

الانتانات سنية المنشأ

Odontogenic Infections

Dr. Ali Khalil

PhD in Oral and Maxillofacial Surgery

*Professor Emeritus, and Chairman, Department of
Oral and Maxillofacial Surgery*

Faculty of Dentistry

Manara University

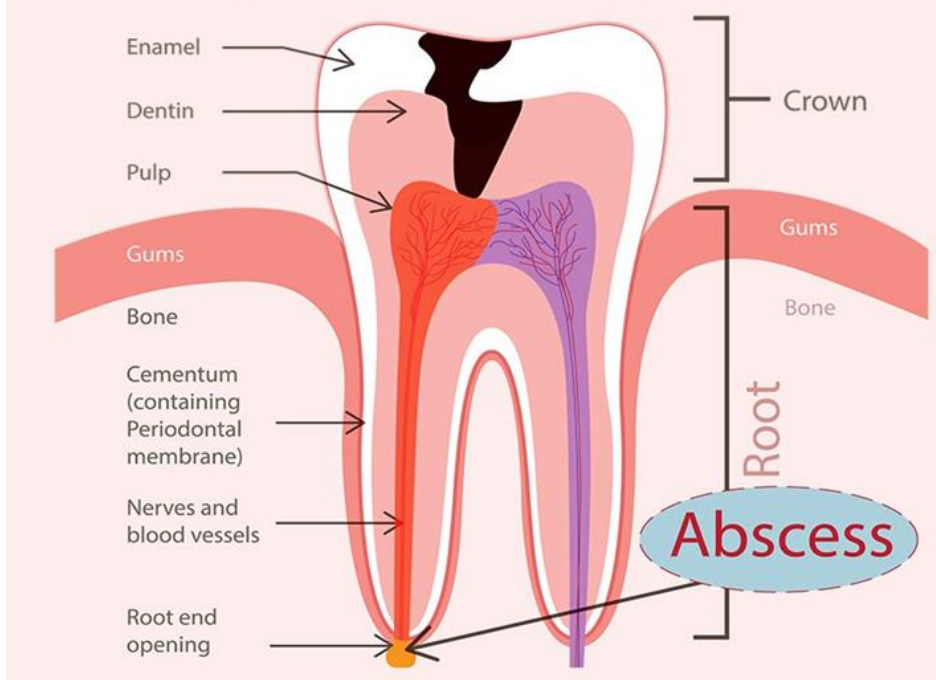
الانتانات سنية المنشأ Odontogenic Infections



- الانتانات سنية المنشأ هي انتانات تتطور في داخل الأسنان أو النسيج المحيط بها.
- تُشكّل الانتانات سنية المنشأ 90-95% من انتانات المنطقة الوجهية الفكّية.
- هي أكثر الانتانات شيوعاً في الجسم البشري، تتطور بشكل رئيسي من النخور السنية غير المعالجة، حيث تنتقل الجراثيم إلى اللب السني ومنه إلى العظم والنسج الرخوة حول الأسنان.
- يمكن لهذه الانتانات أن تنتشر إلى الوجه والمناطق التشريحية المحيطة بالفكين وكذلك مناطق بعيدة مثل شغاف القلب، الدماغ، المُنصف والمفاصل.....

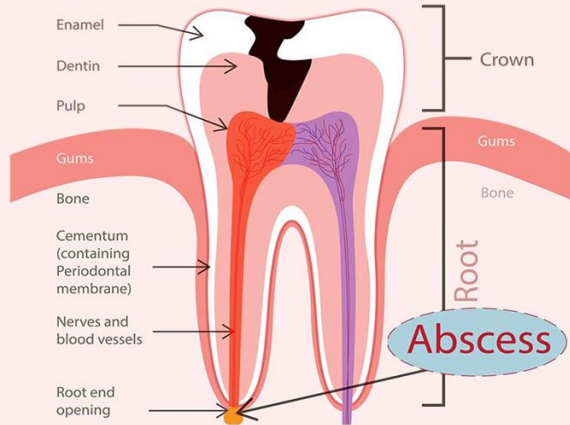
علم المصطلحات

من أجل فهم كيفية تشخيص ومعالجة الإنتانات سنية المنشأ، يجب على طبيب الأسنان أن يكون ملماً بالمصطلحات التي تتعلق بالإنتان والفيزيولوجيا المرضية للالتهاب.



- **التطعيم Inoculation:** يتصف بإدخال العامل الممرض إلى داخل الجسم دون ظهور المرض.
- **الإنتان Infection:** يحدث نتيجة تكاثر الميكروبات إلى مستوى معين يسبب الأذى للعضوية مما يؤدي إلى إثارة آلية الدفاع، وهذه العملية تظهر سريراً كالتهاب.

علم المصطلحات



- **الالتهاب Inflammation:** هو ارتكاس موضعي للنسج الضامة والوعائية للجسم تجاه عامل مهيج، مسببا تطور النتح الغني بالبروتين والخلايا.
- هذا التفاعل هو تفاعل حماية ويهدف إلى الحد أو التخلص من العامل المهيج من خلال إجراءات مختلفة إلى أن تثار آلية ترميم النسج.
- اعتمادا على الشدة والمدة، يتم تصنيف الالتهاب على أنه حاد، تحت حاد، أو مزمن.

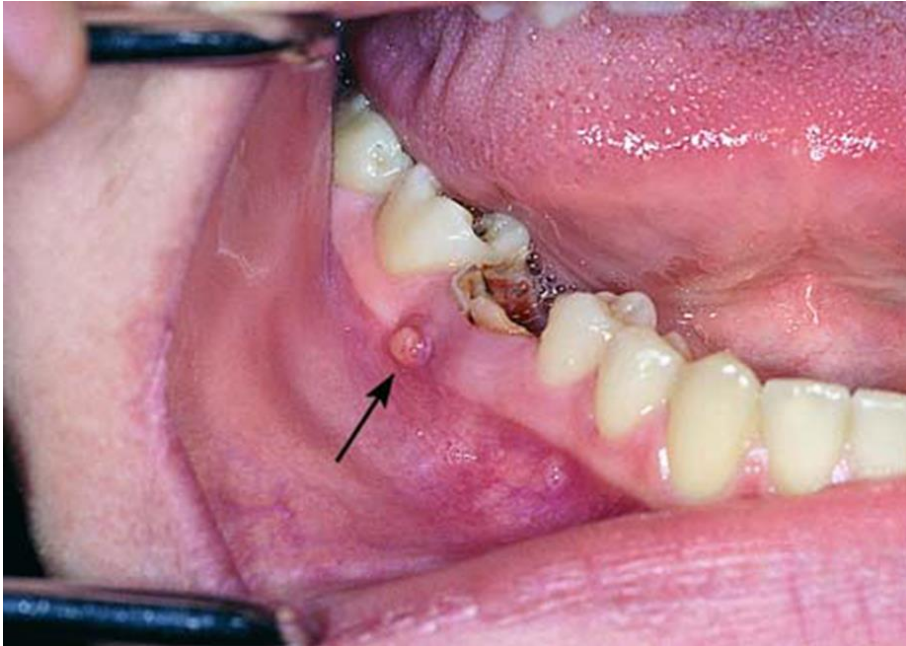
أنواع الالتهاب Types of Inflammation



□ الالتهاب الحاد Acute Inflammation: يتصف بالتقدم السريع ويكون مترافقا بعلامات وأعراض نموذجية. إذا لم يشفى بشكل كامل، يمكن أن يتحول إلى تحت حاد أو مزمن.

□ الالتهاب تحت الحاد Subacute Inflammation: يعتبر مرحلة انتقالية بين الالتهاب الحاد والمزمن.

□ الالتهاب المزمن Chronic Inflammation: هذه العملية تحدث في إطار زمني مديد مع أعراض سريرية خفيفة وهو يتصف بشكل أساسي بتطوره ضمن النسيج الضام. **قد يكون أولياً أو ناتجاً عن تحول الالتهاب الحاد إلى مزمن.**



الآلية الإمبراضية pathophysiology

- يمكن أن يحدث الالتهاب نتيجة ل:
الميكروبات، العوامل الفيزيائية
والكيميائية، الحرارة والإشعاع.



- بغض النظر عن العامل المهيج ومكان الإصابة، المظاهر الرئيسية للالتهاب تكون نموذجية وتتصف بالأعراض والعلامات السريرية التالية: **احمرار، حرارة، ورم (وذمة أو انتفاخ)، ألم ونقص في الوظيفة.**

- التقدم الطبيعي للالتهاب يتميز بعدة أطوار خلال مراحل مختلفة.

Phases of Inflammation اطوار (مراحل) الالتهاب

➤ الطور المصلي **Serous Phase**:

- هذه العملية تستمر لمدة 36 ساعة تقريباً.
- تتصف بالتهاب موضعي مع وذمة، احتقان واحمرار مع ترفع حروري، والألم.
- يلاحظ الإرتشاح المصلي في هذا الطور، والذي يحتوي على البروتينات ونادراً الكريات البيضاء متعددة النوى.

➤ الطور الخلوي **Cellular Phase**:

- هو استمرار للطور المصلي.
- يتصف بالارتشاح المصلي الشديد وتراكم شديد للكريات البيضاء متعددة النوى وخاصة العدلات المحببة مؤدية لتشكل القيح وتطور الخراج.



Phases of Inflammation اطوار (مراحل) الالتهاب

➤ الطور الإصلاحی **Reparative Phase**:

- تتراجع علامات الالتهاب أو تزول وتبدأ عملية ترميم النسيج المتخرّبة خلال الالتهاب.
- ظاهرة الإصلاح تبدأ مباشرة بعد التلقيح. بواسطة آلية الإصلاح ضد الالتهاب.
- نواتج التفاعلات الالتهابية الحادة يتم إزالتها وتحدث عملية ترميمية تالية للنسج المتخرّبة.
- يحدث الترميم بنمو نسيج حبيبية، ومع تطور وتمايز هذه النسيج، تعود المنطقة إلى طبيعتها.



الأَسباب Etiology



- الأسباب الرئيسية لحدوث الإنتانات الفموية الوجهية هي الأسنان المتمددة، التواج (التهاب النسيج حول التاجية) "نتيجة للأسنان المنظرة جزئياً في الفك السفلي"، قلع الأسنان، الورم الحبيبي حول الذروي الغير معالج، والأكياس المصابة بالانتان.

- حالات نادرة تضم الأذية الرضية، والرض التالي لعمل جراحي، أذية ناتجة عن كسر.

- آفات الغدد اللعابية والعقد اللمفية، والانتان كنتيجة للتخدير الموضعي.

- أغلبية الإنتانات حوالي 70% تظهر كإلتهابات حول ذروية، الخراج السني السنخي الحاد، والخراج حول السني اللاحق... الخ.

الانتان الحاد سني

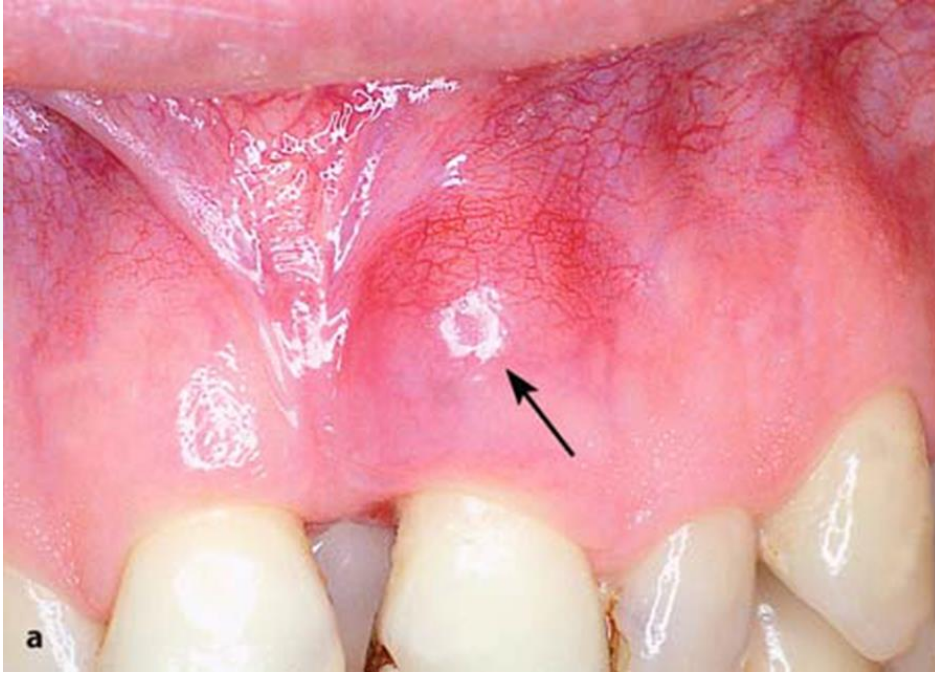
المنشأ

Acute dental

Infection



الخراج حول السني Periodontal Abscess

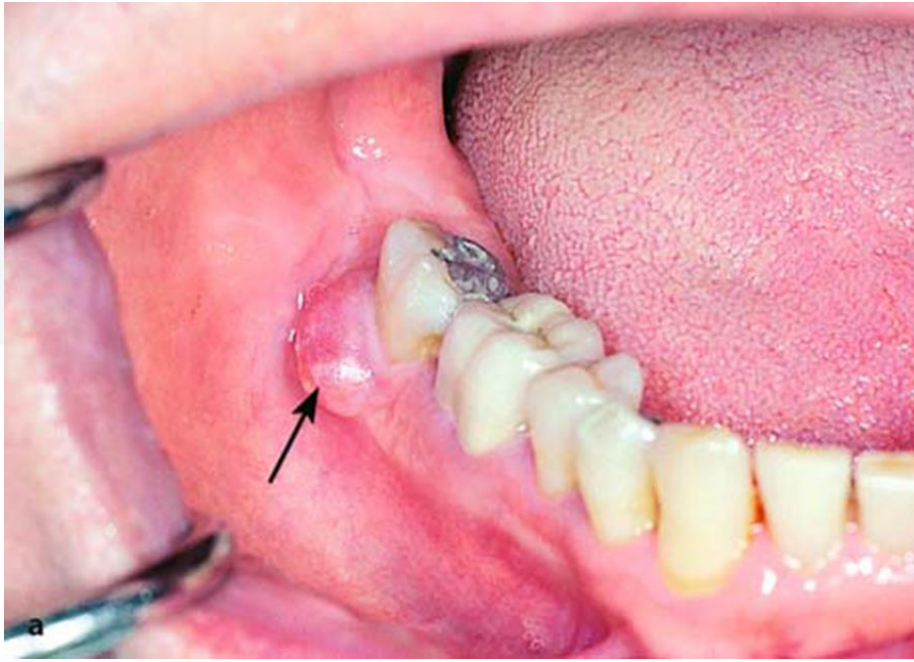


- هو عبارة عن التهاب قيحي حاد أو مزمن، يتطور في جيوب عظمية حول سنية حقيقية.

