

# بررسی شیوع بولتون دیسکروپانسی و مال اکلوژن های مرتبط با آن در بیماران مراجعه کننده به بخش تخصصی ارتودنسی دانشکده دندانپزشکی کرمان و مطب‌های خصوصی بین سال های ۱۳۹۴-۱۳۹۱

امین امینیان<sup>۱</sup>، بتول السادات موسوی فرد<sup>۲\*</sup>، مهرداد شهسواری پور<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

**مقدمه:** به منظور برقراری اکلوژن مناسب با اورجت و اوربایت صحیح و هماهنگی قوس‌ها در مراحل پایانی درمان ارتودنسی نیاز به تناسبی ویژه میان اندازه دندان‌های بالا و پایین است. در این راستا به هنگام تشخیص، طرح ریزی درمان و تعیین پیش آگهی درمان ارتودنسی باید آنالیز بولتون مورد توجه قرار گیرد. هدف از این پژوهش تعیین شیوع بولتون دیسکروپانسی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی کرمان و کلینیک‌های خصوصی و تعیین اثرات جنس و نهفتگی یک طرفه دندان کانین بالا بر روی نسبت‌های بولتون می‌باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه مقطعی بر روی کست‌های پیش از درمان ۳۱۱ بیمار مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی کرمان و مطب‌های خصوصی بین سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۱ انجام شد. بزرگ‌ترین بعد مزوبودیستالی دندان‌های مورد نظر با کولیس دیجیتال با تقریب ۰/۰۱ میلی‌متر اندازه‌گیری شد. سپس، نسبت‌های بولتون محاسبه گردید. جهت آنالیز داده‌ها از آزمون T-test و مجذور کای با کمک نرم افزار SPSS 18 استفاده شد و  $P < 0/05$  به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

**نتایج:** میانگین بولتون قدامی در جمعیت مطالعه حاضر بدون در نظر گرفتن نوع مال اکلوژن و جنسیت ۷۸/۴۹٪ و بولتون کلی ۹۱/۷۳٪ به دست آمد. شیوع بولتون قدامی ۴۱/۵٪ و بولتون کلی ۲۵/۷٪ بود. بولتون قدامی و کلی در زنان بیشتر از مردان بود. ارتباط معنی‌داری بین نهفتگی یک طرفه دندان کانین بالا و بولتون دیسکروپانسی قدامی و کلی وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** این تحقیق نشان دهنده شیوع قابل توجه دیسکروپانسی سایز دندان‌های در بیماران می‌باشد. با توجه به اختلالات اندازه دندان‌ها و تاثیر آن بر اکلوژن و روابط دندان‌ها، توصیه می‌شود آنالیز بولتون قبل از شروع درمان ارتودنسی در مورد بیماران انجام شود.

**واژه‌های کلیدی:** نسبت بولتون، دیسکروپانسی، نهفتگی یک طرفه دندان کانین بالا

**ارجاع:** امینیان امین، موسوی فرد بتول السادات، شهسواری پور مهرداد. بررسی شیوع بولتون دیسکروپانسی و مال اکلوژن های مرتبط با آن در بیماران مراجعه کننده به بخش تخصصی ارتودنسی دانشکده دندانپزشکی کرمان و مطب‌های خصوصی بین سال های ۱۳۹۴-۱۳۹۱. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۷؛ ۲۶(۱): ۸۴-۷۷

۱- استادیار، بخش ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

۲- دستیار تخصصی، بخش ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

۳- دستیار تخصصی، بخش اندودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۷۳۱۶۵۸۸ پست الکترونیکی: b.mousavifard@gmail.com، کدپستی: ۷۶۱۸۷۵۹۶۸۹

