

بررسی فراوانی ناهنجاری های دندانی در بیماران دچار شکاف کام و لب در شماری از مراکز درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۸۳

حمیدرضا فتاحی* - نیلوفر زروانی**

* استادیار گروه ارتودنسی دانشکده ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
** دندانپزشک

چکیده

بیان مسأله: شایع ترین نقصی که در ارتباط با لب و کام وجود دارد وجود شکاف در ناحیه لب و کام یا سایر ساختمان های صورت می باشد. در افرادی که شکاف لب و کام یا هر دو را دارند ناهنجاری در اندازه، شکل و زمان تشکیل و رویش دندان ها بیشتر از سایر افراد است و سیستم دندانی شیری و دایمی هر دو متأثر می شوند. آمارهایی که در مورد ناهنجاری های دندانی در افراد دارای شکاف لب و کام ارایه شده است بیانگر تفاوت در جمعیت های گوناگون است و در واقع بیشترین تفاوت ناشی از اختلاف نژادی است.

هدف: هدف از این مطالعه، بررسی فراوانی ناهنجاری های دندانی در بیماران دارای شکاف لب و کام در شماری از مراکز درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۸۳ می باشد.

مواد و روش: برای بدست آوردن فراوانی ناهنجاری های دندانی، یک بررسی مقطعی (Cross Sectional) با استفاده از رکوردهای بیماران شامل قالب های دندان، پرتونگاری های سفالومتری، جانبی، ارتوپانتوگراف، پری اپیکال و عکس بیماران انجام گرفت. این بررسی بر روی پرونده های قبل از درمان ۵۱ بیمار دارای شکاف انجام شد. سپس داده ها همراه با فرضیات به برنامه نرم افزاری SPSS داده شد و با معنایی آزمون بین سمت شکاف و سمت نرمال توسط آزمون Binominal و آزمون t مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: بر پایه یافته های بررسی کنونی انواع شکاف در پسران بیشتر از دختران دیده شد. فراوانی بودن شکاف در سمت چپ در شکافهای یکطرفه بیشتر از سمت راست بود. از میان انواع متفاوت ناهنجاری های دندانی که در بیماران دارای شکاف دیده شد فراوانی نبود دندانی از همه بیشتر و بیشترین فراوانی مرتبط به دندان لترال بالا در سمت شکاف بود.

نتیجه گیری: در نظر گرفتن همسانی نزدیک یافته های بررسی با بررسی های همسان دیگر که از فراوانی ناهنجاری های متفاوت در بیماران شکاف کام و لب به دست آمده است به نظر می رسد این بیماران جدای از تفاوت نژادی از یک الگوی مشابه در ناهنجاری ها پیروی کرده و عوامل مشابهی بر ناهنجاری های این بیماران اثر گذار است.

واژگان کلیدی: بیماران شکاف کام و لب، فقدان دندانی، آنومالی های دندانی

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۳/۵/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۳/۲۷

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. سال پنجم؛ شماره ۱ و ۲، ۱۳۸۳ صفحه ۷۹ تا ۸۷

* نویسنده مسوول: حمیدرضا فتاحی. شیراز- خیابان قصردشت- دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- گروه آموزشی ارتودنسی-
تلفن: ۴-۰۷۱۱-۶۲۶۳۱۹۳ Email: Fattahih@sums.ac.ir

مقدمه

کرده در مدت ۲۰ سال به بخش شکاف کام دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد از نظر محل و نوع شکاف و رابطه ی آن با جنس، عامل ارث، ازدواج نزدیک والدین، وضعیت رفاهی و تغذیه خانواده و ... مورد بررسی و بحث قرار گرفتند.

