

همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک ضایعات پوستی - مخاطی در حفره دهان

سیمنا چنگیز: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

* مریم سیدمجیدی: دانشیار، مرکز تحقیقات مواد دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (*نویسنده مسئول).

ثریا خفری: استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: ضایعات پوستی- مخاطی در حفره دهان نمای بالینی مشابهی دارند و بررسی هیستوپاتولوژیکی در افتراق ضایعات مذکور و رسیدن به تشخیص صحیح مؤثر است. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی با هیستوپاتولوژیکی ضایعات پوستی-مخاطی در حفره دهان طی دوره ۱۰ ساله در دانشکده دندانپزشکی بابل انجام شد.

روش کار: در این مطالعه گذشته‌نگر، تعداد ۱۵۰ پرونده بیمار مبتلا به ضایعات پوستی مخاطی که طی دوره ۱۰ ساله (۱۳۹۱ - ۱۳۸۲) به دانشکده دندانپزشکی بابل مراجعه نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات پرونده بیماران شامل سن، جنسیت، محل بروز ضایعه، تشخیص بالینی اول، دوم و سوم در صورت ذکر شدن در پرونده بیمار و تشخیص هیستوپاتولوژیکی ثبت گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و به‌وسیله نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های کاپا و مک نمار مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مطالعه حاضر نشان داد که در ۱۳۲ مورد (۸۸٪) از ضایعات پوستی مخاطی مورد بررسی، تطابق بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی وجود داشت. در ارتباط با لیکن پلان انطباق به میزان ۹۶/۴ درصد به دست آمد. بدون در نظر گرفتن یک مورد لوپوس که از نظر بالینی تشخیص داده نشده بود، بیشترین درصد عدم تطابق هم در رابطه با واکنش لیکنوئیدی در ۵۳/۳٪ موارد یافت شد.

نتیجه‌گیری: جهت نیل به تشخیص دقیق‌تر در ضایعات پوستی-مخاطی نیاز به بررسی نمای بالینی و هیستوپاتولوژیکی ضایعه می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ضایعات پوستی-مخاطی، دهان، تشخیص بالینی، یافته‌های هیستوپاتولوژیک

مقدمه

حفره دهان می‌تواند مکان شایعی برای بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های پوستی مخاطی باشد. ضایعات پوستی مخاطی (شامل پمفیگوس ولگاریس، پمفیگوئید، لیکن پلان، لوپوس اریتماتوز، واکنش لیکنوئید و ...) دارای عوارض و تظاهرات متعددی هستند و تشخیص به‌موقع آن‌ها در کاهش عوارض، درد، ناتوانی و تحمیل دوز دارویی کمتر به بیمار نقش مهمی دارد. با توجه به اینکه گاهی اولین علائم بیماری در دهان تظاهر می‌یابد شناسایی به‌موقع آن‌ها توسط دندان‌پزشک بسیار تعیین‌کننده می‌باشد (۱). مطابق با مطالعه Ramirez-Amador و همکاران، در ۳۶٪ بیماران مبتلا به پمفیگوس ولگاریس اولین علامت بیماری در دهان بروز نموده بود (۲).

وزیکول و بول نشانه‌های بالینی بسیاری از بیماری‌های مختلف با تظاهرات دهانی می‌باشد. لذا تشخیص صحیح جهت درمان و پیگیری بیماری ضروری است (۳). جهت ارائه‌ی تشخیص درست، افزون بر معاینه بیمار و استفاده از آزمایش‌های پاراکلینیکی همچون بیوپسی، داشتن علم و آگاهی کافی در خصوص آسیب‌های دهانی امری ضروری است (۴). شباهت‌ها و داشتن نشانه‌های بالینی نزدیک به هم در برخی آسیب‌ها، دندان‌پزشکان را بر آن می‌دارد که راهکارهای نوینی جهت رسیدن به تشخیص بالینی مناسب ارائه کنند (۴ و ۵). با وجود آنکه تشخیص نهایی آسیب دهان، فک و صورت توسط بیوپسی و بررسی آن توسط آسیب‌شناس تأیید می‌شود، ولی در مواردی یافته‌های هیستوپاتولوژیک با

