

ΤΟ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΕΙΔΕΣ ΚΟΚΚΙΩΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΕΛΕΤΗ 1140 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Σ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ*, Β. ΠΑΝΗΣ**, Κ. ΤΟΣΙΟΣ***, Ι. ΒΡΟΤΣΟΣ****

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Το αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα είναι μία συνήθης εντοπισμένη υπερπλαστική βλάβη της στοματικής κοιλότητας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναδρομικού χαρακτήρα ανάλυση των κλινικών χαρακτηριστικών του αιμαγγειωματοειδούς κοκκιώματος σε Έλληνες ασθενείς και η σύγκριση των ευρημάτων με εκείνα αντίστοιχων παλαιότερων ελληνικών και διεθνών μελετών. Συνολικά 1140 περιπτώσεις αιμαγγειωματοειδούς κοκκιώματος (21 από αυτές ήταν επουλήδες κύησης) συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την αναδρομικού τύπου μελέτη. Οι απαραίτητες πληροφορίες για τα κλινικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η εντόπιση, το μέγεθος και η διάρκεια των βλαβών στο στόμα πριν τη χειρουργική εξαίρεσή τους, συλλέχθηκαν από τα παραπεμπτικά των ιστολογικών εξετάσεων από τα αρχεία του Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά την περίοδο 1974-2002. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών ήταν $41,83 \pm 20,70$ έτη, με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του όγκου (58,6%) να εντοπίζεται μεταξύ της πέμπτης και της έβδομης δεκαετίας. Ο λόγος: γυναίκες:άνδρες βρέθηκε ίσος με 1,76:1. Η συχνότερη εντόπιση του αιμαγγειωματοειδούς κοκκιώματος ήταν στα ούλα (70,63%). Η μέγιστη διάμετρος της βλάβης κυμαινόταν από 0,2 έως 4,0 εκατοστά. Μία στις τρεις περιπτώσεις (31,18%) διαγνώσθηκε και θεραπεύτηκε μέσα στον πρώτο μήνα από την εμφάνισή της στο στόμα, ενώ το 39,64% των ασθενών παρέλειψε να ζητήσει ιατρική βοήθεια για μία περίοδο από τρεις μήνες έως και είκοσι χρόνια. Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά του αιμαγγειωματοειδούς κοκκιώματος στο συγκεκριμένο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού είναι παρόμοια με εκείνα προηγούμενων μελετών. Υπάρχουν ωστόσο διαφορές ως προς τη μέση ηλικία ανδρών και γυναικών, αλλά και ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία εντοπίζεται η μέγιστη επίπτωση του όγκου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αιμαγγειωματοειδές (πυογόνο) κοκκίωμα (ΑΚ) είναι ένας συνήθης καλοήθης όγκος των βλεννογόνων και του δέρματος, που περιγράφηκε αρχικά

το 1897 από τους Poncet και Dor¹. Σε μελέτη² 991 αντιδραστικών όγκων των ούλων από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το ΑΚ αποτελούσε το συχνότερο ουλήιο όγκο, και ακολουθούσαν το περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα (ΠΓΚ), το περιφερικό οστεοποϊό ίνωμα (ΠΟΙ) ή περιφερικό ίνωμα των ούλων και το τραυματικό ίνωμα (ΤΙ).

Κλινικά, το ΑΚ εμφανίζεται ως μονήρης όγκος, μισχωτός ή άμισχος, με λεία ή λοβωτή επιφάνεια που συχνά είναι εξηλωμένη και έχει αιμορραγική τάση. Το χρώμα του μπορεί να είναι ρόδινο ή και βαθυέρυθρο³⁻⁶.

Ιστολογικά, το ΑΚ χαρακτηρίζεται από μεγάλη συγκέντρωση τριχοειδών αιμοφόρων αγγείων που

Από το Εργαστήριο Περιοδοντολογίας και το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

* Περιοδοντολόγος, Διδάκτορας.

