

Usporedba kliničke i patohistološke dijagnoze u oralnoj kirurgiji

Comparison of Clinical and Histopathological Diagnosis in Oral Surgery

Darko Macan
Pavel Kobler
Goran Knežević
Jakša Grgurević
Tihomir Švajhler
Ivica Krmpotić
Anka Bunarević*
Spomenka Manojlović*
Abdel Nasser Saleh**

Zavod za oralnu kirurgiju
Stomatološkog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu,
Klinika za kirurgiju lica,
čeljusti i usta Stomatološkog
i Medicinskog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu

* Zavod za opću patologiju
i patološku anatomiju
Medicinskog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu
** student stomatologije

Sažetak

Klinička dijagnoza, tj. klinički izgled patološke promjene, često ne otkriva pravu narav bolesti i tek patohistološka analiza potvrdi ili odbaci kliničku dijagnozu. Zajednički rad oralnog kirurga i patologa osigurava postavljanje točne dijagnoze. Retrospektivno smo usporedili kliničku i patohistološku dijagnozu ambulantno operiranih bolesnika tijekom 1990. godine. Apikotomija, alveotomija i cistektomija najčešće su izvedeni operacijski zahvati. Na patohistološki pregled upućeno je 278 uzoraka tkiva. Najčešće dijagnoze pod kojima smo slali materijal na patohistološku pretragu jesu cista (45%), fibroma (12,6%) i epulis (9,7%). Prosječna podudarnost kliničke i patohistološke dijagnoze iznosi 70%, a analizirana je za svaku kliničku dijagnozu posebno. U jednog bolesnika je za klinički benignu promjenu – hiperkeratozu, patohistološka dijagnoza glasila carcinoma planocellulare. Autori raspravljaju o potrebi patohistološke potvrde kliničke dijagnoze i ističu važnost i opravdanost patohistološkog pregleda svakog odstranjenog tkiva.

Ključne riječi: klinička dijagnoza, patohistološka dijagnoza, oralna kirurgija

Acta Stomatologica Croatica
1991; 25:177–185

STRUČNI RAD

CODEN: ASCRBK
ISSN: 0001–7019
Primljeno: 1. kolovoza 1991.
Prihvaćeno: 4. rujna 1991.

Uvod

U području rada oralnog kirurga susrećemo se s klinički benignim i klinički malignim bolestima. U slučaju malignih bolesti radi se o primarnoj malignoj leziji ili o metastazama. Klinički benigne lezije i bolesti ne moraju, ni po svojoj naravi niti po svojoj patohistološkoj slici ili nala-

zu, biti benigne, te zbog toga suradnja oralnog kirurga i patologa pruža optimalnu zdravstvenu zaštitu. Samo takav rad osigurava postavljanje točne dijagnoze jer često tek patohistološka analiza potvrđuje ili odbacuje kliničku dijagnozu. Takav način rada opravdava činjenica da neke patološke promjene mogu klinički izgledati be-

nigno, a tek patohistološka slika otkrije da se radi o malignom procesu.

Polazeći od takve pretpostavke usporedili smo kliničku i patohistološku dijagnozu u bolesnika operiranih u 1990. godini u ambulanti za oralnu kirurgiju Klinike za kirurgiju lica, čeljusti i usta Stomatološkog i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Bolesnici i metoda rada

Retrospektivno smo pregledali ambulantni operacijski protokol u koji je upisana klinička dijagnoza i patohistološke nalaze, te usporedili kliničku i patohistološku dijagnozu. Svi materijali patohistološki su pregledani u Zavodu za opću patologiju i patološku anatomiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Željeli smo utvrditi:

1. koje bolesti najčešće susrećemo u području usta te njihove najčešće lokalizacije;
2. u kakvom je odnosu ukupan broj operacija prema broju operacija pri kojima smo izvršili patohistološku analizu;
3. koja je najčešća klinička dijagnoza pod kojom je tkivo upućeno na pretragu i koja je najčešća patohistološka dijagnoza;
4. u kojem se postotku klinička dijagnoza podudara s patohistološkim nalazom;
5. u kolikom je broju slučajeva tek patolog otkrio da se radi o malignom procesu u klinički benignoj patološkoj promjeni usne šupljine.

