

بررسی فراوانی پیگمانتاسیون مخاط دهان در مراجعه کنندگان به دانشکده

دندانپزشکی گیلان در سال ۱۳۸۲

دکتر مریم ربیعی* - دکتر رامین نسرین**

*- استادیار گروه آموزشی تشخیص و بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

** - دندانپزشک.

چکیده

زمینه و هدف: فراوانی پیگمانتاسیون در میان اقوام و نژادهای مختلف متفاوت است. به همین دلیل هدف از مطالعه حاضر تعیین فراوانی پیگمانتاسیون مخاط دهان در جمعیت مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی گیلان و تعیین احتمال وجود ارتباط بین سیگار و بروز پیگمانتاسیون ملانین در دهان می باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی بر روی دویست و سی بیمار مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی گیلان و بخش بیماریهای دهان به صورت تصادفی و بر اساس تعیین حجم نمونه انجام شد. اطلاعات دموگرافیک بیماران به همراه اطلاعات در رابطه با مصرف سیگار در پرونده آنان ثبت شد. معاینه کلینیکی توسط متخصص بیماریهای دهان صورت گرفت و ضایعات براساس میزان پیگمانتاسیون به سه درجه خفیف، متوسط و شدید دسته بندی شدند. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار SPSS روایت ده و با آزمون Chi - Square تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: در جمعیت مورد مطالعه صد نفر معادل ۴۳/۴۷٪ دارای پیگمانتاسیون دهانی بودند که ۲۶ نفر آنها سیگار مصرف می کردند. شایعترین محل پیگمانتاسیون در دهان ناحیه قدام لثه چسبنده ماگزیلا و مندیبل می باشد. مصرف سیگار به طور معنی داری همراه با فرم شدید پیگمانتاسیون بوده است ($P < 0/05$). در این مطالعه ارتباط معنی داری بین رنگ پوست و پیگمانتاسیون مخاط دهان مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان می دهد که در مقایسه با مناطق دیگر دنیا میزان پیگمانتاسیون در محدوده متوسط قرار داشته به طوری که این میزان از کشورهای اروپایی بیشتر و از کشورهای جنوب شرق آسیا کمتر بوده است. در این بررسی مصرف دخانیات تنها باعث افزایش شدت پیگمانتاسیون شده است.

کلید واژه ها: پیگمان - مخاط دهان - اختلالات پیگمانتاسیون

وصول مقاله: ۸۳/۱۰/۸ اصلاح نهایی: ۸۴/۲/۳۰ پذیرش مقاله: ۸۴/۴/۷

نویسنده مسئول: گروه آموزشی تشخیص و بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان dr_maryamrabiei@yahoo.com

مقدمه

عروق بافت همبند و نزدیکی و دوری آنها از سطح است. در لایه اپی تلیال سلولهای ملانوسیت قرار گرفته اند که عمل حفاظت پوست و مخاط را به عهده دارند. (۱)، میزان ملانین

مخاط دهان در حالت سلامت دارای رنگ صورتی است که از کمرنگ تا پررنگ متغیر می باشد. این تغییر رنگ وابسته به اندازه ضخامت اپی تلیوم و میزان اریتروسیت های موجود در

متعددی در داخل دهان دیده شود. (۴)، در پوستی که تحت تأثیر اشعه UV قرار گرفته پیگمان ملانین به عنوان یک تله‌ی محصولات توکسیک (رادیکال‌های آزاد) عمل می‌کند و بدین شکل مانع ایجاد اریتم توسط اشعه UV می‌شود. (۳)

هورمون جنسی زنانه به ملانوسیت‌ها اجازه تولید ملانین در طی حاملگی می‌دهد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده که میزان پیگمانتاسیون در افراد بزرگسال بیش از جوانان است. همچنین شایعترین ناحیه پیگمانته در افراد غیرسیگاری ناحیه قدامی لثه چسبیده ماگزایلا و مندیبل است و به دنبال آن مخاط گونه، گوشه لبها، مخاط لب، سطح پشتی و شکمی زبان و در افراد، کمی کف دهان می‌باشد. (۲-۳، ۵)

