مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره پانزدهم، شمارهٔ ۶، آبان ۱۳۹۲، صفحه ۷۷-۷۱

مقایسه تشخیص بالینی و گزارش آسیب شناسی بیوپسی های ارسالی به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل (سالهای ۱۳۸۹-۱۳۸۲)

رامین فروغی(DDS,MS)[۱]، مریم سیدمجیدی(DDS,MS)*[۲]، علی بیژنی(MD)[۳]، محسن امیددزیانی(DDS)[۴]

۱- گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- مرکز تحقیقات مواد دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۱/۹/۲۳، اصلاح: ۹۱/۱۲/۱۶، پذیرش: ۹۲/۲/۱۱

خلاصه

سابقه و هدف: موثرترین راه رسیدن به یک تشخیص درست در آسیبهای دهانی که از نظر بالینی دارای نماهای مشابهی می باشند، برداشتن نمونه مناسب و بررسی آسیب شناختی آن است. این مطالعه به منظور تعیین میزان تطابق یا عدم تطابق تشخیص های بالینی با گزارشات پاتولوژی در بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی بابل انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی با استفاده از ۶۶۲ پرونده بیماران بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی بابل جهت تعیین تطابق تشخیص کلینیکی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی طی سالهای ۸۹-۱۳۸۲ انجام شد. مشخصات دموگرافیک شامل سن و جنسیت بیماران، رنگ و قوام ضایعه، محل آناتومیک، روند بیولوژیک و داخل یا خارج استخوانی بودن ضایعه، برجسته یا هم سطح بودن و نمای سطحی ضایعات محیطی، تخصص پزشک معالج و تطابق تشخیص کلینیکی با تشخیص پاتولوژی از نظر اولویت اول و دوم تشخیص کلینیکی از پرونده های بیماران استخراج و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: تشخیص صحیح بالینی برحسب اولویت اول تشخیصهای افتراقی در ۷۹ درصد موارد منطبق بوده اند. بیشترین تشخیص کلینیکی صحیح (۹۲٪) در مورد ضایعات مربوط به بیماران در دهه سوم سنی و در ضایعات ناحیه لثه بوده است (۱۰۰٪). تشخیص کلینیکی صحیح در ضایعات خوش خیم (۹۴/۳٪) بیشتر از ضایعات بدخیم (۹۰/۹٪) بوده است. تشخیص صحیح ضایعات برجسته نیز بیشتر بوده است (۹۴٪). ضریب توافق تشخیص برای تعیین همخوانی بین تشخیص بالینی اول یا دوم و تشخیص پاتولوژیکی ۸۰/۸ درصد به دست آمد (p=۰/۰۱۸).

نتیجه گیری: اگر چه درصد بالایی از تشخیص های بالینی و گزارشات آسیب شناسی موید یکدیگر می باشند اما رقم عدم تطابق قابل توجه می باشد.

واژه های کلیدی: یافته های هیستوپاتولوژیکی، تشخیص بالینی، بیوپسی

مقدمه

با افزایش دامنه مسئولیت دندانپزشکان در زمینه تشخیص و درمان بیماری های گوناگون دهان و دندان به نظر می رسد که دندانپزشک افزون بر معالجه و بازسازی دندان ها بایستی از جنبه های پزشکی نیز، آگاهی داشته، بیماری ها را بشناسد و از تظاهرات آنها در رابطه با کار خویش آگاه باشد، زیرا تشخیص درست کلید درمان موفق است (۱). در تشخیص صحیح بیماری های دهان از اصولی استفاده می گردد که شامل بررسی تاریخچه و شکایت اصلی بیمار می باشد (۲). در تاریخچه دندانپزشکی بیماری، مواردی نظیر درد، زخم، سوزش، خونریزی، لقی دندان، تاخیر رویش دندان، اختلالات حسی و ... بررسی می شود (۷-۳). بعد از آن معاینات کلینیکی به صورت داخل دهانی و خارج دهانی، با بهره گیری از اصول معاینه شامل مشاهده (Inspection)، لمس (Palpation)، دق (Percussion)، سمع (Auscultation) صورت می گیرد (۸). البته از تستهای پارا کلینیکی مانند بیوپسی نیز می توان استفاده نمود (۹). در اغلب موارد تشخیص قطعی ضایعه ای که مورد نمونه برداری قرار می گیرد با بررسی هیستوپاتولوژیک میسر می گردد و در صورتی که تشخیص بالینی محرز نباشد، انجام می پذیرد. از دید بالینی فهرستی از تشخیص های افتراقی با در نظر گرفتن اولویتها در نظر گرفته می شود و لزوما نمی بایست یک تشخیص بالینی مطرح

▣ این مقاله حاصل پایان نامه محسن امیددزیانی دانشجو دندانپزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره ۸۹۳۰۱۳۴ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندانپزشکی، گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۹۱۴۰۸
e-mail:ms_majidi79@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.6.10.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.6.71]

