

## *Comparative Study of Histopathological Reports and Clinical Diagnosis of Oral Biopsies*

Atena Shiva<sup>1</sup>,  
Farhad Sobouti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Orthodontics, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received September 13, 2016 ; Accepted December 20, 2016)

### **Abstract**

**Background and purpose:** The most effective way to achieve a correct diagnosis of oral lesions is appropriate biopsy and pathological examination. This study evaluated the concordance between clinical and histopathological diagnoses in patients with oral lesions.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive-analytic study was performed in 206 patients who had biopsies in a center for oral and maxillofacial pathology in Sari, Iran during 2011-2015. Demographic characteristics including age and gender were recorded. Also, consistency and color of the lesion, the biological process, anatomical location, exophytic or flat lesion, surface shape, peripheral or central, specialty of physicians and clinical diagnosis, and consistency with the histopathologic diagnosis were studied and analyzed by Chi-square and Fisher, Kappa test.

**Results:** Clinical diagnosis was consistent with histopathologic diagnosis in 77.1% of the cases. Correct clinical diagnosis in malignant lesions (75%) was more than that in benign lesions (72.7%). Compared with peripheral lesions, the diagnosis of central lesions was more in agreement with histopathologic diagnosis (81.1%), amongst which radicular cysts were diagnosed correctly in most of the cases (coefficient agreement: 92%). The most correct clinical diagnosis was in the smooth lesions (68.3%) and gum lesions (68.5%). The highest coefficient agreement with pathology results was observed in maxillofacial surgeons (86.5%).

**Conclusion:** A high rate of clinical diagnosis and pathology reports corroborated each other, nevertheless, significant rate of mismatch still exist which should decrease by suitable approaches.

**Keywords:** clinical diagnosis, histopathological finding, biopsy

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26 (144): 57-64 (Persian).

## بررسی و مقایسه گزارشات آسیب شناسی و تشخیص های بالینی بیوپسی های ضایعات دهانی

آتنا شیوا<sup>۱</sup>فرهاد ثبوتی<sup>۲</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** موثرترین راه برای رسیدن به یک تشخیص و در نهایت درمان صحیح در آسیب ها و ضایعات دهانی، تهیه بیوپسی و بررسی آسیب شناختی آن است. در این مطالعه، همخوانی تشخیص های بالینی و پاتولوژی در بیماران مراجعه کننده به یک مرکز آسیب شناسی دهان، فک و صورت در ساری بررسی شد تا میزان تطابق موجود شناسایی شود.

**مواد و روش ها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی بر روی ۲۰۶ بیمار مراجعه کننده به این مرکز با ضایعات دهانی بیوپسی شده طی سال های ۹۴-۱۳۹۰ انجام شد. مشخصات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، قوام، رنگ ضایعه، روند بیولوژیکی، محل آناتومیک، برجسته یا مسطح بودن، نمای سطحی، داخل یا خارج استخوان بودن ضایعه، تخصص پزشکی، معالج و تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژیک با استفاده از روش آماری کی دو، فیش و کاپا مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته ها:** تشخیص های بالینی در ۷۷/۱ درصد موارد با تشخیص های هیستوپاتولوژیک منطبق بود. تشخیص کلینیکی درست در ضایعات بدخیم (۷۵ درصد) و بیش تر از ضایعات خوش خیم (۷۲/۷ درصد) بود. ضایعات مرکزی نسبت به ضایعات محیطی، بیش ترین درصد توافق را با ۸۱/۱ درصد داشتند که از بین آن ها نیز کیست رادیکولار با ضریب توافق ۹۲ درصد، بیش ترین تشخیص صحیح را به خود اختصاص داد. بالاترین ضریب توافق در ضایعات محیطی، به ترتیب در ضایعات صاف با ۶۸/۳ درصد و ضایعات موجود در لثه با ۶۸/۵ درصد بود. بالاترین ضریب توافق (۸۶/۵ درصد) در جراحان فک و صورت بود.

