

## بررسی مقایسه‌ای یافته‌های بالینی و بافت شناختی آسیب‌های دهان و فک

مریم السادات هاشمی پور\*، مریم راد\*، عبدالعظیم مجتهدی\*\*

\* استادیار گروه آموزشی بیماری‌های دهان و عضو مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان  
\*\* متخصص آسیب شناسی دهان

### چکیده

**بیان مساله:** تشخیص درست در رشته‌ی بیماری‌های دهان، همواره نیازمند مهارت، تجربه و کمک گیری از دیگر رشته‌های مرتبط بوده و یکی از رشته‌های مهم در این زمینه، آسیب شناسی دهان است.

**هدف:** هدف از انجام این بررسی، مقایسه‌ی یافته‌های بالینی و بافت شناختی آسیب‌های دهان و فک‌ها در بیماران مراجعه کننده به بخش آسیب شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال‌های 1375 تا 1384 بود.

**مواد و روش:** بررسی کنونی از گونه‌ی بررسی‌های توصیفی، تحلیلی و گذشته نگر است. همه‌ی نمونه‌هایی که از فروردین 75 تا اسفند 84 به بخش آسیب شناسی دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای بررسی میکروسکوپی ارجاع داده شده‌اند (674 نمونه) بررسی گردیدند. پس از ثبت، داده‌ها با استفاده از آزمون کای دو، تی، کاپا و برنامه‌ی SPSS 13.5 واکاوی شدند.

**یافته‌ها:** در این پژوهش 666 نمونه بررسی شدند، که در 432 مورد (64/87 درصد) تشخیص بالینی اول و آسیب شناسی، با یکدیگر همخوانی داشتند. بیشترین تطابق تشخیصی در دهه‌ی هشتم و کمترین آن در دهه‌ی سوم به دست آمد. همچنین، بیشترین میزان تطابق تشخیص بالینی و آسیب شناسی در آسیب‌های لثه و کمترین میزان تطابق در ناحیه‌ی کف دهان دیده شد.

**نتیجه‌گیری:** برپایه‌ی نتایج به دست آمده از این بررسی به نظر می‌رسد، که در حدود یک سوم موارد تشخیص بالینی و آسیب شناسی بر یکدیگر تطابق ندارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود، که اهمیت ثبت دقیق ویژگی‌های بیماران در پرونده و نوشتن کامل ویژگی‌های آسیب‌های دهانی به دانشجویان یادآوری شود.

**واژگان کلیدی:** تشخیص، بافت شناسی، دهان، فک

## درآمد

با پیشرفت علم دندانپزشکی و توسعه‌ی دامنه‌ی مسوولیت دندانپزشکان در زمینه‌ی تشخیص و درمان بیماری‌های گوناگون دهان و دندان به تدریج این ضرورت احساس گردید، که دندانپزشک افزون بر معالجه و بازسازی دندان‌ها می‌بایست از جنبه‌های پزشکی نیز، آگاهی داشته، بیماری‌ها را بشناسد و از تظاهرات آن‌ها در رابطه با کار خویش آگاه باشد، زیرا تشخیص درست، کلید آغازین درمان موفق است.<sup>(1)</sup>

در این میان مساله‌ی مشکل ساز برای بسیاری از کلینیسین‌ها برخورد با آسیب‌هایی است، که به دلایلی همچون نمای بالینی همانند، مشخص نبودن دقیق ویژگی‌ها و همخوانی نداشتن نشانه‌های بیماری، سبب خطاهای تشخیصی می‌شوند. در ضمن، به دلیل گوناگونی نشانه‌ها در برخی از بیماری‌های دهان، حتی یک کلینیسین ماهر نیز، از اشتباهات تشخیصی به دور نیست. در این گونه موارد آزمایش‌های پاراکلینیکی و بررسی‌های پرتونگاری و آسیب‌شناسی می‌توانند کمک کننده باشند. هم اکنون برای اکثریت آسیب‌های دهانی بی بررسی آسیب‌شناسی نمی‌بایست درمانی انجام گیرد<sup>(1,2)</sup>. در تشخیص بالینی به غیر از مسایل گفته شده، تجربه‌ی بالینی و کنار گذاشتن مخدوش کننده نیز، مهم است. میزان مهارت و تجربه‌ی افرادی که تشخیص آغازین را مطرح می‌کنند، باید کاملاً یکسان باشد، در غیراین صورت میزان تجربه، سواد و مهارت یکی از عوامل مخدوش کننده به شمار می‌رود.

