

## بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی اصفهان از ۷۰-۷۹

دکتر پرویز دیهیمی<sup>۱</sup>، دکتر مریم فردوسی<sup>۲</sup>

### *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*

<sup>1</sup>Deihimi P. *DDS. MS.* <sup>2</sup>Ferdowsi M. *DDS. MS.*

<sup>1</sup>Assistant Prof., Dept. of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan-IRAN. <sup>2</sup>Dentist.

**Key Words:** Clinical diagnosis, Histopathological diagnosis

**Background & Aim:** Study of Correspondence of clinical diagnosis with histopathologic diagnosis for consideration of rate of dentists' and students' knowledge from clinical features of oral lesions and accordingly, differential diagnosis of those, has special importance. Therefore, this study was performed in patients referring to oral pathology department of Isfahan Dental School from 1370 to 1379.

**Method & Material:** The study, was descriptive retrospective study on 745 patients from archive of oral pathology department of dentistry school of Isfahan university of medical sciences from 1370 to 79 for ascertainment of rate of frequency of correspondence of clinical diagnosis with histopathologic diagnosis of oral lesions.

**Results:** Correct clinical diagnosis according to the first primacy diagnosis has been 57% and second primacy, 10.4% of course, 58% of cases were without second clinical diagnosis, and 4.5% were without clinical diagnosis. The most of correct clinical diagnosis has been in the seventh decade of life (81.6%) and the least of that was in the second decade of life (52.5%). Correct clinical diagnosis in the men was 65.6% and in the women 67.9%. The most of correct clinical diagnosis has been in the lip (85.4%) and the least of correct clinical diagnosis has been in the palate (53%). Correct clinical diagnosis in the benign lesions been 67% and the malignant lesions, 58.5%. Correct clinical diagnosis in the prominent lesions has been 72.5%, flat lesions 58%, smooth surface lesions 69.2%, irregular surface lesions 69.4%, verrucous lesions 67.5%, ulcerative lesions 69.5%, fir, lesions 76.7%, soft lesions 64.8% and intraosseous lesions 63%. Correct clinical diagnosis in the lesions that are concolourous with mucosa was 70%, white lesions 66.6%, red and red-blue lesions 68%, black-brown-blue lesions 72.3%, white-red lesions 63.6% and yellow lesions 50%.

**Conclusion:** Correct clinical diagnosis in old ages were more than other ages, probably because of missing of teeth. Also, prominent lesions more than flat lesions, and lip lesions more than other anatomic lesions had been diagnosed correctly. *Beheshti Univ. Dent. J. 2004; 22(1):38-48*

#### خلاصه

**سابقه و هدف:** بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی به منظور ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان دندانپزشکی از خصوصیات کلینیکی ضایعات و بر آن اساس، برقراری تشخیص افتراقی کلینیکی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار

\*استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
\*\*دندانپزشک

است. لذا این تحقیق با هدف بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی اصفهان از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۷۹ انجام گرفت.

مواد و روشها: جهت بررسی این موضوع، یک مطالعه گذشته نگر توصیفی روی ۷۴۵ پرونده مربوط به بیماران بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی اصفهان جهت تعیین میزان فراوانی تطابق تشخیص کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی از سال ۷۹-۷۰ انجام شد.

یافته ها: نتایج بررسی به شرح ذیل بود:

تشخیص صحیح کلینیکی بر حسب اولویت اول ۵۷٪ و بر حسب اولویت دوم ۱۰/۴٪ بود. البته ۸۵/۲٪ موارد بدون تشخیص کلینیکی دوم بودند و ۴/۵٪ بدون هیچگونه تشخیص بوده اند، که از تحقیق حذف شده اند. بنابراین، موارد بررسی ۷۱۱ مورد بوده است. بیشترین تشخیص صحیح کلینیکی در دهه هفتم عمر (۸۱/۶٪) و کمترین آن در دهه دوم (۵۲/۵٪) بدست آمد. تشخیص صحیح کلینیکی در جنس مذکر، ۶۵/۶٪ و در جنس مؤنث، ۶۷/۹٪ مشاهده شد. بیشترین تشخیص صحیح در ضایعات ناحیه لب (۸۵/۴٪) و کمترین تشخیص صحیح در ناحیه کام (۵۳٪) بدست آمد. تشخیص صحیح کلینیکی در ضایعات خوش خیم ۶۷٪ و در ضایعات بدخیم ۵۸/۵٪ بوده است. تشخیص صحیح کلینیکی در ضایعات برجسته ۷۲/۵٪، در ضایعات هم سطح ۵۸٪، در ضایعات با سطح صاف ۶۹/۲٪، در ضایعات بسا سطح نامنظم ۶۹/۴٪، در ضایعات زگیلی ۶۷/۶٪، در ضایعات زخمی ۶۹/۵٪، در ضایعات سفت ۷۶/۷٪، در ضایعات نرم ۶۴/۸٪ و در ضایعات داخل استخوان ۶۳٪ بود. تشخیص صحیح کلینیکی ضایعات هم رنگ مخاط ۷۰٪، سفید ۶۶/۶٪، قرمز و قرمز آبی ۶۸٪، قهوه‌ای سیاه آبی ۷۲/۳٪، سفید و قرمز ۶۳/۶٪ و زرد ۵۰٪ مشاهده شد.

