

الجراحة حول الذروية



(الجزء الأول)

الأستاذ الدكتور

مازن زيناتي

رئيس قسم جراحة الفم و الوجه و الفكين

الجراحة حول الذروية

تعريف:

Periapical Curretage : التجريف حول الذروي

هو إزالة للنسج الأمراض ما حول الذروية التي لا يمكن علاجها لبياً بالطريقة التقليدية مع الحفاظ على السن المسبب.

النسج الأمراض : ورم حبيبي periapical granuloma كيس ، أجسام أجنبية... الهدف هو إزالة المرض و منعها من النكس.

عند التأكد أنه لا توجد نتيجة أمثل يمكن الوصول إليها بالمعالجة اللبية المحافظة عندها و فقط عندها تجرى الجراحة حول الذروية أي أن الجراحة يجب أن تكون الخيار الأخير.

Apicoectomy: قطع الذروة

مرحلة من مراحل التجريف حول الذروي ,تتضمن قطع ذروة جذر السن و بالتالي إزالة الثقبية الذروية و الأقنية الثانوية التي تعتبر مسؤولة عن فشل المعالجة اللبية .

'periradicular surgery': الجراحة حول الجذرية

مصطلح بديل عن قطع الذروة لأنه في بعض الأحيان قد تكون المشكلة لا علاقة لها بالذروة بل قد تؤثر فقط على جانب من الجذر (مثل عندما يحدث انثقاب للجذر بواسطة وتد معدني إلى المسافة الرباطية).

Indications : الاستطابات

١. سن مترافق مع التهاب حول ذروي فعال periapical inflammation بالرغم من وجود معالجة لبية جيدة بكل المقاييس .
٢. سن مترافق مع التهاب حول ذروي فعال مترافق مع معالجة لبية غير مرضية و لا يمكن معالجة السن نتيجة ل:

- قناة جذرية متكلسة بالكامل.
- أقنية جذرية منحنية بشدة.
- وجود قلب معدني في السن.
- انكسار الأدوات في القناة الجذرية أو وجود مواد لا يمكن إزالتها.

٣. سن مترافق مع التهاب حول ذروي periapical inflammation مع عدم إمكانية إكمال المعالجة اللبية نتيجة لـ:

- أجسام أجنبية تجاوزت الذروة.
- ثقب أرض الحجرة اللبية.
- ثقب الجذر.
- كسر في الثلث الذروي للسن.
- شذوذات تشريحية. (dens in dente)

مضادات الاستطباب : Contraindications

١. كل الحالات التي تعتبر مضاد استطباب جراحة فموية (عمر المريض، الحالة الصحية العامة مثل مرض قلبي وعائي حاد، ابيضاض الدم، سل، نقص مناعة) يجب سؤال المريض :

- هل تصاب بالكدمات بسهولة؟
- هل نزفت كثيراً عند قلع ضرس العقل؟
- هل عانيتي من اختلاطات نزف خلال الحمل؟
- وفي حال وجود شك يجب طلب تحاليل مخبرية (زمن النزف BT زمن البروثرومبين PT).

٢. سن مصاب بأمراض نسيج داعمة شديدة (جيوب لثوية عميقة، تخرب عظمي كبير).

٣. سن طول جذره قصير.

٤. إذا كانت ذروة السن على علاقة قريبة مع بني تشريحية (جيب فكي، قناة سنية سفلية، ثقبه ذقنية، الذقبة القاطعة، الثقبه الحنكية الخلفية).

الفحص السريري:

الآفات و الأكياس معظمها غير عرضية ما لم تتقيح و تترافق مع ألم و أعراض أخرى.
الأكياس الكبيرة تترافق بانتباج غالباً دهليزي نادراً حنكي أو لساني ، هذا الانتباج ناتج عن توسع الصفيحة الدهليزية التي تصبح رقيقة و قد تحدث عند الجس صوت طقطقة أو (خشخشة).

إذا تم تخريب العظم بالكامل سيحدث اتصال للكيس مع السمحاق ، والمخاطية في هذه المنطقة ستبدو حمراء مائلة للزرقة.

فحص ما يلي: حواف التيجان، عمق الجيوب اللثوية، مستوى اللثة الملتصقة، آفات مفترق الجذور ، عمق الميزاب الدهليزي.

بزل محتويات الجراب الكيسي: بالإضافة للفحص الشعاعي فإن البزل له قيمة تشخيصية مساعدة، في الأكياس الأكبر من ١,٥ - ٢ سم يمكن بزل سوائل رقيقة أو سميكة و هذا ما يستبعد وجود آفات أخرى أكثر صلابة.

