

## الانحسار اللثوي: الانتشار والامتداد والشدة لدى مرضى قسم أمراض اللثة

شريف الأشقر\*

### الملخص

قيّم الانحسار اللثوي في 2250 مريض تبلغ أعمارهم أكثر من 20 سنة وبلغت عدد الأسنان المفحوصة 56379 سن كان منهم 1364 إناثاً و886 ذكوراً، وشمل التقييم مواضيع المعالجة والبحث عن المعالجة (و ذلك في قسم أمراض اللثة - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق). تم التقييم السريري عن طريق إجراء فحص واحد على كل الأسنان يشمل السطوح اللسانية أو الحنكية والدهليزية.

إذ عُدَّ الانحسار اللثوي موجوداً حينما يكشف أكثر من 1 ملمتر من سطح الجذر وقيس عرضه العمودي بالمليمترات بدءاً من الملتقى المينائي الملاطي cemento-enamel إلى الحافة اللثوية الحرة. وصنفت الانحسارات إلى (بسيطة ومعتدلة ومتقدمة). وتوزعت المجموعات العمرية إلى أربع مجموعات.

حيث لوحظ أن الانحسار اللثوي لدى 81% من عدد المرضى المفحوصين. كانت الانحسارات البسيطة هي السائدة 41% ثم المتوسطة 33,33% فالمتقدمة 23,67%. نسبة الإصابة لدى النساء هي الأعلى 93,44% بينما بلغت في عينة الذكور 83,59%. وهي تصيب الفك السفلي أكثر من الفك العلوي 55,4% و 44,6% على التوالي. أما أكثر الأسنان تعرضاً للانحسار فكانت القواطع السفلية والأرحاء العلوية مثل هذا الانتشار الكبير للانحسار اللثوي في المرضى البالغين يبين أن مختصي اللثة يجب أن يوجهوا انتباههم إلى الأهمية السريرية لمثل هذه الأمراض، فضلاً عن تشخيص العوامل المسببة ووضع الخطط الوقائية.

\* أستاذ مساعد - قسم النسيج حول السنية- كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

## Gingival Recession: Prevalence, Extension, and Severity in Periodontal Department Patients

Shareef Al Ashkar \*

---

### Abstract

This study was aimed to assess the gingival recession in 2250 adults individuals aged more than 20 years, randomly selected from the patients attending the periodontal department in dental school Damascus university. The sample included 1364 female, and 886 male. The subjects of both genders were divided in 4 groups according to the age rang. Two surfaces ( buccal ,lingual ) were evaluated in each tooth, and linear measurements were obtained from the cementoenamel junction up to the gingival margin. Concerning the presence of gingival recession, which was recorded whenever there was 1mm or more of root surface exposed. Three categories were established according to the apicocoronal dimension of the root surface exposed by the gingival recession: simple , moderate , advance recessions.

Gingival recession was observed in at least one dental surface in about 81% of the individuals analyzed. The prevalence, extension and severity of this clinical aspect increased with age, small recessions were the most frequent 41%,The occurrence of recession is more in female 93,44%,than male 83,59%.and more in mandibular 55,4% than maxilla 44,6%,and the most frequently affected tooth were the mandibular central incisors and maxillary first molar.

The high prevalence of gingival recession in adult subjects provides information to the dental professionals as to the importance of the diagnosis and knowledge on these alterations. The higher prevalence, extension and severity observed in older subjects, in turn, suggests the cumulative effect of the lesion, associated to the longer period of exposure to the etiologic agents, which should be identified and removed as early as possible in order to reduce or even avoid worsening of the clinical condition .

---

\* Ass. Professor- Dept. of Periodontics - Faculty of Dentistry- Damascus University.

