Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

The Frequency of Pathological Lesions in the Oral and Maxillofacial Pathology Department of Babol Dental School within 12 Years

M. Mofidnakhaei (DDS)[1], M. Seyedmajidi (DDS, MS)[2], A. Bijani (MD, PhD)[3], F. Bijani (DDS, MS)[*4]

1.Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
2.Dental Materials Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
3.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
4.Oral Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

*Corresponding Author: F. Bijani (DDS, MS)
Address: Oral Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
Tel: +98 (11) 32291408. **E-mail:** fatimahb56@gmail.com

Article Type
Research Paper

Received:
Oct 4th 2023
Revised:
Dec 19th 2023
Accepted:
Jan 7th 2024

ABSTRACT

Background and Objective: The correct collaboration between the clinician and the pathologist, and concordance between clinical and microscopic symptoms lead to appropriate diagnosis and treatment plan. The aim of this study is to investigate the frequency of pathological lesions in the pathology department of Babol Dental School from 2009 to 2020.

Methods: In this retrospective descriptive study, the files of the Oral and Maxillofacial Pathology Department of Babol Dental School were reviewed from March 2009 to February 2020. The information including the date, age and gender of the patient, type and location of the lesion, clinical and final diagnosis, type of biopsy and the information of the sample sender were recorded and evaluated in the checklist.

Findings: The years 2013 and 2014 had the highest number of samples and the year 2020 had the lowest number of samples. The difference in referring samples in different months was significant (p=0.001). The mean age of women was 41.63±17.29 years and the mean age of men was 39.29±18.82 years (p=0.007). The highest and lowest number of samples were from the gums and the floor of the mouth, respectively. Lichen planus, radicular cyst and pyogenic granuloma were the most common diagnoses. The frequency of lesions was different in different ages ($p \leq 0.05$). In 69.7% of the lesions, at least one of the clinical diagnoses was consistent with the pathological diagnosis (r=0.273, p<0.001).

Conclusion: The results of the study showed that inflammatory and reactive lesions and cysts were the most common lesions. The characteristics of the lesions determined in this study can provide dentists with a solid basis for accurate diagnosis.

Keywords: *Oral Pathology, Epidemiology, Iran.*

Cite this article: Mofidnakhaei M, Seyedmajidi M, Bijani A, Bijani F. The Frequency of Pathological Lesions in the Oral and Maxillofacial Pathology Department of Babol Dental School within 12 Years. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2024; 26: e67.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

Copyright © 2024 Babol University of Medical Sciences. Published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

بررسی فراوانی ضایعات پاتولوژیک در بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل در بازه زمانی ۱۲ ساله

مبینا مفیدنخعی (DDS)[۱]، مریم سیدمجیدی (DDS, MS)[۲]، علی بیژنی (MD, PhD)[۳]، فاطمه بیژنی (DDS, MS)[۴*]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. مرکز تحقیقات مواد دندانی، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۴. مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت دهان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

نوع مقاله
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۲/۷/۱۲
اصلاح:
۱۴۰۲/۹/۲۸
پذیرش:
۱۴۰۲/۱۰/۱۷

چکیده

سابقه و هدف: همکاری درست بین کلینیسین و پاتولوژیست و تطبیق علائم بالینی و میکروسکوپی منجر به تشخیص و طرح درمان مناسب می‌شود. هدف از مطالعه حاضر، بررسی فراوانی ضایعات پاتولوژیک در بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی بابل از سال ۹۹-۱۳۸۸ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی گذشته نگر، پرونده‌های بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل از فروردین ۱۳۸۸ تا اسفند ۱۳۹۹ بررسی شد و اطلاعات شامل تاریخ، سن و جنس بیمار، نوع و محل ضایعه، تشخیص بالینی و نهایی، نوع بیوپسی و اطلاعات ارسال کننده نمونه در چک لیست ثبت و بررسی گردید.

یافته‌ها: سال‌های ۹۳ و ۹۲ بیشترین و سال ۹۹ کمترین تعداد نمونه را داشتند. اختلاف ارجاع نمونه‌ها در ماه‌های مختلف معنی‌دار بود ($p=۰/۰۰۱$). میانگین سن زنان ۱۷/۲۹±۴۱/۶۳ سال و مردان ۱۸/۸۲±۳۹/۲۹ سال بود ($p=۰/۰۰۷$). بیشترین وکمترین تعداد نمونه‌ها به ترتیب از ناحیه لثه و کف دهان بودند. لیکن پلان، کیست رادیکولار و پیوژنیک گرانولوما شایع‌ترین تشخیص‌ها بودند. فراوانی ضایعات در سنین مختلف متفاوت بود ($p\leq۰/۰۵$). در ۶۹/۷٪ از ضایعات حداقل یکی از تشخیص‌های بالینی با تشخیص پاتولوژی همخوانی داشت ($r=۰/۲۷۳$، $p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که ضایعات واکنشی- تحریکی و کیست‌ها شایع‌ترین ضایعات بودند. ویژگی‌های ضایعات تعیین شده در این مطالعه می‌تواند زمینه محکمی را برای انجام تشخیص دقیق در اختیار دندانپزشکان قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: پاتولوژی دهان، اپیدمیولوژی، ایران.

