

مطالعه فراوانی، خصوصیات بالینی و آسیب شناسی ۱۹۹ بیمار مبتلا به ضایعات لب و مخاط دهان از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۷

دکتر اکرم انصار*، دکتر محمود فرشچیان*، دکتر فروزان کوشا**

چکیده:

ضایعات لب و مخاط دهان در طیف وسیعی از بیماریهای ارثی و اکتسابی دیده می شود. هدف از این بررسی تعیین فراوانی، خصوصیات بالینی و آسیب شناسی اینگونه ضایعات در مراجعه کنندگان به بخش پوست بیمارستان سینا همدان طی سالهای ۱۳۷۷-۱۳۷۰ می باشد.

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی گذشته نگر بود که اطلاعات مربوط به بیماران از طریق مراجعه به دفاتر ثبت مشخصات بیمار در بخش پوست جمع آوری گردید و آنالیز اطلاعات توسط نرم افزار EPI6 انجام شد.

از تعداد ۴۲۸۸ مورد بیوپسی انجام شده ۱۹۹ نفر (۴/۶٪) مبتلا به ضایعه لب و مخاط دهان بودند که از این تعداد ۱۲۸ نفر (۳/۶۴٪) درگیری لب، ۷۱ نفر (۷/۳۰٪) درگیری مخاط دهان و ۱۰ نفر (۵/۱٪) درگیری همزمان لب و مخاط دهان داشتند. از بیماران مبتلا به ضایعه لب، ۱۰۰ نفر (۵/۷۲٪) را جنس مذکر تشکیل می داد. شیوع ضایعات مخاط دهان در هر دو جنس تقریباً یکسان بود. سن شایع برای ضایعات لب و مخاط دهان بترتیب دهه هفتم و دهه چهارم زندگی بود. زنان خانه دار، کشاورزان و محصلین بیشترین گروههای شغلی را تشکیل می دادند. نواحی شایع درگیری در لب تحتانی، مخاط گونه و سطح پشتی زبان بود. بیشترین فراوانی شکل بالینی را در ضایعات لب، کیست و پلاک و در مخاط دهان، پلاک، سیس اروزیون و پاپول تشکیل می داد. در ۱۸۸ مورد (۵/۹۴٪) تطابق بین تشخیص بالینی و آسیب شناسی وجود داشت.

شایعترین ضایعات لب و مخاط دهان را در این مطالعه، اسکواموس سل کارسینوما تشکیل می داد و مراتب بعدی بترتیب مربوط بود به Actinic cheilitis، موکوسل، لیکن پلانوس دهانی، زگیل دهانی، لکو پلاکی، کرانولوم پیوژنیک و بمفیکوس و لگاریس دهانی بود.

کلید واژه ها: آسیب شناسی / بیماریهای دهان / بیماریهای لب

مقدمه:

است ناشی از بیماریهای پوستی و یا به عنوان قسمتی از علائم بالینی بیماری های سیستمیک و نیز عارضه ای از مصرف دخانیات یا رژیم های درمانی مختلف باشد. در مواردی، درگیری مخاط دهان اولین علامت از یک بیماری

ضایعات لب و مخاط دهان در طیف وسیعی از بیماریهای ارثی و اکتسابی دیده می شود. آزردهی مخاط دهان در جریان بیماریهای اکتسابی ممکن

دفاتر موجود جهت ثبت مشخصات بیماران و نیز آرشیو پاتولوژی بخش پوست جمع آوری شد. سپس چک لیست تهیه شده شامل متغیرهای: سن، جنسیت، شغل، محل ضایعه، شکل بالینی ضایعه، بیماری سیستمیک زمینه‌ای، بیماری پوستی زمینه‌ای، سابقه مصرف دارو و نوع هیستولوژیک ضایعه تکمیل گردید و سپس آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار EPI6 انجام شد.

نتایج:

از بین ۴۲۸۸ مورد بیوپسی انجام شده، ۱۹۹ مورد (۴/۶٪) مبتلا به ضایعات لب و مخاط دهان بودند که از این تعداد ۱۲۸ مورد (۶۴/۳٪) درگیری لب، ۷۱ مورد (۳۰/۷٪) درگیری مخاط دهان و ۱۰ مورد (۵٪) درگیری همزمان لب و مخاط دهان داشتند. از تعداد ۱۳۸ مورد بیوپسی ضایعات لب، تعداد ۱۰۰ نفر (۷۲/۵٪) مرد و ۳۸ نفر (۲۷/۵٪) زن بودند در حالیکه در ۷۱ مورد بیوپسی ضایعات مخاط دهان ۳۶ نفر (۵۰/۷٪) مرد و ۳۵ نفر (۴۹/۳٪) زن بودند. در بیماران مبتلا به ضایعات لب، بیشترین مراجعه کنندگان در دهه هفتم زندگی به میزان ۲۷ مورد (۱۹/۶٪) بودند در حالیکه در بیماران مبتلا به ضایعات مخاط دهان بیشترین میزان فراوانی در دهه چهارم زندگی با ۱۵ مورد (۲۱/۱٪) و سپس در دهه پنجم و هفتم زندگی با ۱۲ مورد (۱۶/۹٪) دیده شد.

از نظر شکل بالینی ضایعات لب بیشترین فراوانی را ضایعات کیستیک و نیز ضایعات پلاک تایپ هر کدام با ۲۷ مورد (۱۹/۶٪) تشکیل می دادند و کمترین فراوانی مربوط به ضایعات تاولی با یک مورد (۰/۷٪) بود. در حالیکه در ضایعات مخاط دهان بیشترین فراوانی مربوط به ضایعات پلاک تایپ با ۱۷ مورد (۲۳/۹٪) بود و ضایعات آروزویون و پاپولار هر کدام ۱۵ مورد (۲۱/۱٪) را تشکیل می دادند.

در بیماران مبتلا به ضایعات لب، در ۱۳۰ مورد (۹۴/۲٪) درگیری لب تحتانی و در ۸ مورد (۵/۸٪) درگیری لب فوقانی دیده شد.

شایعترین نواحی درگیری در ضایعات مخاط دهان را به ترتیب ضایعات مخاط گونه با ۳۵ مورد (۴۹/۳٪) سطح پشتی زبان با ۱۲ مورد (۱۶/۹٪) و نوک زبان با ۶ مورد (۸/۵٪) تشکیل می دادند (جدول ۱).

سیستمیک است. تعدادی از ضایعات پاتولوژیک نیز منحصربه‌مخاط دهان و لب هستند (۱).

هضم غذا از دهان شروع می شود. مواد شیمیایی در یک محیط مایع حل شده و تحت تأثیر آنزیمها و میکروارگانیسم ها قرار می گیرند. غذا دارای طیف وسیعی از حرارت، قوام و ترکیبات است. جویدن غذا سبب وارد آمدن فشارهای مکانیکی به نواحی خاص از حفره دهان و گاهی سبب آسیب می شود. وجود دندان، پیچیدگی خاصی را در فونکسیون مخاط دهان ایجاد می کند. میکروارگانیسمها از اوایل زندگی در دهان کلنیزه شده و در تمامی عمر باقی می ماند. مصرف دخانیات سبب مواجهه مخاط دهان و لب با تغییرات حرارتی و مواد شیمیایی می شود. شرایط آب و هوایی و اشعه ماورا بنفش در ایجاد آسیب لب نقش مهمی دارند (۲).

وضعیت خاص آناتومیک لب و مخاط دهان سبب تنوع و تغییر شکل بالینی ضایعات در این ناحیه شده و شبکه لنفاوی وسیع در لب و حفره دهان سبب گسترش و متاستاز سریع بدخیمی ها در این ناحیه می شود (۳). کلیه فاکتورهای فوق سبب می شوند حفره دهان و لب اهمیت خاصی داشته و اختلالاتی که این نواحی را درگیر می کند از نظر شیوع، تظاهرات بالینی و نمای آسیب شناسی با ضایعه مشابه آن بر روی پوست تفاوت داشته باشند و تشخیص آنها نیازمند اطلاعات و تجربه بالینی کافی باشد (۲).

با توجه به مسائل فوق الذکر کارکرد هفت ساله بخش آموزشی پوست بیمارستان سینا - همدان از بدو تأسیس در این زمینه جمع بندی و ارزیابی شد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی، خصوصیات بالینی و آسیب شناسی انواع ضایعات لب و مخاط دهان و ارتباط آنها با عواملی نظیر سن، جنس، شغل، بیماریهای سیستمیک و پوستی و مصرف دارو در بیماران تحت مطالعه در سالهای ۷۷-۷۰ می باشد.