## مقدمه

هدف از درمان جامع ارتودنسی، برقراری اکلوزن، اورجت و اوربایت ایده آل می‌باشد. برای ایجاد اکلوزن ایده آل، باید اندازه دندان‌های بالا و پایین متناسب باشند. عدم تناسب بین اندازه دندان‌ها تحت عنوان دیسکریپانسی اندازه دندان Tooth size discrepancy شناخته می‌شود که مانع از رسیدن به اکلوزن ایده آل می‌شود. در صورت عدم کشف دیسکریپانسی در ابتدای درمان، مشکلاتی در رسیدن به اکلوزن ایده آل ایجاد خواهد شد. بنابراین بهتر است در مراحل ابتدایی تشخیص، آنالیز رابطه میان دندان‌های فک بالا و پایین انجام شود. گاهی ناهماهنگی در اندازه دندان‌ها به راحتی قابل تشخیص است اما برخی اختلالات اندازه دندان‌ها تنها با مشاهده تشخیص داده نمی‌شوند (۱). اطلاعات در مورد اندازه دندان‌ها مسئله‌ای قابل بررسی بوده و از اهمیت کلینیکی فراوانی برخوردار است. بنابراین جهت آشکار شدن این اختلالات باید از روش‌های خاصی استفاده کرد. یکی از رایج‌ترین روش‌های مورد استفاده، آنالیز ارائه شده توسط بولتون می‌باشد. در سال ۱۹۵۸، بولتون عرض مزبودیستالی دندان‌های ماگزایلا و مندیبول را اندازه‌گیری کرد و نسبت‌هایی را تحت عنوان نسبت‌های قدامی و کلی ارائه کرد. بر اساس نتیجه‌گیری بولتون، جهت آرتیکولاسیون صحیح دندان‌های ماگزایلا و مندیبول باید نسبت کلی و نسبت قدامی به ترتیب ۳/۹۱٪ و ۲/۷۷٪ باشد. با بررسی وضعیت اختلالات اندازه دندان‌ها از روی کست مطالعه می‌توان میزان اوربایت و اورجت را در انتهای درمان پیش بینی نمود (۲). Smith و همکاران در سال ۲۰۰۰ مطالعه خود را بر روی ۶۰ نفر از نژاد سفید پوست، سیاه پوست و Hispanic انجام دادند. آن‌ها گزارش کردند که نسبت‌های بولتون فقط برای افراد مونث و نژاد سفید قابل استفاده است و نمی‌توان آن را با اطمینان برای افراد مذکر نژاد سفید و جمعیت سیاه پوست و Hispanic استفاده کرد (۳). Bernabe و همکاران در سال ۲۰۰۴ مطالعه خود را بر روی کست‌های دندان‌های ۲۰۰ دانش آموز پروری انجام دادند. نتایج مطالعه نشانگر عدم تفاوت در بین دو جنس مونث و مذکر بود. مقادیر نسبت‌های قدامی

$2/44 \pm 77/78$  در زنان و  $2/81 \pm 78/39$  در مردان بود. مقادیر بولتون قدامی در مجموع  $2/64 \pm 78/09$  بدست آمد. در یک سوم جمعیت مورد مطالعه دیسکریپانسی اندازه دندان‌ها موجود از لحاظ کلینیکی حائز اهمیت بود (۴). در مطالعه‌ای که اسلامیان و همکاران در سال ۲۰۰۵ در جمعیت ایرانی دارای مال اکلوزن‌های مختلف انجام دادند دریافتند که نسبت‌های بولتون قابل استفاده در این جمعیت می‌باشد و توصیه کردند که آنالیز بولتون قبل از شروع درمان ارتودنسی در بیمارانی که دچار بی‌نظمی دندان‌ها و کراس بایت هستند انجام شود (۵). Trehan و همکاران در بررسی که در سال ۲۰۱۲ بر روی ۱۰۰ بیمار هندی (۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد)، انجام دادند به این نتیجه رسیدند که اندازه دندان‌ها در زنان بیشتر از مردان می‌باشد ولی از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد و نسبت کلی و قدامی در دو جنس تفاوتی با یکدیگر ندارند و نسبت‌های بولتون قابل استفاده در این جمعیت می‌باشد (۶). Tayyab و همکاران در سال ۲۰۱۴ در مطالعه‌ای که بر روی ۹۰ بیمار با محدوده سنی ۱۳ تا ۳۰ سال انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بین نسبت‌های بولتون در گروه‌های مختلف مال اکلوزن و جنس زن و مرد اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد (۷). اندازه دندان‌ها نقش به‌سزایی در معالجات ارتودنسی ایفا می‌کند. بر خلاف رشته پروتز که اندازه دندان‌ها توسط دندان‌پزشک تعیین می‌شود، در درمان‌های ارتودنسی اندازه دندان‌های الگوی تعیین‌کننده برای معالجات ارتودنسی بوده است و ارتودنتیست مجبور است در قوس فکی مناسب آن‌ها را جایگزین کند. اگر در این رابطه یک تفاوت واضح وجود داشته باشد ممکن است طرح درمان تغییر کند و ارتودنتیست با استفاده از *prosthetic recountoring*، *esthetic buildup*، استریپ کردن مینا، کشیدن دندان و باقی‌گذارن فضا و یا تغییر در اورجت و اوربایت مطلوب این رابطه را جبران کند. بنابراین در ابتدای درمان ارزیابی این رابطه مهم است چون ارتودنتیست‌ها را در رسیدن به یک طرح درمان جامع کمک می‌کند (۸). آنالیز بولتون جهت راهنمایی ارتودنتیست در موارد دارای اختلال اندازه دندان‌ها مفید می‌باشد اما دارای

