مقاله پژوهشی کوتاه

بررسی میزان تطابق تشخیص کلینیکی و میکروسکوپی در نمونه های بیوپسی شده فک و دهان (بررسی گذشته نگر ۶ساله)

دکتر اقدس فروزنده[۱]، دکتر فاطمه شاهسواری[#۲]، دکتر مریم محجوب[۳]

۱- دانشیار بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دندانپزشکی تهران
۲- استادیاربخش آسیب دهان، فک و صورت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دندانپزشکی تهران
۳- دندانپزشک

خلاصه:

سابقه و هدف: همخوانی و توافق تشخیص‌های بالینی و پاتولوژیکی نشان دهنده صحت دیدگاه کلینیسین و جراح در تشخیص ضایعات است. در این مطالعه همخوانی تشخیصهای بالینی و پاتولوژی بررسی شد تا میزان هماهنگی و عدم هماهنگی و ضعفهای موجود شناسایی شود.

مواد و روش ها: این تحقیق به روش توصیفی و براساس داده های موجود انجام گرفت. متغیرهای تحقیق (شامل سن وجنس بیمار نوع و محل ضایعه، خصوصیات کلینیسین بیوپسی کننده، نوع تشخیص بالینی پاتولوژی بود. در آنالیزآماری از ضریب توافق کاپا و مدل آماریregression logistic binary استفاده شد.

یافته ها: از۱۳۳۷نمونه تعداد۶۸۳ مورد در کل دارای همخوانی بالینی و میکروسکوپی با ضریب توافق ۶۵/۱ درصد بودند. ضریب توافق در تشخیص بالینی اول ۵۲/۴درصد بود. بالاترین ضریب توافق در ضایعات اپولیس فیشوراتوم،پمفیگوس ولگاریس، پاپیلوماو رانولا بود و پایین ترین ضریب توافق را زخم غیر اختصاصی، هایپر پلازی خوش خیم اپیتلیال،لکوپلاکیا، میکسوما و کراتواکانتوما بدست آوردند. سن و جنس و محل ضایعه تاثیر معنی داری در میزان ضریب توافق نداشتند. ۲۸۸ پرونده (۲۱درصد) فاقد تشخیص بالینی بودند. بالاترین ضریب توافق در جراحان فک و صورت دیده شد.

نتیجه گیری: وجود تعداد زیاد پرونده فاقد تشخیص بالینی می تواند نشان دهنده بی توجهی کلینیسین ها به ارزش یافته های بالینی در تشخیص قطعی ضایعات باشد.

کلید واژه ها: تشخیص بالینی، تشخیص میکروسکوپی، ضایعات دهانی

وصول مقاله: ۹۰/۷/۲ اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۱۳ پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۳۰

مقدمه:

تشخیص صحیح ضایعات دهانی نیازمند همکاری صحیح بین کلینیسین و پاتولوژیست است. عدم تشخیص به موقع و تشخیص غیر صحیح ضایعات، مشکلات و عوارض درمانی را به دنبال دارد.[(۱)] استفاده از تشخیص بالینی به تنهایی ممکن است موجب تشخیص غیر صحیح و درمان نامناسب گردد. امروزه استفاده از رادیوگرافی وانجام بیوپسی وبررسی‌های میکروسکوپی از راه های کمکی در تشخیص قطعی ضایعات است.[(۲)] برای تشخیص آسیب‌های دهانی رده‌بندی و شناخت شایع‌ترین آنها دارای اهمیت است. آسیب‌های دهانی به روش‌های گوناگون رده‌بندی می‌شوند. همچنین برای تشخیص درست بیماری‌های دهان از اصولی همچون شکایت اصلی بیمار، تاریخچه پزشکی و دندانپزشکی بیمار، معاینه‌های بالینی و آزمون‌های پاراکلینیکی مانند بیوپسی،

[#] **نویسنده مسئول مکاتبات:** دکتر فاطمه شاهسواری-خیابان پاسداران گلستان پنجم پلاک ۱۷۷دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت
Email:shaahsavari@gmail.com تلفن: ۰۹۱۲۲۳۷۲۲۷۹

