

تم بشكل تقليدي تقسيم
أمراض النسيج حول السنية
إلى فئتين رئيسيين:

- أمراض اللثة: تتضمن
الأمراض التي تهاجم اللثة
فقط.

- أمراض النسيج حول السن:
تتضمن الأمراض التي تشمل
فيها الإصابة النسيج حول

وبشكل عام فإن هناك نوعاً من
التداخل بين الفئتين حيث أن التهاب
النسج حول السنية Periodontitis
الأكثر انتشاراً من الأمراض حول
السنية كثيراً ما ينتج عن امتداد
العملية الالتهابية من اللثة إلى
النسج حول السنية. وفي المرحلة
التالية تصبح النسج حول السنية
مشمولة بالإصابة ويدعى المرض
التهاب النسج حول السنية، إلا أنه
ليس من الضروري أن يتحول التهاب
اللثة دائماً إلى التهاب نسيج حول

*** II التهاب نسيج حول سنّي مزمن Chronic Periodontitis**

* ١. التهاب نسيج حول سنّي مزمن موضع Localized Chronic Periodontitis.

* ٢. التهاب نسيج حول سنّي مزمن معمّم. Generalized Chronic Periodontitis

*** III التهاب نسيج حول سنّي اجتياحي مخرب Aggressive Periodontitis**

* ١. التهاب نسيج حول سنّي جائح موضع Aggressive Periodontitis Localized

* ٢. التهاب نسيج حول سنّي جائح معمّم Generalized Aggressive Periodontitis

*** IV التهاب نسيج حول سنّيّة كتظاهر لأمراض جهازية Periodontitis as a Manifestation of Systemic Diseases**

* ١. مترافق باضطرابات دمويّة (Associated with Hematological Disorders).

* ٢. مترافق باضطرابات وراثيّة (Associated with Genetic Disorders).

* ٣. حالات أخرى غير محدّدة (Not Otherwise Specified).

* يحدث هذا المرض عند البالغين والكهول حيث يتوافق
التخرب مع كمية اللويحة المتواجدة والعوامل
الموضعية (التشريحية، عوامل بقاء اللويحة من
الترميمات السيئة والقلح) وهو ذو تقدم بطيء وفترات
نشاط ويمكن للعوامل الموضعية مثل التدخين
والأمراض الجهازية أن تعدل من سير المرض. يكون
المرض حول السنني موضعاً عندما تشمل الإصابة أقل
من ٣٠% من المواضع ويكون معمماً عندما تشمل
الإصابة أكثر من ٣٠% من المواضع.

* التهاب النسيج حول السننية المزمن Chronic periodontitis



* التهاب النسيج حول السنينة الجائج Aggressive Periodontitis

* إن مصطلح التهاب الأنسجة حول السنينة المبكرة المعمم EOP يغطي أشكالاً مختلفة من الأمراض التي تتداخل فيما بينها بالمظاهر السريرية والتي يمكن أن تتميز فقط بواسطة المراقبة طويلة الأمد وهذا يضم التهاب الأنسجة حول السنينة الشبابي المعمم والتهاب الأنسجة حول السنينة الشديد المعمم والتهاب الأنسجة حول السنينة سريع التطور

*التهاب نسيج حول سنّي احتياحي

مخرب Aggressive Periodontitis

*١. التهاب نسيج حول سنّي جائح
موضع Aggressive Periodontitis
Localized

*٢. التهاب نسيج حول سنّي جائح
معمم Generalized Aggressive
Periodontitis

* وحسب التصنيف الـ ٩٩ يحدث
التهاب النسيج حول السنينة
الجائح عموماً تحت عمر ٢٥ سنة
لكنه يمكن أن يحدث في أعمار
متقدمة ويعتمد تشخيصه على
الموجودات السريرية والشعاعية
والسيرة المرضية لفقد ارتباط
سريع والفقد العظمي والتوضع
العائلي للمرض

* يبدو المريض سليماً من الناحية الجهازية
باستثناء المرض حول السنني لا ييدي
عوامل موضعية - ارتفاع مستوى

