مجله دندانپزشکی
دوره ۱۳
شماره ۳
پاییز ۱۳۸۰

مقاله علمی (مروری بر مقالات)

نگاهی نو به یک بیماری قدیمی
(مروری بر طبقه‌بندی بیماریهای پریودنتال)

دکتر رضا پورعباس*
دکتر غلامعلی غلامی**
دکتر سورنا وهبی***

خلاصه

تا چندی پیش، توافق کلی در مورد دسته بندی بیماریهای پریودنتال بر اساس طبقه‌بندی سال ۱۹۸۹ آکادمی پریودنتولوژی آمریکا استوار بود، معذالک این طبقه‌بندی دارای نواقصی از جمله نامشخص بودن برخی معیارهای تشخیصی، هم پوشانی گروههای مختلف بیماریها و عدم امکان قرار دادن برخی از بیماران در گروههای تعریف شده در آن بود همچنین تاکید بیش از حد بر روی سن شروع بیماری و میزان پیشرفت آن و عدم امکان تعیین دقیق این موارد، از جمله کاستیهای دیگر آن محسوب می‌شد و بالاخره شایعترین بیماری پریودنتال یعنی التهاب لثه، هیچ جایگاهی برای طبقه‌بندی نداشت. در سال ۱۹۹۹ کمیته بین المللی توسط انجمن متخصصان پریودنتولوژی آمریکا جهت بازبینی و اصلاح طبقه‌بندی فوق تشکیل گردید که نتیجه آن ارائه شیوه‌ای جدید برای طبقه‌بندی این دسته از بیماریها بود. مقاله حاضر ضمن مروری بر طبقه‌بندی جدید، نگاهی گذرا به برخی از تغییرات حاصل از آن خواهد داشت و ضمناً موارد نقص کنونی آن را نیز به اجمال یادآور خواهد شد.

کلید واژه‌ها: بیماریهای پریودنتال ـ طبقه‌بندی ـ پریودنتایتیس

* دانشیار گروه پریودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
** دانشیار گروه پریودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
*** پریودنتیست و عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین.

مقدمه

با توجه به کاستیهایی که در طبقه‌بندی رایج بیماریهای پریودنتال وجود داشت[۱،۲] و در پاسخ به افزایش روز افزون دانش بشر در مورد اتیولوژی، مشی و تظاهرات بالینی و نیز عوامل مستعد کننده این بیماری، آکادمی پریودنتولوژی آمریکا کارگاه بررسی و بازنگری طبقه‌بندی بیماریهای پریودنتال را در اکتبر سال ۱۹۹۹ برگزار کرد که تحت عنوان طبقه‌بندی جدید بیماریهای پریودنتال[۳] ارائه شد و مورد تائید نهایی آکادمی مذکور قرار گرفت.

ارائه طبقه‌بندی فوق نه تنها زبان مشترک علمی متخصصان پریودنتولوژی را در سطح بین‌المللی دستخوش تغییر کرد بلکه دانشکده‌های دندانپزشکی کشور را ملزم کرد تا این تغییرات را در برنامه‌های آموزشی تخصصی و عمومی خود ملحوظ نمایند و آن را در امتحانات بورد تخصصی این رشته نیز ملاک طبقه‌بندی بیماریهای پریودنتال قرار دهند. هدف از این مقاله مروری کوتاه بر این طبقه‌بندی، گوشزد کردن کاستیهایی که هنوز در آن دیده می‌شود و ارائه پیشنهاداتی کوتاه در جهت بهبود آن می‌باشد، اما قبل از آن مروری بسیار گذرا بر نواقص طبقه‌بندیهای قبلی به نظر ضروری می‌باشد.

