فراوانی عوامل همراه سرطان دهان در استان گیلان طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۵

*دکتر مریم یزدی‌زاده (D.D.S)[۱]- دکتر آبتین حیدرزاده(M.D, MPH)[۲] – دکتر رسول رضائی(D.D.S)[۳]

*نویسنده مسئول: قزوین، بلوار باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده دندانپزشکی

پست الکترونیک: myazdizadeh@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۸۷//۳/۲۷

چکیده

مقدمه: سرطان دهان مشکل بهداشتی عمده در بسیاری از کشورهای جهان است. شیوع این بیماری در نقاط مختلف دنیا، متفاوت است و مانند هر بیماری دیگر برای شناخت عمیق آن آگاهی از چگونگی توزیع بیماری در مناطق مختلف ایران لازم است.

هدف: تعیین فراوانی عوامل همراه سرطان دهان در بیماران مبتلا در استان گیلان طی سال‌های۸۳ -۱۳۷۵.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه گذشته‌نگر، اطلاعات آماری از تمام سرطان‌های حفره دهان با مراجعه به بایگانی مرکز ثبت سرطان استان گیلان و مطب متخصصان جراحی فک و صورت جمع‌آوری شد و سن، جنس، شیوع و محل آنها ثبت شد.

نتایج: از کل نمونه‌های بررسی شده، ۳۰۶ مورد سرطان دهان شناسایی شد. از این تعداد، ۱۸۶نفر (۶۰/۸٪) مرد و۱۲۰ نفر(۳۹/۲٪) زن بودند. نسبت مردان به زنان۱/۵۵به۱ ومیانگین سن بیماران ۱۵/۶۵±۵۷/۷ سال بود. بیشترین فراوانی سنی ابتلا مربوط به دهه هفتم زندگی بود. از نظر آسیب‌شناسی، شایع‌ترین بدخیمی ۲۰۵ مورد (۶۷٪) کارسینومای اسکواموس‌سل و پس از آن به ترتیب لنفوم با ۲۷ مورد (۸/۸٪) رتبه دوم وآدنوکارسینوما وکارسینومای موکواپیدرموئید هرکدام با۱۲مورد (۳/۹٪) جایگاه سوم را از نظر شیوع داشتند. شایع‌ترین محل بدخیمی، به ترتیب زبان۵۳ مورد(۱۷/۳٪)، لب پایین ۳۵ مورد (۱۱/۴٪) و لوزه ۲۹ مورد(۹/۴۸٪) بود.

نتیجه‌گیری: اکثر یافته‌های این بررسی مشابه مطالعات قبلی بود. برای شناخت عوامل خطر ابتلای به سرطان دهان، نیاز به کسب آمار دقیق از نقاط مختلف کشور است که می‌توان با بهره‌گیری از سیستم منسجم ثبت سرطان این کار را انجام داد.

کلید واژه ها: دهان/ سرطان‌های دهان/ شیوع بیماری

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۷، صفحات:۵۴-۴۸

مقدمه

امروزه سرطان پس از بیماری‌های قلبی - عروقی مهم‌ترین عامل مرگ انسان در بسیاری از کشورهاست. متاسفانه شمار مبتلایان به ضایعات بدخیم روبه افزایش است و این امر شاید ناشی از بهبود روش‌های تشخیص، افزایش متوسط طول عمر و مهم‌تر از همه پیشرفت صنعت، تکنولوژی و زندگی ماشینی، مصرف دخانیات، داروهای جدید و مواد شیمیایی در صنایع مختلف و آلودگی محیط زیست باشد.

سرطان دهان یکی از ده سرطان رایج جهان است که در بزرگسالان بالای چهل سال شایع‌تر است ولی شیوع آن در جوانانی که از تنباکوی جویدنی استفاده می‌کنند نیز رو به افزایش است.

سرطان‌های دهان از نظر اصول و بسیاری از عوامل اتیولوژی تا اندازه‌ای مشابه ضایعات بدخیم سایر نواحی بدن است، اما شناخت و بررسی آنها بخش مهمی از علوم دندانپزشکی را تشکیل می‌دهد چرا که ابتدا دندانپزشک است که این ضایعات را مشاهده می‌کند. این ضایعات قادرند سلامت بیمار را به طور جدی به مخاطره انداخته و چه بسا موجب مرگ شوند. از طرف دیگر، درمان انواع سرطان‌های دهان باعث اختلال تکلم، زیبایی، بلع و ثبات روانی بیمار می‌شود، لذا شناخت و تشخیص بموقع و سریع این ضایعات مهم است.