Actinobacillus

أو actinomycetemcomitans

Porphyromonas gingivalis - واضطراب

في البلعمة - وارتفاع إفراز

البروستاغلاندين Prostaglandin E2

والانترلوكين 1B- وله شكلان موضع

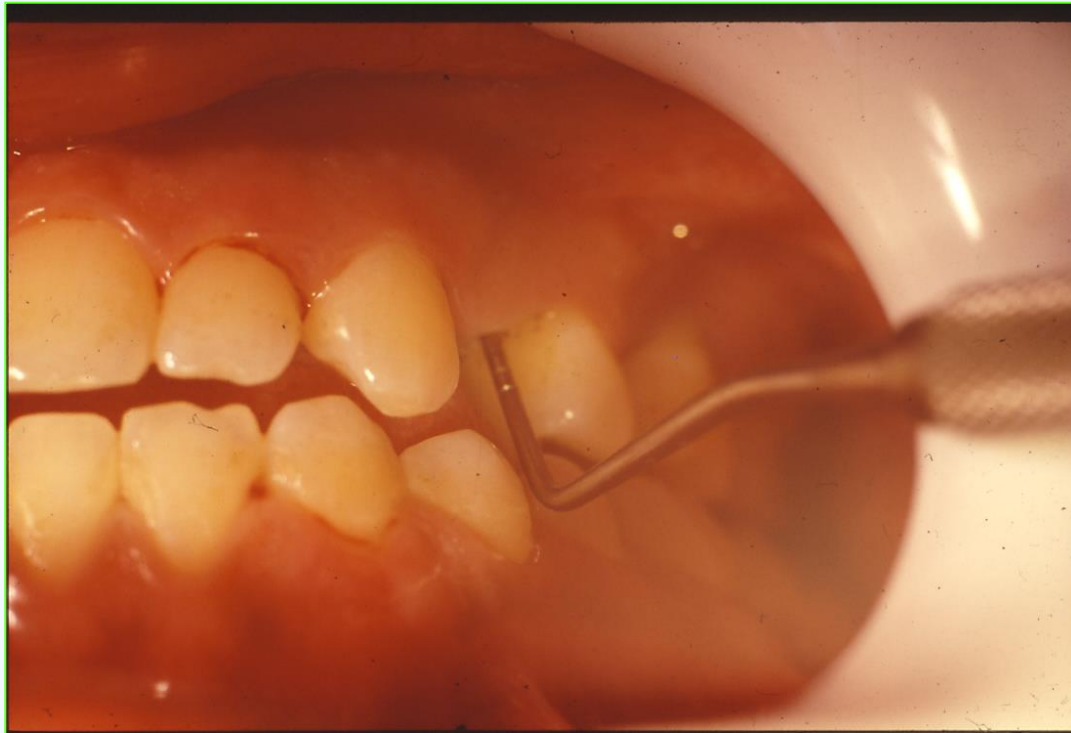
ومعهم حسب عدد الأسنان المشمولة

بالإصابة وشدة فقد الارتباط.

- * - تخرب عظمي وفقدان ارتباط سريع.
- * كمية التوضعات الجرثومية لا تتناسب مع شدة التخرب النسيجي.
- * ذو صفة تجمع عائلي وغالبا " ما يترافق مع إنتانات جراثيم Aa.
- * الموضّع على القواطع والأرحاء.
- * المعمّم على القواطع والأرحاء و ثلاثة أسنان أخرى على الأقل.

