

بررسی فراوانی آمولوبلاستوما در مراجعین به بخش آسیب شناسی دانشکده های دندان پزشکی قزوین، اصفهان، شیراز و شهید بهشتی تهران طی سال های ۱۳۷۶-۹۲

۱: استادیار، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۲: استادیار، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
 ۳: نویسنده مسؤول: استاد، مرکز تحقیقات ایمپلنت های دندان، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. Email: razavi@dnt.mui.ac.ir
 ۴: استادیار، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
 ۵: دندان پزشک، تهران، ایران.

فروز کشانی^۱
 نفیسه شاملو^۲
 سید محمد رضوی^۳
 زهره جعفری اشکاوندی^۴
 آرزو خلق آموز^۵

چکیده

مقدمه: با توجه به خصوصیات بالینی و بافت شناسی منحصر به فرد آمولوبلاستوما، مطالعات مختلفی انجام گرفته است. هدف از این پژوهش، بررسی برخی از مهم ترین خصوصیات بافت شناسی آمولوبلاستوما در مراکز مهم دانشگاهی کشور و مقایسه با مطالعات مشابه در یک دوره زمانی می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی - توصیفی ۲۵۶ پرونده ی بیماران مبتلا به آمولوبلاستوما طی سال های ۷۶-۹۲ از بخش آسیب شناسی دهان دانشکده های دندان پزشکی قزوین، اصفهان، شیراز و شهید بهشتی بررسی شدند. اطلاعات بیمار (جنس و سن بیماران، محل تومور (فک پایین یا فک بالا) (جلو یا پشت)، نوع تشخیص کلینیکی و رادیوگرافیکی آمولوبلاستوما (یونی سیستیک یا مولتی سیستیک)، نوع زیر گروه هیستولوژی (فولیکولار، پلکسی فرم، مورال، لومینال، اینترالومینال)، سمت درگیر در فک و عود مجدد) استخراج گردیده، داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمونهای آماری توصیفی، میانگین و انحراف معیار و استنباطی همچون کای اسکور برای تعیین روابط بین متغیرها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند ($p \text{ value} < 0/01$).

یافته ها: متوسط سن بیماران (31 ± 14) سال و ($51/4\%$) زن بودند. فراوانی آمولوبلاستوما یونی سیستیک بیشتر ($52/7\%$) بود. در قزوین و شیراز فراوانی آمولوبلاستوما یونی سیستیک بالاتر بود. فراوانی زیر گروه مورال بیشتر از سایر زیر گروه های هیستولوژی بود. در تمامی شهرهای مورد مطالعه، آمولوبلاستوما در فک پایین بیشترین فراوانی را داشت ($58/2\%$ سمت راست). به علاوه بیشترین درگیری در تنه فک پایین مشاهده شد.

نتیجه گیری: اگرچه نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه داخلی و خارجی در مواردی همخوانی دارد ولی به نظر می رسد که تفاوت هایی نیز در جنبه های بالینی و هیستولوژیک وجود دارد که توجه به آن برای محققین و کلینیسین ها می تواند مفید باشد.

کلید واژه ها: آمولوبلاستوما، هیستولوژی، زیر گروه، فراوانی.

تاریخ ارسال: ۹۵/۲/۲۹ تاریخ اصلاح: ۹۵/۶/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۶

استناد به مقاله: کشانی ف، شاملون، رضوی س، جعفری اشکاوندی ز، خلق آموز آ: بررسی فراوانی آمولوبلاستوما در مراجعین به بخش آسیب شناسی دانشکده های دندان پزشکی قزوین، اصفهان، شیراز و شهید بهشتی تهران طی سال های ۷۶-۹۲. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان، ۱۳۹۵، ۱۲(۴): ۳۹۰-۳۹۸.

مقدمه

تومورهای ادنتوژنیک از آن دسته آسیب‌هایی هستند، که در دندان‌پزشکی ممکن است با آنها برخورد شود. تومورهای ادنتوژنیک گروهی پیچیده از ضایعات با انواع هیستوپاتولوژیک و بالینی متفاوت هستند که بر حسب منشأ به سه دسته تومورهای ادنتوژنیک اپی‌تلیالی، تومورهای مختلط و تومورهای با منشأ اکتومزانسیم طبقه‌بندی می‌شوند (۱). همچنین بر اساس محل (محیطی یا مرکزی) و بر اساس رفتار بیولوژیک (خوش‌خیم و بدخیم) نیز تقسیم می‌گردند (۲). بر طبق بررسی‌های انجام شده در بین تومورهای ادنتوژنیک، آملوبلاستوما و ادنتوما شایع‌ترین می‌باشد (۳، ۴).

