

Periodontal Status in Osteoporotic Postmenopausal Women in Amirkola, North of Iran

Mohammad Gorji-nejad¹,
Atena Shirzad²,
Ali Bijani³,
Niloofar Jenabian⁴,
Seyed Reza Hosseini⁵,
Mina Motalebnejad⁶,
Zahra Sadat Madani⁷,
Fatemeh Sayadi²,
Mohammad Mehdi Naghibi Sistani⁸,
Reza Ghadimi⁵,
Fateme Baladi²,
Mohammad Hajimirzamohammad²,
Mahsa Mehryari²,
Elham Mahmoodi⁹

¹ Dentistry Student, Student Research Committee, Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

² Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Oral Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

³ Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Centre, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁴ Professor, Department of Periodontics, Oral Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁵ Professor, Social Determinants of Health Research Centre, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁶ Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Oral Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁷ Associate Professor, Department of Endodontics, Dental Materials Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁸ Assistant Professor, Department of Community Oral Health, Oral Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁹ Assistant Professor, Department of Endodontics, Dental Materials Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received December 22, 2023 ; Accepted March 4, 2023)

Abstract

Background and purpose: Osteoporosis and periodontitis are two diseases associated with bone loss and are common among postmenopausal women. There are many contradictory results on the effect of osteoporosis on periodontal tissue. This study aimed to determine the association between osteoporosis and periodontal status in postmenopausal women.

Materials and methods: This cross-sectional study was part of the second phase of the Amir Kola Health and Aging Project (AHAP), in which 210 postmenopausal women were randomly divided into three groups (n=70 per group); normal bone density group, osteopenic group, and osteoporotic group. Periodontal status was measured using Periodontal Disease Index (PDI), Plaque Index (PI), and Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S). Bone mineral density (BMD) was measured by Dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA). Data were analyzed in SPSS V17 applying ANOVA, Kruskal-Wallis, and Pearson correlation coefficient.

Results: The average age of the participants was 65.24±4.36 years. There were no statistically significant differences between the mean OHI (2.26±1.40), PDI (2.76±1.42), and PI (1.23±0.87) in the osteoporotic group, and the mean OHI (2.01±1.62), PDI (2.56±1.61), and PI (1.35±0.91) in the osteopenia group, and mean OHI (1.73±1.37), PDI (2.47±1.43), and PI (1.23±0.87) in the normal group (P>0.05). The OHI, PDI, and PI had a slight but insignificant negative correlation with BMD.

Conclusion: According to this study, there is no link between osteoporosis and periodontal status in postmenopausal women.

Keywords: osteopenia, menopause, periodontitis, bone mineral density

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (219): 82-91 (Persian).

Corresponding Author: Atena Shirzad - Oral Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. (E-mail: ats60dent@gmail.com)

ارزیابی وضعیت پریدنتال در زنان یائسه استئوپروتیک شهر امیرکلا [شمال ایران]

محمد گرجی نژاد¹
آتنا شیرزاد²
علی بیژنی³
نیلوفر جناییان⁴
سید رضا حسینی⁵
مینا مطلب نژاد⁶
زهرا سادات مدنی⁷
فاطمه صیادی²
محمد مهدی نقیبی سیستانی⁸
رضا قدیمی⁵
فاطمه بلدی²
محمد حاجی میرزا محمد²
مهسا مهریاری²
الهام محمودی⁹

چکیده

سابقه و هدف: استئوپروز و پریدنتیت دو بیماری مرتبط با از دست رفتن استخوان می باشند که در میان زنان یائسه شایع است. استئوپروز یک اختلال استخوانی سیستمیک و پریدنتیت مسبب تحلیل موضعی استخوان آلوئول است. مطالعات بسیاری در مورد تأثیر استئوپروز بر بافت پریدنتال انجام شده اما نتایج آن ها ضد و نقیض است، بنابراین هدف از مطالعه حاضر تعیین رابطه استئوپروز با وضعیت پریدنتال در زنان یائسه بود.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی، بخشی از فاز دوم پروژه سلامت و سالمندی شهر امیرکلا (شمال ایران) بود که در آن 210 زن سالمند یائسه به صورت تصادفی در سه گروه 70 نفره انتخاب شدند. گروه ها شامل زنان یائسه با دانسیته استخوانی نرمال، استئوپروتیک و استئوپنیک بودند. وضعیت پریدنتال از طریق شاخص های PDI (Periodontal disease index)، PI (Plaque Index) و OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index) اندازه گیری شد. توده معدنی استخوانی (BMD) با روش جذب سنجی اشعه ایکس با انرژی مضاعف (DEXA) دانسیتمتری اندازه گیری شد. داده ها با نرم افزار SPSS17 و آزمون های آماری ANOVA، کروسکال والیس و ضرایب همبستگی پیرسون ارزیابی گردید.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $65/24 \pm 4/36$ سال بود. میان میانگین شاخص های OHI $(2/26 \pm 1/40)$ ، PDI $(1/35 \pm 0/91)$ و PI $(2/76 \pm 1/42)$ در گروه استئوپروتیک، با میانگین OHI $(2/01 \pm 1/62)$ ، PDI $(2/56 \pm 1/61)$ و PI $(1/35 \pm 0/91)$ در گروه استئوپنی و میانگین OHI $(1/73 \pm 1/37)$ ، PDI $(2/47 \pm 1/43)$ و PI $(1/23 \pm 0/87)$ در گروه نرمال، تفاوت ها از نظر آماری معنادار نبود ($P > 0/05$). OHI، PDI و PI با BMD همبستگی خفیف منفی اما غیرمعنی داری نشان دادند.

