مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۱ ، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۲
صفحه: ۲۷-۲۰

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 21, No. 1, Mar-Apr 2013
Pages: 20-27

بررسی میزان انطباق تشخیص بالینی و میکروسکوپی ضایعات پیش بدخیم و بدخیم اپیتلیالی در مخاط دهان

سید حسین طباطبایی*[۱]، محمد حسن اخوان کرباسی[۲]، محمد دانش اردکانی[۳]، علی قرائتی جهرمی[۴]

۱،۳- استادیار گروه پاتولوژی دهان و فک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
۲- استادیار گروه بیماری‌های دهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
۴- دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۵

چکیده

مقدمه: تشخیص زودهنگام ضایعات پیش بدخیم و بدخیم مخاط دهان در بهبود پیش آگهی و طول عمر بیماران نقش قطعی دارد. هدف از این مطالعه بررسی میزان درستی شک بالینی کلینسین به حضور ضایعات پیش بدخیم و بدخیم اپیتلیالی مخاط دهان از طریق تعیین میزان تطابق تشخیص افتراقی بالینی و هیستوپاتولوژیک و بررسی عواملی است که با کمک آنها احتمالاً بتوان میزان عدم انطباق را کاهش داد.

روش بررسی: از ۶۵۰ پرونده موجود در بایگانی بخش پاتولوژی مربوط به سال‌های ۸۹-۱۳۸۰ پرونده‌هایی که دارای حداقل یک تشخیص افتراقی بالینی با عنوان لکوپلاکیا، اریتروپلاکیا، اریتروپلاکیا یا اسکواموس سل کارسینوما (SCC) بودند و نیز پرونده‌هایی با تشخیص میکروسکوپی قطعی به عنوان دیسپلازی یا یکی از انواع میکروسکوپی SCC وارد مطالعه شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های t-test و Fisher exact مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: میزان تطابق تشخیص‌های افتراقی به طور معنی‌داری با افزایش سن بیمار بیشتر شد (p=۰/۰۴۷) ولی با توجه به جنسیت و محل ضایعه تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: کلینسین با مشاهده ضایعات مشکوک مخاطی به ویژه در زنان در هر محلی از حفره دهان زمانی که نتواند عامل محرکی برای ضایعه پیدا کند بایستی قویاً به یک ضایعه پیش بدخیم یا بدخیم مظنون شده و از ضایعه بیوپسی تهیه کند.

واژه‌های کلیدی: تشخیص بالینی، ضایعات پیش بدخیم اپیتلیالی، ضایعات بدخیم اپیتلیالی، مخاط دهان

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۶۲۱۲۲۲۲ -۰۳۵۱، پست الکترونیکی: taba48971@gmail.com

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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

بافت‌های دهان تحت تأثیر وضعیت‌های پاتولوژیک متعدد با اتیولوژی و اهمیت متفاوت قرار می‌گیرند که تشخیص صحیح این ضایعات دهانی کلید درمان موفق آنها است(۱).

شایع‌ترین ضایعات پاتولوژیک دهان، هایپرپلازی‌های ری‌اکتیو هستند، در حالی که ضایعات پیش بدخیم و بدخیم مخاط دهان مهمترین آنها را تشکیل می‌دهند. لکوپلاکیا و اریتروپلاکیا شایع‌ترین ضایعات پیش بدخیم دهان هستند. بر اساس برخی مطالعات لکوپلاکیا به احتمال ۴٪ و اریتروپلاکیا به احتمال ۹۰٪ ممکن است به اسکواموس سل کارسینوما، به عنوان شایع‌ترین بدخیمی درگیرکننده مخاط دهان تبدیل شود(۲).

به طور کلی جهت تشخیص صحیح بیماری‌های دهان بایستی از اصولی پیروی نمود که شامل گرفتن تاریخچه و شکایت اصلی بیمار، معاینات بالینی و آزمون‌های پاراکلینیکی است(۳).

