

گزارش مورد پلاسماسل جینجیوایتیس

دکتر حبیب ا... قنبری*#، دکتر زهرا باغانی**، دکتر نوشین محتشم***

* دانشیار گروه پرپودانتیکس دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

** استادیار گروه پرپودانتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

*** استادیار گروه پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۵/۳/۶ - تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۱۸

Title: Plasma Cell Gingivitis (Case report)

Authors:

Ghanbari H.*#, Baghani Z.**, Mohtasham N.***

* Associate Professor, Dept of Periodontics, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Associate Professor, Dept of Periodontics, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Assistant Professor, Dept of Maxillofacial Pathology, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Introduction: Plasma cell gingivitis is gingivitis which includes these clinical features: red and loosely gingival enlargement, sometimes is granular that with easy bleeding and usually dose not cause attachment loss. In the histologic feature of this lesion there are closed plasma cells in under connective tissue that have extended to the oral epithelium. Causal factors include: allergic factors such as chewing gums, toothpaste, autoimmune reaction, hormonal imbalance and hematologic infiltration. Howeres sometimes there is no clear cause. The aim of this study was case report of plasma cell gingivitis and the way to treat this lesion.

Result: The case was a 14 year-old girl whose chief complain was gingival bleeding. In an intra oral examination there was diffused red gingival enlargement in the anterior and right sextants of the jaw. In an extra oral examination there was no significant finding. Hematologic laboratory test was normal. In a radiographic feature, marginal bone loss was not detected and in a histopatologic feature there were acanthotic epithelium with closely infiltration of inflammatory cell with dominant plasma cell in under lamina propria. Surgery was performed by flap method in order to eliminate gingival enlargement and then the patient fallowed during the maintenance phase.

Discussion: In this case there was not any recurrence of the disease during the 6 month fallow up and any special allergic cause related to this patient was not detected. However, this patient was in pubertal age, and there may be a corelation to hormonal imbalance and this is one suggested causal factors.

Key words: Gingivitis, plasma cell, allergen.

Corresponding Author: habibollah_ghanbari@yahoo.com

Journal of Mashhad Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, 2007; 31: 149-54.

چکیده

مقدمه: Plasma cell gingivitis ژنزیویتی با نمای کلینیکی شامل لته افزایش حجم یافته قرمز و شکننده و گاهی گرانولر است که به راحتی خونریزی می کند و معمولاً باعث از دست رفتن چسبندگی نمی شود. در نمای هیستولوژی این ضایعه در بافت همبند زیرین ارتشاح متراکم پلاسماسل ها وجود دارد که به سمت اپی تلیوم دهانی گسترش می یابد از علل ایجاد آن آلرژی به عوامل مختلف مانند آدامس ها، خمیردندانها و ...، راکسیونهای اتوایمیون، عدم تعادل هورمونی و انفیلتراسیونهای هماتولوژیک را مطرح ساخته اند اما در برخی از موارد نیز علت مشخصی یافت نشده است هدف مطالعه گزارش موردی از این بیماری و نحوه انجام درمان بود.

یافته ها: مورد دختری ۱۴ ساله بود که شکایت از خونریزی لته ها داشت در معاینات داخل دهانی افزایش حجم منتشر لته و قرمز آتشین در Sextant قدام و سمت راست فکین مشاهده شد در معاینات خارج دهانی نیز یافته خاصی بدست نیامد آزمایشات هماتولوژیک بیمار نیز نرمال بود در نمای رادیوگرافیک تحلیل استخوان مارژینال مشاهده نشد و در نمای هیستوپاتولوژیک اپی تلیوم آکانتوتیک همراه با ارتشاح متراکم سلولهای آماسی با غلبه پلاسماسل در لامینا پروپریای زیرین مشهود بود. جراحی به روش Flap به منظور حذف افزایش حجم های لته ای انجام شد و سپس بیمار تحت درمانهای Maintenance قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری: در مورد فوق هیچ عودی از بیماری طی ۶ ماه دوره Follow up مشاهده نشد و عامل آلرژن خاصی در رابطه با این بیمار یافت نشد اما با توجه به اینکه بیمار در سن بلوغ دچار این ضایعه شده احتمال می رود که ضایعه فوق در ارتباط با عدم تعادل هورمونی ایجاد شده باشد که یکی از عوامل مطرح در ایجاد بیماری می باشد.

