ORIGINAL ARTICLE

Comparative Study of Histopathological Reports and Clinical Diagnosis of Oral Biopsies

Atena Shiva[1],
Farhad Sobouti[2]

[1] Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] 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, histhopathological finding, biopsy

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۴ دی سال ۱۳۹۵ (۶۴-۵۷)

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

آتنا شیوا[1]
فرهاد ثبوتی[2]

چکیده

سابقه و هدف: موثرترین راه برای رسیدن به یک تشخیص و در نهایت درمان صحیح در آسیب‌ها 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 روش‌ها: 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 پزشک معالج و تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژیک با استفاده از روش آماری کی دو، فیشر و کاپا مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: تشخیص های بالینی در ۷۷/۱ درصد موارد با تشخیص های هیستوپاتولوژیک منطبق بود. تشخیص کلینیکی درست در ضایعات بدخیم (۷۵ درصد) و بیش‌تر از ضایعات خوش‌خیم (۷۲/۷ درصد) بود. ضایعات مرکزی نسبت به ضایعات محیطی، بیش‌ترین درصد توافق را با ۸۱/۱ درصد داشتند که از بین آن ها نیز کیست رادیکولار با ضریب توافق ۹۲ درصد، بیش‌ترین 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 تشخیص‌های بالینی و گزارشات آسیب شناسی موید یکدیگر می‌باشند، اما رقم عدم تطابق نیز قابل توجه بوده و باید با راهکارهای مناسب به حداقل برسد.

واژه های کلیدی: تشخیص بالینی، بیوپسی، هیستوپاتولوژی

مقدمه

تشخیص صحیح ضایعات دهانی، کلید اولیه درمان موفق و نیازمند همکاری درست بین کلینیسین و پاتولوژیست است. ضایعات دهانی هرکدام دارای خصوصیات و شاخصه‌های بالینی و تاریخچه‌ای هستند که احاطه به این مشخصات، تشخیص بالینی این ضایعات را برای کلینیسین ممکن می‌سازد. با این وجود در تظاهرات بالینی انواع بیماری‌های دهان، تشابه زیادی وجود دارد که این تشابه امکان دسترسی به یک تشخیص قطعی را کاهش می‌دهد(۱). اصولی که در تشخیص صحیح بیماری های دهانی از آن استفاده می‌شود شامل بررسی تاریخچه و شکایت اصلی بیمار می‌باشد(۲). در تاریخچه دندانپزشکی یک بیماری

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

مولف مسئول: آتنا شیوا– ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی E-mail: atenashiva@yahoo.com
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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

مواردی هم‌چون سابقه درد، زخم، سوزش، خونریزی، لقی و تاخیر در رویش دندان، اختلال حسی و ... بررسی می‌شود(۳). سپس معاینات کلینیکی به صورت داخل و خارج دهانی و با بهره‌گیری از اصول معاینه هم‌چون مشاهده (Inspection)، لمس (palpation)، دق (percussion) و سمع (Ausculation) صورت می‌گیرد(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 آسیب‌ها و ضایعات دهانی، تهیه یک بیوپسی می‌باشد. بیوپسی به معنای برداشتن مقداری از نسج یک موجود زنده برای بررسی‌های تشخیصی (Diagnostic Examination) است که در مقایسه با سایر راه‌های تشخیص، دارای بالاترین دقت است. این روش در هرکجا که تشخیص قطعی مورد نظر باشد و روش کم ضررتر آزمایشگاهی مقصود ما را بر آورده نسازد، انجام می‌شود(۵).

مساله مشکل‌ساز برای بسیاری از کلینیسین‌ها، برخورد با ضایعاتی می‌باشد که به دلایلی همچون نمای کلینیکی مشابه و مشخص نبودن دقیق ویژگی‌ها و نشانه‌های بیماری، سبب خطا در تشخیص می‌شوند. 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 آسیب‌شناس ضروری است(۶). در تحقیقی که توسط حسین‌پور جاجرم در دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد، میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و آسیب شناسی ضایعات دهانی طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳، ۸۱/۲ درصد گزارش شد(۱).

