

بررسی مقایسه ای بین تشخیص های بالینی و گزارشات آسیب شناسی بیماران تحت بیوپسی در بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد در طی سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳

دکتر حسن حسین پور جاجرم*#، دکتر نوشین محنتش**

* دانشیار گروه بیماری های دهان و تشخیص دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

** استادیار گروه پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۴/۶/۷ - تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۱/۲۷

Title: 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

Authors:

Hoseinpour Jajarm H. Associate Professor*#, Mohtasham N. Assistant Professor**

Address:

* Dept. of Oral Medicine, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Dept. of Pathology, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Introduction:

The purpose of this study was to evaluate the concordance between clinical diagnosis and pathology report of patients referring to department of oral medicine of Mashhad dental school.

Materials & Methods:

In this descriptive retrospective study, personal information and disease (or lesion) characteristics of 170 patients who had been referred to the department of oral medicine for biopsy during the past 2 years, were collected through questionnaires and were analyzed Chi-square and Fisher exact statistical tests. The diagrams were drawn with use of Microsoft office SPSS software.

Results:

81.2% of the clinical diagnosis were consistent with pathology reports. In 18.8%, the clinical diagnosis was not confirmed histopathologically. The greatest concordance was observed for lichen planus, inflammatory hyperplasia and leukoplakia whereas pemphigus, SCC and systemic lupus erythematosus revealed the lowest concordance.

Conclusion:

Although a great concordance was observed between clinical diagnosis and pathology report, the inconcordance was significant and establishing strategies for minimizing it, is necessitated.

Key words:

Clinical-diagnosis, histopathology, clinical examination.

Corresponding Author: Hosainpoorjajarm@yahoo.com

Journal of Dentistry. Mashhad University of Medical Sciences, 2006; 30: 47-54.

چکیده

مقدمه:

این بررسی با هدف تعیین میزان تطابق یا عدم تطابق تشخیص های کلینیکی با گزارشات پاتولوژی مربوطه در بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد صورت گرفته است.

مواد و روش ها:

با استفاده از مطالعه گذشته نگر ابتدا مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به ضایعه یا بیماری، مربوط به یکصد و هفتاد بیماری که در دو سال اخیر به بخش بیماری های دهان که جهت انجام بیوپسی مراجعه کرده بودند با استفاده از پرسشنامه تنظیمی در این خصوص ثبت و سپس جهت بررسی اختلاف تشخیص کلینیکی با گزارشات پاتولوژی ضایعات با استفاده از روش آماری کی دو و آزمون دقیق فیشر و سیستم نرم افزاری SPSS اقدام به آنالیز آماری و رسم نمودارها گردید.

یافته ها:

براساس بررسی بعمل آمده در ۸۱/۲ درصد تشخیص بالینی منطبق بر گزارش پاتولوژی بوده و در ۱۸/۸ درصد تشخیص بالینی از نظر هیستوپاتولوژی تایید نشده است و مشخص شد که بیشترین تطابق تشخیص به ترتیب مربوط به لیکن پلان، هیپرپلازی های آماسی و لکوپلاکیا بوده، در صورتی که بالاترین میزان عدم تطابق در رابطه با پمفیگوس، S.C.C و لوپوس اریتماتوس می باشد.

نتیجه گیری:

اگرچه نسبت درصد بالایی از تشخیص های بالینی و گزارشات آسیب شناسی موید یکدیگر می باشند اما رقم عدم تطابق قابل توجه بوده و باید با راهکارهای مناسب به حداقل و نزدیک به صفر برسد.

واژه های کلیدی:

تشخیص بالینی، هیستوپاتولوژی، معاینه کلینیکی.

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد / سال ۱۳۸۵ جلد ۳۰ / شماره ۱ و ۲

مقدمه:

ب) معاینات کلینیکی: اساساً معاینه انواع متفاوت داشته که در یک تقسیم بندی بصورت داخل و خارج دهانی و با بهره گیری از اصول معاینه که شامل Inspection مشاهده (نگاه مستقیم)، Palpation لمسی، Percussion دق، Auscultation سمع صورت می گیرد^(۱).

