

القلع المتعدد

MULTIPLE EXTRACTION

الأستاذ الدكتور محمد سبع العرب

مخطط البحث :

- مقدمة
- الاستطبات و مضادات الاستطبات .
- لمحة تاريخية .
- الأهداف و المبادئ الأساسية .
- وضع خطة المعالجة .
- الخطوات الأساسية للعمل الجراحي .
- فوائد القلع المتعدد .
- حالات سريرية .

● في بعض الحالات التي تراجع العيادة السنية يجد الطبيب لدى المريض عدة أسنان متجاورة استطبأها القلع لسبب ما ● في مثل هذه الحالات من الممكن أن يقوم الطبيب بقلع هذه الأسنان في جلسة واحدة ، و إن عملية كهذه تماثل إجراءات القلع المعتادة

الهدف منها:

تسهيل الوصول إلى حالة درد تسمح بالتعويض عن الأسنان المفقودة بشكل مريح ومناسب سواء تم التعويض باستخدام الأجهزة الثابتة أو المتحركة أو الزرع.

الاستطابات

● تستطب هذه المعالجة عند الحاجة لقلع مجموعة من الأسنان في فم المريض لأي سبب من الأسباب التي تجعل القلع هو الخيار العلاجي الوحيد مثل :

١- تهدم الأسنان بسبب النخر الذي لا يمكن معالجته مع وجود آفات ذروية أحياناً وصحة فموية سيئة.

٢- أمراض النسيج الداعمة التي تسبب فرط حركة في الأسنان لا يمكن التغلب عليها بالمعالجة حول السنية .

٣- رفض المريض لترميم أسنانه وعدم إمكانية إخضاع المريض إلى جلسات طويلة إضافة إلى وجود مضاد استطباب للتخدير العام أو رفضه من قبل المريض.







مضادات استطياب القلع المتعدد

- ١- **الحالات الجهازية** غير المعالجة التي تتعارض مع قلع الأسنان و ما يتبعه من خطوات لاحقة تهدف لتأهيل السنخ من أجل استقبال الأجهزة ،
كالأمراض التي تسبب نزفا زائدا أثناء و بعد العمل قد يشكل خطرا على حياة المريض **(كالناعور مثلاً)** ، كذلك الأمراض التي تضعف مقاومة المريض تجاه الإنتان و بالتالي تؤهب لحدوث الإنتان بعد العمل الجراحي و تأخير التندب **(مرض الإيدز- السكري غير الموازن مثلاً)**.
- ٢- المرضى ذوي **الحالة الصحية السيئة (احتشاء حديث- التهاب كبد انتاني ٠٠٠ الخ)** و أي رض صغير قد يؤدي بحياتهم ، هنا نلجأ للمعالجات المحافظة و الملطفة

مضادات استطباق القلع المتعدد

- ٣- يجب أيضا أن نأخذ بعين الإعتبار وجود **آفات موضعية** تتعارض مع القلع كوجود ورم خبيث – التهاب فم تقرحي تموتي في الفم .
- ٤- إن وجود قصة **لقطوع صعبة سابقة**، أو وجود آفة داخل عظمية متقدمة يعقد العمل كثيرا لكنه لا يجعله مستحيلا

لمحة تاريخية

- خلال العقد التالي لبدء استخدام التخدير العام لقلع الأسنان ، وصف **Willard** عام ١٨٥٣ طريقة لقلع الأسنان المتعدد تسمح بالتعويض عن الأسنان المقلوعة بشكل أسرع من الطرق المستخدمة سابقا ، وقد دافع عن قطع الحايمات اللثوية بين السنية وتشذيب الحواف السنخية للسماح بخياطة النسج الرخوة حدا لحدا .
- وفي عام ١٨٧٦ وصف **Beers** طريقته والتي أخذت شكلا جذريا من الطريقة السابقة تضمن إزالة جزء كبير من العظم السنخي باستخدام كلابات قاطعة .
- **خلال العشرينات** نصح العديد من أطباء الأسنان بتشذيب العظم السنخي بعد قلع الأسنان و لكن خلال عقد من الزمن اعتذر العديد من هؤلاء الأطباء أنفسهم عن حماسهم الزائدة المبكرة تجاه هذا الإجراء

● صرح **DeVan** عام ١٩٣٠ أن القطع السنخي الذي دافع عنه سابقا كان أكبر خطأ فادح في حياته المهنية . ومن هنا بدأ الممارسون بالعدول عن رأيهم و بدأ الميل إلى المحافظة على العظم السنخي.

● في عام ١٩٢٣ نصح **Molt** باستخدام أمثلة الدراسة في التخطيط المسبق لقلع الأسنان و التشذيب السنخي التالي و ذلك لتجنب الحصول على النتائج غير المستحبة و المتمثلة بالقطع المفرط للعظم السنخي ، و اقترح أنه يجب الحفاظ على أكبر قدر ممكن من الحواجز بين السنية لتشكيل قالباً لعملية البناء العظمي ، كما نصح بخياطة النسيج الرخوة دون أي شد للشرائح ودون بذل أي محاولة لملاءمة حواف الجرح و ذلك للحفاظ على عمق الميزاب .

