

الأسنان المنطومة

Impacted teeth

د . إياك لفلوفه

تعريف الانطمار

تعرف الاسنان المنطمرة على أنها الاسنان التي فشلت في الوصول الى موقعها الوظيفي على القوس السني خلال الوقت المبرمج فيزيولوجيا لبزوغها . و يقال ايضا بأنها الاسنان التي شذت في بزوغها و اتجهت اتجاهها خاطئ داخل العظم .
يمكن لهذا الخلل أن يحدث في أية مرحلة من مراحل بزوغ الأسنان .
فإذا ما حدث توقف البزوغ :

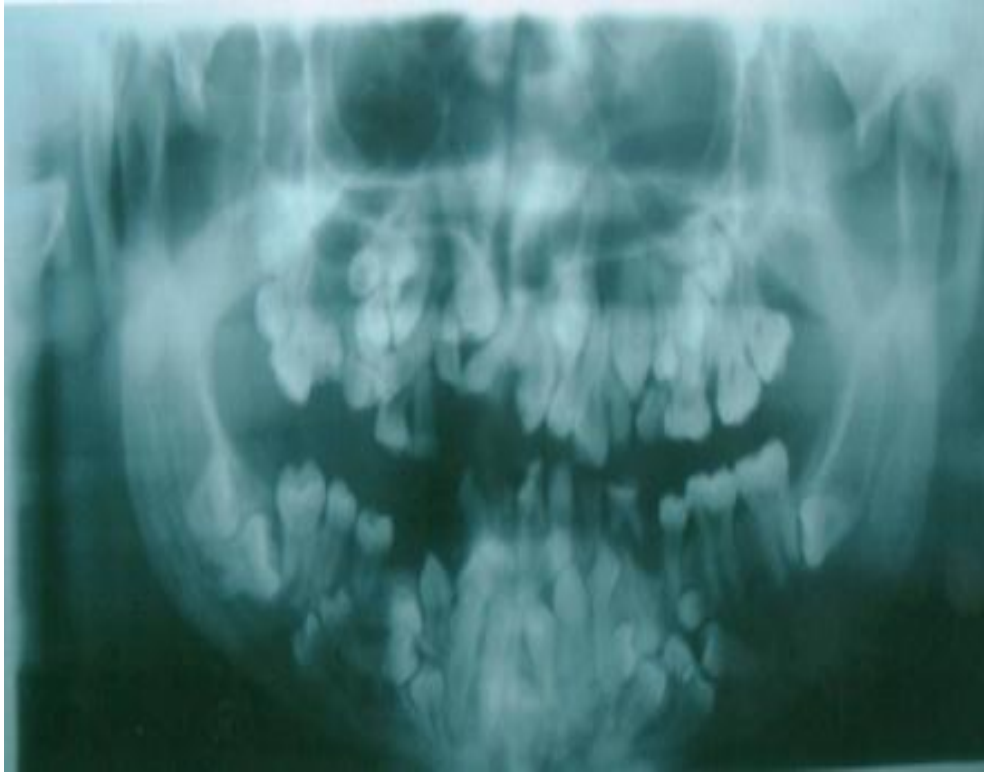
قبل انبثاق السن من خلال اللثة يدعى بالإحتباس الاولي Primary Retention
و اذا حدث بعد بزوغ بسيط للسن يدعى بالإحتباس الثانوي Secondary Retention

اما حين يواجه السن عائقا في البزوغ أو يهاجر داخل العظم فيدعى بالإنطمار Impaction

اسباب الانطمار Causes of impaction

اسباب عامة (جهازية) Systemic Causes

متلازمة سوء التعظم الترقوي القحفي Cleidocranial dysostosis هو عيب خلقي غالبا ما يصيب العظام والأسنان، وعادة ما تكون الترقوة فيه إما ضعيفة أو غائبة، مما يسمح للكتفين بالاقتراب من بعضهما البعض ولا يُغلق الجزء الأمامي من الجمجمة في كثير من الأحيان إلا متأخرا . وقد تشمل الأعراض الأخرى بروز الجبين و العيون الواسعة، و الأنف المسطح، و الأسنان غير الطبيعية ، وتختلف الأعراض بين الناس، بينما يكون معدل الذكاء طبيعيا عادة.



متلازمة داون أو تناذر داون أو تثالث الصبغي ٢١ أو تثالث الصبغي Dawn

Syndrome G



• يكون الفم مفتوحاً مع بروز اللسان الى الخارج

• سيلان اللعاب في الفم

• انشقاق الشفة السفلى

• تأخر بروز الأسنان

• ضعف نمو وتكون الأسنان

• **صغر حجم الأسنان**

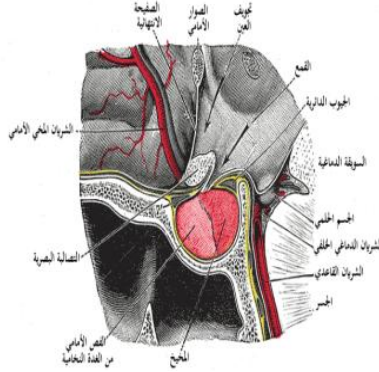
• التهاب الشفتين

• غياب بعض الأسنان

• **تشوه الأسنان**

قصور نشاط الغدة النخامية Hypopituitarism

Pituitary Gland غدة صغيرة توجد في قاعدة المخ .
و قصور النخامة هو حالة مرضية تنتج عن نقص أو عدم إنتاج قدر
كافي لواحد أو أكثر من هرمونات الغدة النخامية



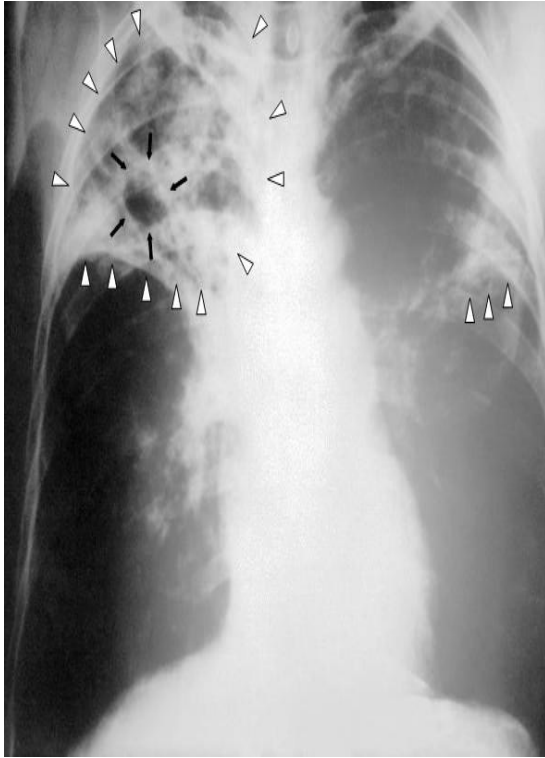
Progeria الشيخوخة المبكرة

أو الشيخوخة المبكرة عند الصغار المعروف أيضا باسم (متلازمة
بروجيريا جيلفورد هاتشينسون) HGPS أو متلازمة
بروجيريا ، وهي اضطراب وراثي نادر جدًا، حيث تظهر على
الإنسان أعراض تشبه أعراض الشيخوخة ولكن في سن مبكرة
جدًا .



التدرن السلي Tuberculosis

في ١٥ - ٢٠٪ من الحالات النشطة، تنتشر العدوى خارج أعضاء الجهاز التنفسي، مسببةً ظهور أنواع أخرى من السل و يُشار إلى هذه الحالات مُجمعة باسم السل خارج الرئوي و تشمل المواقع البارزة للعدوى خارج الرئوية غشاء الجنب في التهاب الجنب السلي و الجهاز العصبي المركزي في التهاب السحايا السلي و الجهاز اللمفاوي في التهاب السلي المنشأ في الرقبة و الجهاز البولي التناسلي في السل البولي التناسلي و العظام والمفاصل في مرض بوت في العمود الفقري وغيرها . وعندما ينتشر إلى العظام ، يُعرف أيضا باسم "السل العظمي وهو شكل من أشكال التهاب العظم والنقي .





عدم التصنع الغضروفي Achondroplasia

تعتبر الأعراض الأكثر شيوعاً للودانة قصر الأطراف العليا والسفلى ، ويكون العضدين والفخذين أكثر قصراً من الساعدين والساقين -كبر حجم الرأس مع الجبين البارز وتصفيح جسر الأنف -أسنان مزدحمة أو منحرفة -انحناء أسفل العمود الفقري

Local factors **اسباب موضعية**



عدم امتصاص جذور الأسنان اللبنية

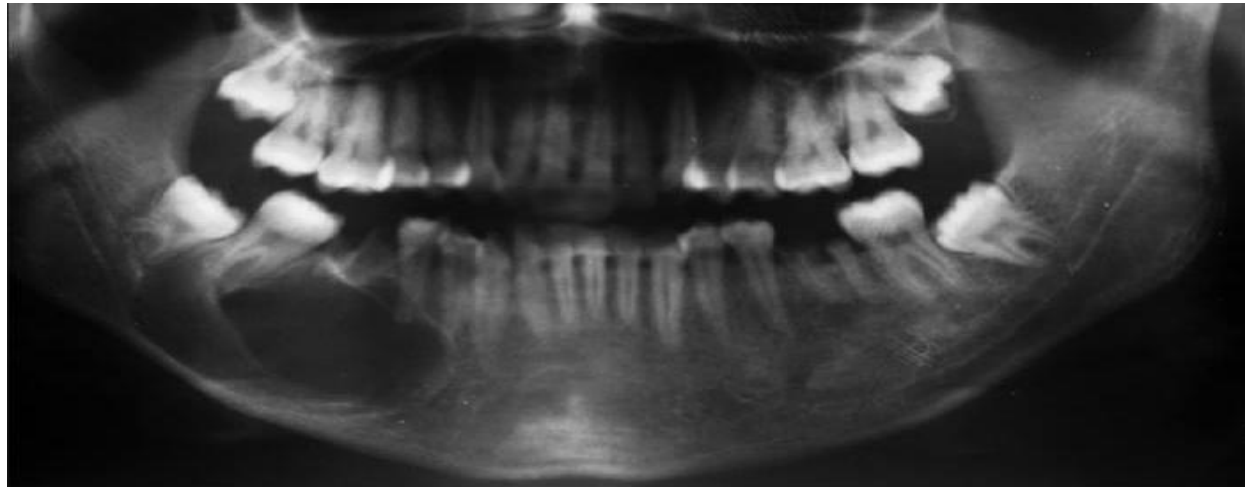


التصاق الأسنان



الكيس التاجي

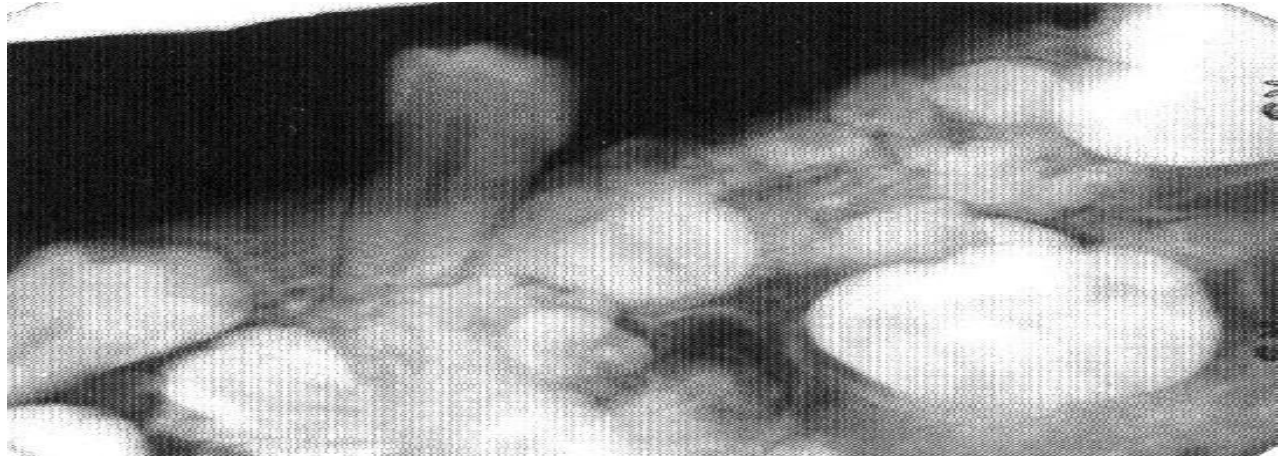
- البقاء المديد أو فقدان المبكر للأسنان المؤقتة - عدم حدوث امتصاص في جذور الأسنان المؤقتة.
- سوء توضع برعم السن .
- نقص طول القوس السنية.
- أورام سنية المنشأ - مسار بزوغ شاذ .
- شقوق الشفة و قبة الحنك cleft lip and palate
- التهاب مزمن و طويل الأمد في منطقة السن المنظمر .
- الأسنان الزائدة .
- آفات النسيج الرخوة والعظمية .
- التصاق الأسنان المؤقتة أو الدائمة .
- عدم حدوث امتصاص عظمي ، وجود أكياس وأورام
- ودفع البراعم السنية أو الأسنان .
- إعاقات في الأنسجة الرخوة .