تظاهرات پیگمانتاسیون در حالت نژادی و قومی بی‌آزار بوده و در آن توان پیش بدخیمی دیده نمی‌شود و معمولاً افرادی که دارای این نوع پیگمانتاسیون هستند قبلاً از وجود آن اطلاعی نداشتند و به دنبال راهکارهای درمانی نیز نبوده‌اند. (۵-۶)، هدف از این مطالعه بررسی میزان و انتشار پیگمانتاسیون دهانی در جمعیت مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی گیلان می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی در بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی گیلان در رشت صورت گرفت. زمان انجام بررسی در پاییز و زمستان سال ۱۳۸۲ بود. پس از تعیین حجم نمونه بررسی بر روی دویست و سی بیمار که جهت انجام اعمال دندانپزشکی مراجعه کرده بودند به شکل تصادفی ساده صورت گرفت. معاینه کلینیکی بیماران توسط متخصص بیماریهای دهان و دانشجوی ترم آخر دندانپزشکی انجام شد. اطلاعات مورد نیاز در رابطه با مصرف سیگار به همراه اطلاعات دموگرافیک آنها در پرسشنامه تهیه شده به این

موجود در ملانوسیت‌ها و سلول‌های اپی‌تلیالی اطراف آن باعث تغییر رنگ تیره در مخاط و پوست می‌شود و در اقوام و نژادهای مختلف میزان پیگمان ملانین قابل مشاهده به صورت کلینیکی متفاوت می‌باشد. وجود پیگمانتاسیون اندوژن حقیقی ناشی از عوامل ژنتیکی در برخی نژادهای سیاه‌پوست مانند سیاهپوستان برزیلی، سیاهان قفقازی و سایر سیاهپوستان (نگرو) از زمان طفولیت در آنان به اثبات رسیده است و تنها سه ساعت پس از تولد در لثه‌ها ظاهر می‌شود. (۲-۳)، برخلاف آن در سفیدپوستان مانند نژاد سوئدی، ژاپنی و آلمانی پیگمانتاسیون مخاط دهان ناشی از عوامل ژنتیک چندان به چشم نمی‌خورد و پیگمان داخل دهانشان عمدتاً ناشی از مصرف سیگار، داروها و یا سایر عوامل می‌باشد. (۳)

عوامل ژنتیکی به عنوان مهمترین عامل اندوژن باعث تحریک و افزایش تولید ملانین در ملانوسیت‌ها می‌شوند ولی عوامل دیگری مانند غدد اندوکرین و یا عوامل اگزوژن مانند اشعه UV، سیگار و داروها نیز باعث افزایش سنتر ملانین می‌گردند. (۴)

ملانوسیت‌ها می‌توانند توسط تحریک آمین‌های چند حلقه‌ای (نیکوتین و بنزوپیرین‌ها)، همین‌طور رادیکال‌های آزادی که توسط تنباکو ایجاد می‌شوند باعث تحریک تولید ملانین در ملانوسیت‌ها شود. در حضور ملانین در داخل بافت این عوامل به ملانین باند می‌شوند و مانع آسیب به سلول می‌گردد. کمپلکس بی‌ضرر ملانین-توکسین با پیشرفت سلول‌ها به لایه‌های بالاتر اپی‌تلیالی آورده می‌شوند و نهایتاً با بالا رفتن سن سلول‌ها به لایه سطحی خواهند آمد. (۳)، مهمترین داروها در پیگمانتاسیون دهان کینولون‌ها، مشتقات دارویی آنتی‌مالاریا می‌باشد همچنین ماینوسیکلین که جهت درمان آکنه به کار می‌رود. (۴)، این پیگمانتاسیون در یک ناحیه و معمولاً سقف دهان گسترش می‌یابد و یا می‌تواند در نواحی

منظور ثبت گردید. نحوه معاینه بیماران با استفاده از آینه داخل دهانی و در زیر نور یونیت دندانپزشکی بود.

میزان پیگمانتاسیون براساس اندازه آن به شکل زیر طبقه‌بندی شد:

۱- خفیف (۰/۵-۱) سانتی‌متر

۲- متوسط (۱-۲) سانتی‌متر

۳- شدید تمام ناحیه درگیر بوده

اندازه‌گیری میزان پیگمانتاسیون توسط پروب پرپودنتال مدرج صورت گرفته و مقدار آن در نواحی تقسیم‌بندی شده مخاط دهان که شامل مخاط گونه، لب، زبان و لثه بود، همراه با مشخص کردن سمت آن در پرسشنامه درج گردید.