نواقص عمده طبقه‌بندیهای قدیمی

در فاصله سالهای ۱۹۷۷ تا ۱۹۸۹ آکادمی پریودنتولوژی آمریکا تقسیم بندی بیماری پریودنتال را از دو دسته اصلی افزایش داد و مخصوصا تاثیر بیماریهای سیستمیک بر سلامت بافتهای نگهدارنده دندانی، در این طبقه‌بندی ملحوظ گردید. گر چه معیارهای بیشتری برای تشخیص Early Onset Periodontitis (EOP) تدوین شده است معذالک طبقه‌بندی ۱۹۸۹ نیز دارای کاستیهای بود که از جمله آنها می‌توان به عدم توجه به بیماریهای لثه‌ای محض، وجود هم پوشانی قابل توجه بین گروههای مختلف در طبقه‌بندی، بروز مشکلاتی در عدم قرارگیری برخی از بیماران در گروه بندیهای ملحوظ شده در این طبقه‌بندی و وجود تشابهات میکروبیولوژیک و Host Response در گروه‌بندیهای ملحوظ شده در این طبقه‌بندی و وجود تشابهات میکروبیولوژیک و Host Response در بیماریهای به ظاهر متفاوت اشاره کرد. همچنین تاکید روی سن که در برخی از بیماران مشکلاتی از جهت قرار گرفتن در دسته

خاص بوجود می‌آورد و نیز تفاوت بین سن مراجعه برای درمان و تشخیص بیماری توسط دندانپزشک و سن شروع ابتلا از موارد ابهام‌آمیز این طبقه‌بندی محسوب می‌شد. عدم شفافیت در برخی از معیارهای ارائه شده، از جمله نواقص دیگر طبقه‌بندیهای قدیمی بود. لذا طبقه‌بندی جدید بیماریهای پریودنتال، با رویکردی اصلاحی و تکمیلی بر طبقه‌بندیهای قبلی سعی در بر طرف کردن موارد فوق دارد.

جدول ۱ـ تغییرات طبقه‌بندی بیماریهای پریودنتال توسط انجمن متخصصان پریودنتولوژی آمریکا در دهه‌های اخیر

1977	1986	1989
I. Juvenile periodontitis	I. Juvenile Periodontitis	1- Early onset Periodontitis
II. Chronic marginal periodontitis	A. Prepubertal	A. Prepubertal periodontitis
	B. Localized juvenile periodontitis	1. Localized
	C. Generalized juvenile periodontitis	2. Generalized
	II. Adult periodontitis	B. Juvenile periodontitis
	III. Necrotizing Ulcerative Gingivo Periodontitis	1. Localized
	IV. Refractory Periodontitis	2. Generalized
		C. Rapidly...
		II. Adult Priodontitis
		III. Necrotizing Ulcerative Periodontitis
		IV. Refractory Periodontitis
		V. Periodontitis Associated with Systemic Disease

تعیین جایگاهی برای تورم وا لتهاب لثه

جای خالی بیماریهای لثه مدتها در طبقه‌بندی بیماریهای پریودنتال احساس می‌شد. اضافه شدن این گروه از بیماریها و تقسیم‌بندی آنها بر اساس عامل اتیولوژیک (بیماریهای لثه‌ای وابسته به پلاک دندانی و غیر وابسته به آن) قدم مهمی در بهبود جامعیت این طبقه‌بندی محسوب می‌شود. عوامل سیستمیک نظیر دیابت و لوسمی می‌توانند در شدت بخشیدن و ایجاد تورم و التهاب لثه وابسته به پلاک مطرح باشند. همچنین تغییرات اندوکرین (بلوغ و حاملگی)، داروها (نیفیدیپین ـ سایکلوسپورین ـ فنی توئین) و سوء تغذیه (کمبود ویتامین C) نیز در روند ایجاد و پیشرفت آن مؤثر می‌باشند. طبقه‌بندی سال ۱۹۹۹ برای تمام اشکال بیماری جایگاه تعریف شده‌ای ارائه می‌دهد.

جدول ۲ - طبقه‌بندی خلاصه شده سال ۱۹۹۹ توسط انجمن پریودنتولوژی آمریکا

I. Gingival disease A. Dental plaque - induced gingival disease B. Non - plaque- induced gingival lesions
II. Chronic Periodontitis (Slight: 1-2 mm CAL; moderate: 3-4 mm CAL*; Severe:> 5mm CAL) A. Localized B. Generalized (>30% of sites are involved)
III. Aggressive Periodontitis (Slight: 1-2 mm CAL; moderate: 3-4 mm CAL; severe:> 5 mm CAL A. Localized B. Generalized (>30% of sites are involved)
IV. Periodontitis as a manifestation of systemic disease A. Associated with hematological disorders B. Associated with genetic disorders C. Not otherwise specified
V. Necrotizing periodontal disease A. Necrotizing ulcerative gingivitis B. Necrotizing ulcerative periodontitis
VI. Abscesses of the Periodontium A. Gingival abscess B. Periodontal abscess C. Pericoronal abscess
VII. Periodontitis Associated with endodontic Lesions A. Combined periodontic - endodontic lesions
VIII. Developmental or acquired deformities and conditions A. Localized tooth - related factors that modify or predispose to plaque induced gingival disease/ periodontitis B. Mucogingival deformities and conditions around teeth C. Mucogingival deformities and conditions on edentulous ridges D. Occlusal trauma

