

تعیین وضعیت مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سرطان دهان مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۹۲

دکتر کتایون سرگران^۱ - دکتر امیر جلال عباسی^۲ - دکتر فائقه فاضلی^{۳†}

۱- استادیار گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

۲- استادیار گروه آموزشی جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

۳- دستیار تخصصی گروه آموزشی پرودنتولوژی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

Treatment and care for oral cancer patients at Shariati hospital in Tehran in 2003-2013

Katayoun Sargeran¹, Amir Jalal Abbasi², Faegheh Fazeli^{3†}

1- Assistant Professor, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran

3[†]- Post-Graduate Student, Department of Periodontology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (fazeli.faeghe@gmail.com)

Background and Aims: In modern societies, the incidence of oral cancer is increasing. It may be due to the increased population, life expectancy, and exposure to risk factors. This increase can particularly be seen in women and in our own country, Iran. The aim of the present study was to explore the status of care and treatment of patients with oral cancer referring to Shariati educational hospital in Tehran, during the years 2003-2013.

Materials and Methods: The present study was a cross-sectional descriptive survey on oral cancer patients attending the Shariati hospital in Tehran during a ten-year period. Data were collected through patient records and statistically analyzed by SPSS21 software.

Results: Regression analysis was performed in 5 models, where variables such as age, gender, location of the tumor, stage and grade was entered as independent variables and delay in treatment (time interval from diagnosis to treatment) entered as the dependent variable. The analysis showed that the elapsed time from diagnosis to treatment had a positive association with age of the patients. It means that the higher the age, the more delay in treatment ($P < 0.05$). No relationship was found between the treatment delay and gender, tumor location, grade, and stage.

Conclusion: Considering the consequences of oral cancer for patients, there was necessity to formulate plans for preventing, early detection and improving quality of life in oral cancer patients.

Key Words: Squamous cell carcinoma, Treatment, Oral cancer

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2017;30(2):104-110

† مؤلف مسؤول: نشانی: اصفهان - خیابان هزار جریب - دانشکده دندانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - گروه آموزشی پرودنتولوژی
تلفن: ۳۶۶۸۰۰۴۸ نشانی الکترونیک: fazeli.faeghe@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: امروزه بروز سرطان دهان در حال افزایش است. با توجه به افزایش جمعیت، امید به زندگی و مواجهه با عوامل خطر، شاهد افزایش شیوع به خصوص در زنان می‌باشیم. در کشور ما نیز با توجه به افزایش عوامل خطر این بیماری رو به افزایش است. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سرطان دهان مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی تهران طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۲ می‌باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی مقطعی بر روی مبتلایان به سرطان دهان در بیمارستان شریعتی تهران طی ۱۰ سال بود که اطلاعات از طریق پرونده‌های بیماران جمع آوری شدند و با نرم‌افزار SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: آنالیز رگرسیون در ۵ مدل انجام شده که در آن متغیرهای سن، جنس، محل تومور، stage و grade به عنوان متغیر مستقل و متغیر تأخیر درمان (فاصله زمانی تشخیص تا درمان) به عنوان متغیر وابسته وارد آنالیز شدند. نتیجه نشان داد که مدت زمان سپری شده از تشخیص تا درمان با متغیر سن بیمار ارتباط مثبت دارد، یعنی هرچه سن بیشتر بوده تأخیر در درمان هم بیشتر بوده است ($P < 0/05$). این مدت زمان با جنس، محل تومور، grade و stage ارتباط نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به عواقب سرطان دهان برای بیماران، ضرورت تدوین برنامه‌هایی برای پیشگیری، تشخیص زود هنگام و در نتیجه بهبود زندگی مبتلایان مشخص می‌گردد.

کلید واژه‌ها: سرطان سلول سنگفرشی، درمان، سرطان دهان

وصول: ۹۵/۰۸/۲۶ اصلاح نهایی: ۹۶/۰۵/۱۲ تأیید چاپ: ۹۶/۰۵/۱۵

مقدمه

در جمعیت ۱ در ۱۰۰۰۰۰ بوده است. این میزان در مردان ۳۸۶ مورد بوده است که میزان بروز در جمعیت ۱/۳ در ۱۰۰۰۰۰ می‌باشد. موارد مرگ ناشی از سرطان حفره دهان در ایران در ۲۳ استان ۱۷۱ مورد بوده است که ۹۸ مورد در مردان و ۷۳ مورد در زنان بوده است. این نوع سرطان پانزدهمین سرطان شایع از نظر موارد مرگ در ایران می‌باشد (۲).

