

بررسی ۳۰ ساله‌ی همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک آسیب‌های اپی‌تلیال و مزانشیمال محیطی دهان در دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵

جهانشاه صالحی نژاد*، نصرالله ساغروانیان**، منور افضل آقایی***، رضا محمدیان****، نرگس قاضی*****

* دانشیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

** استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

*** متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

**** دندانپزشک

***** استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

بیان مساله: به طور معمول دانش و تجربه‌ی کافی و معاینه‌ی دقیق، به تشخیص بالینی مناسب می‌انجامد. با این وجود، آسیب‌ها با نمای بالینی همانند، تشخیص درست را مشکل می‌نمایند. بنابراین، بررسی هیستوپاتولوژیک جهت تایید تشخیص نهایی می‌تواند کمک کننده باشد.

هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک در آسیب‌های اپی‌تلیال و مزانشیمال دهان در یک دوره بررسی ۳۰ ساله (۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵) در دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود.

مواد و روش: درصد بود و نبود همخوانی میان تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک در ۶۲۵ آسیب اپی‌تلیال و ۲۴۸۰ آسیب مزانشیمال مقایسه شد. همچنین در موارد نبود همخوانی، اطلاعات بالینی همچون سن و جنس بیمار و محل بروز آسیب بررسی گردید. اطلاعات توسط آزمون‌های تی (T)، مان ویتنی (Mann-Whitney)، کای اسکوار (Chi-Square)، نسبت لایک هود (Likelihood ratio)، فیشر (Fisher's Exact) و کاپا (Kappa) واکاوی شدند.

یافته‌ها: همخوانی کلی میان تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک در ۷۱/۴ درصد موارد از آسیب‌های اپی‌تلیال مشاهده گردید. بیشترین همخوانی در کارسینوم سلول سنگفرشی و پاپیلوما به دست آمد. در ۵۷/۱ درصد آسیب‌های مزانشیمال، تشخیص‌ها همخوانی کلی را نشان دادند. دنجر هایپرپلازی، اپولیس فیشوراتوم و تومور حاملگی به ترتیب بیشترین همخوانی را داشتند.

نتیجه‌گیری: با وجودی که بررسی هیستوپاتولوژی به تشخیص نهایی آسیب‌های دهانی می‌انجامد، در برخی موارد جهت به حداقل رساندن نبود همخوانی، ارایه‌ی رویکردهای مناسب و توجه بیشتر به نمای بالینی آسیب‌ها به ویژه در موارد با تظاهر بالینی غیراختصاصی ضروری است.

واژگان کلیدی: تشخیص هیستوپاتولوژیک، آسیب اپی‌تلیال، آسیب مزانشیمال

درآمد

جهت ارزیابی تشخیص درست، افزون بر معاینه‌ی بیمار و استفاده از آزمون‌های پاراکلینیکی همچون بیوپسی از آسیب، داشتن علم و آگاهی کافی در خصوص آسیب‌های دهانی امری ضروری است. شباهت‌ها و داشتن نشانه‌های بالینی نزدیک به هم در برخی آسیب‌ها، دندانپزشکان را بر آن می‌دارد که راهکارهای نوینی جهت رسیدن به تشخیص بالینی مناسب‌تر ارائه کنند. با وجود آن که تشخیص نهایی آسیب‌های دهان، فک و صورت توسط بیوپسی از آسیب و بررسی آن توسط آسیب شناس تأیید می‌شود، ولی در مواردی یافته‌های هیستوپاتولوژیک مبهم بوده و با آسیب‌های متفاوتی همخوانی دارد که در چنین مواردی نیاز آسیب‌شناس به در نظر گرفتن تشخیص‌های افتراقی مطرح شده توسط درمانگر بیشتر آشکار می‌شود^(۱). بنابراین، بررسی همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک آسیب‌های دهانی جهت ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان از ویژگی‌های بالینی آسیب‌ها و تشخیص افتراقی آنها از یکدیگر ضرورت دارد. از سویی دیگر، در برخی موارد نبود همخوانی تشخیصی می‌تواند توجه درمانگرها را به این نکته جلب نماید که در صورت رویارو شدن با این آسیب‌ها تنها بر پایه‌ی تشخیص بالینی، اقدام به درمان نمایند. همچنین بیشتر اطلاعاتی که در مورد آسیب‌های موجود است بر پایه‌ی آمارهای دیگر کشورها بوده، که این امر ضرورت بررسی دقیق آسیب‌ها را در ایران نشان می‌دهد. در همین راستا، بررسی کنونی در جهت شناسایی آسیب‌هایی که در تشخیص آغازین توسط درمانگر با مشکل رویارو می‌شوند، انجام گردید تا با ارزیابی راهکارهای مناسب همچون توجه بیشتر به خصوصیات بالینی آسیب، محل بروز آن و سن بیمار بتوان نبود همخوانی را به حداقل رساند.

