبان نشان می‌دهد که مطالعات مرتبط با تروما

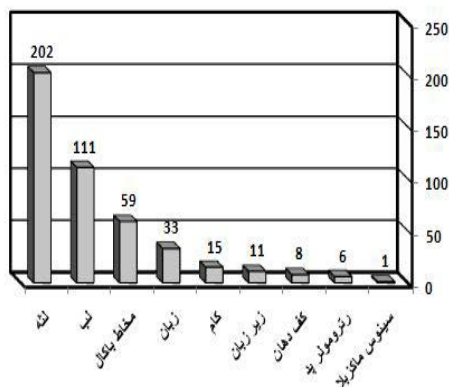
در ناحیه دهان و فک و صورت در جمعیت‌های کشورهای در حال توسعه آسیایی نسبتاً ناشایع بوده، موارد موجود تنها به بررسی شکستگی‌های فکین و آسیب‌های تروماتیک به دندان‌ها مربوط می‌شود (۱۰، ۱۱). تنها می‌توان به مطالعه Chen و همکاران در سال ۲۰۱۰ بر روی ضایعات ناشی از تروما در جمعیتی از تایوان اشاره نمود. در مطالعه مذکور، در حدود ۱۰ درصد ضایعات رسیده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت را ضایعات ناشی از تروما تشکیل داده بود که اکثر آن‌ها در نسج نرم روی داده بود. شایع‌ترین ضایعه، موکوسل بود. شایع‌ترین محل بروز ضایعات، لب پایین و بعد از آن مخاط باکال و زبان بود و در اکثر موارد، تشخیص بالینی ضایعات با تشخیص هیستوپاتولوژیکی آن‌ها مطابقت داشت (۷).

در ایران نیز می‌توان به مطالعه هاشمی‌پور (۲۰۰۸) اشاره نمود که فراوانی ضایعات واکنشی را به میزان ۳۹ درصد گزارش نمود (۱۲) دیهیمی (۲۰۰۶) نیز فراوانی این ضایعات را ۳۶ درصد مطرح نمود (۱۳) البته فراوانی ضایعات مذکور در مطالعات صورت گرفته در مناطق مختلف متفاوت می‌باشد که شاید منطقه جغرافیایی و حتی نژاد افراد بررسی شده بر روی نتایج مؤثر باشد. در مجموع تحلیل چنین اطلاعاتی مفید به نظر می‌رسد. با توجه به کمی مطالعات صورت گرفته در زمینه ضایعات مرتبط با تروما در ناحیه دهان و فک و صورت در ایران و عدم وجود اطلاعات ثبت و جمع‌آوری شده در مورد فراوانی ضایعات مذکور، سن و جنس بیماران و توزیع آن‌ها در نسج نرم و سخت (بدون در نظر گرفتن شکستگی‌های فک و صورت)، مطالعه حاضر جهت بررسی موارد فوق در جمعیتی از شمال ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

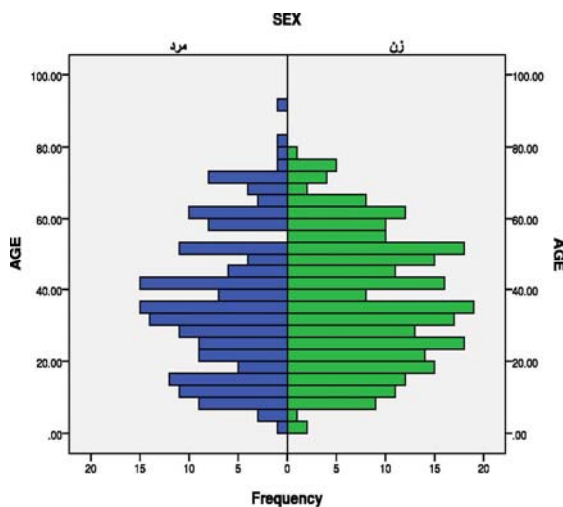
این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر با استفاده از پرونده‌های بیماران موجود در بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل (فاصله

این که در تشخیص بالینی ۸۹/۹ درصد موارد، ضایعه به عنوان یک ضایعه ناشی از تروما یا واکنشی در نظر گرفته شده بود (۶۲/۶ موارد در اولین تشخیص بالینی، ۲/۲ درصد موارد در دومین تشخیص و ۰/۹ موارد در سومین تشخیص). ولی در ۷/۴ موارد منشا تروماتیک برای ضایعه در تشخیص بالینی لحاظ نشده بود.