در معاینات خارج دهانی باید به وضعیت صورت و تقارن آن، غدد لنفاوی، معاینه T.M.J و گردن توجه کافی مبذول داشت.

در معاینات داخل دهانی باید به لب ها، گونه، کف دهان، سطح و نترال زبان، سطح پشتی زبان، کام سخت و نرم، اروفارنکس، رترومولر، لثه و دندانها بطور دقیق توجه نمود^(۲).

در حین انجام معاینات اگر به ضایعه ای برخورد کردیم باید بتوانیم آن را بطور کامل توصیف نمائیم که برای رسیدن به این هدف باید خصوصیات ضایعه یا بیماری از جهات مختلف از جمله شکل ضایعه، حساسیت ضایعه، قوام، رنگ، اندازه، تعداد و ... مورد بررسی قرار گیرد^(۳).

با دقت کافی در معاینات کلینیکی و توجه کامل به شرح حال و گرفتن تاریخچه و تسلط کامل پزشک و

تشخیص صحیح ضایعات دهانی کلید اولیه درمان موفق است. 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. با این وجود، در تظاهرات بالینی انواع بیماری های دهان تشابه زیادی وجود دارد که این تشابه امکان دسترسی به یک تشخیص قطعی را کاهش می دهد، که جهت رسیدن به تشخیص نهائی باید از تستهای پاراکلینیکی از جمله بیوپسی استفاده نمود که در همین راستا و با هدف تعیین میزان انطباق تشخیصهای بالینی (به عنوان تشخیص اولیه) با گزارش پاتولوژی (بعنوان تشخیص نهایی) این بررسی صورت گرفته است.

به طور کلی جهت تشخیص صحیح بیماری های دهان از اصول زیر استفاده می گردد:

الف) تاریخچه و شکایت اصلی بیمار: منظور سیر بیماری و سوابق پزشکی و دندانپزشکی قبلی و بیماری های فامیلی و یا بیماری های سیستمیکی که قبلاً به آنها مبتلا شده و یا مبتلا هست و ناراحتی که در حال حاضر از آن رنج می برد.

هدف از این بررسی تعیین میزان همبستگی و تطابق نتایج تشخیص بالینی ضایعات دهانی و آزمایشات بیوپسی که نشان دهنده تشخیص صحیح و یافته میکروسکوپی ضایعه است می باشد.

مواد و روش ها:

جهت انجام این تحقیق توصیفی - تحلیلی با مراجعه به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد پرونده بیمارانی که در طی سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ بیوپسی شده بودند مشخص و گردآوری شد. این اطلاعات شامل: نام و نام خانوادگی بیمار، جنس، سن، ناحیه انجام بیوپسی، تشخیص بالینی گزارش پاتولوژی، تاریخ و شماره بیوپسی بود. ابتدا این اطلاعات به صورت خام برای هر مریض در فرم های مربوطه درج گردید. سپس بر حسب تشخیص بالینی و آسیب شناسی و میزان شیوع هر بیماری مرتب گردید. لازم به ذکر است که پرونده بیمارانی که در دسترس نبود اطلاعات کافی و کاملشان از برگه بیوپسی آنها که در بایگانی موجود بود اخذ گردید. بعد از جمع آوری و طبقه بندی بیماران مجموعاً ۱۷۰ پرونده گردآوری شد که مقایسه تشخیص بالینی و نتیجه تشخیص پاتولوژیک بیوپسی توسط آنالیز آماری کی دو و آزمون دقیق فیشر انجام گرفت.

یافته ها:

از بررسی و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به ۱۷۰ بیماری که در بخش بیماری های دهان مورد بیوپسی قرار گرفته اند نتایج زیر بدست آمده است: بطور کلی در ۸۱/۲ درصد موارد تشخیص بالینی به کمک نتایج حاصل از بیوپسی تایید شده است و در ۱۸/۸ درصد موارد تایید نشده است (جدول ۱).

دندانپزشک در ربط دادن آنها می توان بسیاری از ضایعات دهان را بموقع شناسایی نمود.

