

۱۳۸۰۲۹



دانشگاه علوم پزشکی کرمان
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه :

جهت دریافت درجه دکترای دندانپزشکی

عنوان :

بررسی میزان و شدت درد متعاقب نمونه برداری از ضایعات مخاط دهان در بیماران

مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان

اساتید راهنما :

جناب آقای دکتر محمدرضا زارعی

جناب آقای دکتر نادر نوابی

۱۳۸۹/۳/۱۷

پژوهش و نگارش :

آرمان صالحی

مستاد بزرگ علمی بزرگ
تیم بزرگ

شماره پایان نامه: ۶۳۵

سال تحصیلی ۸۸-۸۹

تقدیم به :

استوارترین تکیه گاه زندگی پدرم که واژه واژه زندگی را
از او آموخته ام و هر چه دارم از لطف بیکران اوست

او که تا توانست رفت تا به توانایی رسم

9

مویش سپیدی گرفت تا روی سپید بمانم

تقدیم به :

مهربان ترین آفریده خدا مادرم

که وجود گرانبمایه اش برایم همه شوق است

تقدیم به :

برادر عزیز و همسرگرامیشان

به پاس یک عمر همدلی و همراهی شان

تقدیم به :

اساتید ارجمند

جناب آقای دکتر محمد رضا زارعی

جناب آقای دکتر نادر نوابی

که صبورانه زحمات فراوانی را در به
ثمر رسیدن این مجموعه متحمل شدند

با تشکر از

دستیاران و پرسنل محترم

بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان

که انجام این تحقیق بدون همکاری ایشان میسر نبود

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول کلیات تحقیق
۲	۱-۱: مقدمه و انواع نمونه برداری :
۷	۱-۲: اصول نمونه برداری صحیح :
۱۴	۱-۳: دیدگاه دندانپزشکان و عوارض نمونه برداری :
۱۶	۱-۴: اهداف و فرضیات مطالعه :
۱۸	فصل دوم مروری بر کتب و مقالات
۲۱	فصل سوم روش تحقیق
۲۵	فصل چهارم نتایج تحقیق
۳۴	فصل پنجم بحث و نتیجه گیری
۴۰	منابع

فهرست جداول

عنوان

صفحه

۲۹

جدول ۴,۱: توزیع فراوانی ویژگیهای جامعه مورد مطالعه و ارتباط متوسط درد بیماران با ویژگیهای مورد بررسی:

۳۰

جدول ۴,۲: ارتباط ویژگیهای مورد بررسی با متوسط درد بیماران به تفکیک روزهای بعد از نمونه برداری:

۳۲

جدول ۴-۳: فراوانی میزان درد بیماران بر اساس برآورد خودشان در روزهای بعد از نمونه برداری:

۳۲

جدول ۴-۴: ارتباط میان میزان درد بیماران با مصرف مسکن به تفکیک روزهای بعد از نمونه برداری:

۳۳

جدول ۴,۵: ارتباط مصرف مسکن و میزان درد در روزهای پس از نمونه برداری، با در نظر گرفتن سایر عوامل؛ مدل لجستیک رگرسیونی

خلاصه:

هدف: این مطالعه به منظور تعیین میزان وقوع و شدت درد بعد از نمونه برداری از ضایعات مخاطی دهان بیماران مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان انجام گرفت.

مواد و روشها: از معیار چشمی - رقمی (VAS) برای ارزیابی ۶۰ بیمار تحت نمونه برداری از مخاط دهان در روز هفتم بعد از عمل استفاده گردید و بیماران، علاوه بر آن به پرسشهایی درباره میزان کلی درد و مصرف مسکن پاسخ دادند. از آزمونهای آماری مجذور کای و T-test برای آنالیز داده ها استفاده گردید.

یافته ها: ۴۰ درصد از بیماران، میزان درد متوسطی را در روز نمونه برداری گزارش نمودند و تعداد بیمارانی که هیچگونه دردی نداشتند در روز سوم بعد از نمونه برداری به ۵۸ درصد رسید. ۳۰ درصد از بیماران در روز نمونه برداری از مسکن استفاده نموده بودند. در مدل لجستیک رگرسیونی، ارتباط معنی داری میان شدت درد و مصرف مسکن وجود داشت.