پایایی به دست آمد. از آن جا که ضریب همبستگی به دست آمده در محدوده ۰/۸۷ تا ۰/۹۵ قرار داشت از اندازه گیری مجدد سایر نمونه ها خودداری گردید. عرض مزویدیستالی دندان ها به صورت جداگانه از مولر اول سمت راست تا مولر اول سمت چپ بالا و پایین توسط کولیس دیجیتال Rayan Dent Sina با دقت ۰/۰۱ میلی متر اندازه گیری گردید. نوک کولیس دیجیتال در سطح لبیال به نحوی گذاشته شد که عمود بر محور طولی دندان باشد و هنگامی که نوک دستگاه در نقطه تماس مزیال و دیستال دندان قرار گرفت، عرض مزویدیستالی دندان اندازه گیری و عدد نشان داده شده ثبت شد (۶). در نهایت نسبت های قدامی و کلی دندان ها توسط فرمول بولتون محاسبه شدند.

$$\text{نسبت کلی} = 100 \times \frac{\text{مجموع عرض مزویدیستالی 12 دندان فک پایین}}{\text{مجموع عرض مزویدیستالی 12 دندان فک بالا}}$$

$$\text{نسبت قدامی} = 100 \times \frac{\text{مجموع عرض مزویدیستالی 6 دندان فک پایین}}{\text{مجموع عرض مزویدیستالی 6 دندان فک بالا}}$$

پس از محاسبه نسبت های قدامی و کلی دندان ها تفاوت ها در هر گروه نسبت به نرم بولتون سنجیده شدند و تعداد افرادی که بیش از 2SD با میانگین بولتون فاصله داشتند، مشخص شدند. در نهایت میزان میانگین و انحراف معیار آن ها سنجیده شد. جهت مشخص نمودن دندان های کانین نهفته، رادیوگرافی پانورامیک، CBCT و فوتو گرافی های بیماران مورد بررسی قرار گرفت.

آنالیز داده ها با کمک نرم افزار SPSS 18 و از طریق آزمون های T-test و مجذور کای انجام گردید.

این مطالعه در " کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمان " به شماره IR.kmu.REC.1393.695 تصویب شده است.

### نتایج

از مجموع ۳۱۱ کست مورد مطالعه، ۶/۶۴٪ ( ۲۰۱ عدد ) به افراد مونث و ۴/۳۵٪ ( ۱۱۰ عدد ) به افراد مذکر تعلق داشت. اهمیت موضوع زیبایی، می تواند علت تعداد بیشتر افراد مؤنث در این تحقیق باشد. نمونه های مطالعه حاضر در محدوده سنی ۱۳ تا ۳۲ سال قرار داشتند و میانگین سنی نمونه ها ۴۴/۴±۲۱ سال بود.

محدودیت هایی نیز می باشد: اول این که بین اندازه دندان ها در زنان و مردان تفاوت وجود دارد که این تفاوت باعث ایجاد اختلاف در نسبت بولتون بین زن و مرد می شود که به این تفاوت در مطالعه بولتون توجه نشده است. نکته دوم این است که بیماران مورد بررسی در مطالعه بولتون همه دارای اکلوزن کلاس یک ایده آل بودند.

