

تقييم قدرة عينة من أطباء الأسنان في دمشق على التشخيص السريري للآفات الفموية السرطانية ومحتمة الخباثة

عمر حمادة*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: إنّ التشخيص المبكر يعدّ خطوة أساسية ومهمة من أجل منع التحول السرطاني، وانقاص معدل الوفيات في حال حدوث الإصابة السرطانية، وعادة ما يحتاج تشخيص مثل هذه الآفات إلى التدريب الجيد والمزيد من التفصي الخاص والدقيق. هدف هذا البحث إلى تقييم قدرة عينة من أطباء الأسنان من مدينة دمشق على التشخيص السريري، وتدبير الآفات الفموية الخبيثة ومحتمة الخباثة ومعرفة رضا المشاركين بالاستبيان عن التأهيل التعليمي خلال المرحلة الجامعية.

مواد البحث وطرقه: أكمل 93 طبيب أسنان استبيان تضمن شقين الأول اشتمل على تسعة أسئلة تختبر المعرفة بطرائق تشخيص الآفات الفموية السرطانية ومحتمة الخباثة. أما القسم الثاني فاشتمل على 21 صورة سريرية زودت كل منها بقصة سريرية مقتضية عن الحالة وضمت هذه الصور 7 حالات لآفات سرطانية فموية، و7 حالات لآفات محتمة الخباثة، و7 حالات لآفات فموية سليمة. اتبعت كل الصور بثلاثة أسئلة تتعلق بالتشخيص السريري للآفات. ولتجنب التحيز وزعت الصور عشوائياً اعتماداً على برنامج حاسوبي خاص. أجري التحليل الإحصائية باستخدام برنامج SPSS v 17.

النتائج: لم يلحظ ارتباط بين عدد سنوات الممارسة السريرية والقدرة التشخيصية لأطباء الأسنان المشاركين في الدراسة. تبين أنّ 37% من العينة قد أجروا خزعة واحدة على الأقل إلا أنّ 69% منهم لم يكن لديهم الخبرة الكافية لإجراء خزعة الفرشاة، أو استخدام أزرق التوليد (84%). أفاد 95% من أطباء الأسنان المشاركين أنهم لم يلتحقوا منذ تخرجهم بأية دورة أو فعالية تهتم باكتشاف الآفات الفموية وتشخيصها، في حين أنّ 77% منهم يقومون بتحويل المرضى بآفات مشتبهة إلى الطبيب المختص، و30% منهم فقط يقومون دوماً بفحص الفم كلّه. وفي تقييم التشخيص العياني للآفات فإنّ 5% من العينة المشاركة كانت لديهم فقط 12 إجابة صحيحة من أصل 21 حالة سريرية تم عرضها. أفاد 21% من عينة البحث بأنّ التدريب الجامعي على تشخيص الآفات السرطانية ومحتمة الخباثة كان كافياً خلال المرحلة الجامعية الأولى.

الاستنتاج: أظهرت هذه الدراسة ضرورة زيادة الخبرة التشخيصية السريرية لأطباء الأسنان في العينة، ممّا قد يساعد في الاكتشاف المبكر للآفات الخبيثة ومحتمة الخباثة، ويؤمن تداخلاً لتدبير هذه الآفات في أسرع وقت. تبين المعطيات المستقاة من هذا البحث ضرورة مراجعة المناهج المقدمة في مقرر طب الفم في كليات طب الأسنان، وذلك للمرحلة الجامعية الأولى ولطلاب الاختصاص الذي بلا شك سوف ينعكس إيجابياً على مقدرات أطباء الأسنان التشخيصية لأمراض الفم المختلفة.

كلمات المفتاحية: السرطان فموي - الآفات محتمة الخباثة - التشخيص المبكر - الخزعة.

* مدرس - قسم طب الفم - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

Evaluation the capacity of a sample of dentists in clinical diagnosis of oral cancerous and potentially premalignant lesions

Omar Hamadah*

Abstract

Background and aim Early diagnosis is a crucial step for reducing cancer morbidity and mortality. Initial detection of precancerous lesions essentially relies on the vigilance of dentists working in primary healthcare. The aim of this questionnaire-based study was to evaluate the ability of dentists practicing in Damascus to correctly diagnose and mangmemnt of oral potentially malignant lesions. This information serves as a baseline to ascertain educational needs of dentists in the Damascus area.

Subjects and Methods: 93 dentists completed a study questionnaire comprising 9 questions assessing experience and knowledge of diagnostic techniques for oral cancer and precancer and 21 clinical cases including 7 oral cancers, 7 oral precancers, and 7 benign lesions. Dentists were asked to determine the type of each lesion, the need for biopsy, and a management plan for each case. The 21 cases were distributed randomly using compeutrized programme to avoid bias in recognizing studied clinical cases. Data were analysed using SPSS-v 17 programme.

Results: No correlation was found between correct diagnosis of lesions and number of years clinicians had been registered dentists. In total, 37% of participants had performed at least one incisional biopsy during their professional life, 69% of them were unable to carry out a brush biopsy or to apply toluidine blue (84%). 95% respondants had never attended any course concerning oral diagnostic methods, but 77% of dentists had referred patients with potentially malignant oral mucosal lesions. Only 30% of participates perforemed full oral cavity examination regardless patient's complaiant.

Only 5% respondants correctly identified 12 clinical cases out of 21 cases. Surprisingly, 9% of respondents failed to identify benign lesions correctly, 18% of precancer lesions, and 29% of cancer lesions. Only 21% of participants were satisfied with oral medicine subject with regard to oral cancer and precancer diagnosis and mangment during their undergraduate study.

CONCLUSIONS: This study emphasizes a need for improving the clinical diagnostic ability of dentists practicing in Damascus in order that patients who might benefit from early precancer intervention are not missed. We believe that reviewing the undergraduate oral medicine curriculum providing oral medicine education opportunities at a postgraduate level will improve the current situation.

Keywords: oral cancer , premalignant lesions , early diagnosis , biopsy .

* Lecturer. Department of Oral Medicine, Faculty of Dental Medicine, Damascus University.

المقدمة:

للخبث، لذا فمن الضروري إجراء خزعة لآفات جميعها البيضاء والحمراء الفموية المشتبه بها ولاسيما المزمنة والمعدنة منها على المعالجة⁶⁻⁹.

تعدّ الطلاوة الآفة محتملة الخباثة الأكثر شيوعاً في الحفرة الفموية، وقد يتطور العديد منها إلى السرطان البشري شائك الخلايا⁶. تبدي الطلاوة نسباً متباينة من التحول للخباثة¹⁴، فقد ذكر Reibel¹⁵ أنّ (1-18)% منها تتحول إلى سرطان بشري شائك الخلايا Squamous cell carcinoma، وذكر Scheifele & al¹⁶ أنّ ذلك يكون بنسبة (0-38)%، أما Gielkens & al¹³ فقد ذكر أنّ 5% من الطلاوات تتحول إلى سرطان خلال خمس سنوات، ويرى بعض العلماء أنّ نسبة هذا التحول تعتبر ضئيلة نوعاً ما، فهي تراوح بين (1-2)% خلال خمس سنوات. وإنّ النشرة السنوية Annual transformation rate لهذه النسبة هي أعلى من 6.3%¹⁶.

