



Semnan University of Medical Sciences

# KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

**Volume 21, Issue 1 (Winter 2019), 1-204**

**ISSN: 1608-7046**

**Full text of all articles indexed in:**

*Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase*

---

گزارش مورد

## گزارش یک مورد نادر هایپرپلازی اپیلاری التهابی بدون دنچر

مریم جلیلی صدرآباد<sup>۱\*</sup> (DDS, MSc)، نازیلا عاملی<sup>۲</sup> (DDS, MSc)، محمدحسین امیرزاده ایرانق<sup>۳</sup> (DDS)

۱- بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۲- بخش ارتودنسی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۳- دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، بزد، ایران

تاریخ دریافت: تاریخ پذیرش:

• نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۲۷۹۵۲۵۷، Dr.njalili@gmail.com

### چکیده

**هدف:** هایپرپلازی التهابی اپیلاریا (Inflammatory papillary hyperplasia, IPH) ضایعه خوش خیم مخاطی است که معمولاً کام سخت را در افرادی که از دنچر (دست دندان) استفاده می‌کنند، درگیر می‌کند. اکثر بیماران از وقوع آن ناآگاه هستند اما بعضی سوزش و ناراحتی دارند. نشان داده شده است که IPH با استفاده ۲۴ ساعته از دنچر، به خصوص در شب ارتباط دارد. علی‌رغم پاتوژنز اصلی ناشناخته از آن جایی که استفاده از دنچرهای با تطابق نامناسب و قدیمی و تکثیر میکروارگانیزم‌ها از علل اصلی IPH دانسته شده است و طرح‌ریزی درمان‌ها بر این اساس گذاشته شده، این مقاله به توصیف و گزارش یک مورد نادر از IPH در بیماری فاقد دنچر پرداخته است.

گزارش مورد: بیمار خانم ۲۹ ساله از نظر سیستمیک سالم، به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه شهید صدوقی بزد جهت معاینه دندان دردناک مراجعه نمود. در معاینه داخل دهانی روتینیک پلاک با سطح Pebbly، قرمز، با حدود نامشخص و نامنظم در فرورفتگی غیر نرمال موجود در کام مشاهده شد. دهان شویه نیستاتین تجویز شد. بررسی دوباره یک هفته پس از استفاده از دارو انجام شد. ساینز ضایعه و اریتم سطحی کاهش یافته و به طور کلی ضایعه بهتر شده بود. به علت عدم ایجاد علائم و ناراحتی بیمار در جلسات فالوآپ بعدی شرکت نکرد.

نتیجه‌گیری: IPH همیشه در ارتباط با دنچر نیست و کام عمیق و ابنورمالیتی‌های کام نیز می‌تواند از علل بروز این ضایعه باشد که نیازمند درمان‌های تیمی توسط پزشکان و دندان‌پزشکان جهت برطرف شدن کامل این مشکل می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** هایپرپلازی، التهاب مخاط دهان ناشی از دندان مصنوعی، دست دندان، کام

### مقدمه

هایپرپلازی التهابی اپیلاریا (Inflammatory papillary hyperplasia, IPH) ضایعه خوش خیم مخاطی است که معمولاً کام سخت را درگیر می‌کند اما در بعضی موارد روی مخاط ریج آلتولر ماندبیل مشاهده می‌شود [۱، ۲]. معمولاً این ضایعه همراه استفاده از دنچر (دست دندان) که پوشاننده کام باشد اتفاق می‌افتد، اما در بیمارانی که پروتز کامل فک بالا نداشته‌اند نیز گزارش شده است [۳]. ضایعه غالباً بدون درد، سفت، صورتی یا قرمز و دارای پرولیفراسیون نودولار مخاط است. اکثر بیماران از ایجاد آن ناآگاه هستند اما بعضی سوزش و ناراحتی دارند [۴، ۱].