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1390.8.4.7.2]

بررسی‌های هماتولوژیک و بیوشیمی خون و دیگر آزمون‌ها و نشانه‌ها می‌توان کمک گرفت. [۵-۳]

موثرترین راه بری رسیدن به یک تشخیص صحیح در آسیب‌های دهانی برداشت نمونه‌های مناسب ازضایعه و بررسی آن به وسیله یک آسیب شناس ماهر است. [۶] با توجه به این که در برخی از موارد آسیب‌های بدخیم همچون لنفوم و لوسمی ممکن است دارای نمای بالینی همانند آسیب های خوش‌خیم، چون پیوژنیک گرانولوما باشد در این راه نمونه برداری می‌تواند کمک کننده باشد.

مواد و روش‌ها:

این تحقیق توصیفی به روش جمع آوری داده‌های موجود انجام گرفت. نمونه‌گیری به روش سر شماری انجام شد و روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده از فرم اطلاعات بیماران موجود در پرونده، مشاهده پرونده و ثبت نتایج بدست آمده بود.در ابتدا کلیه پرونده‌هایی را که برای بررسی میکروسکوپی نمونه های بیوپسی شده از ضایعات دهانی به بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی آزاد تهران وآزمایشگاه رازی رشت (آزمایشگاه ارجاعی نمونه های فک و صورت در شهر رشت) در طی سال های ۱۳۸۳-۱۳۸۸فرستاده شده بود مورد بررسی قرار گرفت. سپس با استفاده از برگه هایی که به وسیله دندانپزشک یا پزشک ارجاع دهنده کامل شده بود، اطلاعات بیماران شامل،نام و نام خانوادگی، جنس، سن ، محل ضایعه و رشته تخصصی دندانپزشک یا پزشک ارجاع دهنده ثبت شد،سپس اولین تشخیص بالینی هر ضایعه ثبت و در مرحله بعد تشخیص میکروسکوپی هر ضایعه نیز ثبت گردید و داده‌ها در فرم اطلاعاتی نوشته شد. در این مطالعه سن بیماران براساس دهه گروه بندی شد. محل ضایعه به ۲ گروه ضایعات محیطی(مخاطی) و مرکزی(داخل استخوانی) تقسیم بندی شد. ضایعات بر اساس ضایعات دهانی کتاب آسیب شناسی دهان نویل۲۰۰۹طبقه بندی شدند.[۷] جهت تعیین میزان تطابق یافته های بالینی و میکروسکوپی از ضریب توافق کاپا استفاده گردید. ضریب توافق عالی بالای ۸۰ در صد وضریب توافق خوب بالای ۷۰ درصد و ضریب توافق متوسط بالای ۵۰ درصد و ضریب توافق ضعیف زیر ۵۰درصد تعریف شد. [۸] سپس داده های به دست آمده به جداول خالی وارد شد، آنگاه داده‌ها با آزمون آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از ضریب توافق (جهت تعیین میزان تطابق یافته های بالینی و میکروسکوپی) و مدل آماری Binary Logistic Regression (جهت تعیین اثر عوامل مختلف بر توافق یافته‌ها) با استفاده از نرم افزار SPSS13 استفاده شد.

یافته ها:

این تحقیق به صورت سرشماری و به روش جمع آوری داده‌های موجود بر روی۱۳۳۷ نمونه پرونده انجام شد.۷۵۰نمونه باجنسیت زن(۵۶درصد) و۵۷۱ نمونه با جنسیت مرد (۴۳درصد) بودند. ۱ درصد از کل ضایعات فاقد این اطلاعات بودند. فراوان ترین ضایعه دهانی کیست پری اپیکال و گرانولوم پری اپیکال بود که به ترتیب ۱۱۲و۱۱۰مورد ضایعه را به خود اختصاص دادند.ضریب توافق کل ضایعات۶۵/۱درصد بود و ۲۸۸ پرونده (۲۱ درصد) فاقد تشخیص بالینی بودند.

