

دراسة انتشار خطورة التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي وعوامله عند طلاب المدارس في المنطقة الشرقية في سورية

إعداد طالبة الماجستير

ريم الشهاب*

مشاركة الإستاذ الدكتور

جاسم البندر***

إشراف الدكتورة

رزان خطاب**

الملخص

الخلفية وهدف البحث: يعدُّ التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي أحد الأمراض حول السنينة التي تؤثر في أشخاص أصحاء جهازياً دون سن الثلاثين، يتصف هذا المرض بفقد ارتباط و تخرب في العظم السنخي بشكل سريع. هدف هذا البحث لتقييم انتشار التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي بين طلاب المدارس، ودور بعض عوامل الخطورة ومحدداتها في المنطقة الشرقية في سورية.

مواد البحث وطرائقه: في دراسة مقطعية أخذت عينة عشوائية 1200 طالب وطالبة (568 ذكوراً و 614 إناثاً) أعمارهم بين 12 - 20 سنة (متوسط=16سنة) من مدارس محافظتي دير الزور والحسكة في المنطقة الشرقية في سورية. ملأ الطلاب استبياناً لتقييم محددات (العمر والجنس والعرق) وعوامل (الصحة الفموية والتدخين والمستوى الاجتماعي - الاقتصادي والتعليمي) الخطورة للمرض حول السنينة الاجتياحي. أجري الفحص السريري حول السنينة بالاعتماد على مشعر احتياج المعالجة (CPITN) بمسبر WHO ومشعرات الانحسار اللثوي (GR)، وعمق السبر (PPD)، ومشعر الصحة الفموية المبسط (OHI-S). خضع الطلاب الذين ظهر لديهم فقد ارتباط $CAL \leq 4$ ملم على أحد السطوح السنينة أو أكثر إلى فحوص إضافية. شخّصت الإصابة حسب الأكاديمية الأمريكية لأمراض الأنسجة حول السنينة 1999. استخدم اختبار Chi-Square عند مستوى دلالة $P \leq 0.05$ لتحليل البيانات.

النتائج: ظهرت 69 إصابة اجتياحية لدى الطلاب بنسبة 5,8% (0,4% إصابة موضعة و 5,4% إصابة معممة). وسجلت محافظة الحسكة أعلى نسبة للإصابة 6% تلتها محافظة دير الزور بنسبة 5,6%. وأبدت الأرحاء الأولى أعلى نسبة للإصابة بين أسنان الفكين 20,8%، ثم الضواحك الثانية 16,2%، ثم الأرحاء الثانية 15,1%، وكانت القواطع المركزية الأقل إصابة 10%. أظهرت اللويحة الجرثومية وتدني المستوى التعليمي للوالدين وزيادة عدد الإخوة علاقة إحصائية مهمة مع الإصابة الاجتياحية $P \leq 0.05$.

الاستنتاجات: كانت نسبة الإصابة الاجتياحية في المنطقة الشرقية من سورية مرتفعة، وتميزت بصفات خاصة للإصابة، وكانت اللويحة الجرثومية وتدني المستوى التعليمي للوالدين وزيادة عدد الإخوة عوامل خطورة مهمة للإصابة حول السنينة الاجتياحية في هذه المنطقة.

الكلمات المفتاحية: دراسة وبائية/التهاب أنسجة حول سنينة اجتياحي/عوامل الخطورة/المنطقة الشرقية السورية.

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

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

*** أستاذ - قسم علم النسيج حول السنينة - كلية طب الأسنان - جامعة تمبل - فيلادلفيا.

Prevalence and Risk Factors of Aggressive Periodontitis in Schoolchildren in the Eastern District of Syria

Reem Al-shehab*

Razan Khattab**

Jasim Albandar***

Abstract

Background and Objective: Aggressive periodontitis (AgP) is one of the periodontal diseases which affects systemically healthy individuals usually under the age of 30. The disease is characterized by a rapid attachment loss and destruction of alveolar bone. The aim of the present study is to assess the prevalence of (AgP) among schoolchildren in the eastern districts of Syria and to investigate the role of some and risk factors and determinants.

Materials and Methods: in a cross sectional study ,a random sample of 1200 students was drawn (568 males and 614 females) aged from 12-20 years (mean=16 years) from Deirezzor and Al-hasakah govnrates in the eastern districts of Syria. Students completed a written questionnaire for determinants (age, gender, race) and risk factors (oral hygiene, smoking, soci-economic and education level) for (AgP), and have been examined according to (CPITN) by WHO probe, Gingival recession (GR), Probing Pocket Depth (PPD) and simplified oral hygiene (OHI-S) indices. Students who exhibited clinical attachment loss (CAL) ≥ 4 mm at one or more tooth surface were scheduled for further periodontal examination . (AgP) was diagnosed according to the AAP classification 1999. chi-square test was used at $P \leq 0.05$ level to analyze the data.

