



موارد تجویز و عدم تجویز خارج کردن مولرهای سوم نهفته

۱-۲ موارد تجویز

الف) جلوگیری از عفونت دور تاج دندانی (جلوگیری از پری کورونایتیس)

بهترین اندیکاسیون خارج ساختن مولر سوم فک پایین طبق مطالعات انجام شده پری کورونایت عود کننده می باشد. (۳) پری کورونایت شایعترین عارضه ای است که مولرهای سوم فک پایین را مبتلا می سازد. عفونت در بقایای فولیکول بین دندان نهفته و استخوان و نسج لثه ای محیطی بوجود می آید وقتی که این عفونت به فلپ لثه ای روئی محدود باشد، به آن **operculum** گویند. از میان ارگانیزم های مولد می توان استوتوتوکوکها، استافیلوکوکها و اسپروکت های انسان را نام برد که از طیف یا فلور طبیعی حفره دهان به حساب می آیند (۴).

چیزی که در این میان اهمیت دارد این است که عفونتهای استریوتوکوکی، هم در اتیولوژی تب روماتیسمی دخالت دارند و هم در گلو مری و نفرت، و بنابراین در اینجا می بینیم خطرات احتمالی مکرر پریکورونایت می تواند یک مشکل ساده موضعی را به یک مشکل خطرناک سیستمیک مانند روماتیسم قلبی یا تب روماتیسمی و یک ناراحتی کلیه تبدیل کند. (۴)

همچنین چنین عفونتهایی ممکن است در ناحیه پریکورونال متمرکز شده و سپس از طریق کانالهای لنفاوی به داخل غده لنفاوی زیر فکی وارد شوند و یا به طور مستقیم به داخل نسوج محیطی منتشر گردند.

شایعترین محل گسترش مستقیم، وستیبول با کالی بالای محل اتصال عضله شیپوری می باشد، گاهی عفونت به زیر عضله شیپوری (یوکسیناتور) نفوذ کرده و ایجاد آبسه ای در فضای با کالی می نماید. (۴)

علاوه بر ناراحتی زیادی که همراه چنین عارضه ای وجود دارد، یک مورد آن همان عود حملات است. مهمتر از همه بخاطر ارتباط فضاهای صورتی، دهانی، حلقی، گردنی، این عفونتها می توانند به سایر فضاهای حیاتی انتشار و در صورت عدم کنترل درست و بموقع سبب مخاطرات حیاتی و مرگ در اثر انسداد مجاری تنفسی و **SEPSIS** شود.

در اکثر بیماران باکتری و دفاع میزبان به تعداد ظرفیتی دست یافته اند، منتها این دفاع نمی تواند باکتریها را حذف کند. اگر دفاع میزبان ضعیف شود (برای مثال، هنگام بیماریهای جزئی و خفیف مانند آنفولانزا و عفونت دستگاه تنفسی فوقانی یا خستگی شدید) عفونت رخ می دهد. (۴)

این عفونتها می توانند باعث انهدام زیاد استخوان بین مولر دوم و سوم شده و پاکت پرپودنتال عمیقی ایجاد کنند. پری کورونایت می تواند از یک عفونت خفیف تا یک عفونت شدید که نیازمند بستری شدن بیمار در بیمارستان می باشد از خود تنوع نشان دهد. با توجه به این گستردگی نوع بروز عفونت درمان نیز از یک ارگان خفیف تا یک درمان قاطع و رادیکالی متغیر می باشد. (۴) چنانچه قبل از نفوذ دندان به داخل مخاط و دیده شدن آن نسبت به خارج نمودنش اقدام گردد، از بروز پری کورونایت ممانعت بعمل می آید بعلاوه بافت نرم



اطراف یا اپرکولکتومی بدون برداشتن دندان نهفته روشی است که هم دردناک بوده و هم در اکثر موارد پاسخ مناسبی نمی دهد. بافت نرم تمایل دارد تا با پوشاندن روی دندان نهفته مجدداً باعث پدید آمدن **operculum** (اپرکولوم) گردد.

