مقاله پژوهشی

ارزیابی فراوانی پیگمانتاسیون دهانی در بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۵

زهرا میرزایی[۱×]، احسان خشابی[۲]، نگار صرافان[۳]

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۴/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۶/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مخاط دهان در حال سلامت، رنگ صورتی دارند که از کم‌رنگ تا پررنگ متغیر است. لثه می‌تواند در اثر عوامل مختلف داخلی یا خارجی دچار تغییر رنگ شود. یکی از عوامل ایجادکننده این تغییر رنگ ملانین می‌باشد. ملانین که یک پیگمان قهوه‌ای رنگ غیر مشتق از هموگلوبین است که مسئول یکی از عوامل تغییر رنگ طبیعی و پیگمانتاسیون لثه و بقیه غشا مخاطی دهان است.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی ارومیه صورت گرفت. در طول سال ۱۳۹۵ با بررسی بر روی ۴۷۶ بیمار که جهت انجام اعمال دندانپزشکی مراجعه کرده بودند، به شکل تصادفی ساده صورت گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۴۷۶ بیمار بررسی شد که ازاین‌بین ۱۳۳ نفر (۲۷/۹۴ درصد) پیگمانتاسیون مخاطی داشتند. ازنظر شدت پیگمانتاسیون،۷۳ نفر (۵۴/۹ درصد) پیگمانتاسیون خفیف، ۲۲ نفر (۱۶/۵ درصد) متوسط، ۳۸ نفر (۲۸/۶ درصد) پیگمانتاسیون شدید دارند. بین میزان پیگمانتاسیون دهانی و جنس (p=۰/۰۳۶) و میزان پیگمانتاسیون دهانی و میزان پیگمانتاسیون دهانی و سن بیماران (p=۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: پیگمانتاسیون مخاطی در منطقه آذربایجان و بخصوص شهر ارومیه با الگوهای شیوع این حالت در کشور مطابقت داشته و همراهی معنی‌داری با جنسیت بیماران و سن بیماران داشته است به‌نحوی‌که در مردان با سن پایین با شیوع بیشتری دیده می‌شود.

کلیدواژه‌ها: پیگماتنتاسیون، شیوع، حفره دهانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و نهم، شماره هشتم، ص ۶۲۰-۶۱۴، آبان ۱۳۹۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده دندانپزشکی، تلفن: ۰۹۱۴۳۸۸۷۴۵۷

Email: L.mirzaei_2009@yahoo.com

مقدمه

سلامت دهانی نقش مهمی در کیفیت زندگی مردم بازی می‌کند و امروزه مطالعات پریودنتال و مشکلات دندانی در ایران بسیار موردتوجه قرار گرفته است (۳-۱) بعضی از ضایعات دهانی می‌توانند علائم مهم برخی بیماری‌های سیستمیک باشند به‌طوری‌که ممکن است به جهت سیر سریع و یا پیش‌آگهی ضعیف، تشخیص قطعی و سریع برخی از آن‌ها بتواند کمک بزرگی برای بیمار محسوب شود (۶-۴). به عبارتی پیگمانتاسیون دهانی و اطراف دهان ممکن است منشأ فیزیولوژیک یا پاتولوژیک داشته باشد و به‌صورت تیپیک ظاهر قهوه‌ای دارد ولی در سیر بیماری تغییر رنگ از قهوه‌ای، آبی و خاکستری تا سیاه‌رنگ دیده می‌شود که چنین تغییر رنگی اغلب ناشی از تجمع مواد پیگمانته درون‌زاد و برون‌زاد هستند (۸،۷) در این میان ممکن است یک ناحیه پیگمانته ناشی از تجمع مواد ارگانیک یا غیر ارگانیک، شامل فلزهای مختلف و متابولیت‌های دارویی باشد (۹-۱۱).

