

الجامعة السورية الخاصة

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

الفصل الثاني 2017-2018

المحاضرة 3 طب أسنان أطفال 3

م. د. جنى السالم

أمراض اللثة والأنسجة حول السنية لدى الأطفال Gingival and Periodontal Diseases in Children

مقدمة Introduction:

يمكن أن تتظاهر الأمراض اللثوية وحول السنية لدى الأطفال واليافعين بأشكال مختلفة، فتتراوح بين تلك الأمراض المحدودة بالنسج اللثوية وتلك التي تؤدي إلى تخرب النسيج حول السني مما يقود لاحقاً إلى فقدان السن. وبذلك فإن معرفة المسببات وعوامل الخطورة المساعدة هو أمر أساسي للوصول إلى تشخيص وتدبير هذه الحالات المرضية.

اللثة والرباط السني الطبيعيين Normal gingiva and Periodontium:

إن الأجزاء المكونة للثة والبنى حول السنية هي نفسها في مرحلة الطفولة، اليافع، والبلوغ. إلا أن الصور الشعاعية والمظهر السريري للثة والرباط حول السني لدى الأطفال واليافعين، يختلف عما هو عليه لدى البالغين، بسبب التغيرات الهامة التي تحدث أثناء النمو.

أولاً: الاختلافات بين اللثة في الإنسانين المؤقت والدائم:

Differences between gingiva of primary and permanent dentition

اللثة الحرة Marginal gingiva :

- 1- عمق الميزاب اللثوي Gingival sulcus في الإنسان الدائم أقل مقارنة بعمقه في الإنسان المؤقت . وجد Delaney أن متوسط عمق السبر Probing depth في الأسنان المؤقتة يقارب 2 ملم، وأن السبر من الناحية الدهليزية واللسانية أقل عمقاً من المناطق الملاصقة.
- 2- حافة اللثة الحرة أثنى وأكثر استدارة في الأسنان المؤقتة بسبب التحذب العنقي الواضح في الأسنان المؤقتة في حين يكون شكل حافة اللثة الحرة كحد السكين في الأسنان الدائمة.
- 3- تبدي الحواف اللثوية حول السن المؤقتة قدرة متزايدة على التراجع عند الفحص السريري بتسليط هواء السرنج مقارنة بالأسنان الدائمة.

اللثة الملتصقة Attached gingiva :

- 1- يكون للثة الملتصقة في الإنسان المؤقت ظهارة أقل تقرباً وأكثر توعية مما هو عليه في الإنسان الدائم، لذلك تظهر أقل كثافة وأكثر احمراراً مما هو عليه في الإنسان الدائم.
- 2- يبدو مظهر اللثة الملتصقة مبقعاً Stippling في عمر 2-3 سنوات، ويكون غياب التبقع في الأعمار الأكبر أمراً طبيعياً، إذ يلاحظ ذلك لدى 35% فقط من الأطفال. هناك مظهران آخران مميزان في اللثة الملتصقة لدى الأطفال، الأول هو الحليمة خلف النابية Retrocuspid papilla وهي تتواجد إلى اللساني من الناب السفلي في منطقة اللثة الملتصقة.
- أما المظهر الآخر المميز فهو الشق بين السني Interdental cleft وهو شق طبيعي يتواجد في منطقة اللثة بين الجذور والمبطنة لأغلب مناطق السرج بين السني.
- 3- عرض اللثة الملتصقة أقل تغيراً في الإنسان المؤقت، وقد يكون هذا من أحد أسباب قلة المشاكل اللثوية في الإنسان المؤقت.
- 4- عرض اللثة الملتصقة في الفك السفلي أضيق منه في الفك العلوي في الإنسان المؤقت، ويزداد كلا العرضين عند الانتقال إلى الإنسان الدائم.

اللثة الحليمية / الحليمة بين السنية Interdental papilla / Papillary gingiva :

في الإنسان الدائم، تكون اللثة الحليمية هي أكثر الأماكن تعرضاً لنمو الجراثيم واستعمارها بسبب مكان توضعها ونقص تقربها. أما في الإنسان المؤقت، تكون المسافات بين الأسنان واسعة فينتج عن ذلك ما يسمى بالمناطق السرجية بين السنية Interdental saddle. إن نقص التماس بين السني يؤدي إلى التحام الحليمة بين السنية في الجهتين الدهليزية واللسانية وتشكيل المنطقة السرجية بين السنية. تكون هذه المناطق مغطاة بشكل جيد بالظهارة المتقرنة

وبذلك فهي أقل تأثراً وحساسية تجاه الإنتان الجرثومي والعمليات الإلتهاابية ، وقد يكون هذا واحداً من أسباب قلة انتشار الأمراض اللثوية لدى الأطفال.

ثانياً: الاختلافات بين الرباط حول السني والمخاطية السنخية والعظم السنخي لدى الأطفال والبالغين:

Differences between periodontal ligament ,alveolar mucosa and alveolar bone of children and adults:

- 1- تكون مساحة الرباط حول السني أوسع ويحوي أليفاً أقل لدى الأطفال.
- 2- تكون المخاطية السنخية لدى الأطفال أكثر احمراراً بسبب غياب الكيراتين.
- 3- يكون العظم السنخي لدى الأطفال أقل تكلساً، وأكثر توعية، وفيه حواجز عظمية صغيرة وأقل عدداً، ولكنه أكثر ثخانة. كذلك يكون العظم السنخي لدى الأطفال ذي مسافات نقوية أكبر وشفافة قاسية Lamina Dura أقل ثخانة، وقنزعات سنخية بين سنية مسطحة. وتتوضع القنزعة السنخية لدى المراهقين على بعد 0.4-1.9 ملم من الملتقى المينائي الملاطي باتجاه الذروة.

الأمراض اللثوية والعيوب المخاطية اللثوية

:Gingival Diseases and Mucogingival Defects

تشير الدراسات الحديثة إلى أن المرض حول السني قد يعود منشؤه إلى أيام الطفولة، لذلك فقد أكدت الأكاديمية الأمريكية لأطباء أسنان الأطفال على الوقاية والتشخيص المبكر ومعالجة الآفات اللثوية وحول السنية لدى الأطفال واليافعين، ويكون ذلك بتأمين عادات صحية فموية ممتازة تبقى مع الطفل حتى عمر البلوغ، وهذا ينقص بالتالي من احتمال الإصابة بالأمراض حول السنية.

التهاب اللثة لدى الأطفال Gingivitis هو التهاب يشمل النسيج اللثوية فقط المحيطة بالسن، ويتميز مجهرياً بوجود نتحة التهابية Inflammatory exudate، ووذمة Edema، وبعض التخرب في الألياف الكولاجينية اللثوية، وتقرح وتكاثر الظهارة المواجهة للسن التي ترتبط به. إن التهاب اللثة الحفافي الذي يبدأ في الطفولة المبكرة هو البداية الأكثر شيوعاً لحدوث المرض حول السني.

وبالرغم من أن التهاب اللثة الشديد Severe gingivitis غير شائع لدى الأطفال نسبياً، إلا أن دراسات استقصائية عديدة قد بينت إصابة مجموعات كبيرة من الأطفال بنماذج بسيطة واردة من التهاب اللثة.

إن العوامل الرئيسية المسببة لالتهاب اللثة والمرض حول السني هي اللويحة الجرثومية غير المتكلسة والمتكلسة (القلح). إن فقدان النسيج الداعمة والإرتباط حول السني غير شائع نسبياً لدى الأطفال واليافعين.

● التهاب اللثة البزوعي Eruption Gingivitis :

تتشكل اللثة الحفافية (الحرّة) والميزاب اللثوي من اندخال التاج ضمن المخاطية الفموية في الحفرة الفموية، وبذلك تصبح الحواف اللثوية متوذمة وحمامية Erythematous. ويلاحظ هذا النوع من التهاب اللثة المؤقت أي العابر لدى الأطفال الصغار عادة عند بزوغ الأسنان المؤقتة، كما يشاهد التهاب اللثة البزوعي أيضاً بشكل كبير لدى الأطفال بين ال6-7 سنوات عند بداية بزوغ الرحي الأولى الدائمة، أو القواطع الدائمة، الشكل(1)، أو في أعمار أكبر عند بزوغ الرحي الثانية الدائمة. إن التعليل المحتمل لحدوث هذا الإلتهاب هو أن الحواف اللثوية غير محمية بمحيط تاج السن أثناء المراحل الأولى من البزوغ الفعال، بالإضافة إلى التراكم المستمر للطعام واللويحة حول وتحت النسيج الحر المغطي بشكل جزئي لتاج السن البازغ.

قد يتطور هذا الإلتهاب في حال عدم الالتزام بالعناية الفموية اللازمة إلى التهاب مؤلم يدعى بالتهاب ما حول التاج Pericoronitis (التواج)، الشكل(2)، أو خراج حول تاجي Pericoronal abscess، ويترافق بانتباج العقد اللمفية.



الشكل (2): التواج

الشكل (1): التهاب اللثة البزوعي

المعالجة :

تتطلب الحالات الخفيفة لالتهاب اللثة البزوعي عناية بالصحة الفموية فقط. يؤدي تطبيق المراهم اللثوية إلى الراحة في حال كانت اللثة الحفافية حول السن المؤقتة البازغة ملتهبة.

أما في حال حدث التهاب حول تاجي مؤلم، عندها يمكن غسل المنطقة المخرشة تحت اللثة بالساليين أو بالماء الأكسيجيني، أو يتم تنظيف المنطقة بالتجريف اللطيف. ومن الهام ذكره أن وصف الأدوية المضادة للالتهاب والمسكنات لا يجدي نفعاً في حال عدم إزالة المخرشات من المنطقة الملتهبة.

في حال ترافق التواج مع انتباج العقد اللمفية والتهابها، عندها يجب المعالجة بالصادات بالإضافة إلى المضامض المطهرة.