در تظاهرات بالینی انواع مختلف بیماری‌های دهان، تشابهات زیادی وجود دارد که امکان رسیدن به یک تشخیص قطعی تنها بر اساس علایم بالینی را کاهش می‌دهد(۴). همپوشانی زیادی که بین علایم بالینی این ضایعات وجود دارد مشکلاتی را در تشخیص آنها ایجاد می‌کند(۱).

هایپرپلازی‌های ری‌اکتیو گاهی به دلیل رشد سریع‌شان ممکن است هم برای بیمار و هم برای کلینسین از لحاظ احتمال بدخیمی نگران کننده باشند(۲). بالعکس گاهی ممکن است برخی از ضایعات پیش بدخیم یا بدخیم توسط دندانپزشک به عنوان ضایعات ری‌اکتیو تلقی شده و تحت درمان نامناسبی قرار گیرند(۵).

تشخیص زودهنگام اسکواموس سل کارسینوهای دهانی مهمترین عامل برای بهبود پروگنوز است(۶). در رابطه با بررسی میزان هماهنگی بین تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی و نقطه ضعف‌های موجود مطالعات مختلفی صورت گرفته است.

Macan و همکاران تشخیص‌های هیستوپاتولوژیکال و کلینیکال را در جراحی‌های دهان مورد مقایسه قرار دادند. در این مطالعه تقریباً ۷۰ درصد تشخیص‌های بالینی با یافته‌های هیستوپاتولوژیک متناظر بود(۷).

در مطالعه Onofre و همکاران شاخص اختلاف بین تشخیص بالینی و هیستولوژیک ۲۴/۴ درصد بود(۸). در بررسی دیگری توسط Bokor-Bratic و همکاران همبستگی بین تشخیص کلینیکی و هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی بالقوه بدخیم در ۴۱ بیمار مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شد که شاخص تفاوت بین تشخیص کلینیکی و هیستولوژی ۱۷/۶ درصد است(۹).

در مطالعه Deihimi و همکاران میزان تشخیص صحیح کلینیکی بر حسب اولویت اول ۷۵٪ و بر حسب اولویت دوم ۱۰/۴٪ بود. بیشترین تشخیص صحیح کلینیکی در دهه هفتم عمر ۸۱/۶٪ و کمترین آن در دهه دوم ۵۲/۵٪ بود. تشخیص صحیح کلینیکی در جنس مذکر ۶۵/۵ درصد و در جنس مؤنث ۶۷/۹ درصد مشاهده گردید. بیشترین تشخیص صحیح در ضایعات ناحیه لب ۸۵/۴٪ و کمترین تشخیص صحیح در ناحیه کام ۸۴/۴٪ بود. تشخیص صحیح کلینیکی در ضایعات خوش خیم ۶۷٪ و در ضایعات بدخیم ۵۸/۵٪ بوده است(۱۰).

در مطالعه Hoseinpour Jajarm و همکاران در مشهد در مورد اسکواموس سل کارسینوما تنها ۳۵/۲٪ از موارد تشخیص بالینی اولیه بر تشخیص پاتولوژیک منطبق بود و عدم تطابق موجود را به نماهای بالینی متنوع SCC نسبت دادند(۳).

Jaafari Ashkavandi و همکاران در شیراز در مطالعه خود نشان دادند که تطابق تشخیص‌های بالینی با گزارشات پاتولوژیک ۸۱٪ و بیشترین توافق در دهه هشتم و کمترین آن در دهه اول زندگی بود(۱۱).

Patel و همکاران در مطالعه‌ای به منظور بررسی و مقایسه تطابق تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک ضایعات مخاط دهان بین دو گروه دندانپزشکان عمومی و متخصص در زلاندنو به این نتیجه رسیدند که در هر دو گروه میزان تطابق تشخیص در حد متوسط (۵۰/۶٪) با اندکی تفاوت بین دو گروه بود(۱۲).

