

## طبقه بندی بیماری ها و شرایط تأثیر گذار بر پرودونشیوم / فصل ۵ کارانزا

۱- کدام یک از موارد زیر از علائم اولیه تشخیص افتراقی واریسلا زوستر است؟

- الف) تب، بی حالی و درد شدید  
 ب) گزگز، خارش، سوزش  
 ج) تونسیلیت قبل از عفونت لثه‌ای  
 د) بی حسی دوطرفه درماتوم

۲- کدام یک از گزینه‌های زیر از عوامل مستعدکننده ابتلا به کاندیدیازیس نمی‌باشد؟

- الف) استفاده موضعی از استروئیدها  
 ب) کاهش جریان بزاق  
 ج) کاهش pH بزاق  
 د) کاهش گلوکز بزاق

۳- تشخیص عفونت کاندیدا توسط کدام یک از عوامل زیر امکان پذیر است؟

- الف) کشت  
 ب) اسمیر  
 ج) بیوپسی  
 د) همه موارد

۴- کدام یک از ضایعات لثه‌ای زیر به عنوان **factitious** طبقه بندی می‌شود؟ (بورد ۹۵)

- الف) قارچی  
 ب) ویروسی  
 ج) تراماتیک  
 د) جسم خارجی

۵- بیماری لثه متأثر از داروها در اثر استفاده از کدام یک از داروهای زیر ایجاد می‌شود؟

- الف) سیکلوسپورین A  
 ب) وراپامیل  
 ج) فنی توئین  
 د) داروهای ضدبارداری

۶- **Linear gingival erythema** اریتم خطی لثه جزو کدام یک از بیماری‌های لثه‌ای است؟

- الف) بیماری‌های لثه‌ای با منشا قارچی  
 ب) بیماری‌های لثه‌ای با منشا ویروسی  
 ج) بیماری‌های لثه‌ای متأثر از داروها  
 د) تظاهرات لثه ناشی از واکنش‌های آلرژیک

۷- کدامیک از گزینه های زیر را نمی توان جزء تقسیم بندی ضایعات لثه ای مستقل از پلاک دندان طبقه بندی کرد؟

- الف) ضایعات تراماتیک  
 ب) تظاهرات لثه ای ناشی از شرایط سیستمیک  
 ج) بیماری های لثه ای متأثر از داروها  
 د) واکنش جسم خارجی

۸- در نمای میکروسکوپی واکنش آلرژیک لثه به نیکل کدامیک از سلول های زیر مشاهده نمی شود؟

الف) ماکروفاژ  
 ب) ائوزینوفیل  
 ج) هیستوسیت  
 د) پلاسماسل

۹- در پاسخ به مدفون شدن یک جسم خارجی کدامیک از ضایعات زیر ایجاد می شود؟

الف) Peripheral giant cell fibroma  
 ب) Central Giant cell fibroma  
 ج) Central Ossifying fibroma  
 د) Peripheral ossifying fibroma

۱۰- الگوی وراثت بیماری فیبروماتوز ارثی کدامیک از گزینه های زیر است؟

الف) اتوزوم غالب  
 ب) اتوزوم مغلوب  
 ج) غالباً اتوزوم غالب و ندرتاً اتوزوم مغلوب  
 د) غالباً اتوزوم مغلوب و ندرتاً اتوزوم غالب

۱۱- شاخص قابل اعتماد (reliable) برای حضور التهاب و احتمال از دست رفتن اتصالات کلینیکی (CAL) کدامیک از گزینه های زیر است؟

الف) تغییر در قوام لثه  
 ب) تغییر در رنگ لثه  
 ج) حضور BOP در جلسات مکرر  
 د) تمایل پروبینگ بیش از ۵ میلی متر

۱۲- در فرد مبتلا Localized aggressive periodontitis حداقل چند دندان دائمی بایستی درگیر باشد؟

الف) ۱  
 ب) ۲  
 ج) ۳  
 د) ۴

۱۳- شاخص Extent & severity برای بیماری به صورت (۵-۳۵) گزارش شده است. تشخیص بیماری چیست؟ (بورد ۹۴)

- الف) Localized moderate periodontitis  
 ب) Generalized aggressive periodontitis  
 ج) Generalized severe periodontitis  
 د) localized aggressive periodontitis

۱۴- کدام یک از گزینه های زیر جزو پرودونتیت به عنوان تظاهر سیستمیک از نوع هماتولوژیک است؟

- الف) سندروم داون (الف)  
 ب) اهلز دانلوس تیپ IV (ب)  
 ج) لوکمی (ج)  
 د) نوتروپنی دوره ای (د)