استنتاج: براساس مطالعه حاضر میان استئوپروز و وضعیت پریدنتال زنان یائسه ارتباطی وجود ندارد.

واژه های کلیدی: استئوپنی، یائسگی، پریدنتیت، دانسیته معدنی استخوانی

مقدمه

استئوپروز (Osteoporosis) یکی از شایع ترین بیماری های متابولیک استخوانی است که اغلب افراد مسن و زنان را درگیر می کند. در دهه های اخیر، تعداد افرادی که از استئوپروز و یا کاهش توده استخوانی رنج

E-mail: ats60dent@gmail.com

مؤلف مسئول: آتنا شیرزاد - بابل: دانشگاه علوم پزشکی بابل، مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت دهان، پژوهشکده سلامت

1. دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
2. استادیار، گروه بیماری های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت دهان و دندان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
3. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
4. استاد، گروه پریدنتیکس، مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت دهان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
5. استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
6. استاد، گروه بیماری های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت دهان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
7. دانشیار، گروه اندودنتیکس، مرکز تحقیقات مواد دندانپزشکی، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
8. استادیار، گروه دندانپزشکی جامعه گر، مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت دهان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
9. استادیار، گروه اندودنتیکس، مرکز تحقیقات مواد دندانپزشکی، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

تاریخ دریافت: 1401/10/1 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1401/11/1 تاریخ تصویب: 1401/12/13

می‌برند در حال افزایش است (1). آخرین آمارها در سال 2021 در ایران حاکی از آن است که 62 درصد زنان و 24 درصد مردان بالای 60 سال مبتلا به استئوپروز و استئوپنی هستند (2). کاهش توده استخوانی و زوال ساختار میکروسکوپی بافت اسکلتال در این بیماری مزمن، سبب عوارض جدی مانند افزایش میزان شکستگی استخوانی می‌گردد. در دوران یائسگی، کاهش هورمون استروژن سبب می‌شود که میزان سرعت تحلیل استخوان از تشکیل آن بیش‌تر گردد. این تغییرات در نهایت منجر به کاهش تراکم استخوان یا در حالت شدیدتر، پوکی استخوان می‌شود (3). از طرف دیگر به علت نقص ترشح هورمون استروژن در دوران یائسگی، ابتلا به بیماری‌های پریدنتال در زنان افزایش می‌یابد و عدم رعایت بهداشت دهان و دندان، سبب افزایش احتمال بروز این عارضه می‌شود (4،5).

پریدنتیت، یک بیماری التهابی - عفونی مزمن و بسیار شایع است که بافت‌های حمایت‌کننده دندان‌ها را درگیر می‌کند و در نهایت سبب تحلیل موضعی استخوان آلوئول می‌شود. پلاک باکتریال مهم‌ترین عامل ایجاد بیماری‌های پریدنتال می‌باشد. شیوع بیماری‌های پریدنتال از 20 تا 50 درصد در سراسر جهان گزارش شده است و این میزان در افراد مسن بالاتر می‌باشد (6).

در سال‌های اخیر ارتباط میان استئوپروز و پریدنتیت بسیار مورد توجه قرار گرفته است. استئوپروز یک اختلال استخوانی سیستمیک است و پریدنتیت سبب تحلیل موضعی استخوان آلوئول می‌گردد. به نظر می‌رسد استئوپروز بتواند بر پیشرفت پریدنتیت تاثیر بگذارد اما تا کنون مکانیسم این ارتباط به‌طور واضح مشخص نشده است (7).

