

الأسباب

العلاج



الانحسار اللثوي Gingival Recession

❖ التعريف

يعرف الانحسار اللثوي حسب المظهر السريري بأنه انزياح الأنسجة اللثوية ذروياً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي مترافقاً مع فقد الارتباط البشري والدعم العظمي والرباط لاحقاً مما يسبب انكشاف الجذر وجعله معرضاً للمؤثرات الخارجية.

الفحص السريري
يتم قياس انحسار اللثة
بواسطة مسبر لثوي من
الملتقى المينائي
الملاطي CEJ إلى الحافة
اللثوية الحرة.

❖ المظاهر السريرية للانحسار

1. النخور الجذرية نتيجة انكشاف سطح الجذر.
2. تآكل وانسحال الملاط والعاج وبالتالي الحساسية السنية.
3. تراكم اللويحة الجرثومية في المناطق الملاصقة.
4. وقد يؤدي إلى احتقان اللب.

❖ الانتشار

- بحسب ALBANDEN & KINGMEN:
1. 58% في الأعمار بين 30-90 سنة
 2. 37.8% في الأعمار بين 30-39
 3. النساء يتواجد عندهم انحسار لثوي أكثر من الرجال.
 4. أكثر انتشاراً على السطح الدهليزي.
 5. الأنياب، الضواك، الأرحاء.

❖ أسباب الانحسار

1. التقدم بالعمر.
2. سوء توضع الأسنان (ازدحام الأسنان).
3. التهاب النسيج حول السنينة.
4. ارتباط اللجام بشكل غير طبيعي مع اللثة.
5. العادات الفموية السيئة.
6. التفريش الراض والخاطيء واستخدام فرشاة ذات أشعار قاسية.

❖ تصنيف الانحسار اللثوي

Miller (1985)

- النوع 1: الانحسار اللثوي الحفافي غير ممتد للملتقى المخاطي اللثوي. لا يوجد خسارة في العظم بين السني أو النسيج الرخو.
- النوع 2: الانحسار الحفافي ممتد إلى الملتقى المخاطي اللثوي أو أسفله. لا يوجد خسارة في العظم بين السني أو النسيج الرخو - تغطية جذرية كاملة 100%
- نوع 3: انحسار النسيج الحفافي إلى الملتقى المخاطي اللثوي أو أسفله. الخسارة في العظم بين السني أو النسيج الرخو ذروية بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي- تغطية جذرية جزئية.
- نوع 4: انحسار النسيج الحفافي يمتد إلى الملتقى المخاطي اللثوي أو أسفله. الخسارة في العظم بين السني تمتد لمستوى ذروي بالنسبة لامتداد انحسار النسيج الحفافي- لا يوجد تغطية جذرية.

تصنيف Miller لعيوب الانحسار اللثوي:

النجاح	العلاج	الأعراض	الصف
100%	التغطية الكاملة للجذور تكون ملائمة.	انحسار لا يصل إلى الاتصال المخاطي اللثوي.	صف أول class I
100%	التغطية الكاملة للجذور تكون ملائمة.	انحسار يصل إلى أو بعد الاتصال المخاطي اللثوي من غير فقدان الاتصال مع الأنسجة الداعمة (عظم - أنسجة رخوة).	صف ثاني class II
50-70%	فقط التغطية الجزئية للجذور ممكنة في ارتفاع الأنسجة بين السطوح الملاصقة	انحسار يصل إلى أو بعد الاتصال المخاطي اللثوي مع فقدان الاتصال مع الأنسجة الداعمة في المناطق بين السنية أو في سوء تموضع الأسنان.	صف ثالث class III
10%	تغطية الجذور لا يمكن التنبؤ بها وتتطلب المساعدة بالعلاج (تقويم الأسنان).	انحسار يصل إلى أو بعد الاتصال المخاطي اللثوي مع فقدان حاد في العظم أو النسيج الرخو في المنطقة بين السنية أو سوء تموضع حاد للأسنان	صف رابع class IV

❖ حدود يجب أخذها بعين الاعتبار

على الرغم من أن تصنيف ميلر تم استخدامه بكثرة، هناك حدود يجب توخيها:

