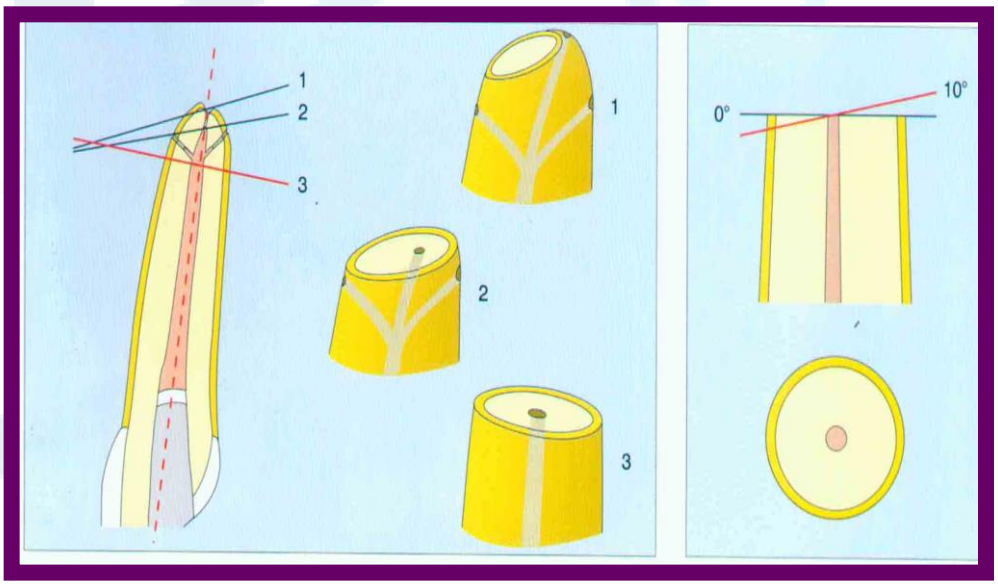
قطع الذروة

- المقدمة
- نجاح المعالجة اللبية
- الأكياس
- قطع الذروة
- عوامل تقنية
- النتيجة
- المراجع

- حدث تقدم كبير في الربع الأخير من القرن الماضي في فهم طبيعة انتان القناة الجذرية و المرض حول الذروي ومن المتوقع اكتشاف المزيد من التقنيات و المواد الجديدة لمعالجات الأقنية الجذرية الناجحة يستطب التداخل الجراحي في الحالات التي فشلت فيها إعادة المعالجة أو عندما يراد الحفاظ على السن بدلا من قلعه
- تعرّف الجمعية الأمريكية للمداواة اللبية عملية قطع الذروة بأنها قطع الجزء الذروي من جذر السن مع النسج الرخوة المتصلة به أثناء الجراحة حول الذروية
- تقضي المعالجة اللبية على الفلورا في القناة الجذرية بواسطة تنضير كيميائي آلي _ برد وتوسيع مع غسل _ والذي يتبعه حشو القناة
- إن الملاحظات السريرية والشعاعية والنسيجية هي معايير تقييم النجاح، والنسب المئوية المسجلة للنجاح عالية بشكل واضح، قد ينتج الفشل عن:

- عدم السيطرة التامة على الانتان
- التشكيل السيئ للفراغ القنيوي
- الختم السيئ
- أو عن التسرب التاجي

- قد تدل الشفوفية الشعاعية حول الذروية بعد معالجة تقليدية جيدة للأقنية الجذرية عن انتان بين جذري، انتان خارج جذري، ارتكاس لجسم أجنبي أو أكياس حقيقية
- وقد أكد الباحثون في تجارب عديدة على أهمية التهيئة والختم الجيد والسد التاجي في النتيجة النهائية للعلاج
- كانت الجراحة تستطب في الأسنان غير الحية عند تعذر الوصول إلى 2،5ملم الأخيرة من ذروة الجذر ويحدّد مستوى القطع بمستوى القناة غير المحشوة أو المحشوة بشكل سيئ، و يكون القطع حينئذ مائلا نحو الدهليزي لتحسين الرؤية وتسهيل وضع الحشوة النهائية للجذرواعتبرالمرض حول السني غير المسيطر عليه و بعض الأمراض الجهازية من مضادات الاستطباب



نجاح المعالجة اللبية :

