

مقاله علمی (تحقیقی)

بررسی فراوانی انواع ضایعات ناشی از پروتزهای متحرک دندانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی تهران در سال ۸۰-۷۹

دکتر زهرا تهیدست اکراد*

دکتر لقمان رضایی نژاد**

چکیده

عوارض ناشی از پروتزهای دندانی متحرک طیف وسیعی از ضایعات مخاط دهان را تشکیل می‌دهند که بخشی از مسئولیت پیشگیری و کاهش این عوارض بر عهده دندانپزشک و بخش دیگر متوجه خود بیمار است.

در مطالعه‌ای که به صورت توصیفی مقطعی در سال ۸۰-۱۳۷۹ با هدف بررسی فراوانی ضایعات ناشی از دست دندان مصنوعی بر روی شصت بیمار که با عوارض حاصل از آن به دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بودند انجام گرفت نتایج زیر بدست آمد.

از شصت بیمار تحت مطالعه ۳۵٪ مرد و ۶۵٪ زن بودند و ۸۸/۳۳٪ از پروتز کامل اکریلی استفاده می‌کردند. به طور کلی در شصت بیمار مورد مطالعه ۷۷ ضایعه ناشی از دنجر مشاهده شد. در ۵۵٪ از افراد اپولیس فیشوراتوم، در ۳۸/۳۳٪ استوماتیت دنجری، در ۲۳/۳۳٪ التهاب گوشه لب، در ۸/۳۳٪ هیپرپلازی پاپیلری کام و در ۳/۳۳٪ ریبج فلایی (Flabby Ridge) دیده شد.

* - دانشیار گروه آموزشی بیمارهای دهان و تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

** - دندانپزشک.

۳۳/۳۸٪ از افراد برای ساختن دست دندان خود به دندانساز تجربی و ۶۶/۶۱٪ نیز به

دندانپزشک عمومی مراجعه کرده بودند. به طور کلی در این مطالعه اپولیس فیشوراتوم، استوماتیت ناشی از دست دندان مصنوعی و التهاب گوشه لب بیشترین فراوانی را داشت. در زنان بیش از مردان و بیشتر در دهه پنجم و ششم مشاهده شد.

کلید واژه‌ها: ضایعات ناشی از دندان متحرک - ضایعات مخاطی - دندان مصنوعی متحرک.

مقدمه

دنچر یا دست دندان به مجموعه دندانهای مصنوعی اطلاق می‌شود که جایگزین دندانهای طبیعی از دست رفته باشد و باید راحتی (Comfort)، عملکرد (Function)، زیبایی (Esthetic) و سلامتی بیمار را تأمین نماید.

هر چند دیرزمانی است که از ساخت پروتزهای دندانی متحرک می‌گذرد و پیشرفتهای زیادی در این زمینه صورت گرفته است، با این حال هر از گاه برخی از پروتزهای دندانی در ناحیه‌ای با آزار بافت زیرین خود باعث بوجود آمدن اشکال در راحتی بیمار، عدم ثبات در اکلوزن، عملکرد ناکافی مضغ و مشکلات مربوط به زیبایی می‌شود که در نهایت ممکن است بیمار قادر به استفاده از دست دندان خود نباشد. همچنین عوارض ناشی از دست دندان بخصوص در کسانی که دارای بیماری زمینه‌ای قبلی مانند دیابت باشند شدیدتر و کنترل آن مشکلتر است.

مطالعه‌ای که از نظر فراوانی عوارض حاصل از پروتزهای دندانی متحرک توسط Macentee و همکارانش انجام گرفت، عنوان کرد که استوماتیت دست دندانی، اپولیس فیشوراتوم و التهاب گوشه لب بیشترین فراوانی را دارند (۱).