در یک مطالعه توصیفی که توسط Forouzande و همکاران به منظور بررسی میزان تطابق تشخیص کلینیکی و میکروسکوپی در ۱۳۳۷ نمونه بیوپسی فک و دهان طی سال‌های ۸۸-۸۳ انجام

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]

شد، مشخص گردید که ضریب توافق ۶۵/۱٪ است. بالاترین ضریب توافق در ضایعات اپولیس فیشوراتوم، پمفیگوس ولگاریس، پاپیلوما و رانولا و پایین‌ترین ضریب توافق در زخم غیراختصاصی، هایپرپلازی خوش خیم اپیتلیالی، لوکوپلاکیا، میکسوما و کراتوآکانتوما دیده شد. سن، جنس و محل ضایعه تأثیر معنی‌داری در ضریب توافق نداشتند و بالاترین ضریب توافق در جراحان فک و صورت دیده شد(۱۳).

هدف از این مطالعه بررسی میزان انطباق تشخیص‌های افتراقی بالینی و هیستوپاتولوژیک و بررسی عواملی است که با توجه به آنها بتوان به درستی به ضایعات پیش بدخیم و بدخیم مخاط دهانی مشکوک شده و بالتبع با انجام سریع‌تر بیوپسی از تأخیر در تشخیص اجتناب نمود.

روش بررسی

جهت انجام این مطالعه مشاهده‌ای که از نوع توصیفی ـ مقطعی بود، کل پرونده‌های بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی یزد حد فاصل سال‌های ۱۳۸۹- ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفت که شامل ۶۵۰ پرونده مورد بود. پرونده‌هایی که دارای حداقل یک تشخیص افتراقی بالینی با عنوان لکوپلاکی، اریتروپلاکی، اریترولوکوپلاکی یا یکی از انواع SCC بودند و نیز پرونده‌هایی که تشخیص میکروسکوپی قطعی به عنوان دیسپلازی یا یکی از انواع میکروسکوپی SCC داشتند، وارد مطالعه شدند. سپس میزان انطباقی تشخیص‌های افتراقی بالینی با تشخیص میکروسکوپی (به عنوان تشخیص درست) بر اساس اولویت تشخیصی، میزان شیوع ضایعات، سن و جنس و محل ضایعه محاسبه و تعیین شد. مطالعه حاضر به منظور مشخص نمودن این واقعیت که چه میزان از شک کلینسین به یک ضایعه دهانی به عنوان یک وضعیت پیش بدخیم یا بدخیم صحت داشته است و چه میزان از موارد قطعی بدخیمی یا پیش بدخیمی اپیتلیالی در حفره دهان (براساس تشخیص میکروسکوپی) به درستی توسط کلینسین حدس زده شده است، انجام پذیرفت.

در این مطالعه پرونده‌هایی که فاقد حداقل یک تشخیص افتراقی بالینی یا تشخیص میکروسکوپی قطعی بوده و یا مواردی که پس از برداشت بیوپسی اکسیژنال از یک بیمار، تشخیص میکروسکوپی نهایی تغییر کرده بود از روند مطالعه حذف شدند.

سپس داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. هر متغیر جداگانه از نظر توزیع فراوانی تطابق تشخیص‌های افتراقی بالینی با تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی ضایعه پیش بدخیم و یا بدخیم اپیتلیالی در دو حالت درست و غلط با روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های t-test و Fisher exact test مورد ارزیابی قرار گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۶۵۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن کل افراد ۱۵/۶۳±۶۰/۰۳ سال بود. کمترین سن ۱۸ سال و بیشترین سن ۸۱ سال بود. میانگین سنی مردان ۱۶± ۵۶ سال و میانگین سنی زنان ۱۲/۴۹± ۶۵/۹۲ سال بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۰۷۷).

