تحقیقی

مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان/ دوره ۱۷، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۴، ۹۵-۹۹

بررسی میزان همخوانی تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی در ضایعات جراحی شده دهان در شهر رشت سالهای ۷۹-۱۳۸۱

دکتر شیلا قاسمی مریدانی* - دکتر زهرا محتشم** - دکتر سیده فاطمه سازش رهبرجو***

*- استادیار گروه آموزشی آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

**- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

***- دندانپزشک.

چکیده

زمینه و هدف: *همخوانی و توافق تشخیصهای بالینی و پاتولوژیکی مبین صحت دیدگاه پزشک بالینی و جراح در تشخیص ضایعات و حائز اهمیت ویژه‌ای است. در این مطالعه همخوانی تشخیصهای بالینی و هیستوپاتولوژیک بررسی گردید تا بدین وسیله میزان هماهنگی و عدم هماهنگی آنها و ضعفهای موجود شناسایی شود.*

روش بررسی: *در یک مطالعه مقطعی کلیه پرونده‌های مربوط به ضایعات دهانی در بایگانی آزمایشگاه آسیب‌شناسی رازی شهر رشت در سالهای ۷۹-۱۳۸۱بررسی و اطلاعات موجود در پرونده‌ها شامل سن، جنس، محل ضایعه، تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک و مشخصات و تخصص پزشک معالج ثبت گردید. سپس میزان همخوانی بین تشخیصهای بالینی و هیستوپاتولوژیک با استفاده از آزمون آماری Kappa تجزیه و تحلیل شد.*

یافته‌ها: *تعداد ۴۶۶ مورد پرونده دهانی ثبت گردید که در ۸۱ مورد معادل ۱۷/۳۸٪ فاقد تشخیص بالینی بودند. دامنه حساسیت در این مطالعه از۴۰٪-۷۹٪ بوده است. بین میزان همخوانی با محل ضایعه و نوع تخصص جراح ارتباطی وجود نداشت. شایعترین ضایعات در گروه ضایعات واکنشی بافت نرم ۲۲/۱٪ بود. بیشترین درجه توافق بین تشخیصهای بالینی و هیستوپاتولوژیک در ضایعات پوستی مخاطی دهان (K=۰/۷۷) و پس از آن در ضایعات احتباسی بزاقی (K=۰/۷۲) مشاهده گردید، در حالی که ضایعات کیستیک (K=۰/۵۲) ضایعات واکنشی بافت نرم (K=۰/۵۲) و ضایعات عفونی (K=۰/۲۹) درجه توافق کمتری داشتند.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به زیادی پرونده فاقد تشخیص بالینی و پایین بودن حساسیت در این مطالعه، ارزیابی علل و راهکارهای مناسب جهت برطرف کردن معضلات فوق از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود. همچنین بازنگری و دقت در علائم بالینی ضایعات کیستیک، واکنشی و عفونی به پزشکان معالج توصیه می‌شود.*

کلید واژه‌ها: *تشخیص کلینیکی - تشخیص هیستوپاتولوژی - ضایعات دهان - هم‌خوانی*

وصول مقاله: ۸۳/۳/۲۳ اصلاح نهایی: ۸۴/۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۸۴/۲/۲۵

نویسنده مسئول: گروه آموزشی آسیب شناسی دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان smoridani@yahoo.com

مقدمه

رسیدن به تشخیص صحیح، مهمترین و اغلب مشکلترین مرحله درمان بیمار است و به عبارتی تشخیص پُلی است بین بیماری و درمان ناخوشی. روند تشخیص آمیخته‌ای از اعمال فکری و عملی است که از طریق آن بیماری مشخص شده و ناخوشی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.(۱)، در اکثر موارد تشخیص نهایی با بررسی هیستوپاتولوژیک ضایعه مشخص می‌شود.