شیوع سرطان دهان در نقاط مختلف جهان متفاوت است. درحالی که کمتر از ۳٪ تمام سرطان‌ها را در ایالات متحده آمریکا تشکیل می دهد، ششمین سرطان شایع در مردان و دوازدهمین سرطان شایع در زنان است(۱).

در ایران طبق آمار انستیتو سرطان در سال ۱۳۴۷، سرطان دهان با ۱/۴٪ مرتبه هفتم را بین تمام سرطان‌ها داشته‌است.

یکی از مهم‌ترین راه‌های شناسایی ضایعات دهانی بخصوص سرطان‌های حفره دهان آگاهی از آمار بروز آنها و همچنین اطلاعات اپیدمیولوژی در این زمینه است.

در این تحقیق در نظر است آمار دقیقی از فراوانی عوامل همراه با سرطان دهان در استان گیلان طی سال‌های

۱. قزوین، بلوار باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده دندانپزشکی ۲. رشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گروه پزشکی اجتماعی ۳. تهران، خیابان آزادی، خیابان جیحون – کلنیک دندانپزشکی

۱۳۷۵-۸۳ ارائه شود.

نتایج این تحقیق می‌تواند زمینه‌ای برای مطالعات بعدی جهت بررسی عوامل خطر ایجاد کننده این سرطان در استان گیلان (با توجه به شرایط جغرافیایی، نوع زندگی و ...)، تشخیص بموقع و در نهایت درمان زودرس این ضایعات باشد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر با استفاده از بایگانی مرکز تحقیقات کبد و گوارش و شبکه ثبت سرطان استان گیلان، موارد ثبت شده از آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳ استخراج شد. اطلاعات بیشتر با مراجعه به مطب متخصصان جراحی فک و صورت در استان گیلان برای تکمیل پرونده‌های ناقص بدست آمد. نوع و محل ضایعه، سن، جنس، تشخیص بالینی، محل تولد، سکونت، شغل، تشخیص بالینی (احتمالی) و درجه (grade) بافت‌شناسی بررسی و پرونده‌های موجود در مطب‌های خصوصی با پرونده‌های آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی خصوصی و بیمارستان‌ها مقایسه شدند.

با نرم افزار SPSS V10 ، مواردتکراری شامل نام، نام خانوادگی نام پدر و نام، نام خانوادگی، سن و محل سکونت یکسان حذف شدند و به این ترتیب تعداد نمونه‌ها به ۵۵۹ مورد کاهش یافت. سپس داده‌ها کدگذاری و گروه‌بندی شدند و سرطان‌های گردن از بین نمونه‌ها خارج شده و سرانجام ۳۵۹ مورد تجزیه و تحلیل شدند. از این تعداد نیز سرطان‌های نازوفارنکس و پوست حذف و در نهایت ۳۰۶ مورد سرطان دهان مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفتند.

نتایج

در این تحقیق در مدت ۹سال از سال ۱۳۷۵تا ۱۳۸۳در استان گیلان، از کل نمونه‌ها، ۳۰۶ مورد سرطان دهان شناسایی شد که ۱۸۶ نفر(۶۰/۸٪) مرد و۱۲۰ نفر(۳۹/۲٪) زن بودند. نسبت ابتلا به سرطان در مردان به زنان ۱/۵۵ به ۱و میانگین سن بیماران ۱۵/۶۵±۵۷/۷ سال بود. اغلب موارد یعنی ۲۶۶نفر (۸۷/۸٪) در افراد۴۰ ساله یا مسن‌تر رخ داده بود.

در کل، بیشترین فراوانی سنی سرطان دهان به ترتیب به دهه‌های هفتم، ۸۸ نفر (۲۹٪) و هشتم زندگی ۶۴ نفر (۲۱/۱٪) مربوط می‌شد.

