

بررسی حفره دهان بیماران مبتلا به بیماریهای مادرزادی قلبی CHD

دکتر حسن حسین پور جاجرم*#، دکتر حسن متقی مقدم**

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

** استادیار گروه داخلی بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۵/۸/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۸۶/۲/۱۵

Title: Oral Manifestations of Patients with Congenital Heart Disease

Authors:

Hoseinpour Jajarm H.*#, Mottaghi-Moghaddam H.**

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

** Assistant Professor, Dept of Internal Medicine of Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Introduction: Congenital heart disease (CHD) can have oral manifestations that even the patient may not be aware of. These manifestations could be linked to the disease itself or the treatment associated with it. Also, since a history of CHD may alter the treatment plan of some of the oral diseases or some oral diseases may affect the course of CHD, the current research was designed to better understand such interrelationships.

Materials & Methods: In this cross-sectional descriptive study, 42 CHD patients that were admitted to the department of Internal Medicine of Imam Reza Hospital, Mashhad, Iran, were randomly investigated for a period of one year through a questionnaire and routine examinations and the final results are descriptively presented.

Results: In 17 cases (40.5%), cyanotic mucosa was reported and in 6 cases (14.4%) pale tissues were noted. In 2 cases cleft palate (4.7%) and cleft lips (4.7%) were recorded.

Conclusion: Oral manifestations recorded for patients with CHD were Cyanosis, pale tissues and cleft and palate and lip. Although clefting and palate lip can not be directly linked to CHD, their presence in conjunction with CHD should be considered.

Key words: Oral diseases, oral manifestation, congenital heart disease (CHD).

Corresponding Author: h.hoseinpour.j@yahoo.com

Journal of Mashhad Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, 2007; 31: 25-30.

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه یکسری تظاهرات و عوارض ناشی از بیماری و یا درمانهای صورت گرفته در مبتلایان به CHD می تواند در دهان ایجاد شود که گاهی خود بیمار از وجود و یا ارتباط آن با بیماری زمینه ای اطلاعی ندارد و با عنایت به اینکه این مسئله می تواند در روند درمانی بعضی از ضایعات که نیاز به درمان دارند تاثیر گذارده و یا حتی مخاطراتی را هم در رابطه با بیماری زمینه ای ایجاد نماید لذا این تحقیق با هدف بررسی حفره دهان مبتلایان به CHD صورت گرفته است.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی - مقطعی تعداد ۴۲ بیمار مبتلا به CHD مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) بطور تصادفی و در مدت یکسال و با استفاده از پرسشنامه تنظیمی و معاینه مستقیم مورد بررسی قرار گرفتند، و نتایج کلی بصورت توصیفی گزارش گردید.

یافته ها: از نظر تظاهرات دهانی آنچه که می تواند در ارتباط با بیماریهای قلبی آنها باشد بترتیب سیانوزه بودن مخاط دهان در ۱۷ مورد (۴۰/۵٪) و رنگ پریدگی در ۶ مورد (۱۴/۴٪) مشاهده شد، شکاف کام در دو مورد (۴/۷٪) و شکاف لب هم در دو مورد (۴/۷٪) مشاهده گردید که اگرچه این دو عارضه نمی تواند ارتباط مستقیمی با بیماری زمینه ای داشته باشد اما از جهت اینکه این عوارض می توانند گاهی همراه با CHD باشند اهمیت دارد.

نتیجه گیری: تظاهرات دهانی مشاهده شده به ترتیب شیوع عبارتند بودند از سیانوز، رنگ پریدگی مخاط و شکاف های دهانی.

واژه های کلیدی: بیماریهای دهان، تظاهرات دهانی، اختلالات مادرزادی قلب.

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد / سال ۱۳۸۶ جلد ۳۱ / شماره ۱ و ۲

مقدمه

در اکثر موارد این بیماری ها تهدیدکننده حیات نیستند و تقریباً در یک سوم موارد بصورت بحرانی بروز کرده که نیاز به اقدامات جراحی و سایر روشهای درمانی در همان سال اول زندگی دارد و در مواردی هم منجر به مرگ می شود.^(۲) با خدمات درمانی مناسب حدود ۶۰٪ نوزادان با بیماریهای بحرانی قلبی در سال اول زندگی زنده باقی می ماند. اگر دریچه دولتی آئورت را نادیده بگیریم VSD⁴ شایعترین ناهنجاری است و ۲۸٪ کل بیماریهای مادرزادی قلب را تشکیل می دهد.

