دراسة استيعادية للحالات حول السنية في عيادات الجامعة الدولية للعلوم والتكنولوجيا_ سورية

محمد محمود البوش* **سوسن الحاج طاهر****

الملخص

خلفية البحث وهدفه: أحد أهداف الدراسات المقطعية العرضية استخلاص البيانات عن نزعة الحالات المرضية ضمن الفئات العمرية المختلفة خلال مدة زمنية محددة. مواد البحث وطرائقه: جُمِعَت بيانات 451 بطاقة مريض لمراجعي العيادات الخارجية للجامعة الدولية للعلوم والتكنولوجيا، قسم الأنسجة حول السن، وقُسِموا إلى ثلاث مجموعات عمرية (يافعون، بالغون، كبار السن). سُجِّلَت المعلومات الشخصية والقصة المرضية فضلاً عن المشعرات حول السنية (مشعرات اللويحة وعمق السبر والنزف عند السبر والانحسار اللثوي واللثة الملتصقة والتشوهات المخاطية اللثوية). عُولِجت البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية SPSS الإصدار 24 بمستوى دلالة P=0.05. النتائج: كان متوسط المشعرات حول السنية متقارباً بين الفئات العمرية الثلاث، مع تراكم لويحة متوسط أفراد المجموعات الثلاث. ظهر التهاب اللثة المزمن عند اليافعين بنسبة 80%، والتهاب الأنسجة حول السن المزمن 20%، أمَّا في مجموعة البالغين فكانت نسبة التهاب الأنسجة حول السن المزمن 59,7% ثم التهاب اللثة المزمن 37,7% فالتهاب اللثة الحاد 0,8%، وأخيراً التهاب الأنسجة حول السن الاجتياحي 0,5%. أظهرت مجموعة كبار السن التهاب الأنسجة حول السن المزمن بنسبة 89,1%، ثم التهاب اللثة المزمن 10,9%. كان الفرق في متوسطات عمق السبر أقل، وبشكلٍ مهم، في فئة اليافعين (PD=3.4±0.91, *p=0,04*) من فئتي البالغين (PD=4.4±1.45mm, 95%, CI -1,85_-0,7) وكبار السن (PD=4.9±1.14mm, 95%, CI -2,38_-0,37). وكانت نسبة المصابين بمرض حول سني مع مرض جهازي هي 13,3%. الاستنتاج: ترافق التقدم بالعمر مع زيادة في انتشار التهاب الأنسجة حول السن المزمن على حساب التهاب اللثة المزمن، والحالات المسببة باللويحة، ممَّا يفترض أهمية زيادة مستوى الوعي تجاه العناية بالصحة الفموية، وتأكيد متابعة الفئات العمرية الصغيرة قبل تفاقم المرض حول السن.

الكلمات المفتاحية: المرض حول السن، التشخيص النهائي، المشعرات حول السن، التهاب الأنسجة حول السن، الالتهاب اللثوي.

*دكتوراه في علم الأنسجة حول السن، عضو الهيئة التعليمية في الجامعة الدولية للعلوم والتكنولوجيا، قسم علم الأنسجة حول السن، رئيس شعبة أمراض وجراحة النسج حول السن في الهيئة العامة لمستشفى الشرطة بحرستا، ريف دمشق، سورية.

**ماجستير في علم النسج حول السن، عضو الهيئة التعليمية في الجامعة الدولية للعلوم والتكنولوجيا، قسم علم النسج حول السن، دمشق، سورية.

Retrospective Study of the Periodontal Conditions At The IUST Dental Clinics_ Syria

Muhammad M.albush* **Sawsan Adnan Taher****

Abstract

Background and aim: One of the cross- sectional studies objectives within a limited time is data deduction about one or several conditions attempting to identify the propensities and distribution of these conditions among different age groups in the studied population. Materials and methods; Data were collected from 451 files of patients recalled the department of periodontology at the IUST and were grouped according to age into adolescent, adult, elderly. Registering personal information, medical history, and the periodontal indices using the periodontal probe (UNC15: Hu-Friedy, Chicago, IL, USA), included the plaque index (PI), probing depth (PD), bleeding on probing (BOP), recession, attached gingiva, and mucogingival deformities Statistics were processed using SPSS 24th ed, and significance level at P<0.05. Results: Moderate plaque accumulation in three groups and in the adolescent; chronic gingivitis ranked first (80%) followed by periodontitis (20%), while in the adult; chronic periodontitis (59.7%), chronic gingivitis (37.7%), acute gingivitis (0.8%), aggressive periodontitis (0.5%), additionally; in the elderly chronic periodontitis (89.1%) then chronic gingivitis (10.9%). Probing depth mean was significantly less in the adolescent group (PD=3.4±0.91, p=0,04) compared with both of the adult and the elderly (PD=4.4±1.45mm, 95%, CI -1,85_-0,7), (PD=4.9±1.14mm, 95%, CI -2,38_-0,37), successively. Individuals with both periodontal disease and systemic condition formed 13.3% of the sample. Conclusion: Age progression was accompanied with increased prevalence of chronic periodontitis overweighing chronic gingivitis and other plaque induced conditions imposing an increased awareness towards the oral hygiene procedures and emphasis on the surveillance of the young groups before the periodontal condition exaggeration.

Key words: Periodontal disease, definitive diagnosis, periodontal indices, periodontitis, gingivitis.

* PhD in periodontal histology, member of the teaching staff at the International University of Science and Technology, Department of Periodontal Histology, Head of the Division of Periodontal Diseases and Surgery at the General Authority of Police Hospital in Harasta, Damascus Countryside, Syria.