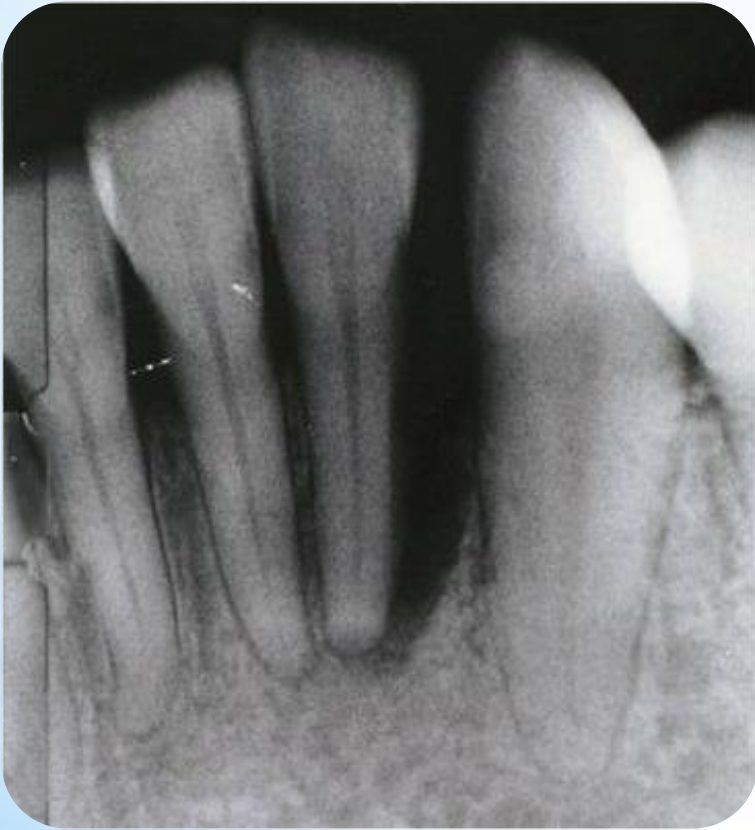








* الجيب الشاقولي في منطقة الارحاء والقواطع





*الجيب حول السنني ونماذج التخرب العظمي

*الجيب حول السنني هو بالتعريف تعمق مرضي للميزاب اللثوي. إنه واحد من أهم المظاهر السريرية لالتهاب النسيج حول السننية. لا تكون الجيوب حول السننية عادة مؤلمة ولكنها قد تترافق بإحساس ضغط بعد تناول الطعام يزول تدريجياً، أو إحساس بطعم كريه في مناطق محددة، وأحياناً تكون لدى المريض رغبة في حك اللثة مكان تواجد الجيوب.

* العلامات التي قد تدل على تشكل الجيوب :

* الألم الموضعي الضاغط

* الحافة اللثوية المحمرة الملساء اللماعة

* خروج المفرزات بالضغط على الجار اللثوي

* الحركة السنية والهجرة المرضية

* الرائحة الكريهة

***الحبيب حول السنني:**

***حبيب حول السنني هو كيس
غير مرئي النهاية محاط
بجدارين نسيجين صلب ورخو،
الجدران الرخوة مبطنة بالبشرة
اللتوية المتقرحة والمغطية
لنسيج ضام التهابي يحتوى
على الخلايا الالتهابية والخلايا
المناعية**

* حيث تهاجر الكريات البيضاء
متعددة النوى PMNS عبر جدار
الجيب حول السنّي في محاولة
لحماية النسيج من غزو
المستضدات.

* يحتوي الجيب حول السنّي على
خليط معقد من النتحة الالتهابية
ومنتجات الاستجابة الالتهابية
وتحطم النسيج بالإضافة للعديد
من الجراثيم الممرضة المتحركة
و المنتجات الجرثومية،

* يتواجد الجزء الأكبر من
الجراثيم ضمن شريط عضوي
يغطي الجدار الصلب للجيب
أي سطح الجذر .

* يبدى هذا المعقد من الجراثيم
والبوليميرات خارج الخلوية
تنظيماً كبيراً يؤمن الحماية
والتغذية والاتصال مع وبين
العديد من الأنواع الجرثومية

* إذا :

- * يحتوي الجيب ما حول السني ١ -
على الجراثيم ومنتجاتها (أنزيمات،
ذيفانات، ونواتج استقلابية
أخرى) ٢ - اللويحة تحت اللثوية ٣ -
السائل اللثوي ٤ - بقايا فضلات
طعام، ٥ - مخاطين لعابي ٦ - خلايا
بشرية متوسفة ٦ - كريات
بيضاء ٧ - قلع مغطى باللويحة

* الآلية الإمراضية والصورة النسيجية - المرضية للجيب ما حول السني:

* يتعمق الميزاب اللثوي بفعل التغيرات
الالتهابية الحاصلة في النسيج الضام
المجاور لبشرة الارتباط وبشرة الميزاب، والتي
سببها جراثيم اللويحة السنية وظيفاتها. تؤدي
النتحة الالتهابية إلى استحالة Degeneration
في النسيج الضام ومن ضمنها استحالة
الألياف اللثوية في المنطقة الذروية من الارتباط
البشري التي تغزوها الخلايا الالتهابية والوذمة