ویژگی‌های هیستوپاتولوژیک این ضایعه در مطالعات این‌گونه شرح داده شده که بعضی ویژگی‌های یک اپیلومای واقعی و بعضی ویژگی‌های التهابی را دارا می‌باشد [۵].

مطالعات اخیر نشان داد تمایل جنسی وجود ندارد. ضایعه معمولاً در فک بالابیش‌تر از نواحی دیگر رخ می‌دهد که احتمالاً به خاطر پوشش بیش‌تر دندان مصنوعی فک بالا می‌باشد [۶، ۷]. البته مواردی نیز در مندبیل گزارش شده‌اند [۸]. نشان داده شده است که رابطه مستقیم بین استفاده ۲۴ ساعته از دنچر، به خصوص در شب با پیشرفت IPH و افزایش خطر استوماتیت فک بالا وجود دارد. کاهش جریان بزاق در شب و به دنبال آن افزایش تکثیر میکروارگانیزم‌ها می‌تواند توضیحی بر این موضوع باشد [۹].

در تحقیقات قبلی، IPH از نظر بالینی و هیستولوژی به صورت فراوان مورد بررسی قرار گرفته، اما اتیولوژی آن هم‌چنان مورد بحث باقی مانده است [۱] موارد زیر به عنوان عوامل احتمالی اتیولوژیک تعریف شده‌اند: دنچر با تطابق ضعیف، کاربرد مداوم روزانه و شبانه دنچر، بهداشت دهان‌ضعیف، تنفس دهانی، حساسیت به لاینرهای دنچر، مصرف



شکل ۱. پلاک با سطح pebbly، کمی قرمزتر از مخاط اطراف



شکل ۲. پلاک قرمز با سطح pebbly با حدود نامشخص و نامنظم به طول قدامی-خلفی ۱/۵cm در عرض ۱cm در بین برجستگی های روگا و خلف روگا در تقعر و فرورفتگی غیر نرمال موجود در کام

دهان شویه نیستاتین 100000 suspension واحد روزانه چهار بار (۳ بار بعد از غذا و یک بار قبل از خواب) با غرغره کردن در دهان به مدت حداقل ۲ دقیقه (هر بار ۲۵ قطره) و عدم مصرف مواد غذایی و نوشیدنی تا ۳۰ دقیقه بعد تجویز شد. بررسی دوباره یک هفته پس از استفاده از دارو انجام شد. سائز ضایعه و اریتم سطحی کاهش یافته و به طور کلی ضایعه بهبود یافته بود. به علت عدم ایجاد علائم و ناراحتی بیمار در جلسات فالوآپ بعدی شرکت نکرد.

### بحث و نتیجه گیری

هایپرپلازی پاپیلاری التهابی (IPH) یک ضایعه مخاطی است که معمولاً کام سخت را درگیر می کند اما ممکن است گاهی استثنائاً روی مخاط ریج آلتولر در فک پایین دیده می شود. در مطالعات قدیمی نشان داده شده است که IPH ۵۳٪ ضایعات واکنشی حفره دهان را تشکیل می دهد ولی در مطالعات جدیدتر ۲-۳٪ گزارش شده است [۹، ۱۶].

IPH غالباً با استفاده از دنچر با تطابق کم با پوشش کام مرتبط است. این ضایعه بدون درد بوده، قوام سفت، رنگ صورتی تا قرمز دارد. این ضایعه سه مرحله دارد: در مرحله اول قرمزی لوکالیزه روی مخاط مشاهده می شود، در مرحله دوم قرمزی منتشر و در مرحله آخر برجستگی های پاپیلاری ایجاد

تباکو، تغییرات مرتبط با سن، کام عمیق و برخی شرایط سیستمیک [۱۰]. هم چنین IPH می تواند همراه با کلونیزه شدن کاندیدا ناشی از بهداشت دهانی ضعیف باشد [۱۱].