برخی معتقد هستند که آملوبلاستوما از بقایای اپی‌تلیالی ارگان مینایی، باقی‌مانده تیغه دندان‌ی و اپی‌تلیوم کیست‌های ادنتوژنیک به خصوص کیست دانتی‌ژور منشأ می‌گیرد (۵)، (۶). این تومور اتیولوژی مشخصی ندارد اما بین آسیب وارد شده به فکین و این ضایعه ارتباط قابل ملاحظه‌ای وجود دارد (۷). آملوبلاستوما توموری تک‌کانونی، غیر کارکردی، از نظر میکروسکوپی خوش‌خیم و از نظر بالینی مقاوم و پابرجا و از نظر موضعی مهاجم است (۸، ۹). این ضایعه تمایل به افزایش حجم باکالی و لینگوالی دارد که در صورت عدم درمان می‌تواند به توده بسیار بزرگی تبدیل شود. عودکنندگی از خواص مهم این تومور است که بعد از درمان ناقص احتمال عود مجدد دارد و به درمان گسترده‌تری نیاز دارد، به همین دلیل بیشتر مورد توجه پژوهشگران است (۵، ۶).

آملوبلاستوما در حدود ۱٪ تومورهای سر و گردن و تقریباً ۱۸٪ تومورهای ادنتوژنیک را شامل می‌شود (۳، ۵). درصد شیوع آملوبلاستوما در فک بالا و پایین متغیر گزارش شده است، گاه ذکر می‌شود که ۸۰٪ در فک پایین و از این موارد حدود ۷۰٪ در ناحیه مولر-راموس یافت می‌شود (۱۰). درصد ابتلای فک پایین در ناحیه مولر و راموس به این بیماری بیشتر از فک بالا است (۵، ۶).

در فک بالا نیز ناحیه مولر غالباً بیشتر از ناحیه پره‌مولر و نواحی قدامی درگیر می‌شود (۵). البته طی تحقیقاتی، درگیری قسمت جلویی فک پایین در سیاه‌پوستان شایع‌تر از پشت فک پایین ثبت شده است (۱۱). از نظر شیوع سنی این بیماری گستره‌ی وسیعی را در بر می‌گیرد، برخی دهه ۳ تا ۶ و برخی دهه ۷ تا ۳ و میانگین آن را حدود ۴۰ سالگی بیان می‌کنند (۱۱، ۱۲). وقوع آن در افراد زیر ۲۰ سال نیز دیده شده است (۱۳).

رضوی و همکار (۸)، با بررسی شیوع بالینی و آسیب‌شناختی آملوبلاستوما در آرشیو بخش آسیب‌شناسی دهان دانشکده‌های دندان‌پزشکی اصفهان، تهران، شهید بهشتی، مشهد و شیراز طی یک دوره ده ساله، میانگین سن مبتلایان را ۳۰/۳۴ گزارش نمودند. دهه سوم زندگی شایع‌ترین زمان ابتلا، نسبت ابتلا مردان به زنان ۱/۲۷ بود ولی اختلاف معنی‌داری نداشت. جایگاه شایع ابتلا پشت فک پایین بود (۸).

Osterne و همکاران، (۱۳) در یک جمعیت برزیلی شایع‌ترین تومور ادنتوژنیک را آملوبلاستوما و کراتوسیست ادنتوژنیک تومور اعلام کردند.

کده و همکاران (۱۴) در زاهدان طی سال‌های ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۹ شایع‌ترین تومورها را به ترتیب کراتوسیست ادنتوژنیک تومور، آملوبلاستوما و ادنتوم گزارش نمودند. بروز این ضایعات در زنان، ۵۲٪ بود، شایع‌ترین مکان درگیری پشت فک پایین و تومورها در دهه سوم زندگی بیشتر بودند. در ۱۲ مورد، همراهی با دندان نهفته یافت شد.

ساغروانیان و همکاران (۱۵) میزان وقوع تومور ادنتوژنیک خود بر روی نژاد ایرانی را ۱/۹٪ می‌باشد و شایع‌ترین تومور را آملوبلاستوما معرفی نمودند.

ادهمی و همکاران (۱۶) در کرمان به این نتیجه رسیدند کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک در دو دهه آغازین زندگی شایع‌تر بوده و در فک پایین بیشتر دیده می‌شدند. آملوبلاستوما نیز فراوان‌ترین تومور ادنتوژنیک بود (۴۱/۴٪).

اینترالومینال)، محل درگیری در فک، جهت درگیری در فک و عود مجدد از تمام پرونده‌های مربوط به مبتلایان در این دوره ۱۷ ساله استخراج شد و به منظور بررسی داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد و از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار برای توصیف وضعیت موجود استفاده گردید. از آمار استنباطی مانند آزمون آماری کای دو نیز برای تعیین روابط بین متغیرها استفاده شد ($p \text{ value} < 0/05$).

لازم به توضیح است در برخی از پرونده‌های مورد مطالعه تمامی اطلاعات مورد نیاز ثبت نشده بود. بنابراین داده‌ها و نتایج به دست آمده در این تحقیق بر اساس مندرجات پرونده‌های بیماران در آرشیو بخش آسیب‌شناسی هر یک از این دانشکده‌ها است.