Results: The number of affected students with (AgP) was 69 students, that is 5.8% of the sample (the percentage of localized aggressive periodontitis (LAgP) and generalized aggressive periodontitis (GAgP) were , respectively, 0.4% and 5.4%). Al-hasakah had the highest percentage of (AgP) 6%, followed by Deir ezzor 5.6% .The first molars were the most affected teeth with percentage (20.8%) , followed by second premolars (16.2%) and second molars (15.1%), whereas central incisors were the least affected (10%). Dental plaque, parental low educational level, and the high number of siblings (more than 8) showed a significant relationship with (AgP).

Conclusions: There is a high prevalence of (AgP) in the eastern district of Syria with special disease pattern. Bacterial plaque, parental low education level and high number of siblings were important risk factors in this district.

Key words: epidemiological study; aggressive periodontitis; risk factors; Syrian eastern district.

* Department of periodontology, College of dentistry, Damascus university.

** Department of periodontology, College of dentistry, Damascus university.

*** Department of periodontology, College of dentistry, Temple university –Philadelphia.

المقدمة Introduction :

يعدّ التهاب الأنسجة حول السنّية الجائح Aggressive Periodontitis (AgP) إصابة حول سنّية متعددة الأسباب ومخرّبة للأنسجة حول السنّية، غالباً ما تبدأ في المرحلة حول البلوغية وتتصف بفقد سريع في العظم السنخي والرباط حول السنّي يؤدي إلى خسارة الأسنان حيث لا تتناسب شدة التخرّب النسيجي مع كمية التوضعات الجرثومية⁽¹⁾⁽²⁾. يصيب الأفراد الأصحاء ذوي الأعمار الصغيرة تحت 30 سنة ويتصف بصفات سريرية وجرثومية معينة⁽³⁾، وصفات مناعية مميزة⁽⁴⁾. يرتبط التهاب الأنسجة حول السنّية الجائح بسوء وظيفة العدلات، وله نمط وراثي عائلي⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾. وهو التسمية الحديثة لالتهاب الأنسجة حول السنّية المبكر (EOP)، يوجد (AgP) بشكلين سريريين التهاب الأنسجة حول السنّية الاجتياحي الموضع (Localized Aggressive Periodontitis (LAgP) ، والتهاب الأنسجة حول السنّية الاجتياحي المعمم (Generalized Aggressive Periodontitis (GAgP)، وذلك حسب عدد الأسنان المشمولة بالإصابة⁽⁸⁾.

وجدت نتائج الدراسات الوبائية اختلافات كبيرة في انتشار (AgP) بين الشعوب في أنحاء العالم، وقدرت نسبة الإصابة في أوروبا وأمريكا الشمالية بأقل من 1%⁽⁵⁾، في حين قدرت الإصابة بين 0,5 - 5% في إفريقيا و0,4 - 1% في آسيا و0,3-1% في أمريكا الجنوبية، وكان الانتشار الأكبر في دول حوض المتوسط وبين العرب⁽⁹⁾. أمّا في سورية فقد أجريت عدة دراسات وبائية للمرض حول السنّي الاجتياحي فكانت نسبة التهاب الأنسجة حول السنّية الشبابي الموضع في دراسة بولص 1996⁽¹⁰⁾ 7,69 % في دمشق وريف دمشق، أما في دراسة كاظم 2005⁽¹¹⁾ فقد بلغت نسبة الإصابة الاجتياحية 2,74 % في المنطقتين الوسطى والساحلية من سورية.

يوجد العديد من عوامل ومحددات الخطورة المرتبطة ب(AgP)، ينظر إلى عامل الخطورة Risk Factor على أنه مسبب للمرض، ويشترط فيه أن يحقق معيارين:

§ أن يكون مقبولاً حيويّاً بوصفه عاملاً مسبباً للمرض.
§ أن يسبق تطور المرض في الدراسات السريرية التتبعية مثل التدخين والعوامل الموضعية.

أمّا محددات الخطورة risk determinants فهي صفات ذاتية غير قابلة للتعديل، لا تعدّ مسببة للمرض، ولكن يمكن أن يكون لها تأثير معدل لعوامل الخطورة، مثال العمر والجنس والعرق والاستعداد الوراثي والمنطقة الجغرافية⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

تعدّ معالجة المرضى الذين يعانون من إصابة متقدمة وتجديد الأنسجة المفقودة من المعالجات المعقدة، وإن التعامل مع (AgP) يمكن أن يسهل عن طريق الاكتشاف المبكر للإصابة، أو عن طريق تحديد عوامل الخطورة؛ ومن هنا برزت أهمية دراسة انتشار هذا المرض في سورية وعوامل الخطورة للإصابة ولاسيّما مع تنوع مناطقه الجغرافية والعرقية، فضلاً عن عدم وجود معلومات أو دراسات سابقة حول انتشار (AgP) في المنطقة الشرقية في سورية.

