

Frequency of Intraoral Soft Tissue Lesions of Traumatic-origin in a Population from Northern Iran

Maryam Seyedmajidi¹,
Sepideh Siadati²,
Azadeh Gholami³,
Ali Bijani⁴,
Kamran Nosrati⁵,
Ramin Foroughi⁵,
Mohammad Mehdizadeh⁵

¹ Dental Material Research Center, Department of Oral & Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

² Department of Pathology, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

³ Resident in Oral Pathology, Students Research Committee, Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁴ Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁵ Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received February 27, 2012 ; Accepted July 11, 2012)

Abstract

Background and purpose: Intraoral soft tissue lesions of traumatic-origin and their clinical similarities to neoplastic lesions are of great importance. This study was performed to determine the frequency of these lesions in a population from northern Iran.

Materials and methods: This retrospective study was done using existing patient dental records from two referral pathology department for oral lesions in Babol University of Medical Sciences. Patients' demographic criteria, location and characteristics of trauma-related lesions with clinical and histopathological diagnosis were obtained.

Results: The subjects were 185 (41.5%) male and 261 (58.5%) female and the mean age of patients was 36.82 ± 0.9 years. Four hundred and forty-six cases associated with trauma were found. They were all created in soft tissues and the most common locations of lesions were gingiva (45.3%) and lip (24.9%). The most prevalent lesion was pyogenic granuloma (25.6%). The mean age of patients with frictional keratosis and epulis fissuratum were higher (57.76 ± 9.89 and 56.22 ± 13.24 , respectively), while the mean age of patients affected by mucocele was the lowest (22.98 ± 13.4). Sixty two cases of lesions (14.4%) were seen in people <15 years of age. The most common sites of involvement in this population were the lips and gums with similar rate of incidence and the most prevalent lesion was mucocele. The concordance between histopathological and clinical diagnosis was seen in 54.7% of the cases.

Conclusion: Intraoral soft tissue lesions of traumatic-origin have a relatively high prevalence in the oral cavity -probably due to more contact with local stimulus factors- and in the female population. This study found valuable epidemiological evidence that signifies the importance of such lesions in oral diseases.

Keywords: Trauma, intraoral soft tissue, biopsy

فراوانی ضایعات نسج نرم دهان مرتبط با تروما در جمعیتی از شمال ایران

مریم سیدمجیدی^۱
سپیده سیادتی^۲
آزاده غلامی^۳
علی بیژنی^۴
کامران نصرتی^۵
رامین فروغی^۵
محمد مهدی زاده^۵

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت ضایعات مرتبط با تروما در نسج نرم دهان و شباهت بالینی آن‌ها به ضایعات نئوپلاستیک، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی ضایعات مذکور در جمعیتی از شمال ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی گذشته نگر با استفاده از پرونده‌های بیماران موجود در بایگانی دو بخش پاتولوژی ارجاع ضایعات دهانی در دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد. مشخصات دموگرافیک بیماران، محل و خصوصیات ضایعات مرتبط با تروما به همراه تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی استخراج شد.

یافته‌ها: چهار صد و چهل و شش مورد ضایعه مرتبط با تروما یافت شد. تمامی ضایعات مرتبط با تروما در نسج نرم پدید آمده بودند. متوسط سنی بیماران $36/82 \pm 0/9$ سال بود. ۱۸۵ بیمار (۴۱/۵ درصد) مذکر و ۲۶۱ بیمار (۵۸/۵ درصد) مؤنث بودند. شایع‌ترین محل بروز ضایعات، لثه (۴۵/۳ درصد) و بعد از آن، لب (۲۴/۹ درصد) بود. شایع‌ترین ضایعه، پیوژنیک گرانولوما (۲۵/۶ درصد) بود. میانگین سنی مبتلایان به کراتوز اسطکاکی و اپولیس فیثوراتوم از سایر موارد بیشتر و در مورد موکوسل از سایر ضایعات کمتر بوده است. ۶۲ مورد از ضایعات (۱۴/۴ درصد) در افراد زیر ۱۵ سال دیده شد. شایع‌ترین محل درگیری در افراد زیر ۱۵ سال، لب و لثه با شیوعی برابر و شایع‌ترین ضایعه موکوسل بود. تطابق تشخیص هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی در ۵۴/۷ درصد موارد دیده شد.

