

فیبروماتوز ارثی لته: ارایه یک مورد

غلامعلی غلامی^۱، *محمد محمدی^۲

تاریخ اعلام وصول: ۹۲/۲/۱۰

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۹۲/۶/۶

چکیده

هدف و پیش زمینه: افزایش حجم لته فیبروماتوز ارثی، یک بیماری نادر می باشد که به صورت منفرد یا همراه با یک سندروم تظاهر پیدا می کند. این بیماری یک صفت اتوزومال غالب می باشد. نمای کلینیکی این بیماری به دو صورت نودولار و سیمتریک می باشد. مال اکلوژن، دیاستم، رویش با تاخیر دندانها از علایم کلینیکی همراه با این بیماری می تواند باشد.

گزارش مورد: بیمار خانم ۱۶ ساله ای می باشد که با مشکل زیبایی لته به بخش پرودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه نمود. با توجه به تاریخچه پزشکی بیمار و علایم کلینیکی، تشخیص فیبروماتوز ارثی لته برای بیمار گذاشته شد. درمان بیمار با جراحی پرودنتال انجام شد و بیمار به مدت ۶ ماه پیگیری شد. نتایج درمان پرودنتال بعد از ۶ ماه موفقیت آمیز بود.

کلمات کلیدی: افزایش حجم لته، فیبروماتوزیس ارثی لته

مقدمه

اندازه لته یک نمای شایع بیماری های لته می باشد. افزایش حجم لته بر اساس اتیولوژی و عوامل پاتولوژیک به چند دسته تقسیم می شود که می توان به انواع التهابی، افزایش حجم لته ناشی از مصرف دارو، افزایش حجم لته ناشی از بیماری های سیستمیک، افزایش حجم لته شریطی، افزایش حجم لته نئوپلاستیک، افزایش حجم لته کاذب و افزایش حجم لته ای ایدیوپاتیک اشاره کرد (۲، ۴ و ۵)

شایعترین افزایش حجم لته، افزایش حجم التهابی لته می باشد که شامل دو نوع مزمن و حاد می باشد. افزایش حجم التهابی مزمن لته بوسیله تماس طولانی با پلاک دندانای ایجاد می گردد. عواملی که تجمع و گیر پلاک را تسهیل می نمایند شامل بهداشت ضعیف دهان، تحریک بوسیله آنومالی های آناتومیکی و نامناسب بودن درمان های رستوریتو و دستگاه های ارتودنسی می باشند. افزایش حجم التهابی حاد به علت آبه های لته ای یا پرودنتال ایجاد می شود (۴). افزایش حجم شریطی زمانی ایجاد می شود که شرایط سیستمیک بیمار

افزایش حجم لته (Gingival enlargement) به رشد بیش از حد یا افزایش اندازه لته که در اثر فاکتورهای مختلف ممکن است ایجاد شود، اطلاق می گردد (۱). این اصطلاح بر خلاف لغات هیپرتروفی یا هیپر پلازی لته، تنها وضعیت بالینی لته را توصیف می کند (۲). اصطلاحات هیپرتروفی یا هیپر پلازی لته توصیف دقیقی از افزایش حجم لته نمی باشند چون این لغات تنها وضعیت هیستولوژی بافت را نشان می دهند و به همین منظور ارزیابی هیستولوژی نمونه بیوپسی شده از بافت لته جهت تشخیص هیپرتروفی یا هیپر پلازی لته ضروری می باشد (۲ و ۳). هیپرتروفی به معنی افزایش در اندازه سلولهای بافت (۲) و هیپر پلازی به معنی افزایش در تعداد سلولهای بافت می باشد (۳).

چون با ارزیابی بالینی بافت لته در کلینیک نمی توان هیپر پلازی یا هیپرتروفی آن را تعیین کرد لذا استفاده از اصطلاح افزایش حجم لته (Gingival Enlargement) در کلینیک مناسب تر می باشد (۲). افزایش

۱- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده دندانپزشکی، گروه پرودنتولوژی
۲- استادیار، ایران، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده دندانپزشکی، گروه پرودنتولوژی (*نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۳۴۱-۲۱۱۹۰۲۱ آدرس الکترونیک: m_mohammadi@kmu.ac.ir

جدول ۱- سندروم‌های مرتبط با HGF

نام سندروم	علامه کلینیکی
Zimmerman-Laband syndrome	ear, nose, bone, and nail defects
Murray-Puretic-Drescher syndrome	juvenile hyaline fibromatosis
Cowden syndrome	Multiple hamartoma
Cross syndrome	microphthalmia, mental retardation, athetosis, hypopigmentation
Rutherford syndrome	corneal dystrophy
Prune belly syndrome	absence of ۱ or more layers of abdominal muscles

