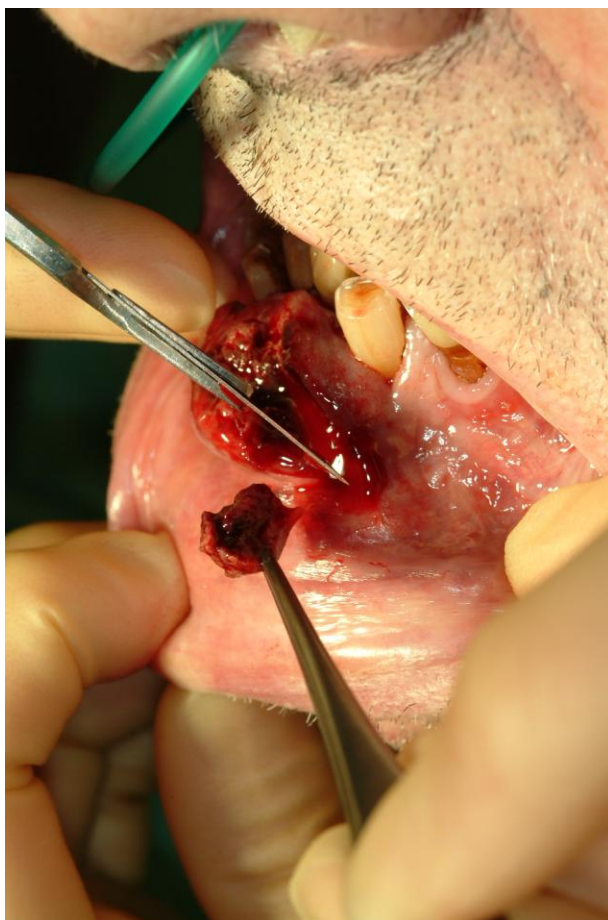


Kartlegging av biopsibruk ved en universitetsklinikk i Bergen

Prosjektoppgave for det integrerte mastergradstudiet i odontologi

Markas Irlinas og Mona Hassas
Bergen 26.01.2011



Veileder: Prof. Trond Inge Berge

Påskjønnelse

Denne prosjektoppgaven ble gjort og skrevet ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen.

Vi vil takke det medisinsk – odontologiske fakultetet som ga oss mulighet for å gjennomføre denne studien.

Vi vil også takke personalet ved Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin for hjelpen vi fikk for å finne de aktuelle journalene.

Vi vil uttrykke den dypeste takknemligheten til vår veileder, professor Trond Inge Berge som har hjulpet oss veldig mye i løpet av hele studien. Uten hans veiledning kunne ikke denne studien blitt slik som den er i dag.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon.....	side 3
Målet for studien.....	side 7
Materiale og metode.....	side 7
Resultater.....	side 9
Diskusjon.....	side 14
Konklusjon.....	side 16
Sammendrag / abstract.....	side 17
Referanser.....	side 18

Introduksjon

Biopsi (fra gresk: *bio* – liv, *opsia* – å se) er en medisinsk diagnostisk prosedyre som innebærer fjerning av celler eller vev for nærmere undersøkelse og har blitt brukt i over 150 år.⁽¹⁾ Biopsi defineres som prøvetaking fra levende individ for mikroskopisk undersøkelse.⁽²⁾ På denne måten prøver man å bestemme tilstedeværelsen eller omfanget av en sykdom. Vanligvis blir det fjernede vevet sendt inn til et histopatologisk laboratorium der den blir kjemisk bearbeidet og sett på under et mikroskop av en histopatolog. Biopsi er den eldste og mest pålitelige metoden for bestemmelse av den definitive diagnosen til en klinisk anormalitet i odontologi.⁽¹⁾

Det finnes ulike typer av biopsi: hardvevsbiopsi, bløtvevsbiopsi, finnålsaspirasjon og mikrobiologisk (avstrykk) biopsi. Bløtvevsbiopsi som det blir fokusert på i denne studien deles i:

- Incisjonsbiopsi – fjerning av en del av lesjonen, der representativt utsnitt tas fra grenseområdet mellom forandret og normalt vev.
- Eksisjonsbiopsi – fjerning av hele lesjonen, der hele området samt passende omgivende område av normalt utseende vev fjernes.

Ikke minst må biopsien utføres riktig for at den fjernede vevsbiten blir av god kvalitet og blir et godt diagnostisk hjelpemiddel. For å oppnå et godt resultat ved biopsitaking må det vurderes 3 hovedfaktorer: valg av biopsi stedet, prosedyrer ved biopsitaking og riktig innsending av prøven.⁽³⁾ De essensielle momentene som gir det beste resultatet er oppsummerte her:

- Det mest mistenkelige området velges for prøvetaking, f.eks. et område med mistenkelig pre-malignitet.
- Dødt vev eller nekrotiske områder unngås.
- Regional eller lokal anestesi er nødvendig, men må ikke settes inn i lesjonen som det skal tas prøve av.
- Prøven må inneholde et stykke friskt vev.
- Prøven bør ikke være mindre enn 1 x 0,6 cm og 2 mm dyp.
- Kanter av prøven bør være vertikale og ikke skjeve.
- En sutur kan brukes for å holde vevsbiten for å hindre at prøven blir svelget eller sugd inn i slangen.
- For store lesjoner kan biopsien tas fra flere steder for å øke den diagnostiske sikkerheten.
- Biopsi forsendelsen må merkes med pasientens personalia og klinisk beskrivelse.
- Viktig å suturere godt og kontrollere blødningen etter inngrepet.
- Pasient må få en god postoperativ informasjon, spesielt om ubehag etter inngrepet. Analgetika kan utleveres.
- Den histopatologiske diagnosen må sammenlignes med den kliniske diagnosen.

- Diskusjon med patologen eller gjentatt biopsitaking kan være nødvendig hvis diagnosen er usikker eller feil.

