بررسی رابطه اکتینومایست با استوماتیت ناشی از دنچر

دکتر ماندانا خطیبی[#1]، دکتر سعید ذاکر بستان آباد[۲]، دکتر محمد کریم رحیمی[۳]، دکتر یلدا سمسار اصل[۴]

[۱] دانشیار گروه بیماریهای دهان و فک و صورت وعضومرکز تحقیقات جمجمه وفک وصورت، دانشکده دندانپزشکی،دانشگاه علوم پزشکی آزاداسلامی تهران

[۲] دانشیارگروه بیولوژی، دانشکده زیست شناسی، دانشگاه آزاداسلامی واحدپرند

[۳]دانشیار گروه میکروبیولوژی، دانشکده پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی آزاداسلامی تهران

[۴] متخصص بیماری های دهان و فک و صورت

وصول مقاله:۹۸/۱/۱۹ اصلاح نهایی:۹۷/۳/۴ پذیرش مقاله: ۹۸/۳/۱۲

The relation between Actinomyces and denture stomatitis

Mandana Khatibi [1#], Saeed Zaker Bostanabad[2], Mohammad Karim Rahimi[3], Yalda Semsar Asl[4]

[1]Associate Professor, Oral medicine dept; Faculty of Dentistry; Tehran Medical sciences; Islamic Azad University; Tehran; Iran
[2] Associate Professor, Biology dept; Faculty of Biology science; Parand branch; Islamic Azad University; Tehran; Iran
[3]Associate Professor Microbiology dept; Faculty of Medicine; Tehran Medical sciences; Islamic Azad University; Tehran; Iran
[4]Specialist in Oral Medicine; Tehran; Iran

Received: 9 April 2019; Accepted: 3 June 2019

Abstract

Background & Aim: Denture induced stomatitis occurs in 24-60 percents of edentulous people who have dentures.Up to now some etiologic factors have been introduced for denture stomatitis but there are some controversies.In some literatures some other microorganisms have been isolated besides candida albicans as main reasons. According to the incidence of denture induced stomatitis and the resistance and recurrence to treatment with antifungal drugs in some of these cases
this research was done to evaluate the role of actinomycets in these lesions

Material and methods: In this case control study the samples were collected from15 persons with removable full dentures without any denture stomatitis and 15 persons with removable full dentures with denture stomatitis lesions. Both groups were matched according to age, gender، duration of denture wearing ، systemic diseases ,oral hygine, smoking,xerostomia,use of medicines and The samples were transported to the lab in thyo culture and incubated in 37 C for 1 week and then transported to Brain and Heart infusion culture .After sample processing for microscopic evaluation for detecting actinomycets ، the results were analyzed with chi-square test by using spss soft ware version14.

Results: The results shows that 5 of 15 (33.3%) in control group and 11 of 15 (73.3%) in case group were actinomycets positive. ($p < 0.03$)

Conclusions: It seems that, actinomycets can play a role in denture stomatitis ،besides candida albicans.

Key words: *Actinomyces, Denture, Stomatitis , Candida albicans*

***Corresponding Author: Mandanakhatibi@yahoo.com**

J Res Dent Sci. 2019; 16 (2) :102-109.

#، **نویسنده مسئول مکاتبات:** دکتر ماندانا خطیبی **تلفن:** ۲۲۵۶۴۵۷۱ پست الکترونیک: **Mandanakhatibi@yahoo.com**

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]
[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]

خلاصه:

سابقه و هدف: استوماتیت ناشی از دنچر در ۶۰-۲۴ درصد از دارندگان دنچر رخ می دهد. تا کنون علل مختلفی برای ایجاد آن مطرح شده ولی هنوز اختلاف نظر در این رابطه وجود دارد . در برخی از مطالعات علاوه بر کاندیداآلبیکانس به عنوان مسبب اصلی ، برخی از باکتری ها نیز مطرح گردیده اند . نظر به شیوع این ضایعه و نیز گزارش موارد راجعه یا مقاوم به درمان های ضد قارچ ، این تحقیق جهت بررسی نقش اکتینومایست در بروز استوماتیت ناشی از دنچر صورت پذیرفت

