

بررسی فراوانی ضایعات دهانی و عوامل مرتبط با آن در بیماران پیوند کلیه بیمارستان لبافی نژاد تهران، سال ۱۳۸۶

دکتر پریسا پیروزمند^۳دکتر محسن نفر^۲دکتر دنیا صدری^{#۱}

خلاصه:

سابقه و هدف: ضایعات دهانی در بیماران پیوند کلیه که داروهای ایمنونوساپرسیو مصرف می‌کنند، شایع است. وجود ضایعات دهانی در این بیماران به عنوان کانونی از عفونت می‌تواند بر پروگنوز خود پیوند تأثیرگذار باشد و بیماران را با مشکلات جدی مواجه کند. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی ضایعات پاتولوژیک دهانی و عوامل مرتبط با آن در بیماران پیوند کلیه بیمارستان لبافی نژاد تهران سال ۱۳۸۶ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی است. نمونه‌ها بیمارانی هستند که به طور مستمر مراجعه نموده و با تشخیص End Stage Renal Disease (ESRD) بیش از یک سال است که مورد پیوند قرار گرفته اند، قبل از انجام پیوند براساس پرونده پزشکی و پرسش از بیمار، دارای هیچگونه ضایعه ای در مخاط دهان نبوده اند و از تاریخ تیر ماه ۱۳۸۶ تا آذر ماه ۱۳۸۷ به بیمارستان لبافی نژاد برای دوره‌های follow up مراجعه کرده اند. انواع ضایعات دهانی، محل بروز ضایعات دهانی، بهداشت دهان، مدت زمان گذشته از پیوند، سن، جنس، مصرف سیگار، دوز داروی سیکلوسپورین، مصرف داروهای دیگر، نوع پیوند کلیه، بیماری سیستمیک زمینه، استفاده از Supplement اسیدفولیک، وضعیت هموگلوبین، وضعیت FBS و نوع گروه خونی بود. جهت تعیین نقش عوامل مرتبط از آموزش کای دو استفاده شد.

یافته‌ها: تحقیق روی ۲۵۰ بیمار واجد شرایط انجام گرفت، تعداد ۱۵۹ نفر (۶۳/۶٪) ضایعه دهانی داشتند. ضایعات به ترتیب فراوانی، افزایش حجم لثه، زبان باردار، تحلیل لثه، ژئزیویت و بوی بد دهان بود. بین بیماری سیستمیک زمینه، بهداشت دهان و مصرف اسید فولیک، و افزایش سن بیماران رابطه آماری معنی داری با بروز ضایعات دهانی یافت شد. ($P < 0.05$) ارتباط آماری معنی داری بین دیگر متغیرها و بروز ضایعات دهانی یافت نشد.

نتیجه‌گیری: میزان ضایعات دهانی در بیماران پیوند کلیه جای نگرانی دارد، بررسی‌های منظم بهداشت دهان در بیماران پیوند کلیه پیشنهاد می‌شود تا از عوارض شناخته شده آن‌ها جلوگیری شود.

کلید واژه‌ها: پیوند کلیه، ضایعات دهانی، عوامل مرتبط

وصول مقاله: ۸۸/۱۰/۳۰ اصلاح نهایی: ۸۸/۱۲/۱۹ پذیرش مقاله: ۸۹/۳/۴

مقدمه:

از عوارض شایع متعاقب مصرف داروهای ایمنونوساپرسیو پس از پیوند کلیه در بیماران می‌باشد. از طرفی پیوند کلیه، از یک روش مایوس کننده به یک روش معمول و بسیار کارآمد تبدیل شده تا بیمارانی که در مرحله ESRD هستند را از مرگ نجات دهد^(۱). برای پذیرش این پیوند در بدن بیماران، سیستم ایمنی بدن آنها باید توسط این داروها سرکوب شود. سرکوب سیستم ایمنی بدن برای عدم واکنش نسبت به پیوند غریبه در این بیماران انجام می‌شود. عوارض مختلفی بطور مرتب در نتیجه مصرف این داروها مشاهده می‌شود^(۲). ضایعات بدخیم و پیش بدخیم ناشی از کاهش سیستم ایمنی بدن نیز در این بیماران دیده می‌شود^(۳).

از ۲۶۰ میلیون مردم امریکا، تقریباً ۲۵۷۰۰۰ نفر از آنها به End Stage Renal Disease مبتلا هستند. شدت ابتلا در آنها به حدی است که برای ادامه حیات مجبوره دیالیز یا پیوند کلیه می‌شوند. تعداد افراد مبتلا به ESRD همه ساله ۱۰٪ افزایش می‌یابد^(۱). رایج‌ترین علل ESRD، دیابت ملیتوس، افزایش فشارخون و بیماری‌های اتوایمیون است. علت اولیه مرگ و میر در بیماران با نارسایی کلیوی مربوط به بیماری‌های قلبی عروقی است که ۴۸٪ میزان مرگ و میرها را تشکیل می‌دهد. به نظر می‌رسد دیابت و فشارخون دو عاملی هستند که باهم بیشترین نقش را در میزان مرگ و میر این بیماران ایفا می‌کنند. ضایعات دهانی یکی

۱- استادیار گروه آموزشی آسیب‌شناسی دهان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد دندانپزشکی

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

وضعیت بهداشت دهان که از طریق بررسی (Modified PI (Quigley-Hein تعیین شد و به $PI \leq 2$ بهداشت خوب و $PI > 2$ بهداشت بد طبقه بندی می‌شود. از پلاک ایندکس Turesky-Gillickman Modification of Quigley-Hein Plaque Index به عنوان شاخص بهداشتی برای مشخص کردن میزان پلاک بر روی سطوح باکال و لینگوال پس از استفاده از قرص های آشکارکننده توسط معیارهای ارائه شده توسط Turesky و همکاران (۱۹۷۰) به شرح ذیل استفاده شد^(۶).

