أمراض النسج حول السنية

Periodontal Diseasis

التعريف:

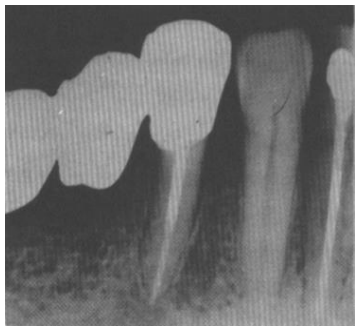
- وهي الأمراض التي تصيب النسج ما حول الأسنان (الرباطية والسنخية) وتبدأ بالالتهاب وتتطور إلى إنتانات جرثومية تؤدي إلى تخرب جهاز الإرتباط حول السني وقد ينجم عنها فقدان السن ويمكن أن تصيب الأسنان ذات الألباب الحية فتميتها كما يمكن أن تصيب الأسنان ذات الألباب المتموتة
- والمقصود بالنسج حول جذور الأسنان ... هي عبارة عن النسج الرباطية والسنخية التي تحيط بجذور الأسنان فالنسيج الرباطي الذروي عبارة عن استمرارية فيزيولوجية للنسج الرباطي ما حول الجذور ويرتبط هذا النسيج فيزيولوجياً مع النسج الليفية للثة ومع العظم من جهة والملاط من جهة أخرى فأي اضطراب يصيب أحد الأعضاء المترابطة مع بعضها ارتباطاً وثيقاً ينتقل ويصيب الرباط السنخي السني كافة.
- ويكون سبب الإصابة من منشأ سني نتيجة رض مباشر على السن أو نخر وصل إلى لب السن و أدى إلى انتشار الإنتان عبر الذروة إلى النسج المحيطة.
- وقد يكون السبب هو نفوذ أي جسم غريب إلى منطقة الرباط السني السنخي عن طريق العنق كفضلات طعام أو شعرة فرشاة أو وجود حشوات سنية والتي تكون مخرشة في هذه المنطقة

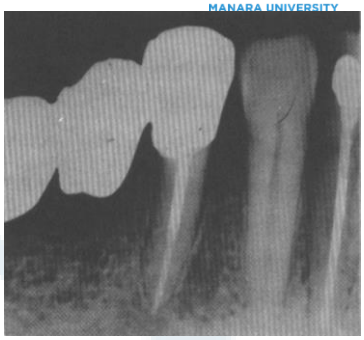
الأسباب :

1. التهابات اللب المختلفة غير المعالجة وما تؤول إليه من تموت لبي وبالتالي التعفن اللبي وما ينتج عنه من وصول الجراثيم أو ذيفاناتها إلى المناطق ما حول الجذرية عبر الثقبة الذروية.

2.الرض :

أ- إن الصدمة على السن قد تسبب الأذى للب أو للنسج حول الذروة وتختلف شدة الأذى حسب شدة الرض فقد تؤدي إلى تموت اللب التام وما يلحقه من التهاب ومن ثم تخرب في النسج حول الذروة .





ب. الرض الاطباقي: حيث يحدث تبدل أساسي في النسج حول السنية كاستجابة للرض الزائد على السن ويتجلى بالنزف-الوذمة وتكون خثرة في الأوعية الدموية وتشوش في الحزم الليفية يعقبه امتصاص في العظم والملاط كما يمكن أن تؤدي في النهاية إلى تموت لب السن الموافق وما يرافق ذلك من الأمراض الإنتانية حول الذروية.

3.الإجراءات اللبية

4.وجود إصابات انتانية في النسج القريبة من الذروة كالجيوب والأكياس أو وجود آفة في ذروة سن مجاور

5.إصابات إنتانية مرضية عامة- كالتجر ثم الدموي الولادي أو مرض السكري الذي يؤدي إلى تطور إصابات رعلية عميقة ومتقدمة قد تصل إلى منطقة الذروة

العوامل المؤثرة في إنذار الأمراض حول الذروية :

1.شدة ونوعية الجراثيم أو ذيفاناتها

2.استمرار التخريش الناتج عن وجود الجراثيم أو ذيفاناتها

3.مقاومة النسج حول السنية والمقاومة العامة للجسم

4.عوامل موضعية مثل إهمال الصحة الفموية والرضوض على الأسنان وأيضاً وجود ترميمات أو تعويضات سنية سيئ

5.عوامل عامة كالإصابات الحموّية وأمراض نقص التغذية

6.نوع ومكان السن المصابة وعمر المريض وجنسه (ذكر أو أنثى)

الخطوط العامة للعلاج :

1.إزالة السبب

2.منع وصول الإنتان

3.رفع المقاومة الموضعية للنسج

4.رفع المقاومة العامة للجسم

5.الراحة

تصنف أمراض النسج حول السنية إلى :

1.أمراض الرباط حول السني بشكل عام

2.أمراض النسج حول الذروة بشكل خاص

أولاً: أمراض الرباط حول السن :

التهاب الرباط :

أسباب التهابات الرباط :

يمكننا تصنيف أسباب التهابات الرباط في ثلاث مجموعات رئيسي :

أ- الأسباب الرضية

ب- الأسباب الدوائية.

جـ-الأسباب الجرثومية

وبشكل عام تقسم التهابات الرباط إلى نوعين رئيسيين هما

1.التهابات الرباط الحادة

2.التهابات الرباط المزمنة

التهابات الرباط الحادة

وتتجلى بتشكل وذمة ضمن النسيج الرباطي تؤدي لاندفاع السن خارج سنخه مع حركه واضحة فيه وتتزامن هذه المظاهر بآلام عفوية شديدة مستمرة وغير محتملة يمكن إثارتها بالضغط والحرارة (حيث أن الضغط يزيد حركة السن والحرارة تزيد الاحتقان) وعند فحص المريض يمكن ملاحظة احمرار اللثة الموافقة مع حركة واضحة في السن وتراكم القلح في الجهة نفسها بسبب عدم استعمالها في المضغ

مع بعض المظاهر العامة من حرارة وإعياء و إنتباج العقد اللمفية الموافقة للجانب المصاب وتكون الشكوى الرئيسية للمريض هي الألم الشديد أثناء الضغط أو حتى التماس مابين الأسنان أو حتى حركة الأسنان مما يؤدي لبقاء الفم مفتوحاً واللعاب يسيل منه مع الإحساس بتطاول السن ولايمكن للمسكنات العادية تهدئة هذه الحالة وكثيراً ما يشير المريض إلى السن المصابة بإصبعه .

التهابات الرباط المزمنة :

وتنجم في الدرجة الأولى عن الرضوض الإطباقة وهي ذات أعراض بسيطة مقارنة مع الالتهابات الرباطية الحادة. فالشكوى الرئيسية للمريض في هذه الحالة هي الإعاقة في المضغ مع الإحساس بتطاول السن وحس ثقل في المنطقة وبفحصنا للمريض يمكننا ملاحظة احمرار في دهليز الفم قريباً من ذروة السن المصاب مع تغير في لون السن بسبب تموته كما يمكننا أحياناً ملاحظة وجود فوهة ناسور مع حركة خفيفة للسن وشعاعياً ونلاحظ توسع في المسافة الرباطية مع ضخامة ملاطية أحياناً ويعتبر الفحص الشعاعي هنا أساسياً لتشخيص الحالة .