بررسی دیگری هم توسط نجفی^(۸) بر روی عامل های خطرزای اثر گذار در شکاف لب و کام مانند مصرف دارو، خویشاوندی پدر و مادر، وجود اسباب استرس زا برای مادر، وجود ناهنجاری های مشابه در خانواده و سابقه پرتوتابی در دوره حاملگی انجام گرفت. در افرادی که شکاف کام، لب یا هر دو را دارند ناهنجاری در اندازه، شکل و زمان تشکیل و رویش دندانها بیشتر از سایر افراد است و ساختار دندان های شیری و دایمی هر دو اثر پذیر می شوند^(۹). دندان لترال در محل شکاف آلوئولار بسیار آماده ایجاد ناهنجاریهاست. اما سایر دندانهای خارج از محل شکاف هم بیشتر از افراد نرمال دچار ناهنجاری می شوند^(۹). ساختار دندانی، آگاهی های ارزشمند را در مورد تکامل و رشد افرادی که شکاف لب و کام دارند را ارائه می دهد^(۱۰). بنابراین ارزیابی زود هنگام شمار دندان های دچار فقدان و توجه به اندازه، شکل و شمار دندان های باقی مانده در ارائه طرح درمان مهم است. فراوانی زیاد نبود دندانی و ناهنجاری های دندانی و تفاوت اندازه دندانها در کودکان دارای شکاف لب و کام، باعث افزایش پیچیدگی طرح درمان می شود، بنابراین آگاهی فراوانی ناهنجاری های دندانی و سپس ارائه طرح درمان بر اساس آن مهم است^(۱۱).

رانتا (Ranta) در سال ۱۹۸۶، اندازه و شکل دندان لترال را در محل شکاف لب و آلوئول و همچنین نبود مادرزادی دندانی در سمت شکاف و سمت نرمال را مورد بررسی قرار داد^(۱۱). پژوهشگرانی بسیار چون شاپیرا (Shapira) و همکاران (۲۰۰۰)^(۹)، بودای (Budai) و همکاران (۲۰۰۱)^(۱۲) و دوینتسر (Dewinter) و همکاران (۲۰۰۳)^(۱۳)، فراوانی نبود دندانی رادر بیماران دارای شکاف مورد بررسی قرار دادند. ارن (Eeren) و همکاران (۲۰۰۱)، علاوه بر

برقراری رابطه میان اساس رشد و نمو و یافته های بالینی و نیازهای درمانی برای دندانپزشکان الزامی است^(۱). شایع ترین آسیب مادرزادی که فک و صورت را گرفتار می سازد و همچنین شایع ترین نقصی که در ارتباط با لب و کام وجود دارد شکاف لب و کام یا سایر ساختمان های صورت (البته با شیوع کمتر) می باشد^(۲). اگر چه شکاف لب و کام بیشتر همراه هم هستند، اما در واقع دو مشکل جدای از هم می باشند، یعنی از نظر ژنتیکی هر کدام از آنها روندی جداگانه را طی می کنند^(۱). هنوز یک رده بندی جهانی و استاندارد پذیرفتنی برای شکاف لب و کام وجود ندارد^(۳). اما یک رده بندی اولیه و ساده برای شروع ارزیابی ناهنجاری شکاف لب و کام می تواند به قرار زیر باشد^(۴): ۱- شکاف لب تنها، ۲- شکاف یک طرفه لب و کام، ۳- شکاف دو طرفه لب و کام، ۴- شکاف کام تنها.

به طور کلی فراوانی شکاف لب و کام تقریباً یک مورد در هر ۱۰۰۰ زایش می باشد (که در چند دهه اخیر به ۱/۵ مورد در هر ۱۰۰۰ زایش افزایش یافته است) شکاف لب یا شکاف لب و کام در پسرها بیشتر از دخترها بروز می کند. فراوانی شکاف کام بسیار کمتر از شکاف لب است و ۰/۱ در هر ۱۰۰۰ زایش گزارش شده است (یک مورد در ۱۰۰۰۰ زایش) این حالت در دخترها بیشتر از پسرها دیده می شود^(۵). در ایران بررسی چندانی بر بیماری شکاف لب و کام صورت نگرفته است، بررسی رجیبیان و شرکت^(۶)، فراوانی شکاف های دهان را ۱/۰۳ در هر ۱۰۰۰ تولد به دست آورده است که درصد شکاف لب تنها (۳۴/۹ درصد) بالاتر از شکاف کام تنها (۱۷/۴ درصد) بوده است. از طرف دیگر این بررسی نشان داد که بروز شکاف های دهانی در ایران بیشتر به اروپایی ها نزدیک است تا به کشورهای عربی، آفریقایی یا کشورهای جنوب غربی آسیا.