ضایعه، تشخیص اولیه بالینی و تشخیص هیستوپاتولوژیک ثبت شد. در صورت عدم دسترسی به پرونده اصلی بیماران در بایگانی دانشکده دندانپزشکی یا عدم امکان تماس با بیمار، بیمارانی که اطلاعات پرونده آنها کامل ثبت نشده بود، از مطالعه حذف شدند. متخصصین جهت تشخیص افتراقی ضایعات از نمای بالینی و در صورت لزوم از آزمون‌های آزمایشگاهی و ایمونوفلورسنت استفاده کرده بودند. پس از بیوپسی، نمونه‌ها جهت بررسی هیستوپاتولوژیک به گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی بابل ارسال شده بودند. اسلایدهای میکروسکوپییک مربوطه توسط متخصص پاتولوژی دهان، فک و صورت مورد بازبینی هیستوپاتولوژیک قرار گرفتند و پس از بررسی مجدد نمونه، تشخیص قطعی داده شد. همخوانی تشخیص بالینی بر اساس تشخیص هیستوپاتولوژی بررسی گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و به‌وسیله نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های کاپا و مک نامر مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۵۰ نفر دارای ضایعات پوستی - مخاطی مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول ۱ فراوانی ضایعات به تفکیک نوع بیماری و جنسیت بیماران همراه با میانگین سنی آنان برای هر بیماری آمده است. شایع‌ترین بیماری که هر دو جنس را درگیر نموده بود، لیکن پلان بود. در جدول ۲ همخوانی تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی به تفکیک تشخیص بالینی اول و دوم و سوم نشان داده شده است. از ۱۵۰ ضایعه پوستی مخاطی ۱۳۲ مورد از نظر بالینی به‌درستی تشخیص داده شده بودند. ضریب توافق تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی در مورد لیکن پلان دهانی به میزان $0/623$ ($p < 0/001$) به دست آمد. این مورد راجع به واکنش لیکنوئیدی به میزان $0/128$ ($p = 0/065$) حاصل شد. میزان تطابق در مورد پمفیگوس ولگاریس به میزان $0/756$ ($p < 0/001$) به دست آمد. در هر دو مورد

یافته‌های بالینی همخوانی ندارد و لذا لزوم در نظر گرفتن تشخیص‌های افتراقی مطرح می‌شود (۵). از آنجایی که اطلاعاتی مانند سن، جنس، نوع و محل ضایعات پوستی - مخاطی در تشخیص و طرح درمان نقش مهمی را ایفا می‌کند، لذا جهت تشخیص و به‌ویژه درمان مناسب، بررسی دقیق بیماران از نقطه نظر بالینی و ثبت در پرونده نقش مهمی دارد و بسیار کمک‌کننده می‌باشد. جهت نیل به تشخیص قطعی و دقیق که هدف اصلی در روند درمان بیمار می‌باشد، بررسی میزان همخوانی تشخیص‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک اهمیت می‌یابد و با ارزیابی میزان عدم هماهنگی بین آنها و علل آن می‌توان راهکارهای مناسب ارائه کرد. مطالعه زارع و همکاران در دانشکده دندانپزشکی مشهد نشان داد که در $77/5\%$ از ضایعات پوستی مخاطی مورد بررسی، تطابق بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی وجود داشت (۱). از طرفی دیگر به دلیل اینکه حفره دهان می‌تواند مکان شایعی برای بسیاری از بیماری‌ها مثل ضایعات پوستی - مخاطی باشد و تشخیص ضایعات پوستی - مخاطی فقط بر اساس نمای بالینی دشوار است و همچنین شباهت در ویژگی‌های بالینی بسیاری از ضایعات پوستی - مخاطی موجب برخی از مشکلات در تشخیص مناسب ضایعه می‌شود؛ ازاین‌رو مطالعات هیستوپاتولوژیک و ایمونوفلورسنت در ضایعات تاولی اهمیت زیادی دارد (۶ و ۷). مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تطابق یافته‌های بالینی و هیستوپاتولوژیک در بیماری‌های پوستی - مخاطی ثبت شده در پرونده‌های بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی بابل از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۹۱ انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی - توصیفی، پرونده بیماران با ضایعات پوستی - مخاطی مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل طی ۱۰ (از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۱) پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. مشخصات بیماران از قبیل سن، جنس، محل

جدول ۱- فراوانی ضایعات به تفکیک نوع بیماری و جنسیت بیماران همراه با میانگین سنی آنان برای هر بیماری

