

الحالات الحادة حول السنية

Acute periodontitis

Infections

التعريف

هي حالات سريرية تتميز بالألم والانتان ويمكن أن تكون مرتبطة أو غير مرتبطة بالالتهابات اللثوية وحول السنية وأن تكون موضعية أو معممة مع احتمال ظهور الأعراض الجهازية

لأشكال السريرية

أ- الالتهابات الحادة

١- التهاب اللثة التقرحي التمثوي

٢ التهاب النسيج حول السنية التقرحي التمثوي

٣ التهاب اللثة والفم العقبولى الأولي (الهريس)

ب-الخراجات حول السنية

١- الخراج اللثوي

٢- الخراج حول السني

٣- الخراج حول التاج

التهاب اللثة التقرحي التمتوي

التعريف : هو مرض لثوي جرثومي ناجم عن ضعف في الاستجابة المناعية للمضيف

يتميز بتموت الأنسجة اللثوية وتقرحها

- في السابق كان NUG يصنف على أنه حاد أو مزمن ANUG أو CNUG

إلا أن الأبحاث الحديثة أثبتت أن :

هذا الكلام غير دقيق فالمرض يتعرض للتراجع في شدته دون علاج ليصل إلى مرحلة تحت الحاد مع

أعراض سريرية أكثر اعتدالا، لذا يمكن أن تحدث حالات متكررة من النكس والتفاقم للمرض .

- عندما يحدث فقدان العظم يسمى التهاب النسيج الداعمة التقرحي التمتوي وهو غالباً يشاهد عند مرضى
الايدز

لا يمكن التفريق بين المرضين بسهولة إلا من خلال وجود خسارة بالارتباط والعظم

تاريخ المرض

له أسماء عديدة :

(انتان فنان - الخناق الغشائي الكاذب - التهاب الفم بالمغزليات أو اللولبيات - التهاب الفم الانتاني)

- يصيب الأعمار ٢٠-٣٠ لكن يمكن أن يصيب الأطفال

- يتميز ببداية مفاجئة وأحيانا يظهر بعد حلقة من الأمراض المنهكة أو عدوى الجهاز التنفسي الحادة.

- تغيير في عادات المعيشة

- العمل لمدة طويلة دون وجود راحة كافية

- وسوء التغذية

- التدخين

- الإجهاد النفس

ملاحظة : وجود البكتيريا في الحفرة الفموية مثل (العصيات المغزلية واللولبيات)

ليس كافيا وحده ليسبب المرض إلا بعد توفر أحد الشروط سابقة الذكر

الأعراض والعلامات الفموية

ثقب على سطح اللثة الحفافية وحفر (كأس مقلوب) في قمة الحليمات بين السنية، ونادرا ما تصل الى اللثة الملتصقة والغشاء المخاطي الفموي.

- يكون سطح الحفرة اللثوية مغطى بغشاء كاذب رمادي اللون يمثل ما تبقى من الغشاء المخاطي اللثوي محدد بخط حمامي واضح

- عند كشط الغشاء المخاطي الكاذب عن السطح وكشف حافة اللثة تحته حيث تظهر اللثة حمراء لامعة ونازفة

- نزف اللثة العفوي أو بشكل واضح بعد أدنى تحفيز

- رائحة نتنة كريهة وزيادة اللعاب

- ألم مستمر شديد ومنتشر يزداد بتناول الأطعمة القاسية والحارة (حدة) و الساخنة

- الاحساس بطعم "معدني" كريه

- لا توجد جيوب عميقة في هذا المرض لأن طبيعته المخربة والمدمرة للنسج اللثوية تسبب تخريب كبير في البشرة والنسيج الضام مما يؤدي إلى انحسار لثوي

تتشكل الجيوب حول السنية لأن خلايا بشرة الارتباط تبقى حية ويمكنها أن تهاجر بشكل ذروي لتغطي المناطق التي حدث فيها خسارة في النسيج الضام . أما التمثوت في بشرة الارتباط الحادث في NUP يشكل قرحة تمنع هجرة البشرة وبالتالي لا يتشكل جيب

