

# انطباق تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی ضایعات بافت نرم دهان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۶۷-۱۳۹۰

دکتر سید محمد رضوی<sup>۱</sup>، دکتر پدram ایرانمنش<sup>۲</sup>، علی معینی<sup>۳</sup>، نسیم قرآنی<sup>۴</sup>، افسانه فخار\*

## چکیده

**مقدمه:** بسیاری از ضایعات بافت نرم دهان نمای بالینی مشابهی دارند، اما در اکثر موارد تشخیص نهایی بر اساس بررسی آسیب‌شناسی ضایعه انجام می‌گیرد. هدف از این مطالعه بررسی انطباق تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی بیماری‌های بافت نرم دهان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۶۷-۱۳۹۰ بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی گذشته‌نگر تعداد ۳۸۷۷ پرونده مربوط به ضایعات بافت نرم دهان بررسی شد. میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی براساس اطلاعات بالینی شامل سن و جنس بیماران، تشخیص‌های افتراقی بالینی اول و دوم، محل، رنگ، قوام، روند بیولوژیک، سطح، نمای ضایعه و رتبه علمی تشخیص دهنده ثبت شد. داده‌های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS و آزمون آماری chi-square بررسی شد ( $\alpha=0/05$ ).

**یافته‌ها:** میزان انطباق تشخیص آسیب‌شناسی با تشخیص بالینی افتراقی اول ۶۱/۲٪ و تشخیص بالینی افتراقی دوم ۱۰/۶٪ بود. بیشترین میزان انطباق مربوط به ضایعات خود ایمنی (۸۴/۱٪) بود که در این گروه لیکن پلان (۹۰/۶٪) و سپس پمفیگوئید پوستی-مخاطی (۶۱/۵٪) بیشترین تشخیص درست را داشتند. ارتباط تطابق تشخیص با گروه سنی معنی‌دار بود ( $pvalue=0/019$ ) اما با جنسیت بیماران معنی‌دار نبود ( $pvalue=0/904$ ).

**نتیجه‌گیری:** میزان انطباق تشخیص آسیب‌شناسی با تشخیص بالینی افتراقی اول بیشتر از تشخیص بالینی افتراقی دوم بود.

**کلید واژه‌ها:** تشخیص، ضایعات، بافت نرم دهان، پاتولوژی

\*. دانشجوی دکتری حرفه ای، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (مؤلف مسؤول) afsanefakhar@yahoo.com

۱. دانشیار، عضو مرکز تحقیقات ایمپلنت‌های دندان، گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. دندانپزشک، اصفهان، ایران

۳. دانشجوی آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. دانشجوی دندانپزشکی، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

این مقاله در تاریخ ۹۳/۴/۱۰ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۳/۸/۲۵ اصلاح شده و در تاریخ ۹۳/۹/۲۵ تأیید گردیده است.

این مقاله حاصل پایان‌نامه عمومی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۱۹۰۱۴۵ می‌باشد.

مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان  
۱۳۹۴: ۱۱(۲): ۱۳۴-۱۴۲.

## مقدمه

دست اندرکاران امر سلامت و بهداشت دهان و دندان از جمله دندانپزشکان با تشخیص به موقع و صحیح ضایعات دهان نقش مهمی در درمان یا کاهش عوارض آن‌ها دارند [۱،۲]. از طرفی سرطان‌های دهان نظیر اسکواموس سل کارسینوما شیوع نسبتاً زیاد و افزایش‌دهنده‌ای داشته است [۳، ۱]. تشخیص درست و به موقع ضایعات بافت نرم دهان نظیر لکوپلاکیا، اریتروپلاکیا که جزو ضایعات پیش بدخیم هستند، در کاهش عوارض این ضایعات بدخیم دهان اهمیت دارد [۳، ۴]. بنابراین تشخیص زودهنگام ضایعات بدخیم دهان نیز موجب کاهش مرگ و میر و افزایش پاسخ به درمان خواهد شد [۵].

ضایعات بافت نرم دهان نظیر لیکن پلان که از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن خودایمنی در سال‌های اخیر بوده است در تشخیص افتراقی با ضایعات فراوانی قرار می‌گیرند، بنابراین تشخیص قطعی ضایعات بافت نرم دهان نیاز به بررسی دقیق داشته و بر اساس دو تشخیص پاتولوژی و بالینی آن، انجام می‌گیرد [۶، ۷]. همچنین تشخیص قطعی ضایعات خصوصاً ضایعات پیش بدخیم و بدخیم نیز به هر دو تشخیص بالینی و پاتولوژی بستگی دارد [۴]. به علت شباهت نمای بالینی برخی ضایعات، در اکثر موارد بررسی هیستولوژی ضایعات در تشخیص نهایی بسیار کمک کننده است [۸]. از طرفی پاتولوژیست نیز گاهی به دلیل شباهت یافته‌های پاتولوژی بافت در بیماری‌های مختلف برای رسیدن به تشخیص نهایی نیاز به همکاری کلینیسین دارد [۹]. بنابراین برای رسیدن به تشخیص قطعی همکاری تنگاتنگ کلینیسین و پاتولوژیست ضروری است [۱۰].

