أسباب قلع الأسنان المؤقتة والدائمة عند عينة من الأطفال السوريين بعمر 3–12 سنة

فهميه نوايا*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يعد تحيد العوامل المسببة لقلع الأسنان مهماً للدول عند وضع خططها الصحية من أجل اتخاذ التدابير اللازمة. هَدَفَتِ الدراسة الحالية إلى تعرّف الأسباب الشائعة لقلع الأسنان المؤقتة والدائمة، ونوع السن المقلوع الأكثر شيوعاً بين أطفال سوريين بعمر 3-12 سنة.

مواد البحث وطرائقه: فُحِصَ 583 طفلاً من المراجعين لقسم القبول في كلية طب الأسنان في الجامعة السورية الخاصة خلال العام الدراس2017-2018 ، ممن راوحت أعمارهم بين 3-12 سنة. ومن هؤلاء المرضى شَمَلَ 168 طفلاً ممن يستطب لديهم القلع. استبعد الأطفال الذين لديهم أمراض عامة، أو آفات ورمية، وكذلك المراجعون دون اصطحاب أحد الوالدين. نظراً إلى طول المدى الزمني لأعمار المرضى قُسِموا إلى ثلاث فئات عمرية كالآتي: 3-5.99، 6-8.99، 9-12 سنة. سجلت المعلومات اللازمة كلّها، وحللت (العمر، والجنس، والتاريخ الطبي، ونوع السن المقلوع، وسبب القلع وتاريخه).

النتائج: خلال مدةالدراسة قلعت 208 سناً من 168 طفلاً لأسباب مختلفة. كانت لدى معظم المرضى سناً واحدة مقلوعة. وكانت النسبة العليا للقلع في المجموعة العمرية 6-8.99 سنة، والمجموعة العمرية 9-12سنة. كانت الرحى الأولى المؤقتة أكثر الأسنان المؤقتة قلعاً، في حين كانت الرحى الأولى الدائمة السن الأكثر قلعاً بالمقارنة بالأسنان الدائمة الأخرى. كانت المشاكلات حول الذروية السبب الرئيسي للقلع (47.95% في الأسنان المؤقتة و56.76% في الأسنان الدائمة).

الاستنتاجات: تعدُّ الرحى الأولى أكثر سن قلعاً بين الأسنان المؤقتة والدائمة، كما تعدُّ المشاكلات حول الذروية السبب الرئيسي لقلع الأسنان المؤقتة والدائمة عند الأطفال السوريين. تدعو النتائج الحالية إلى إجراء برامج توعية سنية شاملة للتغلب على مشكلة قلع الأسنان.

الكلمات المفتاحية: قلع الأسنان، الرحى الأولى، الأسنان المؤقتة، الأسنان الدائمة، الأطفال السوريين.

* قسم طب أسنان الأطفال– كلية طب الأسنان–الجامعة السورية الخاصة – ريف دمشق.

Reasons of Primary and Permanent Teeth Extraction in a Sample of Syrian Children Aged 3–12 Years

Fehmieh Nawaya*

Abstract

Background and aim of the study: Determination of factors causing teeth extraction is critical for countries to take the necessary precautions while establishing their health policies. The current study aimed at identifying common causes of primary and permanent teeth extraction and the most frequent tooth type extracted among Syrian children aged 3–12 Years.

Materials and methods: 583 children attending the admissions department at Collage of Dentistry, Syrian Private University during the 2018-2017 academic year were examined. Their ages ranged from 3 to 12 years. Out of whom, 168 children were recruited for this study when extraction was indicated. Any child who was medically compromised, having neoplastic lesions, or came without their parents were excluded. Considering the long range of patients' ages, they were divided into three age categories as follows: 3-5.99, 6-8.99, 9-12 years. All needed information (age, sex, medical history, type of tooth extracted, and cause and date for extraction) was recorded and analyzed.

Results: During the study period, 208 teeth were extracted from 168 children for different causes. Most patients had one tooth extracted. The highest percentage of extraction was for the age category of 6-8.99 years and the age category of 9-12 years old. The first primary molar registered the higher value as an extracted primary tooth type, while the first permanent molar revealed the higher value in comparison with other permanent teeth to be extracted. Periapical problems were the main reason for tooth extraction (47.95% for primary teeth and 56.76% for permanent teeth).

