

الحالات اللثوية وحول السنينة الحادة

Acute Gingival and periodontal Infections

الدكتور: عز الدين السردقي

تتميز هذه الحالات بتطور سريع للآفة التي تتضمن النسيج حول السنينة وتنتشر بالألم أو عدم الراحة والانتان، وقد يكون لهذه الحالات صلة باللثة أو النسيج حول السنينة وقد تكون موضعة أو معممة مع تظاهر جهازى محتمل. ويستلزم علاج هذه الحالات التخفيف من الأعراض الحادة والقضاء على جميع العوامل المسببة، بما في ذلك أمراض النسيج حول السنينة المزمنة والحادة في تجويف الفم. إذ لا يكتمل العلاج في حالة تغييرات مرضية حول اللثة أو العوامل المؤهبة القادرة على إحداثها باقية. عوامل الخطر التي تزيد من قابلية الإصابة بأمراض اللثة الحادة يجب تقييمها أو إزالتها أو تعديلها إن أمكن.

وتتضمن هذه الحالات:

خراجات الجهاز الداعم Abscess of the Periodontium

الأمراض حول السنينة التوتية Necrotizing Periodontal Diseases

التهاب الفم و اللثة الحلبي Herpetic Gingivostomatitis

القلاع Aphthous Stomatitis

خراجات الجهاز الداعم

يشمل الجهاز الداعم كل النسيج حول السنينة (اللثة، الرباط، الملاط، العظم).

وتصنف خراجات الجهاز الداعم حسب موقع الخراج والأنسجة المحيطة بها إلى:

١. الخراجات اللثوية Gingival abscess

٢. الخراجات حول السنية Periodontal abscess

٣. الخراجات حول التاج Pericoronal abscess أثناء بزوغ التاج.



١. الخراجات اللثوية Gingival abscess :



تجمع قيحي موضع ومحدود في اللثة الحفافية و/أو الحليمة بين السنية بدون أي أذية للارتباط البشري، ويكون عادة مؤلم ويكبر بسرعة مع تطور مفاجئ للآفة.

وقد يتطور الخراج اللثوي بشكل بطيء غير ملاحظ ويكون غير عرضي حتى يصبح حاد.

في مراحله المبكرة يظهر الخراج اللثوي ككتلة حمراء ذات سطح أملس لامع، لكنه يصبح مدبب كليلاً وله فتحة على سطحه يخرج منها القيح خلال ٤٨ ساعة. عادة ما يتمزق الخراج اللثوي لوحده دون أي تدخل.

السبب انحصار جسم أجنبي في اللثة الحفافية أو الحليمية بما في ذلك عدوى اللويحة الجرثومية مما يؤدي إلى تطور استجابة التهابية حادة في اللثة.

المظاهر السريرية (المظاهر العامة للالتهاب):

- A. انتاج موضعي اللثة الحفافية أو الحليمية بين السنينة (اللثة الملتصقة ليس لها علاقة).
- B. سطح أحمر لامع مؤلم.
- C. وجود نتحة قيحية (مهم وأساسي).
- D. يترافق مع وجود جيب حول سني (فهو لثوي ولا توجد إصابة سابقة، فيكون متوضعا في اللثة فقط، لذلك بالمعالجة يعود إلى مرحلة الصفر).
- E. الارتباط البشري سليم ردود (يعود للصفر)

المعالجة: وتكون بعلاج السبب:

- A. إزالة الجسم الأجنبي المحصور باللثة الحفافية أو بالحليمية بين السنينة.
 - B. تفجير (تفريغ) الخراج عبر الميزاب بالمسبر أو بأداة التقليل (تقليل وتسوية الجذر إن أمكن).
 - C. متابعة المريض، ومعالجة أي إشكال يطرأ على اللثة.
- نسيجياً:** يتألف الخراج اللثوي من نسيج ضام محاط بنتحة التهابية من الخلايا البيضاء عديدة النوى ونسيج متوذم وضخامة وعائية بالمنطقة.

٢. الخراجات حول السنية Periodontal Abscess



هو التهاب موضعي حول اللثة معقد (تجمع قيحي موضع في الجيب حول السني) بسبب إعاقة تصريف المفرزات وينتج عن ذلك تورم موضعي ويظهر في المرحلة الحادة للمرض حول السني (توجد إصابة سابقة سواء معالجة أو غير معالجة) يحدث بجدار النسيج الرخوة للجيب وليس على سطح السن.

وله عدة أسباب:

١- المرضى المصابين بالمرض حول السني ووجود جيوب حول سنية عميقة وخاصة إذا ترافقت مع إصابة في مفترق الجذر.

٢- تغيير في تركيب الفلورا الفموية أو ازدياد فوعة الجراثيم أو نقص مناعة المضيف مما يؤدي إلى جعل الجيب حول السني غير فعال في تصريف المفرزات القيحية المتزايدة.