الهدف من البحث: Objective

دراسة وبائية لتقييم انتشار التهاب الأنسجة حول السنّية الاجتياحي (AgP) بين طلاب المدارس بعمر 12 - 20 سنة في المنطقة الشرقية في سورية في محافظتي دير الزور والحسكة وريفهما، والتعريف بالأسنان الأكثر تعرضاً للإصابة، وتقييم دور بعض عوامل ومحددات الخطورة المقترحة في حدوث (AgP).

المواد والطرائق Materials and methods**مجموعة الدراسة Study group**

يعيش في سورية نحو 22 مليون نسمة، وذلك بحسب الإحصاء السكاني لعام 2007، يشكل سكان دير الزور

قام كل طالب من الطلاب المشاركين في الدراسة بملء استمارة تضمنت مجموعة من الأسئلة متعددة الخيارات من أجل استقراء بعض المعلومات المتعلقة بمحددات الخطورة Risk Determinants (العمر، العرق، الجنس، الاستعداد الوراثي، المنطقة الجغرافية) وعوامل الخطورة Risk Factors (العوامل الموضوعية، مستوى الصحة الفموية، التدخين أو منتجات أخرى، السكري وأمراض أخرى، المستوى الاقتصادي الاجتماعي).

الفحوص السريرية: Clinical examination:

جمعت البيانات في المدة الواقعة بين تشرين الأول 2008- أيار 2009، تم خلالها ملء الاستبيانات من قبل الطلاب المشاركين في الدراسة وإجراء الفحوصات السريرية من قبل الباحث حصراً، ومساعدة قامت بتسجيل البيانات، وذلك في غرفة الصف، الطلاب جالسون على كرسي بجانب مواجه للنافذة مع مدخل لضوء الشمس، واستخدم فيها عدد من المشعرات السريرية وهي: مشعر احتياج المعالجة (Ainamo 1982) (CPITN) الذي يقيم صحة الأنسجة حول السنينة، ومدى الحاجة للمعالجة. أجري سبر لستة أسنان (16,11,26,36,31,46) لكل شخص في أربعة مواقع (دهليزي، لساني، إنسي، وحشي)، واستخدم في ذلك مسبر منظمة الصحة العالمية WHO. خضع الطلاب الذين ظهر لديهم فقد ارتباط ≤ 4 ملم على أحد السطوح السنينة إلى فحص كامل الفم، شخص (AgP) عند وجود فقد ارتباط ≤ 4 ملم على أربعة أسنان أو أكثر بينها رحي أولى أو قاطع. كما أخذ مشعر عمق السبر (PPD) Probing Pocket Depth ومشعر الانحسار اللثوي (GR) Gingival Recession Index بمسبر UNC15 Hu-Friedy, Chicago IL وحسب مشعر فقد الارتباط (CAL) Clinical Attachment Loss، وهو المسافة من الملتقى المينائي الملاطي إلى أعماق نقطة برأس المسبر. شخص (AgP) حسب تصنيف الأكاديمية الأمريكية لأمراض الأنسجة حول السنينة 1999 AAP إلى موضع (LAGP): عند الأشخاص الذين لديهم فقد ارتباط \leq

نسبة 6,8% منهم بتعداد قدره 1511000، ويشكل سكان الحسكة نسبة 6,5% بتعداد مقداره 1445000 نسمة. في دراسة مقطعية أخذت عينة البحث بالتناسب مع عدد السكان في المحافظتين. استخدمت طريقة العينة متعددة المراحل multistage sampling في المرحلة الأولى منها اختيرت (13) مدرسة في محافظتي دير الزور (مدينة دير الزور وريفها) والحسكة (مدينة الحسكة وريفها ومدينة القامشلي)، وذلك بالتعاون مع دائرتي الصحة المدرسية في هاتين المحافظتين، وفي المرحلة الثانية أخذ عدد من الصفوف بشكل عشوائي من ثم أخذ 1200 طالب من هذه الصفوف وفق فاصل عددي ثابت أعمارهم 12-20 سنة ذكوراً وإناً من المدارس الإعدادية والثانوية، ومن مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة، ومناطق جغرافية متعددة في مركز المدينة وأطرافها، وفي المناطق الريفية المختلفة؛ لتتضمن كلاً من الريف القريب من المدينة والبعيد عنها، مع مراعاة التنوع العرقي في حال وجوده. استبعد من العينة الطلاب غير السوريين والمصابون بأمراض مفاومة للمرض حول السنينة مثل السكري والأمراض الدموية، كما استبعد الطلاب الخاضعون للمعالجة التقويمية التي قد تسهم بتوضع أكبر للويحة السنينة، وإثارة الإصابة حول السنينة وقد بلغ عدد المستبدين من الدراسة 18 طالباً وطالبة لم يخضعوا للفحص الفموي السريري؛ وذلك بسبب رفض اثنين منهم نتيجة الخوف، واستبعاد طالبة تحمل الجنسية الفلسطينية، وأخرى لم يكن لديها سوى بقايا جذور في سياق تناذر غير معروف، أمّا البقية فبسبب المعالجة التقويمية، وقام الباقون بملء استمارة معلومات، ومن ثم خضعوا للفحص السريري الفموي.

