Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 20, No. 5, Nov-Dec 2012
Pages: 639-647

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۰ ، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۱
صفحه: ۶۴۷-۶۳۹

# بررسی میزان همخوانی تشخیص بالینی با گزارش پاتولوژی ضایعات بافت نرم بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دانشکده‌های دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی در طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۴

سید احمد موسوی[۱]، ابوالفضل باقری[۲]، زینب حمزه ایل[*۳]، میلاد سروری[۴]، بنت الهدی ورکش[۵]، سید علیرضا رضوی[۶]، سعادت روایی[۷]

۱،۴،۵- دستیار تخصصی بخش اطفال، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲- متخصص پاتولوژی دهان و فک وصورت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳- دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۶- دستیار تخصصی بخش اندودنتیکس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۷- دستیار تخصصی بخش ترمیمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۸

## چکیده

**مقدمه:** همخوانی بین تشخیص بالینی و پاتولوژی، نقش مهمی در اتخاذ یک طرح درمان مناسب و جلوگیری از عوارض و مشکلات جدی‌تر بیماران دارد. این مطالعه با هدف بررسی میزان همخوانی تشخیص بالینی و گزارش پاتولوژی بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی از سال ۱۳۸۴تا ۱۳۸۷ انجام گرفته است.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی- مقطعی گذشته‌نگر، ۳۰۰ ضایعه بافت نرم از بیماران مراجعه کننده به بخش پاتولوژی به روش سرشماری انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ضایعات بر اساس روش ذکرشده در کتاب‌های مرجع پاتولوژی، طبقه بندی و میزان همخوانی دو تشخیص انجام شده بر اساس جنس و سن با استفاده از آمار توصیفی بررسی شدند.

**نتایج:** دراین مطالعه تشخیص پاتولوژی به عنوان تشخیص قطعی و Golden standard در نظر گرفته شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ضریب توافقی بین دو تشخیص بالینی و پاتولوژی در تمامی ضایعات به جز پمفیگوس و POF بالای ۰/۷ بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که جراحان فک و صورت در دانشکده‌های دندانپزشکی تهران و شهید بهشتی تشخیص‌های قابل قبولی را در مورد ضایعات پاتولوژیک در فاصله سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۴ داشته‌اند. با این حال وجود حتی اختلاف‌های اندک در دو تشخیص، ایجاب می‌کند جهت پیشگیری از عوارض ضایعات و تعیین تشخیصی منطبق بر اصول علمی و دقیق، بیماران به طور کامل از نظر بالینی و پاراکلینیکی ارزیابی شده و تلاش‌های لازم جهت منطبق ساختن دو تشخیص انجام شود.

**واژه‌های کلیدی:** تشخیص بالینی، تشخیص پاتولوژی، همخوانی تشخیص، ضایعات بافت نرم

[*] (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۳۷۴۵۹۶۸۷۹، پست الکترونیکی: n_hamzeiil@yahoo.com

- **این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.**

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

**مقدمه**

پزشکی از رشته‌های مهمی است که در زندگی روزمره انسان جایگاه بسزایی دارد. علم پزشکی روز به روز در حال پیشرفت است و هر روز دریچه‌ای به سوی ناشناخته‌ها می‌گشاید. در گذشته زمانی که بیمار به پزشک مراجعه می‌کرد، علیرغم اینکه ممکن بود مشکل در اندام‌های تحتانی باشد، دهان اولین محلی بود که مورد توجه پزشک قرار می‌گرفت، زیرا عقیده بر آن بود که دهان آینه تمام نمای بدن است. بنابراین تشخیص صحیح ضایعات دهانی کلید اولیه درمان قلمداد می‌شد. از طرفی اکثر دندانپزشکان اولین افرادی هستند که حتی گاهی قبل از خود بیمار این ضایعات را در دهان وی کشف می‌کنند. آنها با تشخیص صحیح، از پیشرفت بسیاری از بیماری‌ها و یا ضایعات بدخیم جلوگیری می‌نمایند(۱). رسیدن به تشخیص صحیح، مشکل‌ترین مرحله درمان بیمار بوده و تأثیر مهمی در شناخت بیماری و روند درمان دارد(۲).

بعضی ضایعات و بیماری‌ها دارای علامت یا نشانه اختصاصی هستند که منجر به کوتاه شدن روند تشخیص می‌گردند. اما به طور معمول فرایند تشخیص پیچیده است و شواهد بالینی به تنهایی جهت تشخیص نهایی کافی نمی‌باشند. نمای میکروسکوپی ضایعات در اغلب موارد تشخیصی است ولی در مواردی یافته‌های هیستولوژیک مورد توجه است و با ضایعات متفاوتی مطابقت می‌یابد. در چنین حالاتی پاتولوژیست جهت رسیدن به تشخیص نهایی نیاز به علایم بالینی دارد، بنابراین همکاری متقابل پزشک بالینی و پاتولوژیست ضروری است و مانع از اشتباه وی خواهد شد. جهت رسیدن به تشخیص قطعی و دقیق که هدف اصلی در روند درمانی می‌باشد، بررسی همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستولوژیک اهمیت می‌یابد و همچنین با بررسی میزان عدم همخوانی تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی و عواملی که سبب آن می‌شوند، می‌توان راه حل‌های مناسبی جهت رفع این عدم تطابق ارائه کرد(۴،۳).