برخی نظریات احتمالی در مورد ارتباط میان کاهش دانسیته سیستمیک استخوان با استخوان آلوئول این است که کاهش توده استخوانی، ناشی از پوکی استخوان در استخوان آلوئولار، ممکن است باعث تحلیل موضعی استخوان ناشی از بیماری پریدنتال شود. احتمال دیگر

این است که عوامل سیستمیک بازسازی استخوان می‌توانند پاسخ بافت موضعی به عفونت پریدنتال را تغییر دهند (8)، بر این اساس افرادی که دچار پوکی استخوان هستند و پریدنتیت دارند ممکن است به تولید سایتوکین‌ها و واسطه‌های التهابی واکنش متفاوتی نشان دهند، بنابراین بیماری پریدنتال شدیدتری را نشان می‌دهند (9). هر دو بیماری پریدنتیت و استئوپروز مولتی فاکتوریال هستند و ریسک فاکتورهایی مانند افزایش سن، یائسگی، کمبود کلسیم و ویتامین D، نقص سیستم ایمنی، مصرف الکل و سیگار در پاتوفیزیولوژی آن‌ها دخیل هستند (3،10). تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند کاهش دانسیته سیستمیک استخوانی در زنان یائسه، با کاهش دانسیته استخوان آلوئول مرتبط است (11،12).

با این‌که مطالعات بسیاری در زمینه ارتباط استئوپروز و بیماری پریدنتال انجام شده است، اما نتایج این تحقیقات متفاوت گزارش شده است. برخی از مطالعات نشان دادند که میان استئوپروز و بیماری پریدنتال ارتباط وجود دارد (13،14). از سوی دیگر مطالعاتی نیز انجام شده است که این ارتباط را رد کرده است (15،11). از آن‌جاکه هر دو بیماری پریدنتال و استئوپروز به‌عنوان معضل سلامت در جهان به‌شمار می‌آید و شیوع آن‌ها در جمعیت افراد مسن به‌خصوص زنان یائسه بسیار بالا می‌باشد و از سوی دیگر مطالعات در مورد ارتباط این دو بیماری، به نتایج ضد و نقیض دست یافته‌اند و نیاز است که مطالعات بیش‌تر در این زمینه انجام شود، لذا این مطالعه با هدف رابطه استئوپروز با وضعیت پریدنتال در زنان یائسه در شهر امیرکلا (شمال ایران) انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی، بخشی از فاز دوم پروژه سلامت و سالمندی شهر امیرکلا (Amir kola Health and Aging Project's, AHAP) بود. این پروژه از سال 1390 بر روی تمام سالمندان مقیم شهر امیرکلا (شمال ایران) شروع شده است و هم‌چنان ادامه دارد (16). مطالعه حاضر

در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1399.179 به تصویب رسید.

در این مطالعه، 210 زن یائسه بالای 60 سال به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه با سطح اطمینان 95 درصد و توان 80 درصد و با فرض انحراف معیار برابر 1 در شاخص های پریدنتال برای یافتن 0/5 واحد اختلاف در این شاخص ها بین سه گروه استئوپروز، استئوپنی و نرمال، با استفاده از فرمول زیر 70 نمونه در هر گروه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(z1 - \alpha/2 + z1 - \beta)^2 (\sigma1^2 + \sigma2^2)}{(x1 - x2)^2}$$

مطالعه حاضر شامل سه گروه استئوپروز و استئوپنی و دانسیته استخوانی نرمال بود. معیار ورود در گروه استئوپروز شامل زنان یائسه ای که حداقل یک سال از دوره منوپوز آنها گذشته بود و دچار استئوپروز شده بودند. معیار ورود در گروه استئوپنی شامل زنان یائسه ای که حداقل یک سال از دوره منوپوز آنها گذشته بود و دچار استئوپنی شده بودند. معیار ورود در گروه دانسیته استخوانی نرمال شامل زنان یائسه ای که حداقل یک سال از دوره منوپوز آنها گذشته بود و از نظر دانسیته استخوان نرمال بودند.

معیار خروج در سه گروه شامل موارد زیر بود: استعمال سیگار و تنباکو، مصرف داروهای کورتیکواستروئید و شیمی درمانی، مصرف مکمل هورمونی و ویتامین D و کلسیم، سرطان، بی دندانی (17). اطلاعات دموگرافیک تمام افراد مورد مطالعه شامل سن، جنس و میزان تحصیلات در فرم اطلاعاتی وارد شد. میزان تحصیلات به سه دسته شامل بی سواد، تحصیلات زیر دیپلم، تحصیلات دانشگاهی تقسیم شد. اطلاعات آنترپومتریک شامل قد و وزن اندازه گیری شد و شاخص توده بدنی (BMI) محاسبه شد. قد (سانتی متر) با stadiometer با دقت 0/1 cm و وزن (kg) با ترازوی دیجیتال Seca با دقت 0/1 kg با حداقل پوشش و بدون کفش اندازه گیری

شد. اطلاعات پزشکی بیماران، شامل قندخون ناشتا FPG (Fasting plasma glucose) و دیابت در فرم اطلاعاتی وارد شد. وضعیت پریدنتال افراد مورد مطالعه از طریق معاینات بالینی 9 متخصص دندانپزشکی انجام گرفت. این شاخص ها شامل PDI (Periodontal disease index) (18)، PI (Plaque Index) (19) و OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index) (20) بود. شاخص PI براساس روش Loe و Silness (19) برای بررسی میزان پلاک و گسترش آن بر روی سطوح دندانی کاربرد دارد. نمره دهی ایندکس پلاک به این صورت است:

بدون پلاک در سطح لثه؛ 1: پوسته نازک از پلاک چسبیده در مارجین لثه آزاد و ناحیه مجاور دندان؛ 2: تجمع متوسط از رسوبات نرم روی مارجین لثه ای و مجاور سطح دندان؛ 3: واد نرم فراوان روی مارجین لثه ای و مجاور سطح دندان همراه با پاکت لثه ای.