- 1.. النقطة المرجعية للتصنيف هي الملتقى المخاطي اللثوي.
الصعوبة في تحديد الارتباط المخاطي اللثوي تخلق صعوبات في التفريق بين النمط الأول والثاني.
* لم يُذكر حضور النسيج المتقرن - ستكون موجودة عند كل سن مصاب بانحسار لثوي كمية معينة من اللثة المتقرنة (في تشكيل اللثة الحرة).
* الانحسار النسيجي الحفافي لا يمكن أن يمتد إلى الارتباط المخاطي اللثوي أو أسفله.
* في هذه الحالة النوع 2 لن يكون قابل للتمييز والتصنيفات 1،2 سيمثلان مجموعة واحدة.
 - 2.. في تصنيف ميلر الثالث والرابع للانحسار، فقدان العظم بين السني أو النسيج الرخو هي معيار هام لتصنيف الانحسار.
* كمية ونوع الخسارة العظمية لم تُحدد.
* الإشارة لتصنيف ميلر الثالث والرابع لا يحدد تماماً مستوى الحليمة البين سنية وكمية الخسارة، لا يمكن تشكيل صورة واضحة عن حدة الانحسار.
 - 3.. المجموعة الثالثة والرابعة من تصنيف ميلر وضحت أن الانحسار النسيجي الحفافي يمتد إلى الارتباط المخاطي اللثوي أو تحته مع خسارة ذروية في العظم أو النسيج الرخو بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي.
* الحالات التي تتضمن خسارة عظمية ملاصقة والانحسار الحفافي لا يمتد إلى الارتباط المخاطي اللثوي لا يمكن تصنيفها كنوع أول بسبب الخسارة العظمية الملاصقة ولا نوع ثالث لأن حافة اللثة لا تمتد إلى الارتباط المخاطي اللثوي.
 - 4.. تصنيف ميلر لا يحدد ما إذا كان هناك تداخل وجهي أو لساني في النسيج الحفافي.
 - 5.. انحسار الحليمة بين السنية لوحده لا يمكن تصنيفه من قبل ميلر
 - 6.. تصنيف الانحسار بالنسبة للوجه الحنكي.
- سبب صعوبة ملائمة معايير ميلر بالنسبة للوجه الحنكي في القوس الفكوية العلوية هو أنه لا يوجد ملتقى مخاطي لثوي بالنسبة للوجه الحنكي.

لذلك؛ التصنيف مطلوب لتحديد نوع الانحسار وكمية الخسارة، ويجب أن يكون قادر على نقل حالة الانحسار اللثوي وحدة الحالة في الوجه الحنكي.

7. تصنيف ميللر، يقدر توقعات تغطية الجذر بعد إجراء التطعيم. ذكر ميللر أنه يمكن توقع تغطية بنسبة 100 % في حالات الانحسار من الدرجة الأولى والثانية، وتغطية جزئية للجذر في حالات الدرجة الثالثة وعدم وجود تغطية الجذر في حالات الدرجة الرابعة.

• لم يتم إثبات هذا التماثل النظري من خلال الدراسات.

نشر ميللر أيضاً تقرير حالة لمحاولة الحصول على تغطية الجذر بنسبة 100 % في حالات الانحسار من الدرجة الرابعة عن طريق وضع طعم لثوي مأخوذ سابقاً (Miller & Binkley 1986)، بعد عام كانت تغطية الجذر قليلة على الجانب الدهليزي للسن.

يتحدد الانحسار
بمعرفة الوضع
الفعلي للثة وليس
بموقعها الظاهر
للعيان.

❖ 1968 Sullivan and Atkins

حيث ركزا في هذا التصنيف على الانحسار الذي يصيب القواطع السفلية وقد اتفقا على اعتماد بعض المصطلحات لتقسيم الانحسار في أربع مجموعات :

- الانحسار الضيق
- الانحسار العريض
- الانحسار السطحي
- الانحسار العميق

❖ 1973 Mlinek, Smukler, Buchner

وفي عام 1973 قام الطبيب Mlinek وآخرون بتصنيف الانحسار اللثوي ضمن دراسة أجراها وقد عرض في دراسته نتائج التغطية الجذرية بواسطة الطعوم اللثوية المحددة وقد كان تصنيفه مختصراً قسم فيه الحالات إلى مجموعتين:

- " الانحسار السطحي والضيق " يوصف هنا الانكشاف المتشكل على أنه صغير لا تتجاوز أبعاده 3 ملم في الاتجاهين.

