

بررسی شیوع کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک استخوانی خوش خیم در نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی و بیمارستان الزهرای اصفهان در ۱۵ سال منتهی به ۱۳۸۸

دکتر عباس حقیقت^۱، دکتر امیر منصور شیرانی^۲، روح اله میر احمدی^۳، دکتر سید مهدی حسینیان*

چکیده

مقدمه: تومورها و کیست‌های خوش خیم فکین شامل گروه پیچیده‌ای از ضایعات با نمای هیستولوژی و بالینی مختلف هستند که منشأ دندانی و گاه منشأ غیر از ارگان دندان ساز دارند. کیست‌های فکی در کل از سایر کیست‌های استخوانی دیگر بدن شایع‌ترند، و می‌توانند منجر به بروز شکستگی پاتولوژیک در فک شوند. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی‌های شیوع کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک در طی ۱۵ سال گذشته دانشکده دندانپزشکی اصفهان و بیمارستان الزهراست.

مواد و روش‌ها: با بررسی کلیه پرونده‌های بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی و بیمارستان الزهرای اصفهان، اقدام به ثبت موارد کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک و نیز جمع آوری داده‌های چون جنس، سن، عود بیماری و زمان بررسی پاتولوژی گردید. سپس داده‌ها با آزمون آماری SPSS آنالیز و پردازش گردید و در طی سه دوره ۵ ساله داده‌ها با هم مقایسه شدند.

یافته‌ها: کیست‌های ادنتوژنیک در مجموع ۳ دوره زمانی ۱۸۷ مورد، کیست‌های غیر ادنتوژنیک ۹ مورد، تومورهای ادنتوژنیک ۴۷ مورد و تومورهای غیر ادنتوژنیک ۳ مورد بود. کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک در سنین ۳۰-۱۶ سال بیشترین شیوع و در مردان بیشتر دیده شد. کیست‌های غیر ادنتوژنیک در دو جنس برابر دیده شد. تومورهای غیر ادنتوژنیک در سنین میانسالی و در زنان بیشتر وجود داشت.

نتیجه‌گیری: شیوع کیست‌های ادنتوژنیک اختلاف معناداری نسبت به تومورهای ادنتوژنیک داشتند ($P \text{ value}=0.048$) و بیشترین شیوع را به خود اختصاص دادند. در مرتبه بعدی شیوع تومورهای ادنتوژنیک، کیست‌های غیر ادنتوژنیک و تومورهای غیر ادنتوژنیک قرار داشتند. هر چه به سالهای اخیر نزدیک می‌شویم تعداد مراجعین افزایش یافته که می‌تواند به علت ارتقاء سطح آگاهی و سلامتی افراد جامعه باشد.

کلید واژه‌ها: کیست ادنتوژنیک، تومور ادنتوژنیک، کیست غیر ادنتوژنیک، تومور غیر ادنتوژنیک.

* دستیار جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
dr.mehdihosseiniyan88@yahoo.com

۱: استادیار گروه جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

۲: استادیار بخش بیماری‌های دهان و تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳: دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکتری حرفه‌ای دندانپزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد

این مقاله در تاریخ ۸۸/۹/۱۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۳/۲۹ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۴/۱۵ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان
۱۳۸۹: ۶ (۶): ۶۶۳ تا ۶۷۲

مقدمه

تومورهای ادنتوژنیک شامل گروه پیچیده‌ای از ضایعات با انواع هیستولوژی و نمای بالینی متعدد هستند که بعضی از آنها نئوپلاسم واقعی بوده و ندرتاً مسیر بدخیمی را نشان می‌دهند. تعدادی هم به عنوان هامارتوم در نظر گرفته شده‌اند تومورهای غیر ادنتوژنیک تومورهایی بامنشأغیردندانی هستند. تومورهای ادنتوژنیک به سه گروه تقسیم می‌شوند (۱-۲).

۱- تومورهایی که بدون هیچ مشارکتی از اکتومزانسیم ادنتوژنیک پدید می‌آیند یعنی فقط منشأ اپی تلیال ادنتوژن دارند.

۲- تومورهای ادنتوژن مختلط که از اپی تلیوم ادنتوژنیک و عناصر اکتو مزانشیم تشکیل می‌شوند. بافت سخت دندانی احتمال دارد که در این ضایعات پدید آید یا اصلاً تشکیل نشود.

۳- تومورهایی که اساساً از اکتومزانسیم ادنتوژنیک منشأ می‌گیرند و اپی تلیوم ادنتوژنیک ممکن است در داخل تومور دیده شود اما هیچ نقشی در پاتوژنز آن نداشته باشد (۳، ۴).

