

تضخم اللثة الالتهابي المزمن
المرتبط بالعلاج التقويمي



تقرير الحالة Case Report

تضخم اللثة الالتهابي المزمن المرتبط بعلاج تقويم الأسنان.

Tanya Jadhav, MDS;k mahalinga bhat, MDS;G subraya

bhat, MDS;jothi M varghese,MDS

المقدمة:

الضخامة اللثوية، المصطلح المقبول عالميا هو زيادة في حجم اللثة الذي يكون عرض شائع وأمراض اللثة.

هذه حالة متعددة العوامل الذي يتطور فيها استجابة لتفاعلات ومحفزات مختلفة. والعلاقة بين المضيف والمسبب قد يكون محدث بسبب اللويحة، وقد يكون مرتبط بالاضطرابات الهرمونية الجهازية أو يحدث كمظهر مرتبط بالعديد من أمراض الدم مثل اللوكيميا، قلة الصفيحات، اعتلال الصفيحات الدموية، تغيرات نادرة، ورم ليفي مجهول السبب مع وراثية عائلية قد ذكر أيضا. بناء على مدى وشدة المرض، قد تؤدي هذه الضخامة إلى اضطرابات وظيفية مثل:

تغير بالكلام، صعوبة بالمضغ ومشاكل جمالية ونفسية.

- **الضخامة اللثوية الالتهابية** يمكن أن تصنف على أنها حادة أو مزمنة، على العلم أن التغيرات الالتهابية المزمنة أكثر شيوعاً.
- طرق العناية بالصحة الفموية قد تكون خطيرة إذا استخدمت بشكل خاطئ خاصة لدى بعض المرضى الذين يعانون من ضخامة لثوية، والذي يزيد من تفاقمه وجود:
 - a. أجهزة تقويمية
 - b. بدلات صناعية
- وهذا يؤدي لمزيد من الالتهاب ومزيد من تراكم اللويحة الجرثومية، وبالتالي تدوم هذه الحلقة المفرغة.
- وهذا يؤدي إلى تحول الثلثة اللثوية إلى جيب لثوي يخلق منطقة يصبح من الصعب الوصول إليها ويستحيل إزالة اللويحة منها.

- واحدة من أكثر طرق العلاج هي امتثال المرضى للطبيب ورغبتهم في تطبيق وسائل الصحة الفموية.



- تلقي المواعيد الدورية والعلاج في الوقت المناسب أهمية ضرورية لتحقيق نتائج ناجحة حيث أن الزيارة والفحص الدوري لتلقي العلاج في الوقت المناسب ضروري لتحقيق نتائج ناجحة.
- تعتمد الأساليب العلاجية المتعلقة بتضخم اللثة على المسببات الأساسية والتغيرات الواضحة التي تظهر على اللثة.
- تتضمن طرق العلاج الرئيسي الحصول على تاريخ طبي مفصل والعلاج اللثوي غير الجراحي، يليه الاستئصال الجراحي للحفاظ على الناحية الجمالية والوظيفية.

الكلمات المفتاحية:

تضخم اللثة، التهاب مزمن،
علاج تقويم الأسنان،
الامتثال، التحفيز.

نبذة مختصرة:

الغرض: تضخم اللثة، يتم
تعريف مصطلح تضخم اللثة،
على أنه تضخم غير طبيعي
وفرط نمو أنسجة اللثة.

في هذه الحالة شاب يبلغ من العمر 19 عاما، تقدم بشكوى
التهاب مزمن على الفكين العلوي والسفلي وتضخم لثة
مرتبط بالمعالجة التقويمية المستمرة مدة طويلة، في هذا
التقرير سنذكر طريقة العلاج، تم إجراء العلاج الجراحي من
أجل تقديم نتيجة جمالية جيدة، لا توجد أي مشاكل أو عودة
للالتهاب بعد السنة الأولى من الجراحة.

أهمية تحفيز المريض والامتثال لتعليمات الصحة الفموية
قبل وبعد العلاج كان عامل حاسم في الشفاء كما تم تسليط
الضوء عليه في هذه الحالة.

تقرير الحالة هذا يقدم حالة التهاب لثة مزمنة
ومتضخمة مرتبطة مع علاج تقويمي لفترة طويلة.



تقرير الحالة:

راجع مريض يبلغ من العمر 19 عاما قسم اللثة في كلية علوم طب الأسنان في مانيبال في الهند.

