

درمان مال اکلوزن Deep Overbite

اوربایت عمیق احتمالاً شایعترین مال اکلوزنی است که با آن مواجه می‌شویم؛ در عین حال درمان موفق آن نیز از مشکل‌ترین درمانهای ارتودنسی است. Overlap بیش از حد ثنایا، که در بیماران متفاوت به میزان قابل توجهی متغیر است، یکی از علائم اصلی مال اکلوزن دندانست.^۱ درک مفهوم اوربایت، قبل از آغاز مبحث مفصل مال اکلوزن دیپ بایت ضروری است. یکی از اولیه‌ترین تعاریف اوربایت توسط Strang^۲ پیشنهاد شد: "overlap دندان‌های قدامی بالا بر روی دندانهای قدامی پایین در پلان عمودی." با این وجود، از آنجا که طول تاج دندانهای ثنایای بالا و پایین تا حد زیادی در افراد مختلف فرق می‌کند، در نظر گرفتن اوربایت به صورت درصد، توصیف بهتر و مطلوب‌تری از وضعیت آن را به دست می‌دهد. در نتیجه زمانی که همان تعریف قبلی را به صورت درصد بیان کنیم، به صورت زیر در می‌آید:

"میزان و درصد overlap ثنایاهای پایین توسط ثنایاهای بالا."

اوربایت ایده آل در یک اکلوزن نرمال می‌تواند از ۲ تا ۴ میلیمتر، یا به بیان بهتر از ۵٪ تا ۲۵٪ (overlap ثنایای مندیبل توسط ثنایای ماگزایلا) تغییر کند (تصویر ۸-۱). به عقیده ی Nanda^۳، حتی محدوده ی ۲۵٪ تا ۴۰٪ نیز در صورتی که هیچ مشکل فانکشنالی حین حرکات مختلف مفصل تمپورومندیبولار (TMJ) وجود نداشته باشد، می‌تواند نرمال در نظر گرفته شود. با این حال overlap بالای ۴۰٪ باید "excessive" یا دیپ بایت در نظر گرفته شود، چون دارای پتانسیل ایجاد اثرات سوء بر سلامت کلی دندان‌ها، ساختارهای پریدنتال و TMJ است. درصد اوربایت بین ۵ تا ۶ سالگی، در بازه ی ۳۶،۵٪ تا ۳۹،۲٪ قرار دارد.^۴ اوربایت معمولاً بین ۹ تا ۱۲ سالگی افزایش می‌یابد، در حالیکه بین ۱۲ سالگی تا بزرگسالی کاهش پیدا می‌کند.^۵ پس از آن میزان اوربایت تا حد زیادی ثابت و در بازه ی ۳۷،۹٪ تا ۴۰،۷٪ باقی می‌ماند، مگر آنکه توسط سایر عواملی هم چون abrasion، یا از دست دادن دندانها که منجر به کاهش ارتفاع عمودی می‌شوند، تغییر کند. دیپ بایت‌های بسیار شدید (اوربایت بیش از ۵ میلیمتر) در نزدیک به ۲۰٪ بچه‌ها و ۱۳٪ بالغین دیده می‌شود و نشان دهنده ی حدود ۹۵،۲٪ از است.

یکی شدیدترین فرم‌های اوربایت بیش از اندازه، "cover bite"^۶ است (تصویر ۸-۲)، که اغلب همراه با مال اکلوزن کلاس II، division 2 دیده می‌شود. این وضعیت اولین بار در تحقیقات آلمانی در سال ۱۹۱۲ تحت عنوان "Deckbiss"^۷ ثبت شد. مشخصه ی آن پوشش کامل یا مخفی شدن کامل تاج ثنایاهای مندیبل در اثر اوربایت بیش از حد و retroclination ثنایاهای ماگزایلا است. واژه ی دیگری که قبلاً برای تشخیص حالت شدید دیپ بایت به کار گرفته می‌شد "closed bite"^۸ بود (تصویر ۸-۳). این وضعیت اغلب در بالغین و به طور بسیار نادری در کودکان جوان دیده شده و با اوربایت شدیدی که ناشی از دست دادن دندان‌های خلفی است، مشخص می‌گردد.