نمودار شماره ۱: فراوانی ضایعات به تفکیک محل بروز

شایع ترین ضایعه، پیورنیک گرانولوما (۲۵/۶ درصد) بود و موکوسل (۱۸/۲ درصد)، فیبروم تحریکی (۱۷/۳) و ژانت سل گرانولوما محیطی (۱۵/۵ درصد) در رده های بعدی قرار داشتند. فراوانی ضایعات در دهه های مختلف سنی در نمودار شماره ۲ آمده است.



نمودار شماره ۲: فراوانی ضایعات در دهه های مختلف سنی

سال های ۱۳۹۰-۱۳۸۲) و بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی بابل (فاصله سال های ۱۳۹۰-۱۳۶۹) انجام شد. مشخصات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنسیت، محل ضایعات و خصوصیات ضایعات نسج نرم و سخت ضایعات مرتبط با تروما به همراه تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی از پرونده های مذکور با استفاده از فرم ثبت اطلاعات طراحی شده جمع آوری شد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار آماری SPSS و تست X^2 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

چهارصد و چهل و شش مورد ضایعه مرتبط با تروما از ۱۲۲۱۲۶ پرونده موجود در بایگانی بخش پاتولوژی دو مرکز ارجاع ضایعات فک و دهان در شهرستان بابل استخراج شد. (۲۲۵ مورد از بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل که ۲۸/۴ درصد ضایعات ارسالی به آن مرکز را تشکیل می داد و ۲۲۱ مورد از بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی بابل که ۰/۲ درصد ضایعات ارسالی را شامل می شد).

تمامی ضایعات مرتبط با تروما در نسج نرم پدید آمده بودند و با ضایعه موجود در نسج سخت مواجه نشدیم. ضایعات در بیماران بین سنین ۲ ماه تا ۹۰ سال بروز نموده بودند. متوسط سنی بیماران $36/82 \pm 0/9$ سال بود. ۱۸۵ بیمار (۴۱/۵ درصد) مذکر و ۲۶۱ بیمار (۵۸/۵ درصد) مؤنث بودند. شایع ترین محل بروز ضایعات، لثه (۴۵/۳ درصد) و بعد از آن، لب (۲۴/۹ درصد) بود. نمودار شماره ۱ فراوانی محل های مختلف ضایعات را نشان می دهد.

تطابق تشخیص هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی اول در ۴۴/۴ درصد موارد، با تشخیص دوم در ۱۰/۱ درصد موارد و با تشخیص سوم در ۰/۲ درصد موارد دیده شد. در ۱۷/۷ درصد نیز ضایعه از نظر بالینی به درستی تشخیص داده نشده بود. البته در سایر موارد تشخیص بالینی در پرونده ها ثبت نشده بود. نکته دیگر

نموده بودند. ضایعات شایع تر در مطالعه حاضر به تفکیک محل بروز در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره ۱: میانگین سنی بیماران مبتلا به تفکیک ضایعات مختلف