نتیجه گیری: به نظر نمی رسد نمونه برداری از ضایعات مخاط دهان باعث درد قابل توجهی در بیماران گردد.

Abstract:

Objective: The aim of this study was to examine the incidence and severity of post-operative pain following biopsy of oral mucosa lesions in patients attending in Oral Medicine Department of Kerman Dental School.

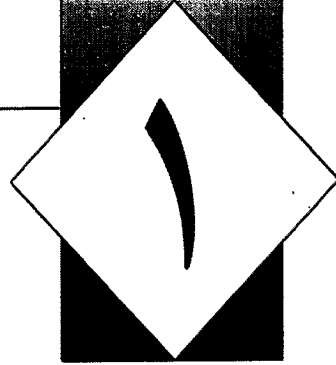
Materials and method: Visual Analogue Scale (VAS) was used to assess post-operative pain in 60 patients, 7 days after biopsy of oral mucosa and patients were asked for overall pain experiences and analgesic usage over 3 days following biopsy. Chi-square and T-test were used for data analysis.

Results: Data analysis showed that 40 % of patients have moderate pain in the day of biopsy and not experiencing of pain reached to 58% of patients in the third day after biopsy. 30% of patients used analgesic in the day of biopsy and there was a relationship between pain severity and analgesic use in logistic regression model.

Conclusion: Biopsy of oral mucosal lesions does not seem to cause significant pain in most of the patients.

فصل

کلیات تحقیق



۱-۱: مقدمه و انواع نمونه برداری:

بیوپسی^۱ یا نمونه برداری، بیش از ۱۵۰ سال است که برای تشخیص ضایعات ناشناخته در پزشکی به کار می رود. این روش در دندانپزشکی نیز قدیمی ترین و دقیق ترین روشی است که برای تشخیص قطعی ضایعات مختلف کاربرد دارد. علی رغم اینکه امروزه تکنیکهای پیشرفته تر تخصصی مانند ایمونوفلورسنت، ایمونوهیستوشیمی و میکروسکوپ الکترونی، میزان اطلاعات حاصله برای تشخیص ضایعات را افزایش داده اند اما هیچ کدام از این تکنیکها جایگاه نمونه برداری را برای امر تشخیص تغییر نداده اند (۱). درمان صحیح بیمار مبتلا به ضایعات دهانی (اعم از خوش خیم یا بدخیم) با یک تشخیص دقیق آغاز می گردد و استاندارد طلایی برای تشخیص اینگونه ضایعات، ارزیابی هیستوپاتولوژیک نمونه بافتی ضایعه است (۲). نمونه برداری، اغلب اوقات تنها راه برای رسیدن به تشخیص ضایعات مخاطی محسوب می گردد و در نتیجه برای درمان مقتضی این ضایعات، الزامی می باشد (۳ و ۴). تهیه نمونه از بافت زنده مخاط دهان بیمار، به تأیید یا رد تشخیصهای محتمل بالینی مطرح شده از سوی کلینیسین کمک می نماید و بدین ترتیب با مشخص شدن ماهیت و ویژگیهای ضایعه راه برای رسیدن به تشخیص نهایی آن هموار می گردد (۵). نمونه برداری از ضایعات مخاطی دهان در میان سایر روشهای جراحی به کار رفته در دهان و فک یک روش ساده بدون خطر و سریع محسوب می گردد که در عین حال از اهمیت زیادی برخوردار است (۶ و ۵) زیرا تاخیر در برداشت نمونه در مورد برخی از ضایعات مخاط دهان مانند ضایعات تاولی و بدخیمی ها باعث پیشرفت بیماری و ضعیف شدن پیش آگهی آن می گردد (۶). انجام نمونه برداری برای اغلب ضایعات درگیر کننده لایه های سطحی مخاط به

^۱ - Biopsy

استثنای بیماریهای خوش خیمی که تشخیص آنها به وسیله تاریخچه و معاینه قابل حصول است تجویز می شود. به عنوان مثال در بیمار مبتلا به زخمهای آفتی عود کننده، ضایعات عود کننده هرپتیک و ضایعات پیگمانته ای که بتوان آمالگام تاتو بودن آن را تایید نمود نیاز به نمونه برداری وجود ندارد اما در ضایعاتی مانند لیکن پلان، تشخیص بر پایه شرح حال، معاینه بالینی و نمونه برداری صورت می گیرد (۷).