۳۹ پرونده با تشخیص بالینی ضایعات بدخیم یا پیش بدخیم (۶٪ از کل موارد) یافت شد. که از میان آنها ۲۶ مورد (۴٪ کل) دارای تشخیص‌های میکروسکوپی ضایعات بدخیم و پیش بدخیم اپیتلیالی شامل انواع میکروسکوپی اسکواموس سل کارسینوما و دیسپلازی اپیتلیالی بود.

۲۰ مورد (۷۷٪) از این ضایعات اسکواموس سل کارسینوما، ۴ مورد (۱۵٪) وروکوز کارسینوما، ۱ مورد (۴٪) دیسپلازی و ۱ مورد (۴٪) کارسینوم سلول دوکی بودند.

از بین ۳۹ پرونده با تشخیص بالینی پیش بدخیم یا بدخیم ۱۳ مورد (۳۳/۳٪) به غلط تشخیص داده شده بودند. فراوانی ضایعات خوش خیمی که از نظر بالینی به اشتباه به عنوان ضایعه بدخیم یا پیش بدخیم تشخیص داده شده بودند، بدون در نظر گرفتن اولویت تشخیص شامل کراتوز خوش خیم، ۵ مورد (۳۸/۵٪) لیکن پلان و واکنش لیکنوئیدی، ۴ مورد (۳۰/۸٪)، پایوژنیک گرانولوما، ۲ عدد (۱۵/۴٪) استئومیلیت حاد، ۱ مورد (۷/۷٪) و اسکواموس پاپیلوما، ۱ مورد (۷/۷٪) بود.

در همه موارد مربوط به تشخیص دیسپلازی یا SCC، تشخیص

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]

افتراقی بالینی اول و در ۱۶ مورد تشخیص دوم مطرح شده بود. از بین ۲۶ مورد تشخیص افتراقی اول، در ۲۲ مورد (۸۴/۶٪) به درستی به یک ضایعه بدخیم یا پیش بدخیم مشکوک شده بودند و از بین ۱۶ مورد تشخیص دوم، در ۱۲ مورد (۷۵٪) به درستی به چنین ضایعاتی مشکوک شده بودند (جدول ۱). بر این اساس تفاوت معنی‌داری بین اولویت‌های تشخیصی دیده نشد (p=۰/۳۵۱).

بررسی میزان تطابق تشخیص بالینی ضایعات پیش بدخیم یا بدخیم اپیتلیالی با تشخیص پاتولوژیک برحسب دهه‌های سنی با استفاده از تست دقیق فیشر نشان داد که بیشترین میزان تطابق تشخیص در دهه هشتم، ۹ مورد (۳۴/۶٪) و کمترین آن در دهه چهارم، ۱ مورد (۳/۸٪) بود. نتایج نشان داد که به طور معنی‌داری (p=۰/۰۴۷) میزان تطابق تشخیص با افزایش سن بیشتر می‌شود (جدول ۲).

در ارزیابی تطابق تشخیص بر حسب جنس اولاً مشخص شد که نیمی از مبتلایان مرد و نیمی زن بودند، ثانیاً تطابق تشخیص در جنس مؤنث (۱۰۰٪) بیشتر از جنس مذکر (۸۴/۶٪) بود، ولی در این رابطه تفاوت معنی‌داری دیده نشد (p=۰/۲۴).

در رابطه با بررسی میزان تطابق تشخیص با توجه به محل ضایعه، نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی ضایعات در ناحیه زبان ۱۰ مورد (۳۸/۴۶٪) و در مرحله بعد کف دهان، مخاط باکال و ریج آلوئول هر کدام ۵ مورد (۱۹/۲٪) و کمترین آن در ناحیه رترومولر، ۱ مورد (۳/۸٪) بود. نتایج بررسی نشان داد که میزان تطابق تشخیص از نظر محل‌های مختلف بروز ضایعه تفاوت معنی‌داری نشان نداد (p=۰/۰۴۷). هر چند بیشترین تطابق تشخیص در محل کف دهان و رترمولر (۱۰۰٪) بوده است ولی با توجه به کم بودن تعداد نمونه‌ها در هر گروه (۲ مورد) نتایج در این رابطه قابل تعمیم به جامعه نمی‌باشد.