باتوجه به این که در مطالعات مختلفی که بعد از بولتون انجام گرفته است، تفاوت معنی داری در نسبت های بولتون در نژاد های مختلف دیده شده است و اکثر مطالعات گذشته، مال اکلوزن های مرتبط با بولتون را در کلاس های مختلف انگل مورد بررسی قرار داده اند و هم چنین به علت شیوع نهفتگی پالاتالی دندان های کانین در استان کرمان (۹) و احتمال وجود لترال میخی و کوچک بودن سایز دندان ها در این بیماران (۱۰)، این مطالعه طراحی گردید.

### روش بررسی

در این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی، براساس فرمول آلفای ۰.۰۵، تعداد ۴۳۷ کست دندانی قبل از درمان بیماران ارتودنسی مراجعه کننده به بخش تخصصی دانشکده دندانپزشکی و مطب های خصوصی شهر کرمان از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۴ به صورت آسان (در دسترس) انتخاب شدند و در نهایت ۳۱۱ کست که با معیارهای زیر مطابقت داشتند مورد بررسی قرار گرفتند.

در انتخاب نمونه ها معیارهای زیر مورد نظر قرار گرفت:

- ۱- کست های مورد مطالعه از کیفیت خوب برخوردار باشند و فاقد شکستگی یا لب پریدگی دندان ها باشند. در صورت عدم کیفیت، قالب حذف شد.
- ۲- فاقد هر گونه سایش یا ترمیمی باشند که موجب تأثیر بر عرض مزویدیستالی دندان ها شود.
- ۳- مورفولوژی همه دندان ها نرمال باشد.

بعد از تایید روایی، به منظور مشخص کردن پایایی اندازه گیری ها تعداد ۱۰۰ کست به صورت تصادفی انتخاب شده و بعد از گذشت دو هفته توسط همان آزماینده مجدداً اندازه گیری گردید و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون،

می دهد که نسبت های بولتون قدامی و کلی ارتباط معنی داری با جنس دارند ( $P < 0/05$ ). بررسی توزیع فراوانی نهفتگی یک طرفه دندان کانین بالا با نسبت های بولتون نشان می دهد که از  $10/6$ ٪ افرادی که دارای نهفتگی دندان کانین بالا یک طرفه هستند،  $3/5$ ٪ آن ها بولتون قدامی و  $1/3$ ٪ بولتون کلی دارند. هیچ گونه ارتباط معنی داری بین نهفتگی یک طرفه دندان کانین بالا و بولتون قدامی وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). ارتباط بولتون کلی با نهفتگی دندان کانین بالا یک طرفه به صورت مرزی با  $p=0/064$  است. بنابراین ممکن است در صورتی که حجم نمونه ها بیشتر شود ارتباط معنی داری ایجاد شود.

جدول ۱: میزان نسبت های قدامی و کلی در کست های مورد بررسی در بیماران مراجعه کننده به بخش تخصصی ارتودنسی دانشکده دندانپزشکی کرمان و مطب های خصوصی بین سال های ۱۳۹۱-۱۳۹۴

مقادیر کلی	میانگین	انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم
نسبت قدامی	۷۸/۴۹	۵/۲	۱۰۰/۱۹	۶۱/۷۳
نسبت کلی	۹۱/۷۳	۶/۸	۱۰۸/۱۴	۷۸/۸۴

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبت های بولتون قدامی و کلی با جنس در بیماران مراجعه کننده به بخش تخصصی ارتودنسی دانشکده دندانپزشکی کرمان و مطب های خصوصی بین سال های ۱۳۹۱-۱۳۹۴

	بولتون قدامی دارد		بولتون کلی دارد		p-value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کل	۱۲۹	۴۱/۵	۸۰	۲۵/۷	
مونث	۷۶	۲۴/۵	۵۶	۱۸/۰	
مذکر	۵۳	۱۷/۰	۲۴	۷/۷	
		۰/۰۵		۰/۰۰۰۵	

