

دراسة وبائية لانتشار التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي عند طلاب المدارس في المنطقة الجنوبية في سورية

إعداد طالب الماجستير

كنان الشيباني*

إشراف الأستاذة الدكتورة

رزان خطاب**

الملخص

الخلفية وهدف البحث: يعدُّ التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي أحد الأمراض حول السنينة التي تتصف بشدة المظاهر السريرية التي تصيب عادةً الأشخاص في أعمار مبكرة، وتتصف بالتقدم السريع، فضلاً عن التجمع العائلي. هدف هذا البحث إلى تقييم انتشار التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي في المنطقة الجنوبية من سورية بين الطلاب بعمر 12-18 عاماً، ومدى ارتباطه بمجموعة من عوامل الخطورة.

مواد البحث وطرائقه: في دراسة مقطعية، اختبر 1216 طالباً وطالبة (596 ذكراً و 620 أنثى) من محافظتي درعا (827) والسويداء (389)، خضع كل طالب لفحص سريري حسب مشعر CPITN باستخدام مسبر منظمة الصحة العالمية ذي الكرة وعلى ضوء النهار، تم من خلاله سبر ستة أسنان تتضمن الأرحاء الأولى والقواطع المركزية في أربعة مواقع لكل منها، فضلاً عن المشعرات الصحة الفموية المبسط والاحساس اللثوي وفقد الارتباط السريري والنزف عند السبر. خضع كل طالب وجد لديه فقد ارتباط مقداره 4 f ملم على أحد السطوح السنينة المدروسة أو أكثر لفحص حول سني لكامل الفم لتشخيص وجود إصابة حول سنينة اجتياحية. واستخدم اختباراً χ^2 و Fisher لدراسة النتائج إحصائياً.

النتائج: بلغ عدد الإصابات الاجتياحية ضمن العينة 34 إصابة بنسبة 2.8 % بينهم، 21 مصاباً بالشكل المعمم (1.7%)، و 13 مصاباً بالشكل الموضع (1.1%). كانت نسبة الإصابة في محافظة درعا 3% وفي السويداء 2.3%، ولكن الفارق بين المحافظتين لم يكن جوهرياً. سجلت الأرحاء الأولى أعلى نسبة للإصابة في الفكين ثم القواطع المركزية و الجانبية. لم تجد الدراسة علاقة مهمة إحصائياً تربط الإصابة بالعمر أو الجنس أو الحالة المدنية، ولكنها أظهرت وجود علاقة دالة إحصائية بين الإصابة وكل من التدخين ووجود اللويحة الجرثومية وتراجع الحالة الاقتصادية. الاستنتاجات: بلغت نسبة انتشار التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي في المنطقة الجنوبية من سورية (2.8%). الكلمات المفتاحية: التهاب الأنسجة حول سنينة الاجتياحي، المنطقة الجنوبية في سورية.

* قسم أمراض النسيج حول السنينة - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

** رئيسة - قسم أمراض النسيج حول السنينة - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

An Epidemiologic Study of Prevalence of Aggressive Periodontitis in Schoolchildren in the Southern Districts of Syria

kenan Alshibani*

Razan Khattab**

Abstract

Background and Objective: Aggressive periodontitis (AgP) is a periodontal disease characterized by frequently severe clinical manifestations that normally affect young individuals, progress rapidly and can involve multiple family members.

The purpose of this study is to investigate the prevalence of AgP and the association with some risk factors among students aged 12 to 18 years in southern districts of Syria.

Materials and methods: In a cross-sectional study, a total of 1216 students (596 males and 620 females) from Daraa (827) and Swaida (389) governorates were examined according to the recommendations of the Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) by using WHO ball-tip probe, and daylight for illumination. Six teeth were examined" including first molars and central incisors" at four sites of each one, in addition to simplified oral hygiene "OHI-S" , gingival recession "GR" , clinical attachment loss "CAL", and bleeding on probing "BOP" indices which were recorded as clinical parameters. Every student exhibited $CAL \leq 4$ mm at one or more of dental surfaces has later subjected to complete periodontal examination to investigate the presence of AgP. Chi square and Fisher tests were used to analyze the results statistically.

