

فراوانی ضایعات دهانی حاوی سلول ژانت (giant cell lesions) در یک دوره ۲۲ ساله

(۸۲-۱۳۶۰) در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی

دکتر دنیا صدیقی*، دکتر فاطمه مشهدی عباس**، دکتر آسیه بی‌مقدار***

چکیده

سابقه و هدف: تشخیص به موقع ضایعات فکی به دنبال شناخت خصوصیات اپیدمیولوژیک، کلینیکی و پاراکلینیکی ضایعات میسر می‌گردد. ضایعات حاوی سلول ژانت گروهی از ضایعات فکی دهانی مخرب هستند. هدف از این مطالعه تعیین میزان شیوع ضایعات دهانی با سلول ژانت در یک دوره ۲۲ ساله در بخش پاتولوژی دهان و فک دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. مواد و روشها: این مطالعه مقطعی و گذشته‌نگر به صورت توصیفی با استفاده از اطلاعات موجود انجام گرفت. جامعه مورد پژوهش در این بررسی کلیه پرونده‌های بیماران با تشخیص ضایعات حاوی سلول ژانت در بخش آسیب‌شناسی فک، صورت و دهان دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۸۲-۱۳۶۰ بود. نتایج توسط نرم‌افزار Excell و آماره $\chi^2 - square$ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: از میان ۳۳۹۰ پرونده مورد مطالعه، ۳۲۵ ضایعه (۹/۵٪) حاوی سلول ژانت بودند که در این میان *peripheral giant cell granuloma* (PGCG) بیشترین ضایعه موجود و بعد از آن به ترتیب *Central giant cell granuloma* و *Aneurysmal bone cyst* و *Giant cell tumor* و *Brown tumor* قرار داشتند. شیوع ضایعات در جنس مونث (۵۸/۲٪) و در جنس مذکر (۴۱/۸٪) و شایع‌ترین نمای رادیوگرافیک رادیولوژی بود. در ۴۹/۸٪ موارد تشخیص بالینی اولیه با تشخیص میکروسکوپی هماهنگ بود. نتیجه‌گیری: ۹/۵٪ کل ضایعات دهانی در این مطالعه به ضایعات حاوی سلول ژانت مربوط بود و با در نظر گرفتن این مطلب که PGCG با ۵۷/۵٪ بیشترین تعداد را به خود اختصاص داد. از آنجا که وجود جرم و پلاک دندان در اتیولوژی این ضایعه مطرح است، لزوم اجرای برنامه‌های پیشگیری و آموزش صحیح بهداشت دهان و دندان توسط دندانپزشکان آشکار می‌گردد. همچنین مشخص شد در ۳۹/۳٪ از ضایعات، تشخیص کلینیکی با تشخیص میکروسکوپی هماهنگی ندارد که تایید دیگری بر لزوم ارسال بیوپسی به آزمایشگاه پاتولوژی جهت تشخیص صحیح ضایعات دهانی است.

کلید واژگان: ضایعات دهانی حاوی سلول ژانت، اپیدمیولوژی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۲/۱۳

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۱۲/۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۹/۲۹

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ویژه‌نامه (تشخیص - پاتولوژی)، ۱۳۸۶، ۵۷۸-۵۷۳

مقدمه

شیوع قابل توجهی داشته و ماهیت تخریبی آنها مشکلات بسیاری برای بیماران ایجاد می‌کند. این ضایعات در نمای هیستوپاتولوژیک واجد سلولهای ژانت استئوکلاسیک بوده و شامل ژانت سل گرانولوم محیطی (PGCG)، ژانت سل گرانولوم مرکزی (CGCG)، ژانت سل تومور (GCT)، کیست

علاوه بر اهمیتی که دندانپزشکان برای حفظ و نگهداری دندانها و پریرودنشییم بیماران قائل می‌شوند باید به حفظ سلامت عمومی تک تک اجزای موجود در مجموعه دهانی که بطور مشخص در محدوده حرفه دندانپزشکی قرار می‌گیرد نیز توجه نمایند. ضایعات حاوی سلول ژانت از جمله ضایعاتی هستند که

*نویسنده مسئول: استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد تهران). E-mail: Donia1351@yahoo.com

**استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

***دندانپزشک.

مواد و روشها

این تحقیق از نوع گذشته‌نگر (retrospective) و Cross-sectional بوده و به صورت توصیفی اجرا گردید. نمونه‌گیری با استفاده از اطلاعات موجود (Existing data) و با تکنیک مشاهده به روش سرشماری انجام شد. محیط پژوهش، بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و جامعه مورد بررسی پرونده کلیه بیماران مراجعه کننده به این بخش طی سالهای ۸۲-۱۳۶۰ بود. پرونده بیماران مبتلا به هر یک از ضایعات فوق جدا شده و اطلاعات لازم شامل سن، جنس، محل درگیری ضایعه، سال مراجعه، تشخیص بالینی و نمای رادیوگرافیک مربوط به هر یک از بیماران در فرم اطلاعاتی از قبل آماده شده ثبت گردید. تعداد ۱۲ پرونده که فاقد هر یک از اطلاعات مورد نظر بودند از مطالعه حذف شدند.