واژه های کلیدی: ژنژیواپیتیس، پلاسماسل، آلرژن.

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد / سال ۱۳۸۶ جلد ۳۱ / شماره ۲۰۱

مقدمه

این بیماری ژنژیویتی است با نمای کلینیکی شامل لته افزایش حجم یافته قرمز و شکننده و گاهی گرانولر، که به راحتی خونریزی می کند. معمولاً باعث از دست رفتن چسبندگی نمی شود.

این ضایعه در سمت Oral لته چسبنده قرار دارد و بنابراین از ژنژیویت ایجاد شده توسط پلاک متفاوت است. در ارتباط با این ضایعه Cheilitis و Glossitis نیز گزارش شده است.^(۱) در موارد نادر، افزایش حجم التهابی قابل توجهی با اکثریت پلاسماسل در ارتباط با Rapidly progressive periodontitis دیده می شود.^(۱و۲)

در نمای هیستولوژی این ضایعه، اپی تلیوم دهانی دارای Spongiosis بوده و ارتشاح سلولهای التهابی دیده می شود، در مطالعه با میکروسکوپ الکترونی معمولاً علائم تخریب در لایه های تحتانی Spinous و لایه بازال دیده می شود. بافت همبند زیرین شامل ارتشاح متراکم پلاسماسل ها بوده که به سمت اپی تلیوم دهانی گسترش می یابد و یک آسیب Dissecting type ایجاد می کند.^(۱) این بیماری یک ضایعه غیرشایع و بدون بدخیمی است و نوعی از Plasma cell orofacial mucositis می باشد.^(۳) که موجب یک انفلیتراسیون توده ای پلاسماسلی در بافت همبند لته می شود.^(۴) این نوع ژنژیویت را با نامهای Plasma cell gingivostomatitis و Atypical gingivitis نیز می خوانند. در مواردی بصورت ضایعه موضعی دیده می شود که Plasma cell granuloma نیز خوانده می شود.^(۱) بین سالهای ۱۹۹۶ و ۱۹۷۱ تقریباً ۵۰ مورد

Plasma cell gingivitis در مقالات دندانپزشکی گزارش شد.^(۵) در مورد علت ایجاد بیماری برخی مؤلفین این بیماری را با یک آلرژن موجود در نعنای یا آدامس یا خمیردندانهای گیاهی و دیگر ترکیبات غذایی مرتبط می دانند. اگر چه یک آلرژن اختصاصی به ندرت تشخیص داده شده است.^(۲) بر همین اساس در سال ۱۹۷۷ توسط Silverman و همکارانش پیشنهاد شد که آلرژنهای پیشنهادی برای این بیماری از محصولات مختلف غذایی حذف شوند.^(۱) با اینحال همچنان هر از چندگاهی در مقالات موارد دیگری از این بیماری گزارش می شوند.

Case report

مورد دختری ۱۴ ساله بود که به بخش پرودانتیکس دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بود. شکایت بیمار از افزایش حجم منتشر لته و خونریزی از لته ها در Sextant قدامی و خلفی سمت راست در هر دو فک بود بطوریکه بیمار قادر به جویدن با سمت راست فکین نبود در تاریخچه بیماری، این افزایش حجم ها از حدود یک سال قبل شروع شده بود و به مرور زمان افزایش یافته بود، رعایت بهداشت نیز بدلیل همین افزایش حجم های وسیع برای بیمار مقدور نبود، در ضمن بیمار فقط با سمت چپ فکی عمل جویدن را انجام می داد.