رنگ‌دانه‌های آندوژنیک مخاط دهان در داخل خود بدن و با متابولیسم بدن تولید می‌شود. هموگلوبین، هموسیدرین و ملانین شایع‌ترین منابع درون‌زاد تغییر رنگ مخاطی هستند (۱۲). تجمع زیر مخاطی هموگلوبین و هموسیدرین که توسط لیز شدن گلبول قرمز ایجاد می‌شود معمولاً ظاهری قرمز، آبی یا قهوه‌ای در سطح مخاط تولید می‌کند (۱۳،۱۱). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که میزان پیگمانتاسیون در افراد بزرگ‌سال بیش از جوانان

[۱] استادیار گروه آموزشی بی‌ماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

[۲] استادیار گرروه آموزشی پریودانتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[۳] استادیار گروه آموزشی بی‌ماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-05-13]

است (۱۴). به‌طورکلی می‌توان گفت که عوامل ژنتیکی به‌عنوان مهم‌ترین عامل اندوژن باعث تحریک و افزایش تولید ملانین در ملانوسیت‌ها می‌شوند (۱۵) ولی برخی بیماری‌های سیستمیک (نارسایی آدرنال و بیماری آدیسون و سندروم کوشینگ یا تغییر سطوح آستروئید درون‌زاد و برون‌زاد) نیز می‌تواند باعث پیگمانتاسیون دهانی شود (۱۸-۱۶) و نیز عوامل دیگری مانند غدد اندوکرین و یا عوامل اگزوژن مانند سیگار و داروها (کینولون‌ها، مشتقات دارویی آنتی مالاریا و ماینوسیکلین) و اشعه UV نیز باعث افزایش سنتز ملانین می‌گردد (۲۱-۱۹) با توجه به این که بسیاری از بیماران از وجود پیگمانتاسیون‌های مخاطی بی‌خبرند و احتمال تغیر ضایعه به ملانوم وجود دارد لذا بررسی وجود این ضایعات و طبقه‌بندی آن‌ها بر اساس اتیولوژی موجود آن‌ها برای دندان‌پزشکان حائز اهمیت است (۲۳،۲۲). ازاین‌رو هدف از این مطالعه بررسی میزان و انتشار پیگمانتاسیون دهانی در جمعیت مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی ارومیه و نیز بررسی میزان ارتباط این ضایعات با جنسیت، سن بیمار و تعیین محل فراوانی و حدود پیگمنتاسیون و غیره می‌باشد.

مواد و روش کار

این مطالعه به‌صورت توصیفی– مقطعی (Cross-sectional) در دانشکده دندانپزشکی ارومیه انجام شد و نحوه نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری بود. ازآنجاکه نحوه نمونه‌گیری سرشماری بود و هدف نیز تعیین فراوانی ضایعات مخاط دهان بود به فرمول آماری برای تعیین حجم نمونه نیاز نداشتیم. در این تحقیق جامعه آماری ۴۷۶ بیمار بود که در طی سال ۱۳۹۵، جهت انجام اعمال دندانپزشکی به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بودند. تمامی افراد موردمطالعه فاقد موارد مخدوش‌کننده بودند و موارد متفاوت از مطالعه خارج گردید معیار خروج از مطالعه کودکان و بیماران دارای سابقه خاص مانند بیماران با سابقه پرتودرمانی، بیماران کبدی و صفراوی، پرکاری تیروئید و به‌طورکلی بیمارانی که دارو، سیگار و یا مواد مخدر مصرف می‌کردند و نیز بیمار با رنگ پوست تیره و نیز بیمارانی که مبتلا به پیگمنتاسیون غیر ملانینی بودند. افراد شرکت داده شده در این مطالعه همگی دارای پیگمانتاسیون فیزیولوژیک ملانین بودند و هیچ‌گونه عادت فردی و یا بیماری سیستمیک تأثیرگذار بر روی پیگمانتاسیون در میان این افراد وجود نداشت. مطالعه مذکور از طریق معاینه کلینیکی حفره دهان به‌وسیله آبسلانگ و زیر نور چراغ یونیت انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از فن مشاهده و تکمیل پرسشنامه استفاده شد. معاینه کلینیکی بیماران توسط متخصص بیماری‌های دهان و دانشجوی ترم آخر دندانپزشکی انجام گردید.

