

# فراوانی ضایعات مخاط نرم دهان در مراجعه کنندگان به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶

فاطمه اربابی کلاتی<sup>۱</sup>، وجیهه علوی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار گروه بیماری‌های دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران

<sup>۲</sup> دندانپزشک، تبریز دانشکده دندانپزشکی، ایران

نویسنده مسئول: فاطمه اربابی کلاتی، نشانی: زاهدان، دانشکده دندانپزشکی، بخش بیماری‌های دهان. تلفن: ۹۱۵۵۴۳۳۴۸، پست الکترونیک: f\_kalati@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۶/۱۱؛ پذیرش: ۱۳۸۹/۴/۱۲

**مقدمه و اهداف:** هدف از این مطالعه تعیین میزان فراوانی ضایعات مخاط نرم دهان در مراجعه کنندگان به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی تبریز بود.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی توصیفی است که به روش نمونه‌گیری متوالی به شیوه پواسن انجام گرفت. مراجعه کنندگان به کلینیک بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی تبریز طی بهار ۱۳۸۶، معاینه شدند و پرسشنامه برای آن‌ها تکمیل گردید.

**نتایج:** مراجعه کنندگان ۸۰۲ نفر ۲۹/۲۹ درصد مرد و ۷۰/۰۷ درصد زن بودند. متوسط سنی آنها  $32/68 \pm 12/25$  بود. ۸۰/۸ درصد از مراجعه کنندگان ضایعه دهانی داشتند ۱۹/۲ درصد دارای مخاط دهانی سالم بودند، ۲۱/۶۰ درصد افرادی که با ضایعه دهانی، به کنترل و پیگیری نیاز داشتند. از میان وضعیت‌های پاتولوژیک تشخیص داده شده بیشترین ضایعات: انکیلوگلوسیا (۲۹/۷ درصد)، زبان شیردار (۲۵/۷ درصد) و زبان باردار (۲۳/۷ درصد) بودند.

**نتیجه‌گیری:** تعداد زیادی از مراجعه کنندگان از ضایعات دهانی خود که نیاز به پیگیری داشت مطلع نبودند و این مسأله تأکید بر معاینات دوره‌ای دهانی همانند معاینات دندان‌توسط متخصصین رانسان می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** فراوانی، ضایعات دهان، مخاط نرم، تبریز

## مقدمه

بین ۵۲-۴/۱ درصد است که علت آنرا می‌توان در تفاوت‌های نژادی و فرهنگی کشورهای مختلف و گوناگونی روش‌های نمونه‌گیری جستجو کرد (۳،۴). ضایعات شایع مخاطی در نواحی مختلف جهان نیز با هم تفاوت دارد. بطور مثال در اسپانیا زبان باردار (coated tongue) شایع‌ترین ضایعه مخاطی گزارش شده می‌باشد، درحالی‌که در بالغین آمریکایی ضایعه ناشی از تنباکوی جویدنی شایع‌ترین ضایعه مخاطی دهان است. همچنین در برزیل هایپرپلازی موضعی اپی تلیال، در آفریقای جنوبی، آرژانتین و مکزیک پیت‌های لب (labial Pits) و در ترکیه پیگمانتاسیون مخاطی بعنوان شایع‌ترین ضایعات مخاطی دهان گزارش شده است. یا بطور مثال شیوع ضایعات مخاطی دهان در ترکیه در مقایسه با آسیا بیشتر و از اروپا کمتر است (۱،۵). همچنین در یک مطالعه محدود که در مشهد انجام شده است ۷۵٪ افراد مورد مطالعه ضایعه دهانی داشتند و زبان باردار و پتشی شایع‌ترین ضایعات دهانی گزارش شده در این مطالعه بودند (۲).

مطالعات اپیدمیولوژیک اطلاعات مفیدی درباره شیوع، گسترش و شدت بیماری‌های مختلف در جمعیت را فراهم می‌کند (۱). در واقع یکی از اولین اقدامات جهت برنامه‌ریزی صحیح در راستای ارتقاء سطح آموزش، بهداشت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها تعیین شیوع بیماری‌های گوناگون در جوامع مختلف است زیرا حضور بسیاری از بیماری‌ها به شرایط جغرافیایی، فرهنگی - اجتماعی و عادات خاص یک جامعه وابسته است (۲). اگرچه مشکلات دندان‌توانی و پریدونتال در مطالعات مقطعی مورد توجه قرار گرفته است، اما ضایعات مخاط دهان بطور محدودی در کشور ما توسط این مطالعات ارزیابی شده است. ضمن اینکه به علت فقدان سیستم اطلاعات بهداشتی کارآمد در ایران اطلاعات منطقه‌ای که شیوع بیماری‌های دهان را نشان دهد وجود ندارد. مطالعات اپیدمیولوژیک به ویژه در مورد شیوع کلی ضایعات در جمعیت‌های مشخص بسیار کم است. مطالعات اپیدمیولوژیک طیف وسیعی از شیوع ضایعات مخاطی را در نقاط مختلف دنیا گزارش کرده‌اند که

مزمین ایجاد می‌شود.

