

## فراوانی تظاهرات دهانی در مبتلایان به لوپوس اریتماتوزیس سیستمیک

زهرا ذاکری<sup>۱</sup>، بهزاد نارویی<sup>۲</sup>، علیرضا بخشی پور<sup>۳</sup>

۱. دانشیار روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

۲. پزشک عمومی، مرکز توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

۳. استادیار گوارش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

### چکیده

**زمینه و هدف:** ضایعات دهانی SLE در ۵ تا ۲۵ درصد موارد وجود دارد هر چند برخی از مطالعات ارقام بالاتری را تا حدود ۸۰ درصد نشان می‌دهد. هدف از انجام این مطالعه بررسی فراوانی تظاهرات دهانی لوپوس اریتماتوزیس در بیماران مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی شهرستان زاهدان می‌باشد.

**مواد و روش کار:** در این مطالعه مقطعی توصیفی ۷۰ بیمار مبتلا به SLE مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی شهرستان زاهدان مورد بررسی و معاینه قرار گرفتند. دهان بیماران مبتلا به SLE پس از تأیید تشخیص توسط روماتولوژیست، تحت نور مناسب و آسپلانگ مورد معاینه قرار گرفتند پس از اخذ رضایت از بیماران مطابق سؤالات مطرح شده، پرسشنامه تکمیل شد. در صورت وجود ضایعات دهانی پس از تشخیص و تأیید توسط متخصص بیماری‌های دهان در پرسشنامه ثبت شده و در صورت نیاز، درمان‌های لازم ارائه گردید.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۷۰ بیمار مبتلا به SLE (۶۳ زن و ۷ مرد) با محدوده سنی ۷۰-۱۵ سال انتخاب شدند، ۶۱/۴ درصد دارای ضایعات دهانی بودند، از میان این تظاهرات بیشترین یافته‌ها ضایعات قرمز (۳۵/۸٪)، ضایعات سفید (۲۱/۵٪)، پیگمانتاسیون (۱۹/۲۹٪)، زخم (۱۰/۵۲٪)، شیار و شقاق (۱۰/۵۲٪) و ضایعات سفید و قرمز (۳/۵۴٪) بودند. هیچ ارتباط معنی داری بین تظاهرات دهانی با جنس، سن و مدت زمان شروع بیماری وجود نداشت ( $p > 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** تظاهرات دهانی می‌تواند جزو اولین تظاهرات بیماری لوپوس باشد، این مساله لزوم تأکید بر معاینات دوره‌ای دهان همانند معاینات دندان‌ها توسط متخصصین را نشان می‌دهد تا با این کار گامی موثر در روند تشخیص زود هنگام و متعاقب آن درمان بهتر ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به SLE برداشته شود. [م ت ع پ ز،

۱۳(۶):۱۲-۱۳(۱۳۹۰)]

**کلیدواژه‌ها:** لوپوس اریتماتوزیس سیستمیک، تظاهرات دهانی، اپیدمیولوژی

### مقدمه

گوش‌ها، صورت، مناطقی از بازو، کمر و سینه که در معرض نور خورشید هستند ایجاد می‌گردد ضایعات DLE می‌تواند موجب قرمزی، آتروفی و دیپگمانتاسیون لب‌ها گردد. فقط ۱۰ درصد مبتلایان به DLE بعداً دچار SLE می‌شوند، در عین حال مبتلایان به SLE در ۲۵ درصد موارد DLE دارند.<sup>۱</sup> دندانپزشکان از یک طرف در رابطه با درمان دندانپزشکی این بیماران و هم‌چنین به علت ابتلا بعضی از اعضا خاص بدن و نیاز به رعایت یک سری ملاحظات ویژه در طول درمان و قبل از درمان و از طرف دیگر تظاهرات دهانی که جزء علائم تشخیص بیماری محسوب می‌شود نیاز به شناسایی کامل دارد به نحوی که برخی از ضایعات دهانی این بیماران با لیکن پلان که شیوع نسبتاً زیادی دارند تشابه فراوانی داشته و زخم‌های دهانی در بیماران لوپوسی گاهی محدودیت‌هایی را در رژیم غذایی این بیماران ایجاد می‌کند و هم‌چنین مراجعه اولیه برخی از این بیماران به علت ضایعات دهانی می‌باشد که متعاقباً مشاوره‌های بیشتری را جهت تشخیص طلب می‌کند. لذا در راستای رسیدن به چنین هدفی بر آن شدیم تا ضمن معاینه دهان بیماران که به کلینیک خصوصی روماتولوژی شهرستان زاهدان مراجعه کرده‌اند گامی مؤثر در روند تشخیص و درمان بیماران برداریم.

