

بررسی اپیدمیولوژیک ضایعات غدد بزاقی در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از سال ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲

دکتر بیژن موحیدیان^{*}، دکتر رضا نوری^۱، دکتر مجید رضایی^۲

چکیده

مقدمه: ضایعات غدد بزاقی بسیار متنوع و نادر بوده، تعداد کم مطالعات اپیدمیولوژیک در جامعه ایرانی در این رابطه مشهود است. هدف از این مطالعه بررسی خصوصیات اپیدمیولوژیک ضایعات غدد بزاقی در یک دوره ۵ ساله در شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: پرونده ۵۷۴ بیمار که با تشخیص ضایعات غدد بزاقی به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سالهای ۷۷ تا ۸۲ مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. در جمعیت مورد مطالعه، ۳۱۴ مرد و ۲۶۰ زن قرار داشتند. ۱۹۸ ضایعه خوش‌خیم، ۱۱۳ ضایعه بدخیم و ۲۶۳ ضایعه غیرنئوپلاستیک بررسی و بر حسب، سن، جنس، تشخیص هیستوپاتولوژیک و محل درگیری تقسیم شد و توسط آزمون آماری^۲ مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۵۷۴ ضایعه غدد بزاقی ۴۶٪ ضایعات غیرنئوپلاستیک، ۳۴٪ ضایعات خوش‌خیم و ۲۰٪ موارد بدخیم تشخیص داده شدند. شایع‌ترین ضایعه خوش‌خیم پلئوموزمیک آدنوما بود (۶۸/۱٪ ضایعات خوش‌خیم و ۲۳/۵٪ کل ضایعات). بیشترین شیوع ضایعات خوش‌خیم در رده سنی ۳۱-۵۰ سال بود. موکوپای درموئید کارسینوما شایع‌ترین بدخیمی این مطالعه بود (۴۰٪ ضایعات بدخیم، ۷/۸٪ کل ضایعات) و بیشتر ضایعات بدخیم در سنین بیش از ۵۰ سالگی رخ داده بود. ۴۶٪ کل ضایعات بزاقی مربوط به ضایعات غیرنئوپلاستیک بودند که ۵۶/۳٪ در مردان و ۴۳/۷٪ در زنان دیده شد. سیالانیت مزمن شایع‌ترین ضایعه غیرنئوپلاستیک بود.

نتیجه‌گیری: خصوصیات اپیدمیولوژیک ضایعات غدد بزاقی در مواردی با نتیجه مطالعات مشابه در سایر نقاط جهان هماهنگی داشت ولی در موارد قابل توجهی نیز اختلاف بارزی به چشم می‌خورد که بیانگر نقش عوامل جغرافیایی و نژادی در شیوع این گونه ضایعات می‌باشد. **کلید واژه‌ها:** غدد بزاقی، اپیدمیولوژی، ضایعات نئوپلاستیک، ضایعات غیرنئوپلاستیک، ضایعات التهابی.

* استادیار بخش جراحی دهان و فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات دندانپزشکی دکتر ترابی‌نژاد، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
b.movahedian@dent.mui.ac.ir

۱: رزیدنت بخش جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲: رزیدنت بخش جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

این مقاله در تاریخ ۸۶/۴/۱۹ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۶/۶/۱۹ اصلاح شده و در تاریخ ۸۶/۶/۲۶ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان
۱۳۸۶؛ ۳(۳): ۱۳۷ تا ۱۴۴

مقدمه

غدد بزاقی از بافت‌های ویژه مختص به ناحیه سر و گردن می‌باشند که می‌توانند دستخوش تغییرات پاتولوژیک مختلفی چون بیماری‌های عفونی، التهابی یا نئوپلاستیک شوند. به طور کلی این ضایعات نادرنند [۱،۲] و در نتیجه میزان وقوع ضایعات غدد بزاقی به طور دقیق مشخص نشده است [۳].

در اکثریت قریب به اتفاق مطالعاتی که در دنیا به زبان انگلیسی منتشر شده‌اند، به ضایعات نئوپلاستیک یا به عبارتی به تومورهای غدد بزاقی پرداخته شده است [۴-۷]. تومورهای غدد بزاقی ناشایع بوده، حدود ۳ تا ۱۰ درصد تومورهای سر و گردن را به خود اختصاص داده‌اند [۸]. علاوه بر میزان وقوع پایین، گستردگی ناهای هیستولوژیک این ضایعات نیز باعث شده است تا تومورهای غدد بزاقی هم از لحاظ تشخیصی و هم از جنبه درمانی، جزء موارد مشکل قلمداد گردند [۹]. عوامل جغرافیایی و نژادی نیز بر وقوع بیماری‌های غدد بزاقی در جوامع مختلف تأثیر دارند [۱۰،۱۱]. بدین لحاظ مطالعات مختلفی در جوامع مختلف صورت گرفته است تا خلأ ناشی از کمبود اطلاعات در این زمینه را جبران سازد.