۹- بیماری‌های غدد بزاقی: بیماری‌های درگیر کننده غدد بزاقی طبقه‌بندی نموده (۶) و بر این اساس تنوعات ساختمان‌های طبیعی (normal variations) مانند گرانولهای فوردایس، پیگماتاسیونهای فیزیولوژیک و لینا آلبا در بررسی آماری وارد نگردید اما زبان جغرافیایی، زبان شیار دار، زبان باردار و زبان مودار که در برخی کتب تحت عنوان ضایعات و در برخی دیگر تحت عنوان condition ذکر گردیده است جزء ضایعات طبقه‌بندی شد (۲). همچنین آفت و هرپس عود کننده فقط در صورت وجود ضایعه حین معاینه ثبت گردیده است (نه بر اساس سابقه بیماری). در چک لیست علاوه بر وجود و نوع ضایعه، ویژگی‌های فردی، آگاهی بیمار از وجود ضایعه دهانی و نیاز به پیگیری (منظور از ضایعه دهانی که نیاز به پیگیری دارد مواردی است که جهت رسیدن به تشخیص یا درمان، نیاز به مراحل دیگری علاوه بر تشخیص بالینی می‌باشد) این ضایعات نیز ثبت گردید. اطلاعات فردی بیماران بصورت محرمانه باقی می‌ماند. پس از پرکردن چک لیست‌ها، کدگذاری‌های لازم انجام شده و سپس اطلاعات چک لیست‌ها وارد رایانه شده و بعد از اطمینان از صحت داده‌ها، جدول توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری با استفاده از نرم افزار Spss 15 محاسبه شدند و از آزمون‌های  $t$ -test,  $\chi^2$ , fisher exact test در تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### یافته‌ها

در مجموع تعداد ۸۰۲ مراجعه کنندگان به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی تبریز مورد مطالعه قرار گرفت که از این تعداد ۲۴۰ نفر (۲۹/۹۲ درصد) مرد و ۵۶۲ نفر (۷۰/۰۷ درصد) زن بودند.

محدوده سنی مراجعه کنندگان ۷۰-۱۲ سال بود. بیشتر مراجعه کنندگان در محدوده سنی ۳۰-۴۵ سال (۳۴/۳۲ درصد) قرار داشتند. در این مطالعه متوسط سنی بیماران  $12/25 \pm 32/68$  و میزان تحصیلات بیشتر بیماران در حد دیپلم بود (۴۱/۴ درصد). در بین همه گروه‌های سنی تعداد ۶۴۸ نفر از افراد مورد مطالعه ضایعه مخاط دهان داشتند و شیوع ضایعات مخاط دهانی حدود ۸۰/۸ درصد بود. (۳۴/۴ درصد دارای یک ضایعه، ۲۴/۹ درصد دارای دو ضایعه، ۷/۵ درصد دارای سه ضایعه، ۲ درصد دارای چهار ضایعه و ۰/۲ درصد دارای پنج ضایعه بود). ۱۵۴ نفر (۱۹/۲ درصد) از افراد مورد مطالعه ضایعه‌ای نداشتند. از بین ۶۴۸ نفر (۸۰/۸ درصد) که دارای ضایعات دهانی بودند،

بنابراین با توجه به اختلاف نژادی و فرهنگی کشور ما با سایر نقاط جهان نمی‌توانیم آمار ارائه شده در کتب مرجع را (که عمدتاً آمریکایی است) به جمعیت کشورمان تعمیم دهیم و لزوم به بررسی شیوع این ضایعات در ایران احساس می‌گردد. علاوه بر این دندانپزشکی که به درمان بیماران مبادرت می‌کند باید نسبت به احتمال وجود بیماری مخاطی آگاه باشد، بنابراین مطالعه حاضر جهت بررسی ضایعات مخاط نرم دهان در تبریز به عنوان یک گروه نژادی خاص در ایران طراحی گردید.

### روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی - توصیفی (Cross-sectional) طراحی شده است. محیط انجام این مطالعه، بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تبریز بود.