گردد (۱۰). ضایعات دهانی هر یک دارای خصوصیات و شاخصه هایی از نظر بالینی و بررسی تاریخچه هستند، که احاطه به این مشخصات، تشخیص بالینی این ضایعات را برای کلینیسین ممکن می سازد. مساله مشکل ساز برای بسیاری از کلینیسین ها برخورد با ضایعاتی است که به دلایلی هم چون نمای بالینی همانند، مشخص نبودن دقیق ویژگی ها و همخوانی نداشتن نشانه های بیماری سبب خطاهای تشخیصی می شوند. در ضمن، به دلیل گوناگونی نشانه ها در برخی از بیماری های دهان، حتی یک کلینیسین ماهر نیز ، از اشتباهات تشخیصی به دور نیست (۹و۱).

بیوپسی به معنای برداشتن مقداری از نسج یک موجود زنده برای بررسی های تشخیصی (Diagnostic Examination) است که در مقایسه با سایر راه های تشخیصی دارای بالاترین دقت است. این روش در هر کجا که تشخیص قطعی مورد نظر باشد و روش کم ضررتر(Less invasive) آزمایشگاهی مقصود ما را بر آورده نسازد، انجام می شود (۱۲و۱۱). گاهی نمای میکروسکوپی ضایعات کاملا تشخیصی است ولی در مواردی یافته های هیستوپاتولوژیک مبهم بوده و با ضایعات متفاوتی تطابق می یابد. در چنین حالاتی، آسیب شناس برای رسیدن به تشخیص نهایی نیاز به علائم بالینی دارد. بنابر این همکاری متقابل و تنگاتنگ پزشک بالینی و آسیب شناس ضروری بوده و مانع از گمراهی وی می شود (۱۳).

مسلما جهت تشخیص ضایعات دهان، طبقه بندی آنها و شناخت شایع ترین 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 تومور های بافت مزانشیمال، اکتودرم و تومورهای بافت نرم، بعضی دیگر منشاء ایجاد بیماری را معیار طبقه بندی می دانند مانند کیست های 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، ضایعات ممکن است در بیش از یک طبقه قرار گیرند (۱).

بررسی و تطابق تشخیص بالینی با نمای آسیب شناسی ضایعات دهانی برای ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان از ویژگی های بالینی ضایعات و تشخیص افتراقی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بررسی ها نشان می دهند که درصد تطابق تشخیص بالینی با گزارش های آسیب شناسی ضایعات دهانی در هر منطقه بستگی به شیوع ضایعات و مهارت افراد دارد (۱۰). جهت نیل به تشخیص قطعی و دقیق که هدف اصلی در روند درمانی بیمار می باشد بررسی میزان همخوانی تشخیص های بالینی و هیستوپاتولوژیک اهمیت می یابد و با ارزیابی میزان عدم هماهنگی بین آنها و علل آن می توان راهکار های مناسب ارائه کرد. در زمینه بررسی های قبلی، می توان به چند تحقیق داخلی که در دانشکده های دندانپزشکی کرمان، اصفهان، گیلان و مشهد انجام شده است، اشاره نمود. در بررسی انجام شده توسط Deihimi و همکاران، تنها ۵۷٪ موارد تشخیص بالینی اول و آسیب شناسی بر یکدیگر منطبق بودند (۱). در بررسی انجام شده توسط Hoseinpour Jajarm و همکاران این تطابق ۸۱/۲٪ گزارش شده است (۹). Saghravanian و همکاران نیز در بررسی ضایعات غدد بزاقی، کیست ها و تومور های ادنتوژنیک، میزان تطابق کلی بین تشخیص بالینی و هیستولوژی در هر سه گروه از ضایعات را ۶۰/۵٪ به دست آوردند (۱۴). ZareMahmoedabadi و همکاران نیز در بررسی تطابق تشخیص بالینی با هیستوپاتولوژیک ضایعات دهان میزان آن را ۷۷/۵٪ به دست آوردند (۱۵).

