

## پاسخ اپولیس فیسوراتوم به نیستاتین تراپی: گزارش مورد و مروری بر مقالات

دکتر مریم جلیلی صدرآباد<sup>۱</sup>، دکتر فائزه قابل<sup>۲\*</sup>، دکتر محدثه داوری<sup>۱\*</sup>

۱-استادیار بخش بیماری های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۲-دندانپزشک

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۷

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۹/۲۲

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۹/۱۵

### Response of Epulis Fissuratum to nystatin therapy: Case report & Review Articles

Maryam Jalili Sadrabad<sup>1</sup>, Faeze Qabel<sup>2</sup>, Mohaddeseh Davari<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Oral & Maxillofacial Medicine Dept, Faculty of Dentistry, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

<sup>2</sup> Dentist, graduated Student, Faculty of Dentistry, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

Received: Dec 2021 ; Accepted: January 2022

#### Abstract

**Background and Aim:** Epulis Fissuratum (EF) is a hyperplasia of mucosal fibrosis and its main cause is the use of improper prosthesis. Treatment of these lesions is necessary because any change in the natural tissue of the oral mucosa causes the accumulation of opportunistic microflora, such as *Candida albicans*. Therefore, this study aimed to report an interesting observation about the EF response to drug therapy.

**Case Report:** A 62-year-old female patient referred to the Dental Clinic of Semnan University of Medical Sciences (SUMS) while suffering from a long-term mouth ulcer. Diagnosis of EF was suggested based on the clinical appearance as well as the association of the prosthesis with the lesion. Therefore, gargling a suspension of 100,000 units of nystatin four times a day was also prescribed, and oral hygiene by removing the prosthesis was recommended, in unnecessary times and at night. Subsequently, in follow-up sessions, a gradual improvement was observed until the disease was completely eliminated.

**Conclusion:** It seems, Regarding the relationship between EF and the accumulation of microorganisms, a course of drug treatment might be notable effect on reduction size of EF.

**Keywords:** Epulis, Denture, Oral candidiasis, Nystatin

\*Corresponding Author: mdavari@semums.ac.ir

J Res Dent Sci. 2022;19 (1):88-92.

**خلاصه:**

سابقه و هدف: اپولیس فیشراتوم، هایپرپلازی فیبروزه ی مخاطی است و عامل اصلی آن استفاده از پروتز نامناسب است. درمان این ضایعات ضروری است زیرا هرگونه تغییر در بافت طبیعی مخاط دهان باعث تجمع میکرو فلور فرصت طلب مانند، کاندیدا آلبیکانس می شود. این مطالعه با هدف گزارش یک مشاهده جالب در مورد پاسخ این ضایعه به درمان دارویی انجام شد.

معرفی مورد: بیمار زن ۶۲ ساله در حالی که از زخم طولانی مدت دهان رنج می برد به کلینیک دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان مراجعه کرد. تشخیص اپولیس فیشراتوم براساس نمای بالینی و همچنین ارتباط پروتز با ضایعه پیشنهاد شد. برای بیمار سوسپانسیون ۱۰۰۰۰۰ واحد نیستاتین چهار بار در روز تجویز شد، همچنین رعایت بهداشت دهان و خارج کردن دست دندان در مواقع غیر ضروری و شب ها توصیه شد. بیمار ۳ هفته پیگیری شد و معاینه ی بالینی نشان داد که ضایعه فروکش کرده است.

نتیجه گیری: به نظر می رسد یک دوره درمان نیستاتین تراپی می تواند اثر قابل توجهی در کاهش حجم اپولیس فیشراتوم داشته باشد.

**کلیدواژه ها:** اپولیس، دندان مصنوعی، کاندیدایزیس دهان، نیستاتین

**مقدمه:**

مطالعات قبلی در این زمینه گزارش داده اند که عفونت کاندیدا می تواند با دیسپلازی مخاط دهان و سرطان زایی مخاط همراه باشد. به عبارت دیگر، کاندیدا آلبیکانس با تولید مقادیری استالدهید، که یک عامل شناخته شده در سرطان زایی است، می تواند مرتبط با سرطان سلول سنگفرشی (SCC) باشد.<sup>(۷،۶)</sup>