تنها تومورها نیستند که غدد بزاقی را درگیر می‌سازند، بلکه سایر بیماری‌ها نیز اهمیت خاص خود را دارا می‌باشند. این ضایعات غیرنئوپلاستیک علاوه بر مشکلاتی که خود به عنوان بیماری به وجود می‌آورند، گاهی دارای تظاهرات بالینی (و حتی میکروسکوپی) مشابه با تومورها می‌شوند و بدین گونه چالش بزرگی را می‌توانند پیش روی گروه درمانی ایجاد کنند. جالب آن که کمتر تحقیقی صورت گرفته است تا به بررسی بیماری‌های غیرنئوپلاستیک بپردازد و مطالعه هم‌زمان بیماری‌های نئوپلاستیک و غیرنئوپلاستیک از آن هم کمیاب‌تر می‌باشد.

این مطالعه به تعیین اپیدمیولوژی ضایعات غدد بزاقی در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در یک دوره ۵ ساله پرداخت تا اطلاعات بیشتری در

مورد این بیماری نه چندان شایع فراهم گردد.

مواد و روش‌ها

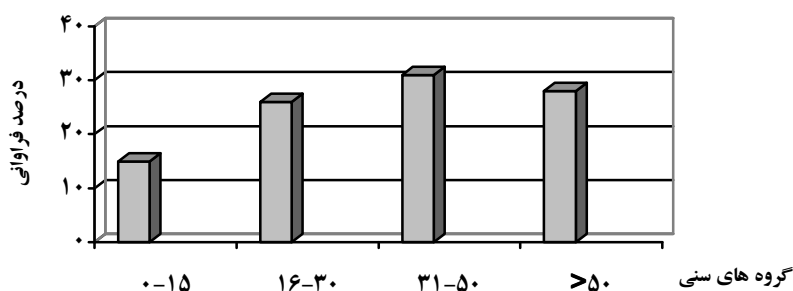
این مطالعه در گروه جراحی فک و صورت دانشکده دندان پزشکی اصفهان صورت گرفت. گردآوری اطلاعات به صورت گذشته‌نگر با مراجعه به مراکز درمانی مختلف در شهر اصفهان انجام گردید. پرونده کلیه بیمارانی که به علت ضایعات بزاقی در فاصله سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ به مراکز درمانی دانشگاه (دانشکده دندان پزشکی و بیمارستان‌های الزهرا (س)، سیدالشهداء (ع)، عیسی بن مریم (ع) و کاشانی) مراجعه نمودند، بررسی گردید. از میان پرونده‌ها، تنها آنهایی برای مطالعه انتخاب گردیدند که اطلاعات کامل بیمار و بیماری همچون سن، جنس، محل درگیری ضایعه و تشخیص نهایی و پاتولوژیک ضایعه در آنها ثبت شده بود. بدین ترتیب، ۵۷۴ پرونده کامل برای انجام مطالعه حاضر انتخاب شد.

اطلاعات به دست آمده با توجه به سن بیمار، نوع بیماری و محل درگیری به صورت جداگانه طبقه‌بندی شد. بیماری‌های غدد بزاقی به سه گروه اصلی غیرنئوپلاستیک، تومورهای خوش خیم و تومورهای بدخیم تقسیم شدند. از میان ۵۷۴ مورد، در هیچ یک از پرونده‌ها، گزارشی مبنی بر سابقه بدخیمی قبلی در تاریخچه پزشکی بیمار وجود نداشت؛ در نتیجه هیچ کدام از ضایعات مورد مطالعه به عنوان تومور متاستاتیک در نظر گرفته نشد. به علاوه طبقه‌بندی ضایعات بر پایه یافته‌های بافت‌شناسی و با پیروی از روش Synderma و Modified Batsakis صورت گرفت [۱۲].

