

فراوانی تومور های غدد بزاقی در دو مرکز ارجاع شهر قزوین طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۸۸

دکتر صدیقه رهرو تابان^۱، دکتر پوپک معصومی^۱، میثم مرادی^۲، دکتر شاپور شریف پور واجاری^۲

۱- استادیار گروه پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

۲- دانشجوی رشته دندانپزشکی

۳- دانش آموخته دکترای دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

خلاصه:

سابقه و هدف: تومورهای غدد بزاقی، گروه مهمی از ضایعات پاتولوژیک ناحیه سر و گردن را شامل شده و اغلب در بزرگسالان دیده می شوند. از لحاظ کلینیکی تومورهای بزاقی اغلب فاقد علامت هستند و ممکن است پس از گذشت زمان آشکار شوند با توجه به خلا اطلاعاتی در رابطه با میزان فراوانی تومور های غدد بزاقی در شهرستان قزوین این مطالعه با هدف تعیین فراوانی تومورهای غدد بزاقی در آرشیو بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی قزوین و بیمارستان قدس بین سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت توصیفی و با استفاده از داده های موجود انجام شد. پرونده تمام بیماران مبتلا به تومور های غدد بزاقی بین سال های ۱۳۷۸-۱۳۸۸ از بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی قزوین و بیمارستان قدس قزوین به عنوان مرکز جراحی سر و گردن استخراج شد و مورد بازبینی قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده از پرونده بیماران شامل سن، جنس، محل و نوع هیستولوژیک ضایعه سپس اطلاعات بدست آمده با استفاده از برنامه SPSS به صورت درصد فراوانی ذکر شد.

یافته ها: از میان ۹۷۶۱ پرونده بررسی شده، ۶۴ فرد مبتلا به تومور های غدد بزاقی شامل ۳۲ زن (۵۰ درصد) و ۳۲ مرد (۵۰ درصد) استخراج شد. از این بین ۶۷/۱ درصد در غدد اصلی و ۳۲/۹ درصد در غدد بزاقی فرعی واقع شدند که کلا ۸۱/۲ درصد تومور خوش خیم و ۱۸/۸ درصد بدخیمی غدد بزاقی به ترتیب با میانگین سنی $38/6 \pm 16/1$ سال و $45/83 \pm 18/3$ سال بودند. شایع ترین تومور خوش خیم م بزاقی پلئومورفیک آدنوما (۷۰/۳ درصد) و موکوپیدرموئید کارسینوما (۱۰/۹ درصد) فراوان ترین تومور بد خیم بود. غده پاروتید شایع ترین محل درگیری تومور های بزاقی بود.

نتیجه گیری: در این مطالعه توصیفی که به صورت بررسی داده های موجود انجام شد، در طی ۱۱ سال تومورهای غدد بزاقی ۰/۰/۶۵ از نمونه های پاتولوژی را تشکیل داده و پلئومورفیک آدنوما و موکوپیدرموئید کارسینوما به ترتیب شایع ترین تومورهای خوش خیم و بدخیم بودند.

کلیدواژه ها: تومورهای غدد بزاقی، فراوانی، اپیدمیولوژی

وصول مقاله: ۸۹/۲/۳۰ اصلاح نهایی: ۸۹/۴/۱۳ پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۱۰

مقدمه:

اغلب به نئوپلاسم تومور اطلاق شده، و نئوپلاسم ها به مقوله های خوش خیم و بد خیم تقسیم می شوند. (۱). ضایعات بدخیم دهان علی رغم در برداشتن درصد کمی از ضایعات بدن (۲ تا ۳ درصد) قادرند سلامت بیمار را به طور جدی به مخاطره انداخته و چه بسا موجب مرگ وی گردند (۲ و ۳) تومورهای غدد بزاقی، تومورهای غیر شایعی هستند که حدود ۱۰ - ۳ درصد

نئوپلاسم عبارت است از رشد غیر طبیعی بافت که نا هماهنگ با رشد بافت های طبیعی است آنچه اساس خاستگاه همه نئوپلاسم ها می باشد از دست دادن پاسخ دهی سلول ها به مهار کننده های طبیعی رشد است. در معنی رایج پزشکی