۱۵- علت اصلی سندرم پاپیلون لفور چیست؟

- الف) جهش در ژن کاتپسین C (الف)  
 ب) ژنتیک (ب)  
 ج) اختلال در فانکشن نوتروفیلی (ج)  
 د) پاتوزن های فرصت طلب (د)

۱۶- کدام یک از درمان های زیر موجب بهبود عملکرد نوتروفیل علیه A.a می شود؟

- الف) SRP (الف)  
 ب) کشیدن دندان ها (ب)  
 ج) ترکیب آموکسی سیلین و مترونیدازول (ج)  
 د) ترکیب متوپریم و سولفامتوکسازول (د)

۱۷- کدام یک از گزینه های زیر در مورد بیماری سارکوئیدوز صحیح می باشد؟

- الف) بیماری مزمن با ازدیاد حساسیت فوری (الف)  
 ب) اساساً ریه، لنف نود، پوست و حفره دهان را درگیر می کند. (ب)  
 ج) تست Kveim مثبت می باشد (ج)  
 د) ۱ سال پس از تجویز استروئید سیستمیک التهاب لثه و تحلیل و CAL برطرف می شود. (د)

۱۸- کدام یک از گزینه های زیر در مورد بیماری MRONJ صحیح می باشد؟

- الف) شیوع در قدام مندیبل بیش تر می باشد. (الف)  
 ب) در ۴۰٪ موارد خودبه خود رخ می دهد. (ب)  
 ج) استفاده از اکسیژن هایپر باریک مؤثر می باشد. (ج)  
 د) در نتیجه رادیوتراپی به سر و گردن پس از ۸ هفته اتفاق می افتد. (د)

۱۹- کدام یک از گزینه های زیر به عنوان فاکتور contributing در NUP مطرح شده است؟

- الف) استرس (الف)  
 ب) سو تغذیه (ب)  
 ج) سرکوب ایمنی (ج)  
 د) "الف" و ج (د)

۲۰- Significant causative factor در سندرم پاپیلون لفور (PLS) کدام باکتری است و تیتراژ سرمی علیه

کدام ایمونوگلوبولین بالاست؟

- الف) IgG / P.g (الف)  
 ب) IgM / P.g (ب)  
 ج) IgG / A.a (ج)  
 د) IgM / A.a (د)

