الضخامات اللثوية و علاجها

د محمد تقي

الضخامات اللثوية

إن ازدياد حجم اللثة ميزة شائعة للمرض اللثوي
. المصطلح المقبول حاليا لهذه الحالة هو الضخامة اللثوية gingival enlargmentأو فرط النمو اللثوي gingival overgrowth.

- هذه المصطلحات سريرية وصفية تماماًو بعيدة عن الدلالات المرضية الخاطئة للمصطلحات المستخدمة في الماضي ، مثل التهاب اللثة الضخامي hypertrophic gingivitis، أو فرط التنسج اللثوي gingival hyperplasia.

التصنيف:

تصنف الضخامات تبعاً للعوامل المسببة إلى:

١- الضخامة الإلتهابية : حادة و مزمنة

٢- الضخامة المحرضة بالدواء

٣- الضخامة المرافقة لأمراض جهازية

- الضخامات المشروطة :

• الحمل - البلوغ -عوز فيتامين c - التهاب اللثة بالبلازميات

- الضخامة المشروطة غير النوعية (ورم حبيبي مقيح)

- الأمراض الجهازية المسببة للضخامات اللثوية

إبيضاض الدم

الأمراض الحبيبية (ورم وغنر الحبيبي ، الساركوئيد)

٤ -الضخامة الورمية (الأورام اللثوية)

- الأورام السليمة

- الأورام الخبيثة

٥- الضخامة الكاذبة

باستخدام معيار التوضع و الإنتشار ، تصنف الضخامة اللثوية بالشكل التالي :

الموضعة : محدودة باللثة المحيطة بسن واحد او مجموعة أسنان

معممة : تشمل لثة جميع الفم

حفافية : تشمل اللثة الحفافية

حليمية : تشمل الحليمات بين السنية

منتشرة : تشمل الحواف اللثوية و الحليمات اللثوية

المميزة : تكون الضخامة لاطئة او معنقة ، لها شكل الورم .

درجات الضخامة اللثوية :

الدرجة ٠ : لا علامات لأي ضخامة لثوية

الدرجة ١ : الضخامة تشمل الحليمات اللثوية بين السنية و تغطي أقل من ثلث التاج

الدرجة ٢ : الضخامة تشمل اللثة الحفافية و الحليمية و تقطي حتى ثلثي التاج

الدرجة ٣ : الضخامة تغطي ثلاث أرباع التاج أو اكثر .

الضخامة الإلتهابية .و تقسم إلى حادة أو مزمنة أو مشتركة

الضخامة الإلتهابية المزمنة .

الخصائص السريرية : تبدأ كانتفاخ خفيف للحليمة بين السنية و اللثة الحفافية . في المراحل المبكرة ينتج عنها انتفاخ بشكل الخيمة حول السن المشمولة . هذا الإنتفاخ يمكن أن يزداد حجمه حتى يغطي جزء من التيجان

. يمكن لهذه الضخامة أن تكون موضعة او معممة و تتطور ببطيء و بدون ألم إلا اذا اختلطت بإنتان مزمن أو رض (الأشكال -23 , 1-23 2)

أحيانا تحدث الضخامة اللثوية الإلتهابية المزمنة كضخامة لاطئة مميزة أو كتلة معنقة مشابهة للورم . قد تكون ملاصقة أو باللثة الملتصقة . و هي كتل تنمو ببطئ و عادة غير مؤلمة . قد يتراجع حجمها بشكل عفوي بعد تفاقمها و تضخمها المستمر .

الشكل ٢٣-١ ضخامة لثوية التهابية مزمنة موضعة في المنطقة الأمامية

الشكل ٢٣-٢ . ضخامة لثوية التهابية مزمنة

التشريح المرضي :

- الضخامة اللثوية الإلتهابية المزمنة تظهر مظاهر الإرتشاح و التكاثر للإلتهاب المزمن (الشكل ٢٣-٣)
- هذه الآفات تكون سريريا بلون أحمر غامق أو حمراء مزرقة طرية يسهل تفتيتها مع سطح ناعم لامع و تنزف بسهولة ،
- و يكون هناك غلبة للخلايا الإلتهابية و السوائل ، مع تكاثر وعائي ، تشكيل شعريات جديدة ، و مترافقة مع تغيرات تراجعية .

الشكل ٢٣-٣ . مقطع ماسح لضخامة لثوية التهابية مزمنة يظهر النسيج الضام الملتهب و الحبال البشروية المتكاثرة .

- الآفات التي تكون قاسية نسبيا ، مرنة ، و وردية اللون تكون مكوناتها الليفية أكبر مع وفرة في الخلايا المصورة لليف و ألياف الكولاجين .

الأسباب :

- الضخامة اللثوية الإلتهابية تتسبب بالتعرض الطويل للويحة السنية . العوامل التي تشجع على تراكم اللويحة و ثباتها تشمل العناية الفموية الضعيفة ، بالإضافة للتخريش الناتج عن العيوب التشريحية أو الترميمات الخاطئة أو الأجهزة التقويمية
- التغيرات اللثوية المترافقة مع التنفس الفموي . التهاب اللثة و الضخامة اللثوية غالبا يتم مشاهدتها عند ذوي التنفس الفموي . تظهر اللثة حمراء و متوذمة مع لمعان منتشر للسطح للمنطقة المتعرضة . المنطقة الأمامية العلوية هي المكان الأشيع لهذه الحالة

الشكل ٢٣-٤ . ضخامة لثوية عند شخص من ذوي التنفس الفموي ، لاحظ أن الآفة ترسم خطا حاد على اللثة الحفافية و الحليمية .

الضخامة الإلتهابية الحادة

الخراج اللثوي .

يكون موضعا ، آفة سريعة التوسع و التي عادة تظهر فجأة . (الشكل ٢٣-٥) .تكون بشكل عام محدودة باللثة الحفافية أو الحليمية . في مراحلها المبكرة تظهر كإنتفاخ أحمر مع سطح ناعم لامع ، و خلال ٢٤-٤٨ ساعة تظهر الآفة متموجة و يظهر فوهة نقطية على سطحها لتصريف النتحية القيحية . غالبا ما يكون السن المجاور للخراج حساسا للقرع . عندما يتطور الخراج اللثوي يمكن أن ينفجر تلقائيا .

الشكل ٢٣-٥ . خراج لثوي على السطح الشفهي للثة في المسافة بين الناب و الرباعية و ليس له علاقة بمنطقة الميزاب اللثوي .

نسيجيا :
الخراج اللثوي يتشكل من بؤر قيحية في نسيج ضام ، محاطة بارتشاح للكريات البيض العديدة النوى (PMNs) و النسيج المتوذم ، و الإحتقان الوعائي
. أما الظهارة تبدي درجات مختلفة من الوذمة داخل و خارج الخلوية ، مع اجتياحها بالكريات البيضاء ، و احيانا وجود بعض التقرح.
الأسباب
الضخامة اللثوية الإلتهابية الحادة تنتج عن اندخال الأجسام الأجنبية عميقا في النسج عنوة حاملة معها الجراثيم (مثل شعرة فرشاة أسنان ، قطعة من لب تفاحة ، حسكة سمك) .يحدث عادة في لثة لا تحوي جيب لثوي او خراج جانبي .
الخراج حول السني (الجانبي).
الخراج حول السني يسبب ضخامة لثوية و لكن تصيب النسج الداعمة السنية يعني ذلك أنه مترافق بوجود جيب

الضخامات اللثوية المحرضة بالأدوية .

ينتج عن تناول بعض الأدوية مثل

١-مضادات الصرع:ديلانتين الصوديوم أو الفينوتيئين

٢- مثبطات المناعة:السيكلوسبورين

٣- معيقات أقنية الكالسيوم :زمرة الديهدروبردين (النيفيدين –الديلتازيم)

ضخامات لثوية وقد تسبب اعاقة أثناء الكلام المضغ ، و مشاكل تجميلية .

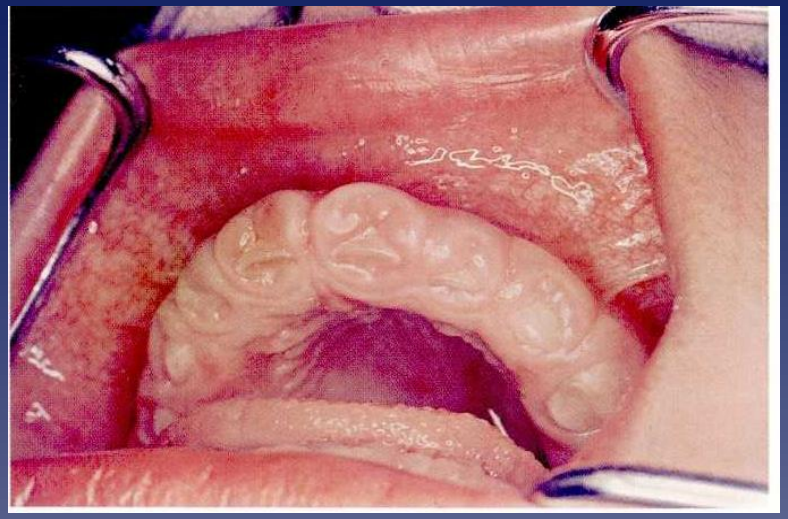
الخصائص السريرية و المجهرية لهذه الضخامات الناتجة عن أدوية مختلفة تكون متشابهة .

المظاهر السريرية .

تبدأ الإصابة كضخامة تشبه العقد ، قليلة الألم في منطقة الحليمات بين السنية و من ثم تمتد الى الحواف اللثوية اللسانية و الدهليزية (الشكل ٢٣-٦). عندما تتطور الحالة تتحد الضخامات الحليمية مع الحفافية لتشكل كتلة نسيجية هائلة الحجم تغطي جزء كبير من تيجان الأسنان و قد تتداخل مع الإطباق . (الشكل ٢٣-٧).