بداية قام الباحث بتوضيح أهداف الدراسة، وخطوات العمل لكل من إدارة المدرسة ومجموعة الطلاب المختارة، بغية تسهيل العمل وأخذ موافقة الطلاب لأن يكونوا جزءاً من الدراسة.

استمارة المعلومات:

فرضيتنا الإحصائية أو رفضها عند مستوى دلالة $P \leq 0.05$ هي اختبار Chi-Square.

النتائج Results

وصف العينة: ضمت العينة 634 طالباً من محافظة دير الزور (311 ذكوراً و 23 إناثاً) جميعهم من العرب، منهم 390 من المدينة والباقي من الريف، أمّا عينة محافظة الحسكة ومن ضمنها مدينة القامشلي فقد بلغ تعدادها 548 (257 ذكوراً و 291 إناثاً) منهم (411 عرباً و 137 أكراداً) و (277 مدينة و 271 ريفاً) وذلك بحسب الجدول (1):

4 ملم على أربعة أسنان أو أكثر، تتضمن اثنين أو أقل من الأرحاء الثانية والضواحك والأنياب ومعمم (GAgP): عند الأشخاص الذين لديهم فقد ارتباط ≤ 4 ملم على أربعة أسنان أو أكثر تتضمن ثلاثة أو أكثر من الأرحاء الثانية والضواحك والأنياب، وعُدّ التهاب الأنسجة حول السنوية عرضياً عند الأشخاص الذين لديهم فقد ارتباط ≤ 4 ملم على 1-3 أسنان⁽¹⁰⁾.

الدراسة الإحصائية: شملت التحاليل الوصفية (الجدول الإحصائية، النسب المئوية، التكرارات، الأشكال الترسيمية) والتحليل الاستنتاجية التي أجريناها لقبول

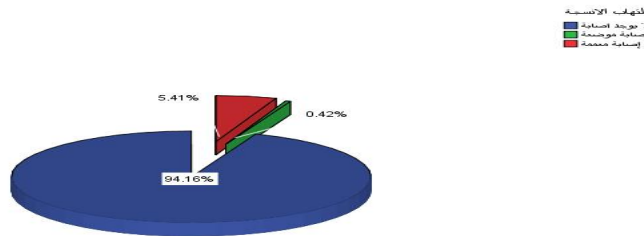
الجدول (1) يبين توزيع أفراد العينة بحسب المحافظة والجنس والعرق والحالة المدنية

المجموع	عدد أفراد العينة					المحافظة
	أكراد	عرب	ريف	مدينة	إناث	
634	0	634	244	390	323	دير الزور
548	137	411	271	277	291	الحسكة
1182	137	1045	545	667	614	المجموع

بإصابة موضعة ظهرت لدى 5 طلاب (4,0%)، ومصابين بإصابة معممة ظهرت لدى 64 طالباً (5,4%).

1 - نتائج انتشار المرض حول السنّي الاجتياحي

بلغ عدد المصابين بالمرض حول السنّي الاجتياحي 69 طالباً (5,8%) صنّفوا بحسب نمط الإصابة، إلى مصابين



الشكل (1) يبين توزيع الإصابة (موضعة ، معممة)

والضواحك الأولى 13,3%، تلتها القواطع الجانبية 12,5% ومن ثمّ الأنياب 12,1% والقواطع المركزية 10% الجدول (2).

