

۱۴۴۴۴



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه
جهت دریافت درجه دکترای دندانپزشکی

عنوان

بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان عمومی استان قزوین نسبت به بیماریهای

پریودنتال مهاجم

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر جلال الدین حمیصی

استاد مشاور:

۱۳۸۹/۹/۱۳ جناب آقای دکتر جمشید پور صمیمی

نگارش:

ابوالفضل مدرس

سجده سلامت
سجده سلامت

با تشکر از خداوند منان؛

که توفیق کسب علم و دانش و تحصیل را به من عطا فرمود.

با تشکر از استادان گرامی؛

جناب آقای دکتر جلال الدین حمیصی، جناب آقای دکتر جمشید پورصمیمی جراح و متخصص بیماری های لته که تدوین این مجموعه مرهون راهنمایی و زحمات این عزیزان می باشد.

با تشکر از مشاورین آمار:

سرکار خانم قدوسی که در انجام کارهای آماری صادقانه همکاری نمودند.

با تشکر از : هیأت محترم قضات؛

و تمامی مسئولین و دست اندرکاران دانشکده دندانپزشکی، اعم از پرسنل آموزشی، پژوهشی و کلینیکی.

۱	چکیده
۲	فصل اول - کلیات
۳	۱-۱- مقدمه و بیان مسئله
۵	۱-۲- تاریخچه بیماری پریدونتال مهاجم
۸	۱-۳- تعریف و طبقه بندی بیماری های پریدونتال
۱۱	۱-۳-۱- بیماری های پریدونتیت مهاجم
	۱-۳-۲- بیماری پریدونتیت مهاجم موضعی: مشخصات بالینی، رادیوگرافی، شیوع، توزیع سنی و جنسی و میکروبیولوژیکی
۱۱	۱-۳-۳- بیماری پریدونتیت مهاجم منتشر: مشخصات بالینی، رادیوگرافی، شیوع، توزیع سنی و جنسی و میکروبیولوژیکی
۱۳	۱-۴- تعیین پیش آگهی و درمان در بیماریهای پریدونتال مهاجم
۱۵	فصل دوم- مروری بر مقالات
۱۹	۲-۱- مروری بر مقالات
۲۷	فصل سوم- مواد و روش ها
۲۸	۳-۱- اهداف
۲۹	۳-۲- نوع مطالعه
۲۹	۳-۳- جامعه مورد بررسی
۲۹	۳-۴- تعداد و حجم نمونه و روش نمونه گیری
۳۰	۳-۵- روش اجرای تحقیق
۳۱	۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده ها

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۳۱	-----	۳-۷- ملاحظات اخلاقی
۳۲	-----	۳-۸- متغیرها
۳۳	-----	فصل چهارم - نتایج
۳۴	-----	۴-۱- نتایج
۵۱	-----	فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری
۵۲	-----	۵-۱- بحث و نتیجه گیری
۵۴	-----	۵-۲- پیشنهادات
۵۶	-----	چکیده انگلیسی
۵۷	-----	فصل ششم فهرست منابع
۵۸	-----	۶-۱- فهرست منابع
۶۱	-----	۶-۲- ضمیمه

