

مطالعه طولی بررسی عدم درمان بیماران دارای دندان عقل نهفته فک پایین

#*

**

دکتر افشین حجاجی

دکتر احمد خادم حسینی

خلاصه

سابقه و هدف: امروزه درصد بسیاری زیادی از بیماران تحت درمان های جراحی به جهت خارج نمودن دندانهای عقل نهفته قرار می گیرند. صرف نظر از مشکلات و هزینه های انجام چنین درمانهای مطالعات و نظرات مختلفی در مورد لزوم و یا عدم لزوم جراحی چنین دندانهایی ارائه گردیده است. لذا بمنظور تعیین رخدادهای که در طی ۳ سال برای دندانهای عقل نهفته و یا نیمه نهفته ای که در بیماران درمان نشده حادث گردید، این تحقیق انجام گرفت.

مواد و روش ها: این تحقیق با طراحی LONGITUDINAL بر روی ۲۰۰ بیماری که حداقل دارای یک دندان عقل نهفته فک پایین بودند، انجام گرفته است. پس از معاینه کامل کلینیکی و رادیو گرافیکی، فاکتورهای از قبیل: سیگار کشیدن، میزان رویش دندان، نوع نهفتگی، عمق پاکت پرپودنتال و سابقه پری کرونیت قبل و در حین تحقیق در طی ۳ سال بدقت بررسی و ثبت گردید. یافته های آماری با استفاده از نرم افزار spss و آزمون آماری CHI Squire و ODD,S RATIO ارزیابی گردید.

یافته ها: در یک پیگیری ۳ ساله تعداد ۵۸ دندان (۲۹ درصد) دندان ها خارج شدند. اگر دندان عقل نیمه نهفته باشد، شانس خارج نمودن دندان ۱،۷ برابر افزایش می یابد. سابقه بروز پری کرونیت در ابتدای مطالعه با بروز خارج کردن دندان رابطه ای نداشته است. مهمترین دلیل خارج کردن دندان عقل نهفته بدون سابقه پری کرونیت قبلی، باز هم پری کرونیت بمیزان ۱۵،۶ بود.

نتیجه گیری: بنظر نمی رسد ضرورتی برای خارج کردن پروفیلاکتیک دندان عقل بویژه از نوع نهفته آن باشد. با توجه به اهمیت موضوع تحقیقات همگروهی را توصیه می نماید.

کلید واژه ها: دندان عقل نهفته پایین - پری کرونیت - دندان نهفته

پذیرش مقاله: ۸۷/۲/۱۲

اصلاح نهایی: ۸۷/۱۱/۹

وصول مقاله: ۸۷/۷/۲۵

Email: Dr.A.Haraji@Dentaliau.ir

مقدمه

خارج نمودن این دندانها، غالباً بدون مشکل نیز نمی باشد. از مشکلات شایع چنین درمانهای می توان به: بروز درد، تورم، تریسموس، آسیب های عصبی بعد از جراحی اشاره نمود. آسیب های عصبی یکی از جدی ترین عوارض این جراحی ها می باشد. مطالعات مختلف میزان بروز آسیبهای موقت عصبی، در عصب دندانی تحتانی را بین ۱/۳٪ - ۷/۸٪ و آسیب دائمی را کمتر از ۱٪ گزارش نموده اند (۷و۶). آسیب عصبی موقت به عصب زبانی نیز بین ۲/۱٪ - ۱۵٪ و آسیب دائمی در حدود ۱٪ موارد گزارش گردیده است (۸و۹و۱۰).

درمان پروفیلاکتیک خارج نمودن دندانهای عقل در گذشته به عنوان یک اصل مسلم پذیرفته شده (۱۱و۱۲)، ولی امروزه این مطلب به طور جدی مورد بحث و گفتگوی محققین و مولفین صاحب نظر می باشد در مطالعات مختلفی به این مطلب اشاره شده است که باقی ماندن دندان عقل نهفته بسیار به صلاح و صرفه تر از خارج نمودن چنین دندانهایی می باشد. بر اساس نظر این مولفین در ده سال گذشته، دندانهای عقل بیشمار که قبلاً جراحی می شدند در محل خود باقی مانده و به خوبی و

خارج نمودن ساده و یا جراحی دندان های عقل، یکی از شایعترین اعمال جراحی در مطب های خصوصی، درمانگاهها و مراکز تخصصی دانشگاهی دندانپزشکی می باشد. خارج نمودن دندانهای عقل هدف تحقیقات بسیاری در مراکز دانشگاهی می باشد (۱).