وبشكل عام يتحتم قبل تشخيص الطلاوة نفي الآفات جميعها التي تتظاهر على شكل آفات بيضاء، مثل الحزاز المسطح والآفات البيضاء الناجمة عن عض الخد، وفرط التقرن المصاحب لتناول التبغ، وللعاب الفم النيكوتيني، والوذمة البيضاء Leukoedema والوحمة الإسفنجية البيضاء White sponge nevus⁶. ويبين الجدول (1) أهم الآفات قبيل السرطانية مع رصد درجة خطورتها في التحول إلى سرطان فموي حسب cawson¹⁰.

أهم أسباب التأخر في تشخيص الآفات الفموية:

ترى الدراسات أنّ المدة المنطقية لإحالة المريض الذي يشخص مبدئياً بأنّ لديه آفة فموية مشتبه بها إلى الاختصاصيين هي ستة أيام.

إنّ إنقاص مدة التأخر في إحالة المريض المشتبه بوجود آفة على الغشاء المخاطي الفموي لديه قد دُعمت قانونياً، وأصبح من المحتمّ إجراء الخزعة وإرسالها إلى اختصاصي في التشريح المرضي الفموي من أجل تقييمها.³

تعدّ الحفرة الفموية مرآة العضوية عند الإنسان، فقد تصاب في سياق الأمراض العامة فضلاً عن آفات المتعددة التي هي تطويرية أو آفات ورمية.

كما قد تصادف الآفات الفموية محتملة الخباثة (potentially premalignant lesions)، وهي عبارة عن آفات قد تتحول إلى الخبث بمعدل أعلى من نشوء السرطان على الأنسجة الطبيعية⁶.

الآفات الفموية محتملة الخباثة (precancerous lesion):

تعدّ الآفات الفموية محتملة الخباثة والإصابات السرطانية أكثر شيوعاً عند الذكور مما هي عند الإناث⁸. وتعرّف بأنها آفات متبدلة سريريّاً ونسجياً ترتفع فيها إمكانية حدوث السرطان مقارنة بالأنسجة الطبيعية المجاورة لها، بحيث تبلغ نسبة حالات السرطان الفموي المسبوقة بآفة قبيل فموية محتملة الخباثة 25%⁶.

ذكر العديد من العلماء أنّ النماذج الأكثر مشاهدة من الآفات محتملة الخباثة هي كل من الطلاوة البيضاء، والصفائح الحمراء، والتليف تحت الغشاء المخاطي. وتختلف نسب تحول هذه الآفات إلى أورام خبيثة بحسب عدة عوامل كمكان توضع الآفة و شكلها السريري، ودرجة سوء التنسج فيها وكون الآفة مفردة أو ممتدة على أكثر من مكان في الغشاء المخاطي الفموي، أضف إلى ذلك وجود عوامل خطورة كالتدخين والكحول. وبحسب التوصيات المتعلقة بالمرحجات التعليمية في كليات طب الأسنان حول العالم فإنّ أطباء الأسنان يجب أن تتوافر لديهم القدرة على تمييز تلك الآفات جميعها بمظاهرها السريرية المختلفة، ومعرفة كافية عن سبل تشخيصها وتديبها.

وحتى يومنا هذا مازال الفحص النسيجي وتحديد علامات سوء التصنع البشري (Dysplasia) في الخزعة النسيجية الطريقة الأكثر موثوقية للتنبؤ بوجود ميل لتحول هذه الآفات

أولاً: الحالة الاجتماعية والاقتصادية للمريض: الآخر فقد وُجد دليل جيد على أنّ خطورة الإصابة بسرطان الفم تزداد عند المرضى ذوي الحالة الاقتصادية والاجتماعية الجيدة.² إنَّ غالبية ممارسي الصحة العامة قد شعروا بأنّ تأخر تشخيص السرطان الفموي يتناسب عكساً مع درجة رقي الحالة الاقتصادية والاجتماعية للمريض، وعلى الجانب

الجدول (1): يبيّن أهم الآفات قبيل السرطانية ودرجة خطورتها في التحول إلى سرطان فموي.

الآفة	المسببات	درجة الخطورة	نسبة وجودها
الطلاوة البيضاء التي تعاني من سوء تصنع بشروي	مجهولة السبب	عالية	غير شائعة نسبياً
فرط التصنع الأحمر	مجهولة السبب	عالية جداً	نادرة
الطلاوة البيضاء المبرقشة (المحببة)	مجهولة السبب	عالية	نادرة
الإفرنجي الثالثي	اللوبيات الشاحبة	عالية جداً	لم تعد مشاهدة حالياً
التليف الفموي تحت المخاطي	استعمال التبوتول (الاريكا نت)	عالية	غير شائعة نسبياً
سوء التقرن الخلقى	وراثي	عالية	نادرة
فرط التقرن الناجم عن استعمال الغليون	التدخين بالغليون	منخفضة وإن وجدت في غير المناطق المتقرنة	أصبح حالياً نادراً بسبب تضاول انتشار الغليون
فرط التقرن الناجم عن مص السعوط	السعوط /التبغ غيرالمدخن/	منخفض	غير شائع
داء المبيضات البيض المزمن	المبيضات البيض	منخفض	غير شائع
الحزاز المسطح	ذاتي المنشأ/مناعة ذاتية/	منخفض	شائع

ثانياً: الإلمام بالتقصي عن آفات الفم السرطانية والمحتمة الخباثة:

• التأهيل والتدريب الاختصاصي خلال المرحلة الجامعية:
- أفادت بعض التقارير بوجود ضعف في التقصي عن آفات الفم السرطانية وقبيل السرطانية، الذي قد يعزى إلى على الأقل جزئياً" إلى محدودية المعارف والمدارك المتعلقة بسرطان الفم وعلاماته وأعراضه بين عند العديد من الممارسين كما في دراسة أجريت في ايسلاند.²
-وفي معلومات واردة عن طلاب طب الاسنان في اسبانيا أظهرت آراؤهم ومعرفتهم بالسرطان الفموي التي كانت نادرة وفضلاً عن ذلك فإنه توجد تقارير يظهر فيها تضارب في درجة المعرفة بالسرطان الفموي بين أطباء الأسنان في شمالي غرب اسبانيا.³
-إنَّ وجود وسائل تعليمية ذات صلة بالوقاية الثانوية للسرطان الفموي ضروري من أجل زيادة فعالية الفحص الاعتيادي للآفات قبيل السرطانية، ومن أجل تحقيق هذا الهدف نحن بحاجة لإجراء تدريب لأطباء الاسنان العاميين

الإذار سَيء ، وكذلك فإنَّ نسبة انتشار المرض ومعدل الوفيات سيكون مرتفعاً. أظهرت الدراسات أنَّ الفحص الدوري الفموي قدّم تحسناً في إنقاص نسبة انتشار المرض وكذلك في معدل البقاء. وفي دراسة أظهرت تراجع مهمّاً وملحوظاً في معدل الوفيات عند اتباع الفحص العياني الدوري عند المدخنين ومتناولي الكحول. ولكن برامج الفحص العياني الدوري للآفات السرطانية الفموية امتلكت مجالاً شعبياً محدوداً بسبب ضعف استجابة القائم على الفحص (الطبيب) من أجل المتابعة وإيلاء العناية للقيام بالفحص الدوري.

إنَّ نسبة القيام بالفحص العياني المتكرر للفم من أجل التحري عن السرطان الفموي غير معروفة، كما يوجد إجماع على الحاجة إلى القيام بالفحص السنوي للتحري عن السرطان الفموي عند المرضى بعمر 40 سنة وأكبر، أخذين بالحسبان العوامل المرضية المهمة وكذلك عوامل الخطورة المعدلة، فقد أفادت تقارير عن أنَّ نسبة انتشار السرطان الفموي عند الاسبانيين قد زادت بين الشباب واليافين، ولذلك فإنَّ المجال العمري المستهدف بالفحص الدوري للفم يجب أن يزداد اتساعه.