- يمكن أن تمتد الأفة للعظم السنخي مما قد يؤدي إلى تموت أجزاء كبيرة أو صغيرة من العظم السنخي وتشكل شظايا عظمية تكون في البداية ثابتة لكن أحياناً تصبح متحركة

- نادر في الأفواه الدرداء

الأعراض والعلامات الجهازية

- ارتفاع طفيف في درجات الحرارة

- إصابة العقد اللمفاوية المجاورة

- في حال احتداد المرض نلاحظ (تسرع النبض - حمى زائدة - نقص شهية واعياء)

- عند الأطفال (أرق - امساك - صداع - عدم تركيز - اضطرابات معدية معوية)

المعالجة

الزيارة الأولى

إن المعالجة أثناء هذه الزيارة الأولية محددة على المناطق المصابة بشكل حاد

الإجراءات المتبعة :

١- تعزل هذه المناطق باستخدام لفافات قطنية و تجفف ثم يطبق مخدر موضعي و بعد حوالي ٢-٣ دقائق يتم مسح المنطقة بلطف بلفافة قطنية مبللة بماء دافئ لإزالة الغشاء الكاذب والبقايا السطحية و قد يحدث ذلك نزف شديد (لا يستطب استخدام لفافة قطنية واحدة لمساحة كبيرة).

٢- إزالة القلح فوق اللثوي ويفضل استخدام الأجهزة فوق الصوتية (لأنها لا تسبب الألم ويساعد الماء أو السيروم مع الاهتزازات على غسيل المنطقة)

٣- ان التقليل تحت اللثوي والتجريف أمران غير مستطبان في هذه المرحلة لان هذه العملية قد تؤدي الى انتشار الإصابة الى نسيج اعماق كما يؤجل القلع والجراحة حول السنية لمدة ١٤ يوم بعد زوال الاعراض الحادة

يصرف المريض و معه التعليمات التالية :

١- تجنب التدخين و المشروبات الكحولية و البهارات.

٢- استعمال المضامض (كأس كامل من محلول بيروكسيد هيدروجين ٣% مع كمية مساوية من الماء الدافئ كل ساعتين إضافة إلى استخدام مضامض كلورهكسيدين ٠,١٢ %) (المضاد لتشكل اللويحة الجرثومية) مرتين يوميا

٣- يتابع النشاطات اليومية ولكن يتجنب الاجهاد الجسدي أو التعرض لأشعة الشمس

٤- التأكيد على تفريش الأسنان لإزالة بقايا الطعام باستخدام المعجون والفرشاة فائقة النعومة .

٥- المرضى الذين لديهم مشاكل جهازية مثل حرارة مرتفعة أو توعك أو فقدان شهية أو ضعف عام يخضعون للمعالجة بالصادات الحيوية ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية للسيطرة على الإنتان والألم

٦- يجب أن نخبرهم أن الراحة في السرير ضرورية إضافة للإكثار من السوائل و الالتزام بالمسكنات لإزالة الألم.

الزيارة الثانية :

تكون بعد يوم أو يومين من الزيارة الأولى يتم فيها تقييم حالة المريض و مدى تحسنه

المشاهدات السريرية :

١- عادة الألم يقل أو يزول نهائياً

٢- حواف اللثة للمنطقة المصابة تكون حمرة ولكن بدون غشاء كاذب سطحي

الإجراءات المتبعة :

١- متابعة إجراءات التقليل والتجريف وخاصة بعد تراجع الحالة الالتهابية وانكشاف حواف اللثة

٢- وتعطى التعليمات في نهاية الجلسة كما في الجلسة السابقة

الزيارة الثالثة :

تكون بعد حوالي ٥ أيام من الزيارة الثانية

المشاهدات السريرية :

١- تقييم وضع المريض من ناحية زوال الاعراض ومن أجل وضع خطة علاجية داعمة

٢- يمكن أن يبقى الاحمرار والألم باللمس في الأماكن المصابة من اللثة بدرجة بسيطة

الإجراءات المتبعة :

١- توعية المريض حول كيفية السيطرة على اللويحة والذي يعد أمراً أساسياً من أجل نجاح

