

خون

فصلنامه علمی پژوهشی

دوره ۵ شماره ۳ پاییز ۸۷ (۱۴۳-۱۴۵)

تغییرات دهانی - فکی و صورتی در بیماران مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص کرمان در سال ۱۳۸۶

دکتر مریم السادات هاشمی‌پور^۱، دکتر مریم راد^۲، دکتر سمیه ابراهیمی میمند^۳

چکیده

سابقه و هدف

بنا تالاسمی مژوزر به عنوان شایع‌ترین بیماری ژنتیکی در ایران گزارش شده که همراه با مشکلات دهانی - فکی و صورتی (Oromaxillofacial) می‌باشد. این پژوهش به منظور بررسی شیوع تظاهرات دهانی - فکی و صورتی در بیماران مبتلا به تالاسمی مژوزر مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص استان کرمان در سال ۱۳۸۶ اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه انجام شده از نوع مقطعی و توصیفی بود. روش نمونه‌گیری تصادفی بود. در این مطالعه تعداد ۲۰۸ نفر بیمار مبتلا به بنا تالاسمی مژوزر مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از معاینه دهانی و تکمیل فرم‌های مربوطه، نتایج با استفاده از آزمون X^2 ، t-test و نرم‌افزار SPSS ۱۳/۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از بین ۲۰۸ بیمار مبتلا به تالاسمی مژوزر مورد بررسی، تعداد ۱۰۳ نفر مذکر و ۱۰۵ نفر مؤنث بودند. میانگین سنی بیماران ۱۲/۴۸ سال (با انحراف معیار ۶/۰۹) و طیف سنی بیماران از ۱ تا ۲۶ سال بود. شایع‌ترین تظاهرات صورتی رنگ پریدگی چهره (۴۷/۳ درصد) با فاصله اطمینان ۹۵ درصد) و کمترین تظاهر جلوzdگی فک پایین بود. در این بررسی، ۴۶/۶ درصد (با فاصله اطمینان ۹۵ درصد) بیماران دارای بیرون‌زدگی فک بالا بودند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین محل پیگماناسیون داخل دهانی در لشه لیال و کمترین میزان مربوط به قسمت‌های طرفی زبان، کام نرم و کف دهان می‌باشد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که ۱۷۵ نفر (۸۴/۲ درصد) از بیماران از تغییرات ناحیه استخوان‌های فک و صورت شامل جلوzdگی فک بالا و پایین، بینی زینی شکل، فضا بین دندان‌های قدامی، بیرون زدگی دندان‌های قدامی، مال اکلوژن خلفی و برجستگی پیشانی رنح می‌بردند. هم چنین مطالعه حاضر نشان داد که هر چه سن دریافت خون کمتر باشد و به عبارتی بیمار در سن پایین‌تر خون دریافت کرده باشد، میزان شیوع تظاهرات فکی - دهانی و صورتی کمتر می‌باشد.

کلمات کلیدی: تالاسمی، ناهنجاری‌های فکی - صورتی، ایران

تاریخ دریافت: ۱۲/۷/۸۶

تاریخ پذیرش: ۱۱/۶/۸۷

- ۱- مؤلف مسؤول: متخصص بیماری‌های دهان و دندان - استادیار دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان - بلوار جمهوری اسلامی - خیابان شفا - دانشکده دندانپزشکی - بخش بیماری‌های دهان کد پستی: ۷۶۱۷۵
- ۲- متخصص بیماری‌های دهان و دندان - استادیار دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- ۳- دندانپزشک - دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۴۵۶

تالاسمی مژوثر شایع‌ترین نوع تالاسمی بنا می‌باشد که به نام آنمی کولی نیز معروف است. آنمی وابسته به تالاسمی ممکن است جدی بوده و به علت نقص در خون‌سازی، سبب افزایش خون‌سازی در اندام‌هایی مانند کبد، طحال، استخوان‌های گونه و فک بالا شود^(۱-۵). این بیماری در حال حاضر شایع‌ترین بیماری ژنتیکی در جهان می‌باشد^(۶، ۷، ۸). به طوری که بیش از ۱۸۰ میلیون نفر در جهان^(۹/۱۶) حامل ژن تالاسمی بوده و احتمال این که یک فرد در زمان تولد حامل این ژن باشد، ۲/۴ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد است^(۷، ۸). در ایران شیوع این بیماری بین ۱۰-۴٪ متغیر است^(۸).