در مطالعه حسین پور و محتشم [۸] طی سال‌های ۸۳-۸۱، ۸۱/۲٪ از تشخیص‌های بالینی ضایعات دهان با تشخیص پاتولوژیست مطابقت داشت. دیهیمی و فردوسی [۱۱] نیز در مطالعه خود این میزان را ۵۷٪ گزارش کردند. ساغروانیان و همکاران [۱۲] در مطالعه سی ساله تطابق کلی بین تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی را برای کیست‌های ادنتوژنیک، ضایعات غدد بزاقی و تومورهای ادنتوژنیک به ترتیب ۶۹/۳٪، ۶۵/۱٪، ۴۸/۷٪ گزارش کردند. همچنین در بررسی قاسمی و همکاران [۱۰] بیشترین هماهنگی تشخیص مربوط به آسیب‌های پوستی مخاطی و سپس آسیب‌های احتباسی غدد بزاقی بود ولی

آسیب‌های عفونی و کیست‌های فکی همخوانی کمتری نشان داده است. Bokor و همکاران [۴] در بررسی میزان هماهنگی تشخیص بالینی و پاتولوژی در ضایعات پیش بدخیم با مطالعه روی ۵۱ بیمار در سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۳ میزان عدم تطابق ۱۷/۶٪ را بدست آورد که بیشترین اختلاف مربوط به گروهی بوده که تشخیص نادرست بالینی آنها، لیکن پلان بوده است.

با توجه به اهمیت تشخیص درست و به موقع ضایعات بافت نرم دهان و با وجود اختلاف زیادی بین نتایج در تحقیقات مختلف مطالعه حاضر با هدف بررسی دقیق‌تر و گسترده‌تر میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی ضایعات بافت نرم دهان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده‌ی دندانپزشکی اصفهان در یک دوره ۲۴ ساله (۱۳۶۷-۱۳۹۰) انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی گذشته‌نگر تمامی پرونده‌های ثبت شده در بخش پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۶۷-۱۳۹۰ بررسی شد. تعداد کل پرونده‌ها ۷۹۰۰ پرونده بود. از این تعداد ۳۸۷۷ پرونده مربوط به ضایعات بافت نرم دهان بود. نمونه‌های بیوپسی از داخل یا خارج دانشکده (شهر اصفهان، شهرستان‌های استان و بعضاً استان‌های مجاور) جهت تشخیص نهایی پاتولوژی به آزمایشگاه بخش پاتولوژی ارسال شده بود. پرونده‌هایی که تشخیص بالینی، یا تشخیص پاتولوژی قطعی نداشت و یا دارای چند تشخیص پاتولوژی بود از مطالعه حذف شد. در نهایت اطلاعات مربوط به ۲۵۵۹ پرونده مورد بررسی قرار گرفت.

اطلاعات دموگرافیک بیماران (سن و جنس)، تشخیص نهایی پاتولوژی، تشخیص‌های بالینی (تشخیص بالینی اول و دوم)، محل آناتومیک ضایعه (فک بالا، فک پایین، کف دهان، زبان، گونه، مخاط لثه، مخاط لب، کام و اطراف دهان)، رنگ ضایعه (همرنگ مخاط، سفید، سفید قرمز، قرمز یکنواخت، زرد، تیره یا قهوه‌ای، کرم)، قوام (نرم، سفت، مواج)، روند بیولوژیک (خوش خیم، پیش بدخیم، بدخیم)، سطح ضایعه (نامنظم، زخمی، صاف، پایلوماتوز و کروی)، نمای ضایعه (هم سطح مخاط، برجسته، زخم تاولی، کیست و گل کلمی شکل) و رتبه علمی

تشخیص پاتولوژی مربوط به دهه اول (۸۲/۱٪) و کمترین انطباق مربوط به دهه دوم (۶۳/۸٪) بود (جدول ۲) که ارتباط معناداری میان گروه سنی بیماران و تطابق تشخیص وجود داشت (pvalue = ۰/۰۱۹).

به تفکیک جنسیت بیماران، میزان شیوع ضایعات در زنان ۶۱٪ و در مردان ۳۹٪ بود و میزان تشخیص‌های بالینی درست در مردان و زنان برابر ۷۱٪ بود. تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و تطابق تشخیص دیده نشد (pvalue = ۰/۹۰۴).

بر حسب محل ضایعه، بیشترین آسیب‌ها در مخاط گونه (۲۵/۱٪) و کمترین در کف دهان (۲/۵٪) قرار داشت. همچنین بیشترین میزان انطباق در مخاط گونه (۷۸/۵٪) و کمترین انطباق در کام (۶۰/۸٪) بود (جدول ۳).

به تفکیک رنگ ضایعه، شیوع ضایعات کرم رنگ (۳۰/۲٪) بیشتر و ضایعات زرد رنگ کمتر (۲/۱٪) از همه بود. همچنین بیشترین میزان انطباق مربوط به ضایعات زرد رنگ (۷۹/۲٪) و کمترین انطباق مربوط به ضایعات تیره یا قهوه‌ای رنگ (۶۹/۳٪) بوده است (جدول ۴).

به تفکیک قوام ضایعه، شیوع ضایعات به ترتیب نرم (۴۷/۶٪)، سفت (۳۳/۳٪) و موج (۲/۵٪) بود که بیشترین انطباق مربوط به ضایعات موج (۸۵/۷٪) و کمترین انطباق مربوط به ضایعات سفت (۶۸/۵٪) بود. در مورد ضایعات نرم ۷۴/۲٪ انطباق وجود داشت.