### روش کار

این مطالعه که نوعی مطالعه مقطعی (توصیفی) می‌باشد، از ابتدای دی‌ماه ۱۳۸۵ تا پایان خرداد ماه ۱۳۸۶ بر روی کلیه بیماران مبتلا به لوپوس

لوپوس اریتماتوزیس سیستمیک (SLE) نمونه تمام عیاری از بیماری اتوایمیون است و مشخصه اصلی آن تولید آنتی‌بادی‌های فراوان می‌باشد. ۱۷-۱۵ درصد موارد لوپوس قبل از ۱۶ سالگی رخ می‌دهد، این در حالی است که بیشترین شیوع بیماری بین سنین ۴۰-۲۰ سالگی است. SLE بیشتر در زنان رخ می‌دهد و در سیاه‌پوستان شیوع بالاتری دارد.<sup>۱</sup> شیوع آن در کل دنیا ۰/۱ درصد می‌باشد.<sup>۲</sup> در ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد یک مدل خاص راش الگوی پروانه‌ای در روی نواحی بینی و گونه بیماران به وجود می‌آید، نور خورشید معمولاً ضایعات را بدتر می‌کند.<sup>۳</sup> نارسایی کلیه‌ها و کبد و درگیری قلبی و خونی تقریباً شایع است، ضایعات دهانی SLE در ۵ تا ۲۵ درصد موارد وجود دارد هر چند برخی از مطالعات ارقام بالاتری را تا حدود ۸۰ درصد نشان می‌دهد.<sup>۴</sup> SLE باعث ایجاد زخم دهان و یا نازوفارنکس که معمولاً بدون دردند می‌شود.<sup>۵</sup> ضایعات عموماً کام سخت و نرم، مخاط بوکال و لثه را درگیر می‌کند، درگیری نواحی ورمیلیون لب پایین گاهی دیده می‌شود، سایر شکایات دهانی مثل خشکی دهان، استوماتودینیا، کاندیدا، بیماری پریدنتال توضیح داده شده‌اند اما ارتباط مستقیم این مشکلات با SLE هنوز مشخص نمی‌باشد.<sup>۳</sup> دیسکوئید لوپوس اریتماتوزیس (DLE)، تقریباً در ۲۵ درصد مبتلایان به SLE روی داده و می‌تواند موجب بدشکل شدن بیمار گردد، زیرا ضایعات آن دارای آتروفی مرکزی و اسکار بوده و با یک لبه برجسته اریتماتوز، پوسته‌ریزی و تلاترکتازی مشخص می‌شوند. این ضایعات بر روی پوست سر،

محدوده سنی ۷۰-۱۰ سال و با میانگین سنی ۳۲/۷۵ بودند که به سه گروه زیر ۲۰ سال، ۲۰-۴۰ سال و بالای ۴۰ سال تقسیم شدند. از تعداد ۷۰ نفر بیمار مبتلا به SLE، ۴۳ نفر (۶۱/۴٪) دارای تظاهرات دهانی و ۲۷ نفر (۳۸/۶٪) بدون تظاهرات دهانی بودند. که در ۴۳ نفری که دارای تظاهرات دهانی بودند یک یا بیشتر از یک ضایعه دهانی وجود داشت. در جمعیت مورد بررسی، بیشترین فراوانی ضایعات در گروه سنی بین ۲۰-۴۰ سال به میزان ۵۴ درصد بود ولی آزمون‌های آماری رابطه معنی‌داری را بین سن و وجود ضایعه دهانی نشان نداد ( $p=0/3$ ) (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی گروه‌های سنی و ارتباط آن با تظاهرات دهانی در بیماران

