

بررسی آنومالی های دندانی در کودکان مبتلا به شکاف لب و کام مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۳۷۹

دکتر بهجت الملوک عجمی* - دکتر مریم طالبی**

*- دانشیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

** - استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

چکیده

زمینه و هدف: تولد یک نوزاد با ناهنجاری شکاف کام و لب معمولاً احساس نگرانی شدیدی برای والدین به همراه دارد. این بیماران عموماً دارای آنومالی های اکلوزنی و دندانی هستند. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت آنومالی های دندانی در بیماران مبتلا به شکاف بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه Case Series چهار بیمار مبتلا به شکاف کام و لب در محدوده سنی ۱/۵-۲۱ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. آمارگیری در طی مدت شش ماه در شهر مشهد صورت گرفت. با استفاده از نرم افزار SPSS داده ها پردازش شد و فاصله اطمینان ۹۵٪ برای هر یک از انواع آنومالی محاسبه گردید.

یافته ها: در بین آنومالی ها بیشترین موارد مربوط به فقدان مادرزادی دندان لترال معادل ۲۴/۷٪ و چرخش انسيزورهای قدامی بالا برابر ۲۴/۷٪ موارد و کمترین یافته وجود دندان لترال اضافه ۱٪ در سمت شکاف بوده است.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه شکافها در بین تقایص ساختمانی مادرزادی شیوع بالائی را نشان می دهند و درمانهای پیچیده ای را می طلبند، لذا آموزش والدین و بیماران، وعده های منظم ملاقات با دندانپزشک و پزشک می تواند در کاهش عوارض ضایعه بسیار موثر باشد.

کلید واژه ها: شکاف کام - آنومالی دندانی - شکاف لب

پذیرش مقاله: ۸۳/۱۱/۱

اصلاح نهایی: ۸۳/۹/۲۲

وصول مقاله: ۸۳/۵/۲۲

نویسنده مسئول: گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد bh_ajami@yahoo.com

مقدمه

می باشند و پوسیدگی نیز در آنها شایع است. شکاف یکی از متداولترین نقایص مادرزادی عمده در انسان است، در سفیدپوستان شکاف کام همراه با شکاف لب شیوعی معادل یک در هر هفتصد تا هزار تولد دارد. در نژاد سیاه پوست بسیار کم و شیوعی معادل ۰/۴ در هر هزار تولد دارد. تقریباً ۸۰٪ موارد شکاف لب یک طرفه است و ۲۰٪ دو طرفه می باشد. شکاف کامل لب به داخل سوراخ بینی گسترش می یابد و آلوئول را درگیر می کند و پدیده ناپیدا در این موارد در مورد

شکاف کام و لب تاریخچه ای دیرینه دارند، از زمانهای قدیم تلاشهای فراوانی جهت ترمیم یا حل مشکلات بیماران مبتلا صورت گرفته است. تولد یک نوزاد با این ناهنجاری معمولاً با احساس نگرانی شدیدی برای والدین آنها همراه است. وظیفه مهم پزشکان و دندانپزشکان مجرب است که آمادگی و اطلاع لازم را داشته باشند تا بتوانند به نحو ی آنها را راهنمایی نمایند. این بیماران علاوه بر شکاف در ناحیه کام و لب مشکلات دیگری از جمله آنومالی اکلوزنی و دندانی دارا

مشهد بوده است.

روش بررسی

در این مطالعه از نوع Case Series تعداد چهار بیمار مبتلا به شکاف کام و لب شامل (۱۶ دختر و ۲۴ پسر) در محدوده سنی ۱/۵-۲۱ سال از مراجعان به دانشکده دندانپزشکی مورد بررسی قرار گرفتند. معاینه بیماران با استفاده از نور چراغ مهندسی و آپسلانگ انجام گرفت. معاینه بیماران کم سن در آغوش والدین انجام شد.

