

میزان شیوع دندان‌های ناتال در نوزادان متولد شده در شهر اصفهان در یک دوره یک‌ساله

دکتر مریم حاج نوروز علی‌تهرانی*، دکتر هاجر سخاوتی^۱، دکتر منصور جاوری^۲

چکیده

مقدمه: دندان‌های ناتال در زمان تولد در دهان نوزاد موجود هستند. علت تشکیل این دندان‌ها همچنان ناشناخته مانده است؛ اما برخی محققین به همراهی آن‌ها با سندرم‌ها و ناهنجاری‌های تکاملی اشاره کرده‌اند. هدف از این پژوهش، بررسی شیوع دندان‌های ناتال در نوزادان شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، نوزادان متولد شده در بیمارستان‌های شهر اصفهان از مرداد ماه ۱۳۷۶ به مدت یک‌سال مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه شامل مشخصات نوزاد از قبیل تاریخ تولد، جنس، قد و وزن هنگام تولد، تعداد و نوع دندان‌های موجود، سابقه وجود دندان ناتال در خانواده و وضعیت سیستم‌های عصبی، قلبی و تناسلی و ناهنجاری‌های تکاملی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون χ^2 در سطح اطمینان ۰/۹۵ مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: در این دوره زمانی، ۳۱۹۴۰ نوزاد در شهر اصفهان متولد شدند. از این میان ۱۷ نوزاد دارای دندان ناتال بودند که به این ترتیب شیوع این پدیده در نوزادان شهر اصفهان ۱ مورد در ۱۸۷۸ تولد تخمین زده شد. ۴۱/۲ درصد از نوزادان دارای دندان، دختر و ۵۸/۸ درصد پسر بودند که نشان می‌دهد تعداد پسرها به شکل معنی‌داری بیش از دخترها بود ($p \text{ value} = ۰/۰۴۴$). از ۲۴ دندان ناتال ثبت شده ۹۲/۳۰ درصد ثنایای میانی فک پایین (۶۰ درصد دو طرفه)، ۳/۸۴ درصد ثنایای میانی فک بالا و ۳/۸۴ درصد مولر فک بالا بودند. در ۶ مورد از نوزادان سابقه وجود دندان ناتال در خانواده مشهود بود که از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p \text{ value} = ۰/۰۴۱$). در مطالعه حاضر نوزادان دارای دندان هیچ‌گونه ناهنجاری تکاملی نداشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه دندان‌های ناتال از شیوع بالایی برخوردار نیستند، با این وجود چگونگی حفاظت و درمان این وضعیت در سلامت عمومی کودک مؤثر می‌باشد. همچنین مطالعات بیشتری در گروه‌های مختلف نژادی نیاز است تا اتیولوژی و ماهیت دندان‌های ناتال بهتر درک گردد.

کلید واژه‌ها: نوزاد، دندان ناتال، شیوع.

* استادیار، عضو مرکز تحقیقات دندان‌پزشکی ترابی‌نژاد، گروه دندان‌پزشکی کودکان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤل)

hajenorouzali@dnt.mui.ac.ir

۱: دستیار تخصصی، گروه دندان‌پزشکی کودکان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲: دندان‌پزشک، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل پایان‌نامه عمومی به شماره طرح تحقیقاتی ۶۰۱ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

این مقاله در تاریخ ۹۰/۶/۲۲ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۰/۹/۱۲ اصلاح شده و در تاریخ ۹۰/۹/۲۲ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
۱۳۹۰، ویژه‌نامه ۴۸۲(۵) تا ۴۸۷

