

پری کورونیت

Pericoronitis

تهیه و تنظیم: دکتر خسرو شهرابی

خلاصه:

پری کورونیت یک اصطلاح و نمای کلینیکی است و عبارت است از التهاب یا عفونت بافت نرم پوشاننده تاج دندان نیمه‌نهفته یا نهفته، بنابراین شایع ترین دندانی که به پری کورونیت مبتلا می‌شود دندان مولر سوم فک پائین است. اصولاً "پری کورونیت را از



نظر کلینیکی به سه دسته حاد، تحت حاد، و مزمن تقسیم‌بندی می‌کنند. درمان پری کورونیت شامل دو مرحله عمدی می‌باشد، مرحله رفع علائم عفونت و مرحله تصمیم‌گیری درمورد دندان مبتلا، همچنین عوارض پری کورونیت را می‌توان بعد از عوارض قبل از درمان و عوارض بعد از درمان تقسیم نمود.

۲۵

مقدمه:

پری کورونیت یک اصطلاح و نمای کلینیکی است (۱) و عبارت است از التهاب یا عفونت بافت نرم پوشاننده یا سایورت‌دهنده؛ تاج دندان نیمه نهفته یا نهفته زیر مخاطی، معمولاً مولر سوم فک پائین (۲). البته اغلب اوقات operculum روی سطح اکلوزال دندانی که بطور کامل رویش یافته ("اصولاً" مولر سوم پائین) دچار التهاب و عفونت می‌شود که در مقالات قدیمی بهاین حالت operculitis می‌گفته‌اند ولی امروزه این اصطلاح کمتر به کار برده می‌شود و چون این عفونت نیز بیشتر در ارتباط با دندان مولر سوم فک پائین دیده می‌شود آنرا جزء پری کورونیت به حساب می‌آورند (۳).

ایتولوژی:

علیرغم شیوع پری کورونیت ایتولوژی این بیماری بطور کامل و دقیق روشن نیست (۴)

ولی عموماً "دو عامل عمدہ را در ایجاد پری کورونیت مؤثر می دانند:

- ۱- ایجاد محیط مناسب برای رشد باکتریها در زیر بافت نرم پوشانندهٔ تاج دندان.
- ۲- تحریک مداوم بافت اطراف دندان و سروماهیزه شدن آن بهوسیلهٔ کاسپهای دندان مقابله (۵).

البته یک سری علائم مستعدگنندهٔ نیز در ایجاد پری کورونیت شناخته شده است که عبارتند از:

- وجود دندان نهفته زیر مخاطی یا نیمهنهفته وجود بافت نرم پوشاننده روی آن (۶).

- بهداشت ضعیف دهان (۴).

- جنس: البته هنوز رابطهٔ دقیقی بین عامل جنس و پری کورونیت یافت نشده است (۶).

- سن: پری کورونیت بیشتر در اواخر دوران ۱۳ تا ۱۹ سالگی (TEEN AGE) و اواسط دهه سوم دیده می شود (۶) (جدول ۱).

- وجود بیماریهای دیگر مانند عفونت دستگاه تنفسی فوکانی، ANUG و رحمهای دهانی (۶-۷).

- استرس: در اکثر مطالعات، ظهور علائم پری کورونیت، همراه با گرفتاریهای روحی جسمی خاص گزارش شده است (۷) (جدول ۲).

- فصل: بیشتر در فصول سرد که منجر به عفونت دستگاه تنفسی فوکانی و فصلی از سال که فعالیتهای اجتماعی زیاد منجر به استرس می گردد (فصل امتحانات) دیده می شود (۶).

پاتوزنز:

برای ابتلا به پری کورونیت وجود دندان نهفته زیر مخاطی یا نیمهنهفته کاملاً "ضروری" است (۲). همیشه بین دندان و OPERCULUM فضایی وجود دارد که به آن فضای اطراف تاجی یا PERICORONAL SPACE می گویند که از نظر رطوبت، گرمای، غذا و تاریکی، محیط کاملاً "مساعدی برای رشد باکتریهای بیماریزا می باشد (۵). هنگامیکه مواد غذائی و عناصر باکتریائی وارد آن می شوند و از آنجائیکه راه خروجی برای آنها وجود ندارد و محیط بیز برای تجزیه مواد غذائی و تکثیر باکتریائی کاملاً "مساعد است، مواد غذائی تجزیه و باکتریها تکثیر می یابند (۲). بالطبع با ترسخ سوم میکری، بافت نرم اطراف

دندان عکس العمل آماسی نشان می‌دهد و کم کم بریکورونیت نظاهر کلینیکی پیدا می‌کند و به دنبال آن نسوج شرم اطراف دندان، بهویژه OPERCULUM متورم شده و افزایش حجم می‌باشد و در نتیجه تماس دندان مقابل با OPERCULUM شدیدتر شده و کم کم موحفات نازک تدن پوتش ایسی تلیالی بافت ترم اطراف دندان فراهم می‌شود و ناراحتی بیمار تشدید می‌گردد (۷).