تشخیص زود هنگام سرطان دهان ارزش بسیار زیادی دارد که باعث کاهش میزان مرگ و میر و افزایش میزان بقاء بیمار می‌شود. بیشتر سرطان‌های دهان در زمان تشخیص در مراحل پیشرفته قرار دارند و درمان نمی‌تواند به افزایش سال‌های بقاء و کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند. معاینه کامل سر و گردن باید بخشی از معاینات روتین دندانپزشکی باشد و این نواحی باید برای تشخیص زود هنگام سرطان‌های دهان به دقت مشاهده و لمس شوند (۳). بیماران به دنبال درمان‌های موجود، دچار افسردگی، ترس و حالت‌های اضطرابی می‌شوند.

تحقیقات در اروپا در مورد سرطان‌های سر و گردن نشان می‌دهد که تنها تمرکز اندکی بر روی جنبه‌های اجتماعی درمان وجود دارد. در حالی که سرطان‌های سر و گردن باعث مشکلات فراوان در ظاهر بیمار، تکلم و غذا خوردن می‌شوند، که فشار روحی زیادی بر بیمار وارد می‌کند. در سال‌های اخیر تحقیقات در مورد کیفیت زندگی بیماران رو به افزایش است و گفته می‌شود که در درمان بیماران یک کار گروهی لازم است که علاوه بر پزشک و دندانپزشک، همکاری متخصص تغذیه، روانشناس و روانپزشک، گفتار درمانی و متخصص زیبایی لازم است. توجه به

در دنیای امروز به علت افزایش جمعیت جهان، متوسط سنی و امید به زندگی در افراد و همچنین افزایش مواجهه با عوامل خطر ساز محیطی حتی با وجود بهبود وضعیت بهداشت و کنترل نسبی بیماری‌های واگیردار همچنان با افزایش بروز سرطان‌ها روبرو هستیم. به طوری که در بسیاری از جوامع بدخیمی‌ها و بیماری‌های مزمن به عنوان اولین اولویت بهداشتی در آمده است. تغییر در سبک زندگی، کنترل بیماری‌های واگیردار، افزایش عامل خطر محیطی و مسن شدن جمعیت، از عوامل افزایش بیماری سرطان در چند دهه اخیر محسوب می‌گردد. تخمین زده می‌شود که بیش از یک سوم تمام موارد سرطان‌ها، قابل پیشگیری و یک سوم دیگر به شرط تشخیص زود هنگام، بالقوه درمان پذیر می‌باشد. سرطان دهان کمتر از ۳٪ کلیه سرطان‌ها را در ایالت متحده شامل می‌شود. حدود ۹۴٪ کلیه بدخیمی‌های دهان، کارسینوم سلول سنگفرشی هستند و بروز متوسط سالانه و میزان مرگ و میر ناشی از این سرطان به طور قابل توجهی بین گروه‌های نژادی، جنسی و سنی مختلف متفاوت است (۱).

سرطان‌ها به عنوان سومین عامل مرگ و میر در ایران مطرح هستند. سالانه بیش از سی هزار نفر در کشورمان جان خود را در اثر سرطان از دست می‌دهند. میزان بروز موارد جدید سرطان در کشور بیش از هفتاد هزار مورد تخمین زده می‌شود. انتظار می‌رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد. در سال ۱۳۸۳ حدود ۲۶۴ مورد جدید سرطان لب و حفره دهان در زنان ایران ثبت شده است که میزان بروز

ثبت شده بین سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۲ مورد مطالعه قرار گرفت که در مجموع ۹۲ پرونده مطالعه شد که از این تعداد ۶ مورد به دلیل این که در بررسی مجدد مربوط به تومورهای داخل استخوانی بودند، حذف گردیدند. کلیه اطلاعات مربوط به بیمار محرمانه تلقی و حفظ شد و در فرم‌های اطلاعاتی نام و نام خانوادگی و آدرس از بیمار ثبت نگردید.