روش نمونه‌گیری به صورت متوالی و به شیوه پواسن (poisson method) بود. حجم نمونه بانظر گرفتن شیوع ضایعات مخاط دهان در مطالعات قبلی، تعداد ۸۰۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری طی بهار ۱۳۸۶ انجام شد.

افراد مورد مطالعه مراجعه کنندگان جهت انجام درمان‌های معمول دندانپزشکی به دانشکده دندانپزشکی تبریز بود.

تمام بیماران ابتدا توسط دانشجوی دندانپزشکی با استفاده از آینه، سوند، گاز و در زیر نور یونیت سپس توسط متخصص بیماری‌های دهان بطور کامل معاینه و تأیید گردیدند.

داده‌ها به صورت مشاهده و تکمیل چک لیست جمع‌آوری گردید. در ابتدا جهت بررسی شیوع ضایعات بافت نرم ضایعات را به ۹ گروه کلی:

- ۱- پیگماتاسیون: هر گونه تغییر رنگ غیرطبیعی مخاط
- ۲- ضایعات زبان: ضایعاتی که در مخاط زبان ایجاد گردد.
- ۳- ضایعات ناشی از دندان مصنوعی: ضایعاتی که بخاطر استفاده از دندان مصنوعی ایجاد شود.
- ۴- کاندیدیازیس: ضایعات ناشی از عفونت قارچ کاندیدا
- ۵- زخم: نوعی نقص در اپی تلیوم است که در ناحیه‌ای که لایه اپیدرمال از بین رفته است بصورت یک ضایعه تورفته با حدود مشخص دیده می‌شود.
- ۶- ضایعات قرمز: هر ضایعه با نمای قرمز که از بافت نرمال قابل تفکیک باشد.
- ۷- ضایعات سفید: هر ضایعه با نمای سفید که از بافت نرمال قابل تفکیک باشد.
- ۸- ضایعات واکنشی: ضایعات برجسته که به دنبال تحریکات

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ضایعات براساس جنس

Total	مونث	مذکر		Total	مونث	مذکر	
۲۴	۱۲	۱۲	دنچر استنوماتیت	۲۰۶	۱۳۴	۷۲	زبان شیاردار
%۳/۰	%۲/۱	%۵/۰		%۲۵/۷	%۲۳/۸	%۳۰/۰	
۱۴	۴	۱۰	شقاق گوشه لب	۲	۰	۲	زبان دو شاخه
%۱/۷	%۰/۷	%۱/۸		%۰/۲	%۰/۰	%۰/۸	
۱۸	۱۶	۲	زخم تروماتیک	۲۲	۱۸	۴	زبان جغرافیایی
%۲/۲	%۲/۸	%۰/۸		%۲/۷	%۳/۲	%۱/۷	
۱۴	۱۲	۲	آفت	۱۸	۴	۱۴	زبان مودار
%۱/۷	%۲/۱	%۰/۸		%۲/۲	%۰/۷	%۵/۸	
۲	۲	۰	زخم‌های مزمن	۲۳۸	۱۶۶	۷۲	انکیلوگلووسیا
%۰/۲	%۰/۴	%۰/۰		%۲۹/۷	%۲۹/۵	%۳۰/۰	
۱۸	۱۸	۰	هریس ثانویه	۱۰	۴	۶	واریکوز زبانی
%۲/۲	%۳/۲	%۰/۰		%۱/۲	%۰/۷	%۲/۵	
۱۴	۸	۶	فیبروما	۱۹۰	۱۳۴	۵۶	زبان باردار
%۱/۷	%۱/۴	%۲/۵		%۲۳/۷	%۲۳/۸	%۲۳/۳	
۸	۸	۰	پیوژنیک گرانولوما	۴	۲	۲	آتروفی پاپیلاهای زبان
%۱/۰	%۱/۴	%۰/۰		%۰/۵	%۰/۴	%۰/۸	
۴	۰	۴	PGCG	۵۸	۳۶	۲۲	کراتوز تحریکی
%۰/۵	%۰/۰	%۱/۷		%۷/۲	%۶/۴	%۹/۲	
۲۴	۱۰	۱۴	ماکول ملانوتیک	۸	۶	۲	لیکن پلان
%۳/۹	%۱/۸	%۵/۸		%۱/۰	%۱/۱	%۰/۸	
۱۰	۶	۴	نوس‌های اطراف دهان	۲	۲	۰	لکوپلاکیا
%۱/۲	%۱/۱	%۱/۷		%۰/۲	%۰/۴	%۰/۰	
۴۲	۳۶	۶	پتشی	۶	۰	۶	اپولیس فیشوراتم
%۵/۲	%۶/۴	%۲/۵		%۰/۷	%۰/۰	%۲/۵	
۱۴	۴	۱۰	ضایعات عروقی	۱۰	۴	۶	تحریک ناشی از ساکشن
%۱/۷	%۰/۷	%۴/۲		%۱/۲	%۰/۷	%۲/۵	
				۲	۰	۲	زخم ناشی از دنچر
				%۰/۲	%۰/۰	%۰/۸	

