

شیوع اپولیس فیثوراتوم و عوامل مرتبط با آن در سالمندان وابسته استان تهران در سال ۱۳۸۴

دکتر پارسا آتشرزم*، دکتر دنیا صدری**، دکتر مهتاب میرفلاح***

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به شیوع نسبتاً بالای اپولیس فیثوراتوم در بیماران دارای پروتز کامل و تبعات و عوارض شناخته شده آن، همچنین نداشتن اطلاع کافی از میزان شیوع آن در سالمندان دارای پروتز کامل، این تحقیق با هدف تعیین میزان شیوع اپولیس فیثوراتوم و عوامل مرتبط با آن در سالمندان وابسته در دو آسایشگاه سالمندان کهریزک و پاسداران استان تهران در سال ۱۳۸۴ انجام گرفت. **مواد و روشها:** این تحقیق توصیفی - مقطعی بر روی ۲۰۱ زن و مرد سالمند بالای ۶۵ سال دارای پروتز کامل انجام گرفت. عوامل مرتبط سن، جنس، مدت استفاده، گیر، ثبات و رضایت از زیبایی پروتز، درمان کننده، سالهای استفاده از پروتز کامل و محل زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده جمع‌آوری، شیوع اپولیس فیثوراتوم و میزان آن در جامعه سالمندان دارای پروتز کامل با احتمال ۹۵٪ تعیین و عوامل مرتبط با آماره کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفتند. یافته‌ها: در ۲۰۱ نفر واجد شرایط، شیوع ضایعه اپولیس فیثوراتوم ۱۶/۴٪ بود. ثبات و گیر، مدت استفاده از پروتز کامل در شبانه روز و جنس با بروز بیماری ارتباط داشتند ($P < 0/05$). سن، سالهای استفاده از پروتز کامل و رضایت از زیبایی پروتز، محل زندگی و سازنده دنچر با بروز بیماری ارتباط نداشتند.

نتیجه‌گیری: شیوع اپولیس فیثوراتوم در جامعه مورد بررسی درصد نسبتاً بالایی را نشان داد که این مطلب نگران کننده است. با توجه به امکان تغییرات دیسپلاستیک و پیش بدخیمی در این ضایعه، انجام تحقیقات هم گروهی و کارآزمایی بالینی پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژگان: اپولیس فیثوراتوم، سالمند وابسته، پروتز کامل

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۲/۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۲/۶ تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱۱

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۵، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶، ۲۲۷-۲۲۱

مقدمه

یکی از مشکلات در بیماران دارای پروتز متحرک به ویژه پروتز کامل شیوع ضایعه نسجی اپولیس فیثوراتوم می‌باشد (۱-۳). اپولیس فیثوراتوم، هیپرپلازی فیبروز التهابی بافتی است که در اطراف لبه‌های پروتز کاملی که بلند بوده، تطابق نامناسبی دارد به وجود می‌آید. این مشکل معمولاً در وستیبول قدامی فک بالا و پایین مشاهده می‌شود (۴-۵). در صورت بروز ضایعه اپولیس فیثوراتوم، ری‌لاین یا تعویض دنچر لقی و در مواردی جراحی انجام می‌شود تا از تبعات آن کاسته گردد (۳، ۴). عوارض ناشی از تداوم این ضایعه تحلیل استخوان آلوئول و در نهایت

نشست دنچر و افزایش حرکت پارافانکشنال آن است (۱، ۲). همچنین لبه‌های دنچر به مخاط وستیبول فشار وارد کرده، در آن نواحی زخم، ناراحتی و درد ایجاد کرده و سرانجام لقی بیشتر به صورت سیکل معیوب عمل می‌کند (۱-۳). در مطالعاتی محدود، به تغییرات دیسپلاستیک و کارسینوم سلول سنگفرشی در محل تحریک موضعی پروتز کامل اشاره شده است (۵). عوامل مستعد کننده ضایعه اپولیس فیثوراتوم شامل دنچر لقی، بهداشت ضعیف دست دندان، استفاده ۲۴ ساعته از پروتز کامل، تروما و کاهش ارتفاع عمودی صورت و کاندیدا به عنوان عامل اتیولوژیک

* نویسنده مسئول: استادیار گروه پروتزهای دندانی متحرک، واحد دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران. E-mail: P_atashrazm@sbmu.ac.ir

** استادیار گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، واحد دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران.