**استنتاج:** اگرچه درصد بالایی از تشخیص های بالینی و گزارشات آسیب شناسی موید یکدیگر می باشند، اما رقم عدم تطابق نیز قابل توجه بوده و باید با راهکارهای مناسب به حداقل برسد.

**واژه های کلیدی:** تشخیص بالینی، بیوپسی، هیستوپاتولوژی

### مقدمه

در تظاهرات بالینی انواع بیماری های دهان، تشابه زیادی وجود دارد که این تشابه امکان دسترسی به یک تشخیص قطعی را کاهش می دهد (۱). اصولی که در تشخیص صحیح بیماری های دهانی از آن استفاده می شود شامل بررسی تاریخچه و شکایت اصلی بیمار می باشد (۲). در تاریخچه دندانپزشکی یک بیماری

تشخیص صحیح ضایعات دهانی، کلید اولیه درمان موفق و نیازمند همکاری درست بین کلینیسین و پاتولوژیست است. ضایعات دهانی هر کدام دارای خصوصیات و شاخصه های بالینی و تاریخچه ای هستند که احاطه به این مشخصات، تشخیص بالینی این ضایعات را برای کلینیسین ممکن می سازد. با این وجود

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۷۴۹ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: atenashiva@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** آتنا شیوا- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی

۱. استادیار، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۶/۲۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۹/۳۰

مواردی هم چون سابقه درد، زخم، سوزش، خونریزی، لقی و تاخیر در رویش دندان، اختلال حسی و ... بررسی می شود (۳). سپس معاینات کلینیکی به صورت داخل و خارج دهانی و با بهره گیری از اصول معاینه هم چون مشاهده (Inspection)، لمس (palpation)، دق (percussion) و سمع (Ausculation) صورت می گیرد (۴). در معاینات داخل دهانی باید به مکان و محل قرارگیری ضایعه و خصوصیات ضایعه همچون شکل و حساسیت ضایعه، رنگ، قوام، اندازه و تعداد آن نیز توجه کرد.

موثرترین راه برای رسیدن به یک تشخیص صحیح در آسیب ها و ضایعات دهانی، تهیه یک بیوپسی می باشد. بیوپسی به معنای برداشتن مقداری از نسج یک موجود زنده برای بررسی های تشخیصی (Diagnostic Examination) است که در مقایسه با سایر راه های تشخیص، دارای بالاترین دقت است. این روش در هر کجا که تشخیص قطعی مورد نظر باشد و روش کم ضررتر آزمایشگاهی مقصود ما را بر آورده نسازد، انجام می شود (۵).

مساله مشکل ساز برای بسیاری از کلینیسین ها، برخورد با ضایعاتی می باشد که به دلایلی همچون نمای کلینیکی مشابه و مشخص نبودن دقیق ویژگی ها و نشانه های بیماری، سبب خطا در تشخیص می شوند. در عین حال گاهی نمای میکروسکوپی ضایعات کاملاً قابل تشخیص است، ولی در برخی موارد، نمای هیستوپاتولوژیک نیز مبهم بوده و آسیب شناس برای رسیدن به تشخیص نهایی نیاز به علائم بالینی دارد و همکاری متقابل پزشک بالینی و آسیب شناس ضروری است (۶). در تحقیقی که توسط حسین پور جاجرم در دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد، میزان همخوانی تشخیص های بالینی و آسیب شناسی ضایعات دهانی طی سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳، ۸۱/۲ درصد گزارش شد (۱).

در مطالعات دیهیمی و همکاران و هاشم پور و همکاران، میزان تطابق تشخیص ضایعات دهانی در دانشکده دندانپزشکی اصفهان طی سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹ به ترتیب ۵۷ درصد و در دانشکده دندانپزشکی