● نشر **Dean** عام ١٩٣٦ وصفا لطريقته الخاصة والتي كان قد استخدمها طوال ٢٠ عاما و أطلق عليها مصطلح **القطع العظمي داخل الحاجزي (intraseptal alveolotomy)** اختلف **Dean** عن سواه من العاملين في حقل الجراحة ما قبل التعويضية بأنه دافع عن الحفاظ على الصفيحة القشرية مفضلا بدلا من ذلك أن يضحى بالحواجز بين السنية ليحقق ارتفاعا سنخيا ملائما لاستقبال التعويض .

● صرح **(1964) Mackay, (1948) Sealey, (1944) Sinfield** وآخرون أن طريقة **Dean** كانت طريقة جيدة ومناسبة لا سيما للجراحة قبل الأجهزة الفورية .

واقترح **Obwegeser** عام ١٩٦٦ تعديلا على طريقة **Dean** لاستخدامها في حالات البروز الشديد لمقدمة الفك العلوي .

Enlarged Premaxilla



**Willard
1853**



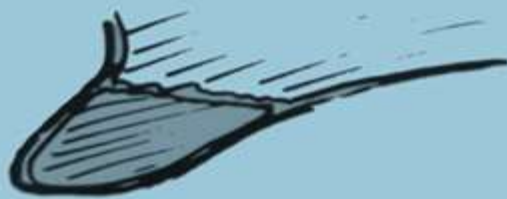
**Kallenberger
1953**



**Dean
1941**



**Obwegeser
1968**



**Obwegeser
1968**

الأهداف والمبادئ الأساسية

من المسلم به أن أي طريقة للقلع المتعدد مع تشذيب العظم السنخي ستؤدي إلى درجة ما من الامتصاص العظمي ، و بالرغم من ذلك هناك حالات عديدة تتطلب تصحيح أو تعديل محيط الارتفاع السنخي من أجل وضع تعويض مقنع للمريض على أية حال يجب أخذ الحيطة والحذر وتحديد الأهداف المباشرة و بعيدة المدى لكل حالة على حدة .

إن الهدف المباشر لتشذيب العظم السنخي بعد القلع المتعدد هو **الحصول على ارتفاع سنخي ملائم للتعويض** بأسرع ما يمكن أي يسمح بالتعويض المبكر للمريض بجهاز مريح وملائم ، و يجب أن نوازن هذا الهدف مع الهدف النهائي الأساسي الذي يتجلى **بالحفاظ على أكبر قدر ممكن من العظم السنخي الضروري** لاستمرارية ثبات الجهاز التعويضي واستقراره .

• و هناك أهداف أخرى عديدة يجب أخذها بعين الاعتبار ، إذ يجب أن تبقى الارتفاعات السنخية عريضة قدر الإمكان من أجل أفضل توزيع لقوى المضغ .

• لا تضيف مناطق التثبيت بالضرورة شيئاً إلى ثبات الجهاز ، و معظم أطباء الأسنان يفضلون إزالة جميع مناطق التثبيت خاصة تلك التي تعترض إدخال و إخراج الأجهزة .

• ليس من الضروري أن ينعم الارتفاع السنخي بشكل تام لكن يجب أن تدور الحواف الحادة و تخفف الشذوذات الشديدة ، كما يجب أن تجعل المخاطية المغطية للارتفاع السنخي ذات ثخانة واحدة تقريبا و كذلك يجب أن تكون كثافتها و قابليتها للانضغاط متماثلة قدر الإمكان من أجل أن تعمل على نقل القوى إلى العظم الواقع تحتها بشكل متجانس .

• يجب أن نأخذ **عمر المريض** بعين الاعتبار ، إذ إن العظم الفتى أكثر مرونة و أكثر عرضة للامتصاص و التأذي مع الزمن من العظم لدى المرضى المسنين ، لذلك يمكن أن نعمم أنه **يجب إزالة أقل كمية ممكنة من العظم السنخي عند صغار السن .**

• كذلك فقد تبين نتيجة الدراسات الإحصائية أن المرضى **النساء الحاملات** لأجهزة **صناعية** يميلون لإبقاء الأجهزة في أفواههم بشكل دائم تقريبا لأنهم يخرجون من نزعها و بالتالي **يعانى مثل هؤلاء المرضى من امتصاص عظمي أكبر و أسرع من المرضى الرجال** لاسيما أولئك الذين يعملون ساعات طويلة خارج المنزل ، لذلك يجب أن نأخذ جنس المريض و مهنته بعين الاعتبار أثناء تقرير كمية العظم السنخي التي سنقوم بتشذيبها .