** Αναπληρωτής Καθηγητής.

*** Επίκουρος Καθηγητής.

**** Καθηγητής.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα, Αναδρομική μελέτη, Κλινικά χαρακτηριστικά.

περιβάλλονται από συνδετικό ιστό, ο οποίος διηθείται από φλεγμονώδη κύτταρα^{7,8}. Το επιθήλιο στις περισσότερες περιπτώσεις είναι εξηλωμένο και εμφανίζει υπερακάνθωση. Ο συνδετικός ιστός γειτονικά της εξηλωμένης επιφάνειας διηθείται κυρίως από ουδετερόφιλα, ενώ κύτταρα χρόνιας φλεγμονής (ημφοκύτταρα και πλάσματοκύτταρα) κυριαρχούν βαθύτερα στο παρασκεύασμα^{8,9}. Στην επιφάνεια της βλάβης μπορεί να παρατηρηθούν δευτερογενείς μη ειδικές αλλοιώσεις, που περιλαμβάνουν οίδημα της θεμέλιας ουσίας, τριχοειδική διαστολή, φλεγμονή και σχηματισμό κοκκιδώδους ιστού¹⁰. Αναγνωρίζονται δύο ιστολογικοί τύποι ΑΚ. Στον πρώτο παρατηρείται αυξημένος αγγειακός πολλαπλασιασμός. Τα νεόπλαστα αγγεία σχηματίζουν νησίδια, τα οποία αποτελούν και διαγνωστικό κριτήριο για αρκετούς ιστοπαθολόγους. Ο διάμεσος συνδετικός ιστός παρουσιάζει οίδημα και τριχοειδική διαστολή, ενώ στην επιφάνεια της βλάβης παρατηρείται σχηματισμός κοκκιδώδους ιστού. Ο τύπος αυτός ονομάζεται λοβώδες τριχοειδικό αιμαγγείωμα (lobular capillary hemangioma, LCH)^{8,11}. Ο δεύτερος τύπος ονομάζεται μη-λοβώδες τριχοειδικό αιμαγγείωμα (non-lobular capillary hemangioma, non-LCH) και χαρακτηρίζεται επίσης από αυξημένο αγγειακό πολλαπλασιασμό, που δίνει όμως την εικόνα κοκκιδώδους ιστού^{8,12}.

Η διαφορική διάγνωση του ΑΚ είναι αναγκαίο να γίνεται μέσω ιστοπαθολογικής εξέτασης, καθώς η κλινική εικόνα όρων των αντιδραστικών όγκων (ΤΙ, ΠΓΚ, ΠΟΙ) είναι παρόμοια¹³.

Η αιτιοπαθογένεια του ΑΚ δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως. Αρχικά, είχε θεωρηθεί ότι υπεύθυνοι ήταν πυογόνοι μικροοργανισμοί, όμως μετέπειτα μελέτες έδειξαν ότι το ΑΚ δεν σχετίζεται μόνο με τη φλεγμονή, αλλά κύριο ρόλο παίζουν χρόνιοι ερεθιστικοί παράγοντες (οδοντική πλάκα, τραυμία, τραύμα κλπ), πιθανότατα σε συνδυασμό με τη δράση ενδογενών παραγόντων (μεταβολές των επιπέδων των γεννητικών ορμονών)^{3,4,14,15}. Εξωστοματικά, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις, όπου της εμφάνισης των ΑΚ προηγούναι ποικίλοι τραυματογόνοι παράγοντες, όπως εμβολιασμός για ευλογιά¹⁶, ή τρύπημα της μύτης για αισθητικούς λόγους¹⁷. Οι Vilmann και συν.¹⁸ αναφέρουν ότι το 80% των ΑΚ στο στόμα με εξουλιική εντόπιση, σχετίζονται με ιστορικό προηγούμενου τραύματος, παρατήρηση που συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες^{4,5}. Παρά την έλλειψη επαρκών στοιχείων, το τραύμα θεωρείται καθοριστικός αιτιολογικός παράγοντας των ΑΚ και στα ούλα. Το γεγονός ότι τα ΑΚ συχνά εντοπίζονται προστοματικά, ενίσχυ-

σε την υπόθεση που υποστήριζε ότι το λανθασμένο βούρτσισμα των δοντιών προκαλεί μικροτραυματισμούς των ουλικών ιστών που με τη σειρά τους ευνοούν την ανάπτυξη ΑΚ¹⁹.

Άλλος τοπικός ερεθιστικός παράγοντας που πιθανώς κατέχει σημαντική θέση στην παθογένεση των ΑΚ, είναι η οδοντική μικροβιακή πλάκα και οι παράγοντες κατακράτησής της, όπως οι κακότεχνες αποκαταστάσεις²⁰, καθώς και η επακόλουθη φλεγμονή των ούλων^{14,21}. Τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε Δανούς άνδρες, έδειξαν ότι η ομάδα των ατόμων με ΑΚ είχαν χειρότερη στοματική υγιεινή από εκείνη χωρίς ΑΚ. Επιπλέον, το 50% των ατόμων με ΑΚ είχε ιστορικό προϋπάρχουσας περιοδοντικής νόσου²². Επίσης, έχει αναφερθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση σχηματισμού ΑΚ που σχετιζόταν με την τοποθέτηση αθηλοπλαστικού μοσχεύματος σε μετεξακτικό φατνίο τρίτου γομφίου²³. Οι Davies και συν.²⁴ υποστηρίζουν ότι αυτοί οι ερεθιστικοί παράγοντες ενεργοποιούν έναν ιό τύπου C, που με τη σειρά του προκαλεί γονιδιακές μεταλλάξεις στις ινοβλάστες, με αποτέλεσμα την αλλοίωση του πρωτεϊνικού μεταβολισμού τους και τη δημιουργία των ΑΚ.