- "الانحسار العميق والعريض" وقد شملت هذه المجموعة الحالات التي تتجاوز فيها أبعاد الانكشاف 3-ملم في الاتجاهين.

1980 Liu and Solt ❖

مجدداً قام الطبيبان Liu and Solt عام 1980 بوضع تصنيف وفق آلية مختلفة حيث قسما الحالات في مجموعتين وصفت احدهما بـ:

المرئية: ينحصر فيها الانحسار ضمن المنطقة المحصورة بين الملتقى CEJ والحافة اللثوية.

والأخرى بالمخفية: تتضمن فقط فقدان الارتباط ضمن الجيب اللثوي أو عند الحافة اللثوية.

❖ **مشعر الانحسار اللثوي حسب 1997 Smith**

إنّ لمشعر الانحسار اللثوي قيماً قائمة على الملاحظة والوصف، كما يقدم أسساً لتقييم طرق تطبيق العلاج وتقييم الدراسات البحثية.

السطحين الدهليزي
واللساني من انكشاف الجذر
يقيمان بشكل منفصل

القيم التي يقدمها المشعر تتألف من رقمين
مفصولين بخط (-).

الرقم الأول يشير الى المستوى الأفقي والثاني
للمستوى العمودي من موضع الانحسار، مع السابقة F
لتدل على الانحسار الوجهي والسابقة L لتدل على
الانحسار اللساني بالنسبة للسن.

والنجمة (*) تشير لشمول
الملتقى المخاطي اللثوي.

الامتداد الأفقي للانحسار اللثوي	
الدرجة	المشعر
0	لا دلائل سريرية على انكشاف الجذر.
1	لا دلائل سريرية على انكشاف الجذر مع إحساس بفرط الحساسية السنية عند التجفيف لثانية واحدة. مع/أو وجود انكشاف واضح سريرياً للملتقى المينائي الملاطي حتى 10% من المسافة من منتصف الوجه الأنسي الى منتصف الوجه الوحشي.
2	انكشاف الملتقى المينائي الملاطي أكثر من 10% حتى أقل من 25% من المسافة من منتصف الوجه الأنسي الى منتصف الوجه الوحشي.
3	انكشاف الملتقى المينائي الملاطي أكثر من 25% حتى أقل من 50% من المسافة من منتصف الوجه الأنسي الى منتصف الوجه الوحشي.
4	انكشاف الملتقى المينائي الملاطي أكثر من 50% حتى أقل من 75% من المسافة من منتصف الوجه الأنسي الى منتصف الوجه الوحشي.
5	انكشاف الملتقى المينائي الملاطي أكثر من 75% وحتى 100% من المسافة من منتصف الوجه الأنسي الى منتصف الوجه الوحشي

الامتداد العمودي للانحسار اللثوي	
الدرجة	المشعر
0	لا دلائل سريرية على انكشاف الجذر.
1	لا دلائل سريرية على انكشاف الجذر مع شكوى بفرط الحساسية السنية. مع/أو وجود انكشاف واضح سريرياً للملتقى المينائي الملاطي لا يمتد أكثر من 1مم عمودياً على الحفاف اللثوي.
2 الى 8	انكشاف جذري من 2 الى 8 مم يمتد عمودياً من الملتقى المينائي الملاطي حتى قاعدة العيب في النسيج الرخوة.
9	انكشاف جذري أكثر من 8مم من الملتقى المينائي الملاطي حتى قاعدة العيب في النسيج الرخوة.
*	توضع النجمة بجانب الرقم الثاني حينما يكون المكون العمودي لعيب النسيج الرخوة يمتد للارتباط اللثوي المخاطي أو يمتد الى المخاطية السنخية، عدم وجود النجمة يدل اما على غياب شمول الارتباط اللثوي المخاطي في الموقع المدروس أو عدم كونه من عوامل العيب في النسيج الرخوة.

