

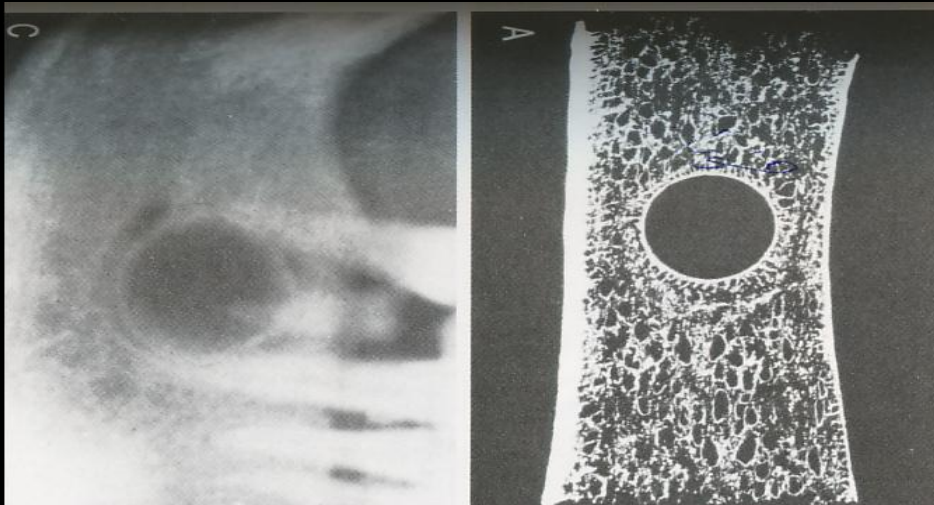
أكياس المنطقة الوجهية الفكية

*CYSTS OF THE ORAL AND
MAXILLOFACIAL REGIONS*

تعريف الكيس CYST

• هو تجويف يحدث في **النسج الصلبة أو الرخوة** ويكون مملوءً إما **بسائلٍ** أو **شبه سائلٍ** أو أنه يحوي **هواءً** ويحاط **بنسيج ضامٍ** أو **محفظةٍ** ويبطن **ببشرةٍ**.

• يمكن أن تتطور هذه الأكياس في المنطقة الفكية الوجهية ويزداد حجمها تدريجياً نتيجة ضغط السائل الذي بداخلها مؤدياً الى **امتصاص العظم وتمدد الصفائح القشرية**.

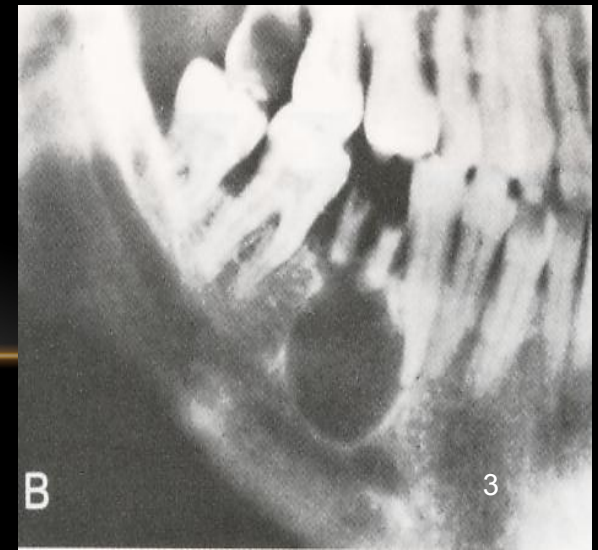
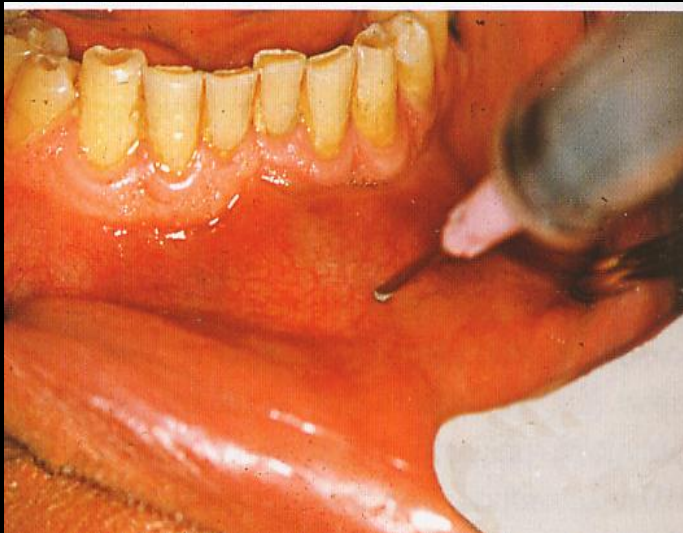


العلامات الأساسية للأكياس الفكية

1. ذات شكلٍ شافٍ على الأشعة أمّا جدار الكيس فيظهر كثيفاً على الأشعة.

2. يمكن أن يبزل السائل الذي بداخل الكيس.

3. يمكن أن يأخذ أحجاماً كبيرةً ويسبب كسوراً مرضية.



4. ينمو ببطءٍ ويؤدي إلى سوء توضعٍ في الأسنان أكثر من امتصاصها .

5. يكون بدون أعراضٍ إلا إذا أصيب بالالتهاب وغالباً ما يكتشف بالصدفة شعاعياً.

6. إذا امتد للنسج الرخوة يصبح الكيس عبارة عن انتباجٍ متموجٍ وقابلٍ للضغط.

7. يبدو بلون مزرق عندما يقترب من سطح المخاطية.



العوامل الأساسية لنمو الأكياس المرضية

- 1 - تكاثر البشرة المبطنة والمحفظة الليفية .
- 2 - الضغط الهيدروستاتيكي لسائل الكيس .
- 2 - امتصاص العظم المحيط .

❖ تشخيص أكياس الحفرة الفموية

➤ الأعراض والعلامات.

➤ الفحص السريري.

➤ الفحص الشعاعي.

➤ البزل وأخذ الخزعة.

➤ التشخيص التفريقي.

الفحص السريري

❖ يكون عن طريق:

1. التأمل.

2. الجس.

الفحص الشعاعي

□ الفك العلوي :

□ الصور البانورامية .

□ التصوير بوضعية الجيوب “waters , Blondeau”

□ الصور الاطباقية بوضعين Simpson وعبر الجمجمة .

□ الصورة الاطباقية .

□ الصورة الذروية .

□ الفك السفلي :

□ الصور البانورامية .

□ التصوير بوضعية الفك المائل.

□ الصور الاطباقية.

□ التصوير بوضعية الوجه المنخفض.

□ التصوير الذروي.

التشخيص التفريقي

❖ يجب التشخيص التفريقي عن:

1. البنى التشريحية (الجيب الفكي _ الحفرة الأنفية _ الثقب الذقنية).
2. الأكياس من نوعٍ آخر.
3. الأورام خاصة الأميلوبلاستوما.
4. الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة.
5. نشاط نظائر الدرق (الأورام السمراء).
6. الورم الملائكي.
7. حفرة ستافن (وهو ليس كيساً إنما هو انحصار لنسيج الغدة اللعابية في جسم الفك السفلي).

تصنيف الأكياس CLASSIFICATION

• تصنف الأكياس بالنسبة لبنية المنطقة التي ينشأ فيها :

1. الأكياس سنية المنشأ Odontogenic Cysts: وتقسم إلى الأكياس التطورية و الأكياس الالتهابية .
2. الأكياس غير سنية المنشأ Non-odontogenic Cysts: وتشمل الأكياس التطورية .
3. الأكياس الانحباسية Retention Cysts.
4. الأكياس الرضية Traumatic Cysts .
5. الأكياس الورمية Tumar Cyst : وتشمل ورم مصورات الميناء .

الأكياس سنية المنشأ ODONTOGENIC CYSTS

- أكياس سنية إما أن تكون ذات منشأ تطوري أو التهابي.
- الأكياس التطورية ليس لها سبب امراضي معروف لكنها لا تحدث بسبب التهابي ، أما الأكياس الالتهابية فهي ناتجة عن الالتهاب .
- وهكذا سندرس :
- .1 الأكياس سنية المنشأ الالتهابية Inflammatory Odontogenic Cysts.
- .2 الأكياس سنية المنشأ التطورية Developmental Odontogenic Cysts.

أولاً: الأكياس السنّية الالتهابية :

1. الكيس الجذري .radicular Cyst

2. الكيس الجذري الجانبي . Apical Periodontal Cyst

3. الكيس المتبقي .

1- الكيس الجذري

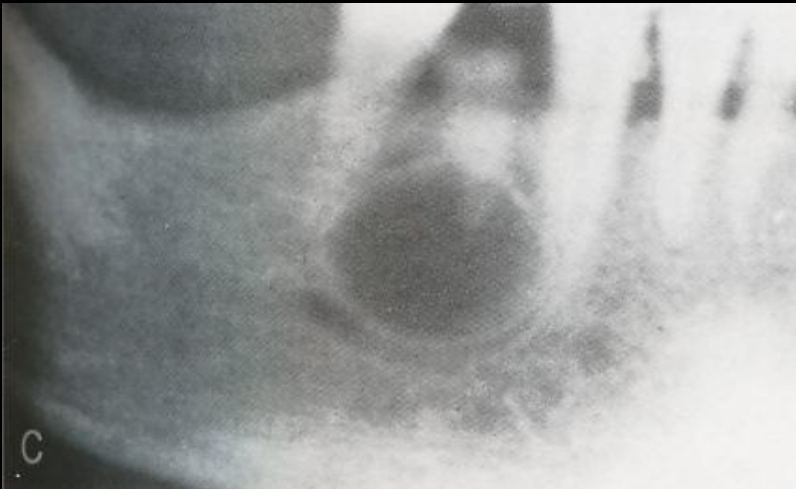
- * ينشأ من بشرة بقايا ملاسيه موجودة في ذورة سن محتمل تموته .
- * يتحرض بالالتهاب .
- * يتألف الكيس من جدار نسيج ضام ويبطن ببشرة ويحتوي على سائل ليموني وبقايا خلوية ويزداد السائل ضمن الكيس تدريجياً ويكبر الكيس نتيجة ضغط السائل بداخله .

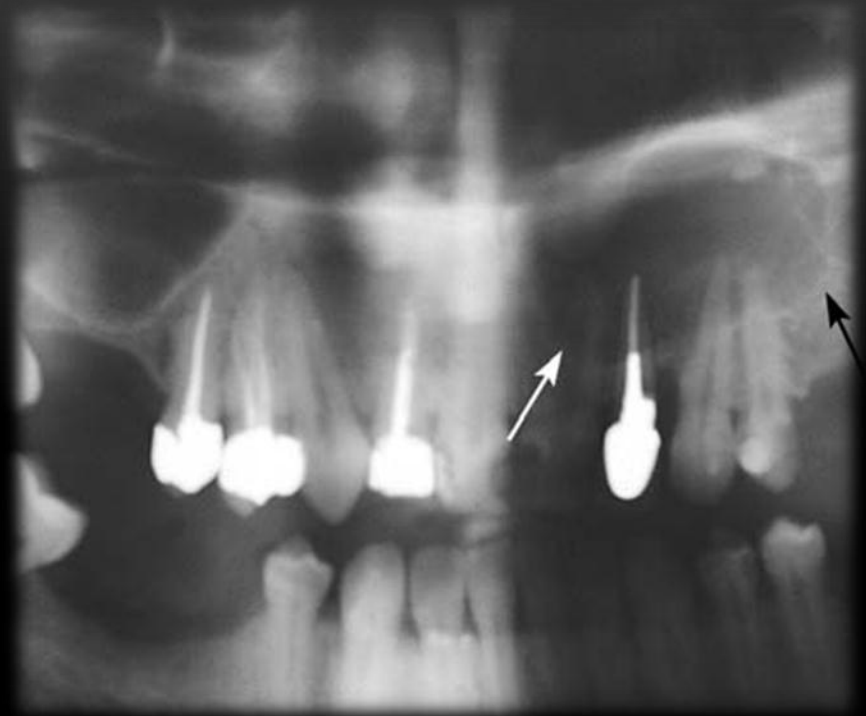
• سريراً :

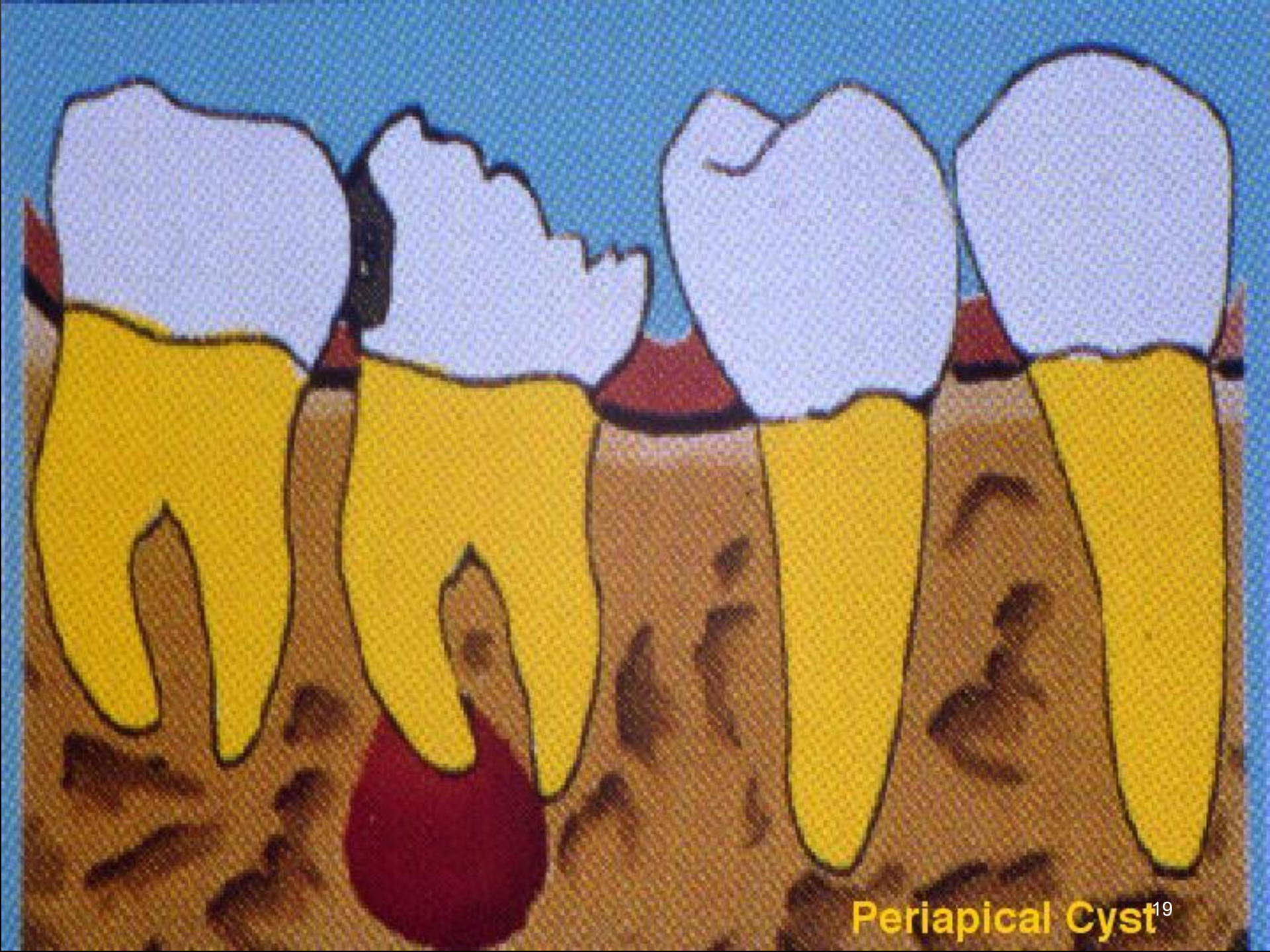
1. ليس لدى المريض أعراض إلا إذا كان هناك التهاب.
2. إذا وصل الكيس إلى حجم كبير يمكن أن يلاحظ تموج كما يمكن أن تشاهد حركة وتقلقل الأسنان المجاورة.
3. لا يستجيب السن المسبب للآفة للفحص الحراري أو جهاز فحص حيوية اللب الإلكتروني .

• العلامات الشعاعية :

- المظهر الشعاعي هو نفسه للورم الحبيبي حول الذروي .
- يمكن أن تتطور الأكياس على شكل شفوفية شعاعية حول ذروية صغيرة مع حدود واضحة .
- يكون هناك غياب في اللامينادورا على طول جذر السن المجاور .
- امتصاص الجذر شائع أيضاً .
- **العلاج : تجريف حول ذروي .**







Periapical Cyst¹⁹



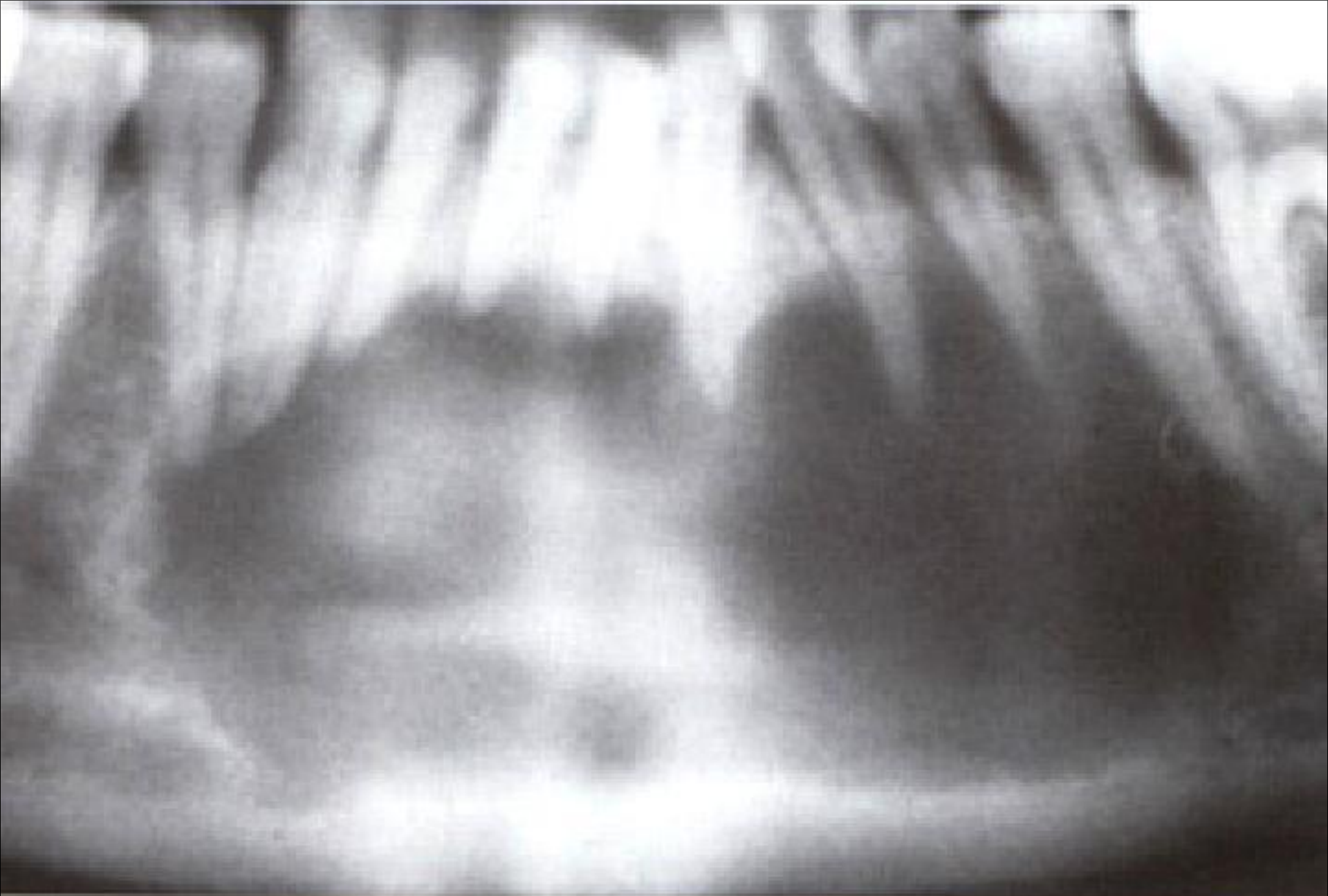
Periapical Cyst



Periapical Cyst



Periapical Cyst



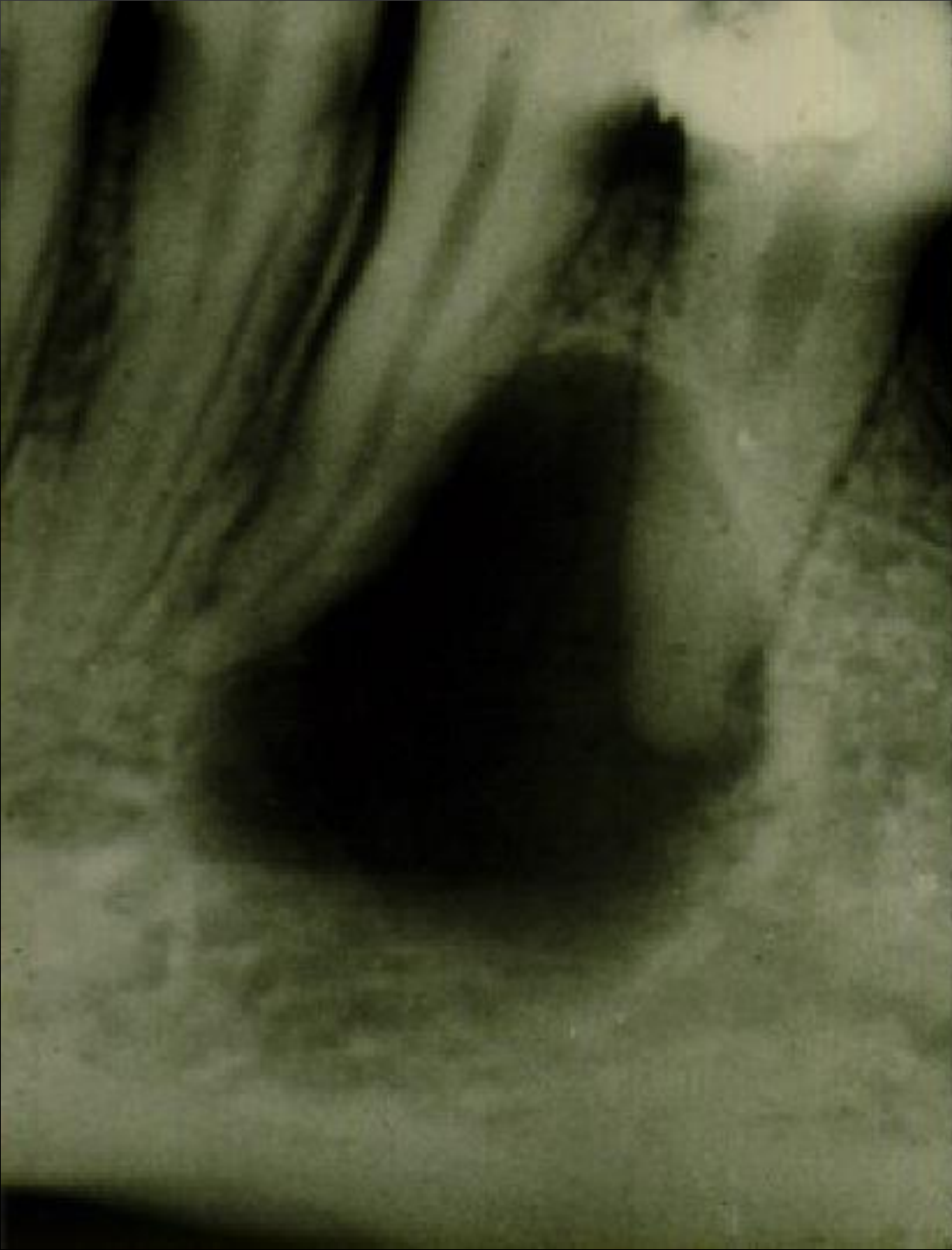
Periapical Cyst

Periapical Cyst

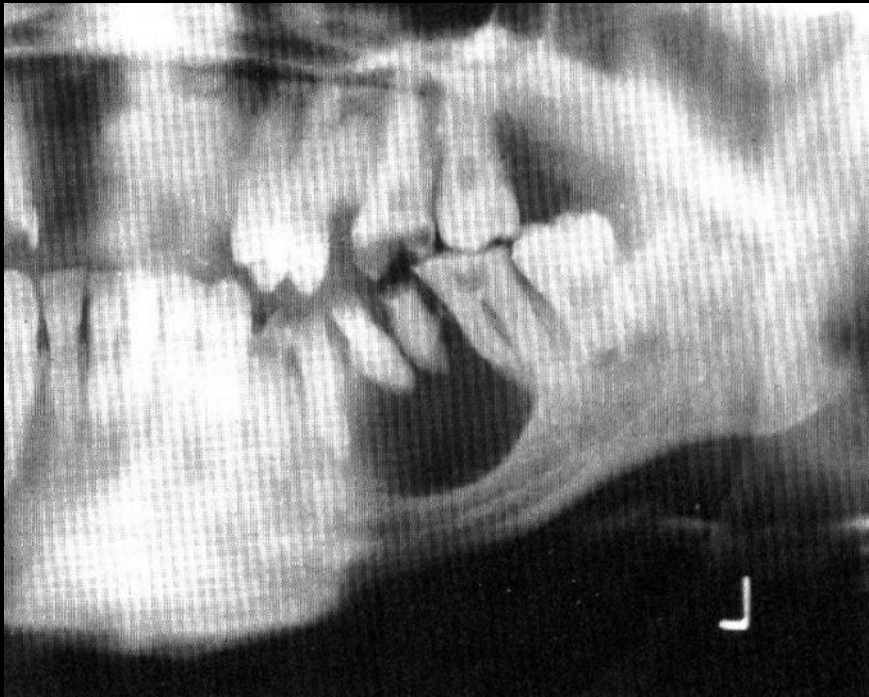
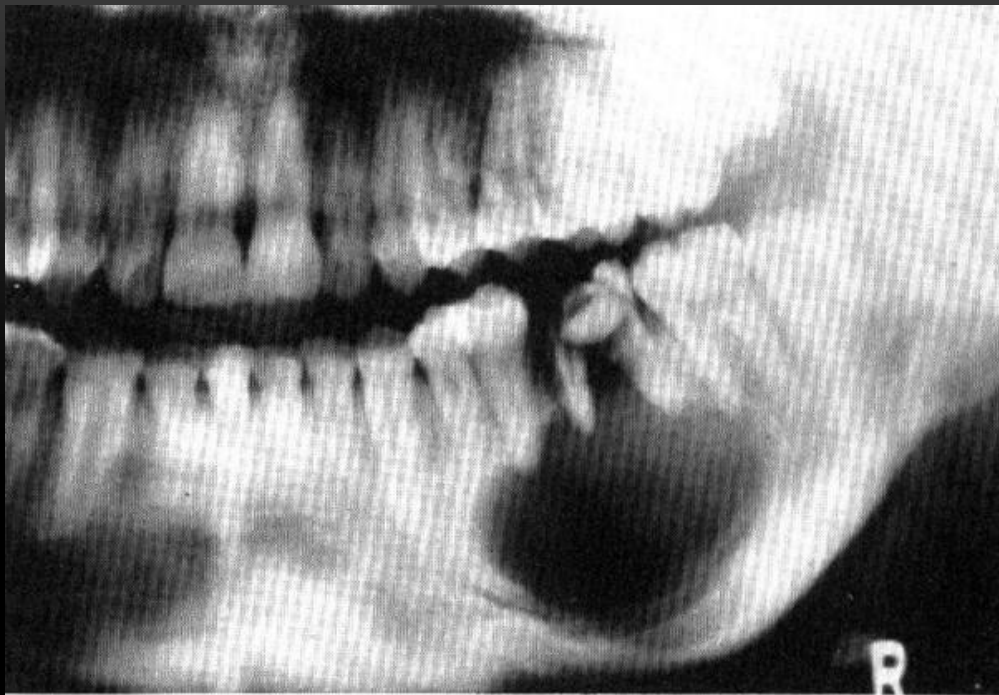




Periapical Cyst



Periapical Cyst

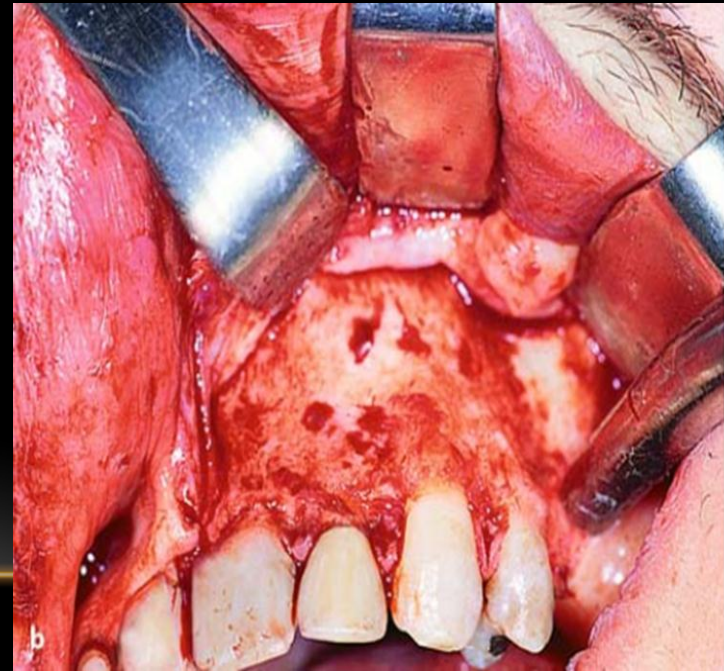
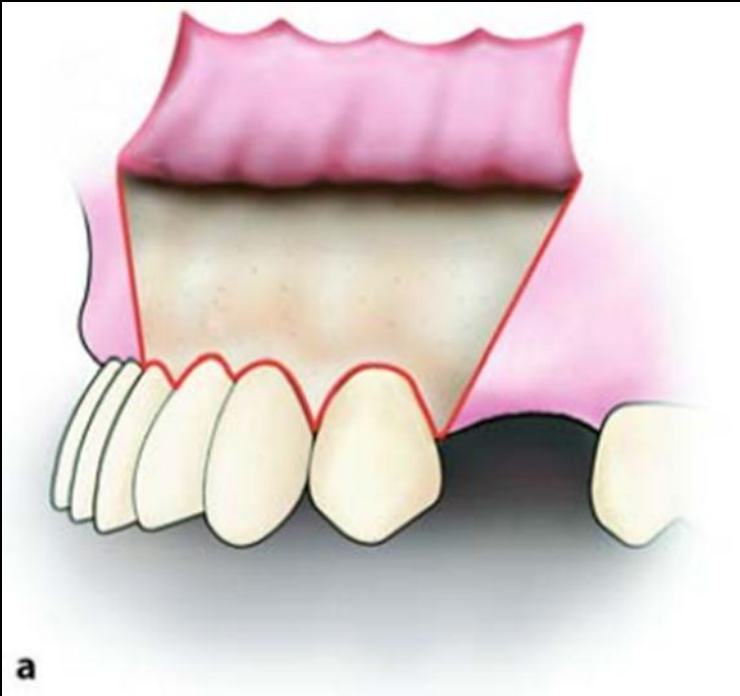
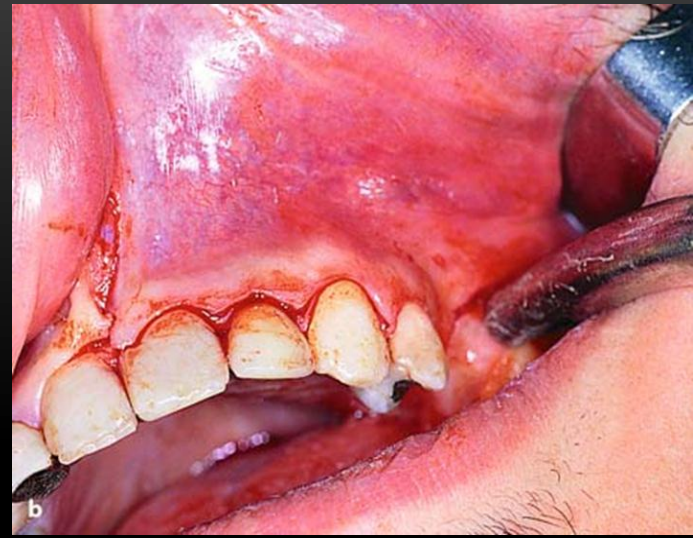
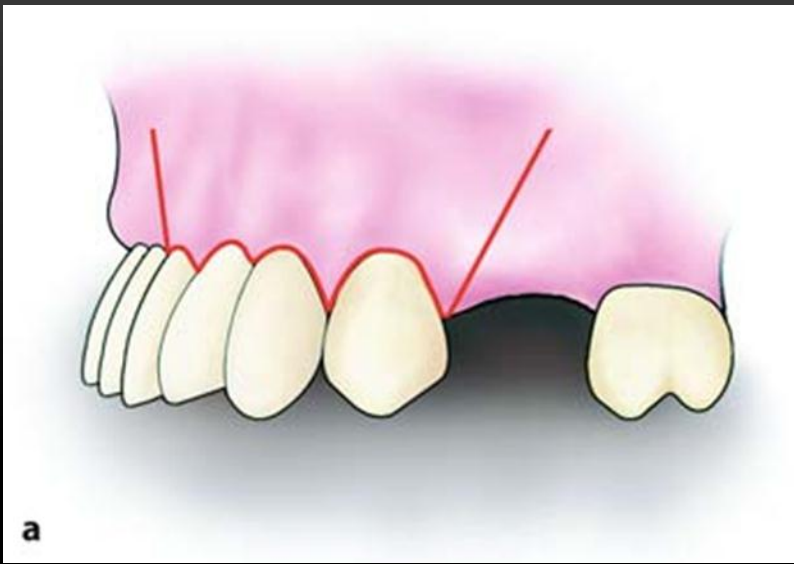


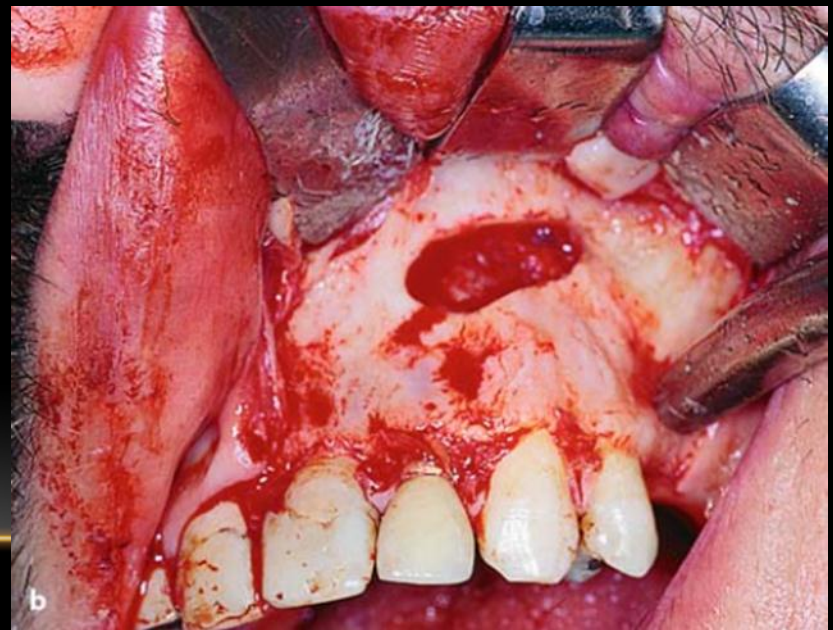
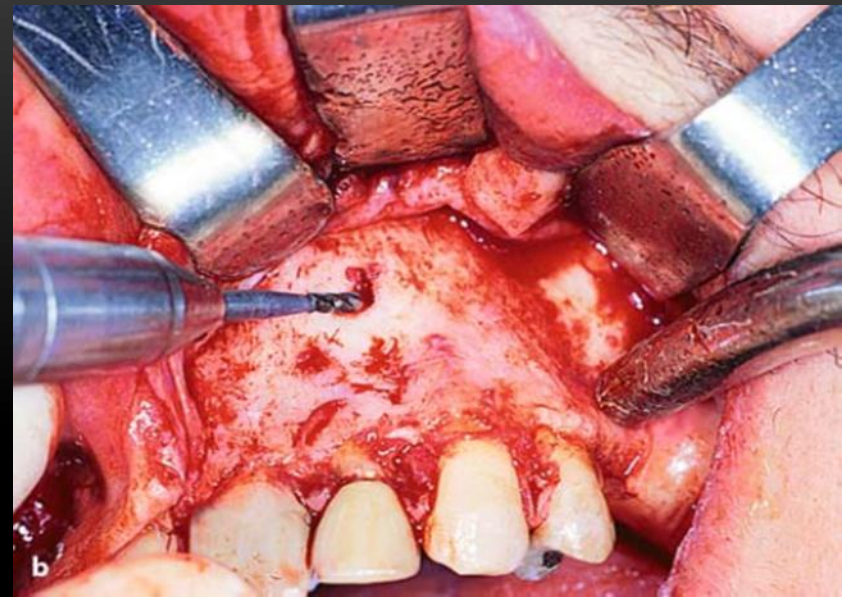
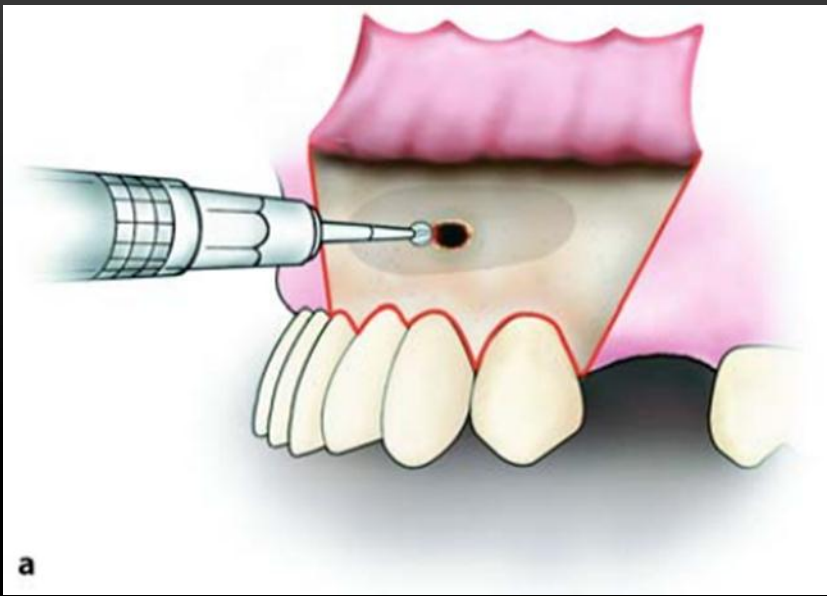


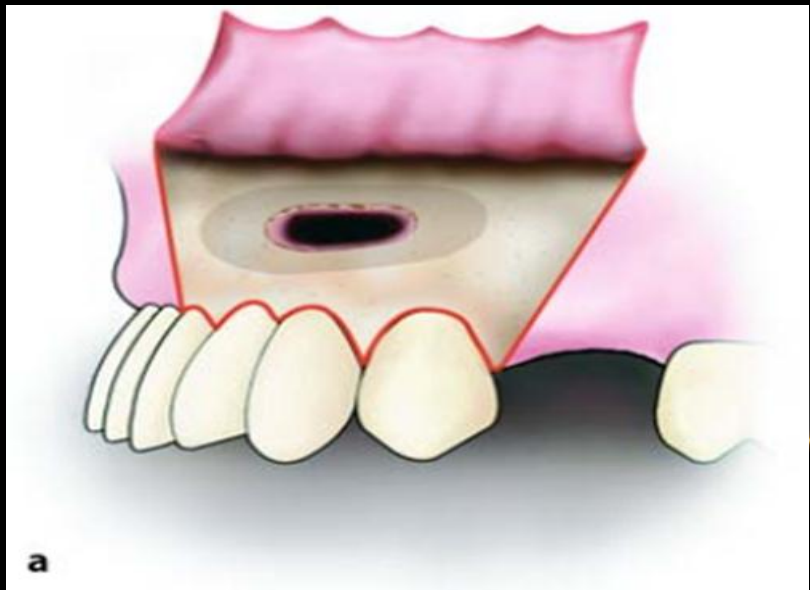
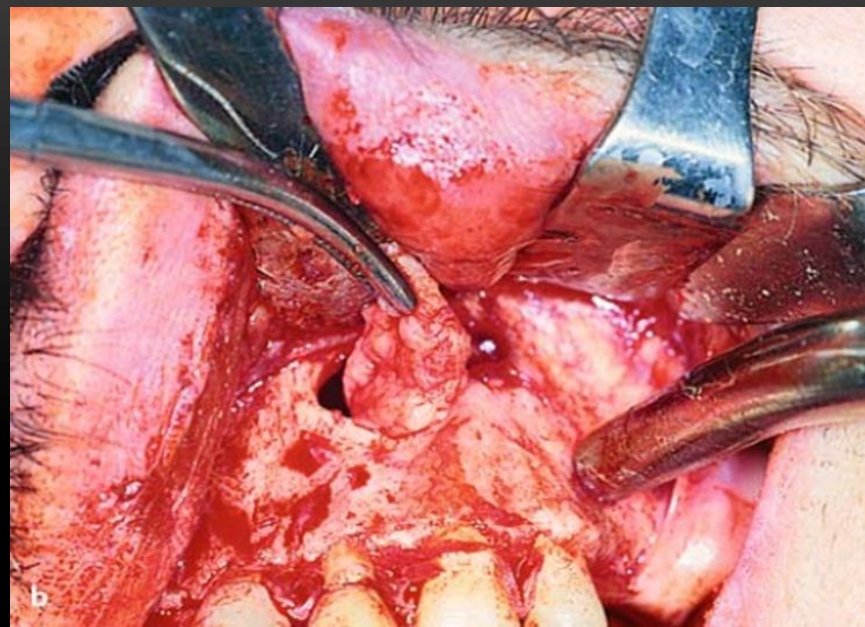
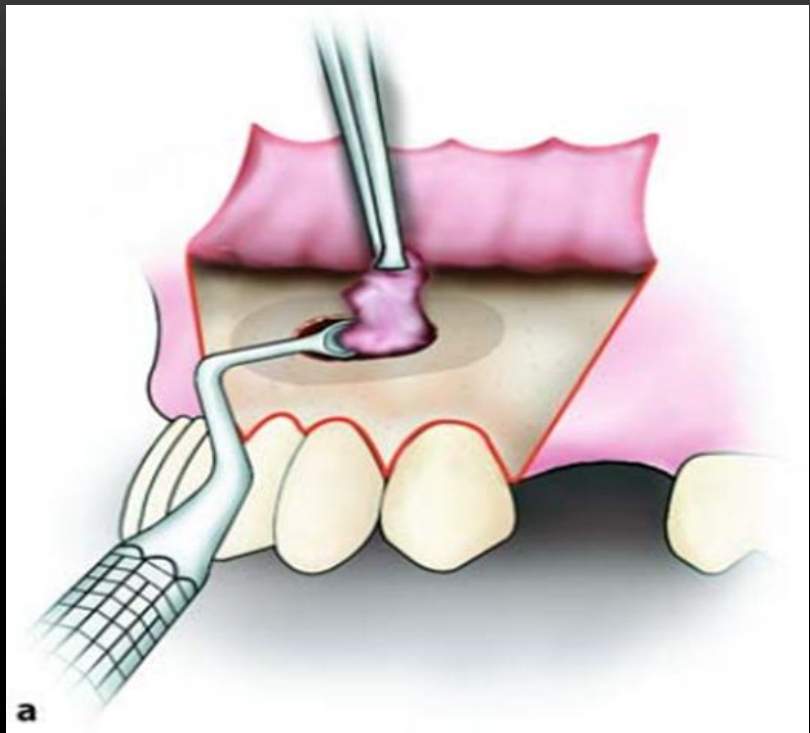
Periapical Cyst²⁸

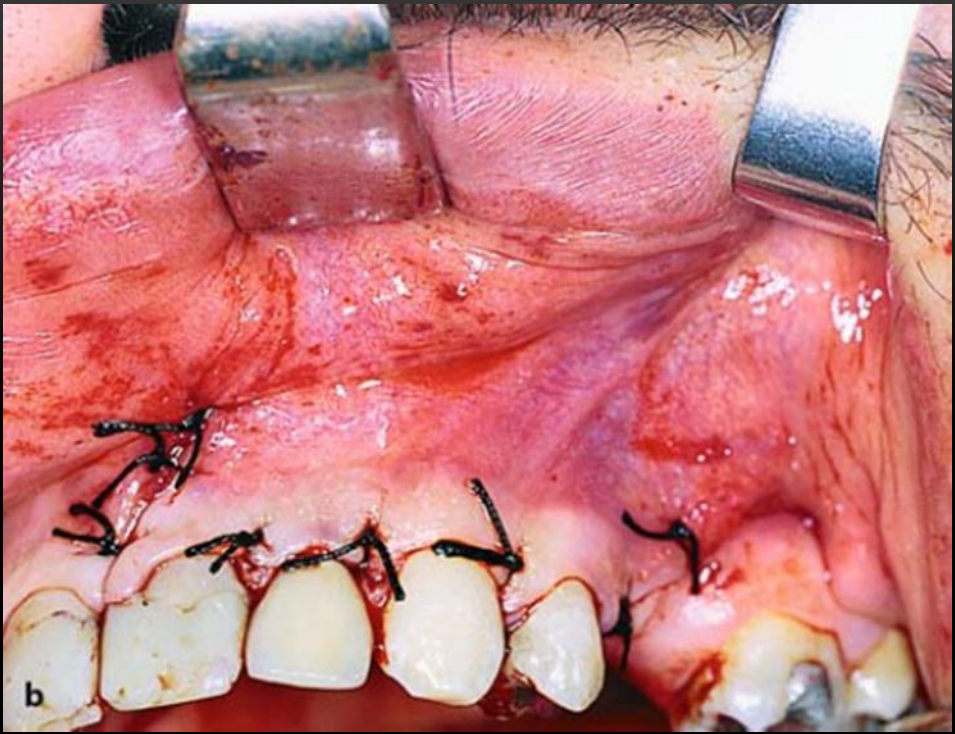
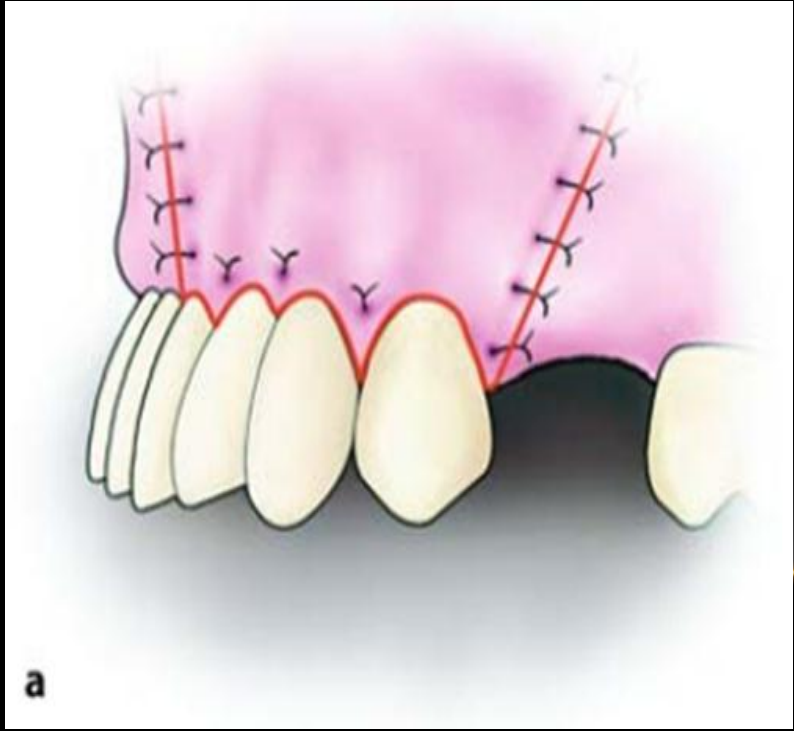


Periapical Cyst²⁹









2- الكيس الجذري الجانبي

- كيس مشابه للكيس الجذري يظهر على طول السطح الجانبي لجذر السن .

