

بخش ۱

مبانی دندانپزشکی کودکان

- | | |
|--|--|
| فصل ۱: اهمیت دندان پزشکی کودکان | فصل ۷: ارزیابی و مدیریت درد در بیماران کودک |
| فصل ۲: تشخیص افتراقی ضایعات دهانی و ناهنجاری‌های تکاملی | فصل ۸: کنترل واکنش درد: آرام‌بخشی |
| فصل ۳: ناهنجاری‌های تکاملی دندان‌ها | فصل ۹: مواد ضد میکروبی در دندان پزشکی کودکان |
| فصل ۴: مراقبت‌های دهانی و دندان‌های بیماری‌های موضعی و سیستمیک | فصل ۱۰: اورژانس‌های پزشکی |
| فصل ۵: شکاف کام و لب | فصل ۱۱: مسائل دندان پزشکی اجتماعی در کودکان |
| فصل ۶: اصول بنیادی فیزیولوژی و آناتومی کودکان | فصل ۱۲: پوسیدگی دندان‌ها |

بچه‌ها کوچک شده بزرگسالان نیستند. کودکان نیازهای منحصر به فردی بر اساس نژاد، مرحله تکامل، ترکیب خانوادگی، تاریخچه پزشکی، سرشت و سلامت روانی دارند؛ بنابراین، بخش اول با ۱۲ فصل، اطلاعات و موضوعات مربوط به کودکان همه سنین را ارائه می‌دهد. متأسفانه، کودکان همچنان در برابر بیماری‌های دهان و دندان آسیب‌پذیر هستند و کودکان خانواده‌های فقیر و اقلیت بیشتر در معرض خطر هستند. بخش اول درک شما را از کودکان افزایش می‌دهد و زمینه را برای ۴ بخش باقی‌مانده مرتبط با سن آماده می‌کند.

اهمیت دندانپزشکی کودکان

PAUL S. CASAMASSIMO AND JANICE A. TOWNSEND

از دندانپزشکی کودکان شروع به ظهور کرد.^(۱،۲) پوشش این اپیدمی ادامه‌دار یک ماتریکس اجتماعی در حال تغییر بود که مراقبت‌های سنتی هدایت‌شده توسط پزشک را به یک موزاییک پیچیده‌تر تبدیل کرد که همچنان مدیریت پوسیدگی دندان‌ها را در مجموعه‌ای از انتظارات و شرایط پیچیده‌تر به عهده دارد.^(۳) والدین، جامعه، رسانه، سایر متخصصان و مجموعه‌ای از متغیرهای علمی و محیطی برای به چالش کشیدن رویکردهای سنتی در مأموریت سه‌جانبه دندانپزشکی کودکان ظهور کرده‌اند.^(۴) در جدول ۱-۲، ما تلاش کرده‌ایم تا این تغییرات را با استفاده از مدل چندبعدی Fisher-Owens و همکاران نشان بدهیم.^(۵) در ادامه این فصل توضیح داده می‌شود که چگونه این متغیرهای جدید بر ارائه مراقبت به کودکان تأثیر می‌گذارند و با جزئیات بیشتر درمان‌های فعلی مورداستفاده در دندانپزشکی کودکان را بررسی می‌کنیم.

پیشگیری و تشخیص

برای دهه‌ها، اقدامات پیشگیرانه ما به‌صورت یک پیام چهارقسمتی شامل نوشیدن آب دارای فلوراید، مسواک زدن با خمیردندان دارای فلوراید، خوردن عاقلانه (که به معنای مصرف کم قند است) و مراجعه دو بار در سال به یک دندانپزشک ثابت باقی ماند. ما از یک پیام عمومی و همه‌جانبه پیشگیرانه به پیام دیگری که با ویژگی‌های فردی و خانوادگی کودک هماهنگ باشد رسیده‌ایم که بر اساس ارزیابی خطر پوسیدگی (CRA)، تشخیص بهتر پوسیدگی و انتخاب روزافزون عوامل پیشگیری‌کننده، از جمله وارنیش فلوراید و دی آمین فلوراید نقره (SDF) می‌باشد.^(۶) رادیوگرافی دیجیتال و دیگر ابزارهای تشخیصی الکترونیکی، ارزیابی بهتری از پیشرفت پوسیدگی ارائه می‌دهند و در مدیریت محافظه‌کارانه‌تر و فردی‌تر این بیماری به توانایی ما می‌افزاید.^(۷) فیشرسیلانته‌ها در برابر مرورهای منتقدانه مقاومت

رئوس مطالب

پیشگیری و تشخیص

هدایت رفتاری

گزینه‌های درمانی

تاکید بر بیماری‌های دندان‌ها و سیستمیک

اقدامات معاصر برای بیماری‌ها و مراقبت از کودکان

نسخه حاضر

تغییر در جهان اطراف ما ادامه دارد و از زمان آخرین نسخه این کتاب درسی تغییرات رسوم اجتماعی در این کشور و رویدادهای سراسر جهان، نشان داده است که کودکان، اکنون بیش از هر زمان دیگری در برابر بیماری‌های دهان و عوارض آن آسیب‌پذیر هستند. دندانپزشک بدون شک مسئولیت آموزش و حمایت از دوران کودکی عاری از درد و بیماری دندان‌ها برای همه کودکان را بدون در نظر گرفتن ملیت، قومیت یا زمینه اجتماعی - اقتصادی بر عهده دارد. خوشبختانه علم و تکنولوژی توانایی ما را برای مراقبت از این کودکان بهبود بخشیده است. این فصل تلاش می‌کند تا تغییرات مؤثر بر سلامت دهان کودکان را به یک تصویر روشن‌تر برای دندانپزشک عمومی و متخصص دندانپزشکی کودکان تبدیل کند و مفهوم گسترده‌تری از خانه دندانپزشکی برای خدمت‌رسانی بهتر به نفع کودکان ایجاد کند. جدول ۱-۱ یک جدول زمانی است که تحولات دندانپزشکی برای کودکان را نشان می‌دهد. مأموریت تاریخی دندانپزشکی کودکان سه زمینه دارد: توقف پیشرفت پوسیدگی‌های زودهنگام دوران کودکی (ECC) با ترمیم، درمان پالپ و خارج کردن دندان‌ها؛ پیشگیری از عود مجدد بیماری؛ و ایجاد یک برنامه مراقبت منظم برای اطمینان از سلامت دهان در بزرگسالی. در حقیقت، این مأموریت تفاوت چندانی با بزرگسالان ندارد. تا پیش از آغاز قرن گذشته، حرفه دندانپزشکی به ادامه اپیدمی ECC و تأثیر نابرابر آن بر جوامع اقلیت‌های فقیر و محروم پی برده و دیدگاه گسترده‌تری