مبتلا به SLE در سال ۸۵-۸۶

سن	تظاهرات دهانی		جمع
	دارد	ندارد	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
زیر ۲۰ سال	۲(۴۰)	۳(۶۰)	۵(۱۰۰)
۲۰-۴۰	۳۵(۶۴/۸)	۱۹(۳۵/۲)	۵۴(۱۰۰)
بالای ۴۰ سال	۶(۵۴/۵)	۵(۴۵/۵)	۱۱(۱۰۰)
جمع	۴۳(۶۱/۴)	۲۷(۳۸/۶)	۷۰(۱۰۰)

در زمینه ارتباط جنس و تظاهرات دهانی، از مجموع ۴۳ بیمار دارای تظاهرات دهانی، ۶ نفر مرد و ۳۷ نفر زن دارای تظاهرات دهانی بودند که بر اساس آزمون  $\chi^2$  رابطه معنی‌داری بین جنس و میزان بروز ضایعه دهانی مشاهده نگردید ( $p=0/35$ ) (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی جنس و رابطه آن با تظاهرات دهانی در بیماران مبتلا به

SLE در سال ۸۵-۸۶

جنس	تظاهرات دهانی		جمع
	دارد	ندارد	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
زن	۳۷(۵۸/۷)	۲۶(۴۱/۳)	۶۳(۱۰۰)
مرد	۶(۸۵/۷)	۱(۱۴/۳)	۷(۱۰۰)
جمع	۴۳(۶۱/۴)	۲۷(۳۸/۶)	۷۰(۱۰۰)

جدول ۳ رابطه بین تظاهرات دهانی و مدت زمان شروع بیماری لوپوس را نشان می‌دهد، که به ۳ گروه زمانی تقسیم شدند. در گروه اول کمتر از ۱۲ ماه، در گروه دوم ۱۲-۳۶ ماه و در گروه سوم بیشتر از ۳۶ ماه از زمان شروع بیماری می‌گذشت، که نتایج نشانگر عدم ارتباط معنی‌دار بین تظاهرات دهانی و مدت زمان شروع بیماری بود ( $p<0.05$ ). افرادی که دارای xerostomia (خشکی دهان) بودند مورد بررسی قرار گرفتند. از ۷۰ نفر بیمار مبتلا به SLE، ۳۶ نفر دارای خشکی دهان (۵۱/۴٪) و ۳۴ نفر (۴۸/۶٪) بدون خشکی دهان بودند. شایع‌ترین محل ضایعات خلف کام سخت (۲۷/۹٪) و لب پایین (۱۴/۲٪) گزارش شد.

شایع‌ترین محل‌های درگیر دیگر به ترتیب کاهش بدین شرح بودند: ۱- کام نرم، ۲- گونه راست، ۳- گونه چپ، ۴- لثه باکال، ۵- لثه لینگوال، ۶- زیرزبان و کنارزبان، ۷- لب بالا

از ۵۷ مورد ضایعه دهانی تشخیص داده شده، بیشترین ضایعه دهانی ضایعات قرمز ۲۰ مورد (۳۵/۰۸٪) و ضایعات سفید ۱۲ مورد (۲۱/۰۵٪) و

