

أمراض اللثة

Gingival Disease

الالتهاب اللثوي

Gingival Inflammation

- **Gingival Inflammation**الالتهاب اللثوي

- تغيرات التهابية تظهر على طول الحافة اللثوية الحرة نتيجة لتشكل اللويحة الجرثومية ولكون الجراثيم داخل الميزاب اللثوي لكن هذه التغيرات الالتهابية لا تظهر سريريا" إلا بعد أسبوع من التكتل والنمو الجرثومي وبعد 10-20 يوم يظهر الالتهاب اللثوي.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



التهاب لثة حاد

<https://manara.edu.sy/>

• Distribution التوزيع

- التهاب اللثة Localized Gingivitis - التهاب لثة موضع في علاقة مع سن واحد أو مجموعة من الأسنان
- يضم Generalized Gingivitis - التهاب لثة معمم التهاب اللثة كامل الفم.
- تضم اللثة Marginal Gingivitis - التهاب لثة حفاقي الحفافية ويمكن أن تتضمن جزءاً من اللثة الملتصقة.

- **Papillary Gingivitis - التهاب لثة حلّيمي**
تضم اللثة الحلّيمية وعادة تمتد نحو الجزء
الملاصق من اللثة الحفافية. يشمل التهاب
اللثة الحلّيمات اللثوية أكثر من اللثة الحفافية
حيث تظهر أولى علامات الالتهاب اللثوي
في الحلّيمات اللثوية.

التهاب لثة موضع حلتمي بالفك العلوي و موضع حفاقي-
حلتمي بالفك السفلي.



• Chronic Inflammation الالتهاب المزمن

- يعتمد تعريف الالتهاب المزمن على الاستمرارية حيث يمكن أن يتطور الالتهاب المزمن عن التهاب حاد مسبق استطاعت العضوية أن تسيطر عليه ودخل مرحلة السكون لكن لم ينته بعد. أو يتطور بشكل خفي غير ملحوظ.
- يمر الالتهاب اللثوي في ثلاث مراحل مختلفة ويتطور من مرحلة الأخرى دون وجود خطوط واضحة.

الإصابات البدئية الالتهاب اللثوي درجة •

- تحدث تغيرات التهابية محدودة في البشرة الميزابية وتحت بشرة الارتباط. والتغيرات الوعائية هي من أول مراحل الالتهاب حيث يتم توسع الأوعية الدموية الشعرية ويتبعها تغيرات خلوية أهمها هجرة الكريات البيضاء polymorphonucleaires متعددة النوى Macrophages والبالعات الكبيرة PMNs إلى النسيج الضام والميزاب اللثوي.

الإصابات المبكرة: IIالالتهاب اللثوي درجة •

• Stage II Gingivitis

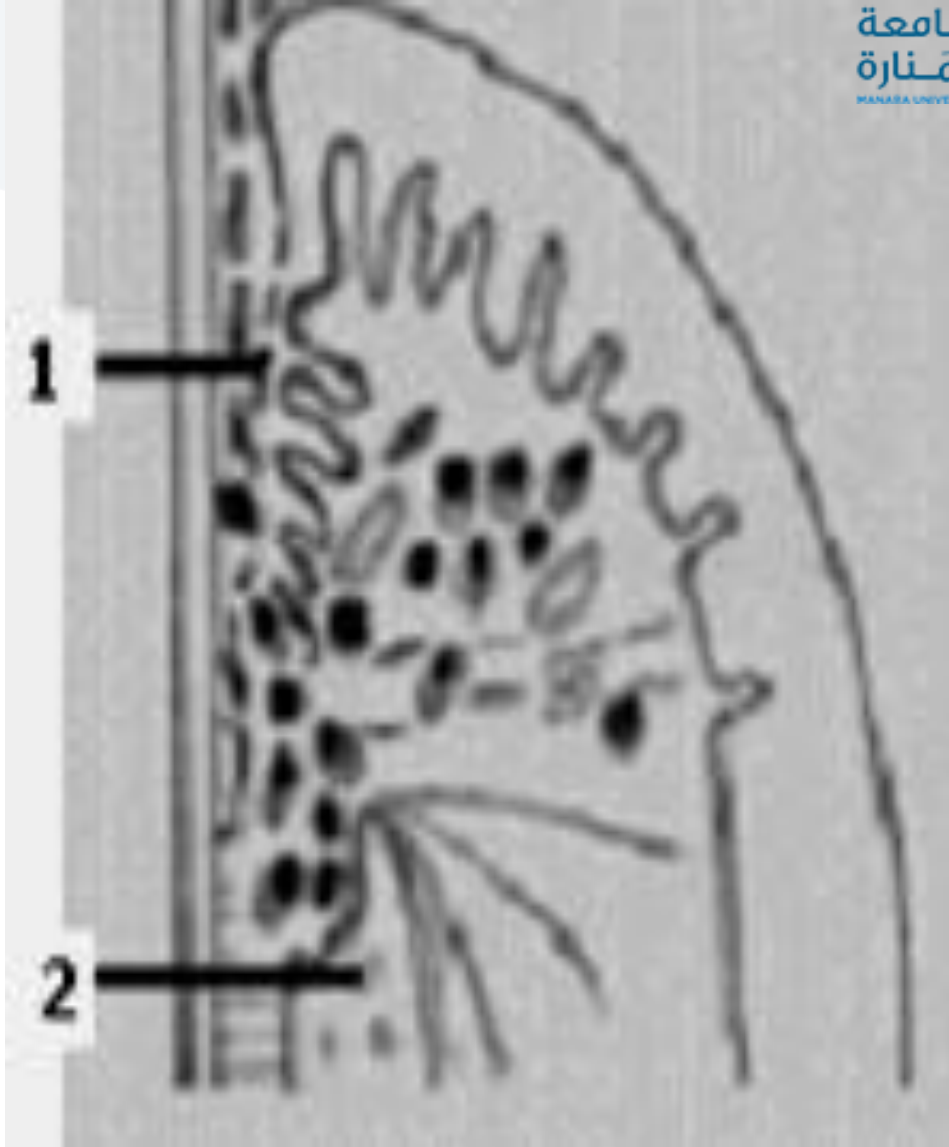
- مع استمرار التغيرات البدئية (4-7 أيام) تظهر بعض التغيرات السريرية من احمرار اللثة والنزف عند السبر. تظهر تغيرات نسيجية من تكاثر الأوعية الدموية (احمرار اللثة). يزداد تخرب ألياف الكولاجين في الحزمة اللثوية الدائرية والحزمة السنية-اللثوية ويتخرب 70% من الكولاجين حول الرشاحة الالتهابية في مستوى اللثة الحفافية

الإصابات الصريحة: III التهاب اللثوي درجة •

- تبدو اللثة ذات لون أحمر متوذمة بسبب تكاثر الأوعية الدموية ونازفة لكن ما تزال في التهاب اللثة المزمن, الإصابة مستقرة في المنطقة العنقية للارتباط البشري وفي النسيج الضام. إن احتقان الأوعية الدموية هو المسؤول عن اللون الأحمر للثة كما أن خروج بعض الكريات الحمراء إلى النسيج الضام وتخربها وخروج الهيموغلوبين مسؤول عن اللون الأحمر المزرق للالتهاب اللثوي المزمن.