إنَّ الفحص الاعتيادي من قبل أطباء الأسنان العامين يعدّ خطوة مهمة جداً في المساعي الرامية لإنقاص نسبة انتشار المرض ومعدل الوفيات المرتبط بالسرطان الفموي، وإنَّ هذه الفكرة السابقة قد تعززت عند معرفة أنَّ تقديم العناية السنوية الاعتيادية قد ترافقت مع تشخيص مبكر للسرطان الفموي.

يمتلك الاختصاصيون السنيون عاملين مهمين: وقاية أولية وذلك عن طريق إقناع المرضى بتحسين نمط الحياة الصحية، ووقاية ثانوية عن طريق التحري عن السرطان الفموي أو الاستقصاء عن الآفات التي تظهر بشكل مبكر وسابق للآفات السرطانية في مرحلة مبكرة.

الاختصاصي بيّنت ضرورة التركيز على متطلبات عدّة من أجل زيادة المهارات في كل من:

1- معرفة وإدراك عوامل خطورة المرض.

2- تحديد نوع الآفات الفموية المشتبه بكونها سرطاناً أو قبيل سرطان فموي.

3- القيام بإنجاز فحص سرطان الفم.²⁷

• متابعة التعلّم في مرحلة ما بعد التخرج الجامعي:

تطورت المعلومات عن عوامل خطورة سرطان الفم وتقنيات الفحص المستخدمة، وظهر تبدل على مدى تأثيره، ومعدل الوفيات الناتج عن سرطان الفم. سلطت مجمل هذه العوامل الضوء على حاجة الممارسين لتحديث مداركهم دورياً فيما يتعلق بسرطان الفم.

وفي تقارير سابقة استخدمت استبياناً بهدف المسح الاستقصائي من أجل تقييم قدرة طبيب الأسنان على تشخيص السرطان الفموي والقيام بالإحالة المناسبة من أجل المعالجة.³

بالاستناد الى استجابة المشاركين في الدراسة² فإن متابعة التعلّم في سرطان الفم لم تكن مفضّلة عند غالبية المشاركين.

ويشكل مشابهه فإنَّ دراسات حصلت في الولايات المتحدة أظهرت أنَّ نسبة كبيرة من أطباء الأسنان لم يهتموا قط بالخضوع إلى دورات تعليمية حول سرطان الفم خلال سنوات عدّة قد مضت.²⁶

• معاينة سرطان الفم والفحص الدقيق:

يعدّ التشخيص المبكر خطوة أساسية ومهمة من أجل إنقاص معدل الوفيات الناتجة عن السرطان، وكذلك فإنَّ الحجم الأصغر للآفات المتماثلة فيما بينها تبدي عدوانية أقل، وكذلك معالجة مضمّنية بشكل أقل.

ولسوء الحظ فإنَّ التشخيص غالباً ما يتم في مراحل متقدمة من المرض (غالباً الدرجة الثالثة والرابعة)، ولذلك فإنَّ

فيه عندما صنّفت مجموعتا السرطان وقبيل السرطان الفموي بالمقابلة مع الآفات السليمة، وهذا ما يمكن أن يفسر أنّ طبيب الأسنان يمكن أن يغفل أو يتجاهل الآفات ذات الخطورة العالية عدّها آفات سليمة، أضف إلى ذلك أنّ القيام بالتدريب المستمر للأطباء على تشخيص الآفات الفموية موصى به بشدة.

• الخزعة:

إنّ المبدأ الذهبي حالياً في تشخيص سرطان وقبيل سرطان الفم هو الخزعة التي تُلحق بتشخيص التشريح المرضي.² إنّ المرحلة السريرية والتشريح المرضي في التشخيص تعدّ المؤشر الأهم لتحديد إنذار السرطان شائك الخلايا الفموي، ولسوء الحظ فإن أكثر من نصف السرطانات الفموية يشخّص متأخراً متأخر في المرحلة الثالثة والرابعة ومع معدل بقاء 5 سنوات يراوح بين 20% و50%³.

وجاء في إحدى الدراسات أنّ معظم الخزعات قد أنجزت من قبل أطباء الجراحة الفكية والوجهية وأطباء الأذن والأنف والحنجرة، فضلاً عن قيام أطباء الأسنان والأطباء العاميين بتحويل هؤلاء المرضى إلى الاختصاصي المناسب.

وأيضاً في دراسات أخرى في مناطق عدّة من العالم معظم المرضى الذين يتطلّبون إجراء خزعة يحوّلون إلى الاختصاصي المناسب.²

أظهر بعض المشاركين في الدراسة² قناعة بأنّ أطباء الأسنان، وربما الأطباء العاميين يجب عليهم القيام بتدريب أساسي على إجراء الخزعة، الأمر الذي يمكن أن ينقص من مدة التأخر في تشخيص الأمراض الفموية.

وقد أظهر آخرون وجود ضعف فيما يتعلق بخبرة الممارسين بالخزعات التي سبّبت في بعض الأحيان القيام بخزعة غير مناسبة أو غير كافية للآفات المشتبهة، الذي من ثمّ يؤدي إلى التأخر في تقديم المعالجة وإجراء التشخيص النهائي وخصوصاً بعد استلام نتائج التشريح المرضي.²

ففي شمال غرب اسبانيا 51.1% من السرطانات الفموية كانت بدرجة متقدمة عند تشخيصها، وذلك يمكن أن يعزى إلى قلّة وعي السكان في ما يتعلق باحتمالية الخباثة للآفات الفموية، وإلى التشخيص غير الدقيق من قبل مقدم الرعاية الصحية، وإلى التأخر في إحالة المريض إلى المعالجة.³ -توصلت الدراسات المجراة في الولايات المتحدة إلى أنّ أطباء الأسنان لهم الأفضلية بشكل أكبر من الأطباء العاميين من أجل معاينة سرطان الفم.

ومن أجل تسليط الضوء على أهمية مثل هذا الفحص فقد اقترح في كلية طب الأسنان إظهار الطلاب لكفاءتهم في معاينة سرطان الفم² وفي دراسة أجريت في اسبانيا استخدمت الاستبيان الذي يحتوي على صور لحالات سريرية مرضية مختلفة التي كانت تهدف إلى تقييم قدرة الأطباء المشاركين في الدراسة على التشخيص العياني للآفة، فإنّ 87.5% من الذين أجابوا عن الاستبيان يقومون بالفحص بشكل اعتيادي للغشاء المخاطي الفموي في أثناء الممارسة السريرية، ومعظمهم 84.4% يقومون بإخبار مرضاهم بفوائد الامتناع عن تناول الكحول بشكل مفرد، وكذلك تدخين التبغ في الوقاية من السرطان الفموي.

معظم المشاركين في الدراسة السابقة 87.5% قد صرحوا بقيامهم بمراجعة منتظمة للمخاطبة الفموية من أجل استبعاد السرطان الفموي والغائه.

وكذلك ورد أيضاً في الدراسة سابقة الذكر أنّ 61.4% من الآفات السرطانية قد صنّفت بشكل صحيح من قبل أطباء الأسنان العاميين أمّا الآفات قبيل السرطانية فكانت درجة الحساسية لها أقل 59.5%.