در بین مراجعه کنندگان ۴۰ نفر (۴/۹۳ درصد) دارای دندان مصنوعی متحرک بودند که از بین این افراد ۲۴ نفر (۶۰ درصد) دارای دنچر استنوماتیت بودند. ضایعات دیگر مرتبط با دنچر، تحریک ناشی از ساکشن ۱۰ نفر (۳۲/۵ درصد)، اپولیس فیشوراتم ۶ نفر (۱۵ درصد) و شقاق گوشه لب ۱۴ نفر (۳۵ درصد) بودند. در مجموع ۶/۶۶ درصد کل بیماران دارای ضایعات ناشی از دندان مصنوعی بودند.

شیوع هرپس ثانویه ۲/۲ درصد، استنوماتیت آفتی ۱/۷ درصد، زخم تروماتیک ۲/۲ درصد و زخم‌های مزمن ۰/۲ درصد بود. ۱/۰۰ درصد بیماران به لیکن پلان دهانی مبتلا بودند که از نوع رتیکولر و آتروفیک بود.

تنها ۲۷ نفر (۶/۷ درصد) از وجود ضایعه در دهان خود مطلع بودند و ۶۲۱ نفر (۹۳/۳ درصد) از وجود ضایعه آگاهی نداشتند. در بین ۶۴۸ نفر که دارای ضایعه دهانی بودند ۱۴۰ نفر (۲۱/۶۰ درصد) دارای ضایعاتی بودند که نیاز به پیگیری داشتند. در بین ۹۳۰ ضایعه ثبت شده در این تحقیق انکیلوگلووسیا (۲۹/۷ درصد)، زبان شیاردار (۲۵/۷ درصد)، زبان باردار (۲۳/۷ درصد) و کراتوز تحریکی (۷/۲ درصد) شایع‌ترین ضایعات بودند (جدول شماره ۱).

در ضمن ۲۷۸ نفر (۳۴/۶ درصد) بیماران دارای دو ضایعه یا بیشتر بودند. بیشترین همراهی بین دو ضایعه زبان شیاردار و انکیلوگلووسیا (۷/۴۸ درصد) ثبت گردیده است.

مشابه سایر بررسی‌های اپیدمیولوژیک در این مطالعه نیز ضایعات زبانی نسبت قابل توجهی از ضایعات دهانی را شامل می‌شوند که میزان شیوع آن در قسمت‌های مختلف جهان متفاوت است.

شایع‌ترین ضایعه ثبت شده در این مطالعه انکیلوگلوسیا ۲۹/۷ درصد بود که به میزان قابل توجهی بالاتر از موارد ذکر شده در مطالعه Mumcu G<sub>1</sub> و همکارانش در ترکیه ۳٪ درصد است (۱). میزان ضایعه در نمونه‌های مورد مطالعه Benevides dos Santos PJ روی جمعیت برزیل Kovac-Kovacic M<sub>1</sub> روی جمعیت اسلونی و Reichart PA روی جمعیت آلمان صفر درصد است و همچنین در مطالعه دلوریان در مشهد موردی از این ضایعه گزارش نشده است (۲۰۴، ۲۳، ۲۴).

بعد از انکیلوگلوسیا، زبان شیاردار شایع‌ترین ضایعه بود ۲۵/۷ درصد که تقریباً مشابه مطالعه Rioboo-Crespo Mdel R اسپانیا، Benevides dos Santos PJ در برزیل، در مطالعه Jankittivong A<sub>1</sub> و Kovac-Kavcic در اسلونی می‌باشد (۳، ۴، ۲۱، ۲۳). میزان این ضایعه در مطالعه دلوریان ۲/۷ درصد بود و در جمعیت مسن آلمانی ۳/۸ درصد گزارش شده است (۲، ۲۴). شیوع زبان شیاردار در جمعیت مورد مطالعه حاضر بیشتر از مطالعه Darwazeh AM, Pillai K اردن ۱۱/۴ درصد، Axéll T جمعیت سوئدی ۶/۵ درصد است (۱۶، ۲۵).