مسئله برای تشخیص آسیب‌های دهانی رده‌بندی و شناخت شایع‌ترین آن‌ها نیز دارای اهمیت است. در این میان آسیب‌های دهانی به روش گوناگون رده‌بندی می‌شوند. برخی از پژوهشگران این آسیب‌ها را برپایه‌ی جای رخداد و گونه‌ی بافت درگیر شده رده‌بندی کرده و شماری دیگر منشا ایجاد بیماری را معیار رده‌بندی می‌دانند. عده‌ای نیز، بیماری‌های دهان را بر پایه‌ی نمای پرتونگاری رده‌بندی نموده‌اند. همچنین، عده‌ای از کلینیسین‌ها معیارهایی مانند نمای بالینی را برای رده‌بندی آسیب‌ها در نظر می‌گیرند. در این دسته‌بندی، آسیب‌ها به آسیب‌های تاولی، زخمی، سفید، قرمز و قرمز - آبی، پیگمانته، زگیلی و پایپلاری، بافت همبند، استخوانی، کیست‌ها، تومورهای ادنتوژنیک و بیماری‌های غدد بزاقی بخش‌بندی می‌شوند<sup>(3,4,5,6)</sup>. همچنین، برای تشخیص درست بیماری‌های دهان از اصولی همچون شکایت اصلی بیمار، پیشینه‌ی بیماری، پیشینه پزشکی و دندانپزشکی،

معاینه‌های بالینی و آزمون‌های پاراکلینیکی مانند نمونه برداری، آزمون‌های هماتولوژی، بیوشیمی خون و دیگر آزمون‌ها و نشانه‌ها می‌توان کمک گرفت<sup>(1,7,8,9,10)</sup>. ضمناً در برخورد با آسیب‌های دهانی می‌باید به ویژگی‌های آسیب همچون شکل، قوام، اندازه، مکان، رنگ، شمار، و سایر ویژگی‌ها توجه نمود و همه‌ی این موارد در پرونده به گونه‌ای دقیق ثبت شوند<sup>(10)</sup>.

بسیاری از پژوهشگران بر این اصل باور دارند، که موثرترین راه رسیدن به یک تشخیص درست در آسیب‌های دهانی برداشتن نمونه‌ی مناسب از آسیب و بررسی آن به وسیله‌ی یک آسیب شناس ماهر است<sup>(11,12)</sup>. با توجه به این که در برخی از موارد آسیب‌های بدخیمی همچون لنفوم ولوسمی ممکن است دارای نمای بالینی همانند آسیب‌های خوش خیم چون پیوژنیک گرانولوما بوده و در این راه نمونه برداری می‌تواند کمک کننده باشد و یا بر عکس، آسیب‌های خوش خیم همچون اپولیس فیشراتوم ممکن است در بررسی میکروسکوپی دارای نمای هیپرپلازی سودو اپیتلیوماتوز بوده، که یک متخصص آسیب شناسی بی‌تجربه و یا حتی شماری از افراد ماهر در این رشته آن را با کارسینوم سلول سنگ‌فرشی اشتباه گرفته و سبب تحمیل هزینه‌ها به بیمار شوند.

در بررسی انجام شده به وسیله‌ی دیهیمی و فردوسی، تنها در 57 درصد موارد تشخیص بالینی اول و آسیب شناسی بر یکدیگر منطبق بودند. همچنین، بیشترین میزان تطابق در آسیب‌های ناحیه‌ی لب، آسیب‌های قهوه‌ای - سیاه و در دهه‌ی سنی هفتم گزارش گردید<sup>(1)</sup>. گرچه در بررسی انجام شده به وسیله‌ی حسین‌پور و محتشم این درصد تطابق 81/2 درصد گزارش شده است<sup>(13)</sup>.

