

## بررسی میزان توافق تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی در بیماران مراجعه‌کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی شیراز ( ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ )

زهره جعفری اشکاوندی\*، گیثا رضوانی\*، حیدر علی مردانی فرد\*\*

\* استادیار گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز  
\*\* استادیار گروه آمار، گروه آمار دانشکده‌ی علوم، دانشگاه یاسوج

### چکیده

**بیان مساله:** تشخیص درست، نخستین گام در درمان بیماری است. همخوانی تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی، بیان‌کننده‌ی دیدگاه درست جراح و آسیب‌شناس در تشخیص بیماری است.

**هدف:** این پژوهش، با هدف بررسی میزان همخوانی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی آسیب‌های دهان، فک و صورت در بیماران مراجعه‌کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ انجام گرفت.

**مواد و روش:** این بررسی به صورت تحلیلی و گذشته‌نگر با استفاده از ۶۱۳ پرونده‌ی مربوط به بیماران مراجعه‌کننده به بخش آسیب‌شناسی در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ انجام شد. اطلاعات مربوط به سن، جای آسیب و تخصص پزشک جراح استخراج و با استفاده از آزمون کای دو و نرم افزار SPSS 15 واکاوی گردید.

**یافته‌ها:** در ۸۱ درصد از موارد، تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی ضایعه با هم همخوانی داشت. بیشترین هماهنگی تشخیص در دهه‌ی هشتم و کمترین آن در دهه‌ی نخست به دست آمد. بیشترین میزان هماهنگی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی در مخاط و استیوول و کمترین آن در ناحیه‌ی کام دیده شد. موکوسل و آسیب‌های واکنشی بافت نرم بیشتر از دیگر آسیب‌ها و تومورهای خوش‌خیم غیر ادنتوژنیک و آسیب‌های اپی‌تلیالی کمتر از همه به صورت بالینی تشخیص داده شدند.

**نتیجه‌گیری:** بر پایه‌ی نتایج به دست آمده از این بررسی، افزایش آموزش‌های لازم، دقت بیشتر پزشکان به نشانه‌های بالینی و تعامل هر چه بیشتر جراح و آسیب‌شناس برای تشخیص و درمان بهتر بیماران لازم است.

**واژگان کلیدی:** تشخیص بالینی، آسیب‌شناسی، میزان توافق

## درآمد

نخستین گام در درمان هر بیماری، تشخیص درست است<sup>(۱)</sup>. آسیب‌های دهانی هر یک دارای ویژگی‌ها و نشانه‌هایی از نظر بالینی هستند، که دستیابی به این ویژگی‌ها تشخیص را برای پزشک ممکن می‌سازد. با این وجود، به علت همانندی برخی از آسیب‌ها، تشخیص نهایی با بررسی آسیب‌شناسی بافت آشکار می‌گردد<sup>(۲)</sup>. برای تشخیص سریع‌تر آسیب‌ها، آن‌ها را به روش‌های گوناگون رده‌بندی می‌کنند. گاهی رده‌بندی بر پایه‌ی نمای بالینی و گاهی نیز بر پایه‌ی منشا بافتی انجام می‌شود. طبق یک تقسیم‌بندی آسیب‌های فک و دهان به گروه‌های زیر بخش می‌شوند:

- ۱- آسیب‌های رشدی و تکاملی، ۲- ناهنجاری‌های دندانی،
- ۳- بیماری‌های پالپ و پری اپیکال، ۴- بیماری‌های پرپودنتال،
- ۵- عفونت‌های باکتریایی، قارچی و ویروسی، ۶- آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی، ۷- بیماری‌های حساسیتی و ایمنولوژیک، ۸- آسیب‌های اپی تلیالی، ۹- بیماری‌های غدد بزاقی، ۱۰- تومورهای بافت نرم،
- ۱۱- ناهنجاری‌های هماتولوژیک، ۱۲- آسیب‌های استخوانی،
- ۱۳- کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک، ۱۴- بیماری‌های درماتولوژیک، ۱۵- تظاهرات دهانی بیماری‌های سیستمیک<sup>(۳)</sup>.

گاهی نمای میکروسکوپی آسیب کاملاً تشخیصی است، اما در بسیاری از موارد یافته‌های آسیب‌شناسی بافت نیز با چند آسیب متفاوت همخوانی دارد. در این موارد، آسیب‌شناس برای رسیدن به تشخیص نهایی، نیاز به نشانه‌ها و دیدگاه بالینی جراح دارد. بنابراین، همکاری جراح و آسیب‌شناس و نیز دیدگاه درست جراح و توجه وی به نکات تشخیصی در ارزیابی تشخیص درست بسیار ضروری است.