مقدمه

زمان رویش طبیعی برای دندان‌های شیری فک پایین حدود سن ۶ ماهگی می‌باشد. بر اساس نظریه Massler و Savara [۱] دندان‌هایی که در زمان تولد در دهان نوزاد موجود هستند دندان‌های ناتال نامیده شده و دندان‌هایی که در ۳۰ روز اول پس از تولد رویش می‌یابند را دندان‌های نئوناتال می‌نامند که شیوع آن‌ها ۱/۳ دندان‌های ناتال می‌باشد. شایع‌ترین دندان‌های ناتال ثنایاهای میانی فک پایین می‌باشند [۴-۲]. ۳۸-۷۶ درصد دندان‌های ناتال و نئوناتال به صورت جفت ظاهر می‌شوند [۴]. به طور کلی ۹۰ درصد از دندان‌های ناتال، دندان شیری و ۱۰ درصد دندان اضافه می‌باشد. در بیشتر موارد دندان‌های ناتال ظاهر تکامل نیافته داشته و فاقد ریشه می‌باشند. حضور چندین دندان ناتال در دهان یک نوزاد نمونه نادری می‌باشد که Sogi و همکاران [۵] گزارش نموده‌اند. شیوع دندان‌های ناتال و نئوناتال در مطالعات مختلف از ۱ در ۱۱/۲۵ تا ۱ در ۳۰۰۰۰ تولد متغیر می‌باشد [۸-۶، ۱] (جدول ۱). به نظر می‌رسد این میزان اختلاف آمار مربوط به روش‌های متفاوت جمع‌آوری اطلاعات باشد. اگرچه سالها است که پیشنهاداتی مانند هاپوپویتامینوز، محرک‌های هورمونی، تروما، تب و سیفلیس مادرزادی به عنوان علل شکل‌گیری دندان‌های ناتال ارائه شده اما بسیاری از سؤالات از جمله علت قطعی و الگوی ژنتیکی دندان‌های ناتال همچنان بی‌پاسخ مانده است [۹-۱۱]. برخی مطالعات وجود دندان ناتال را یک ویژگی خاص خانوادگی تلقی کرده‌اند که نشانگر یک الگوی ژنتیکی برای این پدیده می‌باشد [۷، ۴].

دندان‌های ناتال می‌توانند منشا آسیب‌های بالقوه‌ای باشند که به تعدادی از آن‌ها در زیر اشاره می‌شود:

- این دندان‌ها فاقد ریشه سالم و در بیشتر موارد لق می‌باشند، بنابراین احتمال افتادن خود به خود و خطر آسیب‌رسانی برای نوزاد وجود دارد.

- به علت لقی گاهی در اطراف طوق این دندان‌ها، خون‌ریزی لثه مشهود است.
- این دندان‌ها در صورت تماس مکرر با سطح شکمی زبان، ایجاد زخمی به نام Riga fede می‌کنند که می‌تواند در تغذیه نوزاد مشکل ایجاد کند.
- در صورت تغذیه کودک با شیر مادر این دندان‌ها می‌توانند باعث ناراحتی مادر و عدم تمایل وی برای ادامه شیر دادن گردد.
- از آن‌جا که در بیشتر موارد این دندان‌ها همان دندان شیری کودک می‌باشد از دست رفتن یا کشیدن زود هنگام آن‌ها که گاهی اجتناب‌ناپذیر است، در تغذیه و تکلم آینده کودک تأثیرگذار بوده و ظاهر ناخوشایند نیز می‌تواند مشکلات روانی در کودک ایجاد کند.
- گاهی پس از خارج کردن دندان ناتال در ماه‌های اول، توده‌دندانی شبیه به ریشه در محل دندان کشیده شده مشاهده می‌شود که به نظر می‌رسد از بقایای فولیکول دندان یا سلول‌های ادنتوبلاست و یا غلاف هرتویگ منشا گرفته باشد [۱۸-۱۲، ۳، ۲].

ناهنجاری‌های مادرزادی پدیده‌ای است که علاوه بر ایجاد ناتوانی‌ها و مشکلات احتمالی برای بیمار، بار عظیم فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را بر جامعه تحمیل می‌کند [۱۹]. نوزادانی که با دندان به دنیا می‌آیند بخش کمی از نوزادان مبتلا به ناهنجاری‌های رشدی تکاملی را تشکیل می‌دهند با این وجود این مسأله مورد توجه محققین قرار گرفته است [۲۰]. توزیع این پدیده در سندرم‌ها و ناهنجاری‌های مختلف بررسی شده است. این مسأله که آیا دندان‌های ناتال و نئوناتال در سندرم‌ها و ناهنجاری‌های رشدی بیشتر دیده می‌شود یا خیر، هنوز ثابت نشده است [۲۱]. در هر صورت این دندان‌ها در سندرم‌های مختلفی از جمله دیسپلازی کندرواکتودرمال، هالرمن اشتریف و همراه با شکاف لب و کام دیده شده است [۲۲].