الفحص الشعاعي :

تحديد طبيعة الآفة (ورم حبيبي، كيس، التهاب عظم)
امتداد الآفة و علاقتها مع العناصر التشريحية المجاورة (الأسنان المجاورة، الجيب الفكي، الثقب الذقني، الحفرتين الأنفيتين).
علاقة الآفة مع السن نفسه (آفة متوضعة على الذروة، آفة متوضعة على أحد سطوح الجذر).

الصور الشعاعية:

الصور الذروية و بأكثر من زاوية .
الصورة الإطباقية.
الصورة البانورامية.

الفحوص المخبرية:

للتخدير الموضعي:

B.T – C.T – P.T (Prothrombine Time)

للتخدير العام:

P.T.T (Partial Thromboplastine Time)

C.B.C

Glucose

A.B.O – Rh Type (Blood group)

التحضيرات ما قبل العمل الجراحي:

- التهيئة النفسية: شرح للمريض لماذا تم اختيار الاجراء الجراحي، شرح مبسط للإجراء و للآثار الجانبية التالية. و بالتالي كسب ثقة المريض.
- مضمضة كلور هيكسيدين قبل العملية.
- لا تمارين مجهددة قبل الجراحة مباشرة .
- صادات حيوية (Ampicilline) حسب الحالة : آفة ذروية + إنتان + قبح.
- عدة أيام قبل العمل الجراحي.
- مضادات التهاب غير ستيروئيدية (ليست شرطا قبل العملية)
- مهدئات ليست شرطا و لكن يمكن إعطاء Valium 5mg : قبل نصف ساعة من العمل الجراحي.

مراحل الإجراء الجراحي:

هناك مرحلتين أساسيتين:

١. المرحلة اللبية

٢. المرحلة الجراحية.

و بالتالي يجب استخدام صينيتين للأدوات : الأولى للأدوات اللبية و الثانية للأدوات الجراحية.

الطاولة الجراحية تشمل:

- شانات معقمة أو رفادات لوقاية المريض والمحافظة على التعقيم.

- عدد كافي من قطع الشاش المعقم.
- محقنة مجهزة بإبرة مناسبة وسائل مخدر.
- مبيدات.
- مشرط وعدة شفرات مناسبة.
- مسلخات ومبيدات سمحاق.
- ملقط رفادات.
- قبضة مستقيمة ومعوجة.
- سنابل جراحية مستديرة وشاقة قصيرة وطويلة
- مقص.
- مقراض عظم ذو حواف دقيقة.
- مجارف جراحية صغيرة أو كبيرة.
- مبرد عظم.
- ملاقط نرف دقيقة.
- حامل إبر وإبر نصف دائرية مزودة بخيط رقم (١٠ أو ١)
- ماص جراحي.
- ملاقط.

طاولة المداواة اللبية تشمل:

- موسعات ومبارد.
- مادة الحشو.
- أقماع ورقية و كوتابركا.
- ملوقة مزج و زجاجة.
- قنديل ومسبر.
- قبضة ذات رأس صغير إن أمكن .



توقيت المعالجة اللبية :

هناك ثلاثة آراء حول توقيت إجراء المعالجة اللبية

١. الحشو قبل العمل الجراحي:

إما مباشرة و هو الأفضل إذا كان إختيار الطبيب هو الختم الحراري للذروة بعد القطع و التجريف و ذلك بعد تطهير الأقنية أصولا و البرد و التوسيع الكامل و جفاف القناة أثناء الحشي.

أو قبل يوم أو عدة أيام و هنا مسؤولية الطبيب صحة التقدير لحدة الحالة و فيما إذا كان هذا الحشو المبكر سيؤدي إلى احتمال عودة هجمة حادة .

٢. الحشو بعد العمل الجراحي:

في الحقيقة هذه الطريقة كثيرة المخاطر، مع إمكانية تجاوز المادة الحاشية للذروة وبالتالي سهولة حدوث التخریش الرباطي (لا ينصح بهذه الطريقة أبدا)

٣- الحشو أثناء العمل الجراحي:

يتم حشو الأقنية مباشرة بعد انتهاء التجريف وقطع الذروة وبنفس الجلسة، وبهذه الطريقة يتم حشو الأقنية تحت المراقبة المباشرة للجراح والحشو الكامل.
و لكن النز مستمر من الثقة الذروية قد يطيل زمن العمل الجراحي .

الإجراءات الجراحية:

١. تطهير مكان العمل الجراحي.
٢. التخدير
٣. تصميم الشريحة
٤. الشق الجراحي و رفع الشريحة المخاطية السمحاقية.
٥. تحديد الذروة، كشف المنطقة حول الذروة، ثم إزالة النسيج الامراضية.
٦. قطع الذروة.
٧. الحشو الراجع (إذا كان ضرورياً).
٨. الخياطة.

