

گزارش تظاهرات دهانی - صورتی عفونت ویروس هرپس سیمپلکس در بیماران مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد و درمانگاه پوست

بیمارستان قائم (عج) مشهد

دکتر زهرا دلاوریان *

استادیار بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر کاملیا فرمند

دندانپزشک

چکیده

مقدمه

یکی از علل شایع ضایعات دهانی عفونت ویروس هرپس سیمپلکس HSV** می باشد. از اینرو بررسی یکساله ای بر روی بیماران مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد و درمانگاه پوست بیمارستان قائم (عج) و به منظور تعیین تظاهرات دهانی - صورتی عفونت HSV گزارش ۴ مورد از آن صورت گرفت.

مواد و روشها

پرسشنامه‌ای برای هر یک از بیماران مبتلا به عفونت هرپس حاد اولیه و عود کننده به منظور دستیابی به اطلاعاتی چون فراوانی انواع عفونت HSV، راههای انتقال و پراکندگی آن از نظر سن و جنس، محل ضایعات، علائم عمومی، عوامل مستعد کننده، سیر بهبودی ضایعات و نقش قطره فلج اطفال بر روی عفونت HSV تهیه و تکمیل گردید. (اسفند ماه ۱۳۷۵ تا اسفند ماه ۱۳۷۶)

یافته‌ها

بررسی یکساله ما نشان داد عفونت HSV اولیه و عود کننده در همه گروههای سنی بروز می‌نماید که معمولاً با همان نمای بالینی کلاسیک مشاهده می‌شود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که عفونت HSV در صورت و دهان معمولاً با نمای بالینی قابل تشخیص است و به آسانی درمان می‌گردد، در مورد اثر واکسن فلج اطفال بر روی عفونت HSV تحقیق جدایی توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها

عفونت ویروس هرپس سیمپلکس، تظاهرات دهانی صورتی، عفونت HSV اولیه و عودکننده

مقدمه

مواد و روش‌ها

عفونت ویروس هرپس سیمپلکس از شایعترین عفونت‌های ویروسی به شمار می‌رود که می‌تواند با ابتلاء مخاط دهان، چشم، ناحیه تناسلی، پوست، مغز و... بیماریهای متفاوتی از یک عفونت ساده مثل هرپس عود کننده لب گرفته تا پیچیده و کشنده ترین انواع آن (عفونت مغز، عفونت حاد منتشر نوزادان، هرپس مزمن و شدید در بیماران دارای ضعف سیستم ایمنی، کارسینوم گردن رحم و...) را ایجاد نماید. عفونت HSV در بدن انسان به سه شکل عفونت اولیه، فرم خفته و عفونت عود کننده مشاهده می‌شود. هر چند عفونت ویروس هرپس سیمپلکس بصورت حاد (اولیه) یا عود کننده (ثانویه) تظاهر می‌یابد اما در بیماران دارای ضعف سیستم ایمنی می‌تواند سیر مزمن و شدید داشته باشد^(۱) عفونت اولیه یک عفونت سیستمیک با تظاهرات بالینی متفاوت است که به محل عفونت و میزان تکثیر ویروس بستگی دارد.^(۲) و در بیماران رخ می‌دهد که سابقه ای از آلودگی با HSV را نداشته‌اند. این نوع عفونت در حفره دهان و حلق بصورت ژنژیواستوماتیت هرپتیک حاد اولیه به تنهایی در کودکان، و یا همراه با فارنژیت در دوران دانش آموزی و دانشجویی و یا بصورت عفونت اولیه اوروفارنکس (فارنگوتونسیلیت) در بالغین مسن تر مشاهده می‌شود و بر این اساس راههای انتقال و انتشار متفاوت می‌باشد.^(۱) عفونت عود کننده HSV بر اثر فعال شدن ویروس خفته در گانگلیون‌های حسی توسط یکسری تحریکات یا خودبخود ایجاد می‌شود. ویروس از طریق مسیرهای عصبی به پوست و یا مخاط ناحیه ای که قبلاً دچار عفونت اولیه شده بود، مهاجرت می‌نماید سپس در سلولهای اپی تلیالی تکثیر پیدا کرده و ویرونهاي جدید تولید می‌کند که به تشکیل وزیکول و زخم‌های عود کننده منجر می‌شود.^(۳-۶) از اینرو با توجه با شایع بودن ابتلا مخاط دهان و پوست صورت بررسی یکساله در بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی و درمانگاه پوست بیمارستان قائم (عج) مشهد بر روی بیماران دارای تظاهرات دهانی-صورتی عفونت ویروس هرپس سیمپلکس و گزارش مواردی از آن صورت گرفت.