وإنّ الأجوية المغلوط فيها في تشخيص الآفات قبيل السرطانية واعتبارها سرطانات فموية يمكن عدّها أفضل من الإجابة الخاطئة في تشخيص الآفات قبيل السرطانية وعدّها آفة سليمة، كما وحصلوا على رقم مرتفع للتصنيف المغلوط

• معرفة مدى رضا المشاركين بالاستبيان والتأهيل التعليمي خلال المرحلة الجامعية الأولى على التعامل مع الآفات الفموية السرطانية وقبيل السرطانية.

المواد والطرائق:

طريقة العمل:

اعتمدت هذه الدراسة على استبيان صمم على مجموعة من الدراسات العالمية التي عنيت بجودة تدريس طرائق الكشف المبكر وأهميته وتشخيص التعامل مع الآفات الفموية السرطانية.

ابتدأ الاستبيان بمقدمة توضيحية تبرز ضرورة الاهتمام بالآفات الفموية محتملة الخباثة، وكذلك الهدف من البحث، وتم التأكيد أن جمع البيانات سيكون بصورة معماة من أجل الحفاظ على السرية فضلاً عن ضرورة الإجابة على الاسئلة جميعها لأسباب تتعلق بالدراسة الإحصائية، وعليه قد استبعد أي استبيان لم يملأ بشكل كامل.

تضمن الاستبيان محورين أساسيين:

• المحور الأول: عبارة عن تسعة أسئلة تهتم بتحصيل الطبيب المشترك وحصيلة المعارف المتراكم لديه عن الآفات التي تمّ تشميلها في الدراسة.

• المحور الثاني: تضمن 21 صورة لحالات سريرية اشتملت على (7 صور لآفات فموية سليمة، 7 صور لآفات محتملة الخباثة، و7 صور لآفات سرطانية) مع ذكر للقصة المرضية الخاصة بكل حالة، وطرحت ثلاثة أسئلة مرافقة لكل حالة (صورة) وتم تكرارها للحالات السريرية المرضية جميعها (ال21 صورة). ومما سبق ذكره فقد تم تقسيم الآفات تقسيماً متساوياً تبعاً لحالتها السريرية من أجل الحصول على تساوي احتمالية الإجابة. تم ترتيب تسلسل الصور بطريقة عشوائية باستخدام برنامج إحصائي محوسب (SEEDS) لتجنب أي تحيز في توزيع الصور. وللتحقق من جودة الصور وصحتها والقدرة على تمييزها تمت مراجعة

وعدّ معظم المشاركين في الدراسة³ 4.84% أنّ الخزعة إجراء يجب اعتماده كمبدأ أساسي اعتيادي في الجراحة السنية، و50% قد تولى على الأقل إجراء خزعة مرة في السنة من أجل نفي السرطان الفموي، والخزعة التي كانت تجرى بواسطة المشروط كانت الأكثر شيوعاً بنسبة 96.9%، و فقط 9.4% من المشاركين استخدموا أزرق التوليد كمواد فاحصة كإجراء إضافي قبل أخذ الخزعة.

إنّ عدد الأطباء الذين يقومون بإجراء خزعة بشكل اعتيادي خلال الممارسة السنية كان نادراً في أوروبا، وفي شمال غرب اسبانيا، وبعد التدخل من قبل الحكومات المحلية فإن 50% من أطباء الأسنان العاميين أصبحوا يقومون بإجراء خزعة تشخيصية، وقد تم تحقيق ذلك بعد القيام ببرامج للتأهيل والتدريب استمرت مدة سنتين التي تضمنت: التدريب على الفحص الجهازي الفموي، والتقنيات المتبعة من أجل القيام بالخزعة، وزيادة انتباه الطبيب، وكذلك إحالة المرضى، وتقديم النصائح التي تتعلق بالحمية الغذائية، وكذلك الامتناع عن التدخين وتناول الكحول، كما وتم مناقشة الحالات السريرية والتي يمكن أن تختلط بمظاهرها السريرية مع السرطان الفموي وأخذ ذلك بالحسبان من أجل التشخيص التفريقي للسرطان الفموي، زود المتدربون بالصور والنماذج التعليمية المتعددة³.

الهدف من البحث:

أخذاً بالحسبان ندرة الدراسات التي تقيم جودة المقررات التدريسية والمخرجات التعليمية في كليات طب الأسنان السورية، وعلى الأخص المقررات السريرية ذات الطابع التشخيصي فقد هدف هذا البحث إلى:

• تقييم قدرة طبيب الأسنان على التشخيص السريري للآفات الفموية السرطانية وقبيل السرطانية، وجودة ودقة تدبيرها، واستقصاء أهم العوائق التي تواجه طبيب الأسنان عند التعامل مع مثل هذا النوع من الآفات.

المرضية لكل حالة. وطلب في السؤال الأول تحديد هل كانت الآفة سليمة أو محتملة الخباثة أو سرطانية أو مجهولة بالنسبة إليه أما في السؤال الثاني فطلب الى المشارك تسمية الآفة متيقناً من ذلك، أما السؤال الثالث فقد طلب اليه تحديد هل كانت الآفة بحاجة لخزعة أم لا، وفي حال ضرورة الخزع ما نوع الخزعة المستطبة لكل آفة.

حسب حجم العينة:

تم احتساب حجم العينة اللازم في مجتمع الدراسة المستهدف، وهو أطباء الأسنان الممارسون في مدينة دمشق، وعلى اعتبار أنّ عدد أطباء الأسنان القائمين على رأس عملهم بحسب إحصائيات فرع نقابة أطباء الأسنان في دمشق هم بحدود 2000 طبيب أسنان، أخذاً بالحسبان مستوى الثقة عند 95%، ونسبة الخطأ المسموح بها هي 5%.

واعتماداً على نسب الإجابة الصحيحة المستخلصة من عينة استشرافية تبين أن حجم العينة اللازم هو بحدود 120 استبياناً، إذ قمنا بتوزيع هذا العدد وحصلنا على نسبة استجابة بلغت 95% (114 استبياناً). إلا أنه استبعد 11 استبياناً بسبب النقص الكبير في الاجابات وعليه فقد شملت التحاليل الاحصائية 93 استبياناً ملئت بشكل كامل.

النتائج:

وصف العينة: تضمنت العينة 23 طالب دراسات عليا بالإضافة إلى 20 طبيب أسنان اختصاصياً أما العدد الأكبر فكان للأطباء الممارسين العاميين الذي بلغ عددهم 50 طبيب ليصبح إجمالي العينة 93 طبيباً، كما هو موضّح بالجدول (3).

الجدول (3): يبين طبيعة عينة البحث وحجمها (طالب دراسات -

طبيب أسنان ممارس عام - طبيب أسنان اختصاصي)

عينة البحث	العدد	النسبة المئوية
طالب دراسات	23	23.2
طبيب أسنان ممارس عام	50	50.5
طبيب أسنان اختصاصي	20	20.2
إجمالي العينة	93	100

الصور من قبل اختصاصي في أمراض الفم جراح فم وفكين ومشرح مرضي حتى تم التوافق على انتقاء الحالات الممثلة لعينات البحث المختارة.

وفيما يأتي جدول (2) يوضّح توزيع الحالات السريرية التي استخدمت في البحث ونوعها فضلاً عن عددها ونسبتها المئوية.