Results: 34(2.8%) students were diagnosed as AgP patients, 21 were classified as generalized shape (GAgP)(1.7%), and 13 as localized shape(LAgP) (1.1%). AgP prevalence in Daraa was 3% and 2.3% in Swaida but the difference was not significant. First molars were most affected and then the central and lateral incisors. The study did not find any statistically significant relationship between the AgP and age, gender, urbanization status. but smoking and the presence of dental plaque and low economic situation had significant association with AgP

Conclusions: Prevalence of AgP in the southern districts of Syria is (2.8%).

Key words; Aggressive periodontitis, The southern districts of syria.

* Department of periodontology, School of dentistry, Damascus University.

** Prof. Department of periodontology, School of dentistry, Damascus University.

مقدمة

(9)، وبلغت نسبة AgP في المناطق الوسطى والساحلية 2.74% (10).

إن الافتراض الضمني والأساسي للدراسات الوبائية، هو أن توزع الإصابة بين أعضاء المجتمع ليس عشوائياً، فبعض أفراد الجماعات الأصغر يملكون صفات خاصة تجعلهم أكثر عرضة للإصابة، وهو ما يدعو لدراسة دور عوامل الخطورة المختلفة في انتشار الإصابة. يمكن تعريف عوامل الخطورة بأنها الحوادث أو السمات التي ترتبط مع معدل حدوث المرض، ومن المهم التمييز بين اقترانها بالمرض وكونها لا تسببه بالضرورة، قد تكون عوامل الخطورة قابلة للتعديل وهذه عادةً ما تكون بيئية أو سلوكية أو مكتسبة مثل التدخين والصحة الفموية والعوامل الأسرية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية، وقد تكون غير قابلة للتعديل فهي متأصلة في الفرد ولا تتغير بسهولة، حيث كانت تعرف سابقاً بمحددات الخطورة مثل العمر والجنس والعرق والأساس الوراثي(11).

لاحظت دراسة Drozdik والمجموعة عام 2006(12) في بولندا ارتباط قابلية الإصابة بشكل واضح مع العمر، ووجد Eres (6) والمجموعة في تركيا عام 2009 أن معدل انتشار AgP بين الذكور والإناث هو 1,25/1 لصالح الإناث، ولم يجد كاظم 2005 (10) فروقاً دالة إحصائياً لانتشار AgP بين المدينة والريف في المحافظات الوسطى والساحلية من سورية، وفي دراسة Ojema والمجموعة عام 2010 (13) أظهرت النتائج دوراً واضحاً للتدخين في زيادة معدلات الإصابة، كما وجدت دراسة corriani والمجموعة عام 2009 (14) أن ارتفاع مستويات اللويحة الجرثومية، ووجود العوامل المثبتة والمراكمة لها أدى إلى ارتفاع معدل المواقع المصابة بـ Agp.

يعد التهاب الأنسجة حول السننية الاجتياحي (AgP) Aggressive Periodontitis أحد الأمراض التي تصيب الأنسجة حول السننية، وتتنصف بالتقدم السريع لفقد الارتباط والخسارة العظمية الواسعة. إن هذا المرض هو التسمية الحديثة لما كان يدعى بالإصابة حول السننية المبكرة EOP وفق تصنيف الأكاديمية الأمريكية لأمراض الأنسجة حول السننية عام 1999 والتي ميزت هذه الإصابة بالتخرب العظمي الواسع وفقدان الارتباط السريع وكمية التوضعات الجرثومية التي لا تتناسب مع شدة التخرب النسيجي، فضلاً عن صفة التجمع العائلي ومرافقته لإنتانات جراثيم Aa، كما تمتلك الإصابة شكلين: الموضع منها على القواطع والأرجاء، والمعمم على القواطع والأرجاء وثلاثة أسنان أخرى على الأقل⁽¹⁾.

