

دانشگاه تهران

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه تهران

موضوع:

"تبدیل دندان کرسی فک پائین به دو دندان پره مولر"

براهنمائی

دکتر احمد قاضی نوری

نگارش:

محمد مسعود نیوری

سال تحصیلی ۱۳۵۶-۵۷

شماره پایان نامه ۱۸۷۱

۱۰۷۷۱

تقديم به :

استاد ارجمند آقای دکتر احمد قاضی نوری .

۱۰۷۷۱

تقديم به :

هيئت محترم داوران .

تقديم به :

همسر م سيما .

فهرست مطالب

۱	<u>مقدمه</u>
۴	<u>بررسی مآخذ و مقالات</u>
۴	۱- اشکال انا تومیک ریشه
۵	۲- فضا های بین ریشه ای
۸	۳- عوامل اتیولوژیک
۸	الف : رابطه گسترش مینا در طوق دندان با ضایعات فورکا
۹	ب : عوامل اندودونتال
۱۰	ج : عوامل پریودونتال
۱۱	روش، تحقیق <u>Method Material</u>
۱۱	۱- تعریف
۱۳	۲- معرفی مورد اول
۱۶	۳- معرفی مورد دوم
۲۶	<u>بحث</u>
۲۶	۱- موارد تجویز و عدم تجویز دونه نیمه کردن دندان
۳۰	۲- مراحل و تکنیک
۳۲	۳- مسائل ترمیمی
۳۳	۴- مطالعات انا تومیک
۴۲	۵- طبقه بندی ضایعات پریودونتال در ناحیه فورکا
۴۶	<u>خلاصه و نتیجه</u>
۴۹	<u>ریفرنس ها</u>

مقدمه

ضایعات ناحیه انشعاب ریشه‌ها (Furca) از جمله ابتلائات

دندانی است که تمام دندانپزشکان بطور روزمره با آن مواجه میباشند
با در نظر گرفتن شیوع فوق العاده تخریب‌هایی از این نوع چنین بنظر
میرسد که بررسی همه‌جانبه‌ای در این باره ضروری باشد و لازم است
یادآوری شود که تا چندسال قبل در کتابهای کلاسیک و مهم دندانپزشکی
توجه زیادی به این موضوع نشده بود. مهم‌ترین هدف از انتخاب این
موضوع معطوف گردانیدن نظر اساتید محترم و دانشجویان به پیگیری
و تحقیق بیشتری در این زمینه میباشد و شاید این سرآغاز راهی باشد
برای کسب موفقیت‌های بیشتری در این راه .

با توجه به انتشارات (۱) Master و Hoskin

در سال ۱۹۶۴ فرم آناتومیکی ناحیه C.E.G. و طرز و میزان گسترش
مینا در این ناحیه تاثیر فوق العاده‌ای در ایجاد ضایعات فورکا
(Furca) داشته است. مطالعات روی دندانهای کشیده شده این مسئله

را تایید مینماید . طبق مطالعاتی که روی ۲۰۰۰ دندان مولر در ۲۰۰ اسکلت انجام شده ارتباط بین انواع طرحهای گسترش مینائی در ناحیه فورکا و ضایعات پریودونتال این ناحیه وجود دارد . نتایج حاصله نشان میدهد که فرمهای مختلف مینای فوق دندان ممکن است باعث کم شدن حمایت پریودونتالی در این ناحیه باشد . روشهای متعدد درمان برای ضایعات فورکا وجود دارد که بسته به وضع کلینیکی دندان موردنظر متفاوت میباشد و هرکدام از این روشها دارای موارد استعمال و عدم استعمال میباشد . زیرا از بین بردن پلاک باکتریال و پاکت موجود در این ناحیه بسادگی مقدور نیست . تحقیقات نشان میدهد که پلاک دندانی یک عامل موثر و مهم در ایجاد بیماریهای پریودونتال میباشد . اختلاف در مقاومت میزبان ، عکس-العمل نسبت به پلاک ، اختلاف در فاکتورهای موضعی که ممکن است از پاتوژنیسیته باکتریال جلوگیری و یا آنها را زیادکنند و یا مقاومت میزبان را تغییر دهد بهر حال دوره و مشی بیماری را تغییر میدهد . در اینجا مکان بررسی تمام حالات و صور ضایعات فورکا در دندانهای مختلف کرسی موجود نیست و با توجه به اینکه شیوع این حالت در

دندانهای کرسی فک پائین بیشتر است ، لذا هدف ما در اینجا بررسی -
کامل اتیولوژی و اپیدمیولوژی و مراحل درمان ضایعات فورکا در -
دندانهای کرسی فک پائین است که هر دو ریشهی آن دارای شرایط یکسان
از نظر امکان باقی ماندن باشد، و بالاخره در این مقدمه کوتاه لازم
است یادآوری کنیم که هدف کلینیکی ما عبارتست از تبدیل دندان کرسی
فک پائین که دارای ضایعه فورکا از نوع سرتاسری Through and
Through می باشد به دو دندان کرسی کوچک و ایجاد یک
فضای پروگزیمال مناسب و قابل کنترل در بین آنها .