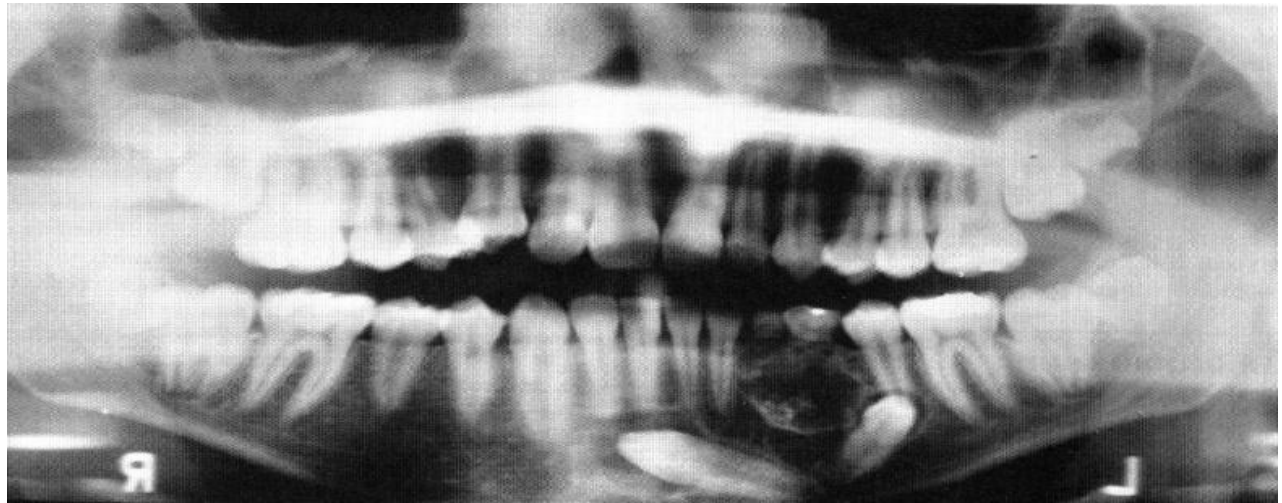
ورم مصورات الميناء



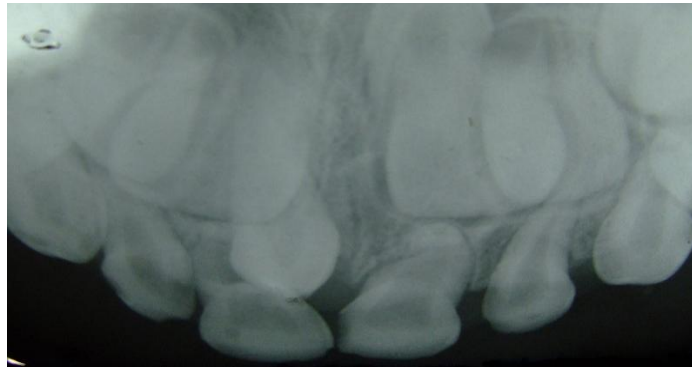
الكيس السني المتكلس



الورم السني



الورم السني الليفي ذو الخلايا المصورة للمينا



الاسنان الزائدة



Cleft palate



Cleft lip and cleft palate



بالإضافة لهذه الاسباب فقد اقترح الباحث Dewel,s

اسباب اخرى ترتبط بانظمار الاثنياب العلوية وهي :

- مقاومة العظم الحنكي للبروغ عند توضع الناب حنكيا

- مقاومة الطبقة المخاطية السمحاقية نتيجة تعرضها لقوى

المضغ

- تكون جزء كبير من جذر الناب قبل ان يحين موعد بزوغه

- التوضع الحنكي للناب الدائم بالنسبة لجذر الناب المؤقت و

بالتالي اي تغير يحصل في وضع الناب المؤقت (نخر او تأخر

امتصاص في الجذر أو الفقد المبكر للرحى المؤقتة) يغير من

وضع واتجاه الناب الدائم



Frequency Of Impaction

ترتيب الاسنان الاكثر انطمارا

الأرحاء الثالثة السفلية

الأرحاء الثالثة العلوية

الأنياب العلوية

الأنياب السفلية

الضواحك السفلية

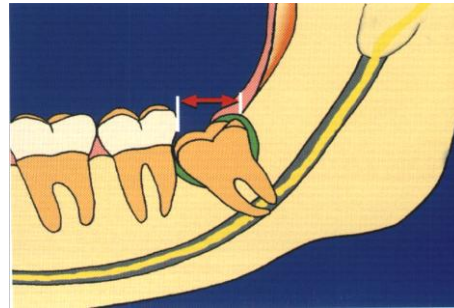
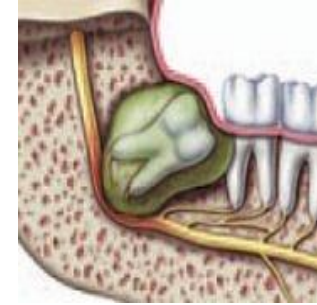
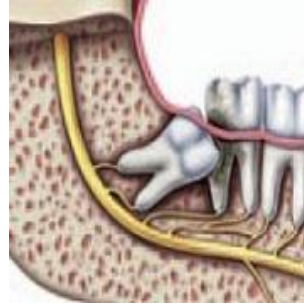
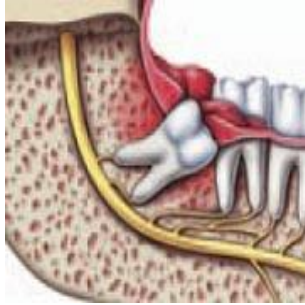
الضواحك العلوية

الثنايا و الرباعيات العلوية

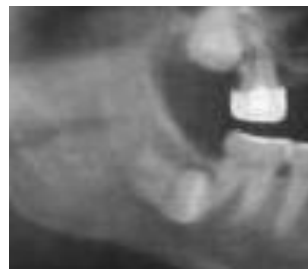
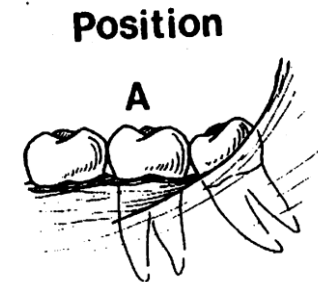
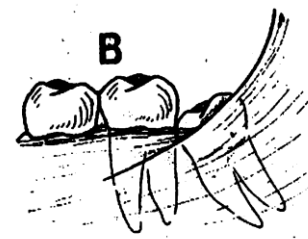
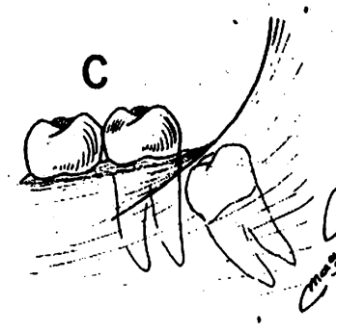
Classification Of Impacted Teeth تصنيف الاسنان المنطومة

Classification Of Impacted Mandibular Third Molar تصنيف الارحاء الثالثة السفلية

حسب علاقة السن مع الرأد و السطح الوحشي للرحى الثانية Pell & Gregory



حسب العمق النسبي للرحى الثالثة في العظم Pell & Gregory



Winter's Classification حسب العلاقة بين المحور الطولي لكل من الرحيتين الثانية و الثالثة و Winter's Classification



التصنيف الأربعة السابقة يمكن أن تكون:

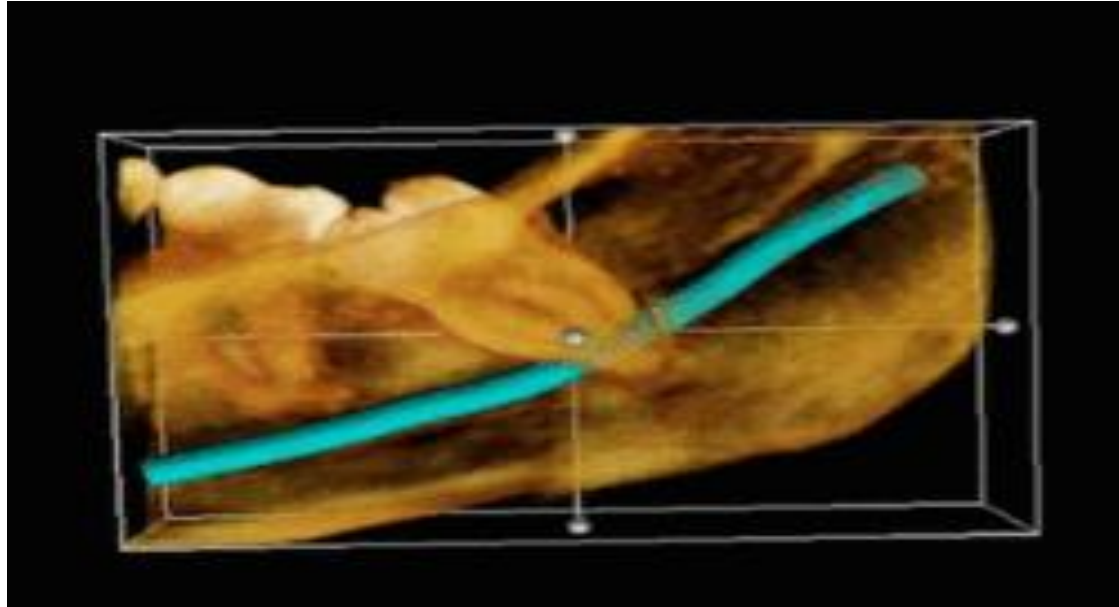
- a-مائلة لسانياً

- b-مائلة خدياً

انطمار مقلوب Inverted Impaction

انطمار مستعرض Transverse Impaction

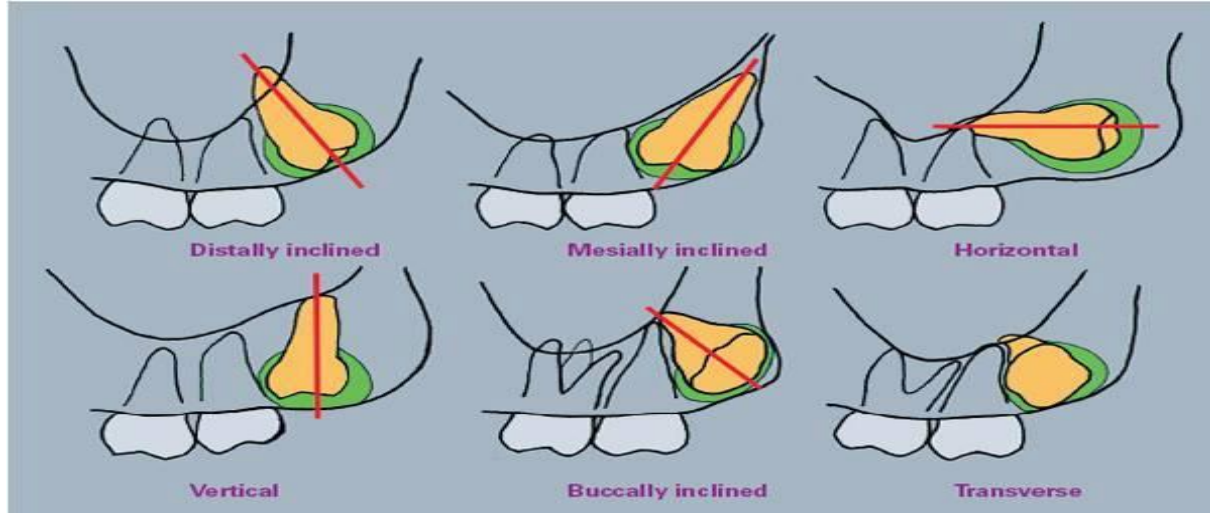
حسب علاقة السن مع القناة السنية



Position of the mandibular third molar	Risk degree of presumptive intervention (score)			
	Conventional (0)	Simple (1)	Moderate (2)	Complicated (3)
Mesiodistal position in relation to the second molar - M and the mandibular ramus - R				
Relation to the second molar - M	Crown directed at or above the equator of the second molar	Crown directed below the equator to the coronal third of the second molar root	Crown/roots directed to the middle third of the second molar root	Crown/roots directed to the apical third of the second molar root
Relation to the mandibular ramus - R	Sufficient space in the dental arch	Partially impacted in the ramus	Completely impacted in the ramus	Completely impacted in the ramus in distoangular or horizontal position
Apicocoronal position in relation to the alveolar crest - A and the mandibular canal - C (IAN injury risk)				
Relation to the adjacent alveolar crest (from the uppermost point of the tooth) - A	Tooth is completely erupted	Partially impacted, but widest part of the crown (equator) is above the bone	Partially impacted, but widest part of the crown (equator) is below the bone	Completely encased in the bone
Relation to the mandibular canal (from the lowermost point of the tooth) - C	≥ 3 mm to the mandibular canal	Contacting or penetrating the mandibular canal, wall of the mandibular canal may be identified	Contacting or penetrating the mandibular canal, wall of the mandibular canal is unidentified	Roots surrounding the mandibular canal
Buccolingual position in relation to mandibular lingual and buccal walls - B (LN injury risk)				
Relation to mandibular lingual and buccal walls - B	Closer to buccal wall	In the middle between lingual and buccal walls	Closer to lingual wall	Closer to lingual wall, when the tooth is partially impacted or completely encased in the bone (A2 or A3)
Spatial position - S				
Spatial position - S	Vertical (90°)	Mesioangular ≤ 60°	Distoangular ≥ 120°	Horizontal (0°) or inverted (270°)

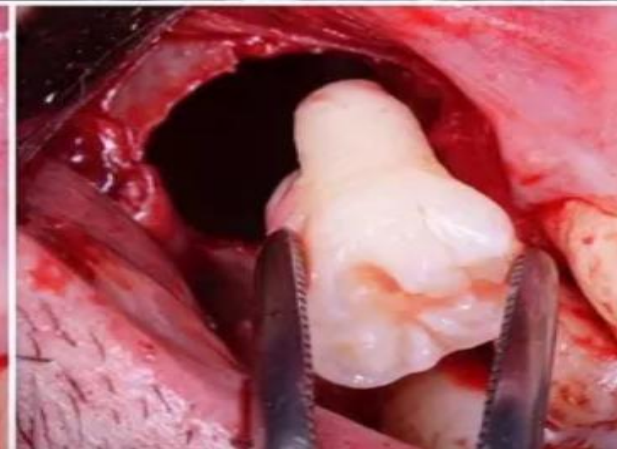
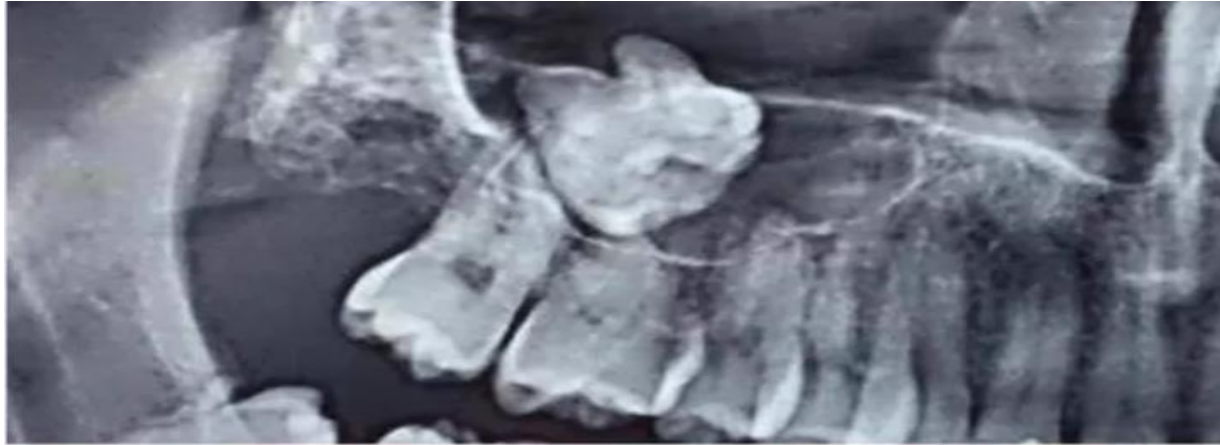
Classification Of Impacted Maxillary Third Molar تصنيف الارحاء الثالثة العلوية

