

بررسی فراوانی و درجه سختی نهفتگی دندان‌های عقل پایین در بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد

مجید عشق پور^۱، برات اله شبان^۲، سارا سرفرازی^۳، سهند سمیعی راد^{۲،۴*}

^۱ دانشیار، گروه جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استادیار، گروه جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۷/۳/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۸/۳

Frequency and Difficulty Score of Lower Third Molar Impaction in the Patients Referring to the Oral and Maxillofacial Surgery Department of Mashhad Dental School (2017-2018)

Majid Eshghpour¹, Baratollah Shaban², Sara Sarfarzi³, Sahand Samieirad^{2,4,*}

¹ Associate Professor, Oral and Maxillofacial Surgery Department, Mashhad Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

² Assistant Professor, Oral and Maxillofacial Surgery Department, Mashhad Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

³ Dentist, Mashhad Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

⁴ Dental Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 14 June 2018; Accepted: 25 October 2018

Introduction: Impacted teeth are a common incident with significant frequency and distribution variation in various populations. Several complications may arise if immediate diagnosis and proper treatment are not performed in the case of impacted lower wisdom teeth. The present study aimed to evaluate the frequency and difficulty score of lower third molar impaction in the patients referring to the oral and maxillofacial surgery department of Mashhad Dental School, Iran.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional study was conducted on 743 patients referring to the oral and maxillofacial surgery department of Mashhad Dental School during September 2017-March 2018. The position, impaction angle, and difficulty score were determined by panoramic views.

Results: Out of 1,118 impacted lower third molars, 456 cases (41%) had a mesioangular position, 293 cases (26%) were horizontal, 276 cases (25%) were vertical, and 94 cases (8%) had a distoangular position. In addition, impaction was more prevalent in women (58%) compared to men. The most frequent impaction was the moderate type (53%). However, no significant correlation was observed between gender and the difficulty score of the impacted teeth. On the other hand, a significant correlation was denoted between gender and the angle of wisdom teeth impaction based on the Schiller and Winter classification, as well as the impaction depth and ramus relation based on the Pell and Gregory classification ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the results, the frequency of moderate-to-severe impacted lower third molars was high in the patients referring to Mashhad Dental School. Therefore, it is critical to perform accurate screening, timely diagnosis, and proper treatment in these cases.

Key words: Impacted Tooth, Lower Wisdom Tooth, Impaction Difficulty Score.

Corresponding Author: samieerads@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2019; 42(4): 340-7.

چکیده

مقدمه: وجود دندان‌های نهفته پدیده شایعی است و در جوامع مختلف، میزان شیوع و توزیع آن تنوع قابل ملاحظه ای دارد. امکان بروز مشکلات در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان صحیح دندان‌های نهفته عقل پایین، بیانگر اهمیت این موضوع می‌باشد. هدف این مطالعه، تعیین درجه سختی دندان‌های عقل نهفته در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی مشهد بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی، ۷۴۳ بیمار مراجعه کننده به مرکز جراحی دانشکده دندان پزشکی مشهد از مهر تا اسفند ماه ۱۳۹۶ مورد بررسی قرار گرفتند. موقعیت، زاویه نهفتگی دندان و درجه سختی نهفتگی دندان‌های عقل پایین از طریق گرافی پانورامیک ثبت و تعیین گردید.

یافته‌ها: از تعداد ۱۱۱۸ دندان نهفته مولر سوم پایین، ۴۵۶ دندان (۴۱ درصد) در موقعیت مزو انگولار، ۲۹۲ دندان (۲۶ درصد) موقعیت افقی، ۲۷۶ دندان (۲۵ درصد) موقعیت عمودی، و ۹۴ دندان (۸ درصد) در موقعیت دیستوانگولار بودند. نهفتگی دندان در زنان شایع تر بود (۵۸ درصد). شایع ترین درجه سختی نهفتگی مشاهده شده، نوع متوسط بود (۵۳ درصد). ارتباط معنی داری بین جنس و درجه سختی دندان وجود نداشت. ولی ارتباط معنی داری بین جنس با زاویه نهفتگی دندان عقل بر اساس طبقه بندی Winter & Schiller وجود داشت. همچنین درجه سختی با عمق نهفتگی دندان‌های عقل پایین و ارتباط با راموس بر اساس طبقه بندی Pell & Gregory وجود داشت ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: طبق نتایج این تحقیق، فراوانی دندان‌های نهفته با سختی متوسط و مشکل در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی مشهد نسبتاً بالا می‌باشد که این موضوع، اهمیت انجام غربالگری، تشخیص و درمان به موقع را نشان می‌دهد.