بیشتر در مورد نحوه ارائه این خدمات شده است.^(۱۶،۱۷) داروهای مانند کلرال هیدرات، داروی قدیمی آرامبخشی کودکان، به‌طور گسترده با داروهای بی‌هوشی که تصور می‌شود ایمن‌تر و قابل‌برگشت باشند، جایگزین شده‌اند.^(۱۸) بی‌هوشی عمومی برای مراقبت‌های دندانپزشکی تا حدودی به دلیل اپیدمی ECC افزایش چشم‌گیری داشته است. با وجود این‌که گزینه دارویی بهترین انتخاب والدین است اما به علت هزینه، دسترسی به مکان‌های جراحی و تحقیقات روبه‌رشد در مورد اثرات احتمالی داروی بی‌هوشی بر روی تکامل اولیه مغز با چالش روبرو شده است.^(۱۹) همچنین انگیزه و محرک تغییرات در هدایت رفتاری، شناخت بیشتر از نقش درد، هم در مطب و هم هنگام جستجوی مراقبت، بر رفتارها می‌باشد.^(۲۰) ما اغلب با کودک بسیار کوچکی مواجه می‌شویم که روزها از درد ناشی از پوسیدگی دندان رنج برده است و این تصور ساده‌انگارانه که کنترل درد محدود به تجویز بی‌حسی موضعی است را به چالش می‌کشد.^(۲۱) تفسیر بالینی و علمی اضطراب، درد و هدایت رفتاری دارویی احتمالاً ادامه خواهد یافت. همچنان که داروهای بی‌حس‌کننده موضعی قوی تری، مانند آرتیکائین و تجویز بی‌حسی موضعی از طریق بینی افزوده شده و عوامل برگشت‌دهنده اثر بی‌حسی مانند فنتولامین سدیم مورد پذیرش قرار گرفته، ابزارهای ما نیز تغییر خواهد کرد.^(۲۲،۲۳) فصل‌های بعدی در این متن به رویکردهای قدیمی و جدید برای مدیریت درد، اضطراب و رفتار در مطب اشاره می‌کنند.

گزینه‌های درمانی

درمان ECC با علم مواد و درک بیولوژی حفره دهان و دندان‌ها به تغییر ادامه می‌دهد. امروزه، کلینیسین‌ها می‌توانند به درمان‌های پالپ با انتخاب‌های بیشتر و نتایج بهتر دسترسی داشته باشند. MTA و بیواکتیوگلاس درمان پالپ دندان‌های شیری و دائمی را متحول کرده‌اند.^(۲۴)

کرده‌اند؛ و به‌عنوان یک تکنیک پیشگیری از پوسیدگی که کاهش قابل توجهی در تجربه پوسیدگی مادام‌العمر بسیاری از آمریکایی‌ها ایجاد کرده، به پذیرش جهانی دست‌یافته است.^(۸) همچنین CRA به‌عنوان یک روش تشخیصی مفید در بالین که از مراقبت مبتنی بر فرد و بیمار - محور نیز حمایت می‌کند، مورد پذیرش جهانی قرار گرفته است. تحقیقات بیشتری برای دستیابی به حساسیت و ویژگی یک ابزار بالینی واقعاً مفید، مورد نیاز است. اگر CRA با مداخله زودهنگام همراه شود، وعده‌ی یک «نسل بدون پوسیدگی» در نهایت ممکن است محقق شود.^(۹)

هدایت رفتاری

همگام با پیشرفت علم دندانپزشکی، تغییراتی در نحوه تعامل کودکان و خانواده‌ها با حرفه دندانپزشکی در مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان به وجود آمده است. باورهای قدیمی درباره چگونگی مدیریت بهتر رفتار کودک در مطب و ارتباط با خانواده‌ها به دلیل تغییرات اجتماعی و دیدگاه‌های مرتبط با ارزش سلامت دهان، پذیرش توصیه‌ها و اعتماد به متخصصان سلامت و مشارکت والدین در ارائه مستقیم مراقبت، دوباره مورد ارزیابی قرار گرفته است. بدون شک، تغییرات نسلی که هم متخصصین و هم والدین را تحت تأثیر قرار داده است، تعامل با کودکان در مطب را چالش‌برانگیزتر کرده است.^(۱۰،۱۱)

به همین ترتیب، تمرکز ECC در جمعیت کودکان فقیر و اقلیت و ظهور زیرگروه‌های فرهنگی نیازمند مراقبت، رویکرد سلسله‌مراتبی برای رفتار کودک را پیچیده کرده است.^(۱۲،۱۳) کاربرد تکنیک‌های هدایت رفتاری پایه که توسط آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا (AAPD) حمایت می‌شود، در حال حاضر باید با درک عمیق‌تر ما از تجارب نامطلوب دوران کودکی (ACEs)^(۱) در زندگی افرادی که بیشترین درگیری را با پوسیدگی دندان دارند و حتی ساده‌تر، پوشش‌های فرهنگی که برای مثال، لمس و تعاملات دو جنس را در یک محیط بالینی محدود می‌کند، همراه باشد.^(۱۴) والدین می‌خواهند در طول درمان حضور داشته باشند و به دنبال متخصصینی خواهند بود که به خواسته آنها عمل کنند.^(۱۵)

کنترل رفتار دارویی همچنان به‌عنوان یک ملاحظه مهم در مراقبت‌های دندانپزشکی کودکان است، اما دچار تغییرات چشمگیری شده است. مرگ‌های حین آرامبخشی باعث ایجاد دستورالعمل‌های جدید، آموزش بهتر، نظارت بهتر بر بیمار و البته تحقیقات دقیق