موفقیت درمان بیماران علاوه بر تجربه جراح به دانش فرد درمان کننده و تشخیص صحیح ضایعه مورد درمان بستگی دارد. معاینه بالینی و یافته‌های پاراکلینیکی، تشخیص اولیه را بنا نهاده و روند درمانی مورد نیاز بیمار را مشخص می‌سازد. در نهایت با برآورد اطلاعات به دست آمده توسط پاتولوژیست، تشخیص نهایی ضایعه مورد درمان صورت می‌گیرد. تفاوت‌های جزئی در تشخیص اولیه و تشخیص نهایی در بسیاری از موارد تأثیری در نتیجه درمان ندارد، اما گاهی مواقع، اشتباه پزشک در تشخیص اولیه موجب جراحی مجدد یا مشخص شدن عدم نیاز به جراحی بیمار می‌شود(۵).

از دیرباز ارتباط بین علایم بالینی و تشخیص هیستولوژیک بیماری‌ها مورد توجه پزشکان و دندانپزشکان بوده است و در اکثر موارد ارتباط مشخصی بین آنها وجود دارد. هر چند در برخی ضایعات بدخیم عدم تطابق این دو می‌تواند برای افراد گران تمام شود، لذا بر آن شدیم تا میزان همخوانی و تطابق تشخیص‌های بالینی با پاسخ بیوپسی در ضایعات پاتولوژیک بافت نرم دهان که به بخش پاتولوژی دانشکده‌های دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ ارجاع داده شده بود را مورد بررسی قرار دهیم.

**روش بررسی**

این مطالعه گذشته‌نگر توصیفی ـ مقطعی، بر روی ۳۰۰ نمونه پاتولوژیک بافت نرم در بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران و شهید بهشتی از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ که دارای تشخیص نهایی بودند و نیز تشخیص اولیه آنها در برگه بیوپسی توسط جراح ذکر شده بود، انجام گردید.

ضایعات را بر اساس منابع موجود، در ۱۰ دسته طبقه‌بندی و مورد بررسی قرار دادیم که عبارتند از: پیوژنیک گرانولوما (PG: Pyogenic granuloma)، اسیفاینیگ گرانولومای محیطی (POF: Peripheral ossifying fibroma)، ژانت سل گرانولومای محیطی (PGCG: Peripheral giant cell granuloma)، اپولیس فیشوراتوم، موکوسل، فیبروما، اسکواموسل کارسینوما (SCC: Squamous cell carcinoma)، لیکن پلان، پمفیگوس ولگاریس و ضایعات دیگری که در تشخیص افتراقی آنها



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

ضایعات مذکور وجود داشته باشند.

با مطالعه نتایج پاتولوژی، تشخیص‌های اولیه‌ای که توسط جراحان برای هر تشخیص قطعی نهایی گذاشته شده بود با ذکر تعداد ثبت گردید. همچنین سن و جنس بیماران درمان شده در مورد هر بیماری نیز ثبت شد. اولین مورد از موارد تشخیص افتراقی جراح در طول تحقیق به عنوان تشخیص جراح در نظر گرفته شد.

در این مطالعه ضایعاتی که در گزارش آنها تشخیص اولیه مشخص نبود و یا در تشخیص‌های پاتولوژی یا تشخیص‌های چندگانه آنها تفاوت وجود داشت و تشخیص نهایی آنها مشخص نبود از مطالعه حذف شدند. همچنین به دلیل ناقص بودن تشخیص‌های دوم و سوم افتراقی، این تشخیص‌ها نادیده گرفته شدند و تشخیص افتراقی اول به عنوان تشخیص کلینیکی در نظر گرفته شد.

اطلاعات به دست آمده با استفاده نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه از آزمون آماری Chi Square و Cramers V و به منظور مشخص کردن ضریب توافقی از آزمون Kappa test استفاده شد. مقدار ضریب توافقی ۷۷۶٪ به دست آمد که نشان از همخوانی خوب تا عالی بین تشخیص‌های بالینی و پاتولوژیک در کل ضایعات مورد مطالعه بود. تخمین ۹۵٪ CI(Confidence Interval) برای کاپا (۱/۲۶۶ و ۰/۲۸۶) است (جدول۱). در صورتی که P-value کمتر از ۰/۰۵ بود از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱: مقدار ضریب کاپا و میزان توافق

| مقدار ضریب کاپا | میزان توافق |
|---|---|
| کمتر از ۰/۴ | ضعیف |
| ۰/۴-۰/۷۵ | متوسط تا خوب |
| بیشتر از ۰/۷۵ | خیلی خوب تا عالی |

## نتایج

این مطالعه که بر روی ۳۰۰ نمونه بایگانی شده انجام گرفته بود بر اساس اطلاعات ثبت شده ۱۳۸ نفر (۴۶٪) مرد و ۱۶۲ نفر (۵۴٪) آنها زن بودند که از نظر رده‌بندی‌های سنی اکثراً بین دهه سوم و هفتم قرار داشتند.

