

پایوژنیک گرانولوما: مروری بر خصوصیات کلینیکی ۹۵ مورد

دکتر نیلوفر شادمان^{۱*}، دکتر شهرام فرزین ابراهیمی^۱، دکتر شهین جعفری^۲

۱- استادیار گروه ترمیمی و زیبایی و مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان و دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲- دانشیار گروه تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

E-mail: niloo_shad@yahoo.com

*نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: پایوژنیک گرانولوما یکی از ضایعات راکتیو شایع حفره دهان است که به طور معمول به دنبال تروماهای ملایم در نسوج به وجود می‌آید و به صورت رشد بیش از حد بافت همبندی با بستر بسیار پرعروق رخ می‌دهد. دلیل انتخاب این ضایعه برای بررسی، شیوع به نسبت بالا و گاهی اوقات داشتن مشی و ظاهر هراسناک آن است که امکان دارد سبب گمراهی و اشتباه در تشخیص درمانگر شود. هدف از این مطالعه، بررسی خصوصیات کلینیکی ضایعه پایوژنیک گرانولوما است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که از نوع outcome study است، روی ۹۵ مورد قطعی پایوژنیک گرانولومای دهانی که بیوپسی شده و در آن‌ها بررسی هیستوپاتولوژیک انجام گرفت، خصوصیات شامل سن، جنس، محل آناتومیک، قوام، عامل اتیولوژیک، سابقه درد و خونریزی، خصوصیات سطحی و وضعیت پایه در یک چارت ثبت شد و با نرم‌افزار آماری SPSS 11 و تست آماری Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($P < 0.05$).

نتایج: پایوژنیک گرانولوما در زنان (۶۴/۲ درصد) شایع‌تر از مردان (۳۵/۸ درصد) است و بیشتر در دهه‌های دوم (۲۷ درصد) و پنجم (۲۳ درصد) مشاهده شده و اغلب در ناحیه آلوئولار ماگزایلا (۵۶/۸ درصد) و قسمت قدامی فکین دیده می‌شود. ضایعه بیشتر دارای قوام سخت (۷۶/۸ درصد) و با سطح زخمی (۶۵/۳ درصد) و خونریزی دهنده (۵۸/۹ درصد) بوده و سابقه درد در موارد اندکی (۸/۴ درصد) مشاهده می‌شود. ضایعه در ۶۵ درصد موارد پایه دار بوده و شایع‌ترین اتیولوژی شناخته شده، جرم دندانی (۲۰ درصد) بوده است.

نتیجه‌گیری: پایوژنیک گرانولوما در خانم‌ها بیشتر از آقایان و در ناحیه قدامی فکین و ماگزایلا بیشتر مشاهده می‌شود. در بسیاری از موارد، سطح زخمی با سابقه خونریزی و بدون درد می‌باشد و شایع‌ترین اتیولوژی شناخته شده، جرم دندانی است.

واژگان کلیدی: پایوژنیک گرانولوما، ضایعات راکتیو

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم- شماره ۸۳
آبان ۱۳۸۸

وصول: ۸۸/۷/۱۸
آخرین اصلاحات: ۸۸/۹/۱
پذیرش: ۸۸/۹/۲

مقدمه

بعضی از پدیده‌های ترمیمی و در برخی شرایط، پرولیفراسیون یکی از اجزای بافتی، به عللی بیش از اندازه بوده و باعث بروز ضایعات تومور مانند می‌شود که ماهیت پیش‌رونده دارند. در حقیقت، ضایعات

فعالیت پرولیفراتیو اجزای مختلف بافتها به طور طبیعی به یک نسبت فیزیولوژیک و به اندازه لازم به منظور جبران نسوج از دست رفته صورت می‌گیرد، اما در

به آسیب‌ها را تغییر دهد. از نظر کلینیکی ضایعه به صورت یک ندول یا پولیپ بدون علامت است [شکل ۱] که به رنگ صورتی تا قرمز یا ارغوانی بوده که رنگ آن وابسته به سن ضایعه است.