در خصوص سطح ضایعه بیشتر ضایعات سطح صاف (۲۴/۴٪) داشتند و ضایعات با سطح پاپیلوماتوز (۴/۴٪) از همه کمتر بود. البته در ۵۰٪ از پرونده‌ها سطح ضایعه توصیف نشده بود. بیشترین میزان انطباق نیز در ضایعات با سطح زخمی (۷۵/۴٪) و کمترین در ضایعات با سطح پاپیلوماتوز (۶۱/۶٪) بود. در بررسی ضایعات از نظر نمای ضایعه، در ۵۸٪ موارد توصیف نشده بود و در بقیه موارد نمای برجسته (۲۸/۴٪) بیشترین و نمای زخمی تاولی (۰/۳٪) و گل کلمی (۰/۷٪) کمترین شیوع را داشتند. بیشترین میزان انطباق مربوط به ضایعات زخمی تاولی (۸۷/۵٪) و کمترین مربوط به ضایعات گل کلمی شکل (۵۸٪) بود.

تشخیص دهنده (متخصص و عمومی) از پرونده‌ها استخراج و در چک لیست مخصوص ثبت گردید.

ضایعات بافت نرم دهان براساس کتاب مرجع پاتولوژی دهان، فک و صورت فهرست بندی شد [۱۳]. ضایعاتی که تظاهر بالینی کاملاً مشابه داشته و تنها تفاوت میکروسکوپی داشتند، در یک گروه تشخیص بالینی قرار گرفتند. همچنین ضایعاتی که تنها دارای یک تشخیص بالینی بودند، آن تشخیص بالینی به عنوان تشخیص بالینی اول در نظر گرفته شد. هر کدام از متغیرها جداگانه با توجه به تشخیص بالینی و پاتولوژی به صورت صحیح و غلط بررسی شد. داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری chi-square بررسی شد (α= ۰/۰۵).

### یافته‌ها

داده‌های مربوط به ۲۵۵۹ پرونده بیمار مورد بررسی قرار گرفت. میزان انطباق تشخیص بالینی اول و تشخیص پاتولوژی ۶۱/۲٪ و میزان انطباق تشخیص بالینی دوم و تشخیص پاتولوژی ۱۰/۶٪ بود. در ۲۸/۲٪ موارد تشخیص پاتولوژی با تشخیص بالینی اول و دوم مطابقت نداشت.

بیشترین شیوع ضایعات بافت نرم مربوط به ضایعات واکنشی بافت نرم (۵۱/۵٪) بود، که به ترتیب شامل جایت سل گرانولومای محیطی، فیبرومای تحریکی و پیوژنیک گرانولوما بود. ضایعات خود ایمنی (۲۳/۳٪) پس از ضایعات واکنشی بافت نرم در رتبه دوم قرار گرفتند. در این گروه ضایعات خود ایمنی نیز به ترتیب لیکن پلان، لیکنوید واکنشی و پمفیگوس بیشترین شیوع را داشتند.

در بررسی میزان انطباق تشخیص بالینی و تشخیص پاتولوژی بر اساس نوع ضایعه، بیشترین میزان انطباق مربوط به ضایعات خود ایمنی (۸۴/۱٪) بوده که در این گروه لیکن پلان (۹۰/۶٪) و سپس پمفیگوید پوستی-مخاطی (۶۱/۵٪) بیشترین تشخیص درست را داشتند. کمترین میزان انطباق مربوط به ضایعات پرپودنتال (۲۵/۸٪) بود که در این گروه نیز ژینژیویت (۸۳٪) بیشترین عدم انطباق را داشته است (جدول ۱).

در بررسی شیوع ضایعات بر حسب گروه‌های سنی، بیشتر بیماران در دهه پنجم (۱۸/۱٪) و کمترین شمار بیماران در دهه نهم (۱/۱٪) بود. همچنین بیشترین انطباق تشخیص بالینی با

ضایعات (۲٪) توسط دندانپزشک عمومی گزارش شده بود که ۷۵/۷٪ این موارد با تشخیص پاتولوژی مطابقت داشت. بیشترین میزان شیوع ضایعات در سال‌های ۸۰-۹۰ بود (۶۵٪). همچنین بیشترین میزان انطباق مربوط به سال‌های ۶۹-۶۴ (۷۵/۵٪) کمترین میزان انطباق مربوط به سال‌های ۷۰-۷۹ (۳۰٪) بوده است (جدول ۵).