المعالجة

٢- التشاور مع المريض بشأن التغذية وإيقاف التدخين والعادات الأخرى التي تزيد من احتمال

النكس

٣- إعادة التقليل و تسوية الجذور اذا كان ذلك ضروريا

٤- إيقاف مضامض بيروكسيد الهيدروجين لكن يمكن الاستمرار بمضامض الكلورهكسيدين لمدة ٢-٣

٣ أسابيع

التهاب اللثة والفم العقبولى الأولي (الهريس)

- هو انتان يصيب الفم ناجم عن فيروس الهريس البسيط من النمط الأول

(HSV-1)اختصاره

- يصيب الرضع والاطفال الذين تقل أعمارهم عن ٦ سنوات، كما انه قد يصيب المراهقين والبالغين

- يصيب الأعصاب الحسية واللاإرادية ويبقى كامنا في العقد العصبية التي تعصب الموقع يحفز

الفيروس الكامن في هذه العقد من خلال الرض على المنطقة ، التعرض لأشعة الشمس، الصدمات النفسية، الحمى ،الإجهاد

الأعراض والعلامات الفموية

- تظهر في مراحله الأولية للمرض حويصلات رمادية اللون يعد المرض معدياً في هذه المرحلة

- تتوضع هذه الحويصلات على اللثة، المخاطية الشفوية وزاوية الفم، الحنك الرخو، البلعوم، الغشاء

المخاطي تحت اللسان واللسان

- تتمزق هذه الحويصلات بعد حوالي ٢٤ ساعة لتشكل قرحات صغيرة (١ ملم إلى ١ سم) مؤلمة

ذات حواف على شكل هالة مرتفعة محمرة وجزء مركزي منخفض أبيض مصفر أو رمادي مغطاة بغشاء كاذب (عبارة عن الطبقة السطحية المتموتة من البشرة مكان الإصابة).

- تحدث هذه الحويصلات على نطاق واسع من الفم، إما منفصلة أو في مجموعات حيث يحدث

التقاء بينها وأحيانا قد يحدث التهاب اللثة العقبولى الأولي دون ظهور حويصلات علنية

تكون اللثة متورمه حمراء مؤلمة خاصة مكان القرحات المتشكلة عليها

- تشفى الآفة بعد ٧ - ١٠ أيام دون حدوث ندبات مكان الإصابة

- يعاني المصابين بالمرض من بخر فم وأعراضه حادة تظهر مع بداية ظهور الآفة

- قد يترافق المرض بأعراض عامة كالتهاب العقد اللمفاوية العنقية، ارتفاع درجة الحرارة، صداع،

غثيان وإقياء، وهن العام ، وأحياناً ألم يصيب الحنجرة والعضلات

- تشمل المظاهر الثانوية للهربس :الهربس الشفوي، التهاب الفم الالتهابي، الالتهاب التناسلي، الالتهاب

العيوي والتهاب الدماغ الالتهابي

المعالجة

- الراحة في الفراش وتناول الأطعمة الطرية والسوائل

- المضمضة بشكل متكرر بالماء الفاتر وكلورهكسيدات

- التطبيق المبكر لمضادات الفيروسات موضعياً بالحالات الخفيفة وجهازياً بالحالات الشديدة

- وصف المخدرات الموضعية لتخفيف الألم عند المضغ

- إعطاء مضاد التهاب غير ستيرويدي لتخفيف الأعراض العامة

- وصف المضادات للحماية من الانتان الثانوي

Necrotizing Ulcerative Gingivitis NUG	Primary Herpetic Gingivostomatitis
المسببات: التفاعل بين المضيف والبكتيريا، وعلى الأرجح fusospirochetes	مسببات : الفيروسية محددة
تموتي	انتفاخ حويصلي وحمامي
انتفاخ في اللثة الحفافية مغطي بغشاء كاذب يزول ليترك تحته منطقة متقرحة	الحويصلات تتمزق وتترك قرحة صغيرة منخفضة بيضاوية او كروية
يصيب اللثة الحفافية . نادرا ما تتأثر النسيج الغموية الأخرى.	يبدأ من اللثة. قد تشمل الغشاء المخاطي الشدقي والشففتين
غير شائع عند الأطفال	يحدث في كثير من الأحيان عند الأطفال
ليس له مدة محددة	مدة ٧ إلى ١٠ أيام
لا يوجد مناعة	الاصابة الحادة تسبب مناعة ضد المرض
غير معد	معد