یافته‌ها

از مجموع ۲۵۶ پرونده مورد بررسی در ۴ دانشکده شهید بهشتی، اصفهان، شیراز و قزوین متوسط سن بیماران $14 \pm$ (۳۱ سال بود که بیشترین فراوانی در فاصله سنی ۲۰-۳۹ سال $52/3\%$) قرار داشت (نمودار ۱).

میان سن بیماران و محل زندگی ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید ($p \text{ value} < 0/05$) و پایین‌ترین میانگین سنی بیماران مربوط به شهر قزوین (۲۵ سال) و بالاترین میانگین سنی مربوط به شهید بهشتی (۳۳ سال) بود.

۵۱/۴٪ بیماران زن و ۴۹/۶٪ نیز مرد بودند. در کلیه دانشکده‌ها به غیر از شهید بهشتی، فراوانی بیماران زن بیشتر از مردها بود (نمودار ۲). با این وجود فراوانی ابتلا به آملوبلاستوما در دانشکده‌ها بر حسب جنس معنی‌دار نبود ($p \text{ value} < 0/05$).

فراوانی آملوبلاستوما در شهرهای مورد مطالعه با توجه به نوع تشخیص کلینیکی- رادیوگرافی در جدول ۱ آمده است. بطورکلی فراوانی آملوبلاستوما یونی‌سیستیک $52/7\%$ بیشتر از فراوانی آملوبلاستوما مولتی‌سیستیک $47/3\%$ بود. ارتباط بین نوع تشخیص هیستولوژی با محل

تشخیص این بیماری بر اساس نماهای بالینی و رادیوگرافیک و در نهایت بیوپسی است. درمان قطعی این تومور برداشتن به صورت جراحی (رزکسیون) است و از شیمی‌درمانی و رادیوتراپی نیز استفاده می‌شود (۵).

دانش ما در مورد شیوع تومورها و خصوصیات بالینی آن‌ها برای کلینیسین و پاتولوژیست‌ها به خصوص در روند تشخیص افتراقی مناسب، با ارزش است. علاوه بر این دانستن شیوع این ضایعات در جوامع مختلف می‌تواند به مشخص شدن عوامل احتمالی مرتبط با تکامل این تومورها منجر شود. شناخت این تومور و همچنین میزان شیوع آن در جوامع مختلف می‌تواند دندان‌پزشک را در تشخیص و انجام معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی اعم از تاریخچه، علائم بالینی، نمونه‌برداری و رادیوگرافی‌های مختلف بیمار، راهنمایی و حتی در مواردی درمان نمایند (۱۷). در گذشته مطالعات فراوانی در خصوص آملوبلاستوما انجام گرفته است این مطالعه نیز قصد دارد برخی از خصوصیات آملوبلاستوما را در یک بازه زمانی وسیع‌تر (۱۳۷۶-۱۳۹۲) و با تعداد بیشتری در دانشکده‌های دندان‌پزشکی قزوین، اصفهان، شیراز و شهید بهشتی بررسی نموده تا بدین وسیله ضمن آگاهی از میزان شیوع این بیماری، نتایج حاصل از این تحقیق را در مقایسه با سایر مطالعات مورد استفاده قرار دهد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه گذشته‌نگر مقطعی - توصیفی ۲۵۶ پرونده موجود در بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌های دندان‌پزشکی قزوین، اصفهان، شیراز و شهید بهشتی به صورت سرشماری انتخاب گردیده و مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌هایی که فاقد اطلاعات کافی و لازم بودند از مطالعه خارج شدند.

جهت اجرای تحقیق، فرم پیش‌نویس ثبت اطلاعات تنظیم و کلیه اطلاعات لازم شامل جنس و سن، محل تومور (فک پایین یا فک بالا)، تشخیص کلینیکی و رادیوگرافیک آملوبلاستوما (یونی‌سیستیک یا مولتی‌سیستیک)، زیرگروه هیستولوژی (فولیکولار، پلکسی فرم، مورال، لومینال،

در تمامی شهرهای مورد مطالعه، آمولوبلاستوما در فک پایین بیشترین فراوانی را داشت. ارتباط بین محل زندگی و محل تومور معنی‌دار نبود ($p \text{ value} > 0/05$).

۵۳/۱٪ آمولوبلاستوماها در سمت راست و ۴۶/۹٪ نیز در سمت چپ مشاهده گردید (شکل ۱). در تمامی شهرهای مورد مطالعه، بروز آمولوبلاستوما در سمت راست بیشتر از سمت چپ بود. ارتباط بین محل زندگی و محل تومور نیز، معنی‌دار نبود ($p \text{ value} > 0/05$).



شکل ۱: میزان فراوانی تومور آمولوبلاستوما بر حسب سمت درگیر در فکین

۴۸/۸٪ آمولوبلاستوماها، تنه فک پایین را درگیر کرده بودند. درگیری خلف (راموس و زاویه) و قدام فک پایین به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار داشتند (جدول ۳). در کلیه شهرهای مورد مطالعه نیز بیشترین درگیری آمولوبلاستوما در تنه فک بود. ارتباط بین محل زندگی و محل درگیری تومور در فک معنی‌دار نبود ($p \text{ value} > 0/05$).