1- ACEs = adverse childhood experiences

جدول ۱-۱: نقاط عطف دندانپزشکی کودکان در ایالات متحده

تعداد کمی از کودکان در مطب دندانپزشکی تحت درمان قرار می‌گیرند. در ۵۰ دانشکده دندانپزشکی در ایالات متحده در مورد مراقبت از "دندان‌های شیری" آموزش کمی داده شده یا اصلاً آموزش داده نشده است.	۱۹۰۰
اولین کتاب درسی جامع دندانپزشکی کودکان منتشر شد.	۱۹۲۴
گزارش Gies در مورد آموزش دندانپزشکی اشاره می‌کند که تنها در ۵ دانشکده از ۴۳ دانشکده دندانپزشکی در ایالات متحده تسهیلاتی ویژه درمان کودکان طراحی شده است.	۱۹۲۶
پس از تقریباً یک دهه ناکامی در سازمان‌دهی گروهی برای ترویج دندانپزشکی کودکان، انجمن آمریکایی ترویج دندانپزشکی کودکان در جلسه انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA) در Detroit تأسیس شد.	۱۹۲۷
گزارش کمیته کالج جامعه آمریکایی برای ترویج دندانپزشکی کودکان بیان می‌کند که در سال ۱۹۲۸، ۱۵ دانشکده دندانپزشکی هیچ‌گونه تجربه بالینی کار با کودکان ارائه نکردند و ۲۲ مدرسه هیچ اطلاعات آموزشی در این زمینه نداشتند.	۱۹۳۲
شش برنامه تحصیلات عمومی و هشت برنامه تحصیلات تخصصی در دندانپزشکی کودکان وجود دارد.	۱۹۳۵
انجمن آمریکایی ترویج دندانپزشکی کودکان نام خود را به انجمن آمریکایی دندانپزشکی برای کودکان تغییر داد.	۱۹۴۰
روز بهداشت دهان و دندان کودکان در Cleveland اوهایو و هفته بهداشت دهان و دندان کودکان در Akron اوهایو برگزار شد.	۱۹۴۱
تأثیر کاربرد موضعی فلوراید در جلوگیری از پوسیدگی توصیف شد. شورای آموزش دندانپزشکی توصیه می‌کند که همه دانشکده‌های دندانپزشکی، دندانپزشکی کودکان را به‌عنوان بخشی از برنامه درسی خود داشته باشند.	۱۹۴۲
اولین کارخانه فلوریداسیون مصنوعی آب در Grand Rapids در میشیگان آغاز بکار کرد.	۱۹۴۵
آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا تشکیل شد. (تا حد زیادی، شروع این آکادمی به دلیل نیاز به یک سازمان با تمرکز علمی بیشتر در رابطه با سلامت دندانی کودکان بود).	۱۹۴۷
بورد دندانپزشکی کودکان آمریکا، گروهی که برای تأیید صلاحیت داوطلبان در حرفه دندانپزشکی کودکان تشکیل شده، به‌طور رسمی توسط شورای آموزش دندانپزشکی ADA به رسمیت شناخته شد.	۱۹۴۸
اولین هفته ماه فوریه، هفته ملی سلامت دندانی کودکان نامیده شد.	۱۹۴۹
روش اسید اچ شرح داده شد.	۱۹۵۵
۱۸ برنامه تحصیلات عمومی و ۱۷ برنامه تحصیلات تخصصی در دندانپزشکی کودکان وجود دارد.	۱۹۶۰
کرست اولین خمیردندان دارای فلوراید تأیید شده توسط ADA می‌شود.	۱۹۶۴
کارگاه بین‌المللی فلوراید و کاهش پوسیدگی دندان توصیه می‌کند که مکمل‌های مناسب فلوراید در زودترین زمان ممکن پس از تولد شروع شود. (این توصیه بعداً توسط مسئولین به ۶ ماهگی تغییر داده شد).	۱۹۷۴
ماه فوریه به‌عنوان ماه ملی سلامت دندان کودکان تعیین شد.	۱۹۸۱
کنفرانس توسعه توافق که در موسسه ملی سلامت دندانی برگزار شد، کار آبی و سودمندی سیلانت‌ها را تأیید کرد.	۱۹۸۳
آکادمی Pedodontic آمریکا نام خود را به آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا (AAPD) تغییر داد.	۱۹۸۴
یک تعریف جدید برای تخصص دندانپزشکی کودکان توسط انجمن نمایندگان ADA اتخاذ شد: دندانپزشکی کودکان یک تخصص تعریف شده براساس سن است که مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و درمانی اولیه و جامع را برای نوزادان و کودکان تا نوجوانی، از جمله کودکان با نیازهای خاص فراهم می‌کند.	۱۹۹۵
AAP "بیانیه خط‌مشی زمان‌بندی ارزیابی خطر سلامت دهانی و تأسیس خانه دندانپزشکی" را وضع کرد. صدور این بیانیه پیامدهای متعددی، از جمله نیاز به شناسایی روش‌های مؤثر برای غربالگری سریع در مطب‌های دندانپزشکان کودکان و مکانیسم‌های ارجاع سریع و مداخله برای کودکان با ریسک بالا را به دنبال داشت.	۲۰۰۳
AAPD مرکز تحقیقات و سیاست‌گذاری سلامت دهان کودکان را برای اطلاع‌رسانی و پیشبرد تحقیقات و تحلیل سیاست‌ها برای ارتقای سلامت دهان و دندان مطلوب کودکان تأسیس کرد.	۲۰۱۱
نتایج MATCH در مورد دندانپزشکی کودکان ۶۷۶ متقاضی را برای ۴۰۸ موقعیت نشان می‌دهد که از تمام تخصص‌های دیگر بیشتر است.	۲۰۱۷