CHD در سیاهپوستان اختلاف قابل توجهی با سفیدپوستان ندارد.^(۲)

قابل قبول ترین اتیولوژی CHD ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی است، یعنی یک زمینه ژنتیکی و احتمالاً پلی ژنتیک و یک عامل تراتوژن.^(۳) موتاسیون تک ژنی می تواند باعث ASD پرولاپس دریچه میترال، VSD و بلوک مادرزادی قلب گردد. ژنها مسئول کمتر از ۱۰٪ کل ناهنجاریهای قلب هستند و اغلب بیماران دچار یک ناهنجاری ایزوله، طرح کروموزومال طبیعی داشته و زمینه خانوادگی هم ندارند.^(۳) از عوامل محیطی می توان سرخجه، مصرف کوکائین توسط مادر و زندگی در ارتفاعات را نام برد که این عوامل می توانند خصوصاً باعث PDA و تنگی شریان پولمونر شوند بعضی بیماریهای مادرزادی قلبی همراه با بیماریها و یا سندرمهایی که بدنبال یک اختلال کروموزومال شناخته شده ایجاد می شوند می باشند، مانند سندرم داون، ترنر، تری زومی ۱۳ و ۱۵ و ...^(۲)

افزایش روزافزون مبتلایان به بیماریهای مادرزادی قلبی از یکطرف و مراقبتهای پزشکی پیشرفته و استفاده از تکنولوژی های نوین دیگر که باعث افزایش طول عمر این بیماران شده از طرف دیگر زمینه مراجعه بیشتر آنها را در سنین مختلف به مراکز دندانپزشکی جهت درمانهای ضروری فراهم نموده است. همچنین در این بیماران از بدو تولد و یا در سیر بیماری و در سنین بالاتر می تواند تظاهراتی در دهانشان ایجاد شود که یا مربوط به بیماری زمینه است و یا از عوارض درمانی آنها ناشی می شود که گاهاً بیماران از وجود عارضه و یا حداقل ارتباط آن با زمینه ایجادکننده بی اطلاع می باشند که این خود می تواند در ارزیابی و نتایج درمانی ضایعه تاثیرگذار باشد و یا مخاطراتی را هم در رابطه با بیماری زمینه ای آنها بوجود آورد در همین رابطه تحقیقی با بررسی حفره دهان مبتلایان به CHD¹ در رابطه با بروز تظاهرات ناشی از بیماری و یا عوارض درمانی آن صورت گرفته است.

انسیدانس بیماریهای مادرزادی قلب ۰/۸٪ تا ۱٪ ذکر شده است که در جنس مذکر شیوع بیشتری دارد ولی بعضی ضایعات در جنس خاص شیوع بیشتری دارند، مثلاً ASD² و PDA³ در جنس مونث شایع هستند در صورتی که تنگی آئورت، کوآرکتاسیون آئورت، تترالوژی فالوت، جابجائی شرائین بزرگ در جنس مذکر شایعترند.^(۱)

1. Congenital-heart-diseases
2. Aterial-septal-defect
3. Potential-ductus-ateriosus

4. Ventricular-septal-defect

تظاهرات دهانی صورتی مبتلایان به CHD:

این تظاهرات در مبتلایان با ریسک بالای ابتلاء به آندرکاریت باکتریال مثل تترالوژی فالوت بطن منفرد و ... بیشتر بصورت سیانوز و پتشی پورپورا می باشد.^(۴) در صورتی که در گروه با ریسک متوسط برای ابتلاء به آندرکاریت مثل اختلال عملکرد دریچه ها و ... تظاهرات دهانی خاصی گزارش نشده است.^(۴)

در صورت وجود نارسائی احتقانی قلب، عفونت، خونریزی، پتشی، اکیموز، ضایعات لیکنوئید و خشکی دهان که عمدتاً مربوط به عوارض ناشی از مصرف دارو می باشند می تواند از جمله ضایعات دهانی و یا شکایاتی باشد که بیمار گزارش می کند.^(۴) همچنین احتمال وجود شکافهای دهانی در مبتلایان به CHD وجود دارد در همین رابطه و در بررسی صورت گرفته بر روی ۲۲۰ بیمار مبتلا به شکاف های دهانی شامل ۱۴۴ مورد شکاف لب و کام (۶۵/۴٪) ۴۰ مورد شکاف لب (۱۸/۲٪) و ۳۶ مورد شکاف کام (۱۶/۴٪)، تنها در ۲۴ مورد معادل ۹/۲٪ ابتلاء به CHD گزارش شد. ناگفته نماند که همین گزارش شیوع بیشتر شکاف کام را در جنس مونث نشان داد.^(۵) و یا در مطالعه دیگری که بر روی ۱۱۴۸ بیمار با سن کمتر از ۱۵ سال مبتلا به شکاف های دهانی صورت گرفت CHD در ۶۲ مورد تشخیص داده شد که ۳۸ نفر پسر و ۲۴ نفر دختر بودند و از این تعداد ۲۷ نفر معادل ۴۴٪ شکاف کام و لب، ۲۵ مورد معادل ۴۰٪ شکاف کام و ۱۰ نفر معادل ۱۶٪ شکاف لب داشتند و همچنین ASD و VSD دو بیماری شایع مادرزادی قلبی بود که در ۲۱٪ تا ۲۳٪ آنها وجود داشت.^(۶)