نتیجه گیری: براساس یافته های بالا، چنین به نظر می‌رسد که با بالا رفتن سن، تشخیص صحیح کلینیکی بیشتر بوده است که احتمالاً با از دست دادن دندانها مرتبط است. همچنین، ضایعات برجسته بیشتر از ضایعات هم سطح، تشخیص صحیح داده شده بودند که احتمالاً به دلیل تشخیص زودتر و ساده تر این ضایعات می‌باشد و مواردی نیز که ضایعات در نواحی قابل مشاهده مانند لب ظاهر شده بودند، تشخیص صحیح کلینیکی بیشتر داده شده بود.

#### واژه های کلیدی: تشخیص کلینیکی، تشخیص هیستوپاتولوژیک

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۸۳؛ جلد (۱) ۲۲: صفحه ۳۸ الی ۴۸

#### مقدمه

سلامت عمومی بیماران آگاه باشد<sup>(۱)</sup>. اولین گام در جهت درمان هر بیماری، تشخیص صحیح است. ضایعات دهانی، اگر چه ممکن است در ظاهر شباهت فراوانی به هم داشته باشند و حتی گاهی کاملاً مشابه هم باشند ولی تعدادی از آنها احتیاج به هیچگونه درمان ندارند و از تنوعات طبیعی مخاط دهان هستند و دسته دیگر در صورت عدم تشخیص به موقع، حتی تاخیر کوتاه مدت به مرگ بیماران منجر می‌شوند<sup>(۱)</sup>.

با پیشرفت علم دندانپزشکی و توسعه دامنه مسئولیت دندانپزشکی در زمینه تشخیص و درمان بیماریهای مختلف دهان و دندان، به تدریج این ضرورت احساس گردید که دندانپزشکی علاوه بر معالجه و ساخت دندانها، از جنبه های پزشکی و احوال بیماران آگاهی داشته باشد، بیماریها را بشناسد و از تظاهرات آنها در رابطه با کار خویش مطلع باشد. به علاوه از اثر آسیب های اولیه مخاط دهان و استخوان آلوئول دندانی و تاثیر آنها بر

ضایعه ۹- یک طرفه یا دو طرفه بودن ضایعه ۱۰- متعدد و منفرد بودن ضایعه<sup>(۴-۸)</sup>.

دق (Percussion) معمولاً در تست Vitality دندانها کاربرد دارد و سمع نیز بیشتر در ضایعات عروقی از نظر وجود بروئی (bruit) که جریان خون را نشان می دهد و نیز سمع مفصل T.M.J از نظر وجود صدای Crepitus کاربرد دارد<sup>(۴-۸)</sup>.

البته در تشخیص کلینیکی، به غیر از مسائل فوق، تجربه کلینیکی و حذف متغیرهای مخدوش کننده نیز مهم است. مثلاً بیمار ممکن است شرح حال ناقصی از ضایعه دهانی خود از نظر مدت پیدایش ضایعه، یا علائم و نشانه های بیماری (sign & symptom) ارائه دهد که کلینیسین را از روند تشخیص منحرف سازد. بطور حتم تجربه کلینیسین می تواند از مخدوش شدن تشخیص کلینیکی جلوگیری نماید.

مسلماً جهت تشخیص ضایعات دهان، طبقه بندی آنها و شناخت شایعترین آنها حائز اهمیت است. ضایعات دهان را به طرق مختلف طبقه بندی می کنند. بعضی از محققین معیار طبقه بندی را محل وقوع و نوع بافت درگیر شده می دانند مانند تومورهای بافت مزانشیمال، اکتودرمال و تومورهای بافت نرم. بعضی دیگر منشاء ایجاد بیماری را معیار طبقه بندی می دانند مانند کیستها و تومورهای ادنتوژنیک و یا ضایعات واکنشی.