حسب علاقة السن بالمستوى الابطبائي
حسب العلاقة بين المحور الطولي لكل من الرحتين الثانية و الثالثة



حسب علاقة السن بالجيب الفكي



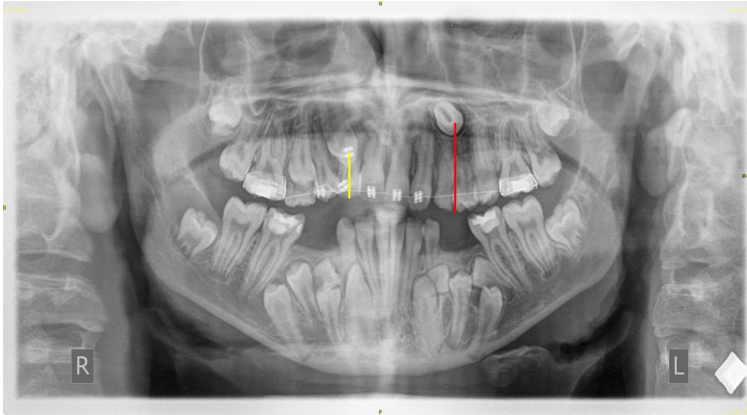


تصنيف الانياب العلوية المنظمة

- I. التوضع الحنكي (أفقي - عمودي - مائل)
- II. التوضع الدهليزي (أفقي - عمودي - مائل)
- III. التوضع الحنكي الدهليزي
- IV. التوضع العامودي ضمن النائق السنخي
- V. الناب المنظم في فك أدر

تصنيف Vermette 1995

يعتمد على قياس المسافة بين حدة الناب المنظم و مستوى الاطباق على الصورة البانورمية :



I. بسيط أقل من 12 mm

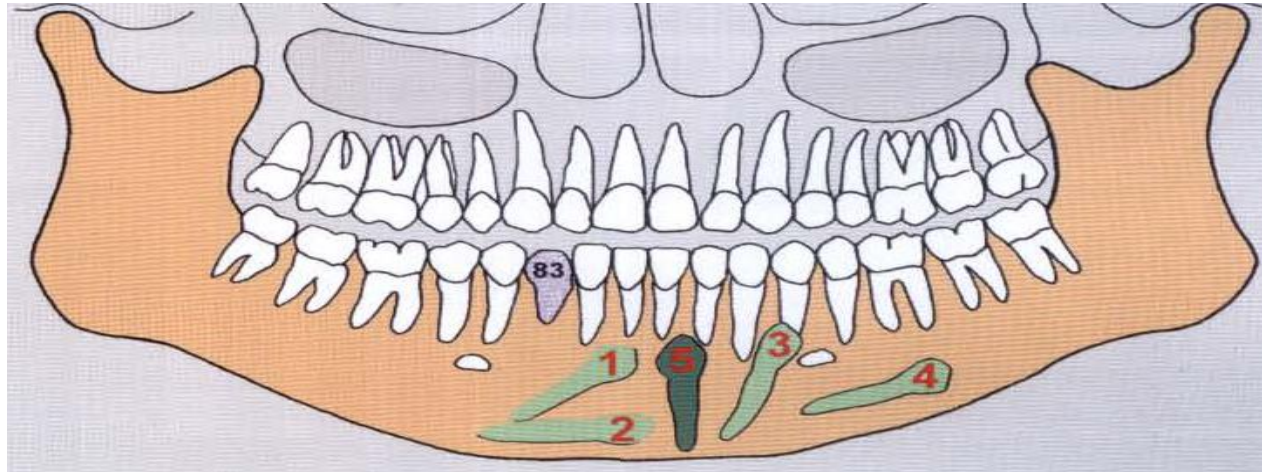
II. متوسط بين 12 – 15 mm

III. شديد أكثر من 15 mm

تصنيف الاثياب السفلية المنطمرة

Mupparapu 2002

- I. الناب متوضع بشكل مائل
- II. توضع افقي بمحاذاة الحافة السفلية للفك
- III. هجرة الناب باتجاه ذروة الناب المقابل
- IV. هجرة الناب إلى الجانب المقابل و توضعه باتجاه أفقي تحت ذرى الضواحك و الأرحاء
- V. توضع عامودي للناب على الخط المتوسط بين نصفي الفك



استطبابات قلع الاسنان المنطمة Indication for removal impacted teeth



١ - الألم Pain

٢ - سوء التوضع Malposition

٣- الإبتان Infection

التواج Pericoronitis (الاسباب - العلامات و الاعراض - المعالجة)

٤ - النخور السنية Dental Caries

٥ - الأمراض حول الذروية Periodontal Disease

٦ - امتصاص الجذور Root Resorption

٧ - ألم مجهول المصدر Pain of unexplained origin

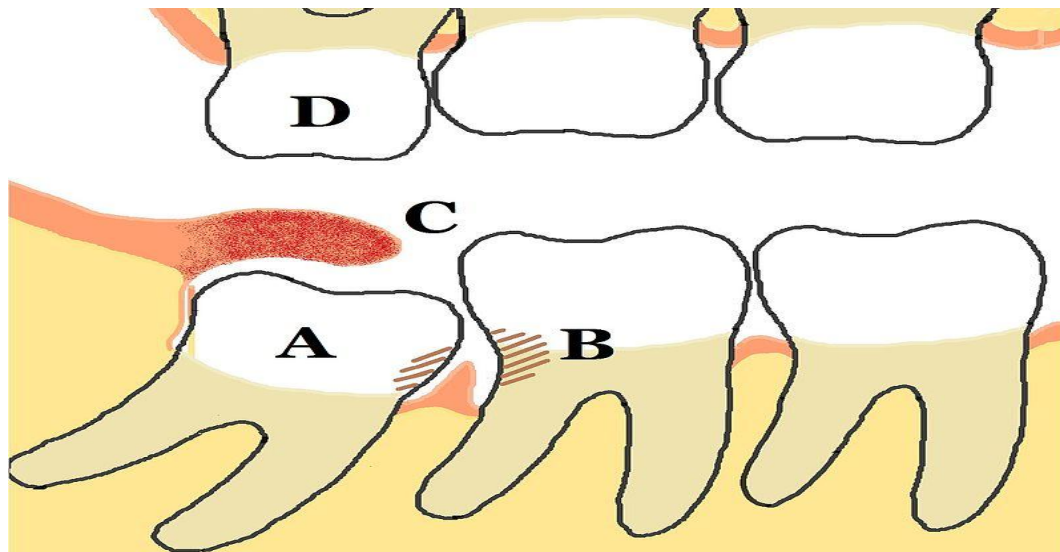
٨ - الأكياس و الأورام السنية Odontogenic cyst and tumo

٩ - كسور الفك Fracture of jaw

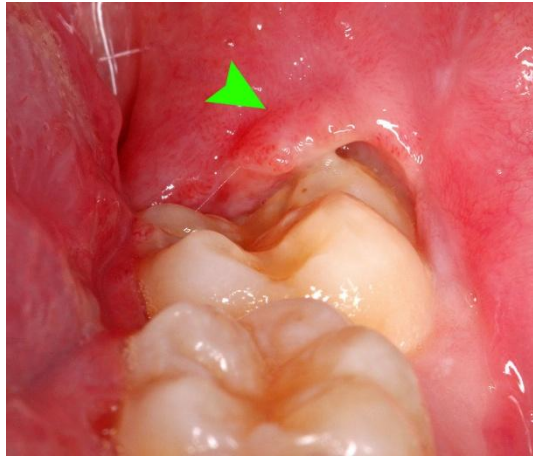
١٠- القلع من اجل التعويضات الصناعية

١١ - القلع لاسباب تقويمية

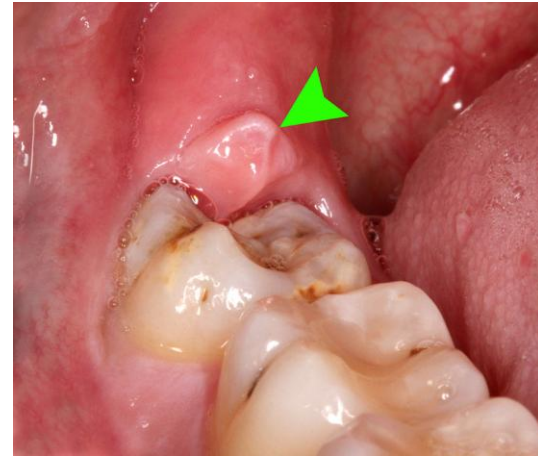
١٢- التحضير لمعالجة شعاعية في الرأس و العنق



Some problems which may or may not occur with third molars: **A** Mesio-impacted, partially erupted mandibular third molar, **B** Dental caries and periodontal defects associated with both the third and second molars, caused by food packing and poor access to oral hygiene methods, **C** Inflamed operculum covering partially erupted lower third molar, with accumulation of food debris and bacteria underneath, **D** The upper third molar has over-erupted due to lack of opposing tooth contact, and may start to traumatically occlude into the operculum over the lower third molar. Unopposed teeth are usually sharp because they have not been blunted by another tooth.

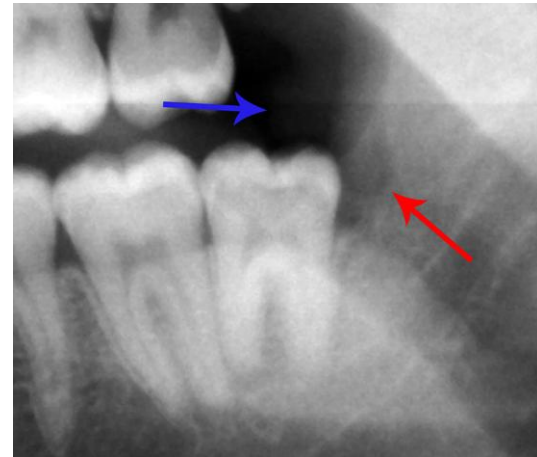


An operculum (green arrow) over the partially erupted lower left third molar tooth. There is moderate inflammation, recurrent swelling and pus (right of green arrow under tissue)



Pericoronitis associated with the lower right third molar (wisdom tooth) .

A radiograph (X-ray) of the above tooth showing chronic pericoronitis, operculum (blue arrow) and bone destruction (red arrow) from chronic inflammation. Tooth is slightly disto-angular





الكيس التاجي



الكيس المتقرن



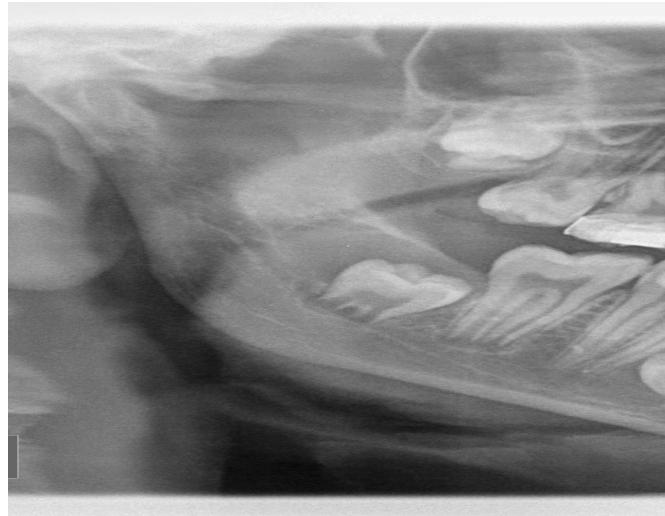
مزايا القلع المبكر Advantage of Early Removal

مسافة حول تاجية أكبر بسبب ثخانة المحفظة و بالتالي إزالة أقل من النسيج العظمي
جذور غير مكتملة تسهل عملية القلع و بالتالي احتمال أقل لحدوث كسر في الأسنان

بعيدة عن الجيب الفكي

بعيدة عن القناة السنية السفلية

صغر عمر المريض بما يعني صحة عامة أفضل مما يقلل من حدوث اثنان تالي للجراحة
و فرصة أكبر لحدوث التندب



مضادات استطباب قلع الاسنان المنطمة removal impacted teeth

١. الأعمار المتقدمة *Extremes of Age*:

- إن نمط الشفاء يختلف باختلاف المرحلة العمرية حيث يكون بشكل عام أسرع عند المرضى صغيري العمر.
- و مع التقدم بالعمر تتراجع مقدرة الجسم على الشفاء و تزداد صعوبة العمل الجراحي حيث تصبح الأسنان أكثر قسافة و العظم أقل مرونة . لذلك يكون القلع الجراحي عند الشباب أسهل بسبب مرونة العظم التي تساعد على قلقلة السن.

٢. الحالة العامة السيئة *Compromised Medical Status*:

- مع التقدم بالعمر يزداد حدوث الأمراض القلبية الوعائية، الأمراض الرئوية و غيرها من المشاكل الصحية.
- و بذلك يمكن للحالة العامة للمريض أن تكون مضاد استطباب مطلق أو نسبي.
- يمكن إجراء القلع الجراحي تحت إشراف الطبيب العام المشرف على حالة المريض في بعض الحالات المهددة للحياة.