با توجه به این که ضایعات می‌توانند منجر به بروز مشکلاتی نظیر شکستگی و یا ایجاد تومور و سایر عوارض شوند و بعلاوه در تشخیص افتراقی با سایر ضایعات مطرح می‌باشند لازم است درمانگران از آنها شناخت حداقل نسبی داشته باشد و اقدام درمانی صحیح را قبل از بروز عوارض انجام داده و از پیشرفت ضایعه جلوگیری کند.

کیستهای فکی عموماً رشد آهسته‌ای داشته و غالباً بدون ایجاد علائم مثل تومور، درد و فیستول بزرگ شده و در اکثر موارد در طی معاینات رایج رادیوگرافیک بطور اتفاقی کشف می‌شوند. بندرت ممکن است در معاینه، یک دندان غیر زنده و یا لق شدن دندانها و یا شکستن بدون دلیل فک نیز یافت شود (۵، ۶).

در این مطالعه سعی بر این است که شیوع کیستها و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک در ۱۵ سال منتهی به سال ۸۸ در بیماران دانشکده دندانپزشکی اصفهان و بیمارستان الزهرا بررسی شده و تغییرات آن ارزیابی شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی بود. اطلاعات

لازم برای این طرح از طریق بررسی پرونده‌ها و گزارشهای پاتولوژی بیماران مراجعه کننده با ضایعات دهان و بافتهای اطراف در یک دوره ۱۵ سال (از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا انتهای سال ۱۳۸۷) به بخش فک و صورت بیمارستان الزهرا اصفهان و همچنین بخشهای فک و صورت، پاتولوژی دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، صورت گرفته است.

در ابتدا بامراجعه به بخش پاتولوژی بیمارستان الزهرا و بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی تمامی پرونده‌های موجود در این بخشها مورد بررسی قرار گرفت و شماره پرونده کلیه بیماران مربوط به بخش جراحی فک و صورت جدا شده و ثبت گردید. (لازم به ذکر است که دسترسی به اطلاعات سالهای ۱۳۷۹-۱۳۷۳ بخش پاتولوژی بیمارستان الزهرا به علت در دسترس نبودن پرونده این سالها مقدور نبود).

مجموع پرونده‌های بررسی شده در بخش پاتولوژی بیمارستان الزهرا ۱۹۶ مورد بود که پس از بررسی تنها ۴۰ مورد دارای ضایعات مورد دلخواه ما بودند.

خوشبختانه اطلاعات موجود در بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی به صورت کامل از سالهای ۸۷-۷۳ در دسترس بود و همچنین در این پرونده‌ها کلیه مشخصات فردی افراد نیز ثبت شده بود. از مجموع پرونده‌های بررسی شده در دومرکز ۲۴۶ پرونده حاوی اطلاعات لازم برای ورود به این مطالعه بودند.

اطلاعات بخش پاتولوژی دانشکده به سه دوره ۵ ساله (۷۷-۷۳) (۸۲-۷۸) (۸۷-۸۳) تقسیم و بررسی گردید و اطلاعات بیمارستان الزهرا همراه با اطلاعات دانشکده از سالهای (۸۷-۷۹) مورد بررسی قرار گرفت.

سن افراد مورد مطالعه در این طرح به ۵ گروه سنی (۱ تا ۱۵، ۱۶ تا ۳۰، ۳۱ تا ۴۵، ۴۶ تا ۶۰ و ۶۱ به بالا) تقسیم شدند.

پس از جمع بندی نهایی آنالیز داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر حسب سال نمونه برداری، سن، جنسیت و نوع ضایعه تقسیم بندی شدند و براساس آزمونهای کای اسکورودقیق فیشر مقایسه شدند.

یافته‌ها

از مجموع ۲۴۶ مورد ضایعات پاتولوژیک در دو مرکز کیست‌های ادنتوژنیک ۱۸۷ مورد (۷۶٪) و کیست‌های غیر ادنتوژنیک ۹ مورد (۳٪) بوده و تومورهای ادنتوژنیک ۴۷ مورد (۱۹٪) و تومورهای غیر ادنتوژنیک تنها ۳ مورد (۱٪) بوده است. در کل ضایعات، شاهد ابتلاء ۱۴۲ مورد در مردان (۵۷٪) و ۱۰۴ مورد در زنان (۴۲٪) بودیم. کیست‌های ادنتوژنیک در مردان ۱۱۰ مورد و در زنان ۷۷ مورد بود که بیشترین مقدار نسبت به بقیه ضایعات بوده است. کمترین مقدار مربوط به تومورهای غیر ادنتوژنیک بود که در جنس مذکر موردی دیده نشد. توزیع فراوانی جنسی کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک بر اساس آزمون کای اسکوئر در دو جنس دارای اختلاف معنی‌داری نبودند. (P.V = ۰/۱۷۹)

در بررسی موارد مربوط به دانشکده به بررسی کلی ضایعات در سه دوره زمانی ۵ ساله (۷۳-۸۷) پرداخته شده که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌کنید.

توزیع فراوانی کیست‌ها و تومورها در نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی در سه دوره زمانی مختلف براساس آزمونهای کای اسکوئر ودقیق فیشرتفاوت معناداری با هم ندارند. (P value = ۰/۲۷۵)

در جدول شماره ۲ به بررسی ضایعات فوق در ۵ دوره سنی مختلف پرداخته شده که نتایج را مشاهده میکنید.

توزیع فراوانی کیست‌ها و تومورها در نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی در پنج دوره سنی مختلف طبق آزمون کای اسکوئر اختلاف معنی‌داری با هم ندارند. (P value = ۰/۰۶۶)

در جدول شماره ۳ به بررسی زیر مجموعه‌های ضایعات فوق در سه دوره زمانی ۵ ساله در نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی پرداخته شده که نتایج را می‌توانید مشاهده نمائید.

توزیع فراوانی هر کدام از انواع کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک طبق آزمون کای اسکوئر در هیچ کدام از موارد دارای اختلاف معنی‌دار نبودند.

جدول ۱. تعیین شیوع کیست‌های ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک بر اساس ۳ دوره ۵ ساله در

نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی

ضایعه	دوره اول	دوره دوم	دوره سوم	کل
کیست ادنتوژنیک	۴۴	۵۴	۶۸	۱۶۶
کیست غیر ادنتوژنیک	۵	۱	۳	۹
تومور ادنتوژنیک	۴	۱۲	۸	۲۴
تومور غیر ادنتوژنیک	۱	۱	۱	۳
کل	۵۴	۶۸	۸۰	۲۰۲

جدول ۲. تعیین شیوع کیست‌های ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک بر اساس ۵ دوره سنی مختلف در

نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی

ضایعه	دوره اول	دوره دوم	دوره سوم	دوره چهارم	دوره پنجم	کل
کیست ادنتوژنیک	۲۶	۵۶	۵۰	۲۷	۷	۱۶۶
کیست غیر ادنتوژنیک	۲	۲	۲	۲	۱	۹
تومور ادنتوژنیک	۸	۹	۱	۶	۰	۲۴
تومور غیر ادنتوژنیک	۰	۱	۰	۱	۱	۳
کل	۳۶	۶۸	۵۳	۳۶	۹	۲۰۲

جدول ۳. شیوع کیست‌های ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک بر اساس سه دوره زمانی در نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی

ضایعه	دوره اول	دوره دوم	دوره سوم	P.Value
رادیکولار کیست	۱۶	۲۳	۲۹	۰/۶۴۲
دنتی ژروس کیست	۶	۹	۱۵	۰/۳۹۲
ادنتوژنیک کراتوسیست	۱۸	۱۹	۲۲	۰/۸۲۲
کیست پریدنتال طرفی	۲	۱	۰	۰/۲۳۵
کیست ادنتوژنیک کلسیفیه	۲	۲	۲	۰/۹۳۶
کیست کانال نازوپالائین	۲	۰	۱	۰/۲۵۳
کیست نازوآلوئولار	۱	۱	۱	۰/۹۶۸
کیست تروماتیک	۲	۰	۱	۰/۲۵۳
آملوبلاستوما	۲	۲	۲	۰/۹۳۶
آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور	۰	۳	۵	۰/۱۷۶
ادنتوژنیک میکسوما	۰	۱	۰	۰/۳۶۶
سمنتو اسیفای فیرومای مرکزی	۲	۵	۱	۰/۱۶۱
آملوبلاستیک فیروما	۰	۱	۰	۰/۳۶۶
استئوما	۱	۱	۱	۰/۹۶۸

قابل توجهی از کیست‌ها (۸۱/۹٪) کیست‌های ادنتوژنیک بود و در مرتبه بعدی ۱۲/۴٪ متعلق به کیست‌های غیر ادنتوژنیک بود^(۷). در مطالعه دیگری که توسط Tortorici و همکاران در سبیل صورت گرفت شیوع و توزیع کیست‌های ادنتوژنیک را بررسی کرده که از میان ۱۳۱۰ کیست فکی، ۱۲۷۳ کیست را به عنوان کیست ادنتوژنیک معرفی کرده، این در حالی است که فقط ۳۷ مورد کیست غیر ادنتوژنیک بوده اند^(۸).

در تحقیق دیگری که آقای nakamura در ژاپن انجام داده است بیشترین شیوع کیست را، کیست‌های ادنتوژنیک دانست^(۹). در تحقیق حاضر از میان تمام کیست‌ها و تومورها که بررسی شد، کیست‌های ادنتوژنیک بیشترین شیوع را داشته اند که از این حیث مشابه مقالات و متون بحث شده در مورد کیست‌ها است.

