مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره یازدهم، شمارهٔ ۶، بهمن – اسفند ۱۳۸۸، صفحه ۸۱-۷۷

گزارش مورد

گزارش یک مورد تخریب پریودنتال در یک کودک مبتلا به اختلال عادتی

محمود خسروی سامانی (DDS)[*1]، پرند کشاورزی (DDS)[1]، شکوفه موسوی (MD)[2]

۱- گروه پریودنتولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۸۷/۹/۱۲، اصلاح: ۸۷/۱۱/۳۰، پذیرش: ۸۸/۷/۸

خلاصه

سابقه و هدف: ضایعات خودآزردگی(Self-inflected) به دنبال صدمه زدن غیر ارادی فرد به خود ایجاد می شوند. بیماران اغلب از این عادات صدمه زننده آگاه نیستند. این صدمات در ناحیه دهان می تواند منجر به هیپرکراتوز، تورم، زخم، تحلیل لثه، ژنژیویت و یا پریودنتیت شود. یک مورد تخریب پریودنتال در یک کودک مبتلا به اختلال عادتی گزارش می شود.

گزارش مورد: بیمار پسر بچه یازده ساله ای است که با شکایت درد و تورم در سطح لینگوال دندانهای قدامی پایین و لقی این دندانها مراجعه کرد. در معاینه یک آبسه پریودنتال نسبتا"وسیع همراه با عمق پروب ۱۱ میلیمتر مشاهده شد. در گرفتن تاریخچه مشخص شد که بیمار عادت به فشردن ناخن انگشت خود بین این دندانها را دارد. این اختلال عادتی بدنبال یک استرس شدید از ۴ سال گذشته آغاز شده بود. پس از دادن آگاهی و ترک عادت مخرب و ارجاع به روانپزشک نسبت به درمان فاز اول پریودنتال و ادنتوپلاستی و درمان آنتی بیوتیکی اقدام شد. در پیگیری ماه سوم و ششم، بهبود لقی دندانها و سلامت کامل پریودنتال (عمق طبیعی شیار لثه) مشاهده شد.

نتیجه گیری: تشخیص و حذف ترومای ناشی از عادت مخرب دهانی، منجر به بهبود لقی و سلامت پریودنتال دندانها خواهد شد که این مسئله نشاندهنده اهمیت عادات دهانی مخرب حاصل از استرسهای روانی احتمالی است.

واژه های کلیدی: *صدمات لثه ای، آبسه پریودنتال، اختلال عادتی، عادت.*

مقدمه

ضایعات خود آزردگی (Self- inflicted) به دنبال صدمه زدن غیر ارادی فرد به خود، ایجاد می شوند. این صدمات مکانیکی، در ناحیه فک و صورت کمتر بوده و در ناحیه دهان صدمه به لثه ها شایعتر از مناطق دیگر دهان می باشد. این عوارض می تواند به دنبال اهرم کردن خلال دندان بین دندانها، گاز گرفتن مکرر ناخنها یا سایر بافتهای دهانی و قرار دادن وسایلی مانند مداد و خودکار در داخل دهان مشاهده شود (۴-۱). این گونه ضایعات، در کودکان بیش از بزرگسالان و بیشتر در دختران تا سن ۱۲ سالگی دیده می شود، صدمات فیزیکی به بافت لثه ای گاهی تحت عنوان gingivitis artefacta نیز نامیده می شوند، این عادات می توانند منجر به بروز هایپرکراتوزیس، تورم لثه ای، زخم، تحلیل لثه، ژنژویویت و پریودنتیت شوند (۷-۵). بیماران اغلب از این عادات صدمه زننده که می تواند باعث شروع یا پیشرفت بیماری پریودنتال شود، آگاه نیستند و صدمه بافتی بوجود آمده ناشی از تکرار این عادات غیر ارادی می باشد (۸و۷). این رفتارهای صدمه زننده بیشتر در کودکان واجد اختلالات یادگیری، ناتوانی های فیزیکی، ناهنجاری های روانی و رفتاری و اختلالات تکاملی دیده می شود و فاکتورهای روانی در اتیولوژی این عادات، نقش بسیار مهمی دارند (۱۱-۹و۷). تحلیل لثه ای غیر عادی (Bizarre – Appearing) که نتوان به هیچ نوع بیماری لثه ای یا تظاهرات دهانی بیماری های سیستمیکی نسبت داد تحت عنوان Self – inflicted gingival disease خوانده می شود. معمولاً این ضایعات در زمانیکه کودک دچار استرس توام با محرومیت از احتیاجات وابستگی اش می باشد، مشاهده می شوند (۹). کنترل و درمان این بیماران برای دندانپزشک دشوار است و شناخت خصوصیات ضایعات برای تشخیص و بررسی تاثیر نهایی درمان بسیار مفید است (۱۲). از آنجائی که منشاء این بیماری اکثراً روانی است، در روند درمانی این گونه افراد، توجه به وضعیت روانی بیمار مقدم بر درمان دندانپزشکی می باشد (۱۳). درمان های پیشنهادی شامل مراقبت های