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر صدیقه رهرو تابان، قزوین - دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده دندانپزشکی بخش پاتولوژی. تلفن: ۰۹۱۱۳۳۷۷۴۶۵

پست الکترونیک: Email: SAvATA5@yahoo.com

نتوپلاسم های ناحیه سر و گردن را تشکیل می دهند (۴). با این وجود تومورهای غدد بزاقی بخش مهمی از ضایعات پاتولوژیک این ناحیه هستند که اغلب در بزرگسالان دیده می شوند و تنها حدود ۵٪ موارد، در افراد زیر ۱۶ سال اتفاق می افتند مثل اکثر تومورها در صورت بدخیمی در سنین بالاتر نسبت به تومورهای خوش خیم بزاقی رخ می دهند (۲).

امروزه در سراسر دنیا مطالعات و تحقیقات بسیاری در خصوص فراوانی تومورها انجام می شود. با توجه به وجود خلا اطلاعاتی ما نیز بر آن شدیم تا فراوانی تومورهای بزاقی را برای اولین بار در دو مرکز ارجاع شهر قزوین ارزیابی کنیم.

مواد و روش ها:

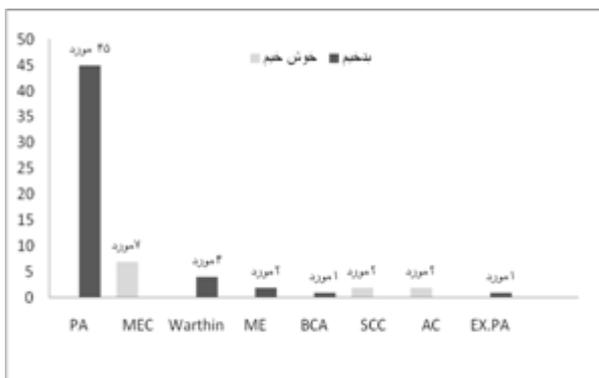
مطالعه ما به صورت توصیفی- مقطعی با استفاده از پرونده های بخش پاتولوژی دانشکده دندان پزشکی و بیمارستان قدس دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام پذیرفت. در این بررسی با مراجعه به بایگانی دانشکده دندان پزشکی و بیمارستان قدس علوم پزشکی قزوین، تومورهای غدد بزاقی بین سال های ۸۸-۱۳۷۸ لیست برداری و طبق تقسیم بندی تومورهای غدد بزاقی کتاب نویل (۳)، طبقه بندی و اطلاعات مربوط به بیماران مبتلا از نظر بروز در محل های مختلف آناتومیک و سن، جنس و نوع تخصص جراح ثبت شد. محل تومور به صورت غدد اصلی شامل غده پاروتید، غده تحت فکی، غده زیر زبانی و غدد فرعی شامل غدد کامی، لب بالا، رترومولرپد و لب پایین دسته بندی گردید. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و به صورت درصد فراوانی توصیف شدند.

یافته ها:

در این تحقیق پس از بررسی ۹۷۶۱ پرونده بخش های پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی قزوین در بیمارستان قدس دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۶۴ مورد (۰/۶۵ درصد) تومور بزاقی ثبت شد. کل نمونه ها شامل ۵۲ تومور خوش خیم (۸۱/۲ درصد) و ۱۲ تومور بدخیم (۱۸/۸ درصد) بود همچنین توزیع نوع تومورها در دو جنس مذکر و مونث یکسان و از لحاظ سن بین ۱۲ تا ۹۰ سال با میانگین $۱۶/۶۴ \pm ۴۰$ بود. ۲۱/۸

درصد بیماران توسط جراح فک و صورت درمان شده اند که بیشتر مبتلا به نوع بدخیم تومور بزاقی و ۷۸/۲ درصد بیماران توسط جراح گوش و حلق و بینی درمان شده اند که بیشتر مبتلا به نوع خوش خیم بودند.