Stage IV Gingivitis: The Advanced Lesion

- تتطور الإصابات الصريحة نحو التهابات النسيج حول السنينة وتتميز بانتشار الإصابة نحو النسيج حول السنينة العميقة وتخرّب العظم السنيني السنخي طول سطح الجذر مع ضياع مستمر في ألياف الكولاجين تحت الارتباط البشري وتشكل الجيوب فوق وتحت العظمية. ويتميز جرثوميا بتوضع لويحة جرثومية نوعية تسيطر عليها جراثيم فقد الارتباط.



التهاب النسيج حول
السنية والامتصاص
العظمي. 1- بشرة
الجيب 2-
الامتصاص العظمي.

- يمكن لالتهاب اللثة أن يتحول إلى التهاب في
النسج حول السنية Periodontitis,

ولذلك يعدّ كل Periodontal Disease

التهاب في النسج حول السنية مسبقاً بفترة أو
لحظة معينة بالالتهاب اللثوي.

- لكن ليس كل التهاب لثة سيتحول إلى التهاب في
النسج حول السنية, إذا " لماذا تتحول بعض الالتهابات
اللثوية إلى التهاب في النسج حول السنية وأخرى لا
تتحول: يرتبط الجواب بنوعية الزمرة الجرثومية
ومستوى الاستجابة المناعية حيث ينتقل الالتهاب
بشكل مباشر إلى النسج العميقة في التهابات النسج
حول السنية المبكرة أو الجائحة.

- حالة Acute Gingivitis - التهاب اللثة الحاد
مؤلمة تحدث فجأة" وذات مدة قصيرة
- Subacute - التهاب اللثة تحت الحاد
مرحلة أقل شدة من الحالة الحادة Gingivitis
- Recurrent - التهاب اللثة المتكرر
تظهر بعد حذف الالتهاب Gingivitis
بالمعالجة أو عفويا" ومن ثم يعود الالتهاب.

- **Diffuse** - التهاب اللثة المنتشر .
منتشر يشمل اللثة الحفافية **Gingivitis**
والحليمية والملتصقة .

- **Chronic Gingivitis - التهاب اللثة المزمن**
يتطور ببطء وبمدة طويلة غير مؤلم ويمكن أن
يتفاقم بالتهاب حاد أو تحت الحاد ونادرا ما
يهدئ ولا يبدي المريض أعراض التهاب اللثة
المزمن هو مرض متقلب حيث يستمر
الالتهاب أو يتراجع وتعود المناطق السليمة
لتصبح ملتهبة.

- يمكن وصف المرض اللثوي بتشارك التعاريف السابقة كالتالي:
- Localized Marginal - التهاب اللثة الحفافي الموضع يعود لمنطقة أو أكثر من اللثة الحفافية. Gingivitis.
- Localized Diffuse - التهاب اللثة الحفافي المنتشر يمتد من الحافة اللثوية إلى السطح المخاطي gingivitis الدهليزي لكن في منطقة محددة. يعود لمنطقة أو أكثر من اللثة الحفافية.

- Localized - التهاب اللثة الحليمي الموضع
يعود لمنطقة أو أكثر Papillary Gingivitis
من المسافات بين السنية في منطقة محدودة.
- Generalized - التهاب اللثة الحفافي المعمم
يضم الحواف اللثوية Marginal Gingivitis
لكل الأسنان وتدخل الحليمات اللثوية في التهاب
اللثة الحفافي المعمم.

- التهاب اللثة المنتشر المعمم .

Generalized Diffuse Gingivitis

يضم اللثة كاملة" بالإضافة للمخاطية السنخية
ومن الصعب إيجاد الخط الفاصل بينها وبين
اللثة الملتصقة. ترافق التهاب اللثة المنتشر
المعمم الأمراض الجهازية باستثناء حالات
الإنتان الحاد أو المخرشات الكيميائية.

- **Clinical Findings** الموجدات السريرية

- **Gingival Bleeding** النزف اللثوي

- إن من أول علامات الالتهاب اللثوي والذي يسبق التهاب اللثة الصريح:
- 1. زيادة في تدفق السائل اللثوي
- 2. النزف من الميزاب اللثوي عند السبر الخفيف.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



- يعتمد النزف **على شدة ونوع ومدة السبر**. ويعتبر النزف عند السبر من أهم العلامات السريرية لتشخيص المرض والوقاية من التهابات اللثوية المتقدمة. ويظهر النزف عند السبر قبل تغيرات اللون والعلامات المرضية للالتهاب. وقد طُور العديد من المشعرات اللثوية اعتماداً " على النزف عند السبر

• التغيرات اللونية للثة Color Changes in the Gingiva

- التغيرات المرافقة لالتهاب اللثة المزمن: التغيرات في لون اللثة علامة للمرض اللثوي. اللثة ذات لون زهر قرنفلي يعود للتوعية وللبشرة المغطية. ولذلك عند الالتهاب تزداد التوعية الدموية وتنقص درجة التقرن وتصبح اللثة شاحبة عند نقص التوعية الدموية أو عند زيادة طبقة القرنين البشرية.



• تأخذ اللثة اللون الأحمر أو الأزرق

بسبب زيادة التوعية الدموية ونقص
درجة التقرن. كما أن الركودة الدموية
الوريدية تسبب اللون الأزرق

- **التغيرات اللونية المرافقة لالتهاب اللثة الحاد:** تختلف التغيرات اللونية لالتهاب الحاد عن المزمن في الطبيعة والتوزيع. يمكن للتغيرات اللونية أن تكون بشكل **حفافي** أو **منتشر** أو **بقع** حسب السبب الحاد الموجود.

- ففي التهاب اللثة التموثي
التقرحي الحاد يكون حفاًفياً وفي
التهاب الفم العقبولى يكون
منتشراً وفي التخرىشات الحادة
الكىمىائية يكون بشكل لطاخات أو
منتشراً.