در رابطه با تنفس دهانی، مطالعات متعددی نشان داده اند که افراد با این ویژگی، صورت های طولی تر و ماگزایلی باریک و عمیق تری داشته اند [۱۲]. این بیماران نیاز به درمان های تیمی (multidisciplinary) برای رفع مشکل دارند که کاربرد ابزار اکسپنشن ارتودنسی برای عریض کردن ماگزایلا و اصلاح آناتومی سقف کام از جمله آن ها است [۱۳]. یک مورد نادر از گزارش بروز IPH در کودک ۱۰ ساله، نشان می دهد که این ضایعه می تواند مرتبط با بهداشت دهانی ضعیف و تنفس دهانی باشد [۱۴].

از عوامل دیگری که می تواند منجر به تنگی در فک بالا و ایجاد تغییر در فرم کام شود، عادات دهانی بلندمدت مانند مکیدن پستانک یا شیشه شیر است. همان طور که نوروزی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که کودکان با عادات طولانی مکیدن، ریسک بالاتری جهت ایجاد این بایت قدامی و کراس بایت خلفی ناشی از محدودیت رشد ماگزایلا در بعد طرفی را خواهند داشت [۱۵].

نوع درمان IPH مرتبط با شدت ضایعه و نمای کلینیکی بوده و از کاربرد دهان شویه کلرهگزیدین و داروهای ضد قارچی در موارد خفیف تا الکتروسرجری در موارد شدید متفاوت است [۳].

از آنجایی که استفاده از دنچر علت اصلی هایپرپلازی التهابی پاپیلاری دانسته شده است، این مقاله به توصیف و گزارش یک مورد نادر از هایپرپلازی التهابی پاپیلاری در بیماری که دنچر نداشت پرداخته است.

### گزارش مورد

بیمار خانم ۲۹ ساله با شکایت اصلی درد دندان عفونت کرده به بخش بیماری های دهان دانشکده دندان پزشکی دانشگاه شهید صدوقی یزد مراجعه نمود. دندان نیاز به درمان کانال ریشه داشت. بیمار از نظر سیستمیک سالم بود، در معاینه خارج دهانی مورد مرتبطی وجود نداشت اما در معاینه داخل دهانی روتین یک پلاک با سطح pebbly، کمی قرمزتر از مخاط اطراف با حدود نامشخص و نامنظم به طول قدامی-خلفی ۱/۵ cm در عرض ۱cm مشاهده شد. ضایعه در بین برجستگی های روگا و خلف روگا در ناحیه ای که کام فرد به شکل غیر نرمال مقعر بود دقیقاً در تقعر و فرورفتگی غیر نرمال موجود در کام قرار داشت. ضایعه بدون درد و علامت بود و بیمار از وجود آن اظهار بی اطلاعی می کرد (شکل ۱ و ۲).

در یک مطالعه گزارش موردی، GualVaquez و همکاران، بروز IPH را در یک مرد ۶۰ ساله بدون سابقه پوشش دنچر در فک بالا گزارش نمودند. بر اساس ارزیابی‌های انجام شده عواملی نظیر بهداشت دهانی ضعیف، مصرف تنباکو و احتمال کلونیزه شدن کاندیدا را به عنوان اتیولوژی این ضایعه عنوان داشتند [۲۱].

معمولاً تشخیص این ضایعه بالینی است و بدون نیاز به نمونه‌برداری تشخیص داده می‌شود. در این مطالعه داروی ضد قارچ به عنوان یک رویکرد تشخیصی-درمانی تجویز شد و بهبود ضایعه با تشخیص اولیه ما سازگار بود. هایپرپلازی پاییلاری مرتبط با دنچر استوماتیت در ارتباط با تجمع کاندیدا، یافته‌ی غیر منتظره‌ای نیست، کاهش تعداد کاندیدا آلیکس موجود در بافت با استفاده از دارو یا تصحیح دندان مصنوعی منجر به برطرف شدن ضایعه خواهد شد [۴].

