

آشنایی با بیماریهای پرودنتال

دکتر اشرف السادات صانعی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اتیولوژی بیماریهای پرودنتال

تحقیقات انجام شده مبتنی بر ارائه شواهدی است مبنی براینکه پلاک میکروبی عامل اصلی ایجادکننده انواع بیماریهای پرودنتال می باشد. عدم رعایت بهداشت دهان منجر به تجمع پلاک در حد فاصل لبه لثه و دندان می شود و با توجه به مقاومت میزبان و ویرولاکس میکروبیها بیماری ایجاد می شود. مقادیر کم پلاک از نظر کلینیکی قابل رؤیت نیست مگر اینکه توسط محلولها و قرصهای آشکار کننده مشاهده شوند. پس از تجمع، پلاک به صورت توده ای با سطح ندرلر مشخص می شود. پلاک دندانی باقیمانده مواد غذایی نیست و در موقع خواب سریعتر از زمان پس از صرف غذا تشکیل می شود. از این رو رعایت بهداشت دهان حتی در مواقعی که هیچ غذایی خورده نمی شود جهت پیشگیری از ایجاد بیماریهای پرودنتال ضروری می باشد.

در مواردی که عوامل سیستمیک از قبیل تغییرات هورمونی به عنوان عامل اتیولوژیک مطرح می شود می توان با حذف عوامل محرک از قبیل جرم و پلاک از ایجاد و پیشرفت بیماری جلوگیری به عمل آورد. در افرادی که سیگار و مواد مخدر مصرف می کنند کاهش مقاومت بافتها را می توان به عنوان عامل مستعد کننده یا ثانویه در ایجاد این بیماریها محسوب نمود.

بیماریهای پرودنتال در زمره قدیمی ترین بیماریهای عفونی محسوب می شوند که از دوهزار سال قبل از میلاد مسیح وجود داشته اند.

مطالعات اپیدمیولوژی که در سرتاسر دنیا انجام گرفته حاکی از جهانی بودن انتشار بیماریهای لثه و پرودنتال می باشد. احتمال وقوع این بیماریها با سن افزایش می یابد و شیوع آنها در ده سالگی چهل و پنج درصد، در سی سالگی شصت و هفت درصد، در سی و پنج سالگی هفتاد درصد و در پنجاه سالگی هشتاد درصد می باشد.

بیماریهای پرودنتال تقریباً در سن سی و پنج سالگی وارد فاز تخریبی شده و در صورت عدم تشخیص و درمان نهایتاً منجر به لقی و از دست دادن دندانها می شود. شدت و شیوع آن در مردان بیش از زنان است. گرچه قبل از بیست سالگی تفاوت بین مردان و زنان ناچیز می باشد ولی از سن بیست و پنج تا شصت و پنج سالگی شیوع بیماری در مردان پنجاه درصد بیش از زنان می باشد.

با توجه به آمارهای موجود بدون اغراق می توان اذعان نمود که هیچکس از ابتلاء به بیماریهای پرودنتال در امان نمی باشد. از این رو شناخت و پیشگیری از ایجاد این بیماریها جهت حفظ دندانها لازم می باشد.



۱- آماس اولین و تنها روند پاتولوژیک باشد (که در اکثر انواع ژنژیویت شایع هست).

۲- آماس به بیماری سیستمیکی که باعث ایجاد بیماری شده به طور ثانویه اضافه شده باشد. به طور مثال هیپرپلازی لثه که در اثر مصرف داروهایی نظیر cyclosporine, nifedipine, phenitoin به وجود می آید و توسط آماس پیچیده می شود.

۳- آماس عامل مستعدکننده ایجاد تغییرات کلینیکی در بیماریانی باشد که قبلاً به بیماریهای سیستمیک مبتلا بوده و خود این بیماریها نمی توانند از نظر کلینیکی تغییرات قابل تشخیصی روی لثه ایجاد نمایند. به طور مثال ژنژیویت حاملگی، ژنژیویت دوران بلوغ و ژنژیویت در اثر کمبود ویتامین C بعضی دیگر از بیماریهای لثه وجود دارند که در این مجال نمی گنجد و صرفاً به ذکر نام آنها می پردازیم: بیماری ناگ یا ژنژیویت حاد نکروزه، ژنژیو استوماتیت حاد تبخالی و سایر بیماریهای ویروسی، ژنژیویت آلرژیک که به وسیله آلرژن های مختلفی به وجود می آید.

