

فراوانی کیست‌ها و تومورهای ادنتوزنیک در بابل، شمال ایران

سپیده سیادتی (MD)^{۱*}، مریم سید مجیدی (DDS)^۲، کامبیز نادری^۳

۱- گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- مرکز تحقیقات مواد دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۳/۱/۳۰، اصلاح: ۹۳/۳/۱۳، پذیرش: ۹۳/۹/۵

خلاصه

سابقه و هدف: کیست‌ها و تومورهای ادنتوزنیک منحصرأ در استخوانهای فک و از بافت‌های مرتبط با ادنتوزن ایجاد می‌شوند. با توجه به اهمیت تشخیص زود هنگام آنها جهت درمان مناسب، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی این ضایعات در جمعیتی از شمال ایران در یک دوره بیست و دو ساله انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با استفاده از پرونده‌های موجود در بایگانی بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی و دانشکده دندانپزشکی بابل طی سالهای ۱۳۶۹-۱۳۹۱ انجام شد. مشخصات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، محل آناتومیک ضایعه، تشخیص بالینی و پاتولوژیک ضایعات استخراج و در فرم‌های اطلاعاتی ثبت و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از مجموع ۸۹۵۶ نمونه مربوط به ضایعات دهان و فک ۳۱۷ کیست ادنتوزنیک و ۵۳ تومور ادنتوزنیک یافت شد که متعلق به ۲۰۵ مرد (۵۵/۴٪) و ۱۶۵ زن (۴۴/۶٪) بود. میانگین سنی بیماران $28/75 \pm 15/15$ سال بود (بازه ۲-۷۹ سال). در میان کیست‌ها، بیشترین فراوانی مربوط به کیست رادیکولار (۶۷/۸٪) بود. در میان تومورهای ادنتوزنیک، بیشترین فراوانی مربوط به آمولوبلاستوما (۸۲/۶٪) بود. شایعترین محل این ضایعات در ماگزیا، ناحیه قدامی و در ماندیل ناحیه خلفی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که فراوانی تومورهای ادنتوزنیک در شمال ایران کمتر از کیست‌های ادنتوزنیک می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: تومورهای ادنتوزنیک، کیست‌های ادنتوزنیک، آمولوبلاستوما، کیست رادیکولار، کیست دنتی ژور.

مقدمه

کیست‌ها و تومورهای ادنتوزنیک ضایعاتی هستند که جراحان، رادیولوژیست‌ها و پاتولوژیست‌ها با آنها روبرو بوده و شیوع آنها در جمعیت‌های مختلف، متفاوت می‌باشند. آگاهی از شیوع آنها در تعیین تشخیص افتراقی با ارزش است (۱و۲). کیست‌های ادنتوزنیک از شایعترین ضایعات فک و دارای اپی‌تلیوم از منشاء ادنتوزنیک بوده و از فعال شدن سلول‌های ادنتوزنیک که در بافت استخوانی یا لثه به دام افتاده اند، منشاء می‌گیرند. بر اساس طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی (WHO) این کیست‌ها بر اساس پاتوزن به دو گروه اصلی التهابی و نموی تقسیم می‌شوند (۳). کیست‌های ادنتوزنیک نموی و التهابی هر دو دارای منشاء اپی‌تلیالی و رشد کند بوده و تمایل به گسترش دارند. علیرغم طبیعت خوش خیم، می‌توانند به اندازه قابل توجهی برسند. در نتیجه تشخیص صحیح آنها برای درمان جراحی مناسب حائز اهمیت می‌باشد (۲و۴). تومورهای ادنتوزنیک از اپی‌تلیوم، اکتو

مزانشیم و یا مزانشیم بافت‌های تشکیل دهنده دندان منشاء می‌گیرند و گروهی هتروژن مشتمل بر ضایعات هامارتومی، نئوپلاسم‌های خوش خیم و بدخیم می‌باشند. تعیین فراوانی این تومورها بر اساس گروه‌های سنی مختلف، محل وقوع و جنس برای تشخیص و برنامه‌ریزی درمانی آنها حائز اهمیت می‌باشد (۵و۶). اغلب از نظر بالینی بدون علامت ولی با عوارض متعدد مانند اتساع و تخریب استخوان‌های فک، دندان‌های نهفته و تغییر محل قرار دندان همراه هستند (۷و۸). فراوانی این ضایعات در جوامع مختلف متعدد است و نتایج متفاوتی از شیوع جنسی و سنی و محل آناتومیک آنها ارائه شده است. از آنجائیکه مطالعات چندانی در این زمینه در کشور ما به ویژه در شمال ایران صورت نگرفته است. بنابراین هدف از این مطالعه، تعیین فراوانی کیست‌ها و تومورهای ادنتوزنیک به مدت ۲۲ سال در شهرستان بابل، شمال ایران و مقایسه آن با سایر مطالعات می‌باشد

□ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۱۶۵۵ دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر سپیده سیادتی

آدرس: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه پاتولوژی. تلفن: ۰۱۱-۳۳۲۵۵۲۹۱

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی با استفاده از گزارش‌های پاتولوژی مربوط به ضایعات فک و دهان موجود در بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی بابل (سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۹) و بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل (سالهای ۱۳۹۱-۱۳۸۲) انجام شد. فقط مشخصات کیست‌ها و تومورهای اندوتونیک وارد مطالعه شد و سایر موارد حذف گردید. مشخصات دموگرافیک بیماران مشتمل بر سن، جنس، محل آناتومیک ضایعه، انواع کیست اندوتونیک (نموی-دنتی ژور، اراپشن، OKC ... و التهابی- رادیکولار، رزیدوال)، انواع تومور (اپی تلیوم اندوتونیک، تومور اندوتونیک مختلط و تومور اکتومزانسیم اندوتونیک) توسط فرد آموزش دیده از گزارشات استخراج و در چک لیست ثبت گردید. سن بیماران به گروه‌های مختلف (۱۰-، ۲۰- و ۱۱-۶۰ سال) تقسیم گردید. تمام اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۸) و به صورت آمار توصیفی بیان شدند و $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

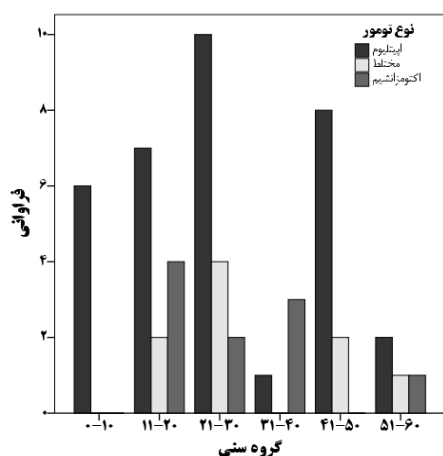
در مجموع ۸۹۵۶ مورد ضایعات فک و دهان از بایگانی بخش پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی و دانشکده دندانپزشکی بابل طی سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۹ استخراج شد ۳۱۷ مورد کیست اندوتونیک (۳/۵٪) و ۵۳ مورد تومور اندوتونیک (۰/۵۹٪) یافت گردید که مربوط به ۲۰۵ مرد (۵۵/۴٪) و ۱۶۵ زن (۴۴/۶٪) با میانگین سنی $28/75 \pm 15/15$ سال بود (بازه ۲-۷۹ سال). از بین بیماران مبتلا به کیست‌های اندوتونیک ۱۷۹ بیمار (۵۵/۴٪) مذکر و ۱۴۴ بیمار (۴۶/۶٪) مونث با میانگین سنی $28/85 \pm 15/09$ سال بودند. پس از تفکیک سن افراد به شش گروه، بیشترین فراوانی کیست‌های اندوتونیک مربوط به گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال، ۹۲ نفر (۲۹٪) بود (جدول ۱). از ۳۱۷ مورد کیست اندوتونیک ۱۳۰ مورد (۴۱٪) در ماگزایلا و ۱۸۵ مورد (۵۸/۴۰٪) در ماندیل بودند و ۲ مورد (۰/۶٪) به صورت دو طرفه در ماندیل بود.

جدول ۱: فراوانی انواع کیست‌های اندوتونیک براساس گروه‌های سنی مختلف

گروه ها	۱۰-	۲۰-۱۱	۳۰-۲۱	۴۰-۳۱	۵۰-۴۱	۶۰-۵۱
کیست ها	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
نموی						
دنتی ژور	۱۴ (۱۶/۹)	۳۱ (۳۷/۳)	۲۷ (۳۲/۵)	۷ (۸/۴)	۳ (۳/۶)	۱ (۱/۲)
OKC	-	۱۴ (۳۱/۹)	۲۸ (۴۳/۸)	۸ (۱۲/۵)	۱۱ (۱۷/۲)	۳ (۴/۷)
کلسیفیه	۲ (۹/۵)	۹ (۴۲/۹)	۳ (۴۲/۹)	۳ (۱۴/۳)	۳ (۱۴/۳)	۱ (۴/۸)
التهابی						
رادیکولار	۵ (۸/۴)	۲۰ (۳۱/۱)	۲۱ (۳۲/۱)	۱۸ (۱۸/۹)	۱۶ (۱۶/۸)	۱۰ (۱۰/۶)
رزیدوال	۲ (۴/۳)	۱۱ (۲۳/۹)	۱۰ (۲۱/۷)	۱۰ (۲۱/۷)	۷ (۱۵/۲)	۶ (۱۳/۰)