کلمات کلیدی: دندان نهفته، دندان عقل پایین، درجه سختی نهفتگی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۷ / دوره ۴۲ / شماره ۴: ۷-۳۴۰.

مقدمه

علل تجویز بیرون آوردن دندان عقل نهفته پایین درد ناشی از پوسیدگی، درد مفصل گیجگاهی فکی (TMJ)، ارتودنسی و کراودینگ، پری کرونیست، تمهیدات پروتزی و... است. (۱-۳ و ۹)

سختی نهفتگی دندان‌های عقل از طیف ساده تا خیلی سخت تقسیم بندی می‌شود و در جوامع مختلف، میزان شیوع و توزیع آن تنوع قابل ملاحظه ای دارد. (۱۲-۱۰) این مطالعه با هدف تعیین الگوی نهفتگی دندان‌های عقل پایین در بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دانشکده دندان پزشکی مشهد انجام شد. به نظر می‌رسد انجام این مطالعه می‌تواند در زمینه برنامه ریزی و آموزش کمک کننده باشد و با در نظر گرفتن نتایج آن می‌توان به انجام غربالگری، تشخیص و درمان به موقع پرداخت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بصورت کراس سکشنال با کد اخلاق IR.mums.sd.REC.1394.96 انجام شد. تعداد ۷۴۳ بیمار که در ۶ ماهه دوم سال ۹۶ (از مهر تا پایان اسفند ماه) به بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد، جهت جراحی دندان‌های عقل نهفته مندبیل مراجعه نمودند، وارد طرح شدند.

موضوع دندان‌های نهفته به دلیل اهمیت فراوانی که دارد در اکثر شاخه‌های علم دندان پزشکی مورد بحث و توجه قرار گرفته است و یکی از انواع جراحی‌های شایع در مطب‌های دندانپزشکی، جراحی دندان‌های نهفته می‌باشد. (۱-۳) برای هر دندان دائمی امکان نهفتگی وجود دارد ولی مولرهای سوم مندبیل از شایع ترین دندان‌های نهفته هستند. (۴-۶) نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که اگر چه نهفتگی یک پدیده شایع است ولی تفاوت قابل توجهی در توزیع دندان‌های نهفته در نواحی مختلف فکین وجود دارد. (۷ و ۳) فاکتورهای مختلفی از جمله مرحله رویشی دندان و الگوی رادیوگرافی تکامل و رویش دندان‌ها بر این فراوانی تاثیر می‌گذارند. (۷-۴) دندان‌های نهفته می‌توانند باعث پوسیدگی، بیماری‌های پالپ و پریودنتال، تحلیل ریشه دندان مجاور و حتی تومورهای دهان و فک و صورت شوند که تشخیص و درمان آن‌ها برای دندان پزشکان بسیار مشکل ساز است و نحوه درمان آن‌ها از لحاظ فانکشن و زیبایی نیز برای بیماران حائز اهمیت است. (۹ و ۲)

در نهایت با استفاده از سه کلاس بندی فوق، مسائل و مشکلات فنی و تکنیکی عمل جراحی پیش بینی و بررسی شد.

با توجه به درجه سختی بدست آمده از طبقه بندی Pell & Gregory & Gregory عمودی از ۱ تا ۳، و همچنین Pell & Gregory افقی از ۱ تا ۳ و نیز طبقه بندی Schiller از ۱ تا ۴، در مجموع درجه سختی کل بر اساس مقیاس تقسیم بندی Pederson^(۱۳)، از ۳ تا ۱۰ تعریف شد.