با توجه به اینکه رقم عدم تطابق در مطالعات پیشین قابل توجه می باشد مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان انطباق تشخیص های بالینی (به عنوان تشخیص اولیه) با گزارش پاتولوژی (به عنوان تشخیص نهایی) ضایعات جراحی شده دهان که به آزمایشگاه آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل ارسال گردیده بود انجام شد تا بدین وسیله ضعف های موجود در تشخیص ضایعات دهانی مشخص گردد، شاید بتوان پیشنهادهایی جهت ایجاد تغییرات مناسب در برنامه ریزی های آموزشی دندانپزشکان ارائه نمود.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۶۶۲ پرونده مربوط به بخش آسیب شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی بابل انجام شد. پرونده ها مربوط به بیمارانی بود که بیوپسی ضایعه دهانی آنان به بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت در فاصله سالهای ۸۹-۱۳۸۲ ارسال شده بود. نام و نام خانوادگی، سن و جنسیت بیماران، رنگ و قوام ضایعه، محل آناتومیک ضایعه، روند بیولوژیک ضایعه (خوش خیم – بدخیم)، برجسته یا هم سطح بودن ضایعه (در مورد ضایعات سطحی)، نمای سطحی ضایعات محیطی، داخل یا خارج استخوانی بودن ضایعه، تخصص پزشک معالج، تشخیص بالینی اول و دوم، تشخیص هیستوپاتولوژیکی و تطابق تشخیص کلینیکی با تشخیص پاتولوژی از نظر اولویت اول و دوم تشخیص کلینیکی از پرونده های بیماران استخراج شد و مشخصات استخراجی در فرم ثبت اطلاعاتی که به این منظور تهیه شده بود وارد شد. در آسیب های همانندی که دارای نام های گوناگون می باشند، نامی که در بیشتر مراجع برای آنها عنوان شده باشد، انتخاب گردید. مرور پرونده ها توسط یک نفر متخصص آسیب شناسی دهان و فک و صورت انجام گرفت. ضایعات به گروههای نئوپلاستیک، تحریکی، ادنتوژنیک، غیرادنتوژنیک، پوستی مخاطی، پیگمانته و سایر موارد از نظر بررسی تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی دسته بندی و مورد بررسی قرار گرفتند.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS18، آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر جهت بررسی ارتباط دو متغیر کیفی و با استفاده از آزمون آماری Kappa جهت بررسی میزان همخوانی بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک تجزیه و تحلیل شدند و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۶۶۲ ضایعه بررسی شد که ۲۶۵ نفر (۴۰/۲٪) مذکر و ۳۹۶ نفر (۵۹/۸٪) مونث بودند. در یک مورد جنسیت بیمار مشخص نبود. میانگین سن بیماران ۰/۷۱۲±۳۷/۸۱ سال بود و مسن ترین بیمار دارای ۸۶ سال سن و جوان ترین آنها ۵ ساله بوده است. ۴۳۴ مورد (۳۱/۸٪) از ضایعات دارای رنگ صورتی، ۱۱۱ مورد (۳۴/۶٪) قرمز رنگ، ۶۹ مورد (۱۵/۴٪) سفید قرمز، ۷۴ مورد (۱۶/۵٪) سفیدرنگ، ۳۳ مورد (۷/۳٪) آبی کبود و ۱۱ مورد (۲/۵٪) قهوه ای سیاه رنگ و فراوانترین دهه های سنی درگیری توسط ضایعات (۵۷/۲٪)، دهه سوم تا پنجم، بودند. همچنین ۴۳۴ مورد (۶۵/۶٪) از ضایعات دارای قوام الاستیک، ۱۵۲ مورد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.6.10.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.6.71]

(۲۳٪) دارای قوام نرم، ۶۴ مورد (۹/۷٪) قوام سفت و ۱۲ مورد (۱/۸٪) دارای قوام سخت و استخوانی بودند. ۴۴۹ مورد (۶۷/۸٪) از ضایعات از لحاظ محل آناتومیک جز ضایعات محیطی بودند و ۲۱۳ مورد (۳۲/۳٪) از آنها در گروه ضایعات مرکزی قرار داشتند. در بین ضایعات مرکزی ۷۸ مورد (۳۶/۶٪) در فک بالا و ۱۳۵ مورد (۶۳/۴٪) در فک پایین قرار داشتند. مطالعه روند بیولوژیکی ضایعات نشان داد که ۶۱۸ مورد (۹۳/۴٪) از ضایعات، خوش خیم و ۴۴ مورد (۶/۶٪) آنها دارای روند بدخیم بودند. در بررسی ضایعات محیطی از لحاظ برجستگی، ۲۸۲ مورد (۶۲/۸٪) دارای سطحی برجسته و ۱۶۷ مورد (۳۷/۲٪) هم سطح بوده اند که این بررسی فقط مربوط به ضایعات محیطی می باشد.