Rezultati i rasprava

U ambulanti za oralnu kirurgiju Klinike za kirurgiju lica, čeljusti i usta u godini 1990. pregledano je 12.374 bolesnika.

Ambulantni operacijski zahvat učinjen je u 2.025 bolesnika (16,4%), a 278 uzoraka (13,7%) patološki promijenjenog tkiva upućeno je na patohistološki pregled, što je gotovo dvostruko više u odnosu na razdoblje od 1967. do 1973. godine (1). Amšel i Knežević (2) izvješćuju o 6.054 operacijska zahvata u razdoblju od 1958. do 1968. godine. Švajhler i Amšel (3) nalaze u razdoblju od 1971. do 1982. godine ukupno 14.029 operacijskih zahvata izvršenih na jednom od dva odjela Zavoda za oralnu kirurgiju u Zagrebu, a Amšel i Grgurević (4) u nepunih šest godina na novoootvorenog operacijskog odjela na radištu u Gundulićevoj ulici, od rujna 1970. do kraja rujna 1975. godine, izvješćuju o 4.302 operacijska zahvata.

U 1990. godini operirano je ukupno 119 osoba muškog spola (42,8%) i 159 ženskog (57,2%) u dobi od 4,5 mjeseca do 84 godine starosti. Dob bolesnika prikazuje tablica 1.

Tablica 1. Dob bolesnika (godine)
Table 1. Age of patients (years)

Dob	Broj	%
-10	9	3,2
11-20	18	6,5
21-30	56	20,1
31-40	57	20,5
41-50	46	16,5
51-60	47	16,9
61-70	34	12,2
71-80	9	3,2
81-90	2	0,7

Najviše je učinjeno apikotomija (40,1%) i alveotomija (33,1%), a cistektomija je na trećem mjestu (10,9%) od ukupnog broja operacijskih zahvata. U skupinu cistektomija uključeni su i zahvati kod kojih smo uz cistektomiju morali učiniti i apikotomiju.

U razdoblju od 1958. do 1968. godine učinjeno je 19% apikotomija i 45% alveotomija frakturiranih zubi ili korjenova zubi te retiniranih ili impaktiranih zubi (2). Švajhler i Amšel (3) uočavaju porast broja operacija od 44,5% u drugom dijelu razdoblja od 1971.-1982. godine. Bilježe najveći porast broja apikotomija, plastika frenuluma jezika i kortikotomija, a smanjenje broja alveotomija. Amšel i Grgurević (4) izvješćuju o stalnom povećanju broja operacijskih zahvata kod kroničnih periapeksnih procesa, kortikotomija i plastike frenuluma u razdoblju od 1970.-1975.

Tablica 2. prikazuje vrstu i broj operacijskih zahvata (prema operacijskom protokolu).

Pregled uputnih kliničkih dijagnoza prikazuje tablica 3. Najviše je bilo cista - 125/278 tj. 45% svih preparata, fibroma 12,6% i epulisa 9,7%. Kobler i Bunarević (1) nalaze u razdoblju od 1967. do 1973. godine najviše epulisa (55% svih preparata), fibroma 21,3% i cista 6%. Amšel i Knežević (2) nalaze u razdoblju od 1958.-1968. godine 10% cista čeljusti, 5% cista mekih tkiva, 6% benignih tumora i 6% epulisa. U tom desetgodišnjem razdoblju uočavaju porast od 8% operacija kroničnih periapeksnih procesa.

Tablica 2. Vrsta i broj operacijskih zahvata

Table 2. Type and number of operations

Operacija	Broj	%
apikotomija	812	40,1
alveotomija	671	33,1
cistektomija	221	10,9
ekstirpacija tumora	76	3,8
frenulektomija	49	2,4
modelacija alveolarnog grebena	47	2,3
ekscizija epulisa	27	1,3
obrada rane	26	1,3
biopsija	25	1,2
plastika antrooralne komunikacije	22	1,1
kortikotomija	21	1,0
gingivoplastika	8	
vadenje kamenca	7	
sekvestrektomija	5	
vadenje stranog tijela	4	
ekscizija ožiljka	2	
vadenje osteosintetskog materijala	2	
ukupno	2025	

Povećan broj patohistoloških pregleda cističnih lezija, u ovom istraživanju, možemo objasniti ranijim iskustvom kojim se u nekim preparatima našla maligna alteracija cističnog epitela (5, 6).