- يختلف اللون حسب شدة الالتهاب وهو في أغلب الحالات أحمر لامع
- في الالتهاب الحاد الشديد يتحول الى رمادي لامع وسخ ثم الى رمادي (تموت النسيج) مبيض

• التصبغات المعدنية • Metallic Pigmentation



- يمكن للمعادن الثقيلة الممتصة عن الطريق الجهازى أو بسبب تلوث البيئة أن تغير لون اللثة أو مناطق أخرى من المخاطية الفموية وهي مختلفة عن التلون المسبب من حشوات الأملغم أو المعادن الأخرى

يولد الزرنيج والزئبق خطأً أسود في اللثة •
يتبع الحواف اللثوية يمكن أن يظهر بشكل
لطاخات في اللثة الحفافية أو الحللمية أو
الملتصقة. يسبب الرصاص خطأً أزرق
محمراً أو أزرق غامقاً على الحافة اللثوية
/. يسبب التعرض Burtonian/خط
للنحاس خطأً حفافياً بنفسجياً ويترافق
عادة مع لون أزرق رمادي ينتشر عبر
المخاطية الفموية.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



- يمكن للعوامل الخارجية أن تسبب تلوث في البيئة مثل المخرشات الجوية الفحم و غبار المعادن والملونات الغذائية. يدخل التدخين مناطق فرط تقرر رمادية في البيئة
- أما الأملمع المنظم في المخاطية يظهر بشكل مناطق محدودة زرقاء مسودة.

• التغيرات اللونية المرافقة

للعوامل الجهازية :
تصبغات غير نوعية
تسببها أمراض عدة
تحتاج لاختصاصي

- **التصبغات الداخلية الفموية** يمكن أن تعود للميلانين أو الحديد أو البيلاروبين حيث يمكن أن يكون لونا طبيعيا عند السمر أو مرضيا كما في **داء أديسون** (لطاخات متفاوتة باللون من الزرقاء المسودة الى البنية .
- كما يمكن للعديد من الاضطرابات الاستقلابية الغذائية أن تسبب تغيرات لونية كالسكري، الحمل، فقر الدم ، سرطانات الدم



- 
- يمكن إزالة تصبغ اللثة والمخاطية بإزالة
العوامل المخرشة **الموضعية** وإعادة صحة
النسج ولا يوجد موجباً لقطع الأدوية المحتوية
على المعادن الثقيلة. وقد أمكن الحصول على
معالجة مؤقتة بالماء الأوكسيجيني أو بواسطة
نفخ اللثة بالأوكسجين لأكسدة المعادن
الكبريتية الداكنة.

• **Changes in the Consistency of The Gingiva**

- **يغير كل من الالتهاب الحاد والمزمن من القوام الصلب للثة لتصبح منتفخة متوذمة في المرحلة المخربة وليفية في المرحلة الترميمية للالتهاب المزمن.**

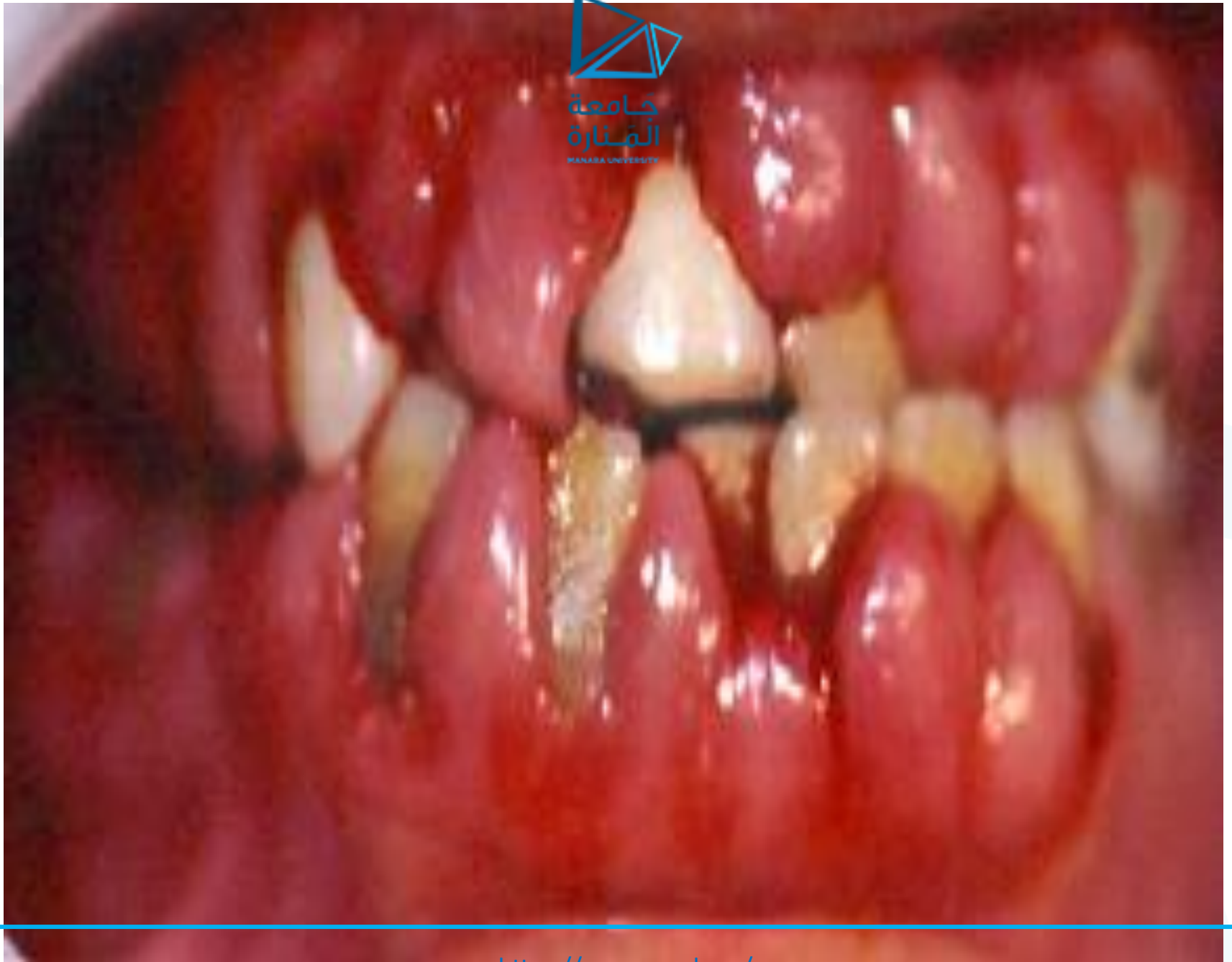


التغيرات في سطح اللثة Surface Texture Changes in the

- **يعدّ الضياع في السطح المجعد للثة من أول**
علامات الالتهاب اللثوي ليصبح السطح أملساً
ولامعاً وثابتاً ومفصصاً بناءً على كون التغيرات
نتحية أم ليفية. ينتج السطح الأملس عن استحالة
بشرية في التهاب اللثة الشيخوخي
atrophic gingivitis senile الاستحالي
وتقشر اللثة في التهاب اللثة التموّتي التقرحي
الحاد. يسبب فرط التقرن مظهراً جلدياً وتسبب
الضخامة غير الالتهابية سطحاً مفصصاً.

• **Changes in Gingival Contour**التغيرات في محيط اللثة •

- يمكن أن تحدث جزءاً من التغيرات في محيط اللثة مع الضخامات اللثوية والجزء الآخر لأسباب أخرى.