استنتاج: به نظر می‌رسد ضایعات مرتبط با تروما شیوع نسبتاً بالایی در دهان و در جنس مؤنث دارند. ضایعات مرتبط با تروما در بافت نرم شیوع بیشتری نسبت به بافت سخت دارند که شاید به دلیل تماس بیشتر آن‌ها با عوامل محرک موضعی باشد. همچنین نتایج این مطالعه از نظر اپیدمیولوژیک ارزشمند بوده و اهمیت این دسته از ضایعات را در حرفه دندانپزشکی مشخص می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: تروما، بافت نرم دهان، بیوپسی

مقدمه

تروما به آسیب‌های مکانیکی، حرارتی و شیمیایی اطلاق می‌شود. صدمات ایجاد شده ناشی از فعالیت‌های روزانه یا تصادفات قسمت عمده‌ای از ضایعات مرتبط با تروما را در ناحیه فک و صورت شامل می‌شوند (۱، ۲).

E-mail: majidi79@yahoo.com

مؤلف مسئول: مریم سیدمجیدی - بابل: دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده دندانپزشکی

۱. مرکز تحقیقات مواد دندانی، گروه آسیب شناسی دهان - فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲. گروه آسیب شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳. دستیار تخصصی پاتولوژی دهان، فک و صورت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۴. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۵. گروه جراحی دهان - فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۱/۲/۱۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۴/۲۱

در افرادی که از تنباکوی جویدنی استفاده می کنند یا از براکسیسم رنج می برند، دیده شده است. همچنین در اثر مسواک زدن ممکن است abrasion طوق دندانها ایجاد شود (۳). همچنین طی درمان های پزشکی یا دندانپزشکی ممکن است آسیب هایی به مخاط دهان و دندانها وارد شود که می توان به موکوزیت ناشی از رادیوتراپی، پوسیدگی های ناشی از رادیاسیون و استئورادیونکروز اشاره کرد (۳، ۴). علل دیگر آسیب های ناحیه دهان و فک و صورت شامل آسیب های فیزیکی که خود فرد ایجاد می کند (عادات اختیاری، غیراختیاری و ساختگی)، سوختگی های حرارتی و شیمیایی می باشد (۲).

از ضایعات ایجاد شده در اثر آسیب های فیزیکی و شیمیایی در حفره دهان می توان به لینا آلبا، گاز گرفتگی مزمن مخاط باکال، زخم های تروماتیک، سوختگی های شیمیایی و حرارتی، عوارض ناشی از درمان های ضد سرطان، استئونکروز، هموراژی زیر مخاطی، آمالگام تاتو، تغییر رنگ مخاط دهان ناشی از فلزات سنگین، ملانوز ناشی از مصرف سیگار، تغییر رنگ مخاط دهان ناشی از مصرف دارو، متاپلازی استخوانی و غضروفی واکنشی، پسودوسیست و کیست های سینوس ماگزایلا، میواسفرولوزیس اشاره نمود (۵، ۶).

البته هیپرپلازی آدنوماتوئید، سیالومتاپلازی نکرروزان، فیبروم تحریکی، اپولیس فیشوراتوم، هیپرپلازی پاییلاری التهابی، گرانولوم پیورنیک، نرومای تروماتیک، اپولیس گرانولوماتوزا، هماتوم و موکوسل نیز در اثر تحریک یا ترومای مزمن در نسج نرم دهان ایجاد می شوند (۵، ۶). استئورادیونکروز و کیست تروماتیک استخوانی نیز در اثر تروما و آسیب به استخوان فک ایجاد می شوند (۷-۵).

به طور خلاصه، ترومای دهان می تواند از لحاظ اتیولوژی، آناتومی، پاتولوژی و ملاحظات درمانی طبقه بندی شود، همان طوری که به صورت علتی یا مرتبط با عادت طبقه بندی می شود (۲، ۹، ۸). مروری بر مقالات انگلیسی زبان نشان می دهد که مطالعات مرتبط با تروما