جدول ۱. میزان شیوع دندان‌های ناتال و نئوناتال در مطالعات پیشین

میزان شیوع دندان ناتال	تعداد کل نمونه	تعداد دندان‌های ناتال یا نئوناتال در نمونه	محقق
۱ در ۱۵۰۰	۶۰۰۰	۴	Savara و Massler [۱]
۱ در ۱۱/۲۵	۹۰	۸	Kates و همکاران [۶]
۱ در ۷۱۶	۷۱۵۵	۱۰	Leung [۸]
۱ در ۱۴۴۲	۲۸۸۵	۲۰	To [۷]

پایین بودند، ۶ مورد (۴۰ درصد) به صورت یک طرفه و ۹ مورد (۶۰ درصد) به شکل دو طرفه مشاهده شد. ارتباط معنی‌داری بین وزن و قد هنگام تولد و تشکیل دندان ناتال وجود نداشت ($p \text{ value} = ۰/۶۱۲$). همچنین ارتباط سن مادر و تشکیل دندان ناتال از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p \text{ value} = ۰/۷۱۴$). سابقه وجود دندان ناتال در فامیل‌های نزدیک (۲۳/۵۲ درصد) با اختلاف درصد زیادی معنی‌دار بود ($p \text{ value} = ۰/۰۴۱$). متغیر دندان ناتال در پدر (۵/۸۸ درصد) و سایر فرزندان (۵/۸۸ درصد) نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($p \text{ value} = ۰/۰۰۵$).

در پژوهش حاضر نوزادان دارای دندان هیچ‌گونه ناهنجاری تکاملی را نشان ندادند. در ارتباط با سابقه وجود دندان ناتال در خانواده، در ۶ مورد از نوزادان دارای دندان این سابقه مشهود بود (۴ مورد در فامیل‌های وابسته، ۱ مورد در فرزندان دیگر خانواده و ۱ مورد در پدر).

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده درمی‌یابیم که توزیع جنسی در دندان‌های ناتال برابر نبود و به طور قابل ملاحظه‌ای در نوزادان پسر بیشتر می‌باشد که این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار است ($p \text{ value} = ۰/۰۴۴$). این یافته با نتایج مطالعه Massler و Savara [۱] مبنی بر شیوع بیشتر دندان‌های ناتال در دختران مغایرت دارد. همچنین مطالعات انجام شده در هنگ‌کنگ هیچ تفاوت قابل ملاحظه‌ای را در شیوع دندان‌های ناتال بین دو جنس مشاهده نکردند [۴]. Basavanthappa و همکاران [۲۳] در مطالعه‌ای که بر روی ۱۵ نوزاد دارای دندان ناتال دادند تفاوت مشخصی بین دو جنس در میزان شیوع این دندان‌ها گزارش نکردند. بنابراین تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است تا ارتباط بین جنس و شیوع دندان ناتال بهتر درک گردد.

در مورد شیوع بیشتر دندان‌های ثنایای میانی فک پایین (۸۸/۲۳ درصد) نسبت به ثنایای میانی و مولر فک بالا (هر یک ۵/۸۸ درصد) یافته‌های این مطالعه با دیگر بررسی‌ها مطابقت دارد. برای نمونه در مطالعه Bodenholz [۱۲]، ۸۵ درصد از دندان‌های ناتال را ثنایاهای پایین، ۱۱ درصد ثنایای بالا، ۳ درصد مولر پایین و تنها ۱ درصد مولر بالا تشکیل می‌دادند. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از شیوع بیشتر ثنایاهای

از آن‌جا که تا این زمان شیوع این پدیده در نوزادان شهر اصفهان بررسی نشده است، هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع دندان‌های ناتال در نوزادان شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی کلیه نوزادان متولد شده در بیمارستان‌های شهر اصفهان از مرداد ماه ۱۳۷۶ تا مرداد ۱۳۷۷ مورد بررسی قرار گرفتند. گردآوری اطلاعات از طریق یک فرم که شامل مشخصات مورد نیاز مطالعه بود انجام گرفت. فرم پرسش‌نامه پس از آموزش روش تکمیل آن در اختیار پرستاران بخش زنان و زایمان بیمارستان‌ها قرار گرفت تا توسط ایشان برای نوزادان دارای دندان تکمیل گردد. پرسش‌نامه شامل موارد زیر بود: تاریخ تولد نوزاد، سن مادر، جنس نوزاد، وزن و قد تولد، تعداد و نوع دندان‌های موجود در دهان نوزاد، سابقه وجود دندان ناتال در فامیل‌های وابسته، وضعیت سیستم‌های عصبی، حرکتی، قلب و عروق، ناهنجاری‌های تکاملی (شکاف لب و کام، کوچکی فک‌ها و...)، وضعیت دستگاه بینایی، وضعیت پوست و ناخن‌ها و سیستم تناسلی. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون X^2 در نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. اختلاف‌ها با احتمال $(p \text{ value} \leq ۰/۰۰۵)$ معنی‌دار بود.