عندما لا تصاب الضخامة بالإلتهاب فإن الآفة تأخذ شكل التوتة و تكون صلبة و ذات لون وردي شاحب و لا تميل للنزف .

الشكل ٢٣-٦. ضخامة لثوية مرافقة للمعالجة بالفينوتئين
a منظر دهليزي ، لاحظ الآفات الحليمية البارزة . و السطح الثابت العقدي ،
b منظر اطباقي للفك العلوي .



الشكل ٢٣-٧. ضخامة لثوية لطفل عمره خمس سنوات تغطي معظم تيجان الأسنان

إن وجود الضخامات اللثوية يجعل عملية السيطرة على اللويحة الجرثومية صعبا ، مما يؤدي لحدوث اختلاطات إلتهابية ثانوية على الضخامة الدوائية

هذه الإختلاطات الإلتهابية لا تسبب فقط زيادة في الحجم و لكن تعطي ايضا لون أحمر او احمر مزرق و يزول المظهر المفصص و تصبح قابلة للنزف . (الشكل ٢٣-٨)

عادة ما تكون الضخامة معممة في الفم كاملا و لكن أكثر شدة في المناطق الأمامية للفكين العلوي و السفلي .

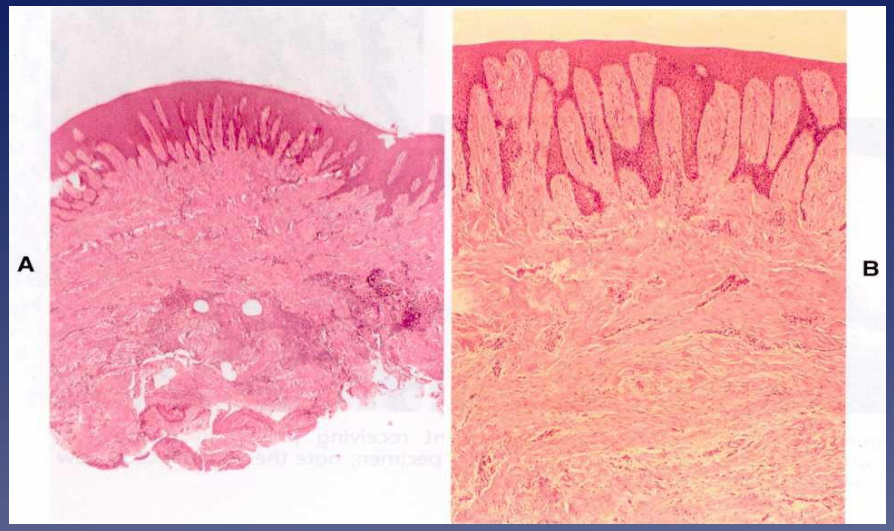
تحدث الضخامة في المناطق التي فيها اسنان أي لا تتشكل في الفراغات الخالية من الأسنان و تختفي الضخامات في المناطق التي تقلع منها الأسنان .

الشكل ٢٣-٨. ضخامة لثوية مشتركة بسبب اصابة التهابية لضخامة فينوتئينية .

إن الضخامة الدوائية مزمنة و يزداد حجمها ببطء و عندما تزال جراحيا تنكس و تختفي تلقائيا بعد ايقاف الدواء بأشهر قليلة

التشريح المرضي :

الضخامة اللثوية الدوائية تتألف من فرط تنسج واضح للنسج الضام و الظهارة (الشكل ٢٣-٩) . هناك تكثف في الظهارة (شواك) ، و تطاول الإندخالات الظهارية عميقا في النسيج الضام .و التي تظهر حزم كولاجينية كثيفة و زيادة في عدد مصورات الليف و أوعية دموية جديدة .



الشكل ٢٣-٩. مظهر مجهري لضخامة لثوية مرافقة للمعالجة بالفينوتئين .
A فرط تنسج و شواك للظهارة و نسيج ضام كولاجيني كثيف ، مع وجود التهاب بالمنطقة بجوار الميزاب اللثوي (الجيب) .
B منظهر أقرب يبين امتداد الأوتاد البشروية عميقا في النسيج الضام

مضادات الإختلاج

اول دواء تم تسجيله كمحرض على حدوث الضخامة الدوائية كان الفينوتئين . أو الديلانتين و يستعمل لمعاجة كافة أنواع الصرع ما عدا حالات الصرع الصغير و بعد ذلك لوحظ تسببه بحدوث الضخامة اللثوية

تحدث الضخامة عند ٥٠ % من الأشخاص الذين يتعالجون بهذا الدواء (الفينوتئين) و تحدث بشكل أكبر عند المرضى اليافعين .

حدوثها و شدتها لا يعتمد بالضرورة على زيادة الجرعة الدوائية عن الحد الموصى به أثناء المعالجة . الفينوتئين يظهر في اللعاب ولا يوجد اجماع حتى الآن فيما اذا كانت شدة الضخامة الفينوتئينية متعلقة بتركيز الفينوتئين بالبلازما او اللعاب .

الدراسات النسيجية أظهرت أن الفينوتئين يحفز تكاثر الظهارة و الخلايا المشابهة لمصورات الليف

كابحات المناعة

السيكلوسبورين كابح مناعي فعال يستخدم بعد عمليات زرع الأعضاء و لعلاج بعض أدواء المناعة الذاتية .
آلية عمله غير معروفة تماما . لكن يبدو و كأنه يكبح بشكل انتقائي وردود الخلايا التائية المساعدة ، و التي تلعب دورا في الإستجابات المناعية الخلوية و الخلطية .
الضخامة اللثوية السيكلوسبورينية أكثر توعية من ضخامة الفينوتئين (الشكل ٢٣ -١١) .حدوثها يتراوح حسب بعض الدراسات من ٢٥-٧٠ % ، و تظهر عند الأطفال بشكل أكثر تكرارا

- أهميتها تظهر كونها متعلقة بتركيز الدواء في البلازما،
- تكون الضخامة أكبر عند المرضى الذين يستخدمون السيكلوسبورين و حاصرات قنوات الكالسيوم سوية .

الشكل ٢٣-١١. ضخامة لثوية مرافقة للسيكلوسبورين
A اصابة خفيفة متوضعة بشكل خاص على الحليمات بين الثنايا
B ضخامة متقدمة معممة .

حاصرات قنوات الكالسيوم

هذه الأدوية تم تطويرها لمعالجة الحالات القلبية الوعائية مثل ارتفاع الضغط ، الذبحة الصدرية ، تشنج الشريان التاجي ، و اضطراب النظم

يمنع تدفق شوارد الكالسيوم ، عبر غشاء الخلية القلبية و العضلات الملساء ، و بذلك يحصر الحركة داخل الخلوية للكالسيوم . و هذا يحرض توسع مباشر للشرايين و الشرينات التاجية ، و بالتالي تقدم مزيدا من الأوكسجين لعضلة القلب ، و كذلك تخفض ارتفاع الضغط بتوسيع الأوعية المحيطية .
تبدأ عادة الضخامة مع بزوغ الأسنان الدائمة او المؤقتة ، و قد تتراجع بعد قلع هذه الأسنان ، و هذا ما يقترح أن الأسنان او اللويحة الملتصقة بها قد تكون هي العامل المبدئ للضخامة

الضخامات المرافقة للأمراض الجهازية .

العديد من الأمراض الجهازية ، قد ينشأ عنها تظاهرات تتضمن الضخامات اللثوية ، هذه الأمراض الجهازية يمكن أن تؤثر على النسج الداعمة بآليتين مختلفتين كما يلي :

١ الإلتهاب الموجود مسبقا بتأثير اللويحة الجرثومية ، و مجموعة من الأمراض التي تعتمد على هذه الآلية تصنف تحت عنوان الضخامات المشروطة ، التي تتضمن الحالات الهرمونية (مثل الحمل و البلوغ) ، الأمراض الغذائية (عوز فيتامين c) و بعض الحالات التي يكون فيها التأثير الجهازي غير مميز (الضخامة المشروطة غير النوعية) .

٢ ظهور الأمراض الجهازية بشكل مستقل عن الحالة الإلتهابية للثة ، هذه المجموعة وصفت بالأمراض الجهازية المسببة للضخامات اللثوية و الضخامات الورمية (الأورام اللثوية) .

الضخامات اللثوية المشروطة .

الأنماط الثلاثة للضخامات المشروطة ، هي الهرمونية (الحمل و البلوغ) ، الغذائية (مترافقة بعوز فيتامين C) ، تحسسية .

الضخامة الحملية :

- الضخامة اللثوية الحملية قد تكون حفافية و قد تكون معممة و قد تكون ككتل مفردة او متعددة شبيهة بالورم.
- خلال فترة الحمل يكون هناك ارتفاع في مستويات كلا من البروجسترون و الإستروجين ، و الذي في نهاية الثلث الثالث من الحمل يصل ل ١٠ -٣٠ ضعف عن مستوياته خلال الدورة الشهرية

- هذه التغيرات الهرمونية تحرض على تغيرات في النفوذية الوعائية ، و هذا ما يؤدي لوذمة لثوية و استجابة التهابية بشكل زائد تجاه اللويحة الجرثومية .

الضخامة الحفافية الحملية .

الضخامة اللثوية الحفافية ، خلال الحمل تكون ناتجة عن مفاقمة التهاب موجود مسبقا ، و كما سجل حدوثها بنسبة ٧٠ % الضخامة اللثوية لا تحدث بدون وجود اللويحة الجرثومية .

الصورة السريرية تختلف بشكل واسع ، الضخامة عادة معممة و تكون بارزة في المناطق الملاصقة مقارنة مع السطوح الدهليزية و اللسانية .