المعالجة :

إن معالجة السبب المؤدي لالتهاب الرباط هي الأساس في شفاء المريض وتخليصه من معاناته من الألم. فإن كان السبب ذو منشأ لبي فالمعالجة تكون بالإجراءات العلاجية اللبية التقليدية وهذا وحده كفيل بإنهاء الحالة أما إذا كان سبب التهاب الرباط الرضوض والاضطرابات الإطباقية فعندها لابد من إجراء تصحيح للإطباق من أجل إعادة التوازن وبالتالي إنهاء السبب المؤدي للحالة .

أما المعالجة الإسعافية الفورية فتكون بتخفيف الألم عن طريق إعطاء المسكنات القوية والفعالة كما يجب إراحة السن حين المضغ بإبعادها عن الإطباق بسحلها قليلاً أو بسحل السن المقابلة ومن المفيد استعمال المهيجات المعاكسة على اللثة حول السن المصاب كصبغة اليود والأكونيت لتقليل الاحتقان أو تطبيق كمادات

باردة على الخد خارج الفم كما أن فتح السن يساعد على تخفيف حدة الحالة حيث تنقل حالة الالتهاب الحادة إلى الإزمان .

ثانياً:أمراض النسج حول الذروية :

إن المقصود بالنسج حول الذروية هي ذلك الجزء من النسج الرباطية والسنخية التي تحيط بالثلث الذروي للجذر فقط دون أن تتعداه إلى الثلثين المتوسط والعنقي والأمراض التي سنتكلم عنها هي التي تصيب هذا الثلث والتي يكون سببها على الغالب إصابة لبية انتشرت عبر الذروة وأصابت النسج حول الذروية ويعود السبب في أن الإصابة هذه تبقى محصورة في الثلث الذروي هو وجود طبقة شافة وكتيمة من الملاط تغطي الثلثين المتوسط والعنقي للجذر .

حيث تشكل هذه الطبقة عائقاً أمام انتشار الإنتان القادم من اللب عبر الذروة إلى هذه المنطقة من النسيج الرباطي بينما نجد إن ملاط الثلث الذروي يحتوي على أفضية وتجاويف دقيقة مما يحقق اتصالاً مباشراً بين اللب والرباط عبر الأقنية العاجية والقنيات الملاطية بالإضافة إلى الممر الرئيسي الذي هو الثقبة الذروية .

التشريح المرضي :

إن الإصابات التي تتعرض لها المنطقة حول الذروية تكون عادة إما بسبب إنتاني أو رضي ففي حالة الإصابات الناتجة عن أسباب رضية فإما أن يكون الرض معتدل الشدة حيث يمكن بالتالي أن يؤدي إلى حدوث تصلب في العظم السنخي وإما أن يكون بالتالي شديداً أو مستمراً مما يؤدي إلى ظهور الخلايا الكاسرة للعظم وزيادة نشاطها في النسيج الرباطي مسببة امتصاص العظم السنخي الداعم الذي يمكن أن يستمر ويؤدي إلى قلقلة السن وفي أحيان أخرى يمكن أن يؤدي الرض هذا إلى تشكل الأكياس .

أما الحالات التي يكون سببها إنتاناً فكذلك إما تكون شدة الإنتان خفيفة وبالتالي يكون التخريش خفيفاً أو متوسط الحدة مما يمكن أن ينجم عنه تشكل الورم الحبيبي وإما أن يكون الإنتان قوياً وشديداً وبالتالي يكون التخريش شديداً كما في حالة الغزو الفعلي للجراثيم للمنطقة حول الذروية وهذا يؤدي بالتالي إلى حدوث التهاب حاد ينتج عنه الخراج السنخي حول الذروي .

ويعتبر النهج الالتهابي في هذه المنطقة معقداً نتيجة وجود القالب الكلسي للعظم ذي الأفضية والتجاويف الدقيقة والتي تعمل كمأوى للجراثيم التي تنمو بعيداً عن الكريات البيض المفصصة والتي يمكن أن تقضي عليها وهذا هو سبب طول الفترة اللازمة لتشكل الصديد على عكس ما هو عليه الأمر في النسج اللينة .

ويمكن تقسيم المنطقة المصابة بالإنتان إلى أربعة مناطق مميزة وهي :

1.منطقة التعفن الحقيقي :

تتوضع في مركز الآفة حيث توجد الجراثيم بشكل فعلي وفي هذه المنطقة نجد أن الخلايا الطبيعية للعظم قد تعرضت للتموت بينما اختفت الخلايا المولدة لليف وكذلك الأوعية الدموية ولم يعد يوجد في الأفضية سوى الجراثيم والكريات البيض المفصصة النوى تتصارع مع بعضها .

2.منطقة التلوث:

رغم أن الجراثيم تكون محاطة بالكريات البيض المفصصة في المنطقة السابقة فإن ذيفانات هذه الجراثيم تنتشر إلى النسج المجاورة ويؤدي وجود كل من ذيفانات الجراثيم والنسج المتخربة إلى تشكل الخمائر التي تنتشر في المنطقة المجاورة المركزية مسببة انحلال الخلايا العظمية ومؤدية إلى تشكل فراغات أو تجاويف خالية إلا من ارتشاحها بالخلايا الدائرية .

3.منطقة التخريش :

وتنتج عن انتشار بعض الذيفانات من المنطقة السابقة (منطقة التلوث) ولكنها لاتكون على درجة من الشدة وإنما تكون خفيفة بالقدر الذي يساعد على تميز الخلاياالكاسرة للعظم والتي تبدأ نشاطها بامتصاص العظم حول المنطقة المركزية. بينما تقوم الخلايا المولدة للنسيج بإزالة كل بقايا التهابية أو إرتكاسية يمكن أن تبقى .

4.منطقة التحريض :

وهي منطقة النشاط الخلوي بأشكاله الدفاعية والبنائية .

الخطوط العامة للعاج :

1.إزالة السبب

2.منع وصول الإنتان

3.رفع المقاومة الموضعية للنسج

4.رفع المقاومة العامة للجسم

5.الراحة

ويمكن تقسيم آفات النسج حول الذروية إلى الأنواع التالية :

1.التهاب الرباط حول الذروي الحاد :

وهو التهاب النسج الرباطية المحيطة بالذروة التي تنتج عن العوامل المؤذية والمخرشة الواصلة إلى هذه المنطقة عن طريق الثقبة الذروية أو عن طريق الرباط نفسه أو من الطريقين معاً .

