پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال پانزدهم، شماره ۱، پی در پی ۷۳، صفحات ۴۵ تا ۴۸
فروردین و اردیبهشت ۱۳۸۹

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۹/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۱

بررسی تومورهای غدد بزاقی در مراجعین به بیمارستان لقمان حکیم در یک دوره ده ساله

دکتر مهدی خواجوی[۱]، دکتر علی اصغر پیوندی[۱*]، دکتر بیژن نقیب زاده [۱]، دکتر نوید احمدی روزبهانی[۲]

۱. دانشیار، گروه گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. دستیار، گروه گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت مطالعات اپیدمیولوژیک و همچنین عدم وجود مطالعات کافی در مورد تومورهای غدد بزاقی در کشور، به منظور تعیین خصوصیات این تومورها، یک مطالعه اپیدمیولوژیک در یک دوره ده ساله بر روی ۵۵ بیمار ایرانی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، اطلاعات بالینی بیماران مبتلا به تومورهای بزاقی مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم تهران از فروردین ۱۳۷۵ تا اسفند ۱۳۸۴ مورد بازبینی قرار گرفت. نقش عوامل مرتبط با آزمون T و کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: تعداد ۵۵ بیمار واجد شرایط وجود داشتند که ٪۵۵ آنها مرد و ٪۴۵ زن بودند. تومورهای بزاقی با شیوع بیشتر در دهه چهارم عمر مشاهده شده و میزان بروز موارد بدخیم با افزایش سن افزایش یافت. شایعترین تومور در کل و همچنین شایعترین تومور خوش‌خیم، پلئومورفیک آدنوما بود و از میان تومورهای بدخیم، موکواپیدرموئید کارسینوما بیشترین شیوع را داشت. شایعترین محل درگیری غده پاروتید بود. درگیری غدد بزاقی مینور در این گروه از بیماران مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده در این مطالعه که بر روی بیماران ایرانی مبتلا به تومورهای غدد بزاقی صورت گرفت، با آمار گزارش شده در مورد سایر جوامع مشابهت فراوانی دارد. در عین حال، در این مطالعه شیوع کمتر تومور وارتین و همچنین نئوپلاسم‌های غدد بزاقی مینور نسبت به سایر مطالعات قابل توجه است.

واژگان کلیدی: تومور غدد بزاقی، اپیدمیولوژی، پلئومورفیک آدنوما، موکواپیدرموئید کارسینوما.

مقدمه

تومورهای غدد بزاقی شیوع چندانی نداشته و ۳ تا ۱۰ درصد نئوپلاسم‌های سر و گردن را تشکیل می‌دهند (۱،۲). میزان بروز متوسط آنها سالانه ۴/۷ در هر صدهزار نفر برای تومورهای خوش‌خیم و ۰/۹ در هر صدهزار نفر برای تومورهای بدخیم است (۴،۳). به نظر می‌رسد میزان شیوع این تومورها با نواحی جغرافیایی و همچنین با نژاد در ارتباط باشد (۴). پاروتید شایعترین غده درگیر بوده و ۳۴ تا ۸۶ درصد تومورها در این غده پدید می‌آیند (۱،۳،۴). در عین حال، سایر غدد بزاقی ماژور و مینور نیز ممکن است درگیر شوند (۱). تظاهر تومورهای غدد بزاقی عمدتا به صورت تورم بدون درد در ناحیه مربوطه است. افزایش اندازه توده ممکن است در طی مدت طولانی رخ دهد (۱،۲). در ۶ تا ۲۹ درصد بیماران، درد جزو علائم اولیه است (۴،۵). درگیری عصب فاشیال قویا یک روند بدخیم را مطرح می‌کند. دیگر علائمی که به نفع وجود بدخیمی هستند عبارتند از تریسموس، آدنوپاتی گردنی، بی‌حسی، لق شدن دندانها و خونریزی (۶،۷).

CT Scan خصوصا با کاربرد کنتراست وریدی برای ارزیابی محل و میزان گسترش بیماری به‌خصوص در صورت درگیری لوب عمقی پاروتید و نواحی پارافارنژیال مفید است ولی سیالوگرافی و اولتراسونوگرافی در تشخیص و پیگیری تومورهای بزاقی کاربرد چندانی ندارند (۸). MRI در تشخیص درگیری نسج نرم نسبت به CT Scan ارجحیت دارد ولی در مشخص کردن لند مارک‌های استخوانی ناتوان است (۸).