۶۸۳ نمونه پرونده دارای همخوانی تشخیص بالینی و میکروسکوپی بودند. ضریب توافقی در تشخیص بالینی اول ۵۲/۴ درصد و ضریب توافقی در تشخیص بالینی دوم ۱۰/۵ درصد ودر تشخیص بالینی سوم۲ درصد و در تشخیص بالینی چهارم ۰/۲ درصد بود. ضریب توافق عالی درتشخیص بالینی اول مربوط به ضایعات اپولیس فیشوراتوم (۹۱/۳ درصد) پمفیگوس ولگاریس (۸۸/۲ درصد)، پاپیلوما(۸۷/۵درصد)، استئوما (۸۰درصد) ورانولا (۸۳/۳ درصد) بود ضریب توافق خوب در تشخیص بالینی اول مربوط به ضایعات اسکواموس سل کاسینوما(۷۸/۴درصد)،موکوسل(۷۸درصد)، تروماتیک بون کیست(۷۷/۸درصد)،نووس(۷۵٪)،لیپوما(۷۵درصد)،لیکن‌پلان (۷۴/۳) ژانت سل گرانولوم مرکزی،(۷۲/۲درصد) وادنتوم کمپلکس(۷۱/۴درصد)، پیوژنیک گرانولوم (۶۹/۲درصد)بود. ضریب توافق متوسط در تشخیص بالینی اول مربوط به ضایعات کیست رادیکولاروادونتوژنیک کراتوسیست

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1390.8.4.7.2]

(۶۲/۱درصد) موکواپیدرموئید کارسینوم (۶۰درصد) کیست لترال پریودنتال(۶۰درصد) کیست دنتی ژور(۵۹/۱درصد) فیبروم تحریکی(۵۳درصد)، ژانت سل گرانولوم محیطی(۵۲/۷درصد) رزیجوال کیست(۵۰درصد) بود.فولیکول دندانی هایپر پلاستیک(۴۶/۲درصد)، پری اپیکال گرانولوما (۴۴/۷درصد)، اسفاین فایبروما(۴۰درصد)، استئومیلیت (۴۰درصد)، آملوبلاستوما (۳۷درصد) موکوس ممبرین پمفیگوئید (۳۳/۳درصد)، پلئومورفیک آدنوما(۳۳/۳درصد)، واکنش‌های لیکنوئیدی (۳۳/۳درصد)، کیست کانال انسیز.یو(۳۳/۳درصد) فیبرو اپی تلیال هایپریلازی (۲۹/۴درصد) اگزوستوز(۲۰درصد).کیست التهابی ادنتوژنیک(۱۲/۵درصد) و زخم غیر اختصاصی(۲/۳درصد)جز ضایعات با ضریب توافق ضعیف در تشخیص بالینی اول مطالعه ما به ثبت رسیدند.بیشترین فراوانی ضایعات مربوط به گروه تومورهای بافت نرم با ۲۷۰ نمونه بودوکمترین فراوانی به گروه ضایعات رشدی تکاملی با ۹ نمونه بود.بالاترین ضریب توافق را گروه بیماری پوستی- مخاطی (۶۵/۹درصد) به دست آوردند. پائینترین ضریب توافق را گروه ضایعات رشدی نموی (۲۲/۲درصد)به دست آوردند. از دیگر عواملی که تاثیر آن را بر میزان ضریب توافق سنجیدیم پزشک یا دندانپزشک ارجاع دهنده بود: بالاترین ضریب توافق را جراحان فک و صورت به دست آوردند(۵۳/۷درصد) و این یعنی از تعداد۸۶۲ نمونه ارجاعی ۴۶۳ نمونه دارای همخوانی تشخیص بالینی و میکروسکوپی بودندوپائینترین ضریب توافق را گروه پزشکان متخصص به دست آوردند(۴۰/۶درصد). از ۳۲نمونه ارجاعی از طرف پزشکان ۱۳ نمونه دارای همخوانی تشخیصی بود و تفاوت معنی داری از این لحاظ به دست نیامد و در بررسی تمامی گروه‌ها دامنه ضریب توافقی از متوسط تا ضعیف بود.در بررسی تاثیر جنسیت بیماران هم تفاوت معنی داری درضریب توافق گروه زنان ومردان مشاهده نشد. در بررسی سن بیماران و تاثیرآن بر میزان ضریب همخوانی تفاوت معنی داری در گروه‌های مختلف سنی مشاهده نشد. یکی دیگر از عوامل مرتبط، محل ضایعه بود که بر همین اساس ما ضایعات را در ۲ گروه ضایعات محیطی و مرکزی بررسی کردیم. بدین ترتیب ۵۴۷ نمونه در گروه ضایعات محیطی و۵۰۲ نمونه در گروه ضایعات مرکزی قرار گرفتند. ضریب توافقی در گروه ضایعات محیطی۵۶/۸٪ بود واین به معنای این است که در ۳۱۱ نمونه دارای همخوانی تشخیصی بودند. در گروه ضایعات مرکزی ۲۳۸نمونه (۴۷/۴٪) دارای همخوانی تشخیصی بودند.