در تاریخچه پزشکی، بیمار هیچ دارویی مصرف نمی کرد و سابقه آلرژی به دارو یا ماده غذایی خاصی را نمی داد. در معاینات داخل دهانی افزایش حجم های منتشر لته ای در Sextant قدام و سمت راست فکین



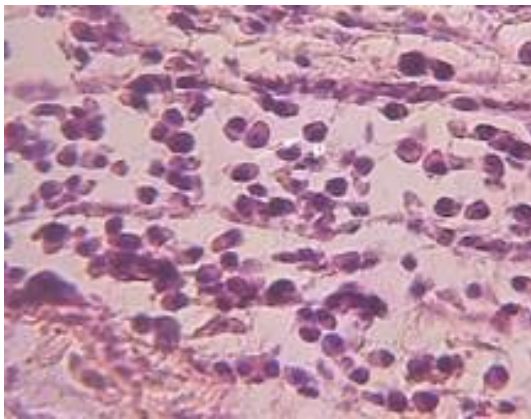
تصویر ۱: نمای کلینیکی فکین قبل از عمل



تصویر ۲: نمای کلینیکی فکین بعد از عمل

مشاهده می شد که به شدت ملتهب و قرمز آتشین بود که شدت ضایعه در فک پایین بیشتر بود و لثه چسبنده را نیز کاملاً درگیر کرده بود در معاینه کامل دهان، مخاط سایر نواحی دهان نرمال بود و گوشه های لب بیمار نیز درگیر نشده بودند و در لبها و زبان بیمار علائمی از التهاب مشاهده نمی شد. در معاینه دندانی، پوسیدگی دندانی دیده نشد ولی بین دندانهای خلفی دیاستم دیده می شد که در سمت راست و قدام فکین توسط بافت افزایش حجم یافته پر شده بود. سانترالهای قدام بالا مختصری تغییر رنگ قهوه ای روشن که هیپوپلازیک می باشد دیده می شد. پلاک اندکس بیمار ۱۰۰٪ بود و دندانها در همان سمت دارای جرم بالا و زیر لثه بودند (تصویر ۱ و ۲). همچنین ترشح بزاق بیمار از نظر کمی بیشتر از حد معمول بود. به منظور تکمیل معاینات، رادیوگرافی های P.A (Parallel) و OPG انجام شد اما در رادیوگرافی ها یافته قابل توجهی در رابطه با تحلیل های استخوان مشاهده نشد Bone loss نیز در کرست استخوان مشاهده نشد (تصویر ۳).

آزمایشات روتین هموراژیک در مورد بیمار صورت گرفت و هیچ یافته قابل توجهی مشاهده نشد. حین جراحی بیوپسی از لثه افزایش حجم یافته در قدام فک پایین تهیه شد و جهت بررسی های پاتولوژیک ارسال شد.



تصویر ۵: ارتشاح پلاسماسل ها (P) در بافت همبندی (درشت نمائی ۴۰۰ برابر)

جراحی

به منظور حذف ضایعه ایجاد شده و برای بهبود شرایط به منظور حفظ رعایت بهداشت توسط بیمار، برای وی وقت جراحی تعیین شد و طی ۳ نوبت جراحیهای پریدنتال مربوط در Sextant های قدامی فک پایین و خلف سمت راست فک پایین و بالا انجام شد بدلیل شدت ضایعه در فک پایین، جراحی ها از فک پایین آغاز شد و بدلیل شدت کمتر ضایعه و بدلائل استتیک، Sextant قدام بالا برای آخرین ناحیه جراحی در نظر گرفته شد.

و در نهایت Sextant قدام فک بالا با رعایت بهداشت بیمار در این مدت از برنامه جراحی خارج شد و بدون انجام جراحی لثه کاملاً بهبود یافت.

