

بررسی فراوانی پیوژنیک گرانولوما و عوامل مرتبط در مراجعه باردار بیمارستان میرزا کوچک خان تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹

دکتر ماندانا خطیبی^۱، دکتر شیرین نیرومنش^۲، دکتر سید یاشار ابهری^۳،
دکتر نسیم فلک الافلاکی^{۴*}

۱. استادیار گروه بیماری های دهان و تشخیص، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران.
۴. دستیار تخصصی گروه بیماری های دهان و تشخیص، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۰

خلاصه

مقدمه: تومور بارداری که از جهت هیستولوژیک، منطبق بر پایوژنیک گرانولوما (تومور بارداری) می باشد، یک تورم خونریزی دهنده تحریکی است که بیشتر در لثه زنان باردار ایجاد می شود و می تواند باعث بروز عفونت های ثانویه دهانی شود. به دلیل شیوع بالای این ضایعه در زنان باردار و فقدان آماری دقیق در جامعه ایرانی، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی تومور بارداری و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی زنان باردار انجام شد. روش گردآوری داده ها از طریق مشاهده، معاینه بالینی، تکمیل فرم اطلاعاتی، بررسی پرونده پزشکی و آزمایشات پاراکلینیکی بود. عوامل مرتبط شامل سن، محل ضایعه، فک مبتلا، شکایت بیمار، مصرف سیگار و بیماری سیستمیک شناخته شده، وضعیت بهداشتی دهان، وجود ترمیم یا روکش دندان نامناسب در محل ضایعه، سه ماهه بارداری، قدمت ضایعه و مصرف دارو به ویژه داروهای هورمونی تزریقی در طول بارداری مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه گیری به صورت مستمر انجام شد و پس از ثبت یافته ها، آنالیز آماری از طریق آزمون کای دو انجام شد.

یافته ها: از ۱۶۰۰ زن باردار با میانگین سنی ۲۶/۸ سال، ۷۲ نفر (۴/۵٪) مبتلا به ضایعه بودند. در ۶۶ مورد، ضایعه در لثه ماگزبلا و ۶ مورد در لثه مندیبل گزارش شد. وضعیت بهداشت دهان در ۵۸ نفر (۸۰/۶٪) ضعیف بود. ۵۰ نفر از مبتلایان (۶۹/۴٪) در سه ماهه سوم بارداری بودند و ۵ نفر (۶/۹٪) از ۷۲ نفر، از تورم و خونریزی از ضایعه شکایت داشتند. ۹ ضایعه در مجاورت ترمیم یا روکش نامناسب قرار داشت.

نتیجه گیری: سن، بهداشت دهانی و همچنین زمان بارداری، تأثیری مستقیم در افزایش بروز تومور بارداری در زنان باردار دارد.

کلمات کلیدی: بارداری، پایوژنیک گرانولوما، لثه

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر نسیم فلک الافلاکی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۳۸۸۸۰۰۱؛ پست الکترونیک: aflaki_n@yahoo.com

مقدمه

یکی از مشکلات و ناراحتی های زنان باردار در دوران بارداری، افزایش میزان شیوع بیماری های دهان و دندان و ضایعات متعاقب آن می باشد. این بیماری ها می توانند اثرات مخربی بر سلامت فرد و جنین او داشته باشد (۱). تومور بارداری، از جمله این ضایعات می باشد که یک رشد شبه توموری غیر نئوپلاستیک شایع در حفره دهان می باشد. تومور بارداری از جهت هیستولوژیک، منطبق بر پایوژنیک گرانولوما می باشد که تورم خونریزی دهنده پایداری است و بیشتر بر روی مخاط لثه به ویژه ناحیه قدامی فک بالا بروز می کند و شیوع آن در دوران بارداری به خصوص در اواخر دوره بارداری به دلیل تغییرات هورمونی در بدن مادر (افزایش سطح استروژن) افزایش می یابد (۲). این ضایعه به دلیل ساختار بافتی خاص خود، تمایل بسیار زیادی به زخمی شدن و همچنین خونریزی دارد (۴-۲) و باعث ایجاد مشکلات ثانویه از جمله ایجاد عفونت دهانی می شود. در صورت عدم تشخیص ضایعه، انجام درمان های نادرست مانند تجویز دارو می تواند غیر ضروری و خطرناک باشد (۱)، (۵). به دلیل ایجاد مشکلاتی نظیر افزایش عمق پاکت و کاهش دسترسی بیمار برای برداشت پلاک میکروبی از سطح دندان ها، پوسیدگی های دندانی، بیماری های لثه و خطر عفونت های دهانی به دنبال بروز این ضایعه افزایش می یابد که اهمیت و لزوم توجه به آن را توجیه می سازد (۱).