در این مطالعه آنومالی‌های دندانی از جمله تغییر رنگ، بی‌دندانی مادرزادی، هیپوکلسیفیکیشن، آنومالی در شکل و محل رویش، هیپوپلازی، دندان غایب، دندان اضافی و سایش مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین وضعیت دندانهای رویش نیافته در ناحیه شکاف از رادیوگرافی OPG موجود در پرونده بیمار استفاده گردید و توسط نرم‌افزار SPSS داده‌ها پردازش شد.

یافته‌ها

از تعداد چهار بیمار مورد مطالعه ۱۷ نفر شکاف کام، لب و آلوئول یک طرفه و ۱۸ نفر شکاف کام، لب و آلوئول دو طرفه داشتند. (جدول ۱)

نتایج این مطالعه نشان داد که تغییر رنگ دندانی در پنج نفر معادل ۴/۷٪ از کل آنومالی‌ها، آنومالی در شکل دندان لترال طرف شکاف در شش نفر معادل ۵/۷٪، آنومالی در محل رویش دندان لترال طرف شکاف در ۱۷ نفر معادل ۱۶/۲٪ و فقدان مادرزادی دندان لترال طرف شکاف در ۲۶ نفر معادل ۲۴/۸٪ مشاهده گردیده است. همچنین دندان لترال اضافی طرف شکاف در یک نفر معادل ۰/۹٪، غیبت دندانهای دیگر در ۲۶ نفر معادل ۸/۶٪، و چرخش انسیزورهای قدامی بالا در ۲۶

دندانهای لترال غیرمعمول نیست و از طرفی دندان اضافه هم می‌تواند در این افراد کشف گردد. شکاف از نظر تنوع، انواع گوناگونی دارد. (۱)

تحقیقات نشان می‌دهد آنومالی‌های دندانی در این بیماران شیوع بالاتری از افراد عادی دارد. میزان ابتلا به هیپودونشیا در لترال‌های دائمی در ناحیه شکاف در افراد مبتلا بالاتر است. (۲)

انواع مختلفی از ضایعات تکاملی شکل دندانها از جمله دندانهای دوقلو، دندانهای مالفورم، دندانهای ثابت (peg) و... می‌تواند در افراد مبتلا به شکاف بروز نماید. اختلالات تکاملی در تعداد دندانها به صورت بی‌دندانی، هیپودونشیا، دندانهای اضافه و تغییر رنگهای دندانی می‌تواند قابل رویت باشند. (۱)

شکاف لب و کام از شایعترین نقایص اوروفاسیال است که مورد توجه محققان قرار گرفته است. درمان شکاف لب همراه با شکاف کام و یا بدون آن انجام جراحیهای متعدد، گفتار درمانی و درمانهای ارتودنسی و دندانی را بخصوص در ۱۸ سال اولیه عمر می‌طلبند. ارائه اطلاعات لازم به والدین این کودکان و انجام درمانهای پزشکی دندانپزشکی به هنگام می‌تواند در بهبود وضعیت بسیار مؤثر باشد. (۳)

دندانپزشک کودکان مسئول مستقیم مراقبتهای دندانی این بیماران می‌باشد. رابطه قوی بین تعداد و شدت مشکلات دندانی با نوع و شدت شکاف وجود دارد. مراقبتهای دندانی پیشگیری نیز از اهمیت بالائی برخوردار است زیرا اکلوزن دندانی دست نخورده کودک بخصوص در ناحیه شکاف پایه‌ای برای درمانهای ارتودنسی و جراحی بعدی محسوب می‌گردد. (۴)

هدف از این مطالعه بررسی شیوع ناهنجاریهای دندانی در بیماران مبتلا به شکاف در مراجعان به دانشکده دندانپزشکی

نفر معادل ۲۴/۸٪، هیپوکلسیفیکیشن در هفت نفر معادل ۶/۶٪، هیپوپلازی در چهار نفر معادل ۳/۸٪، و سایش در چهار نفر معادل ۳/۸٪، بوده است در این میان فقدان مادرزادی دندان لترال طرف شکاف و چرخش انسیزورهای قدامی بالا بیشترین میزان یعنی ۲۴/۸٪ را به خود اختصاص داده است و کمترین میزان مربوط به دندان لترال اضافی طرف شکاف با فراوانی نسبی ۰/۹٪ می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران تحت مطالعه برحسب انواع شکاف