○ من الصعب التنبؤ بكمية الامتصاص العظمي الذي سيحدث مسبقا أثناء إجراء التشذيب السنخي ، وإن حكمة الجراح و خبرته ضرورية هنا ، ومع ذلك **قد يكون اتباع الخطوط الأساسية التالية مفيدا :**

١- يمتص العظم الاسفنجي بسرعة و بشدة أكبر من العظم القشري الكثيف لذلك **من المرغوب فيه الحفاظ على العظم القشري قدر الإمكان ،** وللحصول على أفضل النتائج يجب أن يركز الجهاز بشكل كامل على عظم كثيف و ليس على عظم اسفنجي .

٢- كما ذكر سابقا **يجب أن يكون الارتفاع السنخي عريضا لتحقيق سطح تماس و دعم أعظمي ،** و إذا كان تخفيف مناطق التثبيت سيؤدي إلى ارتفاع سنخي مقطعه بشكل حرف V يجب أن يؤجل التشذيب السنخي مدة ٤-٦ أسابيع حتى تمتلئ الأسناخ بعظم جديد و عادة يجد الجراح أن كمية العظم التي يجب إزالتها بعد هذه الفترة أقل بكثير من الكمية التي يكون من الضروري إزالتها بعد القلع مباشرة .

٣- في حالات التهاب الأنسجة الداعمة المتقدمة و المترافقة بامتصاص شديد في العظم القشري و الحواجز بين السنية يفضل أن يؤجل التشذيب السنخي حتى تمتلئ الأسناخ بعظم جديد و قد يستغرق ذلك ٤-٨ أسابيع .

٤- إذا أزيلت قطع عظمية كبيرة بطريق الخطأ سواء مع الأسنان المقلوعة أو أثناء تشذيب السنخ يجب أن نحاول إعادة جزء منها على الأقل ، و بما أن هذه الشظايا العظمية ستزال بكل الأحوال فليس هناك ما نخسره بمحاولة إعادة زرعها كما لو كانت طعما عظميا حرا .

وضع خطة المعالجة

□ في الحالات التي سيتم فيها قلع عدة أسنان يكون من الضروري جدا وضع خطة المعالجة الكاملة والتي تتضمن **نوع التعويض** الذي سيتم تطبيقه للمريض قبل البدء بالعمل .

□ و التعويض قد يكون باستخدام جهاز متحرك كامل أو جزئي أو بوضع زرعة واحدة أو زرعات متعددة .

فإذا كان التعويض بعد القلع سيتم باستخدام الزرعات مثلا فإنه من الضروري تحديد القطع و التشذيب العظمي و ضغط السنخ إلى حدوده الدنيا .

• في بعض الحالات يمكن أن توضع الزرعات مباشرة بعد القلع وهذا سيتطلب تحضير دعامة إرشاد جراحية لتساعد في رصف الزرعات بشكل صحيح ..

□ و يجب أن يكون هناك اتصال بين الجراح و اختصاصي التعويض
لوضع تقرير عن المواد التي سيتم استخدامها كصنع جهاز فوري مثلا

□ كما يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار أيضا أثناء وضع خطة المعالجة
الحاجة إلى إجراءات جراحية أخرى مثل تصنيع الحذبة الفكّية مثلا أو
إزالة مناطق التثبيت أو التورمات العظمية أو قطع اللجام الشفوي أو
اللساني لذلك يجب تقييم كل من النسيج الصلبة و الرخوة بشكل دقيق
قبل البدء بالعمل

الخطوات الأساسية للعمل الجراحي

١ - القصة المرضية و تهيئة المريض .

٢ - تخدير المريض .

٣ - قلع الأسنان .

٤- تهيئة النسيج العظمية و تخفيض السنخ (إعادة العرض الدهليزي اللساني للارتفاع السنخي كما كان قبل القلع و إزالة أي نقاط عظمية شئدة و تخفيف أو إزالة مناطق التثبيت ...)

٥- تهيئة النسيج الرخوة (تحري وجود مناطق فرط تنسج حبيبي التهابي و إزالتها إن وجدت و تحري وجود لثة متضخمة أو نسيج فائضة لثوية و تشذيبها) .

٦- الخياطة و إغلاق الجرح .

* إن خطوات العمل متداخلة فيما بينها و غير منفصلة تماما كما أن تتابع إنجازها يختلف تبعاً للتقنية أو الطريقة المستخدمة .

١- القصة المرضية:

يجب استجواب المريض قبل العمل و أخذ القصة المرضية بشكل دقيق ، و يجب تهيئة المريض قبل العمل و إعطاءه المهدئات أو الصادات الحيوية في الحالات التي تتطلب ذلك.

٢- التخدير:

- ١- إنجاز العمل في العيادة مع تخدير المريض تخديرا ناحيويا .
- ٢- إنجاز العمل في المستشفى تحت التخدير الناحي ، و ذلك عند عدم استعداد الطبيب للعمل الجراحي في عيادته بسبب نقص الآلات أو خشية على المريض من اختلاطات طارئة.
- ٣- إنجاز العمل في المستشفى بالتخدير العام ، و نلجأ إلى ذلك في حالة المريض الذي لا يصلح صحيا لإعطائه الأدرينالين ، أو لكونه عصبي المزاج يخاف من العمل و هو بحالة صحو أو أن المخدر لا يؤثر به بشكل كاف .