در پژوهش‌های دیپیمی و همکاران^(۲) و هاشمی‌پور و همکاران^(۳)، میزان همخوانی تشخیصی آسیب‌های دهانی در دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹ و در دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ به ترتیب ۵۷ و ۶۵ درصد بود. زرنینسکی (Czeminski) و همکاران^(۴) نیز، این همخوانی را ۷۸ درصد و ماکان (Macan) و همکاران^(۵) در پژوهشی دیگر آن را ۷۰ درصد گزارش کرد. طی این پژوهش گذشته نگر، میزان همخوانی داشتن و نداشتن تشخیص‌های

آغازین (بالینی) و نهایی (آسیب شناسی) در آسیب‌های اپی‌تلیال و مزانشیمال دهان و رابطه‌ی موارد نبود همخوانی با جنس و سن بیمار و محل بروز آسیب در دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی شد.

مواد و روش

در این پژوهش توصیفی-تحلیلی گذشته نگر، دفاتر بایگانی بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد در یک دوره‌ی ۳۰ ساله (طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵) بررسی و موارد مربوط به آسیب‌های اپی‌تلیال و مزانشیمال (محیطی) استخراج شد. همه‌ی نمونه‌های مورد بررسی از بخش‌های گوناگون دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد به بخش آسیب‌شناسی ارجاع داده شده بودند. مواردی که تشخیص بالینی مشخصی نداشتند از بررسی کنار گذاشته شده و نمونه‌هایی که دارای تشخیص هیستوپاتولوژیک مشخصی نبودند دوباره توسط دو آسیب‌شناس بازبینی گردید و در صورت تشخیص نهایی جزو نمونه‌های مورد بررسی قرار داده شد. برگه‌های ارسالی بیماران از بخش‌های گوناگون دانشکده‌ی دندانپزشکی که توسط شخص انجام دهنده‌ی بیوپسی تکمیل شده بود و شامل مشخصات فردی (نام، نام خانوادگی، سن و جنس بیمار)، محل برداشت بیوپسی و تشخیص آغازین (بالینی) بود، بررسی گردید. سپس، به برگه‌های آسیب‌شناسی بیماران که در آنها تشخیص هیستوپاتولوژیک آسیب‌های نوشته شده بود، مراجعه گردید و تشخیص آسیب‌های بافت آسیب‌های بالا با تشخیص بالینی مقایسه بود و نبود همخوانی مشخص شد. لازم به یادآوری است، که در مواردی که تشخیص بالینی شامل چند تشخیص افتراقی بود، تشخیص افتراقی نخست، جهت بررسی همخوانی در نظر گرفته شد.

آسیب‌های دهانی مورد بررسی در این پژوهش از نظر توزیع فراوانی آسیب شناسی به تفکیک جایگاه آسیب به نواحی زیر بخش شدند: ۱- مخاط آلوئول و لثه‌ی خلف فک بالا (سمت راست)، ۲- مخاط آلوئول و لثه‌ی قدام فک بالا، ۳- مخاط آلوئول و لثه‌ی خلف فک بالا (سمت چپ)، ۴- مخاط آلوئول و لثه‌ی خلف فک پایین (سمت چپ)، ۵- مخاط آلوئول و لثه‌ی قدام فک پایین، ۶- مخاط آلوئول و لثه‌ی خلف فک پایین (سمت راست)، ۷- گونه، ۸- زبان، ۹- کف دهان، ۱۰- کام، ۱۱- لب پایین،

توزیع فراوانی آسیب‌های اپی‌تلیال به تفکیک همخوانی بالینی و آسیب‌شناسی در جدول ۱ آورده شده است.

