

مقایسه کلینیکی میزان شیوع و نوع بیماری های پریودنتال در مبتلایان به انواع رده های لوسمی بستری شده در بیمارستانهای تبریز در سال ۱۳۸۳

دکتر اردشیر لفظی*، دکتر ایرج اسودی کرمانی**، دکتر حبیب الله قنبری***، دکتر الهام رعدی****

* دانشیار گروه پریودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

** دانشیار هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

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

**** دندانپزشک

تاریخ ارائه مقاله: ۸۳/۳/۲ - تاریخ پذیرش: ۸۴/۶/۶

Title: Clinical comparison of the prevalence and type of the periodontal diseases in leukemic patients hospitalized in Tabriz through 2004-2005

Authors:

Lafzi A. Associate Professor*, Asvadi Kermani E. Associate Professor**, Ghanbari H. Associate Professor***, Raadi E. Dentist****

Address:

* Dept of Periodontology, Dental School, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran

** Dept of Hematology & Oncology, Medical School, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*** Dept of Periodontology, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Introduction:

Periodontal diseases are common in leukemic patients and in most cases one of the primary diagnostic signs. The aim of this study was clinical comparison of the prevalence and type of the periodontal diseases in leukemic patients in Tabriz hospitals.

Materials and Methods:

In this descriptive – analytic study, 70 hospitalized leukemic patients were clinically examined in the city of Tabriz in 2004-2005. The data were collected in a questionnaire designed for this study and were analyzed using chi-square test through SPSS software.

Results:

There was a significant relationship between leukemia and periodontal diseases either in general or classified into periodontitis and gingivitis ($p < 0.05$). Although, there was a significant relationship between different types of leukemia and age ($p < 0.05$), sex comparison of patients with different types of leukemia, didn't show a significant relationship. In general evaluation of periodontal disease, there was a significant relationship between periodontal disease and type of leukemia in males ($P = 0.013$), but there was not such a relationship in female patients. In general evaluation of periodontal diseases with different types of leukemia in different age groups in male and female patients, there was a significant relationship ($P = 0.00$) while comparing periodontal diseases with the type of leukemia in different age groups, there was a significant relationship only between absence of periodontal disease and the type of leukemia ($P = 0.00$).

Conclusion:

With attention to the factors that increase the prevalence of periodontal diseases in leukemic patients, developing prophylactic and appropriate therapeutic strategies are recommended.

Key words:

Leukemia, periodontal diseases, oral manifestations.

Journal of Dentistry. Mashhad University of Medical Sciences 2005; 29: 123-130.

چکیده

مقدمه:

بیماری های پریدونتال از بیماری های شایع در افراد لوسمیک بوده و در بسیاری از موارد از علایم تشخیصی اولیه بیماری لوسمی می باشند. هدف از این مطالعه مقایسه کلینیکی میزان شیوع و نوع بیماری های پریدونتال در مبتلایان به انواع رده های لوسمی بستری شده در بیمارستان های تبریز در سال ۱۳۸۳ بود.

مواد و روش ها:

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که در آن ۷۰ بیمار مبتلا به لوسمی بستری شده در بیمارستان های شهر تبریز در سال ۱۳۸۳ مورد معاینه و بررسی پریدونتال قرار گرفتند و اطلاعات حاصل از معاینه کلینیکی آنها توسط آینه، نور و پروب پریدونتال، در پرسش نامه ای که به همین منظور تهیه شده بود، ثبت شد. سپس در صورت وجود، نوع بیماری پریدونتال آنها ثبت گردید. آنالیز آماری توسط آزمون Chi-square و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها:

چه در بررسی کلی بیماری های پریدونتال و چه در تفکیک آن به ژنویوت و پریدونتیت، رابطه معنی داری بین بیماری پریدونتال و رده لوسمی بدست آمد ($P < 0/05$). مقایسه میانگین های سنی در بین رده های مختلف لوسمی، رابطه معنی دار داشته ($P < 0/05$)، ولی مقایسه جنسی بیماران در رده های مختلف لوسمی رابطه معنی داری نداشت. در بررسی کلی بیماری پریدونتال به تفکیک جنسی مرد و زن، در گروه مردان، بین بیماری پریدونتال و رده لوسمی رابطه آماری معنی داری برقرار بود ($P = 0/013$). در حالی که در گروه زنان وجود چنین رابطه ای اثبات نگردید. در بررسی گروه های سنی در رده های مختلف لوسمی به تفکیک جنس مرد و زن، رابطه دقیقاً معنی داری بدست آمد ($P = 0/00$) و در بررسی توام بیماری های پریدونتال و گروه های سنی و رده لوسمی، فقط بین عدم وجود بیماری پریدونتال و گروه های سنی و رده لوسمی رابطه معنی دار حاصل شد ($P = 0/00$).