برخی نیز بر اساس نمای رادیوگرافی ضایعات داخل استخوانی، آنها را طبقه بندی می نمایند. عده ای نیز طبقه بندی را بر اساس نمای کلینیکی مانند رنگ، شکل و سطح ضایعه انجام می دهند. در هر طبقه بندی، ضایعاتی ممکن است در بیشتر از یک طبقه قرار گیرند. طبقه بندی زیر می تواند در تشخیص افتراقی ضایعات

از طرفی اکثراً دندانپزشکان اولین افرادی هستند که حتی گاهی قبل از خود بیمار این ضایعات را در دهان وی کشف می کنند، آنها با تشخیص صحیح، از پیشرفت بسیاری از بیماریها و یا ضایعات بدخیم جلوگیری می نمایند<sup>(۱)</sup>. برای تشخیص صحیح ضایعات دهان، باید اصولی را رعایت نمود و بدون در نظر گرفتن آنها، تشخیص صحیح معمولاً میسر نمی شود.

نخستین گام، آگاهی از تاریخچه پزشکی بیمار است که این مسأله به دو جهت حائز اهمیت است.

۱- جلب توجه بیمار و دادن پاسخهای قابل اطمینان

۲- ارتباط بیماری مشخص با ضایعه دهان<sup>(۲،۳)</sup>

گام بعدی اطلاع از تاریخچه دندانپزشکی بیماری می باشد. در شرح حال بیمار، اولین سوالی که از بیمار می شود، مشکل اصلی بیمار یا chief complaint بیمار است که می تواند شامل موارد زیر باشد:

۱- درد ۲- زخم ۳- سوزش ۴- خونریزی ۵- لقی دندان ۶- اختلالات اکلوزنی ۷- تاخیر رویش دندان ۸- خشکی دهان ۹- افزایش بزاق ۱۰- تورم ۱۱- مزه و بوی بد دهان و ۱۲- اختلالات حسی<sup>(۴-۸)</sup>.

سپس به معاینه فیزیکی دهان اقدام می شود. معاینه فیزیکی شامل چهار مرحله مشاهده، لمس، دق و سمع می باشد. در مشاهده، موارد زیر مورد بررسی قرار می گیرند:

۱- حاشیه ضایعه ۲- رنگ ضایعه ۳- سطح ضایعه ۴- آسپراسیون<sup>(۴-۸)</sup>.

در لمس، به موارد زیر پرداخته می شود:

۱- دمای سطحی ضایعه ۲- بررسی آناتومی ناحیه ۳- حرکت پذیری ضایعه ۴- گسترش پذیری ضایعه ۵- اندازه و شکل ضایعه ۶- قوام ضایعه ۷- تموج ضایعه ۸- درد

۹- کیستها، شامل کیستهای ادنتوژنیک شامل کیست رادیکولر، دانتی ژور، ادنتوژنیک کراتوسیست و کیستهای غیر ادنتوژنیک مانند کیست نازوپالاتن و کیست نازولبلیال (۴۵،۹،۱۰).

۱۰- تومورهای ادنتوژنیک شامل تومورهای اپیتلیالی مانند آملوبلاستوما و ادنوماتوئید ادنتوژنیک تومور (A.O.T) و تومورهای مزانشیمی مانند فیبروم ادنتوژنیک محیطی و مرکزی، سمنتوبلاستوما و تومورهای مختلط شامل ادنتوما، آملوبلاستیک فیبروما و غیره (۴۵،۹،۱۰).

۱۱- بیماریهای غدد بزاقی شامل تومورهای خوش خیم مانند پلئومورفیک آدنوما و منومرفیک آدنوما، تومورهای بدخیم شامل موکسوپیدرموتئید کارسینوما، ادنوئیدسیستیک کارسینوما، کیستهای غدد بزاقی (موکوسل) که شامل Mucus extravasation cyst و Mucus retention cyst و بیماریهای دیگر شامل سنگ غده بزاقی، سیال آدنیت و خشی دهان (Xerostomia) (۴۵،۹،۱۰).

هدف از انجام این تحقیق بررسی تطابق تشخیص کلینیکی و هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در فاصله زمانی ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹ بود.

#### مواد و روشها

این بررسی، یک مطالعه گذشته نگر توصیفی بر روی ۷۴۵ پرونده مربوط به بیماران بخش آسیب شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی اصفهان از سال ۷۹-۷۰ بوده است که البته ۴/۵٪ آنها یعنی ۳۴ پرونده که تشخیص کلینیکی، یا تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی نداشته اند از تحقیق حذف شدند بنابراین موارد بررسی شامل ۷۱۱

دهانی راهگشا باشد. این طبقه بندی بر اساس معیارهای مختلف مانند منشا بافتی، نمای کلینیکی و نمای رادیوگرافیک ارائه شده است:

۱- ضایعات تاولی که شامل بیماریهای ویروسی مانند هرپس سیمپلکس، واریسلزوستر، هرپانژنیا و بیماریهای اتوایمون مانند پمفیگوس، پمفیگوئید می باشند (۴۵،۹،۱۰).

