



## بررسی فراوانی اختلالات تکاملی دهان در مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی همدان در سال ۱۳۹۳

فاطمه احمدی‌متمایل<sup>۱\*</sup>، فریده ابراهیمی<sup>۲</sup>، علی مهدوی‌نژاد<sup>۳</sup>

### چکیده

مقدمه: اختلالات تکاملی مخاط دهان لزوماً نشان دهنده بیماری خاصی نیستند، اما ممکن است با بیماری‌های دهان و ضایعات پیش بدخیم در تشخیص افتراقی قرار گیرند. شیوع این اختلالات در افراد مختلف، متفاوت است که می‌تواند به عوامل ژنتیکی یا محیطی مربوط باشد. هدف از مطالعه حاضر تعیین فراوانی آنومالی‌های تکاملی مخاطی دهان و بررسی رابطه آنومالی‌ها با سن و جنسیت می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۸۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی همدان در سال ۱۳۹۲ در بخش بیماری‌های دهان و فک و صورت تشخیص آنومالی‌های مخاطی به صورت بالینی و با معاینه بیماران به کمک آینه و روی یونیت دندانپزشکی انجام گرفت. اطلاعات فردی و ابتلای به آنومالی مخاطی و نوع آن در پرسشنامه از پیش طراحی شده توسط محقق ثبت گردید تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار spss16 با استفاده از آزمون chi square بود. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۵ درصد بود.

نتایج: از ۸۰۰ بیمار مورد بررسی ۸۷/۵٪ حداقل یک آنومالی مخاط دهان داشتند. زبان شیاردار (۵۰/۹ درصد)، گرانول‌های فورادایس (۴۹/۵ درصد)، ماکروگلوسیا (۱۷ درصد)، زبان جغرافیایی (۱۳/۹)، توروس کامی (۱۳/۴ درصد) به ترتیب شایع‌ترین آنومالی‌های مشاهده شده در این مطالعه بودند. شیوع زبان شیاردار، گرانول فورادایس، ماکروگلوسیا با سن و جنس، واریکوزیت و زبان باردار با متغیر سن و توروس کامی، پیت گوشه لب و زبان مودار با جنسیت ارتباط معنی‌داری داشت. نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر شیوع بالای آنومالی‌های تکاملی مخاطی دهان بود که این مورد لزوم آشنایی بیشتر دندانپزشکان و پزشکان با این اختلالات را نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: مخاط دهان، اختلالات تکاملی، اپیدمیولوژی

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات دندانپزشکی و مرکز تحقیقات پزشکی مولکولی، گروه بیماری‌های دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

۲- دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی همدان

۳- استادیار، گروه ژنتیک و پزشکی مولکولی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۸۸۱۳۰۶۸۴، پست الکترونیکی: fatahmadim@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۱۱

## مقدمه

مطالعات اپیدمیولوژیک، اطلاعات مفیدی درباره شیوع، گسترش و شدت بیماری‌های مختلف در جمعیت فراهم می‌کنند. 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 (۱). ضایعات پوستی-مخاطی دارای عوارض و تظاهرات متعددی هستند و تشخیص به موقع آنها در کاهش عوارض، درد، ناتوانی و تحمیل دوز دارویی کمتر به بیمار نقش مهمی دارد.

با توجه به اینکه گاهی اولین علائم بیماری در دهان تظاهر می‌یابد، شناسایی به موقع آنها توسط دندانپزشک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲). ضایعات مخاطی دهان شیوع متنوعی در جمعیت‌های مختلف دارند و معاینه کامل دهان در تشخیص این ضایعات کمک بسزایی می‌کند (۳). البته جهت به دست آوردن یک تشخیص صحیح مجموعه تاریخچه پزشکی و معاینه فیزیکی حفره دهان بیمار لازم است (۲). تشخیص ضایعات دهانی ممکن است بسیار مشکل‌تر از ضایعات پوستی باشد؛ چرا که کمتر دیده می‌شوند و از طرفی تفاوت رنگ چندانی با مخاط اطراف خود ایجاد نمی‌کنند. در این موارد انجام یک تشخیص صحیح ضروری است؛ چرا که درمان هریک از موارد ممکن است با یکدیگر فرق داشته باشند و همچنین پیش‌آگهی آنها با یکدیگر به میزان زیادی متفاوت باشد (۴).