آکادمی پاتولوژی دهان و فک و صورت آمریکا (AAOMP) توصیه می کند که برای تشخیص هر گونه بافت غیر عادی برداشته شده از دهان بیماران، بررسی میکروسکوپی انجام گردد و تنها موارد استثناء عبارت است از: توروس، آگزوستوز، استخوان آلونلی که به دلیل پروتز برداشته می شود، انساج دندانی که به دلیل پوسیدگی یا بیماریهای پریدنتال برداشته شده اند و بافت نرم متصل ندارند، دندانهای نهفته نرمال از نظر رادیوگرافی و فاقد بافت نرم متصل و بافتهای لته ای نرمال از نظر بالینی که به دلیل افزایش طول تاج دندان یا کاهش عمق پاکتهای پریدنتال برداشته شده اند. نمونه برداری از ضایعات مخاطی دهان در مراکز دندانپزشکی در سطح دنیا امر روتینی محسوب می شود چنانچه در دانشگاه British Columbia در سرویس نمونه برداری از دهان (OBS) سالانه بیش از ۴۰۰۰ مورد نمونه برداری انجام می گردد (۱).

نمونه برداری یک عمل جراحی مینور محسوب می شود که تحت بیحسی موضعی انجام می شود و مانند بقیه انواع جراحی بیشتر از یک روش برای انجام موفق آن وجود دارد (۲ و ۳). دو نوع عمده نمونه برداری متداول عبارت از انسیژنال^۱ و اکسیژنال^۲ می باشد. اکثریت نمونه برداریهای مخاطی از نوع انسیژنال می باشند (۳). در بیوپسی انسیژنال، قسمتی از ضایعه برای بررسی

^۱ - incisional
^۲ - Excisional

هیستوپاتولوژیک برداشته می شود. این روش برای ضایعاتی که اندازه بزرگی دارند یا مواردی که به هر دلیل، برداشت کامل ضایعه مقدور نیست کاربرد دارد. همچنین این نوع نمونه برداری در مواردی که تشخیص افتراقی شامل بدخیمی ها (به عنوان مثال کارسینوم سلول سنگفرشی) می شود و نیز ضایعاتی که به درمان دارویی نیاز دارند (مانند لیکن پلان و پمفیگوئید) به کار می رود (۷).

در بیوپسی اکسیژنال کل ضایعه برای تشخیص هیستوپاتولوژیک برداشته می شود. این روش در حقیقت انجام همزمان تشخیص و درمان محسوب می شود و برای اکثر ضایعات با سایز کوچک توصیه می گردد (۸). در ضایعات پیگمانته منفرد چنانچه کلینیسین نتواند تشخیص ملانوما یا نووس سلولار را رد نماید این نوع از نمونه برداری کاربرد دارد در صورتیکه تشخیص افتراقی شامل نئوپلاسمهای خوش خیم یا کیستها باشد (بسته به اندازه ضایعه) این نوع نمونه برداری روش انتخابی است (۷). این نمونه برداری ها به آسانی با یک تیغ بیستوری شماره ۱۱ یا ۱۵ قابل انجام می باشند (۷ا).