از ۳۰۶ مورد سرطان دهانی، ۲۰۵مورد(۶۷٪) کارسینومای اسکواموس‌سل(scc) یعنی بیشترین نوع سرطان را از نظر تشخیص به خود اختصاص داده بود. پس از آن به ترتیب لنفوم با ۲۷مورد(۸/۸٪)، آدنوکارسینوما ۱۲مورد (۳/۹٪)، و کارسینومای‌موکواپیدرموئید ۱۲مورد(۳/۹٪)، بود(جدول۱). کارسینومای غیردیفرانسیه ۵ نفر (۱/۶٪)، کارسینومای متاستاتیک ۵ نفر(۱/۶٪)، کارسینومای وروکو۴ نفر(۱/۳٪)، آدنومای پلئومورف(میکس تومور)۴ نفر(۱/۳٪)، بدخیمی زبان ۳ نفر (۱۱٪)، تومور روندسل بدخیم ۳ نفر(۱٪)، بدخیمی حفره دهان ۳ نفر (۱٪) ماگزیلا ۳ نفر (۱٪) بدخیمی کام نرم ۲ مورد (۰/۷٪) کارسینومای آسینیک ۲ مورد(۰/۷٪) و کندرو سارکو، کارسینومای کیلیرسل (clear cell)، کارسینومای داکتال، دیس‌پلازی، نئوپلاسم اپی‌تلیال اسمال سل، تومور ژانت سل، بدخیمی لب، بدخیمی غده پاروتید، لکوپلاکی بدخیم (mild displasia) و میلوم پلاسماسل هر کدام یک مورد (۰/۳٪) را تشکیل می‌دادند.

در بعضی از این موارد فقط تشخیص بدخیمی (malignancy) بدون ذکر نوع آن ثبت شده‌بود مانند بدخیمی‌های زبان، لب، پاروتید و حفره دهان.

نتایج نواحی مختلف آناتومی دهان به صورت مجزا:

از لحاظ آناتومی از کل ۳۰۶ مورد بدخیمی دهان، بیشترین آن در زبان با۵۳ مورد بود و در رده‌های بعدی به ترتیب لب پایین ۳۵ مورد، لوزه ۲۹مورد، مخاط بوال۲۰ مورد، لب و حفره دهان بدون ذکرمحل دقیق هرکدام تنهایی۲۰ مورد، ناحیه ریج‌ماگزیلا ۱۶مورد، ماندیبول و هیپوفارنکس هر کدام ۱۵ مورد، غده پاروتید۱۴مورد، کام۱۰مورد، غده ساب‌مندیبل ۹مورد، لثه ۸ مورد، گلوت۷ مورد، فارنکس ۷ مورد، سوپراگلوت۶ مورد، لب بالا ۶ مورد، کف دهان ۵ مورد، رترومولر۴ مورد، اپی‌گلوت و اروفارنکس هر کدام۲ مورد و پارافارنکس یک مورد قرار داشتند (جدول ۱۶-۴).

از۳۰۶ مورد سرطان دهانی استان گیلان تنها موفق به یافتن (۲۵ مورد) لاهیجان، (۱۴مورد)، صومعه‌سرا(۷مورد) محل دقیق سکونت ۹۷ مورد شدیم که به ترتیب رشت بیشترین آمار را داشتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع سرطانها در افراد مبتلا به سرطان بر حسب جنس

جنس / انواع سرطان	مرد		زن		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
acinic cell carcinoma	۲	۱۰۰	۰	۰	۲	۱۰۰
Adenosystic carcinoma	۵	۴۱/۷	۷	۵۸/۳	۱۲	۱۰۰
arcinoma	۵	۶۲/۵	۳	۳۷/۵	۸	۱۰۰
chondrosarcoma	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
clear cell carcinoma	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
ductal carcinoma	۰	۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰
dysplasia	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
epithelial neoplasm small cells	۰	۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰
gaint cell tumor	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
kaposi sarcoma	۰	۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰
Malignant tumor of lip	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
lymphoma	۱۹	۷۰/۴	۸	۲۹/۶	۲۷	۱۰۰
malignancy of parotid gland	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
Malignant round cell tumor	۳	۱۰۰	۰	۰	۳	۱۰۰
Malignant tumor of maxillary ridge	۰	۰	۳	۱۰۰	۳	۱۰۰
metastatic	۲	۴۰	۳	۶۰	۵	۱۰۰
mild dysplasia leukoplakia	۰	۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰
mucoepidermoid carcinoma	۸	۶۶/۷	۴	۳۳/۳	۱۲	۱۰۰
plasmacell myeloma	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰
pleomrophic adenopma mixed tumor	۳	۷۵	۱	۲۵	۴	۱۰۰
SCC	۱۲۶	۶۱/۵	۷۹	۳۸/۵	۲۰۵	۱۰۰
Malignant tumors of soft palat	۰	۰	۲	۱۰۰	۲	۱۰۰
Malignant tumors of tongue	۲	۶۶/۷	۱	۳۳/۳	۳	۱۰۰
undiff carcinoma	۲	۴۰	۳	۶۰	۵	۱۰۰
Various carcinoma	۲	۵۰	۲	۵۰	۴	۱۰۰
جمع	۱۸۶	۶۰/۸	۱۲۰	۳۹/۲	۳۰۶	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی محل ابتلاء به انواع سرطانها در افراد مورد مطالعه بر حسب جنس