٣- بعد عملية التقليل، بسبب دفع القلح داخل النسيج اللثوي وبقاء القلح في القسم الأكثر عمقاً في الجيب وشفاء القسم الحفافي من اللثة.

٤- أو بعض العوامل الموضعية مثل: امتصاص خارجي للجذر، الأسنان المتصدعة، أو الدموع المالطية.

تشكل الخراجات حول السنية ٨-١٤% من الحالات الإسعافية في العيادة السنية، لأن أكثر هذه الحالات الإسعافية هي حالات إصابة لبية.

• تتألف الخراجات حول السنية من: جراثيم، ومنتجات جرثومية، وخلايا التهابية، ومنتجات تخرب النسيج،

وهذه المكونات تشكل القيح.

الجراثيم المسببة: هي نفسها المسببة للمرض حول السنيني (لا توجد جراثيم نوعية خاصة) المكورات العقدية المخضرة هي الجراثيم المسيطرة في هذه الحالة مع وجود لجراثيم PG و غياب في جراثيم عصيات الفطر الشعاعي.

تكون اللثة متوذمة وحمراء وتمتلك سطحاً أملساً لماعاً، ويكون الجس مؤلم. ويكون السن المصاب حساس للقرع الأفقي ويوجد حركة سنينة وزيادة في عمق الجيب عند السبر مع خسارة في الارتباط البشري وقد يترافق مع خروج القيح أحيانا من اللثة.

شعاعياً: يتميز الخراج حول السنيني بوجود شفافية شعاعية مستمرة (فقد في الصفيحة العظمية الداخلية) تحيط بالناحية الجانبية للجزر، إصابة في مفترق الجنور، عيب عظمي مائل.

يوجد نمطان للخراج حول السنيني:

١- الخراج حول السنيني الحاد

٢- الخراج حول السنيني المزمن

الخراج الحاد مقابل المزمن Acute Versus Chronic Abscess

يتم تصنيف الخراجات على أنها حادة أو مزمنة.

الخراج الحاد في كثير من الأحيان تقاوم آفة التهاب اللثة المزمنة.

العوامل المؤثرة تشمل زيادة عدد وفوعة الجراثيم مع ضعف وانخفاض مقاومة النسيج حول السنينة ونقص تصريف محتويات الجيب (ربما تم منع التصريف عن طريق التواء عميق في الجيب-جيب لولبي- ، أو الفضلات ، أو ظهارة الجيب المتقاربة من جدار السن والتي تسد فتحة الجيب).

تتميز الخراجات الحادة بتطور الخراج خلال فترة قصيرة ويستمر من عدة أيام إلى عدة أسابيع، ويتظاهر الخراج حول السنيني الحاد ببداية مفاجئة للألم تترافق مع حركة للسن وازدياد سريع في عمق الجيب حول السنيني، وألم، تورم احمرار ، توذم ، سطح أملس ، وتضخم واضح في اللثة، يمكن خروج مفرزات الجيب بالضغط اللطيف ، قد يكون السن حساس بالقرع ويشعر المريض بتطاوله وخروجه من السنخ. كذلك يمكن ملاحظة وجود حمى واعتلال في العقد اللمفية المجاورة.



Fig. 45.6 Patient presenting with acute abscess complained of dull pain and a sensation of tooth elevation in the socket. Signs of tissue distention and exudation are evident.

يتشكل الخراج المزمن بعدما تكون قد تمت السيطرة على الانتان المنتشر عن طريق التصريف التلقائي أو استجابة المضيف أو المعالجة (ما إن يتم تحقيق التوازن بين استجابة المضيف والانتان) تستمر هذه الآفة لمدة طويلة وغالبا تتطور ببطء، قد يكون لدى المريض أعراض قليلة أو معدومة وتترافق مع طعم سيء، ونزف عفوي وحركة خفيفة ومع ذلك يمكن أن يترافق الألم المبهم مع بعض الموجودات السريرية (جيب حول سني والالتهاب وفوهة ناسور).

المقارنة بين علامات وأعراضخراجات الحادة والمزمنة

Signs and Symptoms of Periodontal Abscess

Acute Abscess

- Mild to severe discomfort
- Localized red, ovoid swelling
- Periodontal pocket
- Mobility
- Tooth elevation in socket
- Tenderness to percussion or biting
- Exudation

- Elevated temperature
- Regional lymphadenopathy

Chronic Abscess

- No pain or dull pain
- Localized inflammatory lesion
- Slight tooth elevation
- Intermittent exudation
- Fistulous tract often associated with a deep pocket
- Usually without systemic involvement

ويكون علاج هذه الحالة بنصريف المفرزات الفيحية وإزالة المسبب.