به منظور گزارش کامل ۴ مورد از تظاهرات دهانی-صورتی عفونت ویروس هرپس سیمپلکس و همچنین دستیابی به اطلاعاتی مانند: تعیین فراوانی انواع عفونت HSV، راههای انتقال و پراکندگی آن از نظر سن، جنس، محل ضایعات، علائم عمومی، عوامل مستعد کننده، سیر بهبودی و نقش قطره فلج اطفال بررسی یکساله (۷۵/۱۲/۵-۷۶/۱۲/۱۸) بر روی بیماران مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد و درمانگاه پوست بیمارستان قائم (عج) صورت گرفت.* از اینرو ۴۰ بیمار مبتلا به عفونت ویروس هرپس سیمپلکس (۶ مورد هرپس حاد اولیه و ۳۴ مورد عود کننده) مورد معاینه قرار گرفتند و پرسشنامه ای جهت هر یک از آنها تهیه و تکمیل گردید که در آن مشخصات فردی بیمار، شکایت اصلی، علائم عمومی، جایگاه زخم، وجود ژنژیویت، ابتلا غدد لنفاوی، مدت ابتلا و در مورد عفونت‌های عود کننده سابقه عود، زمان شروع، طول دوره زخمها، شایعترین جایگاه عود زخمها، زمینه عود ضایعات، راه سرایت، و داروهای مصرفی جهت درمان ثبت گردید.

لازم بذکر است که تشخیص بیماری فقط بر اساس نمای بالینی و تاریخچه، صورت گرفت. چرا که تاریخچه و یافته‌های بالینی بارز و مشخص که به تنهایی مؤید بیماری باشد وجود داشتند. نوع ویروس هرپس سیمپلکس نیز از نظر آزمایشگاهی مشخص نگردید.

در ضمن درمان علامتی و نگهدارنده، برای هر یک از بیماران مبتلا به عفونت اولیه صورت گرفت و معاینه مجدد بیماران در ۲ هفته پیاپی جهت بررسی سیر بهبودی انجام گردید. و جهت موارد عود کننده، درمان خاصی از جانب ما صورت نگرفت.

یافته‌های کلی

۳ زن و ۳ مرد مبتلا به ژنژیواستوماتیت هرپتیک حاد اولیه بودند که سن آنها از ۲ تا ۳۰ سال متغیر بود. همه بیماران تاریخچه‌ای از علائم عمومی پیش رس مانند تب، احساس

* لازم به ذکر است که آنالیز آماری صورت نگرفته است.

بر علیه ویروس در حد بالایی نگه داشته شود. همچنین اغلب بیماران به جهت مشکلات ایاب و ذهاب و ... از ادامه درمان خودداری کرده و ضایعات پس از آن عود نموده بودند.

گزارش موارد

مورد اول

خانمی ۳۰ ساله - در تاریخ ۱۶/۱۱/۷۶ به بخش بیمارهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه نمود. وی از وجود سوزش و درد زخمهای دهانی که از ۴ روز پیش بدنبال تب و لرز بر روی لبها و سپس لثه‌ها ایجاد شده بودند، شاکی بود. در تاریخچه بیمار مشخص گردید که تب و لرز، ۲ روز قبل از ظهور ضایعات دهانی وجود داشتند. از دیگر علائم ذکر شده توسط بیمار: بیحالی، کسالت، سردرد، اختلال در بلع و درد و تورم لثه‌ها بودند.