● التهاب اللثة المسبب عن اللويحة Plaque induced gingivitis :

يمكن أن يحدث هذا الالتهاب في أي عمر من الطفولة المبكرة وخلال سنوات المراهقة ومايليها. السبب الرئيس لهذا الالتهاب هو تراكم اللويحة الجرثومية بالإضافة إلى القلح فوق وتحت اللثوي.

يكون التهاب اللثة المسبب عن تراكم اللويحة بسبب العناية الفموية السيئة لدى الأطفال قابلاً للشفاء بسرعة، ويصنف كالتهاب لثة بسيط، متوسط، ومتقدم، الشكل (3) .



الشكل (3): التهاب اللثة المسبب عن اللويحة

المعالجة : بتطبيق المعالجة الوقائية للحصول على صحة فموية جيدة، وبتطبيق طرق التفريش الصحيحة، واستخدام الخيط السني للحفاظ على أسنان خالية من اللويحة الجرثومية. إن تناول الأطعمة المنشطة لعملية المضغ كالجزر والتفاح مفيد أيضاً لعملية التنظيف الفموي . عادة ما يكون هذا النوع من الالتهاب أقل شدة لدى الأطفال مقارنة بالبالغين رغم وجود نفس الكمية من اللويحة لديهما.

● التهاب اللثة التحسسي Allergic gingivitis :

يبدو بأن الأطفال الذين يتعرضون لهذا النوع من الالتهاب يعانون من حساسية تجاه غبار الطلع، كما لوحظ أن هذا النوع من التهابات اللثة يكون متزامناً مع التغيرات الفصلية أو خلال الفصول التي يزداد فيها تطاير غبار الطلع. وقد ذكر البعض أن استمرار مثل هذه الأنواع من الالتهابات لمدة طويلة من الزمن ممكن أن يقود إلى تغيرات حول سنوية هامة.

● الأمراض اللثوية الحادة Acute gingival diseases :

1- التهاب الفم واللثة الحلئي Herpetic gingivostomatitis :

يعتبر من أكثر الأسباب شيوعاً للتقرح الفموي الشديد لدى الأطفال. يظهر الإنتان الأولي الشديد بعد بلوغ الـ 6 أشهر من العمر وغالباً ما يترافق مع بزوغ القواطع المؤقتة. والعامل المسبب لهذا النوع من الالتهاب هو فيروس الحلا البسيط من النمذج 1 (HSV-1) (Herpes Simplex Virus Type I)، يمكن أن تشاهد الإصابة الأولى لدى الأطفال تحت الـ 6 سنوات والذين لم يتعرضوا لتماس مع هذا الفيروس من قبل ولا يكون لديهم أجسام ضدية معدلة وتكون الإصابة غير متعلقة بالجنس.

وفي بعض الحالات يمكن أن تشاهد الإصابة لدى اليافعين للمرة الأولى أيضاً. وتدعى الحالات السابقة بالتهاب الفم الحلئي البسيط.

يمكن أن تكون الإصابة الأولى لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة على شكل قرحة أو قرحتين بسيطتين في الغشاء المخاطي الفموي ، دون أن تحدث إزعاجاً أو انتبهاً كبيراً لدى الطفل.

وقد تتطور أعراض هذا المرض لدى أطفال آخرين بشكل حاد ومفاجيء وتدعى عندها بالتهاب الفم واللثة العقبولى الحاد Acute herpetic gingivostomatitis وتحدث هذه الإصابة لدى الأطفال ذوي الصحة الفموية الجيدة والأفواه النظيفة، أي أن هؤلاء الأطفال معرضين للإصابة مثل أولئك ذوي الصحة الفموية السيئة.

تشمل الأعراض والعلامات الحادة لالتهاب الفم واللثة العقبولى الحاد: احمرار اللثة بشدة، إعياء، سرعة تهيج ، ألم في الرأس، ألم مترافق مع تناول المشروبات والمأكولات وخاصة الحاوية على الحموض.

من التظاهرات الفموية المميزة : وجود حويصلات مملوءة بسائل أصفر أو أبيض وبعد بضعة أيام تنفجر هذه الحويصلات وتشكل قرحات مؤلمة مغطاة بغشاء رمادي مع حواف محيطية التهابية أبعادها من 1-3 ملم، الشكل (4).

يمكن مشاهدة هذه القرحة في مناطق مختلفة من الأغشية المخاطية بما فيها المخاطية الفموية، اللسان، الشفاه، الحنك الصلب والرخو، مناطق اللوزات. في بعض الأحيان تظهر قرحة كبيرة الحجم في النسيج الحنكي والثوي أو في منطقة الطية المخاطية الشفوية، الشكل (5).



الشكل (5): التهاب الفم واللثة العقبولى الحاد

الشكل (4): الحويصلات الحنكية

المعالجة: يستمر المرض من 10-14 يوماً لدى الأطفال. يمكن أن يكون التطبيق الموضعي للمراهم المسكنة مفيداً وذلك قبل تناول الوجبات، مثل Dyclone وهو Dyclonine hydrochloride (0.5%) مما يسمح للطفل بتناول الوجبات الخفيفة براحة أكبر. ومن المسكنات الموضعية الأخرى ، الـ (Lidocaine (Xylocaine Viscous) ويمكن أن يتم ذلك بإبقاء مقدار ملعقة شاي واحدة من هذا الدواء المسكن في الفم لمدة 2-3 دقيقة ومن ثم بصقه. أما المعالجة الدوائية النوعية لهذه الإصابة فهي إعطاء جرعات دورية من الأدوية المضادة للفيروسات جهازياً مثل الـ Acyclovir : Famciclovir و الـ Valacyclovir التي تثبط تضاعف الفيروس في الخلايا المصابة به، وتعطى هذه الأدوية بالمشاركة مع المسكنات الجهازية (Acetaminophen أو Ibuprofen) أثناء دورة المرض. يجب إعطاء الـ (Acyclovir (Zovirax) بجرعة 1000 ملغ يومياً تعطى في 5 جرعات باليوم لمدة 10 أيام، و يتوفر الأسيكلوفير بشكل كبسولات أو معلق . إن الـ Famciclovir و الـ Valacyclovir هي أدوية مضادة للفيروس أحدث من الأسيكلوفير ويبدو بأنها أكثر فاعلية، إلا أن استخدامها لدى الأطفال لا يزال قيد الدراسة. ينصح كذلك بالراحة في الفراش ولأن تناول عصير الفواكه يكون مخرشاً، لذلك يستطب تناول الفيتامينات خلال فترة المرض، كما ينصح بعزل الطفل المصاب عن الأطفال السليمين.

بعد الإصابة الأولية بالفيروس، ينتقل الفيروس من خلال الأعصاب ليقى هاجعاً في العقيدات العصبية، حتى ينشط من جديد بسبب عوامل مفعلة وتدعى الإصابة في هذه الحالة بالحلاً الشفوي الناكس (Recurrent herpes labialis).

من العوامل المفعلة أو المنشطة لهذا الفيروس من جديد: المرض (الحاجز المطاطي أثناء المعالجة السنية، تعرض شديد للشمس، الحمى، الشدة، التعب، الطمث، الحمل، التهاب الطرق التنفسية العلوية، الحساسية، الاضطرابات المعدية المعوية). وفي حال حدوث النكس تتم المعالجة بالأدوية المضادة للفيروس السابق ذكرها وفور ظهور أعراض الحلاً البسيط. وتكون جرعة الدواء المضادة للفيروس في حالة النكس مماثلة لتلك المعطاة عند الإصابة الأولية إلا أن زمن المعالجة هو 5 أيام بدل 10 أيام. سجلت في الأدبيات إصابات أطباء أسنان بهذا الإبتان الفيروسي في الإصبع أو العين نتيجة العدوى من المرضى المصابين بهذه الآفة في الفم، لذلك فإن ارتداء الحاجز الواقي ضروري أثناء فحص ومعالجة المرضى.

2- القرحة القلاعية الناكسة (القرحة الأكلة المؤلمة)

Recurrent Aphthous Ulcer (RAU) (Canker sore):

تعتبر القرحات القلاعية الناكسة أكثر الاضطرابات المخاطية شيوعاً لدى الأفراد من مختلف الأعمار والأجناس في العالم كله. وغالباً ما تصيب النسيج الرخوة غير المتقرنة في الحفرة الفموية، وتكون ذروة الإصابة بين الـ 10-19 سنة.

تتميز بقرحات ناكسة في الأغشية المخاطية للفم، حيث تحدث هذه الآفات بسرعة في أماكن معينة وهي ذات قاعدة مستديرة إلى بيضوية مشبهة بفوهة البركان، وذات حواف مرتفعة حمراء ومؤلمة، الشكل (6) ، وقد تكون مفردة Single، صغيرة Minor، أو كبيرة Major، أو بشكل آفات متعددة Multiple. وتستمر الآفة لمدة 4-12 يوماً. يطلق مصطلح القرحة الأكلة المؤلمة (Canker sore) على القرحة القلاعية الناكسة (RAU). في حين يطلق على القرحات الكبيرة والأقل شيوعاً بالتهاب المخاطية حول الأسنان الناكس والتموتي، أو Sutton disease، ويكون مترافقاً مع آفات جهازية أخرى مثل الحمى المتكررة، التهاب فم قلاعي، التهاب بلعوم، فلغمون غدي Adenitis.