حساسیت FNAB برای تشخیص بدخیمی‌های بزاقی ۶۰ تا ۷۳ درصد است (۹). انجام FNAB به منظور تصمیم‌گیری در

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر علی‌اصغر پیوندی؛ تهران، خیابان کمالی، بیمارستان لقمان، بخش ENT؛
پست الکترونیک: aliapeyvandi@yahoo.com

مورد نحوه انجام جراحی و مشاوره با بیمار قبل از عمل بسیار مفید است (۹).

درمان تومورهای بزاقی عمدتا جراحی است. در مورد تومورهای بدخیم ممکن است درمانهای تکمیلی جراحی و غیرجراحی دیگری نیز اندیکاسیون داشته باشند (۱۰).

با توجه به تفاوت میزان شیوع و بروز این تومورها در جوامع مختلف، لازم است در هر منطقه جغرافیایی بررسیهای اپیدمیولوژیک انجام گیرد. هدف از این مطالعه تعیین خصوصیات تومورهای بزاقی و ارزیابی جنس و سن بیماران، محل و نوع هیستولوژیک تومور در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم طی سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با بررسی داده‌های موجود انجام گرفت. پرونده کلیه بیمارانی که بر اساس گزارش پاتولوژی تشخیص قطعی تومور غدد بزاقی داشتند، مورد مطالعه قرار گرفت.

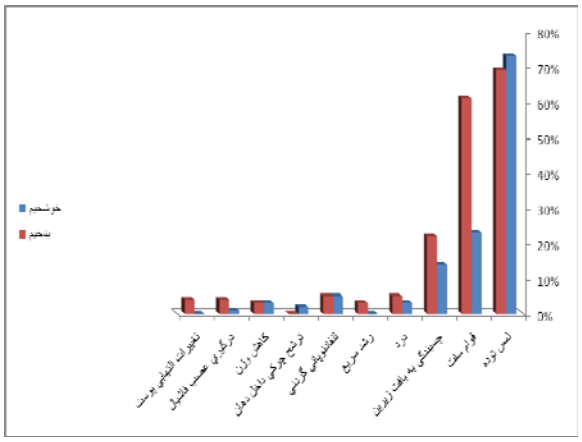
سن و جنس بیماران، خوش‌خیم یا بدخیم بودن و نوع تومور، سابقه مصرف سیگار، شکایات و نشانه‌های بیماری، محل درگیری، اندازه تومور، نوع درمان و نتیجه آن بررسی و در یک فرم اطلاعاتی ثبت شد. داده‌های فوق با آزمونهای t-test و مربع کای مورد قضاوت آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

طی مدت ۱۰ سال، تعداد ۱۰۸ جراحی بر روی غدد بزاقی انجام شده بود که پرونده ۵۵ بیمار واجد شرایط شامل ۳۰ مرد (۵۵٪) و ۲۵ زن (۴۵٪) در این مطالعه وارد شد. نسبت ابتلای مرد به زن ۱/۲:۱ بود. میانگین سنی بیماران ۱۳/۲±۴۶/۱ سال (۷۸-۱۹سال) بود. شایعترین گروههای سنی، دهه‌های چهارم و پنجم عمر بودند که البته در اکثر بیماران این گروههای سنی تومور خوش‌خیم بود. با افزایش سن شیوع تومورهای بدخیم بیشتر شد. سن مبتلایان به تومورهای خوش‌خیم ۹/۸±۴۲/۳ و در خصوص تومورهای بدخیم ۱۴/۱±۶۲/۸ سال بود ($p<0/01$).

در مجموع ۱۰ تومور بدخیم (۳ تا در زنان و ۷ تا در مردان) و ۴۵ تومور خوش‌خیم (۲۲ در زنان و ۲۳ در مردان) بود. در واقع در مبتلایان به تومورهای بدخیم ۷۰٪ و در خصوص تومورهای خوش‌خیم ۵۱/۸٪ افراد مبتلا مرد بودند ($p<0/05$). در مبتلایان به تومورهای بدخیم در هنگام مراجعه، تعداد مردان ۲/۲ برابر زنان بود ($OR=2/2$).

در شکل ۱ شکایات بیماران در دو گروه مبتلا به تومورهای خوش‌خیم و بدخیم آورده شده است.