کرمان طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴، ۶۵ درصد بود (۸،۷). هم چنین Czerninski و همکاران در مطالعه خود این تطابق را ۷۸ درصد و Macan و همکاران آن را ۷۰ درصد گزارش کرد (۹، ۱۰). با توجه به این که رقم عدم تطابق در مطالعات پیشین قابل توجه و بررسی آسیب ها و ضایعات دهان، فک و صورت در اکثر موارد تنها با بررسی هیستوپاتولوژیک ضایعات ممکن می باشد، لذا این مطالعه گذشته نگر با هدف بررسی و تعیین میزان تطابق تشخیص های بالینی با آسیب شناسی در بیماران مراجعه کننده به یک مرکز آسیب شناسی دهان، فک و صورت ساری طی دوره ۴ ساله انجام شد تا بدین وسیله ضایعاتی که در تشخیص اولیه (بالینی) توسط کلینیسین با مشکل مواجه می شوند، شناسایی گردد تا با ارائه راه کارهای مناسب، تاکید بیش تر بر روی نماهای کلینیکی برخی ضایعات و انطباق آن با تشخیص های آسیب شناسی، درمان های بهتری را برای بیماران ارائه داد.

## مواد و روش ها

در این مطالعه گذشته نگر مقطعی و توصیفی - تحلیلی، ۲۰۶ نمونه آسیب شناسی ضایعات دهانی بیوپسی شده به یک مرکز آسیب شناسی فک و دهان در ساری در طی سال های ۱۳۹۰ تا ۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند. با استفاده از برگه هایی که به وسیله پزشک ارجاع دهنده کامل شده بود، اطلاعات بیماران شامل نام و نام خانوادگی، جنس، سن، محل و قوام ضایعه، محل آناتومیک ضایعه، روند بیولوژیک ضایعه (خوش خیم - بدخیم)، برجسته یا مسطح بودن ضایعه (در مورد ضایعات سطحی)، نمای سطحی ضایعات محیطی، داخل یا خارج استخوان بودن ضایعه، تخصص پزشک معالج، تشخیص بالینی، تشخیص هیستوپاتولوژیک و تطابق تشخیص کلینیکی با تشخیص پاتولوژی از پرونده های بیماران استخراج شد و در فرم اطلاعاتی که بدین منظور تهیه گردید، وارد شد. مرور پرونده ها توسط یک نفر متخصص آسیب شناسی دهان، فک و صورت انجام گرفت.

ضایعات به گروه های: نئوپلاسم بدخیم، اپی تلیالی، بزاقی، مزانشیمال، ادنتوزنیک، غیر ادنتوزنیک و پوستی - مخاطی دسته بندی شدند.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS، آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر جهت بررسی ارتباط دو متغیر کیفی و با استفاده از آزمون آماری kappa جهت بررسی میزان همخوانی بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک تجزیه تحلیل شدند و  $p < 0/05$  معنی دار در نظر گرفته شد. ضریب توافق عالی بالای ۸۰ درصد، ضریب توافق خوب بالای ۷۰ درصد، ضریب توافق متوسط بالای ۵۰ درصد و ضریب توافق ضعیف زیر ۵۰ درصد تعریف شد (۱۱).

## یافته ها

در این مطالعه، ۲۰۶ ضایعه مورد بررسی قرار گرفتند که ۷۱ نفر (۳۵ درصد) مذکر و ۱۳۵ نفر (۶۵ درصد) مونث بودند. میانگین سن بیماران  $39/4 \pm 0/81$  سال بود و مسن ترین بیمار ۸۶ سال سن و جوان ترین آن ها ۶ ساله بود. ۶۱ مورد (۲۹/۶ درصد) ضایعات سفید، ۳۰ مورد (۱۴/۵ درصد) از ضایعات دارای رنگ صورتی (رنگ مخاط)، ۱۰۲ مورد (۴۹/۵ درصد) قرمز رنگ، ۴۵ مورد (۲۱/۸ درصد) سفید قرمز و ۱۲ مورد (۵/۸ درصد) قهوه ای تا سیاه رنگ بود. فراوان ترین دهه های سنی درگیری بیماران توسط ضایعات (۵۳/۴ درصد) دهه ۵-۳ بودند. ۹۹ مورد (۴۸ درصد) از ضایعات دارای قوام الاستیک، ۷۹ مورد (۳۸/۲ درصد) دارای قوام نرم، ۱۲ مورد (۵/۸ درصد) قوام سفت و ۸ مورد (۳/۸ درصد) دارای قوام سخت و استخوانی و ۸ مورد (۳/۸ درصد) دارای قوام شکننده بودند. ۱۲۱ مورد از ضایعات (۵۸/۷ درصد) از لحاظ آناتومیک جز ضایعات محیطی بودند و ۸۵ مورد (۴۱/۳ درصد) از آن ها جز ضایعات مرکزی (داخل استخوانی) بودند. در ضایعات مرکزی، ۲۰ مورد (۲۳/۵ درصد) در فک بالا و ۶۵ مورد (۷۶/۵ درصد) در فک پایین قرار داشتند. در ضایعات مورد بررسی از نظر روند بیولوژیکی، ۲۰۲ مورد (۹۸ درصد) از ضایعات خوش خیم و ۴ مورد (۲ درصد) آن ها دارای روند بدخیم