الشكل (6):القرحة القلاعية الناكسة

الأسباب : أسباب القرحة القلاعية الناكسة غير معروفة، قد تكون العوامل الجهازية بما فيها الارتكاسات المناعية الذاتية للظاهرة الفموية، والعوامل الجرثومية والعوامل الموضعية مثل الرض (أذيات الفم البسيطة مثل عض الخد)، التحسس من بعض أنواع الطعام مثل التوابل مثلاً أو مكونات معجون الأسنان Sodium Lauryl Sulfate، نقص وظيفة الغدد اللعابية، أسوء التغذية (نقص الحديد وحمض الفوليك وB12)، الضغط النفسي، متلازمة نقص المناعة المكتسبة ، داء كرون ، التهاب الغدد اللعابية، التهاب الكولون القرصي، اضطرابات هرمونية مثل البلوغ والطمث، من الأسباب أيضاً وجود حساسية متأخرة من العقديات الدموية الفموية الطبيعية Streptococcus Sanguis ، فيروس الحلأ البشري نمط 6، الحمى المضخمة للخلايا، فيروس إبشتاين بار، وقد تكون الشدة عاملاً مساعداً وخاصة لدى طلاب المدارس النموذجية.

المعالجة :

- تتركز المعالجة على تحفيز شفاء الآفة، إنقاص من فترة بقاء الآفة وألم المريض، تعزيز قدرة المريض على تناول الطعام، ومنع أو الحد من إمكانية نكس المرض. ومن الأدوية المستخدمة:
- استخدام الكريمات والمرام الموضعية المضادة للالتهاب.
- من المفيد أيضاً تطبيق الستيروئيدات القشرية موضعياً على سطح الآفة قبل تناول الوجبة وقبل النوم بشكل كريمات أو مراهم مثل ال (Kenaloge) Triamcinolone acetonide.
- ذكر أيضاً أن تطبيق المرهم المسكن مثل البنزوكائين يعد مفيداً.
- كما أن التطبيق الموضعي للتراسيكلين على القرحة مفيد في إنقاص الألم وإنقاص فترة بقاء الآفة وكذلك المضامض الحاوية على التتراسكولين دون بلعها، ويجب عدم استخدام هذه المضامض لدى الأطفال دون عمر ال 8 سنوات خوفاً من تصبغ أسنانهم.
- وتعد مضامض غلوكونات الكلوروكسيدين 0.2 % مفيدة أيضاً في المعالجة.

3- التهاب اللثة القرصي التموتي الحاد

:Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis (ANUG)

و يدعى أيضاً بـ Trench mouth وإنتان فانسان Vincent Infection ، يحدث عادة لدى الأطفال بين 6-12 سنة ولدى اليافعين، ويسهل تشخيصه بسبب شمول الإصابة الحليمات اللثوية بين السنية وبسبب وجود أغشية تموتية كاذبة مغطية للثة الحرة الحفافية، الشكل(7).
العضويات المسببة : Fusiform Bacilli , Borrelia Vincentii .
المظاهر السريرية : نسيج لثوي نازف، مؤلم، ملتهب بالإضافة إلى قلة شهية للطعام ، رائحة كريهة، حمى عالية أكثر من 40°C ، إعياء.



الشكل (7):التهاب اللثة القرصي التموتي الحاد

المعالجة : تستجيب الأفة جيداً بعد مرور 24 -48 ساعة للتجريف تحت اللثوي والتقليح، وتحسين العناية بالصحة الفموية، والغسل بمحاليل الماء الأوكسيجيني المخفف وذلك بعد كل وجبة بالإضافة إلى الغسل مرتين في اليوم بالكلورهكسيدين، بالإضافة إلى المعالجة بالصادات الحيوية، كل ذلك يساعد في التغلب على الإنتان.
من الهام ذكره وجود فروقات بين التهاب اللثة القرصي التموتي الحاد، والتهاب الفم واللثة الحلئي الحاد ويمكن تلخيصها في الجدول(1):

التهاب اللثة القرصي التموتي الحاد	التهاب الفم واللثة الحلئي الحاد
- يحدث عادة لدى الأطفال بين 6-12 سنة ولدى اليافعين	-غالباً ما يشاهد لدى أطفال ما قبل المدرسة
-سببه جرثومي يستجيب للمضادات الحيوية	-سببه فيروسي لا يستجيب للمضادات الحيوية
-شمول الإصابة الحليمات اللثوية بين السنية	-قرحات على الشفاه والخدين

وجود أغشية تموتية كاذبة مغطية للثة الحرة الحفافية	
-المعالجة بتحسين الصحة الفموية والتجريف والتتضير	-لا يفيد التتضير والتجريف

الجدول (1): مقارنة بين التهاب اللثة القرصي التموتي الحاد والتهاب الفم واللثة الحثي الحاد

4- داء المبيضات الحاد (السلق) (Acute Candidiasis (Thrush) :

يحدث لدى حديثي الولادة نتيجة مرورهم من المهبل ويتطور خلال الأسبوعين الأوليين من العمر.

كما يظهر حالما تنخفض مناعة النسيج كما هو الحال لدى المرضى المصابين بالإيدز والسكري والخاضعين للمعالجة الكيميائية والشعاعية لدى مرضى السرطان وعند تناول الصادات الحيوية لفترات طويلة، إذ تقوم فطور المبيضات البيض *Fungus Candida Albicans* بالتضاعف بشكل سريع محدثة حالة مرضية تدعى التهاب الفم بالمبيضات.

تبدو الأفات في النسيج الفموية مثل اللسان وباطن الخد وقبة الحنك.. بشكل بقع بيضاء مرتفعة تشبه الفرو ويمكن إزالتها بسهولة وعند إزالتها تترك سطحا نازفاً تحتها، الشكل (8) و(9).



الشكل (9): داء المبيضات البيض لدى يافع

الشكل (8): داء المبيضات البيض لدى طفل

المعالجة: باستخدام الصادات الحيوية المضادة للفطور Antifungal antibiotics :

-من أجل الرضع والأطفال الصغار جداً :

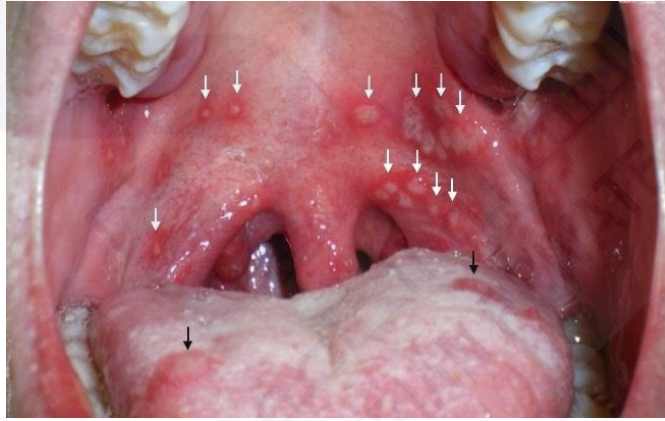
معلق من 1 مل (100000 وحدة) من ال Nystatin (Mycostatin) يستخدم بشكل نقاط فموية تعطى 4 مرات يومياً.

معلق Clotrimazole (10 ملغ /مل) يطبق 1-2 مل منه على المساحات المصابة 4 مرات يومياً.

معلق Fluconazole الجهازي (10 ملغ /مل) بجرعة تصل إلى 6 ملغ / كغ أو أقل في اليوم.
-من أجل الأطفال الأكبر تستخدم أقراص ال Clotrimazole أو Nystatin حيث يضعها الطفل في فمه حتى حدوث انحلالها.
-من أجل الأطفال القادرين على بلع المضغوطات ، يتم إعطاء 100 ملغ من مضغوطات ال Fluconazole لمدة 14 يوماً وذلك في الحالات التي لا تستجيب للمعالجة الموضعية.

5- الخناق الحلئي Herpangina :

السبب فيروسات Cocksackie group A.
الإصابة : لدى الأطفال الصغار وبالغين.
عادة ما تكون التظاهرات السريرية ذات مدة قصيرة الأمد وعادة ما تكون خفيفة.
تبدأ بشكل حويصلات صغيرة متعددة، تتطور إلى قرحات صغيرة حاوية على قاعدة رمادية ذات حواف التهابية. تلاحظ الحويصلات على الحنك الصلب أو الرخو، جدران البلعوم الخلفية والمخاطية الفموية أو اللسان، الشكل (10)، وعادة ما تشفى خلال أيام قليلة وحتى أسبوع.



الشكل (10): الخناق الحلئي

● الأمراض اللثوية المزمنة Chronic gingival diseases :

التهاب اللثة المزمن غير النوعي Chronic nonspecific gingivitis:

هو نمط من التهابات اللثة يشاهد في عمر المراهقة وما قبلها ، ويدعى بالالتهاب اللثوي المزمن غير النوعي.

قد يكون هذا النوع من الالتهاب موضعاً في المنطقة الأمامية، أو معمماً بشكل أكبر، نادراً ما تكون الحالة مؤلمة، قد تستمر لفترة طويلة دون تطور كبير.

تكون الآفة اللثوية حمراء نارية مع تضخم الحليمات اللثوية الدهليزية وعادة لا يصاب الجزء اللساني منها.

من أسباب هذا النوع من الالتهاب:

- عدم توازن غذائي بسبب عدم تناول كميات كافية من الفواكه والخضار مما يؤدي إلى عوز فيتاميني.

- سوء الإطباق وبالتالي سوء وظيفي، ازدحام الأسنان مما يسبب صعوبة في إزالة اللويحة.

- آفات نخرية ذات حواف حادة، ترميمات سيئة (زائدة تؤدي إلى تراكم الطعام).

- التنفس الفموي مما يقود إلى التهاب لثة مزمن ضخامي (فرط تصنعي)

Chronic hyperplastic form of gingivitis وخاصة في الفك العلوي .

● الأمراض اللثوية ذات العلاقة بالعوامل الجهازية

Gingival diseases modified by systemic factors

أمراض اللثة المتعلقة بالجهاز الصمي

Gingival diseases associated with the endocrine system

التهاب اللثة البلوغي Puberty gingival diseases:

يشاهد في عمر المراهقة وما قبلها سببه عدم توازن هرموني وخاصة لدى الإناث(مرحلة البلوغ، وخلال فترة الطمث).