2 - شكل الإصابة الاجتياحية

لدى دراسة الأسنان الأكثر تأثراً ب (AgP) في الفكين سجلت الأرحاء الأولى نسبة إصابة مقدارها 20,8%، تلتها الضواحك الثانية 16,2%، ثم الأرحاء الثانية 15,1%،

الجدول (2) يبين توزيع الأسنان المتأثرة بالإصابة الاجتياحية بحسب نمط الإصابة (موضعة، معمة)

النسبة	التكرار		نوع السن
	معمم	موضع	
20,8%	121	10	الأرحاء الأولى
16,2%	95	7	الضواحك الثانية
15,1%	86	9	الأرحاء الثانية
13,3%	79	5	الضواحك الأولى
12,5%	77	2	القواطع الجانبية
12,1%	77	2	الأنياب
10%	61	2	القواطع المركزية

3- نتائج دراسة عوامل الخطورة ومحدداتها وعلاقتها بالإصابة الاجتياحية

بيّنت الدراسة الحالية وجود نسبة مرتفعة للإصابة الاجتياحية في المحافظتين المدروستين، وبلغت نسبة الإصابة 6% في محافظة الحسكة، و5,6% في محافظة دير الزور، دون فروق دالة إحصائية. وقد سجل ريف دير الزور أعلى نسبة للإصابة 7,8%، تلتها مدينة الحسكة بنسبة 6,1%، وريف الحسكة 5,9%، وسجلت أقل نسبة للإصابة في مدينة دير الزور 4,4%، دون وجود فروق إحصائية في انتشار الإصابة المناطق الحضرية والريفية. لم تظهر الدراسة فروقاً دالة إحصائية بين الفئات العمرية (فئة 12-14، فئة 15-16، فئة 17-20) والجنس (ذكوراً، إناثاً) والعرق (عرباً، أكراداً) والمستوى الاقتصادي الذي حدد من خلال سؤال الطالب في الاستبيان: هل تعدُّ عائلتك فقيرة جداً، فقيرة، حالة

الجدول (3) يبين توزيع الإصابة بحسب عوامل الخطورة المفترضة ومحدداتها ونتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات

حدوث AgP

دلالة الفروق	قيمة كاي مربع	مصاب	غير مصاب	العمر
لا توجد فروق دالة	0.075	20	473	14-12
		27	376	16-15
		22	264	20-17
لا توجد فروق دالة	0.466	34	534	ذكر
		35	579	أنثى

العرق	عربي	981	64	لا توجد فروق دالة	0.167
		132	5		
المستوى الاقتصادي	فقير جداً	29	4	لا توجد فروق دالة	0.196
	فقير	70	2		
	متوسط	938	56		
	غني	76	7		
المستوى التعليمي لوالدي الطالب	منخفض	435	35	توجد فروق دالة	0.008
	متوسط	320	24		
	عالي	358	10		
الإخوة	>4	131	3	توجد فروق دالة	0.002
	5-4	299	9		
	<6	683	57		
مشعر OHI-S	جيد	150	0	توجد فروق دالة	0.000
	مقبول	625	25		
	سيء	338	44		
التدخين	مدخن	51	3	لا توجد فروق دالة	0.612
	غير مدخن	1062	66		

المناقشة Discussion

نمار في اليمن (3,6%)⁽¹³⁾، وأقل منها في دراسة Corraini et al 2009 في البرازيل (9,9%)⁽¹⁶⁾. تعدُّ الأرحاء الأولى والقواطع المكان الأول ل (AgP)⁽⁸⁾. أمّا هذه الدراسة فقد بينت وجود أعلى نسبة للإصابة عند الأرحاء الأولى 20,8%، تلتها الضواحك، ومن ثم الأرحاء الثانية، وكانت القواطع المركزية هي الأقل إصابة 10%، وهذا يتفق مع شكل المرض الاجتياحي في المنطقتين الوسطى والساحلية في سورية⁽¹¹⁾، في حين وجدت دراسة عمران 2010⁽¹³⁾ في اليمن أن الأرحاء الأولى كانت الأكثر تأثراً تلتها القواطع. وهذا يشير إلى خصوصية شكل الإصابة في منطقتنا، ويوجه الاهتمام إلى الأسنان الأكثر تأثراً بالإصابة عند إجراء الفحوص الاستقصائية حول السنوية والفحوص الدورية. بينت الدراسة الحالية وجود نسبة مرتفعة للإصابة الاجتياحية في محافظة الحسكة 6%، وبلغت 5,6% في محافظة دير الزور دون فروق إحصائية، أمّا بالنسبة إلى

