

مقایسه سی ساله تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک ضایعات غدد بزاقی، کیست‌ها و تومورهای ادنتوزنیک در دانشکده دندانپزشکی مشهد-ایران

نصرالله ساغروانیان*، حسن حسین پور جاجرم**، جهانشاه صالحی نژاد***، منور افضل آقایی****، نرگس قاضی*****#
 * استادیار گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ** دانشیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 *** دانشیار آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 **** متخصص پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ***** دستیار تخصصی گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 تاریخ ارائه مقاله: ۸۹/۳/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱۶

A 30-Year Comparison of Clinical and Histopathological Diagnoses in Salivary Gland Lesions, Odontogenic Cysts and Tumors in Mashhad Dental School-Iran

Nasrollah Saghravaniyan*, Hassan Hosseinpour.Jajarm**, Jahanshah Salehinejad***,
 Monavar AfzalAghaie****, Narges Ghazi*****#

* Assistant Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Associate Professor, Dept of Oral Medicine, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Associate Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental Research Center, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

**** Social Medicine Specialist, Medical School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

***** Postgraduate Student, Dept of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 20 June 2010; Accepted: 7 November 2010

Introduction: Many lesions of the oral cavity have similar clinical features. Therefore, a confirmatory histopathological examination for final diagnosis and complete management of the lesions is necessary. The aim of this study was to evaluate the agreement between clinical and histopathological diagnosis in three groups of oral lesions during 30-years (1976-2006) in Mashhad Dental School.

Materials & Methods: In this retrospective study clinical and histopathological information from three groups of lesions (450 salivary gland lesions, 1058 odontogenic cysts and 195 odontogenic tumors) over a 30-year period was compared. Clinical data included age, gender, location of lesion and clinical diagnosis. Data were analyzed through SPSS 15 Software using *t*, and Fisher's Exact tests.

Results: The clinical and histopathological diagnoses were compared by using the percentage of agreement and the percentage of discrepancy. Total agreement between clinical and histopathological diagnoses was 69.3%, 65.1% and 48.7% for odontogenic cysts, salivary gland lesions and odontogenic tumors respectively. Residual cyst, mucocele and odontoma showed the highest percentage of agreement in each of the studied groups.

Conclusion: It is concluded that in some cases, proper strategies and more attention to clinical feature of the lesion is necessary to minimize the discrepancy. However, lesions with nonspecific clinical presentation need oral pathology diagnostic service.

Key words: Histopathological diagnosis, salivary gland lesions, odontogenic cyst, odontogenic tumor.

Corresponding Author: nargess_ghazi@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2011; 34(4): 299-308.

چکیده

مقدمه: بسیاری از ضایعات دهانی نمای کلینیکی مشابهی دارند. بنابراین بررسی هیستوپاتولوژی جهت ارائه تشخیص نهایی و کنترل کامل ضایعه ضروری می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی تطابق بین تشخیص‌های کلینیکی و هیستوپاتولوژی در سه گروه از ضایعات دهانی در طی ۳۰ سال (۸۵-۱۳۵۵) در دانشکده دندانپزشکی مشهد می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه گذشته نگر اطلاعات کلینیکی و هیستوپاتولوژی سه گروه از ضایعات (۴۵۰ نمونه از ضایعات غدد بزاقی، ۱۰۵۸ کیست ادنتوژنیک و ۱۹۵ تومور ادنتوژنیک) در طی دوره ۳۰ ساله مقایسه شد. اطلاعات کلینیکی شامل سن و جنس بیمار، مکان ضایعه و تشخیص کلینیکی بود. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۵ و آزمون‌های t -test و Fisher's Exact test تحلیل شد.

یافته‌ها: تشخیص‌های کلینیکی و هیستوپاتولوژی با استفاده از درصد تطابق و درصد عدم تطابق مقایسه شد. تطابق کلی بین تشخیص‌های کلینیکی و هیستوپاتولوژی به ترتیب برای کیست‌های ادنتوژنیک ضایعات غدد بزاقی و تومورهای ادنتوژنیک به ترتیب ۶۹/۳٪، ۶۵/۱٪ و ۴۸/۷٪ بود. کیست رزیجوال، موکوسل و ادنتوما در هر گروه مورد مطالعه بالاترین تطابق را نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتیجه گیری می‌شود که در برخی موارد جهت به حداقل رساندن عدم تطابق، ارائه رویکردهای مناسب و توجه بیشتر به نمای کلینیکی ضایعه ضروری است. با این وجود ضایعات با نماهای کلینیکی غیراختصاصی نیازمند تشخیص پاتولوژی هستند.