تحریک مزمن که یک عامل ایجاد کننده این ضایعات می باشد، ممکن است به سختی تشخیص داده شود. ولی این واقعیت که این ضایعات، نزدیک مارژین لثه قرار گرفته اند، نشان می دهد که جرم، خرده های غذایی و برآمدگی های ترمیم های دندانی، محرک های مهمی هستند که بعد از جراحی و خارج کردن ضایعه باید حذف شوند (۲). در هر حال، عوامل اتیولوژیک قطعی پایوژنیک گرانولوما شناخته نشده است و عوامل ژنتیکی، عوامل موضعی و ایمونولوژیک در ایجاد آن دخیل هستند (۶، ۷).

مطالعات اپیدمیولوژیک از دیدگاه های مختلف، به بررسی ضایعه و عوامل مرتبط با آن پرداخته اند. مطالعه دیاز و

همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که شیوع پایوژنیک گرانولوما در زنان باردار، ۲۰ برابر بیشتر از زنان غیر باردار می باشد (۸). در مطالعه ساوانا (۲۰۰۶) نیز که بر روی ۱۳۷ نمونه انجام شد، شیوع پایوژنیک گرانولوما را در زنان، ۲/۶ برابر مردان گزارش کردند (۹). در مطالعه الکسانیان و همکاران (۲۰۰۱) در ایران نیز با بررسی ۵۰۰ زن باردار، شیوع ضایعه را ۴ درصد گزارش کردند (۱۰). در مطالعه ثابئی و همکار (۱۹۹۳) نیز تومور بارداری در ۱۰ درصد زنان باردار گزارش شد (۱۱).

به دلیل شیوع بالای این ضایعه در زنان باردار (۱۳-۸) و نداشتن آماری دقیق در این زمینه و با توجه به در دسترس نبودن مطالعات جامع اخیر در ایران، (دسترسی به فقط یک مطالعه در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی (۱۰))، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی تومور بارداری و عوامل مرتبط در مراجعین باردار بیمارستان میرزا کوچک خان تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی زنان باردار انجام شد. روش گردآوری داده ها از طریق مشاهده، معاینه بالینی، تکمیل فرم اطلاعاتی، بررسی پرونده پزشکی و آزمایشات پاراکلینیکی و ابزار مورد نیاز، دستکش یک بار مصرف، آبلانگ، آینه یک بار مصرف، سوند، گاز استریل، چراغ قوه، قرص آشکار کننده و فرم اطلاعاتی بود. پس از تصویب طرح و فراهم کردن تمهیدات لازم و پس از کسب موافقت از بیمارستان میرزا کوچک خان تهران جهت همکاری، مطالعه انجام شد.

با مراجعه به بیمارستان میرزا کوچک خان تهران از مهر ماه سال ۱۳۸۹ تا پایان شهریور ۱۳۹۰، زنان بارداری که بر اساس معیارهای بالینی و پاتولوژیک، به پایوژنیک گرانولوما مبتلا بودند پس از توجیه طرح، موافقت کتبی خود را جهت شرکت در طرح اعلام و مورد معاینه و بررسی های بعدی قرار گرفتند. روش نمونه گیری به صورت مستمر بود تا حجم نمونه به تعداد معین شده رسید.