اریتماتوزیس اعم از SLE یا DLE مراجعه کننده به کلینیک خصوصی روماتولوژی شهرستان زاهدان، صورت گرفت. تشخیص لوپوس در این بیماران بر اساس معیارهای American College of Rheumatology (ACR) سال ۱۹۹۷ صورت گرفت و توسط متخصص روماتولوژی مورد تایید قرار گرفت. برای بیماران فرم معاینه مخصوص تهیه و تکمیل گردید. در فرم پرسشنامه مشخصات فردی هر یک از بیماران دارای لوپوس اریتماتوزیس نوع SLE یا DLE شامل: سن، جنس، تاریخچه پزشکی، مدت زمان ابتلا به بیماری و نوع داروهای مصرفی ثبت شد. ضایعات دهانی بیماران براساس نمای بالینی توسط متخصص بیماری‌های دهان تشخیص داده شد و معاینه مخاط دهان بیمار به کمک آینه، تحت نور مناسب انجام شد. در این مطالعه جهت تعیین فراوانی ضایعات دهانی لوپوس اریتماتوزیس نوع SLE یا DLE، براساس طبقه‌بندی‌هایی که در کتب مرجع صورت گرفته است، ضایعات به صورت زیر دسته بندی شده و مورد بررسی قرار گرفت که شامل: ضایعات برجسته: هر گونه رشد پاتولوژیک در ورای حدود طبیعی سطوح مخاطی دهان به عنوان یک ضایعه برجسته تلقی شد. ضایعات سفید غیر پاک شونده: (White lesions) ضایعه سفیدی که با کشیدن آبلانگ روی ضایعه (scrubbing) پاک نشود که معمولاً پلاک‌های سفید برجسته با شکل نامنظم یا اسکارهای سفید نقره‌ای می‌باشد و ناشی از افزایش تولید کراتین (هیپرکراتوز) یا ضخیم شدن خوش‌خیم و غیرعادی اسپینوزوم استراتوم (آکانتوزیس)، تجمع داخل و خارج سلولی مایع در اپی‌تلیوم دهانی می‌باشد. ضایعات قرمز (Red lesions): هر گونه ضایعه‌ای با نمای قرمز مخملی که از بافت نرمال قابل تفکیک باشد و ناشی از آتروفی اپیتلیوم یا افزایش اسکولاریزاسیون می‌باشد. ضایعات سفید و قرمز: هر گونه ضایعه‌ای با رنگ سفید و قرمز که از بافت نرمال اطراف قابل تفکیک باشد. شیار و شقاق: هر گونه شکاف یا فرورفتگی یا ترک در بافت که به طور پاتولوژیک به وجود آمده باشد. زخم: ضایعه‌ای با حدود اریتماتوکه در آن پیوستگی اپیتلیوم از بین رفته و ضایعه به عمق بافت همبند نفوذ کند.

در این بررسی محل ضایعه نیز به صورت زیر تفکیک شد:

کام سخت شامل روگا و خلف کام، کام نرم، لب شامل لب بالا و لب پایین، زبان شامل سطح پشتی، زیر و کنار زبان، مخاط گونه راست و چپ، عمق و سیتیول شامل فک بالا و فک پایین، لثه شامل بوکال و لینگوال و کف دهان.

اطلاعات پس از استخراج از فرم‌های اطلاعاتی با استفاده از نرم افزارهای آماری SPSS-15 مورد آنالیز قرار گرفت و سپس نتایج به صورت شاخص‌های آماری مرکزی و پراکندگی گزارش شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون  $\chi^2$  استفاده شد و  $p<0/05$  معنی‌دار تلقی گردید.

## یافته‌ها

در این بررسی مجموعاً ۷۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی شهرستان زاهدان در فاصله‌ی زمستان ۱۳۸۵ تا اواخر بهار سال ۱۳۸۶ مورد معاینه قرار گرفتند. از این تعداد ۷ نفر (۱۰٪) مرد و ۶۳ نفر (۹۰٪) زن، با

می‌باشد که فقط بر اساس اظهار خود فرد تشخیص خشکی دهان گذاشته شد. هم‌چنین نوع داروی مصرفی و نوع تغذیه بیماران می‌تواند در بروز خشکی دهان تاثیر گذار باشد. ضمناً عده‌ای از بیماران از خشک بودن دهان خود اطلاع نداشتند.

بیشترین فراوانی تظاهرات دهانی در تحقیق انجام شده اروژن، هایپرکراتوز (پلاک‌های کراتوتیک) پیگمانتاسیون و آفت‌های دهانی بود که این تظاهرات به ترتیب فراوانی در کام سخت، کام نرم و ورمیلیون لب پایین دیده شد، که پراکندگی محل ضایعات شباهت به مطالعات بالا و هم‌چنین مطالعه Urman در سال ۱۹۷۸ دارد که بررسی بر روی ۱۸۲ بیمار مبتلا به لوپوس صورت گرفت، که هر چند فراوانی ضایعات دهانی کمتر از مطالعه ما و حدود ۲۶ درصد بود ولی ۸۹ درصد بیماران دارای ضایعه، ضایعات را در کام سخت داشتند.<sup>۹</sup> هم‌چنین مطالعه Utman که در سال ۱۹۹۹ بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به لوپوس صورت گرفت فراوانی ضایعات دهانی را در ۴۰ درصد بیماران گزارش کرده که از این میزان ۴۵ درصد ضایعات شبه لیکن پلان بوده است و محل ضایعات به ترتیب کام سخت، مخاط بوکال، بافت لثه و ورمیلیون لب پایین بود که از این نظر شباهت زیادی به مطالعه ما داشت.<sup>۱۰</sup>

