

بررسی فراوانی تومورهای ادونتوژنیک کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به بخش آسیب‌شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی تهران در سالهای ۱۳۴۸-۱۳۸۱

دکتر مجید مهران* - دکتر محمد اسلامی** - دکتر نوشین جلاپور نادری*** - دکتر کتایون چغاگودی****

*- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد.

** - دانشیار گروه آموزشی آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** - استادیار گروه آموزشی آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد.

**** - دندانپزشک.

چکیده

زمینه و هدف: تومورهای ادونتوژنیک گروهی پیچیده از ضایعات با انواع هیستوپاتولوژیک و روند بالینی متفاوت هستند. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی تومورهای ادونتوژنیک در کودکان و نوجوانان بخش آسیب‌شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی تهران طرح‌ریزی گردید.

روش بررسی: مطالعه حاضر به روش Case series انجام شد. جامعه آماری بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب‌شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی تهران در سالهای ۱۳۴۸-۱۳۸۱ بود. در این مطالعه با مراجعه به بایگانی این بخش اطلاعات مربوط به نوع تومور، جنس، سن و محل ضایعات تومورهای ادونتوژنیک کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال استخراج و در فرم‌های اطلاعاتی از پیش تهیه شده وارد شدند، سپس داده‌های مطالعه با نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: از مجموع نمونه‌های بررسی شده ۱۵۸ مورد تومور ادونتوژنیک معادل ۴/۴۹٪ در کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال یافت شد. ادونتوم با ۴۷ نمونه برابر ۲۹/۷٪ بیشترین و فیبروم ادونتوژنیک مرکزی با ۰/۶٪ معادل یک مورد کمترین تعداد را به خود اختصاص داده بودند. بررسی متغیرهای مطالعه بیانگر نتایج زیر بود: ۵۷٪ از کل نمونه‌ها در فک پائین و ۴۳٪ در فک بالا روی داده بودند. میزان فراوانی تومورهای ادونتوژنیک در دختران ۵۳/۲٪ و در پسران ۴۶/۸٪ بود. ۲/۵۳٪ از نمونه‌ها از بدو تولد تا شش سالگی، ۱۸/۹۸٪ از ۶-۱۲ سالگی و ۷۸/۴۸٪ در رده سنی ۱۲-۱۸ سال روی داده بودند.

نتیجه‌گیری: میزان وقوع تومورهای ادونتوژنیک در کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال در فک پائین، دختران و رده سنی ۱۲-۱۸ سال بیشتر بوده و ادونتوم بیشترین فراوانی را در میان تومورهای ادونتوژنیک دیگر دارد.

کلید واژه‌ها: تومورهای ادونتوژنیک - کودکان - بررسی فراوانی

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۹/۱۵

اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۸/۱

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۲/۲۷

نویسنده مسئول: گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد mehran44m@yahoo.com

مقدمه

تومورها را بر حسب منشا به سه گروه تومورهای ادونتوژنیک اپی تلیالی، تومورهای ادونتوژنیک با منشا اکتومزانشیم و تومورهای ادونتوژنیک مختلط (Mix) طبقه‌بندی کرده‌اند. (۱)

تومورهای ادونتوژنیک گروهی پیچیده از ضایعات با انواع هیستوپاتولوژیک و بالینی متفاوت هستند. برخی از این ضایعات نئوپلاسم حقیقی و برخی دیگر منشا همارتوماتوز دارند. این

بسیاری منجمله ممانعت از رشد صحیح فکین و اختلال در رویش دندانها در کودکان را دارند، کمتر مورد توجه قرار گرفته، موجب شد تا با هدف:

۱ - بررسی فراوانی تومورهای ادونتوزن در افراد زیر ۱۸ سال مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲ - بررسی متغیرهای سن، جنس و محل ضایعات در این بیماران