يحدث تضخم اللثة الحفافية مع وجود مخرشات موضعية ويتميز هذا النوع من الالتهاب بكونه موضعاً في المنطقة الأمامية ويمكن أن يشاهد في أحد الفكين فقط دون الآخر. وتكون الآفة اللثوية حمراء نارية مع تضخم الحليمات اللثوية الدهليزية لتصبح بشكل بصلي وعادة لا يصاب الجزء اللساني منها، الشكل (11).

المعالجة: تحسين الصحة الفموية، إزالة المخرشات الموضعية، ترميم الأسنان المنخورة، وتحسين النظام الغذائي، كما لاحظ Cohen تحسن الضخامة اللثوية بعد تناول الفموي ل 500 ملغ من حمض الأسكوربيك، ولم يلاحظ هذا التحسن إلا بعد تناول الفيتامين لمدة 4 أسابيع.

وفي حال عدم تراجع الضخامة وعدم الاستجابة للمعالجة الموضعية، يمكن الاستئصال الجراحي للنسج اللثوية الحفافية وبين السنينة السميكة المتليفة، وعادة ما يكون النكس في الحدود الدنيا في حال تمت المحافظة على صحة فموية جيدة.



الشكل (11): التهاب اللثة البلوغي

الآفات اللثوية ذات المنشأ الوراثي Gingival lesions of genetic origin:

التليف اللثوي الوراثي (HGF) Hereditary gingival fibromatosis :

هو نموذج من ضخامات اللثة السليمة، بطيئة التطور ونادرة الحدوث ويدعى أيضاً باللثة الفيلية Elephantiasis gingivae أو فرط تصنع اللثة الوراثي

Hereditary hyperplasia of the gums ، ذو صيغة صبغية جسدية سائدة.

تبدو اللثة طبيعية عند الولادة ولكنها تبدأ بالتضخم مع بزوغ الأسنان المؤقتة، وتستمر النسج اللثوية بالتضخم مع بزوغ الأسنان الدائمة، حتى تغطي اللثة التيجان السريرية للأسنان، الشكل (12).

قد يسبب النسيج اللثوي الكثيف تحرك الأسنان وحدوث سوء الإطباق، والحالة غير مؤلمة إلا في حال نمو اللثة لدرجة رضا أثناء المضغ.

المعالجة : الإزالة الجراحية، وقد يحدث النكس خلال أشهر بعد العمل الجراحي، إلا أن المحافظة على الصحة الفموية بشكل فائق ممكن أن يؤخر من إمكانية حدوث النكس.



الشكل (12): فرط تصنع اللثة الوراثي

التهاب اللثة البثعي (الحفري) Scorbatic gingivitis :

لوحظ أن العوز الشديد لفيتامين C يمكن كشفه باكراً في الحفرة الفموية ويدعى بالتهاب اللثة البثعي وهو يختلف عن التهاب اللثة المسبب عن سوء العناية بالصحة الفموية. تكون اللثة حمراء لماعة بشكل مميز ومنتبجة ومتقرحة وقابلة للنزف عفويًا بشكل واضح وتكون الإصابة عادة محدودة في اللثة الحفافية (الحرّة) وفي اللثة الحلّيمية، الشكل (13). وقد يشتكى المريض من ألم شديد.

إن الحالات الشديدة من التهاب اللثة الحفري نادرة لدى الأطفال وبشكل عام تلاحظ لدى الأطفال الذين لديهم حساسية تجاه عصير الفواكه حيث يكون النظام الغذائي لديهم غير حاو على فيتامين C بشكل كاف.

المعالجة في الحالات الشديدة : العناية السنية الكاملة ، وتحسين الصحة الفموية بالإضافة إلى أن تزويد الأطفال الصغار ب 250-500 ملغ من حمض الأسكوربيك يومياً، في يحتاج الأطفال الأكبر سناً والبالغين إلى 1 غ من الفيتامين C لمدة أسبوعين. المعالجة في الحالات البسيطة : العناية السنية الشاملة وتحسين الصحة الفموية، وتزويد الطفل بالفيتامينات المنحلة بالماء المختلفة مع فيتامين C.



الشكل (13): التهاب الفم الحفري لدى فتاه عمرها 13 سنة

Drug – induced gingival enlargements الضخامات اللثوية المسببة عن الدواء

فرط النمو اللثوي المسبب عن الفينيتوين

Phenytoin –induced gingival overgrowth (PIGO)

هو فرط نمو لثوي مسبب عن دواء مضاد للإختلاج يستخدم في معالجة الصرع، هو ال Phenytoin (Dilantin).

عادة ما يبدأ فرط النمو اللثوي بعد 2-3 أسابيع مباشرة من بداية تناول الدواء. وتكون قمة الضخامة عادة في الأشهر 18 و 24 بعد المعالجة.

المظهر المرضي السريري الأولي هو ضخامة لثوية غير مؤلمة في المنطقة بين السنية وتصاب الأجزاء الشفوية والأمامية ، أكثر من الأجزاء الخلفية والحنكية/ اللسانية من الفكين. تكون المناطق المصابة متفرقة في بادىء الأمر ثم لا تلبث أن تصبح معممة. وفي حال لم تتعرض اللثة لإنتان ثانوي فإنها تكون زهرية وقاسية ولا تنزف بسهولة عند السبر.

عادة ما تنمو الحليمات بين السنية لدرجة أنها تخفي الخط المتوسط وتشكل جيوباً كاذبة مغطية بذلك تيجان الأسنان، وتسبب هذه الحالة مشاكل تجميلية، تأخر بزوغ، سوء لفظ، صعوبة مضغ ، والتهاب ثانوي مما يقود إلى التهاب حول سني، الشكل(14).

من الأدوية الأخرى المسببة للضخامة اللثوية : مثبطات المناعة مثل ال Cyclosporine وحاصرات أفنية الكالسيوم مثل ال Infedipine، حمض ال Valproic و ال Phenobarbital.

المعالجة: بالاستئصال الجراحي للنسيج المتضخم بشدة والعناية الفموية الجيدة بعد الجراحة.



الشكل (14): التهاب اللثة المسبب عن الفينيتوين

أمراض الأنسجة حول السنية لدى الأطفال :Periodontal disease in children

التهاب الأنسجة الداعمة حول السنية Periodontitis هو مرض التهابي في اللثة والنسج الداعمة حول السنية Periodontium ، ويتميز بتشكيل جيب لثوي وتخرّب في العظم السنخي الداعم للسن. يمكن الكشف عن ضياع العظم لدى الأطفال باستخدام الصور المجنحة بمقارنة مدى بعد العظم السنخي عن الملتقى المينائي الملاطي. إن فقداناً للعظم بمقدار 2-3 ملم هو فقدان مثير للتساؤل، في حين يدلّ فقدان الأكثر من 3 ملم على ضياع أكيد للعظم. يستخدم السبر حول السني لكشف ضياع الارتباط والتأكد من الإصابة السريرية للنسج الداعمة حول السنية .

وعادة ما يكون ضياع العظم بين الأرحاء الأولى المؤقتة والثانية المؤقتة. قامت الأكاديمية الأمريكية لأمراض الأنسجة الداعمة بتصنيف الشكل المبكر لالتهاب الأنسجة الداعمة تحت ما يدعى بالتهاب الأنسجة الداعمة الجائح Aggressive Periodontitis.

التهاب الأنسجة الداعمة المبكر (الجائح)

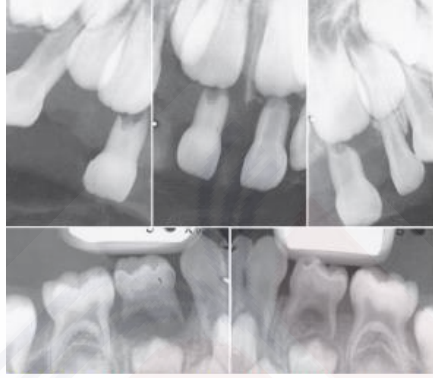
Early-onset periodontitis (EOP) (Aggressive periodontitis)

يشاهد هذا النوع من التهاب الأنسجة الداعمة لدى الأفراد، صغيري السن . ويتميز بشكلين حسب المسببات والموجودات السريرية : الشكل الموضع LAP Localized aggressive periodontitis . والشكل المعمم GAP Generalized aggressive periodontitis . ويشاهد التهاب الأنسجة الداعمة المبكر في كلا الإنسانين المؤقت والدائم. التهاب الأنسجة الداعمة الجائح الموضع

LOCALIZED AGGRESSIVE PERIODONTITIS

هو فقدان للارتباط وللعظم بشكل موضع في الإنسان المؤقت. إن العمر المحدد لظهوره غير معروف ولكن يبدو بأنه يبدأ بالظهور قبل أو خلال السنة الرابعة من العمر، حيث يشاهد فقدان العظمي شعاعياً حول الأرحاء المؤقتة و/أو القواطع، الشكل (15). سريرياً ، تلاحظ جيوب لثوية مرضية عند السبر، مع التهاب لثوي طفيف، فقدان عظم سريع، وتراكمات قلع بكميات قليلة. مع تطور المرض تبدي النسج المحيطة بالسن لدى الطفل علامات التهاب لثة مع شقوق لثوية وتقرحات موضعية في الحواف اللثوية.

يعاني مرضى التهاب الأنسجة الداعمة الجائح الموضع من شذوذات في الدفاع لدى المضيف (الانجذاب الكيميائي للكريات البيضاء) ، ويعتقد بوجود قصة عائلية للإصابة بهذا المرض لدى الأطفال.