* يتخرب الكولاجين بوجود خميرة
الكولاجيناز وخمائر أخرى تطلقها
الكريات البيضاء متعددة النوى
والبالعات إلى المنطقة خارج
الخلوية، وتقوم بتخريب الكولاجين.
تؤدي هذه العملية الالتهابية إلى
تكاثر بشرة الارتباط جانبياً وذروياً
على طول سطح الجذر



وهكذا يتحرك قعر الجيب
ذروباً. ینجم تغير لون الجدار
اللثوي للجيب نحو الأحمر
المزرق بفعل الركودة الدموية
Circulatory Stagnation في
الدوران اللثوي. بينما يحصل
النزف لدى السبر بسبب زيادة
التوعية الدموية مع رقة
واستحالة بشرة الجيب.

* وتسبب تقرحات الجدار الداخلي للجيب ألماً أثناء السبر. يخرج القيح من الجيب إلى الحفرة الفموية لدى الضغط بالإصبع على سطح اللثة في حال وجود تفاعل التهابي قيحي على الجدار الداخلي الرخو للجيب. يكون النسيج الضام في الجدار الرخو للجيب متوذماً مع رشحة التهابية شديدة، وتزداد الأوعية الدموية وتتوسع



الامتصاص العظمي الأفقي
Horizontal Bone Loss وهو
الشكل الأكثر شيوعاً يشكل نقص في
ارتفاع العظم وتكون الحافة العظمية
بشكل عمودي على سطح السن
حيث تصاب الصفيحة العظمية
الدهليزية واللسانية وبين السنية ولكن
ليس من الضروري بنفس النسبة.





Chronic Periodontitis *



الامتصاص العظمي

الشاقولي Vertical Bone

Angular Bone أو الزاوي Loss

Loss\$ يمتد عمق الإصابة إلى
أسفل قمة السنخ وتكون الحافة
العظمية بشكل مائل على
سطح السن تاركا حفرة مجوفة
داخل العظم وتتوضع قاعدة
الجيب ذروياً بالنسبة للعظم
المحيط.



Aggressive Periodontitis

* تصنيف الجيوب العظمية

* حسب توضع قاع الجيب:

* تقسم الجيوب العظمية حسب توضع قاع الجيب حول السنني بالنسبة إلى قمة العظم السنخي:

* **الجيوب فوق العظمية Supra Bony**

Pockets يتوضع قاع الجيب حول السنني فوق قمة العظم.

* **الجيوب المجاورة العظمية Juxta Bony**

Pockets يتوضع قاع الجيب حول السنني عند قمة العظم.

* **الجيوب تحت العظمية InfraBony Pockets**

توضع قاع الجيب حول السنني ذروياً بالنسبة لقمة العظم.

* تصنيف الجيوب العظمية حسب عدد الجدران العظمية:

* **جيوب بثلاثة جدران عظمية** يحاط الجيب العظمي بسطح سني واحد وثلاثة جدران عظمية.

* **جيوب بجدارين عظمين** وهي الجيوب العظمية في قمة العظم الملاصق بين سنيين متجاورين وسطحين عظميين دهليزي ولساني.

* **جيوب بجدار عظمي واحد** يحاط الجيب بسطحين سنيين وبسطح عظمي واحد دهليزي أو لساني وبالنسج الرخوة من جهة أخرى

*عوامل الخطر لالتهاب النسيج حول السنينة الاجتياحي:

***العمر:** يعدُّ العمر من عوامل الخطورة المهمة في انتشار الإصابات حول السنينة الاجتياحية. يرتفع معدل انتشار التهاب النسيج حول السنينة الاجتياحي للضعف لدى الفئة العمرية ١٦-١٧ سنة مقارنة مع الفئة العمرية ١٢-١٥ سنة

*** العرق: هناك دلائل قوية تؤكد انتشار الإصابة المبكرة بالتهاب النسيج حول السننية في مجموعات عرقية معينة. أكدت العديد من الدراسات أن نسبة انتشار الإصابة لدى السود أكبر منها لدى البيض تؤدي الظروف البيئية والاختلافات الأخرى بين الأعراق دوراً في انتشار المرض. وتم اقتراح اختلاف الزمر الجرثومية باختلاف الأعراق**