جدول ۱: میزان تطابق تشخیص بالینی ضایعات مورد بررسی با تشخیص پاتولوژیک با توجه به اولویت تشخیص های افتراقی بالینی

اولویت تشخیصی	کل تشخیص	تشخیص درست	تشخیص غلط	بدون تشخیص	میزان تطابق (درصد)
اول	۲۶	۲۲	۴	-	۸۴/۶
دوم	۱۶	۱۲	۴	۱۰	۷۵

جدول ۲: میزان تطابق تشخیص بالینی ضایعات مورد بررسی با تشخیص هیستوپاتولوژیک با توجه به سن بیمار

سن	فراوانی مطلق	درصد فراوانی	تشخیص درست	تشخیص غلط	میزان تطابق (درصد)
دهه چهارم	۱	۳/۸	۱	۱	۱۰۰
دهه پنجم	۳	۱۳/۵	۱	۲	۳۲/۳
دهه ششم	۵	۱۹/۲	۴	۱	۸۰
دهه هفتم	۶	۲۳/۱	۵	۱	۸۳/۳
دهه هشتم	۹	۳۴/۶	۹	۰	۱۰۰
دهه نهم	۲	۷/۷	۲	۰	۱۰۰

بحث

تشخیص صحیح ضایعات دهانی کلید اصلی یک درمان موفق است. بررسی تاریخچه و علایم بالینی مواردی هستند که احاطه به آنها کلـینسین را به تشـخیص احتمالی نزدیک‌تر می‌سازد(۳).

از آنجا که تشخیص زودهنگام ضایعات پیش بدخیم و بدخیم مخاط دهانی در بهبود پیش‌آگهی و طول عمر بیماران نقش قطعی دارد(۲).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]

گاهی ممکن است در روند تشخیص ضایعات دهانی برخی ضایعات خوش‌خیم، توسط کلینسین اشتباهاً به عنوان یک بدخیمی یا ضایعه پیش بدخیم تصور شوند که البته جز ایجاد یک نگرانی روحی برای بیمار تا زمانی که نتیجه بررسی میکروسکوپی مشخص گردد، مشکل دیگری ایجاد نخواهد کرد.

در این مطالعه ۶۵۰ پرونده مربوط به بخش پاتولوژی دانشکده مذکور مورد بررسی قرار گرفت. در این میان ۳۹ پرونده (۶٪) وجود داشت که حداقل دارای یک تشخیص افتراقی بالینی با عنوان لکوپلاکیا، اریتروپلاکیا، اریترولوکوپلاکیا و انواع SCC بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در ۳۳/۳ درصد موارد چنین اشتباهی رخ داده است و این ضایعات خوش‌خیم به ترتیب فراوانی شامل کراتوز خوش خیم (۳۸/۵٪)، لیکن پلان یا واکنش لیکنوئیدی (۳۰/۸٪)، پاپوژنیک گرانولوما (۵/۴٪) استئومیلیت حاد (۷/۷٪) و اسکواموس پاپیلوما (۷/۷٪) بود. اما مشکل نگران‌کننده زمانی رخ می‌دهد که یک ضایعه بدخیم یا پیش بدخیم اشتباهاً توسط کلینسین به عنوان یک ضایعه خوش خیم تلقی شده و بیوپسی یا انجام نشده و یا انجام آن به تأخیر افتد و نهایتاً بیمار از پیگیری و درمان لازم و فوری محروم گردد.

در مطالعه حاضر، به دنبال ویژگی‌هایی بودیم که کلینسین بتواند با استفاده از آنها درصد توافق بین تشخیص‌های بالینی و میکروسکوپی را افزایش دهد.