٣- قلع الأسنان:

يتم قلع الأسنان بالطريقة المعتادة مع تعديل طفيف ، فالخطوة الأولى في القلع المفرد هي قطع الرباط و تحرير السن من النسيج الرخوة المحيطة به وفي القلع المتعدد يمدد ذلك القطع غالبا ليشكل شريحة ظرفية (وذلك يتبع التقنية المستخدمة كما سنرى لاحقا)، ثم تستخدم الكلابات والروافع في قلع الأسنان بالطريقة المعتادة ، و إذا احتاج الجراح لتطبيق قوى زائدة لقلع السن يجب عليه اللجوء إلى إزالة القليل من العظم الدهليزي ، لتجنب انكسار العظم السنخي أثناء القلع.

⊙ إن الترتيب الذي يتم فيه قلع الأسنان يختلف تبعا للتقنية المتبعة ، وينصح باتباع الترتيب التالي في قلع الأسنان :

ترتيب قلع الأسنان

١ - قلع أسنان الفك العلوي قبل أسنان الفك السفلي للأسباب التالية :

○ ارتشاح المخدر في الفك العلوي أسرع منه في الفك السفلي كما أن تأثير المادة المخدرة يزول بسرعة ، و هذا يعني أن الجراح يستطيع البدء بالعمل مباشرة بعد الحقن ، كذلك عليه إنجاز العمل بسرعة قبل أن يزول تأثير المادة المخدرة .

○ إذا تم قلع الأسنان السفلية قبل الأسنان العلوية **قد تسقط الفضلات** من أجزاء الأملغم أو التيجان المكسورة و رقااقات العظم في الأسناخ الفارغة في الفك السفلي أثناء العمل في الفك العلوي .

○ بالإضافة لذلك فإن القوة المستخدمة في قلع أسنان الفك العلوي هي دهليزية بشكل رئيسي ، مع وجود القليل من أو عدم وجود قوى سحب عمودية و التي تستخدم بشكل أكبر في قلع الأسنان السفلية ، لذلك فإن **قلوع أسنان الفك السفلي** التي تلي قلع أسنان الفك العلوي تكون أسهل إنجازا .

*هناك سيئة وحيدة لقلع أسنان الفك العلوي أولا تتجلى بأن النزف الناتج عن قلع الأسنان العلوية و إذا لم تتم السيطرة عليه بشكل مناسب سيتداخل مع قلع الأسنان السفلية و يعيق الرؤية الجيدة في حقل العمل وهذا لا يمثل مشكلة رئيسية على اعتبار أن إرقاء النزف يجب أن ينجز في كل منطقة لوحدها قبل أن يحول الجراح اهتمامه إلى منطقة أخرى إضافة إلى أن المساعد يجب أن يكون قادرا على تأمين حقل عمل نظيف و خال من الدم باستخدام ماصة مناسبة و عزل كاف

٢- البدء بقلع الأسنان الخلفية

و ذلك يسمح باستعمال أكثر فعالية للروافع في قلقة الأسنان أثناء القلع .

٣- الأسنان الأكثر صعوبة في قلعها (الناب و الرحي الأولى) تقلع أخيرا ، وإن قلع الأسنان المجاورة لها من الجانبين يضعف الجدران العظمية من الأنسي و الوحشي لهذه الأسنان و بالتالي القلع اللاحق لكل منهما سيصبح أسهل إنجازا .

بالخلاصة : إذا كنا سنقوم بقلع أسنان الربع الأيسر من الفكين

العلوي و السفلي ، ينصح بالترتيب التالي :

- ١-الأسنان العلوية الخلفية ما عدا الرحي الأولى .
- ٢-الأسنان العلوية الأمامية ما عدا الناب .
- ٣-الرحى الأولى العلوية .
- ٤-الناب العلوي .
- ٥-الأسنان السفلية الخلفية ما عدا الرحي الأولى .
- ٦-الأسنان السفلية الأمامية ما عدا الناب .
- ٧-الرحى الأولى السفلية .
- ٨-الناب السفلي .

● يمكن تجزئة العمل إلى مرحلتين بحيث يتم قلع كل الأسنان الخلفية وتحضير الارتفاعات السنخية بحد أدنى من تشذيب العظم السنخي بحيث تصبح جاهزة لوضع الجهاز السني خلال ٢-٣ أسابيع ، وعندئذ يمكن وضع جهاز سني فوري مباشرة بعد قلع الأسنان الأمامية وتهيئة السنخ .