Conclusions: The first molar was the most commonly extracted tooth in both primary and permanent teeth, and periapical problems were the major cause for primary and permanent tooth extraction in Syrian children. These findings would call attention to comprehensive dental educational programs to overcome this problem.

Keywords: teeth extraction, first molars, primary teeth, permanent teeth, Syrian children.

* Assistant Professor, Department of Pedodontics, Faculty of Dentistry, Syrian Private University, Damascus Countryside.

المقدمة:

يوصف الإنسان بثنائي التسنين "Diphodonts" لامتلاكه مجموعتين متتاليتين من الأسنان، هما الأسنان المؤقتة "Primary teeth"، والأسنان الدائمة "Permanent teeth".[1] تعدُّ المحافظة على كل من الأسنان المؤقتة والدائمة عند الأطفال ذات أهمية كبيرة، لأنَّ الأسنان مهمة لتحريض تطور الأقواس السنية، والحفاظ على العلاقة الإطباقية الطبيعية، والإسهام في تطور الكلام.[2] يسبّب الفقد المبكر للأسنان المؤقتة تأخر بزوغ، أو انحراف، أو ميلان، أو توضع سيئاً للأسنان الدائمة، ممَّا ينتج عنه سوء إطباق، وقد يؤثر هذا الفقد في الناحية التجميلية والمضغ والكلام. كما قد يسبّب الفقد المتعدد للأسنان عند الأطفال اضطرابات نفسية،[3] إذْ إنَّ القلق السني قد يحدث عند بعض الأطفال بعد القلع الدوري.[4] وما إن تنشأ هذه المضاعفات حتى يكون من الصعب والمكلف علاجها.[5,6]

يوجد العديد من الأسباب التي تؤدي إلى قلع الأسنان. أكثر هذه الأسباب شيوعاً هو القلع بسبب المشاكلات حول الذروية "Periapical problems" إذْ تصاب السن بالنخر لدرجة كبيرة، وعندها تكون المعالجة اللبية غير مجدية. حينئذٍ يكون القلع ضرورياً.[7] يُتخَذ قرار قلع الأسنان في التدابير التقويمية لأنَّ المعالجة التقويمية في الإطباق المختلط تهدف بشكل رئيسي إلى تصحيح شذوذات القوس السنية، واضطرابات العلاقة السنية الهيكلية، وإزالة التداخلات الوظيفية. ممَّا يجعل القلع وسيلة وقائية "Preventive mean" تسعى لإزالة العوامل التي قد تؤدي إلى سوء الإطباق، أو وسيلة اعتراضية "Interceptive mean" تتضمن الإجراءات التصحيحية التي قد تكون ضرورية لمنع حدوث شذوذات محتملة تتفاوت من البروز إلى سوء إطباق شديد.[8] تعدّ الأذيّات الرضية "Traumatic injuries" واحدة من الأسباب الشائعة لقلع الأسنان. تحدث هذه الأذيات عادةً للأطفال الصغار مباشرةً بعد بزوغ الأسنان.[9] وفي عمر خمس سنوات يكون 31-40% من الذكور و16-30% من الإناث قد تعرضوا للرضوض السنية. إن مثل تلك الأذيات في الإطباق المؤقت سوف تؤثر في التطور الطبيعي للإطباق الدائم.[10] يطلق مصطلح الأسنان المؤقتة ذات البقاء المديد "Retained primary teeth" على الأسنان التي لاتسقط في وقت التبديل الطبيعي، ويكون امتصاص جذورها ضئيلاً بعد 6 أشهر من التبديل الطبيعي للأسنان المشابهة عند المريض نفسه. يترافق وجود الأسنان المؤقتة ذات البقاء المديد عادةً مع وجود الأسنان المضاعفة المؤقتة، وغياب الأسنان الدائمة الخلف. يلاحظ البقاء المديد للأسنان المؤقتة بشكل تالٍ لرض أو إنتان شديد. يستطب القلع لهذه الأسنان للسماح للأسنان الدائمة بالبزوغ في حال وجودها.[11] يختلف وقت تبديل الأسنان المؤقتة "Exfoliation time" كثيراً عند الأطفال، ويُستطَب في وقت التبديل الطبيعي قلع الأسنان التي تسبب إزعاج للطفل نظراً إلى لتداخل مع الدور الوظيفي للأسنان المجاورة والمقابلة.[12] هناك أسباب أخرى لقلع الأسنان كأمراض الأنسجة حول السنية "Periodontal diseases"، والأسنان الزائدة "Supernumerary teeth"، والأسنان الولادية والوليدية "Natal and neonatal teeth".[13] يعدُّ فهم الأسباب الكامنة وراء قلع الأسنان والعوامل المرتبطة بها مهماً لإيجاد الآليات الهادفة لإنقاص فقد الأسنان.[14,15]

