

## **ORAL KANSERLERİN ERKEN TEŞHİSİNDE DIŞ HEKİMLERİNİN ROLÜ: İKİ OLGU NEDENİYLE**

### **THE ROLE OF DENTISTS IN EARLY DIAGNOSIS OF ORAL CANCER: TWO CASE REPORTS**

*Hakkı TANYERİ<sup>1</sup>, Duygu OFLUOĞLU<sup>1</sup>,  
Gökçen KARATAŞLI<sup>1</sup>, Rasim YILMAZER<sup>2</sup>*

#### **ÖZET**

Oral kanserler, malign neoplazmlar arasında yer alan önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. İnsanlarda görülen tüm malign tümörlerin yaklaşık %4'ü oral kavite ve boyunda meydana gelir. Oral kanserlerin %90'ını skuamöz hücreli karsinomlar ve bunların da %95'ini 40 yaşın üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Son yıllarda oral kanser hastalarının sağ kalım oranlarında çok küçük ilerlemeler kaydedilebilmiştir. Sağ kalım oranının artırılmasında en önemli faktör erken teşhis olmasına rağmen pek çok malign oral tümör halen daha ileri aşamalarda teşhis edilebilmektedir.

Diş hekimleri oral kanserlerin erken teşhisinde ve önlenmesinde çok önemli bir role sahiptir. Her randevuda, özellikle yüksek risk altındaki hastalar başta olmak üzere, tüm hastalarını oral kanser açısından dikkatlice incelemelidir. Bu makalede, dilde gelişen iki skuamöz hücreli karsinom olgusu klinik ve histopatolojik özellikleri ile sunulmuş ve diş hekimlerinin oral kanserlerin erken teşhisindeki rolü vurgulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Oral kanser, erken teşhis, diş hekimi.

#### **ABSTRACT**

In malignant neoplasms, oral cancer is one of the important causes of mortality and morbidity. About 4% of all malignant tumors in men appear in the neck and oral cavity. 90% of oral cancers are squamous cell carcinomas and 95% of these patients are over 40 years old. Over the last few years, little improvement has been made to improve the survival rate of the patients with oral cancer. Although early detection is the fundamental factor for improving the survival rate, most malignant oral tumors are not detected until they are in advanced stages. Dentists play a crucial role in the early detection and prevention of oral cancers. They should conduct an oral cancer screening at each patient visit and pay special attention to patients who are at high risk.

Clinical and histopathological features of two squamous cell carcinoma cases were presented and the role of dentists in early detection of oral carcinomas was discussed in this report.

**Key Words:** Oral cancer, early detection, dentists.

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı.

## GİRİŞ

Dünya çapında en sık görülen kanserler içerisinde yer alan oral kanserler, oldukça yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir. Diğer kanserler arasında görülme sıklığı açısından altıncı sırada yer alırken, dünyanın çeşitli coğrafik bölgelerinde bu insidans %1-40 arasında değişmektedir (1, 2). Bu değişkenliğe rağmen Dünya Sağlık Örgütü'nün tespit ettiği en ölümcül sekiz kanser türü içerisinde yer almaktadır (3). Oral kanser insidansının yaş ile birlikte arttığı ve hastaların %95'inden fazlasının 40 yaş üzerinde olduğu bildirilmektedir. Oral kanser erkeklerde kadınlara oranla iki kat fazla görülmektedir (4-6).

Oral kavite kanserleri mukoza, tükürük bezi veya ağzın diğer yumuşak ve sert dokularından köken alan çok çeşitli türde kanserleri kapsamaktadır ancak bunların %90'ından fazlasını, mukozanın yüzey epitelinden gelişen skuamöz hücreli karsinom oluşturmaktadır (6, 7). Oral kanser tanı ve tedavi yaklaşımlarındaki gelişmelere rağmen hastaların yarısının yaşamlarını ilk beş yılda kaybettiği bildirilmektedir (2, 5). Lokalizasyonları nedeniyle oral kanserlerin erken teşhisini yapabilecek en etkili grubu diş hekimleri oluşturmaktadır. Diş hekimleri iyi bir anamnez ve dikkatli bir muayenenin yer aldığı teşhis süreci ile hayat kurtarıcı olabilir. Erken teşhisin hayat kurtardığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bu sürecin, hem hastalar hem de diş hekimleri tarafından çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu makalede, dilde gelişen iki skuamöz hücreli karsinom olgusu klinik ve histopatolojik özellikleri ile sunulmuş ve diş hekimlerinin oral kanserlerin erken teşhisindeki rolü vurgulanmıştır.