بررسی و تطابق تشخیص بالینی با نمای آسیب‌شناسی آسیب‌های دهانی برای ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان از ویژگی‌های بالینی آسیب‌ها و تشخیص افتراقی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی این موضوع هستند، که درصد تطابق تشخیص بالینی با گزارش‌های آسیب‌شناسی آسیب‌های دهانی در هر منطقه بستگی به شیوع آسیب‌ها و مهارت افراد دارد. در زمینه‌ی بررسی‌های قبلی به ویژه در خارج از کشور این نکته قابل یادآوری است، که با وجود جستجوی سایت‌های معتبر انگلیسی، بررسی همانندی در این مورد پیدا نشد. بنابراین، هدف از انجام این بررسی مقایسه‌ی یافته‌های بالینی و بافت‌شناختی آسیب‌های دهان و فک‌ها در بیماران مراجعه‌کننده به بخش

آسیب شناسی دانشکده ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال های 1375 تا 1384 و ارایه راهکارهای ویژه در راستای ایجاد هرچه بیشتر این تطابق بود.

## مواد و روش

این بررسی، از نوع بررسی های توصیفی، تحلیلی و گذشته-نگر است. شمار 674 نمونه که از فروردین سال 1375 تا اسفند سال 1384 به بخش آسیب شناسی دانشکده ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای تشخیص و بررسی میکروسکوپی ارجاع داده شده بودند بررسی شدند، که از این شمار 8 نمونه به دلایلی همچون کافی نبودن آگاهی ها و مشخص نبودن تشخیص بالینی و آسیب شناسی از بررسی کنار گذاشته شدند و در پایان، 666 نمونه بررسی گردیدند. در آغاز، به بایگانی بخش آسیب-شناسی و پرونده ی همه ی نمونه هایی که در این مدت زمان به این بخش ارجاع داده شده بودند مراجعه شد. سپس، با استفاده از برگه هایی که به وسیله ی دندانپزشک ارجاع دهنده کامل شده بودند، اطلاعات شرح حال بیماران شامل نام و نام خانوادگی، جنس، سن ثبت شده و سپس توصیف بالینی آسیب شامل رنگ، سطح، روند زیست شناختی (خوش خیم، بدخیم)، شکل آسیب و جای آسیب، تشخیص بالینی اول و دوم و دیگر موارد ثبت گردید. در مرحله ی بعدی به برگه های آسیب شناسی بیماران که در آن ها تشخیص میکروسکوپی آسیب ها قید شده بود، مراجعه و تشخیص آسیب شناسی هر آسیب نیز، ثبت گردید. تشخیص های بالینی برپایه ی تشخیص اول و دوم مرتب شدند.

در آسیب های همانندی که دارای نام های گوناگون بودند، نامی که در بیشتر مراجع برای آن ها عنوان شده بود، انتخاب گردید. همچنین آسیب ها بر پایه رنگ، سطح، روند زیست شناختی (خوش-خیم، بدخیم)، شکل و جا رمز گذاری شد. سپس، آگاهی های به دست آمده، رمز گذاری و با استفاده از آزمون های کای دو (بررسی پیوند معنادار میان جنس و آسیب ها)، تی تست (T-test) (بررسی پیوند معنادار میان سن و آسیب ها)، کاپا (ضریب همبستگی میان

تشخیص بالینی و آسیب شناسی) و برنامه ی SPSS 13.5 واکاوی گردیدند. هر متغیر با توجه به تشخیص بالینی و تشخیص آسیب-شناسی به صورت درست و نادرست بررسی شدند. ضریب همبستگی کاپا در موارد گوناگون تطابق تشخیص بالینی و آسیب شناسی مورد استفاده قرار گرفت و میان 0/67 تا 1 متغیر گزارش گردید.