اختلالات تکاملی مخاط دهان، بخشی از ضایعات طبیعی هستند و لزوماً بیانگر بیماری خاصی نیستند (۵). این اختلالات طیف وسیعی دارد، که شامل "شکاف کام و لب، سوراخ گوشه لب، سوراخ وسط لب، لب دوقلو، دانه‌های فوردایس، لکودام، زبان کوچک، زبان بزرگ، زبان چسبیده، زبان مودار، زبان شیاردار، واریس زیرزبانی، آگزوستوز و توروس‌های کامی و مندیبل" می‌باشد (۶). آنها ممکن است در مطالعات روتین دندان‌کشی کشف شوند، گاهی پزشکان و دندانپزشکان آنها را با ضایعه اشتباه می‌گیرند (۷).

مطالعات متعددی در مورد برخی از اختلالات مخاطی دهان

صورت گرفته است، این مطالعات، روی زبان مودار (۸)، دانه‌های فوردایس (۹)، واریس زیرزبانی (۱۰)، توروس و آگزوستوز (۱۴-۱۱)، شکاف کام و لب (۱۵،۱۶)، زبان بزرگ (۱۷،۱۸)، انکیلوگلوسیا (۱۹،۲۰)، ضایعات مخاطی دهان (۲۱،۲۲) انجام شده است؛ ولی مطالعات محدودی تمام اختلالات تکاملی مخاط دهان را به صورت یکجا بررسی کرده‌اند. با توجه به اهمیت تشخیص صحیح اختلالات مخاطی توسط گروه پزشکی و دندانپزشکی، اشتباه شدن این ضایعات با بیماری‌ها و نگرانی بیماران از وجود این ضایعات، بر آن شدیم طی مطالعه‌ای شیوع آنومالی‌های تکاملی-مخاطی را در بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی همدان بررسی کنیم.

## روش بررسی

به روش مقطعی ۸۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی همدان در سال ۱۳۹۲ در بخش بیماری‌های دهان فقط به صورت کلینیکی زیر نور یونیت معاینه دندانپزشکی و به وسیله آینه معاینه شدند. تمامی مراحل توسط یک دانشجوی سال آخر دندانپزشکی انجام گرفت. ابتدا رضایت شرکت در طرح از فرد موردنظر اخذ شد، سپس اطلاعات بیوگرافیک شامل اسم، جنس، سن، محل زندگی و شماره تماس ضروری وارد پرسشنامه گردید، همچنین در مورد مشکلات سیستمیک و علت مراجعه و نحوه آشنایی شان با دانشکده پرسیده شد. معاینه دهانی بعد از این مرحله انجام گرفت؛ زیر نور یونیت معاینه ابتدا لب‌های بیمار سپس سطح پستی و شکمی و لترال زبان و بعد از آن به ترتیب کام بیمار و سطح فاسیال مخاط فک بالا، سطوح لینگوال و فاسیال مخاط فک پایین و در نهایت گونه بیمار مورد معاینه قرار گرفت. بعد اطلاعات مربوط به آنومالی‌های تکاملی مخاطی به صورت جزئی و ضایعات به صورت کلی و بدون دسته‌بندی جزئی، طبق دستورات و معیارهای تشخیصی گزارش شده برای هر ضایعه توسط سازمان بهداشت جهانی WHO (۲۳) وارد چارت شده و در صورت هرگونه مشکل در تشخیص آنومالی، فرد مورد نظر توسط یک متخصص بیماری‌های دهان دوباره

بررسی شد (۲۴).

آنالیز آماری توصیفی و مقایسه‌ای با استفاده از نرم افزار SPSS16 انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی به صورت نمودارها، جداول و شاخص‌های عددی و جهت آنالیز داده‌ها از آزمون chi-square test استفاده و مقدار Pvalue در سطح ۰/۵٪ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

برای تعیین تعداد نمونه از مقاله جهانبانی و همکاران (۵) استفاده شد. با استفاده از رابطه  $n = Z^2 pq/d^2$  با در نظر گرفتن  $p = 0/129$  و  $d = 0/03$  تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن خطای نوع اول  $\alpha = 0/05$  برابر ۶۰۰ نفر به دست آمد. با توجه به مطالعات انجام شده قبلی به منظور افزایش دقت کار و با محاسبه میزان ریزش ۳۰ درصدی تعداد نمونه حدود ۸۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