در تحقیق ما مرتبه بعدی، به ترتیب تومورهای ادنتوژنیک، کیست‌های غیر ادنتوژنیک و تومورهای غیر ادنتوژنیک قرار داشتند.

در مورد تومورها باید این نکته را بیان کرد که اگر چه بسیاری از مطالعات گذشته نگر در آفریقا، آسیا، اروپا و شمال آمریکا انجام شده است ولی هنوز هم در مورد فراوانی نسبی و

در جدول شماره ۴ به بررسی زیر مجموعه‌های ضایعات فوق در پنج دوره سنی مختلف در نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی پرداخته شده که نتایج را می‌توانید مشاهده کنید. فراوانی شیوع کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک در پنج دوره سنی مختلف در چهار مورد دارای اختلاف معنی دار بود و در بقیه موارد اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

در پایان در جدول شماره ۵ به بررسی زیر مجموعه‌های ضایعات در نمونه‌های دانشکده دندانپزشکی و بیمارستان الزهرا در ۵ دوره سنی مختلف پرداخته شده که نتایج را مشاهده می‌نمایید.

بحث

کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک بخش مهمی از ضایعات پاتولوژیک دهان و فک و صورت را تشکیل می‌دهند. با این حال فراوانی تومورها بسیار کمتر از کیست‌های ادنتوژنیک است^(۱،۲).

در مطالعه ای که در دانشکده دندانپزشکی تهران توسط خانم اقدس فروزنده انجام شده مشخص گردیده است که سهم

جدول ۴. شیوع کیست ها بر اساس ۵ دوره سنی مختلف در نمونه های دانشکده دندانپزشکی

ضایحه	دوره اول	دوره دوم	دوره سوم	دوره چهارم	دوره پنجم	P.Value
رادیکولار کیست	۸	۲۸	۲۴	۷	۱	۰/۰۱۴
دنتی ژروس کیست	۱۵	۵	۵	۵	۰	<۰/۰۰۱
ادنتوژنیک کراتوسیست	۳	۲۱	۱۹	۱۴	۲	۰/۰۳۵
کیست پرپودنتال طرفی	۰	۱	۱	۰	۱	<۰/۰۰۱
کیست ادنتوژنیک کلسیفیه	۰	۱	۱	۱	۳	۰/۱۴۰
کیست کانال نازوپالاتین	۱	۱	۱	۰	۰	۰/۸۸۲
کیست نازوآلوئولار	۰	۱	۱	۰	۱	۰/۱۴۰
کیست تروماتیک	۱	۰	۰	۲	۰	۰/۱۷۶
آملوبلاستوما	۲	۱	۰	۳	۰	۰/۱۵۰
آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور	۲	۵	۰	۱	۰	۰/۲۹۲
ادنتوژنیک میکسوما	۱	۰	۰	۰	۰	۰/۳۲۱
سمنتو اسیفای فیبرومای مرکزی	۲	۳	۱	۲	۰	۰/۸۳۵
آملوبلاستیک فیبروما	۱	۰	۰	۰	۰	۰/۳۲۱
استئوما	۰	۱	۰	۱	۱	۰/۱۱۲

جدول ۵. شیوع کیست های ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک بر اساس ۵ دوره سنی در نمونه های دانشکده دندانپزشکی و بیمارستان

الزهر در ۹ سال منتهی به سال ۸۸

ضایحه	دوره اول	دوره دوم	دوره سوم	دوره چهارم	دوره پنجم
رادیکولار کیست	۶	۲۲	۱۷	۷	۱
دنتی ژروس کیست	۱۰	۵	۳	۶	۰
ادنتوژنیک کراتوسیست	۲	۱۸	۱۵	۱۴	۱
کیست پرپودنتال طرفی	۱	۰	۰	۰	۱
کیست ادنتوژنیک کلسیفیه	۰	۱	۰	۰	۱
کیست کانال نازوپالاتین	۰	۱	۰	۰	۰
کیست نازوآلوئولار	۰	۰	۱	۰	۰
کیست تروماتیک	۰	۰	۰	۱	۰
آملوبلاستوما	۲	۳	۶	۵	۰
آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور	۲	۴	۰	۱	۰
ادنتوژنیک میکسوما	۱	۱	۲	۰	۰
سمنتو اسیفای فیبرومای مرکزی	۲	۴	۲	۲	۰
آملوبلاستیک فیبروما	۱	۰	۰	۰	۰
ادنتوما	۰	۱	۰	۰	۰
استئوما	۰	۱	۰	۰	۱

بود و در بعضی از مطالعات تا ۵۵٪ کیستهای فک را شامل می شد (۱).