## یافته ها

شمار 302 مورد (45/3 درصد) مربوط به بیماران مرد و 361 مورد (54/2 درصد) مربوط به بیماران زن بود {جنسیت در سه نفر (0/5 درصد) مشخص نبود}. نسبت مردان به زنان در این بررسی 0/84 بوده و میانگین سنی افراد 2 تا 83 سال تعیین شد. در مقایسه ی تشخیص بالینی با تشخیص آسیب شناختی بافت بر پایه ی اولویت اول و دوم، در 64/87 درصد، تشخیص بالینی اول با تشخیص آسیب شناسی همخوانی دارد. در مورد اولویت تشخیص دوم، در 25/67 درصد موارد تشخیص بالینی دوم با تشخیص آسیب شناسی همخوانی داشت. در جدول 1 تطابق تشخیص بالینی با تشخیص آسیب شناسی بر پایه ی اولویت اول و دوم تشخیص بالینی آورده شده است.

شایع ترین آسیب های ارجاعی به این مرکز لیکن پلان (67 مورد، 10/1 درصد نمونه ها) و پلاسموسیتوما ی لثه کمترین مورد گزارش شده بود (یک مورد، 0/15 درصد نمونه ها).

شایع ترین آسیب های مورد بررسی در بخش آسیب شناسی هیپرپلازیهای آماسی (39/2 درصد کل آسیب ها) بودند. در میان آسیب های راکتیو، فیبروم تحریکی از بالاترین میزان شیوع برخوردار بود (29/9 درصد از هیپرپلازیهای آماسی) و در 92/3 درصد موارد تشخیص بالینی و آسیب شناسی بر یکدیگر منطبق بودند. همچنین، در مورد آسیب های اپولیس فیشراتوم، تومور حاملگی و اپولیس گرانولوماتوزم، در صد درصد موارد تطابق بالینی و آسیب شناختی بافت دیده شد. جدول 2 نشان دهنده ی میزان شیوع هیپرپلازی آماسی و میزان تطابق تشخیص بالینی و آسیب شناسی در این دسته آسیب هاست.

جدول 1: توزیع فراوانی تطابق تشخیص بالینی با تشخیص آسیب شناسی آسیب های دهان برپایه ی اولویت اول و دوم تشخیص بالینی

تشخیص بالینی	تشخیص آسیب شناسی		درست		نادرست		بدون تشخیص	کل
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی		
تشخیص اول	432	64/87	182	27/33	52	7/8	666	
تشخیص دوم	171	25/67	244	36/64	251	37/69	666	

جدول 2: توزیع فراوانی تطابق تشخیص بالینی با تشخیص آسیب شناسی آسیب‌های دهان برپایه‌ی نوع هیپرپلازی آماسی

نام آسیب	تشخیص		نادرست		کل
	فراوانی نسبی	مطلق	فراوانی نسبی	مطلق	
فیروم تحریکی	72	92/3	6	7/7	78
پیوژنیک گرانولوما	57	90/5	6	9/5	63
اپولیش فیشوراتوم	28	100	0	0	28
ژانت سل محیطی	42	93/3	3	6/7	45
فیروم محیطی با کلسیفیکاسیون	17	89/5	2	10/5	19
التهاب مزمن لته	13	92/8	1	7/2	14
میکروزفیبروما	4	80	1	20	5
تومور حاملگی	4	100	0	0	4
اپولیس گرانولوماتوزوم	5	100	0	0	5

