

بررسی فراوانی تومورهای ادونتوژنیک در زاهدان (ایران) در طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۹

حمیده کده*، شیرین سراوانی*#، طاهره نصرت زهی*#، فیض الرحمن رسولی زاده**

* استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

** استادیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

*** دندانپزشک

تاریخ ارائه مقاله: ۹۰/۱۱/۹ - تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۱۶

Frequency of Odontogenic Tumors in Zahedan-Iran from 2000 to 2010

Hamideh Kadeh*, Shirin Saravani*#, Tahereh Nosratzahi**, Feizorrahman Rasulizadeh***

* Assistant Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Science, Zahedan, Iran.

** Assistant professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Science, Zahedan, Iran.

*** Dentist.

Received: 29 January 2012; Accepted: 5 May 2012

Introduction: Odontogenic tumors constitute an important aspect of oral and maxillofacial pathology. Frequency of odontogenic tumors varies in different societies but no study has been done in Zahedan so far. The purpose of this study was to achieve the sex, location and age distribution of odontogenic tumors and frequency of each one in a period of ten years.

Materials & Methods: In this study, documents in archive of maxillofacial pathology department of Zahedan dental school, Khatamolanbia, Tamin ejtemaei Hospital and private laboratories were reviewed from 2000 to 2010. Data about age, sex, location of tumors and relation with impacted tooth were extracted and were submitted in the forms.

Results: In this study, among the 1125 cases of the oromaxillofacial lesions, 50 cases of odontogenic tumors were found. Among the different tumors, keratocyst odontogenic tumor (KOT) was the most common odontogenic tumor (48%), followed by ameloblastoma and odontoma with frequency of 24% and 12%, respectively. There were no cases of malignancy. The incidence of these lesions was 52% in women and 48% in men. The most common location of tumors was posterior of mandible and tumors were more frequent in the third decade of life. In 12 cases, the lesions were accompanied by impacted teeth.

Conclusion: In this study the most frequent tumors were KOT, Ameloblastoma and odontoma respectively.

Key words: Odontogenic tumors, keratocyst odontogenic tumor, ameloblastoma, impacted tooth.

Corresponding Author: Shirin.saravani@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2012; 36(2): 149-56.

چکیده

مقدمه: تومورهای ادونتوژنیک بخش مهمی از آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت را تشکیل می‌دهند. فراوانی تومورهای ادونتوژنیک در جوامع مختلف متفاوت است ولی تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه برای شهر زاهدان صورت نگرفته است. بنابراین هدف از این مطالعه به دست آوردن شیوع جنسی، مکانی و سنی تومورهای ادونتوژنیک و بررسی درصد فراوانی هر یک از آنها در یک دوره ده ساله (۱۳۷۹-۱۳۸۹) بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، پرونده‌های موجود در بایگانی بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی، بیمارستان خاتم‌الانبیاء، تامین اجتماعی و آزمایشگاه‌های بخش خصوصی زاهدان طی یک دوره ۱۰ ساله (۱۳۷۹-۱۳۸۹) بررسی شد. اطلاعات مربوط به تومورهای ادونتوژنیک براساس سن، جنس، محل ضایعه و ارتباط تومور ادونتوژنیک با دندان نهفته استخراج و در فرم‌های اطلاعاتی ثبت گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه از میان ۱۱۲۵ نمونه مربوط به ضایعات فک و صورت، ۵۰ تومور ادونتوژنیک یافت شد. از بین تومورهای مختلف، بیشترین فراوانی مربوط به کراتوسیست ادونتوژنیک تومور (۴۸٪) و بعد از آن تومور آملوبلاستوما و ادونتوم به ترتیب با فراوانی ۲۴٪ و ۱۲٪

مولف مسؤول‌نشانی: زاهدان، دانشکده دندانپزشکی، گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۵۴۱-۲۴۴۱۸۱۴، ۰۹۱۵۵۴۰۸۹۹۱

E-mail: Shirin.saravani@yahoo.com

بودند و هیچ موردی از بدخیمی مشاهده نشد. بروز این ضایعات در زنان ۵۲٪ و در مردان ۴۸٪ بود، شایع ترین مکان درگیری خلف مندیبل بود و تومورها در دهه سوم زندگی بیشتر بودند. در ۱۲ مورد نیز همراهی با دندان نهفته یافت شد.