واژه‌های کلیدی: تشخیص هیستوپاتولوژی، ضایعات غدد بزاقی، کیست ادنتوژنیک، تومور ادنتوژنیک.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۹ دوره ۳۴ / شماره ۴: ۳۰۸-۲۹۹.

مقدمه

دهان و فک و صورت در اکثریت موارد تنها راه مورد اعتماد جهت تشخیص این ضایعات می‌باشد، لذا طی این مطالعه گذشته‌نگر با تجزیه و تحلیل داده‌ها موارد انطباق و عدم انطباق تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی بررسی گردید. هدف از این تحقیق بررسی تطابق تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی در سه گروه از شایع‌ترین ضایعات فک و صورت (کیست‌ها، تومورهای ادنتوژنیک و ضایعات غدد بزاقی) در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی مشهد طی یک دوره ۳۰ ساله انجام شد تا بدین وسیله ضایعاتی را که در تشخیص اولیه (بالینی) توسط کلینیسین‌ها با مشکل مواجه می‌شوند، شناسایی کرد و با ارائه راهکارهای مناسب و تأکید بیشتر بر روی نماهای کلینیکی برخی از ضایعات و انطباق آن با تشخیص‌های آسیب‌شناسی، درمان‌های بهتری را برای بیماران ارائه داد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی گذشته نگر، ابتدا دفاتر بایگانی بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد

بیماری‌ها و تومورهای خوش‌خیم و بدخیم غدد بزاقی، کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک بخش وسیعی از ضایعات دهان و فک و صورت را به خود اختصاص داده است. برخی از این ضایعات رفتارهای متناقضی را نشان می‌دهند و می‌توانند با چندین ضایعه دیگر در تشخیص افتراقی مطرح شده و کلینیسین را به چالش بکشانند. در تحقیقی که توسط حسین پور جاجرم در دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد، میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی ضایعات دهانی طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳، ۸۱/۲٪ گزارش شد.^(۱) در مطالعات دیهیمی^(۲) و هاشمی‌پور^(۳) میزان تطابق تشخیصی ضایعات دهانی در دانشکده دندانپزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹ و در دانشکده دندانپزشکی کرمان طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ به ترتیب ۵۷٪ و ۶۵٪ بود. همچنین Czerninski^(۴) در مطالعه خود این همخوانی را ۷۸٪ و Macan^(۵) در مطالعه دیگری آن را ۷۰٪ گزارش کرد. با توجه به اینکه بررسی هیستوپاتولوژیک ضایعات

۱- گروه نخست شامل بیماری‌ها و تومورهای غدد بزاقی (خوش‌خیم و بدخیم) بود. در مجموع طی این مدت ۴۵۰ نمونه مربوط به ضایعات فوق به بخش آسیب‌شناسی ارجاع شده بود. تعداد هر کدام از این ضایعات و موارد انطباق تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی به تفکیک در جدول ۱ آورده شده است. در ۲۹۳ مورد (۶۵/۱٪) بین تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی همخوانی وجود داشت. بیشترین تطابق تشخیصی به ترتیب مربوط به: موکوسل و رانولا (هر کدام ۹۲/۹٪)، سندرم شوگرن (۹۲/۳٪)، سنگ غده بزاقی (۸۰٪)، کیست احتباسی غده بزاقی (۷۷/۸٪)، پلئومورفیک آدنوما (۴۱/۳٪) بوده است. بیشترین عدم تطابق تشخیصی در تومورهای بدخیم بزاقی (۸۶/۶٪) مشاهده شد.

۲- گروه دوم ضایعات شامل کیست‌های ادنتوژنیک و گرانولوم پری‌اپیکال بود. لازم به ذکر است به دلیل این که گرانولوم پری‌اپیکال منشأ دندانی دارد و طبق نظر اکثر محققین امکان تغییرات کیستیک و تبدیل آن به کیست پری‌اپیکال وجود دارد، در این گروه قرار داده شد. طی دوره ۳۰ ساله زمان مطالعه، در مجموع ۱۰۵۸ نمونه مربوط به ضایعات فوق به بخش آسیب‌شناسی ارجاع گردیده بود. جدول ۲ تعداد هر کدام از این ضایعات و موارد انطباق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی را نشان می‌دهد.

در ۷۳۳ مورد (۶۹/۳٪) تطابق بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی مشاهده شد. بیشترین تطابق تشخیصی به ترتیب مربوط به کیست رزجیوال (۸۶/۷٪)، کیست پری‌اپیکال (۷۸/۹٪)، کیست دنتی ژروس (۷۷/۴٪) و گرانولوم پری‌اپیکال (۷۲/۹٪) بود. بیشترین موارد عدم تطابق در کیست پریدونتال طرفی (۹۰٪) دیده شد.