بر پایه‌ی جای آناتومیک آسیب، بیشترین میزان تطابق تشخیص بالینی و آسیب شناسی در آسیب‌های لته و کمترین میزان تطابق در ناحیه‌ی کف دهان دیده شد، که این پیوند، معنادار گزارش شد ( $p < 0/05$ ) (جدول 4). در ضمن شایع‌ترین جای درگیری در نمونه‌های مورد بررسی، لته بود (191 مورد، 32/5 درصد). پس از لته به ترتیب استخوان فک‌ها (140) و مخاط گونه (136) شایع‌ترین جاهای درگیری بودند و کف دهان به عنوان کمترین جای درگیری مشخص گردید. در مورد نتایج به دست آمده برپایه‌ی سطح آسیب، در 90/8 درصد از آسیب‌های با سطح صاف و در 64/3 درصد از آسیب‌های نامنظم، تشخیص بالینی و آسیب شناسی بر یکدیگر منطبق بودند. همچنین این میزان تطابق در ضایعات با سطح زگیلی و زخمی به ترتیب در 72/7 و 76 درصد موارد گزارش گردید (آسیب‌های استخوانی در این رده‌بندی منظور نشده‌اند). پیوند میان سطح آسیب و تطابق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی آسیب‌ها معنادار گزارش نگردید ( $p > 0/05$ ).

بیشترین بیماران در این بررسی، در دهه‌ی دوم (125 نفر) و کمترین مورد در دهه‌ی نهم (2 نفر) بودند. بیشترین میزان تطابق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی در دهه‌ی هشتم زندگی (88/2 درصد) و کمترین میزان تطابق در دهه‌ی سوم بود (67/9 درصد). قابل ذکر است، از آنجا که شمار نمونه‌ها در دهه‌ی نهم تنها دو مورد بود و شمار نمونه در این دهه کم است، این دهه از فرآیند تصمیم‌گیری کنار گذاشته و مقایسه‌ی میان دیگر دهه‌ها که شمار نمونه‌های بیشتری داشتند، انجام گرفت. پیوند میان سن و بروز آسیب و تطابق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی معنادار گزارش نگردید ( $p < 0/05$ ). در بررسی تطابق تشخیص بالینی با آسیب شناسی به تفکیک جنسیت، 81/6 درصد در مردان و 80/5 درصد در زنان با یکدیگر تطابق داشتند، که تفاوت چشمگیری را نشان نمی‌دهد. پیوند میان جنس و تطابق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی آسیب‌ها معنادار گزارش نگردید ( $p > 0/05$ ). در بررسی تطابق تشخیص بالینی با یافته‌های آسیب‌شناسی

جدول 3: توزیع فراوانی تطابق تشخیص بالینی با تشخیص آسیب شناسی آسیب‌های دهان برپایه‌ی دهه‌ی سنی (\*سن 33 نفر مشخص نبود).

گروه سنی*	تشخیص		نادرست		کل
	فراوانی نسبی	مطلق	فراوانی نسبی	مطلق	
0-9	25	71/4	10	28/6	35
10-19	99	79/2	26	20/8	125
20-29	72	67/9	34	32/1	106
30-39	98	80/3	24	19/7	122
40-49	86	70/1	27	29/9	113
50-59	56	84/8	10	15/2	66
60-69	37	78/7	10	21/3	47
70-79	15	88/2	2	11/8	17
$\geq 80$	1	50	1	50	2

جدول 4: توزیع فراوانی تطابق تشخیص بالینی با تشخیص آسیب شناسی آسیب های دهان برپایه ی جای آناتومیک

محل آناتومیک	تشخیص		نادرست		کل
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	
لثه	171	89/5	20	11/5	191
لب	29	74/3	10	25/7	39
گونه	114	83/8	22	16/2	136
زبان	32	80	8	20	40
استخوان فک	55	39/3	85	60/7	140
کام	30	85/7	5	14/3	35
وستیبول	36	87/8	5	12/2	41
کف دهان	7	70	3	30	10
محل نامشخص	28	82/3	6	17/7	34

وجود دارد، شباهت بسیار زیاد آسیب های گوناگون به یکدیگر بوده، به گونه ای که افتراق این آسیب ها از یکدیگر نیازمند داشتن آگاهی کافی، ثبت دقیق پیشینه، مشاهده ی دقیق، انجام آزمایش های پاراکلینیک و نمونه برداری است (12).

