

الجامعة السورية الخاصة

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

م. د. جنى السالم

الجراحة الفموية لدى المريض الطفل

Oral surgery for the pediatric patient

إن الخطوة الأولى للتدبير الجراحي تكون بالتشخيص من خلال أخذ القصة المرضية والفحص السريري، والتصوير الشعاعي. ثم تتم دراسة خطوات العمل وتسلسلها بالإضافة إلى الاختلاطات المحتملة وتدبيرها قبل البدء بالتخدير والعمل الجراحي.

ويجب معرفة مدى تعاون الطفل اعتماداً على عمره وصحته العامة وهل هناك حاجة لاستخدام التركيب الواعي بغاز النايترس أوكسايد أو التركيب الفموي أو العضلي أو الوريدي أو المشاركة بين هذه الطرق.

الأدوات المستخدمة في الجراحة الفموية لدى الأطفال :

- فاتح الفم Bite block (بلاستيكي أو معدني) ويجب ربط فاتح الفم البلاستيكي حين استخدامه خوفاً من استنشاقه.

- المبعدات Retractors: وهي مبعدات للخد والشريحة مثل Minnesota retractor and Austin retractor

ومبعدات اللسان بشكل القلب مثل Weider (sweetheart retractor).

- الماص الجراحي عالي الطاقة والمزود برؤوس جراحية Fraser suction tips تسمح بالتحكم بقوة الشفط. بالإضافة إلى رؤوس جراحية أكبر تسمح بشفط البقايا الأكبر حجماً خوفاً من ابتلاعها.
- الكلابات والروافع ورافع السمحاق وملاقط النسيج وإبر الخياطة والخيطان وغيرها...

بعض الإجراءات الجراحية لدى الأطفال في العيادة السنية:

تتضمن الإجراءات الجراحية لدى الأطفال والتي يمكن إجراؤها في العيادة السنية ما يلي :

1- الجراحة السنية السنخية Dentoalveolar surgery : وتشمل القلع البسيط بشكل رئيس.

2- جراحة النسيج الرخو Soft tissue procedure : تشمل قطع اللجام الشفوي ولجام اللسان...

3- جراحة العظم السنخي Alveolar ridge procedure :مثل استئصال الورم السني ..Odontoma

القلع البسيط Simple exodontia:

إن استطبانات القلع لدى الأطفال مشابهة لتلك لدى البالغين: أسنان منخورة غير قابلة للترميم، آفات ذروية، كسورالتاج أو الجذر، بقاء مديد للسن المؤقتة بسبب الالتصاق أو الامتصاص الشاذ للسن المؤقتة.

ويجب إجراء صورة شعاعية قبل القلع للتحري عن حجم الجذور وما يحيط بها، درجة امتصاصها، علاقتها مع السن الدائمة، وامتداد الآفة.

يتطلب القلع البسيط للأسنان المؤقتة تعديلات بسيطة عما هو عليه عند البالغين :

- الانتباه إلى قرب برعم السن الدائمة من السن المؤقتة الواجب قلعها.
- جذور الأسنان المؤقتة غير الممتصة أطول وأنحف ومتباعدة.

في البداية، يستلقي الطفل بوضعية شبه الاستلقاء ويكون فمه أخفض أو على مستوى رسغ اليد التي يعمل بها الطبيب.

عندما يستطب القلع أو الجراحة في الفك العلوي يتوضع الطفل بشكل تكون السطوح الإطباقية العلوية بزاوية 60°-90° مع الأفق . أما عندما يستطب العمل في الفك السفلي فيتوضع الطفل بشكل تكون السطوح الإطباقية السفلية موازية للأفق أو بزاوية 45°.

الخطوة الأولى لإجراء القلع : هي فصل ارتباط النسيج الرخو عن عنق السن. ويستخدم لذلك الرافعة

#9 Molt Elevator، الصورة (1) ، التي لها طرفان طرف ذو نهاية حادة تستخدم للبدء بالفصل ويتم وضع هذا الطرف في المنطقة الملاصقة الموافقة لأنسي الحليمة اللثوية ويتم تحريك الرافعة