❖ تعديل Mahajan (2010)

1. **صنف أول** class I: الانحسار GRD لا يصل إلى الملتقى المخاطي اللثوي MGJ.
2. **صنف ثاني** class II: الانحسار GRD يصل إلى الملتقى المخاطي اللثوي MGJ (يتعداه).
3. **صنف ثالث** class III: انحسار GRD مع فقدان العظم أو النسيج الرخو في المنطقة بين السنينة ما يصل إلى 3/1 من سطح الجذر أو/ وسوء التموضع السنيني.
4. **صنف رابع** class IV: انحسار GRD مع فقدان حاد في العظم والنسيج الرخو في المنطقة بين السنينة أكثر من 3/1 من سطح الجذر أو/ وسوء التموضع السنيني الحاد.

الإذار:

- الأفضل: صنف الأول وصنف ثاني مع مظهر لثوي ثخين.
- جيد: صنف الأول وصنف ثاني مع مظهر لثوي رقيق.
- متوسط: صنف الثالث مع مظهر لثوي ثخين.
- ضعيف: صنف ثالث وصنف رابع مع مظهر لثوي رقيق.

❖ Ashish 2013:

❑ **صنف أول:** لا يوجد خسارة في العظم بين السنيني والنسيج الرخو. يصنّف إلى فئتين:

Class I-A: الحافة اللثوية على السطح اللساني و الوجهي تمتد ذرويا بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي، لكن تكون تاجية بالنسبة لملتقى المخاطي اللثوي مع وجود اللثة الملتصقة بين الحافة اللثوية والملتقى المخاطي اللثوي.

Class I-B: الحافة اللثوية على السطح اللساني والوجهي تمتد ذرويا بالنسبة للملتقى المخاطي اللثوي مع غياب اللثة الملتصقة بين الحافة اللثوية والملتقى المخاطي اللثوي.

❑ **الصنف الثاني:** ذروة الحليمة بين السنينة تتوضع بين نقاط التماس بمستوى الملتقى المينائي الملاطي، ويكون نصفها من الجهة الخدية ونصفها من الجهة اللسانية. ضياع العظم الملاصق يظهر شعاعياً.

- ينقسم هذا الصنف الى ثلاث درجات:

1. الدرجة الأولى: لا يوجد انحسار في النسيج اللثوي الحفافي من الجهتين الوجهية واللسانية.
2. الدرجة الثانية: الحافة اللثوية من الجهتين الوجهية واللسانية يقع ذروباً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي وتاجياً بالنسبة للملتقى المخاطي اللثوي مع لثة ملتصقة تتوضع بين اللثة الحفافية والملتقى المخاطي اللثوي.
3. الدرجة الثالثة: الحافة اللثوية من الجهتين الوجهية واللسانية تقع على مستوى الارتباط المخاطي اللثوي أو ذروباً بالنسبة له مع ضياع باللثة الملتصقة بين اللثة الحفافية والملتقى المخاطي اللثوي.

✘ الصنف الثالث: ذروة الحليمة بين السنية متوضعة على الملتقى المينائي الملاطي أو ذروباً بالنسبة له. ضياع العظم الملاصق يظهر شعاعياً. ينقسم هذا الصنف الى درجتين:

1. الدرجة الأولى: الحفاف اللثوي من الجهتين الوجهية واللسانية يقع ذروباً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي، ويقع تاجياً بالنسبة للارتباط المخاطي اللثوي مع وجود لثة ملتصقة.
2. الدرجة الثانية: الحفاف اللثوي يقع على مستوى الملتقى المخاطي اللثوي أو ذروباً بالنسبة له مع غياب اللثة الملتصقة بين اللثة الحفافية والملتقى اللثوي المخاطي.

❖ تصنيف الانحسار اللثوي الحنكي

إن تموضع الحليمة بين السنية يبقى هو الأساس في تصنيف الانحسار اللثوي في الجانب الحنكي.

إن معايير التصنيف الفرعي تم تعديلها لتعوض عن فقدان الملتقى المخاطي اللثوي.

▪ الانحسار الحنكي صنف أول ا:

يتوافق مع انحسار الحافة اللثوية في الجانب الحنكي من غير فقدان في العظم أو النسيج الرخو بين السني.