وتقسم المعالجة إلى ثلاث مراحل:

١- معالجة فورية

٢- معالجة بدئية

٣- معالجة نهائية

المعالجة الفورية:

المعالجة الفورية تكون للخراجات الحادة في الحالات المهددة للحياة وتحتاج الى دخول المشفى مع معالجة داعمة بالمضادات الحيوية. أما في الحالات غير المهددة للحياة فإن العلاج بالمضادات الحيوية والمسكنات تكون كافية.

Indications for Antibiotic Therapy in Patients With Acute Abscess

1. Cellulitis (nonlocalized, spreading infection)
2. Deep, inaccessible pocket
3. Fever

4. Regional lymphadenopathy
5. Immunocompromised status

Antibiotic Options for Periodontal Infections

Antibiotic of Choice

Amoxicillin, 500 mg

- ١,٠ g loading dose, then 500 mg three times a day for 3 days
- Reevaluation after 3 days to determine need for continued or adjusted antibiotic therapy

Penicillin Allergy

Clindamycin

- ٦٠٠ mg loading dose, then 300 mg four times a day for 3 days

Azithromycin (or Clarithromycin)

- ١,٠ g loading dose, then 500 mg four times a day for 3 days



Fig. 45.1 (A) Deep furcation invasions are common locations for the periodontal abscess. (B) Furcation anatomy often prevents the definitive removal of calculus and microbial plaque.

المعالجة البدئية:

المعالجة البدئية تكون للخراجات الحادة بدون السمية الجهازية أو لمعالجة البقايا بعد السمية الجهازية أو للخراجات حول السنية المزمنة.

١- إزالة الجسم الأجنبي وغسل الجيب بالسالين أو المطهرات .

٢- تصريف القيح من الميزاب عن طريق السابر أو تقليح خفيف لسطح السن.

٣- تعليمات الصحة الفموية للمريض وتشمل:

Instructions to the Patient

The patient is discharged with the following instructions:

1. Avoid tobacco, alcohol, and condiments.
2. Rinse with a glassful of an equal mixture of 3% hydrogen peroxide and warm water every 2 hours and/or 0.12% chlorhexidine solution twice daily.
3. Get adequate rest. Pursue usual activities, but avoid excessive physical exertion or prolonged exposure to the sun, as in golfing, playing tennis, swimming, or sunbathing.
4. Confine tooth brushing to removal of surface debris with either a bland dentifrice or just water and an ultra-soft brush; overzealous brushing and the use of dental floss or interdental cleaners will be painful. Chlorhexidine mouth rinses are also helpful in controlling biofilm throughout the mouth.
5. An analgesic, such as a nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID; e.g., ibuprofen), is appropriate for pain relief.
6. Patients who have systemic complications such as high fever, malaise, anorexia, or general debility are given antibiotics and instructed to get plenty of bed rest and drink lots of fluids.

المعالجة النهائية:

يقوم المريض بالمراجعة بعد اسبوع للمعالجة النهائية لاستعادة الناحية الوظيفية والجمالية وتمكين المريض من المحافظة على سلامة الجهاز الداعم للسن.

Treatment Options for Periodontal Abscess

1. Drainage through pocket retraction or incision
2. Scaling and root planing
3. Periodontal surgery
4. Systemic antibiotics
5. Tooth removal

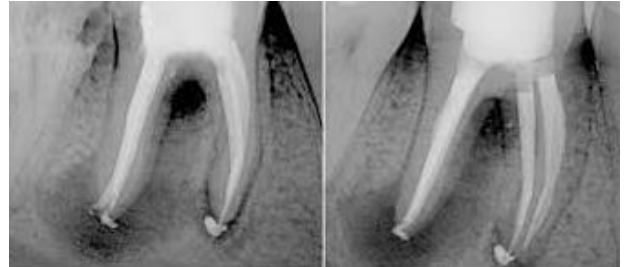
التشخيص التفريقي:

١- الخراج اللثوي: تكون الآفة موضوعة في اللثة الحفافية مع غياب الجيب حول السني وقصة رض على المنطقة.

٢- الخراج حول السني: تكون الآفة مرافقة للمرض حول السني ، وجود جيب حول سني، ألم عند القرع الأفقي على السن المصاب و فقد في الصفيحة العظمية الداخلية.

الخراج حول السني هجرة الارتباط البشري غير ردود (لا يعود للصفير).

٣- الخراج الذروي تكون الآفة بسبب معالجة لبية سيئة أو آفة غير معالجة، لا يوجد جيب حول سني، ألم عند القرع العمودي على السن، اختبار حيوية السن سلبي.