بحث:

در مطالعه حاضرضریب توافق تشخیص بالینی و میکروسکوپی در کل ضایعات ۶۵/۱ درصد بود .بالاترین ضریب توافق در تشخیص بالینی اول انواع ضایعات دهانی، مربوط به اپولیس فیشوراتوم(۹۱/۳٪)،پمفیگوس ولگاریس(۸۸/۲٪)، رانولا(۸۳/۳٪)، پاپیلوما(۸۷/۵٪)، نووس(۷۵٪)،تروماتیک بون سیست (۷۷/۸٪)،اسکواموس سل کارسینوما (۷۸/۴٪) بود. ضریب توافق کل ضایعات در تشخیص بالینی اول۵۲/۴ درصدبود که به نتایج مطالعه دیهیمی و همکاران و مطالعه جعفری و همکاران نزدیک بود.[۹،۱۰] نتایج مطالعه هاشمی‌پور و همکاران نشان داد که در ۴۳۲ مورد یعنی در۶۴/۸۷ درصد موارد تشخیص کلینیکی با آسیب شناسی همخوانی داشته است که با ضریب توافق کلی ما که ۶۵/۱ درصد بود همخوانی دارد.[۱] بیشترین میزان تطابق درمطالعه ایشان مربوط به ضایعه اپولیس فیشوراتوم بوده است که مشابه مطالعه حاضر است اما ضریب توافق در مطالعه حسین پور جاجرم و همکارانش ۸۱/۲ درصد می‌باشد که از مطالعه ما بیشتراست.[۲] بیشترین تطابق تشخیص در این مطالعه مربوط به لیکن پلان، هیپرپلازی آماسی، ولکوپلاکیا بوده است که با مطالعه ما مغایرت دارد. علت این تفاوت ممکن است طراحی نوع مطالعه باشد مطالعه ایشان بصورت آینده‌نگر بوده و دربالین انجام شده است. در حالیکه مطالعه حاضر گذشته نگر بوده و در آرشیو پاتولوژی صورت گرفته و کلینیسین از انجام آن خبردارنبوده است. جعفری و همکاران در۳۸۱ مورد از ۶۱۳ نمونه ضریب توافق۸۱ درصد بین کلینیسین و پاتولوژیست یافتندکه با یافته های ما مغایر بود. این مطالعه بالاترین ضریب

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1390.8.4.7.2]

توافق مربوط به اپولیس فیشوراتوم وموکوسل و فیبروم تحریکی بود که تنها در اپولیس فیشوراتوم با نتایج ما همخوانی داشت.[۱۰]

