

مطالعه توصیفی فراوانی پلئومورفیک آدنوما در غدد بزاقی کوچک دهان

دکتر جهان‌شاه صالحی نژاد^۱، دکتر حوریه موسوی^۲

^۱استادیارگروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت، ^۲استادیارگروه ترمیمی و زیبایی
دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: در این مطالعه توصیفی هدف تعیین میزان فراوانی پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی کوچک دهان در سنین و جنس های متفاوت و در نواحی مختلف دهان، در بین مراجعه کنندگان دانشکده دندانپزشکی مشهد بود.

روش کار: از مجموع ۸۱۱۵ بیوپسی در فاصله زمانی سال های ۱۳۸۴-۱۳۴۹ موجود در بخش آسیب شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد جمعاً ۱۲۰ مورد نئوپلازم غدد بزاقی کوچک جهت بررسی ویژگی های مبتلایان به نئوپلازم های غدد بزاقی کوچک دهان انتخاب شدند. در دو بازه زمانی مختلف الف (۱۳۷۵-۱۳۴۹) و ب (۱۳۷۵-۱۳۸۴) میزان شیوع پلئومورفیک آدنوما از لحاظ سن و جنس و ناحیه مبتلا در دهان با یکدیگر مقایسه شدند. همچنین درصد فراوانی رویداد تومورهای خوش خیم و بدخیم غدد بزاقی کوچک دهان در فواصل زمانی مختلف بررسی شدند.

نتایج: پلئومورفیک آدنوما با فراوانی ۲۹/۱۶ درصد، شایعترین خوش خیم غدد بزاقی کوچک دهان بود. بین بازه زمانی الف و ب تفاوتی در دهه شیوع ابتلا به پلئومورفیک آدنوما وجود داشت. درصد تومورهای خوش خیم به بدخیم در بازه زمانی الف بیشتر از بازه زمانی ب بود.

نتیجه گیری: درصد فراوانی پلئومورفیک آدنوما در بین سایر نئوپلازم غدد بزاقی به خصوص در کام در بیشترین سطح بود. سن ابتلا به نئوپلازم های غدد بزاقی کاهش یافته ولی نسبت ابتلا زنان به مردان افزایش نشان می داد. درصد ابتلا به تومورهای بدخیم نسبت به گذشته افزایش داشت.

واژه های کلیدی: پلئومورفیک آدنوما، غدد بزاقی کوچک دهان، تومور مختلط، فراوانی

مقدمه

و زبانی می شوند(۱). حدود ۷٪ بزاق مترشح روزانه از غدد بزاقی کوچک دهان می باشد(۲).

ایتیولوژی نئوپلازم های بزاقی نامشخص است، اما ویروس هایی مانند ویروس Polyoma در حیوانات و ویروس هایی مانند Epstein-Barr و Human papilloma virus

در برخی نئوپلازم های غدد بزاقی انسانی دخیل بوده اند (۳،۴).

غدد بزاقی کوچک بدون کپسول و حدود ۵۰۰-۴۰۰ غده بوده که در زیر مخاط همه حفره دهان به جز لثه و قدام کام سخت وجود دارند و شامل انواع غدد لبی، گونه ای، کامی

دکتر جهان‌شاه صالحی نژاد
آدرس: مشهد، دانشکده دندانپزشکی، بخش آسیب شناسی دهان و فک و صورت
تاریخ وصول: ۸۴/۳/۲۸ تاریخ تایید: ۸۴/۷/۱۰

پس از ثبت شماره بیوپسی های نئوپلازم های غدد بزاقی کوچک، مشخصات آن ها از طریق برکه آسیب شناسی مربوطه در بایگانی آزمایشگاه آسیب شناسی استخراج شد. لام های همه بیوپسی های ثبت شده مجدداً بررسی میکروسکوپی شده و چنانچه تشخیص قبلی تایید می شد، جزء لیست نئوپلازم های غدد بزاقی انتخاب و جمع آوری می گردیدند.

پس از بررسی مجدد لام های میکروسکوپی، تشخیص چهار مورد قبلی تصحیح و ۶ مورد (P.A.) غده پاروتید حذف شد و با توجه به اطلاعات موجود، آماری تهیه گردید.

