

فهرست

پیشگفتار ۹

فصل ۱: مقدمه‌ای بر علم بیماری‌های دهان و تشخیص: ارزیابی بیمار ۱۱

کیس ۱: معاینه و مستندسازی ۱۲

کیس ۲: ژنژیویت ناشی از پلاک دندانی ۲۱

کیس ۳: ژنژیویت ناشی از عوامل غیر پلاک ۲۶

کیس ۴: افزایش حجم لثه ۳۱

کیس ۵: پریودنتیت مهاجم ۳۸

کیس ۶: پریودنتیت مزمن ۴۷

کیس ۷: عوامل آناتومیک موضعی موثر در بیماری پریودنتال ۵۷

کیس ۸: ارتباطات دهانی - سیستمیک ۶۶

کیس ۹: پیشرفت‌ها در تشخیص ۸۳

فصل ۲: درمان پریودنتال غیر جراحی ۹۵

کیس ۱: اینسترومنتیشن اتوماتیک و دستی ۹۶

کیس : Local drug delivery ۱۰۲

کیس ۳: آنتی‌بیوتیک‌های سیستمیک ۱۱۱

کیس ۴: استفاده از لیزر در پریودنتولوژی ۱۲۵

فصل ۳: درمان‌های رزکتیو ۱۳۱

- کیس ۱: ژنژیوکتومی ۱۳۲
- کیس ۲: افزایش طول تاج، بافت سخت و بافت نرم پیش پروتزی ۱۴۰
- کیس ۳: جراحی فلپ استخوانی ۱۵۰
- کیس ۴: رزکسیون ریشه ۱۵۷

فصل ۴: درمان رزتراتیو ۱۶۷

- کیس ۱: درمان فورکیشن‌ها ۱۶۸
- کیس ۲: درمان نقایص داخل استخوانی با استفاده از آلوگرفت ۱۷۵
- کیس ۳: درمان نقایص اینترابونی با استفاده از فاکتورهای رشد ۱۸۵
- کیس ۴: درمان نقایص داخل استخوانی با استفاده از مواد آلوپلاستیک ۱۹۲
- کیس ۵: بازسازی هدایت شده استخوان ۱۹۸

فصل ۵: درمان موکوجینجیوال ۲۰۹

- کیس ۱: Pedicle Flaps ۲۱۰
- کیس ۲: پیوندهای بافت همبند ۲۱۵
- کیس ۳: پیوندهای لته آزاد ۲۲۳
- کیس ۴: آلوگرفت‌ها (آلودرم) برای درمان موکوجینجیوال ۲۳۶
- کیس ۵: فرنکتومی و وستیبولوپلاستی ۲۴۳
- کیس ۶: Minimally Invasive Coronally Advanced Flap Techniques ۲۴۹

فصل ۶: درمان‌های میان‌رشته‌ای ۲۵۳

- کیس ۱: پریو- اندو ۲۵۴
- کیس ۲: پریدنتیکس - پروستودنتیکس ۲۶۶
- کیس ۳: پریدودانتیکس - ارتودنتیکس (پارت I) ۲۷۳
- کیس ۴: پریدودنتیکس - ارتودنتیکس (پارت II) ۲۸۰
- کیس ۵: پریدنتولوژی - اکلوزن ۲۸۷
- کیس ۶: پریدودنتیکس - دندانپزشکی کودکان ۲۹۲

فصل ۷: آماده سازی محل جایگذاری ایمپلنت ۲۹۹

- کیس ۱: پیوند سینوس: لترال ۳۰۰
- کیس ۲: لیفت سینوس داخلی با استفاده از تکنیک پنجره کرسنال ۳۰۹
- کیس ۳: حفظ ریج آلوئولار ۳۱۷
- کیس ۴: تکنیک های اسپلیت ریج و اکسپنشن استئوتومی ریج ۳۲۵