Det finnes flere indikasjoner for å ta biopsi:⁽⁴⁾

- Ulcerasjoner som ikke kan forklares og ikke tilheler innen 1-2 uker
- Hvitlige eller rødlige ikke – avskrapbare forandringer
- Forandringer i overflatestruktur og farge
- Unormalt økt tilvekst av vev – tykkelse og konsistens
- Vev som er patologisk fiksert til underliggende strukturer (indurert)
- Palpable kuler eller knuter under normal slimhinneoverflate
- Intraossøse forandringer – usikker diagnose ut fra kliniske og røntgenologiske undersøkelser
- Vev som fjernes kirurgisk
- Ledd i utredning av systemsykdom (f.eks. Sjøgrens syndrom)

“The American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology” anbefaler at alt unormalt vev blir sendt for mikroskopisk analyse og vurdering.⁽¹⁾ Patologiske tilstander i munnhulen blir oftest først observert av allmennpraktiserende tannleger.⁽⁵⁾ Men det har vist seg at biopsi og diagnostiske histopatologiske tjenester blir sjeldent tatt i bruk i allmennpraksis.⁽⁶⁾ Flere undersøkelser har vist at det er oftest spesialisttannleger som benytter seg av biopsi som et diagnostisk verktøy.^(7,8,9) Det finnes flere årsaker til dette. Én av årsakene kan være at det eksisterer en vis tilbakeholdenhet når det gjelder biopsi taking i allmennpraksis. Dette kan skyldes bl.a. manglende erfaring, usikkerhet og manglende kjennskap til indikasjonene.⁽⁴⁾ Etter rutine undersøkelse hos en allmenntannlege er det nesten ingen som tar biopsi på selektiv basis.⁽¹⁰⁾ Pasientene som har orale lesjoner blir som regel henvist videre til spesialister for utredning. Allmenntannleger kan foreta enkle biopsier av benigne tilstander,⁽¹⁰⁾ men ved begrunnet mistanke om malignitet bør allmenntannleger avstå fra å ta biopsi selv.⁽⁷⁾ Biopsien bør i disse tilfeller tas ved behandlende institusjon.⁽⁴⁾

Histopatologisk undersøkelse er viktig som et diagnostisk verktøy. Den hjelper blant annet å diagnostisere maligne tilstander. I tillegg kan den gi informasjon om det kliniske forløpet av en lesjon og i noen tilfeller gi prognostisk informasjon.^(11,12) Alt dette er viktig for valget av videre behandling og oppfølging.

Hyppigst forekommende orale lesjoner som kan være aktuelle for biopsi er: mucocele, cyste, fibroepitelial polypp og oral lichen planus.

Mucocele: *mucocele* er et klinisk begrep som omfatter “mucus extravasation phenomenon” (videre omtales som ME) og “mucus retention cyst” (videre omtales som MR). Disse to tilstander har ulik patogenese og mikroskopisk utseende. *Ranula* omfatter også “mucus

extravasation phenomenon ME” og “mucus retention cyst MR”, men oppstår spesifikt i munngulvet. Ranula er assosiert med sublinguale- og submandibulære spyttkjertler.

Mucocele oppstår oftest på grunn av traume eller økt trykk i den ytterste delen av ductus.

Det vanligste stedet for ME er underleppen, men bukkal slimhinne, anterior-ventral overflate av tungen, munngulvet og retromolar området er ofte affiserte. Klinisk er ME asymptomatisk og relativt smertefri hevelse med en glatt overflate som varierer i størrelse mellom noen få millimeter til 2 cm i diameter. Den er blålig i fargen og har bløt konsistens.



Bilde 1: Illustrasjon av en mucocele

Behandling av mucocele er kirurgisk eksisjon. Aspirasjon av væske gir ikke varig klinisk resultat. Mucocele har en viss tendens for residiv utvikling.

Cyste: en *cyste* er definert som en epitelkledd patologisk kavitet. Cyster i maxilla, mandibel eller perorale områder varierer mye når det gjelder histologi, insidens, utvikling og behandling. Cyster er delt inn i 4 hovedgrupper: odontogene cyster, non-odontogene cyster, pseudocyster og hals-cyster. Pseudocyster skiller seg fra resten fordi de mangler epitelkledning.

Den vanligste behandlingsformen for cyster er lokal kirurgisk eksisjon.

Fibroepitelial polypp (fibrom): *fibroepitelial polypp* skyldes som regel en kronisk traumatisering av slimhinner. Konstant reparasjon av det traumatiserte området fører til utvikling av klinisk synlig overflødig masse av fibrøst bindevev. Fibroepitelial polypp forekommer i mange varianter og fasonger.

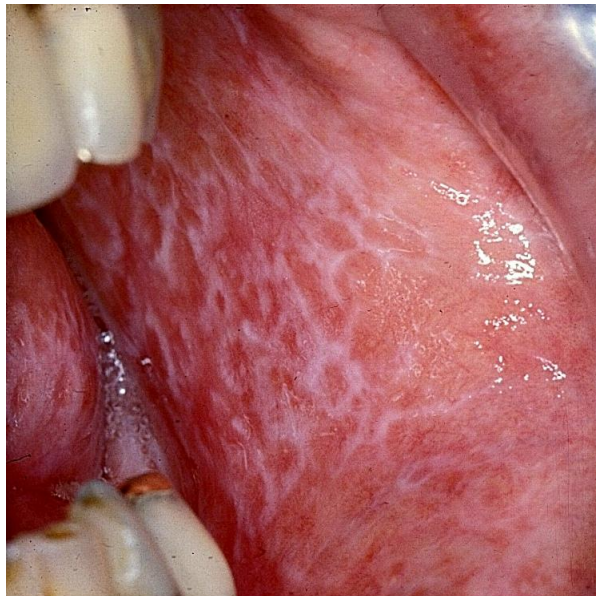
Den utvikler seg vanligvis i områder som er utsatt for traume – kinn slimhinne, lateralt på tungen og underleppen. Den er smertefri, stilket eller bredbaset hevelse, som er blekere enn omkringliggende slimhinne på grunn av færre blodkar i den. Overflaten kan i noen tilfeller være ulcerert som følge av traumatisk påvirkning, spesielt når fibroepitelial polypp er større. Den type lesjonen er selvbegrensende i størrelse og blir sjelden større enn 1-2 cm i diameter.

Behandling av fibroepitelial polypp er kirurgisk eksisjon. Man bør også sørge for eliminasjon av irritanter for å sikre at det ikke oppstår residiv. Slike lesjoner har ikke malignt potensial.

Lichen planus: *lichen planus* er en kronisk hud og slimhinnesykdom med delvis ukjent etiologi. Den er relativt vanlig og affiserer mellom 0,2 % og 2 % av populasjon. I oral slimhinne forekommer den vanligvis som bilaterale hvitlige lesjoner, i noen tilfeller med sår dannelse.