درمان انتخابی در ضایعات پیش‌رفته جراحی می‌باشد، درمان‌های غیر جراحی هم‌چنین توصیه شده‌اند اما این موضوع هنوز هم مورد بحث است. اگر ضایعه در مراحل التهابی و ادما توز باشد، رعایت بهداشت دهان و تجویز داروهای ضد قارچ می‌تواند سبب بازگشت ضایعه شود بنابراین روش‌های جراحی ممکن است ضروری نباشند [۲۲].

در بیمار با تنفس دهانی و کام عمیق، قدم اول درمانی، ارجاع آن‌ها به متخصص گوش و حلق و بینی برای ارزیابی پیش‌تر و درمان انسدادهای ناحیه بینی و گلو است. خط دوم درمان، توسط دندان‌پزشک اجرا می‌شود که می‌تواند اینورمالیتی‌های صورتی و دندانی را با کاربرد درمان‌های ضروری و قطعی شامل درمان‌های اکسپنشن متحرک یا ثابت در سنین قبل و حوالی بلوغ و یا اکسپنشن‌های جراحی در سنین پس از بلوغ و بزرگ‌سالی اصلاح کند. این بیماران به منظور باز شدن سینوس‌های بینی، نیاز به اکسپنشن پالاتال دارند که اجازه تنفس کارتر از بینی را می‌دهد و در عین حال آناتومی کام را بهبود می‌بخشد به گونه‌ای که قابلیت تمیز شونده‌ی آن نیز افزایش می‌یابد [۲۳].

متأسفانه، به دلیل عدم همکاری بیمار و عدم داشتن درد و ناراحتی، بیمار در جلسات پیگیری شرکت نکرد. به هر حال چون اصل اتیولوژی ضایعه که نقص آناتومیکی در ناحیه کام می‌باشد یا بر جاست احتمال عود ضایعه وجود دارد.

IPH همیشه در ارتباط با دنچر نیست و کام عمیق و اینورمالیتی‌های کام نیز می‌تواند از علل بروز این ضایعه باشد که نیازمند درمان‌های تیمی بین پزشکان و دندان‌پزشکان و به ویژه متخصصین بیماری‌های دهان جهت برطرف شدن کامل این مشکل می‌باشد.

می‌کند. اغلب بیماران از حضور آن بی‌اطلاع هستند [۱۶، ۱۷]. غالباً همراه با دنچر گزارش شده ولی فقط مختص به دنچر نیست. مواردی که در ادامه آورده می‌شود به عنوان محتمل‌ترین علل هایپرپلازی پاییلاری پیشنهاد شده است: فشار بیش از حد در منطقه ریلیف کام، دنچرهای با مشکلات انطباق و کم‌انحنای که باعث لغزیدن و حرکات اصطکاکی بیس دنچر می‌شوند، اشکال در غدد بزاقی کامی، بهداشت دهانی ضعیف، مال اکلوژن دنچر که باعث حرکات اضافی می‌شود، استفاده بی‌وقفه و شبانه‌روزی از دنچر، کام عمیق و اینورمالیتی‌های کام [۵، ۱، ۲، ۴] در مورد اخیر که در بیمار ما نیز مشاهده شد، به علت نقص آناتومیکی موجود شرایط خود-تمیزکنندگی (self-cleaning) کام توسط زبان از بین رفته است و گیر میکروفلور دهانی شامل کاندیدا آلیکس، باکتری‌ها و ویروس‌های مختلف در ناحیه سبب ایجاد گشادی عروق (vasodilation)، التهاب، قرمزی و تغییر شکل مخاط به ضایعات پاپولر مانند IPH شده است.