• McCall's Festoons قناطر ماكال

شكل ضخامة في الحواف اللثوية التي
تظهر غالبا" على السطوح الدهليزية
للأنياب والضواحك تكون اللثة في المراحل
الأولى ذات لون وقوام طبيعيين لكن تجمع
البقايا الطعامية يقود لتغيرات التهابية
ثانوية.



• **Changes in the Position of the Gingiva**

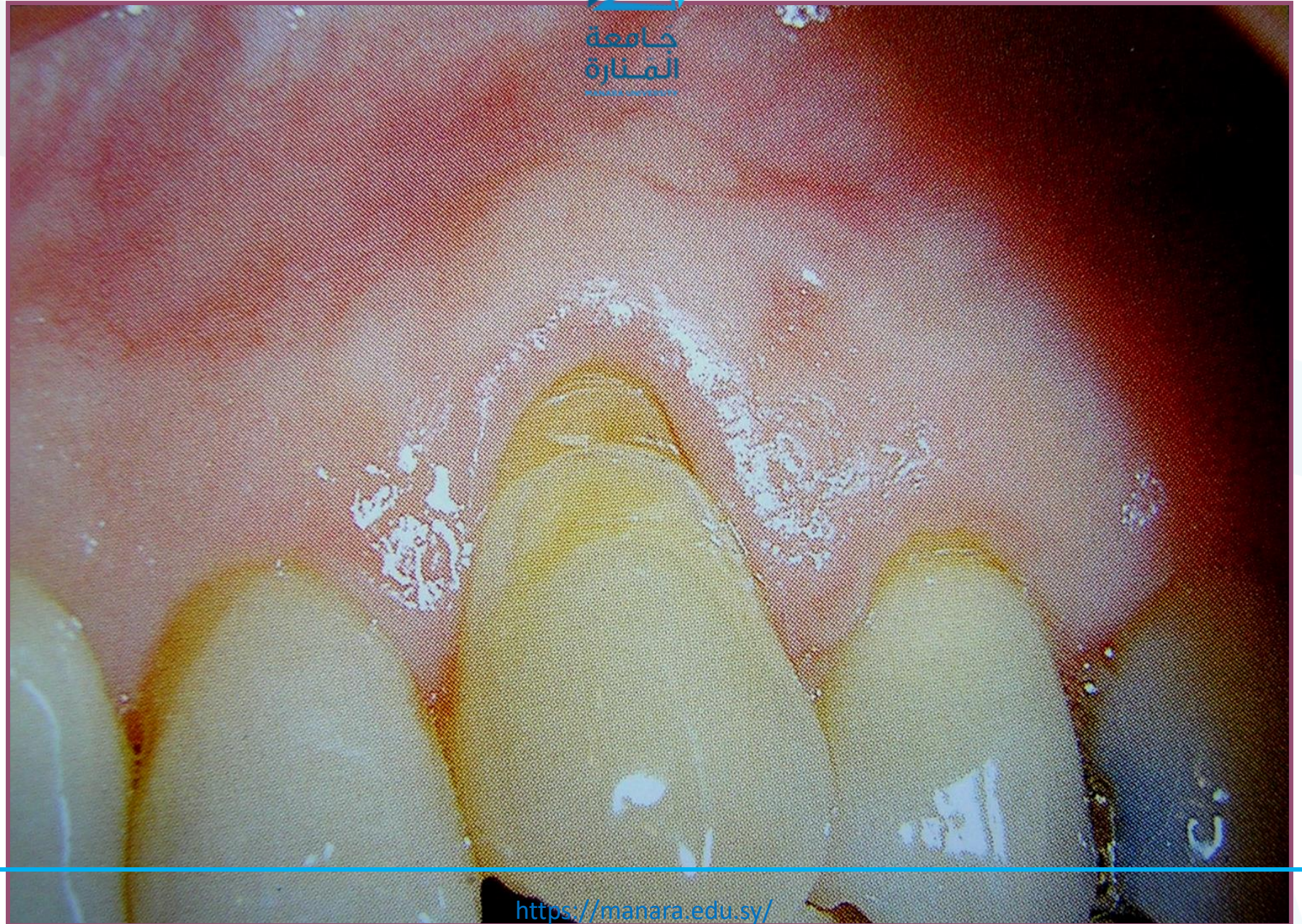
ويعني الانحسار اللثوي

- عرفته الأكاديمية الأمريكية لأمراض النسج حول
السنية: بتوضع الحافة اللثوية الحرة ذروياً
بالنسبة للملتقى المينائي – الملاطي ويشمل
السطوح الشفوية-الدهليزية واللسانية-الحنكية
والسطوح الملاصقة.

- يدعى بتراجع اللثة أو انكشاف الجذور
وقد عرف بأنه انكشاف جزئي لجذور
الأسنان بسبب هجرة اللثة والرباط
والعظم ذرويا"



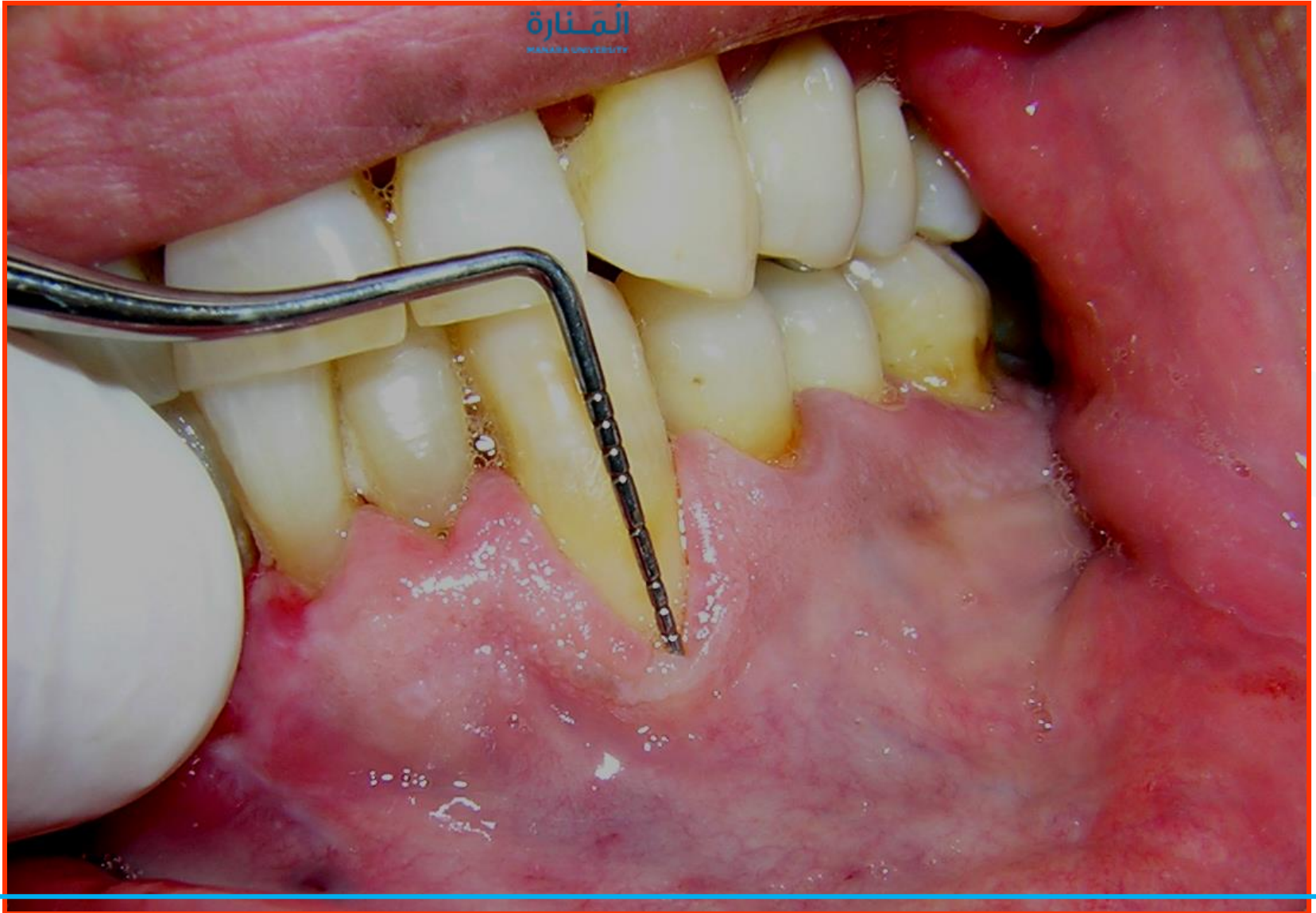
جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