بسیاری از بیماریهای پوستی نیز وجود دارند که بافتهای لثه را مبتلا می نماید و انواع مشخصی از بیماریهای لثه را به وجود می آورند به طور مثال لیکن پلان، پمفیگوس، اریتم مولتی فرم و غیره ... انواع مختلفی از تومورهای خوش خیم و بدخیم نیز به صورت تومورهای لثه یا متاستاز روی لثه ظاهر می شود.

علامت کلینیکی ژنژیویت

ضایعات اولیه این بیماری از نظر بالینی قابل تشخیص نیستند. افزایش مایع شیار لثه ای و خونریزی موقع پروب نمودن سالکوس لثه از اولین علائم قبل از تثبیت بیماری می باشند که از نظر تشخیص و جلوگیری

طبقه بندی بیماریهای پرودنتال

درمان بیماریهای پرودنتال به تشخیص صحیح آنها و شدت بیماری بستگی دارد از این رو با توجه به طبقه بندی این بیماریها مورد بحث قرار می گیرند.

بیماریهای لثه (gingival diseases)

ژنژیویت (gingivitis) یا آماس لثه شایع ترین نوع بیماریهای لثه می باشد که در نتیجه چسبیدن پلاک میکروبی به سطح دندان ایجاد می شود. این بیماری که به آن آماس مزمن لثه نیز گفته می شود ممکن است برای دوره های نامعینی ثابت باقی مانده یا پیشرفت نموده و با تخریب بافتهای نگهدارنده دندان سبب ایجاد پرودنتیت شود.

علل خصوصیات متفاوت در روند پاتولوژیک بیماری تاکنون به خوبی شناخته نشده است. بعلاوه لثه در اثر ابتلاء به بیماریهای گوناگون ممکن است مبتلا شود. طبقه بندی بیماری ژنژیویت نه تنها مشکل است بلکه چندان مفید نیز نمی باشد. از آنجائی که آماس تنها روند بیماری هست که در ژنژیویت دخالت دارد این تمایل وجود دارد که انواع بیماریهای لثه را تحت عنوان ژنژیویت نامگذاری نمود.

موارد متفاوتی از روند پاتولوژیک وجود دارد که ناشی از عوامل محرک موضعی نمی باشد نظیر آتروفی، هیپرپلازی و نثریلازی که در لثه تظاهر می نماید. در تمامی موارد آماس لثه یکسان نمی باشد و لازم هست بین آماس لثه و روندهای پاتولوژیکی بیماریهای لثه تمایز قائل شد.

نقش آماس در تمامی موارد ژنژیویت به ترتیب ذیل متغیر می باشد:

ب- پرودنتیت جوانان

(Juvenile Periodontitis)

ج- پرودنتیت با پیشرفت سریع

(Rapidly Progressive Periodontitis)

۳- ژنژیویت حاد نکروزه زخمی

۴- پرودنتیت مقاوم (Refractory Periodontitis)

پرودنتیت بالغین (A.P)

شایع ترین بیماری پرودنتال است که احتمالا در هنگام بلوغ شروع می شود. سرعت پیشرفت آن آهسته و مداوم بوده و با افزایش سن نسبت مستقیم دارد. عامل اصلی ایجادکننده بیماری جرم و پلاک میکروبی می باشد که باعث انتشار آماس از لثه به داخل نسوج پرودنتال می شود و نهایتاً منجر به ایجاد پاکت، تحلیل استخوان آلوئول و لقی دندانها می شود و در مراحل پیشرفته بیماری مهاجرت پاتولوژیک دندانها نیز دیده می شود. این بیماری معمولاً بدون درد است و ممکن هست همراه با علائمی نظیر حساسیت به تغییرات درجه حرارت، غذا باشد و حتی ملامسه گردد.

