

بررسی رابطه نوع زایمان با نقایص مینایی مولرهای اول دایمی

* دکتر جوانه وجدانی (DDS)^۱ - دکتر زیبا ظهیری سروری (MD)^۲ - دکتر عباس امامی نصیرمحله (DDS)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان

پست الکترونیک: jvejddani@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۲

چکیده

مقدمه: تشکیل مینای دندان مولر اول دایمی در حدود هفته بیستم جنینی آغاز شده و اولین ماتریکس مینایی کمی کلسیفیه در ناحیه کاسپها رسوب می کند. در موقع تولد، کلسیفیکاسیون ثانویه در ناحیه کاسپها آغاز شده و طی سالهای اول بعد از تولد ادامه می یابد. مطالعات نشان داده است که هرگونه اتفاق استرس زا هنگام تولد مثل زایمان سزارین می تواند در بروز نقایص مینا مؤثر باشد. ارتباط نوع زایمان با نقص مینا در مطالعات کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

هدف: تعیین رابطه نوع زایمان با نقایص مینای مولرهای اول دایمی.

مواد و روش ها: این مطالعه یک بررسی تحلیلی بود که به روش کوهورت گذشته تکر انجام گرفت. ۱۲۰ کودک ۷-۸ ساله که به روش سزارین متولد شده بودند، به عنوان گروه مورد و ۱۲۰ کودک در همان گروه سنی که به طور طبیعی متولد شده بودند، به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. انتخاب نمونه ها در گروه سزارین به صورت دو گروه ۶۰ تایی از سزارین اورژانس و انتخابی بود. پرونده زایمان سال های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ جدا شده و اطلاعات مربوط به نوع زایمان و وضعیت کودک هنگام تولد از پرونده ها استخراج شد. مطابق با شاخص Development Defect of Enamel (DDE)، در صورت بروز آپاستی، تغییر رنگ یا هیپوپلازی در مولر اول دایمی، دندان با نقص مینا در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات با استفاده از آزمون های T-test و کای دو انجام شد.

نتایج: تحقیق نشان داد شیوع نقص مینا در مولر اول دایمی کودکان متولد شده به روش سزارین بطور معنی داری بیشتر از کودکان متولد شده با زایمان طبیعی بود ($P < 0.001$). تفاوت معنی داری در شیوع این نقایص در سزارین انتخابی در مقایسه با سزارین اورژانس به دست نیامد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق، زایمان سزارین یک عامل خطرزا در بروز نقایص مینا است که لازم است اهمیت این موضوع برای دندانپزشکان تشریح شود و آگاهی لازم، در اختیار والدین گذاشته شود.

کلید واژه ها: دندان آسیا / نقص مینا / وضع حمل

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۵، صفحات: ۷۸-۷۳

مقدمه

بسیاری از موارد علت آن ناشناخته است (۳ و ۲). تعداد دندان های مبتلا به نقایص مینایی متفاوت بوده و نقایص مینا همیشه متقارن نیستند. درجات مختلف تخریل مینایی در مولرهای اول درگیر در بررسی های هیستومورفولوژی مشخص شده است (۳). ویژگی مولرهای هیپومینرالیزه درگیری نامتقارن آنها، حساس بودن به گرما و سرما، استعداد ابتلا به پوسیدگی، مشکلات ناشی از بی حسی موضعی و نیاز به درمان های مکرر دندانپزشکی است (۲ و ۴).

شیوع مولرهای اول هیپومینرالیزه در یک مطالعه در فنلاند ۱۹/۳٪، در تحقیقاتی در سوئد و هلند به ترتیب ۱۸/۴٪ و ۱۰٪ و در مطالعه ای در رشت ۱۲/۸٪ گزارش شده است (۸-۵).

در بررسی علل بروز نقایص مینا مطالعات متعددی انجام گرفته ولی هنوز در مواردی علت آن مشخص نیست. در یک بررسی، ارتباط آماری معنی داری بین نوع زایمان و مشکلات

نقص در ساختار مینا ناشی از اختلال در مراحل تمایز سلولی، رسوب ماتریکس و مرحله کلسیفیکاسیون تکامل دندان است. تشکیل مینای دندان مولر اول دایمی در حدود هفته بیستم جنینی آغاز شده و اولین ماتریکس مینایی کمی کلسیفیه در ناحیه کاسپها رسوب می کند. در موقع تولد، کلسیفیکاسیون ثانویه در ناحیه کاسپها آغاز شده و طی سالهای اول بعد از تولد ادامه می یابد.

نقایص مینا را می توان به نقایص ارثی یا محیطی طبقه بندی نمود (۱). نقایص تکاملی ارثی مینا ممکن است محدود به مینا باشد مثل آملورنزیس ایمپرکتا، یا می تواند قسمتی از یک بیماری مثل کم کاری پارائتروئید و اپیدرمولیزیس بولوزا باشد (۲). نقایص مینا با منشا محیطی ناشی از علل سیستمی یا موضعی است. کمبودهای تغذیه ای، بیماری های عفونی، نقایص نورولوژی مثل فلج مغزی، تولد زودرس و یک سری از سندرم ها می توانند منجر به نقایص مینا شوند (۱)، اما در