در کتب مختلف رشته جراحی دهان و فک و صورت به موارد تجویز خارج نمودن دندانهای عقل به کرات اشاره شده است (۲و۳و۴). در هیچ یک از تحقیقات قبلی، بطور واضح و مشخص نیاز به تجویز پروفیلاکتیک چنین دندانهایی اشاره نشده است. از جمله مواد تجویزی که مورد قبول همگان می باشد می توان به: وجود پری کرونیت عود کننده، پوسیدگی های غیر قابل ترمیم، وجود مشکلات پاتولوژیک مرتبط با دندانهای عقل (از قبیل کیست دنتی ژور، آملوبلاستوما) تحلیل داخلی یا خارجی، بروز مشکلات پرپودنتال در دندان عقل و یا دندان مجاور، وجود موارد تجویز خارج نمودن دندان بر اساس دلایل ارتودنسی و یا پروتز و وجود دندان عقل نهفته در خط شکستگی اشاره نمود (۵).

۹۵ درصد در جامعه بر آورد و نقش سابقه پری کرونیته در ابتدا مطالعه و نیز وضعیت نهفتگی دندان با بروز خارج کردن دندان با آزمون آماری کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته ها

تحقیق روی تعداد ۲۰۰ بیمار واجد شرایط انجام گرفت. تعداد ۱۵۰ نفر (۷۵ درصد) آنها زن و تعداد ۵۰ نفر (۲۵ درصد) مرد بودند. تعداد ۱۴۶ دندان (۷۳ درصد) نهفته و تعداد ۵۴ دندان (۲۷ درصد) نیمه نهفته بود. تعداد ۶۰ نفر (۳۰ درصد) سابقه بروز پری کرونیته قبلی را در حین اولین معاینه، اعلام داشتند.

در پیگیری سه ساله، تعداد ۵۸ بیمار دندان عقل خود را خارج نمودند که بروز ۲۹ درصد را شاهد بوده ایم. با توجه به این میزان بروز خارج کردن دندان عقل نهفته در نمونه های مورد بررسی، میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۲۲٫۷ درصد تا ۳۵٫۳ درصد برآورد می گردد $C.I.95 = (22.7-35.5)$.

نقش سابقه بروز پری کرونیته قبلی در حین اولین معاینه با بروز خارج کردن دندان عقل نهفته در جدول شماره ۱ ارایه گردید و نشان می دهد که در بیماران فاقد سابقه ۲۷٫۹ درصد و در بیماران با سابقه پری کرونیته قبلی ۳۱٫۷ درصد بود و آزمون کای دو نشان داد که این اختلاف کم، به لحاظ آماری معنی دار نبود $(p < 0.09)$ (جدول ۱)

جدول ۱: توزیع دندان های عقل نهفته درمان نشده بر حسب وضعیت خارج کردن آن به تفکیک سابقه بروز پری کرونیته

وضعیت دندان عقل نهفته درمان نشده	باقی مانده	خارج شده	جمع
سابقه قبلی پری کرونیته در ابتدای مطالعه	۱۰۱ (۷۲٫۱)	۳۹ (۲۷٫۹)	۱۴۰ (۱۰۰)
نداشته	۴۱ (۶۸٫۳)	۱۹ (۳۱٫۷)	۶۰ (۱۰۰)
جمع	۱۴۲ (۷۱)	۵۸ (۲۹)	۲۰۰ (۱۰۰)

علل خارج نمودن دندان عقل نهفته درمان نشده، در بیماران که سابقه پری کرونیته نداشته اند در نمودار ۱ ارایه گردید و نشان می دهد که شایع ترین علت آن، پری کرونیته در تعداد ۲۵ نفر و بمیزان ۱۵٫۶ درصد بود و در مراحل بعدی گیر غذایی و محدودیت در مسواک زدن بمیزان ۳٫۱ درصد و بعلت پوسیدگی در دندان مولر بمیزان ۲٫۵ درصد بود.