التخدير:

- حسب السن (تخدير ناحي أو موضعي)
- دهليزي + حنكي أو لساني.
- عند إجراء قطع الذروة للشايبا و الرباعيات العلوية يجب تخدير الغشاء المخاطي لقاع الأنف.
- يمكن استخدام مخدر طويل الأمد bupivacaine, etidocaine ليستمر التخدير إلى ما بعد العملية .
- في حال إجراء التخدير الناحي، يفضل المشاركة مع التخدير الموضعي لتحقيق التأثير المرقى للأدرينالين و بالتالي تحسين الرؤية.

تصميم الشريحة:

المبادئ الرئيسية للشرائح الجراحية:

١. مسك المشروط مسكة القلم و القطع بحركة واحدة و مستمرة و عميقة حتى مستوى العظم. الحركات المتعددة في مكان واحد تؤخر التئام الجروح .
٢. تجنب إصابة البنى التشريحية مثل العصب الذقني، العصب تحت الحجاج، الشريان الحنكي الكبير.

٣. شق التحرير العمودي يجب أن يبدأ تقريباً عند الميزاب الدهليزي، و ينتهي ليشمل الحليمة اللثوية.
٤. ألا يمر الشق من خلال الآفة أو أي تخرب عظمي و إنما يجب أن يكون على نسج عظمية سليمة.
٥. الشق العمودي يجب أن يكون في الانخفاض بين الجذري، بسبب سماكة الأنسجة المغطية مما يسمح ببندب سريع وجيد.
٦. يجب ألا يجري الشق العمودي في قمة الحليمة اللثوية و إنما على زاوية السطح الدهليزي.
٧. قاعدة الشريحة يجب أن تكون أعرض من الحافة الحرة وذلك لتأمين تروية دموية كافية للشريحة مع سرعة في الالتئام بعد إعادة الشريحة لمكانها.
٨. السمحاق يجب أن يكون جزءاً أساسياً من الشريحة حيث أن للسمحاق دوراً في توليد الخلايا البانية للعظم والضرورية لعملية الترميم بعد العمل الجراحي، لذلك أثناء رفع الشريحة يجب أن يبقى رافع السمحاق بتماس قوي مع العظم .
٩. تجنب تمزيق النسج الرخوة **Prevention Of Flap Dehiscence** وخاصة في مكان الآفة أثناء رفع الشريحة وعدم ترك أي منطقة مكشوفة و هذا ممكن حدوثه في مرحلتين من العمل الجراحي أولاً أثناء فتح الشريحة و ثانياً أثناء العمل إذا لم نحافظ على الشريحة بمبعد بشكل صحيح فإنها تعلق بالأدوات وتتمزق.
١٠. يجب أن يكون حجم الشريحة ملائماً بما يسمح باستئصال الآفة دون الإفراط في كشف العظم وينصح بامتداد سن واحد أنسي ووحشي، بشكل عام للشريحة المثالية و المائلة و إذا لم يكفي نزيد الشق الأفقي.

تصميم الشريحة:

يعتمد على عدة عوامل :

- موضع السن
- وجود جيب حول سني
- وجود ترميمات
- امتداد الآفة الذروية.

هناك عدة أنواع للشرائح المستخدمة في التجريف حول الذروي سوف نذكر به بشكل مختصر:

١. الشريحة الهلالية : Semilunar Flap

عبارة عن شق مقعر تماماً أسفل الملتقى المخاطي اللثوي بحيث يكون الطرف المحدب باتجاه اللثة. أخفض نقطة من الشق يجب أن تبعد على الأقل ٥، ٠ سم من الحافة اللثوية الحرة لكي لا تتأثر التروية الدموية.

حدود الشق تمتد لتشمل سن قبل و سن بعد منطقة التخرّب العظمي.

المميزات:

- تستخدم للآفات ذات الامتداد البسيط.
- الشق قصير و رفع الشريحة سهل
- تجنب التراجع اللثوي
- سهولة المحافظة على الصحة الفموية.

المساوئ :

- احتمال أن يمر الشق تماماً فوق الآفة العظمية (خطأ تقدير)
- ندبة خاصة في المنطقة الأمامية.
- صعوبة رد الشريحة و الخياطة نتيجة غياب نقاط العلام.
- المدخل و الرؤية اللذان تؤمنه محدودين.
- ميل إلى التمزق.



٢. الشريحة المثلثية : Triangular Flap

عبارة عن شق بشكل حرف L ناتج عن شق أفقي على طول الميزاب اللثوي، ثم شق عمودي أو مائل. شق التحرير يبدأ عند الطية المخاطية و يمتد ليشمل الحليمة اللثوية. شق التحرير يفضل أن يكون من الأنسي بسبب اتجاه التروية الدموية.