تفکیک ضایعات محیطی از لحاظ نمای سطحی به این صورت بود که ۲۴۷ مورد (۵۵٪) از ضایعات دارای سطح صاف، ۱۱۱ مورد (۲۴/۷٪) دارای سطح زخمی، ۷۲ مورد (۱۶٪) دارای سطح نامنظم و ۱۹ مورد (۴/۲٪) دارای سطح زگیلی بودند. ۱۳۶ مورد (۳۰/۳٪) از ضایعات در مخاط باکال، ۹۹ مورد (۲۲٪) در لثه، ۶۹ مورد (۱۵/۴٪) در لب، ۴۵مورد (۱۰٪) در ریج بی دندانی و به همین تعداد در زبان ایجاد شده بود. ۲۲ مورد (۶/۵٪) و ۱۰ مورد (۲/۲٪) ضایعات به ترتیب کام و کف دهان را درگیر نموده بودند. ۱۶ ضایعه (۳/۶٪) در سایر نقاط دهان پدید آمده بودند. ۴۲۲ مورد (۶۳/۷٪) از ضایعات توسط جراحان فک و صورت، ۱۵۲ مورد (۲۳٪) توسط متخصصین بیماریهای دهان، ۶۹ مورد (۱۰/۴٪) توسط متخصصین پریودانتیکس، ۷ مورد (۱/۱٪) توسط دندانپزشکان عمومی و ۱۲ مورد (۱/۸٪) نیز توسط سایر متخصصین بیوپسی شده بودند. فراوانی ضایعات از نظر تشخیص بالینی اول و دوم و تشخیص پاتولوژیکی و به تفکیک جنسیت در جدول ۱ آمده است. بین تشخیص بالینی اول و تشخیص پاتولوژیک بیشترین تطابق در مورد ضایعات پوستی مخاطی بدست آمد که در آن تشخیص بالینی اول در ۹۷ مورد (۹۱/۵٪) با تشخیص پاتولوژیک یکسان بوده است. تشخیص بالینی اول در ضایعات تحریکی نیز در ۱۵۲ مورد (۸۷/۴٪) و در ضایعات ادنتوژنیک در ۱۰۵ مورد (۸۰/۲٪) با تشخیص پاتولوژیک مطابقت داشت. مقدار kappa ضریب توافق تشخیصی برای تعیین میزان همخوانی بین دو تشخیص بالینی و پاتولوژیکی ۷۳/۸٪ (p=۰/۰۲) بدست آمد. در نتیجه بین تشخیص بالینی اول و تشخیص پاتولوژیک از لحاظ آماری تطابق وجود داشت. در مورد تطابق بین تشخیص بالینی دوم و تشخیص پاتولوژیک بیشترین تطابق مربوط به ضایعات پوستی مخاطی با ۴۴ مورد (۹۱/۷٪) حاصل شد. همچنین ضایعات تحریکی در ۶۵ مورد (۹۰/۳٪) و در ضایعات ادنتوژنیک در ۳۵ مورد تطابق داشتند. در مورد ضایعات غیرادنتوژنیک تشخیص بالینی دوم و تشخیص پاتولوژیک در هیچ موردی یکسان نبوده‌اند. مقدار kappa برای تعیین میزان همخوانی بین تشخیص بالینی دوم و تشخیص پاتولوژیکی ۵۸٪ (p=۰/۰۳) بدست آمد بدین معنی که از لحاظ آماری بین تشخیص بالینی دوم و تشخیص پاتولوژیک توافق کمی وجود داشت که قابل توجه نبوده است.

به طور کلی انطباق بین یکی از دو تشخیص بالینی یا هر دوی آنها با تشخیص پاتولوژیک به این صورت بود که بیشترین انطباق مربوط به ضایعات پوستی مخاطی با ۱۰۱ مورد (۹۲/۷٪) و کمترین آن مربوط به ضایعات پیگمانته با ۸ مورد (۵۸/۱٪) همخوانی، بدست آمد. همخوانی بین یکی از دو تشخیص بالینی یا هر دوی آنها با تشخیص پاتولوژیک برای ضایعات تحریکی در ۱۵۸ مورد (۸۹/۳٪)، ضایعات نئوپلاستیک در ۶۵ مورد (۸۲/۳٪)، ضایعات ادنتوژنیک در ۱۰۷ مورد (۸۶/۳٪)، ضایعات غیر ادنتوژنیک در ۶ مورد (۸۵/۷٪)، وجود داشت. در مورد ضایعاتی غیر از موارد ذکر شده نیز، در ۸۲ مورد (۷۲/۶٪) تطابق وجود داشته است. مقدار kappa برای تعیین میزان همخوانی تشخیص بالینی و پاتولوژیکی ۸۰/۸٪ (p=۰/۰۱۸) بوده است که توافق بین تشخیص بالینی و تشخیص پاتولوژیک را نشان می‌دهد. در بین مردان در ۹۴٪ موارد تطابق بین تشخیص بالینی اول یا دوم و یا هر دو با تشخیص پاتولوژیک وجود داشته است و در بین زنان در ۹۴/۲٪ از موارد تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیک وجود داشته است. مقدار Kappa در مردان ۷۹/۵٪ (p=۰/۰۲۹) و در زنان ۸۱/۴٪ (p=۰/۰۲۳) حاصل شد که در هر دو جنس تطابق بین دو تشخیص وجود داشته است. میزان تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی ضایعات به تفکیک دهه های سنی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱. فراوانی ضایعات از نظر تشخیص بالینی اول و دوم و تشخیص پاتولوژیکی ارسالی به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی بابل، ۸۹-۱۳۸۲