از دویست و سی نفر مراجعه کننده صد نفر (۵۶ مرد و ۴۴ زن) دارای پیگمانتاسیون در داخل دهان بودند که میانگین سن آنها $32/39 \pm 12/72$ سال بود. هیچ‌گونه بیماری سیستمیک تأثیرگذار بر روی پیگمانتاسیون در میان این افراد مشاهده نشد. اطلاعات بدست آمده توسط نرم‌افزار SPSS روایت ده تجزیه و تحلیل شد و آنالیز آماری با استفاده از آزمون χ^2 صورت گرفت. p-value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جهت تعیین شیوع پیگمانتاسیون دهانی دویست و سی نفر تحت معاینه قرار گرفتند. از این تعداد صد نفر معادل ۴۳/۴۷٪

دارای پیگمانتاسیون مخاط دهان بودند (۵۶ مرد و ۴۴ زن) که در میان آنان، ۲۶ نفر عادت به مصرف سیگار داشتند (سه نفر زن و ۲۳ نفر مرد). مصرف سیگار در آقایان به مقدار قابل توجهی بیش از خانمها بود.

با توجه به یافته‌ها ارتباط معنی‌داری بین مصرف سیگار و پیگمانتاسیون در جمعیت مورد مطالعه مشاهده نشد و نمی‌توان سیگار را عامل مستقیم در جهت بروز پیگمانتاسیون دانست ولی شدت پیگمانتاسیون در افراد سیگاری به طور معنی‌داری در مقایسه با افراد غیر سیگاری بیشتر بوده است. ($P < 0/05$), در این بررسی تعداد قابل توجهی ضایعات خفیف و متوسط از نظر اندازه در افراد غیرسیگاری به چشم می‌خورد ولی در افراد سیگاری که تعداد آنها کمتر از افراد غیرسیگاریست شدت و وسعت ضایعه بیشتر از غیر سیگاریهاست (جدول ۱).

در این مطالعه هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین طیف سنی و میزان پیگمانتاسیون افراد دیده نشد. فراوانی مکان پیگمانتاسیون ملانین در دهان عبارت بود از قدام لثه چسبنده در مندیبل و ماگزایلا سمت راست و چپ لثه چسبنده در ماگزایلا و مندیبل و مخاط گونه.

زبان و لبها در جایگاه پایبتری در این بررسی قرار دارند. هیچ‌گونه پیگمانتاسیون در مخاط کام یافت نگردید (جدول ۲). ارتباط قابل توجه آماری بین رنگ پوست و پیگمانتاسیون ملانین مخاط دهان در این افراد بر اساس آزمون χ^2 به چشم می‌خورد ($P < 0/05$).

جدول ۱: ارتباط بین مصرف سیگار و میزان پیگمانتاسیون

پیگمانتاسیون	خفیف		متوسط		شدید		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مصرف سیگار	۷	۲۶/۹	۱۳	۵۰	۶	۲۳/۱	۲۶	۱۰۰
غیر سیگاری	۴۳	۵۸/۱	۳۰	۴۰/۵	۱	۱/۴	۷۴	۱۰۰
جمع	۵۰	۵۰	۴۳	۴۳	۷	۷	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی پیگمانتاسیون ملانین در نواحی

مختلف مخاط دهان	
ناحیه	تعداد
مخاط گونه (راست)	۹
مخاط گونه (چپ)	۸
مخاط لب	۵
زبان	۶
لثه فاسیال ماگزایلا	۷۴
لثه فاسیال مندیبل	۷۶
لثه گونه‌ای ماگزایلا (راست)	۳۶
لثه گونه‌ای ماگزایلا (چپ)	۳۱
لثه گونه‌ای مندیبل (راست)	۳۰
لثه گونه‌ای مندیبل (چپ)	۲۴

بحث

هدف از این مطالعه تعیین فراوانی پیگمانتاسیون مخاط دهان در جمعیت مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی گیلان و یافتن ارتباط احتمالی تأثیر سیگار در ایجاد پیگمانتاسیون در مخاط دهان بود. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه مطالعه و بررسی قبلی در ایران در این زمینه صورت نگرفته است.

با توجه به یافته‌ها فراوانی پیگمانتاسیون مخاط دهان در رشت و در جمعیت مورد مطالعه ۴۳/۴۷٪ بود. باید توجه داشت این نتیجه برای ایران که کشور پهناور است و دارای گروه‌های قومی و نژادی مختلفی می‌باشد که رنگ پوست آنها از شمال به جنوب از روشن به تیره تغییر می‌کند قابل تعمیم نیست و این نکته به عنوان محدودیتی برای این مطالعه عنوان می‌شود و انجام مطالعات چند کانونی (Multicenter) می‌تواند ارزش زیادی داشته باشد.

