

ارزیابی تطابق تشخیص بالینی لیکن پلان دهانی با تشخیص هیستوپاتولوژیک

دکتر مهناز صاحب‌جمعی: استاد و متخصص بیماری‌های دهانو فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. sahabjam@tums.ac.ir

***دکتر بیتا روحانی:** استادیار و متخصص بیماری‌های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران (**مؤلف مسئول). rohani_bita@ajaums.ac.ir

دکتر جلیل مومن بیت‌اللهی: استادیار و متخصص بیماری‌های دهانو فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. jbeitollahi@gmail.com

دکتر آرش منصوریان: دانشیار و متخصص بیماری‌های دهانو فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. amansourian@tums.ac.ir

دکتر مریم خلیلی: استادیار و متخصص پاتولوژی دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه آموزشی پاتولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. mkhalili@tums.ac.ir

دکتر فرشته بقایی: دانشیار و متخصص پاتولوژی دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه آموزشی پاتولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. fereshtehbaghai@gmail.com

دکتر احمدرضا شمشیری: اپیدمیولوژیست، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ar_shamshiri@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۷/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۳/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: لیکن پلان دهانی یک بیماری التهابی مزمن اپیتلیوم سنگفرشی مطبق می‌باشد که عامل آن ناشناخته است. این ضایعه به صورت ترکیبی از انواع بالینی ظاهر می‌نماید. از آنجایی که در مورد ضرورت انجام بیوپسی در انواع مختلف لیکن پلان دهانی اتفاق نظر وجود ندارد، لذا بررسی تطابق تشخیص بالینی با هیستوپاتولوژیک و ضرورت انجام بیوپسی در این ضایعات می‌تواند تا حدی راه‌گشای این مسئله باشد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی - توصیفی، پرونده ۱۶۲ بیمار با تشخیص بالینی لیکن پلان دهانی در بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفت. این پرونده‌ها بر اساس نتایج تشخیص هیستوپاتولوژیک به سه گروه لیکن پلان دهانی (Oral Lichen Planus-OLP)، ضایعه لیکنوئید دهانی (Oral Lichenoid Lesion -OLL)، و یا سایر ضایعات (کراتوز غیراختصاصی، SCC و ...) تقسیم شدند.

یافته‌ها: از بین بیماران مورد مطالعه، ۲۵ نفر از نظر بالینی تنها دارای ضایعه کراتوتیک بودند، در حالی که ۱۳۷ نفر مبتلا به سایر انواع بالینی OLP (آتروفیک، اروزیو و ...) بودند. طیف سنی بیماران ۱۹ تا ۷۷ سال بود (با میانگین سنی 48.85 ± 13.69). ۶۰.۵ درصد بیماران، زن و ۳۹.۵ درصد مرد بودند. در ۱۲۳ نفر از بیماران، تشخیص هیستوپاتولوژیک OLP بود و از ۳۹ نفر باقیمانده، ۱۱ نفر دارای تشخیص OLL و ۲۸ نفر سایر ضایعات بودند. از ۱۲۳ نفر با تشخیص OLP، ۱۰ نفر تغییرات دیسپلاستیک را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: با توجه به کفایت معیارهای تشخیص بالینی و به ویژه اینکه در مورد ضایعات کراتوتیک هیچ موردی از تغییرات بدخیمی مشاهده نشد، به نظر می‌رسد که بر اساس این تحقیق بتوان به تشخیص بالینی اکتفا نمود، در حالی که نمونه برداری از ضایعات آتروفیک - اروزیو به دلیل احتمال وجود تغییرات بدخیمی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: تشخیص، دهانی، دیسپلازی، لیکن پلان

مقدمه

لیکن پلان دهانی (Oral Lichen Planus-OLP) یک بیماری التهابی مزمن اپیتلیوم سنگفرشی مطبق می‌باشد که عامل آن ناشناخته است. این بیماری اغلب در زنان میان سال مشاهده می‌شود (۵-۱). انواع بالینی آن عبارتند از: رتیکولر، پاپولر، شبه پلاک، اروزیو، آتروفیک و بولوز. نوع رتیکولر به صورت خطوط ظریف سفید رنگ به نام خطوط