از آن جا که نتایج در یک بررسی قبلی تومورهای غدد بزاقی در فاصله زمانی (۱۳۷۵-۱۳۴۹) در دسترس بود، در آمار بعدی، نئوپلازم های غدد بزاقی کوچک دهان در بین سال های ۱۳۸۴-۱۳۷۵ بررسی و یافته های این دو فاصله زمانی با یکدیگر و با یافته های مطالعات سایر محققین مقایسه شدند. در نهایت بین درصد فراوانی رویداد تومورهای خوش خیم و بدخیم غدد بزاقی کوچک در فواصل زمانی مذکور مقایسه انجام شد.

موارد بررسی

از مجموع ۸۱۱۵ بیوپسی موجود در آزمایشگاه آسیب شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد در مدت حدود ۳۵ سال جمعاً ۱۲۰ مورد نئوپلازم غدد بزاقی کوچک به دست آمد. ۳۵ مورد پلئومورفیک آدنوما، ۲۹ مورد موکوپای درموئید کارسینوما، ۱۷ مورد آدنوئید سیستیک کارسینوما، ۱۵ مورد پلئومورفیک آدنومای بدخیم، ۱۲ مورد کارسینومای نامشخص، ۴ مورد آسینیک سل کارسینوما، ۳ مورد پلی مورفوس آدنوکارسینوما با درجه پائین، منومورفیک آدنوما، تومور مزانشیمال غده بزاقی، توده بزاقی حاوی بافت همبندی چربی، لبولار آدنوکارسینوما و وارتین تومور هر کدام یک مورد بودند.

Jang و همکاران بیان کردند، وجود ژن های مختلف در E.B.V سبب ایجاد تومورهای ادنتوژنیک و غیرادنتوژنیک و ایفای نقش های پیچیده توسط ویروس E.B.V در بدن انسان می شود (۵).

تفاوت های جغرافیایی و رادیوترایی در برخی نئوپلازم ها می تواند زمینه ساز باشند. انسیدانس سالانه تومورهای غدد بزاقی حدود ۱ تا ۶/۵ مورد از هر صد هزار نفر است (۶). تومورهای بزاقی ۳٪ تومورها را شامل می شوند که بدخیمی در آن ها نادر است (۱).

متأسفانه در اکثر مطالعات حدود بیش از ۵۰٪ موارد تومورهای غدد بزاقی کوچک، بدخیم بوده اند می توان گفت که هرچه غده بزاقی کوچکتر باشد احتمال بدخیمی تومور بیشتر می شود. پلئومورفیک آدنوما (P.A.) شایعترین تومور غدد بزاقی کوچک می باشد (۶). (P.A.) یا تومور مختلط خوش خیم در نمای هیستولوژی عبارت است از نئوپلاسم خوش خیم از یک یا بیش از یک جزء بافت غده بزاقی، اما نئوپلاسمی مختلط از چند لایه جنینی نیست (۶،۷). بافت استخوانی آن از طریق فرآیند استخوانی شدن اندوکندرال، تشکیل می گردد (۸). نام Lipomatous pleomorphic Adenoma (L.P.A.) اولین بار توسط seifert (1999) به کار رفت. وی این نام را برای نوعی از (P.A.) به کار برد که اجزاء چربی بیش از ۹۰٪ نواحی تومور را اشغال کرده باشند (۹). حدود ۴۰٪ نئوپلازم های غدد بزاقی کوچک دهان (P.A.) است. ۴۲ تا ۵۰ درصد تومورهای کام و مخاط گونه بدخیم هستند که برابر مجموع بدخیمی در غدد بزاقی کوچک تمام نواحی دیگر است (۶،۷).

روش کار

برای تهیه آمار نئوپلازم های غدد بزاقی به آرشیو آزمایشگاه آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه و تمام بیوپسی های ارسالی به این بخش از بدو تاسیس الی ۸۴/۲/۳۰ شامل ۸۱۱۵ بیوپسی مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج

می باشد (نمودار ۲).