نمونه برداری به روش Punch اغلب اوقات توسط متخصصان پوست انجام می شود. نمونه برداری به این روش، میزان آرتیفاکت کمتری در نمونه حاصله به همراه دارد (۳) اما به دلیل اینکه در اکثر نمونه برداریهای دهان بایستی حاشیه ای از بافت سالم مجاور ضایعه نیز برداشته و نیز اندازه کوچک نمونه ها در آن پیدا نمودن بافت برای برش زدن را دشوار می سازد. این روش در دهان به جز برای تعداد بسیار اندکی از ضایعات مانند زگیل یا ماکول ملانوتیک به کار برده نمی شود (۶). برای انجام این روش، Punch به آرامی و با حرکت چرخشی وارد مخاط می گردد و بعد از رسیدن برش به عمق کافی با استفاده از فورسپس بافتی و اسکالپل، نمونه خارج می شود

(۱). این نمونه ابعادی در حدود ۱۰-۲ میلی متر دارد و زخم به جا مانده، معمولاً نیاز به بخیه کردن ندارد (۳).

آسپیراسیون با سوزن ظریف (FNA)^۱، سیتولوژی پوسته ریز و تکنیکهای Cytobrush از جمله روشهایی مکمل برای نمونه برداری محسوب می شوند که انجام هیچ یک به تنهایی برای تشخیص قطعی کافی نمی باشد (۱). از تکنیک FNA به عنوان کمک برای تشخیص نئوپلاسمهای غدد بزاقی ماژور (مانند پاروتید) و ارزیابی بروز متاستاز بدخیمی ها به زنجیره های لنفاوی سر و گردن استفاده می شود (۹).

سیتولوژی اکسفولیاتیو، نیز یک روش سریع و غیر تهاجمی است که بیشتر برای ارزیابی تغییرات دیسپلاستیک اپی تلیوم دهان به کار می رود و می تواند در غربالگری و تشخیص زودرس کارسینوم سلول سنگفرشی دهان ارزشمند باشد. از جمله موارد دیگر کاربرد این روش می توان ارزیابی دوره ای بیماران در معرض خطر وقوع تغییرات سرطانی، بیماران مبتلا به ضایعات پیش سرطانی و سرطان دهان، تعیین جایگاه مناسب برای نمونه برداری، بیمارانیکه به دلیل ابتلا به بیماریهای سیستمیک، انجام نمونه برداری در آنها منع دارد و در دسترس نبودن امکانات و تجهیزات مربوط به برش زدن نمونه ها را نام برد (۱۰ و ۳). این روش به صورت کلاسیک با کشیدن آبسلانک و سپس انتقال مواد برداشته شده به روی لام و رنگ آمیزی پس از فیکساسیون انجام می شود (۷، ۱۰). بررسیهای سیتولوژیک اینگونه برای تشخیص عفونتهای ویرال کاربرد زیادی دارد. روشهای جدید سیتولوژی اکسفولیاتیو در دهان با کمک آنالیز کمی سیتومورفولوژی، آنالیز DNA و سایر مارکرهای سرطانی در ارزیابی های مربوط به بیمار مبتلا به ضایعات سرطانی دهان

^۱ - Fine Needle Aspiration

کمک ارزشمندی می نماید (۱۱). عمده ترین ایراد سیتولوژی اکسفولیاتیو عدم توانایی آن در بررسی تغییرات لایه بازال می باشد (۱۲).

تکنیکهای غیر تهاجمی Cytobrush نیز با یا بدون استفاده از آنالیز کامپیوتری در شناسایی ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهان به کار می روند. این روش در حقیقت ترکیبی از FNA و سیتولوژی اکسفولیاتیو است و در آن از یک برس کوچک برای جمع آوری سلولها از تمام لایه های اپی تلیوم استفاده می شود (۳). در انواعی از این روشها که در آن از آنالیز دستی استفاده می شود حساسیت و ویژگی نسبت به آنالیز کامپیوتری پایین تر می باشد (۱۳). کاربرد عمده روشهای Cytobrush با کمک کامپیوتر به برنامه های غربالگری ضایعات پیش سرطانی دهان منحصر می شود (۱۴). از این تکنیک نیز به دلیل اینکه تنها در شناسایی حدود ۸۰ درصد از بدخیمی های دهان کاربرد دارد نمی توان برای تشخیص قابل اطمینان و رد کردن بدخیمی در ضایعات مشکوک استفاده کرد (۱۵).

برای انجام نمونه برداری از ضایعات مخاط دهان به غیر از روشهای کمکی فوق الذکر، روشهای دیگری نیز وجود دارد که از آن جمله می توان به نمونه برداری، پس از رنگ آمیزی با تولویدین بلو اشاره کرد.