٣. أذية البنى المجاورة

Surgical Damage to Adjacent structures:

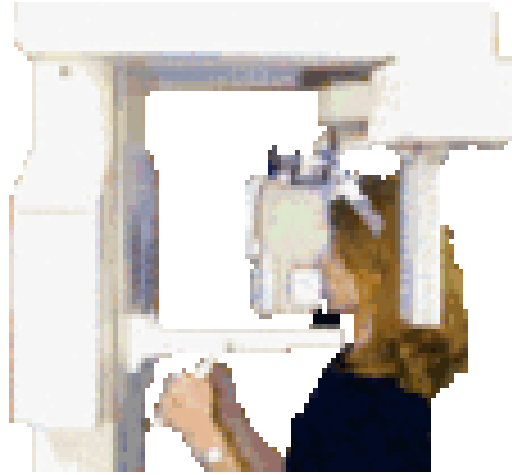
- يفضل ترك الرحى الثالثة السفلية في الحالات التي تكون فيها منطمرة بشكل كامل و مجاورة للقناة الفكّية السفلية و غير عرضية.



- يمكن أن يؤدي قلع الأرحاء الثالثة المنطمرة إلى فقدان السن المجاور بدلاً من الحفاظ على صحة الأنسجة حول السنية المحيطة.

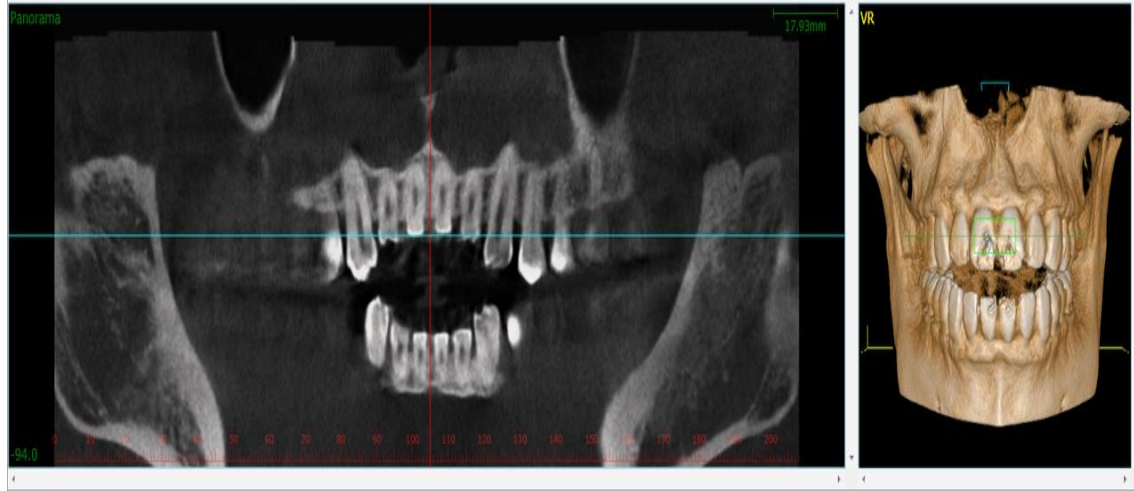
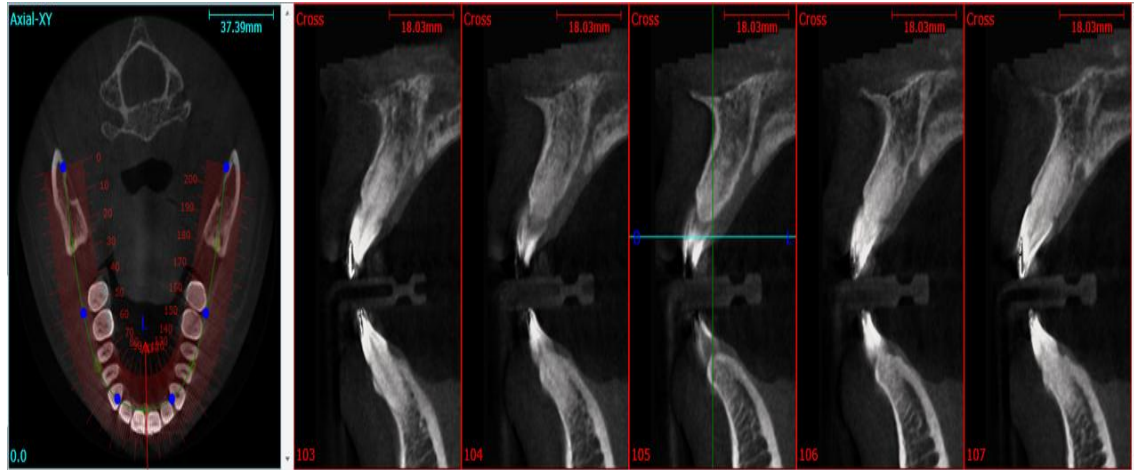
التقييم الشعاعي للأسنان المنظرة

التصوير الذروي - الإطباقي - البانورامي - سيفالومتريك - الجانبي
التصوير المقطعي المحوسب (يقدم تقييما حقيقيا لعلاقة السن بالاسنان المجاورة في المستويات
الثلاثة و علاقتها مع البنى التشريحية المجاورة)
تقنية القمع المزاح



Direct x-ray imaging system (DXIS) - real time display





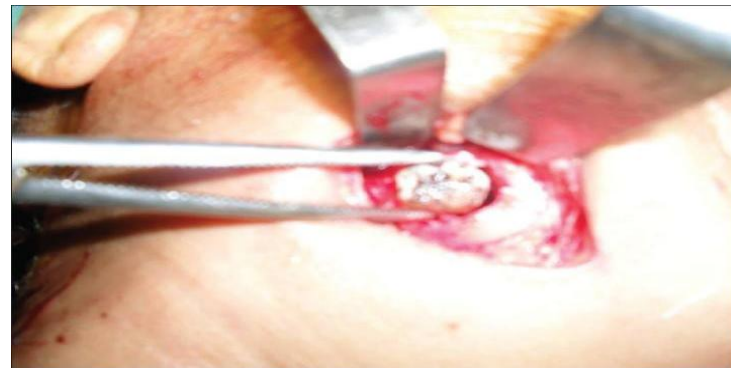
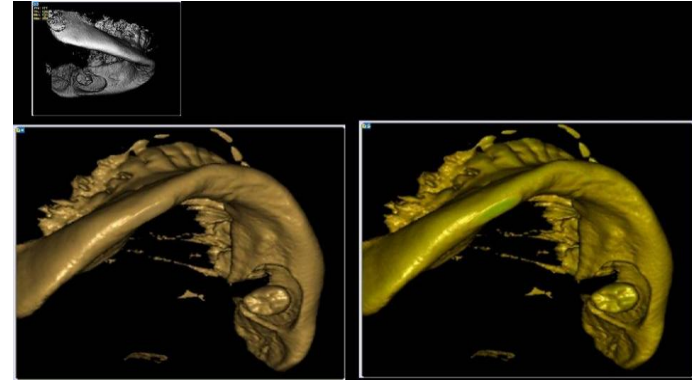
Cone beam computed tomography

Cone beam computed tomography (CBCT), also known as digital volume tomography (DVT), is a special type of X-ray technology that generates 3D images. In the recent years, CBCT has been developed specifically for its use in the dental and maxillofacial areas to overcome the limitations of 2D imaging.

Indications of CBCT, according to the SEDENTEXCT (Safety and Efficacy of a New and Emerging Dental X-ray Modality) guidelines include

Surgical

- Assessment of lower third molars where intimate relationship with the inferior dental canal is suspected
- Assessment of unerupted teeth
- Prior to implant placement
- Assessment of pathological lesions of the jaws (cysts, tumors, giant cell lesions, etc).
- Assessment of facial fractures
- Treatment planning of orthognathic surgery
- Assessment of bony elements of the maxillary antra and TMJ



الجزء الثاني

الإجراءات الجراحية الخاصة بقلع الأسنان المنطمرة

القصة المرضية *Medical History*:

- لا بد من أخذ القصة المرضية بشكل دقيق حرصاً على سلامة المريض و لتفادي أية اختلاطات قد تظهر خلال العمل الجراحي أو بعد العمل الجراحي تكون ذات علاقة بالحالة الصحية العامة للمريض.
- نركز في القلع الجراحي على القصة المرضية بشكل أوضح و أوسع ، لأن الرض المطبق و النزف الحاصل يكونان أكثر من القلع العادي ، و نركز خصوصاً على الأمراض القلبية الوعائية و النزف (تناول المميعات).

الفحص السريري *Clinical Examination*:

يعتبر الفحص السريري خطوة هامة نحو وضع التشخيص الصحيح لحالة المريض وذلك للأسباب التالية:

١. تحديد مدى صعوبة الوصول إلى السن المنطممر (الأرجاء الثالثة). مثل: مدخل الكلابات أو الروافع، وضع اللثة المغطية، كثافة العظم من الناحية الوحشية، الخط المنحرف الظاهر.
٢. تحديد جهة الانطمار (خاصة في حالة الأنياب المنطمرة) إلى الحنكي أو إلى الدهليزي، ويتم ذلك بالاستفادة من الصور الشعاعية الإطباقية أو حسب المبدأ الشعاعي: الجسم الأقرب إلى الفلم هو الأوضح.
٣. لابد من فحص الأسنان المجاورة (نخر واسع، ترميم أملغمي كبير، تيجان خزفية، ...).

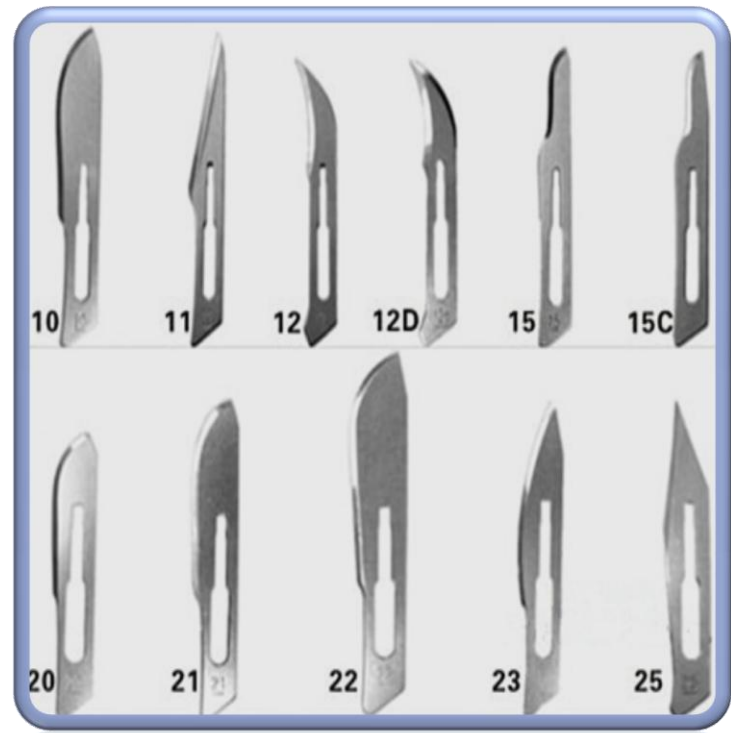
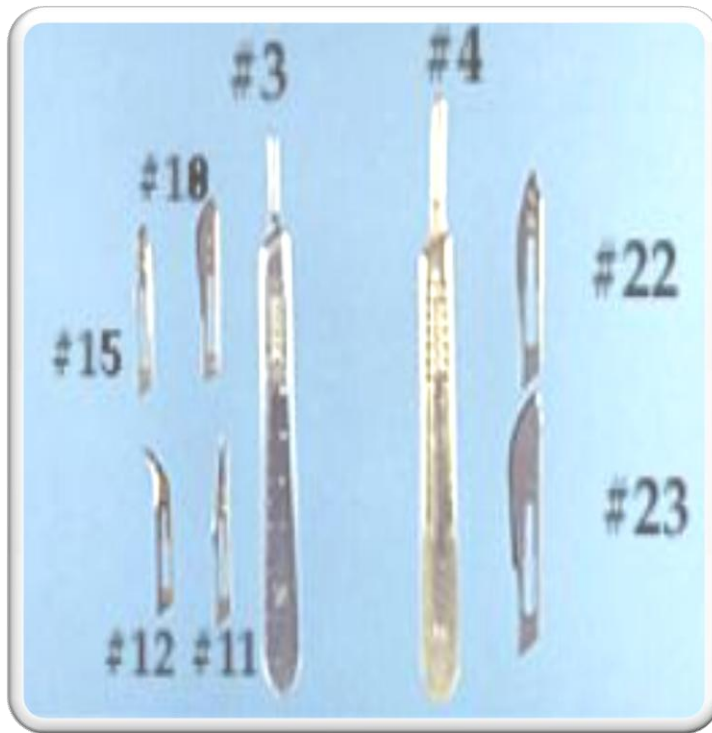


التخدير

يستخدم التخدير الناحي في الإجراءات الجراحية لقلع الأسنان المنظرة كما يمكن الاستعانة بالتخدير الموضعي بهدف الإرقاء و تسهيل عملية تسليخ الشرائح