الأسباب:

- A. جيوب حول سنينة عميقة غير معالجة: وهي غالباً لولبية تنشأ على سطح وتفرغ على سطح آخر.
- B. إصابة مفترق الجذور.
- C. بعد المعالجة حول السنينة غير الكاملة مثل انحشار قلع بين السن والجيب.
- D. استعمال الصادات الحيوية دون إجراء معالجة ميكانيكية، فعندها تخف الحالة لكن الجراثيم تصبح معتدة (غير مستجيبة للدواء).

الأعراض والعلامات السريرية

- A. انتباج لامع وأملس مؤلم وحساس للمس.
- B. النز القيحي العفوي أو المثار بالضغط.
- C. حساسية السن المصاب للقرع، وخاصة القرع الأفقي على السطوح الدهليزية والحنكية.
- D. ازدياد في حركة السن المصاب وخروجه من سنخه (بروز السن نتيجة الوذمة).
- E. وجود جيب عميق في منطقة الإصابة.
- F. حمى ووهن واعتلال في العقد اللمفاوية، وهذا العرض يظهر في حالة عدم تفريغ القيح.

الأعراض والعلامات الشعاعية

- تتراوح المظاهر الشعاعية للمرض حول السنينة من: ازدياد في عرض الرباط حول السنينة إلى ضياع عظمي واضح قرب الجذر المصاب (امتصاص في قمة العظم السنيني - عيب عظمي مائل - إصابة مفترق الجذور).
- المظاهر الشعاعية للمرض حول السنينة بالإضافة إلى مظاهر الخراج، أي: وجود امتصاص على أغلب الأسنان في حال الإصابة المعممة بالإضافة لحدوث خراجات ببعض المناطق.

التشخيص التفريقي

١. الانكسار الطولي للجذر: حدوثه ممكن أن بسبب خراجاً لدى المريض لكن ليس حول سنينة لعدم

وجود إصابة سابقة.

كيف نميز الانكسار الطولي للجذر سريريًا؟

نمسك قطعة من الخشب مثلاً ويعض بها المريض على كامل السن، ثم نضعها على الحديبات الدهليزية (ضواحك وأرجاء) ونطلب من المريض العض، وبالمثل على الحديبات اللسانية، إذا كان الألم على كامل السن فهو خراج، أما إذا على أحد أطرافه فيرجح الكسر.

في القواطع نجعل المريض يعض على أطراف السن أنسياً ووحشياً.

٢. الأورام حول السنينة: فالورم لا يوجد فيه قيح، ونستدل عليه من خلال القصة السريرية.

٣. خراجات الحفرة الفموية الأخرى: وأهمها الخراج الذروي (سندرسه بالعملي)، ونمیز بين الخراج الذروي وحول السنينة بالصورة الشعاعية فالعيب بالخراج حول السنينة يكون جانبي، إما بالذروي يكون في ذروة السن وغالباً السن يكون معالج لبياً أو متعفن أو ترميم كبير، وغالباً القرع العمودي بالخراج الذروي مؤلم.

خراجات النسيج حول السنينة مقابل خراج اللب Periodontal Versus Pulpal Abscess

لتحديد سبب الخراج وبالتالي تأمين خطة العلاج المناسبة، غالباً ما يكون من الضروري إجراء تشخيص تفريقي بين خراج النسيج حول السنينة وخراج اللب التشخيص الصحيح لهاتان الآفتان يمكن أن يتداخل في بعض الحالات، ولكن الفحص الدقيق واستجواب المريض مهم لوضع التشخيص الصحيح لأن معالجة لهاتين الآفتين مختلف تماماً.



Fig. 45.8 (A) Periodontal abscess of maxillary left first molar. (B) Periodontal probe is used to retract the pocket wall gently.

Differential Diagnosis of Periodontal and Pulpal Abscess

Periodontal Abscess

- Associated with a preexisting periodontal pocket.
- Radiographs show periodontal angular bone loss and furcation radiolucency.
- Tests show vital pulp.
- Swelling usually includes gingival tissue, with an occasional fistula.
- Pain is usually dull and localized.
- Sensitivity to percussion may or may not be present.