۰- بدون پلاک

۱- ذرات مجزای پلاک در لبه مارچین دندان

۲- نوارباریک پلاک تا حدود ۱ میلی متر در مارچین تاج دندان

۳- نوارپلاک پهن تر از ۱ میلی متر ولی کمتر از یک سوم تاج دندان

۴- پلاک بیش از یک سوم ولی کمتر از دو سوم تاج دندان

۵- پلاک دو سوم یا بیش از آن در تاج دندان

در بیماران بی دندان :

چند سؤال از بیمار:

- آیا بیمار پروتز خود را شبها از دهان خارج می‌کند؟

- آیا بیمار پروتز خود را می‌شوید؟

- آیا پروتز بیمار گیر مناسبی دارد؟

۳ جواب مثبت: بهداشت دهان خوب

۲ جواب مثبت: بهداشت دهان متوسط

یافته‌ها :

تحقیق بر روی تعداد ۲۵۰ نفر انجام گرفت. تعداد ۱۵۹ نفر دارای ضایعات پاتولوژیک بودند که شیوع آن در نمونه‌ها برابر $63/6\%$ درصد بوده است. با توجه به این شیوع در نمونه‌ها میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد از حداقل $57/6\%$ تا ۷۰ درصد برآورد می‌گردد.

توزیع بیماران مورد بررسی بر حسب انواع ضایعات دهانی و به تفکیک در نمودار شماره ۱ ارائه گردید و نشان می‌دهد که شایع ترین ضایعات افزایش حجم لثه به میزان ۶۲ درصد بود و در جلسه بعد با یک تفاوت زیاد، ضایعه زبان باردار به میزان ۱۸ درصد بود و در مراحل بعدی تحلیل لثه شدید، ژنژیویت، بوی بد دهان، زخم دهانی و ... وجود داشت..

- وجود ضایعات دهانی در این بیماران به عنوان کانونی از عفونت می‌تواند بر پروگنوز خود پیوند تأثیرگذار و بیماران را با مشکلات جدی مواجه کند^(۴).

- با توجه به پروتکل درمانی (از جهت صرف‌اروهای ایمنوساپرسیو) پس از پیوند کلیه، در بیمارستان لبافی‌زاد تهران و از آن جا که بروز ضایعات دهانی از عوارض شایع آن میباشد، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی ضایعات دهانی و عوامل مرتبط با آن در بیماران تحت پیوند کلیه در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود. نمونه‌گیری به شکل مبتنی بر هدف انجام شد. جامعه مورد بررسی بیماران بودند که به دنبال تشخیص نارسایی مزمن کلیوی طبق معیارهای استاندارد آن در مرکز پیوند کلیه بیمارستان لبافی‌زاد تحت پیوند قرار گرفته اند و یکسال از انجام پیوند کلیه گذشته و تحت پیگیری پزشکی هستند^(۵).