ویکهام ظاهر می‌شود. ضایعات رتیکولر اغلب بدون علامت هستند. ضایعات آتروفیک، قرمز رنگ و منتشر می‌باشند و ممکن است با درد و سوزش همراه باشند. OLP می‌تواند به صورت ترکیبی از انواع بالینی تظاهر نماید. ضایعات اغلب مخاط باکال، سطح پشتی زبان و لثه را درگیر می‌نمایند و معمولاً به صورت متقارن و دو طرفه می‌باشند (برخلاف ضایعه لیکنوئید که از نظر بالینی یک

هیستوپاتولوژی این ضایعه می تواند مفید باشد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی- توصیفی که در بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، از میان ۲۵۰ پرونده مربوط به سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۷ با تشخیص بالینی لیکن پلان دهانی، ۱۶۲ مورد وارد مطالعه شدند. علت عدم ورود تعدادی از پرونده ها به مطالعه، ناقص بودن اطلاعات داخل آن و یا عدم انجام بیوپسی از ضایعه و در نتیجه فقدان گزارش هیستوپاتولوژیک بوده است. تشخیص بالینی ضایعه توسط متخصص بیماری های دهان و تشخیص هیستوپاتولوژیک آن توسط پاتولوژیست دهان تأیید شده بود. بیماران از نظر بالینی دارای ضایعات صرفاً رتیکولر کراتوتیک یا سایر انواع لیکن پلان بودند و پرونده های بیماران بر اساس تشخیص هیستوپاتولوژیک به سه گروه تقسیم شدند: ۱- لیکن پلان دهانی (OLP)، ۲- ضایعه لیکنوئید دهانی (OLL)، و ۳- سایر ضایعات (از جمله کراتوز خوش خیم، SCC و ...).

یافته ها

از کل ۱۶۲ بیماری که وارد مطالعه شدند، ۲۵ نفر (۱۵.۴٪) تنها دارای ضایعه رتیکولر کراتوتیک بودند، در حالی که ۱۳۷ نفر (۸۴.۶٪) علاوه بر ضایعه رتیکولر کراتوتیک، سایر اشکال OLP (آتروفیک، اروزو و ...) را نشان داده بودند (جدول ۱) (لازم به ذکر است که از دلایل پایین بودن درصد بیماران با ضایعات صرفاً رتیکولر کراتوتیک، عدم وجود توافق در نیاز به انجام بیوپسی و بررسی هیستوپاتولوژیک این نوع از OLP می باشد). میانگین سنی بیماران $48/85 \pm 13/69$ (۱۹ تا ۷۷ سال) بود. ۶۰.۵ درصد، زن و ۳۹.۵ درصد از بیماران، مرد بودند. یافته های هیستوپاتولوژیک این بیماران نشان داد که از کل ۱۶۲ بیمار مورد مطالعه، ۱۲۳ نفر (۷۵.۹٪) دارای تشخیص OLP، ۱۱ نفر (۶.۸٪) OLL و ۲۸ نفر (۱۷.۳٪) سایر ضایعات از جمله کراتوز خوش خیم، SCC و ... بودند (جدول ۲). از بین ۱۲۳ بیمار گروه اول (با تشخیص بالینی و

طرفه است). این ضایعه در لثه نمای ژنژیویت دسکوماتیو را ایجاد می نماید (۹۴-۶).

نمای هیستوپاتولوژیک لیکن پلان دهانی عبارت است از: ۱- هیپرکراتوزیس، که اغلب از نوع پاراکراتوز می باشد و گاهی اوقات با نمای دندان اره ای رت پگ ها نیز همراه است، ۲- دژنراسانس هیدروپیک یا نکروز لایه سلولی بازال و ۳- نوار ائوزینوفیلیک درست زیر غشای پایه می تواند مشاهده شود و نشان دهنده فیبرین پوشاننده لامینا پروپریا می باشد. ارتشاح نواری شکل و متراکم لنفوسیت ها و ماکروفاژها در زیر اپیتلیال نیز مشخصه بیماری است (درحالی که در مورد ضایعه لیکنوئید دهانی ارتشاح لنفوسیتیک پراکندگی بیشتری دارد. البته پاتولوژیست جهت تمایز و تشخیص لیکن پلان از ضایعه لیکنوئید، نظر نهایی خود را با استفاده از معیارهای بالینی اعلام می نماید) (۱).