- سريريا، يتصف بالوذمة التي تتوضع في وسط السن، الألم، واحمرار اللثة.

- هذه الأعراض ليست شديدة (كما هي ملاحظة في الخراج السني السنخي الحاد) وذلك بسبب التوضع السطحي وإمكانية تفريغ القيح عن طريق الميزاب اللثوي.

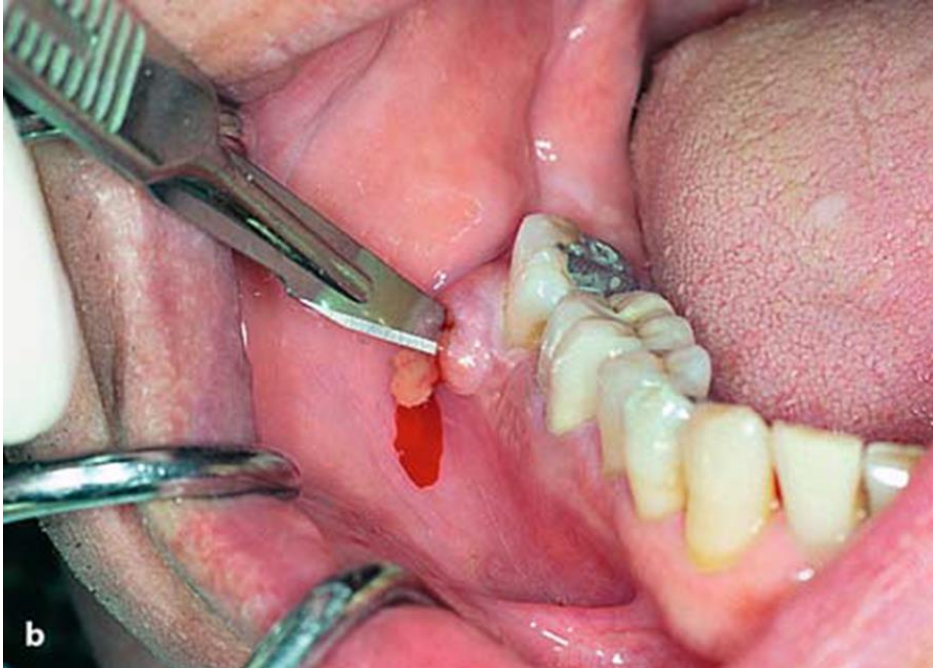
الخراج حول السني Periodontal Abscess



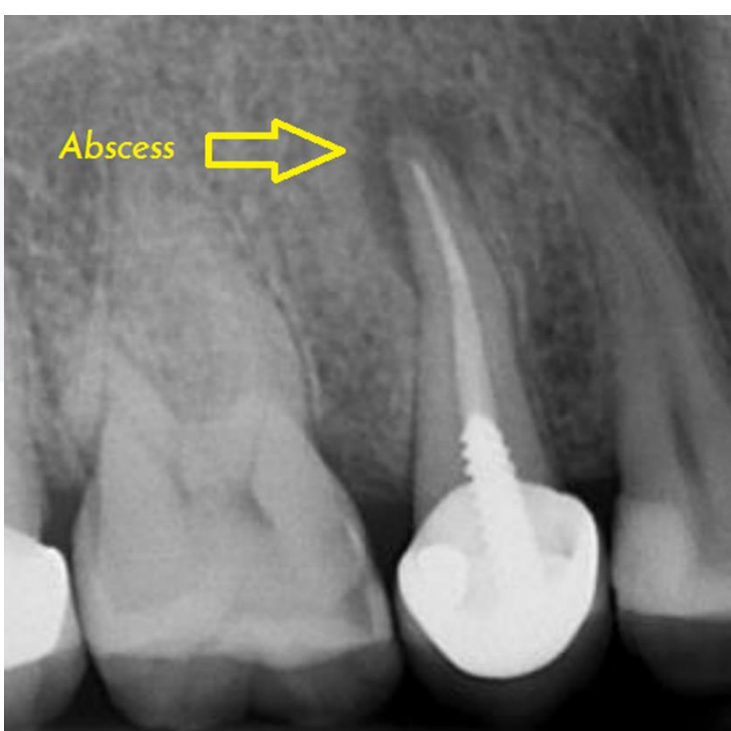
- المعالجة للخراج حول السني بسيطة وتستلزم إجراء شق خلال الميزاب اللثوي بواسطة مسبر أو مشرط للجيب حول السني المسدود.

- يمكن للشق أن يكون على اللثة، وبشكل أكثر تفصيلاً، على قمة الانتفاخ أو إلى النقطة التي يكون بها التمدج أعظمية.

- في العادة لا يحتاج هذا النوع لوضع مُفجر (منزح) لتفريغ القيح.



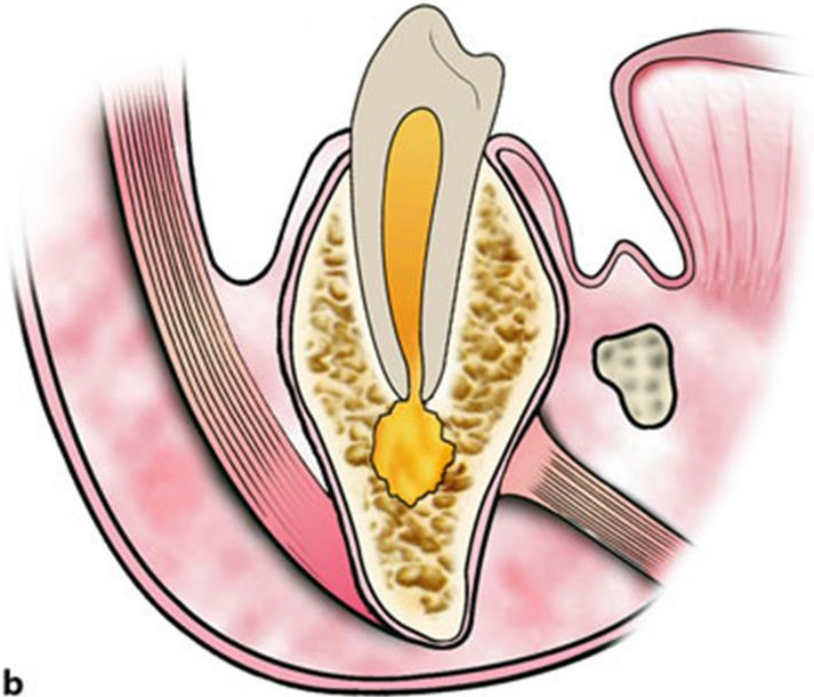
الخراج السني السنخي الحاد Acute Dentoalveolar Abscess



➤ عبارة عن التهاب قيحي حاد للنسج حول الذروية، يحدث في الأسنان المتمددة، وخصوصاً عندما تجتاز الجراثيم القنوات اللبية المصابة إلى النسج حول الذروية.

➤ يُعتبر الخراج السني السنخي الحاد الشكل الأساسي للخراجات سنية المنشأ، حيث ينتشر القيح منه إلى النسج المجاورة، وبالتالي تشكل الخراجات المختلفة.

➤ سريرياً يتميز الخراج بأعراض والتي تُصنّف إلى جهازية وموضعية.



الأعراض الموضعية Local Symptoms

➤ **الألم:** إن شدة الألم تعتمد على درجة تطور الالتهاب.

• في المرحلة الأولية يكون الألم باهت ومتواصل، يزداد شدةً عند القرع على السن المسببة أو عند اصطدامها مع الأسنان المتقابلة.

• قد يكون الألم شديد ونابض، هذا يعني استمرارية تراكم القيح ضمن العظم أو تحت السمحاق.

• يبدأ الألم بالتراجع لحظة ثقب القيح للسمحاق خروجه إلى النسيج الرخوة.



الأعراض الموضعية Local Symptoms

➤ **الوذمة:** في المرحلة الأولى قد لا تكون هناك وذمة ظاهرة، حيث يكون الاحتقان داخل العظم وكذلك تجمع القيح.

➤ **عندما ينتشر القيح من العظم** تظهر الوذمة داخل أو خارج الفم وهي غالبا ما تظهر على الجهة الدهليزية ونادرا على الجهة اللسانية أو الحنكية.



• في الطور البدئي يلاحظ الانتفاخ في النسيج الرخوة للجهة المصابة، وذلك نتيجة لتفعيل المنعكس العصبي للنسج، وخاصة السمحاق.

• يحدث هذا الانتفاخ قبل تشكل القيح، وخاصة في المناطق مقلقلة النسيج (نسيج رخوة متحركة)، مثل دهليز الفم، المنطقة تحت اللسان، الشفاه والجفون.

• خلال الأطوار النهائية، يتراجع الانتفاخ، وخاصة في مخاطية الحفرة الفموية.

• **هذه المرحلة تعتبر المرحلة الأكثر ملائمة من أجل الشق الجراحي وتفجير الخراج.**

الأعراض الجهازية Systemic Symptoms

- إن الأعراض الجهازية التي تلاحظ عادة، في الخراجات الكبيرة، هي:
- الحمى، يمكن أن ترتفع حرارة الجسم إلى 39 – 40 °C، قشعريرة برد، وعكة مع ألم في العضلات والمفاصل، فقد الشهية، غثيان وإقياء.
- الإختبارات المخبرية تبين كثرة الكريات البيضاء وأحيانا قلة الكريات البيضاء، تزايد سرعة تثفل الكريات الحمراء، وارتفاع مستوى بروتين C التفاعلي (CRP).
- الأعراض الأخرى: هناك إحساس بتناول السن المسببة وحركة بسيطة، السن يكون حساس جدا للمس، وهناك صعوبة أثناء البلع.

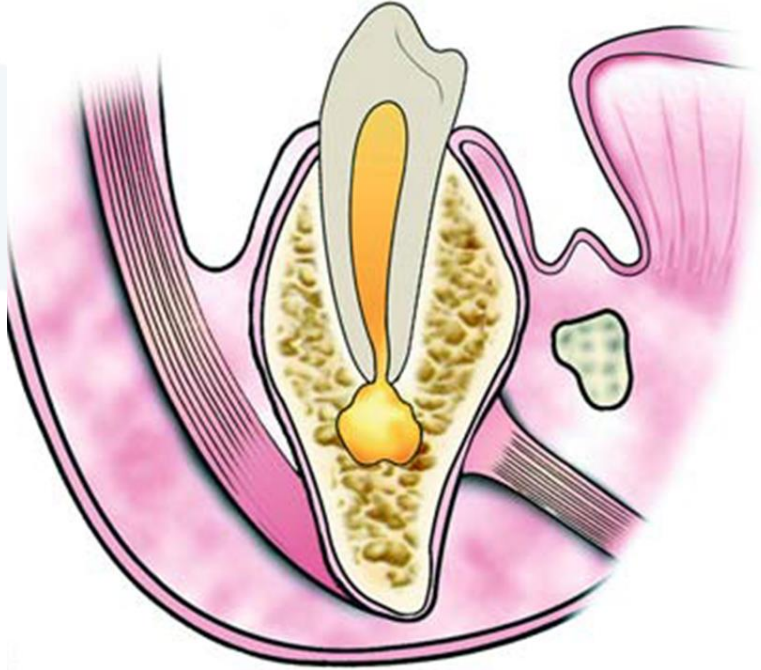
التشخيص Diagnosis

- عادةً ما يبنى التشخيص على الفحص السريري والتاريخ المرضي.
- ما يهم بشكل أساسي وخصوصاً في المراحل الابتدائية، هو معرفة السن المسبب.
- في الطور البدئي من الالتهاب، هناك انتفاخ رخو في النسيج الرخوة.
- السن أيضاً يكون حساساً خلال اللمس والقرع باستخدام أداة ما، هناك أيضاً فرط حركة في السن والإحساس بالتطاول.
- في المراحل الأكثر تقدماً، يكون الألم شديداً من دون سبب، أو مع التماس البسيط مع الأسنان المقابلة.
- تكون استجابة الأسنان خلال فحص حيوية اللب باستخدام فاحص كهربائي سلبية، ومع ذلك، بعض الأحيان تبدو إيجابية، ويعود ذلك نتيجة لإمكانية انتقال التيار خلال السائل الموجود ضمن القناة الجذرية.