تعدُّ هذه الدراسة الأولى من نوعها التي تستقصي نسبة انتشار (AgP) بين طلاب المدارس في المنطقة الشرقية في سورية التي تعدُّ من المناطق الداخلية ذات الطبيعة الصحراوية والمناخ الحار والجاف صيفاً. تنوعت العينة في بحثنا لتشمل 1182 طالباً وطالبةً بعمر 12-20 سنة من المناطق الحضرية والريفية والأعراق الموجودة من عرب وأكراد، مع مراعاة تنوع العينة لتنضم المستويات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة، وذلك من أجل الحصول على أدق نسبة ممكنة لانتشار الإصابة في هذه المنطقة. أظهرت الدراسة وجود نسبة مرتفعة ل (AgP) في المنطقة الشرقية 5,8%، وهي أعلى من نسبتها في المنطقتين الوسطى والساحلية في سورية (2,74%). وكذلك أعلى منها في دراسة Sadeghi 2010⁽¹⁴⁾ (0,13%) في طهران، وتتقارب مع النسبة التي توصلت إليها دراسة Albandar 1989⁽¹⁵⁾ في العراق (6%)، و عمران 2010 في مدينة

مقابل 5,7% لدى الإناث، ولم يكن هذا الفارق ذا دلالة إحصائية، وهذا يتفق مع نتائج دراسة كاظم 2005⁽¹¹⁾ وعمران 2010⁽¹³⁾، ولا يتفق مع نتائج Ereş et al 2009 و في تركيا⁽¹⁸⁾ و Baer⁽¹⁹⁾ الذي وصف التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح كمرض مخرب يبدأ في المدة حول البلوغية، ويؤثر في الإناث بشكل أكثر تكراراً من الذكور، وكان احتمال تطويع الإناث للمرض أعلى بـ 3 مرات مما هو لدى الذكور. بين Horman and Frandsen⁽²⁰⁾ أن نسبة (AgP) لدى الإناث مقارنة بالذكور يمكن أن تختلف اعتماداً على عمر الأشخاص المدروسين، واستنتج أن نسبة الانتشار الأعلى للمرض لدى الإناث، في المجموعات العمرية الأصغر يمكن أن تكون مرتبطة باليزوغ المبكر للأرحاء الأولى والقواطع لدى الإناث وهذا يدعم الاستنتاج أن البداية الأبر للمراهقة واليزوغ الأبر للأسنان الدائمة لدى الإناث يمكن أن يسهم في نسبة الإصابة الأعلى بالتهاب الأنسجة حول السنينة الجائح والمزمن لدى الإناث، مقارنة بالذكور في المرحلة حول البلوغية، ويتناقص هذا التأثير مع تقدم المرض .

لم تظهر علاقة تربط العرق بـ (AgP) فقد ظهرت 64 إصابة لدى العرب الذين يشكلون النسبة الأعلى من العينة 88,4% بنسبة 6%، في حين ظهرت 5 إصابات لدى الأكراد بنسبة 3,6%، فيما أظهرت دراسة (Albandar et al 1997, Loe and Brown 1991)⁽¹⁷⁾⁽²¹⁾ أن السود بعمر 14-17 سنة أكثر احتمالاً بـ 15-16 مرة لأن يكون لديهم التهاب أنسجة حول سنينة جائح معمم أو موضع، وأن الأشخاص الذين تعود أصولهم إلى بلدان صحراوية في إفريقيا يمكن أن يكون لديهم خطورة أعلى بشكل مهم لتطويع (AgP) من الأوروبيين، ويمكن أن يكون لديهم خطورة أعلى نوعاً ما من الآسيويين أيضاً.

الدراسات الوبائية الأخرى التي تمت في سورية فقد وجدت دراسة بولص 1996 أن نسبة التهاب الأنسجة حول السنينة الشبابي الموضّع على الطلاب بعمر 15 سنة في سورية 5,9% في دمشق، و 9,25% في ريف دمشق⁽¹⁰⁾، أمّا في دراسة كاظم 2005 فكانت النسبة الأعلى في محافظة حماه 4,67% تلتها حمص 2,90%، ثم المحافظات الساحلية التي كانت الأقل تعرضاً للمرض اللاذقية 2,24% وطرطوس 1,22%⁽¹¹⁾، وهذا يشير إلى انتشار المرض من خلال شكل جغرافي معين.

