

التهاب اللثة GINGIVITIS

الذكتور: عز الدين السراقي

الالتهاب (Inflammation): هو سلسلة من التفاعلات النسيجية الدفاعية التي يقوم بها الجسم ضد المؤثرات المهاجمة والأذى والتي تقود إلى حدوث تغيرات في الأنسجة والأوعية الدموية بدرجة من الشدة لا تصل إلى موت خلايا الأنسجة. ويشكل الالتهاب ضرورة لبقاء الكائن الحي، فهو وسيلة دفاعية ضد أي من المثبرات كالبكتيريا والفيروسات ... ويكون في البداية غير نوعي ويتحول مع الزمن إلى التهاب نوعي وهذا ما يجعل الالتهاب مختلفاً عن التفاعلات المناعية النوعية.

أسباب الالتهاب

- **جرثومية:** تكون بسبب البكتيريا، الفيروسات.
- **ميكانيكية:** الصدمات، الجروح، الخدوش.
- **كيميائية:** مختلف المواد الكيميائية، كالأحماض.
- **الأورام:** السرطانات ، أورام روماتيزم.
- **فيزيائية:** مثل الزيادة في درجة الحرارة بشكل كبير أو الانخفاض الشديد في الحرارة.

أعراض الالتهاب

- احمرار، حرارة، ألم، وذمة.

أنواع الالتهاب

- التهاب حاد (Acute)
- التهاب تحت الحاد (sub acute)
- التهاب مزمن (Chronic Inflammation)

أمثلة عن الالتهاب

- ما تقوم به العين من إفراز الدمع لطرد جسم غريب.
- القيء هو عملية دفاعية لطرد السموم من المعدة قبل أن يمتصها الجسم.

تتميز عملية الالتهاب نسيجياً بأربع ظواهر رئيسية :

١- التغيرات الوعائية: تحدث أول ردة فعل بعد دخول العامل الممرض في مستوى الأوعية الدموية الشعرية الموقفة الموضعية Micro-Vascularisation

تؤدي التغيرات الوعائية إلى زيادة النوعية وارتفاع في نفوذية الأوعية الدموية الشعرية والذي ينتج من تقلص الخلايا البطانية Endothelial Cells للأوردة تحت تأثير وسائط الالتهاب Inflammatory Mediators وبالتالي توسع المسافات بين الخلوية وخروج الجزيئات الكبيرة مثل الهيستامين والخلايا الدفاعية خارج الأوعية الدموية .

بالحالة الطبيعية هناك تبادل للسوائل والشوارد والجزيئات ذات الوزن الجزيئي الصغير ما بين الدم والنسج خارج الخلوية ولذلك فإن دخول العامل الممرض وتغير الوسط يؤدي إلى اختلال التوازن أو الضغط الحلولي بين الوسطين داخل وخارج الأوعية الدموية ويمكن للنفاذية الوعائية أن ترتفع بشكل مباشر عند تعرض الأوعية الدموية للأذى مباشرة من المخرشات الميكانيكية والحرارية .

٢- المرحلة الخلوية: يحدث هجرة للكريات البيضاء متعددة النوى بسبب الانجذاب الكيميائي تحت تأثير الوسائط الالتهابية.

٣- مرحلة البلعمة: وتمر بثلاث مراحل: التصاق الجرثوم وإحاطته، التحام الغشاء الخلوي للجرثوم والخلية البالعة، تحليل وتفكيك الجرثوم بواسطة الأنزيمات الحالة.

٤- مرحلة الترميم: تقوم البالعات الكبيرة بتنشيط صناعات الليف وبلعمة الخلايا التالفة.

أوضح Mariotti عام ١٩٩٩ أن : اللويحة السنية هي العامل المرضي الرئيسي

لكن العوامل الموضعية مثل :

✓ وجود القلح.

✓ النقص الحفافي الأفقي أو العمودي للترميمات.

✓ السطوح الخشنة للأسنان والترميمات.

تساعد على تجمع اللويحة وتسهل تثبيتها في المناطق الحفافية و الحليمية .

الالتهاب اللثوي المرتبط بالعوامل المساهمة الموضعية associated Gingivitis with local contributing factors

1 - الشذوذات السنية : Tooth abnormalities

توجد عوامل مختلفة تتعلق بتشريح السن مثل :

النتوءات المينائية، اللآلي المينائية، الحفر الملاطية.

تعديل أو تؤهب لحدوث المرض اللثوي المسبب باللويحة (Bliden 1999).

اللائلي المينائية **Enamel pearls** هي توضعات منتبذة من الميناء و بأشكال مختلفة توجد عادةً في منطقة مفترق الجذور للأرحاء وتوجد في ١,١ - ٥,٧ % من الأرحاء، الأرحاء الثانية هي الأكثر إصابة.

2 - الترميمات السنية: Dental restorations

عدم ملائمة الحواف تحت اللثوية للترميمات تجاوز البعد الحيوي BIOLOGIC WIDTH يمكن أن يؤثر في سلامة النسيج اللثوية المجاورة الحواف تحت اللثوية للترميمات يمكن أن تسبب التهاب أكبر بالمقارنة مع الحواف فوق اللثوية .

العوامل التي تحدد امتداد الأذى إلى النسج حول السنية هي :

شدة التباين الحفافي للترميمات والمدة الزمنية لوجودها وقدرة المريض على المحافظة على المنطقة خالية من اللويحة.

3 - كسور الجذر Root fractures

كسور الجذور على الأغلب تترافق مع التهاب اللثة بسبب التجمع المتزايد للويحة في خط الكسر .