### نتایج

در مطالعه حاضر ۸۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی همدان مورد معاینه قرار گرفتند. ۲۳۱ نفر (۲۸/۸۸ درصد) از این افراد مرد و ۵۶۹ نفر (۷۱/۱۲ درصد) زن بودند. حدود ۷۹٪ از مراجعه‌کنندگان با دلایل خاصی همچون درد دندان یا جرم‌گیری و ۲۱ درصد جهت معاینه کلی آمده بودند اکثر بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده ارجاع شده بودند. حدود ۸۳ درصد از افراد از مطب‌ها یا درمانگاه‌ها ارجاع داده شده بودند. از کل افراد شرکت‌کننده؛ ۱۱۷ نفر (۱۴/۶ درصد) در گروه سنی ۰-۲۰ سال، ۴۹۰ نفر (۶۱/۳ درصد) در گروه سنی ۲۱-۴۰، ۱۷۶ نفر (۲۲ درصد) در گروه سنی ۴۱-۶۰ و ۱۷ نفر (۲/۲ درصد) در گروه سنی ۶۱-۸۰ قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

سن	تعداد نفر	درصد
۰-۲۰ سال	۱۱۷	۱۴/۶٪
۲۱-۴۰ سال	۴۹۰	۶۱/۳٪
۴۱-۶۰ سال	۱۷۶	۲۲٪
۶۱-۸۰ سال	۱۷	۲/۲٪
جنس	تعداد نفر	درصد
مرد	۲۳۱	۲۸/۹٪
زن	۵۶۹	۷۱/۱٪

میانگین سنی این افراد  $12 \pm 32/3$  بود. ۳۲ نفر از افراد فاقد آنومالی مخاطی بودند و بیشتر افراد ۲۵۷ نفر (۳۲ درصد) دارای دو آنومالی به صورت هم‌زمان بودند. شایع‌ترین مکان درگیری در دهان بیماران سطح پشتی زبان بود. زبان شیاردار (۵۰/۹ درصد)، گرانول‌های فوردایس (۴۹/۵ درصد)، ماکروگلوسیا (۱۷ درصد)، توروس کامی (۱۳/۴ درصد) به ترتیب شایع‌ترین آنومالی‌های مشاهده شده در این مطالعه بودند. شیوع سایر موارد کمتر از ۱۰ درصد بود و ضایعاتی همچون تیروئید زبانی اصلاً مشاهده نشد.

ضایعات دیگر که شامل ضایعات پیگمنته و وزیکولوبولوز و زخم‌ها و ضایعات سفید و قرمز می‌باشد؛ در دسته‌ای به نام "ضایعات دیگر" جایگذاری شدند، که به صورت کلی ۹۶ نفر در این دسته قرار گرفتند.

شیوع زبان شیاردار، گرانول فوردایس، ماکروگلوسیا، توروس کامی، پیت گوشه لب و زبان مودار با جنسیت ارتباط معنی‌داری داشت ( $P \text{ value} < 0/05$ ). به جز توروس کامی، انکیلوگلوسیا، میکروگلوسیا و شکاف کام؛ شیوع آنومالی‌ها در مردان بیشتر از زنان بود. شیوع توروس مندیبولار در هر دو جنس برابر بود. زبان باردار و زبان شیاردار شایع‌ترین وضعیت‌های مشاهده شده در هر دو جنس بود.

در گروه‌های مختلف سنی توزیع فراوانی ضایعات متفاوت بود. شایع‌ترین ضایعه در همه گروه‌های سنی زبان باردار بود و بعد از آن در گروه سنی ۸۰-۶۱ گرانول فوردایس و در بقیه گروه‌های سنی زبان شیاردار شایع‌ترین آنومالی بود.

شیوع زبان شیاردار، گرانول فوردایس، ماکروگلوسیا، واریکوزیت و زبان باردار با متغیر سن ارتباط معنی‌داری داشت ( $P \text{ value} < 0/05$ ).

توزیع گرانول فوردایس در نقاط مختلف دهانی نیز مورد بررسی جداگانه قرار گرفت و بر حسب جنس و سن تفکیک شدند. این آنومالی هم با سن و هم با جنس ارتباط معنی‌داری داشت ( $P \text{ value} < 0/001$ ). بیشترین شیوع در سنین کمتر در گونه بیماران و در سنین بالاتر روی لب‌ها مشاهده شد. در هر دو جنس لب‌ها بیشترین میزان درگیری را داشت.