سومین ضایعه شایع زبان در این مطالعه، زبان باردار ۲۳/۷ درصد می‌باشد که کمتر از مطالعه دلوریان و G. Campisi V می‌باشد (۲، ۲۲)، ولی از مطالعه Mumcu G<sub>1</sub> روی جمعیت ترکیه، Reichart PA در جمعیت مسن آلمانی و در مطالعه Darwazeh AM, Pillai K بیشتر است (۱۰، ۱۶، ۲۴).

در مطالعات Axe'II که بر روی ۲۰۳۳ سوئدی انجام گرفته بود شیوع زبان باردار ۲/۷ درصد بود. این نتایج نشان می‌دهند که شیوع ضایعاتی که ارتباط نزدیکی با رعایت بهداشت دهان دارند در بیماران این مطالعه چندین برابر مطالعات اروپایی به ویژه Axe'II است. زبان مودار در مطالعه ما ۲/۲ درصد بود که بیشتر از جمعیت سوئدی ۰/۶ درصد و کمتر از جمعیت اردن ۳/۴ درصد است (۲۵). در مطالعه ترکیه سن بالای ۶۵ سال عامل خطر مهم زبان شیاردار و زبان مودار گزارش شده است (۱).

شیوع کراتوز تحریکی در مطالعه حاضر ۷/۲ درصد بود که از شیوع این ضایعه در جمعیت ترکیه و سرخپوستان آمازون کمتر است (۱۰۴) و از شیوع این ضایعه در مطالعه دلوریان، در مطالعه Kovac-Kavcic در اسلونی و در جمعیت مسن آلمانی بیشتر

۲۶ نفر بیماران دارای ضایعات واکنشی بودند که در بین این‌ها فیبروما در ۱۴ نفر (۱/۷ درصد) بیشترین ضایعه واکنشی بود. ۴/۲ درصد مراجعه کنندگان دارای پیگمانتاسیون دهانی بودند در این تحقیق هیچ بدخیمی یا بیماری غدد بزاقی مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

در بین گروه‌های سنی ۲۰-۰ ساله انکیلوگلوسیا ۳۳/۸ درصد، ۲۰-۳۰ ساله انکیلوگلوسیا ۲۶/۸ درصد، ۳۰-۴۵ ساله انکیلوگلوسیا ۳۲/۴ درصد، ۴۵-۶۰ ساله زبان باردار و زبان شیار ۳۵/۷ درصد و افراد ۶۰ سال به بالا ضایعات عروقی و زبان شیار دار ۴۰ درصد شایع‌ترین ضایعات بودند.

در این تحقیق با افزایش سن بروز ضایعات دهانی افزایش می‌یابد به طوری که از میزان شیوع ۷۴/۶ درصدی در افراد زیر ۲۰ سال به شیوع ۱۰۰ درصدی در افراد بالای ۶۰ سال می‌رسد این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است (P=۰/۰۱۲).

در این مطالعه برطبق آزمون Pearson chi-square میزان تحصیلات با بروز زبان باردار (P= ۰/۰۱۷) و ضایعات واکنشی (P=۰/۰۲۷) بطور معنی‌داری رابطه داشت به نحوی که با افزایش سطح تحصیلات میزان شیوع این ضایعات دهانی کاهش می‌یافت.

## بحث

مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات اپیدمیولوژیک به علت تفاوت روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی ضایعات در مطالعات مختلف مشکل می‌باشد.

در مطالعه حاضر شیوع ضایعات دهانی حدود ۸۰/۸ درصد بود که تقریباً مشابه میزانی است که دلوریان و همکاران گزارش کرده‌اند (۲).

این میزان از شیوع بدست آمده در مطالعات Mathew AL (۹)، Pentenero M (۸)، Castellanos JL (۷)، Epstein JB (۱۰)، Rioboo-Crespo MR و همکارانش (۳)، Mumcu G<sub>1</sub> و همکارانش (۱۱)، Saraswathi TR (۱۱)، Pearson N (۱۲)، Fatahzadeh (۱۳)، Alendorf TM و همکارانش (۱۴)، Nair RG و همکارانش (۱۵)، Darwazeh AM, Pillai K (۱۶)، Ikeda N (۱۷)، Taiyeb ATR (۱۸)، Kleinman DV و همکاران (۵)، جوادزاده و همکارانش (۱۹) و Zain RB (۲۰) بیشتر می‌باشد. شاید این اختلاف بدلیل جامعه مورد بررسی، حجم نمونه، محیط پژوهش و روش نمونه‌گیری متفاوت باشد و با نتایج مطالعات Benevides Santos PJ (۴)، Jankittivong A<sub>1</sub> (۲۱)، G. Campisi V (۲۲) مشابه می‌باشد.

می‌باشد (۲۰۲۳، ۲۴).