استناد: مبینا مفیدنخعی، مریم سیدمجیدی، علی بیژنی، فاطمه بیژنی. بررسی فراوانی ضایعات پاتولوژیک در بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل در بازه زمانی ۱۲ ساله. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۴۰۳؛ ۲۶: e۶۷.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه مبینا مفیدنخعی دانشجوی رشته دندانپزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره ۱۴۰۰۱۲۰۲۹ دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر فاطمه بیژنی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت دهان. تلفن: ۳۲۲۹۱۴۰۸-۰۱۱ رایانامه: fatimahb56@gmail.com

مقدمه

تشخیص صحیح ضایعات دهانی، کلید اولیه درمان موفق و نیازمند همکاری درست بین کلینیسین و پاتولوژیست است. ضایعات دهانی هر کدام دارای خصوصیات و شاخصه‌های بالینی و تاریخچه‌ای هستند که احاطه به مشخصات مذکور، تشخیص بالینی ضایعات را برای کلینیسین ممکن می‌سازد (۱). اصولی که در تشخیص صحیح بیماری‌های دهانی از آن استفاده می‌شود شامل بررسی تاریخچه و شکایت اصلی بیمار می‌باشد (۲).

یکی از نقش‌های کلیدی یک دندانپزشک عمومی، تشخیص زودهنگام و ارجاع بیماران دارای ضایعات دهانی مشکوک به بدخیمی می‌باشد. به طور کلی معاینات رایج دهان شامل معاینه بصری دقیق و مشاهده تغییرات بافتی همراه با لمس ضایعات می‌باشد که جهت غربالگری اولیه ضایعات مشکوک به بدخیمی به کار می‌رود (۳).

در تاریخچه دندانپزشکی یک بیماری، مواردی همچون سابقه درد، زخم، سوزش، خونریزی، لقی و تاخیر در رویش دندان، اختلال حسی و ... بررسی می‌شود (۴). سپس معاینات کلینیکی به صورت داخل و خارج دهانی و با بهره گیری از اصول معاینه همچون مشاهده، لمس، دق و سمع صورت می‌گیرد (۵). موثرترین راه برای رسیدن به یک تشخیص صحیح در آسیب‌ها و ضایعات دهانی، تهیه یک بیوپسی می‌باشد. بیوپسی به معنای برداشتن مقداری از نسج یک موجود زنده برای بررسی‌های تشخیصی است که در مقایسه با سایر راه‌های تشخیص، دارای بالاترین دقت است (۶).

مسلماً جهت تشخیص ضایعات دهان، طبقه بندی آن‌ها و شناخت شایع‌ترین آن‌ها حائز اهمیت است. ضایعات دهان را به طرق مختلف طبقه بندی می‌کنند. بعضی از محققین، معیار طبقه بندی را محل وقوع و نوع بافت درگیر شده مانند تومورهای بافت نرم مزانشیمال، اپی تلیالی و تومورهای بافت سخت، بعضی دیگر، منشا ایجاد بیماری را معیارطبقه بندی مانند کیست‌های ادنتوژنیک و یا ضایعات بزاقی می‌دانند. برخی نیز بر اساس نمای رادیوگرافی ضایعات داخل استخوانی، آن‌ها را طبقه بندی می‌نمایند. عده‌ای نیز طبقه بندی را بر اساس نمای بالینی مانند رنگ، شکل و سطح ضایعه انجام می‌دهند. در هر طبقه بندی، ضایعات ممکن است در بیش از یک طبقه قرار گیرند (۷).

در رابطه با فراوانی ضایعات مخاط دهان و بررسی عوامل مرتبط با آن تحقیقات زیادی در نقاط مختلف جهان انجام گرفته است که از آن جمله در مکزیک شیوع ضایعات دهانی در حدود ۲۳/۲٪ اعلام شده است (۸) .در جامعه بیماران ایرانی نیز مطالعات پراکنده‌ای صورت گرفته است (۹). مطالعه‌ای با هدف بررسی فراوانی ضایعات مخاطی دهان در پرونده‌های بخش پاتولوژی انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ انجام شد و مشاهده شد از میان ۴۰۰۹۲ پرونده، تعداد ۷۸۴ بیمار (۱/۹۶٪) مبتلا به ضایعات مخاطی دهان بودند که شایع‌ترین ضایعه مخاطی دهان مربوط به ضایعات اپی تلیالی به میزان ۹۰٪ بود (۱۰). همچنین در تحقیق انجام شده در سمنان، کیست پری اپیکال به عنوان شایع‌ترین ضایعه دندانی گزارش شد (۱۱). در مطالعه‌ای که در بین بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی بابل انجام شد نیز گزارش شد که بالاترین محدوده سنی در ضایعات تومورال و کمترین بازه سنی در ضایعات دندانی دیده می‌شود (۱۲). به علاوه در تحقیق اخیر که در دانشکده دندانپزشکی یزد انجام شد و پرونده‌های ۱۲ سال بازبینی شدند، ضایعات اپی تلیالی از همه شایع‌تر بودند و پس از آن نقائص تکاملی، تومورهای بافت نرم و ضایعات واکنشی از شیوع بالاتری برخوردار بودند (۱۳).

از آنجایی که از راه‌های برخورد با بیماری، شناسایی زود هنگام و کنترل آن می‌باشد، تشخیص زودهنگام بیماری قبل از پیشرفت آن باعث افزایش احتمال بهبودی خواهد بود (۱۴). در صورت عدم وجود اطلاعات بومی در زمینه چنین ضایعاتی و عدم تشخیص به موقع و زود هنگام، عوارض حاصل از ضایعات مخاطی دهان می‌تواند عامل صدمات روحی و روانی و اقتصادی به فرد بیمار و خانواده و جامعه باشد (۱۵).

امروزه با تلاش‌های زیادی که توسط محققان صورت گرفته و نیز با استفاده از آزمایشات متعدد، بیوپسی، سیتولوژی و غیره، علم شناخت ضایعات دهانی گسترش بسیاری یافته است و دستورالعمل‌هایی که هر ساله از طرف سازمان بهداشت جهانی صادر می‌شود، پاتولوژیست‌ها را قادر به شناخت ضایعات به طور کامل می‌سازد (۱۶).