*** دندانپزشک.

لازم جهت حضور در خانه‌های سالمندان کسب شده، پس از کسب رضایت بیماران، وابستگان و مسئولین آسایشگاه‌های کهریزک و پاسداران بررسی‌های لازم انجام شد. اپولیس فیشوراتوم به ضایعه‌ای اطلاق می‌شود که در آن برجستگی پایه‌دار یا بدون پایه در اطراف لبه‌های دنچر در وستیبول لیبیال، باکال فک‌های بالا و پایین، همچنین در لینگوال فک پایین دیده می‌شود. نمای بالینی آن علاوه بر برجستگی فوق به رنگ طبیعی مخاط، یا قرمز و متورم و در مواردی همراه با زخم و به صورت یک یا چند شیار می‌باشد(۲). تشخیص نمای بالینی ضایعه اپولیس فیشوراتوم، پس از خارج کردن پروتز فک بالا و پایین در زیر نور کافی انجام گرفت. همچنین عوامل مرتبط سن، جنس، محل زندگی، مدت استفاده پروتز در شبانه‌روز، سال‌های استفاده از دنچر، سازنده دنچر و رضایت از زیبایی پروتز با پرسش و گیر و ثبات پروتز با بررسی و مشاهده بالینی مشخص گردید. بررسی گیر پروتز در حالت دهان نیمه باز انجام شده، به حرکت یا عدم حرکت پروتزهای فک بالا و پایین توجه شد. در صورت حرکت پروتز، گیر نامناسب و در صورت عدم حرکت، گیر مناسب در نظر گرفته شد. برای بررسی ثبات پروتز، انجام حرکات طرفی با قرار دادن انگشت شست در ناحیه سطح پالاتال و لینگوال دندانهای خلفی و قدامی و اعمال نیروی متعادل به پروتزها انجام شد. در صورت از جا برخاستن پروتز، عدم ثبات و در صورت عدم حرکت، ثبات آن مناسب ثبت گردید. پس از تکمیل فرم اطلاعاتی و پرسشنامه برای هر سالمند، داده‌های به دست آمده استخراج، طبقه‌بندی و پس از تعیین شیوع اپولیس فیشوراتوم در جامعه مورد بررسی، درصد آن در جامعه سالمندان وابسته دارای پروتز کامل با سطح اطمینان ۹۵٪ مشخص گردید. همچنین عوامل مرتبط با شیوع اپولیس فیشوراتوم با آماره‌های توصیفی کای دو و دقیق فیشر مورد قضاوت آماری قرار گرفتند. در سطح $P < 0.05$ برای عوامل مرتبط رابطه معنی‌دار منظور شد و نسبت شانس سالمندان وابسته دارای پروتز کامل مبتلا به ضایعه اپولیس فیشوراتوم برای عوامل مرتبط معنی‌دار تعیین گردید (ODD'S Ratio=OR).

ضایعه پیشنهاد شده‌اند. اما هرگونه نقش احتمالی آن نامعین است(۱،۲،۶). راه حل‌های پیشنهادی برای پیشگیری از بروز چنین ضایعه‌ای، برگرداندن سلامتی بافت‌های بستر پروتز، قالبگیری دقیق با فشار حداقل، ثبت دقیق روابط فکی، الگوی اکلوژنی که دارای تماس‌های متعادل در رابطه مرکزی باشد، عدم وجود تماس‌های پیش‌رس در ناحیه قدام، بهداشت دهانی منظم، پرهیز بیماران از عاداتی که به فشردن شدن مخاط بین استخوان و بیس دنچر منجر می‌شوند و ۸ ساعت استراحت بافتی از طریق خارج کردن پروتز کامل از دهان می‌باشند(۷).