## VAKA 1

36 yaşında kadın hasta, dilinin sağ kenarında meydana gelen ağrılı lezyon nedeniyle İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları Bilim Dalı kliniğine başvurdu. Alınan anamnezde, hastanın herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı, dilindeki lezyonun yaklaşık üç ay önce oluştuğu ve giderek büyüdüğü, şikayeti nedeniyle gittiği diş hekimi tarafından kendisine antibiyotik reçete edildiği ancak bu ilaçlardan hiçbir fayda görmediği ve lezyonda bir iyileşme olmaması üzerine hekimi tarafından kliniğimize yönlendirildiği öğrenildi. Yapılan intraoral muayenede, dilin sağ lateralinden başlayıp ağız tabanına kadar devam eden, çevresi eritemli, yüzeyi

psödomembran ile kaplı, palpasyonda ağrılı ve alt dokulara fikse, yaklaşık 2 cm çapında bir lezyon tespit edildi (Resim 1). Oral kanser şüphesi ile İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı polikliniğine yönlendirilen hastadan, lokal anestezi altında lezyonun çeşitli noktalarını içeren biyopsi örnekleri alındı. Biyopsi sonucu, skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi (Prt No: 9086-2006).



**Resim 1:** Dilin lateralinden başlayarak ağız tabanına doğru uzanan lezyon.

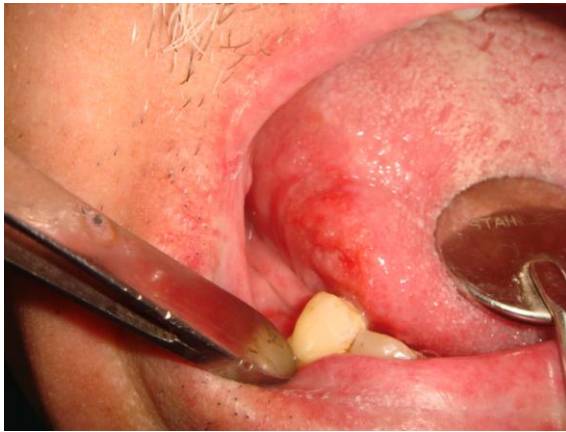
Gerekli tetkikler yapıldıktan sonra hasta genel anestezi altında ameliyata alınarak sağ parsiyel glossektomi, sağ radikal, sol selektif boyun diseksiyonu yapıldı. Ağız tabanında oluşan defekt sternocleidomastoid kasın sternal bölümünden çevrilen flep ile onarıldı, dren konuldu ve cilt primer olarak kapatıldı. Postoperatif 7. günde dikişleri alınan ve oral beslenmeye başlayan hasta 10. günde ilaç tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hastada herhangi bir postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Yapılan histopatolojik incelemede, cerrahi sınırlarda tümör invazyonu görülmediğinden kemoterapi ya da radyoterapi uygulanmadı. Operasyondan sonra 3. ayda yapılan kontrol muayenesinde dildeki hareket kısıtlılığı dışında herhangi bir problemi olmadığı tespit edildi. Hasta yurtdışında yaşadığından uzun dönem takipleri tarafımızdan gerçekleştirilememektedir.

## VAKA 2

68 yaşında erkek hasta, dilinin sağ kenarında oluşan ve geçmeyen lezyon şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde hipertansiyon dışında bir sistemik hastalığı olmayan hastanın, yaklaşık beş ay

önce dilinin sağ lateral kenarında meydana gelen ağrılı lezyon nedeniyle Trakya Üniversitesi Hastanesi KBB kliniğine başvurduğu ve eroziv glossit klinik bulgusu ile lezyondan punch biyopsisi alındığı ve incelenen biyopsi materyalinin, epitel hiperplazisi, aktif kronik iltihap, hafif derecede displazi olarak rapor edildiği öğrenildi (Prt No: B.00173.08). Hasta, kendisine reçete edilen antibakteriyal, antiseptik ve epitelizan [ Pylarvex solüsyon (SalisilikAsit + Rhei ekstresi, PMP), Batticon gargara (PVP İyot, Genesis), Bepanthen pastil (Dekspantenol, Bayer) ] ajanlardan fayda görmediğini ve şikayetlerinin devam etmesi üzerine gittiği bir diş hekimi tarafından kliniğimize yönlendirildiğini ifade etti.