آسیب‌های مزانشیمال ارجاع شده به بخش آسیب‌شناسی در مجموع ۲۴۸۰ بود که در ۵۷/۱ درصد موارد همخوانی تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک وجود داشت. در بررسی توزیع فراوانی این آسیب‌ها به منظور همخوانی تشخیصی، بیشترین همخوانی به ترتیب در دنچر هایپرپلازی و اپولیس فیشوراتوم (۹۴/۵ درصد) و تومور حاملگی (۸۴/۳ درصد) و کمترین همخوانی در ژانت سل فیروما (صفر درصد)، فیرو اپی‌تلیال پولیپ (۱۱/۶ درصد) و نوروفیروما (۲۰/۸ درصد) دیده شد. به گونه‌ی کلی، هایپرپلازی‌های آماسی شمار زیادی از آسیب‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. شایع‌ترین آسیب مزانشیمال در پژوهش کنونی ژانت سل گرانولومای محیطی با همخوانی تشخیصی ۶۵/۳ درصد بود. همچنین آسیب‌های تومورال بافت همبند نسبت به شبه تومورهای آن شیوع کمتری داشتند که در میان آن‌ها لیوم و آسیب‌های همانژیوما، لنفانژیوما و مالفورماسیون‌های عروقی بیشترین درصد همخوانی را نشان دادند. جدول ۲، شمار هر یک

جدول ۲ توزیع فراوانی آسیب‌های مزانشیمال دهان به تفکیک همخوانی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی (طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵)

| نام آسیب | همخوانی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی | شمار (درصد) | شمار کل آسیب‌ها |
|---|-----------------------------------|-------------|-----------------|
| فیبروم تحریکی - اپولیس فیروماتوز | ۲۶۷ (۶۹/۹) | ۳۸۲ | |
| دنچر هایپرپلازی - اپولیس فیشوراتوم | ۳۷۸ (۹۴/۵) | ۴۰۰ | |
| ژانت سل گرانولومای محیطی | ۴۱۹ (۶۵/۳) | ۶۴۲ | |
| پیوژنیک گرانولوما | ۱۷۷ (۴۷/۳) | ۳۷۴ | |
| تومور حاملگی | ۴۳ (۸۴/۳) | ۵۱ | |
| فیرومای کلسیفیه‌ی محیطی | ۴۰ (۱۵/۸) | ۲۵۳ | |
| فیرواپی تلیال پولیپ | ۲۲ (۱۱/۶) | ۱۸۹ | |
| ژانت سل فیروما | ۰ (۰) | ۲۸ | |
| لیوم | ۸ (۸۸/۹) | ۹ | |
| فیرولیوم - آنژیولیوم | ۰ (۰) | ۵ | |
| لیوئید پروتینوز | ۲ (۱۰۰) | ۲ | |
| شوانوما - نوروما | ۱۰ (۴۱/۷) | ۲۴ | |
| نوروفیروما | ۵ (۲۰/۸) | ۲۴ | |
| گرانولار سل تومور | ۰ (۰) | ۵ | |
| اپولیس مادرزادی | ۵ (۱۰۰) | ۵ | |
| همانژیوما - لنفانژیوما - مالفورماسیون عروقی | ۲۳ (۶۵/۷) | ۳۵ | |
| واریکوزیس و واریس | ۳ (۶۰/۰) | ۵ | |
| آنژیوفیروم | ۰ (۰) | ۷ | |
| میگزوفیروم | ۴ (۳۳/۴) | ۱۲ | |
| اپولیس گرانولوماتوز | ۸ (۵۰/۰) | ۱۶ | |
| تروماتیک نوروما | ۳ (۵۰/۰) | ۶ | |
| فیروسارکوم | ۰ (۰) | ۶ | |

۱۲- لب بالا. سپس، توزیع فراوانی آسیب‌ها در موارد نبود همخوانی بالینی و هیستوپاتولوژیک به تفکیک محل آسیب (بیشترین ناحیه‌ی درگیر)، سن و جنس بیمار بررسی شد. برای متغیرهای کمی، نمایه‌های مرکزی و پراکندگی و برای متغیرهای کیفی، درصد فراوانی تعیین شد. جهت بررسی سن در موارد نبود همخوانی تشخیصی، در صورت طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون تی و در صورت غیر طبیعی بودن از آزمون من-ویتنی استفاده شد. ارتباط دو متغیر جنس و نبود همخوانی توسط آزمون کای اسکوار بررسی گردید. در صورتی که شرط حجم نمونه برای استفاده از آزمون بالا برقرار نبود، آزمون‌های نسبت لایک هود (Likelihood Ratio) و یا فیشر به کار برده شد. برای تعیین ضریب همخوانی، از آزمون کاپا استفاده گردید.