فصل ۸: ایمپلنت های دندان ۳۳۹

- کیس ۱: جایگذاری معمول ایمپلنت ۳۴۰
- کیس ۲: جایگذاری فوری ایمپلنت ۳۴۷
- کیس ۳: سینوس لیفت و جایگذاری فوری ایمپلنت ۳۵۲
- کیس ۴: بازسازی با ایمپلنت برای دندان های از دست رفته مجاور در ناحیه زیبایی فک بالا ۳۶۰
- کیس ۵: ترکیبی از کراون های تکی ایمپلنت و ونیرهای پرسن در ناحیه زیبایی ۳۶۹

فصل ۹: درمان پیشگیرانه پرئودنتال ۳۷۷

- کیس ۱: حذف پلاک ۳۷۸

واژه یاب ۳۸۷

پیشگفتار

تعلیم و تعلم دو بال لاینفک آدمی جهت به پرواز در آوردن دانش می‌باشد. با گسترش و توسعه روزافزون علوم دندانپزشکی در حیطه‌های مختلف و پیشرفت تکنیک‌های جدید، لزوم مطالعات بیشتر را در این موارد ضروری می‌نمایاند. ترجمه کتاب «کیس‌های کلینیکی در پرئودنتولوژی ۲۰۲۲» حاصل زحمات چندین ماهه اینجانبان و دانشجویان ساعی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تبریز می‌باشد که امیدوارم قدم کوچکی جهت پیشرفت دانش به روز پرئودنتولوژی در دندانپزشکی باشد. مطالعه این کتاب برای دندانپزشکان محترم و علاقه‌مند و همچنین دستیاران تخصصی توصیه می‌شود.

دکتر آذین خرم دل

دکتر سید امین موسوی

دکتر علی حسین دهقانی

پاییز ۱۴۰۱

مقدمه‌ای بر علم بیماری‌های دهان و تشخیص: ارزیابی بیمار

معاینه و مستندسازی

- بیمار هرگونه عادت سیگار کشیدن را انکار کرده و هرگز سیگار نکشیده است.
- پدر بیمار از بیماری پریدونتال رنج می برد و در نهایت پروتز متحرک فک بالا و فک پایین را دریافت کرد.
- بیمار انگیزه زیادی برای درمان دندان داشت.

معاینه بافت نرم و لثه

معاینه خارج دهانی هیچ یافته قابل توجهی را نشان نداد. از نظر داخل دهانی، ادم و آریتم لتهای ژنرالیزه مشاهده شد (شکل ۱،۱،۱)، که بیشتر در باکال دندان ۳، باکال دندان ۸، پالاتال دندان ۸، پاپیلای اینترپروگزیمالی بین دندان ۸ و ۹، پاپیلای اینترپروگزیمالی بین دندان ۹ و ۱۰، مارژین لته باکال و پاپیلای اینترپروگزیمال در دندانهای اینسایزور فک پایین؛ مارژین لته باکال rolled شده در مزیبوآکال دندان ۳ و مزیبوآکال دندان ۸ مشاهده شد.

معاینه جامع پریدونتال

یک معاینه جامع پریدونتال (شکل ۱،۱،۲) عمق پروبینگ عمیق لوکالیزه ۱۰-۱۲ میلی متری روی سطح مزیالی دندان شماره ۳ با موبیلیتی درجه I و درگیری فورکیشن درجه II در مزیبوپالاتال را نشان داد. دندان شماره ۱۴ عمق پروبینگ عمیق لوکالیزه ۷ میلی متری را در سمت دیستال خود با درگیری فورکیشن درجه II در دیستوپالاتال را نشان می دهد. دندانهای شماره ۲، ۸، ۱۰ و ۱۵ نیز عمق پروبینگ لوکالیزه ۵ میلی متری را نشان دادند. دندانهای شماره ۲ و ۱۵ درگیری فورکیشن کلاس I در مزیبوپالاتال را نشان دادند. به غیر از اینها، دندانهای باقی مانده عمق پروبینگ ژنرالیزه ۱ تا ۴ میلی متر را نشان دادند. خونریزی ژنرالیزه در پروبینگ وجود داشت. علاوه بر این، نواحی لوکالیزه با تحلیل لته در برخی از دندانهای خلفی مشاهده شد.