نتیجه گیری: شایع ترین تومورهای ادونتوژنیک در این مطالعه، به ترتیب کراتوسیست ادونتوژنیک تومور، آملوبلاستوما و ادونتوم بود.

واژه های کلیدی: تومورهای ادونتوژنیک، کراتوسیست ادونتوژنیک تومور، آملوبلاستوما، دندان نهفته.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۱ دوره ۳۶ / شماره ۲: ۵۶-۱۴۹.

مقدمه

تومورهای ادونتوژنیک ۱/۹٪ و شایع ترین تومور

ادونتوژنیک آملوبلاستوما بود.^(۲)

مطالعه ادهمی و همکارانش در کرمان بیانگر ۲۴ مورد

تومور ادونتوژنیک و آملوبلاستوما به عنوان شایع ترین

تومور بود.^(۳) در مطالعه Osterne و همکاران میزان وقوع

تومورهای ادونتوژنیک در یک جمعیت برزیلی ۲/۹٪ و

شایع ترین تومورها به ترتیب آملوبلاستوما و کراتوسیست

ادونتوژنیک تومور بودند.^(۴)

گزارشات اندکی از شیوع تومورهای ادونتوژنیک در

ایران موجود است که اکثر آنها بر طبق طبقه بندی WHO

در سال ۱۹۹۲ است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای

پیرامون این موضوع در زاهدان انجام نگرفته است هدف

از این مطالعه بررسی شیوع نسبی انواع مختلف تومورهای

ادونتوژنیک در زاهدان بر اساس طبقه بندی WHO در سال

۲۰۰۵ و مقایسه آن با سایر مطالعات بود.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بوده و جامعه

آماري مورد بررسی شامل گزارش های آسیب شناسی

مربوط به نمونه های بیماران مراجعه کننده به بخش

آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی

زاهدان، آزمایشگاه های وابسته آن شامل خاتم الانبیاء،

غیروابسته (تامین اجتماعی) و آزمایشگاه های خصوصی

در سطح شهر بودند.

ابتدا با مراجعه به بایگانی این مراکز تمام پرونده های

مربوط به آسیب های ناحیه دهان، فک و صورت از سال

تومورهای ادونتوژنیک گروهی پیچیده از ضایعات با

انواع هیستوپاتولوژیک و بالین متفاوت هستند^(۱) که از

اپی تلیوم ادونتوژنیک منشا می گیرند.^(۲) تومورهای

ادونتوژنیک بر حسب منشا به سه گروه تومورهای

ادونتوژنیک اپی تلیالی، تومورهای مختلط و تومورهای با

منشا اکتومزانسیم طبقه بندی می شوند.^(۱) همچنین بر اساس

محل (محیطی یا مرکزی) و رفتار بیولوژیک (خوش خیم

یا بدخیم) نیز دسته بندی می شوند.^(۲) این تومورها تنها در

فکین و بافت های پیرامون آنها ایجاد می شوند، وقوع

تغییرات بدخیمی و رفتار مهاجم در شماری از تومورهای

ادونتوژنیک گزارش شده است.^(۳)

از نظر بالینی تومورهای ادونتوژنیک بدون علامت

هستند اما می توانند باعث اتساع فکین، حرکت دندان ها و

تخریب استخوان شوند.^(۱)

دانش ما در مورد شیوع انواع مختلف تومورهای

ادونتوژنیک و خصوصیات بالینی آنها همانند سن، جنس و

محل وقوع برای کلیتینسین و پاتولوژیست ها بخصوص در

ایجاد یک تشخیص افتراقی مناسب بسیار باارزش است.