فراوانی کیست‌های اندوتونیک نموی به تفکیک جنسیت شامل ۴۶ مورد (۲۲/۴٪) از کیست‌های دنتی ژور، ۴۱ مورد (۲۰/۰٪) از کیست‌های OKC، ۹ مورد (۴/۴٪) از کیست‌های کلسیفیه همچنین ۵۲ مورد (۲۵/۴٪) از کیست‌های رادیکولار و

۲۵ مورد (۱۲/۲٪) از کیست‌های رزیدوال را مردان تشکیل دادند. شیوع تومورهای اندوتونیک در بیماران بین سنین ۲ تا ۶۸ سالگی با میانگین سنی $28/11 \pm 15/66$ سال مشتمل بر ۳۰ بیمار (۵۶/۶٪) مذکر و ۲۳ بیمار (۴۳/۴٪) مونث بود. بیشترین فراوانی نیز مربوط به گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال، ۱۶ نفر (۳۰/۲٪) نفر، بود (نمودار ۱). شایعترین محل بروز، ماندیل با ۴۶ مورد (۸۶/۸٪) بود. در حالی که ۷ تومور (۱۳/۲٪) در ماگزایلا قرار داشت. بیشترین فراوانی مربوط به تومور آملوبلاستوم بود (۲۶ مورد) (جدول ۲). بیشترین شیوع آملوبلاستوم در دهه سنی ۳۰-۲۱ سال (۸ نفر) و شایعترین محل آن، ماندیل (۲۵ مورد) بود. شایعترین محل این ضایعات در ماگزایلا، ناحیه قدامی و در ماندیل ناحیه خلفی بود. تطابق تشخیص بالینی و پاتولوژی ۷۲/۶٪ بود.



نمودار ۱. توزیع فراوانی انواع تومور به تفکیک گروه سنی در بیماران مورد بررسی

جدول ۲. فراوانی انواع تومور اندوتونیک بر اساس جنسیت بیماران مورد مطالعه

نوع تومور	جنس	مرد تعداد (%)	زن تعداد (%)
تومور اپیتلیوم اندوتونیک		۲۳ (۶۷/۶)	۱۱ (۳۲/۴)
آملوبلاستوما		۲۶ (۸۲/۶)	۷ (۶۳/۶)
کارسینوم اندوتونیک سلول روشن		۱ (۴/۳)	-
اندوماتوئید اندوتونیک تومور		۲ (۸/۷)	۲ (۱۸/۲)
تومور اندوتونیک اپیتلیالی کلسیفیه		۱ (۴/۳)	۲ (۱۸/۲)
تومور اندوتونیک مختلط		۵ (۵۵/۶)	۴ (۴۴/۴)
آملوبلاستیک فیبروما		۲ (۴۰)	-
کمپلکس اندتوما		۳ (۶۰)	۴ (۱۰۰)
تومور اکتومزانسیم اندوتونیک		۲ (۲۰)	۸ (۸۰)
اندوتونیک فیبروما		۲ (۱۰۰)	۷ (۸۷/۵)
اندوتونیک میگزوما		-	۱ (۱۲/۵)

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، تومورهای اندوتونیک ۰/۵۹٪ از ضایعات دهان و فک را شامل می شود که از دو مطالعه از نیجریه و از زاهدان (۴۴/۴٪) کمتر می باشد

شد. به نظر می‌رسد تفاوت بیشتر ناشی از نحوه تقسیم بندی باشد و در مجموع از بین تومورهای ادنتوژنیک، آمولوبلاستوما از شیوع بالایی برخوردار است. بیشتر تومورهای ادنتوژنیک، بدون علامت بالینی بوده و اغلب بیمارانی که دچار تومورهای بزرگ و تخریبی مانند آمولوبلاستوما هستند به پزشک مراجعه می‌کنند و این مسئله شاید توجهی برای شیوع بیشتر آمولوبلاستوم در اغلب کشورها و از جمله ایران باشد. علیرغم شیوع بالای ادنتوم در آمریکا و برخی کشورهای اروپایی، این تومور در آفریقا، هند، سریلانکا، ترکیه و ایران از شیوع کمی برخوردار است (۲۴ و ۲۵).