جدول ۲: توزیع فراوانی اختلالات تکاملی مخاط دهان در مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی همدان

	ندارد		دارد		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	۳۹۳	۴۹/۱	۴۰۷	۵۰/۹	زبان شیار دار
۲	۴۰۴	۵۱/۵۰	۳۹۶	۴۹/۵	گرانول فوردایس
۳	۶۶۴	۸۳	۱۳۶	۱۷	ماکروگلوسیا
۴	۶۹۳	۸۶/۶	۱۰۷	۱۳/۴	توروس کامی
۵	۷۲۴	۹۰/۵	۷۶	۹/۵	شقاق گوشه لب
۶	۷۶۴	۹۵/۵	۳۶	۴/۵	واریکوزیت
۷	۷۷۱	۹۶/۴	۲۹	۳/۶	لکوادما
۸	۷۸۶	۹۸/۲	۱۴	۱/۸	انکیلوگلوسیا
۹	۷۹۷	۹۹/۶	۳	۰/۴	توروس مندیبولار
۱۰	۷۹۹	۹۹/۹	۱	۰/۱	لب مضاعف
۱۱	۷۹۹	۹۹/۹	۱	۰/۱	میکروگلوسیا
۱۲	۷۹۹	۹۹/۹	۱	۰/۱	شکاف کام
۱۳	۸۰۰	۱۰۰	۰	۰	توبرکل کامی
۱۴	۸۰۰	۱۰۰	۰	۰	تیروئیدزبانی
۱۵	۸۰۰	۱۰۰	۰	۰	شکاف دهانی صورتی
۱۶	۸۰۰	۱۰۰	۰	۰	شکاف لب
۱۷	۸۰۰	۱۰۰	۰	۰	باقی ماندن شریان کالیبر
۱۸	۸۰۰	۱۰۰	۰	۰	فیستول جانبی کام نرم
۱۹	۷۸۳	۹۸	۱۷	۲	زبان مودار

### بحث

جهانبانی (۵) و همکاران بیشتر می‌باشد. دلیل تفاوت در نتایج می‌تواند به دلیل جامعه مورد بررسی، حجم نمونه، محیط پژوهش و عادات غذایی و بهداشتی افراد مورد مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر همچون مطالعات اپیدمیولوژیک دیگر، زبان شایع‌ترین مکان درگیری اختلالات تکاملی مخاط دهان بود (۱).

زبان شیاردار شایع‌ترین آنومالی تکاملی مخاطی مطالعه حاضر بود که با شیوع حدود ۵۱ درصدی از شیوع قابل توجهی برخوردار بود، این نتیجه از نتایج مطالعات جهانبانی و همکاران (۵) در تهران با ۱۲/۹ درصد، Bhatnagar و همکاران (۲۴) در هند با ۳/۳٪، احمدی و همکاران (۳۰) در همدان، Vellego (۳۱) در اسپانیا با ۳/۹ درصد، Kavac-Kavasic (۳۲) در اسلونی با ۲۱/۱ درصد، Axell T (۳۳) در جمعیت سوئدی و اربابی و همکاران (۱) در تبریز بیشتر می‌باشد.

سلامت دهان به علت عملکردهای خاصش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تشخیص ضایعات دهانی در حرفه دندانپزشکی جایگاه خاصی دارد. در مطالعه حاضر، شیوع آنومالی‌های مخاط دهانی در نمونه‌ای از جمعیت طبیعی بدون اختلالات و مشکلات سندرمی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در برخی موارد مشابه مطالعات پیشین و در بعضی موارد نیز بنا به دلایلی از جمله تفاوت عادات غذایی، بهداشت دهانی، اختلاف فرهنگی و اجتماعی متفاوت بود.

در مطالعه حاضر شیوع آنومالی‌ها ۸۷/۵ درصد بود که این نتیجه با توجه به مطالعات دیگر نشانگر نسبت شیوع بالاتر اختلالات مخاطی در شهر همدان می‌باشد، این میزان از شیوع به دست آمده در مطالعات اربابی (۱)، Bhatnagar (۲۴) و Castellanos (۲۵)، Mathew AL (۲۶)، Pearson N (۲۷)، Taiyebi (۲۸)، Fatahzadeh (۲۹)، احمدی متمایل (۳۰)

است و این میزان کمتر از نتیجه مطالعه خاکی و احمدی (۳۰،۳۹) می‌باشد. به طور مشابه در این مطالعه نیز شیوع توروس فک بالا در خانم‌ها بیشتر بوده است. مطالعات مشابه نیز شیوع بالاتر توروس فک بالا نسبت به توروس فک پایین و بروز بیشتر توروس فک بالا در خانم‌ها را بیان می‌کند. (۱۴-۱۱).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر شیوع انکیلوگلوسیا ۱/۸ درصد بود که این نتیجه مشابه نتیجه احمدی (۳۰) و کمتر از نتایج مطالعه مشابهی است که شیوع را بین ۴/۲ تا ۱۰/۷ درصد گزارش کرده‌اند (۴۰). این تفاوت در نتایج ممکن است به جمعیت مورد بررسی و شاخص‌های تشخیصی مربوط باشد.