یافته‌ها

در مجموع، شمار آسیب‌های اپی‌تلیالی مورد بررسی طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵، ۶۲۵ مورد بود که در ۷۱/۴ درصد موارد همخوانی، تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی وجود داشت. بیشترین موارد همخوانی تشخیصی به ترتیب در کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) (۸۴/۸ درصد)، پاپیلوما (۷۹ درصد)، انواع نووس (۷۸/۵ درصد)، لکوپلاکیا (۷۳/۸ درصد) و کمترین مورد در تغییرات اپی‌تلیالی (پاراکراتوز، هایپرکراتوز و آکاتوز) با همخوانی ۱۶/۷ درصد مشاهده شد. در پژوهش کنونی، شایع‌ترین آسیب اپی‌تلیالی کارسینوم سلول سنگفرشی بود.

جدول ۱ توزیع فراوانی آسیب‌های اپی‌تلیال دهان به تفکیک همخوانی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی (طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵)

| نام آسیب | همخوانی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی | شمار (درصد) | شمار کل آسیب‌ها |
|--|-----------------------------------|-------------|-----------------|
| پاپیلوما | ۴۹ (۷۹/۰) | ۶۲ | |
| اپی‌تلیال هایپرپلازی کانونی (بیماری هک) | ۸ (۱۹/۵) | ۴۱ | |
| پاراکراتوز - هایپرکراتوز - کراتوز - آکاتوز | ۵ (۱۶/۷) | ۳۰ | |
| کراتوز سبوریک | ۰ (۰) | ۵ | |
| ماکول ملانوتیک | ۹ (۸۱/۸) | ۱۱ | |
| پیگماتاسیون فیروپولوزیک | ۶ (۷۵) | ۸ | |
| انواع نووس | ۷۳ (۷۸/۵) | ۹۳ | |
| لکوپلاکیا | ۴۵ (۷۳/۸) | ۶۱ | |
| استوماتیت نیکوتینیک | ۲ (۱۰۰) | ۲ | |
| کراتوآکانتوما | ۱ (۲۵) | ۴ | |
| کارسینوم سلول سنگفرشی | ۲۲۴ (۸۴/۸) | ۲۶۴ | |
| وروکوس کارسینوما | ۱۹ (۴۸/۷) | ۳۹ | |
| ملانوما | ۵ (۱۰۰) | ۵ | |

جدول ۳ توزیع فراوانی نبود همخوانی تشخیص بالینی و آسیب شناسی شایع‌ترین آسیب‌های اپی‌تلیال به تفکیک بیشترین ناحیه‌ی درگیر، جنس و میانگین سنی

| نام آسیب | بیشترین ناحیه‌ی درگیر* | جنس | | میانگین سنی |
|---|------------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| | | مذکر (درصد) شمار | مونث (درصد) شمار | |
| پاپیلوما | ۴ | ۵ (۱۷/۲) | ۸ (۲۵/۰) | ۳۳/۳۳ |
| اپی‌تلیال هایپرپلازی کانونی (بیماری هک) | ۱، ۲، ۴، ۷ و ۱۰ | ۱۱ (۸۴/۶) | ۲۲ (۸۱/۵) | ۴۵/۲۸ |
| پاراکراتوز- هایپرکراتوز- آکانتوز | ۱، ۵، ۶، ۹ و ۱۱ | ۱۳ (۸۱/۳) | ۱۲ (۸۵/۷) | ۴۴/۰۸ |
| انواع نووس | ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ | ۶ (۳۴/۰) | ۱۴ (۲۰/۶) | ۳۳/۶۰ |
| کارسینوم سلول سنگفرشی | ۱ و ۱۲ | ۲۰ (۱۴/۸) | ۲۰ (۱۵/۵) | ۸۵/۳۱ |
| لکوپلاکیا | ۱ و ۳ | ۱۲ (۲۸/۶) | ۴ (۲۱/۱) | ۶۱/۱۳ |

* ۱- مخاط آلتونول و لته‌ی خلف فک بالا (سمت راست)، ۲- مخاط آلتونول و لته‌ی قدام فک بالا، ۳- مخاط آلتونول و لته‌ی خلف فک بالا (سمت چپ)، ۴- مخاط آلتونول و لته‌ی خلف فک پایین (سمت چپ)، ۵- مخاط آلتونول و لته‌ی قدام فک پایین، ۶- مخاط آلتونول و لته‌ی خلف فک پایین (سمت راست)، ۷- گونه، ۸- زبان، ۹- کف دهان، ۱۰- کام، ۱۱- لب پایین، ۱۲- لب بالا