Epulis je svaka benigna izraslina na gingivi. Prema nekim autorima (7, 8), to je jedan oblik proliferativne upalne reakcije tkiva zbog nekog lokalnog podražaja (zaostalog korijena, traume ekstrakcijom zuba, loše adaptiranim protetskim nadomjescima ili ispunima), pa bismo mogli zaključiti da je u proteklom razdoblju poboljšana briga stanovništva za zube i tako poboljšan status stomatognatskog sustava. Manji je broj bolesnika s lokalnim iritacijskim činiocima u usnoj šupljini, pa se smanjio i broj epulisa.

Isto bismo mogli zaključiti i za bitno manji broj fibroma jer, i ako mu je etiologija nerazjašnjena, iritacijski činioci sigurno utječu na njihov nastanak.

Sigurno je da je zdravstvenim obrazovanjem stanovništva povećana navika stanovništva na odlazak stomatologu i nastojanje da se zubi liječe. Zbog toga se zubi manje vade, a više apikotomiraju, što je rezultiralo povećanim brojem otkrivenih i operiranih cista, naročito odontogenih, tj. manjim brojem ekstrahiranih a većim brojem operiranih (spašenih) zubi, što je u skladu s ranijim istraživanjima (2).

Za ovo ispitivanje u kliničkoj dijagnozi objedinili smo odontogene ciste i ciste mekih tkiva.

Tablica 3. Kliničke dijagnoze

Table 3. Clinical diagnoses

Dijagnoza	Broj	%
cysta	125	45,0
fibroma	35	12,6
epulis	27	9,7
tumor	16	5,6
syndroma Sjogren	13	4,7
papilloma	13	4,7
ostitis periapicalis	13	4,7
mucocoele	6	
carcinoma	5	
cementoma	3	
hypertrophia	2	
cicatrix	2	
ulcus	2	
granulationes	2	
osteoma	2	
hyperkeratosis	2	
mb. Behcet	2	
leukoplakia	2	
lichen ruber planus	1	
lymphangioma	1	
verruca	1	
lipoma	1	
granuloma pyogenicum	1	
hyperplasia	1	
ukupno	278	

Odontogenih cista bilo je 101/278 ili 36,3% od svih preparata, odnosno 101/125 ili 80,8% svih cista upućenih na PH pretragu. Tri puta više bilo ih je u gornjoj čeljusti, a klinička i PH dijagnoza podudaraju se u 85,1% slučajeva. Ostalih 15% otpada na granulacije i vezivo, a u jednog bolesnika radilo se o osteomijelitisu, što je bitno utjecalo na daljnji tijek liječenja. Amšel i Grgurević (4) nalaze 417 cista u gornjoj i 94 ciste u donjoj čeljusti.

Ciste mekih tkiva, 24/278 (8,6% svih preparata) ili 24/125 (19,1% svih cista) analizirali smo posebno. Najviše ih je (19/24 – 79,1%) u donjoj usni. Patohistološka dijagnoza potvrdila je kliničku dijagnozu samo u jednom slučaju (4,2%). Naime, 62,5% PH dijagnoze otpada na mukokele koje najčešće nisu prave ciste već pseudociste i nismo ih uvrstili u točnu dijagnozu. Zbog pisanja opće dijagnoze na uputnicu: cista usnice, a nenaznačivanja mukokele, makar je klinički to evidentno, dolazi do disproporcije između kliničke i PH dijagnoze, pa je stoga ovako malen broj točnih, tj. PH potvrđenih dijagnoza ciste mekog tkiva. Ako bismo mukokele uzeli kao PH potvrđenu kliničku dijagnozu ciste, onda je

podudarnost dijagnoze 66,7%. Amšel i Grgurević (4) nalaze ciste mekih tkiva najčešće lokalizirane na donjoj usni (60) i samo 8 cista drugih lokalizacija mekog tkiva.