۹۰٪ ضایعات بافت نرم خوش خیم و ۸٪ بدخیم بود. مابقی ضایعات پیش بدخیم بود. میزان انطباق ضایعات خوش خیم ۷۲٪ و ضایعات بدخیم ۶۹٪ بوده است. ۹۸٪ ضایعات توسط متخصصین گزارش شده بود که ۷۱/۷٪ این موارد با تشخیص پاتولوژی مطابقت داشت. همچنین بقیه

جدول ۱: توزیع فراوانی تطابق تشخیص کلینیکی و پاتولوژی ضایعات دهان

نوع ضایعه	فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص اول فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص دوم فراوانی (درصد)	عدم انطباق فراوانی (درصد)
آلرژی و بیماری‌های ایمنونولوژیک	۲۰ (۰/۸)	۵ (۲۵)	۴ (۲۰)	۱۱ (۵۵)
بیماری‌های پوستی	۱ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰	۰
ضایعات اپی تلیالی و بافت نرم	۲۷۴ (۱۰/۷)	۱۶۷ (۶۰/۹)	۲۶ (۹/۵)	۸۱ (۲۹/۶)
پاتولوژی غدد بزاقی	۲۵۹ (۱۰/۱)	۱۹۳ (۷۴/۵)	۵ (۱/۹)	۶۱ (۲۳/۶)
اختلالات خونی	۱۹ (۰/۷)	۱۰ (۵۲/۶)	۲ (۱۰/۵)	۷ (۳۶/۸)
عفونت‌های ویروسی	۱ (۰)	۰	۰	۱ (۱۰۰)
آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی	۲۸ (۱/۱)	۱۳ (۴۶/۴)	۲ (۷/۱)	۱۳ (۴۶/۴)
کیست‌ها و تومورهای ادنتوزیک	۶ (۰/۲)	۳ (۵۰)	۰	۳ (۵۰)
تومورهای بافت نرم	۵۱/۵ ۱۳۱۸	۷۵۸ (۵۷/۵)	۱۳۷ (۱۰/۴)	۴۲۳ (۳۲/۱)
ضایعات خود ایمنی	۵۹۶ (۲۳/۳)	۴۰۷ (۶۸/۳)	۹۴ (۱۵/۸)	۹۵ (۱۵/۹)
ضایعات رشدی نموی	۶ (۰/۲)	۲ (۳۳/۳)	۰	۴ (۶۶/۱)
بیماری‌های پریودنتال	۳۱ (۱/۲)	۸ (۲۵/۸)	۰	۲۳ (۷۴/۲)

جدول ۲: توزیع فراوانی تطابق تشخیص کلینیکی و پاتولوژی ضایعات دهان به تفکیک محدوده سنی

محدوده سنی	فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص اول فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص دوم فراوانی (درصد)	عدم انطباق فراوانی (درصد)
۰-۹	۹۵ (۳/۷)	۶۵ (۶۸/۴)	۱۳ (۱۳/۷)	۱۷ (۱۷/۹)
۱۰-۱۹	۲۹۳ (۱۱/۴)	۱۵۶ (۵۳/۲)	۳۱ (۱۰/۶)	۱۰۶ (۳۶/۲)
۲۰-۲۹	۳۵۵ (۱۶/۹)	۲۰۷ (۵۸/۳)	۳۶ (۱۰/۱)	۱۱۲ (۳۱/۵)
۳۰-۳۹	۴۲۲ (۱۶/۵)	۲۶۳ (۶۲/۳)	۴۵ (۱۰/۷)	۱۱۴ (۲۷/۰)
۴۰-۴۹	۴۶۳ (۱۸/۱)	۳۰۳ (۶۵/۴)	۳۸ (۸/۲)	۱۲۲ (۲۶/۳)
۵۰-۵۹	۴۴۸ (۱۷/۵)	۲۶۵ (۵۹/۲)	۶۰ (۱۳/۴)	۱۲۳ (۲۷/۵)
۶۰-۶۹	۲۶۰ (۱۰/۲)	۱۶۴ (۶۳/۱)	۲۹ (۱۱/۲)	۶۷ (۲۵/۸)
۷۰-۷۹	۱۲۵ (۴/۹)	۸۱ (۶۴/۸)	۱۰ (۸/۰)	۳۴ (۲۷/۲)
۸۰-۸۹	۲۷ (۱/۱)	۱۸ (۶۶/۷)	۲ (۷/۴)	۷ (۲۵/۹)
نامشخص	۷۱ (۲/۸)	۴۵ (۶۳/۴)	۶ (۸/۵)	۲۰ (۲۸/۲)

جدول ۳: توزیع فراوانی تطابق تشخیص کلینیکی و پاتولوژی ضایعات دهان به تفکیک محل ضایعه

محل ضایعه	فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص اول فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص دوم فراوانی (درصد)	عدم انطباق فراوانی (درصد)
فک بالا	۱۹۵ (۷/۶)	۱۰۸ (۵۵/۴)	۲۲ (۱۱/۳)	۶۵ (۳۳/۳)
فک پایین	۲۸۴ (۱۱/۱)	۱۷۷ (۶۲/۳)	۲۵ (۱۲/۳)	۷۲ (۲۵/۴)
کف دهان	۶۳ (۲/۵)	۳۷ (۵۸/۷)	۷ (۱۱/۱)	۱۹ (۳۰/۲)
زبان	۲۰۹ (۸/۲)	۱۲۲ (۵۸/۴)	۲۵ (۱۲)	۶۲ (۲۹/۷)
گونه	۶۴۳ (۲۵/۱)	۴۳۰ (۶۶/۹)	۷۵ (۱۱/۷)	۱۳۸ (۲۱/۵)
مخاط لثه	۵۷۶ (۲۲/۵)	۳۰۸ (۵۳/۵)	۷۳ (۱۲/۷)	۱۹۵ (۳۳/۹)
مخاط لب	۳۳۰ (۱۲/۹)	۲۴۳ (۷۳/۶)	۱۴ (۴/۲)	۷۳ (۲۲/۱)
اطراف دهان	۴۷ (۱/۸)	۳۱ (۶/۶)	۵ (۱۰/۶)	۱۱ (۲۳/۴)
کام	۱۴۳ (۵/۶)	۷۷ (۵۳/۸)	۱۰ (۷)	۵۶ (۳۹/۲)
نامشخص	۶۹ (۲/۷)	۳۴ (۴/۹)	۴ (۶)	۳۱ (۴۵)