نوع بیماری	تعداد بیمار	مرد (تعداد) درصد	زن (تعداد) درصد	میانگین سنی	فراوانی بین ضایعات پوستی-مخاطی
لیکن پلان دهانی	۱۱۰	۲۶/۴ (۲۹)	۷۳/۶ (۸۱)	۱۴/۶ ± ۴۴/۸۵	٪۷۳/۳
واکنش لیکنوئیدی	۱۵	۳۳/۳ (۵)	۶۶/۷ (۱۰)	۱۴/۵ ± ۳۷/۱۳	٪۱۰
پمفیگوس	۲۲	۴۵/۵ (۱۰)	۵۴/۵ (۱۲)	۱۳/۶ ± ۴۰/۵۵	٪۱۴/۷
پمفیگوئید	۲	۰(۰)	۱۰۰ (۲)	۸/۴ ± ۶۶	٪۱/۳
لوپوس اریتماتوز	۱	۱۰۰(۱)	۰(۰)	۴۰	٪۰/۷

جدول ۲- همخوانی تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی به تفکیک تشخیص بالینی اول و دوم و سوم

نوع بیماری	عدم تشخیص در تشخیص های بالینی (عدم انطباق)	تشخیص در بالینی (وجود انطباق)	تطابق هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی اول	تطابق هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی دوم	تطابق هیستوپاتولوژیکی با تشخیص بالینی سوم
لیکن پلان دهانی	درصد(تعداد) ۴/۳/۶	درصد(تعداد) ۱۰۶/۹۶/۴	درصد(تعداد) ۱۰۱/۹۱/۸	درصد(تعداد) ۱/۸ (۲)	درصد(تعداد) ۲/۷ (۳)
واکنش لیکنوئیدی	۵۳/۳ (۸)	۴۶/۷ (۷)	۲۰ (۳)	۲۶/۷ (۴)	-----
پمفیگوس	۲۲/۷ (۵)	۷۷/۳ (۱۷)	۶۸/۲ (۱۵)	۹/۱ (۲)	-----
پمفیگوئید	۰(۰)	۱۰۰ (۲)	۱۰۰ (۲)	-----	-----
لوپوس اریتماتوز	۱۰۰ (۱)	۰(۰)	-----	-----	-----

دهان بروز می‌نماید (۲). نمای مورفولوژیک ضایعه، شامل محل جداشدگی بافت و تغییرات سلولی مثل وجود یا عدم وجود آکانتولیز که اولین بار توسط Lever توصیف شد، در ارزیابی میکروسکوپی ضایعات و زیکولوبولوز نقش کلیدی دارد (۱۰). گاهی حتی به‌وسیله نمای میکروسکوپی، تشخیص محل بولا امکان‌پذیر نمی‌باشد؛ زیرا در برخی ضایعات، بول زیر اپیدرمی به دلیل رشد مجدد اپیتلیوم از قاعده ضایعه تبدیل به بول اینتراپیتلیال می‌گردد. گاهی این اتفاق خیلی سریع رخ داده و در نتیجه باید یک بول داخل اپیتلیالی بزرگ بدون آکانتولیز به‌عنوان بول ساب اپیدرمال ترمیم شده در نظر گرفته شود و جهت حل این مشکل پیشنهاد می‌شود که بیوپسی در کمتر از ۲۴ ساعت از پیدایش ضایعات صورت گیرد (۱۱ و ۱۲). به این دلیل مطالعات ایمونوفلورسنت در تشخیص قطعی این‌گونه ضایعات نقش مهمی ایفا می‌نماید (۱۵-۱۳).

در مطالعه حاضر میزان تطابق بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی ۸۸٪ بود. در مطالعه هاشمی پور و همکارانش در شیراز بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ میزان تطابق تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژیکی ضایعات حفره دهان ۶۵٪

پمفیگوئید (۱۰۰٪) تطابق بین تشخیص بالینی اولیه و گزارش پاتولوژی نهایی وجود داشت، حال آنکه در یک مورد لوپوس اریتماتوز مورد بررسی، بیماری از نظر بالینی تشخیص داده نشده بود. ۵۱٪ افراد در بیش از یک ناحیه از حفره دهان خود درگیری داشتند. ترتیب شیوع درگیری در نواحی مختلف دهان به این صورت بود که ۵۱/۲ درصد از افراد درگیری مخاط باکال، ۲۱/۶ درصد درگیری زبان، ۱۲/۴ درصد درگیری لثه و مخاط آلوتول، ۱۱/۲ درصد درگیری لب و ۳/۶ درصد درگیری در کام را نشان دادند.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مشکلات تشخیصی در آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، ضایعات پوستی-مخاطی هستند. ضایعات پوستی-مخاطی متعددی در مخاط دهان ایجاد می‌شوند و گاهی اولین علامت بیماری نیز در آنجا تظاهر می‌یابد؛ مانند پمفیگوس و لگاریس که یک بیماری پوستی-مخاطی اتوایمیون مزمن با تظاهر اولیه دهانی می‌باشد (۸ و ۹). همان‌طور که در مطالعه‌ای نشان داده شد که در ۳۶٪ بیماران مبتلا به پمفیگوس و لگاریس اولین علامت بیماری در

اشتباه کارسینوم سلول سنگفرشی تشخیص داده شود (۲۴).