بودند. در بررسی ضایعات محیطی از لحاظ برجستگی، ۱۰۲ مورد (۴۹ درصد) دارای سطحی برجسته و ۱۰۴ مورد (۵۱ درصد) مسطح بودند.

در تفکیک ضایعات محیطی از نظر نمای سطحی، ۶۹ مورد (۴۲/۸ درصد) از ضایعات دارای سطح صاف، ۳۱ مورد (۱۹/۲ درصد) از ضایعات دارای سطح زخمی، ۳۷ مورد (۲۲/۹ درصد) دارای سطح نامنظم، ۴ مورد (۲/۴ درصد) دارای سطح زگیلی، ۱۵ مورد (۹/۳ درصد) دارای سطح لبوله و ۵ مورد (۳/۱ درصد) سطحی پایلوماتوز داشتند. ۸۲ مورد (۳۹/۸ درصد) از ضایعات بیوپسی شده توسط جراحان فک و صورت، ۲۴ مورد (۱۱/۶ درصد) توسط متخصصین بیماری های دهان، ۸۵ مورد (۴۱/۲ درصد) توسط جراحان لثه، ۶ مورد (۲/۹ درصد) توسط پاتولوژیست فک و دهان و ۹ مورد (۴/۳ درصد) توسط دندانپزشکان عمومی صورت گرفته بود. از ۲۰۶ نمونه مورد بررسی، ۱۵۹ پرونده دارای همخوانی تشخیص بالینی و میکروسکوپی بودند که نشان دهنده ضریب توافقی ۷۷/۱ درصد می باشد.

در بین مردان، در ۷۷/۴ درصد موارد، تطابق بین تشخیص بالینی با تشخیص پاتولوژیک وجود داشته است و در بین زنان در ۷۶/۳ درصد موارد تطابق تشخیص بالینی و هیستولوژیک وجود داشته است. مقدار kappa در مردان ۷۷/۱ درصد ( $p=0/03$ ) و در زنان ۷۶ درصد ( $p=0/028$ ) حاصل شد که در هر دو جنس، تطابق تشخیص وجود داشته است.

تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی در مورد جراحان فک و صورت ۸۶/۵ درصد، متخصصین بیماری های دهان ۷۹/۱ درصد، در مورد پریدونتسیت ها ۶۸/۲ درصد، متخصصین پاتولوژی دهان ۸۶/۳ درصد و دندانپزشکان عمومی ۵۵ درصد بود. در مورد رنگ ضایعه، بیشترین تطابق در مورد ضایعات قهوه ای بود که در ۸۸ درصد موارد تطابق وجود داشت. در مورد ضایعات سفید ۶۵/۸ درصد، ضایعات قرمز ۷۸/۸ درصد و ضایعات هم رنگ مخاط ۶۶/۴ درصد تطابق وجود داشت. در میان ضایعات محیطی، ضایعات ایجاد شده در

درصد)، فولیکول دندانی هایپرپلازیک (۵۰ درصد)، موکوسل (۶۶/۶ درصد) و ضریب توافقی ضعیف مربوط به پمفیگوس (۳۷/۵ درصد) و لیکنویدراکسیون (۲۵ درصد) بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ضایعات به تفکیک انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی

تقسیم بندی ضایعات	نوع ضایعه	تعداد کل	تعداد تطابق	درصد تطابق	تعداد علم	درصد تطابق	درصد عدم تطابق
A	ضایعات ادنتوزیک	۷۰	۵۷	۸۱/۴	۱۳	۳۳/۹	۱۸/۶
B	پوستی-مخاطی	۴۱	۳۱	۷۵/۶	۱۰	۱۹/۹	۲۴/۴
C	مزانشیمال	۵۹	۴۰	۶۷/۷	۱۹	۲۸/۶	۳۲/۳
D	اپی تلیالی	۱۸	۱۱	۶۱/۱	۷	۸/۷	۳۸/۲
E	بزاقی	۸	۵	۶۲/۵	۳	۳/۸	۳۷/۵
F	تولولاسم بدخیم	۴	۳	۷۵	۱	۱/۹۲	۳۵
G	غیر ادنتوزیک	۶	۳	۵۰	۳	۲/۹	۵۰

جدول شماره ۲: شیوع کلی ضایعات محیطی دهان بر اساس بیوپسی های انجام شده و مقایسه تشخیص بالینی با گزارشات آسیب شناسی

تعداد کل بیوپسی های انجام شده	نوع ضایعه	تعداد تطابق	درصد تطابق	تقسیم بندی نوع ضایعات	درصد تطابق	درصد عدم تطابق
۲۵	کیست رادیکولار	۲۳	۹۲	A	۱۲/۱	۸
۲۴	کیست فولیکولار	۲۲	۹۱/۶	A	۱۱/۶	۸/۴
۲۲	لیکن پلان	۱۹	۸۶/۳	B	۱۰/۶	۱۳/۷
۱۹	پیوریتیک گرانولوم	۱۱	۵۷/۸	C	۹/۲	۴۲/۲
۱۵	اپولیس فیشراتوم	۱۲	۸۰	C	۷/۲	۲۰
۱۴	فیروما	۱۰	۷۱/۴	C	۶/۷	۲۸/۶
۱۰	لکوپلاکی	۷	۷۰	D	۴/۸	۳۰
۸	گرانولوم پری اپیکال	۶	۷۵	A	۳/۹	۳۵
۸	پمفیگوس	۳	۳۷/۵	B	۳/۹	۶۲/۵
۸	اسکواموس پاپیلوما	۴	۵۰	D	۳/۹	۵۰
۶	ژانت سل گرانولوم	۳	۵۰	C	۲/۹	۵۰
۶	موکوسل	۴	۶۶/۶	E	۲/۹	۳۳/۴
۶	فولیکول دندانی هایپرپلازیک	۳	۵۰	A	۲/۹	۵۰
۵	OKC	۲	۴۰	A	۲/۴	۶۰
۴	لیکنویدراکسیون	۱	۲۵	B	۲	۷۵
۴	ژنویت	۳	۷۵	C	۲	۲۵
۳	SCC	۳	۱۰۰	F	۱/۴	۰
۳	لیوما	۲	۶۶/۶	C	۱/۴	۳۳/۴
۲	اسفانگینگ فیروم	۱	۵۰	G	۰/۹	۵۰
۲	استومیلیت	۲	۱۰۰	G	۰/۹	۰
۱	استوما	۱	۱۰۰	G	۰/۴	۰
۱	استرولاستوما	۱	۰	G	۰/۴	۱۰۰
۱	کیست ساده استخوانی	۱	۰	G	۰/۴	۱۰۰
۱	کیست گردلین	۱	۰	A	۰/۴	۱۰۰
۱	نوس	۱	۱۰۰	B	۰/۴	۰
۱	پمفیگوئید پروز	۱	۰	B	۰/۴	۱۰۰
۱	پلومورفیک آدنوما	۱	۰	E	۰/۴	۱۰۰
۱	ژانت سل فیروما	۱	۱۰۰	C	۰/۴	۰
۱	سنگ غده بزاقی	۱	۱۰۰	E	۰/۴	۰
۱	لیوموسارکوما	۱	۰	F	۰/۴	۱۰۰
۱	کیست نژوبالاین	۱	۱۰۰	G	۰/۴	۰