جنسیت	مرد		زن		جمع	
محل ابتلاء	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
buccal mucosa	۱۴	۷۰	۶	۳۰	۲۰	۱۰۰
epiglott	۲	۶۶/۷	۱	۳۳/۳	۳	۱۰۰
floor of mouth	۴	۸۰	۱	۲۰	۵	۱۰۰
gingival	۲	۲۵	۶	۷۵	۸	۱۰۰
glott	۶	۸۵/۷	۱	۱۴/۳	۷	۱۰۰
hypopharynx	۵	۳۳/۳	۱۰	۶۶/۷	۱۵	۱۰۰
lip	۱۶	۸۰	۴	۲۰	۲۰	۱۰۰
lower lip	۲۵	۷۱/۴	۱۰	۲۸/۶	۳۵	۱۰۰
Mandibular ridge	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۷	۱۵	۱۰۰
Maxillar ridge	۹	۵۶/۳	۷	۴۳/۸	۱۶	۱۰۰
oral cavity	۱۰	۵۰	۱۰	۵۰	۲۰	۱۰۰
oropharynx	۲	۶۶/۷	۱	۳۳/۳	۳	۱۰۰
palate	۶	۶۰	۴	۴۰	۱۰	۱۰۰
para pharyngeal	۰	۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰
Parotid gland	۹	۶۴/۳	۵	۳۵/۷	۱۴	۱۰۰
pharynx	۳	۴۲/۹	۴	۵۷/۱	۷	۱۰۰
retromolar	۲	۵۰	۲	۵۰	٤	۱۰۰
Submandibular gland	۵	۵۵/۶	۴	۴۴/۴	۹	۱۰۰
supraglottic	۵	۸۳/۳	۱	۱۶/۷	۶	۱۰۰
tongue	۲۹	۵۴/۷	۲۴	۴۵/۳	۵۳	۱۰۰
tonsil	۲۱	۷۲/۴	۸	۲۷/۶	۲۹	۱۰۰
upper lip	۳	۵۰	۳	۵۰	۶	۱۰۰
جمع	۱۸۶	۶۰/۸	۱۲۰	۳۹/۲	۳۰۶	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

در این تحقیق میزان ابتلای مردان بیش از زنان ونسبت مرد به زن ۱/۵۵ به ۱ بود. این نسبت در مطالعه تاسمانی (۲۰۰۲-۱۹۹۶)، ۱/۷۳ به ۱ (۳) در کنیا توسط Onyango و همکاران ۱/۳ به ۱(۴) و در استان خوزستان توسط دکتر رضا یعقوبی وهمکاران ۱/۷به۱ برآورد گردیده‌است(۵). در مناطقی از جهان همچون الله‌آباد هند طی بررسی ده ساله (۲۰۰۰-۱۹۹۰) توسط Mehrotra و همکاران این نسبت۳/۲۷ به ۱ بود(۶). این نسبت بالا را می‌توان ناشی از عادت‌های بددهانی (تنباکوی جویدنی) دانست. که در مردان هندی رایج است. در مطالعه شمال اردن طی سال‌های۲۰۰۱- ۱۹۹۱این نسبت ۱/۷۷به۱برآوردشد(۷).