گزارش مورد

دختر خانم ۱۶ ساله‌ای با مشکل زیبایی لثه به بخش پرودنتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه نمودند. در تاریخچه بیمار سابقه بیماری سیستمیک خاصی گزارش نشد و تست‌های لابراتواری آن نرمال بودند، همچنین مصرف هیچ دارویی مانند فنی توئین، نیفیدپین، سیکلوسپورین و... گزارش نشد. در معاینه بیمار افزایش حجم لثه مارژینال و چسبنده به صورت Symmetric با سطح Pebbled همراه با علامه التهاب لثه در سطوح فاسیال و لینگوال/پالاتال فک بالا و پایین مشاهده شد. دندان‌های بیمار به صورت کامل رویش نیافته بودند و بیمار دارای تنفس دهانی به علت Lip Incompetence بود. مال اکلوزن، دیاستم، و ترومای ناشی از اکلوزن نیز مشاهده شد. با توجه به تاریخچه پزشکی بیمار و علامه کلینیکی، تشخیص فیبروماتوز ارثی لثه برای بیمار گذاشته شد (تصویر-۱، تصویر-۲).



تصویر ۱- نمای کلینیکی بیمار با تشخیص فیبروماتوز ارثی لثه

پاسخ عادی لثه به پلاک دندانی را تشدید می‌نماید. سه نوع افزایش حجم شریطی لثه عبارتند از: هورمونال (بارداری و بلوغ)، تغذیه‌ای (مرتبط با کمبود ویتامین C) و آلرژیک (۴).

یک سری از بیماری‌های سیستمیک مانند لوسمی نیز می‌توانند باعث افزایش حجم لثه شوند (۶). افزایش حجم نئوپلاستیک در اثر نئوپلاسم‌های خوش خیم مانند فیروما، پاپیلوما، ژانت سل گرانولوما و... یا در اثر نئوپلاسم‌های بدخیم مانند ملانوما، اسکواموس سل کارسینوما یا سارکوم‌ها ایجاد شود (۵).

افزایش حجم کاذب لثه در واقع افزایش حجم واقعی بافت لثه نمی‌باشد بلکه ممکن است به دلیل افزایش اندازه استخوان زیرین یا بافت دندانی بدین شکل دیده شوند. معمولاً غیر از افزایش در اندازه ناحیه، لثه نمای کلینیکی غیر طبیعی ندارد (۲). یکی از موارد نادر افزایش حجم لثه، افزایش حجم لثه‌ای ایدیوپاتیک یا فیبروماتوز ارثی لثه می‌باشد. رشد لثه در این بیماری به صورت آرام و پیشرونده بوده و فک بالا و پایین را درگیر می‌کند (۶). شیوع این بیماری یک نفر از ۱۷۵۰۰۰ نفر می‌باشد و در زن و مرد به یک نسبت مشاهده می‌گردد (۷).

فیبروماتوز ارثی لثه (Hereditary gingival fibromatosis) یا HGF یکی از انواع نادر افزایش حجم لثه بوده، که با لثه حجیم دارای قوام سفت (Firm) که اکثر تاجهای آناتومیک دندانی را پوشانده شناخته می‌شود. شروع بیماری اغلب در طی رویش دندانهای انسیزوردایمی بوده (۸). اما در چند مورد درگیری دندانهای شیری نیز گزارش شده است (۹-۱۲). HGF به عنوان یک ضایعه لثه‌ای Non-plaque-induced که توسط اختلالات ژنتیکی مختلف ایجاد می‌شود طبقه بندی می‌گردد HGF (۵) اغلب به صورت منفرد (Isolated) اما گاهی همراه با سندرومهای مختلف دیده می‌شود (۱۳).

به علاوه بین نقص هورمونهای رشدی و افزایش حجم لثه ممکن است یک رابطه وجود داشته باشد (۱۴). تظاهرات کلینیکی یافت شده در ارتباط با HGF شامل تشنج (epilepsy)، عقب ماندگی ذهنی (mental retardation)، کاهش شنوایی حسی - عصبی پیشرونده (hearing loss Progressive sensorineural)، ناهنجاری انگشتان دست و پا (Abnormalities of the toes and fingers) و پر مویی (hypertrichosis) می‌باشند. در بین این تظاهرات، پر مویی شایعترین ناهنجاری همراه با HGF می‌باشد.