علاوه بر این دانستن شیوع این ضایعات در جوامع مختلف

می تواند به مشخص شدن فاکتورهای احتمالی مرتبط با

تکامل این تومورها منجر شود.^(۴)

مطالعات مختلف بیانگر درصد متفاوتی از میزان وقوع

تومورهای ادونتوژنیک در جمعیت های مختلف بوده است،

به طوری که در مطالعه ساغروانیان و همکاران میزان وقوع

از میان ۵۰ مورد تومور ادونتوژنیک، ۴۹ مورد مرکزی بودند و فقط یک مورد آنها تومور محیطی (آملوبلاستومای محیطی) بود، هیچ موردی از بدخیمی نیز مشاهده نگردید. در این مطالعه ۲۴ بیمار (۴۸ درصد) مرد و ۲۶ بیمار (۵۲ درصد) زن بودند. فراوانی آملوبلاستوما در زنان و مردان یکسان و برابر ۶ مورد بود.

پس از تفکیک سن افراد به پنج گروه مشخص شد که بیشترین فراوانی تومورهای ادونتوژنیک مربوط به گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال می‌باشد. بیشترین فراوانی تومور KOT در دهه سوم زندگی و آملوبلاستوما در دهه چهارم زندگی و به ترتیب برابر ۱۱ (۲۲ درصد) و ۴ (۸ درصد) مورد بود.

نتایج مطالعه نشان داد ناحیه‌ای که بیشترین فراوانی تومورهای ادونتوژنیک در آن مشاهده شد ناحیه خلف فک پایین با فراوانی ۲۶ (۵۲ درصد) مورد بود و کمترین درگیری در ناحیه بافت نرم با فراوانی ۱ (۲ درصد) مورد بود.

نتایج نشان داد که ۱۲ (۲۴ درصد) مورد مبتلا به تومورهای ادونتوژنیک دارای دندان نهفته بودند که بیشترین فراوانی دندان نهفته مربوط به افراد مبتلا به ادنتوم کمپلکس بود.

در جدول ۱ فراوانی تومورها بر حسب منشأ هیستولوژیک آنها و در جدول ۲ فراوانی انواع تومورهای ادونتوژنیک و اطلاعات بالینی آنها آورده شده است.

۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ مورد بازنگری قرار گرفتند و آن دسته از ضایعاتی که تشخیص هیستوپاتولوژیک آنها تومور ادونتوژنیک بود، استخراج گردید. در مرحله بعد اطلاعات مربوط به سن، جنس، محل ضایعات و وجود یا عدم وجود دندان نهفته در فرم‌های اطلاعاتی از پیش تهیه شده ثبت گردید. در این بررسی تعداد ۵ نمونه به دلیل کامل نبودن اطلاعات موجود در پرونده آنها از جمله سن، جنس و محل ضایعه کنار گذاشته شدند. تمام اطلاعات استخراج شده با استفاده از نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۵ و به صورت شاخص‌های آماری (جداول و نمودار) توصیف شدند.

یافته‌ها

تعداد ۱۱۲۵ پرونده که دارای ضایعات فک و صورت بودند، مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۵۰ مورد (۴/۴۴ درصد) مربوط به یکی از انواع تومورهای ادونتوژنیک بود. ۲۶ نفر (۵۲ درصد) این افراد را زنان با میانگین و انحراف معیار سنی $30/08 \pm 14/89$ و ۲۴ نفر (۴۸ درصد) آنها را مردان با میانگین و انحراف معیار سنی $30/88 \pm 14/98$ تشکیل می‌دادند. متوسط سنی بیماران $30/5 \pm 14/8$ بود.

نتایج نشان داد که از بین ۱۰ نوع تومور مختلف مورد بررسی بیشترین فراوانی مربوط به تومور KOT (کراتوسیست ادونتوژنیک تومور) بود که ۲۴ مورد (۴۸ درصد) از موارد مبتلا به تومور را به خود اختصاص می‌داد. بعد از آن بیشترین فراوانی مربوط به تومور آملوبلاستوما با فراوانی ۱۲ مورد (۲۴ درصد) بود، سپس تومور ادنتوم با فراوانی ۶ (۱۲ درصد)، آملوبلاستیک فیروما با فراوانی ۳ (۶ درصد)، میگزوما و تومور پیندبورگ هر کدام با فراوانی ۲ (۴ درصد) و CCOT (کلسیفائینگ کیستیک ادونتوژنیک تومور) با فراوانی ۱ مورد (۲ درصد) قرار داشتند.