بر خلاف مطالعه ما در مطالعه‌ای که توسط Al-Jarollah به صورت گذشته نگر بر روی ۱۰۸ بیمار مبتلا به لوپوس انجام شده بود فراوانی ضایعات دهانی را ۳۳ درصد گزارش کرده که این ضایعات شامل اریتم و هایپرکراتوز در کام و مخاط بوکال بود.<sup>۱۱</sup>

هم‌چنین میزان ضایعات دهانی در مطالعه ما بیشتر از مطالعه نظری‌نیا و همکاران در سال ۲۰۰۸ در شیراز بود که فراوانی تظاهرات دهانی را در ۲۸ درصد بیماران ذکر کرده بود.<sup>۱۲</sup> هم‌چنین در یک مطالعه توسط Villamin بر روی بیماران فیلیپینی مبتلا به لوپوس در سال ۲۰۰۸ فراوانی ضایعات دهانی ۳۳ درصد گزارش گردید.<sup>۱۳</sup>

هم‌چنین Lourenco و همکاران در سال ۲۰۰۶ فراوانی ضایعات دهانی را بیماران لوپوسی از ۹ تا ۴۵ درصد ذکر کردند.<sup>۱۴</sup>

مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر در مورد فراوانی ضایعات دهانی با سایر مطالعات مشابه، میزان فراوانی‌های متفاوت و گاهاً مشابه را نشان داد. در این مطالعه بیشترین فراوانی تظاهرات دهانی مربوط به ضایعات قرمز، ضایعات سفید و پیگمانتاسیون بوده که اکثر این افراد از وجود ضایعه در دهان خود مطلع نبودند. تقریباً نیمی از بیماران از خشکی دهان شکایت داشتند که می‌تواند به علت مصرف داروهایی از جمله داروهای اعصاب و متعاقب خشکی دهان، دارای پوسیدگی‌های متعدد در دهان خود بودند.<sup>۱۵</sup> که البته ارتباط بین این عارضه و برخی از ضایعات دیگر مثل کاندیدیازیس و ضایعات بالینی مشابه مثل لیکن پلان و لکوپلاکی با لوپوس بایستی مشخص شود.

ضمناً اکثر بیمارانی که جدیداً به لوپوس مبتلا شده بودند، دارای تظاهرات دهانی بوده و بقیه آن‌هایی که هیچ ضایعه‌ای در دهان خود نداشتند، اعلام کردند که تا قبل از شروع مصرف دارو زخم‌هایی در دهان خود داشته‌اند. از محدودیت‌ها و کاستی‌های مطالعه ما انجام مطالعه بر روی کلیه بیماران مبتلا به لوپوس هم موارد مزمن و هم موارد تازه تشخیص داده شده بود. از

پیگمانتاسیون ۱۱ مورد (۱۹/۲۹٪) بود و ضایعات برجسته وجود نداشت. از بین ضایعات سفید بیشترین تعداد پلاک‌های کراتوتیک (هایپرکراتینیزاسیون) (۵۰٪) بودند (جدول ۵) و در ضایعات قرمز بیشترین تعداد را اروژن (۹۵ درصد، ۱۹ نفر) به خود اختصاص داد و ۵ درصد (۱ مورد) موارد دیگر اریتم مولتی فرم بودند.

