

بررسی سلامت دهان و دندان در مبتلایان به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز درمانی تالاسمی بیمارستان فوق تخصصی دکتر شیخ مشهد در سال ۱۳۸۱

دکتر بهجت الملوک عجمی*#، دکتر مریم طالبی**، دکتر معصومه ابراهیمی**

* دانشیار گروه دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
** استادیار گروه دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
تاریخ ارائه مقاله: ۸۴/۷/۳ - تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۱/۵

Title: Evaluation of oral and dental health status in major thalassemia patients referred to Dr. SHEIKH Hospital in Mashhad in 2002

Authors:

Ajami B. Associate Professor*#, Talebi M. Assistant Professor*, Ebrahimi M. Assistant Professor*

Address:

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

Introduction:

The thalassaemias, a heterojenous group of inherited disorders, are caused by deficient synthesis of one or more of the chains of human haemoglobin. Oral-facial manifestations such as maxillary protrusion, severe malocclusion, marked openbite, saddle nose, protrusion of upper lip and glossitis are seen in thalassemia.

Materials & Methods:

In this cross-sectional descriptive study, 165 patients, consisting of 97 boys and 68 girls who supported by thalassemic society were examined. Study variables were age, sex, dental caries and gingival status. Data were analyzed by Chi-square, T test and variance analysis.

Results:

Mean DMFT index was 3.6 ± 0.2 , and the maximum belonged to more than 18 year old children (6.31 ± 3.28). DMFT=0 and dmft=0 was found in 28.2% and 34.4% respectively. In relation to gingival status 33% had gingivitis, 1.8% had periodontitis and 64.8% normal gingival.

Conclusion:

According to the high incidence of caries and gingivitis in thalassemic patients need to be encouraged for effective preventive measures, education and dental treatment for this high risk group.

Key words:

Major thalassemia, oral and dental health, epidemiology.

#Corresponding Author: Bh-Ajami@yahoo.com

Journal of Dentistry. Mashhad University of Medical Sciences, 2006; 30: 99-108.

چکیده

مقدمه:

بیماری تالاسمی جزء اختلالات مادرزادی می باشد که در آن نقص در سنتز یک یا بیش از یکی از زنجیره های هموگلوبین دیده می شود. تظاهرات دهانی، صورتی متعددی مانند جلوزدگی ماگزایلا، مال اکلوزن شدید، اپن بایت، پهن شدن پل بینی، بیرون زدگی لب بالا و گلوپیت در این افراد مشاهده شده است. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت سلامت دهان و دندان در کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز درمانی تالاسمی بیمارستان فوق تخصصی دکتر شیخ مشهد بود.

مواد و روش ها:

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۱۶۵ بیمار شامل ۹۷ پسر و ۶۸ دختر مبتلا به تالاسمی ماژور تحت پوشش انجمن تالاسمی استان خراسان مورد معاینه دهان و دندان قرار گرفتند. متغیرهای مورد مطالعه سن، جنس، پوسیدگی دندانها و وضعیت لثه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های Chi-square و T-test و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده گردید.

یافته ها:

میانگین DMFT در کل افراد مورد مطالعه $۳/۶ \pm ۰/۲۹$ بود و بیشترین میزان آن در گروه سنی بالای ۱۸ سال مشاهده گردید ($۳/۲۸ \pm ۰/۳۱$). در این مطالعه $۲۸/۲\%$ افراد دارای $DMFT=۰$ و $۳۴/۴\%$ دارای $dmft=۰$ (Caries free) بودند. در این بررسی $۶۴/۸\%$ افراد دارای لته نرمال از نظر کلینیکی و ۳۳% دارای علائم ژنژیویت و $۱/۸\%$ دارای پریودنتیت بودند.

نتیجه گیری:

با توجه به شیوع بالا پوسیدگی دندان و بیماریهای لته ای در مبتلایان به تالاسمی، نیاز به اقدامات پیشگیری، آموزش و درمان های دندانپزشکی جهت این افراد مورد نیاز می باشد.