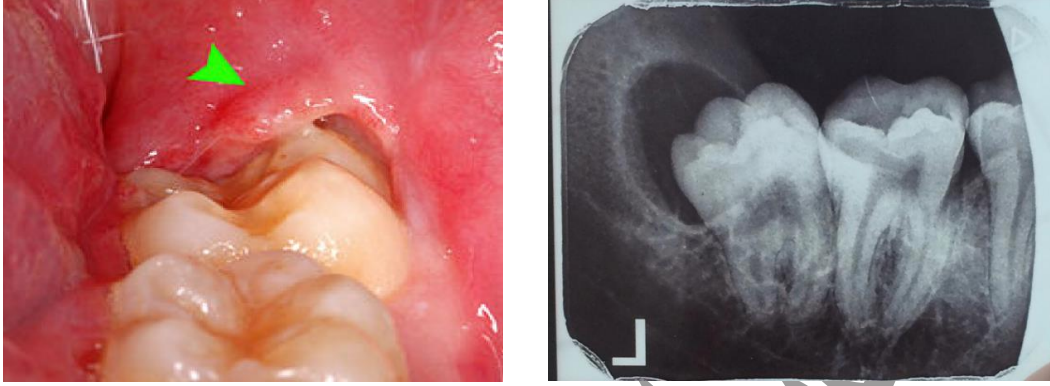
Pulpal Abscess

- The offending tooth may have large restoration.
- The tooth may have no periodontal pocket or, if present, it probes as a narrow defect.
- Tests show nonvital pulp.
- Swelling is often localized to the apex, with a fistulous tract.
- Pain is often severe and difficult to localize.
- Sensitivity to percussion is noted



Fig. 45.7 (A) Maxillary right first molar with fistula on the attached gingiva. (B) With local anesthesia, periodontal probe is introduced through the fistula and angled toward the root end. (C) Surgical flap elevation demonstrates failed endodontic therapy and tooth fracture as causing the fistula.

٣. الخراجات حول التاج Pericoronal abscess :



انتان موضع (تجمع قيحي) بالنسيج المحيط بالسن البازغ بشكل جزئي، وهو يظهر عادة عند الرحي الثالثة السفلية بسبب بزوغها البطئ الذي قد يؤدي الى انطمارها، وأحياناً تشاهد عند الأطفال مثل بزوغ الرحي الأولى أو الثانية.

يبدأ التواج عندما يلامس الجريب المحيط بتاج السن الحفرة الفموية، حيث تدخل الجراثيم في الحيز الكائن بين اللثة وتاج السن، ويحفز ذلك تراكم وانحصار فضلات الطعام أسفل اللسينة اللثوية المغطية لتاج السن البازغ جزئياً، أو بسبب الرض الإطباقى على السن غير مكتمل البزوغ.

يمكن للتواج أن يكون حاد أو مزمن، حيث يتظاهر الشكل الحاد للتواج بألم حاد في المنطقة المحيطة بالسن البازغ جزئياً وتورم النسيج اللثوية وخروج القيح من المنطقة وضزز وضخامة ناحية في العقد اللمفية وصعوبة في البلع وحمى وفي بعض الحالات ينتقل الإنتان إلى المسافات النسيجية المجاورة، ويميل الطور الحاد ليظهر عند المرضى ذوي العناية الفموية السيئة.

أما المرضى الذين يعانون من التواج المزمن فيشتكون من ألم مبهم أو انزعاج يديم يوم أو اثنين وبعدها فترة هدوء تدوم عدة أشهر، وقد يشتكون من الشعور بطعم سيء، ويميل الشكل المزمن للظهور عند المرضى ذوي العناية الفموية الجيدة.

يمكن للحمل والإعياء أن يزيدا من نسبة حدوث التواج.

يعتبر التواج ثنائي الجانب نادر الحدوث ويشير حدوثه إلى إصابة في كريات الدم البيضاء.

يحدث هذا المرض عند الشباب بين عمر ٢٩-٢٠ عام بنسبة ٨١% بينما الإصابة قبل وبعد هذه الأعمار نادرة الحدوث.

وجدت الدراسات الحديثة أن الإصابة بإنتان في الطرق التنفسية العلوية قد يكون عامل مؤهب للإصابة بهذه الحالة حيث ازدادت نسبة التواج إلى ٤٣% في هذه الحالة.

العلاج:

معالجة الخراجات حول التاج الحادة:

- تنضير وغسل (إرواء) المنطقة أسفل اللسينة اللثوية المغطية لتاج السن، لتنظيف الخراج (يُغسل بالكلوروكسيدين، الماء الأوكسجين.....).
- استعمال الصادات الحيوية مثل الميترونيدازول والأموكسيسيلين، وغالباً يتم استعمالها في هذه الخراجات لأنها شديدة.

معالجة الخراجات حول التاج بعد هدوء الحالة الحادة:

- كشف تاج السن بشكل كامل، إذا كان للسن أهمية استراتيجية فيما بعد
- قلع السن المصاب، إذا لم يكن له أهمية، مثلاً: مريض أسنانه لا توجد فيها نخور، لكن السن لن يبرز بشكل كامل، فالقلع أفضل لتجنب مشاكل في المستقبل، مريض لديه أسنان مقابلة: القلع، بينما مريض لديه سن مقابل: كشف

إذاً هذا الأمر (الكشف أو القلع) يتقرر حسب حالة المريض الخاصة.