جدول ۳: توزیع فراوانی مدت زمان شروع بیماری و رابطه آن با تظاهرات دهانی در

بیماران مبتلا به SLE در سال ۸۶-۸۵

مدت زمان شروع بیماری	تظاهرات دهانی		جمع تعداد(درصد)
	دارد تعداد(درصد)	ندارد تعداد(درصد)	
۱۲-۱۶ ماه	۱۸(۵۸/۱)	۱۳(۴۱/۹)	۳۱(۱۰۰)
۱۲-۳۶ ماه	۱۵(۶۲/۵)	۹(۳۷/۵)	۲۴(۱۰۰)
بالای ۳۶ ماه	۱۰(۶۶/۷)	۵(۳۳/۳)	۱۵(۱۰۰)
جمع	۴۳(۶۱/۴)	۲۷(۳۸/۶)	۷۰(۱۰۰)

معدل (۱۴) توزیع فراوانی انواع ضایعات سفید در بیماران مبتلا به SLE در سال

۸۶-۸۵

ضایعات سفید	فراوانی	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
Linea Alba (لینا آلبا)	۳(۲۵)	۳(۲۵)
Hyper keratinization (هایپرکراتینیزاسیون)	۶(۵۰)	۶(۵۰)
Lichen Planus (لیکن پلان)	۲(۱۶/۷)	۲(۱۶/۷)
Candidiasis (کاندیدیازیس)	۱(۸/۳)	۱(۸/۳)
جمع کل	۱۲(۱۰۰)	۱۲(۱۰۰)

## بحث

در مطالعه حاضر از ۷۰ بیمار مبتلا به لوپوس اریتماتوزیس مراجعه کننده به کلینیک خصوصی روماتولوژی شهرستان زاهدان که همگی SLE داشتند، ۴۳ نفر (۶۱/۴٪) ضایعه دهانی داشتند که ۱۵ نفر از این افراد دارای دو ضایعه دهانی بوده و در مجموع ۵۷ ضایعه (۸۱/۴٪) تشخیص داده شد. آمار ۶۱/۴ درصدی افراد دارای ضایعه دهانی مشابه تحقیق Chavarria در سال ۲۰۰۵ بود که آمار ۶۱ درصد را ارائه داده بود.<sup>۶</sup> هم‌چنین نتیجه مطالعات ما با مطالعه Schiodt در سال ۱۹۸۸ هم‌خوانی دارد وی با مطالعه بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به لوپوس نشان داد ۷۵ درصد بیماران دارای ضایعات دهانی هستند که اکثر آن‌ها ضایعات لیکن پلان و لکوپلاکی بود و شایع‌ترین محل ضایعات مخاط بوکال، لثه و ورمیلیون لب پایین بود.<sup>۷</sup>

در مطالعه Johnson در سال ۱۹۸۴ بررسی و معاینه دهان ۵۱ بیمار مبتلا به لوپوس صورت گرفت که در این مطالعه ضایعات دهانی در ۴۵ درصد بیماران لوپوسی شامل پلاک‌های سفید برجسته نامنظم و ضایعات اسکاری نقره‌ای و اولسر و هموراژی بودند. محل این ضایعات به ترتیب در کام سخت و نرم و مخاط بوکال بود. که پراکندگی محل ضایعات مشابه مطالعه ما بود. هر چند در این مطالعه میزان خشکی دهان ۷۵-۸۷/۵ درصد گزارش گردیده بود که در مطالعه ما میزان خشکی دهان کمتر و به میزان ۵۱/۴ درصد بود.<sup>۸</sup> که احتمالاً این رقم به علت عدم استفاده از روش‌های شناسایی بیماران مبتلا به Xerostomia شامل تست‌های اختصاصی تشخیص گزوستومیا در تحقیق ما

داده و در صورت یافتن ضایعات دهانی با آگاهی دادن بیمار به اهمیت این ضایعات خود نیز پیگیر سایر علائم بیماری باشند. بدین ترتیب گامی موثر در روند تشخیص زود رس و درمان به موقع بیماری لوپوس برداشته و هم‌چنین از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی و تحمیل هزینه‌های اضافی و اقدامات درمانی نادرست خودداری نمایند.