لم تظهر علاقة بين العمر وبين انتشار (AgP) على الرغم من ارتفاع نسبة الإصابة في الفئات العمرية الكبرى، ولم يكن هذا الارتفاع دالاً إحصائياً، فقد كانت نسبة الإصابة 4,1% لدى الفئة 12-14 سنة، ووصلت إلى 6,7% لدى الفئة 15-16 سنة، وأصبحت 7,7% لدى الفئة 17-20 سنة وهذا يتفق مع نتائج الدراسة في المنطقتين الوسطى والساحلية في سورية التي تراجع فيها دور العمر كأحد محددات الخطورة للإصابة الاجتياحية⁽¹¹⁾، ويختلف مع نتائج عدد من الدراسات التي ربطت بين العمر وبين (AgP)، منها دراسة Albandar et al 1997 الذي وجد أن معدل انتشار (AgP) يرتفع بنسبة الضعف لدى الفئة العمرية 16-17 سنة مقارنة بالفئة العمرية 13-15 سنة⁽¹⁷⁾، وعمران 2010⁽¹³⁾ و Corraini et al 2009⁽¹⁶⁾. من الواضح في هذه الدراسة زيادة انتشار (AgP) مع تقدم العمر، ولكن العمر بحد ذاته قد لا يكون سبباً للمرض حول السنينة، أي لا تتطور مع تقدم العمر شذوذات أو اضطرابات داخلية تزيد من قابلية الإصابة، ولكن تتراكم مع تقدم العمر تأثيرات اللويحة في الأنسجة حول السنينة.

كذلك الأمر بالنسبة إلى الجنس الذي كان دوره كأحد محددات الخطورة لـ (AgP) مثار جدل، ففي هذه الدراسة ظهرت الإصابة بنسبة أعلى قليلاً لدى الذكور 6%

ظهرت علاقة إحصائية مهمة بين (AgP) وبين مشعر (OHI-S)، وتبين أن أكثر الطلاب بنسبة 55% لديهم مستوى مقبول لهذا المشعر وقد ظهرت لديهم 25 إصابة بنسبة 3,8% ونسبة 32,3%، منهم كان لديه مستوى سيء لهذا المشعر ظهرت لديهم 44 إصابة بنسبة 11,5%، في حين ظهر مشعر (OHI-S) بمستوى جيد لدى 150 طالباً فقط بنسبة 12,7% لم تظهر لديهم أية إصابة اجتياحية بنسبة 0%، وهذا يشير إلى دور اللويحة الجرثومية بوصفه عامل خطورة في حدوث (AgP)، وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات (Susin and Albandar 2005)⁽²⁾، Corraini et al 2009⁽¹⁶⁾، عمران 2010⁽¹³⁾، فيما بينت دراسات أخرى⁽²⁶⁾ أن هذا النمط من الإصابات لا يرتبط بعوامل موضعية بل باستعداد ذاتي للإصابة.

لم تظهر هذه الدراسة وجود علاقة ذات أهمية إحصائية بين تدخين السجائر والمشتقات التبغية الأخرى وبين (AgP). وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات⁽¹³⁾ التي لم تظهر وجود علاقة بين التدخين وبين (AgP)، وتختلف مع نتائج دراسة Susin and Albandar 2005⁽²⁾ في البرازيل اللذين أشارا إلى أن التدخين هو من مؤشرات الخطورة المهمة لـ (AgP) لدى الشعب البرازيلي.

الاستنتاجات Conclusion

تظهر نتائج الدراسة الحالية وجود نسبة مرتفعة لـ AgP في المنطقة الشرقية من سورية مع وجود صفات خاصة للإصابة. أدت كل من اللويحة الجرثومية وتدني المستوى التعليمي للوالدين وزيادة عدد الإخوة دوراً مهماً في الانتشار المرتفع للإصابة الاجتياحية فيما لم تظهر بقية عوامل الخطورة المفترضة المدروسة كالعمر والجنس والعرق والمستوى الاقتصادي علاقة مهمة بالإصابة.

شملت هذه الدراسة مختلف المستويات الاقتصادية والاجتماعية من خلال انتقاء المدارس في مناطق تقع في مراكز المدن وأطرافها والمناطق الريفية متفاوتة البعد عن مركز المدينة، وقد ظهر أن 84,1% من الطلاب المشاركين كانوا من عائلات ذات مستوى اقتصادي متوسط، وهذا يعكس الوضع العام للمجتمع، ولم تظهر الدراسة الإحصائية وجود علاقة دالة إحصائياً بين الإصابة وبين المستوى الاقتصادي للطالب على الرغم من أن النسبة الأعلى للإصابات ظهرت لدى الطلاب من مستوى اقتصادي فقير جداً 12,1%، وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات (كاظم 2005⁽¹¹⁾، Albandar 2002⁽²²⁾)، ولا يتفق مع دراسات أخرى 2010 عمران⁽¹³⁾، بينت وجود علاقة قوية بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للطالب وبين (AgP).