Η συχνότητα εμφάνισης των ΑΚ μπορεί να αυξηθεί υπό την επίδραση των μεταβολών των επιπέδων των γεννητικών ορμονών^{25,26}. Έχειδεικθεί κλινικά, ότι μεταβολές των συγκεντρώσεων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μπορούν να προκαλέσουν (σε συνδυασμό με την οδοντική μικροβιακή πλάκα) φλεγμονή των ουλικών ιστών σε κορίτσια κατά την εφηβεία²⁷ και σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά^{28,29}, ακόμα και όταν τα ορμονικά επίπεδα κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα^{29,30}.

Η επουλίδα της κύησης (ΕΚ) είναι μορφή ΑΚ³¹ που αναπτύσσεται συνήθως στις μεσοδόντιες θηλές εγκύων σε υπόβαθρο προϋπάρχουσας ουλίτιδας³². Το ποσοστό εμφάνισής της κυμαίνεται έως και 9,6%, και είναι συχνότερη στις χειλικές επιφάνειες του πρόσθιου τμήματος της άνω γνάθου³³. Συνήθως, είναι όγκος μονήρης με ταχεία ανάπτυξη, αιμορραγεί εύκολα και έχει την ίδια κλινική εικόνα με το ΑΚ³⁴. Η ιστολογική εικόνα της ΕΚ είναι παρόμοια με αυτή του ΑΚ.

Παθογενετικά, η ανάπτυξη των ΕΚ αποδίδεται στη συνέργεια της χρόνιας φλεγμονώδους αντίδρασης που προκαλείται από την οδοντική μικροβιακή πλάκα και εκδηλώνεται με τη μορφή της συχνής κατά την εγκυμοσύνη ουλίτιδας³⁵⁻³⁷, με τους αυξητικούς παράγοντες που εκκρίνονται στο φλεγ-

μονώδες εξίδρωμα της ουλοδοντικής σχισμής, και την οιστρογονική δράση. Ο συνδυασμός αυτός οδηγεί στην εκδήλωση μίας κοκκιοματώδους ή ινώδους απόκρισης που εκδηλώνεται ως ΕΚ^{26,31}.

Η πρόγνωση του ΑΚ είναι καλή και σπάνια παρατηρούνται υποτροπές^{3,21}. Η θεραπεία εκλογής του ΑΚ είναι η συντηρητική χειρουργική αφαίρεσή του, με τομή που φτάνει στο περίοστεο. Όταν το ΑΚ εντοπίζεται στα ούλα, πρέπει να εκτελείται λεπτομερής ριζική απόξεση στα γειτονικά της βλάβης δόντια, με στόχο να απομακρυνθεί η μικροβιακή πλάκα και η τρυγία που πιθανά συμμετέχουν στην αιτιοπαθογένεια του όγκου^{14,38}.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναδρομικού χαρακτήρα ανάλυση των κλινικών χαρακτηριστικών του ΑΚ στο συγκεκριμένο δείγμα, και η σύγκριση των ευρημάτων με εκείνα αντίστοιχων παλαιότερων μελετών από τον ελληνικό και τον διεθνή χώρο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

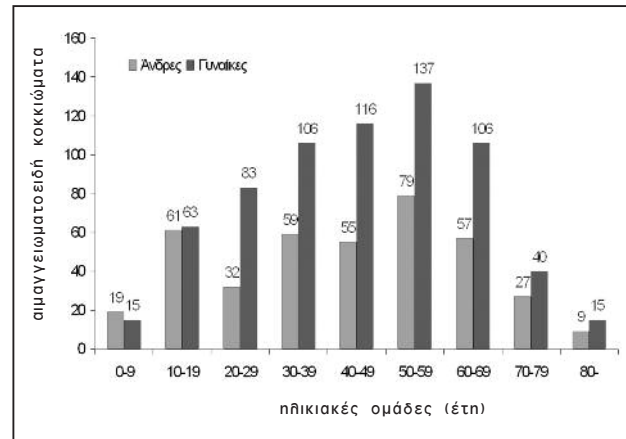
Σε υλικό που συγκεντρώθηκε από τα αρχεία του Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και αφορά σε 1.140 περιπτώσεις ΑΚ (συμπεριλαμβάνονται 21 ΕΚ) της περιόδου 1974-2002, μελετήθηκαν κλινικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η εντόπιση, το μέγεθος και η διάρκεια των βλαβών στο στόμα. Οι απαραίτητες πληροφορίες συλλέχθηκαν από τα παραπεμπτικά των ιστολογικών εξετάσεων.