نتایج نشان داد که به طور کلی ۸۴/۶ درصد از تشخیص‌های افتراقی اول و ۷۵ درصد از تشخیص افتراقی دوم درست بودند.

این نتایج تا حدودی در هماهنگی با مطالعه Bokor-Bratic و همکاران قرار داشت(۹). در حالی که با نتایج مطالعات Deihimi و همکاران، Onofre و همکاران، Hoseinpour Jajarm و همکاران تفاوت دارد(۳،۸،۱۰).

از جمله دلایل این عدم توافق را می‌توان به نماهای بالینی متنوع ضایعات پیش بدخیم اپیتلیالی و SCC دهان و آگاهی متفاوت کلینسین از ویژگی‌های بالینی، اپیدمیولوژیک، عدم توجه به تاریخچه سلامت و عوامل خطر مرتبط اشاره نمود.

همچنین از آنجا که در تحقیق حاضر، بیماران در بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی تحت نظارت اساتید مربوطه معاینه شده‌اند، لذا میزان تشخیص‌های افتراقی بالینی صحیح بیشتر بوده است.

در افراد مسنی که از دنچر استفاده می‌کنند گاهی ممکن است ضایعات پیش بدخیم اپیتلیالی یا SCC کاملاً شبیه ضایعات تحریکی ناشی از دنچر به نظر آیند(۲). نتایج مطالعه حاضر نشان داد بالاترین، میزان تشخیص صحیح در دهه‌های هشتم و نهم (۱۰۰٪) و کمترین آن در دهه پنجم (۳۲/۳ درصد) بوده است.

این یافته‌ها تا حدودی با مطالعه Jaafari Ashkavandi و همکاران و مطالعه Deihimi و همکاران همسو می باشد(۱۱،۱۰). یکی از دلایل افزایش قدرت تشخیص ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانی با افزایش سن، افزایش فراوانی ضایعات پیش بدخیم و اسکواموس سل کارسینومای دهان در افراد مسن‌تر می‌باشد(۲). همچنین با از دست رفتن دندان‌ها در سنین بالاتر احتمال حضور ضایعات ادنتوژنیک و نیز ضایعات ری‌اکتیو کاهش می‌یابد در نتیجه محدوده تشخیص باریک‌تر شـده و برقراری تشـخیص افتراقی ساده‌تر می‌گردد.

در بررسی تطابق تشخیص کلینیکی و هیستوپاتولوژی به تفکیک جنسیت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته‌ها در همخوانی با نتایج مطالعه Deihimi و همکاران قرار دارد(۱۰). اغلب مطالعات شیوع اسکواموس سل کارسینوما و نیز لکوپلاکیا به عنوان شایع‌ترین ضایعه پیش بدخیم را در مردان بیشتر از زنان گزارش نموده است. به نحوی که در حال حاضر بروز SCC دهان در مردان ۱/۵ تا ۲ برابر زنان اعلام شده است(۱۴،۲). همچنین مطالعات نشان داده است که لکوپلاکیا به عنوان شایع‌ترین ضایعه پیش سرطانی گرایش قابل توجه‌ای به مردان (۷۰٪) دارد(۲). در مطالعه حاضر درصد فراوانی ضایعات پیش بدخیم و بدخیم اپیتلیالی در مردان مساوی زنان بود. نزدیک‌تر شدن میزان بروز بیماری در جمعیت مونث به جمعیت مذکر در طی سال‌های اخیر می‌تواند ناشی از روند تغییر عادت‌ها در میان زنان(۱۴،۱۵) و یا کاهش بروز SCC در ناحیه لب در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]

مردان به دلیل کاهش فعالیت در فضای آزاد باشد(۲). هر چند در مطالعه حاضر احتمال وجود یک تورش ارجاعی به دلیل مراجعه بیشتر زنان در مقایسه با مردان به مراکز درمانی نیز وجود دارد.