مواد و روش ها: در این تحقیق مورد- شاهدی نمونه ها از ۱۵ فرد دارای دنچر کامل فک بالا و پایین که فاقد استوماتیت ناشی از دنچر بودند و ۱۵ فرد دارای دنچر کامل فک بالا و پایین که دارای ضایعه استوماتیت ناشی از دنچر بودند ، جمع آوری گردید.مشابه سازی در دو گروه به لحاظ سن ،جنس ، ابتلا به بیماری سیستمیک به ویژه دیابت، مصرف سیگار ، خشکی دهان ، مصرف دارو ، مدت زمان استفاده از دنچر و بهداشت دهان صورت گرفت . پس از جمع آوری، نمونه ها در محیط کشت تایو به آزمایشگاه منتقل شده و در انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد به مدت یک هفته فرار گرفتند، سپس به محیط brain & heart infusion منتقل شدند . پس از یکماه لام های تهیه شده زیر میکروسکوپ به منظور بررسی حضور اکتینو مایست مورد مشاهده قرار گرفتند . نتایج حاصل از تشکیل کلونی های اکتینو مایست در دو گروه با استفاده از نرم افزار SPSS14 و آزمون آماری کای دو مورد قضاوت قرار گرفت.

یافته ها: میان ۱۵ نمونه گروه شاهد ۵ نمونه (۳۳/۳ درصد) اکتینو مایست مثبت بودندو از بین ۱۵ نمونه گروه مورد ۱۱ نمونه (۷۳/۳ درصد) اکتینومایست مثبت بودند. (P<۰/۰۳)

نتیجه گیری: به نظر می رسد اکتینومایست می تواند در بروز استوماتیت ناشی ازدنچر علاوه بر کاندیدا آلبیکانس ایفای نقش دارد.

کلمات کلیدی: استوماتیت، دنچر، اکتینومایس ،کاندیدا آلبیکانس

مقدمه:

استوماتیت ناشی از دنچر به واکنش پاتولوژیک مخاط پوشاننده دست دندان مصنوعی (دنچر) در کام اطلاق می‌شود.[۱] این ضایعه در ۶۰-۲۴ درصد از دارندگان دنچر رخ می‌دهد.[۲] در خانمها فراوانتر وبا افزایش سن شیوع آن بیشتر میشود. تا کنون علل اتیولوژیک مختلفی برای ایجاد ضایعه مطرح شده که مهم ترین آن کاندیداآلبیکانس می‌باشد.[۳]

کاندیدا آلبیکانس نوعی قارچ گرم مثبت است که به عنوان ارگانیسم طبیعی محیط دهان افراد سالم شناخته میشود. تحت شرایط خاص موضعی و سیستمیک وابسته به میزبان، این قارچ حالت پاتوژن می یابد و میتواند سبب برخی بیماری ها از جمله استوماتیت ناشی از دنچر در محیط دهان شود.[۴] تداوم استوماتیت ناشی ازدنچر در صورت عدم درمان دارویی و رفع شرایط مستعدکننده منجر به ناتوانی بیمار در استفاده از دست دندان خواهد شد که بر تغذیه و کیفیت زندگی او اثرگذار خواهد بود.[۵]

علیرغم نظر غلبه قارچ ها در اتیولوژی ضایعه ،در برخی مطالعات جدیدتر به غلبه باکتری ها بر قارچ ها در ناحیه زیرین دنچر در مطالعات میکروسکوپیک اشاره شده است. از طرفی حذف ضایعه پس از مصرف آنتی بیوتیک و نیز مشاهده موارد مقاوم به درمان ضد قارچ بر نقش باکتریها در این ضایعه تاکید می کند.[۶] در برخی مطالعات نیز پس از درمان با ضدقارچ های معمول تمایل به عود گزارش شده است.[۷]

میکروفلورای موجود در ضایعات استوماتیت ناشی از دنچر پیچیده بوده و علاوه بر کاندیدا آلبیکانس شامل باکتری هایی از گونه های مختلف مانند استرپتوکوکوس،ویونلا – لاکتوباسیلوس ـ پره وتلا و اکتینومایست می باشد. هنوز میزان مشارکت و نقش باکتری ها در پاتوژنز استوماتیت روشن نمیباشد.[۸]

