

## تنوع کانالی در دندان‌های مولر اول و دوم فک پایین در شهر اصفهان

محسن هاشمی‌نیا\*، حسین اصغر تبار افروزی<sup>۱</sup>

\* دکتر سید محسن هاشمی‌نیا

(استادیار)، گروه اندودنتیکس، دانشکده

دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان، خیابان هزارجریب، اصفهان.

hasheminia@dnt.mui.ac.ir

۱: دندان‌پزشک.

این مقاله در تاریخ ۸۴/۴/۲۷ به دفتر

مجله رسیده، در تاریخ ۸۵/۳/۱۰ اصلاح

شده و در تاریخ ۸۵/۵/۳۰ تأیید گردیده

است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان

۱۳۸۵؛ ۲(۲): ۴۶ تا ۴۷

هدف اصلی در درمان ریشه، تمیز نمودن بیومکانیکی حفره پالپ و مجرای ریشه و آماده نمودن این فضا برای پذیرش مواد پرکننده، و به دنبال آن، ایجاد سیل کامل ناحیه آپیکال و کروئال در سه بعد، به منظور قطع ارتباط فضای داخلی دندان با نسوج اطراف آن می‌باشد. بنابراین، عدم آگاهی از آناتومی و فرم کانال می‌تواند موجب بروز اشتباهاتی در تشخیص و طرح درمان گردیده و کل فرایند درمان را با شکست مواجه نماید. به علاوه، چون دو بعدی بودن رادیوگرافی، که به عنوان یکی از ابزارهای تشخیصی در اعمال اندودنتیک استفاده می‌شود، دارای محدودیت‌هایی می‌باشد، داشتن آمارهای صحیح از تعداد و اشکال مختلف کانال‌های ریشه و درصد احتمال حضور کانال‌های اضافی می‌تواند باعث موفقیت بالاتر درمان ریشه گردد [۱ تا ۳].

برای انجام این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تعداد ۱۶۰ دندان مولر اول و دوم فک پایین کشیده شده، به صورت نمونه‌گیری آسان از مراکز درمانی و مطب‌های شهر اصفهان بدون در نظر گرفتن سن و جنس جمع‌آوری گردید. پس از ایجاد حفره دسترسی مناسب، کانال دندان‌ها توسط جوهر هندی رنگ‌آمیزی و سپس توسط اسید نیتریک ۱۰ درصد دکلسیفیه شد. در مرحله بعد، دندان‌ها دهیدراته و سپس توسط متیل سالیسیلات شفاف گردید. نهایتاً دندان‌ها برای تعیین تعداد ریشه و نوع فرم کانال در هر ریشه براساس طبقه‌بندی Weine مورد مطالعه قرار گرفت. به علاوه، دندان‌های مولر اول به روش تهیه مقطع عرضی نیز، فرم کانال آنها بررسی شد [۴ و ۲].

از تعداد ۸۰ دندان مولر اول مورد بررسی، ۷۹ دندان (۹۸/۷۵ درصد) دو ریشه‌ای و یک دندان (۱/۲۵ درصد) سه ریشه‌ای بودند. بررسی تعداد کانال‌ها نشان داد که ۵ دندان (۶/۲۵ درصد) دو کاناله، ۵۱ دندان (۶۳/۷۵ درصد) سه کاناله و ۲۴ دندان (۳۰ درصد) چهار کاناله بودند (جدول ۱).

از تعداد ۸۰ دندان مولر دوم مورد بررسی، ۷۲ دندان (۹۰ درصد) دو ریشه‌ای و ۸ دندان (۱۰ درصد) یک ریشه‌ای بودند. بررسی تعداد کانال‌ها نشان داد که ۳ دندان (۳/۷۵ درصد) یک کاناله، ۲۴ دندان (۳۰ درصد) دو کاناله، ۴۶ دندان (۵۷/۵ درصد) سه کاناله، ۲ دندان (۲/۵ درصد) چهار کاناله و ۸ دندان (۶/۲۵ درصد) به فرم C-shaped بودند (جدول ۱).

لازم به ذکر است که از ۸ دندان تک ریشه‌ای ۵ دندان (۶/۲۵ درصد) به فرم C-shaped و ۳ دندان تک ریشه‌ای و از نوع I بودند. براساس نتایج به دست آمده از این بررسی، علاوه بر تفاوت آماری که عمدتاً ناشی از تفاوت نژادی و خصوصیات منطقه‌ای مطالعات انجام گرفته است، می‌توان به تنوع کانالی کم در ریشه دیستال این دندان‌ها اشاره نمود. درصد بالاتر کانال‌های دارای دو اوریفیس با یک فورامن اپیکال در ریشه میزالی در مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام گرفته می‌تواند دلیل کاهش شکست درمان ریشه، علی‌رغم دقت نکردن به تنوعات دیگر کانال در این ریشه باشد. این تحقیق نیز تأکید دارد دندان‌پزشک علاوه بر یافته‌های

موجود در کلیشه رادیوگرافیک، به منظور افزایش موفقیت درمان، با مطالعه و آشنایی بیشتر به آمار تنوع کانال در منطقه خود با دقت بیشتری در جستجوی کانال‌های اضافی باشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی تنوع کانال در دندان‌های مولر اول و دوم فک پایین بر اساس طبقه‌بندی Weine

نوع IV	نوع III	نوع II	نوع I	دندان	روش
۲(٪۲/۵۳)	۲۵(٪۳۱/۶۵)	۴۰(٪۵۰/۶۳)	۱۲(٪۱۵/۱۹)	مولر اول دائمی فک پایین	شفاف‌سازی
-	۴(٪۵/۰۶)	۸(٪۱۰/۱۲)	۶۷(٪۸۴/۸۲)	مزیا دیستال	
-	۳۷(٪۴۶/۸۳)	۴۱(٪۵۱/۹۰)	۱(٪۱/۲۷)	مولر اول دائمی فک پایین	تهیه مقطع
۱(٪۱/۲۷)	۶(٪۷/۵۹)	۲۵(٪۳۱/۶۵)	۴۷(٪۵۹/۴۹)	مزیا دیستال	
۱(٪۱/۳۹)	۱۴(٪۱۹/۴۴)	۳۴(٪۴۷/۲۲)	۲۳(٪۳۱/۹۵)	مولر دوم دائمی فک پایین	شفاف‌سازی
۱(٪۱/۳۹)	۲(٪۲/۸۷)	۵(٪۶/۹۵)	۶۴(٪۸۸/۸۸)	مزیا دیستال	

#### منابع

1. Ingle JL, Backland LK. Endodontics. 4<sup>th</sup> ed. Hamilton, London: BC Decker Inc. 2002: 405-70.
2. Weine FS. Endodontic thrapy. 5<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby Co. 1996: 239-305.
3. Walton RE, Torabinejad M. Principles and practice of endodontics. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002: 166-7.
4. Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984; 58(5): 589-99.