شاخص OHI-S بر اساس مجموع دوشاخص CI و DI می باشد و هر کدام از این شاخص ها مبتنی بر اندازه کمی میزان دبری یا جرم موجود در سطح 6 دندان از پیش انتخاب شده است (20). این 6 سطح از دو دندان قدامی و چهار دندان خلفی انتخاب می شوند و نمره دهی آن به این صورت می باشد: (0-1/2) خوب، 3-1/3 متوسط، 3-6 ضعیف).

شاخص PDI براساس روش Ramfjord بر روی 6 دندان از پیش انتخاب شده اندازه گیری شد (18). و نمره دهی آن به صورت ذیل می باشد:

0: عدم وجود التهاب، عدم وجود تغییرات
1: ژئویوت خفیف تا متوسط در بعضی مناطق از مارجین لثه
2: ژئویوت متوسط تا شدید در تمام مارجین لثه
3: ژئویوت پیشرفته همراه با اریتم شدید، هموراژی و زخم پریدنشیوم
4: بالای 3 میلی متر از دست دادن چسبندگی از سمتوانامل جانکشن

5: 3-6 میلی متر از دست دادن چسبندگی

6: بالای 6 میلی متر از دست دادن چسبندگی

($P>0/05$). هم‌چنین میانگین متغیرهای سن، BMI، GDS، FPG میان 3 گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P>0/05$). میانگین شاخص‌های OHI، PDI و PI در افرادی که استئوپروز داشتند، از سایر گروه‌های مورد مطالعه بیش‌تر بود، اما هیچکدام از تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P>0/05$) (جدول شماره 2).

شاخص‌های OHI، PDI و PI با BMD (مهره و لگن) همبستگی خفیف معکوس اما غیر معنی‌داری نشان دادند ($P>0/05$). بدین معنی که افراد با دانسیته استخوانی کم‌تر، شرایط بهداشت دهان و وضعیت پریدونتال بدتری داشتند (تصویر شماره 1).

میان شاخص‌های OHI، PDI و PI ارتباط معنی‌دار مثبت وجود داشت. به این معنی که افراد با بهداشت دهان بالاتر، پلاک دندان‌های کم‌تر و وضعیت پریدونتال بهتری داشتند (تصویر شماره 1).

جدول شماره 1: ویژگی‌های دموگرافیک، شاخص‌های آنروپومتریک و بالینی در جمعیت زنان یائسه

سطح معنی داری	نرمال (n=70) تعداد (درصد)	استئوپروز (n=70) تعداد (درصد)	استثونی (n=70) تعداد (درصد)
سطح تحصیلات			
بی‌سواد	36(51/4)	33(47/1)	35(50/0)
ابتدایی و متوسطه	31(44/3)	35(50/0)	33(47/1)
دانشگاهی	3(4/3)	2(2/9)	2(2/9)
وضعیت تاهل			
متاهل	59(84/3)	59(84/3)	57(81/4)
مجرد	11(15/7)	11(15/7)	13(19/6)
دیابت			
	32(45/7)	25(35/7)	29(41/4)
شاخص توده بدنی (کیلوگرم/متر مربع)	انحراف معیار: میانگین	انحراف معیار: میانگین	انحراف معیار: میانگین
**0/06	31/78±4/47	29/92±5/07	31/82±4/79
**0/972	65/09±4/41	65/37±4/43	65/26±4/28
**0/925	124/6±57/20	122/71±58/810	120/87±54/445
FBS			

Fasting Blood Sugar : FBS

*: آزمون کای اسکور

** : آزمون آنالیز واریانس

جدول شماره 2: مقایسه میانگین OHI، PDI و PI در جمعیت زنان یائسه

PI (انحراف معیار: میانگین)	PDI (انحراف معیار: میانگین)	OHI (انحراف معیار: میانگین)
نرمال		
1/23±0/87	2/47±1/43	1/73± 1/37
استثونی		
1/95±0/91	2/56±1/61	2/01±1/62
استئوپروز		
1/36±0/87	2/76±1/42	2/26±1/40
سطح معنی داری *	0/521	0/103