تختلف نسب انتشار هذا المرض اختلافاً كبيراً بين التجمعات البشرية حول العالم، حيث أظهرت الدراسات الوبائية نسب انتشار منخفضة (أقل من 1%) عند العرق القوقازي في الدول المتقدمة، فقد بلغت نسبة الإصابة بالتهاب الأنسجة حول السننية الاجتياحي الموضع Localized Aggressive Periodontitis (LAGP) في الولايات المتحدة الأمريكية 0.53% والمعمة Generalized Aggressive periodontitis (GAP) 0.13% (2)، تباينت بشكل واسع نسب الانتشار في البلدان النامية إذ وصلت في الهند إلى 2.2% (3) وفي تشيلي 0.32% (4)، وفي البرازيل بلغت نسبة LAGP 1.66% و 3.66% (5). أمّا في مناطق الشرق الأوسط فقد ظهر أن نسبة LAGP في تركيا 0.6% (6)، ونسبة AgP في إيران 0.13% (7)، و 3.4% في السودان (8)، وفي سورية وصلت نسبة التهاب الأنسجة حول السننية الشبابي الموضع في دمشق إلى 5.9% و 9.25% في ريفها، و 11.38% في محافظات حماه، والسويداء، وطرطوس

هدف البحث:

هدف هذا البحث إلى دراسة انتشار التهاب الأنسجة حول السنوية الاجتياحي بين طلاب المدارس في المنطقة الجنوبية من سورية (السويداء ودرعا)، ودراسة بعض عوامل الخطورة المتعلقة بانتشار الإصابة في هذه المنطقة.

مواد البحث وطرقه:

عينة الدراسة:

أجريت هذه الدراسة في بين أيلول 2009 إلى آذار 2010 في محافظتي درعا والسويداء. انتقيت عينة البحث عشوائياً من خلال طريقة سحب العينات العنقودية متعددة المراحل، مع مراعاة شروط صحة تمثيل العينة للمجتمع الإحصائي (ذكور، إناث)، (الريف، المدينة) وحسب النسب الموصى بها من المكتب المركزي للإحصاء، وبعد موافقة الطلاب المختارين جميعهم على الدخول في عينة البحث فحص 1216 طالباً من العرب السوريين أعمارهم 12-18 سنة من مدارس التعليم الأساسي (الحلقة الثانية) والمدارس الثانوية في المحافظتين، بلغ عدد طلاب العينة 827 طالباً من محافظة درعا و 389 طالباً من محافظة السويداء. جرى استبعاد المصابين بأمراض عامة تقاوم المرض حول السنوية (سكري، أمراض دموية...) والخاضعين لمعالجة تقويمية من العينة.

جدول (1): توزع العينة في محافظتي السويداء ودرعا

المجموع	المحافظة		الجنس
	السويداء	درعا	
نسبة	تكرار		
51%	620	192	428
49%	596	197	399
100%	1216	389	827

أعد للبحث استمارة تشمل المعلومات اللازمة لتقييم مدى العلاقة ما بين بعض عوامل الخطورة المقترحة (العمر، الجنس، الحالة المدنية، التدخين، مستوى الصحة الفموية والحالة الاقتصادية) وحصول الإصابة الاجتياحية للأنسجة

حول السنوية، اختبرت الاستمارة مسبقاً من خلال دراسة استقصائية على مجموعة من الطلاب، ثم درست النتائج إحصائياً لضمان صلاحيتها لتنفيذ البحث المطلوب.

خضع الطلاب جميعهم للفحص من قبل الباحث حصراً (بعد الحصول على التدريب المناسب لإجراء الفحص وسبل السيطرة على الإلتان في قسم أمراض الأنسجة حول السنوية في جامعة دمشق) ضمن فصولهم المدرسية وعلى ضوء النهار، ولتشخيص الإصابة جرى الاعتماد على معيار الأكاديمية الأمريكية لأمراض الأنسجة حول السنوية (15) [الإصابة المعممة (GAP) تسجل عند وجود فقد للارتباط ≤ 4 مم على أربعة أسنان أو أكثر تتضمن ثلاثاً أو أكثر من الأرحاء الثانية أو الضواحك أو الأنياب، أمّا الإصابة الموضعة (LAGP) فتسجل عند وجود فقد للارتباط ≤ 4 مم على أربعة أسنان أو أكثر، تتضمن اثنتين أو أقل من الأرحاء الثانية أو الضواحك أو الأنياب]، وذلك باستخدام المشعرات الآتية: مشعر CPITN (16) حيث تم سير الأسنان (16,11,26,36,31,46) في أربعة مواقع (دهليزي، اللساني، الأنسي، الوحشي) وسجلت القيم الأعلى فقط باستخدام مسير منظمة الصحة العالمية ذي التدرجات (3.5-5.5)، ومشعر الصحة الفموية المبسط (OHI-s) (17)، ومشعر الانحسار اللثوي، ومشعر فقد الارتباط السريري (18)، ومشعر النزف عند السبر (19).