تمام ضایعات ملانینی بر اساس محل درگیری طبقه‌بندی شدند طوری که در صورت درگیری در یک ناحیه (گونه، کف دهان، لثه، زبان، کام) درگیری خفیف، اگر در دو ناحیه باشد درگیری متوسط و اگر در بیش از دو ناحیه باشد، درگیری شدید در نظر گرفته می‌شود (۱۱) همچنین اندازه‌گیری میزان پیگمانتاسیون توسط پروب پریودنتال مدرج صورت گرفت و مقدار آن در نواحی تقسیم‌بندی شده مخاط دهان که شامل مخاط گونه، لب، زبان و لثه بود، همراه با مشخص کردن سمت آن در پرسشنامه درج گردید. درنهایت بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها کدگذاری شد و پرسشنامه‌هایی که فاقد اطلاعات لازم بودند، حذف شدند. سپس داده‌ها وارد نسخه ۱۸ نرم‌افزار آماری SPSS شد و سپس مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون استفاده T-test و متغیرهای کمی از آزمون Chi-square استفاده گردید و $p < ۰/۰۵$ نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار آماری بوده است (۲۴).

یافته‌ها

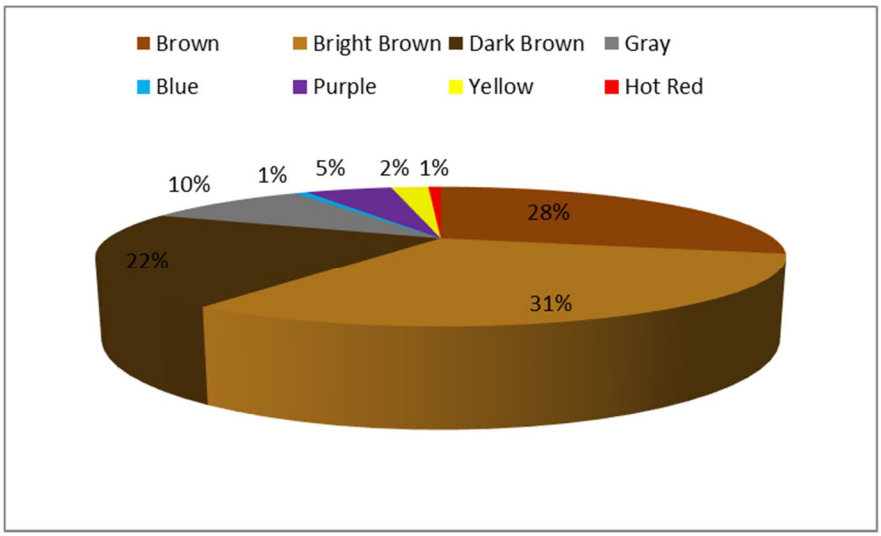
در این مطالعه مجموع ۴۷۶ بیمار موردمطالعه قرار گرفتند که از بین این افراد ۱۳۳ نفر (۲۷/۹۴ درصد) پیگمانتا سیون مخاطی داشتند. از بین افرادی که پیگمانتاسیون مخاطی داشتند ۷۵ نفر (۵۶/۴ درصد) مذکر و ۵۸ نفر (۴۳/۶ درصد) مؤنث بودند. محدوده سنی افراد دارای پیگمانتاسیون ۶۹- ۱۱ سال بود. ازنظر مصرف دارو، ۱۱۷ نفر (۸۷/۹ درصد) داروی خاصی مصرف نمی‌کردند و ازنظر سابقه بیماری خاص،۱۱۲ نفر (۴۲/۲ درصد) سابقه هیچ بیماری خاصی نداشتند و نیز ازنظر شدت پیگمانتاسیون،۷۳ نفر (۵۴/۹ درصد) پیگمانتاسیون خفیف،۲۲ نفر (۱۶/۵ درصد) متوسط، ۳۸ نفر (۲۸/۶ درصد) پیگمانتاسیون شدید داشتند. ازنظر محل پیگمانتاسیون، بیشترین تعداد در قدام لثه فوقانی و کمترین درکام سخت پیگمانتاسیون داشتند (جدول ۱).

