

به نام خدا

ضایعات شایع دوران بارداری



تنظیم کنندگان :

گروه F

امیرمحمد محرمی، هانیه علوی، سحر چوخاچی زاده،

آیناز آقازاده، علی فرگاه، مرضیه اجلالی، مرتضی

نصیرزاده، آرینا شهبازی کیا، فردوس ناصر نیساری،

صدف قضایی

ورودی ۹۴

گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی

دکتر محمدی

شهریور ماه ۹۹

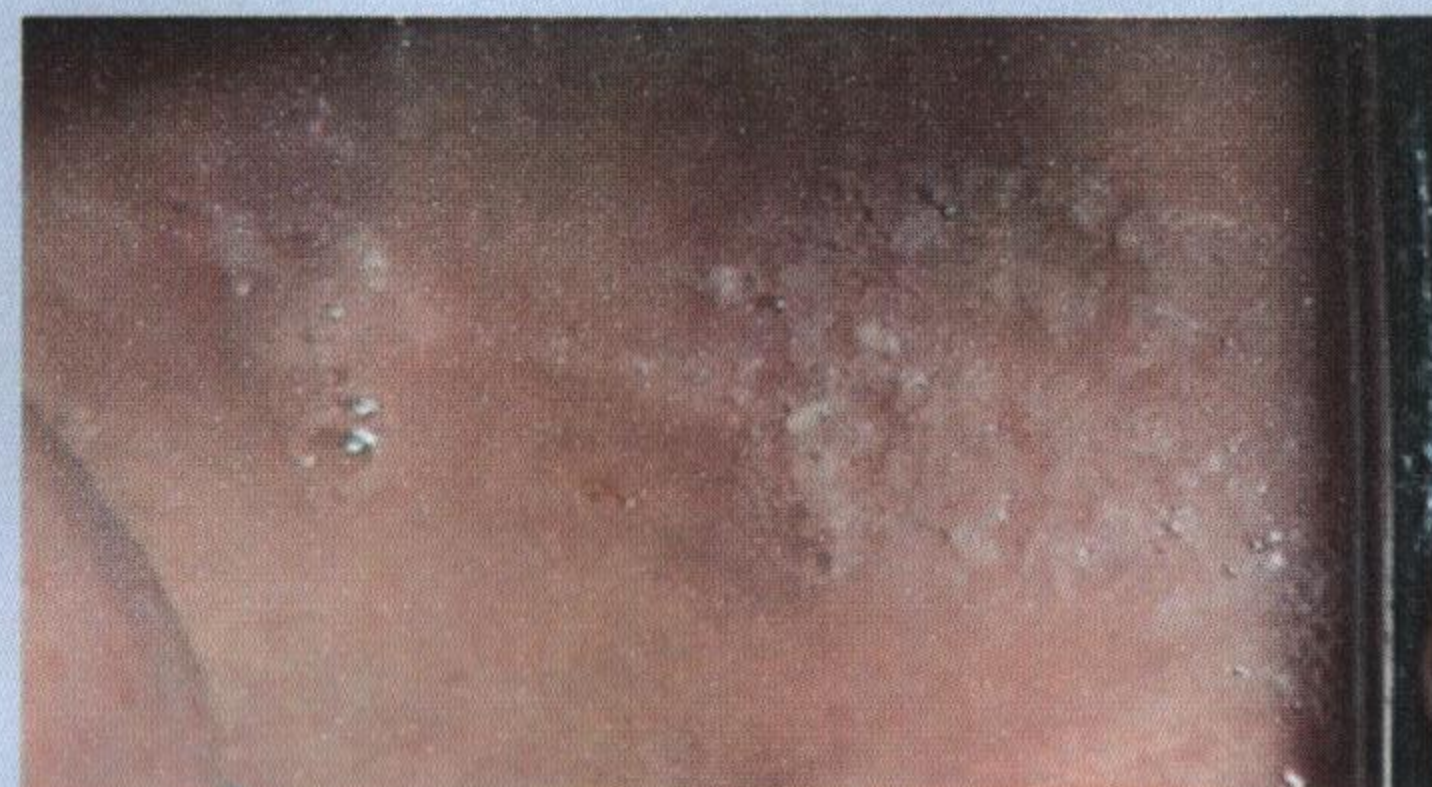
Morsicatio buccarum

morsicatio buccarum نوعی بیماری است

که با تحریک مزمن یا صدمه به مخاط باکال (پوشش داخلی گونه در داخل دهان) و سفید شدن و ضخیم شدن این مناطق مشخص می شود که در اثر جویدن های مکرر یا گاز گرفتن ایجاد می شود. بیمار باردار ممکن است از این عمل خود آگاه باشد یا نباشد.

این ضایعه با ۹.۹ درصد شیوع، دومین ضایعه شایع پس از **gingival hyperplasia** می باشد.

افزایش وزن در دوران بارداری (که ممکن است چربی گونه را افزایش دهد) همراه با استرس و اضطراب میتواند از عوامل این اختلال باشد. در این ضایعات مشاهدات میکروسکوپی حاکی از یک لایه کراتینهی ضخیم و پاره شده با کلونیزاسیون بیش از حد باکتری می باشد. در این بیماری هیچ درمان و مداخله خاصی نیاز نیست با این وجود توقف عادت جویدن یا گازگرفتن گونه به میزان زیادی ضایعه را بهبود می بخشد.



کاندیدا

مطالعات نشان داده اند که میزان بروز عفونت قارچی و کاندیدا در زنان باردار دو برابر زنانی است که باردار نیستند. عمده گونه قارچی در این طیف از افراد، قارچ کاندیدا است. دلیل این افزایش عفونت، پایین آمدن میزان PH بزاق در زنان باردار است و قارچ کاندیدا قادر است در این وضعیت به فعالیت خود