**۲۱- Proximal root grooves** معمولا بر روی کدام یک از دندان های ایجاد می شوند؟

ب) انسیزور و پرمولرهای ماگزیلا

الف) انسیزورهای ماگزیلا

د) مولرهای مندیبل

ج) مولرهای ماگزیلا

## پاسخنامه فصل ۲

### بیماری های لثه

#### بیماری های لثه وابسته به پلاک دندان

I. ژنژیویت صرفا همراه با پلاک دندان

A. بدون فاکتورهای موضعی همراه

B. همراه با فاکتورهای موضعی (مثل اپلاینس ارتودنسی)

II. بیماری های لثه تغییر یافته با فاکتورهای سیستمیک

A. وابسته به سیستم اندوکرین

۱. ژنژیویت همراه با بلوغ

۲. ژنژیویت وابسته به سیکل قاعدگی

۳. وابسته به بارداری

(a) ژنژیویت

(b) پیوژنیک گرانولوما

۴. ژنژیویت وابسته به دیابت ملیتوس

B. وابسته به دیسکرازی خونی

۱- ژنژیویت وابسته به لوسمی

۲- سایر موارد

III. بیماری های لثه های تغییر یافته با داروها

A. بیماری های لثه تحت تأثیر دارو

۱- افزایش حجم لثه تحت تأثیر دارو

۲- ژنژیویت تحت تأثیر دارو

a. ژنژیویت تغییر یافته با داروهای OCP

b. سایر موارد

IV. بیماری های تغییر یافته با سوء تغذیه

A. ژنژیویت ناشی از کمبود اسید آسکوربیک

B. سایر موارد

#### ضایعات لثه ای غیر وابسته به پلاک

I. بیماری های لثه ای با منشأ باکتریایی

A. ناپسریا گونه آ

B. ترپونما پالیدوم

C. گونه های استرپتوکوک

II. بیماری های لثه ای با منشأ ویروسی

A. عفونت های ویروس هرپس

۱- ژنژیویت استوماتیت هرپتیک اولیه

۲- هرپس دهانی راجعه

۳- واریسلا زوستر

B. سایر موارد

III. بیماری های لته ای با منشاء قارچی

A. عفونت های گونه های کاندیدا: کاندیدیازیس منتشر لته

B. اریتم خطی لته

C. هیستوپلاسموزیس

D. سایر موارد

IV. ضایعات لته ای با منشاء ژنتیک

A. فیبروماتوز ارثی لته

B. سایر

V. تظاهرات لته ای شرایط سیستمیک

A. ضایعات جلدی - مخاطی

۱- لیکن پلان

۲- پمفیگوئید

۳- پمفیگوس ولگاریس

۴- اریتم مولتی فرم

۵- لوپوس اریتماتوز

۶- ناشی از دارو

B. واکنش های آلرژیک

۱- مواد دندانپزشکی ترمیمی

a. جیوه

b. نیکل

c. آکريل

۲- واکنش به دنبال مصرف:

a. خمیر دندان

b. دهانشویه

c. افزودنی های آدامس

d. غذا و افزودنی

۳- سایر موارد

VI. ضایعات تراماتیک (ساختگی، ایاتروژنیک یا تصادفی)

A. آسیب شیمیایی

B. آسیب فیزیکی

C. آسیب حرارتی

VII. واکنش جسم خارجی

## ۱- گزینه "ب" - درسنامه پریدونتیکیس جلد ۱ صفحه ۷۱

## • بیماری های لته با منشأ باکتری های خاص:

شیوع شان درحال افزایش است مخصوصا در نتیجه بیماری های منتقل شونده از طریق جنسی مثل سوزاک، gonorrhoeae.N یا نایسریا گنورها) و به میزان کمتری سیفلیس (Pallidum .T یا ترپونما پالیدوم) ضایعات دهانی ممکن است در اثر عفونت سیستمیک یا در اثر تماس مستقیم باشند.

ژینژیویت یا ژنژیواستوماتیت استرپتوکوکی، وضعیتی نادر است که می تواند به صورت حاد با تب، بی حالی و درد مرتبط با **لته** دارای **التهاب حاد منتشر و قرمز و متورم با خونریزی افزایش یافته** و گاهی **تشکیل آبسه لته ای** باشد. اغلب **قیل از** عفونت های لته ای **تونسیلیت** وجود دارد که مرتبط با عفونت های استرپتوکوکی گروه A (hemolytic-β) هستند. نکته مهم: التهاب لوزه ها می تواند مرتبط با ژنژیویت غیروابسته به پلاک باشد.

## • بیماری های لته ای با منشأ ویروسی:

مرتبط با انواع مختلفی از ویروس های DNA و RNA دار بوده که **شایع ترین** آنها **هرپس ویروسها** هستند. ضایعات اغلب مرتبط با دوباره فعال شدن ویروس مخصوصا در نتیجه کاهش فانکشن ایمنی هستند. تظاهرات دهانی عفونت های ویروسی به طرز جامعی بررسی شده است، ضایعات هرپتیک به شکل تاول های داخل دهانی دسته ای ایجاد می شوند و سریعاً پاره شده و زخم های کوچک ایجاد می کنند.

## ارتباط کلینیکی :

نحوه تشخیص افتراقی ویروس واریسلا زوستر: (VZV)

۱) علایم اولیه ← گزگز، خارش، سوزش یا بی حسی یک طرفه درماتوم درگیر شده

۲) علایم بعدی ← درد متوسط تا شدید در مدت کوتاهی پس از شروع بیماری

عفونت های لته ای ویروسی با داروهای ضد ویروس موضعی و سیستمیک مثل آسیکلوویر درمان می شوند.

## ۲- گزینه "د" - درسنامه پریدونتیکیس جلد ۱ صفحه ۷۲

## ارتباط کلینیکی (مهم)

عوامل مستعدکننده کاندیدیازیس:

۱. مصرف طولانی مدت آنتی بیوتیک های وسیع الطیف

۲. دستگاه های پروتزی

۳. استفاده موضعی استروئیدها

۴. جریان بزاق کاهش یافته

۵. pH بزاق کاهش یافته (اسیدی)

۶. گلوکز بزاق افزایش یافته

## ۳- گزینه "د"

## ۴- گزینه "ج" - درسنامه پرپودانتیکس جلد ۱ صفحه ۷۳

ضایعات Traumatic یا iatrogenic یا factitious شامل ضایعات و آزارهای شیمیایی، فیزیکی و حرارتی است.