الجنس: يبدو أن هناك دراسات قليلة أشارت إلى الجنس كعامل خطر لالتهاب النسج حول السنية الاجتياحي. ذكرت الأبحاث في بداية السبعينيات Bear ١٩٧١، صفات التهاب النسج حول السنية الشبابي بوصفه مرضاً مدمراً يبدأ في فترة البلوغ ويصيب الإناث أكثر من الذكور

* الصحة الفموية والعوامل الموضعية:

* تستبعد معظم الدراسات الحالات التي تبدي التهاب النسيج حول السنينة الاجتياحي المترافق مع عوامل موضعية تسبب تراكماً متزايداً للويحة (Lopez وزملائه ١٩٩١ ، Neely ١٩٩٢). أظهرت معظم الدراسات الحديثة أن مستوى الصحة الفموية ووجود العوامل الموضعية قد لا يكون من المظاهر التشخيصية لالتهاب النسيج حول السنينة الاجتياحي.

* توفير العناية السنية:

* إن المرضى الذين اتبعوا برامج العناية الفموية منتظمة كانت الخسارة العظمية الشعاعية أقل من أولئك الذين لا يتبعون العناية وبرامج للصحة الفموية

* التدخين:

* الدراسات التي تناولت دور التدخين عند اليافعين والأعمار الشابة قليلة. اقترحت الدراسات السكانية أن تأثير التدخين في الفئات الشابة مماثل لتأثيرها في الكهول

* بينت الدراسات الجرثومية وجود عدد من
الجراثيم المسؤولة عن التخرّب الشديد للنسج
حول السنية ومرافقة لفقد الارتباط مثل عصيات
الفطر الشعاعي Actinobacillus
Pi Prevotella و actinomycetemcoitans Aa
Porphyromonas gingivalis Pggintermedia
واللولبيات السنية Td Treponoma denticola
وBacterioides forsythus Bf والتي تعرف
حالياً ب Tannerella forsythia

***- التهابات النسيج حول
السنية الجائحة**

**المرافقة للأمراض
الجهازية**

Aggressive Periodontitis*

***Associated with Systemic
Diseases***

تترافق بعض المتلازمات بالتهاب
النسج حول السنية المعمم مثل فرط
التقرن الراحي القدمي
Hyperkeratosis، ومتلازمة نقص
التصاق الكريات البيض، متلازمة داون،
نقص العدلات، الداء السكري، نقص
الفسفاتازية، متلازمات كثيرة
الناسجات: حالة Histiocytosisx،
الورم الليفي الهياليني الشبابي:
Juvenil Lyaline Fibromatosis of
Gingiva، متلازمة نقص المناعة
المكتسب





++ HYPOPHOSPHATASIA

sease
ic

*

*



*تناذر بابيون لوفيفر - Papillon- Lefever Syndrome

*وصفت متلازمة بابيون لوفيفر PLS
لأول مرة ١٩٢٤ بأنها مرض يصيب
الأطفال والشباب ويتميز بفرط
التقرن الراحى- القدمى يترافقه
التهاب شديد بالنسج حول السنية

*. ينتمي تناذر بابليون لوفيفر إلى مجموعة مختلفة من الأمراض الجلدية التي تتميز جميعها بواسطة **فرط التقرن الراجي الأخمصي**، حالياً هناك ١٩ شكل مختلف من فرط التقرن الراجي الأخمصي، يختلف بابليون لوفيفر عن الأنواع الأخرى التي تمتاز بفرط تقرن راجي أخمصي ب ١ -
شدة العوامل الممرضة حول السنية و٢ -
الفقدان المبكر للأسنان المؤقتة والدائمة.



• وهناك شكل آخر من المرض
ويترافق أيضاً مع فرط تقرن
راحي أخمصي والتهاب نسيج
حول سنية معمم مبكر شديد
ويسمى تناذر Haim-Munk
ويختلف عن بابلليون لوفيفر في
عدة أعراض مثل الأصابع
العنكبوتية وتعقف الأظافر.