الشكل (15): صور شعاعية لالتهاب الأنسجة الداعمة الجائح الموضع لدى طفلة في الرابعة والنصف من العمر

التهاب الأنسجة الداعمة الجائح المعمم:

GENERALIZED AGGRESSIVE PERIODONTITIS

تكون بداية ظهور GAP مباشرة بعد أو خلال بزوغ الأسنان المؤقتة وينتج عنه التهاب لثوي شديد وفقدان معمم للارتباط وحركة الأسنان نتيجة فقدان سريع للعظم السنخي. في المراحل الأولية للمرض قد تبدي اللثة التهاباً بسيطاً مع تراكم لويحة في الحدود الدنيا. وهو غالباً ما يصيب كل الإنسان ويتطور تخرب سريع للعظم السنخي ويمكن أن تفقد الأسنان في عمر مبكر قد يكون في عمر الـ 3 سنوات. في الحالات المزمنة: تبدي النسيج اللثوية التهاباً حاداً وتشققاً وانحسار واضحاً. تبين الفحوص وجود شذوذات في التصاق الكريات البيضاء مع انعدام ارتكاس المريض تجاه الإنتان الجرثومي . من العضويات الدقيقة المسيطرة على الجيوب اللثوية

Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Aa),

Porphyromonas Bacteroides gingivalis (Pg),

Bacteroides melaninogenicus,

Prevotella intermedia ,

Capnocytophaga sputigena,

Fusobacterium nucleatum .

بين Asikainen و زملاؤه أن الإصابة تنتقل بين أفراد العائلة الواحدة. كما بينت الدراسات أن التاريخ الطبي لدى الأطفال المصابين كان حافلاً بالإنتانات الناكسة مثل التهاب الأذن، الإنتانات الجلدية، إنتانات الطرق التنفسية العلوية.

معالجة التهاب الأنسجة الداعمة الجائح في الإنسان المؤقت

TREATMENT OF AGGRESSIVE PERIODONTITIS IN PIMARY DENTITION

تعتمد المعالجة الناجحة لالتهاب الأنسجة الداعمة الجائح على التشخيص المبكر، إعطاء الصادات الحيوية النوعية تجاه العضويات الدقيقة وتأمين وسط خال من الإنتان لتحريض الشفاء بتجريف اللثة وتسوية الجذور وترميم الأسنان المنخورة وقلع الأسنان المؤقتة غير المدعومة بالعظم والتوعية الفموية والمتابعة الدورية.

لإزالة العوامل حول السنية الممرضة يجب إعطاء مضامض الكلورهكسيدين المضاد للجراثيم والمعالجة بالصادات الحيوية واسعة الطيف. يستخدم ال Amoxicillin لدى الأطفال (شراب 250ملغ، 3مرات باليوم لمدة 10 أيام).

إن معالجة GAP أقل نجاحاً من LAP وقد يتطلب نجاح المعالجة أحياناً قلع كافة الأسنان المؤقتة.

أكد Delaney أن الأطفال المصابين بـLAP وGAP قد يعانون من التهاب أنسجة حول سنية في الأسنان الدائمة.

التهاب الأنسجة الداعمة الجائح الموضع

Localized Aggressive periodontitis(LAP)

أطلق عليه في الماضي مصطلح التهاب حول السن الشبابي الموضع Localized juvenile periodontitis . يكون المرضى أصحاء، وبالغين. يتميز بفقدان شديد وسريع للعظم السنخي المحيط بأكثر من سن دائمة واحدة، وعادة ما تكون الأرحاء الأولى والقواطع، الشكل (16)، ويبدو أن فقدان العظم حول الأسنان المؤقتة هو منبئ مبكر لحدوث هذا المرض. يعاني هؤلاء المرضى من التهاب طفيف وتراكم لويحة أو قلع بسيط، مع تواجد القلع تحت اللثوي ويكون تطور فقدان العظم أسرع ب3 إلى 4 مرات من التهاب الأنسجة الداعمة المزمن .

لا يعتقد بأن LAP هو مرض منفرد، ويعتقد بأن الأنواع الجرثومية المسببة له هي Aa وحدها أو Aa بالمشاركة مع الانواع الشبيهة ب Porphyromonas. و غالباً ما يترافق مع عيوب في الانجذاب الكيميائي للعدلات (الكريات البيضاء عديدة النوى متعددة الأشكال)، وفي بعض الحالات لوحيدات النوى وأحياناً عيوب في البلعمة والفاعلية القاتلة للجراثيم و عيوب في تولد leukotriene B4 و غيرها من العيوب .



الشكل (16): صور شعاعية لالتهاب الأنسجة الداعمة الجانح الموضع لدى بالغ عمره 19 سنة

التهاب الأنسجة الداعمة الجانح المعمم:

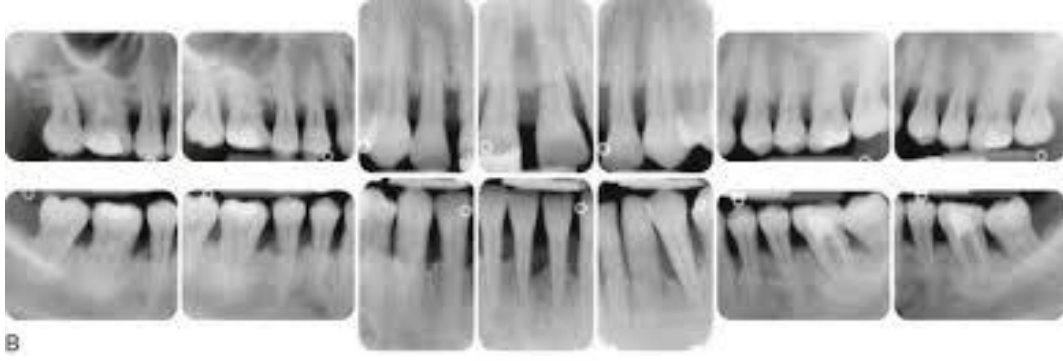
Generalized Aggressive periodontitis(LAP)

يحدث في مرحلة البلوغ أو قريباً منها لدى اليافعين والبالغين الصغار . وغالباً ما يصيب كامل الجهاز الداعم للسن في الإنسان الدائم كاملاً، الشكل (17). ويسبب امتداده الواسع وتخريبه السريع للعظم السنخي فقد أطلقت عليه مصطلحات عدة مثل: التهاب النسيج حول السن السنية الشبابي المعمم

Generalized Juvenile periodontitis(GJP)، والتهاب ما حول السن سريع التطور

Rapidly progressive periodontitis ، والتهاب ما حول السن الشديد severe periodontitis .

تكون الأسنان المصابة ملجأ للعصيات سلبية الغرام المخيرة، غير المتحركة وخاصة ال Porphyromonas gingivalis و ذلك في ال GAP أكثر مما هو عليه في ال LAP. يكون GAP و LAP مختلفين شعاعياً وسريرياً ، يكون الإنجذاب الكيميائي للعدلات مثبطاً في الشكل المعمم كما يعاني مرضى الشكل المعمم من التهاب حول سنّي وتراكم شديد للويحة والقلح.



الشكل (17): صور شعاعية لالتهاب الأنسجة الداعمة الجانح المعمم لدى بالغ

معالجة التهاب الأنسجة الداعمة الجانح في الإنسان الدائم

TREATMENT OF AGGRESSIVE PERIODONTITIS IN PERMANENT DENTITION

تعتمد معالجة كل من LAP و GAP على التشخيص المبكر، إعطاء الصادات الحيوية وتأمين وسط خال من العضويات الممرضة.

ويتم ذلك بالإزالة الميكانيكية للعوامل الالتهابية فوق وتحت اللثوية وذلك بالطرق الجراحية وغير الجراحية.

وقد تبين أن إعطاء جرعة دوائية من الدوكسيسيكليين لمدة أسبوعين تؤدي إلى التخلص من جراثيم Aa التي تكون مندمجة ضمن التقرحات المجهرية للظهارة العنقية .

كما أن المعالجة المشتركة بين ال Tetracycline و Metronidazole لمدة 1-2 أسبوع يقضي على Aa ويثبط ال Pg بشكل هام.

من جهة أخرى ، يجب تجنب استخدام التتراسكولين لمعالجة التهاب الأنسجة الداعمة الجانح لدى الأطفال بسبب إمكانية تلون الأسنان، كما لا يمكن وصفه للأم الحامل .

أكد بعض العلماء أن التقليل وتسوية الجذور وحده في الإصابات حول السنينة المتقدمة لم يكن كافياً للتخلص من Aa . و يجب إجراء مسح جرثومي بعد 4-6 أسابيع من انتهاء المعالجة بالصادات للتأكد من استجابة المريض للمعالجة . يتم المسح بأخذ قطعة من اللويحة عن طريق إدخال قمع ورقي في الجيب اللثوي و تركه لمدة عشر ثوان، ثم يوضع القمع في وسط جرثومي ويتم فحصه جرثومياً . شرح Rans و زملاؤه أن العلاج المفتاح والفعال ل LAP هو بتقليل وتسوية الجذور مع غسل عمق الجيب بمحاليل ملحية غير عضوية مشبعة و 1% كلورامين T.

كما نصح بتطبيق التتراسكولين الجهازي 1 غ/ اليوم لمدة 14 يوماً. ويبدو أن هذه الجرعة مناسبة للأطفال 12 سنة فما فوق . أما العناية المنزلية فتكون بتطبيق معجون بيكربونات الصوديوم منزلياً و 3% هيدروجين بيروكسايد والغسل بالأملاح غير العضوية .

عادة ما تكون معالجة GAP ذات إنذار أسوء ، ويمكن أن يضطر الطبيب لإعطاء أدوية أخرى نوعية لزمر جرثومية غير تقليدية موجودة لدى المريض .