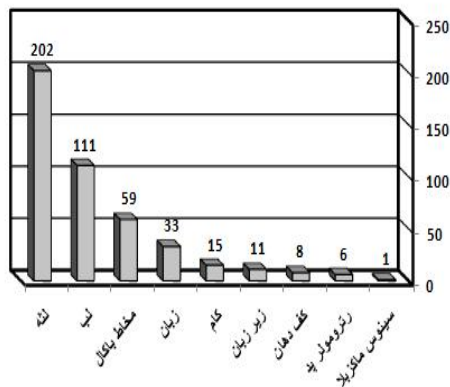
در ناحیه دهان و فک و صورت در جمعیت های کشورهای در حال توسعه آسیایی نسبتاً ناشایع بوده و موارد موجود تنها به بررسی شکستگی های فکین و آسیب های تروماتیک به دندانها مربوط می شود (۱۰، ۱۱). تنها بررسی انجام شده مطالعه Chen و همکاران در سال ۲۰۱۰ بوده که بر روی ضایعات ناشی از تروما در تایوان انجام شد. در مطالعه مذکور، در حدود ۱۰ درصد ضایعات رسیده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت را ضایعات ناشی از تروما تشکیل داده بود که اکثر آنها در نسج نرم روی داده بود. شایع ترین ضایعه، موکوسل بود. شایع ترین محل بروز ضایعات، لب پایین و بعد از آن مخاط باکال و زبان بود و در اکثر موارد، تشخیص بالینی ضایعات با تشخیص هیستوپاتولوژیکی آنها مطابقت داشت (۷).

در ایران نیز می توان به مطالعه هاشمی پور (۲۰۰۸) اشاره نمود که فراوانی ضایعات واکنشی را به میزان ۳۹ درصد گزارش نمود (۱۲) دیهیمی (۲۰۰۶) نیز فراوانی این ضایعات را ۳۶ درصد مطرح نمود (۱۳) البته فراوانی ضایعات مذکور در مطالعات صورت گرفته در مناطق مختلف متفاوت می باشد که شاید منطقه جغرافیایی و حتی نژاد افراد بررسی شده بر روی نتایج مؤثر باشد. در مجموع تحلیل چنین اطلاعاتی مفید به نظر می رسد. با توجه به کمی مطالعات صورت گرفته در زمینه ضایعات مرتبط با تروما در ناحیه دهان و فک و صورت در ایران و عدم وجود اطلاعات ثبت و جمع آوری شده در مورد فراوانی ضایعات مذکور، سن و جنس بیماران و توزیع آنها در نسج نرم و سخت (بدون در نظر گرفتن شکستگی های فک و صورت)، مطالعه حاضر جهت بررسی موارد فوق در جمعیتی از شمال ایران انجام شد.

مواد و روش ها

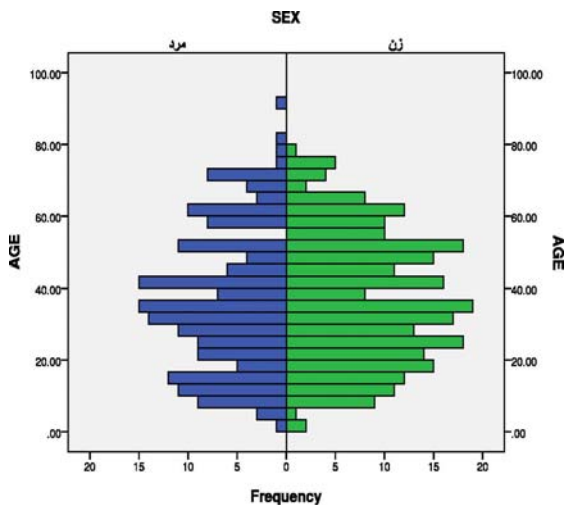
این مطالعه توصیفی گذشته نگر با استفاده از پرونده های بیماران موجود در بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل (فاصله

این که در تشخیص بالینی ۸۹/۹ درصد موارد، ضایعه به عنوان یک ضایعه ناشی از تروما یا واکنشی در نظر گرفته شده بود (۶۲/۶ موارد در اولین تشخیص بالینی، ۲/۲ درصد موارد در دومین تشخیص و ۰/۹ موارد در سومین تشخیص). ولی در ۷/۴ موارد منشا تروماتیک برای ضایعه در تشخیص بالینی لحاظ نشده بود.



نمودار شماره ۱: فراوانی ضایعات به تفکیک محل بروز

شایع ترین ضایعه، پیورنیک گرانولوما (۲۵/۶ درصد) بود و موکوسل (۱۸/۲ درصد)، فیبروم تحریکی (۱۷/۳) و ژانت سل گرانولومای محیطی (۱۵/۵ درصد) در رده های بعدی قرار داشتند. فراوانی ضایعات در دهه های مختلف سنی در نمودار شماره ۲ آمده است.