در اکثریت قریب به اتفاق موارد، پیشگیری از پری کورونیت تنها با خارج کردن دندان مسبب مقدور می باشد. (۲) پری کورونیت می تواند به صورت ثانویه نسبت به ترومای خفیف توسط مولر سوم فک بالا ایجاد شود. بافت نرمی که سطح الکوژال مولر سوم نیمه رویش یافته فک پایین (تحت عنوان **operculum**) را می پوشاند، می تواند تروماتیزه و متورم شود. اغلب مولر سوم فک بالا، اپرکولوم متورم از قبل، را بیشتر تروماتیزه می کند و سبب افزایش تورم و تسهیل در ادامه تروماتیزاسیون می شود. این حلقه مارپیچی تروما و تورم اغلب با کشیدن مولر سوم فک بالا قطع می شود. (۲)

در خفیف ترین شکل، پری کورونیت یک بافت موضعی متورم و دردناک است. برای بیماران مبتلا به عفونت خفیف، شستشو و کورتاژ توسط دندانپزشک، و بدنبال این شستشو در خانه توسط بیمار معمولاً کفایت می کند. (۲) اگر عفونت قدری شدیدتر به همراه مقدار بیشتر بافت نرم موضعی متورم باشد که توسط مولر سوم فک بالا تراumatیزه نشود، دندانپزشک باید مولر سوم فک بالا را علاوه بر شستشوی موضعی در نظر بگیرد. (۲)

در پری کورونیت باید به این نکته توجه شود که مولر سوم فک پایین تا زمان بر طرف شدن کامل علائم و نشانه های پری کورونیت نباید کشیده شود. در پری کورونیت بیمارانی که علاوه بر تورم موضعی و درد، تورم خفیف صورتی تریسموس (عدم توانایی در باز کردن دهان بیش از ۲۰ mm) خفیف ثانویه به التهاب منتشره به عضلات جونده و یک تب خفیف دارند، دندانپزشک باید تجویز آنتی بیوتیک به همراه شستشو و کشیدن دندان را در نظر داشته باشد. آنتی بیوتیک انتخابی، پنی سیلین است. (۲)

ب) پیشگیری از پوسیدگی و تحلیل ریشه

بدلیل عدم توانایی در دسترسی و تمیز کردن ناحیه، امکان ایجاد پوسیدگی هم در دندان نهفته و هم در دندان مجاور وجود دارد. (۵) پوسیدگی در مولر دوم و مولر سوم عامل خارج کردن مولرهای سوم نهفته در تقریباً ۱۵٪ بیماران است. (۵) با افزایش سن، پوسیدگی و نکروز احتمالی پالپ نیز مانند پری کورونیت موجب افزایش کشیدن مولرهای سوم می شوند. (۵) تحلیل ریشه مربوط به یک مولر سوم در گروه سنی ۲۱ الی ۳۰ سال شایع است و شایع ترین محل تحلیل ریشه یک سوم میانی سطح دیستال مولر دوم مجاور می باشد. با خارج کردن دندان نهفته سلامت پریدونتال دندان باقیمانده بهبود خواهد یافت و معمولاً دندان مبتلا حیات پالپ را بدون نیاز به درمان اضافی حفظ خواهد نمود. (۵)

ج) کنترل کراودینگ دندان در فک پایین

مطالعات متعددی جهت ارزیابی تاثیرات رویش مولر سوم بر کراودینگ در راس دندانهای مندیبل بخصوص پس از تکمیل درمان ارتودونسی انجام شده اند. درباره کشیدن مولر سوم، صرفاً جهت به حداقل رساندن کراودینگ فعلی یا آتی دندانهای قدامی پایین در



بیماران ارتودونسی و غیر ارتودونسی دلایل منطقی اندکی وجود دارد. (۵) مطالعه مولر سوم Belfast که یک مطالعه Longitudinal طولانی مدت بوده است، یکی از مهمترین فاکتورها در کراودینگ تاخیری دندانهای ثنایای مندیبل را حضور مولرهای سوم مندیبل می داند. بنابراین محتاطانه به نظر می رسد که مولرهای سوم نهفته مندیبل در بیمارانی که برای کراودینگ ثنایای قدامی مندیبل تحت درمان ارتودونسی قرار می گیرند یا در افرادی که بعد از ارتودونسی اکلوزن قدامی Tight خواهند داشت، خارج شوند. (۶) وقتی عدم تناسب طول قوس بطور بالینی قابل مشاهده است و مسیر رویش مولر دوم به داخل قوس توسط مولر سوم در حال تکامل مسدود می باشد، ممکن است لازم باشد که مولر سوم نهفته جهت تسهیل قرار گیری مولر دوم خارج گردد. (۵) مجمع عمومی NIH در سال ۱۹۷۹ با وجود دلایل ارتودونسی قاطع در خصوص خارج نمودن زود هنگام مولرهای سوم، عمل Enucleation جوانه های مولرهای سوم در سن ۷ تا ۹ سالگی را توصیه نمیکند. (۵) Brickley و همکاران نیز اعلام نموده اند که مولرهای سوم نباید بصورت پروفیلاکتیک خارج شوند. (۷)