شیوع هرپس ثانویه در مطالعه حاضر ۲/۲ درصد بود که تقریباً مشابه مطالعه Nair و دلوریان است (۲۰۱۳). میزان استوماتیت آفتی که بطور کلینیکی در دوره معاینه مشخص شد ۱/۷ درصد است که شیوع آن از مطالعه اسپانیا، ترکیه، آلمان و مالزی بیشتر می‌باشد (۱، ۳، ۲۰، ۲۴) و در مقایسه با شیوع آفت در مطالعه M Fatahzadeh، ۵/۵ درصد Kovac-Kovacic M, Skaleric U، ۹/۷ درصد، کمتر بود (۱۳، ۲۳). شیوع کلی دنچر استوماتیت در مطالعه حاضر ۳/۰۰ درصد بود که تقریباً با مطالعه دلوریان مشابه است (۲) ولی از مطالعه ترکیه ۶۴/۳ درصد کمتر می‌باشد (۱). سایر ضایعات مرتبط با دندان مصنوعی در این مطالعه تحریک ناشی از ساکشن، اپولیس فیشوراتم و شقاق گوشه لب بود که در مجموع ۵۲ درصد افراد دارای دندان مصنوعی دچار ضایعات ناشی از دندان مصنوعی بودند که با توجه به کافی نبودن تعداد افرادی که از دندان مصنوعی استفاده می‌کردند و نوع نمونه‌گیری نمی‌توان این نتیجه را به کل جامعه نسبت داد.

شیوع دنچر استوماتیت در مطالعات مختلف متفاوت می‌باشد که علت تفاوت در میزان شیوع دنچر استوماتیت احتمالاً به اختلاف گروه‌های سنی جوامع هدف بر می‌گردد (۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۴). بطور کلی اختلاف‌های مشاهده شده در شیوع برخی ضایعات می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، نژادی، عادات تغذیه‌ای و بهداشتی بین جامعه ما و جوامع مورد مطالعه که اکثراً اروپایی بودند باشد.

میزان شیوع فیبروما در این مطالعه ۱/۷ درصد بود که از میزان شیوع آن در مطالعه Reichart PA (۰/۸ درصد) بیشتر است (۲۴). در این مطالعه شیوع لکوپلاکیا ۰/۲ درصد گزارش شد. در مطالعه Reichart PA در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال ۱/۶ درصد و در گروه سنی ۶۵-۷۴ سال ۱ درصد گزارش گردید (۲۴). در مطالعه Ikeda N و همکاران شیوع ۱/۱ درصد، M Fatahzadeh ۱۷/۱ درصد و در تحقیق Darwazeh AMG, Pillai K میزان شیوع ۰/۲ درصد و Kovac-Kovacic M, Skaleric U ۳/۱ درصد گزارش شد (۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۳).

در این مطالعه بروز ضایعه دهانی با جنس در برخی از ضایعات از لحاظ آماری ارتباط معنی‌دار داشت. بروز پیگمانتاسیون، زبان مودار، دنچر استوماتیت، فیبروما، ضایعات عروقی و PGCG (در مردان بیشتر) و بروز زخم‌های تروماتیک، آفت، زخم‌های مزمن، هرپس ثانویه، پتشی و پیوژنیک گرانولوما (در زنان بیشتر)

مشاهده شد ( $P < 0.05$ ).

در مطالعات دلوریان و همکاران، Arendrof TM و همکاران، Pearson N و همکاران، Nair RG و همکاران و Jankittivong A، ارتباطی بین بروز ضایعه دهانی با جنس وجود نداشت (۲۰۱۲، ۱۵، ۲۰، ۲۱).

از طرفی در مطالعه Kleinman DV بین بروز ضایعه دهانی و جنس ارتباط معنی‌داری یافت گردید (۵). در مطالعات دیگر این ارتباط تنها در مورد برخی ضایعات مشاهده شد به عنوان مثال در مطالعات Ikeda N و Reichart PA بین بروز لکوپلاکیا و جنس Kovac-Kovacic M, Skaleric U، بین بروز ضایعات مرتبط با تنباکو و جنس (در مردان بیشتر) و بروز لیکن پلان دنچر استوماتیت هرپس و جنس (در زنان بیشتر) ارتباط معنی‌داری گزارش گردید (۱۷، ۲۳، ۲۴). در مطالعه Avcu N, Kanli زبان مودار و زبان باردار بیشتر در مردان و آتروفی پاپیلری زبان بطور عمده در زنان مورد مطالعه یافت شد (۲۶) و همچنین در مطالعه Mathew AL ضایعات مخاط دهان در ارتباط با سیگار (لکوپلاکیا، کام سیگاری‌ها، فیبروز زیرمخاط دهان و بدخیمی) در مردان شیوع بیشتری داشت و استوماتیت دنچری، هرپس لبیالی، شقاق گوشه لب اغلب در زنان دیده شد (۹).