بررسی فراوانی هر کدام از ضایعات بر حسب تشخیص بالینی نشان داد که بیشترین درصد ابتلاء مربوط به پیوژنیک گرانولوما (۲۱/۷٪) در درجه اول و گرانولومای ژانت سل محیطی با (۱۵٪) در درجه دوم بود. کمترین میزان نیز به ترتیب مربوط به فیبرومای اسی فاینگ محیطی با (۳/۳) و پمفیگوس ولگاریس با (۴٪) بود(جدول ۲).

در مورد فراوانی ضایعات تشخیص داده شده توسط پاتولوژیست، مشخص شد که پیوژنیک گرانولوما و اپولیس فیشوراتوم هر کدام با ۴۵ مورد (۱۵٪) رتبه اول و POF با ۳۷ (۱۲/۳٪) دومین رتبه را داشتند، همچنین فیبروما با ۱۹ مورد (۶/۳٪) کمترین فراوانی را داشت. شایان ذکر است که گروه سایر موارد در این قسمت مورد بررسی قرار نگرفتند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع ضایعات بافت نرم دهان، فک و صورت براساس تشخیص بالینی و پاتولوژیک

| نوع ضایعه | تشخیص بالینی | | تشخیص پاتولوژیک | |
|---|---|---|---|---|
| | تعداد | (درصد) | تعداد | (درصد) |
| پیوژنیک گرانولوما (PG) | ۶۵ | (۷/۲۱) | ۴۵ | (۱۵) |
| اسیفاینیگ گرانولومای محیطی (POF) | ۱۰ | (۳/۳) | ۳۷ | (۱۲/۳) |
| ژانت سل گرانولومای محیطی (PGCG) | ۴۵ | (۱۵) | ۳۵ | (۱۱/۷) |
| اپولیس فیشوراتوم | ۳۵ | (۱۱/۷) | ۴۵ | (۱۵) |
| موکوسل | ۲۲ | (۷/۳) | ۲۲ | (۷/۳) |
| فیبروما | ۲۲ | (۷/۳) | ۱۹ | (۶/۳) |
| اسکواموسل کارسینوما (SCC) | ۲۲ | (۷/۳) | ۳۵ | (۱۱/۷) |
| لیکن پلان | ۳۵ | (۱۱/۷) | ۲۵ | (۸/۳) |
| پمفیگوس ولگاریس | ۱۲ | (۴) | ۲۲ | (۷/۳) |
| سایر ضایعات | ۳۲ | (۱۰/۷) | ۱۵ | (۵) |
| جمع | ۳۰۰ | (۱۰۰) | ۳۰۰ | (۱۰۰) |

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

همچنین میزان همخوانی کلی بین تشخیص‌های جراح و پاتولوژیست به صورت زیر گزارش گردید (جدول ۳) و پس از بررسی داده‌ها و با استفاده از آزمون‌های آماری Chi Square و Cramers V و خصوصاً ضریب توافقی Kappa مشخص گردید که ارتباط آماری معنی‌داری بین موارد تشخیص بالینی ضایعات و تشخیص پاتولوژیک دیده می‌شود (P<۰/۰۰۰۱) و شدت این ارتباط نیز با استفاده از Cramers V برابر ۸۱۵/، ۰مشخص کننده شدت بالای ارتباط است (جدول ۴).

جدول ۳: توزیع فراوانی صحت موارد تشخیص بیماری در بالینی و پاتولوژی در افراد مورد مطالعه

| همخوانی | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| دارند | ۲۴۰ | ۸۰ |
| ندارند | ۶۰ | ۲۰ |
| جمع | ۳۰۰ | ۱۰۰ |

جدول ۴: میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی ضایعات مختلف

| پاتولوژیک / بالینی | PG | POF | PGCG | اپولیس فیشوراتوم | موکوسل | فیبروما | SCC | لیکن پلان | پمفیگوس ولگاریس | سایر موارد | جمع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PG | ۴۵ | ۱۰ | ۰ | ۲ | ۰ | ۰ | ۵ | ۰ | ۳ | ۰ | ۶۵ |
| POF | ۰ | ۱۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱۰ |
| PGCG | ۰ | ۵ | ۳۵ | ۳ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ | ۴۵ |
| اپولیس فیشوراتوم | ۰ | ۰ | ۰ | ۳۵ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۳۵ |
| موکوسل | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲۲ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲۲ |
| فیبروما | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ | ۱۹ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۲۲ |
| SCC | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲۲ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲۲ |
| لیکن پلان | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۰ | ۵ | ۲۵ | ۴ | ۰ | ۳۵ |
| پمفیگوس ولگاریس | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱۲ | ۰ | ۱۲ |
| سایر موارد | ۰ | ۱۱ | ۰ | ۳ | ۰ | ۰ | ۲ | ۰ | ۱ | ۱۵ | ۳۲ |
| جمع | ۴۵ | ۳۷ | ۳۵ | ۴۵ | ۲۲ | ۱۹ | ۳۵ | ۲۵ | ۲۲ | ۱۵ | ۳۰۰ |