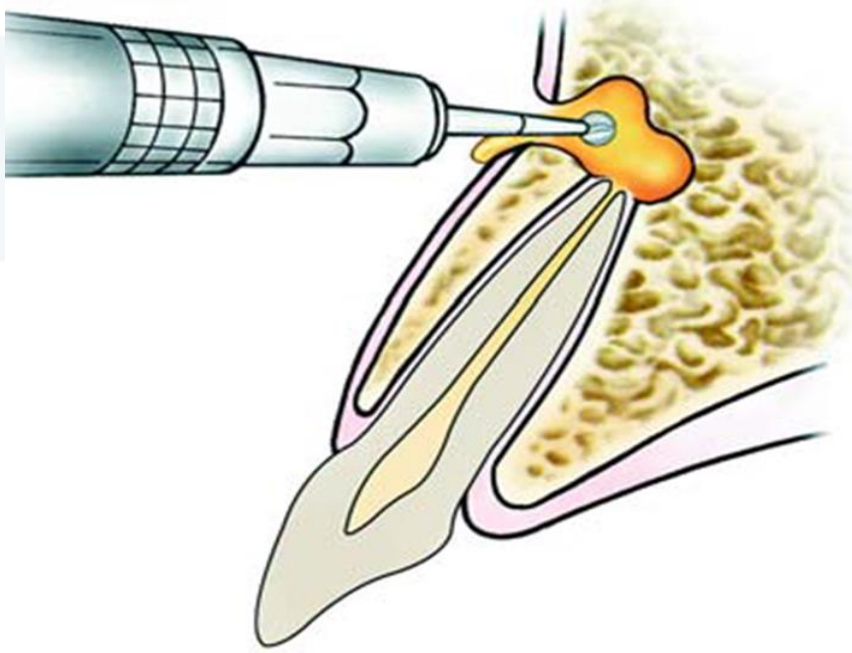
التشخيص Diagnosis

- شعاعيا، وخلال الطور الحاد البدئي، لا تلاحظ أي علامات ضمن العظم.
- تظهر العلامات الشعاعية خلال 8-10 أيام لاحقا، عندما يحدث تطور لخراج مزمن، والذي بدوره يؤدي إلى انحلال العظم.
- إن العلامات الشعاعية للأسنان المصابة، مثل نخر عميق أو ترميم قريب جدا من اللب، بالإضافة إلى توسع الرباط حول السني، هي معلومات تؤكد السن المسبب.
- التشخيص التفريقي للخراج السني السنخي الحاد يشمل الخراج حول السني، وطبيب الأسنان يجب أن يكون متأكدا من تشخيصه، لأن المعالجة مختلفة بين كليهما.
- المضاعفات Complications إذا لم يعالج الالتهاب فورا، يمكن أن تحدث المضاعفات التالية: الضرر، التهاب العقد اللمفية الموافقة، التهاب العظم والنقي، تجرثم الدم، إنتان دموي وانتقال الانتان إلى المسافات الخلالية المجاورة.

معالجة الخراج داخل السنخي Treatment of Intraalveolar Abscess



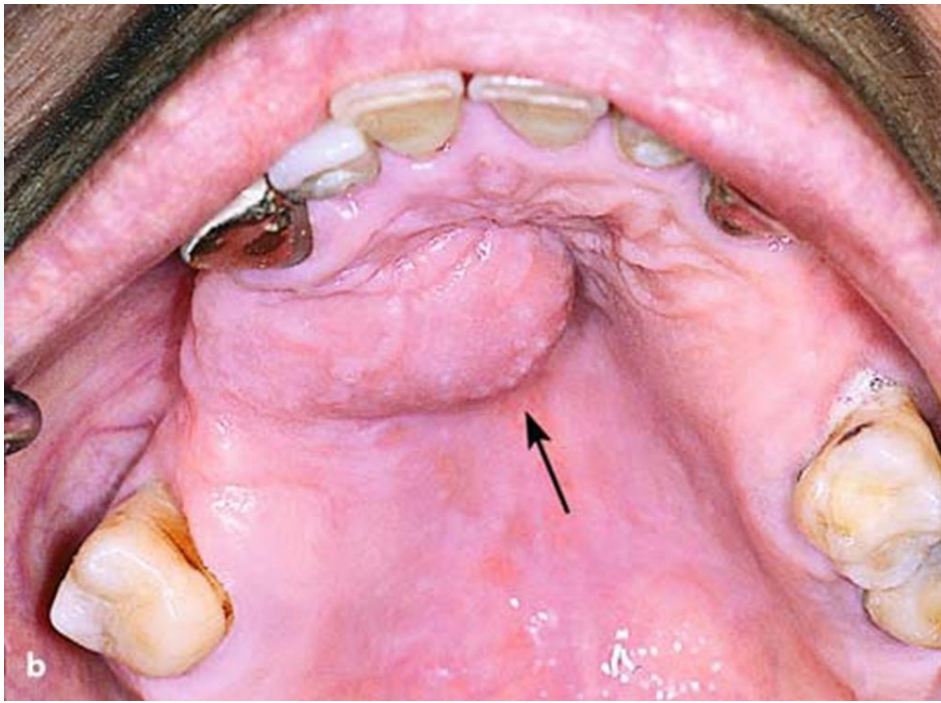
- المعالجة الاسعافية للخراج داخل السنخي في المرحلة الحادة، عندما يكون القيح مازال متجمعاً في المنطقة حول الذروية هي:
- فتح السن وتصريف القيح عبر القناة الجذرية.
- إذا لم يكن التصريف ممكناً عبر القناة الجذرية، فالمعالجة تتضمن ثقب العظم في منطقة الذروة بعد تحديدها بصورة الشعاعية.



معالجة الخراج داخل السنخي Treatment of Intraalveolar Abscess

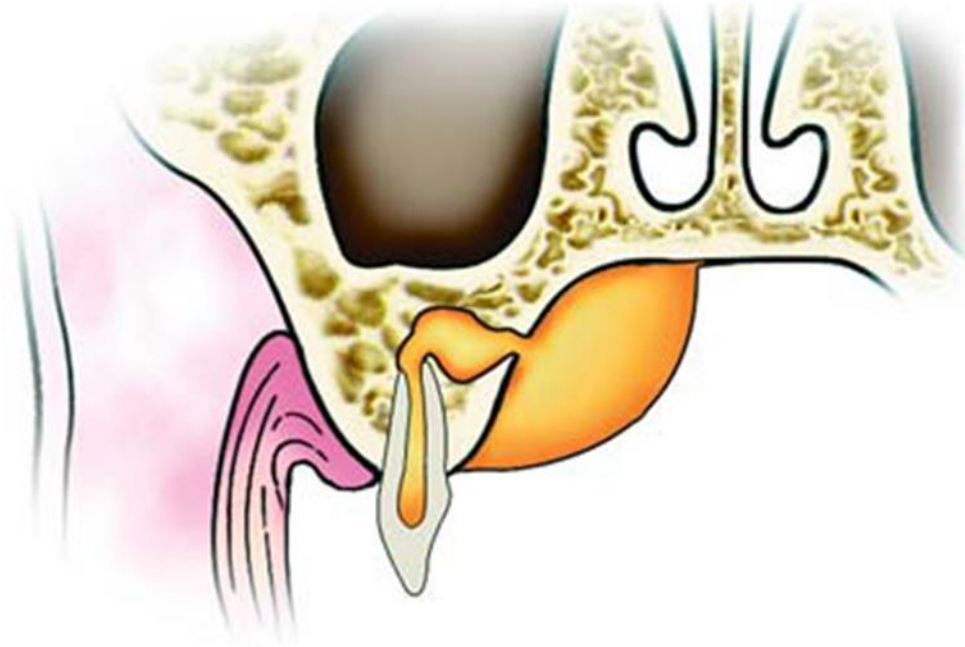
- خلال العملية الجراحية، يتم إجراء شق أفقي صغير في المخاطية الدهليزية، مقابل الذروة قدر الإمكان.
- بعد تسليخ السمحاق في منطقة قمة الذروة يتم كشف العظم الدهليزي.
- ثقب العظم في منطقة الذروة بواسطة سنبله كروية وتفريغ القيح.
- إذا لم يتم تفريغ القيح فإنه سوف ينتشر إلى النسيج المجاورة ويتجمع تحت السمحاق أو النسيج الرخوة أو تحت الجلد أو في المناطق البعيدة (المسافات اللفائفية).





الخراج تحت السمحاق Subperiosteal Abscess

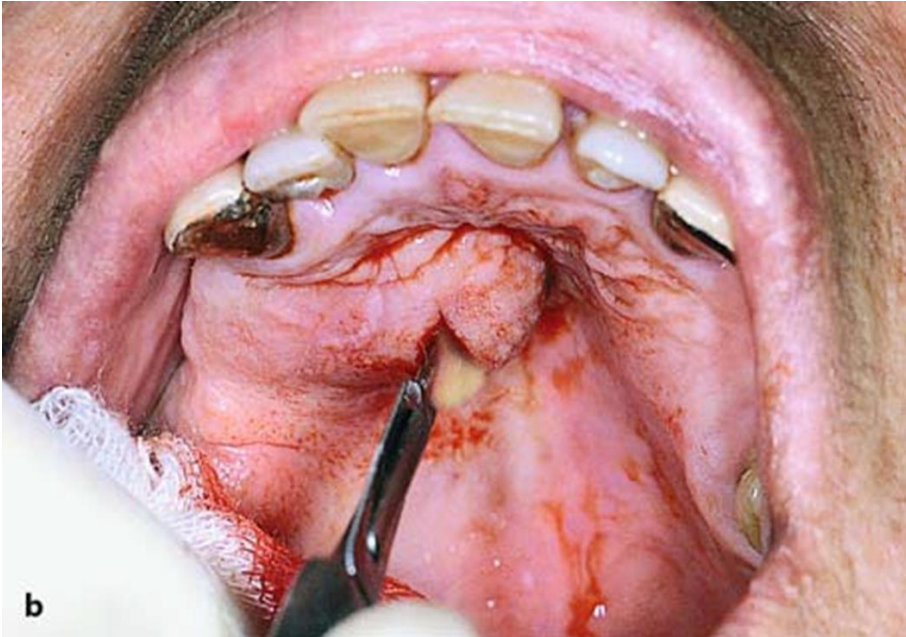
- الخراج تحت السمحاق هو عبارة عن تجمع كمية محدودة من القيح بين العظم والسمحاق.
- يتوضع القيح في الجهة الخدية، الحنكية، أو في المنطقة اللسانية، تبعا للسن المسببة للإنتان.
- يتميز بوذمة خفيفة مع ألم حاد نتيجة ضغط السمحاق، وحساسية خلال الجس.
- علامة التموج غير واضحة بشكل جيد بسبب توضع القيح تحت السمحاق.



معالجة الخراج تحت السمحاق



a

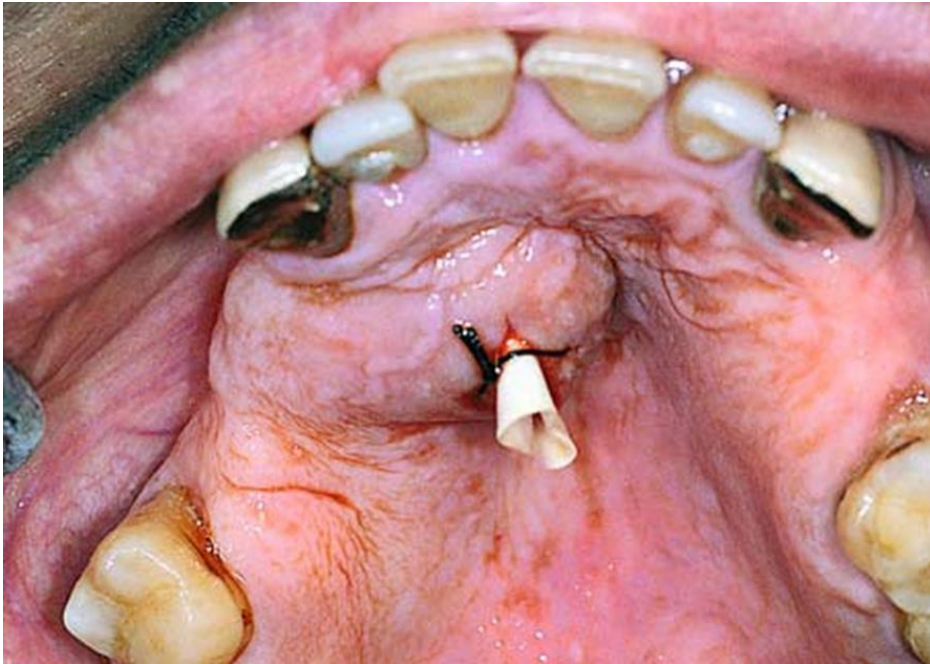
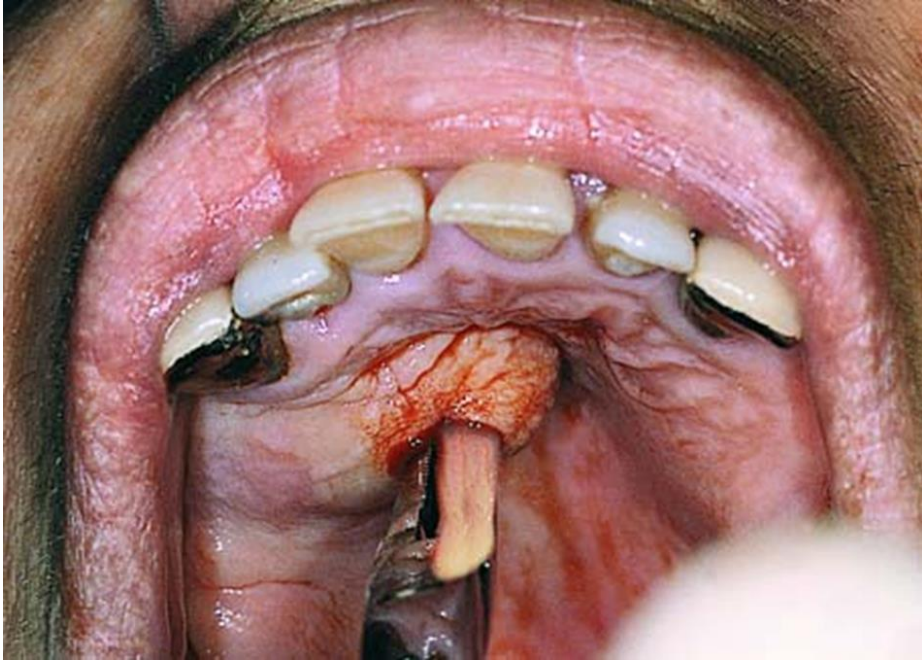