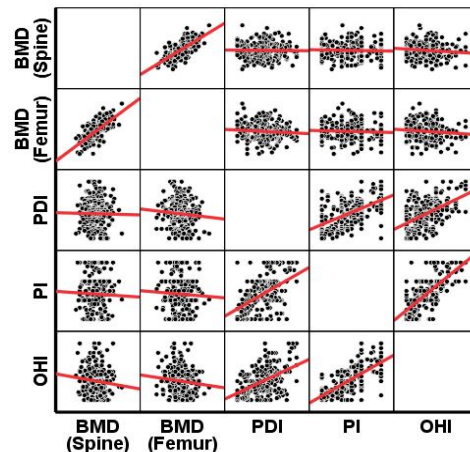
PI: Plaque index,
PDI: Periodontal disease index,
OHI: Oral hygiene index

*: آنالیز واریانس

در صورت نبود دندان‌های Ramfjord، دندان‌های مقابل یا مجاور، انتخاب شدند. توده معدنی استخوانی (BMD) با روش جذب سنجی اشعه ایکس با انرژی مضاعف (DEXA) دانسیتومتری با استفاده از دستگاه مضاعف (Horizon W1 Hologic company, USA) بر روی گردن استخوان فمور چپ و مهره‌های کمری (L2-L4) اندازه‌گیری شد و نتایج BMD به شکل g/cm^2 BMD، BMD T-score و BMD Z-score بیان گردید. براساس طبقه‌بندی سازمانی جهانی بهداشت بر مبنای T-score، افراد در یکی از گروه‌های $T\text{-score} \leq -2/5$ به‌عنوان استئوپروز، $-1 < T\text{-score} \leq -2/5$ به‌عنوان استثونی و $T\text{-score} > -1$ به‌عنوان نرمال قرار گرفت (21). بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS17 و توسط آزمون‌های آماری ANOVA، ضرایب همبستگی پیرسون و مدل‌های رگرسیونی چندگانه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. سطح معنی‌دار آماری کم‌تر از 0/05 تعیین شد.

یافته‌ها

در این مطالعه 210 زن یائسه وارد شدند که به سه گروه 70 نفره شامل دانسیته استخوانی نرمال، استئوپروز و استثونی تقسیم شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $65/24 \pm 4/36$ سال، با حداقل سن 60 و حداکثر 79 سال بود. از این تعداد، 86 نفر (41 درصد) دیابت ملیتوس داشتند. 104 نفر (49/5 درصد) بی‌سواد، 99 نفر (47/1 درصد) تحصیلات زیر دیپلم و 7 نفر (3/3 درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. 175 نفر (83/3 درصد) متاهل و 35 نفر (16/7 درصد) مجرد بودند. مشخصات دموگرافیک مانند سن، میزان تحصیلات، دیابت، وضعیت تاهل و همچنین میانگین متغیرهای سن، شاخص توده بدنی (BMI) و قندخون ناشتا (FPG) میان سه گروه استئوپروز، استثونی و نرمال در جدول شماره 1 بررسی و مقایسه شدند. توزیع فراوانی متغیرهای تحصیلات، دیابت و تاهل در میان 3 گروه، همسان بود



تصویر شماره 1: نمودار همبستگی متغیرهای BMD، PI، PDI، OHI و BMD

افراد با FPG بالاتر به طور مشخص میزان بهداشت دهان ضعیف تر ($r = -0/175$ ، $P = 0/011$) و میزان پلاک بیش تر ($r = -0/147$ ، $P = 0/033$) و وضعیت پرئودنتال بدتری ($r = -0/146$ ، $P = 0/035$) داشتند.

جهت تعیین نقش متغیرهای تاثیرگذار بر PDI، از آنالیز رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده گردید و مشخص شد، تنها افراد دیابتیک به طور معناداری وضعیت پرئودنتال بدتری داشتند ($P = 0/012$). شانس ابتلا به پرئودنتیت در افراد دیابتیک 2/47 برابر بیش تر ($95\% \text{ CI}: 1/26-5/03$) از افراد غیردیابتیک است.

بحث

در این مطالعه مقطعی بررسی وضعیت پرئودنتال در زنان استئوپروتیک و غیر استئوپروتیک یائسه در شهر امیرکلا انجام شد. مطالعه حاضر نشان داد که استئوپروز با شاخص های PDI، PI و OHI ارتباطی ندارد.

تحقیقات بسیاری در این زمینه انجام شده است، اما نتایج آنها متناقض می باشد. برخی مطالعات همسو با مطالعه ما بود.