جدول ۱: فراوانی تومورهای ادونتوزنیک بر حسب منشا هیستولوژیک به تفکیک سن، جنس و مکان ضایعه

نوع تومور	جنس		میانگین سن	مکان ضایعه						
	مرد			محیطی		مرکزی				
	تعداد	درصد		تعداد	درصد	تعداد	درصد			
اپی تلیال	۱۸	۳۶	۳۳/۴۷	۰	۱	۲	۹	۱۸	۲۹	۵۸
مزانشیمال	۱	۲	۲۳/۹۲	۰	۰	۰	۲	۴	۰	۰
مختلط	۷	۱۴	۱۵/۰۰	۰	۰	۰	۲	۴	۷	۱۴

جدول ۲: فراوانی انواع تومورهای ادونتوزنیک و یافته‌های بالینی آنها در مطالعه حاضر

نوع تومور	جنس		میانگین سن	محل			دندان نهفته							
	مرد			فک بالا	فک پایین	بافت نرم	دارد	ندارد						
	تعداد	درصد		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد					
آملوبلاستوما	۶	۱۲	۳۲/۸۳	۱	۲	۱۰	۲۰	۱	۲	۳	۶	۹	۱۸	
آملوبلاستیک فیبروما	۲	۴	۱۸/۶۷	۱	۲	۲	۴	۰	۰	۰	۰	۳	۶	
CEOT	۲	۴	۴۲/۵۰	۰	۲	۰	۴	۰	۰	۰	۰	۲	۴	
ادنتوم	۵	۱۰	۲۹/۱۷	۱	۲	۵	۱۰	۰	۰	۰	۵	۱۰	۲	
KOT	۱۰	۲۰	۳۱/۵۸	۸	۱۶	۱۶	۳۲	۰	۰	۰	۲	۴	۲۲	۴۴
CCOT	۰	۰	۲۷/۰۰	۰	۱	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۱	۲	
میگزوما	۱	۲	۱۵/۰۰	۲	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۴	۰	
جمع	۲۶	۵۲	۳۰/۵۰	۱۳	۲۶	۳۶	۷۲	۱	۲	۱۲	۲۴	۳۸	۷۶	

بحث

سال بودند و بیشتر تومورها در خلف فک پایین مشاهده شدند. ۴۹ مورد از تومورها از نوع مرکزی (داخل استخوانی) و یک مورد از نوع محیطی (بافت نرم) بود. WHO در سال ۲۰۰۵، OKC (ادنتوزنیک کراتوسیست) را جزء تومورهای ادونتوزنیک طبقه‌بندی نمود و نام آن به

در بررسی ۱۱۲۵ ضایعه دهانی، ۵۰ مورد (۴/۴۴٪) مربوط به تومورهای ادونتوزنیک بود. فراوانی تومورها در زنان (۵۲٪) و مردان (۴۸٪) بود. اکثر بیماران در محدوده سنی ۲۱-۳۰ سال (دهه سوم زندگی) با متوسط سنی ۳۰/۵