واژه های کلیدی:

تالاسمی ماژور، سلامت دهان و دندان، اپیدمیولوژی.

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد / سال ۱۳۸۵ جلد ۳۰ / شماره ۱ و ۲

مقدمه:

مال اکلوژن شدید، رنگ پریدگی مخاط و اوپن بایت قدامی را نام برد^(۲،۳).

ملاحظات خاص دندانپزشکی در این بیماران به علت استعداد زیاد به عفونت و کاهش هموگلوبین از اهمیت خاصی برخوردار است. در امر بهبود سلامت دهان و دندان نیز وظیفه دندانپزشکان می باشد که با آگاه کردن این کودکان و والدین آنها اقدامات پیشگیری و درمانی را هرچه زودتر انجام دهند^(۴).

در بررسی اپیدمیولوژیک شیوع پوسیدگی های دندانی در بیماران جوان که توسط Leonardi و همکاران انجام شد مشخص گردید ۹۰% پسران و ۶۶% دختران مبتلا به تالاسمی پوسیدگی دندان دارند اما اختلافی بین $DMFT^1$ و $dmft^2$ در دو جنس دیده نشد^(۵). در مطالعه ای توسط Bucci و همکاران که در سال ۱۹۹۰ در ایتالیا انجام شد برخلاف سایر مطالعات کاهش روند پوسیدگی در مبتلایان به تالاسمی مشاهده شد. البته تمامی موارد فوق بعد از یک ماهگی تحت درمان قرار گرفته بودند و محقق آنتی بیوتیک تراپی

کشور ما ایران در منطقه معتدل شمالی کره زمین و در مسیر کمربند جهانی تالاسمی قرار دارد. متأسفانه ایران از نظر نسبت مبتلایان به کل جمعیت کشور بالاترین رقم را در دنیا دارا می باشد، به گونه ای که متجاوز از ۲۰ هزار بیمار تالاسمی ماژور و بیش از ۳۰۰ هزار نفر تالاسمی مینور شناسایی شده اند. از طرفی هر سال متجاوز از ۱۰۰۰ مورد جدید به موارد قبلی افزوده می شود^(۱). بیماری برای اولین بار در سال ۱۹۲۵ توسط Cooley و Lee با تظاهرات آنمی شدید همراه با اسپلنومگالی و تغییرات استخوانی در سنین اولیه زندگی شرح داده شد. نوزاد مبتلا در ابتدای تولد سالم است و تظاهرات عمدتاً در چهار الی شش ماه ابتدای زندگی رخ می دهد. چهره زرد، لب کوچک، پره ماگزیا بزرگ، پیشانی بیرون زده، اسپلنومگالی، هیپاتومگالی، سر نسبتاً بزرگ، محو شدن پل بینی، خونریزی مخاطی سطحی، پتشی، پورپورا و استعداد به عفونت از علائم بیماری می باشد. از تظاهرات دهانی صورتی آنها می توان، جلوزدگی ماگزیا، تحدب استخوان گونه، برجستگی استخوان پیشانی، پهن بودن پل بینی، بیرون زدگی انسیزورهای ماگزیا،

1. DMFT: Decay, Missing, Filling in permanent teeth
2. dmft: decay, missing, filling in primary teeth

لحاظ سنی تقسیم شدند. هیچ اختلاف قابل توجهی از لحاظ آماری در رابطه با معیارهای پلاک اندکس و ژنژیوال اندکس و عمق پروبینگ بین دو گروه دیده نشد. ژنژیوال ایندکس نشان داد که ۳۱٪ از بیماران تالاسمیک، ژنژیویت متوسط - شدید داشتند و ۶۹٪ بقیه ژنژیویت خفیف - متوسط داشتند. تمامی بیماران تالاسمیک التهاب لثه داشتند که مشابه گروه کنترل بود. میانگین DMFT در گروه ۱۲ - ۶ ساله ($۸/۷ \pm ۶/۵۷$) و در گروه ۱۸ - ۱۳ ساله ها ($۱۲/۹۶ \pm ۶/۸$) بود که تقریباً دو برابر گروه کنترل ($۴/۳ \pm ۱/۶$) بوده و اختلاف قابل توجهی از لحاظ آماری در مقایسه با گروه کنترل داشت. نتایج نشان داد که تالاسمی در رابطه با افزایش ژنژیویت یا پریودنتیت نیست اما در رابطه با تجربه بالاتر پوسیدگی می باشد^(۱۰).

