

ارزیابی آزمایشگاهی سیل آپیکالی ترمافیل در مقایسه با دو روش تراکم عمودی و جانبی در کانال مزیباکال دندانهای مولر فک بالا

دکتر مریم کوزه‌کنانی^۱ و یدا... نیکیان^۲

خلاصه

هدف از این مطالعه مقایسه سیل آپیکالی حاصل از کاربرد روش ترمافیل با روش‌های تراکم عمودی و جانبی گوتاپرکا در پرکردگی کانال مزیباکال دندان مولر فک بالا بود. ۲۴۵ عدد دندان مولر فک بالا با آپکس سالم جمع‌آوری و از بین آنها ۴۰ عدد دندان که در رادیوگرافی میزان انحنا کانال مزیباکال آنها به روش Schneider، ۲۵-۲۰ درجه و فایل اندازه‌گیری اولیه در آنها فایل شماره ۱۵ بود، انتخاب گردیدند. سپس کلیه نمونه‌ها از ناحیه CEJ به وسیله دیسک الماسی قطع گردیدند و تا فایل شماره ۲۵ به روش step back آماده شدند. دندان‌های انتخاب شده به ۵ گروه تقسیم شدند. ۱۰ عدد دندان به روش تراکم عمودی، ۱۰ عدد به روش تراکم جانبی و ۱۰ عدد توسط دستگاه ترمافیل و با روش ارائه شده در بروشور آن پر شدند و نیز ۵ عدد دندان بعنوان شاهد مثبت و ۵ عدد دندان به عنوان شاهد منفی در نظر گرفته شدند. در تمامی گروه‌ها از ماده گوتاپرکا به انضمام سیلر (AH26) جهت پرکردن کانال‌ها استفاده گردید. پس از سفت شدن سیلر (AH26) در رطوبت ۱۰۰٪ و دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد، گروه شاهد منفی به طور کامل و بقیه دندان‌ها به جز ۵ / ۱ میلی‌متر آپیکالی کانال مزیباکال توسط لاک ناخن و موم چسب پوشانیده شدند. نمونه‌ها به مدت ۴۸ ساعت در محلول رنگی جوهر هندی قرار گرفتند. پس از خارج کردن نمونه‌ها و شستن و خشک کردن، لاک ناخن و موم چسب برداشته، برش طولی در سطح ریشه ایجاد و نفوذ خطی رنگ توسط استریومیکروسکوپ اندازه‌گیری شد. در میان ۳ روش پرکردن کانال مزیباکال دندان مولر فک بالا حداکثر میزان ریزش رنگ مربوط به گروه ترمافیل و حداقل آن مربوط به گروهی بود که با روش تراکم جانبی پر شده بودند. میانگین و انحراف معیار مقادیر ریزش رنگ در گروه ترمافیل ۵۴ / ۵ ± ۰ / ۲۵ میلی‌متر، در گروه تراکم جانبی ۲۴ / ۲ ± ۰ / ۳۵ میلی‌متر و در گروه تراکم عمودی ۵۲ / ۲ ± ۰ / ۹۱ میلی‌متر بود. اختلاف آماری میان گروه ترمافیل با ۲ گروه دیگر معنی‌دار بود (P < ۰ / ۰۰۲) ولی بین دو روش تراکم جانبی و تراکم عمودی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (P < ۰ / ۰۰۵).

واژه‌های کلیدی: سیل اپیکالی، ترمافیل، روش تراکم عمودی، روش تراکم جانبی، مزیوباکال، مولر فک بالا

مقدمه

مرحله نهایی درمان ریشه، پرکردن کامل فضای کانال ریشه در سه بعد می‌باشد. تا به امروز روش‌های تراکم عمودی و تراکم جانبی گوتاپرکا قابل قبول‌ترین روش‌های پرکردن کانال ریشه بوده‌اند. از معایب این روش‌ها دشواری و صرف زمان

۱- استادیار گروه درمان ریشه، دانشکده دندانپزشکی، ۲- استادیار آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان
طولانی می‌باشد. همچنین در این روش‌ها گوتاپرکای مورد استفاده جهت پر کردن کانال ریشه، گوتاپرکای β -Phase می‌باشد که تطابق آن با دیواره‌های کانال ریشه به اندازه گوتاپرکای α - Phase نیست (۵).