براساس مطالعه ی Navabi و همکاران کیفیت دست دندان، چکاپ منظم برای ارزیابی سلامت بافت زیر دنج و میزان رعایت بهداشت دهان توسط بیماران مبتلا به اپولیس فیشراتوم اهمیت پیشگیری از ایجاد ضایعه را مشخص می کند که با آموزش صحیح و کامل به بیمار در هنگام تحویل پروتز و همکاری وی میسر می گردد.<sup>(۵)</sup>

گزینه های درمانی مختلفی برای EF در منابع موجود وجود دارد. به طور کلی، این رویکردها را می توان به شرح زیر طبقه بندی کرد:

۱- استفاده از جراحی، که پس از آن جایگزینی دندان مصنوعی جدید مناسب انجام می شود.<sup>(۸)</sup>

۲-۲- استفاده از انواع مختلف لیزر شامل: دی اکسید کربن، دیود و اربیوم: YAG و نئودیمیموم: YAG<sup>(۹،۱۰)</sup>؛ (۸،۶،۱)

۳- سرما درمانی و استفاده از الکتروکوتر<sup>(۱۱)</sup>

اپولیس فیشراتوم (EF) که گاهی اوقات هایپرپلازی فیبرو التهابی (IFH) نیز نامیده می شود معمولاً در ریج آلوئولار و ناحیه وستیبول یافت می شود<sup>(۱)</sup> اما می تواند در محل های ناشایعی مانند کام نرم نیز بوجود بیاید<sup>(۲)</sup>. بدیهی است که استفاده از پروتز نامناسب رایج ترین عامل آن است. این ضایعات دهانی اغلب در لبه دندان مصنوعی دیده می شوند که عمدتاً در فک پایین و همچنین در زنان شایع است.<sup>(۳،۴)</sup>

این ضایعه در بیمارانی که بیش از ۱۰ سال از پروتز دندانی متحرک استفاده کرده اند بروز بالاتری دارد و ۶۰-۷۰ درصد بیماران درد ناشی از ضایعه را ابراز کرده اند.<sup>(۵)</sup>

EF یک ضایعه واکنشی در پاسخ به محرک های مزمن در ناحیه تشکیل است<sup>(۴)</sup>. در واقع، همانطور که می دانیم، هرگونه تغییر در بافت طبیعی مخاط دهان باعث تجمع میکرو فلور فرصت طلب (مانند باکتری ها و قارچ های

موجود در حفره دهان) می شود که منجر به بیماری زایی خواهد شد. کاندیدا آلبیکانس به ویژه یکی از ساکنان دهان به عنوان یک میکرو فلور معمولی است که می تواند به عنوان یک عفونت فرصت طلب هنگام تغییر مخاط دهان معرفی شود<sup>(۵)</sup>

محلی که مجاری غدد بزاقی زیر زبانی و فرعی در آن ترشح می شود، بنابراین، جراحی به دلیل خطر خونریزی و تشکیل رانولا به عنوان درمان انتخابی نبود. بنابراین، درمان دارویی قبل از استفاده از سایر روشهای درمانی انجام شد. در جلسه اول، پس از معاینه بالینی، رضایت آگاهانه از بیمار اخذ شد. پس از آن، به دلیل سفیدی سطح ضایعه و احساس سوزش دهان با تشخیص کاندیدیازیس درمان ضد قارچی به شرح زیر انجام شد: استفاده از سوسپانسیون ۱۰۰۰۰۰ واحد نیستاتین (عماد درمان پارس) چهار بار در روز (سه بار بعد از غذا و یک بار قبل از خواب)، در هر نوبت، بیست قطره به مدت ۲-۳ دقیقه در دهان غرغره شد. علاوه بر این، بهداشت مطلوب دهان و دندان با برداشتن پروتز در مواقع غیر ضروری به خصوص شبها توصیه گردید. این درمان به مدت دو هفته ادامه یافت. از آنجایی که ضایعه کاملاً در بافت نرم کف دهان شکل گرفته بود و با ریج درارتباط نبود، رادیوگرافی پانورامیک اندیکاسیون نداشت. در جلسه دوم (پس از دو هفته) کوچک شدن ضایعه و در رسیدن ابعاد آن به  $1 \times 2$  سانتی متر همراه با کاهش التهاب و قرمزی مشاهده شد. (شکل ۲) بر این اساس، به دلیل پاسخ عالی ضایعه به درمان دارویی ضد قارچ، این درمان با توصیه های بهداشتی تا یک هفته دیگر ادامه یافت.



