

محل انتخاب Margin سربوشها و اثرات احتمالی آن بر روی پریودونشیوم

* دکتر محمد امامیه

مقدمه:

سربوشها و بریجها را نمی‌توان جزئی از بافت دهان دانست، زیرا پرسنن طلا و آکریل دارای خواص بیولوژیک نمی‌باشند. اگر این مواد ترمیمی قرار باشد در سالکوس لثه‌ای قرار گیرند باید بین بافت میزبان (Host Tissue) و ترمیمی یک حالت صلح وجود داشته باشد.

فرم و Contour صحیح و یالبه دقیق Casting برای وجود حالت صلح و عدم منازعه بین بافت و مواد ترمیمی کافی نیست و باید همه موارد لازم برای سلامت بافت را تامین کرد. معمولا " تولید Plaque میکروبی بستگی به نوع ماده ترمیمی دارد که در معالجات Restorative بکار برده می‌شود. برحسب مطالعاتی که انجام گرفته است پس از ۱۹ روز پلاک بر روی ترمیمی‌های ساخته شده از طلای پرداخت شده تجمع گردیده است اما در مورد پرسنن ظرفیت (Capacity) تجمع پلاک کمتر از آلیاژ طلای زیرین آن می‌باشد.

بطور طبیعی مسئله سلامت کامل لثه قبل از معالجات پروتز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تحقیقات بعمل آمده نشان می‌دهد که صرفاً " ظاهر بافت لثه ممکن است برای ماگمراه کننده باشد که آیا از سلامت کامل برخوردار است یا نه. بهمین جهت باید با Probe باریک، عمق شیار لثه را ارزیابی کرد. عمق بیشتر از سه میلی‌متر قابل تردید است حتی اگر بافت پریودونتال تمام استانداردهای لازم برای سلامت لثه را نشان دهد. میزان Attached Gingiva و Architecture لثه از پارامترهایی است که باید مورد توجه قرار گیرند. لثه چسبنده بوسیله مخاط سنگفرشی متراکم پوشیده شده است. با توجه به ارتباط نزدیک آن با دندان، به منزله سد برای عدم دخول مواد میکروبی به بافت پیوندی زیرین عمل می‌کند. معذالک این ساختمان بطور کلی نمی‌تواند مانع عبور فرآورده باکتری‌ها باشد. ساختمان Alveolar Mucosa تقریباً " نازک است و فاقد Ridge بوده و کراتنیزه نمی‌باشد.

اختلاف موجود بالثه چسبنده بستگی بحالنت فعالیت Functional آنها دارد.

Sulcus اپیتلیالی دهانی، قسمت تاجی Sulcular Epithelium می‌باشد از زمان Gottlieb تاکنون عقاید مختلفی در باره ساختمان سالکوس لثه‌ای عنوان شده است. سالکوس لثه‌ای از اپیتلیوم فاقد سلولهای شاخی پوشیده شده است که از لحاظ ساختمانی شبیه اپیتلیوم دهانی می‌باشد.

در اطراف طوق دندان ارتفاع بافت لثه چسبنده (Tissue Attachment) فرق می‌کند قسمت قدامی و زبانی لثه چسبنده معمولا " طویل تر از ناحیه بین پروگزیمالی می‌باشد اما در Flat Tissue، اختلاف کمتری در سطوح اطراف بافت طوق دندان وجود دارد. اشخاصی که دارای Scalloped Tissue هستند معمولا " دارای دندانهای Taper و سطح تماس باریک هستند.

Flat Architecture مربوط به دندانهای مربعی (Squared Teeth) و سطح تماس وسیع و معمولا " دارای Attachment وسیع تری می‌باشند.

بطور کلی درجه Scalloping افراد یک پدیده ارثی است. بنابراین هر عملی که باعث تغییری در درجه Scalloping بآبریدن نسج، استفاده از فرز و بیستوری و یا الکتروسرجری بمنظور تغییر در ارتفاع تاج دندان صورت گیرد می‌تواند مسبب نتایج نامطلوبی برای بافت پریودنتال گردد.