جدول ۱-۲: نگاهی هزاره‌ای به ویژگی‌های در حال تغییر دندانپزشکی کودکان

عناصر سنتی مراقبت دهانی کودکان	مسیرهای حال و آینده و محرک‌های آنها
پیشگیری	
<ul style="list-style-type: none"> تشخیص با روش‌های سنتی رادیوگرافی و تشخیص پوسیدگی 	<ul style="list-style-type: none"> رادیوگرافی دیجیتال و تشخیص پوسیدگی الکترونیکی
<ul style="list-style-type: none"> ابزار پیشگیری متشکل از گزینه‌های فلوراید از جمله فلوریداسیون آب، خمیردندان فلوراید، فلوراید در مطب، مکمل‌های فلوراید و دهان‌شویه‌های بدون نسخه (Over-the-counter) OTC فلوراید است. 	<ul style="list-style-type: none"> پیشگیری همچنان بر روش‌های سنتی تأکید می‌کند اما اکنون شامل وارنیش فلوراید، دی آمین فلوراید نقره (SDF) و الگوی خطر پوسیدگی برای کاربرد فلوراید و دیگر تکنیک‌ها، با قطع مصرف مکمل است.
<ul style="list-style-type: none"> سیلانتهای دندان برای جلوگیری از پوسیدگی اکوزال و پیت و فیشورها به‌طور انتخابی به‌کاربرده می‌شوند. 	<ul style="list-style-type: none"> در حال حاضر سیلانتهای دندان مبتنی بر شواهد بوده و به‌عنوان یک روش پیشگیرانه اولیه در سطح جهانی پذیرفته می‌شود و ممکن است کاربردهای درمانی داشته باشد.
<ul style="list-style-type: none"> ارزیابی ریسک پوسیدگی برای ارائه خدمات پیشگیرانه ضروری در نظر گرفته نمی‌شود. 	<ul style="list-style-type: none"> ارزیابی ریسک پوسیدگی اکنون برای برنامه‌های درمانی پیشگیرانه و جبران خدمات پیشگیری ضروری در نظر گرفته می‌شود.
هدایت رفتاری	
<ul style="list-style-type: none"> کاربرد ساده تکنیک‌های ارتباطی و پیشرفته‌تر مبتنی بر رفتار در مطب و نیازهای خاص با انتخاب دندان‌پزشک محور 	<ul style="list-style-type: none"> کاربرد پیچیده‌تر تکنیک‌ها با توجه به جنبه‌های کلینیکی و دیگر جنبه‌های رفتار و با یک جزء بسیار مهم مشاوره با والدین
<ul style="list-style-type: none"> جدا کردن والدین از جنبه‌های بالینی مراقبت 	<ul style="list-style-type: none"> تشخیص تغییر نگرش والدین نسبت به محدودکننده‌ها، مدیریت دارویی و حضور والدین
<ul style="list-style-type: none"> همه کودکان بدون توجه به عوامل سیستمیک، هیجانی و سایر عوامل تسکین‌دهنده با یک الگو و سلسله‌مراتب تکنیک‌های رفتاری مدیریت می‌شوند. 	<ul style="list-style-type: none"> شناخت اثرات فقر بر رفتار کودک ناشی از استرس سمی و تجربیات نامطلوب دوران کودکی (ACEs)
<ul style="list-style-type: none"> درد و اضطراب در درجه اول به‌عنوان ضرورت قبل از درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. 	<ul style="list-style-type: none"> درک بیشتر درد و اضطراب و مدیریت بعدی آنها به‌عنوان عوامل اجتناب از مراقبت، رفتارهای اجتماعی و تکاملی و پیامدهای حین درمان دندان‌پزشکی
<ul style="list-style-type: none"> به‌طور عمده مدیریت رفتاری غیر دارویی مبتنی بر مطب 	<ul style="list-style-type: none"> مدل‌های جدیدتر هدایت رفتاری پیشرفته با استفاده از آرام‌بخشی، بی‌هوشی عمومی در مطب با متخصصان بی‌هوشی و مراکز جراحی
<ul style="list-style-type: none"> دیدگاه ساده رفتار در مطب بر اساس ساختار سنتی خانواده، ویژگی‌های اجتماعی اکثریت و سیستم ارزشی طبقه متوسط 	<ul style="list-style-type: none"> شناسایی سهم فرهنگ، فقر و دیگر عوامل غیر سنتی در رفتار در مطب دندان‌پزشکی
درمان ECC	
<ul style="list-style-type: none"> تجهیزات ساده شامل کامپوزیت، آمالگام، روکش‌های استیل ضدزنگ (SSC) 	<ul style="list-style-type: none"> عناصر یکپارچه‌تر مثل روکش‌های از پیش و نیر شده، روکش‌های زیرکونیا، انفیلتراسیون رزین
<ul style="list-style-type: none"> پالپوتومی به‌عنوان درمان ترجیحی با استفاده از فرموکرزول و فریک سولفات 	<ul style="list-style-type: none"> درمان پالپ با گزینه‌های کامل‌تر، از جمله تکنیک‌های غیرمستقیم، (Mineral trioxide aggregate) MTA
<ul style="list-style-type: none"> تأکید بر موفقیت فوری و طول عمر دندان‌های شیری در انتخاب مواد و روش‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> افزودن نگرانی‌های ایمنی و سمیت در انتخاب درمان‌های ترمیمی
<ul style="list-style-type: none"> درمان قطعی (ترمیم یا کشیدن) در بیشتر موارد ECC 	<ul style="list-style-type: none"> در نظر گرفتن طیف وسیعی از گزینه‌های درمان از جمله تعویق درمان، استفاده از فلوراید و دیگر عوامل متوقف کننده پوسیدگی مانند SDF با مداخلات مکرر
اهمیت بیماری‌های دندانی	
<ul style="list-style-type: none"> پوسیدگی دندان به‌عنوان برجسته‌ترین محرک مراقبت از کودکان 	<ul style="list-style-type: none"> شناسایی بیشتر نگرانی‌های زیبایی (فلوروزیس، سفیدی دندان) در دندان‌پزشکی کودکان
	<ul style="list-style-type: none"> ظهور شرایط جدید مانند هایپوکلسیفیکاسیون مولر - انسیزال (MIH) و اروژن دندان به‌عنوان ملاحظات درمانی

ادامه جدول ۲-۱: نگاهی هزاره‌ای به ویژگی‌های در حال تغییر دندان‌پزشکی کودکان

عناصر سنتی مراقبت دهانی کودکان	مسیرهای حال و آینده و محرک‌های آنها
بیماری‌ها و شرایط سیستمیک و سلامت دهان	
<ul style="list-style-type: none"> • ماهیت بیماری‌های سنتی که در الگوهای قابل پیش‌بینی رخ می‌دهد که امکان استفاده از مدیریت پایدار را فراهم می‌کند 	<ul style="list-style-type: none"> • ماهیت‌های جدید بیماری مانند چاقی و ملاحظات مدیریتی آن؛ سایر اختلالات مربوط به خوردن؛ افزایش بیماران مبتلابه اوتیسم
<ul style="list-style-type: none"> • پیامدهای دندانی قابل پیش‌بینی بر اساس پیشرفت بیماری در بیماران با نیازهای خاص 	<ul style="list-style-type: none"> • افزایش طول عمر همراه با عوارض آسیب به اندام‌های انتهایی، اثرات داروهای جدید و افزایش وابستگی به تکنولوژی برای حمایت از زندگی و عملکرد
ملاحظات مربوط به کودکان	
<ul style="list-style-type: none"> • سوابق کاغذی و مدیریت مطب 	<ul style="list-style-type: none"> • دیجیتالی کردن سوابق، صورت‌حساب‌ها، تصویربرداری و روش‌های آزمایشگاهی
<ul style="list-style-type: none"> • جهت‌گیری ساده مربوط به ایمنی OSHA, NIOSH, CDC 	<ul style="list-style-type: none"> • ایمنی مطب از جمله کاهش ریسک، نگرانی‌های رو به رشد در مورد مواجهه با اشعه با معرفی CBCT و دیگر پیشرفت‌های دیجیتال؛ تغییرات در HIPAA، مدیریت خطوط آبی
<ul style="list-style-type: none"> • روش‌های بین‌المللی رضایت از دندان‌پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> • نیازمندی‌های متغیر کسب رضایت بر اساس فرآیند درمان
<ul style="list-style-type: none"> • الگوهای مراقبت منطقه‌ای و مبتنی بر آموزش 	<ul style="list-style-type: none"> • پیدایش دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد برای مراقبت‌های دندان‌پزشکی کودکان

CBCT, Cone-beam computed tomography; CDC, Centers for Disease Control and Prevention; ECC, early childhood caries; HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996; NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health; OSHA, Occupational Safety and Health Administration

ضدزنگ از پیش و نیر شده پیوسته است. روکش‌های زیرکونیا که زیبایی، استحکام و سهولت تکنیکی بهتری دارند، به‌ویژه برای دندان‌های شیری خلفی مورد توجه قرار گرفته‌اند.^(۳۰) در سیر تاریخی دندان‌پزشکی کودکان، روکش‌های استیل ضدزنگ open-face به روکش‌های استیل ضدزنگ با زیبایی کمتر، اضافه شده است. مواد ترمیمی بیواکتیو ممکن است به دسته‌ای از مواد ترمیمی با توانایی‌های ترمیمی ذاتی منجر شوند.^(۳۱) شاید هیجان‌انگیزترین پیشرفت در درمان ECC، به‌ویژه برای کودکان بسیار خردسال، توسعه تفکر ما در مورد فوریت درمان، طول عمر ترمیم و مراقبت کمکی غیر ترمیمی باشد. زمانی ترمیم یا خارج کردن درمان غالب برای ECC بودند و اغلب خیلی فوری همراه با کاربرد تکنیک‌های رفتاری برای انجام مراقبت انجام می‌شدند. امروزه کلینیسین‌ها می‌توانند به‌طور قابل‌اعتمادی از تکنیک‌های غیر ترمیمی مانند وارنیش فلوراید و SDF برای متوقف کردن پیشرفت ECC استفاده کنند و از یک