الأسباب :

يمكن أن تكون الأسباب المؤدية إلى هذا النوع من الإصابة حول الذروية

ميكانيكية أو كيميائية أو إنتانية

الميكانيكية :

1.ضربة قوية على السن

2.حشوة عالية أو سن اصطناعية عالية

3.وجود أوتاد أو أجسام صلبة في عمق المسافات الملاصقة بين الأسنان

4.النفوذ عبر الذروة بإحدى الأدوات المستعملة في الاستئصال أو التوسيع أو الأقماع الورقية

5.حشوة قناة زائدة (نافذة من الذروة)

6.إنثقاب الجذر أثناء إجراء التوسيع أو إنثقاب مفترق الجذور

7.الحشوات السيئة الانطباق تحت مستوى اللثة

الأسباب الكيميائية :

1.انطلاق بعض الغازات أثناء إرواء الأقنية بعد توسيعها مثل الأوكسجين المنطلق من الماء الأوكسجيني أو الكلور المنطلق من تحت كلوريت الصوديوم

2.المبالغة في استعمال المحاليل المعقمة للقناة أثناء إرواء وغسيل الأقنية بعد توسيعها

الأسباب الإنتانية :

2.وصول الذيفانات 1.انطلاق الغازات الناتجة عن تحلل المكونات العضوية للأنابيب العاجية بعد الاستئصال .والسموم الناتجة عن الجراثيم أو النسج المتموتة إلى المنطقة حول الذروية

3.وصول فوعة من الجراثيم إلى منطقة الذروة

العلامات والأعراض السريرية :

تبدي السن المصابة ألماً عند قرعها بأداة صلبة أو حتى عند تماسها مع السن المقابلة في الإطباق كما تبدي بعض الحركة وتكون خارجة قليلاً من سنخها وذلك نتيجة للثخانة الحاصلة في النسيج الرباطي للثلث الذروي

للسن بسبب الوذمة وتراكم النتاجات الالتهابية في هذه المنطقة ويعتبر الألم الناتج عن هذه الإصابة مهماً ويمكن للمريض بسهولة الدلالة على سنه المصابة

الفحص الشعاعي :

يشاهد على الصورة الشعاعية ثخانة رباطية وخاصة في المنطقة حول الذروية مع ظهور بعض العوامل المسببة للآفة كحشوة القناة النافذة من الذروة أو وجود جسم صلب أو حشوة سيئة في المسافات الملاصقة تحت اللثة

المعالجة :

وتعتمد بشكل رئيسي على إزالة السبب فإذا كان هناك إطباق رضي يجب تعديله أو حشوة سيئة من الناحية الملاصقة أو أجسام صلبة محشورة فكذلك يجب إزالتها أو حشوة أو سن اصطناعية عالية فيجب أيضاً تعديلها إلى الوضع الطبيعي أما إذا كان السبب كيميائياً كوجود ضماد ما في القناة الجذرية فيجب إزالته ويطبق عوضاً عنه ضماد جاف أو مادة ملطفة من الأوجينول أو اليود المجفف لفترة وجيزة في حجرة اللب ثم يزال في جلسة تالية ويوضع في حجرة اللب ضماداً آخر (جاف أو فيه مادة ملطفة) وهكذا حتى يحصل الشفاء ويمكن في أحيان كثيرة وضع ضماد جاف في القناة المصابة

وفي حال كون السبب إنتانياً وناتجاً عن إنتان في القناة الجذرية فيمكن هنا تطبيق المضادات الحيوية موضعياً في القناة أما في حالة الحشوة الزائدة للقناة أو إنثقاب الجذر فلا بد من إجراء عملية قطع الذروة إذا كانت السن أمامية والقلع وإعادة الزرع إذا كانت السن خلفية وفي كثير من الأحيان نضطر إلى تطبيق ما يسمى بالمهيجات المعاكسة موضعياً كتطبيق صبغة اليود على الغشاء المخاطي المقابل لذروة السن المصابة ويفيد هذا الإجراء كثيراً في تخفيف حدة الألم وإنقاص شدة الالتهاب

الخراج السنخي الحاد :

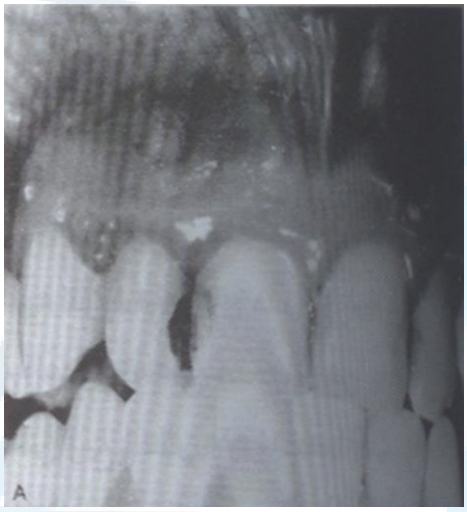
التعريف :

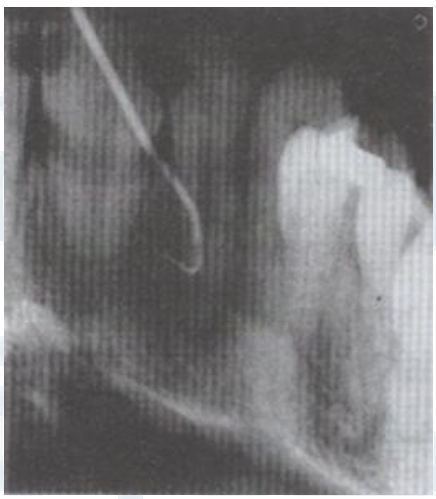
إن الخراج السنخي السني الحاد هو عبارة عن تجمع قيحي يتوضع في العظم عند ذروة الجذر للسن المؤوفة ويتلو عادة موت لبها ومن ثم انتشار الإنتان عبر الثقبة الذروية إلى النسج ما حول الذروة ويترافق الخراج الحاد عادة بإرتكاسات موضعية شديدة وبإرتكاسات عامة في بعض الأحيان

الأسباب :

هناك عدة أسباب منها: رضية أو كيمائية أو ميكانيكية وهذه تعتبر أسباب مباشرة

ولكن يبقى الغزو الجرثومي للنسج اللبية المتموتة هو السبب الرئيس والمباشر حيث يمكن أن نجد في بعض الأحيان سناً مصاباً بخراج سنخي حاد دون أن يكون فيها حفرة نخر أو حشوة ما وإنما تدل سيرة هذا السن بأنها تعرضت لرض ما وبما أن النسيج اللبي يكون محصوراً ضمن نسج صلبة بحيث لاتؤمن منفذاً للعفونة مما يؤدي إلى انتشار الإنتان أو امتداده نحو المناطق الأقل مقاومة أي عبر الثقبة الذروية إلى النسيج الرباطي والعظم السنخي حول الذروي





الأعراض :

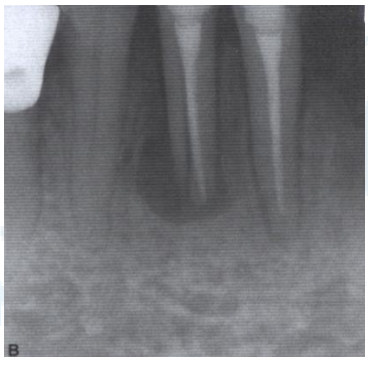
إن العرض الرئيسي للخراج السنخي السني الحاد هو كون السن المصابة واهنة سريعة التأثر بحركات الفم واللسان مما يدعو المريض إلى الضغط الخفيف على سنه المتطاولة دافعاً إياها إلى مكانها في السنخ حيث يجد في ذلك بعض الراحة أضف إلى ذلك أن هناك ألماً شديداً واخزاً وعميقاً مترافقاً بإنتباج في النسج الرخوة