چون بروز ضایعات دهانی بیماری لوپوس می‌تواند بهداشت و سلامت اولیه دهان و دندان را تحت تاثیر قرار دهد و منجر به عوارض جدی پرودنتال گردد تشخیص به موقع و درمان آن‌ها گامی مهم جهت حفظ سلامت و بهداشت دهان و دندان می‌باشد.

هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد ضمن توجه به ضایعات دهان در بیماران لوپوس به یافته‌های دیگر در دهان از جمله آنمی و رنگ پریدگی مخاطی، گلوستیت آتروفیک، وجود کاندیدیازیس - التهاب پرودنتال در زمینه عوارض بیماری از جمله دیابت، ریفلاکس، هایپرپیگمانتاسیون که ممکن است اولین علامت بیماری آدیسون در این بیماران باشد، نیز توجه به عمل آید.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۴۱۳ مصوب دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد. با تشکر از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه و دانشکده پزشکی و مرکز توسعه تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند.

### References

- Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine diagnosis and treatment. 11<sup>th</sup> ed. Hamilton: Bc Decker; 2008: 77-78.
- Harrison TR, Resnick WR. Harrison's principles of internal medicine. 16<sup>th</sup>ed. Newyork: McGrawHill; 2005: 1962-1963.
- Nevile BW, Damm DD, Allen C, et al. Oral and maxillo facial pathology. 20<sup>th</sup> ed. London: Bc Decker; 2002: 688-696.
- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: Clinical Pathologic Correlations. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2003: 58.
- Loann O. Tassiulas: Kelley's textbook of rheumatology. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2009: 1268-1269 .
- Chavarria E, Bueno C, Lazaro P and Lecona M. Sub acute cutaneous systemic Lupus erythematosus. Presentation of two clinical Cases. Acta Dermosifiliogr 2005; 96(4): 248-51.
- Schiodt M, Halberg P, Hentzer B. A clinical study of 32 patient with oral discoid lupus erythematosus. Int J Oral Surg 1978; 7(2): 85-94.
- Jonsson R, Heyden G, Westberg NG and Njeberg G. oral mucosal lesions in systemic lupus erythematosus a clinical, histopathological and immunopathological study. J Rheumatol 1984; 11(1): 38-42.
- Urman JD, Lowenstein MB, Abeles M and Weinstein A. Oral mucosal Ulceration in systemic Lupus erythematosus. Arthritis Rheum 1978; 21(1): 58-61.
- Uthman I, Nasr F, Kassak K and Masri AF. Systemic lupus erythematosus in Lebanon. Lupus 1999; 8(9): 713-5.
- Al-Jarollah K, Al-Awadia, Siddiqui H, et al. Systemic lupus erythematosus in Kuwait hospital based study. Lupus 1998; 7(7): 434-8.
- Nazarinia MA, Ghaffarpasand F, Shamsdin A, et al. Systemic lupus erythematosus in the Fars Province of Iran. Lupus 2008; 17(3): 221-7.
- Villamin CA, Navarra SV. Clinical manifestations and clinical syndromes of Filipino patients with systemic lupus erythematosus. Mod Rheumatol 2008; 18(2): 161-4.
- Lourenco SV, de Carvalho FR, Boggio P, et al. Lupus erythematosus: Clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of the inflammatory infiltrate. J Cutan Pathol 2007; 34(7): 558-64.
- Little JW, Falace DA, Miller CS and Rhodus NL. Dental management of the medically compromised patient. 6<sup>th</sup> ed. St.Louis, Missouri: Mosby; 2008: 490-491.
- Meyer U, Kleinheinz J, Gaubitz M, et al. Oral manifestations in patients with systemic lupus erythematosus. Mund Kiefer Gesichtschir 1997; 1(2): 90-4.

آن‌جایی که اختلال در سیستم ایمنی و مصرف داروهای تضعیف ایمنی خود به عنوان عامل مهم ایجاد ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به لوپوس می‌باشد،<sup>۱۶</sup> و از طرفی بسیاری از ضایعات دهانی به خوبی به درمان با داروهای ضد التهاب استروئیدی پاسخ می‌دهند، ممکن است علت نداشتن ضایعه دهانی در عده‌ای از بیماران مصرف داروی‌های ضد التهاب و تعدیل کننده روماتیسم باشد. لذا ممکن است این میزان گزارش شده حتی کمتر از میزان واقعی ضایعات دهانی باشد. از نواقص دیگر مطالعه ما عدم تعیین ارتباط ضایعات دهانی بر حسب شدت فعالیت بیماری بود.