انواع شکاف	فراوانی	
	تعداد	درصد
شکاف کام، لب و آلوئول یک‌طرفه	۱۷	۴۲/۵
شکاف کام، لب و آلوئول دوطرفه	۱۸	۴۵/۰
شکاف لب، آلوئول دوطرفه	۱	۲/۵
شکاف لب، تنها یک‌طرفه	۲	۵/۰
شکاف کام تنها	۲	۵/۰
جمع	۴۰	۱۰۰/۰

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق آنومالی‌های دندانی و تعیین فاصله اطمینان ۹۵٪ آنومالی‌ها در مبتلایان به شکاف

برحسب تعداد آنومالی‌ها

انواع آنومالی‌ها	تعداد	درصد	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی
تغییر رنگ	۵	۴/۸	0.047 ± 0.041
آنومالی فرم در لترال طرف شکاف	۶	۵/۷	0.057 ± 0.045
آنومالی محل رویش لترال طرف شکاف	۱۷	۱۶/۲	0.161 ± 0.071
فقدان مادرزادی لترال طرف شکاف	۲۶	۲۴/۸	0.247 ± 0.084
دندان لترال اضافه طرف شکاف	۱	۰/۹	0.009 ± 0.018
دندانهای غایب دیگر	۹	۸/۶	0.085 ± 0.054
چرخش انسیزورهای قدامی بالا	۲۶	۲۴/۸	0.247 ± 0.003
هیپوکلسیفیکیشن	۷	۶/۶	0.066 ± 0.046
هیپوپلازی	۴	۳/۸	0.038 ± 0.037
سایش	۴	۳/۸	0.038 ± 0.037
جمع	۱۰۵	۱۰۰	

بحث

حالی که در مطالعه Neville و همکارانش ۸۰٪ موارد شکاف لب یک طرفه و ۲۰٪ دو طرفه بوده است (۱) ۵/۵٪ افراد مبتلا به شکاف تغییر رنگ دندان داشتند که

در این مطالعه از چهل بیمار مورد بررسی، ۴۲/۵٪ دارای شکاف کام، لب و آلوئول یک طرفه و ۴۵٪ دارای شکاف کام، لب و آلوئول دوطرفه بودند که تقریباً بهم نزدیک می‌باشند در

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق آنومالی‌های دندانی به تفکیک در مبتلایان به انواع شکاف در این مطالعه

نوع شکاف	نوع آنومالی	تعداد افراد	تغییر رنگ	آنومالی در فرم لترال	آنومالی محل رویش لترال	بی دندانی مادرزادی لترال	دندان لترال اضافی طرف شکاف	دندانهای غائب دیگر	چرخش انسیزورهای قدامی بالا	هیپوکلسیفیکیشن	هیپوپلازی	سایه زایی
شکاف کام و لب و آلوئول یک‌طرفه	شکاف کام و لب	۱۷	۰	۳	۵	۱۰	۰	۳	۱۴	۳	۱	۳
شکاف کام و لب و آلوئول دو طرفه	شکاف کام و لب	۱۸	۴	۳	۱۰	۱۵	۱	۶	۱۰	۳	۳	۱
شکاف لب و آلوئول دو طرفه	شکاف لب و	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
شکاف لب تنها (یک‌طرفه)	شکاف لب تنها	۲	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰
شکاف کام تنها	شکاف کام تنها	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰
جمع		۴۰	۵	۶	۱۷	۲۶	۱	۹	۲۶	۷	۴	۴

انسیدانس بالائی از هیپوپلازی مینائی بر روی انسیزورهای دندانه‌های این افراد مشاهده کرد و در ۲۷٪ افراد مبتلا با درگیری آلوئول افزایش قابل ملاحظه هیپوپلازی مینائی را عنوان کرد. (۵)