[Downloaded from jida.ir on 2024-04-18]

گاهی نمای میکروسکوپی ضایعات کاملاً تشخیصی است ولی در مواردی یافته‌های هیستوپاتولوژیک مبهم بوده و با ضایعات متفاوتی تطابق می‌یابد. در چنین حالاتی، آسیب‌شناس برای رسیدن به تشخیص نهایی نیاز به علائم بالینی دارد. بنابراین همکاری متقابل و تنگاتنگ پزشک بالینی و آسیب‌شناس ضروری بوده و مانع از گمراهی وی خواهد شد. جهت نیل به تشخیص قطعی و دقیق که هدف اصلی در روند درمانی بیمار می‌باشد بررسی میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک اهمیت می‌یابد و با ارزیابی میزان عدم هماهنگی بین آنها و علل آن می توان راهکارهای مناسب ارائه کرد. به همین جهت در این مطالعه میزان همخوانی تشخیصهای بالینی و هیستوپاتولوژیک ضایعات جراحی شده دهان در یکی از آزمایشگاههای مرجع آسیب‌شناسی دهان در شهر رشت بررسی گردید. در تحقیقی مشابه میزان همخوانی در نمونه‌های دهانی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه زاگرب ۷۰٪ گزارش شد.(۲)، ولی در جستجوی منابع مختلف و پایان‌نامه‌ها مقاله مشابهی مشاهده نگردید. در مطالعه دیگری Atypia کلینیکی و دیسپلازی هیستوپاتولوژیک در نووس ملانوسیتیک اکتسابی بررسی و توافق ضعیفی بین تشخیصهای بالینی و هیستوپاتولوژیک در نووس دیسپلاستیک مشاهده گردید.(۳)، تطابق بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی طبقه‌بندی جذام در تحقیق دیگری انجام گرفت. طبقه‌بندی هیستوپاتولوژیک جذام در ۱۳۵۱ مورد براساس معیارهای Ridley-Jopling صورت پذیرفته و با تشخیص بالینی مقایسه شد.در این مطالعه تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک در ۶۹٪ موارد تطابق داشتند.(۴)، هدف این مطالعه نیز بررسی میزان همخوانی تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک ضایعات دهانی در شهر رشت می‌باشد تا بدین وسیله ضعفهای موجود در تشخیص بیماریهای دهان مشخص گردیده و تغییرات مناسب در برنامه‌ریزیهای آموزشی دندانپزشکان انجام گیرد.

روش بررسی

در یک مطالعه مقطعی پرونده‌های موجود در بایگانی آزمایشگاه آسیب‌شناسی رازی شهر رشت در سالهای ۱۳۷۹-۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفت و پرونده‌های بیماران دچار ضایعات دهانی مجزا گردید. آزمایشگاه مذکور به این علت انتخاب شد که اکثر نمونه‌های دهانی در سطح شهر رشت و حومه به این آزمایشگاه ارسال می‌گردد. اطلاعات موجود در پرونده‌ها شامل سن، جنس، محل ضایعه، تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک، مشخصات و تخصص پزشک معالج است که ثبت گردید. نوع‌ضایعه در نمونه‌های بدست آمده براساس تقسیم‌بندی کتاب مرجع آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت تالیف Neville تقسیم‌بندی شد(۵) و ضایعاتی که از اهمیت یا شیوع ویژه‌ای برخوردار بودند مانند اسکواموس سل کارسینوما به طور مجزا ذکر شدند. کیست‌های ادنتوژنیک و غیرادنتوژنیک نیز که شیوع کمی داشتند با یکدیگر ترکیب شدند.همچنین تشخیصهایی که در تقسیم‌بندی موجود نمی‌گنجیدند ضایعات متفرقه نامیده شده و در نهایت تقسیم‌بندی به شرح زیر ارایه گردید: ضایعات واکنشی بافت نرم (شامل فیبروم تحریکی، فیبروم اسیفیه محیطی، اپولیس فیشوراتوم...)، کیست‌ها (ادنتوژنیک و غیرادنتوژنیک)، ضایعات پوستی مخاطی (شامل لیکن پلان، پمفیگوس، پمفیگویید و...)، اسکواموس سل کارسینوما، گرانولوم پری‌اپیکال، ضایعات استخوانی (شامل استئوم، دیسپلازی فیبرو، گرانوم ژانت سل استخوانی و...) تومورهای خوش‌خیم، ضایعات احتباسی بزاقی(شامل موکوسل، کیست حقیقی احتباسی و...) ضایعات عفونی (شامل التهاب غیراختصاصی و ضایعات گرانولوماتوز) ضایعات اپی‌تلیالی(شامل هیپرکراتوز خوش خیم، خال، زگیل و...) تومورهای ادنتوژنیک