Οι πληροφορίες για κλινικά χαρακτηριστικά, όπως το χρώμα, η σύσταση, η σχέση του όγκου με τη βάση του (μισχωτός ή άμισχος), η παρουσία εξέλκωσης ή/και αιμορραγίας, ήταν ελλιπείς στα παραπεμπτικά των ιστολογικών εξετάσεων που συμπληρώθηκαν πριν το 1985 και δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του προγράμματος Microsoft Office Excel 2003.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ηλικία των ασθενών είχε καταγραφεί σε 1079 περιπτώσεις. Ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν 41,83 ± 20,70 έτη. Οι 727 όγκοι (63,77%) εμφανίστηκαν σε γυναίκες (μ.ό. ηλικίας: 41,73 ± 20,66 έτη) και οι 413 (36,23%) σε άνδρες (μ.ό. ηλικίας: 42,05 ± 20,69

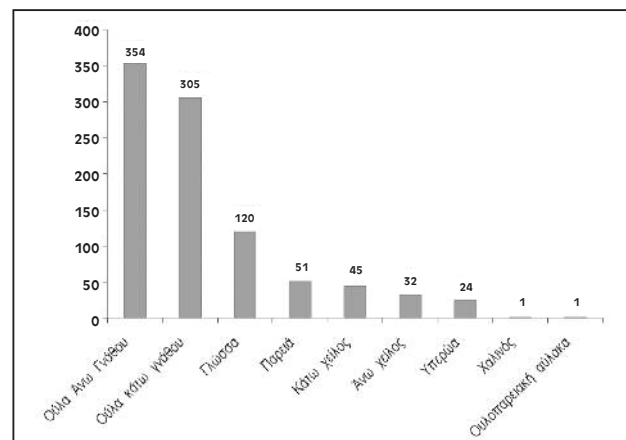


Εικ. 1. Κατανομή 1079 αιμαγγειωματοειδών κοκκιομάτων κατά ηλικία και φύλο.

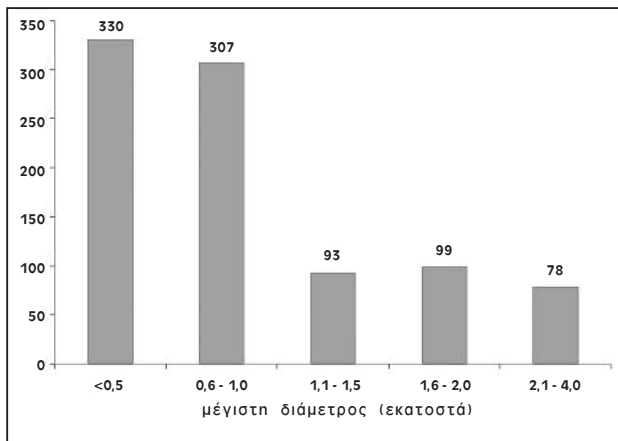
έτη). Το 74,46% των ΑΚ εμφανίζονται μετά την ηλικία των 30 ετών και περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις (668 ΑΚ, 58,6%) εντοπίστηκαν μεταξύ της πέμπτης και έβδομης δεκαετίας της ζωής. Η επίπτωση του ΑΚ είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες από τους άνδρες (γυναίκες:άνδρες = 1,76:1). Μέχρι την ηλικία των 20 ετών τα ΑΚ σχεδόν ισοκατανέμονται μεταξύ των δύο φύλων (80 ΑΚ σε άνδρες, 78 ΑΚ σε γυναίκες) (εικ. 1).

Η κατανομή σε 933 ασθενείς με καταγεγραμμένη την εντόπιση του όγκου, φαίνεται στο γράφημα της εικόνας 2. Στα ούλα της άνω γνάθου η εντόπιση των ΑΚ βρέθηκε ελαφρώς αυξημένη (354 περιπτώσεις, 37,94%) σε σχέση με τα ούλα της κάτω γνάθου (305 περιπτώσεις, 32,69%).

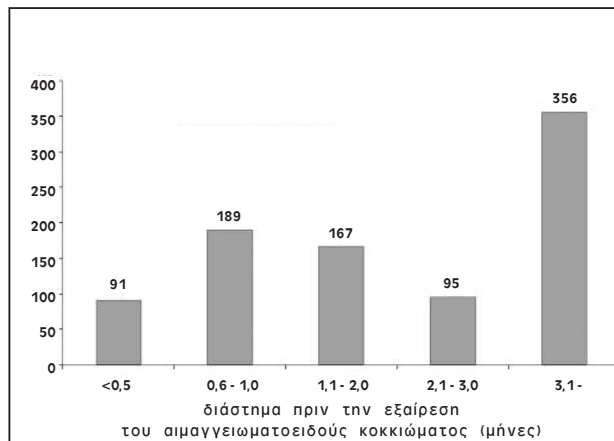
Στην παρούσα μελέτη η μέγιστη διάμετρος των ογκιδίων έχει καταγραφεί σε 907 περιπτώσεις και κυμαίνεται από 0,2 έως 4,0 εκατοστά. Το 70,23% (637 περιπτώσεις) έχουν μέγιστη διάμετρο έως 1 εκατοστό (εικ. 3).



Εικ. 2. Κατανομή 933 αιμαγγειωματοειδών κοκκιομάτων ανά εντόπιση.



Εικ. 3. Κατανομή 907 αιμαγγειωματοειδών κοκκιωμάτων ανά μέγεθος (μέγιστη διάμετρος σε εκατοστά).