## بحث

در بسیاری موارد آشنایی با روند تشخیص ضایعات و سیر بالینی آنها لازمه رسیدن به تشخیص صحیح است. اما در این میان باید از آزمایشات پاراکلینیکی و رادیوگرافی و پاتولوژی بهره برد تا دقت تشخیص بالا رود. با توجه به این موارد نیاز به همکاری نزدیک بین پزشک و دندانپزشک و پاتولوژیست جهت دنبال نمودن یک روند تشخیصی درست و منطقی و رسیدن به تشخیص صحیح احساس می‌گردد.

در این مطالعه به بررسی میزان همخوانی بین تشخیص بالینی و پاتولوژی در ضایعات بافت نرم دهان در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی از سال ۱۳۸۴تا ۱۳۸۷ پرداخته شد که بر روی ۳۰۰ نمونه انجام شد.

در تشخیص ضایعات بافت نرم دهان تنوع زیادی وجود دارد که این اختلاف از تفاوت در روند آموزشی دانشکده‌های کشور، وجود امکانات، رجوع بیماران با ضایعات گوناگون به برخی مراکز آموزشی در شهرهای بزرگ کشور و عدم وجود آنها در برخی شهرستان‌های کوچک‌تر و همچنین تفاوت در جهت‌گیری‌هایی که دانشجوی دندانپزشکی با مطالعه کتب و مقاله‌های مورد علاقه خود در تشخیص ضایعات اعمال می‌کنند و بسیاری عوامل دخیل دیگر ناشی می‌شود. بنابراین اگر بتوان ارتباط تنگاتنگی بین متخصصین گروه پاتولوژی با متخصصین تشخیص بیماری‌ها و جراحان فک و صورت و حتی دندانپزشکان عمومی ایجاد کرد می‌توان امیدوار بود که این



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

روند همخوانی تشخیص‌ها، به سمت و سوی صحیحی هدایت گردد.

مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به مطالعه Hosseinpour Jajrom و همکارش، Ghasemi و همکاران، Busi و همکاران، Hallock و همکاران، Maccan و همکاران و Deihamy و همکارش اشاره نمود که هر یک به بررسی میزان همخوانی ضایعات خوش‌خیم و بدخیم پرداخته‌اند(۹-۶).

موکوسل ضایعه شایعی در مخاط دهان است که ناشی از پارگی مجرای غده بزاقی و تراوش به بافت‌های نرم اطراف می‌باشد. این تراوش غالباً نتیجه ترومای موضعی است. توزیع جنسی موکوسل در این تحقیق ۴۵/۵٪مرد و ۵۴/۵٪ زن بوده و ضریب توافقی آن برابر یک بود و در بسیاری موارد هیچگونه تاریخچه‌ای از تروما در آنها وجود نداشت. معمولاً موکوسل‌ها به صورت یک تورم موکوسی گنبدی شکل تظاهر می‌یابند که اندازه آنها از ۱ یا ۲ میلیمتر تا چند سانتیمتر متغیر است(۱۰). ضایعه مذکور در این مطالعه دارای همخوانی بسیار بالایی است(۱۰۰٪) که در ۲۲ مورد از ۳۰۰ مورد(۸٪) وجود داشت.

در مطالعه Hosseinpour Jajrom و همکارش میزان همخوانی ضایعات موکوسل ۸۰٪ به دست آمده است که بالا در نظر گرفته می‌شود(۶).

در این مطالعه میزان فراوانی ضایعه گرانولومای پایوژنیک (PG) برابر ۱۵٪ با میانگین سنی ۳۹/۴ سال بود.۳۵/۶٪ مردان و ۶۴/۴٪ زنان را مبتلا کرده است. میزان همخوانی ضایعات پاتولوژیک (PG) براساس تشخیص‌های پاتولوژی و بالینی برابر ۷۷۹٪ به دست آمد که خیلی خوب تا عالی در نظر گرفته می‌شود. در مطالعه Hosseinpour Jajrom و همکارش این میزان برابر ۱۰۰٪ و فراوانی آن برابر۴/۱٪ بوده است که میزان تطابق در مطالعه آنان از تحقیق حاضر بیشتر بوده است(۶). از علل میزان بالای همخوانی تشخیص بالینی و پاتولوژی در این ضایعه می‌توان ماهیت خوش‌خیم و رنگ قرمز ضایعه و محل آن را نام برد. این ضایعه توده شبه تومور شایع در حفره دهان است و تصور می‌شود منشأ غیرنئوپلاستیک دارد. گرانولومای پاتوژنیک یک توده لوبوله یا صاف است که معمولاً پدانکوله می‌باشد. گرچه برخی ضایعات بدون پایه هستند. از ویژگی‌های ضایعه، زخمی بودن سطح آن است. رنگ ضایعه بسته به قدمت آن از صورتی تا قرمز یا بنفش متغیر است. گرانولومای پاتوژنیک جوان، ظاهر پرعروقی دارد. ضایعات قدیمی‌تر کلاژن بیشتری دارند و صورتی رنگ هستند(۱۰).