ادامه دهد. مطالعات نشان داده اند که میزان لود قارچ کاندیدا در بارداری که میزان پوسیدگی دندان بیشتری دارند، بالاتر است لذا حفظ بهداشت دهان در این بیماران بسیار حائز اهمیت می باشد. در این بیماران داروهای سیستمیک ضد قارچ عوارض بالایی برای بارداری دارند لذا توصیه می شود که حداالامکان از داروی های موضعی استفاده شود. داروهای سیستمیک باعث بروز ناهنجاری های تکاملی در جنین مخصوصا در دهه اول بارداری می گردد. عفونت کاندیدا باعث طیف وسیعی از تغییرات هیستوپاتولوژیک مانند افزایش ضخامت لایه پاراکراتین در کنار طول تر شدن Rete Ridge، اینفیلتراسیون مزمن سلول های التهابی در بافت همبند زیر و وجود بعضی از نوتروفیل ها در لایه پاراکراتین و در نزدیکی میکروارگانیسم و نفوذ هایف های کاندیدا در لایه پاراکراتین که در صورت ضعیف بودن سیستم ایمنی نفوذ به لایه های زیرین را شامل است، می باشد.



مقدمه

دوران بارداری می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در سیستم دهان و دندان شود. به علت تغییرات هورمونی برخی از ضایعات و مشکلات دهان و دندان بیشتر دیده می‌شود.

برای مثال پریدونتیت با زایمان زودرس و کم‌وزنی نوزاد همراه است و یا میزان بالای باکتری‌های پوسیدگی‌زا (cariogenic) در مادر به افزایش پوسیدگی دندان در نوزاد منجر می‌شود.

دیگر ضایعات دهانی، نظیر ژینژیویت و تومورهای بارداری خوش‌خیم هستند و اطمینان بخشی برای آن‌ها کافی است. همه خانم‌های باردار باید از نظر خطرهای دهانی غربالگری شوند و در مورد بهداشت مناسب دهانی آموزش ببینند و در صورت لزوم برای انجام درمان‌های دندان پزشکی ارجاع داده شوند.

