

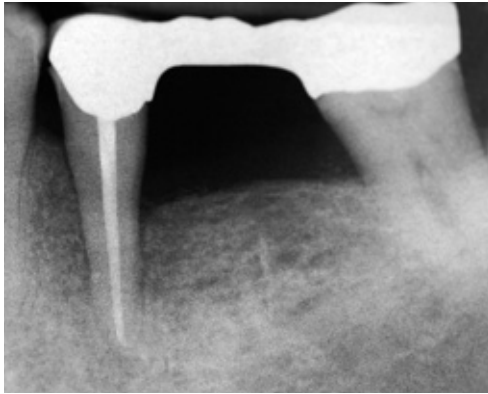
إزالة الجيوب اللثوية مقابل التجدد النسيجي

وقد ساهمت الدعاية الصريحة للتجدد النسيجي حول السني في السنين الأخيرة في تقوية الصيت السيء لطريقة جراحة الجيوب القديمة، إلا أن التوقعات الأولية الكبيرة للترمم النسيجي انتهت بخيبة أمل عكس التوقعات السابقة، وبينما يجري باستمرار العمل على طرائق ومواد جديدة لتحسين تنبؤات الترمم النسيجي وتوسيع استطبائاته، فإنه علينا إعادة تقييم مستوى الترمم النسيجي وجراحة الجيوب اللثوية باستمرار في طب الأسنان الحديث.

هنا لا بد من طرح السؤال؟ هل حقق الترمم النسيجي التوقعات الكبيرة؟ وهل هو محق الصيت السيء للمعالجة حول السنية الانتقائية؟ ويهدف العرض التالي إلى إيضاح أن طريقتي العلاج ليستا متناقضتين، وأنه لا يمكن تصنيف

لا يمكننا القول إن الجراحة حول السنية الاستئصالية للجيوب اللثوية تتمتع بصيت حسن في القرن الواحد والعشرين، فالطريقة العنيفة في الماضي والواسعة الاستطباب حسب الرؤية الحالية تؤدي إلى أعناق أسنان منكشفة وحساسية شديدة للعلاج ونتائج جمالية سيئة في المناطق الأمامية، إلا أن خيار الترمم النسيجي والزرع السني لم يكونا متوفرين في العقود الماضية.

الشكل أ-ج: يقدم الترمم خياراً واعداً للمعالجة المحافظة للأسنان بدلا من القلع والزرع.



الشكل 1ج: أمكن بالمعالجة الترممية المحافظة على السن ٣٥.



الشكل 1ب: تشكل المعالجة المحافظة للنسج الرخوة والتنظيف الجذري للسطح الجذري والأفة حول السنية وكذلك الاستخدام الصحيح لمواد الترمم معياراً حاسماً لنجاح المعالجة.



الشكل 1أ: الصورة الأولية تظهر آفة حول سنية متقدمة حول السن ٣٥.

SUMMARY

POCKET ELIMINATION VERSUS REGENERATION

The introduction of tissue regeneration into periodontal therapy has brought fundamental changes to dental treatment planning and enabled new treatment approaches. By contrast, resective therapy to eliminate pockets has the reputation of an antiquated treatment method. This article will illustrate that the two techniques are by no means mutually exclusive and must often indeed be used in combination. Since peri-

odontal regeneration depends greatly on optimal patient cooperation and the skill of the dentist and works predictably only with certain defects, the range of indications until today has been limited and is restricted to three-walled defects, deep two-walled defects and grade two furcations defects. On the other hand, pocket elimination is indicated only in early stages of periodontitis and serves to create physio-

logical tissue architecture to prevent further bone atrophy. The present study summarizes the principles of and indications for regenerative and resective periodontal therapy and explains the conditions necessary for a successful treatment outcome to counteract unrealistic expectations of regeneration and avoid undesirable / unwanted / unintended consequences of pocket elimination.