Case story

یک خانم ۴۴ ساله قفقازی با شکایت اصلی "دردی در ناحیه دندان مولر چپ بالا دارم که به تدریج افزایش یافته است. من می خواهم بیماری های لته ام را برطرف کنم. مایلم برای جایگزینی دندان های از دست رفته ام، ایمپلنت های دندان های دریافت کنم." مراجعه کرد.

اهداف و مقاصد یادگیری

- شکایت اصلی بیمار
- تاریخچه پزشکی و دندانپزشکی
- معاینه بافت نرم و لثه
- چارت پریدونتال
- تفسیر رادیوگرافی
- تشخیص پریدونتال

تاریخچه پزشکی

- طبقه بندی ASA I
- علائم حیاتی: فشار خون ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه
- مصرف دارو: ندارد
- مصرف مکمل: مولتی ویتامین روزانه
- آلرژی: ندارد

تاریخچه دندانپزشکی

- بیمار سه بار در روز مسواک زده و روزانه نخ دندان می کشد.
- بیمار پروفیلاکسی معمول دندانپزشکی را در مطب دندانپزشک عمومی خود دریافت کرده بود. اخیراً این بیمار به دلیل بیماری شدید پریدونتال، دندان های مولر اول و دوم فک پایین سمت چپ خود را کشیده و مایل است با ایمپلنت های دندان های آنها را جایگزین کند.



شکل ۱،۱،۱ سری کامل عکس‌های داخل دهانی.

Mobil			1													
MG Inv		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Supp																
Bleed		B B B	B B B	B B		B B B B	B		B B B	B	B B B	B	B B	B	B	
Probing		3 2 5	5 2 10	3 2 2	3 2 3	3 2 3	2 2 3	3 2 5	3 2 4	5 2 2	2 2 3	3 2 3	3 1 3	3 2 7	5 2 3	
Furcation																
Rec		-1	-1	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	
PI																
Facial	M															M
Lingual	M															M
Rec			-2													
Furcation			1	2										2	1	
Probing		3 2 5	2 2 12	3 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 5	3 2 3	5 2 2	2 2 2	2 2 2	3 2 2	2 2 7	2 2 4	
Bleed		B B B	B B B	B B	B B B	B B B	B B B	B B B	B B B	B B B			B B B	B B	B	
PI																
PI																
Bleed					B B B	B B	B B B	B B B	B B B							
Probing		3 1 1		1 1 1	3 2 2	1 1 1	1 1 1	2 1 2	2 1 1	2 2 2	2 2 2	3 2 2	2 2 2			
Furcation																
Rec														-2		
Lingual																
Facial	M															
PI																
Rec			-2						0	0	0	0	0			
Furcation																
Probing		1 2 1		2 2 2	2 2 2	3 1 2	2 1 2	3 1 2	2 1 2	2 1 2	2 1 3	2 1 2	2 1 2			
Bleed							B	B	B	B B	B B	B B B				
Supp																
MG Inv		N		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N			
Mobil																