شکل ۱- نمای کلینیکی ضایعه پایوژنیک گرانولومای دهانی

درصد شیوع PG در مناطق مختلف دهانی متغیر است و بنظر می‌رسد که به دلایل مختلفی مانند حضور مقادیر کافی از بافت همبند در ناحیه و درجه پاسخ‌دهی به التهاب در اثر عوامل مختلف، درجه آسیب‌پذیری ناحیه به دلیل تروما یا تحریکات، عدم حضور سیستم دندانی غیرطبیعی و ترمیم‌های معیوب و بهداشت ناکافی بیمار باشد. شایع‌ترین ناحیه داخل دهانی، لثه است که نزدیک به ۷۵-۷۰ درصد موارد را شامل می‌شود. سایر مکان‌های درگیری عبارتند از: لب‌ها، زبان، مخاط باکال، کام، چین موکوباکال یا موکولیبال، مخاط آلوئولر، ریج بی‌دندانی. رشد ضایعه به طور معمول کند و فاقد علامت است و اندازه آن به طور معمول به بیشتر از ۲.۵ سانتیمتر نمی‌رسد.

ضایعات به طور جزئی در لثه ماگزایلا شایع‌تر از مندیبل است و نواحی قدامی نسبت به نواحی خلفی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این ضایعه در قسمت فاسیال لثه نسبت به لینگوال شایع‌تر است. در مراحل اولیه ضایعه دارای قوام به نسبت نرم یا اسفنجی بوده و با گذشت زمان یا حذف عامل اتیولوژیک دارای قوام لاستیکی یا firm می‌شود. به طور معمول توده غیر دردناک است. با وجود این اغلب به راحتی دچار خونریزی می‌شود که

راکتیو، بعضی از مشخصات نئوپلاسم‌ها را دارند، اما جزء نئوپلاسم‌ها به شمار نمی‌روند، زیرا نه خاصیت رشد نامحدود دارند و نه خودبه‌خود به وجود می‌آیند. آسیب مزمن بدون توجه به نوع عامل ایجادکننده، محرک شکل‌گیری بافت جوانه‌ای یا گرانولاسیون است که شامل رولیفراسیون سلول‌های اندوتلیال، سلول‌های التهابی مزمن و مقدار کمی فیبروبلاست است. ضایعات راکتیو حفره دهان به چند گروه تقسیم می‌شوند که یکی از شایع‌ترین آن‌ها پایوژنیک گرانولوما است. پایوژنیک گرانولوما [PG] به صورت یک افزایش بیش از حد بافت همبندی معرفی می‌شود که در یک سوم موارد در اثر ترومای مشخصی ایجاد شده است. به طور کلی، در حال حاضر اغلب معتقدند، PG متعاقب بعضی تروماهای ملایم به نسوج که تأمین‌کننده گذرگاهی برای تهاجم انواع میکروارگانسیم‌های غیراختصاصی می‌شود، به وجود می‌آید. نسوج با یک روند خاصی، نسبت به این میکروارگانسیم‌ها، از طریق پرولیفراسیون بیش از حد یک نوع بافت همبندی پر عروق برخورد می‌کند. با وجود این، بعضی محققان معتقدند، نفوذ میکروارگانسیم‌ها به داخل نسوج یا واقع نمی‌شود یا قابل ملاحظه نیست، زیرا به وسیله روش‌های مناسب رنگ‌آمیزی باکتربیولوژیک، به ندرت میکروارگانسیم در عمق ضایعه دیده شده است و در حقیقت نامگذاری این ضایعه ارتباطی با خصوصیات واقعی آن ندارد، زیرا در این ضایعه نه چرکی وجود دارد و نه از نظر هیستولوژیک مشابه یک گرانولوم است. سابقه تروما قبل از بروز ضایعه به ویژه در نوع خارج لثه‌ای شایع است. این تروما می‌تواند ناشی از جویدن، اپلاینس‌های پروتزی یا محرک‌های موضعی دیگر باشد. تحریکات لثه‌ای و التهابی که ناشی از بهداشت دهانی ضعیف است، می‌تواند یک عامل مستعدکننده در بسیاری از بیماران باشد. پایوژنیک گرانولوما به طور معمول در لثه دیده می‌شود که در این نوع، احتمالاً به وسیله تحریک جرم یا اجسام خارجی موجود در شیار لثه‌ای ایجاد می‌شود. تغییرات هورمونی در بلوغ و حاملگی نیز ممکن است واکنش لثه در پاسخ

استرومای ضایعه ادماتوز است و تعدادی میکروآبسه نیز مشاهده می‌گردد. اگر ضایعه از طریق جراحی برداشته نشود، به دلیل انسداد تدریجی کاپیلرها، نمایی فیروزه پیدا می‌کند. بلوغ عناصر بافت همبندی را به عنوان نشانه‌های التیام ضایعه تفسیر می‌نمایند. در استروما فعالیت میتوتیک فراوانی دیده می‌شود.