به طور کلی از بررسی و واکاوی داده های به دست آمده مشخص گردید، که در 64/87 درصد موارد تشخیص بالینی اول منطبق بر گزارش آسیب شناسی است. در بررسی انجام شده به وسیله ی دیپیمی و فردوسی، نیز، در 57 درصد موارد تشخیص بالینی اول و آسیب شناسی بر یکدیگر منطبق بودند (1). گرچه در بررسی انجام شده به وسیله ی حسین پور و محتشم این درصد تطابق 81/2 درصد گزارش شده است (13). نیز، در بررسی انجام شده به وسیله ی زرنسکی (Czerninski) و همکاران، بر روی 136 نمونه ی دهانی درصد تطابق تشخیص بالینی با گزارش های آسیب شناسی 78 درصد (106 مورد) گزارش گردید (14). تفاوت در درصد انطباق می تواند ناشی از تفاوت در میزان آگاهی ها و آگاهی آسیب شناسان در مورد آسیب باشد.

به طوری که در قسمت یافته ها دیده می شود، بیشترین تطابق تشخیصی در دهه ی هشتم زندگی بیماران وجود داشت. یکی از دلایلی که در مورد این مساله بیشتر مطرح می شود محدود شدن طیف آسیب ها در این سن است. زیرا بسیاری از آسیب ها که با دندان ها مرتبط هستند، در این سن به علت از دست دادن دندان ها ایجاد نشده و بسیاری از آسیب ها نیز، که در سنین پایین مطرح هستند (مانند شماری از سیست ها و آسیب های مرتبط با سنین پایین همانند عفونت های ویروسی) کمتر در تشخیص افتراقی قرار گرفته و بر این پایه تشخیص آسیب ها آسان تر و درست تر می گردد. نیز، آسیب هایی مانند، اپولیس فیشراتوم در این

در بررسی تطابق تشخیص بالینی با آسیب شناسی برپایه ی رنگ بیشترین میزان تطابق در آسیب های قهوه ای - سیاه (93/6 درصد) و کمترین آن در آسیب های زرد رنگ (66/6 درصد) بود. همچنین این میزان تطابق در ضایعات با رنگ هم رنگ مخاط، سفید، قرمز، قرمز - آبی، قهوه ای و سفید - قرمز به ترتیب در 83/3، 88/2، 85/7، 89/5، 88/8 درصد موارد گزارش گردید. ضمناً در 117 مورد رنگ آسیب نام برده نشده بود. نیز، در بررسی تطابق تشخیص بالینی با یافته های آسیب شناسی بر پایه ی روند زیست شناختی، 75 درصد موارد آسیب های خوش خیم و در 55 درصد موارد آسیب های بدخیم، تشخیص بالینی درست داده شده بود. بیماران در این بررسی از بخش های گوناگون دانشکده و همچنین، از مطب های سطح شهر کرمان برای بررسی نمونه ارجاع داده شده بودند. شمار 34 نمونه (0/5 درصد) از کل شمار 606 نمونه ای که جای دریافت آن ها مشخص بود، از مطب های بیرون ارجاع داده شده بودند و بقیه موارد (94/5 درصد) از بخش های گوناگون دانشکده به بخش آسیب شناسی فرستاده شده بودند (جای ارجاع 60 نمونه (9 درصد) مشخص نبود). پیوند میان گونه - ی تخصص و تطابق تشخیص بالینی و آسیب شناسی آسیب ها معنادار گزارش گردید ( $p < 0/05$ ).

میزان تطابق تشخیص بالینی و گزارش آسیب شناسی برپایه ی تخصص فرد ارجاع دهنده نشان داد که میزان تطابق ر دندانپزشک عمومی 29/4 درصد موارد، در متخصص بیماری های دهان 85/4 درصد و در جراحان فک و صورت 60/5 درصد می باشد.