" بررسی مآخذ "

طبق تحقیقاتی که (۲) Grewe, Meskin, Miller

در سال ۱۹۶۵ انجام داده‌اند اشکال آناتومیک ریشه و ناحیه فورکا

میتواند تابع تغییرات ذیل باشد :

دندان های کرسی فک پائین : ریشه‌های مزیال :

ریشه مزیال دندانهای مولر فک پائین در سطح مزیال و

همچنین در سطح دیستال مسطح است و در عین حال قدری تقعر دارد .

در غالب موارد ناحیه آپکس این ریشه پیچیدگی دارد بطرف دیستال و

همیشه شدت تمایل و پیچیدگی بطرف دیستال در آپکس این ریشه بیشتر

است نسبت به خمیدگی آپکس در ریشه دیستال .

ریشه های دیستال :

بررسی ریشه دیستال در این دندان قدری گمراه کننده و غلط

انداز و توام با اشکال است . زیرا در این بررسی در میابیم که

این ریشه در مقطع عرضی کاملاً گرد و محدب دیده میشود . ولی هنگامی

که در یک دندان مولر پائین ریشه‌ی مزیال برداشته شود، مشاهده

میگردد که ریشه دیستال در سطح مزیالی خود کاملاً مقعر است . پهنای این

ریشه در جهت بوکولینگوال بیشتر است . تا در جهت مزیديستال البته این پهنا به اندازه ریشه مزیاال نیست اگرچه اشکال مختلف و تغییرات آناتومیک بطور معمول وجود دارند ولی بهر حال آپکس این ریشه نیز بطرف دیستال تمایل دارد .

فضای بین ریشه‌ای در دندانهای کرسی فک پائین - Furcation -
-al Space

سطوح مختلف ریشه‌ها که بطرف فضای بین ریشه‌ای قرار دارند تا حدودی مقعر میباشند نتیجه وجود چنین مشخصات آناتومیک منجر میگردد به ایجاد فضای اتاق مانندی در ناحیه بین ریشه‌ای (Furcational - Chamber) - با این وصف که قطر و بعد این فضا یا این

اتاق در جهت مزیديستال بیشتر است تا در جهت بوکولینگوال . همچنین باید در نظر داشت که فضای بین ریشه‌ای تا حدودی در ناحیه وسطای ریشه‌ها پهن تر میگردد و این بعلت شکل خاص مخروطی ریشه‌ها میباشد . باید توجه داشت که ناحیه سقف فضای بین ریشه‌ای همیشه در معرض تشکیل پلاک قرار دارد و بسیار مشکل است که بتوان سقف ناحیه Furcation را از پلاک عاری ساخت و این به علت وجود ستیغ های ناحیه بایفورکیشن میباشد که عبارتند از ستیغ های باکال

لینگوال و بینابینی که در جهت مزیودیستال از یک ریشه به ریشه دیگر کشیده شده اند و متمد میباشند.

دندانهای کرسی بالا : ریشه مزیوبا کال :

ریشه پیچ و تاب خورده و در هر دو سطح پروگزیمال خود مقعر میباشد . در اغلب موارد در جهت بوکولینگوال پهن تر است تا در جهت مزیودیستال یک سوم اپیکالی این ریشه انحنائی دارد بطرف دیستال .

ریشه دیستوبا کال : این ریشه در بین ریشه در بین ریشه های مختلف دندانهای مولر فک بالا حداقل انحنا را دارد و در مقطع افقی بصورت کاملاً گرد دیده میشود ولی بهر حال یک سوم اپیکالی در این ریشه نیز قدری بطرف دیستال توجه دارد . در بعضی مواقع نیز نوک این ریشه بطرف مزیال برگشته است .

ریشه پالاتال : متباعدترین و کلفت ترین ریشه در دندانهای مولر بالا میباشد در جهت مزیودیستال پهن تر است تا در جهت بوکولینگوال و در سطوح با کال و لینگوال دارای تقعر مختصری میباشد ، این ریشه در متباعدترین نقطه خود نسبت به تاج دندان کاملاً در طرف لینگوال واقع

میگردد . و این حالتی است که منحصرآ در این ریشه دیده می شود
تباعده و انحنای موجود در ریشه پالاتال مولرهای بالا خود ایجادکننده
مسائلی است در هنگام آماده نمودن دندان ، ترمیم آن و طرح ریزی
تامین اکلوزن

آناتومی فضای بین ریشه ای Trifurcation : دهانه

تری فورکیشن در طرف باکال و مزیال در مجاورت نزدیک C.E.G قرار
گرفته است در حالیکه این دهانه در طرف دیستال بطور قابل توجهی
از این محل دور است .