۳- گروه سوم تومورهای ادنتوژنیک بودند که به تعداد ۱۹۵ مورد به بخش آسیب‌شناسی ارجاع داده شده بودند. جدول ۳ تعداد تومورهای ادنتوژنیک و موارد انطباق

طی ۳۰ سال (۸۵-۱۳۵۵) تحت بازبینی قرار گرفت. کلیه موارد مربوط به ضایعات غدد بزاقی، کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک استخراج گردید. نمونه‌هایی که دارای تشخیص هیستوپاتولوژی نامشخص و یا تشخیص‌های چندگانه بودند، مجدداً توسط دو پاتولوژیست بازبینی شدند و در صورت تشخیص نهایی جزء نمونه‌های مورد مطالعه قرار گرفتند. تشخیص نهایی (هیستوپاتولوژی) با تشخیص اولیه (بالینی) که توسط شخص انجام‌دهنده بیوپسی در برگه‌های بیوپسی قید شده بود، مورد مقایسه قرار گرفت. این برگه‌ها همچنین دارای مشخصات فردی (نام، نام خانوادگی، سن، جنس) و محل برداشت بیوپسی بودند.

از نظر محل بروز ضایعه حفره دهان به ۶ ناحیه تقسیم شد: ناحیه ۱: ناحیه خلفی سمت راست فک بالا، ناحیه ۲: قدام فک بالا، ناحیه ۳: ناحیه خلفی سمت چپ فک بالا، ناحیه ۴: ناحیه خلفی سمت راست فک پایین، ناحیه ۵: قدام فک پایین و ناحیه ۶: ناحیه خلفی سمت چپ فک پایین

جهت تحلیل داده‌ها در این مطالعه از نرم‌افزار SPSS15 استفاده شد. برای متغیرهای کمی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و برای متغیرهای کیفی درصد فراوانی تعیین شد. از آزمون t -test جهت مقایسه میانگین دو گروه و از آزمون Chi-square و Fisher's Exact test جهت بررسی ارتباط دو متغیر کیفی استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه سه گروه از ضایعات حفره دهان (ضایعات غدد بزاقی، کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک) که بین سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵ به بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد ارجاع گردیده بود، از نظر تطابق تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژی مورد بررسی قرار گرفتند.

در بررسی توزیع فراوانی ضایعات به تفکیک سن و جنس فقط در ادنتوزنیک کراتوسیست ارتباط معنی داری از نظر میانگین سنی ($P=0/04$) و در ادنتوما از نظر توزیع جنسی ($P=0/02$) مشاهده شد. بدین صورت که بیشترین موارد عدم تطابق بین تشخیص های بالینی و هیستوپاتولوژی در موارد ادنتوزنیک کراتوسیست در میانگین سنی ۲۵ سال و در موارد ادنتوما در جنس مذکر مشاهده شد. در مورد در سایر ضایعات ارتباط معنی داری وجود نداشت. در جدول ۵ توزیع فراوانی موارد انطباق و عدم انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی در شایع ترین ضایعات مورد مطالعه آمده است.

تشخیص بالینی و آسیب شناسی را نشان می دهد. تطابق تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی در ۹۵ مورد (۴۸/۷٪)، وجود داشت. در بین این ضایعات به ترتیب ادنتوم (۸۵/۷٪)، آملوبلاستوما (۶۴/۲٪)، سمنتوبلاستوما (۲۷/۳٪) و آملوبلاستیک فیروما (۲۵٪) بیشترین فراوانی موارد انطباق تشخیصی را به خود اختصاص دادند. توزیع فراوانی شایع ترین ضایعات فوق در موارد عدم انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی به تفکیک محل ضایعه (بیشترین مکان درگیر)، سن و جنس بررسی شد (جدول ۴).

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماری ها و تومورهای غدد بزاقی به تفکیک انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی (طی سال های ۸۵-۱۳۵۵)