اغلب این تفاوتها به اختلافات قومی، نژادی و عوامل جغرافیایی ربط داده می‌شود. ولی برخی مطالعات فقدان علائم بالینی و عدم مراجعه افراد مبتلا را علت فراوانی کم این تومور در کشورهایی با وضعیت اقتصادی نه چندان مطلوب می‌دانند (۲۶ و ۱۶ و ۱۷). در تایید این مطلب، تحقیقی از نیجریه آمولوبلاستوم را به عنوان شایعترین تومور ادنتوژنیک اعلام کرد (مشابه اغلب مطالعات کشورهای آفریقایی و آسیایی و مخالف گزارشات آمریکا و اغلب کشورهای اروپایی) در حالیکه ادنتوم در نیجریه نادر است. همچنین تومورهای ادنتوژنیک بدخیم در نیجریه ناشایع نیست (۹). در مطالعه حاضر، شایعترین محل بروز تومور ادنتوژنیک ماندیل بود که مشابه مطالعاتی می‌باشد که شایعترین تومور ادنتوژنیک را آمولوبلاستوما و محل شایع را ماندیل گزارش کرده اند (۲۱ و ۲۰ و ۱۸ و ۹). همچنین وقوع بیشتر آمولوبلاستوما در خلف ماندیل در مطالعه حاضر موافق مطالعه Okada و همکاران بود (۱۸).

مقایسه یافته های مطالعه حاضر با سایر مطالعات، نشانگر فراوانی کم تومورهای ادنتوژنیک در این منطقه می‌باشد. در مقایسه فراوانی کیستهای ادنتوژنیک تقریباً مشابه اغلب نتایج دیگر مطالعات بود. ممکن است تفاوت در فراوانی این ضایعات بین مطالعات مختلف به علت تفاوت در حجم نمونه های مورد مطالعه باشد. تشخیص صحیح این ضایعات بر اساس وجود هماهنگی بین یافته های بالینی، رادیولوژیک و پاتولوژی است. همچنان که وجود همکاری بین پزشکان بالینی و پاتولوژیست ها الزامی است. اطلاع از نحوه رفتار بالینی و بافتی و فراوانی این ضایعات برای تشخیص زودرس و درمان آنها ضروری است. این مطالعه حاوی اطلاعات دموگرافیک در مورد کیستها و تومورهای ادنتوژنیک است که می تواند به عنوان اطلاعات پایه برای سایر مطالعات استفاده شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری خانم زیبا شیرخانی (واحد بیومتریک و مطالعات اپیدمیولوژیک دانشگاه علوم پزشکی بابل) جهت آنالیز آماری و خانم ها مریم رحیمی و ندا امانی (واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی بابل) تشکر و قدردانی می‌گردد.

(۷ و ۹). در این مطالعه کیستهای ادنتوژنیک در مردان بیشتر از زنان بود که موافق مطالعاتی از هند، ترکیه، اسپانیا و ایتالیا است (۱۰ و ۴ و ۲). ولی مخالف مطالعه ای از برزیل است (۹). همچنین در مطالعه حاضر تومورهای ادنتوژنیک در مردان بیشتر از زنان مشاهده شد که موافق مطالعات چین و برزیل می‌باشد (۱۱ و ۱). ولی با مطالعه ای از زاهدان تفاوت دارد (۷). بر اساس مطالعات قبلی در سایر کشورها کیستهای ادنتوژنیک ۷ تا ۱۵٪ بیوپسی های دهان و فک را تشکیل میدهند که با مطالعه ما همخوانی دارد (۱۲ و ۱۰). ولی از میزان ۳۳/۸٪ مطالعه ای از اسپانیا بسیار کمتر می‌باشد (۴).