از این آسیب‌ها و موارد همخوانی تشخیصی بالینی و آسیب‌شناسی را به تفکیک نشان می‌دهد. کمترین همخوانی تشخیصی در آسیب‌های اپی‌تلیال در سیوریک کراتوز و تغییرات اپی‌تلیالی (پاراکراتوز، هایپرکراتوز و آکانتوز) و در آسیب‌های مزانشیمال در زانت سل فیبروما دیده شد. سپس، توزیع فراوانی آسیب‌های اپی‌تلیالی و مزانشیمی (مواردی که بیشتر از ۲۰ مورد بوده و از لحاظ آماری قابل بررسی بودند) در موارد نبود همخوانی بالینی و هیستوپاتولوژیک به تفکیک محل آسیب (بیشترین ناحیه‌ی درگیر)، سن و جنس بیمار بررسی شد. پس از بررسی آسیب‌های یاد شده به تفکیک جنسیت، تنها زانت سل گرانولومای محیطی ارتباط معنادار را نشان داد که ($p = ۰/۰۱۸$) که در جنس مونث این ارتباط بیشتر بود. در بررسی توزیع فراوانی آسیب‌های به تفکیک سن، در اپی‌تلیال هایپرپلازی کانونی بیماری هک ($p = ۰/۰۰۱$) و

لکوپلاکیا ($p = ۰/۰۰۹$) ارتباط معنادار دیده شد که به ترتیب در دهه‌ی ۴ و ۶ بیشترین بروز را داشتند (جدول ۳ و ۴).

بحث

همان‌گونه که پیشتر اشاره شد، افزایش آگاهی درمانگرها از آسیب‌های فک، دهان و صورت گامی مهم در جهت تشخیص بالینی مناسب‌تر است. در بیشتر موارد، تشخیص نهایی با بررسی هیستوپاتولوژیک مشخص می‌شود. گاهی نمای میکروسکوپی آسیب‌ها به گونه‌ی کامل تشخیصی است ولی در مواردی یافته‌های هیستوپاتولوژیک مبهم بوده و با آسیب‌های متفاوتی همخوانی می‌یابد که در چنین مواردی نیاز آسیب‌شناس به در نظر گرفتن تشخیص‌های افتراقی مطرح شده توسط درمانگر بیشتر آشکار می‌شود^(۱). فرانکلین (Franklin) و همکاران، در پژوهشی

جدول ۴ توزیع فراوانی نبود همخوانی تشخیص بالینی و آسیب شناسی شایع‌ترین آسیب‌های مزانشیمال به تفکیک بیشترین ناحیه‌ی درگیر، جنس و میانگین سنی

| نام آسیب | بیشترین ناحیه‌ی درگیر* | جنس | | میانگین سنی |
|--|--------------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| | | مذکر (درصد) شمار | مونث (درصد) شمار | |
| فیبروم تحریکی- ایولیس فیبروماتوز | ۴ | ۳۸ (۲۶/۲) | ۷۷ (۳۲/۸) | ۳۹/۶۸ |
| دنجر هایپرپلازی- ایولیس فیشراتوم | ۱ | ۳ (۲/۵) | ۱۹ (۵/۹) | ۴۵/۵۹ |
| زانت سل گرانولومای محیطی | ۲ | ۹۹ (۳۰/۹) | ۱۲۴ (۳۸/۹) | ۳۰/۹۹ |
| پیوژنیک گرانولوما | ۷ | ۷۱ (۵۱/۹) | ۱۲۷ (۵۳/۷) | ۲۹/۶۴ |
| تومور حاملگی | ۵ | ۰ | ۸ (۱۵/۷) | ۲۴ |
| فیبرومای کلسیفیه‌ی محیطی | ۷، ۱۰ و ۱۲ | ۸۳ (۸۵/۵) | ۱۳۰ (۸۳/۳) | ۲۶/۷۶ |
| فیبرو اپی‌تلیال پولیپ | ۲، ۳، ۵، ۶، ۹ و ۱۲ | ۶۳ (۸۸/۶) | ۱۰۴ (۸۹/۰) | ۴۲/۵۲ |
| زانت سل فیبروما | همه‌ی نواحی به جز ۹ و ۱۲ | ۱۴ (۱۰۰) | ۱۴ (۱۰۰) | ۳۲/۹۲ |
| شوانوما- نوروما | ۳، ۵، ۷، ۱۰ و ۱۲ | ۷ (۵۳/۸) | ۷ (۶۳/۶) | ۲۶/۹۲ |
| نوروفیبروما | ۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۱ و ۱۲ | ۶ (۶۶/۶) | ۱۳ (۸۶/۷) | ۲۹/۵۰ |
| همانژیوما- لنفاژیوما- مالفورماسیون عروقی | ۱۰ | ۵ (۳۳/۳) | ۷ (۳۵/۰) | ۲۲/۸۳ |