بروز پیگمانتاسیون مخاط دهان، زبان شیاردار، زبان مودار، زبان باردار، واریکوزیس زبانی، ضایعات ناشی از دندان مصنوعی، شقاق گوشه لب، ضایعات عروقی و فیبروما با افزایش سن بیشتر می‌شود و همچنین بروز زخم‌ها و ضایعات واکنشی با سن رابطه معنی‌دار دارند ( $P < 0.05$ ).

در تحقیق دلوریان و همکاران، Lin Hc و همکاران، vonArx T و Jankittivong A، با افزایش سن بروز ضایعات دهانی نیز بطور معنی‌داری افزایش می‌یافت (۲۰، ۲۱، ۲۷، ۲۸). همچنین در مطالعات Mumcu G و همکاران، Kovac-Kovacic M, Skaleric U، بین بروز برخی ضایعات و سن رابطه معنی‌دار وجود داشت (۲۳، ۱). بر طبق در مطالعه Kovac-Kovacic M, Skaleric U، شیوع ضایعات سفید مخاطی، ضایعات مرتبط با دندان مصنوعی، زبان شیاردار، واریکوزیس و موکوسل با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد (۲۳). در مطالعه Kleinman DV و همکاران بین بروز زخم‌های آفتی و ضایعات مرتبط با تنباکوی غیر تدخینی و سن، در مطالعه Pearson N و همکاران بین بروز لکوپلاکیا و سن، در مطالعه Ikeda N و همکاران بین بروز لیکن پلان و سن ارتباط معنی‌داری ذکر شد که در همه این تحقیقات با افزایش سن میزان شیوع ضایعات ذکر شده افزایش یافت. در مطالعه Castellanos JL

دنیا نشان داده شده، مشکل است. میزان شیوع بدست آمده در این مطالعه به دلایل متعدد از قبیل: حجم نمونه، منطقه جغرافیایی، جمعیت مورد مطالعه متفاوت از نظر نژاد، وضعیت تغذیه، عادات خاص نظیر نوع دخانیات ونحوه مصرف آن، الکل و رعایت بهداشت با مطالعات در دسترس متفاوت بود.

مساله قابل ذکر دیگر، تعداد مراجعه کنندگانی است که از ضایعات دهانی خود بویژه ضایعات موجود در بافت نرم که به کنترل و پیگیری نیاز داشتند، مطلع نبودند که لزوم معاینه دهان وساختمان های اطراف آن همراه معاینات دوره‌ای دندانی توسط دندانپزشکان آشنا با این ضایعات را مشخص می سازد.

تحقیق در مورد شیوع ضایعات دهانی، جهت سهولت انجام آن بهتر است بر روی ضایعات دهانی خاص متمرکز باشد و در جمعیت سنی مشخص و غیرانتخابی (جمعیت عادی نه مراجعین به مراکز تخصصی دندانپزشکی) صورت گیرد تا میزان شیوع واقعی ضایعات به طور دقیق تعیین گردد.

### نتیجه گیری

اهمیت معاینات دوره‌ای بافت نرم توسط متخصصین بیماری‌های دهان یا افرادی که به طور دقیق آموزش دیده‌اند، باید توسط مسئولین مورد تأکید قرار گیرد و تسهیلاتی در این زمینه برای بیماران و آموزش همگانی در نظر گرفته شود.

سن و جنس تفاوت هایی در نوع و میزان شیوع ضایعات نشان داد (۵،۷،۱۲،۱۷).

در مطالعه Reichart PA نیز میزان شیوع لکوپلاکیا با افزایش سطح تحصیلات کاهش ولی میزان شیوع cheek biting با افزایش سطح تحصیلات افزایش می‌یافت (۲۴). اما دلاوریان و همکارانش در تحقیق شان بین سطح تحصیلات و بروز ضایعات دهانی ارتباط معنی‌داری را گزارش نکردند (۲).