شیوع علائم دهانی در تالاسمی در بسیاری موارد بیشتر از بیماری‌های دیگر است. به طوری که در بررسی‌های انجام شده در سرتاسر دنیا، شیوع این علایم ۴۵ تا ۵۰ درصد ذکر شده است. شایع‌ترین تظاهرات ناحیه سر و صورت در این بیماران، بر جستگی استخوان‌های گونه و بیرون‌زدگی ناحیه پره ماگریلاست که علت بروز این حالت، هیپرپلازی مغز استخوان می‌باشد. ارتفاع قسمت تحتانی صورت افزایش می‌یابد و حفره بینی تنگ‌تر می‌شود. برگشتگی لب بالا، بزرگی منتشر فک بالا، بیرون‌زدگی (protrusion) ناحیه پره ماگریلا، اگزوفتالمی، فرو رفتگی ناحیه پل بینی و هیپرتلوریسم در صورت، نمای سنجابی شکل (Chipmunk می‌باشد^(۱۰) (Mongolid). رابه وجود می‌آورند^(۹-۱۱). سینوس ماگریلا نیز به دلیل هیپرپلازی اریتروئید (مغز استخوان) به صورت نسبی مسدود می‌گردد^(۱۰). عموماً فک پایین کمتر از فک بالا بزرگ می‌شود. ضمناً استئوپروز منتشر در استخوان‌های فک‌ها، نازک شدن لامینادورا و کوتاه شدن ریشه دندان‌ها در برخی بیماران دیده می‌شود^(۱۲). از سایر عوارض ناشی از تالاسمی می‌توان به رنگ‌پریدگی مخاط دهان همراه با درد و تورم غدد پاروتید، بیرون‌زدگی دندان‌های قدامی بالا، کوتاهی لب فوقانی، پف‌آلود بودن پلک‌ها و بیرون‌زدگی چشم‌ها، تحدب قسمت تحتانی صورت، زردی مخاط، آتروفیه شدن مخاط مخصوصاً آتروفیه شدن پاپی‌های فیلی فرم و فونجی فرم زبان، تأخیر در رویش دندان‌ها، ایجاد

مواد و روش‌ها

مطالعه انجام شده از نوع مقطعی و توصیفی بود. با توجه به میانگین شیوع ۴۵ درصدی تظاهرات دهانی در بیماران تالاسمی در سایر مقالات و مشاوره آماری، حجم نمونه ۲۰۸ نفر در نظر گرفته شد^(۰/۴۵). بنابراین تعداد ۲۰۸ نفر از ۴۵۵ بیمار مبتلا به تالاسمی مژوثر مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص در سال ۱۳۸۶ در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. معاینه نمونه‌ها توسط یک نفر از دانشجویان سال آخر دندانپزشکی انجام گرفت (در این مورد آموزش لازم توسط استاد راهنمای این پژوهه به صورت نظری و عملی داده شد). بیماران در این مطالعه به صورت تصادفی انتخاب شدند. به این صورت که در روزهایی که پژوهشگر به مرکز بیماری‌های خاص مراجعه می‌کرد، کلیه بیماران مراجعه کننده در آن روز را مورد معاینه قرار داده و این روند تا دست‌یابی به تعداد مورد نظر ادامه پیدا کرد. قابل ذکر است که معیار خاصی برای

در این سیستم دندان‌ها به ۶ قسمت یا Sextant دندان قدامی و ۲ دندان خلفی در هر قوس) تقسیم می‌شوند و ارزیابی توسط پروب دور همه دندان‌ها در یک Sextant و یا دور یک دندان انجام می‌شود. نتایج حاصله از وضعیت پریودنتال و وضعیت سلامت لشه در پرسشنامه برای هر بیمار مشخص و کدبندی شده و نتیجه بر اساس بیشترین کد ارزیابی گردید(۱۸).

ارزیابی نیم رخ صورت: در این قسمت از بیمار خواسته شد که به صورت عمودی روی صندلی قرار گیرد و ۳ مشخصه ارزیابی شد:

۱- خطی از نازیون به قاعده لب بالا و خط دیگری از این نقطه به چانه وصل شد. این دو خط باستی یک خط راست را تشکیل دهن. اگر بین این دو خط زاویه تشکیل شود، نشانه تحبد نیم رخ (کلاس II) و یا نشانه تقرع آن (کلاس II) می‌باشد. در ضمن در همین مرحله برآمدگی پیشانی اندازه‌گیری شد. چنانچه پیشانی (ریج سوپرا اوربیتال) نسبت به قاعده بینی بیرون‌تر قرار گرفته باشد، بیمار دارای بیرون‌زدگی پیشانی می‌باشد(۱۶).

۲- بیرون زدگی لب‌ها و ثانیا (فاصله هر لب نسبت به خط عمودی از گودی قاعده همان لب می‌گذرد) ارزیابی شد. چنانچه این فاصله بیش از ۲-۳ میلی‌متر باشد، نشان دهنده بیرون‌زدگی لب‌ها است(۱۶). سر انجام اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون χ^2 و برنامه SPSS ۱۳/۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۰۸ بیمار مبتلا به تالاسمی مازور مورد بررسی قرار گرفتند که تعداد ۱۰۳ نفر مذکور(٪۴۹/۵) و ۱۰۵ نفر مؤنث(٪۵۰/۵) بودند. میانگین سنی بیماران ۱۲/۴۸ سال و انحراف معیار ۶/۰۹ و طیف سنی بیماران مورد بررسی از ۱ تا ۲۶ سال بود(جدول ۱). بیشترین فراوانی پیگماتاسیون مربوط به لثه لبیال و کمترین فراوانی مربوط به قسمت‌های طرفی زبان، کام نرم و کف دهان بود(جدول ۲).