أجريت دراسات عدّة لتحديد أسباب قلع الأسنان في البلدان المختلفة، وكانت نتائج هذه الدراسات متضاربة. أشار

معظمها إلى أنَّ النخر وعقابيله كان السبب الرئيس لقلع الأسنان،[14–16] في حين أظهرت دراسات أخرى تحوّل سبب القلع من النخر إلى أمراض الأنسجة حول السنية في الأعمار الأكبر من 40 سنة.[14,17]

لاتوجد إلا دراسة واحدة تحرت أسباب قلع الأسنان في سورية. أجريت هذه الدراسة عام 2000 ولم تدرس إلَّا أسباب قلع الأسنان الدائمة لمرضى راوحت أعمارهم من 10 إلى 90 سنة. وجد الباحثان فيها أنَّ النخر كان السبب الرئيس لقلع الأسنان بنسبة 67.7 %.[18] هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد الأسباب الأكثر شيوعاً لقلع الأسنان المؤقتة والدائمة بين الأطفال المراجعين لكلية طب الأسنان في الجامعة السورية الخاصة ممن راوحت أعمارهم بين-12 3 سنة، ومعرفة النوع الأكثر شيوعاً للسن المقلوعة في الأسنان المؤقتة والدائمة.

مواد البحث وطرائقه:

اِنْتُقِيَتْ عينة البحث من الأطفال المراجعين لقسم القبول في كلية طب الأسنان في الجامعة السورية الخاصة خلال العام الدراسي 2017-2018 التي راوحت أعمارهم بين 3-12 سنة. أُجْرِيَ الفحص الفموي لكل مريض على الكرسي السني باستخدام أدوات التشخيص وتحت الضوء المباشر. وعندما كان القلع مستطباً سجلت المعلومات الخاصة بالبحث على بطاقة مصممة خصِّيصى لهذا الهدف التي احتوت على المعلومات المتعلقة بالمريض (العمر، والجنس، والتاريخ الطبي)، ونوع السن المقلوعة، وسبب القلع وتاريخه. فُحِصَ 583 طفلاً من المراجعين لقسم القبول في كلية طب الأسنان بشكل متسلسل، واختير 168 طفلاً للدراسة الحالية. استبعد الأطفال الذين لديهم أمراض عامة، أو أذيات وجهية فكية، أو آفات ورمية. وكذلك استُبعِد الأطفال المراجعون دون اصطحاب أحد الوالدين. قبل شمل الطفل في الدراسة الحالية شُرِحَتْ أهداف الدراسة للأهل مباشرة، وتم الحصول على الموافقة بمعرفة.

سجلت أسباب قلع الأسنان حسب التفاصيل المطورة من قبل Cahen ، وزملائه[19] و Kay and Blinkhorn [20]، وهي كالآتي:

1- المشاكلات حول الذروية: تشمل الآفات النخرية العميقة، والبنى السنية المتهدمة جداً وغير القابلة للترميم، والخراجات حول الذروية، والنواسير النازّة، والحركة المرضية.

2- الحاجات التقويمية: إذا كان هناك حاجة لقلع السن لمنع سوء الإرتصاف،.أو تصحيحه

3- الرضوض: إذا راجع المريض مع قصة رض لأحد الأسنان، وكان من الواجب معالجة هذا السن المرضوضة بالقلع.

4- البقاء المديد للسن المؤقت: عندما يكون السن المؤقتة دون أي حركة، وبالفحص الشعاعي لايوجد أي مظهر لامتصاص جذري طبيعي للسن المؤقتة، وقد تشكل ثلاثة أرباع جذر السن الدائمة الخلف.

