

بررسی انطباق تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی ضایعات بافت‌های سخت دهان در بیماران دانشکده دندان پزشکی اصفهان در یک دوره ۲۴ ساله

دکتر سید محمد رضوی^۱، نسیم قرآنی*

چکیده

مقدمه: تشخیص افتراقی بالینی صحیح و پی‌بردن به ماهیت ضایعه در روند درمان مؤثر است و به تشخیص نهایی ضایعات پاتولوژیک کمک می‌کند. بدین منظور، انطباق تشخیص‌های بالینی با تشخیص پاتولوژی ضایعات بافت سخت دهان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۶۷ تا ۱۳۹۰ بررسی شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۷۴۵ ضایعه‌ی بافت سخت دهان صورت گرفت. فراوانی هم‌خوانی تشخیص بالینی با پاتولوژی و سن، جنس، محل ضایعه، نمای رادیوگرافی، خوش‌خیم یا بدخیم بودن ضایعه و ارتباط آن با هم‌خوانی تشخیص بالینی و پاتولوژی انجام شد. اطلاعات به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری Kruskal-Wallis و Chi-square مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: در میان پرونده‌های دارای تشخیص بالینی، در ۵۷٪ موارد تشخیص پاتولوژی با اولین تشخیص بالینی و در ۵/۷٪ با دومین تشخیص بالینی یکسان بود. در بین مواردی که تشخیص بالینی وجود داشت، بیشترین تشخیص صحیح در کام سخت (۸۱/۲٪) و در ضایعات خوش‌خیم (۶۳٪) بود و تفاوتی در سن و جنس افراد با تطابق تشخیص دیده نشد. بیشترین تغییر رادیوگرافی رادیولوسنسی پری‌آپیکال (۱۳/۶٪) و کمترین آن ضایعات بدون تغییرات رادیوگرافی بودند (<۱٪) و رادیولوسنسی منفرد با حدود مشخص بیشترین میزان تشخیص صحیح را داشت. (۶۹/۹٪)

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نزدیک به نیمی از پرونده‌های مورد بررسی فاقد ثبت تشخیص بالینی و بیش از یک سوم پرونده‌های دارای تشخیص بالینی، فاقد ثبت انطباق تشخیص بالینی و پاتولوژی بودند که خود شناخت ناکافی کلینیسین‌ها از اهمیت یافته‌های بالینی و رادیوگرافی، نیاز به آموزش بیشتر در دوران دانشجویی و همچنین برگزاری دوره‌های بازآموزی با تأکید بیشتر بر شناخت بیماری‌های دهان خصوصاً ضایعات استخوانی را مطرح می‌کند.

کلید واژه‌ها: پاتولوژی بالینی، رادیوگرافی، نئوپلاسم بافت استخوان

* دانشجوی دندان پزشکی، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (مؤلف مسؤول)
nasimghorani@yahoo.com

۱: دانشیار، مرکز تحقیقات ایمپلنت‌های دندان، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

این مقاله در تاریخ ۹۲/۱۲/۲۶ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۳/۳/۲۴ اصلاح شده و در تاریخ ۹۳/۴/۱۷ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۹۲: ۱۰ (۵): ۳۸۲ تا ۳۹۰

مقدمه

کیست‌های تکاملی، بیماری‌های پالپ و پری‌آپیکال، کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک و ضایعات فیبرواسئوس از جمله ضایعات شایع دهانی هستند [۱، ۲]. به‌علت تنوع در تظاهرات و خصوصیات بالینی و رادیوگرافی و نیز مشابهت بسیار زیاد بین ضایعات مختلف، تشخیص صحیح این ضایعات به‌عنوان یکی از چالش برانگیزترین موضوعات در دندان‌پزشکی مطرح بوده است. تشخیص‌های نادرست هم‌چون نسبت دادن یک تومور یا کیست ادنتوژنیک مهاجم به یک ضایعه‌ی التهابی مثل کیست رادیکولار و به‌دنبال آن درمان‌های نامناسب می‌تواند منجر به خسارت جبران‌ناپذیری برای بیمار گردد.

ماهیت رفتاری ضایعات بدخیم دهان، فک و صورت اقتضا می‌کند که تشخیص نهایی براساس خصوصیات بالینی و هیستوپاتولوژی ارائه شود [۳]. در ضایعاتی که در استخوان هستند نتیجه‌ی نهایی بعد از بررسی خصوصیات کلینیکی، رادیوگرافی و هیستوپاتولوژی گرفته می‌شود. زمانی که تشخیص کلینیکی و رادیوگرافی وجود نداشته باشد در مواردی مانند کیست‌های ادنتوژنیک و ضایعات فیبرواسئوس تشخیص ضایعه اختصاصی نخواهد بود [۴]. هم‌اکنون برای بیشتر ضایعات دهانی بدون تشخیص پاتولوژی درمان صورت نمی‌گیرد بنابراین تنها همکاری موفق بین جراح و پاتولوژیست تشخیص معتبر را تضمین می‌کند [۵، ۶].