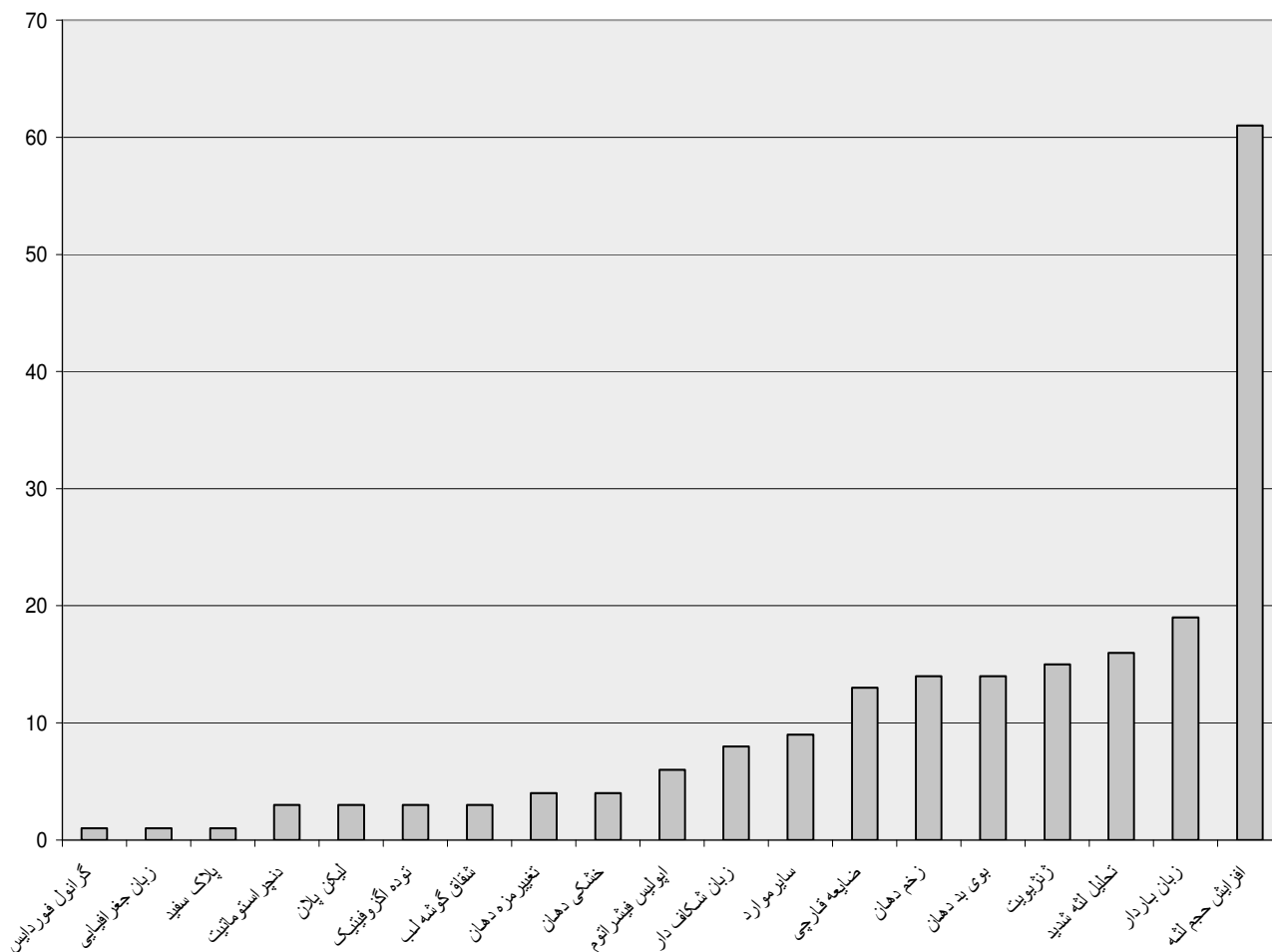
با توجه به انجام pilot study (مطالعه اولیه) و بررسی ۹۶ بیمار، ۴۵ نفر دچار ضایعات دهانی بودند که در مشاوره آماری، نمونه‌ها ۲۰۰ مورد انتخاب شد. علت انتخاب بیمارستان شهید لبافی‌زاد تهران به عنوان محل تحقیق این بود که این محل فعال ترین و پیرسابقه ترین مرکز پزشکی تهران جهت انجام RT می‌باشد.

تکنیک کارمعاینه از طریق مشاهده مخاط دهان به وسیله آینه یکبار مصرف، گازاستریل و چراغ قوه بود. برای بررسی بهداشت دهان از آینه و سوند یکبار مصرف و پرسش از بیمار استفاده شد. تحقیق در این بررسی مخاط گونه، وستیبول، مخاط آلویول، لب، کف دهان، حلق، لثه، سطح پستی و سطح شکمی و بردهای لترالی زبان، کام نرم و سخت معاینه شد و ضایعات دهانی به روش بالینی و طبق طبقه بندی WHO و کلیه متغیرهای مورد بررسی طی معاینه، مصاحبه و بررسی پرونده پزشکی بیماران، جمع آوری و فرم اطلاعاتی برای هر بیمار تکمیل گردید. عوامل مرتبط در این تحقیق شامل موارد ذیل بود:

بهداشت دهان، مصرف سیگار -سن، جنس، ابتلا به بیماری سیستمیک زمینه‌ای- نوع پیوند (همولوگ-هترولوگ) مدت زمان سپری شده از پیوند- مصرف سایر داروها، دوز داروی سیکلوسیرین براساس میزان سطح خونی دارو (میزان کمتر از 100mg/dl کم و بیشتر از 200mg/dl زیاد تلقی می‌شود).

- مصرف اسید فولیک، وضعیت هموگلوبین (میزان 12 mg/dl نرمال تلقی می‌شود) - وضعیت FBS (میزان 126 mg/dl نرمال تلقی می‌شود)، وضعیت کراتینین (میزان 1mg/dl نرمال تلقی می‌شود) و گروه خونی بیماران.

نمودار ۱: توزیع ۲۵۰ بیمار پیوند کلیه بر حسب درصد انواع ضایعات دهانی



نقش عوامل جنس و مصرف اسید فولیک با بروز ضایعات دهانی در جدول شماره ۲ ارائه گردید و نشان می‌دهد که بیماران دارای ضایعات دهانی ۷۹/۳ درصد و بیماران فاقد ضایعات دهانی ۵۰/۶ درصد در مواجهه با عدم مصرف اسید فولیک بوده‌اند ($P < 0.00$) و بیماران دارای ضایعات دهانی ۳/۷ برابر بیشتر از بیماران فاقد ضایعات دهانی در مواجهه با عدم مصرف اسید فولیک بوده‌اند ($O.R=3.7$) اما بیماران دارا و فاقد ضایعات دهانی در مواجهه بیشتر از نظر جنس بیماران نبوده‌اند ($P < 0.9$).