* ۱- مخاط آلتونول و لته‌ی پشتی فک بالا (سمت راست)، ۲- مخاط آلتونول و لته‌ی پیشین فک بالا، ۳- مخاط آلتونول و لته‌ی پشتی فک بالا (سمت چپ)، ۴- مخاط آلتونول و لته‌ی پشتی فک پایین (سمت چپ)، ۵- مخاط آلتونول و لته‌ی پشتی فک پایین، ۶- مخاط آلتونول و لته‌ی پشتی فک پایین (سمت راست)، ۷- گونه، ۸- زبان، ۹- کف دهان، ۱۰- کام، ۱۱- لب پایین، ۱۲- لب بالا

هایپرپلازی‌های آماسی شمار زیادی از آسیب‌ها را در بر می‌گیرد (۵۳/۹ درصد) که با بررسی‌های دیگر همخوانی دارد (۳ و ۸). در پژوهش داس (Das) و همکاران نیز، هایپرپلازی لثه‌ای پس از کیست‌ها و تومورها شایع‌ترین گروه آسیب‌ها را به خود اختصاص داد (۱۱). در میان آسیب‌های هایپرپلازی آماسی، دنچر هایپرپلازی و اپولیس فیسوراتوم بیشترین همخوانی تشخیصی را نشان دادند (۹۴/۵ درصد). ژانت سل گرانولومای محیطی با همخوانی تشخیصی ۶۵/۳ درصد، شایع‌ترین آسیب هایپرپلازی آماسی مورد بررسی است. شیوع بالای ژانت سل گرانولومای محیطی در دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد و درصد موارد همخوانی تشخیصی کم آن نسبت به دیگر هایپرپلازی‌های آماسی، لزوم توجه بیشتر درمانگرها به این آسیب را در معاینه‌های بالینی آشکار می‌سازد.

تومور حاملگی در پژوهش کنونی، درصد همخوانی تشخیص بالینی و آسیب شناسی بالایی را نشان داد (۸۴/۳ درصد). همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، می‌توان دریافت که فیبرو اپی‌تلیال پولپ با همخوانی تشخیصی بسیار پایین (۱۱/۶ درصد) همراه است که در موارد نبود همخوانی، تشخیص پیوژنیک گرانولوما به جای این آسیب بیشترین توزیع فراوانی را نشان داد که دور از انتظار نیست. در این پژوهش، در دو مورد اختلاف آشکاری با بررسی هاشمی‌پور و همکاران دیده می‌شود (۳). در پژوهش کنونی، پیوژنیک گرانولوما (۳۷۴ مورد) و فیبرومای کلسیفیه‌ی محیطی (۲۵۳ مورد) به ترتیب همخوانی تشخیصی ۴۷/۳ و ۱۵/۸ درصد داشتند، در صورتی که در بررسی یاد شده آسیب‌های بالا به ترتیب با شمار ۵۷ و ۱۷ مورد، ۹۰/۵ و ۸۹/۵ درصد همخوانی را نشان دادند. به جهت آنکه پژوهش کنونی یک بررسی ۳۰ ساله بوده، ممکن است این اختلاف به علت شمار بسیار بالاتر نمونه‌ها باشد. بیشترین مواردی که در افتراق با پیوژنیک گرانولوما در موارد نبود همخوانی توسط درمانگر مطرح شده بود، ژانت سل گرانولومای محیطی و پس از آن فیبروم تحریکی و در مورد فیبرومای کلسیفیه‌ی محیطی بیشترین آسیب مطرح شده پیوژنیک گرانولوما و پس از آن فیبروم تحریکی است. آسیب‌های تومورال بافت همبند نسبت به شبه تومورهای آن شیوع کمتری دارند. در میان این آسیب‌ها، لیپوم (۸۸/۹ درصد) و همانژیوما، لنفانژیوما و مالفورماسیون‌های عروقی (۶۵/۷ درصد) بیشترین درصد همخوانی را نشان دادند که می‌تواند به دلیل

در انگلستان ارایه شده توسط دندانپزشکان عمومی افزایش یافته است که نیاز دندانپزشکان را به تأیید تشخیص هیستوپاتولوژی آسیب‌ها نشان می‌دهد (۶).