اسیفاینیگ گرانولومای محیطی(POF) که در این تحقیق با ضریب توافقی ۰/۳۹۴کمترین میزان تطابق را به خود اختصاص داده است و رشد لثه‌ای نسبتاً شایعی دارد، به نظر می‌رسد بیشتر ماهیت راکتیو دارد تا نئوپلاستیک. پاتوژنز این ضایعه به درستی مشخص نشده است(۱۰). در مطالعه Hallock و همکارش میزان همخوانی موارد خوش خیم ۷۵٪ است که بیش از تحقیق حاضر است(۱۱). این ضایعه که منحصراً روی لثه پدید می‌آید به صورت توده ندولر پایه‌دار می‌باشد که معمولاً از پاپیلای بین دندانی منشأ می‌گیرد. رنگ آن صورتی تا قرمز متغیر است و سطح آن اغلب زخمی است. درمان انتخابی آن برداشت موضعی ضایعه و بررسی هیستولوژیک آن می‌باشد. اگر پایه ضایعه باقی بماند احتمال عود آن زیاد است، لذا قطع ضایعه تا ناحیه پریوستئوم باید صورت بگیرد(۱۰).

ضریب توافقی ضایعات گرانولومای محیطی با سلول ژانت (PGCG) ۰/۸۵۶ بود که خیلی خوب تا عالی در نظر گرفته می‌شود و در مطالعه Macan و همکاران میزان همخوانی ۷۰٪ و در مطالعه Hallock و همکارش این میزان ۷۵٪ است که با تحقیق حاضر همخوانی دارند(۸،۱۱). این ضایعه یک زائده شبه تومور نسبتاً شایع در حفره دهان است و منحصراً روی ریج آلوئولر نواحی بی‌دندانی یا لثه و به صورت یک توده ندولر قرمز یا آبی مایل به قرمز ایجاد می‌شود. بیشتر ضایعات، کوچکتر از ۲ سانتیمتر هستند. گرچه گاهی ضایعات بزرگتر نیز مشاهده می‌گردد. ضایعه می‌تواند پدانوله یا بدون پایه و ممکن است زخمی باشد. درمان آن برداشت ضایعه از طریق جراحی تا استخوان زیرین است. برای کاهش خطر عود و حذف منبع تحریک، دندان‌های مجاور باید به دقت جرمگیری شود. تقریباً در ۱۰ درصد ضایعات عود گزارش شده است و جراحی مجدد انجام می شود(۱۰).



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

اپولیس فیشوراتوم نیز ضایعه‌ای تحریکی است که هایپرپلازی شبه تومور بافت همبند فیبرو می‌باشد که در اثر لبه‌های نامناسب دنچر کامل یا پارسیل ایجاد می‌شود. گرچه گاهی واژه اپولیس به تنهایی به جای عنوان اپولیس فیشوراتوم به کار می‌رود. معمولاً اپولیس فیشوراتوم به شکل یک چین منفرد یا چندتایی از بافت هایپر پلاستیک در وستیبول آلوئولار دیده می‌شود(۱۰). میزان همخوانی این ضایعه در این تحقیق ۸۵۶٪ به دست آمد که این میزان نسبت به مطالعه Busi و همکاران (۰/۹۷) کمتر و در حد مطالعه Hallock و lutz (۰/۷۵) است(۹،۱۱).

درمان اپولیس فیشوراتوم یا پولیپ فیبرو اپیتلیال شامل برداشت ضایعه با جراحی و بررسی میکروسکوپیک بافت برداشته شده است. برای جلوگیری از عود ضایعه، باید دنچر مناسبی برای بیمار ساخت یا دنچر قدیمی را ریلاین نمود(۱۰).

فیبروما ضایعه‌ای راکتیو است که جزء شایع‌ترین ضایعات بافت نرم دهان است و در این مطالعه میزان تطابق آن ۰/۹۲۱ بود که میزان توافق این ضایعه نیز خیلی خوب تا عالی در نظر گرفته شد. این تومور شایع‌ترین تومور حفره دهان است. هر چند این مسئله که فیبروما یک نئوپلاسم واقعی می‌باشد یا هیپرپلازی واکنشی بافت همبندی در پاسخ به تروما و تحریک موضعی است، همچنان مورد تردید می‌باشد. گرچه فیبروما‌ی تحریکی در تمام نواحی دهان ایجاد می‌شود، ولی شایع‌ترین محل در مخاط باکال در امتداد خط Bite است که احتمالاً در نتیجه گازگرفتن به گونه به وجود می‌آید. مخاط لبیال، زبان و لثه نیز از نواحی شایع می‌باشند. فیبروما‌ی تحریکی با جراحی محافظه‌کارانه به طور کامل برداشته می‌شود و عود ضایعه بسیار نادر است(۱۰).