### Non-Plaque-Induced Gingival Lesions

- I. Gingival diseases of specific bacterial origin
  - A. *Neisseria gonorrhoeae*
  - B. *Treponema pallidum*
  - C. *Streptococcus* species
  - D. Other
- II. Gingival diseases of viral origin
  - A. Herpesvirus infections
    1. Primary herpetic gingivostomatitis
    2. Recurrent oral herpes
    3. Varicella zoster
  - B. Other
- III. Gingival diseases of fungal origin
  - A. *Candida* species infections: generalized gingival candidiasis
  - B. Linear gingival erythema
  - C. Histoplasmosis
  - D. Other
- IV. Gingival lesions of genetic origin
  - A. Hereditary gingival fibromatosis
  - B. Other
- V. Gingival manifestations of systemic conditions
  - A. Mucocutaneous lesions
    1. Lichen planus
    2. Pemphigoid
    3. Pemphigus vulgaris
    4. Erythema multiforme
    5. Lupus erythematosus
    6. Drug induced
    7. Other
  - B. Allergic reactions
    1. Dental restorative materials
      - a. Mercury
      - b. Nickel
      - c. Acrylic
      - d. Other
    2. Reactions attributable to the following:
      - a. Toothpastes or dentifrices
      - b. Mouth rinses or mouthwashes
      - c. Chewing gum additives
      - d. Foods and additives
    3. Other
- VI. Traumatic lesions (factitious, iatrogenic, or accidental)
  - A. Chemical injury
  - B. Physical injury
  - C. Thermal injury
- VII. Foreign body reactions
- VIII. Not otherwise specified

## ۵- گزینه "د" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۷۴

بیماری لثه متأثر از داروها به ۲ دسته تقسیم می شوند:

(۱) Drug – influenced enlargement ← فنی توئین (ضدصرع).

(۲) Drug – influenced gingivitis ← داروهای ضدبارداری

## ۶- گزینه "الف" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۷۲

در افراد آلوده به HIV عفونت کاندیدا ممکن است به صورت اریتم درلثه چسبنده ظاهر شود که نام آن اریتم خطی لثه است و باید توجه شود که عامل کاندیدا، قارچ است.

## ۷- گزینه "ج"

## ۸- گزینه "د" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۶۶

در بیوپسی واکنش آلرژیک لثه به نیکل ارتشاح متراکم پلاسماسل ها دیده می شود.  
توجه: طبق متن کتاب، یافته های هیستولوژیک ضایعات آلرژیک لثه نشان دهنده انفیلتراسیون متراکم سلول های ائوزینوفیلیک است.

## ۹- گزینه "د"

## ۱۰- گزینه "ج" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۷۲

• بیماری های لثه با منشأ ژنتیک:

از نظر کلینیکی **شایع ترین** نوع فیبروماتوز ارثی لثه (HOF) است که:

- اتوزومال غالب، و ندرتاً اتوزومال مغلوب می باشد.
- افزایش حجم لثه ای ممکن است کاملاً روی دندان ها را بپوشاند،
- رویش را به تأخیر بیاندازد
- و به صورت یافته ای منفرد یا همراه با چندین سندروم ژنرالیزه باشد.

## ۱۱- گزینه "ج" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۷۴

با وجود ثابت شده است که **BOP مداوم حین پروب کردن طی ملاقات های متوالی یک اندیکاتور قابل اعتماد**

(**reliable indicator**) از **وجود التهاب و پتانسیل از دست رفتن بعدی اتصالات** در محل خون ریزی می باشد.

از دست رفتن اتصالات مرتبط با پریدودونتیت یا به صورت مداوم و یا به صورت episodic burst پیشرفت می کند.

## ۱۲- گزینه "ب" - درسنامه پریودانتیکس جلد ۱ صفحه ۷۸

در بیماری LAP با حداقل ۲ دندان که یکی از آنها مولر اول باشد.

## پریودنتیت مهاجم

## تفاوت اساسی آن با نوع مزمن:

۱. سرعت زیاد پیشرفت بیماری در فرد سالم
  ۲. عدم حضور تجمع وسیع پلاک و جرم
  ۳. حضور تاریخچه خانوادگی که بیانگر تمایل ژنتیکی است.
- قبلا تحت عنوان پریودونتیت early-onset طبقه بندی می شد و همچنان شامل خیلی از ویژگی های قبلا تشخیص داده شده در شکل های لوکالیزه و ژنرالیزه پریودونتیت early-onset می باشد.
- اگرچه تظاهرات کلینیکی بیماری aggressive به نظر عمومی می رسند، فاکتورهای مسبب دخیل همیشه پایدار نیستند.
- شکل aggressive مثل early-onset اکثرا افراد جوان در حین یا مدت کوتاهی بعد از بلوغ را درگیر می کند و می تواند طی دهه های دوم و سوم زندگی مشاهده شود (مثلا ۱۰ تا ۳۰ سالگی)
- بیماری می تواند مانند آنچه قبلا برای پریودونتیت جوان توصیف شد لوکالیزه باشد یا مانند پریودونتیت جوانان ژنرالیزه یا پریودونتیت progressive، ژنرالیزه باشد.