ویلیامز و همکاران، در پژوهشی ۲۰ ساله بر روی همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژی، با آگاهی‌رسانی در این زمینه توانستند تشخیص‌های درست بالینی را افزایش دهند، در صورتی که تشخیص‌های نامناسب ثابت باقی ماند (۷). در بررسی کنونی، همخوانی کلی میان تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژی در آسیب‌های اپی‌تلیال و مزانشیمال به ترتیب ۷۱/۴ و ۵۷/۱ درصد بود. همان‌گونه که در آغاز گفته شد در بررسی‌های دیگر، میزان همخوانی در محدوده‌ی ۵۷ تا ۷۸ درصد گزارش شده است (۴-۱). لازم به یادآوری است، که در پژوهش کنونی شمار بیشتری از آسیب‌ها و در دوره‌ی طولانی‌تری (۳۰ سال) بررسی گردید.

در مورد آسیب‌های خوش خیم اپی‌تلیال، بیشترین همخوانی تشخیصی در پاپیلوما (۷۹ درصد)، انواع نووس (۷۸/۵ درصد) و لکوپلاکیا (۷۳/۸ درصد) دیده شد که با پژوهش هاشمی‌پور و همکاران، در بررسی هماهنگی تشخیصی بر پایه‌ی رنگ آسیب‌ها همخوانی دارد (۳). در پژوهش زمینسکی نیز، پاپیلوما بیشترین درصد همخوانی را در میان آسیب‌ها نشان داد (۴). بیشترین موارد نبود همخوانی در آسیب‌های خوش خیم اپی‌تلیالی مربوط به تغییرات اپی‌تلیالی (پارااکراتوز- هایپرکراتوز- آکانتوز) است. همخوانی نداشتن بالای این آسیب‌ها شاید به علت تغییرات گوناگون اپی‌تلیالی باشد که تشخیص را برای درمانگر دشوار می‌کند. در موارد همخوانی نداشتن این آسیب‌ها در ۵۶ درصد موارد، لیکن پلان به عنوان تشخیص آغازین (بالینی) مطرح شده بود. در میان آسیب‌های بدخیم اپی‌تلیالی، کارسینوم سلول سنگفرشی و وروکوس کارسینوما بیشترین درصد همخوانی را داشتند که با یافته‌های حسین‌پور و محتشم در مورد کارسینوم سلول سنگفرشی همخوانی دارد (۸). به گونه‌ی کلی کارسینوم سلول سنگفرشی بیشترین شمار (۲۶۴ مورد) را در میان همه‌ی آسیب‌های اپی‌تلیالی به خود اختصاص داده است. در پژوهش ناکاده (Nakade) و همکاران نیز، کارسینوم سلول سنگفرشی بیشترین شیوع را در میان آسیب‌های بدخیم اپی‌تلیالی نشان داد (۹). در پژوهشی دیگر نیز شایع‌ترین بدخیمی، کارسینوم سلول سنگفرشی (۶۷ درصد) گزارش شده است (۱۰).

در بررسی آسیب‌های مزانشیمال مشاهده گردید که

تشخیص‌ها دور از ذهن نیست. به هر حال از محدودیت‌های پژوهش کنونی، نبود شمار نمونه‌های کافی در مورد برخی آسیب‌هاست.

نتیجه‌گیری

پس از بررسی موارد با حجم نمونه‌ی کافی (بیشتر از ۲۰ مورد)، به جز در مورد ژانت سل فیبروما ($p = ۰/۸۴$)، در دیگر آسیب‌های اپی‌تلیال و مزانشیمال همخوانی معنادار دیده شد ($p = ۰/۰۰۰۱$). در مورد برخی از آسیب‌های مورد بررسی با نبود همخوانی تشخیصی بالاتر، توجه بیشتر لازم به نظر می‌رسد. دقت در نمای بالینی آسیب، سن، جنسیت بیمار و محل بروز آسیب در برخی موارد می‌تواند کمک کننده باشد. برخی آسیب‌ها، نمای بالینی همانند و یا غیر اختصاصی دارند که در این موارد، بررسی آسیب‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد و به تشخیص قطعی این موارد می‌انجامد.