بطور کلی در ۹۲/۶٪ بیماران، عود بیماری مشاهده نگردید. فقط در ۷/۴٪ بیماران، عود بیماری وجود داشت. بیشترین فراوانی عود بیماری به ترتیب در بیماران مربوط به شهرهای اصفهان (۹/۹٪) و شیراز (۹/۴٪) بود. در شهر قزوین عود بیماری مشاهده نشد.

جدول ۲: درصد فراوانی آمولوبلاستوما در دانشکده‌های مورد مطالعه به تفکیک محل درگیری تومور در فک

مجموع	فک پایین			فک بالا		شهر
	راموس و زاویه (خلف)	تنه	قدام	خلف	قدام	
۱۰۰/۰	۴۲/۰	۴۴/۴	۶/۲	۶/۲	۱/۲	اصفهان
۱۰۰/۰	۳۵/۳	۴۱/۲	۱۱/۸	۵/۹	۵/۹	قزوین
۱۰۰/۰	۴۳/۴	۴۵/۳	۳/۸	۷/۵	۰/۰	شیراز
۱۰۰/۰	۲۴/۸	۵۵/۲	۱۲/۴	۵/۷	۱/۹	شهید بهشتی
۱۰۰/۰	۳۴/۸	۴۸/۸	۸/۶	۶/۳	۱/۶	کل

زندگی معنی‌دار بود ($p \text{ value} < 0/05$) بطوری که در دانشکده‌های قزوین و شیراز فراوانی آمولوبلاستوما یونی سیستیک بالاتر از آمولوبلاستوما مولتی سیستیک بود و برعکس در دانشکده‌های اصفهان و شهید بهشتی فراوانی آمولوبلاستوما مولتی سیستیک بالاتر از آمولوبلاستوما یونی سیستیک بود.

جدول ۱: درصد فراوانی آمولوبلاستوما در دانشکده‌های مورد بررسی به تفکیک تشخیص کلینیکی - رایوگرافی

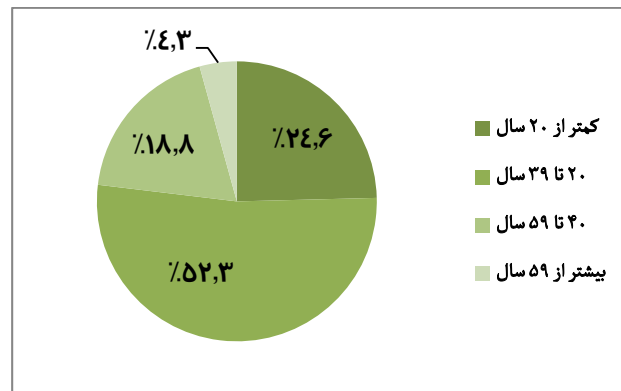
شهر	کلینیکی - رادیوگرافی	مولتی سیستیک	یونی سیستیک	کل
اصفهان	۵۱/۹	۴۸/۱	۱۰۰	
شیراز	۲۶/۴	۷۳/۶	۱۰۰	
شهید بهشتی	۶۱	۳۹	۱۰۰	
قزوین	۵/۹	۹۴/۱	۱۰۰	
کل	۴۷/۳	۵۲/۷	۱۰۰	

بطور کلی فراوانی زیر گروه مورال (۳۹/۸٪) بیشتر از سایر زیر گروه‌های هیستولوژی بود. در انواع توپر فراوانی زیر گروه فولیکولار و پلکسی فرم به ترتیب در رتبه دوم و سوم فراوانی بودند. حداقل فراوانی مربوط به زیر گروه اینترالومینال بود. نوع زیر گروه هیستولوژی آمولوبلاستوما با محل زندگی ارتباط معنی‌دار داشت ($p \text{ value} < 0/01$) بطوری که در اصفهان، قزوین و شیراز زیر گروه مورال و در شهید بهشتی زیر گروه فولیکولار دارای بیشترین فراوانی بود. در قزوین زیر گروه فولیکولار و اینترالومینال مشاهده نگردید.