شیوع ضایعه اپولیس فیشوراتوم به میزان ۵ تا ۱۸٪ گزارش شده است(۸-۱۲). اما در مورد ایجاد آن در نواحی آناتومیک مختلف فک بالا و پایین نتایج یکسانی گزارش نگردیده است(۱۰،۱۱). در چند گزارش به درصد شیوع بیشتر آن در ناحیه قدامی ماگزیلا (۱۰) و در گزارشات متعددی به درصد بیشتری در مندیبل اشاره شده است(۱۱). تحقیقاتی مبنی بر مرتبط بودن عوامل متعددی نظیر جنس، مدت استفاده از پروتز در شبانه‌روز، لقی پروتز کامل، سن بالا با میزان شیوع این ضایعه گزارش شده است(۲۳-۱۳).

با توجه به تبعات و عوارض اپولیس فیشوراتوم، درمان‌های پرهزینه جراحی و پروتزی، تناقض در مورد درصد شیوع، محل بروز ضایعه و عوامل مرتبط با آن، همچنین عدم اطلاع از شیوع و محل بروز آن در سالمندان به ویژه در سالمندان وابسته؛ این تحقیق با هدف تعیین درصد شیوع اپولیس فیشوراتوم و عوامل مرتبط با آن در سالمندان وابسته در دو آسایشگاه سالمندان استان تهران در سال ۱۳۸۴ انجام گرفت.

مواد و روشها

این تحقیق توصیفی - مقطعی بر روی ۲۰۱ زن و مرد سالمند وابسته انجام گرفت. سالمندانی که توانایی انجام امور شخصی خود را ندارند و نیازمند کمک دیگران می‌باشند، سالمند وابسته تعریف می‌شوند(۱). نمونه‌های مورد بررسی افراد دارای پروتز کامل بودند. سالمندان وابسته‌ای که بی‌دندان بوده اما پروتز کامل نداشتند یا دارای پروتز پارسیل از مطالعه حذف شدند. در ابتدا مجوزهای

یافته‌ها

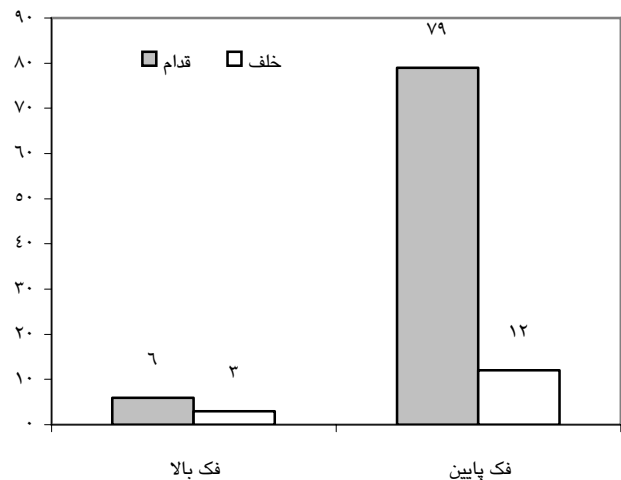
تحقیق نشان داد در ۲۰۱ سالمند مورد بررسی ۳۳ نفر دارای ضایعه اپولیس فیثوراتوم می‌باشند. شیوع اپولیس فیثوراتوم در جمعیت مورد مطالعه ۱۶/۴٪ است. همچنین درصد شیوع اپولیس فیثوراتوم در جامعه سالمندان وابسته دارای پروتز کامل با احتمال ۹۵٪ بین ۱۰/۹٪ تا ۲۱/۱٪ بدست آمد.

در ۳۳ مورد اپولیس فیثوراتوم مشاهده شده، ۳ مورد (۹٪) در فک بالا و ۳۰ مورد (۹۱٪) در فک پایین بودند. در فک پایین ۲۶ مورد (۷۹٪) در قدام و ۴ مورد (۱۲٪) در خلف و در فک بالا ۲ مورد (۶٪) در قدام و یک مورد (۳٪) در ناحیه خط آه مشاهده شد (نمودار ۱).