نام ضایعه	انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی	
	انطباق (%) تعداد	تعداد کل ضایعات
موکوسل	۲۲۲ (۹۲/۹)	۲۳۹
رانولا	۱۳ (۹۲/۹)	۱۴
کیست احتباسی بزاقی	۷ (۷۷/۸)	۹
سنگ غده بزاقی	۴ (۸۰/۰)	۵
سیالادنیث	۵ (۱۶/۷)	۳۰
سندرم شوگرن	۱۲ (۹۲/۳)	۱۳
هایپرپلازی آدنوماتوئید غدد بزاقی	۰ (۰/۰)	۶
سیالومتاپلازی نکروز دهنده	۰ (۰/۰)	۲
پلئومورفیک آدنوما	۱۹ (۴۱/۳)	۴۶
مونومورفیک آدنوما	۰ (۰/۰)	۱
آدنومای سلول بازال	۰ (۰/۰)	۱
میوایی تلیوما	۰ (۰/۰)	۲
موکوپای درموئید کارسینوما	۳ (۱۱/۱)	۲۷
ادنتوزنیک کلیرسل کارسینوما	۰ (۰/۰)	۴
متاستاتیک کلیرسل کارسینوما	۰ (۰/۰)	۱
آسینیک سل کارسینوما	۰ (۰/۰)	۳
پلئومورفیک آدنوکارسینوما	۰ (۰/۰)	۱۱
آدنوسیستیک کارسینوما	۵ (۲۱/۷)	۲۳
پلی مورفوس آدنومای درجه پایین	۰ (۰/۰)	۴
بدخیمی های بزاقی طبقه بندی نشده	۳ (۳۳/۳)	۹

جدول ۲: توزیع فراوانی کیست‌های ادنتوژنیک به تفکیک انطباق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی (طی سال‌های ۸۵-۱۳۵۵)

نام ضایعه	انطباق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی	
	انطباق (%) تعداد	تعداد کل ضایعات
کیست دنتی ژروس	۱۵۸ (۷۷/۴)	۲۰۴
ادنتوژنیک کراتوسیست غیر سندریمی	۱۱۴ (۶۰/۶)	۱۸۸
ادنتوژنیک کراتوسیست سندریمی	۰ (۰/۰)	۷
ادنتوژنیک کراتوسیست ارتوکرآتینیزه	۰ (۰/۰)	۱
کیست لته‌ای بالغین	۰ (۰/۰)	۳
کیست پریدنتال طرفی	۱ (۱۰/۰)	۱۵
کیست ادنتوژنیک کلسیفیه	۷ (۱۱/۵)	۶۱
کیست ادنتوژنیک غده ای	۰ (۰/۰)	۴
گرانولوم پری‌اپیکال	۱۲۱ (۷۲/۹)	۱۶۶
کیست پری‌اپیکال	۲۵۹ (۷۸/۹)	۳۲۸
کیست رزیجووال	۶۵ (۸۶/۷)	۷۵
کیست فورکای باکالی	۱ (۱۶/۷)	۶

جدول ۳: توزیع فراوانی تومورهای ادنتوژنیک به تفکیک انطباق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی (طی سال‌های ۸۵-۱۳۵۵)

نام ضایعه	انطباق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی	
	انطباق (%) تعداد	تعداد کل ضایعات
انواع آملوبلاستوما	۴۳ (۶۴/۲)	۶۷
آملوبلاستوما ی بدخیم	۰ (۰/۰)	۳
آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور	۱ (۶/۷)	۱۵
تومور پیندبورگ	۰ (۰/۰)	۳
اسکواموس ادنتوژنیک تومور	۰ (۰/۰)	۱
آملوبلاستیک فیبروما	۱ (۲۵/۰)	۴
آملوبلاستیک فیبروادنتوم	۱ (۲۰/۰)	۵
ادنتوم	۴۲ (۸۵/۷)	۴۹
ادنتوژنیک فیبروما	۱ (۴/۵)	۲۲
ادنتوژنیک میگزوما	۳ (۲۰/۰)	۱۵
سمتوبلاستوما	۳ (۲۷/۳)	۱۱

جدول ۴: توزیع فراوانی عدم انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی به تفکیک بیشترین ناحیه درگیر، جنس و میانگین سنی (طی سال های ۸۵-۱۳۵۵)