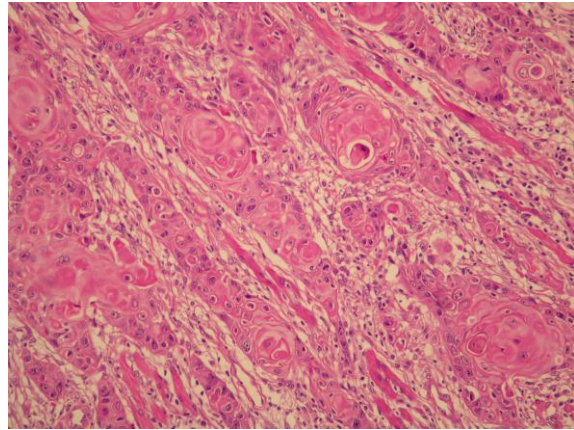
Yapılan intraoral muayenede dilin sağ lateralinden başlayıp posteriora doğru uzanan eritemli ve ödemli, palpasyonda ağrılı ve alt dokulara fikse yaklaşık 1,5 cm çapında bir lezyon tespit edildi (Resim 2, 3). Daha önceki biyopsi sonuçları, epitel hiperplazisi, aktif kronik iltihap, hafif derecede displazi olarak rapor edilmesine rağmen, klinik şüphe devam ettiği için hastadan yeni bir biyopsi örneği alınmasına karar verildi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı ile yapılan konsültasyon sonrası, lokal anestezi altında alınan biyopsi örnekleri keratinize yassı hücreli karsinom olarak rapor edildi (Prt No: 25315655394) (Resim 4).



**Resim 2:** Dilin lateralinden başlayarak posteriora uzanan lezyon.



**Resim 3:** Vaka 2'nin klinik görünümü.



**Resim 4:** Vaka 2'nin histopatolojik görünümü. Hematoksilen-eozin boyama, keratinizasyon içeren tipik skuamöz hücreli karsinom görüntüsü.

Özel bir hastanede genel anestezi altında gerçekleştirilen ameliyatta, sağlam sınırları içerecek şekilde sağ parsiyel glossektomi ve bilateral boyun diseksiyonu yapıldı, dil üzerindeki eksizyon alanı primer olarak kapatıldı. Postoperatif 7. günde dikişleri alınan hasta, ilaç tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Yapılan histopatolojik incelemede, cerrahi sınırlarda tümör invazyonunun olmadığı, lenfatik ve perinöral invazyonun görülmediği rapor edildi (Prt No: 2008B523). Operasyondan sonra 5. haftada yapılan kontrol muayenesinde dildeki hareket kısıtlılığı ve konuşmadaki zorlanma dışında hiçbir patoloji saptanmadı (Resim 5). Hasta postoperatif 2. ayında olup kliniğimizde düzenli olarak takip edilmektedir.