در مطالعات دیهیمی و همکاران و هاشم‌پور و همکاران، میزان تطابق تشخیص ضایعات دهانی در دانشکده دندانپزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹ به ترتیب ۵۷ درصد و در دانشکده دندانپزشکی کرمان طی سال‌های 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(۱۰،۹). با توجه به این که رقم عدم تطابق در مطالعات پیشین قابل توجه و بررسی آسیب‌ها و ضایعات دهان، فک و صورت در اکثر موارد تنها با بررسی هیستوپاتولوژیک ضایعات ممکن می‌باشد، لذا این مطالعه گذشته نگر با هدف بررسی و تعیین میزان تطابق تشخیص‌های بالینی با آسیب شناسی در بیماران مراجعه‌کننده 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 می‌شوند، شناسایی گردد تا با ارائه راه‌کارهای مناسب، تاکید بیش‌تر بر روی نماهای کلینیکی برخی ضایعات و انطباق آن با تشخیص‌های آسیب‌شناسی، درمان‌های بهتری را برای بیماران ارائه داد.

مواد و روش ها

در این مطالعه گذشته‌نگر مقطعی وتوصیفی – تحلیلی، ۲۰۶ نمونه آسیب‌شناسی ضایعات دهانی بیوپسی شده به یک مرکز آسیب شناسی فک و دهان در ساری در طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۹۴ مورد بررسی قرارگرفتند. با استفاده از برگه‌هایی که به وسیله پزشک ارجاع‌دهنده کامل شده بود، اطلاعات بیماران شامل نام و نام خانوادگی، جنس، سن، محل و قوام ضایعه، محل آناتومیک ضایعه، روند بیولوژیک ضایعه (خوش‌خیم- 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 پرونده‌های بیماران استخراج شد و در فرم اطلاعاتی که بدین منظور تهیه گردید، وارد شد. مرور پرونده‌ها توسط یک نفر متخصص آسیب‌شناسی دهان، فک وصورت انجام گرفت.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

ضایعات به گروه‌های: نئوپلاسم بدخیم، اپی‌تلیالی، بزاقی، مزانشیمال، ادنتوژنیک، غیر ادنتوژنیک و پوستی- مخاطی دسته‌بندی شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار 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 هیستو پاتولوژیک تجزیه تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظرگرفته 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 ۰/۸۱±۳۹/۴ سال بود و مسن ترین بیمار ۸۶ سال سن و جوان‌ترین آن‌ها 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) قهوه‌ای تا سیاهرنگ بود. فراوان‌ترین دهه‌های 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 آن‌ها 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 خوش‌خیم و ۴ مورد (۲ درصد) آن‌ها 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 پاپیلوماتوز داشتند. ۸۲ مورد (۳۹/۸ درصد) از ضایعات بیوپسی شده توسط جراحان فک و صورت، ۲۴ مورد (۱۱/۶ درصد) توسط متخصصین بیماری‌های 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 می‌باشد.

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 درصد از موارد تطابق تشخیص بالینی و هیستولوژیک وجود داشته است. مقدار kappa در مردان ۷۷/۱ درصد ($p=۰/۰۳$) و در زنان ۷۶ درصد ($p=۰/۰۲۸$) حاصل شد که در هر دو جنس، تطابق تشخیص وجود داشته است.

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

لثه، بیش‌ترین تطابق با ۶۸/۵ درصد و ضایعات مرکزی نیز بیش‌ترین توافق ۸۱/۱ درصد در مورد ضایعات فک پایین بود. در مورد تعیین تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی به تفکیک روند بیولوژیکی می‌توان گفت که در ضایعات با روند خوش‌خیم 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 معنی‌داری در گروه‌های سنی مختلف مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