در مطالعات حسین پورجارجرم [۷] ۸۱/۲٪ و جعفری و همکاران [۸] ۸۱٪ از تشخیص‌های بالینی با پاتولوژی همخوانی داشت و در مطالعه‌ی جعفری و همکاران [۸] ضایعاتی که در استخوان هستند در ۶۳٪ موارد تشخیص درست داشتند. در مطالعه‌ی ساغروانیان و همکاران [۲] تشخیص بالینی کیست ادنتوژنیک و تومور ادنتوژنیک به‌ترتیب در ۶۹/۳٪ و ۴۸/۷٪ با پاتولوژی همخوانی داشت. در مطالعه‌ی فروزنده و همکاران [۹] ۶۵/۱٪ تطابق تشخیص وجود داشت (در این مطالعه استئوما ۸۰٪، ادنتوم کمپلکس ۷۱/۴٪، کیست رادیکولار و کیست‌های ادنتوژنیک در ۶۲/۱٪ تطابق تشخیصی داشتند). در مطالعه‌ی هاشمی پور و همکاران [۱۰] در ۶۵٪ موارد تشخیص بالینی اول با پاتولوژی تطابق داشت. در مطالعه‌ی دیهیمی و فردوسی [۱۱] در ۵۷٪ موارد تشخیص بالینی اول با پاتولوژی تطابق داشت و

تشخیص صحیح در ضایعات استخوانی ۶۳٪ بود. با وجود انجام مطالعات فراوان در این زمینه اختلاف زیادی بین نتایج در مکان‌های مختلف دیده می‌شود به‌علاوه، در هیچ‌یک از این مطالعات تأثیر رادیوگرافی در تشخیص ضایعات بافت سخت مشخص نشده است.

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی دقیق‌تر انطباق تشخیص‌های بالینی با تشخیص‌های پاتولوژی و تأثیر نمای رادیوگرافی در تشخیص پاتولوژی در یک مدت زمان ۲۴ ساله انجام شد تا نواقص تشخیصی دندان‌پزشکان مشخص و راهکارهایی جهت رفع این نواقص داده شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی گذشته‌نگر، کلیه‌ی پرونده‌هایی که از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۹۰ در بخش پاتولوژی دانشکده‌ی دندان‌پزشکی اصفهان ثبت شده بود مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کل این پرونده‌ها ۷۹۴۵ پرونده بود که نمونه‌های بیوپسی آن در داخل یا خارج از دانشکده (شهر اصفهان، شهرستان‌های استان و بعضاً استان‌های مجاور) انجام گرفته و جهت تشخیص نهایی پاتولوژی به آزمایشگاه بخش ارسال شده بود. پس از بررسی اولیه، تعداد ۲۷۴۵ پرونده مربوط به نمونه ضایعاتی که در داخل استخوان قرار داشتند و دارای تشخیص هیستوپاتولوژی بودند بر اساس منابع علمی معتبر [۱۲، ۱۳] به ۷ دسته تقسیم‌بندی شدند: ۱. ضایعات پالپ و پری‌آپیکال (Pulpal and periapical disease) (با توجه به تقسیم‌بندی موجود کیست رادیکولار در این دسته قرار گرفت) ۲. اختلالات خونی (Hematologic disorders) ۳. Bone pathology (بر اساس تقسیم‌بندی neville و همکاران، منظور از این گروه، آن دسته از ضایعاتی هستند که در ساختمان بافت‌شناسی آن‌ها عناصر بافت سخت هم‌چون استخوان، سمان و ... نیز دیده می‌شود) [۱۲] ۴. کیست‌های ادنتوژنیک (Odontogenic cysts) ۵. تومورهای ادنتوژنیک (Odontogenic tumors) ۶. کیست‌های تکاملی (Developmental cysts) ۷. موارد متفرقه (Early cystification and hyperplastic follicle) و از برگه‌های بیوپسی موجود در پرونده‌ها که توسط کلینیسیان‌ها

تکمیل شده، اطلاعاتی چون سن، جنس، محل بیوپسی، تشخیص کلینیکی اول و دوم فرد بیوپسی‌کننده، سطح تحصیلات (متخصص و عمومی) فرد بیوپسی‌کننده و نمای رادیوگرافی استخراج شد و بعد خوش‌خیم و بدخیم بودن ضایعه [۱۲] مشخص شد و هم‌خوانی تشخیص پاتولوژی با اولین و دومین تشخیص کلینیکی مورد ارزیابی قرار گرفت. به‌علاوه سن بیماران بر اساس دهه ارزیابی شد و محل ضایعه به ۴ دسته (فک بالا، فک پایین، کام سخت، خارج از دهان) تقسیم شد. نمای رادیوگرافی به ۱۲ گروه تقسیم‌بندی گردید:

۱. رادیولوژی پری‌آپیکال
۲. رادیولوژی پری‌کرونا
۳. رادیولوژی بین‌ریشه‌ای
۴. رادیولوژی رادیوپاک
۵. رادیوپاک
۶. بدون تغییر رادیوگرافی
۷. نامشخص
۸. رادیولوژی منفرد با حدود نامشخص
۹. رادیولوژی مولتی لاکولار
۱۰. رادیولوژی منفرد با حدود مشخص
۱۱. رادیولوژی جنرال یا متعدد