بیماران گروه سنی ۲۵-۱۲ سال همگی دارای تومور خوش خیم بودند و بیمارانیکه تومور بدخیم داشته اند در سنین بالاتر بودند. میانگین سن بروز تومورهای خوش خیم $۱۶/۱۰ \pm ۳۸/۶$ و در بدخیمی ها $۴۵/۸۳ \pm ۱۸/۳۳$ سال بود. (توزیع فراوانی تومورهای غدد بزاقی خوش و بدخیم به تفکیک نوع میکروسکوپی در نمودار (۱) دیده می شود).



PA: Pleomorphic Adenoma
 MEC: Meucoepidermoid Carcinoma
 ME : Meyoepithelioma
 BCA :Basalcell Adenoma
 SCC :Squamous cell carcinoma
 AC :Adenocarcinoma
 EX .PA :EX –pleomorphic adenoma

نمودار ۱: توزیع فراوانی تومورهای خوش خیم و بدخیم غدد بزاقی در دو مرکز ارجاع شهر قزوین ۸۸-۱۳۸۷

توزیع فراوانی تومورهای خوش خیم و بدخیم بزاقی به تفکیک محل وقوع در جدول ۱ دیده می شود.

جدول ۱ توزیع فراوانی تومورهای غدد بزاقی خوش خیم و بدخیم در ۲ مرکز ارجاع شهر قزوین به تفکیک محل وقوع در طی سالهای ۸۸-۱۳۷۸

غدد	نوع تومور		جمع				
	خوش خیم	بدخیم	تعداد	درصد			
غدد اصلی	پاروتید	۳۸	۹۵	۲	۵	۴۰	۱۰۰
	تحت فکی	۲	۶۶/۷	۱	۳۳/۳	۳	۱۰۰
	جمع	۴۰	۹۳	۳	۷	۴۳	۱۰۰
غدد فرعی	کامی	۱۱	۶۴/۷	۶	۳۵/۳	۱۷	۱۰۰
	لب بالا	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
	رترومولر پد	۰	۰	۳	۱۰۰	۳	۱۰۰
جمع	۱۲	۵۷/۱	۹	۴۲/۹	۲۱	۱۰۰	

بحث:

در این مطالعه ۶۵٪ کل نمونه های بیوپسی شده در ۲ مرکز ارجاع شهر قزوین به نمونه های غدد بزاقی مربوط می شد که مشابه تعدادی از مطالعات است. (۵-۲)

در مطالعه مشرف که طی ۸ سال در سه مرکز بهداشت شهر تهران و مطالعه ستاری که طی ۱۲ سال در هفت مرکز پاتولوژی شهر همدان انجام شد فراوانی تومورهای غدد بزاقی به ترتیب ۲۷/۹ درصد و ۹/۸ درصد گزارش شد که در مقایسه با مطالعه حاضر بسیار چشمگیر است و شاید این مسئله دلیل ارجاع بسیاری از بیماران شهر قزوین برای درمان به شهر تهران به دلیل مسافت کم باشد. (۶، ۷)

در مطالعه Vargas و همکارانش که در سال ۲۰۰۲ در مورد تومورهای غدد بزاقی در جمعیت برزیل انجام شد ۹۹ مورد تومور بزاقی خوش خیم (۸۰ درصد) و ۲۵ مورد بدخیم (۲۰ درصد) گزارش شد. (۴) در بررسی ما ۵۲ مورد (۸۱/۲ درصد) تومور خوش خیم و ۱۲ مورد (۱۸/۸ درصد) تومور بدخیم گزارش شد که مشابه می باشند.

در مطالعه انصاری در سال های (۲۰۰۳-۱۹۸۴)، از بین ۱۳۰ مورد تومورهای بزاقی، شایع ترین آنها پلئومورفیک آدنوما

(حدود ۶۵ درصد) و بین تومور های بدخیم بزاقی شایع ترین موکوپیدرموئید کارسینوما (حدود ۱۰ درصد) بوده است. در مطالعه ما هم پلئومورفیک آدنوما شایع ترین تومور خوش خیم (۷۰/۳ درصد) و موکوپیدرموئید کارسینوما شایع ترین تومور بدخیم (۱۰/۹ درصد) گزارش شد. تفاوت شیوع از لحاظ عددی می تواند به علت بررسی کوتاه مدت تر مطالعه حاضر از لحاظ زمانی و حجم نمونه کمتر به دست آمده باشد. (۸)