در بررسی‌های گوناگون، میزان هماهنگی تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی بافت برای شناسایی ضعف‌های موجود بررسی شده است. در بررسی حسین پور و همکار، ۸۱/۲ درصد از تشخیص‌های بالینی، با گزارش آسیب‌شناسی همخوانی داشت. بیشترین هماهنگی مربوط به لیکن پلان و هیپرپلازی آماسی بوده و پمفیگوس و کارسینوم سلول سنگ‌فرشی ((Squamous Cell Carcinoma (SCC)) نیز، کمتر از دیگر آسیب‌ها تشخیص درست بالینی داشته‌اند. در این بررسی، آسیب‌ها بخش بندی نشده و هر آسیب جداگانه بررسی گردیده است<sup>(۴)</sup>. در بررسی قاسمی و همکاران، آسیب‌های دهانی بر پایه‌ی تقسیم‌بندی نوپل رده‌بندی شده است. در این بررسی، بیشترین هماهنگی تشخیص مربوط به آسیب‌های پوستی مخاطی دهان و سپس، آسیب‌های احتباسی غدد بزاقی بوده و آسیب‌های

عفونی و کیست‌های فکی همخوانی کمتری نشان داده‌اند<sup>(۴)</sup>. دیپیمی نیز، در بررسی خود آسیب‌ها را بر پایه‌ی نمای بالینی بخش بندی نموده و بیان کرده آسیب‌های برجسته و نواحی قابل مشاهده همچون لب، بیشتر تشخیص داده شده‌اند<sup>(۵)</sup>. در بررسی همانندی، زرنینسکی (Czerninski)، بیشترین تشخیص درست را در آسیب‌های وزیکولوبولوز، دیسپلازی‌ها و موکوسل عنوان کرده است. کمترین تشخیص‌های بررسی وی، مربوط به آسیب‌های التهابی و زخم‌های غیر اختصاصی بوده است<sup>(۶)</sup>.

در این بررسی نیز، برای ارزیابی میزان توجه دندانپزشکان به ویژگی‌های بالینی و نیز شناسایی ضعف‌های موجود، میزان هماهنگی تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی بافت آسیب‌های دهان، فک و صورت در بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب‌شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی شیراز بررسی شده است.

## مواد و روش

در یک بررسی گذشته نگر و تحلیلی، با توجه به بررسی‌های پیشین و بر پایه‌ی آزمون نسبت‌ها، شمار ۶۱۳ پرونده‌ی مربوط به بیماران بخش آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، از سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ بررسی گردید. پرونده‌هایی که تشخیص بالینی و یا آسیب‌شناسی قطعی نداشتند از بررسی کنار گذاشته شدند. تشخیص غیر قطعی به مواردی گفته می‌شود، که آسیب‌شناس یا جراح با توجه به اطلاعات بالینی و آسیب‌شناسی بافت موجود نتوانسته‌اند هیچ گونه تشخیصی بیان نماید و تنها نمونه‌ی مورد بررسی را توصیف نموده است.

اطلاعات مربوط به سن، محل آسیب‌ها، تشخیص آسیب‌شناسی و صحیح بودن نخستین تشخیص بالینی مطرح شده (اولویت نخست) یا تشخیص‌های مطرح شده‌ی بعدی (اولویت‌های بعدی) و نیز، تخصص پزشک درمانگر از پرونده‌ی بیماران استخراج گردید. گونه‌ی آسیب‌ها، بر پایه‌ی کتاب مرجع آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، با اندکی تغییر بخش بندی شد<sup>(۳)</sup>. گروه‌هایی که تنها شامل یک گونه آسیب بود به جای نام گروه مربوطه، همان آسیب جداگانه بررسی شد. گروهی از آسیب‌ها، به ویژه آسیب‌های واکنشی بافت نرم، که در آنها تشخیص بالینی بسیار نزدیک به تشخیص آسیب‌شناسی بود و تشخیص دقیق بالینی بسیار دشوار داشته‌اند در گروه "تشخیص‌های بسیار مشابه" قرار گرفتند پس از