ویژگی های **شایع یا primary** در پریودونتیت مهاجم:

- بیمار از جهات دیگر بالینی **سالم** است.
  - تخریب استخوان و Attachment loos **سریع**
  - **تجمع خانوادگی** (Familial aggregation)
- خصوصیات شایع (ولی در همه وجود **ندارند** و **universal** **نیستند**):
- میزان شدت بیماری با رسوبات میکروبی **نامتناسب** است.
  - افزایش سطوح **A.a** (A. actinomycetemcomitans)
  - اِبنورمالیته در **فانکشن فاگوسیتی**
  - **Hyper responsive** تولیدکنند مقادیر زیادی **PGE<sub>2</sub>** و **IL-1 $\beta$**
  - در بعضی موارد ماهیت خود به خود محدود شونده (**self-arresting**) دارد.

## ۱۳- گزینه "ج" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۷۶

تقسیم بندی پریدودنتیت مزمن (براساس گستردگی یا Extent):

- نوعی موضعی (localized) اگر کمتر از ۳۰ درصد نواحی از دست رفتن اتصالات و استخوان را نشان دهند.
- نوع منتشر (generalized): اگر بیشتر از ۳۰ از نواحی از دست رفتن اتصالات و استخوان را نشان دهند.

دسته بندی براساس شدت (severity):

- Slight: از دست رفتن ۱-۲ mm از CAL
- Moderate: از دست رفتن ۳-۴ mm از CAL
- Severe: از دست رفتن  $5 \leq \text{mm}$  از CAL

## ۱۴- گزینه "ج" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۸۰

| پریدودنتیت به عنوان تظاهراتی از بیماری سیستمیک |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (۱)                                            | * نوتروپنی اکتسابی<br>* لوکمی<br>هماتولوژیک                                                                                                                                                                                                                                |
| (۲) ژنتیکی                                     | * نوتروپنی فامیلی و دوره‌ای<br>* داون<br>* پاپیلون لفور<br>* LAD<br>* چدیاک هیگاشی<br>* هیستوسیتوز<br>* Glycogen storage<br>* آگرانولوسیتوز ژنتیکی نوزادی<br>* کوهن<br>* اهلرز دانلوس (خیلی مهم: انواع اهلرز دانلوس که پریدودنتیت دارند: تیپ IV و VIII)<br>* هیپوفسفاتازیا |

## ۱۵- گزینه "ج" - درسنامه پریدودانتیکس جلد ۱ صفحه ۸۰

## سندرم پاپیلون لفور (PLS)

یک بیماری اتوزومال مغلوب است که در اثر موتاسیون در ژن **کاتپسین C** واقع بر کروموزوم ۱۱q۱۴ ایجاد می شود. تظاهرات کلینیکی آن شامل:

(۱) پریدودنتیت aggressive شدید

(۲) کراتودومای منتشر روی کف دست، پاشنه، زانو یا هردو.

ارتباط خونی والدین یک یافته شایع در حدود ۱/۳ موارد است.

**فانکشن نوتروفیلی مختل شده علت اصلی PLS** است و در نتیجه نهایی آن deregulation در پاسخ لکوسیت های چند هسته ای به عفونت میکروبی می باشد.

اگرچه میکروفلور زیرلثه ای مرتبط با PLS متنوع است، پاتوژن های پریدودنتال فرصت طلب مثل a.A و پورفیروموناس ژینژیوالیس، تنرلا فورسیتا، فوزوباکتریوم نوکلئاتوم و پرهوتلاینترمدیا غالباً در نمونه های پلاک پیدا شده اند.

نکته: پاتوژن های مرتبط با PLS:

- A.a
- P.g
- f.T
- F.n
- P.I

تیترا **IgG سرم علیه a.A** معمولاً در افراد PLS زیاد می شوند و بیانگر نقش موثر و قابل توجه A.a در پریدودنتیت این بیماران است.

A.a در PLS یک **significant causative factor** است.