آخرین دوره قاعدگی (LMP) به سه دوره که هر کدام تقریباً سه ماه می باشد تقسیم شد (۱۴). قدمت ضایعه نیز بر اساس سوابق ارائه شده توسط بیمار و یا گواهی دندانپزشک بیمار بر حسب روز، مورد بررسی قرار گرفت. جهت کشف پایوژنیک گرانولوما لته، وستیبول، مخاط آلونول، لب، کف دهان، حلق، لته، مخاط گونه، سطح پشتی و شکمی و حاشیه های طرفی زبان، کام نرم و سخت توسط دانشجوی ترم آخر دندانپزشکی و زیر نظر استاد مشاور، مورد معاینه قرار گرفت.

سپس فراوانی ضایعه دهانی در نمونه ها تعیین و میزان واقعی آن (فاصله اطمینان) در جامعه با احتمال ۹۵ درصد برآورد شد. بروز ضایعات در این بیماران با استفاده از شاخص کای دو یا فیشر مورد ارزیابی قرار گرفت و نسبت شانس هر عامل با بروز ضایعه در نمونه تعیین و فاصله اطمینان آن در جامعه برآورد شد.

یافته ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه، ۲۶/۸ سال بود. بررسی فراوانی تومور بارداری در ۱۶۰۰ زن باردار نشان داد که ۷۲ نفر (۴/۵٪) مبتلا به ضایعه و ۱۵۲۸ نفر (۹۵/۵٪) فاقد آن بودند. با توجه به این میزان شیوع در نمونه های مورد بررسی، میزان واقعی آن با اطمینان ۹۵٪ از حداقل ۳/۵ درصد تا ۵/۵ درصد برآورد شد. در تمامی موارد محل ضایعات لته و ۶۶ مورد در فک بالا و ۶ مورد در فک پایین رخ داده بود.

توزیع بیماران بر حسب ابتلاء به تومور بارداری به تفکیک عوامل مرتبط و سن، وضعیت بهداشت دهان و سه ماهه بارداری در جدول ۱ ارائه شده است. از بین بیمارانی که دارای تومور بارداری بودند، ۵۸ نفر (۸۰/۶٪) و از بین افرادی که فاقد تومور بارداری بودند، ۵۴۹ نفر (۶۲/۱٪) دارای بهداشت دهانی ضعیف بودند که بر اساس آزمون کای دو، این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0.005$)؛ بدین ترتیب که افرادی که دارای تومور بارداری بودند، ۲/۵ برابر بیشتر از افرادی که تومور بارداری نداشتند، در مواجهه با وضعیت بهداشت نامناسب بودند ($OR = 2.5 \pm 3.9$). ۵۰ نفر (۶۹/۴٪) از زنان بارداری که دارای تومور بارداری بودند و ۶۷۷

حجم نمونه بر اساس مطالعه آزمایشی بر روی ۱۰۰ نفر و شیوع عارضه در ۶٪ افراد با سطح اطمینان ۹۰٪ و میزان خطای ۱۵٪ از برآورد شیوع، ۱۶۰۰ نفر برآورد شد. نمونه گیری به صورت سرشماری از بین نمونه های در دسترس با مراجعه به بیمارستان میرزا کوچک خان با توجه به کثرت مراجعین و همکاری مرکز انجام شد.

تشخیص ضایعه پایوژنیک گرانولوما بر مبنای نمای بالینی و در صورت تردید، جهت تشخیص افتراقی از گرانولوم سلول ژانت محیطی و فیبرومای محیطی با کلسیفیکاسیون از طریق بررسی هیستوپاتولوژیک صورت گرفت. معیار تشخیص بارداری بر اساس آزمایش HCG ادرار و تست تکمیلی خون بود و انجام سونوگرافی برای تشخیص قطعی صورت گرفت (۱۴). پس از انتخاب زنان مراجعه کننده باردار، ابتدا مشخصات فردی و اجتماعی افراد بررسی شد و در فرم اطلاعاتی ثبت شد. همچنین افراد از نظر ابتلاء به بیماری سیستمیک خاص و داروهای مصرفی، مصرف سیگار، وضعیت بهداشت دهان، سه ماهه اول و دوم یا سوم بارداری، قدمت و محل ضایعه دهانی، درگیری فک بالا یا پایین، شکایت بیمار از تورم و خونریزی، ترمیم یا روکش دندان نامناسب در ناحیه ضایعه از طریق پرسش، بررسی پرونده پزشکی یا معاینه، مورد بررسی قرار گرفتند.