▪ الانحسار الحنكي الثاني ا والثالث اا:

يتوافق مع فقدان في العظم أو النسيج اللثوي بين السني مع انحسار الحافة النسيجية في الجانب الحنكي.

☒ الانحسار الحنكي ا:

ليس هناك فقدان للعظم والنسيج اللثوي بين السني.
يصنّف فرعياً إلى فئتين:

- صنف أول A (I-A): انحسار الحافة اللثوية أصغر أو يساوي 3 ملم من الملتقى المينائي الملاطي.
- صنف أول B (I-B): انحسار الحافة اللثوية أكبر من 3 ملم من الملتقى المينائي الملاطي.

☒ الانحسار الحنكي اا:

تقع ذروة الحليمة بين السنية بين نقاط التماس بين السنية ومستوى الملتقى المينائي الملاطي منتصف الحنك

ويظهر فقدان العظم بين السني على الصورة الشعاعية

_ يصنف في مجموعتين فرعيتين:

- الانحسار الحنكي II-A:
- الانحسار النسيجي الحفافي أقل أو يساوي 3 ملم من الملتقى المينائي الملاطي.
- الانحسار الحنكي II_B:
- الانحسار النسيجي الحفافي أكثر من 3 ملم من الملتقى المينائي الملاطي.

❏ الانحسار الحنكي III:

تقع ذروة الحليمة بين السنينة عند أو ذروباً للملتقى المينائي الملاطي CEJ في منتصف الحنك.

يظهر فقدان العظام المتبادل الملاصق في التصوير الشعاعي:
ويصنف بدوره إلى فئات فرعية في مجموعتين:

- الانحسار الحنكي-III-(A):
انحسار النسيج الحفافية أقل من 3 ملم من الملتقى المينائي الملاطي.
- الانحسار الحنكي-III-(B):
انحسار النسيج الحفافي أكثر من 3 ملم من الملتقى المينائي الملاطي.

❖ معالجة الانحسار اللثوي

تهدف المعالجة إلى:

1. تغطية سطح الجذر المنكشف
2. تأمين شريط كاف من اللثة الملتصقة
3. الناحية الجمالية
4. انقاص الحساسية
5. منع النخور الجذرية

ويمكن معالجة الانحسار بطريقتين:

1-طريقة غير جراحية من خلال:

- تصحيح تقنية التفريش وذلك باستعمال فرشاة ذات أشعار ناعمة واتباع الطريقة الصحيحة بالتفريش.
- تصحيح سوء الإطباق.
- معالجة أمراض النسيج حول السنينة.
- التخلص من العادات الفموية السيئة.

2-طريقة جراحية:

تقسم التقنيات الجراحية المستخدمة في تغطية الجذور وفقاً لما يلي:

1. الشرائح المعنقة.
2. الطعوم الحرة.
3. تقنيات التجدد النسيجي.

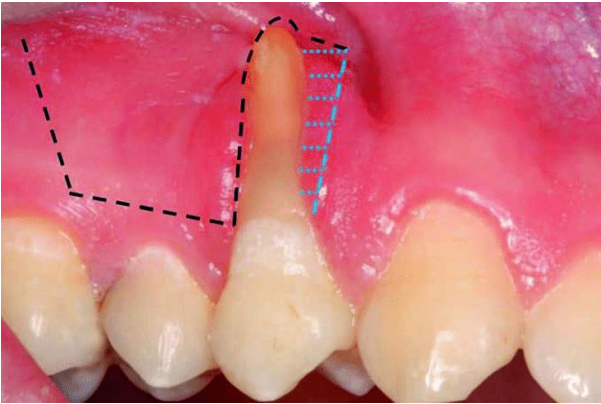
❖ الشرائح المعنقة Pedicle flaps:

1. الشريحة المزاحة جانبياً Laterally positioned flap:

وتستطب هذه الطريقة بشكل رئيسي في الانحسارات المفردة العميقة المرتبطة مع كمية قليلة من النسيج المتقرنة أو عند انعدامها بشكل كامل.