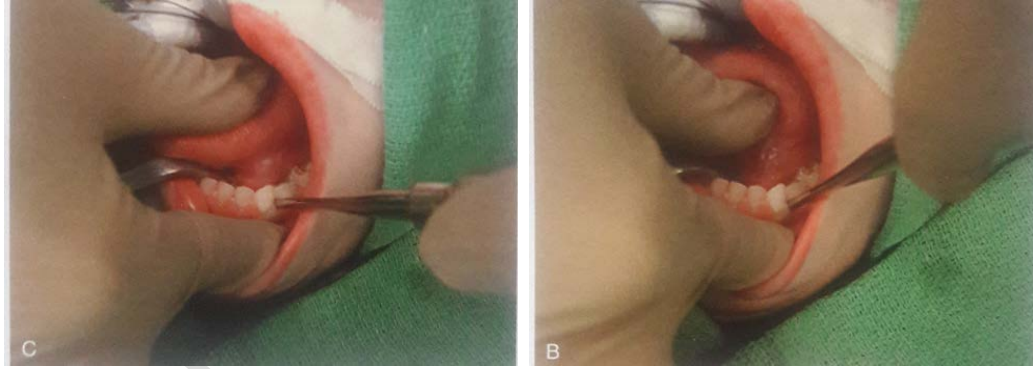
بحركة فتل فترتفع الحليمة ثم يتم إدخال الرافعة ضمن الميزاب على طول القنزعة السنخية، ويمكن أن تجرى الطريقة نفسها من الجهة اللسانية أو الحنكية للسن، وبهذه الطريقة يتم فصل النسيج الرخو عن السن.

أما الطرف الثاني المدبب للرافعة فيستخدم عند الجراحة لإبعاد الشريحة بحركة دفع للحصول على شريحة كاملة الثخانة (مخاطية سمحاقية).



الصورة (1) Molt 9# elevator:

في الخطوة الثانية: تتم قفلة السن باستخدام الرافعة المستقيمة، (وهي الأكثر استخداماً لإنجاز هذه الخطوة) ويتم إدخالها بشكل عمودي على السن في المستوى المحوري ويتم توجيهها إما بزاوية 45° مع المستوى الإطباقى الصورة (2) أو موازية للمستوى الإطباقى الصورة (3)، ويتم فتل الرافعة بعد ذلك فيقلل السن بشكل بسيط.



الصورة (2) : توجيه الرافعة بزاوية 45° الصورة (3) : توجيه الرافعة بشكل مواز لمستوى الإطباق

في الخطوة الثالثة: تستخدم الكلابات لقلع السن .

إن كلابات الأسنان المؤقتة مشابهة لقلابات الأسنان الدائمة ولكنها أصغر حجماً. وهناك قواعد لانتقاء الكلابة لقلع الأسنان المؤقتة:

1- يجب أن يتوافق شكل مخالب الكلابة مع شكل جذر السن.

- 2- يجب أن تكون مخالب الكلابة عندما تحيط بعنق السن موازية للمحور الطولي للسن.
- 3- يجب أن يكون حجم مخالب الكلابة صغيراً بحيث لا تؤذي السن المجاورة عند القلع.

يتم وضع مخالب الكلابة تحت النسيج اللثوي الذي تم إبعاده ويجب أن تحيط بالسن بثبات. إن أول قوة يطبقها الطبيب عند استخدام الكلابة تكون موجهة بالاتجاه الذروي، ثم يتم تحريك الكلابة مع السن دهليزياً مما يوسع السنخ وعندها يتم تحريك السن لسانياً أو حنكياً. تستخدم اليد الأخرى بحيث يتم وضع الإبهام والسبابة حول السطح الدهليزي واللساني للسنخ (في حال كانت السن علوية، أو سفلية يميني)، في حين تحيط الأصابع الثلاثة (إبهام وسبابة ووسطى) بالعظم السنخي للسن في الفك السفلي الأيسر؛ وعندها يحس الطبيب باتساع السنخ بشكل كاف مع حركة الكلابة، يتم إخراج السن بالاتجاه الدهليزي بلطف ويزال السن.

في حالات القلع الجراحي يجب الامتناع عن استخدام القبضة التقليدية لتفريغ العظم، بل تستخدم القبضة الجراحية لأنها تخرج الهواء في مكان بعيد عن العمل الجراحي. أما الهواء الخارج من القبضة التوربينية عالية السرعة فيتجمع تحت الشريحة ويفرق النسيج ويؤدي إلى انتباج المنطقة. وعند قطع العظم تدخل فقاعات الهواء ضمن الأقنية الوعائية داخل العظم وتعتبر هذه الفقاعات ضمن الجريان الدموي مما يسبب صمة في أعضاء حيوية. قد ينكسر جذر سن مؤقتة أثناء القلع، وعلى طبيب الأسنان محاولة إزالته باستخدام الرافعة بالشكل الصحيح .

وفي حال كان الجذر صغيراً أو في حال بقيت ذروة السن، فإن محاولة إخراجها قد تؤدي إلى أذية برعم السن الدائمة، عندها يجب تركها وتجرى صورة شعاعية ويتم إعلام الأهل وعادة لا يسبب بقاء الجزء الصغير المكسور أية مشاكل فقد تمتص أو تهاجر باتجاه اللثة وتظهر عند بزوغ السن الدائمة.