فنوتیپ PLS ممکن است با **درماتیک آتوپیک (اگزما)** با حضور زگیل های کف دست و پا یا **کراتودرم Palmoplantar** اشتباه شود.

|                                                                                                                      |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>۱. هایپر کراتوزیس کف دست و پا</p> <p>۲. از دست دادن دندان های شیری و دائمی</p> <p>۳. الگوی اتوزومال مغلوب</p>     | <p>معیارهای ضروری تشخیص براساس (Haneke ۱۹۷۹):</p> |
| <p>۱. کلسیفیکاسیون اکتوپیک داخل جمجمه ای</p> <p>۲. افزایش حساسیت به عفونت (آبسه های کبدی پیوژنیک)</p> <p>(کشنده)</p> | <p>تظاهرات ثانویه PLS</p>                         |

کراتودرم کف دست و پا معمولاً همزمان با رویش اولین دندان شیری (۵ تا ۶ ماهگی) رخ می دهد، البته می تواند حتی در یک ماهگی هم ایجاد شود.

تا ۴ تا ۵ سالگی، دندان شیری اکسفولیه شده یا در نتیجه تخریب شدید پرودنتال کشیده می شود. در نتیجه این فاز بی دندان، کاهش در بار میکروبی و بازسازی سلامت لثه رخ می دهد. اما پس از رویش دندان های دائمی، سیکل مشابه قبلی تکرار شده و به درمان های پرودنتال رایج پاسخ **نمی دهد**.

**افزایش لقی دندان ها و آبسه پرودونتال** اغلب مدت کوتاهی بعد از رویش دندان های دائمی دیده می شود. دندانپزشکان معتقدند که درمان موفق پرودنتیت در افراد PLS نیاز به ریشه کنی Aa دارد.

#### ۱۶- گزینه "د" - درسنامه پرودانتیکس جلد ۱ صفحه ۸۲

| نحوه ی درمان موفق پرودنتیت (مهم)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| الف) جلسات پروفیلاکسی مداوم جهت اطمینان از حفظ فانکشن جویدن و تغذیه.<br>ب) تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک مناسب علیه A.a همراه با کشیدن همه دندان های شیری ۶ تا ۱۲ ماه قبل از رویش اولین دندان دائمی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ۱- سیستم دندان شیری  |
| الف) کشیدن دندان های دارای پروگنوز <b>poor</b> یا <b>hopeless</b> در صورت وجود پرودنتیت مهاجم<br>ب) تجویز آنتی بیوتیک، SRP و تجویز دهانشویه کلرهگزیدین.<br>ترکیب آموکسی سیلین و مترونیدازول موجب از بین رفتن A.a می شود.<br>ترکیب تری متوپریم و سولفامتوکسازول (مثل کوتریماکسازول) علیه A.a مؤثر است و منجر به بهبود عملکرد نوتروفیل علیه a.A می شود.<br>رتینوئیدها (آنالوگ صنایع ویتامین A) روش درمانی مؤثری برای درمان تظاهرات پوستی PLS می باشند و می توانند در درمان الحاقی پرودنتیت به عنوان مکمل های تنظیم کننده ایمنی به کار روند. | ۲- سیستم دندان دائمی |

## ۱۷- گزینه "ج" - درسنامه پرودانتیکس جلد ۱ صفحه ۸۳

## سارکوئیدوز (مهم)

بیماری مزمن که یک ازدیاد حساسیت تأخیری cell-mediated است. اساسا ریه ها، لنف نودها، پوست، چشم ها، کبد، طحال و استخوان کوچک دست ها و پاها را درگیر می کند. به ندرت حفره دهان را درگیر می کند.

## خیلی مهم:

شیوع سارکوئیدوز در دهان:

لنف نودها - لب - کام نرم - مخاط باکال - لثه - زبان - استخوان

الگوی پیش از درمان شامل از دست رفتن استخوان و تحلیل لثه و اینفیلتره فیبروزه پارانشیم ریوی که به صورت **الگوی**

**lacy (شبکه ای) سفید** در رادیوگرافی قفسه سینه دیده می شود.

ویژگی های هیستولوژیک شامل حضور یک اینفیلتره شدید التهابی مزمن متراکم همراه با نواحی کانونی گرانولوماهای غیرکازنوس شونده (غیر پنی ری شونده) و یک تست **Kveim مثبت** می باشد.

مشاهده شده که رمینرالیزاسیون استخوان آلوئولار در رادیوگرافی بعد از یک سال از تجویز سیستمیک استروئید (مثل پردنیزون) مشاهده می شود و التهاب لثه نیز کاهش می یابد ولی تحلیل و CAL وسیع باقی می ماند.