- ينشأ من بقايا ملاسييه .

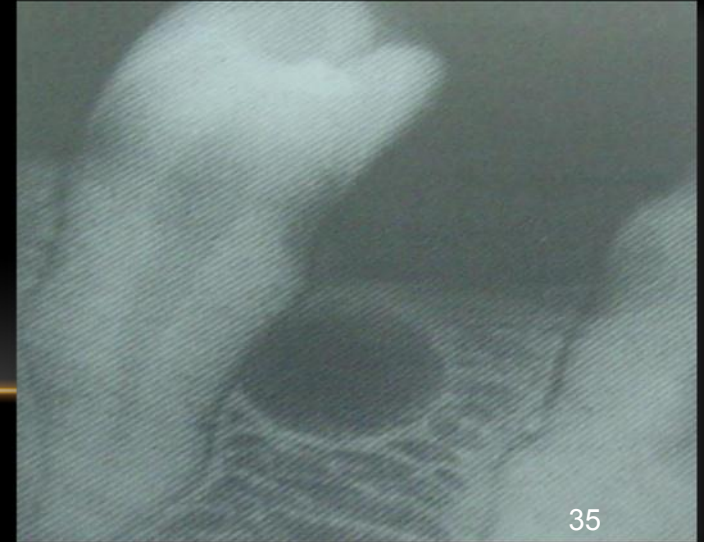
- يمكن أن يكون مصدر الالتهاب أمراض النسيج الداعمة

تموت اللب وانتشار الالتهاب من خلال الثقب الجانبية

وقد يكون السن حياً.

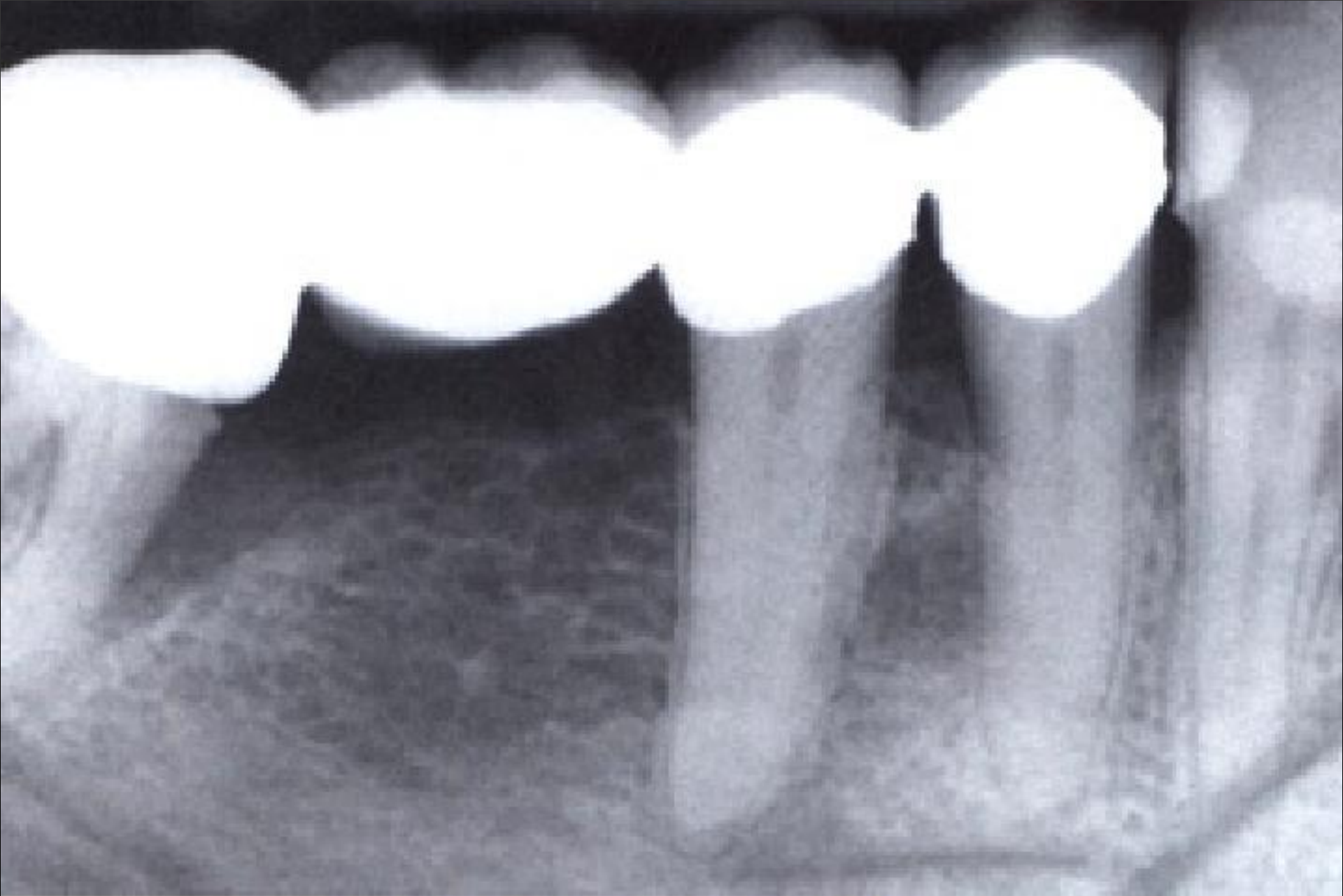
شعاعياً :

- * يكون الكيس حول السني الجانبي على شكل شفوفية شعاعية منفصلة على جانب سطح الجذر.
- * يلاحظ فقدان اللامينادورا.

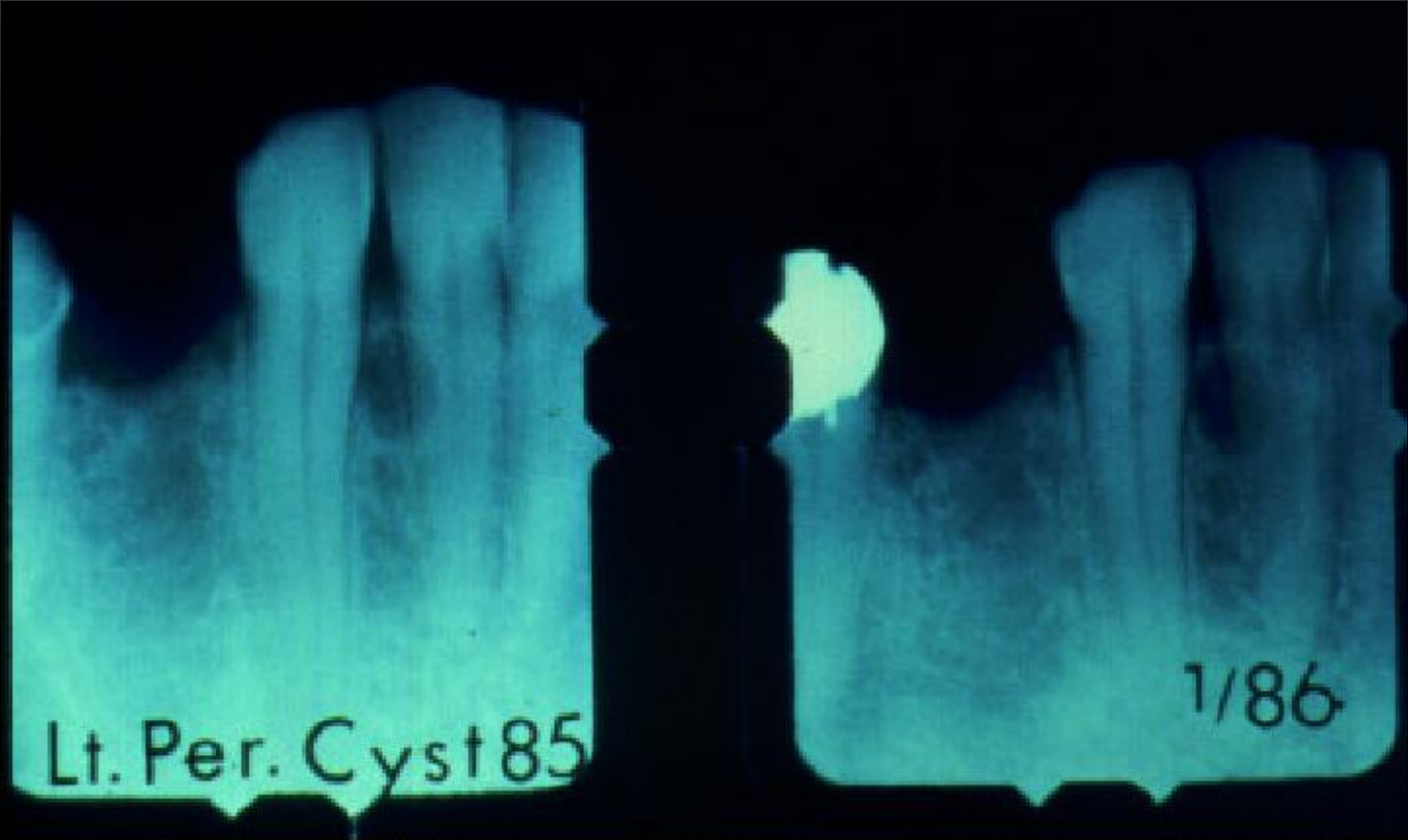




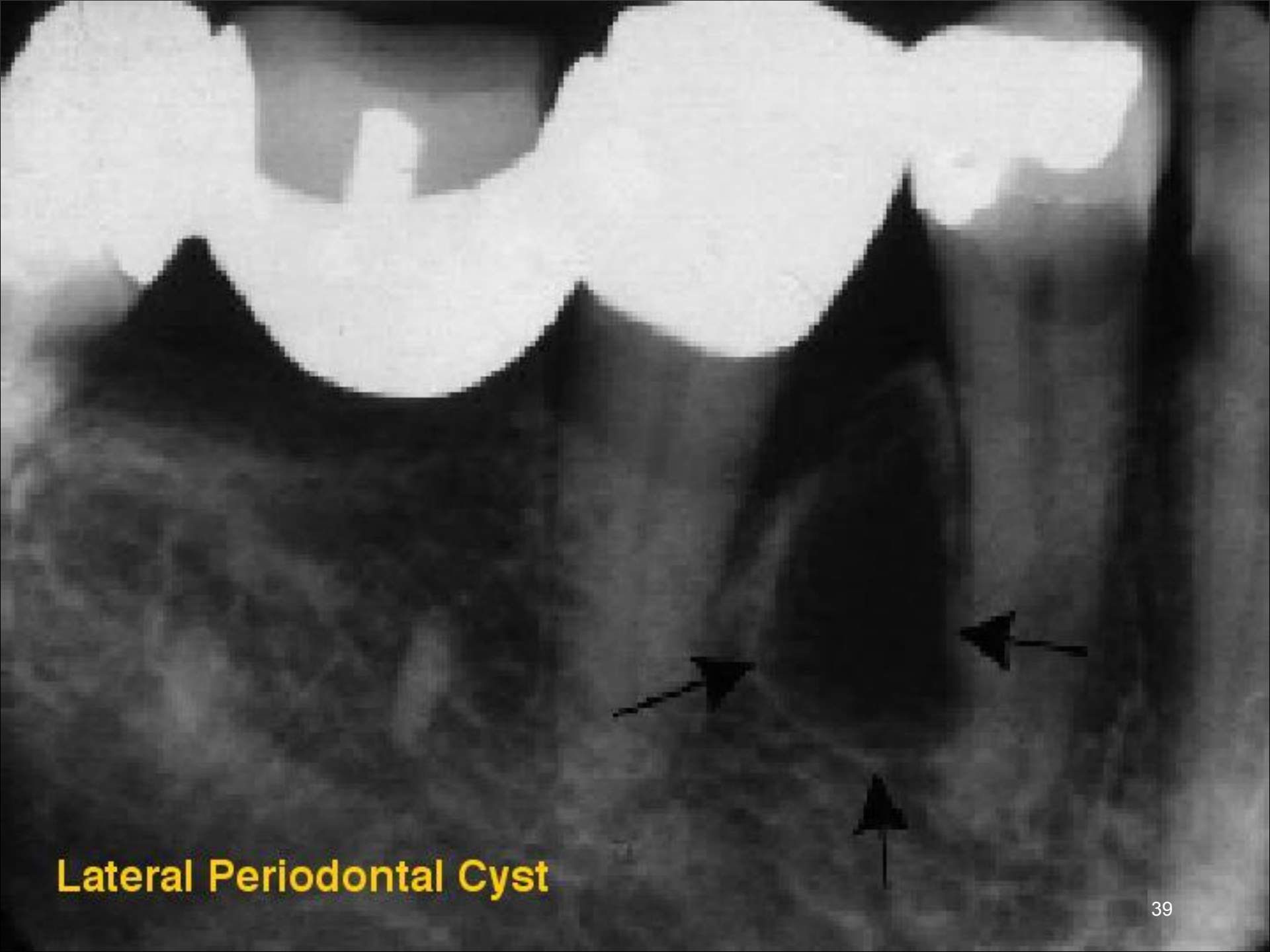
Lateral Periodontal Cyst



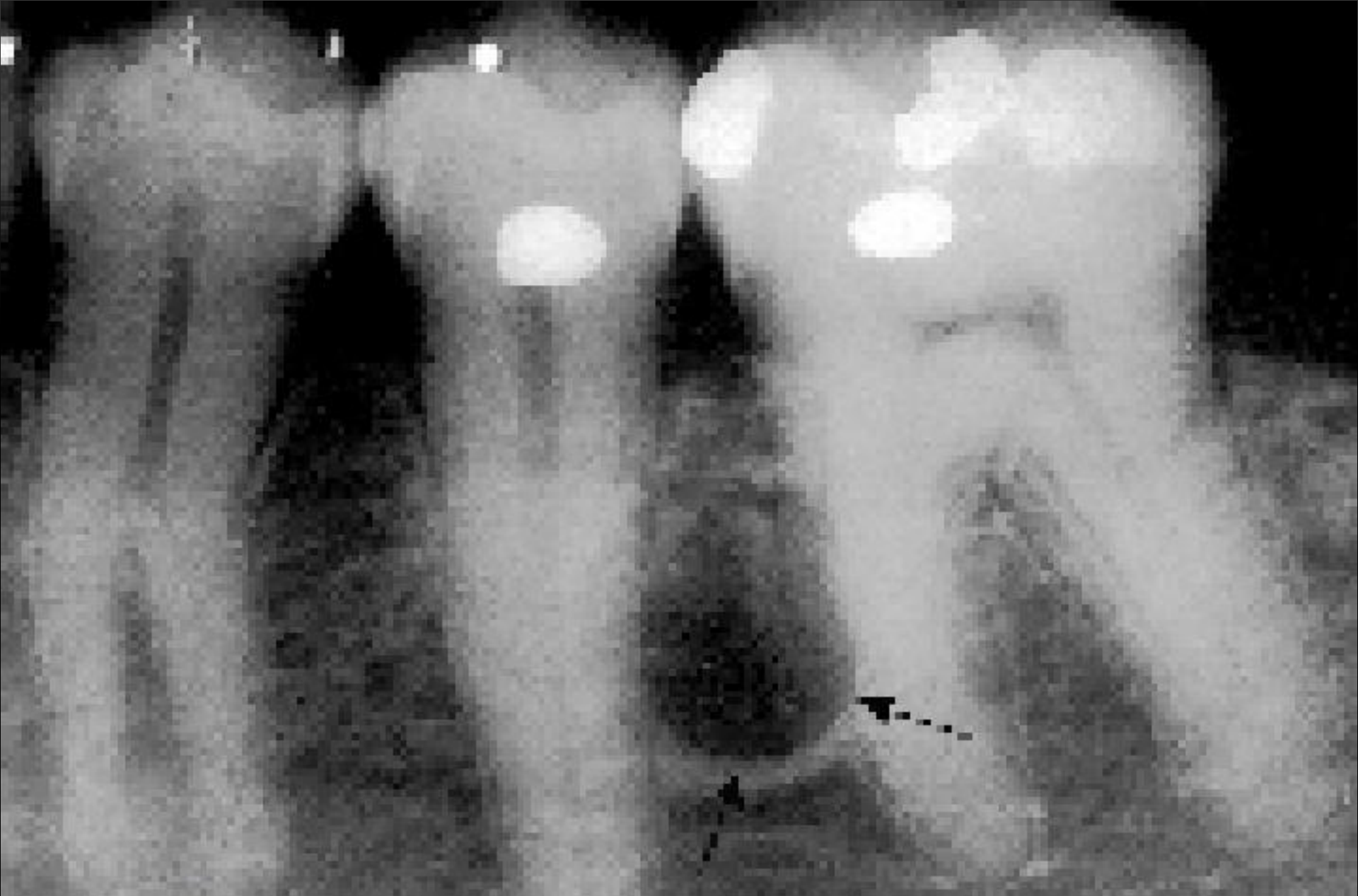
Lateral Periodontal Cyst



Lateral Periodontal Cyst



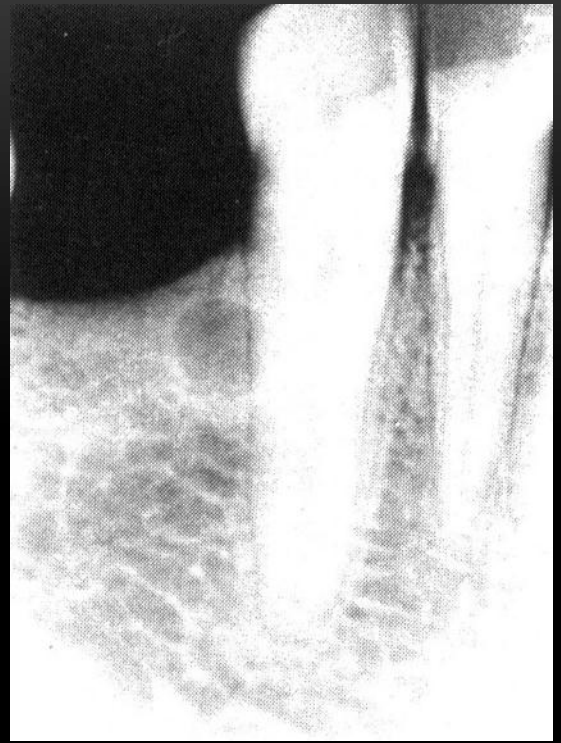
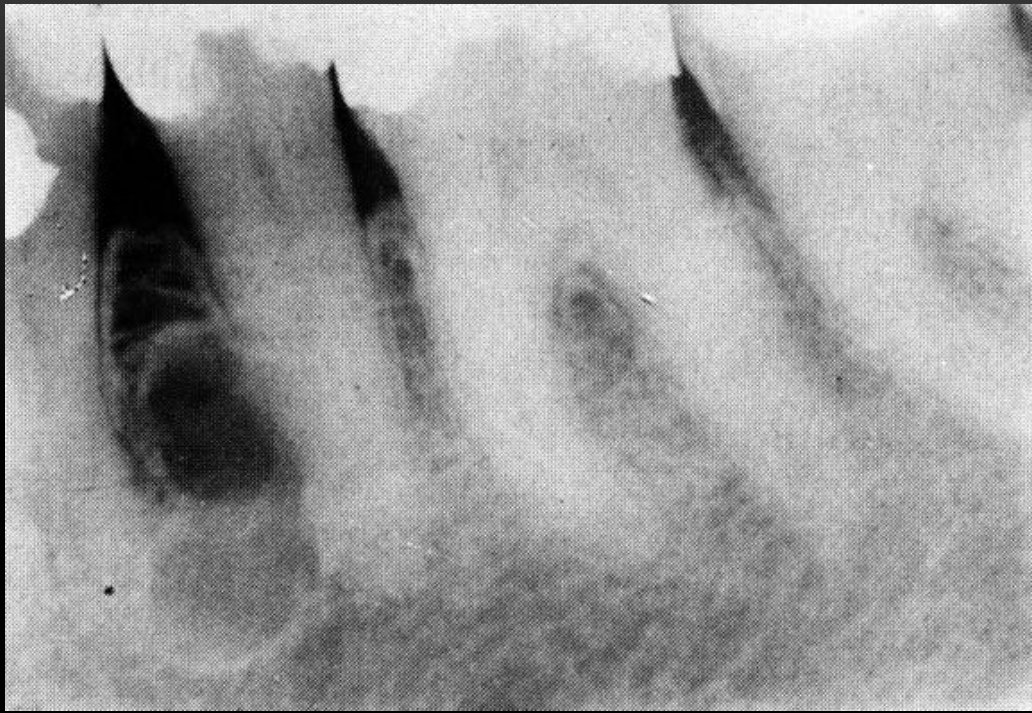
Lateral Periodontal Cyst



Lateral Periodontal Cyst



Lateral Periodontal Cyst



3- الكيس المتبقي

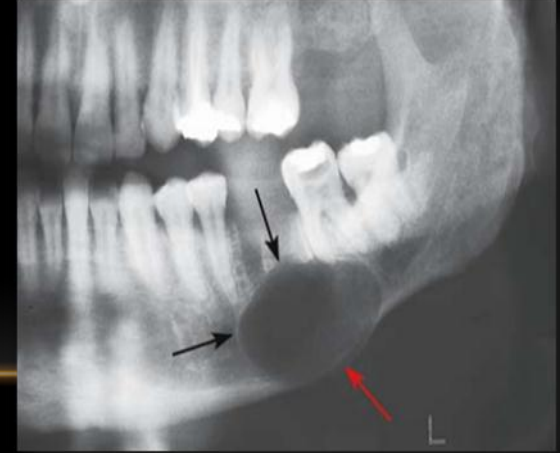
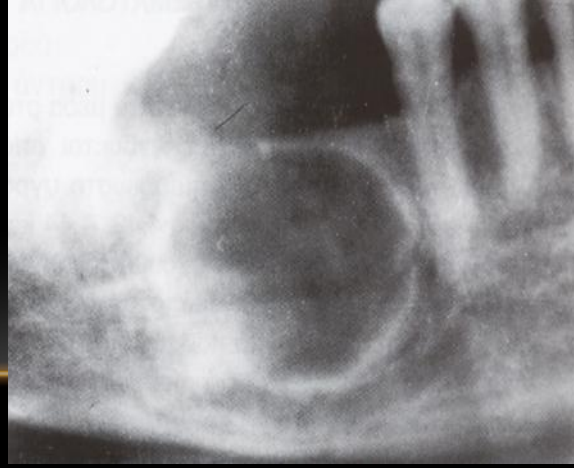
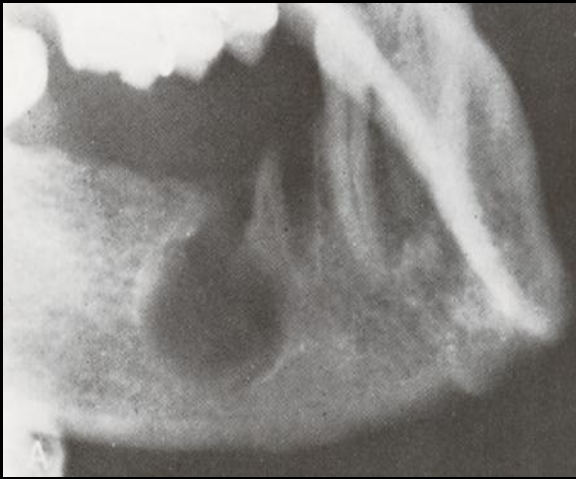
• يمكن أن تشكل النسيج حول الذروية الملتهبة والتي لم تجرف بعد قلع السن منشأً لكيسٍ التهابي.

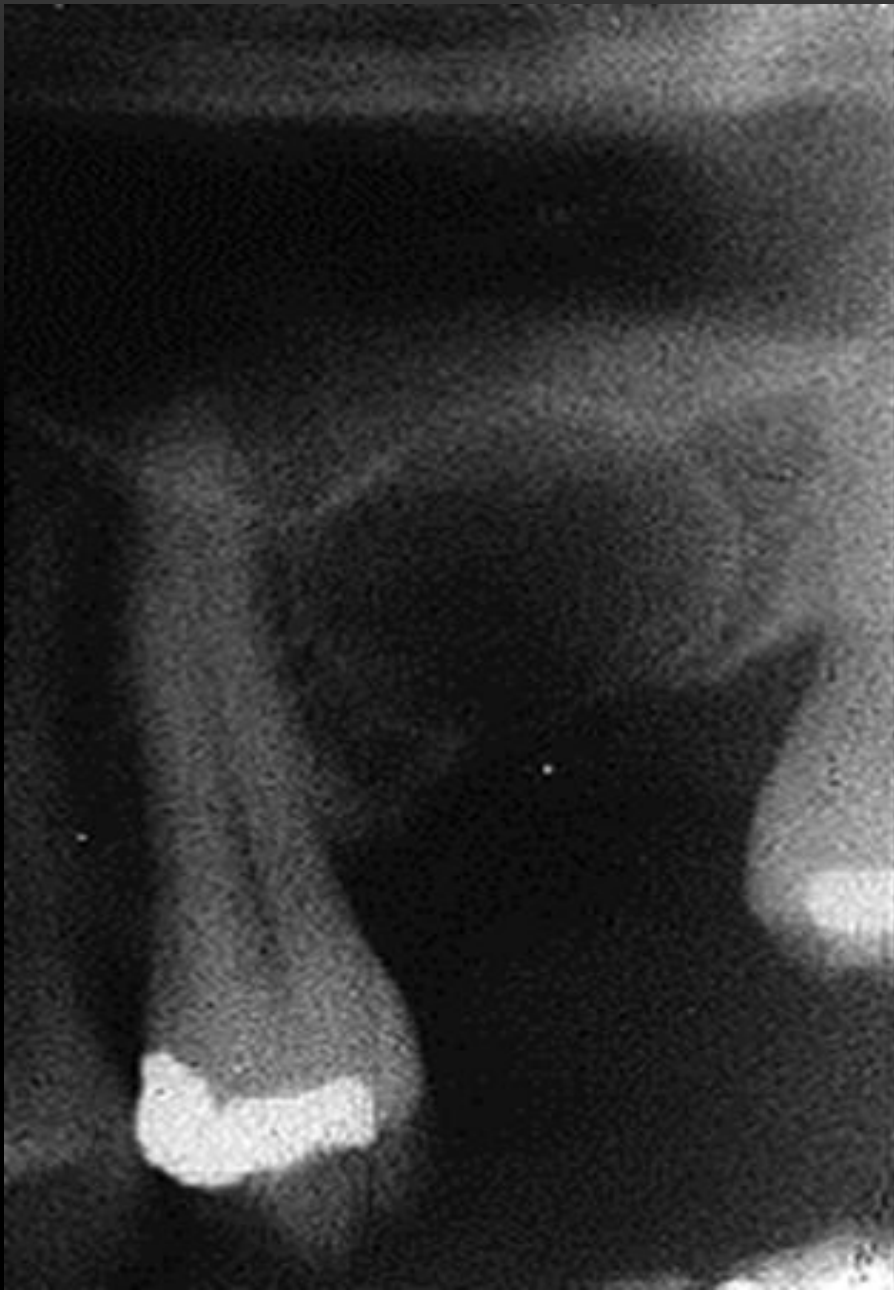
• ينقص حجم العديد من هذه الأكياس مع مرور الزمن وتزول بشكلٍ تلقائي بسبب غياب الالتهاب المستمر المحرض .

العلامات الشعاعية :

شفوفية شعاعية بيضوية أو دائرية مختلفة الحجم ضمن الارتفاع السنخي في مكان قلع سنٍ سابقٍ.

العلاج : استئصال جراحي غالباً وفي حالاتٍ نادرة التكوية .





ثانيا : الأكياس التطورية السنية

1. الكيس البدئي Primordial Cyst .
2. الكيس التاجي Dentigerous Cyst .
3. الكيس حول السني الجانبي Lateral periodontal cyst .
4. الكيس البروغي Eruption Cyst .
5. الكيس السني التقربي Odontogenic keratocyst .
6. الكيس اللثوي (السنخي) عند حديثي الولادة Gingival Cyst .
7. الكيس اللثوي عند البالغين Gingival cyst of the adult .
8. الكيس السني المتكلس Calcifying Odontogenic Cyst .
9. الكيس الغدي سني المنشأ Glandular Odontogenic Cyst⁴⁶ .

1- الكيس البدئي

- آفة نادرة تنشأ من تنكس وانحلال النسيج الشبكي النجمي في عضو الميناء قبل بدء تكلس الميناء أو تشكل العاج وبذلك يحل الكيس البدئي مكان السن . (إذاً لا يوجد فيه سن).

المظاهر السريرية :

يختلف حجم الكيس البدئي من حالةٍ لأخرى ، و هو

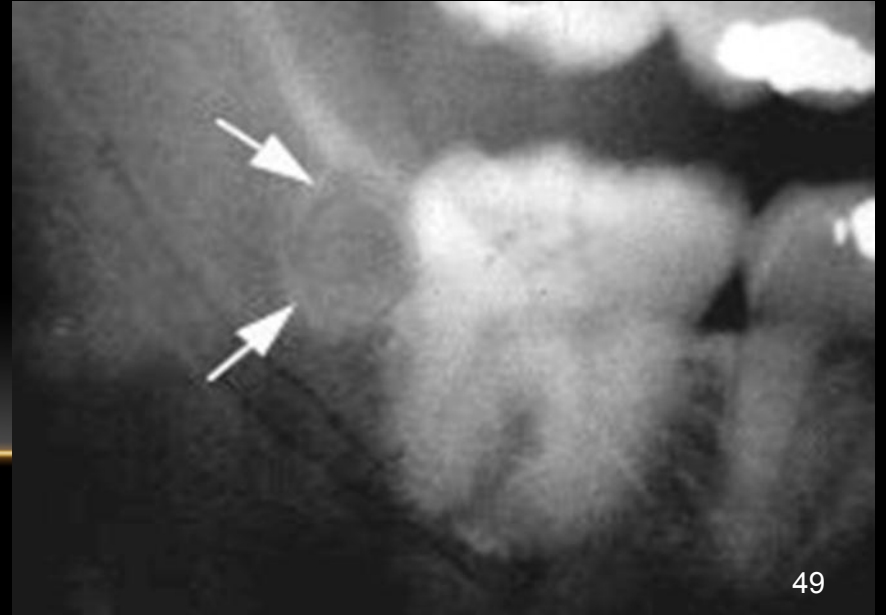
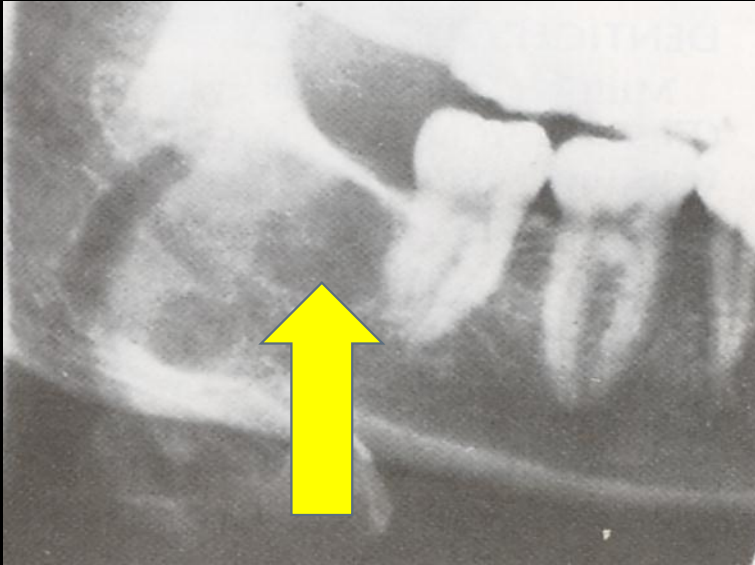
يسبب توسع العظم وانزياح الأسنان المجاورة ويكون

لا عرضياً إلا إذا أصيب بالإنتان .

العلامات الشعاعية :

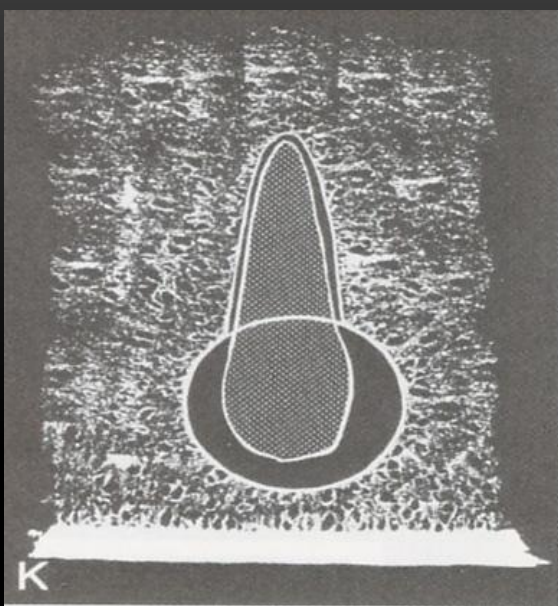
شفوفية شعاعية محل السن الدائم الطبيعي ذات شكلٍ بيضوي أو مدور .
حدوده واضحة . وقد يكون وحيد الحجرة أو متعدد الحجرات ويتوضع **تحت**
جذور الأسنان أو **بينها** أو **قرب قمة السنخ** .

العلاج : استئصال جراحي ونادراً التكوية .



2- الكيس التاجي

- هو كيس ينشأ من انفصال الجراب السني عن محيط التاج في الأسنان غير البازغة
- النمط الأكثر شيوعاً من بين الأكياس التطورية سنية المنشأ .
- يمكن أن يحدث هذا الكيس على أي سنٍ غير بازغٍ . (لكن يمكن أن يشاهد حول السن البازغ جزئياً (صحيح لكن التطور في البداية قبل (البزوغ)
- الأكياس الصغيرة ليس لها أي عرضٍ وتكتشف شعاعياً بالصدفة.

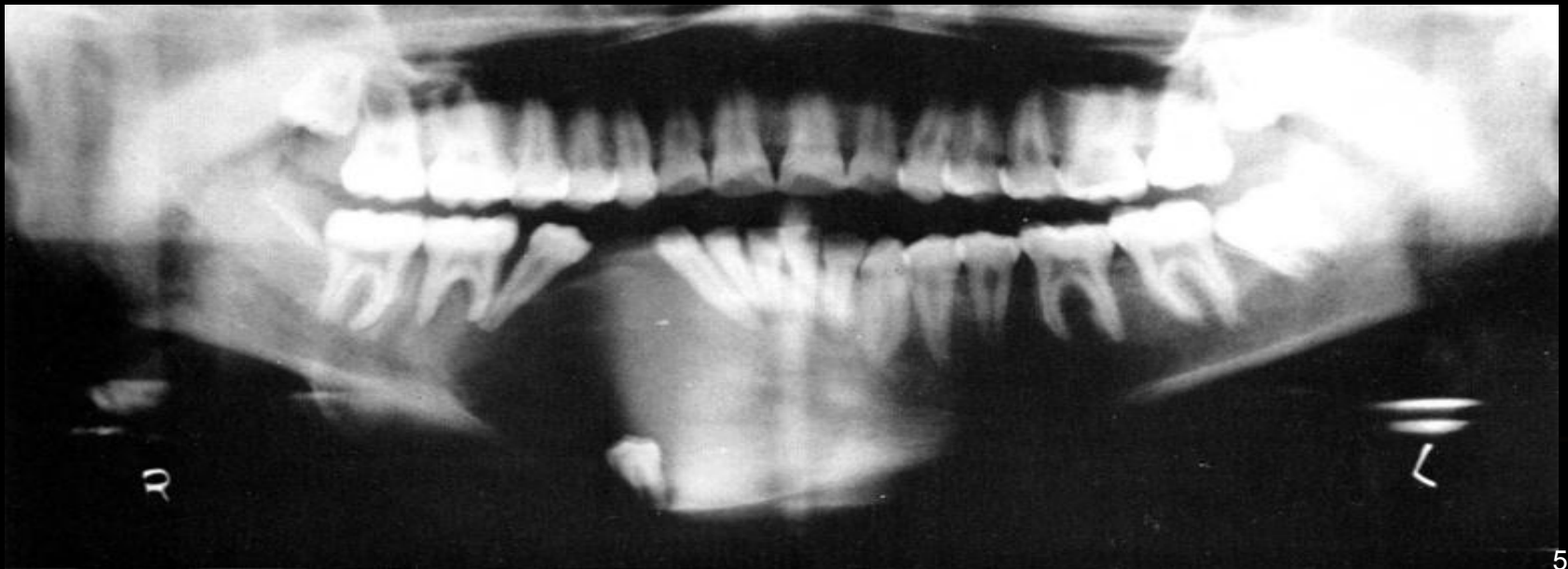


K



L

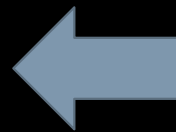






Dentigerous Cyst

الكيس التاجي



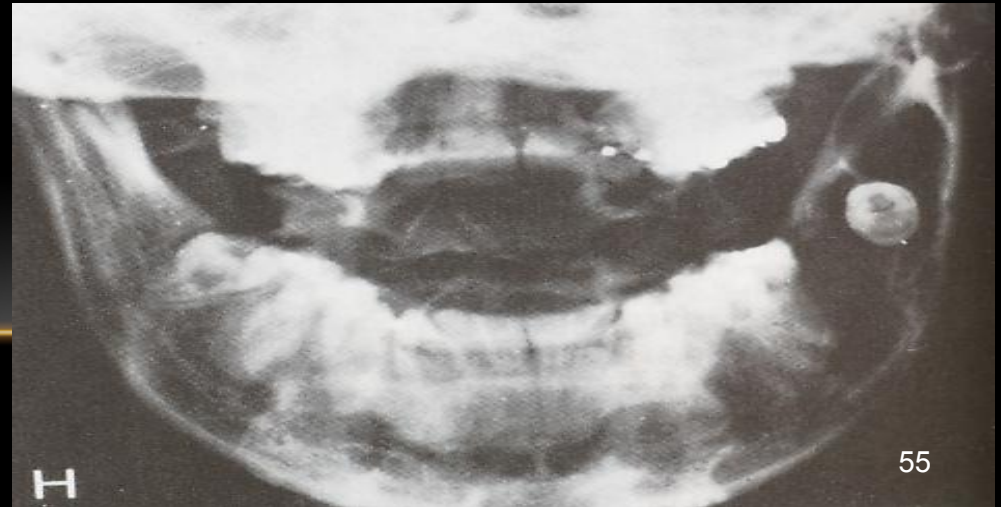
• شعاعياً :

• شفوفية شعاعية غير منتظمة تترافق مع وجود سن

غير بازغ أو بازغ جزئياً ، ويكون له حواف واضحة

وكثيفة على الأشعة **أمّا الكيس المصاب بالالتهاب** يمكن

أن يكون ذو حواف غير واضحة .



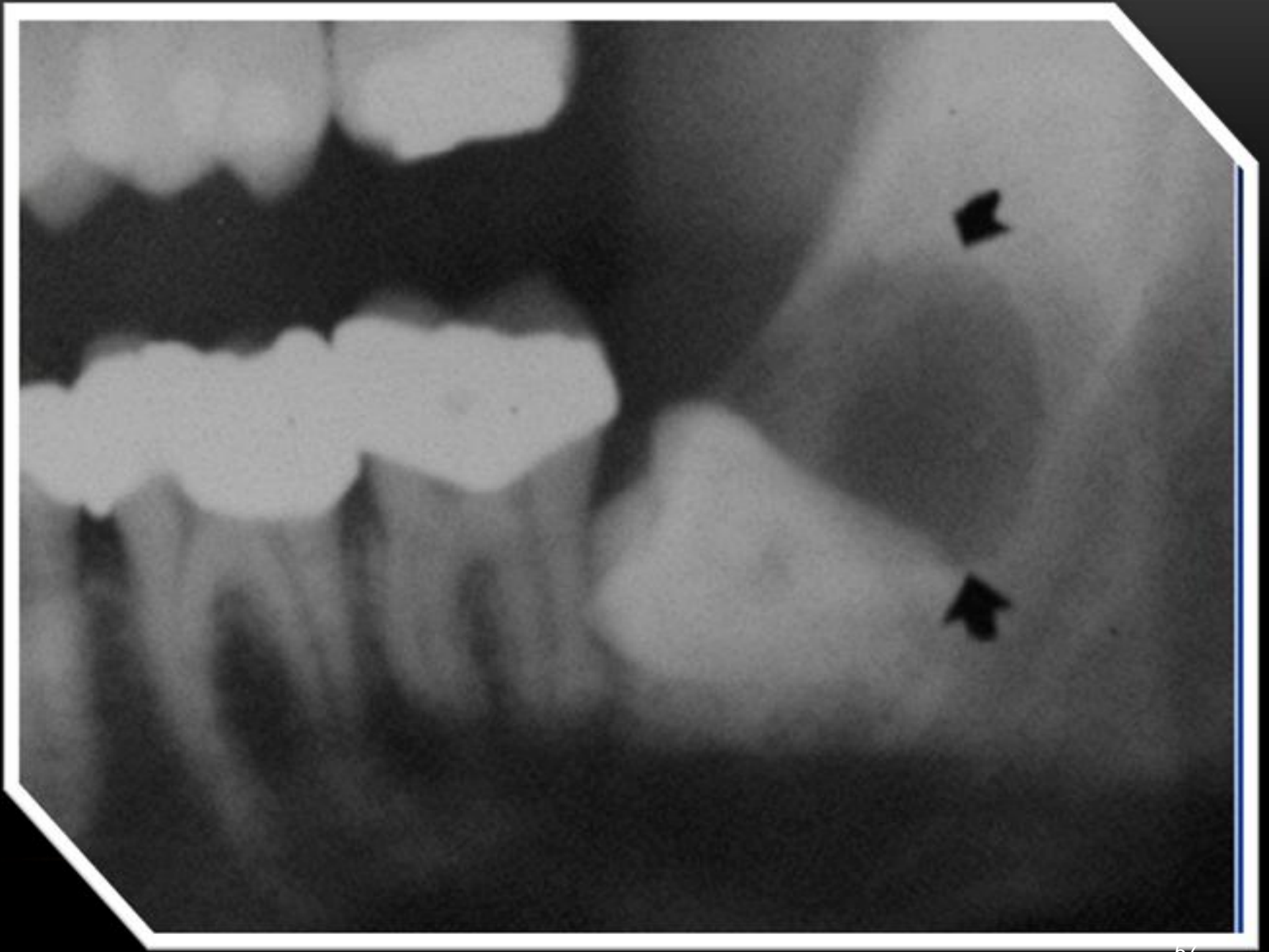
• يمكن أن تسبب هذه الأكياس امتصاصاً في جذور الأسنان إذا ما بدأت بالتحول المرضي.