الانحسار اللثوي Gingival-Recession ومضغ التبغ Chewing Tobacco والطعام واحد من أكثر إصابات المخاطية اللثوية Mucogingival شيوعاً، ويُعرف بأنه موضع الحافات اللثوية ذروباً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي<sup>1</sup>، وبتعبير سريري الانحسار هو إنكشاف سطح الجذر. يمكن للانحسار أن يكون موضعاً Localized أو معمماً Generalized، يصيب سناً أو أكثر ويمكن أن يكون محدوداً أو منتشرًا يصيب سطحاً واحداً أو أكثر ويمكن أن يصل إلى ذروة السن<sup>2</sup>. يلاحظ الانحسار عموماً عند البالغين ونادراً ما يلاحظ عند الأطفال، فهو نتيجة تراكمية لعدد من الأسباب Multifactorial- etiology فإمّا تشريحية Anatomical أو فيزيولوجية Physiological أو جرثومية Pathological فضلاً عن أسباب عديدة أخرى كالرض الناجم عن التفريش المغلوط Tooth-Brushing-Trauma، ومضغ التبغ Chewing Tobacco والطعام القاسي Hard-Food<sup>3,4</sup>. ومن المؤكد أن الانحسار اللثوي يصيب الأشخاص المهملين والمهتمين بصحة أسنانهم ولثتهم على السواء<sup>5,2</sup> إنَّ الاهتمام بهذه الإصابة تعود إلى الأثر المرضي الذي قد ينجم عنها<sup>6</sup> وأهمها الحساسية السنية Hypersensitivity وزيادة تعرض أعناق الأسنان للنخر Root-Caries والسحل Abrasion أو التآكل Erosion إلى جانب تسهيل عملية تراكم اللويحة الجرثومية Plaque-S Accumulation والزيادة في إصفرار الأسنان المصابة يضاف إلى ذلك الناحية التجميلية في حال كون الإصابة على الأسنان الأمامية. يبدي الانحسار اللثوي انتشاراً Prevalence وامتداداً Extension وحدةً Severity تختلف من شخص إلى آخر ومن مجموعة إلى أخرى ومن منطقة إلى أخرى<sup>7</sup>. ويشير الانتشار إلى مجموع الأشخاص المصابين

بالانحسار في حين يشير الامتداد إلى عدد الأسنان المصابة بالانحسار، أما حدة الانحسار فتشير إلى مساحة أو كمية الانحسار.

لوحظ انتشار الانحسار اللثوي في الولايات المتحدة الأمريكية في 22,5% من الأشخاص البالغين حسب Albandar et al<sup>8</sup> 1999. وفي دراسة لـ Kassab & Cohen<sup>9</sup> 2003 بلغت هذه النسبة 69% للأعمار فوق الـ 50 سنة. فقد وجد أما في النرويج<sup>2</sup> Loe وزملاؤه أن 60% من البالغين فوق 20 سنة كانوا يعانون من انحسار لثوي وترتفع هذه النسبة مع التقدم في العمر وتوجد بشكل أساسي على الجهة الدهليزية أو الشفوية، وفي سيريلانكا بلغت نسبة الإصابة بالانحسار اللثوي 90% وترتفع حتى 100% في الأعمار فوق الـ 50 سنة. أما في غينيا الجديدة فقد أشار<sup>10</sup> Schamschula et al إلى أن 40% من الأشخاص البالغين كان لديهم انحساراً لثوياً. كذلك في فنلندا أشار

<sup>11</sup> Verhkalahti إلى أن 65% من المرضى تعرضوا لمثل هذه التغيرات وقد امتدت على 11% من الأسنان. وفي دراسة لـ<sup>12</sup> Susin وزملائه 2004 عن وبائية الانحسار اللثوي في البرازيل تبين أن انتشار الانحسار يبلغ 51.6% لديهم في حين حدة الانحسار تبلغ 17% فوق الـ 3ملم و5.8% فوق الـ 5ملم، وهناك ارتباط وثيق مع التقدم بالعمر ونسبتها أكبر لدى الرجال من النساء. وفي دراسة لـ<sup>13</sup> Sugihara وزملائه 2004 عن انتشار الانحسار اللثوي لدى البالغين في اليابان حيث بلغت 56,3% وترتبط طردياً مع التقدم بالعمر ونسبتها لدى الرجال أكبر من النساء وتتوضع على الناحية الدهليزية بنسبة 90%. وفي دراسة لـ<sup>14</sup> Koslowska وزملائه 2005 كانت نسبة انتشار الانحسار 29.45% ولدى النساء أكبر من الرجال في بولندا.

هكذا فإن معرفة نسبة حدوث الانحسار اللثوي عند سكان منطقة ما حاجة أساسية

لوقايتهم وللسيطرة على هذا المرض ويسمح بالتخطيط الصحيح للمراكز الصحية السنوية مستنديين إلى معلومات انتشار وامتداد وحدة هذه الأذيات، ولكي نؤسس برامج وقائية صحيحة وفعالة والتي قد تسيطر على الانحسار اللثوي، فضلاً عن تجنب الاضطرابات الموضعية المعقدة التي قد تتطور. والتي تساعد الباحثين والدارسين على تحليل المرض وتدعم معارفهم عن وبائية الإصابة في المجتمع السوري. لذا، استهدفت الدراسة الحالية (كلية طب الأسنان - جامعة دمشق). تقييم الانتشار والامتداد وحدة الانحسارات اللثوية عند المرضى المراجعين لقسم أمراض اللثة في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق.