شکل ۱- شیوع شکایات و نشانه‌های همراه با تومورهای غدد بزاقی خوش‌خیم و بدخیم

تومورهای بدخیم در ۸۰٪ موارد در غده پاروتید و در ۲۰٪ موارد در غده ساب‌ماندیبولار وجود داشت حال آنکه در خصوص تومورهای خوش‌خیم این نسبت ۸۸/۹٪ و ۶/۷٪ بود و ۲ تومور (۴/۴٪) نیز در غدد ساب‌لینگوال گزارش شد.

شایعترین تومور غدد بزاقی در مطالعه حاضر آدنوم پلئومورفیک با فراوانی مطلق ۶۰٪ بود. سایر تومورهای خوش‌خیم عبارت بودند از: آدنوم مونومورفیک (۷/۳٪)، لیپوما (۵/۵٪)، همانژیوما (۳/۶٪)، تومور وارتین (۳/۶٪) و شوانوما (۱/۸٪). شایعترین تومور بدخیم، موکواپیدرموئید کارسینوما با فراوانی مطلق ۷/۳٪ بود. سایر تومورهای بدخیم عبارت بودند از: آدنوئید سیست‌کارسینوما (۳/۶٪)، آدنوکارسینوما (۱/۸٪)، پاپیلری سیست‌کارسینوما (۱/۸٪)، SCC (۱/۸٪) و تومور بدخیم mix (۱/۸٪).

سابقه استعمال دخانیات در ۱۱ بیمار (۲۰٪) وجود داشت. تومورهای خوش‌خیم و بدخیم به ترتیب در ۶۳٪ و ۳۶٪ از بیماران سیگاری و ۷۶٪ و ۲۳٪ از بیماران غیرسیگاری مشاهده گردید.

اکثر بیماران مبتلا به تومور پاروتید و ساب مندیبولار با شکایت از تورم بدون درد مراجعه کرده بودند. اندازه تومورها در معاینه اولیه ۱/۲۷± ۳/۰۶ و از ۰/۵ تا ۸ سانتیمتر متغیر بود.

همه تومورهای خوش‌خیم با جراحی درمان شدند. همه تومورهای بدخیم نیز تحت عمل جراحی محل اولیه تومور و در صورت نیاز اقدامات تکمیلی قرار گرفتند.

شایعترین عارضه جراحی پارزی موقت عصب فاشیال و شایعترین شاخه درگیر، مارژینال مندیبولار بود که درگیری آن در ۷ بیمار (۱۲/۷٪) مشاهده شد. یک بیمار دچار هماتوم محل عمل در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی شد که با باز کردن زخم و هموستاز درمان گردید. ۶ بیمار (۱۰/۹٪) دچار سیالوسل شدند که با اقدامات نگهدارنده درمان شدند.

بحث

تحقیق نشان داد ۸۱/۸٪ تومورهای بزاقی خوش‌خیم و ۱۸/۲٪ بدخیم بودند و نسبت موارد خوش‌خیم به بدخیم ۹ به ۲ بود که مشابه با آمار ارائه شده در سایر مطالعات است (۱۲-۱۰).

در این مطالعه، همه تومورها در غدد بزاقی ماژور رخ داده و شایعترین محل درگیری پاروتید بود (۸۷/۳٪). بر خلاف بسیاری مطالعات که شیوع تومورهای بزاقی در زنان بیشتر گزارش شده است (۱۴،۱۳،۱۰)، در این مطالعه این تومورها در مردان بیشتر مشاهده شد و نسبت جنسی مرد به زن ۱/۲ به ۱ بود. مشابه با آمار ارائه شده در سایر مطالعات (۱۵،۱۰) شایعترین محدوده سنی دهه چهارم و پنجم عمر بود که البته در اکثر بیماران این گروههای سنی، تومور خوش‌خیم بود.

پلئومورفیک آدنوما شایعترین تومور در مطالعه حاضر بود. به جز تومور وارتین که در این سری از بیماران فقط در دو مورد مشاهده گردید، میزان شیوع سایر تومورها با توجه به محل درگیری با آمار ارائه شده در سایر مطالعات مشابه است (۱۴-۱۰).