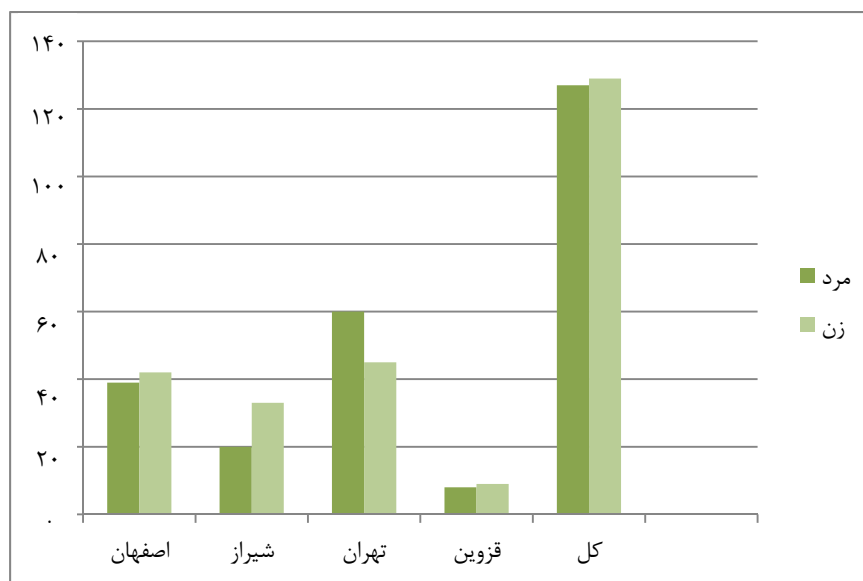
۹۲/۲٪ آمولوبلاستوما در فک پایین مشاهده گردید و درصد کمی (۷/۹) در فک بالا مشاهده گردید (جدول ۲).

جدول ۳: فراوانی آملوبلاستوما در دانشکده‌های مورد مطالعه به تفکیک محل درگیری تومور در فک

مجموع	فک پایین			فک بالا		شهر
	راموس و زاویه (خلف)	تنه	قدام	خلف	قدام	
۸۱	۳۴	۳۶	۵	۵	۱	فراوانی
۱۰۰/۰	۴۴/۰	۴۴/۴	۲/۶	۲/۶	۱/۲	اصفهان درصد
۱۷	۶	۷	۲	۱	۱	فراوانی
۱۰۰/۰	۳۵/۳	۴۱/۲	۱۱/۸	۵/۹	۵/۹	قزوین درصد
۵۳	۲۳	۲۴	۲	۴	۰	فراوانی
۱۰۰/۰	۴۳/۴	۴۵/۳	۳/۸	۷/۵	۰/۰	شیراز درصد
۱۰۵	۲۶	۵۸	۱۳	۶	۲	فراوانی
۱۰۰/۰	۲۴/۸	۵۵/۲	۱۲/۴	۵/۷	۱/۹	شهید بهشتی درصد
۲۵۶	۸۹	۱۲۵	۲۲	۱۶	۴	فراوانی
۱۰۰/۰	۳۴/۸	۴۸/۸	۸/۶	۶/۳	۱/۶	کل درصد



نمودار ۱: توزیع فراوانی بیماران مبتلا بر حسب گروه‌های سنی



نمودار ۲: توزیع فراوانی جنس بیماران به تفکیک دانشکده‌های مورد بررسی

بحث

در تحقیق حاضر متوسط سن بیماران ۳۱ سال بود به طوری که در دانشکده‌های مورد بررسی، بیشترین فراوانی بیماران در فاصله سنی ۳۹-۲۰ سال قرار داشتند. در تحقیقی که توسط رضوی و خزاعلی (۸) در بررسی شیوع بالینی و آسیب‌شناختی آملوبلاستوما در اصفهان، تهران، مشهد و شیراز در یک دوره ده‌ساله انجام گرفت نیز میانگین سن مبتلایان ۳۰ سال و دهه سوم زندگی شایع‌ترین زمان ابتلا بود که با نتایج ما همسو می‌باشد. در مطالعات Tamme (۱۸) در کشور استونی و مطالعات حمیده کده در زاهدان (۱۴) نیز این نتایج گزارش گردیده است. در مطالعه کوبی و همکاران (۴) در سال ۲۰۱۲ بیشتر بیماران در دهه ۲ قرار داشتند که در مقایسه با این مطالعه کمی متفاوت بود. در مطالعه Franca و همکاران (۱۹) با بررسی خصوصیات کلینیکی دموگرافیک متوسط سن بروز آملوبلاستوما را ۴۵ گزارش کردند. در مطالعه Tatapudi و همکاران (۲۰) نیز بیشتر بیماران در دهه ۳ و ۴ قرار داشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آملوبلاستوما در سنین کمتر از ۴۰ سال بیشترین احتمال شیوع را دارد. علت بروز این ضایعه در این سنین هنوز مشخص نیست. برخی معتقد هستند که کشیدن دندان و برداشتن کیست یا آسیب‌های شدید به منزه عامل محرکی است که ایجاد این سرطان را به جلو می‌اندازد (۷). وجود دندان نهفته نیز از جمله عوامل مؤثر در این دوره سنی است که در بروز تومور آملوبلاستوما مؤثر می‌باشد (۴).