فهرست جداول

عنوان

صفحه

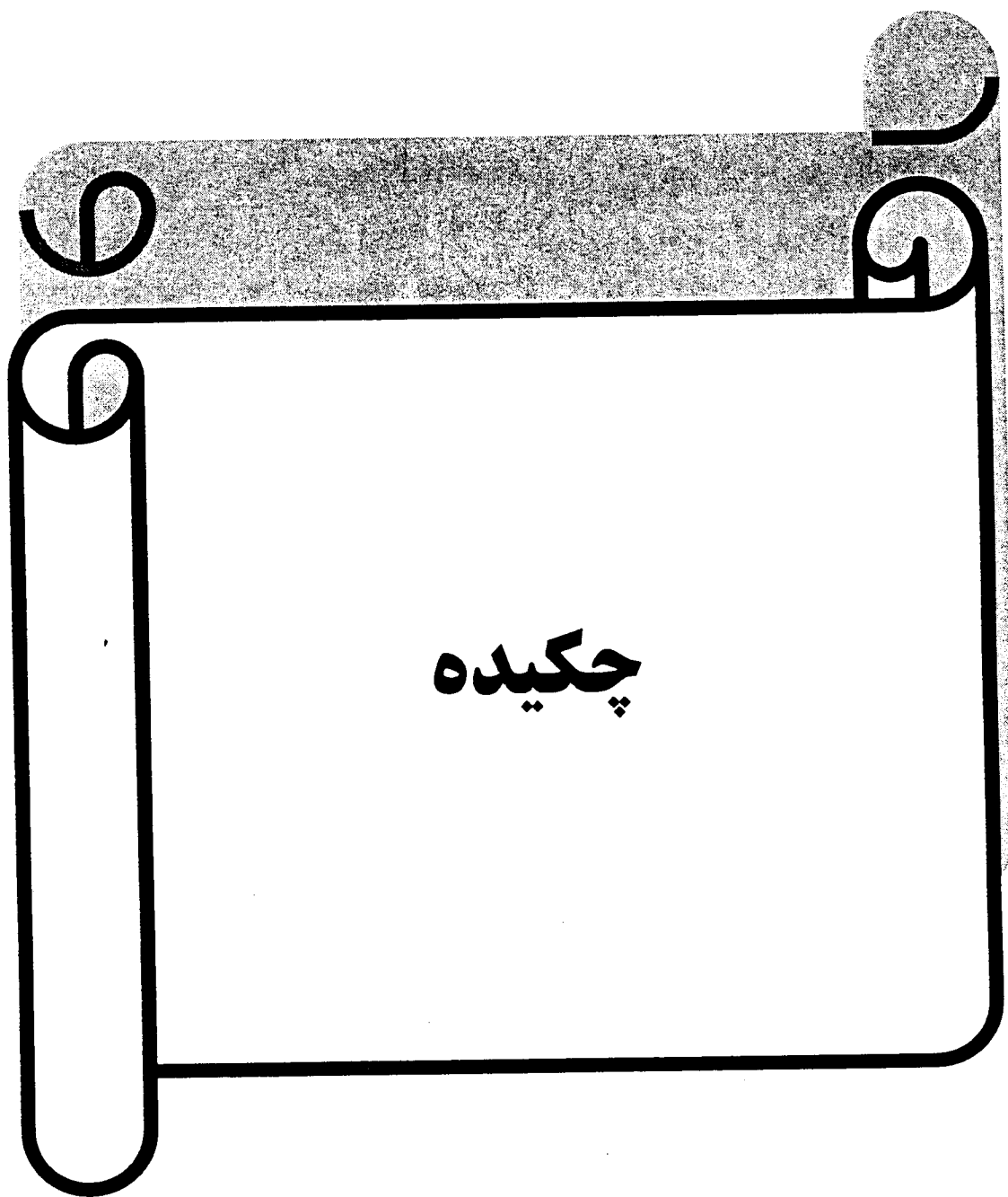
- جدول ۳-۱: جدول متغیرها ----- ۳۲
- جدول ۴-۱: توزیع دندانپزشکان مورد بررسی بر حسب جنسیت ----- ۳۴
- جدول ۴-۲: توزیع دندانپزشکان مورد بررسی بر حسب گروههای سنی ----- ۳۴
- جدول ۴-۳: توزیع دندانپزشکان مورد بررسی بر حسب سابقه کار ----- ۳۵
- جدول ۴-۴: توزیع فراوانی دندانپزشکان بر حسب گذراندن دوره های بازآموزی ----- ۳۵
- جدول ۴-۵: توزیع فراوانی و و فراوانی نسبی پاسخ سوالات مربوط به آگاهی دندانپزشکان ----- ۳۶
- جدول ۴-۶: توزیع فراوانی و و فراوانی نسبی پاسخ سوالات مربوط به نگرش دندانپزشکان ----- ۳۷
- جدول ۴-۷: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی پاسخ سوالات مربوط به عملکرد دندانپزشکان ----- ۳۹
- جدول ۴-۸: ضریب همبستگی بین ابعاد مختلف تحقیق. ----- ۴۰
- جدول ۴-۹: همبستگی بین آگاهی و نگرش دندانپزشکان ----- ۴۴
- جدول ۴-۱۰: رابطه بین آگاهی و عملکرد دندان پزشکان ----- ۴۵
- جدول ۴-۱۱: رابطه بین نگرش و عملکرد دندان پزشکان ----- ۴۶
- جدول ۴-۱۲: توزیع میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد بر حسب جنسیت دندانپزشکان ----- ۴۷
- جدول ۴-۱۳: مقایسه میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد بر حسب سن دندانپزشکان ----- ۴۸
- جدول ۴-۱۴: مقایسه میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان به تفکیک سابقه کار - ۴۹
- جدول ۴-۱۵: مقایسه میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد با گذراندن دوره بازآموزی ----- ۵۰