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندانپزشکی، تلفن: ۹-۲۲۹۱۴۰۸-۰۱۱۱
e-mail: dr_samani@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.12.7]

شدید فرد و والدین برای جلوگیری از تکرار این عادات، آموزش روانی و روانکاوی، رفتار درمانی یا شناخت رفتار درمانی و در صورت لزوم درمان دارویی با استفاده از داروهای موثر بر سیستم سروتونرژیک (SSRI) و سپس تحت نظر گرفتن ضایعه، ادنتوپلاستی و استفاده از bite opening appliance یا کشیدن دندان درگیر است (۱۵و۱۴و۱۱). در این مقاله یک مورد تخریب پریودنتال در یک کودک مبتلا به اختلال عادتی گزارش می شود.

گزارش مورد

بیمار پسر بچه ۱۱ ساله ای است که در آذر ماه ۱۳۸۷ به بخش پریودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی بابل مراجعه نمود. شکایت بیمار، تورم شدید لثه در سطح لینگوال دندان های قدامی پایین و لقی شدید این دندانها و احساس درد و ناراحتی در هنگام غذا خوردن بود. در بررسی تاریخچه پزشکی بیمار، سابقه هیچگونه بیماری سیستمیکی مشاهده نشد. به گفته مادر وی، کودک بسیار درون گرا و گوشه گیر بوده و دارای عادت وسواس، تکرار بیان جمله ها و گاهی اختلال در هنگام صحبت کردن، بوده است. کودک از حدود ۴ سال قبل بدنبال دیدن صحنه فوت پدربزرگش دچار استرس شدید شده و از این زمان به بعد دائماً انگشت اشاره دست راست خود را داخل دهان برده و ناخن خود را به صورت اهرم در بین دندان های قدامی فک پایین وارد و تحت فشار قرار می داد. در ضمن به علت تورم و درد شدید ناحیه زیر زبان و گلو ،به توصیه پزشک عمومی درمان با کپسول آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم سه بار در روز و قرص مترونیدازول۲۵۰ میلی گرم سه بار در روز به مدت یک هفته شروع شد که بیمار داروها را مصرف نکرده و درمان را بطور کامل قطع نموده بود.

در معاینه کلینیکی دهان بیمار، midline به سمت راست منحرف و بایت سمت چپ کاملاً کلاپس نموده بود. آبسه و تورم و ترشح چرک در ناحیه لینگوال دندان ها دیده شد. پس از مراجعه بیمار به اندودنتیست طی دو جلسه جداگانه آزمایش زنده بودن دندان (Vitality test) بر روی این دندان ها انجام شد که در هر دو مورد پاسخ آن، مثبت بود. میزان پلاک بیمار بر اساس اندازه گیری با ایندکس پلاک (Silness & Loe) در حدود (۲/۲) بود. همچنین خونریزی هنگام پروب کردن (Bop) به صورت جنرالیزه و لقی درجه دو (Grade II) در این دندانها مشاهده شد و از دست رفتن چسبندگی بین ۱۱-۹ میلی متر بود. در نمای رادیوگرافیک از دندان های قدامی، تحلیل استخوان موضعی پیشرفته (Advanced Localized) Bone Loss تا نزدیکی ناحیه اپکس دندان های پیشین میانی دیده شد که به نظر می آید بدنبال تخریب صفحه استخوانی پلیت لینگوالی ناشی از آبسه این ناحیه باشد. (شکل ۱).