* CAL= Clinical Attachment Loss

التهاب لثه ناشی از فعالیت برخی از باکتری‌های خاص مثل نیسر یاگونوروئه، ویروس‌ها و قارچها همگی در زمره تورم والتهاب لثه غیر وابسته به پلاک طبقه‌بندی شده‌اند. وجود ضایعات پوستی، مخاطی (مثل لیکن پلان و پمفیگوئید)، واکنشهای آلرژیک (نسبت به مواد ترمیمی و خمیر دندانها و غیره)، تروما (فیزیکی ـ شیمیایی ـ حرارتی) و نیز اختلالات ژنتیکی نظیر Hereditary gingival fibromatosis همگی می‌توانند در ایجاد بیماریهای Non-Plaque induced gingival lesion دخالت نمایند.

بنابراین برای اولین بار این واقعیت که تورم و التهاب لثه وابسته به پلاک دندانی می‌تواند بدون ایجاد Attachment loss (AL) وجود داشته باشد در طبقه‌بندی جدید منظور گردید. از نظر کلینیکی هر لثه قرمز و متورم که در حین پروب کردن معمولی دچار خونریزی شود به عنوان تورم و التهاب لثه تشخیص داده می‌شود. این حالت می‌تواند وابسته به پلاک دندانی یا غیر وابسته به آن باشد، که خوشبختانه در طبقه‌بندی اخیر مورد توجه قرار گرفته است.

رهایی از قید سن

ارتباط دادن پریودنتایتیس با سن بیماران، چنان که در طبقه‌بندی قدیمی دیده می‌شد، بسیار گیج کننده بود. بیمارانی نظیر Pre-pubertal periodontitis، Early onset periodontitis، Juvenile periodontitis و Adult periodontitis در این طبقه بندی در لایه‌هایی قرار می‌گرفت که هم‌پوشانی قابل توجهی داشت و بکرات بیمارانی ملاحظه می‌گردیدند که امکان قرار دادن آنها در لایه خاصی از این طبقه بندی میسر نبود و یا اینکه یک بیماری پریودنتال با همان علائم مشابه در سنین مختلف دیده می‌شد، به عنوان نمونه به دو مثال زیر توجه گردد:

مثال ۱: خانم چهل ساله‌ای را تصور نمایید که دارای حداقل هشت میلی‌متر فقدان چسبندگی* روی هشت دندان (حداقل سه دندان علاوه بر مولر و ثنایا) می‌باشد و مقادیر متنابهی جرم و پلاک در این دندانها وجود دارد. بیماری پریودنتال این فرد با وجود آنکه با معیارهای(۴) تشخیصی** GJP بر حسب طبقه‌بندی کتاب Lindhe(۴) تطبیق می‌کند، امکان آن نیز وجود دارد که از دست رفتن حد چسبندگی در این نواحی مربوط به تداوم وجود پلاک، جرم و

---

* – Attachment loss

** – Generalized Juvenile Periodontitis

تشدید روند بیماری باشد به دلیل آنکه سن برخورد پزشک با بیمار (سن مقطع تشخیصی بیماری) بالای ۳۵ سال است، اطلاق* SPP نیز بر آن اشتباه نیست.

مثال ۲: مرد ۳۶ ساله‌ای که دارای چهار بریج سه واحدی ۷-۵ در چهار کوادرانت بود (چهار دندان مولر را در گذشته از دست داده است) و حداقل سه دندان غیر از مولر اول و ثنایا و یک دندان سنترال وی دارای از دست رفتن حد چسبندگی به میزانی بیش از هشت میلی متر باشد، به دلیل آنکه تشخیص علت از دست رفتن دندانهای مولر اول در تمام موارد خارج کردن دندان (مثلا به دلیل پوسیدگی، تروما یا بیماری پریودنتال) ممکن است میسر نباشد، می‌توان وی را هم در طبقه بندی SPP و هم GJP قرار داد.