سپاسگزاری

این پژوهش با تایید و پشتیبانی مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است که به این وسیله مراتب سپاسگزاری از این مرکز اعلام می‌گردد.

نشانه‌های بالینی مشخص باشد. ژانت سل فیبروما در ۱۰۰ درصد موارد نبود همخوانی را نشان داد که در ۵۸/۱ درصد موارد، فیبروم تحریکی به جای این آسیب مطرح شده بود. در مواردی نیز پاپیلوما به جای این آسیب مطرح شده بود که بر اساس نظر نپ (Gnepp) این آسیب در تشخیص افتراقی مطرح است^(۱۴).

نوروفیبروما، درصد نبود همخوانی تشخیصی بالا (۷۹/۲ درصد) را پس از ژانت سل فیبروما نشان داد. ژانت سل گرانولومای محیطی، فیبروم تحریکی و لیپوم هر یک با ۱۵/۸ درصد بیشترین تشخیص‌های بالینی بودند که در موارد نبود همخوانی مشاهده گردیدند. همچنین، فیبروم تحریکی و لیپوم در ۲۱/۴ درصد موارد به جای شوانوما به عنوان تشخیص آغازین مطرح شدند.

به گونه‌ی کلی، فیبروسارکوم یک بدخیمی نادر بافت نرم بوده و تنها در ۱۰ درصد موارد در سر و گردن ایجاد می‌شود^(۱۲ و ۱۳). در این پژوهش نیز این آسیب درصد کمی (۶ مورد) را به خود اختصاص داده است که در ۱۰۰ درصد موارد نبود همخوانی تشخیصی در مورد این آسیب وجود داشت. دو مورد از تشخیص‌های بالینی مطرح شده، لنفوم و کارسینوم سلول سنگفرشی هستند که با توجه به بدخیم بودن این دو آسیب، این

References

1. Ghasemi Moridani SH, Mohtasham Amiri Z, Sazesh SF. Correlation between clinical and histopathological diagnosis of oral lesions surgery in the city of Rasht (2000-2002). *JIDA* 2005; 17: 95-99.
2. 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 1370-1379. *Beheshti Univ Dent J* 2004; 22: 38-48.
3. Hashemioor M, Morad M, Mojtahedi A. Comparative evaluation of clinical and histological findings in oral and maxillofacial diseases. *Shiraz Univ Dent J* 2009; 10: 31-37.
4. 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 Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(40): e20.
5. Macan D, Kobler P, Knezević G, Grgurević J, Svajhler T, Krmpotić I, et al. Comparison of clinical and histopathological diagnosis in oral surgery. *Acta Stomatol Croat* 1991; 25: 177-185.
6. 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; 200: 447-450.
7. Williams HK, Hey AA, Browne RM. The use by general dental practitioners of an oral pathology diagnostic service over a 20-year period: the Birmingham Dental Hospital experience. *Br Dent J* 1997; 182: 424-429.
8. 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 Dent Mashhad Univ Med Scien* 2006; 30: 47-54.
9. Nakade O, Ohuchi T, Seki C, Kanno H, Abe H, Kaku T, Okuyama T. Survey of histopathological diagnostic services in the Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Higashi-Nippon-Gakuen University, 1979-1989. *Higashi Nihon Shigaku Zasshi* 1989; 8: 39-46.
10. Tay AB. A 5-year survey of oral biopsies in an oral surgical unit in Singapore: 1993-1997. *Ann Acad Med Singapore* 1999; 28: 665-671.
11. Das SN, Brave VR, Shetty RP. A survey of 4478 biopsy specimens of oral lesions. *J Pierre Fauchard Acad* 1994; 8: 143-147.
12. Neville BW, Damm DP, Allen CH, Bougout JE. *Oral and Maxillofacial pathology*. 2nd ed., Philadelphia: W.B Saunders; 2008. p. 553.
13. Regezi JA, Sciubba J, Jordan RCK. *Oral pathology clinical pathology correlation*. 5th ed., California: Saunders Co; 2008. p. 164.
14. Gnepp DR. *Diagnostic surgical pathology of the head oral neck*. 1st ed., Philadelphia: Saunders; 2002. p.194.