طريقة إجراء هذه الشريحة:

- A. يتم إجراء شق حول منطقة الانحسار بحيث يتم قطع الجيب حول السني أو الحافة اللثوية وتمديد الشق عمودياً حتى السمحاق وإزالة البشرة من المنطقة المستقبلية لتأمين سرير من النسيج الضام تستطيع الشريحة الالتصاق عليه لاحقاً.
- B. على السن المجاور يتم بإجراء شق لثوي تحت حافة اللثة وذلك في الجانب الأنسي من الانحسار وتمديده بالاتجاه الأنسي الوحشي.
- C. ثم يتم إجراء شق عمودي آخر بنهاية الشق السابق.
- D. بعد رفع الشريحة تجري إزاحتها جانبياً إلى مستوى الملتقى المينائي الملاطي ثم تتم خياطتها بخياطة متقطعة للشقوق العمودية ونخيط الجزء الحفافي من الشريحة مع حافة اللثة بخياطة معلقة.

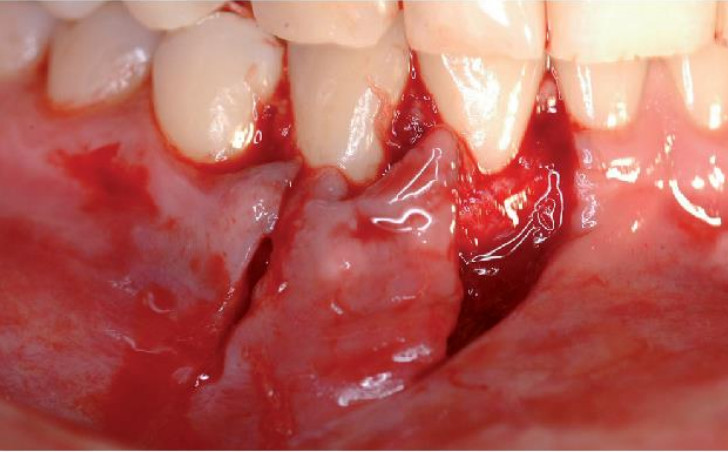


• ميزاتها:

- التروية الدموية الجيدة.
- قدرتها على تأمين الناحية الجمالية.
- مكان جراحي واحد.

• المساوي:

محدودية الاستطباب وعدم امكانية استخدامها في حال
الانحسارات العريضة والمتعددة.

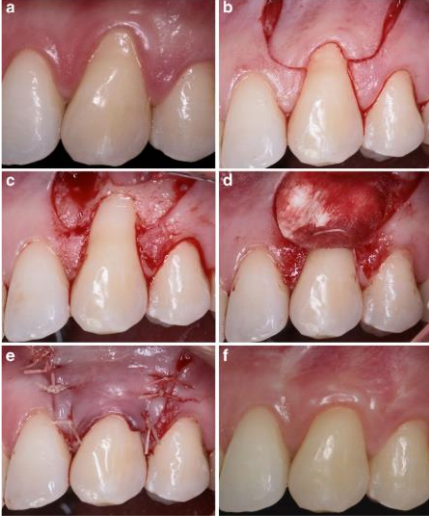


2. الشريحة المزاحة تاجياً coronally advanced flap :

تستطب لمعالجة الانحسارات اللثوية المعتدلة عندما تكون النسيج اللثوية المتقرنة على الأقل (3) ملم.

تقنية الشريحة المزاحة تاجياً المعدلة:

- نقوم بإجراء شقين أفقيين أنسي ووحشي منطقة الانحسار، حيث يتوضع الشق في قاعدة الحليمة على مسافة من ذروة الحليمة قدرها عمق الانحسار + 1 ملم لتسمح بخياطة حواف اللثة تاجياً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي.
- ثم نقوم بإجراء شقين مائلين منفرجين قليلاً يبدأ كل منهما من نهاية الشق الأفقي السابق ويمتدان بمقدار 3-4 سم وصولاً إلى المخاطية السنخية.
- يعالج سطح الجذر ميكانيكياً بواسطة المجارف وذلك فقط في منطقة خسارة الارتباط السريري تجنباً لأي ضرر لما تبقى من ألياف النسيج الضام.
- تخاط الشريحة بعد إزالة البشرة من منطقة الحليمة التشريحية من خلال الخياطة المعلقة بمنطقة الحليمات والخياطة المفردة المنقطة في منطقة الشقوق العمودية، ويجب أن تتوضع الشريحة تاجياً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي للتعويض عن التقلص الذي سيصيب النسيج لاحقاً.