در طبقه بندی جدید، گروه بیماریهای پریودنتال مزمن شامل آن دسته از بیماریهای پریودنتال است که عمدتا افراد بالغ را گرفتار می‌سازد و لیکن در افراد جوان نیز غیر محتمل نیست. این بیماری با وجود عوامل محرک نظیر پلاک دندانی، جرمهای زیر لثه‌ای اپن کنتاکت، اورهنگ، گیر غذایی، وجود شیارهای آناتومیک عمیق و... مرتبط بوده و شدت بیماری با مقدار عوامل محرک موضعی قابل توجیه می‌باشد. به طور کلی این گروه از بیماریها دارای مشی پیشرونده بطئی بوده لیکن برهه‌های کوتاه مدت از تخریب سریع نیز ممکن است در بخشی و یا تمام سیستم دندانی بیماران دیده شود. همچنین سرعت پیشرفت بیماری می‌تواند در اثر عوامل دیگر خارجی مثل سیگار کشیدن تحت تاثیر قرار گیرد. به نظر می‌رسد که مشکلاتی از این گونه، با تکامل ابزارهای تشخیص کلینیکی و تعیین دقیقتر عامل پیش آگهیهای بیماری، مارکرهای فعالیت و معرّفهای محیطی آن نیاز به فاصله زمانی بین دو رخداد برای تشخیص قاطع را در آینده کمتر کرده و به حل این نقیصه کمک نماید.

این دسته از بیماریها همچنین به انواع موضعی به صورت درگیری کمتر از ۳۰٪ از نواحی دندانی) و فراگیر (درگیری بیش از ۳۰٪ از نواحی دندانی) تقسیم شده و از نظر شدت بر حسب میزان از دست رفتن حد چسبندگی به انواع خفیف (دارای از دست رفتن حد چسبندگی حدود یک تا دو میلی‌متر)، متوسط (دارای از دست رفتن حد چسبندگی سه تا چهار میلی‌متر) و شدید (دارای از دست رفتن حد چسبندگی بیش از یک تا دو میلی‌متر)، متوسط (دارای از دست رفتن حد چسبندگی سه تا چهار میلی‌متر و شدید (دارای از دست رفتن حد چسبندگی بیش از پنج

---

* - Slowly Progressive Periodontitis

میلی‌متر) تقسیم شده است.

از نظر کلینیکی از دست رفتن حد چسبندگی و پاکت‌های عمیق و وجود علائم عفونی در انسان نگهدارنده دندان، در هر سنی که دیده شود به معنی وجود پریودنتایتیس است که می‌تواند به صورت فراگیر یا موضعی در اشکال ضعیف، متوسط و شدید دیده شود.

تغییر در ماهیت بیماری با گذر سن

اشکال دیگری که در طبقه‌بندیهای قدیم و حتی جدید به آن توجه نشده، آن است که ماهیت بیماری پریودنتال ممکن است در طول زمان تغییر نماید. شخص ممکن است در اول نوجوانی و جوانی دارای JP* باشد، روند بیماری وی طی چند سال آینده کند یا متوقف شود و یک یا دو دهه بعد با روند آرام و تدریجی SPP به پریودنتیست مراجعه و وی را در تشخیص نوع بیماری با توجه به سابقه خود، دچار مشکل نماید. این موضوع با توجه به وجود شناخت ناکافی در مورد عوامل ژنتیکی دخیل در بیماری و نیز مُعرّف محیطی چندان بعید نیست و وظیفه کارگاه بعدی را در پرداختن به این مشکل دو چندان می‌کند.

حذف Refractory Periodontitis

بیماری. Refractory P به معنی ادامه روند از دست رفتن حد چسبندگی به رغم استفاده از روشهای درمانی کافی و همکاری مناسب بیمار از حیث کنترل پلاک خانگی و مراجعات منظم و کافی وی برای دریافت درمانهای نگهدارنده می‌باشد. اینکه این بیماران حقیقتاً در یک گروه واحد جای ندارند و از نظر ماهیت، بسیار متنوع و متفاوت می‌باشند، واقعیتی است پذیرفته شده، اما اعتقاد نویسندگان حذف این گروه از تقسیم بندی بیماریهای پریودنتال و در واقع انکار وجود آنها (و نسبت دادن آنها به عوامل شناخته شده معمول مثل نوع درمان، وجود ضایعات بین ریشه‌ای، وجود گونه‌های خاص میکروبی، الگوی ژنتیکی و...)در واقع نادیده گرفتن بخش مهمی از مشکلات روزمره کلینیک در مورد این بیماری است.