Εικ. 4. Κατανομή 898 αιμαγγειωματοειδών κοκκιωμάτων σε σχέση με τη διάρκεια (σε μήνες) των βλάβων στο στόμα, πριν από τη χειρουργική εξαίρεση και ιστολογική διάγνωσή τους.

Από τις 898 περιπτώσεις στις οποίες είχε καταγραφεί η διάρκεια της βλάβης στο στόμα πριν από τη χειρουργική εξαίρεσή της, ένα στα τρία ΑΚ (280ΑΚ, 31,18%) διαγνώσθηκε και θεραπεύτηκε μέσα στον πρώτο μήνα από τη στιγμή που ο ασθενής αντιλήφθηκε τη βλάβη. Μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών όμως (39,64%, 356 ΑΚ), δεν ενεργοποιείται σύντομα, αλλά μόνο μετά το πρώτο τρίμηνο και μέχρι και 20 χρόνια μετά (εικ. 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εμφάνιση του ΑΚ σημειώνεται συνήθως μεταξύ της τρίτης και τέταρτης δεκαετίας, σύμφωνα με τους Zhang και συν.³⁹ και τους Anneroth και Sigurdson⁴⁰. Άλλες μελέτες αναφέρουν ως συχνότερη τη δεύτερη δεκαετία³, την τρίτη δεκαετία⁴¹, ή την περίοδο μεταξύ πρώτης και δεύτερης δεκαετίας⁴², δεύτερης και τρίτης δεκαετίας⁴³, δεύτερης και τέταρτης δεκαετίας^{15,44}, ή τρίτης και πέμπτης δεκαετίας⁴⁵. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης διαφέρουν μερικώς και υποδεικνύουν ότι η συχνότερη εμφάνιση ΑΚ εντοπίζεται σε μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, μεταξύ πέμπτης και έβδομης δεκαετίας.

Το ΑΚ είναι συχνότερο στις γυναίκες και η αναφερόμενη αναλογία ανδρών:γυναικών κυμαίνεται σε διάφορες μελέτες από 1:1,2⁴⁴, 1:1,8⁴¹, 1:1,83⁴², 1:1,99³⁹, 1:2⁴⁶, μέχρι 1:4⁴⁰. Παρά το γεγονός ότι και στην παρούσα μελέτη η αναλογία δείχνει αυξημένη εντόπιση του ΑΚ στις γυναίκες (1,76:1), μέχρι την ηλικία των 20 ετών τα ΑΚ κατανέμονται εξίσου μεταξύ των δύο φύλων. Επιπλέον, ο μέσος όρος ηλικίας στις γυναίκες (41,73 έτη) στο συγκεκρι-

μενόμενο δείγμα, ήταν σχεδόν ίδιος με εκείνον των ανδρών (42,05 έτη), ενώ σε άλλες μελέτες οι γυναίκες ήταν νεότερες των ανδρών από 4 έως και 10 χρόνια^{43,44,47}. Η μειωμένη συμμετοχή νεαρών γυναικών στο δείγμα αυτής της μελέτης αντικατοπτρίζεται στο μικρό αριθμό των ΕΚ που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη (21 ΕΚ σε σύνολο 1140 ΑΚ για την περίοδο 1974-2002). Αυτές οι διαφορές μπορεί να ερμηνευθούν από το γεγονός ότι όλες οι περιπτώσεις αυτής της αναδρομικής μελέτης προήλθαν από το Εργαστήριο της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο οποίο οι ΕΚ δεν είναι τόσο συχνές, μιας και οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης συχνά καταφεύγουν σε γυναικολογικές κλινικές για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων τους.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η διαπίστωση, ότι τα ευρήματα αυτής της μελέτης έρχονται σε μερική αντίθεση με εκείνα προηγούμενης μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε μέρος του ίδιου υλικού του Εργαστηρίου Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και αφορούσε σε 162 περιπτώσεις ΑΚ της περιόδου 1974-1980⁴⁷. Έως εκείνη την περίοδο οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονταν μέχρι την ηλικία των 40 χρόνων και στην ηλικιακή ομάδα 0-10 έτη υπερτερούσαν οι άνδρες. Με την επέκταση του δείγματος όμως έως το 2002 (1.079 από τις 1.140 περιπτώσεις ΑΚ με καταγεγραμμένη την ηλικία), το 74,67% των ΑΚ εμφανίζονται μετά την ηλικία των 30 ετών και αριθμητικά τα περισσότερα ΑΚ εμφανίζονται στην ηλικιακή ομάδα 50-59 έτη (216 ΑΚ), ενώ ως την ηλικία των 10 ετών υπάρχει σχεδόν ισοκατανομή των ΑΚ μεταξύ των δύο φύλων (άνδρες: 80, γυναίκες: 78).