یافته‌ها

به طور کلی از مرداد ماه ۱۳۷۶ تا مرداد ماه ۱۳۷۷ تعداد ۳۱۹۴۰ نوزاد در شهر اصفهان متولد شدند که از این تعداد ۵۰/۳۲ درصد پسر و ۴۹/۶۸ درصد دختر بودند و ۶ مورد دچار مشکل جنسیتی شناخته شدند. از این میان ۱۷ مورد دارای دندان ناتال بودند که به این ترتیب شیوع این پدیده در نوزادان شهر اصفهان ۱ مورد در ۱۸۷۸ تولد تخمین زده می‌شود. ۷ نفر (۴۱/۲ درصد) از نوزادان دارای دندان ناتال، دختر و ۱۰ نفر (۵۸/۸ درصد) پسر بودند که نشان می‌دهد توزیع جنس جهت مورد مطالعه برابر نبوده و تعداد پسرها به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از دخترها است ($p \text{ value} = ۰/۰۴۴$). از میان ۲۶ دندان ناتال ثبت شده ۲۴ مورد (۹۲/۳۰ درصد) ثنایای میانی فک پایین، ۱ مورد (۳/۸۴ درصد) ثنایای میانی فک بالا و ۱ مورد (۳/۸۴ درصد) مولر فک بالا بود. از ۱۵ نوزادی که دارای دندان ثنایای میانی فک

Savara [۱] نیز مشهود است و بسیاری از محققان به این امر معتقد هستند.

درمان‌های متعددی برای دندان‌های ناتال و نئوناتال پیشنهاد شده است. دندان‌های ناتال که بسیار لق بوده و احتمال افتادن و آسپیراسیون در آن‌ها بیشتر می‌باشد بهتر است کشیده شوند [۱۱]. برای جلوگیری از خون‌ریزی بیش از حد پس از کشیدن دندان بهتر است این درمان تا روز دهم پس از تولد به تأخیر افتد [۱۶]. سلول‌های تمایز نیافته پاپی دندان اتصال محکمی با دندان نداشته و ممکن است هنگام کشیدن دندان از تاج جدا شده و در ساکت دندان باقی بمانند. در ۹/۱ درصد موارد این بقایا منجر به آبسه در آلونول شده‌اند بنابراین بایستی پس از کشیدن دندان ساکت را با کورت به خوبی تمیز کرد [۱۱]. Kates و همکاران [۶] عنوان می‌کنند که با وجود کاهش فضای اولیه پس از کشیدن این دندان‌ها، دندان‌های دائمی دچار کرومینگ نمی‌شوند و فضای لازم را دوباره به دست خواهند آورد. دندان‌های نئوناتال معمولاً کمتر لق می‌شوند. دندان‌هایی که بیش از ۴ ماه در دهان نوزاد باقی می‌مانند پیش‌آگهی خوبی داشته و بهتر است حفظ شوند. برای جلوگیری از آسیب به زبان و سینه مادر بهتر است لبه انسیزال دندان‌ها به وسیله کاغذ سمباده گرد شوند [۱]. از آن‌جا که به نظر می‌رسد دندان‌های ناتال دارای یک زمینه ژنتیکی می‌باشند انجام مطالعاتی در جمعیت‌های مختلف برای تعیین شیوع آن در نژادهای متفاوت پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

اگرچه دندان‌های ناتال و نئوناتال از شیوع بالایی برخوردار نیستند اما وجود آن‌ها در دهان نوزاد می‌تواند نگرانی‌هایی را برای خانواده و مشکلاتی را برای نوزاد به همراه داشته باشد، بنابراین کسب اطلاعات کافی در مورد کنترل این وضعیت ضرورت داشته و درمان به موقع در سلامت عمومی کودک تأثیرگذار خواهد بود.