✚ قلع السن الملتصقة:

- تبدو السن الملتصقة Ankylosed tooth غائرة في السنخ بسبب تطور العظم ونموه حولها الصورة (4) و (5) .
- قد تكون جذور السن الملتصقة غير ممتصة أو ممتصة جزئياً، أو ممتصة بشكل كامل.

- وفي كل الحالات السابقة لا تبدي السن حركة عند محاولة ضغطها أو تحريكها ويعطي قرعها صوتاً أصماً.

- تكون هذه الأسنان ملتحمة بالعظم المحيط مع زوال الرباط حول السني.

- لا تبدي الصورة الشعاعية درجة الإلتصاق بشكل دقيق ومدى صعوبة القلع.



الصورة (5) : السن الملتصقة سريريّاً



الصورة (4) : السن الملتصقة شعاعياً

طريقة قلع السن الملتصقة:

يتم قلع الأسنان الملتصقة في حال كانت السن الخلف موجودة أما في حال كانت السن الخلف غائبة فيمكن تتويجها بتيجان الستانلس ستيل بحيث يصل سطحها الطاحن إلى مستوى إطباق الأسنان المجاورة .

يفضل عدم قلع السن الملتصقة قبل بزوغ الرحي الأولى الدائمة خوفاً من حدوث إنسلاها أنسياً وفقدان المسافة وفي هذه الحالة أيضاً يمكن تتويج الرحي الملتصقة . ويتم قلعها بعد بزوغ الرحي الأولى الدائمة وتوضع حافظة مسافة مكان القلع إلى حين بزوغ السن الخلف.

أفضل طريقة لقلع السن الملتصقة ذات الجذور المتباعدة وغير الممتصة والتي ستتكسر غالباً عند القلع؛ هي بقص السن إلى جزئين، وفي حال فشل قلعه بعد قصه، عندها يلجأ الطبيب إلى الجراحة. يتم قص السن الملتصقة بإجراء قطع أفقي تحت الحافة العنقية للتاج تماماً باستخدام سنبل شاقة، ثم

يتم إدخال رافعة مستقيمة في مكان الشق ويتم إزالة التاج. ثم تتم إزالة الجذور وذلك وفق الصورة الشعاعية والفحص السريري باستخدام الروافع وفي حال عدم تقلل الجذور يتم عمل شريحة ثم يفرغ العظم حول الجذور بالسنبل الجراحية حتى تتم إزالته وعادة لا تكون عملية التمييز بين العظم وبنية

السن سهلة ولكن يجب أخذ الحذر من عدم قطع كميات كبيرة من العظم والانتباه إلى عدم أذية السن المجاورة . تجرى الخياطة ثم تجرى صورة شعاعية تالية للعمل .
طريقة ثانية تكون بإجراء شق تاجي عمودي بسنبلة التوربين ليتم فصل التاج إلى جزئين والوصول بالفصل إلى ما بين الجذور ومن ثم محاولة قفلة كل جزء على حدا وفي حال فشل ما سبق يتم عمل شريحة وتفريغ العظم حول الجذور ومن ثم القلع .

✚ قلع الأسنان الولادية والوليدية : Extraction of natal and neonatal teeth

تدعى الأسنان التي توجد في فم الطفل عند ولادته بالأسنان الولادية Natal teeth في حين تدعى الأسنان التي تنبغ خلال الشهر الأول بعد الولادة بالأسنان الوليدية Neonatal teeth .
85% من الأسنان الولادية والوليدية هي قواطع مؤقتة سفلية، و 5% فقط من هذه الأسنان يكون زائداً .

يجب إجراء صورة شعاعية لتحديد مدى تطور الجذر مقارنة بالسن المجاورة غير البازغة .
غالباً يكون الجذر غير مكتمل التطور لأنه في هذه المرحلة (بعد الولادة) لا يكون الجذر قد تشكل ويكون فقط خمس أسداس التاج قد تشكل .
في حال كانت هذه الأسنان لا تتحرك بشكل كبير يجب المحافظة عليها فهي ستكتمل مع مرور الوقت وتصبح ثابتة .

في حال كانت السن متحركة بشدة يجب قلعها خوفاً من استنشاقها .
يمكن أن تسبب هذه الأسنان تقرحات بطن اللسان وتدعى هذه الحالة ب Riga Fed disease
وفي حال أصبحت هذه التقرحات مؤلمة عندها يجب تغطية الحواف الحادة للسن بالراتنج المركب .
ويمكن أن تستطب هذه المعالجة أيضاً عندما تصبح الرضاعة مزعجة للأم بسبب تقرح الثدي .
عند قلع هذه الأسنان يجب وضع قطعة من الشاش خلف مكان العمل خوفاً من استنشاق السن أو ابتلاعه .