در مطالعه ای که توسط Luglie و همکاران در سال ۲۰۰۲ در ایتالیا در رابطه با ارزیابی شرایط دهانی، خواص شیمیایی بزاق و سطوح بزاقی استرپتوکوک موتانس در بیماران تالاسمی صورت گرفت ۱۸ بیمار (۱۵ مذکر، ۳ مونث) و ۱۸ نفر به عنوان گروه کنترل سالم که بصورت تصادفی از لحاظ سن و جنس با هم جور شده بودند مورد معاینه قرار گرفتند. پوسیدگی های دندانی، وضعیت بهداشت دهانی، ترکیب شیمیایی بزاق، کلسیم، فسفر، پتاسیم، سدیم، اوره و سطح استرپتوکوک موتانس بزاقی در افراد فوق ارزیابی شد. میزان DMFT در افراد تالاسمی ($۱۰/۳$) مشابه گروه کنترل ($۹/۴$) بود. همچنین از لحاظ وضعیت بهداشت دهانی بین دو گروه اختلافی مشاهده نشد. ترکیب شیمیایی در دو گروه مشابه بود فقط غلظت اوره در مبتلایان به تالاسمی بطور قابل توجهی پایین تر بود. همچنین سطح استرپتوکوک موتانس در

پیشگیری را قبل از شروع کار دندانپزشکی برای این افراد توصیه کرد^(۶).

طبق مطالعه Siamopoulou بر روی ۲۱ کودک مبتلا به تالاسمی در سال ۱۹۹۲ مشخص شد که میزان پوسیدگی و ژنژیویت در این کودکان در مقایسه با کودکان سالم بیشتر است^(۷). De Mattia در کشور ایتالیا با مطالعه ۶۰ بیمار با تالاسمی ماژور گزارش کرد که اکثر بیماران بهداشت دهانی ضعیف و پوسیدگی دندانی واضح را نشان دادند و با برداشت طحال افزایش تعداد پوسیدگی مشاهده شد^(۸). در تحقیقی که توسط Hattab و همکاران در سال ۲۰۰۱ انجام شد ۵۴ کودک مبتلا به تالاسمی (۲۳ کودک ۹-۶ ساله و ۳۱ کودک ۱۸-۱۲ ساله) معاینه شدند. میانگین dmft $۶/۹۲$ در کودکان ۷-۶ ساله و $۴/۷۲$ در کودکان ۹-۸ ساله بود. میانگین DMFT، $۶/۵۷$ برای ۱۴-۱۲ ساله ها و $۵/۹۵$ برای ۱۸-۱۵ ساله ها بود. هیچ اختلاف قابل توجهی از لحاظ تجربه پوسیدگی dmft/DMFT بین جنس، سن و دندانهای شیری و دائمی دیده نشد. $۱۷/۴$ ٪ از کودکان ۹-۶ ساله و $۲۱/۴$ ٪ از افراد ۱۸-۱۲ ساله Caries free بودند شیوع پوسیدگی های دندانی بطور قابل توجهی بالاتر ($۲۲/۷$ ٪) از افراد نرمال بود ($۱/۴$ ٪) که غفلت از درمان های محافظه کارانه را نشان می دهد، همچنین بیشتر از نیمی از بیماران ($۶۱/۱$ ٪) بهداشت دهانی ضعیف داشتند^(۹).