در بررسی دیگر که توسط صحافیان^(۷) انجام گرفت، ۷۲۱ بیمار مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه

اضافه، مزیدنس، بد شکلی دندانی، لترال دانه برنجی، جابجایی دندانی و چرخش های دندانی از جمله مواردی بودند که به وسیله قالب های بیماران بررسی می شدند. برای اندازه گیری اندازه دندان ها از قالب های مطالعه بیماران استفاده شد. بدین منظور، بزرگترین اندازه مزیدنیستال هر دندان با توجه به پلن اکلوزال و محور طولی دندان با در نظر گرفتن نقاط تماس دندان ها از نظر اکلوزال و نمای بوکولینگوال محاسبه گردید. برای اندازه گیری دندان از کولیس دیجیتالی (شرکت Mitotoyo) با دقت ۰/۰۱ میلی متر استفاده شد.

فراوانی ناهنجاری های دندانی با استفاده از سابقه موجود در پرونده بیماران به تفکیک فک بالا و پایین و سمت شکاف و سمت طبیعی تعیین گشته به کمک آزمون بینومینال (Binominal) با معنایی آزمون بین سمت شکاف و سمت مزیال ارزیابی شد.

یافته ها

بررسی کنونی بر ۵۱ بیمار دارای شکاف انجام گرفته که از این شمار، ۳۹ نفر شکاف یک طرفه لب و کام، نه نفر شکاف دو طرفه لب و کام، دو نفر شکاف یک طرفه لب و یک نفر هم شکاف کام تنها داشتند. از ۵۱ بیمار مورد بررسی ۲۲ نفر (۴۳/۱ درصد) دختر و ۲۹ نفر (۵۶/۹ درصد) پسر بودند. ۴۵/۱ درصد بیماران، شکاف یک طرفه لب و کام در سمت چپ، ۳۱/۴ درصد شکاف یک طرفه لب و کام در سمت راست و ۱۷/۶ درصد شکاف دو طرفه لب و کام داشتند. موارد شکاف لب تنها در هر سمت یک نفر و کام تنها هم یک نفر بوده است.

جدول ۱، فراوانی ناهنجاری های دندانی گوناگون (به جز فقدان مولرهای سوم) را در بیماران دارای شکاف نشان می دهد. در ستون اول جدول شمار دندان هایی که دارای ناهنجاری های گوناگون بوده اند و در ستون بعدی شمار و درصد افرادی که هر کدام از این ناهنجاری ها در آنها یافت شده بیان شده است. نتایج حاصل از این جدول به این شرح است:

فراوانی نبود دندانی سن دندانی و تکامل دندانی ناقص را در کودکان دارای شکاف با Sibling آنها و یک گروه کنترل بدون شکاف مقایسه کردند (۱۴).

آمارهایی که در مورد ناهنجاری های دندانی در افراد دارای شکاف لب و کام بیان شده است در افراد و نژادهای گوناگون متفاوت بوده و بیشترین تفاوت ناشی از اختلاف نژادی ذکر گردیده است (۱۱).

با در نظر گرفتن کمبود بررسی های اپیدمیولوژیکی مشابه در کشور ما و سودمند بودن آگاهی از مشکلات و فراوانی هر یک از ناهنجاری های دندانی در تصمیم گیری نهایی، هدف از مطالعه حاضر بررسی ناهنجاریهای دندانی مانند نبود دندانی، دندان اضافه، بد شکلی دندانی، جابجایی دندان، دندان لترال دانه برنجی و چرخش های دندانی در بیماران دارای شکاف لب و کام تحت درمان مراکز درمانی شهرستان شیراز می باشد.

مواد و روش

انتخاب بیماران بر اساس معیارهای زیر صورت گرفت:

۱- بیماران در محدوده سنی قابل قبولی از لحاظ کلسیفیکاسیون دندانی برای تعیین بود یا نبود دندانها باشند به بیان دیگر تعیین بود یا نبود دندان از روی کلیشه پرتونگاری بیمار امکان پذیر باشد.

۲- همه بیماران ایرانی باشند.

۳- امکان تهیه رکوردهای لازم از بیمار فراهم باشد.