التقنيات المختلفة المستخدمة لتهيئة السنخ بعد القلع المتعدد

○ ضغط السنخ : Alveolar Compression

- إن الشكل الأسهل و الأبسط لتهيئة السنخ هو ضغط الصفيحتين القشريتين الخارجية و الداخلية **بين أصابع اليد** . إن أهمية هذه الطريقة تظهر عادة **عند المرضى صغيري السن** حيث يكون من الضروري الحفاظ قدر الإمكان على العظم السنخي ، و مع ذلك فإن هذا الإجراء ضروري جدا بعد كل عملية قلع خاصة في حالة قلع الأسنان التي يتسبب قلعها بدفع كبير للصفيحة الدهليزية باتجاه الخارج .
- إن ضب السنخ يقلل عرض الأسناخ الفارغة كما يخفف مناطق التثبيت المزعجة .



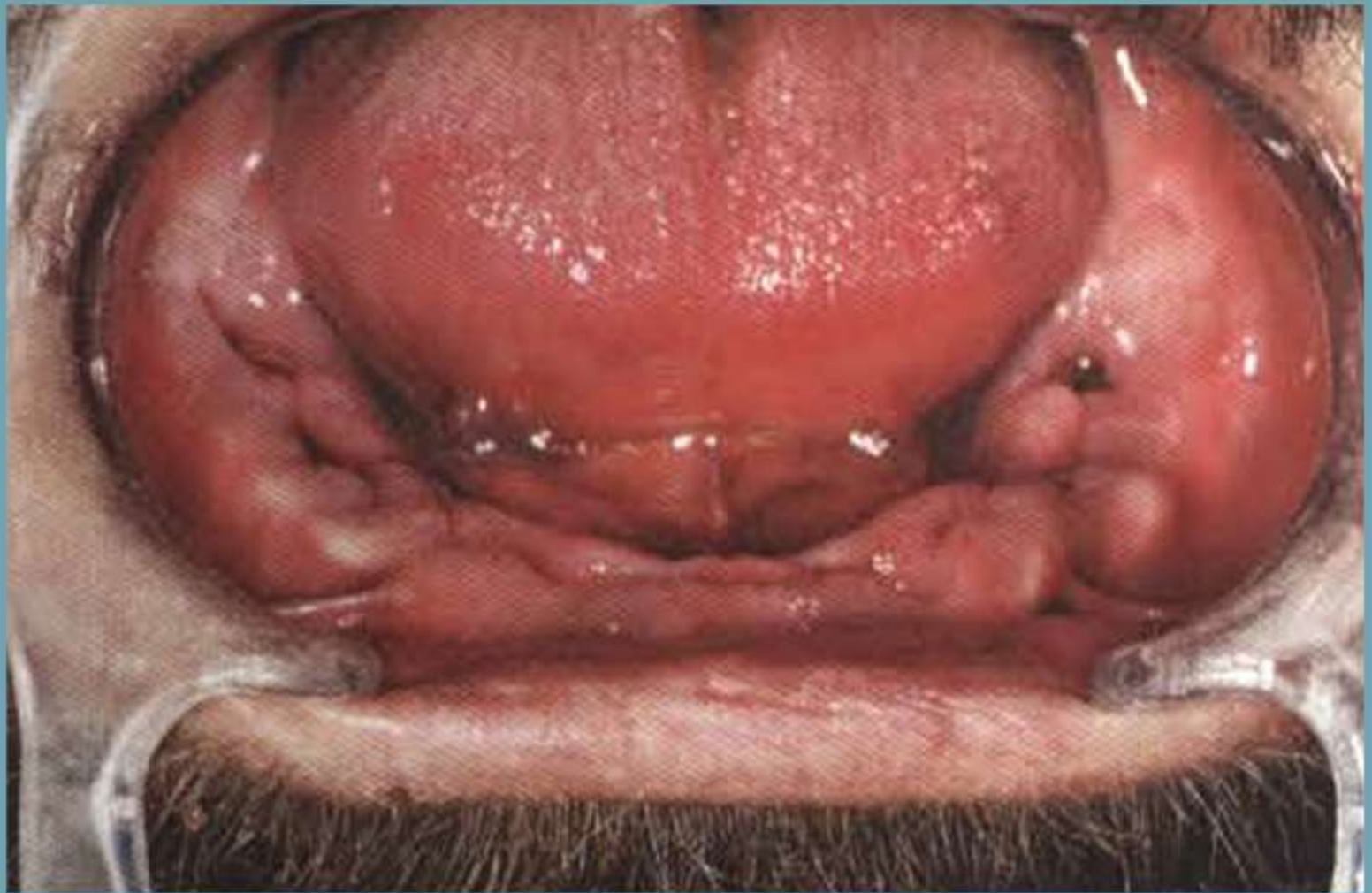










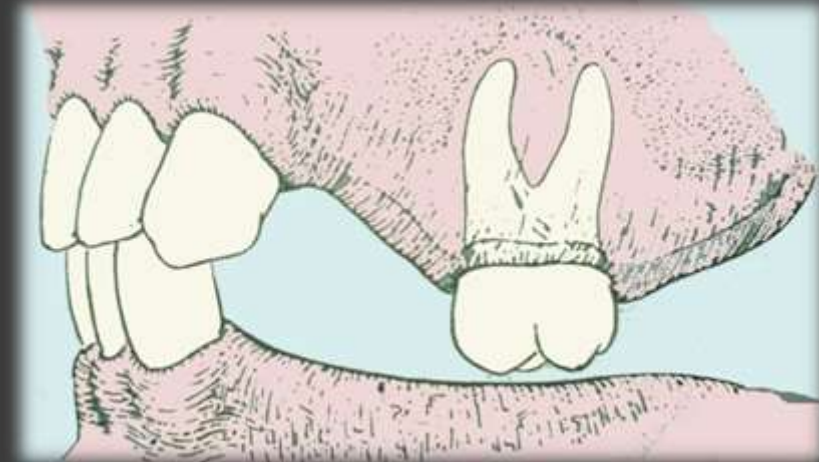
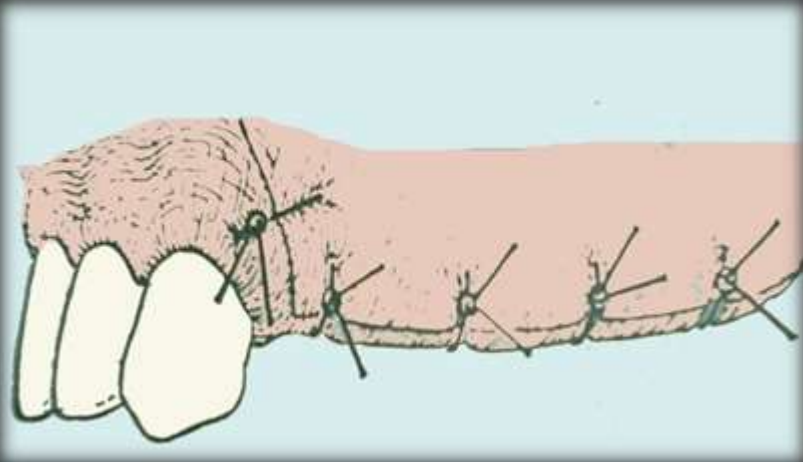


التشذيب (أو التصنيع) السنخي البسيط :