Scalloping در ناحیه قدامی مشخص تر بوده و هرچه که به قسمت خلفی می‌رسد نمای اصلی خود را از دست می‌دهد و مسطح تر می‌گردد، هر نوع تراش (Tooth Preparation) و معالجات بعدی باید با حالت نرمال الگوی Scalloping هماهنگی داشته باشد.

Valderhaug - تعداد ۱۱۰ مریضی که دندانهای آنها با سربویش معالجه شده بودند را به مدت ۱۰ سال مورد بررسی قرار داد .

I - سربویشهاییکه در زیر لثه بودند .

II - سربویشهاییکه در ناحیه لبه لثه (Gingival Margin) بودند .

III - سربویشهای بالای لثه‌ای (Supragingivally) .

سربویشهاییکه در زیر لثه ختم شده بودند گاهی با افزایش ژنژیویت ، Pocket Depth و از دست دادن لثه چسبنده همراه بودند . بسیاری از آنها لثه‌ای که لثه‌های آنها زیر لثه بود در پنج سال اول بصورت بالای لثه‌ای درآمد بودند . ضمناً "او اعتقاد دارد که قرار دادن زیر لثه‌ای سربویشها باعث حفاظت قابل پیش‌بینی دندان در مقابل پوسیدگیهای احتمالی نخواهد بود .

Glickman & Stein در ۱۹۶۰ پیشنهاد نمودند که تا آنجا که امکان دارد باید لبه ختم تراش بخوبی در زیر لثه تا نزدیکی انتهای سالکوس باشد . اگر تراش بیش از حد، Apically باشد ممکن است چسبندگی لثه را دچار اختلال نماید . بمنظور چسبندگی مجدد به سمان ریشه ممکن است تکثیر سلولی ناحیه ، همراه با التهاب و نهایتاً " باعث پیدایش پاکت پاتولوژیکی گردد .

Waerhaug & Stein (۱۹۵۳) اظهار داشتند که فلور میکروبی در سالکوس لثه با وجود سربویشها تغییر می‌کند صرف نظر از اینکه ترمیمی از چه ماده‌ای ساخته شده باشد . Korn Field توصیه نمود دندانهاییکه دارای لثه چسبنده نازک و کم عرض ، ریشه‌های متحرک ، Root Prominency ، و استخوان آلوئول ظریف در قسمت لابیال می‌باشند از جمله مواردیست که باید لبه سربویشها را در بالای لثه ختم نمود .

Waerhaug (1956) نشان داد که حتی سطوح

خشن ترمیمی‌ها باعث اثرات تحریکی ناحیه لثه نمی‌گردند و اپیتلیوم می‌تواند با سطح خشن سربویشها بخوبی سطح بدون خشونت و نرم آنها عادت کند بلکه وجود Plaque های میکروبی است که باعث التهاب لثه می‌گردند . اما باید توجه داشت که Overhang های موجود در لبه انتهایی ترمیمی‌ها براحتی باعث تجمع پلاکهای میکروبی می‌گردند .

Waerhaug در سال (1957) مشاهده کرد که

بنابراین Margin زیر لثه‌ای سطوح پروگزیمال باید بالاتر قرار گیرد تا Facial ولینگوال آن دارای فرم لثه‌ای مطلوبی باشد نتیجتاً "نگهداری سلامت دندان را بهتر تضمین می‌نماید . هر نوع تغییر غیر اصولی در آن باعث تغییر در اساس بافت و نتیجتاً " باعث فرم لثه‌ای غیر نرمال و معکوس می‌گردد و حفظ و نگهداری سلامت بافت پریودنتال را حتی بدون وجود Packet دچار اشکال می‌نماید .

اما هر چه قدر که بطرف دندانهای خلفی پیش می‌رویم به علت وجود پوسیدگیهای مجدد (Recurrent Caries) در ناحیه لثه‌ای سطوح پروگزیمال مجاور سربویشها و آنله‌ها در ناحیه دندانهای مولرنیاز به نمایان کردن بیشتری از ناحیه تاج باقیمانده دارند . لازمه آن کنار زدن لثه بطرف ریشه با استفاده از تکنیکهای متداول است و در نتیجه ترمیمی نهایی هماهنگ با بافت لثه سالم نمی‌باشد . اگر پوسیدگی بطرف Apical پائین‌تر رود شاید ضرورت داشته باشد که قسمتی از استخوان سطوح قدامی و خلفی برداشته شود تا تراش دندان به نسج سالم دندان (Sound Tooth Structure) ختمه یابد .