از لحاظ سنی، بیماران به ۴ گروه سنی متفاوت تقسیم شدند (نمودار ۱). غده بناگوشی، تحت فکی و زیربانی به عنوان غدد بزاقی اصلی در نظر گرفته شد و دیگر ضایعاتی که غدد فرعی را در مکان‌های مختلف دهان درگیر ساخته بود، تحت عنوان کلی غدد فرعی طبقه‌بندی شد (جدول ۱). تجزیه و تحلیل کلیه اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS و توسط آزمون χ^2 صورت گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی (درصد) انواع ضایعات غدد بزاقی بر حسب محل درگیری

	خوش خیم	بدخیم	غیرنئوپلاستیک	
پاروتید	۲۸۶ (%۴۹/۸)	۷۴ (%۶۵/۵)	۶۴ (%۲۴/۳)	
تحت فکی	۱۶۸ (%۲۹/۳)	۱۶ (%۱۴/۲)	۱۱۲ (%۴۲/۶)	
زیرزبانی	۷۱ (%۱۲/۴)	—	۷۱ (%۲۷)	
فرعی	۴۹ (%۸/۵)	۲۳ (%۲۰/۳)	۱۶ (%۶/۱)	
کل	۵۷۴ (%۱۰۰)	۱۱۳ (۱۰۰)	۲۶۳ (%۱۰۰)	



نمودار ۱: توزیع فراوانی مبتلایان به ضایعات غدد بزاقی بر حسب سن در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از سال ۱۳۸۲-۱۳۷۷

یافته‌ها

از میان پرونده‌های بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ به علت ضایعات غدد بزاقی معاینه شده بودند، ۵۷۴ پرونده با اطلاعات کامل جدا و مورد بررسی قرار گرفت. از ۵۷۴ بیمار ۳۱۴ نفر (%۵۵) مرد و ۲۶۰ نفر (%۴۵) زن بودند. از ۴ گروه سنی، گروه سنی ۱۵ سال و کمتر، با ۱۵٪ کمترین شیوع کل ضایعات را نشان می‌دادند و بیشترین شیوع، با ۳۱٪ کل ضایعات، مربوط به گروه سنی ۳۱ تا ۵۰ ساله‌ها بود (نمودار ۱). از مجموع ۵۷۴ پرونده، ۲۶۳ مورد ضایعه غیرنئوپلاستیک وجود داشت که ۴۶٪ کل ضایعات را شامل می‌شد. ۵۴٪ باقی‌مانده، شامل ۳۱۱ مورد ضایعه نئوپلاستیک بود که از این میان، ۳۴٪ (۱۹۸ مورد) بدخیم و ۲۰٪ (۱۱۳ مورد) خوش‌خیم بودند. غده بزاقی پاروتید با ۲۸۶ مورد درگیری (%۵۰) شایع‌ترین غده درگیر در کل ضایعات بود. نادرترین محل درگیری مربوط به غده فرعی با ۴۹ مورد گزارش شد. تمام ضایعات غده زیرزبانی

غیرنئوپلاستیک بود و هیچ ضایعه نئوپلاستیکی در غده زیرزبانی مشاهده نشد (جدول ۱).

ضایعات خوش‌خیم: اطلاعات مربوط به ضایعات خوش‌خیم در جدول ۴ خلاصه شده است. این ضایعات ۳۴٪ همه موارد این مطالعه را شامل می‌شد. از ۱۹۸ مورد، ۹۴ مورد (%۴۷/۵) در زنان و ۱۰۴ مورد (%۵۲/۵) در مردان مشاهده شد. شایع‌ترین تشخیص از آن پلئومورفیک آدنوما بود که با ۱۳۵ مورد ۶۸/۱٪ ضایعات خوش‌خیم و ۴۳/۴٪ ضایعات تومورال و ۲۳/۵٪ کل ضایعات را تشکیل داده است. بیشترین شیوع ضایعات خوش‌خیم در رده سنی ۳۱-۵۰ سالگی بود.

ضایعات بدخیم: ضایعات بدخیم و اطلاعات مربوط بدان در جدول ۵ خلاصه شده است. ضایعات بدخیم با ۱۱۳ مورد مطالعه شده، ۲۰٪ همه ضایعات این تحقیق را تشکیل داده‌اند. زنان ۴۵٪ (۵۱ مورد) و مردان ۵۵٪ (۶۲ مورد) را تشکیل دادند. بیشتر ضایعات بدخیم در سنین بیش از ۵۰ سالگی رخ