- سجلت الإحصائيات تفاوتا لنسب نجاح المعالجة اللبية بين 40% _ 96% وقد افتقرت الدراسات المختلفة للضوابط المطلوبة وعكست تعاريف مختلفة للنجاح والفشل
- ويعتبر التقييم الشعاعي مهما ، و يشير زيادة حجم الآفة إلى الفشل ، وتتم المراقبة الشعاعية لمدة أربع سنوات حيث تعتبر كافية لتقييم النجاح

- وان بقاء الشفوفية الشعاعية مع المعالجة الجيدة للقناة هو أمر غير مفهوم بشكل كامل
- وان التطورات الحديثة في معالجة القناة الجذرية خلال 10 سنوات الأخيرة تشمل زيادة استعمال المجهر و الأمواج فوق الصوتية (الايكو)

- و يحسّن التحضير القنيوي بأدوات التيتانيوم و تقنيات ومواد السد الجيدة من نجاح المعالجة و يقلل الحاجة إلى الجراحة

إعادة معالجة لبية فاشلة :

- إن الجراثيم هي المسبب الأساسي للآفات حول الذروية ، وتستطب إعادة المعالجة اللبية عند وجود خلل تقني أو خطأ إجرائي أو ألم أو وجود جيب أو أعراض مستمرة أو الحاجة إلى إعادة تتويج جديد تكون نسبة النجاح في

إعادة المعالجة عالية إذا أمكن استعمال تقنيات لا جراحية ، و تكون نسبة نجاح الجراحة أعلى عند دعمها بإعادة معالجة غير جراحية

- سجلت إعادة المعالجة اللبية غير الجراحية نسب نجاح مختلفة تراوحت بين 60 _ 98 %
- و كانت نسبة النجاح في الجذور التي احتوت على آفات حول ذروية و أعيدت معالجتها 62%
- بينما كانت النسبة 98% في الجذور التي خضعت إلى حشوات جذرية بسبب أخطاء تقنية وقد شفيت
- أن الفلورا الجرثومية المسيطرة في الحالات التي فشل فيها العلاج هي إيجابية الغرام _ العقديات المعوية البزرية بشكل أساسي _ ونسبة النجاح الكلية في هذه الظروف 74 % يمكن لبعض الجراثيم مثل actinomyces و arachina propionica أن تمنع الشفاء الطبيعي بسبب قدرتها على البقاء حية في النسج حول الذروية التي لا يمكن الوصول إليها في العلاج اللبي التقليدي

- **الأكياس :**

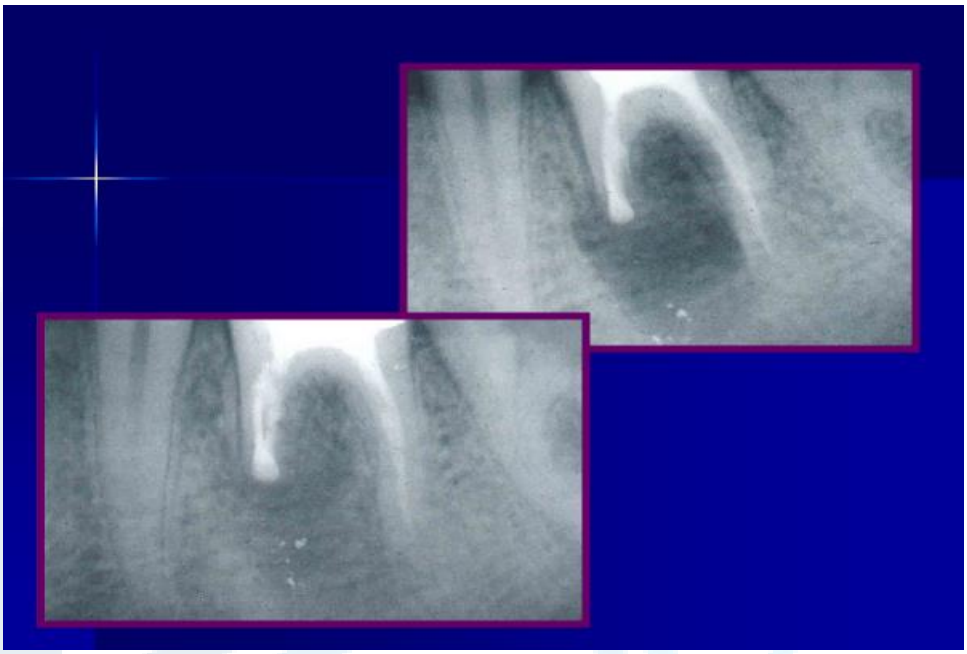
- إن نسبة حدوث الأكياس الجذرية بين الآفات حول الذروية حوالي 15%
- وجدت أعلى نسبة حدوث للأكياس في الرباعيات العلوية