٣- الآفات حول السنينة / اللبية المشتركة Combined pulpal and periodontal lesion:

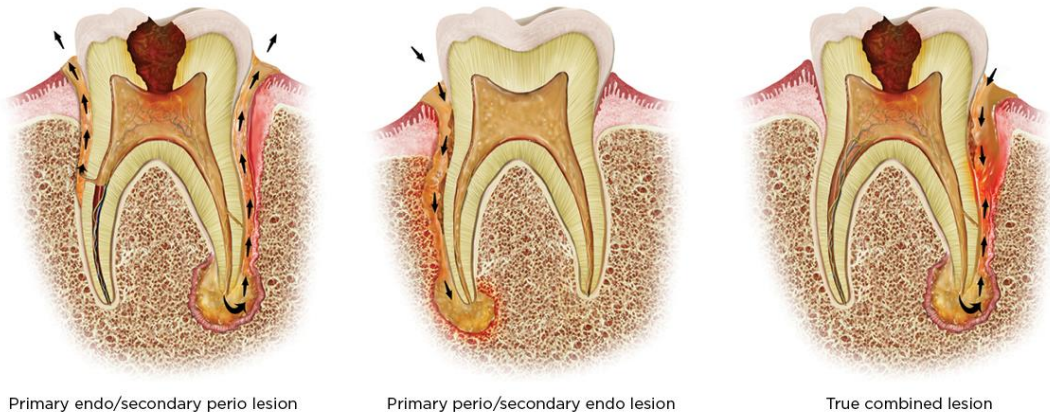


هي افات مشتركة موضوعة ومحاطة بمنطقة من الإنتان من أصل لبي و/أو حول سني.

قد تكون آفة لبية أولية مع اختلاطات حول سنية ثانوية

أو قد تكون آفة حول سنية أساسية مع اختلاطات لبية ثانوية

وقد تكون آفة مركبة (السبب الامراضي غير معروف)



Primary endo/secondary perio lesion

Primary perio/secondary endo lesion

True combined lesion

حيث قد يبدأ الإنتان من اللب أولاً وينتشر إلى الرباط حول السني أو العظم السنخي حتى ينفتح على الحفرة الفموية، أو قد يبدأ من جيب حول سني ويتصل مع اللب عبر الأفتنية الثانوية أو عبر امتداد الجيب إلى الذروة أو قد تظهر الآفة بسبب تصدع في السن.

المظاهر السريرية لهذه الآفة تشمل مظاهر من الأفتين معا كالسطح الأحمر اللماع المتورم للثة أو المخاطية مع فقد سريع للارتباط البشري والعظم حول الجذر.

العلاج يكون بالمعالجة اللبية وتصريف القيح عن طريق التسوية للجذر أو شق الخراج وإرواء المنطقة والتعديل الإطباق في حال الحاجة، مع المعالجة بالصادات الحيوية وقد نلجأ في بعض الأحيان إلى المعالجة حول السنية الجراحية للوصول للخراج وتصريف القيح أو حتى قلع السن.

٣- الأمراض حول السنينة التقرحية التمتوتية Necrotizing ulcerative Periodontal diseases

تصنف إلى:

١- التهاب اللثة التمتوتية التقرحية (NUG) Necrotizing ulcerative Gingivitis

٢- التهاب النسيج حول السنينة التمتوتية التقرحية Necrotizing ulcerative Periodontitis

تاريخياً كان يسمى خناق فنست Vincent's disease، لكن الفرق في خناق فنست توجد إصابة بالمسافات الفموية (المسافة بين العضلات، بين الصفاقات العضلية)، أما في الإصابة حول السنينة التمتوتية فالإصابة فقط في النسيج حول السنينة.

كان يسمى فم الخندق Trench mouth في الحرب العالمية الثانية عند الجنود لقلة التغذية لديهم وبسبب حالتهم النفسية.

كان يدعى التهاب اللثة التقرحية الحاد (ANUG) Acute necrotizing ulcerative gingivitis لكن تم إلغاء كلمة حاد، لأنه حاد ولا داعي للتعريف عنه.

انتشرت غالباً بالمجتمعات الفقيرة، وحالياً ينتشر فيها أيضاً، فالمجتمعات الصناعية ذات الوضع الأفضل لم يعد منتشرراً فيها واختفى منها تقريباً.

توجد لدينا نسبة انتشار لكنها قليلة، وأغلب المصابين مدخنين ومرضى مثبطين مناعياً. النوما الفموية Noma هي مرحلة متقدمة تحدث بعد إصابة الغشاء المخاطي.