در مطالعه دیگری تغییرات باکتریولوژیک پلاک میکروبی مبتلایان به CHD که به جهت پیشگیری از آندوکاردیت پنی سیلین مصرف می کردند مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که ترکیب باکتریایی پلاک بیشتر شامل استرپتوکوک ویریدانس، E.coli و استافیلوکوک اورئوس بوده و همچنین اندکس بیماریهای پریدونتال و پوسیدگی در این بیماران بالا بود.^(۷)

و بالاخره یکی از سندرمهای همراه با CHD که می تواند از نظر دندانپزشکی اهمیت داشته باشد سندرم Ellis-van-creveled یا کندرواکتودرمال دیستروفی است که علاوه بر اختلالات قلبی و اسکلتی می تواند علائمی از قبیل شکاف های دهانی، فرنوم لبیالی چند تائی با چسبندگی غیرطبیعی و غیبت مادرزادی انسیزورها را داشته باشد.^(۸)

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی پس از تعیین حجم نمونه، با توجه به شیوع حدود یک درصدی CHD و با استفاده از فرمول زیر که حداقل ۲۴ مورد بدست آمد و ضمن هماهنگی با بیمارستان امام رضا (ع) تعداد ۴۲ بیمار مبتلا به CHD بستری و یا مراجعه کننده به بخش قلب بیمارستان بصورت تصادفی و در مدت یکسال مورد معاینه قرار گرفتند.

$$N = \frac{Z^2 P^q}{E^2}$$

بررسی از طریق مصاحبه حضوری، تکمیل پرسشنامه که روائی و پایائی آن تأیید شده بود و معاینه کلینیکی تمام حفره دهان و اروفارنکس با

جدول ۱: تعداد افراد مبتلا به CHD بر حسب جنس

جنس	تعداد	درصد
مذکر	۲۳	۵۴/۸
مونث	۱۹	۴۵/۲
جمع	۴۲	۱۰۰

جدول ۲: تعداد افراد مبتلا به CHD بر حسب سن

سن	تعداد	درصد
کمتر از یکسال	۱۶	۳۸/۲
۱-۵	۱۴	۳۳/۳
۵-۱۰	۸	۱۹
بالاتر از ۱۰ سال	۴	۹/۵
جمع	۴۲	۱۰۰

جدول ۳: تظاهرات دهانی در مبتلایان به CHD

تظاهرات دهانی	تعداد	درصد
سیانوز	۱۷	۴۰/۵
رنگ پریدگی	۶	۱۴/۴
شکاف کام	۲	۴/۷
شکاف لب	۲	۴/۷
بدون علامت	۱۵	۳۵/۷
جمع	۴۲	۱۰۰

بحث

با توجه به نتایج حاصله از این بررسی مشخص شد که بیماریهای مادرزادی قلب بیشتر در جنس مذکر اتفاق می افتد که با نتایج حاصله از سایر بررسی ها مطابقت دارد.^(۱)

استفاده از نور مستقیم، آبسلانگ و ست معاینه صورت می گرفت. لازم به ذکر است که در رابطه با نوزادان اطلاعات از طریق والدین جمع آوری می شد. تشخیص ضایعات دهانی صرفاً براساس یافته های بالینی بود. عدم همکاری بیماران از جمله مشکلات طرح بود که مانع بررسی بیشتر آنها خصوصاً از نظر رادیولوژی شد. برای اطلاعات بدست آمده با استفاده از سیستم نرم افزاری SPSS اقدام به رسم جداول مربوطه شد.

یافته ها

از ۴۲ بیمار مورد مطالعه در این بررسی ۲۳ نفر (۵۴/۸٪) مذکر و ۱۹ نفر (۴۵/۲٪) مونث بودند (جدول ۱). بیشترین فراوانی سنی مربوط به بیماران با سن کمتر از یکسال یعنی ۱۶ مورد (۳۸/۱٪) بود و سن ۱ تا ۵ سال با فراوانی ۱۴ مورد (۳۳/۳٪) در درجه دوم و کمترین مقدار مربوط به سن بالاتر از ۱۰ سال یعنی ۴ نفر (۹/۵٪) بود (جدول ۲). همچنین مشخص شد که بالاترین درصد شیوع اختلالات مادرزادی بترتیب مربوط به VSD با ۱۷ مورد (۴۰/۵٪) و ASD با ۱۲ مورد (۲۸/۶٪) بود و سایر اختلالات در درجات بعدی قرار داشتند. در رابطه با وجود و یا عدم وجود تظاهرات دهانی در این بیماران مشخص شد که بالاترین فراوانی مربوط به سیانوزه بودن مخاط دهان یعنی ۱۷ مورد (۴۰/۵٪) بود و رنگ پریدگی مخاط ناشی از آنمی ۶ مورد (۱۴/۴٪) در درجه دوم قرار داشت شکاف کام و لب هر کدام با تعداد دو نفر (۴/۷٪) در درجه بعدی قرار داشتند و در ۱۵ مورد یعنی ۳۵/۷٪ هم علامت خاصی مشاهده نشد (جدول ۳).