جدول ۴: توزیع فراوانی تطابق تشخیص کلینیکی و پاتولوژی ضایعات دهان به تفکیک رنگ ضایعه

رنگ ضایعه	فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص اول فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص دوم فراوانی (درصد)	عدم انطباق فراوانی (درصد)
همرنگ مخاط	۲۸۱ (۱۱)	۱۷۷ (۶۳)	۲۱ (۷/۵)	۸۳ (۲۹/۵)
سفید	۵۳۸ (۲۱)	۳۳۶ (۶۲/۵)	۴۹ (۹/۱)	۱۵۳ (۳۸/۴)
سفید قرمز	۱۱۵ (۴/۵)	۷۴ (۶۴/۳)	۱۰ (۸/۷)	۳۱ (۲۷)
قرمز یکتواخت	۸۷ (۳/۴)	۵۲ (۵۹/۸)	۱۳ (۱۴/۹)	۲۲ (۲۵/۳)
زرد	۵۳ (۲/۱)	۳۷ (۶۹/۸)	۵ (۹/۴)	۱۱ (۲۰/۸)
تیره یا قهوه ای	۴۷۳ (۱۸/۵)	۲۶۷ (۵۶/۴)	۶۱ (۱۲/۹)	۱۴۵ (۳۰/۷)
کرم و انواع آن	۷۷۴ (۳۰/۲)	۴۷۸ (۶۱/۸)	۸۸ (۱۱/۴)	۲۰۸ (۲۶/۹)
نامشخص	۲۳۸ (۹/۳)	۱۴۶ (۶۱/۴)	۲۳ (۹/۶)	۶۹ (۲۹)

جدول ۵: توزیع فراوانی تطابق تشخیص کلینیکی و پاتولوژی ضایعات دهان به تفکیک سال‌های مورد مطالعه

دهه	فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص اول فراوانی (درصد)	منطبق با تشخیص دوم فراوانی (درصد)	عدم انطباق فراوانی (درصد)
۶۴-۶۹	۱۴۳ (۵/۶)	۹۱ (۶۷/۱)	۱۲ (۸/۴)	۳۵ (۲۴/۵)
۷۰-۷۹	۷۵۵ (۲۹/۵)	۴۵۴ (۶۰/۱)	۷۰ (۹/۳)	۲۳۲ (۳۰/۷)
۸۰-۹۰	۱۶۶۰ (۶۴/۹)	۱۰۱۷ (۶۱/۳)	۱۸۸ (۱۱/۳)	۴۵۵ (۲۷/۴)

### بحث

یک مرکز درمانی-آموزشی انجام پذیرفته بود، می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه حاضر علاوه بر نمونه‌های ارسالی از داخل دانشکده، نمونه‌های ارسالی از خارج دانشکده نیز بررسی شده و شاید کلینیسین‌های خارج از دانشکده به دلیل دور بودن از محیط آکادمیک، الزام کمتری به ارسال تشخیص بالینی برای پاتولوژیست داشته‌اند. در مطالعه حاضر میزان انطباق تشخیص پاتولوژی با تشخیص بالینی اول ۶۱/۲٪ و تشخیص بالینی دوم

در مطالعه حاضر ۳۳٪ از پرونده‌ها فاقد تشخیص بالینی بود، این میزان در بررسی دیهیمی و فردوسی [۱۱] ۴/۵٪، فروزنده و همکاران [۱۴] ۲۱٪ و قاسمی و همکاران [۱۰] ۱۷/۳۸٪ بوده که می‌تواند نشان دهنده بی‌توجهی برخی همکاران به اهمیت تشخیص بالینی برای پاتولوژیست باشد. میزان اختلاف زیاد مطالعه حاضر با مطالعه دیهیمی و فردوسی [۱۱] که هر دو در

۱۰/۶٪ بود که از مطالعه دیهیمی و فردوسی [۱۱] در سال‌های ۷۹-۱۳۷۰ در اصفهان (به ترتیب برای تشخیص بالینی اول و دوم ۵۷٪ و ۱۰٪) بیشتر است. این می‌تواند به دلیل آموزش بهتر در سال‌های اخیر باشد. زیرا در این مطالعه نیز میزان انطباق در دهه دوم مطالعه (۷۰-۹۰) ۷۳٪ بدست آمد که بیشتر از دهه اول مطالعه (۷۰-۷۹) با میزان ۷۰٪ می‌باشد. همچنین میزان هم‌خوانی در مطالعات دیگر نیز در محدوده ۵۰-۸۰٪ بوده است [۱۶-۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸-۴].