۱۲. رادیولوژی وسیع
در این میان ضایعاتی که تشخیص رادیوگرافی نداشتند و یا نوع رادیولوژی به‌درستی بیان نشده بود در دسته‌ی نامشخص قرار گرفتند.
داده‌های به‌دست‌آمده در این مطالعه توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون آماری Kruskal-wallis و Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین ۲۷۴۵ پرونده‌ی مربوط به ضایعاتی که در استخوان قرار گرفتند ۱۲۵۶ (۴۵/۸٪) پرونده فاقد تشخیص کلینیکی بود و از ۱۴۸۹ پرونده‌ی باقی‌مانده در ۸۴۸ پرونده (۵۷٪) تشخیص پاتولوژیست با اولین تشخیص بالینی و در ۸۵ پرونده (۵/۷٪) با دومین تشخیص بالینی تطابق داشت و در ۵۵۶ پرونده (۳۷/۳٪) مورد تطابق وجود نداشت. آزمون مجذور کای نشان داد بین دهه‌های مختلف مطالعه و وضعیت تطابق رابطه وجود ندارد (p value = ۰/۲۶۹)، به‌عبارت دیگر وضعیت تطابق در دهه‌های مختلف اختلاف معنادار نداشت (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت تطابق تشخیص‌های پاتولوژی و بالینی بر حسب دهه‌های مختلف

دهه‌های مورد بررسی	تعداد کل ضایعات دارای تشخیص بالینی	تطابق با اولویت اول (درصد)	تطابق با اولویت دوم (درصد)	عدم تطابق (درصد)
۶۷-۷۰	۹۸	۵۴/۱٪	۸/۲٪	۳۷/۸٪
۷۱-۸۰	۳۴۶	۶۱/۶٪	۵/۵٪	۳۲/۹٪
۸۱-۹۰	۱۰۴۵	۵۵/۷٪	۵/۶٪	۳۸/۸٪
در مجموع ۲۴ سال	۱۴۸۹	۵۷/۰٪	۵/۷٪	۳۷/۳٪

*آزمون مجذور کای نشان داد بین دهه‌های مختلف مطالعه و وضعیت تطابق رابطه وجود ندارد (p value = ۰/۲۶۹). به‌عبارت دیگر وضعیت تطابق در دهه‌های مختلف اختلاف معنادار نداشت.

ضایعاتی که در استخوان قرار گرفتند بیشترین تشخیص صحیح را دارا بود (۸۱/۲٪). ضایعات خوش‌خیم در ۶۳٪ و بدخیم در ۴۰٪ موارد درست تشخیص داده شده بودند. نکته‌ی مهم این‌که دندان‌پزشکان عمومی مشارکت بسیار کمی در بیوپسی ضایعات داشتند.

کیست‌های تکاملی بیشترین و اختلالات خونی کمترین تطابق تشخیص را در بین ضایعات مختلف به خود اختصاص دادند (جدول ۲). تفاوت معنی‌داری بین سن و جنس با تطابق تشخیص دیده نشد (p value = ۰/۳۰۹ و p value = ۰/۷۹۵). کام سخت در

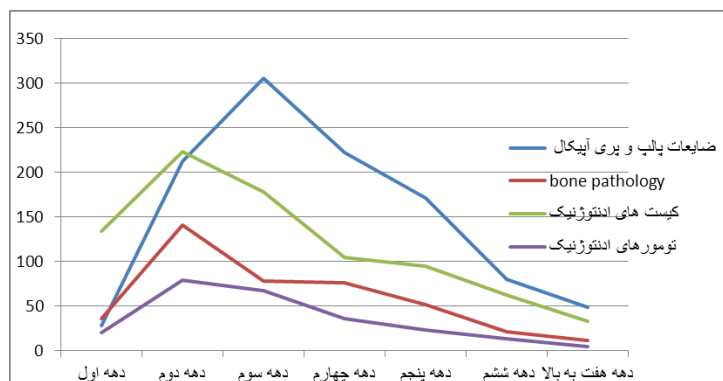
جدول ۲. توزیع فراوانی وضعیت تطابق پاتولوژی و کلینیکی بر حسب نوع ضایعه

انواع ضایعات	عدم تطابق (درصد)	تطابق با اولویت دوم (درصد)	تطابق با اولویت اول (درصد)	تعداد کل ضایعات دارای تشخیص بالینی
Pulpal and Periapical disease	۳۹/۶٪	۴/۸٪	۵۵/۵٪	۵۹۸
Hematologic disorders	۶۶/۷٪	۰/۰٪	۳۳/۳٪	۹
Bone pathology	۴۶/۱٪	۵/۳٪	۴۸/۶٪	۲۴۶
Odontogenic cyst	۲۷/۵٪	۷/۴٪	۶۵/۱٪	۴۷۶
Odontogenic tumor	۴۵/۸٪	۶/۷٪	۴۷/۵٪	۱۲۰
Developmental cyst	۲۴/۱٪	۰/۰٪	۷۵/۹٪	۲۹
Others	۶۳/۶٪	۰/۰٪	۳۶/۴٪	۱۱
Total	۵۵۶	۸۵	۸۴۸	۱۴۸۹
	(۳۷/۳٪)	(۵/۷٪)	(۵۷/۰٪)	(۱۰۰/۰٪)

۱. ضایعات پالپ و پری‌آپیکال (Pulpal and Periapical Disease): این ضایعات در دهه‌ی سوم بیشترین شیوع را داشتند (نمودار ۱) و ۵۷۲ نفر (۵۱/۹٪) مرد و ۵۳۱ نفر (۴۸/۱٪) زن بودند (نمودار ۲).