#### **مواد البحث وطرقه & Methods**

##### **Materials:**

شملت عينة الدراسة 2250 بالغ بعمر أكثر من 20 سنة وحتى 67 سنة أي بمتوسط عمر يبلغ 43,5 سنة، تم اختيارهم بشكل عشوائي من المرضى الذين راجعوا

عيادات قسم أمراض اللثة (كلية طب الأسنان - جامعة دمشق) خلال العام الدراسي 2004-2005: قُسمت العينة من كلا الجنسين إلى 4 مجموعات وفقاً للعمر:

مجموعة 1 (مج1): 20 إلى 29 سنة

مجموعة 2 (مج2): 30 إلى 39 سنة

مجموعة 3 (مج3): 40 إلى 49 سنة

مجموعة 4 (مج4): فوق 50 سنة

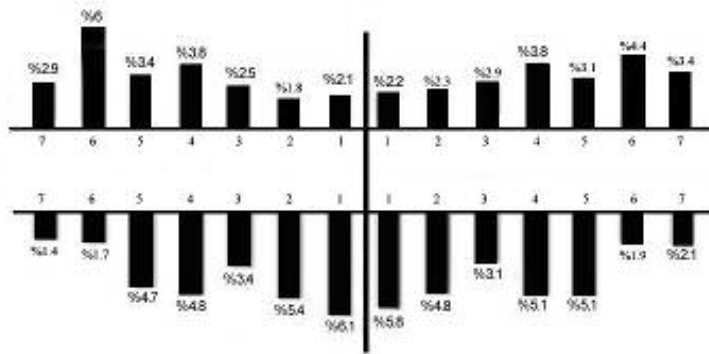
شملت معايير الاختيار مرضى عمرهم فوق 20 سنة ولديهم كحد أدنى 20 سنناً طبيعية في أفواههم. تضمنت العينة 1364 امرأة و886 رجلاً وبلغ مجموع عدد الأسنان لديهم 56,379 سنناً (للمساعدة في معرفة امتداد الإصابة). أي بمعدل 25 سنناً وسطياً لكل مريض. سجل كل فرد لديه انحسار لثوي، حينما كان هناك أكثر من 1 ملليمتر من سطح جذر واحد مكشوفاً، وسجلت حدة الانحسار في كل سن على منتصف السطح الدهليزي أو الشفوي والسطح اللساني أو الحنكي، وقيس

### **النتائج Results:**

الانحسار من الملتقى المينائي الملاطي حتى حافة اللثة الحرة. ولكي نُقيّم حدة الانحسار في الاتجاه التاجي الذروي apicocoronal. حددنا ثلاث درجات وفقاً للبعد التاجي الذروي apicocoronal لسطح الجذر المعرض للانحسار اللثوي: الانحسارات البسيطة: انكشاف حتى 2 ملم من سطح الجذر. الانحسارات المتوسطة: انكشاف أكبر من 2ملم وحتى 4 ملم من سطح الجذر. الانحسارات المتقدمة: انكشاف أكثر من 4 ملم من سطح الجذر. تمت الاستعانة باستمارات التشخيص الخاصة بقسم اللثة والتي تتضمن حقلاً خاصاً بالانحسار اللثوي في الفكين العلوي والسفلي وموقع السن المصابة وقياس مسافة الانحسار ومعلومات شخصية عن (عمر، جنس) المريض. كما تم استبعاد الأرحاء الثالثة من الدراسة لوضعها الخاص في البزوغ.

بلغ عدد الأشخاص المصابين بالانحسار اللثوي 2025 أي بما يعادل نسبة تبلغ 81 % من حجم العينة. وكان عدد الأسنان المصابة بالانحسار 20860 بمعدل 37 % من عدد الأسنان المفحوصة. كان عدد الأسنان المصابة بالانحسارات بسيطة (2ملم) 8553 بمعدل 41 % من الأسنان المصابة بالانحسار. أما عدد الأسنان المصابة بالانحسارات المتوسطة (<2ملم >4 ملم) فبلغ 6954 سن بمعدل 33.33%. بلغ عدد الأسنان المصابة بالانحسارات المتقدمة 5353 سن بمعدل 23.67%. كان عدد الإناث المصابات بالانحسار 1368 وعدد الذكور 657 بنسبة مئوية تبلغ 93.44 % و 83.59 % على التوالي. بلغ توزيع عدد المصابين بالانحسار اللثوي بالقياس إلى المجموعات العمرية 378 المجموعة العمرية الأولى، 561 المجموعة العمرية الثانية، 805 المجموعة العمرية الثالثة، 842 المجموعة العمرية الرابعة. وأخيراً

كان توزع الانحسار ما بين الجهة الدهليزية واللسانية 16479 إصابة دهليزية و4381 الأسنان فقد لوحظ التوزع التالي وفقاً للشكل إصابة لسانية أو حنكية أي بمعدل 79% الآتي:  
و 21% على التوالي.