از آن‌جایی که در تعدادی از مطالعات ارتباط ضایعات دهانی با بروز برخی از عوارض از جمله نفريت لوپوسی گزارش گردیده است،<sup>۱۷</sup> بنابراین بررسی ارتباط بین ضایعات دهانی و سایر تظاهرات سیستمیک به‌ویژه ضایعات پوستی می‌تواند در پیشگیری سیر بیماری موثر باشد.<sup>۱۸</sup>

نقص دیگر مطالعات ما که البته نیاز به انجام اقدامات تهاجمی در بیمار داشت عدم انجام بیوپسی از ضایعات دهانی و استفاده از تکنیک‌های هستیولوژی و ایمونوفلورسانس و ایمونوهیستوکیماکال جهت تعیین دقیق ماهیت ضایعات دهانی بود. زیرا براساس برخی مطالعات بررسی بافت‌شناسی این ضایعات ممکن است کرایتریای تشخیصی ضایعات دهانی لوپوس را که فقط اولسر دهانی می‌باشد را تغییر دهد.<sup>۱۹</sup>

لذا پیشنهاد می‌گردد که از آن‌جایی که ضایعات پوستی مخاطی از جمله تظاهرات دهانی از تظاهرات شایع بیماری می‌باشد و می‌تواند از اولین علامت بروز بیماری و نشاندهنده یک وضعیت زمینه‌ای سیستمیک باشد، پزشکان و دندانپزشکان به معاینه دهان در بیماران با شکایات غیر اختصاصی اهمیت ویژه

17. Sverzut AT, Allais M, Mazzone R, et al. Oral manifestation of systemic lupus erythematosus: lupus nephritis-report of a case. *Gen Dent* 2008; 56(1): 35-41.
18. Nico MM, Vilela MA, Rivitti EA and Lourenco SV. Oral lesions in lupus erythematosus: correlation with cutaneous lesions. *Eur J Dermatol* 2008; 18(4): 376-81.
19. Lopez-Labady J, Villarroel-Dorrego M, Gonzalez N, et al. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population. *J Oral Pathol Med* 2007; 36(9): 524-7.

## The frequency of oral manifestations in patient with systemic lupus erythematosus

Zahra Zakeri,<sup>1</sup> Behzad Narouie,<sup>2</sup> Alireza Bakhshipour<sup>3</sup>

**Background:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune disease that characterized by producing lots of antibodies. 5-25 percent of patients have oral lesions, however in some studies it has been reported that up to 80% of patients have oral lesions. The purpose of this study was to determine the frequency of oral manifestations in patient with SLE.

**Materials and Method:** In this study 70 SLE patients attending to Zahedan rheumatology clinic were included. SLE patient's mouths were examined under appropriate light by tongue blades after a rheumatologist confirmation. The appropriate questionnaires were filled out. Any lesions in those patients were recorded in the questionnaires after confirmation by a specialist in oral medicine. Then necessary treatments were performed.

**Results:** In this study 70 patients (63 males, 7 females) with SLE were selected, with the age range of 15-70 years. 61.4% of patients had oral lesions. The most common lesions were red lesions (35.08%), white lesions (21.05 %), pigmentations (19.29%), ulcers (10.52%), angular cheilitis (10.52%) and white and red lesions (3.52%). 51.4% of patients had xerostomia. Posterior area of hard palate and lower lip were the most involved sites. There was no significant difference between oral manifestations with age, sex and duration of disease activity ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** As oral manifestations are one of the first SLE features, it shows the necessity of mouth follow up physician examination in order to early diagnosis and better treatment of oral lesions in the patients with SLE disease.

**Keywords:** Systemic lupus erythematosus, oral lesion, epidemiology

1. Associate Professor of Rheumatology, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.
2. General Physician, Clinical Research Development Center, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.
3. Assistant Professor of Gastroenterology, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.