علائم بالینی

در معاینه خارج دهانی غدد لنفاوی تحت فکی و تحت چانه‌ای دوطرف متورم و در لمس حساس بودند. لثه‌های ادماتوز و قرمز رنگ (بخصوص در خلف فک بالا و قدام فک پایین) همراه با زخمهای متعدد، ریز و ته سنجاقی و گاه بزرگتر بر روی لثه، کام سخت و لب بالا و پایین از علائم بارز دهانی بود. بیمار سابقه‌ای از بروز ضایعات مشابهی را نمی‌داد. (تصویر ۱-۲-۳)

تشخیص

بر اساس تاریخچه و نمای بالینی ضایعات و سیر حاد زخمها، تشخیص استوماتیت هرپتیک حاد اولیه داده شد.

درمان

به جهت درد و سوزش زخمهای دهانی، الگیزیدیفن - هیدرامین بصورت دهان شویه قبل از هر وعده غذا تجویز گردید.

کسالت، تحریک پذیری، سردرد، تهوع، استفراغ و اشکال در بلع را دادند که تب و بلع مشکل جزء علائم عمومی بارزتر بودند. تورم غدد لنفاوی به خصوص غدد تحت فکی در هر یک از بیماران وجود داشت که در لمس بسیار حساس و دردناک بودند. در معاینه بالینی دهان هر یک از آنان ژئزیویت و زخم‌های ریز ته سنجاقی و کم عمق که به ترتیب لثه‌ها، کام، سطح پشتی و شکمی زبان را درگیر ساخته بودند، مشاهده شد. هیچ یک از بیماران اطلاع دقیقی از راه انتقال بیماری نداشتند اما به وجود ضایعات مشابهی در بین همکلاسیها و افراد خانواده اشاره داشتند. در ضمن ضایعات دهانی بیماران پس از یک هفته خودبخود یا با درمان علامتی بهبود یافتند، اما تورم غدد لنفاوی بیشتر طول کشیدند (حدود ۲ هفته). ۲۷ زن و ۷ مرد مبتلا به عفونت عود کننده HSV مشاهده گردیدند که سن آنان بین ۸ تا ۳۸ سال بود، و غالب بیماران را بالغین تشکیل می‌دادند. همه بیماران از یک احساس سوزش، افزایش حرارت ناحیه مبتلا و خارش در حدود ۲۴ ساعت قبل از بروز ضایعات شاکی بودند. جایگاه شایع ضایعات به ترتیب لب‌ها، پوست اطراف دهان بودند. ۳ نفر از بیماران نیز دچار ضایعات داخل دهانی عود کننده بودند که عود ضایعات همیشه در یک ناحیه ذکر گردید. تعدادی از بیماران در ۲۴ ساعت اولیه ضایعات اقدام به درمان با استفاده از یخ و پماد آسیکلوویر نموده بودند که در کاهش دوره بهبودی موثر واقع شده بود. در ۲ نفر از بیماران با سابقه عفونت عود کننده لب استفاده از کرمهای ضد آفتاب جهت پیشگیری از عود ضایعات موثر واقع شده بود.

از میان این ۳۴ نفر مبتلا به عفونت هرپس عود کننده، ۲۴ نفر به درمانگاه پوست بیمارستان قائم مراجعه کرده بودند که به جهت تکرر ضایعات در طی یک ماه یا هر چند ماه یکبار تحت درمان با قطره فلج اطفال (Polio) قرار گرفته بودند.

به بیماران سه بار، هر بار ۵ قطره فلج داده شده بود. که بیماران نبود عود را ۶ ماه تا یکسال اظهار می‌نمودند. اما پس از این مدت، دوباره ضایعات ایجاد شده بود که حاکی از این است که، می‌بایست درمان هر سال تکرار گردد تا سطح ایمنی بیماران

کنترل

بیمار ۷ روز بعد معاینه شد ضایعات نسبتاً بهبود یافته بودند و از تورم غدد لنفاوی کاسته شده بود به جهت کسب اطمینان از بهبودی کامل، بیمار یک هفته بعد مجدداً معاینه گردید. ضایعات کاملاً بهبود یافته بودند و غدد لنفاوی نیز دیگر قابل لمس نبود.