اطلاعات مربوط به ۳۲۵ بیمار مبتلا به ضایعات حاوی سلول ژانت وارد رایانه شده، توسط نرم‌افزار Excell مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر از میان ۳۳۹۰ پرونده مورد مطالعه، ۳۲۵ نمونه به بیماران مبتلا به ضایعات حاوی سلول ژانت مربوط بود که ۹/۵٪ کل ضایعات طی ۲۲ سال را تشکیل می‌داد.

در این میان PGCG با ۵۷/۵٪ موارد، بیشترین نوع ضایعه حاوی سلول ژانت و GCT و تومور براون با ۰/۶٪ کمترین نوع را به خود اختصاص داده بودند (جدول ۱).

نسبت وقوع ضایعات در جنس مونث ۱/۳ برابر جنس مذکر بوده، دهه دوم زندگی شایعترین زمان برای وقوع ضایعات بود ($P < 0/05$). نسبت وقوع ضایعات حاوی سلول ژانت به تفکیک جنس و سن در جداول ۲ و ۳ دیده می‌شود.

از لحاظ محل درگیری، ۶۳/۱٪ ضایعات در فک پایین ایجاد شده بودند (جدول ۴). ۵۶٪ ضایعات نمای رادیوگرافیک رادیولوسنت داشتند. در ۴۹/۸٪ موارد تشخیص بالینی اولیه با تشخیص میکروسکوپی هماهنگی داشته و در ۳۹/۳٪ موارد

آنوریسمال استخوانی (ABC)، تومور براون مرتبط با هایپرپاراتیروئیدیسم و مراحل اولیه پرونیسم می‌باشند (۱).

نتایج آماری شیوع این ضایعات در کشورهای دیگر ممکن است به علت اختلاف نژاد، عادات و مناطق جغرافیایی با شیوع آنها در کشور ما مطابقت نداشته باشد به علاوه اکثر مطالعات موجود هر یک از ضایعات با سلول ژانت را به تنهایی و جداگانه بررسی کرده و نتیجه واحد و مشخصی در مورد شیوع و خصوصیات دموگرافیک کلیه ضایعات فکی حاوی سلول ژانت ارائه نشده است. برای مثال Katiskers و همکاران در سال ۱۹۸۸ شیوع PGCG را بیشتر در جنس مونث و دهه ۴ و ۵ زندگی گزارش کردند (۲)، در حالیکه کتاب مرجع Neville (۲۰۰۲) وقوع بیشتر این ضایعه را دهه‌های ۵ و ۶ و Wood (۱۹۹۶) محدوده سنی ۳۰ تا ۷۱ سال را مطرح کرده است (۱،۳). باقری ثانی در سال ۷۴ در مطالعه‌ای که در بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی تهران در یک دوره ۳۰ ساله (۷۴-۱۳۴۵) انجام داد، شیوع PGCG را بیشتر در دهه چهارم و در جنس مونث گزارش کرد. در این مطالعه شیوع CGCG بیشتر در دهه دوم زندگی و در جنس مونث گزارش شد (۴). ملکی در سال ۷۴ در مطالعه‌ای که در بخش پاتولوژی بیمارستان طالقانی در یک دوره ۵ ساله (۷۴-۱۳۷۱) انجام داد، وقوع PCGC و CGCG را بیشتر در جنس مونث و به ترتیب با متوسط سنی ۳۱ و ۲۷ سال اعلام کرد (۵). Gungormus (۲۰۰۳) در بررسی CGCG در ۸۹٪ موارد وقوع آن را قبل از ۴۰ سالگی و در ۷۸٪ موارد در جنس مونث گزارش کرد (۶).