يجب التقصي قبل القلع عن وجود اليرقان الولادي لدى الطفل لأن قلع السن في هذه الحالة يترافق مع مشاكل نرفية . بكل الأحوال يجب الإنتظار حتى يبلغ الطفل عمر 8-10 يوماً ليتمكن البروترومبين المسؤول عن التخثر في دم الطفل أو يمكن إعطاء فيتامين K عند اللزوم .

الأسنان المنطمرة impacted teeth

الأسنان الأكثر شيوعاً للإنطمار هي وفق التسلسل التالي: الرحي الثالثة، تليها الأنياب العلوية، ثم الضواحك الثانية السفلية، ثم الأرحاء الثانية السفلية والقواطع العلوية. من الشائع أن يكون إنطمار القواطع مترافقاً مع حالة مرضية مثل الورم السني أو السن الزائد. ومن النادر إنطمار أو فشل بزوغ الأسنان المؤقتة.

السن المنطمرة التي تهمنا في طب أسنان الأطفال هي الناب العلوي والسن الأنسية Mesiodens والضاحك السفلي الزائد.

أما نسبة إنطمار الأنياب العلوية فهي 2% ويكون الإنطمار ثنائي الجانب في 8% من الحالات. وتعد نسبة إنطمار الأنياب العلوية أعلى عند الإناث منه عند الذكور ولإنطمار الناب علاقة بالقصة العائلية.

يكون إنطمار الناب حنكياً في 85% من الحالات ودهليزياً في 15% من الحالات. غالباً ما يكون العجز في طول القوس هو سبب إنطمار الناب الدهليزي. أما إنطمار الناب الحنكي فليس له علاقة بعجز طول القوس السنية.

تعد الضواحك الثانية السفلية أكثر عرضة للإنطمار من العلوية وعادة ما تتوضع الضواحك السفلية المنطمرة لسانياً أو في منتصف السنخ. في حين تتوضع الضواحك العلوية المنطمرة حنكياً. من أسباب إنطمار القواطع العلوية: الرض، الإنتان، أو غياب القواطع المؤقتة. وعند فقدان المبكر للقواطع المؤقتة، يتشكل فوق السنخ نسيج مفرط التصنع مما يمنع بزوغ القاطع العلوي الدائم ويساهم في إنطماره.

يميل إنطمار الرحي الثانية السفلية لأن يكون أحادي الجانب وله ميل للحدوث لدى الإناث أكثر من الذكور. من أسبابه، نقص طول القوس السنية، وانحصار الرحي الثانية تحت السطح الوحشي لتاج الرحي الأولى الدائمة السفلية.

وبشكل عام ولتفادي إنطمار الأسنان يجب التقصي الشعاعي للأسنان الدائمة وإجراء قلع فوري للأسنان المؤقتة في حال تبين إمكانية إنطمار السن الدائمة.

في حال وجود إنطمار السن، يجرى جس لمنطقة وجوده دهليزياً وحنكياً / لسانياً لتحديد مكان الإنطمار. وفي حال عدم وضوح الإنطمار بالجس، تجرى الصور الشعاعية المناسبة لكشف مكان الإنطمار.

يتضمن تدبير السن المنظرة :

- 1-المراقبة 2- القلع 3-الكشف الجراحي مع أو دون تبزيع السن تقويمياً 4-الشد الجراحي 5-الزرع الذاتي Autotransplantation

ويتعلق كل مما سبق بعمر المريض، صحة المريض العامة، المشكلة المرضية المرافقة للسن المنظرة، مكان وتزوي السن المنظرة، فوائد الجراحة، خطورة الجراحة، خطورة ونتائج عدم التداخل الجراحي، التكلفة المادية الناتجة عن التداخل أو عدم التداخل الجراحي.

الكشف الجراحي:

أول خطوة قبل إجراء الجراحة هي التحري إن كان هنالك مكان كاف للسن المنظرة على القوس السنية، إذ لا يتم كشف السن إلا بعد تأمين مسافة كافية لها. إن الزمن الأمثل لكشف السن المنظرة هو عندما يقترب جذرها من الإكتمال وعندما تكون الذروة مازالت مفتوحة.

كشف السن المنظرة حنكياً:

- 1- يتم عمل شق في الميزاب بين النسيج الحنكي والسن وعمل شريحة سمحاقية مخاطية كاملة الثخانة. يعتمد إمتداد الشريحة الأمامي الخلفي على المدخل المطلوب تأمينه للوصول إلى السن .
- 2- عادة يظهر تقبب مكان التاج المنظمر وقد يكون العظم المغطي لهذا التقبب رقيقاً سهل الإزالة بالمجرفة أو برافع السمحاق، أو عظماً سميكاً يجب إزالته بقبضة جراحية مع السنبله ومع التبريد الجيد، أو بالإزميل. يتم كشف العظم بشكل جيد .
- 3- يتم وضع حاصرة على السطح الحنكي للسن تسمح للسن بالتحرك باتجاه المكان الواجب أن يرتصف فيه. تتم إزالة الجراب السني بالمجرفة، ويجب الإنتباه إلى عدم رض جذور الأسنان المجاورة والعظم المغطي لها.