** Master's degree in histology around the tooth, member of the teaching staff at the International University of Science and Technology, Department of histology around the tooth, Damascus, Syria.

المقدمة:

تضم أمراض الأنسجة حول السن مجالاً واسعاً من الحالات الالتهابية سواء أكانت بسبب جرثومي كاللويحة أو من دونها، فضلاً عن الحالات والتشوهات المخاطية السنخية الخَلقية أو المكتسبة، إذْ تتضافر جملة من العوامل القابلة للتعديل مثل البيئية كالتدخين وتفريش الأسنان، وغير القابلة للتعديل منها كالجنس والعمر لتسهم في تحديد مدى شدة الحالة المرضية وانتشارها ومظهرها السريري النهائي[1]، فمثلاً، يغلب انتشار التهاب الأنسجة حول السن المزمنChronic periodontitis عند البالغين، وهو مرض متعدد العوامل multifactorial، فوق سن الثلاثين، بينما يميل النمط الاجتياحي والحالات الحادة المعممة لإصابة الفئات الأصغر عمراً[2]، بالمقابل تكثر مشاهدة الانحسارات اللثوية المعممة عند المتقدمين بالسن مقارنةَ باليافعين[3، 4].

يعتمد تشخيص الحالات والأمراض حول السن أولاً على استجواب المريض بمعرفة الشكوى الرئيسية وأخذ القصة السريرية المرضية العامة فالسنية Medical and dental history، ثم المتابعة بالفحص داخل الفموي وما قد يُتبع بإجراءات تشخيصية مساعدة شعاعية أو مخبرية حيوية[5] حسبما تقتضيه كل حالة على حدة ليتم تلخيص الحالة بوضع كلمات عدّة واصفةً الحالة السريرية حول السنية سواء أكانت سليمة أو مرضية بإطلاق مجموعة من التعاريف المتفق عليها Definitions اعتماداً على مجموع المشعرات حول السنية Periodontal indices فضلاً عن معايير تصنيف ورشة العمل الأميركية لحالات وأمراض الأنسجة حول السنية لعام 1999 [6]. ذكر Page RC [18] وزملاؤه عام 2007 أنَّ أكثر من نصف البالغين في الولايات المتحدة يعانون من التهاب نسج حول سنية مزمن، وأوضح Bokhari SAH [29] وزملاؤه عام 2015 أنَّ نسبة وشدتها الإصابة بهذا المرض تزداد مع تقدُّم العمر، وهذا ما دفع Tadjoedin FM [28] وزملاؤها في 2017 للتنبيه إلى ارتفاع نسبة إصابة اليافعين بالتهاب اللثة المزمن، وهو الحالة التي تسبق تحولها للحالة الأشد أي التهاب الأنسجة حول السن. كان الهدف من هذا البحث استقصاء حالات الأنسجة حول السن وأمراضها، ومعرفة نزعتها العمرية لدى عينة من المرضى المراجعين لعيادات طب الأسنان في الجامعة الدولية للعلوم والتكنولوجيا، قسم علم الأنسجة حول السن.

مواد البحث وطرائقه:

رُوجِعَتْ وفُرِّغَتِ البيانات المدوَّنة في البطاقات التشخيصية 451 حالة، لإجراء فحص دوري أو بتحويل من عيادات الأقسام الأخرى أو لسبب شكوى حول سنية، في النصف الأول من العام 2018 المدة الممتدة من شهر كانون الثاني حتى غاية شهر تموز 2018، التي أجراها طلاب السنة الأخيرة من خلال تعبئة البطاقة التشخيصية للحالة حول السنية باستجواب المريض عن المعلومات الشخصية والقصة المرضية العامة والفموية، ثم الفحص الداخل الفموي وحول السني باستخدام أدوات الفحص (مسبر، ملقط، مرآة) والسابر اللثوي UNC15 لتسجيل المشعرات حول السنية التي ضمَّت مشعر اللويحة السنية، وعمق السبر، والنزف عند السبر، والانحسار اللثوي، عرض اللثة الملتصقة، التشوهات المخاطية اللثوية. شُخِّصَ نوع المرض وشدَّته حسب تصنيف ورشة العمل الأميركية لحالات وأمراض الأنسجة حول السن AAP للعام 1999 [9,6] التي اعتمدت على درجات مشعرات المرض حول السني لتحديد الشدة والتوزع والانتشار، فضلاً عن الأعراض السريرية للحالات المختلفة، والصور الشعاعية البانورامية التأكيدية، إذْ تطلب (كما في سياق التهاب الأنسجة حول السن الاجتياحي لتأكيد التوزع المتناظر لصورة أرحاء– قواطع).

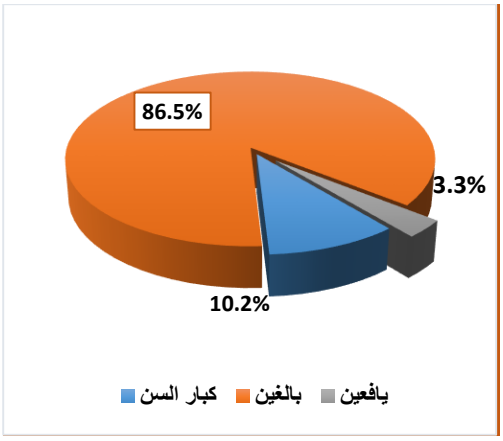
وُزِّعَ المرضى حسب الفئة العمرية بالشكل الآتي: فئة اليافعون بعمر(13– 18سنة)، البالغين (19– 55 سنة).