معیار تعریف افراد سیگاری و غیر سیگاری، بر مبنای انجمن بین المللی مبارزه با سل و بیماری های ریوی صورت گرفت. بر این اساس، سیگاری حقیقی به شخصی گفته می شود که در یک ماه اخیر، ۱۰۰ نخ یا بیشتر سیگار یا معادل آن تنباکو استفاده کرده باشد. این مصرف می تواند گاه به گاه و یا در عرض یک تعطیلی آخر هفته باشد (۱۵). ارزیابی بهداشت دهان، بر اساس مقیاس پلاک^۱ سنجیده شد. شاخص پلاک کمتر یا مساوی ۲، بهداشت دهان خوب، شاخص پلاک بزرگ تر از ۲ و کمتر یا مساوی ۴، بهداشت دهان متوسط و شاخص پلاک بیشتر از ۴، بهداشت دهان ضعیف تلقی شد. جهت مشخص کردن سه ماهه بارداری به این شیوه عمل شد: بارداری ۹ ماه به طول می انجامد که از تاریخ

¹ modification of Quigly- heain Turesky Gilmore-Glyckman

اهمیت تلقی نمودن آن، تقریباً اکثر مراجعین دارای ضایعه، زمان دقیقی برای قدمت آن بیان نکردند. در ضمن هیچ یک از بیماران، به بیماری سیستمیک خاص مبتلا نبودند، دارویی مصرف نمی کردند و سیگار نیز نمی کشیدند. در بین افراد مبتلا به پایوژنیک گرانولوما، ۹ نفر (۱۲/۵٪) دارای ترمیم و روکش نامناسب دندانی در محل ضایعه بودند. در ۷ مورد (۹/۷٪)، ضایعه یافت شده در مجاورت ترمیم آمالگام نامناسب و در ۲ مورد (۲/۷٪) در مجاورت روکش نامناسب قرار داشت. هیچ یک از زنان باردار، دارویی غیر از داروهای مختص این گروه (مانند اسید فولیک) را مصرف نمی کردند. همچنین ۵ نفر (۶/۹٪) از افراد دارای پایوژنیک گرانولوما، دارای شکایت به علت تورم و خونریزی از ضایعه بودند.

(۴۴/۳٪) از زنان بارداری که فاقد تومور بارداری بودند، در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند که بر اساس آزمون کای دو، این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0.0005$)؛ به این معنا که زنان باردار دارای تومور بارداری، ۲/۸ برابر بیشتر از زنان فاقد تومور در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند ($OR = 2.8 \pm 0.41$). همچنین از بین افراد بالای ۲۵ سال، ۴۸ نفر (۶۶/۶٪) مبتلا به تومور بارداری و ۸۱۶ نفر (۵۳/۴٪) فاقد آن بودند. بر اساس آزمون کای دو، ارتباط بین سن و بروز تومور بارداری معنی دار بود ($p < 0.03$) و افراد با سن بالای ۲۵ سال، ۱/۷ برابر بیشتر در مواجهه با تومور بارداری قرار داشتند ($OR = 1.7 \pm 0.32$). با توجه به بی اطلاع بودن اکثر افراد از حضور ضایعه دهانی یا کم

جدول ۱- فراوانی پایوژنیک گرانولوما در مراجعین باردار به تفکیک عوامل مرتبط

عوامل مرتبط	پایوژنیک گرانولوما		ندارد	دارد	نتیجه آزمون	
	> ۲۵ سال	< ۲۵ سال			سطح معنی داری	OR
سن	۷۱۲ (۴۶/۶)	۸۱۶ (۵۳/۴)	۲۴ (۳۳/۴)	۴۸ (۶۶/۶)	$p < 0.03$	۱/۷
	۵۷۹ (۳۷/۹)	۹۴۹ (۶۲/۱)	۱۴ (۱۹/۳)	۵۸ (۸۰/۷)		
وضعیت بهداشت دهان	خوب و متوسط	۹۴۹ (۶۲/۱)	۱۴ (۱۹/۳)	۵۸ (۸۰/۷)	$p < 0.005$	۲/۵
	ضعیف	۸۵۲ (۵۵/۷)	۲۲ (۳۰/۵)	۵۰ (۶۹/۵)		
۳ ماهه بارداری	اول و دوم	۶۷۷ (۴۴/۳)	۲۲ (۳۰/۵)	۵۰ (۶۹/۵)	$p < 0.0005$	۲/۸
	سوم					