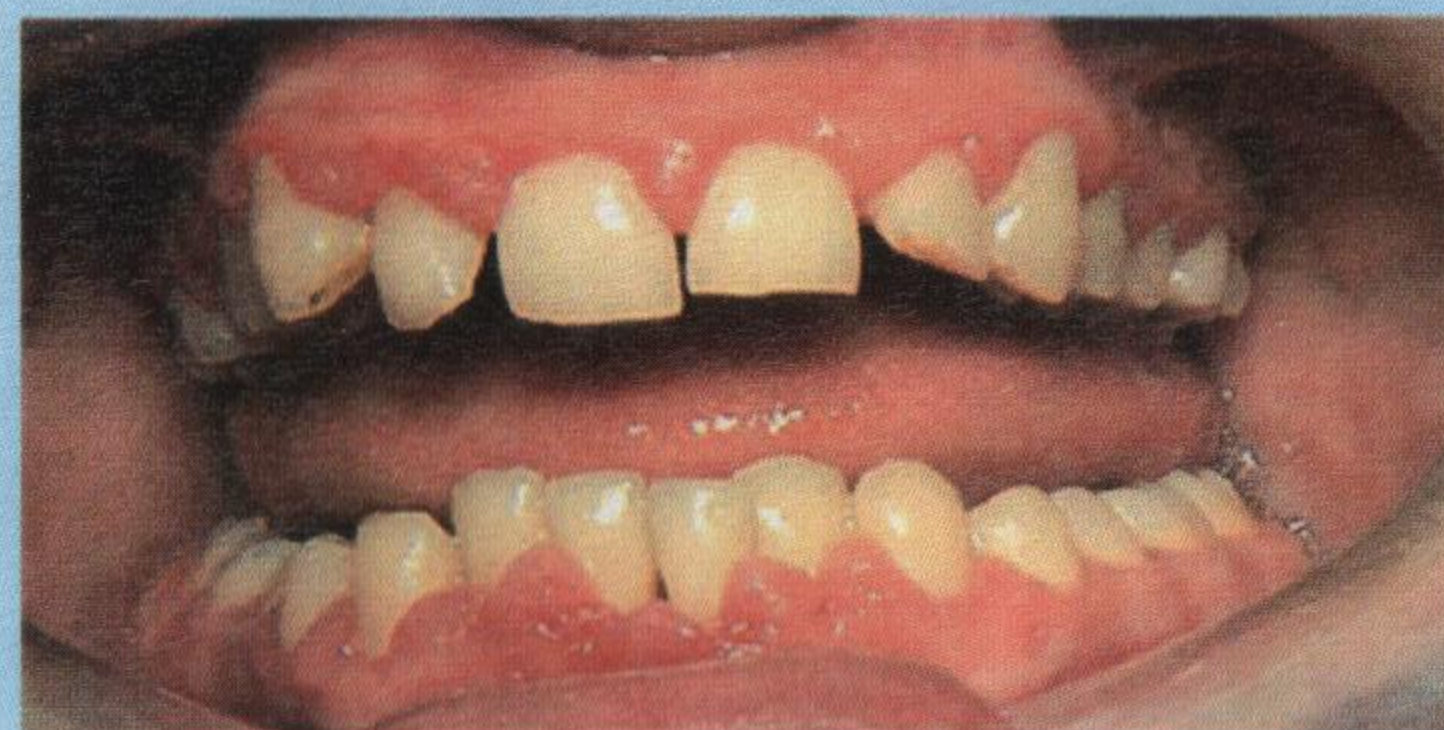
اقدامات دندانانی نظیر رادیوگرافی تشخیصی، درمان‌های پریدونتال، ترمیم و کشیدن دندان بی‌خطر هستند و بهترین زمان انجام آن سه ماهه دوم بارداری است.

زایلیتول (xylitol) و کلر هگزیدین به عنوان درمان کمکی در اوایل دوره پس از زایمان برای مادران پرخطر و به منظور کاهش انتقال باکتری‌های پوسیدگی‌زا به شیرخوارانشان قابل استفاده هستند.

مراقبت دندانانی مناسب و پیشگیری در طول بارداری می‌تواند پیامدهای نامناسب را در نوزاد کاهش دهد و پوسیدگی‌های دندان را در شیرخواران کم کند.