در مطالعه ای که توسط Wahadni و همکاران در سال ۲۰۰۲ در اردن انجام شد، ۶۱ بیمار مبتلای ۱۸-۶ ساله و ۶۳ فرد سالم به عنوان گروه کنترل جهت رسوبات پلاک، ژنژیویت، پریودنتیت، پوسیدگی دندانی، عمق پاکت و DMFT مورد بررسی قرار گرفتند. گروه مطالعه به دو زیرگروه ۱۲-۶ سال و ۱۸-۱۳ سال از

میزان DMFT در کل افراد مورد مطالعه $۳/۶ \pm ۰/۲۹$ بوده است و بیشترین میزان آن در گروه سنی ۱۸ سال به بالا مشاهده گردید. میانگین DMFT در کودکان ۱۲-۱۸ ساله، $۲/۲۹ \pm ۲/۲۷$ ، در ۱۸-۱۲ ساله ها $۴/۴۵ \pm ۳/۶۹$ و افراد ۱۸ سال به بالا، $۶/۳۱ \pm ۳/۲۸$ بود (جدول ۲).

مقایسه میانگین DMFT و اجزاء آن بر حسب جنس در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه نشان داد که اختلاف قابل توجهی از لحاظ آماری بین میانگین DMFT و اجزاء آن به استثناء از دست رفتن دندان بین دو گروه مشاهده نشد (جدول ۳).

در مطالعه حاضر $۲۴/۲\%$ از افراد تحت مطالعه $DMFT = ۰$ داشتند همچنین در $۳۴/۴\%$ از افراد تحت مطالعه تا گروه سنی ۱۲ سال $dmft = ۰$ بود.

میانگین $dmft$ در دندانهای شیری در مطالعه فوق $۳/۹۰ \pm ۴/۷۱$ بوده است که بیشترین تعداد مربوط به پوسیدگی دندان و درصد ناچیزی مربوط به دندانهای ترمیم شده بوده است.

توزیع فراوانی وضعیت لثه در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه قرار گرفت و وضعیت لثه در $۶۱/۹\%$ از افراد مذکر و $۶۹/۱\%$ از افراد مونث نرمال بود. همچنین در $۳۶/۱\%$ از افراد مذکر و $۲۹/۴\%$ از افراد مونث ژنژیویت مشاهده شد. $۱/۲\%$ از افراد مذکر و $۱/۵\%$ از افراد مونث مبتلا به پریودنتیت بودند. آزمون آماری اختلاف قابل توجهی را از لحاظ وضعیت لثه بین دو جنس نشان نداد (جدول ۴).

جدول ۵ توزیع فراوانی رنگ لثه و مخاط دهان را در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه نشان می دهد. طبق جدول فوق، در $۲۰/۶\%$ از افراد تحت مطالعه $(۲۳/۷\%)$ افراد مذکر و $۱۶/۲\%$ از افراد مونث) رنگ پریدگی مخاط

مبتلایان به تالاسمی بالاتر بود. اگر چه هیچ اختلاف قابل توجهی بین دو گروه دیده نشد. تحقیقات بیشتری جهت تعیین احتمال ابتلا به بیماری های دهانی در کودکان تالاسمیک لازم است^(۱۱).

هدف از این مطالعه بررسی سلامت دهان و دندان در مبتلایان به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز درمانی تالاسمی بیمارستان فوق تخصصی دکتر شیخ می باشد.

مواد و روش ها:

این مطالعه توصیفی - مقطعی، بر روی ۱۶۵ بیمار مبتلا به تالاسمی (۹۷ پسر و ۶۸ دختر) در مرکز درمانی تالاسمی بیمارستان فوق تخصصی دکتر شیخ مشهد صورت گرفت. واحد آماری کودکان مبتلا به تالاسمی بود و مطالعه به روش نمونه برداری ساده انجام گرفت. متغیرهای مورد مطالعه شامل سن، جنس، پوسیدگی دندان و وضعیت لثه می باشد. در استانداردهای تشخیصی از اندکس های DMFT و $dmft$ جهت تعیین وضعیت سلامت دندان ها و از اندکس^۱ (CPITN) برای تعیین وضعیت سلامت لثه استفاده شده است^(۹). جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های T-Test، Chi-square و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید.