هم چنین ۱۲۰ نفر(٪۵۷/٪) اکلوژن II، C1، C1 III و ۲۴ نفر(٪۱۱/٪) اکلوژن I داشتند. در این بررسی تعداد ۶۴ بیمار(٪۳۱) دارای

انتخاب بیماران مورد نظر نبود و افرادی وارد این مطالعه شدند که بر اساس آزمایش الکتروفورز هموگلوبین، مبتلا به تالاسمی مازور بوده و سابقه ابلاستی به سایر آنمی‌های همولیتیک(آنمی داسی شکل، اسپرسوستیوز ارشی) را ذکر نمی‌کردند(مشابه با سایر بررسی‌های انجام شده در این زمینه). قبل از شروع معاینه، برای هر فرد و یا پدر و مادر وی به صورت جداگانه، هدف از معاینه و روش انجام توضیح داده شد و در صورت تمایل فرد، معاینه انجام گرفت. تمامی نمونه‌ها با استفاده از آینه دندانپیشکی، چراغ قوه، سوند، پروب و خط کش مدرج معاینه شدند. اطلاعات فردی شامل نام و نام خانوادگی، جنس، سال تولد، سابقه تالاسمی در سایر اعضاء خانواده، سن بروز، سابقه بیماری‌های سیستمیک، مصرف دارو و ... از بیمار سؤال شد. تشخیص بالینی تغییرات دهانی - فکی و صورتی بر اساس معیارهای زیر انجام گرفت:

اکلوژن(بر اساس تقسیم‌بنای انگل):

کلاس I: کاسپ مزیوباکال دندان مولر اول بالا در شیار مولر اول پایین قرار می‌گیرد.

کلاس II: کاسپ مزیوباکال دندان مولر اول بالا جلوتر از شیار مولر اول پایین قرار می‌گیرد.

کلاس III: کاسپ مزیوباکال دندان مولر اول بالا عقب‌تر از شیار مولر اول پایین قرار می‌گیرد.

در صورت فقدان دندان‌های مولر اول فک بالا و پایین، اکلوژن بر اساس معیار زیر بررسی می‌شد:

کلاس I: نوک دندان کائین فک بالا بین دندان‌های کائین و پرمولر اول فک پایین قرار می‌گیرد.

کلاس II: نوک دندان کائین فک بالا بین دندان‌های کائین و لاترال فک پایین قرار می‌گیرد.

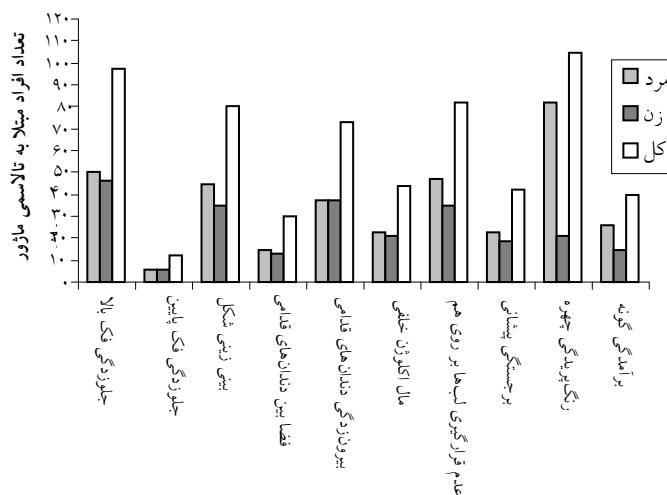
کلاس III: نوک دندان کائین فک بالا بین دندان‌های پرمولر اول و دوم فک پایین قرار می‌گیرد(۱۶).

پیگماتاسیون: به هر گونه تغییر رنگ مخاط دهان گفته می‌شود. این ضایعات به رنگ‌های خاکستری، زرد، سیاه، قهوه‌ای و قرمز دیده می‌شوند(۱۷).