۲- ضایعات اولسراتیو (زخمی) شامل ضایعات بدخیم مانند S.C.C و ضایعات پوستی مخاطی مانند لیکن پلان و لوپوس ارتیماتوز، ضایعات تحریکی مانند سیالومتاپلازی نکروز شونده و ضایعات عفونی مانند ژنژیواستوماتیت هرپسی اولیه و ثانویه و نیز زخمهای آفتی (۴۵،۹،۱۰).

۳- ضایعات سفید مانند لکوپلاکیا ولیکن پلان و لوپوس ارتیماتوز

۴- ضایعات قرمز و قرمز- آبی مانند ضایعات عروقی شامل همانژیوما و ضایعات واکنشی مانند پیوژنیک گرانولوما، ژانت سل گرانولومای محیطی، نئوپلاسمها و ضایعات ماقبل بدخیمی مانند اریتروپلاکیا و سارکوم کاپوزی (۴۵،۹،۱۰)

۵- ضایعات پیگمانته مانند خال، ملانوم، آمالگام تاتو (Amalgam tatoo)

۶- ضایعات زگیلی و پاپیسلاری مانند پاپیلوما و وروکوز کارسینوما

۷- ضایعات بافت همبندی - مانند فیبرومای محیطی و هیپرپلازی فیبروز التهابی، پیوژنیک گرانولوما و ژانت سل گرانولومای محیطی (۴۵،۹،۱۰)

۸- ضایعات استخوانی مانند تومورهای استخوانی شامل استئوما، استئوسارکوما و ضایعات راکتیو مانند استئیت کندانه (Condensing osteitis) (۴۵،۹،۱۰).

در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با پاتولوژی ضایعات دهانی برحسب دهه سنی از ۷۱۱ مورد پرونده که در اولویت اول و دوم تشخیص کلینیکی داشته اند، بیشترین تعداد بیماران در دهه دوم (۱۳۷ نفر) و کمترین مورد در دهه هشتم (۲۶ مورد) بوده اند، بالاترین تشخیص درست در دهه هفتم است که ۸۱/۶٪ بوده و کمترین تشخیص کلینیکی درست در دهه دوم بود که ۵۲/۵٪ بدست آمد. در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژیک به تفکیک جنس، ۶۵/۶٪ تشخیص در مردان و ۶۷/۹٪ تشخیص کلینیکی در زنان درست بوده است که تفاوت قابل ملاحظه ای نشان نمی‌دهد. در ضمن ۴۱/۷٪ نمونه‌ها مرد و ۵۸/۳٪ نمونه‌ها زن بوده اند.

در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با یافته‌های پاتولوژی برحسب محل آناتومیک ضایعه، بیشترین ضایعه در ناحیه مخاط آلوئولر فک پایین (۳۲/۶٪) و کمترین آن در کف دهان (۱/۷٪) وجود داشت. بیشترین تشخیص درست کلینیکی در ضایعات لب (۸۵/۴٪) و کمترین تشخیص درست در ناحیه کام (۵۳٪) بوده است. در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با یافته‌های پاتولوژی برحسب روند بیولوژیک، ۶۷٪ موارد ضایعات خوش خیم و ۵۸/۵٪ موارد ضایعات بدخیم، تشخیص کلینیکی صحیح داده شده بودند.

پرونده بودند. متغیرهایی که در این تحقیق تعیین گردیدند از نوع کیفی و کمی غیروابسته بوده، شامل تطابق تشخیص کلینیکی با تشخیص پاتولوژی از نظر اولویت اول و دوم تشخیص کلینیکی، سن و جنس بیماران، شکل و رنگ و قوام ضایعه، محل آناتومیکی ضایعه و روند بیولوژیک ضایعه می‌باشند.

اطلاعات استخراج شده در یک جدول ذخیره اطلاعات گنجانده شده، پس از اتمام استخراج، این جدول مورد بررسی قرار گرفت. هر متغیر جداگانه با توجه به تشخیص کلینیکی و تشخیص پاتولوژی به صورت صحیح و غلط جمع آوری گردید.