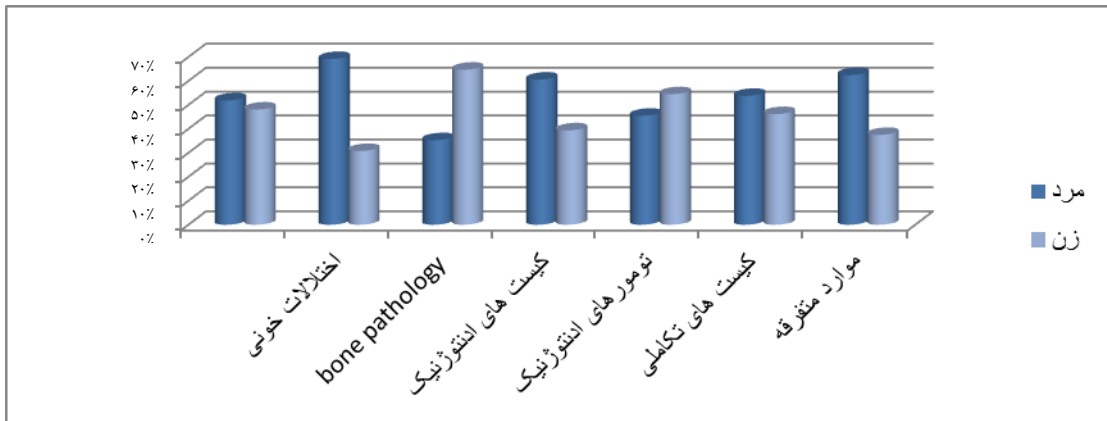
بیشترین تغییر رادیوگرافی رادیولوژی پری‌آپیکال (۱۳/۶٪) و کمترین آن ضایعات بدون تغییرات رادیوگرافی بودند (۱٪). با توجه به کم بودن تعداد نمونه‌ها در برخی از نماهای رادیوگرافی می‌توان گفت که تطابق بین تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک در ضایعات با نمای رادیولوژی منفرد با حدود مشخص بیشتر (۶۹/۹٪) بود.

نمودار ۱. توزیع فراوانی ضایعات پالپ و پری‌آپیکال، Bone pathology، کیست‌های ادنتوژنیک، تومورهای ادنتوژنیک بر حسب دهه‌های عمر



*اختلالات خونی فراوانی سنی در دهه‌ی مشخصی دیده نشد.

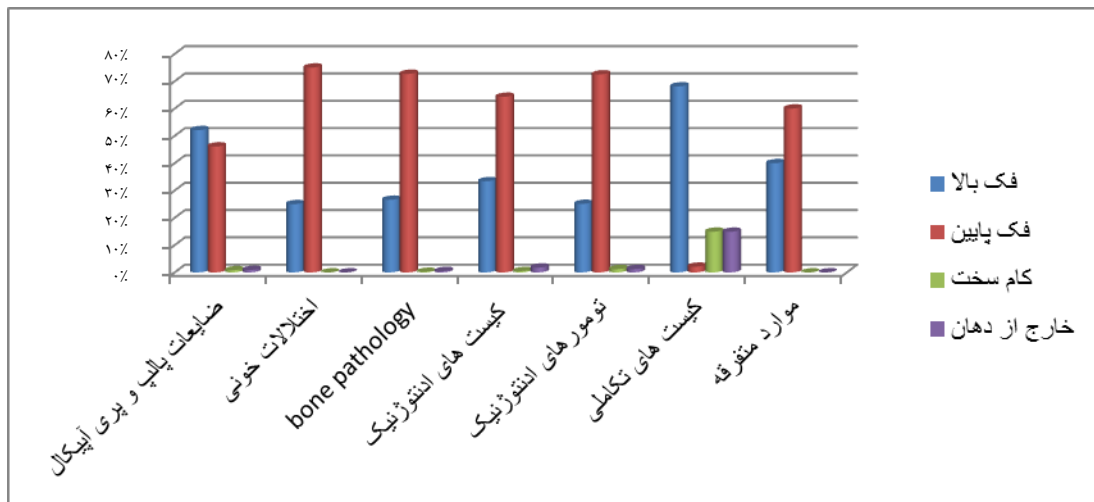
نمودار ۲. توزیع فراوانی ضایعات بافت سخت بر حسب جنسیت



شیوع (۷۲۱) را در کل ضایعات داشت. شایع‌ترین نمای رادیوگرافی به‌صورت رادیولوسنت پری‌آپیکال در ۵۵/۸٪ از ضایعاتی که نمای رادیوگرافی دارند (۴۷۳) بود و نادرترین نمای رادیوگرافی به‌صورت رادیوپاک در ۱/۶٪ موارد دیده شد.