- 4- يتم إرجاع الشريحة إلى مكانها الأصلي.
- 5- يتم تفريغ الشريحة (عمل نافذة) في المكان الموافق للحاصرة الملتصقة على السن ليتم ربط الحاصرة بسلسلة تقويمية ويتم وصلها مع القوس التقويمي.
- 6- تجرى أخيراً الخياطة بخيوط قابلة للإمتصاص.
- 7- يمكن تغطية النافذة في الشريحة بضماد لثوي لمدة 4 أيام، أو تترك مفتوحة.

كشف السن المنظرة دهليزياً: يتم بطريقتين؛ إما بالشريحة المزاحة ذروباً أو بالطريقة المغلقة. في الشريحة المزاحة ذروباً، الصورة (6):

- 1- يتم عمل شق أفقي في المنطقة الخالية من السن، مع عمل شقين أنسي ووحشي هذه المنطقة.
- 2- يتم إرجاع الشريحة وكشف السن.
- 3- تتم إزالة العظم حتى الحواف العنقية من السن.
- 4- يتم إصاق الحاصرة.
- 5- تعاد الشريحة إلى الذروي من الحاصرة وعادة على مستوى الحافة العنقية للسن. والهدف من ذلك هو المحافظة على لثة ملتصقة ستنمو بالإتجاه التاجي مع بزوغ السن.



الصورة (6) : الشريحة المزاحة ذروباً

أما الطريقة المغلقة : تستطب هذه الطريقة في حالات إنطمار الناب الدهليزي وفي حالات الإنطمار البعيد عندما لا تكون الشريحة المزاحة ذروباً مستطبة. وتجرى كما يلي :

- 1- إجراء شق في منطقة الميزاب اللثوي والنتوء السنخي مع أو دون تحرير عمودي يسمح بعمل شريحة كاملة الشخانة.
- 2- يزال العظم.
- 3- تكشف السن.
- 4- تلتصق الحاصرة وتوضع سلسلة الشد التقويمي على الحاصرة وترتبط مع القوس التقويمية بخيط حرير.
- 5- ثم تخاط الشريحة بخيط قابل للإمتصاص. وعادة تمتد سلسلة الشد من الحاصرة إلى القوس التقويمية من خلال الشق اللثوي النتوي السنخي الذي أجري في البداية .

زراع الأسنان المنقولة Autotransplantation:

- عملية بديلة لوضع السن المنظرة في مكانها في القوس السنية عندما لا يكون كشفها وجرحها مفيداً. تستخدم هذه الطريقة في الحالتين التاليتين :
- ✓ قلع رحي أولى دائمة أو ثانية غير قابلة للترميم بسبب النخر الشديد ، و زرع الرحي الثالثة مكانها.
 - ✓ نقل الناب العلوي المنظمر في الحالات التي لا يمكن جره.
- طريقة الزرع الذاتي:
- 1- تقلع السن المصابة.
 - 2- يحضر السنخ بإزالة العظم بين الجذور لاستقبال الرحي المنظرة.
 - 3- تقلع السن المنظرة بلطف ويجب الإنتباه إلى عدم تخريب الرباط حول.
 - 4- يجب أن يتم الزرع خلال دقائق حتى تصل السن إلى ما دون مستوى سطح الإطباق للأسنان المجاورة.
 - 5- يتم تثبيت السن فور إعادة زرعها باستخدام سلك تقويمي وتكون المعالجة اللبية للسن وحشوها بماءات الكالسيوم مستطبة بين 6-8 أسابيع بعد الزرع وتجرى الحشوة اللبية النهائية بعد سنة من الزرع.

تبزيع السن جراحياً :

هي طريقة تستخدم لجر الرحى الثانية الدائمة السفلية المنحصرة إلى مستوى الإطباق، الصورة (7). إن الزمن المثالي للقيام بهذه العملية هو عندما يتشكل ثلثي الجذور وتكون الذروة مفتوحة. يجب أن يكون الميلان الأنسي للسن لا يزيد عن 90 ° وألا يكون شفوياً ولا لسانياً. إن الميلان الأنسي المفرط يترافق مع زيادة احتمال خطورة عدم تروية السن وفي هذه الحالة تستطب إعادة الزرع أكثر من عملية التبزيع.

في حين يترافق الميلان اللساني أو الدهليزي المفرط مع نقص سماكة الفنزعة السنخية مما ينقص من ثبات السن وكمية العظم المحيطة بها .