همان طور که در برخی کتابهای درسی معتبر که مرجع درسی بسیاری از دانشگاههای داخل و خارج می‌باشد، به نظر تمایز بین ناحیه غیر قابل کنترل و بیماریهای غیر قابل کنترل یا مورد غیر

---

* - Generalized

قابل کنترل تا حدی به حل این معضل کمک می‌نماید. ناحیه غیر قابل کنترل(۵) می‌تواند ناشی از مشکلات دسترسی به دلیل آناتومی خاص محل (نظیر نواحی فورکاو تقعرهای ریشه) بوده و را احتمالا همان فلورمیکروبی مشاهده شده در نواحی* Nonrefractory دارد. از طرف دیگر، چون بیشتر SPP شایعترین نوع بیماری در بین انواع پریودنتیت‌ها مثل JP یا RPP** و RPو... می‌باشد، قابل پیش بینی است که با ناحیه غیر قابل کنترل در نوع)، SPP مواجه شویم. حال آنکه استعداد و الگوی ژنتیک (به عنوان نمونه پلی مورفیسم IL-1 β تفاوت در کمپلکس میکروبی، نقص ناشناخته ایمونولوژیک میزبان، ارتباط با عوامل ویروسی و عواملی از این دست، به گونه‌ای دیگر در روند ـ بیماری دخیل بوده و محتمل است که نوع دیگری از بیماری را تحت عنوان پریودنتیست غیر قابل کنترل هر چند با انواع فرعی گوناگون موجب گردند، با این وجود مطالعات بیشتری لازم است تا درک بهتری از این شرایط به دست آید لیکن متخصصان مجرب تایید خواهند کرد که در مواردی با بیمارانی مواجه می‌شوند که اطلاقی جز غیر قابل کنترل بر آنها منطقی بنظر نمی‌رسد. لذا علی رغم اینکه رای شرکت کنندگان کارگاه طبقه‌بندی بیماریهای پریودنتال بر حذف این بیماری از طبقه‌بندی جدید قرار گرفته، پیشنهاد می‌شود که این گروه کماکان به عنوان یکی از زیر گروههای هر یک از بیماریهای پریودنتال قرار گیرد و در واقع این مسأله اذعان بر عدم وجود دانش کافی در مورد ماهیت دقیق این گونه بیماریها خواهد بود.

جنبه دیگر این مسئله آن است که از لحاظ کلینیکی، اگر در بیماری که همکاری مناسبی از نظر رعایت بهداشت دهان و پی‌گیری معالجات نگهدارنده دارد، پاسخ درمانی مناسبی ملاحظه نگردید، می‌توان از عبارت پریودنتیت غیر قابل کنترل یا «مقاوم به درمان» برای آن استفاده کرد مثل Refractory chronic periodontitis که پیام چنین عبارتی را می‌توان این گونه بیان کرد که «درمان موثر نبوده است» و برای رفع این مشکل لازم است تحقیقات بیشتری صورت گیرد تا محققان در آینده بر این شرایط «سرکش» یا «مقاوم به درمان» غلبه نمایند نظیر راهی که محققان در تکامل درمانی Juvenile periodontitis پیموده‌اند.

مساله Healthy but reduced periodontium

اگر کلینیسین با بیماری برخورد نماید که آتروفی مربوط به پیری دارد یا به دلیل سابقه درمان

---

*- Refractory Periodontitis

**- Rapidly Progressive Periodontitis

بیماری پریودنتال توسط دندانپزشک دیگر (که کلینیسین فعلی از چگونگی آن بی‌اطلاع است) دارای Healthy but Reduced Periodontium باشد، (به عنوان مثال بیش از سه میلی‌متر از بافتهای محافظ کننده را در اطراف تمامی دندانها از دست داده و BOP* وی مثبت باشد) تمایز بین پریودنتیت پیشرفته و Gingivitis on a reduced healthy periodontium نیازمند فاصله زمانی بین دو رخداد و ارزیابی طولی جهت از دست رفتن حد چسبندگی می‌باشد. این مشکل نیاز به کنترل در فواصل زمانی مختلف و عدم تشخیص یک جلسه‌ای بیماری پریودنتال داشته و طبقه‌بندی جدید نیز به قوت خود باقی است.