جانسون (۱۹۷۸) روشی را معرفی نمود که در آن از فایل *stainless-steel*، گوتاپرکای ترموپلاستیک بعلاوه سیلر برای پرکردن کانال ریشه استفاده می‌شود. در این روش فایل استریل هم شماره با آخرین فایل بکار رفته در داخل کانال، آغشته به گوتاپرکای ساخت کارخانه *Mynol* می‌شود. سپس بر روی قسمتی از آن یک *notch* ایجاد می‌شود تا پس از قرار گرفتن در داخل کانال از محل *orifice* و یا در صورت استفاده از *post* در طول دلخواه قابل شکستن باشد. دیواره‌های کانال به مقدار کمی از سیلر آغشته و فایل پوشیده از گوتاپرکا تا زمان نرم شدن گوتاپرکا بر روی شعله قرار داده می‌شود. در مرحله بعدی فایل حامل گوتاپرکای ذوب شده با یک فشار محکم به سمت اپیکال تا طول *working length* به داخل کانال برده می‌شود. سپس در حالیکه فایل همچنان تحت فشار قرار دارد از محل *notch* با حرکت جلو و عقب و بدون هر گونه چرخانیدن قطع می‌شود. سپس گوتاپرکا در اطراف فایل مزبور بصورت ورتیکال متراکم می‌گردد و این عمل متراکم ساختن توسط پلاگرهای چرب انجام می‌گیرد. طبق آنچه در متون آمده است، جانسون از روش خود نتایج عالی کسب نموده است (۵). از آن زمان تاکنون در روش جانسون تغییرات و پیشرفت‌هایی حاصل شده است و اشکال تجارتي آن تحت عنوان سیستم ترمافیل توسط کارخانه تولسا (*Tulsa Oklahoma*) به بازار آمده است (۱۴). در روش ترمافیل از گوتاپرکای α -Phase استفاده می‌شود. فرمول شیمیایی گوتاپرکای α -Phase همانند گوتاپرکای معمولی است و اختلاف این دو در ساختمان کریستالی و خواص فیزیکی می‌باشد. گوتاپرکای فاز آلفا زمانی که حرارت می‌بیند نرم و چسباننده می‌شود و به خوبی به فلوت‌های فایل می‌چسبد و زمانی که به داخل کانال می‌رود از فلوت‌های فایل جدا نمی‌شود. از مهمترین مزایای روش ترمافیل سهولت و صرفه‌جویی در وقت می‌باشد (۲). در طول دهه

گذشته روش ترمافیل و روش‌های مشابه در میان محققین رشته درمان ریشه طرفداران و مخالفین زیادی داشته است. گرچه **Chohayeb** از طرفداران روش ترمافیل در مطالعات خود تفاوت آماری معنی‌داری را میان میانگین ریزش رنگ در پرکردگی‌های حاصل از روش ترمافیل با روش جانبی مشاهده ننموده است (۴) ولی همین محقق روش ترمافیل را برای پرکردن کانال‌های خمیده توصیه نکرده است. در مطالعات زیادی از جمله مطالعه **Lares** در سال ۱۹۹۰ اختلاف آماری معنی‌داری میان سیل آپیکالی حاصل از روش ترمافیل با روش‌های معمول و متداوال پرکردن کانال ریشه یعنی روش‌های تراکم جانبی و عمودی گوتا پرکا مشاهده نشده است (۱۱).