پوشش غیرمستقیم پالپ با مواد مختلف، از جمله هیدروکسید کلسیم سنتی و سمان‌های گلاس‌آینومر جدید، تفکر سنتی مبنی بر اینکه دندان شیری دارای یک ضایعه پوسیدگی بزرگ، محکوم‌به درمان پالپ تهاجمی است را به چالش کشیده است.^(۲۵،۲۶) در حال حاضر آسیب‌های تروماتیک از مطالعات بزرگ‌تر و طولانی‌تر که پزشکان را به سمت نتایج بهتر هدایت می‌کنند، سود می‌برند. امروزه اتوترنسپلنت یک روش پذیرفته شده برای درمان دندان‌های دائمی غیرقابل درمان به علت پوسیدگی یا ضربه است.^(۲۷،۲۸) اکنون پیشرفت در تکنیک‌های رزتراسیون می‌تواند به دندان‌های نابالغ که در گذشته پیش‌آگهی طولانی‌مدت ضعفی داشتند حیات ببخشد و این ممکن است در آینده منجر به بازسازی کامل دندان و نیز درمان‌های سیستمیک دیگر شود.^(۲۹)

گزینه‌های ترمیمی برای دندان‌های شیری همچنان در حال افزایش هستند. روکش‌های Strip که برای مدت طولانی پیش‌گام ترمیم دندان‌های قدامی شیری بوده است، به روکش‌های استیل

اقدامات و مراقبت‌های امروزی از کودکان

همان‌طور که تمام اقدامات دندان‌پزشکی در مسیر پیچیده شدن و دیجیتالی شدن حرکت می‌کند، حوزه‌های مراقبتی کودکان نیز از این مسئله پیروی می‌کنند. مطب‌های مبتنی بر پرونده‌های کاغذی، چیزی مربوط به گذشته هستند و حرکت به سمت مطب‌های کاملاً الکترونیکی به معنی سیستم‌هایی است که می‌توانند خطر پوسیدگی، تاریخچه سلامتی، ارجاعات و تظاهرات و درمان‌های متوالی بیماری را دنبال کنند. اکنون مدل‌ها، رادیوگرافی‌ها و آنالیزهای دوره دندان‌پزشکی در حال تکامل به صورت فایل‌های الکترونیکی هستند.^(۴۰) همان‌طور که تکنیک‌های درمان با استفاده از لیزر و روش‌های دیگر پیشرفت می‌کنند، مراحل رضایت برای کودکان، به‌ویژه با ساختار در حال تغییر خانواده، پیچیده‌تر می‌شود. وقتی که کودکان بخشی از گروه بیماران هستند، طراحی مطب، اسباب‌بازی‌ها و دیگر جنبه‌های مطب دندان‌پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

نگرانی والدین در مورد ایمنی فرزندانشان نیاز به توجه دقیق‌تر به ملاحظات ایمنی، مقررات و محیط مطب دارد. کنترل عفونت پایه، همچنان سنگ بنای ایمنی بیمار است، اما ایمنی مسیرهای آب، مواد شیمیایی موجود در مواد دندان‌پزشکی و تابش اشعه به‌عنوان ملاحظات ویژه‌ای در مراقبت دندان‌پزشکی کودکان به وجود آمده‌اند.^(۴۱) یک مبحث رو به رشد، مراقبت بین‌رشته‌ای است که نشان می‌دهد دندان‌پزشکان درمان‌کننده کودکان باید به چاقی، واکسیناسیون و دیگر حوزه‌هایی که لزوماً در حیطه دندان‌پزشکی در نظر گرفته نمی‌شوند نیز، توجه کنند. کودک‌آزاری هنوز هم یک ملاحظه ایمنی ضروری برای افرادی است که کودکان را درمان می‌کنند.

نسخه حاضر

در ویرایش اخیر به بسیاری از این موضوعات به‌طور جامع پرداخته شده است. فصل‌های جدیدی در مورد مدیریت بیماران مبتلا به شکاف لب و کام و پوسیدگی‌شناسی برای پرداختن به ماهیت در حال تغییر مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان برای کودکان اضافه شده است. محتوای آنلاین جدید برای افزایش درک اصول پایه‌ای و پرداختن به موضوعات پیشرفته در دندان‌پزشکی کودکان اضافه شده است. این کتاب درسی دیدگاه تکاملی خود از دندان‌پزشکی کودکان را حفظ کرده و علوم در حال تغییر آن از جمله مزایای مداخله زود هنگام و شرایط و درمان‌های جدید مربوط به سن را اعتبار می‌بخشد. این کتاب به ارائه فصل‌های

بی‌هوشی عمومی پرهزینه که اغلب مقدمه‌ای برای موارد بعدی است، اجتناب کنند.^(۳۳،۳۴) همچنین روکش را می‌توان به صورت تکنیک Hall به‌طور قابل اطمینان و ایمن برای توقف پوسیدگی و بازگرداندن عملکرد قرار داد که نیازمند حداقل همکاری توسط کودک است.^(۳۴) پیشرفت‌های در درمان ECC مراقبت را برای بسیاری از خانواده‌ها امن‌تر، مؤثرتر و دل‌پذیرتر کرده است.

تأکید بر بیماری‌های دندانی و بیماری‌های سیستمیک

ECC مدت طولانی است که محرک حضور در یک خانه دندان‌پزشکی (Dental home) بوده و همچنان باقی‌مانده است؛ اما شرایط دیگری از جمله فلوروزیس، مشکلات زیبایی و درمان هایپوکلسیفیکاسیون دندان‌های مولر-انسیزور نیز به‌عنوان ملاحظاتی در مراقبت‌های دندان‌پزشکی کودکان ایجاد شده است.^(۳۵) اروژن دندانی از یک وضعیت ایزوله که نشان‌دهنده اختلال خوردن است به یک وضعیت گسترده‌تر در کودکان تغییر کرده است.^(۳۶) این شرایط همراه با اختلالات ارثی سیستم دندانی، مانند آمولوژنیزس ایمپرکتا، تغییر رنگ داخلی و بی‌نظمی در تعداد دندان‌ها، به‌عنوان نقاط مهم دوراهی در ارزیابی دهانی کودکان می‌باشد.