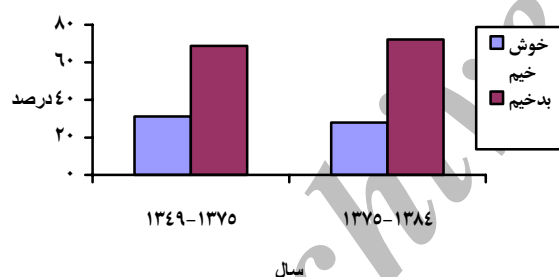


محل ضایعه

نمودار ۲- فراوانی ۱۲ مورد پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی کوچک از لحاظ محل ضایعه در بیماران دانشکده دندانپزشکی مشهد،

سال (۱۳۷۵-۱۳۸۴)

در (نمودار ۳) درصد خوش خیمی و بدخیمی تومورهای غدد بزاقی کوچک در دو محدوده زمانی مختلف با یکدیگر مقایسه شده است. خوش خیم نسبت به بدخیم در بازه زمانی الف بیشتر از بازه زمانی ب بوده است.



نمودار ۳- درصد خوش خیمی یا بدخیمی تومورهای غدد بزاقی کوچک در دو بازه زمانی الف و ب

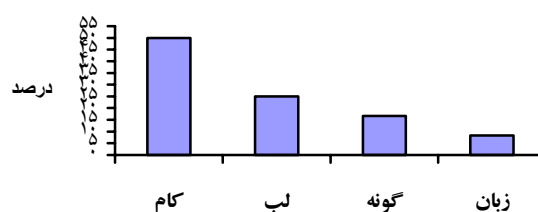
بحث

نئوپلازم های غدد بزاقی کوچک کمتر از غدد بزاقی بزرگ شایع اند و ۲۵-۱۰٪ تمام تومورهای غدد بزاقی را شامل می شوند. غالباً بدخیم بوده و عمدتاً یکطرفه ظاهر می شوند. اکثر موارد (P.A.) خوش خیم بوده ولی موکوپای درموئید کارسینوما و آدنوئید سیستیک کارسینوما در مرتبه دوم و سوم از لحاظ شیوع در غدد بزاقی کوچک قرار دارند (۴). اگر چه اخیراً مشخص شده است که آدنوکارسینومای پلی مورفوس با درجه پایین شایعتر از سایر کارسینوم های غدد بزاقی کوچک دهان است (۶).

از مجموع ۸۱۱۵ بیوپسی در فاصله زمانی سال های ۱۳۴۹-۱۳۸۴ بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد، جمعاً ۱۲۰ مورد نئوپلازم غدد بزاقی کوچک استخراج گردید. نسبت کل نئوپلازم های غدد بزاقی به کل بیوپسی های ارسالی به این مرکز ۱/۶ درصد بود، که این درصد در هر دو فاصله زمانی ۱۳۴۹-۱۳۷۵ (بازه زمانی الف) و ۱۳۷۵-۱۳۸۴ (بازه زمانی ب) مشابه می باشد. نسبت (P.A.) به کل بیوپسیهای ارسالی حدود ۰/۵ درصد به دست آمد. (P.A.) با فراوانی ۲۹/۱۶ درصد، شایعترین نئوپلازم خوش خیم غدد بزاقی، موکوپای درموئید کارسینوما با ۲۴/۱۶ درصد، شایعترین نئوپلازم بدخیم و بعد از آن آدنوئید سیستیک کارسینوما با ۱۴/۱۶ درصد دومین رتبه در بین بدخیمی ها را داشت.

سن: در این مطالعه جوانترین بیمار ۸ ساله و مسن ترین آن ها ۷۰ ساله بود. در بازه زمانی الف بیشترین فراوانی (P.A.) در دهه چهارم زندگی و در بین زنان بود. در حالی که در بازه زمانی ب بیشترین فراوانی این تومور در دهه سوم زندگی و باز هم در بین زنان بود.

محل ضایعه: در بازه زمانی الف، ۵۲/۱۷ درصد موارد (P.A.) در کام و ۲۶/۰۵ درصد موارد در لب بالا روی داد که به ترتیب مبین شایعترین جایگاه ظهور (P.A.) در غدد بزاقی کوچک است (نمودار ۱).