در نتایج تحقیق **Hata** و همکاران (۱۹۹۲) میانگین میزان ریزش رنگ در روش ترمافیل به طور معنی‌داری بالاتر از روش‌های معمول پرکردن کانال ریشه نظیر روش جانبی و عمودی گزارش شده است (۱۰). پرکردن کانال‌های باریک و خمیده نظیر کانال‌های مزبالی دندان‌های مولار پایین و کانال مزو باکال دندان مولار فک بالا همواره مشکلات زیادی را برای درمانگر در بر داشته است. **Mc Murtrey** در سال ۱۹۹۷ نتیجه مطالعات خود را در زمینه مقایسه میزان ریزش رنگ در کانال‌های خمیده‌ای که با ۲ روش ترمافیل و تراکم جانبی پر شده بودند به این صورت گزارش نمود که اصولاً اختلاف آماری معنی‌داری در سیل حاصل از کاربرد این دو روش در چنین کانال‌هایی ملاحظه نمی‌گردد (۱۳). **Gulabivala** در سال ۱۹۹۴ سیل آپیکالی حاصل از روش ترمافیل را در کانال‌هایی که درجه انحنای آنها بیشتر از ۲۵ درجه می‌باشد بطور معنی‌داری بیشتر از روش جانبی توصیف نمود (۹) و در مقابل **Abarca** و همکاران در سال ۲۰۰۱ اختلاف آماری معنی‌داری را میان سیل آپیکالی حاصل از روش ترمافیل با روش جانبی در کانال‌های خمیده ملاحظه نمودند (۱). لازم به توضیح است که در تحقیقات اخیر کانال‌های خمیده، کانال‌های مزبالی دندان‌های مولار فک پایین در نظر گرفته شده بود که خصوصیات آناتومیک و شرایط کلینیکال آنها با کانال‌های مزو باکال دندان‌های مولار فک بالا اختلاف دارد.

هدف از مطالعه حاضر مقایسه سیل آپیکالی روش ترمافیل با دو روش جانبی و عمودی در کانال مزو باکال دندان مولار فک بالا می‌باشد.

روش اجرا

این مطالعه از نوع تجربی می‌باشد که در آن ۲۴۵ دندان مولار فک بالا بدون شکستگی، ترک و پوسیدگی قابل توجه و آپکس سالم و بدون تحلیل انتخاب شده و به مدت یک ساعت در محلول سدیم هیپوکلرایت ۲۵ / ۵ درصد (وایتکس - شرکت شیمین تهران) نگهداری شدند. سپس با استفاده از تیغه بیستوری شماره ۱۵ (surgical **blad15 japan**) بقایای بافتی از سطح ریشه برداشته شد و به مدت ۴۸ ساعت در محلول فرمالدئید (**Merck**) قرار گرفتند. تمامی دندان‌ها با دیسک الماسی

(**Diamond disc D,&Z Germany**) و هندپیس از ناحیه **CEJ** قطع و در محلول سرم فیزیولوژی ۹ / ۰ درصد نگهداری گردیدند. در این تحقیق تلاش گردید تا تمامی پارامترها از جمله قطر کانال و میزان انحنای کانال

مزایو باکال در تمام نمونه‌ها تا حد امکان یکسان باشد تا این متغیرها تأثیری در نتیجه تحقیق نداشته باشد و صرفاً توانایی و قابلیت روش‌های مورد بررسی در بدست آوردن سیل آپیکالی مناسب در پرکردگی کانال‌ها مورد مقایسه قرار بگیرد. برای دستیابی به این هدف از میان ۲۴۵ دندان جمع‌آوری شده تعداد ۴۰ عدد دندان که میزان انحنای کانال مزیبواکال آنها به روش Schneider ۲۵-۲۰ درجه برآورد گردیده و فایل اولیه در آنها فایل شماره ۱۵ بود (K-Flexofile 15 Mailfair/Swiss) انتخاب گردید. در آنالیز اشنایدر برای اندازه‌گیری درجه انحنای کانال‌ها $\frac{1}{3}$ آپیکالی و $\frac{2}{3}$ کروئالی کانال توسط خطوط متقاطع روی رادیوگرافی جدا شده و زاویه بین آنها (α) اندازه‌گیری می‌شود (۱۴). ضمناً از آنجایی که در بسیاری از موارد ریشه مزیبو باکال از دو کانال تشکیل یافته، به طوری که Seltzer شیوع آن را ۵۴٪ گزارش نموده (۱۶)، در تحقیق حاضر دندان‌هایی انتخاب شدند که ریشه مزیبو باکال آنها صرفاً یک کانال را شامل می‌گردید. نحوه انتخاب ریشه‌های مزیبواکال تک کاناله از طریق قرار دادن فایل و تهیه رادیوگرافی بود. دندان‌های انتخاب شده در تمام مراحل کار درون سرم فیزیولوژی ۹ / ۰ درصد نگهداری می‌شدند. کانال مزیبو باکال مربوط به ۳۰ دندان انتخاب شده تا فایل شماره ۲۵ به روش step back آماده شدند و تا ۳ شماره نیز flared گردیدند. کانال مزیبو باکال مربوط به ۱۰ دندان دیگر به روش standardized و تا شماره ۲۵ آماده گردیدند، زیرا در روش ترمافیل نیازی به flare نمودن نواحی فوقانی کانال نیست. طول کارکرد در تمامی کانال‌ها ۷۵ / ۰ میلی‌متر کوتاه‌تر از آپکس رادیوگرافیک بود. لازم به تذکر است که در طول مراحل پاکسازی و شکل دهی کانال‌های ریشه، شستشوی مرتب با محلول نرمال سالین ۹ / ۰ درصد انجام می‌گرفت. پس از انجام مراحل فوق دندان‌های مورد نظر به ۵ گروه تقسیم شدند.