در کل درجه سختی نهفتگی دندان عقل به شرح زیر طبقه بندی می‌شود: آسان: ۴-۳، متوسط: ۷-۵ و سخت: ۱۰-۸^(۱۷و۱۶و۱۱و۱۰) در نهایت اطلاعات بدست آمده از ۷۴۳ بیمار جمع بندی و بر اساس جنس و سختی نهفتگی مقایسه شد و درصد شیوع نهفتگی‌های مختلف بدست آمد. ارتباط بین متغیرها توسط نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۶ بررسی شد. لازم به ذکر است در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای اسکور و آنالیز واریانس یک عاملی استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۷۴۳ نفر شامل ۴۵۱ زن (۶۰/۷ درصد) و ۲۹۲ مرد (۳۹/۳ درصد) شرکت داشتند. میانگین سنی بیماران $3/4 \pm 23/6$ سال بود. کل دندان‌های مورد مطالعه در این تحقیق برابر ۱۱۱۸ دندان بود که از این تعداد ۶۵۲ دندان (۵۸ درصد) متعلق به زنان و تعداد ۴۶۶ دندان (۴۲ درصد) متعلق به مردان بودند. همچنین از این تعداد ۳۶۸ نفر تک دندان و ۳۷۵ بیمار، دو دندان نهفته داشتند.

از بین تعداد ۱۱۱۸ دندان، ۴۵۶ دندان (۴۱ درصد) موقعیت مزو انگولار، ۲۷۶ دندان (۲۵ درصد) موقعیت عمودی، ۲۹۲ دندان (۲۶ درصد) موقعیت افقی و ۹۴ دندان (۸ درصد) در موقعیت دیستوانگولار بودند. نمودار ۱ فراوانی نسبی آنها را بصورت واضح تری نشان می‌دهد،

قبل از انجام جراحی، درجه سختی دندان نهفته طبق ترکیب طبقه بندی Winter, Schiller و Pell & Gregory بر اساس نمای رادیوگرافی OPG ارزیابی و تعیین و در چک لیست ثبت شد. سپس جراحی دندان عقل انجام شد. معیار Pell & Gregory بصورت زیر بیان می‌شود:

الف) طبقه بندی Pell & Gregory عمودی، از لحاظ عمق نهفتگی دندان عقل (M3) نسبت به پلن اکلوزال دندان مولر دوم (M2)، به سه کلاس A، B و C توصیف می‌شود. در کلاس A، عمق نهفتگی M3 در سطح پلن اکلوزال دندان M2، کلاس B، عمق نهفتگی M3 بین سطح اکلوزال و CEJ دندان M2 و کلاس C، عمق نهفتگی M3 زیر CEJ دندان M2 قرار دارد.^(۱۳-۱۵)

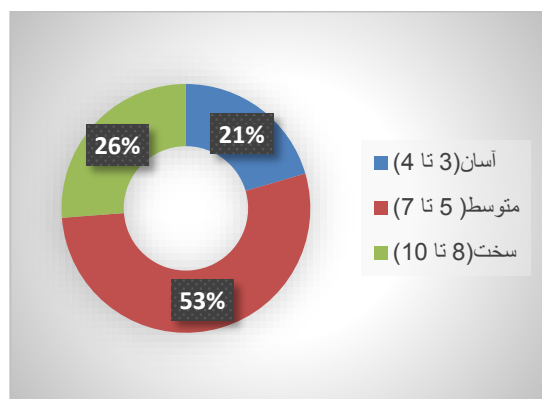
ب) طبقه بندی Pell & Gregory افقی، از نظر وجود فضا بین راموس مندیبل و M3، به سه کلاس I و II و III تقسیم می‌شود. کلاس I: فضای کافی برای رویش M3 وجود دارد، کلاس II: فضای کافی برای رویش M3 وجود ندارد (دندان M3 بصورت نسبی داخل راموس است) و کلاس III: دندان M3 بطور کامل داخل راموس است.^(۱۳-۱۵)

طبقه بندی Schiller (که تکمیل شده‌ی طبقه بندی Winter است) تعیین کننده رابطه مزیال - دیستالی و زاویه نهفتگی می‌باشد. در این طبقه بندی سختی بصورت مزوانگولار، افقی، عمودی و دیستوانگولار از یک تا چهار گروه بندی می‌شود، بدین ترتیب که در نوع مزوانگولار (سختی ۱) محور طولی تاج دندان M3 با سطح اکلوزال دندان M2 زاویه ای بین ۱۱ تا ۷۰ درجه به سمت مزیال دارد، در صورتیکه همین زاویه را به سمت دیستال داشته باشد دیستوانگولار (سختی ۴) طبقه بندی می‌شود. زاویه کمتر از ده درجه مزیال یا دیستالی بعنوان عمودی (سختی ۲)، و زاویه بیشتر از ۷۰ درجه مزیالی یا دیستالی به عنوان نهفتگی افقی (سختی ۳) در نظر گرفته می‌شود.^(۱۷و۱۶و۱۱و۱۰)