b

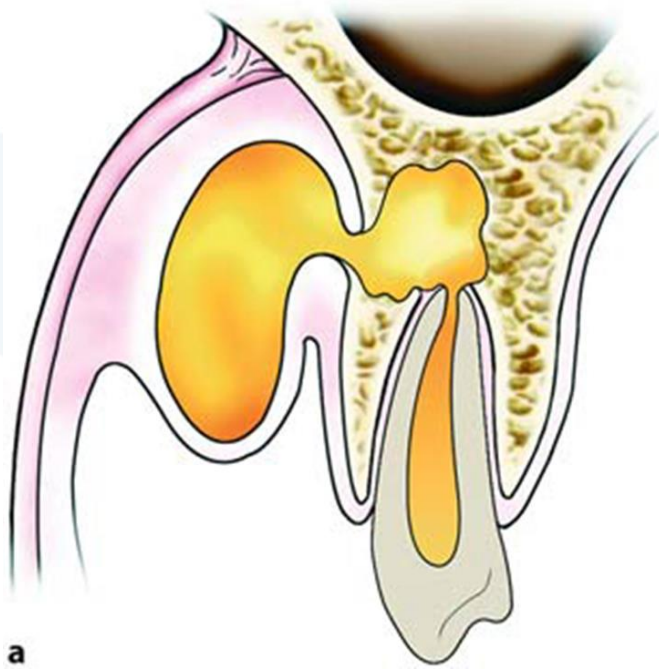
- يعالج هذا الخراج بإجراء الشق الجراحي والتفجير.
- يتم إجراء الشق عبر المخاطية، (مع الأخذ بالاعتبار مسار الأعصاب والأوعية في المنطقة (العصب الذقني والأعصاب والأوعية الحنكية) وذلك لتفادي أذيتها.
- شفرة المشروط تصل حتى العظم، للتأكد من تفريغ أعظمي للقيح.
- بعد الشق وخروج القيح يشعر المريض بالارتياح.

معالجة الخراج تحت السمحاق

- يمكن استخدام الهيموستات لتسليخ حواف الشق أو رافعة السمحاق لتسليخ السمحاق قليلاً.
- الضغط على حواف الخراج باتجاه الشق الجراحي لتفريغ كامل القيح.
- غسل مكان الخراج بمضادات العفونة.
- وضع مُفجر لحفظ ممر التصريف مفتوحاً لمدة 48 ساعة على الأقل وتثبيتته بالخياطة.



الخراج تحت المخاطية Submucosal Abscess



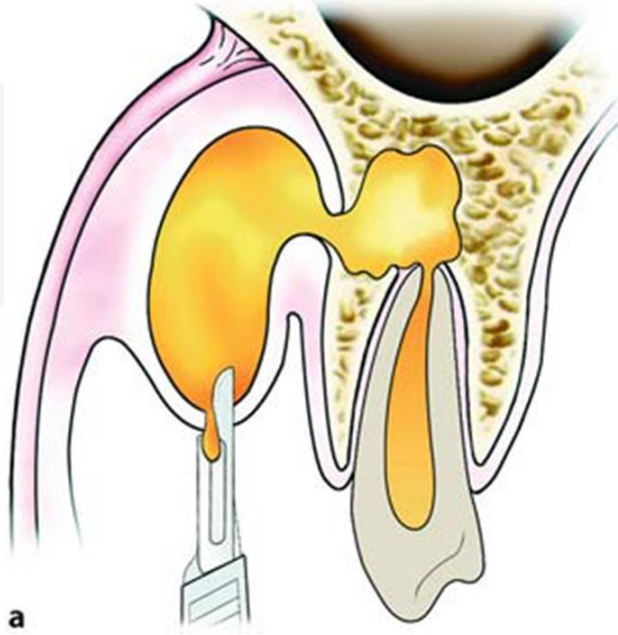
- يتوضع هذا الخراج تماماً تحت المخاطية الدهليزية الخدية أو الشفوية للفك العلوي أو السفلي، وأيضاً في المنطقة اللسانية أو الحنكية، تبعاً لجذر السن المسببة للإنتان.

- يظهر تورم المخاطية مع تموج واضح، حساسية خلال الجس، انتفاخ الطية المخاطية الشدقية في منطقة الإنتان.

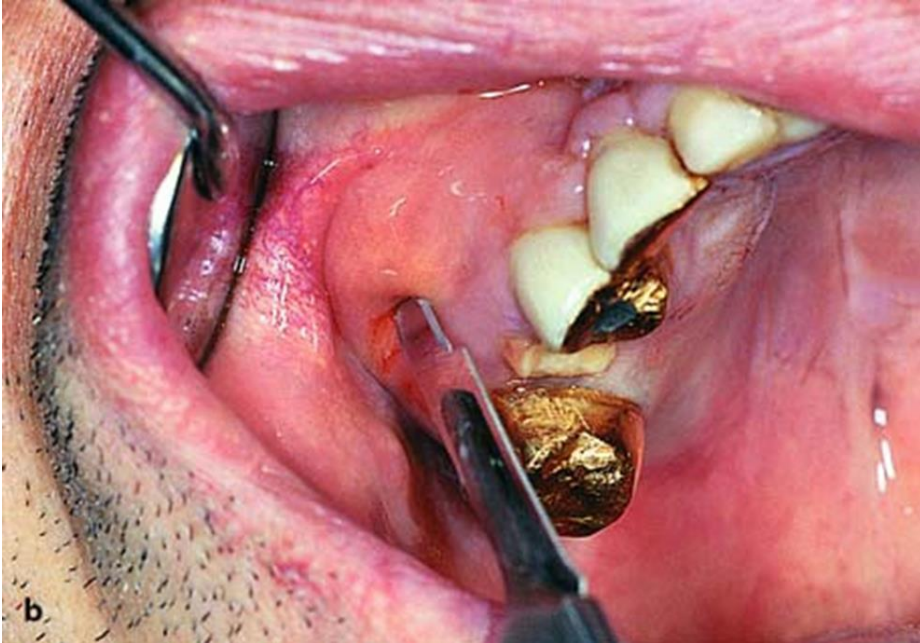
- احمرار المخاطية أو تظهر بلون أصفر، ألم خفيف خلال الجس والتموج واضح.



معالجة الخراج تحت المخاطية

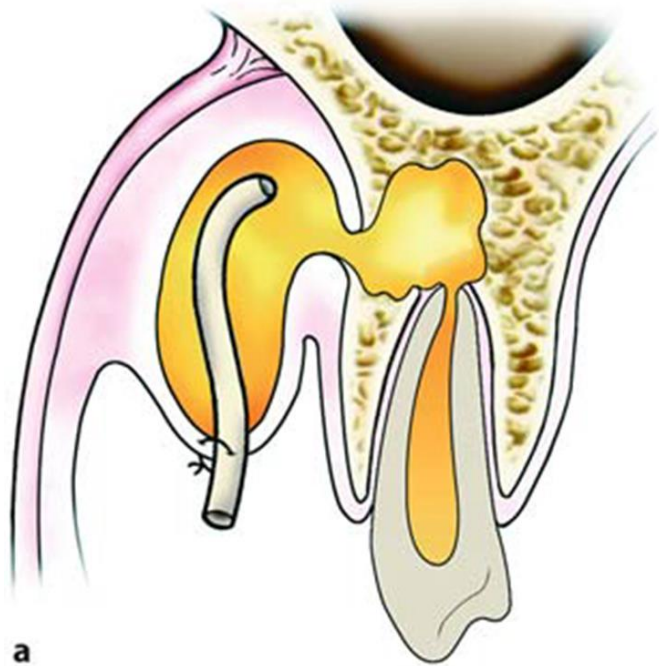
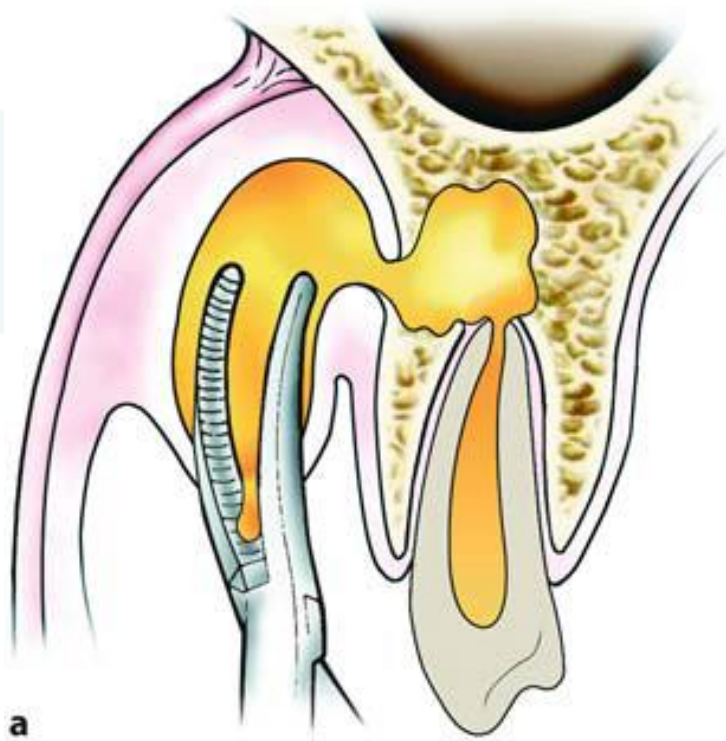


a



b

- إجراء شق سطحي بوساطة شفرة مشرط.
- يتم بعدها إدخال مرقئ نرف لتوسيع حواف الشق الجراحي من أجل تأمين ممر كافٍ لتصريف القيح.
- الشق موازي للعصب والوريد الحنكي الكبير لتجنب أذيتهما وبالتالي يكون بعيداً عنهما، قريباً من حافة الحليمات اللثوية باتجاه الخط الناصف وبشكل موازي للقوس السنية.
- غسل جوف الخراج بمضادات العفونة.
- وضع مُفجر مطاطي لحفظ ممر التصريف مفتوحاً لمدة 48 ساعة على الأقل وتثبيتته بالخياطة.



التشخيص التفريقي

الخراج تحت السمحاق

الخراج تحت المخاطي

- الألم الشديد بسبب تسلخ السمحاق
- قاسي القوام بسبب وجود السمحاق.
- علامة التموج لا تظهر أو تكون غير واضحة.
- لون الغشاء المخاطي طبيعي أو محمر قليلاً.
- ألم شديد نسبياً بالجرس.
- بعد تفجير (فتح) الخراج يشعر المريض بارتياح شديد.
- ألم بسيط أو متوسط
- رخو القوام بسبب مرونة الغشاء المخاطي.
- علامة التموج واضحة بشكل جليّ.
- لون الغشاء المخاطي أصفر بسبب لون القيح القريب.
- الألم ضعيف بالجرس.
- لا يشعر المريض بالفرق الواضح بعد التفجير.

التشخيص التفريقي

Submucosal abscess



Subperiosteal abscess



Subcutaneous الخراج تحت الجلد Abscess



➤ يتوضع الخراج تحت الجلد في مناطق مختلفة في الوجه تحت الجلد.

➤ ينتج عن انتشار القيح من العظم عبر النسيج الرخوة إلى الطبقة تحت الجلد.

➤ الوذمة تكون في أغلب الأحيان محددة تماماً.

➤ يتميز الخراج تحت الجلد بالانتفاخ الواضح.

➤ علامة التموج واضحة في أغلب الحالات.

➤ الجلد يبدو محمرا وعند تطبيق ضغط عليه، تتشكل وهدة بسهولة ولا تعود بسرعة إلى الشكل الطبيعي.





العلاج الجراحي للخراج تحت الجلد

➤ التخدير الموضعي (عادةً أمام وخلف الخراج).

➤ إجراء الشق الجراحي (فقط في الجلد) في أخفض نقطة من الإنتفاخ، بحرص شديد لتجنب أذية الأوعية والأعصاب.

➤ بعد ذلك، يتم إدخال مرقئ نرف إلى داخل التراكم القيحي ومن ثم يسحب والمناقير مفتوحة، لخلق ممر تصريف واسع.

➤ تمسيد لطيف للنسج الرخوة حتى يتم إفراغ الخراج.



➤ وضع ضماد من الشاش المُعقم.

➤ وضع مُفجّر مطايطي في الحفرة،
ويثبت بالخياطة لمدة 2 - 3 أيام حتى
يتلاشى الخراج.