در ضایعات غیرنئوپلاستیک، غده زیربانی پس از تحت فکی و پاروتید سومین مکان شایع و غدد فرعی با تنها ۱۶ مورد از ۲۶۳ ضایعه نئوپلاستیک (۶/۱٪) نادرترین محل درگیری بود. در ضایعات نئوپلاستیک خوش خیم، ۷۴/۸٪ موارد (۱۴۸ مورد) در غده پاروتید رخ داده است. به دنبال آن، غده تحت فکی و غدد فرعی به ترتیب با ۲۰/۲٪ (۴۰ مورد) و ۵٪ (۱۰ مورد) قرار داشتند. ۷۴ مورد از ۱۱۳ مورد (۶۵/۵٪) ضایعه بدخیم در پاروتید دیده شد. غدد فرعی با ۲۳ مورد (۲۰/۳٪) مکان شایع بعدی بود و در نهایت ۱۴/۱٪ ضایعات بدخیم (۱۶ مورد) در غده تحت فکی مشاهده شد. هیچ ضایعه نئوپلاستیکی اعم از خوش خیم یا بدخیم در غده زیربانی دیده نشد. در مجموع ضایعات نئوپلاستیک، غده پاروتید با ۲۲۲ مورد از ۳۱۱ مورد (۷۱٪) شایع ترین محل بود و پس از آن غده تحت فکی (۱۸٪) و غدد فرعی (۱۱٪) جای داشتند (جدول های ۴، ۵ و ۶).

بحث

در مطالعه حاضر، ۵۷۴ پرونده مربوط به بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در یک دوره ۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت. ۴۶٪ ضایعات غیر نئوپلاستیک غدد بزاقی بودند. از ۵۴٪ باقی مانده، ۳۲٪ ضایعات خوش خیم بودند و ۲۰٪ دیگر را گروه ضایعات بدخیم تشکیل می دادند که جداگانه مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

ضایعات نئوپلاستیک: ۳۱۱ مورد ضایعه نئوپلاستیک در مجموع داده ها شناسایی شد. اکثر ضایعات (۶۳/۷٪) خوش خیم بود و ضایعات بدخیم ۳۶/۳٪ موارد نئوپلاستیک را شامل می شد. نسبت ضایعات خوش خیم به بدخیم ۱/۷۵ بود که این نسبت گرچه برتری ضایعات خوش خیم به بدخیم را مانند سایر گزارش ها نشان می دهد ولی در مقایسه با مطالعات مشابه متفاوت به نظر می رسد. Maaita و همکاران در اردن [۱۳]، Toido و همکاران در ژاپن [۱۴]، Ito و همکاران در برزیل [۱۵]، در تحقیق های مشابهی نسبت بیشتر ضایعات خوش خیم به بدخیم را گزارش کرده اند. این نسبت در مطالعات نامبرده به ترتیب ۲/۱۶، ۲/۰۳ و ۲/۰۷ بود که این اختلاف را می توان به عوامل نژادی و جغرافیایی مربوط دانست.

داده است. از ۱۱۳ مورد، ۴۵ مورد موکوپای درموئید کارسینوما (MEC) بود که شامل ۴۰٪ ضایعات بدخیم و ۷/۸٪ همه ضایعات غدد بزاقی بوده است. در میان ضایعات بدخیم، هیچ موردی از کارسینومای متاستاتیک یا میکس تومور بدخیم مشاهده نشد.

ضایعات غیرنئوپلاستیک: خلاصه اطلاعات پیرامون ضایعات غیرنئوپلاستیک در جدول ۶ نشان داده شده است. ۴۶٪ کل ضایعات غدد بزاقی در مطالعه حاضر را ۲۶۳ مورد ضایعه غیرنئوپلاستیک تشکیل داد. ۱۴۸ مورد مرد (۵۶/۳٪) و ۱۱۵ مورد زن (۴۳/۷٪) در این مطالعه مبتلا به ضایعات غیرنئوپلاستیک بودند. سیالانیت مزمن به تنهایی ۳۸٪ ضایعات غیرنئوپلاستیک را شامل می شد و ۱۰۰ مورد تشخیص سیالانیت مزمن، ۱۷/۴٪ همه ضایعات غدد بزاقی را به خود اختصاص داده است. هیچ موردی از سل، سارکوئیدوز و آبسه در این گروه از ضایعات یافت نشد.

سایر موارد: در ضایعات نئوپلاستیک، آزمون χ^2 رابطه معنی داری بین جنسیت و خوش خیم یا بدخیم بودن ضایعات نشان نداد ($p \text{ value} > 0.05$) (جدول ۲). همین آزمون توانست میان سن افراد و خوش خیم یا بدخیم بودن ضایعات رابطه معنی داری را آشکار سازد ($p \text{ value} < 0.001$) (جدول ۳).