مکان ضایعه در ۱۰۶۴ پرونده از این دسته مشخص بود. از این ضایعات ۵۲/۱٪ در فک بالا و ۴۶/۱٪ در فک پایین و ۰/۸٪ در کام سخت و ۰/۹٪ در خارج از دهان واقع شدند (نمودار ۳). بیشترین تطابق تشخیص مربوط به کیست رادیکولار با ۷۹/۶٪ در اولین و دومین تشخیص بالینی است. کیست رادیکولار بیشترین

نمودار ۳. توزیع فراوانی ضایعات بافت سخت بر حسب مکان ضایعه



نمای رادیوگرافی به‌شکل رادیولوسنسی با حدود نامشخص دیده شد که در ۲ ضایعه از ۶ ضایعه‌ی موجود در پرونده ذکر شده بود. ۳. Bone pathology: در دهه‌ی دوم بیشترین شیوع را داشتند (نمودار ۱) و شیوع در زنان از مردان بیشتر بود: ۱۵۴ نفر (۳۵/۳٪) مرد و ۲۸۲ نفر (۶۴/۷٪) زن (نمودار ۲). بیشترین شیوع در فک پایین (۷۲/۷٪) در ۴۱۸ پرونده از این دسته که مکان ضایعه مشخص بود مشاهده شد (نمودار ۳). (Central giant cell granuloma: CGCG) بیشترین شیوع (۱۸۴) را در این دسته از ضایعات داشت. بیشترین تطابق

۲. اختلالات خونی (Hematologic disorders): کمترین تشخیص صحیح مربوط به این دسته بود. ۹ نفر (۶۹/۲٪) مرد و ۴ نفر (۳۰/۸٪) زن بودند (نمودار ۲). شیوع سنی این نوع ضایعات یکسان بود. مکان ضایعه در ۱۲ پرونده از این دسته مشخص بود که ۲۵٪ در فک بالا و ۷۵٪ در فک پایین واقع شدند (نمودار ۳). بیشترین تطابق تشخیص مربوط به مولتیپل میلوما بود که از ۲ ضایعه یکی فاقد تشخیص کلینیکی و دیگری با اولین تشخیص بالینی انطباق داشت. لانگرهانس سل هیستوسایتوزیس بیشترین شیوع (۵) را در ضایعات این دسته داشت. در این گروه شایع‌ترین

بحث

دهان، فک و صورت یک منطقه‌ی آناتومیک شایع برای بروز عفونت، کیست، تومورهای با منشأ ادنتوژنیک و غیرادنتوژنیک و ضایعات بدخیم است. زمانی که سرطان دهان در مراحل اولیه تشخیص داده شود بیمار پیش‌آگهی بهتری برای بهبود و بقا دارد [۱۴] و این موضوع اهمیت تشخیص صحیح و به‌موقع را دو چندان می‌کند.

از بین ۲۷۴۵ پرونده‌ی بافت سخت ۱۲۵۶ (۴۵/۸٪) پرونده فاقد تشخیص بالینی بود در صورتی که در مطالعه‌ی فروزنده و همکاران [۹] ۲۱٪، هاشمی پور و همکاران [۱۰] ۷/۸٪ و دیهیمی و فردوسی [۱۱] ۴/۵٪ از پرونده‌ها فاقد تشخیص بالینی بود و در بقیه‌ی مطالعات پرونده‌های فاقد تشخیص بالینی ذکر نشده و از مطالعه حذف شده بودند.

نکته‌ی مهم تفاوت واضحی است که بین مطالعه‌ی هاشمی [۱۰] و دیهیمی [۱۱] با مطالعه‌ی حاضر وجود دارد. در مطالعه‌ی دیهیمی [۱۱] تنها پرونده‌های ارسالی از بخش‌های مختلف دانشکده دندان پزشکی اصفهان ارزیابی شده بود. با توجه به این که در یک مکان آکادمیک افراد ملزم به رعایت قوانین هستند اکثر پرونده‌های ارسالی از طریق بخش‌های دانشکده دارای تشخیص بالینی است در صورتی که کلینیسین‌های خارج از دانشکده احتمالاً به‌علت گذر زمان و دور بودن از آموزش مستمر در این حیطه ضعیف‌تر عمل می‌کنند.

در مطالعه‌ی حاضر ۶۲/۷٪ تشخیص‌های بالینی (اول و دوم) با تشخیص پاتولوژی انطباق داشتند، در مطالعات دیگر تطابق تشخیص بین ۴۳٪ تا ۸۱٪ بوده است [۷-۱۱، ۱۵]. در مطالعه‌ی Tyndorf و همکاران در تشخیص اولیه‌ی ضایعات رادیولوژیک فکی حدود ۸۹٪ انطباق ذکر شده است [۱۶]. لازم به ذکر است مطالعه‌ی حاضر در دوره‌ی زمانی طولانی‌تر انجام شده و تشخیص ضایعات داخل استخوان به‌مراتب از بقیه‌ی ضایعات دشوارتر است [۸-۱۱].

تنها ۱۰٪ بیوپسی‌های ارسالی از طرف دندان‌پزشکان عمومی درست تشخیص داده شدند که این تعداد مشابه مطالعه‌ی جعفری و همکاران است [۸]. در مطالعه‌ی مشابه توسط کندری و همکاران در دانشگاه ویرجینیای آمریکا ۴۵/۹٪ نمونه‌های ارسالی از طرف دندان‌پزشکان عمومی درست تشخیص داده شدند که این میزان تفاوت معنی‌داری با گروه متخصص نداشت [۱۷] که

تشخیص مربوط به CGCG با ۷۸٪ در اولین و دومین تشخیص بالینی بود. بیشترین نمای رادیوگرافی رادیولوژیک منفرد با حدود مشخص در ۳۳ ضایعه از ۱۵۳ ضایعه‌ای است که نمای رادیوگرافی در پرونده ذکر شده بود.