5- التبديل الطبيعي: إذا كان هناك حركة في السن المؤقتة مترافقة مع ألم و/أو شعور بعدم الراحة شرط أن يكون المريض بالعمر المناسب للتبديل.

6- إخفاق المعالجة اللبية: إذا كانت الأسنان المؤقتة معالجة لبياً (بتر لب، أو استئصال لب كامل) والأسنان الدائمة، كذلك (معالجة الأقنية الجذرية) مترافقة مع ناسور أو خراج حول ذروي.

7- الأسنان الزائدة، أو الأسنان المنطمرة، أو الأسنان الولادية، أو الأسنان الوليدية.

8- أسباب أخرى: تشمل الحركة بسبب الآفات حول السنية، طلب المريض أو الأهل.

الدراسة الإحصائية:

بعد إدخال البيانات جميعها إلى برنامج (Excel, Excel Office 365, Microsoft, Redmond, WA, USA) أُحْصِيَ عدد المرضى المعالجين بالقلع ذكوراً وإناثاً، وأحصيت الأسنان المقلوعة حسب الجنس والعمر والنوع وسبب القلع، ثم حُسبَت النسب المئوية لها. حللت البيانات باستخدام برنامج SPSS النسخة 20 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) إذْ أجري اختبار كاي مربع لفحص الفروق في توزع الأسنان المقلوعة حسب العمر والجنس. عُدّت الفروق بين المتغيرات جوهرية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة أقل من 0.05.

النتائج:

بعد فحص 583 طفلاً من المراجعين لكلية طب الأسنان تبيَّنَ أنَّ 168 طفلاً يستطب لديهم القلع فتم شملهم في الدراسة الحالية، انظر الجدول رقم 1. وكان لدى معظمهم استطباب لقلع سن واحدة.

الجدول(1): توزع المرضى حسب الجنس والعمر (سنة).

الجنس / العمر	الذكور		الإناث		العينة الكلية	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
5.99-3	4	2.38	3	1.79	7	4.17
8.99-6	48	28.57	44	26.19	92	54.76
12-9	36	21.43	33	19.64	69	41.07
العدد الإجمالي	88	52.38	80	47.62	168	100.0

يبيّن الجدول (2) توزع الأسنان المقلوعة حسب الجنس والعمر، ويلاحظ أن النسبة العليا للقلع كانت في الفئة العمرية 6-8.99 سنة والفئة العمرية 9-12سنة . يوجد فرق جوهري في توزع الأسنان المقلوعة حسب الفئة العمرية إذْ كانت قيمة كاي مربع 76.423 عند مستوى الدلالة 0.000. ولا يوجد فرق في توزع الأسنان المقلوعة بين الذكور والإناث إذْ كانت قيمة كاي مربع 2.327 عند مستوى الدلالة 0.127. كما لايوجد فرق جوهري في عدد الأسنان المقلوعة عند كل من الجنسين في الفئات العمرية المختلفة إذْ كانت قيمة كاي مربع 0.203 عند مستوى الدلالة 0.904.

الجدول(2): توزع الأسنان المقلوعة حسب الجنس والعمر (سنة)

العمر / الجنس	5.99-3		8.99-6		12-9		12-3	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
الذكور	6	60	55	53.92	54	56.25	115	55.29
الإناث	4	40	47	46.08	42	43.75	93	44.71
العينة الكلية	10	100	102	100	96	100	208	100

يبين الجدول (3) أنَّ معظم الأسنان المؤقتة المقلوعة هي أسنان خلفية، إذْ بلغت نسبة الأرحاء الأولى المؤقتة المقلوعة 43.28% ، ونسبة الأرحاء الثانية المؤقتة المقلوعة 25.73%. كما يبيّن الجدول (4) أنَّ قلع الأرحاء الأولى الدائمة كان أكثر شيوعاً من قلع باقي الأسنان الدائمة وبنسبة 62.16%.