نوع ضایعه	میانگین سنی ± انحراف معیار	حد اقل سنی	حداکثر سنی
پیوژنیک گرانولوما	۳۲/۴۵ ± ۱۶/۰۷	۳	۷۶
فیبروم تحریکی	۴۱/۱۳ ± ۱۵/۶۶	۷	۹۰
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۳۶/۳۰ ± ۱۹/۲۸	۶	۷۵
اپولیس فیثوراتوم	۵۶/۲۲ ± ۱۳/۲۴	۲۳	۸۰
فیبروم اسفیه محیطی	۳۲ ± ۱۶/۹۷	۸	۶۴
موکوسل	۲۲/۹۸ ± ۱۳/۴۰	۲ ماه	۶۲
هیپرپلازی پاپیلاری انتهایی	۴۱/۳۳ ± ۳/۰۵	۳۸	۴۴
ژانت سل فیروما	۴۲/۸۷ ± ۲۰/۲۶	۱۶	۷۰
کراتوز اصطکاکی	۵۷/۷۶ ± ۹/۸۹	۳۹	۷۹
Surgical Ciliated Cyst	۴۱	-	-
اپولیس گرانولوماتوزا	۲۵	-	-
تروماتیک نروما	۳۲	-	-

جدول شماره ۲: فراوانی ضایعات به تفکیک جنسیت بیماران مبتلا

نوع ضایعه	درصد فراوانی ضایعات به تفکیک جنسیت	
	مذکر	مونث
پیوژنیک گرانولوما	۲۲/۲	۲۸
فیبروم تحریکی	۱۷/۳	۱۷/۲
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۱۵/۱	۱۵/۷
اپولیس فیثوراتوم	۳/۲	۱۶/۹
فیبروم اسفیه محیطی	۵/۴	۴/۶
موکوسل	۲۴/۳	۱۳/۸
هیپرپلازی پاپیلاری انتهایی	۱/۱	۰/۴
ژانت سل فیروما	۱/۶	۱/۹
کراتوز اصطکاکی	۸/۱	۰/۸
Surgical Ciliated Cyst	۰/۵	۰
اپولیس گرانولوماتوزا	۰	۰/۴
تروماتیک نروما	۰	۰/۴
هماتوما	۱/۱	.

جدول شماره ۳: فراوانی ضایعات به تفکیک دو رده سنی مورد بررسی

نوع ضایعه	درصد فراوانی ضایعات به تفکیک دو رده سنی	
	۱۵ سال و کمتر	بیش از ۱۵ سال
پیوژنیک گرانولوما	۲۴/۲	۲۵/۸
فیبروم تحریکی	۸/۱	۱۸/۸
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۲۱	۱۴/۴
اپولیس فیثوراتوم	۰	۱۳/۶
فیبروم اسفیه محیطی	۶/۵	۴/۶
موکوسل	۴۰/۳	۱۴/۴
هیپرپلازی پاپیلاری انتهایی	۰	۰/۸
ژانت سل فیروما	۰	۲/۲
کراتوز اصطکاکی	۰	۴/۶
Surgical Ciliated Cyst	۰	۰/۳
اپولیس گرانولوماتوزا	۰	۰/۳
تروماتیک نروما	۰	۰/۳

شایع ترین محل درگیری در زنان و مردان، لثه به ترتیب با شیوع ۵۱/۳ درصد و ۳۶/۸ درصد و بعد از آن، لب با شیوع ۲۱/۱ درصد و ۳۰/۳ درصد موارد بود. شایع ترین ضایعات پدید آمده در افراد مؤنث از نوع پیوژنیک گرانولوما (۲۸ درصد)، فیبروم تحریکی (۱۷/۲ درصد) و اپولیس فیثوراتوم (۱۶/۹ درصد) بود. در افراد مذکر شایع ترین ضایعات از نوع موکوسل (۲۴/۳ درصد)، پیوژنیک گرانولوما (۲۲/۲ درصد) بودند و فیبروم تحریکی (۱۷/۳ درصد) در رده سوم قرار داشت. میانگین سنی بیماران مبتلا به ضایعات مختلف در جدول شماره ۱ آمده است.

با توجه جدول فوق میانگین سنی مبتلایان به کراتوز اصطکاکی و اپولیس فیثوراتوم از سایر موارد بیشتر و در مورد موکوسل از سایر ضایعات کمتر بوده است. فراوانی ضایعات به تفکیک جنسیت بیماران در جدول شماره ۲ آمده است.