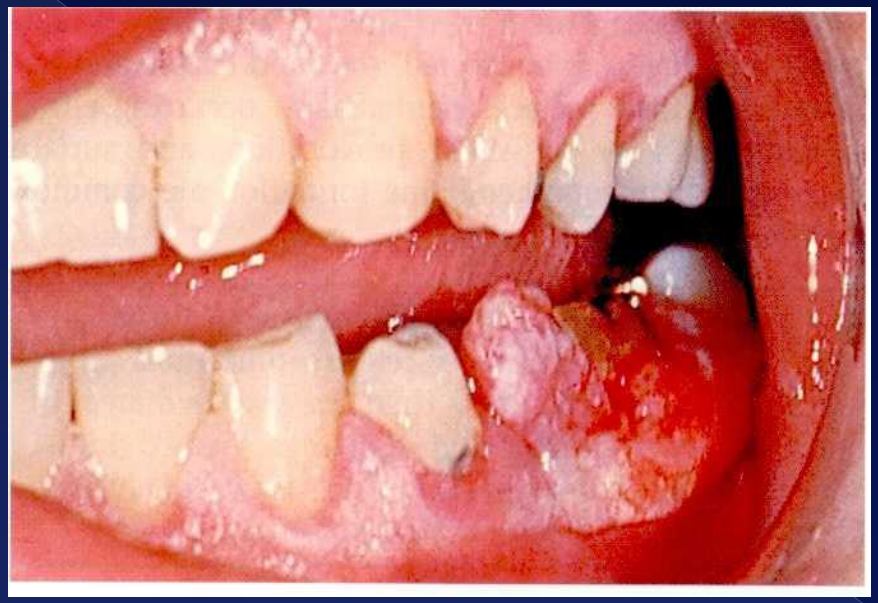
اللثة المتضخمة تبدو بلون أحمر لماع او قرمزي ، قوامها هش و ذو سطح لماع ناعم ، تنزف بشكل عفوي او بإثارة خفيفة .

الضخامة الشبيهة بالورم .

و تسمى بالورم الحملي و هي ليست ورما، إنما هو استجابة التهابية للويحة الجرثومية معدلة بحالة المريض
تظهر بعد الشهر الثالث للحمل و لكن قد تحدث بشكل أبكر
تظهر الآفة ككتلة منفصلة ذات شكل كروي مسطح يشبه الفطر التي تبرز من الحافة اللثوية أو في أغلب الأحيان تبرز من المسافات بين السنية و التي يمكن أن تكون لاطئة او معنقة .(الشكل ٢٣-١٤) .

تميل الكتلة الورمية للإمتداد جانبيا و لكن ضغط اللسان و الخد على هذه الكتلة يعطيها دائما المظهر المسطح .
تظهر بلون أحمر غامق او قرمزي و ذات سطح ناعم لماع توتي الشكل . و هو آفة سطحية لا تمتد عميقا الى العظم

. عادة يكون الورم الحملي غير مؤلم إلا اذا أدى حجمه و شكله إلى تراكم الفضلات و الجراثيم تحت حافته او تداخل مع السطح الإطباقي ففي هذه الحالة يمكن أن يحدث تقرح مؤلم



(الشكل ٢٣-١٤).
الورم الحملي

يمكن تجنب معظم الأمراض اللثوية خلال الحمل بالإزالة الجيدة للويحة و القلح ، بالإضاقة لتوعية المريض لضرورة العناية بالصحة الفموية . المعالجة المحدودة بإزالة الكتلة الزائدة بدون الإزالة الكاملة للمخرشات الموضعية ستنكس . و بالرغم من التناقص التدريجي التالي لحجم الضخامة بعد الحمل ،فإن الإزالة الكاملة للآفة الإلتهابية المتبقية يتطلب ازالة كاملة لتوضعات اللويحة و العوامل المشجعة على تجمعها .

الضخامة البلوغية

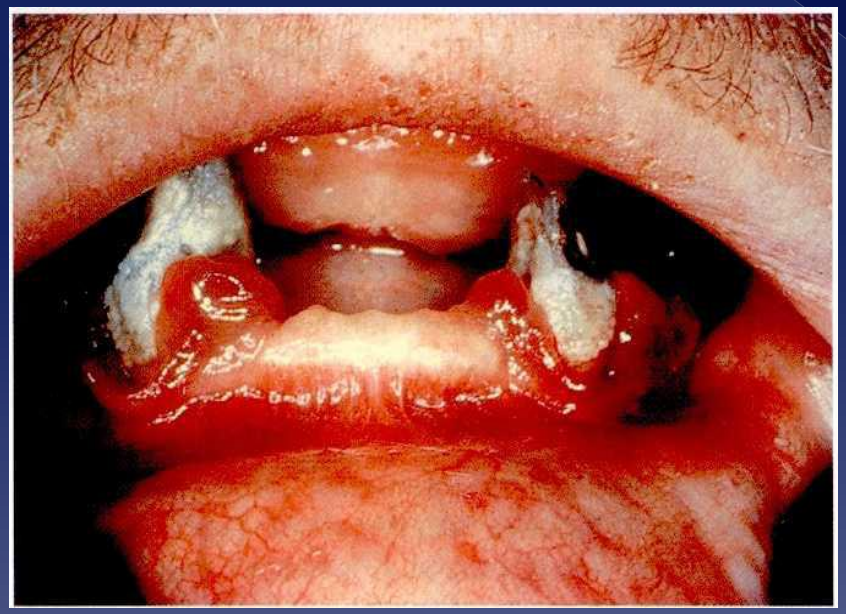
تشاهد خلال مرحلة البلوغ .
تحدث عند الذكور و الإناث اليافعين و تظهر في مناطق تجمع اللويحة .
و تشاهد عادة في مناطق المخرشات الموضعية
. تكون حفافية و حليمية متصفة بنتوء بصلي في الحليميات (الشكل ٢٣-١٦) .
تتوضع عادة على اللثة الدهليزية فقط لأن الفعل الميكانيكي للسان و انزلاق الأطعمة يمنع تجمع المخرشات الموضعية على السطوح السانية .

الشكل ٢٣-١٦. ضخامة لثوية مشتركة في مرحلة البلوغ عند طفل بعمر ١٣ سنة

الضخامة اللثوية البلوغية ، لها جميع الخصائص التي تتصف بها الإصابة الإلتهابية المزمنة للثة ، و لها ميل لتشكل كتلة ناكسة بوجود توضعات أقل للويحة و هذا ما يميز الضخامة البلوغية عن الضخامة الالتهابية ٠بعد البلوغ تتلاشى الضخامة تلقائيا ، ولكن لا تختفي تماما حتى يتم ازالة القلح و اللويحة .

الضخامة الناتجة عن عوز فيتامين C(الإسقربوط):

العوز الحاد لفيتامين c بحد ذاته لا يسبب ضخامة لثوية ، و لكن قد يسبب نزف ، استحالة الكولاجين ، و وذمة في النسيج الضام اللثوي ، هذه التغيرات تعدل استجابة اللثة للويحة من خلال تثبيط رد الفعل الطبيعي و الزيادة في امتداد الإلتهاب . و هذا ينتج عنه ضخامة كثيرة المشاهدة في داء الإسقربوط (الشكل ٢٣-١٧) .



الشكل ٢٣-١٧ . ضخامة لثوية عند مريض يعاني من عوز فيتامين c
لاحظ مناطق النزف الواضحة .

الضخامة اللثوية في عوز فيتامين c تكون حفافية ، بلون أحمر مزرق ، قوامها ناعم و هشة و ذات سطح لماع أملس ،

يحدث النزف إما بشكل عفوي او بتحريض خفيف ،

ومن المظاهر المميزة الشائعة سطحها المتنخر المغطى بغشاء كاذب .

نسيجيا .

في عوز فيتامين c تكون اللثة مرتشحة بخلايا التهابية مزمنة مع استجابة حادة سطحية .

يوجد مناطق متفرقة من النزف و الشعريات الدموية المحتقنة .

التهاب اللثة بالمصوريات

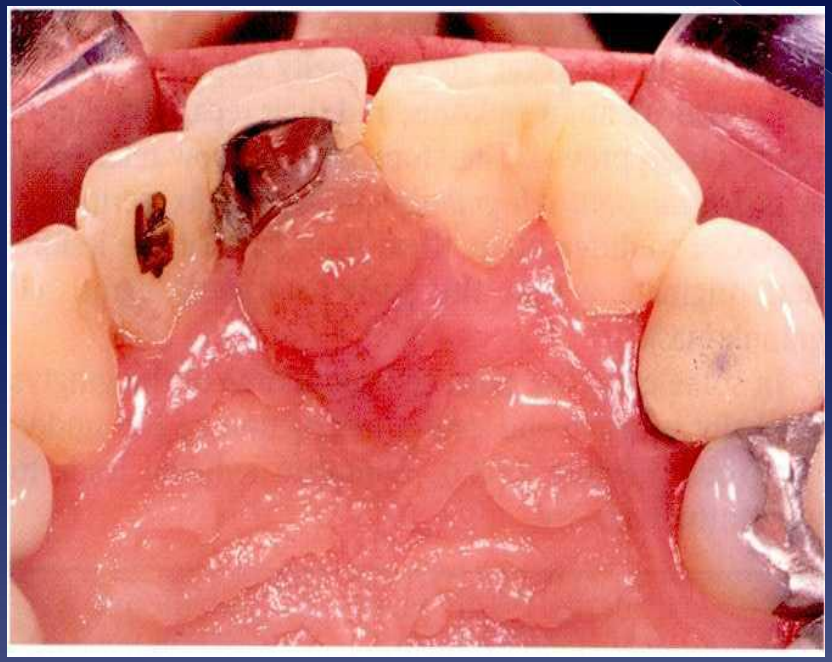
إن التهاب اللثة بالمصوريات (أو المشار اليها بالتهاب اللثة الشاذ) أو التهاب اللثة و الفم بالمصوريات يتكون من ضخامة لثوية معتدلة تمتد الى اللثة الملتصقة . آفة متوضعة .