بیمار گاهی اوقات از درد عمیق و گُنگ و منتشرشونده در موقع جویدن غذا شکایت دارد. تابلوی خونی این بیماران مؤید فعالیت طبیعی لنفوسیت ها و نوتروفیل ها می باشد. نوع باکتریهای موجود در پلاکهای تحت لثه ای عبارتند از: اکتینومیسیسیس اسرائیلی

(Actinomyces Israili Newzeuland)

اکتینومیسیسیس نیوزیلندی (A.Newzealndi)، اکتینومیسیسیس ویسکوس (A.Viscosus). پلاکهای آزاد تحت لثه ای حاوی باکتریهای اصلی از قبیل اسپروکت ها و باسیل های گرم منفی می باشند.

از پیشرفت بیماری دارای اهمیت ویژه ای می باشد. به تدریج با پیشرفت بیماری خونریزی خودبه خود یا در اثر تحریک مختصر به وجود می آید. تغییر در رنگ لثه نیز از علائم کلینیکی بسیار مهم محسوب می شود.

رنگ لثه طبیعی صورتی کم رنگ می باشد که در حالت بیماری به علت افزایش عروق خونی و کاهش یا عدم وجود بافت کراتینه ایه اپی تلیوم، لثه قرمز و یا قرمز مایل به آبی می شود. با طولانی شدن زمان بیماری به علت استاز ورودی عروق لثه رنگ آن آبی می شود. لثه بیمار قوام سخت و ارتجاعی خود را از دست می دهد. بافت سطحی لثه که در حالت سلامت منقوطی شکل می باشد در حالت بیماری صاف و براق می شود.

در صورتی که بیماری ژنژیویت به موقع مورد تشخیص و معالجه قرار نگیرد آماس از لثه به نسوج نگهدارنده دندان (الیاف پرودنتال، سمان، استخوان آلوئول) انتشار پیدا نموده و بیماری پرودنتیت به وجود می آید.

بیماریهای پرودنتال (Periodontal Diseases).

مجموع جهانی پرودنتولوژی در سال ۱۹۸۸ طبقه بندی زیر را که شامل انواع بیماریهای پرودنتیت می باشد پیشنهاد نمود:

۱- پرودنتیت بالغین (Adult Periodontitis):

الف- جزئی (slight)

ب- متوسط (moderate)

ج- شدید (sever)

۲- پرودنتیت با شروع زودرس

(Early Onset Periodotitis)

الف- پرودنتیت قبل از بلوغ

(Prepubertal Periodontitis)

حال نرمال است. ارگانسم‌های اصلی تحت لته‌ای در ارتباط با این بیماری به ترتیب ذیل می‌باشد.

آکتینوبریسیلیوس، آکتیومیسم کومیتانس، باکتریویداینترمدمیکروس، سیتروفاکا، ایکتیلاکوردسن.

ژنویوت حاد نکروزه زخمی

بیماری آماسی مزمن تخریبی می‌باشد که به صورت حاد تظاهر می‌نماید. انواع خفیف و پایدار بیماری تحت حاد نامیده می‌شوند. این بیماری اغلب به دنبال یک بیماری ضعیف‌کننده یا عفونت حاد دستگاه تنفسی به صورت حاد تظاهر می‌نماید. تغییر در عادات زندگی کارهای طولانی بدن استراحت کافی، فشارهای روانی و عصبی در ایجاد این بیماری مؤثر است. بوی بد دهان، افزایش ترشح بزاق، خونریزی خودبه‌خود از لثه، و ضایعات کریتر شکل لبه لثه مشخصه بارز این بیماری می‌باشد. مطالعات میکروسکوپی نشاندهنده تهاجم اسپروکت‌ها به بافت همبندی می‌باشد. همچنین وجود باکتریهای فوزیفرم نیز به مقدار زیاد گزارش شده است. احتمال وقوع حملات عودکننده بیماری زیاد می‌باشد و گاه به صورت مزمن دیده می‌شود.

پرودنتیت با پیشرفت سریع

نوع A این بیماری در افراد جوان و بالغ با دافعه سنی ۲۶-۱۴ سال دیده می‌شود. از خصوصیات کلینیکی این بیماری التهاب شدید لثه، تخریب سریع و پیش‌رونده الیاف بافت همبندی و استخوان آلوئول قابل ذکر می‌باشد. تقریباً در ۶۶٪ از افراد مبتلا کاهش فعالیت کمورتاکتیک نوتروفیل‌ها و کاهش پاسخ ایمنی لنفوسیت‌های T و B دیده می‌شود. آزمایشهای خونی و سرمی این بیماران طبیعی است.