از آنجا که نشان داده شده است، مشاهده ضایعات لوکوپلاکیایی در زنان می‌تواند با احتمال بالاتری از سرطان همراه باشد(۲). با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر یکسان بودن درصد فراوانی مجموع ضایعات پیش بدخیم و بدخیم اپیتلیالی دهان در بین زنان و مردان، به نظر می‌رسد که در صورت مشاهده چنین ضایعاتی در زنان در مقایسه با مردان باید با وسواس بیشتری به فکر احتمال تغیر بدخیمی بوده و هر چه سریع‌تر اقدام به بیوپسی شود، تا خلاف آن ثابت شود.

در رابطه با محل ایجاد ضایعه هر چند بر اساس مطالعه حاضر و همانند اغلب مطالعات دیگر بالاترین محل بروز SCC در ناحیه زبان و کف دهان بود(۲،۳،۱۰،۱۴،۱۶،۱۷)، ولی با توجه به نتایج این مطالعه شامل معنی‌دار نشدن میزان تطابق تشخیص بر حسب محل ایجاد ضایعه، به نظر می‌رسد که احتمالاً محل ضایعه راهنمای مفیدی برای مشکوک شدن به حضور ضایعات پیش بدخیم یا بدخیم اپیتلیالی نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

از آنجا که در مطالعه حاضر میزان تطابق تشخیص بالینی با تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعات پیش بدخیم و بدخیم اپیتلیالی مخاط دهان برحسب جنسیت و نیز محل ضایعه تفاوت معنی‌داری نشان نداد، با توجه به احتمال بیشتر تغییر بدخیمی در برخی ضایعات پیش سرطانی دهانی در زنان می‌توان این گونه نتیجه‌گیری نمود که کلینسین با مشاهده ضایعات مشکوک مخاطی به ویژه در زنان در هر محل از حفره دهان، زمانی که نتواند عامل محرکی برای ایجاد ضایعه پیدا کند بایستی قویاً به حضور یک وضعیت پیش بدخیم یا بدخیم مشکوک شده و از ضایعه نمونه‌برداری کند تا از هر گونه تأخیر در تشخیص اجتناب شده و در صورت درست بودن حدس بالینی اولیه با انجام درمان زودهنگام، پیش آگهی بیمار بهبود یابد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد که در تصویب این تحقیق نقش داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1- Nikitakis NG. ***Oral soft tissue lesions: a guide to differential diagnosis Part II: surface alterations.*** Braz J Oral Sci 2005; 4(13): 707-15.

2- Nevill B, Damm D, Allen C, Bounguof JE. ***Oral and maxillofacial pathology.*** 3th ed. Philadelphia; W.B.Saunders; 2009.p. 362-425.

3- 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: 47-54. [Persian]

4- 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.

5- Hutchison I. ***Improving the poor prognosis of oral squamous cell carcinoma.*** BMJ 1994; 308(6930): 669-70.

6- Canto MT, Drury TF, Horowitz AM, ***Maryland dentists' knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic procedures.*** Health Promot Pract 2001; 2(3): 255-62.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]

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

8- Onofre MA, Sposto MR, Navarro CM, Motta ME, Turatti E, Almeida RT. ***Potentially malignant epithelial oral lesions: discrepancies between clinical and histological diagnosis***. Oral Dis 1997; 3(3): 148-52.

9- Bokor-Bratie M, Vuekovie N, Mirkovie S. ***Correlation between clinical and histopathologic diagnoses ofpotentially malignant oral lesions***. Arch Oncol 2004; 12(3): 145-7.