در مطالعات دیگر تا ۹۴٪ از کیستهای فک، کیستهای رادیکولر بودند و بیشتر در ناحیه دندانهای مولر اول دیده شدند. این تحقیقات با تحقیق حاضر که رادیکولر کیست را شایعترین کیست می داند مشابه است.

کیستهای دنتی ژروس می‌توانند به ادنتوژنیک کراتوسیست تبدیل شوند. اگر کیستهای ادنتوژنیک کراتوسیست متعدد در بیماری یافتیم باید به سندرم گورلین شک کنیم (۱۱).

در بعضی متون از ادنتوژنیک کراتوسیست به عنوان یکی از مهاجم ترین انواع کیستهای حفره دهان اسم برده شده دارای محتویات کراتین است و اخیراً به عنوان تومور طبقه بندی می شود چراکه ماهیت تخریبی وسیعی دارد. این کیست در ۶۰-۲۰ درصد موارد بعد از عمل عود می‌کند (۱۲). ادنتوژنیک کراتوسیست ۵ تا ۱۱ درصد کل کیستهای فکی را تشکیل می داد. همچنین ۷/۸٪ از تمامی کیستهای فکی، ۸/۵٪ از همه کیستهای دنتی ژروس و ۰/۹٪ از کلیه کیست های رادیکولر ادنتوژنیک کراتوسیست بودند (۱۲).

در جایی دیگر ادنتوژنیک کراتوسیست حدود $\frac{1}{10}$ همه کیستهای فکین را شامل شد. محدوده سنی وسیعی داشت اما اغلب در دهه دوم و سوم زندگی کشف می شود. (۱۳) در تحقیقات شیفر ۴۵٪ از کیست های پریموردیال ادنتوژنیک کراتوسیست گزارش شد (۱۳).

ادنتوژنیک کراتوسیست را برخی محققین یک نئوپلاسم خوش خیم کیستیک در نظر می گیرند و بیش از ۳ تا ۱۱٪ از کل کیستهای ادنتوژنیک را در بر می گیرد. در حدود ۶۰٪ موارد در افرادی بین ۱۰ تا ۴۰ ساله دیده شد و شیوع مختصر بیشتری در مردان وجود داشت که مشابه تحقیق حاضر می‌باشد (۱۴) حدود ۴٪ افراد با حداقل یک دندان رویش نیافته، کیست دنتی ژروس دارند (۱۵).

کیستهای غیر ادنتوژنیک معمولاً در فک بالا اتفاق می‌افتد (۱۶).

در بین کیستهای غیر ادنتوژنیک کیست کانال نازوپالاتین شایعترین بود و در مرتبه بعدی کیست نازوآلوئولار یا کیست نازولیبیال قرار داشت (۲۰۱).

بروز تومورهای خاص بدون جواب باقی است (۱۰). توزیع جغرافیایی این ضایعات متغیر است. مطالعات مختلف نشان داده است که تفاوت در میزان شیوع نسبی این تومور ها وجود دارد.

در موارد کیستهای ادنتوژنیک بررسی شده دانشکده دندانپزشکی و بیمارستان الزهرا، شایعترین کیست، کیست رادیکولر بود که در سنین ۳۰-۱۶ سال بیشتر دیده شد و تمایل به بروز بیشتر در مردان داشت. مرتبه بعدی ادنتوژنیک کراتوسیست قرار داشت که در سنین ۴۵-۱۶ سال بیشتر بود و در مردان بیشتر مشاهده شد. رتبه سوم کیست دنتی ژروس بود که بیشتر در سنین ۱۵-۱ سال دیده و تمایل به بروز در جنس مذکر بیشتر بود. شیوع کیستهای تمامی موارد عنوان شده در ۵ ساله اخیر (۸۳-۸۷) بیشتر بود.

در تحقیق خانم دکتر فروزنده در دانشگاه تهران شایعترین کیست ادنتوژنیک را کیست رادیکولر نام برد که در جنس مذکر و در دهه سوم عمر بیشتر دیده شد. ایشان مقام دوم را به کیست دنتی ژروس و سوم را به ادنتوژنیک کراتوسیست داد که هر دو مورد در جنس مذکر بیشتر مشاهده شد (۷). این تحقیق با تحقیق حاضر که رادیکولر کیست را شایعترین کیست و شیوع آن را در جنس مذکر بیشتر معرفی کرد تشابه دارد.

در تحقیق دیگر که در سیسیل انجام شده شایعترین کیستهای ادنتوژنیک را به ترتیب کیست رادیکولر، کیست دنتی ژروس معرفی کرد. کیستهای رادیکولر التهابی فراوان ترین گروه بین کیستهای ادنتوژنیک در منطقه سیسیل بود (۸). در مطالعه ای که آقای ناکامورا انجام داد شایعترین کیستها را به ترتیب کیست رادیکولر، کیست دنتی ژروس، کیست پریموردیال و ادنتوژنیک کراتوسیست معرفی کرد (۹).