جدول ۲: توزیع بیماران پیوند کلیه بر حسب ضایعات دهانی و به تفکیک عوامل مرتبط

O.R	نتیجه آزمون	دارد (N1=159)	ندارد (N1=91)	ضایعه دهانی / عوامل مرتبط
۳/۷	$P < 0.00$	۳۳ (۲۰/۷) ۱۲۶ (۷۹/۳)	۴۵ (۴۹/۴) ۴۶ (۵۰/۶)	مصرف اسیدفولیک: - داشته - نداشته
-	$P < 0.9$	۵۴ (۳۴) ۱۰۵ (۶۶)	۳۱ (۳۴/۱) ۶۰ (۶۵/۹)	جنس: - مؤنث - مذکر

توزیع افراد مورد بررسی بر حسب ضایعات دهانی و به تفکیک بهداشت دهانی در جدول شماره ۱ ارائه گردید و نشان می‌دهد که بیماران دارای ضایعه ۴۵/۳ درصد و آن‌هایی که فاقد ضایعات دهانی بودند ۲۶/۴ درصد در مواجهه با بهداشت دهانی پایین بوده‌اند و آزمون کای‌دو نشان داد ($P < 0.005$) و بیماران پیوند کلیه دارای ضایعات دهانی ۲/۳ برابر بیماران پیوند کلیه فاقد ضایعات دهانی در مواجهه با بهداشت پایین بوده‌اند ($O.R=2.3$).

جدول ۱: توزیع بیماران پیوند کلیه بر حسب ضایعات دهانی و به تفکیک بهداشت دهانی

دارد	ندارد	ضایعه دهانی / بهداشت دهان
۷۲ (۴۵/۳)	۲۴ (۲۶/۴)	پایین
۱۳ (۸/۲)	۷ (۷/۷)	متوسط
۷۴ (۴۶/۵)	۶۰ (۶۵/۹)	خوب
۱۵۹ (۱۰۰)	۹۱ (۱۰۰)	جمع

بحث :

تحقیق نشان داد که در ۶۳/۶ درصد بیماران پیوند کلیه، ضایعات دهانی مشاهده شد. این آمار مشابه تحقیقات DeLaRosa و Garsia در سال ۲۰۰۶، عبدالله زاده و همکاران در سال ۱۳۸۷ و Robin A.seymour در سال ۲۰۰۹، راست کردار و همکاران در سال ۱۳۸۵ بوده است^(۹ و ۲۲ تا ۲۰). با این تفاوت که DelaRosa شیوع ضایعات را ۶۰ درصد گزارش نموده است^(۹)، عبدالله زاده و همکاران این میزان را ۷۷/۴٪ گزارش دادند^(۲۰) و A.seymour این تحقیق را فقط در مورد بروز افزایش حجم لته و به میزان ۳۰٪ گزارش نمود^(۲۱) و راست کردار و همکاران این میزان را ۷۸/۳٪ و فقط بر اساس وجود یا عدم وجود افزایش حجم لته گزارش کرده است^(۲۲). که این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از انتخاب ضایعات خاص دهانی در بررسی‌ها باشد.

در مورد انواع ضایعات دهانی دیده شده در بیماران پیوند کلیوی در مطالعه ما به ترتیب فراوانی، افزایش حجم لته، زبان باردار، تحلیل لته شدید، ژئزویت، بوی بد دهان، زخم دهانی، ضایعه قارچی، سایر موارد (پاپوزنیک گرانولوما، موکوسل، قرمزی یکطرفه زبان ناشی از عوارض لوپوس، احتقان حلق، سیالوره، Hairy Leukoplakia، سوراخ شدگی سقف کام ناشی از عوارض لوپوس، برداشت کام سخت به دلیل پیشرفت بیماری قارچی موکورمایکوزیس)، زبان شکافدار، اپولیس فیشراتوم، خشکی دهان، تغییر مزه دهان، شقاق گوشه لب، توده آگروفتیک، لیکن پلان، دنچراستوماتیت، پلاک سفید، زبان جغرافیایی، گرانول فوردایس دیده شد. شایع ترین محل وقوع ضایعات به ترتیب در لته، سطح پشتی زبان و مخاط آلوئول گزارش شد (شکل ۵-۱). در مطالعه عبدالله زاده درگیلان به ترتیب افزایش حجم لته، زبان باردار و کاندیدیازیس دیده شده است و بیشترین محل وقوع ضایعات به ترتیب در لته و سطح پشتی زبان گزارش شده که تا حدی مشابه مطالعه ماست^(۲۰). اما DelRosa برای شیوع ضایعات ترتیب افزایش حجم لته، زبان شکافدار، کاندیدیازیس و hairy leukoplakia گزارش کرده است^(۹). Al-Mohaya و همکاران در سال ۲۰۰۹ افزایش حجم لته، کاندیدیازیس اریتماتوز، hairy leukoplakia را به ترتیب ۷۴/۱٪، ۱۵/۵٪، ۸/۶٪ گزارش کردند^(۲۳) که با نتایج مطالعه ما تا حدی مغایرت داشت که احتمالاً عواملی مانند تفاوت‌های نژادی و تعداد نمونه در این امر تأثیرگذار است.