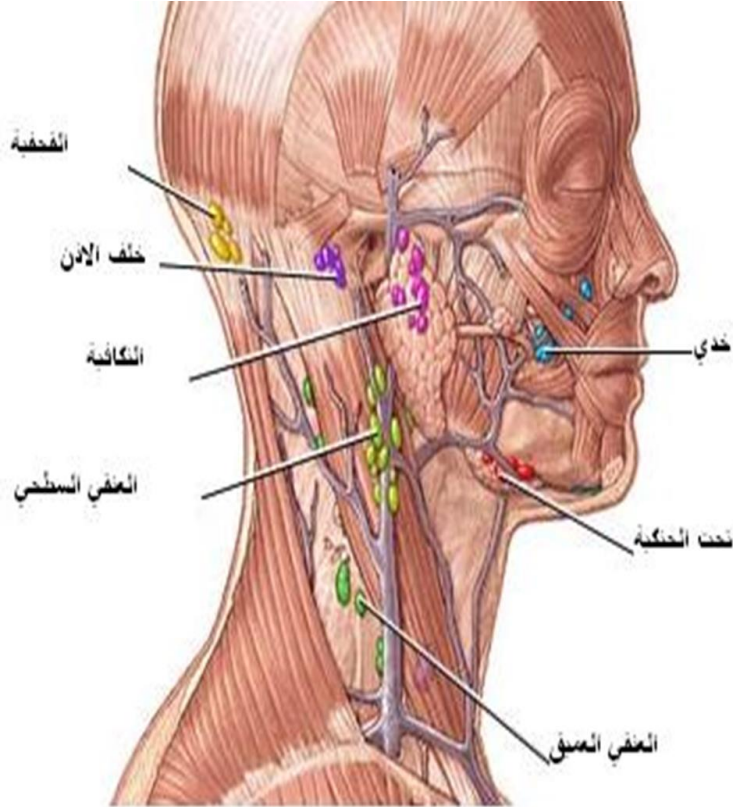
انتشار القيح إلى النسيج Spread of Pus Inside Tissues

يتم انتشار القيح من المكان الذي نشأت فيها الآفة البديئية بثلاث طرق:

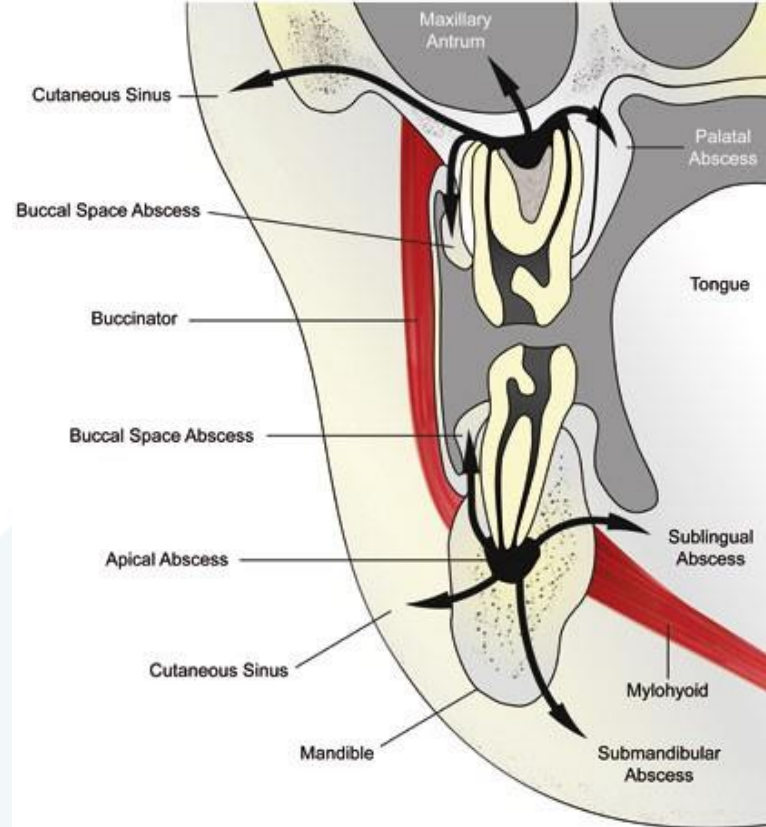
• بالاستمرار خلال الفراغات والسطوح النسيجية.

• بوساطة الطريق اللمفي .

• عن طريق الدوران الدموي .



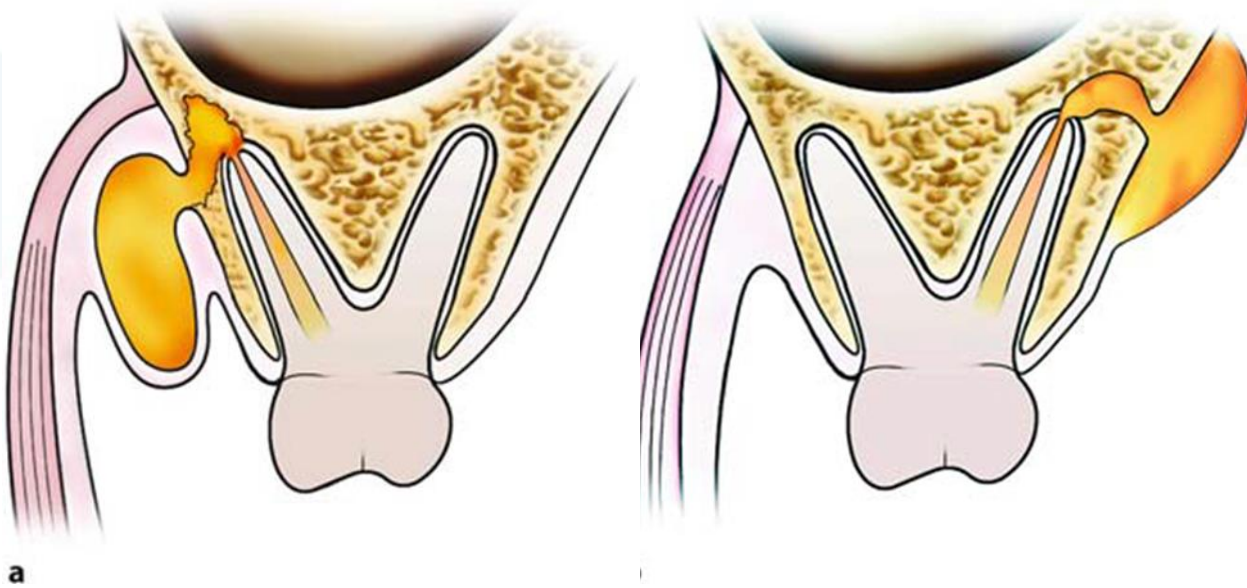
العدد المتفاوتة في الرقبة



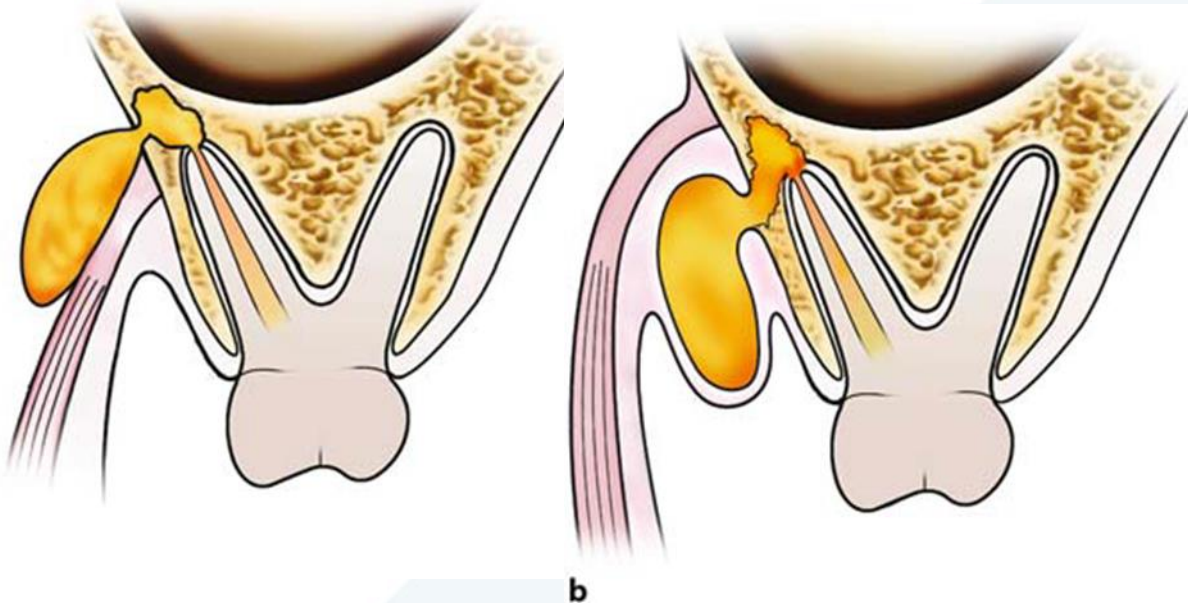
العوامل المؤثرة على اتجاه انتشار القيح

• في البداية يتشكل القيح داخل العظم الإسفنجي ثم ينتشر باتجاه النسيج الأقل مقاومة ، حيث يعتمد انتشار القيح دهليزياً أو حنكياً على :

- موقع السن.
- كثافة العظم.
- المسافة التي يجب أن يقطعها.
- طول الجذر والعلاقة بينه وبين إرتكازات العضلات.

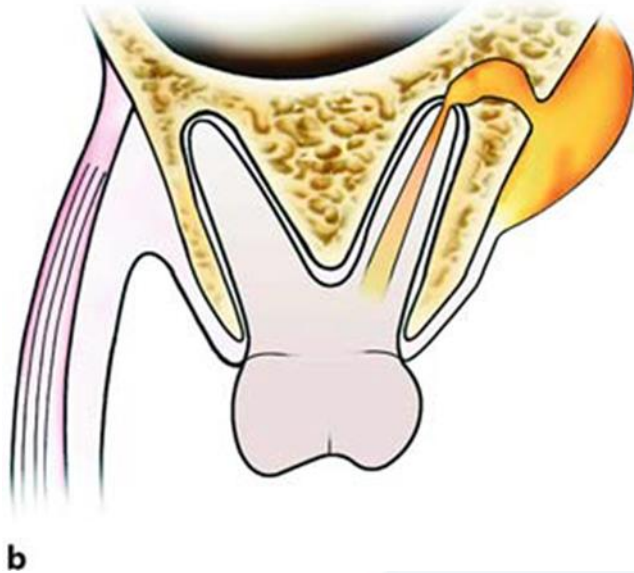
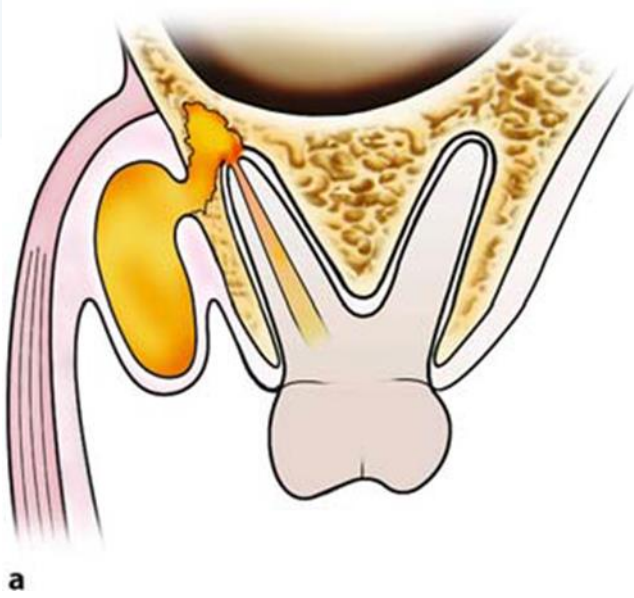


a



b

انتشار القيح إلى النسيج Spread of Pus Inside Tissues



- الطريق الأول هو الأكثر شيوعا لانتشار القيح، ويحدث على الشكل التالي:

- أولا، يتشكل القيح في العظم الإسفنجي، ومن ثم ينتشر في اتجاهات مختلفة خلال النسيج بسبب المقاومة الضعيفة لهذا النسيج.

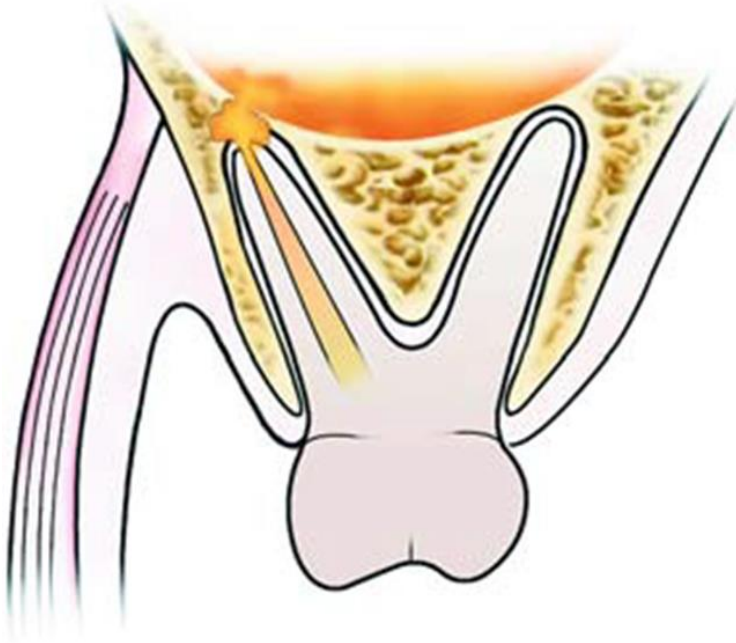
- سواء انتشر القيح دهليزيا أو لسانيا / حنكيا فهذا يعتمد على موضع السن في القوس السنية، ثخانة العظم، والمسافة التي سوف يقطعها.

- الالتهاب القيحي الموافق لذرا الجذور بالقرب من العظم السنخي الدهليزي أو الشفوي عادة ما ينتشر دهليزياً. في حين أن ذاك الذي يكون في ذرا الجذور بالقرب من العظم السنخي الحنكي أو اللساني فهو ينتشر نحو الحنكي أو اللساني على التتابع.