در این مطالعه بیشترین شیوع مربوط به ضایعات واکنشی بافت نرم شامل جاینت سل گرانولومی محیطی، فیبرومی تحریکی و پیوژنیک گرانولوما و سپس ضایعات خودایمی که بیشترین آمار در این گروه متعلق به لیکن پلان بود، که با مطالعات جعفری و همکاران [۹]، قاسمی و همکاران [۱۰]، فروزنده و همکاران [۱۴] و Byakodi و همکاران [۱۷] هم‌خوانی داشته است. در مطالعه ساغروانیان و همکاران [۱۲] روی ضایعات غدد بزاقی بیشترین شیوع را موکوسل داشته است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

بیشترین میزان تشخیص بالینی درست مربوط به لیکن پلان، سپس جاینت سل گرانولوما و در رتبه سوم فیبرومی تحریکی قرار دارد که این یافته‌ها با مطالعه Czerninski و همکاران [۱۵] و محمود آبادی و همکاران [۱۶] هم‌خوانی دارد. البته در مطالعات سربادانی و همکاران [۱۸]، فروزنده و همکاران [۱۴] و جعفری و همکاران [۹] بیشترین تطابق به ترتیب مربوط به پیوژنیک گرانولوما، اپولیس فیشوراتوم و موکوسل بوده است. احتمالاً این میزان بالای تشخیص درست به دلیل نمای بالینی واضح لیکن پلان (از جمله مشبک بودن و دوطرفه بودن ضایعات) می‌باشد. همچنین شیوع زیاد و نمای واضح بیشتر ضایعات واکنشی بافت نرم با این یافته‌ها قابل توجیه است.

بیشترین شمار بیماران در دهه پنجم زندگی و کمترین در دهه هشتم بود که تا حدود زیادی با پراکندگی سنی جامعه هم‌خوانی دارد. در مطالعه Gabriella و همکاران [۱۹] نیز بیشترین شیوع بیماران را در سن ۶۰-۳۰ گزارش کرد. شاید دلیل دیگر بروز ضایعات بافت نرم در دهه‌های بالاتر، مربوط به سیر تکامل این ضایعات و نیز تجمع عوامل اتیولوژیک در سنین بالاتر برای بروز آنها باشد.

در مطالعه Otero و همکاران [۲۰] بیشترین تطابق در بیماران ۱۹-۰ ساله بود که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. البته این نتایج با مطالعه جعفری و همکاران [۹] در شیراز (دهه هشتم)، دیهیمی و فردوسی [۱۱] در اصفهان (دهه هفتم) مغایرت دارد. این تفاوت احتمالاً مربوط به گستردگی مطالعه حاضر است که سال‌های اخیر را نیز در بر می‌گیرد. در سال‌های اخیر توجه جامعه به مشکلات و آسیب‌های پزشکی از جمله ضایعات دهان در کودکان و بیماران با سنین کم بیشتر می‌باشد.

۶۰٪ بیماران زن و ۴۰٪ مرد بودند که میزان انطباق تشخیص در هر دو برابر بود که این یافته‌ها نیز با مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد [۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۰]. همانند آن چه منابع علمی پاتولوژی [۱۳] گزارش شده است ضایعات واکنشی در زنان شیوع بیشتری نشان می‌دهد.

بیشتر ضایعات در مخاط گونه و سپس لثه بوده و شیوع ضایعات درکف دهان نیز از همه کمتر بود. همچنین بیشترین انطباق مربوط به ضایعات مخاط گونه و لثه بود و کمترین انطباق مربوط به ضایعات کام بود. از آنجایی که مخاط گونه و لثه محل شایع درگیری ضایعات بافت نرم می‌باشد و نمای بالینی واضح تری دارند این نتایج محتمل است. این یافته با بسیاری از منابع هم‌خوانی دارد [۲۰، ۱۶، ۱۱، ۹، ۴].

در مطالعه دیهیمی و فردوسی [۱۱] ضایعات زرد رنگ کمترین انطباق را داشته است، در حالی که در مطالعه حاضر بیشترین انطباق مربوط به ضایعات زرد رنگ بود. شاید این تفاوت مربوط به افزایش جمعیت مورد مطالعه و آگاهی کلینیسین‌ها در خصوص ضایعات تغییر رنگ یافته خصوصاً ضایعات زرد رنگ می‌باشد.

از نظر قوام ضایعه، ضایعات مواج در حالی که کمترین شیوع را داشتند، بیشترین انطباق را داشتند که احتمالاً به دلیل شیوع کمتر این ضایعات و نمای بالینی اختصاصی‌تر آن‌ها بوده است.

همانند مطالعه دیهیمی و فردوسی [۱۱] میزان تشخیص‌های درست ضایعات خوش خیم بیشتر از بدخیم بوده است که شاید به دلیل شیوع بیشتر این ضایعات و آشنایی بیشتر پزشکان با این ضایعات باشد. البته ضایعات بدخیم نیز با شیوع بسیار کمتری که داشتند میزان بالایی (۶۹٪) تشخیص درست داشته‌اند که می‌تواند به دلیل توانایی بیشتر متخصصان در تشخیص ضایعات

نداشت و Sardella و همکاران [۲۳] در ایتالیا نشان دادند بیشتر از نیمی پزشکان و دندانپزشکان عمومی نتوانستند تشخیص درست بدهند و نیاز به آموزش بیشتری دارند.