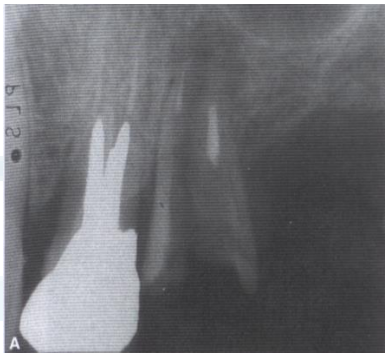
المغطية لذروة الجذر وفي هذه الحالة فإذا وضعنا قطعة قطن مشربة بالماء الأوكسجيني بتماس مع الغشاء المخاطي عند ذروة السن المصابة فإننا سنجد أن النسيج في هذه المنطقة قد اخذت بالإبيضاض

وعلى فرض أن السن تركت بدون معالجة فلا بد للإنتان من الاستمرار والانتشار مؤدياً بالمقابل إلى التهاب والتهاب النقي والعظم Cellulitis والتهاب النسيج الخلالي periostitis والتهاب السمحاق osteitis العظم مما يؤدي في النهاية إلى حركة السن المصابة حركة شديدة نتيجة تخرب الأنسجة الداعمة لها . osteomlitis

إن الضغط الداخلي الحاصل في منطقة الآفة نتيجة تشكل القيح يدفع به للبحث عن مخرج او منفذ وخاصة عبر المناطق الأقل مقاومة حيث يمكن أن ينفتح على الغشاء المخاطي داخل الفم أو على الجلد خارج الفم على الوجه أو على الرقبة محدثاً ما يسمى بالناسور ويمكن على العكس أن يمتد عميقاً في النسج حول الذروية المجاورة لينفتح في الجيب الفكي أو الحفرة الأنفية وجدير بالاهتمام أن أخطر ما يمكن أن يحصل هو امتداد الآفة وانتشار القيح إلى الصفاق في الفك الأسفل مسبباً (خناق لودفيغ) أو إلى منطقة الحجاب الحاجز مؤدياً إلى حدوث خراجات في الرئة .

أما في الفك العلوي فيؤدي انتشار القيح ووصوله إلى الضفيرة الوريدية العذارية أو الجناحية إلى تخثرات خطيرة في الجيوب الكهفية لها. وفي حال حدوث مثل هذا الخراج على الثنية العلوية يمكن أن يمتد الإنتباج إلى الشفة العلوية وقاعدة الأنف بينما في حالة إصابة الناب والضواحك العلوية فيمتد الإنتباج إلى زاوية الأنف المجاورة ليصل إلى جفن العين السفلى .





أما في الأرحاء العلوية فيشمل الانتباج كامل الخد مؤدياً إلى عدم التناظر في الوجه بينما في حال إصابة الأسنان الأمامية السفلية فيمكن أن يشمل الانتباج كلاً من الشفة السفلية والذقن كما يمكن أن يمتد نحو الأسفل

ليصل إلى الجزء الأمامي من الرقبة أما في حالة الأسنان الخلفية السفلية فينتشر الانتباج ليشمل المنطقة تحت الفكية ليصل إلى الأذن مؤدياً إلى عدم ظهور الحفرة الخشائية حيث يمكن أن تختلط هذه الحالة مع النكاف .

ومع زيادة تشكل القيح وزيادة الضغط الناتج عنه تحت النسج السطحية يحصل التهاب لهذه النسج وضعف في مقاومتها مما يؤدي بالتالي لزيادة تشكل القيح بمساعدة الخمائر الحالة للنسج مما يؤدي إلى تشكل المنطقة القيحية المألوفة بجوار السن المصابة والتي تستلزم التداخل الجراحي فوراً وخاصة عندما نعتمد على الجس بالأصبع لمنطقة القيح هذه فنشعر بوضوح هروب القيح تحت الأصبع الضاغطة وجدير بالذكر أن امتداد الآفة وانتشارها في المناطق المجاورة لمنطقة الآفة وبالتالي تشكل القيح فيها ينتاول بالدرجة الأولى النسيج الأقل مقاومة معتمداً في ذلك على بنية وثخانة العظم السنخي والنسج اللينة المغطية له .

الأعراض العامة :

بالإضافة إلى الأعراض الموضعية فإن الخراج السنخي الحاد يترافق مع أعراض عامة قد تكون شديدة أو قليلة فالمريض يبدو شاحباً متهيجاً وضعيفاً من شدة الألم لا يستطيع النوم وبما أن المنتجات القيحية تصب في الفم فقد يبتلع المريض ذلك مما يؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة ففي الحالات المعتدلة ترتفع قليلاً أما في الحالات الشديدة فقد ترتفع عدة درجات فوق المعدل الطبيعي كما يمكن أن يحدث إمساك يتجلى فموياً بتغطية اللسان بطبقة بيضاء ورائحة النفس الكريه كما يمكن للمريض أن يشكو من الصداع الشديد والتوعك العام .

تشكل الناسور :

يعتبر تشكل الناسور المرافق للآفات الذروية مظهراً من مظاهر الحدة أولاً والإزمان ثانياً.حيث يجد القيح المتشكل في ذروة السن مساراً له في النسج العظمية السنخية المجاورة (عادة يتبع مجرى الناسور النسج الأقل مقاومة) حيث ينفتح في الدهليز أو قاع الفم أو قبة الحنك أو على جلد الوجه خارج الفم وبتشكل الناسور وانفتاحه على الفم تتجه الآفة نحو الإزمان وليس غريب أن نجد للآفة ناسوراً مضاعفاً أي ينفتح على النسج الرخوة بفتحتين أو أكثر .

وهناك خطأ شائع مفاده أي مجرى الناسور يكون دوماًمبطناً بنسيج بشري . وفي الواقع فإن مجرى الناسور يكون مبطناً في معظم الأحيان بنسيج حبيبي بالإضافة إلى خلايا التهابية حادة ومزمنة وهذا ما يعلل اختفاء مجرى الناسور كلية وتندب فتحته خلال أيام قليلة بعد تنظيف الأقنية ومعالجتها .

وتعتمد النقطة التي ينفتح فيها الناسور على الفم على ثخانة العظم السنخي وعلى النسج اللينة المغطية له. ففي الفك العلوي غالباً ما ينفتح الناسور على الناحية الشفهية والدهليزية وذلك بسبب كون الصحيفة السنخية الدهليزية أقل ثخانة من الحنكية. والحالات التي يحصل فيها انفتاح الناسور على قبة الحنك هي الآفات الذروية للرباعية العلوية والجذر الحنكي للأرحاء العلوية ويمكن أن تظهر فتحة الناسور مجاورةً و محاذيةً لذروة جذر السن المصابة كما يمكن أن تنفتح بعيداً عنها .