د) پیشگیری یا درمان کیست ها و تومورهای ادنتوژنیک

ممکن است در یک دندان مولر سوم باقیمانده دژنراسیون کیستیک در کیسه فولیکولی رخ داده، کیست فولیکولر یا دنتی جروس بوجود آید. (۵) در چند مطالعه بالینی فراوانی این کیستها ۲٪ تا ۶٪ گزارش شده است. (۵) کیسه فولیکولی می تواند منشا تومورهای ادنتوژنیک نیز باشد.

Campbell و Glosser مطالعه هیستوپاتولوژیکی بر روی ۹۶ فولیکول دندانهای انجام دادند که مربوط به دندانهای مولر سوم اسمپتوماتیک ۶۳ بیمار بوده و دندانها از نظر پرتو نگاری بدون ضایعه بوده اند در اندازه گیری روی رادیوگرافی پانورامیک فضای فولیکول هیچ یک از دندانها بزرگتر از ۲/۴ میلی متر نبوده در ۳۱ مورد از آنها کیست دنتی جروس تشخیص داده شد که ۲۲ مورد از ۶۰ مورد فک پایین و ۹ مورد از ۳۶ مورد فک بالا مبتلا بوده اند. (۵)

ه) پیشگیری از شکستگیهای پاتولوژیک مندیبل

زاویه مندیبل و ناحیه مولر سوم یکی از ضعیفترین نقاط مندیبل هستند شکستگیهای آزمایشی در میمونها نشان داده اند که مولرهای سوم رویش نیافته در مقایسه با مولرهای سوم کاملا رویش یافته، این ناحیه را به میزان قابل توجهی تضعیف می کنند. (۵) علاوه بر این در صورت وقوع شکستگی حضور یک دندان نهفته درمان را پیچیده کرده میزان بروز عفونت را افزایش می دهد، به ویژه اگر دندان نیمه نهفته باشد. (۵) بنابراین خارج کردن دندان مولر سوم نهفته بخصوص در افرادی که در گیر فعالیتهایی مانند ورزش هستند مورد تأیید است (۵) و اگر چه احتمال شکستگی سهوی (Iatrogenic) مندیبل در حین خارج نمودن مولر سوم وجود دارد در صورتی که عمل بصورت سیستماتیک و کنترل شده و با برداشت محافظه کارانه استخوان اطراف انجام شود ایجاد شکستگی غیر محتمل می باشد. (۵)



و) آماده سازی برای جراحی ارتوگناتیک

هنگامیکه قرار است یک استئوتومی **Sagittal Split** در مندیبل انجام گردد، عموماً توصیه می شود که دندانهای مولر سوم نهفته مندیبل حدود ۶ ماه قبل از عمل خارج گردند تا ترمیم استخوانی کافی صورت گیرد. (۵) البته **Peterson** زمان حداقل ۹ تا ۱۲ ماه قبل از عمل را پیشنهاد می کند. (۶) استخوان جدیدی که در این ناحیه تشکیل می شود یک محل مناسب برای **Rigid Fixation** و نیز ثبات خوب قطعات در زمان جراحی را فراهم می آورد دلیل دیگر برای تأیید خارج ساختن مولرهای سوم نهفته مندیبل کاهش احتمال وقوع **Bad Split** در حین جراحی است که باعث شکستگی قطعات باکال یا لینگوال استئوتومی به دلیل وجود مولر سوم نهفته می گردد. (۵)