الجدول (2): يوضّح توزيع الحالات المرضية التي استخدمت

في البحث ونوعها:

المجموعة المرضية	الحالة السريرية	عدد الصور	النسبة المئوية
سرطان فموي	السرطان الفموي شائك الخلايا	6	33.3%
	السرطان التؤلولي	1	
آفة قبيل سرطانية	طلاوة بيضاء	4	33.3%
	طلاوة حمراء	2	
	طلاوة مبرقشة	1	
آفة سليمة	قلاع	1	33.3%
	التهاب فم ولثة حثي	1	
	كيس مخاطي	1	
	حلا نطاقي	1	
	ورم حبيبي	1	
	لسان جغرافي	1	
	داء المبيضات العثائي الكاذب	1	

اشتملت عينة البحث على عينة من أعضاء الجمعية السورية للأبحاث و طب الفم الوقائي، وهي جمعية ينتمي إليها ثلثة من أطباء الأسنان في دمشق من مختلف الاختصاصات ودرجات التحصيل العلمي، والفئات العمرية، وتعنى بنشاطات تعليمية دورية تعقد شهرياً. وعليه فقد وجهت دعوة لأعضاء الجمعية للإسهام في هذه الدراسة حيث وزّع الاستبيان على الحضور الموجودين في قاعة المحاضرات المخصصة للجمعية، وقمنا بإجراء عرض تقديمي للاستبيان استمر مدة 20 دقيقة، في البداية تم تعريف الحضور بالاستبيان وبالطريقة المتبعة من أجل الإجابة عن الأسئلة، إذ خصّص وقت محدد من أجل الإجابة على كل سؤال من الأسئلة التسعة الأولى، والأسئلة الثلاثة الملحقة بالصورة السريرية بعد القيام بوصف القصة

أما توزع العينة بالنسبة الى الجامعة التخرج فهو موضَّح بالجدول (4).

الجدول (4): جدول يبيّن الجامعة التي تخرج فيها أطباء العينة

الجامعة	العدد	النسبة المئوية
جامعة دمشق	75	87.1
جامعة حلب	5	45
جامعات سورية أخرى	1	11
جامعات خارج سورية	6	56
إجمالي العينة	93	100

وكان توزع العينة بالنسبة الى عدد سنوات الممارسة كما هو واضحاً في الجدول (5).

الجدول (5): جدول يبيّن عدد سنوات الممارسة في عينة البحث

عدد سنوات الممارسة	المعدل الوسطي
21	
1	الحد الأدنى
41	الحد الأعلى

حسب تكرار الإجابات عند مختلف المشاركين في العينة لكل سؤال من الاستبيان ونسبتها المئوية، وقسمت نتائج الدراسة التحليلية الإحصائية لمجموع أسئلة الاستبيان إلى قسمين كالآتي:

القسم الأول:

نتائج الإجابة عن الأسئلة التسعة الأولى المتعلقة بالثقافة التشخيصية للآفات الفموية قبيل السرطانية:

• نتائج الإجابة عن السؤال الأول (أي من الآفات التالية تعدّ آفة محتملة الخباثة) مبينة في الجدول (6).

الجدول (6): جدول يبيّن عدد الإجابات الصحيحة عن السؤال يميز فيه الآفات الفموية محتملة الخباثة.

عدد الإجابات الصحيحة	العدد	النسبة المئوية
0	13	14.0
1	47	50.5
2	18	19.4
3	12	12.9
4	3	3.2
الإجمالي	93	100

• نتائج الإجابة عن السؤال الثاني (إن المصطلحات الآتية هي تقنيات مستخدمة في تشخيص الآفات الفموية: يرجى

وضع إشارة عند التقنية التي تمتلك فكرة عن كيفية استخدامها) مبينة في الجداول الآتية:

1. النتائج المتعلقة بمعرفة استخدام الخزعة الاستقصائية مبينة في الجدول (7).

الجدول (7): يبيّن عدد المشاركين الذين يملكون فكرة عن كيفية استخدام تقنية الخزعة الاستقصائية.

الإجابة المختارة	العدد	النسبة المئوية
نعم	74	79.6
لا	19	20.4
الإجمالي	93	100

2. النتائج المتعلقة بمعرفة اجراء الخزعة الاستقصائية مبينة في الجدول (8).

الجدول (8): يبيّن عدد المشاركين الذين يملكون فكرة عن كيفية اجراء الخزعة الاستقصائية.

الإجابة المختارة	العدد	النسبة المئوية
نعم	57	61.3
لا	36	38.7
الإجمالي	93	100

3. النتائج المتعلقة بمعرفة استخدام خزعة الفرشاة مبينة في الجدول (9).

الجدول (9): يبيّن عدد المشاركين الذين يملكون فكرة عن كيفية استخدام تقنية خزعة الفرشاة

الإجابة المختارة	العدد	النسبة المئوية
نعم	29	31.2
لا	64	68.8
الإجمالي	93	100

4. النتائج المتعلقة بمعرفة استخدام تقنية التلوين بأزرق التوليد مبينة في الجدول رقم (10):

الجدول (10): يبيّن عدد المشاركين الذين يملكون فكرة عن كيفية استخدام تقنية التلوين بأزرق التوليد

الإجابة المختارة	العدد	النسبة المئوية
نعم	15	16.1
لا	78	83.9
الإجمالي	93	100

5. النتائج المتعلقة بمعرفة استخدام تقنية ViziLite مبينة في الجدول رقم (11)

الجدول (11): يبين عدد المشاركين الذين يملكون فكرة عن كيفية

استخدام جهاز Vizilite

النسبة المئوية	العدد	الإجابة المختارة
9.7	9	نعم
90.3	84	لا
100	93	الإجمالي

6. النتائج المتعلقة بمعرفة استخدام تقنية التألق المناعي

للأنسجة الفموية مبيّنة في الجدول رقم (12):

الجدول (12): يبين عدد المشاركين الذين يملكون فكرة عن كيفية

استخدام تقنية التألق المناعي للأنسجة الفموية

النسبة المئوية	العدد	الإجابة المختارة
17.2	16	نعم
82.8	77	لا
100	93	الإجمالي

• نتائج الإجابة عن السؤال الثالث (إن التدريب على تشخيص

آفات الغشاء المخاطي الفموي خلال مرحلة الدراسة الجامعية

كان كافياً بنسبة؟) مبيّنة في الجدول (13).

الجدول (13): يبين الإجابة عن السؤال الثالث (إن التدريب على

تشخيص آفات الغشاء المخاطي الفموي

خلال مرحلة الدراسة الجامعية كان كافياً بنسبة؟)

النسبة المئوية	العدد	النسبة المختارة
7.5	7	0
20.5	20	10
20.5	20	20
19.4	18	30
6.5	6	40
8.6	8	50
9.7	9	60
2.2	2	70
2.2	2	80
1.1	1	90
100	93	الإجمالي

• نتائج الإجابة عن السؤال الرابع (في حال مصادفتك لأي

آفة فموية تجهل تشخيصها فإنك تقوم بما يأتي) مبيّنة في

الجدول (14).

الجدول (14): يبين الإجابة عن السؤال الرابع (في حال مصادفتك

لأي آفة فموية تجهل تشخيصها فإنك تقوم بما يأتي)

النسبة المئوية	العدد	التدبير المتبع
3.2	3	يمكن أحياناً أن أتجاهلها
19.4	18	أقوم باستخدام وسائل تشخيصية أكثر دقة
77.4	72	أقوم بتحويلها مباشرة إلى الاختصاصي المناسب
100	93	الإجمالي

• نتائج الإجابة عن السؤال الخامس (هل قمت بإجراء دورة

تدريبية في تشخيص الآفات الفموية خلال مدة ممارسة

المهنة) مبيّنة في الجدول (15).