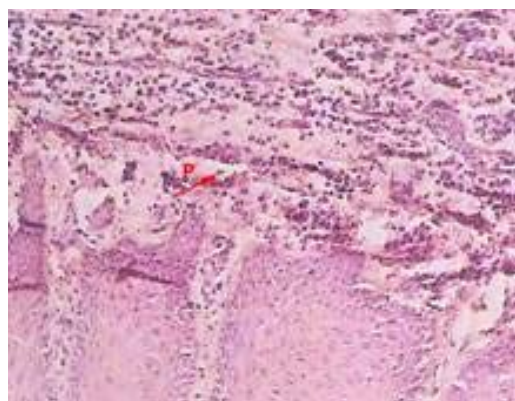
انسیزژن اولیه به صورت Flap operation و به صورت Scallop به منظور حذف بافت افزایش حجم یافته و با در نظر گرفتن حفظ لثه کراتینیزه داده شد، لازم به ذکر است باتوجه به افزایش حجم شدید لثه طی چند مرحله لبه های فلپ بکمک تیغ بیستوری و قیچی اصلاح شد سپس بافت افزایش حجم یافته حذف شده برای بررسی های هیستولوژی ارسال گردید.

از یافته های قابل توجهی حین جراحی، هموراژیک بودن ضایعه بود. بعد از هر بار جراحی برای بیمار



تصویر ۳: نمای رادیوگرافیک

در بررسی میکروسکوپی نمونه ارسال شده، در سطح، اپی تلیوم مطبق سنگفرشی آکانتوتیک مشاهده شد که در قسمتهایی دستخوش ارتشاح سلولهای التهابی با ایجاد میکروآبسه گردیده بود. همچنین ارتشاح متراکمی از سلولهای آماسی با غلبه پلاسماسل در لامینا پروپریای زیرین به همراه مقاطع فراوان عروق خونی که حتی تا نوک پاپیلا هم گسترش یافته است، مشهود می بود. عمق ضایعه حاوی الیاف کلاژن و فیبروبلاست فراوان، رگهای خونی و سلولهای التهابی پراکنده بود (اشکال ۴ و ۵).



تصویر ۴: ارتشاح پلاسماسل ها (P) در مجاورت اپی تلیوم و قسمت های عمقی تر بافت همبند (درشت نمائی ۱۰۰ برابر)

چنین ضایعه ای در بیمار فراهم نموده است. در Case report که در سال ۱۹۹۲ توسط Sollecito و همکارانش صورت گرفت ۲ مورد Plasma cell gingivitis گزارش شدند که هیچ عامل آلرژنی در آنها دیده نشد و آزمایشات ایمونوفلورسنت یک ضایعه Reactive را بیشتر مطرح می کرد.^(۵) در بیمار فوق نیز عامل آلرژن شناخته شده ای یافت نشد.

Nitta و همکارانش در سال ۱۹۹۱ مشاهده کردند که Plasma cell gingivitis می تواند با Rapidly progressive periodontitis همراه باشد.^(۶) از آنجا که در بیمار حاضر در معاینات کلینیکی و رادیوگرافیک تحلیل استخوان مشاهده نشد این عامل نیز در این بیمار مصداق نمی یابد.

تحقیقی که در سال ۱۹۹۱ توسط Macleod و همکارانش صورت گرفت نشان داد که خمیر دندانهای گیاهی می تواند عامل ایجاد Plasma cell gingivitis باشد.^(۸) در این بیمار خمیر دندان گیاهی استفاده نمی شد ولی باتوجه به این که، خمیردندانها در برخی موارد در ایجاد این ضایعه دخیل بوده اند در ابتدای معاینات نوع خمیردندان بیمار تغییر داده شد تا سیر بیماری با تغییر خمیردندان بررسی گردد اما هیچ بهبودی در ضایعه دیده نشد. در مورد آدامس ها نیز به بیمار در مورد عدم استفاده تأکید شد ولی باز هم تغییری در سیر بیماری مشاهده نشد.

در Case report دیگری که در سال ۲۰۰۵ توسط Relez و همکارانش انجام شد، این ضایعه در یک بیمار بی دندان دیده شد که علت آنرا آلرژنی نسبت به محلولهایی که برای شستشو بکار می رفت مطرح کردند.^(۷)

همچنین قابل به ذکر است در صورتیکه در آزمایشات ایمونوفلورسنت تجمع سلولهای التهابی منوکلونال باشد می توان به نئوپلاسمهای پلاسماسلی