تشخیص این بیماری بر اساس مجموعه ای از معیارهای بالینی و هیستوپاتولوژیک می باشد و تأیید تشخیص بالینی توسط بررسی هیستوپاتولوژیک نمونه حاصل از بیوپسی عموماً توصیه می شود (۱۱ و ۱۰). لیکن از آنجایی که لیکن پلان دارای تنوع بالینی است و در مواردی مانند نوع رتیکولر آن (به ویژه زمانی که به صورت دو طرفه است) نمای بالینی کاملاً نمایانگر بیماری می باشد و در آن تغییرات بدخیمی وجود ندارد (۱۲) و یا احتمال وقوع آن کم است (۱۳، ۱۴ و ۱۳)، برخی بر این باورند که در این گونه از موارد تجویز نمونه برداری می تواند الزامی نباشد. اما در مورد انواع اتروفیک- اروزو به دلیل امکان وجود پتانسیل بدخیمی (۱۴-۱۲) ضرورت انجام نمونه برداری را نمی توان انکار کرد. بر این اساس انجام تحقیق در این زمینه می تواند راهگشا باشد و برای همکاران دندانپزشک که همواره با این سوال روبرو هستند، مورد استفاده قرار گیرد.

در این رابطه با توجه به اینکه لیکن پلان دهانی یک عامل آزاردهنده برای بیمار محسوب می شود و دارای پتانسیل ایجاد بدخیمی می باشد (۱۵)، جهت دستیابی به اطمینان از تشخیص بالینی OLP، بررسی تطابق تشخیص بالینی با

انواع آتروفیک-اروزیو OLP را تایید نماید و همچنین نظریه عدم نیاز به انجام بیوپسی در انواع رتیکولر کراتوتیک را تقویت کند.

با توجه به نتایج این مطالعه، در ۳۹ نفر (۲۴.۱٪) تشخیص بالینی با هیستوپاتولوژیک سازگار نبود و گزارش هیستوپاتولوژیک، ضایعاتی از قبیل OLL (۱۱ نفر)، SCC (۳ نفر)، کراتوز های خوش خیم (۱۷ نفر) و ... را نشان داد که می تواند نمایانگر تشابهات بالینی OLP با این ضایعات به ویژه OLL باشد. در رابطه با ضایعه SCC نیز می توان چنین تصور نمود که نمونه برداری از قسمتی از ضایعه OLP انجام شده است که نمای به هم ریخته تری داشته و نمایانگر SCC ناشی از OLP بوده است. قابل ذکر است که حضور ۳ مورد SCC در بین بیماران با تشخیص بالینی لیکن پلان آتروفیک-اروزیو هشدار می است برای همکاران دندانپزشک در برخورد با بیمارانی که این نوع از OLP در تشخیص افتراقی ضایعه دهانی آنها قرار می گیرد. ضرورت انجام این نوع تحقیق در طول زمان همواره مطرح بوده است، چنانکه van der Meij و همکاران در سال ۲۰۰۳ با فرض عدم ارتباط تشخیص بالینی و پاتولوژیک OLP بر اساس معیارهای تشخیصی موجود مطالعه ای انجام دادند و دریافتند که نمی توان صرفاً به تشخیص بالینی یا هیستوپاتولوژیک اکتفا نمود (۱۱). در این مطالعه ۶۰ مورد بررسی شد.

Bokor-Bratic و همکاران در سال ۲۰۰۴ به بررسی رابطه بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی بالقوه بدخیم از جمله OLP پرداختند.

آنها به این نتیجه رسیدند که در ۱۷/۶ درصد موارد بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی اختلاف وجود دارد و علی رغم میزان بالای تطابق تشخیص بالینی با هیستوپاتولوژیک، انجام آزمایش هیستوپاتولوژیک را در مورد تمام ضایعات دهانی بالقوه بدخیم توصیه نمودند (۱۶). در این مطالعه ۵۱ مورد بررسی گردید.

Onofre و همکاران در سال ۱۹۹۷ در مطالعه ای به بررسی رابطه بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی در ۴۵ بیمار مبتلا به لکوپلاکیا و

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع ضایعه بر اساس معاینه بالینی

نوع ضایعه	تعداد	درصد
کراتوتیک	۲۵	۱۵/۴
کراتوتیک و آتروفیک - اروزیو	۱۳۷	۸۴/۶
کل	۱۶۲	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع ضایعه بر اساس نتایج هیستوپاتولوژیک