هایپرپلازی جینجیوال

التهاب لثه در زمان بارداری توسط پلاک‌های دندانانی آغاز شده و توسط هورمون‌های استروئیدی اندوژن تشدید می‌شود. تغییرات پریدونتال با افزایش عمق پروب، خونریزی هنگام پروبینگ یا تحریک مکانیکی و افزایش جریان مایع شیار لثه مشخص می‌شود که پس از زایمان ناپدید می‌شود. معمولاً افزایش التهاب و حجم لثه در دوره بارداری، از ماه دوم یا سوم شروع می‌شود و تا ماه هشتم ادامه می‌یابد و در ماه نهم مقداری کمتر می‌شود. باید توجه داشت خانمی که قبل از بارداری مرتب مسواک نمی‌زند و از نخ دندان استفاده نمی‌کند، دارای التهاب لثه در اثر تجمع جرم و دیگر رسوبات میکروبی در دهانش است، اما مقدار و شدت آن کمتر می‌باشد، ولی پس از باردار شدن، التهاب لثه شدت بیشتری پیدا می‌کند و فرد ممکن است به اشتباه فکر کند این تغییرات به علت بارداری ایجاد شده است. در دوره بارداری، ترکیب رسوبات میکروبی دهان تغییر می‌کند. مجموعه این تغییرات باعث می‌شود که پاسخ لثه به حضور میکروب‌ها شدیدتر از حالت قبل بارداری شود، لذا برای پیشگیری لازم است در این دوران، دهان دقیق‌تر و بهتر از دوران قبل بارداری تمیز نگه داشته شود. در واقع التهاب لثه در دوران بارداری مانند سایر اوقات به علت تجمع رسوبات میکروبی موجود در دهان است و نه به علت حاملگی.



پیوژنیک گرانولوما

پیوژنیک گرانولوما یک پاسخ تشدید یافته بافت نسبت به تحریک یا ترومای موضعی می‌باشد. برخلاف نام آن یک گرانولوم حقیقی تشکیل نمی‌شود. تحریک و التهاب لثه که به دلیل بهداشت ضعیف دهانی است فاکتور تسریع کننده در بسیاری از بیماران می‌باشد. لب‌ها، زبان و مخاط باکال مکان‌های شایع بعدی می‌باشند. سابقه تروما قبل از بوجود آمدن ضایعه به ویژه در مورد پیوژنیک گرانولوماهای خارج لثه‌ای بعید نیست. ضایعات در لثه ماگزایلا نسبت به لثه مندیبل کمی شایع‌ترند، نواحی قدامی بیشتر از خلفی مبتلا می‌شوند و این ضایعات در سمت فاسیال لثه نسبت به سمت لینگوال آن بیشتر دیده می‌شوند. بعضی از ضایعات بین دندان‌ها گسترش می‌یابند و هر دو سمت فاسیال و لینگوال لثه را مبتلا می‌کنند. پیوژنیک گرانولوما لثه به طور شایع در زنان حامله ایجاد می‌شود و شیوع آن به قدری زیاد است که اصلاح تومور حاملگی (pregnancy tumor) به کار می‌رود. چنین ضایعاتی در طی سه ماهه اول شروع می‌گردند اما بروز آنها تا ماه هفتم حاملگی افزایش می‌یابد. علت ایجاد تدریجی این ضایعات در دوران حاملگی امکان دارد مرتبط با افزایش سطح استروژن و پروژسترون این دوران باشد. بعد از بارداری و برگشت سطوح هورمونی به حالت نرمال، برخی از این پیوژنیک گرانولوماها بدون درمان بهبود می‌یابند یا تحت بلوغ فیبروز قرار گرفته و شبیه فیبروما می‌شوند. برای ضایعاتی که در دوران بارداری ایجاد می‌شوند، معمولاً درمان به تعویق می‌افتد مگر آنکه مشکلات قابل ملاحظه از نظر عملکرد با زیبایی ایجاد کرده باشند.