مورد دوم

در معاینه پسر بچه ای ۶ ساله که به همراه مادرش به جهت ظهور زخمهای دهانی از یک هفته پیش، در تاریخ ۷۶/۱۲/۲ به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه نموده بود مشخص گردید که وی سه روز قبل از بروز ضایعات دهانی از احساس کسالت، سردرد، استفراغ و گلو درد رنج می‌برده است.

علائم بالینی

در معاینه بیمار تورم غدد لنفاوی تحت فک در ابعاد ۱/۵×۲/۵cm مشاهده شد که در لمس نیز حساس بودند. زخمهای متعدد، ریز و ته سنجاقی بطور پراکنده بر روی لب پائین و سطح پشتی و طرفی زبان وجود داشتند. ضمناً التهاب لثه نیز بصورت بارز و مشخص در لبه آزاد لثه دیده شد.

تشخیص

بر اساس همان دلایل ارائه شده در مورد شماره ۱، استوماتیت هرپتیک حاد اولیه اثبات گردید.

درمان

به جهت سوزش زخمهای دهان و ضعف عمومی بیمار، درمان علامتی زیر صورت گرفت:

- ۱- تجویز دهان شویه دیفن هیدرامین قبل از هر وعده غذا
- ۲- توصیه جهت مصرف مایعات فراوان و غذای نرم و خنک

کنترل

بیمار طی دو هفته پیایی معاینه شد. زخمهای دهان، ژئوبیت و تورم غدد لنفاوی بهبود یافته بودند.

مورد سوم

در صورت خانمی ۳۴ ساله که در تاریخ ۷۶/۱۲/۱۸ جهت انجام درمانهای دندانپزشکی به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه نموده بود، ضایعه ای به وسعت ۱ cm در حد فاصل بینی و لب بالا مشاهده گردید. وی اظهار داشت که این ضایعه هر چند ماه یکبار به دنبال استرس، نگرانی و خستگی در همین ناحیه ایجاد می‌شود. بیمار احساس تورم، سوزش، خارش، گرما و سپس قرمزی را در ۱۲ ساعت قبل از بروز ضایعات ذکر نمود.

علائم بالینی

در معاینه بالینی، خوشه ای از وزیکولها در فاصله بین بینی و لب بالا مشاهده شد که در یک بستر ریتماتوز قرار داشتند. درگیری غدد لنفاوی وجود نداشت.

تشخیص

بر اساس تاریخچه، نمای بالینی و تکرار ضایعه، عفونت عود کننده ویروس هرپس سیمپلکس مطرح گردید.

درمان

به جهت نبود درد و ناراحتی و اینکه بیمار از وضعیت ایمنی طبیعی برخوردار بود، درمانی صورت نگرفت اما خود بیمار اقدام به درمان با بتادین و شستشو با سرم در شروع ضایعه کرده بود.

کنترل

در معاینه مجدد بیمار که یک هفته بعد صورت گرفت، دلمه (Crust) مشاهده گردید. بنابراین ضایعه رو به بهبود بود.

مورد چهارم

خانمی ۳۶ ساله، مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد از وجود زخمهای ریزی در کام که از ۳ روز پیش به وجود آمده بودند، شاکی بود. وی قبل از بروز ضایعات گرما و سوزش را در آن ناحیه حس کرده بود. بیمار سابقه ای از ایجاد زخمها را در دهان نداد اما به وجود زخمهای

مشابهی بر رووی لب و پوست اطراف دهان که در اثر خستگی و استرس ایجاد شده بودند اشاره نمود.

علائم بالینی

در معاینه بیمار، زخمهای متعدد، ریز و ته سنجاقی در ناحیه کام سخت مشاهده شدند که در بعضی نواحی به هم اتصال یافته و حدود نامنظمی پیدا کرده بودند. ژنژیویت و درگیری غدد لنفاوی وجود نداشت. (تصویر ۴)

تشخیص

همانند مورد قبل، تاریخچه، نمای بالینی و سابقه عود ضایعه ای مشابه بر روی لب، عفونت هرپس سیمپلکس عود کننده داخل دهانی را تایید نمود.