نتیجه گیری:

با توجه به عوامل مؤثر در افزایش احتمال وقوع بیماری پریدونتال در افراد لوسمیک باید اقدامات لازم دندانپزشکی (پیشگیری - درمان) را جهت مقابله و درمان بیماری پریدونتال آنها انجام داد.

کلید واژه ها:

لوسمی، بیماری های پریدونتال، تظاهرات دهانی.

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد / سال ۱۳۸۴ جلد ۲۹ / شماره ۱ و ۲

مقدمه:

اهمیت می باشند^(۳). لوسمی، نسبت به بقیه سرطانها در خاورمیانه و مدیترانه شرقی شایع تر است و ۵٪ از کل سرطان های این مناطق را تشکیل می دهد، در سال ۱۳۵۶ سرطان خون و لنفوم ردیف پنجم شیوع را در بین سرطانها در ایران داشتند^(۴). لوسمی برای اولین بار توسط Virchow در سال ۱۸۷۴ به عنوان «خون سفید» توصیف شد^(۵). لوسمی در هر نژاد و هر سنی رخ می دهد و به دو رده حاد، میلویتیک حاد (Acute Myelocytic Leukemia = AML) و لنفوبلاستیک حاد (Acute Lymphoblastic Leukemia = ALL) و دو رده مزمن، میلویتیک مزمن، (Chronic Myelocytic Leukemia=CML) و لنفوسیتیک

لوسمی، بدخیمی پیش سازهای گلبول های سفید خون است که طبق آمارهای جهانی سالانه، ۱۰-۸ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر را مبتلا می کند و حفره دهان و لثه از نواحی اولیه و مهم تشخیصی آن می باشد^(۱). علایم دهانی لوسمی شامل زخمهای دهانی، عفونت، ارتشاح لوسمیک و خونریزی می باشند و علایم لثه ای لوسمی نیز شامل افزایش حجم لثه (Gingival Enlargement) زخم و خونریزی، پتی شی و اریتم می باشند که در فرم های حاد بیماری بیشتر از انواع مزمن معمول هستند^(۲). بسیاری از اوقات، این علایم منجر به تشخیص اولیه بیماری توسط دندانپزشک می شوند که از این لحاظ حائز

مطالعه Serio و Sydney گزارش شده است که انفیلتراسیون لتهای ممکن است باعث درد لته شود^(۱۵).

خونریزی لته ناشی از ترومبوسیتوپنی ثانویه به لوسمی، یک علامت معمول در بیماران لوسمیک است که در مطالعه Ship و Lynch در ۱۹۶۷، به عنوان اولین علامت بیماری در ۱۷/۷٪ بیماران با فرم حاد و ۴/۴٪ بیماران با فرم مزمن، گزارش شده است که با بهداشت دهانی ضعیف تشدید می یابد^(۱۶).

عفونت ثانویه بافتهای پریدنتال در فرد مبتلا به لوسمی، به دو دلیل می تواند باشد؛ یا به دلیل تشدید بیماری پریدنتال قبلی و یا به دلیل افزایش استعداد پریدونشوم به عفونت های قارچی، ویروسی و باکتریایی در نتیجه بیماری، که بیشتر بعد از کموتراپی و رادیو تراپی ایجاد می شوند^(۱۷). تحلیل استخوان آلوئول و افزایش لقی دندانها نیز از علایم پریدنتال بیماری لوسمی هستند^(۱۸و۱۹).

هدف از مطالعه حاضر آن بوده است که با ثبت دقیق کلیه علایم پریدنتالی بدست آمده از معاینات کلینیکی در بیماران لوسمیک و تشخیص نهایی نوع بیماری پریدنتال آنها و با در نظر گرفتن عوامل مؤثر احتمالی در بیماری پریدنتال اعم از گروه سنی، جنس، رده لوسمی، افزایش حجم لتهای و ...، علاوه بر بدست آوردن آمار جامع از شیوع بیماریهای لتهای در این بیماران، توسط روشهای آماری موجود، نقش عوامل مؤثر احتمالی را در بیماری پریدنتال این افراد اثبات نماییم.