از طرفی به علت بدون علامت بودن اکثر تومورهای ادونتوژنیک، بیشتر بیمارانی که تومورهای بزرگ و مهاجم مثل آملوبلاستوما دارند، برای درمان اقدام می‌کنند. این امر فراوانی نسبی بالای آملوبلاستوما را در کشورهای آفریقایی، چین، هند و همچنین ایران توجیه می‌کند.^(۳) ولی در مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی و ایالات متحده، ادونتوما شایع‌ترین تومور ادونتوژنیک و به دنبال آن آملوبلاستوما قرار دارد^(۲) و شیوع ادونتوما در این کشورها نسبت به کشورهای آسیایی و آفریقایی بالاتر است^(۶) و این برخلاف مطالعه حاضر بود. شیوع ادونتوما در قسمت‌های مختلف جهان از ۷۶-۰ درصد گزارش شده است^(۳) به طوری که در آفریقا، چین^(۷) و کشورهای مثل ترکیه، سریلانکا، هند و جامائیکا^(۳) شیوع آن بسیار کم می‌باشد. همچنین در مطالعه گزارش شده در کرمان نیز شیوع ادونتوما یک مورد بود^(۳) که محققین این اختلاف را به عوامل جغرافیایی، قومی نژادی و اجتماعی اقتصادی مرتبط دانسته‌اند. اما توضیح معقول‌تر این است که ادونتومها اغلب علائم کلینیکی ایجاد نمی‌کنند و در نتیجه در بسیاری از مناطق نمونه‌ها برای بررسی هیستوپاتولوژیک فرستاده نمی‌شوند و این امر می‌تواند فراوانی کم ادونتوما در کشورهای در حال توسعه را توجیه کند.^(۳و۶)

KOT (کراتوسیست ادونتوژنیک تومور) تغییر یافت.^(۵) براساس این طبقه‌بندی در این مطالعه، شایع‌ترین تومور ادونتوژنیک KOT و سپس آملوبلاستوما و ادونتوما بود که مشابه نتایج مطالعات Luo در چین^(۶) و Avelar در برزیل^(۷) می‌باشد. در مطالعه Gaitan-Cepeda در مکزیک نیز KOT شایع‌ترین تومور ادونتوژنیک بود و به دنبال آن ادونتوما و آملوبلاستوما قرار داشتند.^(۸) Neville در طبقه‌بندی خود OKC را جزء کیست‌های ادونتوژنیک قرار داده است.^(۹) در این مطالعه شایع‌ترین تومور ادونتوژنیک آملوبلاستوما و به دنبال آن ادونتوم و آملوبلاستیک فیروما بودند که مشابه مطالعات Osterne^(۴)، Sriram^(۱۰)، Jing^(۱۱)، Okada^(۱۲)، Olgac^(۱۳) و در ایران نیز مشابه مطالعه ادهمی در کرمان^(۳) و ساغروانیان در مشهد^(۳) می‌باشد. همچنین در مطالعه رضوی و همکارانش که به بررسی شیوع آملوبلاستوما در پنج دانشکده دندانپزشکی در ایران (اصفهان، تهران، شهیدبهشتی، مشهد و شیراز) پرداختند، شیوع آملوبلاستوما ۳۳/۹ درصد تومورهای ادونتوژنیک بود^(۱۴) که نتایج مطالعه حاضر را تایید می‌کند.

تاکنون مطالعات اندکی در مورد بررسی فراوانی تومورهای ادونتوژنیک بر طبق طبقه‌بندی WHO در سال ۲۰۰۵ صورت گرفته است.^(۴) از طرفی طبق جستجوهای ما، در ایران نیز تاکنون مطالعه‌ای در این خصوص صورت نگرفته است که مطالعه ما از این لحاظ مورد توجه است.

در جدول ۳ مطالعاتی که در مورد فراوانی تومورهای ادونتوژنیک بر طبق طبقه‌بندی WHO در سال ۲۰۰۵ است و همچنین مقایسه آن‌ها با مطالعه حاضر آورده شده است. مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات سایر نقاط جهان، بیانگر فراوانی کم تومورهای ادونتوژنیک در این منطقه می‌باشد که این تفاوت‌ها را می‌توان به تفاوت‌های نژادی و جغرافیایی نسبت داد.^(۱)

جدول ۳: فراوانی تومورهای ادونتوزنیک در مطالعات مختلف بر حسب طبقه‌بندی WHO در سال ۲۰۰۵ و مقایسه با مطالعه حاضر