ارتباط بین زاویه نهفتگی دندان عقل بر اساس طبقه بندی Winter & Schiller با جنس: همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی متغیر موقعیت مربوط به درجه مزیوانگولار با ۴۵۶ مورد شامل ۳۰۱ مورد در زنان (۶۶ درصد) و ۱۵۵ مورد در مردان (۳۴ درصد) f.n و کمترین فراوانی مربوط به موقعیت دیستوانگولار با ۹۴ مورد شامل ۸۵ مورد در زنان (۹۰ درصد) و ۹ مورد در مردان (۱۰ درصد) بود. بطور کلی ارتباط معنی‌داری بین جنس و موقعیت زاویه نهفتگی دندان عقل وجود داشت ($P < 0/001$). (جدول ۱)

ارتباط عمق نهفتگی دندان عقل پایین بر اساس طبقه‌بندی Pell & Gregory با جنسیت:

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی متغیر نوع عمق مربوط به عمق B با ۴۶۶ مورد، شامل ۳۰۳ مورد در زنان (۶۵ درصد) و ۱۶۳ مورد در مردان (۳۵ درصد) بود و کمترین فراوانی مربوط به عمق A با ۳۰۱ مورد شامل ۱۵۱ مورد در زنان (۵۰ درصد) و ۱۵۰ مورد در مردان (۵۰ درصد) بود. بطور کلی ارتباط معنی‌داری بین جنس و عمق نهفتگی وجود داشت ($P < 0/001$). (جدول ۱)

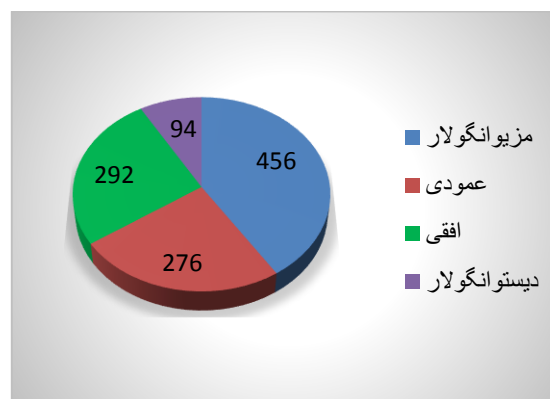


نمودار ۲: توزیع فراوانی نسبی درجه سختی نهفتگی دندان‌های عقل پایین مورد مطالعه

همانگونه که در نمودار نیز مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی مربوط به مزیوانگولار و کمترین فراوانی مربوط به دیستوانگولار بود. (نمودار ۱)

فراوانی درجه سختی نهفتگی دندان‌های عقل پایین: از تعداد ۱۱۱۸ دندان، ۲۲۹ دندان (۲۱ درصد) دارای درجه سختی آسان، ۵۹۶ دندان (۵۳ درصد) دارای درجه سختی متوسط و ۲۹۳ دندان (۲۶ درصد) دارای درجه سختی سخت بود. نمودار ۲ فراوانی نسبی آنها را بصورت واضح تری نشان می‌دهد، همانگونه که در نمودار نیز مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی مربوط به درجه سختی متوسط و کمترین فراوانی مربوط به درجه سختی آسان بود. (نمودار ۲)

ارتباط درجه سختی نهفتگی دندان‌های عقل پایین با جنس: همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی درجه سختی مربوط به درجه متوسط با ۴۹۶ مورد شامل ۲۸۳ مورد در زنان (۵۷ درصد) و ۲۱۳ مورد در مردان (۴۳ درصد) بود. کمترین فراوانی درجه سختی مربوط به درجه آسان با ۲۲۹ مورد شامل ۱۱۲ مورد در زنان (۴۹ درصد) و ۱۱۷ مورد در مردان (۵۱ درصد) بود. بطور کلی ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و نوع درجه سختی نهفتگی وجود نداشت ($P = 0/119$). (جدول ۱)



نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی زاویه نهفتگی دندان‌های عقل پایین مورد مطالعه بر اساس طبقه بندی Winter

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب نوع و درجه نهفتگی به تفکیک جنسیت