در دو مورد پمفیگوئید مورد مطالعه تطابق بین تشخیص بالینی اولیه و گزارش پاتولوژی نهایی وجود داشت که به نظر می‌رسد نمای بالینی آن کاملاً واضح می‌باشد. در ارتباط با لیکن پلان این انطباق ۹۶/۴ درصد بود که این درصد بالا به دلیل نمای مشخص آن به خصوص در رابطه با وجود خطوط ویکهام می‌باشد.

Eversole بیان کرد که برای تشخیص قطعی، علاوه بر نمای بالینی، نمای میکروسکوپی و نمای رادیوگرافیک ضایعات هم باید بررسی شود (۲۵). البته جهت تشخیص بیماری‌های وزیکولوبولوز گاهی علاوه بر نمای بالینی و بررسی هیستوپاتولوژیک، مطالعات ایمونوفلورسنت نیز لازم است.

در مطالعه دیهیمی و همکارانش در اصفهان که به انواع تشخیص نادرست و دلایل آن پرداخت مشاهده شد که گاهی اوقات بین پاتولوژیست‌ها در ارائه پاسخ صحیح اختلاف نظر وجود داشت که منجر به مشکل در ارائه طرح درمان می‌شود (۱۷). Abbey و همکارانش به آزمایش ۶ پاتولوژیست دهان و فک و صورت جهت تشخیص ۱۲۰ ضایعه حفره دهان پرداختند و تشخیص آنان از یک هیپرکراتوز تا دیسپلازی شدید متغیر بود. در تشخیص دیسپلازی خفیف تا متوسط ۵۰/۵٪ پاتولوژیست‌ها پاسخ صحیح داده بودند که در ۲۰٪ موارد پاتولوژیست‌ها قادر به تکرار نظر قبلی خود راجع به وجود دیسپلازی نبودند (۲۶).

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به ناکامل بودن پرونده‌های بیماران اشاره نمود که شایسته است در زمان برداشت بافت و بیوپسی از بیماران، به این امر توجه بیشتری شود زیرا اطلاعات بالینی شامل نمای بالینی ضایعه، منفرد یا متعدد بودن ضایعه، مدت ایجاد آن، علائم بالینی، همراهی ضایعات دهانی و پوستی و... می‌تواند جهت رسیدن به تشخیص صحیح بسیار کمک‌کننده باشد.

جهت رسیدن به تشخیص صحیح نیاز به بررسی نمای بالینی و هیستوپاتولوژی ضایعه می‌باشد.

گزارش شد (۱۶) و در مطالعه دیهیمی و همکارانش در اصفهان طی نه سال (۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹) این تطابق به میزان ۵۷٪ بود (۱۷). در بررسی ساغروانیان و همکاران نیز تطابق به میزان ۶۹/۳٪ به دست آمد (۱۸). ما در مطالعه‌ی دیگر در طی ۸ سال میزان تطابق تشخیص بالینی اول و تشخیص هیستوپاتولوژیکی ضایعات دهان و فک و صورت را در ۷۹ درصد یافتیم (۱۹). در بررسی مقالات تنها به یک مورد تحقیق مشابه که توسط زارع و همکاران انجام گرفته است برخورد نمودیم که در آن مطالعه در ۲۹۵ مورد (۷۷/۵٪) از ضایعات پوستی - مخاطی مورد بررسی، تطابق بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی وجود داشت و در پمفیگوئید و خال سفید اسفنجی در تمام موارد تطابق کامل بین تشخیص‌های کلینیکی و هیستوپاتولوژی وجود داشت (۱). سرآبادانی و همکاران نیز در مطالعه بر روی ۷۳ بیمار دارای ضایعات اگزوفیتیک محیطی بافت نرم دهان دریافتند که تنها در ۶۲ مورد از بیماران (۸۱/۷٪) تشخیص بالینی بر تشخیص هیستوپاتولوژیک منطبق بود (۲۰). Oti و همکاران در بررسی ۵۹۷ ضایعه دهانی صورتی این میزان تطابق را برابر با ۶۲/۸٪ یافتند (۲۱). در تحقیق Patel و همکاران در بررسی ضایعات بافت نرم دهان میزان تطابق را در ۵۰/۶٪ و در حد متوسط یافتند و نتیجه گرفتند که متخصصین در تشخیص ضایعات بدخیم و پیش بدخیم کمی بهتر از دندان‌پزشکان عمومی عمل نموده‌اند (۲۲).