اکتینومایست باکتری گرم مثبت و فیلامنتوس بی هوازی و از ساکنین طبیعی حلق دهانی ، سیستم تنفسی فوقانی ، دستگاه

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]
[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]

گوارش و سیستم تناسلی خانمها میباشد. ایزولاسیون و تشخیص آن با روش‌های معمول ، مشکل و صرفا بر اساس برخی از مشخصات بیوشیمیایی مثل پیگمانتاسیون و تولید کاتالاز انجام می پذیرد.ویرولانس ارگانیسم ، پایین ویک باکتری فرصت طلب محسوب می‌شود.[۹]

نقش اکتینومایست در بروز ضایعات پری اپیکال مقاوم به درمان های معمول ریشه دندان، پوسیدگی های دندانی و پاکت های پریودونتال به خوبی مشخص شده است.[۱۰-۱۱-۱۲] در مورد بررسی نقش آن در استوماتیت ناشی از دنچر نیز تحقیقات محدودی صورت گرفته [۶،۱۳] ولی هنوز خلاء اطلاعاتی در مورد نقش آن احساس میگردد. این امر همراه با نیاز به درمان های طولانی مدت ضدقارچ در برخی از بیماران و گزارش موارد عودکننده و مقاوم به درمان ، محققین این مطالعه را برآن داشت تا به رابطه اکتینومایست با استوماتیت ناشی از دنچر را در مراجعین به دانشکده دندانپزشکی آزاد اسلامی تهران بررسی کنند.، شاید نتایج تحقیق بتواند منجر به تغییر پروتکل درمانی ضایعه و بهبود شرایط مبتلایان گردد.

مواد و روش ها:

این مطالعه مورد-شاهدی برروی گروه موردشامل ۱۵ فرد بی دندان کامل که از دنچر هردوفک استفاده می کردند ومدت استفاده از دنچر فک بالای آنان بیش از یکماه بود ومبتلا به استوماتیت ناشی از دنچر بودندبا معیار تشخیصی طبقه بندی کلینیکی نیوتن [۱،۸]ودریک ماه اخیر از هیچ آنتی بیوتیک ودهانشویه وداروی ضدقارچ استفاده نکرده بودند وگروه شاهد ۱۵ نفری شامل افرادی که دارای دنچرهردوفک بوده ومبتلا به استوماتیت ناشی از دنچر نبودندودریک ماه اخیر از آنتی بیوتیک ودهانشویه وداروی ضد قارچ استفاده نکرده واز لحاظ سن، جنس، مصرف هرگونه داروجز آنتی بیوتیک ودهانشویه وضد قارچ، ابتلا به بیماری سیستمیک خاص بویژه دیابت،طول مدت استفاده از دنچر، بهداشت دهان [۱۴]، مصرف سیگار[۱۵] وخشکی دهان[۱۶] با گروه مورد مشابه شده بودند، صورت پذیرفت.

جامعه مورد بررسی (گروههای مورد وشاهد) ازمیان مراجعه کنندگان به بخش بیماریهای دهان وفک وصورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران که پس از توجیه طرح موافقت آگاهانه وکتبی خود را جهت شرکت در طرح و تهیه نمونه آزمایشی اعلام نمودند برگزیده شدند.

پس از تعیین افراد واجدشرایط مطالعه واخذ رضایت نامه کتبی وتکمیل فرم اطلاعاتی جهت نمونه گیری پس از خشک نمودن ناحیه با گاز استریل توسط سواب پنبه‌ای از ناحیه کام بیمار وروی ضایعه، نمونه ای برداشته ودر محیط کشت تایو قرارداده شد. سپس از یک ناحیه سالم فاقد ضایعه درفک بالانیز یک نمونه برداشته و در محیط کشت تایو قرار گرفت. نواحی توسط کد مشخص واز یکدیگرتفکیک شده وروی هرلوله آزمایش کد ناحیه وکدبیمار نوشته شد. سپس کلیه نمونه ها به آزمایشگاه میکروبیولوژی دانشکده پزشکی آزاداسلامی منتقل گردید و بمدت ۷روز در انکوباتوردر دمای ۳۷ درجه سلسیوس قرارگرفت.