• يمكن أن تصل لأحجامٍ كبيرة جداً وتكون أحياناً لا عرضية.

* يمكن أن تتوضع الرحي الثالثة بشكلٍ شاذ على الحافة السفلية للفك أو ضمن الشعبة الصاعدة .

* يمكن أن تتوضع الأسنان الأمامية العلوية في قاع الأنف أو أن

تتحرك عبر الجيب الفكي الى قاع الحجاج .





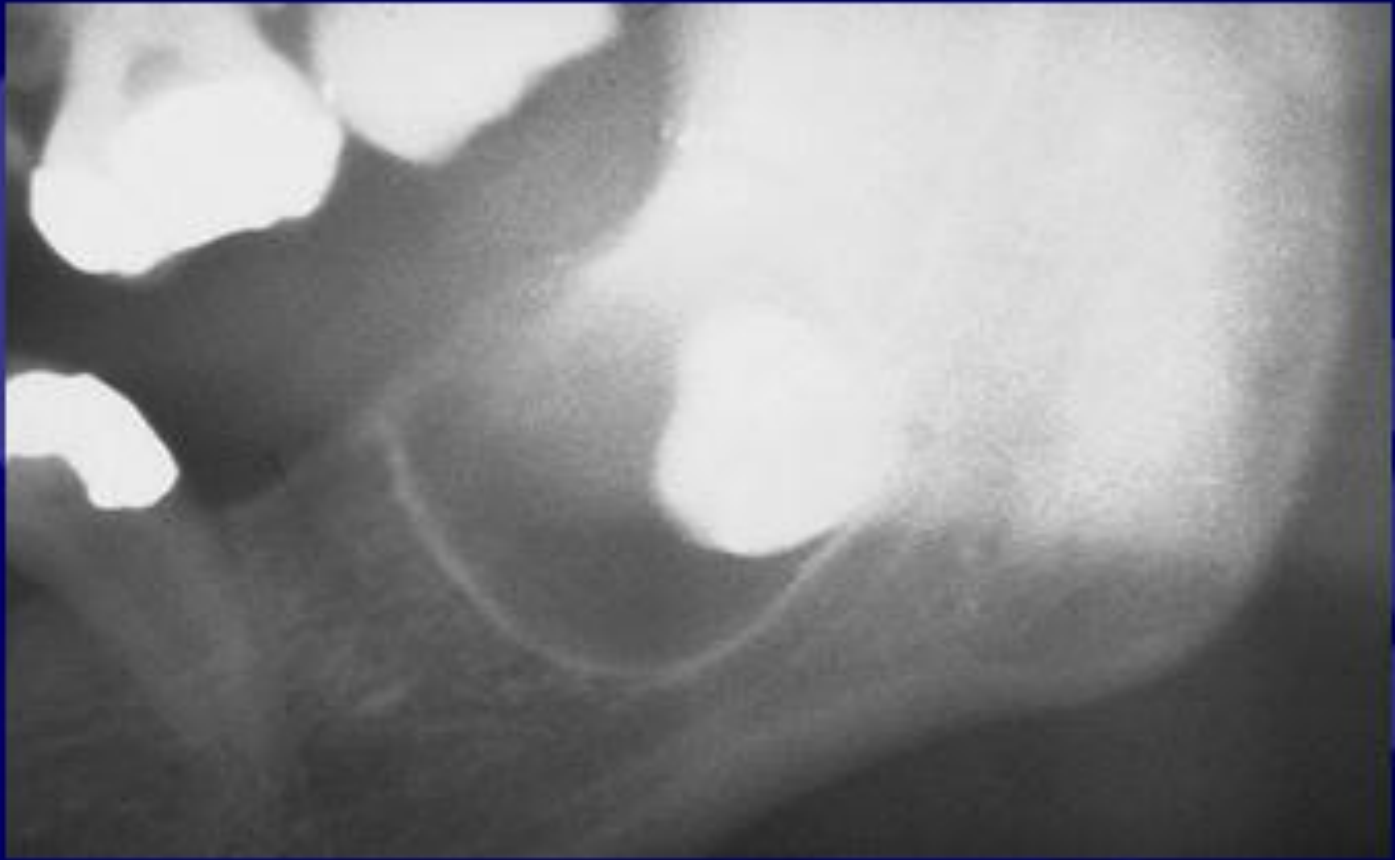
العلاج والإنذار :

- الاستئصال الكامل مع السن المسبب حتى بدون خزعة استقصائية سابقة.
- تجريف الكيس منصوح به وذلك في حال تم الاستئصال بالتخدير الموضعي كوقاية في حال جاء التشخيص النسيجي مخالفاً لما هو متوقع.
- **يمكن أن تعالج الأكياس التاجية الكبيرة بالتكوية.**
- في حال وجود خطورة الإصابة العصبية حال الاستئصال والتجريف + خطورة الكسر المرضي + مريض لا يمكن تعريضه للتخدير العام = نقوم **بالتكوية ... ثم بعد أن يصغر حجم الكيس يتم الاستئصال الكامل بجراحة صغرى.**

➤ يجب التفريق بين الكيس التاجي وبين الجريب
السنني خاصةً عند استئصال رحي ثالثة منظرمة
انظماراً كاملاً.

➤. إذا ما كانت الشفوفية الشعاعية أكبر من
4- 5 ملم عندئذٍ يجب فحص الكيس مجهرياً
(أي تشريح مرضي).

Dentigerous Cyst



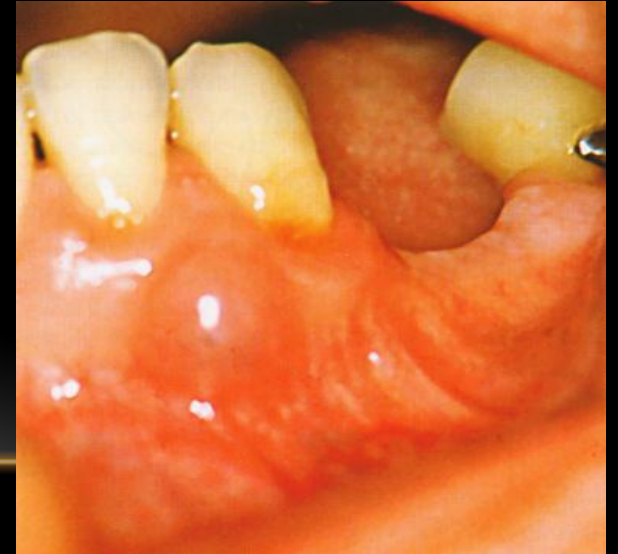
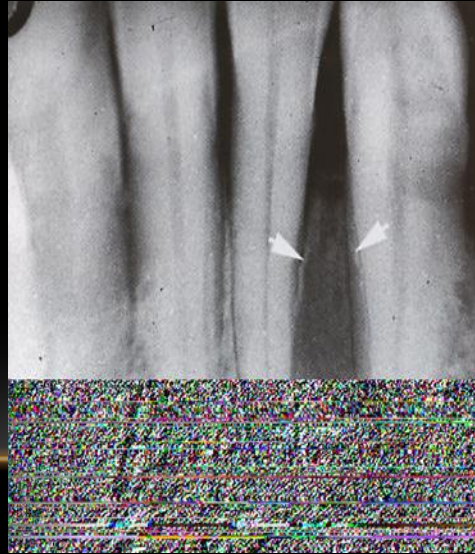
3- الكيس حول السنّي الجانبي

- يشبه هذا الكيس الجذري الجانبي ولكنه من منشأ تطوري .
- * يعتقد أنّ الآفة تنشأ من تكاثر بقايا الصفيحة السنية
- * والبعض يقول أنه ينشأ من تكاثر بقايا البشرة
- المينائية على طول سطح الجذر الجانبي.

المظاهر السريرية :

هو كيس ليس له أعراض , 65% من الحالات توجد في

الفك السفلي في منطقة الأنياب والضواحك .

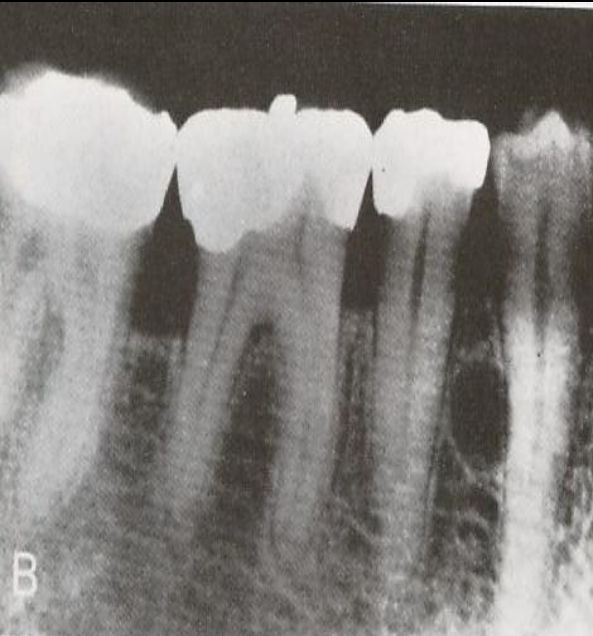
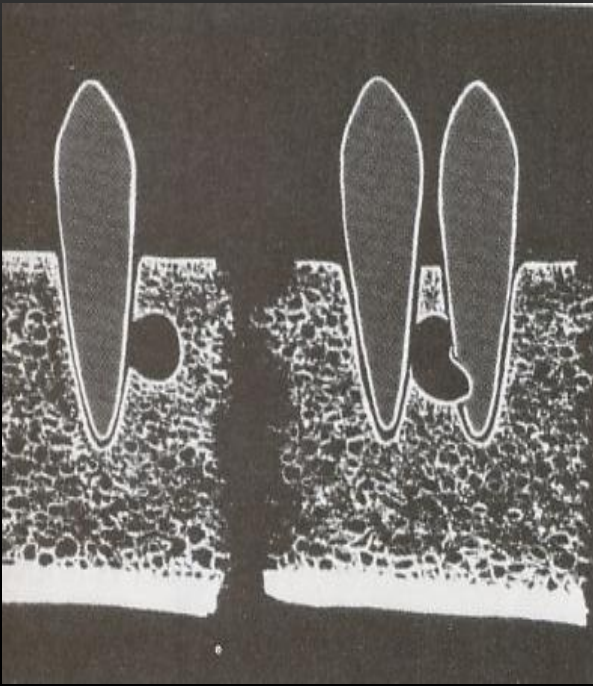


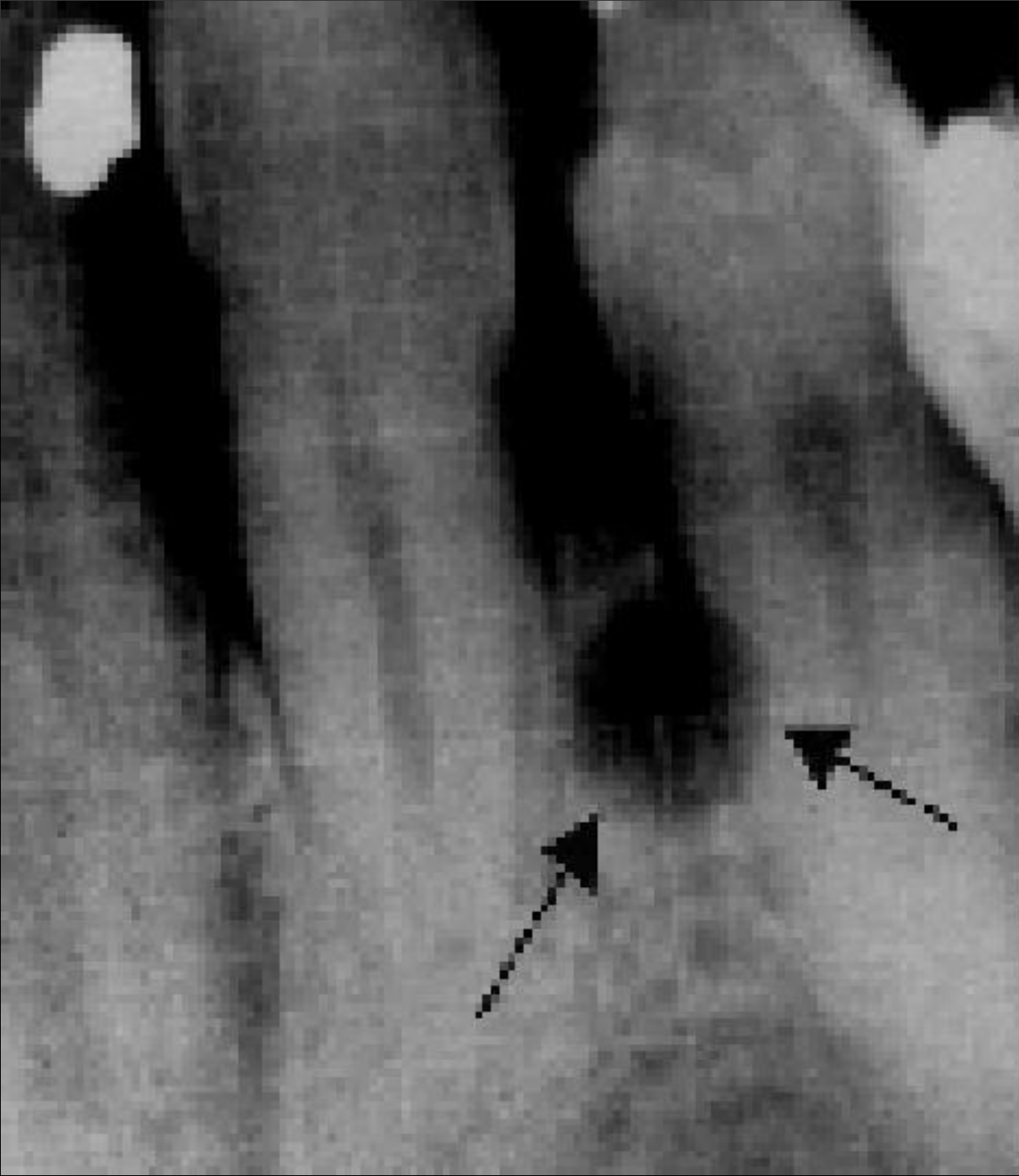
• العلامات الشعاعية :

- شفوفية شعاعية محاطة بمنطقة كثيفة على الأشعة على جانب جذر الأسنان الحية ، حجمه أقل من 1 سم .
- العلامات الشعاعية للكيس حول السني الجانبي ليست مشخصة له ، حيث أن الكيس التقربي السني الذي يتطور بين جذور الأسنان المتجاورة يمكن أن يظهر بنفس المظاهر الشعاعية .

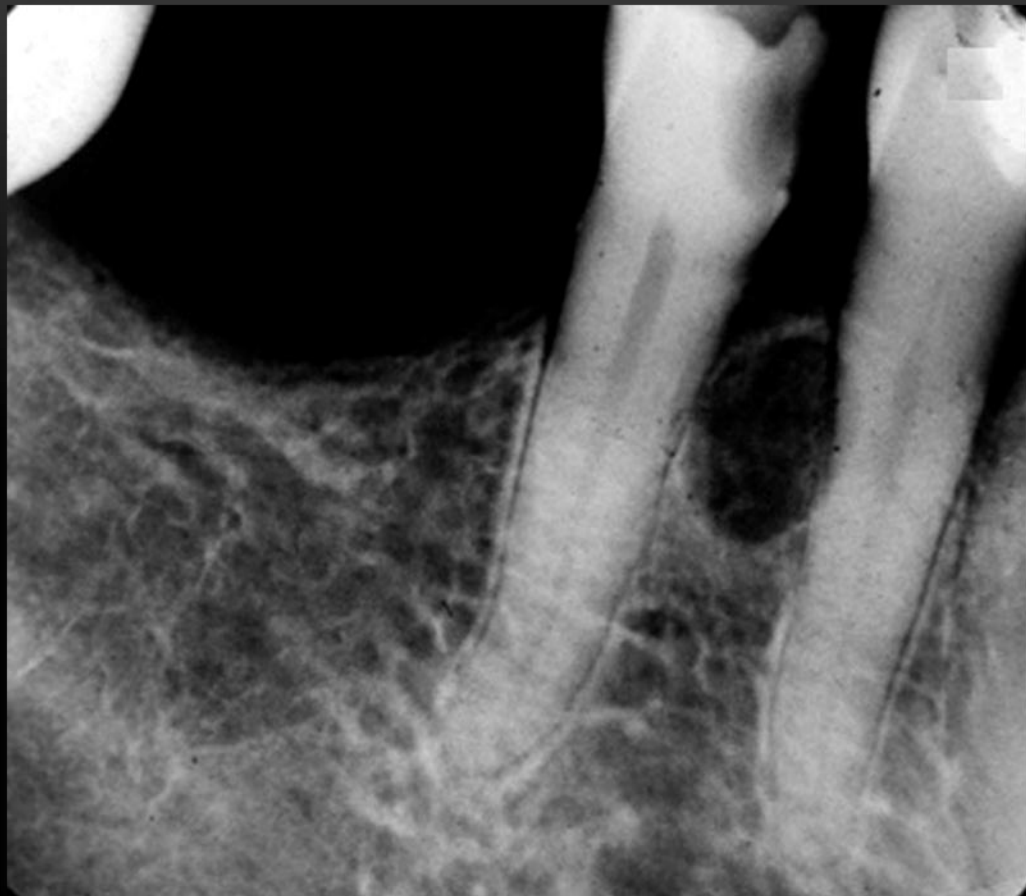
❖ العلاج بالاستئصال الجراحي مع الانتباه لعدم

أذية السن المرافق (وهو أمر صعب).





**Lateral
Periodontal
Cyst**



4- الكيس البزوعي

• هو كيس ضمن النسيج الرخوة ، يتطور

نتيجة انفصال الجريب السني حول التاجي

للسن الآخذ بالبزوغ والمغطى باللثة فقط

دون وجود عظمٍ سنخي.

المظاهر السريرية :

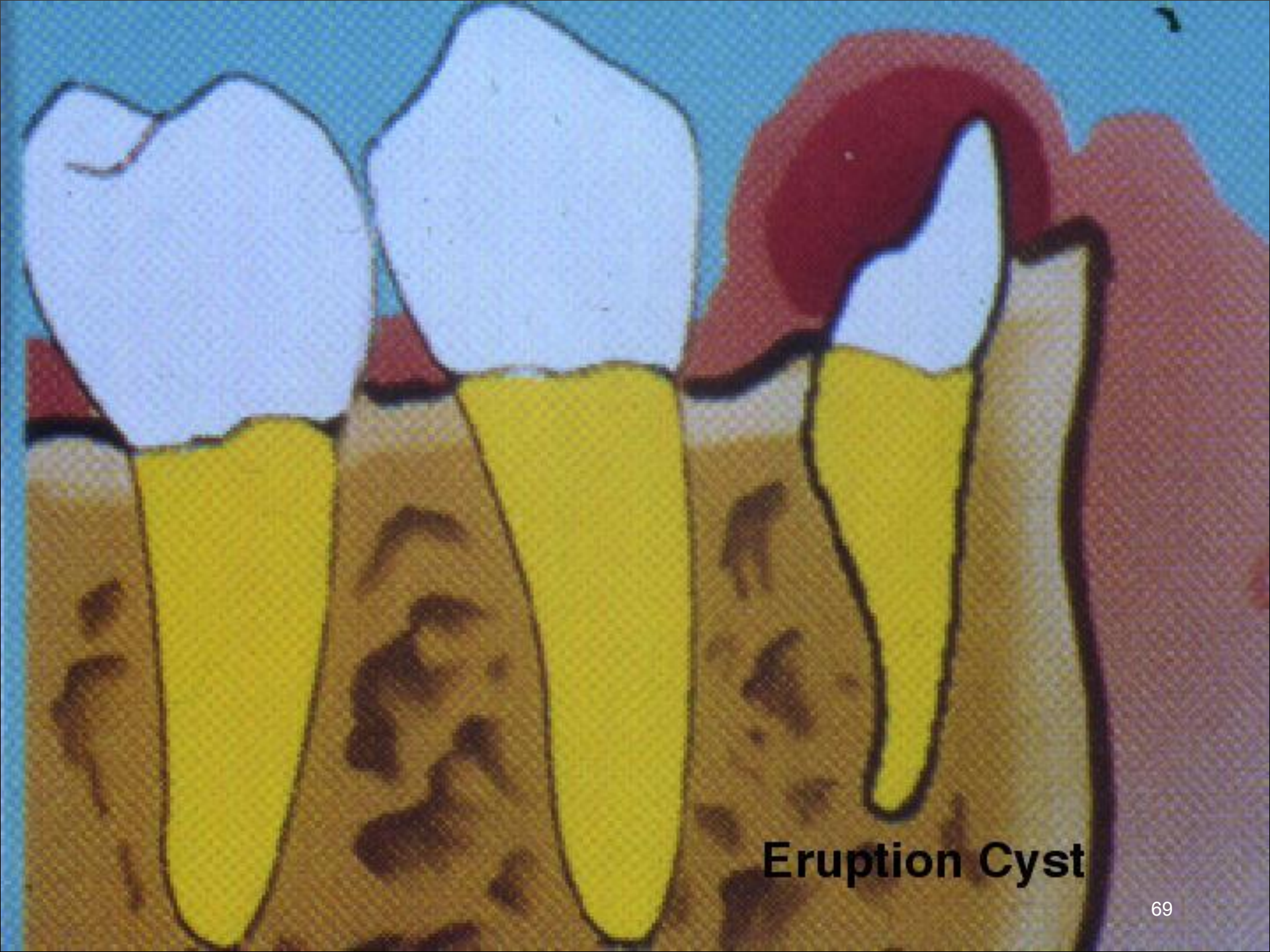
1. يكون الكيس طرئاً مع انتباج في المخاطية اللثوية المغطية للتاج.

2. يمكن أن يصيب الأسنان الدائمة والمؤقتة.



❖ العلاج بالتكوية (استئصال قبة الكيس لكشف تاج السن مما يسمح له بالبروغ).

❖ يمكن أن يحدث انحلال للكيس البروغي لوحده بدون أي علاج.

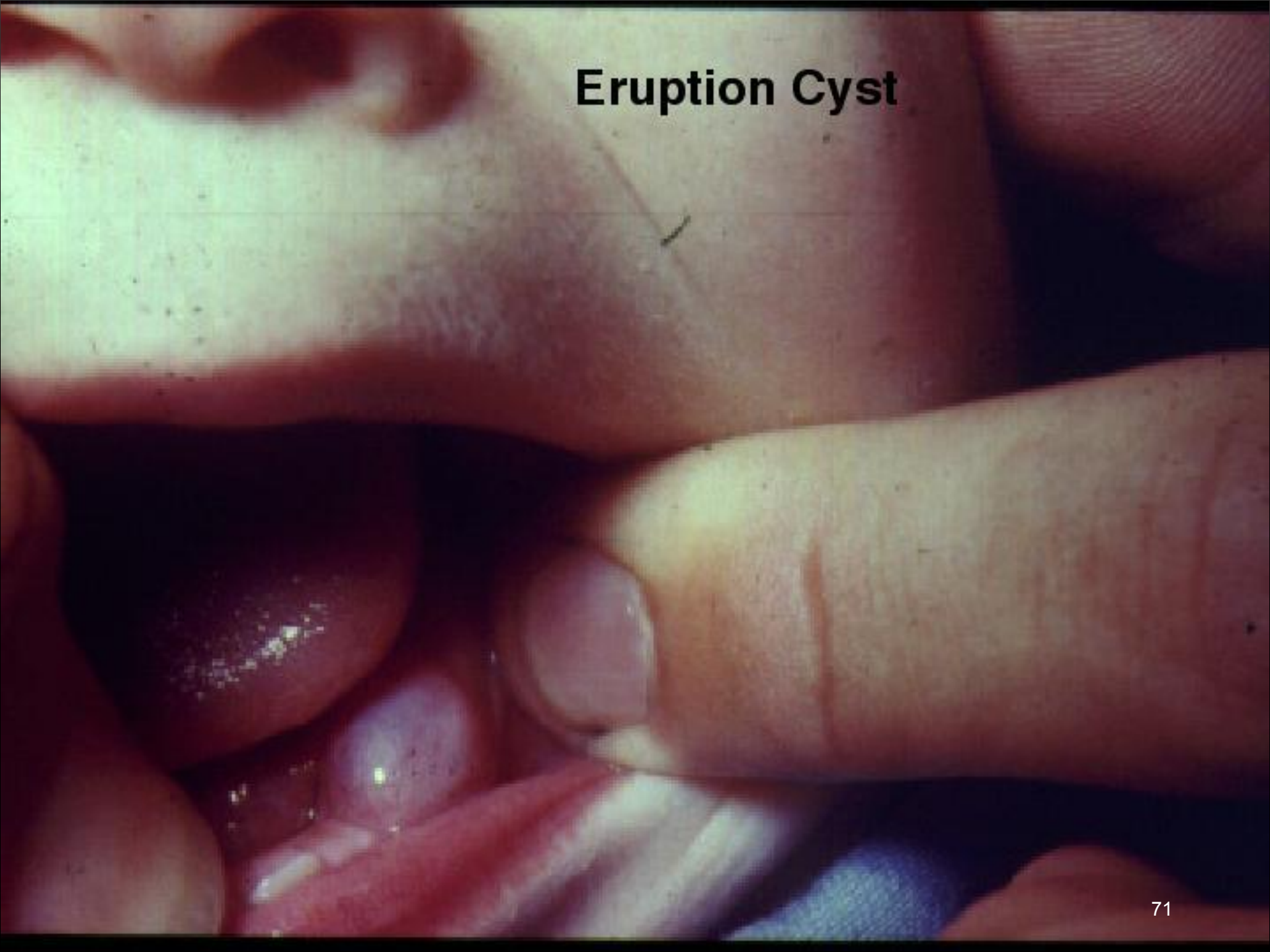


Eruption Cyst



Eruption Cyst

Eruption Cyst





Eruption Cyst



Eruption Cyst



Eruption Cyst



Eruption Cyst





Eruption Cyst



5- الكيس السني التقرني

• هناك اتفاق عام على أنّ الكيس التقرني ينشأ من:

• 1- الخلايا الكامنة في الصفيحة السنية.

• 2- يمكن أن يكون لنموه أسباب غير معروفة متعلقة بالبشرة نفسها.

• 3- أو بفعل الأنزيمات في الجدار الليفي للكيس.

• ولقد اقترحت دراسات عديدة على اعتبار الكيس التقرني السني كيس ذو تكاثرٍ ورمي سليم.

- ويتوضع بشكلٍ خاصٍ في الجزء الخلفي من جسم الفك السفلي والشعبة الصاعدة .



- **التشخيص الصحيح فقط**
- **عن طريق الفحص النسيجي .**
- **المظاهر السريرية :**

- تكون الأكياس القرنية السنية **غالباً غير عرضية** وتكتشف عن طريق الصدفة أثناء الفحص الشعاعي ، كذلك الأكياس السنية القرنية **كبيرة الحجم** فهي تترافق مع **الألم والانتباج والتنوسر** وقد لا تسبب أعراضاً .

تميل هذه الأكياس لأن تنمو ضمن المسافات النقوية للعظم دون أن تسبب تمدداً في العظم الخارجي ، هذه العلامة يمكن أن تكون مفيدةً في التشخيص التفريقي لأن الأكياس الجذرية وحول السنية الكبيرة غالباً ما تترافق مع تمددٍ في العظم.

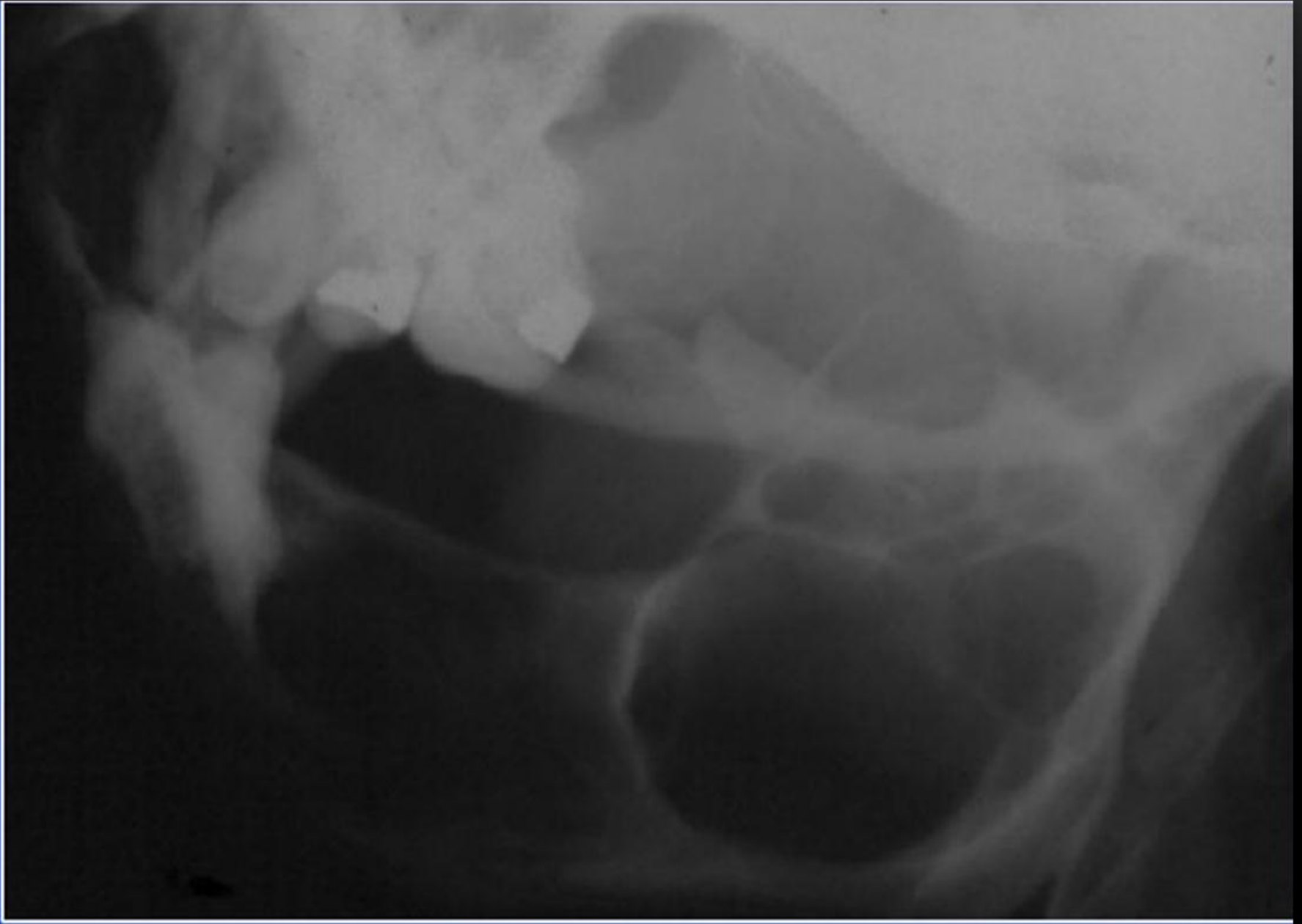


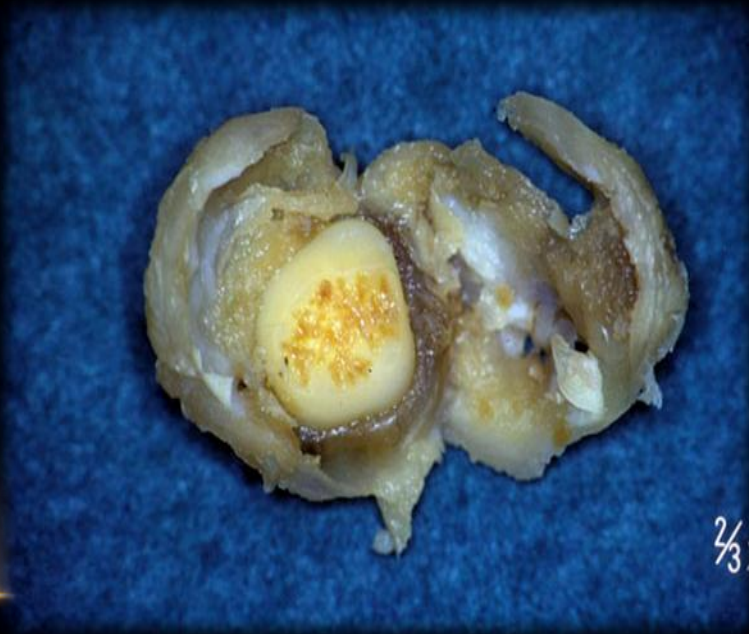
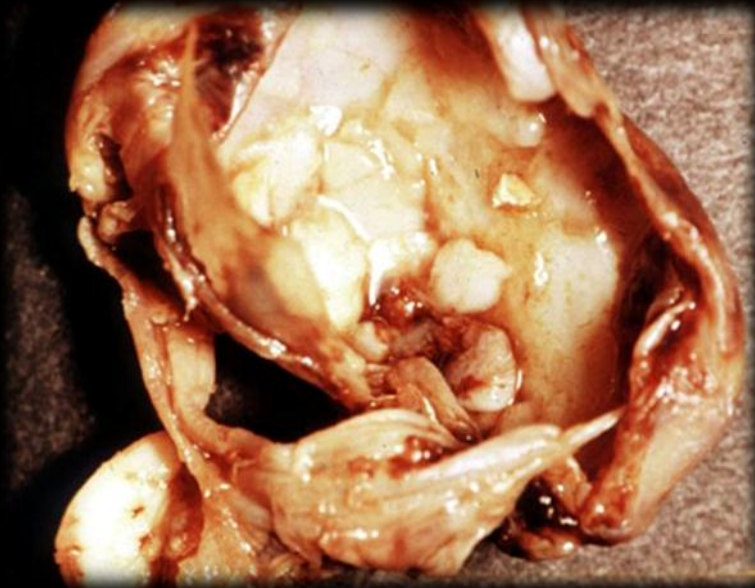
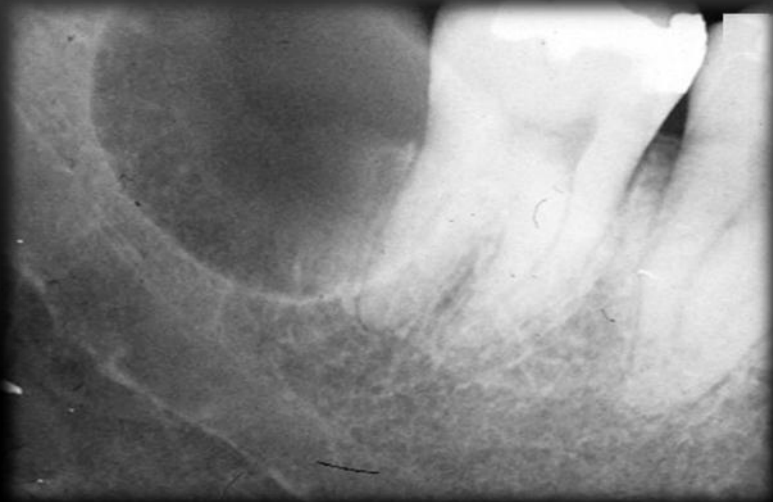
• العلامات الشعاعية :

• يظهر هذا الكيس ذو جدار كثيف شعاعياً يحيط بمنطقة شافة على الأشعة مع حواف قشرية ناعمة. توجد الآفات الكبيرة بشكلٍ يشمل الجزء الخلفي من جسم الفك السفلي والشعبة الصاعدة ، ويمكن أن تظهر متعددة الحجر.

• في 25-40% من الحالات يتواجد السن غير البازغ ضمن الآفة مما يوجه التشخيص الشعاعي للآفة على أنها كيس تاجي .







العلاج والإنذار :

➤ الاستئصال الكامل + التجريف.

➤ محاولة الاستئصال قطعةً واحدة (يحتاج مدخلاً ممتازاً

مع إضاءةٍ جيدة).

➤ تخدير عام، خاصةً في الأكياس الكبيرة.

➤ يتراوح النكس حسب الدراسات من 2.5 % إلى 62.5 %

سبب النكس :

➤ بقايا صفيحة سنية ضمن الفك لا علاقة لها بالكيس الأصلي.

➤ الاستئصال غير التام للكيس (إمّا لرقّة الجدار أو انثقاب

الصفحة القشرية والالتصاق مع النسيج الرخوة المجاورة.

➤ بقايا الصفيحة السنية والأكياس البنت بين غشاء الكيس وبين المخاطية

المغطية. ولذلك نصحت إحدى الدراسات باستئصال المخاطية المغطية

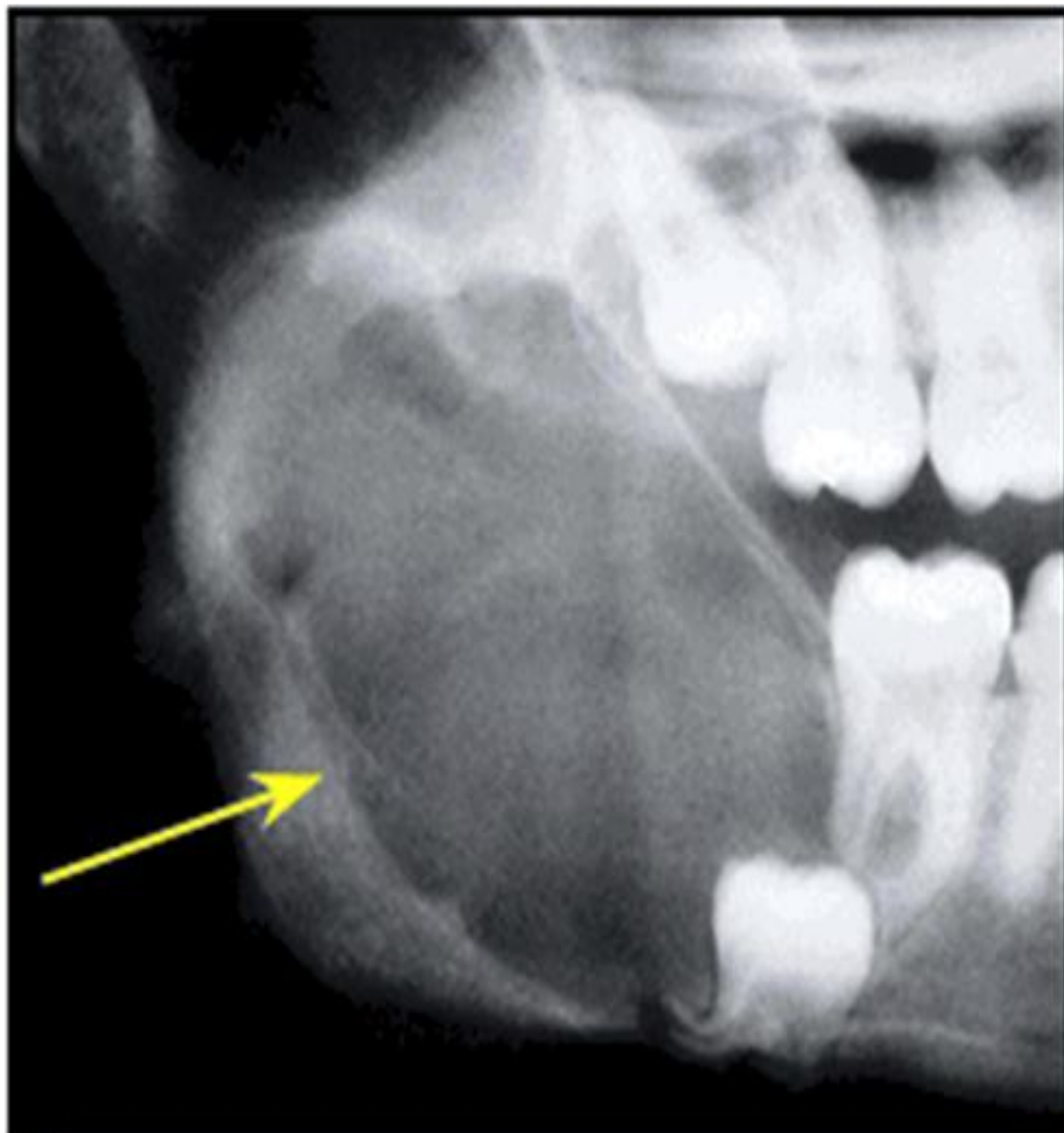
بالتوافق مع إزالة الكيس.

❖ يعالج الكيس السني المتقرن الناكس بالبتر **Resection**

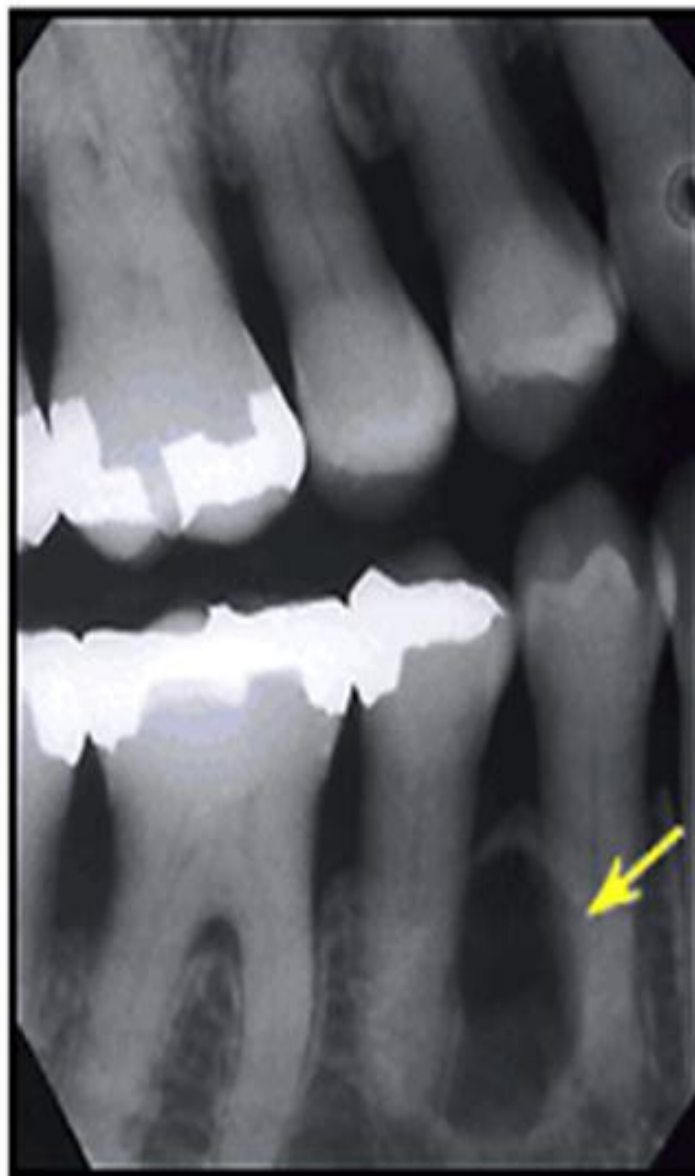
بحيث يشمل عظماً ونسجاً كافية.