گروه آزمون شماره یک: این گروه شامل ۱۰ عدد دندان بود که کانال‌های مزیبو باکال آماده شده آنها توسط کن کاغذی شماره ۲۵ (شرکت آریادنت - ایران) خشک شده و پس از انتخاب کن گوتاپیرکای اصلی شماره ۲۵ یا ۳۰ (شرکت آریادنت - ایران) که دارای tug-back بوده و طول آن ۷۵ / ۰ میلی‌متر کوتاه‌تر از آپکس رادیوگرافیک بود با استفاده از finger spreader شماره ۲۰ الی ۲۵ و کاربرد سیلر AH26 (Densply Company) به روش تراکم جانبی پر شدند.

گروه آزمون شماره دو: در این گروه نیز ۱۰ عدد دندان قرار داشت که پس از خشک نمودن کانال مزیبواکال آنها و انتخاب master cone و کاربرد سیلر AH26 به روش تراکم عمودی پر شدند.

گروه آزمون شماره سه: در این گروه نیز ۱۰ عدد دندان قرار داشت که پس از خشک نمودن کانال مزیبواکال توسط obturator ترمافیل شماره ۲۵ یا ۳۰ و کاربرد سیلر AH26 با روش ترمافیل پر شدند.

جهت اطمینان از صحت پرکردگی دندان‌های سه گروه فوق، فیلم رادیوگرافی تهیه شد.

گروه شاهد مثبت: در این گروه ۵ عدد دندان قرار داشت که پس از پاکسازی و شکل دهی کانال به روش step-back، پر نگردیدند.

گروه شاهد منفی: در این گروه نیز ۵ عدد دندان وجود داشت که این دندان‌ها پس از انجام مراحل آماده‌سازی کانال مزیوباکال به روش **step-back** پر نشدند.

جهت سفت شدن سیلر در شرایط مشابه بدن، تمامی نمونه‌ها به مدت ۷۲ ساعت در دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد و رطوبت ۱۰۰٪ قرار داده شدند. سپس تمامی نمونه‌ها خشک و در گروه شاهد منفی تمامی سطح خارجی ریشه با دو لایه لاک ناخن و دو لایه موم چسب مذاب پوشانیده شد. همچنین تمامی سطوح ریشه‌های دندان‌های گروه آزمون یک، دو، سه و گروه شاهد مثبت غیر از ناحیه ۵ / ۱ میلی‌متر انتهایی آپیکالی ریشه مزیوباکال آنها توسط دو لایه لاک ناخن و دو لایه موم چسب پوشانیده شد و تمامی نمونه‌ها در محلول جوهر هندی، در یک سطح، در ته ظرف به مدت ۴۸ ساعت قرار داده شدند. پس از خارج کردن نمونه‌ها و شستن آنها با آب معمولی، موم چسب و لاک ناخن با تیغه جراحی شماره ۱۵ برداشته شد و با استفاده از دیسک الماسی به قطر تقریبی ۲ / ۰ میلی‌متر برشهای عمودی در جهت باکولینگوالی کانال مزیوباکال تهیه شد به طوری که عمق شیارها به پرکردگی کانال نمی‌رسید. پس از جداسازی دو نیمه کانال میزان نفوذ رنگ در هر نیمه با استفاده از استریومیروسکوپ (stereomicroscope-olympus/optical/Japan) با بزرگنمایی چهار و دقت دهم میلی‌متر اندازه‌گیری شد و در خاتمه با استفاده از آزمون آماری **kruskal-wallis** بین گروه‌های آزمون فوق مقایسه آماری به عمل آمد (۳، ۶، ۷، ۱۰، ۱۲).