پایین دو طرفه (۶۰ درصد) نسبت به یک طرفه (۴۰ درصد) می‌باشد که با یافته‌های مطالعه Kates و همکاران [۶] مبنی بر شیوع ۳۷-۷۶ درصد ثنابای پایین دو طرفه مطابقت دارد.

همان‌طور که بیان شد دندان‌های ناتال و نئوناتال در بیماری‌هایی همچون دیسپلازی کندرواکتودرمال، سندرم هالرمین اشتریف و شکاف لب و کام دیده شده است [۲۲-۱۹]. Adhisivam و Venkatesh [۲۴] وجود دندان ناتال را در نوزاد مبتلا به هایپوتیروییدسم گزارش نمودند. Koklu و Kurtoglu [۲۵] وجود دندان‌های ناتال و نئوناتال را در نوزاد مبتلا به هایپوپاراتیروییدسم کاذب گزارش کردند. در این مطالعه در ۱۵ نوزاد دارای دندان ناتال هیچ‌گونه ناهنجاری رشدی تکاملی یا سندرم خاصی مشاهده نشد. Marakoglu و همکاران [۲۶] در گزارش خود به نوزادی اشاره کردند که مبتلا به انسفال، شکاف لب و کام و دارای دو دندان ناتال در ناحیه ثنابای میانی بالا بود. همراهی دندان‌های ناتال با سندرم داون نیز در گزارش Ndiokwelu و همکاران [۲۷] دیده می‌شود. این‌که دندان‌های ناتال و نئوناتال در این‌گونه ناهنجاری‌ها بیشتر شکل می‌گیرند یا خیر همچنان مورد تردید باقی می‌ماند. به نظر می‌رسد مطالعاتی که شیوع دندان‌های ناتال را در دو گروه شاهد و دچار نقایص تکاملی مقایسه کند، مفید بوده و می‌تواند ابهامات موجود در این زمینه را تا حدودی مرتفع سازد.

با توجه به نتایج مطالعه، سابقه وجود دندان ناتال در فامیل‌های نزدیک (۲۳/۵۲ درصد) با اختلاف درصد زیادی معنی‌دار می‌باشد ($p \text{ value} = 0/041$). متغیر دندان ناتال در پدر (۵/۸۸ درصد) و سایر فرزندان (۵/۸۸ درصد) نیز از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($p \text{ value} = 0/05$). بنابراین فرضیه وراثتی بودن این دندان‌ها بیشتر تقویت می‌گردد. وجود یک الگوی ژنتیکی در ارتباط با این پدیده در مطالعه Massler

References

1. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth; a review of 24 cases reported in the literature. *J Pediatr* 1950; 36(3): 349-59.
2. Pinkham JR, Casamassimo F, Mctigue N. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence: Pediatric Denistry*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 190-1.
3. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent*. 8th ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 157-9.