شصت و دو مورد از ضایعات (۱۴/۴ درصد) در افراد زیر ۱۵ سال دیده شد. در بررسی ضایعات موجود در افراد زیر ۱۵ سال نیز شایع ترین محل درگیری لب و لثه هر دو با شیوعی برابر با ۳۸/۷ درصد بودند. در مورد شایع ترین نوع ضایعه پدید آمده بایستی گفت که موکوسل با فراوانی ۴۰/۳ درصد موارد در رتبه اول، پیوژنیک گرانولوما با فراوانی ۲۴/۲ درصد در رتبه دوم و گرانولومای محیطی با سلول ژانت با ۲۱ درصد در رده سوم قرار داشت. فراوانی ضایعات به تفکیک دو رده سنی مورد بررسی در جدول شماره ۳ آمده است.

با استفاده از آزمون Chi-Square در سنین مختلف، نوع ضایعات متفاوت بوده است ($p < 0/001$) از طرفی دیگر، با استفاده از آزمون Chi-Square در سنین مختلف، محل ضایعات نیز متفاوت بوده است ($p < 0/001$). به عبارتی دیگر، در افراد زیر ۱۵ سال ضایعات در لب و لثه به طور یکسان از نظر فراوانی پدید آمده بودند. ولی در افراد بالای ۱۵ سال ضایعات به طور مشخصی در لثه بیش از افراد زیر ۱۵ سال و در لب کمتر از آنها بروز

جدول شماره ۴: ضایعات شایع تر به تفکیک محل بروز

نوع ضایعه	لب	مخاط یا کال	زبان	لثه	سایر	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
پیوژنیک گرانولوما	۲۵ (۲۱/۹)	۵ (۴/۴)	۱۵ (۱۳/۲)	۶۰ (۵۲/۶)	۹ (۷/۹)	۱۱۴ (۱۰۰)
فیبروم تحریکی	۹ (۱۱/۷)	۲۹ (۳۷/۷)	۱۲ (۱۵/۶)	۲۲ (۲۸/۶)	۵ (۶/۵)	۷۷ (۱۰۰)
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۱ (۱/۴)	۲ (۲/۹)	۰ (۰)	۶۳ (۹۱/۳)	۳ (۴/۳)	۶۹ (۱۰۰)
ابولیس فیورواتوم	۱۰ (۲۰)	۱۴ (۲۸)	۰ (۰)	۲۵ (۵۰)	۱ (۲)	۵۰ (۱۰۰)
فیبروم اسفیه محیطی	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۱ (۹۵/۵)	۱ (۴/۵)	۲۲ (۱۰۰)
موکوسل	۶۱ (۷۵/۳)	۲ (۲/۵)	۲ (۲/۵)	۰ (۰)	۱۶ (۱۹/۸)	۸۱ (۱۰۰)
کراتوزاصطکاکی	۳ (۱۷/۶)	۵ (۲۹/۴)	۱ (۵/۹)	۵ (۲۹/۴)	۳ (۱۷/۶)	۱۷ (۱۰۰)

با استفاده از آزمون Chi-Square در محل‌های مختلف دهان، فراوانی نوع ضایعات متفاوت بوده است ($p < 0/01$).

بحث

در مطالعه حاضر ۴۴۹ ضایعه مرتبط با تروما در بافت نرم و سخت فک و دهان مورد بررسی قرار گرفت. ۲۲۸ مورد از ضایعات از بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل به دست آمده بود که ۲۸/۷ درصد ضایعات ارسالی به آن مرکز را تشکیل می‌داد و ۲۲۱ مورد از بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی بابل که ۰/۱ درصد ضایعات ارسالی را شامل می‌شد که شاید تفاوت در فراوانی ضایعات مذکور بین دو مرکز به تخصصی بودن دانشکده دندانپزشکی جهت پذیرش نمونه‌های دهانی برگردد و با فراوانی واقعی ضایعات مذکور در کل جمعیت متفاوت باشد. در یک مطالعه مقطعی جهت ارزیابی فراوانی و توزیع ضایعات مخاطی نیز در جمعیتی از ترکیه توسط Mumcu (۲۰۰۵)، ضایعات ناشی از تروما ۱/۶ درصد ضایعات را تشکیل داده بودند (۱۴) Chen و همکاران (۲۰۱۰) نیز در بررسی ضایعات ناشی از تروما در جمعیتی از تایوان دریافتند که در حدود ۱۰ درصد ضایعات رسیده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت را ضایعات ناشی از تروما تشکیل داده بود که اکثر آن‌ها در نسج نرم روی داده بود (۷).