Powsner نشان داد که در ۳۰٪ موارد بین تشخیص جراح و گزارش پاتولوژیست اختلاف وجود داشته است که افزایش تجربه جراح و ارتباط بیشتر با پاتولوژیست سبب کاهش این درصد می‌شود (۲۳).

البته به نظر می‌رسد که گاهی اوقات برداشت بیوپسی‌ها به‌طور سطحی سبب تشخیص نادرست توسط پاتولوژیست می‌شود. برای مثال به دلیل تشابه نمای میکروسکوپی هیپرپلازی پسوداپی تلیوماتوزو کارسینوم سلول سنگفرشی ممکن است در مواردی که بیوپسی عمق کافی را نداشته باشد، به‌جای هیپرپلازی پسوداپی تلیوماتوز، به

immunohistochemical techniques in the differentiation of subepidermal bullous diseases. *Am J Dermatopathol* 1991;13(1):77-83.

7. Lazaro-Medina A, Robbins TO, Bystryn JC, Ackerman AB. Limitations in the diagnosis of vesicubullous diseases. *Am J Dermatopathol* 1983;5(1):7-10.

8. Tamgadge S, Tamgadge A, Bhatt DM, Bhalerao S, Pereira T. Pemphigus vulgaris. *Contemp Clin Dent* 2011;2(2):134-7.

9. Kneisel A, Hertl M. Autoimmune bullous skin diseases. Part 1: Clinical manifestations. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9(10):844-57.

10. Lever WF, Thomas CC, Caplan RM. Pemphigus and pemphigoid. *Arch Intern Med* 1965;116(2):308-9.

11. Pierad J, Whimster I. The histological diagnosis of dermatitis herpetiformis, bullous pemphigoid and erythema multiform. *Br J Dermatol* 1961;73:253-66.

12. Saxe N, Kahn LB. Subepidermal bullous disease. A correlated clinico-pathologic study of 51 cases. *J Cutan Pathol* 1976;3(2):88-94.

13. Jablonska S. Uses for immunofluorescence tests of skin and sera. Utilization of immunofluorescence in the diagnosis of bullous diseases, lupus erythematosus, and certain other dermatoses. *Arch Dermatol* 1975;111(3):371-81.

14. Malipedi R. Epidermolysis bullosa and cancer. *Clin Exp Dermatol* 2002;27(8):616-23.

15. Valeski JE, Kumar V, Beutner EH, Cartone C, Kasprzyk K. Differentiation of bullous pemphigoid from epidermolysis bullosa acquisita on frozen skin biopsies. *Int J Dermatol* 1992; 31(1):37-41.

16. Hashemipoor M, Moradi M, Mojtahedi A. Comparative evaluation of clinical and histological findings in oral and maxillofacial diseases Shiraz Univ Dent J 2009;10(1):31-7. [Persian].

17. Deihimi P, Ferdowsi M. Correspondence of clinical diagnosis with histopathologic diagnosis of oral lesions in patients referring to oral pathology department of Isfahan dentistry school from 1370 to 1379. *Beheshti Univ Dent J* 2004;22(1):38-48. [Persian].

18. Saghravanian N, HosseinpourJajarm H, Salehinejad J, AfzalAghaie M, Ghazi N. A 30-year comparison of clinical and histopathological diagnoses in salivary gland lesions, odontogenic cysts and tumors in Mashhad Dental School-Iran. *J Mash Dent Sch* 2011; 34(4):299-308. [Persian].

19. Foroughi R, Seyedmajidi M, Bijani A, Omid Dezyani M. Comparison of clinical diagnosis and histopathological report of referred biopsies to oral and maxillofacial pathology department of dental school of Babol, Iran (2003-2010). *J Babol Univ Med Sci* 2013;15(6):71-7. [Persian].