القرحات القلاعية الناكسة

تقرحات دائرية أو بيضوية واضحة الحدود و مؤلمة وحيدة أو متعددة مغطاة بأغشية كاذبة محاطة بهالة حمراء

الأعراض والعلامات الفموية

النموذج الصغير (قلاع ميكوليتز) : يشاهد بشكل مفرد أو متعدد ٢-٥ آفات بقطر

يتراوح ٥-١٠ ملم تستمر ٧-١٤ يوم

تتوضع عادة على الطبقات السطحية من الغشاء المخاطي (الأقسام غير المتقرنة واللسان).

النموذج العرطل أو الكبير : قد يبلغ قطر هذا النوع ٣ سم و تصاب به الطبقات العميقة من الغشاء المخاطي (العضلية و الغدية) و الشفاء لا يظهر قبل مرور ٦ أسابيع و يترك ندبة.

أسباب المرض

مجهول السبب

له عوامل مؤهبة:

- الاستعداد الوراثي - الشدة النفسية - الاضطرابات العصبية - الاضطرابات المعوية المعوية اضطرابات هرمونية

- التأثيرات رضية - فرط التحسس تجاه المواد الكيميائية (المعاجين والغسولات الفموية)

- انتانات الفيروسية

- أسباب مناعة ذاتية أو ناجم عن قلة العدلات

- شكل من أشكال متلازمة بهجت

المعالجة

- تخفيف الشدة النفسية.

- السيطرة على الألم بالمسكنات أو الليدوكائين
- تجنب المخرشات خلال فترة الإصابة مثل المشروبات الساخنة والحامضة والحارة والمأكولات القاسية
- التطبيق الموضعي للكورتيزون و في الحالات الشديدة بالطريق الجهازي
- تطبيق معلق التتراسكلين موضعيا أو حمض الخل مثلث الكلور
- المضامض التي تحوي البنزديامين مثل De-Flam

الخراجات السنية

بالاعتماد على مصدر الإلتان فإن الخراجات السنية يمكن أن تصنف إلى
خراجات حول سنية - خراجات حول ذروية

الخراجات حول السنية

التصنيف

- هناك تصانيف مختلفة اقترحت للخراجات حول السنية منها:

(حاد / مزمن) (مفرد / متعدد) (لثوي / حول سني)

ولكن التصنيف الموصى به هو تصنيف ويتضمن :

الخراج اللثوي: ينشأ على حساب الميزاب اللثوي gingival abscess

الخراج حول السني: يشترط لتشكله وجود جيب لثوي Periodontal abscess

الخراج حول التاج: تصيب الأسنان البازغة بشكل جزئي Pericoronal abscess

ملاحظة : التهاب ما حول التاج pericoronitis (التواج) هي حالة ما قبل تشكل الخراج حول التاج

الخراج اللثوي

هو ارتكاس التهابي موضعي حاد في اللثة

يتطور كاستجابة للتخريش بمواد أجنبية كأشعار الفرشاة وعيدان الأسنان عندما تدفع بقوة في اللثة

أو قد يتطور نتيجة انحباس الطعام أو معالجات سنية راضة أو نتيجة إلتان لثوي موضعي

المظاهر السريرية

يبدو الخراج في مراحله الأولية بشكل تورم موضعي ذو سطح أحمر لامع، أملس وقد يكون متموج، ومؤلم

مع تقدم الآفة يصبح الخراج ذو رأس نقطي (مؤنف) ويمكن للنتحة القيحية أن تعبر السطح من خلال

مجرى الناسور هذا

تقتصر هذه الخراجات عادة على اللثة الحفافية أو الحليمية

الآلية الإمرضية

عندما يدفع الجسم الأجنبي بقوة ضمن اللثة فإنه يسبب تهتكاً في النسيج البشري يسمح بمرور الجراثيم من