بهداشت دهانی ضعیف و ضعف آموزش بهداشت دهان در دوران بارداری، جزء مشکلات اصلی در بروز تومور بارداری در نظر گرفته شد (۱۰). در مطالعه لوین و همکاران (۱۹۹۷) که با هدف بررسی پایوژنیک گرانولوما و درمان آن در دوره زمانی ۹۳-۱۹۸۲ انجام شد، ۷۴٪ ضایعات در لثه یافت شدند که دلیل تفاوت نتایج دو مطالعه را می توان به تفاوت در جوامع مورد بررسی، حجم نمونه و نوع مطالعه نسبت داد. نکته قابل بررسی در مطالعه لوین، میزان شیوع پایوژنیک گرانولوما در زنان باردار به میزان ۲۱٪ بود که ۸ مورد از مجموع ۳۸ مورد را شامل می شدند. چنین تفاوت آماری به واسطه انتخاب جامعه مورد بررسی متفاوت در دو مطالعه می باشد که در مطالعه حاضر

بحث

در مطالعه حاضر از بین ۱۶۰۰ زن باردار، ۷۲ نفر (۴/۵٪) دارای تومور بارداری بودند. تمام این ۷۲ مورد (۱۰۰٪) در لثه و از این میزان، ۶۶ مورد در ماگزیلا و ۶ مورد در مندیبل گزارش شد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه الکسانیان و همکار (۲۰۰۱) که با هدف بررسی شیوع تومور بارداری در زنان به روش مستمر انجام شد، قابل مقایسه است. در مطالعه مذکور، تعداد نمونه ها ۵۰۰ مورد و تعداد افراد باردار دارای تومور بارداری، ۲۰ مورد (۴٪) گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه الکسانیان، بیماران مراجعه کننده از نظر سن، بهداشت دهان، مصرف دخانیات و ترم بارداری مورد ارزیابی قرار گرفتند و در آن مطالعه نیز مانند مطالعه حاضر،

بیان شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۷).

همچنین در مطالعه ثائبی و همکار (۱۹۹۳) که با هدف بررسی بافت های پرپودنتال در دوران بارداری انجام گرفت، شیوع پایوژنیک گرانولوما در ۱۰ درصد زنان باردار گزارش شد. با توجه به اینکه این مطالعه از طریق مطالعه پرونده بیماران انجام گرفت و معاینه انجام نشد، تفاوت نتایج آن با مطالعه حاضر را می توان ناشی از تفاوت در مطالعه بررسی اطلاعات موجود در مقابل بررسی توصیفی دانست (۱۱).

همچنین در مطالعه دیگر ثائبی و همکار (۱۹۹۴) که با هدف بررسی میزان شیوع بیماری های پرپودنتال در جامعه زنان باردار انجام گرفت، میزان شیوع پایوژنیک گرانولوما، ۲ درصد بیان شد که علت این تفاوت آماری، شاید ناشی از حجم نمونه کم مطالعه باشد: (۱۰۰ نفر و از بین آنها ۲ نفر دارای پایوژنیک گرانولوما بودند). در مطالعه ثائبی، بیماری های پرپودنتال و پاکت موضعی به عنوان عوامل مرتبط در بروز ضایعه گزارش شد که با بهداشت دهان کاملاً در ارتباط بوده و از عوارض بهداشت دهانی ضعیف می باشد که این یافته در مطالعه حاضر نیز تأیید شد (۱۳).