Simple Alveoplasty

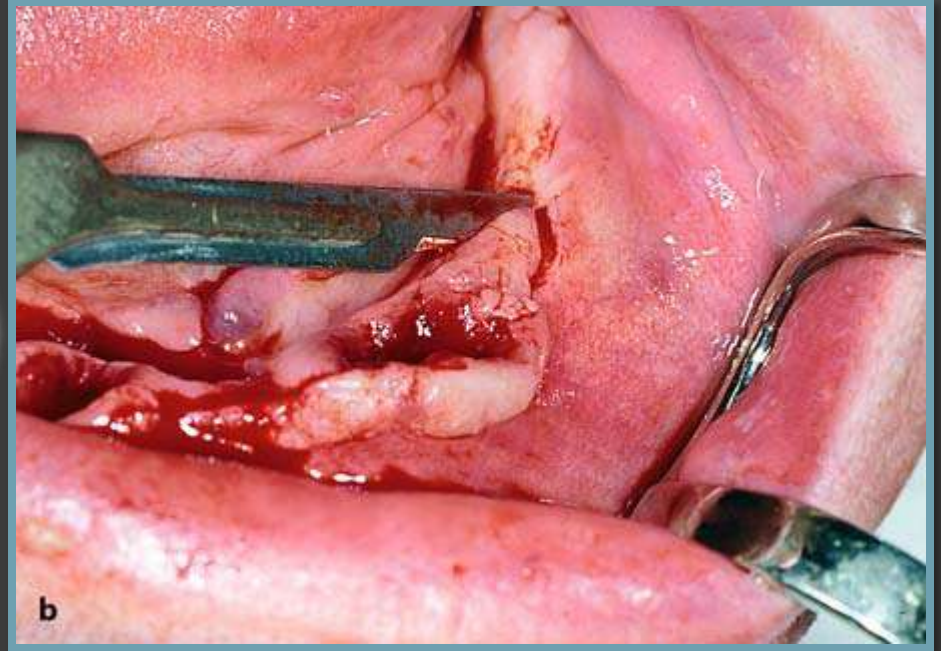
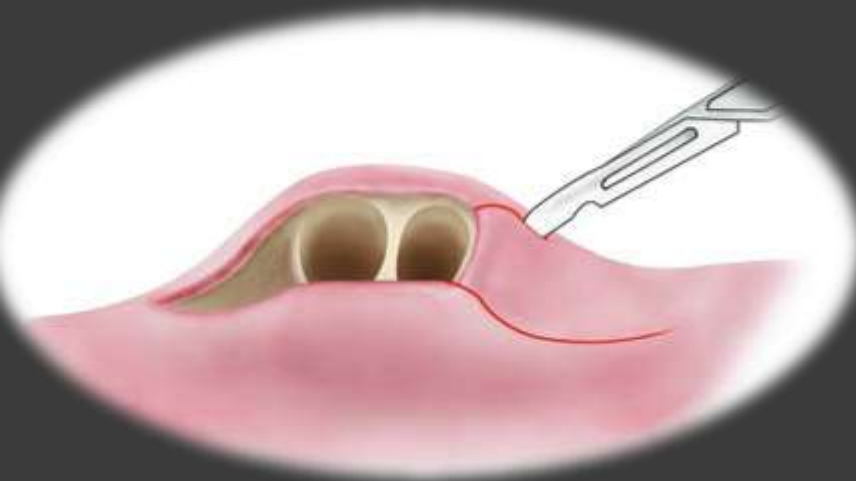
- تستخدم هذه الطريقة في كل مرة يكون من المرغوب به تخفيض الحواف العظمية الدهليزية و في حالات أقل تخفيض الحواف اللسانية أو الحنكية ، يجب أن يبقى هذا الإجراء بسيطاً ما أمكن ، و غالباً لا يتطلب الأمر سوى شريحة طرفية و إن كان هناك حاجة أحياناً لشق محرر، و تسليخ الشريحة فقط بحيث تكشف منطقة البروز السنخي لأن التسليخ الزائد بالاتجاه الذروي يزيد من الانتباج والألم بعد العمل الجراحي كما أنه يزيد كمية الامتصاص العظمي بعد العمل . بعد ذلك تزال الكمية اللازمة من العظم وقد اقترح SCHRAM عام ١٩٥٣ أن إزالة نصف الكمية المطلوبة من العظم قد يكون كافياً و تبين في الممارسات اللاحقة أن نصيحة SCHRAM كانت صحيحة .