4 - التآكل العنقي للجذر Cervical root resorption

التآكل العنقي للجذر يسبب التهاب لثوي خاصةً عندما يتأسس اتصال مع الميزاب اللثوي يؤدي إلى تشكل متزايد للويحة.

ترتبط التغيرات المرضية في التهاب اللثة مع وجود الكائنات الحية الدقيقة الفموية المرتبطة بالأسنان وربما في أو بالقرب من الميزاب اللثوي. هذه الكائنات قادرة على تصنيع المنتجات (على سبيل المثال ، كولاجيناز ، هيلورونيداز ، بروتياز ، سلفوناتاز كوندرويتين ، ذيفان داخلي) (e.g., collagenase, hyaluronidase, protease, chondroitin sulfatase, endotoxin) التي تتسبب في تلف خلايا الأنسجة الظهارية والضامة ، وكذلك إلى المكونات بين الخلايا ، مثل الكولاجين والمادة الأساسية ، و glyocalyx (غلاف الخلية).

التوسع الناتج للمسافات بين خلايا الارتباط البشري أثناء التهاب اللثة المبكر يسمح للعوامل المؤذية الناتجة من البكتيريا أو البكتيريا ذاتها ، بالوصول إلى النسيج الضام.

تعمل المنتجات الميكروبية على تنشيط الوحيدات / البلاعم لإنتاج مواد فاعلة للأوعية مثل البروستاغلاندين (PGE2) ، الإنترفيرون (IFN) ، عامل التخر الورمي (TNF) ، وإنترلوكين ١ - (IL-1)

Stages of Gingivitis

Stage	I. Initial Lesion	II. Early lesion	III. Established lesion
Time (Days)	2-4	4-7	14-21
Blood Vessels	Vascular dilation Vasculitis	Vascular proliferation	Same as stage II, plus blood stasis
Junctional and Sulcular Epithelial	Infiltration by PMNs	Same as stage I	Same as stage II but more advanced Plasma cells
Predominant Immune Cells	PMNs	Rete pegs	PMNs, Polymorphonuclear leukocytes (neutrophils)
Collagen	Perivascular loss	Atrophic areas	Continued loss.
Clinical Findings	Gingival fluid flow	Erythema Bleeding on probing	Changes in color, size, texture, etc

على الرغم من البحث المكثف، إلا أننا ما زلنا لا نستطيع التمييز بشكل نهائي بين اللثة الطبيعية والمرحلة البدئية من التهاب اللثة. إذ تحتوي معظم الخزعات من اللثة الطبيعية سريريًا على خلايا التهابية تتكون في الغالب من الخلايا التائية، مع عدد قليل جدًا من الخلايا البائية أو الخلايا البلاسمية. لا تسبب هذه الخلايا تلف الأنسجة، ولكن يبدو أنها مهمة في استجابة المضيف للبكتيريا والمواد الأخرى التي تتعرض لها اللثة.

لذلك في الحالات الاعتيادية نلاحظ عبور العدلات لبطانة الأوعية الدموية المكونة للصفيرة الوعائية اللثوية لتصل إلى الارتباط البشري ومنه إلى اللثة الحفافية والميزاب اللثوي على شكل تيار متدفق.

كما أسلفنا يستجيب الجسم للعوامل المرضية عن طريق تطوير استجابة التهابية. يسمى الالتهاب في اللثة (التهاب اللثة gingivitis).

يقسم التهاب اللثة على مكونين: المكون الالتهابي الحاد مع توسع الأوعية، وذمة، وتسلسل متعدد الأشكال النووية، ومكون الالتهاب المزمن مع B و T الخلايا للمفاوية وتكاثر الشعيرات الدموية تشكل استجابة حبيبية.

يصنف الالتهاب اللثوي:

١. التهاب اللثة الحاد Acute Gingivitis: حالة مؤلمة تحدث فجأة وذات مدة قصيرة، تترافق بنزف عفوي يشاهد النزف عند الاستيقاظ من النوم ونتحة التهابية، وارتفاع حرارة السائل الميزابي وازدياد تدفقه .

٢. التهاب اللثة تحت الحاد Subacute Gingivitis: مرحلة أقل شدة من الحالة الحادة .

٣. التهاب اللثة المتكرر Recurrent Gingivitis: يظهر بعد زوال الالتهاب بالمعالجة أو عفويًا ومن ثم عودة الالتهاب.

٤. التهاب اللثة المزمن Chronic Gingivitis: يتطور ببطء وبمدة طويلة غير مؤلم ويمكن أن يتفاقم إلى التهاب حاد أو تحت الحاد ونادرًا ما يهدئ ويبيد المريض نفس أعراض التهاب اللثة الحاد إنما تكون الأعراض هي: لون مزرق أو بنفسجي للثة ونزف مثار وقد تتعرض اللثة للضخامة (وهو مرض متقلب حيث يستمر الالتهاب أو يتراجع لفترة ثم تعود

المناطق السليمة لتصبح ملتهبة) .

الوصف Description

تقسم اللثة إلى ثلاثة مناطق :

اللثة الحفافية : هي النسيج المتصل بالسن ، والالتهاب المقنصر فقط على هذه المنطقة يدعى بالالتهاب الحفافي .

اللثة الحليلية : النسيج في المناطق الملاصقة ، والالتهاب المقنصر على هذه المنطقة يدعى بالالتهاب اللثوي الحليلي .

اللثة الملتصقة : النسيج اللثوي المتبقي الذي يمتد من المناطق الحفافية / الحليلية إلى الملتقى المخاطي اللثوي .