در مطالعه هاشمی‌پور (۲۰۰۸)، فراوانی ضایعات واکنشی ۳۹ درصد گزارش شد (۱۲) در مطالعه Awange

(۲۰۰۹) فراوانی ضایعات واکنشی ۱۰/۶ درصد، Northe (۱۹۹۴) به میزان ۱۰/۳ درصد و Zain (۱۹۹۰) به اندازه ۹/۶ درصد گزارش شد (۱۷-۱۵) دیهیمی (۲۰۰۶) نیز فراوانی این ضایعات را ۳۶ درصد مطرح نمود (۱۳). فراوانی ضایعات مذکور در مطالعات صورت گرفته در مناطق مختلف متفاوت می‌باشد که شاید منطقه جغرافیایی و حتی نژاد افراد بررسی شده بر روی نتایج مؤثر باشد. در مطالعه حاضر ضایعات مرتبط با تروما در افراد مؤنث شیوع بیشتری نسبت به مذکر داشت که در توافق با مطالعه Lee (۱۹۶۸)، Al-Khateeb (۲۰۰۳)، هاشمی‌پور (۲۰۰۸) و Kerr (۱۹۵۱) است (۱۲، ۲۰-۱۸) و شاید به نوعی بیانگر نقش عوامل هورمونا ل به عنوان عامل مستعد کننده در ایجاد ضایعات مذکور باشد. شایع‌ترین ضایعه در مطالعه زارعی (۲۰۰۷) و Shamim (۲۰۰۸)، پیوژنیک گرانولوما گزارش شد (۲۱، ۲۲) که موافق با نتیجه مطالعه حاضر است ولی شایع‌ترین ضایعه در مطالعه Zhang (۲۰۰۷) فیبروم تحریکی بود (۲۳) در بررسی ضایعات مخاطی در جمعیتی از اسلوانی توسط Kovac-Kovacic (۲۰۰۰) نیز ضایعات ناشی از دنچر و موکوسل شایع‌ترین ضایعات بودند (۲۴) البته در تحقیق Chen شایع‌ترین ضایعه، موکوسل بود (۷) همچنین در مطالعه انجام شده توسط Sousa (۲۰۰۰)، موکوسل، شایع‌ترین ضایعه در بین ۲۳۵۶ نمونه بیوپسی شده بود (۲۵). در بررسی جمعیتی در اسپانیا توسط Vallegio (۲۰۰۲) نیز شایع‌ترین ضایعات دهانی از نوع ضایعات اصطکاکی، زخم‌های تروماتیک و استوماتیت دنچری بودند که با هیپرپلازی ناشی از دنچر دنبال می‌شد (۲۶).

بالینی آن‌ها، تغییر اندازه ضایعات واکنشی با حذف یا کاهش عوامل محرک می‌باشد، اما معمولاً اندازه ضایعات نئوپلاستیک به مرور زمان افزایش می‌یابد (۵). درمان ضایعات مرتبط با تروما، حذف عامل محرک و تروماتیزه کننده، برش و برداشت ضایعه به روش جراحی می‌باشد. جهت جلوگیری از عود مجدد ضایعات واکنشی، بررسی دقیق هیستوپاتولوژی آن‌ها و اطلاع از پاک بودن قاعده ضایعه ضروری است. به نظر می‌رسد شاید بتوان از روی میزان فراوانی ضایعات واکنشی دهان، شاخص بهداشت دهان یا وقوع آسیب‌های تروماتیک را در آن ناحیه جغرافیایی پیشگویی کرد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند باعث آگاهی دندانپزشکان نسبت به فراوانی این ضایعات و رسیدن آن‌ها به تشخیص افتراقی صحیح گردد زیرا تشخیص بالینی در طرح درمان بسیار مهم می‌باشد. تطابق تشخیص هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی در ۵۴/۷ درصد موارد دیده شد. از طرف دیگر در تشخیص بالینی ۸۹/۹ درصد موارد، ضایعه به عنوان یک ضایعه ناشی از تروما یا واکنشی در نظر گرفته شده بود. در مطالعه Chen نیز در اکثر موارد، تشخیص بالینی ضایعات با تشخیص هیستوپاتولوژیکی آن‌ها مطابقت داشت (۷).

از نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد ضایعات واکنشی شیوع نسبتاً بالایی در دهان و در جنس مؤنث دارند. ضایعات واکنشی بافت نرم شیوع بیشتری نسبت به بافت سخت دارند که شاید به دلیل تماس بیشتر آن‌ها با عوامل محرک موضعی باشد. البته نتایج این مطالعه به عنوان مدرک اپیدمیولوژیک ارزشمند بوده، اهمیت این دسته از ضایعات را در حرفه دندانپزشکی مشخص می‌نماید.

در اکثر مطالعات ضایعات واکنشی بافت نرم مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶، ۱۵) در این مطالعه سعی شد تا ضایعات واکنشی بافت نرم و سخت بررسی شوند ولی با ضایعه نسج سخت مواجه نشدیم که شاید بیان کننده آن باشد که بافت نرم به خصوص لثه و مخاط آلئول که شایع‌ترین محل درگیری را به خود اختصاص دادند، بیشتر در مجاورت عوامل محرک مانند جرم و پلاک میکروبی می‌باشند که با نتایج اکثر مطالعات که شیوع ضایعات واکنشی را در لثه بیشتر از نواحی خارج لثه گزارش کردند مطابقت دارد (۲۷، ۱۷). از طرفی دیگر لب در مقام دوم از نظر بروز ضایعات مورد مطالعه قرار داشت و شایع‌ترین ضایعه در لب نیز موکوسل بود. در مطالعه Chen شایع‌ترین محل بروز ضایعات، لب پایین و بعد از آن مخاط باکال و زبان بود (۷).

Jones (۲۰۰۶) در انگلستان، نمونه‌های بیوپسی شده مربوط به کودکان در دوره‌ای ۳۰ ساله را بررسی نمود و دریافت که شایع‌ترین ضایعات از نوع مخاطی بودند و شایع‌ترین آن‌ها موکوسل بود (۲۸) در مطالعه انجام شده توسط Lima Gda (۲۰۰۸) نیز موکوسل، شایع‌ترین ضایعه در بین ۹۴۵۶ نمونه بیوپسی شده از کودکان زیر ۱۴ سال بود (۲۹) همچنین در مطالعه انجام شده توسط hah (۲۰۰۹)، بعد از کیست دنتی ژروس، موکوسل، شایع‌ترین ضایعه در بررسی نمونه‌های بیوپسی شده طی ۱۵ سال از افراد زیر ۱۶ سال بود (۳۰). در مطالعه حاضر نیز موکوسل و پیوژنیک گرانولوما شایع‌ترین ضایعات پدید آمده در افراد زیر ۱۵ سال بودند.

در مجموع به نظر می‌رسد که در اثر محرک‌ها و تروماهای موضعی ضایعاتی ایجاد می‌شوند که به دلیل شباهت بالینی چنین ضایعاتی به ضایعات نئوپلاستیک از اهمیت خاصی برخوردارند. نکته قابل توجه در افتراق

References

1. Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, Bruno AD, Jung SH, Edelman D, et al. A

retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg* 2008; 60: 398-403.