ومن هذه الحالات **قلع الأسنان المتطاولة** التي تملك عادة ارتفاعا سنخيا متطاولا لذلك يكون التخفيض العمودي للارتفاع السنخي ضروريا بعد كل عملية قلع لمثل هذه الأسنان .

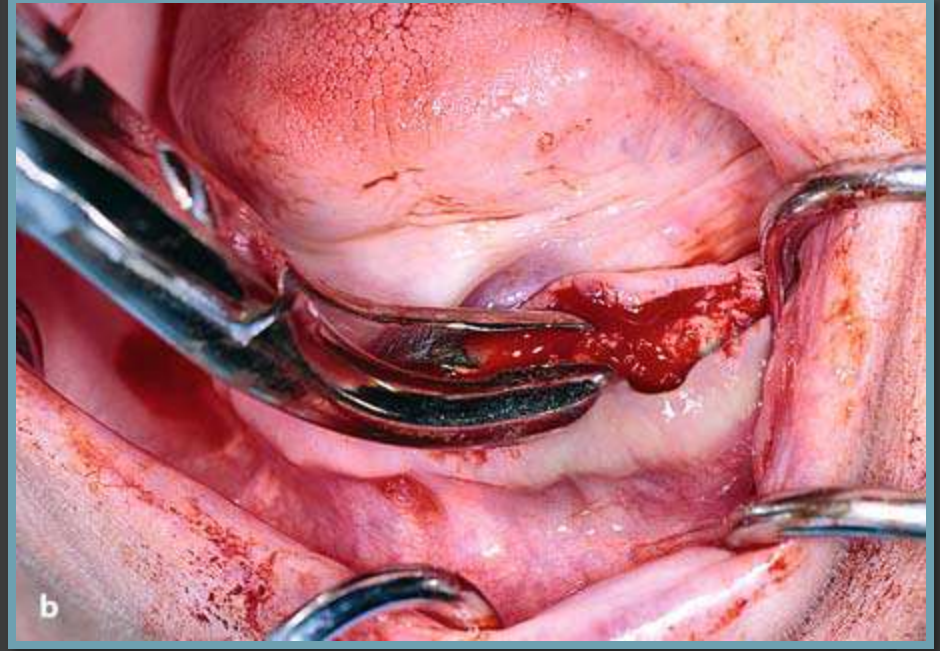
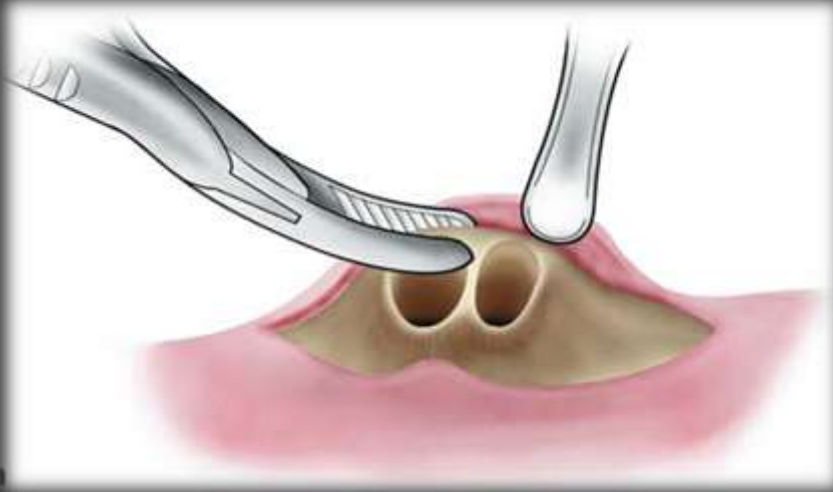