ارزیابی نسوج نگهدارنده دندان‌ها در مطالعه حاضر به کمک شاخص پریودنتال Community CPITN (Periodontal Index for Treatment Needs) صورت گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک در جمعیت مورد مطالعه

جنسيت	خصوصیات دموگرافیک		
	كل	زن	مرد
میانگین سنی به سال طیف سنی به سال	۱۲/۵ ± ۶/۱	۱۲/۳ ± ۵/۹	۱۲/۶ ± ۶/۲۵
ابتلا فرد دیگر خانواده به تالاسمی مازور	۱-۲۶	۱-۲۴	۱-۲۶
نسبت فرد با بیمار	۸۵(۱۰۰)	۴۳(۵۱)	۴۲(۴۹)
ابتلا فرد دیگر خانواده به تالاسمی مینور	۱۱۲(۱۰۰)	۵۸(۵۲)	۵۴(۴۸)
زمان تشخیص بیماری به ماه	۴۳(۱۰۰)	۲۳(۵۱)	۲۱(۴۹)
سن دریافت خون به ماه	۴۲(۱۰۰)	۲۱(۵۰)	۲۱(۵۰)
تعداد دریافت خون در ماه	۱۰۵(۱۰۰)	۵۵(۵۲)	۵۰(۴۸)
مقدار دریافت خون در ماه	۵۲(۱۰۰)	۲۵(۴۸)	۲۷(۵۲)
بیش از ۲ بار	۶۹(۱۰۰)	۴۳(۶۲)	۲۶(۳۸)
نصف واحد	۱۰۵(۱۰۰)	۵۱(۴۹)	۵۲(۵۱)
یک واحد	۳۴(۱۰۰)	۱۱(۳۲)	۲۳(۶۸)
دو واحد	۱۱۱(۱۰۰)	۶۴(۵۸)	۴۷(۴۲)
	۷۵(۱۰۰)	۳۶(۴۸)	۳۹(۵۲)
	۴(۱۰۰)	-	۴(۱۰۰)
	۱۱(۱۰۰)	۵(۴۶)	۶(۵۴)
	۱۴۵(۱۰۰)	۷۹(۵۵)	۶۶(۴۵)
	۳۴(۱۰۰)	۱۶(۴۷)	۱۸(۵۳)



نمودار ۱: توزیع فراوانی تظاهرات دهانی - صورتی در افراد مبتلا به تالاسمی مازور

ژنتیویت خفیف (درجه I, II) بوده و تنها در ۴ سورد، پریودنیت (درجه III) مشاهده شد. شایع ترین تظاهر صورتی، رنگ پریدگی چهره (۴۷/۳٪) و کمترین تظاهر، جلوzdگی فک پایین بوده است (نمودار ۱).

برای بررسی رابطه بین مدت سپری شده از تشخیص بیماری، زمان تشخیص بیماری و تظاهرات دهانی و فکی بیماران از آزمون آماری t-test استفاده شد که در هر یک از عوارض دهانی - صورتی، میانگین مدت سپری شده مقایسه گردید. نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که بین مدت زمان سپری شده از تشخیص بیماری و تظاهرات دهانی - فکی، ارتباطی وجود ندارد. در صورتی که بین زمان تشخیص بیماری و به عبارتی دریافت خون و تظاهرات دهانی، ارتباط معنی داری وجود

جدول ۲: توزیع فراوانی پیگماناتاسیون مخاط دهان در افراد مبتلا به تالاسمی ماظور

جنسيت	مخاط دهان	کل					
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
راست	گونه	۱۰۰	۱۳	۶۱/۵	۸	۳۸/۵	۵
چپ		۱۰۰	۱۱	۷۲/۷	۸	۲۷/۳	۳
راست	کف دهان	۱۰۰	۴	۲۵	۱	۷۵	۳
چپ		۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰	۰
دورسال		۱۰۰	۳	۱۰۰	۳	۰	۰
ونترال	زیان	۱۰۰	۲	۱۰۰	۲	۰	۰
لترا		۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰	۰
راست	کام سخت	۱۰۰	۱۳۱	۴۴/۳	۵۸	۵۵/۷	۷۳
چپ		۱۰۰	۱۲۹	۴۵	۵۸	۵۵	۷۱
راست	کام نرم	۱۰۰	۲	۵۰	۱	۵۰	۱
چپ		۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۰	۰
راست	مخاط لب	۱۰۰	۳	۳۵	۱	۶۵	۲
چپ		۱۰۰	۵	۲۰	۱	۸۰	۴
فاسیال		۱۰۰	۱۶۷	۴۹/۱	۸۲	۵۰/۹	۸۵
لثه	لینگوال	۱۰۰	۷۵	۴۹/۴	۳۷	۵۰/۶	۳۸
کل		۱۰۰	۵۱۸	۴۵	۲۳۳	۵۵	۲۸۵

جدول ۳: ارتباط بین مدت زمان سپری شدن از تشخیص بیماری به ماه و تظاهرات دهانی - صورتی در افراد مبتلا به تالاسمی ماظور ($p < 0.05$)
معنی دار می باشد)*