نتیجه هیستوپاتولوژیک	تعداد	درصد
لیکن پلان دهانی	۱۳۳	۷۵/۹
ضایعه لیکنوتید دهانی	۱۱	۶/۸
سایر ضایعات	۲۸	۱۷/۳
کل	۱۶۲	۱۰۰

هیستوپاتولوژیک (OLP)، ۱۰ نفر تغییرات دیسپلاستیک را در بررسی هیستوپاتولوژیک نشان دادند.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، پرونده ۲۵۰ بیمار با تشخیص بالینی OLP مورد بررسی گرفت، اما به دلیل نقایص موجود در اطلاعات برخی از پرونده ها و یا عدم انجام بیوپسی از ضایعه و بررسی هیستوپاتولوژیک آن، تعداد مواردی که وارد مطالعه شدند، به ۱۶۲ بیمار تقلیل یافت.

بر اساس نتایج این مطالعه، تنها ۲۵ نفر (۱۵.۴٪) از بیماران صرفاً دارای ضایعه رتیکولر کراتوتیک بودند، که توجه آن با توجه به شیوع بالای این نوع بالینی از ضایعه چنین است که در صورت انجام بیوپسی از انواع رتیکولر کراتوتیک OLP اتفاق نظر وجود ندارد و آن به واسطه عدم بروز تغییرات بدخیمی (۱۲) یا احتمال کم آن (۱۳، ۱۴ و ۱۴، ۱۳) در این نوع از OLP می باشد.

در این مطالعه در اکثریت موارد (۱۲۳ نفر)، تشخیص بالینی OLP با تشخیص هیستوپاتولوژیک سازگار بود. این میزان قابل توجه از تطابق حاکی از این است که کلینیسین می تواند توانایی قابل توجهی در تشخیص بالینی این ضایعه داشته باشد. قابل توجه است که ۱۰ موردی که تغییرات دیسپلاستیک را نشان دادند، همگی در گروه آتروفیک-اروزیو قرار داشتند که این واقعیت می تواند نظریه ضرورت نیاز به انجام بیوپسی در

4. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *Oral Sci.* 2007;49(2):89-106.

5. Sugerma PB, Savage NW, Walsh LJ, Zhao ZZ, Zhou XJ, Khan A, et al. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2002;13:350-65.

6. Pindborg JJ, Reichart PA, Smith CJ, van der Waal I. *Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa.* 2nd ed. New York: Springer; 1997.

7. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:207-14.

8. Ingafou M, Leao JC, Porter SR, Scully C. Oral lichen planus: a retrospective study of 690 British patients. *Oral Dis.* 2006;12:463-8.

9. Silverman S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;60:30-4.

10. Eisenberg E, Krutchkoff DJ. Lichenoid lesions of oral mucosa. Diagnostic criteria and their importance in the alleged relationship to oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;73:699-704.

11. van der Meij EH, van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med.* 2003;32:507-12.

12. Pakfetrat A, Javadzadeh-Bolouri A, Basir-Shabestari S, Falaki F. Oral lichen planus: A retrospective study of 420 Iranian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14 (7):E315-8.

13. Fang M, Zhang W, Chen Y, He Z. Malignant transformation of oral lichen planus: a retrospective study of 23 cases. *Quintessence Int.* 2009;40(3):235-42.

14. Bombeccari GP, Guzzi G,

OLP پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در ۲۵ درصد این ضایعات بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی تفاوت وجود دارد (۱۷). علی رغم اینکه تعداد بیماران بسیار کمتر از مطالعه حاضر بوده است، نتیجه بسیار نزدیک به این مطالعه بود. در نهایت Rad و همکاران در سال ۲۰۰۹ در ۶۲ مورد رابطه بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی OLP را بررسی نمودند و ۹۳/۸۷ درصد تطابق تشخیص بالینی و پاتولوژیک را گزارش کردند که نشان دهنده رابطه بالای تشخیص بالینی با تشخیص پاتولوژیک OLP می باشد (۱۸).

بنابراین با تکیه بر مطالعه حاضر و تحقیقات مشابه شاید بتوان این گونه نتیجه گیری نمود که با توجه به معیارهای تشخیص بالینی می توان با اطمینان زیادی به تشخیص بالینی تکیه نمود و حداقل در مورد ضایعات رتیکولر کراتوتیک که عمدتاً پتانسیل تغییرات بدخیمی را نشان نداده اند، می توان به پیگیری دوره ای بیماران اکتفا نمود و عمل تهاجمی نمونه برداری را به زمانی موکول نمود که تغییرات بالینی به صورت آتروفیک-اروزیو و... ظاهر شود. از طرفی با توجه به اینکه آزمایش هیستوپاتولوژی ضایعاتی که از نظر بالینی لیکن پلان آتروفیک-اروزیو تشخیص داده شده بودند، در ۱.۸۵٪ (اعشار باید فارسی نوشته شود) موارد SCC را نشان داد، انجام بیوپسی در این نوع از OLP ضروری بنظر می رسد.