Ayed و همکاران (22) در سال 2019 به بررسی رابطه میان استئوپروز و شاخص های سلامت پرئودنتال در زنان یائسه پرداختند و مشخص شد که رابطه معنی دار

میان PI و Gingival index وجود ندارد. رضازاده و همکاران (23) نیز در مطالعه ای در سال 2021 نشان دادند که در زنان یائسه میان شاخص های PDI، OHI و PI با استئوپروز ارتباطی وجود ندارد. Sultan و همکاران (7) در مطالعه خود دریافتند که PI، GI و CAL با استئوپروز ارتباط ندارد. بسیاری از مطالعات نیز اثبات کردند که استئوپروز بر روی شاخص های پرئودنتال تاثیر گذار است. به طور مثال Aspalli و همکاران (24) در یک مطالعه مقطعی، ارتباط میان فاکتورهای CAL، PD و استئوپروز را به اثبات رساندند. Mohammad و همکاران (25) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافتند. Gil Montoya و همکاران (10) در سال 2021 به بررسی ارتباط بین تراکم مواد معدنی استخوان (BMD) و پرئودنتیت در زنان یائسه پرداختند. در این مطالعه نشان داده شد که تفاوت معنی داری میان استئوپروز با شاخص های پرئودنتال CAL وجود دارد. هر دو بیماری پرئودنتیت و استئوپروز، مولتی فاکتوریال می باشند. سن، نژاد، سیگار، وزن، هورمون درمانی، دیابت، به عنوان ریسک فاکتورهای مشترک هر دو به حساب می آیند (12). بنابراین عدم همسان سازی این فاکتورهای مداخله گر، می تواند نتیجه مطالعه را تحت تاثیر قرار دهد. در مطالعه حاضر، برخی از این فاکتورهای مداخله گر مهم، در سه گروه استئوپروز، استئوپنی و دانسیته استخوانی نرمال، همسان بودند بنابراین اثراتشان به حداقل رسید. بر این اساس میانگین سن، BMI، FPG و شاخص افسردگی در سه گروه تفاوت معناداری نداشتند. همچنین میزان تحصیلات و تعداد افراد دیابتیک در هر سه گروه همسان بود. از طرفی هیچ کدام از افراد مورد مطالعه سیگاری نبودند و مکمل های هورمونی، کلسیم و vitD مصرف نمی کردند.

از دلایل دیگری که می تواند تناقض نتایج را در میان مطالعات توجیه کند این است که معیار مشخص و ثابتی در بررسی وضعیت پرئودنتال وجود نداشت. برخی مطالعات از شاخص های بالینی و برخی دیگر از شاخص های

رادیوگرافیک برای وضعیت پریدنتال استفاده کردند. معیارهای بالینی که در بررسی وضعیت پریدنتال استفاده شد، شامل CAL، PD، PDI، PI و OHI بود. مطالعه حاضر از شاخص‌های PDI، PI و OHI استفاده کرد. از سوی دیگر استئوپروز از طریق اندازه‌گیری دانسیته استخوانی مشخص می‌شود. سازمان جهانی بهداشت، استئوپروز را به صورت کاهش دانسیته استخوانی بیش‌تر از $2/5$ انحراف معیار که به‌طور متوسط برای فرد سالم و بالغ در همان سن در نظر گرفته می‌شود، تعریف کرده است (21). ابزارهای متفاوتی برای اندازه‌گیری BMD وجود دارد و شناخته شده‌ترین آن‌ها DEXA (dual-energy x-ray absorptiometry) است که دقت و رزولوشن بالا دارد و قابل اعتماد می‌باشد. رادیاسیون کم و کم هزینه است و استاندارد طلایی برای بررسی دانسیته استخوانی است. ما در مطالعه خود از این ابزار استفاده کردیم (26).

در مطالعه حاضر شاخص بهداشت دهان OHI که مجموع شاخص دبری و شاخص پلاک است در میان افراد استئوپروتیک و غیر استئوپروتیک تفاوت نداشت. بهداشت ضعیف دهان مانند افزایش پلاک جرم و دندانی، می‌تواند اثر استئوپروز بر پریدنتیت را بپوشاند. همسان بودن این شاخص در میان گروه‌ها سبب می‌شود که تاثیر آن به‌عنوان یک فاکتور مداخله‌گر حذف گردد.

در مطالعه حاضر تلاش کردیم تاثیر فاکتورهای مداخله‌گر را کم کنیم و از آن‌جا که دیابت در افراد مسن بسیار شایع است، نمی‌توانستیم این فاکتور را در معیار خروج قرار دهیم. آنالیز داده‌ها نشان داد تعداد افراد دیابتیک و هم‌چنین میانگین قندخون میان سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت و همین سبب شد تا تاثیر این بیماری به حداقل برسد. از آنالیز رگرسیون لجستیک برای تاثیر این فاکتور استفاده شد و در نهایت به این نتیجه رسیدیم که افراد دیابتی $2/47$ برابر بیش‌تر از افراد غیر دیابتیک به پریدنتیت مبتلا می‌شوند. در مطالعه Choi و همکاران در سال 2017 (27) نیز هم‌جهت با نتایج،

مطالعه ما به رابطه معنی‌دار دیابت با سلامت پریدنتال در زنان اشاره کرد. نتایج نشان دادند که این امر احتمالاً به این دلیل است که افراد مبتلا به دیابت مستعد ابتلا به عفونت هستند (28).