ویژگی‌ها و خصوصیات کلینیکی ضایعه پایوژنیک گرانولوما در جوامع مختلف ممکن است متفاوت باشد که به دلیل وجود تفاوت در شرایط محیطی، شیوه زندگی و... بوده و در نتیجه پیشگویی خصوصیات این ضایعه از این جهت سودمند است که می‌تواند سبب تشخیص زودتر و مداخله کارآمدتر قبل از آسیب‌های بیشتر در بافت‌های نرم و سخت شود و از این رو در این تحقیق، ما به بررسی ضایعه فوق در دانشکده دندانپزشکی تهران پرداخته ایم که این دانشکده دارای بیشترین مراجعه کننده موارد ضایعات دهانی در شهر بزرگ تهران [در مقایسه با سایر مراکز] است و اطلاعات به دست آمده در زمینه خصوصیات این ضایعه، برای مقایسه با سایر جوامع می‌تواند مفید باشد.

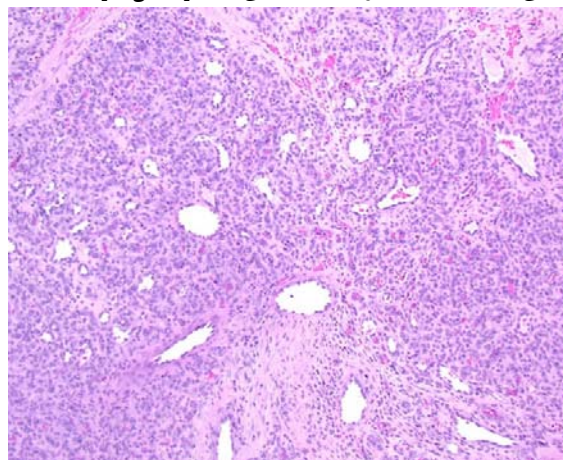
هدف اصلی از این مطالعه، تعیین خصوصیات کلینیکی و دموگرافیک ضایعه دهانی پایوژنیک گرانولوما در بیمارانی است که در فاصله زمانی سال‌های ۸۲-۱۳۷۸ به بخش تشخیص و بیماری‌های دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و دارای ضایعه اگزوفیتیکی در دهان بوده‌اند که پس از ارجاع جهت بیوپسی تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعه دهانی آن‌ها، پایوژنیک گرانولوما گزارش شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که از نوع outcome study است، تمام بیمارانی که در فاصله زمانی سال‌های ۸۲-۱۳۷۸ به بخش تشخیص و بیماری‌های دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و دارای ضایعه دهانی اگزوفیتیکی بودند، تحت معاینه کلینیکی

دلیل آن وجود عروق خونی فراوان و سطح زخمی ضایعه است. یکی از ویژگی‌های ضایعه، رشد سریع آن است که لزوم بررسی ضایعه را از سوی دندانپزشک یا پزشک تأکید می‌کند تا از ضایعات بدخیم افتراق داده شود. گاهی در PG لته‌ای که مدت زیادی از حضورش گذشته باشد، جابه‌جایی دندان مجاور دیده می‌شود. شواهد رادیوگرافیک، مدارکی از تحلیل محدود استخوان را در ضایعات وسیع و طولانی مدت نشان می‌دهد. از نظر نژادی، به نظر می‌رسد که ضایعه در نژاد سفیدپوست بیشتر است.

مطالعات میکروسکوپی، نشان‌دهنده پرولیفراسیون شدید عروقی است که مشابه بافت جوانه‌ای یا گرانولاسیون است. تعدادی کانال‌های کوچک و بزرگ مفروش شده با اندوتلیوم مشاهده می‌شود که با گلبول‌های قرمز پر شده است. بعضی اوقات این عروق به صورت لب‌ولار تجمع یافته و ارگانیزه شده‌اند. اپی‌تلیوم سطحی [در صورت وجود داشتن]، اغلب نازک و آتروفیک است، اما امکان دارد هیپرپلاستیک نیز باشد. سطح ضایعه به طور معمول زخمی است و با یک غشای فیبرینی چرکی پوشیده شده است. سلول‌های التهابی انفیلتراه شده شامل نوتروفیل‌ها، پلازما سل‌ها و لنفوسیت‌ها هستند. استرومای همبندی به نحو مشخصی ظریف است. هر چند که اغلب دسته‌هایی از رشته‌های کلاژن که در توده بافتی کشیده شده نیز مشاهده می‌شود [شکل ۲].