Selv om man ikke er helt sikker på etiologien, så ansees lichen planus til å være en immunologisk mediert prosess som mikroskopisk ligner på en hypersensitivitetsreaksjon. Den rammer middelaldrende kvinner og menn likt.

Alvorlighetsgraden av symptomene er vanligvis proporsjonal med mengden av stress. Utvikling av lichen planus kan ha sammenheng med medisiner som induserer lichenoid reaksjoner i munnhulen. Det finnes ulike typer av oral lichen planus: retikulær-, plakk-, atrofisk- og erosiv type. En bulløs variant av lichen planus er sjelden.



Bilde 2: Illustrasjon av oral lichen planus

Det finnes ingen kurerende behandling for lichen planus. Kortikosteroider er den mest effektive symptomatiske behandlingsmåten for lichen planus. Kortikosteroider kan dempe inflammasjonen og den immunologiske responsen som fører til utvikling av de hvitlige lesjonene. Ved alvorlige tilfeller av lichen planus kan systemisk administrasjon av kortikosteroider være nødvendig som innledende behandling. I noen tilfeller kan pasienter ha sekundær soppinfeksjon. I de tilfellene er det anbefalt å bruke antifungale midler i tillegg til kortikosteroider. På grunn av antikeratiserende- og immunomodulerende effekt kan systemiske eller topikale vitamin A analoger (retinoider) brukes ved behandling av lichen planus.

Potensial for malignitet av lichen planus er omdiskutert. Dette er på grunn av klinisk overdiagnose, tilfeldig tilstedeværelse av lichen planus ved oral cancer og dysplastiske forandringer som har lichenoid utseende mikroskopisk. Likevel finnes det *bona fide* risiko for utvikling av plateepitel karsinom i oral lichen planus, men denne risikoen er svært lav. Risikoen for utvikling av malignitet fra oral lichen planus er større for de som røyker eller bruker store mengder alkohol.⁽¹⁸⁾ Utvikling av malignitet er som regel assosiert med erosiv- eller atrofisk type av lichen planus. På grunn av at oral lichen planus er en kronisk sykdom, bør pasientene kontrolleres regelmessig og få utfyllende informasjon om denne tilstanden.

Målet for studien

Målet med denne studien var å kartlegge og vurdere diagnostikken ved hjelp av bløtvevsbiopsi på Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin ved Universitetet i Bergen og sammenligne den diagnostiske treffsikkerheten av henvisende allmenntannleger og spesialister eller spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin.

Materiale og metode

Studien baserer seg på en retrospektiv gjennomgang av journaler fra pasienter som har fått utført biopsi på Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin ved Universitetet i Bergen. 101 journaler ble gått gjennom. Kasus ble plukket ut kronologisk fra "biopsidagboken". I "biopsidagboken" var det registrert mikrobiologiske prøver i tillegg til biopsi. Mikrobiologiske prøver ble ekskluderte fra vår studie. Kun bløtvevsbiopsi ble inkluderte. Journaler som manglet vesentlige opplysninger ble ikke tatt med i studien. Den første biopsien ble foretatt 15.1.2008, og den siste – 23.10.2008. Vi registrerte kun 1 biopsi per pasient. Noen pasienter hadde flere registrerte biopsier. I de tilfellene registrerte vi kun den første biopsien. Alle biopsier ble utført av en spesialist- eller en spesialistkandidat i oral kirurgi og oral medisin.

Ved gjennomgang av journaler registrerte vi følgende opplysninger/variabler:

- Kjønn
- Alder
- Helsetilstand
- Medisinbruk
- Allergi
- Alkoholbruk
- Tobakksbruk
- Diagnose i henvisningen
- Klinisk diagnose stilt på avdelingen for Oral Kirurgi og Oral Medisin ved UiB
- Biopsi lokalisasjon
- Biopsi side
- Biopsi type
- Biopsisvar
- Videre behandling etter biopsi svar
- Overensstemmelse mellom henvisningsdiagnose og svaret fra patologen
- Overensstemmelse mellom diagnosen stilt på avdelingen for Oral Kirurgi og Oral Medisin ved UiB og svaret fra patologen

På grunn av forholdsvis få gjennomgåtte journaler og lite pasientgrunnlag måtte registrering av helsetilstand, medisinbruk og andre punkter være grov. Det var lite hensiktsmessig å gi en egen kode for hver sykdom eller hver medisin som pasientene brukte. Sykdommer ble grupperte og tildelt en felles kode. For eksempel kode 1 ble brukt for hjertesykdom uansett hvilken sykdom det var snakk om. De pasientene som hadde 3 eller flere sykdommer fikk en egen kode. Det samme gjaldt for medisinbruk.

Alle registrerte pasientene ble delt inn i 4 omtrent like store grupper i forhold til alder, 7-20 år; 21-40 år; 41-60 år; 61-89 år.

De hyppigst forekommende diagnosene ble brukt i denne studien. Svaret fra det histopatologiske laboratoriet ble brukt som en referanse for diagnosen. "Pearson Chi-Square" ble brukt for å finne den statistiske signifikansen av overensstemmelse av diagnosene. Signifikansnivå ble satt till 5 % ($p < 0,05$).

Alle registreringene ble satt inn i en tabell i MS Excel[®] regneark hvor hver av opplysningene fikk sin egen kode i kodeboken, f.eks. kvinne=1, mann=2, og så videre. Hvis noen av journaler manglet opplysninger om et eller annet fikk de egen kode for "manglende opplysninger".

Disse kodene ble senere overført til og behandlet i PASW Statistics 18.0 (SPSS 18.0).