بیماری‌های سیستمیک درگیر کننده کودکان، به‌طور پیش‌فرض در حیطه عمل دندان‌پزشکان مراقبت‌کننده از کودکان قرار می‌گیرند. مراقبت از کودکان دارای نیازهای خاص، مستلزم دانش کاربردی درباره جنبه‌های پزشکی، عملکردی، اجتماعی و برنامه‌ریزی زندگی برای این کودکان است. پیشرفت‌های پزشکی در بسیاری از شرایط طول عمر را زیاد کرده‌اند، اما وابستگی به تکنولوژی، مانند شانت‌های مغزی و دستگاه‌های کاشته (Implanted) شده و تأثیرات ارگانی ناشی از داروها، جراحی و یا تداوم حمله بیماری اولیه وارد میدان شده است. مراقبت از این کودکان دندان‌پزشک را نیازمند درک بیماری، درمان آن و تأثیراتش بر فیزیولوژی و عملکرد دهان و حتی امروزه فهم جنبه‌های اجتماعی دندان‌پزشکی و برنامه زندگی این کودکان کرده است.^(۳۷) اگرچه دندان‌پزشکان کودکان همچنان در مراقبت از کودکان خردسال با نیازهای خاص پیش‌تاز هستند، هدف سیستم مراقبت‌های بهداشتی ما انتقال آن‌ها به مراقبت‌های بزرگسالان است زیرا نیازهای دندانی آن‌ها به فراتر از نگرانی‌های معمول دندان‌پزشکی کودکان رشد می‌کند.^(۳۸،۳۹)

References

1. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
2. Fisher-Owens S. Broadening perspectives on pediatric oral health care provision: social determinants of health and behavioral management. *Pediatr Dent.* 2014;36(2):115–120.
3. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent.* 2004;26(2):111–113.
4. Stange DM. The evolution of behavior guidance: a history of professional, practice, corporate and societal influences. *Pediatr Dent.* 2014;36(2):128–131.
5. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics.* 2017;120(3):e510–e520.
6. Slayton RL. Clinical decision-making for caries management in children: an update. *Pediatr Dent.* 2015;37(2):106–110.
7. Berg J. Caries detection tools keep making progress. *Compendium Contin Educ Dent.* 2012;33(9):696.
8. Wright JT, Crall JJ, Fontana M, et al. Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2016;147(8):672–682.
9. Fontana M. The clinical, environmental, and behavioral factors that foster early childhood caries: evidence for caries risk assessment. *Pediatr Dent.* 2015;37(3):217–225.
10. Wells M, McTigue DJ, Casmassio PS, et al. Gender shifts and effects on behavior guidance. *Pediatr Dent.* 2014;36(2):138–144.
11. Jungten LM, Sanders BJ, Walker LA, et al. Factors influencing behavior guidance: a survey of practicing pediatric dentists. *Pediatr Dent.* 2013;35(7):539–545.
12. da Fonseca MA. Eat or heat? The effects of poverty on children's behavior. *Pediatr Dent.* 2014;36(2):132–137.
13. Goleman J. Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. *Pediatr Dent.* 2014;36(2):121–127.
14. Boyce WT. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatr Dent.* 2014;36(2):102–108.
15. Shroff S, Hughes C, Mobley C. Attitudes and preferences of parents about being present in the dental operator. *Pediatr Dent.* 2015;37(1):51–55.
16. Lee HH, Milgrom P, Starks H, et al. Trends in death associated with pediatric dental sedation and general anesthesia. *Paediatr Anaesth.* 2013;23(8):741–746.
17. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline for monitoring and management of pediatric patients before, during, and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: update 2016. *Pediatr Dent.* 2016;38(6):216–245.
18. Wilson S, Houpt M. Project USAP 2010: use of sedative agents in pediatric dentistry—a 25-year follow-up survey. *Pediatr Dent.* 2016;38(2):127–133.
19. SmartTots. Consensus statement regarding anesthesia safety in children. Available at: <http://smarttots.org/smarttots-releases-consensus-statement-regarding-anesthesia-safety-in-young-children/>. Accessed April 17, 2017.
20. Nutter DP. Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: target considerations. *J Calif Dent Assoc.* 2009;37(10):719–722.
21. Thiikkurissy S, Allen PH, Smiley MK, et al. Waiting for the pain to get worse: characteristics of a pediatric population with acute dental pain. *Pediatr Dent.* 2012;34(4):289–294.
22. Malamed S. What's new in local anaesthesia? *SAAD Dig.* 2009;25:4–14.
23. Hersh EV, Pinto A, Saraghi M, et al. Double-masked, randomized, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and tolerability of intranasal K305 (3% tetracaine plus 0.05% oxymetazoline) in anesthetizing maxillary teeth. *J Am Dent Assoc.* 2016;147(4):278–287.
24. Smail-Faugeron V, Courson F, Durieux P, et al. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8):CD003220.
25. Hoefler V, Nagaoka H, Miller CS. Long-term survival and vitality outcomes of permanent teeth following deep caries treatment with step-wise and partial-caries-removal: a systematic review. *J Dent.* 2016;54:25–32.
26. Smail-Faugeron V, Porot A, Muller-Bolla M, et al. Indirect pulp capping versus pulpotomy for treating deep carious lesions approaching the pulp in primary teeth: a systematic review. *Eur J Paediatr Dent.* 2016;17(2):107–112.
27. Yu HJ, Jia P, Lv Z, et al. Autotransplantation of third molars with completely formed roots into surgically created sockets and fresh extraction sockets: a 10-year comparative study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017;46(4):531–538.
28. Waldon K, Barber SK, Spencer RJ, et al. Indications for the use of auto-transplantation of teeth in the child and adolescent. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2012;13(4):210–216.
29. Rombouts C, Giraud T, Jeanneau C, et al. Pulp vascularization during tooth development, regeneration, and therapy. *J Dent Res.* 2017;96(2):137–144.
30. Waggoner WF. Restoring primary anterior teeth: updated for 2014. *Pediatr Dent.* 2015;37(2):163–170.
31. Croll TP, Berg JH, Donly KJ. Dental repair material: a resin-modified glass-ionomer bioactive ionic resin-based composite. *Compend Contin Educ Dent.* 2015;36(1):60–65.
32. Milgrom P, Zero DT, Tanzer JM. An examination of the advances in science and technology of prevention of tooth decay in young children since the Surgeon General's Report on Oral Health. *Acad Paediatr.* 2009;9(6):404–409.
33. Horst JA, Ellenkjotis H, Milgrom PL. UCSF protocol for caries arrest using silver diamine fluoride: rationale, indications and consent. *J Calif Dent Assoc.* 2016;44(1):16–28.
34. Innes NP, Ricketts D, Chong LY, et al. Prefabricated crowns for decayed primary molar teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD005512.
35. Elhennawy K, Schwendicke F. Managing molar-incisor hypomineralization: a systematic review. *J Dent.* 2016;55:16–24.
36. Corica A, Caprioglio A. Meta-analysis of the prevalence of tooth wear in primary dentition. *Eur J Paediatr Dent.* 2014;15(4):385–388.
37. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the ethical responsibilities in the oral health care management of infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. *Pediatr Dent.* 2016;38(6):124–125.
38. Cruz S, Neff J, Chi DL. Transitioning from pediatric to adult dental care for adolescents with special health care needs: adolescent and parent perspectives—part one. *Pediatr Dent.* 2015;37(5):442–446.
39. Bayarsaikhan Z, Cruz S, Neff J, et al. Transitioning from pediatric to adult dental care for adolescents with special health care needs: dentist perspectives—part two. *Pediatr Dent.* 2015;37(5):447–451.
40. Fleming PS, Marinho V, Johal A. Orthodontic measurements on digital study models compared with plaster models: a systematic review. *Orthod Craniofac Res.* 2011;14(1):1–16.
41. Wirthlin MR, Roth M. Dental unit waterline contamination: a review of research and findings from a clinic setting. *Compend Contin Educ Dent.* 2015;36(3):216–219.