میزان فراوانی و تأثیر متغیرهای مختلف بالینی انواع این تومورها باید مورد بررسی قرار گیرد. در این رهگذر بدست آوردن اطلاعات آماری ضایعات مذکور می تواند به دندانپزشکان در تشخیص افتراقی کمک کرده و در جهت برنامه ریزیهای جامع و آینده نگر مفید واقع شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش Case series و به شیوه بررسی آرشیو (Archive review) انجام گرفت. جامعه آماری مراجعه کنندگان به بخش آسیب شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سالهای ۱۳۴۸ تا ۱۳۸۱ بود. در مرحله اول با مراجعه به بایگانی این مرکز تمامی پروندهها مورد بازنگری قرار گرفتند و از مجموع ۱۵۰۴۲ پرونده بررسی شده، پرونده بیماران زیر ۱۸ سال جدا شدند. از مجموع این پروندهها، آن دسته که تشخیص هیستوپاتولوژیک نمونه آنها تومور ادونتوزنیک بود استخراج گردید. در مرحله بعد اطلاعات مربوط به تومور، سن، جنس و محل ضایعات از پروندهها جدا و در فرمهای اطلاعاتی از پیش تهیه شده، ثبت گردیدند. سن بیماران با توجه به سه دوره دندانی اولیه (شیری)، مختلط (میکس) و دائمی در کودکان و نوجوانان به سه دوره سنی از بدو تولد تا شش سال، ۶-۱۲ سال و ۱۲-۱۸ سال طبقه بندی

از نظر بالینی تومورهای ادونتوزنیک بدون علامت هستند، اما می توانند باعث اتساع فکین، حرکت دندانها و تخریب استخوان شوند. دانش ما از جنبه های اصلی بالینی همانند سن، محل وقوع و ظاهر رادیوگرافیک در تشخیص افتراقی این تومورها بسیار بالارزش است، علاوه بر آن درک ما از رفتار بیولوژیک تومورهای ادونتوزن اهمیت اساسی در درمان بیماران دارد. (۲)

براساس طبقه بندی Nevill، تومورهای ادونتوزنیک اپی تلیالی شامل آملوبلاستوما، کارسینوم ادونتوزنیک با سلول روشن، آدنوماتوئید ادونتوزنیک تومور، تومور ادونتوزنیک اپی تلیالی کلسیفیه و تومور ادونتوزنیک اسکواموس می باشد. تومورهای مزانشیمی مشتمل بر ادونتوزنیک فیبروما، تومور ادونتوزنیک با سلول گرانولار، میکسوم ادونتوزنیک و سمتوبلاستوما بوده و در طبقه بندی تومورهای ادونتوزنیک مختلط آملوبلاستیک فیبروما، آملوبلاستیک فیبروآدنوم، آملوبلاستیک فیبروسارکوم، ادونتوآملوبلاستوما و ادونتوم (کامپوند و کامپلکس) قرار می گیرند. (۱)

مطالعات مختلف بیانگر درصد متفاوتی از میزان وقوع تومورهای ادونتوزن در کودکان بوده است. Ochsenius با مطالعه ۳۶۲ مورد بیوپسی میزان شیوع تومورهای ادونتوزن در کودکان را ۱/۲۹٪ و Stoelinga با مطالعه ۱۵۶ نمونه ۱۲/۲٪ از کل ضایعات دهان گزارش کرده اند. (۳-۴)

Tanaka و همکاران میزان وقوع ادونتوما را ۴۲/۴٪ و آملوبلاستوما را ۳۳/۳٪ در یک مجموعه ۱۰۵ نفری، بیشترین تومورهای ادونتوزنیک در کودکان گزارش کرده اند. (۵)

مطالعه Taylor و همکاران هم بیانگر میزان وقوع بیشتر ادونتوم معادل ۳۴/۶٪ و آملوبلاستوما معادل ۲۳/۷٪ در مقایسه با سایر تومورهای ادونتوزنیک در کودکان بوده است. (۶)

از آنجایی که وقوع تومورهای ادونتوزنیک به عنوان گروه مهمی از ضایعات دهانی که بالقوه توانایی ایجاد مشکلات

کودکان زیر ۱۸ سال ۵۷٪ از کل نمونه‌ها در فک پایین و ۴۳٪ در فک بالا روی داده بودند. میزان فراوانی نمونه‌ها در دختران ۵۳/۲٪ و در پسران ۴۶/۸٪ بوده و ۲/۵۳٪ از تومورها از بدو تولد تا شش سالگی، ۱۸/۹۸٪ از ۶-۱۲ سالگی و ۷۸/۴۸٪ در رده سنی ۱۲-۱۸ سال گزارش شده بودند. ادونتوم با ۲۹/۷٪، ۴۷ نمونه بیشترین و فیبروم ادونتوژنیک مرکزی با یک مورد برابر ۰/۶٪ کمترین تعداد را شامل می‌شدند.