Radiographic Presentation of the Odontogenic Keratocyst

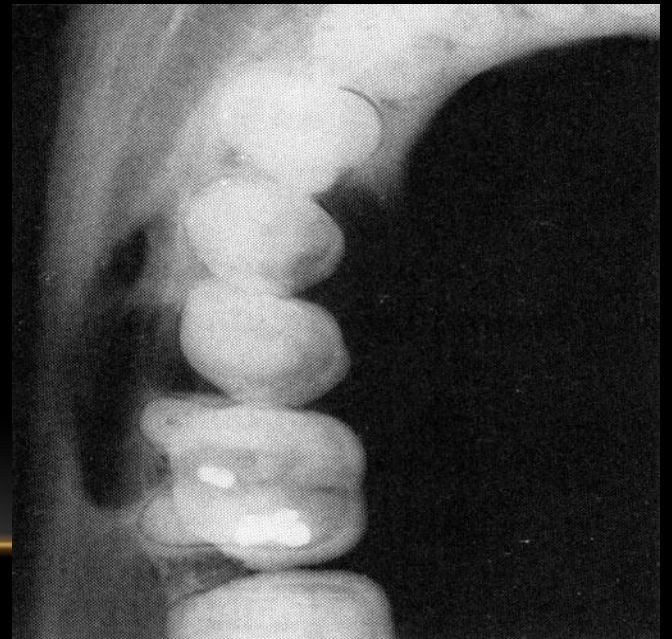
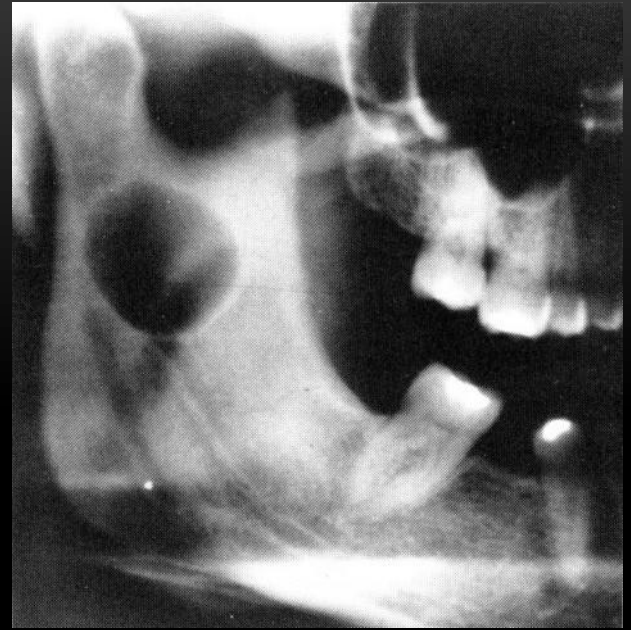
Unilocular
Lesion

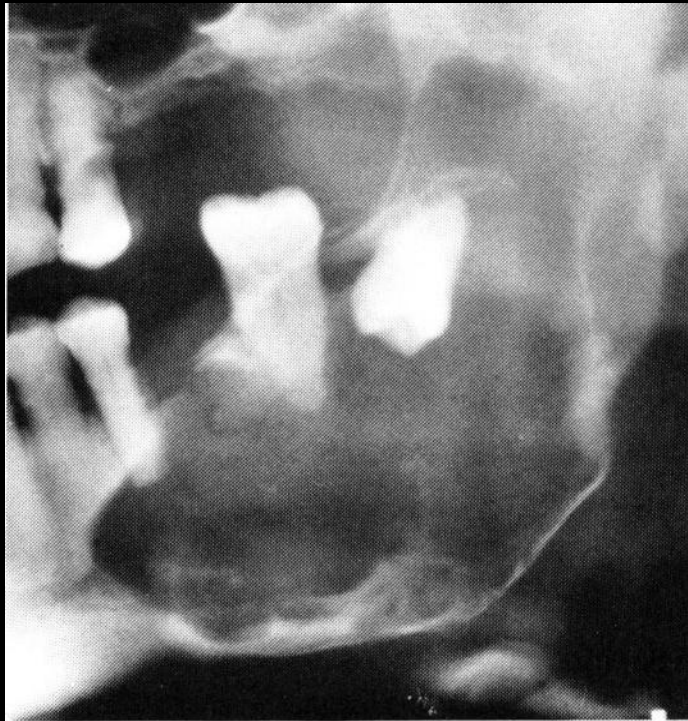
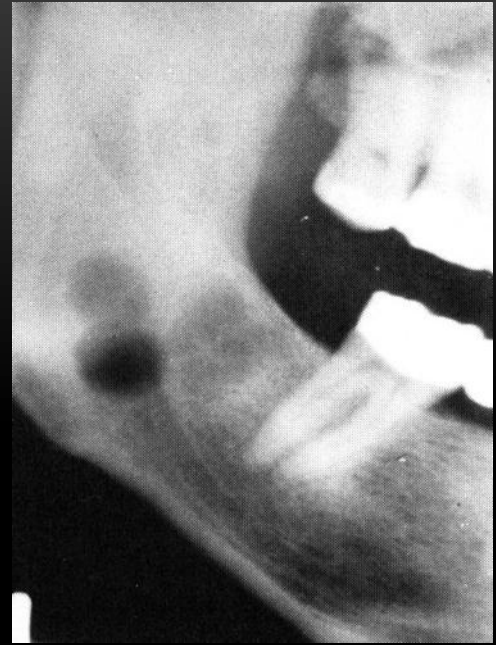
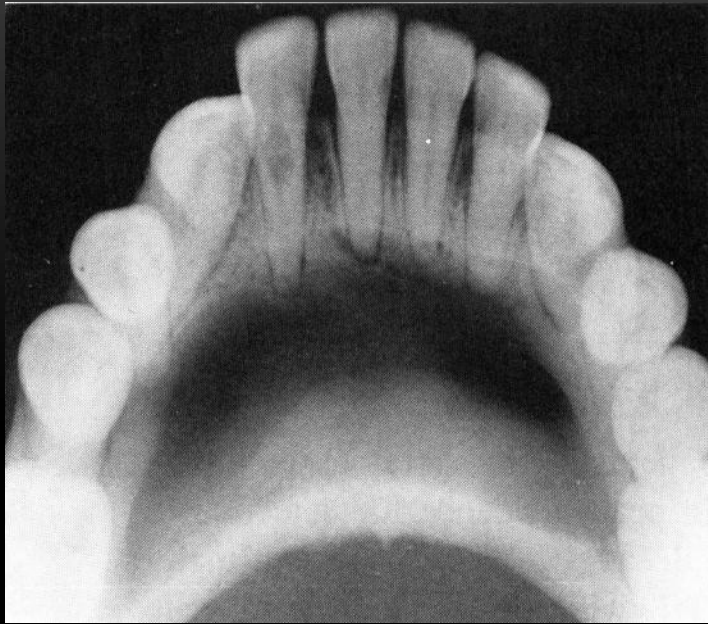


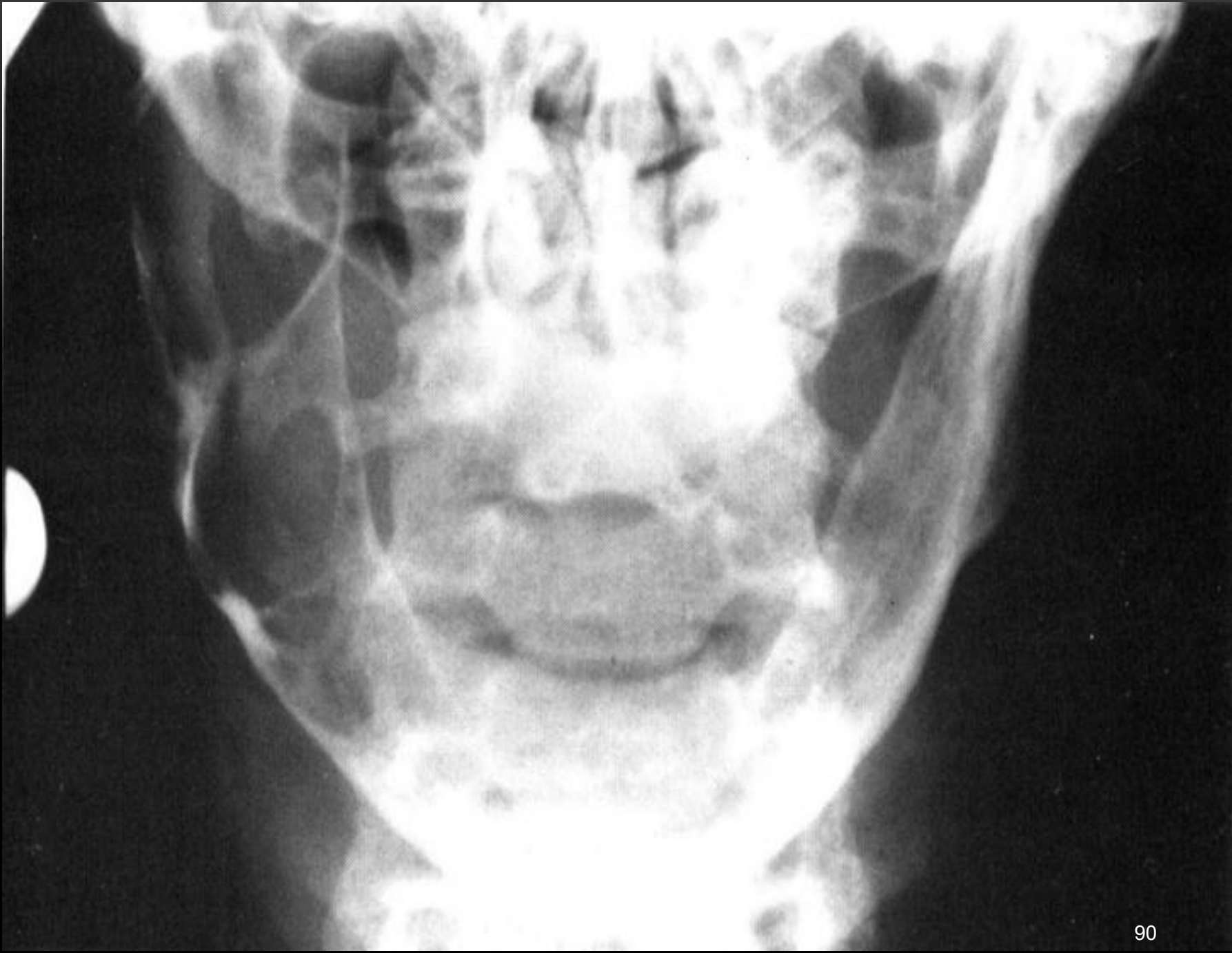
Radiographic Presentation of the Odontogenic Keratocyst



OKC





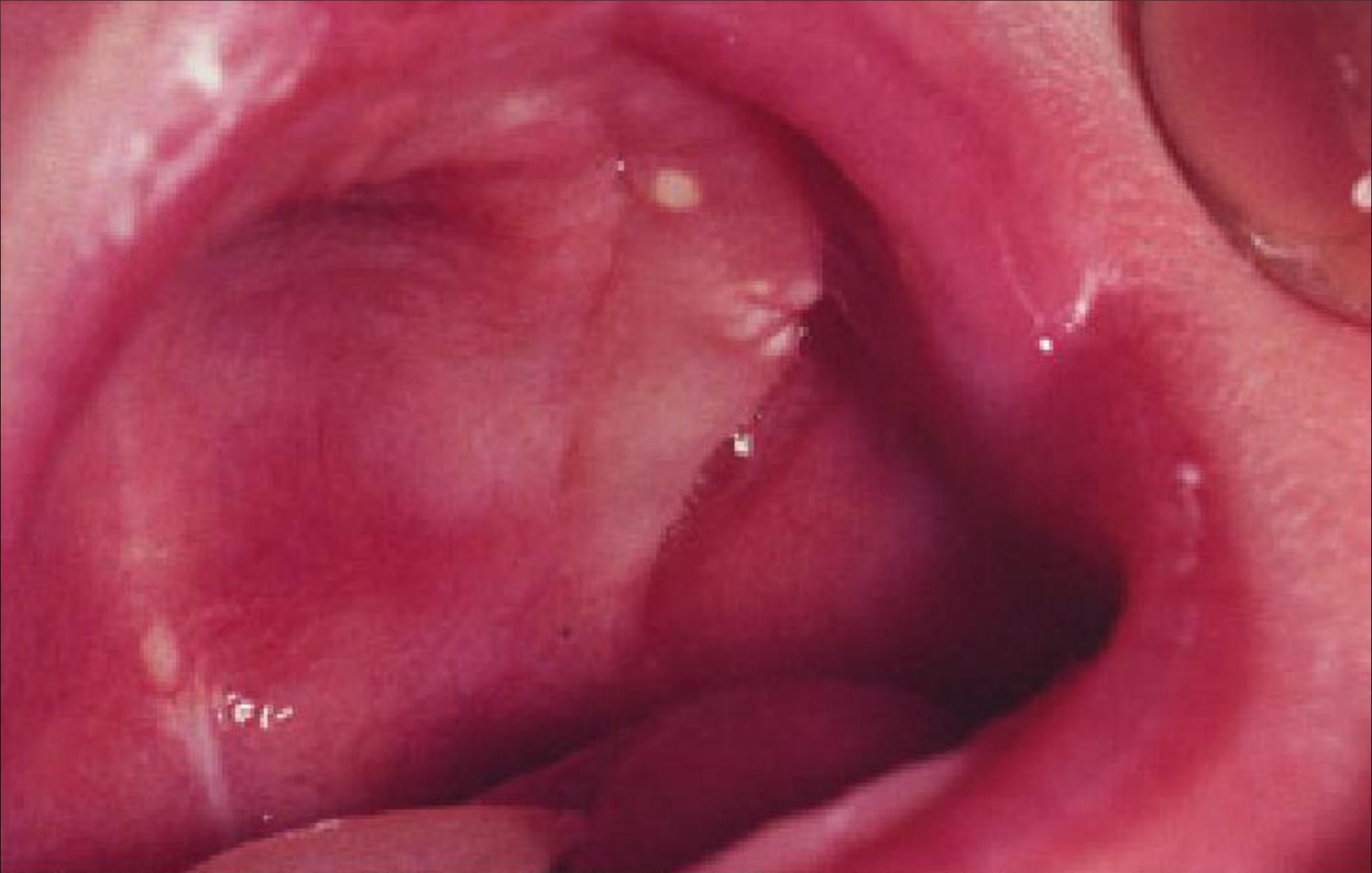


6- الكيس اللثوي (السنخي) عند حديثي الولادة

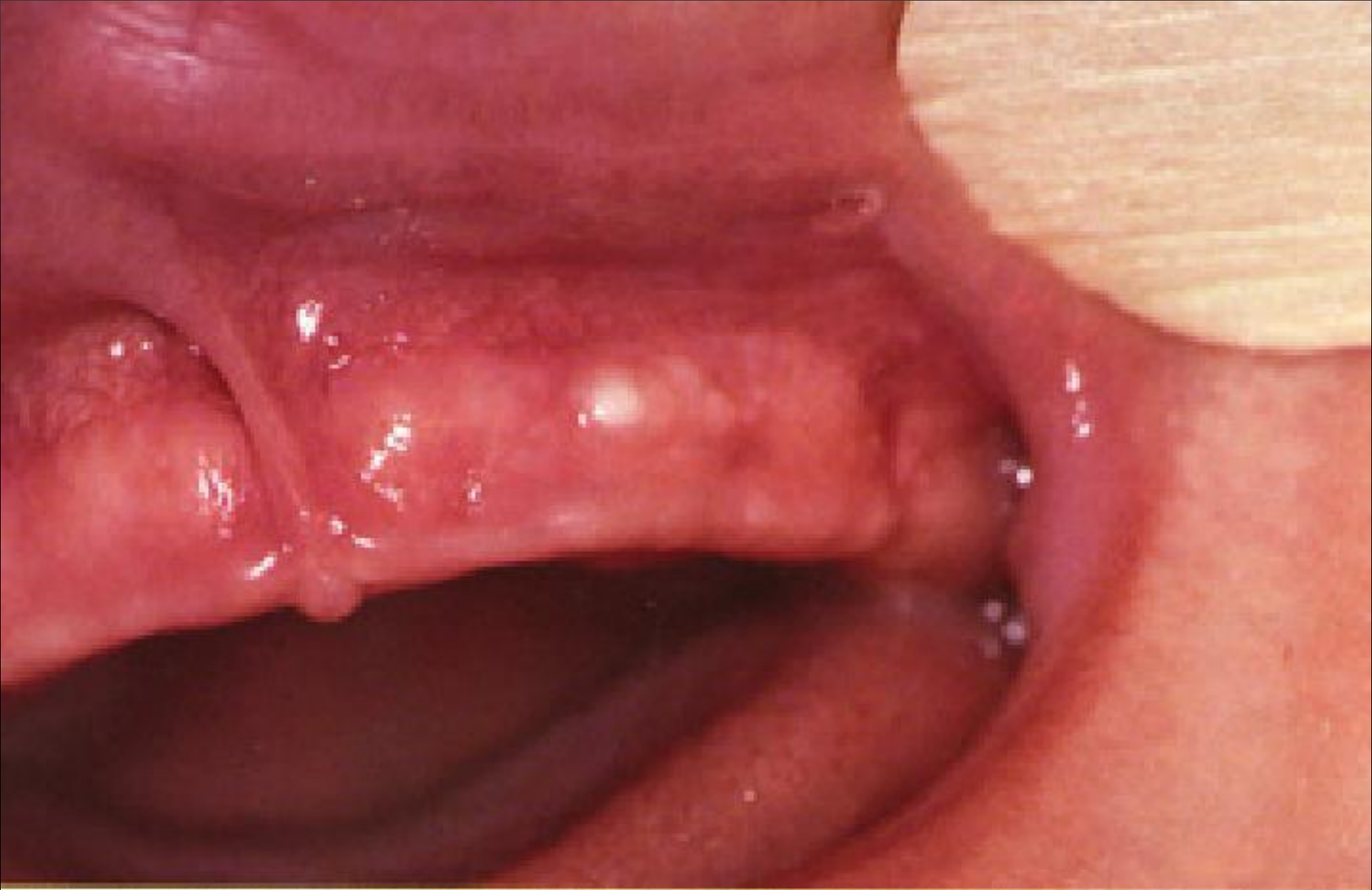
- هو كيس صغير سطحي مملوء بالقرنين يوجد على المخاطية السنخية عند حديثي الولادة وينشأ من بقايا الصفيحة السنية.
- نادراً ما تلاحظ هذه الآفات الشائعة نتيجة تمزقها نحو الحفرة الفموية واختفائها تلقائياً.
- العلامات السريرية :
- تظهر صغيرةً ومتعددةً على شكل حطاطات بيضاء أصغر من 2مم.
- غالباً ما توجد على الارتفاع السنخي العلوي أكثر من السفلي .



Gingival Cyst of the Newborn



Gingival Cyst of the Newborn



Gingival Cyst of the Newborn

عقيدات بون لدى الأطفال



7- الكيس اللثوي عند البالغين

• هو آفة غير شائعة ، يتوضع في النسيج الرخوة وينشأ من بقايا الصفيحة السنية.

• **العلامات السريرية :**

• يمكن أن يتوضع في أماكن مختلفة على السطح الدهليزي أو المخاطية السنخية.

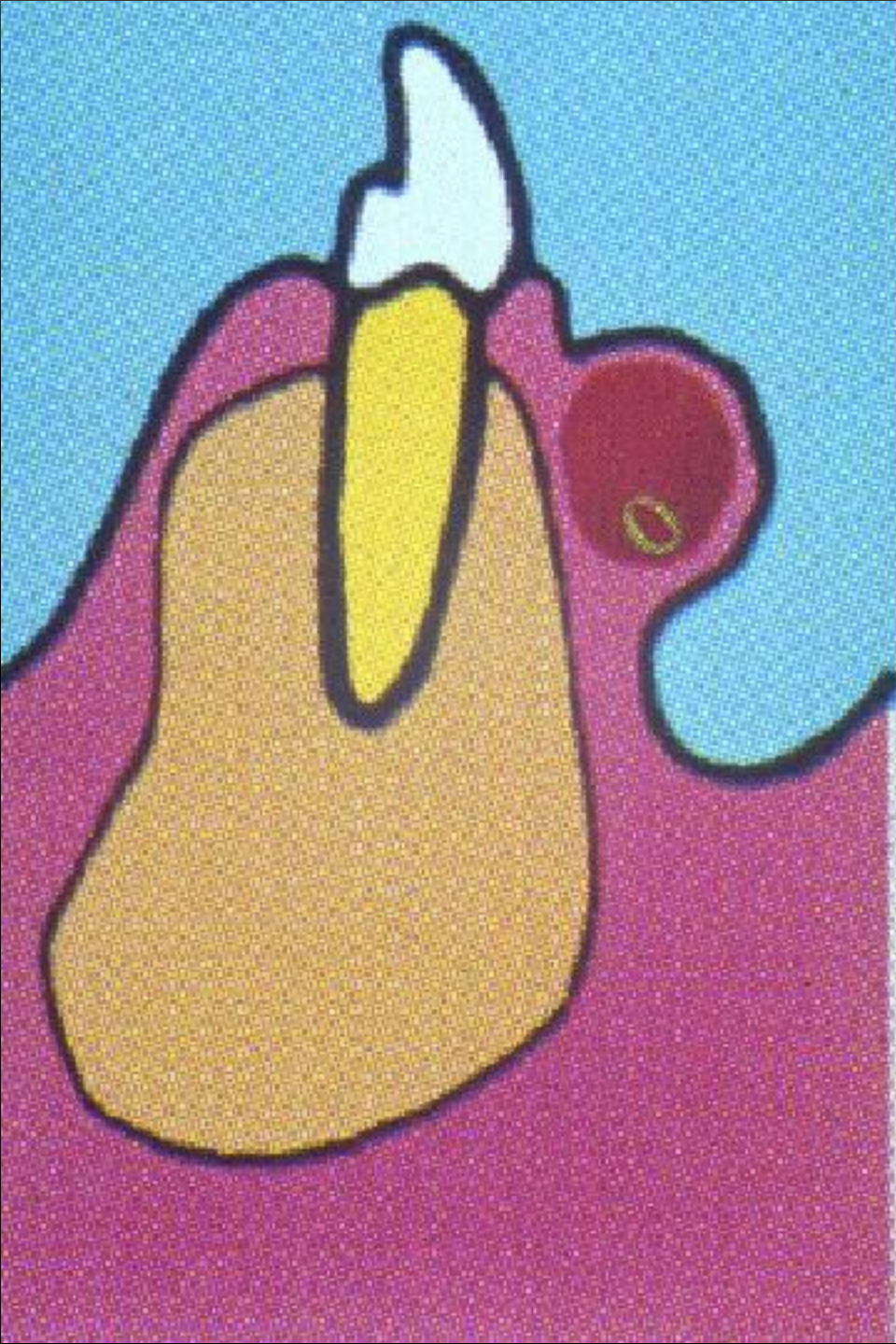
تكون هذه الأكياس غير مؤلمة ، تشبه التقيب ، عبارة عن انتباج أقل

من 5, 0سم . يمكن أن يسبب الكيس انتباجاً نحو الخارج على العظم السنخي

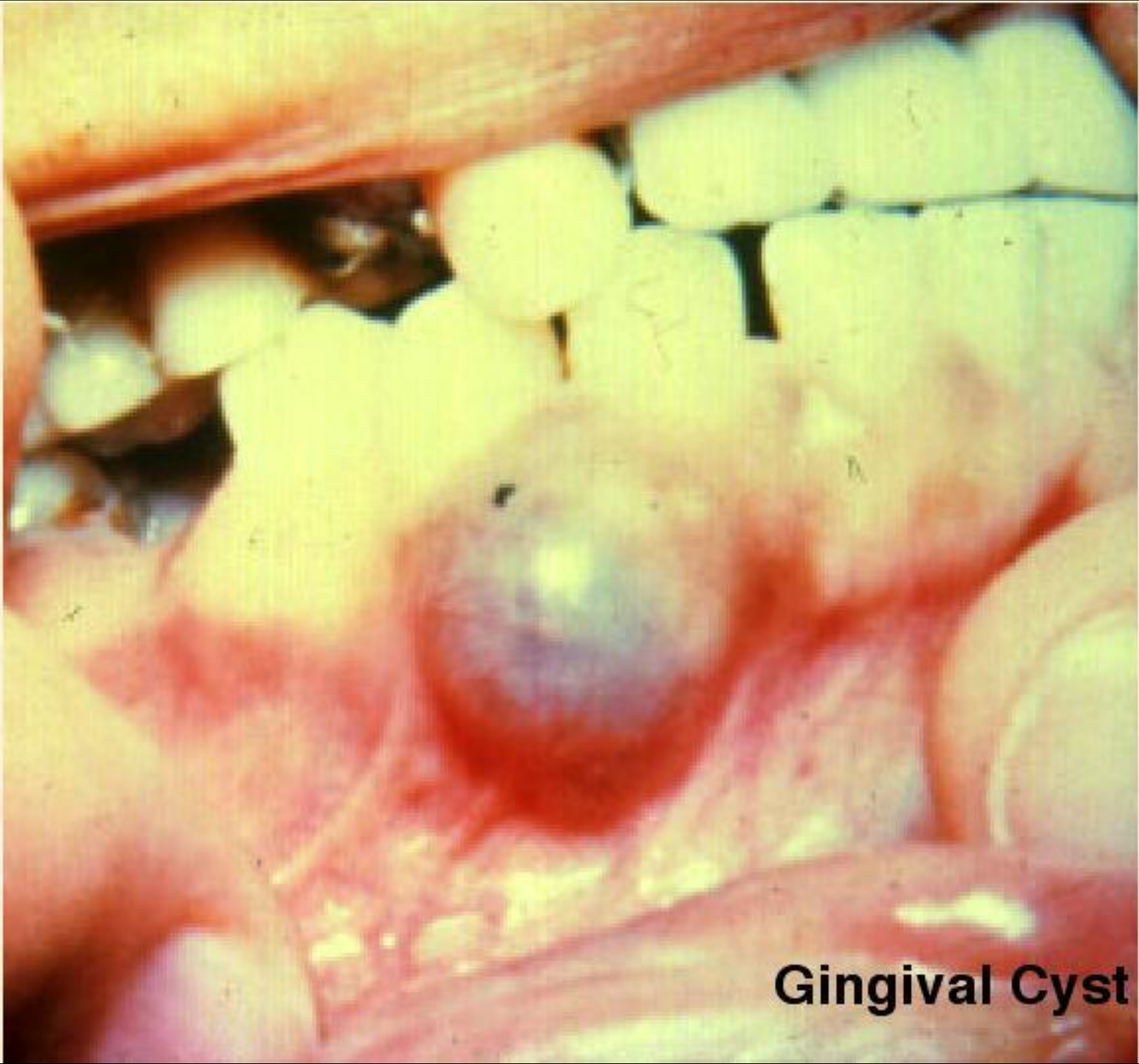
يمكن أن يظهر شعاعياً مسبباً امتصاصاً في الحاجز السنخي ما بين السنى .







Gingival Cyst



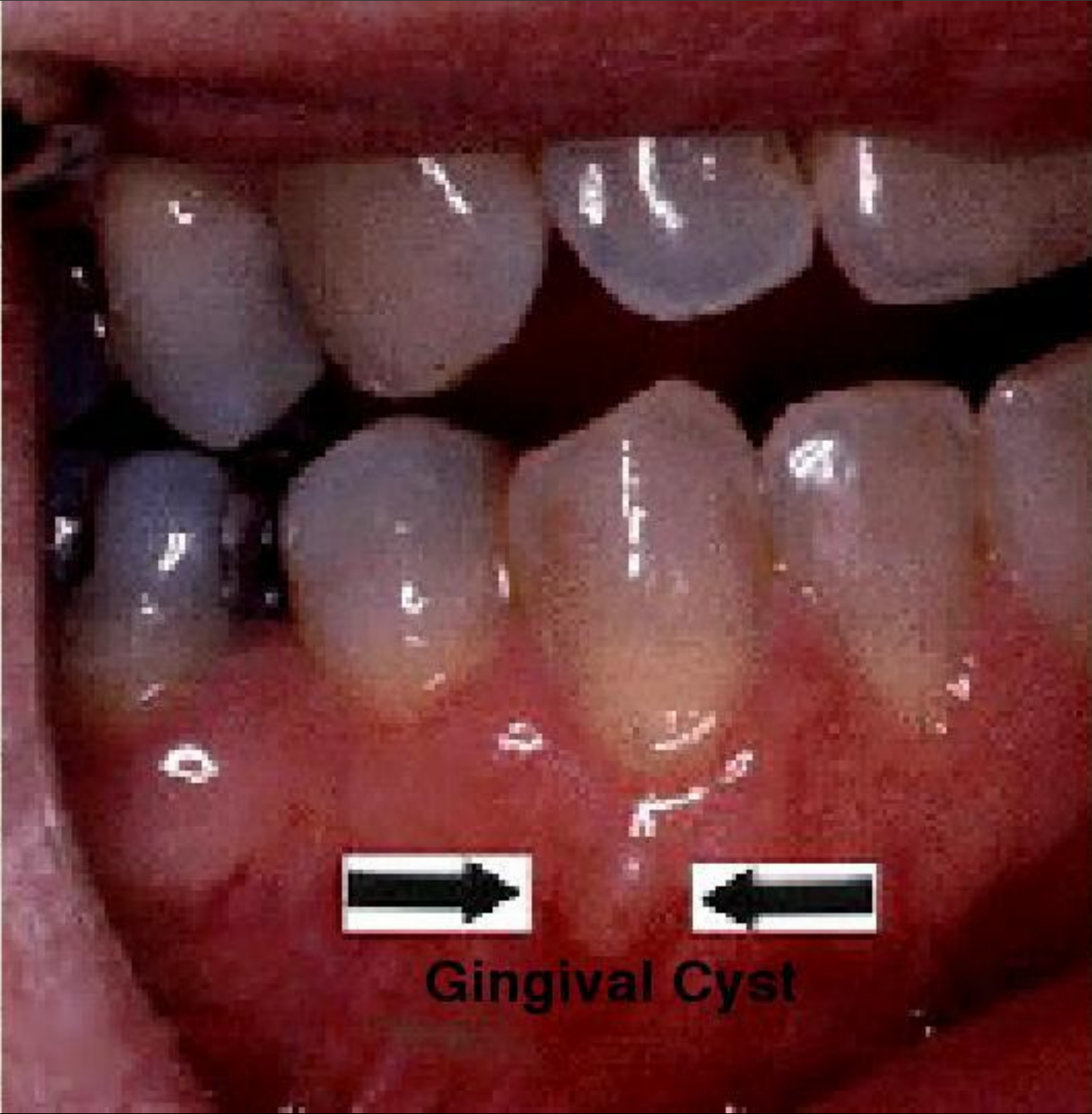
Gingival Cyst



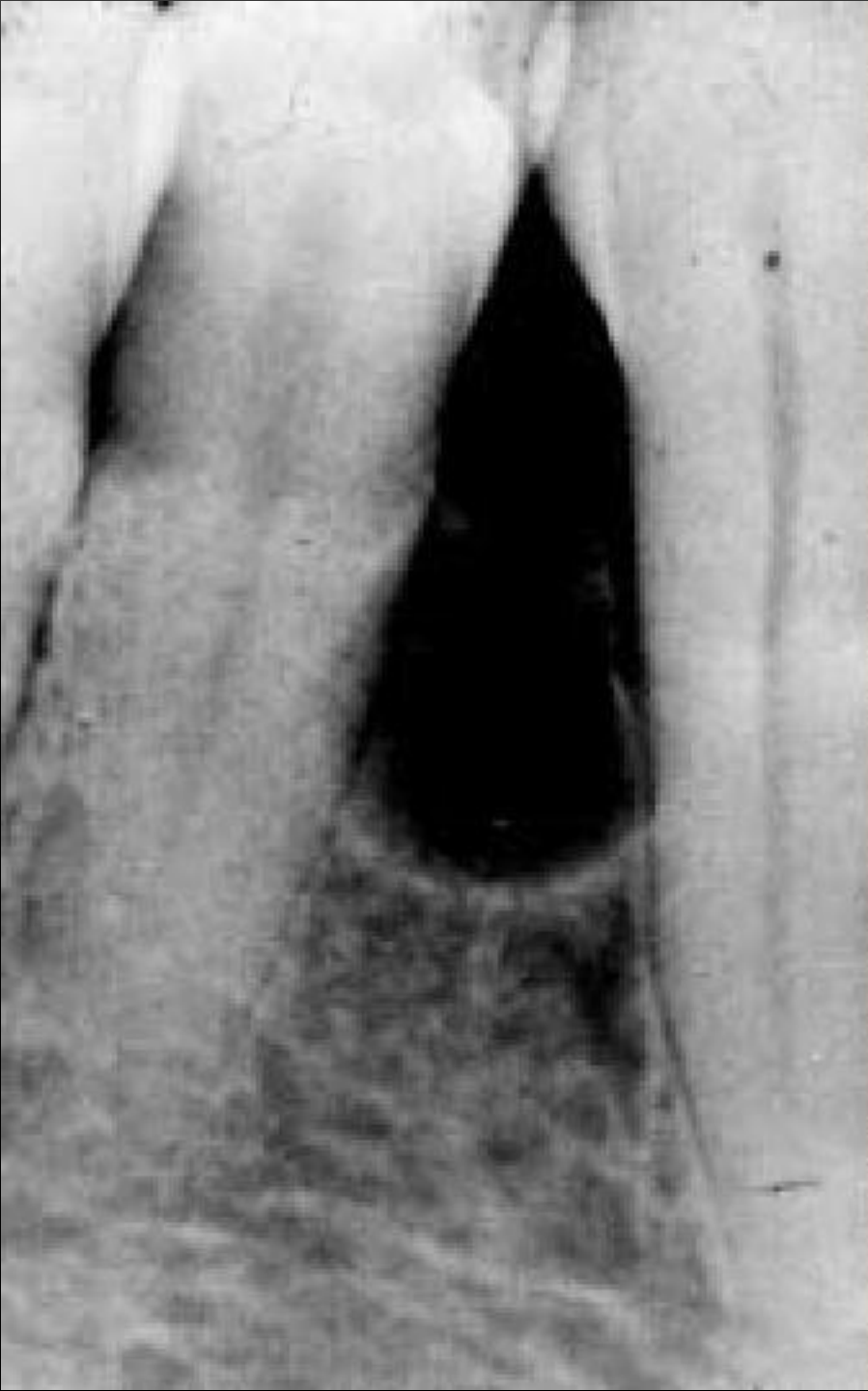
Gingival Cyst



Gingival Cyst 101



Gingival Cyst



Gingival Cyst

8- الكيس السنّي المتكلس

- آفة غير شائعة ، غالباً ما تعتبر كيساً بالرغم من أنّ البعض يفضل اعتبارها ورماً. يمكن أن يشترك مع أورام سنّية ، أكثرها شيوعاً **الورم السنّي** ، والأورام **السنّية الغدية** ، **والأميلوبلاستوما** .
- **المظاهر السريرية :**
- يوجد الكيس ضمن بنية العظم أو بشكلٍ محيطي.
- والكثير من الحالات توجد في العقد الثاني والثالث.
- **تظهر التغيرات الورمية النادرة في الكيس السنّي المتكلس عند كبار السن.**
- تتوضع الأكياس السنّية المتكلسة خارج العظم بشكلٍ موضعي ولاطئ **مشابه للأورام ذات الخلايا العرطلة المحيطية** .

• العلامات الشعاعية :

- تتواجد الأكياس السنية المتكلسة المركزية بشكلٍ وحيد الحجر ، وتحاط بجدارٍ كثيفٍ على الأشعة ويمكن أن تظهر متعددة الحجر مع وجود أجسامٍ كثيفةٍ على الأشعة ضمن الآفة على شكل أجسام غير منتظمة الشكل أو تشبه السن .

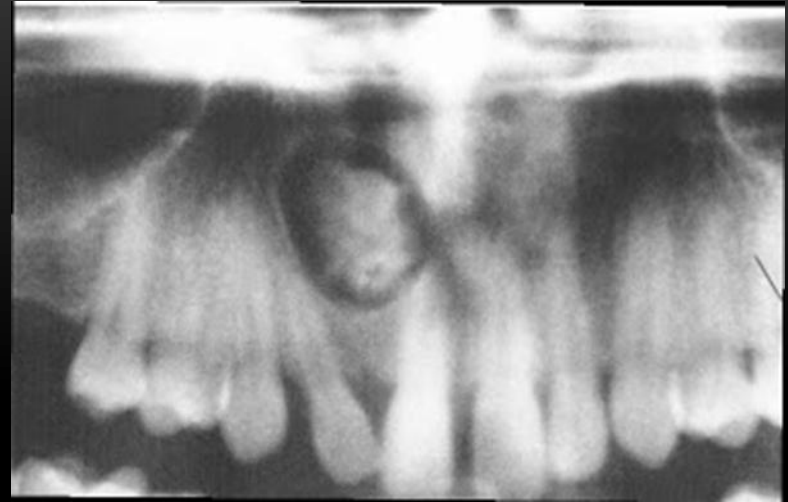
توجد بنسبة 50% من الحالات ، تترافق الآفات الشافة على الأشعة بأسنان غير بازغة وخاصةً الأنياب ، ويكون حجمها 2- 4 سم ولكن لوحظت بعض الآفات التي كان حجمها أكبر من 12 سم كما يمكن أن يلاحظ امتصاص الجذر وتباعد الأسنان عن بعضها بشكلٍ متكرر .

العلاج : الاستئصال مع التجريف.

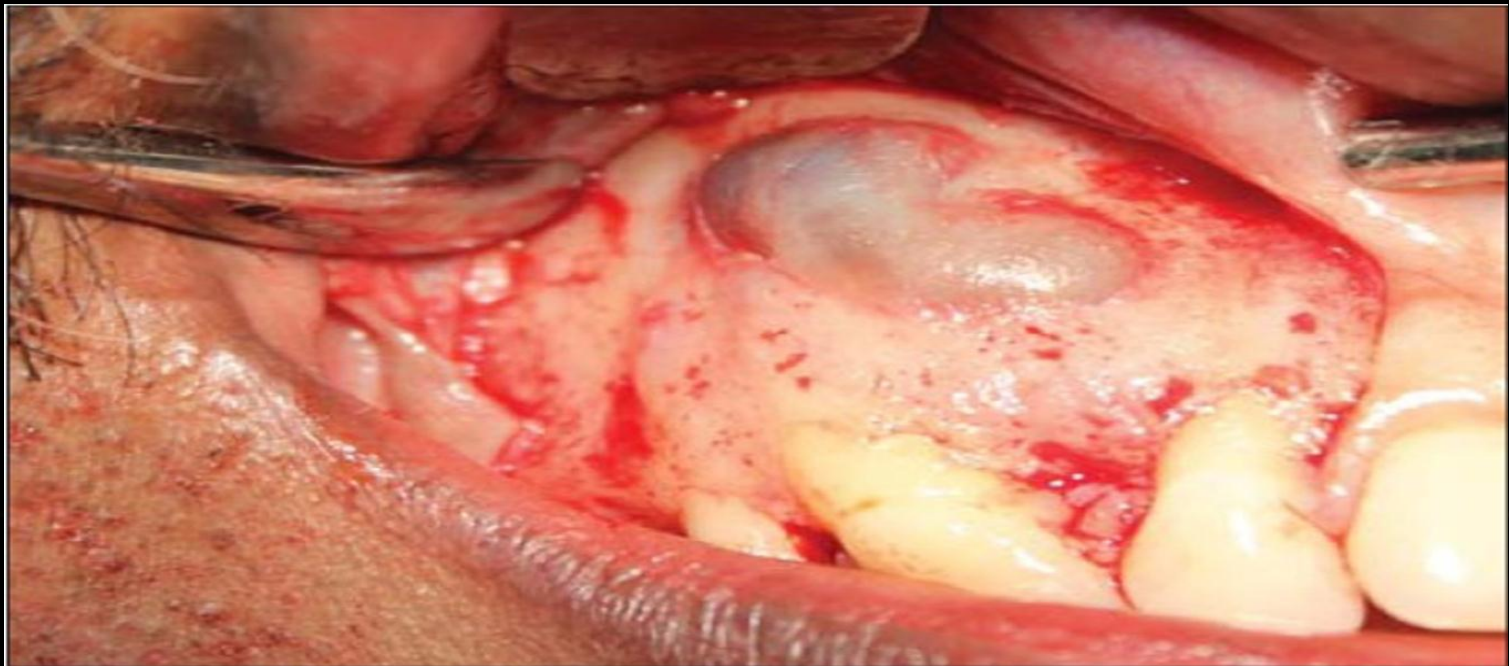
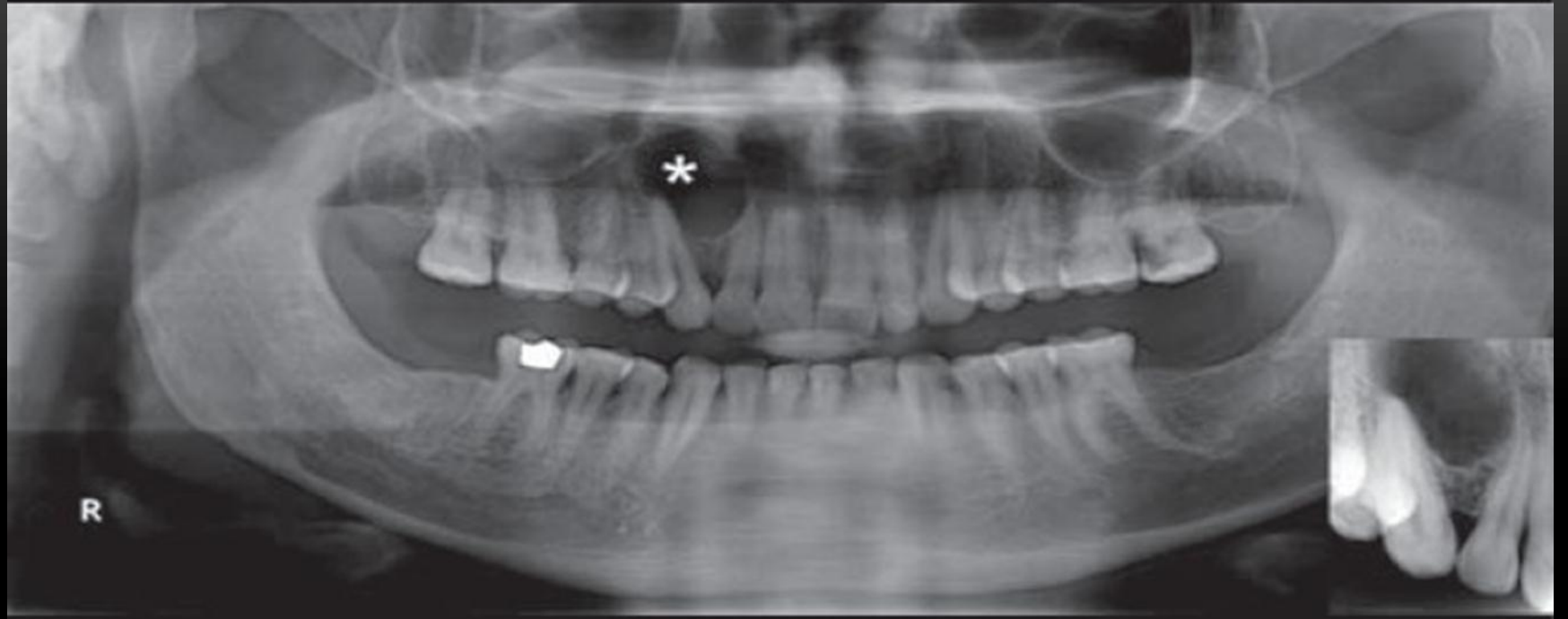
النكس: نادر

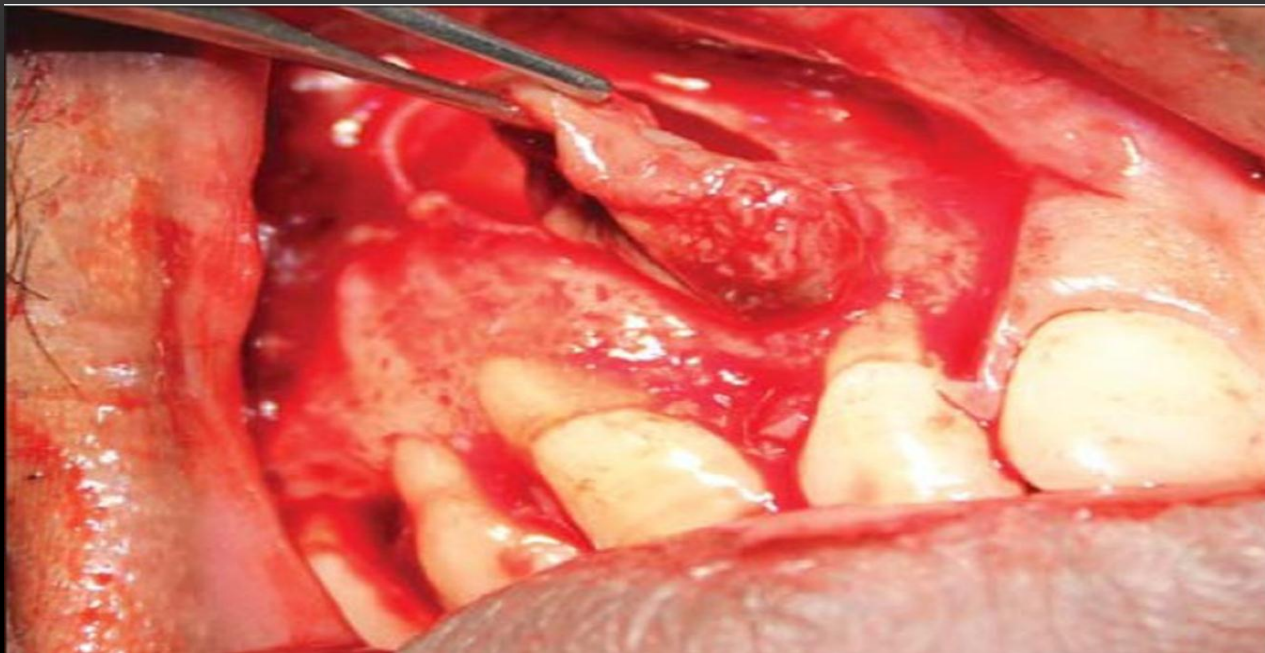
عند ترافق C.O.C مع ورمٍ آخرٍ مثل الأميلوبلاستوما
مثلاً عندئذُ تصبح خطة المعالجة متعلقةً بذلك الورم.