شکل ۱،۱،۲ نمودار کامل پرپوندتال

معاینه رادیوگرافی

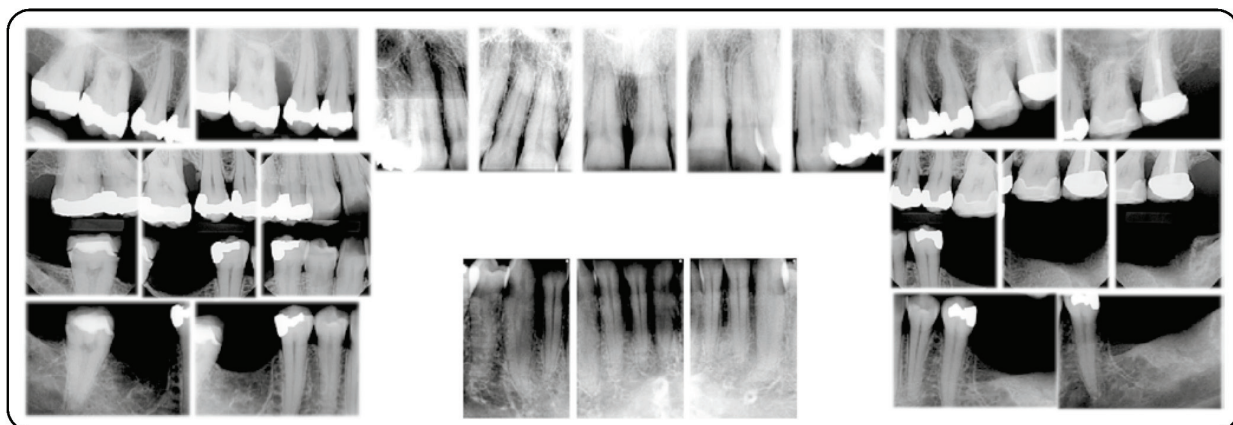
عمودی استخوان را در سمت دیستال خود نشان داد. یک تماس اینترپروگزیمالی باز در سطح مزیال دندان ۳ مشهود بود. نقص عمودی ریج در دندان‌های ۱۸، ۱۹ و ۳۰ مشاهده شد، نواحی با رادیولوسنسی خفیف که نشان‌دهنده احتمالی نقص افقی ریج نیز می‌باشد.

مجموعه‌ای از سری کامل رادیوگرافی‌های داخل دهانی، تحلیل استخوان ژنرالیزه افقی را نشان داد (شکل ۱،۱،۳). تحلیل استخوان لوکالیزه متوسط افقی در دندان‌های شماره ۲ و ۱۵ وجود داشت. دندان شماره ۳ از دست دادن عمودی استخوان در سطح مزیالی خود را نشان داد در حالی که دندان شماره ۴ از دست دادن

تشخیص

فدراسیون پریودنتولوژی اروپا [1]، بیمار پریودنتیت درجه III گرید C (لوکالیزه) را نشان داد.

بر اساس کارگاه جهانی ۲۰۱۷ در طبقه‌بندی بیماری‌ها و شرایط پریودنتال و پری ایمپلنت توسط آکادمی پریودنتولوژی آمریکا و



شکل ۱،۱،۳ سری کامل رادیوگرافی‌های داخل دهانی.

سوالات خودآموزی

- A. اهمیت گرفتن سابقه پزشکی و دندانپزشکی در درمان بیمار مبتلا به بیماری‌های پریودنتال چیست؟
- B. به غیر از پارامترهای معمولی مانند عمق پروبینگ، تحلیل، موبیلیتی و خونریزی در پروبینگ، چه پارامترهای اضافی باید در طی یک ارزیابی جامع پریودنتال به دست آید؟
- C. چگونه تشخیص پریودنتال را برای این کیس مورد علاقه به دست آوردیم؟
- D. اهمیت انجام یک ارزیابی جامع پریودنتال برای بیمار نیازمند ایمپلنت دندان چیست؟
- E. به غیر از نمودار پریودنتال، آیا یافته‌های بالینی دیگری وجود دارد که پزشکان باید در طول معاینات جامع معمول خود ثبت کنند؟ پاسخ‌ها در انتهای فصل می‌باشد.

References

- Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and PeriImplant Diseases and Conditions. J Periodontol 2018; 89(Suppl 1):S173-S182.
- Kwon T, Levin L. Cause-related therapy: a review and suggested guidelines. Quintessence Int 2014;45(7):585-591.
- Eke PI, Wei L, Thornton-Evans GO, et al. Risk indicators for periodontitis in US adults: NHANES 2009 to 2012. J Periodontol 2016;87(10):1174-1185.
- Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. J Periodontol 1994;65(3):260-267.
- Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. J Periodontol 1995;66(1):23-29.
- Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. J Periodontol 1965;36:177-187.
- Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. J Periodontol 1978;49(5):225-237.
- McFall WT. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long-term study. J Periodontol 1982;53(9): 539-549.
- McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. III. The effectiveness of clinical parameters