عنوان

فهرست نمودار

صفحه

- نمودار ۴-۱: نمودار همبستگی بین آگاهی و نگرش دندانپزشکان ----- ۴۱
- نمودار ۴-۲: نمودار همبستگی بین آگاهی و عملکرد دندانپزشکان ----- ۴۲
- نمودار ۴-۳: نمودار همبستگی بین نگرش و عملکرد دندانپزشکان ----- ۴۳



چکیده

چکیده

مقدمه: اثرات بیماری های پریدونتال مهاجم در مطالعات کلینیکی متعددی نشان داده شده است. آگاهی، نگرش و عملکرد مناسب دندانپزشکان عمومی در مورد این اثرات می تواند منجر به تشخیص به موقع و درمان بهتر بیماران شود. هدف این مطالعه بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان عمومی استان قزوین نسبت به بیماری های پریدونتیت مهاجم بوده است.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی است. که در سال ۱۳۸۹ با شرکت ۱۴۰ دندانپزشک عمومی در استان قزوین انجام گرفت. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه ای بود که بر اساس منابع معتبر تهیه گردید. پس از تکمیل پرسشنامه ها اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار SPSS ver:15 و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون های T-TEST و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین نمره آگاهی ($F=5/89$ و $p=0/004$)^{*} نگرش ($F=4/18$ و $p=0/018$) و عملکرد ($F=0/765$ و $p=0/468$) افراد با افزایش سابقه کار کاهش یافته، بالاترین میانگین نمره نگرش ($5/19 \pm 1/30$) و عملکرد ($3/44 \pm 1/16$) به افراد کمتر از ۳۰ سال و پایین ترین میانگین نمره عملکرد ($2/64 \pm 1/03$) به افراد در گروه سنی بالای ۴۱ سال تعلق داشت. میانگین نمره آگاهی و نگرش و عملکرد بانوان بهتر از آقایان بود $5 \pm 1/76$ در برابر $1/5 \pm 3/48$ ، $T=-3/04$ و $p=0/003$)[†]

نتیجه گیری: نتایج نشان می دهد که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان عمومی استان قزوین با افزایش سابقه کار تنزل یافته است. لذا گنجانیدن مباحث لازم در این خصوص جهت ارتقاء سطح علمی این عزیزان در دوره های باز آموزشی لازم به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: آگاهی، نگرش، عملکرد، بیماری پریدونتیت مهاجم

*. میزان خطا = P ، تست آنالیز واریانس = F
†. آزمون t

فصل اوّل:

کلیات

۱-۱- مقدمه و بیان مسئله:

بیماری های پریدنتال از شایعترین بیماریهای جوامع بشری بوده و همراه پوسیدگی از جمله علل اصلی از دست رفتن دندانها به شمار می روند. توجه به سلامت انساج نگهدارنده دندان یک پیش نیاز جهت شروع اکثر درمان های دندانپزشکی محسوب می گردد. با توجه به ارتباط دندانها و نسوج نگهدارنده آنها کلیه درمانهای دندانپزشکی زمانی موفقیت آمیز خواهد بود که سلامت پریدونشیم برقرار باشد و این حاصل نخواهد شد مگر اینکه پروسه درمان در ابتدا بر اساس شکایت اصلی بیمار، تاریخچه، معاینات بالینی کامل و آزمایشات مختلف تشخیص صورت پذیرد. (۱۰۱۰)

تصمیم گیری بالینی موضوع بسیار مورد توجهی در دهه اخیر بوده است. شایان توجه است که متون دندانپزشکی مویید این نظریه است که به علت تفاوتهای موجود از نظر تشخیص، نیاز به درمان و نوع درمانهای دندانپزشکی توصیه شده، و نتایج این مداخلات، در بین دندانپزشکان تنوع قابل ملاحظه ای در تصمیمات بالینی ایجاد کرده است. متأسفانه تشخیص و طرح درمان از مهارتهای مشکلی هستند که از قدیم در آموزش دوره دانشجویی دندانپزشکی نیز به خوبی مورد تاکید قرار نگرفته است اعمال دندانپزشکی اگر چه با عدم قطعیت بالینی مواجه است اما مستلزم تصمیم گیری های موثر و مناسب می باشد بنابراین بسیاری از این تصمیمات بر اساس اعتماد به تجربیات گذشته و اطلاعات به دست آمده از همکاران یا افراد مجرب گرفته می شود. (۱۰۱۱)