مطالعه حاضر	مطالعه					
	Jing و همکاران ۲۰۰۷	Avelar و همکاران ۲۰۰۸	Li و Lou ۲۰۰۹	Gaitán و Cepeda و همکاران ۲۰۱۰	Tawfik و Zyada ۲۰۱۰	مجموع
نام تومور	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
آملوبلاستوما	۶۶۱ (۴۰/۳)	۵۷ (۲۳/۷)	۴۷۸ (۳۶/۵۲)	۲۵ (۱۹/۳)	۳۴ (۴۱/۵)	۱۲۵۵ (۳۶/۸۶)
اسکواموس ادونتوزنیک تومور	۳ (۰/۲)	۱ (۰/۴)	-----	-----	-----	۴ (۰/۱۲)
کلسیفاینگ اپیتلیال ادونتوزنیک تومور	۱۰ (۰/۶)	۵ (۲/۰)	۶ (۰/۴۶)	۲ (۱/۴)	۳ (۳/۷)	۲۶ (۰/۷۶)
ادنوما توئید ادونتوزنیک تومور	۶۸ (۴/۱)	۱۳ (۵/۴)	۲۷ (۲/۰۶)	۲ (۱/۴)	۳ (۳/۷)	۱۱۳ (۳/۳۲)
کراتوسیستیک ادونتوزنیک تومور	۵۸۸ (۳۵/۸)	۶۹ (۳۰/۰)	۵۰۷ (۳۸/۷۳)	۵۳ (۳۸/۹)	۱۶ (۱۹/۵)	۱۲۳۳ (۳۶/۲۱)
املوبلاستیک فیبروما/فیبرودنتینوما	۱۹ (۱/۲)	۴ (۱/۷)	۱۳ (۰/۹۹)	-----	۲ (۲/۴)	۳۸ (۱/۱۲)
آملوبلاستیک فیبروادنتوما	۴ (۰/۲)	۱ (۰/۴)	۱۲ (۰/۹۲)	-----	-----	۱۷ (۰/۵۰)
ادونتوما	۷۸ (۴/۷)	۵۴ (۲۲/۱)	۸۰ (۶/۱۱)	۴۲ (۳۰/۸)	۱۱ (۱۳/۴)	۲۶۵ (۷/۷۸)
ادونتوآملوبلاستوما	۲ (۰/۱)	-----	-----	-----	-----	۲ (۰/۰۶)
کلسیفاینگ سیستیک ادونتوزنیک تومور	۳۶ (۲/۲)	۱۵ (۶/۳)	۲۶ (۱/۹۹)	-----	-----	۷۷ (۲/۲۶)
دنتینوزنیک گاست سل تومور	۹ (۰/۵)	-----	۵ (۰/۳۸)	-----	-----	۱۴ (۰/۴۱)
ادونتوزنیک فیبروما	۵ (۰/۳)	-----	۲۱ (۱/۶۰)	۲ (۱/۴)	-----	۲۸ (۰/۸۲)
ادونتوزنیک میگزوما/فیبرو میگزوما	۷۶ (۴/۶)	۱۵ (۶/۳)	۳۴ (۲/۶۰)	۸ (۵/۸)	۷ (۸/۵)	۱۴۰ (۴/۱۱)
سمنتوبلاستوما	۳۳ (۲/۰)	۴ (۱/۷)	۲۲ (۱/۶۸)	-----	۳ (۳/۷)	۶۲ (۱/۸۲)
آملوبلاستیک کارسینوما	۲۷ (۱/۶)	-----	۱۷ (۱/۳۰)	-----	-----	۴۴ (۱/۲۹)
آملوبلاستوما بدخیم	-----	-----	-----	-----	۱ (۱/۲)	۱ (۰/۰۳)
اسکواموس سل کارسینوما داخل استخوانی اولیه	۱۴ (۰/۹)	-----	۴۹ (۳/۷۴)	-----	۲ (۲/۴)	۶۵ (۱/۹۱)
کارسینوما سلول‌های روشن	۲ (۰/۱)	-----	۸ (۰/۶۱)	-----	-----	۱۰ (۰/۲۹)
گاست سل ادونتوزنیک کارسینوما	۵ (۰/۳)	-----	۳ (۰/۲۳)	-----	-----	۸ (۰/۲۳)
آملوبلاستیک فیبروسارکوما	۲ (۰/۱)	-----	۱ (۰/۰۸)	-----	-----	۳ (۰/۰۹)
تومور ادونتوزنیک غیراختصاصی	-----	-----	-----	-----	-----	-----
مجموع	۱۶۴۱	۲۳۸ (۱۰۰)	۱۳۰۹ (۱۰۰)	۱۳۶ (۱۰۰)	۸۲ (۱۰۰)	۳۴۰۶ (۱۰۰)