20. Sarabadani J, Ghanbariha M, Khajehahmadi S, Nehighalehno M. Consistency rates of clinical

به‌ویژه در مورد ضایعات پوستی - مخاطی که نمای بالینی آن‌ها اختصاصی نمی‌باشد و گاه نمای مشابه بالینی دارند تشخیص دقیق تنها بر اساس اطلاعات بالینی میسر نبوده، در نظر گرفتن همزمان نمای بالینی و میکروسکوپی و گاه انجام آزمایش‌های ایمونوفلورسنت برای تشخیص ضایعات مفید می‌باشد؛ بنابراین در مورد ضایعات پوستی مخاطی بررسی دقیق بالینی بیمار جهت رسیدن به تشخیص صحیح و قطعی ضایعه ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل به شماره ۹۲۳۵۳۱۶ می‌باشد و هزینه آن توسط معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل پرداخت شده است که بدین‌وسیله تشکر می‌گردد.

منابع

- Zare Mahmoodabadi R, Salehinejad J, Khajehahmadi S, Saghafi S, Javan A, Taherymoghada S. Consistency rates of clinical and histopathologic diagnoses of mucocutaneous lesions in oral cavity. *J Mash Dent Sch* 2013; 36(4):309-16.
- Ramirez-Amador VA, Esquivel-Pedraza L, Orozco-Topete R. Frequency of oral conditions in a dermatology clinic. *Int J Dermatol* 2000;39(7):501-5.
- Anuradha CH, Malathi N, Anandan S, Magesh KT. Current concepts of immunofluorescence in oral mucocutaneous diseases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2011; 15(3):261-6.
- Salehinejad J, Saghravanian N, AfzalAghaie M, Mohamadiyan R, Ghazi N. A 30-year evaluation of the agreement between clinical and histopathological diagnoses of peripheral epithelial and mesenchymal lesions in Mashhad Dental School, 1976-2006. *Shiraz Univ Dent J* 2011; 12(4):291-7.
- Ghasemi Moridani SH, Mohtasham Amiri Z, Sazesh SF. Correlation between clinical and histopathological diagnosis of oral lesions surgery in the city of Rasht (2000-2002). *JIDA* 2005;17:95-9.
- Mutasim DF, Diaz LA. The relevance of

and histopathologic diagnoses of oral soft tissue exophytic lesions. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect* 2009;3(3):86-9.

21. Oti AA, Donkor P, Obiri-Yeboah S, Yelibora M. Concordance between clinical and histopathological diagnoses at Komfo Anokye Teaching Hospital Oral and Maxillofacial Unit. *Surgical Science* 2013;4:210-2.

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

23. Powsner SM, Costa J, Homer RJ. Clinicians are from Mars and pathologists are from Venus. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124(7):1040-6.

24. Greenberg MS, Glick M. *Burket's Oral Medicine*. 10th ed. Hamilton: B.C. Decker Inc; 2003. P. 144.

25. Eversole LR. Evidence-based practice of oral pathology and oral medicine. *J Calif Dent Assoc* 2006;34(3):448-54.

26. Abbey LM, Kaugars GE, Gunsolley JC, Burns JC, Page DG, Svirsky JA, et al. Intraexaminer and interexaminer reliability in the diagnosis of oral epithelial dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80(2):188-91.

Concordance between clinical and histopathological diagnoses of mucocutaneous lesions in oral cavity

Sima Changiz, Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

***Maryam Seyedmajidi**, Associate Professor, Dental Materials Research Center, Dental Faculty, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (*Corresponding author).

Soraya Khafri, Assistant Professor of Biostatistics and Epidemiology, Medical Faculty, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Abstract

Background: Mucocutaneous lesions in the oral cavity have similar clinical features and histopathological examination of the lesions is important for reaching a correct diagnosis. The aim of this study was to assess the concordance between clinical and histopathological diagnoses in mucocutaneous lesions of the oral cavity during 10 years (2003-2012) in Babol Dental School.

Methods: In this retrospective study, records related to 150 patients with mucocutaneous lesions were analyzed in Babol Dental School from 2003 to 2012. Patient's data including age, gender, location of lesions, first, second and third clinical diagnosis that listed and histopathological diagnosis were recorded. Data analysis was done by SPSS software and Kappa and Mac Nemars tests.

Results: Present study showed that in 132 cases (88%) with oral mucocutaneous lesions, there was agreement between clinical and histopathological diagnoses. This concordance was 96.4% about lichen planus. Regardless of a case of lupus that clinically was not diagnosed, the highest percentage of inconcordance was found about lichenoid reaction in 53.3% of cases.

Conclusion: In order to reach a more accurate diagnosis of mucocutaneous lesions, clinical and histopathological features of lesions is needed.

Keywords: Mucocutaneous lesions, Oral cavity, Clinical diagnosis, histopathologic findings