الجدول (3): توزع الأسنان المؤقتة المقلوعة حسب النوع والعمر (سنة)

العمر / النوع	5.99-3		8.99-6		12-9		12-3	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
ثنية	6	60	17	18.68	1	1.43	24	14.03
رباعية	3	30	7	7.69	3	4.29	13	7.60
ناب	0	0	9	9.89	7	10	16	9.36
رحى أولى	1	10	40	43.96	33	47.14	74	43.28
رحى ثانية	0	0	18	19.78	26	37.14	44	25.73
الإجمالي	10	100	91	100	70	100	171	100

الجدول (4): توزع الأسنان الدائمة المقلوعة حسب النوع والعمر (سنة)

العمر / النوع	5.99-3		8.99-6		12-9		12-3	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
ثنية	0	0	1	9.09	1	3.85	2	5.41
رباعية	0	0	1	9.09	1	3.85	2	5.41
ناب	0	0	0	0	0	0	0	0
ضاحك أول	0	0	1	9.09	7	26.92	8	21.61
ضاحك ثانٍ	0	0	0	0	2	7.69	2	5.41
رحى أولى	0	0	8	72.73	15	57.69	23	62.16
رحى ثانية	0	0	0	0	0	0	0	0
الإجمالي	0	0	11	100	26	100	37	100

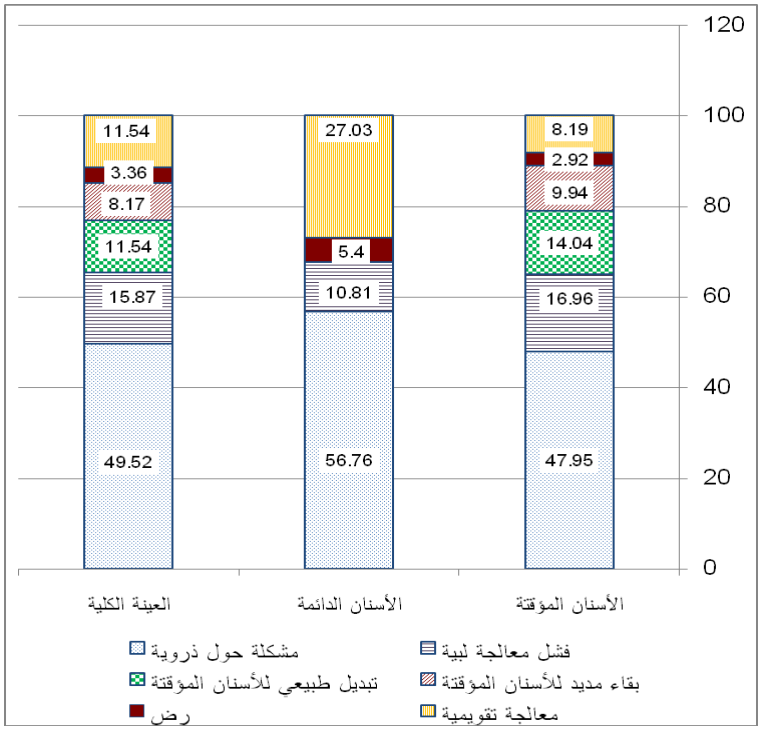
كانت المشاكلات حول الذروية أكثر أسباب قلع الأسنان شيوعاً سواءً كانت الأسنان مؤقتة أو دائمة، إذْ بلغت نسبة الأسنان المقلوعة بسبب المشاكلات حول الذروية 47.95% في الأسنان المؤقتة، و56.76% في الأسنان الدائمة، و49.52% في العينة الكلية، انظر الجدولين (5،6) والشكل(1).

الجدول (5): توزع الأسنان المؤقتة المقلوعة حسب النوع والسبب.

النوع / السبب	ثنية		رباعية		ناب		رحى أولى		رحى ثانية		العينة الكلية	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
مشكلة حول ذروية	17	70.83	9	69.23	3	18.75	34	45.94	19	43.18	82	47.95
إخفاق معالجة لبية	0	0	0	0	0	0	19	25.67	10	22.73	29	16.96
تبديل طبيعي	2	8.33	0	0	2	12.50	12	16.22	8	18.18	24	14.04
بقاء مديد	1	4.17	3	23.08	2	12.50	4	5.41	7	15.91	17	9.94
رض	4	16.67	1	7.69	0	0	0	0	0	0	5	2.92
معالجة تقويمية	0	0	0	0	9	56.25	5	6.76	0	0	14	8.19
العدد الإجمالي	24	100	13	100	16	100	74	100	44	100	171	100