اللثة تظهر حمراء ،هشة و احيانا حبيبية ، تنزف بسهولة ، عادة لا تسبب فقدان في الإرتباط

، تتوضع في الجهة الفموية للثة الملتصقة و لذلك تختلف عن التهاب اللثة المسبب باللويحة .

الضخامات المشروطة غير النوعية .

الأورام الحبيبية المقيحة . هذه الضخامة شبيهة بالورم تنشأ كاستجابة مفرطة تجاه الرض الخفيف (الشكل ٢٣-١٩) ، و لم تعرف بعد الشروط الجهازية المسببة لهذه الأورام .



تتنوع الآفة من كروية الشكل شبيهة بالورم و منفصلة و معنقة الى مسطحة شبيهة بالندبة ذات قاعدة عريضة ، لونها يكون أحمر لماع او ارجواني . أما قوامها فتكون هشة او ثابتة و ذلك حسب مدة ظهورها و في معظم الحالات يترافق معها سطح متقرح و نتحة قيحية . يمكن أن تتحول الحالة بشكل تلقائي إلى ورم حليمي بشروي او يمكن أن تبقى ثابتة لعدة سنوات .

نسيجيا :
تظهر الصورة النسيجية للورم الحبيبي المقيح ، كتلة من النسيج الحبيبي مع رشاحة خلوية التهابية مزمنة ،
و من المظاهر النسيجية الواضحة لهذا الورم تكاثر الخلايا البطانية و تشكل عدد كبير من الأوعية الدموية .

المعالجة تتضمن ازالة الآفات بالإضافة لإنهاء وجود المخرشات الموضعية .
معدل النكس ١٥ % ،
و هذه الضخامة مشابهة سريريا و نسيجيا للضخامة المشروطة في الحمل . و التشخيص التفريقي يعتمد على تاريخ المريض .

الأمراض الجهازية المسببة لضخامات لثوية .

العديد من الأمراض الجهازية ، ربما تسبب ضخامة لثوية عبر آليات مختلفة ، لكنها غير شائعة

ابيضاض الدم .

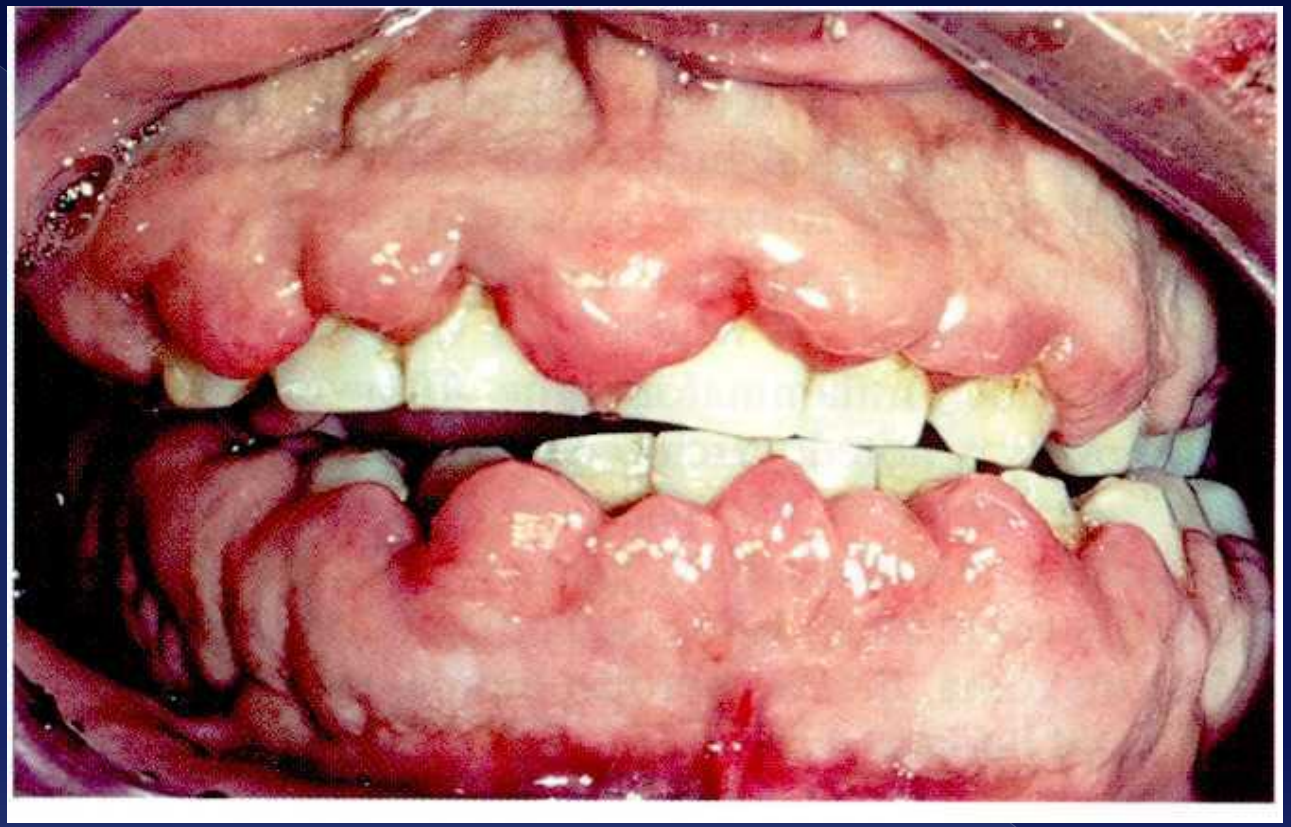
يمكن أن تكون الضخامة الناتجة عن ابيضاض الدم منتشرة او حفافية ، موضعة أو معممة،

يمكن أن تكون الضخامة منتشرة على المخاطية اللثوية او ذات امتداد كبير الحجم على اللثة الحفافية (الشكل ٢٣-٢٠) او كتلة شبيهة بالورم منفصلة بين سنية ،

تكون الضخامة الناتجة عن ابيضاض الدم بشكل عام ذات لون أحمر مزرق و سطح لامع .

أما قوامها فتكون ثابتة تقريبا و لكن يمكن أن تميل الى الهشاشة ، و يمكن أن تنزف بشكل عفوي او بتحريض خفيف .

تحدث الضخامة اللثوية في ابيضاض الدم الحاد و قد تحدث بتحت الحاد و نادرا ما تحدث في ابيضاض الدم المزمن .



الشكل ٢٣-٢٠ . ضخامة لثوية ناتجة عن ابيضاض الدم

الأمراض الحبيبية .

ورم وغنر الحبيبي .

يتميز ورم وغنر الحبيبي بحدوث آفات تنخرية في السبيل التنفسي .
و من المظاهر الأولية لهذا الورم تشاهد في المنطقة الوجهية الفموية و تتضمن حدوث تقرح مخاطي فموي و ضخامة لثوية و حركة زائدة في الأسنان و استجابة متأخرة للشفاء .

- تبدو الضخامة الحليمية الورمية الحبيبية بلون أحمر او ارجواني و تنزف بسهولة عند التحريض .

نسيجيا .

تظهر الصورة النسيجية علامات الإلتهاب المزمن مع وجود خلايا عرطلة متفرقة و بؤر من الإلتهاب الحاد
إن سبب هذا الورم غير معروف و لكن يبدو أنه نتيجة أذية نسيجية متواسطة بالمناعة .
نتيجة هذا المرض تكون الموت بسبب القصور الكلوي و خلال اشهر قليلة

الساركوئيد .

الساركوئيد هو ورم حبيبي غير معروف السبب

- يبدأ عند البالغين من عمر ٢٠ -٣٠ سنة و غالبا عند السود
- يمكن أن يصيب أي جزء من العضوية بما في ذلك اللثة و التي تتمثل كضخامة حمراء ناعمة قليلة الألم .

نسيجيا

تتكون الصورة النسيجية للساركوئيد من دوائر جبنية منفصلة من الخلايا الظهارية و خلايا متعددة النوى و خلايا عرطلة مع خلايا محيطية وحيدة النوى .

الضخامات اللثوية الورمية (الأورام اللثوية).

أورام اللثة السليمة

البثعات .

البثعة هو مصطلح عام غير نوعي يستخدم للإشارة الى كل الأورام المنفصلة و الكتل الشبيهة بالورم الموجودة في اللثة.

العديد من الآفات الموصوفة بالبثعة هي التهابية اكثر من كونها ورمية

الورم الليفي .

- الأورام الليفية للثة تنشأ من النسيج الضام اللثوي او الرباط ما حول السني
- تنمو ببطئ و لها شكل كروي و تميل لتكون ثابتة و عقدية و لكن قد تكون رخوة و وعائية .
- الأورام الليفية عادة معنقة .
- الأورام الليفية القاسية نادرة و أغلب الآفات التي تشخص سريريا كأورام ليفية تكون ضخامات التهابية .