بدون بروز عارضه خاصی در محل باقی مانده اند (۱۳ و ۱۴). با توجه به تناقضات فوق و عدم گزارش تجربه ای از آن در ایران و بمنظور تعیین تاثیر عدم جراحی در این مطالعه، ۲۰۰ بیماری که حداقل دارای یک دندان عقل نهفته فک پایین بودند به طور محافظه کارانه ای مورد ارزیابی ۳ ساله قرار گرفتند و فاکتورهای مسبب خارج نمودن این دندانها در طی دوره مطالعه ثبت و مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روش ها

تحقیق با طراحی طولی (LONGITUDINAL) انجام گرفت.

با رعایت موازین اخلاقی کمیته اخلاق دانشکده همه دانشجویان سال اول و دوم و سوم دانشکده دندانپزشکی مشهد، در محدوده دوره سنی ۱۸ تا ۲۵ سال که دارای حداقل یک دندان عقل نهفته پایین بودند و هیچگونه موارد تجویز خارج شدن این دندانها را نداشتند انتخاب و پس از اعلام رضایت بیماران وارد طرح تحقیقاتی گردیدند. بیماران داری دندانهای عقل نیمه نهفته یا نهفته کامل پس از یک بررسی کامل رادیوگرافیکی و کلینیکی وارد طرح مورد نظر گردیده و نمونه گیری از بیماران تا حصول به حجم نمونه مورد نظر تحقیق (۲۰۰ نفر) ادامه یافت. در جلسه اول معاینه بیماران یک تاریخچه کامل از بیماران اخذ و معاینات دقیق رادیوگرافیک و کلینیکی توسط ۲ متخصص دندان پزشکی انجام و به دقت ثبت گردید. موادی که در پرونده بیماران ثبت شد، شامل: وضعیت رویشی دندان، پری کرونیته یا سابقه بروز آن، سیگار کشیدن، سابقه تورم، تریسموس، ملاحظیات ارتودنسی و وجود پوسیدگی، پلاک واضح، محل پاکت در دیستال مولر دوم، خونریزی در حین پروب کردن، وضعیت مولر سوم بالا، هرگونه شواهدی دال بر وجود تحلیل و فضای فولیکولار دندان عقل مربوطه از دیدگاه رادیوگرافی بود. پس از ثبت دقیق موارد فوق، بیماران در هر ۳ ماه و یا در صورت بروز هرگونه مشکل سریعاً به محل دانشکده مراجعه و جزئیات مشکل حادث شده و روش درمان آن مشکل در ناحیه دندانهای عقل پایین به دقت ثبت گردید.

در صورت بروز پری کرونیته عود کننده، بیماران توصیه به خارج نمودن دندانهای مبتلا، می شدند. چنانچه پری کرونیته تنها برای یکبار حادث شده بود، بیمار توصیه به درمانهای محافظه و در صورت نیاز به خارج نمودن دندان عقل فک بالا گردید.

بیماران در مراجعات دوره ای و به صورت سالانه مجدداً تحت ارزیابی کلینیکی و رادیوگرافیک دقیق، قرار گرفته و یافته های آن در پرونده ثبت گردید.

پس از پایان دوره ۳ ساله پیگیری و تکمیل پرونده تمام مراجعه کنندگان میزان بروز دندان عقل خارج شده را در نمونه ها تعیین و میزان واقعی آن با احتمال (CONFIDENCE-INTERVAL=C.I)

بحث و نتیجه گیری

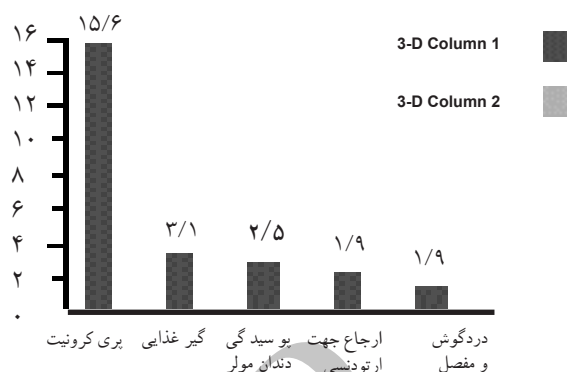
تحقیق نشان داد که میزان بروز خارج کردن دندان های عقل نهفته درمان نشده، ۲۹ درصد در یک پیگیری سه ساله بود. علی رغم تمام تحقیقات و بررسی های که در رابطه با دندانهای عقل نهفته صورت پذیرفته ، هنوز در مجامع جهانی به یک توافق کامل برای تجویز خارج نمودن چنین دندانهایی نرسیده اند، و به دلیل بروز مشکلات خاص جراحی در این نوع اعمال ، خارج نمودن پروفیلکتیک چنین دندانهای امروزه مورد قبول همگان نمی باشد.