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود و در مقطعی از زمان ارتباط شاخص‌های بالینی پریدنتال را با استئوپروز بررسی کرد. از آن‌جا که ارزش شاخص‌های بالینی پریدنتال به وجود دندان‌های باقیمانده می‌باشد، ممکن است که افراد استئوپروتیک دندان‌های خود را قبلاً از دست داده باشند. به همین خاطر احتمال دارد حساسیت این شاخص‌ها در مطالعات مقطعی کم باشد و بنابراین پیشنهاد می‌شود که با انجام مطالعات طولی این مشکل برطرف گردد. از سوی دیگر بسیاری از مطالعات علاوه بر شاخص‌های کلینیکی، ارتباط شاخص‌های رادیوگرافیک پریدنتال را با استئوپروز بررسی کردند و اکثریت آن‌ها به نتیجه مثبت رسیدند. Payne و همکاران در یک بررسی دو ساله، تغییرات ارتفاع و دانسیته استخوان آلوئولار را میان زنان مبتلا به استئوپروز با زنان با BMD نرمال spine، ثبت کردند و نشان دادند که زنان مبتلا به استئوپروز، بیش‌تر از زنان سالم دچار کاهش ارتفاع استخوان آلوئولار و تراکم کربستال و زیر ساب کربستال می‌شوند (29). پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده مجموع شاخص‌های بالینی و رادیوگرافیک پریدنتال به‌عنوان وضعیت پریدنتال بررسی گردد.

با وجود تعداد زیاد مطالعات در زمینه ارتباط میان استئوپروز و پریدنتیت، تاکنون مکانیسم آن به اثبات نرسیده است. چرا که اتیولوژی هردو بیماری مولتی فاکتور می‌باشد و یافتن ارتباط استئوپروز و وضعیت پریدنتال بسیار پیچیده می‌گردد. ازسویی آکادمی پریدنتولوژی آمریکا نشان داد که استئوپروز یائسگی ریسک فاکتور بیماری پریدنتال است، از سویی دیگر استئوپروز را نمی‌توان به‌عنوان عامل اتیولوژیک در بروز بیماری پریدنتال به حساب آورد. با این حال می‌تواند بر شدت بیماری پریدنتال تاثیر بگذارد (30، 31).

پریودنتال به عنوان وضعیت پریودنتال بررسی گردد. براساس مطالعه حاضر به نظر می‌رسد میان استئوپوروز و وضعیت پریودنتال زنان یائسه ارتباطی وجود ندارد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مقطعی بودن آن و عدم بررسی فاکتورهای رادیوگرافیک پریودنتال اشاره کرد.

پیشنهادهای

نتایج متناقض در مطالعات ممکن است با علت‌هایی مانند تفاوت در حجم نمونه، وجود فاکتورهای مداخله‌گر، نژاد، سن، روش‌های مختلف اندازه‌گیری پارامترهای پریودنتال و یا روش تشخیص مختلف پوکی استخوان توضیح داده شود. لذا پیشنهاد می‌شود تا در تحقیقات آینده از مطالعات آینده‌نگر با حجم نمونه بیش‌تر و کنترل فاکتورهای مداخله‌گر استفاده شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که شاخص‌های بالینی و رادیوگرافیک

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه محمد گرجی نژاد دانشجوی رشته دندانپزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره 9909709 دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به دلیل حمایت مادی و معنوی و نیز از پرسنل محترم طرح کوهورت امیرکلا تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et al. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int* 2014; 25(10): 2359-2381.
2. Fahimfar N, Noorali S, Yousefi S, Gharibzadeh S, Shafiee G, Panahi N, et al. Prevalence of osteoporosis among the elderly population of Iran. *Arch Osteoporos* 2021; 16(1): 1-10.
3. Briot K, Roux C, Thomas T, Blain H, Buchon D, Chapurlat R, et al. 2018 update of French recommendations on the management of postmenopausal osteoporosis. *Joint Bone Spine* 2018; 85(5): 519-530.
4. Mashalkar VN, Suragimath G, Zope SA, Varma SA. A cross-sectional study to assess and correlate osteoporosis and periodontitis among postmenopausal women: a dual energy X-ray absorptiometry study. *J Midlife Health* 2018; 9(1): 2-7.
5. Armitage GC, Robertson PB. The biology, prevention, diagnosis and treatment of periodontal diseases: scientific advances in the United States. *J Am Dent Assoc* 2009; 140: 36S-43S.
6. Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. Global prevalence of periodontal disease and lack of its surveillance. *Scientific World Journal* 2020; 2020: 2146160.
7. Sultan N, Rao J. Association between periodontal disease and bone mineral density in postmenopausal women: a cross sectional study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(3): e440-e447.
8. Hathaway-Schrader JD, Novince CM. Maintaining homeostatic control of periodontal bone tissue. *Periodontology* 2000 2021; 86(1): 157-187.
9. Penoni DC, Leão ATT, Fernandes TM, Torres SR. Possible links between osteoporosis and periodontal disease. *Rev Bras Reumatol Engl Ed* 2017; 57: 270-273.
10. Gil-Montoya JA, Garrido-Martínez M, Barrios-Rodríguez R, Ramos-García P, Lenouvel D, Montes-Castillo C, et al. Association between low bone mineral density and periodontitis in