## ۱۸- گزینه "ب" - درسنامه پرودانتیکس جلد ۱ صفحه ۸۳

## اوستئونکروز فکین مرتبط با دارو (MRONJ)

بیس فسفونات ها، **آنالوگ های پیروفسفات** هستند که تمایل بالایی برای کریستال های هیدروکسی آپاتیت دارند.

آن ها تحلیل استخوان ایجاد شده توسط اوستئوکلاست ها را مهار می کنند و نقش کلیدی در مدیریت بیماری های اوستئولیتیک استخوان مثل اوستئوپوروز، پاژت، متاستاز استخوان و مالتیپل میلوما دارند.

با این حال مصرف طولانی مدت آن ها مرتبط با BRONJ است.

تعریف سازمان جراحان دهان و فک و صورت آمریکا از MRONJ: استخوان نمایان در ناحیه ماگزیلوفاشیال که در نیود رادیاسیون به سر و گردن رخ دهد و شواهدی از بهبود در حداقل ۸ هفته بعد از تشخیص در بیمار درمان شده با آنتی بیوتیک درمانی موجود نباشد.

تا به امروز شیوع واقعی، علل و ریسک فاکتورهای ایجاد MRONJ ناشناخته اند.

نسبت زیادی (۹۷٪) از کیس های گزارش شده مرتبط با دوزهای زیاد **بیس فسفونات وریدی** داده شده به بیمار با سرطان هستند و درصد کمی (۳٪) در بیماران با اوستئوپوروز و پاژت که بیس فسفونات دهانی گرفته اند، گزارش شده اند.

شیوع تخمینی MRONJ در بیماران با اوستئوپوروز که BP دهانی می گیرند، حدود ۰/۷ در هر ۱۰۰.۰۰۰ نفر به ازای سال های اکسپوژر می باشد و شیوع MRONJ در بیماران با سرطان دریافت کننده BP وریدی ۰/۷۲ تا ۰/۴۷٪ است.

ضایعات MRONJ می توانند آسیمیپتوماتیک باشند یا همراه با درد، ترشحات چرکی، تورم، لقی دندان و یاراستزی باشند و در نهایت سبب کاهش توانایی خوردن و تکلم شوند.

شیوع:

مندیل ← ۶۵٪      ماگزایلا ← ۲۶٪      هردوفک ← ۹۵٪

شیوع آن در خلف فک بیشتر است.

بین بیماران با MRONJ، حدود :

• ۶۰٪ بعد یک عمل مهاجم مثل کشیدن دندان

• در حالی که ۴۰٪ خودبه خود رخ می دهد.

ارزیابی رادیوگرافی اغلب برای ضایعات اولیه به نتیجه است و در موارد پیشرفته یک رادیولوژی بید خورده با حدود نامشخص در سکستر اوپک دیده می شود.

در حال حاضر درمان مؤثری موجود نیست و قطع مصرف BP هم مؤثر نیست چون ترکیبات آن دراستخوان برای مدت خیلی طولانی باقی می ماند. مداخله جراحی رادیکال اغلب شرایط را بدتر می کند و استفاده از اکسیژن هایپر باریک مؤثر نیست.

درمان اغلب شامل دیردمان محافظه کارانه با حداقل تهاجم، آنتی بیوتیک و دهانشویه کلرهگزیدین است تا گسترش آسیب را محدود کند و ترمیم زخم را بهبود بخشد.

پیشنهاد سازمان دندان پزشکی آمریکا: بهداشت دهان کامل و مراقبت دندان منظم

بهتر است از تکنیک های جراحی آتروماتیک استفاده کرد و حداقل دست کاری دنتوآلویار را انجام داد. ارتباط با پزشک بیمار و ارزیابی ریسک مناسب برای اداره مناسب آن ها ضروری اند.

موارد دیگر مرتبط با MRONJ :

۱) داروهای ضدتحلیل (antiresorptive) مثل Denusumab

۲) داروهای Antiangiogenic

## ۱۹- گزینه "د" - درسنامه پریودانتیکس جلد ۱ صفحه ۸۵

سرکوب سیستم ایمنی هم به عنوان contributing factor و هم predisposing factor مطرح شده است.

### بیماری پریودنتال نکروزان

ویژگی های کلینیکی شامل ولی نه محدود به:

۱) لثه مارجینال و پاپیلاری زخمی و نکروتیک پوشانده شده با پوسته زرد-سفید یا خاکستری یا غشاء کاذب

۲) پاپیلای blunt یا crater دار

(۳) خونریزی در اثر تحریک یا خوبه خودی

(۴) درد

(۵) بوی بد دهان

می توانند همراه با تب، بی حالی، لنفادنوپاتی باشند ولی همیشگی نیستند.