الجدول رقم 1

كانت الثنايا السفلية والأرجاء الأولى العلوية من أكثر الأسنان إصابةً بالإضافة فروقات جوهرية بين الطرفين الأيمن والأيسر في الفكين مع ملاحظة إرتفاع الأرجاء السفلية والرباعيات العلوية في كلا الطرفين قليلة. وكانت نسبة الانحسار عند الرحي الأولى العلوية اليمنى 6%.

45,6 % وهذا ما لوحظ في دراسات  
17 Watson و 11 Vehkalahti. وتعاكس  
هذه النتيجة دراسة 18 Gorman علماً أن  
دراسته كانت عام 1967 وفسر هذه النسبة  
العالية في الفك العلوي لرقعة thin أو غياب  
absence الصفيحة الحنكية buccal plate  
للأرجاء العلوية. أما تفسيرنا لنتائجنا فيمكن  
ربطها بعرض اللثة الملتصقة وسماكتها  
Attached Gingiva الأكبر في الفك  
العلوي استناداً إلى 19 Bowers  
و 20 Kenedy كانت نسبة الإصابة لدى  
الإناث أعلى 93.44 % منها بالمقارنة مع  
النسبة لدى الذكور 83.59 % وهذا يتوافق  
مع دراسة 14 Koslowska وزملائه بالنسبة  
إلى الأسنان الأكثر تأثراً بالانحسار، لا  
يوجد إجماع في الأدب الطبي. فبينما يشير  
بعضهم إلى أن الأنياب والضواحك العلوية  
هي الأكثر إصابة 21 Addy و  
18 Gorman ويشير آخرون إلى أن  
الضواحك والأرجاء العلوية هي الأكثر

بالنسبة إلى الأسنان الأكثر تأثراً بالانحسار  
فقد أبدت التنايا السفلية والأرجاء العلوية  
والرباعيات السفلية الدرجات الأعلى في  
الإصابة.

#### مناقشة النتائج:

تؤيد نتائج الدراسة الحالية نتائج سابقة من  
حدوث الانحسار اللثوي لدى البالغين  
2,8,9,10,12,13 كما لوحظ في أكثر  
الدراسات الوبائية، زيادة انتشار وامتداد  
وحدة الانحسار اللثوي بشكل تدريجي مع  
التقدم في العمر. من المحتمل أن تكون هذه  
العلاقة بين حدوث الانحسار والعمر بسبب  
طول فترة التعرض لمسببات الانحسار  
اللثوي، (الموضعية منها والمعممة)  
التهابات متكررة، التفريش، المعالجات  
اللثوية من (تقليح وصقل جذور، رضوض  
المأكولات القاسية.....) فضلاً عن  
التأثيرات التراكمية نفسها وهذا ما ذكره كل  
من Baker وزملائه 15 و 16 Berglundh.  
كانت أعلى نسبة لانتشار الانحسار في الفك  
السفلي 55,4 % في حين في الفك العلوي



### المقترحات والتوصيات

#### Recommendations

- 1- يستدعي وجود نسبة انتشار عالية للإنحسارات اللثوية لدى البالغين بذل جهود أكبر في التوعية والمعالجة لهذه الإصابة السريرية.
- 2- يؤكد تزايد حدة الانحسارات مع التقدم في العمر أثر تراكم مسببات الإصابة وهذا يتطلب من مختص اللثة العمل على التخفيف ما أمكن من عوامل الإصابة بالانحسار أو إزالتها حتى يقلل المريض نتائجها مع الزمن.
- 3- الدراسات الإحصائية للعديد من المظاهر المرضية أو الأذيات النسيجية ضرورية للعاملين في الحقل الطبي للتصدي لها وبذل الجهد الأكبر في تعريفها والوقاية من انتشارها.