این روش برای ضایعات پیش بدخیم و ضایعات مشکوک به سرطان دهان کاربرد دارد و دارای حساسیت بسیار بالا و ویژگی متوسط برای بدخیمی ها و حساسیت کمتر برای ضایعات پیش بدخیم می باشد. رنگ آمیزی با تولویدین بلو که در حقیقت یک نوع راهنما برای انتخاب محل نمونه برداری و تعیین جایگاههایی است که به ایجاد تغییرات دیسپلاستیک مشکوک تر می باشند

(۱۶) نواحی پر سلول را مشخص می نماید و به کلینیسین در تعیین محل و وسعت منطقه مورد نظر کمک می نماید (۷).

۱-۲: اصول نمونه برداری صحیح:

نمونه صحیح، بایستی بافتی را در برداشته باشد که بارزترین و شدیدترین تغییرات را در ضایعه نشان دهد و برای ارزیابی پاتولوژیک نیز مناسب باشد. دسترسی به چنین نمونه ای با اجرای سه اصل حاصل می شود: انتخاب جایگاه مناسب برای نمونه برداری، انجام صحیح نمونه برداری و ارائه اطلاعات دقیق بالینی به همراه نمونه (۱). صرفنظر از نوع نمونه برداری (انسیزنال، اکسیژنال، Punch) هدف از انجام آن تهیه یک نمونه مناسب است که برای پاتولوژیست، زمینه تفسیر کاملتر را مهیا نماید.

نمونه نا مناسب، علاوه بر اینکه برای پاتولوژیست راهنمای تشخیصی خوبی محسوب نمی شود برای کلینیسین و بیمار نیز دردسر تکرار غیر ضروری پروسه جراحی را به دنبال خواهد داشت (۳). جدول شماره (۱-۱) نشان دهنده نکاتی است که کلینیسین بایستی قبل از انجام نمونه برداری از یک ضایعه مخاطی در نظر بگیرد.

جدول شماره (۱-۱) : نکات مهم قبل از انجام نمونه برداری از یک ضایعه مخاطی دهان (در

ستون سمت چپ مصداق نکات عنوان شده است) (۳)

۱- چرا انجام نمونه برداری لازم است؟	به منظور تایید تشخیص یا رد نمودن بدخیمی
۲- کسب چه اطلاعاتی بعد از تحویل نمونه از پاتولوژیست لازم است؟	آیا ضایعه به صورت کامل برداشته شده است؟
۳- آیا نمونه برداری برای رد نمودن بدخیمی انجام می شود؟	بنابراین برداشت نمونه از لبه های ضایعه انجام گیرد.
۴- نمونه برداری به روش انسیزنال یا اکسیژنال انجام می شود؟	به عنوان مثال در نوع اکسیژنال برداشت حاشیه دور تا دور از بافت نرمال نیاز است
۵- آیا نمونه برداری نیاز به تکرار دارد؟	برای نوع اکسیژنال و نزدیک بودن برش به حاشیه بافت تومورال

در حین برداشت نمونه بایستی به یکسری اصل توجه نمود:

۱ - ابعاد نمونه: عمق نمونه بافتی باید به میزانی باشد که شامل اپی تلیوم و چند میلی متر از لامینا پروپریای زیر آن گردد. عمق حداقل برای نمونه برداری، ۲ میلی متر در نظر گرفته می شود اما ضایعات مشکوک به پیش بدخیمی و بدخیمی به عمق بیشتری (۵-۴ میلی متر) نیاز دارند . نمونه بایستی حداقل ۳ میلی متر قطر داشته باشد که به دلیل احتمال منقبض شدن آن بعد از فیکس شدن در فرمالین، ۵-۴ میلی متر گرفته می شود و به شکل بیضی برداشته می شود که طول آن تقریباً ۳ برابر عرض آن باشد (۲و۳).