در طرح درمان بیمار علت مشکل بوجود آمده کاملاً برای کودک و خانواده اش توضیح داده شد و از آنها خواسته شد تا بر رفتار بیمار(تکرار عادت دهانی)، نظارت داشته باشند. به دلیل وجود چرک، یک دوره کپسول آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم و قرص مترونیدازول ۲۵۰ میلی گرم سه بار در روز به مدت یک هفته تجویز شد. در ضمن جهت مشاوره، بیمار نزد روانپزشک ارجاع داده شد که طبق نظر روانپزشک بیمار مبتلا به یک اختلال انطباقی یا عادتی متعاقب استرس وارده بود که توسط روانپزشک نیز تایید به ترک عادت شد و در مراجعه مجدد بیمار، پس از یک هفته، جرم گیری و هموار سازی ریشه ها (scaling and root planning) (SRP) کامل دهان، ادنتوپلاستی (کوتاه کردن لبه انسیزالی) دندان های سانترال به میزان مختصری صورت گرفت. آموزش بهداشت به طور کامل به بیمار داده شد و مجدداً بر عدم وارد کردن ناخن بین دندانها، به بیمار و خانواده اش تاکید شد. در ضمن به دلیل پوسیدگی شدید تاج دندان مولر اول پایین و از بین رفتن کامل تاج و رویش بیش از اندازه دندان مقابل به فضای مذکور و کاهش فضای اکلوزالی، بیمار جهت درمان و اصلاح اکلوژن و ترمیم تاج دندان به بخش دندانپزشکی اطفال و ارتودنسی ارجاع داده شد. در ماه سوم و ششم پس از ملاقات اولیه، بیمار مجدداً به کلینیک دندانپزشکی مراجعه نمود و با توجه به همکاری بسیار خوب بیمار و ترک کامل عادت قبلی، آبسه به طور کامل بهبود یافته و در تصویر رادیوگرافی نیز وضعیت استخوانی در شرایط مطلوبی قرار داشت (شکل ۲) موبیلیتی دندانها کاملاً از بین رفته بود و هیچ گونه علائم التهاب لثه و ترشح چرک دیده نشد. ضایعه لینگوالی قبلی، بهبود یافته و عمق سالکوس در اطراف دندان های سانترال در حدود ۲ میلیمتر اندازه گیری شد (شکل ۳). مجدداً نکات بهداشتی به بیمار تاکید شده و کودک مورد تشویق قرار گرفت.

شکل ۱. نمای رادیولوسنت و محو شدن لامینادورا و سایش لبه انسیزال دندانهای پیشین (در اثر فشار ناخن)

شکل ۲. اوپاسیتی و ساختار ترابکولهای استخوانی و پدیدار شدن لامینادورا

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.12.7]