۴. کیست‌های ادنتوژنیک (Odontogenic cysts): در دهه‌ی دوم و سوم بیشترین شیوع را داشتند (نمودار ۱) و شیوع در مردان بیشتر از زنان بود: ۵۲۷ (۶۰/۶٪) مرد و ۳۴۲ (۳۹/۴٪) زن (نمودار ۲). مکان ضایعه در ۸۲۹ پرونده از این دسته مشخص بود که بیشترین شیوع در فک پایین (۶۴/۳٪) مشاهده شد (نمودار ۳). بیشترین تطابق تشخیص مربوط به کیست دانتی‌ژور با ۸۴/۹٪ در اولین و دومین تشخیص بالینی بود. کیست دانتی‌ژور بیشترین شیوع (۴۳۰) را در این دسته ضایعات داشت. بیشترین نمای رادیوگرافی رادیولوژیک پری‌کرونا در ۴۱/۴٪ از ضایعاتی که نمای رادیوگرافی دارند (۳۴۰) بود.

۵. تومورهای ادنتوژنیک (Odontogenic tumors): در دهه‌ی دوم و سوم بیشترین شیوع را داشتند (نمودار ۱) و ۱۱۶ (۴۵/۵٪) مرد و ۱۳۹ (۵۴/۵٪) زن بودند (نمودار ۲). مکان ضایعه در ۲۴۷ پرونده از این دسته مشخص بود. بیشترین شیوع (۷۲/۵٪) در فک پایین مشاهده شد (نمودار ۳). بیشترین تطابق تشخیص مربوط به ادنتوما با ۷۵/۸٪ در اولین تشخیص بالینی بود. ادنتوما بیشترین شیوع (۸۴) را در این دسته از ضایعات داشت. بیشترین نمای رادیوگرافی اپیک در ۳۱/۸٪ از ضایعاتی که نمای رادیوگرافی دارند (۱۱۰) بود.

۶. کیست‌های تکاملی (Developmental cyst): بیشترین تشخیص صحیح مربوط به این دسته بود. این ضایعات در دهه‌ی دوم بیشترین شیوع را داشتند و ۲۸ (۵۳/۸٪) مرد و ۲۴ (۴۶/۲٪) زن بودند (نمودار ۲). مکان ضایعه در ۴۷ پرونده از این دسته مشخص بود بیشترین شیوع در فک بالا ۷۲/۵٪ مشاهده شد (نمودار ۳). نازوپالاتین کیست بیشترین شیوع (۳۷) را در این دسته از ضایعات داشت. بیشترین نمای رادیوگرافی رادیولوژیک با حدود مشخص در ۵۰٪ از ضایعاتی است که نمای رادیوگرافی دارند (۱۰).

۷. موارد متفرقه: در این دسته ضایعاتی هم‌چون فولیکول هایپریپلاستیک دندان نهفته و ضایعاتی که در گروه‌های نام‌برده قرار نمی‌گیرند، آورده شده است. این دسته ضایعات در دهه‌ی دوم شیوع بیشتری داشتند.

می‌توان دلیل آن را تشخیص ضایعات واضح توسط دندان‌پزشکان عمومی و ارجاع ضایعات پیچیده به متخصصین ذکر کرد. Jones و Franklin نشان دادند در طول سه دهه تعداد بیوپسی‌ها و تشخیص بالینی صحیح که توسط دندان‌پزشکان عمومی انجام شده، افزایش یافته است [۱۸]. در مطالعه‌ی حاضر با توجه به تعداد بسیار اندک نمونه‌های ارسالی از طرف دندان‌پزشکان عمومی می‌توان به مشارکت بسیار کم این گروه در تشخیص ضایعات دهان پی برد.

در مطالعه‌ی حاضر تفاوت معنی‌داری بین سن و جنس با تطابق تشخیص دیده نشد. این نتیجه مشابه مطالعه‌ی جعفری و همکاران [۸] و فروزنده و همکاران [۹] است و در مطالعه‌ی Otero و همکاران بیشترین تطابق بین ۱۹- سال بود [۱۹] در صورتی که در مطالعه‌ی دیهیمی و فردوسی بیشترین تطابق در دهه‌ی هفتم بود [۱۱].

بیشترین تعداد نمای رادیوگرافی مربوط به رادیولوسنسی پری‌آپیکال بود که با مطالعه‌ی ایمانی و همکاران [۲۱] هم‌خوانی دارد، چون اکثر ضایعات را رادیکولار سیست و پری‌آپیکال گرانولوما تشکیل می‌دهد و رادیولوسنسی پری‌آپیکال بیشترین نمای رادیوگرافی در این ضایعات است.