U ovom istraživanju bilo je 6 kliničkih dijagnoza mukokela. Posebno smo ih analizirali jer nisu prave ciste pa ne spadaju u skupinu cista mekih tkiva. Pet ih je bilo na donjoj usnici, a jedna u obrazu. Podudarnost kliničke i PH dijagnoze je 50% (tablica 4).

U ranijem istraživanju našega materijala, od 60 promjena koje su bile klinički dijagnosticirane kao ciste, PH analiza je potvrdila samo 7 pravih cista. Mukokela je bilo 46 i 7 proširenih izvodnih kanala slinovnice. U donjoj usni bilo je 40/46 mukokela; podjednako zastupljenih u oba spola (9). Yamasoba i sur. (10) od 70 PH pregledanih mukokela nalaze 68 mukoznih ekstravazacijskih cista i 2 mukozne retencijske ciste.

Nakon cista, najčešća operacija pri kojoj smo surađivali s patologom je odstranjenje fibroma. Operirali smo 35 fibroma (12,6% svih upućenih preparata). Najviše ih je bilo na obrazu (42,9%),

a u 48,6% preparata radilo se o fibroma durum. PH dijagnozu polypus fibroepithelialis uvrstili smo u podudarne dijagnoze. Iako se klinička dijagnoza u 71,4% slučajeva podudarala s PH dijagnozom, ipak moramo napomenuti da je za kliničku dijagnozu fibroma bilo čak 10 različitih patohistoloških dijagnoza koje su navedene u tablici 5.

Na trećem se mjestu nalazi epulis (tablica 6.). U gornjoj čeljusti nađen je u 55,5%, a u donjoj u 44,5% bolesnika. Točno u jedne trećine bio je epulis fibromatosa, a klinička i patohistološka dijagnoza podudarale su se u 81,5% slučajeva, što je u skladu s nalazima Koblera i Bunarević (1). U razdoblju od 1960.–1967. godine Kesić-Balaško (11) obradila je 175 epulisa, podjednako zastupljenih u gornjoj i donjoj čeljusti, češći su u žena srednje životne dobi. Patohistološki nalaz u žena je najčešće epulis granulomatosa, a u muškaraca su podjednako zastupljeni epulis gigantocelularis, granulomatosa i fibromatosa.

Kad se klinički ne možemo odlučiti o kakvoj se vrsti tumora radi, dijagnoza je samo tumor.

Tablica 4. Usporedba kliničke i patohistološke dijagnoze cista i mukokela

Table 4. Cysts and mucocoeles – comparison of clinical and histopathological diagnosis

Klinička dijagnoza Lokalizacija			Patohistološka dijagnoza		
	Broj	%		Broj	%
CISTE ukupno	125	45,0			
Podudarnost dijagnoze		86/125–68,8%			
Odontogene ciste	101	36,3	cysta inflammata	81	80,2
maksila	76	75,3	cysta	5	5,0
mandibula	25	24,7	granulationes	10	9,9
Podudarnost dijagnoze		86/101–85,1%	vezivo	4	4,0
			osteomyelitis	1	1,0
Ciste mekih tkiva	24	19,2	cysta	1	4,2
donja usna	19	79,1	mucocoele	15	62,5
obraz	2		proširena slinovnica	2	
gornja usna	1		proširen izvodni kanal	2	
koža	1		fibrolipoma	1	
sublingvalno	1		granulacije	1	
Podudarnost dijagnoze		1/24–4,2%	inflammatio suppurativa	1	
			keratoacanthoma	1	
MUCOCOELE ukupno	6	2,2	mucocoele	3	50,0
donja usna	5		cysta	1	
obraz	1		fibroma	1	
Podudarnost dijagnoze		3/6–50%	prošireni izvodni kanal	1	

Tablica 5. Usporedba kliničke i patohistološke dijagnoze fibroma
Table 5. Fibroma – comparison of clinical and histopathological diagnosis