شکل ۳. نمای کلینیکی و رنگ طبیعی و عمق نرمال شیار لثه

بحث و نتیجه گیری

در مورد گزارش شده وجود اختلال عادتی بمدت ۴ سال عامل تخریب شدید پریودنتالی و از دست رفتن چسبندگی کلینیکی در این بیمار بوده و بیمار فاقد هر گونه عامل موضعی بیماری پریودنتال همانند جرم و پلاک بوده است. رفتارهای آسیب رسان به ناحیه دهان (oral self – injurious behavior) در بیماران مبتلا به اختلالات احساسی و روانی، شایع بوده و بسیاری از دندانپزشکان با بیمارانی که به دلیل جویدن ناخن به لثه هایشان آسیب رسانده اند مواجه هستند. این صدمات اغلب به صورت تحلیل یا زخم لثه دیده می شوند (۶). اگرچه در برخی موارد، تشخیص این ضایعات مشکل بوده به طوریکه، در مواردی که فرد از نظر روانی و بهره هوشی در حد طبیعی باشد، چنین تشخیصی بسیار دشوار است (۱). Pattison معتقد است اینگونه ضایعات علاوه بر ناخن می توانند توسط فرو کردن ابزار نوک تیز بطور عادی نیز ایجاد شوند (۱۶). نتایج کلینیکی حاصل از تغییر الگوی رفتاری این بیمار مشابه مطالعه Krejci) در درمان ضایعه پریودنتالی بدنبال درمان عادت دهانی بیمار بود، او در مطالعه خود با اطلاع رسانی و آگاهی بیمار و والدینش از ادامه عادت آسیب رسان جویدن ناخن و همچنین درمان موضعی پریودنتال موفق به درمان تورم لثه بیمار شده بود (۲). Alonso Chevitarese و همکاران زخم لثه موجود را با حذف عادت دهانی (خراشیدن لثه توسط ناخن) و استفاده از نایت گارد (night guard) درمان نمودند (۱). Rawal و همکاران نیز تحلیل لثه ای بوجود آمده در بیمار ۲۸ ساله خود را با کشف عادت مخرب (فشردن ناخن بین دو دندان) و آگاهی دادن بیمار نسبت به حذف عادت و سپس پیوند لثه در محل مورد نظر درمان کرده بودند (۱۷) که نتایج این محققین با مطالعه حاضر همخوانی دارد. این مورد بیانگر فردی با وضعیت تحصیلی و هوشی در حد مطلوب و همکاری رضایت بخش وی و خانواده اش می باشد. به نظر می رسد که عامل اصلی تخریب موضعی در ناحیه یاد شده ناشی از عادت مکرر اهرم کردن ناخن بین دندانها بوده است لذا درمان این ضایعه پس از حذف این عادت و اطمینان از همکاری بیمار شروع شد. البته با توجه به وضعیت اکلوژن بیمار و کلاپس اکلوژن در ناحیه چپ دهان وی و تخریب پریودنتال ناشی از عادات مذکور، ممکن است فشارهای اکلوزالی نامناسب وارد شده بر روی دندان های قدامی فک پایین باعث ترومای اکلوژن ثانویه شده باشد. به نظر می رسد وجود چنین وضعیت اکلوژنی در تشدید ضایعه موجود، بی تاثیر نبوده است. لذا در روند درمانی پس از اطمینان از ترک عادت دهانی مخرب و SRP و ادنتوپلاستی دندان های پیشین به تصحیح اکلوژن و جایگزین کردن دندان از دست رفته بیمار تاکید شد. از آنجاییکه هر دندانپزشکی ممکن است با صدمات دهانی ناشی از ضایعات خودآزردگی مواجه گردد یکی از نکات مهم تشخیص و درمان این گونه بیماران، توجه به عادات دهانی مخرب است که بدنبال استرسهای روحی و روانی فرد ممکنست بروز کند. بنابراین تشخیص صحیح اتیولوژی چنین ضایعات دهانی و درمان مناسب آن بسیار ضروری است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر فریدونی که زحمت ویرایش مقاله را متحمل شدند و خانم گیلچینی که در تایپ این مقاله همکاری داشتند، تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.12.7]

Periodontal Destruction in a Child with Habit Disorder; A Case Report

M. Khosravi Samani (DDS) [1*], P. Keshavarzi (DDS) [1], Sh. Mousavi (MD) [2]

1. Periodontology Department, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Psychiatry Department, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Received: Dec 2nd 2008, Revised: Feb 18th 2009, Accepted: Sep 30th 2009.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Self-inflicted injuries are created following involuntary hurt of patients to themselves. Patients often are not aware of these injurious habits. These injuries in oral region can result to gingival hyperkeratosis, swelling, ulceration and recession or gingivitis and periodontitis. This article is a case report of periodontal destruction in a child with a habit disorder.