من المشاكل المصاحبة للانحسار :

1. مشاكل تجميلية
2. فرط حساسية جذرية
3. مناطق سحل وتآكل كيميائي
4. صعوبة العناية بالصحة الفموية

- يتم حساب قيمة الانحسار اللثوي بقياس المسافة من الملتقى المينائي – الملاطي إلى الحافة اللثوية الحرة.
- يقلل الانحسار من عرض اللثة الملتصقة مسييا عيبا في النسيج الرخوة والصلابة





جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



- يعدّ عرض اللثة الملتصقة من علامات صحة النسيج الداعمة. يختلف عرض اللثة الملتصقة من مكان لآخر الحفرة الفموية ومن شخص لآخر. يكون عرض اللثة الملتصقة أكبر في الفك العلوي من الفك السفلي وفي السطح الدهليزي ويزداد في مستوى القواطع ويتناقص في منطقة الأنياب ثم يزداد قليلاً في منطقة الضواحك والأرحاء ويتراوح ما بين 1-9 ملم.

- يزداد عرض اللثة الملتصقة مع العمر وهو أكبر في الأسنان الوظيفية من غير الوظيفية ويرتبط بالبزوغ المنفعل للسن مما يدفع بالهجرة الإطباقية للثة الملتصقة.

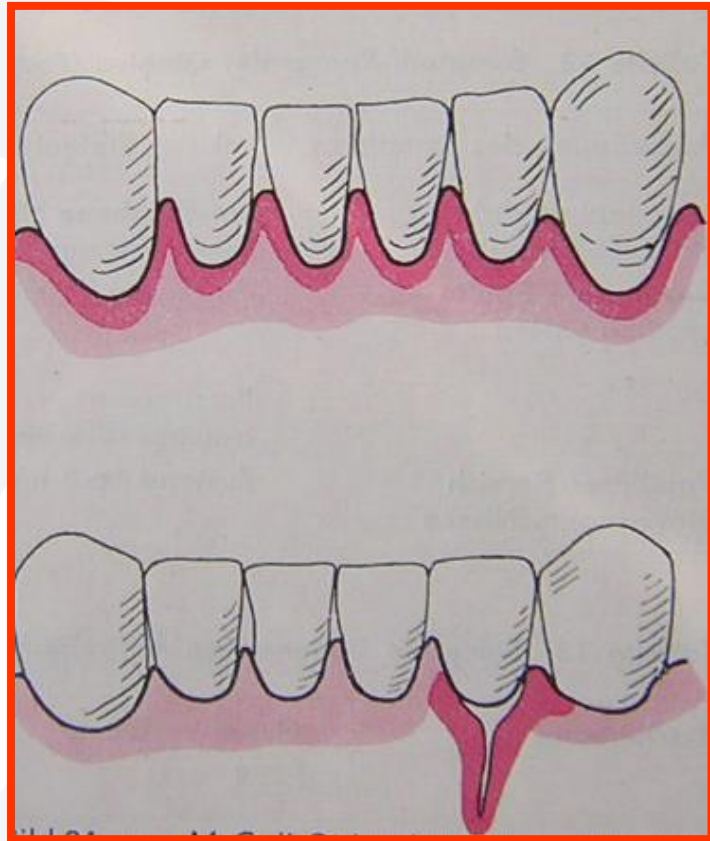
- يشمل عرض اللثة الملتصقة النسيج اللثوية الممتدة ما بين التلم اللثوي والملتقى اللثوي أما اللثة المتقرنة فتشمل: اللثة الحفافية + اللثة الملتصقة أي المسافة ما بين الحافة اللثوية الحرة وما بين الملتنقى اللثوي المخاطي.

- تصنيف الانحسارات اللثوية.
- يمكن أن يكون الانحسار موضعاً " يشمل سناً" واحداً" أو مجموعة من الأسنان على الفك الواحد أو معهما" يشمل جميع أسنان الفكين.