در مطالعه حاضر پیت گوشه لب در ۹/۵ درصد افراد (۱۳ درصد مردان و ۸ درصد زنان) مشاهده شد. در مطالعه Mathew AL (۲۶) پیت گوشه لب بیشتر در زنان یافت شد که این نتیجه برخلاف نتیجه ما می‌باشد که بیشتر در مردان دیده شده است.

در ۴/۵ درصد افراد مورد بررسی واریکوزیت زبانی مشاهده شد که این نتیجه بالاتر از مطالعه Bhatnagar و همکاران (۲۴) و احمدی و همکاران (۳۰) بود. شیوع این ضایعه در این مطالعه نیز همچون مطالعات مشابه با بالا رفتن سن افزایش یافت (۴۱). شیوع لکودمدر این مطالعه ۳/۶ درصد بود که با جنسیت ارتباط معنی‌داری نداشت اما در مردان بیشتر از زنان دیده شد و این نتیجه با نتایج مطالعات مشابه مطابقت دارد (۴۲). شیوع آن در نقاط مختلف دنیا در دامنه‌ای بسیار متغیر گزارش شده است (۴۳). این نتیجه کمتر از مطالعه جهانبانی و همکاران (۵) با ۱۲/۵ درصد و بیشتر از مطالعه Bhatnagar و همکاران با ۱/۴۷٪ (۲۴) بود.

شیوع ضایعات نادر همچون تیروئید زبانی و شکاف دهانی- صورتی و توبرکل کامی در مطالعه حاضر نیز نادر و کمیاب گزارش شد (۶).

تشخیص تیروئید زبانی در مطالعه حاضر صرفاً بر اساس مشاهدات کلینیکی بوده که هیچ مورد مشکوکی مشاهده نشد فلذا بررسی‌های پاراکلینیکی دیگر جهت تأیید یا رد ضایعه صورت نگرفت.

در مطالعه جهانبانی و همکاران (۵) و ربیعی و همکاران (۳۵) در رشت، زبان شیاردار همچون مطالعه حاضر بیشتر در مردان دیده شد.

افزایش شیوع زبان شیاردار با افزایش سن در مطالعات Sedano (۳۴)، Redman (۳۶) - Kavac Kavasic (۳۲) نیز تأیید شده است که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد.

شیوع زبان مودار در این مطالعه ۲ درصد بود که این نتیجه مشابه مطالعه اربابی (۱) در تبریز با ۲/۲ درصد و کمتر از مطالعه جهانبانی و همکاران (۵) در تهران با ۸/۹ درصد و Darwazeh AM (۳۷) در اردن با ۳/۴ درصد و بیشتر از مطالعه Axéll T (۳۳) در سوئد با ۰/۶ درصد می‌باشد.

در مطالعه Avcu N, Kanli (۳۸) زبان مودار و زبان باردار بیشتر در مردان دیده شده است، که این نتیجه مشابه نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

گرانول فوردایس، همان غدد سباسه نابجا در مخاط دهان هستند (۹) که میزان شیوع آن در جوامع مختلف دنیا از ۰/۸ تا ۹/۵٪ متفاوت است (۵). میزان شیوع این اختلال در مطالعه حاضر ۴۹/۵٪ بود، که این میزان بیشتر از مطالعه جهانبانی و همکاران (۲۷/۹٪) و احمدی و همکاران (۰/۸٪) بود، که این تفاوت می‌تواند از تفاوت در حجم نمونه باشد. در این مطالعه نیز همچون مطالعات احمدی و همکاران و تحقیقات انجام شده قبلی شیوع آن در مردان بیشتر دیده شد که این شیوع بالاتر در این جنس مربوط به هورمون‌های آندروژنیک است (۵،۳۰).

بر خلاف شیوع گزارش شده قبلی در مورد ماکروگلوسیا (۶) شیوع ماکرو گلوسی در مطالعه حاضر از شیوع نسبتاً بالایی (۰/۱۷٪) برخوردار بود که یکی از دلایل آن می‌تواند عدم وجود شاخص‌های استاندارد و یکسان برای تشخیص این آنومالی و اکتفا به تشخیص بصری در مطالعات مختلف باشد.