افراد مبتلا به تومورهای ادونتوژنیک دارای دندان نهفته بودند و بیشترین فراوانی آن مربوط به ادونتوم (۵ مورد) بود که این مورد تنها در مطالعه Saghravanian و همکارانش^(۱۸) بررسی شده بود؛ که در این مطالعه بیشترین فراوانی همراهی با دندان‌های نهفته در بین تومورهای ادونتوژنیک مربوط به ادونتوم (۸ مورد) و سپس آملوبلاستوما (۶ مورد) بود (در این مطالعه OKC جزء کیست‌ها در نظر گرفته شده بود و در ۳۲ مورد با دندان نهفته همراه بود). بنابراین اگر دندانی پس از گذشت زمان رویش خود در حفره دهان ظاهر نگرددید پیگیری علت عدم رویش آن بسیار مهم می‌باشد زیرا در بسیاری از موارد ضایعات پاتولوژیک بخصوص کیست‌ها و تومورها می‌تواند با دندان نهفته همراه باشد.^(۱۸)

طبق یافته‌های ما شیوع تومورهای ادونتوژنیک در بین ضایعات دهانی-فکی ناچیز بود. قابل ذکر است جهت اینکه تمام ضایعات ادونتوژنیک به طور صحیح تشخیص داده شده و به نحو موثری درمان شود و در نتیجه مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیماران به حداقل برسد باید همکاری مستمر بین بیمار، دندانپزشک یا جراح دهان و فک و پاتولوژیست وجود داشته باشد. آگاه ساختن بیماران و ترغیب آن‌ها برای انجام رادیوگرافی‌های دوره‌ای و درمان زودهنگام تومورهای ناحیه دهان و فک می‌تواند در این راستا مفید و موثر باشد.

نتیجه‌گیری

در منطقه سیستان و بلوچستان با مرکزیت زاهدان شایع‌ترین تومورهای ادونتوژنیک، به ترتیب کراتوسیست ادونتوژنیک تومور، آملوبلاستوما و ادونتوم بود، هیچ موردی از بدخیمی مشاهده نشد، شایع‌ترین مکان درگیر خلف فک پایین و تومورها در دهه سوم زندگی شایع‌تر بودند.

در مطالعه حاضر اکثریت موارد (۹۸٪) تومورهای مرکزی (داخل استخوانی) بودند و فقط ۲ درصد محیطی (داخل بافت نرم) بود که آملوبلاستومای محیطی را شامل می‌شد. مطالعه Buchner و همکارانش نیز نشان داد که ۹۹/۹۵ درصد کل تومورهای ادونتوژنیک مرکزی هستند و تنها ۰/۰۵ درصد آنها محیطی می‌باشند.^(۱۵)

همچنین در مطالعه ما هیچ موردی از بدخیمی مشاهده نشد که از این جهت مشابه مطالعه Fernandes و همکارانش در برزیل می‌باشد^(۱۶)، در حالی که در مطالعه Sriram و همکارانش^(۱۰) و همچنین Saghravanian و همکاران^(۲) میزان بدخیمی ۱/۱٪ و در مطالعه Luo و همکارانش^(۶) ۵/۰۶٪ گزارش شده است.