گروهی از محققان IPH را به عنوان نوعی از کاندیدیا زیس مزمن آتروفیک در نظر گرفته‌اند اما نقش این قارچ در اتیولوژی IPH هنوز قطعی نیست [۱۷، ۱۸]. IPH به عنوان یک ضایعه‌ی در ارتباط با کاندیدا (candida associated lesion) شناخته می‌شود و سایر میکروارگانیسم‌های اضافه شده به کاندیدا آلیکس در اتیولوژی ذکر شده‌اند [۴]. Goulart و همکاران با استفاده از تکنیک ایمونوفلورسانس، حضور کاندیدا آلیکس را در تقریباً تمام نمونه‌های مبتلا به هایپرپلازی پاییلاری نشان دادند و لذا چنین نتیجه گرفتند که این بیماری می‌تواند اتیولوژی میکروبی داشته باشد [۱۸].

Brown و همکاران، Merrill و همکاران و Lambson و همکاران ادعا کردند که بافت کامی دچار نقص پاتولوژیک یا آناتومیک، تعداد بیش‌تری از میکروارگانیسم‌ها را نسبت به بافت پالاتال سالم با یا بدون پروتز در خود نگه می‌دارد و کاندیدا آلیکس اغلب با هایپرپلازی پاییلاری در ارتباط می‌باشد [۲۰، ۲، ۴، ۱۹].

Gual-Vaques و همکاران در بررسی سیستماتیک IPH، شیوع آن را بر اساس مطالعات مختلف ۴/۴٪ گزارش کرده‌اند که تنها در ۵ نفر از نمونه‌های مورد بررسی بروز آن بی‌ارتباط با استفاده از دنچر بوده است. در حالی که در ۱۰۱۶ بیمار بررسی شده دیگر، کاملاً مرتبط با استفاده از دنچر بوده است. آن‌ها چنین نتیجه گرفتند که حضور IPH در بین بیماران بدون استفاده از دنچر، بسیار غیرمعمول بوده و احتمالاً در افراد با بهداشت دهانی ضعیف، سیگاری‌ها و یا افراد با تنفس دهانی یافت می‌شود [۳].

[11] Orenstein NP, Taylor T. A non surgical approach to treating aggressive inflammatory papillary hyperplasia: clinical report. *J Prosthet Dent* 2014; 111:264.

[12] Bresolin D, Shapiro PA, Shapiro GG, Chapko MK, Dassel S. Mouth breathing in allergic children: Its relationship to dentofacial development. *Am J Orthod* 1983; 83:334-340.

[13] Jefferson Y. Mouth breathing: adverse effects on facial growth, health, academics, and behavior. *Gen Dent* 2010; 58: 18-25.

[14] Orenstein NP, Taylor T. A nonsurgical approach to treating aggressive inflammatory papillary hyperplasia: Clinical report. *J Prosthet Dent* 2014;111: 264-268.

[15] Noruzi R, Seyed S, Panahi F, Farnam S, Kasbi F, Mokhlesin M, et al. Relationship between sucking behaviors and speech sound disorders in children 3 to 5 years old. *Koomesh* 2017; 19:766-773.

[16] Naderi NJ, Eshghyar N, Esfehian H. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J* 2012; 9: 251.

[17] Guernsey LH. Reactive inflammatory papillary hyperplasia of the palate. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965; 20: 814-827.

[18] VazGoulart MC, Lara VS. Inflammatory papillary hyperplasia of the palate: quantitative analysis of candida albicans and its negative correlation with microscopic and demographic aspects. *Int J Prosthodont* 2011; 24:235-237.

[19] Schmitz JF. A clinical study of inflammatory papillary hyperplasia. *J Prosthet Dent* 1964; 14: 1034-1039.

[20] Pouloupoulos A, Belazi M, Epivatianos A, Velegraki A, Antoniadis D. The role of candida in inflammatory papillary hyperplasia of the palate. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 685-692.

[21] Gual-Vaqués P, Jané-Salas E, Mari-Roig A, López-López J. Inflammatory papillary hyperplasia in a non-denture-wearing patient: A Case History Report. *Int J Prosthodont* 2017; 30:80-82.