با توجه به مطالب ذکر شده و از آنجایی که در سال‌های اخیر که بخش آسیب شناسی دهان فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل به شکل تخصصی فعالیت خود را آغاز کرده است، آمار دقیق از میزان و انواع نمونه‌های ارسالی در دسترس نبود، در این پژوهش به بررسی فراوانی انواع ضایعات پاتولوژیک دهان فک و صورت در نمونه‌های ارسالی به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل از سال ۹۹-۱۳۸۸ پرداخته شد و همچنین میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و تشخیص نهایی پاتولوژی به تفکیک در بخش‌های مختلف بررسی گردید.

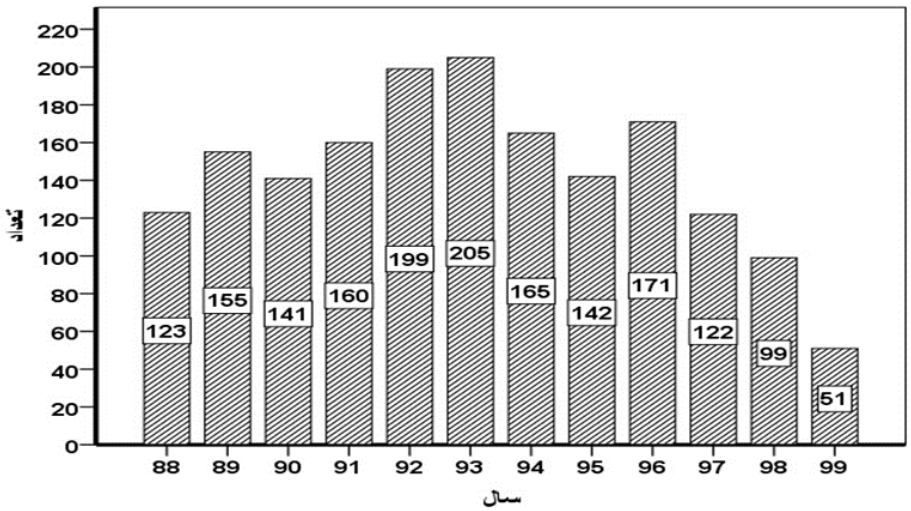
[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

مواد و روش ها

در این پژوهش توصیفی گذشته نگر پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد IR.MUBABOL.REC.1400.115، کلیه پرونده‌های موجود در بخش آسیب شناسی دهان فک و صورت بابل در بازه زمانی ابتدای فروردین ۱۳۸۸ تا پایان اسفند ۱۳۹۹ مورد بازبینی قرار گرفت. مشخصات دموگرافیک بیماران شامل سن و جنسیت بیماران، محل ارجاع نمونه، تاریخ پذیرش، محل ضایعه، تشخیص بالینی و تشخیص نهایی از پرونده‌های مذکور با استفاده از فرم اطلاعات جمع آوری شد. تمام پرونده‌های تکمیل شده بازبینی و نقایص پرونده‌ها با کمک مدارک موجود تکمیل گردید. کل ضایعات بر اساس مشخصات هیستوپاتولوژی به ۸ گروه تقسیم شدند که شامل واکنشی تحریکی، پیگمانته، تومور خوش‌خیم، تومور بدخیم، پوستی مخاطی، کیست، پیش بدخیم و سایر موارد مانند فولیکول دندانی، بافت جوانه‌ای و ... بودند. داده‌ها پس از جمع آوری در قالب میانگین و درصد گزارش شدند. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مختلف از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های آماری کای اسکوئر، تی مستقل و آنووا استفاده شد و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۱۷۴۶ پرونده مربوط به بیماران مراجعه کننده از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۹ بازبینی شدند که ۱۳ مورد به علت وجود نقص در پرونده، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۷۳۳ پرونده تحت آنالیز آماری قرار گرفتند. بیشترین تعداد نمونه‌های ارجاع شده مربوط به سال‌های ۹۳ و ۹۲ به ترتیب با ۲۰۵ و ۱۹۹ مورد و کمترین تعداد مربوط به سال ۹۹ با ۵۱ مورد بود (نمودار ۱).



نمودار ۱. بررسی فراوانی ضایعات به تفکیک سال

از نظر میزان ارجاع نمونه به تفکیک ماه‌های سال در سنوات مختلف، بیشترین و کمترین میزان به ترتیب مربوط به ماه‌های آبان و شهریور بود که اختلاف میزان نمونه‌های ارجاعی در ماه‌های مختلف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$). محدوده سنی بیماران از ۱ تا ۹۷ سال با میانگین سنی ۱۷/۹۸±۴۰/۶۷ سال بود و از این تعداد ۱۰۰۵ مورد (۵۸٪) زن و ۷۲۸ مورد (۴۲٪) مرد بودند. نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد میانگین سنی زنان (۱۷/۲۹±۴۱/۶۳ سال) و مردان (۱۸/۸۲±۳۹/۲۹ سال) با یکدیگر متفاوت بود ($p=۰/۰۰۷$).