شیوع توروس فک بالا در این مطالعه ۱۳/۴ درصد بود که این میزان شیوع کمتر از نتایج مطالعه خاکی (۳۹) و بیشتر از مطالعه احمدی و همکاران (۳۰) بود. توروس فک پایین در مطالعه حاضر با ۰/۴ درصد بروز، از شیوع کمتری برخوردار

مشابه در مناطق مختلف به ویژه کشورهای پیشرفته و اروپا به دلیل تفاوت‌های قابل ملاحظه در تفاوت در میزان شیوع اختلالات بسیار مشکل می‌باشد. بر اساس یافته‌های این مطالعه شیوع اختلالات مخاطی- تکاملی به دلایل متعدد از قبیل: حجم نمونه، منطقه جغرافیایی، وضعیت تغذیه، عادات خاص، رعایت بهداشت در شهر همدان زیاد بود. براساس یافته‌های این مطالعه شیوع اختلالات مخاطی- تکاملی به دلایل متعدد از قبیل: حجم نمونه، منطقه جغرافیایی، وضعیت تغذیه، عادات خاص، رعایت بهداشت و عواملی از جمله گروه سنی و جنسی مطالعه شده، آموزش دانشجویان و نظارت دقیق بر تشخیص کلیه اختلالات در شهر همدان زیاد بود.

#### نتیجه‌گیری

شیوع بالای اختلالات مخاطی در این مطالعه لزوم مطالعات مشابه بیشتر در جمعیت‌های مختلف را بیان می‌کند. همچنین بیانگر اهمیت بالای آموزش این اختلالات به دانشجویان و دندانپزشکان و پزشکان به منظور جلوگیری از تشخیص اشتباه این آنومالی‌ها با بیماری‌ها و اطمینان خاطر دادن به بیمار می‌باشد.

#### سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد بدینوسیله از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه تشکر می‌گردد.

در این مطالعه بروز برخی از اختلالات تکاملی با جنس ارتباط معنی‌داری داشت. بروز زبان شیاردار، گرانول فوردایس، ماکروگلوسیا، زبان جغرافیایی، زبان باردار و پیت گوشه لب در مردان بیشتر بود و بروز توروس کامی و انکیلوگلوسیا در زنان بیشتر بود.

در مطالعه Pearson (۲۷) و همکاران، Arendrof (۴۴) و همکاران، Nair و همکاران (۴۵) و همچنین دلاوریان و همکاران (۴۶) ارتباطی بین بروز ضایعات دهانی با جنس مشاهده نشد. از طرفی در مطالعه دیگری بین بروز ضایعات دهانی و جنس ارتباط معنی‌داری دیده شده است (۳۲).

بروز زبان شیاردار، گرانول فوردایس، ماکروگلوسیا، واریکوزیت، زبان باردار با سن رابطه معنی‌داری دارند و با افزایش سن میزان بروزشان زیادتر شده است. در تحقیق اربابی و همکاران (۱) نیز بروز زبان شیاردار، زبان مودار، واریکوزیت و زبان باردار با افزایش سن افزایش یافت. در تحقیق Lin و همکاران (۲۱)، VonArx و همکاران (۴۷) و دلاوریان و همکاران (۴۶) نیز با افزایش سن میزان بروز ضایعات افزایش می‌یافت.

افزایش برخی ضایعات در سن بالاتر بیانگر بروز بسیاری از اختلالات تکاملی در سنین بالاتر می‌باشد و نشان می‌دهد این اختلالات مادرزادی نیستند. مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر در بخش فراوانی و شیوع آنومالی‌های تکاملی مخاطی با سایر مطالعات اپیدمیولوژیک

#### References:

- 1- Arbabikalati A, Alavi V. *Frequency of oral mucosal disease in referral patients to dental faculty of Tabriz in 2007*. Ir J epidemiology Fall 2010; 6(3): 50-6.
- 2- Mahmoodabadi Z, Salehinejad R, Khajehahmadi J, Saghafi S, JavanSh, Taherimoghadam A, et al. *Consistency rate of clinical and histopathologic diagnoses of mucocutaneous in oral cavity*. J Mashhad Dent School Winter 2013; 36(4): 309-16.