التهاب الأنسجة الداعمة كتظاهر ناتج عن مرض جهازى

PERIODONTITIS AS A MANIFESTATION OF SYSTEMIC DISEASE

وضعت الأكاديمية الأمريكية للنسج حول السنية تصنيفاً جديداً عام 1999، حيث صنفت التهاب الأنسجة الداعمة التي تكون كتظاهر لمرض جهازى ضمن تصنيف منفصل. وقد وجدت كثير من هذه الحالات لدى مجموعات الأطفال:

أولاً- مترافقة مع اضطرابات دموية Associated with hematological disorders

1. نقص العدلات المكتسب Acquired neutropenia

2. ابيضاضات الدم Leukemias

3. أمراض أخرى

ثانياً- مترافقة مع اضطرابات وراثية Associated with genetic disorders

1. نقص العدلات العائلي والدوري Familial and cyclic neutropenia

2. متلازمة داون Down syndrome

3. متلازمات عوز التصاق الكريات البيضاء Leukocyte adhesion deficiency

syndromes

4. متلازمة بابيون لوفيفر Papillon-Lefèvre syndrome

5. متلازمة شدياك هيكاشي Chédiak-Higashi syndrome

6. متلازمة كثرة المنسجات Histiocytosis syndromes

7. مرض تخزين الكولاجين Glycogen storage disease

8. Infantile genetic agranulocytosis

9. متلازمة كوهين Cohen syndrome

10. متلازمة Ehlers-Danlos syndrome (types IV and VIII)

11. نقص الفوسفاتاز Hypophosphatasia

12. أمراض أخرى.

ابيضاضات الدم Leukemias :

تحتوي ابيضاضات الدم على مجموعة من التنشوات الخبيثة التي تتميز بتكاثر غير مسيطر عليه للخلايا الجذعية للكريات البيضاء. إن نقي العظام الطبيعى يتم استبداله بشكل بطيء

ومتقدم بخلايا دموية تنشوية لوكيمية (ابيضاضية) متكاثرة . تكون هذه الخلايا قادرة على الارتشاح إلى اللثة والنسج حول السنية العميقة مما يقود إلى فرط تصنع لثوي وتشكيل جيوب لثوية، تستعمر الجراثيم الجيوب مما يؤدي إلى التهابها وتبدو اللثة مزرققة مع حواف لثوية مستديرة وبداية فرط تصنع في الحليمات اللثوية. إن النزف اللثوي هو تظاهر شائع كما تحدث التقرحات والإنتان في النسج الفموية بسبب انخفاض المقاومة ضد الأمراض.

نقص العدلات العائلي والدوري Familial and cyclic neutropenia:

يكون التعداد الطبيعي للعدلات في الدوران الدموي لدى الأفراد الطبيعيين بين 5000 و 10000 كرية /ملم³.

ويعد الشخص مصاباً بنقص العدلات إذا انخفض هذا التعداد إلى أقل من 2000 خلية /ملم³. إن نقص العدلات الدوري هو مرض غير معروف السبب يتميز بانخفاض في عدد العدلات لمدة 7 أيام بشكل منتظم كل 21 يوماً، ويعاني المرضى من حمى، إعياء، قرحات فموية وإنتانات مهددة لحياة الفرد.

تتميز التظاهرات الفموية لدى هؤلاء المرضى بتقرح المخاطية الفموية، التهاب لثة حاد والتهاب نسج داغمة. إن التخراب حول السني قد يقود إلى فقدان مبكر للأسنان ويكون التخراب حول السني أشد خطراً في حال بدأت نقص العدلات في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة .

نقص الفوسفاتاز Hypophosphatasia:

هو مرض عائلي نادر يتميز بتمعدن غير كامل للعظم وبمستويات منخفضة من الفوسفاتاز القلوية في المصل، الكبد والكلى والعظم، بالإضافة إلى مستويات مرتفعة من ال Phosphoenolamine في البول ، من مظاهره السريرية : الكساح Rickets، تلين العظام Osteomalacia ، نقص في تشكل العظم القحفي، وتضيق قحفي Craniostenosis. يتظاهر فموياً بفقدان مبكر للأسنان المؤقتة . ويحدث سقوط الأسنان مع غياب الويحة والمرض حول السني. أكثر الأسنان شيوعاً في الإصابة أولاً الثنايا والرباعيات السفلية ، يتلوها القواطع في الفك العلوي ، في حين نادراً ما تفقد الأسنان الخلفية. هناك نموذج آخر لنقص الفوسفاتاز تصاب به الأسنان الدائمة. شعاعياً ، يبدو شكل الأسنان مثل الصدفة بسبب الحجر اللبية الواسعة والجدران الرقيقة للأقنية الجذرية، الشكل(17).



الشكل (17): الأسنان الصدفية.

كثرة نوسجات جزر لانغرهانس Langerhans cell histiocytosis :

هذا المرض هام بالنسبة لطبيب الأسنان بسبب آفات النسيج الرخوة والآفات العظمية المترافقة معه والتي تشاهد في الفم.

المظاهر الفموية المرضية : أسنان متقلقلة، أسنان مؤقتة مبكرة البزوغ ، اجتياح خلايا لانغرهانس للنسيج الفموية الرخوة مما يقود إلى التهاب لثوي، تقرح، فرط نمو في الفكين، إحساس بطعم سيء في الفم، بخر فم، وبسبب تخرب العظم السنخي تبدو الأسنان شعاعياً كأنها أسنان طافية Floating teeth.

ألم النهايات Acrodynia:

عبارة عن فرط حساسية تجاه الزئبق، ويشاهد عادة لدى الأطفال في الأعمار الصغيرة ، يعاني المريض من التهيج ، التعرق الشديد، القمه، الكسل، الخوف من الضياء، الأرق الحكة وفرط ضغط الدم. من التظاهرات الفموية : إلعاب، حرقة في الفم، فرط تصنع لثوي، تخرب في العظم السنخي، حركة الأسنان المؤقتة.

متلازمة داون Down syndrome :

يطلق عليها تتلث الصبغي 21، وصفت لأول مرة عام 1866 من قبل John Langdon Down.

هي اضطراب وراثي شائع جداً يحدث لدى مولود واحد من كل 800 مولود حي. يعاني المرضى المصابون من تأخر نمو، تأخر عقلي، فرط ليونة المفاصل ومشاكل قلبية . يصاب الأطفال بأمراض حول سنية في كلا الإنسانين الدائم والمؤقت ، والذي يمكن أن يعزى إلى تراكم اللويحة الجرثومية والقلح والمخرشات الأخرى وسوء الصحة الفموية بسبب المحدودات العقلية والجسدية لهؤلاء الأطفال ، بالإضافة إلى شكل الأسنان والصرير وسوء الإطباق، إضافة إلى نقص مقاومة الإنتان .

داء السكري Diabetes Mellitus:

أقرت الأكاديمية الأمريكية لعلم الأنسجة الداعمة تزايد نسبة حدوث التهاب النسيج الداعمة بين المرضى السكريين بعد حدوث البلوغ .

إن زيادة احتمال الإصابة ليس له علاقة بمستوى اللويحة والقلح. هناك علاقة بين مرض السكري والآفات حول السنية خاصة لدى مرضى السكري غير المسيطر عليه. أو ذوي فرط سكر الدم Hyperglycemia.

يكون لدى الأطفال المصابين بالنمط 1 من السكري عوز في السيطرة على الإستقلاب، وعادة ما تبدأ الإختلاطات حول السنية مع بداية التهاب اللثة في فترة البلوغ.

متلازمة شدياك هيكاشي Chédiak–Higashi syndrome:

هو داء نادر ذو صيغة جسدية Autosomal ناتج عن عيب انحلالي Lysosomal يؤدي إلى عيوب في الكريات الدموية وسوء وظيفة العدلات.

يعاني الأطفال المصابون من البهاق، الخوف من الضياء، الحول، الرأرأة وإنتانات جلدية وتنفسية متكررة، الشكل (18) و(19). عادة ما يبدأ المرض اللثوي لدى الأطفال قبل عمر الـ 10 سنوات وتكون الحساسية المتزايدة للإصابة بالإنتانات الجرثومية مميت، ويحدث الموت قبل عمر الـ 5 سنوات بالرغم من كون كل المناعة الخلوية والخلطية طبيعية تماماً لدى المرضى.

تترافق بداية المرض مع تخرب حول سني شديد مما يقود إلى حركة شديدة في الأسنان ومن ثم سقوطها المبكر.



الشكل (19):متلازمة شدياك هيكاشي

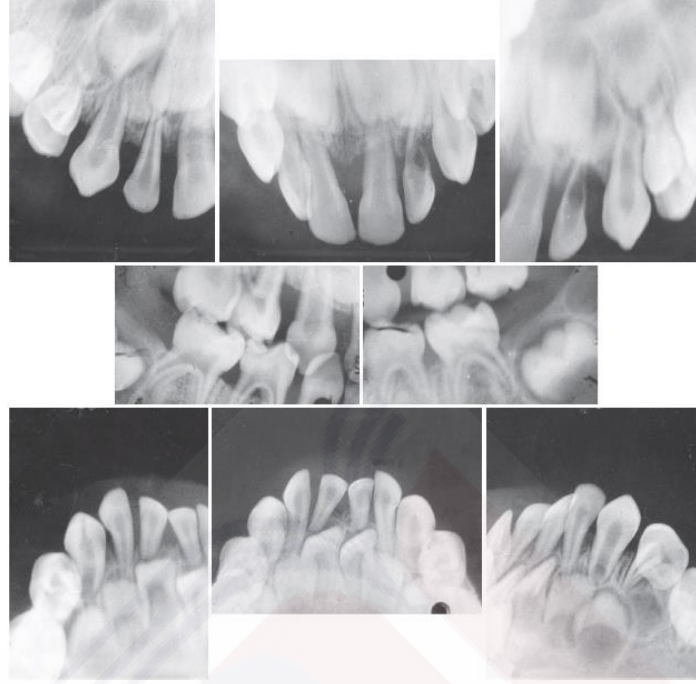
الشكل (18):متلازمة شدياك هيكاشي

عوز التصاق الكريات البيضاء (LAD) Leukocyte Adhesion Deficiency:

هو اضطراب نادر وراثي جسدي متنحي، يتميز بعوز المناعة وحدوث الإنتانات الناكسة ، تم تقسيم الداء إلى 3 أنماط LAD1 و LAD2 و LAD3 .
المظاهر المرضية : انتانات جرثومية ناكسة، عيوب في التصاق العدلات، تأخر في انفصال الحبل السري، يؤدي عيوب الالتصاق إلى انجذاب كيميائي ضعيف للكريات البيضاء وخاصة العدلات وعدم القدرة على إنتاج القيح وكثرة العدلات. تبدأ الإنتانات الجرثومية لدى الطفل المصاب منذ ولادته ويلاحظ تأخر في شفاء الجروح، وتقرح الفم والتهاب لثوي وحول سني وفقدان الأسنان الدائمة.