در این بین بیماری پریدونتیت مهاجم درنوع موضعی، غالباً دندانهای مولر و انسیزورها را در افراد زیر ۳۰ سال، که از نظر سیستمیکی سالم هستند را درگیر می کند که در بروز این بیماری به عواملی چون سن، جنسیت، نژاد، سرعت زیاد پیشرفت

بیماری، طبیعت و ترکیب فلورهای میکروبی زیر لثه ای، تغییر در پاسخ ایمنی میزبان، فاکتورها و عوامل ژنتیکی می توان اشاره داشت که اگر این موارد زود تشخیص داده شوند، بصورت محافظه کارانه و آموزش بهداشت و تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک درمان می شوند، که در این صورت پیش آگهی عالی (Excellent) است. اگر ضایعه بیشتر پیشرفت کند پیش آگهی همچنان می تواند خوب (Good) باشد، البته در صورتی که ضایعات با دبریدمان، آنتی بیوتیک موضعی و سیستمیک و درمان رژنراتیو درمان شوند. در غیر این صورت پیش آگهی به Fair، Poor یا questionable تغییر یافته که در نهایت موجب از دست دادن دندانهای دائمی خواهد شد که نقش مهمی در زیبایی و عملکرد دهان داشته و فقدان آنها عواقب ناگواری از نظر سلامت جسمانی، روحی، روانی و مادی در این افراد در پی خواهد داشت. و چون این افراد از نظر اجتماعی گروه فعال و خلاق در هر جامعه محسوب میشوند بالطبع خانوادهها و نهایتاً جامعه از این مشکلات بی نصیب نخواهند ماند. در نتیجه درک بهتر از شناخت این بیماری و بررسی صحیح راههای تشخیص به موقع و درمان مناسب می تواند اثرات مثبت و سازنده ای در این گروه از بیماران و جامعه بر جای گذارد. (۱۱،۱۰)

پس پر واضح است که نقش دندانپزشکان در شناساندن، پیشگیری، تشخیص و درمان بیماریهای دهان و دندان نقش کلیدی و بس خطیر می باشد بنابر این بررسی میزان آگاهی و نگرش و عملکرد این عزیزان مبین میزان دانش و آگاهی دندانپزشکان از این بیماری (Knowledge)، اعتقاد و نگرش آنان به عوامل ایجاد کننده (Attitude) و در نهایت بررسی میزان عملکرد و اقدامات آنها در امر شناسایی و پیشگیری و درمان این گروه از بیماران می باشد (Practice).

۱-۲ تاریخچه بیماری پریودنتال مهاجم:

بیماریهای پریودنتال از گذشته های دور مورد توجه دانشمندان و پزشکان بوده و هست چنانکه پزشک مشهور ایرانی رازی، چند بخش از کتاب خود الفقیر را به بیماری بافتهای اطراف دندان اختصاص داده و نیز ابوالقاسم دانشمند معاصر وی بیماری پریودنتیت را در ارتباط با رسوبات میکروبی روی دندان توصیف نموده است.^(۴)

در سال ۱۹۲۳، Gottlib بیماری پریودنتیت مهاجم را که در آن زمان Juvenile periodontitis نامیده می شد در مرد ۲۲ ساله ای که از انفلوآنزا مرده بود گزارش نمود. این نمونه دچار حالتی بود که وی آن را آتروفی منتشر استخوان آلوئل نامید. وی در بررسی نسج نرم لته تغییرات پاتولوژیک نیافت در حالیکه متوجه تحلیل الیاف کلاژن لیگامان پریودنتال و جایگزینی آن به وسیله بافت همبند شل و تجلیل شدید استخوان که نهایتاً منجر به گشادی فضای لیگامان پریودنتال و لقی دندانها می شود شد.