مواد و روش ها:

مطالعه فوق، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می باشد که از طریق معاینه و بررسی های کلینیکی پریدنتال در کلیه بیماران لوسمیک (انواع حاد و مزمن) بستری شده در بیمارستان های شهید قاضی، کودکان و استاد عالی نسب تبریز از تاریخ ۸۳/۸/۱ الی ۸۳/۱۲/۱ صورت گرفت، که در مجموع ۷۰ پرسشنامه تکمیل گردید. معاینات پریدنتال شامل: معاینات فرم ظاهری لته (اندازه، رنگ، کانتور، قوام)، تعیین عمق پروب (PD) و بررسی خونریزی حین پروب (BOP) توسط پروب پریدنتال، تعیین میزان از بین رفتن اتصالات بافت همبندی

مزمن (Chronic Lymphocytic Leukemia=CLL) تقسیم می شود. لوسمی در بزرگسالان ۱۰ بار شایع تر و در مردان ۲ برابر شایع تر می باشد. درصدهای شیوع مرتبط با هر رده لوسمی عبارتند از: ALL=۱۱٪؛ CLL=۲۹٪؛ AML=۴۶٪؛ CML=۱۴٪^(۷و۶).

در بررسی علانم لته ای بیماری لوسمی، Tsai و Hou در سال ۱۹۹۸ طی مطالعه خویش بیان کردند که افزایش حجم لتهای، در ابتدا در نتیجه انفیلتراسیون سلولهای لوسمیک به بافت همبند لتهای و همراه با افزایش میزان گلبولهای سفید در لته می باشد^(۸). Barret در سال ۱۹۸۶ عنوان کرد که بافتهای لتهای مستعد انفیلتراسیون سلولهای لوسمیک هستند که بدلیل میکروآناتومی آنها و همچنین بدلیل ویژگی های انفیلتراسیون خارج عروقی ذاتی سلولهای لوسمیک می باشد^(۹). این درحالی است که قبلاً در سال ۱۹۸۳ Dreizen، زیاد بودن قابل ملاحظه سرعت تکثیر میتوزی و شمارش خالص سلولهای لوسمیک را به عنوان فاکتورهای کلیدی دیگر در شروع این انفیلتراسیون بیان کرده بود^(۱۰).

در بررسی Dreizen در سال ۱۹۸۳ با مطالعه ۱۰۷۶ نفر فرد بزرگسال لوسمیک، ۳/۶٪ افراد حاوی ضایعات پرولیفراتیو و افزایش حجم لتهای بودند که بیشترین میزان بروز این ضایعات در بین زیر رده های مختلف AML گزارش گردید^(۱۰). در مطالعه Pindborg، ۶۹٪ بیماران فرم حاد، علایم دهانی لوسمی را از خود نشان دادند و ۳۳٪ بیماران، افزایش حجم لته داشتند^(۱۱). در بررسی مقایسه ای Meyer در سال ۲۰۰۰، در بین رده های ALL، AML، افزایش حجم لته در ۲۱٪ بیماران AML مشاهده شد، در حالیکه هیچکدام از بیماران ALL چنین افزایش حجمی را از خود نشان ندادند^(۱۲). در مطالعات Curtis^(۱۳) و همکاران و Michaud^(۱۴) و همکاران در کودکان لوسمیک، فقط ۱۷-۱۰٪ بنظر می آمد که دارای تورم لته باشند. لته افزایش حجم یافته، مانع از کنترل پلاک (برداشت پلاک) می شود که بعداً این پلاک، خود به عنوان عامل تشدید کننده افزایش حجم لته عمل می کند. همچنین در

صرف نظر از رده لوسمی، در حالت کلی شیوع $4/41\%$ برای بیماری ژنژیویت و $7/15\%$ برای بیماری پریودنتیت در بین بیماران لوسمیک بدست آمد که حاکی از تمایل بیشتر بیماران لوسمیک به ابتلای بیماری پریودنتال نسبت به جمعیت عادی است.