درمان

به جهت کاهش سوزش زخمهای دهانی، استفاده از الگزیریدین هیدرامین به صورت دهان شویه، قبل از هر وعده غذا به بیمار توصیه گردید.

کنترل

بعد از یک هفته، هیچ زخمی مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی یکساله بر روی بیماران مبتلا به عفونت هرپس سیمپلکس با تظاهرات دهانی - صورتی مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد و بیمارستان قائم از نظر فراوانی انواع عفونت HSV، راههای انتقال، سن، جنس، محل ضایعات، علائم عمومی، عوامل مستعد کننده، سیر بهبودی ضایعات به نتایج بسیار مشابهی با تحقیقات قبلی دست یافتیم.

بیشترین نوع عفونت مشاهده شده، عفونت HSV عود کننده (۱۰ مورد دانشکده دندانپزشکی مشهد و ۲۴ مورد بیمارستان قائم) و سپس عفونت HSV اولیه (۶ مورد) بود. و در هیچ یک از بیماران هرپس مزمن مشاهده نشد. تعداد کم موارد

مشاهده شده عفونت حاد اولیه نسبت به عفونت عود کننده موافق با نظرات بسیاری از محققین است که هرپس اولیه در اکثر موارد فاقد علائم بالینی است. (۷ و ۸) از سوی دیگر، این تعداد موارد بیشتر عفونت HSV عود کننده می تواند به این دلیل باشد که در طی این بررسی تنها بیماران مبتلا به هرپس عود کننده مراجعه کننده به بیمارستان قائم اشخاصی بودند که تحت درمان با واکسن فلج اطفال قرار داشته اند که این نمونه مناسبی جهت تعیین فراوانی ضایعات در دانشکده دندانپزشکی مشهد و بیمارستان قائم نیست.

عفونت HSV اولیه مشاهده شده در دانشکده دندانپزشکی مشهد ژنژیواستوماتیت هرپتیک حاد اولیه با همان نمای کلاسیک واضح و مشخص توصیف شده توسط محققین بود. (۷ و ۹)

سن بیماران مبتلا به HSV اولیه از ۲ تا ۳۰ سال متغیر بود و رابطه ای با جنس وجود نداشت، مطالعات سایرین نیز مشابه آن بوده است، که شروع بیماری در سنین ۷-۱ سالگی است اما تا سن ۷۰ سالگی نیز گزارش شده است. (۱۰ و ۱۱) این بیماران به ضایعات مشابهی در بین همکلاسی‌ها و افراد خانواده اشاره داشتند که این نشاندهنده این است که بیماری از طریق تماسهای نزدیک با ترشحات و زیکول‌ها قابل انتقال است. (۱۰ و ۱۱)

در این مطالعه همانند بعضی تحقیقات به تعیین نوع HSV یا بررسی میزان Viral Shedding از طریق بزاق افراد ناقل بدون علامت پرداخته نشده است.

ضایعات بیماران مورد مطالعه در عرض ۱ تا ۲ هفته بهبود یافتند که مطالعات قبلی را تأیید می نماید. (۸)

در بررسی موارد مشاهده شده عفونت HSV عود کننده، نیز مشخص گردید که همانند نظرات سایر محققین نوع عود کننده نسبت به اولیه شدت کمتری دارد، این نوع ناشی از دوباره فعال شدن ویروس خفته است بنابراین سن این بیماران نیز می تواند متغیر باشد که در این مطالعه ۸ تا ۳۸ سال بود، علائم عمومی پیش رس متفاوت با نوع اولیه بصورت حس سوزش، زوق زوق و خارش بود که در مطالعه ما نیز همانند سایر تحقیقات این نشانه‌ها توسط بیماران ذکر گردید. (۲) در بررسی ما عوامل مستعد کننده ذکر شده توسط بیماران نیز بیشتر استرس، هیجانانگ، آلرژی به