نتیجه آزمون	کل (درصد) تعداد	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	معیارهای نهفتگی	
$P=0/119$	۲۲۹ (۱۰۰/۰)	۱۱۷ (۵۱/۱)	۱۱۲ (۴۸/۹)	۳-۴	درجه سختی
$X^2=4/26$	۴۹۶ (۱۰۰/۰)	۲۱۳ (۴۲/۹)	۲۸۳ (۵۷/۱)	۵-۷	
	۲۹۳ (۱۰۰/۰)	۱۳۶ (۴۶/۴)	۱۵۷ (۵۳/۶)	۸-۱۰	
$P<0/001$	۴۵۶ (۱۰۰/۰)	۱۵۵ (۳۴/۰)	۳۰۱ (۶۶/۰)	مزوانگولار	زاویه نهفتگی دندان عقل بر
$X^2=116/8$	۲۹۲ (۱۰۰/۰)	۱۹۰ (۶۵/۱)	۱۰۲ (۳۴/۹)	عمودی	اساس طبقه‌بندی شیلر
	۲۷۶ (۱۰۰/۰)	۱۱۲ (۴۰/۶)	۱۶۴ (۵۹/۴)	افقی	
	۹۴ (۱۰۰/۰)	۹ (۹/۶)	۸۵ (۹۰/۴)	دیستوانگولار	
$P<0/001$	۳۰۱ (۱۰۰/۰)	۱۵۰ (۴۹/۸)	۱۵۱ (۵۰/۲)	A	عمق نهفتگی بر اساس
$X^2=17/4$	۴۶۶ (۱۰۰/۰)	۱۶۳ (۳۵/۰)	۳۰۳ (۶۵/۰)	B	طبقه‌بندی Pell & Gregory
	۳۵۱ (۱۰۰/۰)	۱۵۳ (۴۳/۶)	۱۹۸ (۵۶/۴)	C	
$P<0/001$	۶۹۲ (۱۰۰/۰)	۲۳۹ (۳۴/۵)	۴۵۳ (۶۵/۵)	I	رابطه نهفتگی عقل پایین با
$X^2=17/4$	۳۵۲ (۱۰۰/۰)	۱۷۳ (۴۹/۱)	۱۷۹ (۵۰/۹)	II	راموس بر اساس طبقه بندی
	۷۴ (۱۰۰/۰)	۵۴ (۷۳/۰)	۲۰ (۲۷/۰)	III	Pell & Gregory

باقی بمانند که به عنوان دندان نهفته در نظر گرفته می‌شوند.^(۱۸و۱۹) عدم رویش دندان ممکن است مشکلات و عوارضی از قبیل مال اکلوزن، از دست دادن طول قوس، تغییر وضعیت دندان‌های مجاور، بیماری پریودنتال، تحلیل ریشه دندان مجاور، کیست و یا تومور، پری کرونیست و ... بوجود آورد.^(۲۰و۲۱) مطالعات مختلفی در زمینه شیوع دندان‌های نهفته صورت گرفته است.^(۲۲و۲۳) مطالعه Nagahara و همکاران^(۸) در ژاپن، میزان شیوع دندان‌های نهفته در ۳۹۷۹ بیمار را، ۳/۹ درصد گزارش نمودند. همچنین مطالعه پاکروان و همکاران^(۱)، شیوع دندان‌های نهفته در مراجعین به دانشکده دندانپزشکی ساری در شمال ایران بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ را ۱۸/۵ درصد گزارش کرد. در مطالعه مشابه دیگری Quek و همکاران^(۳۳) شیوع مولرهای سوم نهفته را در ۱۰۰۰ چینی ساکن در سنگاپور

ارتباط نهفتگی عقل پایین با راموس بر اساس طبقه بندی Pell & Gregory با جنس:

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد بیشترین فراوانی متغیر رابطه راموس مربوط به نوع I با ۶۹۲ مورد شامل ۴۵۳ مورد در زنان (۶۵ درصد) و ۲۳۹ مورد در مردان (۳۵ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به نوع III با ۷۴ مورد شامل ۲۰ مورد در زنان (۲۷ درصد) و ۵۴ مورد در مردان (۷۳ درصد) بود. بطور کلی ارتباط معنی‌داری بین جنس و نوع رابطه راموس وجود داشت ($P<0/001$). (جدول ۱)

بحث

عوامل متعددی در فرایند رویش صحیح دندان نقش دارند.^(۲۶) در بعضی از شرایط عوامل موضعی یا سیستمیک باعث پدیدار شدن اختلالاتی در فرایند رویش دندان‌ها می‌شوند تا دندان‌ها رویش طبیعی نداشته باشند و در فک