مدت زمان سپری شدن از تشخیص بیماری به ماه								تظاهر دهانی - صورتی
نتیجه t-test	درجه آزادی (df)	انحراف معیار	میانگین به ماه	نتیجه t-test	درجه آزادی (df)	انحراف معیار	میانگین به ماه	
* ۰/۰۰۰۱	۲۰۳	۱/۹	۱۱/۴۳	۰/۷	۱۸۵	۶/۷	۱۷۱/۴۶	جلوزدگی فک بالا
* ۰/۰۰۳	۱۹۱	۸/۸	۱۶/۶۲	۰/۲	۱۷۴	۱۵/۹	۱۹۸	جلوزدگی فک پایین
* ۰/۰۰۰۳	۱۹۹	۲/۲	۱۲/۸۲	۱/۲	۱۸۲	۸/۲	۱۷۰/۸	بینی زینی شکل
* ۰/۹	۱۹۵	۵	۱۶/۴۷	۱/۷	۱۷۸	۱۳/۶	۱۴۲/۱	فضا بین دندان های قدامی
* ۰/۰۰۰۱	۱۹۳	۲/۵	۱۲/۳۶	۱/۳	۱۷۵	۶/۸	۱۷۰/۱	بیرون زدگی دندان های قدامی
* ۰/۰۰۹	۱۸۹	۲/۵	۱۰/۵۶	* ۰/۰۱	۱۷۲	۱۰/۳	۱۶۶/۶	مال آکلوزن خلفی
* ۰/۰۰۸	۱۸۷	۲/۷	۱۳/۳۵	۰/۵	۱۷۶	۷/۶	۱۶۰/۲	بر جستگی پیشانی

بودند که از این تعداد ۳۹ نفر رنگ پریدگی چهره داشتند. میانگین سن برداشت طحال $۲/۱۱ \pm ۶/۹$ سال بود. رابطه میان برداشتن طحال و رنگ پریدگی چهره معنی دار نبود.

داشت ($p < 0.05$). هر چه سن دریافت خون پایین تر بود ، تظاهرات دهانی شیوع کمتری داشت (جدول ۳). ۶۶ نفر از افراد مورد مطالعه طحال خود را برداشته

بحث

در این مطالعه تعداد ۲۰۸ بیمار مبتلا به تالاسمی مژوز در مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص مورد بررسی قرار گرفته که ۱۷۵ نفر (۸۴٪) از بیماران از مشکلات ناحیه استخوان‌های صورت و فک شامل جلوzdگی فک بالا و پایین، بینی‌زینی شکل، فضا بین دندان‌های قدامی، بیرونزدگی دندان‌های قدامی، مال اکلوژن خلفی و ... رنج می‌بردند.

طبق مطالعه‌ها، بدشکلی شدید استخوان‌ها، به خصوص در ناحیه صورت در بیماران تالاسمی مژوز رابطه نزدیکی باشدت بیماری و زمان شروع درمان دارد (۱۵). در تحقیقی که در مرکز درمانی Adane و در Diarbakyr ترکیه و در مدت ۶ ماه توسط باسی‌می‌تی‌سی در سال ۱۹۹۶ انجام شد، تأثیر تالاسمی مژوز بر روی اجزای کمپلکس جمجمه‌ای صورتی مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از سفالوگرافی این نتایج به دست آمد: بیرونزدگی فک بالا، بینی‌زینی شکل، برجستگی سانترال‌های بالا و برگشتن لب‌های بالا و پایین به سمت بیرون (۱۵).

هم چنین مطالعه‌های گوناگون نشان می‌دهند که عالم فکی - صورتی تالاسمی مژوز شامل جلوzdگی فک بالا، برآمدگی گونه‌ها، پهن شدن پل بینی، برجستگی استخوان پیشانی و آهيانه، نامنظم شدن دندان‌ها به خصوص در فک بالا، عدم هم‌بواشانی دندان‌های قدامی، وجود فضا بین دندان‌ها، بیرونزدگی دندان‌های قدامی بالا و افزایش فاصله بین چشم‌ها می‌باشد که درصد این تظاهرات در مطالعه‌های گوناگون بین ۴۵-۵۰ درصد ذکر شده است (۱۴، ۱۳، ۷، ۶، ۴، ۱).

در این بررسی ۱۲۰ نفر (۵۷٪) دارای اکلوژن کلاس II و ۶۴ نفر (۳۰٪) اکلوژن کلاس I و ۲۴ نفر (۱۱٪) دارای اکلوژن کلاس III بودند. در تحقیق یانسل و آکالاراج نیز افزایش فراوانی اکلوژن کلاس II در بیماران تالاسمی گزارش شده است. تغییرات مورفولوژیک استخوان‌های پیشانی، فک بالا، پره ماگزیلا و گونه در بیش از ۷۰ درصد بیماران وجود داشت (۱۹). مطالعه‌های دیگر نیز نشان دهنده این موضوع می‌باشند که وضعیت اکلوژن بیماران تالاسمی مژوز بیشتر به صورت کلاس II

بوده و این بیماران به الگوی کلاس II تمایل دارند (۲۰، ۱۵، ۱۰). هم چنین ثابت شده است که اگر ترانسفوزیون‌های مکرر و مرتب (شروع درمان قبل از ۱۵ ماهگی) برای بیمار انجام شود، به نحوی که میزان هموگلوبین در حد مطلوب (پیتیم) حفظ شود، تا حدی می‌توان از تغییر شکل صورت جلوzdگی فکی (۱۵).