از بین عوامل مرتبط مورد بررسی در مطالعه حاضر، ارتباط معنی داری بین بیماری سیستمیک شناخته شده، مصرف دارو، مصرف سیگار و فراوانی تومور بارداری مشاهده نشد. ۵ نفر از افراد به دلیل تورم از ضایعه شکایت داشتند. در ۷ مورد از کل موارد ضایعه در مجاورت ترمیم آمالگام نامناسب و ۲ مورد نیز مجاورت روکش معیوب بود.

اما در مطالعه حاضر بین بهداشت ضعیف دهان و بروز تومور بارداری در زنان باردار ارتباط معنی داری مشاهده شد که با سوابقی که برای عوامل مستعد کننده به خصوص بهداشت دهانی ضعیف در کتب مرجع (۱، ۲) بیان شده، قابل توجیه می باشد. عواملی که باعث افزایش خطر بروز بیماری های پرپودنتال به صورت موضعی و منتشر می شوند شامل: وجود پاکت عمیق یا کاذب، وجود جرم و همچنین ترمیم ها یا روکش های نامناسب که به فضای پرپودنتال تجاوز

"زنان باردار" و در مطالعه لوین "۳۸ مورد پایوژنیک گرانولوما" مورد بررسی قرار گرفتند (۱۲).

در مطالعه الخطیب و همکار (۲۰۰۳) نیز که در بازه زمانی ۲۰۰۱-۱۹۹۱ در اردن با هدف آنالیز کلینیکی و پاتولوژی تظاهرات دهانی پایوژنیک گرانولوما بر روی ۱۰۸ نفر انجام شد، محل اصلی ضایعه در ۴۴٪ افراد، بر روی لثه بیان شد که علت تفاوت آن مطالعه با مطالعه حاضر را می توان ناشی از تفاوت در جامعه آماری دانست. در مطالعه الخطیب، شیوع در ماگزایلا نسبت به مندیبل بیشتر بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه الخطیب، شکایت اصلی افراد، خونریزی ضایعه (۵۹/۳٪) و زخمی بودن ضایعات (۹/۲٪) بود، در حالی که در مطالعه حاضر، شکایت اصلی بیماران به علت تورم (۶/۹٪) بود. اختلاف آماری فوق را می توان به تفاوت جغرافیایی جوامع مورد مطالعه و سطح آموزش بهداشت نسبت داد (۱۶). در مطالعه ساوانا (۲۰۰۶) که در هند و با هدف درمان پایوژنیک گرانولوما انجام گرفت، از ۱۳۷ مورد پایوژنیک گرانولوما، ۲۱ مورد در زنان باردار گزارش شد که میزان شیوع بالا در این گروه خاص را نشان می دهد. همچنین محل ضایعه در ناحیه لثه گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۹).

در مطالعه دیاز (۲۰۰۴) که با هدف تفکیک شیوع و شدت بیماری های پرپودنتال و همچنین بررسی شیوع ضایعات مخاط دهان در زنان باردار و غیر باردار بر روی ۷۹۵۲ زن در مکزیک انجام شد، میزان شیوع ضایعات مخاط دهان در افراد باردار و غیر باردار تفاوت معنی داری نداشت، در حالی که شدت پایوژنیک گرانولوما در زنان باردار، ۲۰ برابر گروه غیر باردار گزارش شد. فراوانی حداکثری ضایعات در لثه و ارتباط آن با ترشح هورمون زنانه که در سه ماهه های بارداری مشهود است، قابل مقایسه با نتایج مطالعه حاضر و همسو با آن می باشد (۸).

در مطالعه زارعی و همکاران (۲۰۰۳) نیز که با هدف بررسی هایپرپلازی تحریکی انجام شد، محل اصلی ضایعه، لثه گزارش شد (۶۴٪) و شیوع بیشتر در ماگزایلا

شود تا امکان تعمیم نتایج حاصل از این مطالعه فراهم شود.

نتیجه گیری

شیوع تومور بارداری به خصوص در سه ماهه سوم بارداری و در حضور عوامل تحریک کننده لثه و بهداشت ضعیف دهان قابل توجه می باشد. لذا بر تدوین برنامه های آموزش بهداشت دهان برای این گروه خاص تأکید می شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مدیریت و پرسنل بیمارستان میرزا کوچک خان و همچنین از مشاور آمار مقاله، جناب مهندس ناصر ولایی تشکر و قدردانی می شود.