در سال‌های مورد مطالعه، بیشترین شمار بیماران در سال‌های ۸۰-۹۰ بود و بیشترین میزان انطباق در سال‌های ۶۹-۶۴ بود که به دلیل تعداد کمتر نمونه‌های بررسی شده در این سال‌ها تا حدودی قابل توجیه می‌باشد. از سوی دیگر افزایش تشخیص‌های درست در سال‌های ۸۰-۹۰ نسبت به ۷۹-۷۰ می‌تواند نشان دهنده روند بهتر آموزش‌ها و برگزاری بیشتر و بهتر دوره‌های بازآموزی باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم بررسی شیوع و تطابق تشخیص کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژی در ضایعات بافت سخت اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد مشابه این طرح بر روی ضایعات بافت سخت نیز انجام گردد. همچنین انجام تحقیقات مشابه در دیگر مناطق و شهرهای کشور نیز پیشنهاد می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

میزان انطباق تشخیص پاتولوژی با تشخیص بالینی افتراقی اول بیشتر از تشخیص بالینی افتراقی دوم بود. همچنین با توجه به اینکه حدود یک سوم از پرونده‌های بررسی شده فاقد تشخیص بالینی بود و در ۲۸٪ موارد نیز تشخیص پاتولوژی و کلینیکی با هم منطبق نبودند نیاز به بازنگری و دقت بیشتر در آموزش به دانشجویان و دوره‌های بازآموزی برای دندانپزشکان مورد تاکید قرار می‌گیرد.

بدخیم باشد [۲۱]. بیشترین شیوع و تشخیص درست را هم در ضایعات بدخیم اسکواموس سل کارسینوما داشته است. این یافته‌ها با مطالعه جعفری و همکاران [۹] هم‌خوانی دارد.

سطح و نمای ضایعه در حدود نیمی (۵۵٪) از پرونده‌ها توصیف نشده بود که نشان دهنده توجه کم پزشکان به توصیف ضایعات می‌باشد. بیشتر ضایعات سطح صاف و نمای برجسته داشتند که با شیوع بیشتر ضایعات واکنشی بافت نرم هم‌خوانی دارد. بیشترین انطباق نیز مربوط به ضایعات زخمی و زخمی تاولی می‌باشد. در مطالعه دیپیمی و فردوسی [۱۱] ضایعات برجسته بیشترین تطابق را داشتند.

تقریباً تمامی (۹۸٪) نمونه‌های ارسالی توسط متخصصین و بخش اندکی توسط دندانپزشکان عمومی بیوپسی شده بود که این اختلاف زیاد می‌تواند نشان دهنده مهارت ناکافی یا تمایل کمتر دندانپزشکان عمومی در بیوپسی و یا تمایل بیشتر بیماران به مراجعه به متخصصین باشد. در مطالعه قاسمی و همکاران [۱۰] و جعفری و همکاران [۹] به ترتیب ۷۰٪ و ۸۵٪ از ضایعات توسط متخصصان بررسی شده است.

اما دندانپزشکان عمومی کمی بیشتر از متخصصین تشخیص درست داشتند (۷۱٪ متخصصین و ۷۵٪ دندانپزشکان عمومی) که می‌تواند به دلیل تعداد کم بودن نمونه‌های بررسی شده توسط دندانپزشکان عمومی باشد. در مطالعه فروزنده و همکاران [۱۴] بالاترین ضریب تطابق را جراحان فک و صورت داشتند. در مطالعه Kondori و همکاران [۲۲] در آمریکا نزدیک به نیمی (۴۵٪) از نمونه‌های ارسالی دندانپزشکان عمومی اشتباه بوده است که البته تفاوت معنی‌داری با گروه‌های مختلف متخصص

### References

1. Carter L, Ogden G. Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners. Br Dent J 2007; 203(5):E10; discussion 248-9.
2. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin 2002; 52(4):195-215.
3. Epstein JB, Zhang L, Rosin M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. J Can Dent Assoc 2002; 68(10):617-21.
4. Bokor-Bratić M, Vučković N, Mirković S. Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of potentially malignant oral lesions. Archive of Oncology 2004;12(3):145-7.
5. Hollows P, McAndrew P, Perini M. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. British dental journal 2000; 188(5): 262-5.
6. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. J Oral Sci 2007; 49(2):89-106.
7. Shirani AM, Razavi SM, Khazaei S, Akhavan Khaleghi M, Haerian AR. Evaluation of oral lichen planus frequency in patients referred to the Oral Pathology Department of Isfahan School of Dentistry during the last two decades (1988-2008). Journal of Isfahan Dental School 2011; 6(4):276-282. [In Persian]