#### یافته‌ها

نتایج به دست آمده در جداول ۱ تا ۹ آمده اند. همانطور که از جداول مشخص است، در مقایسه تشخیص کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک بر حسب اولویت اول و دوم، ۵۷٪ تشخیص‌های کلینیکی که به عنوان اولویت اول، تشخیص داده شده بودند، پس از تطابق با نتایج هیستوپاتولوژیک، صحیح بوده و ۳۸/۵٪ از آنها نادرست بودند. در مورد اولویت دوم تشخیص کلینیکی ۵۸/۲٪ بدون تشخیص، ۱۰/۴٪ تشخیص درست و ۳۱/۴٪ تشخیص نادرست داده بودند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی بر حسب اولویت اول و دوم تشخیص کلینیکی دانشکده دندانپزشکی اصفهان سالهای ۷۹-۷۰

جمع	بدون تشخیص		نادرست		درست		فراوانی اولویت تشخیص
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
۷۴۵	۴۱/۵۶٪	۳۴	۳۸/۴۴٪	۲۸۶	۵۷٪	۴۲۵	تشخیص اول
۷۴۵	۵۸/۲٪	۴۳۳	۳۱/۴٪	۲۳۴	۱۰/۴٪	۷۸	تشخیص دوم

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی برحسب دهه سنی

دانشکده دندانپزشکی اصفهان ۷۹-۷۰

جمع	نارست		درست		دهه سنی
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
۷۳	٪۳۴/۲	۲۵	٪۶۵/۸	۴۸	دهه اول
۱۳۷	٪۴۷/۵	۶۵	٪۵۲/۵	۷۲	دهه دوم
۱۲۰	٪۳۴/۲	۴۱	٪۶۵/۸	۷۹	دهه سوم
۱۰۵	٪۲۶/۷	۲۸	٪۷۳/۳	۷۷	دهه چهارم
۹۷	٪۲۸/۹	۲۸	٪۷۱/۱	۶۹	دهه پنجم
۹۳	٪۲۹	۲۷	٪۷۱	۶۶	دهه ششم
۶۰	٪۱۸/۴	۱۱	٪۸۱/۶	۴۹	دهه هفتم
۲۶	٪۲۳	۶	٪۷۷	۲۰	دهه هشتم

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهان به تفکیک جنس

جمع	نادرست		درست		تشخیص جنس
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
۲۹۷	٪۳۴/۴	۱۰۲	٪۶۵/۶	۱۹۵	مرد
۴۱۴	٪۳۲/۱	۱۳۳	٪۶۷/۹	۲۸۱	زن

بوده و سطح و شکل خاصی نداشته اند جداگانه مورد بررسی قرار گرفته اند و ۶۳٪ این ضایعات، تشخیص کلینیکی صحیح داده شده اند.

در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژی ضایعات دهان برحسب رنگ ضایعه، بیشترین تشخیص کلینیکی صحیح در ضایعات قهوه ای، سیاه، آبی (۷۲/۳٪) و کمترین آن در ضایعات زرد (۵۰٪) بوده است.

بیشترین تعداد ضایعه برحسب رنگ به قرمز و قرمز-آبی (۲۴۲ مورد) و کمترین مورد به رنگ زرد (۴ مورد) مربوط می باشد. در مورد ضایعات زرد، نتیجه به دست

در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژی ضایعات دهان برحسب برجسته یا هم سطح بودن ضایعه (منظور فقط ضایعات بافت نرم است، نه استخوانی و expansion). این نتایج به دست آمد که ۷۲/۵٪ ضایعات برجسته و ۵۸٪ ضایعات هم سطح، تشخیص کلینیکی صحیح داشته اند.

در مورد نتایج به دست آمده برحسب سطح ضایعه، ضایعات با سطح صاف، نامنظم، زخمی تقریباً ۶۹٪ و ضایعات زگیلی (Verrucous) ۶۷٪ تشخیص کلینیکی صحیح داده شده اند که تفاوت قابل ملاحظه ای ندارند. ضایعات داخل استخوانی به دلیل اینکه داخل استخوان

آمده ارزش آماری بالایی ندارد چون تعداد موارد آن بسیار کم بوده است.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهان بر حسب محل آناتومیک ضایعه

جمع	نادرست		درست		تشخیص محل آناتومیک
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
۶۱	٪۳۹/۴	۲۴	٪۶۰/۶	۳۷	لثه
۹۰	٪۳۹	۳۵	٪۶۱	۵۵	پای دندان
۵۵	٪۱۴/۶	۸	٪۸۵/۴	۴۷	لب
۶۷	٪۲۷	۱۸	٪۷۳	۴۹	گونه
۲۵	٪۲۰	۵	٪۸۰	۲۰	زبان
۱۲۷	٪۴۱/۸	۵۳	٪۵۸/۲	۷۴	مخاط آلونولر فک بالا
۲۳۲	٪۲۸	۶۵	٪۷۲	۱۶۷	مخاط آلونولر فک پایین
۳۲	٪۴۷	۱۵	٪۵۳	۱۷	کام
۱۲	٪۲۵	۳	٪۷۵	۹	کف دهان
۱۰	٪۴۰	۴	٪۶۰	۶	نواحی دیگر *