سن، پدیده نهفتگی کاهش می‌یابد؛ به طوریکه پس از ۵۰ سالگی، نهفتگی دندان در ۱۴-۶ درصد از بیماران مشاهده می‌شود. (۳۶ و ۳۷)

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان شیوع دندان‌های نهفته در زنان بیشتر از مردان بوده است (۵۸ درصد زنان در مقابل ۴۲ درصد در مردان)، که با مطالعه Arabiun و همکاران^(۴)، هاشمی پور و همکاران^(۶) مطابقت داشت. Quek و همکاران^(۳۳) شیوع نهفتگی دندان‌های مولر سوم را در جمعیت چینی‌های ساکن در سنگاپور بررسی نمودند که نتایج آنها، هم شیوع دندان‌های نهفته در زنان را بیشتر از مردان گزارش نموده بود.^(۳۳) شیوع بیشتر نهفتگی در زنان احتمالاً به علت کوچکتر بودن ابعاد فک آنان نسبت به مردان است، البته در این زمینه به مطالعات وسیع تری نیاز است تا بتوان به نتایج جامع تری دست یافت.

در مطالعه حاضر، از مجموع تعداد ۱۱۱۸ دندان عقل نهفته، ۴۵۶ دندان (۴۱ درصد) دارای زاویه نهفتگی مزو انگولار، ۲۷۶ دندان (۲۵ درصد) دارای زاویه نهفتگی عمودی، ۲۹۲ دندان (۲۶ درصد) دارای زاویه نهفتگی افقی و ۹۴ دندان (۸ درصد) دارای زاویه نهفتگی دیستوانگولار بودند. در مطالعه Kan و همکاران^(۲۰) و همچنین مطالعه عشق پور و همکاران^(۳) و نیز مطالعه Lima و همکاران^(۱۶) زاویه نهفتگی مزو انگولار، شایع ترین نوع نهفتگی مولر سوم گزارش شده است که حدوداً ۴۳ درصد از کل نهفتگی‌های مولر سوم را تشکیل می‌دهند. سایر زوایای نهفتگی به ترتیب شیوع، ورتیکال، دیستوانگولار و افقی می‌باشند.

بنابراین در مطالعه ما، ترتیب شیوع زوایای نهفتگی به جز حالت افقی و دیستوانگولار مطابق با مطالعات پیشین می‌باشد.^(۲۳ و ۲۰ و ۳ و ۱۶ و ۳۰) همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان

بررسی نمودند که در ۶/۶۸ درصد از رادیوگرافی‌ها، یک دندان مولر سوم نهفته مشاهده شد. نتایج مطالعه Aydin و همکاران^(۲۴) در ترکیه، شیوع دندان‌های کاین نهفته در ۴۵۰۰ بیمار را، ۳/۵۸ درصد اعلام نمود.

با توجه به اینکه در نژادها و ملل مختلف آمار شیوع دندان‌های نهفته در فکین می‌تواند متفاوت باشد^(۱۷ و ۲ و ۱۹)، بررسی میزان شیوع دندان‌های نهفته در مرکز دانشگاهی دندانپزشکی مشهد مورد مطالعه قرار گرفت. این مطالعه با هدف بررسی تعیین شیوع درجه سختی دندان‌های عقل نهفته مندیل در کلیه بیماران ارجاع شده به بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی مشهد در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۶، جهت جراحی دندان‌های عقل نهفته مندیل صورت پذیرفت.

به منظور دقت بیشتر در تعیین درجه سختی دندان نهفته، ترکیب طبقه بندی Winter, Schiller و Pell & Gregory بر اساس نمای بالینی و رادیوگرافی پانورامیک مورد استفاده قرار گرفت.^(۱۴-۱۲) با توجه به درجه سختی بدست آمده از طبقه بندی Pell & Gregory عمودی از ۱ تا ۳، و همچنین Pell & Gregory افقی از ۱ تا ۳ و نیز طبقه بندی Schiller از ۱ تا ۴، در مجموع درجه سختی کل از ۳ تا ۱۰ تعریف شد. به طوری که نمرات ۳ تا ۴، درجه سختی آسان، ۵ تا ۷، درجه سختی متوسط و ۸ تا ۱۰، درجه سختی زیاد را نشان می‌داد.^(۱۷ و ۱۶ و ۱۰)

در مطالعه حاضر، ۱۱۱۸ دندان نهفته وجود داشت. مطالعات قبلی نشان می‌داد که حدود ۷۲/۷ درصد جمعیت جهان، دارای حداقل یک دندان نهفته هستند (معمولاً دندان مولر سوم مندیبول) و شیوع نهفتگی در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود.^(۲۵ و ۱۶ و ۳ و ۱۰)

عمده ترین گروه مبتلا به نهفتگی دندان علامت دار را، بیماران با سن ۲۰ تا ۳۰ سال تشکیل می‌دهند. با افزایش

بر شیوع نهفتگی است، لذا توصیه می‌شود که این مطالعه در نژادهای منطقه ای و دارای عادات غذایی متفاوت، تکرار شود.