گسترده ای در مقالات گزارش شده است و توسط انجمن جامعه ارتودنسی Orthodontic Associates جهت دستیابی به درمان مطلوب تر و با ثبات تر پذیرفته شده است (۱۴-۱۱). در رابطه اکلوژنی نرمال و موقعیت صحیح دندان های اینسایزور، دیسکریپشنی اندازه دندان می تواند باعث چرخش دندان ها، عدم ایجاد روابط عرضی، قدامی خلفی و عمودی مناسب بین قوس دندان بالا و پایین شود (۱۵). از آن جا که جنس و نژاد می تواند بر اندازه مزودیستالی دندان ها اثر گذارد به نظر می رسد آگاهی از نسبت های بولتون در نژاد ایرانی تحت درمان می تواند کمک کننده باشد.

میانگین سنی زنان مورد مطالعه  $4/7 \pm 21$  (محدوده سنی ۱۳ تا ۳۲ سال) و میانگین سنی مردان  $4/4 \pm 20$  (محدوده سنی ۱۳ تا ۳۱ سال) می باشد. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که از لحاظ میانگین سنی بین دو گروه مونث و مذکر اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نسبت های قدامی و کلی دندان ها را نشان می دهد.

از مجموع ۳۱۱ کست مورد مطالعه،  $41/5$ ٪ ( $129$  کست بولتون قدامی و  $25/7$ ٪ ( $80$  کست) بولتون کلی داشتند. جدول ۲ توزیع فراوانی نسبت های بولتون قدامی و کلی را در دو جنس به تفکیک نشان می دهد. آنالیز آماری نشان

## بحث

رابطه درست پهنای مزودیستالی دندان های مندیبول نسبت به ماگزینا (نسبت های بولتون) از عوامل مهم و موثر در ایجاد اکلوژن طبیعی است. با توجه به مشاهده تفاوت در نتایج بررسی های مختلف در این زمینه، ارزیابی قابلیت کاربرد این نسبت ها در جمعیت ما نیز ضروری است. هدف از این پژوهش تعیین رابطه نسبت بولتون قدامی و کلی با جنس و نهفتگی یک طرفه دندان کانین بالا در بین بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی کرمان و مطب های خصوصی می باشد. اهمیت دیسکریپشنی اندازه دندان در درمان ارتودنسی به صورت

دومین دندان شایع از لحاظ نهفتگی هستند و در ۲-۱ درصد جمعیت رخ می‌دهند (۳۲). نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین نهفتگی یک طرفه دندان کانین بالا با بولتون قدامی و کلی وجود ندارد. Al-Khateeb و همکاران در سال ۲۰۰۶ (۳۱)، Al-Nimri و همکاران در سال ۲۰۰۸ (۳۳) و Stanaitytè و همکاران در سال ۲۰۱۴ نیز در بررسی بیماران ارتودنسی به نتایج مشابهی دست یافتند. Stanaitytè و همکاران در بررسی خود نتیجه گرفتند که اندازه دندان لترال بالا در سمت نهفتگی دندان کانین کمتر از حالت طبیعی می‌باشد (۳۴). Atoche و همکاران نیز شیوع بیشتر لترال میخی و کوچک بودن اندازه دندان‌ها را در بیماران با نهفتگی کانین نشان دادند (۳۵).

دلیل این تفاوت در نتایج مطالعات مختلف می‌تواند اختلافات نژادی و تفاوت در همبستگی یا عدم همبستگی بین ژن‌های مقصر در ایجاد لترال کوچک و کانین نهفته در نژادهای مختلف باشد. دلیل دیگر می‌تواند اختلاف در تعداد نمونه‌های مورد بررسی باشد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به شیوع نسبتا بالای کانین نهفته در استان کرمان، ارتباط این متغیر با بولتون دیسکروپانسی در مطالعه‌ای جداگانه با تعداد نمونه‌های بیشتر بررسی شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که شیوع بولتون قدامی ۴۱/۵٪ و بولتون کلی ۲۵/۷٪ می‌باشد. با توجه به اختلالات اندازه دندان‌ها و تاثیر آن بر اکلوژن و روابط دندانی، توصیه می‌شود آنالیز بولتون قبل از شروع درمان ارتودنسی در مورد بیماران انجام شود.