تحریکی و پیوژنیک گرانولوما در دیگر نواحی مخاط به جز لثه، از نظر بالینی به عنوان فیبروم اسیفیهی محیطی و ژانیت سل گرانولومای محیطی تشخیص داده شده بود. پس از آسیب‌های واکنشی، کیست‌ها (۱۷/۹ درصد) شایع‌تر بودند. از میان ۸۴ مورد کیست، تنها دو مورد کیست غیر ادنتوژنیک دیده شد. شایع‌ترین کیست‌های ادنتوژنیک به ترتیب شامل کیست رادیکولار، دنتی جروس، ادنتوژنیک کراتوسیست (OKC) بوده و دیگر موارد شمار بسیار ناچیزی را به خود اختصاص دادند. تشخیص‌های نادرست در این گروه بیشتر تشخیص OKC و دنتی جروس به جای همدیگر بوده است. بر پایه‌ی گونه‌ی آسیب، بیشترین تشخیص‌های بالینی درست مربوط به موکوسل (۹۶/۶ درصد) و سپس آسیب‌های واکنشی بافت نرم بوده و در میان آسیب‌های این گروه نیز IFH و فیبروم تحریکی به ترتیب با ۹۶/۸ و ۹۲/۵ درصد بیشترین میزان تشخیص درست و PGCG با ۸۶/۱ درصد کمترین میزان را به خود اختصاص داده بودند. به گونه‌ی کلی، تومورهای خوش خیم غیر ادنتوژنیک و آسیب‌های اپی تلیالی کمتر از دیگر آسیب‌ها، به درستی تشخیص داده شده‌اند (جدول ۱). تومورهای خوش خیم شامل تومورهای عصبی، عروقی، لیپوما و شمار ناچیزی از تومورهای بافت نرم دیگر بوده و بیشتر به عنوان آسیب‌های واکنشی تشخیص داده شده‌اند.

شایع‌ترین آسیب‌های اپی تلیالی به ترتیب شامل هیپرکراتوز، پاپیلوما، کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC)، نووس و زخم‌های غیر اختصاصی بوده‌اند. در این گروه، SCC در ۷۰ درصد موارد به درستی تشخیص داده شده و بیشتر اشتباه‌های تشخیصی، تشخیص کراتوزها به عنوان آسیب‌های پوستی- مخاطی همچون لیکن پلان و تشخیص زخم‌های غیر اختصاصی به عنوان آسیب‌های وزیکولوبولوز بوده است. بر عکس در گروه آسیب‌های

تعیین شمار این نمونه‌ها، این گروه در زیر گروه تشخیص‌های درست قرار گرفت. داده‌های به دست آمده با نرم افزار SPSS15 و آزمون کای دو واکاوی گردیدند. مقادیر  $\alpha < 0.05$  معنادار در نظر گرفته شدند. نمونه‌هایی که داده‌های مورد بررسی در پرونده‌ی آن‌ها یاد نشده بود، در تعیین فراوانی متغیر مورد نظر بررسی نشدند.

## یافته‌ها

با بررسی ۶۱۳ پرونده، ۱۱۱ مورد معادل ۱۹/۳ درصد آن‌ها تشخیص بالینی و ۱۶ مورد (۲/۶ درصد) تشخیص آسیب شناسی قطعی نداشتند. در بسیاری موارد نیز، با این‌که تشخیص بالینی مطرح گردیده، ویژگی‌های بالینی آسیب توصیف نگردیده است. با بررسی و واکاوی داده‌های مربوط به ۴۷۰ پرونده‌ی برجا مانده نتایج زیر به دست آمد:

به گونه‌ی کلی ۳۸۱ مورد (۸۱ درصد) از تشخیص‌های بالینی، به کمک نتایج به دست آمده از بیوپسی تایید شده و ۱۹ درصد از آنها تایید نگردید (جدول ۱).

۱۸۶ پرونده (۳۹/۶ درصد) بیشتر از یک تشخیص بالینی داشتند. بر پایه‌ی اولویت تشخیص، در ۵۸/۶ درصد تشخیص بالینی نخست و در ۱۰/۱ درصد تشخیص‌های بعدی درست بودند. آسیب‌هایی که تنها دارای یک تشخیص بودند و همان تشخیص درست بود، به عنوان اولویت نخست در نظر گرفته شده است. ۷۴ مورد (۱۲ درصد) از نمونه‌ها نیز در گروه تشخیص‌های بسیار همانند قرار گرفتند. بر پایه‌ی گونه‌ی آسیب، ۲۰۶ نمونه (۴۳/۸ درصد) از موارد آسیب‌های واکنشی بافت نرم، به ترتیب شیوع شامل فیبروم تحریکی، پیوژنیک گرانولوما، فیبروم اسیفیهی محیطی، ژانیت سل گرانولومای محیطی (PGCG) و هیپرپلازی فیبروی التهابی (IFH)- اپولیس فیشوراتوم- بود. بسیاری از موارد فیبروم