با توجه به معیارهای فوق، شمار ۵۱ بیمار دارای شکاف لب و یا کام انتخاب شدند. نمونه های انتخابی از بین پرونده های قبل از درمان بیماران مراجعه کننده تا سال ۱۳۸۳ به بخش ارتودنسی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز و از بیماران درمانگاه ویژه دانشکده و مطب خصوصی متخصصین ارتودنسی شهر شیراز بودند. برای تعیین ناهنجاری های دندانی از سابقه ی بیماران دارای شکاف شامل: قالب های مطالعه، پرتونگاری پانورامیک (O.P.G)، پری اپیکال و عکس های بیماران استفاده شد. نبود دندانی، دندان

ترتیب عبارت بود از: ۱- دندان لترال بالا سمت شکاف، ۲- دندان لترال بالا سمت غیر شکاف، ۳- دندان سانترال بالا سمت شکاف، ۴- دندان پر مولر دوم پایین سمت شکاف، ۵- دندان پر مولر اول و دوم بالا سمت شکاف و دندان سانترال بالا سمت سالم، ۶- دندان کانین بالا سمت سالم و دندان های پر مولر اول و دوم فک پایین سمت سالم، ۷- دندان کانین فک بالا در سمت شکاف.

جدول ۳، توزیع درصدی و فراوانی چرخش های دندانی را در دندان های مختلف بیماران دارای شکاف لب و کام به تفکیک سمت شکاف و نرمال نشان می دهد. نتایج حاصل از این، بیانگر این نکته بود که، بیشترین دندانی که دچار چرخش شده دندان سانترال بالا در سمت شکاف بود (۴۴/۹ درصد). دندانهای لترال و کانین در سمت شکاف در فک بالا رتبه های بعدی از لحاظ چرخش های دندانی را در این بیماران نشان دادند (۱۲/۲ درصد). توزیع فراوانی سایر ناهنجاری های دندانی شامل دندان اضافه، جا به جایی دندانی، بدشکلی دندانی و لترال دانه برنجی در افراد دارای شکاف را به تفکیک سمت شکاف و سالم در جدول ۴ نشان داده شده است.

فراوانی نبود دندان در ۵۱ بیمار، ۷۰/۶ درصد محاسبه شد، که بیشترین ناهنجاری دندانی یافت شده، در این بیماران بود. فراوانی چرخش های دندانی، بدشکلی های دندانی، لترال دانه برنجی، جابجایی دندانی و دندان اضافه هم به ترتیب در ۵۴/۹ درصد، ۲۳/۵ درصد، ۱۹/۶ درصد، ۱۳/۷ درصد و ۵/۹ درصد از بیماران مشاهده گردید. در ضمن فراوانی این ناهنجاری ها در سمت شکاف و سالم با آزمون بینومینال مورد مقایسه قرار گرفت. بر این پایه سمت شکاف و نرمال از لحاظ نبود دندان، چرخش های دندانی و بدشکلی های دندانی در فک بالا از نظر آماری اختلاف چشمگیر از خود نشان دادند.

جدول ۲، توزیع درصدی و فراوانی فقدان دندانی در دندان های مختلف به جز مولرهای سوم را در بیماران شکاف به تفکیک سمت شکاف و سالم و همچنین فک بالا و پایین نشان می دهد. نتایج حاصل از این جدول نشان داد که، بیشترین دندانی که دچار فقدان شده بود دندان لترال بالا در سمت شکاف با ۵۲/۹ درصد فراوانی میباشد، به بیان دیگر حدود نیمی از نبود دندانی در بیماران شکاف، مربوط به نبود دندان لترال در سمت شکاف بود. بر پایه ی این جدول، فراوانی فقدان دندانی در بیماران شکاف به

جدول ۱: فراوانی ناهنجاری های دندانی در سمت شکاف و سمت سالم برپایه ی شمار موارد در دندانها و بیماران (۵۱ بیمار)

مقدار P	فک پایین		مقدار P	فک بالا		شمار و درصد بیماران	شمار ناهنجاری	نوع ناهنجاری					
	سمت سالم	سمت شکاف		سمت سالم	سمت شکاف								
	شمار درصد	شمار درصد		شمار درصد	شمار درصد								
NS	۳۳/۳	۲	۶۶/۶	۴	S	۲۵	۱۶	۷۵	۴۸	۷۰/۶	۳۶	۷۰	نبود دندانی
-	-	-	-	-	NS	۰	۰	۱۰۰	۴	۵/۹	۳	۴	دندان اضافی
-	-	-	-	-	S	۱۱/۸	۲	۸۸/۲	۱۵	۲۳/۵	۱۲	۱۷	بد شکلی دندان
-	-	-	-	-	NS	۴۰	۴	۶۰	۶	۱۳/۷	۷	۱۰	جابجایی دندان
-	-	-	-	-	NS	۳۰	۳	۷۰	۷	۱۹/۶	۱۰	۱۰	لترال دانه برنجی
-	-	-	-	-	S	۲۰/۴	۱۰	۷۹/۶	۳۹	۵۴/۹	۲۸	۴۹	چرخش دندانی