### سپاسگزاری

این مطالعه در دانشکده دندانپزشکی کرمان انجام گرفته است. از سرکار خانم دکتر مریم راد که در انجام آنالیزهای آماری ما را یاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

نسبت قدامی در جمعیت مطالعه حاضر بدون در نظر گرفتن نوع مال اکلوژن و جنسیت ۷۸/۴۹٪ بوده که در مقایسه با نسبت قدامی بولتون (۷۷/۲٪) بزرگ‌تر است، اما نسبت کلی با میانگین ۹۱/۷۳٪ بسیار به نسبت کلی بولتون (۹۱/۳٪) نزدیک می‌باشد. اکثریت مطالعات نیز در بررسی بیماران ارتودنسی، میانگین نسبت‌های قدامی و کلی را متفاوت با نسبت‌های ارائه شده توسط بولتون و مشابه با نتایج این مطالعه گزارش کردند (۱۹-۱۶، ۸).

بخش دیگری از نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که بولتون قدامی و کلی در زنان بیشتر از مردان است. این یافته با نتایج Batool و همکاران که بر روی جمعیت نیجریه‌ای صورت پذیرفت هم‌خوانی دارد (۲۰). آنالیزهای آماری اختلاف معنی‌داری را در این مطالعه میان نسبت‌های قدامی و کلی دندان‌های زنان و مردان نشان دادند. نتایج به دست آمده از این تحقیق با مطالعه Lavelle در سال ۱۹۷۲ (۲۱)، Smith در سال ۲۰۰۰ (۳)، Uysal و همکاران در سال ۲۰۰۵ (۱۲) و Trehan و همکاران در سال ۲۰۱۲ (۶) مطابقت دارد. اما سایر مطالعات (۲۷-۲۲، ۵) اختلاف معنی‌داری میان نسبت‌های بولتون با جنس نشان ندادند که این مساله می‌تواند بیانگر تفاوت اندازه دندان‌ها بین دو جنس در جمعیت‌های مختلف باشد.

میانگین سنی زنان و مردان از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری ندارد. Sari و Uysal در سال ۲۰۰۵ تحقیق خود را بر روی ۱۵۰ بیمار با میانگین سنی ۲۲ سال انجام دادند که با میانگین سنی نمونه‌ها در این تحقیق مطابقت دارد (۱۲)، هر چند Santoro و همکاران در سال ۲۰۰۰ (۳۰) و Al-Khateeb و همکاران در سال ۲۰۰۶ (۳۱) به منظور به حداقل رساندن عواملی مانند سایش و ترمیم دندان‌ها از نمونه‌هایی با متوسط سنی کم‌تر (۱۳ تا ۱۵ سال) استفاده کردند.

دندان‌های کانین در زیبایی و فانکشن جویدن نقش اساسی دارند و هرگونه عاملی که در تکامل و رویش آن‌ها تداخل ایجاد کند مشکلات جدی به دنبال می‌آورد. دندان‌های کانین فک بالا