میزان همخوانی اسکواموسل کارسینوما (SCC) در مطالعه حاضر ۰/۷۴۹ بود که این رقم قابل توجهی می‌باشد و قابل مقایسه با مطالعه Ghasemi و همکاران و Hosseinpour Jajrom و همکارش بود. فراوانی این ضایعه در مطالعه اول ۰/۶۳/۶ و در مطالعه دوم ۰/۱۰ و میزان همخوانی تشخیص بالینی و پاتولوژی آنها برابر ۰/۶۴/۷ گزارش شده بود(۶،۱۲).

این نوع سرطان دهان هشتمین سرطان در مردان و پانزدهمین در زنان می‌باشد. درمان کارسینوم سلول سنگفرشی داخل دهان، به وسیله Stage بالینی بیمار تعیین می‌شود و شامل موارد زیر می‌باشد: جراحی اکسیژنال وسیع، پرتودرمانی، یا ترکیبی از جراحی و پرتو درمانی. موقعیت تومور امکان دارد بر طرح درمان اثر بگذارد. ضایعات اوروفارنژیال معمولاً پرتودرمانی می‌شوند(۱۰).

در مطالعه Busi و همکاران میزان همخوانی برای موارد بدخیم ۰/۵۰/۹ و در مطالعه Hillock و همکارش ۰/۶۰ به دست آمد که با نتیجه مطالعه حاضر ۰/۷۴۹تقریباً همخوانی داشت.

نتایج این مطالعه نشان داد که فراوانی لیکن پلان ۸/۳٪ بود و میزان همخوانی بین تشخیص بالینی و پاتولوژی ۰/۸۱۵بود که خیلی خوب تا عالی در نظر گرفته شد. در مطالعه Hosseinpour Jajrom و همکارش میزان همخوانی ۰/۹۳/۱ گزارش شده بود که در مقایسه با این مطالعه بیشتر بود(۶).

لیکن پلان یک بیماری نسبتاً شایع و مزمن پوستی است که غالباً مخاط دهان را درگیر می‌کند. اکثر بیماران مبتلا به لیکن پلان، بالغین میانسال می‌باشند و کودکان به ندرت به این بیماری مبتلا می‌شوند. زنان به نسبت ۳ به ۲، بیشتر از مردان دچار بیماری می‌شوند. در حدود ۱درصد جمعیت، دارای لیکن پلان پوستی می‌باشند و شیوع لیکن پلان دهانی، بین ۰/۱ تا ۲/۲ درصد است. درمان تنها در مواردی صورت می‌گیرد که ضایعه بر روی ضایعات عفونت کاندیدا قرار گیرد و بیمار از وجود سوزش در محل ضایعه شکایت داشته باشد که در اینگونه موارد درمان ضدقارچی ضرورت می‌یابد(۱۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فراوانی پمفیگوس ولگاریس ۷/۳٪ با میزان همخوانی ۰/۶۹ بود که پس از اسیفاینیگ گرانولومای محیطی (POF)، ۰/۳۹۴ دومین رتبه را از نظر عدم تطابق تشخیص بالینی با پاسخ پاتولوژی به خود اختصاص داده است. اولین علایم این بیماری ضایعات دهانی می‌باشند. تاول‌هایی که در این بیماری دیده می‌شوند جزء مشخصات اصلی آن بوده و در اثر تولید غیرطبیعی اتوآنتی‌بادی‌هایی ایجاد می‌شوند که به دلایل نامشخص بر علیه



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

گلیکوپروتئین‌های سطحی سلول‌های اپیدرمال دسموگلین ۳ و دسموگلین ۱ عمل می‌کنند. تظاهرات اولیه پمفیگوس ولگاریس غالباً منجر به درگیری مخاط دهان، به خصوص در بزرگسالان می‌شود. سن متوسط این بیماری در زمان تشخیص ۵۰ سالگی است و لیکن در موارد نادری در کودکان نیز دیده شده است. تشخیص این بیماری در مراحل اولیه، کنترل آن را آسان می‌کند، اما از آنجا که یک بیماری سیستمیک است درمان آن اساساً کرتیکوستروئیدهای سیستمیک به همراه داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی مانند آزاتیوپرین است. بهبودی کامل پمفیگوس ممکن است اتفاق افتد ولی بروز دوره‌های بهبود موقت و تشدید بیماری شایع می‌باشند(۱۰).