اگرچه در تحقیق حاضر شیوع آملوبلاستوما در زنان بیشتر مشاهده شد ولی این اختلاف ناچیز بود (۵۱/۴٪) در مقابل ۴۹/۶٪. در شهرهای مختلف مورد مطالعه توزیع شیوع بیماری بین مردان و زنان تفاوت معنی‌داری نداشت. در بررسی کده و همکاران در زاهدان (۱۴) نیز فراوانی تومورهای ادونتوزنیک مخصوصاً آملوبلاستوما در زنان ۵۲٪ و در مردان ۴۸٪ بود و نیز مطالعه کوبی و همکاران (۴) و مطالعه Hertog و همکاران (۲۱) وقوع آملوبلاستوما را در خانم‌ها بیشتر مشاهده کردند که با نتایج تحقیق ما همسو بود.

ولی ادهمی و همکارانش در کرمان (۱۶)، در سال ۲۰۱۲ Franca و همکاران (۱۹) و نیز Siar و همکاران (۲۲) شیوع آملوبلاستوما را در مردها بیشتر مشاهده کردند که با نتایج این تحقیق همسو نبود. عوامل احتمالی مؤثر در این زمینه می‌تواند تفاوت اقلیمی و عوامل محیطی، دسترسی کمتر زنان به مراکز پزشکی و در نهایت افزایش ابتلای زنان در کشورمان باشد.

در مطالعه Tatapudi و همکاران (۲۰) در سال ۲۰۱۴ با بررسی سه ساله شیوع آملوبلاستوما روی ۳۰ نمونه شایع‌ترین فرم آملوبلاستوما را یونی‌سیستیک و بعد از آن فرم‌های پلکسی‌فرم و فولیکولار را معرفی کردند، در این مطالعه نیز فراوانی آملوبلاستومای یونی‌سیستیک بیشتر از فراوانی آملوبلاستومای مولتی‌سیستیک بود ولی این اختلاف قابل ملاحظه نبود. همچنین فراوانی زیر گروه مورال بیشتر از سایر زیر گروه‌های هیستولوژی بود. فراوانی زیر گروه‌های فولیکولار و پلکسی‌فرم در انواع توپر در رتبه‌های بعدی فراوانی بودند. ارتباط بین تشخیص هیستولوژی و زیر گروه با محل زندگی معنی‌دار بود ($p \text{ value} > 0.01$) بطوری که در دانشکده‌های قزوین و شیراز فراوانی آملوبلاستومای یونی‌سیستیک بالاتر از آملوبلاستومای مولتی‌سیستیک بود و برعکس در دانشکده‌های اصفهان و شهید بهشتی فراوانی آملوبلاستومای مولتی‌سیستیک بالاتر از آملوبلاستومای یونی‌سیستیک بود. در این مورد می‌توان به مطالعه Mendelhal و همکاران (۲۳)، Hertog و همکاران (۲۱) و نیز Singh و همکاران در سال ۲۰۱۴ (۲۴) اشاره نمود در مطالعه آنها آملوبلاستوماها عمدتاً از نوع مولتی‌سیستیک بودند که با نتایج این تحقیق همسو نبود. در سال ۲۰۱۴ مطالعه Shoor و همکاران (۲۵) با بررسی ۸ ساله‌ی ۲۱ نمونه آملوبلاستوما بیشترین انواع هیستوپاتولوژی آن انواع پلکسی‌فرم و مورال گزارش کردند که تا حدی با این مطالعه همخوانی داشت. رضوی و خزاعلی در سال ۲۰۰۱ (۸) با مطالعه ۱۲۵ نمونه همانند این مطالعه به این نتیجه رسیدند که در دانشکده‌ی اصفهان آملوبلاستومای یونی‌سیستیک

مشاهده نگردید. مشابه چنین نتیجه‌ای در مطالعات کده و همکاران (۱۴) و مطالعه Hertog و همکاران (۲۱) در خصوص عود پس از انوکلیشن یونی‌سیستیک آمولوبلاستوما نیز مشاهده شد و Hertog اینگونه نتیجه گرفت که انواع یونی‌سیستیک آمولوبلاستوما کمترین میزان عود احتمالی را خواهد داشت و در نهایت نیاز به درمان کم تهاجمی‌تر نسبت به بقیه انواع آمولوبلاستوما دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که آمولوبلاستوما یونی‌سیستیک با زیرگروه مورال دارای فراوانی بالایی در قزوین، اصفهان، شیراز و شهید بهشتی بود. این ضایعه بیشتر در فک پایین رخ می‌دهد. در کلیه شهرهای مورد مطالعه نیز بیشترین درگیری تومور آمولوبلاستوما در تنه فک بود. تفاوتی بین زن و مرد در بروز این بیماری وجود ندارد و بیشتر در دهه سوم و چهارم زندگی رخ می‌دهد. احتمال عود این تومور کمتر بوده و نشان‌دهنده خاصیت تهاجمی کمتر این تومور است که نیازمند توجه به این مسأله در امر پیشگیری و درمان می‌باشد.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود مطالعات وسیع‌تری در خصوص ویژگی‌های دیگر آمولوبلاستوما در سایر مراکز دانشگاهی کشور با تعداد و مدت زمان بیشتری انجام گیرد.