تطور المرض:

١. يبدأ المرض أولاً بالحليمت بين السنينة (اللثة الحليمية) والتي يكون شكلها الطبيعي كحد السكين.
٢. تنتج الحليمات لتعطي شكل مدور خاصة في الجهة الدهليزية.
٣. تنموت الحليمات وتتشكل قرحة مكانها.
٤. تنفصل الحليمات المتموتة ويتشكل مايشبه فوهة البركان Crater .
٥. يمتد التمثوت إلى اللثة الحفافية ثم الملتصقة والعظم السنخي.
٦. إذا وصل التمثوت إلى الغشاء المخاطي أصبح اسمه التهاب الفم التمثوتي.
٧. يحدث التمثوت في النسيج حول السنينة بشكل أفقي في الفك العلوي والسفلي ولا يتشكل لدينا جيوب حول سنينة في الالتهاب التقرحي التمثوتي لأن التمثوت يكون أفقي في اللثة والعظم المحيط بها.

الأعراض:

١. ألم لثوي حاد بسبب صعوبة في تناول الطعام والبلع، وهو العرض الذي يفاقم الحالة.
 ٢. تموت الحليمات بين السنينة وتشكل غشاء كاذب (فيبرين).
 ٣. نرف لثة عفوي.
 ٤. توعك وارتفاع متوسط لدرجة الحرارة واعتلال العقد اللمفاوية.
 ٥. رائحة فموية كريهة مع عناية فموية سيئة.
- العوامل المؤهبة:** وهي العوامل المساعدة على حدوث المرض:

١. مرض الإيدز. HIV
٢. مرض ابيضاض الدم (لأن مناعة مرضى ابيضاض الدم تكون ضعيفة).
٣. سوء التغذية (خاصة البروتينات)
٤. عناية فموية سيئة.

٥. عمر المريض (غالباً المصابين من فئة الشباب)

٦. العرق.

٧. التدخين واستهلاك الكحول.

٨. الضغط النفسي والعاطفي وقلة النوم.

العلاج في المرحلة الحادة: إزالة الألم والانزعاج العام، وإلغاء فعالية المرض من خلال:

١. إجراء تقليم بسيط لإزالة اللويحة، ونستخدم التقليم اليدوي لمنع انتشار الإنتان.

٢. استعمال وسائل كيميائية للسيطرة على اللويحة.

٣. استخدام الصادات الحيوية جهازياً والسبب في استخدامها وجود الملتويات، يمكن اعطاء الميترونيدازول ٢٥٠ ملغ على ٤ وجبات يومياً، ويمكن اعطاؤه دفعة ٥٠٠ ملغ وبعدها دفتين ٢٥٠ ملغ كل ٦ ساعات.

أهداف العلاج الأولي لـ NUG هي تقليل الحمل الميكروبي وإزالة الأنسجة الميتة لتسهيل عملية الإصلاح والتجديد بحيث يمكن إعادة تجديد حواجز الأنسجة الطبيعية

العلاج بمرحلة المتابعة

At the next visit, approximately 5 days after the second visit, the patient is evaluated for resolution of symptoms, and a comprehensive plan for management of the patient's periodontal condition is formulated.

The patient should be essentially symptom-free at this time. Some erythema may still be present in the involved areas, and the gingiva may be slightly painful on tactile stimulation.

بعض الإجراءات:

- 1 . التقليل وتسوية الجذور، وفق تراجع الأعراض واصلاح الحشوات والترميمات السنينة.
- ٢ . إعطاء المريض تعليمات الصحة الفموية.
- ٣ . إصلاح جراحي للعيوب حول السنينة التي تحتوي على اللويحة (مناطق التمثوت، حيث لا تستطيع أي أداة تقليل الوصول لها).
- ٤ . إلغاء أو تعديل العوامل المؤهبة مع المتابعة للمرض.



Necrotizing Ulcerative Gingivitis	Primary Herpetic Gingivostomatitis
Caused by interaction between host and bacteria, most often fusospirochetes	Caused by specific viral infection
Necrotizing condition	Diffuse erythema and vesicular eruption
Punched-out gingival margin; pseudomembrane that peels off and leaves raw areas	Vesicles that rupture and leave slightly depressed oval or spherical ulcer
Marginal gingiva affected; other oral tissues rarely affected	Diffuse involvement of gingiva; may include buccal mucosa and lips
Uncommon in children	Occurs more frequently in children
No definite duration	Duration of 7 to 10 days
No demonstrated immunity	Acute episode results in some degree of immunity
Contagion not demonstrated	Contagion

Necrotizing Ulcerative Gingivitis	Desquamative Gingivitis	Chronic Destructive Periodontal Disease
Bacterial smears show fusospirochetal complex	Bacterial smears reveal numerous epithelial cells and few bacterial forms	Bacterial smears vary
Marginal gingiva affected	Diffuse involvement of marginal and attached gingivae and other areas of oral mucosa	Marginal gingiva affected
Acute history	Chronic history	Chronic history
Painful	May or may not be painful	Painless if uncomplicated
Pseudomembrane	Patchy desquamation of gingival epithelium	Usually no desquamation, but purulent material may appear from pockets
Papillary and marginal necrotic lesions	Papillae do not undergo necrosis	Papillae do not undergo noticeable necrosis
Affects adults of both genders and occasionally affects children	Affects adults, most often women	Usually found in adults, occasionally found in children
Characteristic fetid odor	No odor	Some odor but not strikingly fetid