در زمینه بررسی میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی با تشخیص‌های پاتولوژیکی مطالعات محدودی انجام گرفته است. بررسی ضایعات مختلف از محل‌های مختلف بدن و نیز مراکز آموزشی درمانی گوناگون دنیا از دقت مقایسه و اعتماد به نتایج حاصل می‌کاهد. همچنین تعداد نمونه‌های بررسی شده در مطالعات مختلف گوناگون بوده و از ۴۳ مورد تا ۴۵۹۵ مورد را شامل می‌شود.

با توجه به فراوانی و تنوع بسیار زیاد در انواع ضایعات ناحیه فک، دهان و صورت، گروه‌بندی بر اساس ضایعات با فراوانی قابل توجه انجام گرفت و ضایعاتی که فراوانی اندکی داشتند در گروه سایر ضایعات قرار گرفتند که نتایج آماری در مورد آنها فقط به صورت تعداد و درصد بیان گردید. با توجه به اینکه مشاهده شد، برخی موارد در پرونده‌ها تکمیل شده‌اند با این وجود لازم است آموزش‌های لازم در این زمینه به دانشجویان داده شود.

تشخیص بالینی ضایعات نقش اساسی در ارائه درمان مناسب و جلوگیری از هزینه‌ها و صدمات جبران‌ناپذیر برخی درمان‌های نادرست دارد. به نظر می‌رسد آموزش‌های بیشتر جراحان و دانشجویان دندانپزشکی در زمینه تشخیص ضایعات بتواند در افزایش دقت تشخیصی آنها مؤثر باشد. شاید بتوان با بررسی تاریخچه و شکایت اصلی بیمار و نیز با بهره‌گیری از اصول معاینه شامل مشاهده، لمس، دق و سمع به یک تشخیص قابل قبول دست یافت.

همچنین استفاده از تست‌های پاراکلینیکی نظیر بیوپسی، تست‌های هماتولوژی، تست‌های بیوشیمی خون، باکتریولوژی و دیگر تست‌های لابراتواری در این زمینه مؤثر می‌باشد. البته امروزه روش‌های جدیدتری همچون واکنش زنجیره‌ای پلیمر از (PCR :Polymerase Chain Reaction) یا معاینات ایمونوهستوشیمی نیز در دسترس هستند که می‌توانند پاسخگوی بعضی از معضلات تشخیصی باشند.

وجود برخی اختلافات در تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی ایجاب می‌کند تا جهت جلوگیری از پیامدهای ناگوار و گاهاً جبران‌ناپذیر ضایعات مختلف و رسیدن به تشخیصی منطبق بر اصول علمی و دقیق، بیماران به طور جامع از نظر کلینیکی و پاراکلینیکی بررسی شوند.

همچنین جهت ارتقاء همخوانی تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی همکاری نزدیک بین گروه‌های بالینی و پاراکلینیکی در دانشکده‌ها و مراکز آموزش پزشکی و دندانپزشکی و نیز شرکت در دوره‌های آموزشی مختلف جهت رسیدن به توافق عمومی در زمینه روند تشخیص قابل قبول، مفید به نظر می‌رسد.

## نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر که بر روی ضایعات بافت نرم دهان انجام گرفت نشان داد که در مجموع بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی همخوانی قابل قبولی وجود دارد. با این وجود حتی اختلاف‌های جزئی در دو تشخیص ضرورت ارزیابی کلینیکی و پاراکلینیکی بیماران جهت جلوگیری از عوارض ضایعات و نیز تعیین تشخیص کامل و درست و منطقی را توجیه می‌کند.

## پیشنهادات

- بررسی نتایج تطابق تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی در دانشکده‌های دیگر کشور و همچنین مراکز آموزشی خصوصی و دولتی به طور هماهنگ و برنامه‌ریزی شده.
- آموزش صحیح و علمی دانشجویان دندانپزشکی در دانشکده‌های سراسر کشور در این زمینه.
- بررسی میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و پاتولوژی بر اساس محل ضایعات، سن وقوع و جنس مبتلایان و بر اساس خصوصیات جغرافیایی و ژنتیکی بیماران و سایر خصوصیات.



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

- تلاش جهت یکسان‌سازی در مورد دسته‌بندی ضایعات ناحیه فک و دهان به دلیل تنوع ضایعات.

- بررسی نتایج همخوانی بین تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژی بر اساس اصول علمی و طبقه‌بندی شده یکسان در دانشکده‌های سراسر کشور.

- ارتباط نزدیک متخصصین پاتولوژی، تشخیص بیماری‌ها و جراحان فک و صورت در بیمارستان‌ها و مراکز آموزش کشور.

**سپاسگزاری**

بدینوسیله از زحمات آقای دکتر ابوالفضل باقری و کلیه عزیزانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش ما را یاری نموده‌اند تشکر می‌گردد.