در این تحقیق میزان تطابق ضایعات خوش‌خیم بیشتر از ضایعات بدخیم بود که در مطالعات هاشمی پور و همکاران [۱۰] و کندری و همکاران [۱۷] مشهود است. در مطالعه‌ی Seoane و همکاران [۲۰] در ضایعات التهابی، خوش‌خیم و پیش‌سرطانی درصد تطابق تشخیص در دندان‌پزشکان عمومی با جراحان فک و صورت مشابه است ولی در ضایعات بدخیم این توافق بسیار کم است که یکی از دلایل آن احتمالاً مربوط به تعداد کم ضایعات بدخیم نسبت به ضایعات خوش‌خیم و در نتیجه‌ی عدم تجربه‌ی کافی دندان‌پزشکان عمومی در تشخیص این ضایعات می‌باشد.

در مطالعه‌ی ایمانی و همکاران [۲۱] شیوع گرانولوم پری‌آپیکال بیشتر از رادیکولار سیست بیان شده که با این مطالعه در تناقض است. در مطالعه‌ی حاضر فراوانی کیست‌های ادنتوژنیک و هم‌چنین تطابق تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی در این دسته بسیار بیشتر از تومورهای ادنتوژنیک است که مشابه مطالعه‌ی ساغروانیان و همکاران [۲] است. در مطالعه‌ی Acheampong Oti و همکاران [۲۲] در غنا فراوانی تومورهای ادنتوژنیک به‌طور واضحی از کیست‌های ادنتوژنیک بیشتر است. این تفاوت احتمالاً مربوط به تفاوت‌های نژادی و جغرافیایی است.

کیست‌های تکاملی بیشترین تشخیص صحیح را داشتند که احتمالاً به‌خاطر نشانه‌های بالینی مشخص این ضایعات است. اختلافات خونی کمترین تطابق تشخیص را داشتند که احتمالاً به‌خاطر تعداد کم نمونه‌ها و عدم تجربه‌ی کافی کلینیسین‌ها و هم‌چنین در اولویت قرار نگرفتن این مبحث در موضوعات آموزشی دانشجویان بوده است. به‌علاوه به علت ماهیت بدخیم این ضایعات نیاز به آموزش بیشتر در این زمینه اهمیت دارد. بیشترین تطابق تشخیص در کام سخت بود که مشابه مطالعه‌ی هاشمی پور و همکاران [۱۰] در ضایعات داخل استخوان است و با مطالعه‌ی جعفری و همکاران [۸] و دیهیمی و فردوسی [۱۱] در تناقض بود که علت آن احتمالاً مربوط به بررسی ضایعات بافت نرم علاوه بر بافت سخت در این مطالعات است.

در پایان لازم است اشاره شود که به‌دلیل آن که برخی از پرونده‌ها فاقد اطلاعات لازم بودند، به‌اجبار از مطالعه خارج گردیدند. به‌علاوه دسترسی به پرونده‌های دیگر از سایر مراکز پذیرش نمونه‌های پاتولوژی دهان می‌توانست در افزایش اعتبار نتایج تأثیر چشم‌گیری داشته باشد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۴۵/۸٪ پرونده‌ها فاقد تشخیص بالینی بودند، به‌علاوه از بین پرونده‌هایی که دارای تشخیص بالینی بودند بیش از ۳۷٪ (۵۵۶ مورد) انطباق تشخیص بالینی و پاتولوژی وجود نداشت. این مسأله می‌تواند نشان‌دهنده‌ی ۲ نکته‌ی مهم باشد: ۱. فقدان اطلاعات تشخیصی بالینی که عدم انطباق کافی ضایعه را موجب می‌شود. ۲. شناخت ناکافی کلینیسین‌ها از اهمیت یافته‌های بالینی و رادیوگرافی. بنابراین نیاز به آموزش بیشتر دندان‌پزشکان به‌ویژه دندان‌پزشکان عمومی و هم‌چنین برگزاری دوره‌های بازآموزی با تأکید بر شناخت بیماری‌های دهان، خصوصاً ضایعات داخل استخوان، مطرح می‌گردد.