بر خلاف افراد بالغ، تومورهای سر و گردن در کودکان نادرند و کمتر از ۵٪ تومورهای اطفال در ناحیه سر و گردن روی می‌دهند، این ضایعات از مالفورماسیون‌های مادرزادی تا نئوپلاسم‌های واقعی خوش خیم و بدخیم متفاوتند. (۷) مطالعه Arotiba به سال ۱۹۹۶ بر روی کودکان سیاه‌پوست آفریقایی نشان داد که ۱۸/۴٪ از تومورهای مورد مطالعه از نوع ادونتوژن بوده است. (۸)

جدول ۱: فراوانی انواع تومورهای ادونتوژنیک در مراجعان زیر ۱۸ سال به بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران در سالهای ۴۸-۱۳۸۱

نوع تومور	فراوانی	درصد
آملوبلاستوما	۱۷	۱۰/۸
آملوبلاستومای تک حفره‌ای	۶	۳/۸
آدنوما توئید ادونتوژنیک تومور	۱۳	۸/۲
تومور ادونتوژنیک اپی‌تلیالی کلسیفیه	۳	۱/۹
آملوبلاستیک فیبروما	۶	۳/۸
آملوبلاستیک فیبروآدنوما	۸	۵/۱
ادنتوآملوبلاستوما	۲	۱/۳
ادنتوما	۴۷	۲۹/۷
فیبروم ادونتوژنیک مرکزی	۱	۰/۶
فیبروم ادونتوژنیک محیطی	۴۳	۲۷/۲
ادنتوژنیک میکسوما	۷	۴/۴
ادونتوژنیک فیبرومیکسوما	۳	۱/۹
سمنتوبلاستوما	۲	۱/۳
جمع	۱۵۸	۱۰۰

شده و نوع تومور براساس گزارش پاتولوژیک نمونه و بر طبق آخرین طبقه‌بندی کتاب Nevill تعیین شد. (۱)، محل تومور براساس ابتلای فکین ثبت گردید.

در این مطالعه نمونه‌هایی که اطلاعات آنها منجمله سن، جنس و محل ضایعه کامل نبودند، در بررسی آماری وارد نشدند.

در مرحله آخر آنالیز آماری اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS براساس فراوانی متغیرهای موجود انجام گرفت.

یافته‌ها

از میان کل نمونه‌های موجود در بخش آسیب‌شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تعداد ۱۵۸ نمونه تومور ادونتوژنیک در افراد زیر ۱۸ سال ثبت گردید که ۴/۶۹٪ از کل نمونه‌ها را در افراد زیر ۱۸ سال شامل می‌شد. در این مطالعه ادونتوم با ۲۹/۷٪ بیشترین و فیبروم ادونتوژنیک مرکزی با یک مورد برابر ۰/۶٪ کمترین تعداد را شامل می‌شد (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی تفکیک شده انواع تومورهای ادونتوژنیک در بیماران زیر ۱۸ سال را نشان می‌دهد.

میزان وقوع تومورهای ادونتوژنیک در دختران ۵۳/۲٪ و در پسران ۴۶/۸٪ بود (جدول ۲).

بررسی متغیر محل ضایعات نشان داد که ۵۷٪ از نمونه‌ها در فک پایین و ۴۳٪ در فک بالا روی داده بودند (جدول ۳).

از لحاظ بروز نمونه‌ها در سه گروه سنی مشاهده گردید که ۲/۵۳٪ از موارد از بدو تولد تا شش سالگی، ۱۸٪ از ۶-۱۲ سالگی و ۷۸/۴۸٪ در سنین ۱۲-۱۸ سالگی روی داده بودند (جدول ۴).

بحث

در این مطالعه از مجموع ۱۵۸ مورد تومور ادونتوژنیک در

جدول ۲: فراوانی تومورهای ادونتوژنیک براساس جنس در افراد زیر ۱۸ سال مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی تهران در سالهای ۴۸-۱۳۸۱

نوع تومور	پسر		دختر		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آملوبلاستوما	۱۱	۶۴/۷	۶	۳۵/۳	۱۷	۱۰۰
آملوبلاستومای تک حفره‌ای	۳	۵۰	۳	۵۰	۶	۱۰۰
آدنوما توئید ادونتوژنیک تومور	۷	۵۳/۸	۶	۴۶/۲	۱۳	۱۰۰
تومور ادونتوژنیک اپی تلیالی کلسیفیه	۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۷	۳	۱۰۰
آملوبلاستیک فیبروما	۳	۵۰	۳	۵۰	۶	۱۰۰
آملوبلاستیک فیبروادنتوما	۲	۲۵	۶	۷۵	۸	۱۰۰
ادنتوآملوبلاستوما	۱	۵۰	۱	۵۰	۲	۱۰۰
ادنتوما	۲۲	۴۶/۸	۲۵	۵۳/۲	۴۷	۱۰۰
فیبروم ادونتوژنیک مرکزی	-	-	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰
فیبروم ادونتوژنیک محیطی	۱۶	۳۷/۲	۲۷	۶۲/۸	۴۳	۱۰۰
ادنتوژنیک میکسوما	۵	۷۱/۴	۲	۲۸/۶	۷	۱۰۰
ادونتوژنیک فیبرومیکسوما	۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۷	۳	۱۰۰
سمنتوبلاستوما	۲	۱۰۰	-	-	۲	۱۰۰
جمع	۷۴	۴۶/۸	۸۴	۷۴	۱۵۸	۱۰۰