جدول (۱): توزیع فراوانی محل پیگمانتاسیون در نمونه‌های موردبررسی.

نمونه	محل	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۱	قدام لثه فوقانی و تحتانی	۳۲	٪۲۴،۱
۲	قدام لثه فوقانی	۳۷	٪۲۷،۹
۳	قدام لثه تحتانی	۳۳	٪۲۴،۸

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-05-13]

نمونه	محل	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۴	مخاط با کال لثه فوقانی و تحتانی	۲۱	٪۱۵،۸
۵	مخاط لینگوال	۴	٪۳
۶	مخاط با کال گونه	۳	٪۲،۳
۷	قسمت داخلی لب‌ها فوقانی و تحتانی	۲	٪۱،۶
۸	کام سخت	۱	٪۰،۸



نمودار (۱): درصد توزیع رنگ پیگمانتاسیون را در نمونه‌های موردمطالعه را نشان می‌دهد.

ازنظر حدود پیگمانتاسیون، ۱۳۱ نفر (۹۸/۵ درصد) پیگمانتاسیون با حدود مشخص و ۲ نفر (۱/۵ درصد) پیگمانتاسیون با حدود نامشخص داشتند که ازنظر رنگ پیگمانتاسیون، ۳۸ نفر پیگمانتاسیون قهوه‌ای متوسط، ۴۱ نفرقهوه ای روشن، ۲۹ نفرقهوه ای تیره، ۱۳ نفر خاکستری،۱ نفرآبی، ۷ نفربنفش،۳ نفر زرد و ۱ نفرپیگمانتاسیون قرمز تند داشتند (نمودار ۱). ازنظر ارتباط بین جنسیت بیماران و میزان پیگمانتاسیون، از بین افراد مذکر، ۳۴ نفر (۴۵/۳ درصد) خفیف،۱۴ نفر (۱۸/۷ درصد) متوسط و ۲۷ نفر (۳۶ درصد) پیگمانتاسیون شدید داشتند. همچنین از بین افراد مؤنث، ۳۹ نفر (۶۷/۲ درصد) خفیف، ۸ نفر (۱۳/۸ درصد) متوسط و ۱۱ نفر (۱۹ درصد) پیگمانتاسیون شدید داشتند و ارتباط بین جنسیت بیماران و میزان پیگمانتاسیون ازنظر آماری معنی‌دار بوده است (p= ۰/۰۳۶).

همچنین ارتباط بین سن بیماران و میزان پیگمانتاسیون بررسی شد که از این نظر، میانگین سنی بیماران باپیگمانتاسیون خفیف ۳۶/۰۳+/۷۶ ۱۳ سال بود و برای پیگمانتاسیون متوسط ۲۸/۸۱-۹/۲ سال و برای شدید ۱۱/۸۲-۲۷/۶ سال بود و ارتباط بین سن بیماران و میزان پیگمانتاسیون ازنظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

داده‌های ما در طی سال ۱۳۹۵ شیوعی در حدود ۹۴/ ۲۷ درصد برای پیگمانتاسیون دهانی در بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های دندانپزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سطح شهر ارومیه به دست آورد که بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک قبلی طیف شیوع ضایعات مخاط دهانی در کشورهای مختلف بین ۵۲-۴/۱ درصد است و ضایعات شایع مخاطی در نقاط مختلف کشورنیز با هم متفاوت می‌باشد (۲۵،۶). این طیف در کشور ایران و در شهر تهران ۱۸/۵ درصد و در رشت ۱۹/۴ درصد و در بابل ۲۷/۹ درصد بود که تقریباً با مقادیر نتایج این تحقیق مطابقت دارد (۲۸،۱۸،۲۷،۲۶) و با توجه به تفاوت بارز در بین مقادیر به دست آمده در کشورهای مختلف، می‌توان تأثیر بارز ژنتیک را در این میزان شیوع تأثیر گذار دانست و نزدیکی مقادیر به دست آمده در این مطالعه با مطالعات قبلی در کشور نیز می‌تواند تأیید کننده این مطلب باشد (۱۵).