Resultater

Av alle 101 gjennomgåtte journaler var det jevn fordeling mellom kjønn – 53 kvinner og 48 menn. Det var følgende fordeling av alder i forhold til kjønn:

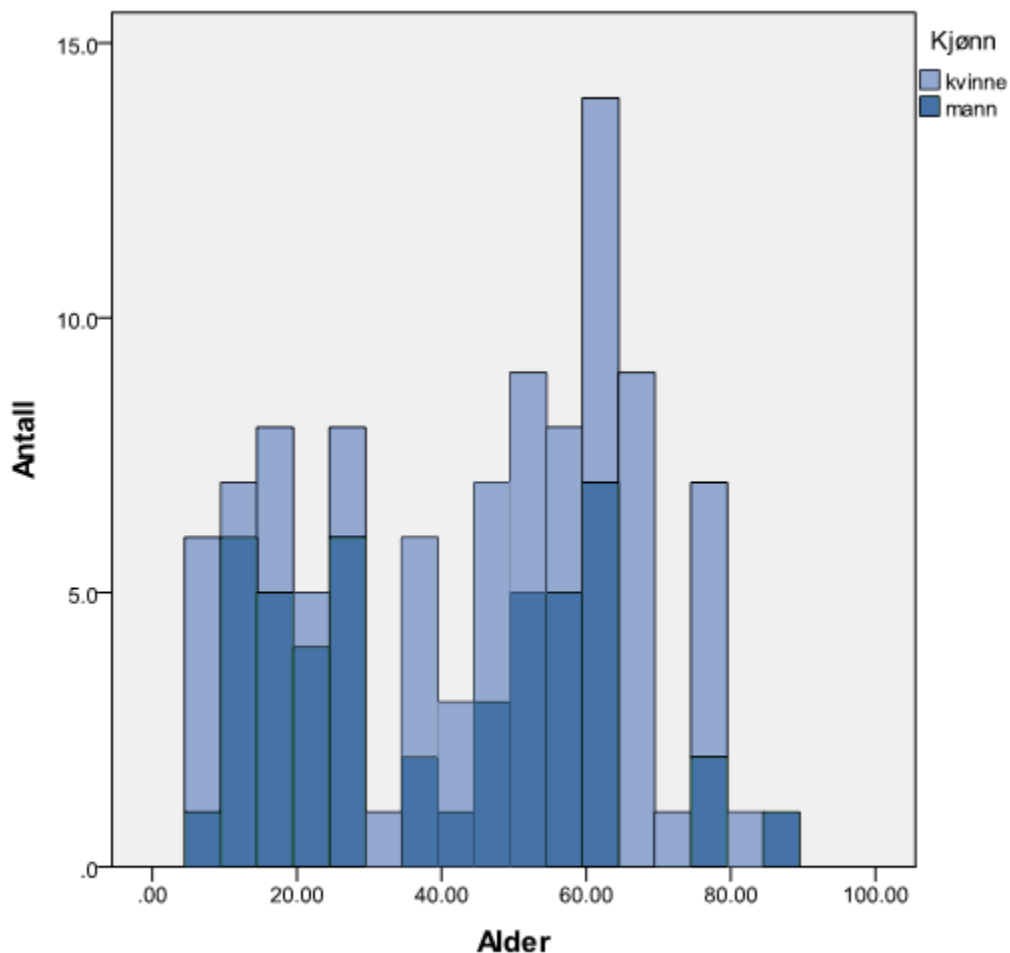


Fig. 1 Fordeling av alder og kjønn av 101 pasienter det ble tatt biopsi av. ($\chi^2=7,597$; $p=0,055$)

Yngste pasient som det ble tatt biopsi fra var 7 år gammel, mens den eldste var 89 år gammel. Gjennomsnittsalderen var 44 år. Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom kjønn og alder i de 4 aldersgruppene. Menn dominerte i de 3 yngste aldersgruppene (7-60 år), mens kvinner var dominante i den eldste aldersgruppen (61-89 år).

Av alle 101 pasienter var 50 % friske, 15 % hadde 3 eller flere sykdommer, 7 % hadde problemer med hjertet og 7 % hadde lungeproblemer (hyppigst astma). Andre sykdommer var sjeldne.

Halvparten av pasientene brukte ingen medisiner. Tretten prosent brukte 3 eller flere medisiner, 10 % gikk på hjertemedisiner og 9 % brukte inhalator. Bruk av andre medisiner viste seg å være sjelden (1-2 %).

Sekstisyv prosent oppgav ingen allergier. Pollen/støv/dyr allergi var den hyppigste og viste seg til å ramme 13 % av undersøkte pasienter. Fem prosent oppgav penicillin allergi.

		Alkohol			Totalt
		nei	ja	ingen oppl.	
Tobakk	nei	30	21	13	64
	røyk	3	12	10	25
	snus	0	2	2	4
	røyk og snus	0	1	0	1
	ingen oppl.	0	4	3	7
Totalt		33	40	28	101

Tabell 1. Oversikt over bruk av tobakk produkter og alkohol.