الجدول (15): يبين الإجابة عن السؤال الخامس (هل قمت بإجراء

دورة تدريبية في تشخيص الآفات الفموية خلال مدة ممارسة المهنة)

النسبة المئوية	العدد	الإجابة المختارة
5.4	5	نعم
94.6	88	لا
100	93	الإجمالي

• نتائج الإجابة عن السؤال السادس (هل قمت باكتشاف آفة

تعتقد بخبائتها داخل الفم خلال مدة ممارستك) مبيّنة في

الجدول (16).

الجدول (16): يبين الإجابة عن السؤال السادس (هل قمت باكتشاف

آفة تعتقد بخبائتها داخل الفم خلال مدة ممارستك)

النسبة المئوية	العدد	الإجابة المختارة
43.0	40	نعم
57.0	53	لا
100	93	الإجمالي

• عدد مرات اكتشاف الآفة مبيّنة بالجدول (17).

• نتائج الإجابة على السؤال السابع (هل قمت شخصياً بإجراء

أي خزعة لأي آفة داخل فموية بهدف تشخيصها) مبيّنة في

الجدول (18).

• نتائج الإجابة عن السؤال الثامن (هل تقوم بإجراء فحص

لكامل الفم والغشاء الفموي دوماً بغض النظر عن الإجراء

العلاجي المطلوب) مبيّنة في الجدول (19)

القسم الثاني:

نتائج الإجابة عن تشخيص الآفات الفموية من خلال

الصور:

• حسب تكرار الإجابات الصحيحة لمجمل الـ 21 صورة سريرية المتعلقة بتحديد نوع الآفة المشاهدة أهي آفة (سليمة - محتملة الخبثاء -سرطانية) عند العينة كلاً وهي مبينة بالجدول (21).

• كما و حسب تكرار الإجابات الصحيحة على 7 الصور السريرية للآفات الفموية السليمة بشكل منفرد عند كامل العينة وهذه النتائج مبينة في الجدول (22).

• تم حساب تكرار الإجابات الصحيحة على 7 الصور السريرية للآفات الفموية محتملة الخبثاء بشكل منفرد عند العينة كلاً ، وهذه النتائج مبينة في الجدول (23).

الجدول (21): عدد الإجابات الصحيحة لمجمل 21 صورة في تحديد نوع الآفة (سليمة- محتملة الخبثاء - السرطانية)

النسبة المئوية	العدد	عدد الإجابات الصحيحة لمجمل (21) صورة
4.3	4	0
2.2	2	1
2.2	2	2
8.6	8	3
10.8	10	4
12.9	12	5
15.1	14	6
10.8	10	7
10.8	10	8
8.6	8	9
4.3	4	10
4.3	4	11
5.4	5	12
100.0	93	الإجمالي

الجدول (17): يبين عدد مرات اكتشاف آفة تعتقد بخبثائها

النسبة المئوية	العدد	عدد مرات اكتشاف الآفات (مرة)
38.5	15	1
12.8	5	2
17.9	7	3
7.7	3	4
7.7	3	5
2.6	1	6
2.6	1	7
7.7	3	10
2.6	1	10<
100	39	الإجمالي

الجدول (18): يبين نتائج الإجابة عن السؤال السابع

(عدد مرات إجراء خزعة فموية)

النسبة المئوية	العدد	الإجابة المختارة
36.6	34	نعم
63.4	59	لا
100	93	الإجمالي

الجدول (19): يبين الإجابة عن السؤال الثامن (هل تقوم بإجراء

فحص لكامل الفم والغشاء الفموي دوماً

بغض النظر عن الإجراء العلاجي المطلوب)

النسبة المئوية	العدد	الإجابة المختارة
30.1	28	نعم
17.2	16	لا
52.7	49	غالباً وليس دوماً
100	93	الإجمالي

• نتائج الإجابة عن السؤال التاسع (أهم العوائق التي قد تحول دون الوصول إلى تشخيص صحيح لآفات الغشاء المخاطي الفموي) مبينة في الجدول (20).

الجدول (20): يبين الإجابة عن السؤال التاسع (أهم العوائق التي قد

تحول دون الوصول

إلى تشخيص صحيح لآفات الغشاء المخاطي الفموي)

النسبة المئوية	العدد	الإجابة المختارة
65.6	61	عدم تلقي التدريب الكافي خلال المرحلة الجامعية الأولى
34.4	32	عدم مشاهدتي لهذه الحالات بصورة متكررة
100.0	93	الإجمالي

الجدول (22): جدول يبين عدد الإجابات الصحيحة لمجمل (7) صور

للآفات الفموية السليمة

عدد الإجابات الصحيحة لمجمل (7) صور للآفات الفموية السليمة	العدد	النسبة المئوية
0	8	8.6
1	12	12.9
2	16	17.2
3	24	25.8
4	13	14.0
5	8	8.6
6	10	10.8
7	2	2.2
الإجمالي	93	100.0

الجدول (23): يبين عدد الإجابات الصحيحة لمجمل (7) صور

للآفات الفموية قبيل السرطانية

عدد الإجابات الصحيحة لمجمل (7) صور للآفات الفموية قبيل السرطانية	العدد	النسبة المئوية
0	17	18.3
1	33	35.5
2	21	22.6
3	18	19.4
4	4	4.3
الإجمالي	93	100.0

تم حسب تكرار الإجابات الصحيحة على 7 الصور

السريرية للآفات الفموية السرطانية بشكل منفرد عند العينة

كلها، وهذه النتائج مبينة في الجدول (24).

الجدول (24): يبين عدد الإجابات الصحيحة لمجمل (7) صور

للآفات الفموية الخبيثة.

عدد الإجابات الصحيحة لمجمل (7) صور للآفات الفموية السرطانية	العدد	النسبة المئوية
0	27	29.0
1	13	14.0
2	26	27.0
3	22	23.7
4	3	3.2
5	2	2.2
الإجمالي	93	100.0

المناقشة:

أفادت بعض التقارير بوجود ضعف في التقصي عن آفات الفم السرطانية ومحملة الخباثة، الذي قد يعزى جزئياً إلى محدودية المعارف والمدارك المتعلقة بسرطان الفم وعلاماته وأعراضه عند العديد من الممارسين من أطباء الأسنان.²

• وهذا ما كان متوافقاً مع ما وجدناه في دراستنا إذ أن نسبة الأطباء الذين صنفوا أنواع الآفات محتملة الخباثة تصنيفاً صحيحاً (طلاوة بيضاء وصبغات حمراء وطلاوة مبرقشة) كانت فقط 3.2% من مجموع المشاركين في الدراسة.

كما أفادت دراسة سابقة في الولايات المتحدة، أن الوقت الذي يمضي بعد التخرج من كلية الطب العام وطب الأسنان يتناسب عكساً مع الاطلاع والإلمام بتدبير سرطان الفم.²⁵

وبشكل مشابه فإن دراسات أخرى أنجزت في الولايات المتحدة أظهرت أن نسبة كبيرة من أطباء الأسنان لم يهتموا قط بالخضوع لدورات تعليمية عن سرطان الفم خلال مدد ممارستهم السريرية المختلفة.²⁶

ومن اللافت أيضاً ما وجدناه في دراستنا إذ أن 5.5% فقط من أطباء الأسنان المشاركين في الدراسة قاموا بإجراء دورات تدريبية أو حضروا ندوات تتعلق بتشخيص الآفات الفموية.