۲ - جایگاه نمونه برداری: محل برداشت نمونه، نوع آن را تعیین می کند به عنوان مثال در لته لینگوال و خلف کام که دسترسی دشوار است و امکان برداشت مقدار کافی از بافت وجود ندارد گاهاً تکنیک Punch به کار می رود (۳و۴). برای بررسی تغییرات دیسپلاستیک، نمونه باید از بدترین نمای بالینی باشد (مانند نواحی نودولر ، نواحی همراه اندوراسیون و نواحی قرمز رنگ). در نمونه برداری بایستی از لته چسبنده اجتناب کرد زیرا تشخیص بیماریهای مزمن مخاطی مانند لیکن پلان را به دلیل ارتشاح نرمال التهابی مجاور سالکوس لته دشوار می سازد. در سطوح مخاطی زخمی ، نمونه بایستی از ناحیه غیر زخمی تهیه گردد که ویژگیهای تشخیصی لازم را در بافت نشان دهد(۷).

۳ - بیحسی موضعی: تزریق بیحسی که معمولاً لیدوکائین حاوی اپی نفرین با غلظت یک صد هزارم می باشد باید در بافت مجاور محل نمونه برداری صورت گیرد زیرا تزریق مستقیم داخل ضایعه ممکن است به ادم بافتی و بروز آرتیفاکت در نمونه منجر گردد(۱و۳)..

۴ - ملاحظات آناتومیک : برای مواردی مانند شک به تومورهای غدد بزاقی مینور کام ، در بیوپسی انسیتزنال، بایستی به موقعیت عروق و اعصاب مجاور توجه کافی مبذول گردد زیرا به دلیل آناتومی این ناحیه، ضایعات می توانند در عمق قابل توجهی نسبت به مخاط قرار گیرند و از اینرو نمونه برداری باعث پاسخ منفی کاذب گردد همچنین برشها در کام بایستی موازی مسیر اعصاب کام باشد (به صورت قدامی خلفی) و آنها را قطع ننماید (۳).

۵ - خطرات بالقوه: نمونه برداری از ضایعات عروقی مانند همانژیوما بایستی با احتیاط انجام گردد و هیچگاه نمونه برداری انسیتزنال از این ضایعات صورت نگیرد. برای برداشتن این گونه ضایعات وقتی اندازه بزرگی داشته باشند (به خصوص در لب) از لیزر یا سرما درمانی^۱ استفاده می شود که مشکل این دو تکنیک فقدان بافت لازم برای بررسی میکروسکوپی است (۱۷ و ۳).

۶ - فیکس سازی و انتقال: نمونه بافتی بایستی در حجمی کافی از ماده فیکس کننده قرار داده شود که حداقل ۱۰ برابر حجم نمونه باشد. بایستی از به کاربردن گاز برای قرار دادن نمونه اجتناب نمود زیرا گاز ماده فیکس کننده را جذب می کند و در ادامه جداً نمودن نمونه از گاز دشوار خواهد بود. ماده فیکس کننده رایج، فرمالین خشی در غلظت ۱۰ درصد است (۳). نمونه هایی که می بایست جهت بررسی ایمونوفلورسنت به کار روند در فرمالین فیکس نمی شوند و معمولاً بایستی به سرعت به آزمایشگاه منتقل گردند (۷).

۷ - توجه کافی به التیام ناحیه : امروزه بدین منظور استفاده از نخهای سیلک، با سوچورهای قابل جذب از قبیل پلی گلاکتین جایگزین شده است و برای نمونه هایی که از بافتهای لته ای برداشته می شوند استفاده از مواد پوشاننده بدون اورژنول (مانند Coe - pak TM) رایج است. در نمونه

^۱ - Cryo - surgery

برداریهای وسیع از ناحیه کام، نگهداری انساج با پوشاننده لثه در زیر دست دندان بیمار یا پلاک آکلریلی از قبل ساخته شده صورت می گیرد (۳).