کرده و سلامت آن را دچار مشکل می کند نیز در بروز تومور بارداری، نقش مستقیم ایفا می کنند (۱). در ضمن با توجه به تغییرات هورمونی خاص زنان باردار و تأثیر مستقیم آن بر روی التهاب لثه ای، می توان بروز مشکلات پریودنتال و به تبع آن بروز ضایعاتی نظیر تومور بارداری را انتظار داشت (۱). در ضمن در مطالعه حاضر، بین سه ماهه سوم بارداری و افزایش شیوع تومور بارداری نیز ارتباط معنی داری وجود داشت که علت آن را می توان ناشی از تغییرات هورمونی این دوران دانست و اینکه سطح هورمون های مؤثر در دوران بارداری در سه ماهه سوم به شدت افزایش می یابد. همچنین هرچه فرد باردار به انتهای بارداری نزدیک تر می شود، مدت زمان بیشتری در معرض مستعد کننده های ابتلاء به تومور بارداری قرار می گیرد (۱). در پایان پیشنهاد می شود بررسی در سایر مراکز درمانی و آموزشی و در دیگر مراکز کشوری انجام

منابع

1. Caranza FA, Newmans MG. Clinical periodontology. 8th ed. Philadelphia: Sanders; 1996:380-4.
2. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's oral medicine. 11th ed. Hamilton: BC Decker; 2008:133-7.
3. Gondivkar SM, Gadbaile A, Chole R. Oral pregnancy tumor. Contemp Clin Dent 2010 Jul;1(3):190-2.
4. Adeyemo WL, Hassan OO, Ajayi OF. Pregnancy-associated pyogenic granuloma of the lip: a case report. Niger J Med. 2011 Jan-Mar;20(1):179-80.
5. Ababneh K, Al-Khateeb T. Aggressive pregnancy tumor mimicking a malignant neoplasm: a case report. J Contemp Dent Pract 2009 Nov 1;10(6):E072-8.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial pathology. 3rd ed. St. Louis: Saunders; 2009:517-23.
7. Kamal R, Dahiya P, Puri A. Oral pyogenic granuloma: Various concepts of etiopathogenesis. J Oral Maxillofac Pathol 2012 Jan-Apr;16(1):79-82.
8. Diaz-Guzman LM, Castellanos-Suraez JL. [Legions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patient. Med Oral Cir Bucal 2004 Nov-Dec;9(5):430-7.
9. Saravana GHL. Oral pyogenic granuloma: a review of 137 cases. Br J Oral Maxillofac Surg 2006 Jun;47(4):318-9.
10. Alexanian E, Rakhshannfar S. [Prevalence of pyogenic granuloma in pregnant woman referred to Tehran Mirza Kuchak Khan Hospital] [Article in Persian]. J Shahid Beheshti Univ Med Sci. Dental College 2001;83:111-7.
11. Saebi KH, Robati B. [Evaluation of periodontium tissue in pregnancy period in referred patient to Mashhad dental University] [Article in Persian]. J Mashhad Univ Med Sci. Dental College 1993;(14):165-71.
12. Lawoyin JO, Arobita JT, Dosumu OO. Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. Br J Oral Maxillofac Surg 1997 Jun;35(3):185-9.
13. Saebi KH, Haghgoyan SH. [Prevalence of periodontal disease in pregnancy in pregnant women referred to Mirza Kuchak Khan Hospital] [Article in Persian]. J Shahid Beheshti Univ Med Sci. Dental College 2000;5:67-73.
14. Kasper DL, Harrison TR. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
15. Karen S. Tobacco control and prevention. Paris: Paris International Union against tuberculosis and lung disease a founding member of INGCAT; 2008:27.
16. Al-Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. J Oral Maxillofac Surg 2003 Nov;61(11):1285-8.
17. Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: a review of 172 cases Br J Oral Maxillofac Surg 2007 Jun;45(4):288-92.