جامع و کامل درباره بسیاری از تکنیک‌ها و بخش‌های تشخیصی مربوط به دوره‌های سنی ادامه می‌دهد. به ویرایش ششم کتاب خوش آمدید!

تشخیص افتراقی ضایعات دهانی و ناهنجاری‌های تکاملی

CATHERINE M. FLAITZ

ضایعات زیرسطحی سفید

ضایعات تیره بافت نرم (جدول ۳-۲ و تصویر ۳-۲)

ضایعات قرمز یا آبی-ارغوانی

ضایعات قهوه‌ای-سیاه

ضایعات زخمی (جدول ۴-۲ و تصویر ۴-۲)

بزرگ‌شدگی‌های بافت نرم (جدول ۵-۲ و تصویر ۵-۲)

ضایعات پاپیلاری

ضایعات حاد التهابی

ضایعات توموری یا شبه تومور

ضایعات رادیولوگنت استخوان (جدول ۶-۲ و تصویر ۶-۲)

ضایعات رادیولوگنت و رادیوپاک مخلوط استخوان (جدول ۷-۲ و تصویر ۷-۲)

و تصویر ۷-۲)

ضایعات رادیوپاک استخوان (جدول ۸-۲ و تصویر ۸-۲)

تنوع گسترده‌ای از ضایعات دهانی و ناهنجاری‌های بافت نرم در کودکان شناسایی شده است؛ اما بروز پایین بسیاری از این ضایعات تشخیص بالینی آنها را چالش‌برانگیز می‌نماید. هدف این فصل تبیین ضایعات انتخابی شایع در کودکان و ماهیت‌های پاتولوژیکی است که اساساً در این گروه سنی ایجاد می‌شوند. علاوه بر این، ضایعات دهانی همراه با چندین اختلال ژنتیکی و بدخیمی‌های اختصاصی که ممکن است وضعیت‌های التهابی یا خوش‌خیم را تقلید کنند نیز برای گسترش دیدگاه بیماری گنجانده شده‌اند. مطالب به شکل جدول مطرح شده‌اند تا این موضوع جامع فشرده‌تر و مرور آن آسان‌تر شود. توضیح مختصر برای هر کدام از ضایعات به مهم‌ترین اطلاعات بالینی که مرتبط با بیمار کودک است خلاصه شده است. مثال‌های نشان‌دهنده این وضعیت‌ها برای نمایش ویژگی‌های بارز بالینی یا رادیوگرافی خاص آنها گنجانده شده است.

هر ضایعه دهانی بر اساس این نکات کلیدی شرح داده می‌شود: (۱) شایع‌ترین گروه سنی کودکان که متأثر می‌شوند و تمایل جنسیتی، (۲) یافته‌های بالینی و رادیوگرافی مشخصه هر ضایعه، (۳) شایع‌ترین محل هر ضایعه، (۴) اهمیت ضایعه در کودکان، (۵) درمان و پیش‌آگهی ضایعه، (۶) تشخیص افتراقی که به این گروه سنی مرتبط است.

غیر از جدول اول که در مورد آنومالی‌های تکاملی انتخاب شده است جداول دیگر به‌منظور مقایسه ویژگی‌های بالینی یا رادیوگرافی اصلی تنظیم شده‌اند. عناوین متوالی برای هر جدول شامل طبقه‌بندی بیماری‌های زیر است:

آنومالی‌های تکاملی (جدول ۱-۲ و تصویر ۱-۲)

ضایعات سفید بافت نرم (جدول ۲-۲ و تصویر ۲-۲)

ضایعات ضخیم سطحی سفید

ضایعات عمده سطحی سفید

Bibliography

- American Academy of Pediatric Dentistry Reference Manual. Useful medications for oral conditions. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):443-450.
- Greer RO, Marx RE, Said S, et al. *Pediatric Head and Neck Pathology*. New York: Cambridge University Press; 2017.
- Hennekam R, Krantz I, Allanson J. *Gorlin's Syndromes of the Head and Neck*. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2010.
- Kolokythas A, Miloro M. Pediatric oral and maxillofacial pathology. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2016;28(1):ix-x.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. *Oral & Maxillofacial Pathology*. 4th ed. St Louis: Elsevier; 2016.
- Philipone E, Yoon AJ. *Oral Pathology in the Pediatric Patient. A Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mucosal Lesions*. Heidelberg: Springer; 2017.
- Scully C, Welbury R, Flaitz C, et al. *A Color Atlas of Orofacial Health and Disease in Children and Adolescents*. 2nd ed. London: Martin Dunitz; 2002.
- Woo S-B. *Oral Pathology: A Comprehensive Atlas and Text*. New York: Elsevier; 2012.

جدول ۱-۷ ناهنجاری‌های تکاملی (تصویر ۲-۱ را ببینید)