جدول ۳: فراوانی تومورهای ادونتوژنیک در افراد زیر ۱۸ سال مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی تهران در سالهای ۴۸-۱۳۸۱ بر اساس محل

نوع تومور	فک پائین		فک بالا		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آملوبلاستوما	۱۶	۹۴/۱	۱	۵/۹	۱۷	۱۰۰
آملوبلاستومای تک حفره‌ای	۵	۸۳/۳	۱	۱۶/۷	۶	۱۰۰
آدنوما توئید ادونتوژنیک تومور	۷	۵۳/۸	۶	۴۶/۲	۱۳	۱۰۰
تومور ادونتوژنیک اپی تلیالی کلسیفیه	۲	۶۶/۷	۱	۳۳/۳	۳	۱۰۰
آملوبلاستیک فیبروما	۵	۸۳/۳	۱	۱۶/۷	۶	۱۰۰
آملوبلاستیک فیبروادنتوما	۷	۸۷/۵	۱	۱۲/۵	۸	۱۰۰
ادنتوآملوبلاستوما	۲	۱۰۰	-	-	۲	۱۰۰
ادنتوما	۲۰	۴۲/۶	۲۷	۵۷/۴	۴۷	۱۰۰
فیبروم ادونتوژنیک مرکزی	۱	۱۰۰	-	-	۱	۱۰۰
فیبروم ادونتوژنیک محیطی	۲۰	۴۶/۵	۲۳	۵۳/۵	۴۳	۱۰۰
ادونتوژنیک میکسوما	۳	۴۲/۹	۴	۵۷/۱	۷	۱۰۰
ادونتوژنیک فیبرومیکسوما	۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۷	۳	۱۰۰
سمنتوبلاستوما	۱	۵۰	۱	۵۰	۲	۱۰۰
جمع	۹۰	۵۷	۶۸	۴۳	۱۵۸	۱۰۰

جدول ۴: میزان فراوانی تومورهای ادونتوژنیک به تفکیک رده‌های سنی در افراد زیر ۱۸ سال مراجعه‌کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی تهران در سالهای ۴۸-۱۳۸۱

نوع تومور	بدو تولد تا شش سال	۶-۱۲ سال	۱۲-۱۸ سال
آملوبلاستوما	-	-	۱۷
آملوبلاستومای تک حفره‌ای	-	۱	۵
آدنوماتوئید ادونتوژنیک تومور	-	۱	۱۲
تومور ادونتوژنیک اپی‌تلیالی کلسیفیه	-	-	۳
آملوبلاستیک فیبروما	-	۳	۳
آملوبلاستیک فیبروادنتوما	۱	۱	۶
ادنتوآملوبلاستوما	۱	-	۱
ادنتوما	-	۱۳	۳۴
فیبروم ادونتوژنیک مرکزی	۱	-	-
فیبروم ادونتوژنیک محیطی	۱	۷	۳۵
ادونتوژنیک میکسوما	۱	۲	۵
ادونتوژنیک فیبرومیکسوما	-	۱	۲
سمنتوبلاستوما	-	۱	۱

می‌کند، این تفاوتها را می‌توان به تفاوت‌های نژادی و جغرافیایی جمعیت‌های مورد مطالعه نسبت داد. (۸) علاوه بر تفاوت‌های نژادی، حصول نتایج متفاوت را می‌توان به تعداد نمونه‌ها، نوع مطالعه همانند لحاظ کردن مراکز مختلف و طراحی متفاوت مطالعه همچون بررسی تمامی تومورها در این رده سنی و یا در نظر گرفتن تومورهای ادونتوژنیک به تنهایی مرتبط دانست.