خضع كل طالب وجد لديه فقد ارتباط مقداره ≤ 4 مم على أحد السطوح السنوية المدروسة أو أكثر لفحص حول سنوية لكامل الفم لتشخيص وجود AgP وفق المشعرات السابقة، يضاف إليها مشعر عمق السبر (20) باستخدام مسير UNC15، ومشعر التهاب اللثة (21).

الدراسة الإحصائية:

شملت الدراسة الإحصائية التحليل الوصفية (الجدول الإحصائية، والنسب المئوية، والتكرارات، والأشكال

الترسيمية) والتحليل الاستنتاجية التي أجريتها لقبول فرضيتنا الإحصائية أو رفضها عند مستوى دلالة $P=0.05$ وفق اختباري Chi-Square و Fisher .

النتائج:

نتائج انتشار AgP في المنطقة الجنوبية

بلغ عدد المصابين 34 مصاباً في المحافظتين يؤلفون 2.8% من العينة، بينهم 13 مصاباً بالشكل الموضوع (1.1%)، و 21 مصاباً بالشكل المعمم (1.7%). بلغ عدد المصابين في محافظة درعا 25 مصاباً يؤلفون (3%) من عينة المحافظة، و 9 مصابين في محافظة السويداء يشكلون (2.3%). انظر الجدول (2)

جدول (2): توزع الإصابة في المحافظتين

المجموع	المحافظة		الإصابة	
	السويداء	درعا	التكرار	غير مصاب
1182	380	802	نسبة	
97.2%	97.7%	97.0%	التكرار	مصاب
34	9	25	النسبة	
2.8%	2.3%	3.0%	المجموع	
1216	389	827		

لدى تطبيق تحليل Chi-Square لم تجد الدراسة الإحصائية فروقاً جوهرية بين نسب انتشار الإصابة في المحافظتين وقد كانت قيمة $p=0.578$ ، وهي أكبر من قيمة P النظرية.

شكل الإصابة الاجتياحية في المنطقة الجنوبية من سورية

عند دراسة الأسنان الأكثر إصابة سجلت الأرحاء الأولى (العلوية والسفلية) النسبة الأعلى (102)، تلتها القواطع المركزية (العلوية والسفلية) (77) والقواطع الجانبية (العلوية والسفلية) (76)، ثم الأرحاء الثانية (العلوية والسفلية) (65) والضواك الثانية (العلوية والسفلية) (62)

جدول (3) : شكل الإصابة الاجتياحية حسب الأسنان المصابة

نوع السن	إصابة موضوعة	إصابة معممة	المجموع
الرحى 1	30	72	102
القواطع المركزي	26	51	77
القواطع الجانبي	26	50	76
الرحى 2	13	52	65
الضاحك 2	6	56	62
التاب	6	37	43
الضاحك 1	3	31	43

نتائج دراسة عوامل الخطورة

الحالة المدنية

عند دراسة انتشار العينة حسب توزع المدينة والريف، بلغ عدد طلاب المدينة في المحافظتين (617) طالباً وطالبة يؤلفون (50.7%) من مجمل العينة، بينهم (423) في مدينة درعا و (194) في مدينة السويداء، وبلغ عدد طلاب المناطق الريفية (599) طالباً وطالبة يؤلفون (49.3%) من مجمل العينة، بينهم (404) في ريف مدينة درعا و (195) في ريف مدينة السويداء. انظر الجدول (4)

الجدول (4): توزع الإصابة حسب الحالة المدنية

المجموع	الحالة المدنية		الإصابة	
	مدينة	ريف	التكرار	غير مصاب
1182	582	600	نسبة	مصاب
97.2%	97.2%	97.2%	التكرار	مصاب
34	17	17	النسبة	
2.8%	2.8%	2.8%	المجموع	
1216	599	617		

لدى تطبيق تحليل Chi-Square لم تجد الدراسة الإحصائية فروقاً جوهرية بين نسب انتشار الإصابة

العمر

قسمت العينة حسب الفئات العمرية الآتية (11-12 .13 -14 .15-16 .17-20) وبلغ عدد طلاب كل فئة (130-321-499-316) طالباً وطالبة بالترتيب. ظهرت النسبة الأعلى للإصابة ومقداره (4%) في الفئة (15-16) عاماً، أما النسبة الدنيا (0.8%) فكانت ضمن الفئة (11-12) عاماً. انظر جدول (7).