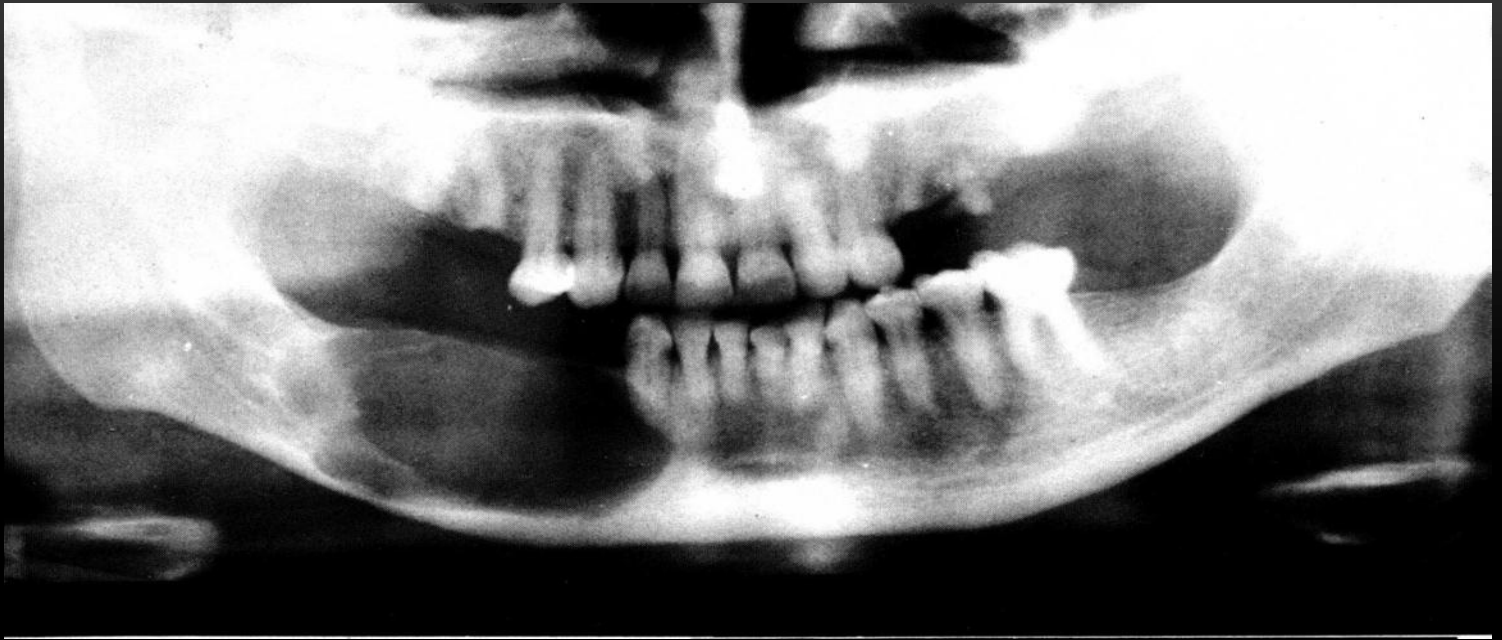


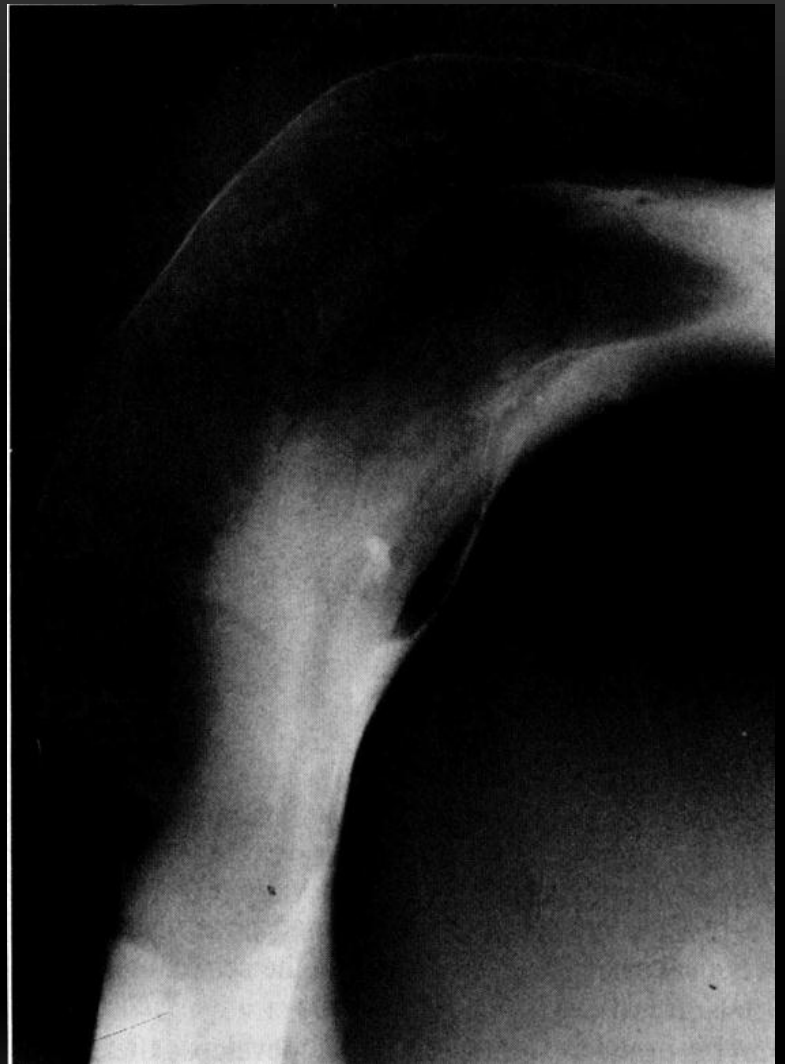


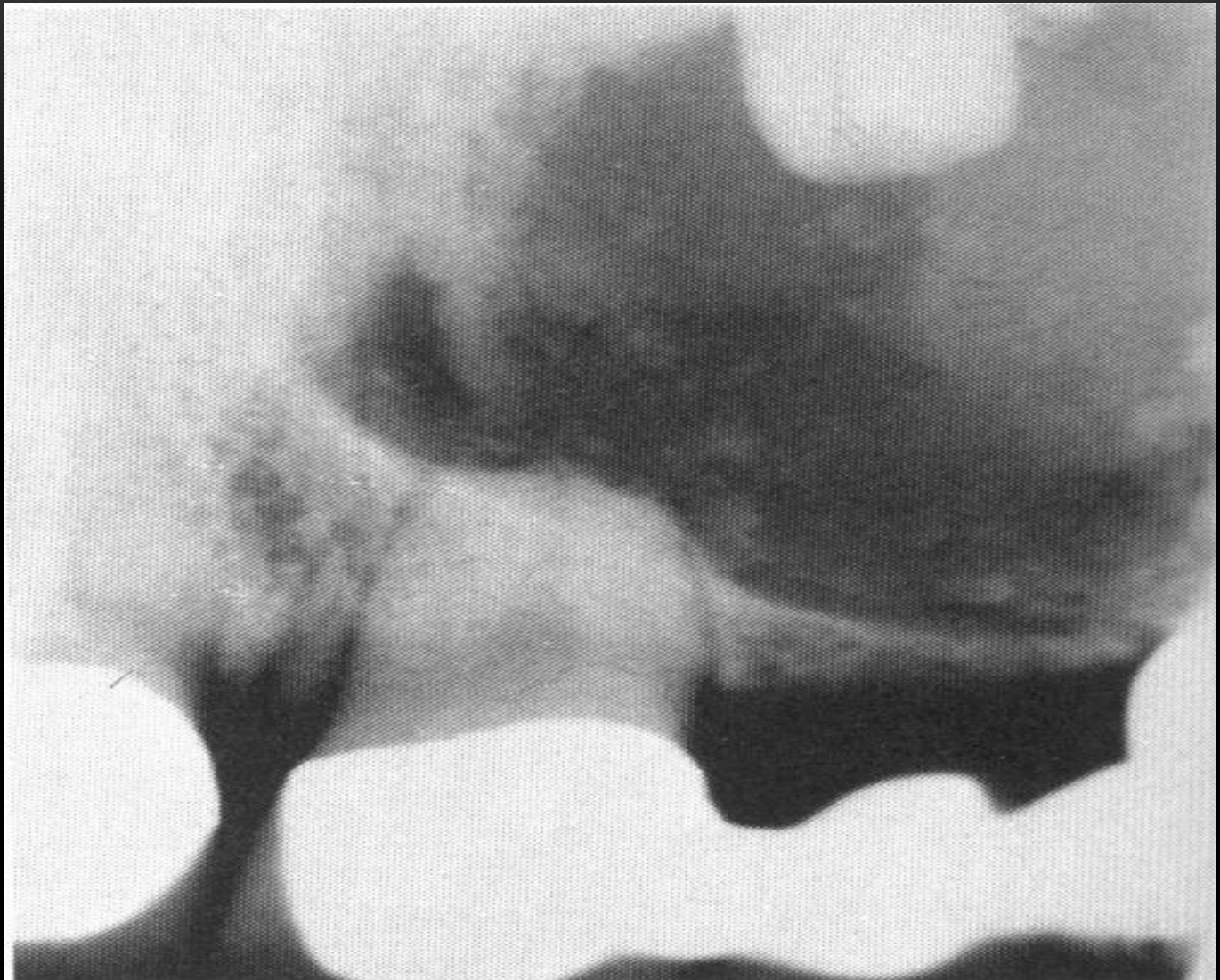
الكيس السنّي المتكلس











الكيس السنّي الغدي Glandular odontogenic cyst

➤ نادر وقادر على التصرف بعدوانيةٍ وعلى النكس.

➤ هو من منشأ سنّي لكن يبدي خصائص غدية لعابية كوجود خلايا

اسطوانية/ مكعبة + الإنتاج المخاطي + التهدب.

➤ يتواجد في الأعمار المتوسطة (49 سنة).

➤ 80 % في الفك السفلي في المنطقة الأمامية.

➤ تجتاز الخط المتوسط.

➤ وحيدة أو متعددة الحجرات على الأشعة.

❖ العلاج : الاستئصال مع التجريف.

❖ أشار البعض إلى نسبة نكس 30 % وبالتالي نصح بالبتز في حال الأكياس الكبيرة .

➤ احتمال النكس في الأكياس وحيدة الحجره أقل من متعددة الحجرات .

➤ يمكن اعتبار التكوية كخيارٍ إذا كان حجم الكيس كبيراً بحيث يؤدي الاستئصال إلى أذية بنى حيوية .



تتاذر Gorlin Golts

تتاذر غير شائع ، يدعى بعدة أسماء :

Gorlin Syndrome

* تتاذر غورلين

Goltz Syndrome – Gorlin

* تتاذر غورلين – غولتز

Basal Cell Nevus Syndrome

* تتاذر وحة الخلايا القاعدية

Basal Cell Carcinoma Syndrome

* تتاذر سرطان قاعدي الخلايا

Nevoid Basal Cell Carcinoma * تتاذر سرطان قاعدي الخلايا الوحامي

Syndrome

المظاهر السريرية التي تميز المريض المصاب:

- * سرطانات قاعدية الخلايا متعددة.
- * أكياس سنية متقرنة متعددة.
- * تحذب أمامي جبهي.
- * شق الشفة وأو قبة الحنك.
- * تكتلات داخل الدماغ أو الجمجمة.
- * شدوذات في الأضلاع.

الكيس السنّي الكيراتيني في هذا التناذر:

* عادةً ما يتشكّل في العقد الأول من الحياة.

* الاحتمال الذروي للحدوث هو العقدين الثاني و الثالث.

* يتحول أحياناً لورم مصورات الميناء.

* نسبة النكس 30-60% و هو مرتبط بنوع الكيس.

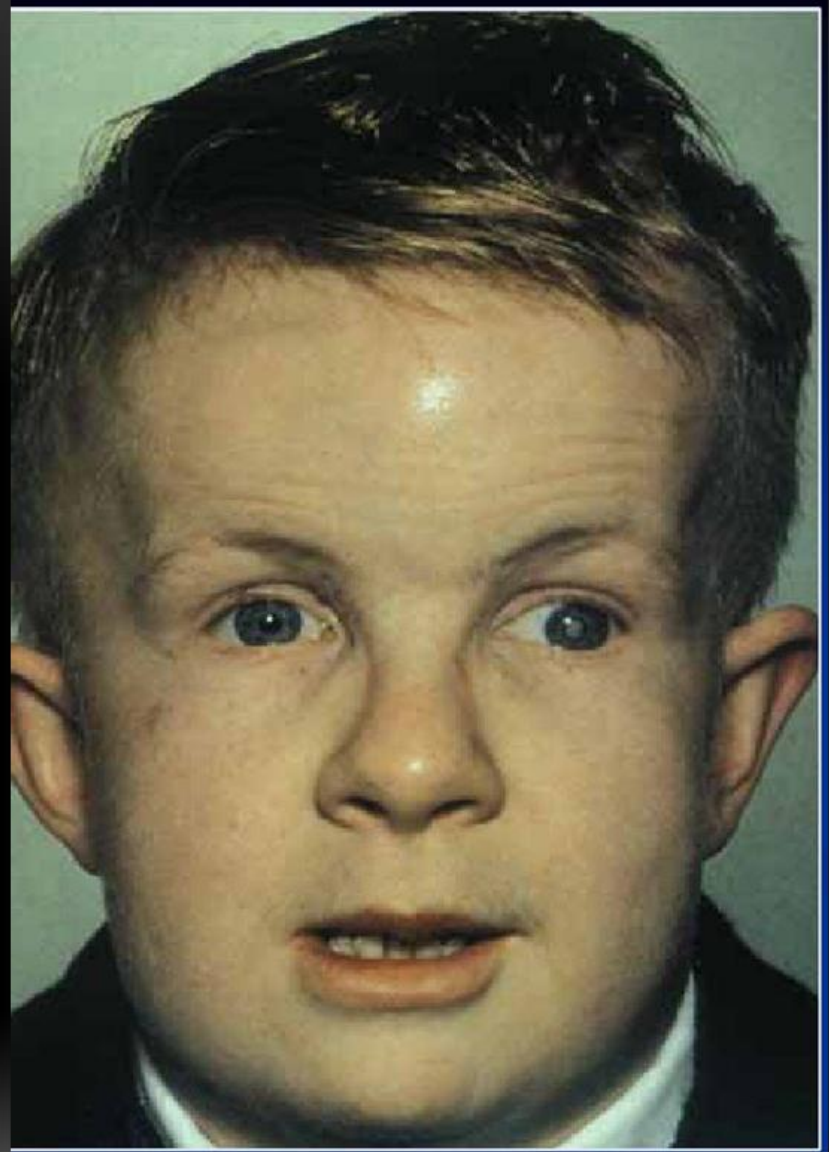
* في 78% من حالات هذا التناذر تكون الأكياس السنّية

المتقرّنة هي العلامة الأولى للمرض.

العلاج:

الاستئصال الجذري للأكياس السنية، مع المحاولة على الحفاظ على الأسنان لدى المرضى الشباب (الأنياب خاصة).

و إذا ما كانت الحالة معقدةً يجب مشاركة أكثر من طبيب مختص للإشراف عليها (طبيب جراح فكي و طبيب جراح أورام و طبيب أخصائي تقويم في حالة الجراحة التقيومية).



NON-ODONTOGENIC CYSTS الأكياس غير سنية المنشأ

- هي مجموعة من الأكياس التي تظهر في منطقة الرأس والعنق ، ويكون لها قصة سريرية مميزة حيث أنها غالباً ماتظهر في أماكن الشقوق والالتحام الجنينية .

1- الكيس الأنفي الشفوي NASOLABIAL CYSTS

- هو كيس تطوري نادر الحدوث ، يصيب الشفة العلوية وعلى جانب الخط المتوسط . الآلية الامراضية له غير معروفة ولكن هناك نظريتان لتفسيره :

• **الأولى** أنّ الكيس ينشأ من البقايا البشرية

المتبقية على الخط الأوسط في منطقة التحام

النتوء الأنفي المتوسط مع النتوءات الجانبية .

• **النظرية الثانية** تقترح أنّ هذا الكيس يتطور من

البشرة المتبقية من القناة الأنفية الدمعية بسبب

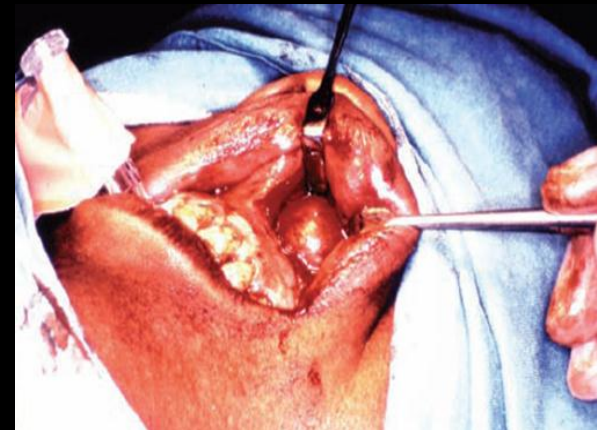
توضعها المشابهة والقصة السريرية لها .

- الكيس الأنفي الشفوي شائع لدى البالغين.
- يتوضع هذا الكيس غالباً على شكل انتباجٍ في الشفة العلوية على جانب الخط الأوسط مما ينتج عنه ارتفاع في جناح الأنف. كما يزول الميزاب الدهليزي العلوي مما يمكن أن يتداخل مع وضع الأجهزة التعويضية السنية. والألم غير شائع إلا إذا غزى الانتان الثانوي.



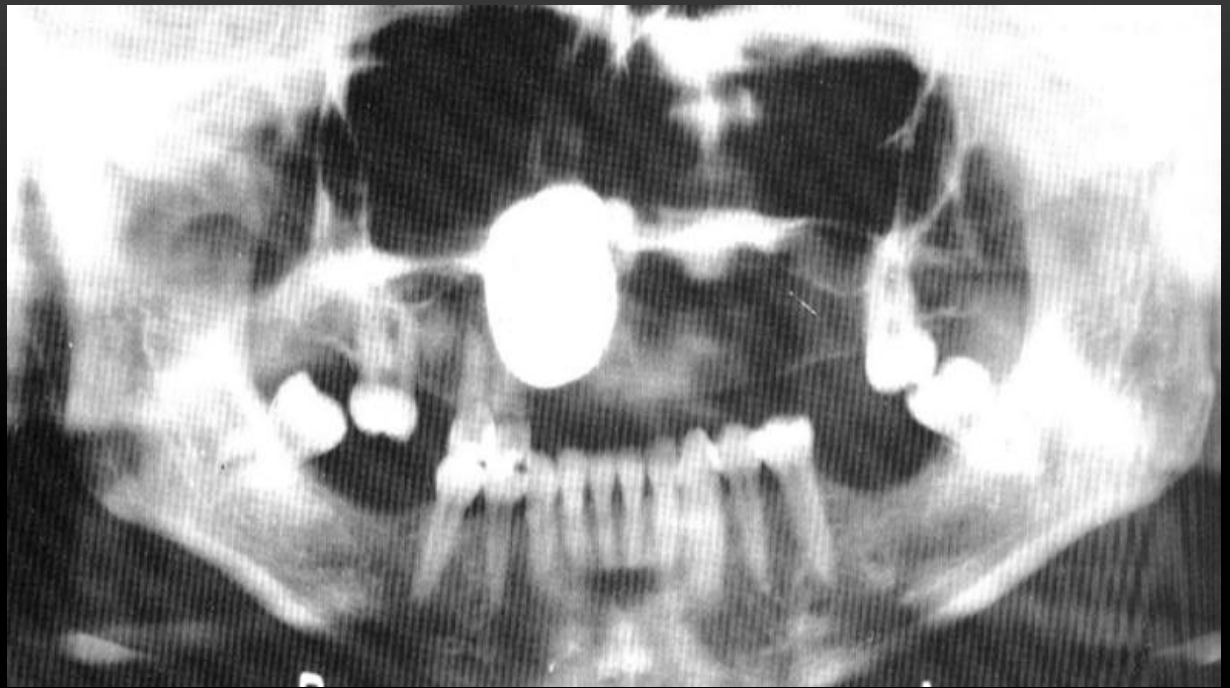
• العلامات الشعاعية :

- غالباً ما يظهر هذا الكيس في النسيج الرخوة
- لذلك لا يوجد مظاهر شعاعية له. لكن يمكن أن يحدث امتصاص في العظم الواقع تحت الكيس بسبب الضغط عليه فيظهر الامتصاص العظمي شعاعياً.



➤ العلاج : الاستئصال الموضعي من داخل الفم







2-الكيس الفكّي الكريوي GLABULOMAXILLARY CYST

- هو عبارة عن كيسٍ تطوري ينشأ من البقايا البشرية المتبقية بعد التحام الجزء الكريوي (الفقم) من النتوء الأنفي المتوسط مع النتوءات الفكّية .

• المظاهر السريرية :

- يتطور الكيس الفكّي الكريوي غالباً بين الرباعية العلوية والنانب .

• العلامات الشعاعية :

- شفوفية شعاعية ذات حوافٍ واضحة ظليلة على الأشعة ومنتظمة بين ذروتي الجذر ، على شكل إجابة مقلوبة ، ويسبب تباعد ذروتي الجذرين عن بعضهما .





3- كيس القناة الأنفية الحنكية (كيس القناة القاطعة)

NASOPALATINE DUCT CYST (INCISIVE CANAL CYST)

ينشأ من بقايا القناة الأنفية الحنكية التي هي عبارة عن قناة جنينية تصل بين الأنف والفم في منطقة القناة القاطعة في الأسبوع السابع الجنيني.



المظاهر

السريية

:

يمكن أن يظهر كيس القناة القاطعة في أي عمر

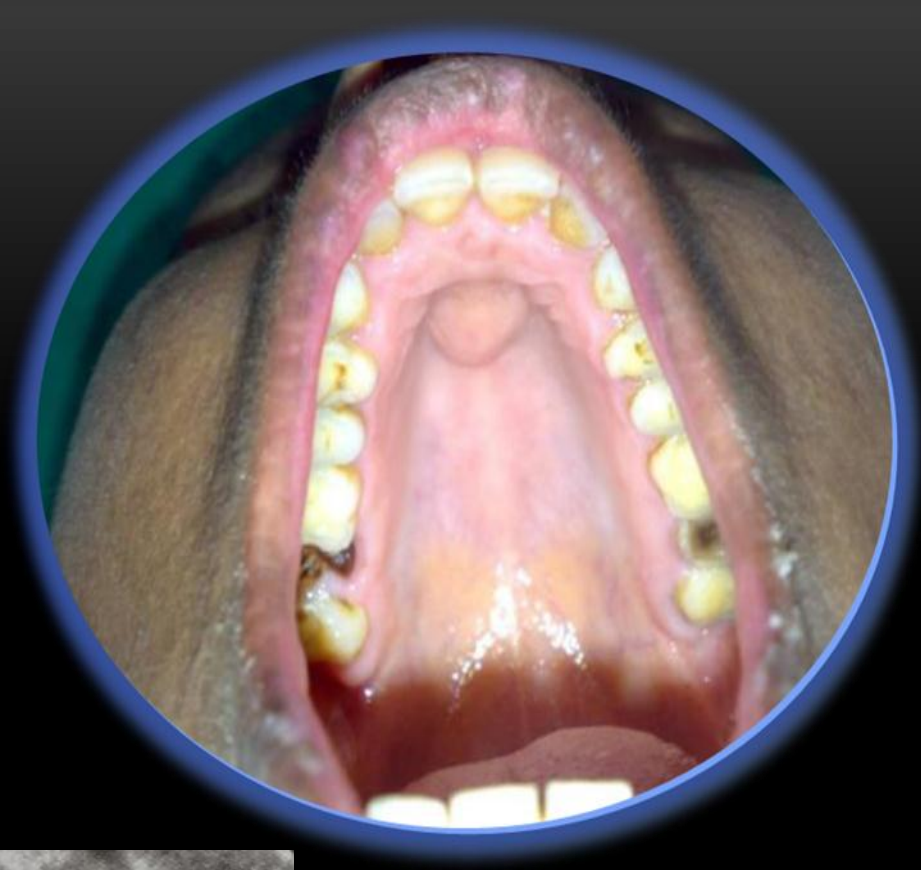
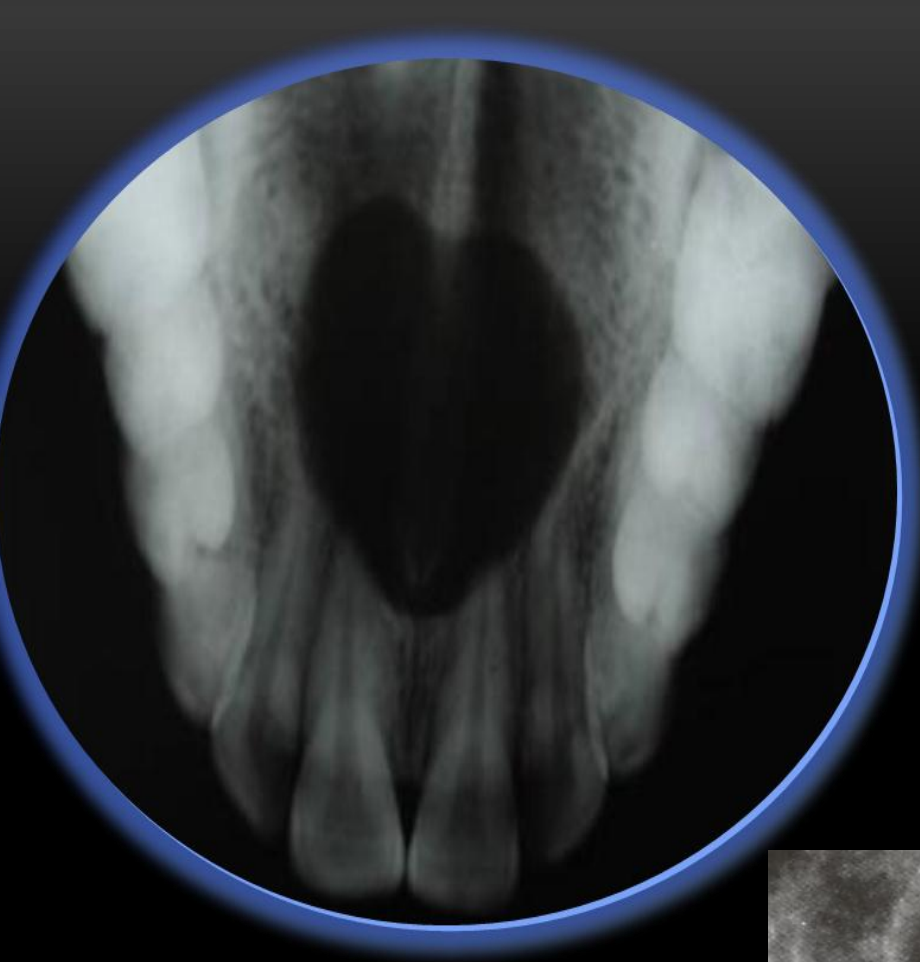
الأعراض الأكثر شيوعاً هي **انتباج في المنطقة**

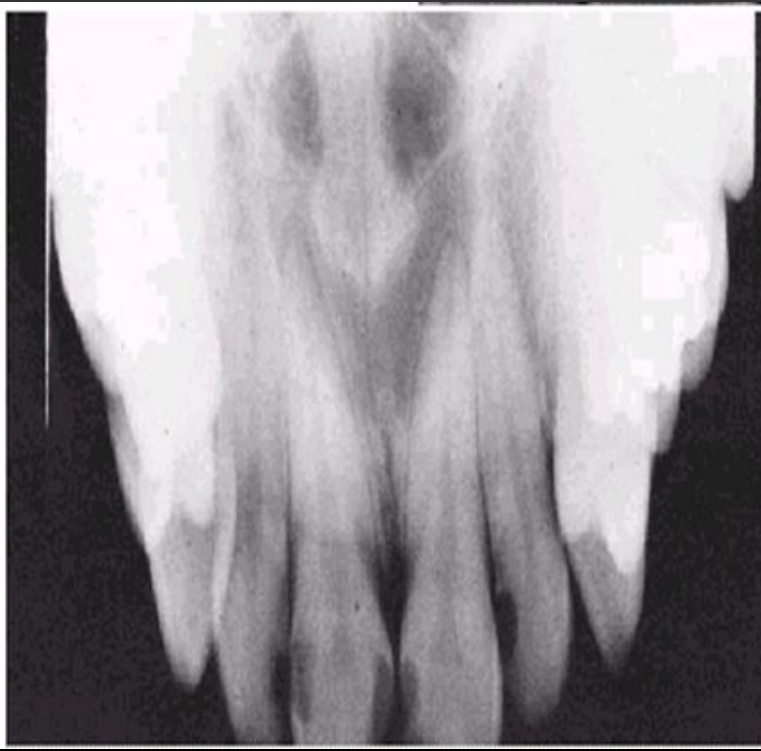
الأمامية الحنكية مع ألم ، وفي حالاتٍ أخرى

يمكن أن يتطور **بدون أعراض** وتكتشف

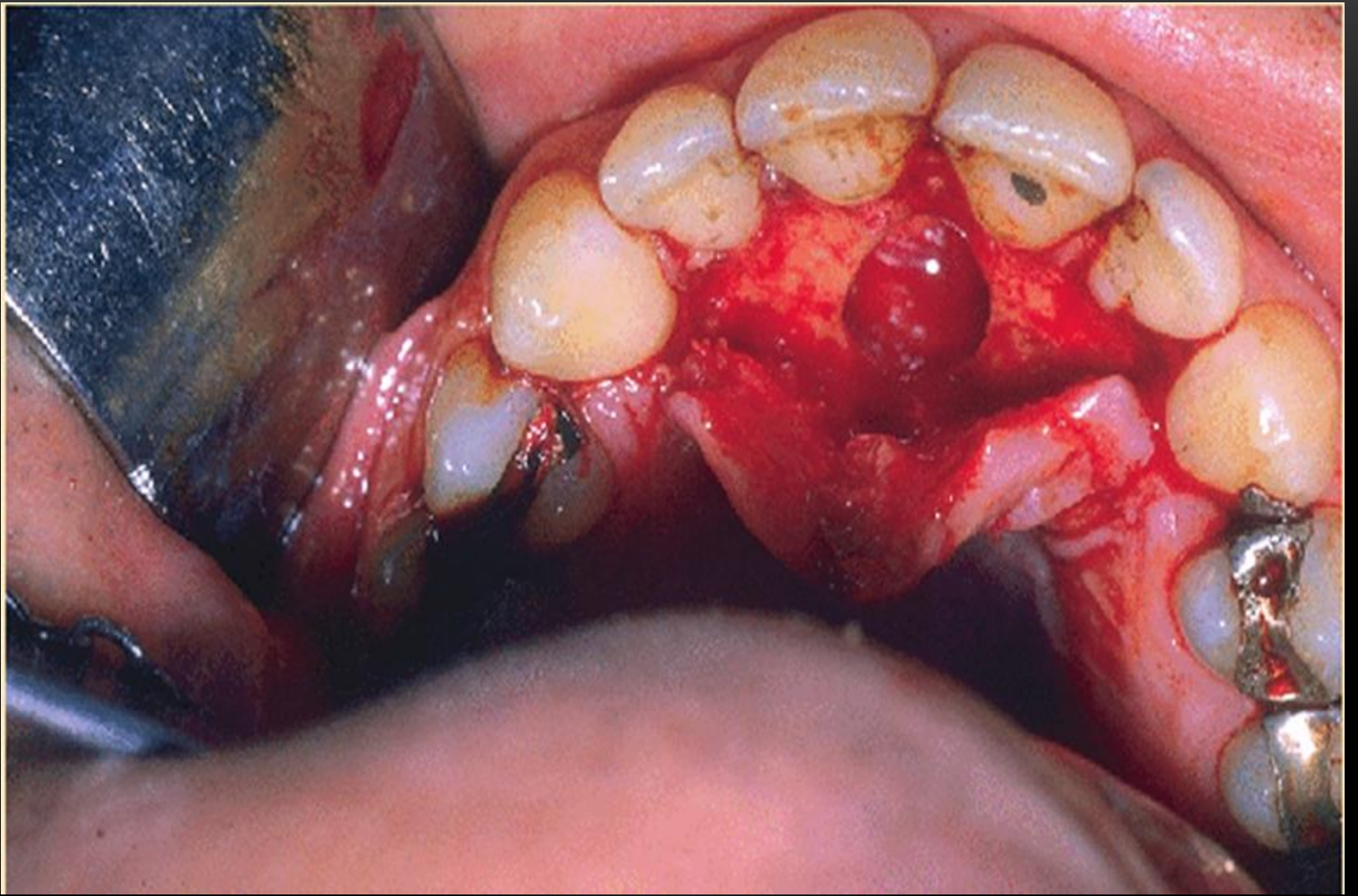
بالأشعة

بالصدفة





كيس القناة الأنفية الحنكية



كيس القناة الأنفية الحنكية /منظر جراحي

في حالاتٍ نادرةٍ يمكن أن يتطور كيس
القناة القاطعة على حساب النسيج الرخوة
في منطقة الحليمة القاطعة بدون أي تأثيرٍ
على العظم فتدعى عندها الآفة **بكيس**
الحليمة القاطعة.

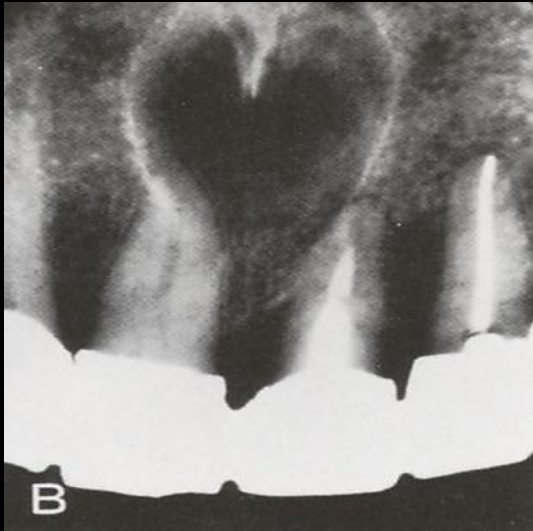
• العلامات الشعاعية :

• يظهر الكيس على شكل شفوفية شعاعية ذات محيط واضح ظليل على الأشعة في منطقة الخط المتوسط لقبة الحنك الأمامية بين ذروتي جذري الثنايا العلوية .

• عادةً ما تكون الآفة مدورةً أو بيضوية الشكل كما

يمكن أن تأخذ شكل الاجاصة المقلوبة .

المعدل الوسطي لحجم هذه الآفة 1-2,5 سم . يمكن أن يكون من الصعب تمييز كيس القناة القاطعة الصغير عن الثقبية القاطعة المتضخمة . إذا كان المظهر الشعاعي يشير الى حجم 6مم أو أقل في هذه المنطقة فهي تعتبر الثقبية القاطعة إلا إذا ترافقت مع وجود أعراض أخرى .
تشخص على الصورة الإطباقية.



➤ السؤال: متى نشك أنّ هذه الشفوفية هي كيس؟ إذا وصلت إلى حجم 7ملم.

➤ العلاج (عند الحاجة) : الاستئصال مع التجريف الموضعي.

➤ هنا الاستئصال سيؤدي إلى التضحية بالحزمة الوعائية العصبية (الأنفية الحنكية).

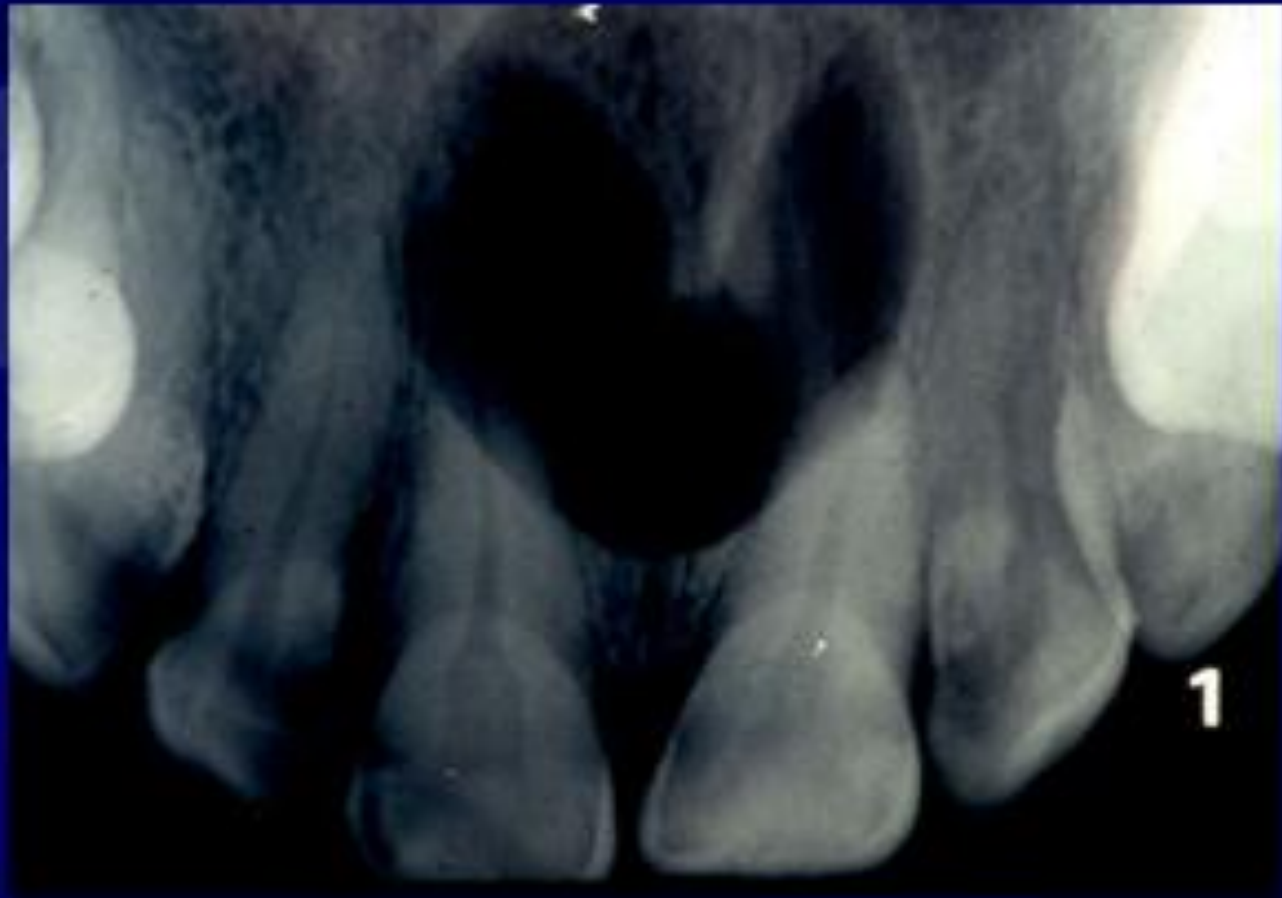
➤ ينتج عن ذلك حس خدرٍ في منطقةٍ صغيرةٍ خلف القواطع.

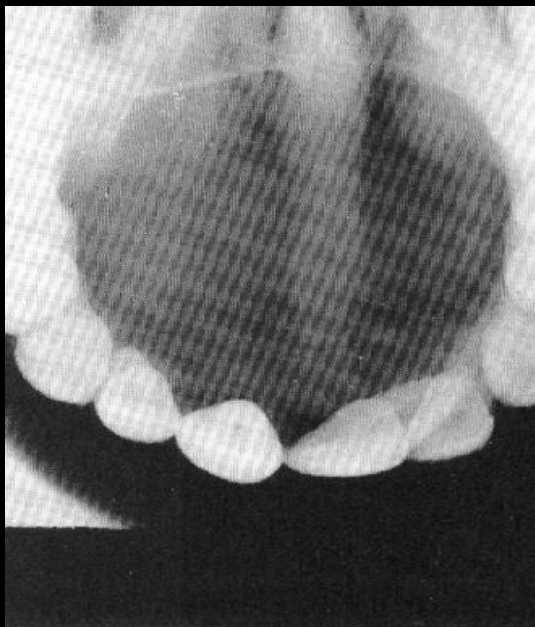
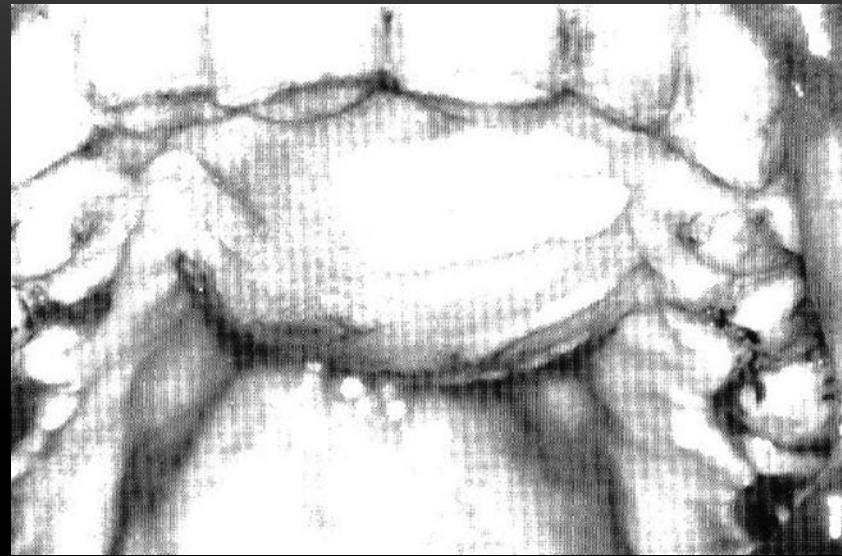
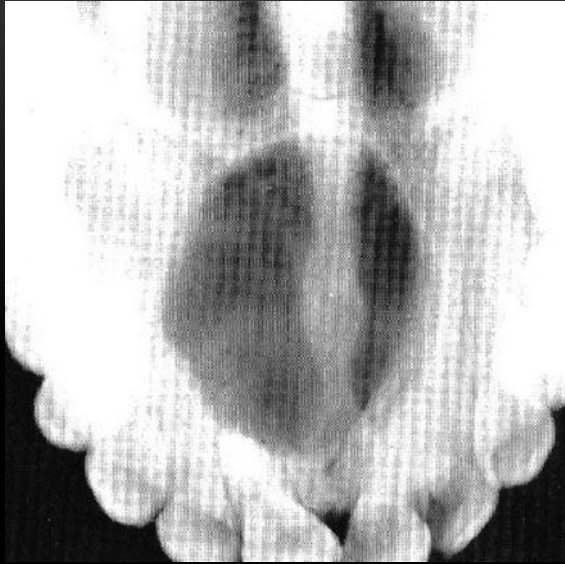
➤ بعض المرضى (خصوصاً كبار السن) قد يؤدي هذا الخدر إلى صعوبةٍ في نطق بعض الأحرف.