در مطالعه حاضر اغلب کیستهای ادنتوژنیک، ۶۱ مورد (۳۵/۱٪)، در دهه سوم زندگی (۲۱ تا ۳۰ سال) بودند و محدوده سنی بیماران ۵ تا ۷۹ سال با میانگین سنی $28/77 \pm 14/69$ بود. در مطالعه ای از هند سن متوسط ۲۸ سال و بیشترین موارد در دهه دوم زندگی، ۵۲ مورد، (۳۳/۹٪) رخ داد (۳). همچنین میانگین سن ابتلا در مطالعاتی از چین و اسپانیا به ترتیب ۳۲/۱ سال و ۴۲ سال بود که بیشتر از میانگین سن در مطالعه ما می‌باشد (۱۴ و ۱۰). اغلب تومورهای ادنتوژنیک ۱۶ مورد، (۲۰/۲٪) در دهه سوم زندگی (۲۱ تا ۳۰ سال) بروز کردند که مشابه مطالعاتی از هند و نیجریه می‌باشد (۹ و ۶). میانگین سن ابتلا در مطالعه ما از مطالعه ای از برزیل کمتر بود (۵). شایعترین کیست ادنتوژنیک در این مطالعه، کیست رادیکولار بود که این نتیجه با مطالعاتی از سایر کشورها همخوانی دارد (۱۳ و ۱۰ و ۹ و ۲). کیست های دنتی ژور و ادنتوژنیک کراتوسیت (okc) به عنوان دومین و سومین کیست شایع در این مطالعه، مشابه نتایج مطالعاتی از هند، ایتالیا و برزیل است (۱۱ و ۱۰ و ۳). در مطالعه حاضر، ماندیل شایعترین محل کیستهای ادنتوژنیک بود که با برخی مطالعات همخوانی داشت (۱۵ و ۱۴). ولی با نتایج مطالعاتی از هند، برزیل و شیلی مغایرت دارد (۱۶ و ۱۲ و ۳). خلف ماندیل به عنوان شایعترین محل کیستهای ادنتوژنیک در مطالعه ما با مطالعه دیگری از ایران مشابه می‌باشد (۸). شایعترین تومور در مطالعه حاضر آمولوبلاستوما و پس از آن ادنتوژنیک فیبروما و کمپلکس ادنتوما بود. آمولوبلاستوما به عنوان شایعترین تومور در این مطالعه با مطالعاتی از سایر کشورها موافقت دارد (۲۰ و ۱۷ و ۱۳ و ۹).

در سال ۲۰۰۵، WHO ادنتوژنیک کراتوکسیت (okc) را به نام کراتوکسیت ادنتوژنیک تومور (KOT) جزو تومورهای ادنتوژنیک طبقه بندی کرد. در مطالعه حاضر و مطالعاتی که ذکر شد، okc در گروه کیستهای ادنتوژنیک قرار دارد (۲۱). Jing و همکاران با اینکه KOT را در گروه تومورهای ادنتوژنیک محسوب کردند، معیاد آمولوبلاستوما در جایگاه اول تومورهای ادنتوژنیک قرار داشت (۱). در مقابل مطالعات دیگری، KOT را شایعترین تومور ادنتوژنیک معرفی نمودند و آمولوبلاستوما در رده دوم قرار داشت (۲۲ و ۵). ادنتوم به عنوان شایعترین تومور ادنتوژنیک از آمریکا گزارش شده است. در این مطالعه آمولوبلاستوما، دومین و ادنتوژنیک میکزوما سومین تومور شایع بود (۲۳). قابل ذکر است که در مطالعه آمریکا KOT در طبقه بندی تومورهای ادنتوژنیک منظور

The Prevalence of Odontogenic Cysts and Tumors in Babol, North of Iran

S. Siadati (MD)^{*1}, M. Seyed Majidi (DDS)², K. Naderi³

1. Department of Pathology, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
2. Dental Material Research Center, Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
3. Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

J Babol Univ Med Sci; 17(3); Mar 2015; PP: 83-8

Received: Apr 19th 2014, Revised: Jun 3th 2014, Accepted: Nov 26th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Odontogenic cysts and tumors exclusively develop in the jaws from odontogenesis tissues. Given the importance of the early diagnosis and proper treatment, the present study aimed to determine the prevalence of these lesions in a population from the North of Iran during a 22-year survey.

METHODS: This cross-sectional study was conducted by investigating the records in the archives of Shahid Beheshti Hospital of Babol affiliated with the Department of Pathology of School of Dentistry from 1990 to 2012. The demographic features of the subjects including age, gender, anatomic pathology and clinical and pathological lesions were collected in the form of data which were recorded and evaluated.