٤ - القلاع aphthous stomatitis



قرحة دائرية أو بيضوية واضحة الحدود مخاطة بهالة حمراء مجهولة السبب تصيب المخاطية المتحركة فقط وتصيب اللثة الملتصقة بنسبة شيع تصل إلى ٢٠% ، وله نوعان قلاع صغير وقلاع عرطل.

العوامل المؤهبة:

الشدة النفسية، الحمى ،الاضطرابات الهرمونية، الرض، الانتانات الفيروسية.

يشاهد قلاع الصغير بشكل مفرد أو متعدد حيث يكون حجم القرحة ٠,٥-١ سم وتستمر من اسبوع الى اسبوعين ويصيب فقط الطبقات السطحية من الغشاء المخاطي لذلك لا يترك ندبة. النمط الكبير أو العرطل فيصل قطر القرحة حتى ٣ سم وتصيب الطبقات العميقة وتكون فترة شفاؤه ٦ أسابيع ويترك ندبة.

المعالجة: تكون بالسيطرة على العامل المسبب مثل الشدة النفسية ،الانتان الفيروسي، والسيطرة على الألم وتعليمات الصحة الفموية بالإضافة إلى مضادات الالتهاب الستيروئيدية موضعياً، أما عندما تكون الحالة حادة أكثر فيعطى الكورتيزون جهازياً .

٥- التهاب الفم والثثة الحلئي Herpes Simplex Virus



إنتان يصيب الأطفال عادة وقد يصيب البالغين مثبتي المناعة. ويتميز بقلّة الأعراض الجهازية مثل الحمى والتوعك، لذلك يكون طبيب الأسنان من أوائل الأطباء الذين قد يستشيرهم المرضى من أجل تدبير هذه الحالة.

وهو مرض فيروسي يسببه فيروس Herpes Simplex Virus 1 حيث تنتج عنه معظم إنتانات في الوجه والعنق.

الإصابة بهذا الفيروس لها طورين، الطور الرئيسي يمتد بين عمر ٦ أشهر إلى خمس سنوات ثم يهجع الفيروس في عقدة مثلث التوائم حتى أوائل العشرينيات من العمر.

معظم الإصابات بفيروس الحلا في الطفولة تكون غير عرضية أو عرضية بشكل طفيف حيث أن الطفل أو ذويه لا يلاحظوا الإصابة (١٠-١٢% من الأطفال تمت ملاحظة الأعراض عليهم).

عندما تلاحظ الأعراض بشدة ويكون نهج المرض شديد فذلك يعود إلى انخفاض مناعة المضيف.

تمتد فترة الحضانة من بضعة أيام إلى ثلاثة أسابيع (في معظم الأحيان اسبوع واحد) حيث في هذه الأثناء

تتشكل حويصلات صغيرة متعددة ثم ينتقل الفيروس عقدة مثلث التوائم.

تتفجر الحويصلات تاركة مكانها قرحات مغطاة بطبقة من الفيبرين ومحاطة بهالة حمراء .

النكس في هذه الحالة عال جدا وقد يحدث كرد فعل على التعرض المطول لأشعة الشمس أو الشدة النفسية أو الحمى أو البرد أو الحمل أو الرض .

تحدث الإصابة البدئية في أي مكان بالحفرة الفموية، بينما الإصابة الناكسة تحدث في النسيج الفموية غير المتحركة مثل قبة الحنك واللثة الملتصقة وتكون على شكل حويصلات صغيرة تتفجر تاركة قرحة كبيرة مغطاة بطبقة من الفيبرين .

المعالجة: تكون بتدابير الصحة الفموية والمعالجة العرضية في حال ظهرت الأعراض، وفي الحالات الشديدة يتم اللجوء إلى مضادات الفيروسات Acyclovir على شكل معلق للمضمضة ومن ثم البلع، أو باستخدام Valacyclovir وهو ذو مفعول أقوى ب٤ مرات .

ينتقل الفيروس إلى عين الطفل ويسبب ظهور القرحات مما قد يسبب العمى لذلك يجب أخذ الحذر عند علاج الصابين بالحلاً وتجنب اللجوء إلى أي إجراء سني يمكن أن يسبب إرذاذ مائي وانتشار الفيروس الى مناطق أخرى .

رتخت المحاضرة

مع تمنياتنا بالنجاح