خلال هذه السحجة وغزوها للنسيج الضام محدثة إلتانا موضعيا

المعالجة

معالجة الخراج اللثوي تهدف إلى تدبير الحالة الحادة (التصريف القيق / المعالجة الدوائية الجهازية والموضعية) وعند زوال الحالة الحادة تنتقل للمعالجة السببية

نخدر المنطقة ثم يتم إجراء التقليح وتسوية الجذور للتأكد من التصريف وإزالة التوضعات الجرثومية في الحالات الأكثر حدة يتم شق المنطقة الطرية باستخدام مشرط رقم ١٥ ويتم الضغط بالإصبع لخروج المفرزات

تزال أجسام الأجنبية مثل (خيوط سني أو مواد طبع) ثم تغسل المنطقة بالماء الدافئ وتغطى بقطعة شاش رطبة ويضغط عليها بشكل خفيف

الخراج حول السني

يدعى أيضا بالخراج الجانبي أو الجداري

- وهو عبارة عن التهاب حاد قيحي موضع في النسيج حول السنية

يمكن أن يتحول مع الزمن - إذا لم يعالج جيدا - إلى طور الإنتان، كما يمكن أن يعاود الطور الحاد إذا توافرت العوامل المؤهبة لذلك

له نوعان : الخراج الحاد والخراج المزمن

يصنف الخراج حول السني اعتمادا على سبب العملية الإنتانية الحادة إلى نوعين:

- الخراج المرتبط بالتهاب النسيج حول السنية : حيث ينشأ الإنتان الحاد من الجراثيم الموجودة في الشريط الحيوي الجرثومي تحت اللثوي في عمق الجيب حول السني

العوامل المؤثرة تشمل :

١- زيادة عدد وإمراضيه الجراثيم

٢- ضعف مقاومة النسيج

٣- الإغلاق الحفافي لجيب حول السني العميق وفقدان التصريف اللازم

لذلك فإنه مما يدعم تطور هذه الحالات الحادة وجود :

١- جيوب متعرجة وعميقة

٢- تقعرات مترافقة مع آفات المفترق

٣- انطباق شديد لبطانة الجيب

يمكن أن يتشكل الخراج المرتبط بالتهاب النسيج حول السنية بعد التجريف أو الجراحة حول السنية مباشرة :

نتيجة :

- الإزالة غير الكاملة للقلح تحت اللثوي الذي قد يسد مدخل الجيب ، أو يحدث عندما تتدفع شظايا صغيرة من القلح إلى القسم العميق غير الملتهب من النسيج حول السنية

- وجود الأجسام أجنبية في النسيج حول السنية مثل الخيوط، وسائل التجدد، الضماد حول السني

- الخراج غير المرتبط بالتهاب النسيج حول السنية :

عندما ينشأ الإنتان الحاد من الجراثيم الناتجة عن مصدر موضعي خارجي

١- انحشار جسم غريب في الجيب حول السني (فرشاة أسنان، أجهزة تقويمية، بقايا الطعام...)

٢- الشذوذات الشكلية للجذر مثل :

- الامتصاص الخارجي للجذر

- الكسر الطولي للجذر

- الانتقاب الناتج عن العلاج اللبي

٣- مرضى السكري غير المضبوط بسبب مناعتهم الضعيفة، عند بعض المرضى قد يكون تشكل الخراج حول السني أولى علامات مرض السكري

الآلية الإمراضية

الآلية الإمراضية الدقيقة لهذه الآفة ما تزال غير معروفة

يفترض أن انسداد فوهة الجيب حول السني (بسبب الرض أو شد النسيج) سيمنع التصريف ويتسبب بامتداد الانتان من الجيب إلى النسيج الضام لجدار الجيب مؤدياً إلى تشكل الخراج