با اینکه حضور یک دست دندان مصنوعی برای بیمار بی‌دندان یا بیماری که تعدادی از دندانهایش را از دست داده است کمک بزرگی در جهت جویدن و هضم شدن غذا، راحتی و زیبایی بیمار می‌کند، همان قدر هم یک دست دندان نامناسب اثرات تخریبی شدیدی در سلامت بافت دهان دارا می‌باشد، برای مثال آزار مکانیکی ناشی از پروتزهای دندانی، تجمع پلاک میکروبی روی دنچر و گاهی واکنش آلرژیک یا توکسیک نسبت به مواد تشکیل‌دهنده آکریل یا ماده‌ای که از آن دنچر ساخته می‌شود، می‌تواند باعث برانگیخته شدن واکنش مخاطی گردد و در بافت زیرین خود ضایعه ایجاد کند (۲).

با توجه به اینکه پروتزهای دندانی متحرک در مقایسه با پروتز ثابت یا ایمپلنت به دلیل متناسب بودن هزینه طراحی و ساخت آنها با وضعیت اقتصادی اکثر افراد جامعه بیشتر مورد

استفاده قرار می‌گیرد و با در نظر گرفتن طیف گسترده ضایعات مخاطی ناشی از دنجری، هدف از این مطالعه بررسی فراوانی عوارض ناشی از پروتزهای دندانی متحرک و ارائه راهکارهای مناسب جهت پیشگیری و کاستن از عوارض و درمان آنها می‌باشد.

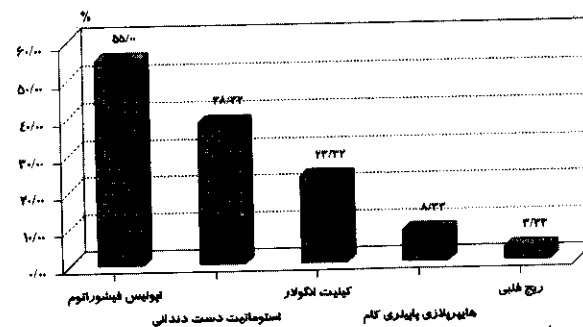
روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی Cross-sectional بر روی شصت بیمار که با ضایعه ناشی از دست دندان در سال ۸۰-۱۳۷۹ به دانشکده دندانپزشکی تهران مراجعه کرده بودند انجام گرفت و اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. روش تشخیص بالینی و با تقسیم‌بندی ضایعات مربوطه به انواع راکتیو و قارچی بود که توسط متخصصان امر مورد تأیید قرار می‌گرفت.

نتایج

در جمعیت مورد مطالعه ۳۵٪ مرد، ۶۵٪ زن و ۶۱/۶۶٪ در دهه پنجم و ششم از عمر خود قرار داشتند. ۸۸/۳۳٪ از افراد مورد مطالعه از پروتز کامل و ۱۱/۶۶٪ از پروتز پارسیل استفاده می‌کردند.

جنس قاعده پروتز در ۹۱/۶۶٪ از اکریل و در ۸/۳۳٪ از اکریل و فلز بود. در بین شصت بیمار مورد مطالعه ۷۷ مورد ضایعه ناشی از دست دندان مشاهده شد. اپولیس فیشوراتوم در ۵۵٪ استوماتیت دنجری در ۲۸/۳۳٪ التهاب گوشه لب، در ۲۳/۳۳٪، هیپرپلازی پایپلری کام، در ۸/۳۳٪ و ریج شل (Flabby Ridge) در ۳/۳۳٪ مشاهده گردید (نمودار ۱).



نمودار ۱. توزیع فراوانی عوارض ناشی از دست دندان در افراد مورد مطالعه

در این مطالعه در ۱۷ نفر یعنی ۲۸/۳۳٪ از افراد بیش از یک ضایعه دیده شد. مشاهده شد (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی عوارض ناشی از پروتزهای دندانی متحرک بر حسب محل ضایعه در افراد مورد مطالعه

محل ضایعه	تعداد	درصد
فک بالا	۳۵	۴۵/۴۶٪
فک پایین	۲۸	۳۶/۳۶٪
گوشه لب	۱۴	۱۸/۱۸٪
جمع	۷۷	۱۰۰٪

از نظر مدت استفاده از دست دندان ۴۶/۶۶٪ از بیماران بیش از ده سال از پروتز استفاده می‌کردند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب مدت استفاده از دست دندان