نتایج

در گروه کنترل منفی همانگونه که انتظار می‌رفت هیچگونه نفوذ رنگ در هیچیک از نمونه‌ها صورت نگرفت و در گروه کنترل مثبت حداکثر میزان نفوذ رنگ ۵ / ۹ mm و حداقل آن ۶ mm بود. در گروه آزمون شماره یک که با روش تراکم جانبی پر شده بودند حداکثر میزان نفوذ رنگ ۵ / ۲ میلی‌متر و حداقل آن ۲ mm بود. در گروه آزمون شماره ۲ که به روش تراکم عمودی پر شده بودند حداکثر میزان نفوذ رنگ ۴ میلی‌متر و حداقل آن ۵ / ۲ میلی‌متر بود. در گروه آزمون شماره ۳ که توسط روش ترمافیل پر شده بودند حداکثر میزان نفوذ رنگ ۶ میلی‌متر و حداقل آن ۵ / ۴ میلی‌متر بود (جدول ۱).

آزمون کروسکال والیس تفاوت میزان نفوذ رنگ در سه گروه آزمون و شاهد مثبت را معنی‌دار نشان داد (۰/۰۰۱/ $P < 0$) جهت تعیین گروه‌های دارای اختلاف، مقایسه دو به دو گروه‌ها با استفاده از آزمون من ویتنی (Mann-Whitney) صورت گرفت و برای تعیین سطح معنی‌داری از Bonferroni correction استفاده شد. نتیجه مقایسه دو به دو گروه‌ها اختلاف معنی‌داری را بین گروه‌های آزمون ۱ و ۲ با گروه شاهد مثبت (۰/۱/ $P < 0$) و با گروه آزمون ۳ (۰/۱/ $P < 0$) یعنی گروهی که با روش ترمافیل پر شده بود، نشان داد به طوری که میزان نفوذ رنگ در گروه شاهد مثبت و گروه ۳ نسبت به گروه‌های ۱ و ۲ بیشتر بود. گروه‌های آزمون ۱ با ۲ و همچنین گروه آزمون ۳ نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند.

جدول ۱: مقادیر نفوذ رنگ در ۴ گروه از دندان‌های مورد آزمایش

گروه	تعداد	میانگین mm	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
شاهد مثبت	۵	۸ / ۱	۱ / ۳۹	۶	۹ / ۵
آزمون ۱	۱۰	۲ / ۳۵	۰ / ۲۴	۲	۲ / ۵
آزمون ۲	۱۰	۲ / ۹۱	۰ / ۵۲	۲ / ۵	۴
آزمون ۳	۱۰	۵ / ۲۵	۰ / ۵۴	۴ / ۵	۶
شاهد منفی	۵	-	-	-	-

گروه آزمون ۱: تراکم جانبی

گروه آزمون ۲: تراکم عمودی

گروه آزمون ۳: ترمافیل

شاهد مثبت: کانال مزیوباکال پر نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در طی ۱۰ سال اخیر استفاده از گوتاپرکای ترموپلاستیک جهت پر کردن کانال ریشه دندان توجه بسیاری از محققین رشته درمان ریشه را به خود جلب نموده است. گوتاپرکای ترموپلاستیک چون در اثر حرارت به صورت مذاب در می‌آید از درجه سیلان بالاتری نسبت به گوتاپرکای معمولی برخوردار است و چنانکه خوب متراکم شود به همراه sealer به داخل کانال‌های فرعی و جانبی نفوذ نموده، امکان seal بهتر چنین کانال‌هایی را فراهم می‌آورد (۱۴). جهت استفاده از گوتاپرکای ترموپلاستیک به منظور پرکردن کانال ریشه دندان دستگاه‌های متنوعی از جمله آلفاسیل، successfil, obtura II، اولترافیل و ترمافیل طراحی گردیده‌اند (۵). در روش ترمافیل از یک حامل و یا obturator فلزی و یا پلاستیکی که در اطراف آن به ضخامت یک میلی‌متر گوتاپرکای Phase - α قرار داده شده و مشابه یک فایل یا اینسترومنت اندودانتیک می‌باشد توأم با سیلر ترجیحاً از نوع رزینی نظیر سیلر (AH26) و یا Thermaseal برای پرکردن کانال ریشه استفاده می‌شود. از معایبی که برای گوتاپرکای ترموپلاستیک و روش‌هایی که در آنها از چنین گوتاپرکایی استفاده می‌شود ذکر شده، کاهش حجم و یا shrinkage گوتاپرکا متعاقب سرد شدن و تغییر حالت آن از مایع به جامد می‌باشد. مسئله فوق یکی از دلایلی