معمولاً مولرهای سوم فك بالا را می توان در طی عمل استئوتومی **Lefort I** پس از انجام **Down fracture** ماگزیلا، خارج نمود. استخوان پوشاننده ریشه های مولر سوم برداشته می شود و يك فرو رفتگی دور تاج دندان ایجاد می گردد تا بتوان دندان را بدون شکستگی سهوی خارج نمود. باید مراقب بود که به بافت نرم باکال آسیبی وارد نگردد یا برش دومی در پالاتال جهت دسترسی به تاج دندان داده نشود زیرا ممکن است خون رسانی ماگزیلا تضعیف گشته خطر عفونت افزایش یابد در موارد استئوتومی های **Multiple Segmental** در فك بالا مولرهای سوم نهفته باید تقریباً ۲ ماه قبل از عمل خارج شوند. (۵)



ز) دندانهای نهفته زیر پروتزهای دندانی

ر هر بیمار پروتز صرف نظر از طرح درمان پروتز ثابت یا متحرک بیمار باید مورد ارزیابی قبلی قرار گیرد. خارج کردن دندانهای نهفته پیش از آغاز ساخت پروتز باید به عنوان جزئی از این ارزیابی توسط دندانپزشک بررسی شود. در اکثر موارد دندانهای نهفته در افراد مسن که عمیقاً در داخل استخوان قرار دارند و فاقد علائم پرتو نگاری حاکی از پاتولوژی می باشند را می توان در محل باقی گذاشت، اما دندانهای نهفته ای که تنها با لایه نازکی از استخوان پوشیده شده اند باید با جراحی خارج گردند، بخصوص اگر طرح درمان ساخت پروتز متحرک باشد. با استفاده از هر نوع پروتز متحرکی تحلیل استخوان نازک پوشاننده رخ خواهد داد و منجر به آشکار شدن دندانهای نهفته خواهد شد. (۶)

ح) کنترل درد صورت

گاهی بیماران از درد فک در ناحیه مولر سوم نهفته شاکی هستند در حالیکه نه از نظر بالینی و نه از نظر پرتونگاری علامتی از پاتولوژی مشاهده نمی شود. در این مواقع خارج کردن مولر سوم نهفته اغلب منجر به از بین رفتن درد می شود. (۶) در حال حاضر هیچ توضیح منطقی برای آن وجود ندارد.

زمانیکه بیمار با این نوع شکایت مراجعه می کند. جراح پیش از پیشنهاد جراحی برای خارج کردن مولر سوم باید سایر منابع درد را رد کند در ضمن باید به بیمار گفته شود که ممکن است خارج کردن مولر سوم لزوماً باعث حذف کامل درد نشود. (۶)

ط) ملاحظات پیش از درمان سرطان (۹)

خارج کردن پروفیلاکتیک مولرهای سوم نهفته یا نیمه نهفته در بیماران سرطانی به دلایل زیر توصیه می شود:

- ۱- افزایش خطرات و مشکلات مربوط به خارج کردن دندان پس از درمان سرطان به دلیل کاهش خون رسانی به منطقه پرتو تابی شده، احتمال بروز استئورادیونکروز وجود دارد.
- ۲- احتمال ایجاد آسیب **Pathose** در مولرهای سوم بیماران با ایمنی تضعیف شده، قبل، حین یا بلافاصله پس از درمان ضد سرطان.
- ۳- درمان مولرهای سوم ممکن است با درمان سرطان تداخل کند.

ی) بوی بد دهان

اگر نهفتگی موجب گیر غذایی شود می تواند منجر به بوی بد دهان شود (هالیتوزیس) که تنها با حذف دندان و گیر غذایی درمان خواهد شد. (۳)



۲-۲ موارد عدم تجویز (۶)

تصمیم گیری در خصوص خارج کردن دندان نهفته باید مبتنی بر ارزیابی دقیق منافع بالقوه در برابر خطرات بالقوه باشد در صورت وجود پاتولوژی، تصمیم بر خارج کردن دندان قطعی است زیرا خارج کردن دندان برای درمان بیماری ضروری است. در مقابل شرایطی وجود دارند که عوارض و تبعات جراحی چشمگیر تر از منافع بالقوه خارج کردن دندان نهفته می باشند و خارج کردن دندان نهفته تحت این شرایط تجویز نمی شود.

موارد عدم تجویز خارج کردن مولرهای سوم نهفته در سه دسته اصلی تقسیم بندی می شود:

سن بیمار، وضعیت پزشکی نامطلوب و احتمال آسیب به ساختارهای مجاور.