نمودار شماره ۲: فراوانی ضایعات در دهه های مختلف سنی

سال های ۱۳۹۰-۱۳۸۲) و بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی بابل (فاصله سال های ۱۳۹۰-۱۳۶۹) انجام شد. مشخصات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنسیت، محل ضایعات و خصوصیات ضایعات نسج نرم و سخت ضایعات مرتبط با تروما به همراه تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی از پرونده های مذکور با استفاده از فرم ثبت اطلاعات طراحی شده جمع آوری شد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار آماری SPSS و تست Chi-square تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

در کل ۴۴۶ مورد ضایعه مرتبط با تروما از ۱۲۲۱۲۶ پرونده موجود در بایگانی بخش پاتولوژی دو مرکز ارجاع ضایعات فک و دهان در شهرستان بابل استخراج شد. (۲۲۵ مورد از بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل که ۲۸/۴ درصد ضایعات ارسالی به آن مرکز را تشکیل می داد و ۲۲۱ مورد از بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی بابل که ۰/۲ درصد ضایعات ارسالی را شامل می شد).

تمامی ضایعات مرتبط با تروما در نسج نرم پدید آمده بودند و با ضایعه موجود در نسج سخت مواجه نشدیم. ضایعات در بیماران بین سنین ۲ ماه تا ۹۰ سال وجود داشت. متوسط سنی بیماران $36/82 \pm 0/9$ سال بود. ۱۸۵ بیمار (۴۱/۵ درصد) مذکر و ۲۶۱ بیمار (۵۸/۵ درصد) مؤنث بودند. شایع ترین محل بروز ضایعات، لثه (۴۵/۳ درصد) و بعد از آن، لب (۲۴/۹ درصد) بود. نمودار شماره ۱ فراوانی محل های مختلف ضایعات را نشان می دهد.

تطابق تشخیص هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی اول در ۴۴/۴ درصد موارد، با تشخیص دوم در ۱۰/۱ درصد موارد و با تشخیص سوم در ۰/۲ درصد موارد دیده شد. در ۱۷/۷ درصد نیز ضایعه از نظر بالینی به درستی تشخیص داده نشده بود. البته در سایر موارد تشخیص بالینی در پرونده ها ثبت نشده بود. نکته دیگر

تفکیک محل بروز در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره ۱: میانگین سنی بیماران مبتلا به تفکیک ضایعات مختلف

نوع ضایعه	میانگین سنی ± انحراف معیار	حد اقل سنی	حداکثر سنی
پیوژنیک گرانولوما	۳۲/۴۵ ± ۱۶/۰۷	۳	۷۶
فیبروم تحریکی	۴۱/۱۳ ± ۱۵/۶۶	۷	۹۰
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۳۶/۳ ± ۱۹/۲۸	۶	۷۵
اپولیس فیثوراتوم	۵۶/۲۲ ± ۱۳/۲۴	۲۳	۸۰
فیبروم اسیفیه محیطی	۳۲ ± ۱۶/۹۷	۸	۶۴
موکوسل	۲۲/۹۸ ± ۱۳/۴	۲ ماه	۶۲
هیپرپلازی پاپیلاری التهابی	۴۱/۳۳ ± ۳/۰۵	۳۸	۴۴
ژانت سل فیروما	۴۲/۸۷ ± ۲۰/۲۶	۱۶	۷۰
کراتوز اصطکاکی	۵۷/۷۶ ± ۹/۸۹	۳۹	۷۹
Surgical Ciliated Cyst	۴۱	-	-
اپولیس گرانولوماتوزا	۲۵	-	-
تروماتیک نروما	۳۲	-	-

جدول شماره ۲: درصد فراوانی ضایعات به تفکیک جنسیت بیماران مبتلا

نوع ضایعه	درصد فراوانی ضایعات به تفکیک جنسیت	
	مذکر	مونث
پیوژنیک گرانولوما	۲۲/۲	۲۸
فیبروم تحریکی	۱۷/۳	۱۷/۲
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۱۵/۱	۱۵/۷
اپولیس فیثوراتوم	۳/۲	۱۶/۹
فیبروم اسیفیه محیطی	۵/۴	۴/۶
موکوسل	۲۴/۳	۱۳/۸
هیپرپلازی پاپیلاری التهابی	۱/۱	۰/۴
ژانت سل فیروما	۱/۶	۱/۹
کراتوز اصطکاکی	۸/۱	۰/۸
Surgical Ciliated Cyst	۰/۵	۰
اپولیس گرانولوماتوزا	۰	۰/۴
تروماتیک نروما	۰	۰/۴
هماتوما	۱/۱	۰