[Downloaded from jida.ir on 2024-04-18]

خوش‌خیم و ضایعات متفرقه. سپس داده‌ها جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS روایت ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل گردید. با استفاده از آزمون آماری Kappa میزان همخوانی بین تشخیصهای بالینی و هیستوپاتولوژیک مورد ارزیابی قرارگرفت.

یافته‌ها

در این بررسی تعداد ۴۶۶ پرونده دهانی مجزا گردید که در ۸۱ مورد معادل ۱۷/۳۸٪ پرونده‌ها ناقص و فاقد تشخیص بالینی بوده و از مطالعه حذف شدند. ۴۶٪ بیماران مرد و ۵۴٪ زن بوده‌اند. ۴۲٪ ضایعات داخل استخوان و ۵۸٪ ضایعات در بافت نرم بوجود آمده بود. از بین ضایعات بافت نرم، شایعترین مکان بروز لثه و سپس گونه ثبت گردید. ضایعات واکنشی بافت نرم و سپس کیست‌های ادنتوژنیک و غیرادنتوژنیک بیشترین فراوانی را در بین ضایعات دهانی داشتند(جدول ۱).

۲۶۲ مورد از ضایعات ارسالی به آزمایشگاه توسط متخصصان جراحی فک و صورت فرستاده شده بود که در ۱۴۹ مورد برابر با ۵۶/۹٪ تشخیص بالینی با تشخیص هیستوپاتولوژیک تفاوتی نداشت. متخصصان بیماریهای دهان و تشخیص ۲۹ نمونه برای بررسی پاتولوژیک ارسال داشتند که در بیست مورد برابر ۶۹٪ تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیک یکسان بود. از تعداد بیست نمونه ارسال شده توسط متخصصان پوست در ۱۳ نمونه معادل ۶۸/۴٪ بین تشخیص کلینیکی و هیستوپاتولوژیک همخوانی وجود داشت. در میزان همخوانی بین گروههای تخصصی ذکر شده در بالا از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری دیده نشد. به علت اینکه در مورد بقیه متخصصان و دندانپزشکان تعداد نمونه‌ها به حدّ نصاب نرسید محاسبه آماری صورت نگرفت. بین حساسیت ضایعات بافت نرم و ضایعات داخل استخوانی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

در جدول ۱ درصد حساسیت ضایعات و حدود اطمینان آن و همچنین درجه توافق در ضایعاتی که از لحاظ آماری به حد نصاب رسیده بودند ذکر شده است.

بحث

روند تشخیص ضایعات و بیماریها در هر قسمتی از بدن، روندی علمی و نظام‌مند است که پزشک بالینی را به سمت تشخیص بیماری و ناخوشی هدایت می‌نماید. بعضی ضایعات و بیماریها دارای علامت یا نشانه‌اختصاصی هستند که منجر به کوتاه شدن روند تشخیص می‌گردد.اما معمولاً فرآیند تشخیصی پیچیده‌تر 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 که اهمیت همکاری بین پزشک معالج و آسیب‌شناس آشکار می‌شود و هرگونه سهل انگاری از جانب طرفین منجر به تشخیص اشتباه و در نهایت تهدید سلامت بیمار خواهد شد. همخوانی و تطابق تشخیصهای بالینی و آسیب‌شناسی مبین صحت دیدگاه پزشک بالینی و جراح در تشخیص ضایعات و حائز اهمیت ویژه‌ای است. به همین جهت هدف در این مطالعه ارزیابی همخوانی تشخیصهای بالینی و هیستوپاتولوژیک بوده تا میزان هماهنگی و عدم هماهنگی آنها و نقاط ضعف موجود مشخص گردد و بر مبنای آن راهکارهای مناسب در برنامه‌ریزیهای آموزشی دانشجویان و دندانپزشکان ارایه گردد.