ج) تستهای پاراکلینیکی: تست های پاراکلینیکی برای کمک به تشخیص بالینی و انتخاب بین تشخیص های افتراقی کمک کننده هستند و بیشتر در مواردی که نیاز به تایید یا رد تشخیص بالینی وجود دارد به کار می روند.

از جمله تست های پاراکلینیکی می توان از بیوپسی، تست های هماتولوژی، تست های بیوشیمی خون، باکتریولوژی و دیگر تستهای لابراتواری نام برد.

بیوپسی: Biopsy عبارت است از برداشتن تمام یا قسمتی از ضایعه برای بررسی میکروسکوپی. بیوپسی ضایعات مخاط دهان یک روش ساده می باشد که به عنوان یکی از روش های تشخیصی در بیماری های دهان بکار می رود^(۴). نمونه برداری از طریق بیوپسی باید محدود باشد و نباید مشکلات جدی برای بیمار ایجاد کند. این روش در صورت ضرورت برای تشخیص ضایعات اگزوفیتیک، ضایعات سفید و قرمز، ضایعات وزیکولوبولوز، زخم ها، سرطان ها، ضایعات مرکزی و ... بکار می رود. موثرترین راه جهت رسیدن به یک تشخیص درست تهیه یک یا چند بیوپسی از ضایعات و ارزیابی هیستوپاتولوژیکی توسط یک پاتولوژیست ماهر می باشد^(۵).

در موقع بیوپسی ضایعات کوچک باید بطور کامل برداشته شوند که به آن Excisional biopsy می گویند ولی در ضایعات بزرگ بیوپسی از نوع Incisional biopsy است که قسمتی از ضایعه برداشته می شود.

ولی در تمام موارد باید بافت به اندازه کافی برداشته شود و بهتر است که مقداری بافت سالم هم همراه آن باشد^(۲).

جدول ۱: شیوع کلی ضایعات محیط دهان براساس بیوپسی های انجام شده در بخش بیماری های دهان و مقایسه تشخیص بالینی با گزارشات آسیب شناسی

تفاوت در تشخیص بالینی و آسیب شناسی		انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی		میزان بیوپسی انجام شده		(نوع ضایعه)
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۷	۹۰/۳	۶۵	۹۰/۳	۷۲	۴۲/۳	هایپرپلازی های آماسی
۲	۹۳/۱	۲۷	۹۳/۱	۲۹	۱۷	لیکن پلان
۶	۶۴/۷	۱۱	۶۴/۷	۱۷	۱۰	S.C.C
۴	۶۰	۶	۶۰	۱۰	۵/۸	پمفیگوس
۱	۸۷/۵	۷	۸۷/۵	۸	۴/۷	لکوپلاکیا
۰	۱۰۰	۳	۱۰۰	۳	۱/۷	ماکول ملانوتیک
۳	۰	۰	۰	۳	۱/۷	زخم غیراختصاصی
۰	۱۰۰	۲	۱۰۰	۲	۱/۱	پمفیگوئید خوش خیم مخاطی
۱	۵۰	۱	۵۰	۲	۱/۱	لوپوس اریتماتوز
۱	۵۰	۱	۵۰	۲	۱/۱	لیکنوئید راکشن
۰	۱۰۰	۲	۱۰۰	۲	۱/۱	خال
۰	۱۰۰	۲	۱۰۰	۲	۱/۱	گرانولوم پری آپیکال
۱	۵۰	۱	۵۰	۲	۱/۱	پلومورفیک آدنوما
۲	۱۰۰	۰	۰	۲	۱/۱	وروکاکارسینوما
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	وروکاولگاریس
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	OKC
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	COC
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	موکوپای درموئید کارسینوما
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	پاپیلوما
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	ائوزینوفیلیک گرانولوما
۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۰/۵	فوردایس گرانول
۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۰/۵	Bliding (اکسپور)
۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۰/۵	همانژیوما
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	نوروفیبروما
۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۰/۵	آلوئولار کارسینوما
۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰/۵	کیست دنتی ژروس
۳۲	۸۱/۲	۱۳۸	۸۱/۲	۱۸۸	۱۸/۸	

می دهد که ۵۵/۲ درصد موارد آن در خانم ها بوده است شایع ترین سن وقوع آن دهه پنجم و شایع ترین محل آن مخاط گونه می باشد. از بیوپسی های مربوط به لیکن پلان ۵ مورد یعنی ۱۷/۲ درصد آنها همراه با تغییرات دیسپلازی بوده اند.