بنابراین، نتایج ما با بسیاری از مطالعات دیگر مطابقت دارد. در استان گیلان نسبت مرد به زن به میزان ناچیزی کمتر از مناطق دیگر است که می‌توان آن را ناشی از اشتغال به کار خارج از منزل زنان گیلانی نسبت به دیگر مناطق دانست. در بررسی حسین غفاری طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۶ توزیع فراوانی کارسینومای اسکوآموس‌سل دهان و لب در شهر رشت ۷۸ مورد بدست آمد، که ۵۵ مورد مرد و۲۳ مورد زن و نسبت مرد به زن ۲/۴به۱بوده است(۲)، در مطالعه ما کاهش نسبت مرد به زن در مقایسه با مطالعه غفاری می‌تواند ناشی از عوامل محیطی همچون قرار گرفتن زنان روستایی کشاورز در معرض نور

آفتاب باشد(۸). زیرا، مطالعه غفاری فقط جامعه شهرنشین شهر رشت را تحت پوشش قرار داده بود که اکثر قریب به اتفاق آنان شغل اداری داشتند و مشاغلی چون کار کشاورزی که عامل خطر ابتلای به کارسینومای اسکواموس‌سل دهانی است، در بین آنان دیده نمی‌شد.

در مطالعه ما، اغلب موارد یعنی ۲۶۶ نفر یا ۸۷/۸٪ در افراد ۴۰سال، یا مسن‌تر رخ داده‌بود. میانگین سنی ۱۵/۶۵±۵۷/۷ سال و بیشترین فراوانی سنی به ترتیب مربوط به دهه‌های هفتم وهشتم زندگی بود. در شمال اردن متوسط سن درگیری در هر دو جنس ۶۲/۵ سال و بیشترین فراوانی سنی در دهه هفتم بدست آمد(۷).

با این که الگوی انتشار سنی سرطان دهان در کشورهای مختلف متفاوت است، اما شیوع آن با بالارفتن سن افزایش می‌یابد. در کشورهای غربی ۹۸٪ درصد بیماران سرطان دهان بالای۴۰سال دارند(۹). این میزان درشمال کارولینا ٪۹۵/۱(۱۰)، در مومبای هندوستان ۹۷٪ و در استان خوزستان۲۴۱ نفر(۷۹٪) است. میانگین سنی در کل (۱۶/۶۰±۵۵/۰۴ سال) و فراوانی سنی آن به ترتیب در دهه‌های هفتم و هشتم بیشتر بوده است(۵ و۱۱). یافته‌های این مطالعه از نظر سنی تقریباً مشابه گزارش‌ها از سایر نقاط جهان است.سرطان‌دهان مانند بسیاری از بدخیمی‌ها، مرتبط با سن محسوب می‌شود. چون فرایند تأثیرعوامل مسبب و پیدایش تغییر بدخیمی نیاز به گذشت زمان دارد، این بیماری معمولاً در سنین بالای عمر دیده می‌شود.

شایع‌ترین نوع سرطان دهان، کارسینومای اسکواموس سل (scc) است. در مطالعه ما از ۳۰۶ مورد سرطان دهان، ۲۰۵ مورد (۶۷٪) اسکواموس سل کارسینوما بود و پس ازآن به ترتیب لنفوم با ۲۷مورد (۸/۸٪)، آدنو کار سینوما با ۱۲ مورد (۳/۹٪) و موکواپیدرموئید کارسینوما با ۱۲مورد (۳/۹٪) قرار داشتند و کارسینو غیردیفرانسیه، متاستاتیک، کارسینوماورکو، آدنوما پلئومورفی، (mixed tumor) سارکوم و غیره شیوع کمتری داشتند.

در تمام نقاط دنیا، کارسینومای اسکواموس سل بیشترین میزان سرطان دهان را به خود اختصاص می‌دهد. ۱۰-۲٪ لنفوم‌ها اولین بار در دهان نمایان می‌شوند(۵). در این مطالعه نیز ابتدا SCC و پس از آن تومورهای غدد بزاقی اعم از آدنوکارسینوما، موکواپیدرموئیدکارسینوما، آسینیک کارسینوما، داکتال کارسینوما و کلییرسل‌کارسینوما در رده دوم و لنفوم در مرتبه سوم از نظر شیوع قرار داشتند. در مطالعه استان خوزستان، کارسینومای اسکواموس‌سل با ۷۵٪ از کل بدخیمی‌های دهان در مقام نخست و پس از آن سرطان غدد بزاقی و در رده سوم لنفوم قرار داشت(۵). در شمال کارولینا هم به ترتیب کارسینومای اسکواموس‌سل با ۹۳٪ در مقام نخست و پس از آن تومورهای غدد بزاقی از جمله آدنوکارسینوما با ۶/۲٪ از کل بدخیمی‌های دهان قرار گرفته بودند(۱۰).