پس از مشاهده رشد باکتریها وایجادکولونی از محیطهای کشت موجود، نمونه‌ای جهت انجام کشت های معمول بیهوازی شامل تایو و نمونه‌ای نیزجهت محیط کشت اختصاصی برای رشد اکتینومایست و رنگ آمیزی گرم برداشته شد. پس از حدود یک ماه برای بررسی رشد اکتینومایستهای احتمالی کلونیهای ایجادشده مورد مشاهده میکروسکوپیک قرار گرفت.تشکیل کولونی بعنوان معیار حضور یا عدم حضور اکتینومایست مورد توجه قرارگرفت.[۹]

لازم بذکراست پس از قرارگیری نمونه ها درمحیط کشت تایو درپوش پنبه ای روی لوله آزمایش قرار گرفت و با چسب پارافین سیل شد و درکمتر از ۴ ساعت هرنمونه به آزمایشگاه منتقل می‌گردید. همچنین محل برداشت نمونه درپرونده بیمار قید شده وکدبیمار روی لوله آزمایش حاوی محیط کشت ثبت می گردید.هنگام نمونه گیری به ازای هرنمونه که درگروه مورد

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]
[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]

قرار میگرفت یک نمونه مشابه برای گروه شاهد انتخاب میشد(براساس معیارهای مشابه سازی). بدین ترتیب اگر برای موردی شاهد واجد شرایط یافت نمی‌شد آن مورد حذف میگردید.

برای تعیین خشکی دهان اندازه گیری بزاق غیر تحریکی ملاک بود.دراین راستا از بیمار خواسته میشدبزاق خود را برای مدت ۱ دقیقه درلوله آزمایش مدرج تخلیه نماید.اگرمیزان آن کمتراز۰/۱میلی لیتر دردقیقه بودبعنوان گزروستومیا در نظر گرفته میشد.[۱۶]

جهت تعیین وضعیت بهداشت دهان در افراد بی دندان مشاهده پلاک ورنگدانه روی سطح پوشاننده ناحیه بی دندانی دنچر ملاک بود.اگر بیش از ۱/۳ آن توسط رنگدانه وپلاک پوشیده شده بود بعنوان بهداشت "ضعیف" واگرکمتراز۱/۳ آن توسط رنگدانه وپلاک پوشیده شده بود بعنوان" قابل قبول "ودرصورتی که فاقد هرگونه پلاک ورنگدانه بود بعنوان "خوب"درنظرگرفته می‌شد.[۱۴]

ابزار تعیین سایرفاکتورهای مشابه سازی پرسش از بیمار وتکمیل فرم اطلاعاتی بود. .پس از جمع آوری اطلاعات ،داده ها با استفاده از نرم افزار آماری spss14 و آزمون کای دو تحت آنالیز آماری قرارگرفت.

یافته ها:

توزیع خصوصیات مورد بررسی گروه های مورد و شاهد که در جدول ۱ ارائه شده نشان میدهد که افراد دو گروه به لحاظ سن ، جنس ، مدت زمان استفاده از دنچر ، ابتلا به بیماری سیستمیک خاص ، مصرف سیگار ، بهداشت دهان، مصرف دارو (جز آنتی بیوتیک ، ضدقارچ ، دهانشویه) و خشکی دهان مشابه بوده و یا اختلاف آماری معنی داری نداشتند. (P<۰/۷) همچنین افراد دو گروه از لحاظ وضعیت اقتصادی اجتماعی (مراجعین به یک مرکز) و همزمانی نیز مشابه بودند.

جدول ۱- توزیع افراد مورد بررسی بر حسب خصوصیات به تفکیک وجود یا عدم وجود ضایعه

خصوصیات / ضایعه	سن	جنس		مدت استفاده از دنچر	بیماری سیستم یک		مصرف سیگار		مصرف دارو		خشکی دهان		بهداشت دهان		
		مرد	زن		ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ضعیف	خوب وقابل قبول	
ندارد (شاهد)	۶۰/۹۳±۱۴/۳۳	۷	۸	۱۲/۹±۱۲/۵۱	۹	۶	۱۰	۵	۱۱	۴	۱۴	۱	۸	۷	P<۰/۷
دارد(مورد)	۵۶/۷۳±۱۲/۹۰	۸	۷	۱۲/۴۳±۱۳/۵۳	۱۰	۵	۹	۶	۱۲	۳	۱۴	۱	۹	۶	