در مورد توزیع نوع رده لوسمی در بین بیماران، رده ALL با $3/54\%$ بیشترین در صد فراوانی و رده CLL با $3/4\%$ کمترین در صد فراوانی را در بین بیماران داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: درصد فراوانی بیماران در رده های مختلف لوسمی

درصد فراوانی	فراوانی افراد	رده لوسمی
7/25	25	AML
3/54	38	ALL
7/5	4	CML
3/4	3	CLL

در این مطالعه تمایل به ابتلای لوسمی در جنس مرد بطور نامحسوسی بیشتر از جنس زن مشاهده شد. با این حال به دلیل کم بودن این اختلاف بین جنس مرد و زن، این تمایل از لحاظ آماری، معنی دار نبود. در بررسی کلی بیماری پریودنتال به تفکیک جنسی مرد و زن، بیشترین میزان ابتلا به بیماری پریودنتال در جنس مرد و زن، هر دو، در رده AML مشاهده شد. در گروه مردان بین بیماری پریودنتال و رده لوسمی، رابطه آماری معنی داری برقرار بود ($P=0/013$) در حالیکه در گروه زنان، وجود چنین رابطه‌ای ثابت نگردید (جدول ۲).

جدول ۲: شیوع درصد فراوانی بیماری پریودنتال در رده های مختلف لوسمی در جنس مرد و زن

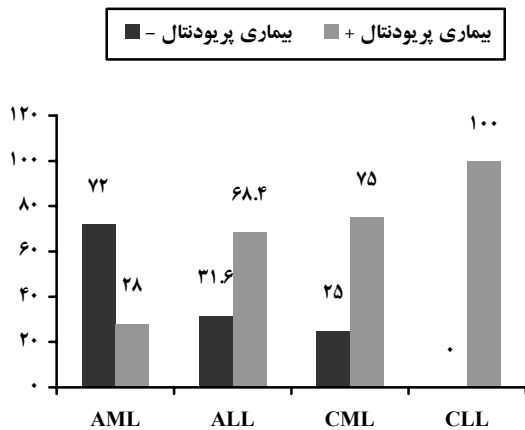
رده لوسمی	جنس	مرد	زن
AML		2/69	5/7
ALL		19/1	1/47
CML		50/	--
CLL		--	--

(Loss of attachment)، بررسی وجود افزایش حجم لثه و معاینه لقی دندانها بودند که در نهایت منجر به تشخیص بیماری پریودنتال در صورت وجود و ثبت نوع آن، می گردید. انواع بیماری های پریودنتال شامل: ژنژیویت و پریودنتیت (بر اساس وجود یا عدم وجود Loss of attachment) بودند که پریودنتیت، خود به دو دسته Aggressive و Chronic تقسیم می شد. وسایل مطالعه کلینیکال شامل آینه، سوند مدرج پریودنتال و منبع نور پرتابل بودند. حجم نمونه خاصی بدلیل محدودیت تعداد بیماران در دسترس تعیین نشد. 4 گروه اصلی به عنوان گروه های تشخیص لوسمی ثبت گردید که شامل ALL, CML, CLL بودند. سن و جنس بیماران نیز در پرسشنامه ثبت شد بیماران در گروه های سنی $G1 \geq 15$ و $G2 > 15 \geq G3 < 45$ سال، تقسیم شدند. آنالیز آماری توسط آزمون Chi-square انجام شد. $P < 0/05$ به عنوان وجود رابطه معنی دار تلقی گردید.

یافته ها:

بر اساس نتایج به دست آمده و با بررسی تفکیکی بیماری های پریودنتال به انواع ژنژیویت و پریودنتیت، رابطه معنی داری بین وجود بیماری ژنژیویت و رده های مختلف لوسمی ($Pvalue=0/025$) و نیز وجود پریودنتیت و رده های مختلف لوسمی ($P = 0/030$) بدست آمد که گروه بیماران AML با داشتن ژنژیویت در 64% موارد و پریودنتیت در 32% موارد، بیشترین میزان ضایعات پریودنتال را داشتند. همچنین، در رده ALL ژنژیویت در $31/6\%$ درصد موارد و پریودنتیت در $5/3\%$ درصد موارد و در رده CML ژنژیویت و پریودنتیت در 25% درصد موارد مشاهده شد.

در بررسی کلی شیوع بیماری پریودنتال (ژنژیویت و پریودنتیت) در رده های مختلف لوسمی، همانطوری که انتظار می رفت، طبق نمودار ۱ رابطه معنی داری بین شیوع بیماریهای پریودنتال و رده لوسمی بدست آمد ($P = 0/04$) و باز هم بیماران AML بیشترین میزان بیماریهای پریودنتال را در بین سایر رده ها به خود اختصاص دادند (72%).