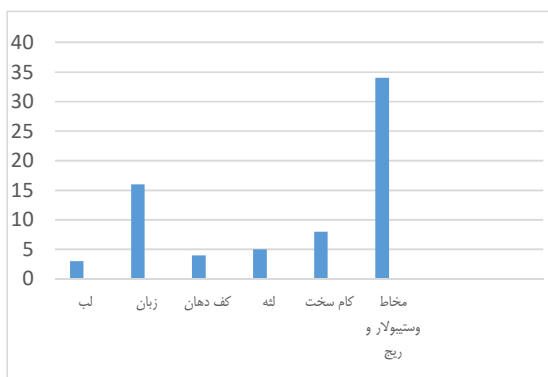
یافته‌ها

الف- یافته‌های توصیفی

ویژگی دموگرافیک: شامل سن، جنس و وضعیت تاهل مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی بیماران $61/70 \pm 14/83$ سال در دامنه سنی ۲۸-۹۳ بوده است. از افراد مورد مطالعه ۵۶٪ بیماران (۴۸ نفر) را مردان و ۴۴٪ (۳۸ نفر) را زنان تشکیل داده‌اند. ۷۷ نفر از بیماران (۸۹/۵٪) متاهل، و ۹ نفر (۱۰/۵٪) مجرد بودند.

یافته‌های مربوط به ویژگی ضایعه

مکان ضایعه: در این مطالعه شایعترین محل‌های درگیری تومور مربوط به مخاط ریبج و وستیبول بود و در درجه بعد زبان محل شایع بود (نمودار ۱). درجه تمایز هیستولوژی ضایعه به سه دسته کاملاً تمایز یافته، نسبتاً تمایز یافته و تمایز نیافته تقسیم بندی شدند. ۶۷٪ بیماران (۵۸ نفر) دارای ضایعه کاملاً تمایز یافته، ۱۰/۵٪ بیماران (۹ نفر) دارای ضایعه نسبتاً تمایز یافته و ۱۶/۳٪ بیماران (۱۴ نفر) دارای ضایعه تمایز نیافته بودند. مرحله تومور در زمان تشخیص: ۶۳/۸٪ بیماران (۴۶ نفر) در stage 3,4 و ۳۷/۱٪ بیماران (۲۶ نفر) در stage 1,2 قرار داشتند. ۱۴ نفر نیز وضعیت نامشخص داشتند.



نمودار ۱- فراوانی (n) ضایعه در مناطق مختلف حفره دهان

مشکلات روحی بیمار و درمان آن‌ها می‌تواند تأثیر زیادی در کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد (۴).

در کشور ما نیز با توجه به افزایش عوامل خطر و مراجعه دیر هنگام بیماران در مراحل پیشرفته بیماری، تشخیص با تأخیر صورت می‌پذیرد و در نتیجه درمان دیر هنگام، میزان مرگ و میر زیاد است (۵۶). تاکنون در ایران مطالعه‌ای در خصوص روند درمان و مراقبت بیماران مبتلا به سرطان دهان انجام نشده است. از آنجا که اطلاع از جزئیات این روند در ارتقاء سیستم مراقبت این بیماران و میزان بقاء ایشان تأثیری به سزا خواهد داشت، بر آن شدیم تا این مطالعه را طراحی و اجرا نماییم.

روش بررسی

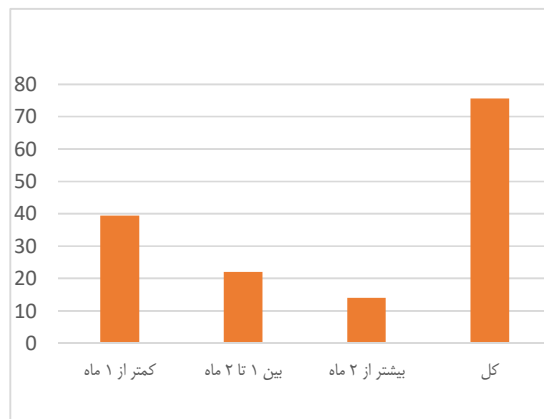
مطالعه حاضر به صورت توصیفی مقطعی طراحی شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات فرم اطلاعاتی می‌باشد. این اطلاعات شامل متغیرهای مربوط به مشخصات بیمار (سن، جنس، وضعیت تاهل) و مشخصات تومور (محل ضایعه بر اساس سیستم کد گذاری بین المللی ICD-10: C00-C06 شامل مخاط لب (C00)، زبان (C01-C02)، لثه (C03)، کف دهان (C04)، کام نرم و سخت (C05)، مخاط باکال، مخاط آلوئولار ریبج و وستیبولار (C06)، وضعیت تمایز هیستولوژی (grade)، زمان تشخیص، مرحله (stage) تومور در زمان تشخیص) و اطلاعات مربوط به نوع درمان و وضعیت پیگیری دوره‌ای و مراقبت‌های پزشکی بعد از درمان است. اطلاعات مربوط به بیماران از طریق پرونده‌های بایگانی شده در قسمت مدارک پزشکی بیمارستان شریعتی جمع آوری شد. ابتدا با کمک سیستم کد گذاری شماره پرونده بیماران مبتلا به SCC اولیه جمع آوری شده و به مدارک پزشکی مراجعه شد.