مطالعه‌ای که بطور مشترک در بخش پاتولوژی فک و دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی در رابطه با شیوع PGCG در یک دوره ۱۰ ساله انجام شد حاکی از آن بود که PGCG در هر دو جنس شیوع یکسان داشته و میانگین سنی وقوع آن ۳۱/۴ سال است. در رابطه با CGCG نیز میانگین سنی وقوع ۲۳/۷ سال بوده، این ضایعه در جنس مونث تقریباً دو برابر جنس مذکر گزارش گردید (۷).

این هماهنگی وجود نداشت.

اروپایی و آمریکایی نیز دهه پنجم و ششم را به عنوان شایع‌ترین زمان بروز ضایعات حاوی سلول ژانت ذکر کرده بودند (۲،۴،۸).

با توجه به اینکه امروزه گزارش‌هایی مبنی بر بروز ضایعات حاوی سلول ژانت به دنبال استفاده از ایمپلنت‌های دندانی و مواد آرایشی تزریقی (Cosmetic Fillers) ارائه شده‌اند و با در نظر گرفتن این مسأله که این موارد اغلب در سنین بالا و به میزان شایع‌تری در این جوامع رخ می‌دهند موارد ذکر شده می‌توانند عاملی در بروز بیشتر این ضایعات در دهه پنجم و ششم زندگی محسوب شوند (۹،۱۰).

در مطالعه حاضر، PGCG در سن بالای ۵۰ سال و در فک پائین شیوع بیشتری داشته، در جنس مونث کمی بیشتر از جنس مذکر دیده شد. این نتایج مشابه یافته‌های خلیفه (۱۳۸۵) و کتاب مرجع Nevile (۲۰۰۲) است (۳،۷).

اما باقری ثانی و ملکی در مطالعات خود شیوع بیشتر PGCG را در دهه چهارم با برتری جنس مونث ذکر کردند (۴،۵).

با توجه به اینکه مطالعه حاضر یک دهه بعد از مطالعات فوق انجام گرفته، تغییر در دهه شایع بروز این ضایعات (یک دهه دیرتر)، همچنین کاهش نسبت شیوع آن در زنان می‌تواند ناشی از افزایش آگاهی‌های بهداشتی جامعه به خصوص در زنان باشد. در رابطه با محل شایع بروز PGCG که در مطالعه حاضر فک پائین ذکر شد، نتایج سایر تحقیقات با مطالعه فعلی مشابه هستند (۳،۵،۶،۸).

جدول ۱- توزیع فراوانی انواع ضایعات با سلول ژانت

نوع ضایعه	تعداد	درصد
PGCG	۱۸۷	۵۷/۵
CGCG	۱۱۸	۳۶/۳
ABC	۱۲	۳/۶
چروبیسم	۴	۱/۲
GCT	۲	۰/۶۱
تومور براون	۲	۰/۶۱
جمع	۳۲۵	۱۰۰

بحث

در این مطالعه ۹/۵٪ کل ضایعات فکی - دهانی در بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی مربوط به ضایعات حاوی سلول ژانت بود. باقری ثانی در سال ۷۴ در بررسی ۳۰ ساله، ۸۰۶۰ نمونه پاتولوژی در بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی تهران، شیوع این ضایعات را ۱۶/۲٪ گزارش کرد که علت آن احتساب Traumatic Bone Cyst و Fibrous dysplasia در گروه ضایعات حاوی سلول ژانت بود (۴). در مطالعه حاضر شایع‌ترین سن وقوع ضایعات حاوی سلول ژانت دهه چهارم و ششم بود در حالیکه در مطالعه باقری ثانی دهه چهارم به عنوان شایع‌ترین سن ذکر شده بود. نتایج بررسی در کشورهای

جدول ۲- توزیع فراوانی انواع ضایعات با سلول ژانت به تفکیک جنس

نوع ضایعه	جنس		زن		مرد		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
PGCG	۸۲	۲۵/۲	۱۰۵	۳۲/۳	۱۸۷	۵۷/۵	
CGCG	۴۵	۱۳/۸	۷۳	۲۲/۴	۱۱۸	۳۶/۳	
ABC	۶	۱/۸۴	۶	۱/۸۴	۱۲	۳/۶۹	
چروبیسم	۲	۰/۶۱	۲	۰/۶۱	۴	۱/۲	
GCT	۰	۰	۲	۰/۶۱	۲	۰/۶۱	
تومور براون	۱	۰/۳۰	۱	۰/۳	۲	۰/۶۱	
جمع	۱۳۶	۴۱/۸۴	۱۸۹	۵۸/۱۶	۳۲۵	۱۰۰	