متلازمة بابيون لوفيفر Papillon-Lefèvre syndrome:

تعرف بالتقرن الجلدي الأخمصي الراحي المترافق مع التهاب حول السني. هو اضطراب وراثي ذو صيغة جسدية متنحية ينتج عن عوز ال Cathepsin.
من التظاهرات الفموية المرضية : تبرز الأسنان المؤقتة بوقتها الطبيعي وبعمر السنين يحدث ألم وحكة في النسيج اللثوية ، ثم تتقلقل الأسنان بعمر السنين ونصف . تظهر الصور الشعاعية امتصاص عظم أفقي شديد، الشكل (20). ويسبب الالتهاب اللثوي عدم ارتياح المريض وجيوب لثوية وتفقد الاسنان المؤقتة في عمر ال 4 سنوات وتفقد معظم الأسنان الدائمة في عمر ال 14 سنة، يظهر فرط التقرن في راحة اليدين وباطن القدمين في السنوات الأولى من الحياة، الشكل (21)، ويظهر التخرب حول السني مباشرة بعد بزوغ آخر رحي.
يتم تشخيص المرض من خلال التغيرات الفموية والجلدية ومن خلال اختبار ELISA لتحديد الأجسام الضدية IgG تجاه جراثيم Aa.



الشكل (20): صور شعاعية مجنحة لطفل مصاب بمتلازمة بابيون لوفيفر وعمره 2,6 سنة، امتصاص عظم شاقولي، تم قلع الأسنان في عمر ال 3 سنوات .



الشكل (21): فرط تقرن أخمص القدم

المعالجة : بالصادات الحيوية النوعية تجاه هذه الجراثيم (ميترونيدازول + تتراسكلين + كلوهكسيدين)، وقلع كامل الأسنان مبكراً لتأمين بيئة خالية من الإنتان قبل بزوغ الأسنان الدائمة وغالباً ما تنتهي الحالة بأجهزة كاملة.

الانحسار اللثوي Gingival recession :

يشاهد الإنحسار اللثوي، الشكل (22) لدى الأطفال، ومن أسبابه :
وجود حزمة ضيقة من اللثة الملتصقة أو المتقرنة، تفزّر (انفتاح) العظم السنخي
Alveolar bony dehiscence ، رض بسبب فرشاة الأسنان، بروز السن، ارتباط لجام
معيب، رض إطباق، تحريك الأسنان تقويمياً، استخدام تقنيات تبعيد اللثة عند أخذ الطبقات،
العادات الفموية السيئة، التهاب الأنسجة الداعمة، والانحسار الكاذب Pseudorecession
نتيجة قلع السن.

تتم معالجة الإنحسار اللثوي بمعالجة العامل المسبب إن كان ذلك ممكناً، مع المحافظة على
الصحة الفموية الجيدة في مكان الإنحسار، وفي حال بقي الإنحسار اللثوي كما هو دون تطور
مع مرور الزمن، عندها ينصح باستمرار المراقبة الدورية. أما في حال تطور الإنحسار بعد مرور
4-8 أسابيع من المراقبة عندها يجب القيام بإجراءات حول سنوية أخرى حسب العامل المسبب
للانحسار.



الشكل (22): تراجع اللثة الحفافية والملتصقة من الناحية

الشفوية للناناب وانكشاف جذره

ارتباط اللجام الخاطئ Abnormal Frenum attachment :

اللجام Frenum هو طية غشائية تقوم بربط جزئين ببعضهما وتمنع حركة الجزء الأول بشكل
منفصل عن الجزء الثاني، كما وصف بأنه طية غشائية مخاطية تحوي ظهارة وألياف نسيج ضام
ولا تحوي عضلات.

عادة يرتبط اللجام الشفوي الطبيعي ذروباً إلى حافة اللثة الحرة بشكل لا يقوم بتطبيق شديد في
منطقة اللثة الملتصقة التي تنتهي عادة عند الارتباط اللثوي المخاطي.

يتواجد اللجام المرتفع أو غير الطبيعي عندما يكون هناك لثة ملتصقة غير كافية في نهاية مكان ارتكازه .

إن اللجام المرتبط بشكل قريب جداً من اللثة الحفافية يمكن أن يتداخل مع مكان وضع فرشاة الأسنان الطبيعي عند إجراء عملية التفريش مما يسبب انفتاح شق لثوي. قد تتراقق الألجمة العالية مع تراجع لثوية منفردة وفراغ بين الثنايا العلوية Diastema .

في بعض الحالات يرتكز اللجام الأمامي للشفة السفلية ضمن اللثة الحرة أو الحفافية مسبباً انحساراً لاحقاً وتشكل جيب لثوي. وغالباً ما يشاهد هذا في منطقة الثنايا السفلية ومن الممكن مشاهدته أيضاً في المنطقة الشفوية للأنياب. يؤدي تحرك الشفة إلى جعل اللجام يشد الألياف المرتكزة ضمن الحافة الحرة للثة، كما يؤدي إلى تراكم الطعام فيحدث الالتهاب ويتطور جيب بين السطح الشفوي للسن والمخاطية الدهليزية.

تستطب المعالجة المبكرة للجام المرتبط بشكل معيب لمنع الشد المستمر للنسيج الشفوي وبالتالي حدوث الضياع العظمي وإمكانية فقد السن.

يطلق على الحالة التي يكون فيها لجام اللسان قصيراً مع عدم القدرة على مده بالتصاق اللسان Ankylossia أو اللسان المربوط Tongue-tie وهو حالة ولادية .

قد تكون وظيفة اللسان طبيعية في حال كان اللجام قصيراً بشكل خفيف مما لا يعيق التغذية الجيدة للطفل .

التقييم السريري للتنظيف الفموي والأمراض حول السنية

Clinical assessment of oral cleanliness and periodontal disease

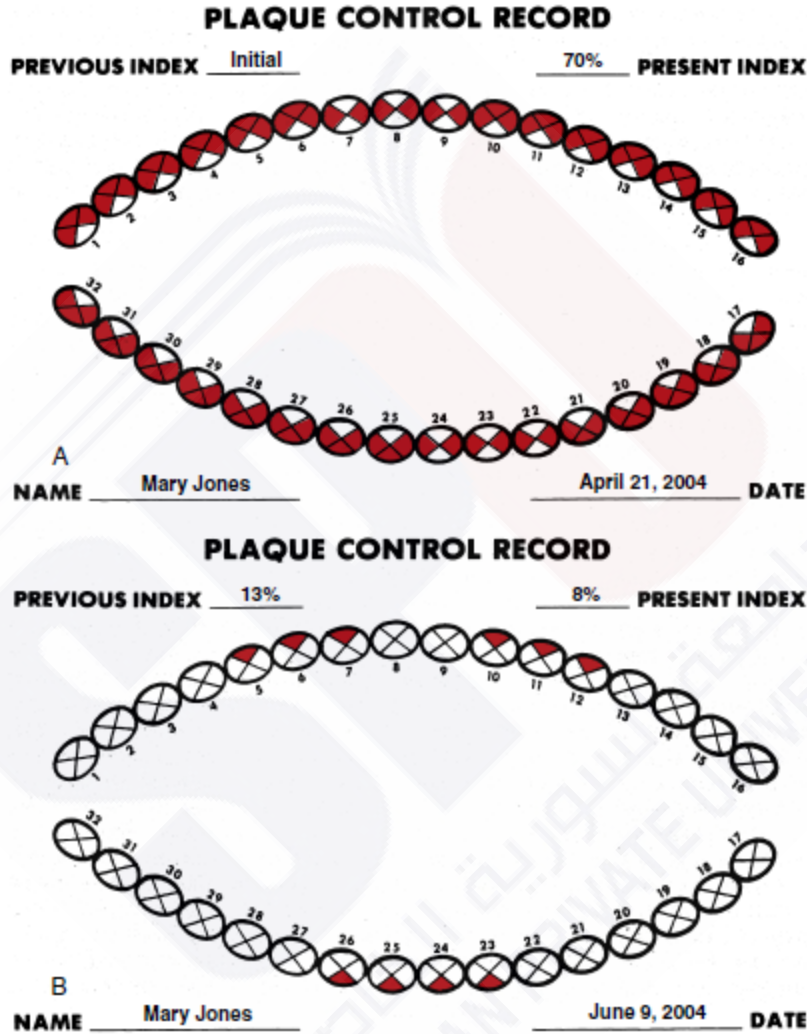
-تسجيل السيطرة على اللويحة على اللويحة: Plaque control record:

يتم في الموعد الأول للطفل إعطاء محلول كاشف مناسب مثل ال Bismarck brown الذي يلون سطوح الأسنان. بعد أن يغسل الطفل فمه بهذا المحلول يقوم الفاحص باستخدام مسبر لفحص كل سطح متلون والبحث عن التراكبات الطرية في الملتقى السني اللثوي ويتم تسجيل ذلك في البطاقة المرفقة، (الشكل 23) دون تسجيل الفروقات في كمية اللويحة المتراكمة على سطوح الأسنان.