با توجه به عدم کد گذاری همه پرونده‌ها طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۹۲، به این طریق دسترسی به همه پرونده‌ها امکان پذیر نبود. برای حل این مشکل به بخش پاتولوژی بیمارستان شریعتی مراجعه شد. در این بخش گزارش پاتولوژی بیماران از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ به صورت مکتوب و از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۲ به صورت سیستم کامپیوتری در دسترس بود که به این طریق توانستیم اطلاعات مربوطه را بعد از مراجعه مجدد به مدارک پزشکی جمع آوری نماییم.

در این مطالعه با توجه به لزوم بررسی تمام بیماران مبتلا به سرطان سلول سنگفرشی دهان مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی، اطلاعات

یافته‌های مربوط به زمان تشخیص

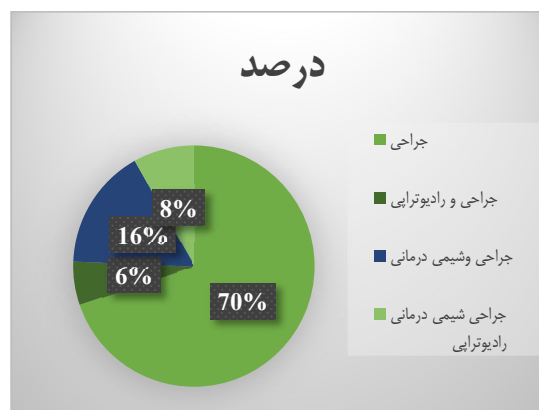
فاصله زمانی تشخیص تا درمان: میانگین مدت زمان تشخیص تا شروع درمان $51/90 \pm 47/37$ روز و در بازه زمانی ۲۲۰-۳ روز می‌باشد (نمودار ۲).



نمودار ۲- یافته‌های مربوط به فاصله زمانی تشخیص تا درمان

یافته‌های مربوط به روش‌های درمانی، پیگیری دوره‌ای و مراقبت‌های پزشکی

از میان روش‌های مختلف درمانی، جراحی (۶۹/۷۶٪) شایع‌ترین درمان می‌باشد و جراحی به همراه شیمی درمانی در مرحله بعد قرار گرفت (نمودار ۳). ۹۳٪ از بیماران پس از طی دوره جراحی، جهت ادامه درمان‌های لازم مانند رادیوتراپی به انستیتو کنسر ارجاع شده بودند و اطلاعات دیگری در خصوص وضعیت پیگیری دوره‌ای و مراقبت‌های پزشکی در پرونده موجود نبود.



نمودار ۳- فراوانی روش‌های مختلف درمانی

ب- یافته‌های تحلیلی

نتایج آنالیز رگرسیون بین متغیرهای سن، جنس، محل تومور، stage و grade به عنوان متغیر مستقل، و متغیر تأخیر درمان (فاصله زمانی تشخیص تا درمان) به عنوان متغیر وابسته، نشان داد که تأخیر درمان با متغیر سن بیمار ارتباط مثبت دارد. یعنی هر چه سن بیشتر بوده تأخیر در درمان هم بیشتر بوده است ($P < 0/05$). در حالیکه تأخیر درمان با سایر متغیرهای مستقل ارتباط ندارد (جدول ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

سرطان دهان از نظر اصول و بسیاری از عوامل اتیولوژی مشابه ضایعه‌های بدخیم سایر نواحی بدن است، اما شناخت و بررسی آن‌ها بخش مهمی از علوم دندانپزشکی را تشکیل می‌دهد. این ضایعات قادرند سلامت بیمار را به طور جدی به خطر انداخته و حتی موجب مرگ شوند. از طرف دیگر درمان انواع سرطان‌های دهان می‌تواند باعث اختلال در تکلم، زیبایی، بلع و ثبات روانی بیمار شود. لذا بررسی تفاوت‌های جنسی، سنی، اجتماعی و شغلی در افراد دچار سرطان در یک کشور مهم است (۷). با توجه به این امر در این مطالعه به بررسی نحوه مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سرطان دهان مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی تهران طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۲ پرداختیم.

