



الطور الجراحي

للمعالجة حول السننية

- كل الأدوات المستعملة في حقل المعالجة اللثوية وحول
السنينة هي بالأساس أدوات **جراحية**.

- سنتحدث عن تلك التي تعتمد على شق النسيج اللثوي
بهدف التحكم بالمرض أو إزالته.

- التقليل والتسوية لا تجريان على اللثة بل على النسيج
الصلبة.



أهداف المعالجة الجراحية:

١. معالجة الجيوب «إنقاص أو إزالة».

٢. تصحيح التشوهات للمخاطية اللثوية لتصبح اللثة أكثر انسجاماً ولا تراكم للقلع.

٣. بالنسبة للجيب حول السنّي تهدف الجراحة الى القضاء على كل التغيرات المرضية فيه وإيجاد حالة متوازنة تسمح بتجدد النسيج وترميمها.....لذلك فالجراحة:

١. تزيد من إمكانية الوصول إلى سطح الجذر ليسهل رفع جميع
المخرشات.

٢. تنقص عمق الجيب ما يزيد من فعالية العناية الفموية
المنزلية.

٣. تعدّل من قوام النسج الرخوة بحيث تصبح اللثة المحيطة أكثر
انسجاماً.

المعالجة الجراحية للجيب:

- تُجرى لـ:

١. كشف الملاط والتأكد من رفع جميع المخرشات وإزالة ما تبقى منها.

٢. إنقاص أو إزالة الجيب.

- تزداد صعوبة هذا الإجراء كلما زاد عمق الجيب وخاصة عند انتقال الحالة إلى مفترق الجذور فالجراحة تسمح بـ:

١. تغيير وضعية النسج الرخوة للجيب.

٢. زيادة الرؤية وإمكانية الوصول إلى السطوح العميقة وذلك بالقطع أو الشرائح.

نتائج معالجة الجيب:

يكون الجيب حول السني:
فعّالاً

أو غير فعّال

أو في فترة خمود.

جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

Active pocket الجيوب الفعّالة):

في هذا النوع من الجيوب يحدث امتصاص عظمي ويشخص سريريا بالنزف وزيادة السائل اللثوي بشكل مستمر عند السبر وبعد الطور الأول من المعالجة تنقص التغيرات الالتهابية داخل الجيب وتعتمد درجة النقصان على عمق الجيب ونوع الجراثيم واستجابة المضيف.

الجيوب غير الفعّالة: (Inactive pocket)

في هذا النوع يمكن أن تشفى **ارتباط بشري طويل** وهذه حالة غير مستقرة يمكن أن تنكس وأظهرت الدراسات القدرة على الحفاظ عليها فقط بالتقليح والتسوية ولا يحدث فيها إلا القليل من الضياع العظمي.

كما أنه يمكن الحصول على نتائج جيدة عندما يتحول الجيب حول السني إلى ميزاب صحي يتوضع حيث كان قاع الجيب دون حدوث زيادة في الارتباط بل بانكشاف جزء من سطح الجذر كان سابقاً جداراً للجيب ، وليست المعالجة اللثوية هنا سهلاً للانكشاف بل هو كان موجود نتيجة للمرض «خفي».

*ولكن السؤال ما هو الأصح إزالة الجيب أو الإبقاء عليه «بالمعالجة المحافظة أم بالجراحة»؟؟

*الدراسات تثبت إمكانية الاثنتين؟؟

*ويبقى عمق الجيب المؤشر السريري الأهم الذي يركز عليه قرار اختيار طريقة العلاج؟؟

ولكن لابد من الأخذ بعين الاعتبار عوامل أخرى مثل مستوى الارتباط ومظاهر الالتهاب الأخرى (نزف - تقيح - ألم)



استطببات الجراحة حول السنينة:

يجب إجراء التقليل والتسوية مبدئياً لكل المرضى ولا يتخذ القرار بالجوء للجراحة إلا بعد إجراءات الطور الأول وبعدها يمكن الانتظار حتى ٩ أشهر لتقرير فيما إذا كانت الجراحة ضرورية أم لا؟؟؟ يتم خلالها إعادة تقييم الحالة من جميع النواحي ،

كما تستطب الجراحة في إصابات مفترق الجذور درجة ٢
ودرجة ٣ لإزالة كامل المخرشات و إجراء قطع الجذر أو
التنصيف وفي الجيوب العظمية العميقة.

جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

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 :

١. حجم وعدد عيوب الانحسار
٢. كمية ونوع النسيج المتقرنة
٣. عرض وارتفاع الحليمات بين السنية
٤. وجود لجام مرتفع وعمق الميزاب الدهليزي
٥. 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 مألئة) كالطعوم اللثوية الحرة والطعوم الضامة وغيرها

يعتمد اختيار الطريقة معالجة الجيوب على المعطيات
السريية لـ:



أولاً:

النسج الرخوة المبطنة لجدار الجيب:

والتي تكون بدرجات متفاوتة من الاستماتة والتقرح والاحتقان ،
وما إذا كان الجيب على شكل خط مستقيم أو ملتويًا ، وعدد
السطوح السنوية التي يشملها الجيب وموضع قاع الجيب وعمق
الجيب.

ثانياً:

حالة سطح السن والكميات المتفاوتة للقلح المترسب عليه:

حيث تسهل إزالة القلح فوق اللثوي عموماً ويكون القلح تحت اللثوي ملتصقاً بقوة بسطح الجذر ويجب أثناء التقليل الانتباه لحافة م.م.م التي تكون رقيقة وقد يتلين الملاط نتيجة النخر أو ان يكون مشوهاً ، عندها يجب تحديد:

١ . مدى امتداد وتوضع القلح.

٢ . وجود التلين والمناطق المتآكلة.

٣ . إمكانية الوصول إلى سطح الجذر باستعمال الأدوات المناسبة (لذا فالقطع وإزالة جدار الجيب هو الحل)



ثالثاً:



حالة العظم السنخي:

بالسبر والفحص السريري والشعاعي يُحدد شكل وارتفاع العظم السنخي المجاور للجيب ويجب تحديد نوع التشوهات العظمية حتى تتمكن بسهولة من القضاء على الجيب.

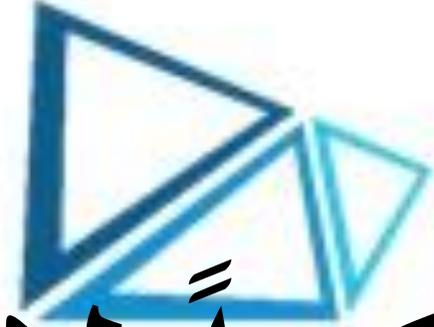
رابعاً:

الثثة المتصقة:

حيث أن وجودها أو عدمه يحدد إمكانية إجراء القطع أولاً ، وفي حال عدم وجودها نضطر إلى إجراء جراحة مخاطية لثوية (شرايح) ومعروف أن عدم وجود لثة ملتصقة كافية يرجع إلى:

وجود لجام كبير وارتباط خاطئ إليه (انحسار لثوي) أو جيب عميق جداً يصل تحت م.م.ل وهذا مايجب أخذه بالحسبان عند تقرير طريقة معالجة الجيب.

شكراً لأصغائكم



جامعة
المنارة

HAMARA UNIVERSITY