والمتقدمون بالسن (56– 75 سنة) وأُنجِزَت الدراسة الإحصائية بواسطة الحزمة الإحصائية SPSS النسخة 24، لتحديد النسب المئوية لتوزع كل حالة حول سنية ومقارنة أهمية الفروق بالمشعرات بين الفئات العمرية المختلفة، وذلك باستخدام الاختبارات المَعلَميَّة Parametric test ومستوى دلالة قدره $P=0,05$ [10].

النتائج: كان عدد بطاقات المراجعين المشمول بالبحث 451 حالة (ذكور 302، إناث 149)، بمدى عمري (14– 75 سنة)، وكان اليافعون (14– 18 سنة) الأقل نسبةً (10 ذكور و5 إناث)، وشكَّل البالغون (19– 55 سنة) الجزء الأكبر من مجموع أفراد العينة (260 ذكوراً و130 إناثاً) ثم فئة كبار السن (56– 75 سنة) (32 ذكوراً و14 إناثاً)، (المخطط 1). كان متوسط المشعرات حول السنية (اللويحة، النزف عند السبر، ومقدار اللثة الملتصقة) متقارباً بين الفئات العمرية الثلاث (المخطط 1، الجدول 1).

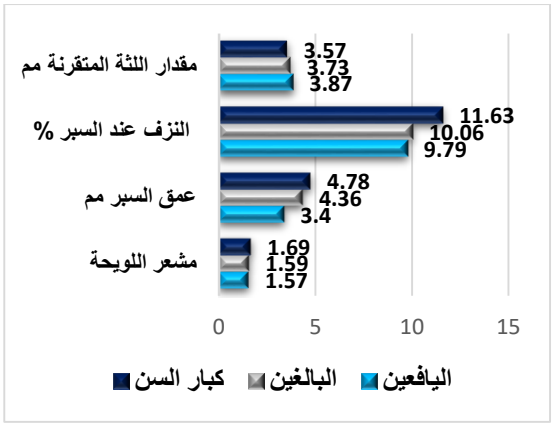
الجدول(1): متوسط المشعرات حول السنية (اللويحة، النزف عند السبر، ومقدار اللثة الملتصقة) حسب الفئات العمرية الثلاث ودرجة أهمية الفروق فيها بين المجموعات حسب اختبار آنوفا P<0,05

الفئة العمرية	مشعر اللويحة	عمق السبر	النزف عند السبر	اللثة الملتصقة
	P= 0,7	*P= 0,004**	*P= 0,6*	*P= 0,6*
يافعون (15)	1.57±0.5	3.4±0.9	9.79±8.8	13.87±0.
بالغون (390)	1.59±0.7	4.4±1. 5	10.06±9.8	3.73±1.3
كبار السن (46)	1.69±0.7	4.9±1.1	11.63±7.2	3.57±1.4



المخطط (1): النسبة المئوية لتوزع العينة حسب الفئات العمرية.

كان مقدار العناية بالصحة الفموية متوسطاً لدى الغالبية العظمى ضمن الفئات العمرية الثلاث إذْ كان تراكم اللويحة متوسطاً إلى شديداً لدى 47,4% من البالغين ولدى 5,7 % من كبار السن، (المخطط 2).

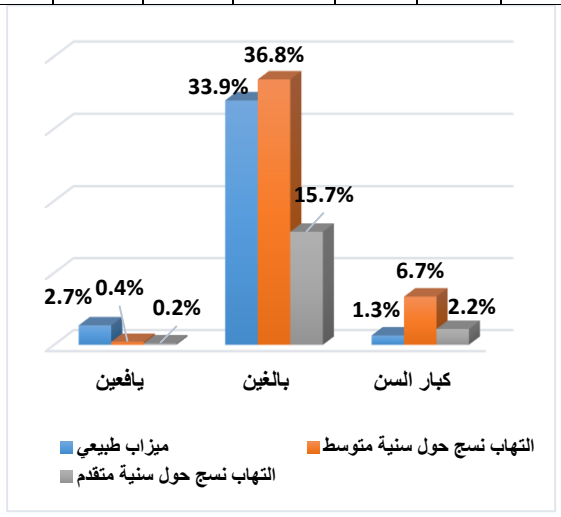


المخطط (2): متوسط المشعرات حول السنية حسب الفئات العمرية.

كان مقدار عمق السبر طبيعي لدى غالبية اليافعين في حين كانت الجيوب المرضية لدى 52,5% من البالغين و8,9% لدى كبار السن (المخططان 2 و3). أظهر اختبار أنوفا والاختبارات البَعدية وجود فرق احصائي مهم بين متوسطات عمق السبر في فئة اليافعين مقارنةً بكلٍّ من فئتي البالغين وكبار السن (الجدولين 1 و2).

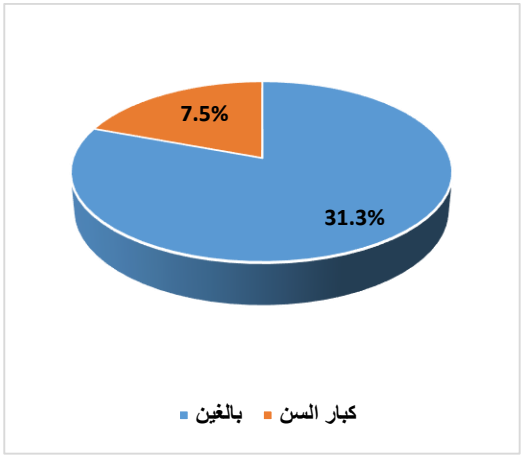
الجدول(2): اختبار الدراسة البعدية لبونفيروني Post Hoc لمشعر عمق السبر بين الفئات العمرية الثلاث.