S: Significant

NS: Nonsignificant

جدول ۲: توزیع درصدی و فراوانی فقدان دندان‌های مختلف بیماران دارای شکاف (۷۰ بیمار)

نوع دندان	سمت سالم		سمت شکاف	
	فک بالا		فک پایین	
	شمار	درصد	شمار	درصد
I ₁	۳	۴/۳	۵	۷/۱
I ₂	۱۰	۱۴/۳	۳۷	۵۲/۹
C	۱	۱/۴	۰	-
P ₁	۱	۱/۴	۳	۴/۳
P ₂	۱	۱/۴	۳	۴/۳
			۴	۵/۷

I1: دندان انسيزور مرکزی I2: دندان انسيزور جانبی C: دندان کانين P1: دندان پرمولر اول P2: دندان پرمولر دوم

جدول ۳: توزیع درصدی و فراوانی چرخش دندان‌های در فک بالای بیماران دارای شکاف (۴۹ بیمار)

نوع دندان	سمت سالم		سمت شکاف	
	شمار	درصد	شمار	درصد
I ₁	۴	۸/۲	۲۲	۴۴/۹
I ₂	۵	۴	۶	۱۲/۲
C	۵	۴	۶	۱۲/۲
P ₁	۱	۲	۰	۰
P ₂	۱	۲	۵	۱۰/۲

I1: دندان انسيزور مرکزی I2: دندان انسيزور جانبی C: دندان کانين P1: دندان پرمولر اول P2: دندان پرمولر دوم

جدول ۴: توزیع فراوانی سایر ناهنجاری‌های دندان‌های در فک بالای بیماران دارای شکاف (۷۰ بیمار)

نوع ناهنجاری	سمت سالم		سمت شکاف	
	شمار	درصد	شمار	درصد
دندان اضافی	I _۲	-	۳	-
	C	-	۱	-
جابجایی دندان‌ها	C	۴	۵	-
	P _۱	-	۱	-
بدشکلی دندان‌ها	I _۱	-	۱۰	-
	I _۲	۲	۵	-
لترال دانه برنجی	I _۲	۳	۷	-

I1: دندان انسيزور مرکزی I2: دندان انسيزور جانبی C: دندان کانين P1: دندان پرمولر اول P2: دندان پرمولر دوم

دندان‌های (۵۴/۹ درصد)، ۳- ناهنجاری در شکل (۲۳/۵ درصد)، ۴- دندان‌های لترال دانه برنجی "Peg Lateral" (۱۹/۶ درصد)، ۵- جابجایی دندان‌های (۱۳/۷ درصد)، ۶- دندان اضافه (۵/۹ درصد) می‌باشد.

بحث
در مطالعه حاضر شایع‌ترین ناهنجاری‌های دندان‌های در کودکان دارای شکاف لب و کام به ترتیب شامل، ۱- فقدان دندان‌ها (۷۰/۶ درصد)، ۲- چرخش‌های

نتایج مطالعه لورنکو (Lourenco) و همکاران (۲۰۰۳)، بیانگر نبود فقدان مادرزادی دندان لترال در سمت شکاف در ۴۹/۸ درصد موارد بود^(۱۷). یافته تمام بررسی های بالا نتیجه ی بررسی حاضر را در مورد نبود لترال ماگزایلا در سمت شکاف تایید می کند.

یافته های بررسی کنونی این بود که، فراوانی نبود دندانی در فک بالا بیشتر از فک پایین است از همه فقدان های دندانی ۹۱/۴ درصد در فک بالا و ۸/۶ درصد در فک پایین رخ داده بود. اضافه بر آن فراوانی نبود دندانی در سمت شکاف فک بالا (۷۵ درصد) بیشتر از سمت سالم (۲۵ درصد) بود.