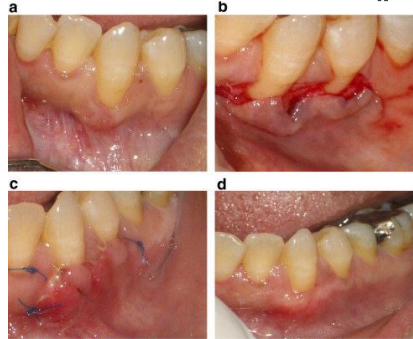


• ميزاتها:

- إمكانية معالجة الانحسارات المتعددة .
- تأمين ناحية جمالية عالية.
- منطقة جراحية واحدة.

• المساوئ:

- تحتاج إلى عمليتين جراحيتين في حال كانت اللثة المتقرنة غير كافية.



3. الشريحة الهلالية Semilunar flap:

تستطب بشكل أساسي عند تغطية الانحسارات التي لا تتجاوز 2_3 ملم.

- وتقسّم الطعوم الحرة Free Grafts إلى:

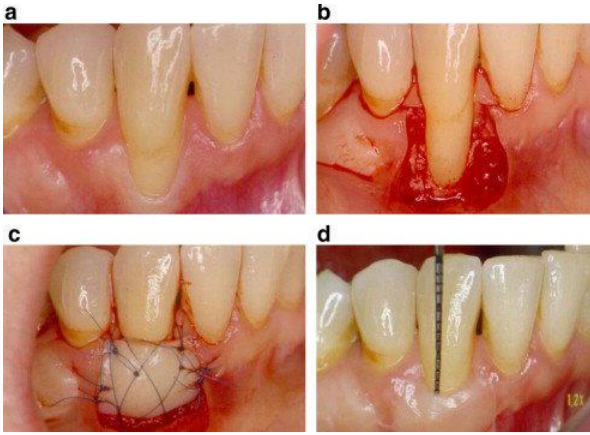
1. الطعوم اللثوية الحرة Free Gingival Grafts:

تتميز هذه الطريقة بإمكانية تغطيتها للانحسارات المترافقة مع فقدان للكمية الكافية للثة المتقرنة وتهدف بشكل أساسي إلى زيادة أبعاد النسيج اللثوية. الطعوم اللثوية الحرة هي طعوم ذاتية مأخوذة من قبة الحنك تتميز بقدرتها على معالجة الانحسارات المتعددة.

يتم الحصول على الطعم من قبة الحنك على بعد 2 ملم من الحواف اللثوية بحيث تكون سماكة الطعم بين 1_1.5 ملم.

- تحضير منطقة استقبال الطعم:

- يتم إجراء شق عند الملتقى المخاطي اللثوي وتوسيع الشق عمودياً بمقدار ضعف العرض المطلوب لترك مسافة للتقلص بعد الشفاء
- يتم بعد ذلك يتم تثبيت الطعم بموقعه وخياطته مع التأكد من عدم حركته وتغطية المكان بضماد لثوي لمدة أسبوع.



• المساوئ:

- نقص التروية الدموية.
- عدم القدرة على تأمين الناحية الجمالية.
- ضعف الإرقاء.
- صعوبة تثبيت الطعم.



2. طعم النسيج الضام Connective Tissue Graft:

- يستطب لمعالجة الانحسارات العميقة والعريضة والمتعددة.
- يستخدم لمعالجة الانحسار في مناطق الزرعات.
- معالجة تشوهات الحافة السنخية.
- تغطية النخور الجذرية.



- المزايا:
 - تأمين ناحية جمالية جيدة.
 - تحسن معدل التغطية مع مرور الزمن.
 - تروية دموية مزدوجة.
- المساوئ:
 - إمكانية حدوث زيادة في الثخانة النسيجية.
 - وجود مكانين جراحيين.



✓ المصادر:

Carranza's clinical periodontology
clinical periodontology and implant dentistry
Recent Innovations in gingival recession treatment

<https://www.slideshare.net/mobile/punitnaidu/V/gingival-recession-seminar>