در این بررسی ۴۵ نفر (۲۱٪) از افراد تحت مطالعه از مال اکلوژن شامل کراودینگ (شلوغی دندانی)، کراس بایت قدامی و خلفی رنج می‌بردند. در بررسی انجام شده توسط آقا حسینی و شنبده در بین بیماران تالاسمی مژوز، میزان مال اکلوژن ۲۸/۳ درصد گزارش گردید (۱۵). در بررسی که توسط تامسن در سال ۱۹۵۴ و کوهان و بومه در سال ۱۹۷۴ در ایسلند انجام شد، میزان کراودینگ به تنها بی حدود ۳۸٪ گزارش گردید (۱۵). در تحقیق انجام شده توسط عجمی و همکاران، در بیماران تالاسمی میزان کراودینگ ۹ درصد بود (۹). تفاوت در میزان متفاوت مال اکلوژن می‌تواند در اثر معیارهای معاینه و تبحیر فرد معاينه کننده و همچنین اختلاف در این ظاهر دندانی در هر جمعیت مبتلا به تالاسمی باشد.

مطالعه فوق نشان داد ۱۴٪ درصد از افراد تالاسمی مژوز، دارای فضا بین دندان‌های قدامی می‌باشند. در بررسی که توسط فیکارا و هالستد انجام گرفت، افزایش فضا بدون ذکر ارقام گزارش شد و در بررسی انجام شده توسط آقادحسینی و شنبده افزایش فضا حدود ۲۲٪ بود (۱۵). در بررسی‌هایی که توسط تامسن در سال ۱۹۵۴ و کوهان و بومه در سال ۱۹۷۴ در ایسلند و در بین عموم مردم انجام شد، میزان فضا بین دندان‌های قدامی حدود ۵٪ در ایران حدود ۲۰٪ گزارش شد (۱۸). میزان فضا در بین دندان‌های قدامی در مطالعه مذکور نسبت به افراد طبیعی در خارج حدود ۳ برابر و نسبت به افراد طبیعی در ایران کمتر می‌باشد.

در پژوهش دیگری که توسط سیدی و نبوی زاده در سال ۱۳۸۰ در بیماران تالاسمیک مژوز شهرستان بویراحمد انجام گرفت، یافته‌ها نشان داد از ۱۱۹ بیمار مورد مطالعه، ۶۰٪ درصد جلوzdگی فک بالا داشتند. جلوzdگی فک پایین ۵ درصد، بینی‌زینی شکل ۳۴ درصد،

ژنتیوال مستعد می‌کند. در این زمینه آموزش بهداشت صحیح و مراجعه‌های منظم به دندانپزشک تا حد قابل توجهی سبب کاهش مشکلات پریودنتال این بیماران می‌شود.

بررسی‌های متعدد و این بررسی نشان داد که میزان تغییرات دهانی فکی و اسکلتی این بیماران رابطه بسیار نزدیکی با شدت بیماری و زمان شروع درمان دارد. ضمناً با پیشرفت‌های زیادی که در زمینه درمان این بیماران صورت گرفته است، امروزه تعداد بیشتری از این بیماران زنده می‌مانند و همین امر سبب می‌شود که در حال حاضر این بیماران خواستار درمان‌های بیشتر دندانپزشکی باشند. با توجه به شیوع نسبتاً بالای تظاهرات دهانی در این بیماران با تهیه کارت‌هایی که در آن وضعیت هموگلوبین بیمار، وضعیت طحال و سایر مشخصات خونی وی ذکر شده باشد می‌توان به بیمار و دندانپزشک کمک کرد تا با خاطری آسوده به معالجه این بیماران پردازد. ضمناً با توجه به شیوع نسبتاً بالای تظاهرات دهانی در این مطالعه همانند سایر مطالعه‌ها، می‌توان با بالا بردن سطح آگاهی دندانپزشک(در صورتی که طرح درمان‌های دندانپزشکی در این بیماران با شناخت بیماری توأم نباشد خطرات فراوانی مانند عفونت و خونریزی را به همراه دارد) و خانواده‌های آن‌ها از طریق برگزاری جلسه‌های آموزشی این بیماران را یاری نموده و جهت شناساندن داشکده دندانپزشکی که مرکزی جهت ارایه خدمات رایگان و کاملاً با اصول علمی می‌باشد اقدام نمود. هم چنان می‌توان با انجام به موقع درمان‌های ارتالنسی سبب کاهش چشمگیر تغییرات فکی- صورتی این بیماران شد و برداشت پیگماناتسیون‌های دهانی نیز از طریق درمان‌های لیزر که همراه با خطر خونریزی کم و احتمال عفونت کمتر می‌باشد، به عنوان یکی از روش‌های درمانی در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که ۱۷۵ نفر(۸۴/۲ درصد) از بیماران از تغییرات ناحیه استخوان‌های فک و صورت شامل جلوزدگی فک بالا و پایین، بینی زینی شکل، فضا

فضای بین دندانی حدود ۱۳/۴ درصد، مال اکلوژن خلفی ۲۷/۷ درصد، مال اکلوژن قدامی ۶۳ درصد، نبود کفایت لب‌ها ۴۷/۹ درصد، تغییر رنگ مخاط ۲۶/۹ درصد و تغییر رنگ لثه‌ها ۶۰/۸ درصد گزارش شد(۸).