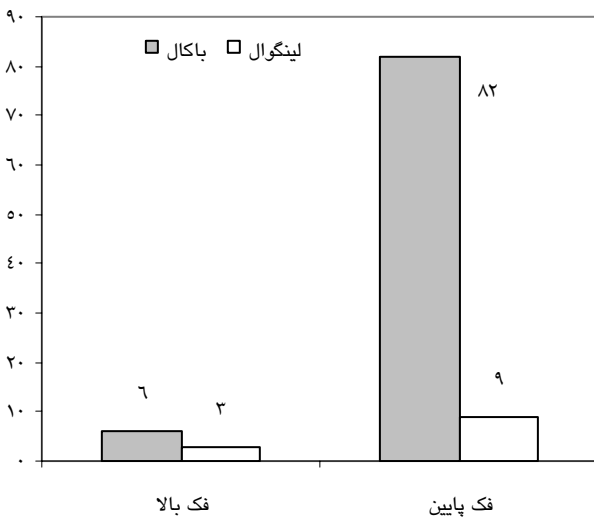
در ۳۳ مورد اپولیس فیثوراتوم مشاهده شده، در فک بالا ۲ مورد (۶٪) در باکال و ۱ مورد (۳٪) در پالاتال و در فک پایین ۲۷ مورد (۸۲٪) در باکال و ۳ مورد (۹٪) در لینگوال مشاهده شدند (نمودار ۲).

شیوع اپولیس فیثوراتوم در جمعیت مورد مطالعه به تفکیک عوامل مرتبط جنس، ثبات، گیر، و مدت استفاده از پروتز کامل در شبانه روز مورد مقایسه قرار گرفتند. این عوامل ارتباط معنی‌داری با شیوع ضایعه داشتند ($P < 0/05$) که نتایج در جدول ۱ قابل مشاهده می‌باشد.

از میان عوامل مرتبط معنی‌دار، نسبت شیوع ضایعه اپولیس فیثوراتوم در زنان سالمند وابسته دارای پروتز کامل ۳/۶ برابر بیشتر از مردان سالمند وابسته دارای پروتز کامل



نمودار ۱- توزیع ۲۰۱ سالمند برحسب اپولیس فیثوراتوم به تفکیک موقعیت آناتومیک نواحی قدامی و خلفی فک بالا و پایین



نمودار ۲- توزیع ۲۰۱ سالمند برحسب اپولیس فیثوراتوم به تفکیک موقعیت آناتومیک نواحی باکال و لینگوال فک بالا و پایین

بدست آمد ($OR \leq 3/6$). همچنین نسبت شیوع ضایعه اپولیس فیثوراتوم در سالمندان وابسته‌ای که در شبانه‌روز بیش از ۱۶ ساعت از پروتز کامل استفاده می‌کردند. ۵/۴ برابر بیشتر از سالمندان وابسته‌ای بود که پروتز کامل را در شبانه‌روز کمتر از ۱۶ ساعت استفاده می‌کردند ($OR \leq 5/4$).

مشکل شیوع اپولیس فیثوراتوم در جمعیت مورد مطالعه در دو خانه سالمندان استان تهران در سال ۱۳۸۴ به تفکیک عوامل مرتبط سن، سال‌های استفاده از پروتز کامل، رضایت از زیبایی پروتز، محل زندگی و درمان کننده مورد بررسی قرار گرفتند که این عوامل ارتباط معنی‌داری با شیوع ضایعه اپولیس فیثوراتوم نداشتند ($P > 0/05$). نتایج در جدول ۲ قابل مشاهده می‌باشد.

بحث

تحقیق نشان داد که شیوع ضایعه اپولیس فیثوراتوم در جمعیت سالمندان وابسته ۱۶/۴٪ می‌باشد. Coelho و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیق خود شیوع ضایعه اپولیس فیثوراتوم را ۱۵٪ دانستند (۸). Buchner و همکاران (۱۹۷۷) این میزان را ۱۸٪ (۱۰)، Keng (۱۹۸۱) (۹) با بررسی ۱۴۵ بیمار Jorgensen و Budtz (۱۹۸۱) (۱۶) شیوع ضایعات هیپرپلازی تحریکی را ۱۲٪ گزارش کردند که نتایج این تحقیقات با نتیجه به دست آمده از تحقیق حاضر مطابقت دارند. این در حالی است که در تحقیق Corbet و همکاران

جدول ۱- توزیع شیوع اپولیس فیشوراتوم در جامعه مورد بررسی به تفکیک جنس، ثبات، گیر، نحوه نگهداری و مدت استفاده از دنچر