درصد فراوانی و نوع تشخیص نوع ضایعات	تشخیص بالینی اول	تشخیص بالینی دوم	تشخیص پاتولوژیکی	جنسیت مذکر تعداد(٪)	 مونث تعداد(٪)
ضایعات تحریکی	(۲۷/۹)۱۷۴	(۲۳/۶)۷۲	(۲۷/۳)۱۸۱	(۲۳)۶۱	(۳۰)۱۱۹
ضایعات ادنتوژنیک	(۲۱)۱۳۱	(۱۴/۱)۴۳	(۱۸/۹)۱۲۵	(۲۴/۵)۶۵	(۱۵/۱)۶۰
ضایعات پوستی مخاطی	(۱۷)۱۰۶	(۱۵/۷)۴۸	(۱۷/۴)۱۱۵	(۱۶/۲)۴۳	(۱۴/۴)۵۷
ضایعات نئوپلاستیک	(۱۲/۴)۷۷	(۲۸/۲)۸۶	(۱۵/۱)۱۰۰	(۱۳/۵)۳۶	(۲۰)۷۹
ضایعات پیگمانته	(۲/۲)۱۴	(۱/۳)۴	(۱/۴)۹	(۱/۹)۵	(۱/۵)۶
ضایعات غیرادنتوژنیک	(۱/۱)۷	(۰/۷)۲	(۱/۷)۱۱	(۱/۱)۳	(۱/۵)۶
سایر موارد	(۱۸/۳)۱۱۴	(۱۶/۴)۵۰	(۱۸/۳)۱۲۱	(۱۹/۸)۵۲	(۱۷/۴)۶۹
جمع	(۱۰۰)۶۲۳	(۱۰۰)۳۰۵	(۱۰۰)۶۶۲	(۱۰۰)۲۶۵	(۱۰۰)۳۹۶

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.6.10.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.6.71]

جدول ۲. میزان تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی ضایعات به تفکیک دهه های سنی ارسالی به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی بابل، ۸۹-۱۳۸۲

دهه سنی	موارد تطابق(٪)	Kappa	P value	Contingency Coefficient
دهه اول	(۹۲)۲۳	۰/۸۷۵	۰/۰۸۳	۸۲/۸
دهه دوم	(۹۴/۳)۸۳	–	–	۸۷/۵
دهه سوم	(۹۴/۷)۱۲۶	۰/۸۰۳	۰/۰۴۰	۸۹
دهه چهارم	(۹۴/۶)۱۰۵	۰/۸۱۴	۰/۰۴۳	۸۷/۸
دهه پنجم	(۹۵/۲)۱۰۰	۰/۷۶۴	۰/۰۴۷	۸۷/۸
دهه ششم	(۹۳/۷)۷۴	۰/۷۵۶	۰/۰۵۸	۸۶/۵
دهه هفتم	(۸۷)۴۰	۰/۷۹۴	۰/۰۷۵	۸۵/۷
دهه هشتم	(۹۵/۷)۲۲	–	–	۸۰/۱

در مورد رنگ ضایعه، بیشترین تطابق در مورد ضایعات قهوه ای – سیاه و همچنین ضایعات زرد رنگ وجود داشت که در ۱۰۰٪ موارد تطابق وجود داشته است. در مورد ضایعات صورتی رنگ در ۸۹/۵٪، ضایعات قرمز رنگ ۹۹/۱٪، ضایعات آبی کبود ۹۷٪، ضایعات سفید رنگ ۹۰/۵٪ و در مورد ضایعات سفید – قرمز در ۹۵/۷٪ موارد تطابق وجود داشته است. در ضایعات با قوام نرم در ۹۵/۴٪، با قوام الاستیک در ۹۳/۵٪، با قوام سفت در ۹۵/۳ درصد و ضایعات با قوام استخوانی در ۹۱/۷٪ موارد تطابق و همخوانی بین دو تشخیص بالینی و پاتولوژیکی وجود داشت. مقدار Kappa برای ضایعات نرم ۸۰/۸٪ (p=۰/۰۴) و برای ضایعات الاستیک ۷۹/۸٪ (p=۰/۰۲۳) حاصل شد. مقدار Contingency Coefficient برای ضایعات با قوام سفت ۷۶/۵٪ و برای ضایعات با قوام سخت ۴۴/۶٪ به دست آمد. بین تشخیص بالینی و پاتولوژی به تفکیک محل ضایعه، در ضایعات محیطی در ۹۳/۸٪ و در ضایعات مرکزی ۹۴/۸٪ موارد تشخیص بالینی و پاتولوژیکی همخوانی داشته اند. در مورد ضایعات محیطی مقدار Kappa ۷۸/۶٪ (p=۰/۰۲۴) و در مورد ضایعات مرکزی ۷۲/۸٪ (p=۰/۰۴۳) بود که در هر دو مورد از لحاظ آماری تطابق بین دو تشخیص وجود داشت. البته تطابق تشخیصی در مورد ضایعات محیطی بیش از مرکزی بوده است. در میان ضایعات محیطی، ضایعات ایجاد شده در لثه بیشترین تطابق را داشتند (۱۰۰درصد موارد) و در مورد ضایعات مرکزی نیز بیشترین تطابق با ۹۷/۴٪ موارد مربوط به ضایعاتی بود که در فک بالا قرار داشتند.