الميزات :

- تؤمن تروية دموية مناسبة.
- رؤية جيدة.
- ثبات جيد و قابلة للرد بسهولة
- يمكن تعديلها بشق تحرير إضافي.
- يمكن تعديلها بتطويل الشق الأفقي.

المساوئ:

- لا تؤمن مدخل جيد في الجذور الطويلة.
- تتعرض للتوتر عند شدّها بالمبعدات.
- تسبب تشوه في اللثة الملتصقة.



٣. الشريحة شبه المنحرفة : Trapezoidal Flap

مثل المثلثية لكنها تحوي على شقي تحرير (أيضاً يشملان الحليمة اللثوية) ولا ينتهي شق التحرير أبداً في منتصف الوجه الدهليزي لأنه أثناء شفاء الجرح سيحدث تقلص وانكشاف للمنطقة العنقية.

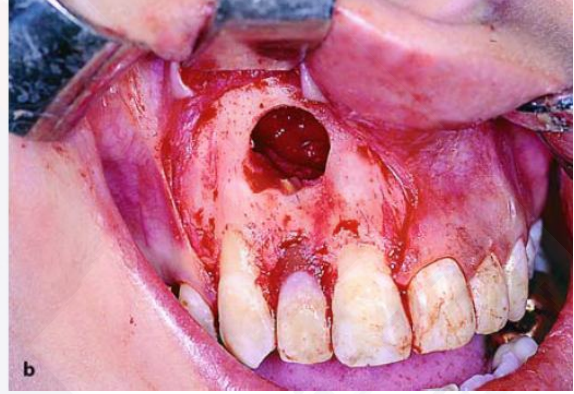
قاعدة الشريحة أعرض من حوافها اللثوية الحرة لتأمين تروية دموية مناسبة لعملية الشفاء.

الميزات:

- تؤمن مدخل ممتاز.
- تسمح بإجراء الجراحة على أكثر من سن أو سنين.
- لا تؤدي إلى توتر بالنسج.
- سهولة رد الشريحة و الخياطة.

المساوي:

- الانحسار اللثوي.



٤. الشريحة شبه المنحرفة المعدلة : OCHSENBEIN- LUEBKE Flap

تشبه شبه المنحرفة لكن الشق الأفقي يقع ضمن اللثة الملتصقة و يبعد ٢ - ٣ ملم عن حافة اللثة الحرة و يساير الحليمات.

لا نعرض المريض لانحسار لثوي (مثلاً في حال وجود تعويض أمامي).

٥. الشريحة الظرفية : Envelope Flap

شق أفقي يمتد على طول أعناق الأسنان ضمن الميزاب اللثوي.

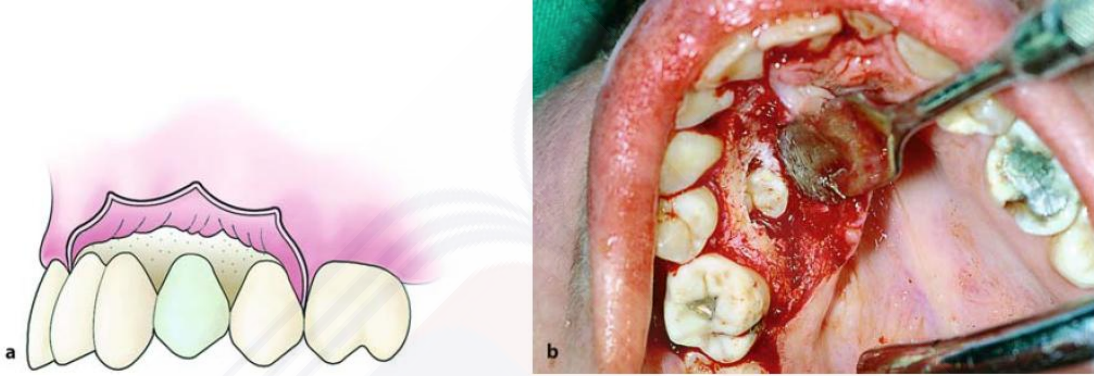
تستخدم لعمليات التجريف حول الذروي للجذور الحنكية.

الميزات:

- تجنب شق التحرير العمودي.
- سهولة رد الشريحة و الخياطة.

المساوي:

- صعوبة رفع الشريحة (خاصة في الحنكي).
- توتر شديد مع خطر تمزق الحواف.
- رؤية منخفضة و مدخل محدود في عمليات قطع الذروة.
- خطر إصابة الأوعية الدموية و الأعصاب الحنكية.



خلاصة للشرائح:

- في حال الامتداد البسيط للآفة و إذا كانت في المنطقة الأمامية العلوية و في حال وجود تيجان تجميلية شريحة هلالية.
- فقد عظمي واسع الامتداد خصوصاً باتجاه النائي السنخي الشرائح المثلية أو شبه المنحرفة.