الجدول (7): توزيع الإصابة حسب الفئات العمرية

المجموع	الفئة العمرية				الإصابة	
	11-12 Y	13-14 Y	15-16 Y	17-18 Y	التكرار	غير
1182	129	315	431	307	التكرار	غير
97.2%	99.2%	98.1%	96.0%	97.2%	النسبة	مصاب
34	1	6	18	9	التكرار	مصاب
2.8%	.8%	1.9%	4.0%	2.8%	النسبة	مصاب
1216	130	321	449	316	المجموع	

لدى تطبيق تحليل Fisher لم تجد الدراسة الإحصائية علاقة مهمة تربط العمر بانتشار الإصابة وقد كانت قيمة $P=0.169$ ، وهي أكبر من قيمة P النظرية.

الحالة الاقتصادية

يبين الجدول (8) توزيع الإصابة ضمن الفئة المختارة من كل طالب للحالة الاقتصادية لعائلته، وقد ظهرت نسبة الإصابة الكبرى (7%) في الفئة الفقيرة مادياً.

الجدول (8): توزيع الإصابة حسب الحالة الاقتصادية للأسرة

المجموع	الحالة الاقتصادية للأسرة				الإصابة	
	فقيرة جداً	فقيرة	متوسطة	غنية	التكرار	غير
1182	18	120	905	139	التكرار	غير
97.2%	94.7%	93.0%	97.8%	97.2%	النسبة	مصاب
34	1	9	20	4	التكرار	مصاب
2.8%	5.3%	7.0%	2.2%	2.8%	النسبة	مصاب
1216	19	129	925	143	المجموع	

حسب توزع المدينة والريف في كامل العينة وقد كانت قيمة $P=1.0$ ، وهي أكبر من قيمة P النظرية.

أما عند دراسة كل محافظة على انفراد فظهرت النتائج كما يوضح الجدول (5).

الجدول (5) : توزع الإصابة حسب الحالة المدنية لكل محافظة

بشكل منفصل

المجموع	المدينة				الإصابة	
	السويداء ريف	السويداء مدينة	درعا ريف	درعا مدينة	التكرار	غير
1182	190	190	392	410	التكرار	غير
97.2%	97.4%	97.9%	97.0%	96.9%	النسبة	مصاب
34	5	4	12	13	التكرار	مصاب
2.8%	2.6%	2.1%	3.0%	3.1%	النسبة	مصاب
1216	195	194	404	423	المجموع	

لدى تطبيق تحليل Chi-Square لم تجد الدراسة الإحصائية فروقاً جوهرية بين نسب انتشار الإصابة حسب توزع المدينة والريف في كل محافظة منفصلة وقد كانت قيمة $P=0.899$ ، وهي أكبر من قيمة P النظرية . الجنس:

بلغت نسبة الإصابة عند الذكور 3.5% من عينة الذكور البالغة (596) طالباً، وبلغت عند الإناث 2.1% من عينة الإناث البالغة (620) طالبة. انظر الجدول (6)

الجدول (6): توزيع الإصابة حسب الجنس

المجموع	الجنس		الإصابة	
	أنثى	ذكر	التكرار	غير
1182	607	575	التكرار	غير
97.2%	97.9%	96.5%	النسبة	مصاب
34	13	21	التكرار	مصاب
2.8%	2.1%	3.5%	النسبة	مصاب
1216	620	596	المجموع	

لم يظهر تحليل Chi-Square وجود علاقة مهمة إحصائية لانتشار الإصابة بالاعتماد على الجنس، وقد كانت قيمة $P=0.164$ ، وهي أكبر من قيمة P النظرية.

الجدول (10): علاقة الإصابة بالتدخين

المجموع	هل تدخن السجائر		الإصابة	
	لا	نعم	التكرار	غير مصاب
1182	1143	39	التكرار	غير مصاب
100.0%	96.7%	3.3%	النسبة	مصاب
34	30	4	التكرار	مصاب
100.0%	88.2%	11.8%	النسبة	غير مصاب
1216	1173	43	المجموع	

أظهر تحليل Fisher وجود علاقة ذات قيمة إحصائية تربط انتشار الإصابة بالتدخين وقد كانت قيمة $P=0.029$ أصغر من قيمة P النظرية .