در مورد تعیین تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی به تفکیک روند بیولوژیکی ضایعه می توان گفت که در ضایعات با روند خوش خیم در ۹۴/۳ درصد تطابق وجود داشت و در ضایعات با روند بیولوژیکی بدخیم در ۹۰/۹ درصد موارد همخوانی بین دو تشخیص وجود داشته است. در ضایعات محیطی تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی در مورد ضایعات برجسته ۹۴٪ و در مورد ضایعات همسطح ۹۳/۴٪ بود که در مورد اول Kappa برابر با ۷۶/۴٪ (p=۰/۰۳۵) و در مورد دوم Kappa برابر با ۶۴/۷٪ (p=۰/۰۵) به دست آمد که در هر دو مورد از لحاظ آماری تطابق بین تشخیص وجود داشت. میزان تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی به تفکیک نمای سطحی ضایعه در جدول ۳ آمده است. تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی در مورد متخصصین بیماریهای دهان ۹۸٪ و جراحان فک و صورت ۹۳/۶٪ به ترتیب با ضریب Kappa معادل ۸۳/۲ (p=۰/۰۳۶) و ۷۸/۳ (p=۰/۰۲۴) به دست آمد که در هر دو مورد از لحاظ آماری تطابق بین تشخیص و نوع تخصص فرد انجام دهنده بیوپسی وجود داشت. تطابق در مورد پریودنتیستها ۹۲/۸٪، دندانپزشکان عمومی ۷۱/۴٪ و در سایر موارد به میزان ۸۳/۳٪ به دست آمد.

جدول ۳. درصد تطابق تشخیص بالینی و پاتولوژیکی به تفکیک سطح ضایعه در ضایعات محیطی ارسالی به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی بابل، ۸۹-۱۳۸۲

سطح ضایعه	درصد تطابق	Contingency Coefficient
زخمی	۹۷/۳	۷۹/۱
نامنظم	۹۷/۲	۷۹/۶
صاف	۹۱/۵	۸۵/۱
زگیلی	۸۹/۵	۷۹/۳

بحث و نتیجه گیری

در بررسی های حاضر مشخص گردید که در۷۹ درصد موارد تشخیص بالینی اول و آسیب شناسی بر هم منطبق بوده اند که با نتیجه بررسی Hoseinpour Jajarm و همکاران که این درصد تطابق را میزان ۸۱/۲ درصد گزارش نمود (۹) همخوانی دارد. ولی در سطح بالاتری از نظر تطابق نسبت به بررسیهای انجام شده توسط Deihimi و همکاران و Hashemipour Jajarm و همکاران قرار دارد که به ترتیب در ۵۷ درصد و ۶۴/۷۸ درصد موارد تشخیص بالینی اول منطبق بر گزارش آسیب شناسی بوده است (۱۰و۱). روند تشخیص ضایعات و بیماری ها در هر قسمتی از بدن، روندی علمی و نظام مند است که پزشک بالینی را به سمت تشخیص بیماری و نا خوشی هدایت می نماید. بعضی ضایعات و بیماری ها دارای علامت یا نشانه خاصی هستند که منجر به کوتاه شدن روند تشخیص می گردد اما معمولا فرآیند تشخیصی پیچیده تر بوده و شواهد بالینی به تنهایی برای تشخیص نهایی کافی نیستند. برای رسیدن به این منظور بررسی هیستوپاتولوژیک ضایعات مورد نیاز می باشد. در چنین مواردی است

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.6.10.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.6.71]