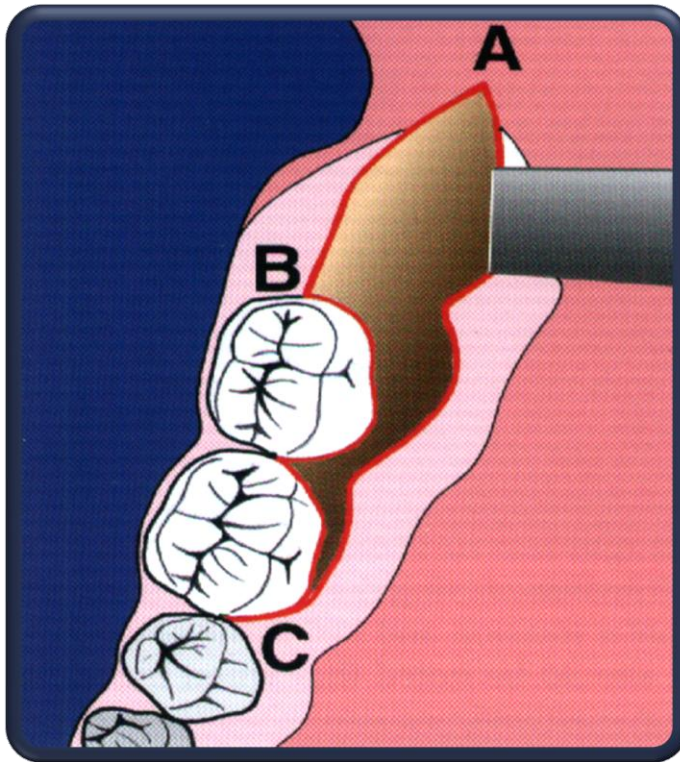
الشق الجراحي

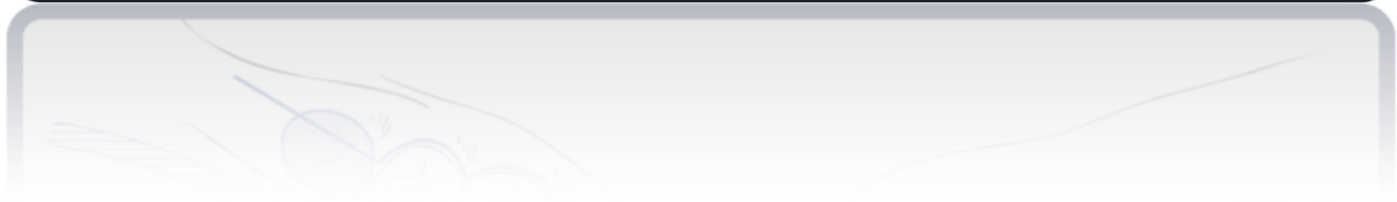
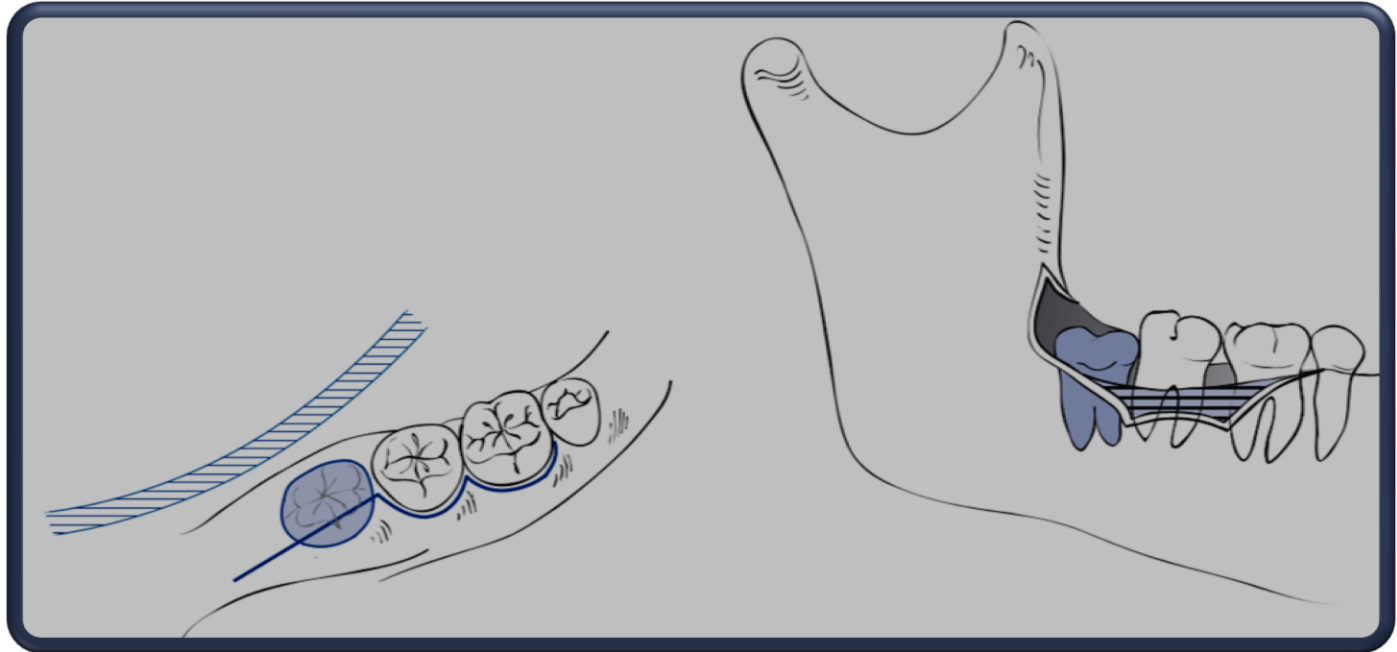
gaining access to impacted tooth



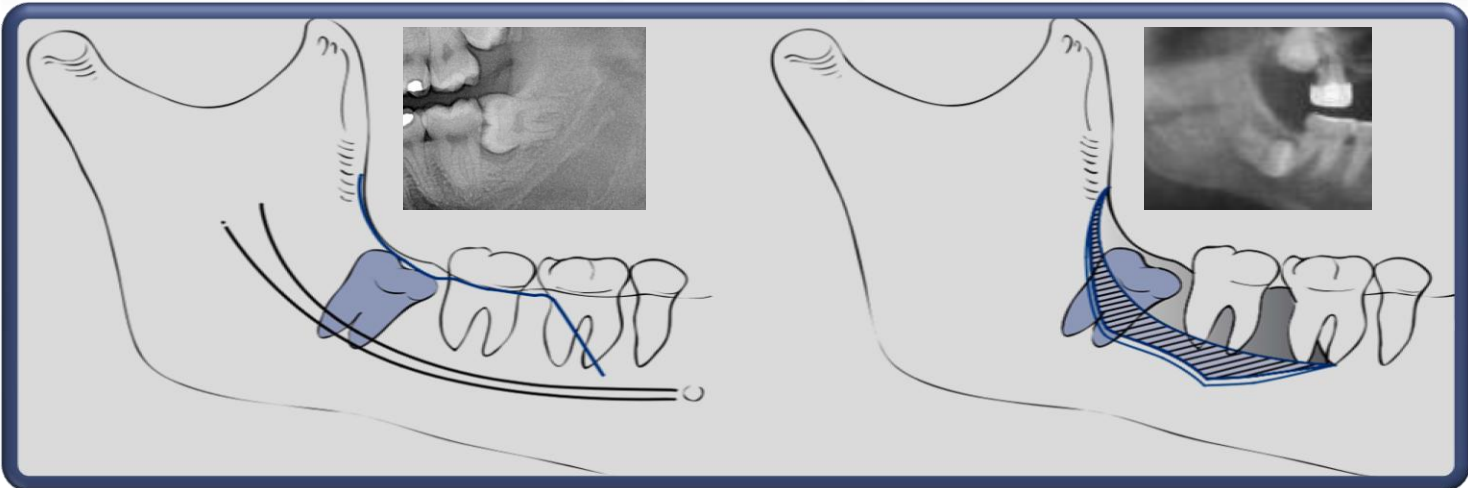
أنواع الشقوق الجراحية لقلع الأرحاء (تصميم الشريحة) الأرحاء السفلية

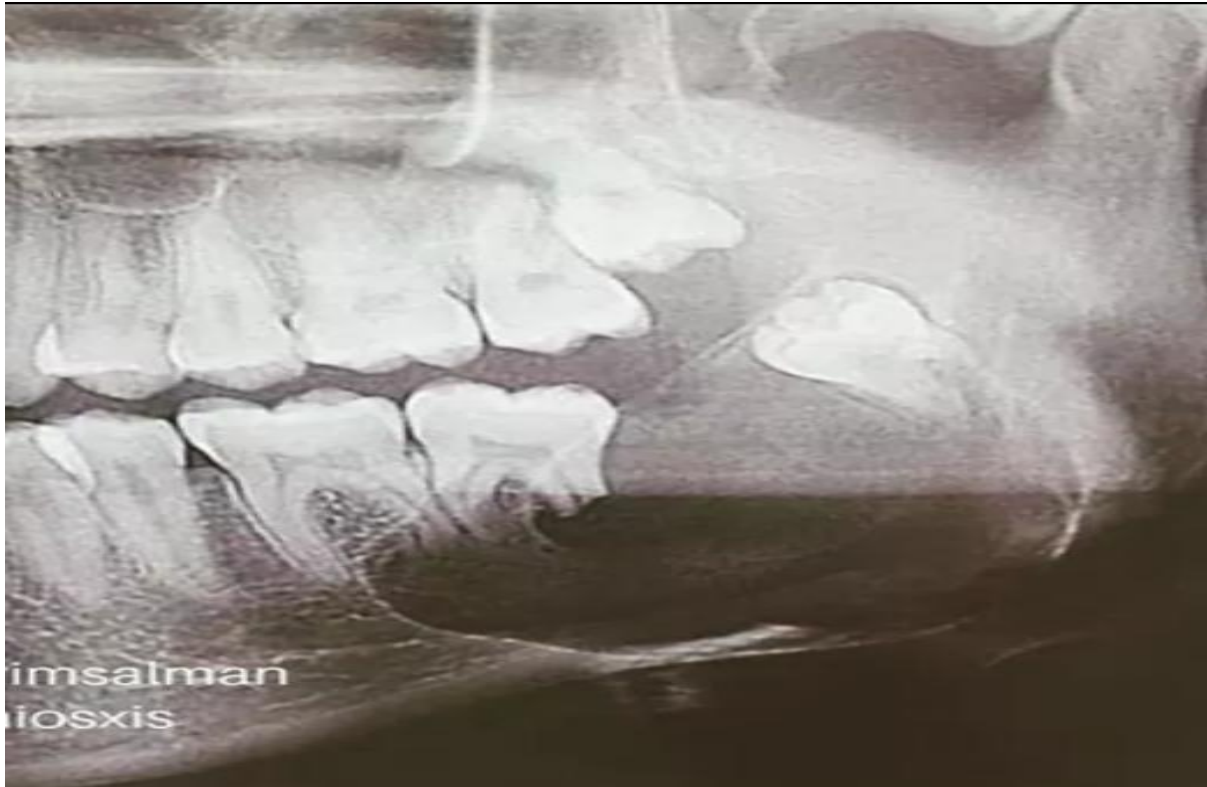
الشريحة الظرفية



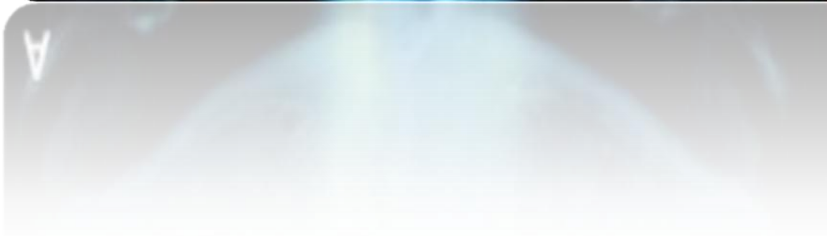
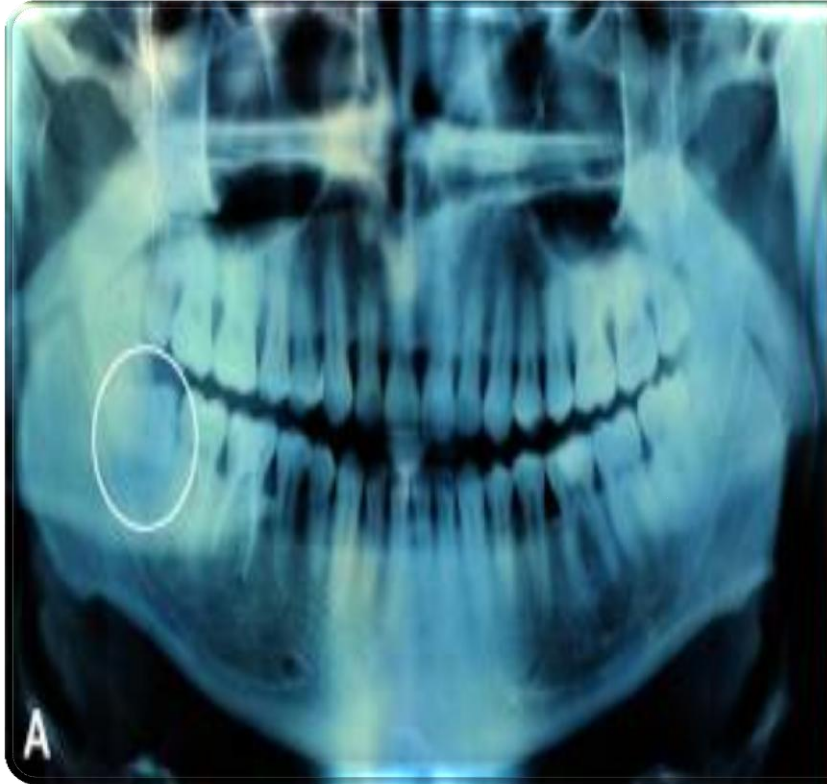