10- Deihimi P, Ferdowsi M. ***Evaluation of correspondence of clinical and histopathological diagnosis of intraoral lesion in patients admitted to pathologic department of Esfahan dental school from 1991-2000***. J Dent Sch, Shahid Beheshti Univ Med Sci 2004; 22(1): 38-48. [Persian]

11- Jaafari Ashkavandi Z, Rezvani G, Mardanifard HA. ***Evaluation of the agreement rate of clinical and histopathologic iagnosis in patients referring to oral pathology department of Shiraz dental school, 2001-2006.*** Shiraz Univ Dent J 2010; 11(2): 161-8. [Persian]

12- Patel KJ, De Silva HL, Tong DC, Love RM. ***Concordance between clinical and histopathologic diagnosis of oral mucosal lesion.*** J Oral Maxillofac Surg 2011; 69(1): 125-33.

13- Forouzande A, Shahsavari F, Mahjoub M. ***Assessment of correlation of correlation between clinical and pathologic diagnosis in oro-maxillary biopsies (a retrospective 6 year-study)***. J Res Dent Sci 2012; 8(4): 200-4.

14- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. ***Oral pathology, clinical pathologic correlations.*** 5th ed. Missoun Sanders Co; 2008.p. 48-69.

15- Kalili J. ***Oral cancer: risk factors, prevention and diagnostic***. Exp Oncol 2008; 30(4): 259-64.

16- Atrobia GT, Ladeinde AL, Oyenein JO, Nwawolo CC, Banjo AA, Ajayi OF. ***Malignant orofacial neoplasms in lagos, Nigeria.*** East Med J 2006; 83(3): 62-8.

17- Lam L, Logan RM, Luke C. ***Epidemiological analysis of tongue cancer in South Australia for the 24-year period, 1977-2001.*** Aust Dental J 2006; 51 (1): 16-22.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]

Investigating the Correspondence between Clinical and Histopathologic Diagnosis of Premalignant and Malignant Epithelial Lesions in Oral Mucosa

Tabatabaei H(DDS.MS)*[*1], Akhavankarbasi M(DDS.MS)[2], Danesh Ardakani M (DDS)[3], Gharaati A(DDS)[4]

[1,3]Deportment of Oral and Maxillofacial Pathology, Shahid Sadughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2]Deportment of Oral Medicine, Shahid Sadughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[4]Dental Student, Shahid Sadughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 16 Mar 2012 ***Accepted:*** 24 Jan 2013

Abstract

Introduction: Early diagnosis of malignant and premalignant lesions of oral mucosa has a definitive role in promotion of prognosis and life span of patients. This study aimed to investigate how accurate is a clinician‘s doubt regarding existence of premalignant and malignant of oral mucosal via the correspondence between clinical differential diagnosis and histopathologic diagnosis. Furthermore, it investigates factors that will probably help to decrease the lack of correspondence.

Methods: Among 650 available files associated with 2001-2010 in archive of pathology department, the files that had at least one clinical differential diagnosis as leukoplakia, erythroplakia, erythroleukoplakia and SCC and also files with definite microscopical diagnosis as a dysplasia or a type of microscopical SCC were selected. Afterwards, it was analyzed utilizing statistical methods, t test, and fisher’s exact test.

Results: ***The*** correspondence of clinical differential diagnosis significantly increased with age (p-value=0.047); however there was no significant difference regarding sex and site of lesions.

Conclusion: Observing doubtful lesions particularly in women in any site of the oral cavity; the clinician should strongly suspect a malignant and premalignant lesion and take biopsy of the lesions, particularly in cases which there is no irritant factor for development of the lesion.

Keywords: Clinical diagnosis; Malignant epithelial lesions; Oral mucosa; Premalignant epithelial lesions

This paper should be cited as:
Tabatabaei H, Akhavankarbasi M, Danesh Ardakani M, Gharaati A. ***Investigating the correspondence between clinical and histopathologic diagnosis of premalignant and malignant epithelial lesions in oral mucosa***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2013; 21(1): 20-27.

Corresponding author: Tel:+ 98 351 6212222, Email: taba48971@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-23]