میانگین سنی	جنس		بیشترین ناحیه درگیر	نام ضایعه
	مذکر (درصد) تعداد	مونث (درصد) تعداد		
۲۳/۱۲	۹ (۶/۷)	۸ (۷/۸)	ناحیه ۵	موکوسل
۴۲/۲۱	۹ (۷۵/۰)	۱۶ (۸۸/۹)	ناحیه ۵	سیالادنیت
۳۵/۷۶	۱۲ (۸۰/۰)	۱۵ (۴۸/۴)	ناحیه ۳	پلنومورفیک آدنوما
۴۶/۷۸	۱۵ (۸۳/۳)	۹ (۱۰۰/۰)	ناحیه ۱	موکوپای درموئید کارسینوما
۴۸/۲۷	۹ (۷۵/۰)	۹ (۸۱/۸)	ناحیه ۳	آدنوسیستیک کارسینوما
۱۹/۸۸	۲۹ (۲۴/۸)	۱۷ (۱۹/۸)	ناحیه ۴	کیست دنتی ژروس
۲۵/۱۹	۴۷ (۴۲/۳)	۲۷ (۳۵/۱)	ناحیه ۴ و ۶	ادنتوزنیک کراتوسیست
۲۶/۱۵	۳۳ (۸۹/۲)	۲۱ (۸۷/۵)	ناحیه ۴	کیست ادنتوزنیک کلسیفیه
۲۷/۹	۲۰ (۲۴/۱)	۲۵ (۳۰/۱)	ناحیه ۲ و ۵	گرانولوم پری اپیکال
۲۶/۵	۳ (۲۲/۹)	۳۴ (۲۱/۵)	ناحیه ۲	کیست پری اپیکال
۴۸/۱۱	۵ (۱۲/۵)	۵ (۱۴/۳)	ناحیه ۲	کیست رزیچوال
۲۹/۸۳	۱۶ (۴۲/۱)	۸ (۳۰/۸)	ناحیه ۶	آملوبلاستوما
۱۷/۳۷	۶ (۲۸/۶)	۲ (۷/۴)	ناحیه ۶	ادنتوم
۲۷/۲۵	۱۰ (۱۰۰/۰)	۱۱ (۹۱/۷)	ناحیه ۴	ادنتوزنیک فیبروما

جدول ۵: توزیع فراوانی موارد انطباق و عدم انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی در شایع ترین ضایعات مورد مطالعه

نام ضایعه	انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی	
	انطباق (%) تعداد	عدم انطباق (%) تعداد
موکوسل	۲۲۲ (۹۲/۹)	۱۷ (۷/۱)
سیالادنیت	۵ (۱۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)
پلنومورفیک آدنوما	۱۹ (۴۱/۳)	۲۷ (۵۸/۷)
موکوپای درموئید کارسینوما	۳ (۱۱/۱)	۲۴ (۸۸/۹)
آدنوسیستیک کارسینوما	۵ (۲۱/۷)	۱۸ (۷۸/۳)
کیست دنتی ژروس	۱۵۸ (۷۷/۴)	۴۶ (۲۲/۵)
ادنتوزنیک کراتوسیست	۱۱۴ (۶۰/۶)	۷۴ (۳۹/۴)
کیست ادنتوزنیک کلسیفیه	۷ (۱۱/۵)	۵۴ (۸۸/۵)
گرانولوم پری اپیکال	۱۲۱ (۷۲/۹)	۴۵ (۲۷/۱)
کیست پری اپیکال	۲۵۹ (۷۸/۹)	۶۹ (۲۱/۱)
کیست رزیچوال	۶۵ (۸۶/۷)	۱۰ (۱۳/۳)
آملوبلاستوما	۴۳ (۶۱/۴)	۲۷ (۳۸/۶)
ادنتوم	۴۲ (۸۵/۷)	۷ (۱۴/۳)
ادنتوزنیک فیبروما	۱ (۴/۵)	۲۱ (۹۵/۵)

بحث

سه گروه ضایعات بررسی شده در این مطالعه خصوصاً کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک جزء شایع‌ترین ضایعات دهانی می‌باشند. در تحقیقی در هند بر روی ۴۴۷۸ نمونه بیوپسی از ضایعات دهانی، کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک درصد فراوانی بالایی را به خود اختصاص دادند.^(۶)

در مطالعه حاضر میزان تطابق کلی بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی در هر سه گروه از ضایعات ۶۰/۵٪ بود. همان طور که در مقدمه ذکر شد در تحقیقات دیگر میزان همخوانی در محدوده ۵۷٪ تا ۸۱٪ گزارش شده است.^(۵-۱) لازم به ذکر است در مطالعه حاضر تعداد بیشتری از ضایعات و در دوره طولانی‌تری (۳۰ سال) مورد بررسی قرار گرفت.

ویلیامز و همکاران در سال ۱۹۹۷ در مطالعه‌ای ۲۰ ساله، تطابق تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژی را بررسی کردند و با اطلاع‌رسانی در این زمینه توانستند تشخیص‌های صحیح بالینی را افزایش دهند در حالی که تشخیص‌های نامناسب ثابت باقی ماند.^(۷)

در بین کل ضایعات غدد بزاقی، موکوسل و رانولا بیشترین تطابق بین تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی (۹۲/۹٪) را با توجه به نمای کلینیکی واضحی که داشتند نشان دادند. این یافته مشابه تحقیق قبلی در دانشکده دندانپزشکی مشهد می‌باشد.^(۱) همچنین این تطابق تشخیصی در مورد موکوسل در مطالعه Czerninski نیز مشاهده شد.^(۴)