روش کار:

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - مقطعی گذشته نگر بود که جامعه آماری آن را بیماران مبتلا به ضایعات لب و دهان که به بخش پوست مراجعه نموده بودند و از ضایعات آنها بیوپسی بر داشته شده بود تشکیل می داد. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از

جدول ۱: توزیع فراوانی ضایعات مخاط دهان
بر حسب محل ضایعه

محل ضایعه	فراوانی	تعداد	درصد
مخاط گونه		۳۵	۴۹/۳
سطح پشتی زبان		۱۲	۱۶/۹
نوک زبان		۶	۸/۵
کناره زبان		۴	۵/۶
سطح زیرین زبان		۱	۱/۴
کام سخت		۱	۱/۴
لته		۱	۱/۴
مخاط گونه+ سطح پشتی زبان		۴	۵/۶
مخاط گونه+ سطح زیرین زبان		۳	۴/۲
مخاط گونه + سطح پشتی و کناره زبان		۱	۱/۴
سطح پشتی+کناره های زبان		۱	۱/۴
مخاط گونه+کف دهان		۱	۱/۴
لته+کام سخت+ سطح پشتی زبان		۱	۱/۴
جمع		۷۱	۱۰۰

دهان که در بررسی آسیب شناسی تشخیص زگیل قطعی شد.

در بیماران مورد مطالعه ، بیماری پوستی همزمان در ۵ مورد (۲/۵٪) وجود داشت . در ۱۶۹ مورد (۸۴/۹٪) این همراهی وجود نداشت و در ۲۵ مورد (۱۲/۶٪) اطلاعات لازم ثبت نشده بود . موارد همراهی با بیماری پوستی را ۲ مورد بیمار مبتلا به گزرودرما پیگمنتوزوم با ضایعات اروزیون Actinic cheilitis در لب تحتانی ، یک مورد بیمار مبتلا به ضایعات پسوریازیس با درگیری لب ، یک مورد بیمار به اینترتریگوی کاندیدایی با سابقه ۱۰ ساله همراه با ضایعات مخاطی کاندیدیاژیس و یک مورد زن مبتلا به گواتر منتشر یو تیروئید ، ویتیلیگو و ضایعات پاپیلو ماتوز فیروما بر روی لب ، زبان و مخاط گونه (سندرم Cowden) تشکیل می دادند.

در مطالعه حاضر ، همراهی ضایعات لب و مخاط دهان با مصرف دارو در ۱/۱ موارد وجود داشت ولی تعداد موارد نامشخص (۷۳/۴٪) سبب شد که ارزیابی این یافته معتبر نباشد . این بیماران عبارت بودند از :

۱- یک زن ۴۲ ساله با سابقه چهار ماهه ندولهای عروقی بنفش رنگ در کام سخت و سطح پشتی زبان بدنبال انجام پیوند کلیه و مصرف پردنیزولون و داروهای ایمنوساپرسیو که در بررسی آسیب ، تشخیص سارکوم کاپوزی اثبات شد.

۲- یک پسر بچه ۱۰ ساله با ۲ هفته اروزیون در لب تحتانی بدنبال تزریق پنی سیلین که در آسیب شناسی تشخیص اریتم مولتی فرم اثبات شد.

توزیع فراوانی ضایعات لب و مخاط دهان بر حسب نوع آسیب شناسی ضایعه در جدول ۲ نشان داده شده است. بیشترین فراوانی مربوط به ضایعات بد خیم و مستعد بدخیمی بوده و ضایعات ری اکتیو ، تاوولی و اولسراتیو و ضایعات عفونی در رده های بعدی قرار گرفته اند . این امر می تواند ناشی از این باشد که ضایعات بد خیم و مشکوک به بد خیمی . بیشتر مورد بیوپسی قرار می گیرد تا ضایعات خوش خیم تر مثل زگیل و غیره. در گروه ضایعات بدخیم و مستعد بدخیمی ، بیشترین فراوانی مربوط به اسکواموس سل کارسینوما و سپس Actinic cheilitis ، لکوپلاکی ، کراتواکانتوم بود.

در گروه ضایعات ری اکتیو ، بیشترین فراوانی مربوط به موکوسل و سپس گرانولوم پیوزنیک

از نظر فراوانی ضایعات لب و مخاط دهان بر حسب گروههای شغلی در ۲۵/۶٪ از موارد نوع شغل بیمار در دفاتر ثبت نگردیده بود ولی مراتب بعدی بترتیب مربوط بود به زنان خانه دار (۲۱/۱٪) ، کشاورزان (۵۱/۱٪) ، محصلین (۱۵/۱٪) ، کارگران (۱۳/۱٪) و کارمندان (۷/۵٪) . در بیماران مورد مطالعه سابقه همراهی ضایعات دهانی با بیماری سیستمیک زمینه ای فقط در ۳ مورد (۱/۵٪) موجود بود و در ۱۲۰ مورد (۶۰/۳٪) این همراهی وجود نداشت و در ۷۶ مورد (۳۸/۲٪) اطلاعات لازم در دفاتر ثبت نشده بود. موارد همراهی عبارت بودند از:

۱- یک مرد ۶۲ ساله با سابقه ۸ ماهه از ورم اندامهای تحتانی ، علائم نارسایی احتقانی قلب ، زبان بزرگ دارای ضایعات پلاک سفید ، پورپورای اطراف چشم ، کم خونی ، پارستزی دستها و آتروفی دو طرفه عضلات تنار که در بیوپسی از ضایعات زبان تشخیص آملیونیدوز اثبات گردید.

۲- یک زن ۵۴ ساله با سابقه ۶ ماهه هیپاتیت مزمن فعال و ضایعات اروزیون دهانی که در بررسی آسیب شناسی تشخیص لیکن پلانوس قطعی شد.

۳- یک مرد ۲۳ ساله با سابقه ۱۰ ساله نارسایی مزمن کلیه و پاپولهای زگیلی متعدد بر روی لب و مخاط

و کمترین فراوانی مربوط به لنفادم بود.

در گروه ضایعات تاولی واولسراتیو،بیشترین فراوانی مربوط به لیکن پلانوس و پمفیگوس بود.آفت دهانی ، پمفیگوئید سیکاتریسیل واریتم مولتی فرم درجات بعدی راتشکیل می دادند.

در گروه ضایعات عفونی ،بیشترین فراوانی مربوط به

زگیل دهانی بود.

گروه تومورهای خوش خیم را فیبروم ،نورو فیبروم وتومور گلوموس تشکیل می دادند.در گروه اختلالات تکاملی ،یک مورد لنفانژیوم دیده شد .در گروه اختلالات متفرقه ، پسوریازیس DLE و آمیلوئیدوز هر کدام به میزان یک مورد دیده شد.

جدول ۲: توزیع فراوانی ضایعات لب ومخاط دهان بر حسب نوع هیستولوژیک ضایعه

درصد	تعداد	فراوانی تشخیص های هیستولوژیک	طبقه بندی ضایعات
۱۷/۶	۳۵	SCC	بدخیم و مستعد بدخیمی
۰/۱۵	۱	BCC	
۰/۱۵	۱	Kaposi Sarcoma	
۱۴/۶	۲۹	Actinic cheilitis	
۷/۱۵	۱۵	Leukoplakia	
۲/۱۵	۵	Keratoacanthoma	
۰/۱۵	۱	Parokeratosis	
۱	۲	Fibroma	تومورهای خوش خیم
۰/۱۵	۱	Neurofibroma	
۰/۱۵	۱	Glomus tumor	
۰/۱۵	۱	ALHE	
۶/۱۵	۱۳	Pyogenic granuloma	ضایعات ری اکتیو
۲	۴	Lymphedema	
۱۴/۶	۲۹	Mucocele	
۱۳/۱	۲۶	Lichen planus	ضایعات تاولی و اولسراتیو
۴	۸	Pemphigus	
۱	۲	Aphthous ulcer	
۱	۲	Cicatricial pemphigoid	
۰/۱۵	۱	Erythema multiform	
۸	۱۶	Wart	ضایعات عفونی
۱	۲	Candidiasis	
۰/۱۵	۱	Lymphagioma	اختلالات تکاملی
۰/۱۵	۱	DLE	متفرقه
۰/۱۵	۱	Psoriasis	
۰/۱۵	۱	Amyloidosis	
۱۰۰	۱۹۹		جمع

جدول ۳: توزیع فراوانی شایع ترین انواع آسیب شناسی ضایعات لب و مخاط دهان رادر بیماران مورد مطالعه بر حسب سن، جنسیت، شغل، محل درگیری و شکل بالینی ضایعات نشان می دهد.