١. التهاب لثة موضع Localized Gingivitis: التهاب اللثة مع سن واحد أو مجموعة من الأسنان يشمل أقل من ٨ اسنان (أقل من ٣٣% من عدد الأسنان).



٢. التهاب لثة معمم Generalized Gingivitis: يضم التهاب اللثة كامل الفم يشمل أكثر من ٨ أسنان (أكثر من ٣٣% من عدد الأسنان) .



٣. التهاب لثة حفاقي Marginal Gingivitis: تضم اللثة الحفاقية ويمكن أن تتضمن جزءاً من اللثة الملتصقة .



٤. التهاب لثة حليمي Papillary Gingivitis: تضم اللثة الحليمية وعادة تمتد نحو الجزء الملاصق من اللثة الحفاقية . يشمل التهاب اللثة الحليمات اللثوية أكثر من اللثة الحفاقية حيث تظهر أولى علامات الالتهاب اللثوي في الحليمات اللثوية والتي غالباً ما يكون سببها تراكم اللويحة أو بسبب التراكب .



٥. التهاب اللثة المنتشر Diffuse Gingivitis: ينتشر ليشمل اللثة الحفاقية والحليمية والملتصقة .



يمكن وصف المرض اللثوي بتشارك التعاريف السابقة كالتالي:

١. التهاب اللثة الحفافي الموضع Localized Marginal Gingivitis: يعود لمنطقة أو أكثر من اللثة الحفافية .

٢. التهاب اللثة المنتشر الموضع Localized Diffuse gingivitis: يمتد من الحافة اللثوية إلى السطح المخاطي الدهليزي لكن في منطقة محددة. يعود لمنطقة أو أكثر من اللثة الحفافية .

٣. التهاب اللثة الحلبي الموضع Localized Papillary Gingivitis: يعود لمنطقة أو أكثر من المسافات بين السنية في منطقة محدودة .

٤. التهاب اللثة الحفافي المعمم Generalized Marginal Gingivitis: يضم الحواف اللثوية لكل الأسنان وتدخل الحلبيات اللثوية في التهاب اللثة الحفافي المعمم .

٥. التهاب اللثة المنتشر المعمم Generalized Diffuse Gingivitis: يضم اللثة كاملةً بالإضافة للمخاطية السنخية، ومن الصعب إيجاد الخط الفاصل بينها وبين اللثة الملتصقة. يرافق التهاب اللثة المنتشر المعمم الأمراض الجهازية باستثناء حالات الإبتان الحاد أو المخرشات الكيميائية .

ملاحظة :

يعبر عن الانتشار دائما بالمستوى العمودي ، بينما يعبر عن التعميم بالمستوى الأفقي .

- Localized marginal gingivitis is confined to one or more areas of the marginal gingiva.
- Localized diffuse gingivitis extends from the margin to the mucobuccal fold in a limited area .
- Localized papillary gingivitis is confined to one or more interdental spaces in a limited area
- Generalized marginal gingivitis involves the gingival margins in relation to all the teeth. The interdental papillae are usually affected)

يمكن لكل منطقة اللثة لديها كميات متفاوتة من المكون الحاد أو المزمن. يمكن أن نلاحظ مناطق متجاورة لكلا الالتهاب الحاد والمزمن في منطقة معينة من اللثة وهنا يمكن للأطباء توقع استجابة جيدة للعلاج الأولي، في حين المرضى الذين يعانون من آفة ثابتة أو متقدمة فيها التهاب مزمن وتلف في الأنسجة، لن تحدث مثل هذه الاستجابة للمعالجة فكلما زادت حدة التهاب اللثة من الناحية السريرية ، كلما زادت فرص الإجراءات العلاجية التي تؤدي إلى عودة اللثة الطبيعية الصحة.

التوزع Distribution:

انتشار التهاب اللثة واضح في جميع أنحاء العالم. على سبيل المثال ، تشير الدراسات الوبائية إلى ذلك يعاني أكثر من ٨٢٪ من المراهقين في الولايات المتحدة من التهاب اللثة واضح وعلامات نزيف اللثة. تشير التقديرات أن أكثر من نصف سكان الولايات المتحدة البالغين عرضة للنزيف اللثوي ، بينما تظهر مجموعات سكانية أخرى مستويات أعلى من اللثة التهاب بشكل عام ، قد تتميز السمات السريرية لالتهاب اللثة بوجود أي من العلامات السريرية التالية: احمرار ، نفوذية أنسجة اللثة (قوام)، والنزيف عند التحريض والتغيرات في الحفاف (الشكل)، ووجود القلح أو اللويحة مع عدم وجود دليل إشعاعي لفقدان عظم سنخي.

يكشف الفحص النسيجي للأنسجة اللثوية الملتهبة الظهارة المتقرحة ووجود الوسطاء الالتهابية يؤثر سلبًا على الوظيفة الظهارية كحاجز وقائي. إصلاح هذا يعتمد على النشاط التكاثري أو التجديدي للخلايا الظهارية وإزالة العوامل المسببة للتهاب اللثة أمر ضروري.

الدورة والمدة COURSE AND DURATION

يمكن أن يحدث التهاب اللثة مع ظهور مفاجئ وقصير المدة ويمكن أن يكون مؤلماً. مرحلة أقل حدة يمكن أن تحدث هذه الحالة أيضًا.

وقد يظهر التهاب اللثة المتكرر مرة أخرى بعد التخلص منه عن طريق العلاج أو الاختفاء بطريقة عفوية.

التهاب اللثة المزمن بطيء في الظهور وطويل الأمد غير مؤلمه، ما لم يكن معقد او حاد

يحدث الالتهاب الناتج عن تجمع القلح بعد ٢٣ - ٧ يوماً من تجمع القلح غالباً .