Klinička dijagnoza Lokalizacija			Patohistološka dijagnoza		
	Broj	%		Broj	%
FIBROMA ukupno	35	12,6	fibroma durum	17	48,6
obraz	15	42,9	fibroma	2	
donja usna	6	17,1	fibroma teleangiectaticum	2	
jezik	5	14,3	fibroma lymphangiectaticum	1	
nepce	4	11,4	fibroma pendulum	1	
gingiva	3	8,6	fibroma parvum	1	
nepčani luk	1	2,6	polypus fibroepithelialis	1	
			haemangioma	2	
			inflammatio chr. fibrosa	1	
			neurinom	1	
			granuloma pyogenicum	1	
			vezivo	1	
			lymphangioma cavernosum	1	
			papilloma durum	1	
			lymphadenitis chr.	1	
			slinovnica	1	
Podudarnost dijagnoze		25/35–71,4%			

Tablica 6. Usporedba kliničke i patohistološke dijagnoze epulisa
Table 6. Epulis – comparison of clinical and histopathological diagnosis

Klinička dijagnoza Lokalizacija			Patohistološka dijagnoza		
	Broj	%		Broj	%
EPULIS ukupno	27	9,7	epulis fibromatosa	9	33,3
maksila	15	55,5	epulis inflammatoria	5	18,5
mandibula	12	44,5	epulis haemangiomatosa	2	7,4
			epulis gigantocellularis	2	7,4
			epulis ossificans	2	7,4
			epulis granulomatosa	1	3,7
			epulis osteofibromatosa	1	3,7
			inflammatio subchronica	3	11,1
			haemangioma	1	3,7
			exostosis	1	3,7
Podudarnost dijagnoze		22/27–81,5%			

Bilo ih je 16 (5,6% svih preparata). Dok Kobler i Bunarević (1) nalaze 50% tumora nepca, a u 33% se radilo o fibromu i u 17% o hemangiomu, mi smo našli podjednak broj tumora donje usne (31,3%), obraza (31,3%) i jezika (31,3%).

Patohistološka dijagnoza bila nam je u istom broju slučajeva hemangiom (25%), fibroma durum (25%) i isto toliko mukokela. Ostalo su bili pojedinačno: myoblastoma, adamantinoma, granuloma pyogenicum i limfni čvor (tablica 7.).

Operirali smo 13 papiloma (4,7% svih preparata), a od toga ih je 8 (61,5%) bilo lokalizirano na nepcu. Klinička dijagnoza se u 69,2% slučajeva podudarala s patohistološkim nalazom (tablica 8.).

Preparati s kliničkom dijagnozom otitis peria-picalis chronica činili su 13/278 – 4,7% svih preparata. U 76,9% slučajeva radilo se o granulacijama, a podudarnost kliničke i patohistološke dijagnoze je 84,6% (tablica 9.).

Tablica 7. Usporedba kliničke i patohistološke dijagnoze tumora
Table 7. Tumors – comparison of clinical and histopathological diagnosis

Klinička dijagnoza Lokalizacija			Patohistološka dijagnoza		
	Broj	%		Broj	%
TUMOR ukupno	16	5,6	haemangioma	4	25,0
donja usna	5	31,3	fibroma durum	4	25,0
obraz	5	31,3	myoblastoma	1	
jezik	4	25,0	adamantinoma	1	
perimandib.	1		mucocoele	4	25,0
mandibula	1		limfni čvor	1	
Podudarnost dijagnoze		10/16–62,5%	granuloma pyogenicum	1	

Tablica 8. Usporedba kliničke i patohistološke dijagnoze papilloma
Table 8. Papilloma – comparison of clinical and histopathological diagnosis

Klinička dijagnoza Lokalizacija			Patohistološka dijagnoza		
	Broj	%		Broj	%
PAPILLOMA ukupno	13	4,7	papilloma	5	38,5
nepce	8	61,5	papilloma durum	3	23,1
jezik	2	15,4	papilloma parvum	1	7,7
gingiva	2	15,4	fibroma durum	1	7,7
gornja usna	1	7,7	polypus fibroepithelialis	1	7,7
Podudarnost dijagnoze		9/13–69,2%	verruca cornea	1	7,7
			inflammatio chronica	1	7,7

U ovom ispitivanju našli smo 3 cementoma i 2 osteoma. Oba osteoma su i patohistološki potvrđena, a PH nalaz za kliničku dijagnozu cementoma bio je: cementoma, osteoma eburneum i nekrotična kost.