الشريحة المثالية



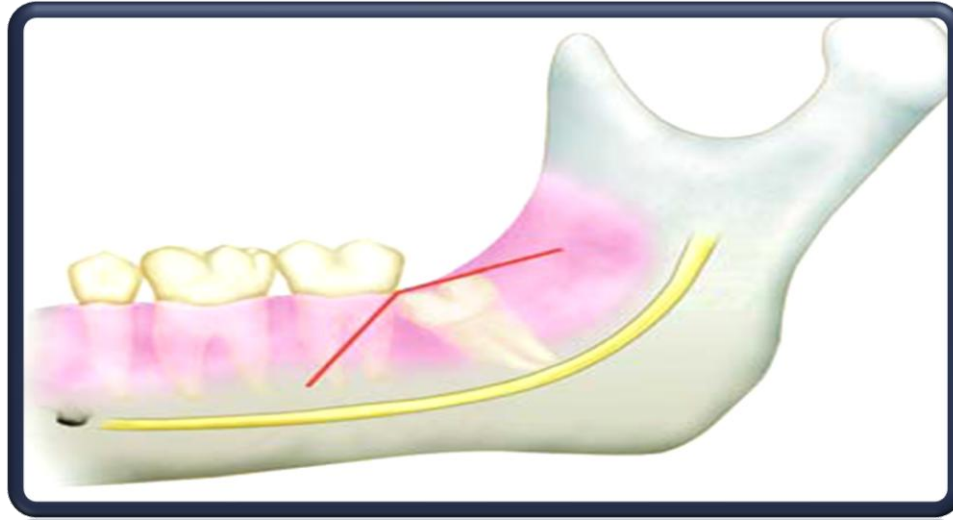


imsalman
iosxis

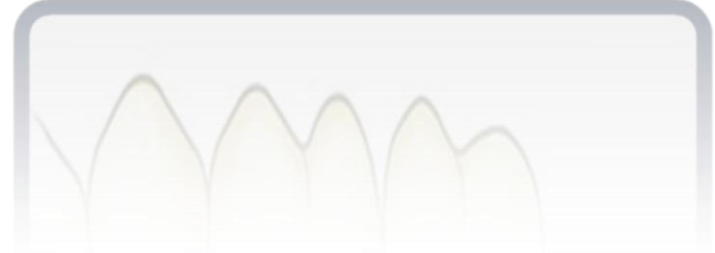
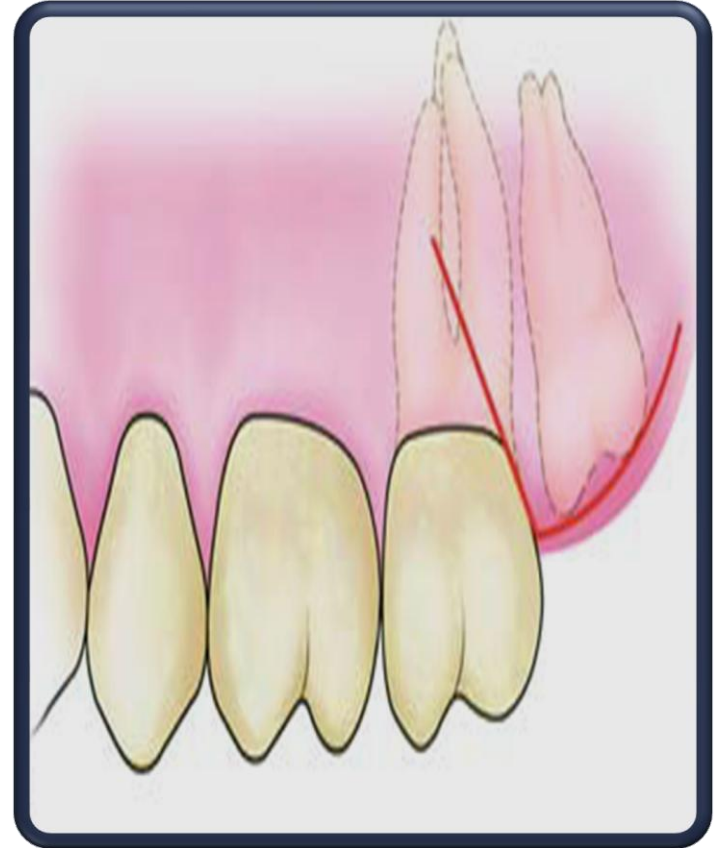


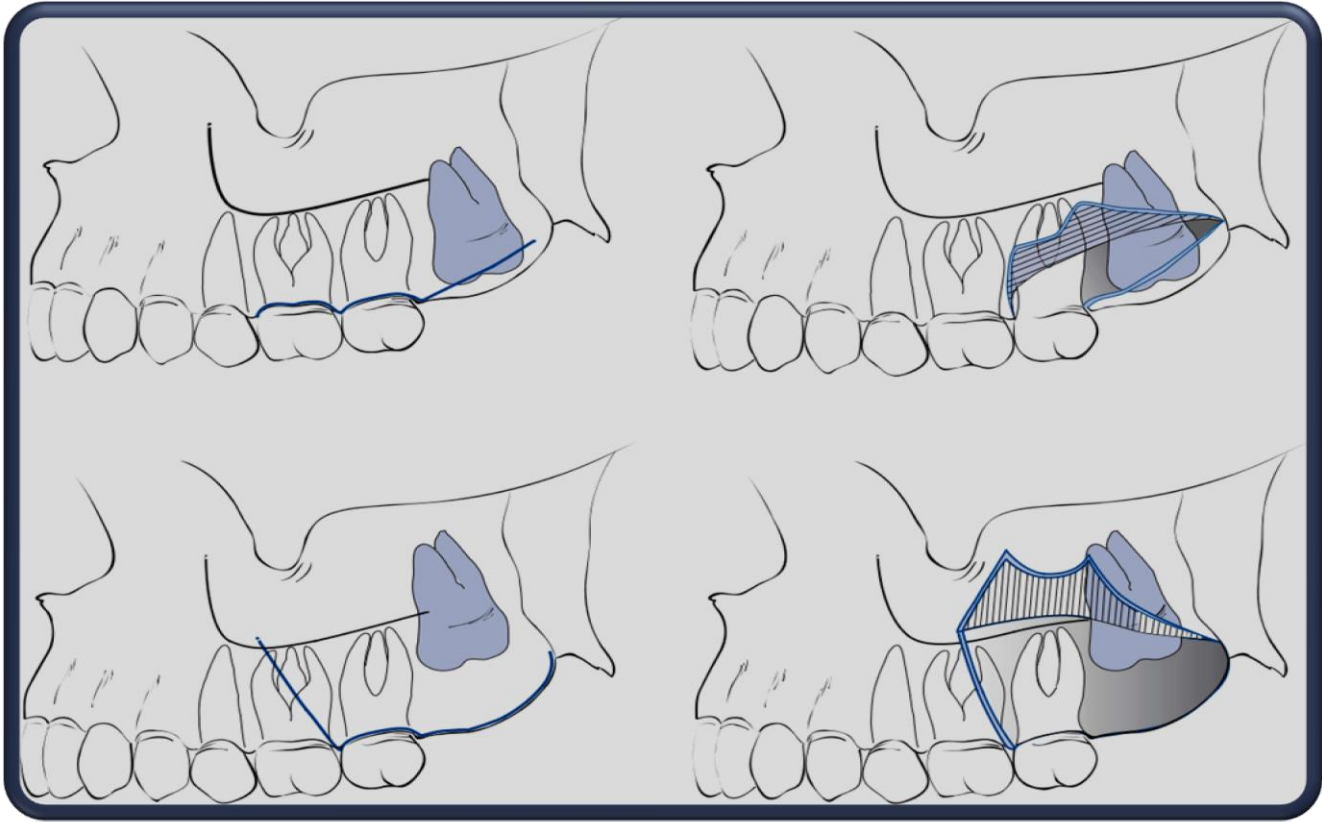
الشق اللساني

تعتمد على إجراء مدخل لساني للرحى وإزالة الصفيحة العظمية اللسانية و هذا الإجراء يستوجب رفع شريحة دهليزية غلافية أو مثلثية مع الشق في الميزاب اللثوي اللساني للرحى الثانية ثم يوضع رافع سمحاق بين السمحاق والعظم اللساني .



الأرحاء العلوية



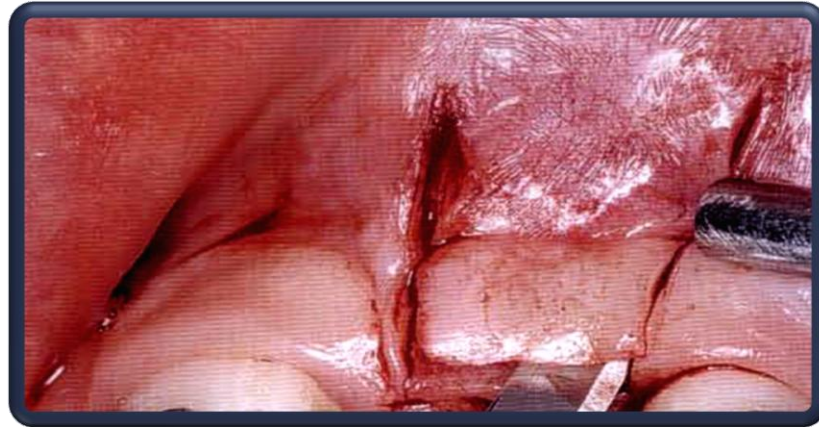


أنواع الشقوق الجراحية لقلع الأنياب (تصميم الشريحة)

الشق اللثوي الدهليزي : Labial Gingival Crevice Incision



الشق اللثوي الشفوي البديل : An Alternative Gingival Crevice Insision



الشق المخاطي الحر : Free Mucosal Incision



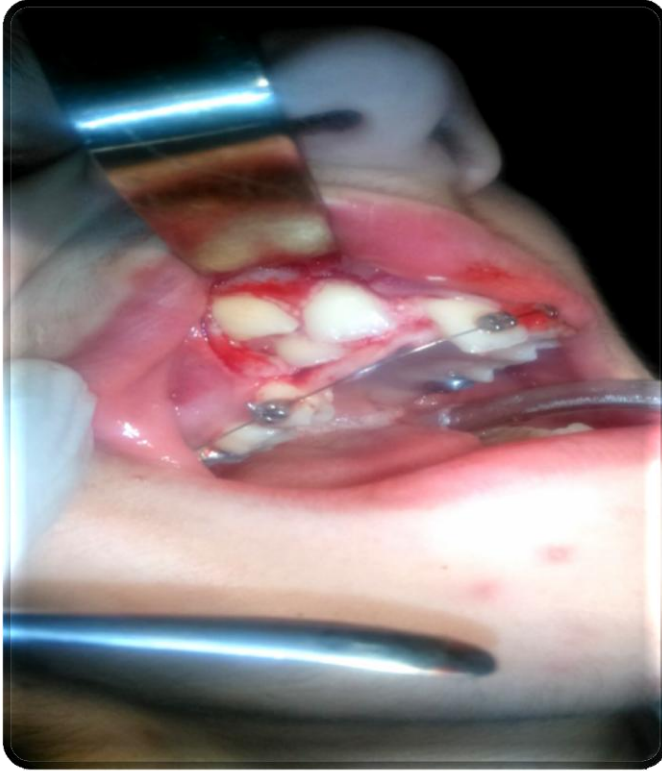
الناحية الحنكية



الناحية اللسانية :

Lingual Gingival Crevice Incision : الشق الميزابي اللثوي اللساني :
إذا كان الناب السفلي المنظمر إلى اللساني من القوس السنية أو الأسنان المجاورة
يستطب شق لساني و يتم إجراؤه في الميزاب اللثوي اللساني ويمدد بالمقدار الذي
يسمح برفع الشريحة والوصول إلى الناب المنظمر بدون شد أو تمزيق الشريحة
وغالباً ما يتطلب ذلك تجاوز الشق للخط المتوسط وقد يمتد الشق من منطقة
الضواحك في أحد الجانبين إلى منطقة الضواحك المقابلة .

تسليخ الشريحة



التفريغ العظمي Bone Removal

يهدف هذا الإجراء إلى :

كشف السن المنطمر - إنقاص مقاومة العظم للقوى المطبقة لرفع السن - تأمين مرتكز للأدوات المستخدمة في عملية القلع (الروافع)

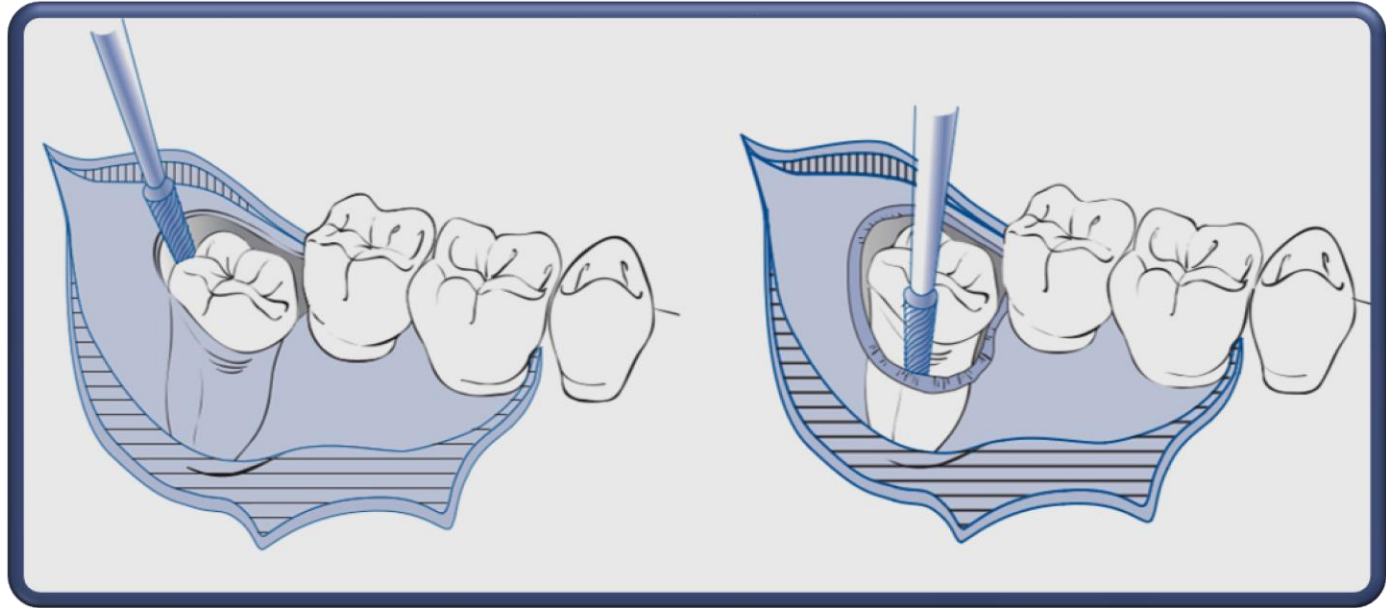
الأرجاء السفلية

تتم إزالة العظم باستخدام سنبله جراحية محملة على قبضة جراحية و يفضل من السنابل (الكروية رقم ٨ والشاقة رقم ٧٠٣) و يتم ذلك مع إرواء غزير لمنع ارتفاع حرارة العظم .
يمكن أيضاً إزالة العظم بالأزاميل لكن في ذلك شيء من الخطورة و يحتاج إلى يد خبيرة .