ذكرت دراسة قامت بتقييم المناهج الدراسية في جامعة بورتوريكو لطب الأسنان التي أفادت بأنه يوجد عشر دورات تعليمية في منهاج طب الأسنان لمرحلة ما قبل التخرج التي تتضمن معلومات متعلقة بالتشخيص، وخطة المعالجة، والتشريح المرضي لسرطان الفم.²⁷

ولكن وعلى الجانب المقابل وجدنا بسؤالنا عن العوائق التي تحول دون الوصول إلى تشخيص صحيح لآفات الغشاء المخاطي الفموي أن 65% من المشاركين في الدراسة بين

وأيضاً ورد في مسوحات إحصائية لعدة مناطق من العالم فإنّ معظم المرضى الذين يتطلبون إجراء خزعة يحوّلون إلى الاختصاصي المناسب.

ومعظم المشاركين في الدراسة السابقة لديهم قناعة بأنّ أطباء الأسنان وربما الأطباء العامون يجب عليهم القيام بتدريب أساسي على إجراء الخزعة، الأمر الذي يمكن أن ينقص من مدة التأخير في تشخيص الأمراض الفموية، بينما أظهر آخرون وجود ضعف فيما يتعلق بخبرة الممارسين بالخزعات التي سببت (في بعض الأحيان) القيام بخزعة غير مناسبة أو غير كافية للآفات المشتبهة بها، الذي يؤدي بدوره إلى المماطلة في تقديم المعالجة وإجراء التشخيص النهائي وخصوصاً بعد استلام نتائج التشريح المرضي².

وهذا ما كان متوافقاً مع دراستنا، فقد حصلنا على نسبة مرتفعة من الأطباء (63%) الذين لم يقوموا بإجراء أي خزعة، أما فيما يتعلق بخبراتهم بتقنيات إجراء الخزعة، فكان 31% منهم يملكون فكرة عن كيفية القيام بخزعة الفرشاة. والغريب أنّ 20% من المشاركين لا يملكون أية فكرة عن كيفية القيام بالخزعة الاستقصائية فضلاً عن أنّ معظم الأطباء المشاركين بالدراسة يقومون بتحويل المرضى عند مواجهة آفة فموية مشتبّه بها. ومن الجدير ذكره أنّ 3% من المشاركين أفصحوا بعدم وجود حاجة لإجراء خزع للآفات الفموية البيضاء، وأنّ شكل الآفة السريري ممكن أن ينبئ بسلامة الآفة أو خباثتها.

أجريت دراسة في اسبانيا استخدمت استبياناً يحتوي على صور لحالات سريرية مرضية فموية مختلفة يهدف إلى تقييم قدرة الأطباء المشاركين في الدراسة على التشخيص العياني للآفات³.

ووجدت هذه الدراسة أنّ 61.4% من الآفات السرطانية قد صنّفت تصنيفاً صحيحاً من قبل أطباء الأسنان العامين. أما

أن السبب هو عدم تلقّي التدريب الكافي خلال المرحلة الجامعية الأولى.

وعلى صعيد آخر فإنّ دراسات أجريت في أمريكا والمكسيك قيمت فاعلية المناهج الدراسية وكفاءتها في كليات الطب العام وطب الأسنان التي تخص سرطان الفم و اقترحت هذه الدراسات الحاجة إلى زيادة التدريب على تدبير سرطان الفم²، وما سبق ذكره كان متوافقاً مع ما وجدناه في دراستنا، فقد تبين أنّ 20% من الأطباء المشاركين في البحث أقرّوا أنّ نسبة التعليم والتدريب خلال المرحلة الجامعية كانت كافية بنسبة 10% فقط، في حين 2% من المشاركين يبينوا أنّ التدريب كان كافياً بنسبة 80%.

يعدّ الفحص الاعتيادي من قبل أطباء الاسنان العامين خطوة مهمة جداً في المساعي الرامية للانقاص من نسبة انتشار المرض ومعدل الوفيات المرتبط بالسرطان الفموي وقد تعززت هذه الفكرة عند معرفة أنّ تقديم العناية السنوية الاعتيادية قد ترافقت مع تشخيص مبكر للسرطان الفموي^{29,28}

ولكن وبشكل مخالف لما سبق ذكره وجدنا في دراستنا أنّ 17% من الأطباء المشاركين في الدراسة يوجهون اهتمامهم للمشكلة التي قدم من أجلها المريض، ولا يقومون بفحص الفم كلّه دائماً عند زيارة المرضى لعياداتهم، واقتصرت نسبة المشاركين الذين يقومون دوماً بالفحص للفم كلّه مهما كانت الشكوى التي دفعت المريض لمراجعة العيادة السنوية إلى (30%). وهذا بدوره يمكن أن ينعكس سلباً على إمكانية التشخيص المبكر للسرطان والآفات الأخرى التي تكون قابلة للتحويل السرطاني.

أوردت دراسة أجريت في بورتوريكو أنّ معظم الخزعات قد أنجزت من قبل أطباء الجراحة الفكية والوجهية وأطباء الأذن والأنف والحنجرة، فضلاً عن قيام أطباء الأسنان والأطباء العامين بتحويل هؤلاء المرضى إلى الاختصاصي المناسب.

الآفات محتملة الخباثة فكانت درجة الحساسية لها أقل 59.5% قليلاً. وعليه ومما يمكن استنتاجه من هذه الدراسة والإيحاء به هو الأمور الآتية:

وإنَّ الأجيوية المغلوط فيها في تشخيص الآفات محتملة الخباثة وعدّها سرطانات فموية يمكن عدّها أفضل من الإجابة المغلوط فيها في تشخيص الآفات محتملة الخباثة وعدّها آفات سليمة، كما حصلوا على رقم مرتفع للتصنيف المغلوط فيه عندما صنّفت مجموعتا السرطان وقبيل السرطان الفموي بالمقارنة بالآفات السليمة.

كانت النتائج في دراستنا مقلقة جداً، فقد صنف 5% فقط من المشاركين في الدراسة تصنيفاً صحيحاً 12 حالة سريرية من أصل 21 حالة سريرية عرضت، و10% من المشاركين كانت لديهم 4 إجابات صحيحة فقط من أصل 21 حالة. وبالرجوع إلى تحليل نتائج تصنيف الآفات السليمة ومحملة الخباثة والسرطانية بشكل منفرد كانت نسبة المشاركين الذين لم تكن لديهم ولا إجابة صحيحة عن الآفات السليمة هي 8%، وعن الآفات محتملة الخباثة هي 18%، وعن الآفات السرطانية هي 29%، ومن اللافت ازدياد نسبة الإجابات الخاطئة مع ازدياد خطورة الآفة التي غالباً ما يتم تشخيصها كآفات سليمة.

أما نسبة الأطباء الذين لديهم 4 إجابات صحيحة من 7 صور لآفات سليمة فقد كان 14%، وللآفات محتملة الخباثة كانت النسبة 4%، وللآفات السرطانية كانت النسبة 3%، ممّا يشير إلى أنّ هنالك مشكلة حقيقة في تشخيص الآفات الفموية بغض النظر عن طبيعتها السريرية³⁰.

تضمن المنهج الدراسي للدارسين في كليات طب الأسنان السورية المزيد من الوسائل التعليمية التي تتعلق بشكل خاص بطرائق عملية لتشخيص الآفات الفموية السرطانية ومحملة الخباثة والسليمة. زيادة الاهتمام بالتدريب السريري على التقنيات التشخيصية المختلفة بما فيها إجراء الخزعات بأنواعها من أجل تنمية مهارات الطلاب وإدراكهم لماهية هذه الإجراءات في المرحلة ما قبل التخرج الجامعي، ممّا يمكنهم من التعاطي بشكل صحيح مع الأنواع المختلفة لآفات الغشاء المخاطي الفموي وتدبيرها بالشكل الملائم في حال مواجهتها خلال الحياة المهنية.