جدول ۲: توزیع فراوانی (درصد) مبتلایان به تومورهای غدد بزاقی بر حسب جنس به تفکیک خوش خیم یا بدخیم بودن

کل	بدخیم	خوش خیم
۱۴۵ (۴۷٪)	۵۱ (۳۵٪)	۹۴ (۶۵٪)
۱۶۶ (۵۳٪)	۶۲ (۳۷٪)	۱۰۴ (۶۳٪)
۳۱۱ (۱۰۰٪)	۱۱۳ (۳۶٪)	۱۹۸ (۶۴٪)

جدول ۳: توزیع فراوانی (درصد) مبتلایان به تومورهای غدد بزاقی بر حسب سن و تفکیک خوش خیم یا بدخیم بودن

کل	بدخیم	خوش خیم	گروه های سنی
۴۰ (۱۳٪)	۱۵ (۴/۸٪)	۲۵ (۸/۲٪)	۰-۱۵
۷۲ (۲۳٪)	۱۷ (۵/۴٪)	۵۵ (۱۷/۶٪)	۱۶-۳۰
۸۸ (۲۸٪)	۲۵ (۸/۲٪)	۶۳ (۱۹/۸٪)	۳۱-۵۰
۱۱۱ (۳۶٪)	۵۶ (۱۸/۴٪)	۵۵ (۱۷/۶٪)	>۵۰
۳۱۱ (۱۰۰٪)	۱۱۳ (۳۶٪)	۱۹۸ (۶۴٪)	کل

جدول ۴: توزیع فراوانی مبتلایان به تومورهای خوش خیم غدد بزاقی بر حسب تشخیص پاتولوژیک و سایر موارد

شایع ترین محل	نسبت ابتلا مرد به زن	میانگین سنی	درصد	تعداد	تشخیص پاتولوژیک
پاروتید	۱/۱	۳۱/۷	٪۶۸/۱	۱۳۵	پلگومورفیک آدنوما
پاروتید	۲	۴۵/۴	٪۱۲/۱	۲۴	تومور وارتن
پاروتید	۱	۷۱	٪۴	۸	لیپوما
فرعی	—	۳۶/۸	٪۵	۱	همانژیوما
فرعی	۰/۶	۵۵	٪۶	۱۲	منومورفیک آدنوما
پاروتید	۱	۱۹/۵	٪۲	۴	لنفانژیوما
پاروتید	۰/۵	۳۳	٪۶/۵	۱۴	اگزوفیلیک آدنوما

جدول ۵: توزیع فراوانی مبتلایان به تومورهای بدخیم غدد بزاقی بر حسب تشخیص پاتولوژیک و سایر موارد

شایع ترین محل	نسبت مرد به زن	میانگین	درصد	تعداد	تشخیص پاتولوژیک
پاروتید	۱/۱۸	۴۲/۵	٪۴۰	۴۵	موکوپیدرموئید کارسینوما
پاروتید	۱/۷۸	۵۹/۵	٪۱۸	۲۰	اسکواموس سل کارسینوما
پاروتید	۱/۸۵	۵۲/۳	٪۱۲	۱۴	آدنوما کارسینوما
پاروتید	۱/۳۲	۳۲	٪۱۴	۱۶	آسینیک سل
S.M	۱/۰۷	۴۶/۷	٪۹	۱۰	آدنوئید سیستیک کارسینوما
پاروتید	۱	۶۳	٪۳/۵	۴	لنفوما
پاروتید	۱/۲۳	۴۱	٪۳/۵	۴	کارسینومای تمایز نیافته

جدول ۶: توزیع فراوانی مبتلایان به بیماری‌های غیرنئوپلاستیک غدد بزاقی بر حسب تشخیص پاتولوژیک و محل درگیری

نسبت مرد به زن	میانگین سنی	مجموع	زیرزبانی	فرعی	تحت فکی	پاروتید
۱/۱	۲۹	۵۷(٪۲۱/۵)	۴	۵۰	—	۳
۱/۰۸	۳۸	۲۵(٪۹/۵)	—	—	۲۵	—
۳	۵۱	۴(٪۱/۵)	—	—	—	۴
۱/۹	۴۰	۱۰۰(٪۳۸)	۸	۶	۷۳	۱۳
۱/۰۶	۴۴	۳۱(٪۱۲)	—	۳	۴	۲۴
۰/۲	۴۲	۱۲(٪۴/۵)	—	۸	۴	—
۱	۱۹	۴(٪۱/۵)	—	—	۴	—
۲/۲	۸/۵	۱۶(٪۶)	—	—	—	۱۶
۰/۲	۲۱	۶(٪۲)	—	—	۲	۴
۱	۳۵	۸(٪۳)	۴	۴	—	—
—	—	۲۶۳(٪۱۰۰)	۱۶	۷۱	۱۱۲	۶۴