مدت استفاده از دست دندان	تعداد	درصد
کمتر از پنج سال	۱۲	۲۰٪
پنج تا ده سال	۱۳	۲۱/۶۷٪
ده تا پانزده سال	۱۸	۳۰٪
پانزده تا بیست سال	۷	۱۱/۶۷٪
بیست سال و بالاتر	۱۰	۱۶/۶۶٪
جمع	۶۰	۱۰۰٪

۲۵٪ از افراد بیش از پنج سال از وجود ضایعه در دهان باخبر بودند (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب مدت وجود ضایعه

محل ضایعه	تعداد	درصد
کمتر از یک سال	۲۵	۴۱/۶۷٪
یک تا سه سال	۱۳	۲۱/۶۷٪
سه تا پنج سال	۷	۱۱/۶۶٪
پنج سال و بالاتر	۱۵	۲۵٪
جمع	۶۰	۱۰۰٪

نتایج حاصل از این مطالعه که با هدف تعیین فراوانی ضایعات ناشی از دست دندان انجام شد با مطالعات مشابه در مقالات مختلف تا حدود زیادی مطابقت دارد:

مطالعه‌ای که از نظر فراوانی عوارض حاصل از پروتزهای دندانی متحرک توسط Macentee و همکارانش انجام گرفت، عنوان کرد که استوماتیت دست دندانی، اپولیس فیشوراتوم و التهاب گوشه لب بیشترین فراوانی را دارند(۱).

در تحقیق دیگری که توسط A. Buchner و همکاران در سال ۱۹۸۴ صورت گرفت نشان داد که در حدود ۷۴٪ موارد اپولیس فیشوراتوم در خانمها و ۲۶٪ در آقایان وجود دارد. سن ابتلا بیشتر در دهه شش و هفت بود و بیشتر در قسمت قدامی فکین و در فک بالا بیش از فک پایین مشاهده می‌شود(۲). تحقیق دیگر نشان می‌دهد که اپولیس فیشوراتوم ۶۴٪ موارد در خانمها و بیشتر در دهه پنج و شش از عمر آنها مشاهده می‌شود(۴). در مطالعه حاضر حدود ۵۵٪ افراد به اپولیس فیشوراتوم مبتلا بودند که شامل ۶۰/۶۰٪ خانمها و ۳۹/۳۹٪ آقایان بودند. سن ابتلا بیشتر در دهه پنج و شش از عمر افراد بود و بیشتر در فک پایین و بخصوص در قسمت قدامی آن مشاهده گردید.

در بین استفاده‌کنندگان از دست دندان، فراوانی استوماتیت آن از ۲۵٪ تا ۶۵٪ گزارش شده است(۵).

همچنین از نقطه نظر جنس مطالعات نشان می‌دهد که این ضایعه در زنان بیش از مردان است(۶). در مطالعه حاضر حدود ۳۸/۳۳٪ از افراد به استوماتیت دست دندانی مبتلا بودند که سهم خانمها تقریباً ۱/۵ برابر آقایان بود.

در مقاله‌ای که توسط Budtz-Jorgensen در سال ۱۹۸۱ ارائه شد، فراوانی التهاب گوشه لب در حدود ۱۵٪ افرادی که از دست دندان استفاده می‌کردند ذکر شده بود و خاطر نشان شد که این ضایعه در زنان بیش از مردان دیده می‌شود(۷).

مطالعه دیگری که توسط Thomson.WM. و همکارانش در سال ۱۹۹۲ صورت گرفت نشان داد که ۱۸٪ افرادی که از دست دندان استفاده می‌کردند به التهاب گوشه لب مبتلا بودند(۸). در مطالعه حاضر در حدود ۲۳/۳۳٪ از افراد به التهاب گوشه لب مبتلا بودند که سهم خانمها تقریباً دو برابر آقایان بود.

فراوانی هیپرپلازی پاپیلری کام در بین تمام کسانی که از دست دندان مصنوعی استفاده می‌کردند، در مطالعه Bhaskar و همکارانش در حدود ۱۰٪ ذکر شده است(۹).