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]
[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]

توزیع افراد مورد بررسی بر حسب استوماتیت ناشی از دنچر و به تفکیک داشتن باکتری اکتینومایست در جدول ۲ ارائه شده است و نشان می دهد که در افراد گروه شاهد ۵ نفر یا ۳۳/۳ درصد در مواجهه با باکتری بوده اند و در گروه مورد ۱۱ نفر یا ۷۳/۳ درصد در مواجهه با باکتری بوده اند .

آزمون کای دو نشان داد که این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار است : (P <۰/۰۳) به این معنا بیمارانی که استوماتیت ناشی از دنچر داشتند ۵/۵ برابر بیشتر از افراد فاقد استوماتیت در مواجهه با باکتری اکتینومایست بودند. OR=۵/۵ نشان داد که این مواجهه بیشتر ، به لحاظ تعمیم پذیری نیز قابل قبول است.

جدول۲- توزیع افراد مورد بررسی بر حسب ابتلا به استوماتیت ناشی از دنچر به تفکیک حضور یا عدم حضور اکتینومایست

استوماتیت ناشی از دنچر / اکتینومایست	ندارد (گروه شاهد)	دارد (گروه مورد)
عدم حضور	: (۱۰) ۶۶	۲۶ (۴)
حضور	۳۴ (۵)	۷۴(۱۱)
جمع	۱۰۰ (۱۵)	۱۰۰ (۱۵)

بحث:

تحقیق حاضرنشان دادمبتلایان به استوماتیت ناشی از دنچر درمواجهه بیشتری با باکتری اکتینومایست هستند.

Martins وهمکاران طی مطالعه خود بیان کردندکه دربیماران دارای استوماتیت ناشی از دنچرکوکسی هاورادهای گرم مثبت بیشترازافراددارای دنچرکامل وفاقد استوماتیت مشاهده می-شود.[۶]

Salerno وهمکاران نیز وجودپلاک میکروبی حاوی باکتریهای گرم مثبت(غالبااکتینومایستها)رابعنوان عامل مستعدکننده استوماتیت ناشی از دنچر مطرح کردند.[۴]

همچنین تحقیق Daniluk وهمکاران نشان دادکه تداخل بین قارچ وباکتری دربروز ضایعات ناشی ازدنچردخالت دارد.دراین تحقیق اکتینومایستها بعنوان باکتری بیهوازی از ضایعات جداشدند.[۲]

Glass و همکاران نیز گونه های مختلف اکتینومایست را از دنچر جدا کردند.[۱۳]

پژوهشهای اخیربه نقش باکتریها بویژه اکتینومایست در بروز ضایعات استوماتیت ناشی از دنچر اشاره می‌نمایند. یافته‌های تحقیق حاضر نیزدرراستای تایید این پژوهش ها می‌باشد.[۲،۱۳،۶] در بررسی اخیر سعی براین بوده تاتمام عوامل موثر بر حضور اکتینومایست دردوگروه مورد و شاهد تا حد امکان حذف یا مشابه سازی گردند از جمله سن، جنس، مدت زمان استفاده از دنچر،مصرف سیگار، ابتلابه بیماری سیستمیک خاص بویژه دیابت، مصرف داروبویژه داروهای مضعف سیستم ایمنی، خشکی دهان و بهداشت دهان. بررسی اثر مجموعه این عوامل درهیچیک از مطالعات گذشته لحاظ نگردیده بود.