ناحیه فورکا در دیستال دندانهای مولر بالا اغلب محل
تشکیل و توسعه پاکت های اولیه میباشد اگر ناحیه تری فورکیشن
را از جهت اپیکل نگاه کنیم مشاهده مینمائیم که شیار مشخصی
دهانه فورکیشن های باکال و مزیال را بیکدیگر راه داده و یک-
پارچه کرده است . همچنین از این نقطه می بینیم که بنظر میرسد
ریشه دیستال بوسیله پلی از ساختمان دندانی به ریشه پالاتال متصل
گردیده است .

عوامل اتیولوژیک موثر در ضایعات فورکا

۱- رابطه گسترش مینا در طوق : در سال ۱۹۴۹ (۱) Atkinson

برای اولین بار این مسئله را متذکر شد که رابطه احتمالی بین انواع طرحها و اشکال مختلف مینای طوق دندان و شکل و وسعت پاکت پریودونتال وجود دارد. مطالعات کلینیکی Master و Hoskin (۱) روشن کرد که طرح مینای گسترش یافته در طوق دندان ۹۰% عامل ضایعات فورکا در دندانهای کرسی پائین است، با مقایسه ای در میزان ضایعات لثه در دندانهای کرسی پائین و کیفیت طرح مینای طوق همان دندانها ثابت شده که وابستگی زیادی بین این طرحهای مینائی و وسعت ضایعه فورکا وجود دارد، اما تاکنون هیچ رابطه ای مستقیم بین کرسی ها با گسترش مینا و بدون آن و بیماریهای پریودونتال ذکر نشده است.

مطالعاتی که توسط Bissada و Abdelmalek (۱)

روی اسکلت های مصری صورت گرفته نشان میدهد که ۲۲% گرفتاری در دندانهای که دارای گسترش طرح مینا در طوق هستند نسبت به آنها که بدون پیشرفت مینا هستند، بیشتر وجود دارد. هدف از این بررسی و تکیه روی گسترش مینا در طوق اینست که روشن شود تا چه میزان شکل و طرح مینای

طوق دندان در گرفتاری فورکا میتواند موثر باشد.

۲- اینگل در کتاب اندودونتیک (۶) خود خاطرنشان میسازد

که گاه ممکن است ضایعه ایجاد شده در ناحیه فورکا علت اولیه

اندودونتال داشته باشد. با توجه به وفور و کثرت حدوث و جایگزینی

کانالهای فرعی که قسمت عمده آنها در ناحیه یک سوم اپیکالی و ناحیه

فورکا قرار دارند، میتوان به مواردی برخورد نمود که در اثر ضایعات

اندودونتال التهابی از طریق کانالهای فرعی موجود در ناحیه فورکا به

فضای پریودونتال در ناحیه فورکیشن راه یافته است و با مرور زمان

یک ضایعه وسیع در این ناحیه بوجود آمده است، البته در بعضی موارد

که این ضایعه چندان مزمن نشده باشد و عوامل محرک ثانوی یعنی پلاک

و کالکولوس فراوان در این محل ایجاد نشده باشد، درمان صحیح و کامل

روت کانال موثر واقع میشود و بعد از مدتی ضایعه ناحیه فورکا خودبخود

و بدون احتیاج به اعمال جراحی بهبود مییابد ولی اگر عوامل محرک

ثانویه (پلاک و کالکولوس) بطور فراوان در این محل ایجاد گردیده

باشد و زمان برقراری ضایعه طولانی گردد و تحلیل کرست استخوان آلوئول

شدید باشد حتی بعد از درمان کامل اندودانتیک نیز، فورکای مبتلا

و مواد محرک درون آن بصورت یک منبع تحریک دائمی باقی می ماند و روز بروز بر وسعت ضایعت افزوده میگردد . در چنین مواردی است که باید با توسل به یکی از طرق مختلف جراحی Hemisection یا Bicaspidization فورکای مبتلا را از میان برداشت و یک فضای اینترپروگزیمال قابل کنترل بوجود آورد .

۳- عوامل پریودونتال و میکروارگانیزم : طبق تحقیقاتی که

(۴) High field در سال ۱۹۷۸ بعمل آورده است پلاک دندان

یک عامل مهم و موثر در ایجاد بیماری پریودونتال میباشد و یادآور-

شدیم که اختلاف مقاومت در عکس العمل نسبت به پلاک ، فاکتورهای موضعی

که ممکن است روی پاتوژنیسیته باکتریال موثر باشد و یا بتوانند

مقاومت میزبان را تغییر دهند بهر حال همه این عوامل میتوانند دوره

بیماری را متغییر سازند . درباره مقاومت میزبان تا بحال مطالب

زیادی بدست نیامده و ماهنوز در شرایطی نیستیم که بتوانیم تا درجه

زیادی روی آن تغییر ایجاد نمائیم . همینطور ما قادر نیستیم پاتوژنیسیته

پلاک باکتریال را تغییر دهیم بنا براین درمان فعلی بیماری پریودونتال

بطور وسیعی بستگی به کنترل بوسیله خارج کردن مکانیکی پلاک دارد اگر