براساس این تحقیق ۱۰ درصد کل بیوپسی های دهان مربوط به SCC بوده است. در ۶۴/۷ درصد موارد تشخیص بالینی به کمک بیوپسی تایید شده است و در ۳۵/۲ درصد موارد تشخیص اولیه چیز دیگری بوده است که در نهایت با انجام بیوپسی SCC از کار در آمده است. از ۱۷ مورد بیوپسی مربوط به SCC، ۱۰ مورد آن GI، ۵ مورد آن GII و ۲ مورد آن گرید سه بوده است. میزان شیوع SCC در آقایان بیشتر از خانم ها بوده است. ۶۴/۸ درصد موارد مربوط به آقایان و ۳۵/۲ درصد موارد مربوط به خانم ها می باشد. که با توجه به $P=0/16$ این اختلاف معنی دار نبود. سن شیوع آن دهه ۷ و ۸ و محل شیوع آن در درجه اول زبان و بعد گونه، لثه و استیبول و لب می باشد.

۵/۸ درصد از کل بیوپسی های دهان مربوط به پمفیگوس می باشد و در ۶۰ درصد موارد تشخیص اولیه و نهایی یکسان بوده است و در ۴۰ درصد موارد متفاوت بوده اند شیوع آن در خانم ها ۷۰ درصد و در آقایان ۳۰ درصد بوده است. که با توجه به $P=0/33$ اختلاف معنی دار نیست (آزمون دقیق فیشر). شایع ترین سن وقوع آن دهه چهارم و پنجم و شایع ترین محل آن گونه می باشد. لکوپلاکیا ۴/۷ درصد از کل بیوپسی های دهان را شامل می شود در ۸۷/۵ درصد موارد تشخیص بالینی با گزارش آسیب شناسی تایید شده است. ۷۵ درصد موارد وقوع آن در آقایان و ۲۵ درصد موارد آن در خانم ها بوده

البته در تشخیص هیپرپلازی های آماسی در ۹۰/۳ درصد موارد تشخیص اولیه و نهایی یا بر هم منطبق و یا خیلی به هم نزدیک بوده اند و در ۹/۷ درصد موارد با هم اختلاف داشته اند.

۴۲/۳ درصد کل بیوپسی های دهان را هیپرپلازی های آماسی تشکیل داده اند.

در بین هیپرپلازی های آماسی فیبرومای تحریکی از بالاترین میزان شیوع برخوردار بوده است ۱۸/۸ درصد کل بیوپسی های دهان، یعنی ۴۴/۴ درصد هایپرپلازی های آماسی مربوط به فیبرومای تحریکی بوده است. در ۹۰/۶ درصد موارد تشخیص بالینی فیبرومای تحریکی با بیوپسی تایید شده است.

ژانت سل گرانولوما ۱۰ درصد کل بیوپسی های دهان و ۲۳/۶ درصد هایپرپلازی های آماسی را بخود اختصاص داده است و محل وقوع آن لثه و مخاط الوئول بوده است. پیوژنیک گرانولوما ۴/۱ درصد کل بیوپسی های دهان و ۹/۷ درصد هایپرپلازی های آماسی را تشکیل داده است. ۷۱/۵ درصد موارد آن مربوط به خانم ها بوده است (جدول ۲).

۳ مورد از بیوپسی های انجام شده (۱/۷ درصد بیوپسی های دهان) مربوط به عفونت و التهاب لثه بوده است که البته تشخیص اولیه آنها چیز دیگری بوده است. تشخیص بالینی یکی از آنها SCC و یکی استئوژنیک سارکوم و آخری ائوزینوفیلیک گرانولوما بوده است ولی گزارش آسیب شناسی در هر ۳ مورد التهاب و عفونت لثه می باشد.