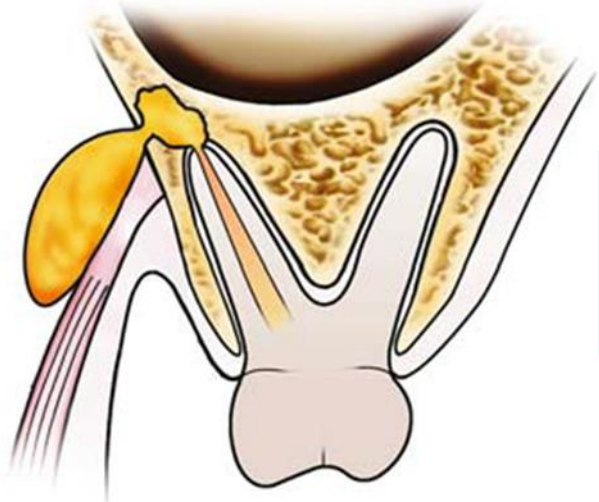


انتشار القيح إلى النسيج Pus Inside Tissues

- على سبيل المثال، الجذور الحنكية للأسنان الخلفية والقاطعة الجانبية العلوية مسؤولة عن انتشار القيح باتجاه الحنكي.
- بينما الرحي الثالثة السفلية وأحياناً الرحي الثانية السفلية مسؤولة عن الانتشار اللساني للقيح.
- القيح يمكن أن ينتشر إلى الجيب الفكي عندما تكون ذرى جذور الأسنان الخلفية قريبة أو مندخلة في الجيب الفكي.



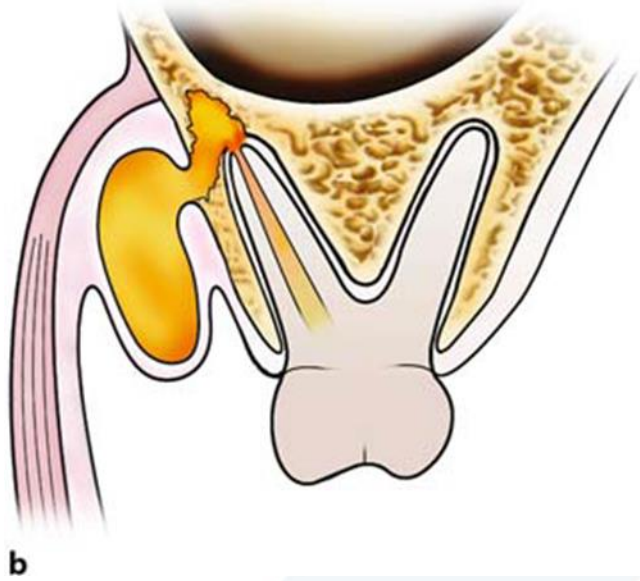
انتشار القيح إلى النسيج Pus Inside Tissues



• في الفك العلوي، يكون ارتباط العضلة المبوقة واضحاً.

• عندما تكون ذرى جذور الأسنان للأرحاء والضواحك العلوية متواجدة تحت ارتباط العضلة المبوقة، ينتشر القيح إلى داخل الفم.

• إذا كانت الذرى فوق مستوى ارتباط العضلة المبوقة، ينتشر القيح إلى الأعلى و خارج الفم (إلى المسافة الشدقية مثلاً).



b

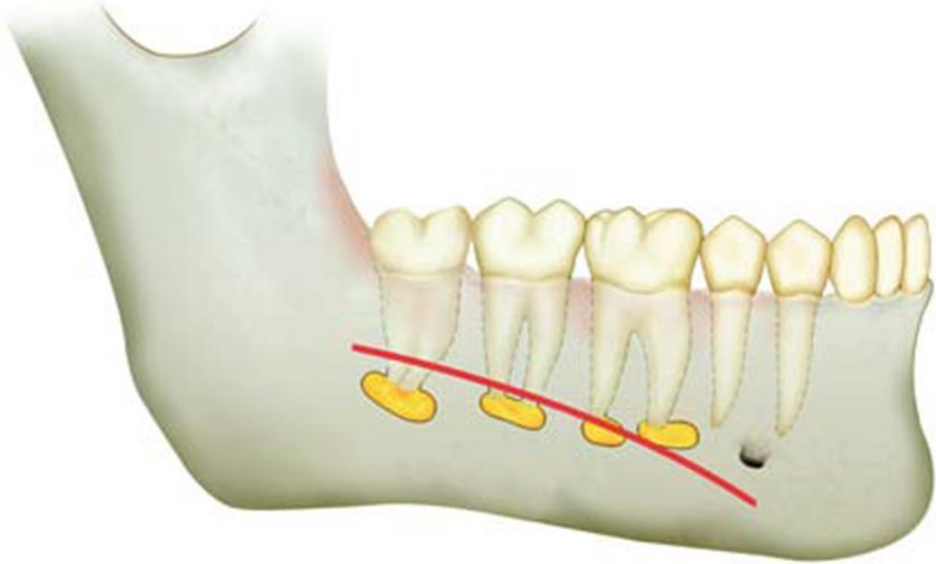
انتشار القيح إلى النسيج Spread of Pus Inside Tissues



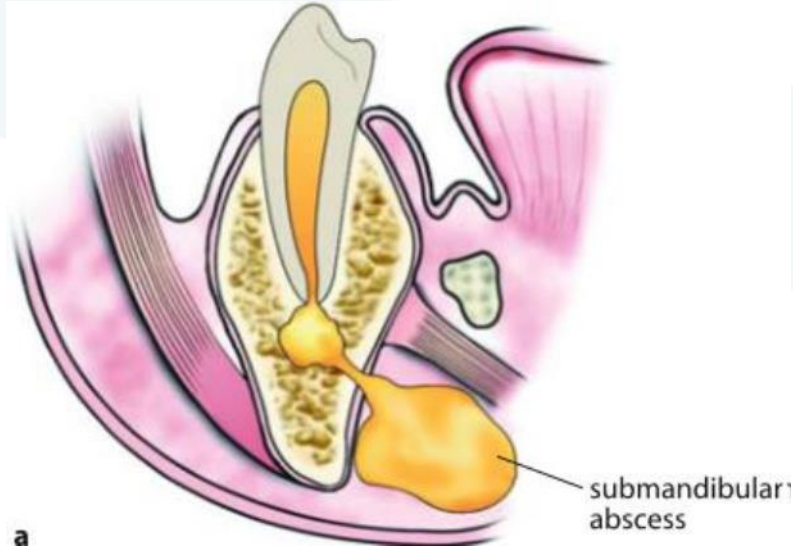
- إن طول الجذر والعلاقة بين ذروة الجذر والارتكازات القريبة والبعيدة للعضلات لها أيضا دور هام في انتشار القيح.

- استنادا على هذه العلاقات، القيح الذي ينشأ في الفك السفلي من الذرى المتواجدة فوق العضلة الضرسية اللامية، ينتشر عادةً إلى داخل الفم، بشكل رئيسي نحو أرضية الفم (المسافة تحت اللسانية).

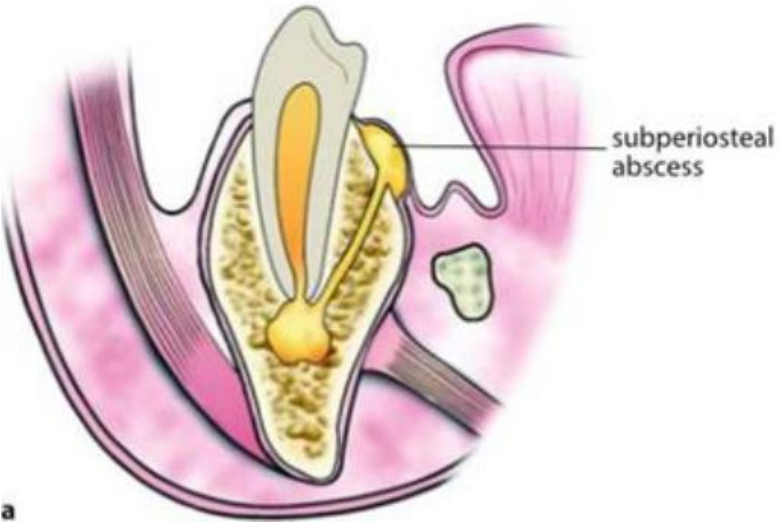
- عندما تتواجد الذرى تحت مستوى العضلة الضرسية اللامية (الأرحاء الثانية والثالثة)، ينتشر القيح باتجاه المسافة تحت الفكية مسببا توضعاً خارج فموي.



انتشار القيح إلى النسيج Spread of Pus Inside Tissues



a



a

- الإنتانات التي تنشأ من القواطع والأنياب في الفك السفلي تنتشر نحو الدهليزي أو اللساني، بسبب رقة العظم السنخي في هذه المنطقة.
- غالباً ما يتوضع دهليزيا عندما تكون ذرى القواطع فوق مستوى ارتباط العضلة الذقنية.
- في بعض الأحيان، عندما تتوضع الذرى تحت مستوى الارتباط، ينتشر القيح إلى خارج الفم (المنطقة تحت الذقنية).

المبادئ الأساسية في معالجة الإنتان
Fundamental Principles of Treatment
of Infection

”أين يوجد القيم؛ فجر واستنرم“

المبادئ الأساسية في معالجة الإنتان

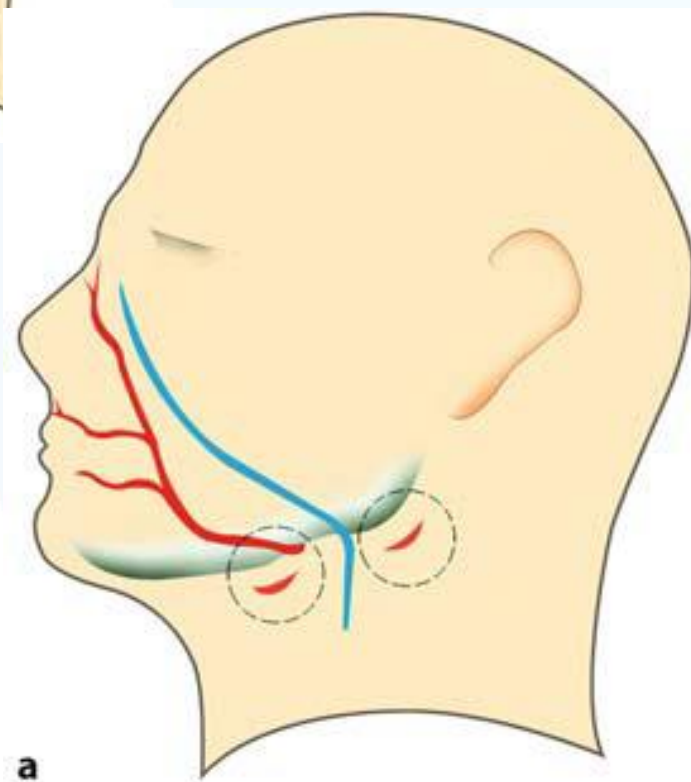
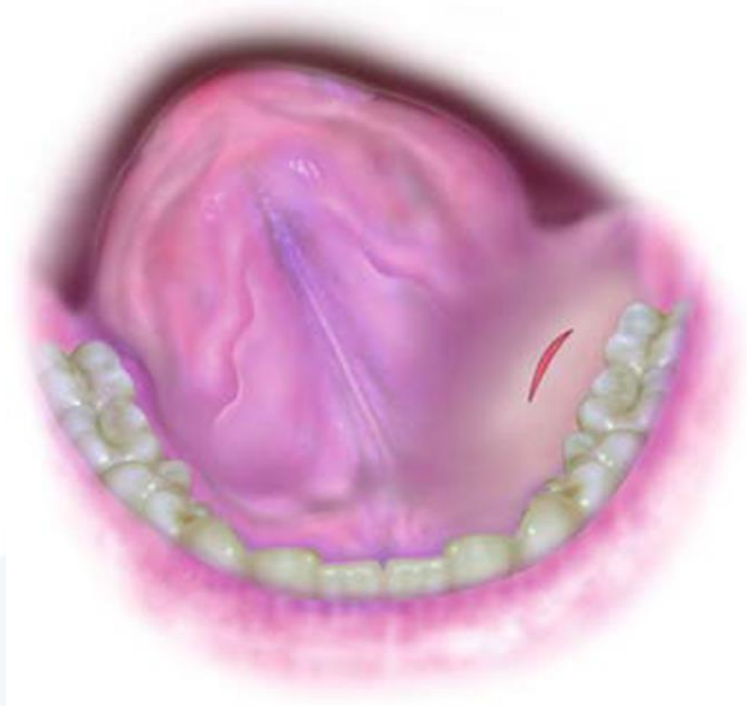
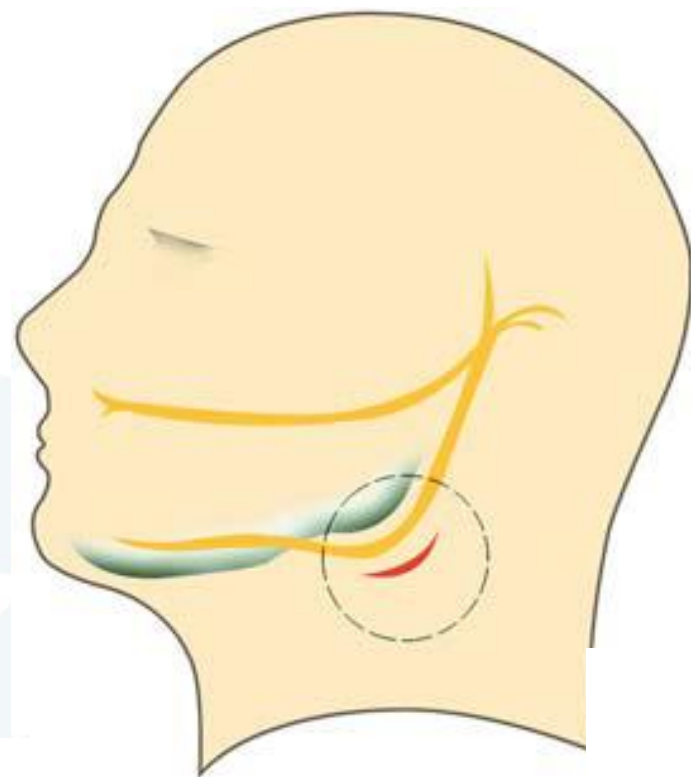
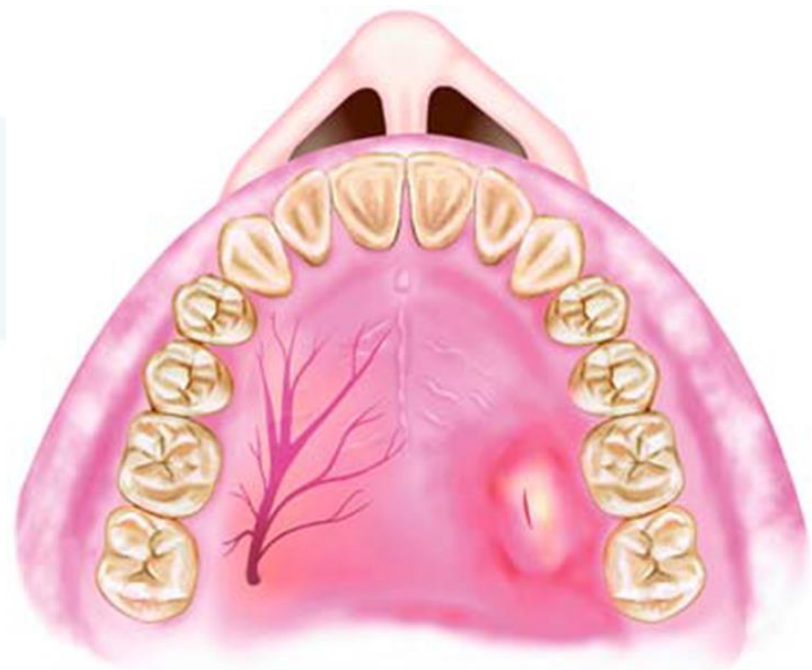
Fundamental Principles of Treatment of Infection