شکل ۲- نمای هیستوپاتولوژیک ضایعه پایوژنیک

گرانولومای دهانی. [H&E x40]

۶۵ درصد موارد، ضایعه پایه‌دار یا [Pedunculate] و حدود ۳۵ درصد موارد، ضایعه بدون پایه [Sessile] بود. ۵- سطح ضایعه در درصد زیادی از موارد [۶۵/۳ درصد] زخمی بوده و در ۵۸/۹ درصد موارد سابقه خونریزی وجود داشت.

۶- تنها در ۸/۴ درصد از موارد سابقه درد وجود داشت. ۷- در بیش از نیمی از موارد، اتیولوژی خاصی قابل تشخیص نبود. شایع‌ترین اتیولوژی شناخته شده برای این ضایعه، عبارت بودند از: جرم دندانی [۲۰ درصد] و بعد از آن چهار مورد عادت به گاز گرفتن لب و گونه و ترومای اکلوژالی، سه مورد پس از کشیدن دندان، یک مورد دنچر نامناسب و نیز چهار مورد روکش و پرکردگی نامناسب.

بحث

ضایعات راکتیو حفره دهان به چند گروه تقسیم میشوند که یکی از شایع‌ترین آن‌ها، پایوزنیک گرانولوما بوده و به صورت یک افزایش بیش از حد بافت همبندی معرفی می‌شود که در اثر تحریک یا آسیب مشخصی ایجاد شده است. سابقه تروما قبل از بروز ضایعه شایع است. این تروما می‌تواند ناشی از جویدن، اپلایس‌های پروتزی یا محرک‌های موضعی دیگر باشد. پایوزنیک گرانولوما اغلب در لثه دیده می‌شود که در این نوع، احتمالاً با تحریک جرم یا اجسام خارجی موجود در شیار لثه‌ای ایجاد می‌شود. تغییرات هورمونی در بلوغ و حاملگی نیز ممکن است واکنش لثه در پاسخ به آسیب‌ها را تغییر دهد.

در این تحقیق PG در خانم‌ها بیشتر از آقایان مشاهده شده است. در مطالعات مشابه دیگر نیز در خانم‌ها بیشتر از آقایان این ضایعه دیده شده است. از جمله مطالعه‌ای که توسط زارعی و همکاران روی ۴۵ بیمار PG در شهر کرمان انجام شد و نیز در مطالعه‌ای که از سوی بقایی نایینی و همکاران به طور Retrospective در فاصله سال‌های ۶۲-۱۳۴۵ روی ۱۴۴ مورد PG انجام شد و در مطالعه‌های پور و همکاران نیز این نتیجه به دست آمد.

قرار گرفتند و چارت مخصوصی پر شد. سپس به بخش پاتولوژی ارجاع داده شدند و پس از بیوپسی و تشخیص هیستوپاتولوژیک ضایعه دهانی آن‌ها به عنوان PG، چارت‌های مربوطه مورد بررسی قرار گرفت و بقیه موارد غیر از PG از مطالعه حذف شدند. برای اطمینان از درستی تشخیص، اسلایدهای میکروسکوپیکی از سوی دو پاتولوژیست مورد بررسی قرار گرفتند.

چارت تهیه شده، در مورد خصوصیات کلینیکی ضایعه PG [محل ضایعه، قوام، وضعیت پایه، خصوصیات سطحی، سابقه خونریزی و درد و دلیل احتمالی] و همچنین خصوصیات بیماران [سن و جنس] بود. تست آماری Chi-square که فراوانی را در گروه‌های جنسی و سنی و مکانی مشخص می‌کند، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت [P<0.05]. نرم‌افزار آماری کاربردی نیز SPSS 11 بود.

نتایج

از مطالعه ۹۵ مورد PG نتایج زیر به دست آمد [جداول ۲و۱]:

- ۱- از نظر توزیع جنسی، ضایعه در خانم‌ها [۶۴/۲ درصد] بیشتر از آقایان [۳۵/۸ درصد] مشاهده شد.
- ۲- سن مبتلایان در محدوده ۵ تا ۷۱ سال و با میانگین سی سال بود و بیشترین موارد به ترتیب در دهه‌های دوم [۲۷ درصد] و پنجم [۲۳ درصد] مشاهده شدند.
- ۳- محل‌های ضایعه به ترتیب درصد فراوانی عبارتند از: قدام ماگزایلا [۳۴/۷ درصد]، خلف ماگزایلا [۲۲/۱ درصد]، قدام مندیبل [۲۰ درصد] و خلف مندیبل [۱۵/۷ درصد]. به عبارت دیگر، ضایعه در ماگزایلا بیشتر از مندیبل و در نواحی قدامی بیشتر از نواحی خلفی مشاهده شد. سایر نواحی درگیری عبارت بودند از: سه مورد گونه، یک مورد لب پائین و یک مورد کام سخت.