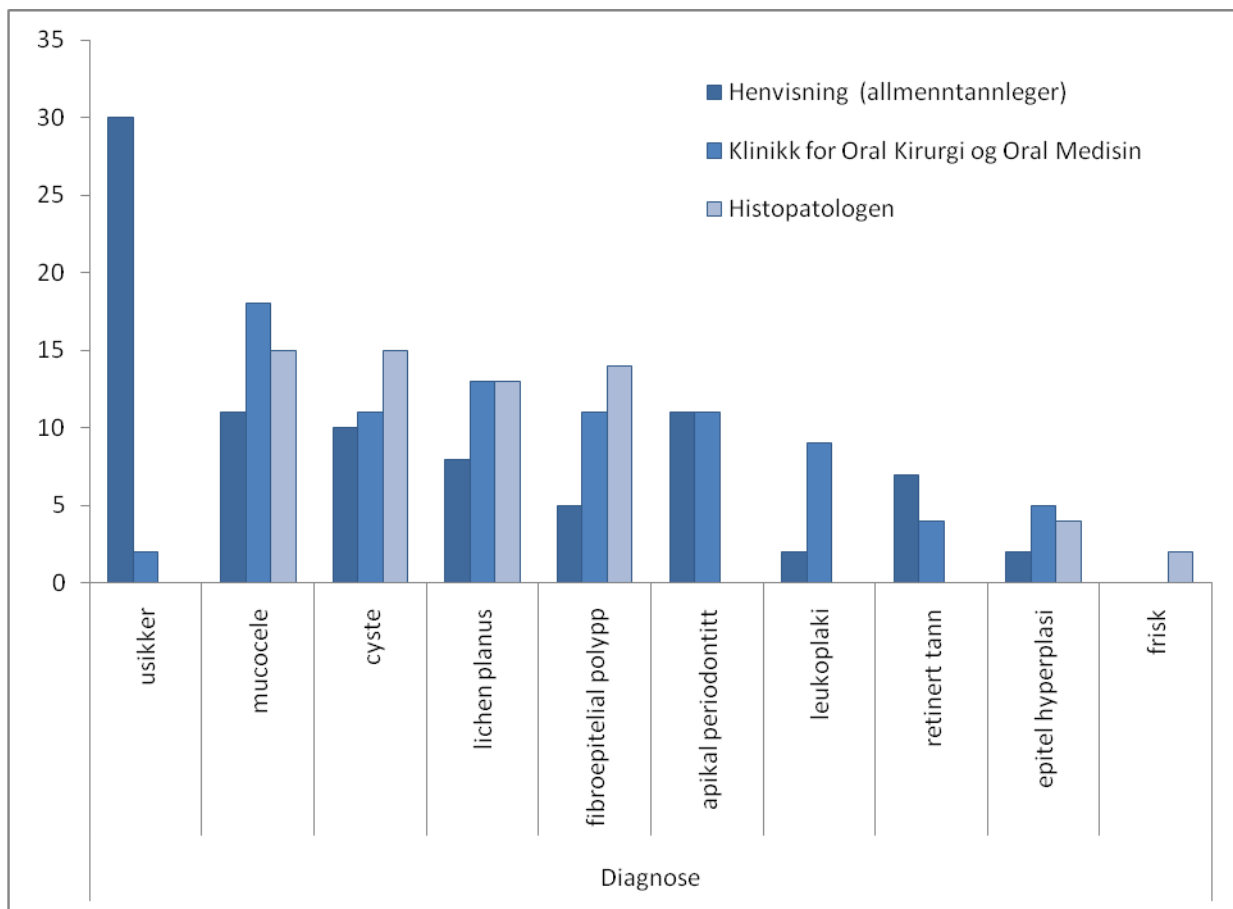


Fig. 2 Oversikt over de vanligste diagnosene (>5 % forekomst).

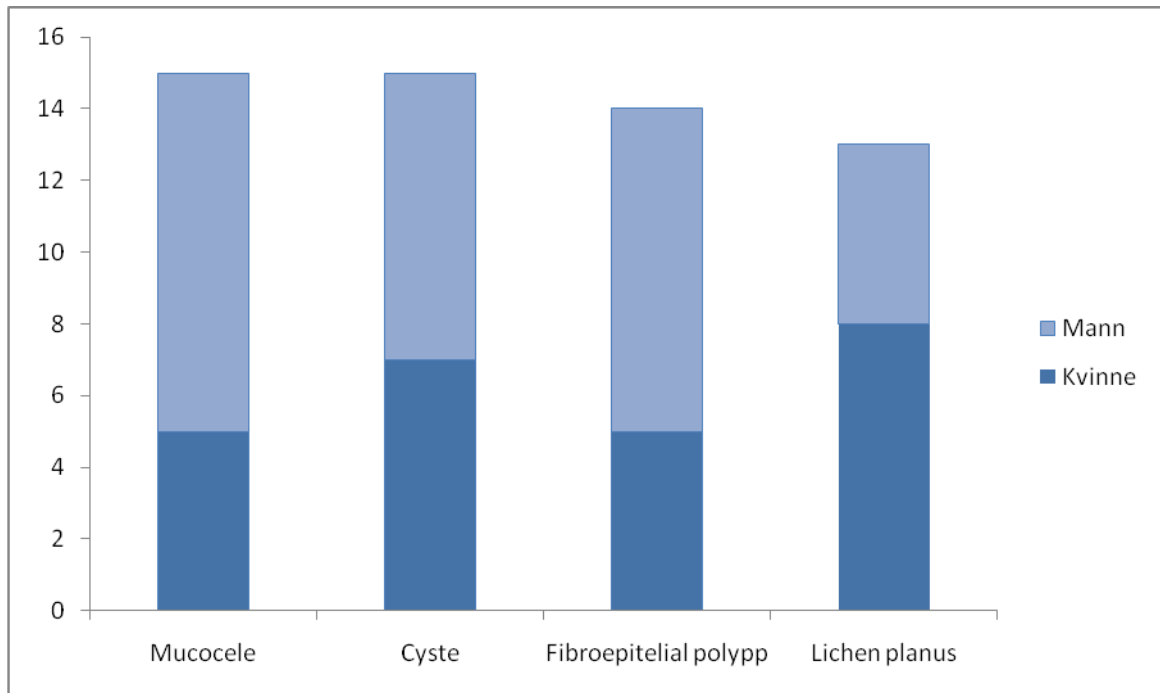


Fig. 3 De hyppigst forekommende lesjoner i forhold til kjønn. Biopsisvar. ($\chi^2=2,750$; $p=0,432$)

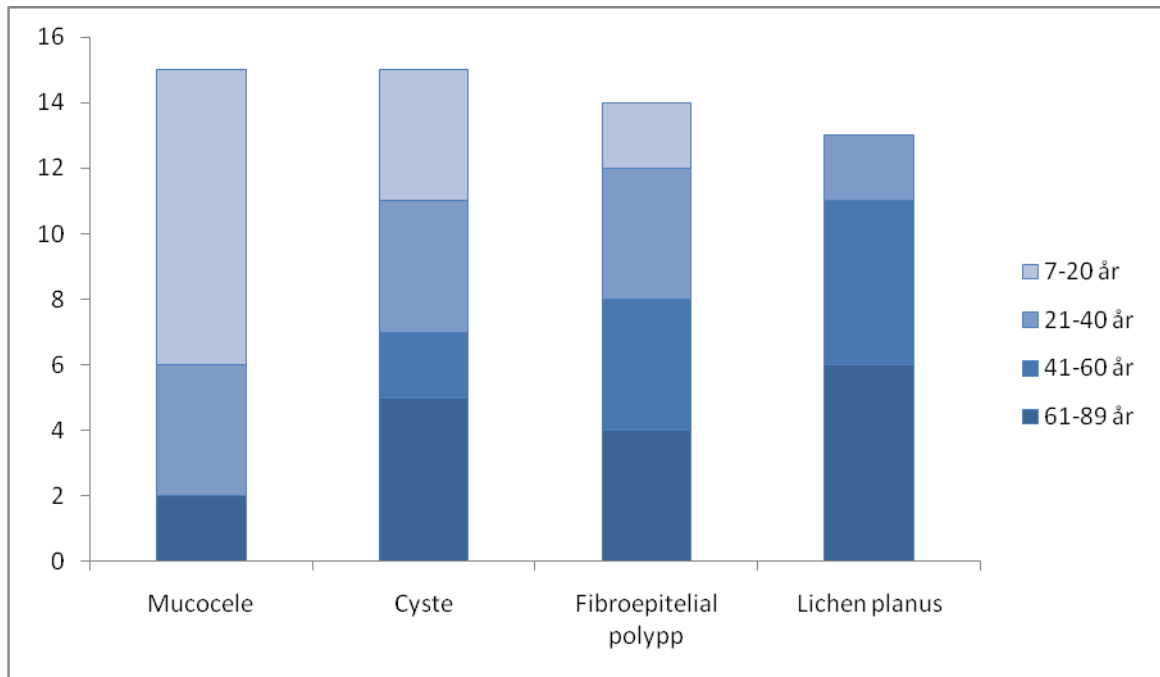


Fig. 4 De hyppigst forekommende lesjoner i forhold til alder. Biopsisvar. ($\chi^2=20,119$; $p=0,017$)