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۶۶۹ بوده و کلیه حقوق این طرح برای دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین محفوظ است.

بیشترین فراوانی را دارد اما در دانشکده‌ی شهید بهشتی و شیراز برخلاف این مطالعه مشاهده گردید که شاید به دلیل رویدادهای جدید این ضایعه در این دانشکده‌ها باشد ولی در کل مطالعه رضوی و خزاعلی همسو با مطالعه حاضر شایع‌ترین فرم را یونی‌سیستیک گزارش نمودند و برخی از محققین بر این باور هستند که میزان فراوانی یونی‌سیستیک یا مولتی‌سیستیک در دوره‌های سنی مختلف، متفاوت می‌باشد. در افراد جوان‌تر (مشابه مواردی که در تحقیق حاضر دیده شد) نوع یونی‌سیستیک شیوع بیشتری داشت. ولی در جوامع پیرتر در صورت بروز بیماری نوع مولتی‌سیستیک بیشتر دیده می‌شود (۲۰، ۲۴). این مورد با تفاوت در نژاد انسانی ارتباط خاصی ندارد (۲۶).

در مطالعه حاضر نزدیک به ۹۳٪ آمولوبلاستوما در فک پایین (بیشتر سمت راست و تنه فک) و درصد کمی در فک بالا مشاهده گردید. همانند مطالعات Tatapudi و همکاران (۲۰)، کوکبی و همکاران (۴)، Tamme و همکاران (۱۸)، کده و همکاران (۱۴) و ادهمی و همکارانش (۱۶) نیز فک پایین بیشترین درگیری را توسط آمولوبلاستوما داشت. در بررسی منابع علت خاصی برای بروز این ضایعه در فک پایین ذکر نگردیده است.

این مطالعه درگیری فک بالا را ۷/۴٪ با بیشترین فراوانی در ناحیه پشت گزارش نمود در مطالعه Franca و همکاران (۱۹) نیز بیشترین ناحیه درگیری در فک بالا را خلف گزارش کردند.

بطور کلی میزان عود در مطالعات مختلف متفاوت بوده و به نوع آمولوبلاستوما، روش‌های درمانی، نمای بافت‌شناسی، مدت زمان پیگیری و غیره بستگی دارد در این مطالعه صرف نظر از نوع آمولوبلاستوما در ۹۲/۶٪ بیماران، عود بیماری

References

1. Mehran M, Eslami M, Nadery N, Kaboudi K. Frequency of odontogenic tumors in children and adolescents referred to Tehran dental school. Journal of Dental Islamic Society 2006; 18(1): 7-12.
2. Saghravanian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak I. Odontogenic tumors in an Iranian population: A 30 years evaluation. J Oral Sci 2010; 52(3): 391-6.
3. Pereira F, Melo L, Gurgel C, Cangussu M, Azevedo R, Santos J. Clinicopathological and demographic characteristics of ameloblastomas in a population from Bahia, Brazil. Rev. odonto ciênc 2010; 25(3):250-5.