اشتكى المريض من تورم اللثة العلوية والسفلية في منطقة الأسنان الأمامية، لاحظ المريض التورم قبل 3 أعوام ولم يزد حجمه منذ ذلك الحين، ويعاني أيضا من نزف في اللثة أثناء التفريش. **وبالفحص** تبين أن المريض قد خضع لعلاج تقويمي غير كامل منذ 6 سنوات، ولا وجود لتاريخ طبي أو تاريخ سني بما يتعلق بالمعالجة التقويمية غير الكاملة التي خضع لها المريض، حيث كشف الفحص داخل الفموي:



وجود الأقواس والمهاميز التقويمية على كل الأسنان باستثناء القاطع المركزي العلوي الأيسر.

صورة أمامية ما قبل الجراحة داخل الفم.

الفحص السريري على اللثة الحرة والملتصقة والحليمات اللثوية يُظهر إحمرار وتوذم في كلا الفكين العلوي والسفلي، والتهاب أكبر في منطقة السدس الأمامي للقواطع وأكثر وضوحاً على الجانب الأيمن مقارنةً بالأيسر. كشف الفحص الإضافي للأنسجة الرخوة عن ليونة ونزف ووذمة أثناء فحص جميع الأسنان.



a. صورة جانبية للجهة اليمنى داخل الفم قبل العملية الجراحية.



b. صورة جانبية للجهة اليسرى ما قبل جراحة داخل الفم.

خطة العلاج:

- في الفترة الأولى يتم معالجة الأنسجة حول السن ويتبعه إجراء قطع لثة، عندها يتم تحسين الشكل والوظيفة.
- وتم إجراء علاج اللثة الأولي الذي يشمل تقليح فوق وتحت لثوي.
- وأعطيت تعليمات لنظافة الفم، ونصح باستخدام غسول فم **الكورهيكسيدين 0,2%** (Clohex,Dr.Reddy's laboratories Ltd.India) مرّتين في اليوم لمدة أسبوع واحد.



- في الزيارة التالية على الرّغم من استخدام غسول الفم الطبيّ الموصوف، إلا أن التضخم اللثوي لم يظهر انخفاضاً كبيراً في الحجم لكن يبدو أن ثخانة الأنسجة قد تحسنت قليلاً.

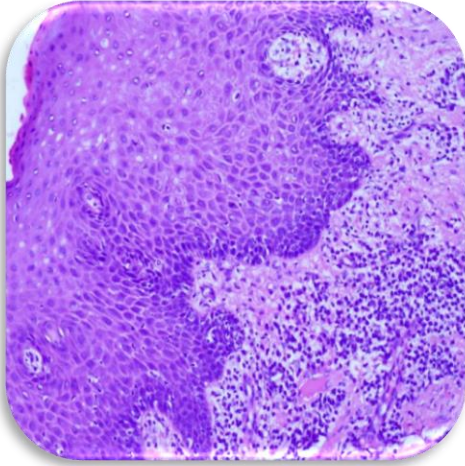
- في هذه المرحلة، تم أخذ الصور الشعاعية وإجراء استقصاءات كاملة في تعداد الدم (كريات الدم الحمراء، كريات الدم البيضاء، تعداد الصفائح الدموية، سرعة تثفل الكريات الحمراء، وقت النزيف، وقت التخثر، وقت البروثرومبين)



النتائج:

- لسوء الحظ كانت هذه العناية والفحوصات غير كافية.
- حيث تم إجراء شق لثويّ في منطقة سدس الفك للقواطع العلويّة، وتمّ إرسال الأنسجة المقطوعة للتّحليل النّسيجيّ، تتبّع هذا فشل المريض في متابعة الجلسات اللاحقة.

- كشف **الفحص النّسيجيّ** ظاهرة مفرطة التّنسج نظيرة التقرن والتي يتوضع تحتها النسيج الضام الملتهب ولحمة النّسيج الضام اللثوي أظهرت العديد من الخلايا الليفية



الفتية والممزوجة ببقع من التّموت البؤري والخلايا الالتهابية المزمنة، والقليل من الخلايا الليفية نجمية الشكل، مع توزّع العديد من النّوى في الألياف الطولية للكولاجين.

- وفي أماكن الألياف أظهرت

يُظهر الشكل ظاهرة مفرطة التقرن مع النسيج الضام الليفي - الكولاجيني مع الخلايا الالتهابية المزمنة (H & E 10X)

الأنسجة تنكّس مخاطي.