	Ingen medisiner	Én eller flere medisiner	Totalt
Mucocele	10	5	15
Cyste	10	5	15
Fibroepitelial polypp	8	6	14
Lichen planus	3	10	13

Tabell 2. Forekomst av de vanligste orale lesjonene i forhold til medisinbruk. ($\chi^2=7,004$; $p=0,072$)

	Frisk	Én eller flere sykdommer	Totalt
Mucocele	11	4	15
Cyste	9	6	15
Fibroepitelial polypp	9	5	14
Lichen planus	4	9	13

Tabell 3. Forekomst av de vanligste orale lesjonene i forhold til helsetilstand. ($\chi^2=5,652$; $p=0,130$)

		Henvisningsdiagnose			Totalt
		Stemmer	Stemmer ikke	Usikker	
Diagnose på Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin	Stemmer	41	10	24	75
	Stemmer ikke	1	17	6	24
	Usikker	0	1	1	2
Totalt		42	28	31	101

Tabell 4. Oversikt over samsvar mellom kliniske- og histopatologiske diagnoser. ($\chi^2=34,586$; $p=0,000$)

“Stemmer” representerer overensstemmelse mellom den kliniske og histopatologiske diagnosen; “Stemmer ikke” viser at diagnosene er forskjellige; “Usikker” representerer antall tilfeller da tannlegen ikke har stilt noen diagnose i henvisningen.

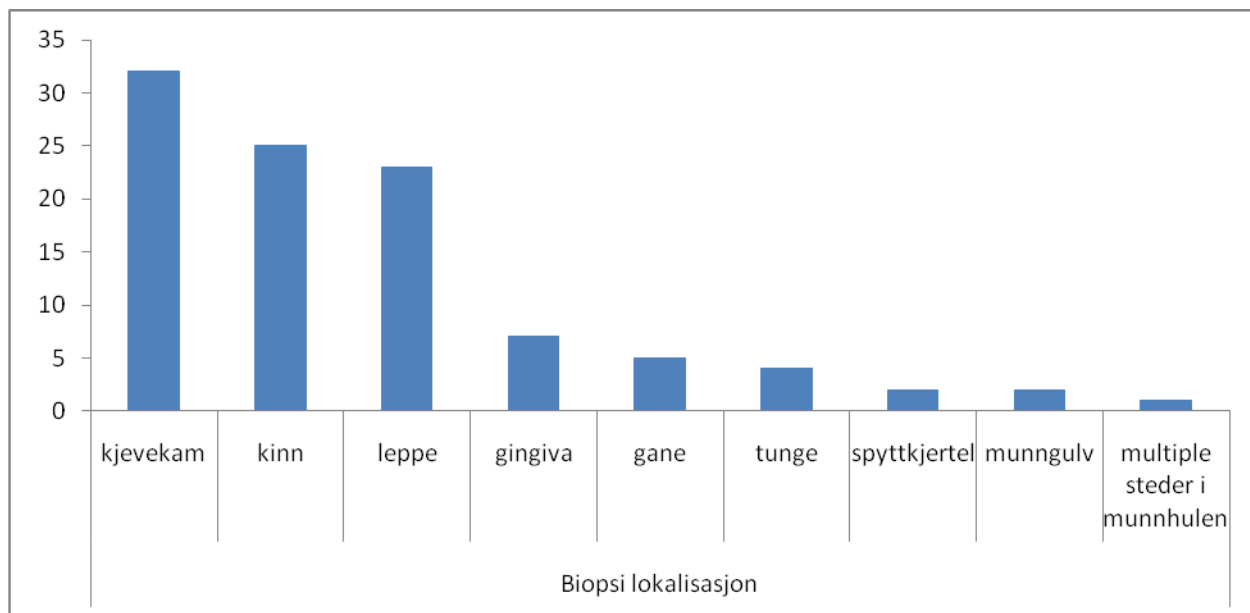


Fig. 5 Steder hvor biopsien ble tatt ifra.

Eksisjonsbiopsi ble utført 75 ganger, incisjonsbiopsi 26 ganger.

Førtifem biopsier ble tatt fra høyre side, 42 fra venstre, 6 bilateralt og 4 mediant. 4 av gjennomgåtte journaler manglet opplysninger om dette.

Diskusjon

Pasientmaterialet som ble brukt i denne studien er selektert. Kun pasienter som det ble tatt biopsi fra på Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin ved Universitet i Bergen ble med i studien. Derfor er det viktig at alle resultatene som blir presentert her skal tolkes med forsiktighet. Utvalget er representativt for pasientene som blir henvist til og undersøkt på denne klinikken.

Ideelt skal det være samsvar mellom klinisk og histopatologisk diagnose. Dette så vi i denne studien, der 75 av 101 diagnoser stilt av tannleger på Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin ble bekreftet ved histopatologisk undersøkelse (tabell 4). Hvis det ikke er samsvar mellom den kliniske og histopatologiske diagnosen må tannlegen kontakte laboratoriet for å diskutere mulige årsaker for dette. Biopsien må være tatt fra et representativt område, fiksering og forsendelsen må være korrekt utført og den mikroskopiske undersøkelsen må gjøres på en riktig måte for å få en pålitelig histopatologisk diagnose.