در مطالعه حاضر عمده افراد تحت مطالعه در دهه ۶ عمر خود به سرطان مبتلا شدند. ابتلای مردان بیشتر از زنان و نسبت آن ۱/۲ به ۱ بود. این نسبت در مطالعه Delavarian و همکاران (۸) در بررسی گذشته نگر پنج ساله موارد ابتلا به بدخیمی دهان در مراجعین به بخش بیماری‌های دهان دانشگاه مشهد ۰/۹ به ۱ بود که مشابه مطالعه حاضر نبود. میانگین سنی در این مطالعه ۵۷ سال بود. مطالعه Shiva و Moosavi (۹) در سال ۱۳۹۳ در بررسی فراوانی ابتلا به بدخیمی‌های حفره دهان در ساری، تقریباً مشابه مطالعه حاضر بود، به طوری که میانگین سنی بیماران ۵۶ سال و نسبت مرد به زن ۱/۵ به ۱ بود. در مطالعه Jacobson و همکاران (۱۰) در بررسی هزینه‌های درمانی و بیمه ای مبتلایان به سرطان دهان میانگین سنی بیماران ۷۴ سال بود که در مقایسه با مطالعه حاضر بیشتر بود و نسبت مرد به زن ۱/۷ به ۱ بود. در اینکه این سرطان‌ها در چه سنی رخ می‌دهند عوامل مختلفی دخیل می‌باشد که رژیم غذایی، مصرف الکل و دخانیات و شرایط فرهنگی

جدول ۱- ارتباط متغیر تأخیر زمان درمان با متغیرهای سن، جنس، محل تومور، stage و grade (نتایج آزمون رگرسیون)

| Sig. | t | Standardized Coefficients | | Unstandardized Coefficients | | Model |
|-------|--------|---------------------------|------------|-----------------------------|--|----------------------------|
| | | Beta | Std. Error | B | | |
| .001 | ۳/۴۳۴ | | ۴۳/۲۶۵ | ۱۴۸/۵۸۷ | | فاصله زمانی تشخیص تا درمان |
| .۵۱۴ | .۰۶۵۷ | .۰۸۷ | ۱۲/۸۲۷ | ۸/۴۲۶ | | جنسیت |
| .۰۰۴* | -۲/۹۹۷ | -.۰۴۰ | .۰۴۴۳ | -۱/۳۲۷ | | سن |
| .۰۶۰۴ | -.۰۵۲۳ | -.۰۷۱ | ۲/۷۶۲ | -۱/۴۴۳ | | محل تومور |
| .۰۴۴۳ | -.۰۷۷۳ | -.۰۱۰۸ | ۸/۸۳۳ | -۶/۸۲۸ | | Grade |
| .۰۶۲۵ | -.۰۴۹۳ | -.۰۷۱ | ۶/۶۱۳ | -۳/۲۵۷ | | Stage |
| .۰۰۱ | ۳/۵۰۵ | | ۴۰/۲۸۴ | ۱۴۱/۲۱۲ | | فاصله زمانی تشخیص تا درمان |
| .۵۲۳ | .۰۶۴۴ | -.۰۸۵ | ۱۲/۷۲۱ | ۸/۱۹۱ | | gender2 |
| .۰۰۴* | -۲/۹۷۹ | -.۰۳۸۹ | .۰۴۳۴ | -۱/۲۹۲ | | سن |
| .۰۴۸۰ | -.۰۷۱۲ | -.۰۹۱ | ۲/۶۱۰ | -۱/۸۵۸ | | محل تومور |
| .۰۳۱۷ | -۱/۰۱۱ | -.۰۱۳۱ | ۸/۲۳۱ | -۸/۳۲۴ | | Grade |
| .۰۰۰ | ۴/۸۶۷ | | ۳۲/۱۸۵ | ۱۵۶/۶۵۰ | | فاصله زمانی تشخیص تا درمان |
| .۰۰۲* | -۳/۱۹۰ | -.۰۴۰۶ | .۰۴۲۳ | -۱/۳۴۸ | | سن |
| .۰۴۷۰ | -.۰۷۲۸ | -.۰۰۹۳ | ۲/۵۹۵ | -۱/۸۸۸ | | محل تومور |
| .۰۳۵۱ | -.۰۹۴۱ | -.۱۲۰ | ۸/۱۱۳ | -۷/۶۳۱ | | Grade |
| .۰۰۰ | ۴/۹۳۰ | | ۳۰/۱۸۱ | ۱۴۸/۷۹۰ | | فاصله زمانی تشخیص تا درمان |
| .۰۰۲* | -۳/۲۲۰ | -.۰۴۰۸ | .۰۴۲۱ | -۱/۳۵۵ | | سن |
| .۰۳۸۴ | -.۰۸۷۸ | -.۰۱۱۱ | ۸/۰۳۸ | -۷/۰۵۵ | | Grade |
| .۰۰۰ | ۵/۰۹۲ | | ۲۶/۸۶۹ | ۱۳۶/۸۲۶ | | فاصله زمانی تشخیص تا درمان |
| .۰۰۳* | -۳/۱۶۴ | -.۰۳۹۹ | .۰۴۱۸ | -۱/۳۲۳ | | سن |