در این مطالعه از بین ۴۶۶ مورد ضایعه دهانی در ۸۱ پرونده تشخیص بالینی ذکر نشده بود که نشانه بی‌توجهی بعضی از پزشکان معالج به اهمیت بیان تشخیص بالینی در تصمیم‌گیری پاتولوژیست می‌باشد.

دامنه حساسیت در ضایعاتی که از لحاظ آماری به حدّ نصاب رسیده بودند از ۴۰٪-۷۹٪ بوده که در مقایسه با رقم

[Downloaded from jida.ir on 2024-04-18]

جدول ۱: توزیع نمونه ها برحسب نوع ضایعه، درصد حساسیت، درجه توافق و حدود اطمینان در ضایعات جراحی شده دهان در سالهای ۷۹-۱۳۷۱ در شهر رشت

نوع ضایعه	تعداد ضایعه	تعداد همخوانی مثبت	درصد حساسیت	درجه توافق	حدود اطمینان
ضایعات واکنشی	۹۲	۵۶	۶۰/۸	۰/۵۲	۷۰/۷-۵۰/۹
کیست‌ها	۷۲	۴۸	۶۶/۶	۰/۵۲	۷۷/۶-۵۵/۶
ضایعات عفونی	۳۳	۱۱	۳۳/۳	۰/۲۹	۴۹/۵-۱۷/۳
ضایعات پوستی مخاطی	۲۹	۲۳	۷۹/۳	۰/۷۷	۹۴-۶۴/۶
ضایعات استخوانی	۲۷	۱۷	۶۲/۹	۰/۶۲	۷۸/۴-۴۷/۴
ضایعات احتباسی بزاقی	۲۷	۱۵	۵۵/۵	۰/۷۳	۷۴/۴-۳۴/۶
گرانولوم پری اپیکال	۲۵	۱۰	۴۰	–	–
اسکواموس سل کارسینوما	۲۲	۱۴	۶۳/۶	–	–
ضایعات متفرقه	۱۵	۶	۴۰	–	–
تومورادنتوژنیک خوش‌خیم	۱۳	۵	۳۸/۴	–	–
ضایعات اپی تلیالی	۱۳	۷	۵۳/۸	–	–
تومور خوش خیم	۱۱	۴	۳۶/۳	–	–

۷۰٪ که در مطالعه مشابه در دانشکده دندانپزشکی زاگرب به دست آمده بود همخوانی دارد.(۲)، به دلیل اینکه در جستجوی منابع مختلف تنها یک تحقیق در این مورد مشاهده شد، امکان مقایسه جامع وجود ندارد. بین حساسیت ضایعات بافت نرم و ضایعات داخل استخوانی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و مبین آن است که مکـان ضایعه در رونـد تشخیص ضایعات تاثیری نداشته و ضایعات بافت سخت که برای تشخیص آنها نیاز به تبحر در تفسیر رادیوگرافی می‌باشد نیز به اندازه ضایعات بافت نرم قابل تشخیص می‌باشند. میزان همخوانی تشخیصی بین گروهـهای تخصصـی جراح فک و صـورت، متخصصان بیماریهای دهان و تشخیص و پوست از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری نداشت و طبق یافته‌های حاصله، حدود نیمی از تشخیصهای بالینی با تشخیص نهایی هیستوپاتولوژیک مغایرت داشته است که این مسئله قابل تامل می‌باشد. سایر متخصصان دندانپزشک و دندانپزشکان عمومی نیز تعداد کمی نمونه برای بررسی میکروسکوپی ارسال کرده بودند که احتمالاً به دلیل عـدم تمایـل به انجام اعـمال جـراحـی و ارجـاع بیـمـاران به متخصصان جراح و شاید عدم شناخت کافی ضایعات دهانی می‌باشد.