جدول ۱ توزیع فراوانی نسبی و مطلق هماهنگی تشخیص بالینی و آسیب شناسی بر پایه‌ی گونه‌ی آسیب

جمع	فراوانی نسبی و مطلق		فراوانی تشخیص
	تشخیص‌های نادرست (درصد)	تشخیص‌های درست (درصد)	گونه‌ی آسیب
۲۰۶	۲۱ (۱۰/۳)	۱۸۵ (۸۹/۷)	آسیب‌های واکنشی بافت نرم
۸۴	۱۸ (۲۱/۴)	۶۶ (۷۸/۶)	کیست‌ها
۲۹	۱ (۳/۴)	۲۸ (۹۶/۶)	موکوسل
۲۷	۱۰ (۳۷)	۱۷ (۶۳)	آسیب‌های استخوانی
۱۸	۵ (۲۷/۸)	۱۳ (۷۲/۲)	تومورهای ادنتوژنیک
۱۰	۵ (۵۰)	۵ (۵۰)	تومورهای خوش خیم غیرادنتوژنیک
۸	۲ (۲۵)	۶ (۷۵)	گرانولوم پری اپیکال
۴۷۰	۸۹	۳۸۱	جمع

**جدول ۲** توزیع فراوانی نسبی و مطلق هماهنگی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی بر پایه‌ی دهه‌ی سنی

دهه	فراوانی تشخیص	درست (فراوانی نسبی و مطلق) (درصد)	نادرست (فراوانی نسبی و مطلق) (درصد)	جمع
۱	۱۷ (۲۳/۹)	۶ (۲۶/۱)	۲۳	۲۳
۲	۶۲ (۸۱/۵)	۱۴ (۱۸/۵)	۷۶	۷۶
۳	۸۱ (۸۰/۲)	۲۰ (۱۹/۸)	۱۰۱	۱۰۱
۴	۴۸ (۲۲/۷)	۱۰ (۱۷/۳)	۵۸	۵۸
۵	۴۸ (۸۰/۰)	۱۲ (۲۰)	۶۰	۶۰
۶	۵۲ (۸۱/۳)	۱۲ (۱۸/۷)	۶۴	۶۴
۷	۳۵ (۲۷/۸)	۱۰ (۲۲/۲)	۴۵	۴۵
۸	۱۶ (۱۰۰)	۰ (۰)	۱۶	۱۶
۹	۲ (۵۰)	۲ (۵۰)	۴	۴
جمع	۳۶۲	۸۶	۴۴۷	۴۴۷

پوستی - مخاطی، لیکن پلان و پمفیگوس شایع‌ترین آسیب‌ها بوده و تشخیص بالینی ده مورد از این دو آسیب، لکوپلاکیا و زخم غیر اختصاصی بود.

بیشترین شمار بیماران مورد بررسی در دهه‌ی سوم و کمترین آنها در دهه‌ی نهم زندگی (۰/۹ درصد) قرار داشتند. بالاترین میزان تشخیص درست در دهه‌ی هشتم (۱۰۰ درصد) و کمترین میزان در دهه‌ی نخست (۷۳/۹ درصد) به دست آمد. به علت شمار بسیار ناچیز نمونه‌ها در دهه‌ی نهم، این گروه در مقایسه در نظر گرفته نشد (جدول ۲).

بر پایه‌ی جای ضایعه، بیشتر آسیب‌ها در لته (۲۹/۱ درصد) و کمترین آن‌ها در کف دهان (۰/۴ درصد) گزارش شده بودند. بیشترین آسیب‌های لته، آسیب‌های واکنشی بافت نرم بود. بالاترین میزان هماهنگی تشخیص در مخاط وستیبول (۸۹/۴ درصد) و سپس مخاط لبیال (۸۷/۵ درصد) و کمترین میزان نیز در کام (۷۲/۷ درصد) انجام گرفته بود. بیشتر موارد در مخاط وستیبول، اپولیس فیشراتوم بوده و در مخاط لبیال، موکوسل و آسیب‌های واکنشی بیشتر دیده شده‌اند. به علت شمار بسیار ناچیز آسیب‌ها در پوست و کف دهان،