در بررسی رانتا (۱۹۸۶)، بیان شده دندانهایی که دچار فقدان مادرزادی می شوند در فک بالا بیشتر از فک پایین هستند و همچنین در شکاف های یک طرفه نبود دندان در سمت شکاف نسبت به سمت سالم بیشتر است^(۱۱). یافته بررسی وی با یافته بررسی حاضر هماهنگی دارد.

در بررسی شاپیرا (۲۰۰۰)، فراوانی نبود دندان در سمت چپ بیشتر بود، چه در فک بالا و چه در فک پایین، همانطور که شیوع شکاف در این سمت بیشتر بود. اضافه بر آن دندان لترال دایمی فک بالا بیشترین دندانی بود که، در سمت شکاف دچار فقدان می شود، پس از آن دندان پر مولر دوم فک بالا و سپس پر مولر دوم فک پایین در بررسی وی بیشترین دندانی که در سمت نرمال دچار فقدان بود، نخست پر مولر دوم فک بالا، پس از آن لترال فک بالا و سپس پر مولر دوم فک پایین گزارش گردید^(۹).

در بررسی کنونی، بیشترین دندان دچار فقدان در سمت شکاف، به ترتیب دندان لترال فک بالا، سانترال فک بالا، پر مولر دوم فک پایین و بعد پر مولر اول و دوم فک بالا بود. بیشترین دندان دچار فقدان در سمت نرمال، نخست لترال فک بالا، پس از آن دندان سانترال فک بالا و سپس پر مولر دوم فک پایین بود.

در این بررسی، بیشترین دندان هایی که در خارج از محل شکاف دچار فقدان بودند به ترتیب عبارت بودند از، ۱- دندان لترال فک بالا در سمت سالم، ۲- پر مولر دوم فک پایین در سمت شکاف،

در بررسی ای که توسط ویچی (Vichi) و فرانچی (Franchi) (۱۹۹۵)^(۱۵)، انجام شد شایع ترین ناهنجاری های دندانی نبود دندان لترال در محل شکاف تشخیص داده شد. به دنبال آن ناهنجاری در اندازه و شکل و سپس وجود دندان اضافه ناهنجاری های شایع بعدی بودند که، تقریباً نتایج مشابهی با نتایج بررسی کنونی را بیان می دارد به جز آنکه چرخش های دندانی در نظر گرفته نشده است.

در مورد فقدان دندانی یافته های بررسی ویچی با یافته های بررسی کنونی هماهنگی دارد. همچنین ناهنجاری در اندازه و شکل در این بررسی جزو ناهنجاری شایع می باشند که این امر نیز با بررسی ویچی هماهنگ است.

شاپیرا و همکاران (۲۰۰۰)، بررسی ای را بر روی بچه های دارای شکاف لب و کام انجام دادند، نتایج حاصل از این بررسی شیوع نبود دندانی را ۷۷ درصد برآورد کرد که از نظر آماری به میزان قابل چشمگیری بالاتر از آماری بود که در مطالعات قبلی ارایه شده بود. همچنین فراوانی نبود دندان در سمت چپ (سمت شکاف) به میزان چشمگیری بیشتر بود^(۹). در بررسی کنونی فراوانی نبود دندانی ۷۰/۶ درصد برآورد شده است که کمی کمتر از عدد ارایه شده توسط شاپیرا است. همین طور فراوانی فقدان دندانی در سمت شکاف (۶۸/۶ درصد) بیشتر از سمت سالم می باشد که این یافته با یافته بررسی شاپیرا هماهنگی دارد.

در بررسی کنونی مستعدترین دندان برای فقدان دندانی، دندان لترال فک بالا در سمت شکاف تشخیص داده شد (۵۲/۹ درصد). نتایج بررسی سوزوکی (Suzuki) و همکاران (۱۹۹۲)، نشان داد مستعدترین دندان برای فقدان، دندان لترال ماگزایلاست^(۱۶). نتایج مطالعه ی ویچی هم نشان داد نبود دندان لترال در جای شکاف شایع ترین ناهنجاری در بیماران دارای شکاف لب و کام است^(۱۵). یافته بررسی دوینتر (Dewinter) و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که، فقدان دندانی در دندانهای لترال ماگزایلا در سمت شکاف در بیشتر از ۵۰ درصد موارد وجود دارد^(۱۳).