تقسیم بندی پرکورونیت:

اصولاً "بریکورونیت را از نظر کلینیکی به سه دسته حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم بندی می‌کنند، مبنای این تقسیم بندی شدت علائمی می‌باشد که هنگام معاينه کلینیکی وجود دارد.

علائم پری کورونیت:

اغلب اوقات سماں کلینیکی پریکورونیتی که در کلینیک به چشم می‌خورد مربوط به پریکورونیت حاد اولیه یا پریکورونیت مزمن فعال شده می‌باشد که با فشار سر روی OPERCULUM از زیر آن چرک خارج می‌شود (۱).

۳۷ علائم مسترکی که در هر سه گروه پریکورونیت دیده می‌شود عبارتند از تورم، فرمزی و حساسیت به لمس که بر روی OPERCULUM لوکالیزه می‌شوند، الیته درد نیز از علائم مسترک در هر سه نوع پریکورونیت می‌باشد، در صورتی که در پریکورونیت مزمن بیشتر به صورت مستسر ظاهر می‌شود (۸).

علائم پری کورونیت حاد:

در پریکورونیت حاد، بافت نرم پوتانده، دندان نهفته یا سیمهنهفته کاملاً "قرمز، ادماتوز، دردناک و فوق العاده به لمس حساس می‌باشد. از علائم دیگر پریکورونیت حاد می‌توان به تریسموس (۸)، دیسفاری یا اشکال در بلح (۵)، ترشح چرک از زیر بافت شرم، تجمع مواد غذائی، لف آدنوپاتی تحت فکی و تسب نیز اشاره نمود.

علائم پری کورونیت تحت حاد:

تا یغترین یافته، بسوی بد دهان است که تقریباً "در تمام بیماران این گروه دیده می‌شود.

علائم پری کورونیت مزمن:

در پری کورونیت مزمن، اغلب اوقات تظاهرات موضعی ضعیفی به‌چشم می‌خورد ولی شاپعترین علائم پری کورونیت مزمن، تجمع عدا در زیر بافت نرم پوشاننده، دندان و درد منتصر در نواحی گوش و گلو و کف دهان می‌باشد. در بعضی مقالات پری کورونیت را به سه دسته، خفیف، متوسط و شدید تقسیم بندی کرده‌اند (۷).

پری کورونیت خفیف یا MILD :

بافت نرم اطراف دندان مبتلا حداقل آماں و تورم را نشان می‌دهد و هیچگونه علامت دیگری مشاهده نمی‌شود.

پری کورونیت متوسط یا MODERATE :

علاوه بر ادم آسکار، بافت نرم به درجات مختلف سختی از خود نشان می‌دهد. در این گروه بیماران گرفتاری غدد لنفاوی نیز دیده می‌شود. در بررسی‌های کلینیکی اکثر بیماران مبتلا به پری کورونیت، در گروه MODERATE قرار دارند.

۳۸

پری کورونیت شدید یا SEVERE :

در بیماران این گروه، علاوه بر تمامی علائم ذکر شده برای گروه متوسط، علائمی از گرفتاری سیستمیک نظیر تب و کوفتگی نیز دیده می‌شود (۷).

میکروبیولوژی پری کورونیت:

میکروارگانیسمهای که در عفونت پری کورونال دیده می‌شوند در قسمت فوقانی، کوکسی‌ها و کوکسوئیدها و در قسمتهای عمقی بیشتر اسپیروکتها هستند و به طور کلی میکروارگانیسمهای که در پری کورونیت دیده می‌شوند تماماً "جزو فلور میکروسی طبیعی دهان می‌باشند که تحت شرایط خاص ممکن است به صورت عامل یاتوزن درآیند (۶)." بهر حال مهمترین عوامل میکروبی مولد بیماری، اسپیروکتها و فوزوباکتریها می‌باشند که اگر به طور همزمان وجود داشته باشند باعث به وجود آمدن عفونت ونسان در لبه‌های نسخ نرم پوشاننده دندان شده که منجر به نکروزه شدن این لبه‌ها می‌شوند.

توزیع دندانی پری کورونیت:

ابتلا به پری کورونیت، معمولاً "زمانی رخ می‌دهد که قسمتی از دندان از استخوان فک خارج شده باشد، خواه دندان در محیط دهان ظاهر شده باشد، خواه نشده باشد (۱)، بنابراین احتمال گرفتاری هر دندانی که به طور نسمنه‌فته رویش یافته باشد (۷) و با صورت زیر مخاطی نهفته باشد وجود دارد (۴) ولی شایعترین دندانهایی که به پری کورونیت مبتلا می‌شوند در درجه اول دندانهای مولر سوم فک پائین و در مرحله بعد دندانهای مولر سوم فک بالاست (۶) (جدول ۲).