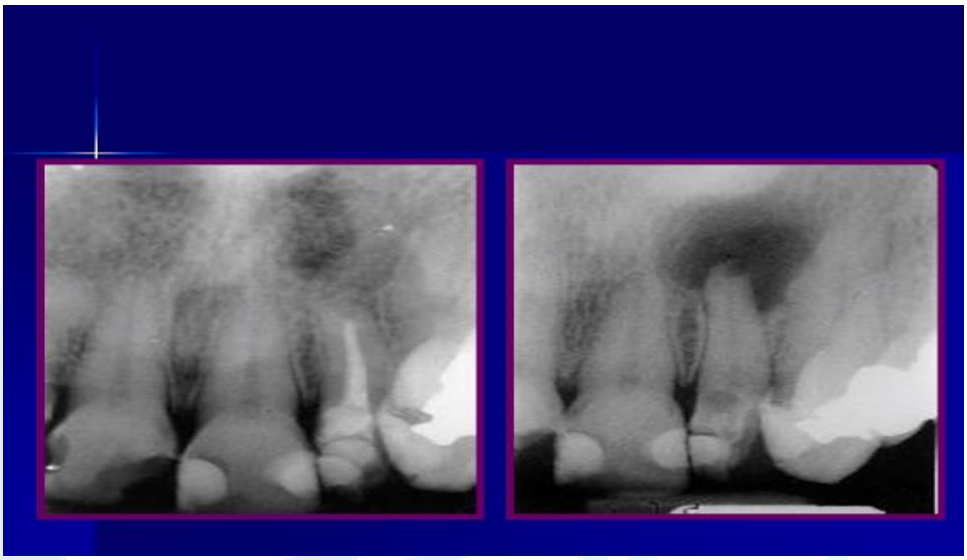
- وقد صنف SIMON عام 1980 الأكياس الجذرية إلى نوعين :
- - الأكياس التي تحتوي على أجواف مبطنة كليا بالخلايا البطانية
- - الأكياس التي تحتوي على خلايا بطانية و لكنها تكون مفتوحة على القناة الجذرية (BAY)
- تم إعادة تسميتها لاحقا من قبل MAIR AL عام1996 ، و أطلق عليها اسم الأكياس الحقيقية الذروية و الأكياس الجيبية الذروية ،
- وقد كانت النسبة المئوية مرتفعة للأكياس حول الذروية التي شفيت عقب معالجة غير جراحية، وبالتالي لم تكن الحاجة إلى الجراحة ضرورية

- **عملية قطع الذروة:**

- سجلت دراسة على 2039 حالة قطع ذروة من ثلاثينيات إلى ستينات القرن الماضي نسبة نجاح 34 - 99 % ، وتراوحت مدة المتابعة بين 9 - 60 شهر ، ولم تكن معايير النجاح واحدة

-





- إن الدراسات التي تقيّم عملية قطع الذروة للأسنان الخلفية محدودة وقد تمت دراسة 32 حالة قطع ذروة أجريت على الأسنان الخلفية و كانت نسبة النجاح 62% سريريا و شعاعيا ، أما استطبابات قطع الذروة فكانت لوجود : الأكياس ، آفات مزمنة ذروية ، فشل المعالجة اللبية ، و الامتصاص الجذري
- يختلف التقييم الشعاعي لأنماط الشفاء عقب قطع الذروة عن شفاء حالات المعالجة اللبية التقليدية و ذلك بسبب وجود مجموعة من الشفاء غير التام (نسج متنخرة)
- و في دراسة أجريت جراحة حول على 24 حالة وتمت متابعتها لمدة 2 _ 6 سنوات عقب الجراحة ، نتيجة المتابعة بقيت 22 سن على حالها و تم شفاء سن و فشلت حالة واحدة ، و استنتج من ذلك أن عدم الشفاء التام (النسج المتنخرة) عقب سنة من المتابعة يمكن اعتباره نجاحا

- **إن الاستطبابات الحالية لقطع الذروة هي :**
- عدم القدرة على إجراء معالجة لبية محافظة بسبب عيب
- تشريحي أو مرضي أو خطأ رضي في قناة الجذر (قناة كاذبة)
- تجاوز المادة الحاشية.
- الألم.
- فشل معالجة سابقة.التخرب الزائد للنسج حول الذروية والعظم شاملا ثلث الجذر أو أكثر.
- وجود كيس يحيط بذروة الجذر.