پرودنتیت قبل از بلوغ (P.P)

بعد از رویش دندانهای شیری شروع شده و دندانهای شیری و دائمی را مبتلا می‌نماید. این بیماری بسیار نادر می‌باشد. خصوصیات بارز آن آماس شدید لثه، تخریب سریع استخوان آلوئول و لقی و از دست رفتن دندانها می‌باشد. نقص در چسبندگی لوکوسیت‌های مونونوکلتر و پلی‌مورفونوکلتر به جدار عروق باعث می‌شود که سلولها توانایی خروج از رگهای خونی را نداشته باشند. در نتیجه بیماران مبتلا اکثراً در معرض ابتلاء به عفونتهای دیگر نظیر التهاب گوش میانی، عفونتهای پوست و مجاری فوقانی تنفسی قرار می‌گیرد. فلور میکروبی این بیماری غالباً از باکتریوئید اینترمدیکوس و کپنوسیتوفاکا تشکیل شده است.

پرودنتیت جوانان (J.P)

شروع این بیماری در دوران بلوغ می‌باشد و از مشخصات بارز آن به‌وجود آمدن ضایعات قرینه و زاویه‌دار و قوسی شکل استخوانی در ناحیه اولین دندان آسیای دائمی و دندانهای ثنایای قدامی فک بالا و پائین می‌باشد.

میزان پلاک میکروبی و درصد پوسیدگی در این بیماران بسیار کم هست. همچنین علائم التهاب شدید لثه وجود ندارد. جنس مؤنث بیشتر مبتلا می‌شود (به نسبت یک به سه) وجود یک زمینه ژنتیکی (ژن غالب اتوزوم یا ژن مغلوب اتوزوم) محتمل به نظر می‌رسد.

کاهش کمورتاکسی نوتروفیل‌ها و به میزان کمتر فاگوسیتوز آنها شایع می‌باشند که احتمالاً بعد از درمان موفق نیز وجود خواهند داشت. پاسخ لنفوسیت‌های مختلف اتولگ بالا بوده ولی پاسخ بلاستوزتیک آنها در

بیماریهای پرودنتال لازم می باشد به بیماران و اعضای خانواده آنها توصیه شود ضمن رعایت بهداشت دهان در فواصل زمانی منظم مورد معاینه قرار گیرند تا بتوان در پیشگیری از ایجاد بیماری و درمان آن و حفظ دندانها موفق گردید.

منابع:

- 1- Proceeding of the world workshop in clinical periodontics, 1989.
- 2- Clickmans, clinical periodontology 7th ed. W.B Saunders and co., philadel phia, PA , 1990.
- 3- Lindhe , Textbook of clinical periodontology manksgaard 2nd edition.
- 4- Suzuki, jon B. Diagnosis and classification of the periodontal Disease, Dental clinics of north American , VOL . 32 , NO 2 , April 1988.
- 5- Prichard , F : changing concepts in periodontics. Dental clinics of north American, VOL .32, NO 2 , April 1988.

نوع B بیماری در گروه سنی مسن تر از نوع A با دافه سنی ۲۶-۳۵ سال دیده می شود. میزان جرم و پلاک در بیماران مبتلا بسیار زیاد است. مطالعات ایمونولوژی و ژنتیکی این بیماران چندان کامل نیست.

به طور کلی می توان چنین اظهار داشت که بیماریهای پرودنتیت پیش رونده سریع با بیماریهای نیستمیک ذیل در ارتباط می باشند: سندرم کاهش ایمنی اکتسابی (AIDS) دیابت ملینوس نوع یک، سندرم داون، سندرم پاپیلون لوفور، نوتروپنی دوره ای، سندرم چدیک هیگاشی و غیره...

پرودنتیت مقاوم (R.P)

این بیماری نواحی مختلف دهان را مبتلا می نماید. علیرغم درمانهای مختلف از بین رفتن ایاف پرودنتال و استخوان آکونول همچنان ادامه دارد. تحقیقات در زمینه اتیولوژی و درمان این بیماری کماکان ادامه دارد. در خاتمه وجود زمینه خانوادگی در بعضی از انواع

قال رسول الله (ص):

السواك من سنن المرسلين
مسواک زدن از روشهای انبیای الهی است