شایعترین شکایت در بیماران، وجود توده بدون درد بود. کاهش وزن، رشد سریع اخیر توده و ترشح چرکی به داخل دهان از سایر شکایات بیماران بودند. شایعترین نشانه‌ها عبارت بودند از: لمس توده، لنفادنوپاتی گردنی و تندرنس. قوام سفت توده و چسبندگی آن به بافتهای زیرین یا پوست با بدخیم بودن تومور ارتباط معنی‌دار داشت. این موارد با آنچه در مطالعات مشابه ذکر شده است، همخوانی دارد (۱۱،۱۲). با این حال، کاهش وزن و وجود لنفادنوپاتی گردنی در تومورهای خوش‌خیم و بدخیم به یک میزان مشاهده شد. بنابراین پیش‌بینی‌کننده وجود تومور بدخیم محسوب نمی‌شوند. این نکته برخلاف نتایج حاصل از برخی مطالعات دیگر است (۱۳،۱۵).

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین استعمال دخانیات و ابتلا به تومورهای بزاقی وجود نداشت. در سایر مطالعات نیز به این موضوع اشاره شده است که تومورهای بزاقی ارتباطی با مصرف دخانیات ندارند (۱۵،۱۶).

در کل، به نظر می‌رسد نتایج به دست آمده در این مطالعه که بر روی بیماران ایرانی مبتلا به تومورهای غدد بزاقی صورت گرفت، با آمار گزارش شده در مورد سایر جوامع مشابهت فراوانی دارد. در عین حال، در این مطالعه، شیوع کمتر تومور وارتین و همچنین نئوپلاسم‌های غدد بزاقی مینور نسبت به سایر مطالعات قابل توجه است. به نظر می‌رسد که در برخورد با توده‌های غدد بزاقی که در معاینه قوام سفت داشته و به بافتهای اطراف چسبندگی دارند، لازم است وجود بدخیمی قویا مد نظر باشد.

نتیجه‌گیری

تجارب به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد ۸۱/۸٪ تومورهای بزاقی خوش‌خیم و همه تومورها در غدد بزاقی ماژور رخ داده است. در این مطالعه نسبت جنسی مرد به زن ۱/۲ به ۱ و شایعترین محدوده سنی دهه چهارم و پنجم عمر بود.

REFERENCES

1. Eveson JW, Cawson RA. Salivary gland tumors: A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. J Pathol 1985;146:51-8.
2. Abiose BO, Oyejide O, Ogunniyi J. Salivary gland tumors in Ibadan, Nigeria: A study of 295 cases. Afr J Med Med Sci 1990;19:195-9.
3. Kolude B, Lawoyin JO, Akang EE. Salivary gland neoplasms: A 21-year review of cases seen at University College Hospital, Ibadan. Afr J Med Med Sci 2001;30:95-8.
4. Vargas PA, Gerhard R, Araújo Filho VJ, de Castro IV. Salivary gland tumors in a Brazilian population: A retrospective study of 124 cases. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 2002;57:271-6.
5. Frankenthaler RA, Luna MA, Lee SS, Ang KK, Byers RM, Guillamondegui OM, et al. Prognostic variables in parotid gland cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1991;117:1251-6.
6. Kamulegeya A, Kasangaki A. Neoplasms of the salivary gland: A descriptive retrospective study of 142 cases, Mulgao Hospital Uganda. J Contemp Dent Pract 2004;15:16-27.

7. Vong OS. Frozen section during parotid surgery revisited: efficacy of its applications and changing trends of indications. Head Neck 2002;24:191-5.

8. Bradley MJ, Durham LH, Lancer JM. The role of colour flow doppler in the investigation of the salivary gland tumour. Clin Radiol 2000;55:759-62.

9. Heller KS, Dubner S, Chess Q, Attie JN. Value of fine needle aspiration biopsy of salivary gland masses in clinical decision-making. Am J Surg 1992;64:667-70.

10. Ansari MH. Salivary gland tumors in an Iranian population: A retrospective study of 130 cases. J Oral Maxillofac Surg 2007;65(11):2187-94.

11. Ma'aita JK, Al-Kaisi N, Al-Tamimi S. Salivary gland tumors in Jordan: A retrospective study of 221 patients. Croat Med J 1999;40:539-43.

12. 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;34:533-6.

13. Vuhahula EA. Salivary gland tumors in Uganda: clinical pathological study. Afr Health Sci 2004;4:15-23.

14. 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;66:323-33.

15. Ledesma-Montes C, Garces-Ortiz M. Salivary gland tumors in a Mexican sample: A retrospective study. Med Oral 2002;7:324-30.

16. Nagler RM, Laufer D. Tumors of the major and minor salivary glands: Review of 25 years of experience. Anticancer Res 1997;17:701-7.