تعزيز مفهوم تحويل المريض إلى الاختصاصين أو الأقسام ذات الصلة في كليات طب الأسنان، خاصة عند الاشتباه بوجود آفات سرطانية أو محتملة الخباثة، وذلك في أقرب وقت بعض مشاهدة الحالة في العيادة السنوية لما له من أثر في زيادة فرص نجاح تدبير هذه الآفات.

التأهيل والتدريب المستمر لأطباء الأسنان في مرحلة الممارسة السريرية، وذلك بالقيام ببرامج تعليمية دورية في تشخيص آفات الفم السرطانية ومحملة الخباثة والسليمة ترعاها كليات طب الأسنان في القطر ونقابة أطباء الأسنان. لتأكيد موثوقية الدراسة فإنّ ذلك يتطلب توزيع الاستبيان واستقراء أجوبة الأطباء الموجودين في المناطق الأخرى من القطر، وذلك يعود إلى أنّ ممارسي طب الأسنان في تلك المدن هم غالباً من خريجي جامعات حلب وتشترين والبعث، وهو ما نعمل عليه حالياً.

المراجع References

- 1-Hegarty A.M, Hunter K.D. Oral malignancy and premalignancy. Br J Hosp Med. 2016 Apr; 77(4):232-9.
- 2-Douglas E Morse, Carmen M Vélez Vega, Walter J. Psoter I, Himilce Vélez, Carmen J. Buxó, Linda S. Baek. Perspectives of San Juan healthcare practitioners on the detection deficit in oral premalignant and early cancers in Puerto Rico.; Morse et al. BMC Public Health 2011, 11:391
- 3- Seoane J., S. Warnakulasuriya, P. Varela-Centelles, G. Esparza, P.D. Dios. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain, Oral Diseases (2006)
- 4-Roblyer D., Kurachi C., Stepanek V., Williams M.D., El-Naggar A.K., Lee J.J., Gillenwater A.M., Richards, Kortum R.. Objective detection and delineation oral neoplasia using autofluorescence imaging Cancer Prev Res (Phila Pa) 2009; 2:423-431.
- 5- Speight P.M.. Critical evaluation of diagnostic aids for the 5-Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, detection of oral cancer. Oral Oncology 2008; 44:10-22
- 6- Thomas G. ,Hashibe M., Jacob B.J., Ramadas K., Mathevl B., San Karanarayanan R., Zhang Z.F. Risk Factors for multiple oral premalignant lesions . Int cancer . 2003 Nov 1; 107 (2):285 _91.
- 7- Mendez M1, Haas AN2, Rados PV3, Sant'ana M Filho3, Carrard VC3 Agreement between Clinical And histopathologic Diagnoses and completeness of oral biopsy forms. Braz Oral Res. 2016 Aug 22;30(1):e94
- 8- Ciccù M1, Herford A.S, Cervino G., Troiano G., Lauritano F., Laino L.. Tissue Fluorescence Imaging (VELscope) for Quick Non-Invasive Diagnosis in Oral Pathology. J Craniofac Surg. 2017 Mar;28(2):e112-e115
- 9-Silverman S. Gorsky M.. Oral Leukoplakia and malignant transformation . A follow -up study of 257 patients cancer 53:563-568.
- 10-Cawson R.A., Binnie W.H., Speight P.M.. Lucas . Pathology of tumors of the oral tissues . Fifth Edition 1998-Churchill livingstone.
- 11- Zhang L., Rosia M.P. Loss of heterozygosity a potential tool in management of oral premalignant lesions ? J Oral pathol Med . 2001 8 Oct; 30(9):513-20.
- 12-Scheifele C., Reichart P.A. , Dietrich T.. Low prevalence of oral Leukoplakia in a representative sample of the Us population . oral oncol . 2003 Sep ;39 (6):619-25.
- 13- Gupta P.C., Ray C.S. Smokeless tobacco and health in India and South Asia . Respirology . 2003 Dec ; 8 (4) :419- 31
- 14- Lopez M. , Aguirre J.M. , Cuevas N. , Anzola M. , Videgain J., Aguirregaviria J. , Martinez D.E., Pancorbo M.. Gene promoter hypermethylation in oral rinses of Leukoplakia patients a diagnostic and /or prognostic tool ? Eur J cancer.2003 Nov ; 39(16) 12306-9
- 15- Reibel J.. Prognosis of oral pre-malignant lesions :Significance of clinical , histopathological and molecular biological characteristics . Crit Rev Oral Biol Med . 2003;14(1):47-62.
- 16- Scheifele C., Reichart P.A. , Is there a natural limit of the transformation rate of oral Leukoplakia ?oral oncol . 2003 Jul;39(5):410-4.
- 17- Neville B.W. , Damm D.D. , Allen C.M ., Bouquot J.E.. Oral Maxillofacial pathology . Philadelphia 1995 W.B saunders.
- 18- Defaria P.R., Cardoso S.V. . Clinical presentation of patients with oral cancer when first seen by dentists or physicians . clin oral ivesig , 2003 ;7(1): 46-51.
- 19- Payne T.F.. Why are white lesion white ? observations on ;keratin . oral surg ,40:652-1975.
- 20- AlKhayer H., Aziz K., Manadili A.. oral pathology . Tchreen university Syr 1999.
- 21- Nelrose R.J ..Premalignant oral mucosal diseases . J Calif Dent Assoc . 2001 Aug ;29(8):593-600.258-Reibel J . prognosis of oral premalignant Lesions :Significance of clinical , Histopathological , and molecular biological characteristics Crit Rev Oral Biol Med 2003;14(1):47-62.
- 22- Piattelli A., Rupini C., Fioroni M. , Ie zzi G., Santinelli A.. Prevalence of P53 ,pcl-2 , and Ki67 immunoreactivity and of apoptosis in normal oral epithelium and in premalignant and malignant lesions of the oral cavity . J oral Maxillo fac Surg 2002 May ;60(5):532-40.
- 23- Iwasa M., Imamura Y., Noriki S., Kato H., Fukuda M.. Immunohistochemical detection of early -stage carcinogenesis of oral Leukoplakia by increased DNA-instability and various malignancy markers Eur Histochem . 2001; 45(5)333-46.
24. Macpherson L.M., McCann M.F., Gibson J., Binnie V.I., Stephen K.W.. The role of primary healthcare professionals in oral cancer prevention and detection. Br Dent J 2003, 195(5):277-281.

25. Patton L.L., Elter J.R, Southerland J.H., Strauss R.P.. Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among North Carolina dentists. Implications for diagnosis and referral. JAm Dent Assoc 2005, 136(5):602-610.
26. Alonge O.K., Narendran S.. Oral cancer knowledge and practices of dentists along the Texas-Mexico border. J Cancer Educ 2004, 19(1):6-11.
27. Alonge O.K., Narendran S.. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. Oral Dis 2003, 9(1):41-45
- 28-Boyle P., Autier P., Bartelink H. et al. European code against cancer and scientific justification: third version. Ann Onco2003, 114: 973–100.
- 29- Güneri P1, Epstein JB2. Why are we still unable to accurately determine the malignant potential or the behavior of oral mucosal lesions? Oral Oncol. 2017 Apr 26.: S1368-8375(17)30102-1
- 30- Relichart P.A. . Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive Deasues . clin oral Investing . 2001 Dee; 5(4); 207-13

تاريخ ورود البحث 2017/30/20.

تاريخ موافقة النشر 2017/06/14.