است که می‌تواند ریزش بیشتر محلول جوهر هندی را در کانال‌هایی که در تحقیق حاضر توسط روش ترمافیل پر شده‌اند توجیه کند. علاوه بر این زمانی که obturator های حامل گوتاپرکای مذاب به داخل ریشه برده می‌شوند، گوتاپرکای مذاب دچار یک حرکت back-flow شده و تمایل دارد که در نواحی فوقانی تر کانال ریشه تجمع یابد که وضعیت فوق از دلایل دیگری است که سیل انتهایی کانال ریشه را به مخاطره می‌اندازد. برای جبران این حالت توصیه شده که از پلاگرهای چرب جهت تراکم عمودی گوتاپرکای اطراف obturator های ترمافیل استفاده شود (۱۵, ۷). مطالعه حاضر نشان داد که تحت شرایط in vitro میانگین ریزش محلول رنگی در کانال‌های خمیده‌ای که توسط روش ترمافیل پر می‌شوند به طور معنی داری بالاتر از نمونه‌هایی می‌باشند که در شرایط مشابه توسط روش‌های معمولی پر کردن کانال یعنی روش‌های تراکم جانبی و عمودی پر می‌شوند. نتایج این مطالعه با مطالعات محققینی نظیر Lares (۱۱)، Chohayeb (۴) و Mc Murtrey (۱۳) که سیل اپیکالی حاصل از روش ترمافیل را مشابه و در ردیف سیل حاصل از روش‌های تراکم جانبی و عمودی برآورد نموده بودند مغایر می‌باشد. همچنین بین نتایج حاصل از تمامی این تحقیقات با اظهارات Johnson (۱۹۷۸) و بروشور دستگاه ترمافیل (۱۹۹۵) که سیل اپیکالی حاصل از روش ترمافیل را عالی و بدون همتا در تاریخ درمان ریشه ذکر کرده‌اند، اختلاف زیادی ملاحظه می‌شوند (۱۴, ۵). Schilder و همکاران (۱۹۸۵) به دلیل تغییرات ساختمانی گوتاپرکای α - Phase در حین مراحل گرم شدن و سرد شدن مجدد و تغییرات ساختمانی آمورف احتمالی ناشی از این تغییرات درجه حرارت، احتمال بدست آوردن سیل اپیکالی مناسب از این روش را بسیار ضعیف برآورد کرده‌اند (۱۵). Hata و همکاران (۱۹۹۴) سیل اپیکالی حاصل از روش ترمافیل را به مراتب ضعیف‌تر از روش لترال گزارش نموده و او نیز در گزارش خود shrinkage ناشی از تغییرات درجه حرارت گوتاپرکای α - Phase و جریان back - flow ناشی از بردن obturator های روش ترمافیل را از معایب این روش گزارش نموده است (۱۰, ۸). به هر حال همانگونه که در ابتدای مقاله ذکر گردید بین نتایج تحقیقاتی که در زمینه روش ترمافیل انجام گرفته است اختلاف زیادی ملاحظه می‌شود. لکن اکثر این تحقیقات وضعیت عالی و بدون همتا بودن سیل اپیکالی حاصل از روش ترمافیل را رد می‌کنند.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی و همکاری صمیمانه حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده که در این قسمت نهایت تشکر و امتنان از آقایان دکتر علیرضا فکری و دکتر حمید نجفی‌پور به عمل می‌آید.