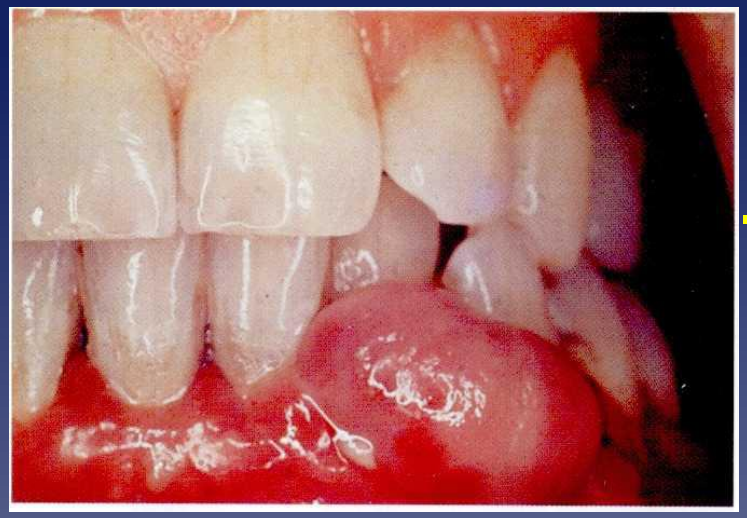
نسيجيا .
يتكون الورم الليفي اللثوي من حزم من الألياف الكولاجينية و خلايا ليفية متفرقة مع توعية متغايرة

الورم الحليمي .
و هو ورم سليم مسبب بالفيروس HPV
تظهر الأورام الحليمية على شكل ثؤلولي منفرد أو نتوءات شبيهة بالقرنبيط
غالبا يكون حجمها أقل من ١ سم . يمكن أن تكون صغيرة و منفصلة او عريضة مع ارتفاعات قاسية و سطوح غير منتظمة .

نسيجيا .
تظهر الصورة النسيجية للآفات الحليمية اندفاعات اصبعية الشكل للطبقة الشائكة و فرط تقرن مع نواة مركزية من النسيج الضام الموعى.

الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة الميحيطي .

- تنشأ هذه الآفة من الحفاف اللثوي او من المناطق بين السنية .و غالبا ما تحدث على الناحية الدهليزية يمكن أن تكون معنقة أو لاطئة
- تختلف في المظهر من كتلة ذات حدود منتظمة ملساء الى شكل غير منتظم مع نتوءات و فجوات على السطح. و أحيانا ترى تقرحات على الحواف
- تكون هذه الآفات قليلة الألم و تختلف في الحجم حيث يمكن أن تغطي العديد من الأسنان .
- يختلف لونها من الوردي الى الأحمر الغامق او أزرق ارجواني .
- قوامها يختلف فقد تكون صلبة أو اسفنجية
- لا يوجد واسم سريري يفرق هذه الآفة و يمكن أن تميز عن الضخامات الأخرى مجهريا و ذلك مطلوب لتشخيصها النهائي .



في بعض الحالات الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة للثة يكون غازي موضعيا و قد يسبب تهدم في العظم السنخي نسيجيا .

يتكون الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي من بؤر كثيرة من الخلايا العرطلة متعددة النوى ضمن النسيج الضام

كما يلاحظ وجود مناطق متفرقة من الإلتهاب المزمن مع اصابة حادة سطحية و عادة ما تكون البشرة مفرطة النمو مع تقرح عند القاعدة و أحيانا يحدث تشكل عظم داخل الآفة

الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المركزي .

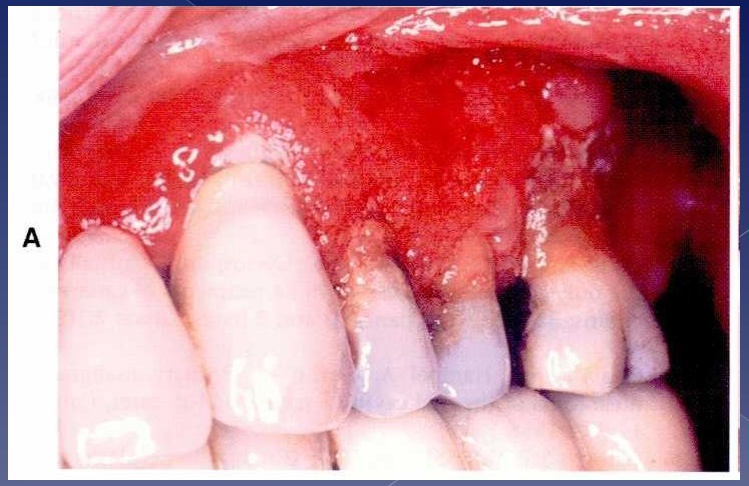
ينشأ هذا الوم ضمن عظم الفكين و ينتج عنه تجويف مركزي

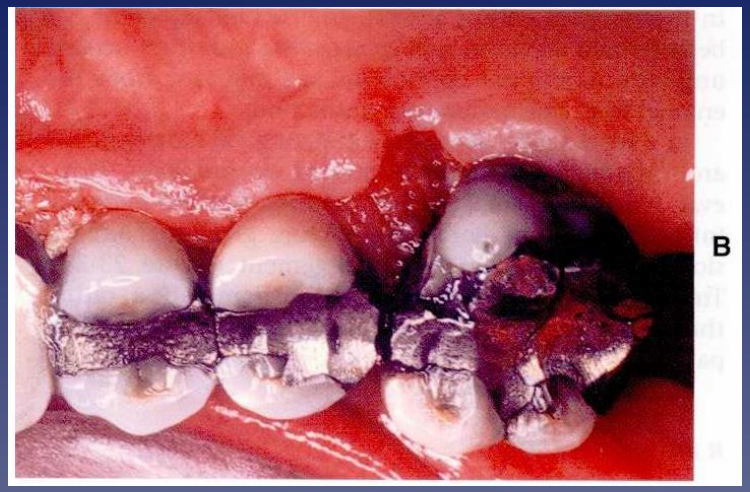
أحيانا يخلق عيوب فكية جاعلا اللثة تظهر متضخمة

الأورام الخبيثة في اللثة .

السرطانة البشروية (الكارسينوما)

- تشكل السرطانة البشروية الفموية أقل من ٣ % من مجمل الأورام الخبيثة التي تصيب الفم و لكن يأتي في المرتبة السادسة عند الذكور و بالمرتبة الثانية عشرة عند الإناث
- يبدو كضخامة منتظمة ثؤلولية الشكل او تقرحية تأخذ مظهر الآفة التآكلية المسطحة و غالبا تكون خاليا من الأعراض و التي تبقى غير ملحوظة حتى تصاب بتغيرات التهابية لتسبب الألم
- إن هذه الكتل تكون غازية بشكل موضعي شاملة العظم التحتي و الرباط حول السني للأسنان المجاورة و المخاطية المجاورة





الورم القتاميني الخبيث (الميلانوما) .
هو ورم فموي نادر الحدوث يميل للحدوث في الحنك الصلب و لثة الفك العلوي للأشخاص الكبار . عادة مصطبغ بلون غامق ، و دائما يسبق باصطباغ موضع . قد يكون مسطح او عقدي ، و يتميز بنموه السريع و النقائل المبكرة . ينشأ من الخلايا مصورة القتامين في اللثة ، الخدود أو الحنك . الإرتشاح للعظم التحتي و النقائل للعقد الرقبية و الإبطية يكون شائعا .

الأورام العفلية (الساركوما) .
الساركوما الليفية و الساركوما اللمفاوية و الساركوما نجمية الخلايا نادرة الحدوث في اللثة ، فقط الحالات التي تم عزلها موصوفة بالأدب الطبي هي كابوزي ساركوما ، غالبا ما يحدث عند مرضى الإيدز في الحفرة الفموية و بشكل خاص على الحنك و اللثة

الضخامات الكاذبة .

هي ضخامات لثوية غير حقيقية و لكن تظهر نتيجة لزيادة حجم العظم التحتي او النسج السنية ،

حيث لا تظهر اللثة أي مظاهر سريرية شاذة ما عدا وجود زيادة في حجم المنطقة .

الآفات العظمية التحتية .

هي عبارة عن ضخامات عظمية تحدث أسفل منطقة اللثة

- غالبا تكون بسبب عرن عظمي او امتدادات عظمية
- و كذلك يمكن أن تحدث بداء باجيت . الحثل الليفي، الورم حبيبي ذو خلايا عرطلة مركزي ، و ورم مصورات الميناء ، ورم عظمي و ورم عفلي عظمي

النسج السنية التحتية .

خلال المراحل المتنوعة للبزوغ ، و بشكل خاص للأسنان المؤقتة ، قد تظهر اللثة الدهيزية حواف بصلية بسبب تغطية اللثة للجزء البارز من الميناء من النصف اللثوي للتاج .

هذه الضخامة سميت بالضخامة التطورية و هي طبيعية و عادة لا تظهر اية مشاكل ،
و مع ذلك عندما تختلط بالتهاب حفافي ، فإن الصورة المشتركة تعطي انطباعا عن ضخامة لثوية شديدة

المعالجة بإزالة الإلتهاب أكثر من قطعها و يكون ذلك كافيا بالنسبة للمريض .