P. value	میزان شیوع اپولیس فیشوراتوم		عوامل مرتبط
	دارد n=۳۳	ندارد n=۱۶۸	
significant	۴ (۱۲/۱٪)	۵۹ (۳۵/۱٪)	مرد
	۲۹ (۸۷/۹٪)	۱۰۹ (۶۴/۹٪)	زن
	۵ (۱۴/۲٪)	۷۴ (۴۴٪)	مناسب
	۲۸ (۸۵/۸٪)	۹۴ (۵۶٪)	نامناسب
	۵ (۱۴/۲٪)	۷۴ (۴۴٪)	مناسب
	۲۸ (۸۵/۸٪)	۹۴ (۵۶٪)	نامناسب
	۳ (۹/۱٪)	۵۹ (۳۵/۱٪)	کمتر از ۱۶ ساعت
	۳۰ (۹٪)	۱۰۹ (۶۴/۹٪)	بیشتر از ۱۶ ساعت
			مدت استفاده از پروتز کامل در شبانه روز

جدول ۲- توزیع شیوع اپولیس فیشوراتوم در جامعه مورد بررسی به تفکیک سن، سالهای استفاده از دنچر، رضایت از زیبایی پروتز، سازنده دنچر و محل زندگی

P. value	میزان شیوع اپولیس فیشوراتوم		عوامل مرتبط
	دارد n=۳۳	ندارد n=۱۶۸	
Not significant	۰ (۰٪)	۱۵ (۹٪)	بین ۶۵-۷۵ سال
	۳۳ (۱۰۰٪)	۱۵۳ (۹۱٪)	بیشتر از ۷۵ سال
	۳ (۹٪)	۳۰ (۱۹٪)	۱-۵ سال
	۳۰ (۹۱٪)	۱۳۸ (۸۱٪)	بیشتر از ۵ سال
	۲ (۶٪)	۶۲ (۳۶٪)	دارد
	۳۱ (۹۴٪)	۱۰۶ (۶۴٪)	ندارد
	۰ (۰٪)	۵ (۳٪)	دندانپزشک
	۳۳ (۱۰۰٪)	۱۶۳ (۹۷٪)	سازنده دنچر
	۲ (۶٪)	۱۵ (۹٪)	دندانساز
	۳۱ (۹۴٪)	۱۵۳ (۹۱٪)	پاسداران
		خانه سالمندان	
		کهریزک	

محدودیت های حاصل از بیماری های مزمن، افسردگی، سن بالا و امکان دسترسی کمتر به دندانپزشک جهت درمان های جانبی و اصلاح پروتز برای سالمندان وابسته، از علل شیوع بالاتر اپولیس فیشوراتوم در تحقیق حاضر است. از ویژگی های تحقیق Corbert و همکاران (۱۹۹۴) تعداد

در سال ۱۹۹۴ که روی ۵۳۷ بیمار هنگ کنگی ۶۵ تا ۷۴ ساله انجام گرفت شیوع ضایعه اپولیس فیشوراتوم ۵٪ ذکر شد (۱۱) که از علل متناسب نبودن آن با تحقیق حاضر می توان به این موضوع اشاره کرد که در تحقیق Corbert و همکاران (۱۹۹۴) سالمندان مورد بررسی وابسته نبودند در حالی که در تحقیق حاضر سالمندان وابسته بودند.

نمونه بسیار آن است که امکان برآورد آن در جامعه وجود دارد.