الاستطباقات	الترميم	الإزالة
<ul style="list-style-type: none"> • الآفات ثلاثية الجدران • الآفات ثنائية الجدران العميقة • مفترق الجذور من الدرجة الثانية 	<ul style="list-style-type: none"> • التخرّب العظمي الأفقي • تشكل الجيوب بسبب النتوءات العظمية • الآفات الضحلة أحادية وثنائية الجدران • مفترق الجذور من الدرجة الأولى 	
الشروط	<ul style="list-style-type: none"> • المريض: – عناية فموية ممتازة – التقيد بالتعليمات بعد العمل الجراحي – غير مدخن – دون أمراض جهازية تؤثر على شفاء الجروح • الطبيب: – عمل جراحي دقيق خال من الأخطاء 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود مستوى عظمي كاف بعد القطع • في المناطق غير الجمالية (باستثناء حالة تخطيط تعويض صناعي) • إذا كان القطع لا يكشف مفترق الجذور

الجدول ١: بينما يجد الترميم استطباقاته أساساً في الآفات العميقة، تستطب إزالة الجيوب في الآفات الضحلة، ويرتبط النجاح في كلتا الطريقتين بتحقيق شروط محددة، وبتعلق النجاح في الترميم النسيجي بشدة بتعاون المريض ومهارة الطبيب وشكل الآفة.

التلوث البكتيري كما في الوسط الفموي متطلبات كبيرة في الأنسجة المحلية ويمكن توقع النجاح في حالة توفر المتطلبات الأولية (الجدول ١).

يمكن للعناية الفموية الممتازة تخفيض عدد البكتيريا في الوسط الفموي السهل التلوث وتوفير حالة مستقرة للنسج الرخوة المحلية، مما يعد شرطاً ضرورياً لنجاح عملية الترميم، وأي اضطراب بسيط في الأسابيع الحرجة الأولى بعد العملية يمكن أن يؤثر بشدة على شفاء الجرح، لذا لا بد من التقيد التام بالتعليمات بعد العمل الجراحي.

ومن المعروف أن نسبة النجاح لدى المدخنين أقل ويمكن مناقشة إمكان عدم إجراء عمليات الترميم النسيجي لدى المدخنين عموماً. أما المصابون باضطرابات جهازية تؤثر في عملية شفاء الجروح كالداء السكري غير المراقب أو الأمراض الدموية أو الإيدز فيستثنون تماماً من عمليات الترميم النسيجي.

وإلى جانب تعاون المريض فإن قدرة الطبيب المعالج ذات أهمية حاسمة، فالتقييم الذاتي الواقعي للإمكانات لا بد منه، فالترميم النسيجي يصنف على أنه من أنواع المعالجات المعقدة التي تتطلب المعرفة النظرية الواسعة والخبرة

يمكن للجوء للترميم النسيجي باستخدام مواد مختلفة وتطبيقها معاً مع الغشاء أو بدون وكذلك مع مواد مالئة للعظم أو بدونها وأيضاً مع عوامل النمو أو بدونها، وفي ما يلي نستعمل الترميم النسيجي كعنوان عريض لطرائق متعددة.

مبادئ إزالة الجيوب اللثوية

بينما لا يتجاوز عمر الترميم النسيجي بضع سنين وذلك عبر تطوير مواد وتقنيات حديثة، فإن إزالة الجيوب اللثوية ترجع إلى بداية القرن الماضي، وهي بذلك الطريقة الأكثر تقليدية بين طرق المعالجة حول السنوية، وتعتمد الطريقة على الاعتقاد بأن الجيوب اللثوية لا يمكن تنظيفها من قبل المريض وأن الجراثيم اللاهوائية والسلبية الغرام تحتل قعر هذه الجيوب مما يسبب سرعة التخرّب العظمي، وللوقاية من هذا التخرّب المتسارع يجب إعادة العناية الفموية السليمة وإيجاد زمرة جرثومية طبيعية عبر إزالة الجيوب العميقة، وهذا ما يتحقق بإعادة بناء جراحية للبنية العظمية الفيزيولوجية، وخلالها يتم استئصال العظم الملاصق والتضحية بقسم من النسيج الرباطي السليم.

استطباقات الترميم النسيجي

يستلزم ترميم نسج مختلفة تشمل الملاط الجذري والرباط والعظم وذلك في وسط سهل

طريقة على أنها حديثة والأخرى قديمة، وأن الطريقتين تحتلان مكاناً ثابتاً في المعالجات حول السنوية وأنهما تتكاملان في غالبية الحالات.

مبادئ الترميم النسيجي

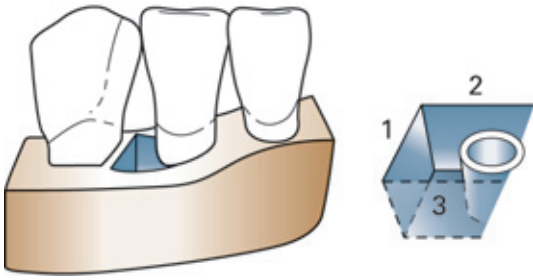
يهدف الترميم النسيجي إلى إعادة بناء النسج حول السنوية المفقودة من ملاط ورباط حول سني وعظم (الأشكال ١١-١٢ ج).