تاريخ التّشخيص

للمريض يوحى بتضخم ليفيّ التهابي.

- بعد عام واحد عاد المريض إلى العيادة وأقرّ عن عدم رغبته في مواصلة العلاج التقويمي لأسنانه، كشف الفحص داخل الفمويّ عن شفاء جراحة الفك العلويّ بشكل مُرضٍ، بحيث لا يوجد تكرار لتضخم لثويّ للسدس الأمامي لقواطع الفك العلوي ومع ذلك، استمرّ التضخم في المناطق غير المعالجة.
- وتمّ إجراء علاج اللثة الأوليّ مرّة أخرى وتعزيز تعليمات نظافة الفم بزيادة تحسين قدرة التّحكم في تشكّل اللويحات السنيّة، ثمّ إزالة الأجهزة التقويمية للأسنان.
- المرحلة من قبل طبيب تقويم الأسنان. نُصح المريض أيضاً فيما يتعلق بأهمية المتابعة والمعالجة مع التركيز بشكل خاص على التحفيز وتبعه، تنفيذ جراحة لثوية في السدس الأمامي للفك السفلي والسدس الخلفي الأيمن للفك العلوي في المواعيد المقررة المختلفة.



بعد 12 شهر من عملية قطع اللثة



بعد 3 أشهر من عملية قطع اللثة

- وهذا تقسيم متبع يستخدم في الفكين العلوي والسفلي ويقسمهما إلى ستة أقسام متساوية وتستخدم عند فحص اللثة.
- بعدها تم القيام بفحص شامل للمريض ووجد أنه قد تم الشفاء من المرض.

مناقشة:

- فرط نمو اللثة يختلف من تضخم معتدل في الحليمات بين الأسنان المعزولة إلى تضخم قطعي أو منتظم وموحد يؤثر على أحد أو كل من الفكين مع مسببات مرضية متنوعة.
- هنا، نقلنا حالة من تضخم لثوي التهابي مزمن حيث هذه التضخيمات مرتبطة عادة بتراكم اللويحات البكتيرية منذ فترة طويلة.
- يتطلب كل من الوقاية الفموية المنتظمة والمطالعة الجيدة للمريض من أجل السيطرة على هذه الحالات.
- **في هذه الحالة،** عدم امتثال المريض كما يتضح من تاريخ علاج تقويم الأسنان غير الكامل والفشل في حضور مواعيد مراجعة منتظمة وأيضاً، قد يضر وجود الأجهزة بالمزيد من الحفاظ على نظافة الفم المناسبة وهذا يعكس أهمية تثقيف المريض، تحفيزه والتزامه خلال وبعد المعالجة السنية.
- من الضروري تعزيز فعالية الصحة الفموية، لأن المرضى لديهم ميل للعودة إلى سلوكهم الأصلي.

- يجب تخصيص مواعيد مراجعة دورية للمريض للحفاظ على أسنان صحية.
- بناءً على ذلك، لوحظ أنه بمجرد إزالة الأجهزة وتعزيز تعليمات نظافة الفم، كان المريض قادراً على الحفاظ على نظافة فم جيدة.
- أظهرت دراسة قام بها Sallum et al التأثير الكبير لإزالة الأجهزة التقويمية والتطبيقات الوقائية الاحترافية على صحة النسيج حول السنية.
- تم نصح المريض بإجراء تحليلات دم شاملة لاستبعاد الأمراض الجهازية الكامنة والحساسية.
- وأورد بعض الناشرين عن حالات تمثلت بحساسية اتجاه معدن الجهاز التقويمي والتي من الممكن أن تكون قد سببت ضخامة لثوية، التهاب أغشية مخاطية فموية تماسي تحسسي اتجاه معادن سنية.
- وخصوصاً أظهر النيكل تسببه بضخامة لثوية حيث أبلغ Özkaya et al عن حالتين من ضخامة أغشية مخاطية سببها النيكل.

- **وفي حالة نادرة** وعلى الرغم من قلة ورودها تم الإبلاغ عن ضخامة لثوية ناتجة عن تحسس اتجاه النيكل الموجود في الأجهزة التقويمية، واتجاه الذهب والبلاديوم الموجودين في الضامة السنية.
- يُظهر فرط النمو اللثوي الناتج عن معالجة تقويمية مظهر لثوي سميك وليفى محدد، ويختلف عن مظهر اللثة الرقيقة والحدود اللثوية الحمراء المشاهدة في الحالات التحسسية أو الآفات اللثوية الالتهابية.
- نسيجياً يتم مشاهدة الضخامة اللثوية الالتهابية بشكل رئيسي كتزايد في عدد سماكة في حزم الكولاجين الناضج ضمن لحمة النسيج الضام.
- حيث يوحى المظهر المجهرى للأرومة الليفية في لحمة النسيج الضام وعناصر الالتهاب الخلوي المزمن بضخامة لثوية غير محددة.