	الفئة العمرية (I)	الفئة العمرية (J)	فرق متوسطات (I-J)	الأهمية P	95%مجال الثقة	
					الحد الأدنى	الحد الأعلى
عمق السبر	يافعون	بالغون	-.960*	.029	-1.85	-.07
		كبار السن	-1.376*	.003	-2.38	-.37
	بالغون	يافعون	.960*	.029	.07	1.85
		كبار السن	-.416	.175	-.94	.11



المخطط (3): نسبة المرض حول السني حسب الفئات العمرية.

كان الحد الأدنى المطلوب من مقدار اللثة الملتصقة (2مم على الأقل) محققاً لدى أفراد العينة كلّها، (المخطط 2). كانت الحالات حول السنية الأخرى الأكثر مشاهدة هي الانحسار اللثوي لدى فئتي البالغين وكبار السن، وشكّلت 38,8% من مجموع كامل أفراد العينة (المخطط 4)، ولوحظت حالة واحدة فقط للجام شفة مرتفع عند البالغين.

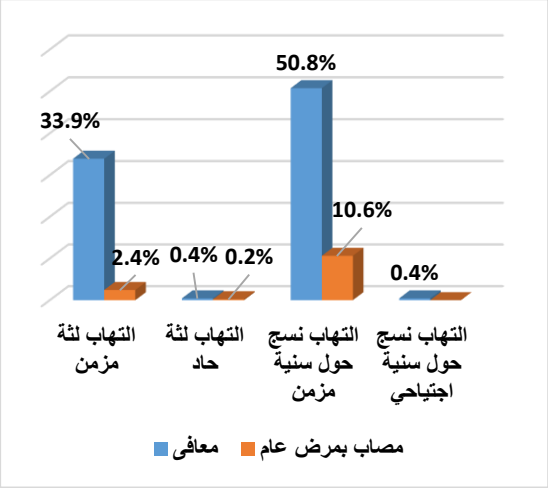


المخطط (4): نسبة الانحسار اللثوي حسب الفئات العمرية.

شكّلت حالات التهاب اللثة المزمن في مجموعة اليافعين نسبة 80% (12 ذكوراً، و4 إناثً) والتهاب الأنسجة حول السن المزمن 20% (2 ذكور و1 إناث)، أمّا في مجموعة البالغين فكانت نسبة الإصابة بالتهاب الأنسجة حول السن المزمن 59,7% (159 ذكوراً، 74 إناثاً) تلتها نسبة التهاب اللثة المزمن 37,7% (96 ذكوراً، و51 إناثاً) ثم التهاب اللثة الحاد 0,8% (3 إناث) وأخيراً نسبة التهاب الأنسجة حول السن الاجتياحي 0,5% (2 ذكور). أظهرت مجموعة كبار السن التهاب الأنسجة حول السن المزمن بنسبة 89,1% (30 ذكراً، و11 أنثى) ثم التهاب اللثة المزمن 10,9% (5 ذكور، و2 إناث)، وحالة التهاب لثة نخري تموتي 0,2%، (المخطط 5).

لوحظ من النتائج الثانوية لهذا البحث أنَّ عدد الأشخاص السليمين في عينة البحث من غير المصابين بأمراض جهازية مزمنة (معافى) كان 391، ومنهم 153 مصاباً بالتهاب لثة مزمن (33,9% من عينة البحث)، و229 بالتهاب أنسجة حول سن مزمن (50,8%) واثنان مصابان بالتهاب أنسجة حول سن جائحة (0,4%)، بينما كان عدد المصابين بمرض حول سني (التهاب لثة والتهاب نسج

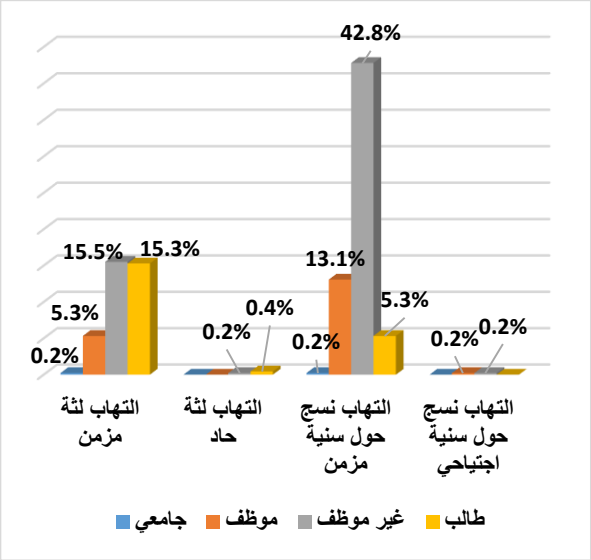
حول سنية) مع مرض جهازي هو 60 (13,3% من عينة البحث)، (المخطط 5).



المخطط (5): نسبة المرض حول السن مع / مرض جهازي أو من دونه.

احتل ارتفاع التوتر الشرياني النسبة الكبرى من هذه الأمراض، وكانوا من المتناولين لعامل واحد خافض للضغط، أو أكثر فضلاً عن المميعات، وتلاه الإصابة بالداء السكري من النمط الأول.

شكّل التهاب اللثة المزمن 15,3% من نسبة الحالات حول السنية عند الطلاب ما قبل المرحلة الجامعية، وكان التهاب الأنسجة حول السنية المزمن لدى 42,8% من غير الموظفين، وعند 13% من الموظفين (المخطط 6).