ده سال بعد در ۱۹۲۸، Gottlib این وضعیت را به مهار تولید مداوم سمان نسبت داد زیرا او تصور می کرد ساخت سمان برای نگهداری الیاف پریودنتال ضروری است. او این بیماری را deep cementophatia نامید. وی فرض کرد که deep cementophatia یک بیماری مرتبط با رویش دندان است و سمان یک پاسخ جسم خارجی را ایجاد می نماید. در نتیجه تصور می شد که میزبان تلاش می کند دندان را تحلیل برده و exfoliate کند و به همین دلیل تحلیل استخوان و تشکیل پاکت مشاهده می شود.

۱۹۳۸، Wannennecher درگیری انسیزور- مولر اول را توصیف کرد و آن را Parodontitis marginalis progressiva نامید. در حالیکه او به روند آماسی بیماری

متعدد بود بسیاری از افراد منجمله Orban و Weinmann آنرا یک فرایند دژنراتیو و غیر آماسی تلقی کرده و در سال ۱۹۲۴ نام Periodontosis را به آن نسبت دادند گروهی از محققان دیگر منکر وجود بیماری پریودنتال از نوع دژنراتیو بودند و تغییرات موجود را به ترومای ناشی از اکلوزن نسبت می دادند. بالاخره، Workshop جهانی پریودونتیکنز مفهوم Periodontosis را بعنوان بیماری دژنراتیو رد کرد و این عنوان را از فرهنگ واژگان پریودنتال حذف کرد. این کمیته متوجه شد که یک گروه علائم کلینیکی که با پریودنتیت بالغین تفاوت دارد ممکن است در نوجوانان و بالغین جوان اتفاق بیافتد. (۱۲،۱۱،۱۰)

عبارت Juvenile periodontitis در سال ۱۹۶۷ توسط chaput و همکارانش در ۱۹۶۹ توسط Butler معرفی شد. چند سال بعد در ۱۹۷۱ Bear آن را به این صورت تعریف کرد: یک بیماری پریودونشیم که در نوجوانانی که از سایر لحاظ سالم هستند، اتفاق می افتد و مشخصه آن تحلیل سریع استخوان آلوئل در بیش از یک دندان دائمی است و میزان تخریب موجود با میزان محرکهای موضعی همخوانی ندارد. Workshop جهانی پریودونتیکنز در سال ۱۹۸۹ این بیماری را تحت عنوان Localized Juvenile Periodontitis، و زیر گروهی از گروه وسیع Early Onset Periodontitis طبقه بندی نمود. در این سیستم طبقه بندی در هنگام تشخیص Localized Juvenile Periodontitis سن بروز بیماری، و نحوه توزیع بیماری اهمیت اساسی دارند. (۱۰)

اصطلاح Early Onset Periodontitis از سال ۱۹۹۹ به بعد از طرف آکادمی پریودنتولوژی آمریکا دیگر مورد استفاده قرار نگرفت چون که به نظر می رسید که این اصطلاح محدود کننده باشد. بسیاری اعتقاد داشتند که این الگوی پریودنتیت در هر سنی میتواند رخ دهد و تنها محدود به بیماران زیر ۳۵ سال نیست. مجمع به این

نتیجه رسید که منطقی ترین سیستم طبقه بندی، سیستمی است که وابسته به سن نبوده و اطلاعاتی در مورد سرعت پیشرفت ضایعه نخواهد. و به طور کلی امروزه اصطلاح "پریودنتیت مهاجم موضعی" جای اصطلاح قدیمی "پریودنتیت موضعی جوانان" را گرفته است. درحالی که به جای "پریودنتیت منتشر جوانان" اصطلاح "پریودنتیت مهاجم منتشر" بکار می رود. (۱۲،۱۱،۱۰)

۳-۱- تعریف و طبقه بندی بیماری های پریودنتال :

پریودنتیت به صورت "بیماریهای التهابی بافت های حمایت کننده دندان می باشد که توسط میکروارگانسیم های خاص یا گروهی از میکروارگانسیم های خاص ایجاد می گردد و با تخریب وسیع لیگامان پریودنتال و استخوان آلوئولار به همراه تشکیل پاکت، تحلیل لثه و یا هر دو مشخص می شود." نمای کلینیکی که باعث شناسایی پریودنتیت از ژنژیویت می شود حضور از دست رفتن چسبندگی کلینیکی قابل تشخیص در پریودنتیت می باشد.^(۱۲)

طبقه بندی های بسیاری در ۲۰ سال اخیر در مورد نمای کلینیکی متفاوت پریودنتیت ارائه شده است، توافق به عمل آمده در work shop آمریکای شمالی در سال ۱۹۸۹ و در سال ۱۹۹۳ در اروپا نشان داد که پریودنتیت ممکن است به صورت early onset، adult onset و اشکال نکروزه ظاهر شود.