ضریب توافق عالی در تشخیص بالینی و گزارش هیستوپاتولوژیک مربوط به ضایعات صاف (۶۸/۳ درصد)، نامنظم (۵۹/۴ درصد)، زخمی (۶۸/۲ درصد)، لبوله و پاپیلوماتوز (۶۰) و زگیلی (۶۸) بود. به‌طور کلی انطباق بین تشخیص بالینی با تشخیص پاتولوژیک به این صورت بود که بیش‌ترین انطباق از ۷۰ مورد ضایعات ادنتوژیک در ۵۷ مورد (۸۱/۴ درصد) توافق و در ضایعات پوستی مخاطی از ۴۱ مورد، ۳۱ مورد (۷۵/۶ درصد) توافق وجود داشت. از ۵۹ مورد ضایعات مزانشیمال در ۴۰ مورد (۶۷/۷ درصد) توافق و از ۱۸ مورد ضایعات اپی‌تلیالی، ۱۱ مورد (۶۱/۱ درصد) توافق بین کلینیک و هیستوپاتولوژی وجود داشت. در مجموع ۸ ضایعه مربوط به غدد بزاقی بود که در ۵ مورد (۶۲/۵ درصد) توافق و از ۴ مورد ضایعات نئوپلازیک بدخیم، ۳ مورد (۷۵ درصد) توافق 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)، ژنژویت (۷۵ درصد) و فیبروما (۷۱/۴ درصد) بود و ضریب توافقی متوسط مربوط به پیوژنیک گرانولوم (۵۷/۸ درصد)، ژانت سل گرانولوم (۵۰ درصد)، اسکواموس پاپیلوما (۵۰ درصد)، فولیکول دندانی هایپرپلازیک (۵۰ درصد)، موکوسل (۶۶/۶ درصد) و ضریب توافقی ضعیف مربوط به پمفیگوس (۳۷/۵ درصد) و لیکنوییدراکسیون (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	تطابق	عدم تطابق	درصد کل	درصد تطابق	درصد عدم تطابق
A	ضایعات ادنتوژیک	۷۰	۵۷	۱۳	۳۳/۹	۸۱/۴	۱۸/۶
B	پوستی-مخاطی	۴۱	۳۱	۱۰	۱۹/۹	۷۵/۶	۲۴/۴
C	مزانشیمال	۵۹	۴۰	۱۹	۲۸/۶	۶۷/۷	۳۲/۳
D	اپی تلیالی	۱۸	۱۱	۷	۸/۷	۶۱/۱	۳۸/۲
E	بزاقی	۸	۵	۳	۳/۸	۶۲/۵	۳۷/۵
F	نئوپلاسم بدخیم	۴	۳	۱	۱/۹۲	۷۵	۳۵
G	غیرادنتوژنیک	۶	۳	۳	۲/۹	۵۰	۵۰

جدول شماره۲: شیوع کلی ضایعات محیطی‌دهان براساس بیوپسی‌های انجام شده و مقایسه تشخیص بالینی با گزارشات آسیب شناسی

تعداد کل بیوپسی های انجام شده	نوع ضایعه	تعداد تطابق	تعداد عدم تطابق	تقسیم‌بندی نوع ضایعات	درصد کل	درصد تطابق	درصد عدم تطابق
۲۵	کیست رادیکولار	۲۳	۲	A	۱۲/۱	۹۲	۸
۲۴	کیست فولیکولار	۲۲	۲	A	۱۱/۶	۹۱/۶	۸/۴
۲۲	لیکن پلان	۱۹	۳	B	۱۰/۶	۸۶/۳	۱۳/۷
۱۹	پیوژنیک گرانولوم	۱۱	۸	C	۹/۲	۵۷/۸	۴۲/۲
۱۵	اپولیس فیشراتوم	۱۲	۳	C	۷/۲	۸۰	۲۰
۱۴	فیروما	۱۰	۴	C	۶/۷	۷۱/۴	۲۸/۶
۱۰	لکوپلاکی	۷	۳	D	۴/۸	۷۰	۳۰
۸	گرانولوم پری اپیکال	۶	۲	A	۳/۹	۷۵	۳۵
۸	پمفیگوس	۳	۵	B	۳/۹	۳۷/۵	۶۲/۵
۸	اسکوموس پاپیلوما	۴	۴	D	۳/۹	۵۰	۵۰
۶	ژانت سل گرانولوم	۳	۳	C	۲/۹	۵۰	۵۰
۶	موکوسل	۴	۲	E	۲/۹	۶۶/۶	۳۳/۴
۶	فولیکول دندانی هایپرپلازیک	۳	۳	A	۲/۹	۵۰	۵۰
۵	OKC	۲	۳	A	۲/۴	۴۰	۶۰
۴	لیکوئید راکسیون	۱	۳	B	۲	۲۵	۷۵
۴	ژنژویت	۳	۱	C	۲	۷۵	۲۵
۳	SCC	۳	۰	F	۱/۴	۱۰۰	۰
۳	لیوما	۲	۱	C	۱/۴	۶۶/۶	۳۳/۴
۲	اسفانیگ فیروم	۱	۱	G	۰/۹	۵۰	۵۰
۲	استومیلیت	۲	۰	G	۰/۹	۱۰۰	۰
۱	استوما	۱	۰	G	۰/۴	۱۰۰	۰
۱	استوبلاستوما	۰	۱	G	۰/۴	۰	۱۰۰
۱	کیست ساده استخوانی	۰	۱	G	۰/۴	۰	۱۰۰
۱	کیست گورلین	۰	۱	A	۰/۴	۰	۱۰۰
۱	نووس	۱	۰	B	۰/۴	۱۰۰	۰
۱	پمفیگوئید بولوز	۰	۱	B	۰/۴	۰	۱۰۰
۱	پلومورفیک آدنوما	۰	۱	E	۰/۴	۰	۱۰۰
۱	ژانت سل فیروما	۱	۰	C	۰/۴	۱۰۰	۰
۱	سنگ غده بزاقی	۱	۰	E	۰/۴	۱۰۰	۰
۱	لیومیوسارکوما	۰	۱	F	۰/۴	۰	۱۰۰
۱	کیست نازوپالاتین	۱	۰	G	۰/۴	۱۰۰	۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