بعد فحص كامل الأسنان يتم اتباع القاعدة التالية للحصول على مؤشر اللويحة لدى الطفل :

مؤشر اللويحة = عدد سطوح الأسنان الحاوية على لويحة ÷ عدد كامل السطوح الموجودة .

ويتم تعليم الطفل تقنية التفريش، واستخدام الخيط، والسيطرة على اللويحة. ثم تتم إعادة تقييم اللويحة في كل موعد لاحق ومقارنة النتائج وبالتالي تطور الحالة الفموية لدى الطفل، (الشكل 23).



الشكل (23): تسجيل تراكم اللويحة في الزيارة الأولى (A)
تسجيل تراكم اللويحة في الزيارة الخامسة (B)

-المسح و التسجيل حول السنّي (PSR) Periodontal screening and recording:
تم التأكيد على ضرورة المسح والتسجيل حول السنّي لتسهيل الكشف المبكر عن الأمراض حول السنّي لدى الطفل. وقد أوصي باستخدام هذه الطريقة لدى المرضى الصغار فور بزوغ القواطع

والأرجاء الأولى الدائمة وتعتبر هذه الطريقة هامة جداً خاصة لدى الأطفال ذوي العوز المناعي لأنهم أكثر قابلية للفقدان المبكر للعظم.

يجب الإنتباه عند إجراء المسح والتسجيل إلى عدم الحصول على نتائج خاطئة بسبب وجود جيوب لثوية كاذبة والتي تعد شائعة لدى المرضى الصغار في السن. تشيع الجيوب الكاذبة في السنة السابعة من العمر حول الأرجاء الأولى الدائمة، لكنها تتناقص بشكل جوهري في السنة 12 من العمر، ولا تتواجد تقريباً في عمر ال 17 .

طريقة العمل : يتم تقسيم الأسنان إلى 6 أقسام : قسمان أماميان (علوي وسفلي) ، و 4 أقسام خلفية (يمنى ويسرى علوية وسفلية) . يتم قياس عمق الجيب اللثوي لكل سن في 6 مناطق على الأقل (3 دهليزية [دهليزية وحشية - دهليزية - دهليزية أنسية] ، و 3 لسانية [لسانية وحشية - لسانية - لسانية أنسية]) من خلال السبر اللطيف بمسبر لثوي وبطريقة معيارية ، والأسنان الستة المعيارية هي: الرحى الأولى العلوية اليمنى، والثنية العلوية اليمنى، والرحى الأولى العلوية اليسرى، والرحى الأولى السفلية اليسرى، والثنية السفلية اليسرى، والرحى الأولى السفلية اليمنى . ويتم تسجيل النتائج في كل قسم اعتماداً على مقياس من 0 إلى 4 كالتالي :

=0 عمق الجيوب في كل قسم 3.5 ملم أو أقل، لا يوجد قلع، لا يحدث نزف لثوي عند السبر اللطيف.

=1 عمق كل الجيوب 3.5 ملم أو أقل، لا يوجد قلع، ولكن يحدث نزف لثوي نتيجة السبر اللطيف.

=2 عمق كل الجيوب 3.5 ملم أو أقل، مع وجود بعض القلع.

=3 عمق جيب واحد أو أكثر بين 3.5 و 5.5 ملم.

=4 عمق جيب واحد أو أكثر يزيد عن 5.5 ملم.

ويضاف إلى ذلك تسجيل إصابة مفترق الجذور، حركة السن المرضية، مشاكل مخاطية لثوية، أو انحسار لثوي واضح.

يجرى ال PSR باستخدام مسبر منظمة الصحة العالمية 621 مع قوة سبر 20-25 غرام، وهذا المسبر يحمل كرية 0.5ملم و خط دائري أسود على بعد 3.5 إلى 5.5 ملم ليحدد عمق الميزاب السليم (أصغر من 3.5 ملم) ، والجيوب حول السنية (أكبر أو تساوي 3.5ملم).

يجب أن تبدأ تقييم احتياجات المعالجة حول السنوية في سن السابعة فمن النادر أن يعاني الأطفال من المشاكل قبل هذا العمر.

في عمر الـ 7 - 11 سنة أي في مرحلة الإطباق المختلط ، يلاحظ مظهر الجيب حول السني حول الرحي الأولى الدائمة البازغة والرحي الثانية المؤقتة الآخذة بالسقوط ، لذلك يجب فحص الأسنان المعيارية فقط لتحري الأمراض اللثوية وما حول السنوية لتجنب مشكلة الجيوب الكاذبة. أما في عمر 12-17 سنة ، يمكن تحري الأمراض اللثوية وما حول السنوية على الأسنان المعيارية الستة ومن غير الشائع وجود تخرب حول سني في الأسنان الأخرى دون إصابة الأسنان المعيارية . ويجب إجراء الصور الشعاعية لفحص الأسنان الخلفية ومن أجل بعض الأسنان الأمامية .

بعد إجراء المسح والتسجيل حول السني ، تعطى تعليمات العناية بالصحة الفموية وإزالة القلح واللويحة، وذلك في حال كان مستوى PSR : 0 أو 1 أو 2 . أما لدى المرضى الذين لديهم مستوى PSR : 3 أو 4 فيجب إخضاعهم لتقييم حول سني ومعالجة أكثر تعقيداً بتحويلهم لاختصاصي أمراض لثوية وأنسجة داعمة.

التصبغات الخارجية والترسبات على الأسنان

:Extrinsic stains and deposits on teeth

الإصطباغ Staining: مسبب بشكل رئيس عن عوامل خارجية ويمكن إزالته مباشرة من عن سطوح الأسنان باستخدام مواد ساحلة، تتوضع العوامل المسؤولة عن التصبغ على العيوب المينائية أو تكون ملتصقة على سطح الميناء دون أن تغير في بنيته.
الإنصباغ Pigmentation : هو عكس التصبغ الخارجي، إذ أنه يترافق مع تغيرات كيميائية فعالة في بنية السن ولا يمكن إزالته دون تغيير بنية السن .

:Green stain الصباغ الأخضر

يشاهد على أسنان الأطفال وسببه غير معروف، ويعتقد بأن سببه Chromogenic bacteria. يشاهد لدى الذكور أكثر من الإناث ويتراوح لون هذه التصبغات بين الأخضر الغامق والأخضر المصفر الفاتح .

غالباً ما يشاهد في الثلث اللثوي من السطح الشفوي للأسنان الأمامية العلوية ولدى مرضى التنفس الفموي .

ويحدث النكس عادة بعد الإزالة الكاملة. قد يكون الميناء تحت هذه التصبغات خشناً أو فيه نقص تمعدن أولي، ويبدو بأن خشونة الميناء تسهم في حدوث النكس ويبدو بأن جراثيم Fungi (Penicillium , Aspergillus) وجراثيم fluorescent تترافق مع وجود مثل هذه التصبغات.

الصبغ البرتقالي Orang stain:

سببه غير معروف، ويحدث بشكل أقل شيوعاً ويزال بسهولة أكبر من الصبغ الأخضر والبنّي. غالباً ما تشاهد التصبغات البرتقالية في الثلث اللثوي من الأسنان، الشكل (24) وتترافق مع صحة فموية سيئة.



الشكل (24): الصبغ البرتقالي

الصبغ الأسود Black stain:

تشاهد هذه التصبغات أحياناً في الإنسان المؤقت أو الدائم لدى الأطفال، وهي أقل شيوعاً من النوع الأخضر أو البرتقالي. تشاهد بشكل خط أسود رفيع بشكل نقاط، أو بشكل مجموعة من التصبغات بشكل مسابير لمحيط اللثة، أو يمكن أن تظهر بشكل معمم على التاج السيريري وخاصة في حال وجود مناطق خشنة أو فيها وهاد، الأشكال (25 و 26 و 27)) تكون إزالة التصبغات السوداء صعبة وخاصة في الوهاد ويبدو بأنها أكثر انتشاراً لدى الإناث، ويبدو بأن الأطفال الذين يعانون من التصبغات السوداء تكون أسنانهم خالية من النخور السنية وذوي صحة فموية ممتازة . الجراثيم المرافقة لهذه التصبغات هي الـ Actinomyces.



الشكل (26): الصبغ الأسود بشكل نقاط منتشرة بخط

الشكل (25): الصبغ الأسود في الإنسان المؤقت



الشكل (27): الصباغ الأسود على أعناق الأسنان

إزالة الصبغات الخارجية : Removal of extrinsic stains

تزال الصبغات الخارجية بالتنظيف برأس مطاطي مع الخفان، وفي حال كانت هذه الصبغات صعبة الإزالة عندها يجب إزالة الماء الزائد الموجود في الخفان وتجفيف الأسنان قبل تنظيفها. كما يجب تحسين الاهتمام بالصحة الفموية لمنع إمكانية نكسها.

القلح : Calculus

لا يشاهد عادة لدى الأطفال تحت سن المدرسة، أو حتى لدى أطفال المدرسة فهو أقل انتشاراً في هذه الأعمار مما هو عليه لدى البالغين. هناك علاقة بين الإصابة المنخفضة بالنخر وظهور القلح بشكل كبير. غالباً ما يعاني الأطفال ذوي التأخر العقلي من تراكمات قلحية على الأسنان وقد يعود ذلك إلى كون الوظيفة العضلية غير طبيعية، الاعتماد على الحمية الطرية، العناية الفموية السيئة، وركودة اللعاب. أكثر ما يشاهد توضع القلح فوق اللثوي وبكميات كبيرة على السطوح الشفوية للأرجاء العلوية وعلى السطوح اللسانية للأسنان الأمامية السفلية، إذ أن هذه الأسنان مجاورة لفوهات الغدد اللعابية الرئيسية.

انتهت المحاضرة

م.د.جنى السالم