## بحث

از جمله مشکلاتی که در پیوند با تشخیص بیماری های دهان

این آسیب‌ها باشد. تشخیص مشکل‌تر آسیب‌های بدخیم و شباهت‌های زیاد آنها به هم، به علاوه شروع آسیب‌های بدخیم یا مراحل آغازین بدخیمی که چندان تغییرات بالینی روشنی نشان نمی‌دهد و تقلید نمای بالینی آسیب‌های بدخیم از برخی آسیب‌های راکتو همه می‌تواند از علل عدم تطابق تشخیص بالینی و جواب نمونه برداری باشند.

بررسی زرنینسکی (Czerninski) و همکاران نشان داد، که بیشترین درصد تطابق میان آسیب‌های وزیکولولوسراتیو، دیسپلازی، موکوسل، پاپیلوما و لیکن پلان است. همچنین کمترین میزان تطابق میان آسیب‌های زخمی و التهابی وجود داشت<sup>(14)</sup>.

با توجه به شمار به نسبت کم نمونه‌ها پیشنهاد می‌شود، تا این کار با شمار نمونه‌ی بیشتر انجام پذیرد. همچنین، به علت ناقص بودن شماری از پرونده‌ها پیشنهاد می‌شود تا برگه‌های ویژه‌ای در این زمینه فراهم شده و دندانپزشکان ارجاع دهنده بر پایه‌ی این برگه‌ها داده‌های بیماران را بیان کنند تا متخصصان آسیب‌شناسی در تشخیص، راهنمایی شوند، زیرا تشخیص آسیب‌شناسی بر مبنای مجموعه‌ای از داده‌های بالینی، پرتونگاری و بافت‌شناسی استوار است. در ضمن پیشنهاد می‌شود، که اهمیت ثبت دقیق ویژگی‌های بیماران در پرونده و نوشتن کامل ویژگی‌های آسیب‌های دهانی به دانشجویان یادآوری شده و تلاش شود در این زمینه آموزش‌های لازم داده شود. نیز، در مورد مواردی که در این بررسی کمترین میزان تطابق را داشته‌اند (برای نمونه کمترین میزان تطابق از نظر رنگ در آسیب‌های زرد است) به همکاران پیشنهاد می‌شود که در زمان معاینه این آسیب‌ها چه از نظر بالینی و چه از نظر میکروسکوپی بیشتر دقت نموده تا احتمال عدم تطابق به حداقل رسیده و سبب اتلاف وقت و هزینه‌ی کمتری از بیمار گردد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان داد، که تقریباً در یک سوم موارد تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی بر یکدیگر منطبق نیستند. بنابراین، برای جلوگیری از عوارض جدی و یا حتی غیر قابل جبران در مورد این ناهماهنگی می‌باید اصول تشخیص بالینی و همچنین، آسیب‌شناسی برپایه‌ی اصول علمی و قابل توجیه باشد.

سن به نسبت رایج بوده و خود این موضوع طیف آسیب‌ها را محدودتر می‌سازد. در بررسی انجام شده، به وسیله‌ی دیپهیمی و همکاران، نیز بیشترین میزان تطابق در دهه‌ی سنی هفتم دیده شد، که با بررسی کنونی تقریباً همخوانی دارد<sup>(1)</sup>.

از نظر کالبد شناسی، همان‌گونه که دیده شد، بیشترین تطابق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی در آسیب‌های لثه و کمترین مورد تطابق در ناحیه‌ی کف دهان گزارش گردید. شاید یکی از دلایل این موضوع وجود آسیب‌هایی همچون پیوژنیک گرانولوما، فیبروم محیطی با کلسیفیکاسیون و یا ژانت سل محیطی است، که در لثه شایع بوده و جزو شایع‌ترین آسیب‌های دهانی است و همچنین، جزو آسیب‌هایی هستند که پیوسته در مورد آن‌ها تدریس شده و مورد بحث قرار می‌گیرند. گرچه در بررسی انجام شده به وسیله‌ی دیپهیمی و همکاران، بیشترین میزان تطابق در آسیب‌ها ناحیه‌ی لب گزارش گردید<sup>(1)</sup>. یکی از دلایل اختلاف می‌تواند تفاوت آموزش‌ها در زمینه‌ی آسیب‌های هر منطقه از دهان و یا مهارت ویژه‌ی آسیب‌شناس‌ها در آسیب‌های یک منطقه از مخاط دهان باشد. همچنین، فراوانی یک آسیب در هر پژوهش می‌تواند روی نتایج اثر بگذارد برای نمونه، اگر در یک بررسی آسیب‌های لثه‌ای شایع‌تر باشد، در جای دیگر آسیب‌های لب طبیعی است، که روی تطابق تشخیص و بیوپسی اثر می‌گذارد.