جدول شماره ۳: درصد فراوانی ضایعات به تفکیک دو رده سنی

نوع ضایعه	درصد فراوانی ضایعات به تفکیک دو رده سنی	
	بیش از ۱۵ سال	کمتر از ۱۵ سال
پیوژنیک گرانولوما	۲۴/۲	۲۵/۸
فیبروم تحریکی	۸/۱	۱۸/۸
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۲۱	۱۴/۴
اپولیس فیثوراتوم	۰	۱۳/۶
فیبروم اسیفیه محیطی	۶/۵	۴/۶
موکوسل	۴۰/۳	۱۴/۴
هیپرپلازی پاپیلاری التهابی	۰	۰/۸
ژانت سل فیروما	۰	۲/۲
کراتوز اصطکاکی	۰	۴/۶
Surgical Ciliated Cyst	۰	۰/۳
اپولیس گرانولوماتوزا	۰	۰/۳
تروماتیک نروما	۰	۰/۳

شایع ترین محل درگیری در زنان و مردان، لثه به ترتیب با شیوع ۵۱/۳ درصد و ۳۶/۸ درصد و بعد از آن، لب با شیوع ۲۱/۱ درصد و ۳۰/۳ درصد موارد بود. شایع ترین ضایعات پدید آمده در افراد مؤنث از نوع پیوژنیک گرانولوما (۲۸ درصد)، فیبروم تحریکی (۱۷/۲ درصد) و اپولیس فیثوراتوم (۱۶/۹ درصد) بود. در افراد مذکر شایع ترین ضایعات از نوع موکوسل (۲۴/۳ درصد)، پیوژنیک گرانولوما (۲۲/۲ درصد) بودند و فیبروم تحریکی (۱۷/۳ درصد) در رده سوم قرار داشت. میانگین سنی بیماران مبتلا به ضایعات مختلف در جدول شماره ۱ آمده است.

با توجه جدول فوق میانگین سنی مبتلایان به کراتوز اصطکاکی و اپولیس فیثوراتوم از سایر موارد بیشتر و در مورد موکوسل از سایر ضایعات کمتر بوده است. فراوانی ضایعات به تفکیک جنسیت بیماران در جدول شماره ۲ آمده است.

شصت و دو مورد از ضایعات (۱۴/۴ درصد) در افراد زیر ۱۵ سال دیده شد. در بررسی ضایعات موجود در افراد زیر ۱۵ سال نیز شایع ترین محل درگیری لب و لثه هر دو با شیوعی برابر با ۳۸/۷ درصد بودند. در مورد شایع ترین نوع ضایعه پدید آمده بایستی گفت که موکوسل با فراوانی ۴۰/۳ درصد موارد در رتبه اول، پیوژنیک گرانولوما با فراوانی ۲۴/۲ درصد در رتبه دوم و گرانولومای محیطی با سلول ژانت با ۲۱ درصد در رده سوم قرار داشت. فراوانی ضایعات به تفکیک دو رده سنی مورد بررسی در جدول شماره ۳ آمده است.

با استفاده از آزمون Chi-Square توزیع نوع ضایعات در سنین مختلف، متفاوت بوده است ($p < 0.001$) از طرفی دیگر، با استفاده از آزمون Chi-Square توزیع محل ضایعات در سنین مختلف، نیز متفاوت بوده است ($p < 0.001$). به عبارتی دیگر، در افراد زیر ۱۵ سال فراوانی ضایعات در لب و لثه یکسان بود. ولی در افراد بالای ۱۵ سال فراوانی ضایعات در لثه بیشتر و در لب کمتر بود. توزیع ضایعات شایع تر به

جدول شماره ۴: ضایعات شایع تر به تفکیک محل بروز

نوع ضایعه	لب	مخاط یا کال	زبان	لثه	سایر	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
پیوژنیک گرانولوما	۲۵ (۲۱/۹)	۵ (۴/۴)	۱۵ (۱۳/۲)	۶۰ (۵۲/۶)	۹ (۷/۹)	۱۱۴ (۱۰۰)
فیبروم تحریکی	۹ (۱۱/۷)	۲۹ (۳۷/۷)	۱۲ (۱۵/۶)	۲۲ (۲۸/۶)	۵ (۶/۵)	۷۷ (۱۰۰)
گرانولومای محیطی با سلول ژانت	۱ (۱/۴)	۲ (۲/۹)	۰ (۰)	۶۳ (۹۱/۳)	۳ (۴/۳)	۶۹ (۱۰۰)
ابولیس فیشراتوم	۱۰ (۲۰)	۱۴ (۲۸)	۰ (۰)	۲۵ (۵۰)	۱ (۲)	۵۰ (۱۰۰)
فیبروم اسفیه محیطی	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۱ (۹۵/۵)	۱ (۴/۵)	۲۲ (۱۰۰)
موکوسل	۶۱ (۷۵/۳)	۲ (۲/۵)	۲ (۲/۵)	۰ (۰)	۱۶ (۱۹/۸)	۸۱ (۱۰۰)
کراتوز اسطکاکی	۳ (۱۷/۶)	۵ (۲۹/۴)	۱ (۵/۹)	۵ (۲۹/۴)	۳ (۱۷/۶)	۱۷ (۱۰۰)