در مطالعه Jones و همکاران تا ۲۵/۹ درصد از تمام ضایعات پری آپیکال را کیست رادیکولر عنوان کرده است. پس از کیست رادیکولر، از کیست دنتی ژروس به عنوان شایعترین کیست ادنتوژنیک نام برده شد (۱۱).

برکت ذکر میکند که کیستهای رادیکولر، دنتی ژروس، نازوپالاتال و ادنتوژنیک کراتوسیست ۹۵٪ کیستهای فکی اپی تیلیالی را تشکیل میدهد. شایعترین کیست فک، کیست رادیکولر

به طوری که کمتر از ۱٪ تمامی کیست‌ها و تومورها را تشکیل می‌دهند^(۱). بعضی از تومورهای ادنتوژنیک دارای گونه‌های بدخیم هستند که شاهدهی بر طبیعت نئوپلاستیک بعضی از آنها است^(۱۸). علیرغم تلاشهایی که برای طبقه‌بندی تومورهای ادنتوژنیک صورت گرفته تشخیص هیستولوژی بعضی از آنها مشکل است. در بعضی از متون دیگر گفته شده تومورهای ادنتوژنیک ۱۳ تا ۱۵ درصد کل تومورهای دهانی را تشکیل می‌داد^(۱۵).

در کل نمونه‌های مورد مطالعه در یافتیم که شایعترین تومورهای ادنتوژنیک به ترتیب زیر آملوبلاستوما، فیرومای اسیفای و سمتوفای مرکزی وادنوماتوئید ادنتوژنیک تومور بودند. این در حال است که در نمونه‌های بدست آمده از دانشکده دندانپزشکی شایعترین تومورهای ادنتوژنیک به ترتیب فیرومای اسیفای و سمتوفای مرکزی، ادنوماتوئید ادنتوژنیک تومور و آملوبلاستوما بودند.

آملوبلاستوما در نمونه‌های دانشکده و الزهرا در هر دو جنس بصورت مساوی دیده شد و بیشتر در سنین ۶۰-۳۰ سال دیده شد فیرومای اسیفای و سمتوفای مرکزی و تومور ادنوماتوئید ادنتوژنیک در هر دو جنس دیده شد، این تومور در همه سنین مشاهده شد و اختلافی معناداری با هم نداشتند.

تومور آملوبلاستوما مهاجم است اما در خصوصیات رشدی خود خوش خیم است. ۱٪ تومورهای اپی تیلیالی ادنتوژنیک دهانی و ۱۱٪ کل تومورهای ادنتوژنیک را شامل می‌شد در متون مختلف از آملوبلاستوما به عنوان شناخته شده ترین تومور ادنتوژنیک نام برده شد و گفته شده که سایر تومورها با منشأ دندانی با آن مقایسه می‌شوند. اغلب از آن به عنوان شایعترین تومور ادنتوژنیک نام برده می‌شود. این گفته با اطلاعات ما که در کل آملوبلاستوما جزء شایعترین تومور ادنتوژنیک بود مشابه است.

براساس نظر نویل شیوع کلی آملوبلاستوما با مجموع تومورهای ادنتوژنیک برابر بود^(۱۸).

این تومور در بچه‌های کمتر از ۱۰ سال نادر است و در بین افراد ۱۰ تا ۱۹ سال نسبتاً غیر شایع است. میزان عود آملوبلاستومای توپر (۷۵٪) بود. در مطالعه دیگری، شیوع آملوبلاستوما را در حدود ۱۲ درصد از تومورهای ادنتوژنیک

کیست نازوپالاتین، حدود ۱٪ از کیستهای فکین را شامل و عودی برایش گزارش نشده است. محدوده سنی وسیعی دارد اما اغلب در دهه چهارم تا ششم زندگی کشف می‌شود^(۱۵).

کیست نازو آلوئولار اگر در نسج نرم باشد به نام کیست نازولیبیال معروفست. این کیست در فک پائین نادر بوده و فقط در ۱۰ درصد موارد در ناحیه میانی ماندیبول رخ می‌دهد^(۱۵). حدود ۷۵٪ موارد کیست نازولیبیال در خانم‌ها ایجاد شده است^(۱۵).

گاهاً کیستهای فیشورال با کیستهای رادیکولار (از نظر رادیوگرافی) اشتباه می‌شوند که در این صورت باید توجه داشت که کیستهای فیشورال با دندانهای زنده یا وایتال همراهند^(۱۶). در کل کیستهای غیر ادنتوژنیک نسبت به کیستهای ادنتوژنیک شیوع بسیار کمتری دارند.