مورد بررسی فقط ۴۴ درصد آنها دارای دندانهای سانترال بالای نرمال در سمت شکاف بودند^(۱۱). در بررسی دوینتر (Dewinter) و همکاران (۲۰۰۳)، بیان شده که در ۳۲ درصد، بدشکلی در دندان های نزدیک محل شکاف دیده شده است^(۱۲). در بررسی حاضر میزان فراوانی بدشکلی در دندان سانترال فک بالا در سمت شکاف ۱۰ عدد و در دندان لترال ۵ عدد می باشد که در مجموع در ۱۵ دندان نزدیک شکاف بدشکلی دیده می شود.

نتیجه گیری

با یافته های بدست آمده، چنین به نظر می آید که فراوانی بیشتر ناهنجاری های گوناگون دندانی در بیماران دارای شکاف لب و کام در این بررسی تقریباً مشابه دیگر بررسی های انجام شده می باشد. به بیانی دیگر به نظر می رسد این بیماران از الگوی مشابهی پیروی کرده و عوامل اثر گذار بر ناهنجاری های دندانی در تمامی این بیماران تفاوت چندانی در نژادهای مختلف را نشان نمی دهد.

تقدیر و تشکر

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز به خاطر حمایت مالی تشکر و قدردانی می گردد. همچنین تشکر و قدردانی فراوان از کلیه همکارانی که در جمع آوری نمونه ها همکاری فرمودند، ابراز می گردد.

۳- پر مولرهای اول و دوم ماگزایلا در سمت شکاف و سانترال ماگزایلا در سمت سالم.

در بررسی رانتا، بیشترین فقدان مادرزادی دندان در خارج از ناحیه شکاف به ترتیب زیر گزارش شد^(۱۱).

۱- دندان پر مولر دوم بالا (۳۲/۳-۷/۵ درصد)، ۲- دندان پر مولر دوم پایین (۱۰/۸-۰/۴ درصد)، ۳- دندان لترال بالا (۴/۱-۳/۱ درصد). یافته بررسی وی در این زمینه با نتایج بررسی کنونی هماهنگی ندارد.

در بررسی لورنکو (Lourenco)، دندان لترال در سمت نرمال در ۱۰/۹ درصد موارد دچار فقدان مادرزادی بود^(۱۷). در ضمن در همین بررسی آمده است که بیشترین دندانی که در خارج از ناحیه شکاف دچار فقدان می شود دندان پر مولر دوم ماگزایلاست^(۱۷). این یافته با یافته بررسی کنونی هماهنگی ندارد، چرا که دندان لترال ماگزایلا بیشترین شیوع فقدان دندانی را در سمت سالم نشان می دهد.

در بررسی رانتا، بیان شده که میزان زیادی از ناهنجاری ها و بدشکلی های دندانی در سیستم دندانی بچه هایی که شکاف لب و کام دارند وجود دارد^(۱۱). بررسی حاضر هم این بدشکلی ها و ناهنجاری های دندانی را به تفکیک نشان داده است. این ناهنجاری (بدشکلی دندان) در دندان های سانترال و لترال فک بالا دیده شد.

در مطالعه هلکوویست (Hellquist)، که بر روی کودکان دارای شکاف لب و کام انجام شده تنها ۶/۲ درصد از این افراد دندان هایی داشتند که از نظر شکل و اندازه نرمال بودند. اضافه بر آن از ۱۷۲ بیمار