در تحقیق حاضر بررسی شیوع ضایعه اپولیس فیشوراتوم برحسب موقعیت قدامی و خلفی فک بالا و پایین، همچنین موقعیت لیبیالی (باکالی) و لینگوالی آنها نشان داد ضایعه اپولیس فیشوراتوم در هر دو فک در ناحیه قدام بیشتر از خلف و در هر دو فک در ناحیه لیبیال بیشتر از لینگوال بود. قابل ذکر است که در این تحقیق ضایعه اپولیس فیشوراتوم در فک پایین بیشتر از فک بالا بود. همچنین در تحقیق Land و Nordenram (۱۹۶۹) موقعیت آناتومیک ضایعه در قدام فک پایین بیشتر از فک بالا گزارش شده است (۲۲) که با تحقیق حاضر مطابقت دارد. Buchner و همکاران (۱۹۷۷) (۱۰) Buchner و همکاران (۱۹۸۴) (۱۲) در تحقیقات خود بیشترین مکان ضایعه را در قدام هر دو فک گزارش نمودند. از کاستی‌های این دو تحقیق نسبت به تحقیق حاضر این است که این دو تحقیق نسبت ضایعه اپولیس فیشوراتوم را غیر از قدام فکین در دیگر نواحی آناتومیک فکی گزارش ندادند. در تحقیق Corbert و همکاران (۱۱) بیشترین مکان ضایعه در قدام ماگزایلا گزارش شد که علت تفاوت آن با تحقیق حاضر مطالعه پروتز کامل فک بالا با دندان‌های طبیعی فک پایین بود. در حالی که در تحقیق حاضر هر دو فک پروتز کامل داشتند.

در بررسی شیوع اپولیس فیشوراتوم در افراد سالمند وابسته بر حسب سن نتایج نشان دادند که افراد بالای ۷۵ سال و بیشتر دارای ضایعه اپولیس فیشوراتوم بودند. Buchner و همکاران (۱۹۸۴) شیوع آن را در دهه ششم و هفتم زندگی گزارش کردند (۱۳). در مطالعات دیگر سن ابتلاء ضایعه اپولیس فیشوراتوم را عمدتاً در دهه ۷۰ سالگی گزارش نموده‌اند (۴، ۱۷). در تحقیقی که توسط Coelho و همکاران در سال ۱۹۹۴ صورت گرفت محدوده سنی دهه ششم و هفتم گزارش شد (۸) که نتایج حاصل از این تحقیق تقریباً با تحقیق حاضر همخوانی دارند. اما در تحقیق رضائی‌نژاد و تهیدست اکراد (۸۰-۱۳۷۹) بیشترین ابتلاء در محدوده سنی دهه پنجم و ششم ذکر شده (۱۴) که با محدوده سنی تحقیق حاضر متناسب نیست. از علل اختلاف این تحقیق با تحقیق حاضر آن است که در تحقیق حاضر

افراد بالای ۶۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند ولی در تحقیق ایشان کلیه افراد مراجعه کننده به بخش پروتز متحرک دانشگاه تهران بدون در نظر گرفتن محدوده سنی وارد مطالعه شدند و سنین بالای ۶۵ سال مورد مطالعه قرار نگرفتند. همچنین تمام افراد مراجعه کننده دارای ضایعه مخاطی بودند. در واقع مطالعه فوق شیوع اپولیس فیشوراتوم را به طور دقیق در جامعه افراد دارای پروتز کامل نشان نمی‌دهد.

شیوع اپولیس فیشوراتوم در سالمندان زن وابسته بیش از مردان بود که این یافته با نتایج مطالعات Coelho و همکاران (۲۰۰۰) (۸)، Buchner و همکاران (۱۹۸۴) (۱۳)، رضائی‌نژاد و تهیدست اکراد (۱۳۸۰) (۱۴)، Buchner و Coldersons (۱۹۷۷) (۱۰)، Land و Nordenram (۱۹۶۹) (۲۲) و Axell (۱۹۷۶) (۲۳) متناسب است. علت آن است که خانم‌ها نسبت به آقایان بیشتر از دست دندان مصنوعی استفاده می‌کنند (۲۲، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۸)، عمر خانم‌ها طولانی‌تر بوده، همچنین خانم‌ها به دلایل زیبایی برای مدت طولانی‌تری از دنچر استفاده می‌کنند. تغییرات هورمونال بعد از مونوپوز عامل دیگری است که موجب آتروفی مخاط شده و موجب تشدید واکنش‌های التهابی در اثر استفاده طولانی مدت از پروتز کامل می‌شود (۲۳، ۱۳). در تحقیقی که توسط Cutright (۱۹۷۴) انجام شد (۶) هیچ‌گونه نسبتی بین جنسیت و شیوع ضایعه گزارش نشد که دلیل احتمالی آن تعداد زیاد نمونه مرد در گزارش ایشان می‌باشد.