معالجة الضخامات اللثوية

أهمية المعالجة :
لمعالجة الضخامة أهمية خاصة لدى كل من المريض والطبيب بسبب تأثيرها على :

١. الناحية التجميلية
٢. صعوبة السيطرة على اللويحة
٣. مشاكل في المضغ ، البزوغ ، الكلام واللفظ أحياناً

المبدأ :
بما أن الضخامات اللثوية مختلفة في السبب يعالج كل نوع منها بحسب الأسباب المشاركة في وجوده

الضخامة اللثوية الالتهابية المزمنة

تعالج بالتقليح وتسوية الجذور والتجريف
هذا الإجراء كافٍ أحياناً لزوال الضخامة لكن في حال كان حجمها كبيراً فإنها تتحول لضخامة ليفية (بعد زوال المظاهر الالتهابية)
عندها نقوم بقطع اللثة

الضخامة اللثوية الشبيهة بالورم

- القطع اللثوي :
- بعد التخدير الموضعي تزال الكتل القلحية الموجودة تحت الضخامة ثم ترفع الكتلة بواسطة شفرة رقم ١٢
- ثم نصقل سطح الجذر ونطبق الضماد لمدة أسبوع ويعطى المريض التعليمات الضرورية

الخراج اللثوي

الجلسة الأولى :

نخدر موضعياً ونثقب المنطقة الأكثر تموجاً في الخراج بواسطة المشرط بلطف وبعرض كاف ليسمح بتفجير الخراج وخروج المفرزات .. ثم تغسل المنطقة بماء دافئ وتغطى بقطع من الشاش وبعد توقف النزف نراقب المريض ل ٢٤ ساعة مع إعطاء التعليمات بالمضمضة كل ساعتين بالماء الدافئ

الجلسة الثانية :

يكون حجم الآفة قد تراجع وهدأت حدة الأعراض فنقوم بتخدير المنطقة موضعياً وإجراء تقليح وتجريف

٠في حال بقي حجم الآفة كبيراً تقطع جراحياً

الضخامة اللثوية دوائية المنشأ

المرحلة الأولى :
نقوم بإعطاء المريض تعليمات الصحة الفموية وإجراء تقليح ميكانيكي وتسوية الجذور وهذه الإجراءات تؤدي لتحسين الوضع الصحي للضخامة

المرحلة الثانية (الجراحية) :
تعد تقنية القطع الأكثر شيوعاً ويمكن أيضاً تطبيق تقنية الشرائح في حال وجود امتصاص عظمي

الضخامة اللثوية الناتجة عن ابيضاض الدم

- غالباً ما تترافق مع التهاب اللثة التقرحي الحاد
- يجب فحص النزف والتخثر وتعداد الصفيحات + استشارة طبيب أخصائي دم قبل الجراحة

تبدأ المعالجة فوراً بعد زوال الأعراض الحادة للمرض ...
نطبق التخدير الموضعي ثم نزيل المخرشات وتراكمات اللويحة والقلح
نحاول تجزئة العمل على عدة جلسات ونتناول فيه مناطق صغيرة محدودة في كل جلسة كي نتحاشى الإدماء
نغطي المريض بالصادات المناسبة قبل وبعد التجريف بعدة أيام كي نتفادى حدوث التهابات ثانوية

الضخامة اللثوية أثناء الحمل

إزالة المخرشات الموضعية بالتقليح وتسوية الجذور والتجريف•

متى يجب البدء بالمعالجة ؟؟

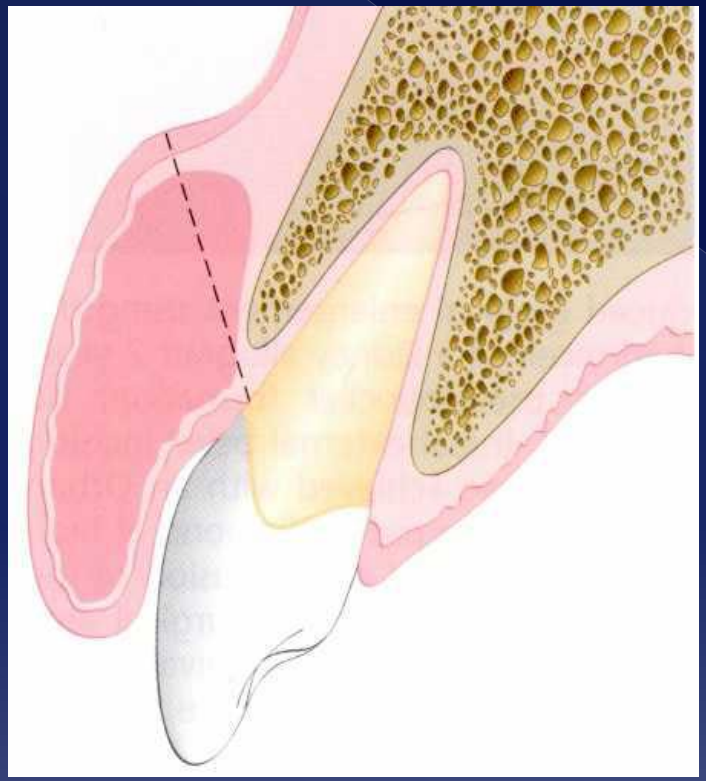
يجب أن نقوم بالمعالجة فور ظهور الالتهاب والضخامة الحفافية ويجب عدم الانتظار لأن الحالة الالتهابية لن تهدأ تلقائياً لوحدها في حال استمرار وجود المخرشات الموضعية بل أحياناً قد تتفاقم مسببة اختلاطات أكبر

الورم الحملي

المرحلة الأولى هي إزالة المخرشات بالتقليح وتسوية الجذور والتجريف
تزول الحالة الالتهابية ثم نقرر إجراء القطع الجراحي أو لا
في حال عدم تأثير الورم على الناحية الجمالية والوظيفية وعدم تداخله مع الإطباق نؤجل القطع لما بعد الولادة
في حال كان حجم الورم كبير وأحدث انزعاجاً جمالياً ووظيفياً نقوم بقطعه خلال الحمل لكن بعد استشارة الطبيب المختص

الضخامة اللثوية أثناء البلوغ
بالمرحلة الأولى نقوم بإزالة المخرشات الموضعية بالتقليح وتسوية الجذور والتجريف
ثم نقوم بقطع وتصنيع اللثة بعد التأكد من عدم وجود مشاكل جهازية عند الطفل

تقنية قطع اللثة



الاستطبابات :

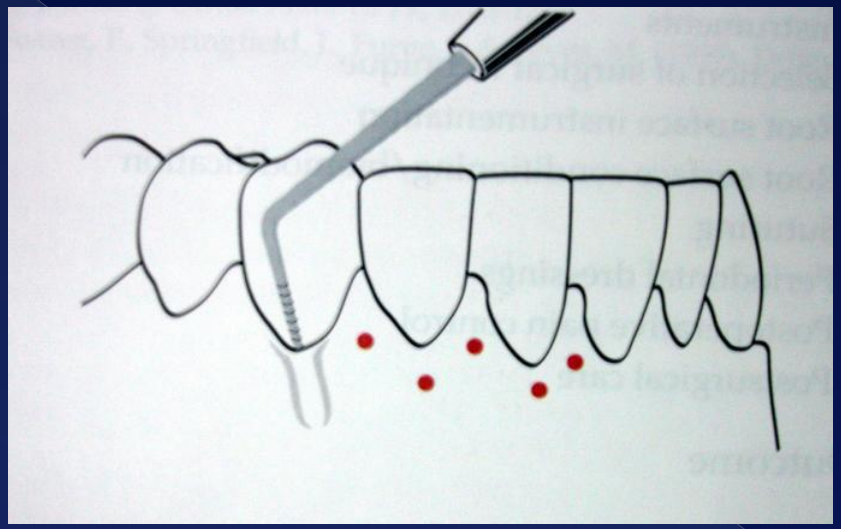
١. ضخامة موضعة على ٦ أسنان أو أقل
٢. عدم وجود عيوب عظمية
٣. عدم وجود فقد ارتباط
٤. لثة متقرنة كافية

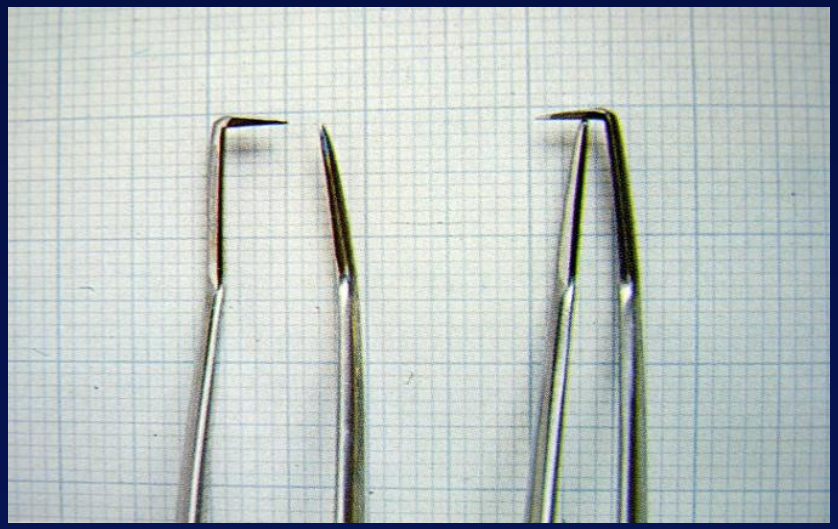
١- التخدير الموضعي

التخدير بالارتشاح الموضعي ويمكن زيادة القليل من المخدر في الحليمات اللثوية للتقليل من النزف