بحث

علم آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت حلقه ارتباطی علوم پایه و بالینی دندانپزشکی است. پیشرفت در این علم باعث درک بهتر پاتوژنز بیماری‌ها و شناخت راه‌های 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 نشانه‌های خاصی است که تشخیص سریع و درست را ممکن می‌سازد، اما برخی ضایعات دارای روند تشخیصی پیچیده‌تر بوده و در نتیجه شواهد بالینی به تنهایی برای تشخیص نهایی کافی نیست. آسیب‌های دهانی که در اکثر موارد دارای نماهای کلینیکی مشابهی هستند را می‌توان 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 می‌شود. همخوانی و تطابق بین تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی، 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 هاشمی‌پور ۶۴/۷ درصد(۸) و سراوانی نیز ۷۰/۱ درصد(۱۴) بیان شد که پایین‌تر از نتیجه تحقیق ما می‌باشد. هم‌چنین در تحقیق ما، تطابق تشخیص درست ضایعات ادنتوژنیک با بیش‌ترین درصد توافق۸۱/۴ درصد و ضایعات غیر ادنتوژنیک با ۵ درصد توافق، کم‌ترین 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 فروغی و همکارانش بود(۶).

هم‌چنین تشخیص ضایعات برجسته نیز بهتر از ضایعات مسطح بود که این نتیجه با داده‌های به دست آمده از مطالعه فروغی، دیهیمی و هاشمی پور همسو بود(۸-۶). در مطالعه حاضر، تطابق تشخیص بالینی با آسیب‌شناسی در ضایعات خوش‌خیم، بسیار بیش‌تر از ضایعات بدخیم بود که این نتیجه، مخالف با تحقیق فروغی و همکارانش می‌باشد(۶). در ضایعات بدخیم، تشخیص اولیه صحیح، نمونه‌برداری و تشخیص زودهنگام و در نهایت درمان بیمار کمک کننده است و درصورت عدم تشخیص به موقع بدخیمی‌های دهان در مراحل اولیه، این ضایعات گسترش یافته و موجب بدشکلی‌های غیرقابل ترمیم و اختلال در عملکرد عضو، همراه با ایجاد درد و ناراحتی و در نهایت به مرگ بیمار می‌انجامد(۱۶،۱۵). در نتیجه در تحقیق ما این نکته قوت محسوب می‌شود.

SCC شایع‌ترین بدخیمی دهان به ویژه در افراد مسن می‌باشد که در مردان ۴ درصد و در زنان ۲ درصد همه سرطان‌های دهان را شامل می‌شود(۱۸،۱۷) 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 می‌دهند که از این نظر، مشابه تحقیق فروغی و همکاران بود(۶). اما در مطالعه سراوانی و همکارانش، تعداد مردان از زنان بیش‌تر بود(۱۴). تطابق تشخیص صحیح در آسیب‌های مرکزی بیش‌تر از ضایعات محیطی بوده است که این نتیجه برخلاف نتیجه به‌دست آمده در مطالعه فروغی و همکاران می‌باشد(۶). علی‌رغم آن که در ضایعات مرکزی، نمای رادیوگرافیک مشابه می‌باشد و دسترسی به ضایعه از سطح ممکن نیست و همین امکان تشخیص کلینیکی صحیح را پایین می‌آورد، 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 بیش‌ترین تطابق تشخیصی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

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).

سپاسگزاری

بدین‌وسیله 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.

References

1. 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.
2. 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.
3. 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).
4. Eversole LR. Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment. 4th ed. USA: Shelton; 2011. p: 1-7.
5. 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.
6. 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).
7. 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).
8. Hashemipoor M, Morad M, Mojtahedi 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).
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. ZareMahmoodabadi R, Salehinejad J, Khjehahmadi S, Saghafi S, Javan A,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

Taherymoghadam S. Consistency rates of clinical and histopathologic diagnosis of mucoucutaneous 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. 3rd 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, Babakoohi 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]