Bokor-Bratiæ و همکارانش بیان نمودند که در ۹۰درصد ضایعات سفید دهانی تشخیص بالینی با آزمایش پاتولوژی تایید می‌شود و ضریب عدم توافق بین تشخیص بالینی و هیستوپاتولوژی در این مطالعه۱۷/۶ درصد بود که بیشتر آنها مربوط به لیکن پلان [۱۱] یافته‌های مطالعه ما به جز دردیسپلازی -که کمترین ضریب توافق را بدست آورده است- با یافته‌های Czerninski R و همکاران همخوانی دارد.[۱۲] ضریب توافقی کلی در مطالعه آن ها ۷۸درصد بود که از ضریب توافقی کلی مطالعه ما(۶۵/۱ درصد) بیشتر است. به نظر می‌رسد کلینیسین های مطالعه ما آگاهی و شناخت کمتری نسبت به تشخیص بالینی ضایعات داشته‌اند. در مطالعه حاضر پایین‌ترین ضریب توافق مربوط به دیسپلازی اپی تلیال، لکوپلاکیا، کراتواکانتوما،میکسوما،فیبرومیکسوما،تومورپیندبورگ، هایپرپلازی خوش خیم اپیتلیال بود که ضریب توافق آن صفر درصد بود. در مطالعه حسین پورجاجرم وهمکاران بالاترین میزان عدم تطابق در تشخیص پمفیگوس و لوپوس اریتماتوز بوده است که با مطالعه ما مغایرت دارد خصوصا در مورد پمفیکوس که در مطالعه حاضر جز ضایعاتی بود که بالاترین ضریب توافق را داشت.[۱۰] درمطالعه Czerninski R و همکاران پائینترین درصد تطابق تشخیص در زخم‌های غیر اختصاصی وضایعات التهابی (۳۸درصد) گزارش شده است که با نتایج مطالعه ما مشابه است[۱۲] ولی میزان ضریب توافق در مطالعه ما در این ضایعه بسیار کمتر بود. در مطالعه قاسمی مریدانی و همکاران نیز بالاترین ضریب توافق مربوط به بیماریهای لیکن پلان، پمفیگوئید و پمفیگوس بود و پائینترین ضریب توافق مربوط به ضایعات التهابی بود که با یافته‌های ما همخوانی دارد.[۱۳]

در این مطالعه تفاوت معنی‌داری در میزان ضریب توافق بر اساس گروه‌بندی ضایعات دیده نشد لیکن بالاترین ضریب توافق مربوط به گروه بیماری‌های پوستی-مخاطی به میزان(۶۵/۹درصد)بود. که بامطالعه قاسمی مریدانی وهمکاران و مطالعه جعفری و همکاران همخوانی داشت،[۱۰،۱۳] و پایین ترین ضریب توافق مربوط به گروه ضایعات رشدی نموی به میزان(۲۲/۲) درصد بود و با مطالعه جعفری و همکاران همخوانی داشت،[۱۰] علت این یافته می‌تواند ناشی از آن باشدکه ضایعات پوستی مخاطی فراوان‌تر و شناخته شده‌ترند و راحت‌تر شناسایی می‌شوند اما ضایعات رشدی تکاملی که شیوع کمتری دارند ناشناخته‌تر بوده و به همین علت کلینیسین در تشخیص بالینی آنها بیشتر اشتباه می‌کند.

ضایعات محیطی ضریب توافقی بالاتری را بر حسب محل ضایعه نشان دادند (۵۶/۸٪) که از ضریب توافقی گروه ضایعات مرکزی داخل استخوانی(۴۷/۴٪) بالاتر بود. می‌توان نتیجه گرفت ضایعات محیطی که بیشتر در معرض دید می‌باشند راحت تر شناسایی می‌شوند تا ضایعات مرکزی که داخل استخوان بوده و شناخت آن ها نیاز به رادیوگرافی دارد. در مطالعات هاشمی و همکاران و دیهیمی و همکاران و مطالعه جعفری و همکاران تشخیص صحیح در ضایعات محیطی بالاتر از ضایعات مرکزی بود همچنین از لحاظ آماری معنی‌دار گزارش گردید.[۱،۹،۱۰] در مطالعه ما نیز تشخیص ضایعات محیطی از ضایعات مرکزی بهتر بود با اینکه این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود .

در مطالعه حاضر فراوانترین ضایعات، مربوط به کیست و گرانولوم پری اپیکال بود که به ترتیب با ۱۱۲ و۱۱۰ ضایعه وضریب توافقی (۶۲/۱٪) و (۴۴/۷٪) بود که از ضریب توافقی متوسط رو به پایین برخوردار بودند. از آنجایی که تشخیص این ضایعات وابسته به بالین و مشاهده رادیوگرافی است به نظر میرسد که کلینیسین‌ها به آن چندان اهمیت نمی‌دهند.