جدول ۴: توزیع فراوانی انواع ضایعات هیستولوژیک لب و مخاط دهان بر حسب سن، جنس، شغل، محل و شکل بالینی ضایعات

فراوانی مطلق (نسبی)								تشخیص های هیستولوژیک	
Pemphigus	Pyogenic granuloma	Leuko plakia	wart	Lichen planus	Mucocete	Actinic cheilitis	SCC	متغیر های مورد بررسی	
۲ (۲۵)	۸ (۶۱/۵)	۹ (۶۰)	۹ (۵۶/۳)	۱۳ (۵۰)	۱۹ (۶۵/۵)	۲۶ (۹۸/۷)	۲۷ (۷۷/۱)	مرد	جنسیت
۶ (۷۵)	۵ (۳۸/۵)	۶ (۴۰)	۷ (۴۳/۸)	۱۳ (۵۰)	۱۰ (۳۴/۵)	۳ (۱۰/۳)	۸ (۲۲/۹)	زن	
-	-	-	-	-	۱۰ (۳۴/۵)	-	-	۹-۱۰	سن (سال)
-	۴ (۳۰/۸)	-	۳ (۱۸/۸)	۳ (۱۱/۵)	۱۱ (۳۷/۹)	-	-	۱۰-۱۹	
۱ (۱۲/۵)	۲ (۱۵/۴)	-	۱ (۶/۳)	۴ (۱۵/۴)	۷ (۲۴/۱)	۱ (۳/۴)	-	۲۰-۲۹	
۲ (۲۵)	۱ (۷/۷)	۳ (۲۰)	۶ (۳۷/۵)	۳ (۱۱/۵)	۱ (۳/۴)	-	۲ (۵/۷)	۳۰-۳۹	
۳ (۳۷/۵)	-	۳ (۲۰)	۲ (۱۲/۵)	۶ (۲۳/۱)	۸ (۲۷/۶)	۶ (۲۰/۷)	۳ (۸/۶)	۴۰-۴۹	
-	۳ (۲۳/۱)	۳ (۲۰)	۱ (۶/۳)	۵ (۱۹/۲)	۱ (۳/۴)	۶ (۲۰/۷)	۵ (۱۴/۳)	۵۰-۵۹	
۱ (۱۲/۵)	۱ (۷/۷)	۱ (۶/۷)	۲ (۱۲/۵)	۴ (۱۵/۴)	-	۱۱ (۳۷/۹)	۱۵ (۴۲/۹)	۶۰-۶۹	
۱ (۱۲/۵)	۲ (۱۵/۴)	۴ (۲۶/۴)	۱ (۶/۳)	۱ (۳/۸)	-	۵ (۱۷/۲)	۱۰ (۲۸/۶)	۷۰-۷۹	
-	-	۱ (۶/۷)	-	-	-	-	-	۸۰ ≤	
۱ (۱۲/۵)	-	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۳)	۱ (۳/۸)	-	۱۰ (۳۴/۵)	۹ (۲۵/۷)	کشاورز	
۵ (۶۲/۵)	۳ (۲۳/۱)	۶ (۴۰)	۵ (۳۱/۳)	۷ (۲۶/۹)	۴ (۱۳/۸)	۲ (۶/۹)	۶ (۱۷/۱)	خانه دار	
-	۱ (۷/۷)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۲/۵)	۲ (۷/۷)	۴ (۱۳/۸)	-	-	کارمند	
-	۴ (۳۰/۸)	-	۴ (۲۵)	۴ (۱۵/۴)	۱۳ (۴۴/۸)	-	-	محصل	
۱ (۱۲/۵)	۲ (۱۵/۴)	۳ (۲۰)	۲ (۱۲/۵)	۳ (۱۱/۵)	۲ (۶/۹)	۴ (۱۳/۸)	۸ (۲۲/۹)	کارگر	
-	-	-	-	-	۱ (۳/۴)	۱ (۳/۴)	۱ (۲/۹)	بیکار	
۱ (۱۲/۵)	۳ (۲۳/۱)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۲/۵)	۹ (۳۴/۶)	۵ (۱۷/۲)	۱۲ (۴۱/۴)	۱۱ (۳۱/۴)	نامشخص	
۲ (۲۵)	۸ (۶۱/۵)	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۳)	۸ (۳۰/۸)	۲۹ (۱۰۰)	۲۹ (۱۰۰)	۳۳ (۹۳/۳)	لب	محل ضایعه
۳ (۳۷/۵)	۵ (۳۸/۵)	۱۴ (۹۳/۳)	۱۵ (۹۳/۸)	۱۴ (۵۳/۸)	-	-	۲ (۵/۷)	مخاط دهان	
۳ (۳۷/۵)	-	-	-	۴ (۱۵/۴)	-	-	-	لب+مخاط دهان	
-	۵ (۳۸/۵)	-	۱۲ (۷۵)	-	-	-	-	پاپول	شکل بالینی ضایعه
-	-	۲ (۱۳/۳)	-	۷ (۲۶/۹)	-	۳ (۱۰/۳)	-	بج	
-	-	۱۱ (۷۳/۳)	۲ (۱۲/۵)	۴ (۱۵/۴)	-	۱۳ (۴۴/۸)	۹ (۲۵/۷)	پلاک	
-	۵ (۳۸/۵)	-	۱ (۶/۳)	-	۲ (۶/۹)	-	۱۱ (۳۱/۴)	ندول	
-	-	-	۱ (۶/۳)	-	-	-	۴ (۱۱/۴)	تومور	
۲ (۲۵)	۳ (۲۳/۱)	۱ (۶/۷)	-	۵ (۱۹/۲)	-	۶ (۲۰/۷)	۱۱ (۳۱/۴)	اولسر	
۶ (۷۵)	-	۱ (۶/۷)	-	۱۰ (۳۸/۵)	-	۱۱ (۳۷/۱)	-	اروزیون	
-	-	-	-	-	۲۷ (۹۳/۱)	-	-	کیست	