برخلاف این که برخی محققین هورمون جنسی زنانه را در بروز پیگمنتاسیون دهانی دخیل می‌دانند در مطالعه حاضر، فراوانی پیگمانتاسیون و شدت آن به‌طور معنی‌داری در بین مردان بیشتر از زنان می‌باشد و این با نتایج مطالعات احدیان در یزد و بابایی و

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-05-13]

همکاران در بابل همخوانی دارد (۳۰،۲۹) پیگمانتاسیون دهانی در مردان ۵۶/۴ درصد و در زنان ۴۳/۶ درصد بود که تا حدودی با مطالعات قبلی هماهنگی دارد و می‌توان نتیجه گرفت که هورمون‌های جنسی زنانه در بروز پیگمنتاسیون ملانین ندارد (۳۱) و دلیل شیوع بالاتر در مردان نسبت به زنان را می‌توان به علت استفاده بیشتر مردان از دخانیات و همچنین تماس بیشتر با نور آفتاب و مجاورت با اشعه ماوراءبنفش دانست هر چند که در مطالعات گورسکی و همکاران چنین ارتباطی بین جنس و شیوع پیگمانتاسیون یافت نشد (۳۲).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین محل پیگمانتاسیون به ترتیب قسمت قدام لثه فوقانی، سپس قسمت قدام لثه تحتانی، قدام هر دو لثه فوقانی و تحتانی به‌طور همزمان، سطح بوکال لثه فوقانی و تحتانی در رده بعدی و با نسبت مشابه در مخاط قدام مندیبل، مخاط لینگوال، مخاط بوکال در قسمت گونه، لب‌ها و کام سخت بود و این با مطالعات قبلی هماهنگی کامل دارد که لثه لبی و گونه‌ای را بعنوان شایع‌ترین محل پیگما نتاسیون دهانی نام برده بودند (۳۰،۳۴،۲۷،۳۳). در این بررسی ارتباط معنی‌داری بین شدت پیگمانتاسیون و سن بیماران به دست آورد به‌نحوی‌که در افراد با میانگین سنی پایینتر شیوع و شدت بیشتر بود و با گزارشات قناعی و همکاران مطابقت دارد (۳۵،۲۸).

در خصوص رنگ ضایعات، شایع‌ترین رنگ، قهوه‌ای روشن و سپس قهوه‌ای و بعد از آن قهوه‌ای تیره و خاکستری و بنفش و زرد و آبی و قرمز بود با این تفاسیر می‌توان اظهار داشت که ضایعات پیگمانه مخاط دهانی متفاوت از ضایعات پیگمانته پوستی نیست.

طبق بررسی‌های انجام گرفته، فراوانی پیگمانتاسیون در میان اقوام و نژادهای مختلف متفاوت است. نتایج این بررسی نشان داد که در مقایسه با مناطق دیگر دنیا میزان پیگمانتاسیون محدوده متوسط قرار داشته است به‌طوریکه این میزان از کشورهای اروپایی بیشتر و از کشورهای جنوب شرق آسیا کمتر بوده است (۳۶).

بنابراین به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که پیگمانتاسیون مخاطی در منطقه آذربایجان و علی الخصوص شهر ارومیه با الگوهای شیوع این حالت در کشور مطابقت داشته و همخوانی معنی‌داری با جنسیت و سن بیماران دارد به‌نحوی‌که در مردان با سن پایین با شیوع بیشتری دیده می‌شود.

References:

1-Newell-Price J, Bertagna X, Grossman AB,Nieman LK.Cushing's syndrome. The Lancet 2006;367(9522): 1605-17.

2-Triantos D.Intra-oral finding and general health condition among institutionalized and non-institutioalized elderly in Greece. J Oral Pathol Med 2005;34(10): 577-582.

3-Arbabikalati A, Alavi V. Frequency of oral mucosal disease in referral patients to dental faculty of Tabriz in2007. Ir J epidemio Fall 2010; 6(3): 50-6.