Grohndal و Ahiaiwist پیشنهاد می نمایند: در بیمارانی که بهداشت عمومی و دهانی آنها مطلوب می باشد این امر (خارج نمودن دندانهای عقل به صورت پروفیلکتیک) بایستی با احتیاط صورت پذیرفته و تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام پذیرد ۱۵.

Chaucey و Garcia معتقد می باشند که بیشتر دندانهای مولر سوم روئیده به دلیل وجود شرایط پاتولوژیک خاص از قبیل: پوسیدگی و پری کرونیته از دهان خارج می شوند و آنها را بایستی به صورت پروفیلکتیک خارج نمود ۱۶.

سئوالی که همواره در چنین تحقیقاتی مد نظر می باشد این است که آیا پری کرونیته می تواند تصمیم برای خارج نمودن دندان مربوطه را قطعی نماید ؟ پری کرونیته به طور طبیعی هنگامی رخ می دهد که ارتباطی بین دندان و محیط دهان برقرار گردیده و در حقیقت جزئی از فرآیند رویشی طبیعی دندان می باشد . در یک مطالعه ۲۰٪ دندانهای مولر سوم بادلبل بروز پری کرونیته از دهان خارج گردیده بودند ۱۷، اما در یک مطالعه دیگر بر روی ۱۶۱۲۷ دندان عقل پایین تنها ۸٪ بادلبل بروز این مشکل خارج شده بودند ۱۸. مطالعه نیز درصد بروز پری کرونیته در بیماران دارای سابقه پری کرونیته در ابتدای درمان ۳۲٪ و در گروه بدون پری کرونیته ۱۷٪ محاسبه شد . بدین ترتیب مشاهده می شود که در رابطه با این مشکل به تنهایی نظرات و نتایج مختلفی در دنیا و مراکز دانشگاهی ارائه گردیده است .

همانطور که اشاره شد برای برجا نهادن دندان عقل در دهان بایستی بیماران را به دقت مورد ارزیابی قرار داد و دندانهای بدون علامت را برای مدتی در حدود ۲ سال مورد پیگیری قرارداد و معاینات رادیوگرافیکی و کلینیکی مرتبی از بیماران به عمل آید و برای دندانهایی که به صورت کامل توسط استخوان پوشیده شده اند و علامتی ندارند نیازی به پیگیری دوره ای بیشتری نمی باشد . به نظر می رسد که خارج نمودن پروفیلکتیک دندانهای عقل نهفته بدون علامت، هزینه های اندک و عوارض مختصری بر سلامتی بیماران برجا بگذارد ، ولی به طور قطع و یقین نمی توان بر این امر صحه گذاشت . امروزه عموماً عقیده بر این است که خارج نمودن دندان عقل نهفته در افراد مسن با ریسک بالا و اشکالات خاص خود همراه می باشد ۱۹ . و در تحقیقاتی نیز به این مطلب اشاره گردیده است که خارج نمودن دندانهای عقل در بیماران علامت دار با مشکلات کمتری همراه می باشد ۲۰ .



نمودار ۱. توزیع ۱۶۰ دندان عقل نهفته درمان نشده بدون سابقه پری کرونیته بر حسب علل خارج نمودن دندان در یک پیگیری سه ساله

توزیع دندان در مورد بررسی بر حسب وضعیت باقی ماندن دندان و به تفکیک وضعیت نهفتگی آنها در جدول شماره ۲ ارائه گردید و نشان می دهد که دندان های عقل نهفته درمان نشده بصورت نهفته ۲۴ درصد و بصورت نیمه نهفته در ۴۲٫۶ درصد دندان ها خارج شدند و آزمون کای دو نشان داد که این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار است ($p < 0.02$). و خطر بروز خارج کردن دندان عقل نیمه نهفته نسبت به دندان عقل نهفته درمان نشده ۱٫۷ برابر است ($RR = 1.7$).