المظاهر السريرية

اللثة المحيطة بالخراج تكون متضخمة، حساسة ومؤلمة وذات سطح أحمر لماع

- يمكن ملاحظة زيادة حركة السن المصابة وحساسيته للقرع

- النتحة القيحية تطرح غالباً من خلال فوهة الجيب وأحياناً عن طريق الناسور

- يمكن حدوث تورم في الوجه حسب مكان الإصابة

- ألم منتشر نابض ومبهم

- أعراض جهازية مثل التوعك، الحمى، اعتلال العقد اللمفاوية الناحية

الفحص الشعاعي

- إما أن يظهر العظم بين السني بمظهر طبيعي (إذا كان الجيب في الناحية الدهليزية)

أو يشاهد فقد عظمي ملحوظ يتراوح من اتساع المسافة الرباطية إلى فقد عظمي صريح يشمل معظم الجذور المصابة

- يظهر الخراج كمنطقة شافة شعاعيا على جانب سطح الجذر بعكس الخراج حول الذروي الذي يظهر حول الذروة

الأعراض والعلامات التي تشير إلى أن يكون المصدر حول السني أكثر احتمالا تتضمن:

قصة وجود مرض حول سني أو معالجة حول سنية سابقة

- علامات سريرية لجيوب حول سنية عميقة تطلق قيح

- فحص حيوية اللب إيجابية

- علامات شعاعية تظهر امتصاص عظم بين سني أفقي أو مائل

- إصابات مفترق الجذور

بالمقابل العلامات والأعراض التي تشير إلى احتمالية أكبر للأصل حول الذروي (اللبّي) تتضمن:

وجود قصة نخور

- معالجة لبية أو ترميمية

- فحص حيوية اللب سلبية

- الموجودات الشعاعية تظهر شفافية حول ذروية مترافقة مع إما سن منخور أو مرمم أو مع سن معالج

لبيا يظهر حشوة أفنية زائدة أو ناقصة أو انتقابات ناتجة عن المعالجة اللبية أو الودت

المعالجة

تتضمن المعالجة مرحلتين:

١- تدبير الآفة الحادة

٢- معالجة الآفة المتبقية بعد السيطرة على الحالة الإسعافية

تدبير الآفة الحادة وتخفيف شدة الالتهاب بتأمين التصريف من خلال:

١- تجريف الجيب

٢- شق في الخراج

٣- قلع السن إذا كان ذلك ضروريا في حالة عدم الاستجابة

للتجريف أو الشق

التصريف من خلال الجيب حول السني

١- بعد تخدير المنطقة يبعد جدار الجيب بلطف باستخدام مسبر لثوي أو مجرفة في محاولة لبدء

التصريف من خلال مدخل الجيب

يتم تطبيق ضغط لطيف بالإبهام مع غسيل لإزالة النز القحي وتنظيف الجيب

٢- إذا كانت الآفة صغيرة والمدخل سهل قد يتم التصريف من خلال التقليل وتسوية الجذور

التصريف من خلال الشق الخارجي

- في حال كون الورم كبير بحيث لا يمكن تصريفه من خلال فتحة الجيب حول السني نقوم أولا بتغطية

المريض بالصادات الحيوية ثم نخدر المنطقة حول الآفة

- يتم إجراء شق عمودي في مركز تموج الخراج باستخدام مشرط جراحي مع شفرة رقم ١٥

- يطبق ضغط خفيف بالإصبع باستخدام شاش مرطب بالماء

- ندخل من خلال الشق بمجرفة للمساعدة في تحرير النسيج وإخراج ما تبقى من القيح

- يخاط الجرح مع مفجر ليسمح ببقاء فتحة الشق مفتوحة للتصريف

- تزال الخياطة مع المفجر بعد عدة أيام بعد زوال الحالة الحادة

الخراج حول التاجي

- هو التهاب يصيب اللثة والنسج حول السنية المحيطة بتاج السن البازغ بشكل جزئ
- يحدث غالبا حول الأرحاء الثالثة أو الثانية السفلية عندما تكون السن الأكثر وحشية في القوس السنية
- يمكن أن يظهر الخراج حول التاجي (التواج) بحسب الصفات السريرية
بشكل حاد / تحت حاد / مزمن