**Resim 5:** Postoperatif 5. haftadaki klinik görünümü.

### TARTIŞMA

Oral kanserler, malign neoplazmlar arasında yer alan önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Tüm kanserlerin yaklaşık %3'ünü oral kanserlerin oluşturduğu, her yıl yeni 40.000 vaka ile bu oranın artış gösterdiği ve yine her yıl 12.000 kişinin bu hastalık nedeni ile yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (8, 9, 10). Oral kanserlerin %90'ını skuamöz hücreli karsinomlar oluşturmaktadır ve bunların %95'i 40 yaşın üzerindeki kişilerde meydana gelmektedir (4-6, 8, 9). Skuamöz hücreli karsinom sıklıkla dilde (%27,6) görülmekte ve bunu orofarinks (%22,8), dudaklar (%16,5), ağız tabanı (%14), dişeti (%9,1), sert damak (%4,1) ve bukkal mukoza (%3,5) takip etmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından oral kanserlerin %90'ından fazlasının potansiyel olarak önlenabilir nitelikte olduğu kabul edilmesine rağmen, gün geçtikçe artan insidansı ve mortalite oranı ile global bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir (12). Tüm dünya genelinde 500 000'den fazla kişide oral kanser bulunduğu tahmin edilmektedir (13). Son yıllarda tıp dünyasında kaydedilen gelişmelere rağmen, oral kanser hastalarının sağ kalım oranlarında belirgin bir artış kaydedilememiştir. Erken teşhisin, sağ kalım oranının artırılmasında en önemli faktör olduğu bilinmesine rağmen halen daha pek çok malign tümör geç evrelerde teşhis edilmektedir ve 5 yıllık sağ kalım oranı %20-50 arasındadır (14, 15).

Lokalizasyonları nedeniyle oral kanserlerin erken teşhisinde ve tedavisinde en önemli görev diş hekimlerine aittir. Gellrich ve ark. oral skuamöz hücreli karsinom nedeniyle tedavi görmüş 1761 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, diş hekimlerinin erken teşhis, tedavi ve postoperatif bakım üzerindeki

etkinliklerini araştırmışlardır. Elde edilen sonuçlar diş hekimlerinin (%40), aile hekimleri (%27) ve maksillofasial cerrahlara (%23) göre daha erken dönemde oral kanserleri teşhis edebildiklerini göstermiştir (16). Alonge ve ark.'nın yaptıkları araştırmaya 398 diş hekimi katılmış ve bu hekimlerin %90'ı, 40 yaş ve üstü hastalara rutin olarak yılda bir defa oral kanser muayenesi yapılması gerektiğini belirtmiş ve %99'u diş hekimlerinin bu konuda gerekli bilgiye sahip olduklarını vurgulamıştır (17). Clovis ve ark. tarafından yapılan araştırmalarda, diş hekimlerinin %70-81'inin, 40 yaş ve üzerindeki hastalara ilk randevuda oral kanser muayenesi yaptıkları bildirilmiştir (18, 19). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, genel pratisyen diş hekimleri, oral cerrahlar, ağız hastalıkları uzmanları ve cerrahi diş hekimlerini içeren uzman hekimlerin, oral kanser taramaları ile ilgili düşünceleri ve tutumları değerlendirilmiş, pratisyen diş hekimlerinin uzman diş hekimlerine göre oral kanserler hakkındaki son gelişmeler ve risk faktörleri hakkında bir takım bilgi eksiklikleri olduğu tespit edilmiştir. Pratisyen diş hekimlerinin %41'i mezuniyet sırasındaki oral kanser bilgilerinin yetersiz olduğunu ancak bu eksikliğin mezuniyet sonrası kurslar ile giderilebileceğini belirtmişlerdir (20).

Son yüzyılda tıp alanındaki teknolojik gelişmelere ve oral kanser tedavisinde kaydedilen hızlı ilerlemelere rağmen, beş yıllık sağ kalım oranlarında bir değişiklik kaydedilememesi ve oral kanserlerin çok büyük bir kısmının halen daha ileri evrelerde teşhis edilmesi, oral kanser taramalarının ve erken teşhisin yetersiz olduğunu göstermektedir (21, 22). Oral kanser hastalarının teşhisinde ve yönlendirilmelerinde meydana gelen bu gecikmenin nedeni hastadan ya da hekimden kaynaklanabilir (23). Yanlış teşhis ve hasta yönlendirmesindeki gecikmeler, hekimlerden kaynaklanan profesyonel hatalardan bazılarıdır. Hastaların düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gitmemeleri ve ağızlarında bir lezyon meydana geldiğinde derhal bir hekime gitmek yerine lezyonun geçmesini beklemeleri, teşhis ve tedaviyi geciktiren hasta hatalarıdır (17, 23).