[22] Orenstein NP, Taylor T. A nonsurgical approach to treating aggressive inflammatory papillary hyperplasia: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2014; 111: 264-268.

[23] Carvalho FR, Lentini-Oliveira D, Machado MA, Prado GF, Prado LB, Saconato H. Oral appliances and functional orthopaedic appliances for obstructive sleep apnea in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 8:CD005520.

## تشکر و قدردانی

از اساتید متخصص بیماری های دهان ، فک و صورت دانشکده دندان پزشکی سمنان بابت همکاری آنها تشکر و قدردانی می گردد.

## منابع

[1] Ettinger R. The etiology of inflammatory papillary hyperplasia. *J Prosthet Dent* 1975; 34: 254-261.

[2] Neville BW. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. Brazil: Elsevier; 2016; P: 478.

[3] Gual-Vaques P, Jane-Salas E, Eqido-Moreno S, Ayuso-Montero R, Mari-Roig A, Lopez-Lopez J. Inflammatory papillary hyperplasia: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2017; 22: e36-e42.

[4] Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine. 12th ed. PMPH-USA: Shelton; 2015; P: 150.

[5] Fisher AK, Rashid PJ. Inflammatory papillary hyperplasia of the palatal mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1952; 5: 191-198.

[6] Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. *Braz Dent J* 2009; 20: 243-248.

[7] Atashrazm P, Sadri D. Prevalence of oral mucosal lesions in a group of Iranian dependent elderly complete denture wearers. *J Contemp Dent Pract* 2013; 14: 174-178.

[8] Tucker KM, Heget HS. The incidence of Inflammatory Papillary Hyperplasia. *J Am Dent Assoc* 1976; 93: 610-613.

[9] Thomas C, Kotze T, Nash J. Papillarity of the palatal mucosa. *J Oral Rehabil* 1985; 12: 491-497.

[10] Thwaites MS, Jeter TE, Ajagbe O. Inflammatory papillary hyperplasia: review of literature and case report involving a 10-year-old child. *Quintessence Int* 1990; 21:133-138.

## Case report

**Denture free inflammatory papillary hyperplasia: A rare case report**

Maryam Jalili Sadrabad (DDs, Msc)<sup>\*1</sup>, Nazila Ameli (DDs, Msc)<sup>2</sup>, Mohammad Hossein Amirzade Iranaq (DDs)<sup>3</sup>

1- Assistant Professor, Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

3- School of Dentistry, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran

\* Corresponding author. +98 9122795257

Dr.njalili@gmail.com

Received: 4 Sep 2017; Accepted: 25 Aug 2017

**Introduction:** Inflammatory papillary hyperplasia (IPH) is a benign mucosal lesion that frequently affects palatal mucosa in denture wearers. Notably, most of the cases are asymptomatic but some of the patients feel the burning sensation and discomfort. In this way, IPH is associated with 24hours use of denture especially at night, so the main treatment modalities focused on denture modification and candidiasis infection inhibition. Current article reports a rare case of IPH in a denture free person.

**Case report:** A 29 years old healthy woman referred to department of oral medicine, School of Dentistry Shahid Sadoughi University of Medical Sciences (Yazd, Iran) with complaint of toothache. In our routine intraoral examination, a red pebbly plaque with irregular and poorly defined borders on palatal vault was inspected. Nystatin suspension was advised. Reexamination was done after one week that reduction in lesion size and erythema was observed and the lesion was improved generally. Unfortunately, she didn't represent on next follow-up session for no signs and discomfort.

**Conclusion:** IPH is not always associated with dentures, but also deep and abnormal palate could be the cause of this lesion, requiring multidisciplinary approaches between physicians and dentists' especially oral medicine to resolve this problem completely.

**Keywords:** Hyperplasia, Denture Stomatitis, Denture, Palate.