و اما در مورد وضعیت بهداشت دهان باید گفت که ارتباط معنی داری بین بروز ضایعات دهانی در گروه بیماران پیوند کلیه با

درافراد ۲۵ سال و کمتر میزان بروز ضایعات ۵۰٪ دیده شد. در افراد بین ۲۶ تا ۴۵ سال بروز ضایعات ۵۶/۵٪ بود. در افراد با سن بیشتر از ۴۵ سال، بروز ضایعات ۷۳/۹٪ مشاهده گردید. در مقایسه آماری بین دو گروه کمتر از ۴۵ سال و بیشتر از ۴۵ سال، بروز ضایعات دهانی اختلاف آماری معنی دار دیده شد. ($P = 0.009$) به گونه ای که میزان ضایعه در گروه بیش از ۴۵ سال بیشتر بود. ($OR=2.8$)

— در ۷۲/۸٪ افرادی که بیماری سیستمیک زمینه ای (شامل فشارخون، دیابت) داشتند، ضایعات دهانی دیده شد که ($P < 0.05$) و ($OR=1.85$) نشان می‌دهد که این ارتباط معنی داری باشد.

در ۵۱/۴٪ افرادی که از زمان پیوندشان ۱۲ تا ۱۸ ماه گذشته بود ضایعات دهانی دیده شد.

در ۶۰٪ افرادی که از زمان پیوندشان ۱۸ تا ۲۴ ماه گذشته بود ضایعات دهانی دیده شد.

در ۶۴/۷٪ افرادی که از زمان پیوندشان ۲۴ تا ۳۰ ماه گذشته بود ضایعات دهانی دیده شد.

در ۶۶/۱٪ افرادی که ۳۰ تا ۴۲ ماه از پیوندشان گذشته بود ضایعات دهانی دیده شد.

که تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود.

— در ۵۹/۱٪ افرادی که FBS (قند ناشتا) غیر نرمال داشتند، ضایعه دیده شد ($P > 0.05$).

— در افرادی که دیالیز نشده بودند بروز ضایعات ۵۶/۵٪ بود و در افرادی که قبل از پیوند دیالیزی شدند میزان بروز ضایعات دهانی ۶۴/۶٪ مشاهده شد. ارتباط معنی داری بین دیالیز قبل از پیوند و بروز ضایعات دهانی وجود نداشت ($P < 0.05$).

— در ۶۲/۷٪ کسانی که هموگلوبین غیر نرمال داشتند، ضایعات دهانی دیده شد ($P > 0.05$).

— افرادی که نوع پیوندشان هترو لوگ بود ۶۳/۵٪ ضایعه دهانی داشتند. افرادی که نوع پیوندشان همولوگ بود ۶۹/۶٪ ضایعه دهانی داشتند. ارتباط معنی داری بین بروز ضایعات دهانی و نوع پیوند وجود نداشت.

در این تحقیق در ۵۶/۹٪، ۷۳/۶٪، ۵۶/۳٪ و ۶۱/۲٪ افراد با گروه‌های خونی A، B، AB، O ضایعات دهانی دیده شد اما ارتباط معنی داری میان گروه خونی و فراوانی ضایعات دهانی دیده نشد ($P > 0.05$).

به ترتیب در بیماران با RH منفی و RH مثبت میزان بروز ضایعات ۸۷/۹٪ و ۸۸/۷٪ گزارش شد. $P > 0.05$

— در این مطالعه ارتباط معنی داری بین بروز ضایعات دهانی و بیماری زمینه ای درگروه بیماران پیوند کلیه دیده شد که شاخص ترین آنها دیابت و فشارخون بود که در اندازه گیری (OR) در این افراد بروز ضایعات دهانی ۱/۸۵ برابری باشد که می تواند به این دلیل باشد که استفاده از داروهای خاص در کنترل فشارخون می تواند اثر داروهای پیوند کلیه را تشدید نماید.

این امر مشابه تحقیقات راد و همکاران در سال ۱۳۸۵ و Max Reif در سال ۲۰۰۹ می باشد (۲۷ و ۲۸).

— در این مطالعه درباره ارتباط زمان طی شده بعد از پیوند کلیه و بروز ضایعات در دهان می توان گفت بیشترین میزان بروز ضایعت (۶۶/۱٪) در افرادی بود که از زمان پیوندشان ۳۲ تا ۴۰ ماه می گذشت و کمترین میزان بروز ضایعات (۵۱/۴٪) در افرادی بود که از زمان پیوندشان ۱۲ الی ۱۸ ماه گذشته بود. البته ارتباط آماری معنی داری بین این دو گزینه یافت شد.

این امر مشابه تحقیق Domenico ciavarella در سال ۲۰۰۹ بود. او عقیده دارد بروز ضایعات بیش از آن که به زمان پیوند مربوط باشد به مدت مصرف داروهای پیوند مرتبط است (۲۲). شاید در تحقیق ما دسته بندی زمان های پیوند چندان مناسب نبوده است.

— در مورد ارتباط ضایعات دهانی و میزان FBS، ارتباط آماری معنی داری یافت نشد اما ۵۹/۱ درصد افرادی که FBS غیر نرمال داشتند ضایعه دهانی داشتند.

این امر مشابه تحقیق راد و همکاران در سال ۱۳۸۵ بود. با این تفاوت که در مطالعه آن ها تظاهرات دهانی خاصی برای بیماران با FBS بالا گزارش شده است مانند ژنژیویت، پریودنتیت، خشکی دهان و ارتباط معنی داری را بین مدت ابتلا به دیابت و بیماریهای پریودنتال ($P = 0/012$) و سوزش دهان ($P = 0/002$) یافتند و عدم کنترل قندخون را عامل بسیار مهمی در بروز ضایعات فوق مطرح نمودند (۲۷).