در خصوص محل ابتلا، بیشترین فراوانی scc در مطالعه غفاری در رشت در لب با ۳۴ مورد (۴۳/۵٪) و پس از آن در زبان با ۱۷مورد (۲۱/۷٪) بدست آمده بود (۲). در مطالعاتKruchkoff نیز به ترتیب scc در لب پائین۳۸٪ و scc در زبان ۲۲٪ از کل ضایعات را شامل می‌شد که مشابه نتایج مطالعه است(۱۲).

در مطالعه تاسمانی، شایع‌ترین محل سرطان، در زبان (۳۶/۵٪) و سپس در کف دهان (۱۶/۸٪) از کل سرطان‌های دهان بود(۳). در الله‌آباد هند نیز زبان با (۴۲/۵۷٪) بالاترین رتبه را از نظر ناحیه در گیر سرطان دهان دارا بوده است (۶).

در کراچی پاکستان به ترتیب مخاط گونه ۵۵/۹٪، زبان۲۸/۴٪، کام۸/۶٪ لثه۴/۴٪، یا لب ۳/۱٪ و کف دهان ۱/۴٪ را به خود اختصاص داده‌بود(۱۳). در مطالعه خوزستان، لب پائین با ۸۹ مورد (۲۹/۲٪) در مقام اول و به ترتیب زبان با ۵۸ مورد (۱۹٪)، نازوفارنکس، گونه، کف دهان، لب و لوزه و لب بالا، هیپوفارنکس، اورفارنکس، کام و لثه در مقام‌های بعدی از نظر محل آناتومی درگیر قرار داشتند(۵).

بنابراین، برحسب مطالعات انجام شده، در مناطق مختلف جهان شیوع سرطان دهان از نظر محل آناتومی، متفاوت است. ولی، لب و زبان در تمام آنها جزء محل‌های درگیر با شیوع بالا بودند که با مطالعهٔ اخیر انطباق دارد.

در این تحقیق سرطان ناحیهٔ لب اعم از لب پایین، لب بالا

و لب بدون ذکر محل دقیق ٦١ مورد بود که ٤٤ نفر(٧٢/١٪) مرد و ١٧مورد (٢٧/٩٪) زن بودند. ظهور کمتر سرطان لب در زنان نسبت به مردان احتمالاً ناشی از مصرف فراورده‌های محافظتی و آرایشی در زنان باشد(٩). از ٣٠٦ مورد سرطان در استان گیلان، ٩٧ مورد، نشانی دقیق داشتند. شیوع در رشت با ٢٥مورد قابل ملاحظه بود که با در نظر گرفتن نسبت جمعیت این ناحیه به کل استان گیلان قابل توجیه است.

البته اگر پرونده‌های بررسی شده حاوی اطلاعات کامل و تمام شرایط بیمار اعم از محل تولد و سکونت، تشخیص احتمالی، شغل، عادت‌ها و grade بافت‌شناسی سرطان می‌بودند، امکان بیشتری برای بحث، بررسی و علت‌یابی سرطان‌ها فراهم می‌شد. لذا در مطالعه اخیر، به علت نقص پرونده‌ها، آمار احتمالی محل سکونت، تشخیص احتمالی و grade بافت‌شناسی ارائه شده است.

تشکر وقدردانی: از کارکنان محترم مرکز تحقیقات گوارش وکبدبیمارستان رازی رشت که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند سپاسگزاریم.

منابع

1. Sciubba JJ, Regezi JA Oral Pathology, Clinical Pathological Correlation. 3 rd Edition. Philadelphia; WB Saunders, 1999:69-79.

۲–غفاری ساروی، حسین: بررسی توزیع فراوانی کارسینومای سلول سنگفرش دهان و لب در آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی شهر رشت در سالجاری ۸۰–۷۶. پایان‌نامه چاپ‌نشده دکترای عمومی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۳ .

3. Hogan LC, Hall GM, Chambers IG. Oral Cancer at a Tasmania Tertiary Referral Clinic, the Royal Hobart Hospital 1996-2002. Aust Dent J 2005; 50(1): 31-6.

4. Onyango JF, Omondi BI, Njiru A, Awange OO. Oral Cancer At Kenyatta National Hospital Nairobi. East Afr Med J. 2004: 91 (6): 318-21.