*P<۰/۰۵

Sasaki و همکاران (۱۵) در اکثریت بیماران (۶۵/۷٪) ضایعه نسبتاً تمایز یافته بود. با توجه به اینکه تحقیق آن‌ها در بیماران جوان‌تر انجام گرفته بود، عدم تمایز کامل بیماری دور از انتظار نبوده است. میانگین تأخیر درمان در این مطالعه ۵۱/۹ روز بود که نزدیک به ۴۰٪ موارد، این مدت زمان کمتر از ۱ ماه بود. در مطالعه Sargeran و همکاران (۶) در سال ۲۰۰۹ تأخیر درمان به طور متوسط ۳۳ روز بود که کمتر از نتیجه تحقیق حاضر است. نتایج مطالعات Mcleod و همکاران (۱۶) و Scott و همکاران (۱۷) همسو با مطالعه حاضر و حدود ۷ هفته بود. شایع‌ترین روش درمانی در این مطالعه جراحی می‌باشد. Kalavrezos و Bhandari (۱۸) نیز در مطالعه خود جراحی را روش اصلی درمان سرطان دهان عنوان کردند. در مطالعات De Felice و

جامعه از جمله آن‌ها می‌باشد، ولی این بیماری در اکثر جوامع در مردان بیشتر بود و در سنین بالاتر از ۵۰ رخ داده است.

در مطالعه ما شایع‌ترین محل ابتلا ریج آلوئول و وستیبول بود و زبان در مرحله بعدی قرار داشت. در مطالعات Delavarian و همکاران (۸)، Jovanovic و همکاران (۱۱)، Izarzagaza و همکاران (۱۲) زبان شایع‌ترین محل ابتلا بوده است. در مطالعه Rabiei و همکاران (۱۳) نیز شایع‌ترین محل بروز سرطان دهان لب و زبان بوده است. در مطالعه حاضر در اکثریت بیماران (۶۷/۴٪) ضایعه کاملاً تمایز یافته بود. ۱۶/۳٪ از بیماران ضایعه تمایز نیافته و ۱۰/۵٪ ضایعه نسبتاً تمایز یافته داشتند. نتایج مطالعات Delavarian و همکاران (۸) و Chidzunga و Mahomva (۱۴) همسو با مطالعه حاضر بود. در حالی که در مطالعه

است که در بسیاری از مطالعات با تأخیر در تشخیص (diagnostic delay) ارتباط داشته است. پیشنهاد می‌شود برای بررسی دقیق‌تر در مطالعات بعدی stage تومور در زمان درمان هم مورد آنالیز قرار گیرد.