این دو ناحیه در مقایسه در نظر گرفته نشده‌اند (جدول ۳). از ۴۵۵ آسیب خوش خیم، ۸۳ درصد و از شمار ۱۵ مورد آسیب بدخیم، ۶۶/۷ درصد تشخیص درست داشته‌اند. ۷۲/۶ درصد از آسیب‌های مورد بررسی، محیطی بوده‌اند. میزان تشخیص بالینی درست در آسیب‌های محیطی بیشتر از آسیب‌های مرکزی بوده است. بیشتر آسیب‌های مورد بررسی (۳۵۶ مورد معادل ۷۵/۹ درصد) توسط جراحان فک و صورت، ۵۳ نمونه (۱۱/۳ درصد) توسط متخصصین دیگر شامل متخصصین پریو، اندو، آسیب شناسی، پروتز و گوش و حلق و بینی، ۴۵ نمونه (۹/۶ درصد) توسط متخصصین بیماری‌های دهان و تشخیص و ۱۵ مورد (۳/۲ درصد) نیز توسط دندانپزشکان عمومی بیوپسی شده بودند (جدول ۴). تشخیص درست آسیب‌های اپی تلبالی، پوستی - مخاطی توسط متخصصین بیماری‌های دهان بیشتر از دیگر گروه‌ها بود.

با انجام واکاوی کای دو آشکار شد، که اختلاف میزان تشخیص‌های درست بالینی میان آسیب‌های خوش خیم و بدخیم، آسیب‌های محیطی و مرکزی و نیز میان متخصصین گروه‌های گوناگون معنادار نبوده است. همچنین پیوند معنادار از نظر محل و

**جدول ۳** توزیع فراوانی نسبی و مطلق هماهنگی تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی بر پایه‌ی جای آسیب

محل آسیب	فراوانی تشخیص	درست (فراوانی نسبی و مطلق) (درصد)	نادرست (فراوانی نسبی و مطلق) (درصد)	جمع
لته	۱۱۸ (۸۶/۱)	۱۹ (۱۳/۹)	۱۳۷	۱۳۷
مخاط باکال	۶۰ (۸۰)	۱۵ (۲۰)	۷۵	۷۵
ورمیلیون لب	۳۰ (۷۶/۹)	۹ (۲۳/۱)	۳۹	۳۹
مخاط وستیبول	۳۴ (۸۹/۴)	۴ (۱۰/۶)	۳۸	۳۸
کام	۸ (۲۲/۷)	۳ (۲۷/۳)	۱۱	۱۱
پوست	۳ (۱۰۰)	۰ (۰)	۳	۳
ماگزایلا	۴۶ (۷۸)	۱۳ (۲۲)	۵۹	۵۹
مندیل	۵۱ (۲۴)	۱۸ (۲۶)	۶۹	۶۹

جدول ۴ توزیع فراوانی نسبی و مطلق هماهنگی تشخیص بالینی و بافت شناسی بر پایه تخصص پزشک، محل و روند زیست شناختی آسیب

جمع	فراوانی نسبی و مطلق تشخیص‌های نادرست (درصد)	فراوانی نسبی و مطلق تشخیص‌های درست (درصد)	
			تخصص پزشک
۳۵۶	۷۰ (۱۹/۷)	۲۸۶ (۸۰/۳)	جراح
۴۵	۸ (۱۷/۴)	۳۷ (۸۲/۲)	بیماری‌های دهان و تشخیص
۵۳	۸ (۱۵/۱)	۴۵ (۸۴/۹)	متخصصین دیگر
۱۵	۲ (۱۳/۳)	۱۳ (۸۶/۷)	دندانپزشکان
			موقعیت
۳۴۱	۵۸ (۱۷)	۲۸۳ (۸۳)	محیطی
۱۲۹	۳۰ (۲۳/۲)	۹۹ (۷۶/۸)	مرکزی
			روند زیستی
۴۵۵	۸۳ (۱۷)	۳۷۲ (۸۳)	خوش خیم
۱۵	۵ (۳۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)	بدخیم

سن با تشخیص درست بالینی بدست نیامد ( $p > 0.05$ ).

نخستین تشخیص در ۵۷/۱ درصد موارد و تشخیص‌های بعدی در ۱۰/۱ درصد موارد درست بوده‌اند. شایع‌ترین آسیب‌های مورد بررسی، آسیب‌های واکنشی بافت نرم بوده که با بسیاری از منابع هماهنگی است (۱۴-۲،۴،۱۲). در میان این آسیب‌ها فیبروم تحریکی از بقیه بیشتر گزارش شده است.