Za dvije promjene koje su klinički izgledale kao granulacije patohistolog je utvrdio da su: inflammatio chronica fibrosa i epulis gigantocellularis.

Jedan granuloma pyogenicum donje usne i histološki je potvrđen. Isto tako po jedan lipom, verruca i lymphangiom.

Od dva izrezana ožiljka, jedan je uistinu bio cicatrix, a drugi je bio inflammatio chronica fibrosa.

Kirurški smo liječili i dvije hipertrofije (sluznice i glandule sublingvalis) i jednu hiperplaziju gingive. Patohistolog je utvrdio da se radi o hi-

pertrorfiji sluznice, vezivu i inflammatio chronica partim ossificans, a ne o hiperplaziji gingive.

Osim toga, učinjeno je i 25 biopsija (najčešće na zahtjev drugih specijalista – internista, dermatologa). Najviše biopsija (13/25) otpada na patohistološki pregled sluznice usne šupljine zajedno s malim žlijezdama slinovnicama radi dokazivanja promjena koje bi potvrdile sumnju kliničara na Sindroma Sjogren, što je i potvrđeno u 5/13 slučajeva.

Uzeli smo i biopsiju 5 klinički evidentnih karcinoma (4 sublingvalno i jednu biopsiju donje usnice), a PH nalaz je pokazao da se radi o planocelularnom karcinomu.

Sumnja na Mb. Behcet nije potvrđena niti u jednog od dva slučaja, za razliku od dvije učinjene biopsije leukoplakije (jedna na obrazu i druga na jeziku).

Jedan ulkus donje usne to uistinu i jest, a drugi, na jeziku, jest lymphangioma cavernosum, ali s kliničkom slikom ulkusa.

Jedna promjena sluznice obraza koja je klinički izgledala kao lichen ruber planus bila je hiperkeratoza.

Podudarnost svih kliničkih i patohistoloških dijagnoza prosječno je 70%.

Samo u jednom slučaju, kad smo klinički pretpostavljali da se radi o benignoj promjeni – hiperkeratozi – patohistološki nalaz je glasio carcinoma planocellulare. Iako operiramo klinički benigne patološke promjene, ne smijemo zaboraviti da tek patolog potvrđuje jesmo li bili u pravu.

patohistološki postavljene dijagnoze miksuma, odgovaraju sarkomatoznom razaranju.

Iz literature je poznato da se karcinom može razviti u epitelu cistične ovojnice, ali dijagnoza se može postaviti jedino na temelju patohistološkog pregleda, gdje se može slijediti prijelaz pravilnog epitela cistične ovojnice u karcinom. Za radikularnu cistu, Kaufman i sur. (13) utvrđuju da se radi o cističnom ameloblastomu. Mnogi autori nalaze karcinom u odontogenoj cisti (14–20), a za endodontski liječene periapiksne lezije Burkes (21) je utvrdio da se radi o adenoid cističnom karcinomu, Gutman i Tillman (22) nalaze rhabdomyosarcom, Block i sur. (23) i Spott (24) nalaze metastatični adenokarcinom dojke, a Pick i sur. (25) metastazu karcinoma bubrega. Karim i sur. (26) nalaze karcinom u ranuli, Moos

Tablica 9. Usporedba kliničke i patohistološke dijagnoze ostitis periapicalis (OPC)

Table 9. Ostitis periapicalis chronica – comparison of clinical and histopathological diagnosis

Klinička dijagnoza Lokalizacija			Patohistološka dijagnoza		
	Broj	%		Broj	%
OPC ukupno	13	4,7	granulationes inflammatio chronica cysta inflammata	10 1 2	76,9 7,7 15,4
Podudarnost dijagnoze		11/13–84,6%			

Iako je u ovdje opisanoj kazuistici patolog samo jednom utvrdio da se radi o malignoj neoplazmi, a ne, kako smo mi pretpostavljali, o benignoj izraslini, u prilog mišljenju da je uvijek potreban i patohistološki nalaz navest ćemo slične slučajeve iz kazuistike Klinike za kirurgiju lica, čeljusti i usta, te podatke iz literature.