۲ شکل دارد:

• NUG ← بیماری لثه یا ژینژیویت که از دست رفتن اتصال کلینیکی یافته پایدار **نیست**.

• NUP ← فرمی از پریودونتیت که از دست رفتن اتصال کلینیکی دیده می شود.

مطالعات اخیر گفته اند هر دو تظاهرات کلینیکی یک بیماری اند به جز آن که ویژگی مشخص NUP از دست رفتن اتصال کلینیکی و استخوان است.

در نتیجه هر دو گروهی جدا از بیماری ها را تشکیل می دهند که **نکروز بافتی** را به عنوان ویژگی کلینیکی اصل دارند.

**مهم:** اغلب موارد NUP انحصاراً در افراد دچار نقص ایمنی (مثلاً مبتلایان HIV با CDP پایین) گزارش شده است.

#### ۱. NUG

ویژگی های مشخصه:

(۱) علت میکروبی

(۲) ضایعه نکروتیک

(۳) فاکتورهای مستعدکننده مثل استرس فیزیولوژیک، Smoking و ایمونوساپرشن

**سوء تغذیه** می تواند در کشورهای در حال توسعه **یک فاکتور contributing** باشد.

اغلب به صورت **حاد** که به درمان آنتی بیوتیک همراه با برداشت حرفه ای پلاک و جرم و بهبود بهداشت دهان پاسخ می دهد.

#### ۲. NUP

زخم موضعی و نکروز بافت لثه ای همراه اکسپوژر و **تخریب سریع استخوان زیرین**، خونریزی خودبه خود و درد شدید.

بیماران با HIV و NUP، ۲۰/۸ بار متحمل ترند که شمارش سلولی CD۴ مثبت کمتر از ۲۰۰ سلول بر میلی متر مکعب در

خون محیطی داشته باشند نسبت به بیماران با HIV بدون NUP، که نتیجه می گیریم ایمونوساپرشن یک فاکتور **مشارکت**

**اصلی** (contributing) مهم می باشد.

فاکتور Contributing در NUP :

▪ سوء تغذیه

▪ ایمونوساپرشن

فاکتورهای مستعدکننده NUG :

• استرس

• Smoking

• ایمونوساپرشن

علاوه براین، value NUP predictive برای بیماران با HIV با شمارش سلولی CD۴ مثبت کمتر از ۲۰۰ سلول بر میلی متر مکعب ۹۵/۱ درصد بود و احتمال تجمعی مرگ در عرض ۲۴ ماه در افراد HIV با تشخیص NUP ۹/۷۲ درصد بود. در کشورهای درحال توسعه NUP هم چنین با سوءتغذیه شدید مرتبط است که در بعضی بیماران می تواند به ایمونوساپرشن بیانجامد.

۳. استوماتیت نکروزان:

نکروز بافتی فراتر از محدوده لثه و پریدونشیوم که دیگر بافت های دهانی مثل کام سخت را درگیر می کند و پتانسیل تشکیل سکستر استخوانی دارد.

۲۰- گزینه "ج"

۲۱- گزینه "ب" - درسنامه پریدانتیکس جلد ۱ صفحه ۸۸

(A) فاکتورهای آناتومیک مرتبط با محل و مالفورماسیون های تکامل دندان

۱. برجستگی های سرویکال مینایی:

• ۱۵-۲۴ درصد مولرهای مندیبل

• ۹-۲۵ درصد مولرهای ماگزینا

• ارتباط قوی با درگیری فوری کیشن

۲. گروه های پالاتوژنیوال :

• اصولاً روی انسیزورهای ماگزینا

• در ۸/۵ درصد افراد

• مرتبط با ↑تجمع پلاک و CAL و BL

۳. Proximal root grooves

• روی انسیزورها و پره مولرهای ماگزینا

۴. دندان های نامرتب ← مهم در شروع و ایجاد بیماری

۵. کانتکت باز ← منجر به impaction Food می شوند ← ↑از دست رفتن استخوان آلوئار

## نکات فصل ۲

- شایع ترین فرم بیماری لثه ← ژنژیویت القا شده توسط پلاک
- شایع ترین فرم پرودنتیت ← پرودنتیت مزمن
- یکی از شایع ترین تظاهرات کلینیکی مشهود Hereditary gingival fibromatosis (فیبروماتوز ارثی لثه) است.
- بیشترین اهمیت را در نظارت مؤثر بر بهداشت دهانی بیماران مبتلا به PLS ← برنامه نگهدارنده (maintenance) پرودنتال سخت گیرانه