المخطط (6): نسبة المصابين بالمرض حول السني حسب المهنة:

المناقشة:

تُعَد عملية رصد البطاقات التشخيصية لحالات وأمراض الأنسجة حول السن واحدة من أسس الدراسات المقطعية العرضية الاستيعادية كأداة لتقييم مدى انتشارها ضمن مدة زمنية محددة لدى شريحة معينة من المرضى[11]، والانطلاق منها للدراسات الوبائية الطولانية[12]، حيث يتم التعريف بنوع المرض، وتحديد شدة الحالة بالاتجاه العمودي (Vertical Intensity or severity; simple/ moderate/ severe) ومقدار الأنسجة اللثوية التي شملتها الإصابة (Marginal, papillary, diffuse)، ومقدار فقد الارتباط والامتصاص العظمي المرافق، فضلاً عن التحديد مدى انتشارها أو امتدادها الأفقي (Horizontal extension or distribution; localized/ generalized) بعدد المواقع أو الأسنان المصابة)، آخذين بالحسبان جنس المريض وعمره، لما له من أهمية في سياق العملية التشخيصية لوضع التشخيص الأولي Initial diagnosis وما يتبعه من إجراءات لإرساء التشخيص النهائي Definitive diagnosis خدمةً لعملية وضع خطة المعالجة المناسبة والمتابعة والتنبؤ اللاحق بالإنذار[8، 13، 14].

كانت متوسطات قيم المشعرات حول السن (لويحة، نزف عند السبر، لثة ملتصقة) متقاربة بين الفئات العمرية الثلاث في هذه الدراسة مع مقدار متوسط إلى منخفض للعناية بالصحة الفموية متمثلاً بوسطي PI= 1,6 لمشعر اللويحة، مشيراً إلى وجود نقص في تطبيق إجراءات العناية بالصحة الفموية لدى الغالبية العظمى من أفراد عينة البحث فكان التهاب اللثة المزمن المترافق مع اللويحة السنية واضحاً لدى الغالبية العظمى في مجموعة اليافعين إذْ بلغت نسبته 80% من أمراض ما حول السن وكانت الحالات اللثوية الحادة نادرة ولا تتجاوز 0,6% من عينة البحث كلّها، بينما شكَّل التهاب الأنسجة حول السن المزمن 20% عند اليافعين دون ظهور حالات شديدة مما توافق مع العديد من الدراسات التي أشارت إلى أنه يتعرَّض الأطفال واليافعون لكثير من أمراض الأنسجة حول السن تكون فيها نسبة الحالات المخرِّبَة قليلة عندهم مقارنة بالبالغين[15]، وكما في دراسة Rhee ES وزملائه 2014، التي شكَّل فيها التهاب اللثة المترافق مع اللويحة 53% من أمراض ما حول السن تجلَّت عند صغار السن والتهابات اللثة غير المرتبطة باللويحة السنية 0,3% [16].مع ملاحظة أنَّ النسبة كانت أعلى في دراستنا وهي النسبة نفسها التي أشارت إليها دراسة Ababneh KT وزملاؤه إذْ كان التهاب اللثة المزمن 80% عند من هم تحت العشرين عاماً [17].

تركَّز، في هذه الدراسة، التهاب الأنسجة حول السن المزمن في مجموعة البالغين بالدرجة الأولى تلتها التهاب اللثة المزمن (96 ذكراً و51 إنثى)، فكانت الجيوب المرضية (< 3 مم) لدى نحو 60% (159 ذكراً 74 إنثى) وكانت نسبة التهاب الأنسجة حول السن الاجتياحي 0,5% (2 ذكور)، أمَّا الفرق في متوسطات عمق السبر فكان مهماً إحضائياً بين مجموعة اليافعين (PD=3.4±0.91, *p=0,04*) مقارنةً بكلٍّ من فئتي البالغين (PD=4.4±1.45 mm, 95%, CI -0,7_1,85) وكبار السن (PD=4.9±1.14 mm, 95%, CI -2,38_0,37) إذْ كانت قيَمَه أعلى لدى هاتين الفئتين. توافقت هذه النتائج مع دراسات Page RC 2007 و Eke PL 2012 وزملائه إذْ حُدِّدَتْ معايير المرض حول السن، والإشارة لارتفاع نسبة الإصابة بالتهاب الأنسجة حول السن المزمن لدى البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية لتتجاوز 50% [18، 19]، وفي دراسةDarcey J 54% من البالغين البريطانيين لديهم جيب بعمق 4 مم أو أكثر[20] ، هذا جاء مخالفاً لما أشارت إليه دراسة Ababneh KT وزملاؤه عام 2012 المقطعية العرضية التي ضمَّت 595 من مرافقي مراجعي عيادات طب الأسنان بجامعة إربد بالأردن إذْ كانت نسبة التهاب اللثة عند البالغين 65%، والتهاب الأنسجة حول السن المزمن 5,5% والاجتياحي 2,2%[17] وقد يعود السبب لصغر سن الغالبية العظمى لأفراد العينة (20–29 سنة) وأكثر من نصفهم من الإناث. قام Kassefaum وزملاؤه عام 2014 بتحليل بيانات 72 دراسة أجريت في أوروبا والولايات المتحدة الأميركية على مدى عشرين عاماً بتوضيح العبء العالمي لانتشار المرض حول السن، وأن شيوع انتشار التهاب الأنسجة حول السن المزمن الشديد (محددين معيار وجود موقع واحد على الأقل فيه عمق السبر أكبر من 5 مم، أو فقد ارتباط سريري أكبر من 6 مم)، قد شكَّل 11% من المجموع العام مع ثبات تقريبي لهذه النسبة بين العامين 1990 و2010 [21]، في حين ذكرت دراسة Schutzhold S وزملاؤه 2015، انخفاض المرض حول السني الشديد لدى البالغين 20– 83 سنة من 18.3% بين عامي 1997– 2001 إلى 15.7% بين عامي 2008– 2012 مع تقارب النسبة عند تشريط العينة Stratification إلى مجموعات كل عشر سنوات [22].