میزان شیوع هایپرپلازی های آماسی در خانم ها (۵۸/۳ درصد) و در آقایان (۴۱/۶ درصد) بوده است. که با توجه به $P=0/11$ این اختلاف معنی دار نبود. بعد از هایپرپلازی های آماسی لیکن پلان با ۱۷ درصد کل بیوپسی های دهان بالاترین میزان شیوع را نشان

آن در ناحیه خلفی طرفی کام سخت بوده و در جنس مونث اتفاق افتاده است.

از ضایعات بدخیم حفره دهان اول SCC و در ردیف دوم تومورهای بدخیم غدد بزاقی از شیوع بالاتری برخوردار بوده اند (جدول ۱).

در تشخیص هیپرپلازی های آماسی در ۹۰/۳ درصد موارد تشخیص اولیه با گزارش آسیب شناسی یکسان بوده است و در ۹/۷ درصد موارد بین تشخیص اولیه و گزارش آسیب شناسی تفاوت وجود داشته است.

در جدول ۱ میزان شیوع انواع ضایعات دهانی براساس بیوپسی های انجام شده و میزان انطباق تشخیص بیوپسی با تشخیص بالینی درج شده است.

است. شایع ترین محل وقوع آن گونه و شایع ترین سن ابتلا دهه ۴ و ۵ بوده است.

۱/۷ درصد از کل بیوپسی های دهان تحت عنوان زخم های غیراختصاصی گزارش شده است که در این موارد تشخیص اولیه پمفیگوس و لیکن پلان بوده ولی نتیجه بیوپسی زخم غیراختصاصی گزارش شده است. بنابراین تشخیص بالینی با آسیب شناسی متفاوت بوده است.

پمفیگوئید خوش خیم مخاطی شامل ۱/۱ درصد کل بیوپسی های دهان بوده است و تشخیص اولیه آن با گزارش آسیب شناسی تایید شده است.

۱/۶ درصد بیوپسی های دهان مربوط به تومورهای غدد بزاقی بوده است که ۱/۱ درصد مربوط به پلومورفیک آدنوما و ۰/۵ درصد آن مربوط به موکوپای در موئید کارسینوما می باشد. که محل وقوع

جدول ۲: میزان شیوع هایپرپلازی های آماسی براساس بیوپسی های انجام شده در بخش بیماری های دهان و مقایسه تشخیص بالینی با گزارشات آسیب شناسی

انواع هایپرپلازی آماسی (نوع ضایعه)	میزان بیوپسی انجام شده		انطباق تشخیص بالینی و آسیب شناسی		تفاوت در تشخیص بالینی و آسیب شناسی	
	تعداد	درصد از کل	تعداد	درصد از کل	تعداد	درصد از کل
فیبروم تحریکی	۳۲	۱۸/۸	۲۹	۹۰/۶	۳	۹/۳
پیورژنیک گرانولوما	۷	۴/۱	۷	۱۰۰	-	-
ژانت سل گرانولوما	۱۷	۱۰	۱۷	۱۰۰	-	-
موکوسل	۵	۲/۹	۴	۸۰	۱	۲۰
سمتوفاینگ فیبروما	۱	۰/۵	۱	۱۰۰	-	-
کلسیفاینگ فیبروما	۴	۲/۳	۴	۱۰۰	-	-
انفلاماتوری پاپیلن هایپرپلازی	۱	۰/۵	۱	۱۰۰	-	-
دنچرهایپرپلازی	۲	۱/۱	۲	۱۰۰	-	-
التهاب لته	۲	۱/۷	-	-	۳	۱۰۰
کل بیوپسی هایی که مربوط به هایپرپلازی های آماسی بوده است	۷۲	۴۲/۳	۶۵	۹۰/۳	۷	۹/۷

درصد تشخیص بالینی منطبق بر گزارش پاتولوژی بوده و در ۱۸/۸ درصد موارد تشخیص بالینی از نظر هیستوپاتولوژی تایید نشده است. طبق همین بررسی مشخص شد که بیشترین تطابق تشخیص بترتیب مربوط به لیکن پلان، هیپرپلازی های آماسی و لکوپلاکیاست و بالاترین درصد عدم تطابق تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی بترتیب در رابطه با پمفیگوس، S.C.C و لوپوس اریتماتو می باشد.