که اهمیت همکاری بین پزشک معالج و آسیب شناس آشکار می شود و هر گونه سهل انگاری از جانب طرفین منجر به تشخیص اشتباه و در نهایت تهدید سلامت بیمار خواهد شد. همخوانی و تطابق بین تشخیص بالینی و آسیب شناسی مبین صحت دیدگاه پزشک بالینی و جراح در تشخیص ضایعات و حائز اهمیت ویژه ای است. در مورد سن بیماران بیشترین تطابق تشخیص بالینی و پاتولوژیکی در دهه سوم بوده است در حالی که در بررسی های Deihimi و همکاران (۱) و Hashemipour Jajarm و همکاران (۱۰) بیشترین تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیکی در دهه هشتم بوده است. در مورد نقش جنسیت بیماران در تشخیص صحیح کلینیکی با توجه به یافته ها اختلافی مشاهده نگردید. البته تعداد نمونه ها در دو جنس یکسان نبوده و بیماران مونث بیشتر بوده اند. به همین جهت تفسیر این تشابه تشخیص صحیح کلینیکی در دو جنس ممکن است مشکل یا مخدوش کننده باشد. از نظر رنگ ضایعه نیز، بیشترین تشخیص کلینیکی صحیح در ضایعات قهوه ای – سیاه و زرد رنگ بوده است که همانند مطالعه انجام شده توسط Deihimi و همکاران (۱) و Hashemipour Jajarm و همکاران (۱۰) است. یکی از دلایل آن شاید این باشد که طیف تشخیصی این ضایعات محدود تر بوده و تشخیص افتراقی بالتبع راحت تر می باشد. تطابق تشخیص درست آسیب های محیطی بیشتر از آسیب های مرکزی بوده است. نمای رادیوگرافی مشابه و عدم دسترسی به اطلاعات در مورد ضایعات مرکزی بدلیل قرارگیری آنها در استخوان و عدم حضور در محیط دهان به مانند ضایعات محیطی، شاید یکی از دلایل تشخیص صحیح کلینیکی کمتر این ضایعات باشد. این نتیجه با نتایج به دست آمده در بررسی های Hashemipour Jajarm و همکاران (۱۰) و Deihimi و همکاران (۱) همخوانی دارد.

از نظر قوام ضایعات نیز، ضایعات با قوام نرم بهتر از ضایعات با قوام سفت تشخیص داده شدند، گرچه اختلاف آنها قابل ملاحظه نبود. در حالی در مطالعه Deihimi و همکاران (۱) ضایعات با قوام سفت بهتر از ضایعات نرم تشخیص داده شدند. از نظر محل آناتومیک، بیشترین تشخیص درست کلینیکی در ضایعات ایجاد شده در لثه بوده است که با نتایج بررسی Deihimi و همکاران هم خوانی ندارد که بیشترین تشخیص درست کلینیکی در ضایعات لب بوده است (۱). در این بررسی، همانند بررسی انجام شده توسط Deihimi و همکاران (۱) و همچنین بررسی Hashemipour Jajarm و همکاران (۱۰)، تطابق تشخیص بالینی و آسیب شناسی در آسیب های خوش خیم نسبت به آسیب های بدخیم بیشتر دیده شد. شاید یکی از دلایل این موضوع شیوع بیشتر آسیب های خوش خیم نسبت به آسیب های بدخیم در درمانگاه و برخورد بیشتر آسیب شناس ها با این آسیب ها باشد. تشخیص مشکل تر آسیب های بدخیم و شباهت های زیاد آنها به هم می تواند از علل عدم تطابق تشخیص بالینی و جواب نمونه برداری باشد، به علاوه شروع آسیب های بدخیم یا مراحل آغازین بدخیمی چندان تغییرات بالینی روشنی نشان نمی دهد.

تشخیص ضایعات برجسته نیز بهتر بوده است که شاید به دلیل تشخیص زود تر و ساده تر ضایعات برجسته یا محدودیت این ضایعات باشد ولی تشخیص افتراقی ضایعات همسطح معمولا مشکل تر است و نیاز به تجربه کلینیکی بیشتری دارد. این نتیجه با نتایج به دست آمده از بررسی های Deihimi و همکاران (۱) و Hashemipour Jajarm و همکاران (۱۰) همخوانی دارد. ضایعات با نمای زخمی و نامنظم نیز بهتر از ضایعاتی با سایر نماهای کلینیکی تشخیص داده شدند. بیشترین تطابق بین تشخیص بالینی و پاتولوژیک، توسط متخصص بیماری ها به دست آمده است. با توجه به آموزش بیشتر و اطلاعات تخصصی بیشتر این افراد نتیجه به دست آمده دور از انتظار نبوده است و مسلما متخصص بیماری ها نسبت به دندانپزشک عمومی و برخی تخصص ها توانایی بیشتری برای تشخیص ضایعات دهانی دارند.