آنتی بیوتیک آموکسی سیلین و آنالژزیک استامینوفن کدئین همراه با دهان شویه کلرگزیدین ۰/۲٪ تجویز شد و دستورات بعد از عمل به بیمار داده می شد. بیمار ۱۰ روز بعد برای برداشتن بخیه ها مراجعه می کرد و ترمیم بافت مورد بررسی قرار می گرفت. بعد از پایان جراحی ها به منظور دوره Maintenance بیمار هر ماه مورد معاینه کامل دندانپزشکی قرار می گرفت در بررسی های ۶ ماهه هیچ علامتی از عود بیماری با رعایت بهداشت مناسب بیمار دیده نشد. به بیمار توصیه شد که به صورت ۲ طرفه عمل جویدن را انجام دهد. و جهت کنترلهای بعدی هر سه ماه مراجعه نماید.^(۱)

بحث

در طی تحقیقات و گزارشات قبلی در مورد این بیماری علل مختلفی را در ایجاد آن مطرح ساخته اند و بهمین دلایل هم برخی آن را Atypical gingivostomatitis نامیده اند اما علل مطرح شده در گزارش های قبلی همیشه در مورد تمام بیماران مصداق پیدا نمی کند.

برخی علل آلرژنی را مطرح کرده اند که در بین سایر دلایل از قدرت بیشتری برخوردار است^(۷) و برخی نیز رآکسیونهای اتوایمیون یا عدم تعادل هورمونی را مطرح نموده اند.^(۵)

در رابطه با رآکسیونهای اتوایمیون در بیمار حاضر، هیچ نوع بیماری اتوایمیون در تاریخچه ذکر نشد اما بررسیهای دقیق ایمونولوژیک بدلیل عدم کفایت امکانات موجود انجام نشد اما در رابطه با عدم تعادل هورمونی باتوجه به اینکه این بیمار در سن بلوغ دچار ایجاد چنین ضایعه ای شده است و قبلاً وجود نداشته این موضوع می تواند حضور هورمونهای جنسی و به تبع آن حضور ارگانوسمهای خاص را در پلاک میکروبی و GCF بیمار و تغییراتی در نحوه پاسخ ایمنی میزبان را مطرح کند که شرایط را برای ایجاد

آلرژن حین معاینات کشف نشده باشد اما مشخص شد که بعد از کنترل پلاک مناسب از طرف بیمار و حذف لثه افزایش حجم یافته و ایجاد شرایط مناسب برای حفظ رعایت بهداشت، هیچ عودی از بیماری طی ۶ ماه ایجاد نشد.

مثل میلوم مولتیپل و ... نیز شک کرد اما اگر پلی کلونال باشد ضایعه التهابی است که در بیمار فوق این آزمایشات صورت نگرفته است.

در نهایت در Case report حاضر، هیچ آلرژنی در رابطه با این بیماری دیده نشد اما نمی توان آنرا از بین عوامل مطرح شده رد کرد چرا که ممکن است عامل

منابع

1. Carranza FA, Hogan EL. Gingival enlargment. In: Neuman MG, Takei HH, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology. 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2002. P: 287.
2. Nitta H, Soeda W, Haribe M, Ohno H, Rikimaru K, Takesue M. Rapidly progressive periodontitis combined with Plasma Cell Gingivitis: a case report. Kokubyo gakkai zasshi 1991; 58(3): 624-30.
3. Curto CR, Chares MY, Moran AG, Asensio PG, Lopez G. Plasma cell gingivitis. Cutis 2002; 69(1): 41-5.
4. Gargiulo AV, Ladone JA, Ladone PA, Toto PD. Case report: Plasma cell gingivitis A. CDS Rev 1995; 88(1): 22-3.
5. Sollecito TP, Greenberg MS. Plasma cell gingivitis: Report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73(4): 690-93.
6. Xilverman S, Lozada F. An epilogue to plasma cell gingivostomatitis (allergic gingivostomatitis). Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1977; 43(2): 211-7.
7. Velez I, Mintz SM. Soft tissue plasmacytosis. A case report. NY state Dent J 2005; 71(5): 48-50.
8. Macleod RI, Ellis JE. Plasma cell gingivitis related to the use of herbal toothpaste. British Dental Journal 1991; 166(10): 375-76.