\*نواحی دیگر شامل پوست صورت و گردن، اوروفارنکس و سینوسهای باشد.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی بر حسب روند بیولوژیک

جمع	نادرست		درست		روند بیولوژیک
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
۶۵۳	٪۳۳	۲۱۶	٪۶۷	۴۳۷	خوش خیم
۵۸	٪۴۱/۵	۲۴	٪۵۸/۵	۳۴	بد خیم

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهان و بر حسب شکل ضایعه  
۶- (الف) جدول فراوانی بر حسب برجسته و همسطح بودن ضایعه

جمع	نادرست		درست		تشخیص شکل ضایعه
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
۴۰۰	٪۲۷/۵	۱۱۰	٪۷۲/۵	۲۹۰	برجسته
۳۱۱	٪۴۲	۱۳۱	٪۵۸	۱۸۰	هم سطح

۶- (ب) جدول فراوانی برحسب سطح ضایعه

جمع	نادرست		درست		تشخیص
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	سطح ضایعه
۳۱۹	%۳۰/۱۸	۹۸	%۶۹/۲	۲۲۱	سطح صاف
۱۸۹	%۳۰/۱۶	۵۸	%۶۹/۴	۱۳۱	نامنظم
۶۸	%۳۲/۷	۲۲	%۶۷/۶	۴۶	زگیلی
۶۹	%۳۰/۱۵	۲۱	%۶۹/۵	۴۸	زخمی
۱۲۴	%۲۷	۴۶	%۶۳	۷۸	داخل استخوان

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهان بر حسب رنگ ضایعه

جمع	نادرست		درست		تشخیص
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	رنگ ضایعه
۲۲۰	%۳۰	۶۶	%۷۰	۱۵۴	همرنگ مخاط
۶۳	%۳۳/۴	۲۱	%۶۶/۶	۴۲	سفید
۲۴۲	%۳۲	۷۷	%۶۸	۱۶۵	قرمز و قرمز و آبی
۴۷	%۲۷/۷	۱۳	%۷۲/۳	۳۴	قهوه ای سیاه و آبی
۱۱	%۳۶/۴	۴	%۶۳/۶	۷	سفید - قرمز
۴	%۵۰	۲	%۵۰	۲	زرد

جدول شماره ۸- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهان برحسب قوام ضایعه

جمع	نادرست		درست		تشخیص
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	قوام ضایعه
۲۱۵	%۲۳/۳	۵۰	%۷۶/۷	۱۶۵	سفت
۳۷۲	%۳۵/۲	۱۳۱	%۶۴/۸	۲۴۱	نرم

استخوانی مطرح نبوده و فقط ضایعاتی که بافت نرم را درگیر می کنند، مطرح بوده اند. یک بررسی موازی و هم ارز روی ۱۸۰۰ پرونده مربوط به بیماران مراجعه کننده به مطبهای خصوصی نیز انجام

در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی با هیستوپاتولوژیک ضایعات دهان برحسب قوام ضایعه %۷۶/۷ ضایعات سفت و %۶۴/۸ ضایعات با قوام نرم درست تشخیص داده شده است. البته لازم به ذکر است که در اینجا ضایعات

شد که نتایج به دست آمده شامل ۲۴٪ تشخیص کلینیکی، ۱۳٪ تشخیص نادرست و ۶۳٪ بدون تشخیص همکاران جراح دهان، فک و صورت بوده اند.

جدول شماره ۹- توزیع فراوانی تطابق تشخیص افتراقی کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به مطبهای خصوصی دندانپزشکان

تشخیص	فراوانی	
	مطلق	نسبی
درست	۴۳۲	۲۴٪
نادرست	۲۳۴	۱۳٪
بدون تشخیص کلینیکی	۱۱۳۴	۶۳٪
جمع	۱۸۰۰	۱۰۰٪

بیشتر ضایعات خوش خیم و در نتیجه آشنایی بیشتر دندانپزشکان با آنها باشد.

بنابراین تشخیص ضایعات برجسته، بهتر بوده است که شاید به دلیل تشخیص زودتر و ساده تر ضایعات برجسته یا محدودیت ضایعات باشد ولی تشخیص افتراقی ضایعات هم سطح معمولاً مشکل تر است و به تجربه کلینیکی بیشتری نیاز دارد.