نمودار ۱: شیوع درصد فراوانی بیماری پریدنتال در رده های مختلف لوسمی

بحث:

هدف از مطالعه، مقایسه کلینیکی شیوع و نوع بیماری های پریدنتال در افراد لوسمییک بستری شده در بیمارستان های شهر تبریز در سال ۱۳۸۳ بود. در این مطالعه معاینات پریدنتال در بیماران لوسمییک بستری شده در بیمارستان که تحت فاز شیمی درمانی قرار داشتند انجام شد و شیوع کلی ۴۴/۳٪ برای بیماری پریدنتال بدست آمد که همانند مطالعه Meyer^(۱۲) درصد بالایی بود. البته Meyer درصد بیشتر تحلیل استخوان آلوئولار را برای بیماران لوسمییک در مقایسه با سایر بیماران با نقص سیستم ایمنی بدست آورده بود که در مطالعه ما به دلیل عدم انجام رادیوگرافی های دندانی، میزان تحلیل بررسی نشد. از کل ۷۰ فرد لوسمییک معاینه شده در ۳ گروه سنی، ۳۶ نفر کودک، ۲۳ نفر میانسال و ۱۱ نفر فرد مسن ثبت شدند. ۸۳٪ کودکان مورد مطالعه در رده ALL، و ۱۷٪ بقیه در رده AML قرار داشتند و هیچ کودکی لوسمی مزمن نداشت. همچنین پیک سنی ۱۰/۰۵ سال برای رده ALL بدست آمد که با توجه به نتایج حاصله می توان ALL را همانگونه که در Cecil^(۶) آمده است، لوسمی کودکان دانست و نیز دوره های مزمن را مختص افراد مسن و AML را با گسترده وسیع سنی دانست (جدول ۲).

در بررسی گروه های سنی در رده های مختلف لوسمی به تفکیک جنس مرد وزن، رابطه دقیقاً معنی داری بدست آمد ($P=0/00$). در بررسی توأم بیماریهای پریدنتال و گروه های سنی و رده لوسمی، رابطه معنی داری بین عدم وجود بیماری پریدنتال و گروه های سنی و رده لوسمی بدست آمد ($P=0/00$)، در حالیکه بین وجود بیماری پریدنتال و گروه های سنی و رده لوسمی وجود چنین رابطه ای ثابت نشد (جدول ۳).

جدول ۳: درصد فراوانی بیماری پریدنتال در گروه های مختلف سنی در رده های مختلف لوسمی

رده لوسمی	گروه های سنی	زیر ۱۵ سال	۱۶-۴۵ سال	بالای ۴۵ سال
AML		۲۲/۲٪	۶۱/۱٪	۱۶/۷٪
ALL		۶۶/۷٪	۳۳/۳٪	--
CML		--	۱۰۰	--
CLL		--	--	--

از نظر مقایسه میانگین سنی در بین رده های مختلف لوسمی، رده CLL، بیشترین میانگین سنی و رده ALL، کمترین میانگین سنی را در بین رده ها داشتند. کمترین سن ابتلا، ۱ سال و بیشترین سن ابتلا، ۷۹ سال ثبت شد که حاکی از محدوده سنی وسیع ابتلای بیماری می باشد. همچنین در آنالیز آماری تفاوت معنی داری بین رده های مختلف لوسمی از لحاظ توزیع میانگین سنی بیماران مشاهده شد ($P<0/05$). در مورد افزایش حجم لته ای، که از تظاهرات مهم و مشهود بیماری لوسمی می باشد، آنگونه که مشاهده شد، ۱۰٪ بیماران سابقه افزایش حجم لته ای داشتند که از این ۱۰٪، همگی در گروه بیماران AML قرار داشتند و در واقع ۲۸٪ از کل بیماران AML، افزایش حجم لته ای نشان دادند. با این حال هیچ درصدی از سایر بیماران در این مطالعه افزایش حجم لته ای نداشتند.