2. Rawal SY, Claman LJ, Kalmar JR, Tatakis DN. Traumatic lesions of the gingiva: a case series. *J Periodontol*. 2004 May; 75(5):762-9.
3. Bartlett DW, Shah P. A critical review of non-carious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. *J Dent Res*. 2006; 85: 306-12.
4. Ferguson HW, Stevens MR. Advances in head and neck radiotherapy to the mandible. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2007; 19: 553- 63.
5. Neville BW, Damm DD, Allen C, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*, 3rd ed. St.Louis: WB Saunders co; 2009.p.507-24.
6. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan C. *Oral pathology, clinical pathology correlation*. 5th ed. St-Louis: WB Saunders co; 2008. p. 157-67.
7. Chen J, Wang W, Chen Y, Lin L. A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan. *J Appl Oral Sci* 2010; 18(1).
8. Andreasen JO, Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology of traumatic dental injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, editors. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1993. p. 151-77.
9. Scariot R, Oliveira IA, Passeri LA, Rebellato NL, Müller PR. Maxillofacial injuries in a group of Brazilian subjects under 18 years of age. *J Appl Oral Sci*. 2009;17:195-8.
10. Chiu WT, Kuo CY, Hung CC, Chen M. The effect of the Taiwan motorcycle helmet use law on head injures. *Am J Public Health*. 2000; 90: 793-6.
11. Huang IY, Chen CH, S Lai, Chen HR. A clinical study of maxillofacial fractures. *Kaohsiung J Med Sci*. 1987;3:166-75.
12. Hashemipour MA, Rad M, Mojtahedi A. A survey of soft tissue tumor- like lesions of oral cavity: A clinicopathological study. *Iranian J Pathol*; 2008. 3: 81-87.
13. Deyhimi P. *Pathology of tooth and odontogenic lesions*. 1st ed. Esfahan: Kankash Co; 2006. p. 313-74.
14. 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 Mar; 11 (2): 81-7.
15. Awange DO, Wakoli KA, Onyango ML, Chindia ML, Dimba EO, Guthua SW. Reactive localized inflammatory hyperplasia of oral mucosa. *East African Medical J*; 2009. 86: 79-82.
16. Northe NO, Mosadomi HA, Al-Gailani M, Al- Modeerik A. Localized inflammatory hyperplasia of the oral cavity: Clinico-Pathological study of 154 cases. *Saudi Dent J*; 1994. 60: 145-50.
17. Zain RB, Vei TJ. Peripheral fibroma/ fibrous epulis with or without calcifications. A clinical evaluation of 204 cases in Singapore. *Odontostomatol Trop*; 1990. 13:94-96.
18. Lee KW. The fibrous epulis and related lesions. Granuloma pyogenicum, pregnancy tumor, Fibroepithelial Polyp and calcifying fibroblastic granuloma. A clinico-pathological study. *Periodontics*; 1968. 6: 277- 92.
19. Al- Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *Oral Maxillofac Surg*; 2003. 61: 1285-288.
20. Kerr DA. Granuloma pyogenicum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 1951. 4: 158-76.
21. Zarei MR, Ghamni G, Amanpoor AM. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman provice, Iran. A review of 172 cases. *British J Oral Maxillofac Surg*; 2007. 45: 288-92.

22. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south Indian population. *Med Oral Pathol Cir Bucal*; 2008. 13: 414-18.
23. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao P. Reactive lesions: a retrospective study of 2439 cases. *Quintessence Int*; 2007. 38: 103-10.
24. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med*. 2000 Aug; 29(7):331-5.
25. Sousa FB, Etges A, Corrêa L, Mesquita RA, de Araújo NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent*. 2002 Summer; 26 (4): 413-8.
26. García-Pola Vallejo MJ, Martínez Díaz-Canel AI, García Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Aug; 30 (4): 277- 85.
27. Buchner A, Hansen LS. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 1987. 452-61.
28. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent*. 2006 Jan;16(1):19-30.
29. Lima Gda S, Fontes ST, de Araújo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci*. 2008 Nov-Dec; 16(6): 397- 402.
30. Shah SK, Le MC, Carpenter WM. Retrospective review of pediatric oral lesions from a dental school biopsy service. *Pediatr Dent*. 2009 Jan- Feb; 31(1): 14-9.