جدول ۳- توزیع فراوانی انواع ضایعات به تفکیک سن

نوع ضایعه دهه سنی	PGCG		CGCG		ABC		GCT		چروبیسم		تومور براون		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۰-۱۰	۲۷	۸/۳	۱۵	۴/۶	۳	۰/۹	۰	۰	۱	۰/۳	۰	۰	۴۶	۱۴/۱۵
۱۱-۲۰	۳۱	۹/۵	۴۷	۱۴/۴	۶	۱/۸	۱	۰/۳	۲	۰/۶	۰	۰	۸۷	۲۶/۷۵
۲۱-۳۰	۲۳	۷/۰۷	۲۵	۷/۶	۳	۰/۹	۰	۰	۱	۰/۳	۰	۰	۵۲	۱۶
۳۱-۴۰	۳۷	۱۱/۳	۱۲	۳/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۳	۵۰	۱۵/۳۸
۴۱-۵۰	۲۶	۸	۹	۲/۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۵	۱۰/۷۵
بالای ۵۰	۴۳	۱۳/۲	۱۰	۳/۰۷	۰	۰	۱	۰/۳	۰	۰	۱	۰/۳	۵۵	۱۶/۹۲
مجموع	۱۸۷	۵۷/۵	۱۱۸	۳۶/۳	۱۲	۳/۶۹	۲	۰/۶	۴	۱/۲	۲	۰/۶	۳۲۵	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی انواع ضایعات به تفکیک محل درگیری

نوع	فک درگیر		فک بالا		فک پایین		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
PGCG	۷۴	۲۲/۷	۱۱۳	۳۴/۷	۱۸۷		
CGCG	۴۳	۱۳/۳	۷۵	۲۳/۰۷	۱۱۸		
ABC	۳	۰/۹	۹	۲/۷	۱۲		
چروبیسم	۰	۰	۰	۱/۲	۴		
GCT	۰	۰	۰	۰/۶	۲		
تومور براون	۰	۰	۰	۰/۶	۲		
جمع	۱۲۰	۳۶/۹	۲۰۵	۶۳/۱	۳۲۵		

(۲۰۰۲) مطابقت دارد (۳،۴). مطالعه معتمدی و یزدی (۱۹۹۴)

نیز در بررسی ۱۱ مورد ABC بین سالهای ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۳ این نتایج را تأیید می‌کند (۱۱).

چروبیسم با شیوع ۱/۲٪ در رتبه چهارم قرار داشت. این ضایعه بیشتر در دهه دوم و در فک پائین شایع بوده، در هر دو جنس به نسبت مساوی دیده شد در حالی که کتب مرجع وقوع آنرا بیشتر در جنس مذکر اعلام می‌کنند (۳،۸) که این امر می‌تواند ناشی از تعداد کم نمونه‌ها طی ۲۲ سال باشد. باقری ثانی (۱۳۷۵) نیز در بررسی‌های خود طی ۳۰ سال تنها ۶ مورد چروبیسم را گزارش کرد (۴).

در این مطالعه GCT و تومور براون مرتبط با هایپرپاراتیروئیدیسم هر کدام دو مورد را طی ۲۲ سال به خود

در این مطالعه CGCG با شیوع ۳۶/۳٪، رتبه دوم را در میان ضایعات حاوی سلول ژانت داشت این ضایعه در ۶۱٪ موارد در جنس مؤنث و در ۶۳/۵٪ موارد در فک پائین و بیشتر در دهه دوم زندگی دیده شد. مطالعه باقری ثانی (۱۳۷۵) این امر را تأیید کرد، اما ملکی (۱۳۷۴) دهه سوم را شایع‌تر عنوان کرد (۴،۵). یافته‌های وی با مطالعات Gungormus (۲۰۰۳) در ترکیه هماهنگ می‌باشند (۶).

محل شایع بروز CGCG در مطالعه حاضر فک پائین بود که با سایر مطالعات مشابهت دارد (۷-۲). ABC با شیوع ۳/۶٪ در رتبه سوم قرار داشت. ۷۵٪ نمونه‌ها در فک پائین و بیشتر در دهه دوم زندگی با نسبت مساوی در دو جنس مشاهده شدند که با مطالعات باقری ثانی (۱۳۷۵) و کتاب مرجع Neville

در مطالعه حاضر در ۳/۳۹٪ موارد بین تشخیص بالینی ضایعات و تشخیص میکروسکوپی هماهنگی وجود نداشت و این امر با توجه به مشی مخرب این ضایعات بر لزوم ارسال بیوپسی به آزمایشگاه پاتولوژی جهت تشخیص صحیح ضایعات دهان تاکید می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که ۹/۵٪ کل ضایعات فکی طی ۲۲ سال، ضایعات حاوی سلول ژانت بودند که ماهیت تخریبی داشتند. در این میان PGCG شایعترین ضایعه بوده، در افراد بالای ۵۰ سال و فک پائین شیوع بیشتری داشته و در جنس مونث کمی بیشتر دیده شد.