## بحث

تشخیص آنها ساده تر است و ضایعات نادر کمتر در حوزه تشخیص کلینیسی قرار می گیرند. در مورد نقش جنسیت بیماران در تشخیص صحیح کلینیکی نیز با توجه به یافته ها اختلافی مشاهده نگردید. البته تعداد نمونه ها در دو جنس یکسان نبوده و بیماران زن بیشتر بودند. لذا تفسیر این تشابه تشخیص صحیح کلینیکی در دو جنس ممکن است مشکل یا مخدوش کننده باشد.

از نظر محل آناتومیک، همانطور که ملاحظه گردید بیشترین تشخیص درست کلینیکی در ضایعات لب (۸۵/۴٪) و کمترین تشخیص درست در ناحیه کام (۵۳٪) بوده است که این احتمالاً به دلیل دید بیشتر دندانپزشک روی لب و نیز محدود بودن ضایعات این

به طوریکه در قسمت یافته ها ملاحظه گردید با افزایش سن بیماران، قدرت تشخیص صحیح توسط همکاران بیشتر شده است. یکی از دلایلی که در مورد این مسئله بیشتر مطرح می شود از دست دادن دندانها با بالا رفتن سن می باشد که باعث می گردد ضایعات ادنتوژنیک کمتر مورد نظر باشند و همچنین ضایعات راکتیو نیز که در بسیاری از موارد با دندانها ارتباط دارند، کاهش یافته در نتیجه تعداد ضایعات احتمالی کم می شوند و تشخیص افتراقی بر اساس تعداد کمتر ضایعات سهل تر و صحیح تر می گردد. البته لازم به ذکر است که احتمال بروز یک سری از ضایعات در سنین بالا مطرح است بخصوص ضایعاتی که با denture ارتباط دارند. ولی ضایعات شایع در این سنین محدود می باشند و لذا

بالتبع راحت تر می باشد.

از نظر قوام ضایعات بافت نرم نیز همانطور که مشخص گردید، ضایعات با قوام سفت بهتر از ضایعات با قوام نرم تشخیص داده شده اند که شاید به دلیل فراوانی بیشتر ضایعات با قوام نرم در دهان باشد که تشخیص کلینیکی را مشکل تر می کند. ضایعات سفت معمولاً محدودترند و بیشتر به دلیل افزایش بافت کلاژن یا فیبروز ایجاد می شوند.

البته در پایان بحث لازم است ذکر شود که با جستجوی اطلاعات از طرق مختلف بررسی مشابهی انجام نگرفته بود تا نتایج به دست آمده با آن بررسی ها مقایسه شوند.

### نتیجه گیری

براساس یافته های بالا، چنین به نظر می رسد که با بالا رفتن سن، تشخیص صحیح کلینیکی بیشتر بوده است که احتمالاً با از دست دادن دندانها مرتبط است. همچنین، ضایعات برجسته بیشتر از ضایعات هم سطح، تشخیص صحیح داده شده بودند که احتمالاً به دلیل تشخیص زودتر و ساده تر این ضایعات می باشد و مواردی نیز که ضایعات در نواحی قابل مشاهده مانند لب ظاهر شده بودند، تشخیص صحیح کلینیکی بیشتر داده شده بود.

### پیشنهادات

با توجه به اینکه نزدیک به ۶۳٪ نتایج پاتولوژی گزارش شده از نمونه های ارسالی از مطبهای خصوصی بدون تشخیص کلینیکی اولیه بوده اند، پیشنهاد می گردد که همکاران محترم هنگام ارسال نمونه های بیوپسی به آزمایشگاه پاتولوژی در نوشتن تشخیص افتراقی کلینیکی

ناحیه که تشخیص افتراقی را کمتر می کند، می باشد که باعث می گردد تشخیص درست را بهتر از نواحی خلف دهان و کام میسر گردد.

در مورد تشخیص صحیح تر ضایعات خوش خیم، دلیل منطقی که به نظر می رسد، شاید شیوع بیشتر ضایعات خوش خیم باشد که دندانپزشکان یا دانشجویان دندانپزشکی با آنها آشنایی بیشتری دارند.

تشخیص ضایعات برجسته نیز بهتر بوده است که شاید به دلیل تشخیص زودتر و ساده تر ضایعات برجسته یا محدودیت این ضایعات باشد ولی تشخیص افتراقی ضایعات هم سطح معمولاً مشکل تر است و نیاز به تجربه کلینیکی بیشتری دارد. ولی نمای کلینیکی سطح ضایعه مانند حالت های صاف، نامنظم، زخمی و زگیلی تفاوت مهمی در تشخیص صحیح ایجاد نکرده بود.