جدول ۲: توزیع دندان های عقل درمان نشده بر حسب وضعیت باقی ماندن آنها به تفکیک وضعیت نهفتگی آنها در یک پیگیری سه ساله

وضعیت نهفتگی	باقی ماندن دندان	بله	خیر خارج شده	جمع کل
نهفته	۱۰۱ (۷۴٫۳)	۳۵ (۲۵٫۷)	۱۳۶ (۱۰۰)	
نیمه نهفته	۳۱ (۵۷٫۴)	۲۳ (۴۲٫۶)	۵۴ (۱۰۰)	

از مجموع ۵۸ بیماری که دندان خود را خارج نمودند و ۱۴۲ نفری که دندان خود را خارج نمودند مصرف سیگار، میزان پلاک، عمق پاکت در دیستال مولر دوم، اندازه فضای فولیکولار، خون ریزی در حین پروپ کردن، تعداد دندان های عقل خارج شده نقشی نداشته است ($P < 0.08$)

در این مطالعه هیچ گونه تحلیل دندانهای مشاهده نشد .

خارج نمودن پروفیلاکتیک دندانهای عقل نهفته پایین را تجویز نمود، مواردی که بر اساس این مطالعه به راحتی نمی شود آنرا اثبات کرد.

در پایان توصیه می شود تا مطالعات بیشتری با زمانهای پیگیری طولانی تری در این زمینه انجام تا بتوان با قاطعیت بیشتری

Archive of SID

REFERENCES:

1. Shwpherd JP, Brickley M : Surgical removal of third molars. Br Med J1994; 309: 620-1.
2. Brickly MR , Shepherd JP, Mancini G : Comparison of clinical treatment decisions with US National Institute of Health Consensus Indication for lower third molar removal. Br Dent J1993; 175:102-5.
3. Bramley P : Sense about wisdom teeth. J R Soc Med 1981; 74:867.
4. Mercier P, Precious D : Risks and benefits of removal of impacted third molars. J Maxillofac Surg 1992; 21(1): 17 27.
5. Guralnick G, Iaskin D : NIH consensus development conference for the removal of third molars. J Oral Surg 1980; 38(3): 235-6.
6. Carmichael FA, McGowan DA : Incidence of nerve damage following third molar removal: a West of Scotland Oral Surgery Research Group study. Br J Oral Maxillofac Surg 1992; 30(1): 78-82.
7. Schultze-Mosgau S, Reich RH. Assessment of inferior alveolar and lingual nerve disturbances after dentoalveolar surgery, and recovery of sensitivity. Int J Oral Maxillofac Surg 1993; 22(3): 214-7.
8. Gulicher D, Gerlach KL : Sensory impairment of the lingual and inferior alveolar nerves following removal of impacted mandibular third molars. Int J Oral Maxillofac Surg 2001; 30(4):306-12.
9. Blackburn CW, Bramley PA : Lingual nerve damage associate with removal of lower third molars. Br Dent J 1989; 167:103-7.
10. Robinson PP, Smith KG : Lingual nerve damage during lower third molar removal: a comparison of two surgical methods. Br Dent J 1996; 180(5): 456-61.
11. Song F, Landes DP, Glennly AM, Sheldon TA : Prophylactic removal of impacted third molars: an assessment of published reviews. Br Dent J 1997; 182(4): 339-46.
12. University of York. NHS Center for Reviews and Disseminatio. Prophylactic removal of impacted third molars: is it justified? Effectiveness Matters 1998; 3: 4.
13. Edwards MJ, Brickley MR, Goodey RD, Shepherd JP :The cost, effectiveness and cost-effectiveness of removal and retention of asymptomatic, disease free third molars. Br Dent J 1999; 187(40): 380-4.
14. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J : The effectiveness and cost effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. Health Technol Assess 2000; 4: 1-55.
15. Garcia RI, Chancey HH. The eruption of third molars in adults: a 10-year longitudinal study. J Oral Surg 1989; 68(9): 9-13.
16. Ahlqwist M, Grondal HP:Prevalence of impacted teeth and associated pathology in middle-age and older Swedish women. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19(2): 116-9.
17. Nordenram A, Hultin M, Kimldman O, Ramstrom B : Indications for surgical removal of third molars: study of 2630 cases. Swed Dent J 1987; 11(1): 23-9.

18. Osborn T, Frederickson B, Small I, Torgerson T : A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43(80): 767-9.
19. Brickley M, Kay E, Shepherd JP, Armstrong RA : Decision analysis for lower-third-molar surgery. *Med Decis Making* 1995; 15; 143-51.
20. Hill CM, Mostafa P, Walker RV, Newcombe R : Nerve morbidity following wisdom tooth removal under local and general anesthesia. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001; 39(5): 419- 424

Archive of SID