Kobler i Bunarević 1977. godine (1) za kliničku dijagnozu epulis mandibulae utvrđuju da se radi o sarcoma fusocellulare. Kobler je 1979. godine (5) operirao radikularnu cistu gornje čeljusti u bolesnice stare 41 godinu, a patohistološka dijagnoza glasila je cysta carcinomatosa. Macan i sur. 1988. godine (6) prikazuju još dva bolesnika u kojih se planocelularni karcinom razvio iz ciste mandibule.

S druge strane, Pilar-Svoboda i Knežević (12) prikazuju dvije bolesnice s patohistološkom slikom miksuma, ali s kliničkim tijekom koji od početka bolesti govori za maligni proces. Zaključuju da agresivni rast i učestali recidivi, i kod

i Rennie (27) nalaze karcinom u keratocisti mandibule u oboljeloga od Gorlin sindroma. Hutchinson i Hooper (28) prikazuju 7 bolesnika u kojih je nedijagnosticirana neoplazma liječena kao periapiksna infekcija. Nalaze dva osteosarkoma, osteoblastom, histiocitozu X, non Hodgkin limfom, karcinom i adenokarcinom.

Nalaz odontogene ciste i drugih periapiksnih patoloških promjena vrlo je česta pojava s kojom se stomatolozi susreću svakodnevno, ali treba imati na umu da se karcinom može razviti i iz epitela cistične ovojnice, a periapiksne patološke promjene mogu »maskirati« razne maligne neoplazme.

Zaključak

S obzirom na ukupan broj oralnokirurških operacija, nalazimo malen broj klinički diagnosticiranih benignih promjena za koje patolog utvrdi da su maligne, ali makar i jedan takav

slučaj ističe važnost i opravdanost patohistološkog pregleda svakog odstranjenog tkiva, pa i onda kad je »slučaj klinički jasan«.

Takav stav je čak i ekonomski opravdan jer je mnogo patohistoloških pregleda još uvijek jeftinije od liječenja jedne jedine maligne bolesti.

COMPARISON OF CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSIS IN ORAL SURGERY

Summary

Only a successful cooperation of an oral surgeon and the pathologist can ensure a reliable diagnosis. The authors have analyzed operations performed during 1990 at outpatient clinic of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University of Zagreb, School of Dentistry. Clinical appearance of the disease and clinical diagnosis sometimes enable us to recognize the real nature of the disease. The clinical diagnosis in correlation with the histological diagnosis can be either denied or improved. The aim of this investigation was to correlate the clinical and the histological diagnosis and to find out the number of improvement. Material most often sent for histological examination was an operated cyst. Although the removed tissues were analyzed under different clinical diagnoses, approximately 70% of the clinical diagnoses corresponded to the histopathological findings. In one case the clinical diagnosis of benign lesion – hyperkeratosis – was after histopathological examination find as carcinoma planocellulare. The authors recommend every part of the excised tissue to be sent for a histopathological examination.

Key words: clinical diagnosis, histopathological diagnosis, oral surgery

Adresa za korespondenciju:
Address for correspondence:

Darko Macan
Klinika za kirurgiju lica,
čeljusti i usta
Klinički bolnički centar
Šalata 6
41000 Zagreb

Literatura

1. KOBLER P, BUNAREVIĆ A. Patohistološka verifikacija kliničke dijagnoze. Acta Stomatol Croat 1977; 11:49–54.
2. AMŠEL V, KNEŽEVIĆ G. Statistički prikaz ambulantnog operativnog rada u razdoblju od 1958. do 1968. god. Acta Stomatol Croat 1968; 3:107–111.
3. ŠVAJHLER T, AMŠEL V. Statistički prikaz operativnih zahvata kroz 12 godina u Zagrebu Klinika za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta u Zagrebu. Zagreb: Stomatološki dani Hrvatske '83, 11. 5. 1983; Knjiga sažetaka, 35–36.
4. AMŠEL V, GRGUREVIĆ J. Statistički prikaz operativnih zahvata Zavoda za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta u Zagrebu. Osijek: 4. simpozij stomatologa Slavonije i Baranje, 23.–25. 10. 1975; Zbornik radova, 255–257.
5. KOBLER P. Razvoj karcinoma u radikalnoj cisti maksile. Acta Stomatol Croat 1979; 13:68–72.
6. MACAN D, KOBLER P, VIRAG M, BUNAREVIĆ A. Razvoj karcinoma iz epitelne ovojnice ciste čeljusti. Ljubljana: III. kongres Udruženja oralnih kirurga Jugoslavije, 22.–24. 9. 1988; Zbornik kratkih sadržaja, 63.
7. KNEŽEVIĆ G. Gigantocelularne i druge promjene čeljusti te njihov odnos prema hiperparatiroidizmu. Zagreb: Stomatološki fakultet, Disertacija, 1983.
8. MIŠE I, KOBLER P. Problematika epulisa. Osijek: 2. simpozij stomatologa Slavonije i Baranje, 28.–30. 10. 1971; Zbornik radova, 100–103.