الصورة (7) : إنحصار الرحى الثانية الدائمة

تتم عملية التبزيع الجراحي كالتالي:

- 1- إجراء شق جراحي ميزابي يمتد من أنسي الرحى الأولى الدائمة إلى وحشي دهليزي الرحى الثانية الدائمة.
- 2- تم عمل شريحة كاملة الثخانة ويتم تأمين مسافة كافية وحشي الرحى الثانية بإزالة العظم بالقبضة الجراحية.
- 3- ثم يستخدم رافع السمحاق لرفع السن ويتم إخراج السن إلى مستوى الإطباق.
- 4- يتم تثبيت السن في مكانها باستخدام جبيرة سلكية تقويمية لمدة 2 أسبوع.
- 5- يتم إرجاع الشريحة إلى مكانها ووصف الصادات الحيوية لمدة أسبوع.

✚ استئصال الورم السني :

- الورم السني Odontoma هو أكثر الأورام ذات المنشأ السني شيوعاً والملاحظة لدى الأطفال .
- يتم كشفه شعاعياً بالصدفة عند تأخر بزوغ أحد الأسنان.
- لا يترافق مع ألم ، ويظهر الورم السني بشكل آفة شافة أو ظليلة أو مختلطة وهو بطيئ النمو.
- هناك نوعان من الورم السني : المعقد Complex الصورة (8) ، ويتألف من كتل شاذة حادة من الميناء دون أن يكون مشبهاً بالسن. أما النوع الثاني فهو المختلط أو المركب Compound الصورة (9)، ويحوي بنى سنية عديدة مشبهة بالسن.



الصورة (9) : الورم السني المركب



الصورة (8) : الورم السني المعقد

استئصال الورم السني : يتم رفع شريحة بطول كاف سماقية مخاطية لكشف الورم . وفي حال الضرورة يزال العظم باستخدام سنبله جراحية كروية أو شاقة مخروطية، يكون الورم محاطاً بمحفظة فيتم استئصاله معها ويكون فصله عن العظم سهلاً. تجرى الخياطة بخيطان قابلة للإمتصاص. يتم إرسال العينة لدراستها نسيجياً ثم يغسل مكان الجراحة بالسالين.

✚ استئصال الورم الليفي لمصورات الميناء :

- الورم الليفي لمصورات الميناء Ameloblastic Fibroma آفة سليمة تظهر شافة شعاعياً.
- غير مؤلمة.
- تترافق مع سن غير بازغة في الفك السفلي على الغالب.

- تشاهد عند الأطفال أكثر من البالغين ويكون العظم المحيط بها سليماً.
- المظهر النسيجي: يظهر الفحص النسيجي للورم خلايا مصورة للميناء وخلايا مصورة لليف مع أنسجة ليفية وبعض التكلسات .
- المعالجة:** يجب استئصال هذه الأورام ولا يحدث النكس .

استئصال الأكياس والآفات المشبهة بالأكياس:

1- الأكياس ذات المنشأ السني **Odontogenic cysts** :

- أكثرها شيوعاً الأكياس الحاوية على أسنان Dentinogerous cysts .
- عادة ما تترافق مع سن دائم غير بازغ مثل الناب العلوي المنطمر والضاحك السفلي عند الأطفال والرحى الثالثة عند البالغين.
- أو تترافق مع سن زائد.
- يكشف الكيس بالصدفة شعاعياً عند تأخر بزوغ السن الدائمة.
- المعالجة:** باستئصال هذه الأكياس كاملة مع الظهارة المبطنة لها. وفي حال كانت مترافقة مع رحي ثالثة عندها يتم استئصال الرحي معها. وإلا فيجب بذل الجهد في المحافظة على السن الدائمة واستئصال الكيس وحده. وعلى الرغم من أن هذه الأكياس تبدو سليمة ومبطنة بظهارة شائكة الخلايا إلا انها يمكن أن تتحول إلى أميلوبلاستوما Ameloblastoma ولذلك يجب مراقبة بزوغ السن بعد استئصال الكيس حتى وصوله إلى الإطباق وحدوث الشفاء .
- يمكن معالجة الأكياس المترافقة مع السن المؤقتة بالتكوية بدلاً من الاستئصال خوفاً من تأذي البرعم الدائم.

2- الأكياس الرضية **Traumatic cysts** :

- شائعة لدى الأطفال وخاصة أولئك مفرطي الحركة.
- وحيدة الجانب ومفردة.
- غير سنية المنشأ وتدعى بألم الدم العظمية Aneurysmal bone cyst .
- لا يمكن اعتبارها ككيس حقيقي لأنها غير مبطنة بظهارة بشروية بل تحدث نتيجة الرض والنزف ضمن منطقة العظم مما يؤدي إلى عدم حدوث شفاء طبيعي للعظم وحدوث تجويف عظمي فارغ.