در مورد ضایعات استخوانی که تشخیص صحیح آن ضایعات، کمتر از ضایعات بافت نرم می باشد، اگر چه اختلاف آنها قابل ملاحظه نبود ولیکن نمای رادیوگرافیک مشابه در ضایعات استخوانی شاید یکی از دلایل تشخیص صحیح کلینیکی کمتر این ضایعات باشد و همچنین تجربه کم دندانپزشکان و دانشجویان دندانپزشکی در تشخیص کلینیکی این ضایعات و تشابه جنس، سن و نمای کلینیکی نیز در این مورد بی تأثیر نیست. بطور کلی در تشخیص کلینیکی مجموعه ای یافته ها به تشخیص صحیح کمک می کند و نمای رادیوگرافیک به تنهایی مطرح نیست.

از نظر رنگ ضایعه نیز همانطور که از نتایج برمی آید، بیشترین تشخیص کلینیکی صحیح در ضایعات قهوه ای، سیاه و آبی بوده است که یکی از دلایل آن شاید این باشد که این ضایعات محدودترند و تشخیص افتراقی

نیز که تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی نبوده یا توصیفی بوده از مطالعه حذف شده اند. نکته قابل ذکر دیگر این است که چون گزارشات بیوپسی بررسی شده، از بخشهای دانشکده بوده است، لذا می‌تواند به عنوان یک معیار برای آموزش دانشجویان نیز در نظر گرفته شود. براساس نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که در مورد ثبت گزارشات بیوپسی، بهتر است دقت بیشتری به عمل آید و به دانشجویان، اهمیت قضیه را بازگو کرد تا در آینده که به کار کلینیکی مستقل می‌پردازند در ثبت خصوصیات بالینی بیمار و تشخیص افتراقی ضایعه بیوپسی شده، اهتمام بیشتری مبذول دارند.

و شرح نمای کلینیکی ضایعه دقت بیشتری نمایند تا پاتولوژیست بتواند در انجام وظایف خود بهتر عمل نماید. همچنین به علت ناقص بودن اکثر پرونده های مطب پیشنهاد می‌گردد که فرم‌های مخصوصی شامل سن، جنس بیمار، محل ضایعه، شکل و رنگ ضایعه، شرح حال مختصری از بیماری و در نهایت تشخیص افتراقی کلینیکی تهیه شود و به مطبها داده شود تا به همراه نمونه بیوپسی به پاتولوژیست ارائه شود. البته باید متذکر شد که تشخیص پاتولوژیک نیز صد در صد صحیح نیست ولی چون بر اساس مجموعه ای از اطلاعات بالینی، رادیوگرافیک و هیستولوژیک است، بنابراین به احتمال قریب به یقین، صحیح است. مواردی

## References:

۱. قائم مقامی - ا: ضایعات مخاط دهان. چاپ اول، انتشارات جهاد دانشگاهی، ۱۳۷۰ فصل اول و دوم. صفحه ۳۵-۱۵
۲. موسوی - ف: تشخیص ضایعات دهان. چاپ اول. واحد انتشارات بخش فرهنگی دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی، ۱۳۶۸؛ فصل ۵-۱: صفحات ۲۱۱-۲۱۳
3. Lynch M, Brightman V, Greenberg M: *Burket's oral medicine*. 9<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, J.B.Lippincott Co. 1994; Chap1: 3-7
4. Wood NK, Goaz PW: *Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions*. 5<sup>th</sup> Ed. St. Louis: The CV Mosby Co. 1997;Chaps2-5:5-46
5. Eversole L: *Clinical outline of oral pathology*. 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1984;Chap1:1-6
6. Bengel W, Voltman G, Loevy H, Taschini P: *Differential diagnosis of diseases of the oral mucosa*. 1<sup>st</sup> Ed. Chicago, Quintessence Book, 1989;Chap1:21-40
7. Langlais R, Bricker B, Cottone J, Baker B: *Oral diagnosis, oral medicine and treatment planning*. 1<sup>st</sup> Ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1984;Chap1-8:1-86
8. Sonis S, Fazio R, Fang L: *Principles and practice of oral medicine*. 1<sup>st</sup> Ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1984; Chaps1-3:3-32
9. Regezi JA, Sciubba JJ: *Oral pathology, clinical pathologic correlations*. 3<sup>rd</sup> Ed. Philadelphia, W.B.Saunders Co. 1999;Chaps1-7:1-175
۱۰. جهانشاهی - غ: راهنمای تشخیص افتراقی بیماریهای دهان. چاپ اول. جلد ۲ و ۱، اصفهان- انتشارات کنکاش، ۱۳۷۷؛ فصل ۱۴-۱: صفحات ۷۵-۱