۴- قوام ضایعه در درصد زیادی از موارد سخت یا firm بوده [۷۶/۸ درصد] و در درجات بعدی قوام Soft و hard مطرح بود. از بین موارد گزارش شده از نظر پایه حدود

PG انجام داده، مشخص شد که وقوع بر حسب گروه سنی، چندان اهمیتی ندارد. در حالی که در مطالعه‌ای دیگر از سوی Angelopoulous در ۶۰ درصد موارد، ضایعه در اشخاص بین سنین ۴۰-۱۱ سالگی رخ داده است.

از نظر محل‌های شایع بروز در این تحقیق، باید گفت، شایع‌ترین محل وقوع، لثه و قسمت قدامی آن است و در فک بالا بیشتر از فک پائین رخ می‌دهد. در بیشتر مطالعات نیز همین نتیجه به دست آمده است. سایر مکان‌های خارج لثه‌ای، عبارتند از زبان و لب پایین که این مناطق بیشتر در معرض تروما هستند.

در این مطالعه قوام ضایعه به طور غالب firm بود. در منابع مختلف قوام ضایعه اغلب firm و در درجه‌بندی Soft عنوان شده است. البته در برخی از مطالعات نیز اشاره ای به این موضوع نشده است. البته باید ذکر کرد که قوام ضایعه بستگی به مدت زمان ایجاد و حضور ضایعه دارد به این معنا که با افزایش عمر ضایعه، الیاف کلاژن بیشتر می‌شود و با بروز بلوغ یا [maturation] قوام ضایعه بطرف firm می‌رود.

در این مطالعه در غالب موارد ضایعه پایه‌دار بوده است، در برخی از منابع و بررسی‌ها از جمله مطالعه Giblin و همکاران در سال ۲۰۰۷ و Zain و همکاران در سال ۱۹۹۵، از نظر پایه، ضایعه، پایه‌دار ذکر شده است. در حالی که در سایر مطالعات دیگر، برتری خاصی از نظر Pedunculate یا Sessile بودن عنوان نشده است.

در این بررسی سطح ضایعه در بیشتر موارد زخمی مشاهده شده بود و در بیش از نیمی از موارد هم سابقه خونریزی وجود داشت. در تحقیقات مشابه قبلی نیز سطح ضایعه بیشتر زخمی و ضایعه، خونریزی دهنده بود.

در این مطالعه در ۸/۴ درصد موارد سابقه درد عنوان شده است. در تحقیقات گذشته، در بیشتر موارد به مسئله وجود درد پرداخته نشده که این امر [بررسی درد] یکی از ویژگی‌های خاص این مطالعه است. تنها در تعداد محدودی از تحقیق‌ها از درد گنگ و مبهمی که به خوبی

همچنین در مطالعه‌ای که از سوی Angelopoulous روی ۸۳۵ مورد PG انجام شده است و مطالعه‌ای که از سال ۱۹۵۹ تا ۱۹۷۰ روی بیش از هشتصد مورد PG صورت گرفته است خانم‌ها بیشتر از آقایان درگیر شده‌اند که این درگیری بیشتر به دلیل اثرات عروقی هورمون‌های جنسی خانم‌ها است. در زمان‌های بلوغ، حاملگی و منوپوز تغییرات هورمونی بیشتر اتفاق می‌افتد. علت بالاتر بودن بروز ضایعه در بارداری سطوح افزایش یافته هورمون‌های استروژن و پروژسترون میباشد. در بعضی مطالعات نسبت درگیری خانم‌ها به آقایان ۲:۱ اعلام شده است.

در این تحقیق، میانگین سنی مبتلایان سی سال بود و در دهه‌های دوم و پنجم بیشترین موارد مشاهده شدند. در مورد بررسی ضایعه از نظر بروز سنی، باید گفت که با توجه به بروز بیشتر این ضایعه در دهه‌های دوم و پنجم، این امر توزیع به طور تقریبی Bimodal ضایعه را نشان می‌دهد. به خصوص که در دهه چهارم، درصد موارد بروز به نحو قابل ملاحظه‌ای کمتر از دهه‌های سوم و پنجم بود. شاید بتوان گفت، با توجه به این که رشد این ضایعه تا حدود زیادی تحت تأثیر تغییرات سطوح هورمونی است و تغییرات هورمونی نیز در خانم‌ها وجود دارد، این افزایش قابل توجه باشد. در دوران بلوغ که در دهه دوم قرار دارد و دهه پنجم که پیش از منوپوز است، تغییرات هورمونی بیشتر است. در حالی که در دهه چهارم میزان ثبات [Stability] هورمونی نسبت به دهه‌های دوم و پنجم بیشتر است.