## References

- 1- Shellhart WC, Lange DW, Kluemper GT, Hicks EP, Kaplan AL. *Reliability of the Bolton tooth size analysis when applied to crowded dentitions*. Angle Orthod 1995; 65(5): 327-34.
- 2- Bolton A. *Disharmony in tooth size and its relation to the analysis and treatment of malocclusion*. Angle Orthod 1958; 28(3): 113-30.
- 3- Smith SS, Buschang PH, Watanabe E. *Interarch tooth size relationships of 3 populations: "Does Bolton's analysis apply?"*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2000; 117(2):169-74.
- 4- Bernabe E, Major PW, Flores Mir C. *Tooth width ratio discrepancies in the sample of Peruvian adolescents*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004; 125(3): 361- 5.
- 5- Eslamian L, Ghadirian H, Seifi M. *Prevalence of tooth size discrepancies (Bolton analysis) in sagittal malocclusions*. J Dent Sch GYEAR 2005; 22(4): 547-56. [Persian]
- 6- Trehan M, Agarwal S, Sharma S. *Applicability of Bolton analysis: A study on Jaipur population*. Int J Clin pediatr dent 2012; 5(2): 113-17.
- 7- Tayyab M, Zakir S, Hussain U, Jehan R, Nasrullah Z. *Bolton discrepancy among different classes of malocclusion in Peshawar population*. Pak Oral Dental J 2014; 34(4): 647-50.
- 8- Freeman JE, Maskeroni AJ, Lorton L. *Frequency of Bolton tooth size discrepancy among orthodontic patients*. Am J Orthod 1996; 110(1): 24- 7.
- 9- Karimi M. *Evaluation of dental anomalies panoramic radiographs of patients referring to oral and maxillofacial radiograph centers in Kerman*. [Doctorate Thesis]. Iran. Dental School of Kerman University of Medical Sciences; 2016. [Persian]
- 10- Graber L, Vanarsdall R, Vig K. *Orthodontics: current principles and techniques*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences 2011: 149.
- 11- Hunter WS, Priest WR, Memili B. *Errors and discrepancies in measurement of tooth size*. Journal of Dental Res 1960; 39(2): 405-14.
- 12- Uysal T, Sari Z, Basciftci FA. *Intermaxillary Tooth Size Discrepancy and Malocclusion: Is There a Relation?* Angle Orthod 2005; 75(2): 208–13.
- 13- Paulino V, Paredes V, Gandia JL. *Prediction of arch length based on intercanine width*. European J Ortho 2008; 30: 295–98.
- 14- Othman SA. *Harradine NWT: Tooth size discrepancy and Bolton's ratios: a literature review*. J Orthod 2006; 33: 45-51.
- 15- McLaughlin RP, Bennett JC, Treisi HJ. *Systemized orthodontic treatment mechanics*. 1st ed. St Louis. Sydney Toronto: The C.V Mosby Co 2001: 71-85.
- 16- Crosby DR, Alexander CG. *The occurrence of tooth size discrepancies among different malocclusion groups*. Am J Orthod Dentofac Orthop 1989; 95: 457-61.
- 17- Ravanmehr H. *Evaluation of crown mesiodistal diameter of permanent teeth*. jdm 1994; 7(1) :5-16. [persian]
- 18- Fahad FH, sulaimani A, Afify AR. *Bolton analysis in different classes of malocclusion in TSaudi Arabian sample*. Egypt Dent J 2006; 52(2): 1119-25.
- 19- Kachoei M, Ahangar-Atashi MH, Pourkhamneh S. *Bolton's intermaxillary tooth size ratios among*

- Iranian schoolchildren*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011; 16 (4): 568-72.
- 20- Batool I, Abbas A, Rizvi SAA, Abbas I. *Evaluation of tooth size discrepancy in different malocclusion groups*. J Ayub Med Coll Abbottabad 2008; 20(4): 51-4.
- 21- Lavelle CL. *Maxillary and mandibular tooth size in different racial groups and in different occlusal categories*. Am J Dentofacial Orthop 1972; 6(1): 29-37.
- 22- Nie Q, Lin J. *Comparison of intermaxillary tooth size discrepancies among different malocclusion groups*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999; 116(5): 539-44.
- 23- Ta TA, Ling JY, Hagg U. *Tooth size discrepancies among different occlusion groups of southern Chinese children*. Am J Dentofacial Orthop 2001; 120(5): 556-8.
- 24- Roeinpeikar SMM, Salehi P, Emami Z, Davari M, ZarifNajafi H. *Evaluation of Simple Method to Predict the Anterior and Overall Bolton Discrepancy in a South Iranian Population*. J Mash Dent Sch 2010; 34(3): 209-18. [Persian]
- 25- Bolton WA. *The clinical application of a tooth-size analysis*. Am J Dentofacial Orthop 1962; 48(7): 504-29.
- 26- Nourallah AW, Splieth CH, Schwahn C, Khurdaji M. *Standardizing interarch tooth-size harmony in a Syrian population*. Angle Orthod 2005; 75(6): 996-99.
- 27- Mirzakouchaki B, Shahrbaaf S, Talebiyan R. *Determining tooth size ratio in an Iranian-Azari population*. J Contemp Dent Pract 2007; 8(7): 86-93. [Persian]
- 28- Endo T, Abe R, Kuroki H, Oka K, Shimooka S. *Tooth size discrepancies among different malocclusions in a Japanese orthodontic population*. Angle Orthod 2008; 78(6): 994-99.
- 29- Ricci ID, Scavnavini MA, Kaieda A, Rosario HA, Paranhos LR. *Bolton's ratio in subjects with normal occlusion and malocclusion*. Braz J Oral Sci 2013; 12(4): 357-61.
- 30- Santno M, Ayoub ME, Pardi VA, Cangialosi TJ. *Mesiodistal crown dimensions and tooth size discrepancy of permanent dentition of Dominican Americans*. Angle Orthod 2000; 70: 303-7.
- 31- Al-Khateeb SN, Abu-Alhaija ESJ. *Tooth size discrepancies and arch parameters among different malocclusions in a Jordanian sample*. Angle Orthod 2006; 76(3): 459-65.
- 32- Thilander B, Jakobsson SO. *Local factors in impaction of maxillary canines*. Acta Odontol Scand 1968; 26(1-2): 145-68.
- 33- Al-Nimri K, Adwan I, Gharaibeh T, Hazza'a AM. *Tooth size discrepancies in female patients with palatally impacted canines*. Australian Orthodontic J 2008; 24(2): 129-33
- 34- Stanaitytė R, Smailienė D, Kaduševičius I. *Tooth size discrepancies and dental arch in patients with palatally and labially impacted maxillary canines*. Biomedicine 2014; 24(2): 69-74.
- 35- Atoche JRH, Agüayo MDR, Ramírez ME, Ayala FJA, Ávila BAC, Peraza MER. *Impacted Maxillary Canine Prevalence and Its Association with Other Dental Anomalies in a Mexican Population*. International Journal of Dentistry 2017; 20(17): 1-4