Det var også interessant å sammenligne den diagnostiske treffsikkerheten hos allmenntannleger og spesialister eller spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin (tabell 4). Det fremkommer fra Fig. 2 at 31 av 101 allmenntannleger var usikre på diagnose ved henvisning av pasienter til Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin ved UiB. Usikkerhetsnivået var mye lavere hos spesialister eller spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin, kun 2 tilfeller. Usikkerheten ved diagnostisering kan skyldes manglende kunnskap innenfor oral medisin. Av 101 tilfeller stemte den tentative diagnosen ved henvisning med biopsisvaret 42 ganger (tabell 4). Den tentative diagnosen som ble stilt på avdelingen for Oral Kirurgi og Oral Medisin stemte i 75 av tilfellene (tabell 4). Antall tilfeller med feildiagnostisering var omtrent lik for begge gruppene – 24 ganger for spesialister eller spesialistkandidater og 28 ganger for allmenntannleger (tabell 4). Kompetansenivået innenfor oral medisin forventes å være høyere hos spesialister enn hos vanlige allmenntannleger. Den diagnostiske treffsikkerheten hos allmenntannleger er lavere sammenlignet med spesialister eller spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin.

På grunnlag av disse resultatene anbefales det å henvise pasienter med mistenkte orale lesjoner videre for spesialistutredning. Det er tryggere for pasienten å bli henvist enn å bli behandlet på grunnlag av en usikker diagnostikk.

Den hyppigste diagnosen var mucocele. Mucocele er en av de hyppigst forekommende benigne orale lesjoner.⁽¹³⁾ Det ble registrert ingen maligne lesjoner, som for eksempel plateepitelkarsinom.

Det ble registrert omtrent like mange kvinner (53) og menn (48). Det var pasienter fra de fleste aldersgrupper, med yngste pasient på 7 år og eldste på 89 år. Fig. 1 viser 2 topper i aldersfordelingen – den ene rundt 20 år og den andre rundt 60 års alderen. Det er flere eldre

som utvikler orale lesjoner. Dette kan ha sammenheng med helsetilstand, medisinbruk og andre eksterne faktorer som påvirker eldre mennesker. Tyve-års topp er mer vanskelig å forklare. Det ble funnet en statistisk signifikant sammenheng ($p < 0,05$) mellom de vanligste orale lesjonene og alder. Mucocele finnes oftest hos de yngste pasientene (aldersgruppe 7-20 år)^(14,16), mens cyste og fibroepitelial polypp forekommer i omtrent like stor grad i alle aldersgruppene (Fig. 4). Utvikling av mucocele og fibroepitelial polypp kan skyldes traumatisk påvirkning som kinn- og leppebiting,^(13,14) som i sin tur kan være forårsaket av stress. Ved registrering av diagnosene ble det ikke skilt mellom follikulære- og radikulære cyster, derfor var det vanskelig å si hva årsaken til den høye forekomsten av diagnosen cyste var. Lichen planus blir oftest funnet hos middelaldrende eller eldre pasienter.^(15,17) Dette stemmer med funn i denne studien.

Lichen planus kan forekomme i assosiasjon med medikamentbruk.⁽¹⁷⁾ Mesteparten (10 av 13) av de som ble diagnostisert med lichen planus brukte én eller flere medisiner (tabell 2). Om det var medisinbruk alene som har forårsaket utvikling av oral lichen planus var usannsynlig. Det ble ikke funnet signifikant sammenheng mellom medisinbruk og forekomst av orale lesjoner i denne studien (tabell 2), dog det var en tendens for denne sammenhengen ($p = 0,072$). Bruk av medisiner blir ofte større hos eldre mennesker. Det var sannsynligvis en kombinasjon av blant annet alder, helsetilstand (tabell 3) og medisinbruk (tabell 2) som hadde sammenheng med utvikling av denne lesjonen. Lichen planus er den eneste av de hyppigst forekommende orale lesjoner som ble diagnostisert mer hos kvinner enn hos menn, mens både mucocele, cyste og fibroepitelial polypp ble påvist oftere hos menn. Det ble ikke funnet kjønns- eller alderspredileksjon for fibroepitelial polypp (Fig. 3 og 4).

Det ble ikke funnet direkte sammenheng mellom bruk av stimulansia (tobakk og/eller alkohol) og forekomst av orale lesjoner i denne pasientgruppen. Det kan skyldes lite pasientgrunnlag, at mange av journalene manglet opplysninger om alkohol- og tobakk bruk, og at faktisk ikke finnes slik sammenheng.^(13,15) Andre hevder at det finnes en negativ sammenheng mellom bruk av tobakk og utvikling av visse orale lesjoner, blant annet lichen planus.⁽¹⁹⁾ Andre studier viser at det er en klar positiv sammenheng mellom bruk av tobakk og alkohol og orale lesjoner.^(20,21)

I 2 tilfeller ble svaret fra det histopatologiske laboratoriet at vevet var normalt og de ikke fant noen patologi. Dette kan skyldes feildiagnostisering på Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin eller et feil område som det ble tatt biopsi fra.

Fig. 5 viser at de fleste biopsier ble tatt fra kjevekam, kinn og leppe. Dette stemmer godt overens med vanlig lokalisasjon for de hyppigste orale lesjonene – cyste, lichen planus, fibroepitelial polypp og mucocele. Biopsi av odontogene cyster tas som regel fra kjevekam. Kinn er det vanligste stedet for å ta biopsi ved lichen planus⁽¹⁵⁾ eller fibroepitelial polypp.⁽¹⁴⁾ Mucocele forekommer oftest på leppe.^(14,16)

Eksisjonsbiopsi var den biopsi typen som ble brukt mest i denne studien. Det har sammenheng med at de fleste registrerte lesjoner var forholdsvis små og lokale. Tre av 4 av de oftest forekommende lesjoner – mucocele, cyste og fibroepitelial polypp – fjernes som regel in toto før hele forandringen blir sendt til en histopatologisk undersøkelse. Kliniske lesjoner av typen lichen planus er nesten umulig å fjerne i sin helhet på grunn av relativt store affiserte områder. Ved utredning av lichen planus velger man derfor incisjonsbiopsi.

Konklusjon

Sammenligning mellom klinisk og histopatologisk diagnose viste at spesialister eller spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin har større diagnostisk treffsikkerhet enn allmennpraktiserende tannleger. Fordeling av biopsier med hensyn på lokalisasjon, alder, kjønn og diagnose var i overensstemmelse med andre studier.

Sammendrag:

Denne studien kartlegger og vurderer diagnostikken ved hjelp av bløtvevsbiopsi på Klinikk for Oral Kirurgi og Oral Medisin ved Universitetet i Bergen. Dette ble gjort ved en systematisk gjennomgang av 101 journaler til pasienter som det har blitt tatt biopsi fra.