نتیجه گیری

نهفتگی دندان عقل در مراجعین به دانشکده دندانپزشکی مشهد در زنان بیش از مردان مشاهده شد. شایع ترین زاویه نهفتگی مشاهده شده، مزو انگولار بود. بیشترین فراوانی درجه سختی نهفتگی دندان‌های عقل مربوط به درجه سختی متوسط بود. ارتباط معنی‌داری بین جنس با زاویه نهفتگی دندان عقل بر اساس طبقه بندی Winter & Schiller و عمق نهفتگی دندان‌های عقل پایین و ارتباط با راموس بر اساس طبقه بندی Pell & Gregory مشاهده شد. طبق نتایج این تحقیق، فراوانی دندان‌های نهفته متوسط و مشکل در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی مشهد نسبتاً بالا می‌باشد که این موضوع، اهمیت انجام غربالگری، تشخیص و درمان به موقع را نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعلام می‌دارند. نتایج این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای عمومی دانشکده دندانپزشکی مشهد به شماره ۲۸۷۹ می‌باشد.

داد که بطور کلی ارتباط معنی‌داری بین جنس و نوع موقعیت نهفتگی وجود داشت.

از تعداد ۱۱۱۸ دندان، ۲۲۹ دندان (۲۱ درصد) دارای درجه سختی آسان، ۵۹۶ دندان (۵۳ درصد) دارای درجه سختی متوسط و ۲۹۳ دندان (۲۶ درصد) دارای درجه سختی زیاد بود. بنابر این شایع ترین عمق نهفتگی مشاهده شده، نوع متوسط بود که مشابه با مطالعه Lima و همکاران^(۱۶) می‌باشد.

در نهایت، در این مطالعه همانند سایر تحقیقات انجام شده در زمینه نهفتگی دندان‌ها، از افراد مراجعه کننده به کلینیک جهت انجام تحقیق استفاده شد، که این مورد جزء محدودیت‌های مطالعه حاضر به منظور نمونه گیری تصادفی بود. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر می‌توان به مشکل در دستیابی به تمامی رکوردها، مدارک کلینیکی و رادیوگرافی مورد نیاز و عدم وجود داده‌های کامل در برخی پرونده‌های دندانپزشکی بیماران اشاره نمود. این موارد اهمیت لزوم انجام مطالعات دقیق و بیشتر به منظور ارزیابی دندان‌های نهفته، همچنین بررسی الگوی نهفتگی دندان‌های مولر سوم در شهر مشهد و مناطق دیگر ایران را مشخص می‌سازد. همان طور که ذکر شد نژاد از جمله عوامل موثر

منابع

1. Pakravan AH, Nabizadeh MM, Nafarzadeh S, Jafari S, Shiva A, Bamdadian T. Evaluation of impact teeth prevalence and related pathologic lesions in patients in Northern part of Iran (2014-2016). Journal Contemporary Medical Sciences 2018; 4(1): 8-9.
2. Hekmatfar S, Bagheri A, Jafari K, Zarei S, Heidarzadeh Z. Incidence of dental developmental anomalies in permanent dentition among Ardabil population, Iran, in 2015-2016. Journal Oral Health and Oral Epidemiology 2018; 5(1): 64-8.
3. Eshghpour M, Nezadi A, Moradi A, Shamsabadi RM, Rezaer N, Nejat A. Pattern of mandibular third molar impaction: A cross-sectional study in northeast of Iran. Nigerian Journal Of Clinical Practice 2014; 17(6): 673-7.
4. Arabion H, Gholami M, Dehghan H, Khalife H. Prevalence of Impacted Teeth among Young Adults: A Retrospective Radiographic Study. Journal of Dental Materials and Techniques 2017; 6(3): 131-7.
5. Juodzbalys G, Daugela P. Mandibular third molar impaction: Review of literature and a proposal of a classification. Journal Oral Maxillofacial Research 2013; 4(2): 771-4.