و بالاخره آمار کمتر بدست آمده در رابطه با شکاف های دهانی در این بررسی در مقایسه با سایر مطالعات^(۵,۶) احتمالاً مربوط به جامعه آماری مورد مطالعه ما بوده که هم در تعداد کمتری بررسی شده و هم اینکه چون این عارضه بصورت تصادفی در بیماران CHD دیده می شود لذا در جوامع مختلف می تواند آمارهای متفاوتی داشته باشد. بنابراین پیشنهاد می شود دهان مبتلایان به CHD از جهت وجود و یا عدم وجود علامت و یا عارضه ای که ممکن است نیاز به درمان جداگانه ای داشته باشد بررسی شود و همچنین در کسانی که مبتلا به شکاف های دهانی هستند با توجه به احتمال همراهی آن با CHD مبتلایان مورد بررسی دقیق تر قرار بگیرند و یا اگر بیماری سابقه ابتلا به CHD را دارد از نظر شکافهای دهانی مورد معاینه قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتیجه بدست آمده در این مطالعه گویای وجود سیانوز، رنگ پریدگی و شکاف های دهانی در بررسی حفره دهان مبتلایان به CHD می باشد که در سایر مطالعات هم با آمارهای متفاوتی به آنها پرداخته شده است.

همچنین این مطالعه شیوع بیشتر این اختلالات را در سنین پائین نشان می دهد که با آمارهای بدست آمده از سایر منابع که همواره CHD از بدو تولد بوده^(۱) و مشخص شدن آن در سنین بالاتر گویای این حقیقت است که بعضی از بیماریها بدلیل اینکه علامت یا عارضه خاصی در ابتدا ندارند و در سالهای بعد از تولد تشخیص داده می شوند منطبق است.

بررسی حاضر نشان می دهد که بیشترین اختلال مادرزادی قلب مربوط به دو بیماری VSD و ASD است که این مورد هم با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد.^(۲)

در رابطه با تظاهرات دهانی در این بیماران بیشترین آمار بدست آمده مربوط به سیانوز است. مطالعات دیگر هم موید این مسئله است.^(۴) چرا که تمام اختلالات مادرزادی اعم از سیانوتیک و بخصوص غیرسیانوتیک در سیر خودشان و در صورت پیشرفت و عدم کنترل مناسب می توانند منجر به سیانوز شوند. اما نتیجه حاصل در رابطه با رنگ پریدگی مخاط دهان در این بررسی از آمار بیشتری در مقایسه با سایر مطالعات برخوردار است.^(۴) که احتمالاً مربوط به کنترل بهتر این بیماران در جوامع پیشرفته تر بوده که زمینه آندی در آنها را به حداقل می رساند.

منابع

1. Lynch MA. Disease of the cardiovascular system. In: Lynch MA, Brighman VJ, Greenberg MS, editors. Burcket's Oral Medicine: Diagnosis and treatment. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1994. P. 449-71.
2. Little JW, Falace DA, Miller C, Rhodus NT. Dental management of the medically compromised patient. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2002. P. 52.
3. Barbosa MM, Rocha CM, Katina T, Caldas M, Codoriz A, Medeiros C. Prevalence of congenital heart disease in oral cleft patient. *Pediatr Cardiol* 2003; 24: 369-74.

4. Liang CD, Huang SC, Lai JP. A survey of congenital heart disease in patients with oral cleft. *Acta pediatrica Taiwan* 1999; 40: 414-17.
5. Darbous MS, Dahab OM, Atar E, EL Ghafary E. Dental oral bacteriological aspect in patients at risk of subacute bacterial endocarditis. *Egypt Dent* 1993; 39: 533-39.
6. Hattab FN, Yassin OM, Sasa IS. Oral manifestation of Ellis-van-Creveland syndrome: report of two children with unusual dental anomalies. *Clin Pediatr Dent* 1998; 22: 159-65.
7. Saunders CP, Roberts GJ. Dental attitude, knowledge and health practices of parents of children with congenital heart disease. *Arch Dis Child* 1997; 76: 539-40.
8. Creighton JM. Dental care for pediatric cardiac patient. *J Can Dent Assoc* 1992; 58: 201-2, 206-7.