لته، بیشترین تطابق با ۶۸/۵ درصد و ضایعات مرکزی نیز بیشترین توافقی ۸۱/۱ درصد در مورد ضایعات فک پایین بود. در مورد تعیین تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی به تفکیک روند بیولوژیکی می توان گفت که در ضایعات با روند خوش خیم در ۷۲/۷ درصد موارد تطابق وجود داشت و در ضایعات با روند بیولوژیکی بدخیم ۷۵ درصد موارد همخوانی بین دو تشخیص وجود داشت. در بررسی سن بیماران و تاثیر آن بر میزان ضریب همخوانی، تفاوت معنی داری در گروه های سنی مختلف مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ).

ضریب توافقی عالی در تشخیص بالینی و گزارش هیستوپاتولوژیکی مربوط به ضایعات صاف (۶۸/۳ درصد)، نامنظم (۵۹/۴ درصد)، زخمی (۶۸/۲ درصد)، لبوله و پاپیلوماتوز (۶۰) و زگیلی (۶۸) بود. به طور کلی انطباق بین تشخیص بالینی با تشخیص پاتولوژیکی به این صورت بود که بیشترین انطباق از ۷۰ مورد ضایعات ادنتوزیک در ۵۷ مورد (۸۱/۴ درصد) توافقی و در ضایعات پوستی مخاطی از ۴۱ مورد، ۳۱ مورد (۷۵/۶ درصد) توافقی وجود داشت. از ۵۹ مورد ضایعات مزانشیمال در ۴۰ مورد (۶۷/۷ درصد) توافقی و از ۱۸ مورد ضایعات اپی تلیالی، ۱۱ مورد (۶۱/۱ درصد) توافقی بین کلینیک و هیستوپاتولوژی وجود داشت. در مجموع ۸ ضایعه مربوط به غدد بزاقی بود که در ۵ مورد (۶۲/۵ درصد) توافقی و از ۴ مورد ضایعات نئوپلازیکی بدخیم، ۳ مورد (۷۵ درصد) توافقی وجود داشت (جدول شماره ۱).

در مطالعه ما، ۲۰۶ نمونه بررسی گردید که در ۱۵۹ مورد (۷۷/۱ درصد) از آنها تطابق وجود داشت. ضریب توافقی عالی یعنی ۹۲ درصد، مربوط به کیست رادیکولار و در کیست فولیکولار ۹۱/۶ درصد، لیکن پلان ۸۶/۳ درصد، اپولیس فیشراتوم ۸۰ درصد و SCC، ۱۰۰ درصد بود. ضریب توافقی خوب مربوط به ضایعات لکوپلاکی (۷۰ درصد)، گرانولوم پری اپیکال (۷۵ درصد)، ژنویت (۷۵ درصد) و فیروما (۷۱/۴ درصد) بود و ضریب توافقی متوسط مربوط به پیوریتیک گرانولوم (۵۷/۸ درصد)، ژانت سل گرانولوم (۵۰ درصد)، اسکواموس پاپیلوما (۵۰

## بحث

فروغی و همکارانش بود(۶).

هم چنین تشخیص ضایعات برجسته نیز بهتر از ضایعات مسطح بود که این نتیجه با داده های به دست آمده از مطالعه فروغی، دیهیمی و هاشمی پور همسو بود(۸-۶). در مطالعه حاضر، تطابق تشخیص بالینی با آسیب شناسی در ضایعات خوش خیم، بسیار بیش تر از ضایعات بدخیم بود که این نتیجه، مخالف با تحقیق فروغی و همکارانش می باشد(۶). در ضایعات بدخیم، تشخیص اولیه صحیح، نمونه برداری و تشخیص زود هنگام و در نهایت درمان بیمار کمک کننده است و در صورت عدم تشخیص به موقع بدخیمی های دهان در مراحل اولیه، این ضایعات گسترش یافته و موجب بدشکلی های غیر قابل ترمیم و اختلال در عملکرد عضو، همراه با ایجاد درد و ناراحتی و در نهایت به مرگ بیمار می انجامد(۱۵،۱۶). در نتیجه در تحقیق ما این نکته قوت محسوب می شود.