٢- سبر الجيوب وتعليم قعر كل جيب

يتم تعليم قعر الجيب بالملقط الخاص للجيوب ،فتظهر النقاط النازفة واضحة



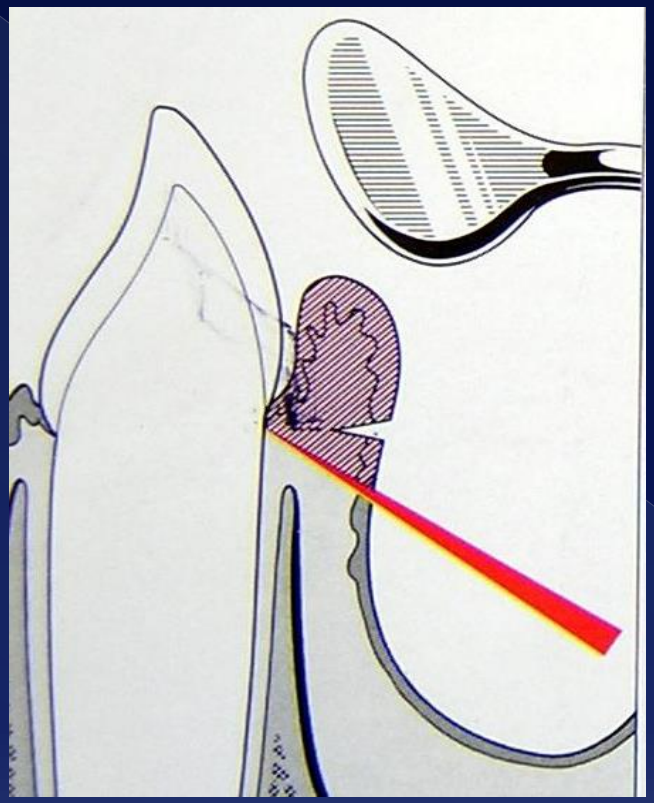


الملقط الخاص لتعليم قعر الجيب

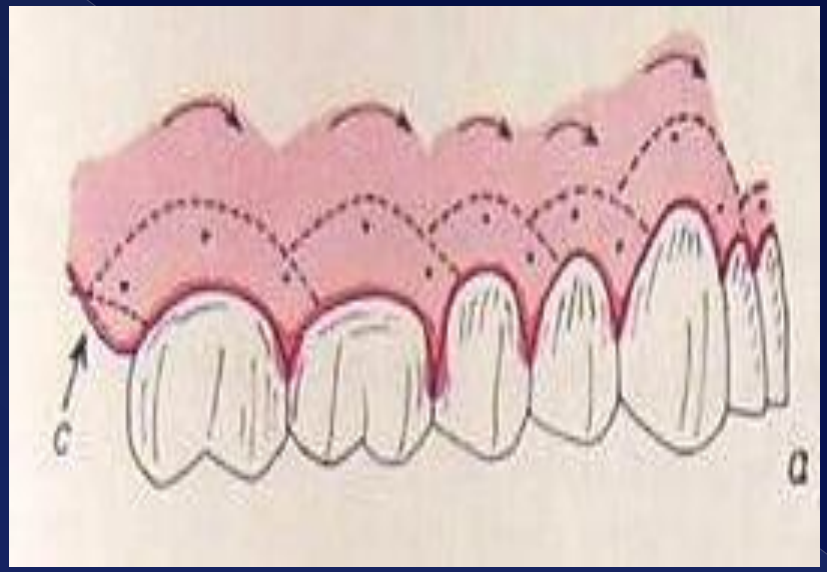
نعلم كل جيب بأكثر من نقطة وبمناطق متعددة كي نرى كيفية مساره على كل سطح

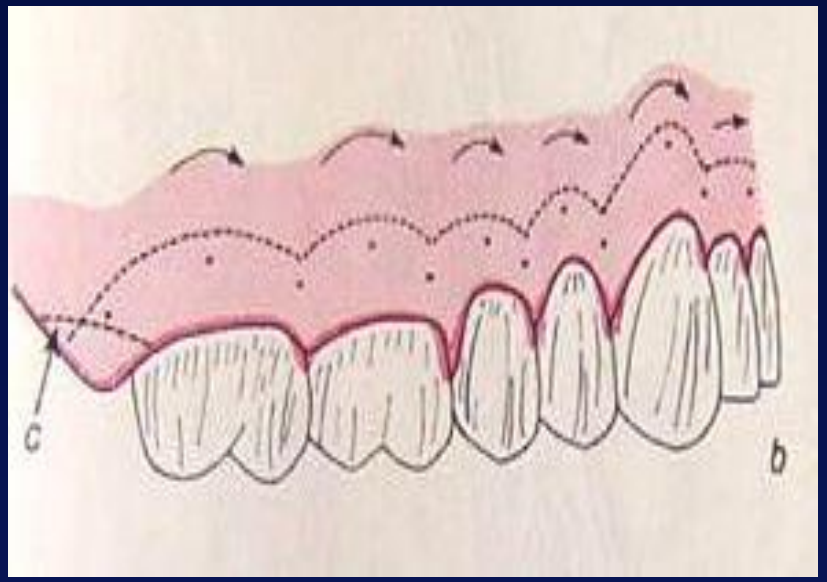
- ٣- قطع اللثة :

- بالشفرات أو المشارط أو المقصات اللثوية
- Krikland ← لقطع اللثة الخاصة بالسطوح الدهليزية واللسانية ووحشي السن الأخير
- Orban ← لقطع اللثة الموجودة في المسافات بين السنية
- المقصات والشفرات أدوات مساعدة
- وبشكل عام لكل جراح طريقته الخاصة تبعا" للخبرة الشخصية .



زاوية المشرط مع سطح السن ٤٥ درجة



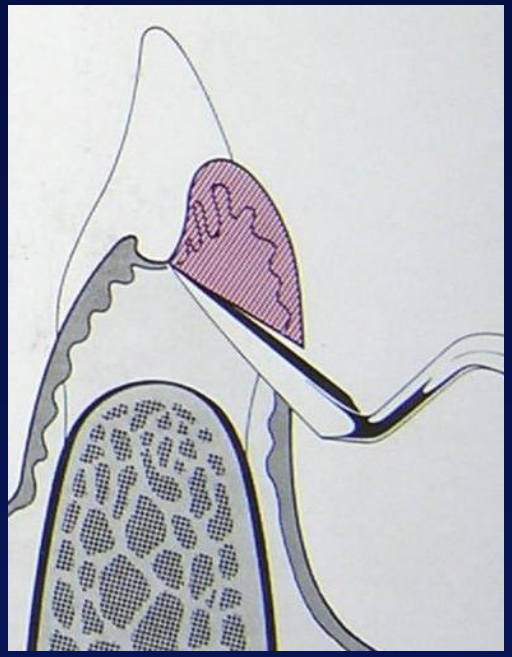


غالبا" ما يجري القطع المستمر من قبل الجراح ذوي الخبرة ، أما القطع المنفصل فيجري من قبل المبتدئين في الجراحة اللثوية لأن حدود السلامة تكون أعلى في القطع المنفصل

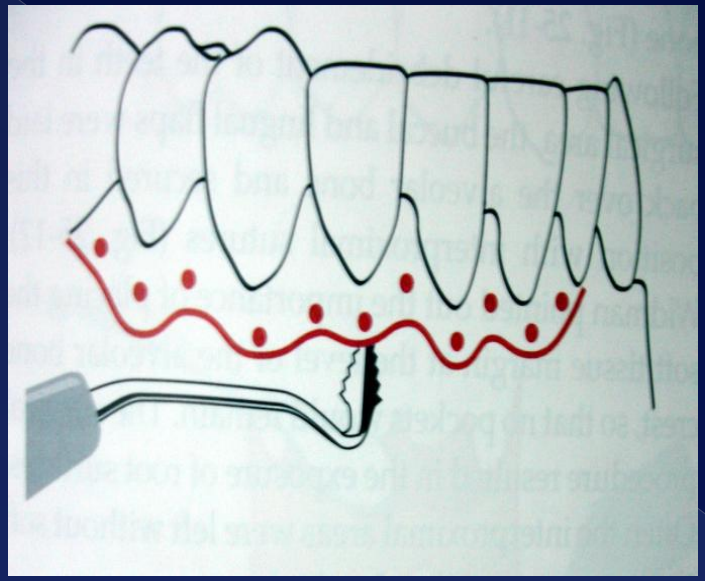
- القطع الوحشي : بعد إتمام القطع الدهليزي واللساني تقطع اللثة وحشي السن الأخيرة .
- يتم ذلك بمشرط لثوي يوضع أسفل قاع الجيب ويمال بحيث يدمج القطع الوحشي مع القطعين الدهليزي واللساني
- القطع يجب أن يكون ذروياً" بالنسبة لنقاط تعليم الجيوب
- القطع يجب أن يكون قريب جداً" من العظم دون أن يعرضه للانكشاف ، لأن الانكشاف العظمي في هذه المنطقة غير مستحب ويسبب إعاقة الشفاء
- القطع يجب أن يكون بزاوية ٤٥ درجة مع سطح السن وهذه نقطة هامة جداً" خصوصاً" في حالة الجيوب اللثوية الضخمة والمتليفة مثل السطح الحنكي المقابل للأرحاء العلوية ، و إذا لم نراع هذه الفكرة فإن الحواف اللثوية تلتئم بشكل ثخين مما يجعلها بعيدة عن محيط السن وحينها تسمح بدخول فضلات الطعام واللويحة وتعود الجيوب لتتشكل من جديد ...
- نحاول جعل القطع بشكل اهليلجي بحيث يحيط بعنق السن بشكل تجميلي ومتناسق .

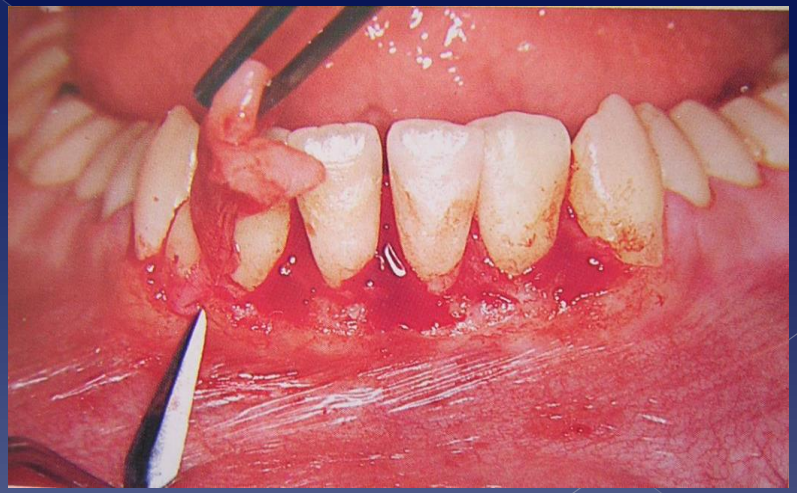
- <u>إزالة اللثة الحفافية وبين السنية :</u>
- يتم بدءا" من السطح الوحشي لآخر سن بالاستعانة بمشرط Orban أو مشرط waerhaug المسنن..