الجدول (6): توزع الأسنان الدائمة المقلوعة حسب النوع والسبب

النوع / السبب	ثنية		رباعية		ناب		ضاحك أول		ضاحك ثاني		رحى أولى		رحى ثانية		العينة الكلية	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
مشكلة حول ذروية	0	0	1	50	0	0	1	12.5	0	0	19	82.61	0	0	21	56.76
إخفاق معالجة لبية	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	17.39	0	0	4	10.81
رض	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.40
معالجة تقويمية	0	0	1	50	0	0	7	87.5	2	100	0	0	0	0	10	27.03
العدد الإجمالي	2	100	2	100	0	0	8	100	2	100	23	100	0	0	37	100



الشكل (1): توزع الأسنان المؤقتة والدائمة المقلوعة حسب السبب والنوع.

المناقشة:

يساعد تحديد أسباب قلع الأسنان ونسبها في الحالات المختلفة في تأمين المعلومات اللازمة حول انتشار أمراض الأسنان، وتوافر علاجها، والتدابير التي يمكن اتخاذها لمنع فقدانها.[21–23] ومع أن قلع أسنان الأطفال يعدّ تداخلاً شائعاً في عيادات الأسنان في البلدان النامية،[24] فإن المعلومات المتوافرة عن أسباب فقدان الأسنان المؤقتة محدودة.[21] فضلاً عن ذلك، فإنَّ الدراسات التي ركزت على الأطفال في سن المدرسة الابتدائية محدودة أيضاً مع أنَّ المدارس أماكن مناسبة لتوفير التثقيف الصحي الفموي والخدمات الوقائية الفعالة.[25] تختلف أسباب قلع الأسنان وأنواع الأسنان المقلوعة عند الأطفال اختلافاً كبيراً بين البلدان المختلفة. لاتوجد أي دراسة عن أسباب قلع الأسنان المؤقتة عند الأطفال في سورية، ولا توجد إلا دراسة واحدة عن أسباب قلع الأسنان الدائمة عند سوريين راوحت أعمارهم بين 90- 10 سنة،[18] لذا هدف البحث الحالي إلى تحديد الأسباب الشائعة لقلع الأسنان، ونوع السن المقلوعة الأكثر شيوعاً عند الأطفال السوريين بعمر 3-12 سنة.

لوحظ في الدراسة الحالية أنَّ عدد الأطفال الذين يراجعون من أجل الرعاية السنية والوقاية أكثر من عدد الأطفال الذين يراجعون من أجل القلع، وبذلك تتفق الدراسة الحالية مع دراسة Boley عام 2002.[26]

لوحظ في الدراسة الحالية أنَّ نسبة المرضى الذين لديهم قلع سن واحدة كانت العليا، ولعل ذلك يعود إلى الجهود التي تقوم بها المراكز الصحية في مدينة دمشق بمنع الأمراض السنية والتزويد بالمعالجة الضرورية للمحافظة على الإطباق

طبيعياً. تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة Al-Assadi [27]، وتختلف عن نتائج Alsheneifi وزملائه[22] الذين وجدوا أنَّ 53% من المرضى المعالجين بالقلع فقدوا أكثر من سن واحدة. ولعل اختلاف النتائج يعود إلى اختلاف البلد بين الدراستين.

إن النسبة العليا للقلع كانت للفئة العمرية 6-8.99 سنة والفئة العمرية 9-12سنة، وقد يعود ذلك لتعاون الأطفال الأعلى في هذه المراحل العمرية فضلاً عن تبديل الأسنان المؤقتة الذي يحدث بين 6-12 سنة، وأنَّ العمر المثالي للقلع الدوري هو 8-10 سنوات. تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات.[14,16,27]

لم تكن هناك فروق جوهرية في عدد الأسنان المقلوعة عند كل من الجنسين في مختلف الفئات العمرية. وهذا يتوافق مع عدد من الدراسات السابقة [6,15,21,22,27] ويختلف مع دراسات أخرى التي سجلت قلوعاً أكثر عند الإناث.[24,28]