بر اساس نتایج این مطالعه بیش از $\frac{2}{3}$ تومورهای غدد بزاقی در پاروتید رخ داده‌اند (٪۷۱). این نسبت در سایر مطالعات، مقادیر متفاوتی داشته و از ٪۳۴ تا ٪۸۶ متغیر بوده است [۱۶، ۱۷]. در این مطالعه، ضایعات نئوپلاستیک بیشتر مردان (٪۵۳/۳) را درگیر کرده است تا زنان (٪۴۶/۷)، گرچه آزمون χ^2 این تفاوت را معنی‌دار نشان نداده است؛ در حالی که بیشتر مطالعات برتری زنان را نسبت به مردان نشان می‌دهد [۱۹، ۱۸]. Otoch و همکاران شیوع بیشتر تومورهای

بزاقی را در مردان (با نسبت $\frac{1}{3}$ زن/مرد) گزارش کرده‌اند [۲۰]. هنوز برای این اختلاف بین شیوع در مردان و زنان در مطالعات مختلف توضیحی داده نشده است [۲۱].

در این مطالعه شیوع ضایعات بدخیم به تدریج با افزایش سن بیشتر شده که هماهنگ با نظر Ejeon و همکار می‌باشد. هیچ موردی از ضایعه نئوپلاستیک در غده زیرزبانی یافت نشد که این یافته در هماهنگی کامل با مطالعات دیگر است [۲۶-۲۲] و شیوع بسیار پایین تومورهای غدد زیرزبانی را

نشان می‌داد. در یک مطالعه بزرگ تومورهای غدد زیربانی تنها ۰/۳٪ کل ضایعات را تشکیل داده‌اند [۶].

ضایعات خوش‌خیم: در این مطالعه پلئومورفیک آدنوما شایع‌ترین ضایعه غدد بزاقی بود (۶۸٪ ضایعات خوش‌خیم، ۴۳/۴٪ ضایعات نئوپلاستیک و ۲۳/۵٪ کل موارد مطالعه شده). بیشتر مطالعات اپیدمیولوژیک نیز برتری فاحش این تومور را نسبت به سایر ضایعات نشان داده‌اند [۲۷، ۲۸، ۷، ۴]. در مطالعه حاضر نیز، مانند سایر مطالعات، بیشترین محل درگیری غده پاروتید بوده است [۲۹].

در این مطالعه تومور وارتین، دومین تومور شایع بود که ۱۲/۱٪ ضایعات خوش‌خیم و ۷/۷٪ ضایعات نئوپلاستیک را تشکیل می‌داد. این نسبت شیوع در مقایسه با مطالعات دیگر پایین‌تر به نظر می‌رسد [۳، ۸]. این در حالی است که در تحقیق‌های انجام شده در افریقا [۳۰، ۳۱] و جامائیکا [۳۲]، تومور وارتین تنها ۳ تا ۴ درصد کل تومورهای بزاقی را شامل شده است. Jones و همکاران نیز نسبت‌های شیوعی کمابیش مشابه این تحقیق برای تومور وارتین ذکر کرده‌اند. با این تفاوت که در مطالعه نامبرده، تومور وارتین جایگاه چهارم را پس از میکس تومور، بازال سل آدنوما و کانالیکولار آدنوما به دست آورده است [۸]. علت تفاوت، غالب بودن تعداد موارد غدد فرعی می‌باشد. سومین تومور خوش‌خیم شایع، اگزیفیلیک آدنوما بوده است. شیوع این تومور ۷٪ بوده و بیش از همه، پاروتید را درگیر کرده است. مونومورفیک آدنوما با شیوع ۶ درصدی میان ضایعات خوش‌خیم، در رتبه چهارم قرار گرفت؛ مانند مطالعات دیگر این تومور بیشتر غدد بزاقی فرعی را درگیر کرده است [۳۳، ۱۹].

ضایعات بدخیم: ضایعات بدخیم غدد بزاقی، ۳۶/۳٪ ضایعات نئوپلاستیک و ۲۰٪ کل ضایعات غدد بزاقی در این مطالعه را تشکیل داده و ۵۴٪ ضایعات در مردان و ۴۶٪ آنها در زنان رخ داده است.

بر اساس مطالعه حاضر موکوپای درموئید کارسینوما ۴۰٪ ضایعات بدخیم را تشکیل داده، شایع‌ترین بدخیمی به شمار می‌رود. این یافته تأییدکننده نتایج سایر مطالعات مشابه است

که دامنه شیوعی بین ۱۰/۱٪ [۲۰] و ۶۲٪ [۱۷] را برای این تومور ذکر کرده‌اند. طبق مطالعات Waldron و همکاران [۱۹] و Jansisyanont و همکاران [۲۱] شیوع موکوپای درموئید کارسینوما در آمریکا از آمار ارائه شده برای سایر مناطق جهان بسیار بالاتر است.