- 3- Shasavari F, Fereidouni F. *The Prevalence of oral mucosal lesions and associated factors in pathology Department of Tehran cancer institute of Imam Khomeini hospital since 2000 to 2010*. J res dent sci Summer 2012; 9(2): 111-15.
- 4- Omidian M, Emadmostoufi NE, Bahranifard H. *Pathological aspects of oral lesions in Ahvaz, Iran (1994-2004)*. J Gorgan Uni Med Sci 2009; 11(1): 57-61.
- 5- Jahanbani J, Sandvik L, Lyberg T, Ahlfors E. *Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients*. Open Dent J 2009; 27: 42-7.
- 6- Neville BW, Damm DW, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed*. Mosby Co; 2009: 1-16.
- 7- Greenberg M, Glick M, Ship J. *Burket's oral medicine. 11th ed*. BC Decker Inc; 2008: 41, 42, 77, 108.
- 8- Vañó-Galván S, Jaén P. *Black hairy tongue*. Cleve Clin J Med 2008; 75: 847-48.
- 9- De Felice C, Parrini S, Chitano G, Gentile M, Dipaola L, Latini G. *Fordyce granules and hereditary non-polyposis colorectal cancer syndrome*. Gut 2005; 54(9): 1279-82.
- 10- Pemberton MN. *Sublingual varices are not unusual*. BMJ 2006; 333(7560): 202.
- 11- García-García AS, Martínez-González JM, Gómez-Font R, Soto-Rivadeneira A, Oviedo-Roldán L. *Current status of the torus palatinus and torus mandibularis*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010; 15(2): 353-60.
- 12- Al-Bayaty HF, Murti PR, Matthews R, Gupta PC. *An epidemiological study of tori among 667 dental outpatients in Trinidad & Tobago, West Indies*. Int Dent J 2001; 51(4): 300-04.
- 13- Bruce I, Ndanu TA, Addo ME. *Epidemiological aspects of oral tori in a Ghanaian community*. Int Dent J 2004; 54(2): 78-82.
- 14- Jainkittivong A, Langlais RP. *Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod 2000; 90(1): 48-53.
- 15- Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P. *Cleft palate fistulas: A multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management*. Plast Reconstr Surg 1991; 87(6): 1041-47.
- 16- Tolarová MM, Cervenka J. *Classification and birth prevalence of orofacial clefts*. Am J Med Genet 1998; 75(2): 126-37.
- 17- Dubey AK, Sodhi K. *Macroglossia*. Indian Pediatr 2003; 40: 1206.
- 18- Vogel JE, Mulliken JB, Kaban LB. *Macroglossia: a review of the condition and a new classification*. Plast ReconstrSurg 1986; 78(6): 715-23.
- 19- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. *Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad*. Pediatrics 2002; 110(5): 1-6.
- 20- Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. *Prevalence, diagnosis and treatment of ankyloglossia: methodologic review*. Can Fam Physician 2007; 53(6): 1027-33.

- 21- Lin HC, Corbet EF, Lo ECM. *Oral mucosal lesions in adult Chinese*. J Dent Res 2001; 80(5): 1486-90.
- 22- Rioboo-CrespoMdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. *Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10: 376-87.
- 23- World Health Organization. *Oral Health Surveys, basic methods*. 1987; 87-16.
- 24- Bhatnagar P, RaiSh, Bhatnagar G, Kaur M, Goel S, Prabhat M. *Prevalence study of oral mucosal lesions, mucosal variants, and treatment required for patients reporting to a dental school in North India: In accordance with WHO guidelines*. J Family Commu Med 2013; 20(1): 41-8.
- 25- Castellanos JL, Diaz-Guzman L. *Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008 Jan; 105(1): 79-85.
- 26- 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(2): 99-103.
- 27- 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(1): 30-4.
- 28- Taiyeb ATR, Razak IA, Raja LRJ, Zain RB. *An epidemiological survey of oral mucosal lesions among elderly Malaysian*. Gerodontol 1995; 12: 37-40.
- 29- 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.
- 30- Ahmadimotamayel F, Moghimbeigi A, Kanani HA. *Evaluation of the prevalence of developmental oral mucosa anomalies among students of Hamadan university medical sciences in 2009*. Daneshvar Med 2009; 18(89): 61-6.
- 31- Vallejo MJ, Garcia-Pola, Martinez Diaz-Canel AI, Garcia Martin JM, Gonzalez Garcia M. *Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population*. Com Dent Oral Epide 2002 Aug; 30(4): 277-85.
- 32- Kovac-Kovacic M, Skaleric U. *The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia*. J Oral Pathol Med 2000; 29(7): 331-35.
- 33- Axéll T. *prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population*. Odontol Revy Suppl 1975; 36: 1-103.
- 34- Sedano HO, Freyre IC, de la Garza MLG, Franco CMG, Hernandez CG, Montoya, et al. *Clinical orodental abnormalities in Mexican children*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989 Sep; 68(3): 300-11.
- 35- Rabiei M, Nasrin R. *Frequency of oral mucosal pigmentation among patients referred to the faculty of dentistry, Guilan University of Medical Sciences*. J Islamic Dent Asso IRAN (JIDA) 2005; 17(3) :95-100.
- 36- Redman RS. *Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3, 611 minnesota school children*. Oral Pathol 1970; 30(3): 390-95.