با توجه به نتایج بدست آمده به نظر می‌رسد که مهمترین عامل بروز پیگمانتاسیون در مخاط دهان افراد، عامل ژنتیک می‌باشد و در حقیقت دخانیات تنها تأثیر در شدت پیگمانتاسیون این افراد داشته است.

فراوانی حاصل از پیگمانتاسیون در این مطالعه با مطالعه Unsal در ترکیه قابل مقایسه است و میزان آن در این مطالعه اندکی بیشتر از ترکهاست. (۵)

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در سایر نقاط جهان مشاهده می‌شود که میزان پیگمانتاسیون از اروپا ۲۰٪ تا جنوب شرقی آسیا (۸۰٪) در مسیر خاصی رو به افزایش است (جدول شماره ۳). در این میان ترکیه مانند ایران در وسط این مسیر قرار گرفته است و میزان پیگمانتاسیون در جمعیت این دو کشور ما بین اروپا و جنوب شرقی آسیاست (جدول ۳). (۵)

در مطالعه Hedin, Azell و Vallego ozbyrak عمده‌ترین عامل بروز پیگمانتاسیون مخاط دهان در جمعیت‌های سوئد، آلمانی و اسپانیایی استعمال تنباکو ذکر شده است. (۷،۵،۳) در حالی که در جنوب شرقی آسیا با توجه به فراوانی بالای پیگمانتاسیون، ملانوزیس ناشی از سیگار کمتر به چشم می‌خورد و پیگمانتاسیون ناشی از سیگار در مقایسه با اروپا از ارزش پایینتری برخوردار است و سیگار در افراد آسیایی عامل اصلی پیگمانتاسیون نیست. (۳)، در این جمعیت عامل ژنتیک عمده‌ترین عامل اتیولوژیک می‌باشد. سیگار در مطالعه حاضر و مطالعات آسیایی تنها باعث شدت میزان پیگمانتاسیون شده است و می‌تواند محرکی برای افزایش سنتز ملانوسیت‌ها باشد (۳، ۵، ۷-۸).

لازم به ذکر است در مطالعاتی که در امریکای لاتین در سانتیاگو و در برزیل صورت گرفته میزان پیگمانتاسیون بسیار پایین بوده است. البته در هر دو مورد، مطالعات در افراد مسن صورت گرفته ولی در مطالعه Espinaza پیگمانتاسیون در مجموع ۶/۸٪ جمعیت بوده است که از این میزان ۴٪ به صورت ضایعه منفرد و ۲/۸٪ ضایعات متعدد در دهان پراکنده بوده است (۹) و در مطالعه Journior و همکارانش در برزیل میزان پیگمانتاسیون ۸/۹٪ گزارش شده است. (۱۰)

بوده است و پس از آن مخاط گونه مطرح شده که در این بررسی نیز چنین یافته‌ای تأیید شد. (۲، ۳، ۶، ۸) در این مقوله می‌توان چنین فرض کرد که شاید نور خورشید همراه با عامل ژنتیک می‌تواند ایجاد کننده پیگمانتاسیون در ناحیه قدام باشد. همچنین تفاوت بین پیگمانتاسیون در ناحیه راست و چپ مخاط می‌تواند ناشی از نحوه قرار دادن و محل قرارگیری سیگار در گروه‌های نژادی متفاوت باشد. (۳)، در این مطالعه سمت راست بیش از سمت چپ پیگمانتاسیون داشته ولی در افراد غیرسیگاری نیز پیگمانتاسیون بیشتر در سمت راست نسبت به سمت چپ مشاهده شده است. بنابراین می‌توان چنین فرض کرد، شاید مسیر یا مکانهای پیگمانتاسیون ملانین داخل دهانی نیز پایه و اساس ژنتیکی داشته باشد. متعاقباً مطالعات دیگری در زمینه توضیح نقش سن و اینکه آیا طول و عرض جغرافیایی می‌تواند بر تأثیر پیگمانتاسیون در نژادها و اقوام مختلف نقش داشته باشد توصیه می‌شود.