در مطالعه ای که در سیسیل انجام شده است از ۱۳۱۰ کیست فکین فقط ۳۷ مورد متعلق به کیستهای غیر ادنتوژنیک بود^(۸).

در مطالعه دیگری که آقای ناکامورا در ژاپن انجام داده است مشخص شد که کیستهای غیر ادنتوژنیک رتبه بعد از کیستهای ادنتوژنیک را داشته اند (البته این تحقیق و اکثر تحقیقات زیر فقط به مطالعه کیستها پرداخته اند) در میان کیستهای غیر ادنتوژنیک، ایشان کیست کانال نازوپالاتین را شایعترین دانسته و رتبه بعدی را به کیست میانی کام اختصاص داده است^(۹).

در تحقیق دیگری که آقای گراسمن انجام داده است از میان ۲۹۰۵ مورد بررسی شده فقط ۹۳ مورد خصوصیات کیستهای غیر ادنتوژنیک را داشتند. در این تحقیق فراوانترین کیست غیر ادنتوژنیک، کیست کانال نازوپالاتین بود که در ۲/۲٪ کل موارد دیده شد^(۱۷). در تحقیق حاضر همانند مقالات دیگر که به آنها اشاره شد کیستهای غیر ادنتوژنیک سهم کوچکی از کیست‌ها را به خود اختصاص دادند و کیستهای کانال نازوپالاتین و کیست نازولیبیال و کیست تروماتیک شایعترین کیست‌ها هستند. کیست نازوپالاتین و نازوآلوئولار در هر دو جنس دیده شدند ولی کیستهای تروماتیک فقط در زنان مشاهده شدند.

تومورهای ادنتوژنیک معمولاً تومورهای نادری هستند

تومورهای ادنتوژنیک داشته‌اند (Pvalue=۰/۰۴۸) و بیشترین شیوع را به خود اختصاص دادند. در مرتبه بعدی شیوع، تومورهای ادنتوژنیک قرار دارند و سپس کیستهای غیر ادنتوژنیک و در آخر تومورهای غیر ادنتوژنیک قرار دارند. می‌توان نتیجه گرفت کیستها و تومورهای ادنتوژنیک شیوع بیشتری نسبت به کیستها و تومورهای غیر ادنتوژنیک دارند.

هر چه به سال ۸۸ نزدیک می‌شویم تعداد مراجعین به دو مرکز افزایش یافته که میتواند به علت ارتقاء سطح آگاهی و سلامتی افراد جامعه و پیشرفت علم و تکنولوژی و افزایش پرسنل درمانی و سلامتی باشد. و همچنین با افزایش آگاهی جامعه و ترس و وحشت از بدخیمی‌ها و اطلاعات وسیعی که از طریق رسانه‌های همگانی در اختیار مردم قرار می‌گیرد، شاهد مراجعه موارد بیشتری نسبت به گذشته هستیم. ولی به نظر می‌رسد این تغییرات شیوع با رشد جمعیتی همخوانی دارد.

دانسته اند. در نژاد سیاهپوست تا ۲۵ درصد از تومورهای ادنتوژنیک را آمولوبلاستوما تشکیل داد. اکثراً در فک پائین مشاهده می‌شود. (۱۴)(۱۵)

در تحقیقی که در برزیل بر روی ادنتوژنیک تومورها انجام شده شایعترین تومور ادنتوژنیک را تومور ادنتوژنیک کراتینیزه نام برده و در مرتبه بعدی آمولوبلاستوما قرار دارد. آمولوبلاستوما در آفریقا رایج ترین تومور ادنتوژنیک بود (۱۹).

در تحقیقی که شetty و srinam در هند انجام داده اند شایعترین تومور ادنتوژنیک را آمولوبلاستوما با شیوع ۶۱/۵٪ دانسته و در مرتبه بعدی آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور با شیوع ۱۲/۴٪ قرار داشت. آمولوبلاستوما با نسبت ۱۸ تمایل به حضور در مندیبل داشت ولی آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور تمایل به حضور در قدام ماگزایلا داشت (۲۰). این تحقیق با تحقیق حاضر که آمولوبلاستوما را شایعترین تومور خوش خیم ادنتوژنیک معرفی کرده مشابه است.