4. Bedi R, Yan SW. The prevalence and clinical management of natal teeth: a study in Hong Kong. *J pediatre Dent* 1990; 6: 85-90.
5. Sogi S, Hugar SM, Patil S, Kumar S. Multiple natal teeth: a rare case report. *Indian J Dent Res* 2011; 22(1): 169-71.
6. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Assoc* 1984; 109(3): 441-3.
7. 7To EW. A study of natal teeth in Hong Kong Chinese. *Int J Paediatr Dent* 1991; 1(2): 73-6.
8. Leung AK. Natal teeth. *Am J Dis Child* 1986; 140(3): 249-51.
9. Goncalves FA, Birman EG, Sugaya NN, Melo AM. Natal teeth: review of the literature and report of an unusual case. *Braz Dent J* 1998; 9(1): 53-6.
10. Anegundi RT, Sudha R, Kaveri H, Sadanand K. Natal and neonatal teeth : a report of four cases. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2002; 20(3): 86-92.
11. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth: A clinical study. *J DEntistry for children* 1995; 10: 68-76.
12. Bodenholf J. Natal and neonatal teeth. *Dent Abstract* 1960; 5: 485-8.
13. Tsubone H, Onishi T, Hayashibara T, Sobue S, Ooshima T. Clinico-pathological aspects of a residual natal tooth: a case report. *J Oral Pathol Med* 2002; 31(4): 239-41.
14. Rusmah M. Natal and neonatal teeth: a clinical and histological study. *J Clin Pediatr Dent* 1991; 15(4): 251-3.
15. Delbem AC, Faraco Junior IM, Percinoto C, Delbem AC. Natal teeth: case report. *J Clin Pediatr Dent* 1996; 20(4): 325-7.
16. Nik-Hussein NN. Natal and neonatal teeth. *J Pedod* 1990; 14(2): 110-2.
17. Ooshima T, Mihara J, Saito T, Sobue S. Eruption of tooth-like structure following the exfoliation of natal tooth: report of case. *ASDC J Dent Child* 1986; 53(4): 275-8.
18. Berendsen WJ, Wakkerman HL. Continued growth of the dentinal papillae after extraction of neonatal teeth: report of case. *ASDC J Dent Child* 1988; 55(2): 139-41.
19. Ohishi M, Murakami E, Haita T, Naruse T, Sugino M, Inomata H. Hallermann-Streiff syndrome and its oral implications. *ASDC J Dent Child* 1986; 53(1): 32-7.
20. Sigal MJ, Mock D, Weinberg S. Bilateral mandibular hamartomas and familial natal teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 65(6): 731-5.
21. Mandal AK, Hornby SJ, Jones RB. Congenital hydrocephalus associated with congenital glaucoma and natal teeth. *Indian J Ophthalmol* 2002; 50(4): 322-3.
22. Hersh JH, Verdi GD. Natal teeth in monozygotic twins with Van der Woude syndrome. *Cleft Palate Craniofac J* 1992; 29(3): 279-81.
23. Basavanthappa NN, Kagathur U, Basavanthappa RN, Suryaprakash ST. Natal and neonatal teeth: a retrospective study of 15 cases. *Eur J Dent* 2011; 5(2): 168-72.
24. Venkatesh C, Adhisivam B. Natal teeth in an infant with congenital hypothyroidism. *Indian J Dent Res* 2011; 22(3): 498.
25. Koklu E, Kurtoglu S. Natal teeth and neonatal transient pseudohypoparathyroidism in a newborn. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2007; 20(9): 971.
26. Marakoglu K, Percin EF, Marakoglu I, Gursoy UK, Goze F. Anencephalic infant with cleft palate and natal teeth: a case report. *Cleft Palate Craniofac J* 2004; 41(4): 456-8.
27. Ndiokwelu E, Adimora GN, Ibeziako N. Neonatal teeth association with Down's syndrome. A case report. *Odontostomatol Trop* 2004; 27(107): 4-6.

Prevalence of natal teeth in newborn babies in Isfahan during a one-year period

Maryam Hajnorouzali Tehrani*, Maryam Sekhavati, Mansour Javari

Abstract

Introduction: *Natal teeth are present at the time of birth. The etiology of these teeth is still unknown but some investigators suggest the association of these teeth with various syndromes or developmental disorders. The aim of present study was to evaluate the prevalence of natal teeth in newborn babies in Isfahan.*

Materials and Methods: *This cross-sectional descriptive/analytical study evaluated all the infants born from August 1997 to August 1998. Data was collected by questionnaires, which included data such as birth date, gender, height and weight at the birth, number of natal teeth and their location, history of natal teeth in the family, state of the nervous, cardiovascular and genital system and developmental disorders. Data was analyzed using Pearson's and chi-squared tests (p value ≤ 0.05).*

Results: *A total of 31940 infants were born during the period in Isfahan. A total of 26 natal teeth were found in 17 newborn babies; therefore, the prevalence of natal teeth in Isfahan was 1 in 1878 births. 58.8% of the infants with natal teeth were male and 41.2% were female, with significant gender preference for males (p value < 0.05). Of the 24 natal teeth 92.30% were lower central incisors, 60% of which were bilateral, followed by maxillary central incisors and molars (3.84% each). Six infants with neonatal teeth had a family history of such teeth, which was statistically significant (p value < 0.05). None of the infants with natal teeth had developmental disorders or syndromes.*

Conclusion: *Natal teeth are not very common. However, knowledge about how to manage these structures is essential for the general well-being of the child. Further studies on different ethnic groups are required to better understand etiology and nature of natal teeth.*

Key words: *Newborn, Natal tooth, Prevalence.*

Received: 13 Sep, 2011

Accepted: 13 Dec, 2011

Address: Assistant Professor, Torabinejad Dental Research Center, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: hajnorouzali@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2012; Special Issue 7 (5): 482-487.