۸ - اطلاعات لازم همراه: پاتولوژیست برای رسیدن به تشخیص نهایی صحیح به ارائه اطلاعاتی از سوی کلینیسین نیاز دارد. این اطلاعات بایستی به صورت مکتوب به همراه نمونه ارسال گردد. اطلاعات لازم عبارت است از: داده های دموگرافیک بیمار، توصیف بالینی ضایعه و تشخیصهای محتمل، محل نمونه برداری، مجاورت ضایعه با ترمیمهای دندانی به خصوص آمالگام، تاریخچه کامل دارویی و پزشکی وجود ریسک فاکتورهایی از قبیل مصرف سیگار و نوشیدن الکل در بیمار (۱۳و۱).

۹ - فرد انجام دهنده عمل: با وجود اینکه در میان رشته های پزشکی، اکثر نمونه برداریها در بیمارستان انجام می شود برای انجام نمونه برداری از مخاط دهان، اکثر دندانپزشکان عمومی در صورت داشتن مهارت لازم می توانند این عمل را در مطب انجام دهند. چنانچه شک به تومور یا ضایعه پیش بدخیمی وجود داشته باشد یا ضایعه در مخاط دهان گسترده باشد توصیه می گردد که دندانپزشک عمومی، بیمار را برای انجام نمونه برداری ارجاع دهد و به عبارت دیگر بهتر است که نمونه برداری توسط کلینیسینی انجام شود که قصد شروع درمان را دارد. انجام برخی نمونه برداریهای اکسیژنال (مانند پولیپ و اپولیس) برای حیطه کار دندانپزشک عمومی مناسب می باشد (۳).

کلینیسینی که قصد نمونه برداری از ضایعات دهان را دارد بایستی دانش و اطلاعات کافی را در این زمینه داشته باشد. به برخی نکات مهم در انجام نمونه برداری برای ضایعات مختلف دهان در زیر اشاره می شود:

۱ - ضایعات اپیکال و مرتبط با انساج سخت دندان: ارزش بررسی میکروسکوپی ضایعات اپیکال اخیراً مورد سوال بوده است. اکثریت این ضایعات منشاء التهابی دارند و شایعترین آنها گرانولوم پری اپیکال و گیسٹ رادیکولر محسوب می شود اما بدلیل احتمال وجود کیستهای ادنتوژنیک دیگر، تومورهای ادنتوژنیک، ضایعات استخوانی از قبیل هیستئوسیتوز و ژانت سل گرانولوما و بندرت، کارسینوم سلول سنگفرشی داخل استخوان یا بدخیمی های متاستاتیک، بررسی میکروسکوپی در این گونه ضایعات صورت می گیرد (۳).

۲ - ضایعات مشکوک به بدخیمی: چنانچه دلیل انجام نمونه برداری، رد نمودن بدخیمی در یک زخم مزمن باشد برداشت نمونه از زخم بایستی شامل اپی تلیوم (به لحاظ بالینی) نرمال مجاور نیز باشد. از برداشت نمونه از مرکز تومورهای بزرگ بایستی خودداری نمود زیرا این نواحی اکثراً به دلیل وقوع نکروز برای تشخیص مناسب نمی باشد (۳). مطالعه جدیدی نشان داده است که سلولهای سرطانی با برش اسکالپل، ۱۵ دقیقه بعد از عمل، در خون محیطی ۲ بیمار از ۱۰ بیمار تحت نمونه برداری انسیزنال از کارسینوم سلول سنگفرشی قابل ردیابی بوده است. پس این احتمال وجود دارد که سلولهای تومورال در اثر نمونه برداری منتشر گردیده و به متاستاز منجر شود. این محققان پیشنهاد نموده اند که تجویز داروهای شیمی درمانی، قبل از نمونه برداری این گونه ضایعات صورت گیرد. با این وجود امکان وقوع متاستاز از راه خون در این گونه موارد نیاز به بررسیهای بیشتری دارد (۱۷ و ۳).

۳ - ضایعات پوستی مخاطی: نمونه برداری از این گونه ضایعات بایستی شامل ناحیه غیر زخمی ضایعه نیز گردد زیرا نمونه برداری صرف از ناحیه زخمی، تغییرات غیر اختصاصی التهابی مرتبط با ایجاد زخم را نشان می دهد و کمکی به تشخیص نمی نماید. برداشتن بافت نرمال