مراکزی که نمونه‌ها را به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی ارسال می‌کردند شامل مطب‌ها،کلینیک‌ها و بیمارستان‌های خصوصی و دولتی بودند که از بین کل نمونه‌ها، بیشترین میزان ارجاع به ترتیب از بخش بیماری‌های دهان (۴۵۴ مورد، ۲۶/۲٪)، بخش جراحی فک و صورت (۴۴۱ مورد، ۲۵/۴٪) و مطب های خصوصی (۴۰۱ مورد، ۲۳/۱٪) بود. از مجموع نمونه‌هایی که به بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی طی این سال‌ها ارسال شده بود، ۱۶۱۶ نمونه (۹۳/۲٪) دارای یک تا سه تشخیص افتراقی بالینی بودند و تعداد ۱۱۷ نمونه (۶/۸٪) بدون هرگونه تشخیص بالینی از طرف پزشک ارسال شده بودند. ۶۱۸ نمونه (۳۵/۷٪) مربوط به بافت سخت و ۱۱۱۵ نمونه (۶۴/۳٪) مربوط به بافت نرم بود. از نمونه‌های بافت سخت ۲۳۵

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

مورد (۱۳/۶٪) مربوط به ماگزیلا و ۳۸۳ مورد (۲۲/۱٪) مربوط به مندیبل بود. بیشترین وکمترین تعداد نمونه‌های بافت نرم به ترتیب از ناحیه لثه (۳۴۵ مورد، ۱۹/۹٪) و کف دهان (۱۶ مورد، ۱/۴٪) تهیه شده بودند.

نوع نمونه برداری انجام شده در ۱۰۸۱ مورد (۶۲/۴٪) بیوپسی اکسیژنال، ۶۲۶ مورد (۳۶/۱٪) بیوپسی اینسیژنال، ۱۶ مورد مشاوره و ۱۰ مورد سیتولوژی بود. برای ۱۵۲۵ ضایعه (۸۷/۶٪) تشخیص قطعی و برای ۲۰۸ ضایعه (۱۲٪) تشخیص پیشنهادی ارائه شد. ۶۳ مورد (۰/۴٪) از گزارشات نیز بدون تشخیص قطعی پاتولوژی به دلایلی نظیر کافی نبودن حجم نمونه ارسالی، یا نامناسب بودن احتمالی محل بیوپسی بودند.

در مجموع، در بین تشخیص‌های نهایی ۱۷۳ عنوان دیده شد که ضایعات با بیشترین فراوانی به ترتیب شامل لیکن پلان، کیست رادیکولار و پیوژنیک گرانولوما بودند. تشخیص نهایی نمونه‌ها در دسته بندی‌های مختلفی قرار گرفتند که بیشترین تشخیص‌ها، ضایعات واکنشی- تحریکی و پس از آن کیست‌ها بودند. فراوانی ضایعات واکنشی تحریکی (۶۷۳ مورد، ۳۸/۸٪) و پیش بدخیم (۶ مورد، ۰/۳٪) به ترتیب از همه بیشتر و کمتر بود (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی انواع ضایعات به تفکیک نوع ضایعه

ضایعه	تعداد(درصد)
کیست	۴۲۲(۲۴/۴)
تومور خوش خیم	۱۴۴(۸/۳)
تومور بدخیم	۱۱۵(۶/۶)
واکنش تحریکی	۶۷۳(۳۸/۸)
پوستی مخاطی	۲۴۴(۱۴/۱)
پیگمانته	۲۷(۱/۶)
پیش بدخیم	۶(۰/۳)
سایر موارد	۱۰۲(۵/۹)
کل	۱۷۳۳(۱۰۰)

در ۱۰۹۱ ضایعه (۶۹/۷٪) حداقل یکی از تشخیص‌های بالینی با تشخیص نهایی پاتولوژی همخوانی داشت (r=۰/۲۷۳، p<۰/۰۰۱) و در ۴۷۴ ضایعه (۳۰/۳٪) تشخیص اولیه و نهایی متفاوت بود (p=۰/۸۰۵). درصد توافق تشخیص اولیه و نهایی در بین ضایعات بافت سخت و نرم تفاوت خاصی نداشت. از نظر یکسان بودن تشخیص بالینی و پاتولوژی، بیماران ارجاع داده شده توسط دندانپزشکان متخصص ۱۰۷۱ مورد (۹۸/۲٪) و پزشکان ۸ مورد (۴۲/۱٪) به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی را داشتند و نتایج آزمون کای اسکوئر تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد (p=۰/۰۲۲). از نظر بخش ارجاع دهنده، بیشترین و کمترین میزان همخوانی بین تشخیص اولیه و نهایی به ترتیب مربوط به بیماران مراجعه کننده از بیمارستان‌های خصوصی با ۳۷ مورد (۸۴/۱٪) و بخش اندودانتیکس با ۱۵ مورد (۵۱/۷٪) بودند و نتایج آزمون مجذور کای تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد (p<۰/۰۰۱). بر اساس نوع بیوپسی نیز، میزان همخوانی بین تشخیص اولیه و نهایی برای بیوپسی اینسیژنال و اکسیژنال به ترتیب ۴۰۸ مورد از مجموع ۵۷۳ نمونه (۷۱/۲٪) و ۶۷۶ مورد از مجموع ۹۸۳ نمونه (۶۸/۸٪) بود، ولی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در ۷۲/۹٪ از ضایعاتی که تشخیص نهایی کیست داشتند، تشخیص اولیه و نهایی با هم توافق داشت و در۵۷/۶٪ از تومورهای خوش‌خیم و ۷۱/۷٪ از تومورهای بدخیم نیز تشخیص اولیه و نهایی با هم توافق داشتند (p=۰/۰۰۴).

فراوانی ضایعات پیش بدخیم بین دو جنس یکسان بود، ولی فراوانی ضایعات از نوع کیست در مردان بیشتر از زنان بود و فراوانی بقیه ضایعات در زنان بیشتر از مردان بود. همچنین تحلیل نتایج نشان داد فراوانی ضایعات بین گروه‌های سنی مختلف تفاوت آماری معنی‌داری داشت. افرادی که ضایعات آن‌ها به ترتیب در زبان و کف دهان بود، بیشترین (۱۷/۴۵±۴۸/۴۱) و کمترین (۲۰/۵۸±۳۳/۰۶) میانگین سنی را داشتند و نتایج آزمون آنووا تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین سنی افراد و محل درگیر کننده ضایعه نشان داد (p=۰/۰۰۰).