در این مطالعه کارسینوم سلول سنگفرشی با ۱۸٪ شیوع، دومین بدخیمی شایع بود. در مطالعه Otoch و همکاران نیز این تومور بدخیم با شیوع ۱۵/۹٪ سومین تومور شایع در یک جمعیت مطالعه شده در نیجریه بود [۲۰]. با این حال مطالعات دیگر، شیوع این ضایعه را ۶/۲٪ [۲۳] و ۸٪ [۷] ذکر کرده‌اند. به عقیده Batsakis، SCC غدد بزاقی اصلی ناشایع است و بسیاری از موارد گزارش شده موکوپای درموئید کارسینوما یا کارسینومای متاستاتیک بوده‌اند که به اشتباه SCC گزارش شده‌اند [۱۲].

در این مطالعه سومین تومور بدخیم، آسینیک سل کارسینوما است که با ۱۶ مورد، ۱۴٪ ضایعات بدخیم را به خود اختصاص داده است. این در حالی است که سایر مطالعات ۶/۴٪ [۳]، ۶/۲٪ [۲۷] و ۷/۳٪ [۸] را برای این تومور نشان داده‌اند. شیوع آسینیک کارسینوما در مطالعه حاضر بسیار بیشتر از سایر مطالعات بود و آدنوکارسینوما با ۱۲٪ در مرتبه بعدی قرار گرفت که همانند آسینیک سل کارسینوما با شیوعی بیش از سایر مطالعات را داراست. میزان شیوع در مطالعات دیگر ۲/۲٪ [۱۹] تا ۱۱٪ [۱۷] بوده است که این مقدار در مطالعه حاضر اندکی بیشتر است.

آدنوئیدسیتیک کارسینوما در مطالعات مختلف شیوعی بین ۴٪ [۲۲] تا ۵۰٪ [۱۱] داشته است. مطالعه کنونی نیز شیوعی برابر با ۹٪ برای این تومور نشان داد. حتی بعضی محققین معتقدند این تومور ممکن است شایع‌ترین تومور بدخیم غدد بزاقی باشد [۳۴، ۱۰، ۹].

ضایعات غیرنئوپلاستیک: در مطالعه حاضر شیوع ضایعات نئوپلاستیک (۵۴٪) بیش از ضایعات غیرنئوپلاستیک (۴۶٪) بود که مغایر با شیوع بیشتر ضایعات غیرنئوپلاستیک طبق نظر Regezi و همکار می‌باشد. از طرفی در این مطالعه سیالادنیت

نمونه آماری مطالعه حاضر شده است.

نتیجه گیری

انجام مطالعه ۵ ساله حاضر نشان داد که خصوصیات اپیدمیولوژیک ضایعات غدد بزاقی در مواردی با نتایج مطالعات مشابه در سایر نقاط جهان هماهنگی داشت ولی در موارد قابل توجهی نیز اختلاف بارزی در مقایسه با سایر جوامع به چشم می خورد که می تواند بیانگر نقش عوامل جغرافیایی و نژادی در شیوع این گونه ضایعات غدد بزاقی باشد.

مزمین (۳۸٪) شایع ترین ضایعه غیرنئوپلاستیک بود در صورتی که Regezi و همکار، اوربون را به عنوان فراوان ترین ضایعه غیرنئوپلاستیک ذکر نمودند [۳۵].

این اختلافات را می توان اول به علت عدم مراجعه بیماران مبتلا به اوربون یا سایر ضایعات غیرنئوپلاستیک به مراکز درمانی بزرگ دانشگاهی دانست، چرا که اکثر این بیماران در این موارد به مراکز خصوصی مراجعه می نمایند و از طرف دیگر، در این بیماران تنها به تشخیص و درمان کلینیکی اکتفا می شود و نداشتن تشخیص هیستوپاتولوژیک، باعث عدم ورود آنها در