جایگزینی Aggressive periodontitis با Early - onset periodontitis

انواعی از بیماریهای پریودنتال وجود دارند که مسلما با پریودنتایتیس مزمن متفاوتند. در طبقه‌بندی سال ۱۹۸۹ بیمارانی که دارای کاهش چسبندگی قابل توجهی بودند و شدت آن با مقدار عوامل محرک موضعی (جرم و پلاک دندانی) قابل توجیه نبود و کمتر از ۳۵ سال سن داشتند. در دسته Eraly - onset periodontitis (EOP) قرار می‌گرفتند. هر چند که EOP اغلب در سنین کمتر از ۳۵ سال دیده می‌شود لیکن امکان مشاهده موارد مشابهی از بیماران با همان علائم در بیمارانی که سالمندترند وجود دارد و این امر باعث می‌گردد تا به لحاظ محدودیتهایی که کلمه Eraly-onset periodontitis ایجاد می‌کند. کلمه پریودنتایتیس مهاجم، جایگزین آن شود.

تشخیص پریودنتایتیس مهاجم، بر اساس یافته‌های کلینیکی و رادیوگرافیک وتاریخچه بیمار و نیز وجود احتمالی زمینه مساعد ژنتیکی مبتنی است. نکته قابل توجه آنکه این بیماران از نظر سیستمیک سالم هستند، هر چند در تعدادی از این بیماران اختلالات فاگوسیت‌ها و افزایش تولید پروستاگلاندین E2 و اینترلوکین یک بتا و یا مقادیر افزایش یافته‌ای از Actinobacillus Actinomycetem Comitans و Propyromonas gingivitis دیده می‌شود.

پریودنتایتیس مزمن نیز بر اساس همان معیارهای مشروحه در مورد پریودنتایتیس مزمن به انواع خفیف و متوسط و شدید و نیز موضعی و فراگیر تقسیم گردیده است.

---

* – Bleeding on Probing

زیر گروه «بیماریهای پریودنتال ناشی از تظاهرات بیماریهای سیستمیک»

مستندات کافی در زمینه برخی از بیماریهای پریودنتال که ناشی از وجود بیماریهای سیستمیک خاص می‌باشد وجود دارد. بحث در این مورد خارج از محدوده این مقاله می‌باشد و خوانندگان علاقمند می‌توانند جهت کسب اطلاعات بیشتر به مقاله Gary Armitage در مجله شماره ۱ دوره ۱۴ سال ۱۹۹۴ Annals of Periodontology و یا به آدرس اینترنتی: http:/www.Perioorg. resouros/proucts مراجعه نمایند.

جایگزینی Necrotizing Periodontal disease به جای Necrotizing Ulcerative Periodontitis

این دسته شامل Necrotizing ulcerative gingivitis (NUG) و Necrotizing ulcerative periodontitis است و هر دوی آنها در ارتباط با کاهش دفاع بدن در برابر عفونتهای باکتریال می‌باشند اما در NUP تخریب بیشتر بافتهای عمقی پریودنتال و از دست رفتن بیش از حد چسبندگی دیده می‌شود نکته پیچیده‌ای که در این دسته از بیماریهای پریودنتال دیده می‌شود آنست که هر دوی آنها از عوارض شناخته شده بیماریهای سیستمیک مثل عفونت HIV می‌باشند و حتی اگر عوامل دیگری مثل سیگار کشیدن و استرس روحی در زمره عوامل مستعد کننده بیماریهای این گروه قرار گیرد باز هم عوامل سیستمیک در ایجاد این حالات موثر هستند. حال از آنجا که مشی بیماری از مسیر نکروز و نه التهاب (که مسیر غالب پیشرفت بیماری و از دست رفتن حد چسبندگی است) می‌باشد به نظر می‌رسد که تا فراهم شدن اطلاعات بیشتر در این زمینه، توجه به روند نکروز، وجه اشتراک قابل قبول بین NUG و NUP در طبقه‌بندی قبلی و وجه مطلوبی بین این بیماریها و بیماریهای التهابی پریودنتال باشد.