با توجه به مطالب فوق این سوال پیش می‌آید که باید با Crown Margin در کجا ختم گردد در این مورد Amsterdam آنرا به سه طریق انتخاب کرده است :

۱- زیر لثه‌ای (Subgingival)

۲- کاملاً " دور از لبه لثه (Gingival Margin) و ترجیحاً " بر روی تاج (Anatomic Crown) .

۳- بالای لثه‌ای (Supra Gingivally) یا درست بالای لبه آزاد لثه . Wheeler (1931-1961) محل ختم سربویشها را بستگی به تشخیص و پیش‌آگهی صحیح می‌داند که فرم دندان ، ردیف بودن دندانها و شرایط بافت پریودنتال از جمله مواردی است که محل Margin سربویشها را تعیین می‌کنند .

Burch در سال ۱۹۷۱ محل ختم لبه سربویشها را Supra Gingiva پیشنهاد می‌نماید مگر در مواردی که مسائل زیر مطرح باشد :

۱- زیبایی .

۲- استعداد به پوسیدگی .

۳- استعداد به حساسیت بیش از حد نسج دندان .

۴- وجود ترمیمی‌های زیر لثه‌ای باقیمانده .

REFERENCES

1. Amsterdam, M. and Fox, J.: Provisional Splinting-Principles and Technics. D. Clin. No. Am., 1959.
2. Amsterdam, M., and Abranc, L.: Periodontal Prosthesis, Goldman, H.M.,Schlinger, S., Fox., L., and Cohen, D.W.: Periodontal Therapy. 3rd ed. St. Louis, C.V. Mosby, Co., 1964.
3. Glickman, I.: Clinical Periodontology- Chap 54.3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1964.
4. Goldman, H.M. and Cohen, D.W.: Periodontal Therapy, 4th ed. St. Louis, C.V. Mosby Co., 1968.
5. Marcum, J.S.: The effect of Crown Margin Depth. Upon Gingival Tissue J. Prosth. Dent. 17, May, 1967.
6. Stein, R.S., and Glickman, I.: Prosthetic Considerations Essential for Gingival Health, D. Clin. N. Am., 1960.
7. Tylman, S.D., and Tylman, S.G.: Theory and Practice of Crown and Bridge Prosthodontics, 4th ed. St. Louise, C.V. Mosby Co., 1960.
8. Valderhaug, J., and Birkeland, J.M.: Periodontal Conditions in Patient 5 Years Following Insertion of Fixed Protheses. I. Pocket Depth and Loss of Attachment, J. Oral Rehabilitation., 3: 237, 1976.
9. Valderhaug, J.: Periodontal Conditions and Caribus lesions Following the Insertion of Fixed Prosthesis: A 10- Years Follow of Study, Int Dent. J., 50: 296, 1980.
10. Waerhaug, J.: and Stein, E.: The Presence or Absence of Bacteria in Gingival Pockets and the Reaction in Healthy Pockets to Coertain Prime Cultures. Odont. Ts. Kr. 60, 1952.
11. Waerhaug, J.: Observations on Replanted Teeth Plated With Gold Foil; Reaction to Pare Gold: Mode of Epithelial Attachment to Gold; Explusion of Foreign Bodies from Pockets. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathalogy, 9, 1956.
12. Waerhaug, J.: Histologic Consierations which Gavern Where the Hargine of Restorations Should be Located in Relation to the Gingiva. D. Clin. No. Am., March, 1960.
13. Waerhaug, J., and Zander, H.A.: Reaction of Gingival Tissues to self Curing Aerylic Restorations, J.A.D.A., 54, Jung 1957.
14. Weinberg, L.A.: Esthetics and the Gingivae in Full Coverage, J. Prosth. Dent. 10, July-Aug. 1960.
15. Wheeler, R.C.: Restoration of Gingival or Cervical Margins in Full Crowns. Dent. Cosmos, 73, March 1931.
16. Wheeler, R.G.: Complete Crown form and the Periodontium J. Prosth. Dent., July 1961.