Συνηθέστερες εντοπίσεις του ΑΚ είναι τα ούλα της άνω και κάτω γνάθου^{3,5,39-47} και ακοιθούθουν τα χείλη, η γλώσσα, οι παρειές και άηλιες θέσεις (υπερώα, φατνιακός βλεννογόνος κήη) ^{15,42}. Αυτή η παρατήρηση επιβεβαιώνεται και από αυτήν τη μελέτη, όπου η κύρια εντόπιση του ΑΚ σε 933 καταγεγραμμένες περιπτώσεις (από τις 1.140 περιπτώσεις ΑΚ) ήταν τα ούλα (άνω και κάτω γνάθου), με ποσοστό 70,63%. Ως προς τις επιμέρους εντοπίσεις στα ούλα, υπάρχουν διαφορές μεταξύ διαφορετικών εθνικοτήτων, εύρημα που υποδηλώνει πως υπάρχει προδιάθεση σε διαφορετικούς πληθυσμούς για επιμέρους θέσεις. Έτσι, η εντόπιση των ΑΚ στα ούλα της άνω γνάθου είναι συχνότερη από εκείνη στα ούλα της κάτω γνάθου σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε λευκούς πληθυσμούς, και κυμαίνεται από 26,85%⁴³, 30,43%¹⁵, 42,37%⁴⁰, 44,00%^{45,46}, 44,20%¹⁸, 47,10%⁴² έως και 58,30%⁴¹. Αυτό παρατηρήθηκε και στη μελέτη αυτή, όπου τα ΑΚ στα ούλα της άνω γνάθου (354 περιπτώσεις, 37,94%) ήταν αριθμητικά περισσότερα από αυτά στην κάτω γνάθο (305 περιπτώσεις, 32,69%). Σε μελέτες όμως που χρησιμοποίησαν δείγμα από έγχρωμους πληθυσμούς, η πιο συνηθισμένη εντόπιση των ΑΚ ήταν τα ούλα της πρόσθιας περιοχής της κάτω γνάθου⁴⁴. Το ίδιο εύρημα σημειώθηκε και σε αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Κινέζους ασθενείς³⁹.

Η διάμετρος των ΑΚ σε διάφορες μελέτες κυμαίνεται από 0,1-1εκ.⁴⁰, 1-1,5εκ.^{3,39}, 0,3-2,1εκ.^{43,44} έως και 0,1-3εκ.^{3,41}.

Στην παρούσα μελέτη το μέγεθος των ογκιδίων ποικίλει από 0,2 έως 4,0 εκατοστά. Το 70% των περιπτώσεων (907 από τις 1.140 περιπτώσεις ΑΚ με καταγεγραμμένο το μέγεθος) έχουν μέγιστη διάμετρο έως 1 εκατοστό.

Η αιμορραγία είναι αρχικά το κύριο σύμπτωμα για το οποίο προσέρχονται οι ασθενείς για διάγνωση και θεραπεία, με ποσοστό από 59,3%⁴³ έως και 92,74%³⁹. Ο πόνος και η διόγκωση των ούλων είναι η δεύτερη αιτία προσέλευσης σε αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στη Δυτική Κίνα³⁹, υποδηλώνοντας, σύμφωνα με τους ερευνητές, ότι τα ΑΚ στους Κινέζους ασθενείς παρουσιάζουν εντονότερη φλεγμονή, σε σύγκριση με τα ΑΚ σε άηλιες εθνικότητες.

Η μέση διάρκεια εμφάνισης της βλάβης στο στόμα πριν από τη διάγνωση είναι 6 μήνες³, 8 μήνες⁴⁶, 8,6 μήνες¹⁵, αήηά και 11,23 μήνες³⁹. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και σε αυτήν τη μελέτη, αφού ένα μεγάλο ποσοστό (39%) δεν ενεργοποιείται σύγτομα, αήηά αναζητά διάγνωση και θεραπεία μό-

νο μετά το πρώτο τρίμηνο και μέχρι και 20 χρόνια μετά. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το μικρό μέγεθος και τον ήπιο χαρακτήρα της βλάβης, που σπάνια θα θορυβήσει τον ασθενή άμεσα με ανησυχιακά συμπτώματα, όπως αιμορραγία ή ταχεία αύξηση του μεγέθους της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά του ΑΚ στο συγκεκριμένο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού είναι παρόμοια με εκείνα προηγούμενων μελετών.

Οι πιο σημαντικές διαφορές εντοπίζονται στο μέσο όρο ηλικίας ανδρών και γυναικών, που στο συγκεκριμένο δείγμα ήταν σχεδόν ίδιος (γυναίκες: 41,73 έτη, άνδρες: 42,05 έτη), ενώ σε άηλιες μελέτες οι γυναίκες εμφανίζονται έως και 10 χρόνια νεότερες των ανδρών.

Επιπλέον, η συχνότερη εμφάνιση ΑΚ εντοπίζεται σε μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (μεταξύ πέμπτης και έβδομης δεκαετίας και μέγιστη επίπτωση του όγκου στην ηλικιακή ομάδα 50-59 έτη), από τις ηλικιακές ομάδες που αναφέρονται σε προηγούμενες μελέτες.