در مطالعه P.Jansisyanont و همکارانش در سال ۲۰۰۲ که در دانشگاه مریلین انجام گرفته بود از لحاظ شیوع جنسی در مورد تومور های بدخیم نسبت زن به مرد ۱ : ۱/۹ و در مورد تومور های خوش خیم این نسبت ۱/۱ : ۱ بوده است. (۹) اما در بررسی ما این نسبت ۱:۱ بوده این امر می تواند ناشی از تعداد کم نمونه های مورد مطالعه ما و یا اختلافات جغرافیایی و نژادی در فراوانی تومورها باشد. (۴-۲)

در مطالعه Vargas PA و همکارانش در سال ۲۰۰۲ در مبتلایان به تومور غدد بزاقی در برزیل میانگین سنی مبتلایان به تومور های خوش خیم و بد خیم به ترتیب ۴۷/۷ و ۴۸/۸ سال بوده است. (۴) در حالیکه در مطالعه کنونی متوسط سنی بروز تومورهای خوش خیم بزاقی حدود یک دهه کمتر بوده است. در مطالعه اپیدمیولوژی توسط انصاری تومور های بزاقی طی سال های (۲۰۰۳-۱۹۸۴)، متوسط سنی افراد مبتلا به تومور های خوش خیم و بد خیم به ترتیب ۴۱/۳ و ۴۷ سال بوده است و در مطالعه ما میانگین سنی تومورهای خوش خیم و بد خیم ۳۸/۶ و ۴۵/۸۳ سال بوده است. به نظر می رسد با گذشت زمان، شاهد کاهش سن بروز تومورهای غدد بزاقی هستیم. (۸) در مطالعه Lopes و همکارانش در سال ۱۹۹۹ در برزیل، طی ۴۰ سال ۱۹۶ مورد تومور غدد بزاقی فرعی، ۱۲۸ مورد تومور بدخیم و ۶۸ مورد تومور خوش خیم بوده است. میزان شیوع بدخیمی بیشتر از تومور خوش خیم می باشد (۱۰). در حالیکه در مطالعه Rivera و همکارانش در سال ۱۹۹۶ در ونزوئلا ۶۲ مورد تومورهای غدد بزاقی فرعی، ۳۴ مورد آن تومور خوش خیم و ۲۸ مورد آن بدخیم بوده است. (۵).

نتایج مطالعه ما موافق با مطالعه Rivera و بر خلاف مطالعه Lopes است به نظر می رسد این تفاوت مربوط به اختلاف مناطق جغرافیایی و نژادی می باشد (۵ ، ۱۰) همچنین در مطالعه Jansisyanont و همکارانش در سال ۲۰۰۲ در دانشگاه مرلین در طی ده سال تعداد ۸۰ تومور مورد مطالعه قرار گرفته است و همچنین در مطالعه Vuhahala ، سال ۲۰۰۴ در اوگاندا به بررسی ۲۶۸ مورد تومور غده بزاقی در طی مدت ۱۰ سال پرداختند. در حالیکه در مطالعه ما طی ۱۰ سال، ۶۴ مورد تومور بزاقی ثبت شد. به نظر می رسد تفاوت تعداد نمونه ها در مطالعات با مسائل ژنتیک و نژادی و عادات خاص مرتبط است. (۹-۱۱)

در مطالعه ای که در مدت ۱۰ سال در اوگاندا انجام شد بر خلاف نتایج مطالعه انجام شده ما ، تومور بزاقی بیشتر در خانم ها مشاهده شد . میانگین سنی بیماران در مطالعه انجام شده نسبت به این مطالعه حدود ۲ سال بالاتر بود . از لحاظ محل وقوع، غده پاروتید با فراوانی ۶۲ درصد تفاوت چشمگیری را نسبت به ابتلا غده بزاقی تحت فکی نشان داد که این بر خلاف مطالعه مذکور بود . همچنین در مطالعه انجام شده در اوگاندا شایع ترین تومور خوش خیم، پلئومورفیک آدنوما گزارش شده است که مشابه مطالعه انجام شده در قزوین است، ولی بر خلاف مطالعه حاضر که تومور وارتین را در مقام دوم شیوع گزارش شد، میوایی تلیومارا دومین شایع ترین خوش خیم بزاقی بود . بر خلاف نتایج بدست آمده در مطالعه انجام شده در قزوین شایع ترین بدخیمی بزاقی را آدنوئید سیستیک کارسینوما گزارش شد. (۱۱)