FINDINGS: Out of a total of 8956 samples with oral lesion dysfunctions, 317 cases of odontogenic cysts and 53 cases of odontogenic tumors were discovered which belonged to 205 men (55.4%) and 165 women (44.6%). The mean age of these patients was 15.15 ± 28.75 years (ranging from 2 to 79 years). Among the cysts, radicular cyst accounted for the highest prevalence (67.8%) while ameloblastoma was the most frequent odontogenic tumor (82.6%). Moreover, the lesions most commonly developed in the maxillary anterior and the posterior mandibular region, respectively.

CONCLUSION: According to the results of this study, the incidence of odontogenic tumors is lower compared to the incidence of odontogenic cysts in the north of Iran.

KEY WORDS: *Odontogenic Tumor, Odontogenic Cyst, Ameloblastoma, Radicular Cyst, Dentigerous Cyst.*

Please cite this article as follows:

Siadati S, Seyed Majidi M, K. Naderi. The Prevalence of Odontogenic Cysts and Tumors in Babol, North of Iran. J Babol Univ Med Sci. 2015;17(3):83-8.

*Corresponding Author: S. Siadati (MD)

Address: Department of Pathology, Shahid Beheshti Hospital, Babol, I.R.Iran.

Phone: +98 11 32255291

Email: siadati_sepideh@yahoo.com

References

1. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, et al. Odontogenic tumors: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007;36(1):20-5.
2. Acikgoz A, Uzun-Bulut E, Ozden B, Gunduz K. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(1):e108-15.
3. Selvamani M, Donoghue M, Basandi PS. Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade. *Braz Oral Res*. 2012;26(4):330-4.
4. Nunez-Urrutilla S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(5):e767-73.
5. Servato JP, Prieto-Oliveira P, de Faria PR, Loyola AM, Cardoso SV. Odontogenic tumors: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013;42(2):288-93.
6. Ebenzer V, Ramalingam B. A cross-sectional survey of prevalence of odontogenic tumors. *J Maxillofac Oral Surg* 2010;9(4):369-74.
7. Kadeh H, Saravani Sh, Nosratzahi T, Rasulizadeh F. Frequency of odontogenic tumors in Zahedan-Iran from 2000-2010. *J Mash Dent Sch*. 2012;36(2):149-56. [In Persian]
8. Saghravanian N, Mohtasham N, Talebmehr M. Ten-year evaluation of odontogenic cysts and tumors related to the impacted teeth. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2007;19(49):143-50. [In Persian]
9. Ladeinde AL, Ajayi OF, Ogunlewe MO, Adeyemo WL, Arotiba GT, Bamgbose BO, et al. Odontogenic tumors: A review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;99(2):191-5
10. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burrano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci*. 2008;50(1):15-8.
11. Grossman SM, Machado VC, Xavier GM, Moura MD, Gomez RS, Aguiar MC, et al. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104(960):e35-41.
12. Procktt AP, Schebela CR, Maito FD, Sant Ana-Filho M, Rados PV. Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. *Head Neck Pathol*. 2008;2(3):150-6.
13. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Invest Clin Dent*. 2014; 5(1):9-4.
14. Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnop P, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *J Oral Sci*. 2006;48(2):59-62.
15. Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci*. 2004;46(4):253-7.
16. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Penafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12(2):e85-91.
17. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. A review of 318 odontogenic tumors in kaduna, nigeria. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005;63(6):811-9.
18. Okada H, Yamamoto H, Tilakaratne WM. Odontogenic tumors in Sri Lanka: analysis of 226 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(5):875-82.
19. Simon EN, Merks MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. A 4-year prospective study on epidemiology and clinicopathological presentation of odontogenic tumors in Tanzania. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;99(5):598-602.

20. Olgac V, Koseoglu BG, Aksakalli N. Odontogenic tumors in Istanbul: 527 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2006;44(5):386-8.
21. Sriram G, Shetty RP. Odontogenic tumors: a study of 250 cases in an Indian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;105(6):e14-21.
22. Avelar RL, Antunes AA, Santos T de S, Andrade ES, Dourado E. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. *Bras J otorrinolaryngol*. 2008;74(5):668-73
23. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006;64(9):1343-52.
24. Adhami SH, Baghaee F, Hasanzadeh M. A Clinicopathologic study of odontogenic cysts and tumors in an Iranian sample population. *J Dent Shiraz Univ Med Sci*. 2010;11(1):75-83. [InPersian]
25. Osterne RL, Brito RG, Alves AP, Cavalcante RB, Sousa FB. Odontogenic tumors: a 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011;111(4):474-81.
26. Luo HY, Li TJ. Odontogenic tumors: a study of 1309 cases in a Chinese population. *Oral Oncol*. 2009;45(8):706-11.