گزارش‌ها نشان می‌دهند، که مهم‌ترین تغییر دهانی در کودکان تالاسمیک، بزرگی ماگزیلاست که به دلیل گستردگی فضاهای استخوان اسفنجی ایجاد می‌شود. بررسی الوحدنی و همکاران در سال ۲۰۰۵ در اردن نشان داد که در فک پایین افراد مبتلا به تالاسمی نسبت به افراد سالم، پهنه‌ای اینترانسیزور(فاصله بین دندان‌های جلویی) عمق فکی و بلندی قدامی قوس چپ و راست بیشتر وجود داشت و در فک بالا، تفاوتی معنادار در پهنه‌ای انسیزور، عمق فک، پهنه‌ای ایترمولر و بلندی قوس چپ جلویی در افراد تالاسمیک دیده شد. در صورتی که، تشخیص بیماری تالاسمی مژوز در هنگام تولد فرد داده شود و فرد از زمان تولد خون دریافت کند، ممکن است تا ۵۰ درصد از این بیماران تغییرات فکی-دهانی و صورتی را از خود نشان ندهند و یا به صورت خفیف نمایان شود(۱۸). همچنین مطالعه حاضر نشان داد که هر چه سن دریافت خون بیمار کمتر باشد و به عبارتی بیمار در سن پایین تر خون دریافت کرده باشد، میزان شیوع تظاهرات فکی-دهانی و صورتی کمتر می‌باشد.

در این بررسی تقریباً ۶۷٪ افراد تحت مطالعه دارای لثه نرمال بوده و در رابطه با وضعیت لثه‌ای و پریودنتال بر اساس معیار CPITN مشکلی نداشتند. در تحقیقی که توسط بنی هاشم و بنی هاشم راد در رابطه با وضعیت لثه بیماران مبتلا به تالاسمی انجام شد، در ۳/۳۳٪ از افراد مورد مطالعه ژنتیوت و در ۱/۸٪ از مبتلایان پریودنتیت مشاهده شد(۲۱). سایر مطالعه‌های انجام شده نیز نشان دهنده وضعیت لثه‌ای ضعیف در این بیماران می‌باشند(۱۴، ۹، ۱۳). شیوع ژنتیوت در مبتلایان به تالاسمی مژوز به نظر می‌رسد در رابطه با فاکتورهای موضعی مثل بهداشت دهانی ضعیف، مال اکلوژن و خشکی لثه به دلیل عدم توانایی بیماران در بستن دهان به دلیل پرتوزوژن(بیرون زدگی) دندان‌ها باشد. همچنین کمبود اکسیژن مزمن در برخی افراد، آن‌ها را به اختلالات

بیمار کمتر باشد و به عبارتی بیمار در سن پایین‌تر خون دریافت کرده باشد، میزان شیوع تظاهرات فکی-دهانی و صورتی کمتر است.

بین دندان‌های قدامی، بیرون زدگی دندان‌های قدامی، مال اکلوژن خلفی و برجستگی پیشانی رنج می‌بردند. هم چنین مطالعه حاضر نشان داد که هر چه سن دریافت خون

References :