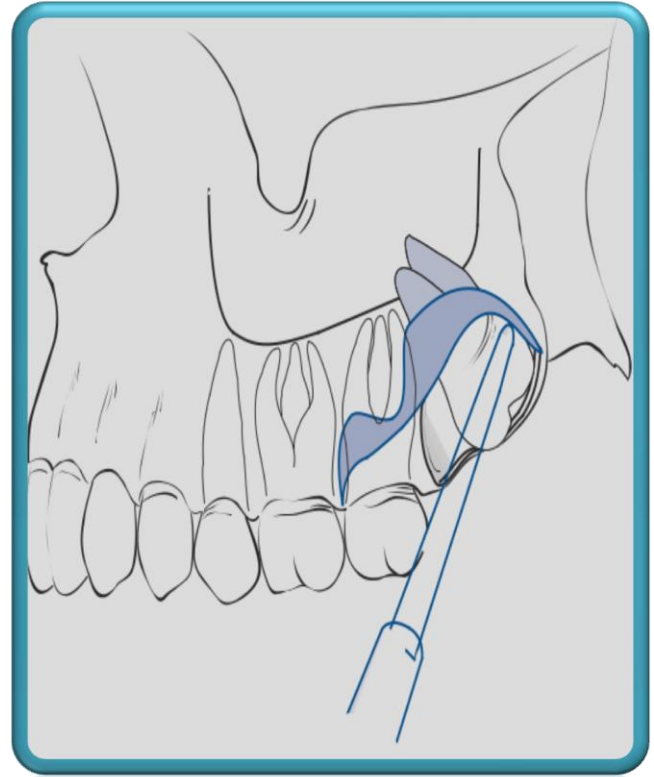
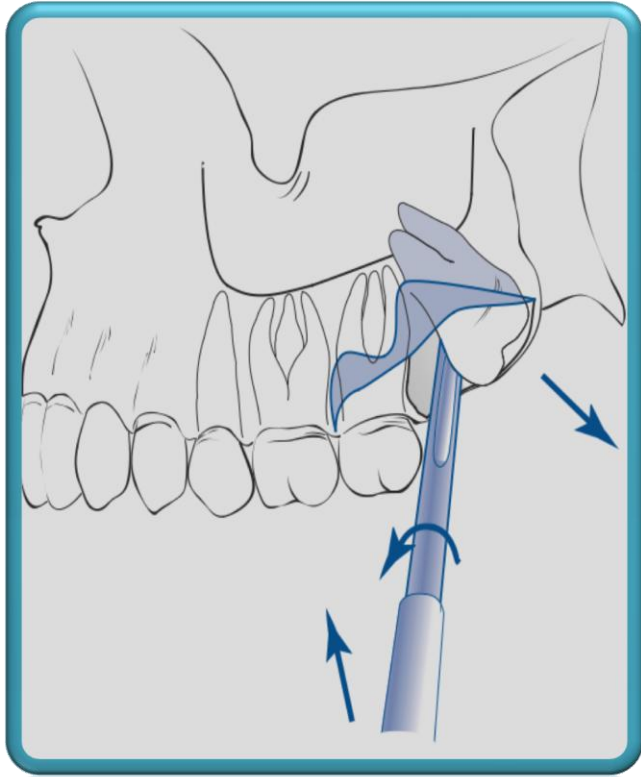
يزال العظم عن السطح الإطباقى والوحشى والدهليزي حتى يظهر ميناء السن و الذي يتميز عن العظم بلونه و قساوته عندها نبدأ بتوسيع عملية التفريغ العظمي حتى يتحرر المحيط الكبير للسن .

ثم نحفر مجرى أو قناة بين السطح الدهليزي والعظم وذلك ضمن العظم الإسفنجي . لإزالة أيّ عظم يقيد تحرير السن بخاصة على السطح الوحشي و الوحشي اللساني دون أن نمس الصفيحة اللسانية لئلا نؤذي العصب اللساني .



الأرحاء العلوية

بما أن عظم الفك العلوي يكون في الغالب رقيقاً فمن الممكن إزالته باستخدام رافعة السمحاق وبتطبيق ضغط يدوي باتجاه ذروي و نظراً لمرونة العظم فمن الممكن استخدام أية رافعة لتحرير العظم حول السن وإخراج السن باتجاه دهليزي وحشي . أما في الحالات التي يكون فيها العظم كثيفاً فتتم إزالته إما بالسنايل الجراحية أو باستخدام الإزميل .





صورة توضح كيفية إجراء شريحة مثلثية كاملة الثخانة



صورة توضح كيفية رفع الشريحة المثلثية و كشف تاج السن المنظمر كما
يفضل استخدام رأس رافع السمحاق في إبعاد الشريحة



صورة توضح كيفية قلع السن و إخراجها من سنخها باستخدام الروافع المتحتية من خلال تطبيق قوى دورانية



صورة توضح إعادة الشريحة إلى مكانها و خياطتها

إخراج السن Tooth Delivery

الإخراج الكامل للسن باستخدام الروافع

يتم عن طريق تطبيق قوة أنسية باستخدام رافعة مستقيمة و رافعة pot

او تطبيق قوة خدية باستخدام رافعة winter أو Crier بعد عمل ثقب في عنق السن لتثبيت رأس الرافعة .

إخراج السن بعد فصله

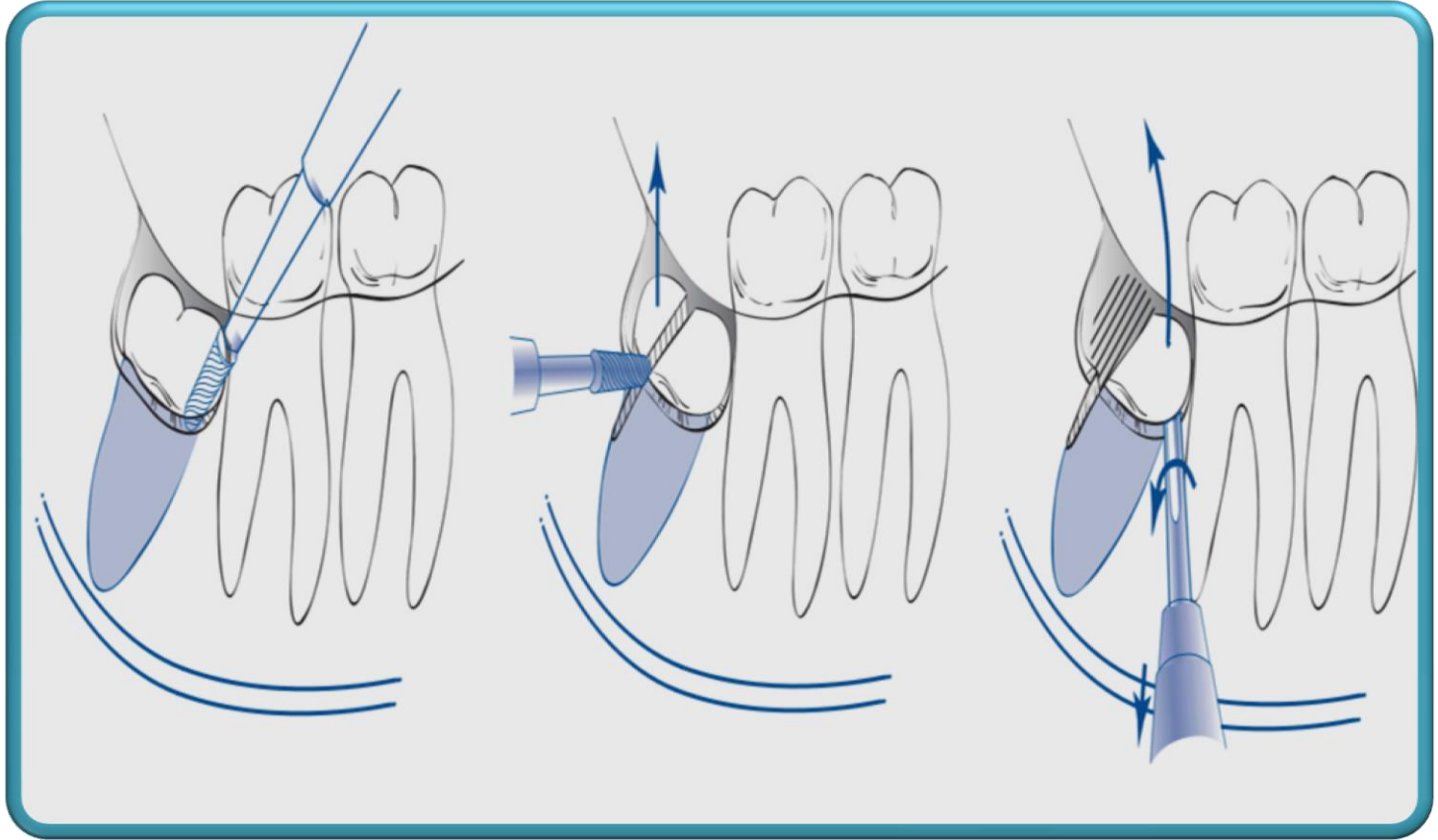
تستطب التجزئة لإنقاص المقاومة و إيجاد فراغ و إزالة الحديبات المتشابكة للسن .

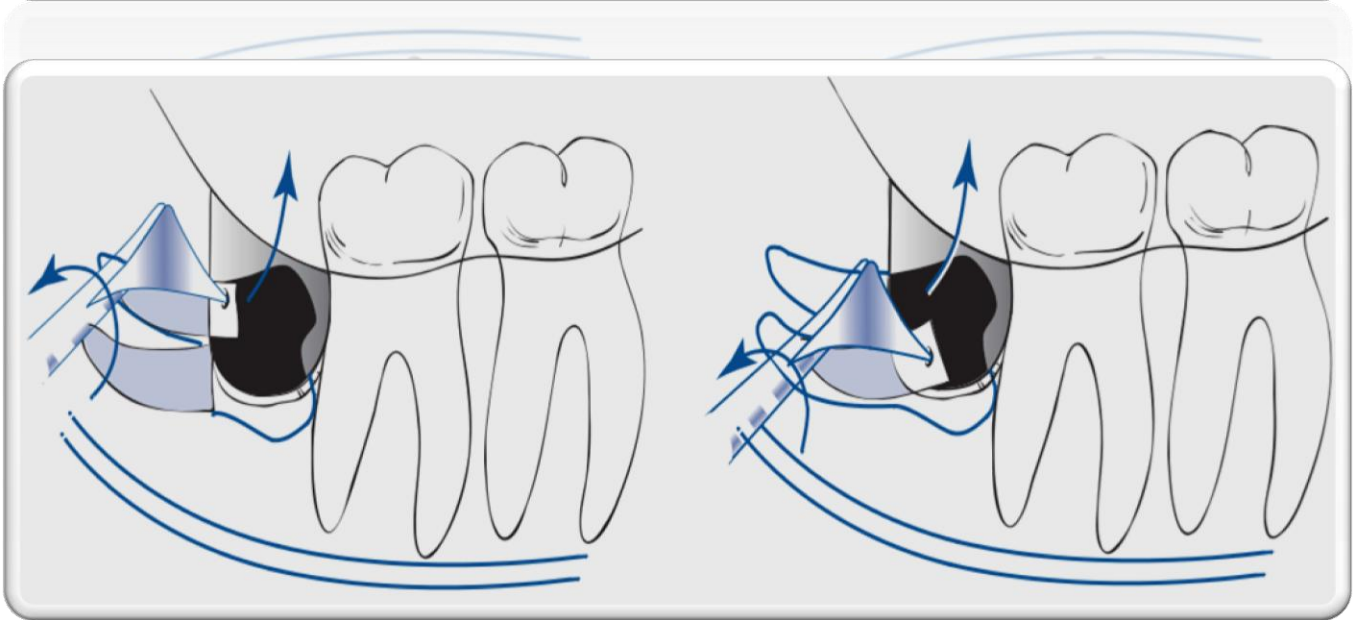
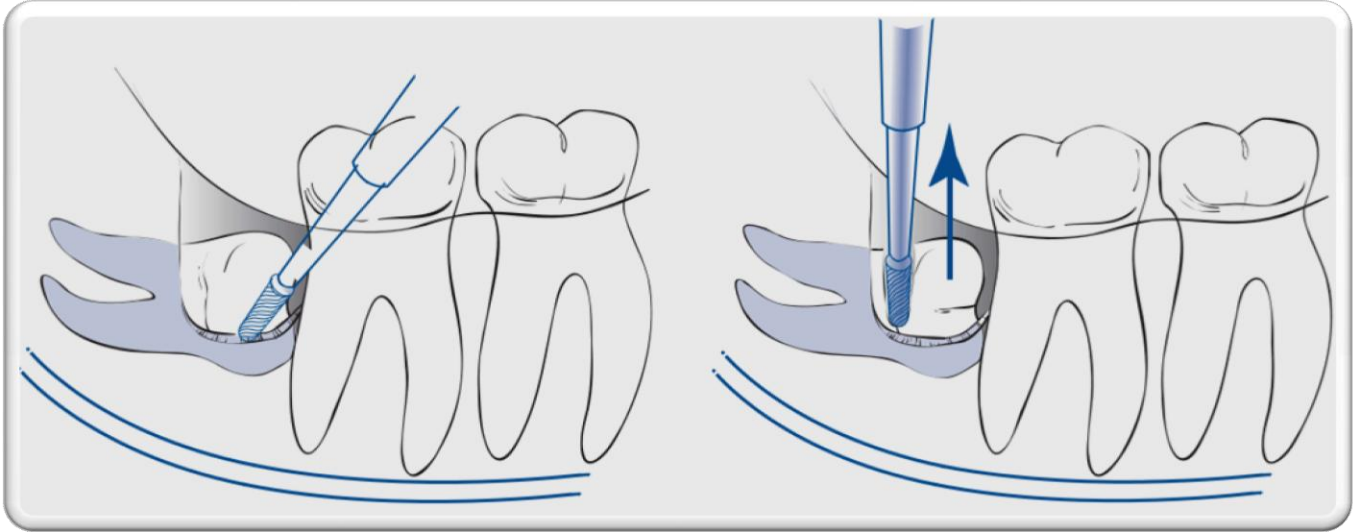
غالباً ما يحتاج الانطمار في الفك السفلي إلى فصل السن ويحدد نمط الفصل بناءً على نوع