النزف اللثوي Gingival Bleeding :

أول علامات الالتهاب اللثوي والذي يسبق التهاب اللثة الصريح :

١- زيادة في تدفق السائل اللثوي .

٢- النزف من الميزاب اللثوي عند السبر الخفيف .



يعتمد النزف على شدة ونوع ومدة السبر ، ويعتبر النزف عند السبر من أهم العلامات السريرية لتشخيص المرض والوقاية من النهايات اللثوية المتقدمة .

يظهر النزف عند السبر قبل تغيرات اللون والعلامات المرئية الأخرى للالتهاب لذلك يعتبر النزف عند السبر ذو قيمة مهمة في التشخيص المبكر والوقاية من التهابات اللثة، بالإضافة إلى استخدام النزيف بدلاً من اللون بشكل عام ، يشير النزف اللثوي عند الفحص إلى وجود آفة التهابية في الظهارة وفي النسيج الضام بينما يعتبر قياس أعماق الجيوب في حد ذاتها ذو قيمة محدودة لتقييم مدى وشدة التهاب اللثة. على سبيل المثال ، قد يؤدي تراجع اللثة إلى تقليل عمق الفحص وبالتالي يتسبب في تقييم غير دقيق لحالة اللثة لذلك النزيف عند الفحص يستخدم على نطاق واسع من قبل الأطباء وعلماء الأوبئة لقياس انتشار المرض وتطوره إلى قياس نتائج العلاج ، وتحفيز المرضى على الرعاية المنزلية .

يعتبر وجود نزيف عند الفحص علامة على تدمير الأنسجة.

ومن المثير للاهتمام أن العديد من الدراسات تظهر أن تدخين السجائر يثبط الاستجابة الالتهابية للثة، وتبين أن الإقلاع عن التدخين يترافق مع زيادة في النزف اللثوي يمارس بالإضافة إلى ذلك ، تكشف الأبحاث الأخيرة عن زيادة في اللثة.

كذلك العوامل المساهمة في احتباس اللويحة التي قد تؤدي إلى التهاب اللثة يمكن أن تسبب النزف اللثوي تشمل تغيرات الأسنان التشريحية أو التطورية ، تسوس الأسنان ، شد اللجام ،

عوامل علاجية المنشأ، التنفس الفموي، الكتف المعكوس، والأجهزة المتحركة الجزئية ، ونقص اللثة الملتصقة والانحسار .

هذا ويعتبر السبب الأكثر شيوعاً لنزيف اللثة غير الطبيعي هو الالتهاب المزمن وهذا النزف يمكن أن يحرض ميكانيكياً (فرشاة الأسنان ،عידان الأسنان أو تأثير انحصار الطعام، أو عن طريق العض في الأطعمة الصلبة مثل التفاح). كذلك تزيد الحروق اللثوية من الأطعمة الساخنة أو المواد الكيميائية من سهولة نزيف اللثة.

خلاصة:

-يعتبر النزف عند السبر عامل تشخيصي مهم للأطباء في التشخيص ووضع خطة معالجة حول سنية و يترافق بالتهاب وتقرح بطانة الظهارة الميزاب اللثوي.

-يمكن أن يؤدي وجود اللويحة ليومين فقط إلى بدء نزيف اللثة ويمكن التخلص من هذا النزف بعد مرور ٧ أيام أو أكثر من استمرار السيطرة على اللويحة ومعالجة التهاب اللثة.

-يمكن أن تعود نوبة النزف اللثوي الحاد لسبب رضي أو يكون عفويًا عندما يرافق الأمراض اللثوية الحادة مثل التهاب اللثة التموطي التقرحي الحاد ويمكن في بعض الأمراض أن يكون النزف عفويًا أو محرضاً بأقل رض وتصبح السيطرة عليه .

□ تشكل الأمراض النزفية عرضاً للكثير من الحالات المختلفة في السبب والتظاهرات السريرية حيث تأخذ مثل هذه الحالات صورة مشابهة للنزوف الجلدية والأعضاء الداخلية ونسج أخرى مثل المخاطية الفموية ويخشى أن يكون هذا النزف ناتجا عن إصابة المريض بسرطان الدم .

□ يعود النزف نتيجة فشل آليات الإرقاء إلى فقدان أو اضطراب بتخثر الدم .

□ من الأمراض النزفية التي تترافق بالنزف اللثوي : الشذوذات الوعائية ،نقص فيتامين C، اضطراب الصفائح الدموية، نقص البروترومبين، نقص فيتامين ك بسبب مرض كبدي، الهيموفيليا، ابيضاض الدم، نقص في عوامل التخثر Platelet Thromboplastic Factor

□ يمكن أن يحدث النزف كذلك نتيجة تناول كميات كبيرة من بعض الأدوية مثل السالسييلات

كألسبرين ومضادات التخثر مثل ديكمارول Dicumarol والهيبارين والوارفارين وتطلب استشارة طبية قبل معالجة المرضى المتعاطين لهذه الأدوية .

تغيرات اللون في اللثة Color Changes in the Gingiva

يتم تحديد لون اللثة بعدة عوامل، بما في ذلك كمية وحجم الأوعية الدموية، سماكة الظهارة ، كمية النقرن ، والأصباغ داخل الظهارة.

يعد التغيير في اللون علامة سريرية مهمة لالتهاب اللثة.