*المظهر السريري

*يتصف PLS بفقرط تقرن منتشر أو متوضع على راحات اليدين وأخمص القدمين مع التهاب نسيج حول سنية شديد مشابه لالتهاب النسيج حول السنية قبل البلوغ المعمم والتهاب النسيج حول السنية سريع التطور يؤدي إلى فقدان الأسنان المؤقتة والدائمة بوقت مبكر

* وعلى الرغم من أن أسباب المرض
غير معروفة لكنه ينتقل كصفة
وراثية متنحية على الصبغيات
الذاتية مع تواتر ١/١٠,٠٠٠. يصيب من
١-٤ أشخاص بالمليون وقد وصفت
أكثر من ٢٠٠ حالة في الأدب
الطبي وكذلك بعض الحالات غير
النموذجية.

*الأعراض الجلدية:

* تشمل الإصابة الأساسية للمرض إنتاج القرنيين الخلوي Cytokeratines الخاص بالجلد وقد تظهر الآفات الجلدية بعد الولادة أو بعمر شهر أو شهرين وغالبا " ما يكون ظهورها بعد ٦ أشهر- ٤ سنوات وهذا يتزامن مع بزوغ الأسنان المؤقتة ويبدو أن شدة التقرن مختلفة من منطقة لأخرى وتكون إصابة أخمص القدمين أكبر

*يمكن أن تختلف الآفات الجلدية باللون والمظهر والقوام، تظهر كلويحات بيضاء، صفراء شاحبة، بنية أو تظهر كلويحات أو بقع حمراء تتعرض للتقشر والتوسف والتشقق والشقوق العميقة.

*يمكن أن يصيب الإنتان هذه الآفات مؤدياً لتشكل خراجات جلدية عميقة



*الأعراض الفموية:

*تظهر الأعراض الفموية PLS بشكل متزامن تقريباً مع حدوث فرط التقرن الراجحي القدمي وتبزغ الأسنان المؤقتة في العمر المتوقع لها وبتسلسل طبيعي وتكون هذه الأسنان ذات شكل وبنية طبيعية على الرغم من تسجيل بعض الحالات من صغر الأسنان وامتصاص الجذور وعدم اكتمال تشكل الجذور

* وبمجرد اكتمال الأسنان المؤقتة يظهر التهاب نسيج حول سنية سريع التطور. يظهر التهاب لثوي حاد وحركة سنية وجيوب متوسطة-عميقة ونزف عند السبر مع فقد في الأسنان المؤقتة وامتصاص عظمي معمم. يصبح المضغ مؤلما" بشدة بسبب حركة الأسنان مع وجود رائحة فم كريهة وقد وجد أيضا" توذم عقد لمفاوي موضعي

*المظاهر السنية المرضية

هي :

* ١- تخلخل الأسنان ٢- فرط حركة ٣- انحراف،
هجرة وسقوط الأسنان دون حدوث امتصاص
جذري في عمر ٤-٥ سنوات تكون الأسنان قد
سقطت أو قلعت ويصبح الطفل **أرد** بشكل
كامل مع عودة اللثة لوضعها الطبيعي ومع بزوغ
الأسنان الدائمة تبدأ نفس الحلقة من الأحداث
وفي عمر ١٢-١٥ سنة يمكن أن تفقد جميع
الأسنان الدائمة.



* تبدي الصور الشعاعية لحالات
متقدمة فقدان شديد في العظم
السنخي مع ظهور الأسنان وكأنها
تسبح في الهواء. تتطور الأسنان
غير البازغة بشكل طبيعي في
محفظتها مع أنها في بعض الحالات
تأخذ اتجاهات غير طبيعية ولا
تتكون جذورها بشكل كامل.

* الأسباب والآلية الإمراضية :

* أوضحت الدراسات الكثيرة بعض العوامل الهامة في هذا الاضطراب كان يعتقد في السابق أن السبب هو خلل وراثي في الوريقتين المتوسطة والخارجية وقد اقترح في السنوات الأخيرة ثلاثة عوامل قد تكون مسؤولة عن بدء وتطور PLS

*العوامل الجرثومية:

* وجدت الجراثيم الممرضة حول السنية اللاهوائية السلبية الغرام شديدة الفوعة في اللويحة السنية والجيوب اللثوية وهذا يدل على أن سبب المرض جرثومي.