نتیجه گیری:

اختلاف در تشخیص های بالینی و پاتولوژی ایجاب می کند که اولاً جهت پیشگیری از عوارض جدی و بعضاً جبران ناپذیر ضایعات و تعیین تشخیصی منطبق بر اصول علمی جهت درمانی قاطع و همه جانبه بیماران باید بطور جامع و کامل از نظر بالینی و پاراکلینیکی بررسی شوند. ثانیاً جهت به حداقل رساندن عدم تطابق تشخیص های بالینی و گزارشات آسیب شناسی پیشنهاد می شود تعادل بیشتری بین اساتید در گروه های بالینی و پاراکلینیکی صورت بگیرد. و حتماً در صورت نیاز از سایر روش های پاراکلینیکی که دقیق تر می تواند پاسخگوی بعضی از معضلات تشخیصی باشد از جمله روش های PCR و یا ایمونوهیستوشیمی و... استفاده کرد. اختلاف در تشخیص های اولیه و نهایی به دلیل تهیه بیوپسی از زخم می باشد در ضایعات تاولی دقت در انجام بیوپسی بسیار لازم است و حتماً باید از تاول تازه تشکیل شده برداشت کرد نه زخم.

بحث:

براساس بررسی بعمل آمده، ۴۲/۳ درصد کل بیوپسی های دهان را هیپرپلازی های آماسی تشکیل داده است. بنابراین بالاترین میزان شیوع را نشان می دهد که منطبق بر اکثریت منابع است^(۲). در این مطالعه ۵۵/۲٪ موارد لیکن پلان در زنان و در مخاط گونه اتفاق افتاده که با اکثریت مطالعات مطابقت دارد^(۲). ۱۰٪ کل بیوپسی های دهانی مربوط به S.C.C بوده که در ۶۴/۷ درصد موارد، تشخیص بالینی به کمک بیوپسی تأیید شده اما در ۳۵/۲ درصد موارد تشخیص اولیه بر تشخیص پاتولوژی منطبق نیست و این بیشتر به دلیل نماهای متنوع بالینی S.C.C است^(۴و۲). ۵/۸٪ از کل بیوپسی های انجام شده مربوط به پمفیگوس بوده که در ۴۰٪ موارد، تشخیص اولیه و نهایی مغایرت نشان می داد، ۱/۷٪ از کل بیوپسی های دهان تحت عنوان زخم غیراختصاصی گزارش شده ولی تشخیص اولیه پمفیگوس و لیکن پلان بوده است که همچنین ۱/۷ درصد از کل بیوپسی های حفره دهان در صورتی التهاب و آبرسه گزارش شده که تشخیص اولیه S.C.C، عفونت گرانولوماتوز، استئوژنیک سارکوما و ائوزینوفیلیک گرانولوما بوده است و در یک مورد هم تشخیص بالینی هیپرپلازی آماسی بوده و نتیجه پاتولوژی آن تومور غده بزاقی گزارش شده است.

بطور کلی از بررسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده مربوط به ۱۷۰ بیماری که در این رابطه مورد ارزیابی قرار گرفتند مشخص شد که در ۸۱/۲

منابع:

1. Gowan CG, Grogg TA. Trends in the incidence of histologically diagnosed intra oral squamous cell carcinoma in Northern Irland. Br Dent J 1992; 173: 231-3.
2. Martin S, Greenberj G, Glick M. Burket's oral medicine. 10th ed. United Staues: BC-Decker; 2003. P. 71,172, 271, 313.

3. Bakaeem G, Scuny C. Hereditary Gingival fibromatosis in a family with the Zimmerman. Lab and syndrome. J Oral Pathol & Med. 1997; 20: 457-9.
4. Slecman S, Thomas M, Telfer G. Intra-oral carcinoma simulating benign oral disease. Br Dent J. 1992; 173: 312-13.
5. Mostofi R, Roberts W, Christison W, Talerman A. Low grade papillary Adenocarcinoma of Minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Pathol, 1992; 73: 591-5.