در دهه هفتم زندگی شایعتر بوده است. همه موارد درگیری در لب تحتانی ایجاد شده و شایعترین شکل بالینی بصورت پلاک با ایندوراسیون و در درجه بعد بصورت آروزویون بوده است. از نظر گروههای شغلی بیشترین فراوانی در کشاورزان دیده شده است و نتایج بدست آمده موجود با کتب مرجع مطابقت دارد (۳).

در مطالعه حاضر، Mucocele در جنس مذکر و در گروه سنی ۱۹-۱۰ سال شایعتر بوده است. در بعضی از مطالعات نظیر آنچه توسط Bagan انجام شده تفاوت جنسی چشمگیری در ابتلا به موکوسل وجود نداشته و بالاترین میزان ابتلا نیز مربوط به سن ۲۰-۱۰ سال بوده است (۶). در مطالعه دیگری که در توکیو توسط Yamasoba بر روی ۷۰ بیمار انجام شده نیز نسبت ابتلای زن و مرد یکسان و بیشترین میزان ابتلا در دهه دوم زندگی بوده است (۷). ولی در بعضی منابع میزان ابتلا در مردان بیشتر گزارش شده است (۲). در مطالعه انجام شده موکوسل در محصلین شایعتر بوده که با توجه به سن بیماران، این نکته قابل توجه است. شایعترین شکل بالینی ضایعه نیز بصورت کیست بوده است. در همه موارد محل ضایعه در لب بوده که این نکته نیز با مطالعه Bagan مطابقت دارد (۶).

در مطالعه انجام شده Oral lichenplanus در هر دو جنس بطور یکسان دیده شد. شایعترین سن ابتلا دهه پنجم زندگی بود و تقریباً نیمی از موارد در دهه پنجم تا هفتم زندگی ایجاد شده است. شایعترین محل درگیری در مخاط دهان و بخصوص در مخاط گونه بوده است و بیشترین شکل بالینی را فرمهای آروزویون تشکیل داده است. از نظر گروههای شغلی بیشترین فراوانی ابتلا در زنان دیده شد. براساس آنچه که در کتب مرجع (۳) ذکر شده بیماری در زنان، دو برابر بیشتر از مردان رخ می دهد که این نکته با مطالعه حاضر تفاوت دارد ولی از نظر شیوع سنی عمدتاً سن ابتلا در دهه پنجم و ششم بوده است که تا حدودی با این مطالعه مطابق می باشد. از نظر محل درگیری نیز شایعترین محل، مخاط گونه است که مطابق با نتایج این مطالعه می باشد.

در مطالعه حاضر، زگیل دهانی در جنس مذکر و در دهه چهارم زندگی شایع تر بوده و شایعترین محل درگیری در مخاط گونه و سپس نوک زبان و بصورت

در بیماران مورد مطالعه، بین تشخیص بالینی اولیه و تشخیص قطعی و آسیب شناسی در ۱۸۸ مورد (۹۴/۵٪) تطابق تشخیصی وجود داشت. ۱۱ مورد (۵/۵٪) عدم تطابق بین تشخیص بالینی و آسیب شناسی عبارت بود از: ۳ مورد کراتواکانتوم، ۳ مورد گرانولوم پیوژنیک با تشخیص اولیه SCC یا Actinic cheilitis، ۲ مورد لنفادم با تشخیص اولیه Glandular یا Granulomatous cheilitis، یک مورد نوروفیبروما و یک مورد تومور گلوموس با تشخیص اولیه موکوسل.