در مطالعه Toido بر روی تومورهای بزاقی غدد فرعی، مشابه مطالعه ما بیشترین فراوانی را تومور های خوش خیم گزارش کردند و بر خلاف مطالعه ما شیوع آدنوئید سیستیک کارسینوما بیشتر از موکو اپیدرموئید کارسینوما بود. (۱۲)

در مطالعه ۱۶ ساله Otoh EC، ۷۹ تومور غده بزاقی گزارش شد که مشابه مطالعه ما، وقوع تومورهای خوش خیم در غدد

بزاقی اصلی و غده پاروتید بیشتر دیده شد همچنین از لحاظ نوع تومور، پلئومورفیک آدنوما و موکو اپیدرموئید کارسینوما شایع ترین خوش خیمی و بد خیمی بزاقی بودند. (۱۳)

نتیجه گیری :

در این مطالعه توصیفی که به صورت بررسی داده های موجود انجام شد، در طی ۱۱ سال تومورهای غدد بزاقی ۶۵٪ از نمونه های پاتولوژی را تشکیل داده و پلئومورفیک آدنوما و موکو اپیدرموئید کارسینوما به ترتیب شایع ترین تومورهای خوش خیم و بدخیم بودند.

References:

1. Akhgari A, Sotoodenia A, Sobhanian Kh. *Basic Pathology*, 4th Edi, Tehran 1385, Nasle Farda co, P:173-5
2. Khalili M, Salamat F, Evaluation of Adenoid cystic Carcinoma Preralance in Institue cancer Tehran (1991-2001) [dissertation], No:234, Ghazvin Medical Sciences university.
3. Neville B, Damm, Douglas D., Allen C. *Oral and Maxillofacial pathology*. 3rd ed. Sanders, Elsevier. 2008; chapter 11: 389-410.
4. Vargas PA, Gerhard R, Vergilius J: Salivary gland tumors in a Brazilian population: A retrospective study of 124 cases. *Rev. thos P. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 2002 51(6):271-276.
5. Rivera- Bastidas H, Ocanto RA, Acevedo AM: Intraoral minor salivary gland tumors. *J Oral Pathol Med* 1996; 25:1-4
6. Moshref M, Hosseini M. Epidemiological evaluation of Biopsies in three referral center in Tehran (1990-96), Thesis of Doctora in dentistry, No: 45, Shahid Beheshti university of Medical sciences.
7. Sattari M, Taghizadeh B, Hesari A: Epidemiological evaluation of oro-maxille facial cases in Pathology centers of Hamedan (1998) No:90, Hamedan university of medical sciences.
8. Ansari MH: Salivary gland tumors in an Iranian population: A Retrospective. study of 130 cases. *J Oral and Maxillofacial Surgery* 2007 nov 65(11): 2187-94.
9. Jansisyanont P, Blanchaert Jr RH, Ord RA: Intraoral minor salivary gland neoplasm: A single institution experience of 80 cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2002; 31:257-261.
10. Lopes MA, Kowalski LP, Santos GC, et al: A clinicopathology study of 196 intraoral minor salivary gland tumors. *J Oral pathol Med* 1999; 28:264-7
11. Vuhahula AM, Salivary gland tumors in Uganda: Clinical pathological study. *African Health science*. 2004; 4:15-23.
12. Toido M, Shimokawa K, Makita H, et all: Intraoral minor salivary gland tumor: A Clinicopatho logical study of 82 cases. *Int. j. Oral Maxillofac. Surg.* 2005; 34: 528-532.
13. Otoh EC, Johson NW, Olasoji H, et al: Salivary gland neoplasms in Maiduguri, north-eastern Nigeria. *Oral diseases* (2005) 11,386-391.