6. Hashemipour MA, Tahmasbi-Arashlow M, Fahimi-Hanzaei F. Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars: a radiographic study in a Southeast Iran Population. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2013; 18(1): 140-3.
7. Chu F, Li T, Lui V, Newsome P, Chow R, Cheung L. Prevalence of impacted teeth and associated pathologies-a radiographic study of the Hong Kong Chinese population. *Hong Kong Medical Journal* 2003; 69(11): 14-21.
8. Nagahara K, Yuasa S, Yamada A, Ito K, Watanabe O, Iizuka T, et al. Etiological study of relationship between impacted permanent teeth and malocclusion. *Aichi Gakuin Daigaku Shigakkai Shi* 1989; 27(4): 913-924.
9. Shiller WR. Positional changes in mesio-angular impacted mandibular third molars during a year. *The Journal of the American Dental Association* 1979; 99(3): 460-464.
10. Carvalho RWF, do Egito Vasconcelos BC. Assessment of factors associated with surgical difficulty during removal of impacted lower third molars. *Journal Oral Maxillofacial Surgery* 2011; 69(11): 2714-21.
11. Akadiri OA, Obiechina AE. Assessment of difficulty in third molar surgery—a systematic review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2009; 67(4): 771-4.
12. Gbotolorun OM, Arotiba GT, Ladeinde AL. Assessment of factors associated with surgical difficulty in impacted mandibular third molar extraction. *Journal Oral Maxillofacial Surgery* 2007; 65(10): 1977-83.
13. Diniz-Freitas M, Lago-Méndez L, Gude-Sampedro F, Somoza-Martin JM, Gándara-Rey JM, García-García A. Pederson scale fails to predict how difficult it will be to extract lower third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2007; 45(1): 23-6.
14. Susarla SM, Dodson TB. Risk factors for third molar extraction difficulty. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2004; 62(11): 1363-71.
15. García AG, Sampedro FG, Rey JG, Vila PG, Martin MS. Pell-Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. *British Journal Oral And Maxillofacial Surgery* 2000; 38(6): 585-67.
16. Lima CJ, Silva LC, Melo MR, Santos JA, Santos TS. Evaluation of the agreement by examiners according to classifications of third molars. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2012; 17(2): 281-3.
17. Yuasa H, Kawai T, Sugiura M. Classification of surgical difficulty in extracting impacted third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2002; 40(1): 26-31.
18. Gisakis IG, Palamidakis FD, Farmakis ETR, Kamberos G, Kamberos S. Prevalence of impacted teeth in a Greek population. *Journal Of Investigative And Clinical Dentistry* 2011; 2(2): 102-9.
19. Almendros-Marqués N, Alaejos-Algarra E, Quinteros-Borgarello M, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Factors influencing the prophylactic removal of asymptomatic impacted lower third molars. *International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery* 2008; 37(1): 29-35.
20. Kan KW, Liu JK, Lo E, Corbet EF, Leung WK. Residual periodontal defects distal to the mandibular second molar 6–36 months after impacted third molar extraction. *Journal of Clinical Periodontology* 2002; 29(11): 1004-11.
21. Kruger E, Thomson WM, Konthasinghe P. Third molar outcomes from age 18 to 26: findings from a population-based New Zealand longitudinal study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology Oral Radiology Endodontics* 2001; 92(2): 150-5.
22. Alvira-González J, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, Quesada-Gómez C, Gay-Escoda C. Predictive factors of difficulty in lower third molar extraction: A prospective cohort study. *Medicina Oral Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2017; 22(1): 108.
23. Quek S, Tay C, Tay K, Toh S, Lim K. Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey. *International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery* 2003; 32(5): 548-52.
24. Aydin U, Yilmaz H, Yildirim D. Incidence of canine impaction and transmigration in a patient population. *Dentomaxillofacial Radiology* 2004; 33(3): 164-9.
25. Sasano T, Kuribara N, Iikubo M, Yoshida A, Satoh-Kuiriwada S, Shoji N, et al. Influence of angular position and degree of impaction of third molars on development of symptoms: Long-term follow-up under good oral hygiene conditions. *The Tohoku journal Of Experimental Medicine* 2003; 200(2): 75-83.
26. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology and Oral Radiology* 1996; 82(1): 10-7.