در مطالعه زارعی و همکاران، میانگین سنی ۲۷ سال و در مطالعه بقایی نایینی و همکاران، ۲۶/۳ سال و در مطالعه هاشمی پور و همکاران، ۲۸/۹ سال به دست آمد. در مطالعه‌ای که روی ۳۸ مورد PG صورت گرفته است، میانگین سنی بیماران ۳۳ سال عنوان شده است که موارد فوق در تأیید تحقیق حاضر است. در مطالعه‌ای دیگر که در دانشکده Malaya واقع در مالزی روی ۳۰۴ مورد PG صورت گرفته بیشترین بروز در دهه دوم عنوان شده است. با این حال، در مطالعه‌ای که Kerr روی ۲۸۹ مورد

دارد. همچنین تزریق بعضی مواد مانند سدیم تترادسیل سولفات [STS]، اتانول یا کورتیکواستروئیدها برای اسکروزه کردن عروق نیز بسیار سودمند است. در برخی موارد درصد عود بعد از درمان بین ۲۳-۱۵ درصد و در برخی موارد دیگر زیر ۵ درصد ذکر شده است.

در دوران بارداری، بهداشت دهانی بسیار خوب، حذف پلاک‌های دندانی و جرمگیری و استفاده از مسواک‌های soft دارای اهمیت است. در شرایط خاصی میتوان جراحی ضایعه را در سه ماهه دوم بارداری انجام داد، اما بسیاری از کلینیسین‌ها معتقدند، به این دلیل که ضایعه در بسیاری از موارد پس از پایان دوره بارداری کاهش حجم خواهد یافت، هر گونه اقدام جراحی به پس از دوران بارداری موکول شود.

با وجودی که PG از نظر کلینیکی در موارد زیادی قابل تشخیص است، با این حال، باید از روش‌های دیگری مانند رادیوگرافی و مطالعات هیستوپاتولوژیک نیز استفاده کرد تا از صحت تشخیص اطمینان حاصل شده و به دنبال آن درمان مناسب انجام گیرد. رادیوگرافی برای رد کردن هرگونه احتمال بدخیمی یا تشخیص هرگونه جسم خارجی یا مارژین تیز رستوریشن باید مورد نظر قرار گیرد. البته یک PG قدیمی می‌تواند دچار کلسیفیکاسیون‌هایی نیز شود که اندازه آنها در نمای رادیوگرافیک بندرت بیشتر از ۰/۵ سانتیمتر خواهد شد ولی در PG به ندرت از دست رفتن استخوان (bone loss) مشاهده می‌شود.

لوکالیزه شده، سخن به میان آمده است و به‌عنوان یک یافته غیرشایع مطرح شده است.

در این مطالعه در بین کل نمونه‌ها و از بین تمام مواردی که اتیولوژی شناخته شده‌ای مشاهده شده بود، جرم دندانی و بهداشت دهانی نا مناسب به عنوان مهم‌ترین عامل شناخته شده است. در بسیاری از منابع نیز به نقش مهم تحریکات مزمن لثه‌ای و التهابی ناشی از بهداشت دهان ضعیف بعنوان یک عامل مستعدکننده در بسیاری از بیماران پرداخته شده است.

درمان ضایعه PG در شرایطی که ضایعه بزرگ باشد یا در نواحی باشد که درمان جراحی آن مشکل باشد، همواره با مشکل همراه است. در مواردی که ضایعه بسیار کوچک و فاقد درد و بدون خونریزی باشد، ممکن است فالوآپ به تنهایی کافی باشد. البته برش جراحی ضایعه همراه با حذف عامل تحریک موضعی [پلاک، جرم، اجسام خارجی ایجادکننده تروما مثل اورهنگ یا لبه نامناسب روکش] به عنوان روش درمانی اصلی مطرح است. در ضایعات لثه‌ای جهت کاهش درصد عود، برش جراحی باید تا پیوسته ادامه یابد و دندان مجاور ضایعه به خوبی جرم‌گیری گردد.