یافته ها:

توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه برحسب گروه سنی و جنس نشان داد که بیشتر افراد تحت مطالعه، در گروه سنی ۱۲-۶ سال بودند ($۳۹/۴\%$)، اما رابطه معنی داری بین جنس و گروه سنی مشاهده نشد (جدول ۱).

1. CPITN: The community of periodontal index of treatment needs

که اختلاف قابل توجهی از لحاظ آماری بین دو جنس وجود ندارد.

دهان و لثه مشاهده شده است. همچنین پیگمانتاسیون سیاه یا خاکستری در ۹/۱٪ از افراد تحت مطالعه (۱۰/۲٪ از افراد مذکر و ۷/۴٪ از افراد مونث) دیده شد

جدول ۱: توزیع فراوانی سن و جنس در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه

گروه سنی	جنس	مذکر		مونث		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰-۶		۲۶	۲۶/۸	۱۵	۲۲/۱	۴۱	۲۴/۸
۶-۱۲		۴۳	۴۴/۳	۲۲	۳۲/۴	۶۵	۳۹/۴
۱۲-۱۸		۱۸	۱۸/۶	۲۲	۳۲/۴	۴۰	۲۴/۲
۱۸ به بالا		۱۰	۱۰/۳	۹	۱۳/۲	۱۹	۱۱/۵
کل		۹۷	۱۰۰/۰	۳۸	۱۰۰/۰	۱۶۵	۱۰۰/۰
نتیجه آزمون			P = ۰/۱۵		X ^۲ = ۵/۲۵		

جدول ۲: مقایسه میانگین DMFT و اجزاء آن برحسب گروه سنی در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه

وضعیت دندانی	گروه سنی	D		M		F		DMFT	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	۶-۱۲ سال (n=۶۵)	۱/۹۶	۲/۱۳	۰/۱۸	۰/۴۹	۰/۱۳	۰/۵۲	۲/۲۹	۲/۲۷
	۱۲-۱۸ سال (n=۴۰)	۳/۵۲	۳/۰۵	۰/۶۰	۰/۹۲	۰/۳۲	۰/۷۲	۴/۴۵	۳/۶۹
	۱۸ سال به بالا (n=۱۹)	۴/۷۳	۳/۲۹	۱/۱۵	۱/۱۱	۰/۴۲	۰/۹۰	۶/۳۱	۳/۲۸
کل		۲/۸۹	۲/۸۳	۰/۴۶	۰/۸۴	۰/۲۴	۰/۶۶	۳/۶۰	۰/۲۹
نتیجه آزمون		F = ۹/۶	P < ۰/۰۰۱	F = ۱۲/۵	P < ۰/۰۰۱	F = ۱/۸	P = ۰/۱۷	F = ۹/۶	P < ۰/۰۰۱

جدول ۳: مقایسه میانگین DMFT و اجزاء آن برحسب جنس در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه

وضعیت دندانی	D		M		F		DMFT	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مذکر (n=71)	2/88	2/98	0/33	0/73	0/19	0/62	3/42	3/42
مونث (n=53)	2/90	2/64	0/64	0/94	0/20	0/72	3/12	3/84
کل	2/89	2/83	0/46	0/84	0/24	0/66	3/60	0/29
نتیجه آزمون	t=0/37	t=2/10	t=0/86	t=0/17	P=0/70	P=0/47		

جدول ۴: توزیع فراوانی ضایعات لثه در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه

ضایعات لثه	جنس		مونث		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نرمال	60	61/9	47	69/1	64/8	107
ژنژیویت	35	36/1	20	29/4	33/3	55
پریودنتیت	2	1/2	1	1/5	1/8	3
کل	97	100/0	68	100/0	100/0	165
نتیجه آزمون	P=0/62	X ² =0/93				