بالاترین میزان تشخیص‌های بالینی درست مربوط به موکوسل و سپس آسیب‌های واکنشی بافت نرم بود. در گروه آسیب‌های واکنشی بافت نرم نیز هیپرپلازی فیبروی آماسی بیشتر و ژانیت سل گرانولومای محیطی کمتر از دیگر آسیب‌ها تشخیص درست داشته‌اند. همانند این نتایج در بررسی ماکان به دست آمده (۱۰)، ولی در بررسی هاشمی پور، فیبروم اسیفیهی محیطی کمترین تشخیص درست را داشته است (۱۲). آسیب‌های واکنشی، شایع بوده (۳) و از نظر بالینی به سادگی قابل تشخیص هستند. اما بسیاری از موارد فیبروم تحریکی و بیوژنیک گرانولوما در دیگر نواحی مخاط به جز لثه، از نظر بالینی به عنوان فیبروم اسیفیهی محیطی و ژانیت سل گرانولومای محیطی تشخیص داده شده‌اند، که این امر به دلیل در نظر نگرفتن ویژگی‌های بالینی این آسیب‌هاست. تومورهای خوش خیم غیر ادنتوژنیک نیز کمتر از دیگر آسیب‌ها به درستی تشخیص داده شده‌اند، که علت آن می‌تواند شیوع ناچیز و رویارویی کمتر پزشکان با این آسیب باشد. از آسیب‌های شایعی که پیایی به اشتباه تشخیص داده شده، آسیب‌های اپی تلیالی به ویژه هیپرکراتوزها و آسیب‌های پوستی - مخاطی همچون لیکن پلان بوده که به دلیل شباهت این آسیب‌ها به همدیگر و دقت نکردن به همه‌ی نشانه‌های بالینی اشتباه تشخیص داده شده‌اند، بنابراین آموزش بیشتر در موارد یاد شده ضروری به نظر می‌رسد.

## بحث

هر بیماری دارای ویژگی‌ها و نشانه‌های بالینی است، که به تشخیص آن کمک می‌کند. اما گاهی فرآیند تشخیص، پیچیده‌تر بوده و نیاز به اقدامات پاراکلینیکی وجود دارد (۸-۶). در مورد آسیب‌های دهانی نیز معمولاً شواهد بالینی به تنهایی برای تشخیص دقیق کافی نبوده و بررسی آسیب شناسی ضایعات ضرورت می‌یابد. بسیاری از پژوهشگران بر این باور هستند، که موثرترین راه رسیدن به یک تشخیص درست در آسیب‌های دهانی، برداشتن نمونه‌ی مناسب از آسیب و بررسی آن توسط آسیب شناس با تجربه است (۹). هم‌اکنون برای بیشتر آسیب‌های دهانی بی بررسی آسیب شناسی نمی‌بایست درمانی انجام گیرد (۱۰). بنابراین، تشخیص نهایی به همکاری تنگاتنگ پزشک درمانگر و آسیب‌شناس بستگی دارد. همخوانی و هماهنگی تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی روشن کننده‌ی درستی دیدگاه پزشک بالینی در تشخیص آسیب‌هاست (۴). در این بررسی ۲۲ درصد از موارد، بی تشخیص بالینی یا آسیب شناسی دقیق بوده‌اند که در مورد اخیر، بیشتر ناقص بودن اطلاعات بالینی و پرتونگاری لازم جهت تشخیص، باعث ناتوانی آسیب شناس در ارزیابی تشخیص قطعی شده است.

با بررسی ۴۷۰ پرونده، میزان هماهنگی به طور کلی ۸۱ درصد بوده است، این میزان هماهنگی از بررسی‌های قاسمی (۴)، ماکان (Macan) (۱۱) و هاشمی پور (۱۲) بیشتر بوده، اما با بررسی حسین پور (۲) (۸۱/۲٪) هماهنگی دارد. همانند بررسی دیهیمی (۵)،

در بررسی کنونی، شیوع آسیب‌های محیطی بیشتر از آسیب‌های مرکزی بوده و میزان تشخیص درست آنها نیز بیشتر بوده است. این نتایج در بررسی دیپیمی و قاسمی نیز به دست آمده است<sup>(۴-۵)</sup>. دیپیمی علت این مساله را همانندی آسیب‌های استخوانی از نظر پرتونگاری و تجربه‌ی کمتر پزشکان درمانگر در درمان این آسیب‌ها می‌داند. علت دیگر را می‌توان دسترسی بهتر به آسیب‌های محیطی و امکان بررسی بیشتر این آسیب‌ها دانست. البته با توجه به اختلاف ناچیز این دو گروه، می‌توان گفت در صورت مهارت کافی در تفسیر پرتونگاری، آسیب‌های مرکزی نیز به اندازه‌ی آسیب‌های بافت نرم قابل تشخیص هستند. در بررسی قاسمی نیز این مساله بیان شده است<sup>(۴)</sup>.