- 37- Darwazeh AM, Pillai K. *Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients*. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(5): 323-24.
- 38- Avuc N, Kanli A. *Age and sex-specific prevalence of tongue abnormalities in Turkish dental outpatients*. *J Oral Dis* 2003; 9(4): 188-95.
- 39- Khaki MN. *Investigation of the prevalence of torus mandibularis and torus palatinos in attendants of Rafsanjan dental school*. *J Kerman Uni Med Sci* Fall 2000; 7(4): 182-87.
- 40- Palma MC, Taub DI. *Recurrent double lip: literature review and report of a case*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107(3): e20-3.
- 41- Pemberton MN. *Sublingual varices are not unusual*. *BMJ* 2006; 333(7560): 202.
- 42- Zaringhalam M, Ziaei SH. *Evaluation of dental anomalies between Mashhad high school students in 1379*. *Dent J Shiraz Uni Med Sci* 2003; 1: 16.
- 43- Martin JL. *Leukoedema: a review of the literature*. *J Natl Med Assoc* 1992; 84(11): 938-40.
- 44- Arendorf TM, Van der Ross R. *Oral lesions in a black pre-school South African population*. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(4): 296-97.
- 45- Nair RG, Samaranayake LP, Philipsen HP, Graham RG, Itthagarun A. *Prevalence of oral lesions in a selected Vietnamese population*. *Int Dent J* 1996; 46: 48-51.
- 46- 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(3): 425-236.
- 47- VonArx 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* 2001; 112(4): 326-29.

## ***Prevalence of Developmental Anomalies of Oral Mucosa within Patients Referred to Oral Medicine Department of Hamadan Dentistry Faculty in 2014***

***Ahmadi-Motamayel F(DDS, MS)<sup>\*1</sup>, Ebrahimi F(DDS)<sup>2</sup>, Mahdavinezhad A(PhD)<sup>3</sup>***

<sup>1</sup> *Dental Research Center and Research center for molecular medicine, Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*

<sup>2</sup> *School of Dentistry, Hamadan University of Medical Sciences*

<sup>3</sup> *Department of Genetics and molecular medicine, School of medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*

***Received:*** 2 Sep 2015

***Accepted:*** 23 Nov 2015

### ***Abstract***

***Introduction:*** Developmental anomalies of oral mucosa are not necessarily related to a specific disease, that may be demonstrated in differential diagnosis of oral disease and premalignant lesions. Mucosal anomalies incidence may be varied in different individuals, which can be related to many genetic and environmental elements. Therefore, this study aimed to evaluate the developmental anomalies of oral mucosa in the patients referred to department of Oral Medicine of Hamadan Dentistry faculty in 2014.

***Methods:*** In this cross-sectional study, the developmental anomalies of oral mucosa were studied in 800 patients, who referred to Hamadan School of Dentistry in Iran. All the 800 patients were clinically examined using dental mirrors on the dentistry unit in regard with diagnosis of mucosal anomalies. Demographic data and types of mucosal anomalies were recorded in a predesigned questionnaire. In order to analyze the study data, SPSS software (ver, 16) was applied via chi-square test at significance level of 0.05.

***Results:*** Oral developmental lesions were observed in 700 patients (87.5%). The most common lesion was reported as fissured tongue (50.9%), followed by Fordyce granules (49.5%), Macroglossia (17%), torusplatinus (13.4%). A significant association was detected between fissured tongue, macroglossia, fordice granule with gender and age, Varicosities and furred tongue with age and Torus palatines, Comissural lip pit and hairy tongue with gender.

***Conclusion:*** The findings of the present study revealed high prevalence of oral mucosal anomalies. As a result, dentists and medical practitioners are demanded to attend to the oral mucosal anomalies.

***Keywords:*** Developmental abnormalities; Epidemiology; Mouth mucosa

#### ***This paper should be cited as:***

Ahmadi Motamayel F, Ebrahimi F, Mahdavinezhad A. ***Prevalence of developmental anomalies of oral mucosa within patients referred to oral medicine department of hamadan dentistry faculty in 2014.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2015; 23(9): 890-99.

***\*Corresponding author: Tel: 09188130684, Email: fatahmadim@yahoo.com***