***References:***

***1-*** Aboyans V, Ghaemmaghami A. ***Oral mucosa***. Tehran: Iranian Students Book Agency; 1991.p. 15-35. [Persian]

***2-*** Major RH. ***Major's physical diagnosis.*** Iran. Hedayati-Emami MH. Tehran: Chehr; 1992.p.1-7. [Persian]

***3-*** Jones AV, Franklin CD. ***An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30 year period.*** J Oral Pathol Med 2006; 35(7): 392-401.

***4-*** Jones AV, Franklin CD. ***An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30 year period.*** Int J Pediatr- Dent 2006; 16(1): 19-30.

***5-*** Ali M, Baughman RA. ***Maxillary odontogenic ceratocyst: a common and serious clinical misdiagnosis.*** J Am Dent Assoc 2003; 134(7): 877-83.

***6-*** Hosseinpour Jajrom 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 Mashahd Univ Med Sci 2006; 30: 47-54.

***7-*** Deihimi P, Ferdowsi M. ***Evaluation of clinical and histological agreement of oral lesions in patients referring to pathology department of Esfahan dental school 1990-2001.*** J Dent School Shahidbeheshti Univ Med Sci 2004; 22(1): 38-48. [Persian].

***8-*** Macan D, Kobler P, Kenzevic G, Grgurevic J, Svajhler T, Krmpotic I, et al. ***Comparison of clinical and histopathological diagnosis in oral surgery.*** Acta Stomatol Croat 1991; 25(3): 177-85.

***9-*** Busi P, Chorus R, van Diest PJ. ***Value of histo pathologic analysis of skin excisions by GPs.*** Br J Gen Pract 2005; 55(515): 458-60.

***10-*** Nevill BW, Damm DD, Allen C, Bouguot JE. ***Oral and maxillofacial pathology.*** 3 rd ed. Sounders; 2008.p. 10, 12, 16.

***11-*** Hallock GG, Lutz DA. ***Prospective study of the accuracy of the surgeons diagnosis in 2000 excised skin tumors.*** Plast Reconstr surg 1998; 101(5): 1255-61.

***12-*** Ghasemi- Moridani SH, Mohtasham Z, Sazesh F. ***Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of oral lesions surgery in the city of rasht (2000-200***2). Islamic Dent Assoc Iran 2005; 17(2): 95-9.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]

# *Assessment of Agreement between Clinical Diagnosis and Pathologic Report in the Soft Tissue Lesions of the Patients Referring to Pathology Department of Dental School, Tehran and Shahid Beheshti University of Medical Sciences During 2005-2008*

***Musavi SA(DDS)[1], Bagheri A(DDS)[2], Hamzeheil Z(DDS)[*3], Soruri M(DDS)[4], Varkesh B(DDS)[5], Razavi SA(DDS)[6], Ravaei S(DDS)[7]***

[1,4,5]*Department of Pediatric, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*
[2]*Departmen of Maxillofacial Pathology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3]*Departmen of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*
[6]*Department of Endodontics, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*
[7]*Department of Operative Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

***Received:*** 5 May 2012 ***Accepted:*** 28 Jun 2012

## *Abstract*

***Introduction:*** Agreement between clinical and pathologic diagnoses plays an important role in an appropriate treatment plan and it may also prevent serious side effects and problems in patients. This study was conducted to assess the agreement between clinical diagnoses and pathologic reports in soft tissue lesions of patients referring to pathology department of dental school, Tehran and shahid Beheshti university of medical sciences during 2005-2008.

***Methods:*** In this retrospective and descriptive study, 300 soft tissue lesions of patients referring to pathology department were selected by census sampling method and then were analyzed. The lesions were classified according to the criteria proposed by reference pathology textbooks and the data records regarding the patients age, gender and clinical and pathologic diagnoses were noted. Concordance between two diagnoses was determined by descriptive statistics.

***Results:*** In this study, pathologic findings were golden standard (definitive diagnoses). The results showed the concordance between two clinical and pathologic diagnoses were more than 0/7 except POF and pemphigus.

***Conclusion:*** The results showed that the surgeons of oral and maxillofacial surgery in dental departments of Tehran and shahid Beheshti university of medical science provided acceptable diagnoses regarding pathologic lesions during 2005-2008. However, even the slight differences between two diagnoses necessitate all patients to be evaluated clinically and paraclinically in order to propose an accurate scientific diagnosis and prevent the harmful outcomes of the disease. Furthermore most efforts must be done to make more agreements between clinical and pathological diagnoses.

***Keywords:*** Clinical diagnoses; Diagnostic concordance; Pathological diagnoses; Soft tissue lesions

***This paper should be cited as:***
Musavi SA, Bagheri A, Hamzeheil Z, Soruri M, Varkesh B, Razavi SA, Ravaei S. ***Assessment of agreement between clinical diagnosis and pathologic report in the soft tissue lesions of the patients referring to pathology department of dental school, tehran and shahid beheshti university of medical sciences during 2005-2008***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2012; 20(5): 639-47.

****Corresponding author: Tel:+ 98 9374596879, Email: n_hamzeiil@yahoo.com***

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18 ]