References

۱. بیشارا س. ارتودنسی بیشارا. جلد اول، ترجمه دکتر علی طیبی. چاپ اول ۱۳۸۱ک صفحات ۱۷ تا ۱۹، ۲۶ تا ۳۰.
۲. پرافیت و. مباحث عمومی ارتودنسی نوین. ترجمه دکتر محمد باصفا. چاپ اول ۱۳۸۱: صفحات ۷۰ تا ۷۲، ۳۱۵ تا ۳۲۱.
۳. پاکشیر ح ر، گرامی ا، بابایی جهرمی م. شکاف لب و کام. چاپ اول، انتشارات تچر ۱۳۸۲.
4. Alberg EH, Hathorn IS, Pigott RW. Cleft lip and palate: a team approach. Wright 1986; Chapter 1: p.3.
۵. ساوولر: جنین شناسی پزشکی لانگمن. ترجمه: ماندانا اعرابی و فرید رئیس زاده. نشر طبیب. چاپ اول ۱۳۷۶؛ صفحات ۳۰۳ تا ۳۰۶.
6. Rajabian MH, Sherkat M. An epidemiologic study of oral clefts in Iran: analysis of 1669 cases. Cleft Palate Craniofacial J 2000; 37(2): 191-196.
۷. صحافیان ع. مطالعه آماری نوزادان مبتلا به شکاف کام و لب. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد (۱۳۷۵)؛ سال ۲۰ (شماره ۱ و ۲): صفحات ۵۴ تا ۵۹.
۸. نجفی م. بررسی عوامل ریسکی دخیل در ایجاد شکاف لب و کام. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (۱۳۷۶)؛ سال ۲۱ (شماره ۱): صفحات ۸۰ تا ۸۴.
9. Shapira Y, Lubit E, Kuftince M. Hypodontia in children with various types of clefts. Angle Orthod 2000; 70: 16-21.
10. Werner SP, Harris E. Odontometrics of the permanent teeth in cleft lip and palate: Systemic size reduction and amplified asymmetry. Cleft palate Journal 1989; 26(1): 36-41.
11. Ranta R. A review of tooth formation in children with cleft lip and palate. Am J Orthod Dentofac Orthop 1986; 90: 11-18.
12. Budai M, Kocsis SG, Kokai E. Caries, gingivitis and dental abnormalities in patients with cleft lip and palate. Fogorv SZ 2001; 24(5): 197-199.
13. Dewinter G, Quriyinen M, Heidbuchel K. Dental abnormalities, bone graft quality, and periodontal conditions in patients with unilateral cleft lip and palate at different phases of orthodontic treatment. Cleft Palate Craniofac J 2003; 40(4): 343-345.
14. Eeren K, et al. Hypodontia and tooth formation in groups of children with cleft, siblings without cleft and nonrelated controls. Cleft Palate Craniofac J 2001; 38(4): 374-378.
15. Vichi M, Franchi L. Abnormalities of the maxillary incisors in children with cleft lip and palate. ASDC J Dent Child 1995; 62(6): 412-417.
16. Suzuki A, et al. Maxillary lateral incisors of subjects with cleft lip and/or palate: Part 2- cleft palate. Craniofac J 1992; 29(4): 380-384.
17. Lourenco Ribeiro L, Richard L, et al. Dental anomalies of the permanent lateral incisors and prevalence of hypodontia outside the cleft area in complete unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J 2003; 40(2): 172-175.

Abstract**A Study of Dental Anomalies in Patients with Cleft Lip and/or Palate in Few Dental Clinics of Shiraz in 1383****Fattahi HR. *** - **Zarvani N.****

* Assistant Professor, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences

** Dentist

Statement of Problem: The most prevalent congenital disorder related to palate and lip is clefting. In these patients, the prevalence of dental and skeletal anomalies is more than normal individuals affecting both permanent and milk teeth and is different in different populations due to racial differences.

Purpose: This study was performed to determine the prevalence of dental abnormalities in patients with cleft lip and/or palate.

Materials and Methods: In this cross sectional study, dental casts, lateral cephalograms, panoramic (O.P.G) and periapical (P.A) radiographs and photographs of 51 patients with cleft lip and/or palate were obtained to determine the prevalence of dental anomalies. The collected data were analyzed by SPSS software and the normal and cleft side were compared using Binominal and t-tests.

Results: The cleft occurrence was more frequent in males (56.9%) than females (45.1%) while unilateral cleft was more on the left side (47.1%) than the right side (33.4%). The most dental anomaly was tooth missing (70.6%). The upper lateral incisor in the cleft side was more susceptible to dental missing abnormalities. The incidence of dental abnormalities was greater in the cleft side than the noncleft side.

Conclusion: Comparing the results of this study to other similar studies, it seems that cleft lip and/or palate patients show similar pattern on the prevalence of the various dental anomalies excluding racial differences.

Key words: Cleft lip, Cleft palate, Tooth anomalies, Missing teeth

Shiraz Univ. Dent. J. 2004; 5(1,2):79-87