وضعیت	سن و جنس کودک	یافته‌های بالینی	محل	اهمیت آن در کودکان	درمان و پیش‌آگهی	تشخیص افتراقی
زبان شیاردار (tongue Scrotal)	دهه اول و دوم بدون تمایل جنسیتی	شیار مرکزی عمیق با شکاف‌های متعدد کوتاه، در صورت تحریک حساس است، ممکن است با اریتم مهاجر دیده شود.	پشت و لثال زبان	صفت اتوزومال غالب یا پلی‌ژنیک، در سندروم داون، دهان خشک و دیابت رخ می‌دهد، در ۱٪ کودکان دیده می‌شود. منشأ بوی بد دهان	مسواک زدن زبان، با افزایش سن مشخص‌تر می‌شود.	زبان کنگره‌دار بزرگ هایپرپلازی یک‌طرفه زبان اوروفاسیال گرانولوماتوز
انگیلوگلوسیا (tongue-tie)	هنگام تولد وجود دارد. تمایل به جنس مذکر	فروم زبانی ضخیم، کوتاه یا چسبندگی فروم به نوک زبان، ممکن است باعث شکاف خفیفی در نوک زبان شود.	سطح شکمی زبان و کف دهان	در ۱۱-۲٪ شیرخواران رخ می‌دهد، بندرت باعث مشکلات پریدنتال، تکم، بلع یا تغذیه می‌شود. فنول‌های متعدد با سندروم اورال-فاسیال-دیجیتال دیده می‌شود.	به‌ندرت فرنگتومی تجویز می‌شود. در بسیاری موارد با افزایش سن خودبه‌خود اصلاح می‌شود.	زبان دو شاخه، میکروگلوسی
تیروئید زبانی	دهه دوم تمایل به جنس مؤنث	توده ندولار یا سطح صاف، قرمز یا صورتی، ممکن است باعث دیسپلازی، دیس‌فونی یا دیس‌پنه شود	می‌لاین قاعده زبان، کیست مجرای تیروگلوکوسال نوعی از آن با وقوع در می‌لاین گردن است.	علائم در طی بلوغ یا حاملگی ایجاد می‌شوند، فقدان تیروئید طبیعی در ۷۰٪ موارد، علت مهم هایپو تیروئیدسم شیرخوارگی	درمان با هورمون تیروئید و حذف به‌وسیله جراحی یا ید رادیواکتیو، ایجاد کارسینوم در کمتر از ۱٪ موارد	لنفوتید هایپرپلازی همانژیوم لنفانژیوم اپی‌گلوئیس
حفرات گوشه لب	دهه دوم تمایل به جنس مذکر	فرورفتگی یا فیستول دو طرفه یا یک‌طرفه، ممکن است مایع از آن خارج شود	گوشه‌های دهان	در کمتر از ۱٪ کودکان رخ می‌دهد، ارتباطی با حفرات اطراف گوش دارد.	نیاز ندارد.	حفرات پارامدین لب انگلار چلائیس
حفرات پارامدین لب (پیت‌های مادرزادی لب)	هنگام تولد وجود دارد بدون تمایل جنسیتی	فرورفتگی‌ها یا برآمدگی‌های قرینه و دو طرفه، ممکن است ترشح مایع داشته باشد.	مجاور می‌لاین ورمیلیون لب پایین	صفت اتوزومال غالب، مرتبط با شکاف لب و کام، سندروم وان دروود و سایر سندروم‌ها	نیاز ندارد، در صورت وجود مشکل زیبایی جراحی انجام می‌شود	موکوسل، آبسه‌های بافت نرم شیار وسط لب، لب دوتایی سوراخ کردن لب
رتروکاسیید پاپیلا	دهه اول و دوم تمایل به جنس مؤنث	بدون علامت، ندول یا پاپول بدون پایه صورتی، معمولاً دو طرفه	لثه چسبیده لیگوال، مجاور کائین‌های منبیل	در کودکان خیلی شایع بوده و با افزایش سن فروکش می‌کند.	نیاز ندارد، ساختار آناتومیک نرمال است	فیبروم تحریکی ژانت‌سل فیبروما آبسه بافت نرم

ادامه جدول ۲-۱ ناهنجاری‌های تکاملی (تصویر ۲-۱ را ببینید)

وضعیت	سن و جنس کودک	یافته‌های بالینی	محل	اهمیت آن در کودکان	درمان و پیش‌آگهی	تشخیص افتراقی
زبان کوچک دوشاخه	هنگام تولد وجود دارد. بدون تمایل جنسیتی	شیار یا شکاف در میلانین زبان کوچک ممکن است ناتوانی تکلم داشته باشد.	میلانین، خلف کام نرم	تظاهر خفیفی از شکاف کام، نشانگر شکاف کام زیرمخاطی، مرتبط با سندروم <i>Loeys-Dietz</i> و دیگر سندروم‌ها	نیاز ندارد. مشاوره ژنتیک ممکن است توصیه شود.	نقص تروماتیک
فرونم لبیال هایپرپلاستیک	هنگام تولد وجود دارد. بدون تمایل جنسیتی	نوار ملتی ضخیم از بافت نرم صورتی، ممکن است همراه با تحلیل لثه یا دیاستم باشد.	میلانین مخاط لبیال و لثه، هم لب بالا و هم پایین	وقتی پاره می‌شود، به آسانی خونریزی می‌کند. فرونمای متعدد با سندروم اورال-فاسیال-دیجیتال مرتبط است، به‌دورت مشکلات تغذیه از شیر مادر	نیاز ندارد. در طول دوران بزرگسالی به رشد خود ادامه می‌دهد.	اسکار تروماتیک Frenal tag
توروس پالاتینوس (توروس پالاتال)	دهه دوم تمایل به جنس مؤنث	توده سخت استخوانی با شکل و متنوع، بدون علامت، مگر اینکه تروماتیزه شود، به‌دورت در رادیوگرافی‌ها به‌صورت رادیوپک	میلانین کام سخت	اکثر توروس‌ها در این گروه سنی به‌طور خفیفی برجسته یا سطحی صاف هستند. الگوی ارثی اتوزومال غالب یا اثر چندعاملی	نیاز ندارد. در طول دوران بزرگسالی به رشد خود ادامه می‌دهد.	رافه میانی برجسته پالاتال اگزوستوز پالاتال کیست خط وسط پالاتال
توروس مندیو لاریس (توروس مندیال)	دهه دوم تمایل به جنس مذکر	توده سخت استخوانی در شکل و ساینز متنوع است. بدون علامت مگر اینکه تروماتیزه شود. ممکن است رادیوپاستیتی بر روی ریشه‌ها سوپرایمپوز شود.	لبیکوآل مندیبال به‌صورت دوطرفه	شیوع کمتر از توروس پالاتینوس، اثر ژنتیک و محیط	نیاز ندارد. در طول دوران بزرگسالی به رشد ادامه می‌دهد.	اگزوستوز فیبروز دیسپلازی استئوما محیطی استئیت کندانسان استئواسکلروز ایدیوپاتیک پرئوستیت پرولیفراتیو
اگزوستوز	دهه دوم بدون تمایل جنسیتی	نُدول‌های سخت استخوانی تنها یا متعدد، بدون علامت مگر اینکه تروماتیزه شوند، رادیوپاستیتی ممکن است روی ریشه دندان‌ها سوپرایمپوز شود.	ریج آلونول ماگزیلا و مندیبال در نمای فاسیال، معمولاً دوطرفه، ممکن است در کام رخ دهد.	اگزوستوزی که تروماتیزه شود به علت مکانش عفونت انتوتونیک را تقلید می‌کند، ممکن است در کودکان به لمس حساس باشد.	نیاز ندارد. طی دوران بزرگسالی به رشد ادامه خواهد داد.	پرئوستیت پرولیفراتیو استئوما محیطی استئیت کندانسان استئواسکلروز ایدیوپاتیک رویش نابجای دندان