يصيب التهاب الأنسجة حول السن الاجتياحي البالغين تحت سن الثلاثين كما قد يصيب الفئات الأصغر عمراً والأطفال[23]، وكانت نسبة الإصابة بالاجتياحي في بحثنا 0,5% متقاربةً مع دراسة Hossein Z وزملائه 2013،

لعينة من 2732 مراجع للعيادات الخارجية الجامعية في السعودية بين عامي 1990–1992 وبمجال عمري 15–85 سنة قد شكَّلت حالات التهاب اللثة 63% (50% منها التهاب طفيف، 46% معتدل، و2% شديد، و0,5% حاد) بمتوسط عمري 26 سنة، والتهاب الأنسجة حول السن بأشكاله المختلفة نسبة 37% (57% طفيف، 37% معتدل، 5% شديد، 0,1% اجتياحي) بمتوسط عمري 47 سنة [24]، مع التذكير بأنَّ هذا النمط الاجتياحي من التهاب الأنسجة حول السن من الممكن مشاهدته نادراً لدى الفئات العمرية المختلفة الأُخرى[25].

أظهرت مجموعة كبار السن في دراستنا وجود التهاب الأنسجة حول السن المزمن بنسبة 89,1% (30 ذكراً، و11 إنثى) ثم التهاب اللثة المزمن 10,9% (5 ذكور و2 إناث) مع عدم ملاحظة وجود حالات حادة، فكان القاسم المشترك في دراستنا مع العديد من الدراسات هو أنَّ التهاب اللثة المزمن قد ظهر في الأعمار الصغيرة تحت العشرين سنة مع ميل لترقِّي ظهور التهاب الأنسجة حول السن المزمن مع تقدم العمر الذي غالباً ما يكون نتيجة لتراكم العوامل المخرِّبة للأنسجة حول السن أكثر من كونه ناجماً عن زيادة في شدتها [26، 27]. بيَّنت دراسة Tadjoedin FM وزملائها عام 2017 في إندونيسيا [28]، من بيانات 2069 مريض بين العامين 2004– 2014 توزع التهاب الأنسجة حول السن المزمن عند اليافعين 59% والبالغين 73% والكبار بالسن 82% مع ذكر أن التهاب اللثة كان الأكثر مشاهدةً لدى اليافعين، مما توافق مع دراستنا بالنسبة إلى مجموعتي البالغين وكبار السن. كما أشارت دراستا Bokhari SAH وزملاؤه عام 2015 Peeran SW وزملاؤه عام 2013 إلى أنَّ احتمالية وجود التهاب الأنسجة حول السن المزمن وشدته ترتفع أربع مرات فوق سن الأربعين[29، 30].

ترافق التهاب اللثة والأنسجة حول السن مع الإصابة بمرض جهازي لدى 13,3% من أفراد العينة، وكان ارتفاع التوتر الشرياني وتناول خافضات الضغط الدموي هو المرض الأكثر شيوعاً، وتلاه الداء السكري متماشياً مع ما توصلت إليه دراسة Nazir MA وزملاؤه عام 2017، إذْ تمَّ تأكيد العلاقة المتبادلة بين التهاب الأنسجة حول السن والحالة العامة في سياق بعض الأمراض الجهازية مع ذكر أنَّه يزداد خطر الإصابة بالإمراض الوعائية القلبي بنسبة 19% لدى المصابين بالمرض حول السن والأكثر من ذلك، تزداد هذه الخطورة النسبية لتصل إلى 44% بين الأشخاص بعمر 65 سنة فما فوق، كما أنَّ المصابين بالداء السكري النمط الثاني مع مرض حول سني شديد لديهم معدل وفاة أعلى بمقدار 3,2 مرة أكبر ممن لديهم مرض حول سني معتدل أو سليمين[31].

طُرِح في الدراسات السابقة ارتفاع نسبة الامراض حول السنية القرحية التموتية في أزمنة الحروب لسوء التغذية، والتوتر النفسي، والمسؤول الرئيس عنه الملتويات Spirochetes مع عوامل خطورة كالتدخين، والشدة النفسية، وسوء التغذية[32]. لم نشاهد في عينة بحثنا سوى حالة واحدة من التهاب اللثة القرحي التموتي عند ذكر بالغ ترافقت مع العلامات الأساسية من تقرُّح الحليمات بين السنية وتنخرزّها مع ألم ونزف عفوي، أو لدى أقل تحريض. وكان المريض يعاني من سوء امتصاص شديد[33]. قد يُعزى ندرة هذه الحالة على الرغم من الظروف التي مررنا بها إلى الفرق الكبير بين الأزمنة السابقة وزمننا هذا من إذْ سرعة إمكانية الوصول إلى الخدمة الطبية، فضلاً عن التطور الكبير في أجيال الصادات الحيوية. تجلَّت الحالات حول السنية الأُخرى بالانحسار اللثوي بنسبة 38,8% لدى العينة كلّها، وكانت هناك حالة واحدة للجام مرتفع فيما كان مقدار الحد الأدنى من اللثة الملتصقة محققاً لدى الغالبية

العظمى[34] من أفراد العينة بوسطي 3,7 مم وهو مُشعر تشريحي جيد للأنسجة حول السنية؛ ممَّا قد يستدعي التركيز على العوامل الأخرى غير التشريحية المسببة للمرض حول السن والإنحسار اللثوي مثل تراكم اللويحة السنية، التفريش الخطأ، والرض الإطباقي[35]، كما كان وسطي مقدار اللثة الملتصقة متقارباً لدى المجموعات العمرية الثلاث متوافقاً ما سبق كلّه مع ما ذَكَرَه Adesola UK وزملاؤه عام 2015 بعدم وجود ارتباط بين عرض اللثة الملتصقة مع العمر[36].