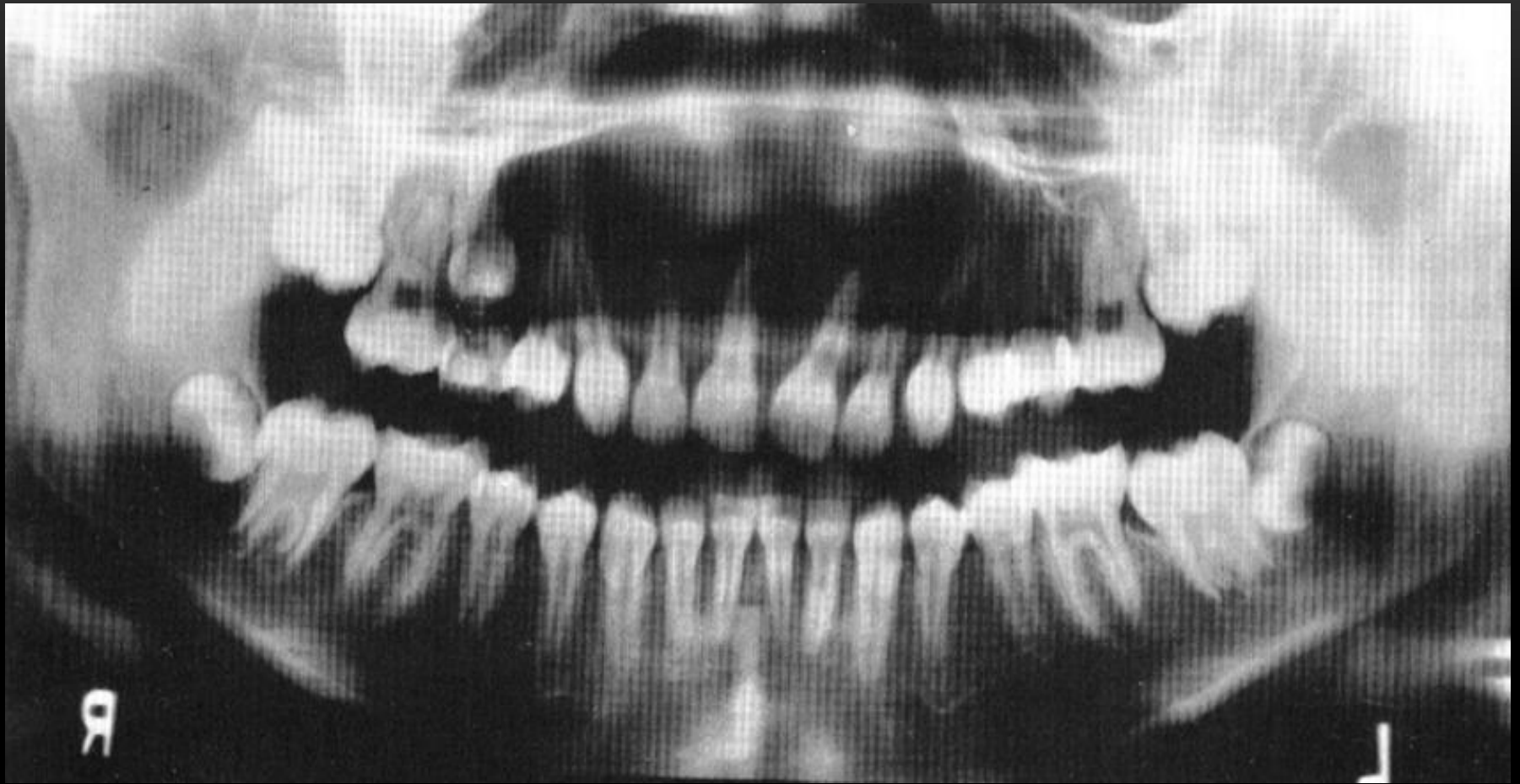
➤ **النكس نادر.**

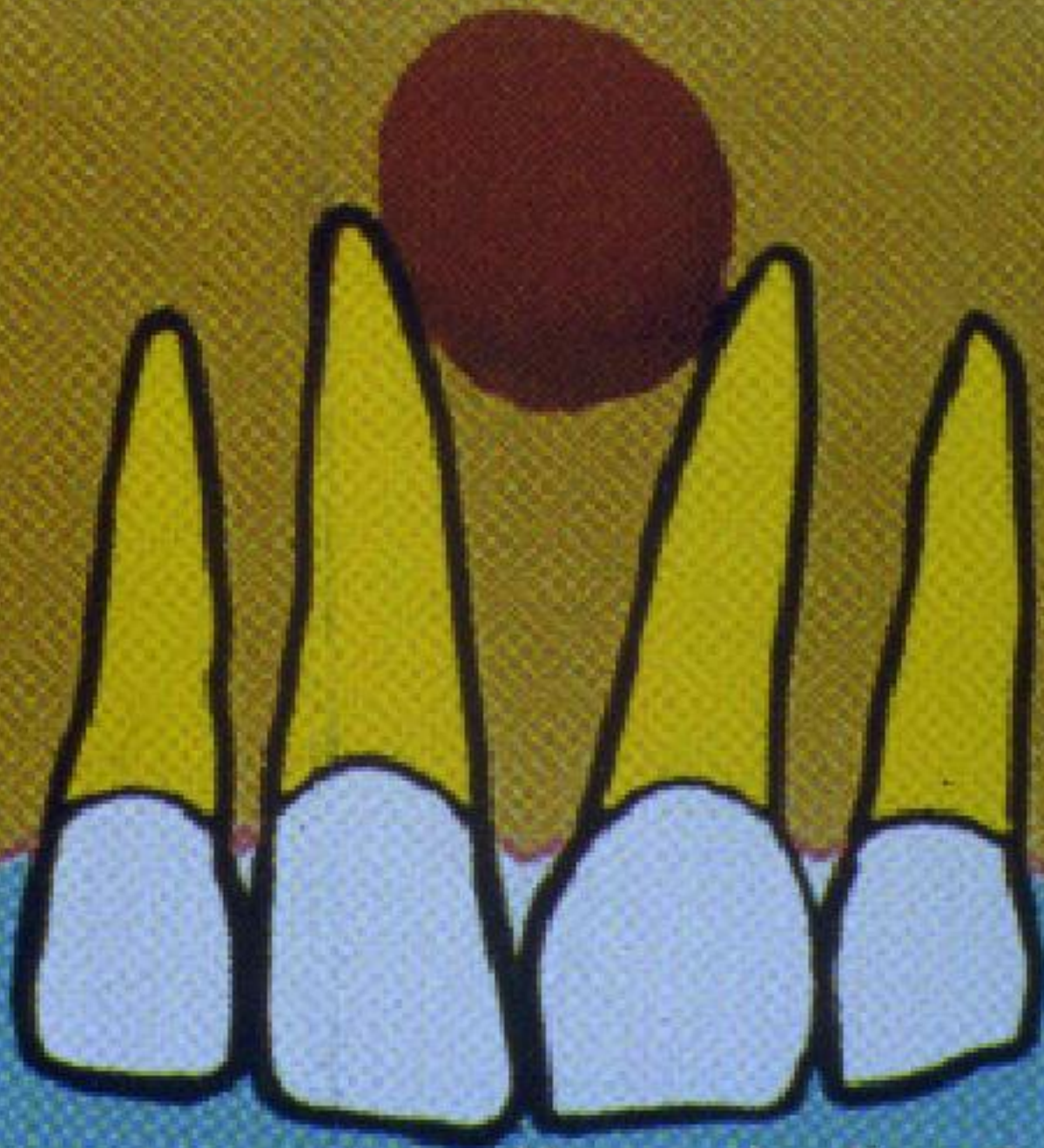


Incisive Canal Cyst









Nasopalantine Canal Cyst



Nasopalantine Canal Cyst

Nasopalatine Duct Cyst





Nasopalatine Duct Cyst

METRIC 1

2



Nasopalatine Duct Cyst

4- الكيس الحنكي المتوسط MEDIAN PALATAL CYST

- كيس نادر يتطور من البثرة المتبقية في منطقة الالتحام الجنيني للصفحتين الحنكيتين الجانبيتين للفك العلوي ، هذا الكيس من الصعب أن يميز عن كيس القناة القاطعة .

• المظاهر السريرية :

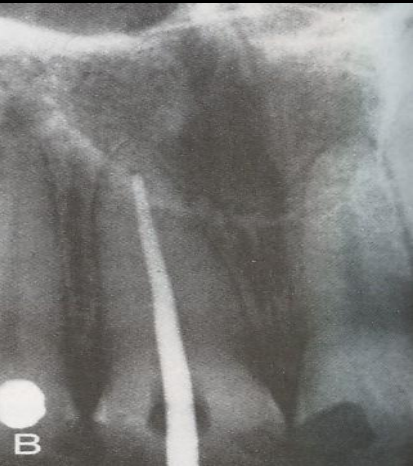
• تظهر الآفة بشكلٍ شائعٍ عند البالغين على شكل انتباجٍ قاسٍ أو متموجٍ على الخط الأوسط من قبة الحنك الصلبة ويمتد الى الحليمات الحنكية وهي غالباً غير عرضية ، لكن يمكن عند بعض المرضى أن يترافق معها الألم .

• الحجم: المعدل الوسطي لحجم هذا الكيس هو 2×2 مم

• العلامات الشعاعية :

• يظهر الكيس شفوفيةً شعاعية مع حواف كثيفة واضحة ظليلة على الأشعة في منطقة الخط المتوسط لقبة الحنك الصلب . تتشارك بعض الحالات مع وجود ابتعادٍ بين الثنايا العلوية .

• يجب أن نوّكد أنّ الكيس الحنكي المتوسط يجب أن يتواجد فيه ضخامة سريرية في قبة الحنك فإذا كان هناك شفوفية شعاعية بدون ضخامة في قبة الحنك فإنّ الحالة غالباً هي كيس القناة القاطعة .





Median Palatine Cyst

5- الكيس المتوسط في الفك السفلي MEDIAN MANDIBULAR CYST

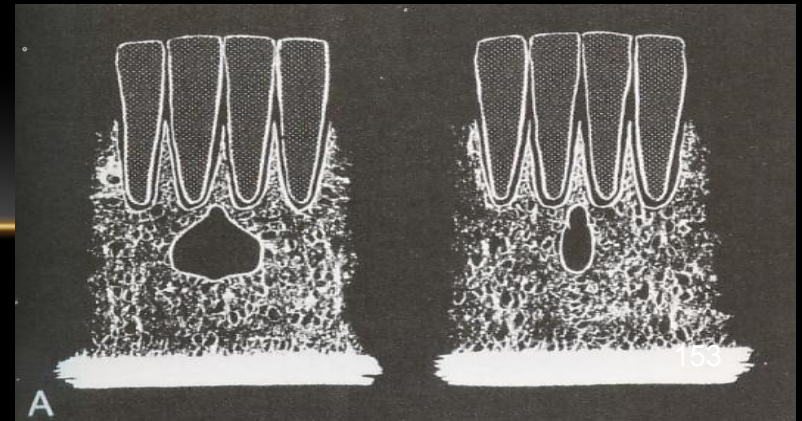
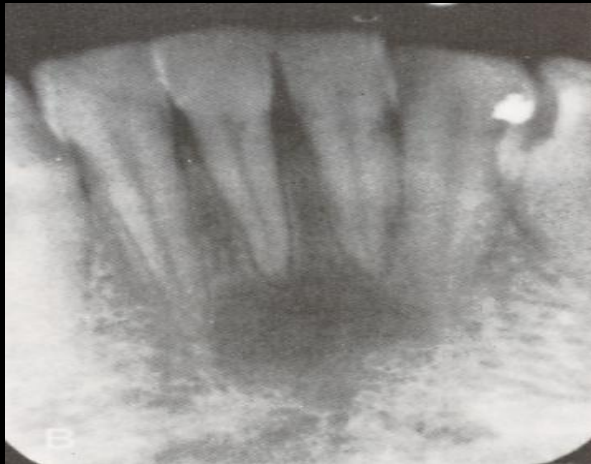
- مازال هناك جدل في توضع هذا الكيس ، إذ يقترح البعض أنه يتوضع في المنطقة الأمامية للفك السفلي على الخط المتوسط ويتطور من البشرة المتبقية في مكان التحام نصفي الفك أثناء الحياة الجنينية .

• المظاهر السريرية :

- يمكن أن يحدث انتباج في حال كان حجم الكيس كبيراً و سبب تمدداً في العظم القشري .

• العلامات الشعاعية :

- شفوفية شعاعية على الخط المتوسط بين أو على ذروتي الثنيتين السفليتين ، ويمكن أن يلاحظ تمدد في العظم القشري .



6-كيس القناة الدرقيّة اللسانية THYROGLOSSAL DUCT CYST

- يبدأ تطور القناة الدرقيّة اللسانية في نهاية الأسبوع الثالث الجنيني نتيجة نزول البداءة الدرقيّة الى العنق على شكل أنبوبين مسدودين حتى تصل الى مستواها الطبيعي أسفل الغضروف الدرقي وتتكون قناة بشرية تتصل مع قاعدة اللسان . عندما ينضج العظم اللامي تميل بشرة هذه القناة للضمور والزوال بشكلٍ طبيعي ، ولكن يمكن أن يبقى هناك بعض البقايا البشرية على طول هذه المنطقة و التي تساهم فيما بعد في نشوء الأكياس والتي تعرف بأكياس القناة الدرقيّة اللسانية.

• المظاهر السريرية :

• يمكن أن تحدث في أي مكانٍ من المنطقة الممتدة

من الثقبة العوراء للسان الى الناتئ القصي .

يمكن أن تكون الأكياس فوق العظم اللامي

متوضعةً أسفل الذقن ، لكن في 60-80 % من

الحالات تتطور أسفل العظم اللامي.

حجمها أصغر من 3سم ولكن يمكن أن يكبر
الكيس إلى أن يصل إلى العظم اللامي أو
اللسان وعندها سوف يتحرك عمودياً أثناء
البلع أو عند تقديم اللسان .

يمكن أن تتطور في أي عمر لكنها أكثر شيوعاً
في العقد الأول والثاني . يظهر الكيس على شكل
انتباج متموج وغير مؤلم إلا إذا أصيب بالانتان
الثانوي كما يمكن أن ينفجر الكيس بناسور نحو
الجلد أو الغشاء المخاطي وذلك نتيجة التهاب
الكيس أو بعد العمل الجراحي .



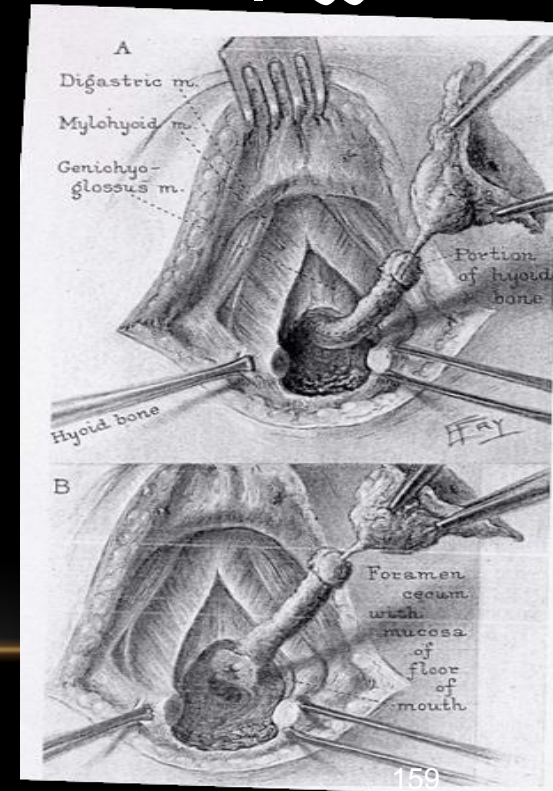
➤ **العلاج : الاستئصال الجراحي.**

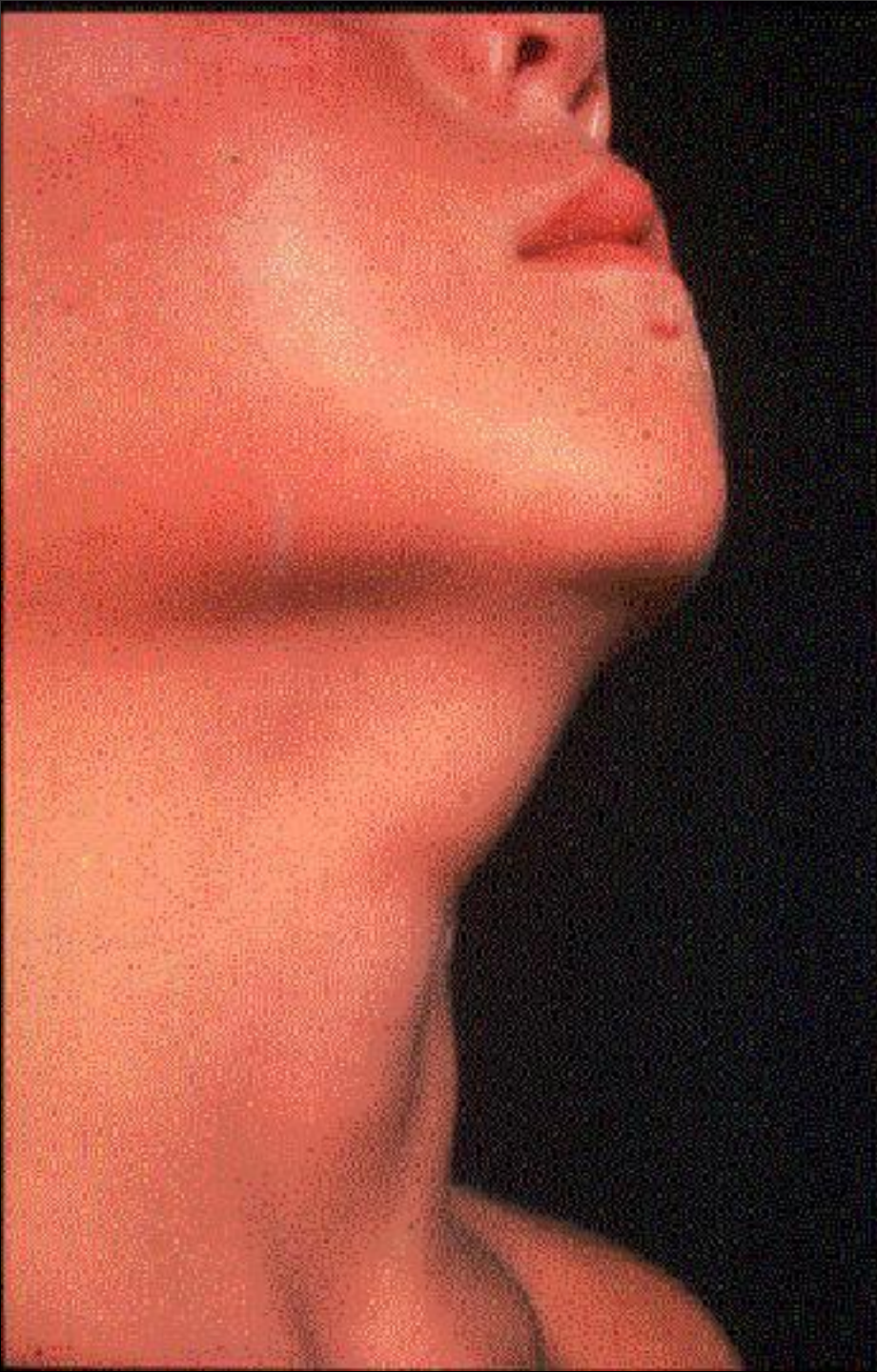
➤ **التقنية المستخدمة تسمى The Sistrunk operation وتتضمن إزالة**

قطعة 1 سم من النسيج المحيطة بالقناة بالإضافة إلى 1-2 سم من الجزء المركزي

للعظم اللامي, مع متابعة القناة حتى الناتئ الهرمي للغدة الدرقية وحتى الثقبه

العوراء.





Thyroglossal Tract Cyst



Thyroglossal Tract Cyst



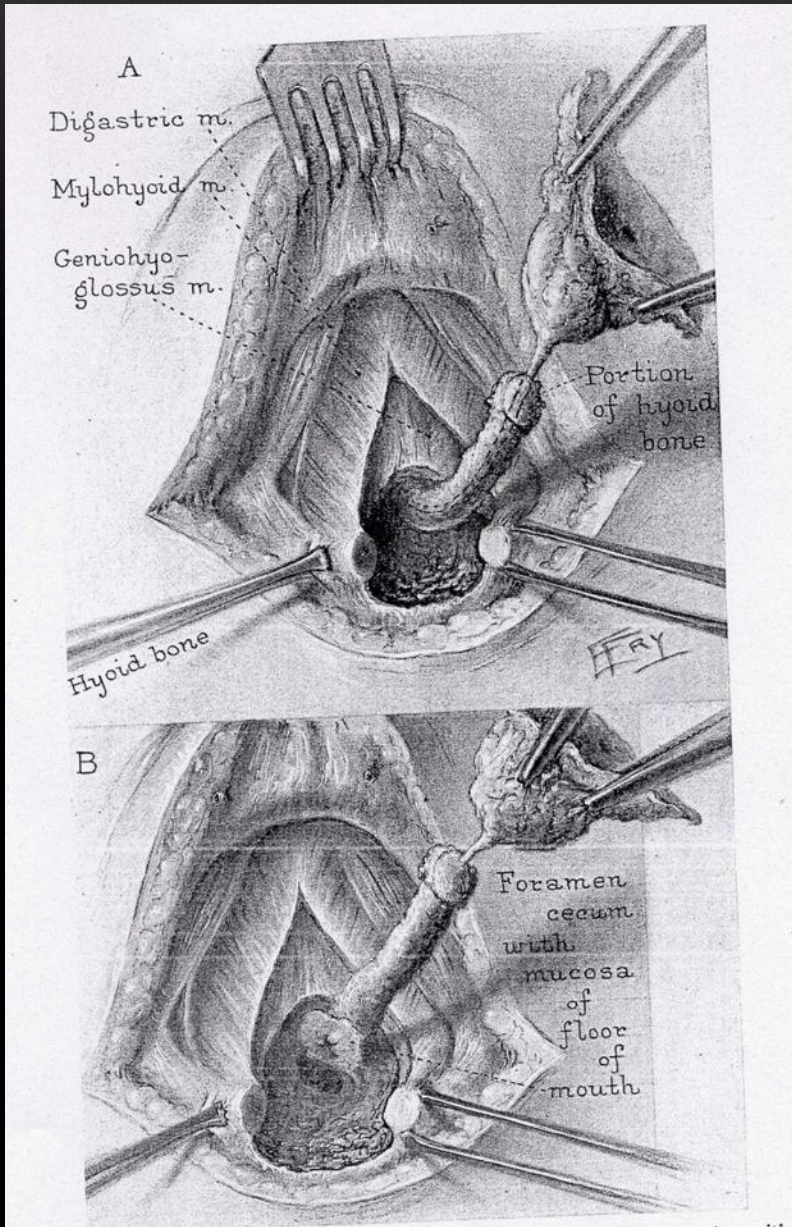
Thyroglossal Tract Cyst



Thyroglossal Tract Cyst



Thyroglossal Tract Cyst



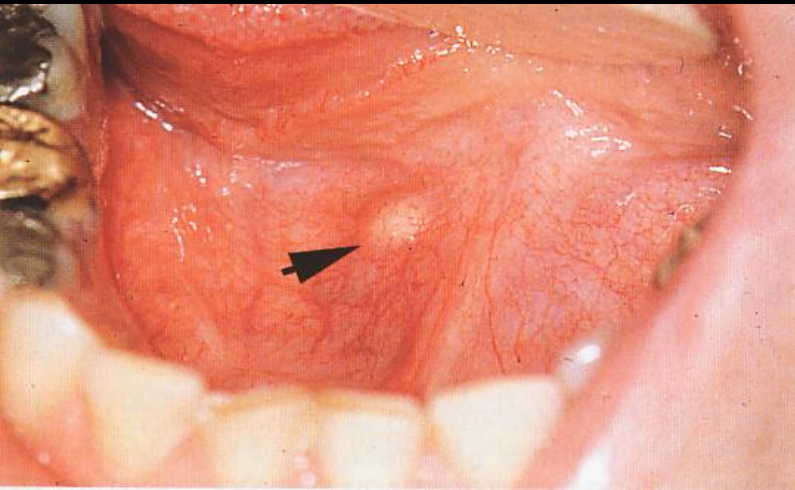
7- الكيس اللمفاوي البشري الفموي

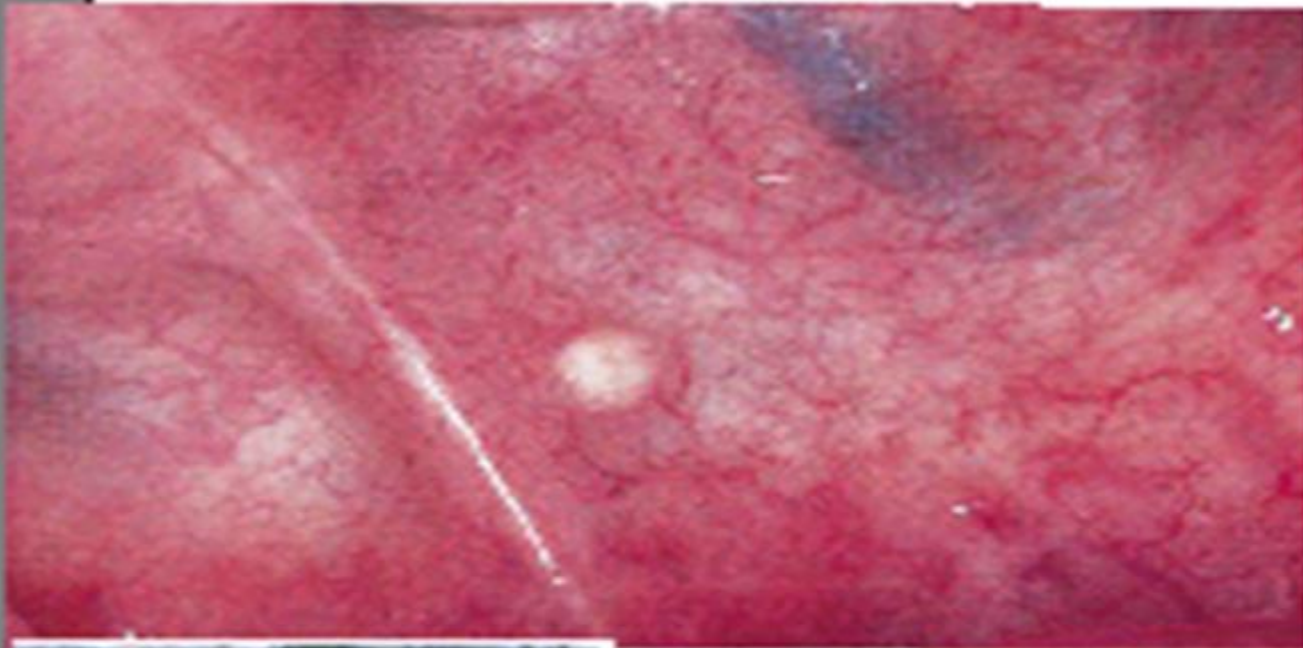
ORAL LYMPHOEPITHELIAL CYST

- النسيج اللمفية الفموية لها علاقة مع المخاطية الفموية حيث تنغمد هذه البشرة الى النسيج اللوزية والتي ينتج عنها كيس مصمت أو سرداب لوزي والذي يمكن أن يمتلأ بالبقايا القرنية ، هذا السرداب اللوزي يمكن أن يغلق أو يتضيق على السطح ، والذي ينتج عنه كيس ممتلئ بالكيراتين يتوضع ضمن النسيج اللمفي تحت المخاطية الفموية .

• العلامات السريرية :

- يتوضع على شكل كتلة صغيرة تحت المخاطية والتي عادةً حجمها أقل من 1سم
- يمكن أن يظهر الكيس قاسياً أو ليناً على اللمس ، تكون المخاطية المغطية رقيقةً وغير متقرنة ، لونها أبيض أو أصفر وتحتوي عادةً على تقرن متجبن أو كريمي القوام، ويكون غير عرضي فقط يشعر المريض بانتباج .
- الألم نادر ولكن يمكن أن يحدث نتيجة الرض .
- يمكن أن يتطور عند الناس في أي عمرٍ ولكن أكثر شيوعاً عند البالغين .





الكيس اللمفي البشري





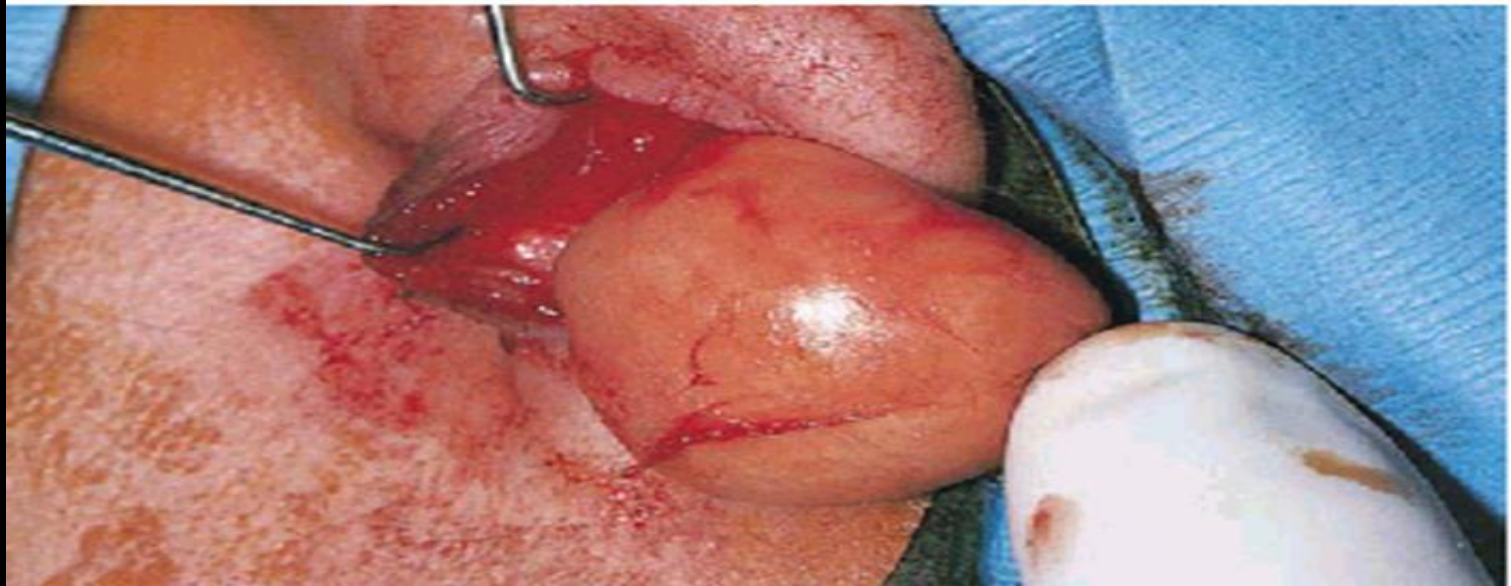
Lymphoepithelial Cyst ¹⁶⁹

الكيس المشبه بالبشرة (الكيس البشرواني) Epidermoid Cyst

- كيس جلدي يحوي لمعةً مبطنةً ببشرةٍ رصفيةٍ مطبقةٍ متقرنةٍ.
- المنشأ : ينشأ هذا الكيس عن بقايا بشروية جنينية ، تتواجد على الخط المتوسط ، أثناء التحام الأقواس الغلصمية الأولى والثانية (الفكي السفلي واللامبي) .
- غالباً ما تنشأ هذه الأكياس بشكلٍ عفوي (تحوي اللمعة سائلاً مادةً مخاطيةً – كيراتين ..

➤ سريرياً : أكثر ما يظهر لدى الشباب .

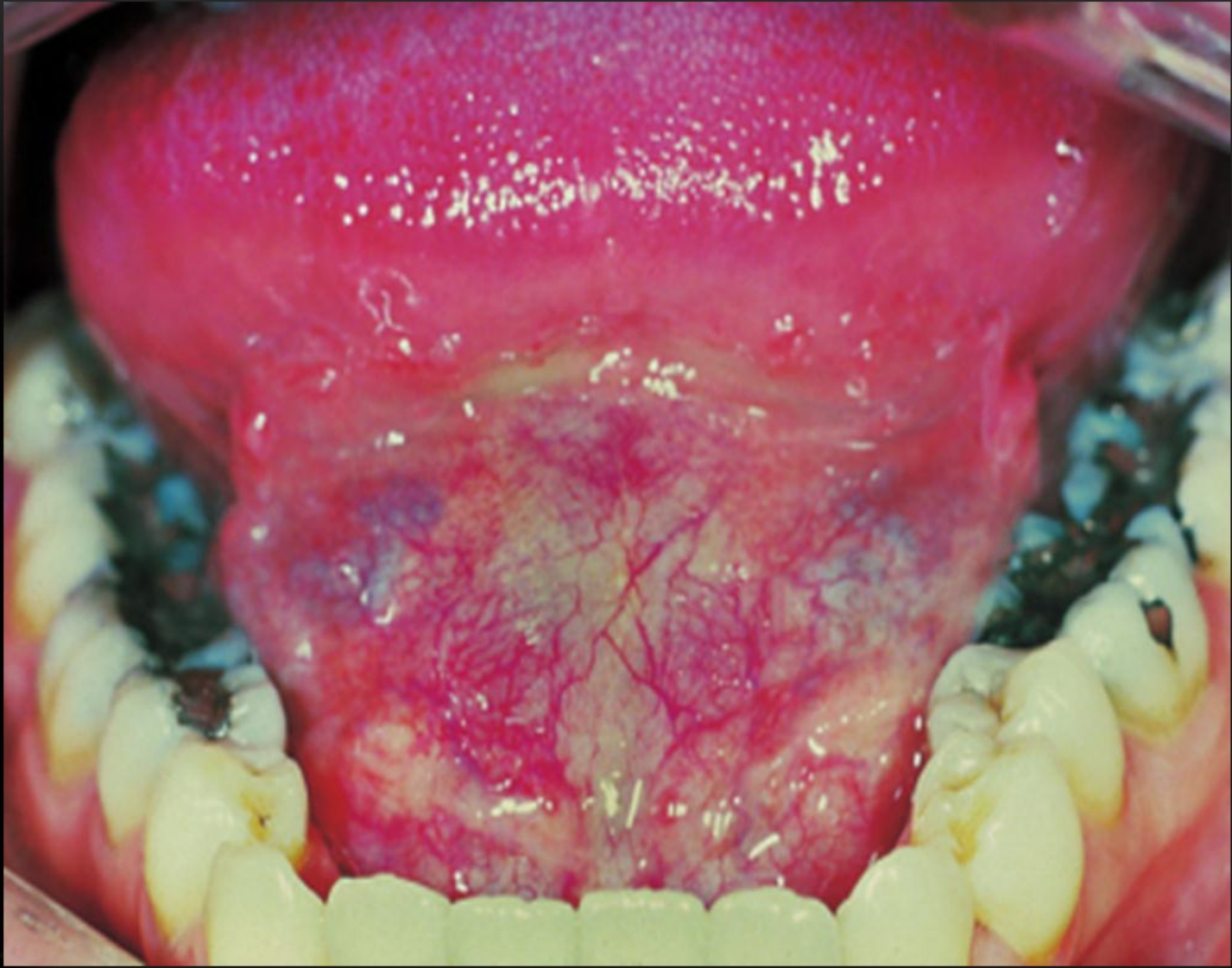
- يظهر بشكل أساسي على الجلد ، و أحياناً يشاهد على المخاطية الفموية .
- في حال نشوء هذه الأكياس على المخاطية ، فإنها تتوضع في الجزء الأمامي لأرض الفم على الخط المتوسط ، والمنطقة تحت اللسانية ، كما يمكن أن تحدث في قبة الحنك .
- الكيس غير مؤلم ، بطيء النمو، حجمه أقل من 2 cm وقد يمتد إلى عدة سنتيمترات .
- قد يصاب الكيس بإنتان ، فيفتح بواسطة ناسور داخل الفم أو على الجلد .
- العلاج : الاستئصال الجراحي الكامل ، والكيس عادةً غير ناكس .



الكيس المشبه بالبشري

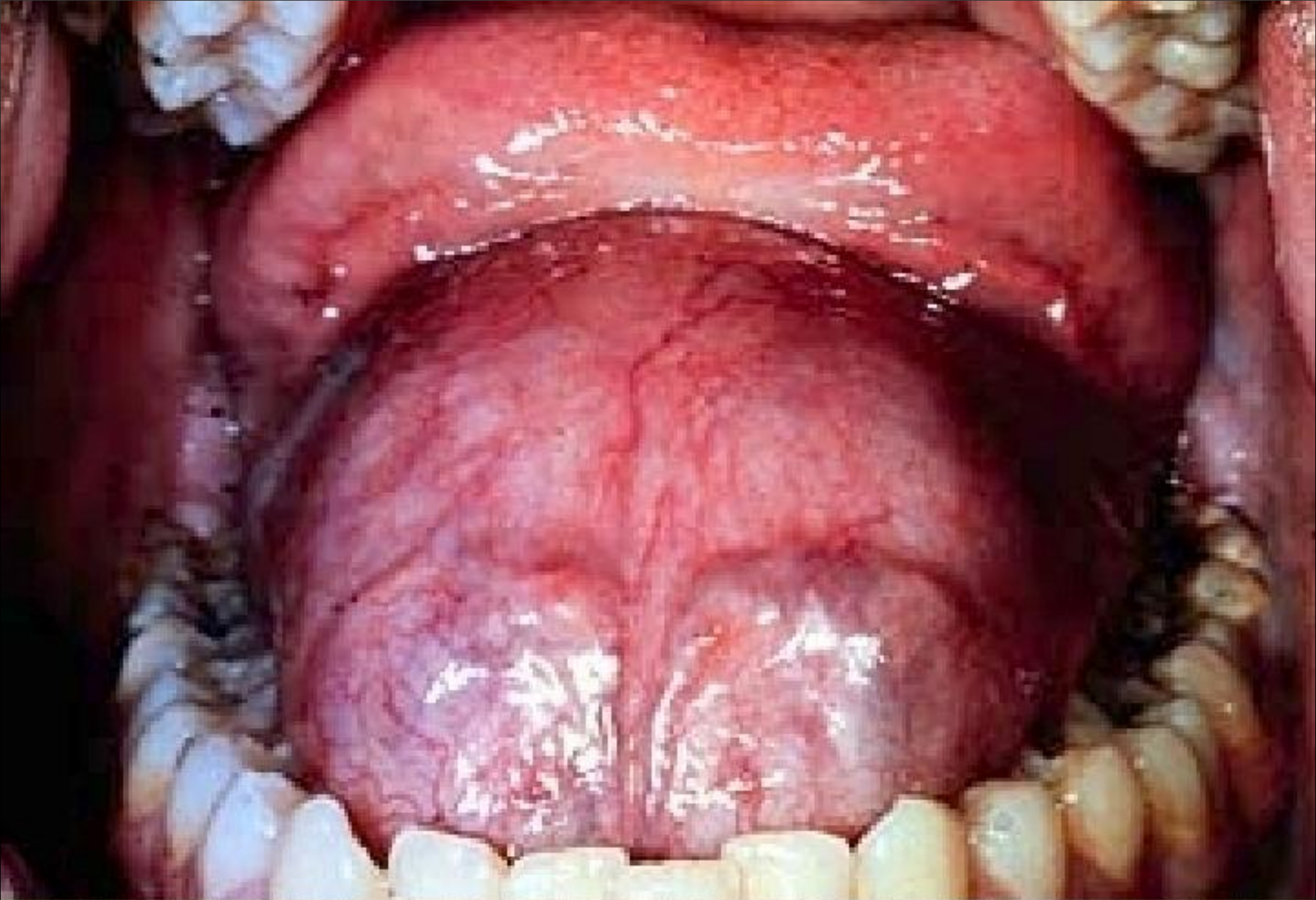


الكيس المشبه بالبشروي/الفروة/





Dermoid Cyst



Dermoid Cyst



Dermoid Cyst

RETENTION TYPES الأكياس الإحتباسية

• الكيسة المخاطية الإحتباسية : Mucocele

• الكيس الضفدعي (تحت اللساني) : Ranula

MUCOCELE: الكيسة المخاطية الإحتباسية

- تنتج عن انسدادٍ في قناة الغدد اللعابية وغالباً ما تتوضع في الشفة أو الخد أو قاع الفم ويمكن أن تتوضع أيضاً في الجزء الأمامي من اللسان حيث توجد غدد لعابية صغيرة في الجزء الأمامي من سطح اللسان .

❖ **سريريا** يكون على شكل انتباجٍ مدورٍ أو بيضوي صغيرٍ ومتموجٍ وأحياناً يكون ذو لونٍ مزرقي وبالتالي يمكن أن نخطئ في تشخيصه كورم دموي.

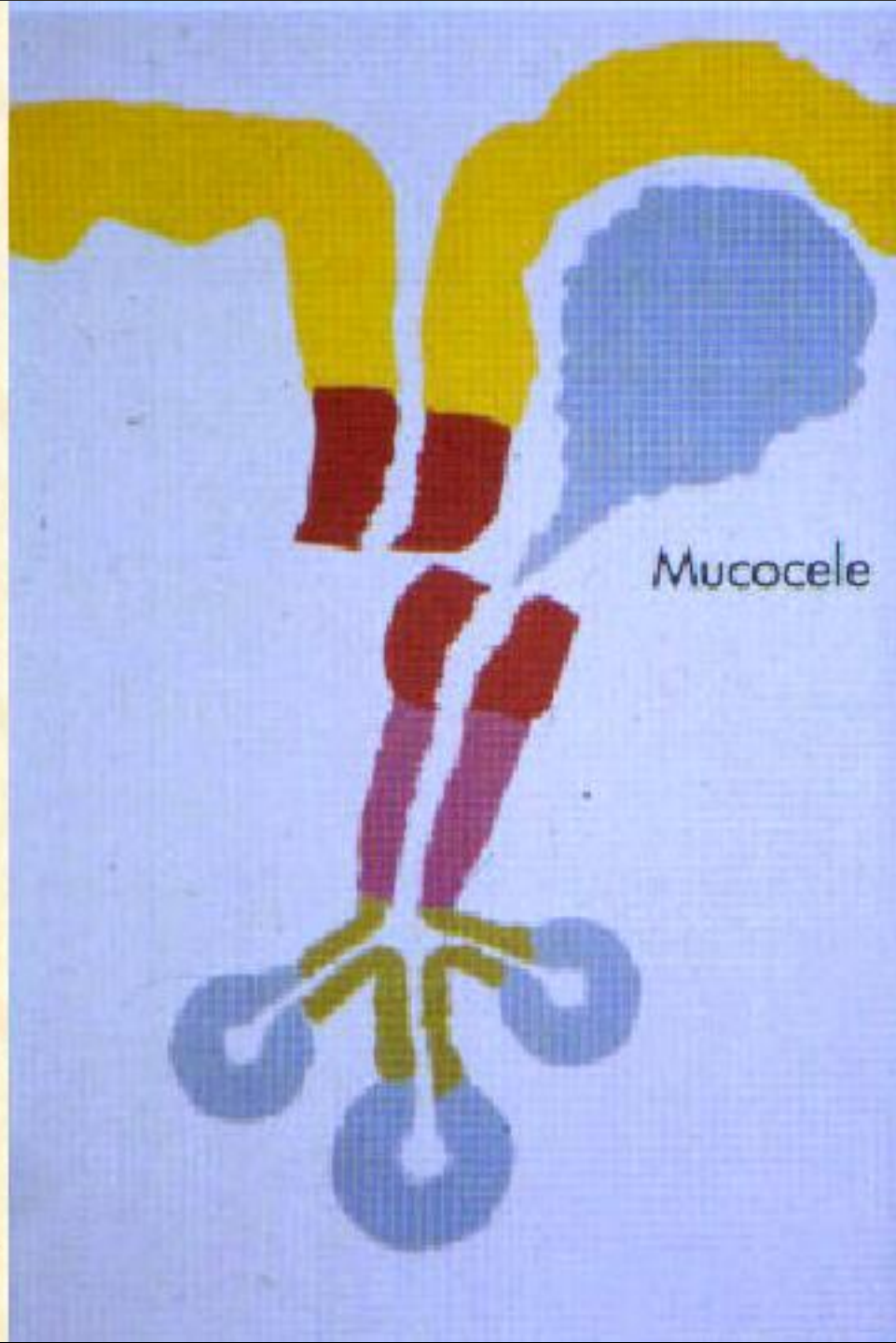


- يتحرك هذا الكيس بحرية تحت الغشاء المخاطي ، وغالباً ما ينفجر نتيجة رضٍ أو بشكلٍ عفوي ، كما أنه يتعرض للنكس .