نتایج آزمون کای اسکوئر تفاوت آماری معنی‌داری را بین بخش‌های ارجاع دهنده بیماران به تفکیک سال‌های مختلف نشان داد (p<۰/۰۰۱). به گونه‌ای که نمونه‌های ارجاعی از کلینیک عصر در سال ۸۸ و ۹۰ به ترتیب ۱۸/۷٪ و ۱۵/۶٪ کل نمونه‌های آن سال را شامل می‌شد، ولی در سال ۹۹ هیچ نمونه‌ای از کلینیک عصر دانشکده به بخش آسیب شناسی ارسال نشده بود. همچنین نمونه‌های ارسالی از بیمارستان خصوصی از سال ۹۶ به بعد کاهش چشمگیری نشان داد. نمونه‌های ارسالی از بخش بیماری‌های دهان در سال ۹۷ بیشترین درصد در بین نمونه‌های آن سال و همچنین بیشترین درصد از بین کل نمونه‌های ارسالی از بخش تشخیص بود. این مساله در مورد بخش جراحی دهان، فک و صورت، مربوط به سال ۹۵ بود.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

میانگین سنی افرادی که ضایعات آن‌ها در بافت سخت و نرم بود به ترتیب برابر ۱۶/۵۵±۳۳/۸۹ و ۱۷/۶۷±۴۴/۲۷ سال بود و نتایج آزمون تی مستقل، تفاوت آماری معنی‌داری را بین میانگین سنی افراد با محل ضایعه (بافت نرم یا سخت) نشان داد (p<۰/۰۰۱). از بین کل نمونه‌ها ۶۲۶ نمونه (۳۶/۱٪) بیوپسی اینسیژنال، ۱۰۸۱ نمونه (۶۲/۴٪) بیوپسی اکسیژنال، ۱۰ نمونه (۰/۶٪) سیتولوژی و ۱۶ نمونه (۰/۹٪) مشاوره بودند. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که نوع بیوپسی بر اساس نوع ضایعات تفاوت آماری معنی‌داری داشت (p<۰/۰۰۱). ۹۸٪ ضایعات پوستی مخاطی بیوپسی اینسیژنال شده بودند. ۸۳٪ کیست‌ها و ۷۸/۹٪ ضایعات واکنشی و ۷۴٪ ضایعات پیگمانته بیوپسی اکسیژنال شده بودند. ۶۳٪ تومورهای خوش‌خیم بیوپسی اکسیژنال شدند، در حالی که ۲۷٪ از تومورهای بدخیم تحت بیوپسی اکسیژنال قرار گرفتند (جدول ۲).

در مجموع گزارشات ۱۱۵ نمونه با تشخیص بدخیمی دیده شد که از این تعداد، ۹۵ مورد (۸۲/۶٪) در بافت نرم و ۲۰ مورد (۱۷/۴٪) در بافت سخت بودند. میزان بدخیمی در ضایعات ارسالی از بافت سخت ۲۰ مورد از ۶۱۸ نمونه ارسالی (۳/۲٪) و میزان بدخیمی در ضایعات برداشته شده از بافت نرم ۹۵ مورد از مجموع ۱۱۱۵ نمونه (۸/۵٪) بود. درصد فراوانی ضایعات بدخیم از بین نمونه‌های ارسالی بیش از همه در بین نمونه‌های کام نرم و سطح شکمی زبان با ۳۳/۳٪ از کل نمونه‌های این قسمت‌ها بود، ولی از بین مجموع نمونه‌های ارسالی از محل‌های مختلف، بیشترین تعداد ضایعات بدخیم مربوط به لثه و گونه به ترتیب با ۲۷ و ۲۰ نمونه بود. از مجموع ضایعاتی که از بافت نرم برداشته شده بودند (۱۱۱۵ نمونه)، بیشترین تعداد ضایعات بدخیم مربوط به لثه و بعد از آن به ترتیب لب و زبان بود.

جدول ۲. فراوانی انواع ضایعات بر حسب نحوه بیوپسی

محل ضایعه	کیست	تومور خوش‌خیم	تومور بدخیم	واکنش تحریکی	پوستی مخاطی	پیگمانته	پیش بدخیم	سایر موارد	کل	p-value
بیوپسی اینسیژنال	۶۴	۴۸	۸۲	۱۳۶	۲۴۰	۷	۴	۴۵	۶۲۶	<۰/۰۰۱
بیوپسی اکسیژنال	۳۵۴	۹۲	۳۱	۵۳۱	۳	۲۰	۲	۴۸	۱۰۸۱	<۰/۰۰۱
سیتولوژی	۰	۱	۰	۲	۰	۰	۰	۷	۱۰	<۰/۰۰۱
مشاوره	۴	۳	۲	۴	۱	۰	۲	۰	۱۶	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه در مجموع ۱۷۴۶ نمونه طی این ۱۲ سال به این مرکز ارجاع داده شده بود که در مقایسه با مطالعه Tabatabaei و همکاران در بازه مشابه در یزد بیشتر می‌باشد (۱۳) ولی با توجه به امکانات تخصصی آزمایشگاه و حضور هیأت علمی تمام وقت و دستیاران تخصصی در این بخش، به نظر می‌رسد که قابلیت انجام ارائه خدمات به تعداد بسیار بیشتر از این مقدار امکان پذیر می‌باشد. از آنجایی که هزینه گزارشات در این مرکز با تعرفه دولتی بوده و بررسی نمونه‌ها به دقت انجام می‌شود، لزوم اطلاع رسانی در مورد این آزمایشات در بین دندانپزشکان و جراحان استان آشکار می‌گردد.