لوحظ التهاب اللثة المزمن حسب طبيعة العمل لدى 15% من طلاب المرحلة قبل الجامعية وكان التهاب الأنسجة حول السن لدى 43% من غير الموظفين.هذا ما يتماشى مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها هؤلاء؛ فضلاً عن أنَّ التهاب الأنسجة حول السن مرض متعدد العوامل، ويعدُّ التوتر والشدة النفسية من العوامل المسهمة لدى البالغين في ترسيخه، ففي دراسة Zaitsu وزملائه عام 2017 بدراسته على 1078 فرد من مهن مختلفة، لانعكاس المهنة على الحالة الفموية كان المرض حول السني يزداد مع تقدم العمر فضلاً عن الانخفاض في إجراءات العناية بالصحة الفموية لدى بعض المهن ولاسيما مجال النقل والمديرين والعاملين في مؤسسات إعداد العاملين كان فيها منخفضاً (خمسون عاملاً) عازياً ذلك لمستوى الشدة النفسية المرافقة وإمكانيات الوصول إلى المعالجة[37].

في نهاية البحث لابُدَّ من التنويه بأنَّ التباين في بيانات هذه الدراسات قد يكون منشؤه تباين حجوم العينات للفئات المدروسة، وطريقة توزيعها، أو طريقة تنفيذ المعايير التشخيصية، لذلك لكي نتمكن من الحكم النهائي على نسبة انتشار الأمراض والحالات حول السن فإنَّ العملية تتطلب تقاريرَ شاملة عن دراسات مقطعية متكررة للموقع الجغرافي نفسه مع تطبيق معايير الفحص نفسها (مثل عدد المواقع المفحوصة حول السن)[38، 39].

الخاتمة:

تسهم نتائج هذه الدراسة في التأكيد والتجديد الزمني على أنَّ الالتهاب اللثوي المزمن ما زال يتصدر النسبة العليا من الحالات التي تصيب هذه الأنسجة في الأعمار المبكرة ثم التهاب الأنسجة حول السن المزمن. تتصف هذه الأمراض بكأنَّها بطيئة التطور، صامتة وتتطلب انتباه الطبيب الممارس مع ضرورة توعية المريض لأهمية تطبيق الإجراءات الوقائية والعلاجية البسيطة قبل تفاقم شدة الحالة ممَّا يوفر الجهد والوقت والمال. تسهم عملية متابعة تطور انتشار الأمراض والحالات حول السن زيادةً أو نقصاناً مع إلمام مزودي الخدمات الصحية ومعرفتهم، ومن ضمنها الصحة الفموية، بإجراءات التشخيص التي تتوخى الحياد وتأخذ بالحسبان عوامل الخطورة مجتمعةً، تسهم في وضع استراتيجيات وبرامج وقائية مع إمكانية التداخل بالوقت والعمر المناسب في مسعى لتخفيض العبء المادي اللاحق للإصابة والواقع على عاتق المؤسسات الصحية بشكل خاص، وعلى المجتمع بشكل عام، مع اقتراح ضرورة تشجيع إجراء الدراسات المقطعية العرضية التي ببساطتها تقدِّم كثيراً من المعلومات التي تفيد في وضع أهداف وخطط صحية استراتيجية [40] تتماشى مع اختلاف المعطيات تحقيقاً للوصول الأسهل إلى الخدمات الطبية الفموية.