محل ضایعه

نمودار ۱- فراوانی ۲۳ مورد پلئومورفیک آدنومای غدد بزاقی کوچک از لحاظ محل ضایعه در بیماران دانشکده دندانپزشکی مشهد (۱۳۴۹-۱۳۷۵)

در بازه زمانی ب، به ترتیب درصد فراوانی (P.A.) در کام ۵۰٪ و در لب بالا ۲۵٪ بود که تا حدودی مشابه بازه زمانی الف

موضوع پی برد که امروزه درصد تومورهای بدخیم غدد بزاقی کوچک نسبت به تومورهای خوش خیم در حال افزایش است. که تا حدودی با گزارشات مطالعات قبلی همخوانی ندارد. با وجودی که (P.A.) ذاتا توموری خوش خیم است در صورتی که به درستی تشخیص داده و درمان نشود می تواند به دنبال عودهای مکرر، ترانسفورماسیون بدخیمی پیدا کند.

بنابراین علت افزایش درصد بدخیمی ها شاید عدم تشخیص به موقع و درمان صحیح بسیاری از نئوپلازم های خوش خیم و یا موارد مطروحه قبلی باشد. با وجود ابداع روش های مختلف تشخیص نئوپلازم، هنوز هم معاینه هیستوپاتولوژیک غده مبتلا بهترین ابزار تشخیصی است (۱۳).

همچنین آشنایی با موقعیت و ظاهر تومورهای غدد بزاقی کوچک دهان می تواند تا حدودی در پیش گویی و تشخیص سریعتر آن ها کمک نماید.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های این مطالعه می توان گفت: تفاوت های معنادار در درصد بدخیمی و فراوانی نسبی تومورهای غدد بزاقی کوچک را باید در نواحی مختلف دهان در سنین و جنس های مختلف در نظر داشت. سن ابتلا به (P.A.) در حال کاهش است.

از لحاظ جنسی در زنان و از لحاظ محل ضایعه، کام، دارای بیشترین فراوانی بودند. نسبت ابتلا زن به مرد در پلنومورفیک آدنوما در حال افزایش می باشد. درصد ابتلا به تومورهای بدخیم نسبت به گذشته افزایش داشت.

تقدیر و تشکر

با سپاس فراوان از اعضای محترم هیئت علمی و کارمندان گرامی بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند.

Waldron et al و Eveson, Cawson, (P.A.) را جزء شایعترین نئوپلازم خوش خیم غدد بزاقی کوچک بیان کردند (۱۱، ۱۰)، فراوانی ۳۲/۵ درصد به دست آمده است. در مطالعه ما نیز اگرچه کمتر از درصدهای گزارش شده توسط آنها است ولی تقریباً یافته های آنان را تایید می کند. و بالاترین درصد به دست آمده در بین سایر نئوپلازم های غدد بزاقی کوچک است. در این مطالعه تقریباً در تمام دهه های زندگی (P.A.) مشاهده شد. و زنان بیشترین گروه مبتلا بودند. با مقایسه نمودار ۱ و ۲ می توان بدین نتیجه رسید که گویاسن ابتلا به تومور در حال کاهش یافتن است. در معرض قرار گرفتن بیشتر مردم به مواد شیمیایی گوناگون و نیز ابتلا به ایدز و اختلالات سیستم ایمنی، و عفونت های ویروسی مانند E.B.V. و کاهش سن بلوغ و مصرف دخانیات شاید تا حدودی دلیل این امر باشد.

نقش احتمالی سرطان زایی ویروس انسانی پاپیلوما (H.P.V) در کارسینوماهای اسکواموس سل (S.C.C) غدد بزاقی قابل تصورات، زیرا ۱/۳ نمونه های نئوپلازم غدد بزاقی کوچک در مطالعه H.P.V Atula مثبت بودند (۳). به علاوه شایعترین سن ابتلا به (P.A.) در مطالعه ما در افراد کمتر از ۵۰ سال بود که با نتیجه گیری Eversole قابل تطبیق است. نسبت ابتلا زن به مرد در بازه زمانی ب بیش از ۱/۵ برابر در این بررسی بود. در مقایسه با گزارش سال ۱۹۸۳ کمی بیشتر به نظرمی رسد (۱۲). بیش از ۵۰٪ موارد نئوپلازم های غدد بزاقی کوچک در کام به خصوص خلف کام سخت یاروی کام نرم، جایی که غدد بزاقی کوچک فراوان تری دارد و بعد از آن در لب بالا (۲۲-۲۱) و مخاط باکال (۱۵-۱۱) و ندرتاً در لب پایین یا زبان دیده می شود (۴، ۶، ۱۳). با مقایسه نمودارهای ۱ و ۲ درصدهای به دست آمده در هر دو نمودار تا حدودی نزدیک درصدهای گزارش شده توسط سایر محققین است، با مشاهده درصد نئوپلازم های خوش خیم و بدخیم در بازه زمانی الف و ب می توان به این