4. Kowkabi M, Razavi S M, Khosravi N, Navabi A. Odontogenic tumors in Iran, Isfahan: A study of 260 cases . Dent Res J (Isfahan) 2012; 9(6):725-9.
5. Regezi JA, Sciubba J, Jordan R. Oral & Maxillofacial Pathol. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2008; chap 11:261-8.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet J. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. St. Louis: W.B.Saunders Co; 2009; chap 15:678-740.
7. Sham E, Leong J, Maher R, Schenberg M, Leung M, Mansour AK. Mandibular ameloblastoma: Clinical experience and literature review. ANZ J Surg 2009; 79:739-44.
8. Razavi SM, Khazaeli A. Ameloblastoma and ITS prevalence among patients referred to five major Iranian Dental School in a period of ten years (1988-1998). Journal of Dental School 2001; 19(3): 243-52.
9. Oomens M, Waal I. Epidemiology of ameloblastomas of the jaws; A report from the Netherlands .Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2014; 19 (6):e581-3.
10. Barrett, A.W. Surgical pathology of the mouth and jaws. European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology 1996;32(4): 280
11. Donald A, Kerr M. Oral pathology. An Introduction of fifth Edition, Lea and Febiger. 2000. Raubenheimer A. Infrequent clinicopathological finding in 108 ameloblastoma. Oral Pathol, Oral Med 2002; 24: 227-32.
12. Miller RL, Gould AR, Bernstein ML, Read CJ. General and oral pathology for the dental hygienist. 1st ed. London: Elsevier Health Sciences; 1995. pp. 242-3.
13. Osterne RL, Brito RG, Alves AP, Cavalcante R, Sousa FB. Odontogenic tumors: A 5 year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011; 111(4): 474-81.
14. Kadeh H, Saravani SH, Nosratzahi T, Rasulizadeh F. Frequency of Odontogenic Tumors in Zahedan-Iran from 2000 to 2010. J Mash Dent Sch 2011; 36(2): 149-56.
15. Saghravanian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak I. Odontogenic tumors in an Iranian population: A 30 years evaluation. J Oral Sci 2010; 52(3): 391-6.
16. Adhami SH, Baghaee F, Hasanzadeh M. Clinico pathological evaluation of odontogenic cysts & tumors in an Iranian population. Shiraz University of Medical Sciences Journal of Dentistry 2010; 11(1): 75-83.
17. Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5th ed. St. Louis, Mo: The CV Mosby Company; 1997: 126-30.
18. Tamme T, Soots M, Kulla A, Karu K, Hanstein S-M, Sökk A et al. Odontogenic tumours, a collaborative retrospective study of 75 cases covering more than 25 years from Estonia. J Craniomaxillofac Surg 2004; 32(3): 161-165.
19. França LJ, Curioni OA, Paiva DL, Vianna DM, Dedivitis RA, Rapoport A. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study: analysis of 40 case. Braz J Otorhinolaryngol 2012;78(3):38-41.
20. Tatapudi R, Abdul Samad Sh, Sudhakara Reddy R, Kumar Boddu N. Prevalence of ameloblastoma: A three-year retrospective study. J Indian Acad Oral Med Radiol 2014; 26 (2):145-51.
21. Hertog D, Bloemena E, H A Aartman I, van-der-Waal I. Histopathology of ameloblastoma of the jaws; some critical observations based on a 40 years single institution experience. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012; 17 (1):e76-82.
22. Siar C. H., Lau S.H, Ng K.H. Ameloblastoma of the Jaws: A Retrospective Analysis of 340 Cases in a Malaysian Population. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70(3):608-15.
23. Mendenhall WM, Werning JW, Fernandes R, Malyapa RS, Mendenhall NP. Ameloblastoma. Am J Clin Oncol 2007; 30(6): 645-8.
24. Singh T, Wiesenfeld D, Clement J, Chandu A, Natri A. Ameloblastoma: Demographic data and treatment outcomes from Melbourne, Australia. Aust Dent J 2015; 60(1):24-9.
25. Shoor H, M. Pai K, Gupta Sh, Garg A, Sharma H, Kumar N. Clinical, radiographic and histopathologic features of ameloblastoma: A retrospective analysis of 21 cases. International Journal of Scientific Study 2014; 2 (9):83-88.
26. Simon EN, Merckx MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. A 4-year prospective study on epidemiology and clinicopathological presentation of odontogenic tumors in Tanzania. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99: 598-602.

The frequency of ameloblastoma in the archives of the School of Dentistry Qazvin, Isfahan, Shiraz and Tehran Shahid Beheshti in a 17-year-old away

Forooz Keshani¹

Nafiseh Shamloo²

Seyed Mohammad Razavi³

Zohre Jafari Ashkavandi⁴

Arezoo Kholghamuz⁵

1. Assistant Professor, Dental Research Center, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. **Corresponding Author:** Professor, Dental Implants Research Center, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: razavi@dnt.mui.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

5. DDS, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Given the prevalence and unique clinical features of ameloblastoma, several studies have been conducted on it. The aim of this study was to evaluate some of the clinical and histological characteristics of ameloblastoma in important academic centers in Iran and make comparisons with similar studies in a long period of time.

Materials & Methods: In this descriptive cross-sectional study, 256 files of patients with ameloblastoma, referring to the oral pathology departments of Qazvin, Isfahan, Shiraz and Shahid Beheshti Faculties of Dentistry, were evaluated. Patient information, including gender, age, tumor location (mandible, maxilla, anterior or posterior region), the clinical and radiographic diagnosis (unicystic, multicystic), histological subtype (follicular, plexiform, mural, luminal, intraluminal), the affected jaw and recurrence, were extracted. Data were analyzed with SPSS 21 and descriptive and analytical statistics, including means and standard deviations and chi-squared test, to determine the relationships between the variables ($\alpha = 0.01$).

Results: The mean age of the patients was 31 ± 14 years and 51.4% were female. The prevalence of unicystic ameloblastoma was higher (52.7%). In Qazvin, Shiraz the prevalence of unicystic ameloblastoma was higher. The frequency of mural subtype was higher than other subtypes. In the all the cities studied, ameloblastoma in the mandible was more prevalent, with 58.2% on the right side. Furthermore, the body of the mandible was the most affected area.

Conclusion: Although the results of this study are consistent with studies in Iran and abroad in some cases, it seems there are differences in the clinical and histological aspects. Attention to these differences can be helpful for researchers and clinicians.

Key words: Ameloblastoma, Frequency, Histology, Subtype.

Received: 18.5.2016

Revised: 17.9.2016

Accepted: 27.9.2016

How to cite: Keshani F, Shamloo N, Razavi SM, Jafari Ashkavandi Z, Kholghamuz A. The frequency of ameloblastoma in the archives of the School of Dentistry Qazvin, Isfahan, Shiraz and Tehran Shahid Beheshti in a 17-year-old away. J Isfahan Dent Sch 2016; 12(4): 390-398.