ریج فلاپی (Flabby Ridge) در مطالعه Budtz-Jorgensen در حدود ۱۰٪ گزارش شده است (۵). در این مطالعه در حدود ۳/۳۳٪ از افراد به این ضایعه مبتلا بودند. همچنین اکثر افراد مورد مطالعه از پروتز کامل آکریلی استفاده می‌کردند.

در بیمارانی که پروتز خود را شبها از دهان خارج نمی‌کنند و یا نسبت به بهداشت و شستشوی مرتب دست دندان خود اهتمام نمی‌ورزند، عوارض دهانی متعددی ممکن است دیده شود از جمله می‌توان به استوماتیت ناشی از دنجر، هیپرپلازی پاپیلری کام، کاندیدیازیس حفره دهان و شقاق گوشه لب، بوی بد دهان و ضایعات راکتیو از جمله اپولیس فیشوراتوم و نیز تمایل زیاد بدخیمی در دهان خصوصاً در نواحی ضایعات اپولیس فیشوراتوم اشاره کرد. بر اساس این بررسی مشاهده گردید که ۱۸٪ از افراد مورد مطالعه به بهداشت دست دندان خود توجه کافی مبذول می‌دارند، در این مطالعه نیز شیوع بالای ضایعات ناشی از پروتز با توجه به رقم پایین افرادی که به طور مرتب دست دندان خود را شستشو می‌دادند قابل توجه است.

بر این اساس دندانپزشک بهتر است به بیمار پیامورده که:

دست دندان را هر شب به طور منظم از دهان خارج کند، جهت رفع بوی بد دهان، برداشتن پلاک و بقایای غذایی و جلوگیری از تغییر رنگ، دندان مصنوعی را شستشو دهد و دهان را پاکیزه نگهدارد. همچنین بیمار موظف است که به گونه‌ای منظم دندانپزشک خود را ملاقات کند تا در کنار معاینه دندانهای مصنوعی مخاط دهان، فکین، زبان و مفصل گیجگاهی نیز بررسی شود.

نتیجه گیری

برای دندانپزشک ساختن دست دندان و تحویل آن به بیمار، پایان کار نیست. هرچند که با مراقبت و توجه دقیق در کار ساختن دست دندان، تغییرات زیانبار ایجاد شده در بافتهای مورد اتکای دست دندان به حداقل خواهد رسید، اما هیچ‌گاه نمی‌توان صددرصد از این تغییرات جلوگیری کرد. به هر حال بخشی از مسئولیت پیشگیری و کاستن از این عوارض بر عهده دندانپزشک و بخش دیگر متوجه بیمار است.

REFERENCES

1. Macentee ML, Click N, Stolar E. Age, gender dentures and oral mucosal disorders. *J Oral Dis* 1998; 4(1): 32-6.
2. Zarb G A, Bolender CL, Carlson GE. Boucher's prosthodontic treatment for Edentulous patients, 11ed . St Louis: Mosby Company; 2000.
3. Bucher A, Begleiter A, Hansen LS. The predominance of epulis fissuratum in females. *Quintessence Int* 1984; 15(7): 699-702.
4. Lynch MA, Brightman VJ. Greenberg MS. Burket's oral medicine diagnosis and treatment, 9th ed. Philadelphia: JB. Lippincott Company: 1994; 137-42, 52, 53.
5. Dorocka B, Budtz JE, Wloch S. Non - Insulin - dependent diabetes mellitus as a risk factor for denture stomatitis. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 411-5.
6. Hand JB, Whitehill JM. The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population. *J Am Dent Assoc* 1986; 35:73-76.
7. Budtz J. Oral mucosal lesions associated with wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 1981; 10(2): 65-80.
8. Thomson WM, Brwon RH. Williams SM. Dentures, treatment, needs and mucosal health in an institutionalised elderly population. *NZ Dent J* 1992; 88(392): 51-5.
9. Shafer WG, Maynard KH, Barnet ML, Tomich CE. *Textbook of oral Pathology*, 4th ed. Philadelphia: Saunders Company; 1983.