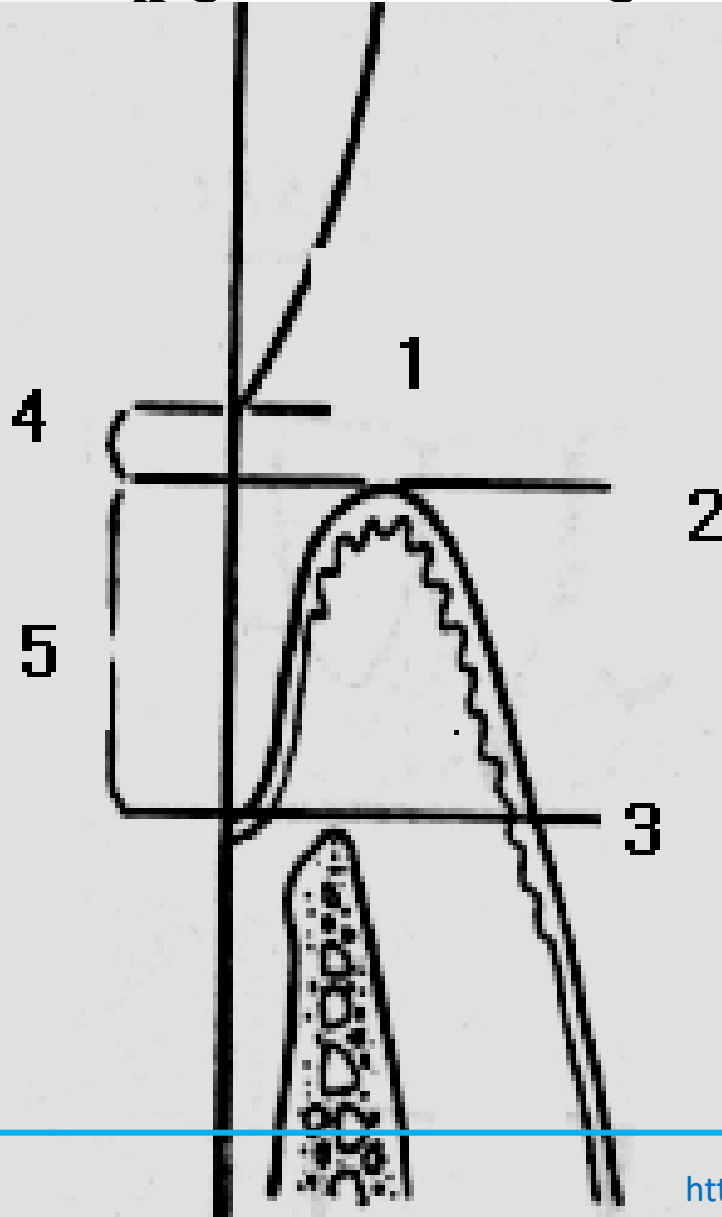


- هي Stillman's Clefts شقوق ستيلمان فجوة عميقة بشكل الفاصلة تمتد من وإلى الحافة اللثوية بأبعاد مختلفة تحدث غالباً في السطوح الشفوية حيث تلف حواف اللثة للداخل ويأخذ الجزء المتبقي من اللثة شكل حافة السكين وقد وصفت من قبل ستيلمان 1921 كنتيجة للرض الإطباقي



- الانحسار الحقيقي إما أن يبقى **خفياً** عندما يتراجع مستوى الارتباط البشري على سطح الجذر لتشكيله الجيب حول السني مع بقاء الحافة اللثوية الحرة على مستوى الملتقى المينائي الملاطي أو أن يصبح **ظاهرياً** عندما تتراجع الحافة اللثوية الحرة بشكل تالٍ لتراجع الارتباط البشري لينكشف سطح الجذر وهذا هو المفهوم الشائع للانحسار

مشعر الانحسار اللثوي



الشكل 1-12:

الانحسار اللثوي الحقيقي والكاذب

1. الملتقى المينائي الملاطي

2. مكان توضع الحافة اللثوية

3. الانحسار اللثوي الحقيقي

4. الانحسار اللثوي الظاهر

5. الانحسار اللثوي المخفي

الجراحة اللثوية لتغطية الانحسار

- ان المعيار الاساسي الذي يحدد الحاجة لاجراء المعالجة الجراحية هو وجود انحسار لثوي متقدم يستمر بالرغم من طرق العلاج وفشلها في تدبير اختلاطاته

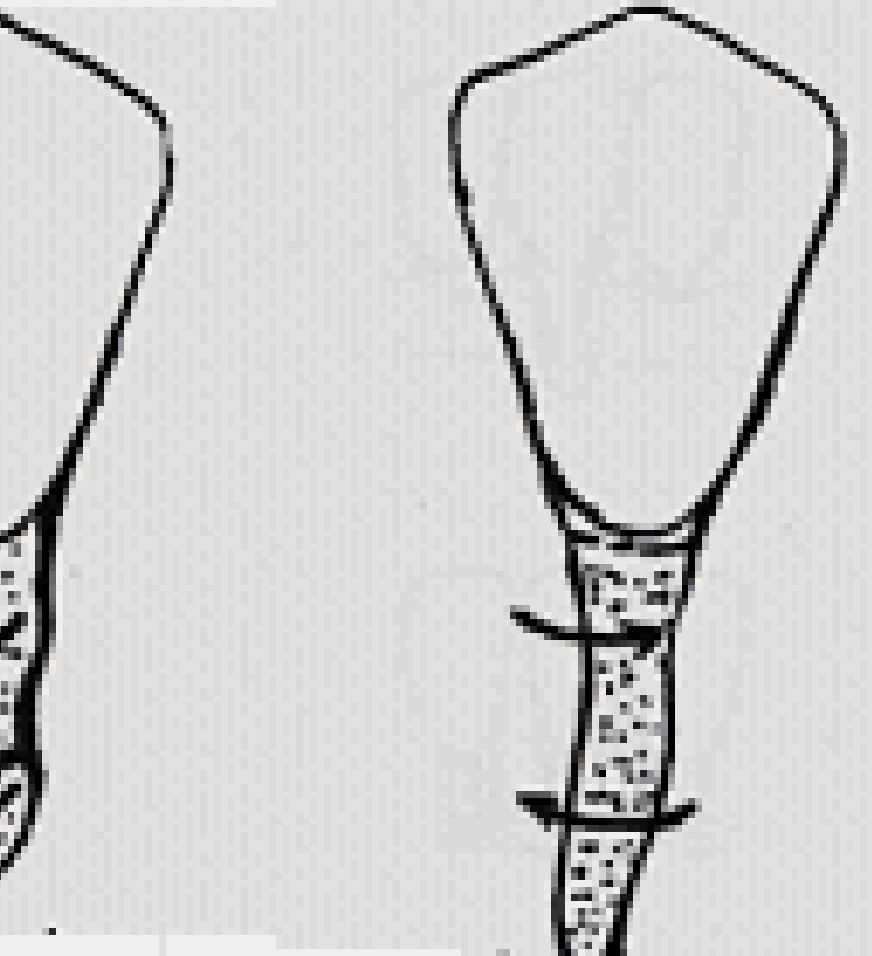
ويعتمد اختيار التقنية الجراحية على :

1. حجم وعدد عيوب الانحسار
2. كمية ونوع النسيج المتقرنة
3. عرض وارتفاع الحليمات بين السنية
4. وجود لجام مرتفع وعمق الميزاب الدهليزي
5. متطلبات جمالية ووظيفية للمريض