اگر چه درصد بالایی از تطابق بین تشخیص های بالینی و گزارشات آسیب شناسی دیده شد ولی رقم عدم تطابق قابل توجه بوده و باید با استفاده از راهکارهای مناسب به حداقل و نزدیک به صفر برسد. همچنین پیشنهاد می گردد که در برنامه های آموزشی دانشجویان دندانپزشکی و آموزش مداوم دندانپزشکان به این نکته توجه بیشتری شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به دلیل حمایت مالی از تحقیق تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.6.10.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.6.71]

Comparison of Clinical Diagnosis and Histopathological Report of Referred Biopsies to Oral and Maxillofacial Pathology Department of Dental School of Babol, Iran (2003-2010)

R. Foroughi (DDS, MS) [1], M. Seyedmajidi (DDS, MS) [2*], A. Bijani (MD) [3], M. Omid Dezyani (DDS)[4]

1. Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Dental Faculty, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Dental Materials Research Center, Dental Faculty, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Non-Communicable Pediatrics Diseases Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
4. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 15(6); Nov 2013; pp: 71-77

Received: Dec 13th 2012, Revised: Mar 6th 2013, Accepted: May 1st 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The most effective way to reach a correct diagnosis in the oral lesions with similar clinical features is doing an appropriate biopsy from lesion and histopathological evaluation of it. The purpose of this study was to evaluate the concordance and non-concordance between clinical diagnosis and pathology reports of patients referred to department of oral and maxillofacial pathology of dental school in Babol, Iran.

METHODS: This cross sectional study was performed on 662 patients' records from the archive of oral and maxillofacial pathology department of Babol dental school to determine the concordance between clinical diagnosis and histopathological diagnosis of oral lesions during the years 2003-2010. Demographic information such as age and gender of patients, the color and consistency of lesion, anatomical location, biological process and appearance of lesions, peripheral or central, exophytic or flat lesions, specialty of physician, concordance between clinical and histopathological diagnosis was extracted from patients' records.

FINDINGS: There was concordance in 79% of cases in correct clinical diagnosis according to the first priority in differential diagnosis. The most of correct clinical diagnosis (94%) has been in third decade of life. The most of correct clinical diagnosis has been in gingiva (100%). Correct clinical diagnosis in the benign lesions (94.3%) was more than malignant lesions (90.9%) and the correct clinical diagnosis for exophytic lesions was more than other lesions (94%). Correlation coefficient for determine of concordance between clinical and pathological diagnoses was obtained as 80.0% (p=0.018).

CONCLUSION: Although a great concordance was observed between clinical and pathology reports, the inconcordance was significant.

KEY WORDS: *Histopathological findings, Clinical diagnosis, Biopsy.*

*Corresponding Author;
Address: Department of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental Faculty, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
Tel: +98 111 2291408
E-mail: ms_majidi79@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.6.10.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.6.71]

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 1991-2000. J Dent Sch 2004; 22(1):38-48. http://jds.sbmu.ac.ir/browse.php?a_id=645&sid=1&slc_lang=en [in Persian]

2.Greenberg MS. Burket's oral medicine. 11th ed. India: BC Decker 2008; pp: 1-5, 71, 171, 271, 313.

3.Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed. St. Louis: Mosby Co 1997; pp:5-46.

4.Eversole LR. Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment. 4th ed. Shelton: PMPH-USA 2011; pp: 1-7.

5.Bengel W, Veltman G, Loevy HT, Taschini P. Differential diagnosis of disease of the oral mucosa. 1st ed. Chicago: Quintessence Publication 1989; pp: 21-40.

6.Langlais R, Bricker B, Cottone J, Baker B. Oral diagnosis, oral medicine and treatment planning. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co 1984; pp: 1-86.

7.Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Principle and practice of oral medicine. 1st ed. Philadelphia: W.B: Saunders Co 1984; pp: 3-32.

8.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.

9.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 Mashhad Dent Sch 2006;30(1-2):47-54.

10.Hashemipour M, Rad M, Mojtahedi A. A comparative study of clinical diagnosis and histological reports of oral and jaw lesions. J Dent Shiraz Univ Med Sci 2009;10(1):33-37.

11.Mostofi R, Wood RS, Christison W, Talerman A. Low-grade papillary adenocarcinoma of minor salivary glands. Case report and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;73(5):591-5.

12.Scully C. Handbook of oral disease, diagnosis and management. 1st ed. London: Martin Dunits 1999; p:73.

13. Ghasemi Moridani S, Mohtasham Z, Sazesh SF. Correlation between clinical and histopathological diagnosis of oral lesions surgery in the city of Rasht (2000-2002). J Islamic Dent Assoc Iran 2005;17(2):95-9.

14.Saghravanian N, Hosseinpourjajarm H, Salehinejad J, Afzalaghaie M, Gazi N. A 30-year comparison of clinical and histipathological diagnosis in salivary gland lesion,odontogenic cysts and tumors in Mashhad dental School-Iran. J Mashhad Dent Sch 2011;34(4):299-308. [in Persian]

15.ZareMahmoodabadi R, Salehinejad J, Khjehahmadi S, Saghafi S, Javan A, Taherymoghadam S. Consistency rates of clinical and histopathologic diagnosis of mucoucutaneous lesions in oral cavity. J Mashhad Dent Sch 2013;36(4):309-16. [in Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.6.10.3]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.6.71]