SUMMARY

S. VASSILOPOULOS, K. TOSIOS,
V. PANIS, J. VROTSOS

ORAL PYOGENIC GRANULOMA. A RETROSPECTIVE STUDY OF 1140 CASES IN GREEK POPULATION.

STOMATOLOGIA 2010,67(1): 12-18

The pyogenic granuloma is a common localized hyperplastic lesion of the oral cavity. The purpose of the present study was to retrospectively analyze the clinical features of oral pyogenic granuloma in Greek patients and to compare these data with those of previous similar studies. A series of 1140 consecutive cases of pyogenic granulomas (including 21 pregnancy tumors) were retrospectively analyzed. Clinical data including gender, age, size, location and duration of the lesion prior to surgical excision were retrieved from the records of patients

accessioned in the Histopathology Laboratory of the Department of Oral Pathology and Oral Surgery, Dental School, University of Athens, during the period 1974 to 2002. The mean age of the patient was 41.83 ± 20.70 years, with the greatest degree of occurrence (58.6%) in the fifth to the seventh decade. The female-to-male ratio was 1.76:1. The most frequently involved site was the gingival (70.63%). The maximum diameter of the tumors varied from 0.2cm to 4.0cm. One out of three cases (31.18%) was diagnosed and treated within a month since the patient noticed the lesion, while 39.64% of the patients neglected to ask for medical advice for a period ranging from three months to twenty years. This study shows that the clinical features of oral pyogenic granuloma in this specific sample of greek population are similar to those of studies from other countries. There are, however, differences in age distribution among males and females as well as in the peak incidence.

KEY WORDS: Pyogenic granuloma, Retrospective study, Clinical features.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. PONCET A, DOR L. Bontryomycose humaine. *Rev Chir* 1897,18: 996
2. ΚΑΤΣΟΥΡΑΚΗΣ Μ, ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ-ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. Αντιδραστικοί όγκοι των ούλων. Συγκριτική αξιολόγηση 991 περιπτώσεων. *Ελλην Στομ Χρον* 1991,35: 171-176
3. ZAIN RB, KHOO SP, YEO JF. Oral pyogenic granuloma (excluding pregnancy tumor) - a clinical analysis of 304 cases. *Singapore Dent J* 1995,20: 8-10
4. BHASKAR SN, JACOWAY J. Pyogenic granuloma-clinical features, incidence, histology, and result of treatment: report of 242 cases. *J Oral Surg* 1966,24: 391-398
5. KERR DA. Granuloma pyogenicum. *Oral Surg* 1951,4: 158-176
6. VILMANN P, HJORTTRUP A, BREDESEN J. Pyogenic granuloma. *Ugerskrift for Laeger* 1984,146: 2023-2026
7. DALEY TD, NARTEY NO, WYSOCKI GP. Pregnancy tumor: an analysis. *Oral Surg* 1991,72: 196-199
8. NEVILLE BW, DAMN DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. *WB Saunders, Philadelphia, 2002: 437-495*
9. REGEZI JA, SCIUBBA JJ, JORDAN RCK. Oral Pathology: Clinical Pathologic Considerations. 4th ed. *WB Saunders, Philadelphia, 2003: 115-116*
10. WILLIES-JACOBO LJ, ISAACS H Jr, STEIN MT. Pyogenic granuloma presenting as a congenital epulis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000,154: 603-605
11. MILLS SE, COOPER PH, FECHNER RE. Lobular capillary hemangioma: the underlying lesion of pyogenic granuloma. A study of 73 cases from the oral and nasal mucous membranes. *Am J Surg Pathol* 1908,4: 470-479
12. BOUQUOT JE, NIKAI H. Lesions of the Oral Cavity. In: GNEPP DR (ed) Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck. *WB Saunders, Philadelphia, 2001: 141-142*
13. CALONJE E, WILSON-JONES E. Vascular Tumors: Tumors and Tumor-like Conditions of Blood Vessels and Lymphatics. In: ELDER D, ELENITSAS R, JAWORSKY C, JOHNSON B Jrs. *Lever's Histopathology of the Skin*. 8th ed. *Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997: 895*
14. NEVILLE BW, DAMN DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. Oral and Maxillofacial Pathology. *WB Saunders, Philadelphia, 1995: 362-377*
15. ANGELOPOULOS AP. Pyogenic granuloma of the oral cavity: statistical analysis of its clinical features. *J Oral Surg* 1971;29: 840-847
16. ZAYID I, FARRAY S. Granuloma pyogenicum - a hitherto unrecognised complication of smallpox vaccination. *Br J Derm* 1974,90: 293
17. PREMALATHA S, THAMBIAH AS. Pyogenic granuloma following the trauma of nose - boring. *Br J Derm* 1979,100: 455
18. VILMANN A, VILMANN P, VILMANN H. Pyogenic granuloma: evaluation of oral conditions. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986,24: 376-382
19. AINAMO J. The effect of habitual toothcleaning on the occurrence of periodontal disease and dental caries. *Suomen Hammaslaakariseuran Toimituksia* 1971,67: 63
20. LANG NP, KIEL RA, ANDERHALDEN K. Clinical and microbiological effects of subgingival restorations with overhanging or clinically perfect margins. *J Clin Periodontol* 1983,10: 563-578
21. BINNIE WH. Periodontal cysts and epulides. *Periodontol* 2000 1999,21: 16-32
22. PETERSEN PE, STOLTZE K. Cariesstatus og gingivale forhold hos 686 maend i soevaernet. *Tandlaegebladet* 1979,83: 607
23. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΛΒ, ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ Α. Αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα σχετιζόμενο με αθηροπληστικό οστικό μόσχευμα. Περιγραφή περίπτωσης. *Στοματολογία* 2008,65: 181-186
24. DAVIES MC, BARTON SP, ATAI F, MARK R. The abnormal dermis in pyogenic granuloma. *J Am Acad Derm* 1980,2: 132