أظهرت الدراسة علاقة قوية مهمة إحصائياً بين انتشار الإصابة وبين المستوى التعليمي لوالدي الطالب، فقد ظهرت أعلى نسبة للإصابة لدى الطلاب بوالدين من مستوى تعليمي منخفض 7,4%، يمكن أن يعزى ذلك إلى دور ثقافة الوالدين ووعيهم في توعية الأبناء والمحافظة على الصحة الفموية، كذلك الأمر بالنسبة إلى تعداد الإخوة، فقد ظهرت علاقة قوية مهمة إحصائياً بين انتشار الإصابة وبين عدد الإخوة، فقد ازدادت نسبة الإصابة بازدياد عدد الإخوة، وظهرت أعلى نسبة عندما وصل عدد الإخوة إلى أكثر من 6 (7,7%)، ويمكن أن يفسر هذا الدور بتناقص العناية والرعاية المقدمة إلى الابن بازدياد عدد الإخوة، وزيادة احتمال حدوث الطفرات الوراثية مع تزايد الإنجاب. وهذا ينسجم مع نتائج العديد من الدراسات⁽¹¹⁾⁽¹³⁾.

المراجع

1. Carranza FA, Takei HH, Newman MG. Clinical Periodontology. 9th ,W.B.Saunders company, USA 2002,p 263-267,p 67.
2. Susin c and Albandar JM. Aggressive periodontitis in an Urban Population in southern Brazil. J Periodotal .2005;76,468-475.
3. Ximénez-Fyvie LA, Almaguer-Flores A, Jacobo-Soto V, Lara-Cordoba M. Moreno-Borjas J & Alcantara-Maruri E .Subgingival microbiota of periodontally untreated Mexican subjects with generalized aggressive periodontitis.Journal of clinical periodontology .2006;33,869-877.
4. Nibali L,Griffiths GS, Donos N,Parkar MD,Aito F, Tonetti MS etal. Association between interleukin-6 promoter haplotypes and aggressive periodontitis.Journal of clinical periodontology.2008;35,193-198.
5. American Academy of Periodontology-Research, Science and therapy Committee.Periodontal Diseases of children and adolescents. Pediatr Dent.2008-2009;30:240-7.
6. Arai H,Chihara T,Takashi K,Nagai A,Akustu I, Takashiba S,etal. Host defensive functions in a family manifesting early – onset periodontitis.J periodontal.1996;67(4):433-42.
7. Novak MJ, Novak KF. Early –onset periodontitis.Curr Opin Periodontal. 1996;3:45-58.
8. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal disease and condition. Ann periodontal 1999;1:4.
9. Kilian M, Rylev M. Prevalence and distributionOf principal periodontal pathogens worldwide. J Clin Periodontal 2008;35:346-61.
10. بولص وفاء1996.انتشار التهاب الأنسجة حول السنينة الموضع والمعجم في سورية وتأثير الصادات الحيوية في معالجة التهاب الأنسجة حول السنينة الشبابي الموضع وسريع التطور - رسالة دكتوراه- جامعة دمشق .
11. كاظم مهند 2005- دراسة وبائية لالتهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي وعوامل خطورة انتشاره في منطقتين جغرافيتين في سورية رسالة ماجستير . جامعة دمشق.
12. Acadmy report postion paper. Epidemiology of Periodontal Diseases. . J Periodontal 2005;76:1406-1419.
13. Imran AG, Ataa MAS. Prevalence of aggressive periodontitis among Yemeni students from schools in the city of Thamar.Rev Sul-Bras Odontol. 2010;7(3):325-31.
14. Sadeghi R. Prevalence of aggressive periodontitis in 15-18 year old school-children in Tehran, Iran.2010;27:154-166.
15. Albandar JM. Prevalence of incipient radiographic periodontal lesions in relation to ethnic background and dental care provisions in young adults. J Clin Periodontol 1989: 16: 625– 629.
16. Corraini P, Pannuti C, et al .Risk indicators for aggressive periodontitis in an untreated isolated young population from Brazil. Brazilian Oral Research 2009;23:57-68.
17. Albandar JM, Brown LJ, Genco RJ, Loe H. clinical classification of periodontitis in adolescents and young adults. J Periodontal 1997;68: 545-555.
18. Ereş G, Sarıbay A, Akkaya M. Periodontal Treatment Needs and Prevalence of Localized Aggressive Periodontitis in a Young Turkish Population. J Periodontal 2009;80:940-944.
19. Baer PN.The case for periodontitis as a clinical entity. J Periodntal 1971;42:526-520.
20. Hørmand J, Frandsen A. Juvenile periodontitis – localization of bone loss in relation to age, sex and teeth. J Clin Periodontol 1979: 6: 407– 41.
21. Loe H, Brown LJ. Early onset periodontitis in the United States of America. J Periodontal 1991: 62: 608– 616.
22. Albandar JM, Muranga MB, RamsTE. Prevalence of aggressive periodontitis in school attendees in Uganda.Periodontology 2000 2002; 29 (9), 823–831.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/10/14.

تاريخ قبوله للنشر 2011/1/5.