در مطالعه حاضر ادونتوم با فراوانی ۳۹/۷٪ بیشترین تعداد نمونه‌ها را شامل می‌شد. این یافته‌ها با نتایج بدست آمده از مطالعه Tanaka, Maaita, Mosqueda-Taylor و همکارانشان مطابقت دارد، به طوری که Mosqueda-Taylor با ۳۴/۶٪ فراوانی، Maaita با ۲۰٪ فراوانی و Tanaka با ۴۲/۴٪ فراوانی ادونتوم را غالبترین تومور ادونتوژن در گروه سنی کودکان و نوجوانان معرفی می‌کنند. (۹)

Sato و همکاران نیز با بررسی ۲۵۰ نمونه از گروه سنی ۱۵ ساله در میان تومورهای ادونتوژن ادونتوم را با ۴۷ مورد

مطالعه Mosqueda - Taylor و همکاران به سال ۱۹۹۷ در یک بررسی گذشته‌نگر بر روی ۳۴۹ نمونه بیانگر آن بوده که وقوع تومورهای ادونتوژنیک در یک بیمارستان مبتلایان به سرطان ۰/۸٪ و در مرکز خصوصی آسیب‌شناسی دهان ۳/۸٪ تمامی نمونه‌های بیوپسی شده را تشکیل داده است. (۶)

در مطالعه انجام شده توسط Maaita بر روی ۱۷۲ تومور دهان در کودکان و نوجوانان اردنی بدون در نظر گرفتن نوع تومور ۹۱٪ از نمونه‌ها خوش‌خیم و ۹٪ آنها بدخیم گزارش شده‌اند. ۵۸ مورد از تومورهای خوش‌خیم ادونتوژنیک بوده است. (۹) در مطالعه حاضر از مجموع نمونه‌های بررسی شده ۱۵۸ مورد معادل ۴/۴۹٪ تومور ادونتوژنیک در کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال یافت شد که بیشترین تعداد این نمونه‌ها در رده سنی ۱۲-۱۸ سال و برابر ۷۸/۴۸٪ گزارش شده بودند.

مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر با بررسی‌های گزارش شده بیانگر تفاوت نتایج است. همان گونه که Arotiba نیز استدلال

نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر میزان وقوع بیشتر تومورهای ادونتوژن در رده سنی ۱۲-۱۸ سال، فک پایین و با فراوانی ادونتوم بود. با توجه به تفاوت یافته‌ها توصیه می‌گردد با انجام بررسیهای بیشتر اطلاعات موجود در این زمینه را افزایش داد.

شایعترین تومور ادونتوژن در این گروه گزارش کرده‌اند. (۱۰) محتملترین توضیح در خصوص فراوانی بیشتر ادونتوم در مقایسه با سایر تومورهای ادونتوژن به منشا هامارتوما این ضایعه بر می‌گردد. در حال حاضر ادونتوم را بیش از آنکه یک تومور محسوب نمایند، یک هامارتوما می‌دانند. Nevill با در نظر گرفتن منشا هامارتوماتوز ادونتوم آن را شایعترین ضایعه ادونتوژن در این گروه معرفی می‌کند. (۱)

REFERENCES:

1. Nevill BW, Damm DD, Allen CM, Bouquout JE. Oral and maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company; 2002,610-637.
2. Regezi JA, Sciubba J. Oral Pathology - clinical pathologic Correlations. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Company; 1999,323-357.
3. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Penafiel C, Escobar E. Odontogenic tumour in chile: A study of 362 cases. J Oral Pathol Med 2002 Aug;31(7):415-20.
4. Stoelinga PJ, Simon EN. Odontogenic myxoma: A clinico pathologic (study of 33 cases). Int J Oral Maxillofac Surg 2004 Aug;33(4):333-7.
5. Tanaka N, Murata A, Yamaguchi A, Kohama G. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999 July;88(1):11-15.
6. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-montes C, Caballero-sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy Rivera LM, Meneses-Garcia A. Odontogenic tumors in mexico: A collaborative retrospective study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997 Dec;84(6):672-5.
7. Sousa FB, Etges A, Correa L, Mesquita RA, de Araujo NS. Pediatric oral lesions: A 15-year review from saopaulo, Brazil. J Clin Pediatr Dent 2002 Summer;26(4):413-8.
8. Arotiba GT. A study of orofacial tumors in Nigerian children. J Oral Maxillofac Surg 1996 Jan;54(1):34-8.
9. Maaita JK. Oral tumors in children: A review. J Clin Padiatr Dent 2000;24(2):133-5.
10. Sato M, Tanaka N, Sato T, Amagasa T. Oral and maxillofacial tumors in children: a review. Br J Oral Maxillofac Surg 1997 April;35(2):92-5.