إنَّ الأسنان الخلفية المؤقتة هي أكثر الأسنان المؤقتة تعرضاً للقلع ولعل ذلك يعود إلى أنَّ المدة الزمنية الممتدة بين بزوغها وتبديلها أطول نسبياً بالمقارنة بباقي الأسنان. تتفق هذه النتيجة مع نتائج كلٍ من Al-Assadi[27] و Alsheneifi and Hughes[22]. وكانت الرحى الأولى السن الأكثر قلعاً بين الأسنان الدائمة تلاها الضاحك الأول، ثم الضاحك الثاني، والثنية والرباعية بالدرجة نفسها. ولعلَّ ذلك يعود إلى أنَّ الرحى الأولى أبكر الأسنان الدائمة بزوغاً فضلاً عن شكلها التشريحي الذي يسهل تراكم اللويحة مما يؤدي إلى تطور النخور. تتفق هذه النتيجة مع نتائج عدة دراسات [14,15,27,29] عدّة وجدت أنَّ الرحى الأولى السفلية كانت السن الأكثر قلعاً من باقي الأسنان الدائمة. وتختلف هذه النتيجة عن نتائج دراسات أخرى[16,30]، وجدت أنَّ الضواحك كانت أكثر الأسنان قلعاً. ولعل الاختلاف يعود إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة والظروف الأمنية السيئة التي عانى منها الناس خلال الأزمة السورية فضلاً عن الفهم المغلوط به الشائع بين الأهل الذين افترضوا أنَّ الأرحاء الدائمة لدى أطفالهم هي أسنان مؤقتة سوف تستبدل لاحقاً، ولا داعي لعلاجها حتى لو كانت منخورة بشدة.

في الدراسة الحالية كانت المشاكلات حول الذروية السبب الرئيس المؤدي إلى قلع الأسنان سواءً كانت المؤقتة أو الدائمة، ولعل ذلك يعود إلى الآفات النخرية العميقة غير المعالجة التي تؤدي إلى كسر البنى السنية أو تهدمها وفي كلتا الحالتين تكون النتيجة جذراً متبقياً و/أو مشاكلات حول ذروية بسبب إصابة الأنسجة اللبية. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسات[6,14,16,18,22,27,29,31] عدّة وجدت أنَّ النخور السنية وعقابيلها كانت السبب الرئيس لقلع الأسنان المؤقتة. وتختلف عن نتائج دراسة Mohammed[16] الذي وجد أنَّ قلع الأسنان الدائمة عند الأطفال كان بشكل رئيسي لأسباب تقويمية. ولعل الاختلاف يعود إلى قلة عدد الاختصاصين المشمولين في مجال العناية السنية للأطفال في سورية، وتدني مستوى الثقافة الصحية السنية للأهل والمرضى.

الاستنتاجات:

تشكل الأرحاء الأولى سواء المؤقتة أو الدائمة الأسنان الأكثر قلعاً، وتعدَّ المشاكلات حول الذروية السبب الأكثر شيوعاً لقلع الأسنان المؤقتة والدائمة عند الأطفال السوريين. ينبغي رفع مستوى المعرفة والثقافة السنية عند الأهل والأطفال عن طريق إجراء برامج توعية تناقش أهمية المحافظة على كل من الأسنان المؤقتة والدائمة عند الأطفال. كما يجب التعريف بتوقيت بزوغ الأرحاء الأولى الدائمة ومكانها على القوس السنية، وطرائق الوقاية من النخور السنية لمنع فقد الأسنان المبكر.