CASE: A 11-year-old boy with the chief complaint of severe gingival swelling and pain of lingual aspect of anterior lower teeth with mobility was referred. At first visit a large periodontal abscess (probing depth 11mm) was observed. In patient's history, it was detected that he had a habit of fingernail wedging between the teeth which had been following a severe stress from 4 years ago. After making aware of the injurious habit and recommendation of its evacuation and referral to the psychiatrist the patient received first phase of periodontal treatment along with odontoplasty and antibiotic therapy. After 3 months complete periodontal health had been provided.

CONCLUSION: In this case, diagnosis and omitting of the destructive oral habit resulted in improvement of all periodontal signs of the teeth. One of the important points in diagnosis and treatment of these defects is attention to possible injurious oral habit due to emotional stress.

KEY WORDS: *Gingival injuries, Periodontal abscess, Habit disturbance, Habit.*

[*] **Corresponding Author;**
Address Department of Periodontology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
Te1: +98 111 2291408-9
E-mail: dr_samani@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.12.7]

References

1. Alonso Chevitarese AB, Della Vella D, Primo L. Self inflicted gingival injury in a pediatric patient: a case report. J Dent Child (Chic) 2004; 71(3): 215-7.
2. Krejci CB. Self-inflicted gingival injury due to habitual fingernail biting. J Periodontol 2000; 71(6): 1029-31.
3. Leksell E, Edvardson S. A case of Tourette syndrome presenting with oral self-injurious behavior. Int J Paediatr Dent 2005; 15(5): 370-4.
4. Zonuz AT, Treister N, Mehdipour F, Farahani RM, Tubbs RS, Shoja MM. Factitial pemphigus-like lesions. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12(3): 205-8.
5. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry, 5th ed, Lowa, Blackwell Munksgaard 2008; pp: 396-7.
6. Creath CJ, Steinmetz S, Roebuck R. A case report. Gingival swelling due to a fingernail-biting habit. J Am Dent Assoc 1995; 126(7): 1019-21.
7. Harris D. Factitious buccal lesion secondary to bruxism in a child with cerebral palsy. Emerg Med J 2006; 23(1); e4.
8. Newman MG, Takei HH, Caranza FA. Caranza's clinical periodontology, 10th ed, Philadelphia, WB Saunders Co 2007; p: 183.
9. Sepet E, Ulukapi I, Aytepe Z, Cebeci I, Aydogmus Z. Factitial (self-induced) gingival disease: four case reports. Quintessence Int 2001; 32(10): 762-5.
10. Saemundsson SR, Roberts MW. Oral self-injurious behaviour in the developmentally disabled: review and a case. ASDC J Dent Child 1997; 64(3): 205-9, 228.
11. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sodack' s synopsis of psychiatry, 10th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2007; pp: 783-5.
12. Zinka B. Self-inflicted injurious behaviour. MMW Fortschr Med 2005; 147(38): 44-7.
13. Millen CS, Roebuck EM. Case report of self-injurious behaviour (SIB) presenting as gingivitis artefacta major. Br Dent J 2009; 206(3): 129-31.
14. Hood KK, Baptista-Neto L, Beasley PJ, Lobis R, Pravdova I. Case study: severe self-injurious behaviour in comorbid Tourette´s disorder and OCD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(10): 1298-303.
15. American Academi of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Policy on oral habits. Pediatr Dent 2008-2009; 30(7): 51-2.
16. Pattison GL. Self inflicted gingival injuries: Literature review and case report. J Periodontol 1983; 54(5): 299-304.
17. Rawal SY, Claman LJ, Kalmar JR, Tatakis DN. Traumatic lesions of the gingiva: a case series. J Periodontol 2004; 75(5): 762-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.12.7]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.12.7]