جدول ۵: توزیع فراوانی رنگ لثه و مخاط دهان در بیماران تالاسمیک مورد مطالعه

رنگ لثه و مخاط دهان	جنس		مونث		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پیگمانتاسیون سیاه یا خاکستری	10	10/3	5	7/4	9/1	15
(صورتی) نرمال	29	29/9	31	45/6	34/4	60
صورتی پررنگ	20	20/6	10	14/7	18/2	30
قرمز	15	15/5	11	16/2	15/8	26
رنگ پریده	23	23/7	11	16/2	20/6	34
کل	97	100/0	68	100/0	100/0	165
نتیجه آزمون	P=0/29	X ² =4/97				

بحث:

بررسی وضعیت پوسیدگی در بیماران تالاسمیک در مطالعه حاضر نشان داد که بالاترین میزان DMFT در رده سنی ۱۸ سال به بالا ($2/28 \pm 6/31$) بدست آمده است. در اکثر مطالعات مشخص گردیده است که شیوع پوسیدگی دندانی در مبتلایان به تالاسمی بالاتر از نمونه های نرمال بوده است^(۷،۹،۱۰). البته نتایج حاصل از این مطالعات بر خلاف مطالعه Scutellon و Luglie بود که در آن ریسک پوسیدگی در مبتلایان به تالاسمی مشابه با گروه کنترل گزارش شده است^(۱۱،۱۲).

مقایسه میزان DMFT و dmft در افراد تحت مطالعه نشان داد بالاترین جزء DMFT، مربوط به پوسیدگی در تمام رده های سنی مورد مطالعه بوده است (جدول ۲ و ۴). در سال ۲۰۰۱ در بررسی میزان DMFT در بیماران تالاسمیک در اردن نیز همین نتیجه بدست آمد، که عدم مراجعه مرتب این بیماران به دندانپزشک و نیز بهداشت دهانی ضعیف در بروز این امر دخیل می باشد^(۹).

این مطالعه نشان داد که $34/4\%$ از کودکان مطالعه تا سن ۱۲ سالگی $dmft = 0$ داشتند، همچنین $24/2\%$ از افراد $DMFT = 0$ داشتند (Caries free). در تحقیق Hattab در سال ۲۰۰۱ در اردن $dmft = 0$ در $17/4\%$ از کودکان ۶-۹ ساله و $21/4\%$ از کودکان ۱۲-۱۸ ساله گزارش شد. در مطالعه De Mattia در ایتالیا در ۶۰ بیمار تنها ۵ نفر Caries free گزارش شد^(۸،۹). در همه این مطالعات کاهش محسوس موارد Caries free در افراد مبتلا به تالاسمی مشهود می باشد.

مقایسه میانگین DMFT و dmft اختلاف قابل توجهی را از لحاظ آماری در مطالعه فوق نشان نداد

احتمالاً یکی از دلایل این شباهت شرایط یکسان بیماری در افراد و عوارض کلینیکی مشابه و عدم رعایت بهداشت دهان توسط این بیماران می باشد.

اندکس DMFT بالا در مبتلایان به تالاسمیک نشان دهنده نیاز به درمان های ترمیمی در این بیماران می باشد. اما مشکلات بیمه و محدودیت وقت در بیماران تالاسمی انجام درمان های مورد نیاز در این بیماران را مشکل تر ساخته است. بالا بودن DMFT نشان دهنده عفونت دهانی فعال در این بیماران با مشکلات پزشکی می باشد که ممکن است به دلیل ماهیت مزمن بیماری تالاسمی باشد. بیماران با این بیماری تهدید کننده زندگی جهت درمانهای دندانپزشکی مورد غفلت واقع شده اند. شیوع بالا پوسیدگی در این بیماران می تواند به علت فقدان آگاهی دندانپزشکی، بهداشت دهانی ضعیف، عادات تغذیه ای غلط و انگیزه پایین در این بیماران باشد^(۱۰). وجود سطوح بالای پوسیدگی در این بیماران این حقیقت را منعکس می کند که این افراد مشکلاتی را در دسترسی به درمان های دندانپزشکی ترمیمی و پیشگیری دارند^(۱۰).