Konklusjon: samsvar mellom tentative diagnoser og biopsisvar var lavere for allmenntannleger enn for spesialister eller spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin ved denne avdelingen. Den tentative diagnosen stilt av allmenntannleger stemte med biopsisvaret i 42 av tilfellene, mens for spesialister og spesialistkandidater var dette tallet 75. Allmenntannleger var usikre på diagnosen i 31 av tilfellene, mens spesialister eller spesialistkandidater var usikre i 2 tilfeller. Fleste biopsier ble tatt av pasienter rundt 20- og 60-års alder, og de vanligste diagnosene var mucocele, cyste, fibroepitelial polypp og lichen planus. Det ble funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom de vanligste orale lesjonene og alder. Mucocele ble oftere diagnostisert hos yngre mennesker, mens lichen planus ble funnet hos eldre. Mucocele, cyste og fibroepitelial polypp ble oftere diagnostisert hos menn, men lichen planus oftere hos kvinner. Det ble ikke funnet direkte sammenheng mellom helsetilstand, medisiner og bruk av stimulanter (tobakk og/eller alkohol) og forekomst av orale lesjoner i denne pasientgruppen. Eksisjonsbiopsi var den biopsi typen som ble brukt mest i denne studien.

Abstract:

This study identifies and evaluates diagnostics using soft tissue biopsy in the Clinic of Oral Surgery and Oral Medicine at the University of Bergen. This was done by a systematic review of 101 medical records of patients who had undergone biopsy.

Conclusion: agreement between the tentative diagnoses and histopathological diagnoses was lower for general dental practitioners than for oral surgeons or residents at this department. There was agreement between diagnoses made by general dental practitioners and histopathologists in 42 cases, while for oral surgeons or residents this number was 75. General practitioners were uncertain of the diagnosis in 31 cases, oral surgeons or residents were uncertain in 2 cases. Most biopsies were taken from patients around 20- and 60-years, and the most common diagnoses were mucocele, cyst, fibroma and lichen planus. There was a statistically significant correlation between the most common oral lesions and age. Mucocele was often diagnosed in younger people, while lichen planus was mainly found in older people. Mucocele, cyst and fibroma were more often diagnosed in men, while lichen planus was more frequently seen in women. There was no direct relationship between health status, medication or use of tobacco and/or alcohol and the occurrence of oral lesions in this patient group. Excision biopsy was the type that was used most in this study.

Referanser:

1. **Melrose RJ, Handlers JP, Kerpel S, Summerlin D-J, Tomich CJ.** *The use of biopsy in dental practice: the position of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology.* 2007, Gen Dent, Vol. 55, s. 457-461.
2. **Nylenna M.** *Medisinsk ordbok.* Oslo : Kunnskapsforlaget, 2004. Vol. 6.
3. **Poh CF, Ng S, Berean KW, Williams PM, Rosin MP, Zhang L.** *Biopsy and histopathologic diagnosis of oral premalignant and malignant lesions.* 2008, J Can Dent Assoc, Vol. 74, s. 283-288.
4. **Berge TI.** *Undersøkelsesmetoder og prøvetaking (lecture handout).* Bergen, 2009.
5. **Farah CS, Simanovic B, Savage NW.** *Scope of practice, referral patterns and lesion occurrence of an oral medicine service in Australia.* 2008, Oral Dis, Vol. 14, s. 367-375.
6. **Diamanti N, Duxbury AJ, Ariyaratnam S, Macfarlane TV.** *Attitudes to biopsy procedures in general dental practice.* 2002, Br Dent J, Vol. 192, s. 588-592.
7. **Franklin CD, Jones AV.** *Survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period.* 2006, Br Dent J, Vol. 200, s. 447-450.
8. **Rich AM, Firth NA, Kardos TB.** *Review of oral pathology service, Medlab Dental, University of Otago, 2002-2005.* 2007, N Z Dent J, Vol. 103, s. 34-36.
9. **Williams HK, Browne RM.** *The use by general dental practitioners of an oral pathology diagnostic service over a 20-year period: the Birmingham Dental Hospital experience.* 1997, Br Dent J, Vol. 182, s. 424-429.
10. **Wan A, Savage NW.** *Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness.* 2010, Aus Dent J, Vol. 55, s. 162-169.
11. **Pereira MC, Oliveira DT, Landman G, Kowalski LP.** *Histological subtypes of oral squamous cell carcinoma: prognosis relevance.* 2007, J Can Dent Assoc, Vol. 73, s. 339-344.
12. **Da Silveira EJ, Godoy GP, Lins RDA et al.** *Correlation of clinical, histological and cytokeratin profiles of squamous cell carcinoma of the oral tongue with prognosis.* 2007, Int J Surg Pathol, Vol. 15, s. 376-383.
13. **Jani DR, Chawda J, Sundaragiri SK, Parmar G.** *Mucocele - A study of 36 cases.* Indian J Dent, 2010, Vol. 21, s. 337-340.

14. **Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK.** *Oral Pathology: Clinical pathologic correlations.* 5th. St. Louis, Missouri : Saunders Elsevier, 2008.
15. **Oliveira Alves MG, Almeida JD, Balducci I, Guimarães Cabral LA.** *Oral lichen planus: A retrospective study of 110 Brazilian patients.* BMC Research Notes, 2010. 3:157.
16. **Angela C, Lambert III PR, Richardson MS, Neville BW.** *Oral Mucoceles: A Clinicopathologic Review of 1,824 Cases, Including Unusual Variants.* South Carolina : American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2010.
17. **Cawson RA, Odell EW.** *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine.* 7th. Churchill Livingstone Elsevier, 2002.
18. **Torrente-Castells E, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C.** *Clinical features of oral lichen planus. A retrospective study of 65 cases.* Barcelona, Spain, 2010, Med Oral Patol Oral Cir Bucal, s. 685-690.
19. **Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S.** *The prevalence of oral mucosal lesions in adults from Turin area.* Turin, Italy, 2008, Oral Dis, 14(4):356-66.
20. **Winn DM.** *Tobacco use and oral disease.* Bethesda, USA, April 2001, J Dent Educ., 64(4):306-12
21. **Morger R, Ramseier CA, Rees TD, Bürgin WB, Bornstein MM.** *Oral mucosal findings related to tobacco use and alcohol consumption: a study on Swiss army recruits involving self-reported and clinical data.* Bern, Switzerland, 2010, Oral Health Prev Dent., 8(2):143-51.