أما بالنسبة لفتحة الناسورفيمكن أن يختلط الأمر بالنسبة لعلاقتها بالسن المصابة وخاصة في حال وجود أكثر من سن مؤوفة فيمكن عندها إدخال قمع من الكوتابيركا أو سلك معدني معقم في فتحة الناسور ودفعه نحو ذرى الأسنان. وبالتصوير الشعاعي تعرف السن ذات الآفة الذروية وذات العلاقة بالناسور المتشكل. كما يمكن حقن مادة ظليلة على الأشعة من فتحة الناسور وإجراء التصوير الشعاعي مما يحدد مجرى الناسور على جلد الوجه أو العنق خارج الفم في الخراجات السنخية السنية الحادة وتحت الحادة غير المعالجة وخاصة في المرضى اليافعين .

وينفتح الناسور إما خارج الفم أو داخله في الآفات الذروية للفك السفلى كما يلي :

في حال الأسنان الأمامية والضواحك يفتح الناسور على الجلد بجانب الإرتفاق الذقني أو في داخل الفم على الناحية الدهليزية ونادراً في الناحية اللسانية .

في حالة الأسنان السفلية الخلفية وخاصة الرحى الأولى السفلية ينفتح الناسور على طول الحافة السفلية للفك السفلي بمحاذاة ذروة السن أما في أسنان الفك العلوي فانفتاح الناسور على الوجه نادر الحدوث وما يجدر ذكره أن القيح المتشكل حول الذروة قد يجد لنفسه طريقاً سهلاً في بعض الأحيان على طول امتداد الجذر عبر الثخانة الرباطية وينفتح على الميزاب اللثوي للسن .

التشخيص :

يعتبر تشخيص الخراج السنخي الحاد بالأمر الصعب ويكون ذلك بالفحص السريري ومعرفة السيرة المرضية للسن من قبل المريض وبينما نجد في المراحل الأولى للآفة أنه لابد من إجراء كل الفحوص السريرية لتحديد السن المصابة نرى أنه في المراحل المتقدمة للآفة حيث قد انتشر الإنتان وسبب التهاب الرباط والسن قدتطاولت، من المفيد الاستعانة بالتصوير الشعاعي لتحديد سبب الآفة وانتشارها وحجمها ووضع خطة المعالجة .

ويمكن أن نلاحظ على الصورة الشعاعية حفرة نخر كبيرة – حشوة مكسورة أو غير منطبقة الحواف أو نكس نخر تحت الحشوة – ثخانة رباطية واضحة – تخلخل عظمي في المنطقة حول الذروية ومع ذلك يمكن أن نلاحظ كل العلائم المميزة للخراج الحاد دون أن نلاحظ تخرباً عظمياً حول الذروة نظراً للحدة الشديدة للآفة من جهة ولقصر المدة التي لاتسمح للتخرب العظمي أن يحصل من جهة ثانية .

لهذا كله فالتشخيص الصحيح لا يمكن تأكيده إلا باستعمال فاحص اللب الكهربائي والاختبار الحراري حيث لا تستجيب السن للسخونة وللبرودة بينما تستجيب للقرع وفي كثير من الحالات يشير المريض بنفسه للسن المصابة حيث تكون أعلى من مستوى الإطباق و متقلقلة بعض الشيء .

التشخيص التفريقي :

يجب تفريق الخراج السني الحاد عن التهاب اللب الحاد وعن الخراج الرباطي فالخراج الرباطي عبارة عن تراكم القيح على طول سطح جذر السن المؤوفة والناشيء عن العفونة والإنتان للنسج الداعمة للسن ويتظاهر عادة كجيب رباطي منتفخ مترافقاً بألم خفيف وبضغط المنطقة يمكن للقيح أن يتسرب إما من منطقة الغشاء المخاطي أو من الجيب اللثوي للسن المؤوفة .

كما أن الانتفاخ في حالة الخراج الرباطي هذا يكون متوضعاً مقابل الثلثين المتوسط والعنقي للجذر أكثر من توضعه باتجاه ذروة الجذر ويكون الخراج الرباطي هذا مترافقاً لسن ذات لب حي أكثر من وجوده مع سن ذات لب متموت لذلك نرى أن الغسولات الفموية الساخنة تخفف الألم الناتج عن الخراج الرباطي بينما تزيد الألم الناتج عن الخراج السنخي الحاد .

- أما تفريق الخراج السنخي السني الحاد عن التهاب اللب الحاد فيتم بواسطة الفحص الكهربائي للب السن من ناحية ومن ناحية ثانية من الحقيقة التي تقول بعدم تأثر النسج حو ل الذروية في حالة التهاب اللب الحاد بحيث لا تستجيب السن للفحص بالقرع أو الجس كما أنها تكون عديمة الحركة.

المعالجة:

- أول ما تتضمنه معالجة الخراج السخني الحاد هو إيجاد منفذ للقيح المتشكل إن كان عن طريق القناة نفسها بفتح السن أو بواسطة شق جراحي لمنطقة القيح المتشكلة أو بكلتا الطريقتين معاً وذلك حسب الحالة الماثلة أمامنا وفي المراحل المبكرة للخراج السنخي السني يكفي عادة فتح السن وتفجير الخراج عن طريق القناة مراعين عدم تحريك السن وهزها منعاً لزيادة الألم عند المريض.
- وبعد فتح حجرة اللب والأقنية الجذرية مستعملين الإبر الشائكة يتم وضع ضماداً قطنياً جافاً (مؤلفاً من كرية صغيرة من القطن) أو مشرباً بأثر ضئيل من مادة دوائية مضادة للعفونة في حجرة اللب ودون أن نضع أي ضماد في القناة حتى نسمح للقيح بالخروج عبر القناة كما أننا لا نرى في هذه الجلسة ضرورة لسد الحفرة بحشوة مؤقتة لهذا الغرض نفسه.
- وفي حالة كون السن متطاولة قليلاً فيستحسن تحريرها من الإطباق قدر الإمكان وبحذر وذلك بسحلها لتخفيف الإطباق مع السن المقابلة لها ويصرف المريض بعد انتهاء الجلسة الأولى هذه مزوداً بالتعليمات التالية:
- تطبيق كمادات ماء باردة جداً على الخد خارج الفم في ناحية المنطقة المصابة ويحذر من تطبيق أي كمادات ساخنة خارج الفم خوفاً من انتشار الإنتان إلى المناطق المجاورة.

- 2. تطبيق مضامض ساخنة داخل الفم (ويمكن الاعتماد على شرب الشاي واليانسون والزهورات الساخنة عوضاً عن المضامض) ويجب أن يتم ذلك بالتناوب مع الكمادات الباردة خارج الفم والغرض من المضامض أو المشروبات الساخنة داخل الفم هو توجيه القيح وتجميعه باتجاه جوف الفم ومنع انتشاره وانفتاحه خارج الفم.

- وفي حالة كون الخراج السنخي الحاد في مراحله المتأخرة بحيث يمكن أن نلاحظ وجود وذمة حادة في النسج المجاورة أو التهاب رباط حاد ومن جهة ثانية في حال كون القناة أو الأقنية ضيقة بحيث لا تسمح بتصريف القيح فلا بد في مثل هذه الحالات كلها من إحداث شق جراحي في عمق النسج المجاورة للآفة (أي منطقة التوذم نفسها).