در مطالعه دیگر که توسط Mink در سال ۱۹۶۱ در آمریکا انجام شد مشخص گردید که ۶۶٪ دندانه‌های شیری و ۹۲٪ دندانه‌های دائمی تحت تاثیر هیپوپلازی بوده اند. وی نتیجه گرفت دندانه‌های دائمی بیشتر در معرض ترومای جراحی قرار گرفته و بیشتر مستعد آسیب هستند. (۴)

دندانه‌های واقع در محل شکاف کام و لب اغلب هیپوپلاستیک هستند و جراحی ترمیم برای شکاف کام ممکن است یکی از عوامل دخیل در این امر باشد. تحقیق انجام شده در سوئد توسط Dahllof و همکارانش در

یک مورد تغییر رنگ ناشی از مصرف آهن و چهار مورد آن هیپوپلاستیک و در تمام سطح دندانه‌ها بخصوص دندانه‌های قدامی مبتلا بودند و رنگ قهوه ای بیشتر از بقیه مشاهده گردید که علت آن می تواند با مصرف دارو و نقص در مینا و عاج دندانه‌ها و تولد زودرس مرتبط باشد.

آنومالی در شکل دندان در دندانه‌های لترال شیری و دائمی دیده شد که معمولاً قیفی شکل بوده و در محل غیر از محل طبیعی خود و یا با چرخش زیاد نمایان گردید و به میزان کمتر به صورت Fusion یا Gernation رویت شد. در مطالعه انجام شده یک مورد Gernation و بقیه موارد Peg shape بودند.

نقصهای مینائی نیز در این بیماران قابل مشاهده است. در بیشتر موارد نقایص به صورت هیپوکلسیفیکاسیون و به میزان کمتر هیپوپلازی قابل رویت بود. Dahllof نیز در تحقیق خود

سال ۱۹۸۹ نشان داد که تکامل دندانها در بیماران مبتلا به شکاف آهسته و کندتر نسبت به بچه های طبیعی صورت می‌گیرد، (۵) در مطالعه انجام شده در سال ۱۹۹۳ توسط Suzuki و همکارانش در بخش ارتودنسی دانشگاه کیوشو ژاپن مشخص گردید که دندانهای دائمی رویش یافته در سمت شکاف بیشتر مخروطی شکل بوده است. (۶)

آنومالی در محل رویش دندانهای لترال در طرف شکاف و چرخش انسیزورهای قدامی بالا از آنومالی‌های دیگری بوده که در مجموع ۴۲/۵٪ افراد مورد مطالعه درگیر آن بوده اند، این دندانها که اکثراً در کام رویش کرده و یا چرخشهای شدید داشتند و با شدت یافتن نوع شکاف، این آنومالی بیشتر قابل مشاهده بوده است. فراوانی چرخش انسیزورهای قدامی بالا در اطراف محل شکاف ۶۵٪ بوده است که بیشترین میزان در محل شکاف کام و لب و آلوئول یک طرفه و کمترین میزان در شکاف لب تنها قابل رؤیت بوده است. در تحقیق Dahllof و همکارانش نیز چرخش و نابجائی یک یا چند دندان در محل شکاف گزارش گردید. چرخش انسیزورهای قدامی بالا از آنومالی‌های منحصر به فرد این بیماران می‌باشد و بندرت در افراد طبیعی مشاهده می‌شود. وی همچنین خاطر نشان کرد در این بیماران دندانهای اضافه بیش از افراد طبیعی مشاهده می‌گردد. (۵)

آنومالی در تعداد دندانها نیز از آنومالی‌های شایع در این بیماران است که شامل نقص مادرزادی دندان لترال در طرف شکاف و وجود لترال اضافی در طرف شکاف بوده است.

در مطالعه انجام شده ۶۵٪ افراد غیبت مادرزادی در دندان لترال شیری و دائمی داشته اند که بیشتر در محل شکاف کام و لب و آلوئول دو طرفه مشاهده گردید. بیشترین تعداد دندانهای غائب در شکاف کام و لب و آلوئول دو طرفه مشاهده شد.