المناقشة

أظهرت الدراسة ارتفاعاً واضحاً في معدل انتشار الإصابة الاجتياحية ضمن المنطقة الجنوبية من سورية، حيث بلغ عدد المصابين 34 مصاباً في المحافظتين يؤلفون ما نسبته 2.8% من مجمل العينة، و يتوزعون إلى 13 مصاباً بالشكل الموضع بنسبة 1.1% من مجمل العينة 21 مصاباً بالشكل المعمم بنسبة 1.7% من مجمل العينة. تعدّ هذه النسبة مرتفعة إذا ما قورنت بنتائج دراسة Esmond والمجموعة (22) في آسية (0.1-0.4%)، ولكنّ النتائج تقترب من نسبة انتشار AgPl في المنطقة الوسطى والساحلية من سورية إذ بلغت 2.74% (10)، وبالنظر إلى توزع الإصابة ضمن المحافظتين بلغت نسبة الإصابة في محافظة درعا 3%، وفي السويداء 2.3%، ولم تجد الدراسة الإحصائية فروقاً دالة إحصائياً بين النسبتين وهو ما يتوافق مع دراسة كاظم (10) التي لم تجد فارقاً إحصائياً لنسب الإصابات في المحافظات المدروسة (حمص حماه اللاذقية و طرطوس)، وهذا يعكس وضوح التموضع الجغرافي للإصابة، وعلاقته بالخصائص الذاتية لسكان كل منطقة من العالم.

أظهر تحليل Fisher وجود علاقة ذات قيمة إحصائية تربط انتشار الإصابة بتراجع الحالة الاقتصادية للعائلة، وقد كانت قيمة $P=0.020$ أصغر من قيمة P النظرية.

تراكم اللويحة الجرثومية

عند دراسة تراكم اللويحة الجرثومية حسب مشعر الصحة الفموية المبسط OHI-s توزعت العينة إلى (706) طالباً وطالبة من فئة الصحة الفموية المتوسطة بنسبة (58.1%)، و (510) طالباً وطالبة من فئة الصحة الفموية السيئة يؤلفون ما نسبته (41.9%) من العينة . تركز عدد الإصابات الأكبر وهو (33) مصاباً ضمن الفئة الثانية حيث يؤلفون (97.1%) من الإصابات، في حين ظهرت إصابة واحدة في الفئة الأولى بنسبة (2.9%) من الإصابات. انظر الجدول (9)

الجدول (9) : توزع الإصابة حسب OHI-s

المجموع	OHI-s		الإصابة	
	مقبول	سيء	التكرار	غير مصاب
1182	705	477	التكرار	غير مصاب
97.2%	99.9%	93.5%	النسبة	مصاب
34	1	33	التكرار	مصاب
2.8%	.1%	6.5%	النسبة	غير مصاب
1216	706	510	المجموع	

أظهر تحليل Chi-Square وجود علاقة إحصائية قوية تربط انتشار الإصابة بتراجع الصحة الفموية للطالب، وقد كانت قيمة $P<0.001$ أصغر من قيمة P النظرية.

التدخين

أجاب (43) طالباً بالإيجاب عند سؤالهم عن تدخين السجائر، حيث يؤلفون (3.5%) من العينة، وبلغ عدد المصابين بين المدخنين (4) مصابين يؤلفون (11.8%) من المصابين، انظر الجدول (10).

والمجموعة (6) في تركيا وكاظم في سورية (10)، إذ تميل معظم الدراسات الحديثة للابتعاد عن ربط AgP بالجنس. عند دراسة تأثير الحالة الاقتصادية في الإصابة أظهرت النتائج أن الفئة التي صرحت بأنها فقيرة مادياً تحوي نسبة الإصابة الكبرى (7% من تعداد الفئة)، مع وجود فارق مهم إحصائياً، مما يدل على ارتفاع نسبة الإصابة بالتناسب مع الحالة الاقتصادية المنخفضة، والذي عادةً ما يؤدي إلى ضعف مستوى الاهتمام الأسري، ونوعية الرعاية الصحية المقدمة للفرد مباشرة.