— درباره دیالیز قبل از پیوند و تأثیر آن بر روی بروز ضایعات دهانی، باید گفت که در مطالعه ما افرادی که قبل از پیوند دیالیز شده بودند در ۶۴/۶٪ موارد ضایعه دهانی داشتند. اما تفاوت گروه های دیالیز شده و نشده از لحاظ بروز ضایعات دهانی معنی دار نبود. نتایج مطالعه نجوانی و همکاران در سال ۲۰۰۷ نظری متفاوت داشت چرا که در این تحقیق بیان شده که دیالیز قبل از پیوند نقش مهمی بر روی ضایعات پریودنتال دارد (۲۹). البته منابع تحقیقاتی که بر روی متغیر دیالیز قبل از پیوند کار کرده باشد، برای مقایسه بیشتر یافت نشد. این امر می تواند ناشی

بهداشت خوب و ضعیف وجود داشت، یعنی آن که این ضایعات در افراد با بهداشت دهان ضعیف بیشتر بروز می کند.

این امر مشابه تحقیقات DelaRosa Garsia و همکاران در سال ۲۰۰۶، Domenico ciavarella در سال ۲۰۰۹ بود (۲۴ و ۹). در مطالعه راست کردار و همکاران ارتباطی بین بروز افزایش حجم لته و وضعیت بهداشت دهان دیده نشد که این امر می تواند به علت تعداد کم نمونه ها و توزیع آنها در گروه های مختلف در آن مطالعه باشد (۲۲).

ciavarella و Garsia رابطه معنی داری بین گروه بهداشت خوب و بد گزارش کردند که این امر مطابق تحقیق ما بود (۲۴ و ۹). — در مورد مصرف اسید فولیک به عنوان Supplement باید عنوان نمود، از نظر مصرف اسید فولیک بین دو گروه مصرف کننده و غیر مصرف کننده آن با بروز ضایعات، ارتباط معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$)

این امر مشابه تحقیقات راست کردار در سال ۱۳۸۵ و Prasad در سال ۲۰۰۸ است (۲۲ و ۲۵). با این تفاوت که در تحقیق راست کردار و همکاران اعلام کردند در ۵۵٪ از بیماران مصرف کننده اسید فولیک که پیوند کلیه شده اند افزایش حجم لته دیده شد در حالیکه ۹۰٪ بیماران که اسید فولیک مصرف نمی کردند دارای افزایش حجم لته بودند (۲۲).

Prasad و همکاران در سال ۲۰۰۸ بروز ضایعات را در ۶۰٪ از افراد گروه با عدم مصرف اسید فولیک و در ۴۰٪ بیماران با مصرف اسید فولیک گزارش کردند (۲۵). اما در تحقیق حاضر، بروز ضایعات را در ۷۳/۷٪ افراد گروه با عدم مصرف اسید فولیک و در ۴۱/۸٪ بیماران با مصرف اسید فولیک مشاهده گردید که یافته های این تحقیق مشابه مطالعه Prasad می باشد. — از لحاظ جنس شیوع ضایعات در هر دو جنس یکسان بوده و اختلاف معنی داری بین مؤنث و مذکر دیده نشد.

این امر مطابق با تحقیقات عبدالله زاده و همکاران در سال ۱۳۸۷، Francina Lozada-Nur در سال ۲۰۰۶ و راست کردار و همکاران در سال ۱۳۸۵ می باشد (۲۰ و ۲۶ و ۲۲).

— در مقایسه آماری بین دو گروه کمتر از ۴۵ سال و بالاتر، در گروه بالاتر از ۴۵ سال ضایعات دهانی بیشتری دیده شد ($P < 0/05$) که از این نظر تحقیق ما با مطالعات عبدالله زاده در سال و ۱۳۸۷ و Francina Lozada-Nur در سال ۲۰۰۶ مغایرت داشت (۲۰ و ۲۶). این امر می تواند ناشی از تعداد بیشتر افراد مورد مطالعه در این پژوهش بوده و یا با این امر مرتبط باشد که افراد بالای ۴۵ سال وضعیت بهداشتی نامناسبتری داشته اند.

این علت است که بیماران باتوجه به شرایط فرهنگی ما پاسخ درستی به این سؤال نمی‌دهند (۲۱).

نتیجه‌گیری:

با مطالعه بر روی بیماران پیوند کلیه ۶۳/۶٪ ضایعات دهانی دیده شد که بسیار قابل توجه می‌باشد بنابراین توصیه می‌شود دربخش‌ها و مراکز پیوند کلیه، تمهیداتی فراهم آید که دندانپزشکان نیز در معاینات دوره ای این بیماران حضور یابند تا با کنترل بهداشت آن‌ها، کیفیت زندگی و سلامت پیوند این بیماران ارتقاء یابد.

مطالعات دیگری جهت بررسی بزاق دهان و سرم خون این بیماران به منظور تعیین فاکتورهای مرتبط با بروز ضایعات دهانی انجام شود.