9. MACAN D, STIPETIĆ S, ZAKLAN-KAVIĆ D. Mukokele malih žlijezda slinovnica. *Acta Stomatol Croat* 1980; 14:90–96.
10. YAMASOBA T, TAYAMA N, SYOJI M, FUKUTA M. Clinicostatistical Study of Lower Lip Mucoceles. *Head Neck* 1990; 12:316–320.
11. KESIĆ-BALAŠKO Z. Statistička obrada naših epulisa. *Acta Stomatol Croat* 1967; 2:139–143.
12. PILAR-SVOBODA B, KNEŽEVIĆ G. Miksomi čeljusti. *Chir Maxillofac Plast* 1974; 9:11–17.
13. KAUFMAN AY, DAYAN D, HOROWITZ I. Cystic ameloblastoma – an endodontic differential diagnostic problem. *J Endod* 1987; 13:358–361.
14. KAY LW, LASKIN DM. Cysts of the jaws and oral and facial soft tissues. U: Laskin DM, ed. *Oral and Maxillofacial surgery*. Vol. II. St. Louis: CV Mosby Co, 1985: 427–487.
15. SCHNEIDER LC. Incidence of epithelial atypia in radicular cysts: a preliminary investigation. *J Oral Surg* 1977; 35:370–374.
16. GARDNER AF. A survey of odontogenic cysts and their relationship to squamous cell carcinoma. *Can Dent Assoc J* 1975; 41:161–167.
17. NITHIANANDA S. Squamous Cell Carcinoma Arising in the Lining of an Odontogenic cyst. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1983; 21:56–62.
18. OHTAKE K, YOKOBAYASHI Y, SHINGAKI S, NAKAJIMA T, ISHIKI T. Central Carcinoma of the Jaw. *J Cranio-Max-Fac Surg* 1989; 17:155–161.
19. VAN DER WAAL I, RAUHAMAA R, VAN DER KWAST WAM, SNOW GB. Squamous Cell Carcinoma Arising in the Lining of Odontogenic Cysts. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1985; 14:146–152.
20. PEARCEY RG. Squamous-cell Carcinoma Arising in Dental Cysts. *Clin Radiol* 1985; 36:387–388.
21. BURKES Jr EJ. Adenoid cystic carcinoma of the mandible masquerading as periapical inflammation. *J Endod* 1975; 1:76–78.
22. GUTMAN JL, TILLMAN JL. Rhabdomyosarcoma: report of case. *J Endod* 1976; 2:250–252.
23. BLOCK RM, MARK HL, BUSHHELL A. Metastatic carcinoma of the breast mimicking periapical disease in the mandible. *J Endod* 1977; 3:197–199.
24. SPOTT RJ. Metastatic breast carcinoma disguised as periapical disease in the maxilla. *Oral Surg* 1985; 60:327–328.
25. PICK JB, WAGNER RM, INDOESANO AT. Initial appearance of a renal cell carcinoma as a metastatic mass in the mandible. *J Am Dent Assoc* 1986; 113:759–761.
26. KARIM M, CHIANCONE G, KNOX GW. Squamous Cell Carcinoma Arising in a Plunging Ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48:305–308.
27. MOOS KF, RENNI JS. Squamous Cell Carcinoma Arising in a Mandibular Keratocyst in a Patient with Gorlin's Syndrome. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1987; 25:280–284.
28. HUTCHINSON IL, KOOPER C. Neoplasia masquerading as periapical infection. *Br Dent J* 1990; 168:288–294.