الف) دو سر طیف سنی:

ترمیم در بیماران جوانتر، اغلب سریعتر و کاملتر صورت می گیرد. اما خارج کردن مولرهای سوم رویش نیافته به روش جراحی در سنین بسیار پایین تجویز نمی شود. اگر چه عده ای خارج کردن جوانه در حال تکامل مولر سوم در سن ۸ یا ۹ سالگی، با حداقل عوارض جراحی را گزارش کرده اند (۶) اما عمدتاً بر غیر منطقی بودن آن اتفاق نظر وجود دارد. اگر پیش بینی دقیق رشد و تعیین نهفتگی آتی دندان امکان پذیر بود، خارج کردن جوانه دندانی در بیماران بسیار جوان مقدر می گشت. اما بر اساس مدارک فعلی که در تناقض با نظریه فوق می باشند. خارج کردن جوانه دندانی در این مرحله، در واقع به دلیل امکان رویش مولر سوم در موقعیت مناسب ضروری نیست.

با افزایش سن قدرت ترمیم کاهش می یابد و نقص استخوانی ناشی از عمل جراحی دندان نهفته بیش از زمانی است که دندان نهفته دست نخورده باقی بماند علاوه بر این با افزایش سن استخوان متراکم تر می شود و انعطاف پذیری آن کاهش می یابد و احتمال شکستگی استخوان و افزایش سختی جراحی وجود دارد.

به عنوان یک قاعده کلی اگر بیماری دارای یک مولر سوم با نهفتگی عمیق استخوانی که فاقد ارتباط با حفره دهان و نیز هر گونه علائم آسیب شناسی نظیر کیسه فولیکولار بزرگ می باشد و سن بالای ۴۰ سال داشته باشد، شاید بتوان گفت که نباید دندان خارج شود. بازخوانی طولانی مدت بیمار توسط دندانپزشک جهت اطمینان از عدم وقوع مسایل پاتولوژیک ضروری است. اگر علائم پاتولوژی مشاهده شود یا استخوان روی دندان بسیار نازک باشد و قرار باشد برای بیمار پروتز متحرک ساخته شود قبل از ساخت پروتز نهایی دندان باید خارج شود. (۶)



ب) وضعیت پزشکی نامطلوب

بیماران دارای دندانهای مولر سوم نهفته ممکن است دارای وضعیت سلامت مناسبی نباشند بویژه اگر سن زیادی داشته باشند. با افزایش سن شیوع بیماریهای متوسط تا شدید قلبی، بیماری ریوی و غیره نیز افزایش می یابد بنابراین تلفیق سن بالا و وجود بیماری سیستمیک ممکن است موجب عدم تجویز خارج کردن دندانهای مولر سوم نهفته فاقد پاتولوژی گردد.

مشکلات دیگری هم وجود دارند که افراد جواتر را مبتلا می سازند نظیر اختلالات انعقادی مادر زادی، آسم و صرع در این بیماران خارج کردن دندان نهفته قبل از وخیم شدن روند پاتولوژیک اولیه ضروری به نظر می رسد. بنابراین در بیماران جوان یا مسن دارای مشکلات پزشکی جراح مجبور به خارج کردن دندان مولر سوم علامت دار و حتی بدون علامت می شود وضعیت نامناسب سلامت بیمار یک مورد عدم تجویز نسبی محسوب شده نیاز به همکاری نزدیک جراح با پزشک بیمار دارد.

ج) آسیب به ساختارهای مجاور

گاهی دندان نهفته به نحوی قرار می گیرد که خارج کردن آن ممکن است اعصاب مجاور، دندانها و سایر ساختارهای حیاتی مجاور را به مخاطره اندازد. در این شرایط بهتر است دندان نهفته در محل باقی بماند. هنگامی که یک دندان نهفته کاملاً تکامل یافته با نهفتگی عمیق استخوانی در مجاورت عصب آلوئولار تحتانی قرار دارد بهترین کار رها کردن دندان نهفته در محل و اجتناب از خطر بی حسی دائمی عصب مزبور است. در بیماران مسن خارج کردن بعضی از مولرهای سوم نهفته منجر به نقایص استخوانی قابل ملاحظه می شوند که به میزان کافی ترمیم نمی یابند و در واقع به جای بهبود یا حفظ سلامت پرودونتانال منجر به از دست دادن دندانهای مجاور می شوند.