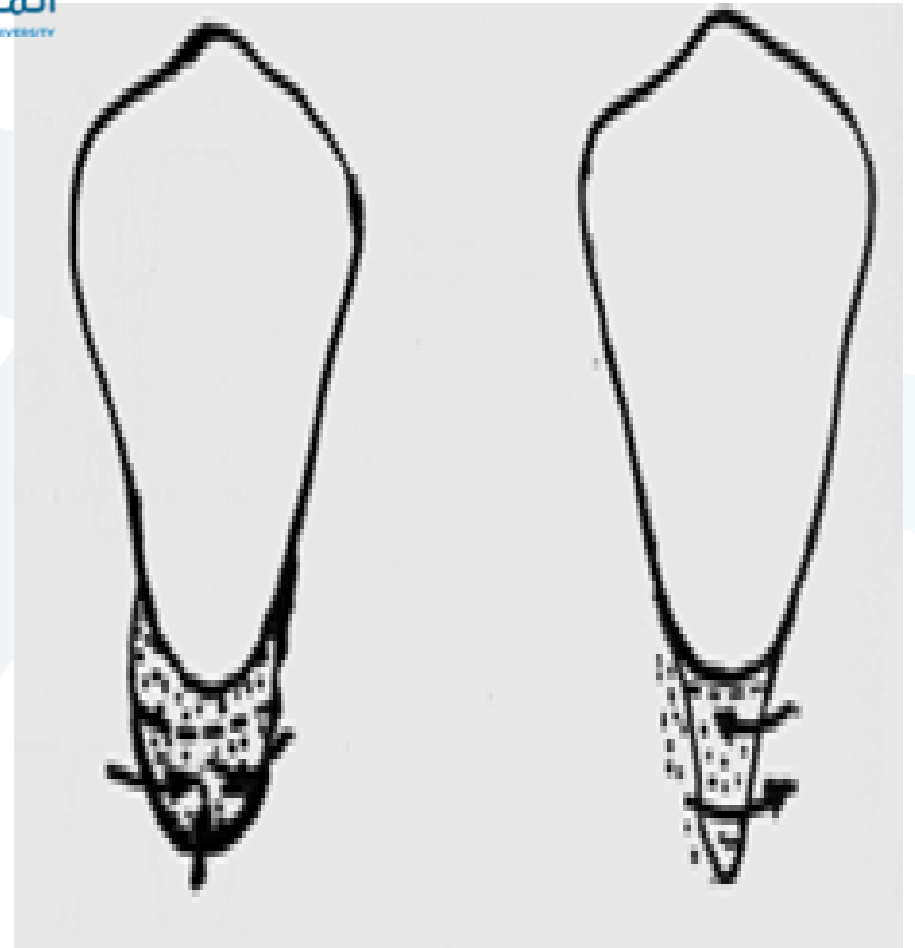
- وهناك طرق جراحية نسيجية (شرائح معنقة) ويمكن أن تكون مزاحة ذرويا أو جانبيا أو تاجيا وهي الأكثر شيوعا وتعتمد على الازاحة التاجية للنسج الرخوة على سطح الجذر المكشوف .
- وطرق جراحية تجديدية (طعوم ومواد مالئة) كالطعوم اللثوية الحرة والطعوم الضامة وغيرها



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



انحسار عميق ضيق وعريض.



انحسار ضحل عميق وعريض.

- يصنف الانحسار اللثوي إلى أربعة أقسام تبعاً لعرض وعمق الانحسار حيث تتناسب إمكانية التغطية الجراحية لسطح الجذر عكساً مع عرض الانحسار.
- انحسارات ضحلة ضيقة = إمكانية تغطية تامة
- انحسارات ضحلة-عريضة = إمكانية تغطية غير تامة
- انحسارات عميقة-ضيقة = تغطية تامة
- تغطية جزئية على مستوى = انحسارات عميقة-عريضة المنطقة الذروية من الانحسار.

أسباب الانحسار اللثوي :Aetiology

- المرض حول السني
- العيوب التشريحية للعظم
- سوء توضع الأسنان
- تفريش الأسنان الراض
- سوع توضع الأجمة وارتكاز العضلات
- اسباب ذات منشأ علاجي سني
- الحواف تحت اللثوية للترميمات السنية
- الرض الاطباقي والعادات الفموية السيئة

- **Aetiology:** أسباب الانحسار اللثوي
- - عوامل تشريحية: يختلف عرض اللثة وسماعتها من شخص لآخر ومن مكان لآخر على القوس السنية وهذا الاختلاف له علاقة مع عدة عوامل تشريحية.

- - ثخانة العظم السنخي :الصفیحة العظمية الدهليزية خاصة في منطقة الأنیاب أرق من تلك التي تغطي السطوح الحنكية واللسانية وخاصة في منطقة الأرحاء حيث يكون العظم أكثر ثخانة.
- - وضع السن داخل التجويف العظمي السنخي: يؤثر وضع السن إذا كان باتجاه دهليزي أو لساني على وضع اللثة الملتصقة

- العمر: يزداد الانحسار اللثوي مع العمر.

- حجم وشكل الجذر: الأسنان البارزة كالأنياب والضواحك تحاط بصفيحة عظمية رقيقة ولثة رقيقة وضعيفة.
- وضع الألجمة: ارتباط الألجمة تاجياً بقرب اللثة الحليمية يجعلها أكثر عرضة للشد والتوتر مما يسبب رصاً وسحباً للحافة اللثوية ذروياً

- - التهابية: تسبب الالتهابات اللثوية المتكررة البسيطة أو الغير محسوسة سريريا" المترافقة مع كمية بسيطة من اللويحة الجرثومية تؤدي إلى هجرة الارتباط البشري. إن وجود لثة رقيقة مع نسيج ضام ضيق بين البشرة الفموية والبشرة الميزابية يؤدي إلى اضمحلال وانحلال النسيج الضام المتوضع بين هذه البشريات وبالتالي ضياع بقمة اللثة حيث تتحد البشرة اللثوية الفموية مع البشرة الميزابية مما يؤدي لحدوث التراجع اللثوي

- عوامل رضية:

- - القلح: يعتقد أن القلح نتيجة وليس سبباً لبدء الانحسار حيث يكون الجذر المكشوف أقل قابلية للتنظيف الغريزي من السطح المغطى مما يسبب تراكم القلح ليصبح القلح عندها عاملاً مساعداً في زيادة تخرب الحواف اللثوية وتقدم الانحسار



- **Miller:1985 تصنيف**

- يصنف الانحسارات اللثوية حسب مكانها بالنسبة إلى الملتقى المينائي الملاطي والضياع العظمي وهو التصنيف الأكثر استخداما" لتحديد النتائج المرجوة لنجاح تغطية الجذور المكشوفة

- ميكانيكية: التفريش السيئ الرضي بالاتجاه الذروي يؤهب لهجرة اللثة ذرويا" وكذلك باستعمال الفرشي القاسية. أو العادات السيئة
- - الرض الإطباقى: لم يثبت بشكل قطعي, إلا أن الرض الإطباقى المرافق لامتصاص العظم في أمراض النسج حول السنية أحد العوامل المسببة للانحسار اللثوي.