- من أجل معالجة الإنتانات السنية السنخية الحادة وأيضاً خراجات المسافات اللفائفية؛ تُعتمد وبشكل حازم المعايير التالية:
 - إفراغ القيح، عندما يتأكد وجوده في النسيج، يتم بأحد الوسائل التالية:
 - ✓ ثقب السن المسبب خلال الطور البدئي للالتهاب.
 - ✓ ثقب العظم الدهليزي.
 - ✓ شق داخل فموي.
 - ✓ شق خارج فموي.
 - ✓ خلال السنخ بعد عملية القلع.
 - أخذ التفاصيل الدقيقة للقصة المرضية للمريض.
 - نزع النتحة (الوذمة) المُتشكلة خلال الطور البدئي للالتهاب من أجل:
 - ✓ تجنب إنتشار الإنتان إلى المناطق المجاورة أو البعيدة.
 - ✓ التقليل من شعور المريض بالألم والسيطرة على الحرارة المرتفعة.
- ❖ **ملاحظة: إن إعطاء الصادات الحيوية وحدها من دون تفريغ القيح، لن يعمل على علاج الإنتان.**

المبادئ الأساسية في معالجة الإنتان

Fundamental Principles of Treatment of Infection

- تطهير المنطقة باستخدام محلول مطهر قبل إجراء الشق.
- إجراء تخدير للمنطقة باستخدام تقنية التخدير الناحي مع التخدير بالارتشاح المحيطي في المناطق المحيطة بالخراج وذلك من أجل تجنب خطر انتشار الجراثيم إلى النسيج العميقة.
- ❖ التخطيط لإجراء الشق:
- تجنب إصابة القنوتات الكبيرة (وارتون، ستنسون) والأوعية والأعصاب الكبيرة.
- يُجرى الشق بشكل تجميلي، بحيث يكون في أسفل نقطة من الانتفاخ، وذلك تجنباً للألم و لتسهيل تصريف القيح تحت فعل الجاذبية.
- لا يتم إجراء الشق في أماكن مكشوفة، وذلك لأسباب جمالية.
- يجب أن يجرى الشق داخل الفم إن أمكن.
- التصريف الكافي.



المبادئ الأساسية في معالجة الإنتان

Fundamental Principles of Treatment of Infection

- الشق وتفريغ القيح يجب إجراؤهما في الوقت المناسب (عند التأكد من وجود القيح).
 - التأكد من وجود القيح يتم بواسطة لون النسيج المغطية للقيح، حيث يكون لون النسيج مائل للأصفر. أو وجود علامة التموج (عندما يتم الضغط بالتناوب بين الإبهام والإصبع الوسطى، تتشكل موجة كما في حركة السائل ضمن الخراج).
 - يمكن استخدام الصادات في المرحلة الحادة، عندما تكون الوذمة كبيرة والألم شديد مع وجود علامات عامة للإنتان.
 - المعالجة بالصادات عادة تكون تجريبية، حتى يتم التحقق من نتائج عينة الزراعة الجرثومية.
- لأن أغلب العضويات الممرضة التي عزلت من الإنتانات ذات المنشأ السني هي المكورات العقدية (الهوائية واللاهوائية)، يظل البنسلين ومشتقاته الخيار الأول للمعالجة.
- إذا تم إجراء الشق قبل أوانه، سيكون هناك عادة كمية صغيرة من النزف، ولكن يخف ألم المريض ولن تتراجع الوذمة.

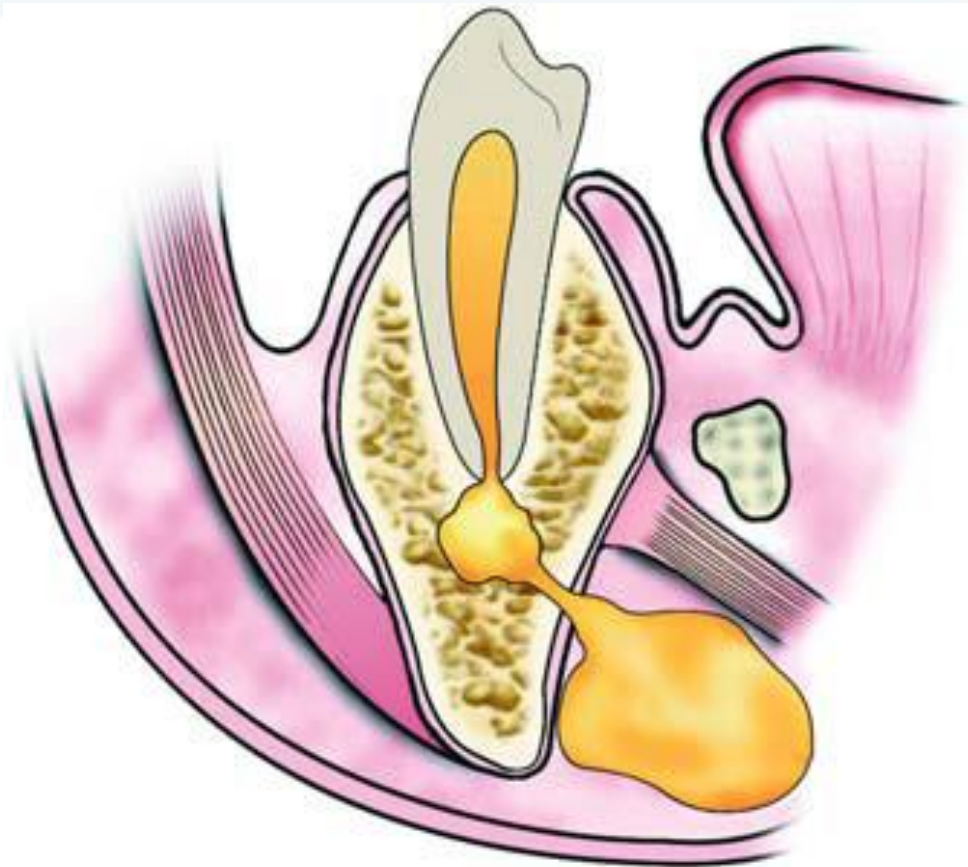


المبادئ الأساسية في معالجة الإنتان

Fundamental Principles of Treatment of Infection

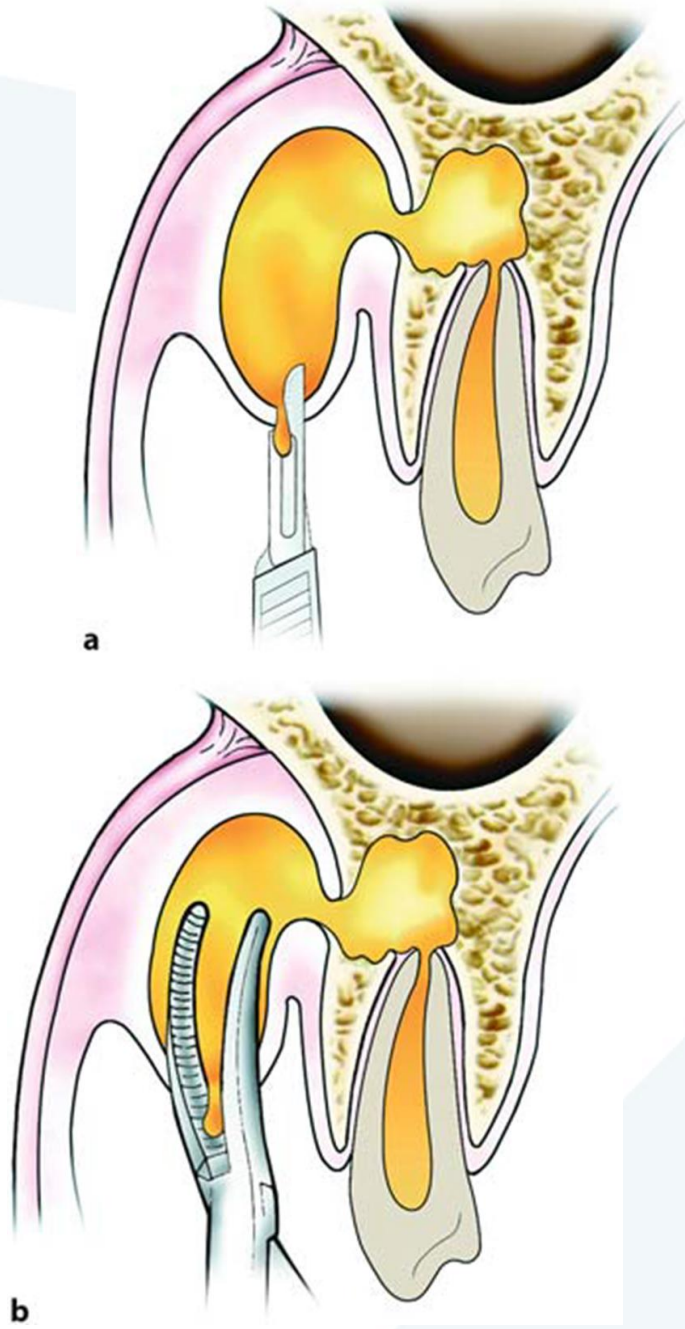
- إن معرفة التوضع الدقيق للقيح في النسيج الرخوة (بدون وجود علامة التموج) بالإضافة إلى الشق لتصريف القيح يجب أن ينجزان بعد توضيح معطيات معينة:
- على سبيل المثال، تحديد النقطة الأكثر ليونة (طراوة) خلال عملية الجس، الإحمرار في الجلد أو المخاطية، النقطة الأكثر ألما على الضغط.
- هذه المنطقة يمكن أن تستطب عند إجراء شق سطحي باستخدام مشرط.
- إذا لم يكن هناك وجود لتجمع القيح، ينصح بإجراء مضامض داخل فموية ساخنة باستخدام منقوع البابونج وذلك لتسريع تطور الخراج بحيث نتأكد من أن الخراج أصبح ناضجا.
- تنويه: تجنب تطبيق كمادات دافئة خارج فموية، لأن ذلك يزيد من انزياح القيح باتجاه الجلد (تصريف عفوي).