بحث:

در بیماران مورد مطالعه، تعداد افراد مبتلا به ضایعات لب بیشتر از افراد مبتلا به ضایعات مخاط دهان بود. از آنجایی که ضایعات لب از نظر ظاهری بیشتر جلب توجه می کند و سبب مراجعه بیمار می شود و نیز بدلیل اینکه لبها بخصوص لب تحتانی در معرض عوامل محیطی نظیر اشعه ماوراءبنفش قرار دارد این تفاوت قابل توجیه است. در بیماران مبتلا به ضایعات لب، شیوع ضایعه در مردان بیشتر و نسبت ابتلای مرد به زن تقریباً سه به یک بوده است. این مسئله می تواند ناشی از تماس بیشتر مردان با دخانیات که سبب آسیب حرارتی و شیمیایی میشود، باشد.

در مطالعه انجام شده، اسکواموس سل کارسینوما، در مردان و در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال (دهه هفتم) شایعتر بوده است. بیشترین محل درگیری در لب و شایعترین شکل بالینی بصورت زخم وندول بوده است. از نظر گروههای شغلی، بیشترین فراوانی را موارد ابتلا در کشاورزان تشکیل داده است که می تواند ناشی از نور در ایجاد تومور باشد. در یک مطالعه گذشته نگر که توسط Ormsby در طی سالهای ۱۹۸۸-۱۹۷۳ در ایرلند بر روی کانسردهانی انجام شده شایعترین محل درگیری، لب بوده است (۸۱٪) و بیماران را بطور غالب مردان تشکیل می داده اند (۴). در یک مطالعه اپیدمیولوژیک دیگر که توسط Jovanovic بر روی ۷۴۰ بیمار مبتلا به اسکواموس سل کارسینوما، اولیه دهانی انجام شد، سن متوسط ۶۳ سالگی بوده است (۵). در کتاب درماتولوژی Champion نیز جنس و سن شایع برای بیماری در مردان بالای ۵۰ سال ذکر شده است (۳). این نتایج با نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر مطابقت دارد.

در مطالعه انجام شده Actinic cheilitis در مردان و

زنان خانه دار تشکیل داده اند و بیشترین شکل بالینی ضایعه بصورت اروزیون بوده است .

بیماران مبتلا به ضایعه لب ومخاط دهان درصد کمی از بیماران درمانگاههای پوست را تشکیل می دهند ولی ضایعات مخاط دهان در تعداد قابل توجهی از بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای عمومی، دندانپزشکی و دیگر رشته های تخصصی دیده می شود که توجه خاصی را طلب می کنند. بیماران باید به نحوی از اهمیت ضایعات مخاطی آگاه شوند و بخصوص اگر این ضایعات در مدت کوتاه (۱۰-۷ روز) بهبود نیابند باید بدقت بررسی و پیگیری شوند. بسیاری از ضایعات مخاط دهان دارای نمای بالینی مشابه هستند چنانکه یک ضایعه زخمی می تواند ناشی از آسیب فیزیکی حاصل از دندان، ضایعات تاولی یا تومورهای بدخیم باشد (۳). پس هر گونه ضایعه را باید با اهمیت تلقی کرد بخصوص اگر بیمار دارای فاکتورهای نظیر مصرف دخانیات یا پروتز دندانی باشد. تهیه شرح حال دقیق و بخصوص توجه به بیماریهای پوستی وسابقه مصرف دارو اولین قدم در جهت دستیابی به تشخیص صحیح می باشد. معاینه مخاط دهان جزء مهمی از معاینه فیزیکی بیمار را تشکیل می دهد و در بعضی از بیماریهای پوستی نظیر لیکن پلانوس وجود درگیری مخاطی به تشخیص بالینی کمک می کند (۳). انجام بیوپسی و بررسی آسیب شناسی در ضایعات مخاطی مزمن یا مقاوم به درمان اهمیت زیادی دارد.

با توجه به وضعیت آب وهوایی منطقه ، افرادی که در محیطهای باز کار می کنند باید از مضرات نور خورشید در ایجاد ضایعات پوستی و بخصوص لب آگاه باشند و از عوامل پوشاننده وترکیبات ضد آفتاب استفاده کنند.

بیشترین موارد ضایعات لب ومخاط دهان را در این پژوهش ، ضایعات بدخیم و مستعد بدخیمی تشکیل داده است که با انجام مطالعات دقیق تر و شناسایی ریسک فاکتورهای موجود در بیماران ، شاید بتوان از بروز بیشتر ضایعات پیشگیری کرد.