Summary

An in Vitro Comparison between the Apical Seal of Thermoafil with Lateral and Vertical Condensation Techniques in Mesio Buccal Root of Maxillary Molar

Kuzekenani M, DDS¹ . and Nikian Y, MSPH.²

1. Assistant Professor, Endodontic Department, School of Dentistry, 2. Assistant Professor of Statistics, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

The purpose of this study was to compare the apical seal of thermafil with lateral and vertical condensation techniques in mesiobuccal root of maxillary first molars. 245 upper first molar teeth were extracted. Among them 40 Teeth were selected having 20-25 degrees of curve (according to Schnider Analysis) in apical one third of their mesiobuccal roots. These teeth were also selected so that the first measuring file in all species was a number 15 file. Then the selected teeth were cut from CEJ by a metallic disc and the mesiobuccal roots were prepared up to number 30 file using step back technique. After This stage the teeth were divided into 5 groups. Group A: 10 Teeth that their mesiobuccal canals were obturated by lateral condensation technique. Group B: 10 teeth that their mesiobuccal canals were obturated by Vertical condensation Technique. Group C: 10 Teeth that Their mesiobuccal canals were obturated by thermafil. Group D: 5 Teeth as negative control group. Group E : 5 teeth as positive control group. After coating the negative control roots by 2 layers of nail polish completely and also the teeth of group A,B,C,D and E by 2 layers of nail polish except of their apical 1.5mm, the teeth were incubated and placed within india ink vertically for 48 hours. Then The mesiobuccal roots were sectioned buccolingually and the amount of dye penetration was measured by stereomicroscope. The data were evaluated by statistical analysis (kruskal wallis). The apical seal from thermafil was significantly lower than lateral and vertical condensation techniques in mesiobuccal roots.

Key Words: *Thermafil, Lateral Condensation, Vertical condensation, Mesiobuccal root*
Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2002 9(3): 128-133

References

1. Abarca AM, Bustos A and Navia M. A comparison of apical sealing and extrusion between thermafil and lateral condensation techniques. *J Endod* 2001; 27(11): 670-672.
2. Baumgardner KR, Taylor J and Walton R. Canal adaptation and Coronal leakage: lateral condensation compared to Thermafil. *J.A.D.A* 1995 126(3): 351-6.
3. Beatty R.G, Baker PS, Haddix J and Hart F. The efficacy of four root canal obturation techniques in preventing apical dye penetration. *J.A.D.A* 1989; 119(5): 633-7
4. Chohayeb AA. Comparison of conventional root canal obturation techniques with thermaphil obturators. *J of Endodon* 1992; 18(1): 1012
5. Cohen S and Burns RC: Path ways of the pulp. 7 th ed., ST Louis, Mosby year book, 1998; PP271-3, PP489-12

6. Dalat DM and Spangberg LS. Comparison of apical leakage in root canals obturated with various gutta percha techniques using a dye vacuum tracing method. *J Endod* 1994; 20(7): 315-9.
7. Dummer PM, Lyle L, Rawle J and Kennedy JK. A Laboratory study of root canal fillings in teeth obturated by lateral condensation of gutta percha or thermafil obturators. *Int Endod J* 1994; 27(1): 328 .
8. Felstead AM, Lumley PJ and Harrington E. An *in vitro* investigation of thermafil obturation at different temperatures. *Endod Dent Traumatol* 1994; 10(3): 141-3.
9. Gulabivala K and Leung SF. Review of a new root canal obturation technique. *Dent Update* 1994; 21(2): 738 , 80-3.
10. Hata G, Kawazoe S, Toda T and Weine FS. Sealing ability of thermafil with and without sealer. *J of endodontics* 1992; 18: 322-326.
11. Lares C and elDeeb ME. The sealing ability of the thermafil obturation technique. *J Endod* 1990; 16(10): 474-9.
12. Leung SF and Gulabivala K. An *in vitro* evaluation of the influence of canal curvature on the sealing ability of thermafil. *Int Endod J* 1994; 27(4): 190-6.
13. MC Murtrey LG. A Comparison between Thermaphil and lateral condensation technique in highly curved canals. *J of Endodontics* 1997; 23: 687-1
14. Oliver MA. Thermafil takes issue. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(8): 1084 , 1086, 1088-9.
15. Schilder H, Goodman A and Aldrich W. The Thermomechanical properties of GuttaPercha . Part V. Volume changes in bulk gutta-percha as a function of temperature and its relationship to molecular phase transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 59(3): 285-96
16. Seltzer: Endodontology: Biologic Consideration in Endodontic procedure. 2 nd ed., Philadelphia, Lea & Febiger 1988; PP:410-433.