➤ العلاج:

- القيلة المخاطية الصغيرة ... لا داعي للعلاج إذا لم يشتكي منها المريض.
- الكبيرة ... استئصال جراحي عبر شق المخاطية ومحاولة استئصال الكيسة مع كل عنبات الغدة اللعابية ما أمكن بحيث نحاول أن تبقى سليمةً (لا تتمزق) و ذلك بالتسليخ الحذر.



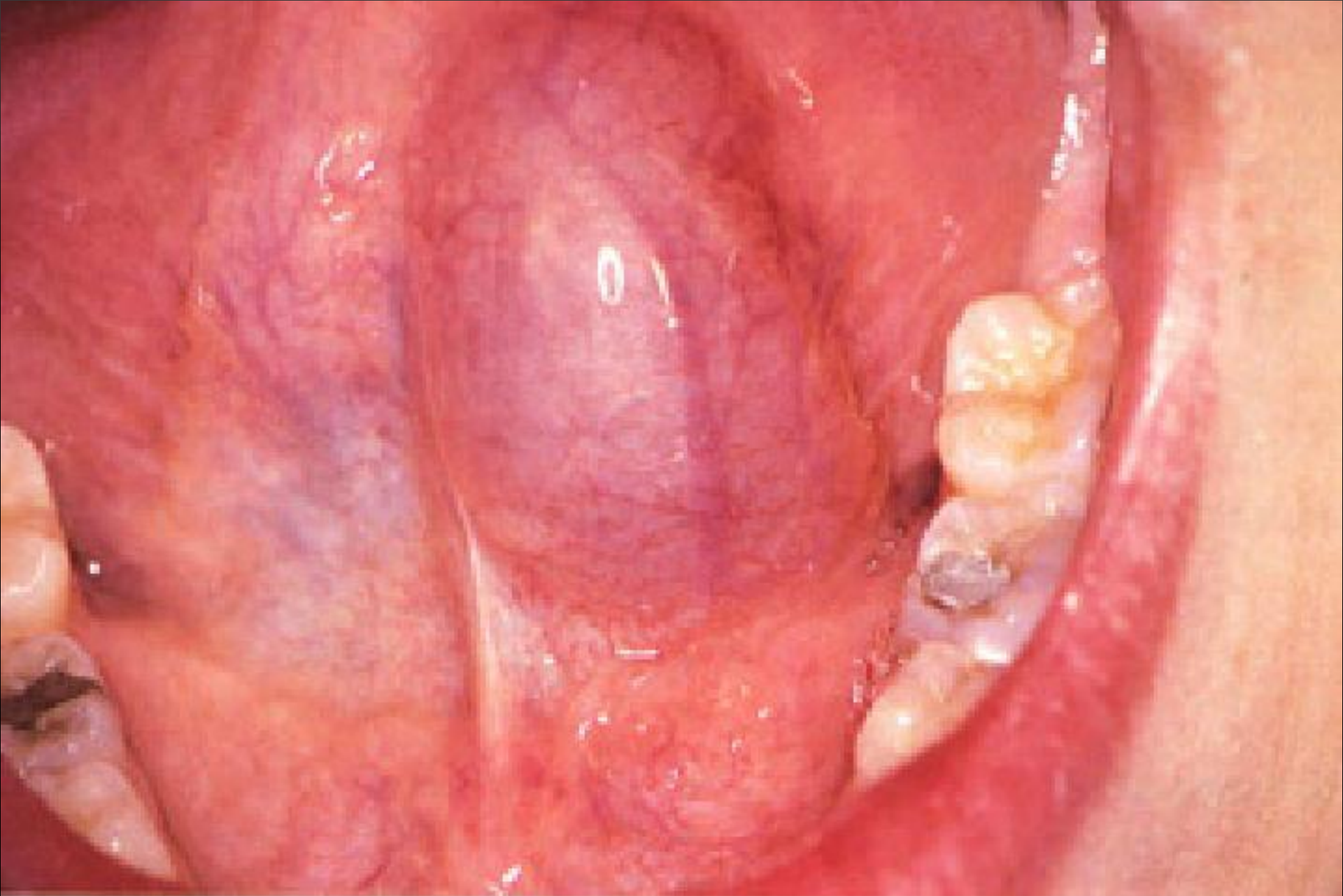
Mucocele



Mucocele



Mucocele



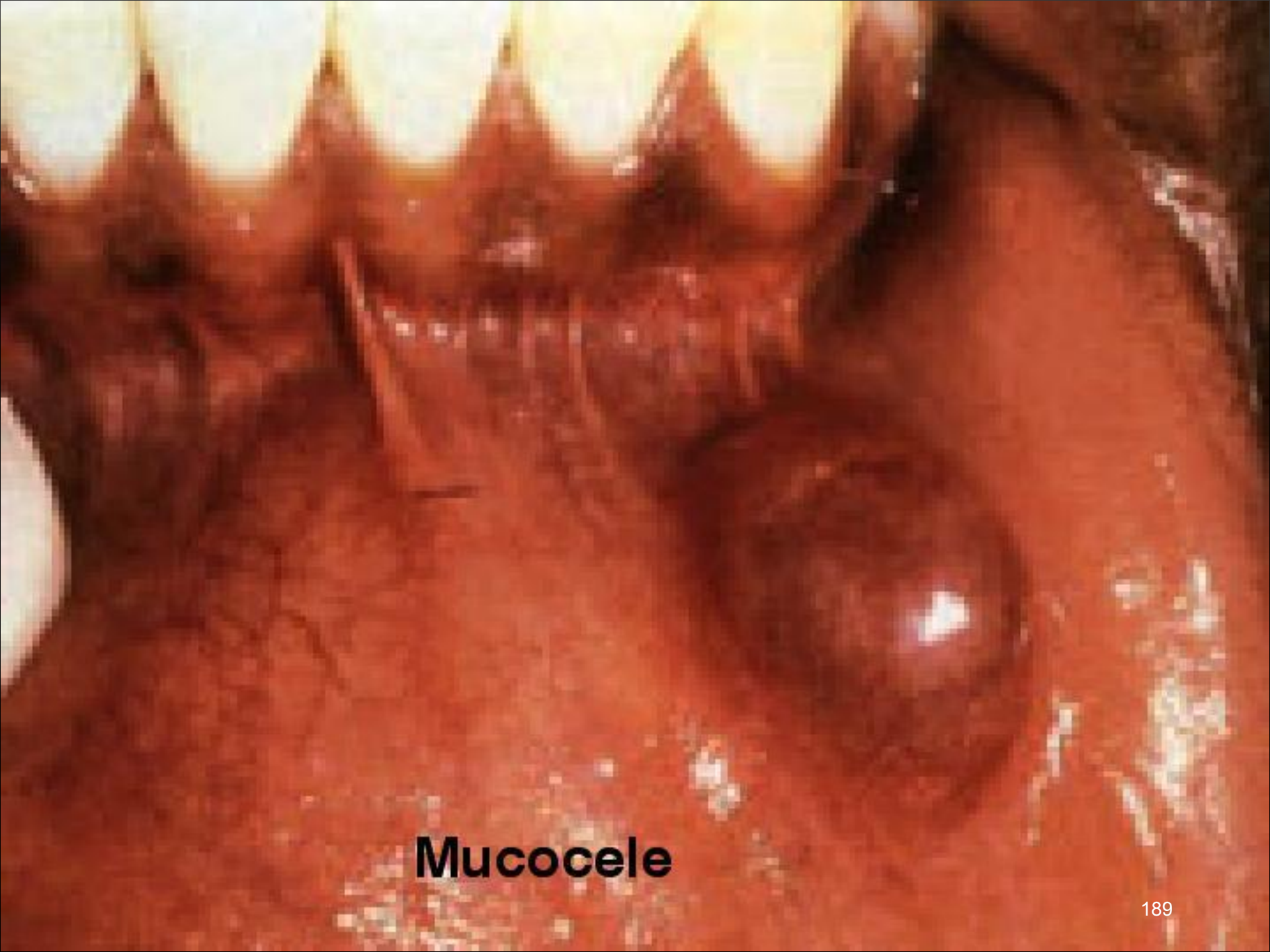
Mucocele



Mucocele



Mucocele



Mucocele

الكيس الصفدعي (تحت اللساني) : RANULA:

- هو كيس يتشكل في قاع الفم وينشأ من الغدة تحت اللسانية ، وهو يتشكل بطريقةٍ مشابهةٍ للكيس المخاطي الإحتباسي ولكنه يملك حجماً أكبر منه .
- الكيس غير مؤلم ولكن يمكن أن يسبب ارتفاع اللسان وتحدد في حركاته ، مما يؤدي إلى صعوبةٍ وأخطاء في النطق ، وهو يميل للتمزق عند تعرضه لأي رضٍ ويخرج السائل المخاطي الكثيف منه والذي سوف يتجمع مرةً أخرى بعد أن تشفى المنطقة. ولا يمكن أن يحدد حجم هذا الكيس من خلال منظره في الفم .



➤ غالباً ليس لها بشرة مبطنة.

➤ حجمه 2- 3 سم.

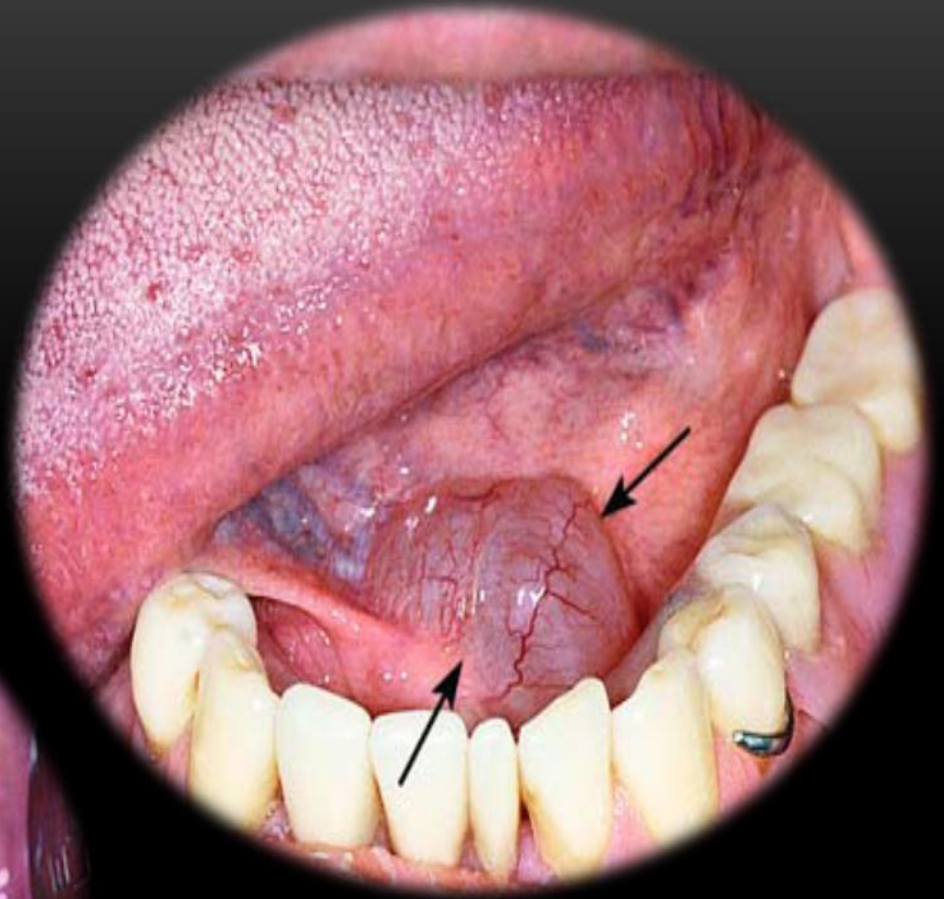
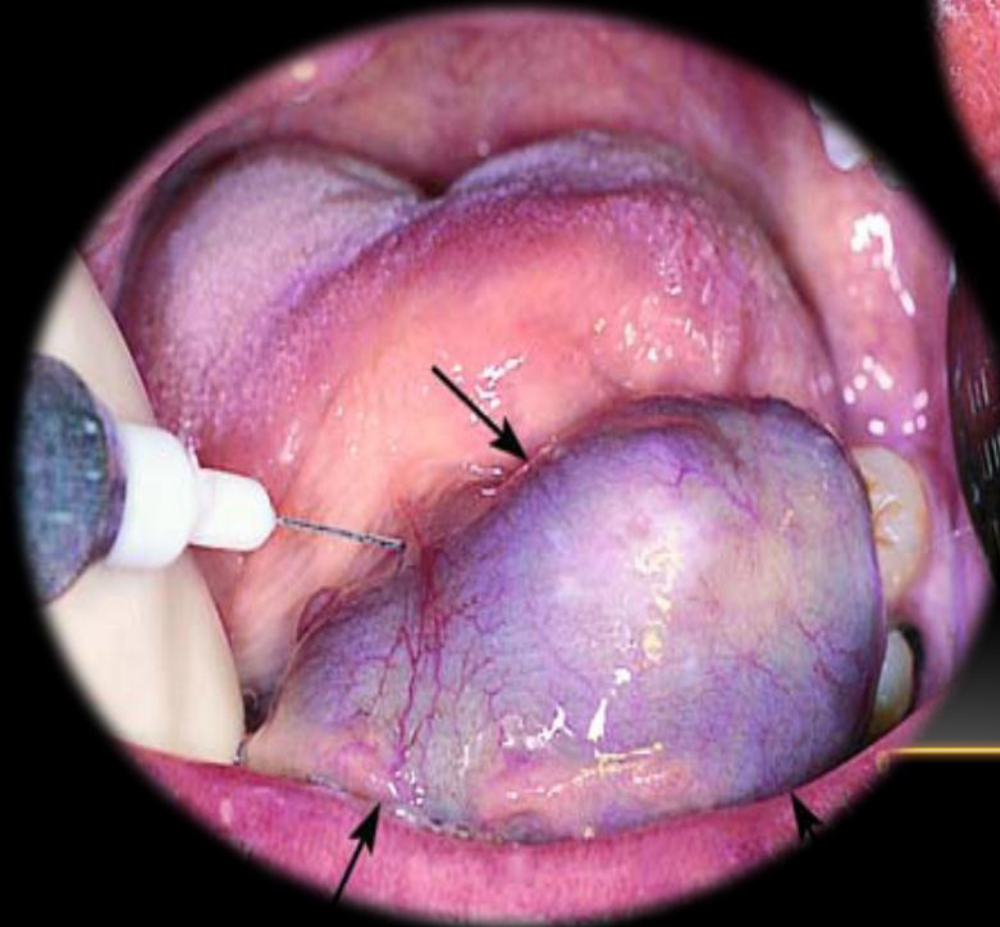
➤ العلاج الجراحي صعب للغاية وخطر أحياناً.

➤ الاستئصال الكامل أو التكوية هما علاجان, ولكن نسبة النكس مرتفعة...

➤ استئصال الغدة تحت اللسانية يمنع النكس.

➤ هنا يتم إجراء شقٍ على طول الغدة, وحشي فوهة القناة.

➤ يجب الانتباه إلى فوهة الغدة تحت الفك والعصب اللساني.



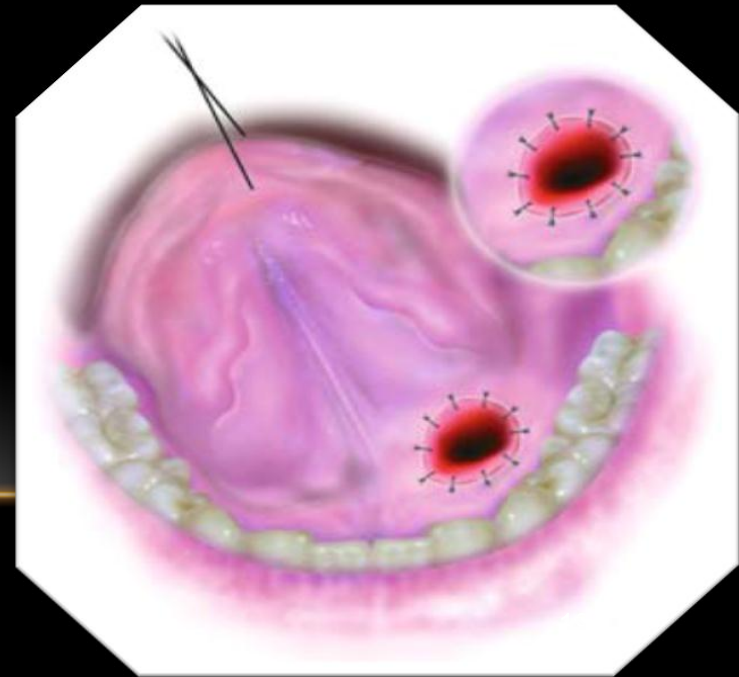
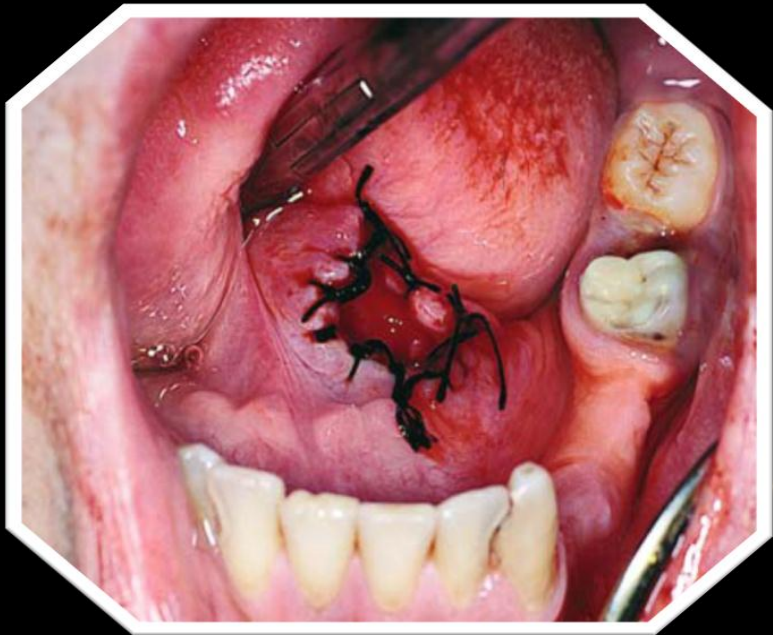
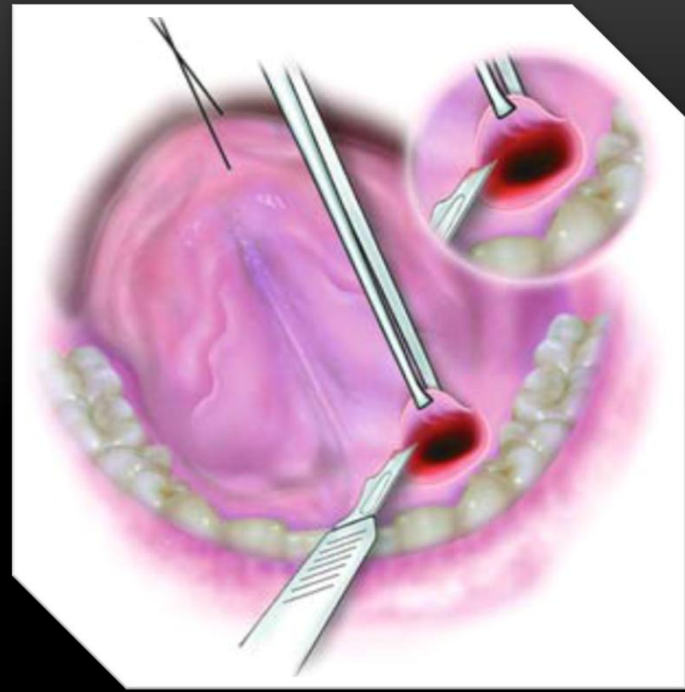
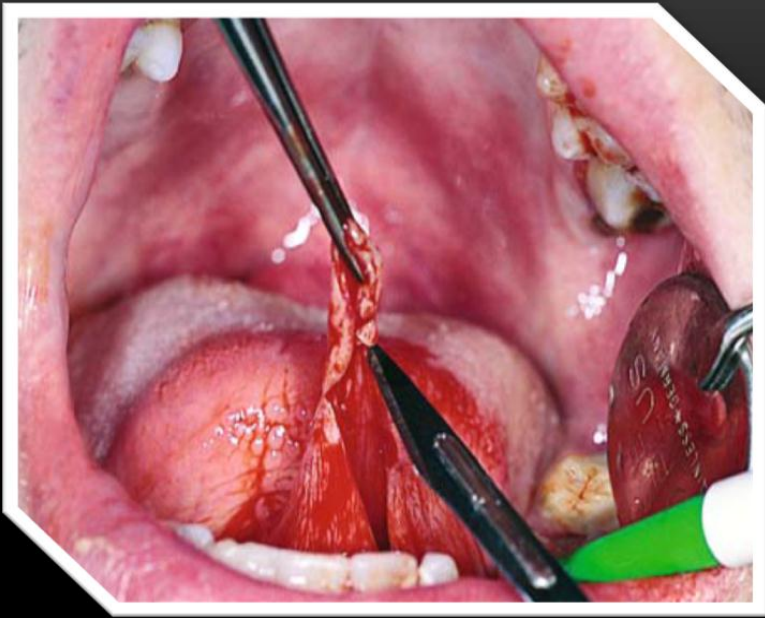




FIGURE 1: Swelling pre-operatively – patient sedated.



FIGURE 2: Mucosal incision.

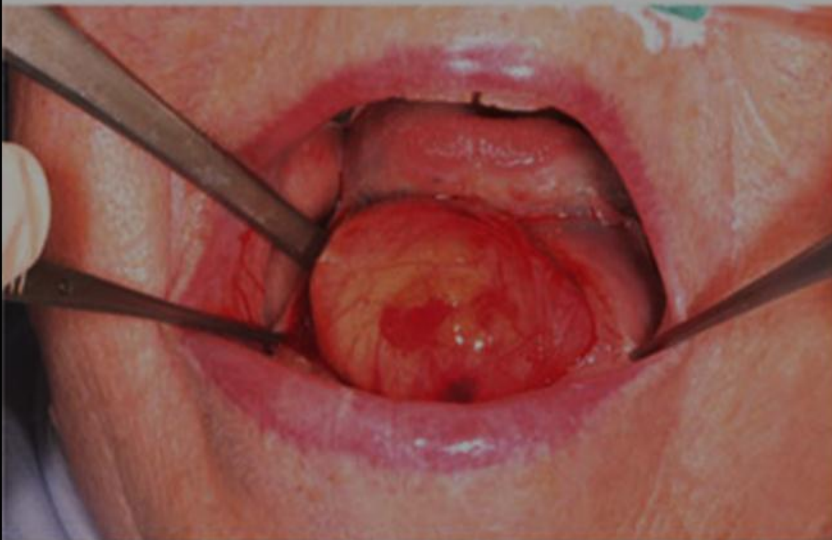


FIGURE 3: Cyst enucleation.



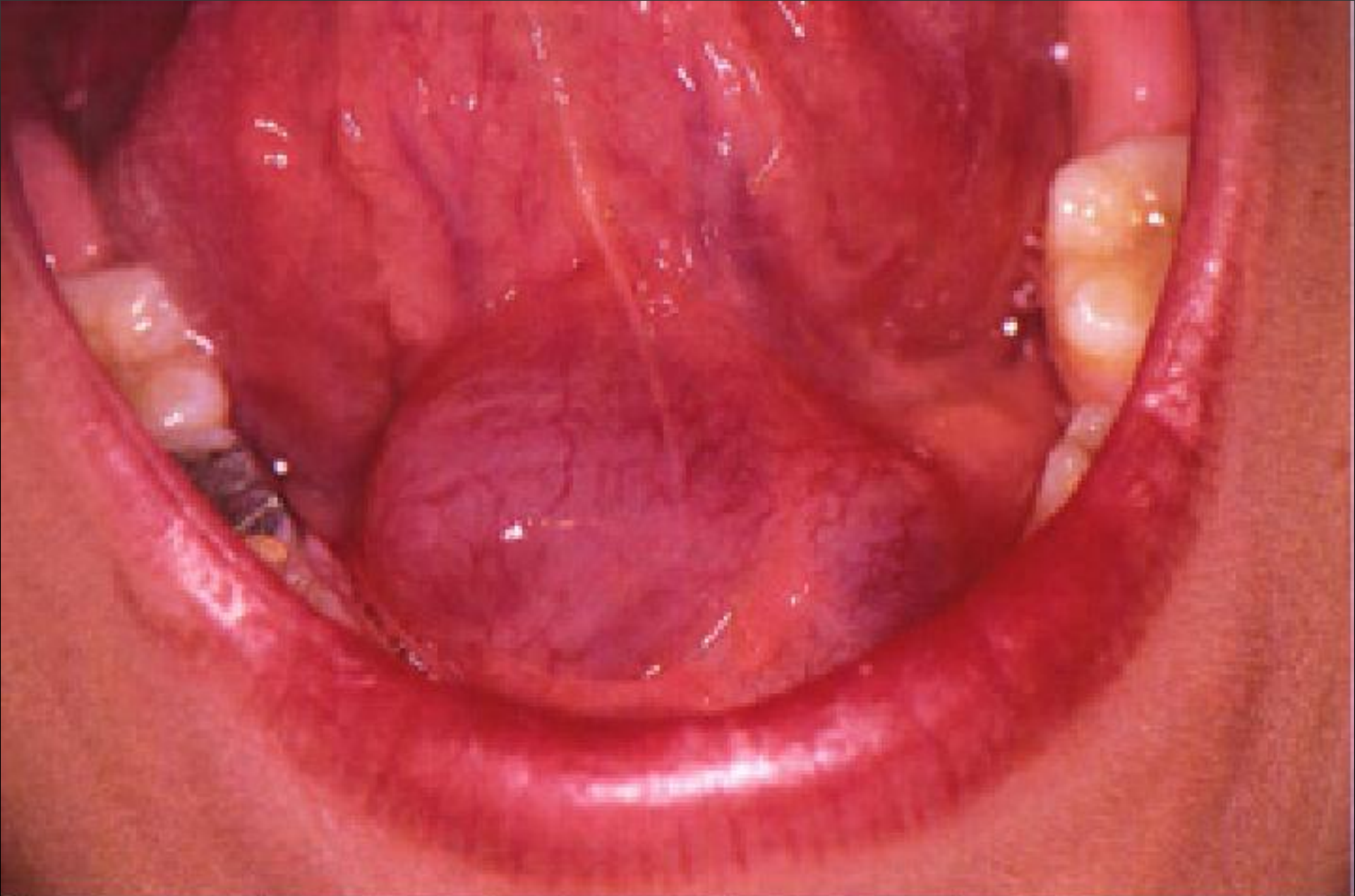
FIGURE 4: Wound bed with surgical.



Ranula



Ranula



Ranula

TRAUOMATIC CYSTS الأكياس الرضية

- وتسمى هذه الأكياس أيضاً بالأكياس الكاذبة لأنها عبارة عن أكياسٍ غير مبطنة بالبشرة
- Nonepithelial Lining Cysts وتحدث ضمن أي عظمٍ من العظام (من بينها عظام الفكين) كنتيجة مباشرة لإصابةٍ رضيةٍ تؤدي إلى نزفٍ دموي وتشكل العلقة التي إذا لم تتعص فإنها تصاب بالتحلل المركزي مشكلةً الكيس الرضي .

• ومن هذه الأكياس :

• الكيس العظمي المفرد Solitary Bone Cyst

• كيس أم الدم العظمية Aneurysmal Bone Cysts

الكيس العظمي المفرد (الكيس النزفي HEMORRAGE CYST)

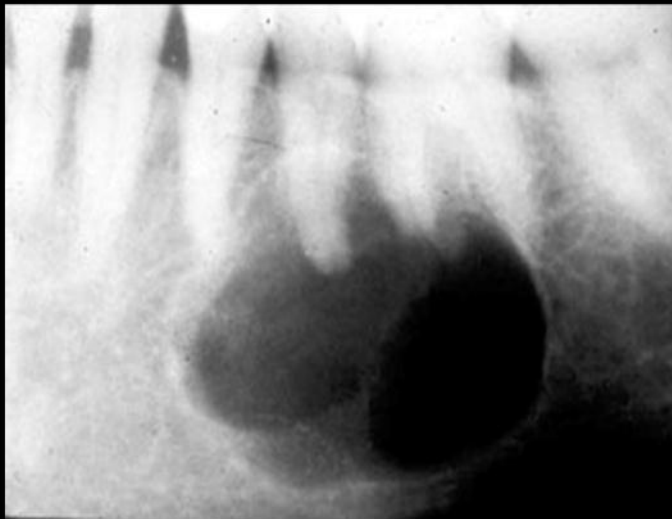
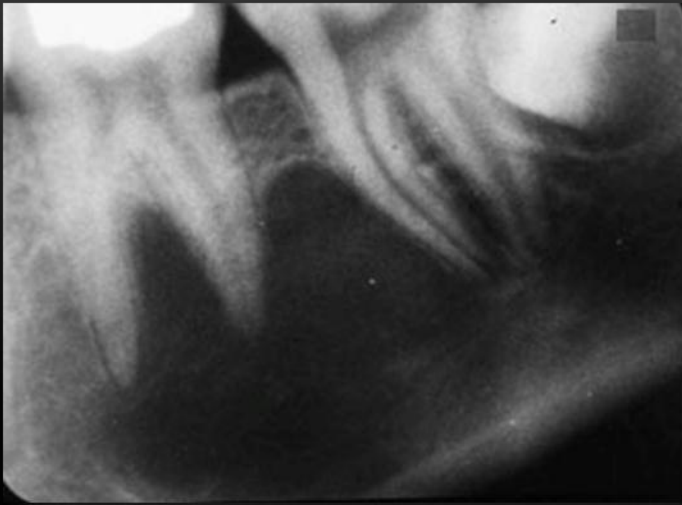
- غالباً ما يشاهد عند المراهقين.
- عبارة عن انتباج غير مؤلم قد يكتشف عن طريق الصدفة وغالباً ما يصيب الفك السفلي ، غير معروف السبب .
لا يملك بطانة بشرية.
- يظهر على شكل جوف فارغ أو يحوي سائلاً شاحباً.
- يعتمد التشخيص على العلامات السريرية بالإضافة الى الموجودات أثناء العمل الجراحي .

• المظاهر السريرية :

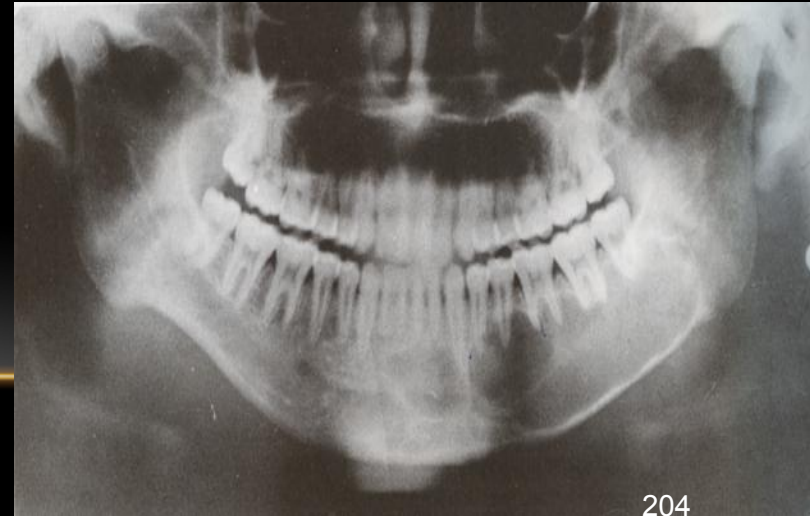
- نادراً ما يتظاهر سريريا بأية أعراض ، لكن في 25% من الحالات يؤدي إلى تورم في الفك أما الألم وفقدان الحس في العصب السنخي السني فيحدث في 10% من الحالات ..

• العلامات الشعاعية :

- شفوفية مدورة تملك صفتين مميزتين : الأولى أنّ منطقة الشفوفية الشعاعية تكون ذات حجم أكبر من الانتباج الموجود ، الثانية أنّ الآفة تمتد إلى منطقة ما بين جذور السن (مفترق الجذور) على شكل أصابع ولا يوجد حواف واضحة كثيفة على الأشعة في هذه المنطقة .



يدعى هذا الكيس أيضاً بالكيس الرضي لأنه ناتج
عن أذية في المنطقة ، وقد يدعى بالكيس النزفي
ويقترح أنه ناجم عن فشل في تعضي الخثرة
وترميم العظم .



➤ رغم أنّ هذه الآفات تتراجع عفويّاً... إلاّ أنّ الخزعة دائماً تجرى للتأكد من التشخيص.

➤ مجرد الفتح لأخذ الخزعة هو علاج لهذا الكيس... لأن أي شيء يحرض النزف داخل الجوف هو الحل.

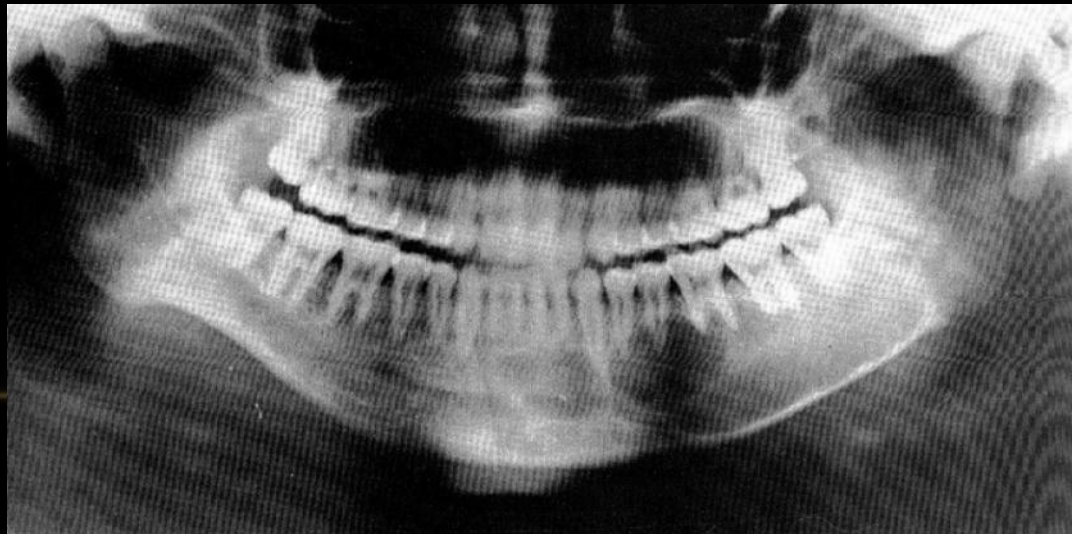
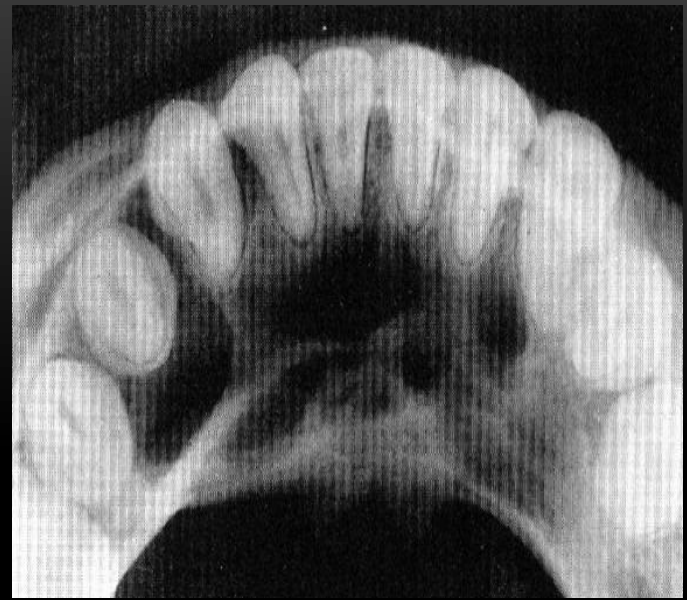
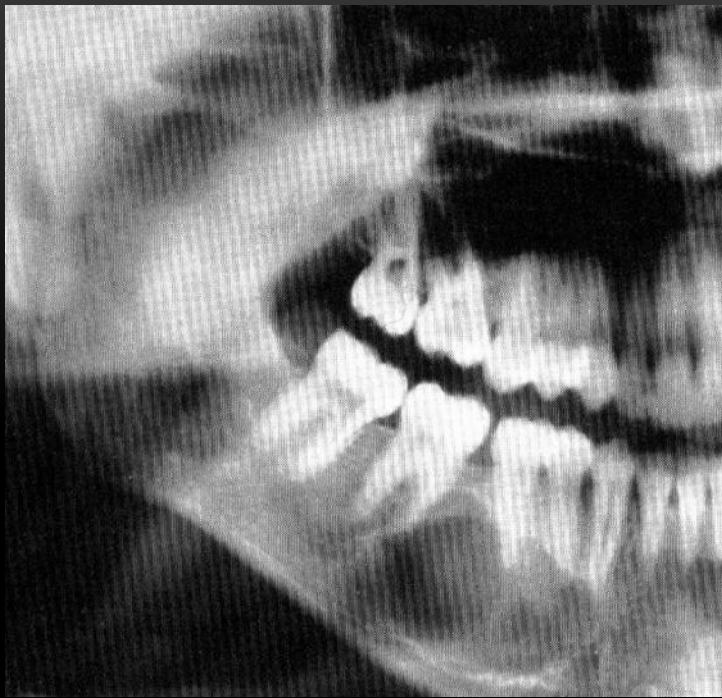
➤ العلاجات المقترحة تراوحت من عدم العلاج نهائياً، إلى التجريف، إلى حقن دم ذاتي، إلى دك إسفنج الجيلاتين المرقى القابل للامتصاص.

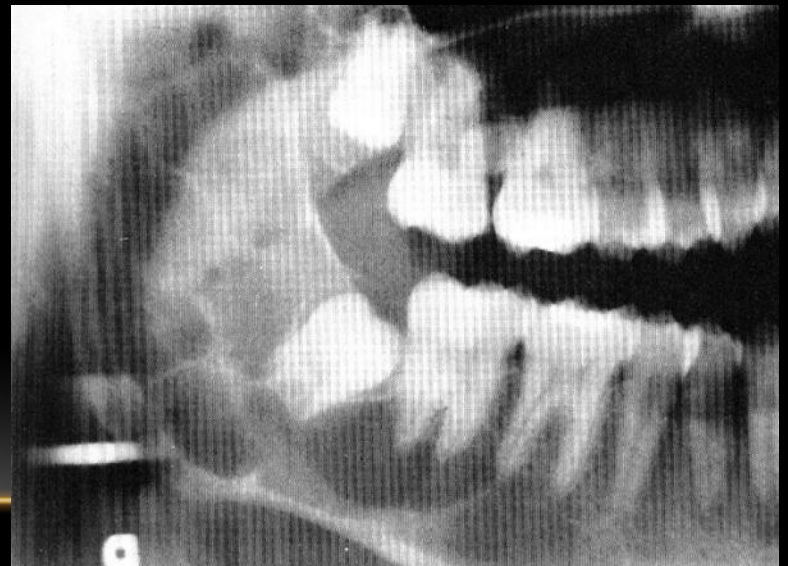
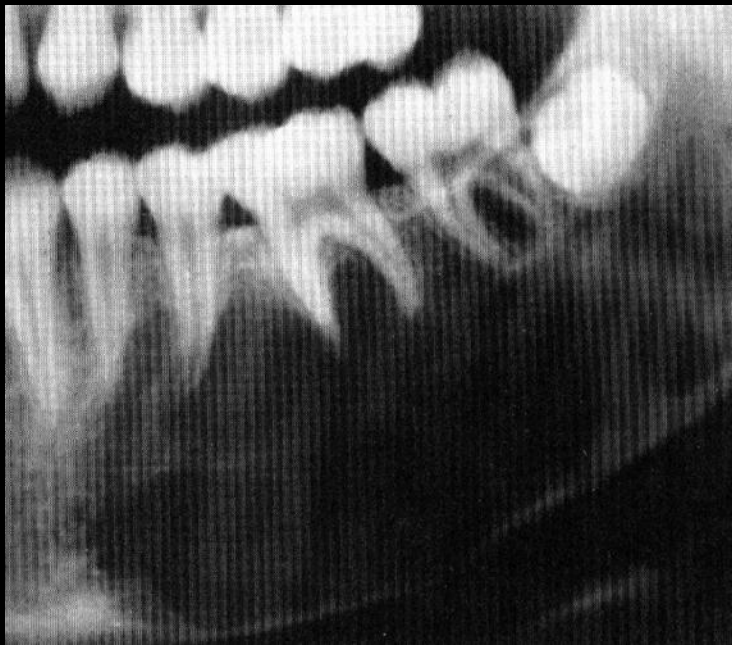
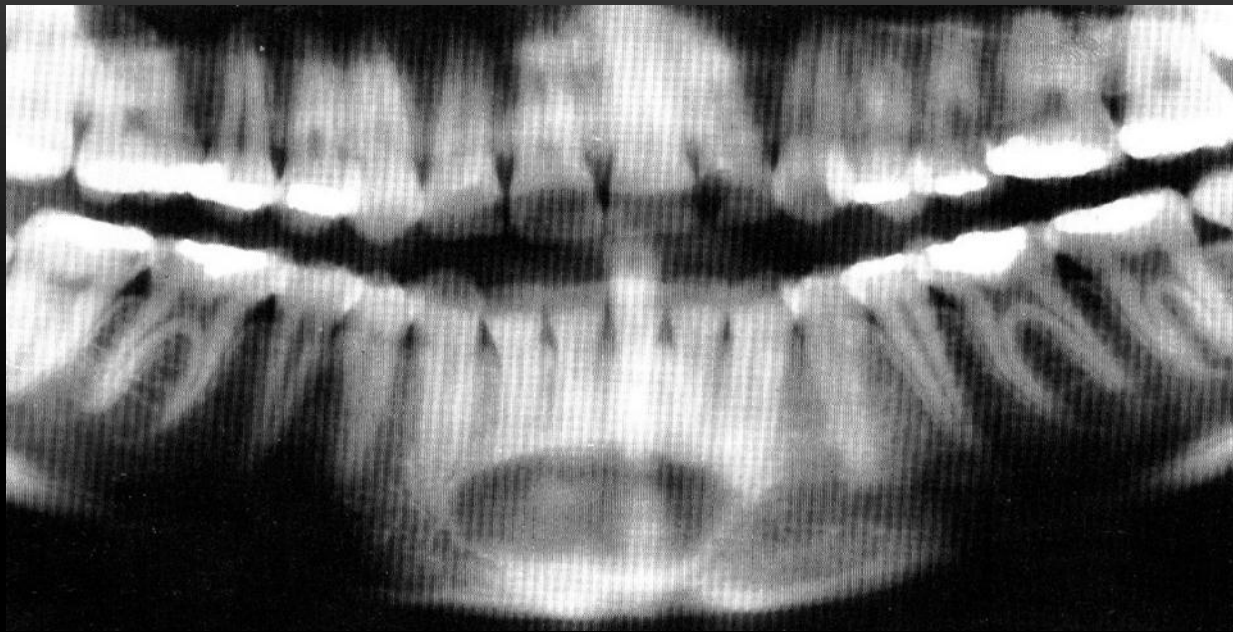
➤ **النكس نادر للغاية.**



TRAUMATIC BONE CYST

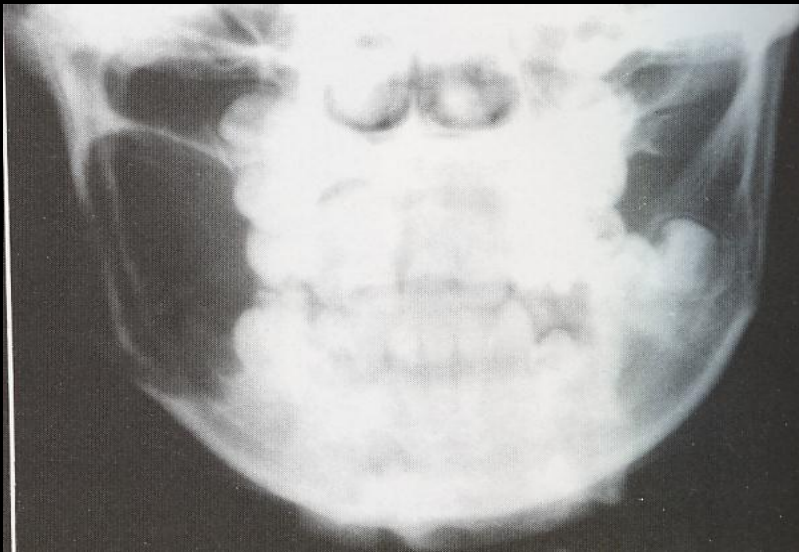






كيس أم الدم العظمية

- تشاهد هذه الآفة عند اليافعين و الأطفال . تتألف هذه الآفة من أجواف متعددة مملوءة بالدم وأيضاً بدون بطانة بشرية . نشوء هذا الكيس غير معروف. يتوضع هذا الكيس بشكلٍ خاصٍ في العظام الطويلة والعمود الفقري أما في عظام الفكين فإنه غالباً ما يتوضع في الفك السفلي في منطقة جسم الفك السفلي و الشعبة الصاعدة .