الآلية الإمبراضية

- الفراغ بين تاج السن الحافة اللثوية (الشريحة) الوحشية المغطية (القلنسوة اللثوية) هو منطقة مثالية لتراكم فضلات الطعام والنمو الجرثومي
- حتى في حال غياب الأعراض والعلامات السريرية الحادة فإن هذه الحافة اللثوية غالبا ستصاب بإنتان مزمن مع درجات متفاوتة من التقرح على طول سطحها الداخلي

المظاهر السريرية

- ١- تورم واحمرار اللثة المغطية مع زيادة قابليتها للنزف
- ٢- تقرح سطح اللثة المغطية
- ٣- نتحة قححية في المنطقة
- ٤- المنطقة المحيطة بها حساسة ومؤلمة مع عدم القدرة على إغلاق الفكين
- ٥- مع انتشار الألم للأذن والحنجرة وقاع الفم
- ٦- رائحة فم كريهة وطعم كريه
- ٧- تورم الخد في منطقة زاوية الفك واعتلال عقدي لمفاوي
- ٨- حمى وتوعك

الفحص الشعاعي

في الحالة المبكرة نسبياً تتأثر النسيج الرخوة فقط لذلك لا تظهر أية تغيرات شعاعية، لكن في حال حدوث اختلاطات أو ترك الآفة دون علاج فيمكن للإنتان أن ينتشر للنسج حول السنية وتظهر بذلك الإصابة شعاعياً

بقاء الرحى الثالثة منحصرة قد يؤدي إلى امتصاص خارجي في الرحى الثانية، نخور أسنان

المعالجة

معالجة التواج تعتمد على:

شدة الالتهاب / الاختلاطات الجهازية / وأهمية المحافظة على السن المصاب

يجب فحص الشريحة حول التاجية بحذر فحتى الشرائح التي توجد بدون أعراض يجب إزالتها كإجراء وقائي لمنع حدوث التهاب حاد

الزيارة الأولى :

١- ترفع الشريحة بلطف من على السن باستخدام منجل، ثم تمسح المنطقة بمطهر وتزال الفضلات التي تحت الشريحة وتغسل المنطقة بالماء الدافئ

٢- يفحص الإطباق لكشف إن كان السن المقابل يطبق على الشريحة حول التاجية حيث تزال النسيج الرخوة أو يتم تعديل الإطباق إذا كان ذلك ضروريا

٣- إذا كانت الشريحة حول التاجية متموجة فيمكن إجراء شق أمامي خلفي لكي يتم تصريف القيح

٤- في حال وجود أعراض جهازية نلجأ إلى المعالجة بالصادات الحيوية ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ومسكنات الألم ومضامض كلورهكسيدين

الزيارة الثانية :

١- يتم التأكد من زوال الأعراض الحادة ثم يتم اتخاذ القرار بشأن قلع السن أو إبقائه

(القرار يعتمد على امكانية بزوغ السن إلى موقع جيد وظيفيا)

ملاحظة هامة : خسارة العظم على السطح الوحشي الرحي الثانية بعد قلع الرحي الثالثة المنطمرة جزئيا أو بشكل كامل هو أمر خطير والمشكلة أكبر إذا كان قلع الرحي الثالثة بعد تشكل الجذور أو إذا كان المريض أكبر من ٢٠ سنة

لتقليل احتمال خسارة العظم حول الرحي الثانية بعد قلع الرحي الثالثة فإنه يجب قلعها باكرا قبل أن يكتمل تشكلها

٢- إذا تقرر المحافظة على السن فإن الجراحة حول السنية تكون ضرورية بإزالة النسيج حول السنية باستخدام سكاكين حول سنية أو المشرط الجراحي أو الكهربائي

من الضروري إزالة النسيج من الناحية الوحشية للسن بشكل كامل فالإزالة السطحية للطية الإطباقية تبقى على جيب وحشي عميق مما يسمح بعودة الالتهاب إلى المنطقة مرة أخرى

٣- في حال تشكل جيب وحشي في المنطقة يجب إحالة المريض لأخصائي أمراض نسيج داعمة لإجراء جراحة بتقنية الشرائح المزاحة تقلل عمق هذا الجيب

انتهت المحاضرة مع تمنياتي بالتوفيق للجميع

د. محمد رفيف عدي