به طور کلی میزان نمونه‌های ارجاعی از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳ سیر صعودی داشت و از ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۹ نزولی بود. به نظر می‌آید با توجه به افزایش هزینه‌های دندانپزشکی حتی در بخش‌های آموزشی دولتی، تعداد مراجعین دانشکده و در نتیجه ارجاعات به بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی بابل کمتر شده است. همچنین شیوع بیماری کرونا و ارتباط کمتر بخش‌های بالینی دانشکده با این مرکز آسیب شناسی و کاهش مراجعه بیماران برای درمان ضایعات دهانی به دانشکده و کلینیک عصر و سایر مراکز درمانی، می‌تواند از سایر علل کاهش تعداد نمونه‌ها باشد. همین طور بیشترین و کمترین میزان ارجاع به ترتیب مربوط به ماه‌های آبان و شهریور بود. به دلیل تعطیلی دانشکده در تابستان، میزان مراجعات در این ماه‌ها کمتر بود و در نیمه دوم سال، تنها در بهمن ماه به دلیل امتحانات میان ترم و تعطیلی تقریبی بخش‌ها، تعداد مراجعین کمتر می‌شد. بیشترین تعداد نمونه‌های ارسال شده مربوط به بخش‌های تشخیص و جراحی بود، ولی نمونه‌های ارسالی از بیمارستان‌های خصوصی از سال ۹۶ به بعد کاهش چشمگیری نشان داد. لذا لازم است اطلاع رسانی بیشتری از امکانات و تجهیزات موجود در بخش آسیب شناسی دانشکده دندان پزشکی بابل به مراکز درمانی مانند کلینیک‌ها و مطب‌ها داده شود، تا میزان همکاری این مراکز با بخش آسیب شناسی دانشکده افزایش یابد.

از بین نمونه‌های ارسالی ۱۱۷ نمونه (۶/۸٪) بدون هرگونه تشخیص افتراقی بالینی ارسال شده بودند که این مسأله نیاز به آگاهی رسانی بیشتر به کلینیسین‌ها را آشکار می‌سازد. از آنجایی که تشخیص نهایی دقیق منوط به داشتن اطلاعات کافی در زمینه بالینی و رادیوگرافی بیمار می‌باشد، ضروری است که فرد بیوپسی کننده گزارش کاملی از روند تهیه نمونه و ارزیابی بالینی خود را به آزمایشگاه پاتولوژی ارائه کند.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

در مورد گزارشات نهایی پاتولوژی، در بررسی‌ها مشخص شد که ۸۸٪ ضایعات تشخیص نهایی قطعی داشتند و در برخی موارد، تشخیص پیشنهادی ارائه شد و یا تشخیص نهایی پاتولوژیکی قابل دستیابی نبود که این مسأله می‌تواند به علت نیاز به آزمایشات تکمیلی نظیر ایمونوهیستوشیمی، رنگ آمیزی‌های اختصاصی یا بررسی بالینی دقیق‌تر باشد و یا در مواردی به علت کوچک بودن نمونه، تهیه بیوپسی از مکان نامناسب و تخریب بافت در اثر قرار گرفتن در محلول‌های نادرست امکان بررسی میکروسکوپی دقیق وجود نداشت.

در بین تشخیص‌های نهایی هیستوپاتولوژی بیش از ۱۵۰ نوع ضایعه دیده شد که لیکن پلان، کیست رادیکولار و پیوژنیک گرانولوما شایع‌ترین موارد گزارش شده بودند. بر اساس دسته بندی‌ها نیز بیشترین انواع مربوط به ضایعات واکنشی تحریکی و پس از آن کیست‌ها بودند. این مساله با مطالعات انجام شده توسط Mirmohammadkhani و همکاران (۱۱)، Tabatabaei و همکاران (۱۳)، Foroughi و همکاران (۱۷)، Siadati و همکاران (۱۸) که در سال‌های متفاوت و مناطق مختلف انجام شده بود، مشابهت داشت.

در بین کل ضایعات ۱۴۴ مورد تومور خوش‌خیم و ۱۱۷ مورد تومور بدخیم گزارش شد که این نسبت با مطالعه Azmoodeh و همکاران متفاوت بود و در نتایج ایشان، تومورهای خوش‌خیم حدود سه چهارم کل تومورهای ناحیه دهان و فک را تشکیل می‌دادند (۱۹). البته این تفاوت ممکن است علاوه بر تفاوت‌های بومی و نژادی به تفاوت در ارتباط بخش‌های مختلف بالینی با آزمایشگاه نیز مرتبط باشد.

در ۶۹/۷٪ نمونه‌ها، حداقل یکی از تشخیص‌های بالینی، با تشخیص پاتولوژی مطابقت داشت که با توجه به مطالعه‌های انجام شده در گذشته، از مطالعه Seifi و همکاران (۲۰) بیشتر و از مطالعه Foroughi و همکاران (۱۷) کمتر بود. تفاوت بین میزان تطابق تشخیصی را می‌توان با تفاوت در مهارت جراح و پاتولوژیست، نحوه انتقال به آزمایشگاه، برش مناسب نمونه و کیفیت همکاری جراح و پاتولوژیست توضیح داد.