Gellrich ve ark. yaptıkları çalışmada (16) oral kanser hastalarında semptomların ilk ortaya çıkışı ve oral cerrahların ilk muayenesi arasında geçen ortalama sürenin 4.9 ay olduğunu ve bu sürenin yapılan başka çalışmalardaki sürelerle benzerlik gösterdiğini belirtmişlerdir (24). Bu gecikme, hastanın ağızındaki mevcut duruma zamanla

alışmasından, lezyonun zaman içinde kendi kendine iyileşeceğini düşünmesinden ya da gittiği hekimlerin semptomları doğru değerlendirememesinden kaynaklanmaktadır (25, 26). Alkol kullanımına bağlı oluşan analjezik etkinin, tümör kaynaklı ağrıları baskılayarak hastanın mevcut duruma alışmasında etkili olabileceği de düşünülmektedir (16).

Olgu raporumuzda sunulan hastalarımızda oral kanser için en önemli risk faktörü olarak görülen, sigara ve alkol kullanımı yoktu. Hastalarımız dillerinde meydana gelen lezyonun bir süre iyileşmesini beklemişler ancak giderek büyüdüğünü görerak bir hekime başvurmuşlardı. Genel olarak oral kanser hastaları, ağızlarındaki lezyonu ilk farkettilerinde hekime başvurmak yerine bir süre lezyonun kendi kendine iyileşmesini beklemektedirler ancak bu durum teşhiste ve tedavide gecikmeye neden olarak sağ kalım oranını olumsuz yönde etkilemektedir (17, 23-25).

İlk olgumuzun kesin teşhisi, literatürde belirtilen ortalama süreye (4.9 ay) göre erken sayılabilecek bir zamanda, 3. ayda konmuştur, ikinci olgumuzun kesin teşhisi ise ancak 5. ayda konabilmiştir. Ne yazık ki her iki vakada da erken teşhisten söz etmek mümkün değildir. Ancak ikinci olgumuzda, teşhisteki gecikme, direkt olarak hastadan kaynaklanmamaktadır. Hastanın ilk başvuru yaptığı KBB uzmanı tarafından bir biyopsi alınmış ancak histopatolojik inceleme sonucunda hafif derecede dizplazik değişikliklerin rapor edilmesi, teşhisi yanlış yönde etkilemiştir. Üç haftadan daha uzun süre iyileşmeyen lezyonlara şüphe ile yaklaşılarak mutlaka biyopsi yapılmalı ve biyopsi sonucu malignite açısından negatif olsa bile, klinik şüphe devam ediyorsa ikinci hatta üçüncü bir biyopsi yapılmalıdır. Bu vakada klinik muayenemizdeki güçlü oral kanser şüphesi nedeniyle ikinci kez biyopsi yapılması uygun görülmüştür.

Her iki hastamız da histopatolojik incelemeler sonrasında genel anestezi altında ameliyata alınmış, sağ glossektomi ve bilateral boyun diseksiyonu yapılmış, herhangi bir postoperatif komplikasyon görülmesizin hastalar taburcu edilmiştir. Operasyon sonrası yapılan histopatolojik incelemelerde cerrahi sınırlarda tümör invazyonunun görülmemesi nedeniyle her iki vakada da radyoterapi veya kemoterapi uygulanmamıştır.

Sonuç olarak, diş hekimleri lokalizasyonları nedeniyle oral kanserlerin teşhisinde diğer branş hekimlerine göre daha önemli bir rol oynamaktadır. Diş hekimleri, yüksek risk grubundaki, sigara