در بررسی شیوع اپولیس فیشوراتوم در تحقیق حاضر بر حسب مدت استفاده پروتز کامل در شبانه‌روز مشخص شد افرادی که کمتر از ۱۶ ساعت از دنچر خود استفاده می‌کنند و مدتی را به بافت دهان خود استراحت می‌دهند نسبت به افرادی که بیشتر از ۱۶ ساعت از پروتز کامل خود استفاده می‌کردند دارای ضایعه اپولیس فیشوراتوم خیلی کمتری بودند. همچنین در تحقیقی که Pietrokovskij و همکاران (۱۹۹۵) انجام دادند بیشترین درصد ضایعات به دنبال عادت استفاده نامنظم و همیشگی دنچر در شبانه روز و عدم رعایت نکات بهداشتی ذکر شده بود (۱۷) که با نتیجه به دست آمده از تحقیق حاضر مطابقت دارد.

در تحقیق حاضر در بررسی شیوع اپولیس فیشوراتوم بر

امکان بررسی ارتباط میان رضایت بیماران و بروز ضایعه برای ایشان فراهم نشد که بررسی این ارتباط از مزایای تحقیق حاضر می‌باشد.

از جنبه‌های مثبت تحقیق، بررسی عوامل مرتبطی چون محل زندگی، ساخت دست دندان توسط دندانپزشک عمومی و دندانساز و سال‌های استفاده از دنچر بود که هیچگونه ارتباط معنی‌دار با بروز و شیوع ضایعه فوق نداشتند. از مشکلات این تحقیق ایجاد ارتباط با برخی از این سالمندان به دلیل افسردگی، عدم آگاهی و هوشیار نبودن تعدادی از آنها بود. از کاستی‌های این تحقیق، عدم لحاظ مدت زمان حضور سالمندان در خانه سالمندان بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان دادند که شیوع اپولیس فیثوراتوم در جامعه مورد بررسی درصد نسبتاً بالایی دارد. از آنجا که درمان بیماران بی‌دندان با پروتزهای مناسب کمک بسیار مؤثری در جویدن و هضم غذا و برآوردن نیازهای زیبایی می‌باشد و از طرفی انواع نامناسب آن نیز تأثیرات سویی بر بستر پروتز دارند، همچنین در مواردی تغییرات پیش بدخیمی و دیسپلاستیک در بافت‌های سالکوس باکال و بویژه در ناحیه لینگوال دیده شده‌اند، بنابراین انجام تحقیقات هم‌گروهی و کارآزمایی بالینی برای تعیین نقش عوامل مرتبط به ویژه جنس، مدت استفاده از پروتز کامل در شبانه روز و لقی پروتز پیشنهاد می‌گردد.

References

1. Budtz Jorgensen E: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures, J Oral Pathol 1981; 10:65-72.
2. Jhat SB, Mathur RM: Inflammatory fibrous hyperplasia. J Piere Fauchard Acad 1990;4:155-61.
3. Cutright DE: Osseous and chondromatous metaplasia caused by dentures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1972; 34:625-633.
4. Cutright DE: The histopathologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974; 37:401-11.
5. Wood NK, Gouz PW: Oral exophytic lesions in differential diagnosis. 4th Ed. St Louis: The C.V. Mosby Co. 1991;Chap10:139-40.

حسب گیر و ثبات دنچر این نتایج به دست آمد که گیر و ثبات در بروز ضایعه فوق تأثیر داشتند ($P < 0/05$). همچنین تحقیق‌های دیگر دنچر لقی را در بروز ضایعه و شیوع آن مؤثر دانسته‌اند (۲۱، ۸-۶) که با نتیجه به دست آمده از این تحقیق متناسب است. در واقع دنچر لقی باعث افزایش حرکت پارافانکشنال دنچر و در نتیجه باعث تحلیل ریج آلوئول شده، این امر سبب می‌شود که دنچر وارد مخاط و سستیول شده، یک سیکل معیوب ایجاد شود. یعنی لقی باعث ایجاد ضایعه اپولیس فیثوراتوم و ضایعه اپولیس فیثوراتوم باعث حرکت بیشتر پارافانکشنال و عدم تطابق پروتز کامل با بستر خودش می‌گردد (۲، ۱).