- أمراض النسيج حول السنينة المسببة للجيب
- حول السني والامتصاص العظمي.
- المعالجات الجراحية•

- المعالجات التقويمية: إن معظم المعالجات التقويمية غير ضارة بالنسبة للأنسجة حول السنية لكن يمكن لبعض الحركات التقويمية خاصة عند وجود صفائح عظمية دهليزية رقيقة (عند إجراء حركة أمامية للقواطع أو حركات جانبية للأسنان الخلفية مع كمية قليلة من اللثة الملتصقة) أن يحدث الانحسار اللثوي



- المعالجات الترميمية: إن توضع حواف الترميم تحت اللثة يؤدي إلى حدوث تخريش ورض للأنسجة كما أنه يسبب تجمع اللويحة تحت اللثوية مما يسبب التهاب اللثة المجاورة وانحسار للحواف اللثوية. لذلك يبدو أن وضع حواف الترميم تحت اللثة يؤدي لحدوث انحسار لثوي مع الزمن.

- بالنتيجة: إن الالتهاب واللويحة الجرثومية مسؤولة عن جزء من الانحسارات اللثوية أكثر من اللثة الملتصقة الرقيقة والضيقة أو الغائبة. كما أن التفريش يسبب شحذات وشقوق مجهرية يظهر كسبب آخر وأكد لأحد أشكال الانحسار اللثوي.

• Mechanisms of Gingival Recession

- إن الآليات المرضية الدقيقة التي تحدث عند الانحسار اللثوي ليست واضحة تماماً". من المقبول به بشكل عام, أن النسيج اللثوي الرقيقة المغطية لسطح الجذر أكثر قابلية للتراجع /الانحسار أكثر من النسيج الثخينة.

- وربما يعود السبب إلى أن الرشاحة
الالتهابية التي تتركز بقرب اللويحة
الجرثومية تحت اللثوية تشغل مسافة 2 ملم
من النسيج. في حالة النسيج اللثوية **الرقيقة**
تسمح رقعة النسيج بأن يدخل كامل جهاز
الارتباط حول السني ضمن هذه المسافة أما
إذا كانت النسيج اللثوية **ثخينة** فإن مزيداً من
الطبقات السطحية سوف تحيط بالرشاحة
الالتهابية لمسافة 2 ملم

- انتشار الانحسار اللثوي
Incidence/Prevalence

- تم تقييم انتشار الانحسار اللثوي في المؤتمر الصحة والتغذية القومي الثالث الأمريكي ووجد أن انتشار الانحسار اللثوي يزداد مع العمر بنسبة 0.5% للأعمار 18-24 سنة ولديهم موضع أو أكثر بانحسار لثوي شديد أكثر من 3 ملم ليزداد إلى نسبة 45% بأعمار فوق 65 سنة.

- **Papilla Loss** ضياع الحليمات اللثوية
- يعتمد وجود الحليمات اللثوية على:
- - **الدعم العظمي تحت الحليمة:**
- يرتكز الدعم للحليمة على العظم القشري المبطن للثة، ويتبع شكل العظم في المنطقة بين السنية شكل الحليمة اللثوية، ففي المنطقة الأمامية يكون بشكل **هرمي** أما في المنطقة الخلفية فيكون **مسطحاً** بالاتجاه الدهليزي اللساني وله شكل الوهدة . . المقعرة

- - المسافة بين نقطة التماس والعظم.
- - المسافة السن المجاور وحجم الفرجة اللثوية على وجود الحليمة
- - المسافة بين الأسنان:
عندما تكون المسافة بين جذور الأسنان قليلة فإن العظم بين الجذور يكون أرق وأكثر عرضة للإصابة بالامتصاص، وقد حددت هذه المسافة حوالي 3 ملم.

- شكل السن
- تعطي الأسنان المربعة الشكل نتائج تجميلية أفضل من الأسنان ذات الشكل المثلثي التي تترك مسافة لثوية أطول بالاتجاه التاجي، وبالتالي تضطر اللثة لملئ فراغ أكبر، مما يزيد احتمال الانحسار بين السني، الأمر الذي يولد المثلث الأسود.

أشكال الحليمة السنية.

- 2001, أشكال الحليمة السنية وصنفها إلى: Kois وصف
- - الحليمات اللثوية السميكة: تمتلك نسج ليفية وتوعية أكبر ونسج صلبة داعمة أقوى، مما يجعلها أكثر مقاومة للانحسار وأكثر ميلاً لتشكيل جيب لثوي عند حدوث غزو جرثومي.
- - الحليمات اللثوية الرقيقة تمتلك دعم عظمي أقل، وتروية دموية أقل، مما يجعلها أكثر عرضة للامتصاص بعد قلع السن وبالتالي الانحسار.

تصانيف ضياع الحليمات اللوية.

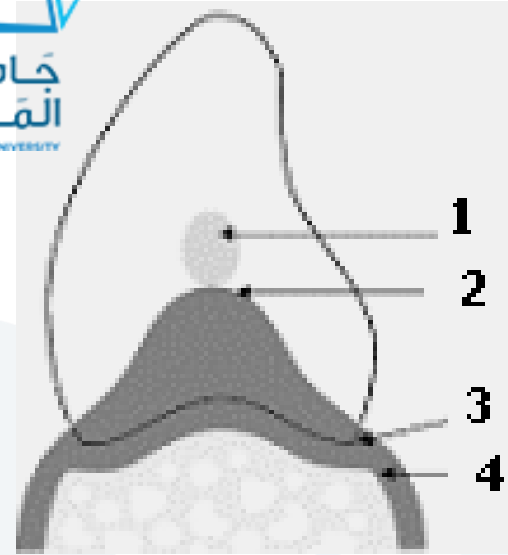
- **Nordland 1998 تصنيف**

- يعتمد على ثلاثة نقاط تشريحية
- 1- نقطة التماس بين السنية
- 2- الملتقى المينائي الملاطي على السطح الدهليزي
- 3- الملتقى المينائي الملاطي على السطح الملاصق.
- - الشكل الطبيعي: الحليمة بين السنية تملأ المسافة أسفل نقطة التماس بين السنية.



الشكل ١١-١٢ ب-

تشكل المثلثات السوداء بسبب
ازدياد المسافة بين قمة العظم
ونقطة التماس



الشكل ١١-١٢ أ- ١ -

نقطة التماس ٢ - قمة الحليمة ٣ -
الملتقى المينائي الملاطي ٤ - مستوى
العظم

• Jemt :1997 تصنيف

- يتضمن هذا التصنيف خمس درجات لضياع الحليمات اللثوية
- 1. الدرجة صفر: الحليمة غائبة.
- 2. الدرجة 1: يوجد أقل من نصف طول الحليمة.
- 3. الدرجة 2: يوجد على الأقل نصف طول الحليمة لكن لا تصل إلى نقطة التماس.
- 4. الدرجة 3: تملأ الحليمة كامل المسافة الملاصقة.
- 5. الدرجة 4: في حالة فرط تصنيع الحليمة وتغطيتها لجزء من التعويض.