شکل ۱ - نمای افزایش حجم لثه در بیمار ۱۸ ساله
شکل ۲ - نمای پایوژنیک گرانولوما در بیمار خانم ۳۱ ساله



شکل ۳ - نمای موکوسل در بیمار خانم ۲۶ ساله

از مطالعه ایشان بر روی گروه کودکان و اندازه گیری مدت زمان دیالیز قبل پیوند باشد که در مطالعه ما لحاظ نشده است.

— در افرادی که هموگلوبین غیرنرمال داشتند در ۶۲/۷٪ موارد ضایعه دهانی دیده شد.

در تحقیق نخجوانی وهمکاران در سال ۲۰۰۷ نقش آنمی را در بروز ضایعات دهانی مهم دانسته اند و نشان دادند که آنمی در بروز ژنژیویت شدید نقش مهمی دارد (۲۹).

— از لحاظ نوع پیوند و میزان پیدایش ضایعات دهانی در بیماران ارتباط معنی داری یافت نشد اما در افرادی که نوع پیوندشان همولوگ بود در ۶۹/۶٪ موارد ضایعه دهانی دیده شد.

این امر مشابه تحقیق عبدالله زاده در سال ۱۳۸۷ می‌باشد (۲۰).

— از لحاظ دوز مصرفی سیکلوسپرین و بروز ضایعات دهانی ارتباط آماری معنی داری دیده نشد که این نتیجه با تحقیق DelaRosa Garsia در سال ۲۰۰۶ مطابقت دارد (۹).

نتایج تحقیق بر روی این مسئله در مطالعات گوناگون متفاوت است، بطوریکه برخی محققین ارتباط معنی داری را بین دوز سیکلوسپرین و شدت بروز ضایعات دریافته اند در حالیکه دیگر یافته‌ها آن را رد می‌کند. تحقیق Domenico Ciavarella در سال ۲۰۰۹ نشان می‌دهد که بروز ضایعات دهانی با دوز بالا و ناگهانی دارو شروع می‌شود (۲۴). این امر می‌تواند ناشی از تفاوت نحوه بررسی دوز دارویی در مطالعات مختلف باشد (۱۰ و ۹ و ۲۲).

— در میان بیماران، افراد با گروه خونی B بیشترین ضایعه دهانی را بروز دادند (73/6%) اما ارتباط معنی داری بین گروه خونی بیماران و بروز ضایعه دهانی دیده نشد.

از نظر ارتباط RH با ضایعات دهانی، در مطالعه ما افراد با ضایعات دهانی در بیماران RH مثبت ۸۸/۷٪ ضایعه دیده شد. در بیماران با RH منفی در ۸۷/۹٪ موارد ضایعه دهانی مشاهده گردید.

غلیانی وهمکاران در سال ۱۳۷۹ مطالعه ای مشابه را انجام دادند که نتایج آن حاکی از آن بود که بیشترین بروز ژنژیویت و پریودنتیت در گروه خونی O می‌باشد. در این تحقیق در افراد با RH مثبت شیوع ژنژیویت و در افراد با RH منفی شیوع پریودنتیت بیشتر بود، که با مطالعه ما مغایرت داشت. البته در تحقیق غلیانی وهمکاران تنها شیوع ژنژیویت و پریودنتیت به صورت اختصاصی در افراد طبیعی در گروه‌های خونی بررسی شده بود (۳۰).

منابع کمی برای مقایسه بیشتر نتایج در دسترس بود.

— ارتباط معنی داری میان مصرف سیگار و بروز ضایعات دهانی یافت نشد. در تحقیق Robin A.Seymour نتایج حاکی از آن است که ۹۷/۱٪ افراد دست کم یک ضایعه دهانی دارند. این به



شکل ۵- نمای زبان شکافدار در بیمار آقای ۴۱ ساله



شکل ۴- نمای زبان باردار در بیمار آقای ۵۴ ساله

References:

1. Andreoli T.E ,Carpenter C.G ,Griggs R.C: CECIL Essentials of Medicine. 6th edition.W.B Saunders Co.2004 ; chap 31 : 301-306.
2. شهرآز. سعید، غازیانی. طاهره : درس نامه جامع داروهای رسمی ایران، چاپ اول، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، نشرطبیب، تهران، ۱۳۸۱؛ ۱۴۹-۱۴۸
3. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J; Harrison s principles of internal medicine. 16th ed. Donnelley and sons Inc. 2005; Part 3,5:359-398,453-694.
4. Boratynsra M, Radwan-Oczko M, Falkiewicz N, Klinger M and syzber P: " Gingival overgrowth in Kidney Transplant Recipients Treated with cyclosporine and its relationship with chronic graft nephropathy ".J Transplantation Proceedings Sep 2003; 2238-40.
5. Suirsky J.A, Nunley J, Dent D, Yeatts D "Dental and Medical Considerations of Patient with Renal Disease " J Dent Oct 1998 ; 26(10): 761,763-10.
6. Torrezan P.R, Sonrinho J, Denardin O.v and rapoport S" cyclosporine Induced gingival hyperplasia in Kidney Transplants ".J MedBars Jul-Aug 2005; 51(4):200-5.
7. Cebeci I , Kantarci A , Gurel N " Analysis of Peripheral blood leukocytes in patient with cyclosporine A-induced gingival hyperplasia ". J periodontal Dec 1998 ; 69(12) :1435-9.
8. Gagliano M , Moscheni C , Pellavia C , and Torri C " Effect of cyclosporine A on human gingival fibroblast collagen turnover in relation to the Development of gingival overgrowth ".J Biomedicine and Pharmatherapy May2004;8(4), 237-8.
9. Garcia E.R , Padilla A.M , Romo S.A and Ramirez MAB : " oral mucosa Symptomes , Signs & lesions, in end stage renal disease and non-end stage renal disease diabetic patients" .J Medoral oral patol Cir Bucal Nov 2006; 11(6) :467-73.
10. YT, HI, MI,OS,MU,TY,MYand SS: " Study of the oral microbial flora in patients with renal disease ".J Nephrology(caltron) Jun 2007; 12(3):316.
11. Rose B,WilkinsD,Tran N,Thompson C,Cossart Y,Mc Gee chan k,Obrien C and Eris J: "Human papilloma viruse in the oral cavity of patients with and with out renal transplantations ".J Transplantation Aug 2006;82(4):570-3.
12. Lopez-pintor R.M,Hernandez G and Arriba L: "Increased oral cancer risk after renal transplantations ".Journal of Dentistry spring 2007;11(3):112-14.
13. Gandolfo S,conrottoD,PenteneroM and Brocole H:"Risk of oral squamous cell carcinoma and other denovo tumors in Italian renal transplant recipients".journal of dentistry Spring 2007;18(2):152.
14. Thomas DW,Baboolak A,Suramanian N,New cone R: "Cyclosporine A Induced gingival overgrowth is unrelated to allograft Function in Renal Transplant Recipient".J Periodontal Jul 2001;28(1):706-9.
15. Green berg G,Glick M;Burkets oral medicine diagnosis and treatment.10th ed.BC Decker inc.2003;part 2,4:213-224,503-525.

۱۶. حسین یور. حسن، آل داوود. امیر: ریسک فاکتورهای مؤثر در بروز موکوزیت ناشی از اشعه درمانی سر و گردن و شیمی درمانی. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد. سال ۱۳۸۳؛ جلد ۲۸ (۴ و ۳): ۱۸۳ - ۱۷۵.
۱۷. شجاعی م، خلیل مقدم م: بررسی عوارض بعد از پیوند مغز استخوان در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی تهران در سال ۱۳۷۵. پایان نامه تحقیقاتی جهت دریافت درجه دکتری، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران: سال تحصیلی ۱۳۷۶ - ۱۳۷۵.
18. Nevile B, Douglas D, Carl M, Jerry E; Orall and maxillofacial pathology .Second ed. W.B Saunders Co. 2002; Chap 8: 262-265.
19. Carranza F.A, Newman M.G: Clinical periodontology. 8th edition the W.N. Saunders company 1996, Sec. 2: 69-70.
۲۰. عبدالله زاده ش، عبدالصمدی ح: همایش بیماریهای دهان (اردیبهشت ۱۳۸۷) گیلان - ایران.
21. Seymour A , Thomason M , Nolan A : "Oral lesions in organ transplant patients ". oral pathol J Feb 2009 ; 26 (7) : 297 – 304
۲۲. راست کردار م، صدری د: بررسی وضعیت هایپرپلازی لثه در بیماران پیوند کلیه مصرف کننده سیکلوسپورین عوامل مرتبط با آن در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های شریعتی و هاشمی نژاد تهران در سال ۱۳۸۵. پایان نامه تحقیقاتی جهت دریافت دکتری، دانشکده دندانپزشکی آزاد اسلامی تهران، سال تحصیلی ۱۳۸۶ - ۱۳۸۵.
23. Al-Mohaya M , Darwazeh A , Bin-Salih S , Al-khudair W : "Oral lesions in organ transplant patients". J Saudi Jan 2009 ; 20 (1) : 9-20.
24. Ciavarella D, Campici G, Dicosola M, Diliberto C, Sabatucci A, Escudero N, Bascones A, Muzio L, et al: " Update on gingival over growth by cyclosporine in renal transplants". J oral cir. bucal. Feb 2009; 12(1): 112-125.
25. Prasad VN, Chawlati B, Goyal A and Gawloa K: "Folic acid and Fenytol induced gingival over growth" J Indian jun 2004; 22(2): 82-91.
26. Iozada F, Vacharotayangul P: " Drug induced gingival hyperplasia". J medicin dermatol Dec 2006; 16(3): 18-23.
۲۷. راد. مریم، هاشمی یور. مریم، کریمی. محمدرضا. تأثیر هایپرگلیسمی بر روی ضایعات دهانی بیماران پیوند کلیوی، مجله دیابت و لیپید ایران سال ۱۳۸۷. ۶(۲): ۱۶۷ - ۱۵۹
28. Reif M, Keiton w: " Effect of hypertension on kidney transplant patients" J Med March 2008; 11(3): 47-53.
29. Nakhjavani B, Bayrami A: " The dental and oral status of children with chronic renal failure". J Indian pedodontics April 2007; 25(1): 7-9.
۳۰. غلبانی. پریچهر. بررسی توزیع فراوانی پریدنتیت و ژنوبیت در گروه های چهارگانه خونی. مجله دندانپزشکی اصفهان ۱۳۸۷؛ ۴(۴): ۴۲ - ۱۳۵.