عند دراسة ارتباط الإصابة مع تراكم اللويحة الجرثومية حسب مشعر الصحة الفموية المبسط ظهر الارتباط الإحصائي واضحاً بينهما، وهو يتوافق مع دراسة Corriani والمجموعة (13) التي وجدت أن ارتفاع مستويات اللويحة الجرثومية، يترافق مع ازدياد عدد المواقع المصابة بـ AgP، يمكن إعادة ذلك إلى أن وجود اللويحة الجرثومية وإن كان غير كافٍ لإطلاق التفاعل المرضي ولكنه ذو تأثير كبير في تطور العملية الالتهابية.

أظهرت الدراسة وجود ارتباط دال إحصائياً بين حدوث الإصابة ودور التدخين رغم قلة عدد المدخنين ضمن هذه الفئات العمرية، وهذا ما يتوافق مع دراسة Susin و Albandar (27) التي وجدت أن المدخنين بشكل كبير، أو حتى معتدل لديهم نسب إصابات أعلى بكثير من أولئك غير المدخنين، إن الدور المثبت للتدخين في قلة التروية الدموية وإضعاف نظام دفاع المضيف في الأنسجة حول السنوية يمكن أن يفسر ارتباطه الواضح مع الإصابة.

الاستنتاجات:

بلغت نسبة انتشار التهاب الأنسجة حول السنوية الاجتياحي في المنطقة الجنوبية من سورية (2.8%)

التوصيات

تشير النتائج إلى الحاجة للقيام بدراسات مماثلة في بقية المناطق في سورية لتحديد نسبة انتشار الإصابة الاجتياحية في سورية ضمن معايير موحدة، والعمل على اتخاذ الإجراءات الكفيلة برفع مستوى العناية الفموية عند هذه الفئة ذات الأهمية الخاصة في المجتمع.

كانت الأرحاء الأولى هي الأسنان الأكثر إصابة (102)، تلتها القواطع المركزية (77)، والقواطع الجانبية (76)، وهو ما يتوافق مع الشكل التقليدي للإصابة والنتائج عن أسبقية هذه الأسنان بالبروز. وتظهر النتائج أن نسبة إصابة الأرحاء الثانية والضواحك الثانية أقل قليلاً من القواطع وأكثر قليلاً من الضواحك الأولى والأنياب، وهذا يتوافق مع الشكل القوسي للامتصاص العظمي حول منطقة الأرحاء الأولى، وهو ما يخالف دراسة كاظم (10) التي أظهرت ارتفاع نسبة إصابة الضواحك الثانية مقارنة بالقواطع في حين يتوافق مع دراسة Celerehugh والمجموعة (23) في المملكة المتحدة التي وجدت أن الأرحاء الأولى هي الأكثر إصابة تليها القواطع المركزية، ويمكن لاختلاف المعايير المستخدمة في الدراسات أن تفسر العديد من هذه التباينات.

بدراسة الحالة المدنية للعينة، لم تجد الدراسة فرقاً إحصائياً بين نسب انتشار الإصابة بين الريف والمدينة في مجموع المحافظتين وفي كل من المحافظتين منفصلتين، وهو يتوافق مع نتائج دراسة كاظم (10) ومع الاعتبارات الحديثة للإصابة الاجتياحية التي تركز على الاستعداد الذاتي ضعف تأثير الظروف البيئية غير المباشرة في الإصابة.

عند دراسة الفئات العمرية كانت نسبة الإصابة الأعلى ضمن الفئة العمرية 15-16 عاماً (4% من حجم الفئة) ولكن دون وجود فوارق مهمة إحصائياً، يذكر أن دراسة كاظم (10) وجدت نسبة الإصابة الكبرى في الفئة 17-18 عاماً، وبالنظر المتأنية إلى دراسات Albandar والمجموعة (24)، Lopez، والمجموعة (25)، Loe والمجموعة (26) يتبين أن نسبة الإصابة في الفئات الواقعة بين 15-18 عاماً تميل للارتفاع مقارنة بالفئات الواقعة بين 12-14 عاماً، وهو ما يمكن تفسيره بوجود فاصل زمني يسمح لأعراض الإصابة بالظهور. بدراسة ارتباط الإصابة بالجنس كان الذكور أكثر إصابة دون ظهور فوارق إحصائية جوهرية، وهذا ما يتوافق مع دراسة Susin والمجموعة (27) في البرازيل و Eres