درتوجیه تحقیق حاضر و مشابه سازی خشکی دهان دردوگروه بایدتوجه داشت که عوامل مرتبط با از دست دادن دندانها عبارتند از پوسیدگیهای شدید، از دست دادن ساپورت پریودنتال، تروما وسابقه اعمال دندانپزشکی که به مرور سبب ازدست رفتن دندانها می‌شوند. از این رو بیشتردارندگان دنچر را سالمندان تشکیل می‌دهند.[۲] ازطرفی بزاق بطور اولیه بعنوان عامل شستشوی باکتریها در دهان عمل می‌کند و آگلوتینین نیز ماده ایست که دربزاق وجود داردو باعث بهم چسبیدن باکتریها میشودوازچسبندگی آنها به مخاط جلوگیری کرده و سبب دفع یا کاهش کلونیهای باکتریال دردهان می‌شود.[۱۷]

درسالمندان بطورطبیعی بواسطه افزایش سن یا مصرف برخی از داروها تولیدبزاق توسط غدد بزاقی کاهش می یابد. بروز خشکی دهان می‌تواند بعنوان عاملی جهت تجمع بیشتر ارگانیسمها درحفره دهان بویژه درنواحی تحت پوشش دنچر بشمار آید.

درخصوص تاثیر مدت زمان استفاده از دنچر می‌توان گفت:دراکثریت موارد دنچرهای فک بالا بعلت شکل قوس فک

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]
[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]

بالا ووسعت استخوان کام از سیل(پوشش) مخاطی مناسبی برخوردارندودرصورتی که به مدت طولانی درطول شبانه روزازدهان خارج نشوندمیتوانندمانع رسیدن بزاق به سطح زیرین دنچر شوند.

ازطرفی دنچرفک پایین بعلت فرم نعل اسبی شکل فک پایین وعضلات کف دهان مانند دنچر فک بالا قادر به پوشش مخاط در برابر ورود بزاق نمی‌باشد.[۱۸]

نرسیدن بزاق به سطح زیرین دنچر میتواند محیط مناسبی برای رشد باکتریهای بیهوازی فراهم کند.علاوه برنقش بزاق دربروز ضایعه وفراوانی ارگانیسمهای دخیل حضور دنچر به مرور زمان باعث ایجاد تغییراتی درمخاط طبیعی دهان می‌شود. طبق تحقیقات بعمل آمده درمخاطی که تحت پوشش دنچر قرار نداردبا افزایش سن ضخامت اپیتلیوم افزایش می یابدولی بنظر میرسد استفاده مداوم از دنچر باعث شود که این افزایش ضخامت رخ ندهد.[۱۹]

تغییرنوع اپیتلیوم از ارتوکراتینیزه کامل به ارتوکراتینیزه ناکامل درنواحی پوشیده شده توسط دنچر که اغلب پس ازیکسال استفاده از دنچر رخ میدهدنیز گزارش شده که توجیهی درمسیرمقاومت کمتر مخاط در مقابل نفوذ ارگانیسمها می‌باشد.[۱۸]

حضوردنچربرای مدت طولانی وبی وقفه درحفره دهان طی شبانه روز اجازه استراحت وانجام فعل و انفعالات طبیعی با بزاق و محیط را ازمخاط زیرین می‌گیرد. ازسویی دیگردهان محیطی کاملا باز وقابل دسترسی برای ارگانیسمها می‌باشد. باکتریها نیز برای بقاء وکلونیزاسیون بایستی ابتدابه مخاط اتصال پیداکنند و این عمل بین باکتریها بصورت کاملا انتخابی رخ می‌دهد.

برخی از میکروارگانیسمها دراین میان بعنوان پاتوژن فرصت طلب عمل میکنندیعنی زمانی که به هر علتی آسیب به سد دفاعی مخاط وارد شودواردعمل شده و ایجاد آسیب مخاطی می‌نمایند.[۱۳-۱۴]

مروری بر مقالاتی که عوامل دخیل در بروز استوماتیت رابررسی کرده اندبیانگراین هستندکه مصرف سیگار-دیابت[۲۰]-مدت زمان طولانی استفاده ازدنچر بنوعی سبب آسیب واختلال درنحوه عملکردطبیعی اپیتیلوم می‌گردند.[۱۴]

بدنبال آسیب به سدمخاطی، باکتریها وقارچها بسرعت به نواحی عمقی تر نفوذ کرده و سبب بروز بیماری میگردند.علاوه بردیابت-بهداشت دهان- میزان بزاق، مصرف سیگار و دارو، نقص برخی از عوامل تغذیه ای ودرگیری کلیه (بعنوان یک بیماری سیستمیک خاص)ونیزسطح ویتامین A خون بعنوان عوامل دخیل بروز استوماتیت ناشی از دنچر گزارش شده اند.[۲،۴]