طبق طبقه بندی page در ۱۹۸۹ بیماریهای پریودنتال عبارت بودند از:

۱- پریودنتیت بزرگسالان (a.p)^۱

۲- پریودنتیت زودرس (E.O.P)^{۱۱} که شامل سه گروه:

A - پریودنتیت قبل از بلوغ (P.P)^{۱۱۱} که شامل دو زیر گروه:

-a Local prepubertal periodontitis

^۱ -adult periodontitis
^{۱۱} - Early onset periodontitis
^{۱۱۱} - perpubertal. periodontitis

-b General prepubertal periodontitis

B- پریودنتیت پیشرونده مهاجم جوانان (R.P.P)^I

C- پریودنتیت جوانان (J.P)^{II} که به نوبه خود شامل

-a General juvenile periodontitis

-b Local juvenile periodontitis

۳- پریودنتیت همراه با بیماری سیستمیک

مثل: سندرم داون، دیابت نوع اول، سندرم پاپلیون لفور، ایدز

۴- پریودنتیت نکروزه زخمی (N.U.P)^{III}

۵- پریودنتیت سرکش یا مقاوم در مقابل درمان (R.P)^{IV}

تحقیقات کلینیکی و پایه ای وسیع علمی در مورد این بیماری ها در کشورهای مختلف انجام شده است و پاره ای شاخص ها که ده سال قبل عنوان شده بود دیگر چندان مورد قبول نمی باشند. به خصوص شواهدی که جهت پشتیبانی از طبقه بندی پریودنتیت بالغین، انواع مقاوم به درمان و فرمهای مختلف پریودنتیت early onset پیش تر مطرح شده دچار نقص می باشد. اصطلاح «آغاز شونده در جوانی» از سال ۱۹۹۹ به بعد دیگر مورد استفاده قرار نگرفت چون که به نظر می رسید این اصطلاح محدود کننده باشد. بسیاری اعتقاد داشتند که این الگوی پریودنتیت در هر سنی می-

^I - rapidly progressive periodontitis

^{II} - juvenile periodontitis

^{III} - necrotizing ulcerative periodontitis

^{IV} - refractory periodontitis

تواند رخ دهد و تنها محدود به بیماران زیر ۳۵ سال نیست. بنابراین توافق شد که طبقه بندی بر اساس سن نباشد ولی باید یافته های لابراتوری، تاریخچه، رادیوگرافی و بالینی را حتماً مورد توجه قرار دهد.^(۱۰،۱۲)

مجمع ۱۹۹۹ به این نتیجه رسید که منطقی ترین سیستم طبقه بندی، سیستمی است که وابسته به سن نبوده و اطلاعاتی در مورد سرعت پیشرفت ضایعه نخواهد و با تکیه بر یافته های علمی و کلینیکی جدید، اشکال مختلف پریودنتیت را به ۳ فرم پریودنتیت مرمز، مهاجم و پریودنتیتی که به عنوان تظاهراتی از بیماری سیستمیک می باشد تقسیم بندی نمود. به طور کلی امروزه اصطلاح «پریودنتیت مهاجم موضعی»^۱ جای اصلاح قدیمی «پریودنتیت موضعی جوانان» را گرفته است، در حالی که به جای «پریودنتیت عمومی جوانان» اصطلاح «پریودنتیت مهاجم منتشر» بکار می رود. الگوئی که قبلاً در پریودنتیت قبل بلوغ نامیده می شود در ارتباط با اختلالات عملکردی لکوسیت ها شناخته شده و «سندرم چسبندگی لکوسیتها»^{۱۱} نامیده می شود. امروزه این بیماری به عنوان یکی از انواع پریودنتیت که تظاهراتی از بیماری سیستمیک است طبقه بندی می شود.^(۱۲،۱۰)

^۱ - localized aggressive periodontitis

^{۱۱} - leukocyte adhesion syndrome

۱-۳-۱- بیماری پریدونتیت مهاجم:

این نوع عموماً افراد زیر ۳۰ سال را که از نظر سیستمیک سالم هستند مبتلا می کند اگر چه در افراد مبتلا هم دیده شده است. پریدونتیت مهاجم به واسطه سن بروز بیماری، سرعت زیاد پیشرفت بیماری، ماهیت و ترکیب فلور میکروبی زیر لثه ای، تغییر در پاسخ میزبان، و familial aggregation از پریدونتیت مزمن افتراق داده می شود. علاوه بر این، تاثیر مهم نژاد هم در این بیماری، در ایالات متحده مشاهده شده است و این بیماری میان نژاد آفریقائی - آمریکائی شایع تر است. همانطوریکه پیشتر هم به آن اشاره شد پریدونتیت مهاجم اکنون در طبقه بندی جدید به دو زیر گروه پریدونتیت مهاجم موضعی و پریدونتیت مهاجم منتشر تقسیم بندی می شود. (۱۱،۱۰)

۱-۳-۲- بیماری پریدونتیت مهاجم موضعی: مشخصات بالینی، رادیوگرافی، شیوع، توزیع سنی و جنسی و میکرو بیولوژیکی

پریدونتیت مهاجم را می توان از نوع مزمن، با توجه به سرعت زیاد پیشرفت بیماری در یک فرد سالم عدم وجود تصاویر زیاد پلاک و جرم و یک تاریخچه خانوادگی از بیمار که ما را به سوی یک زمینه ژنتیکی سوق میدهد، تشخیص داد. این نوع بیماری همانطور که پیش تر آمد در گذشته به عنوان پریدونتیت زودرس تقسیم بندی می - گردید. سن بروز پریدونتیت مهاجم موضعی معمولاً حوالی دوران بلوغ است که تمایل خانوادگی و پاسخ قوی آنتی بادی سرم به عناصر عفونی در آن دیده می شود. از نظر کلینیکی، خصوصیات این بیماری به صورت درگیری موضعی مولر اول / انسیزورها به صورت از دست رفتن اتصالات بین دندانی در حداقل دو دندان دائمی است که یکی از

آنها مولر اول است و به غیر از مولرهای اول و انسیزورها نباید بیش از دو دندان دیگر درگیر باشند به طور معمول علیرغم وجود پاکت پریودنتال التهاب لثه کم است و پلاک و جرم حداقل می باشند ولی به هر حال پلاک زیر لثه ای در روی تمام ریشه های درگیر وجود دارد. سرعت تخریب استخوان ۳ تا ۴ برابر بیشتر از سرعت پریودنتیت مزمن است. سایر نماهای کلینیکی پریودنتیت مهاجم موضعی شامل مهاجرت دیستولبیالی انسیزورهای ماگزینا همراه با ایجاد دیاستم، افزایش لقی مولرهای اول، حساسیت ریشه های عریان به تحریکات حرارتی و لمس و درد گنگ، عمیق و تیر کشنده در هنگام جویدن می باشند. یافته های رادیوگرافیکی حاکی از تحلیل عمودی استخوان آلوئول در اطراف مولرهای اول و انسیزورها در نوجوانان جسماً سالم که در حوالی سن بلوغ ایجاد می شود می باشد که به صورت تحلیل قوسی شکل استخوان آلوئول است و از سطح دیستال پرمولر دوم تا سطح مزینال مولر دوم ادامه دارد. معمولاً ضایعات استخوانی مشاهده شده در مقایسه با پریودنتیت مزمن وسیع تر می باشند. پریودنتیت مهاجم موضعی هر دو جنس را مبتلا می کند و شیوع آن در دوره بلوغ تا ۲۰ سالگی بیشتر است. بعضی از مطالعات، تمایل بیماری به زنان را به خصوص در گروه های سنی جوان تر پیشنهاد می کنند در حالی که مطالعاتی که از نظر سوگرایی تحقیق، کنترل و اصلاح شده بودند تفاوتی را در بروز بیماری بین دو جنس گزارش نکردند. میکروارگانیزم های مرتبط با این بیماری به طور عمده از رادهای گرم منفی، کربن دوست و بی هوازی است. مطالعات میکروبیولوژیک نشان داده که تقریباً تمام نواحی بیمار، دارای *Actinobacillus actinomycetemcomitans* می باشند که حتی ممکن است تا ۹۰٪ از کل میکروب های کشت داده شده را تشکیل دهند. سایر میکروارگانیزم هایی که در مقادیر قابل ملاحظه یافت می شوند، عبارتند از :