SCC شایع ترین بدخیمی دهان به ویژه در افراد مسن می باشد که در مردان ۴ درصد و در زنان ۲ درصد همه سرطان های دهان را شامل می شود(۱۷،۱۸) که در مطالعه ما نیز از ۴ مورد بدخیمی، ۳ مورد آن SCC بود.

در مطالعه ما، ۶۵ درصد از جامعه آماری را زنان تشکیل می دهند که از این نظر، مشابه تحقیق فروغی و همکاران بود(۶). اما در مطالعه سراوانی و همکارانش، تعداد مردان از زنان بیش تر بود(۱۴). تطابق تشخیص صحیح در آسیب های مرکزی بیش تر از ضایعات محیطی بوده است که این نتیجه برخلاف نتیجه به دست آمده در مطالعه فروغی و همکاران می باشد(۶). علی رغم آن که در ضایعات مرکزی، نمای رادیوگرافیک مشابه می باشد و دسترسی به ضایعه از سطح ممکن نیست و همین امکان تشخیص کلینیکی صحیح را پایین می آورد، ولی در تحقیق ما، ضایعات سطحی در ۶۸/۵ درصد توافق و ضایعات مرکزی در ۸۱/۱ درصد موارد توافق وجود داشت. در تحقیق ما بیش ترین تطابق تشخیصی

علم آسیب شناسی دهان، فک و صورت حلقه ارتباطی علوم پایه و بالینی دندان پزشکی است. پیشرفت در این علم باعث درک بهتر پاتوژنز بیماری ها و شناخت راه های درمان موثر است. روند تشخیص ضایعات بدن، روندی علمی و نظام مند است که پزشک بالینی را به سمت تشخیص بیماری هدایت می کند(۱۱).

برخی ضایعات دارای علامت یا نشانه های خاصی است که تشخیص سریع و درست را ممکن می سازد، اما برخی ضایعات دارای روند تشخیصی پیچیده تر بوده و در نتیجه شواهد بالینی به تنهایی برای تشخیص نهایی کافی نیست. آسیب های دهانی که در اکثر موارد دارای نماهای کلینیکی مشابهی هستند را می توان جز این دسته ضایعات ذکر کرد. در نتیجه برای تشخیص نهایی این ضایعات، بررسی هیستوپاتولوژیک مورد نیاز است. در چنین مواردی است که اهمیت همکاری و دادن اطلاعات کافی از ضایعه، بین پزشک معالج و آسیب شناسی مشخص می شود. همخوانی و تطابق بین تشخیص بالینی و آسیب شناسی، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

در مطالعه حاضر ضریب توافق تشخیص بالینی و میکروسکوپی در کل ضایعات ۷۷/۱ درصد بود که این نتیجه مشابه با تحقیق فروغی و همکارانش با ۷۹ درصد توافق(۶)، حسین پور جاجرم با ۸۱/۲ درصد توافق(۱)، زارع محمود آبادی با ۷۷/۵ درصد توافق(۱۲) و فتاحی و همکارانش با ۸۰/۷ درصد توافق(۱۳) بود. در تحقیقی که توسط دیهیمی و همکاران(۷) انجام شد، درصد تطابق ۵۷ درصد و در تحقیق هاشمی پور ۶۴/۷ درصد(۸) و سراوانی نیز ۷۰/۱ درصد(۱۴) بیان شد که پایین تر از نتیجه تحقیق ما می باشد. هم چنین در تحقیق ما، تطابق تشخیص درست ضایعات ادنتورژنیک با بیش ترین درصد توافق ۸۱/۴ درصد و ضایعات غیر ادنتورژنیک با ۵ درصد توافق، کم ترین میزان توافق را در بین ضایعات دارا بود. ضایعات با نمای زخمی و صاف بهتر از سایر ضایعات با نماهای کلینیکی تشخیص داده شد که مشابه با تحقیق

## سیاسگزاری

بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به دلیل حمایت مالی از این تحقیق تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۷۴۹ مصوب دانشکده دندانپزشکی می‌باشد.