لون اللثة الطبيعي "الأحمر الوردي" وينتج عن طريق الأوعية الدموية في الأنسجة ويتم تعديله من خلال طبقات الظهارة المغطية لهذا السبب ، تصبح اللثة حمراء عند زيادة الأوعية الدموية أو درجة تقليل النقرن الظهاري أو يختفي. لذلك عند الالتهاب تزداد التوعية الدموية وتنقص درجة النقرن أما كون اللثة شاحبة فتنتج إما عن نقص التوعية الدموية أو زيادة طبقة القرين.

تأخذ اللثة اللون الأحمر أو الأحمر المزرق بسبب زيادة التوعية الدموية ونقص درجة النقرن. والركودة الدموية الوريدية تسبب اللون المزرق .

يتطلب التشخيص والعلاج المناسبين فهم تغيرات الأنسجة التي تغير لون اللثة على المستوى السريري. تختلف تغيرات اللون في التهاب اللثة الحاد من حيث الطبيعة والتوزيع عن تلك الموجودة التهاب اللثة المزمن. قد تكون تغيرات الألوان حفاية أو منتشرة أو تشبه الرقعة.

التصبغ المعدني مثل المعادن الثقيلة (الزئبق والزرنيخ والزنك والرصاص والفضة) تمتص بشكل نظامي من استخدام المواد العلاجية أو البيئات المهنية أو المنزلية قد يتسبب في تغيير لون اللثة ومناطق أخرى من الغشاء المخاطي للفم.

تغيرات في قوام اللثة Changes in Consistency of the Gingiva

تحدث كل من التهابات المزمنة والحادة تغييرات في القوام الطبيعي والمرونة للثة. في التهاب اللثة المزمن نلاحظ حدوث الوذمة والتغيرات التليفية .

كذلك يمكن ملاحظة الكتل المتكلسة في اللثة Calcified Masses in the Gingiva يمكن العثور على كتل مجهرية متكلسة في اللثة يمكن أن تحدث وحدها أو في مجموعات وتختلف في الحجم والموقع والشكل والهيكل. يمكن أن ترد هذه الكتل المتكلسة من المواد المتكلسة من الأسنان التي تم دفعها عند التقليل الراض، بقايا الجذر ، شظايا الاسمنت الالتهاب كما تم وصف الأجسام الغريبة البلورية في اللثة ، ولكن لم يتم تحديد أصلها بعد.

تغيرات سطح اللثة Changes in Surface Texture of the Gingiva

عادة ما يظهر سطح اللثة العادية العديد من الانخفاضات الصغيرة والارتفاعات ، مما يعطي

اللثة الملتصقة مظهر قشر البرتقال المشار إليه المرقط على الرغم من أن الأهمية البيولوجية لهذا الشكل غير معروفة ، خلص بعض الباحثين إلى أن فقدان الترقيط هو علامة مبكرة على التهاب اللثة ومع ذلك يجب أن يأخذ الأطباء في الاعتبار أن نمط ومدى الترقيط يختلفان في مناطق الفم المختلفة ، بين المرضى ومع تقدم العمر .
 في التهابات المزمنة يكون سطح اللثة إما ناعماً ولامعاً أو صلّباً وعقدياً ،اعتماداً على ما إذا كانت التغييرات السائدة هي التهابية أو تليفية .
 ينتج عن فرط التقرن للظاهرة لثة ذات قوام جلدي بينما تسبب ضخامة اللثة المترافقة مع تناول الأدوية سطحاً عقدياً

التغيرات في محيط اللثة Changes in Gingival Contour

ترتبط التغيرات في محيط اللثة في المقام الأول بالضخامة اللثوية ، لكن هذه التغييرات قد تحدث أيضاً في ظروف أخرى مثل شقوق ستيلمان Stillman's clefts



طيات ميكول McCall festoons



معالجة الالتهاب اللثوي المسبب باللوحة : TREATMENT OF PLAQUE INDUCED GINGIVITIS

معالجة الالتهاب اللثوي المسبب باللوحة تعتمد بشكل أساسي على :

السيطرة الذاتية على اللوحة self-administered plaque control

- على الرغم من أن المعالجة الميكانيكية بقيت الركيزة الأساسية للسيطرة على اللوحة ، إلا أن السيطرة الكيميائية على اللوحة هي الخيار الأمثل عند الأشخاص الذين لديهم عجز عقلي أو جسدي ولا يستطيعون استعمال الوسائل الميكانيكية بشكل فعال .
- ❖ وجود عوامل مثبتة للوحة مثل : القلح السني أو الترميمات غير المناسبة تجعل هذه الطرق محدودة الفعالية .
- ❖ لذلك المداخلة الطبية مطلوبة لإزالة تلك العوامل بالإضافة للسيطرة الذاتية على اللوحة
- ❖ استمرار الالتهاب اللثوي يؤدي إلى تقدم العملية الالتهابية ليصل الالتهاب إلى الارتباط البشري و الرباط حول السني وهذا يؤدي عند الأشخاص الذين لديهم استعداد للمرض إلى تخرب هام في معظم البنى حول السنينة.
- ❖ البيانات المتوفرة حالياً تقترح أنه يمكن إيقاف التهاب النسيج حول السنينة بنجاح عند معظم الأشخاص بإزالة الجراثيم المسببة و منتجاتها .
- ❖ عودة الالتهاب إلى المواقع المعالجة لالتهاب النسيج حول السنينة لا يعتبر غريباً عند المرضى الذين لديهم استعداد .
- ❖ وجود هذا الالتهاب الناكس ربما يقتصر على النسيج اللثوية ولا يؤدي إلى خسارة إضافية في الارتباط البشري.