شکل ۲- نمای ضایعه در هفته پس از شروع درمان دارویی

۴- حفظ بهداشت دهان و دست دندان، علاوه بر این، خارج کردن پروتز از دهان در شب<sup>(۱۲)</sup> به طور کلی، از آنجا که EF می تواند با بیماری قارچی همزمان باشد، این مطالعه تأثیر داروهای ضد قارچی نیستاتین را در بهبود این نوع ضایعه دهانی گزارش می دهد.

#### معرفی مورد:

بیمار زن ۶۲ ساله در حالی که از زخم طولانی مدت دهان رنج می برد به کلینیک دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان مراجعه کرد. در مرحله اول، هیچ مورد مرتبطی در طول معاینات سیستمیک و خارج دهانی مشاهده نشد. با این وجود، در معاینه داخل دهانی، توده برجسته ی بدون پایه، با رنگ قرمز مایل به صورتی و سطح صاف به سائز تقریبی  $1/5 \times 2/5$  سانتی متر مشاهده شد که توسط یک شکاف سفیدتر دوتکه میشد. این ضایعه در کف دهان (در قسمت زیر زبانی در سمت راست) واقع شده بود، که دقیقاً در مجاورت لبه پروتز قرار داشت.



شکل ۱- نمایی از ضایعه در اولین جلسه

بیمار اظهار داشت که از زمان شروع ضایعه (طی یک سال گذشته) به بسیاری از مجموعه های پزشکی مراجعه کرده است، اما نتیجه قابل توجهی بدست نیامده است. از آنجا که ضایعه در چین زیر زبانی قرار داشت.

تشکیل موکوسل های متعددی رانولا شود<sup>(۱۳)</sup>. جراحی رانولا همچنین ممکن است با آسیب بیشتر به عروق و اعصاب به عنوان یک عارضه احتمالی دیگر همراه باشد<sup>(۱۴)</sup>.

بنابراین، با توجه به محل ضایعه و خطر جراحی در کف دهان، در اولین قدم درمان محافظه کارانه شامل رعایت بهداشت مطلوب دهان با برداشتن پروتز در شب همراه با مصرف داروی ضد قارچ می باشد. بهرحال، جراحی<sup>(۱)</sup>، لیزر<sup>(۶،۸)</sup> یا الکتروکوتر<sup>(۹)</sup> به عنوان درمان های مکمل یا جایگزین، در صورت شکست درمان های کمتر تهاجمی اولیه و تبدیل رشد ضایعه از فاز هیپرتروفی به هیپرپلازی، مورد استفاده قرار خواهند گرفت. اما در این مورد گزارش شده صرفا درمان ضد قارچی موجب بهبودی کامل ضایعه شد و انجام پراسیجرهای جراحی در این ناحیه که به لحاظ آناتومیکی پر خطر بود مورد نیاز واقع نشد که نسبت به مطالعات دیگر یک نوآوری محسوب می گردد.

برای از بین بردن عفونت های قارچی دهان، چندین رژیم درمانی "پلی ان" و "آزول" پیشنهاد شده است، که به عنوان خط اول درمانی، سوسپانسیون نیستاتین خوراکی ۱۰۰۰۰۰ (واحد / میلی لیتر یا شکل پماد، پاستیل یا قرص مکیدی آن چهار بار در روز به مدت دو هفته تجویز می شود و می تواند درمان موثری برای کاندیدیازیس دهانی باشد<sup>(۱۵)</sup>.

### نتیجه گیری

به نظر می رسد یک دوره درمان نیستاتین تراپی می تواند اثر قابل توجهی در کاهش حجم اپولیس فیشوراتوم داشته باشد.

در جلسه سوم ، با از بین رفتن کامل ضایعات ، علائم درد، سوزش ، التهاب و قرمزی به طور کامل از بین رفت. (شکل ۳) در نهایت ، به منظور حفظ نتایج درمان و جلوگیری از عود ضایعه ، بیمار همچنین برای ارائه یک پروتز مناسب به یک متخصص پروتز دندان ارجاع داده شد.



شکل ۳- نمای ضایعه سه هفته پس از شروع درمان دارویی، بهبود کامل را نشان می دهد.