في تقنية الترميم النسيجي الموجه GTR التقليدية يتم بعد التنظيف التام لسطح الجذر الملوث والآفة حول السنوية تطبيق غشاء خاص فوق الآفة العظمية، مما يعطي الفرصة للاندخال البطيء لخلايا الرباط والعظم لأداء مهمتها في ترميم الآفة، دون إعاقة من قبل الخلايا البشرية والضامة، وفي بعض الحالات هناك حاجة لملاء الآفة بمواد مالئة معوضة للعظم وذلك لمنع انخساف الغشاء ضمن الآفة.

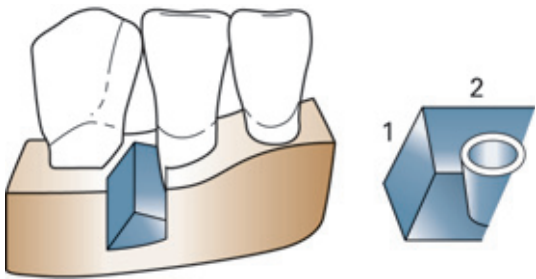
ويمكن دعم الخلايا المرممة حيويًا بتطبيق عوامل النمو، ومن أكثرها استخداماً حالياً بروتين اللحمة المينائية (Enamel Matrix Derivative, EMD)

وبما أن هذا البروتين لا يشجع نمو الخلايا المولدة للليف والعظم فقط بل يمنع بنفس الوقت اندخال الخلايا البشرية فإنه من الممكن استخدامه دون تطبيق الغشاء.

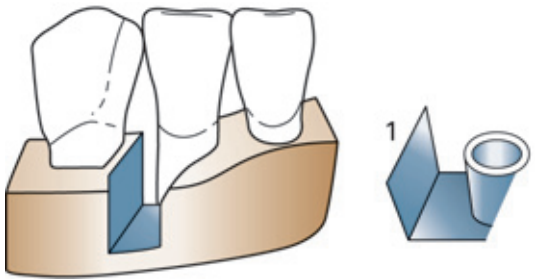
الشكل آ٢-ج: شكل الآفة كمؤشر حاسم للقرار العلاجي.



الشكل آ٢: تقدم الآفات ثلاثية الجدران بيئة ملائمة للترمم حول السنينة.



الشكل ٢ب: في الآفات ثنائية الجدران نفتقد الحدود التي يقدمها الجدار الثالث لذا يكون الترمم حول السنينة أقل امكانية للنجاح من حالة الآفات ثلاثية الجدران.



الشكل ٢ج: لا يتوقع أن يكون الترمم واعدأ في الآفات وحيدة الجدار.

الجيدة في الجراحة حول السنينة، فلا يمكن اختيار الحالات المناسبة دون تفهم تام لمراحل الشفاء، كما لا يمكن التعامل اللطيف مع الأنسجة والاستئصال الدقيق للنسيج الحبيبية والتطبيق الدقيق للغشاء والإغلاق المحكم للجرح دون خبرة جراحية حول سنينة كافية، ويؤدي نقص أي من الشروط السابقة إلى الفشل كاحتمال كبير، لذا فالتعاون المثالي بين المريض والطبيب ضروري جداً لنجاح المعالجة الترممية.

Copyright

The Low Radiation Sensor* With the Best Images

suniray

- New Impact Protection Technology
- Low Radiation +- 40ms
- Faster Acquisition**
- Crystal Clear Images
- Compact & Portable USB System
- Superb AIM Filter
- Safety Cable Release
- CMOS FOP

*An independent, non-profit, dental education and product testing foundation, Clinicians Report[®], May, 2012
**depending on PC

+ 1 408 227 6698 www.suni.com
international@suniray.com

DESIGNED, FABRICATED AND BUILT IN THE USA

Also Available: Dr. Suni Plus,
the worlds thinnest sensor!

suniray

كما سبق ذكره لا يمكن توقع نجاح الترمم في حالة الآفات أحادية أو ثنائية الجدران الضحلة ولذلك لا ينبغي معالجتها بالترمم بل جراحياً طالما لم تتحقق الشروط التالي شرحها.