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه عدم وجود گزارشی از روند پیگیری‌های بعد از درمان و وضعیت مراقبت‌های پزشکی بعد از آن در پرونده‌های بیماران بود. این امر می‌تواند نشان دهنده دو نکته باشد: ۱- جامع نبودن پرونده بیماران در یک مرکز درمانی که با ایجاد و توسعه پرونده الکترونیک جامع بیماران قابل حل است، ۲- چند مرکزی بودن درمان بیماران مبتلا به سرطان دهان به طوری که بیماران برای ادامه درمان لازم است به انستیتو کنسر مراجعه نمایند. در این خصوص تاسیس مراکز بزرگ درمان سرطان به گونه‌ای که بیماران بتوانند کلیه درمان‌ها را در یک مرکز انجام دهند مفید به نظر می‌رسد.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و عواقب سرطان دهان برای بیماران، ضرورت تدوین برنامه‌هایی برای پیشگیری، تشخیص زود هنگام و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی مبتلایان مشخص می‌گردد. افزایش آگاهی دندانپزشکان در زمینه ارجاع زود هنگام بیماران برای درمان در کاهش زمان تأخیر بین تشخیص تومور تا درمان تأثیر فراوان خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

در اینجا لازم می‌دانیم از کلیه پرسنل بیمارستان شریعتی تهران که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر نماییم. این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی به شماره ۶۰۷۴ جهت دریافت دکترای عمومی دندانپزشکی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می‌باشد.

همکاران (۱۹)، Giralt و همکاران (۲۰)، Ord و Blanchaert (۲۱) و Varvares (۲۲) ضمن اشاره به جراحی به عنوان درمان اصلی، بیان شده که درمان سرطان دهان یک کار گروهی و ترکیبی از درمان‌های جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی است.

مدت زمان سپری شده از تشخیص تا درمان با متغیر سن بیمار ارتباط مثبت دارد به طوری که هر چه سن بیشتر بوده تأخیر در درمان هم بیشتر بوده است. این در حالی است که این مدت زمان سپری شده با جنس، محل تومور، grade و stage ارتباط معنی‌داری نداشت. در مطالعه Esmaelbeigi و همکاران (۲۳) رابطه معنی‌دار و معکوس بین مدت زمان تأخیر و مدرک تحصیلی به دست آمد. به طوری که با افزایش سطح تحصیلات بیمار، این مدت زمان کاهش می‌یافت. همچنین آن‌ها رابطه معنی‌دار مثبت با مرحله بیماری و سن به دست آوردند که همسو با نتیجه تحقیق حاضر نبود.

Sargeran و همکاران (۶) در سال ۲۰۰۹ به مطالعه در مورد تأخیر در تشخیص و درمان بیماران در ۳ بیمارستان در تهران پرداختند و نتیجه مطالعه آن‌ها به این ترتیب بود که بیماران با stage بالاتر تأخیر حرفه‌ای بیشتری داشتند که با مطالعه حاضر همسو نیست. در مطالعه van Harten و همکاران (۲۴) در سال ۲۰۱۴ زمان تشخیص و محل تومور با تأخیر درمان در ارتباط بود که از این نظر با نتایج مطالعه ما متفاوت است، این در حالی است که stage تومور با تأخیر درمان ارتباط مثبتی نداشت که از این لحاظ با نتایج مطالعه ما همسو است.

در مطالعه van Harten و همکاران (۲۵) در سال ۲۰۱۴ تأخیر درمان با جنسیت رابطه مثبتی داشت به طوری که این تأخیر در مردان بیشتر است. همچنین stage تومور با تأخیر درمان رابطه مثبتی داشت به طوری که تأخیر در stage 4 بیشتر است که با نتایج مطالعه ما همسو نیست. علت عدم وجود ارتباط stage با تأخیر در درمان در مطالعه حاضر می‌تواند این نکته باشد که stage تومور در این مطالعه، stage در زمان تشخیص

منابع:

- 1- Warnakulasuriya, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral oncol.* 2009;45(4):309-16.
- 2- Jafari A, Emami Razavi H. Survival rate for patient with oral and pharyngeal squamous cell carcinoma in cancer registration center, Tehran-Iran, 2005-2008. Thesis No 4917. Dental field. Dental school. Tehran University of Medical Sciences. Academic years: 2011-2012.