ve/veya alkol kullanan, 40 yaş ve üstü bireyler başta olmak üzere tüm hastalarını her randevuda oral kanser açısından detaylı bir şekilde muayene etmeli, onları olası risk faktörleri konusunda uyarmalı eğer sigara ve/veya alkol kullanıyorlar ise bunların bırakılması konusunda teşvik edici olmalıdır. Üç hafta ve daha uzun süren lezyonlara şüphe ile yaklaşılarak biyopsi almalı ve müdahale edemeyeceğini düşündüğü vakaları mutlaka en kısa sürede ilgili hekimlere yönlendirmelidir. Günümüzde global bir sağlık problemi olmaya devam eden oral kanserler konusundaki bilgilerini, mezuniyet sonrasında da çeşitli eğitimlere katılarak güncellemelidir. Ayrıca yurt dışında olduğu gibi ülkemizde de Sağlık Bakanlığı ve meslek odaları öncülüğünde düzenlenecek kampanyalar ile hem hastaların hem de diş hekimlerinin, oral kanserlerin belirtileri, risk faktörleri, tedavi yöntemleri ve erken teşhisin önemi konusunda bilgilendirilmesinin faydalı olacağını düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of World-Wide Incidence of Eighteen Major Cancers in 1985. *Int J Cancer* 1993; 54: 594-606.
2. Boring CC, Squires TS, Tong T, Montgomery S. *Cancer Statistics. CA Cancer J Clin* 1994; 44: 7-26.
3. The World Health Report 1998: Life in The 21<sup>st</sup> Century. *A vision for all. Report of the director general. WHO* 1998; 103: 88-90, Geneva.
4. Bongaard T, Bentzen SM, Wildt J, Sørensen FB, Sogaard H, Nielsen JE. Histopathologic stereologic, epidemiologic, and clinical parameters in the prognostic evaluation of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Head Neck*. 1996 Mar-Apr; 18 (2): 142-52.
5. Langlais PR, Miller CS. *Color Atlas of Common Oral Disease* 2<sup>nd</sup> ed. Williams and Wilkins, Baltimore 1998.
6. Regezi JA, Schiubba JJ. *Oral Pathology. Clinical- Pathological Correlations* 2<sup>nd</sup> ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993.
7. Cawson RH, Odell EW. *Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine* 6<sup>th</sup> ed. Churchill Livingstone, London, 1997.

8. Epstein JB. Oral Cancer In: Greenberg MS, Glick M. (eds) *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment* 10<sup>th</sup> ed. Hamilton. BC Decker Inc, Ontario, 2003, p 194-234.
9. Parker SL, Tang T, Bolden S, Wingo PA. Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin.* 1997; 47: 5-27.
10. Vokes EE, Weichselbaum RR, Lippman SM, Hong WK. Head and neck cancer. *New England Journal of Medicine* 1993; 328: 184-194.
11. National Cancer Institute. Surveillance epidemiology and end result program (SEER), 1983-1993.
12. World Health Organization International classification of disease for oncology (ICD-0) World Health Organization, Geneva, 1990.
13. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005; 55: 74-108.
14. Ferlito A, Shaha AR, Silver CE, Rinaldo A, Mondin V. Incidence and sites of distant metastases from head and neck cancer. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2001;63(4):202-7.
15. Scala M, Moresco L, Comandini D, Monteghirfo S, Tomei D. The role of the general practitioner and dentist in early diagnosis of preneoplastic and neoplastic lesions of the oral cavity. *Minerva Stomatol* 1997; 46: 133-7.
16. Gellrich NC, Suarez-Cunqueiro MM, Bremerich A, Schramm A. Characteristics of oral cancer in a central European population: defining the dentist's role. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134: 307-14.
17. Alonge OK, Narendran S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. *Oral Dis.* 2003; 9: 41-5.
18. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc* 2002; 68: 415-420.
19. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Am Dent Assoc* 2002; 68: 421-5.
20. Kujan O, Duxbury AJ, Glennly AM, Thakker NS, Sloan P. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. *Oral Dis.* 2006; 12: 194-9.
21. Shklar G Oral cancer: current status an future hope. *J Mass Dental Society.* 1995; 44: 12-14.
22. Shiboski CH, Shiboski SC, Silverman S Jr. Trends in oral cancer rates in the United States, 1973-1996. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 249-256.
23. Hollows P, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. *Br Dent J* 2000; 188: 262-65.
24. Bruun JP. Time lapse by diagnosis of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 42: 139-149.
25. Shafer WG. Initial mismanagement and delay in diagnosis of oral cancer. *JADA* 1975; 90: 1262-4.
26. Schnetler JF. Oral cancer diagnosis and delays in referral. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992; 30: 210-3.

**Yazışma Adresi:**

**Dt. Duygu OFLUOĞLU**

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları Bilim Dalı 6. Kat  
Çapa- İstanbul  
Tel: 212- 414 20 20 Dahili: 30353  
Faks: 212-531 22 30  
E-mail: [duyguofluoglu@gmail.com](mailto:duyguofluoglu@gmail.com)