* تتألف الزمرة الجرثومية من: *Spirochetes*

Capnocytophaga, *Pg*, *Aa* وتشكل *Aa* 50% من المستعمرات الجرثومية. وعوامل

مناعية ووراثية

* تناذر شيدياك- هيكاشي

:Chediak-Higashi

* هو اضطراب مناعي نادر ينتقل على الصبغي الجسمي المتنحي يترافق مع فترات إنتان وخاصة إنتان الطرق التنفسية تترافق متلازمة شيدياك هيغاشي بشكل متكرر مع التهاب أنسجة حول سني شديد

*

*الالتهاب اللثوي الشديد يكون أكثر شيوعاً، كما إن التقرحات على المخاطية الدهليزية -و اللسان وقبة الحنك الصلبة شائعة في هذا التناذر، والتخرب حول السني الشديد.

*أظهرت الدراسة النسيجية توسفاً واسعاً للبشرة اللثوية وتقرحات مجهرية

* متلازمة داوون الصبغي ٢١

المنغولية Down Syndrome

* هو تناذر الصبغي ٢١ حيث يوجد ثلاثة أشغاف للصبغي ٢١ XXX الذي يعد واحداً من بين الأسباب الأكثر شيوعاً للاضطراب العقلي لدى الأطفال.

* يترافق تناذر داوون مع مرض حول سني شديداً بنسبة ١٠٠% تقريباً وحتى في الأسنان المؤقتة، يكون المرض حول السني شديد وخصوصاً في منطقة الأسنان **الأمامية السفلية** وذو تقدم سريع في المجموعات ذات العمر الأصغر

* يحدث الخلل المناعي الرئيس في النظام
المتوقف على غدة التيموس التي ربما
تؤدي إلى تناقص كمية خلايا T الناضجة
بالنسبة إلى نسبة ضخمة من الخلايا غير
الناضجة

* ويترافق مع الاختلافات في التركيب
الحيوي الكيميائي للكولاجين وشذوذات
شكلية في الأوعية الدموية الشعرية. ربما
تشرح هذه الشذوذات ارتفاع قابلية تطور
المرض حول السنني المشاهد لدى مرضى
تناذر داوون،

* متلازمات كثيرة

الناسجات Histiocytose :

* انحلال النسج يرافقه
نقص الفوسفاتاز وضياع
بالنسج حول السنية.

* سجلت الدراسات مظاهر سريرية
شديدة للمرض حول السنني يشابه
التهاب النسج حول السننية قبل
البلوغى وموجودات شعاعية خاصة
مثل ١- شفوفية عدة مناطق في
الجمجمة وبشكل خاص في المنطقة
الجبهية والجدارية، كما لوحظت ٢-
اضطرابات كبيرة في جسم والشعبة
الصاعدة للفك السفلى و٣- غياب
الأسنان كما لوحظ أيضاً ٤- ألم في
المفصل الفكى الصدغى و٥- فقدان

*. ويكون HistiocytosisX أكثر انتشاراً في
الفك السفلي
*

إن Histiocytoses الطفولي نادر يشمل
مجموعة مختلفة من الاضطرابات جمعت
تحت عنوان HistiocytosisX وأشارت الـX
إلى أن تولد المرض غير معروف ومصطلح
HistiocytosisX كان قد قدم من قبل
Lichtenstein في عام ١٩٥٣ ليشمل
المجموعة التالية من الاضطرابات.

*الأول: الشكل الموضَّع من
Histiocytosis أو ورم حبيبي حمضي.

*الثاني: Histiocytosis المنتشر الحاد
أو مرض Letterer-Siwe

*الثالث: Histiocytosis المنتشر
المزمن حيث تصاب مواقع متعددة أو
مرض Hand-Schuller-Christian.

* والمظاهر الفموية لهذه الأمراض
تكون كما يلي: ١- الورم الحبيبي
الحمضي. ٢- التهاب نسيج حول
سني موضع. ٣- فقدان العظم
السنخي واستبداله بالنسيج
الرخوة. ٤- تأخر الشفاء بعد قلع
الأسنان. ٥- فقدان مبكر
للأسنان. ٦- رائحة فموية. ٧-
إمكانية تأثر اللسان.