- ولا يجوز إحداث مثل هذا الشق إلا في الحالات النوعية والتي تحدثنا عنها سابقاً (أي أن النسج المتوذمة طرية جداً والقيح تحتها محسوس بأصابع اليد) أما إذا كان الانتفاخ أو التوذم قاسياً والقيح لم يتشكل بعد ولا يمكن تحسسه بالأصبع فلا يستحسن إجراء مثل هذا الشق حيث إننا سنزيد الحالة سوءاً أو ألماً دون خروج أي أثر للقيح وتتمثل مهمة الطبيب في هذه الحالة بالتأكيد على مريضه بالإكثار من استعمال الكمادات الباردة الخارجية أو المشاريب الساخنة من داخل الفم على أمل تجميع القيح في منطقة محددة ومن ثم إجراء الشق المناسب.

- أما بالنسبة لإجراء الشق فيفضل تجفيف منطقة الوذمة بالهواء المضغوط ومن ثم تخديرها بإرذاذ كلور الإيتل حتى تتشكل على سطحها طبقة بيضاء من الثلج وعندها فقط يمكن إجراء الشق بمشرط جراحي حاد ومعقم وبأقصى سرعة وبعمق النسج الرخوة حتى العظم كي نسمح بالتفجير الكامل للقيح ومع إيجاد مصرف للقيح على هذا الشكل نجد أن الحالة الحادة أو تحت الحادة للآفة قد توقفت وبسرعة.

- وفي كثير من الأحيان قد نلجأ إلى تزويد المريض بوصفة دوائية لاستعمالها خلال الأيام الثلاثة التالية للجلسة الأولى ونعتمد في كتابة مثل هذه الوصفات على تزويد المريض دوائياً بما يلي:

1. مضادات حيوية.
2. مضادات وذمة.
3. مسكنات (إن لزم الأمر).
4. مضامض مطهره (دافئه).

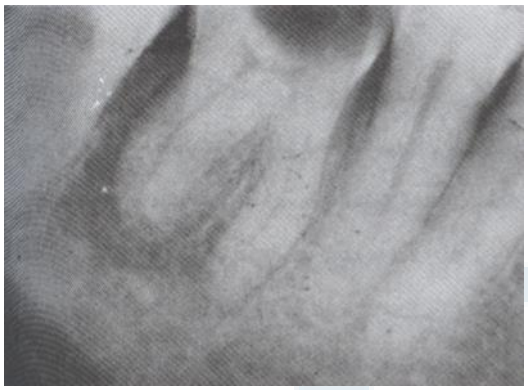
الإنذار

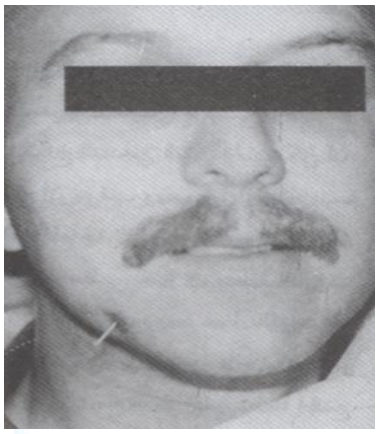
- يعتبر إنذار الخراج السنخي السني الحاد جيداً ومشجعاً ويعتمد ذلك على موضع التخرب للنسج الداعمة (العظمية واللينة) ومع أن أعراض الخراج السنخي السني الحاد يمكن أن تكون شديدة ومزعجة ولكن بشكل عام يمكن للألم والإنتباج أن يتوقف ويزول إذا أجرينا التفجير بشكل مناسب كما ذكرنا. وفي معظم الحالات تكفي المعالجة اللبية الاعتيادية للمحافظة على السن وشفائها. وفي حالات خاصة فقط مثل حدوث تخرب عظمي كبير في منطقة الذروة.

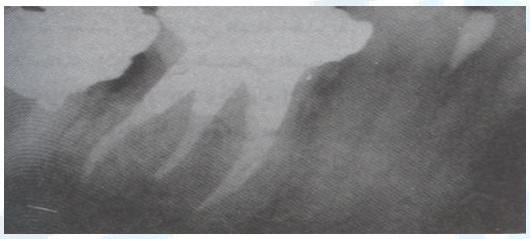
- أو امتصاص ظاهري لذروة الجذر فلا بد من التداخل الجراحي لإجراء التجريف حول الذروي أو قطع الذروة. أما في حالات كون القيح منتشراً عبر النسيج الرباطي وعلى طول سطح الجذر وواصلاً إلى الميزاب أو الجيب اللثوي للسن فإنذارها سيء. وغير مشجع اللهم إذا استطعنا الجمع ما بين كل من المعالجة اللبية والرباطية واللثوية للسن في آن واحد يمكن عندها فقط أن تحافظ على السن والإبقاء على وظيفتها دون قلعها.

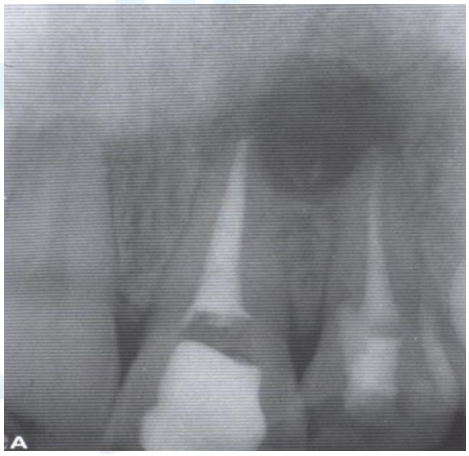
الخراج السنخي المزمن:

- التعريف: عبارة عن آفة قديمة قليلة الإنتان تتوضع في العظم السنخي حول الذروة وغالباً ما يكون مصدر الإنتان من القناة الجذرية.
- الأسباب: إن الخراج السنخي السني المزمن عبارة عن نتيجة طبيعية تالية لموت اللب السني مترافقاً بانتشار الإنتان وعبوره إلى النسج حول الذروية كما يمكن أن يكون تالياً لخراج سنخي حاد تحول إلى الإزمان أو أنه يتلو معالجة لبية غير ناجحة.
- الأعراض: تكون السن المصابة بخراج سنخي مزمن عادة خالية من الأعراض ويمكن أن تكشف بالصدفة لدى فحص المريض الدوري بالتصوير الشعاعي وبقصد معالجة آفة حادة أخرى كما يمكن التنبيه إليه والكشف عنه في حال وجود ناسور داخل أو خارج الفم ونادراً ما يكون هناك إنتباج في النسج الرخوة المجاورة للخراج المزمن.
- ويمكن للخراج السنخي المزمن أن يكون مترافقاً أو غير مترافق بناسور وفي حال وجوده يتم تصريف القيح عن طريقه إلى جوف الفم ونرى في حالة انسداد الناسور لسبب ما ظهور الإنتباج في المنطقة وإنتقال الحالة من الإزمان إلى الحدة. وكثيراً ما نرى أنه عندما يكون ضغط القيح في مركز الآفة شديداً فإنه يؤدي بسهولة إلى تخرب النسج المجاورة و إنطراح القيح داخل الفم عن طريق فتحة صغيرة كما يمكن لهذه الفتحة أن تعود لتشفى وتتندب وتغلق لمجرد انخفاض ضغط القيح لتعود وتنفتح مرة ثانية بازدياد الضغط وهكذا وفي الحالات التي تكون فيها الأسنان مفتوحة بحفرة نخر على الفم فيمكن أن يحصل التفجير عن طريق القناة.