در مطالعه حاضر، نوع بیوپسی بر اساس نوع ضایعات تفاوت آماری معنی‌داری داشت. ۹۸٪ ضایعات پوستی مخاطی بیوپسی اینسیژنال شده بودند. این مسأله به این علت است که در مورد ضایعات پوستی مخاطی مانند لیکن پلان و پمفیگوس، بیوپسی جهت تایید تشخیص ضایعه انجام می شود و رفع کامل ضایعه توسط دارو درمانی انجام می‌شود و نیاز به بیوپسی اکسیژنال در این گونه ضایعات وجود ندارد. ۸۳٪ کیست‌ها و ۷۸/۹٪ ضایعات واکنشی و ۷۴٪ ضایعات پیگمانته بیوپسی اکسیژنال شده بودند، که دلیل بالا بودن بیوپسی اکسیژنال در این ضایعات این بود که این بیوپسی نوعی درمان نیز برای این ضایعات می‌باشد. ۶۳٪ تومورهای خوش‌خیم بیوپسی اکسیژنال شدند، در حالی که ۲۷٪ از تومورهای بدخیم تحت بیوپسی اکسیژنال قرار گرفتند. در توجیه این مساله می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیوپسی‌های اکسیژنال مربوط به بدخیمی‌ها در بیمارستان انجام می‌شود و به دلیل فاصله مکانی بین بیمارستان و این مرکز آسیب شناسی، امکان ارسال این نمونه‌ها به این مرکز کمتر می‌شود. به نظر می‌رسد در صورت تجهیز و فعال شدن بیمارستان دندان پزشکی، ارتباط بین جراح و پاتولوژیست در زمینه جراحی‌های وسیع بدخیمی در این مرکز بیشتر شود.

در مجموع گزارشات ۱۱۵ نمونه (۶/۶۷٪) با تشخیص بدخیمی دیده شد که از این تعداد، ۹۵ مورد (۸۲/۶٪) در بافت نرم و ۲۰ مورد (۱۷/۴٪) در بافت سخت بودند. میزان بدخیمی در ضایعات ارسالی از بافت سخت ۲۰ مورد از ۶۱۸ نمونه ارسالی (۳/۲٪) و میزان بدخیمی در ضایعات برداشته شده از بافت نرم ۹۵ مورد از مجموع ۱۱۱۵ نمونه (۸/۵٪) بود. درصد فراوانی ضایعات بدخیم از بین نمونه‌های ارسالی بیش از همه در بین نمونه‌های کام نرم و سطح شکمی زبان با ۳۳/۳٪ از کل نمونه‌های این قسمت‌ها بود، ولی از بین مجموع نمونه‌های ارسالی از محل‌های مختلف، بیشترین تعداد ضایعات بدخیم مربوط به لثه و گونه به ترتیب با ۲۷ و ۲۰ نمونه بود. از مجموع ضایعاتی که از بافت نرم برداشته شده بودند (۱۱۱۵ نمونه)، بیشترین تعداد ضایعات بدخیم مربوط به لثه و بعد از آن به ترتیب لب و زبان بود. در مطالعه Aly و همکاران، دسته تشخیصی با بالاترین تظاهرات، ضایعات واکنشی بافت نرم ۳۹۷ مورد (۳۵/۸٪) بود، در حالی که ضایعات خوش‌خیم بافت نرم تنها ۳۵ مورد (۳/۲٪) از ضایعات را تشکیل می‌دادند و میزان ضایعات بدخیم بافت نرم فقط ۱۰ مورد (۰/۹٪) بود (۲۱). در مطالعه Huang و همکاران نیز ضایعات واکنشی بافت نرم ۳۵/۸٪ کل ضایعات بود، در حالی که ضایعات خوش‌خیم و بدخیم بافت نرم به ترتیب تنها ۳۵ مورد (۳/۲٪) و ۱۰ مورد (۰/۹٪) از ضایعات را تشکیل می‌دادند (۲۲). اختلاف در بروز بین مناطق مختلف را می‌توان به اختلاف در دوره زمانی انجام مطالعات، حجم نمونه، منطقه جغرافیایی مورد مطالعه، عوامل خطر برای ایجاد ضایعات یا تغییرات ژنتیکی نسبت داد.

در مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین سنی افراد با محل ضایعه (بافت نرم یا سخت) دیده شد. ضایعات تومورال گزارش شده، اغلب در بافت نرم بودند که در گروه سنی بالاتری دیده می‌شدند و از این جهت با مطالعه Alaei Bakhsh و همکاران که در بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی بابل انجام شد، همخوانی داشت (۱۲). علی‌رغم تعداد قابل توجهی از مطالعات مرتبط انجام شده، نتایج به دلیل تفاوت در معیارهای مورد استفاده از نظر محدوده سنی، طبقه بندی ضایعات و ویژگی‌های مختلف نژادی و بومی کشورهای درگیر، می‌تواند کمی گیج کننده باشد. به عبارت دیگر، طبقه بندی سنی، مقایسه فاصله سنی بین مطالعات را کاملاً چالش برانگیز کرده است. برخی از مطالعات از یک گروه سنی مشابه استفاده کردند (۲۳) و در تعدادی دیگر از مطالعات به بررسی کل جمعیت پرداخته شد (۲۵و۲۴).