اتیولوژی

یک مال اکلوژن دیپ بایت، پوشاننده ی تعداد زیادی از ناهنجاری های مخفی اسکلتی یا دندانی است. به این ترتیب، نباید با دیپ بایت به عنوان یک بیماری برخورد کرد، بلکه باید آن را به صورت تظاهر بالینی از یک دیسکریپانسی اسکلتی یا دندانی زمینه ای در نظر گرفت.

از نقطه نظر تکاملی، اوربایت اسکلتی یا دندانی توسط عوامل ژنتیکی یا محیطی یا ترکیبی از این دو ایجاد می گردند. دیپ بایت های اسکلتی معمولاً دارای الگوی رشد افقی هستند و با (۱) دیسکریپانسی رشدی استخوانهای فک بالا و پایین، (۲) چرخش همگرای base های دو فک، و/یا (۳) نقص ارتفاع راموس مندیبل مشخص می شوند. در چنین شرایطی ارتفاع قدامی صورت (خصوصاً یک سوم تحتانی آن)، اغلب کوتاه است. از سوی دیگر، دیپ بایت های دندانی یا سوپرااکلوژن (overeruption) بودن ثنایا^{۲،۹}، یا اینفرااکلوژن (undereruption) بودن مولرها،^{۲،۵،۹،۱۰} یا ترکیبی این دو را نشان می دهند. سایر عوامل دیگری که می توانند این وضعیت را تحت تاثیر قرار دهند، شامل تغییرات در مورفولوژی دندانها، از دست دادن زودهنگام دندانهای دائمی که منجر به کلاپس لینگوالی دندانهای قدامی ماگزایلا یا مندیبل می شود، عرض مزبودیستالی دندانهای قدامی، و عمیق شدن طبیعی bite با افزایش سن، هستند.

دیپ بایت هایی به طور اولیه توسط فاکتورهای محیطی ایجاد شده اند، می توانند تحت عنوان "دیپ بایت های اکتسابی" نیز طبقه بندی شوند. امروزه کاملاً مشخص شده است که یک تعادل دینامیک نیروها، در بین ساختارهای اطراف دندانها، مثل زبان، عضلات بوکسیناتور و orbicularis oris و نیروهای اکلوژال وجود دارد که در تکامل متعادل اکلوژن و حفظ آن کمک می کند. هر وضعیت محیطی که این تعادل دینامیک را به هم بزند، می تواند منجر به ایجاد یک مال اکلوژن شود. برخی از مثال ها در زیر آورده شده اند:

۱. یک lateral tongue thrust یا posture غیر طبیعی زبان که باعث اینفرااکلوژن شدن دندانهای خلفی می گردد.
۲. ساییده شدن سطوح اکلوژال یا abrasion دندانها.
۳. Tipping قدامی دندانهای خلفی به درون فضای extraction.
۴. عادت مکیدن انگشتی که به مدت طولانی تداوم یافته باشد.

به همین جهت اتیولوژی دیپ بایت باید به صورت جزئی در نظر گرفته شود تا بتوان یک تشخیص و طرح درمان جامع برای هر بیمار تشکیل داد و نتایج زیبایی، دندانی و فکی مطلوبی را به دست آورد.

تشخیص

می توان یک اوربایت عمیق را با استفاده از اکستروژن دندانهای خلفی، یا مهار رویش و یا اینترروژن حقیقی دندانهای قدامی، و یا ترکیبی از این دو تصحیح نمود (تصویر ۴-۸). انتخاب درمان تا حدی بر اساس اتیولوژی دیپ بایت، میزان رشدی مورد انتظار، ابعاد عمودی، رابطه ی دندانها با ساختارهای بافت نرم متصل، و موقعیت مطلوب پلان اکلوژال صورت می گیرد.