References

1. Hulland S, Lucas J, Wake M, Hesketh K. Eruption of the primary dentition in human infants: a prospective descriptive study. Pediatr Dent. 2000;22(5):415-421.
2. Chen M. Oral health status and its inequality among education groups: comparing seven international study sites. J Int Health Serv. 2002;32(1):139-161.
3. Klingberg G, Berggren U, Noren J. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. Community Dent Health 1994;11(4):208-214.
4. Otuyemi O. Pattern of tooth loss among pediatric patients in Ile-Ife. Niger Med J. 1997;32(1):10-13.
5. Adekoya-Sofowora C. Traumatized anterior teeth in children: a review of the literature. Niger J Med. 2001;10(4):151-157.
6. Esan T, Olusile A, Oziegbe E, Udoye C, Olasoji H. Pattern of tooth loss in Nigerian children: a national survey. Pediatr Dent J. 2009;19(2):165-173.
7. Johnsen D, Tinanoff N. Text book of pediatrics. 16th ed. W.B. Saunders. 2000; P:1108–1118.
8. Chestnutt I, Binnie V, Taylor M. Reasons for tooth extraction in Scotland. J Dent. 2000;28(4):295-297.
9. Kargul B, Çağlar E, Tanboga I. Dental trauma in Turkish children, Istanbul. J Dent Traumatol. 2003;19(2):72-75.
10. Lalloo R. Risk factors for major injuries to the face and teeth. J Dent Traumatol. 2003;19(1):12-14.
11. Bjerklin K, Bennett J. The long-term survival of lower second primary molars in subjects with agenesis of the premolars. Eur J Orthod. 2000;22(3):245-255.
12. Fuks A. Current concepts in vital primary pulp therapy. Eur J Pediatr Dent. 2002;3(3):115-120.
13. Folayan M, Otuyemi O, Esan T, Adeleke A, Adedigba M. Pattern of dental extraction in children in a Nigerian tertiary hospital. J Contemp Dent Pract. 2005;6(2):80-90.
14. Al-Shammari K, Al-Ansari J, Al-Melh M, Al-Khabbaz A. Reasons for tooth extraction in Kuwait. Med Princ Pract. 2006;15(6):417-422.
15. Nsour H, Masarweh N. Reasons for extraction of primary teeth in Jordan-a study. Pakistan Oral Dent J. 2013;33(2):336-339.
16. Mohammed A. Causes of primary and permanent teeth extraction in children aged 3–12 years in Mosul city. Al-Rafidain Dent J. 2008;8(2):238-245.
17. Tagliaferro E, Meneghim M, Ambrosano G, Pereira A, Sales Peres S, Sales Peres A et al. Distribution and prevalence of dental caries in Bauru, Brazil, 1976–2006. Int Dent J. 2008;58(2):75-80.
18. أسامة إبراهيم، سهام السايس. أسباب قلع الأسنان في مدينة دمشق. مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية- 2000- المجلد السادس عشر- العدد الأول: 137-156.
19. Cahen P, Frank R, Turlot J. A survey of the reasons for dental extractions in France. J Dent Res. 1985;64(8):1087-1093.
20. Kay E, Blinkhorn A. The reasons underlying the extraction of teeth in Scotland. British dent J. 1986;160(8):287.
21. Bani M, Akal N, Bodur H, Odabaş M, Tüzüner T, Delilbaşı A et al. The reasons for extractions of primary teeth in Turkish children. Eur J Paediatr Dent. 2015;16(3):187-190.
22. Alsheneifi T, Hughes C. Reasons for dental extractions in children. Pediatr Dent. 2001;23(2):109-112.

23. Sahibzada H. Pattern and causes of tooth extraction in patients reporting to a teaching dental hospital. J Islamabad Med Dent College 2016;5(4):172-176.
24. Chukwumah N, Azodo C, Orikpete E. Analysis of tooth mortality among Nigerian children in a tertiary hospital setting. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(3):345-349.
25. Gauba A, Bal I, Jain A, Mittal H. School based oral health promotional intervention: effect on knowledge, practices and clinical oral health related parameters. Contemp Clin Dent. 2013;4(4):493-499.
26. Boley J. Serial extraction revisited: 30 years in retrospect. Am J Orthod Dentofacial Orthoped. 2002;121(6):575-577.
27. Al-Assadi A. Patterns and causes of teeth extraction among children attending Baghdad dental teaching hospital. Int J Med Res Health Sci. 2018;7(5):88-95.
28. Anyanechi C, Chukwuneke F. Survey of the reasons for dental extraction in eastern Nigeria. Ann Med Health Sci Res. 2012;2(2):129-133.
29. Saheeb B, Sede M. Reasons and pattern of tooth mortality in a Nigerian Urban teaching hospital. Ann Afr Med. 2013;12(2):110.
30. Hamagharib D, abdasada A, Saeed H, Khursheed D, Noori A, Talabani R. Pattern of tooth extraction in relation to age and sex in patients attended School of Dentistry University of Sulaimani. IOSR-JDMS 2015;14(9):101-104.
31. Mehdi H, Lakhani M, Hasan U, Muhammad S, Griffin M, Faizan S et al. Pattern of early loss of deciduous molars: a cross sectional study. Pakistan Oral Dent J. 2013;33(3):502-504.