-
- وجود تآكل في ذروة الجذر على شكل فوهة البركان.
- الحصول على زرع سلبي .
- الامتصاص الداخلي .
- الإثارة الحادة المتكررة.
- أسنان ذات شفوفية شعاعية وليس هناك وقت لإتمام المعالجة.
- الإنحناء الزائد للذروة.
- كسور ذروة الجذر مع تموت اللب.
- أشكال الجذر.
- انثقاب الجذور .
- ضعف الختم الذروي.
- الأسنان ذات الممر الأكثر ملائمة عن طريق الذروة.
- الفشل لأسباب غير معروفة

■ **مضادات الاستطباب**

■ عندما يكون قطع الذروة وإجراء التجريف لايترك دعم سنخي كافي للسن.

■ التهاب النسج الداعمة للسن مع حركة من الدرجة الثالثة.

■ عند وجود خراج جانبي في النسج يشترك مع الآفة الذروية.

■ **إعادة الجراحة :**

■ سجّل PERSSON عام 1973 في دراسة

■ ل 129 حالة قطع ذروة معادة نسبة نجاح 35% مع متابعة لمدة تزيد عن سنة

■ 25% من الحالات تمت إعادة معالجتها جراحيا خلال سنة واحدة و ذلك بسبب رئيسي هو الأعراض و العلامات السريرية دون النظر إلى الصورة الشعاعية ، و قد كان ختم القناة ذرويا ضروريا للنجاح

■

■ **اتخاذ القرار :**

■ يختلف تقييم جودة المعالجة الجذرية بين الأطباء .

- في دراسة شملت 392 حالة لتقييم العوامل السريرية التي تؤثر في اتخاذ قرار قطع الذروة ،و قد تم تصنيف الأسباب إلى : بيولوجية ، تقنية ، كلاهما معا

■ أما العوامل البيولوجية فهي:

- استمرار الأعراض
- قناة غير جافة مع تغير أبعاد الصورة الشعاعية
- و العوامل التقنية هي :
- أسنان ذات قلوب معدنية
- انكسار الأدوات
- ذرى مفتوحة
- انثقاب الأقنية الجذرية
- وجود ترميمات قنيوية جذرية قديمة لا يمكن إزالتها
- أقنية متكلسة

■ انخفاض عمليات قطع الذروة :

- خلال الثمانينيات من القرن الماضي تمّ إجراء أكثر من مليون معالجة لبية جذرية خلال سنة في بريطانيا شكلت عمليات قطع الذروة حوالي 50 ألف وقد انخفضت عمليات قطع الذروة في كل من بريطانيا وويلز و هبطت النسبة من 5% عام 1980 إلى 3،1% من المعالجات المقدمة عام 2001 ، وقد يكون ذلك بسبب زيادة الخبرة بين الأطباء الممارسين ، زيادة عدد الأخصائيين في مشافي الدولة ، أو بداية وجود أخصائيين للمعالجة اللبية في بريطانيا

■ الطبيب الممارس:

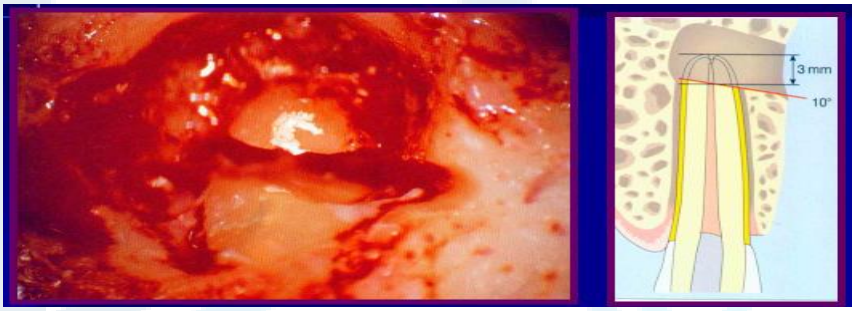
- وفي إحصائية تمت في نيوزيلندا عام 2000 ، وجد 90% من أطباء الأسنان الممارسين أن الحالات الجراحية و إعادة المعالجة كانا السببين الأساسيين في إحالة المريض إلى أخصائي، و قد أجرى 37% فقط من