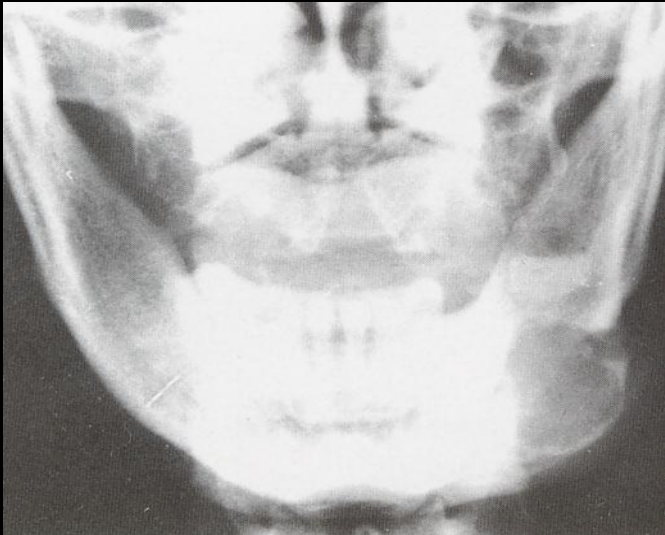
• المظاهر السريرية :

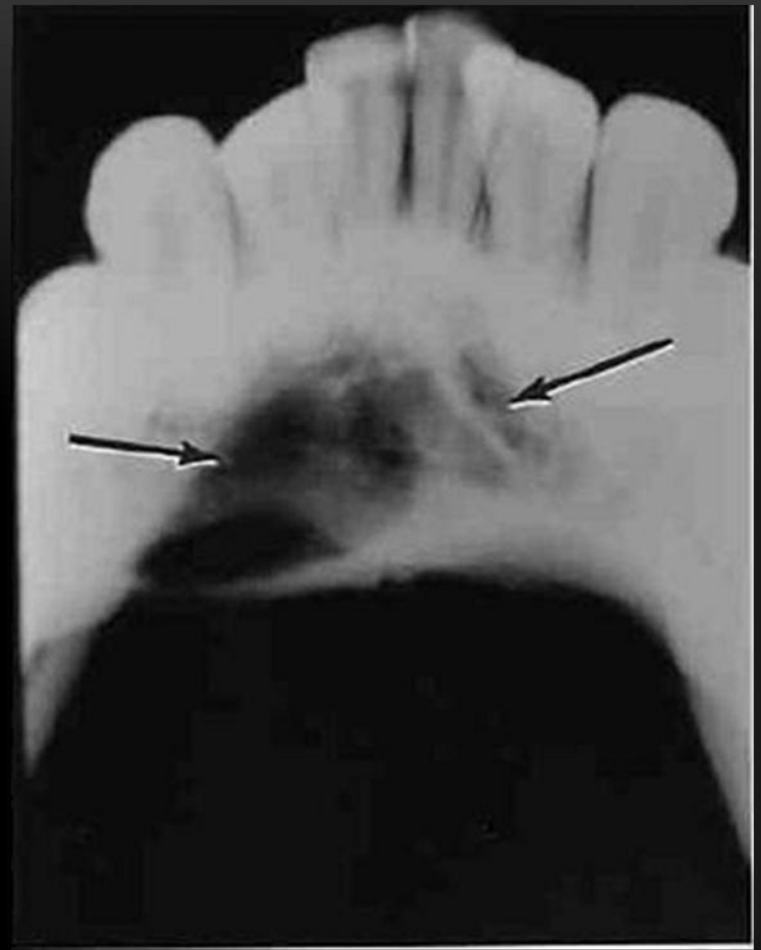
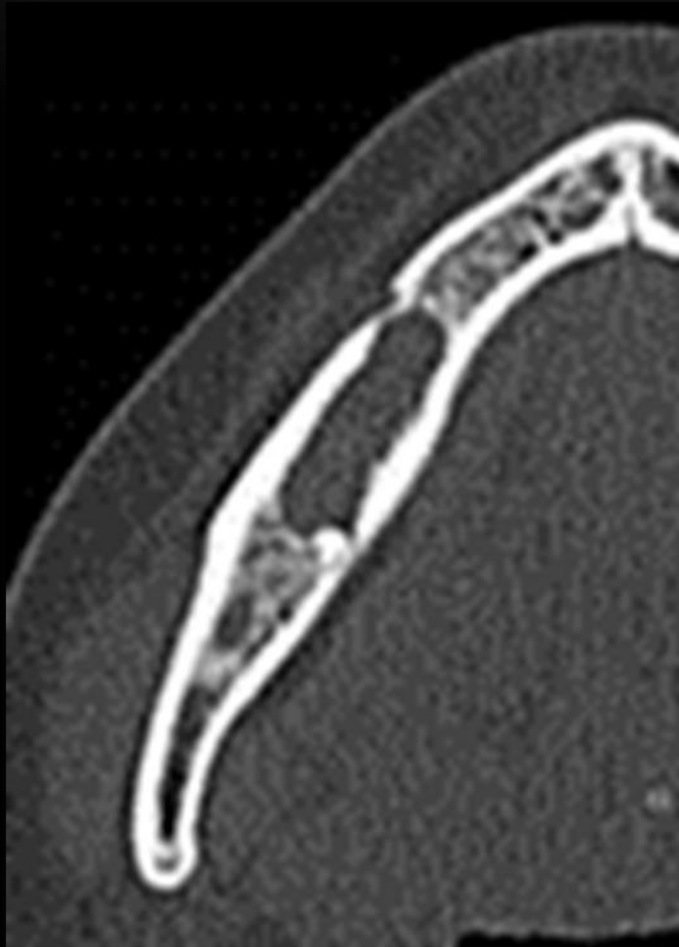
- تورم بسبب التمدد العظمي مع ألم و فرقة عند الجس وفي الحجوم الكبيرة ينتفخ الفك كالبالون وهذا بسبب تخرب وانتقاب في الصفيحة القشرية .

العلامات الشعاعية :

كتلة واسعة شافة على الأشعة، قد يكون وحيد الحجر أو متعدد الحجر وفي كثيرٍ من الحالات نجد تشكلاً عظمياً ارتكاسياً وهذا ما يعطي صورةً من الشفوفية و الظلالية الشعاعية .

لا يغزو الكيس القناة السنية السفلية وإنما يسبب انحرافها . أما الأسنان المجاورة فقد يسبب انزياحها أو حتى امتصاصاً في جذورها .





➤ العلاج: الاستئصال الكامل مع التجريف الواسع.

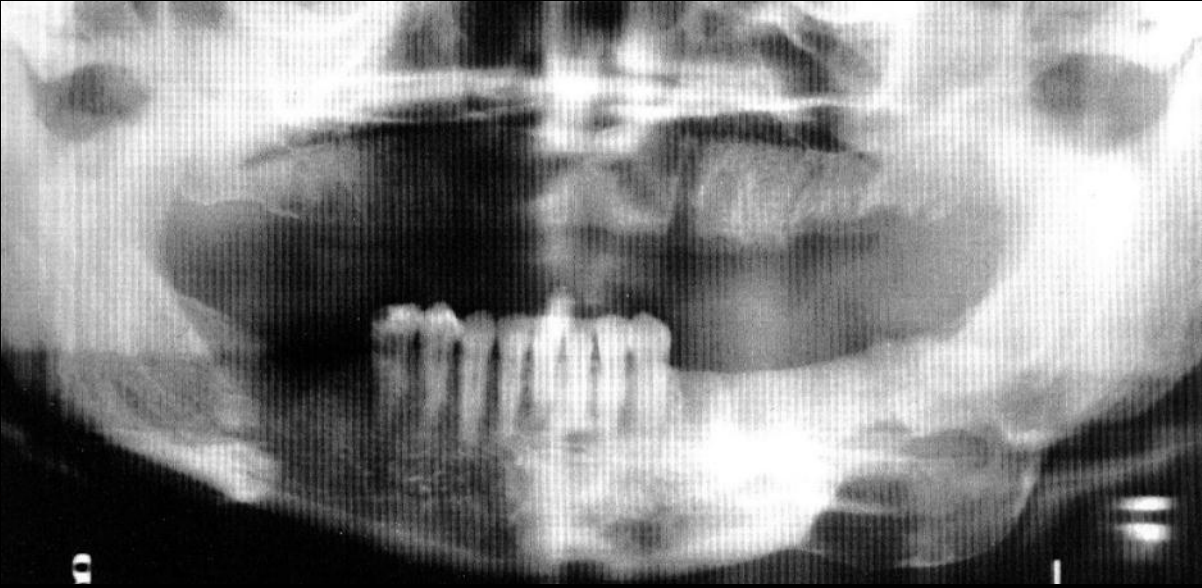
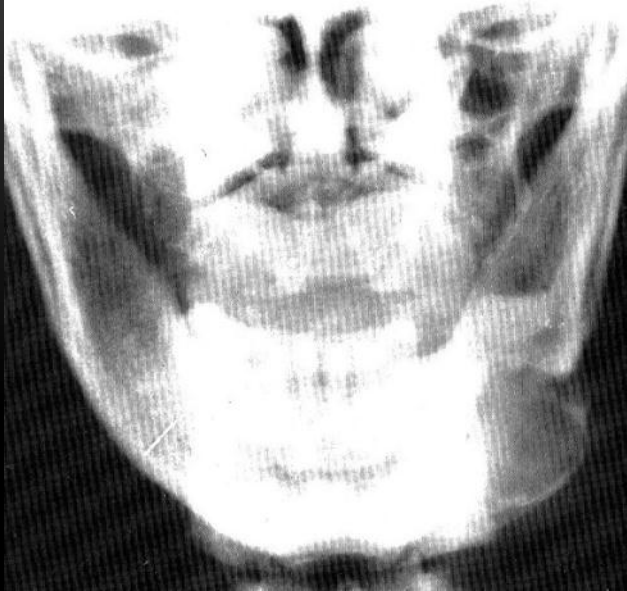
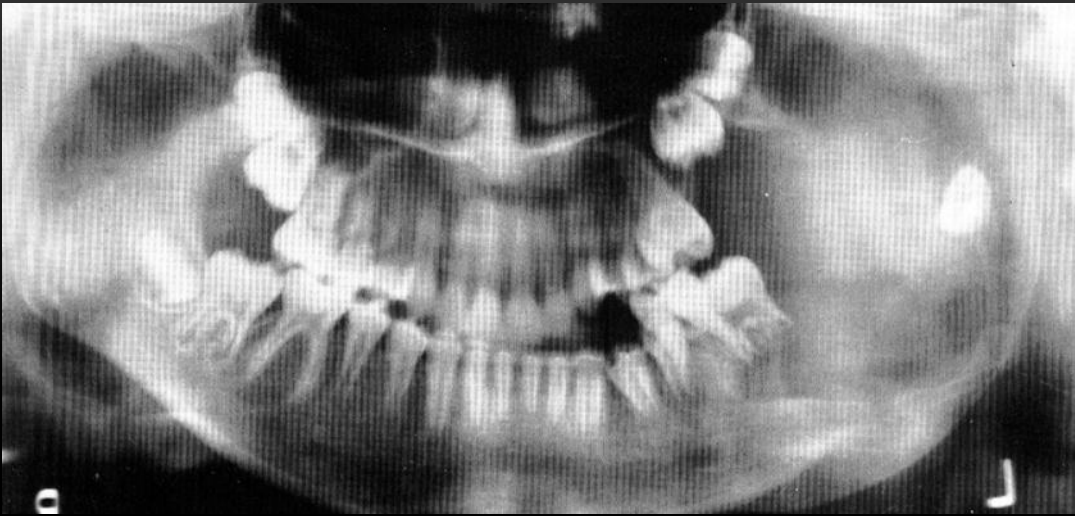
➤ نسبة النكس عاليةً قد تصل إلى 60% وبالتالي المتابعة المستمرة للمريض هامةً.

➤ الأكياس التي ترافقت مع **central giant cell granuloma** كانت نسبة النكس فيها أقل بعد المعالجة المحافظة.

➤ بالتخدير العام وبعد رفع الشريحة وإزالة الجدار الرقيق (مثل قشرة البيضة) يتدفق الدم الوريدي الغامق وقد يكون غزيراً ومن الصعب السيطرة عليه إلى أن يتم تجريف كامل الكيس.

➤ يمكن إشراك المعالجة بالتبريد **cryosurgery**

➤ يمكن تحديد الشريان المغذي بواسطة التصوير الظليل للأوعية وذلك لربط الشريان المغذي وتقليل النزف .



تجويف ستافني العظمي Stafne's Bone Defect

- ليس كيساً لكن يظهر بشكل كيسٍ على الأشعة.
- قد يختلط مع الكيس العظمي الرضي.
- لكن **Stafne cavity** يتواجد تحت القناة السنية السفلية بينما الكيس الرضي تقريباً دائماً فوق القناة...
- دائماً غير عرضي ويكتشف مصادفةً بالفحص الشعاعي.
- دائري أو بيضوي، من 1 – 3 سم.
- تحت منطقة الرحي الثالثة السفلية.



- غالباً ما يصيب الرجال.
- التشخيص كافٍ على الصورة الشعاعية ولا داعي للخزعة.
- إذا تمّ الفتح الجراحي فستتم ملاحظة أنه ليس التجويف ليس تماماً داخل العظم, بل ثلثة على السطح اللساني تحوي فرعاً من الغدة اللعابية تحت الفك.
- يمكن أن يتم التأكيد بواسطة التصوير الظليل للغدة اللعابية **sialography** والذي سيظهر امتلاء التجويف بالمادة الظليلة, كما يمكن إجراء **MRI**.

❖ المعالجة غير ضرورية



STAFNE BONE CYST



طرق معالجة الآفات الكيسية

العلاج الوقائي: يكون بإتقان المعالجة اللبية للأسنان والحشو الجيد في منطقة الذروة , أو بقلع الأسنان المعالجة لبياً والمتموتة وغير قابلة للترميم وتجريف السنخ بعد القلع.

العلاج الشافي : ما أن تكتشف الأكياس سريراً يجب علينا أن نكمل الفحص السريري بالفحص الشعاعي الكامل والمناسب. وبشكلٍ عامٍ كل كيس يجب أن يعالج مباشرة جراحياً.

إلا في بعض الحالات التي تستوجب الانتظار كوجود مضاد استطبابٍ مؤقتٍ يؤخر عمل التداخل الجراحي عام أو موضعي.

قبل البدء بالمعالجة لا بد من إجراء دراسة سريرية تشريحية وشعاعية.

الهدف من هذه الدراسة تحديد مكان الكيس وحجمه وتحديد اتجاهه بالأبعاد الثلاثة وتحديد وجود ألم أم لا.

يتم الفحص السريري عادة بواسطة المناظرة والجس حيث يمكننا من تحديد النقاط التالية :

علاقة الكيس مع السن المسبب

علاقة الكيس مع الأسنان المجاورة

علاقة الكيس مع البنى التشريحية المجاورة : الحفرة الأنفية , الجيب الفكي والقناة السنية السفلية

قد تكون أعراض الاختلاطات هي المؤشر الأول في بعض الأحيان لتشخيص الأكياس الفكية , ويمكن أن تشمل هذه الاختلاطات (الانتانية، الميكانيكية، الانتانات البعيدة، التحول الخبيث)

الطرق الأساسية في علاج الأكياس

1 - طريقة الاستئصال الجراحي لكامل للأكياس enucleation

2 - المعالجة بالتبريد Cryo therapy

3 - طريقة التكوية marsupialization

التكوية

هي أحد أشكال إزالة الضغط من الكيس باستخدام مفجر. غير خلق فتحة ذات حجم كافٍ ذات مقدرة على المحافظة على نفسها. (أكثر من 1 سم بشكلٍ عام التكوية لا يوصى بها كعلاجٍ نهائي للأكياس وخاصة (المتقرن بسبب الاعتقاد بأن المناطق التي سينحسر عنها الكيس ستحتفظ بالنسج المرضية وكان هناك جزم مطلق تقريباً بأن النكس سوف يحدث وبنسبٍ عالية جداً) .

هذه الطريقة بطيئة جداً ويلزم وقتاً طويلاً ليصغر الكيس , يمكن تسريعها من خلال دك شاش يودوفورمي في تجويف الكيس بشكلٍ دوري يبدل كل يومين مع إجراء غسولات منتظمة للتجويف يقوم بها المريض بواسطة محقنة مع الماء

الأوكسجيني 3%.

تستطب هذه الطريقة عند:

1 - أكياس كبيرة يؤدي استئصالها لفراغٍ واسعٍ في العظم
براعم أسنان (أطفال) أو أسنان غير بازغة في الكيس
و بالتالي التكوية تسمح بيزوغ السن عبر الكيس لأنّ
العمل الجراحي يمكن أن يؤدي لخسارتها.

2 - حماية بنى هامة مثل العصب السنخي السفلي
و الجيب الفكي .

3 - مضاد استطباب لاستئصال الكيس .

مميزات التكوية :

- تقنية سهلة .
- حماية التراكيب الحيوية.
- تسمح بيزوغ الأسنان.
- تمنع حدوث الناسور الفموي الجبني أو الناسور الفموي الأنفي.
- تمنع حدوث الكسور المرضية .
- زمن جراحي قصير.
- نزف دموي أقل.
- تساعد على انكماش الكيس.
- تسمح بتشكيل العظم حول الكيس.
- الحفاظ على الحافة السنخية .

سيئات التكوية :

- بقاء النسج المرضية في مكانها لفترةٍ طويلةٍ.
- لا يمكن إجراء الفحص النسيجي لغشاء الكيس.
- مدة شفاء و متابعة طويلة.
- احتمال الحاجة إلى عمل جراحي ثانٍ.
- احتمال دخول فضلات طعامية .
- خطورة تشكل كيسى جديد.

التقييم قبل العمل الجراحي:

يحدد امتداد الآفة بواسطة مجموعةٍ من الصور الشعاعية داخل وخارج فموية.

المدخل الجراحي:

بعد بزل الآفة والتأكد من طبيعتها الكيسية مستبعدين أي احتمالٍ لكونها آفة دموية، ترفع شريحة واسعة مخاطية عظمية مع بطانة الكيس فتشكل نافذةً في جدار الكيس تكفي سعتها لمراقبة جدرانه الداخلية بالعين المجردة.

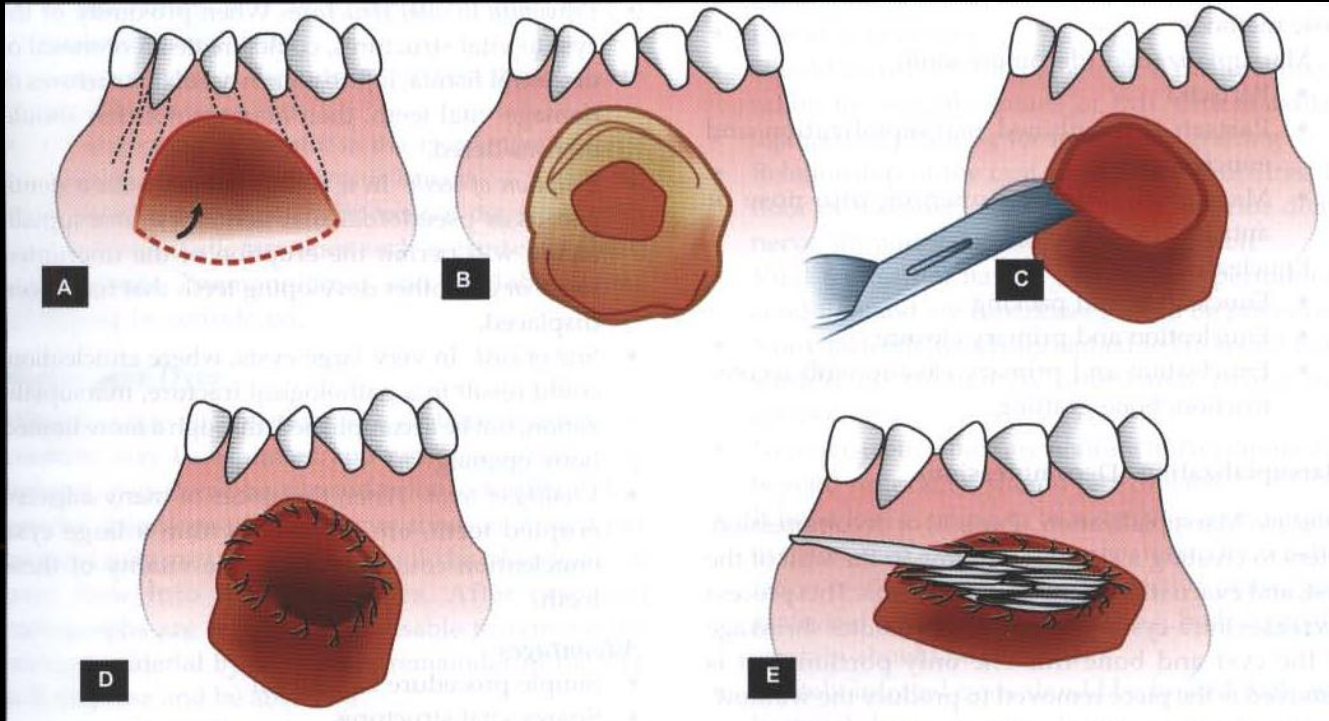
فإذا ثبت وجود الآفة على جدار الكيس نخزعا
ونرسل الخزعة للمشرح المرضي بهدف تحديد
هويتها، وبعد ذلك نقوم بخياطة جدار الكيس إلى
المخاطية الفموية ونسد النافذة بواسطة قضيب
اكريلي، يمنع النافذة من الانغلاق ويسمح لنا بإجراء
الغسولات المتكررة لتجويف الكيس باستخدام الماء
الأوكسجيني 3%.

يتابع بعد ذلك الترميم العظمي، وعندها
نقدر أنّ العظم قد غطى جذور الأسنان
السفلية، نقوم باستئصال بطانة الكيس
بشكلٍ نهائي وإرسالها إلى المشرح
المرضي لدراستها، ونتمم التداخل بإجراء
إغلاقٍ أولي للمنطقة.

التقنية الجراحية :

Partsch I -1

- إجراء الشق الجراحي.
- إزالة العظم المغطي بالسنابل و مقراض العظم .
- عمل نافذة في جدار الكيس بواسطة المشرط (و يتم إرسال الجزء المزال إلى التشريح المرضي).
- غسيل الحفرة الكيسية بالماء الأوكسيجيني 3%.
- خياطة حواف جدار الكيس الباقي مع حواف المخاطية الفموية.



- دك حفرة الكيس برباط شاش عرضه 1,5-2,5 سم مشبع
بمرهم مضاد حيوي أو يودوفورم ، هذا الدك يساعد على منع
دخول فضلات الطعام إلى تجويف الكيس حيث نمسك الشاش
بملقط و نضعه على طول أرض التجويف ثم نقوم بمدّه من جانب
إلى جانب و يثبت بالخياطة و نقوم بتبديله 72 ساعة.

- يعطى المريض تعليمات النظافة و استعمال المضامض الفموية
- استعمال السدادة **Plug** : يمكن استعمال السدادة الأكريلية
لمنع تلوث تجويف الكيس و يجب أن تكون ثابتة حتى لا يتم
استنشاقها أو بلعها .

هذه التقنية ذات مرحلتين تجمع بين التكوية و الاستئصال ، حيث تجري التكوية في البداية ثم عندما يصبح التجويف أصغر نقوم باستئصاله.

الاستطبابات :

- وجود عظم يغطي التراكيب الحيوية المجاورة.
- إذا حدث ملء عظمي بشكلٍ كافٍ أدى إلى تقوية عظم الفك و بالتالي منع حدوث الكسر المرضي أثناء الاستئصال.
- وجود صعوبة من قبل المريض في المحافظة على نظافة تجويف الكيس.

ميزاتها :

- زيادة ثخانة الغشاء الكيسي مما يجعل الاستئصال أسهل.
- حماية التراكيب الحيوية المجاورة .
- حدوث شفاء أسرع من التكوية فقط.
- تسمح بإجراء فحص نسيجي.

سببها :

- خضوع المريض لعمل جراحي ثانٍ .

3- التكوية بالفتح على الأنف أو الجيب الفكي :

ميزاتها :

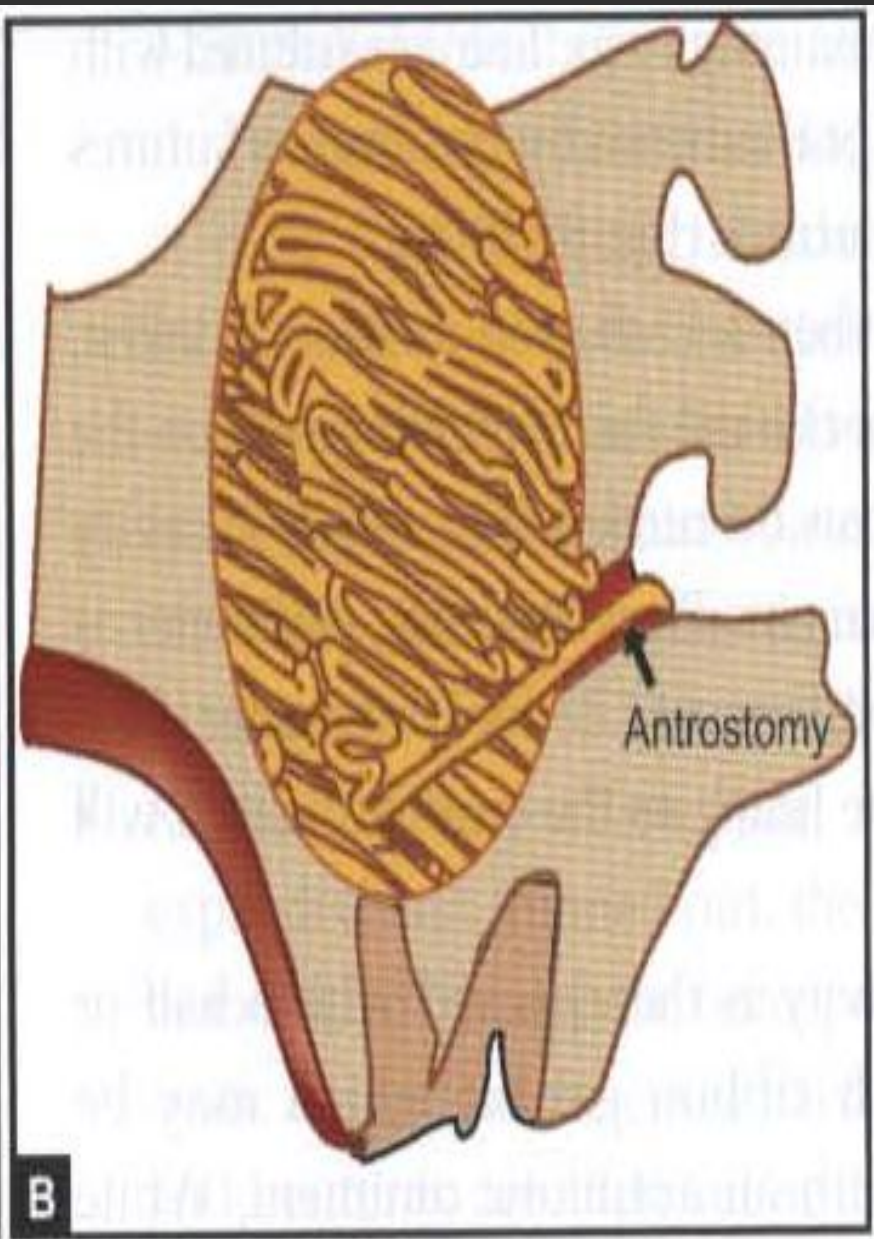
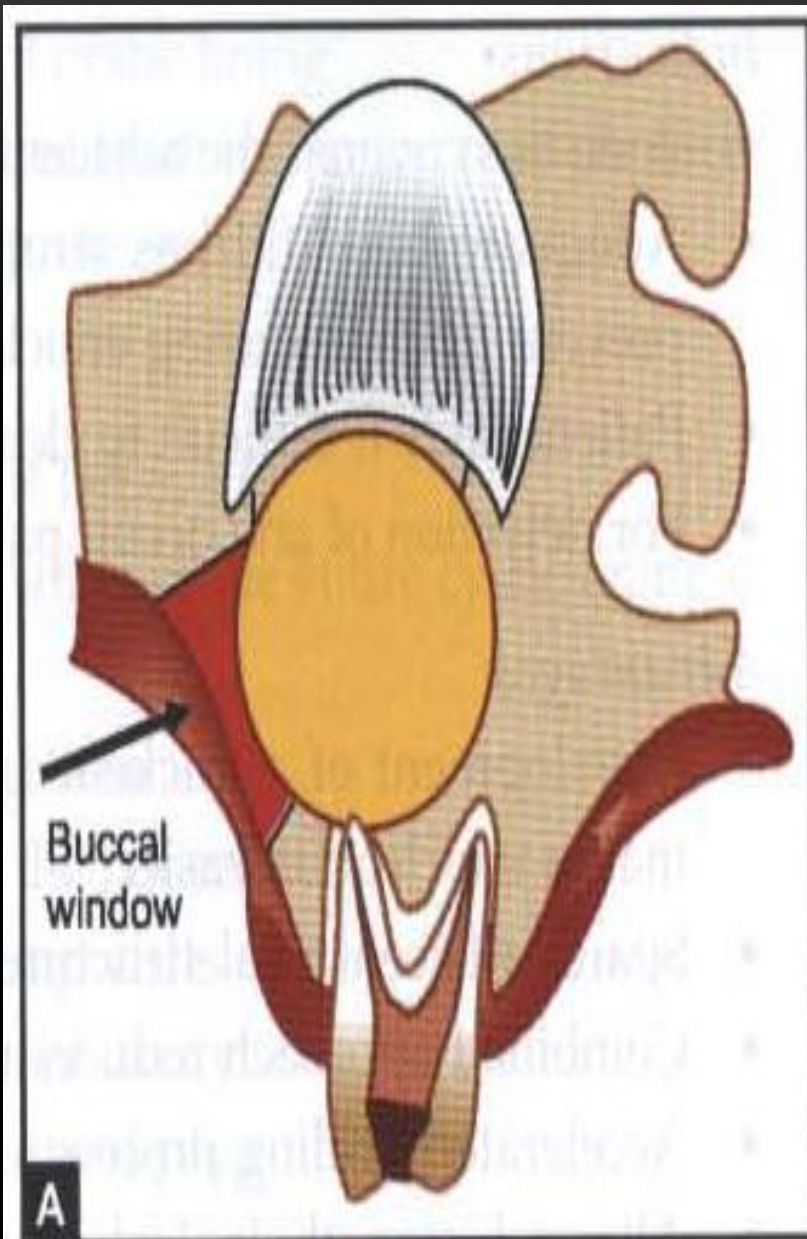
- إجراء إغلاق أولي للشق الفموي.
- إن فتح تجويف الكيس على الجيب الفكي أو الحفرة الأنفية يقلل من الضغط داخل الكيس.
- حماية التراكيب المجاورة.

سيئتها :

احتمال تشكل ناسور فموي أنفي أو ناسور فموي جيبي.

الطريقة :

- يتم إجراء قلع أو معالجة لبية للأسنان المصابة .
- يتم إجراء شق ميزابي مع شقي تحرير و رفع الشريحة المخاطية السمحاقية .
- نلاحظ منطقة التخراب العظمي و نقوم بتوسيعها ، أما في حال عدم تخراب العظم فنزيل القشرة بمقراض العظم و السنابل مع الحذر من أذية التراكيب المجاورة (العصب تحت الحجاج - غشاء الكيس) .
- نقوم بإجراء نافذة في جدار الكيس (كما في تقنية **Partsch I**) .
- نقوم بإجراء نافذة أخرى بإزالة غشاء الجيب الموجود بين تجويف الكيس والجيب نفسه .
- هذه الطريقة تسمح بحدوث اتصال بين تجويف الكيس و بين المخاطية الجيبية التنفسية أفضل من حدوث اتصال مع البشرة الفموية الشائكة .
- إذا لم يتم فيما بعد استئصال جدار الكيس فيبقى متصلاً مع تجويف طبيعي (الحفرة الأنفية - الجيب الفكّي) .
- يتم دك التجويف الكيسي برباط شاش مشبع بمضاد حيوي أو يودوفورم أو يمكن الدك باستخدام بالون حيث يمنع تشكل الورم الدموي .
- يتم بعد ذلك إغلاق الشريحة بشكلٍ جيد .







بالرغم من تعقيدات التكوية إلا أنها يمكن أن

تطرح كبديلٍ محافظٍ ومحتملٍ لعملٍ جراحي

قد يسبب خسارةً لقطع نبيلة كالأسنان أو

الأعصاب .

المعالجة بالتبريد

تستخدم هذه التقنية الآزوت السائل إمّا على شكل رذاذ أو محمولاً على مسبرٍ خاصٍ وهي تخرب النسيج الرخوة لجوف الكيس أو الورم بفعاليةٍ ممتازة .

وفي حال استخدم المسبر يملأ الجوف بالهلام الجراحي الذي يساعد في نقل البرودة إلى جميع أرجاء المحيط العظمي وكمثالٍ نذكر (هلام K-Y أو المعجون المستعمل لراسم القلب الكهربائي).

ثم يدخل المسبر ضمن الجوف حتى يغدو مغموراً ضمن الوسط الناقل المستخدم وتطبق دورة تجميدية مدتها دقيقتان . فتتجمد كل أجزاء هذا الوسط .

ولا نطبق الدورة التجميدية الثانية قبل حدوث ذوبانٍ كاملٍ للناقل وببطء .

وفي النهاية يزال الناقل بالغسل ويغلق الجرح بشكلٍ أولي أو ثانوي .



أدوات المعالجة بالتبريد

الاستئصال الجراحي الكامل

الاستطبات:

يستطب الاستئصال في معالجة الآفات التي تميل إلى النمو بالتوسع لا بالارتشاح في النسيج المحيطة والتي تملك فاصلاً واضحاً بينها وبين العظم المحيط. وفي أغلب الأحيان يمكن ملاحظة وجود حافةٍ قشريةٍ عظميةٍ تفصل الكيس عن العظم. ومن هذه الآفات نذكر:

الأكياس التاجية والجزرية، وحول السنية الجانبية أمّا الأكياس التقرونية فهي مضاد استطباب للاستئصال الجراحي.

التقييم قبل العمل الجراحي:

يجرى فحص شعاعي تفصيلي يظهر امتدادات الآفة وعلاقتها مع البنى التشريحية المجاورة.

تقييم إضافة إلى ذلك حيوية الأسنان ذات العلاقة، وفي الآفات كبيرة الحجم يجب الحصول على خزعة شقية منها، ويفيد البزل في إتمام عناصر التشخيص الدقيق.

تدبير البنى التشريحية في المنطقة :

يجب أن يتضمن التقييم قبل العمل الجراحي خطأً علاجياً لتدبير الأسنان المرافقة والبنى الأخرى، حيث ينزاح العصب السنخي السفلي في أغلب الحالات بسبب نمو الآفة وقد نضطر لرفعه جانباً تسهيلاً للتداخل عليها، ويتم هذا الموضع بكل حذر بواسطة أربطة مرنة حفاظاً على الوظيفة الحسية للعصب. ولا بدّ من قلع كل سنٍ متداخلٍ في كتلة الآفة مانعاً إزالتها بشكلٍ تام.

المدخل الجراحي:

يبدأ التداخل بعملية بزلٍ تتم وبواسطة إبرة ذات قياس (18) أو أكبر. فإذا كانت القشرة العظمية المغطية قد رقت تحت تأثير ضغط الآفة سيكون بإمكان الإبرة اختراقها وصولاً إلى جوف الآفة وإلاّ سيكون من واجبنا رفع العظم المغطي أولاً. ويدل السائل المبزول ذو اللون المائل إلى الرمادي على أنّ الآفة كيسيةً في حين يشير السائل ذو اللون الكريمي أو الأخضر إلى احتمال كون الآفة كيساً قرنياً أمّا سلبية البزل فتشير إلى ورمٍ أو كيسٍ عظمي رضي، وأخيراً فإنّ الحصول على سائلٍ دموي بالبزل يكشف لنا وجود آفةٍ وعائيةٍ دموية. تخطط الشريحة المخاطية السمحاقية بسعةٍ كافيةٍ لعدم الخياطة على فراغ.

وباستخدام مجارف ذات حجمٍ مناسبٍ تفصل الآفة عن العظم المحيط، حيث نوجه تقعر المجرفة في المرحلة الأولى من التسليخ باتجاه السطح العظمي المجاور لقرع الآفة حيث نقلب عندئذ المجرفة.

في حال وجود أكياس كبيرة لا يعتبر مضاد استطباب

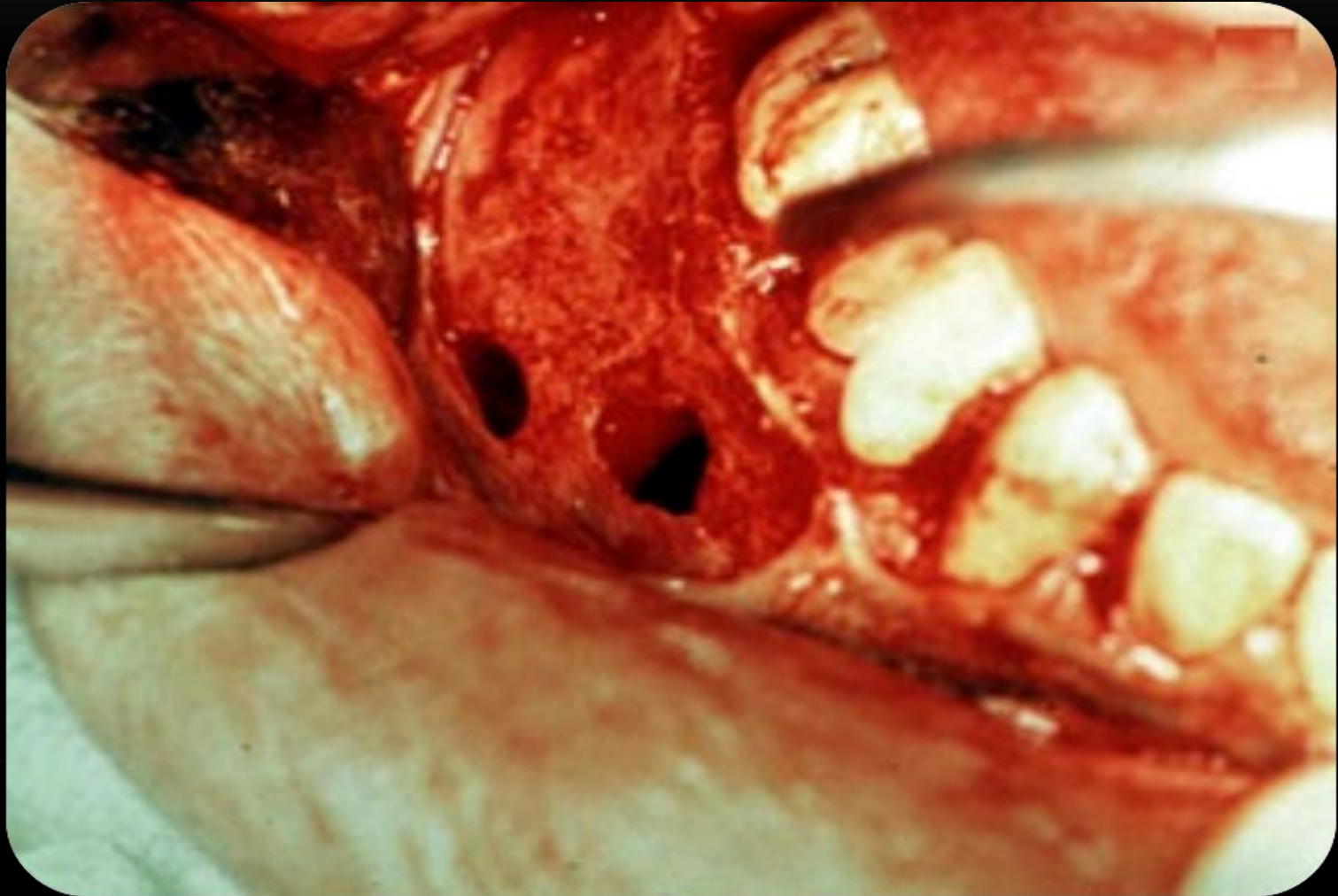
مطلق للاستئصال الجراحي حيث يمكن اللجوء لتقنية

الجسور العظمية وهي فتح أكثر من كوة عظمية

مواجهةً للكيس يتم من خلال هذه النوافذ التجريف

الكامل للمحفظة الكيسية .

تقنية الجسور أو الأنفاق العظمية في حالة الأكياس الكبيرة



فم دوماً بإجراء دراسةٍ نسيجيةٍ

للكتيس المستأصل.

الإجراءات بعد العمل الجراحي:

قبل إغلاق الجرح بشكلٍ نهائي يرقأ النزف بشكلٍ جيدٍ، فالإغلاق الجيد يؤدي إلى سرعةٍ في الشفاء ويقلل من خطر الإنتان.

توصف الصادات الحيوية بعد العمل الجراحي أو في حال كون المريض مستعداً للإنتان كأن يكون سكرياً أو مثبط المناعة أو يتعاطى الكحول. وتعطى الجرعة الأولى مباشرةً قبل العمل الجراحي وتكرر أثناء العمل الجراحي بفواصل زمني يعادل ضعف نصف عمر المضاد الحيوي ثم تعطى جرعة نهائية بعد إتمام العمل الجراحي. علماً بأنّ وضع مفجر أو دك المنطقة سيعيق عملية الشفاء ويزيد احتمال الإنتان.

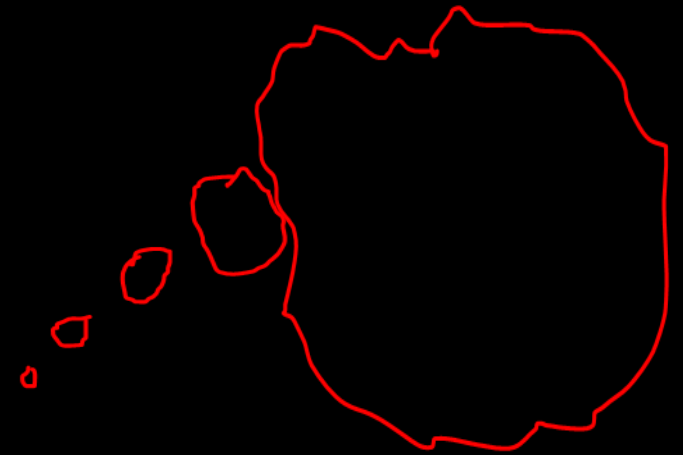
مضاعفات الآفات الكيسية

- 1- الكسور المرضية.
- 2- الإنتان التالي للجراحة.
- 3- تمزق منطقة الشق الجراحي.
- 4- تموت الأسنان.
- 5- نكس بعض الحالات.
- 6- حدوث تبدلاتٍ ورمية.

المتابعة

- متابعة طويلة الأمد حتى 8 سنوات للأكياس المتقرنة.
- متابعة حيوية الأسنان بعد الجراحة.
- استشارة تقويمية للأسنان غير البازغة و التي قد تحتاج إلى جر تقويمي .
- معالجة تقويمية لرصف الأسنان .
- متابعة طويلة الأمد لمرضى متلازمة **Gorlin**.

أکید ما حدا بدو یسأل ...
حدا عندو غیر
هالحکی شی؟!



شكراً لإصغائكم