سال‌های استفاده از دنچر در شیوع و بروز ضایعه اپولیس فیثوراتوم بی‌تأثیر هستند. این در حالی است که در تحقیق Coelho و همکاران که در سال ۲۰۰۰ انجام گرفت بروز این ضایعه در اثر استفاده از دنچر بین ۱ تا ۱۰ سال، شایع‌تر گزارش شد (۸). این مورد با تحقیق حاضر همخوانی ندارد. دلیل مهم این اختلاف عدم بررسی مدت زمان استفاده از دنچر در طول شبانه‌روز می‌باشد که از کاستی‌های تحقیق ایشان می‌باشد.

تحقیق نشان داد که رضایت از زیبایی پروتز در شیوع ضایعه اپولیس فیثوراتوم بی‌تأثیر است. این در حالی است که در تحقیق Pietrovskiy و همکاران که در سال ۱۹۹۵ انجام گرفت، (۱۷) تنها عنوان شد که بیماران از دنچرهای فک بالای خود بیشتر از دنچرهای فک پایین خود راضی هستند. ایشان همچنین عنوان کردند که به علت نقص فرم اطلاعاتی

6. Fenlon MR, Sheriff M, Watter D: Factors associated with the presence of denture related stomatitis in complete denture wears: a preliminary investigation. *Int J Prosthodont* 1998;6:145-47.
7. Jones PM: Complete dentures and the associated soft tissue lesion. *J Prosthet Dent* 1979;38:136-49.
8. Coelho CM, Zucoloto M, Lopes RA: Denture – induced fibrous inflammatory hyperplasia: A retrospective study in school of Dentistry. *Int J Prosthodont* 2000;13:148-57.
9. Keng SB: A clinical study of the oral status of edentulous patients in the local Chinese population. *Singapore Dent* 1981;6:71-77.
10. Buchner A, Calderon S, Ramony Y: Localized hyperplastic lesions of the gingiva: A clinicopathological study of 302 lesions. *J Periodontol* 1977;48:101-104.
11. Corbet EF, Holmgreny M, Philipsen HP: Oral mucosal lesions in 65-74 years old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:392-95.
12. Thomas GA: The immunohistochemical detection of involucrin in denture induced fibrous inflammatory hyperplasia of oral mucosa membrane. *Aust Prosthodont J* 1991;5:22-34.
13. Buchner A, Begleiter A, Hansen LS: The predominance of epulis fissuratum in females. *Quintessence Int* 1984; 15:699-702.
۱۴. رضائی نژاد-ل، تهدیست اکراد-ز: بررسی فراوانی انواع ضایعات ناشی از پروتزهای متحرک دندانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی تهران در سال ۸۰-۷۹. پایان نامه دکتری دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران: سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹.
15. Coelho CM, Zucoloto S: Proliferative activity of denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia. *Int J Prosthodont* 1999;12:73-77.
16. Budtz Jorgensen E: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 1981; 10:65-80.
17. Pietrovovski J, Levy F, Azvelos J: Oral Finding in elderly nursing home residents in selected countries 2. Soft tissue lesion and denture wearing habits. *J Prosthet Dent* 1995;73:132-5.
18. Mum CVG, Cimilli H, Hayran H, Atolayt M: Prevalence and distribution of oral lesions, Across sectional study in Turkey. *Oral Dis* 2005;11:81-7.
19. Zegarelli D: Fungal infections of the oral cavity. *Otolaryngol. North Am* 1993;26:1062-89.
20. Iacopino AM, Watenws J: Oral candida infection & denture stomatitis. *J Am Dent Assoc* 1992;12:46-5.
21. Jones PM: Complete dentures and the associated soft tissues. *J Prosthet Dent* 1976;36:136-49.
22. Nordenram A, Land TH: Hyperplasia of the oral tissues in denture cases. *Acta Odontol Scand* 1969;27:481-491.
23. Axell T: A prevalence study of oral mucosal lesions in adult Swedish population. *Odontol Rev* 1976;27:100-103.