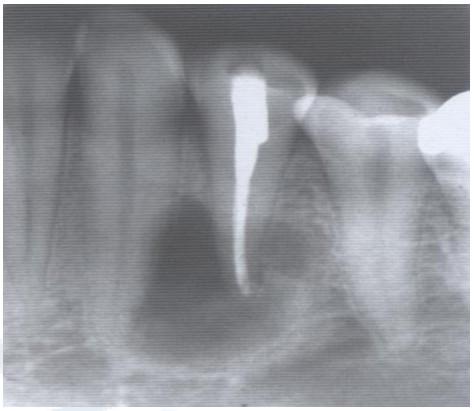


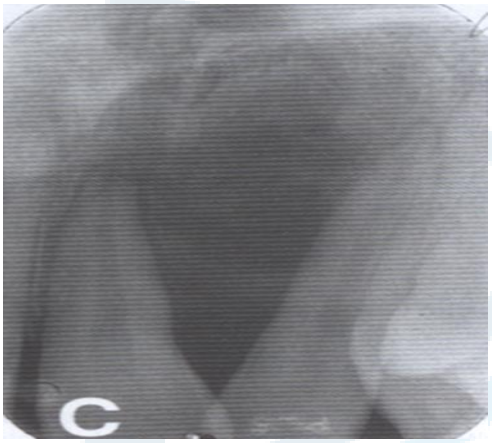


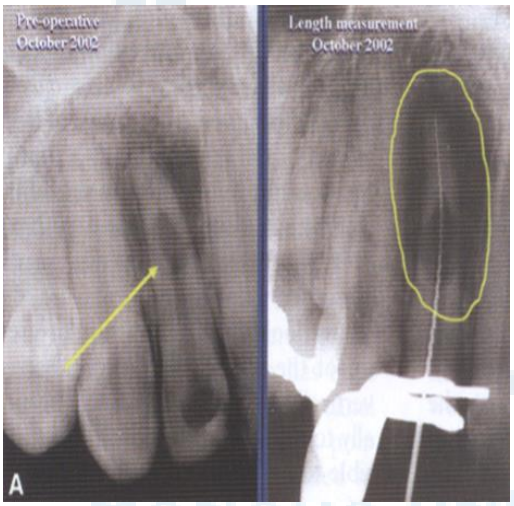
التشخيص:

- يمكن أن يكون الخراج السنخي المزمن غير مؤلم أو مترافق بألم مترافق طفيف وكما ذكر سابقاً يمكن الكشف عنه بالفحص الشعاعي الدوري للأسنان أو نتيجة تلون السن المصابة. وتكشف الأشعة عن وجود منطقة تخلخل عظمي مختلفة الحجم مع وجود ثخانة رباطية ملحوظة ومن السير المرضية يمكن أن يعلمنا المريض عن هجمة ألم حادة ومفاجئة سابقة للسن أو عن صدمة قديمة حدثت لها.

جَـامعة
المَـنارة
MANARA UNIVERSITY







- أما الفحص السريري فيمكن أن يكشف عن وجود حفرة نخر عميقة أو حشوة كومبوزيت أو إكريل أو حشوة معدنية أو عن تاج معدني أو إكريلي. حيث تعرض اللب للتموت تحت كل هذه الترميمات دون إبداء أية أعراض ويمكن في بعض الحالات الخاصة أن تبدي السن بعض الحركة كما تستجيب

للقرع أحياناً وبالجس يمكن أن تجد بعض الإنتباج أو التقبب في النسج اللينة المجاورة لذروة السن. أما الفحص الكهربائي فلا يحصل أي استجابة له.

التشخيص التفريقي:

- ويمكن أن يتم بالفحص الشعاعي حيث يتم تفريق الخراج المزمن عن الورم الحبيبي حيث يكون التخرب العظمي في الخراج المزمن منتشراً وواسعاً أما في الورم الحبيبي فيكون التخرب صغيراً ومحدوداً. أما للتفريق بين الخراج المزمن والكيس فيتم أيضاً بالفحص الشعاعي حيث يكون للكيس حدود محيطية واضحة منتظمة الحواف وشافة (يظهر للكيس حدود بيضاء شعاعياً) وأخيراً يجب تفريق الخراج المزمن عن التليف العظمي حول الذروة والذي يكون مترافقاً بسن ذات لب حي و لا تستوجب معالجة لبية.
- وفي الواقع فإن التشخيص التفريقي لمثل هذه الحالات هو تقريبي واستقرائي وليس فاصلاً وليس هناك من تشخيص تفريقي فاصل بين هذه الآفات الذروية المختلفة إلا بالفحص المجهري النسيجي.

المعالجة:

- تعتمد معالجة الخراج المزمن بشكل رئيسي على إزالة مصدر الإنتان من الأقنية وحالما يتم تنظيف القناة أو الأقنية وتعقيمها وحشوها فإن شفاء الآفة والترميم العظمي يحصل دون شك وعندما تكون منطقة التخرب العظمي صغيرة ومحدودة فلا تختلف طريقة المعالجة اللبية عن تلك المعالجة المتبعة مع الأسنان ذات الألباب المتموتة فقط أما الخراجات المزمنة ذات الآفات المنتشرة أو ذات مناطق التخرب العظمي المتوسطة الانتشار فلا بد من إتباع الطريقة الخاصة بمعالجة الحالات العفنة
- بينما نجد أن الخراجات المزمنة ذات التخرب العظمي الكبير والمنتشر أفقياً ورأسياً متجاوزة السنتمتر فما فوق في قطرها فقد لا تنجح معها المعالجة اللبية ولابد من التداخل الجراحي على مثل هذه الحالات بدءاً من التجريف حول الذروي وقطع الذروة وبتر الجذر وإعادة الزرع وحتى القلع وفي حالات الخراج المزمن المترافق بوجود ناسور منفتح داخل الفم أو خارجه فلا داع للتداخل على الناسور نهائياً ويشفي تلقائياً بمجرد تنظيف الأقنية وتعقيمها.

الإنذار:

- يتراوح الإنذار للخراج السنخي المزمن من نجاح مشكوك بأمره إلى نجاح مؤكد وذلك يعتمد على مقدار التخرب العظمي و توضعه مع المعالجة المناسبة للأقنية والسد المحكم للقناة أو الأقنية وأيضاً يتدخل في الإنذار حالة النسج حول السنية عامة والضرورات التعويضية والجهود الوظيفية المطبقة على السن.