لازم به یادآوری است که محققین دریک بررسی متا آنالیز بر روی شیوه درمانی گوناگون دنچراستوماتیت ازنظرعلایم بالینی ومیزان تجمع میکروب تفاوتی میان روش‌های درمانی ضدعفونی کننده وضدقارچ نیافتندوتوجه به ارگانیسمهای دخیل دیگرجزقارچ هاراضروری دانستند.[۲۱]

همچنین پیشرفتهای اخیربربکارگیری موادمورد استفاده دردنچرباهدف کاهش تشکیل بیوفیلم چسبیده به دنچرمتمرکزشده اندتاکلونیزاسیون قارچی وباکتریال کاهش یابدو همراه با رعایت دقیق بهداشت دهانی به کاهش فراوانی دنچراستوماتیت منجرگردد.[۲۲،۲۳،۲۴]

با توجه به مشابه سازی دو گروه مورد و شاهد دربررسی حاضر تنها بررسی دقیق نواقص تغذیه ای پنهان و سطح ویتامین A خون که تظاهربالینی خاص ایجاد نکرده باشد قابل اجرا نبود(بدلیل لزوم انجام آزمایشات پارا کلینیکی متعدد و متنوع و امتناع بیماران از اجرای آنها). این امر از محدودیتهای بررسی محسوب می‌شد. ضمنا پاسخهای فردی میزبان و چگونگی پاسخهای ایمنی اولیه و اکتسابی هر فرد از جهت کمی وکیفی نیز میتواند عامل مهمی در میزان تجمع ارگانیسمها بویژه اکتینومایست قلمداد شود.

باتوجه به استریل بودن محیطهای کشت وسوابهای پنبه ای نمونه برداری وانتقال هرچه سریعتر به آزمایشگاه درتحقیق

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]
[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]

حاضر سعی بر این بودکه احتمال آلودگی ثانویه نمونه هابه حداقل برسد.همچنین نمونه گیری از مراجعین به یک مرکز(دانشکده دندانپزشکی آزاداسلامی)باعث شده جامعه مورد بررسی از نظر شرایط اقتصادی-اجتماعی وهمزمانی نسبتا همسان باشند.

مجموعه عوامل یادشده از مزایای مطالعه اخیر ودرراستای افزایش دقت آن میباشد.

نتیجه گیری:

به نظر میرسد اکتینومایست می تواند در بروز استوماتیت ناشی ازدنچر علاوه بر کاندیدا آلبیکانس ایفای نقش نماید.

البته باوجوداحتمال ۵/۵برابری مواجهه با اکتینومایست در استوماتیت ناشی از دنچر نسبت به نمونه‌های سالم هنوز نمیتوان نقش قطعی اتیولوژیک برای اکتینومایست دراین ضایعه قائل شد. این نتیجه گیری قطعی نیاز به تحقیقات گسترده ترباحجم نمونه بیشتردارد ولی ازآنجاکه نتیجه بررسی حاضر به لحاظ آماری تعمیم پذیری قابل قبولی داشته شایدبتواند راهگشای پژوهشهای آینده وطراحی درمانهای جدید ضدمیکروبی همراه با درمانهای ضدقارچ درمواردرمان استوماتیت ناشی از دنچر بخصوص موارد مقاوم به درمانهای معمول وموارد عودکننده باشد

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]

[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]

References:

1.Zarb J، Bolender C . Prosthodontic treatment for edentulous patients at complete dentures and implant supported prosthesis;13 nd ed. Philadelphia: Mosbey. (4) 2012. p:34-36

2.Daniluk T ،Fiedoruk K، Sciepuk M، Zaremba ML. Rozkiewicz D, Cylwik-Rokicka D, et al . Aerobic bacteria in the oral cavity of patients with removable dentures. Advances in medical science 2006 ;51 (1):86-90

3. Mravak M، Hemerich L،Jurcis I ،Jeolimov V.Stimulating local factors in the development of denture stomatitis. Acta stomatal croat 2000 (3):133-6.