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

این مطالعه نشان داد که فراوانی ضایعات دهانی در بابل با سایر مناطق جهان متفاوت و حتی تا حدودی با سایر شهرهای ایران متفاوت است، که می‌تواند به علت پراکندگی جغرافیایی متفاوت ضایعات و همچنین تفاوت ارتباط بین بخش‌های مختلف با این آزمایشگاه پاتولوژی باشد. در مطالعه حاضر، ضایعات واکنشی- تحریکی و کیست‌ها شایع‌ترین ضایعات بودند. ویژگی‌های ضایعات تعیین شده در این مطالعه می‌تواند زمینه محکمی را برای انجام تشخیص دقیق در اختیار دندانپزشکان قرار دهد. از سوی دیگر، مقایسه مطالعات مختلف این نکته را نشان داد که سیستم مشترکی برای طبقه بندی ضایعات دهانی در دسترس نیست، که مقایسه صحیح را دشوار می‌کند و لذا ارائه چنین سیستمی را ضروری می‌کند. از آنجایی که فراوانی ضایعات در یک آزمایشگاه خاص انجام شده است، نمی‌تواند نشانگر دقیقی از شیوع این ضایعات در سطح جامعه باشد و بیشتر به میزان ارتباط این بخش آسیب شناسی با بخش‌های بالینی مختلف بر می‌گردد. در ضمن، با توجه به ظرفیت تخصصی آزمایشگاه آسیب شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی بابل، تعداد نمونه‌های ارسالی کمتر از حد انتظار می‌باشد که معرفی بیشتر این مرکز در بین درمانگران دهان و فک و صورت در سطح استان را می‌طلبد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت از تحقیق و پرستار بخش آسیب شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل سرکار خانم اشرف السادات رخت اعلی جهت در اختیار قرار دادن آرشیو پرونده‌ها قدردانی می‌گردد.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

References

1.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 Mash Dent Sch. 2006;30(1,2):47-54. [In Persian]

2.Saghravanian N, HosseinpourJajarm H, Salehinejad J, AfzalAghaie M, Ghazi N. A 30-Year Comparison of Clinical and Histopathological Diagnoses in Salivary Gland Lesions, Odontogenic Cysts and Tumors in Mashhad Dental School-Iran. J Mash Dent Sch. 2011;34(4):299-308. [In Persian]

3.Lestón JS, Dios PD. Diagnostic clinical aids in oral cancer. Oral oncology. 2010;46(6):418-22.

4.Shiva A, Giahpur A. Awareness of dentists and final-year dental students on transport and processing of oral biopsies. J Mazandaran Univ Med Sci. 2016;26(142):213-21. [In Persian]

5.Glick M. Burket's ORAL MEDICINE, 12nd ed. PMPH USA Ltd; 2015. p. 6.

6.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(7):231-3.

7.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. J Dent Sch. 2004;22(1):38-48. [In Persian] Available from: https://www.sid.ir/paper/22039/fa#downloadbottom

8.Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;105(1):79-85.

9.Jahanbani J, Sandvik L, Lyberg T, Ahlfors E. Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients. Open Dent J. 2009;3:42-7.

10.Shahsavari F, Fereidouni F, Farzane Nejad R. The Prevalence of Oral Mucosal Lesions and Associated Factors in Pathology Department of Tehran Cancer Institute of Imam Khomeini Hospital since 2000 to 2010. J Res Dent Sci. 2012;9(2):111-5. [In Persian]

11.Mirmohammadkhani M, Tofighian M, Mansori K, Mirmohammadkhani O. Evaluation the histopathological findings of oral lesions in patients referred to the pathology department of Semnan city (Iran). J Craniomax Res. 2022;9(1):23-30.

12.Alaei Bakhsh MA, Khosravi Samani M, Motalebnejad M, Bijani A , Ghorbani A, Mehryari M. Frequency of Oral Lesions and Its Relationship with Some Variables . J Babol Univ Med Sci. 2021;23(1):345-51. [In Persian]

13.Tabatabaei SH, Abumohammadi Ardakani S, Owlia F. Profile of Oral and Maxillofacial Lesions in Patients Attending Yazd Dental School from 2010 to 2021. J Mash Dent Sch. 2023;47(2):195-209. [In Persian]

14.Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T, Yesildal N, Anul H, Aydogan I, et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. Oral Dis. 2006;12(6):553-8.

15.Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. J Oral Pathol Med. 2003;32(10):571-5.

16.World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly : report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. 1984. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/39136

17.Foroughi R, Seyedmajidi M, Bijani A, Omid Dezyani M. Comparison of Clinical Diagnosis and Histopathological Report of Referred Biopsies to Oral and Maxillofacial Pathology Department of Dental School of Babol, Iran (2003-2010). J Babol Univ Med Sci. 2013;15(6):71-7. [In Persian]

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]

18.Siadati S, Khorram N, Mirzapour M. Oral and jaw lesions in adults: A 19-year retrospective study in northern Iran. Iran J Pathol. 2013;8(3):159-64.
19.Azmoodeh F, Mokhlesi A, Rahmani F, Noorian S. Frequency of Oral and Maxillofacial Tumors in the Samples Referred to the Pathology Department of Qazvin University of Medical Sciences. J Mash Dent Sch. 2023;47(2):106-14. [In Persian]
20.Seifi S, Hoseini SR, Bijani A. Evaluation of clinical versus pathological difference in 232 cases with oral lesion. Caspian J Intern Med. 2010;1(1):31-5.
21.Aly MM, Abdul-Aziz MAM, Elchaghaby MA. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathological lesions in a group of Egyptian children over 21 years. BMC Oral Health. 2022;22(1):2.
22.Huang G, Moore L, Logan RM, Gue S. Retrospective analysis of South Australian pediatric oral and maxillofacial pathology over a 16-year period. J Investig Clin Dent. 2019;10(3):e12410.
23.Sarabadani J, Javadzadeh A, Imanimoghaddam M, Mohtasham N, Amirchaghmaghi M. Evaluating the Accuracy Rates of Clinical and Radiographic Diagnoses Compared with Histopathologic Diagnosis of Oral Exophytic Lesions. J Dent Mater Tech. 2013;2(4):130-7.
24.Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. Oral Oncol. 2006;42(5):461-74.
25.Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. Oral Oncol. 2009;45(4-5):301-8.

[DOI: 10.22088/jbums.26.1.67]