ينصح بالمعالجة المبكرة لآفات مفترق الجذور، وللأسف لا نتوقع نجاح الترمم في أغلب حالات آفات مفترق الجذور الضحلة، لكن عبر معالجة جراحية بالتكامل بين التصحيح السني والعظمي يمكن القضاء على آفات مفترق الجذور المبكرة بشكل قابل للتنبؤ.

لأنه في المعالجة الجراحية تتم التضحية بالعظم الحامل للسن في كثير من الحالات يمكن تطبيق المعالجة الجراحية فقط في حالات لا يكون فيها القسم الرباطي الحامل للسن متراجعا بشدة وذلك بهدف المحافظة على بناء عظمي فيزيولوجي، لذا تقتصر استطببات المعالجة الجراحية على الآفات الضحلة ذات العمق المتوسط للجيوب ٥-٦ مم، أما في الآفات الأعمق من ٦ مم، فإن إعادة البناء العظمي الفيزيولوجي دون أضرار مباشرة غير ممكنة في أغلب الحالات، لذا يجب الابتعاد عن المعالجة الجراحية في الآفات المتقدمة.

كما أن المعالجة الجراحية مضاد استطببات في الأسنان الأمامية بسبب أثارها الجمالية المحتملة، وحيث أن الأسنان الأمامية وحيدة الجذر وتسهل العمل بالأدوات فإنه يفضل اللجوء للمعالجة غير الجراحية المحافظة في مثل هذه الحالات، إلا أن ذلك لا يسري على الحالات التي نخطط فيها لمعالجة تعويضية لاحقاً حيث يمكن تغطية النتائج الجمالية لإزالة الجيوب بالتعويض الصناعي.

في الأرحاء ذات الجذور القصيرة ينبغي الحذر الشديد أثناء القطع العظمي حيث أننا خلال السعي لإعادة البناء العظمي الفيزيولوجي قد نكشف مداخل مفترق الجذور مما يؤدي إلى مشاكل حول سنية جديدة قد يصعب التغلب عليها.

المعالجة التشاركية

في كثير من الحالات لا تكون الآفة حول السنية واضحة الاستطببات للمعالجة الترممية أو الاستئصالية وإنما تشاركاً بين أشكال مختلفة من الآفات مما يجعل من الضروري استعمال التقنيتين بشكل متزامن (الأشكال ٣ أ حتى هـ)، فنادرًا ما نجد آفات عميقة قابلة

ويلعب تشكل الآفة حول السنية دوراً حاسماً في تخطيط المعالجة، فإذا ما كانت الآفة ثلاثية الجدران العظمية (الشكل ٢أ) فلدينا ثلاث مصادر للخلايا المرمة وثلاث حدود للحماية، وإذا ما توفرت الشروط السابقة الذكر فإن الآفات ثلاثية الجدران العظمية ينبغي أن تعالج عموماً بالترمم النسيجي.

إذا ما كان لدينا آفات ثنائية الجدران العظمية (الشكل ٢ب) فإن تدفق الخلايا المرمة من جميع الجهات والحدود المثالية لم تعد متوفرة، رغم أن الترمم النسيجي للآفات ثنائية الجدران العظمية أقل نجاحاً إلا أن الترمم النسيجي يشكل خياراً جذاباً بالمقارنة مع المعالجة غير الجراحية المحافظة على السن أو القلع، وحيث أنه في الآفات ثنائية الجدران الضحلة نتوقع فعالية أقل للترمم فإن المعالجة لا تكون بالترمم بل عبر البتر أو الطرق المحافظة غير الجراحية، وعلى ضوء توقعات النجاح السيئة ينصح في الآفات الوحيدة الجدار فقط استئصالياً بالمعالجة بالترمم (الشكل ٢ج).

نتوقع نتائج جيدة في حالات مفترق الجذور من الدرجة الثانية، والتي تقع أساساً في الفك السفلي أو الأرحاء العلوية التي يسهل الوصول فيها دهليزياً إلى مفترق الجذور، أما آفات مفترق الجذور من الدرجة الثالثة في الفك السفلي وأكثر في العلوي فإن الترمم فيها لا يصلح.

استطببات إزالة الجيوب اللثوية

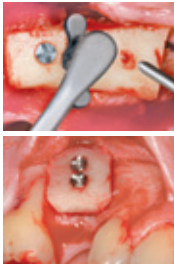
بينما يستطب الترمم النسيجي في الآفات العميقة ويهدف إلى تصحيح الأضرار المتقدمة فإن المعالجة الجراحية تهدف إلى التخلص من الآفات الضحلة في مراحلها المبكرة وإعادة بناء العظم والنسج الرخوة مما يقي من تقدم التخرّب حول السني (الشكل ١).