با استفاده از آزمون Chi-Square توزیع نوع ضایعات در محل‌های مختلف دهان، متفاوت بوده است ($p < 0.01$).

بحث

در مطالعه حاضر ۴۴۶ ضایعه مرتبط با تروما در بافت نرم و سخت فک و دهان مورد بررسی قرار گرفت. ۲۲۸ مورد از ضایعات از بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل به دست آمده بود که ۲۸/۷ درصد ضایعات ارسالی به آن مرکز را تشکیل می‌داد و ۲۲۱ مورد از بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی بابل که ۰/۱ درصد ضایعات ارسالی را شامل می‌شد که شاید تفاوت در فراوانی ضایعات مذکور بین دو مرکز به تخصصی بودن دانشکده دندانپزشکی جهت پذیرش نمونه‌های دهانی برگردد و با فراوانی واقعی ضایعات مذکور در کل جمعیت متفاوت باشد. در یک مطالعه مقطعی جهت ارزیابی فراوانی و توزیع ضایعات مخاطی در جمعیتی از ترکیه، ضایعات ناشی از تروما ۱/۶ درصد ضایعات را تشکیل داده بود (۱۴). Chen و همکاران (۲۰۱۰) نیز در بررسی ضایعات ناشی از تروما در جمعیتی از تایوان دریافتند که در حدود ۱۰ درصد ضایعات رسیده به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت را ضایعات ناشی از تروما تشکیل داده بود که اکثر آن‌ها در نسج نرم روی داده بود (۷).

در مطالعه هاشمی پور (۲۰۰۸)، فراوانی ضایعات واکنشی ۳۹ درصد گزارش شد (۱۲) در مطالعه Awange

(۲۰۰۹) فراوانی ضایعات واکنشی ۱۰/۶ درصد، Nartey (۱۹۹۴) به میزان ۱۰/۳ درصد و Zain (۱۹۹۰) به اندازه ۹/۶ درصد گزارش شد (۱۷-۱۵) دیهیمی (۲۰۰۶) نیز فراوانی این ضایعات را ۳۶ درصد مطرح نمود (۱۳). فراوانی ضایعات مذکور در مطالعات صورت گرفته در مناطق مختلف متفاوت می‌باشد که شاید منطقه جغرافیایی و حتی نژاد افراد بررسی شده بر روی نتایج مؤثر باشد. در مطالعه حاضر ضایعات مرتبط با تروما در افراد مؤنث شیوع بیشتری نسبت به مذکر داشت که در توافق با مطالعه Lee (۱۹۶۸)، Al-Khateeb (۲۰۰۳)، هاشمی پور (۲۰۰۸) و Kerr (۱۹۵۱) است (۱۲، ۲۰-۱۸) و شاید به نوعی بیانگر نقش عوامل هورمونی به عنوان عامل مستعد کننده در ایجاد ضایعات مذکور باشد. شایع‌ترین ضایعه در مطالعه زارعی (۲۰۰۷) و Shamim (۲۰۰۸)، پیوژنیک گرانولوما گزارش شد (۲۱، ۲۲) که موافق با نتیجه مطالعه حاضر است ولی شایع‌ترین ضایعه در مطالعه Zhang (۲۰۰۷) فیبروم تحریکی بود (۲۳) در بررسی ضایعات مخاطی در جمعیتی از اسلوانی توسط Kovac-Kovacic (۲۰۰۰) نیز ضایعات ناشی از دنچر و موکوسل شایع‌ترین ضایعات بودند (۲۴) البته در تحقیق Chen شایع‌ترین ضایعه، موکوسل بود (۷) همچنین در مطالعه انجام شده توسط Sousa (۲۰۰۰)، موکوسل، شایع‌ترین ضایعه در بین ۲۳۵۶ نمونه بیوپسی شده بود (۲۵). در بررسی جمعیتی در اسپانیا توسط Vallegio (۲۰۰۲) نیز شایع‌ترین ضایعات دهانی از نوع ضایعات اسطکاکی، زخم‌های تروماتیک و استوماتیت دنچری بودند که بعد از آن هیپرپلازی ناشی از دنچر قرار