- 1- Greenburg M, Burkets GM. Oral Medicine.10th ed. Hamilton: BC Dcker; 2008. p. 352-258.
- 2- Stephanie JD, Stephen AS. Management of the thalassemia – Induced skeletal facial deformity : Case reports and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 1997; 55:1331-1339.
- 3- Rund D, Rachmilewitz E. β-Thalassemia. NEJM 2005;353(11):1135-1146.
- 4- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: Mc Graw – Hill; 2004 p. 593-601.
- 5- Baig SM, Azhar A, Hassan H, Baig JM, Aslam M, Ud Din MA, et al. Prenatal diagnosis of beta-thalassemia in Southern Punjab, Pakistan. Prenat Diagn 2006; 26(10):903-5.
- 6- Ghasempour M, Pouramir A, Tamadoni A, Hajahmadi M, Mirzae S. Oral health and biochemical status saliva in patients with Thalassemia major. J Babol Univ Med Sci 2007; 9(1): 46-51.
- 7- Lokeshwar MR. Progress in the management of thalassemia. Indian Pediatr 2006; 43(6):503-6.
- 8- Seyyedi A, Nabavizadeh H. Epidemiological study of the oral and maxillofacial changes in beta-Thalassemic patients in Boyerahmad township, Autumn 2002. Beheshti Univ Dent J 2003; 21(4): 510-517.
- 9- Ajami BM, Talebi M, Ebrahimi M. Evaluation of oral and dental health status in major Thalassemia patients referred to Dr. Sheikh Hospital in Mashhad in 2002. J Dent Mashhad Univ Med Sci 2006; 30(1,2): 99-108.
- 10- Pakshir HR, Salehi H. Cephalometric comparison of craniofacial features of the Thalassemic patients under regular and irregular treatment with normal individuals. Beheshti Univ Dent J 2005; 23(4): 548-561.
- 11- Capelozza Filho L, Cardoso Mde A, Reis SA, Mazzottini R. Surgical-orthodontic correction of long-face syndrome. J Clin Orthod 2006;40(5):323-32.
- 12- Pakshi HR, Mina Kh. Cepalometric evaluation Thalassemia major using Mc.Namara analysis of patients aged 9-17 years old in Shiraz. Shiraz Univ Dent J 2002; 3(1,2): 1-11.
- 13- Cutando Soriano A, Gil Montoya JA, López-González Garrido Jde D. Thalassemias and their dental implications. Med Oral 2002; 7(1):36-40, 41-5
- 14- Tafazzoli Shadpour H. Evaluation of oral manifestation and bone lesion in patients with major Thalassemia Qazvin, 1998-99. J Qazvin Univ Med Sci 2003; 27(3): 48-52.
- 15- Aghahosseini F, Shanbadi . Evaluation of craniofacial abnormality in Thalassemic patients who referred to Ali Asghar Hospital. J Dent Tehran Univ Med Sci 2000; 16(2):16-24.
- 16- Profit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary Orthodontics. 4th ed. Canada: Mosbey: 2006. p. 27-72.
- 17- Neville BW, Damm D, Allenc R, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology.2nd ed. Philadelphia : W.B Saunders; 2002. p. 503-504.
- 18- Newman M, Takei H, Carranza F. Clinical Periodontology, 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002 . p. 208,211,447.
- 19- Iramloo B, Ansari G, Qoreishi S. An epidemiologic assessment on the oral manifestations of β-thalassemia in-patients referred to oncology wards in Tehran during 2000-2001. Beheshti Univ Dent J 2005;22:45-50.
- 20- Aminabadi N, Shirmohamadi A. Evaluation of Jaws Dimension and Occlusion of Thalassemic Children with Permanent Dentition in Tabriz Children Hospital. Shiraz Univ Dent J 2006; 7(1,2): 138-145.
- 21- Bani Hashem Rad SA, Bani Hashem SA. Evaluation of oral hygiene status in patients with Thalassemia in Dr. Sheikh Hospital in Mashhad in 2004. J Dent Mashhad Univ Med Sci 2005; 29(3,4): 163-175.

Orofacial disformation in thalassemia patients refered to Kerman special disease center in 2007

Hashemipour M.S.¹(DMD), Raad M.¹(DMD), Ebrahimi Meimand S.¹(DMD)

¹Kerman University of Medical Sciences, Faculty of Dentistry

Abstract

Background and Objectives

Major β thalassemia has been reported as a high prevalence genetic disorder in Iran with some oromaxillofacial complications. The aim of this study was to evaluate the prevalence of oromaxillofacial disorder in thalassemia patients at Kerman province.

Materials and Methods

In this research, 208 patients with major β thalassemia were under study. Data were obtained by oral examination and analyzed by statistical programs of SPSS 13.5, t-test, and χ^2 test.

Results

Out of 208 patients with major β thalassemia, 103 were male and 105 female. The mean age was 12.48 with the range of 1-26 years. The most prevalent facies appearance in these patients was pale face (47.3%) and lower jaw protrusion had the minimum prevalence. From data analysis, it was found that 46.6% of patients had protrusion of maxilla. Results of the present study showed that the most prevalent location with pigmentation into oral cavity was gingival of labial and the locations with less prevalence were lateral border of tongue, soft palate, and floor of mouth.

Conclusions

This study showed that about 84.2% (175 cases) of all patients under consideration complained from changes in oral and Maxillofacial complications including upper and lower jaw protrusion, saddle nose, space between anterior teeth, anterior teeth protrusion, posterior malocclusion and frontal bossing. Also, it was revealed that the rate of prevalence for oral and Maxillofacial complications decreases when patients receive blood at younger ages.

Key words: Thalassemia, Maxillofacial abnormalitis, Iran
SJIBTO 2008; 5(3): 185-193

Received: 26 Feb 2008

Accepted: 1 Sep 2008

Correspondence: Hashemipour M.S., Assistant Professor of Faculty of Dentistry, Kerman University of Medical Sciences and Kerman dental and oral medicine research center. Jomhuri Blv, Shafa St, Faculty of Dentistry, Oral Disease Branch.
P.O.Box: 76175, Kerman, Iran. Tel: (+98341) 2119024; Fax : (+98341) 21198073
E-mail: m_S_hashemipour@yahoo.com