مشرط
Orban



مشرط
Waerhaug
المسنن ..





رفع اللثة المقطوعة ..

- دراسة ساحة العمل :
- بعد قطع جدار الجيب وتنظيف ساحة العمل يمكن ملاحظة ما يلي :
- نسيج حبيبي
- كتل قلحية
- منطقة شريطية خفيفة وفاتحة اللون على الجذر مكان قاعدة الجيب سابقا"
- تتم إزالة النسيج الحبيبي حتى نخفف من النزف ثم نزيل القلح وكذلك النسج الملاطية المتموتة من على سطح الجذر ثم نقوم بصقل سطح الجذر وهذه المرحلة مهمة جدا" في نجاح عملية القطع ويجب ان تتم في نفس الجلسة للأسباب التالية :
- تكون الجذور أكثر وضوحا" بعد رفع النسيج الحبيبي
- لا يحدث الشفاء اللثوي بشكل ملائم طالما بقيت مخرشات على سطح الجذر

تنضير سطح الجذر ..

- الإجراءات الصحية قبل وضع الضماد اللثوي :
- يجب التحقق من عدم وجود أي قلح أو ترسبات.
- نطبق لفافة من الشاش المعقم حتى يتوقف النزف (لأن النزف المستمر يؤثر على ثبات الضماد)وفي حال وجود مناطق نازفة نطبق كريات قطنية مشبعة بالماء الأوكسجيني .

- نتأكد من أن سطح الجرح تغطى بعلقة دموية قبل وضع الضماد لأن الخثرة تشكل الأساس أو القاعدة اللازمة لأوعية دموية جديدة (لكن يجب ألا تكون الخثرة سميكة جدا" وبالتالي تعيق ثبات الضماد و تمثل وسط ملائم لنمو الجراثيم ..)

هندمة حافة القطع إما بمشرط عادي أو بمشرط كريكلاند وفي حالات الضخامة الشديدة لا بد اولا" من تخفيف سماكة اللثة بواسطة مقص ..

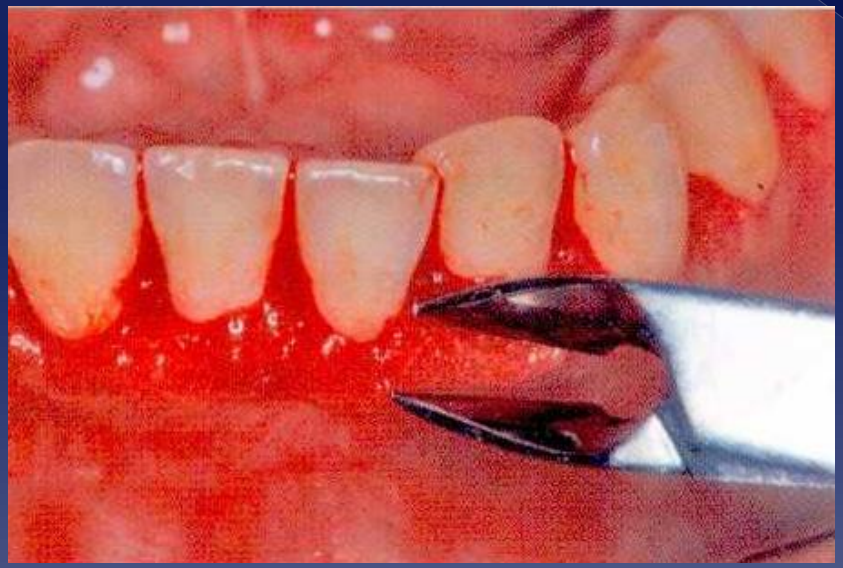
- **الحالة بعد اكتمال الشفاء**

- **تطبق الضماد :**

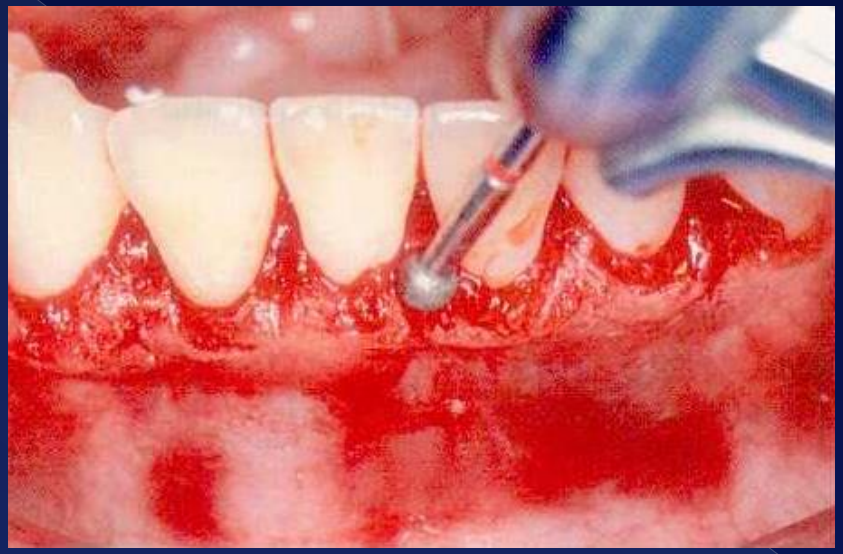
- حالة سريرية :
- الصورة لفتاة بعمر ١٦ سنة خضعت لزرع كلية منذ سنتين وتتناول السيكلوسبورين
- توجد ضخامة لثوية وجيوب كاذبة ولا وجود لامتصاص عظمي أو فقد ارتباط

- الشق الأولي بواسطة مشرط Krikland

- إزالة النسج بين السنية بمشرط Orban



- تصنيع النسيج اللثوي وهندمته بالمقص اللثوي



- تشكيل المحيط العظمي وتشذيبه باستعمال السنابل الجراحية

- صورة للمنطقة بعد انتهاء الجراحة وقبل وضع الضماد

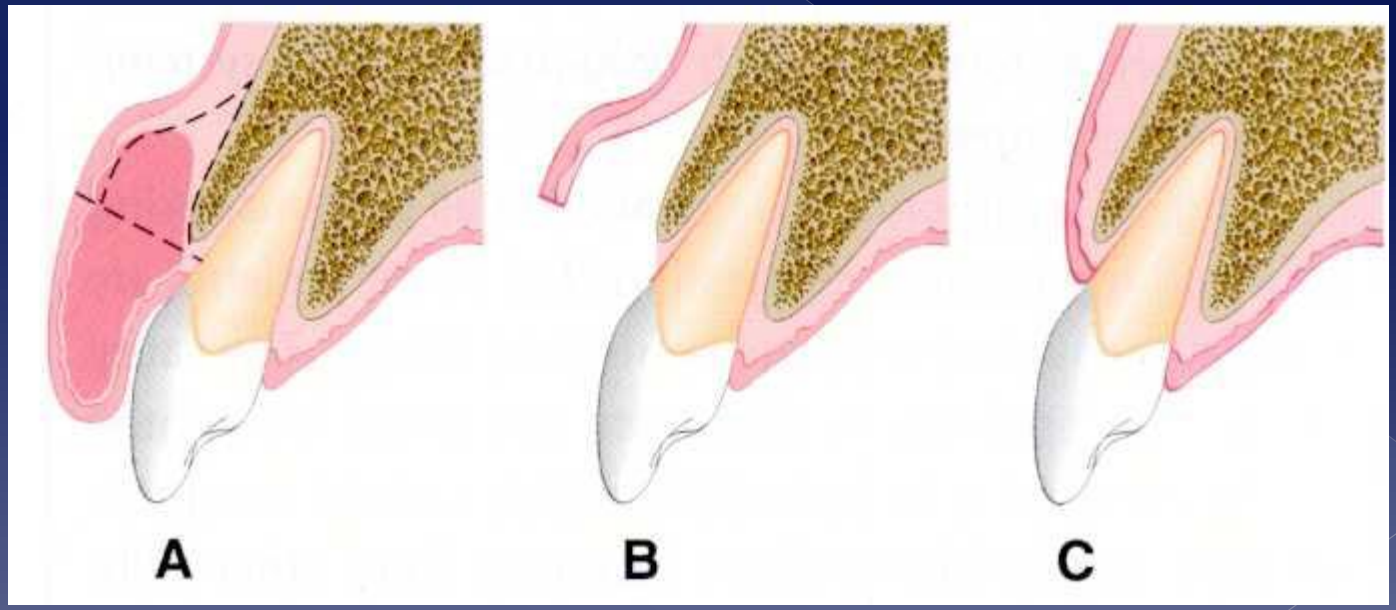
- تطبيق الضماد اللثوي

- الحالة بعد القطع ب ٣ أشهر
- نلاحظ تشكيل محيط لثوي فيزيولوجي مناسب مع المحافظة على اللثة الملتصقة

قطع اللثة بتقنية الشريحة

الاستطبابات :

١. وجود ضخامة معممة أكثر من ٦ أسنان
٢. وجود عيوب عظمية
٣. لثة متقرنة قليلة



- الصورة لمريضة بعمر ٣٥ سنة
- خضعت لنقل كلية وتتناول السيكلوسبورين والنيفيدبين منذ ٣ سنوات

- الشق الأولي المشطوب المعكوس
- اهليلجي كي نقوم بتشكيل الحليمات

- تم رفع شريحة كاملة الثخانة مع إزالة الجزء الداخلي من النسيج اللثوي
- بعد التقليح وتسوية الجذور قد نقوم بإجراء إعادة تشكيل للمحيط العظمي بالسنابل الجراحية

- تم رد الشريحة

- الحالة بعد سنة من إجراء الجراحة
- نلاحظ النقص الواضح في كمية النسج المتضخمة

شكراً لحضوركم