في حالة التخرّب العظمي الأفقي، حيث تنشأ الجيوب حول السنية بسبب تغير هندسة العظم فيزيولوجياً، يمكن عادة الوصول إلى بناء نسج رخوة فيزيولوجية وحبوب ضحلة عبر تكييف بسيط للبناء العظمي، وهذا ممكن في كثير من الحالات دون بتر عظمي، ويسري هذا أيضاً على الحالات التي تسبب فيها النتوءات والارتفاعات العظمية تشكل الجيوب، باستئصال هذه النتوءات يمكن للنسج الرخوة أن تنطبق على السن بشكل أفضل وبهذا نتخلص من الجيوب العميقة المتواجدة.



A-DE 10002

Aesculap® Dental Bone Fixation



Easy Handling – Excellent Results

Bone Fixation Forceps:

- Delicate and adaptable working tips
- Universal application
 - upper and lower jaw

Screws:

- Highest stability
- Smallest possible screw head
- Biocompatible
- Easy removal of residues

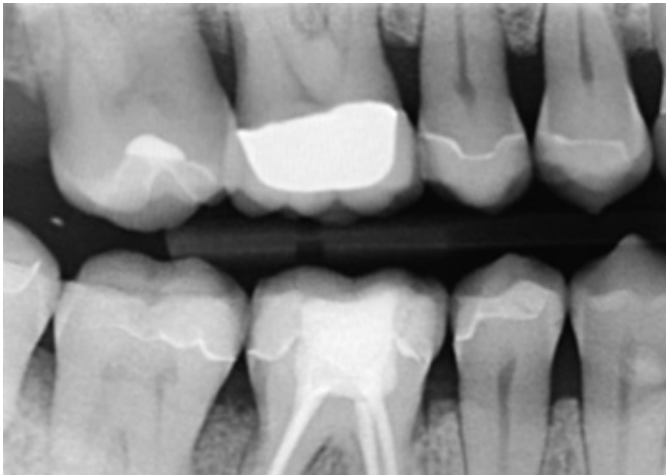
B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Aesculap AG
Am Aesculap-Platz
D-78532 Tuttlingen · Germany
Phone +49 7461 95-2496
Fax +49 7461 78980
eMail dental@aesculap.de
www.aesculap-dental.com



الشكل ٣ب: الآفة العظمية ثنائية الجدران بين السنين ٤٦ و٤٧ تبدي تكاملاً بين البناء العظمي غير الفيزيولوجي والنتوءات العظمية.

الشكل ٣: صورة شعاعية قبل المعالجة مع تخرب عظمي بين السنين ٤٦ و٤٧.



الشكل ٣د: في الخطوة الثانية يمكن إجراء الترميم في الآفات الملاصقة.

الشكل ٣ج: إعادة بناء المسار العظمي المناسب وإزالة النتوءات العظمية تكون الخطوة الشرطية الأولى لبناء تشريحي فيزيولوجي للعظم والنسج الرخوة.

للمواد والتقنيات الجراحية في الأعوام الأخيرة، ما يزال مجال استطببات الترميم النسيجي الموجه محدوداً، وما تزال طريقة إزالة الجيوب تحتل مكاناً ثابتاً في المعالجات حول السنية، ولا تتعارض مجالات استطببات كل من الطريقتين، بل عليها أن تتكامل في كثير من الحالات.

للمعالجة بالترميم دون مكونات وحيدة الجدار أو نتوءات عظمية، وتساعد إعادة البناء العظمي الفيزيولوجي وإزالة الزوائد العظمية في خلق شروط مناسبة لانطباق النسج الرخوة وبالتالي المعالجة بالطرق الترميمية، ويعتبر التفهم الأساسي لاستطببات أسلوبي العلاج واستخدامهما في حالات المرضى بشكل انتقائي مهماً للوصول إلى النتائج المرضية.

Alexander Schrott
Dr.med.dent.,DMD,MMSc
Boston, USA
alexander_schrott@hsdm.harvard.edu

Quintessenz 2012; 63(12):1559-1565

خاتمة

عموماً يفضل اللجوء إلى الترميم بدلاً من استئصال النسج المتوفرة، لكن هذا يسري فقط في حالة توقع الوصول إلى هدف المعالجة الترميمية، فرغم التطور المتقدم