Kaplan توضیح می دهد که پوسیدگی های دندانی در این بیماران به نظر می رسد که ابتدائاً همراه با غفلت از دندانپزشکی (Dental neglect) است. والدین بیماران بیشتر با مشکلات ناشی از بیماری درگیر هستند و کمتر به شرایط دندانی بیمار توجه می کنند و فقط در مواقعی که کودک درد دندان دارد، در جستجوی درمانهای دندانپزشکی هستند. بنابراین بر آموزش این گروه از افراد در پیشگیری از بیماری های دندانی و پرودنتال بایستی تاکید شود^(۱۳). در یک مطالعه اولیه اختلالات اندوکراین ایجاد شده در بیماران تالاسمی مسئول افزایش شیوع پوسیدگی در این افراد

عدم توانایی بیماران در بستن دهان به دلیل پروتروژن دندان ها باشد.

همچنین آنوکسمی مزمن در برخی افراد آنها را به اختلالات ژنژیوال مستعد می کند^(۷،۱۰).

پوسیدگی دندانی، اتیولوژی مولتی فاکتوریال دارد و پیشگیری از بیماری در تمام بیماران، مخصوصاً در افراد در ریسک بالا باید در اولویت قرارگیرد. بیماران تالاسمیک باید در معرض برنامه های پیشگیری قرار گیرند و نیاز به جلسات مکرر کنترل دارند تا نیاز به درمان های تهاجمی کمتر شود. بیمارانی که اسپلینکتومی داشته اند در ریسک بالای عفونت به دنبال باکتری می هستند و در این افراد پروفیلاکسی آنتی بیوتیک شبیه پیشگیری از اندوکاردیت باکتریال قبل از درمان های تهاجمی باید بکار رود. همچنین بیماران تالاسمیک در ریسک بالای هیپاتیت ویرال هستند و احتیاطات مناسب توسط تیم دندانپزشکی در هنگام درمان این افراد باید انجام شود. باید توجه داشت که بیهوشی عمومی به دلیل هیپوکسی آمیک در این افراد خطرناک است و درمان های محافظه کارانه پوسیدگی نسبت به درمان های پالپ یا کشیدن دندان مورد قبول تر است^(۴).

نتیجه گیری:

اختلال در سلامت دهان و دندان بیماران تالاسمیک ماژور بطور محسوسی مشاهده می شود. با توجه به نتایج مطالعه آموزش های خاص بهداشت دهانی جهت مقابله با شیوع بالاتر پوسیدگی دندانی در مبتلایان به تالاسمی و پیشگیری از بیماری های دندانی و پیشرفت بیماری ضروری است. آنها همچنین باید مراقبت های پیگیری مرتب و درمانهای ترمیمی دندانپزشکی لازم را دریافت کنند.

شناخته شده است^(۱۴). نتایج مطالعات Siamopoulou نشان داد که اختلافات در غلظت اجزاء بیوشیمیایی بزاق بیماران مبتلا به تالاسمی (کاهش فسفر، بالا بودن سدیم و پایین بودن IgA) در مقایسه با گروه کنترل ممکن است به دلیل بالا بودن قابل توجه پوسیدگی و ژنژیویت در این بیماران باشد. یک نقش خاص برای IgA در نظر گرفته شده است. پایین بودن IgA ممکن است نفوذ میکروبی موثر در افزایش پوسیدگی در بیماران تالاسمی را افزایش دهد، که البته نیاز به مطالعات بیشتری در زمینه تغییرات در ترکیب شیمیایی بزاق و نقش آن در اتیولوژی پوسیدگی دندانی در بیماران تالاسمی می باشد^(۷).

همچنین طبق مطالعه آقا حسینی در مبتلایان تالاسمی در تهران، آمار نشان می دهد که علت اصلی عدم ارائه خدمات دندانپزشکی به این بیماران عدم مراجعه آنها بوده است که شاید دلیل آن مشکلات درمانی اختصاصی این دسته از بیماران باشد و یا اینکه با توجه به هزینه درمان اختصاصی آنها به درمان های دندانپزشکی توجه خاصی نمی شود^(۱۵).