References

1. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Crit Rev Oncol Hematol 2003; 45(2):215-25.
2. Rapidis AD, Stavrianos S, Lagogiannis G, Faratzis G. Tumors of the submandibular gland: clinicopathologic analysis of 23 patients. J Oral Maxillofac Surg 2004; 62(10):1203-8.
3. Pinkston JA, Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 120(6):834-40.
4. Eneroth CM. Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland, and the palate region. Cancer 1971; 27(6):1415-8.
5. Conley J, Myers E, Cole R. Analysis of 115 patients with tumors of the submandibular gland. Ann Otol Rhinol Laryngol 1972; 81(3):323-30.
6. Eveson JW, Cawson RA. Salivary gland tumours. A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. J Pathol 1985; 146(1):51-8.
7. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. Head Neck Surg 1986; 8(3):177-84.
8. Jones AV, Craig GT, Speight PM, Franklin CD. The range and demographics of salivary gland tumours diagnosed in a UK population. Oral Oncol 2008; 44(4):407-17.
9. Satko I, Stanko P, Longauerova I. Salivary gland tumours treated in the stomatological clinics in Bratislava. J Craniomaxillofac Surg 2000; 28(1):56-61.
10. Kayembe MK, Kalengayi MM. Salivary gland tumours in Congo (Zaire). Odontostomatol Trop 2002; 25(99):19-22.
11. Jones AS, Beasley NJ, Houghton DJ, Helliwell TR, Husband DJ. Tumours of the minor salivary glands. Clin Otolaryngol Allied Sci 1998; 23(1):27-33.
12. Batsakis JG. Tumors of the Head and Neck: Clinical and Pathological Considerations. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1979. p.91-9.
13. Ma'aitha JK, Al Kaisi N, Al Tamimi S, Wraikat A. Salivary gland tumors in Jordan: a retrospective study of 221 patients. Croat Med J 1999; 40(4):539-42.
14. Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2005; 34(5):528-32.
15. Ito FA, Ito K, Vargas PA, de Almeida OP, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2005; 34(5):533-6.
16. Vuhahula EA. Salivary gland tumors in Uganda: clinical pathological study. Afr Health Sci 2004; 4(1):15-23.
17. Rivera-Bastidas H, Ocanto RA, Acevedo AM. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. J Oral Pathol Med 1996; 25(1):1-4.
18. Ellis GI, Auclair PL. Tumors of the salivary glands. 3rd ed. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1996. p.129-34.
19. Waldron CA, el Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 66(3):323-33.

20. Otoh EC, Johnson NW, Olasoji H, Danfillo IS, Adeleke OA. Salivary gland neoplasms in Maiduguri, north-eastern Nigeria. *Oral Dis* 2005; 11(6):386-91.
21. Jansisyanont P, Blanchaert RH, Jr., Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31(3):257-61.
22. Vargas PA, Gerhard R, Araujo F, V, de Castro IV. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 124 cases. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002; 57(6):271-6.
23. Skolnik EM, Friedman M, Becker S, Sisson GA, Keyes GA. Tumors of the major salivary glands. *Laryngoscope* 1977; 87(6):843-61.
24. Nagler RM, Laufer D. Tumors of the major and minor salivary glands: review of 25 years of experience. *Anticancer Res* 1997; 17(1B):701-7.
25. Langdon JD. Tumors of the salivary glands: clinical analysis of 68 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43(9):688-92.
26. Hunter RM, Davis BW, Gray GF, Jr., Rosenfeld L. Primary malignant tumors of salivary gland origin. A 52-year review. *Am Surg* 1983; 49(2):82-9.
27. Li LJ, Li Y, Wen YM, Liu H, Zhao HW. Clinical analysis of salivary gland tumor cases in West China in past 50 years. *Oral Oncol* 2008; 44(2):187-92.
28. Lopes MA, Kowalski LP, da Cunha SG, Paes dA. A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumours. *J Oral Pathol Med* 1999; 28(6):264-7.
29. Eveson JW, Kusafuka K, Stenman G, Nagao T. Pleomorphic adenoma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart PA, Sidransky D, Editors. *Pathology and genetics of head and neck tumours (World Health Organization classification of tumours)*. 1st ed. Lyon: World Health Organization; 2005.
30. Davies JN, Burkitt DP, Dodge OG. Salivary-gland tumors in Uganda. *Cancer* 1964; 17:1310-22.
31. Edington GM, Sheiham A. Salivary gland tumours and tumours of the oral cavity in western Nigeria. *Br J Cancer* 1966; 20(3):425-33.
32. Shah D, Williams E, Brooks SE. Warthin's tumour in Jamaica. Incidence, electron microscopy and immunoenzyme studies. *West Indian Med J* 1990; 39(4):225-32.
33. Takahashi H, Fujita S, Tsuda N, Tezuka F, Okabe H. Intraoral minor salivary gland tumors: a demographic and histologic study of 200 cases. *Tohoku J Exp Med* 1990; 161(2):111-28.
34. Kokemueller H, Swennen G, Brueggemann N, Brachvogel P, Eckardt A, Hausamen JE. Epithelial malignancies of the salivary glands: clinical experience of a single institution-a review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33(5):423-32.
35. Regezi JA, Batsakis JG. Histogenesis of salivary gland neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am* 1977; 10(2): 297-307.