بین نمای کلینیکی و هیستوپاتولوژیک در جراحان فک و صورت به دست آمد، ولی در تحقیق فروغی و همکارانش بیش‌ترین تطابق توسط متخصص بیماری‌های دهان مشاهده شد (۶).

## References

- Hoseinpour Jajarm H, Mohtasham N. A comparative study on the clinical diagnosis and pathology report of patients' undergone biopsy at department of Oral Medicine of Mashhad Dental School from 2002 until 2004. *J Mashhad Dent Sch* 2006; 30(1-2): 47-54.
- 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* 2011; 34(4): 299-308.
- Shiva A, Giahpur A. Awareness of dentists and final-year dental students on transport and processing of oral Biopsies. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26(142): 213-221 (Persian).
- Eversole LR. Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment. 4<sup>th</sup> ed. USA: Shelton; 2011. p: 1-7.
- Gowan CG, Grogg TA, Kee F. Trends in the incidence of histologically diagnosed intra oral squamous cell carcinoma in Northern Irland. *Br Dent J* 1992; 173(7): 231-233.
- Foroughi R, Seyedmajidi M, Bijani AM, Dezyani O. A comparative study on the clinical diagnosis and histopathological reports of referred biopsies to the oral and maxillofacial pathology department of Babol School of dentistry (2003-2010). *J Babol Univ Med Sci* 2013; 15(6): 71-77 (Persian).
- Deihimi P, Ferdowsi M. Correspondance of clinical diagnosis with histopathologic diagnosis of oral lesions in patients referring to oral pathology department of Isfahan dentistry school from 1370-79. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2004; 22(1): 38-48 (Persian).
- Hashemipoor M, Morad M, Mojtabehi A. Comparative evaluation of clinical and histological findings in oral and maxillofacial diseases. *J Dent Shiraz Univ Med Sci* 2009; 10(1): 31-37 (Persian).
- Czerninski RN, Nadler C, Kaplan I, Regev E, Maly A. Comparison of clinical and histopathologic diagnosis in lesions of oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral* 2007; 103(4): e20.
- 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): 177-185.
- Forouzande A, Shahsavari F, Mahjoub M. Assessment of Correlation Between Clinical And Pathological Diagnoses In Oro-Maxillary Biopsies (A retrospective 6 year-study). *J Res Dent Sci* 2012; 8(4): 200-204.
- ZareMahmoodabadi R, Salehinejad J, Khjehahmadi S, Saghafi S, Javan A,

- Taherymoghadam S. Consistency rates of clinical and histopathologic diagnosis of mucocutaneous lesions in oral cavity. *J Mashhad Dent Sch* 2013; 36(4): 309-316 (Persian).
13. Fattahi H, Vosoughhosseini S, Moradzadeh Khiavi M, Mostafazadeh S, Gheisar A. Consistency Rates of Clinical Diagnosis and Histopathological Reports of Oral Lesions: A Retrospective Study. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect* 2014; 8(2): 111-113.
14. Saravani SH, Tavakoli amin M, Kadeh H. Compatibility Rate of Clinical and Histopathologic Diagnosis of Oral Lesions in Zahedan Dental School during 1999-2015. *Journal of Dental Material and Techniques* 2016; 5(3): 138-144.
15. Neville B, dam DD, Allen CM, Bouquet JB. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Elsevier; 2009. p. 400-416.
16. Shiva A, Mousavi SJ. Evaluation of dentist's knowledge about oral cancer in Sari-Iran in 2013. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(109): 177-184 (Persian).
17. Mohtasham N, Babakoochi Sh, Shiva A, Shadman A, Hesari K. Immunohistochemical study of p53, Ki-67, MMP-2 and MMP-9 expression at invasive front of squamous cell and verrucous carcinoma in oral cavity. *Pathol Res Pract* 2013; 209(2): 110-114.
18. Shiva A, Mousavi SJ. Epidemiologic Study of Oral and Paraoral Malignancies in Sari, Iran. *J Mashad Dent Sch* 2015; 38(4): 337-346.