در موارد عدم انطباق تشخیص بالینی و آسیب‌شناسی، تشخیص فیبروم تحریکی (بافت فیبرو) به جای موکوسل بیشترین توزیع فراوانی را نشان داد. علت این تشخیص، کمبود اطلاعات بالینی و روند فیبروزه شدن بافت اطراف

حوضچه موسینی به دلیل طولانی شدن ضایعه می‌باشد.^(۸) به طور کلی با بررسی یافته‌های این مطالعه در قسمت بیماری‌ها و تومورهای غدد بزاقی مشاهده می‌گردد که انطباق تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی بیشتر در بیماری‌های غدد بزاقی مشاهده می‌شود و تنها سیالادنتیت (با ۱۶/۷٪ تطابق تشخیصی) از این قاعده مستثنی است. البته باید در نظر داشت که سیالادنتیت گاهی جزئی از یک ضایعه بزاقی دیگر مانند سندرم شوگرن، سنگ بزاقی و ضایعات التهابی می‌باشد که توجهی برای عدم انطباق تشخیصی بالا در این ضایعه است.^(۸)

در این مطالعه شایع‌ترین تومور بزاقی پلئومورفیک آدنوما بود که با مطالعه Brahim و همکاران همخوانی دارد.^(۹) همچنین این تومور بیشترین تطابق تشخیصی (۴۱/۳٪) را داشته است. اکثر ضایعات بدخیم بزاقی تطابق تشخیصی کمی را نشان دادند. در مطالعه‌ای که بر روی ضایعات Caruncular بین سال‌های ۱۹۷۸ تا ۲۰۰۲ در دانمارک انجام شد، تشخیص بالینی در ۳۰٪ از ضایعات بدخیم صحیح نبود. برای مثال تشخیص بالینی هایپرپلازی غده سباسه به جای کارسینوم غده سباسه مطرح شده بود و بر لزوم بررسی پاتولوژیک این ضایعات تاکید شد.^(۱۰) Franklin و همکاران در مطالعه‌ای در انگلستان نشان دادند که طی سه دهه گذشته تعداد نمونه‌های بیوپسی ارائه شده توسط دندانپزشکان عمومی، افزایش یافته است که نیاز دندانپزشکان را به تأیید تشخیص هیستوپاتولوژی ضایعات نشان می‌دهد.^(۱۱)

لازم به ذکر است که آدنوسیستیک کارسینوما (۲۱/۷٪) بیشترین تطابق تشخیصی را بین تومورهای بدخیم بزاقی داشت که شاید بعلائم بالینی واضح‌تر این تومور می‌باشد.^(۱۲) تشخیص‌هایی مانند تومورهای مزانشیمال و ضایعات کیستیک به جای پلئومورفیک

اولین تشخیص افتراقی این دو ضایعه، خود این ضایعات هستند^(۱۶)، چنانکه در این تحقیق ۵۲/۲٪ ضایعاتی که توسط کلینیسین کیست پری اپیکال گزارش شده بودند، گرانولوم پری اپیکال بودند و ۴۸/۹٪ گرانولوم های پری اپیکال، توسط کلینیسین کیست پری اپیکال تشخیص داده شده بودند. در موارد عدم انطباق تشخیصی، مطرح شدن ضایعات کیستیک و عفونی با توجه به منشأ آنها قابل توجه است^(۱۶)، اما تشخیص های مثل کارسینوم سلول سنگفرشی و انوزینوفیلیک گرانولوما قابل تأمل است.

کیست دنتی ژروس و ادنتوژنیک کراتوسیست نیز هماهنگی مناسبی بین تشخیص های بالینی و آسیب شناسی نشان دادند. در موارد عدم انطباق، موارد مطرح شده با یافته های Greenberg، Regezi و Neville هماهنگی دارد.^(۱۷ و ۱۵) برای مثال انواع بزرگ دنتی ژروس نمای مشابه با آمولوبلاستوما و کراتوسیست ادنتوژنیک تومور دارد. در ضایعات کیستیک دیگر مثل کیست لثه ای بالغین، کیست پرپودنتال طرفی و گلاندولار ادنتوژنیک کیست، عدم تطابق واضحی مشاهده شد ولی در این موارد کلینیسین ضایعات نزدیکی را مطرح کرده است. کیست ادنتوژنیک کلسیفیه میزان بالای عدم تطابق (۸۸/۵٪) را داشت. این ضایعه در مراحل اولیه شکل گیری با ضایعات کیستیک و آمولوبلاستوما و در هنگام کلسیفیه شدن با ضایعاتی نظیر ادنتوم و آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور در تشخیص افتراقی قرار می گیرد. اما مواردی مانند تشخیص ضایعات فیبرواسئوس و بافت فیبرو به جای این ضایعه دور از ذهن بوده و باید مورد توجه قرار گیرد.