## The prevalence of Bolton discrepancy and associated malocclusion in patients attending the orthodontics department of Kerman Dental School and private clinics: 2012-2015

Amin Aminian<sup>1</sup>, Batoollasadat Mousavi-fard<sup>2\*</sup>, Mehrdad Shahsavari-pour<sup>3</sup>

### Original Article

**Introduction:** For the proper occlusal interdigitation or coordination of arches in the finishing stage of orthodontic treatment with proper overjet and overbite, there must be a proper mesiodistal tooth size ratio between maxillary and mandibular teeth. The Bolton analysis should be taken into consideration while diagnosing, treatment planning and predicting prognosis in clinical orthodontics. The purpose of this study was to evaluate the prevalence of Bolton discrepancy in the patients attending to Orthodontics Department of Kerman Dental School and private clinics to determine the effects of gender and unilateral maxillary canine impaction on Bolton ratio.

**Methods:** This cross sectional study was performed on 311 pretreatment orthodontic casts of patients attending to Orthodontics Department of Kerman Dental School and private clinics between 2012- 2015. The greatest mesiodistal dimensions of teeth were measured with digital caliper with accuracy of 0.01 mm. Independent t-test and chi square were applied to analyze the data by SPSS 18 software and values were considered to be significant when  $P < 0.05$ .

**Results:** The mean anterior and overall Bolton's ratios were 78.49% and 91.73%, respectively without considering malocclusion and gender. The most prevalent anterior and overall Bolton ratios were 41.5% and 25.7%, respectively. The anterior and overall Bolton ratios for female patients were greater than male patients. There were no significant relationship between canine impaction and Bolton's ratios.

**Conclusion** This study indicated a noticeable prevalence of tooth- size discrepancies in the patients. Regarding tooth- size discrepancies and their effects on occlusion and dental relations, it is suggested that Bolton's tooth size analysis must be performed before starting the orthodontic treatment.

**Keywords:** Bolton's ratios, discrepancy, unilateral maxillary canine impaction

**Citation:** Aminian A, Mousavi-fard B, Shahsavari-pour M. The prevalence of Bolton discrepancy and associated malocclusion in patients attending the orthodontics department of Kerman dental school and private clinics: 2012-2015. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2017; 26(1): 78-84.<sup>†</sup>

<sup>†1,2</sup> Department of Orthodontics, Dental School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

<sup>3</sup> Department of Endodontics, Dental School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

\*Corresponding author: Tel: 09137316588, email: b.mousavifard@gmail.com