المراجع

- 1) Caranza J, Newman M. Clinical periodontology. 10th Edition 2007: 507
- 2) Loe H, Brown LJ. Early onset periodontitis in the united States of America, J periodontol 1991;62: 608.
- 3) Ramfjord SP. Indices for prevalence and incidence of periodontal disease. J Periodontol 1959;30:51-59
- 4) Lopez NJ, Rios V, Pareja MA, Fernandez O. Prevalence of juvenile periodontitis in Chile. J Clin Periodontol 1991 ; 18: 529- 533.
- 5) Cortelli JR, Cortelli SC, Pallos D, Jorge AO. Prevalence of aggressive periodontitis in adolescents and young adults from vale do pariba. Pesquiodontal Bras 2002; 16: 163-171.
- 6) Eres G, Saribay A, Akkaya M. Periodontal treatment needs and prevalence of localized aggressive periodontitis in young Turkish population. J periodontol 2009; 80: 940-944.
- 7) Sadeghi R. Prevalence of aggressive periodontitis in 15-18 year old school-children in Tehran, Iran. Community Dent Health. 2010;27:57-66.
- 8) Elamin AM, Skaug N, Ali RW, Bakken V. Ethnic disparities in the prevalence of periodontitis among high school students in Sudan . J Periodontol. 2010;81:891-897.
- 9) بولص، وفاء. معالجة انتشار التهاب الأنسجة الداعمة الشبابي وتأثير الصادات الحيوية في التهاب الأنسجة الداعمة الشبابي الموضوع والمعمم وسريع التطور. رسالة دكتوراه 1996: 93-99 .
- 10) كاظم، مهند. دراسة وبائية لالتهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي وعوامل خطورة انتشاره في منطقتين جغرافيتين في سوريا. رسالة ماجستير 2005: 120
- 11) Thomas E. Van Dyke, Sheilesh D. Risk Factors for Periodontitis. J Int Acad Periodontol. 2005; 7: 3-7.
- 12) Drozdziak A, Kursawski N, Satronowk. Polymorphism in IL-1B gene and the risk of periodontitis of a polish population. Adv Med Sci 2006; 51: 7-13.
- 13) OJima M, Hanioka T. Destructive effects of smoking on molecular and genetic factors of periodontal disease. Tob induck Dis 2010; 8: 4-9.
- 14) Corriani P, Pannuti C, Postiglioni A, et al. Risk indicators of Aggressive periodontitis in one untreated isolated young population from Brazil. Braz, Oral Res2009; 2: 23-29.
- 15) Armitage GC. Development of classification system for periodontal disease and conditions. Ann periodontool19991:4.
- 16) World health organization. Oral health survey. Basic methods. 3rd1977, Geneva who.
- 17) Green JC, Vermillion JP .The simplified oral hygiene index, JAMD ent Asso 1964;68: 7.
- 18) RamFjord SP. Indices of prevalence and indices of periodontal disease. J of Periodontol 1964; 30: 51-59.
- 19) Meitner SW, Zander HA, Iker HP, et al. Identification of inflaming. Surfaces. J clin periodontol1979 ; 6: 93.
- 20) Armitage GC. Svanberg GK. Loe H. Microscopic evaluation of clinical measurement of connective tissue attachment levels. J periodontol 1977;4: 173.
- 21) Loe H, Silness J. periodontal disease in pregnancy. Actaodontal Scand1963; 21: 533.
- 22) Esmonde F. Corbet K, Edward C. Periodontal diseases in Asia and Oceania. Periodontology 2000-2002; 29: 122-152
- 23) Clerehugh V, Lennon MF, Worthington Hv; 5-year results of longitudinal study of early periodontitis in 14-19 year-old adolescents, J clin periodontol 1990;17, 702.
- 24) Albandar JM, Brown LJ, Leo H. Clinical features of EOP. Jam Den Asso 1997; 128: 1393.
- 25) Loe H, Brown LJ. Early onset periodontitis in USA. J periodontal 1991; 62: 86-92.
- 26) Lopez NJ, Rios V, Pareja MA, Fernandez O. Prevalence of juvenile periodontitis in Chile. J Clin Periodontol 1991; 18: 529- 533
- 27) Susin c, albander j. Aggressive periodontitis in an urban population in southern Brazil. J periodontol 2005;76:468-554.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/10/13.

تاريخ قبوله للنشر 2010/12/28.