در مطالعه انجام شده توسط Filho و همکاران در سال

۲۰۰۳ در برزیل برروی شکافها مشخص گردید پره والانس بالای هیپودونشیا در دندان لترال دائمی در ناحیه شکاف نقش مهمی در غیبت این دندانها بازی می‌کند. همچنین مشخص گردید در انواع دو طرفه شکاف لب و کام هنگامی که ترمیم لب به موقع صورت گیرد تأثیر محسوسی برروی رشد بهتر پره ماگزایلا و انسیزورهای فک بالا دارد. (۷)

مطالعه حاضر و سایر تحقیقات انجام شده بر روی افراد طبیعی و مبتلا به ناهنجاری شکاف نشان می‌دهد انواع آنومالی‌های دندانی در افراد مبتلا به شکاف نسبت به افراد بدون شکاف بسیار شایع است و از طرفی با افزایش شدت شکاف پره والانس آنومالی‌های دندانی نیز افزایش می‌یابد. (۸،۴،۲)

Batra و همکاران در بررسی در سال ۲۰۰۳ در دهلی نو نشان دادند با توجه به اینکه شکافهای کام و لب شیوع بالائی در بین نقایص ساختمانی مادرزادی را نشان می‌دهد و درمان آنها مراحل پیچیده ای چون جراحی، گفتاردرمانی، درمانهای ارتودنسی و دندانی را می‌طلبد لذا آموزش والدین و بیماران، وعده های ملاقات یک دندانپزشک و پزشک می‌تواند در کاهش شدت ضایعه بسیار مؤثر باشد. (۳)، با جراحیهای به هنگام می‌توان از پروتروژن پره ماگزایلا جلوگیری کرد تا سیر رشدی مطلوبتری فراهم گردد. (۷)

نتیجه گیری

این کودکان نیاز به مراقبتهای دندانی ویژه ای نسبت به افراد سالم دارند و برنامه ریزی بهداشتی، درمانی وسیعتر و اختصاصیتر برای آنها باید مدنظر باشد تا نیازهای این کودکان به نحو احسن مرتفع گردد.

در این مطالعه مشخص گردید در محل شکاف آنومالی‌های دندانی از جمله فقدان دندان لترال در طرف شکاف و چرخش

تشکر و قدردانی

از دکتر ندا حسنی که در جمع آوری اطلاعات کمک شایانی کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

انسیزورهای قدامی و نابجائی دندان لترال قابل مشاهده بوده است. شیوع آنومالی‌های دندانی در کنار این شکافها توجه هر چه سریعتر به امر درمان آنها را ضروری می‌سازد. درمان به موقع و اصلاح پره ماگزینا در ناحیه تأثیر مطلوبی در چهره بیمار می‌گذارد.

REFERENCES

1. Neville B, Damm D, Allen C. Deouquot J. Oral & Maxillofac Pathol. Philadelphia: [S.N]; 2002, 2-5.
2. Ribeiro L, Neves L, Costa B, Gomide M. Dental anomalies of permanent lateral incisors and prevalence of hypodontia. J Cleft Palate 2003; 40(2): 172-175.
3. Batra P, Dvvgal R, Parkash H. Genetics of cleft lip and palate revisited. J Clin pediatric Dent 2003;27:311-20.
4. Mcdonald R, Avery D, Dean J. Dentistry for the child and adolescent, 8th ed. Indiana: Mosby Co; 2004,118, 687-692.
5. Dahllof G, Joandi R, Ideberg M, Madeer T. Gingivitis and dental abnormalities in preschool children with cleft lip and palate. J Cleft palate 1989;26:233-8.
6. Suzuki A, Takahama Y. Maxillary lateral incisor of subjects with lip and/ or palate cleft. J Palate Craniofacial 1992;29:376-9.
7. Filho O, Neto J, Filho L, Freitas J. Influence of lip repair on craniofacial morphology of patients with complete bilateral cleft Lip and Palate. J Cleft Palate 2003;40:144-153.
8. Mc Namara C, Foley T, Garvery M, Kavanagh P. Premature dental eruption. J Dent Child 1999; 70, 2-13.