در رابطه با وضعیت لثه، ۳/۳۳٪ از افراد مورد مطالعه ژنژیویت و ۱/۸٪ از مبتلایان پریودنتیت مشاهده شد. در مطالعه ای که در تهران در سال ۱۳۷۹ بر روی بیماران مبتلا به تالاسمی انجام شد در ۷/۷۳٪ از موارد ژنژیویت مشاهده شد^(۴)، که موافق با سایر مطالعات می باشد^(۷،۱۰،۱۷). مطالعات De Mattia و Siamopoulou نیز نشان داد که اکثر این بیماران وضعیت لثه ای ضعیفی داشتند^(۷،۸).

شیوع ژنژیویت در مبتلایان به تالاسمی ماژور به نظر می رسد در رابطه با فاکتورهای موضعی مثل بهداشت دهانی ضعیف، مال اکلوژن و خشکی لثه بدلیل

تشکر و قدردانی:

در این تحقیق آقای دکتر حمید عرب در جمع آوری اطلاعات کمک شایانی کرده اند.

منابع:

۱. بنی هاشم، عبدا...، بررسی میزان ترانسفوزیون در بیماران تالاسمی ماژور قبل و بعد از اسپلکتونومی، مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۸، شماره ۶۴، ص ۹۴-۱۰۰.
2. Brawnwald E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson J. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: MC Graw-Hill Co; 2001. P. 672.
3. Greenberg M, Glick M. Burket's oral medicine diagnosis and treatment. 10th ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003. P. 435.
۴. آقا حسینی، فرزانه، شنبیدی، محمد. اثر تالاسمی بر تغییرات دندانی و DMFT، تغییرات مخاطی و (GI) Gingival index. مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۹ جلد ۱۸ شماره ۳ صفحه ۱۹۳-۱۸۵.
5. Leonardi R, Varzi P, Caltabiano M. Epidemiological survey of the prevalence of dental caries in young thalassemia major patients. J Stomatol-Mediterr 1990; 10: 133-6.
6. Bucci E, Lo Muzio L, Mignogna MD, Caparrotti MA. β -thalassemia and orodental implications, a clinical study. Minerva Stomatol 1990; 39: 9-13.
7. Siamopoulou Mavridou A, Mavridis N, Galanakis E. Flow rate and chemistry of parotid saliva related to dental caries and gingivitis in patient with thalassemia major. J Int Pediat Dent 1992; 2: 93-7.
8. De Mattia D, Pettini PL, Sabato V, Rubini G, Laforgia A, Shettini F. Oromaxillofacial changes in thalassemia major. Minerva Pediatr 1996; 48: 11-20.
9. Hattab FN, Hazza`a AM, Yassin OM, Al- Rimawi HS. Caries risk in patient with thalassemia major. J Int Dent 2001; 51: 35-8.
10. Al-Wahadni AM, Taani DQ, Al-Omari MO. Dental diseases in subjects with beta-thalassemia major. J community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 418-22.
11. Luglie P, Campus G, Deiola C, Mela M, Gallisai D. Oral condition, chemistry of saliva, and salivary levels of streptococcus mutans in thalasemic patients. Clinical Oral Investigations 2002; 6: 223-6.
12. Scutellori PN, Orzincolo C, Andraghetti D, Gamberini MR. Anomalies of the masticatory apparatus in α -thalassemia. The present status after transfusion and iron-chelating therapy. Radio Med 1994; 87: 389-96.
13. Kaplan RL, Werther R, Costano FA. Dental and oral finding in Cooley's anaemia. A study of fifty cases. Ann NY Acad Sci 1964; 119: 664-6.
14. Ventura B. Cooley's anaemia. Its dental aspects. Clin Odont 1955; 10: 42-50.

۱۵. آقا حسینی، فرزانه. شبندی، محمد. بررسی تغییرات فکی، صورتی در بیماران مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به بیمارستان حضرت علی

اصغر(ع). مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۹، دوره ۱۳، شماره ۲، صفحه ۲۴-۱۶.

16. Crawford JM. Periodontal disease in sickle cell disease subjects. J Periodont 1988; 59: 164-9.