همانند با نتایج دیپیمی<sup>(۵)</sup>، آسیب‌های خوش خیم بیشتر از آسیب‌های بدخیم تشخیص درست داشته‌اند، که می‌تواند به علت شیوع کمتر آسیب‌های بدخیم باشد. البته با وجود شیوع کم بدخیمی‌ها، این آسیب‌ها نیز تقریباً به میزان بالای (۶۶/۷ درصد) به درستی تشخیص داده شده‌اند. شایع‌ترین بدخیمی‌های گزارش شده در این بررسی SCC و استئوسارکوما بوده است، که در بسیاری موارد نشانه‌های تشخیصی ایجاد می‌کنند، که به تشخیص روند بدخیم آسیب کمک می‌کند. به گونه‌ای که ۷۰ درصد موارد SCC و ۶۰ درصد سارکوما تشخیص درست داشته‌اند. افزون بر این، از آنجایی که این دو تومور به ترتیب شایع‌ترین بدخیمی بافت نرم و سخت دهان و فک‌ها هستند، به عنوان نخستین تشخیص افتراقی موارد بدخیم بالینی یاد می‌شوند.

لازم به یادآوری است، که تومورهای خوش خیم غیر ادنتوژنیک به علت شیوع بسیار کم در ناحیه‌ی دهان و فک و نیز همانند بالینی زیاد آنها به همدیگر و به آسیب‌های واکنشی، بسیار کمتر از تومورهای ادنتوژنیک تشخیص داده شده‌اند. در این بررسی، با توجه به شمار بسیار فراوان و گوناگونی بیشتر نمونه‌های جراحی شده توسط جراحان فک و صورت نسبت به دیگر گروه‌های یاد شده، که تنها در یک زمینه‌ی تخصصی نمونه فرستاده‌اند، درصد کمتر هماهنگی در تشخیص مورد انتظار بوده است. هرچند اختلاف میان گروه‌ها، از نظر آماری معنادار نبوده است این نتایج با بررسی قاسمی همخوانی دارد<sup>(۳)</sup>. همان‌گونه که در بخش نتایج نیز یاد شد، تشخیص آسیب‌های اپی تلیالی و پوستی- مخاطی توسط متخصصین بیماری‌های دهان بیشتر از بقیه بوده و این می‌تواند بیانگر تاثیر آموزش بیشتر باشد.

در پژوهش حسین پور، هیپرپلازی‌های آماسی از آسیب‌هایی بوده‌اند، که بیشترین هماهنگی تشخیصی را داشته‌اند. وی موکوسل و آسیب‌های واکنشی بافت نرم را در گروه هیپرپلازی آماسی قرار داده است<sup>(۲)</sup>. در بررسی قاسمی، بیشترین هماهنگی تشخیصی مربوط به آسیب‌های پوستی- مخاطی دهان و سپس آسیب‌های اختیاسی بزاقی بوده است<sup>(۴)</sup>. در بررسی زرنینسکی نیز، موکوسل یکی از ساده‌ترین آسیب‌های تشخیص داده شده بوده و آسیب‌های التهابی کمتر تشخیص داده شده‌اند<sup>(۶)</sup>. بر پایه‌ی یافته‌های این بررسی، تشخیص‌های درست در افراد سالمند (دهه‌ی هشتم) بیشتر از افراد جوان بوده و کمترین تشخیص‌های درست در دهه‌ی نخست انجام گرفته است. گرچه اختلاف این گروه‌ها معنادار نبوده اما نتایج تقریباً همانندی در بررسی دیپیمی و هاشمی پور به دست آمده است<sup>(۱۲ و ۵)</sup>. همان‌گونه که در این بررسی‌ها نیز استدلال شده است، از دست رفتن دندان‌ها در سنین بالا می‌تواند یکی از علل این تفاوت باشد. به این ترتیب بروز آسیب‌های واکنشی بافت نرم، به جز آسیب‌های مرتبط با دست دندان کاهش می‌یابد. بسیاری از آسیب‌ها در این سنین به استفاده از دست دندان ارتباط دارد. افزون بر این آسیب‌های ادنتوژنیک، در افراد سالمند شیوع کمتری دارند. بنابراین، گوناگونی آسیب‌های شایع در افراد سالمند کمتر است و تشخیص‌ها ساده‌تر انجام می‌شود.