در جمع بندی عوامل موثر در مشاهده بیماری پرئودنتال در فرد لوسمیک، علاوه بر ابتلا به رده خاص (AML)، بهداشت دهانی و توانایی کنترل پلاک مکانیکی و شیمیایی و قرارگیری در فاز شیمی درمانی نیز مهم است. چرا که با قرارگیری بیمار در فاز فروکش بیماری متعاقب شیمی درمانی کلیه یافته های فیزیکی بیماری با طبیعی شدن مقادیر خون محیطی طبیعی می شود^(۷۶). در همه بیمارستان هایی که مطالعه در آنها انجام شد، بیماران عمدتاً جهت کاهش عوارض ناشی از موکوزیت ثانویه به شیمی درمانی، دهانشویه های ضد قارچ (نیستاتین ۵۰۰/۱۰۰ واحد) و ضد میکروبی کلرگزین ۰/۲٪ و نرمال سالین دریافت می کردند، ولی هیچ نوع کنترل پلاک مکانیکی به دلیل افزایش تمایل به خونریزی ناشی از کاهش پلاکت ثانویه به شیمی درمانی، دریافت نمی کردند. به نظر می رسد با مصرف دهانشویه، میزان التهاب پرئودنتال بعد از شیمی درمانی کاهش یابد ولی چنین نتیجه ای به دلیل عدم مقایسه قبل و بعد از شیمی درمانی در مطالعه حاضر حاصل نشد.

در مقایسه شیوع رده های مختلف در بین بیماران، مانند مطالعه دکتر تهیدست^(۲۲) در دانشگاه تهران در سال ۷۴، بالاترین درصد شیوع برای رده ALL و پایین ترین برای CLL بدست آمد که برخلاف آمار Cecil^(۶) است. دلیل این مسئله را می توان در عدم بستری شدن رده های مزمن و برعکس آن مراجعات طولانی تر کودکان به دلیل بقای بیشتر و درمانهای طولانی تر و ملایم تر دانست.

نتیجه گیری:

مطابق مطالعه حاضر و سایر مطالعات، بیماری پرئودنتال یکی از مشکلات گریبانگر ثابت شده بیماران لوسمیک می باشد که دندانپزشکان با شناخت علایم بیماری و دادن راهکارهای مناسب و به موقع در جهت به حداقل رساندن این مشکلات می توانند گامی مهم در جهت کاهش عوارض دهانی بیماری لوسمی بردارند.

پیشنهادات:

توصیه می شود که مطالعه فوق جهت بررسی جنسی و سنی بهتر، در ابعاد وسیع تر و با تعداد نمونه های بیشتری و در مدت

در مقابل شیوع ۳/۳۳٪ بیماری پرئودنتال در کودکان، شیوع ۷۰٪ بیماری پرئودنتال برای افراد میانسال مشاهده شد. AML و زیر رده های خاص آن، بیشترین مشکلات پرئودنتال را از خود نشان می دهند و به دلیل شیوع بیشتر AML در رده میانسالی (بیک سنی ۳۱/۷۶)، درصد بیشتری از بیماری پرئودنتال در افراد میانسال نسبت به کودکان مشاهده شد.

دلایل کمتر بودن شیوع بیماری پرئودنتال در کودکان نسبت به افراد میانسال را می توان در محدوده سنی پایین کودکان و در نتیجه مشاهده بسیار اندک جرم و پلاک به عنوان عوامل ایجاد کننده بیماری پرئودنتال و تدابیر پروفیلاکتیک انجام شده در کودکان و نیز شیوع بسیار بالای ALL (۸۳٪) در کودکان، که علایم و مشکلات لته ای کمتری داشتند، جستجو کرد.

در مورد فرم های مزمن، به دلیل اینکه اصولاً در بیمارستان بستری نمی شدند، تعداد نمونه های کمی بدست آمد و علاوه بر آن بیماران دارای دنچر (۸۵٪) نیز از مطالعه حذف شدند و نتیجه درصدهای ذکر شده در نمودار ۱ برای رده های مزمن قابل استناد نیست.

دلیل بیشتر بودن بیماری پرئودنتال در رده AML را می توان در درجه اول به محدوده سنی وسیع و بالاتر ابتلای AML و احتمال وجود بیماری پرئودنتال قبلی و تشدید آن در نتیجه بیماری موجود، نسبت داد (جدول ۲). همچنین ۱۰٪ کل بیماران افزایش حجم لته ای از خود نشان دادند که همه آنها در رده AML قرار داشتند که این شیوع بالا مشابه مطالعات Driesen^(۱۰) و Meyer^(۱۲) و Presant^(۲۰) بود.

با وجود میزان ۱۷-۱۰٪ افزایش حجم لته گزارش شده توسط Curtis^(۱۳)، Michaud^(۱۴) برای کودکان، در مطالعه حاضر درصد ناچیز ۰/۵٪ برای کودکان بدست آمد که آن هم تماماً مربوط به رده AML بود.