- ترافق الضخامة اللثوية الليفية العابرة مع الأجهزة التقويمية الثابتة وتعتبر بشكل عام مترافقة مع المعالجة وتزول بانتهاء المعالجة التقويمية وعلى الرغم من ذلك تُظهر بعض الدراسات عدم فعالية إزالة الأجهزة التقويمية في إنهاء الضخامة.
- عندما تتضمن الضخامة اللثوية الالتهابية المزمدة أعداد كبيرة من عناصر ليفية والتي لا تزول بشكل تام بعد البدء بالمعالجة حول السنية أو لا تتلاءم مع المتطلبات الجمالية والوظيفية للمريض
- في هذه الحالة تعتبر المعالجة الجراحية هي الحل. المداخلة الجراحية الأشيع هي قطع اللثة أو تقنية flap.

الخلاصة:

- يساعد التقرير على تسليط الضوء على أهمية تحفيز المريض والتزامه في التخطيط للمعالجة.
- يجب البدء بالتعليم المتمم حول العناية الفموية مع التحفيز الإيجابي في المراحل الأولية من خطة المعالجة من أجل المحافظة على نتائج متوقعة.
- في كل جلسة مراجعة يجب تنويه المريض حول حالتهم السنية الحالية وتأثير عوامل الخطر مثل ضعف العناية الفموية والتدخين والعادات السيئة على الحالة الفموية الحالية.
- على الرغم من التطور الحاصل في التخصصات السنية لا يزال هذان العاملان يلعبان دور حاسم في نجاح برنامج المعالجة.
- يعتبر التواصل الفعال أمر مهم للغاية في تحفيز المرضى وتعليمهم حول مشاكلهم السنية وبالتالي يمكن اعتبار الحصول على معالجة ناجحة ودمج كلاً من جهود المريض والطبيب وجهان لعملة واحدة.

Tanya Jadhav, MDS, is involved in Private practice at Pune, Maharashtra-India. K Mahalinga Bhat, MDS, is a professor at the Department of Periodontics, Manipal College of Dental Sciences. G Subraya Bhat, MDS, is the Head of Department at the Department of Periodontics, Manipal College of Dental Sciences. Jothi M Varghese, MDS, is an associate professor at the Department of Periodontics, Manipal College of Dental Sciences.

References

- 1. Carranza FA, Hogan EL. Gingival enlargement. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 11th ed. Philadelphia, Penn: W.B. Saunders Company; 2006:373–390.**
- 2. Tiwana PS, Kok IJ, Stoker DS, Cooper LF. Facial distortion secondary to idiopathic gingival hyperplasia: surgical management and oral**

reconstruction with endosseous implants. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**

2005;100(2):153–157.

3. Sallum EJ, Nouer DF, Klein MI, et al. **Clinical and microbiologic changes after removal of orthodontic appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop.**

2004;126(3):363–366.

4. Özkaya E, Babuna G. **Two cases with nickel–induced oral mucosal hyperplasia: A rare clinical form of allergic contact stomatitis? Dermatol Online J.** 2011;17(3):12.

5. Kalkwarf KL. **Allergic gingival reaction to esthetic crowns. Quintessence Int Dent Dig.** 1984;15(7):741–745.

6. Counts AL, Miller MA, Khakhria ML, Strange S. **Nickel allergy associated with a transpalatal arch appliance. J Orofac Orthop.** 2002;63(6):509– 515.

7. Kabashima K, Miyachi Y. Gingival hyperplasia due to metal allergy. Clin Exp Dermatol. 2005;30(1):88–89.

8. Ramadan AAF. Effect of nickel and chromium on gingival tissues during orthodontic treatment: a longitudinal study. World J Orthod. 2004;5(3):230–234, 235.

9. Gursoy UK, Sokucu O, Uitto VJ, et al. The role of nickel accumulation and epithelial cell proliferation in orthodontic treatment–induced gingival overgrowth. Eur J Orthod. 2007;29(6):555–558.