اختصاص دادند. باقری ثانی (۱۳۷۵) نیز در مطالعه خود ۲ مورد GCT و تنها ۱ مورد تومور براون را طی ۳۰ سال گزارش نمود. این نتایج مشابه تحقیقات سایر پژوهشگران در نواحی دیگر دنیا است که این ضایعات را به عنوان نادرترین ضایعات حاوی سلول ژانت ذکر می‌کنند (۳،۴،۸)، اگر چه بر لزوم انجام آزمایشات پاراکلینیک و رنگ‌آمیزی‌های اختصاصی جهت تشخیص افتراقی این ضایعات از ضایعات شایع‌تر حاوی سلول ژانت تاکید می‌گردد (۱۲).

در این مطالعه ۵۶٪ ضایعات داخل استخوانی نمای رادیولونست و مشی مخرب داشتند که از ماهیت استئوکلاسیک ضایعات حاوی سلول ژانت ناشی می‌شود. مطالعات ایمونوهیستوشیمی و بررسی آنزیماتیک این ضایعات نیز مؤید این مسأله می‌باشند (۱۳،۱۴).

References

1. Wood NK, Goaz PW: Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th Ed. St Louis: The CV Mosby Co. 1996;Chaps10,20:141-142,195-196,323-326.
2. Katskeris N, Kakarantza AE, Angelopo AP: Peripheral giant cell granuloma. Clinicopathologic study of 224 case and review of literature. J Oral Maxillofacial Surg 1988;17:94-99.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral & Maxillofac Pathol. 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002;Chap12:449-450.
4. باقری ثانی - ا، اسلامی - م: بررسی آماری ضایعه گرانولومای مرکزی با سلول ژانت و مقایسه آماری آن با برخی دیگر از ضایعات حاوی سلول ژانت در بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب‌شناسی دهان و فک. پایان‌نامه دکتری دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران: سال تحصیلی ۷۵-۱۳۷۴.
5. ملکی - ف، اخلاقی - م: بررسی میزان شیوع ضایعات پاتولوژیک دهان درمان شده در بیمارستان طالقانی از سال (۷۴-۱۳۷۰). پایان‌نامه دکترای تخصصی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: سال تحصیلی ۷۴-۱۳۷۳.
6. Gungormus M, Akgul M: Central Giant cell granuloma of the Jaws: A clinical and Radiologic study. J Contemp Dent Pract 2003;3:087-097.
7. خلیفه - س، مشرف - م، عشقیار - ن: بررسی خصوصیات میتلابان به ژانت سل گرانولوما در مراجعین به دانشکده‌های دندانپزشکی تهران و شهید بهشتی (۸۳-۱۳۸۲). پایان‌نامه دکتری دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی: سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴.
8. Regezi J, Sciuba JJ: Oral pathology, clinical pathologic correlations. 3rd Ed. Philadelphia: W.B Saunders Co. 2003;Chap4:130-131.
9. Hirshberg A, Kozlorsky A, Schwartz - Arad D, Mardinger O, Kaplan I: Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants. J Periodontal 2003;74:1381-4.

10. Lombardi T, Sonson J, Plantier F, Husson C, Kuffer R: Orfacial granulomas after injection of cosmetic fillers. It's topathological and clinical study of 11 cases. J Oral Pathol Med 2004;33:115-120.
11. Motamedy M, Yazdi E: Aneurysmal bone cyst of the jaws: Analysis of 11 cases. J Oral Maxillofacial Surg 1994; 52:471-475.
12. Torwarth M, Rupprecht S, Schlegel A: Central giant cell granuloma and osteitis fibrosa cystica of hyperparathyroidism, Achallenge in differential diagnosis. Mund Kiefer Gesicht Schir 2004;132:186-88.
13. Lin B, Yu Sf, Li Tj: Multinucleated giant cell in various forms of giant cell containing lesions of the jaw express features of osteoclasts. J Oral Pathol Med 2003;32:637-75.
14. Southgate J, Sarma U, Townend JV, Barron J, Flangan AM: Study of the cell biology and biochemistry of cheubism. J Clin Pathol 1998;11:831-7.

Archive of SID