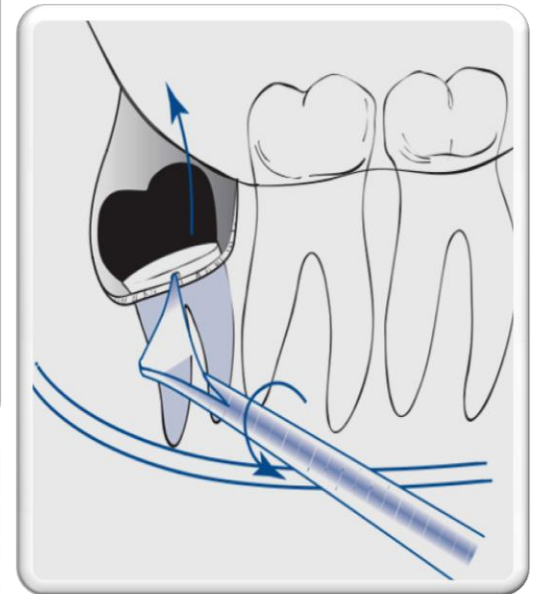
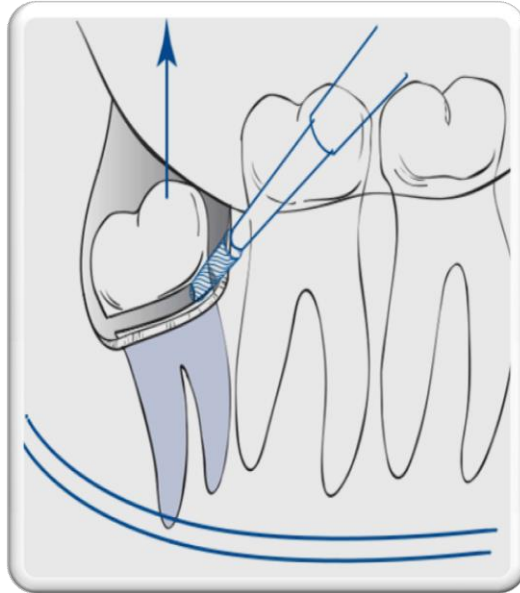
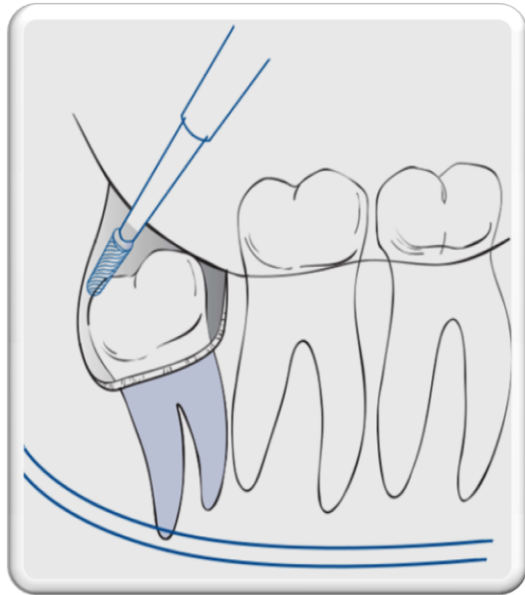
الانطمار وعلى خط إخراج القطع .

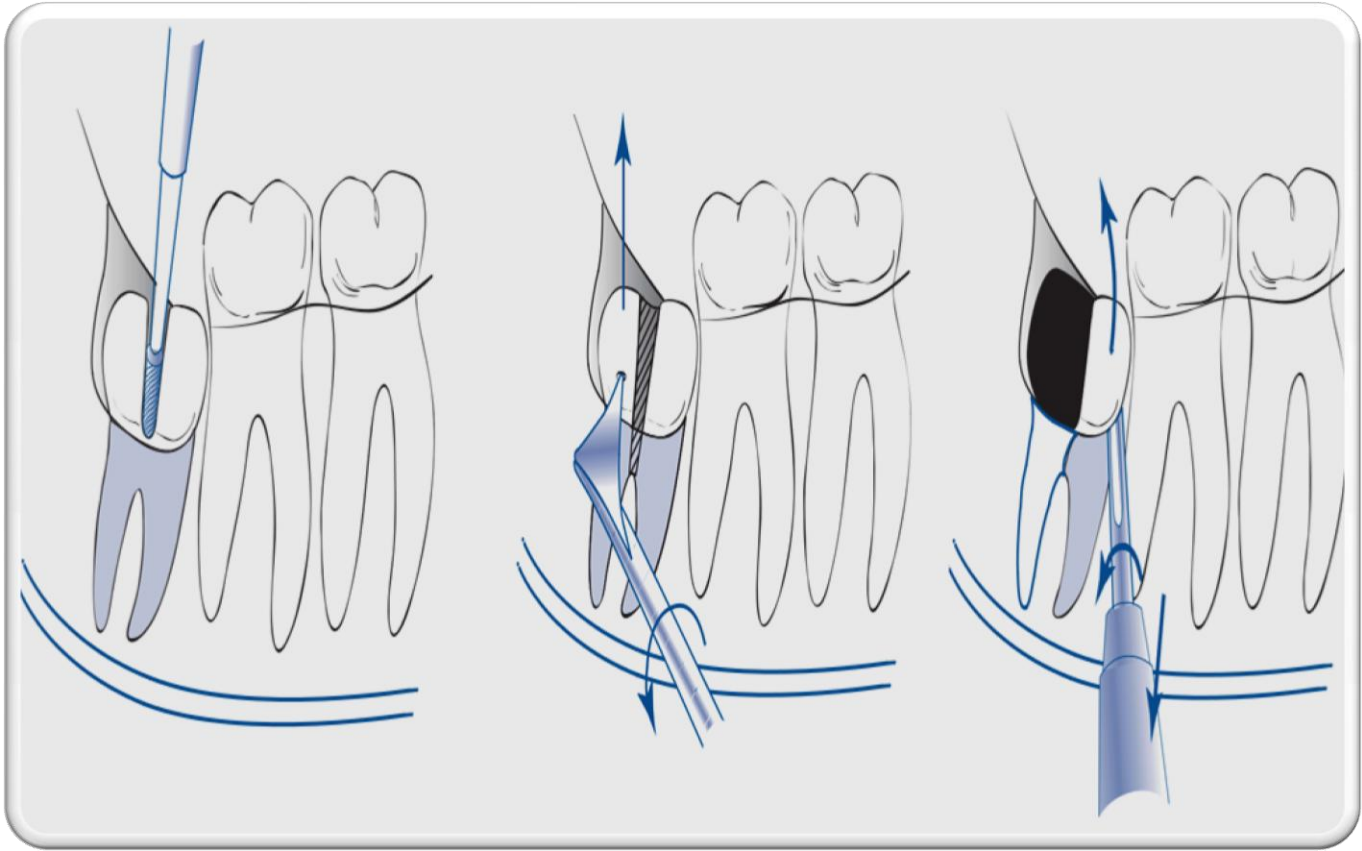
تتم عملية الفصل باستخدام السنبله حتى نصف أو ثلاثة أرباع المسافة ثم يكمل الفصل

بوسطة الرافعة كما يمكن استخدام إزميل ثنائي الشطب للفصل السريع .











صورة سريرية و شعاعية توضح انطمار أفقي لرحى ثالثة سفلية



صورة توضح إجراء الشق الأفقي باستخدام شفرة رقم (No.15)



صورة توضح رفع الشريحة باستخدام رافع السمحاق



صورة توضح التفريغ العظمي لكشف تاج السن المنطمر



صورة توضح فصل تاج السن المتطهر من المنطقة العنقية باستخدام
الستيلة الشافة



صورة توضح كيفية فصل السن باستخدام الروافع المستخدمة من خلال
حركة دورانية



صورة توضح كيفية فلع الجزء التاجي من السن المتطهر



صورة توضح كيفية فلع الجزء الجذري من السن المتطهر باستخدام الروافع
المنخفضة



صورة سريرية و شعاعية توضح رحي ثالثة سفلية بوضع انظمار أنسى



صورة سريرية و ترسيمية توضح كيفية إجراء الشريحة الخرفية



صورة توضح رفع الشريحة الظرفية مع التفريغ العظمي لكشف السن المنظهر



صورة توضح عملية فصل السن ثنائي الجذور باستخدام السنبلة الشاذة



صورة توضح الفصل النهائي للسن باستخدام الرافعة المستقيمة



صورة توضح قلع الجزء الوحشي من السن يليه قلع الجزء الأنسي



صورة سريرية و شعاعية توضح انظمار وحشي لرحى ثالثة سفلية



صورة توضح كيفية إجراء الشق الأفقي باستخدام شفرة (No. 15)



صورة توضح رفع شريحة و تفريغ عظمي لكشف السن المنطهر



صورة توضح كيفية فصل الجزء الوحشي من التاج



صورة توضح إزالة الجزء المتبقي من السن المنتظم



صورة السن بعد القلع



صورة توضح رد الشريحة إلى مكانها بعد إجراء الخياطة

التحضير لإغلاق الجرح

بعد إزالة السن يجري تجريف منطقة العمل الجراحي من أية بقايا بشروية أو محفظة وخاصة في الإنطار الجزئي ونؤمن خلوها من أية بقايا أو شظايا سنية أو عظمية ، ثم تشذب أية بروزات عظمية و تغسل المنطقة بالسيروم الفيزيولوجي .

إغلاق الجرح :

- تتم الخياطة باستخدام حامل الإبر و إبرة جراحية و خيط جراحي بهدف إعادة اتصال المخاطية الملتصقة وحشي الرحي الثانية بشكل جيد بالإضافة إلى منطقة الشق المحرر والحليمات اللثوية في الشرائح الغلافية .

وظيفة الخياطة هي تقريب الأنسجة من بعضها البعض ريثما تبدأ عملية الاندماج الطبيعية للجرح . وتختلف الخيوط الجراحية اختلافا واسعا جدا من حيث الخصائص المختلفة ، فكل نوع يمكن تقسيمه الى طبيعي Natural وصنعي synthetic, ممتصة absorbable وغير ممتصة , nonabsorbable وحيدة monofilaments أو عديدة الفتيلة muttifilaments , وكل الخيوط تعد دون استثناء أجسام أجنبية.

ان قياس الخيطان size يشار له بالأرقام صفر zero وكلما زاد عدد الأصفار كلما كان القياس أصغر حيث أن القياس ٥ - ٠ مثلا أصغر من القياس ٣ - ٠ ، وطبعا مع زيادة القياس تزداد قوة الخيط . ان متانة الخيط tensile strength يجب ألا تكون أقوى من النسيج الذي يخاط بها ، وأن أصغر قياس للخيط يحقق تقارب الأنسجة من بعضها البعض يجب أن يستخدم لأنه يقلل من الارتكاس النسجي ويؤدي لاندماج أفضل للجرح .



الخيوط الممتصة

catgut : : الكتكوت

Vicryl : : الفيكريل

Maxon : : الماكسون

Monocryl : : المونوكريل

خيوط غير الممتصة

silk : : الحرير

nylon : : النايلون

poly propylene: : البولي بروبيلين

braided polyesters : : البوليستر المجدول

التعليمات الواجب إعطاؤها للمريض

- تطبيق كمادات باردة من الخارج لمدة / ٣٠ / دقيقة ثم نرتاح / ٣٠ / دقيقة وهكذا ...
 - النوم على وسادة عالية لتقليل الوذمة .
 - استعمال المضامض بعد / ٢٤ / ساعة الأولى للحفاظ على صحة فموية جيدة .
 - الأكل والشرب جيداً ، والأكل يكون طرياً .
 - المعالجة بالصادات المناسبة و الإلتزام بتناول الدواء بانتظام
- تجنب ما يلي

- أكل أشياء قاسية تخرش الجرح .
- البصق المتكرر والتدخين و المشروبات الحاوية على الكحول .
- تجنب تطبيق أي حرارة على الجرح .
- تجنب الجهود الزائدة والتعب لمدة / ٢٤ / ساعة .
- . نم إزالة الخياطة بعد (٥-٧) أيام . وفي حال وجود أي طارئ مراجعة الطبيب فوراً .

الإختلاطات المرافقة للقلع الجراحي للأسنان المنظومة

- (الأنسجة الرخوة - الأنسجة العظمية - الأنسجة السنية - الأنسجة العصبية
- المفصل الفكي الصدغي - اندفاع السن باتجاه المناطق التشريحية
- المجاورة - الأدوات المستخدمة)

الإختلاطات التالية للعمل الجراحي

الألم - النزف - الوذمة - الإنتان - الضرز - إتهاب السنخ - تشوش الحس
- أذية المفصل الفكي الصدغي .

الاختلاطات العصبية لجراحة الأسنان المنظرة

Neurological Complications

الأعصاب المتأثرة:

يعتبر العصب السنخي السفلي الأكثر تأثراً يليه العصب اللساني فالعصب الذقني وتفرعاته ومن ثم العصب الأنفي الحنكي و نهاياته .

ومن هذه الأذيات :

• الأذيات التمزقية .

• الأذيات الثاقبة .

• متلازمة الاعتلال العصبي بعد الرض . .

• فرط التألم .

• الورم العصبي الرضي .

الاختلاط الأكثر شيوعاً بعد العمل الجراحي وبتواتر أكثر من الألم والتورم والضرز هو التهاب الموضع الناتج عن فقدان الخثرة الدموية من الجيب السنخي و يكون عادةً بعد 48-72 ساعة بعد الجراحة ويتبع بألم شديد متشعب إلى الأذن ومرافق مع طعم عفن .
التدبير يكون بإرواء الجيب ووضع ضماد مسكن .

الانتانات Infections

تشخيصها وتدبيرها جزء متمم للتدابير التالية لجراحة الأسنان المنظرة ويجب التمييز بين الألم والضرز والتورم المسبب عن الرض الجراحي والألم والتورم والضرز المسبب من الانتان .

نادراً ما تحدث قبل مرور ٧٢ ساعة على العمل الجراحي واحتمال حدوثها يبقى قائماً حتى مرور شهرين على العمل الجراحي حيث الألم التالي للجراحة يحدث خلال ٢٤ ساعة ثم يبدأ بالتناقص التدريجي . أما في حال بدأ الألم بعد مرور ثلاثة أيام أو أكثر بعد الجراحة فيرجح حدوث الانتان أو التهاب العظمي الموضعي ولكن هذا الأخير لا يترافق مع زيادة الضرز .

الضزز الذي يحدث خلال أول ٢٤ ساعة بعد الجراحة يكون تالياً للرض خلال العمل الجراحي ولكن حين يبدأ بعد ٤ - ٥ أيام من الجراحة فيكون سببه الانتان .
إن حجم التورم والأعراض المرافقة له هما المشخصان لسببه ففي حال بدأ باليوم الثاني أو الثالث بعد الجراحة فيكون ناتجاً على الأغلب عن الانتان ويكون هذا التورم قاسي ثابت أكثر من كونه رخو .

الخراجات تحت الفكية وتحت السمحاقية قليلة الشيوع وأقل منه خراجات المسافة الجناحية الفكية وتحت العضلية .

والتدبير العلاجي يستلزم استخدام الصادات الحيوية والتفجير الجراحي للخراجات والمعالجة الداعمة والأدوية المختارة هنا هي البنسلين والكلينداميسين أو السيفالوسبورينات .



ان شکرًا حسن اصنافہ کما