در مورد آسیب‌های استخوانی، تطابق تشخیص درست آن‌ها کمتر از آسیب‌های بافت نرم گزارش گردید، که با نتایج به دست آمده از بررسی دیپهیمی و فردوسی همخوانی دارد<sup>(1)</sup>. یکی از دلایل این موضوع، تاکید کمتر بر روی این آسیب‌ها در درمانگاه و همچنین، برخورد کمتر با این آسیب است. همچنین، همانندی نماهای پرتونگاری این آسیب‌ها در این زمینه بی اثر نیست.

در بررسی تطابق تشخیص بالینی با آسیب‌شناسی برپایه‌ی رنگ بیشترین میزان تطابق در آسیب‌های قهوه‌ای - سیاه و کمترین آن در آسیب‌های زرد رنگ بود، که همانند با کار انجام شده به وسیله‌ی دیپهیمی و فردوسی است<sup>(1)</sup>. به نظر می‌رسد، که تطابق بیشتر در آسیب‌های قهوه‌ای و سیاه ناشی از مهارت بیشتر آسیب‌شناس‌ها در تشخیص این گونه آسیب‌هاست.

در این بررسی، تطابق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی در آسیب‌های خوش خیم نسبت به آسیب‌های بدخیم بیشتر دیده شد. شاید یکی از دلایل این موضوع شیوع بیشتر این آسیب‌ها، نسبت به آسیب‌های بدخیم در درمانگاه و برخورد بیشتر آسیب‌شناس‌ها با

سپاسگزاری

دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است (طرح شماره 84/27)،  
که به این وسیله مراتب قدردانی از این مرکز اعلام می گردد.

این پژوهش با پشتیبانی مالی معاونت محترم پژوهشی

\*\*\*\*\*

References

1. 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 1370-1370. Beheshti Univ Dent J 2004; 22: 38-48.
2. Silverman JR. Oral cancer. 5th ed. London: BC Decker Inc; 2003. p. 48, 52, 57.
3. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 1997. p. 5-46.
4. Eversole L. Clinical outline of oral pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 1984 . p. 1-6.
5. Jordan Rck, Sciubba JJ, Jordan R. Oral pathology, Clinical pathologic correlation. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 2003. p. 1-175.
6. Greenburg M, Glick M. Burket's Oral Medicine. 9th ed. Hamilton: BC Decker; 2003. p. 13-18.
7. Cowan CG, Gregg TA, Kee F. Trends in the incidence of histologically diagnosed intra-oral squamous cell carcinoma in Northern Ireland, 1975-89. Br Dent J 1992; 173: 231-233.
8. Sleeman DJ, Thomas S, Telfer M, Irvine GH. Intra-oral carcinoma simulating benign oral disease. Br Dent J 1992; 173: 312-313.
9. Greenburg M, Glick M. Burket's Oral Medicine. 10th ed. Hamilton: BC Decker; 2008. p. 3-8.
10. Bakaeen G, Scully C. Hereditary gingival fibromatosis in a family with the Zimmermann-Laband syndrome. J Oral Pathol Med 1991; 20: 457-459.
11. Mostofi R, Wood RS, Christison W, Talerma A. Low-grade papillary adenocarcinoma of minor salivary glands. Case report and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73: 591-595.
12. Scully C. Handbook of oral disease, diagnosis and management. 1st ed. London: Martin Dunits; 1999. p. 73.
13. 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.
14. 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 pathol Oral Radiol Endod 2007; 103(40): e20