References

1. Deihimi P, Tavakoli P, Keshani F, Hashemzadeh Z. A review of odontogenic cysts of the oral cavity. *J Isfahan Dent Sch* 2012; 8(4): 376-408.
2. Saghravani 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* 2010; 34(4): 299-308.
3. Bokor-Bratiaë M, Vuckovic N, Sinisa Mirkovic. Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of potentially malignant oral lesions. *Arch Oncol* 2004; 12(3): 145-7.
4. Vale E, Ramos-Perez F, Rodrigues G, Carvalho E, Castro J, Perez D. A review of oral biopsies in children and adolescents: a clinicopathological study of a case series. *J Clin Exp Dent* 2013; 5(3): 144-9.
5. Silverman JR. Oral cancer. 5th ed. London: BC Decker Inc; 2003. pp. 48, 52, 57.
6. Macan D, Kobler P, knezevic G, Grgurevic J, Svajhler T, Krmpotic I, et al. Comparison of clinical and histopathological diagnosis in oral surgery. *Acta Stomatol Croat* 1991; 25(3): 177-85.
7. Hoseinpour Jajarm H, Mohtasham N. A comparative study on the clinical diagnosis and pathology reports of patients undergone biopsy at department of Oral Medicine of Mashhad Dental School From 2002 Until 2004. *J Mash Dent Sch* 2006; 30(1): 47-54.
8. Jaffari Ashkavandi Z, Rezvani G, Mardanifard HA. Evaluation of the agreement rate of clinical and histopathologic diagnosis in patients referring to oral pathology department of Shiraz Dental School 2001-2006. *J Dent Shiraz Univ med sci* 2010; 11(2): 161-8.
9. Forouzande A, Shahsavari F, Mahjoub M. Assessment of Correlation Between Clinical And Pathological Diagnoses In Oro – Maxillary Biopsies (A retrospective 6 year-study). *Dent Sci* 2012; 8(4): 200-4
10. Hashemipour M, Rad M, Mojtahedi A. A comparative study of clinical diagnosis and histopathological reports of oral and jaw lesions. *J Dent Shiraz Univ Med Sci* 2009; 10(1): 31-7.
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 1370-1370. *Beheshti Univ Dent J* 2004; 22: 38-48.
12. Neville B, Damm DD, Allen CM, Bouqout J. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.BSaunders; 2008. pp. 678-700.
13. Regezi JA, Sciubba J, Jordan RCK. Oral pathology clinical pathology correlation. 5th ed. California: Saunders Co; 2008.
14. Natarajan E, Eisenberg E. Contemporary Concepts in theDiagnosis of Oral Cancer and Precancer. *Dental Clinics of North America* 2011; 55(1): 63-88
15. Ghasemi moridani S, Sazesh F, Mohtasham Z. Correlation between clinical and histopathological diagnosis of oral lesions surgery in the city of Rasht (2000-2002). *J Islamic Dent Associat Iran* 2005; 2: 95-9.
16. Tyndorf MM, Manowska B, Arkuszewski P. Usefulness of classic radiographs in the preliminary evaluation of mandibular radiolucencies. *Wiad Lek* 2008; 61(10-12): 258-62.
17. Kondori I, Mottin RW, Laskin DM. Accuracy of dentists in the clinical diagnosis of oral lesions. *Quintessence Int.* 2011; 42(7): 575-7
18. Franklin CD, Jones AV. A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period. *Br Dent J* 2006 22; 200(8):447-50
19. Espino Otero S, Romero Rodríguez J, Boza Mejías Y, Acevedo Sierra O, Quintana Hijano I, Selme Ph. Clinical-histopathological concordance in head and neck lesions. *Medisur* 2009 25; 7(1): 25-29.
20. Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, Esparza G, Dios PD. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral Dis* 2006; 12(5): 487-92.
21. ImaniMoghaddam M, Marandi S, Ebrahimzadeh S. A one year epidemiologic study on radiolucent lesions in patients referred to radiology department of Mashhad Dental School. *J Mash Dent Sch* 2006; 30(1&2): 9-14.
22. Acheampong Oti A, Donkor P, Obiri-Yeboah S, Yelibora M. Concordance between clinical and histopathological diagnoses at Komfo Anokye teaching hospital oral and maxillofacial unit. *Surgical Science* 2013; 4(3): 210-2.

Concordance between clinical and histopathological diagnoses of oral hard tissue lesions in Isfahan over a 24-year period

Sayed Mohammad Razavi, Nasim Ghorani*

Abstract

Introduction: Differential diagnosis and understanding the nature of lesions are effective in the treatment process and help reach a final diagnosis of pathological lesions. In this regard, 24-year data of Isfahan Dental School patients' (1988 to 2011) were assessed and the concordance between clinical and histopathological diagnoses of oral hard tissue lesions was evaluated.

Materials and Methods: In this descriptive/analytical study, 2745 hard tissue pathology reports were reviewed. The frequencies of concordance between clinical and histopathological diagnoses, age, gender, locations of lesions, radiographic views, and benign and malignant nature of the lesions were reported. Data were analyzed with SPSS 20 using Kruskal-Wallis and chi-squared ($\alpha=0.05$).

Results: In 57% of cases the histopathological diagnosis was consistent with the first clinical diagnosis while in 5.7% of cases histopathological diagnosis was consistent with the second clinical diagnosis. In addition, concordance between clinical and histopathological diagnoses was mostly observed in the hard palate lesions (81.2%) and in benign lesions (63%). There was no clear correlation between the age and sex of the patients and diagnosis concordance. The most significant radiological change observed was periapical radiolucency (13.6%) while the least sign noted was the absence of radiologic changes (1% $<$). Solitary well-defined radiolucent lesions exhibited the most accurate diagnosis (69.9%).

Conclusion: In this study, almost half of the investigated records had no clinical diagnosis while one-third of the records with clinical diagnosis suffered from lack of concordance between clinical and histopathological diagnosis, indicating clinicians' lack of knowledge about the importance of clinical and radiological surveys. As a consequence, this study suggests more comprehensive educational programs for students and continuous education programs to enhance the clinicians' understanding about the importance of diagnosis of oral diseases, especially in osseous lesions.

Key words: Bone tissue neoplasm, Clinical pathology, Radiography

Received: 17 Mar, 2014

Accepted: 8 Jul, 2014

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

Email: nasimghorani@yahoo.com

Citation: Razavi SM, Ghorani N. Concordance between clinical and histopathological diagnoses of oral hard tissue lesions in Isfahan over a 24-year period. J Isfahan Dent Sch 2014; 10(5): 382-390.