۵–یعقوبی، رضا؛ علی یاری، علی اصغر؛ عما مستوفی، نپتون ؛ لطیفی، سیدمحمود: بررسی اپیدمیولوژیک سرطان‌های دهان در خوزستان طی ۱۰ سال. ۱۳۸۱–۱۳۷۱: صص: ۳۱–۲۴.

6. Mehrotra R, Singh M, Kumar D, Pandy AN, Gupta RK, Sinha US. Age Specific Incidence Rate and Pathological Spectrum of Oral Cancer in Allahabad. Indian J Med Sci 2003 ; 57(9): 400-4.

7. Rawashdeh MA, Matalka I. MalignantOral Tumorsi n Jordanians, 1991-2001. A Descriptive Epidemiological Study. Int J Oral Maxillofacial Surg 2004; 33 (2): 183-8.

8. Damm N, Bouquot A. Oral& Maxillofacial Pathology: 2nded- Philadelphia; WB Saunders, 2002: 356-367.

9. Ostman J, Anneroth G, Gustafsson H, et al. Malignant Oral Tumors In Sweden 1960-1989. An Epidemiological Study. Oral Oncol Eur J Cancer 1995; 31B: 106-12.

10. Elter JR, Patton LL, Strauss RP. Incidence Rates and Trends for Oral and Pharyngeal Cancer in North Carolina 1990-1999. Oral Oncology 2005; 41(5): 470-9.

11. Sunny L, Yeole BB, Hakama M, Shiri R, Sastry PS, Mathews S, Advini SH. Oral Cancers in Mumbai, India: A Fifteen Years Perspective With Respect to Incidence Trend and Cumulative Risk. Asian J Pac Cancer Prev. 2004; 5(3): 294-300.

12. Chen J, Katz RV, Kruchkoff DJ. Intraoral Squamus Carcinoma Epidemiologic in Connecticut from 1935-1985. Cancer 1990; 66: 1288 -98.

13. Bhurgri Y. Cancers Of The Oral Cavity-Trends In Karachi South (1995-2002). Asian Pac J Cancers Prev 2005 ; 6(1): 22-6.

Frequency of Related Factors of Oral Cancer in Guilan Province

*Yazdizadeh M. (D.D.S) [1] – Heydarzadeh A. (M.D, MPH) [2] – Rezai R. (D.D.S) [3]

*** Corresponding Author:** Faculty of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Bahonar Btv, Gazvin, IRAN

E- mail: myazdizadeh@gums.ac.ir

Received: 13/ Feb/ 2008 **Accepted: 16/Jun/ 2008**

Abstract

Introduction: Oral cancer is one of the main hygienic problems in many countries of the world. Its prevalence in various places of the world is different and like any other disease for better understanding is necessary to understand about this diseases distribution in different parts of Iran

Objective: Determine the frequency of related factors of oral cancer in Patients who suffered from oral cancer in Guilan province in years 1996-2004.

Materials and Methods: In this retrospective study we were collected oral cancer information from cancer registry center of Guilan and oral and maxillofacial surgery offices.

Results: Among total samples were found 306 cases of oral Cancer which 186 patients (60.8%) were male and 120 patients (39.2%) were female. Rate of males to females were 1.55 to 1 and mean age of patients were (57.7 ± 15.65years). The most age incidence of suffering mouth cancer was in the 7^{th} decades of life.

In pathology, the squamus cell carcinoma with 205 cases (67%) was the most common malignant one. The second rank belonged to lymphoma with 27 cases (8.8%). Adenocarcinoma and mucoepidermoid carcinoma, with 12 cases (3.9%) were in third place of incidence.

Tongue with 53 cases (17.3%), lower lip with 35 cases (11.4%) and finally tonsil with 29 cases (9.48%), were in 1^{st}, 2^{nd} and 3^{rd} rank in incidence of malignant part of body.

Conclusion: Most of the findings in this study were similar to previous studies. We need more accurate statistics to recognize the risk factors of suffering mouth cancer in various regions of country, which required integrated system of cancer registering.

Key words: Diseases outbreaks/ Mouth / Mouth Neoplasms

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 67, Pages: 48-54

1. Faculty of Dentistery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, IRAN
2. Community Medicine Department, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN
3. Dentistry clinic, Jayhoon St, Azadi St, Tehran, IRAN