در مطالعه ما تعداد زیادی از بیماران از وجود ضایعه دهانی خود اطلاع نداشتند (۹۳/۳ درصد) که این نتیجه تقریباً مشابه مطالعه دلاوریان و همکارانش و Darwazeh AMG, Pillai K که به ترتیب عدم اطلاع بیماران از ضایعات دهانی خود را ۷۵/۲ درصد و ۷۸ درصد گزارش کرده‌اند می‌باشد (۲،۱۶). این نکته در مورد ضایعات دهانی که پتانسیل بدخیمی داشته و نیاز به پیگیری و درمان دارویی دارند حائز اهمیت است. به عنوان مثال ۶ درصد از افرادی که طی مطالعه Darwazeh AMG و Pillai K از ضایعه دهانی خود اطلاع نداشتند به درمان نیاز داشتند (۱۶). در این مطالعه از بین ۱۴۰ بیماری که نیاز به پیگیری داشتند ۱۲ مورد (۶ مورد لیکن پلان ۴، مورد تحریک ناشی از دندان مصنوعی، ۲ مورد فیبروما) از ضایعه خود اطلاع نداشتند.

مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر در بخش شیوع ضایعات دهانی با سایر مطالعات اپیدمیولوژیک مشابه مناطق جغرافیایی دیگر به ویژه با کشورهای اروپایی و امریکایی به دلیل تفاوت قابل ملاحظه‌ای که میزان شیوع ضایعات مخاط دهان در نقاط مختلف

### منابع

- Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Diseases*, 2005; 11: 81-87.
- Delavarian Z, Zavar S. prevalence of oral lesions and awareness of their presence in patients attending to oral medicine center of mashhad dental school. *Univ dent j*, 2004; 22, 425-36
- Rioboo-Crespo Mdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo García Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2005 10, 376-87.
- Benevides dos Santos PJ, Ferreira C, Ferreira de Aguiar MC, Vieria do Carmo MA. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med*, 2004; 33: 7-12.
- Kleiman DV, Swango PA, Pndborg JJ. Epidemiology of mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-1987. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1994; 22: 243-53.
- Ghemeghami A, lesions of oral mucous, 2nded, jahad daneshgahi press, 1980; 19.
- Castellanos JL, Diaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2008; 105: 79-85.
- Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Diseases*, 2008; 14: 356-66.
- Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res*, 2008; 19: 99-103.
- Epstein JB, Villines D, Drahos G, Kaufman E, Gorsky M. Oral lesions in patients participating in an oral examination screening week at an urban dental school. *J Am Dent Assoc*, 2008; 139, 1338-44.
- Saraswathi TR, Ranganathan K, Shanmugam S, Sowmya R, Narasimhan PD, Gunaseelan R. Prevalence of oral lesions in relation to habits: Cross-sectional study in South India. *Indian J Dent Res*, 2006; 17: 121-5.
- Pearson N, Croucher R, Marcenes W, O'Farrell M. Prevalence of oral lesions among a sample of Bangladeshi medical users aged 40 years and over living in Tower Hamlets, UK. *Int Dent J*, 2001; 51: 30-4.
- Fatahzadeh M, Kano G, Sirois D. Epidemiology study of oral mucosal lesions in 1125 community residents. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2000; 89: 442.
- Arendorf TM, Van der Ross R. Oral lesions in a black pre-school South African population. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1996; 24: 296-97.
- Nair RG, Samaranyake LP, Philipsen HP, Graham RG,

- Itthagarun A. Prevalence of oral lesions in a selected Vietnamese population. *Int Dent J* 1996; 46: 48–51.
- 16- Darwazeh AM, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 323–4.
- 17- Ikeda N, et al. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1995; 23: 49-54.
- 18- Taiyeb ATR, Razak IA, Raja LRJ, Zain RB. An epidemiological survey of oral mucosal lesions among elderly Malaysian. *Gerodontology* , 1995; 12: 37–40.
- 19- Sodi F, Rohani A, evaluation of oral mucosa conditions in students of mashhad, under graduate dentistry teases ,mashhad university of medical since, 1981(768)
- 20- Zain RB, Ikeda N, Razak IA et al. A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 377–83.
- 21- Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RPOral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis*, 2002; 8: 218-23.
- 22- Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *Journal of Oral Pathology & Medicine* 2001; 30: 22–8.
- 23- Kovac-Kovacic M, Skaleric U The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med*, 2000; 29: 331-5.
- 24- Reichart, PA,. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* , 2000; 28: 390–8.
- 25- Axéll TA. prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odontol Revy Suppl*, 1976; 36: 1-103.
- 26- Avuc N, Kanli A.. Age and sex-specific prevalence of tongue abnormalities in Turkish dental outpatients. *J Oral Disease*, 2003; 9: 84-87.
- 27- Lin HC, Corbet EF, Lo EC. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res*, 2001; 80: 86-90.
- 28- von Arx T, Koch S, Hardt N. Lesions of the mouth mucosa. An anamnestic and clinical study of 100 consecutive patients with mucosal lesions. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 2002; 112: 326-9 .