على أي حال ، بما أنه لا توجد حالياً طرق موثوقة للتأكد من مثل هذه الظاهرة ، فإن عودة الالتهاب لوحظ من قبل الأطباء السريريين كنكس في التهاب النسيج حول السنينة وليس

كالتهاب مقتصر على اللثة و الذي يكون قابل للعكس بوسائل العناية بالصحة الفموية لوحدها.

المرض اللثوي المعدل بالعوامل الهرمونية :

GINGIVAL DISEASES MODIFIED BY ENDOCRINE FACTORS

1- الالتهاب اللثوي المرافق للحمل :Pregnancy associated gingivitis

الحمل يترافق مع استجابة مفرطة للثة تجاه المهيجات الموضعية ، حيث تبدي اللثة مستويات من الالتهاب تتميز:

بحدوث وذمة ، تغير اللون و المحيط الخارجي ، ميل للنزف عند السبر اللطيف، وهذه الأعراض لا تكون متناسبة مع مستويات وجود اللويحة

تظهر الحالة كاستجابة موضعية مفرطة للمضيف والتي تعدل بمستويات الهرمونات داخلية المنشأ مثل :

الأندروجين - الأستروجين - و البروجسترون

هذه التغيرات تظهر غالباً خلال الثلث الثاني من الحمل وتراجع بعد الولادة .

الحالة يمكن أن تعكس بالمستويات العالية و الكافية من السيطرة على اللويحة .



2- الالتهاب اللثوي المرافق للبلوغ Puberty associated gingivitis

كما هو الحال في الالتهاب اللثوي المرافق للحمل ، الالتهاب اللثوي المرافق للبلوغ ، يظهر كاستجابة مفرطة للنسج اللثوية تجاه اللويحة متواسط بمستويات عالية من الهرمونات .

(التستوستيرون و الأستروجين) هما الأكثر أهمية (Mariotti 1994) .

تظهر التغيرات اللثوية غير محددة نسبياً مع تغيرات في اللون و المحيط الخارجي ، والنزف عند السبر الخفيف هو الأكثر شيوعاً.



هذا التأثير عابر و يمكن أن يعكس بإجراءات العناية بالصحة الفموية

افترض Mariotti عام ١٩٩٤ أن تشخيص التهاب اللثة البلوغي يجب أن يطبق فقط للاستجابة المفرطة التي تشاهد في الحالات التي تكون مستويات الهرمون فيها وصلت على الأقل إلى تلك المعينة من قبل Tanner كالمرحلة ٢:

الفتيات : مستويات الإستراديول أكبر أو تساوي ٢٦ pmol/L

الفتيان : مستويات التستوستيرون أكبر أو تساوي ٨,٧ nmol/L

التنفس الفموي الذي يرافق الصنف الثاني لأنجل النموذج الأول، يعتبره البعض كعامل مفاقم للحالة عند الأطفال و المراهقين.

التفريق بين تأثيرات التنفس الفموي و التأثيرات الهرمونية على الالتهاب اللثوي يمكن أن يكون صعب .

3 - الالتهاب اللثوي المرافق للطمث Menstrual cycle associated gingivitis:

على الرغم من أن الآفات النزفية الحمراء اللامعة كانت وصفت قبل بداية الحيض ، إلا أن التغيرات الملاحظة . سريريا غير مرتبطة بالدورة الطمثية على كل حال ، زيادة في السائل اللثوي حوالي ٢٠% وصفت عند ٧٥% من النساء أثناء الإباضة .

**4- الورم الحبيبي المتقيح للحمل Pyogenic granuloma of pregnancy:**

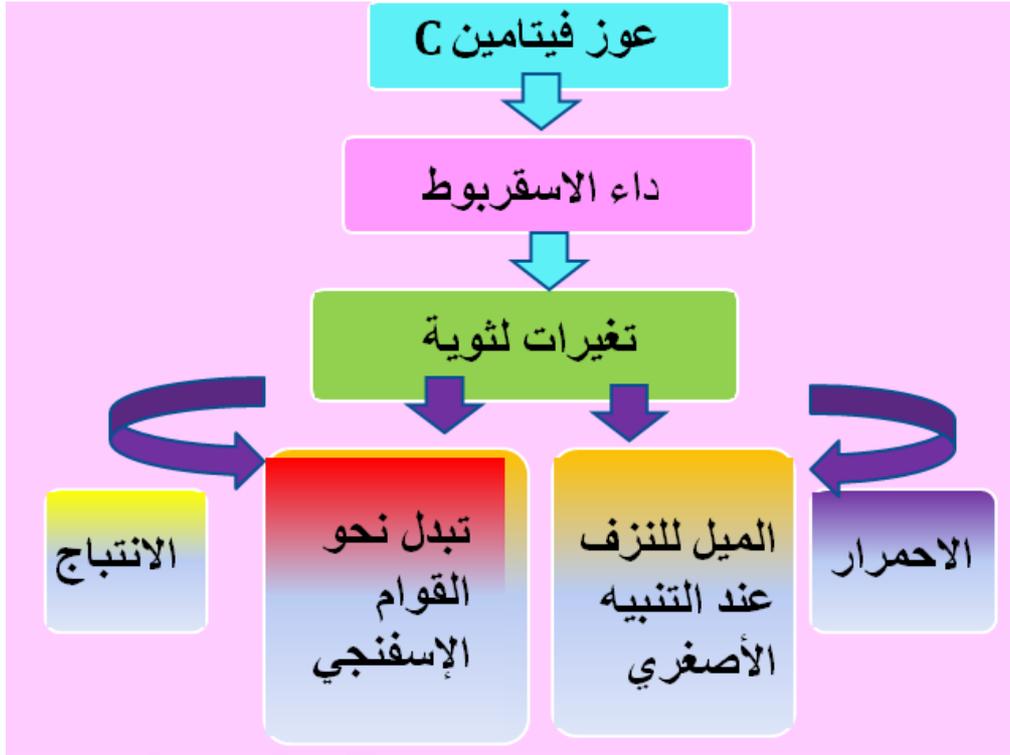
هو كتلة موضعية من النسج الحبيبي تكون فيها الأوعية الدموية متسعة بشكل كبير جداً يظهر كاستجابة مفرطة تجاه اللويحة خلال الحمل، ينشأ عموماً من النسج اللثوية الملاصقة وله قاعدة ذات سويقة، قد يظهر تقرح ببطانته الظهارية و ينزف خاصةً عند المضغ أو بشكل عفوي، الآفة أكثر شيوعاً في الفك العلوي.