4. Salerno C، Pascal M، Contaldo M، Esposito V, Maurizio Busciolano , Lucio Milillo et al. Candida associated denture stomatitis. J of medical oral patol oral cir buccal 2010; (2):1-5

5.Sciubba J. Denture stomatitis treatment and management.2015; Available at: https://emedicine.medscape.com/article/1075994-treatment . september 2; 2015

6.Martins KV,Gontigo SM,Treatment of denture stomatitis:literature review.Rev Bras odontol 2017; 74(3):215-220

7.Chandra J، Mukherjee P.K، Leidich S.D. Faddoul FF, Hoyer LL, Douglas LJ. Antifungul resistance of candidial biofilms formed on denture acrylic in vitro. Journal of dental research 2001; 80(3):903-8.

8.Greenberg MS، Glick M ،Ship J. Burket's oral medicine.2008.11nd ed.BC Decker Inc.Hamilton.chapter(4):81

9. Simmer PJ. Doerv KA.Steinmetz LK. Wengenak NL. Mycobacterium and aerobic Actinomyces culture:Are two medium types and extended incubation times necessary?
J clin Microbial 2016;54(4):1089-93.

10.Santos Al.Siqueira JF.Rocas IN.Jesus EC.Rosado AS.Tiedje JM. Comparing the bacterial diversity of acute and chronic dental root canal infections. J PLOS one 2011;6(11):1-8

11. Micheal G.Newman M.Takeie H،Fermin A.Carranza F.Carranza's clinical periodontology, 12 nd ed. By Elsevier Canada 2015 (23) : 232، 244.64.

12. Asikainen S.Dogas B.Turgut Z.Paster BJ.Budur A.Oscarsson J. Specified species in gingival crevicular fluid predict bacterial diversity. J PLOS one 2010;25(5) :1-12

13.Glass RT. Hadley CS. Conrad RS. Partial spectrum of microorganism found in denture and possible disease implication. JAOA 2001; 101(2):92-4.

14. Naik AV, Pai CR. A study of factors contributing to denture stomatitis in a north Indian community. Int J Dent ;2011:589064.

15. Khatibi M.Ghavamzadeh A.Farizadfar M.Khalifeh S.The prevalence of oral mucositis and related factors in 80 BMT patients in Tehran shariati Hospital. JSSU 2015 ; 23(2):1886-88.

16. Glick M. Burkets oral medicine. 12 nd ed. Shelton,Connecticut; Peoples medical publishing house USA; 2015 (8):194

17.Howard F. Lamont R. Jenkinson H. Oral microbiology at a glance.1th ed. , Southern Gate, Chichester, West Sussex; united kingdom; John Wiley & Sons Ltd pub;2010. p:9,66

18-Baochen Sh. Tingxi Wu. Jeffrey M. Anna E. Youngik Y. Xuesong H. Hongyang Lv . Xuedong Z. Wenyuan Shi. Huiying Li. Renate L. The Denture-Associated Oral Microbiome in Health and Stomatitis. 2016;Available at: https://msphere.asm.org/content/1/6/e00215-16 . December 28 ;2016

19.Lindsay E .Robertson D .Nile C. Cross J.The oral microbiome of denture wearers is influenced by levels of natural dentition. J Plos one 2015; 1-22

20.Khatibi M .Amirzadeh Z .Heidari I .Estifaee A .Examining the relationship between type2 diabetes with denture stomatitis.J Apple.Biol.Sci 2015; 5(12):284-7.

21.Yarborough A .Dugum I .Mendonca G. Macgraw K. Stoner L. Evidence regarding the treatment of denture stomatitis . Journal of Prosthodontics 2016;(25):288-301

22. Pathmashri V.P Abirami D. A review on denture stomatitis. J .Pharm.sci &Res 2018 ;8(8):875-7.

23.O, Donell LE.Alalvan HK. Kean R. Calvert G. Nile CJ. Candida albicans biofilm does not influence denture stomatitis but strongly influence denture cleansing capacity. JMed microbial 2017; 66(1):54-60

24. Flores IL.Souza LT. Is topical Antifungal the appropriate first choice for denture stomatitis ?Ann clin lab Res.2017(5):1-5

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.5.2]
[DOI: 10.29252/jrds.16.2.102]