هرپس سیمپلکس عود کننده هر چند در اطراف دهان شایعتر از داخل دهان ممکن است مشاهده شود اما وجود هرپس عود کننده داخل دهان را در هنگام حضور ضایعات خوشه ای و لوکالیزه بخصوص در کام سخت و لثه چسبنده به دنبال عوامل مستعد کننده مانند کارهای دندانپزشکی و تروماها باید مد نظر قرارداد که گاه با سایر زخمها و دردهای دندانی اشتباه می گردد. هر چند هرپس عود کننده اکثر مواقع در بیماران دارای سیستم ایمنی سالم احتیاج به درمان ندارد اما درمانهای متفاوت با پاسخهای متفاوت در مورد آن ذکر شده است که نظرات در مورد درمانهای ضد ویروسی نیز متفاوت می باشد که اثر آن بیشتر قبل از بروز ضایعات یعنی قبل از در معرض قرار گرفتن عوامل مستعد کننده یا مرحله پیش رس می باشد در مورد واکسن فلج اطفال نیز بررسی دقیق با ذکر جزئیات وجود ندارد که این خود نیاز به کنکاش بیشتری را می رساند.

مواد غذایی، تغییرات هورمونی، ترومای حاصل از کارهای دندانپزشکی بودند که توسط سایرین نیز عنوان گردیده است. ویماری زائی بعضی از آنها نیز مشخص گردیده است. (۱۰ و ۱۱ و ۱۲-۱۴)

نتایج بدست آمده از مطالعه بر روی استفاده از واکسن فلج اطفال در پیشگیری از عود ضایعات HSV صددرصد مثبت نبوده است و قابل استناد نمی باشد. (بیماران نبود ضایعات را ۶ ماه تا یکسال بعد ذکر کردند) هر چند سایر مطالعات آن را موثر دانسته اند. (۱۵)

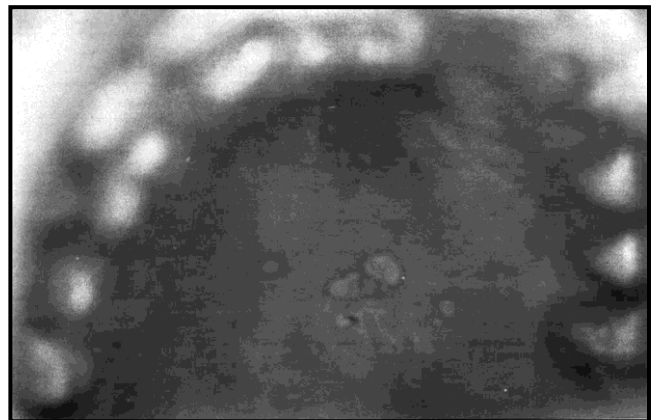
از اینرو در بسیاری از مواقع ژنویاستوماتیت هرپتیک حاد اولیه (نوع شایع عفونت اولیه) به راحتی با خصوصیات بالینی واضح و مشخص (classic) مانند ژنویوت حاد منتشر، زخمهای ریز ته سنجاقی کوچک و سطحی و علائم عمومی پیش رس بدون بررسی پاراکلینیکی قابل تشخیص است که با اطمینان دادن به بیمار یا همراه وی و درمان علامتی می توانیم از تشخیص اشتباه و درمانهای غیر صحیح و عوارض حاصل از آن جلوگیری نمائیم.



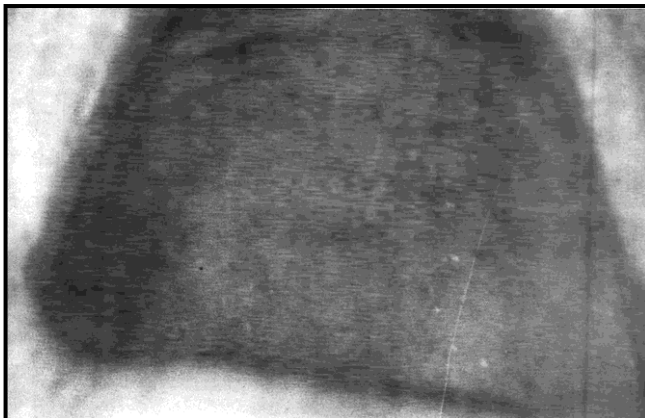
→ تصویر ۱: زخم‌های متعدد ریز و سطحی بر روی لب بالا (در بیمار اول)