- 3- Epstein JB, Gorsky M, Cabay RJ, Day T, Gonsalves W. Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma Role of primary care physicians. *Can Fam Physician.* 2008;54(6):870-5.
- 4- Handschel J, Naujoks C, Hofer M, Kruskemper G. Psychological aspects affect quality of life in patients with oral

- squamous cell carcinomas. *Psycho-Oncol.* 2013;22(3):677-82.
- 5- Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SM, Vehkalahti MM, Teronen O. Survival after diagnosis of cancer of the oral cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46(3):187-91.
- 6- Sargeran K, Murtomaa H, Safavi SM, Teronen O. Delayed diagnosis of oral cancer in Iran. *Oral Health Prev Dent.* 2009;7(1):69-76.
- 7- Rodriguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral oncol.* 2004;40(2):3-23.
- 8- Delavarian Z, Pakfetrat A, Mahmoodi M. Five years' retrospective study of oral and maxillofacial malignancies in patients referred to oral medicine Department of mashhad Dental School-Iran. *J Mash Dent Sch.* 2009;33(2):129-38.
- 9- Shiva A, Moosavi J. Epidemiologic study of oral and paraoral malignancies in Sari-Iran. *J Mash Dent Sch.* 2014;38(4):337-46.
- 10- Jacobson JJ, Epstein JB, Eichmiller FC, Gibson TB, Carls GS, Vogtmann E, et al. The cost burden of oral, oral pharyngeal, and salivary gland cancers in three groups: commercial insurance, medicare, and Medicaid. *Head & Neck Oncol.* 2012;4(1):15.
- 11- Jovanovic A, Schulten EA, Kostense PG, Snow GB, Vande waal I. Squamous cell carcinoma of lip and oral cavity in the Netherlands: An epidemiological study of 740 patients. *J Craniomaxillofac Surg.* 1993;21(4):149-52.
- 12- Izarzugaza MI, Esparza H, Aguirre JM. Epidemiological aspects of oral and pharyngeal cancers in the Basque country. *J Oral Pathol Med.* 2001;30(9):521-6.
- 13- Rabiei M, Basirat M, Rezvani SM. Trends in the incidence of Oral and Pharyngeal Cancer (ICD00-14) in Guilan, North of Iran. *J Oral Pathol Med.* 2016 Apr;45(4):275-80.
- 14- Chidzonga MM, Mahomva L. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, maxillary antrum and lip in a Zimbabwean population: A descriptive epidemiological study. *Oral Oncol.* 2006;42(2):184-9.
- 15- Sasaki T, Moles DR, Imai Y, Speight PM. Clinicopathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. *J Oral Pathol Med.* 2005;34(3):129-33.
- 16- McLeod NM, Saeed NR, Ali EA. Oral cancer: delays in referral and diagnosis persist. *Br Dent J.* 2005;198(11):681-4.
- 17- Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2005;41(4):396-403.
- 18- Kalavrezos N, Bhandari R. Current trends and future perspectives in the surgical management of oral cancer. *Oral oncol.* 2010;46(6):429-32.
- 19- De Felice F, Musio D, Terenzi V, Valentini V, Cassoni A, Tombolini M, et al. Treatment improvement and better patient care: which is the most important one in oral cavity cancer? *Radiation Oncol.* 2014;9(1):263.
- 20- Giralt JL, Gonzalez J, del Campo JM, Maldonado J, Sanz X, Pamiás J, et al. Preoperative induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy in advanced carcinoma of the oral cavity and oropharynx. *Cancer.* 2000;89(5):939-45.
- 21- Ord RA, Blanchaert RH. Current management of oral cancer: a multidisciplinary approach. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:19S-23S.
- 22- Varvares MA. Management of oral cavity carcinoma. *Missouri med.* 2007;105(3):244-9.
- 23- Esmaelbeigi F, Hadji M, Harirchi I, Omranipour R, vand Rajabpour M, Zendehdel K. Factors Affecting Professional Delay in Diagnosis and Treatment of Oral Cancer in Iran. *Arch Iran Med.* 2014;17(4): 253-7.
- 24- van Harten MC, de Ridder M, Hamming-Vrieze O, Smeele LE, Balm AJ, van den Brekel MW. The association of treatment delay and prognosis in head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) patients in a Dutch comprehensive cancer center. *Oral oncol.* 2014;50(4):282-90.
- 25- van Harten MC, Hoebbers FJ, Kross KW, van Werkhoven ED, van den Brekel MW, van Dijk BA. Determinants of treatment waiting times for head and neck cancer in the Netherlands and their relation to survival. *Oral oncol.* 2015;51(3):272-8.