4-Delavarian Z, Zavar S.prevalance of oral lesions and awareness of their presence in patients attending to oral medicine center of Mashhad dental school. Univ Dent J 2004; 22: 425-36.

5- Yanez M, Escobar E, Oviedo C, Stillfried A, Pennacchiotti G. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Children. Int. J. Odontostomat 2016; 10(3): 463-8.

6- Arvind Babu RS, Chandrashekar P, Kiran Kumar K, Sridhar Reddy G, Lalith Prakash Chandra K, Rao V, Reddy BVR. A Study on Oral Mucosal Lesions in 3500 Patients with Dermatological Diseases in South India. Annals of Medical and Health Sciences Research 2014; 4(2).

7-Mallikarjuna K, Gupta S, Shukla S, Chaurasia S. Unusual extensive physiologic melanin pigmentation of the oral cavity: A clinical presentation. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2013;31: 121-5.

8- Harjit Kaur, Sanjeev Jain, Gaurav Mahajan, Divya Saxena. Oral pigmentation. Int Dental Med J Adv Res (2015), 1, 1–7.

9-McDonald J, Bayrak-Toydemir P, Pyeritz RE. Hereditary hemorrhagic telangiectasia: An overview of diagnosis, management, and pathogenesis. Genet Med 2011;13: 607-16.

10- Shiva A, Mousavi S J.Epidemiologic Study of Oral and Paraoral Malignancies in Sari, Iran. J Mash Dent Sch 2015; 38(4): 337-46. (Persian).

11-Burket LW, Greenberg MS, Glick M, Ship JA.Burket's oral medicine: PMPH-USA;2016.

12-Akinori F, Toshihiko M, Kanae N, Hiroyuki Kano, Yutaka N, Manabu Y, Tadaharu K.Electron Probe

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-05-13]

Microanalysis of Exogenous Pigmentation of Oral Mucosa Originating from Dental Alloy: Two Case Report. Open J Stomatol 2016; 6: 120-6.

13-Harjit K, Sanjeev J, Gaurav M, Divya S. Oral pigmentation. Int Dental Med J Adv Res (2015), 1, 1–7.

14-Newman M, Takei H, Caranza F. Clinical periodotology. Philadelphia: WB. Saundres Co; 2002.

15-Feller L, Masilana A, Khammissa RA, Altini M, Jadwat Y. Lemmer J. Melanin: The biophysiology of oral melanocytes and physiological oral pigmentation. Head Face Med 2014;10: 8.

16-Regezi JA, Sciubba JJ, JordanRC.Oral pathology: Clinical pathologic correlations: Elsevier Health Sciences; 2016.

17-Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. Oral Diseases 2005; 11: 81–7.

18-Greenberg M, Glick M. Burket's oral medicine diagnosis and treatment. 10th ed. Spain: BC Decker Inc; 2003. Chap 6.

19-Gondak RO,da Silva-Jorge R, Jorge J, Lopez MA, Vargas PA. Oral pigmented Lesion: Clinicopathologic features and review of the literature. 2012.

20- Ranganathan k, Hemalatha R.Oral lesions in HIV infection in developing countries: an overview.Advances in Dental Res 2006;19(1): 63-8.

21- Maryam R, R N. Frequency of oral mucosal pigmentation among patient referred to the faculty of dentistry. Majallah-I-Dandanpizishki 2005;17(356):95–100. (persian)

22-Karydis A, Bland P, Shiloah J. Management of oral melanin pigmentation. J Tenn Dent Assoc 2012;92: 10-5.

23-Wang SQ, Kopf AW, Koening K, Polsky D, Nudel KI, Bart RS. Detection of melanomas in patients fallowed up cutaneous photography and dermoscopy. J Am Aced Dermatol 2004;50: 15-20.

24-Ahmadi-Motamaye F, Hadian N. Evaluation of oral health and bleeding management after dental procedures of patients with congenital bleeding disorders in Tehran city in 2015: A comparative study. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(6): 460-67. (Persian).

25-Al-Mobeeriek A, Aldosari A, Prevalence of oral lesions among Saudi dntal patients. Ann Saudi Med 2009;29(5): 365.