منابع:

1. Young SK , Burgdorf WHC . Oral medicine. In: Demis DJ (ed) , Clinical dermatology, 25th revision. Philadelphia : Lippincot, 1998 , Vol 4 (unit 28-1).

پاپول بوده است . شایعترین گروه شغلی را زنان خانه دار تشکیل می داده اند. در کتب مرجع (۸) محل شایع زگیل دهانی در کام و لب ذکر شده که با مطالعه حاضر مطابقت ندارد.

در مطالعه انجام شده ، در لکوپلاکی نسبت ابتلای مرد به زن ۱/۵ به یک و شایعترین سن ابتلا دهه هشتم زندگی بوده است . شایعترین شکل بالینی بصورت پلاک و پیچ سفید (هوموژنوس) دیده شد. بیشترین محل درگیری در مخاط گونه و شایعترین گروه شغلی مبتلا را زنان خانه دار تشکیل داده اند. از نظر شکل بالینی ضایعه، نتایج مطالعه با نتایج موجود در کتب مرجع (۳) که شایعترین شکل بالینی را در ۹۰٪ موارد تاپ هوموژنوس ذکر می کنند مطابق است ولی از نظر شیوع سنی ، دهه ۷-۵ زندگی بیشترین میزان ابتلا را داشتند در حالیکه در مطالعه حاضر ، سن ابتلا بالاتر است وشاید ناشی از مراجعه دیرتر به پزشک باشد تا شیوع واقعی بیماری در سنین بالاتر.

در مطالعه انجام شده ، گرانولوم پیوژنیک در جنس مذکر و در دهه دوم زندگی شایعتر بوده و در منابع نیز این ضایعه عمدتاً در افراد جوان گزارش شده است (۳). محل درگیری در لب بوده است که شاید نشان دهنده نقش تروما در ایجاد ضایعه باشد. در منابع موجود محل ضایعه در لثه ذکر شده است (۸). شایعترین شکل بالینی ضایعه بصورت ندول وپاپول بود و بیشترین گروه شغلی را محصلین تشکیل داده اند.

در مطالعه حاضر ، پمفیگوس دهانی در جنس مؤنث و دهه پنجم زندگی شایعتر بود. در مطالعه ای که توسط Jacobson, بر روی بیماران پمفیگوس دهانی انجام شده بیماری غالباً در دهه چهارم تا ششم زندگی رخ داده و ابتلای زن ومرد مساوی بوده ولی در مطالعه Lamely بر روی ۳۰ مورد پمفیگوس دهانی ، ۲۰ مورد آنها در زنان ایجاد شده است (۹). بیشترین محل درگیری در مخاط دهان یادرگیری همزمان مخاط دهان و لب بوده و درگیری لبها به تنهایی کمتر شایع است . شایعترین محل ابتلا در مخاط دهان نیز محاط گونه بوده است در حالیکه در کتب مرجع ، محل شایع ضایعه در ۸۰٪ موارد در کام نرم وسپس در مخاط گونه و

زبان گزارش شده است (۸).

شایعترین گروه شغلی را در بیماران مورد مطالعه

2. Gallagher GT . Biology and pathology of the oral mcosa. In :Fitzpatrick TB (ed) , Dermatology in general medicine. 4th ed. New York: McGraw - Hill,1993: 1357,1386-1387.
3. Scully C. The oral cavity. In: Champion RH , Burton JL , Burns DA (eds) , Textbook of dermatology. 6th ed . London : Blackwell , 1998:3074,3081 - 3082,3112.
4. Ormsby M. Oral cancer in North Western Ireland. J Ir Dent Assoc 1993; 39(5): 118-20.
5. Jovanovic A, Schulten EA. Squamous cell carcinoma of the lip and oral cavity in the Netherland. J Cranimaxillofac Surg 1993Jun; 21 (4): 149-52.
6. Bagan Sebastian JV, Silvestre Donat FJ. Clinico pathological study of oral mucocele . AV Odontostomatol 1990 Sep; 6(7): 389-91 , 394-5.
7. Ymasoba T , Tayama N. Clinicostatistical study of lower lip mucocele .Head Neck 1990 Jul-Aug ; 21(4):316-20.
8. Eisen D , Sexton J. Disorders of oral mucous membranes. In Arndt KA , Leboit PE , Robinson JK (eds) , Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia : W.B. Saunders, 1996 : 1325,1332-1334.
9. Jacobson J , Van Dis M . Oral pemphigus vulgaris. Oral Surg Oral Med Endod 1997Oct ; 84(4): 349-55.