References

1. Hujoel P. Fundamental in the Methods of Periodontal Disease Epidemiology. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Clinical Periodontology. 11th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier/ Saunders; 2012. p. 55- 64.
2. Kebschull M, Dommisch H. Chronic Periodontitis. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Clinical Periodontology. 12th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier/ Saunders; 2015. p. 309-19.
3. الأشقر شريف. الانحسار اللثوي - الانتشار والامتداد والشدة لدى مراجعي عيادة أمراض اللثة. مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية 2007؛23(2):265-75.
4. صايمة رويدة. دراسة استيعادية لانتشار الانحسار اللثوي لدى مراجعي الجامعة الدولية الخاصة- سورية. مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية 2013؛29(1):194-87.
5. Wood NK, Goaz PW. The diagnostic sequence. In: Wood N, editor. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions, 5th ed. 5 ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 1997. p. 46-54.
6. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol 1999;4(1):1-6.
7. Badersten A, Nilvéus R, Egelberg J. Scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth to predict probing attachment loss. 5 years of observation following nonsurgical periodontal therapy. J Clin Periodontol 1990;17(2):102-7.
8. Dhingra K, Vandana KL. Indices for measuring periodontitis: a literature review. Int Dent J 2011;61(2):76-84.
9. Joss A, Adler R, Lang NP. Bleeding on probing: A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. J Clin Periodontol 1994;21(6):402-8.
10. Norman G, Streiner D. The basics. In: Norman G, editor. Biostatistics: The bare essentials. Colorado: BC: Decker Inc.; 2008. p. 2-5.
11. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Designing cross- sectional and case-control studies. In: Seigafuse S, editor. Designing Clinical Research. 3rd ed. Philadelphia: Lippincot Williams& Wilkins; 2007. p. 109- 26.
12. Locker D, Slade GD, Murray H. Epidemiology of periodontal disease among older adults: A review. Periodontol 2000 1998;16:16-33.
13. Novak SP, Kral AH. Comparing Injection and Non-Injection Routes of Administration for Heroin, Methamphetamine, and Cocaine Uses in the United States. J addict dis 2011;30(3):248-57.
14. Requa- Clark BS, Holroyd S. Applied pharmacology for the dental hygienist 3rd ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 1995. p. 13-9.
15. Miyazaki H, Hanada N, Andoh MI, Yamashita Y, Saito T, Sogame A, et al. Periodontal disease prevalence in different age groups in Japan as assessed according to the CPITN. Community Dent Oral Epidemiol 1989;17(2):71-4.
16. Rhee ES, Sekhon PK, Boehm TK. Prevalence of periodontal disease among dental school patients. Journal of Taibah University Medical Sciences 2014;9(2):126-31.
17. Ababneh KT, Abu Hwaij ZMF, Khader YS. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study. BMC Oral Health 2012;12(1):1-8.
18. Page RC, Eke Pl. Case definitions for use in population- based surveillance of periodontitis. J Periodontolo 2007;78:1387-1399
19. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. CDC Periodontal Disease Surveillance workgroup: James Beck (University of North Carolina Chapel Hill, USA). Prevalence of periodontitis in adults in the United States 2009 and 2010. J Dent Res 2012;91:914-20.
20. Darcey J, Ashley M. See you in three months! The rationale for the three monthly periodontal recall interval: a risk based approach. Br Dent J 2011;211(8):379-85.
21. Kassefaum NJ, Bernable E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990- 2010: a Systematic review and meta- regression. J Dent Res 2014;93:1045-53.
22. Schutzhold S, Kocher T, Biffar R, Hoffman T, Schmidt CO, Micheelis W, et al. Changes in prevelance of periodontitis in two German population- based studies. J Clin Periodontol 2015;42:121-30.

23. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. Nat Rev Dis Primers 2017;3:17038.
24. Hossein Z, Fageeh H, Elagib Fadul. Prevalence of Periodontal Diseases among Patients Attending the Outpatient Department at the College of Dentistry,King Khalid University, Abha, Saudi Arabia. City Dent Coll J 2013;10(1):9-12.
25. Cecilia EC, Myriam AK, Maria EL. Cytological Analysis of The Periodontal Pockets in Patients With Aggressive Peiodontitis and Chronic Periodontitis. Contemp Clin Dent 2015;5(4):495-500.
26. Nanaiah KP, Nagarathna DV, Manjunath NK. Prevalence of Periodontitis among the Adolescents Aged 15-18 Years in Mangalore City: An epidemiological and microbiological study. J Indian Soc Periodontol 2013;17(6):784-89.
27. Aljehani YA. Risk Factors of Periodontal Disease: Review of the Literature. Int J Dent 2014;14:1-9.
28. Tadjoedin FM, Fitri AH, Kuswandani SO, Sulijaya B, Soeroso Y. The Correlation between Age and Periodontal Diseases. J Int Dent Med Res 2017;10(2):327-32.
29. Bokhari SAH, Suhail AM, Malik AR, Imran MF. Periodontal Disease Status and Associated Risk Factors in Patients Attending a Dental Teaching Hospital in Rawalpindi, Pakistan. J Indian Soc Periodontol 2015;19:678-82.
30. Peeran SW, Singh AJ, Alagamuthu G, Naveen Kumar PG. Periodontal Status and Its Risk Factors Among Young Adults of The Sebha City (Libya). Dent Res J 2013;10(4):533-38.
31. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. Int J Health Sci 2017;11(2):72-80.
32. Dufty J, Gkranias N, Donos N. Necrotising Ulcerative Gingivitis: A Literature Review. Oral Health Prev Dent 2017;15(4):321-27.
33. Klokkevold PR, Mealey BL. Influence of systemic conditions. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Clinical Periodontology. 12th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier/ Saunders; 2012. p. 521-54.
34. Bhatia G, Kumar A, Khatri M, Bansal M, Saxena S. Assessment of the width of attached gingiva using different methods in various age groups: A clinical study. J Indian Soc Periodontol 2015;19(2):199-202.
35. Mythri S, Arunkumar SM, Hegde S, Rajesh SK, Munaz M, Ashwin D. Etiology and occurrence of gingival recession- An epidemiological study. J Indian Soc Periodontol 2015;19(6):671-75.
36. Adesola UK, Okhiabigie AP, Adeola A, Omowunmi AP, Ayodeji TO. Evaluation of the Attached Gingival Width and Sulcus Depth in an Adult Nigerian Population - A Pilot Study. J Int Acad Periodontol 2018;20(3):78-85.
37. Zaitsu T, Kanazawa T, Shizuma Y, Oshiro A, Takehara S, Ueno M, et al. Relationships between occupational and behavioral parameters and oral health status. Indust Health 2017;55:381-90.
38. Holtfreter B, Albandar JM, Deitrich T, Dye BA, Eaton KA, Eke PI, et al. Standards for reporting chronic periodontitis prevelance and severity in epidemiologic studies: proposed standards from the joint EU/USA Periodontal epidemiology working group. J Clin Periodontol 2015;42(5):407-12.
39. Papapanou PN. The prevelance of periodontitis in the US: forget what you were told. J Dent Res 2012;91:907-08.
40. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2020. Healthy People 2020. Available at: "http://www.healthypeople.gov/."[Accessed Dec 24, 2018].