على الرغم من أنها يمكن أن تظهر في الثلث الأول من الحمل إلا أن وجودها المعتاد يكون في الثلث الثاني أو الثالث من الحمل.

الآفة قد تتراجع أو تختفي بشكل كامل بعد الولادة وقد تكون كبيرة جدا بحيث تتداخل مع النطق أو المضغ الطبيعي ، و عندئذٍ تستوجب إزالته.

المرض اللثوي المعدل بسوء التغذية GINGIVAL DISEASES MODIFIED BY MALNUTRITION



التغيرات اللثوية المرتبطة مع عوز فيتامين C نلاحظ غياب نسبي للويحة السنية و تغيرات لونية في اللثة الحفافية



التحسينات في مستوى المعيشة جعلت داء الاسقربوط من الحالات النادرة في العصر الحديث ، لكنه ما زال موجوداً في البلدان النامية و كذلك عند الأشخاص ناقصي التغذية بشدة مثل مدمنو الكحول

هناك اقتراحات بأن عوز كل من الفيتامينات A و B2 و B12 المركب ربما يترافق مع تغيرات في اللثة (Mariotti ، ١٩٩٩)

المرض اللثوي المعدل بالأمراض الجهازية :

GINGIVAL DISEASES MODIFIED BY SYSTEMIC CONDITION

1- داء السكري: Diabetes mellitus

يوجد دليل على أن النمط الأول من الداء السكري عند الأطفال يرتبط بالاستجابة المفرطة للنسج اللثوية تجاه اللويحة السنية.

عندما يكون هذا النمط من السكري تحت سيطرة جيدة فإن تزايد الالتهاب اللثوي يكون أقل عند البالغين ، يقبل عموماً بأن السيطرة الضعيفة على السكري من النمط ١ يمكن أن تترافق مع مستويات متزايدة من التهاب النسيج حول السنية.

على كل حال لا يوجد دليل قاطع على أن الالتهاب اللثوي مستقل عند مثل هؤلاء المرضى.



2 - اللوكيميا و الشذوذات الدموية الأخرى : Leukemias and other blood dysplasias

اللوكيميا تترافق مع تغيرات لثوية وتعتبر اللوكيميا النخاعية الحادة الأكثر ترافقاً مع التغيرات اللثوية من بين أنواع اللوكيميا

التغيرات اللثوية التي تتضمن :

التضخم اللثوي

الاحمرار / الازرقاق

المظهر الاسفنجي و المصقول



على الرغم من أن اللويحة السنية يمكن أن تقاوم هذه التغيرات لكنها قد لا تكون ضرورية لتطورها .

على كل حال ، المظاهر الفموية تتفاوت على نحو واسع ، خصوصاً مع اللوكيميا ما عدا اللوكيميا النخاعية. يتوقف النزف عندما يعالج المريض بالمعالجة حول السنية التقليدية.

٣-قلة العدلات الدورية : Cyclic neutropenia

هي حالة تتصف بتغيرات في العدد الإجمالي للعدلات بشكل دوري كل ١٤ - ٣٦ يوم ، وتترافق مع :

تقرح فموي

استجابة التهابية مفرطة تجاه جراثيم اللويحة

التهاب نسيج حول سنية اجتياحي



المعالجة الجهازية بالعامل المنبه للمستعمرات المحببة G-CSF يمكن أن : يعدل عوز الخلية الدموية على الرغم من أن فعاليته على المظاهر حول السنية غير واضح.

٤- المرض اللثوي المعدل بالأدوية GINGIVAL DISEASES MODIFIED

BY MEDICATIONS

- يوجد عموماً ثلاثة أنواع من الأدوية تترافق مع ضخامة لثوية هي :
- فينيتوين الصوديوم وهو مضاد اختلاج يستخدم لمعالجة الصرع .



- سيكلوسبورين A : وهو مثبط مناعي يستخدم لتجنب رفض المضيف للأنسجة المزروعة و كعلاج لبعض الحالات مثل مرض الصدف الحاد .



- معيقات أفنية الكالسيوم مثل: النيفيدين و الأدوية الخافضة لضغط الدم .



الضخامة اللثوية المترافقة مع هذه الأدوية تكون أكثر شيوعاً في المنطقة الأمامية من الفم، والمجموعات العمرية الشابة قد تكون الأكثر استعداداً للإصابة.

الصفات النسيجية المميزة للنسيج المتضخم تكون مشابهة لتلك الموجودة في اللثة الطبيعية.

العلامات السريرية المبكرة تتضمن : تغيرات في الشكل و الحجم في المناطق الحليمية. وخلال تطور الحالة الحليمات تصبح متضخمة إجمالاً واللثة الملتصقة قد تصبح مصابة أيضاً . لا يوجد دليل على خسارة الارتباط كنتيجة لهذه الحالة.