منابع

1. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burket's Oral Medicine*, 11th ed. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc; 2008.

2. Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28(1):100-8.

3. Gorouhi F, Solhpour A, Beitollahi JM, Afshar S, Davari P, Hashemi P, et al. Randomized trial of pimecrolimus cream versus triamcinolone acetonide paste in the treatment of oral lichen planus. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(5):806-13.

Tettamanti M, Gianni AB, Baj A, Pallotti F, et al. Oral lichen planus and malignant transformation: a longitudinal cohort study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(3):328-34.

15. Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46:15-21.

16. Bokor-Bratic M, Vuckovic N, Mirkovic S. Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of potentially malignant oral lesions. *Arch Oncol.* 2004;12(3):145-7.

17. Onofre MA, Sposto MR, Navarro CM, Motta ME, Turatti E, Almeida RT. Potentially malignant epithelial oral lesions: discrepancies between clinical and histological diagnosis. *Oral Dis.* 1997;3:148-52.

18. Rad M, Hashemipoor MA, Mojtahedi A, Zarei MR, Chamani G, Kakoei S, et al. Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of oral lichen planus based on modified WHO diagnostic criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107(6):796-800.

Assessment of compatibility of clinical diagnosis with histopathological diagnosis of oral lichen planus

Mahnaz Sahebamee, DDS, MS. Professor of Oral Medicine, Dental Research Center, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. sahebjam@tums.ac.ir

***Bita Rohani**, DDS, MS. Assistant Professor of Oral Medicine, Dental Research Center, School of Dentistry, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). rohani_bita@ajaums.ac.ir

Jalil Momen Beitollahi, DDS, MS. Assistant Professor of Oral Medicine, Dental Research Center, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. jbeitollahi@gmail.com

Arash Mansourian, DDS, MS. Associate professor of Oral Medicine, Dental Research Center, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. amansourian@tums.ac.ir

Maryam Khalili, DDS, MS. Assistant Professor of Oral Pathology, Dental Research Center, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mkhalili@tums.ac.ir

Fereshteh Baghaee, DDS, MS. Associate Professor of Oral Pathology, Dental Research Center, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. fereshtehbaghai@gmail.com

Ahmad Reza Shamshiri, MD, PhD. Epidemiologist, Dental Research Center, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ar_shamshiri@yahoo.com

Abstract

Background: Oral Lichen Planus (OLP) is a chronic inflammatory disease of the stratified squamous epithelia of unknown etiology. The lesion can appear as a combination of clinical subtypes. As there is a controversy about the necessity of taking biopsy in the various types of OLP, the assessment of compatibility of clinical diagnosis with histopathological diagnosis and also the necessity of biopsy could be a guide to this matter.

Methods: In this cross-sectional descriptive study, the files of 162 patients with clinical diagnosis of OLP from Oral Medicine Department of Dental Faculty of Tehran University of Medical Sciences (2002 to 2008) were reviewed. These files were categorized based on the results of histopathological diagnosis: 1. OLP, 2. Oral Lichenoid Lesion (OLL), and 3. Other lesions (nonspecific keratosis, SCC ...).

Results: From the total of 162 subjects, 25 were with only clinically keratotic type and 137 were with other clinical types (atrophic, erosive ...). The mean age of patients was 48.85 ± 13.69 (19 to 77 years). Also 60.5 percent of cases were women and 39.5 percent men. The histopathological diagnosis was OLP in 123 patients, OLL in 11 patients, and other lesions in 28 patients. Ten patients from 123 with diagnosis of OLP revealed dysplastic changes.

Conclusions: Regarding to the sufficiency of clinical diagnostic criteria, especially about the keratotic type of OLP that has little or no chance of dysplastic transformation, it seems that taking biopsy is not mandatory, while atrophic or/and erosive forms are suggested to be biopsied because of potential of malignant transformation.

Keywords: Diagnosis, Dysplasia, Lichen planus, Oral.