درمان جراحی این بیمار، شامل جراحی ژنژیوکتومی قدام ماگزایلا و ماندیبول، جراحی فلپ پریودنتال خلف ماندیبول، جراحی فلپ پریودنتال همراه با استئوپلاستی خلف ماگزایلا (تصویر-۳) بود. نتایج درمان این بیمار بعد از گذشت ۶ ماه موفقیت آمیز بود (تصویر-۴) اما معمولاً نتایج درمان این بیماران با ثبات نیست و بعد از گذشت یک دوره زمانی (حداقل ۱۲ ماه) احتمال عود بیماری وجود دارد.



تصویر ۲- تصویر رادیوگرافی پانورامیک بیمار



تصویر ۴- نمای کلینیکی بیمار ۶ ماه بعد از درمان جراحی

جهت درمان بیمار ابتدا آموزش بهداشت شامل نخ کشیدن و مسواک زدن داده شد. سپس جرمگیری بالا و زیر لثه برای بیمار انجام شد. ۴ هفته بعد از انجام فاز یک درمان، علایم التهابی لثه بر طرف شد اما به علت وجود پاکت‌های پریودنتال کاذب و مشکل زیبایی بیمار درمان جراحی برای بیمار انجام شد. جهت درمان افزایش حجم لثه از لیزر، الکتروسرجری و جراحی با کمک تیغ بیستوری می‌توان استفاده نمود. شایعترین روش استفاده شده برای درمان افزایش حجم لثه، تکنیک جراحی با تیغ بیستوری می‌باشد. در این روش، از تکنیک‌های فلپ و ژنژیوکتومی می‌توان استفاده کرد.



تصویر ۳- الف) نمای کلینیکی سمت چپ خلف ماگزایلا قبل از عمل، ب و ج) جراحی رزکتیو پریودنتال، د) نمای کلینیکی بعد از عمل

References

- 1- Anonymous. Glossary of periodontal terms: American Academy of Periodontology; 2001.
- 2- Carranza FA, Newman MG, Glickman IGsc. Clinical periodontology. 8th ed. / [edited by] Fermin A. Carranza, Jr., Michael G. Newman. ed. Philadelphia ; London: Saunders; 1996.
- 3- Anonymous. Merriam-Webster's medical dictionary. Springfield, Mass.: Merriam-Webster ; Enfield: Publishers Group UK [distributor]; 2007.
- 4- Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. *Ann Periodontol* 1999; 4 (1): 7-19. PubMed PMID: 10863371.
- 5- Holmstrup P. Non-plaque-induced gingival lesions. *Ann Periodontol* 1999; 4 (1): 20-31. PubMed PMID: 10863372.
- 6- Bozzo L, de Almedia OP, Scully C, Aldred MJ. Hereditary gingival fibromatosis. Report of an extensive four-generation pedigree. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78 (4): 452-4. PubMed PMID: 7800376.
- 7- Fletcher J. Gingival abnormalities of genetic origin: a preliminary communication with special reference to hereditary generalized gingival fibromatosis. *Journal of Dental Research* 1966; 45 (3): 597-612.
- 8- Bozzo L, Machado MA, de Almeida OP, Lopes MA, Coletta RD. Hereditary gingival fibromatosis: report of three cases. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 25 (1): 41-6. PubMed PMID: 11314351.
- 9- Doufexi A, Mina M, Ioannidou E. Gingival overgrowth in children: epidemiology, pathogenesis, and complications. A literature review. *J Periodontol* 2005; 76 (1): 3-10. PubMed PMID: 15830631.
- 10- Bozzo L, de Almedia OP, Scully C, Aldred MJ. Hereditary gingival fibromatosis. Report of an extensive four-generation pedigree. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78 (4): 452-4. PubMed PMID: 7800376.
- 11- Singer SL, Goldblatt J, Hallam LA, Winters JC. Hereditary gingival fibromatosis with a recessive mode of inheritance. Case reports. *Aust Dent J* 1993; 38 (6): 427-32. PubMed PMID: 8110075.
- 12- Kasaboglu O, Tumer C, Balci S. Hereditary gingival fibromatosis and sensorineural hearing loss in a 42-year-old man with Jones syndrome. *Genet Couns* 2004; 15 (2): 213-8. PubMed PMID: 15287422.
- 13- Bokenkamp A, Bohnhorst B, Beier C, Albers N, Offner G, Brodehl J. Nifedipine aggravates cyclosporine A-induced gingival hyperplasia. *Pediatr Nephrol* 1994; 8 (2): 181-5. PubMed PMID: 8018496.
- 14- Bittencourt LP, Campos V, Moliterno LF, Ribeiro DP, Sampaio RK. Hereditary gingival fibromatosis: review of the literature and a case report. *Quintessence Int* 2000; 31 (6): 415-8. PubMed PMID: 11203959.