در مطالعه حاضر سن بیمار تاثیری بر میزان ضریب توافق نداشت. این نتایج مشابه مطالعه هاشمی‌پور و همکاران و جعفری و همکاران بوده اما با نتایج دیهیمی و همکاران مغایرت داشت.[۱،۱۰،۹] در مطالعه حاضر بر اساس گروه های سنی تفاوت معنی داری در میزان ضریب توافق دیده نشد و بالاترین ضریب توافق در دهه نهم زندگی (۶۰٪) و کمترین ضریب توافق دردهه

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1390.8.4.7.2]

اول زندگی بیماران (۳۵/۷٪) ثبت گردیدکه شاید فراوانی پائین بیماری‌ها در این گروه سنی دلیلی بر پائین بودن ضریب توافق باشد. در مطالعه حاضر جنسیت بیماران بر میزان توافق تشخیص بالینی و پاتولوژی ضایعات اثر نداشت که این نتایج مشابه مطالعه هاشمی‌پور و همکاران است.[1]

نتیجه گیری:

وجود تعداد زیاد پرونده فاقد تشخیص بالینی (۲۱ درصد موارد) می‌تواند نشان دهنده بی‌توجهی کلینیسین‌ها به ارزش یافته‌های بالینی در تشخیص قطعی ضایعات باشد. گرفتن تاریخچه پزشکی و دندانپزشکی، ثبت دقیق شرح حال بیمار و وارد نمودن دقیق اطلاعات اولیه بیمار می‌تواند کلینیسین را در رسیدن به تشخیص صحیح یاری نمایید. جراحان فک و صورت نسبت به دیگر کلینیسین‌ها تشخیص‌های قابل قبولی در مورد ضایعات پاتولوژیک داشتند که می‌توان از تجربیات ایشان در آگاه سازی دیگر کلینیسین‌ها استفاده نمود.

******

References:

1- Hashemi Pour MS, Rad N, Mojtahedi A. Comparative Evaluation of Histology of Oral and Maxillofacial Lesions. Shiraz Univ Dent J 2009; 1(10): 31-7. [Persian]

2- 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 Mshhad Dental School From 2002 untill 2004. Journal of Mashhad Dental School Spring-Summer 2006; 30(1-2):47-54. [Persian]

3- 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 Oct 24;173(7):231-3.

4- Sleeman DJ, Thomas S, Telfer M, Irvine GH. Intra-Oral Carcinoma Simulating Benign Oral Disease. Br Dent J. 1992 Nov 21;173(9):312-3

5- Geernburg M ,Glick M. Burket's Oral Medicine .10th ed.hamilton :BC Decker;2003.p.3-8.

6- Scully C. Hand Book of Oral disease, Diagnosis And Management.1st ed London: Martin Dunits;1999.p.73.

7- Neville BW, Damm DD, Alen CM, Bouqout JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2009

8- 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 1370-1370. Beheshti Univ Dent J. 2004; 22: 38-48. [Persian]

9- Jaffari Ashkavandi Z, Rezvani G, Mardanifard HA. Evaluation of the Agreement Rate of Clinical And Histopathologic Diagnosis in Patients Referring To Oral Pathology Department of Shiraz Dental School 2001-2006. Journal of Dentistry (Shiraz University of Medical Sciences) Summer 2010; 11(2):161-168. [Persian]

10- Bokor-Bratiæ M,Vuckovic N, Sinisa Mirkovic. Correlation Between Clinical And Histopathologic Diagnoses of Potentially Malignant Oral Lesions. Arch Oncol 2004; 12(3):145-7.

11- Czerninski R, Nadler C, Kaplan I, Regev E, Maly A. Comparison of Clinical and Histopathologic Diagnosis in Lesions of Oral Mucosa. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, April 2007,103(4): 20.

12- Ghasemi Moridani S, Sazesh Rahbarjou SF, Mohtasham Amiri Z. Correlation Between Clinical And Histopathological Diagnosis of Oral Lesions Surgery In The City Of Rasht (2000-2002). J of Islamic Dental Assoc of Iran. Summer 2005; 17(2):95-99.[Persian]

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1390.8.4.7.2]