في حالة فرط التنسج المرافق لاستخدام الفينيتوين ، وجود اللويحة لا يبدو ضرورياً لبدء الضخامة ، كذلك دور اللويحة في ابتداء الضخامة المرافقة للسيكلوسبورين أو معيقات أفنية الكالسيوم لم يثبت بعد .

إلا أن اللويحة والالتهاب الناتج يؤدي في أغلب الأحيان إلى زيادة شدة الآفات
المرافقة للأدوية .

٥- التهاب اللثة التقرحي التموتي NECROTIZING ULCERATIVE

GINGIVITIS

يمكن أن يعرف كإنتان حاد و أحياناً ناكس، ينتج عن مسببات مرضية معقدة

يتميز ببداية سريعة من الألم اللثوي وتموت لثوي بين سني ونزف (Rowland
1999).

سمي بأسماء عديدة: داء فنسنت، الفم المحفور / الخندقي

التهاب اللثة التقرحي التموتي الحاد (ANUG)

التهاب اللثة باللولبيات و المغزليات - أصبح الاسم الأكثر شيوعاً .

هذا الشكل من التهاب اللثة نادر نسبياً

المرضى المصابين هم : اليافعين أو البالغين الشباب وغالباً مدخني السجائر و
المعرضين للشدات النفسية.

العلامات السريرية الرئيسية المميزة للمرض هي :

الألم، التقرح، تموت الحليمات بين السنية، النزف العفوي أو عند الضغط الخفيف،
الغشاء الكاذب



التشخيص التفريقي الأكثر أهمية ل (NUG)

التهاب اللثة والفم الحلثي البدئي primary herpetic gingivostomatitis

PHS	NUG	
- فيروس الحلاّ البسيط	- الجراثيم	المسبب
- أكثر تكراراً عند الأطفال	- ١٥ - ٣٠ سنة	العمر
- اللثة و المخاطية كاملة	- الحليمات بين السنية	الموقع
- حويصلات متعددة - عندما تتفجر تترك قرحات دائرية صغيرة مغطاة بالفبيرين تميل إلى الالتئام	- تقرح ونسج متموتة - غشاء أبيض مصفر	الأعراض
- (١ - ٢) أسبوع	- (١ - ٢) يوم إذا عولجت	المدة
- نعم	- لا	قابلية العدوى
- جزئي	- لا	المناعة
- لا يوجد تخرب مستمر	- تخرب بقايا النسج حول السنية	الشفاء

تظهر الآفة بالفحص المجهرى :

كعملية التهابية حادة غير محددة ، مغطاة بغشاء متقرح أو كاذب .

الغشاء الكاذب يحتوي على: خلايا ظهارية ميتة، خلايا التهابية، شبكة فيبرينية

جراثيم مختلفة

النسيج الضام بيدي : توسع في الأوعية الدموية الشعرية، ارتشاح ملحوظ للخلايا الالتهابية الحادة (وحيدة النواة هي الأكثر فاعلية في بلعمة الجراثيم).

اللويبات تغزو النسيج الضام، حدود الآفة تظهر استحالة في الظهارة

عندما درست الفلورا في حالة (NUG) باستخدام تقنيات الزرع الجرثومي وجدت الجراثيم التالية ونسبها :

أنواع اللويبات Treponema ٣٢%

أنواع المهللات Selenomonas ٦%

أنواع العصوانيات Bacteroides intermedius ٢٤%

أنواع المغزليات Fusobacterium ٣%

المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسبة (AIDS) يكون لديهم زيادة في احتمال الإصابة بـ NUG

الأطفال الصغار جداً يمكن أن يصابوا بـ NUG في البلدان النامية و هذا يتعلق بالانتانات الفيروسية مثل : الحصبة، الإنتان بالأوليات

أو بشكل أكثر شيوعاً امتصاص البروتين الناقص كنتيجة للنظام الغذائي السيئ

العادات الغذائية السيئة هي سبب إصابة الشباب في أوروبا و الولايات المتحدة الأمريكية .

وجد عند مرضى NUG :

- نسبة استحالة الخلايا للمفاوية منخفضة
- شذوذات في وظيفة كريات الدم البيضاء

على الرغم من أن تسميات التهاب اللثة النقرحي التمتوي تشير إلى أنه آفة مقتصرة على اللثة فقد اقترح أنه :

يترافق مع خسارة في الارتباط البشري (MacCarthy & Claffey 1991)

الالتهاب اللثوي النقرحي التمتوي يمكن أن يترقى إلى

إنتان وجهي فموي منتشر مفاجئ يسمى: noma (أكلة الفم) أو cancrum oris (قارحة الفم)

معالجة NUG: Treatment of NUG

المعالجة تتضمن: تعليمات العناية بالصحة الفموية، تنظيف الأسنان ميكانيكياً و هو الركن الأساسي للمعالجة، المعالجة الجهازية المضادة للجراثيم وصف الصادات الحيوية من مجموعة البنسلينات أو الميترونيدازول قد تكون مستطبة إذا كان: الالتهاب اللثوي شديد أو إذا كان هناك إصابة مرافقة في العقد اللمفية الموضعية أو في حالة وجود أعراض جهازية مثل الحمى أو التوعك .

التغيرات اللثوية التالية ل NUG هي بشكلٍ خاص الحفر بين السنية (فوهات البركان) ، والتي قد تتطلب تصحيح جراحي لتسهيل إجراءات السيطرة على اللويحة السنية .



ارتفعت الحموضة

مع تمنياتنا بالنجاح