بر پایه‌ی جای، بیشترین آسیب‌ها در لثه و کمترین آنها در کف دهان بروز کرده بود. با توجه به شیوع بالاتر آسیب‌های واکنشی بافت نرم و با توجه به این که لثه یکی از مکان‌های شایع بروز این آسیب‌هاست، این نتیجه قابل پیش بینی بوده است. در بررسی دیپیمی، شایع‌ترین ناحیه‌ی درگیری، مخاط آلوتولر فک پایین بوده و همانند بررسی کنونی، کمترین آسیب‌ها در کف دهان گزارش شده است<sup>(۵)</sup>. تشخیص‌های درست در مخاط وستیبول و لبیال بیشتر بوده‌اند. از آنجایی که این نواحی به ترتیب ناحیه‌ی شایع درگیری هیپرپلازی فیبروی التهابی (اپولیس فیشوراتوم) و موکوسل بوده<sup>(۳ و ۱۵)</sup> و این دو آسیب از نظر بالینی به سادگی قابل تشخیص هستند، این مساله قابل توجیه است. بسیاری از آسیب‌های گزارش شده در کام، از بیماری‌های نادر حفره‌ی دهان همچون کورویستوما و ژاینت سل فیروما بوده و به همین دلیل در این ناحیه میزان تشخیص‌های درست کمتر بوده است. همانند این نتیجه در بررسی دیپیمی به دست آمده است. در بررسی وی بیماری‌های غدد بزاقی در کام بیشتر بوده‌اند<sup>(۵)</sup>.

## نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که اختلاف آشکاری میان متغیرهای گوناگون مورد بررسی به دست نیامده است، می‌توان نتیجه گرفت در صورت مهارت جراح و دقت کافی به نشانه‌های بالینی و پرتونگاری بیمار، امکان تشخیص درست آسیب‌ها در هر ناحیه، در هر سن و توسط هر گونه پزشک آگاه وجود دارد.

با در نظر گرفتن همه‌ی پرونده‌های مورد بررسی، شمار نسبتاً چشمگیر از این پرونده‌ها، بدون تشخیص بالینی و آسیب شناسی قطعی بوده‌اند و افزون بر این در حدود ۲۰ درصد از نتایج آسیب شناسی با تشخیص‌های بالینی هماهنگی نداشته‌اند. این عوامل می‌تواند در روند تشخیص قطعی و در نتیجه درمان بیمار ناهنجاری ایجاد کند. بسیاری از این موارد آسیب‌هایی بوده‌اند، که با

در نظر گرفتن همه‌ی نشانه‌های بالینی قابل تشخیص بوده‌اند. به همین دلیل، آموزش بیشتر در این موارد، بررسی بالینی جامع و کامل و نیز ارتباط بیشتر جراح و آسیب شناس جهت از میان بردن این دشواری مهم ضروری به نظر می‌رسد. البته شماری از نمونه‌ها، به جز با بررسی آسیب شناسی بافت قابل تشخیص نیستند و تشخیص بالینی درست در ۱۰۰ درصد آسیب‌ها به ویژه انواع نادر، شذنی نیست. جهت رسیدن به یک دیدگاه درست در درمان بیماران، افزون بر رعایت اصول انجام بیوپسی، گرفتن شرح حال کامل از بیماران توسط جراح و انتقال کامل آن به آسیب شناس لازم است. همچنین باید لزوم و اهمیت این امر به دانشجویان نیز آموزش داده شود تا نتایج آن در آینده، برای تشخیص و درمان هر چه سریع‌تر و بهتر بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

## References

1. Ghaem maghami A. Oral mucosal lesions. 1st ed. Tehran: Jahad Daneshgahi; 1991. p.15-35.
2. Hosainpoor 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 2006; 30: 47-54.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouqout JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: Saunder; 2002. Xi-xv.
4. 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: 95-99.
5. 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 to 79. Beheshti Univ Dent J 2004; 22: 38-48.
6. Czerninski R, Nadler C, Kaplan I, Regev E, Maly A. Comparison of Clinical and Histopathologic Diagnosis in Lesions of Oral Mucosa. Oral Surg Oral med Oral path Oral Radiol Endod 2007; 103: e20.
7. Scully C. Handbook of oral disease, diagnosis and management. 1st ed. London: Martin Dunits. 1999. p.73.
8. Bakaeen G, Scully C. hereditary gingival fibromatosis in a family with Zimmermann-Laband syndrome. Br Dent J 1992; 173: 312-313.
9. Mostofi R, Wood RS, Christian W, Talerma A. Low-grade papillary adenocarcinoma of minor salivary glands. Case report and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endod 1992; 73: 591-595.
10. Silverman JR. Oral cancer. 5th ed., London: BC Decker Inc; 2003. p.48-52.
11. 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.
12. Hashemipour M, Rad M, Mojtahedi A. A comparative study of clinical diagnosis and histopathological reports of oral and jaw lesions. Shiraz Univ Dent J 2009; 10: 31-37.
13. 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.
14. 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.
15. Regezi JA, Sciubba J. Oral pathology- clinical pathologic correlations. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.p.162, 183.