ضایعات واکنشی بافت نرم، کیست‌ها و ضایعات عفونی به ترتیب بیشترین فراوانی را در بین ضایعات داشتند. بر طبق محاسبات انجام شده بیشترین درجه توافق بین تشخیصهای بالینی هیستوپاتولوژیک در ضایعات پوستی مخاطی و پس از آن در ضایعات احتباسی بزاقی بوده است. کمترین درجه توافق در ضایعات التهابی مشاهده گردید. در تحقیق مشابهی که در دانشکده دندانپزشکی زاگرب انجام شده بود ضایعات اپولیس و

[Downloaded from jida.ir on 2024-04-18]

سپس فیبروما بیشترین درجه توافق را نشان دادند(۲)، ولی به دلیل اینکه تقسیم‌بندی ضایعات در مطالعه ذکر شده با مطالعه حاضر متفاوت است امکان مقایسه فراهم نمی‌باشد. با توجه به ارقام حاصله به نظر می‌رسد تشخیص ضایعات پوستی مخاطی دهان و همچنین ضایعات احتباسی بزاقی با سهولت بیشتری انجام می‌گیرد. درحالی که در مورد ضایعات واکنشی بافت نرم درجه توافق تشخیصی در حدّ پایینتری است که شاید علت آن تشابه بالینی ضایعات واکنشی دهان باشد.

اکثر کیست‌های ادنتوژنیک حفره دهان را کیست رادیکولر تشکیل می‌دهد که امکان تشخیص افتراقی آن از گرانوم انتهای ریشه از لحاظ بالینی و رادیولوژیک میسر نمی‌باشد. لذا پایین بودن درجه توافق کیست‌ها قابل توجیه است. همچنین بسیاری از کیست‌های داخل استخوانی نمای بالینی و رادیوگرافیک مشابهی دارند و تنها پس از تشخیص هیستوپاتولوژیک امکان شناسایی آنها وجود دارد. اما در مورد ضایعات عفونی درجه توافق کمترین میزان را به خود اختصاص داد که لزوم توجه ویژه همکاران معالج به این ضایعات احساس می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به وجود تعداد نسبتاً قابل توجه پرونده های فاقد تشخیص بالینی که می تواند روند تشخیص قطعی ضایعات را با مشکل مواجه سازد، آگاه کردن پزشک معالج از عواقب این بی توجهی از اهمیت ویژه‌ای برخودار است. پایین بودن دامنه حساسیت در این مطالعه، لزوم ارزیابی علل و راهکارهای مناسب جهت برطرف کردن این معضل مهم را آشکار می‌سازد. همچنین با توجه به پایین بودن تطابق تشخیصی در ضایعات کیستیک، واکنشی بافت نرم و عفونی، بازنگری و دقت ویژه در علائم بالینی این دسته از ضایعات به پزشکان بالینی توصیه می‌گردد.

REFERENCES

۱. دلپ، ام اچ؛ مانینگ، آر تی. تشخیص فیزیکی میجر، ترجمه هدایتی امامی، م ج. تهران: انتشارات شرکت سهامی چهر؛ ۱۳۷۱، ص ۱-۷.

2. 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.
3. Annessi Cattaruzza MS, Abeni D. Correlation between clinical atypia and histologic dysplasia in acquired melanocytic nevi. J Am Dermatol 2001;45(1):77-85.
4. Bhatia AS, Katoch K, Narayanan RB, Ramu G, Mukherjee A, Lavania RK. Clinical and histopathological correlation in the classification of leprosy. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1993;61(3):443-8.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, Oral and Maxillofacial Pathology, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002, xi-xv.

[Downloaded from jida.ir on 2024-04-18]

[Downloaded from jida.ir on 2024-04-18]

[Downloaded from jida.ir on 2024-04-18]