26-Nabaei L, Ahmadi, Latif G. Prevalence of Melanocitic navous and pigmentation disorders and their association in children under 7 years old in some kintergardens in Tehran. Pazhohandeh 2006;10(3): 9-15.

27-Benevides dos, Santos PJ, Ferreira C, Ferreira de Aguilar MC, Vieria do Carmo MA. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian comunity Brazil. J Oral Pathol Med; 2004; 33: 7-12.

28-Ghanaei FM, Joukar F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Valeshabad AK. Prevalence of oral mucosal lesions in an adult Iranian population. Iran Red Crescent Med J 2013;15(7): 600-4.

29- Banihashemrad S.A. Assistant Professor, Sanatkhani M. Zareh Gh. Prevalence of gingival and oral pigmentations in battery Industry workers in Khorasan province. J Dentistry Mashhad Univ Med Sci 2005; 29: 9-16. (Persian).

30- Babaei N, Nooribayat S. Frequency of oral pigmentation in patients refred to Babol Dental School (2008-2009).2011. (Persian).

31-Onsal E, Paksoy C, Soykan E, Elhan AH, Sahin M. Oral melanin pigmentation related to smoking in a Turkish population. Com Dent Oral Epidemiol 2001;29: 272-7.

32-Gorsky M, Buchner A, Moskona D, Aviv I.Physiologic pigmentation of the Oral mucusa in Israeli Jews of different ethnic origin.Community

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-05-13]

dentistry and oral epidemiology. 1984;12(3): 188-90.

33-Sarswathi T, Kumar SN, Kavitha k. Oral melanin pigmentation in smoked research: official publication of Indian Reserch. 2002;14(2): 101-6.

34-Lynch B, Brightman VJ, Greenberg MS. Pigmented lesions of the oral mucosa. Oral Medicine - Diagnosis and Treatment. 10th ed. USA: PMPH; 2003.

35-Scott J, Cheah S. The Prevalence of oral mucosal lesion in the elderly in a surgical biopsy population: A Retrospective analysis of 4042 cases1. Gerodontology 1989;8(2-4): 73-8.

36-Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. Oral Diseases 2005; 11: 81–7.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-05-13]

Original Article

EVALUATION OF THE PREVALENCE OF ORAL PIGMENTATION IN PATIENTS REFERRED TO URMIA DENTISTRY SCHOOL IN 2017

Zahra Mirzaei[1], Ehsan Khashabi[2], Negar Sarrafan[3]*

Received: 01 Jul, 2018; Accepted: 17 Sep, 2018

Abstract

Background & Aims: Oral mucosa has a pink color in healthy people and can vary from light to dark. Gingiva may get discolored due to internal and external causes. One of the causative factors is melanin pigmentation. Melanin is brownish pigment that is not derived from hemoglobin, and accounts for some of the natural discoloration and pigmentation of gingiva and other mucosal layers of oral cavity.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was carried out in Oral Diseases Ward of Urmia Dentistry School since May 2016 to May 2017. In this study, 476 patients underwent procedures and were evaluated in a randomized manner.

Results: In this study, 476 patients were studied and among them, 133 ones (27.94%) had mucosal pigmentation. Considering the severity of pigmentation; 73 patients (54.9%) had mild pigmentation, 22 (16.5%) had moderate pigmentation, and 38 (28.6%) had severe pigmentation. There was a significant correlation between oral pigmentation and gender (p=0.036) and the age of patients (p=0.001).

Conclusion: Mucosal pigmentation in Azerbaijan and exclusively Urmia city has concordance with the patterns across the country and has a significant association with patients' gender and age. In this way pigmentation is seen more frequently in male patients with lower age.

Keywords: Pigmentation, Prevalence, Oral cavity

Address: Education Development Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Tel: +984431937321
Email: l.mirzaei_2009@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2018: 29(8): 620 ISSN: 1027-3727

[1] *Assistant Professor, Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)*
[2] *Assistant Professor, Department of Periodontics, School of Dentistry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*
[3] *Assistant Professor, Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-05-13]