استفاده از لیزر Nd:YAG نیز برای درمان پیشنهاد می‌شود و مزیت آن این است که میزان خونریزی کاهش می‌یابد و این روش برای بیمار قابل قبول‌تر است. همچنین روش کرایوسرجری نیز به عنوان یک روش بسیار سودمند مطرح بوده و نسبت به جراحی معمولی برتری

جدول ۱: شایعترین مکانهای ضایعه پایوژنیک گرانولوما در فکین

مندبیل			ماکزینا		
مجموع	خلف	قدام	مجموع	خلف	قدام
۳۵.۷ درصد	۱۵.۷ درصد	۲۰ درصد	۵۶.۸ درصد	۲۲.۱ درصد	۳۴.۷ درصد

جدول ۲: درصد هر یک از خصوصیات کلینیکی ضایعه پایوژنیک گرانولوما

سن [میانگین]	جنس		سطح		تمایل به خونریزی	عامل اتیولوژیک			درد	وضعیت پایه		قوام
						سالم	زخمی	بله		خیر	جرم دندان	
۵-۷۱ [۳۰]	٪۶۴/۲	٪۳۵/۸	٪۳۴/۷	٪۶۵/۳	٪۵۸/۹	٪۶۷/۳	٪۲۰	٪۱۲/۶	٪۸/۴	٪۳۵	٪۶۵	٪۸۷/۶

نتیجه گیری

از نظر درگیری جنسی، محل‌های شایع بروز، قوام، سطح ضایعه، وجود خونریزی و اتیولوژی نتایج این تحقیق با تحقیق‌های قبلی همخوانی کامل دارد و از نظر وجود سابقه درد نیز باید عنوان کرد که در این ضایعه چندان قابل توجه و مهم نیست.

با توجه به این که در بیشتر موارد وجود جرم و بهداشت دهانی نامطلوب به عنوان عامل تحریکی مطرح شده است، در نتیجه رعایت بهداشت دهانی و جرم‌گیری مرتب پیشنهاد می‌شود. که از طریق افزایش برنامه‌های مربوط به آموزش بهداشت دهان جهت بیماران و افزایش توجه دندانپزشکان برای حذف جرم انجام می‌گیرد. پیشنهاد می‌شود برای جلوگیری از ایجاد مشکلات ایاتروژنیک [مانند پرکردگی نامناسب و دارای Over hang، روکش نامناسب، اپلاینس‌های مختلف و ریشه باقیمانده در محل و کشیدن تروماتیک دندان] توجه بیشتری مبذول شود.

تشکر و قدردانی

از زحمات جناب آقای دکتر خرازی فرد مشاور محترم آمار و همچنین از راهنمایی‌های جناب آقای دکتر مطهری، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آوریم.