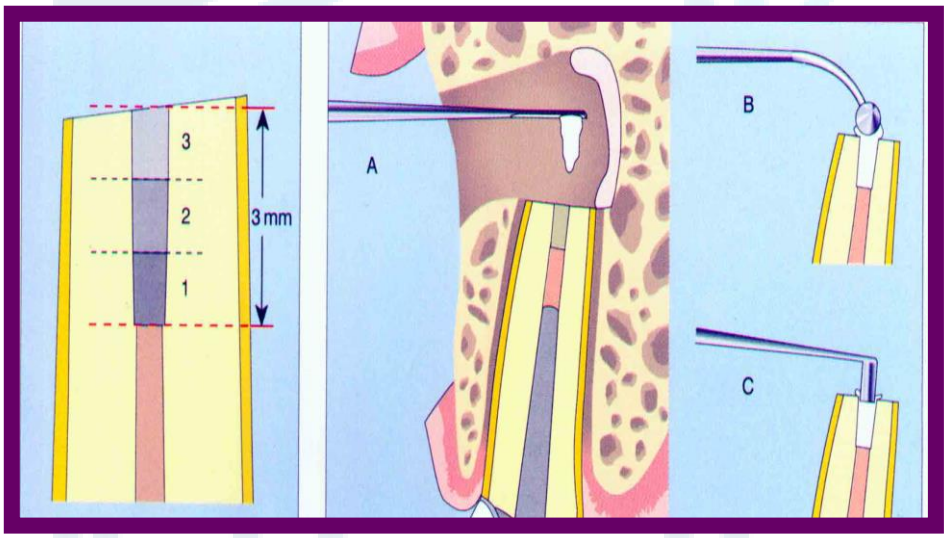
الأطباء الممارسين عمليات قطع الذروة عام 2000 مقارنة 68% عام 1980 ، و أظهرت إحصائية أخرى في سكوتلاندا أن 3،57% من الأطباء الممارسين قد أجروا عمليات قطع الذروة

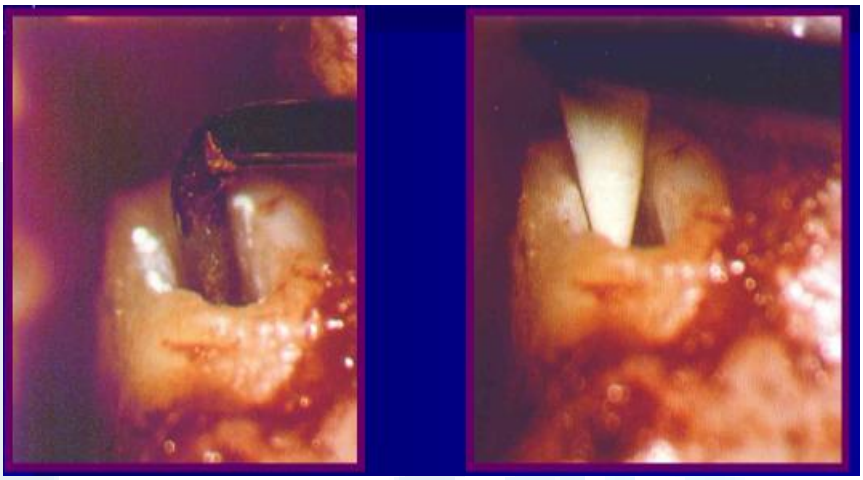
- في بريطانيا 80% من الإحالات التي تتطلب معالجة حول جذرية جراحية إلى المستشفيات تكون غير صحيحة ، و السبب الرئيسي لذلك هو الحشوات الجذرية غير الجيدة .
- المعالجة اللبية وجراحة الفم عمليات قطع الذروة كانت نسبة نجاح الجراحة الذروية في أقسام المعالجة اللبية في المستشفيات أعلى من العمليات التي أجريت في قسم الجراحة الفموية في المستشفيات نفسها
-