25. LÖE H. Periodontal changes in pregnancy. *J Periodontol* 1965,36: 37-44
26. YUAN K, JIN Y-T, LIN MT. The detection and comparison of angiogenesis - associated factors in pyogenic granuloma by immunohistochemistry. *J Periodontol* 2000,71: 701-709
27. PAPAGEORGE MB, DOKU HC. An exaggerated response of intra-oral pyogenic granuloma during puberty. *J Clin Ped Dent* 1992,16: 213-216
28. BROWN C, LING F, WANG J. Effect of a new monophasis oral contraceptive on perimenstrual symptoms. *Obstet Gynecol* 2001,97: 59
29. MUSSALI NG, ROSAMUD MH, JOHNSON NW. Oral pyogenic granuloma as a complication of pregnancy and the use of oral contraceptives. *Int J Gynaecol Obstet* 1976,14: 187-191
30. PEARLMAN BA. An oral contraceptive drug and gingival enlargement: the relationship between local and systemic factors. *J Clin Periodontol* 1974,1: 47-51
31. LEYDEN JJ, MASTER GH. Oral cavity pyogenic granuloma. *Arch Dermatol* 1973,108: 226-238
32. SOORIYAMOORTHY M, GOWER DB. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1989,16: 201-208
33. TUMINI V, Di PLACIDO G, D'ARCHIVIO D, Del GIGLIO MATARAZZO A. Hyperplastic gingival lesions in pregnancy. I. Epidemiology, pathology and clinical aspects. *Minerva Stomatol* 1998,47: 159-167
34. JAFARZADEH H, SANATKHANI M, MOHTASHAM N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sc* 2006,48: 167-175
35. O' NEAL TCA. Plasma female sex hormone levels and gingivitis in pregnancy. *J Periodontol* 1979,50: 279-282
36. YUAN K, JIN Y-T, LIN MT. Expression of Tie-2, angiopoietin-1, ephrin B2 and EphB4 in pyogenic granuloma of human gingival implicates their roles in inflammatory angiogenesis. *J Periodont Res* 2000,35: 165-171
37. LÖE H, SILNESS J. Periodontal disease in pregnancy (I). Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand* 1963,21: 533-551
38. SHAFER WG, HINE MH, LEVY BM. A Textbook of Oral Pathology. 4th Ed. *WB Saunders, Philadelphia, 1983: 210*
39. ZHANG W, CHEN Y, AN Z, GENG N, BAO D. Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2439 cases. *Quintessence Int* 2007,38: 103-110
40. ANNEROTH G, SIGURDSON A. Hyperplastic lesions of the gingiva and alveolar mucosa: a study of 175 cases. *Acta Odontol Scand* 1983,41: 75-86
41. KFIR Y, BUCHNER A, HANSEN LS. Reactive lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 741 cases. *J Periodontol* 1980,51: 655-661
42. BAITAINEH A, NAWAF AI-DWAIRI Z. A survey of localized lesions of oral tissues: a clinicopathological study. *J Contemp Dent Pract* 2005,3: 30-39
43. AI-KHATEEB T, ABABNEH K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2003,61: 1285-1288
44. LAWYOIN JO, AROTIBA JT, DOSUMU OO. Oral Pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997,37: 185-194
45. BUCHNER A, CALDERON S, RAMON Y. Localized hyperplastic lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 302 lesions. *J Periodontol* 1977,48: 101-104
46. BHASKAR SN, LEVIN MP. Histopathology of the human gingiva (study based on 1269 biopsies). *J Periodontol* 1973,44: 3-17
47. ΚΑΤΣΙΚΕΡΗΣ Ν, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ, ΝΑΤΣΙΝΑΣ Α, ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. Το αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα του στόματος. Κλινικοπαθολογική μελέτη 162 περιπτώσεων. *Οδοντοστομ Πρόοδ* 1982,36: 127-132

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Σ. Βασιλόπουλος
Λ. Κηφισίας 65
115 23 ΑΘΗΝΑ