4. الورم الحبيبي:

- إن الورم الحبيبي السني وهو عبارة عن نمو النسيج الحبيبي حول ذروة الجذر كاستمرار للرباط السنخي السني وينتج عن موت اللب المترافق بانتشار بطيء للنتاجات السمية للجراثيم أو النتاجات الانحلالية من القناة السنية عبر الذروة الرئيسية أو الأقنية الثانوية ويحتوي الورم الحبيبي على نسيج حبيبي بالإضافة إلى خلايا التهابية مزمنة منتشرة ضمن نسيج ضام ليفي.
- ويمكن أن يظهر الورم الحبيبي كاستجابة دفاعية ضعيفة ومزمنة للعظم السنخي تجاه التخريش الطفيف والمستمر القادم عبر الذروة ومن الطبيعي أنه في حالة ازدياد شدة العامل المخرش تتحول الآفة إلى خراج.
- ويختلف حجم الورم الحبيبي من حجم طبعة الدبوس إلى حجم حبة العدس تقريباً ويحتوي الورم الحبيبي في محيطه على محفظة ليفية تكون استمرار للنسيج الرباطي أما في داخله أو جزئه المركزي فيشتمل على نسيج ضام رخو و أوعية دموية وخلايا مختلفة كالخلايا البلغمية والخلايا المصورية ووحيدات النوى والكريات البيض مفصصة النوى وذلك بأعداد مختلفة هذا بالإضافة إلى وجود خلايا بشرية تعتبر من بقايا مالاسيه البشرية.

الأسباب:

- إن السبب الرئيسي لتشكل الورم الحبيبي هو موت اللب الذي يتلوه إنتان خفيف الشدة مما يسبب تخريشياً معتدل التأثير على النسيج حول الذروية محرضاً على حدوث الارتكاسات الخلوية.

الأعراض:

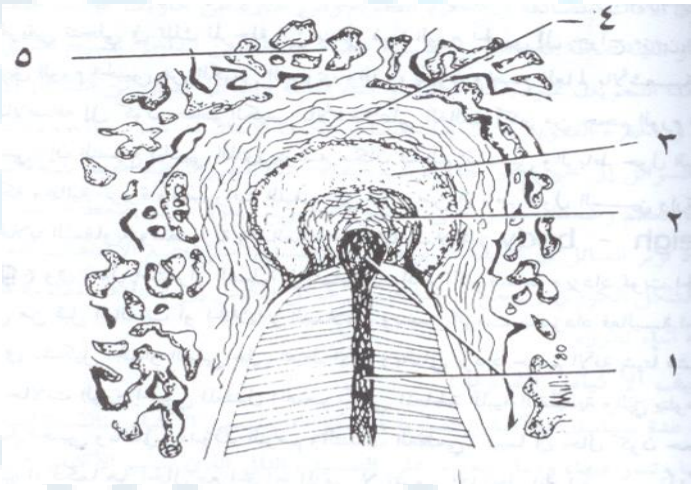
- في معظم الحالات يكون الورم الحبيبي خالياً من الأعراض السريرية ما لم يتخرب النسيج الحبيبي نتيجة تعرضه لهجمة جرثومية إنتانية ويتشكل القيح عندها يمكن ان يبدي بعض الأعراض ولكنه يكون في طريقه للانتقال إلى شكل الخراج الحاد

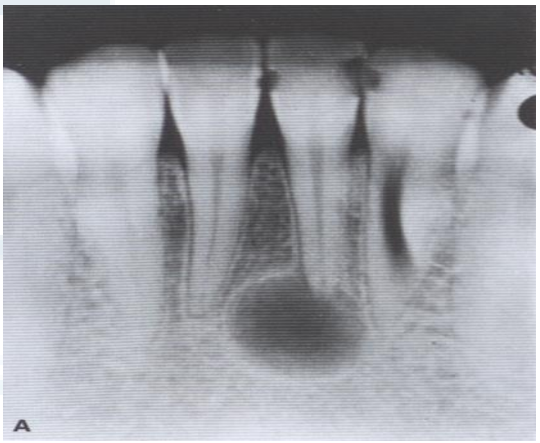
التشخيص:

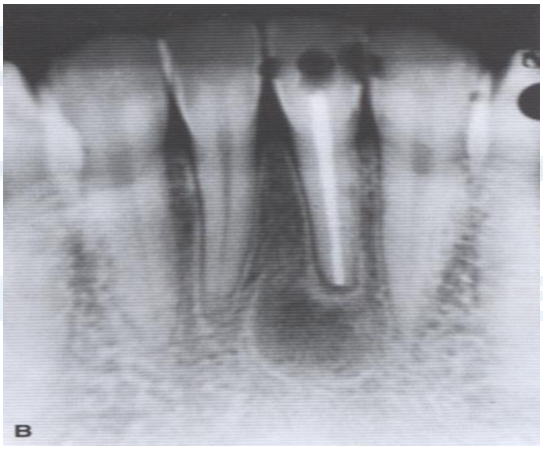
- يتم الكشف عن الورم الحبيبي بواسطة الأشعة التي عن طريقها فقط يمكن الحكم عل وجود ورم حبيبي لسن ما. و لاتستجيب السن المصابة بورم حبيبي للقرع ولا للفحص بالجس بالأصبع كما أن السن لاتستجيب لأي فحص من الفحوص الكهربائية أو الحرارية

التشخيص التفريقي:

- لا يمكن تفريق الورم الحبيبي عن الآفات حول الذروية الأخرى إلا بالفحص النسيجي المجهري وطالما أن كل الآفات حول الذروية تعالج بنفس الطريقة (المعالجة اللبية) لذا لا نستطيع تمييز بعضها عن بعض فكلها تترافق مع تموت السن ولكن المظهر الشعاعي يمكن أن يختلف ويكون مميزاً للآفات حول الذروية فمنطقة التخرب العظمي في الورم الحبيبي تكون محدودة وواضحة بالأشعة بينما في الخراج المزمن تكون منطقة التخرب واسعة وغير منتظمة الحواف ولكن صعوبة التشخيص التفريقي تتجلى في تلك المرحلة التي ينتقل فيها الورم الحبيبي إلى خراج مزمن.







- كما يمكن تفريق الورم الحبيبي عن الكيس الذروي والذي يكون واضح المعالم بالأشعة كما ذكرنا سابقاً بالإضافة إلى كون حجم الكيس بالأشعة على الغالب أكبر من حجم الورم الحبيبي.

المعالجة:

- في حالات الورم الحبيبي المعتدل الحجم تكفي المعالجة اللبية التقليدية والتي يتلوها عادة امتصاص للنسيج الحبيبي وبالتالي حدوث الترمم والتندب العظمي بينما في حال كون حجم الورم الحبيبي كبيراً فكما هو الحال مع الخراج المزمن لابد من التداخل الجراحي بأشكاله المختلفة وكل حسب استطبابه.

الإنذار

- يعتمد إنذار الورم الحبيبي على مقدار التخرب العظمي وفيما إذا كان هناك امتصاص ذروي للجذر أم لا كما يعتمد على المقاومة العامة للمريض أيضاً
-