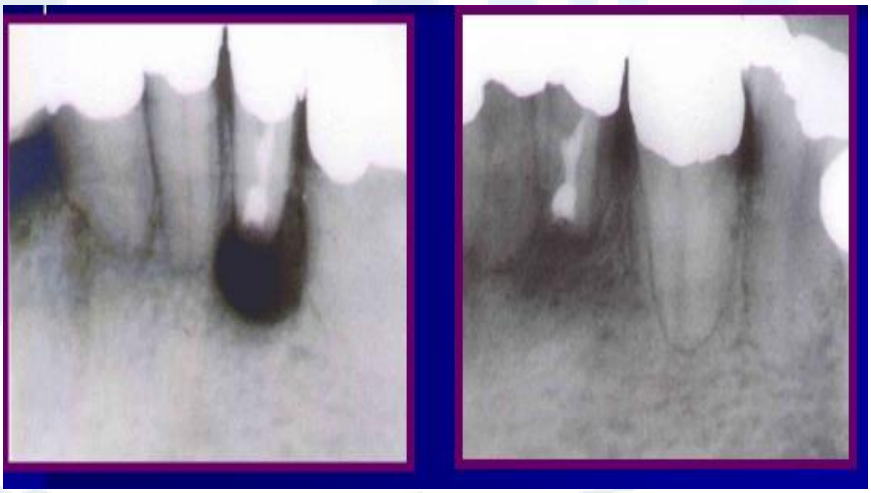
- **العوامل التقنية :**
- يعتبر كل من اختيار الحالة و التخطيط الصحيح و الرؤيا الجيدة و المدخل المناسب المتطلبات الأساسية لنجاح عمليات قطع الذروة و من العوامل التي تساهم في النجاح أيضا : التصميم المناسب للشريحة و الإلمام بمزايا و مساوئ الشريحة المخاطية السمحاقية الكاملة أو المحددة ، بالإضافة إلى إرجاع الشريحة وشدها بشكل مناسب
- و تختلف عوامل الإرقاء المطلوبة هنا عن تلك المطلوبة في الممارسة العادية ، و ينصح باستخدام الأدرينالين بتركيز 50000/1 في التخدير الموضعي بالإضافة إلى إجراءات أخرى كاستخدام سلفات الحديدي في الجرح العظمي وتحسن الرؤيا الجيدة أيضا من جودة الإجراء الجراحي ، إضافة إلى استخدام المجهر الجراحي

- يساهم التسريب حول الحشوات الجذرية في فشل العلاج يجب أن تكون زاوية الشطب على وجه الجذر أصغر ما يمكن لتقليل عدد الأقنية السنية المكشوفة كما يجب أن يمتد الحشو بالطريق الراجع إلى أبعد من مستوى القطع المائل نحو الجهة التاجية بزيادة عمق الحشو و بذلك يمكن تخفيض نسب التسريب الذروي و يمكن إجراء التحضير للأقنية الجذرية باستخدام أدوات فوق صوتية على امتداد المحور الطولي للقناة بدلا من استخدام السنبلة









- و قد أظهرت دراسة سريرية قارنت بين الأملغم ، MTA.IRM أن نسب نجاح MTA كانت أعلى بشكل ملحوظ من نجاح الأملغم على حشوات نهاية الجذر تستخدم كلا من هذه الحشوات كحشوات لنهاية الجذر في المعالجات الحالية و قد أظهرت MTA نتائج مماثلة حيث يمكن أن تشكل طبقة كاملة من الإسمنت على نهاية الجذر بعد الشفاء و لا يوجد دليل على الالتهاب قد يكون لهذه التقنيات الكبرى و المواد تأثير ملحوظ على النجاح في العقد الأخير

- يعتبر كل من اختيار الحالة و التخطيط الصحيح و الرؤيا الجيدة و المدخل المناسب المتطلبات الأساسية لنجاح عمليات قطع الذروة و من العوامل التي تساهم في النجاح أيضا : التصميم المناسب للشريحة و الإلمام بمزايا و مساوئ الشريحة المخاطية السمحاقية الكاملة أو المحددة ، بالإضافة إلى إرجاع الشريحة وشدها بشكل مناسب

- **إختلاطات العمل الجراحي:**

- الانتباج.
- الألم.
- الكدمات.
- حس خدر عابر.
- تطور خراج موضعي .
- النزف الثانوي أو التالي.
- انثقاب الجيب الفكي.
- تأذي التوعية الدموية للمنطقة أو للأسنان المجاورة.
- عدم شفاء الجرح.

انتهت المحاضرة.