- generally healthy perimenopausal women. *J Periodontology* 2021; 92(1): 95-103.
11. Famili P, Cauley J, Suzuki JB, Weyant R. Longitudinal study of periodontal disease and edentulism with rates of bone loss in older women. *J Periodontology* 2005; 76(1): 11-15.
 12. Tezal M, Wactawski-Wende J, Grossi SG, Ho AW, Dunford R, Genco RJ. The relationship between bone mineral density and periodontitis in postmenopausal women. *J Periodontology* 2000; 71(9): 1492-1498.
 13. Gomes-Filho IS, Passos JdS, Cruz SS, Vianna MIP, Cerqueira EdMM, Oliveira DC, et al. The association between postmenopausal osteoporosis and periodontal disease. *J Periodontol* 2007; 78(9): 1731-1740.
 14. Goyal L, Goyal T, Gupta ND. Osteoporosis and Periodontitis in Postmenopausal Women: A Systematic Review. *J Midlife Health* 2017; 8(4): 151-158 .
 15. Kulikowska-Bielaczyc E, Gołbiewska M, Preferansow E. The relationship between mineral status of the organism and the number of teeth present and periodontal condition in postmenopausal patients. *Adv Med Sci* 2006; 51(Suppl 1): 130-133.
 16. Bijani A, Ghadimi R, Mikaniki E, Kheirkhah F, Mozaffarpur SA, Motalebnejad M, et al. Cohort profile update: the Amirkola health and ageing project (AHAP). *Caspian J Intern Med* 2017; 8(3): 205-212.
 17. Suresh S, Kumar TS, Saraswathy PK, Pani Shankar KH. Periodontitis and bone mineral density among pre and post menopausal women: A comparative study. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2010; 14(1): 30-34.
 18. Ramfjord SP. The periodontal disease index (PDI). *J Periodontology* 1967; 38(6)(Suppl): 602-610.
 19. Löe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontology* 1967; 38(6): 610-613.
 20. Greene JG, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc* 1964; 68: 7-13.
 21. WHOS Group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. Geneva: WHO Tech Rep Ser; 1994.
 22. Ayed MS, Alsharif AF, Divakar DD, Jhugroo C, Alosaimi B, Mustafa M. Evaluating the possible association between systemic osteoporosis and periodontal disease progression in postmenopausal women. *Dis Mon* 2019; 65(6): 193-215.
 23. Rezazadeh F, Emad S, Emad M. Relationship between bone mineral density and oral health status among Iranian women. *Int J Prev Med* 2019; 10: 149.
 24. Aspalii SS, Shetty VS, Parab PG, Nagappa G, Devnoorkar A, Devarathnamma M. Osteoporosis and periodontitis: is there a possible link? *Indian J Dent Res* 2014; 25(3): 316-320.
 25. Mohammad AR, Hooper DA, Vermilyea SG, Mariotti A, Preshaw PM. An investigation of the relationship between systemic bone density and clinical periodontal status in post-menopausal Asian-American women *Int Dent J* 2003; 53(3): 121-125.
 26. Jeffcoat MK, Lewis CE, Reddy MS, Wang CY, Redford M. Post-menopausal bone loss and its relationship to oral bone loss. *Periodontology* 2000 2000; 23(1): 94-102.
 27. Choi J-K, Kim Y-T, Kweon H-I, Park E-C, Choi S-H, Lee J-H. Effect of periodontitis on the development of osteoporosis: results from a nationwide population-based cohort study (2003-2013). *BMC Womens Health* 2017; 17(1): 77.

28. Deshpande K, Jain A, Sharma R, Prashar S, Jain R. Diabetes and periodontitis. J Indian Soc Periodontol 2010; 14(4): 207-212.
29. Payne JB, Reinhardt RA, Nummikoski PV, Patil KD. Longitudinal alveolar bone loss in postmenopausal osteoporotic/osteopenic women. Osteopor Int 1999; 10(1): 34-40.
30. Scannapieco FA. Position paper of The American Academy of Periodontology: periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases. J Periodontology 1998; 69(7): 841-850.
31. Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases. J Periodontology 1996; 67(10Suppl): 1041-1049.