منابع

- 7- Giblin AV, Clover AJ, Athanassopoulos A, Bundy PG. Pyogenic granuloma - the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007; 60[9]: 1030-5.
- 8- Mussalli NG, Hopps RM, Johnson NW. Oral pyogenic granuloma as a complication of pregnancy and the use of hormonal contraceptives. *Int J Gynaecol Obstet.* 1976; 14[2]: 187-91.
- 9- Pilch BZ. *Head and neck surgical pathology.* Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. 2001: 389-90.
- 10- Patil K, Mahima VG, Lahari K. Extralingival pyogenic granuloma. *Indian J Dent Res.* 2006; 17[4]: 199-202.
- 11- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology.* 2nd ed. Philadelphia: Saunders. 2002: 447-57.
- 12- Angelopoulos AP. Pyogenic granuloma of the oral cavity: statistical analysis of its clinical features. *J oral Surg.* 1971; 29[12]: 840-7.
- 13- Pereira CM, de Almeida OP, Correa ME, Souza CA, Barjas-Castro ML. Oral involvement in chronic graft versus host disease: a prospective study of 19 Brazilian patients. *Gen Dent.* 2007; 55: 48-51.
- 14- Amirchaghmaghi M, Falaki F, Mohtasham N, Mosannen Mozafari P. Extralingival pyogenic granuloma: a case report. *Cases J.* 2008; 1: 371.
- 15- Bouquot JE, Nikai H. Lesions of the oral cavity. In: Gnepp DR. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck.* Philadelphia: WB Saunders. 2001: 141-233.
- 16- Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Contemporary oral and maxillofacial pathology.* 2nd ed. Missouri: Mosby. 2004: 318-19.
- 17- Lawoyin Jp, Arotiba JT. Oral PG: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral maxillofacial Surg.* 1997; 35[3]: 185-89.
- 18- Zain RB, Khoo SP, Yeo JF. Oral Pyogenic granuloma [excluding pregnancy tumor] - a clinical analysis of 304 cases. *Singapore Dent J.* 1995; 20[1]: 8-10.
- 19- Inagi K, Takahashi HO, Yao K, Kamata T. Study of Pyogenic granuloma of the oral cavity. *Nippon Jibiinkoka Gakkai kaiho.* 1991; 94[12]: 1857-64.
- 20- Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: A review of 172 cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2007; 45: 288-92.
- 21- Baghaee Naeeni F, Taghi s. Age and sex distribution review Pysznyk granuloma in the oral cavity. *The Journal of Islamic Dental Association.* 1363; 2: 13-17.
- 22- Hashemi Pour MA, Rad M, Mojtahedi A. A survey of soft tissue tumor-like lesions of oral cavity: A clinicopathological study. *Iranian Journal of Pathology.* 2008; 3[2]: 81-7.
- 23- Greenberg MS, Glick M. *Burket's oral medicine.* 11th ed. Hamilton: BC Decker. 2008: 133-4
- 1- Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A textbook of oral pathology.* 4th ed. Philadelphia: W.B Saunders. 1983: 144-6, 359-61.
- 2- Saravana GH. Oral pyogenic granuloma: a review of 137 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 47[4]: 318-9.
- 3- Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *Journal of Oral Science.* 2006; 48[4]: 167-75.
- 4- Vilmann A, Vilmann P, Vilmann H. Pyogenic granuloma: evaluation of oral conditions. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 24: 376-82.
- 5- Wood NK, Goaz PW. *Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions.* 5th ed. St.Louis: Mosby Co. 1997: 141-2, 182, 195-6.
- 6- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral pathology: clinical pathologic correlations.* 5th ed. St.Louis: Saunders. 2008: 112-3.

- 24- Sills ES, Zegarelli DJ, Hoschander MM, Strider WE. Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor [pyogenic granuloma]. *J Reprod Med.*1996; 41: 467-470.
- 25- Ishida CE, Ramos-e-Silva M. Cryosurgery in oral lesions. *Int J Dermatol.* 1998; 37: 283-85.
- 26- Moon SE, Hwang EJ, Cho KH. Treatment of pyogenic granuloma by sodium tetradecyl sulfate sclerotherapy. *Arch Dermatol.*2005; 141: 644-46.
- 27- White SC, Pharoah MJ. Oral radiology principles and interpretation, 5th ed. Missouri: Mosby. 2004: 598.

**Daneshvar
Medicine**

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Sixteenth Year, No.83
October-November.
2009*

Received: 10/10/2009

Last revised: 22/11/2009

Accepted: 23/11/2009

Pyogenic granuloma: A review of clinical characteristics of 95 Cases

Shadman, N^{1*}, Farzin Ebrahimi.Sh.¹, Ja'fari, Sh²

1. Assisstant professor Kerman Universite of Medical Sciences, Dentistry Faculty. Member of Kerman oral and dental diseases center

2. Associate professor Dentistry_Faculty,_Tehran University of Medical Sciences.

*E-mail: niloo_shad@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Pyogenic granuloma (PG) is one of the common oral reactive oral lesions that often is generated in the tissues after mild trauma, in which connective tissues overgrowth with a very highly vascular stroma. The aim of this research is the study of its fairly common prevalence and fearful clinical features that may mislead the practitioner to faulty diagnosis.

A series of 95 consecutive confirmed cases of oral pyogenic granuloma were selected after biopsy and histopathologic evaluation. The age, sex, anatomic location, consistency, etiological factor, pain and bleeding history, surface texture, and pedicle situation were recorded for them in a medical chart the data were analyzed by SPSS (11) statistical software. Chi-square test (P<0.05). was performed to obtain the following results.

PG is more common among females (64.2%) than males (35.8%), with increased prevalence in the second (27%) and fifth (23%) decades. It is more common in alveolar maxilla (56.8%) and anterior regions.

It has a consistency of (76.8%) with ulcerated (65.3%) and bleeding surface (58.9%) In 65% of cases, the lesions have been pedanculated. Only in 8.4% of cases the pain was reported in addition, the most common recognized etiology was calculus (20%).

Conclusion: Pyogenic granuloma is more common in females and in anterior region of jaws. It is happened most in 2nd and 5th decades and in maxilla with ulcerated surface and had tendency to bleed without pain. The most recognized etiology is calculus.

Key words: pyogenic granuloma, Reactive lesions