تصویر ۲: زخم‌های متعدد و ریز بر روی لب پایین ←
(در بیمار اول)



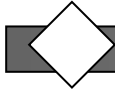
→ تصویر ۳: زخم‌های متعدد و ریز در کام سخت (در بیمار اول)



تصویر ۴: خوشه‌ای از زخم‌های ریز در کام سخت ←
(در بیمار چهارم)

منابع

1. Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, Burket, s Oral Medicine. Diagnosis and Treatment. 9th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Co; 1994. P. 12-16, 30-32, 40-41, 208, 522-523, 654-62.
2. Hiller CS, Redding SW. Diagnosis and management of orofacial HSV infections. Dent Clin North 1992; 36: 879-93.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Text Book of Oral Pathology. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 1983. P.362
4. Yura Y, Lga H, kondo Y. Herpes simplex virus type 1 and type 2 infection in human oral mucosa in culture. J Oral Pathol Med 1991; 20: 68-73.
5. Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 4th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1993. P.2531.
6. Hiller CS, Smith KO. Enhanced replication of HSV -1 in human cells. J Dent Res 1991; 70: 111-17.
7. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Contemporary Oral and Maxillofacial pathology. 1st ed. St. Louis: C.V. Mosby; 1997. P.197.
8. Andlaw RJ, Rock WP. A manual of Paedodontics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 1996. P. 193.
9. Souhami RL, Moxham J. Text Book of Medicine. 1st ed. London: Churchill Livingstone; 1990. P. 799-825.
10. Macphail L, Greenspan D. Herpetic gingivostomatitis in a 70 years old man. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 79: 50-52.
۱۱. خواجه کرم الدینی، م. : مبانی ویروس شناسی. چاپ اول. انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد، ۱۳۷۶. فصلهای ۱ تا ۱۱ و ۲۰.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 1st ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 1995. P.181-94.
13. Oakley C, Epstein JB, Sherlock CH. Reactivation of oral HSV implication for clinical management of HSV recurrence during radiotherapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1997; 84: 272-78.
14. Scot DR, Coulter WA, Biogioni PA O, Neill H, Samey PJ. Detection of HSV-1 shedding in the oral cavity by polymerase chain reaction and enzyme - linked immunosorbent assay at the prodromal stage of recrudescence herpes labialis. J Oral Pathol Med 1997; 26: 305-9.
15. Spruance SL. The natural history of recurrent oral - facial HSV infection. Semin Dermatol 1992; 11: 200-206.



**Report of orofacial features of Herpes Simplex Virus infection
in referral patients to Oral Medicine Dept. of Mashhad Dental School
and Dermatology Dept. of Mashhad Ghaem Hospital**

Delavarian Z* . D.D.S M.S

Assistant professor, Dep of oral Medicine, Mashhad University Dental School.IRAN

Farmand C. D.D.S.

Private Dentist Graduated From Mashhad Dental School, IRAN

Introduction : Herpes Simplex Virus infection (HSV) is one the most frequent causes of oral Lesions .Therefore a one year follow up study was carried out on patients attending to the Oral Medicine Dept. of Mashhad dental school , and Dermatology Dept. of Mashhad Ghaem Hospital . report of 4 patients was also done to determine the orofacial features of HSV infection.

Materials & Methods: We filled out a questionnaire for each of the patients who had Acute Primary and Recurrent Herpes simplex infection to get information about the frequency of different types of HSV infection, routes of transmission, demographic distribution, site of lesions, constitutional symptoms, predisposing factors, the course of recovery of the lesions and the potential role of the polio vaccine on HSV infection. (From March 1997 to March 1998)

Results: Our one year study revealed that primary and recurrent HSV infection occurs in all ages and has the same classic clinical features.

Conclusion: This study indicates that orofacial HSV infection could be diagnosed by its clinical view and is treated easily. Another study about the efficacy of polio vaccine on H.S.V. is recommended.