جایگاه آبسه‌ها در طبقه‌بندی جدید

آیا آبسه‌های پریودنتال، از علامات این بیماری هستند و یا از عوارض آن و یا اینکه اصلاً خود یک بیماری مستقل محسوب می‌شوند اینها از سوالات مهمی است که در این رابطه مطرح می‌باشد.

تعیین جایگاهی برای این گونه ضایعات به صورت آبسه‌های لثه‌ای، پریودنتال و پری کرونال کوششی است (هر چند نا کافی) برای پاسخ به سؤالات فوق، گرچه آبسه پریودنتال می‌تواند

بخشی از مشی بالینی بیماریهای پریودنتال محسوب شود لیکن به دلیل چالشهای عمده‌ای که در تشخیص و درمان این ضایعات مطرح می‌باشد، تعیین جایگاهی اختصاصی در طبقه‌بندی جدید مطلوب می‌باشد، با این وجود در طبقه‌بندی جدید هنوز ابهاماتی در مورد حالاتی مثل آبسه پریودنتال که از ضایعه پری اپیکال منشا گرفته باشد وجود دارد و حتی در نظر گرفتن گروهی خاص از بیماریهای پریودنتال تحت عنوان «پریودنتایتیس همراه با ضایعات اندودنتیک» نتوانسته است به تمام این ابهامات پاسخ بگوید.

اضافه کردن طبقه‌ای تحت عنوان «مشکلات موکوجینجیوال و سایر بد شکلیهای ستیغ بی‌دندانی»

اضافه کردن این گروه به طبقه‌بندی بیماریهای پریودنتال گر چه برخی از شرایط بلاتکلیف قبلی را صاحب جایگاه اختصاصی کرده است و هر چه پریودنتیست‌ها نقشی مسلم در رفع ناهنجاریهای فوق دارند، اما با توجه به محدوده بیماریهای انساج نگهدارنده دندان (پریودنتال) که وجود دندان یک پیش شرط الزامی برای آن است. قرار دادن ناهنجاریهای ستیغ بی‌دندانی در گروه این بیماریها ممکن است پریودنتیست را تا حدودی فراتر از محدوده پریودنشیوم سوق دهد که البته با توجه به نیازهای درمانی پریو، پروستو، پریو رستوریتیو، Cosmetic Periodontal enhancement perscription و درمانهای بافت نرم توام با ایمپلنت‌های دندانی که امروزه بخش مهمی از نیازهای درمانی بیماران را تشکیل می‌دهد و پریودنتیست باید بتواند پاسخگوی جنبه‌های درمانی فوق باشد، لحاظ کردن آنها در این طبقه‌بندی ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

طبقه‌بندی جدید آکادمی پریودنتولوژی آمریکا از بیماریهای پریودنتال هر چند کاستیهای متعددی بر آن مترتب می‌باشد امّا هنوز در پاسخ گویی به برخی از ابهامات و سؤالات ناتوان است لیکن به هر حال این طبقه‌بندی، نتیجه دانش کنونی در مورد ابعاد مختلف این بیماریهاست. بدون شک با افزایش دانش بشر در خصوص بیماریهای بافتهای نگهدارنده دندانی، طبقه‌بندی کنونی نیز تغییر خواهد کرد. به هر حال این طبقه‌بندی حداقل برای چند سال بر این حرفه و نیز آموزش، درمان و پژوهش آن حاکم خواهد بود.

REFERENCES

1- The American Academy of Periodontology: Proceedings of the world workshop in clinical periodontics. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1989, 23-24.

2- Lang NP, Karring T, Lindhe J. Proceedings of the 1th European workshop on Periodontology. Berlin: Quitessence books; 1992.

3- 1999 International workshop for a classification of periodontal disease and condition. Paper oak Brook, Illinois: *Ann Periodontol;* 1999, 1-112.

4- Lindhe J, Karring T.Lang NP. Clinical periodontology and implant dentistry. 3 rd ed. Munksgaard:[s.n]; 1998.

5- Carranza FA. Clinical periodontology. 8 th ed. *WB. Saunders Comp: :[S.L]; 1996*, 329-339.

6- Mc Guire MK. Periodontal plastic surgery. Dent Clin North Am 1998; 42: 411-465.

* * *