References

- 1- Coulthard P, Horner K, Sloan P, Theaker E. Oral and maxillofacial of surgery, radiology, pathology and oral medicine. 1st ed. Edinburgh: Churchill living stone;2003.P. 205-207.
- 2-Bhaskar SN. Orban' s Oral histology and embryology. 11th ed. St.Louis: Mosby;1990.P. 337-371.
- 3- Atula T, Grenman R, Klemi P, Syrjanen S. Human Papillomavirus (HPV) and Epstein-Barr virus (EBV) in salivary gland tumours. J Clin Otolaryngol 1998; 23: 471-472.
- 4- Scully C, Porter S. Update for the dental clinical team. 1st ed. British: Churchill livingtene; 2003.P.102-105.
- 5- Jang HS, Cho Jo, Yoon Cy, Kim HJ, Park JC. Demonstration of Epstein - Barr virus in odontogenic and nondontogenic tumors by the polymerase chain reaction (PCR). Oral pathol Med 2001; 30:603-10.
- 6- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouguot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2^{ed} ed.Philadelphia: Saunders Co; 2005. P. 408- 413.
- 7- Newland J, Meiller T, Wynn R, Crossley H. Oral soft tissue diseases. 3rd ed. Hudson Ohio: Lexl- Co; 2005.P.128.
- 8- XU H, Shimizu Y, Niki T, Nagasaka H, Kawamura H, Oaya K. Pleomorphic adenoma of the submandibular salivary glands with marked ossification. J Oral Pathol Med 2003; 32:499-501.
- 9- Ide F, Kusama K. Myxolipomatous pleomorphic adenoma: an unusual oral presentation. J Oral Pathol Med 2004; 33:53-55.
- 10- Waldron CA, El- mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intra oral minor salivary glands. A demographic and histologic study of 426 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 66:323-333.
- 11- Eveson JW, Cawson RA. Salivary gland tumors: a review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. J Pathol 1985; 146:51-58.
- 12- Shafer WJ, Hine MK, Levy BA. A textbook of oral pathology. 14th ed. Philadelphia: Co sunders; 1983.P. 230-244.
- 13- Giulio C, Giancarlo R, Maurizio P, Roberto B Differential Diagnosis Between adenoid Systic carcinoma and pleomorphic adenoma of the minor salivary glands of palate. The journal of Craniofacial Surg 2004; 15:1056-1060.

Abstract

A descriptive study on the frequency of pleomorphic adenoma in oral minor salivary glands

Salehinejad J, Moosavi H

I ntroduction: The aim of this descriptive study was to determine the frequency of pleomorphic adenoma of oral minor salivary glands according to sex, and age and different site of tumor, in patients referring to Mashhad Dental School.

Materials and Methods: Among the total number of 8115 biopsies taken during years 1349 to 1384 at oromaxillofacial pathology department of Mashhad Dental School, 120 cases of oral minor salivary glands tumors were detected and selected for the study. Two time intervals of A (1349-1375) and B (1375-1384) were considered in which the frequency of pleomorphic adenoma was compared according to age, sex and site of the lesion. The frequency of benign and malignant tumors of oral minor salivary gland tumors were also determined.

Results: Pleomorphic adenoma with the frequency percentage of 29.16 was the most benign tumor in oral minor salivary glands. The most frequent age of pleomorphic adenoma involvement was different between the two time intervals. The percentage of benign to malignant tumors was higher in the first interval.

Conclusion: pleomorphic adenoma was the most frequent oral minor salivary glands neoplasm especially in the palate. The onset age of involvement had decreased but female/male ratio increased. Malignancy was more frequent in Interval B compared to A.

Keywords: Pleomorphic adenoma, Oral minor salivary glands, Mixed tumor, Frequency.