در تومورهای ادنتوژنیک بیشترین هماهنگی بین تشخیص بالینی و آسیب شناسی را در شایع ترین این ضایعات یعنی ادنتوم و آمولوبلاستوما شاهد هستیم. موارد عدم انطباق با توجه به یافته های Greenberg و سایر

آدنوما و کیست درموئید ادنتوژنیک کراتوسیست به جای موکوپای درموئید کارسینوما و ژانت سل گرانولوما به جای انواع تومورهای بزاقی دسته بندی نشده دور از ذهن به نظر می رسد و باید مورد توجه کلینیسین قرار گیرد. سایر تومورهای بزاقی که به جای پلئومورفیک آدنوما و موکوپای درموئید کارسینوما از نظر بالینی تشخیص داده شده بود، قابل توجه بود.^(۱۳)

بررسی کیست ها و تومورهای ادنتوژنیک نشان داد که درصد کیست های ادنتوژنیک و همچنین تشخیص های منطبق از نظر بالینی و آسیب شناسی هم در انواع تکاملی و هم در انواع التهابی این ضایعات بیشتر از تومورهای ادنتوژنیک می باشد. به غیر از یافته های بالینی، نمای رادیوگرافی ضایعه نیز در تشخیص به کلینیسین کمک می کند. این مطلب در مطالعه Nakadae و همکاران نیز بیان شده است.^(۱۴) همان طور که در قسمت یافته ها اشاره شد کیست رزجوال بیشترین تطابق تشخیصی (۸۶/۷٪) را داشت که احتمالاً تاریخچه بیمار و رادیوگرافی های قبلی در تشخیص کمک کرده است. در موارد عدم انطباق نیز کیست های دیگری که تشخیص هایی کاملاً نزدیک با کیست رزجوال داشتند مطرح شدند که با یافته های نویل هماهنگی دارد.^(۱۵) کیست پری اپیکال بیشترین فراوانی را در بین ۳ گروه از ضایعات مورد مطالعه به خود اختصاص داده که با مطالعه Das و همکاران همخوانی دارد.^(۶) این کیست جزء بالاترین موارد تطابق تشخیص های بالینی و آسیب شناسی است. تاریخچه بیمار و رادیوگرافی تأثیر به سزایی در تشخیص صحیح کیست و گرانولوم پری اپیکال که تطابق تشخیصی بالایی را نشان دادند، دارد.

در مطالعه حاضر همانند یافته های Nakadae و همکاران تعداد کیست های پری اپیکال تقریباً ۲ برابر گرانولوم پری اپیکال بوده است.^(۱۴) نکته حائز اهمیت این است که

یکدیگر مطرح شدند. با توجه به شیوع کم این ضایعات به نظر می‌رسد اطلاعات کلینیسین مورد بازبینی قرار نگرفته است. این امر موجب فاصله گرفتن از تشخیص بالینی می‌گردد و شاید تا حدودی لزوم تأکید بیشتر روی این ضایعات را مطرح می‌سازد.

نتیجه گیری

با در نظر گرفتن یافته‌های مطالعه حاضر و تحقیقات مشابه می‌توان ضایعاتی را که در مورد آنها عدم تطابق بین تشخیص‌های بالینی و آسیب‌شناسی مشاهده گردید، بیشتر مورد توجه قرار داد. در مورد برخی از ضایعات با ارائه راهکارهای مناسب و بازنگری و دقت در علائم بالینی توسط کلینیسین می‌توان میزان تشخیص کلینیکی دقیق را افزایش داده و عدم تطابق را به حداقل رساند. در برخی ضایعات که تظاهرات بالینی غیراختصاصی دارند تشخیص دقیق براساس اطلاعات بالینی مشکل به نظر می‌رسد و جهت تشخیص قطعی به تست‌های پاراکلینیکی از جمله بیوپسی وارزیابی هیستوپاتولوژی که به عنوان Gold standard جهت تشخیص ضایعات محسوب می‌گردد، نیاز می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این طرح با پشتیبانی مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است که بدین وسیله مراتب قدردانی از این معاونت اعلام می‌گردد.

مطالعات قابل توجهیه است^(۱۷و۱۸) اما تشخیص مواردی مانند سمنتوبلاستوما، سمنتی فائینگ فیبروما و پلئومورفیک آدنوما که به جای این ضایعات توسط کلینیسین مطرح شده باید مورد دقت واقع شود. در تشخیص انواع بدخیم آملوبلاستوما، کلینیسین موفق نبوده اما در اکثر موارد یک نوع بدخیمی را مطرح نموده است.

در آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور عدم انطباق تشخیصی واضحی مشاهده شد که با توجه به همراهی بالای این ضایعه با دندان نهفته، کلینیسین در موارد زیادی کیست دنتی ژروس را مطرح کرده است.^(۹) ذکر این نکته لازم است که محل شایع این تومور در قدام فک بالا است ولی به هیچ عنوان مد نظر کلینیسین قرار نگرفته است.

اگر چه ادنتوژنیک فیبروما فقط با یک مورد تشخیص صحیح همراه بود، اما سایر تشخیص‌ها با آنچه Greenberg اشاره نموده^(۱۸) و آن را با ضایعات فیبروما بسیار نزدیک دانسته، هماهنگی دارد. تشخیص‌هایی مانند سارکوم یوئینگ که یک بدخیمی خطرناک است و یا پیوژنیک گرانولوما بجای این ضایعه مناسب نمی‌باشد.

ضایعاتی مانند تومور ادنتوژنیک اپی‌تلیالی کلسیفیه‌شونده یا تومور پیندبورگ، اسکواموس ادنتوژنیک تومور، آملوبلاستیک فیبروما، آملوبلاستیک فیبروآدنوما، ادنتوژنیک میگزوما و سمنتوبلاستوما با درصد کمی از انطباق همراه بودند و اغلب به عنوان تشخیص افتراقی با

منابع

- Hoseinpour Jajarm H, Mohtasham N. A comparative study on the clinical diagnosis and pathology reports of patients undergone biopsy at department of Oral Medicine of Mashhad Dental School From 2002 Until 2004. J Mash Dent Sch 2006; 30(1): 47-54. (Persian)
- Deihimi P, Ferdowsi M. Correspondance of clinical diagnosis with histopathologic diagnosis of oral lesions in patients referring to oral pathology department of Isfahan dentistry school from 1370-79. Journal of Dental School Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2004; 22(1): 38-48. (Persian)

3. Hashemipour M, Morad M, Mojtahedi A. Comparative evaluation of clinical and histological findings in oral and maxillofacial diseases. Shiraz University of Medical Sciences Journal of Dentistry 2009; 10(1): 31-7. (Persian)
4. Czerninski RN, Nadler C, Kaplan I, Regev E, Maly A. Comparison of clinical and histopathologic diagnosis in lesions of oral mucosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007; 103(40): e20.
5. Macan D, Kobler P, knezevic 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.
6. Das SN, Brave VR, Shetty RP. A survey of 4478 biopsy specimens of oral lesions. J Pierre Fauchard Acad 1994; 8(4): 143-7.
7. Williams HK, Hey AA, Browne RM. The use by general dental practitioners of an oral pathology diagnostic service over a 20-year period: The Birmingham Dental Hospital experience. Br Dent J 1997; 182(11): 424-9.
8. Gnepp DR. Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2002. P. 353-8, 415-50.
9. Brahim E, Ferchiou M, Khayat O, Zribi S, M'barek C, Labbene N, et al. Tumors of salivary glands: Anatomical and clinical epidemiology of a series of 1809 cases. Tunis Med 2010; 88(4): 240-4.
10. Ostergaard J, Prause JU, Heedgaard S. Caruncular lesions in Denmark 1978-2002: A histopathological study with correlation to clinical referral diagnosis. Acta Ophthalmol Scand 2006; 84(1): 130-6.
11. Franklin CD, Jones AV. A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period. Br Dent J 2006; 200(8): 447-50.
12. Cawson RA, Binnie WH, Speight PM, Barrett AW, Wright JM. Lucas's Pathology of Tumors of the Oral Tissues. 5th ed. London: Churchill Livingstone; 1998. P. 239-58.
13. Eversole LR. Clinical Outline of Oral Pathology: Diagnosis and treatment. 3rd ed. Canada: PMPH USA; 2001. P. 196-206.
14. Nakade O, Ohuchi T, Seki C, Kanno H, Abe H, Kaku T, et al. Survey of histopathological diagnostic services in the Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Higashi-Nippon-Gakuen University, 1979-89. Higashi Nippon Shigaku Zasshi 1989; 8(1): 39-46.
15. Neville B, Damm DD, Allen CM, Bouqout J. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2008. P. 678-700.
16. Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5th ed. St. Louis: Mosby Co; 1997. P. 252-79.
17. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlation. 5th ed. California: W.B.Saunders Co; 2008. P. 237-49.
18. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's Oral Medicine. 11th ed. Canada: PMPH; 2008. P. 213-5.