### بحث

هدف از این مطالعه گزارش تأثیر داروهای ضد قارچی به تنهایی و بدون نیاز به جراحی بر درمان یک نمونه اپولیس فیشوراتوم است. اپولیس فیشوراتوم یک ضایعه تومور مانند بافت همبند است. این ضایعه در ارزیابی بالینی اغلب به صورت یک توده بدون پایه با سطحی صاف ، با رنگ سفید مایل به قرمز شبیه مخاط دهان دیده می شود. در واقع اپولیس فیشوراتوم یک ضایعه واکنشی است که معمولا در پاسخ به تحریک مزمن یک پروتز نامناسب ایجاد می شود.. همچنین واضح است که میزان کلونیزاسیون کاندیدیازیس در حفره دهان استفاده کنندگان از پروتز در مقایسه با افراد عادی به طور قابل توجهی بیشتر است<sup>(۱۱)</sup>. همانطور که می دانیم ، کف دهان پوشیده از اپیتلیوم نازک و بدون کراتینه است و همچنین قسمت های حساس آناتومیکی شامل چندین شریان و عصب ، مجاری غدد بزاقی زیر زبانی و زیر فکی و عضلات در آن وجود دارند. بر این اساس ، جراحی در این منطقه خطر خونریزی احتمالی را افزایش می دهد<sup>(۱۲)</sup> از طرف دیگر ، آسیب مجاری غدد بزاقی ممکن است منجر به

## References:

1. Mahmood Hashemi H. Evaluation and comparison of laser surgery and surgical blade in the treatment of epulis fissuratum. *Journal of Dental Medicine*. 2005;18(3):24-30.
2. Mortazavi H, Khalighi HR, Jafari S, Baharvand M. Epulis fissuratum in the soft palate: Report of a case in a very rare location. *Dental Hypotheses*. 2016;7(2):67.
3. Budtz-Jørgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 1981;10(2):65-80.
4. Hashemipour M, Rad M, Mojtahedi A. A survey of soft tissue tumor-like lesions of oral cavity: A clinicopathological study. 2008.
5. Mohammadi M, Navabi N, Zarei MR. Clinical and denture-related characteristics in patients with epulis fissuratum: a retrospective 58 case series. 2017.
6. Monteiro LS, Mouzinho J, Azevedo A, Câmara MID, Martins MA, La Fuente JM. Treatment of epulis fissuratum with carbon dioxide laser in a patient with antithrombotic medication. *Brazilian dental journal*. 2012;23(1):77-81.
7. Karimi A, Sobouti F, Torabi S, Bakhshandehfard A, Amirian A, Shariati M, et al. Comparison of carbon dioxide laser with surgical blade for removal of epulis fissuratum. A randomized clinical trial. *Journal of lasers in medical sciences*. 2016;7(3):201.
8. Eroglu CN, Tunc SK, Elasan S. Removal of epulis fissuratum by Er, Cr: YSGG laser in comparison with the conventional method. *Photomedicine and laser surgery*. 2015;33(11):533-9.
9. Shirani A, Ghalayani P, Selahbarzin B. Evaluation of Electrosurgery and Cryosurgery in Removing Epulis Fissuratum Lesions. *Journal of Mashhad Dental School*. 2008;32(4):301-8.
10. Atashrazm P, Sadri D. Prevalence of oral mucosal lesions in a group of Iranian dependent elderly complete denture wearers. *The journal of contemporary dental practice*. 2013;14(2):174.
11. TaheriSarvtin M, ZandParsa A, Kordbacheh P, Hashemi S, Mahmoudi M, Daie R, et al. A Comparison of Candida Colonization in the Oral Cavity of Removeable Denture Wearers and Individuals with Natural Teeth: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2014;12(12):1025-32.
12. Katsumi Y, Tanaka R, Hayashi T, Koga T, Takagi R, Ohshima H. Variation in arterial supply to the floor of the mouth and assessment of relative hemorrhage risk in implant surgery. *Clinical Oral Implants Research*. 2013;24(4):434-40.
13. Sigismund PE, Bozzato A, Schumann M, Koch M, Iro H, Zenk J. Management of ranula: 9 years' clinical experience in pediatric and adult patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013;71(3):538-44.
14. Goodson A, Payne K, George K, McGurk M. Minimally invasive treatment of oral ranulae: adaption to an old technique. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2015;53(4):332-5.
15. Farah C, Lynch N, McCullough M. Oral fungal infections: an update for the general practitioner. *Australian dental journal*. 2010;55:48-54.