خراج في المنطقة تحت الفكية



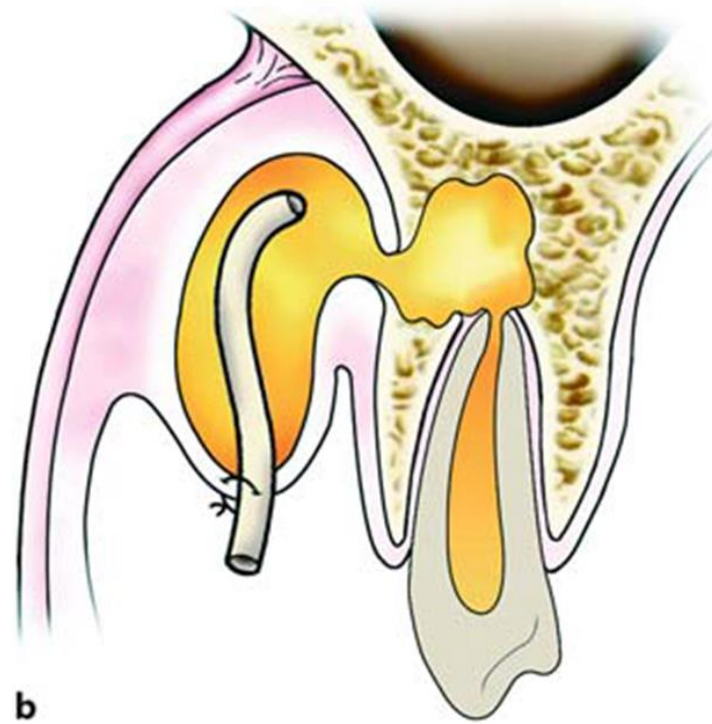
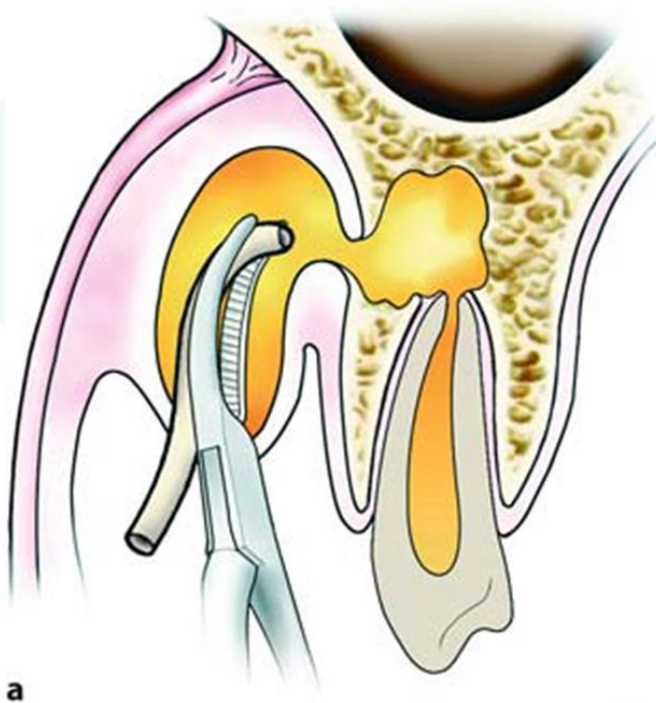
b

المبادئ الأساسية في معالجة الإنتان



- بعد إجراء الشق الجراحي يتم تفجير الخراج بواسطة ملقط مرقى للنزف، والذي يتم ادخاله إلى حفرة الخراج مع مناكير مغلقة.
- يستخدم هذا الإجراء لاستكشاف لطيف للحفرة، ومع فتح المناكير يتم توسيع الفتحة وتخليخ للنسج لتأمين طريق لخروج القيح.
- يسحب الملقط للخارج والمناكير مفتوحة، مما يساعد على تخليخ كثير للنسج.
- يجب تمسيد النسج الرخوة من الخارج بلطف، لتسهيل تصريف القيح.

المبادئ الأساسية في معالجة الإنتان



- وضع نازح (مُفجر) مطاطي ضمن الحفرة وتثبيتته بخيطة على جهة واحدة من الشق، وذلك بهدف إبقاء الشق مفتوحاً لإفراغ مستمر للقيح جديد التشكل.
- إزالة السن المسبب بسرعة قدر الإمكان، إذا كان السن مستطب للقلع، وذلك لضمان تصريف فوري للمواد الناتجة عن الالتهاب، وللتخلص من منطقة الإنتان.
- يجب تجنب القلع عندما يكون المحافظة على السن ممكناً، أو عندما يكون هناك تزايداً للخطر بسبب حدوث مضاعفات خطيرة في حال تم إزالة السن.

المعالجة الدوائية للإنتانات سنية المنشأ

□ تحديد الحاجة لإعطاء الصادات:

■ يوجد اعتقاد خاطئ بوجود إعطاء الصادات الحيوية في جميع حالات الإنتان ، ولكن في الواقع توجد حالات تكون الصادات فيها غير مفيدة بل حتى غير مستطبة .

□ لتحديد وجود الحاجة إلى إعطاء الصادات يجب أخذ ثلاثة عوامل هامة بعين الاعتبار:

■ العامل الأول: هو خطورة وشدة الحالة الإنتانية عند قدوم المريض، فإذا سبب الإنتان حدوث انتباج أو تطور بسرعة أو كان بشكل التهاب نسيج خلوي منتشر فإن الأدلة تدعم استخدام الصادات بالمشاركة مع المعالجة الجراحية.

■ العامل الثاني: هو إمكانية تحقيق معالجة جراحية كافية.

• في كثير من الحالات يؤدي قلع السن المسببة إلى تراجع الإنتان بسرعة ، وبعكس الرأي الشائع فإن قلع السن في حال وجود الإنتان لا يشجع على انتشار هذا الإنتان.

• أظهرت عدة دراسات أن قلع السن المسبب للإنتان يسرع من تراجع ذلك الإنتان ويقلل من حدوث الإختلاطات كالحاجة لدخول المشفى أو إجراء الشق والتفجير خارج الفموي.

• لذلك يُشجّع على إجراء القلع العاجل للسن/الأسنان المسببة للإنتان. ولا توجد ضرورة لإعطاء الصادات قبل القلع.

• لكن في حال عدم إمكانية القيام بالإجراء الجراحي المناسب بشكل فوري فإن الصادات تعتبر ذات فائدة في كبح أو إبطاء تقدم الإنتان .

■ العامل الثالث: هو حالة دفاعات المضيف المريض، ففي حالة مريض شاب بصحة جيدة يكون جسم المضيف قادرا على حشد دفاعاته ولا توجد حاجة للصادات لمعالجة إنتان ذو خطورة منخفضة.

• أما المرضى ذوي المقاومة المنخفضة كالذين يعانون من أمراض استقلابية شديدة (السكري أو الخاضعين للعلاج الكيميائي من السرطان) فيحتاجون إلى معالجة فعالة بالصادات حتى في للإنتانات منخفضة الخطورة

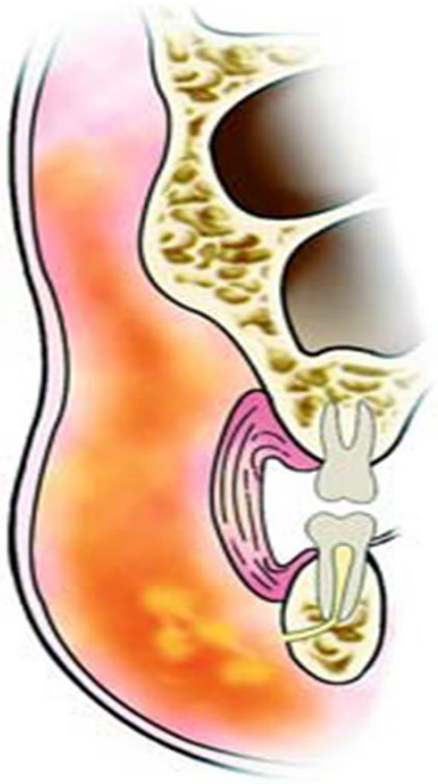
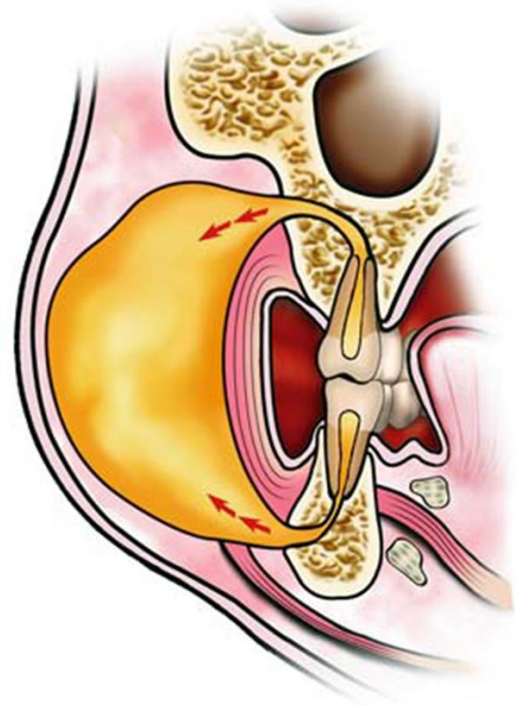
الخراج والفلغمون

الفلغمون Phlegmon

حالة التهابية حادة منتشرة في النسيج الرخوة، تتوضع في النسيج الخلالي الموجود تحت الجلد، في العضلات أو الصفاق العضلية، في العقد اللمفاوية (التهاب حاد منتشر ضمن 2-3 أو أكثر من المسافات الخلالية)؛ يسمى أيضاً **التهاب الهل Cellulitis**

الخراج Abscess

هو تجمع محدود للقيح داخل تجويف يتشكل نتيجة التحلل الذي يصيب الخلايا أو النسيج الخلالية الواقعة تحت الغشاء المخاطي، تحت الجلد بين النسيج العضلية والصفاقية، في العظام أو في العقد اللمفاوية.

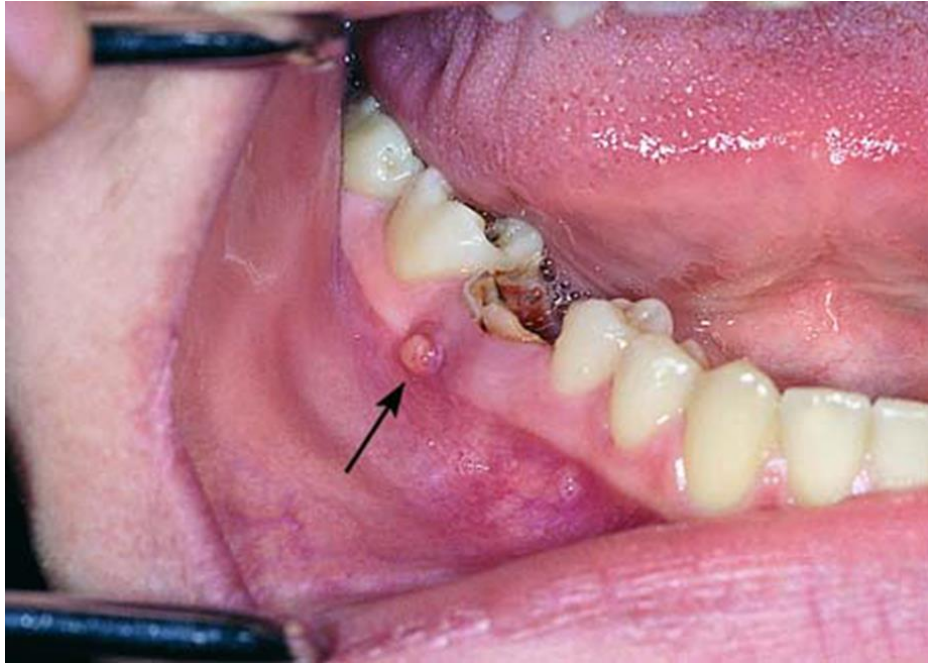




الخراجات السنية السنخية المزمنة Chronic Dentoalveolar Abscess

- إن العديد من الإلتانات السنية المنشأ الحادة، والتي اذا لم يتم معالجتها في وقتها، تتطور إلى انتانات مزمنة، مسببة تصريف غريزي داخل الفم أو على الجلد.
- تتسبب الانتانات المزمنة في تطوير الناسور، والتي من خلالها يتم نرح دفعات مصلية قيحية أو دموية قيحية بشكل دوري من حفرة الخراج حتى تفرغ. ثم تغلق وتبقى مغلقة حتى تراكم قيح جديد.
- يمكن للقيح أن لا ينصرف عبر النواسير، لكن يمكن أن يتم امتصاصه بواسطة الأوعية الدموية أو العقد اللمفية في الجسم.





الخراجات السنية السنخية المزمنة Chronic Dentoalveolar Abscess

- الخراجات السنية السنخية المزمنة غالباً ما تكون غير مصحوبة بأعراض.
- أحياناً، يظهر ألم خفيف ومتقطع (والذي ينتج من انسداد مؤقت للناصور) أو وذمة خفيفة واحمرار النسيج الذي يلاحظ في منطقة النسيج حول الذروية.
- السن حساسة على القرع واللب في الأسنان المسببة تكون غالباً غير حية عند الفحص.



الخراجات السنية السنخية المزمنة Chronic Dentoalveolar Abscess



- تتطور النواسير السنية السنخية داخل وخارج الفم.
- النواسير داخل الفم غالباً ما تلاحظ دهليزيا وفي حالات نادرة على اللساني أو الحنكي.
- النواسير خارج الفم هي نتيجة تقيح مزمن في الخد، المنطقة الذقنية، أو القسم العلوي من العنق.
- مفرزات الناسور تجف على الجلد، فينتج مظهرا ذو سطح قشري.
- شعاعيا، تلاحظ شفافية محددة أو منتشرة شاملة في حالات الخراجات السنية السنخية المزمنة، والتي تنتج عن تخريب العظم.

معالجة الخراجات السنية السنخية المزمنة

- المعالجة تتألف من إزالة الإنتان من السن المسببة بواسطة معالجة لبية أو بالمشاركة مع المعالجة الجراحية (عملية قطع ذروة)، المعالجة اللبية لوحدها قد لا تكون كافية .

- غالباً في النواسير داخل فموية، يختفي سبيل الناسور بعد عدة أيام من بدء المعالجة اللبية، بدون الحاجة لاستئصال الفتحة الناسوبية.

- في النواسير الخارج الفموية، وبالرغم من معالجة موقع الإصابة، يجب أن يستأصل سبيل الخراج حتى التجويف العظمي، وبعد إزالة الأنسجة المتموتة، يجب أن يخاط بشكل محكم.

- قلع السن في حال وجود استطباب للقلع.





The end