داشت (۲۶). در اکثر مطالعات ضایعات واکنشی بافت نرم مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶، ۱۵) در این مطالعه سعی شد تا ضایعات واکنشی بافت نرم و سخت بررسی شوند ولی با ضایعه نسج سخت مواجه نشدیم که شاید بیان کننده آن باشد که بافت نرم به خصوص لثه و مخاط آلونول که شایع ترین محل درگیری را به خود اختصاص دادند، بیشتر در مجاورت عوامل محرکی مانند جرم و پلاک میکروبی می باشد که با نتایج اکثر مطالعات که شیوع ضایعات واکنشی را در لثه بیشتر از نواحی خارج لثه گزارش کردند مطابقت دارد (۲۷، ۱۷). از طرفی دیگر لب در مقام دوم از نظر بروز ضایعات مورد مطالعه قرار داشت و شایع ترین ضایعه در لب نیز موکوسل بود. در مطالعه Chen شایع ترین محل بروز ضایعات، لب پایین و بعد از آن مخاط باکال و زبان بود (۷).

Jones (۲۰۰۶) در انگلستان، نمونه های بیوپسی شده مربوط به کودکان را در دوره ای ۳۰ ساله بررسی نمود و دریافت که شایع ترین ضایعات از نوع مخاطی بودند و شایع ترین آن ها موکوسل بود (۲۸) در مطالعه انجام شده توسط Lima Gda (۲۰۰۸) نیز موکوسل، شایع ترین ضایعه در بین ۹۴۵۶ نمونه بیوپسی شده از کودکان زیر ۱۴ سال بود (۲۹) همچنین در مطالعه انجام شده توسط Shah (۲۰۰۹)، بعد از کیست دنتی ژروس، موکوسل، شایع ترین ضایعه در بررسی نمونه های بیوپسی شده از افراد زیر ۱۶ سال بود (۳۰). در مطالعه حاضر نیز موکوسل و پیورژیک گرانولوما شایع ترین ضایعات پدید آمده در افراد زیر ۱۵ سال بودند.

در مجموع به نظر می رسد که در اثر محرک ها و تروماهای موضعی ضایعاتی ایجاد می شوند که به دلیل شباهت بالینی چنین ضایعاتی به ضایعات نئوپلاستیک از اهمیت خاصی برخوردارند. نکته قابل توجه در افتراق

بالینی آن ها، تغییر اندازه ضایعات واکنشی با حذف یا کاهش عوامل محرک می باشد، اما معمولاً اندازه ضایعات نئوپلاستیک به مرور زمان افزایش می یابد (۵). درمان ضایعات مرتبط با تروما، حذف عامل محرک و تروماتیزه کننده، برش و برداشت ضایعه به روش جراحی می باشد. جهت جلوگیری از عود مجدد ضایعات واکنشی، بررسی دقیق هیستوپاتولوژی آن ها و اطلاع از پاک بودن قاعده ضایعه ضروری است. به نظر می رسد شاید بتوان از روی میزان فراوانی ضایعات واکنشی دهان، شاخص بهداشت دهان یا وقوع آسیب های تروماتیک را در آن ناحیه جغرافیایی پیشگویی کرد. نتایج حاصل از این پژوهش می تواند باعث آگاهی دندانپزشکان نسبت به فراوانی این ضایعات و رسیدن آن ها به تشخیص افتراقی صحیح گردد زیرا تشخیص بالینی در طرح درمان بسیار مهم می باشد. تطابق تشخیص هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی در ۵۴/۷ درصد موارد دیده شد. از طرف دیگر در تشخیص بالینی ۸۹/۹ درصد موارد، ضایعه به عنوان یک ضایعه ناشی از تروما یا واکنشی در نظر گرفته شده بود. در مطالعه Chen نیز در اکثر موارد، تشخیص بالینی ضایعات با تشخیص هیستوپاتولوژیکی آن ها مطابقت داشت (۷).

از نتایج مطالعه حاضر به نظر می رسد ضایعات واکنشی شیوع نسبتاً بالایی در دهان و در جنس مؤنث دارند. ضایعات واکنشی بافت نرم شیوع بیشتری نسبت به بافت سخت دارند که شاید به دلیل تماس بیشتر آن ها با عوامل محرک موضعی باشد. البته نتایج این مطالعه از نظر اپیدمیولوژیک ارزشمند بوده و اهمیت این دسته از ضایعات را در حرفه دندانپزشکی مشخص می نماید.