المعالجة: بالتجريف لتشكيل خثرة دموية وحدوث الشفاء من جديد. أما في حال كان الكيس 5 سم فما فوق وحواف الفك السفلي الخارجية رقيقة عندها يستطب وضع طعم عظمي.

3- الكيس البزوعي Eruption cyst:

- آفة مشبهة بالكيس تشاهد في منطقة بزوغ السن الدائمة أو المؤقتة.
 - تحدث نتيجة الرض الناتج عن بزوغ السن وتجمع السوائل والدم فوق تاج السن قبل بزوغه.
 - تشاهد في منطقة الأرحاء وقد تشاهد في المنطقة الأمامية.
- المعالجة:** طمأنة الأهل وعادة ما تمتص هذه الآفات المشبهة بالأكياس بشكل عفوي عند بزوغ السن ويدخل ضمن النسيج اللثوي.
- أما في حال حدوث الإنتان فيتم كشف السن جراحياً بإزالة كامل الآفة المشبهة بالكيس المغطية للسن لضمان عدم حدوث النكس.

العمليات الجراحية في النسيج الرخو Soft tissue procedures:

من آفات النسيج الرخو الأكثر شيوعاً والتي يمكن تدبيرها في العيادة السنية :

1. الكيس المخاطي الإحتباسي Mucous retention cyst أو Mucocele:

وهو آفة سليمة وسببه فرط تجمع اللعاب من غدة لعابية صغيرة تعرضت للرض، مما يؤدي إلى تشكل جدران ليفية محيطية حول السوائل المتجمعة مما يشكل كيساً كاذباً Pseudocyst .
يختلف حجم الآفة حسب كمية السوائل ضمنها والآفة غير مؤلمة، طرية، متموجة عند الجس ويكون لونها كلون اللثة أو مزرق قليلاً، الصورة (10).



الصورة (10) : الكيس المخاطي الإحتباسي

في حال كان زمن بقاؤها مديداً تصبح أكثر تليفاً ويختلط بينها وبين الورم الليفي Fibroma. سببها غالباً الرض وغالباً ما تحدث في الشفة السفلية.
المعالجة: إزالة المحفظة الليفية مع الغدة اللعابية الصغيرة المرافقة لضمان عدم حدوث النكس، وتتم الخياطة بخيطان قابلة للإمتصاص 0-4 .

2. الكيس تحت اللسان Ranula:

كيس مخاطي يحدث في قاع الفم ويترافق مع الغدة تحت اللسان، الصورة (11)، وعند الأطفال يجب التفريق بينه وبين أسواء التشكل للمفاوية.
يعالج الكيس تحت اللسان بالتكوية Marsupialization (أي تفريغ الكيس وربط جدرانه مع مخاطية قاع الفم) أو باستئصال الغدة تحت اللسان. ويبقى احتمال النكس قائماً في حال تمت المعالجة بالتكوية فقط.



الصورة (11) : الكيس تحت اللسان

3. الورم الليفي والورم الحبيبي المكون للقيح Fibroma and pyogenic granuloma:
في حال كانت الآفة صغيرة يتم استئصالها كاملاً وفحصها نسيجياً ويتم ذلك بعمل شق محيط بالآفة مع أخذ حواف سليمة حول الآفة ويتم تحديد عمق الآفة حسب مظهر الآفة وقوامها.

4. قطع اللجام الشفوي Frenectomy:

اللجام هو طية غشائية تجمع بين جزئين فتمنع حركة كل جزء على حدا.
يمتد اللجام الشفوي قبل بزوغ الأسنان وفي الإنسان المؤقت فوق النتوء السنخي ليصل إلى الحليمة القاطعة.

أما في الإنسان الدائم وبعد بزوغ القواطع العلوية يرتبط اللجام إلى الذروي من حافة اللثة الحرة بحيث لا يطبق شداً على اللثة الملتصقة.

وعادة ما يتوضع اللجام في المناطق التالية:

1- في الخط المتوسط بين القواطع العلوية.

2- في منطقة القواطع السفلية.

3- في منطقة الضواحك العلوية والسفلية .

عندما يكون عرض اللثة الملتصقة غير كاف ، يمكن أن يسبب ارتكاز اللجام الخاطئ توتراً مفرطاً في النسج الحفافية للثة ويؤدي ذلك في حال وجود الإلتهاب إلى انحسار اللثة.

تؤكد بعض الدراسات أن وجود لجام أمامي علوي ثخين هو من العوامل المسببة للفراغ المتوسط (الفرجة بين الثنايا) Midline Diastema في حين تبين دراسات أخرى أن هذا الفراغ بين الثنايا قد يتواجد دون وجود لجام علوي ثخين.