8. Hoseinpour JH, Mohtasham N. A comparative study on the clinical diagnosis and pathology report of patient's undergone biopsy at department of oral medicine of Mashhad dental school from 2002 until 2004. *Journal of Mashhad Dental School* 2006; 30(1-2):47-54. [In Persian]
9. Jaafari AZ, Rezvani G, Mardanifard H. Evaluation of the Agreement Rate of Clinical and Histopathologic Diagnosis in Patients Referring to Oral Pathology Department of Shiraz Dental School, 2001-2006. *Shiraz Univ Dent J* 2010; 11(2): 161-8. [In Persian]
10. Ghasemi Moridani S, Mohtasham Z, Sazesh SF. Correlation between clinical and histopathological diagnosis of oral lesions surgery in the city of Rasht (2000-2002). *Journal of Islamic Dental Association of Iran* 2005;17(2):95-9. [In Persian]
11. Deihimi P, Ferdowsi M. Correspondence of clinical diagnosis with histopathologic diagnosis of oral lesions in patients referring to oral pathology department of Isfahan dentistry school from 1370-1379. *Journal of Dental School* 2004; 22(1):38-48. [In Persian]
12. Saghravanian N, HosseinpourJajarm H, Salehinejad J, AfzalAghaie M, Ghazi N. A 30-Year Comparison of Clinical and Histopathological Diagnoses in Salivary Gland Lesions, Odontogenic Cysts and Tumors in Mashhad Dental School-Iran. *J Mash Dent Sch* 2011; 34(4): 299-308. [In Persian]
13. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral & maxillofacial pathology*. Philadelphia: Saunders; 2008. pp 230-35.
14. Forouzande A, Shahsavari F, Mahjoub M. Assessment of Correlation Between Clinical And Pathological Diagnoses In Oro-Maxillary Biopsies (A retrospective 6 year-study). *Journal of Research in Dental Sciences* 2012;8(4):200-4. [In Persian]
15. Czerninski R, Nadler C, Kaplan I, Regev E, Maly A. Comparison of clinical and histopathologic diagnosis in lesions of oral mucosa. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2007;103(4):e20.
16. ZareMahmoodabadi R, Salehinejad J, Khajehahmadi S, Saghafi S, Javan A, Taherymoghadam S. Consistency Rates of Clinical and Histopathologic Diagnoses of Mucocutaneous Lesions in Oral Cavity. *J Mash Dent Sch* 2013; 36(4): 309-16. [In Persian]
17. Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. *J Community Health* 2011; 36(5):756-9.
18. Sarabadani J, Ghanbariha M, Khajehahmadi S, Nehighalehno M. Consistency rates of clinical and histopathologic diagnoses of oral soft tissue exophytic lesions. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects* 2009;3(3):86-9.
19. Dvorak G, Watzek G, Rappersberger K, Pommer B, Hof M, Bernhart T. Prevalence of precursor lesions among mucosal disorders. *International journal of stomatology & occlusion medicine* 2012; 5(1):15-9.
20. Espino Otero S, Romero Rodríguez J, Boza Mejías Y, Acevedo Sierra O, Quintana Hijano I, Selme P. Concordancia clínico-histopatológica en lesiones de cabeza y cuello. *Medisur* 2009;7(1):25-9.
21. Patel KJ, De Silva HL, Tong DC, Love RM. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69(1):125-33.
22. Kondori I, Mottin RW, Laskin DM. Accuracy of dentists in the clinical diagnosis of oral lesions. *Quintessence international (Berlin, Germany: 1985)* 2011;42(7):575-7.
23. Sardella A, Demarosi F, Lodi G, Canegallo L, Rimondini L, Carrassi A. Accuracy of referrals to a specialist oral medicine unit by general medical and dental practitioners and the educational implications. *J Dent Educ* 2007; 71(4):487-91.



## Correlation between clinical diagnosis and histopathological diagnosis of oral soft tissue lesions in Isfahan Dental School from 1988 to 2011

Seyd Mohammad Razavi, Pedram Iranmanesh, Ali Moeini, Nasim Qorani,  
Afsaneh Fakhar\*

### Abstract

**Introduction:** *As many oral soft tissue lesions have similar clinical features, in most cases the final diagnosis is based on histologic examination of the lesion. The aim of this study was to assess the correlation between clinical and histopathological diagnosis of oral soft tissue lesions in patients referred to Isfahan Dental School from 1988 to 2011.*

**Materials and methods:** *In this retrospective descriptive-analytical study, 3877 patient files with soft tissue lesions were evaluated. Correlation between clinical and histopathological diagnosis was assessed based on age, gender, clinical data, first and second differential diagnosis, location, color, consistency, biologic course, surface characteristics and the appearance of the lesion and academic rank of the clinician. Data were analyzed with chi-squared test using SPSS 18 ( $\alpha=0.05$ ).*

**Results:** *The correlation of histopathological diagnosis and the first clinical diagnosis was 61.2%, with 10.6% for the second clinical diagnosis. The most correct clinical diagnoses were related to autoimmune lesions (84.1%), with lichen planus (90.6%) and mucocutaneous pemphigoid (61.5%) exhibiting the most accurate diagnoses in this group. The correlation between age and diagnosis was significant ( $p$  value = 0.019), with no significant correlation with gender ( $p$  value = 0.904).*

**Conclusion:** *The histopathological diagnosis with more consistent with the first clinical diagnosis compared to the second clinical diagnosis.*

**Key words:** *Diagnosis, Lesions, Oral Soft tissues, Pathology.*

**Received:** 1 Jul, 2014      **Accepted:** 16 Dec, 2014

**Address:** Dental Student, Dental Students Research Center, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Email:** afsanefakhar@yahoo.com

**Citation:** Razavie SM, Iranmanesh P, Moeini A, Qorani N, Fakhar A. **Correlation between clinical diagnosis and histopathological diagnosis of oral soft tissue lesions in Isfahan Dental School from 1988 to 2011.** J Isfahan Dent Sch 2015; 11(2):134-142.