البته طبق مطالعه Vural^(۲۱) این افزایش حجم لته ای را نمی توان به طور مطلق به رده های حاد نسبت داد و در رده های مزمن هم، هر چند به میزان کم، مشاهده می شود.

شیمیایی، گروه های شاهد در نظر گرفته شود و جهت مطالعه اثر شیمی درمانی بر وضعیت لثه ای بیماران هم، بیماران به گروه های قبل و بعد شیمی درمانی تقسیم شوند.

زمان طولانی تری صورت گیرد. جهت بررسی دقیق میزان درگیری استخوان آلوئولار و پریدونتیت، رادیوگرافی دندانهای صورت گیرد. جهت بررسی نقش کنترل پلاک مکانیکی و

منابع:

1. Little JW, Falace DA, Miller GS, et al. Dental management of medically compromised patient. 6th ed. Philadelphia: C V Mosby Co; 2002. P. 370.
2. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Clinical periodontology. 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2002. P. 214.
3. Josephine WU, Fantasia JE, Kaplan R. Oral manifestations of acute myelomonocytic leukemia : A case Report and Review of the classification of leukemias. J periodontol 2002; 73: 664-68.
4. حبیبی، ع. تومورهای بدخیم اولیه لثه ای. مجله جمعیت مبارزه با سرطان، سال اول شماره ۳، ۱۳۵۴، ص ۳۱-۲۸.
5. Greenberg MS, Glick M. Burket oral medicine diagnosis & treatment. 10th ed. Spain: B C Decker ; 2003.P. 443.
6. Goldman L, Bennet JC. Cecil textbook of medicine. 21th ed. Philadelphia: WB, Saunders co; 2000.P. 954.
7. Kasper DL, Braun wald E, Faci AS, et al. Harrison's principles of internal medicine. 16thed. Mc Graw –Hill; 2005. P. 631.
8. Hou GL, Tsai CC. Primery gingival enlargement as a diagnostic indicator in acute myelomonocytic leukemia. J Periodontol 1988; 50: 852-5.
9. Barret AJ. Leukemic infiltration of the gingiva. J Periodontol 1986; 57: 579-81
10. Driezen S, Mccredie KB, Keating MJ, Luna MA. Malignant gingival and skin infiltrates in adult leukemia. Oral Surg, Oral Med, Oral pathol 1983; 55: 572-79.
11. Pindborg JJ. Atlas of disease of oral mucosa. 5th ed. Copenhagen: Munksgaard; 1992. P. 256.
12. Meyer U, Klein Heinz J, Handschel J, et al. Oral findings in three different groups of immunocompromised patients. J Oral Pathol & Med 2000; 29: 153-58.
13. Curtis AB: Childhood leukemia's: Initial oral manifestations. J Am Den Assoc 1971; 83: 159-64.
14. Michaud M, Baehner RL, Bixler D, et al. Oral manifestations of acute leukemia in children. J Am Dent Assoc 1977; 95: 1145-50.
15. Sydney SB, Serio F. Acute monocytic leukemia diagnosed in a patient reffered because of gingival pain. J Am Dent Assoc 1981; 103: 886-7.
16. Lynch MA, Ship II. Initial oral manifestations of leukemia. J Am Dent Assoc 1967; 75: 932-40.
17. Seymour RA, Heasman PA. Drugs, Disease and the periodontium. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1992. P. 41.
18. Brown LR, Roth GD, Hoover D, et al. Alveolar bone loss in leukemic and non leukemic mice. J periodontol 1969; 40: 725-30.

19. Carranza FA Jr, Gravina O, Cabrini RL. Periodontal and pulpal pathosis in leukemic mice. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol. 1965; 20: 374-9.
20. Presant CA, Safdar SH, Cherrick H. Gingival leukemic infiltration in chronic lymphocytic leukemia. Oral Surg, Oral Med, Oral pathol 1973; 36: 672-74.
21. Vural F, Dzcan MA. Gingival involvement in patient with CD56⁺, chronic myelomonocytic leukemia. Leuk lymphoma 2004; 45: 415-18.
۲۲. تهیدست اکراد، ز. بررسی میزان شیوع علایم دهانی در بیماران لوسمیگ در دو بیمارستان تهران. مجله دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران. ۹، ۳ و ۴ (۱۳۷۶)، ص. ۴۱-۵۰.