استطبابات قطع اللجام :

- لجام علوي مرتفع مترافق مع التهاب لثة مستمر لا يزول حتى مع العناية الفموية والمعالجة اللثوية للجذور.
- لجام علوي مرتفع مترافق مع إنحسار لثوي قابل للتطور.
- لجام علوي مرتفع مترافق مع فرجة بين الثنايا لم تزول بعد البزوغ الكامل للأنياب الدائمة.

طريقة القطع :

1- يتم تنظيف الأسنان من الفضلات والقلم في حال وجوده.

2-يجرى التخدير الموضعي في منطقة القواطع الأمامية من اليمين ومن اليسار ويجرى التخدير الناحي الحنكي في الثقبه القاطعة.

3-يتم شد الشفة العلوية نحو الخارج والأعلى ليتضح اللجام.

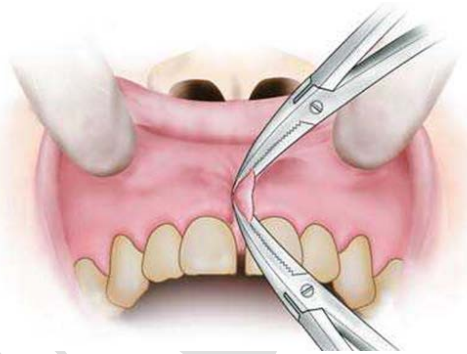
4-يتم التقاط اللجام باستخدام ملقطي نسيج، الأول مواز للشفة العلوية، والثاني مواز للارتفاع السنخي، الصورة (12).

5-يجرى شقان مستعرضان على الحدود الخارجية للملقتين، وبذلك يكون القطع بشكل مثلث، الصورة (13).

6- يتم تسليخ ارتباطات النسيج الضام والنسج المخاطية باستخدام رافع السمحاق في الدهليزي مع الانتباه إلى اللثة الحرة في أنسي الثنيتين.
وتتم إزالة النسج حتى الوصول إلى العظم مع الإنتباه إلى الحليلة القاطعة في الحنكي.
7- تجرى الخياطة بتقريب حافتي اللثة الحرة باستخدام خيوط 0-4 أما الأجزاء الأخرى فيتم شفاؤها بالمقصد الثاني دون اللجوء إلى الخياطة.
وتعطى الصادات الحيوية والمسكنات والكمادات الباردة اول 6 ساعات بعد العمل والمضمضة بالمصل الفيزيولوجي.



الصورة (13) : قطع اللجام بشكل مثلث



الصورة (12) : التقاط اللجام بملقطي النسيج

5. قطع لجام اللسان Ligual Frenectomy:

اللسان المربوط Ankyloglossia أو ارتباط اللسان Tongue tie، هو حالة ولادية تتميز بلجام لسان قصير مع عدم القدرة على مده، الصورة (14). ويشاهد بدرجات مختلفة فبعض الأطفال المصابين به لا يعانون من مشاكل عند تناول الطعام أو الشراب أو الكلام والبلع، فلا يستطب قطعه في هذه الحالة.



الصورة (14) : لجام اللسان المربوط

- في حين يعاني البعض الآخر من من الحالات التالية وعندها يستطب قطعه :
- صعوبة تناول الطعام مثل صعوبة الرضاعة عند الرضيع واستنشاق الحليب، وعدم القدرة على المضغ بسبب تحدد حركة اللسان بالحركات الجانبية.
 - بقاء الطعام في الفم نتيجة صعوبة البلع وعدم القدرة على تنظيف الفم والدهليز والشفاه عند حركة اللسان أثناء تناول الطعام.
 - عدم القدرة على رفع ذروة اللسان إلى الأعلى وبالتالي اللفظ الخاطئ للأحرف: L T D N S Z (غالباً لا يستطيع الأطفال لفظ هذه الأحرف بشكل صحيح حتى بلوغهم عمر 6-7 سنة).
 - التكلم ببطء بسبب تحدد حركة اللسان.
 - سوء توضع الأسنان وميلانها شفوياً بسبب ضغط اللسان على القواطع السفلية وتضييق قبة الحنك.

المعالجة : يفضل قبل قطع اللجام استشارة اختصاصي النطق في حال اللفظ الخاطئ للأحرف. يتم قطع لجام اللسان بنفس طريقة قطع لجام الشفة ، الصورة (15)، ويجب أن يجرى القطع خلف أذنية وارتون وحليمات اللسان بدل قطعه في مكان ارتباطه على النتوء السنخي ويجب خياطة باطن اللسان دون الوصول إلى قاع الفم حتى لا تتأذى أذنية وارتون.



الصورة (15) : قطع لجام اللسان المربوط

م. د. جنى السالم