نتیجه گیری

شیوع کیست‌های ادنتوژنیک اختلاف معناداری نسبت به

References

1. Kerr R, Phelan JA. Benign lesions of the oral cavity. In: Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burket's oral medicine*. 11th edition. Hamilton: BC Decker, 2008. P.147-52
2. Neville B, Damm D, Allen CM, Bouquet J. *Oral and maxillofacial pathology*. 2th ed. Missouri: Saunders; 2001. p.30-40
3. Foroozandeh A. *Diagnosis and treatment of odontogenic tumors and cysts*. 2th ed. Tehran: Simia; 1999. p.36-42
4. Sapp JP, Eversole LR, Wossocki GW. *Contemporary oral and maxillofacial pathology*. 2th ed. Missouri: Mosby; 2003. p.136-42
5. Purkait SK. *Essentials of oral pathology*. 2th ed. New Delhi: Jaypee; 2004. p.86-92
6. Soames JV, Southam JC. *Oral pathology*. 4th ed. London: Oxford; 2005. p.122-4
7. Foroozandeh A. *Review of odontogenic cysts in the dental school of Tehran university of medical sciences*. *Dental Journal of Tehran University of Medical Sciences* 1999; 11(4): 41-51
8. Tortorici S, Amodio E. *Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily 1986-2005*. *Journal of Oral Science*. 2008; 50(1): 15-8.
9. Nakamura. *A study of cysts in the oral region*. *J - Nihon Univ Sch - Dent*. 1995; 37(1): 33-40.
10. Avelar RL, Antunes AA. *Odontogenic Tumors: clinical and pathology study of 138 cases*. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008; 74(5): 668-73.
11. Jones AV, Franklin CD. *An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-years period*. *Int J Paediatr Dent*. 2006; 16(1): 19-30
12. Sousa FB, Etges A, Correa L, Mesquita RA. *Pediatric oral lesions: a 15-years review from Sao Paulo, Brazil*. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26(4): 413-8
13. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A text book of oral pathology*. 2th ed. Philadelphia: Saunders; 1963. p.132-8
14. Wood NK, Goaz PW. *Differential Diagnosis of oral and maxillofacial lesions*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p.234-518
15. White SC, Pharaoh MJ. *Oral radiology principles and interpretation*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2009. p.45-8
16. Arian F. *Oral and maxillofacial surgery*. 2th ed. Tehran: Nooredanesh; 2001. p.73-5

17. Grossmann SM, Machado VC. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population .J Oral Maxillofac Surg 2007; 55: 345-51
18. Neville .B,Damm.DD, Allen .CM, Bouquot.j. oral and maxillofacial pathology. 3th ed. St. Louis: Saunder; 2009. p.234-6
19. Fernandes AM, Duarte EC. Odontogenic tumor : a study of 340 cases in a Brazillian population . J Oral pathol med . 2005; 34(10): 583-7.
20. Srinam G, Shetty RP. Odontogenic tumors : a study of 250 cases in an Indian teaching hospital . Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod .2008; 105(6): 14-21.

Archive of SID

A study on the prevalence of benign, bony, odontogenic and non-odontogenic cysts and tumors among patients admitted to Esfahan dental school and Al-zahra hospital (1995-2010)

**Abbas Hghighat, Amir Mansour Shirani, Rooholah Mirahmadi,
Mehdi Hosseinian***

Abstract

Introduction: Tumors and cysts comprise a complicated group of lesions characterize histologically and manifested clinically in a wide variety of ways. As far as dental origin is concerned, some cysts and tumors are odontogenic and still some others are non- odontogenic. On the whole, maxillary cysts are more common than other bone cysts, and actually rank first in prevalence. It must noted that cysts and tumors give rise to maxillary fractures. The aim of this study was Assessment prevalence and frequencies of non- odontogenic and odontogenic cysts & tumors in 15 years ago In the isfahan dental school and Alzahra hospital.

Materials and Methods: The necessary data was collected on odontogenic and non odontogenic tumors and cysts cases filed in the Surgery ward, and Disease and Pathology ward, Dentistry College and also those cases filed at Maxillofacial Surgery ward, Alzahra Hospital , Isfahan, Iran. Also, the patients, gender, age, disease recurrence and the time of pathological analysis were recorded for more detailed evaluation.

Results: Of the cases filed from 1994 to 2008, there were 187 cases of odontogenic, 9 cases of non –odontogenic cysts, and also 47 odontogenic and 3 cases of non- odontogenic tumors. While odontogenic cysts were more commonly observed in men of 16 to 30, non – Odontogenic cysts were equally dispersed between men and women and across all age ranges. Moreover, the odontogenic tumors were also seen to belong to men of 16 to 30. In contrast, the nonodontogenic tumors were more prevalent in women in their mid life.

Conclusion: Odontogenic cysts compared with odontogenic tumors were significantly more common (Pvalue 0.048). Next in terms of prevalence are odontogenic tumors, followed by non – odontogenic cysts and finally non – odontogenic tumors. The concluding point in the present research is that odontogenic cysts and tumors arc more in comparison with non – odontogenic ones.

Key words: Odontogenic cyst; Odontogenic tumor; nonodontogenic cyst; non – odontogen ic tumor.

Received:

Accepted:

Address: Post Graduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

Email: dr.mehdihosseinian88@yahoo.com

Journal of Isfahan Dental School 2011; 6(6): 663-672.