در هر حال در این مطالعه هیچ مورد کلینیکی ملانوما دیده نشد و هیچ کدام از افراد مورد مطالعه توجهی به پیگمانتاسیون داخل دهانشان قبل از معاینه نداشتند و حتی تقاضایی برای حذف و برداشتن آن مطرح نکردند. برخی محققان معتقدند که هورمون جنسی زنانه در پیگمانتاسیون مخاط دهان نقش دارد ولی علی‌رغم این فرضیه در هندوستان، مالزی، تایلند و ایران پیگمانتاسیون در مردان بیش از زنها بوده است. بدین شکل می‌توان نتیجه گرفت که هورمون‌های جنسی نقش معینی در پیگمانتاسیون ملانین ندارند. (۵، ۳)، وجود ارتباط بین پیگمانتاسیون ملانین و سن افراد در بزرگسالان سوئدی بالای ۷۴ سال مطرح شده است (۳)، در حالی که در سایر مطالعات حتی در مطالعه اخیر چنین ویژگی تأیید نشد و مطالعات Lungitudinal جهت توضیح و بررسی بیشتر توصیه می‌شود. همچنین مکان پیگمانتاسیون داخل دهانی تقریباً در تمام مطالعات ناحیه قدام ماگزایلا و مندیبل در لثه چسبنده

جدول ۳: مقایسه مطالعات انجام شده در رابطه با پیگمانتاسیون

جمعیت مورد مطالعه	مولفان	سال	تعداد جمعیت مورد مطالعه	پیگمانتاسیون	ملانوزیس ناشی از سیگار
سوئدی	Hedin	۱۹۷۷	۲۱۴	۱۸	۲۷
آلمانی	Ozbyrak	۱۹۸۳	۱۵۵۲	۱۲	۱۸
ژاپنی	Araki, et al	۱۹۸۳	۱۶۵	۱۸	۲۲
تایوانی، مالزیایی و چینی	Hedin & Axell	۱۹۹۱	۲۴۳	۷۱	۱۸
هندی	Hedin & Axell	۱۹۹۱	۲۳۳	۸۹	۱۷
برزیلی	Junior, et al	۱۹۹۱	۳۵۰	۸/۹	---
ترکها	Unsal, et al	۱۹۹۹	۴۹۶	۳۷	۲۷
اسپانیایی	Vallejo, et al	۲۰۰۱	۳۰۸	۵/۸	---
شیلبایی	Espinoza	۲۰۰۳	۸۸۹	۸/۶	---
ایرانی	Rabiei	۲۰۰۳	۲۳۰	۴۳	۲۶

نتیجه‌گیری

می‌شود و ایران در طول این مسیر در محدوده متوسط پیگمانتاسیون قرار دارد.

در نهایت مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افزایش میزان پیگمانتاسیون در مسیری از اروپا به سمت مشرق زمین دیده

REFERENCES

1. Wood NK, Goaz PW. Intraoral brownish, bluish or black conditions. Differential diagnosis of oral & maxillofacial lesions. St. Louis: Mosby; 1997, 182-208.
2. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Clinical periodontology, 9th ed. Philadelphia: WB. Saunders Co; 2002,30.
3. Hedin CA, Axell T. Oral melanin pigmentation in 467 Thai and Malaysian people with special emphasis on smoker's melanosis. J Oral Path Med 1991;20:8-12.
4. Greenberg M, Glick M. Burket's oral medicine diagnosis and treatment, 10th ed. Spain: BC Decker Inc;2003, Chap 6.
5. Onsal E, Paksoy C, Soykan E, Elhan AH, Sahin M. Oral melanin pigmentation related to smoking in a Turkish population. Com Dent Oral Epidemiol 2001;29: 272-7.
6. Wang SQ, Kopf AW, Koenig K, Polsky D, Nudel KI, Bart RS. Detection of melanomas in patients followed up cutaneous photography and dermoscopy. J Am Acad Dermatol 2004;50:15-20.
7. Garcia- Pola Vallejo, Martinez Diaz-Canel AI, Garcia Martin JM, Gonzalez Garcia M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. Com Dent Oral Epidemiol 2002;30:277-85.
8. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Principles and practice of oral medicine. Philadelphia: W.B. Sanders;1995, 383-95.
9. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. J Oral Pathol Med 2003;32:521-5.
10. Jounior JJ, Almeida OP DE, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. Com Dent Oral Epidemiol 1991;19:173-5.