خلف فک پایین شایع‌ترین جایگاه تومورهای ادونتوژنیک در مطالعه حاضر بود که مشابه مطالعه Osterne و همکارانش^(۴) می‌باشد. اگرچه مطالعات زیادی وقوع تومورهای ادونتوژنیک را در فک پایین گزارش کرده‌اند^(۳،۷،۱۲،۱۳) ولی Jing و همکارانش نشان دادند که بیشتر تومورهای ادونتوژنیک در فک بالا رخ می‌دهد.^(۱۱)

در مطالعه حاضر اکثر بیماران در دهه سوم زندگی (۲۱-۳۰ سال) بودند و محدوده سنی بیماران ۱۱ تا ۷۲ سال با متوسط سنی ۳۰/۵ سال بود که مشابه مطالعات Osterne (۳۰/۵ سال)،^(۴) Avelar (۳۰/۷ سال)^(۷)، Jing (۳۲/۱ سال)^(۱۱) و Okada (۳۱/۴ سال)^(۱۲) بود.

علاوه بر این، در این مطالعه اکثر تومورهای ادونتوژنیک در زنان مشاهده شد (۵۲ درصد) که مشابه مطالعات Osterne^(۴)، Sriram^(۱۰)، Olgac^(۱۳) و همچنین مطالعه ادهمی^(۳) و ساغروانیان^(۲) بود ولی در مطالعات Jing^(۱۱)، Avelar^(۷)، Luo^(۶) و Guerrisi^(۱۷) تومورهای ادونتوژنیک بیشتر در مردان دیده شد.

همچنین نتایج نشان داد که در این مطالعه ۱۲ مورد از

تشکر و قدردانی

دندانپزشکی با شماره ثبت ۹۰۴-۹۰ در دانشگاه علوم

پزشکی زاهدان می باشد.

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره دکترای عمومی

منابع

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. (Persian)
2. Saghravani 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. 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. (Persian)
4. Osterne R, Brito R, Alves AP, Cavalcante R, Sousa F. 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.
5. Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D. *World Health Organization Classification of Tumors*. Lyon: IARC press; 2005. P. 281-6.
6. Luo H, Li T. Odontogenic tumors: A study of 1309 cases in a Chinese population. *Oral Oncol* 2009; 45(8): 706-11.
7. Avelar RL, Antunes AA, Santos Tde S, Andrade ES, Dourado E. Odontogenic tumors: Clinical and pathology study of 238 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008; 74(5): 668-73.
8. Gaitan-Cepeda LA, Quezada-Rivera D, Tenorio-Rocha F, Leyva-Huerta ER. Reclassification of odontogenic keratocyst as tumor. Impact on the odontogenic tumors prevalence. *Oral Dis* 2010; 16(2): 185-7.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3rd ed. St. Louis: W.B.Saunders Co; 2008. P. 701.
10. Sriram G, Shetty RP. Odontogenic tumors: A study of 250 Cases in an Indian Teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105(6): 14-21.
11. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, et al. Odontogenic tumors: A retrospective study of 1642 cases in a Chinese populatin. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 36(1): 20-5.
12. Okada H, Yamamoto H, Tilakaratne WM. Odontogenic tumors in Srilanka: Analysis of 226 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65(5): 875-82.
13. Olgac V, Koseoglu BG, Aksakalli N. Odontogenic tumors in Istanbul: 527 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006; 44 (5): 386-8.
14. Razavi SM, Khazaeli A. Ameloblastoma and its prevalence among patients referred to five major iranian dental schools in a period of ten years (1988-1998). *Journal of Dental School Shahid Beheshti Universtiy of Medical Sciences* 2001; 19(3): 243-52. (Persian)
15. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of peripheral odontogenic tumors: a study of 45 new cases and comparison with studies from the literature. *J Oral Pathol Med* 2006; 35(7): 385-91.
16. Fernandes A, Duarte E, Pimenta F, Souza L, Santos V, Mesquita R, et al. Odontogenic tumors: A study of 340 cases in a Brazilian population. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 583-7.
17. Guerrisi M, Piloni MJ, Keszler A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15 year retrospective study in Argentina. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2007; 12(3): 180-5.
18. Saghravani N, Mohtasham N, Talebmehr M. Ten-year-evaluation of odontogenic cysts and tumors related to the impacted teeth. *The Iranian Journal of Otorhinolaryngology* 2007; 19(4): 143-50. (Persian)