References

1. Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, Bruno AD, Jung SH, Edelman D, et al. A

retrospective analysis of facial fracture etiologies. Ann Plast Surg 2008; 60: 398-403.

2. Rawal SY, Claman LJ, Kalmar JR, Tatakis DN. Traumatic lesions of the gingiva: a case series. *J Periodontol* 2004; 75(5): 762-769.
3. Bartlett DW, Shah P. A critical review of non-carious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. *J Dent Res.* 2006; 85(4): 306-312.
4. Ferguson HW, Stevens MR. Advances in head and neck radiotherapy to the mandible. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007; 19(4): 553-563.
5. Neville BW, Damm DD, Allen C, Bouquet JE. *Oral and maxillofacial pathology.* 3rd ed. St.Louis: WB Saunders Co; 2009. p. 507-524.
6. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan C. *Oral pathology, clinical pathology correlation.* 5th ed. St-Louis: WB Saunders Co; 2008. p. 157-167.
7. Chen J, Wang WC, Chen YK, Lin LM. A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan. *J Appl Oral Sci* 2010; 18(1): 5-9.
8. Andreasen JO, Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology of traumatic dental injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, editors. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth.* 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1993. p. 151-177.
9. Scariot R, Oliveira IA, Passeri LA, Rebellato NL, Müller PR. Maxillofacial injuries in a group of Brazilian subjects under 18 years of age. *J Appl Oral Sci* 2009; 17(3): 195-198.
10. Chiu WT, Kuo CY, Hung CC, Chen M. The effect of the Taiwan motorcycle helmet use law on head injures. *Am J Public Health.* 2000; 90(5): 793-796.
11. Huang IY, Chen CH, Lai S, Chen HR. A clinical study of maxillofacial fractures. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za* 1987; 3(3): 166-175.
12. Hashemipour MA, Rad M, Mojtahedi A. A survey of soft tissue tumor-like lesions of oral cavity: A clinicopathological study. *Iranian J Pathol* 2008; 3(2): 81-87.
13. Deyhimi P. *Pathology of tooth and odontogenic lesions.* 1st ed. Esfahan: Kankash Co; 2006. p. 313-374.
14. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis* 2005; 11 (2): 81-7.
15. Awange DO, Wakoli KA, Onyango JF, Chindia ML, Dimba EO, Guthua SW. Reactive localized inflammatory hyperplasia of oral mucosa. *East African Medical J* 2009; 86(2): 79-82.
16. Nartey NO, Mosadomr HA, Al-Gailani M, Al- Mobeerik A. Localized inflammatory hyperplasia of the oral cavity: Clinico-Pathological study of 164 cases. *Saudi Dent J* 1994; 60(3): 145-150.
17. Zain RB, Fei YJ. Peripheral fibroma/ fibrous epulis with and without calcifications. A clinical evaluation of 204 cases in Singapore. *Odontostomatol Trop* 1990; 13(3): 94-96.
18. Lee KW. The fibrous epulis and related lesions. Granuloma pyogenicum, pregnancy tumor, Fibroepithelial Polyp and calcifying fibroblastic granuloma. A clinico-pathological study. *Periodontics* 1968; 6(6): 277-292.
19. Al- Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *Oral Maxillofac Surg* 2003; 61(11): 1285-1288.
20. Kerr DA. Granuloma pyogenicum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1951; 4(2): 158-176.
21. Zarei MR, Ghamni G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman

- provice, Iran. A review of 172 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45(4): 288-292.
22. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south Indian population: 2001-2006 *Med Oral Pathol Cir Bucal* 2008; 13(7): 414-418.
23. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao P. Reactive lesions: a retrospective study of 2,439 cases. *Quintessence Int* 2007; 38(2): 103-110.
24. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7): 331-335.
25. Sousa FB, Etges A, Corrêa L, Mesquita RA, de Araújo NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26(4): 413-438.
26. García-Pola Vallejo MJ, Martínez Díaz-Canel AI, García Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(4): 277-285.
27. Buchner A, Hansen LS. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63(4): 452-461.
28. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16(1): 19-30.
29. Lima Gda S, Fontes ST, de Araújo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci* 2008; 16(6): 397-402.
30. Shah SK, Le MC, Carpenter WM. Retrospective review of pediatric oral lesions from a dental school biopsy service. *Pediatr Dent* 2009; 31(1): 14-19.