تأثراً Joshipura وزملاؤه<sup>22</sup> و Serino وزملاؤه<sup>23</sup>. وآخرون يشيرون إلى أن القواطع المركزية الفكّية السفلية والأرحاء الأولى العلوية هي الأكثر تأثراً بالانحسار. أما في دراستنا الحالية فقد أبدت الثنايا السفلية والأرحاء العلوية والرباعيات السفلية الدرجات الأعلى في الإصابة وهذا يتناغم مع دراسات Albandar وزميلة<sup>8</sup>. بينت النتائج بالنسبة لحدة الانحسار اللثوي أن الانحسارات البسيطة 41 % هي الأكثر شيوعاً في حين كانت الانحسارات المتقدمة هي الأقل شيوعاً 23,67 %، وهذا مؤشر جيد إذ يمكن لمختص اللثة التعامل جيداً مع الانحسارات البسيطة وإيجاد الحلول والمعالجات الجراحية أو الوقائية للحد من تفاقم الإصابة.

### المراجع

- 1-Smith R G. Gingival recession reaprasial of an enigioma condition and a new index for mentoring.J Clin Perio 24:20-205,1997
- 2-Loe H, Anerud A , Boysen H, The naturel history of periodontal disease in man, severity,and extent of gingival recession.J Periodontal Jan:(63):489-95,1992
- 3-Miller PD Jr.A classification of marginal tissue recession.Int.J Periodontics Restorative Dent 5:9-13.1985
- 4-Lang NP, Loe H. The relationship between the width of kertinizd gingiva health .J Periodontal 43:623-27.1972
- 5- Lembariti B, von der Weijden GA, Van't Hof MA. Gingival recession and its association with calculus in subjects deprived of prophylactic dental care. J Cli Periodont. 25: 106-11,1998
- 6- Tugnait A,Clerchhugh V.Gingival recession,significance and management.Review.J Dent Aug;29(6):381-94,2001
- 7-Marini M, Greghis S, et al .Gingival recession,Prevalence,Extension,and severity in adults.J App Oral Sci, 12(3):250-5,2004
- 8- Albandar JM, Kingman A.Gingival recession ,gingival bleeding and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States,1988-1994- National Institue of Dental and Craniofacial Research,National Institue of Health.J Periodontal Jan;70:(1):30-34,1999
- 9- Kassab MM, Cohen RE.The etiology and prevalence of gingival recession.J Am Dent Assoc.Feb;134(2):220-5,2003
- 10- Schamschula RG, Keyes PH, Hornabrook RW.Root surface caries in lufa,New Guina.I clinical observation J.Am.Dent Assoc. sept;85(3):603-8,1972
- 11- Vehkalahti M.Occurance of gingival recession in adults .J Periodontal . Nov;60(11):599-603,1989
- 12- Susinc C,Haas AN,Oppermann RV,et al.Gingival recession:epiemiology and risk indicators in a reoesentative urban Brazilian population.J Periodontal. Oct;(30)7:1377-86,2004

- 13- Sugihara N, Maki Y, Takaesu Y. Prevalence and associated factors of gingival recession in Japanese adults. Lecture in epidemiology of periodontal disease in Hawaii convention center 11. Mar; 11, 2004
- 14- Kozłowska M1, Wawrzyn-Sobczak K2, Karczewski JK1, Stokowska W2. The oral cavity hygiene as the basic element of the gingival recession prophylaxis. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku, Annales Academiae Medicae Bialostocensis*. Vol. 50 Suppl. 1, 2005
- 15- Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol*. 3:208, 1976
- 16- Berglundh T. Clinical and structural characteristics of periodontal tissues in young and old dogs. *J Clin Periodontol*. 18:616, 1991
- 17- Watson PJC. Gingival recession. *J Dent Mar*; 12(1):29-35, 1984
- 18- Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol Jul/Aug*, 38(4):503-16-22, 1967
- 19- Bowers GM. A study of the width of attached gingiva. *J Periodontol May*; 34:201-9, 1963
- 20- Kennedy JE, Bird WC, Palcanis KG, Dorfman HS. A longitudinal evaluation of varying widths of attached gingiva. *J Periodontol*. Sept; 1298):667-75, 1985
- 21- Addy M, Mostafa P, Newcombe RG. Dentine hypersensitivity: the distribution of recession, sensitivity and plaque. *J Dent Dec*, 15(6):242-8, 1987
- 22- Joshipura KJ, Kent RL, Depaola PF. Gingival recession intra-oral distribution and associated factors. *J Periodontol* 1994 Sept, 65(9):864-71
- 23- Serino G, Wennstrom JL, Lindhe J, Enerth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol*. Jan; 21(1):57-63, 1994.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/7/13.

تاريخ قبوله للنشر: 2007/2/22.