ارزیابی رادیوگرافیک:

اغلب موارد در کلیشه رادیوگرافی دندانهایی که به پری کورونیت حاد مبتلا شده‌اند از بین رفتن استخوان‌های مجاور دندان مبتلا متأهده می‌شود. مخصوصاً "استخوان باکال" و ناحیه دستال، و حتی گاهی اوقات تخریب استخوان ناحیه مربال نیز دیده می‌شود که گرفتاری استخوان مربالی ممکن است باعث تخریب بافت بروی دستال دندان مولر دوم شود، البته تحلیل استخوان در پری کورونیت، فوق العاده ناچیز و به صورت افقی می‌باشد. اغلب اوقات در رادیوگرافی دندان مولر سوم فک پایین که مبتلا به پری کورونیت می‌باشد یک عریض‌شدنی پاتولوزیکی در فضای فولیکولار ناحیه دستالی دندان دیده می‌شود (۱).

درمان پری کورونیت:

پری کورونیت یکی از بیماریهای اورژانس در دندانپزشکی است و باید سلاफاصله درمان شود (۸) بطور کلی درمان پری کورونیت را می‌توان به دو مرحله عمده تقسیم نمود:
۱- مرحله رفع علائم عفونت: که خود از سه مرحله؛ متصل بهم تشکیل شده که عبارتند از:

الف - درناز آبسه

ب - حذف تروما

ج - سنتوتی زیر بافت نرم پوشاننده تاج دندان مبتلا به پری کورونیت با محلول سرمال سالین گرم، عموماً آنتی‌بیوتیک تحویزی در درمان پری کورونیت فنوکسی بنی سلین (بنی سلین ۷) می‌باشد، البته امروزه متروپریدازول نیز به عنوان جایشین پی‌سی‌لین در درمان پری کورونیت مطرح می‌باشد.

۲- مرحله تصصم گیری درمورد دندان مبتلا:

الف - جراحی و خارج نمودن دندان مبتلا

ب - نگهداری دندان مبتلا

OPERCULECTOMY

بعضی مواقع دندان مولر سوم فک پائین کاملاً "روش یافته ولی قسمتی از سطح اکلوزال آن توسط بافت نرم اضافی موسوم به OPERCULUM پوشیده شده است، در این موارد OPERCULECTOMY یا برداشتن بافت نرم اضافی برای جلوگیری از ابتلا مجدد به عفونت الزامی است.

عوارض پری کورونیت:

بطور کلی عوارض بیماری پری کورونیت را می‌توان بعدو دسته عوارض قبل از درمان و عوارض بعد از درمان تقسیم نمود:

۱- عوارض قبل از درمان: بُوی بد دهان تریسموس و لنف آدنوپاتی دردناک از عوارض شایع و گاهی اوقات صعب عمومی و عدم تعذیه کافی (۸). از دیگر عوارض قبل از درمان می‌توان احتمال گسترش عفونت و تشکیل آسه در نواحی اطراف ناج دندان و فضاهای مجاور را نام برد.

۲- عوارض بعد از درمان: در صورتی که درمان پری کورونیت بطور ناقص انجام شود و فقط در حد درمان علامتی متوقف شود عود بیماری یکی از شایع ترین عوارض بیماری می‌باشد.

جدول ۱: توزیع سنی پری کورونیت

Age Group	Patients with Pericoronitis		General Population* (%)
	No.	%	
0-19	9	3.7	3.73
20-29	199	81.0	7.46
30-39	32	13.0	12.69
>40	5	2.3	76.12
TOTAL	245	100	100

* Patients visiting the clinic for complaints other than pericoronitis.

جدول ۲: اثرات استرس در بروز پری‌کورونیت

Severity of Percoronitis	Degree of Emotional Stress			
	High	Medium	Low	None
Acute	8	8	7	8
Subacute	8	8	3	11
Chronic	2	3	7	9
TOTAL		54 (66%)		28 (34%)

جدول ۳: توزیع دندانی پری‌کورونیت

Affected Tooth	No. of Patients	Percentage of Patients
No. 32	123	50.2
No. 17	110	44.9
No. 1	7	2.9
No. 16	4	1.6
No. 18	1	0.4
TOTAL	245	100

منابع و مأخذ:

- 1— Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology Vol. 58 No. 5 Nov, 1984
- 2— British Dental Journal Vol. 156 No. 11 June 1984
- 3— Jablonski 1982
- 4— Journal of Oral Pathology Vol. 2 July 1973
- 5— Archer, Oral and Maxillofacial Surgery Vol. 1 1980
- 6— Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Vol. 43 No. 7 July 1985
- 7— JADA Vol. 83 No. 5 Nov, 1971
- 8— The Dental Clinics of North America July 1973