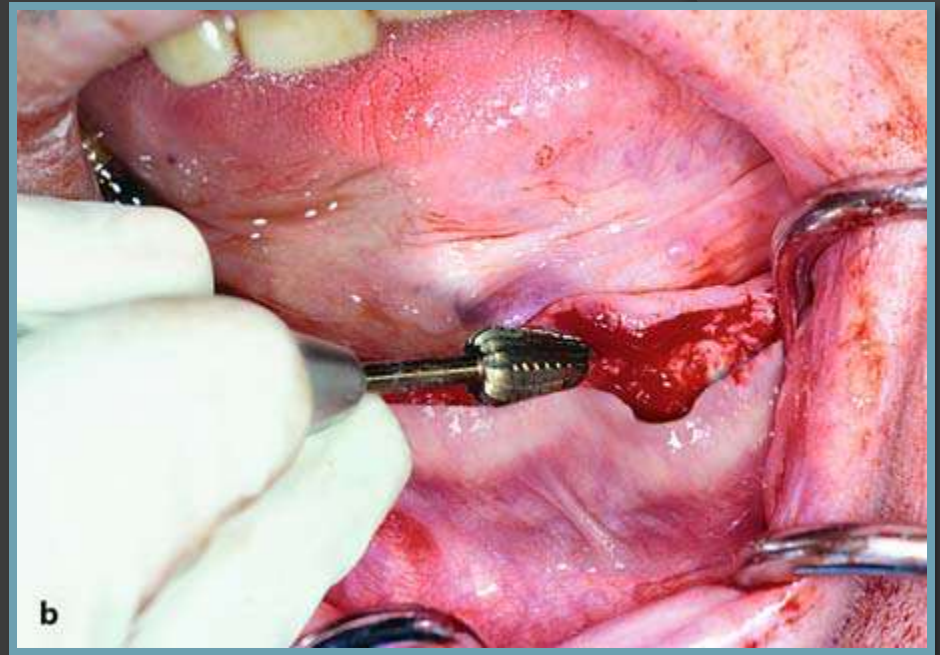
تظهر الصورة تطاول الناب و الضاحك مع
عظم سنخي متطاوول



إزالة جزء وتدي الشكل من
المخاطية المغطية لارتفاع السنخي
من كلا الجانبين الأنسي و الوحشي

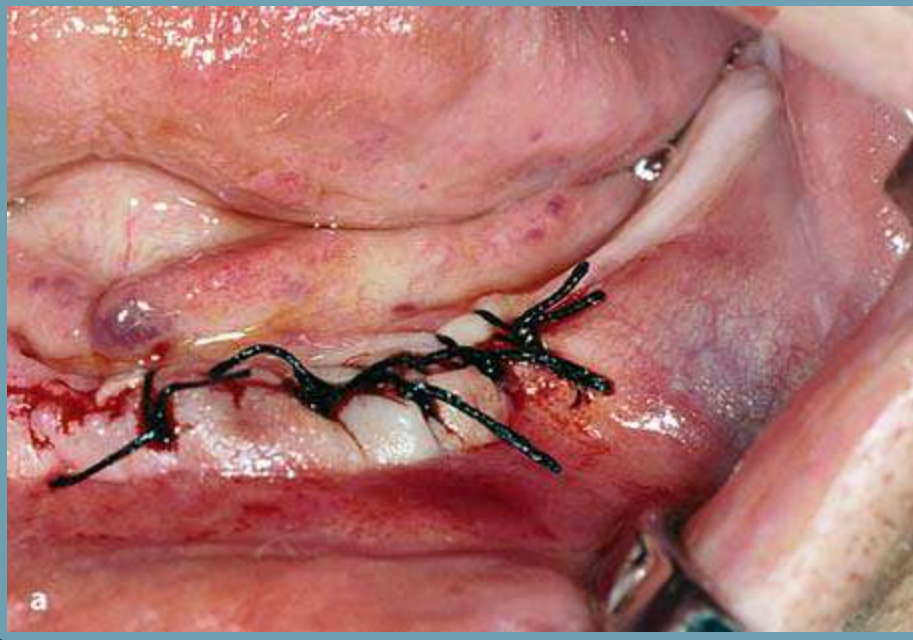


قَطْع الحواف العظمية باستخدام
مقراض العظم

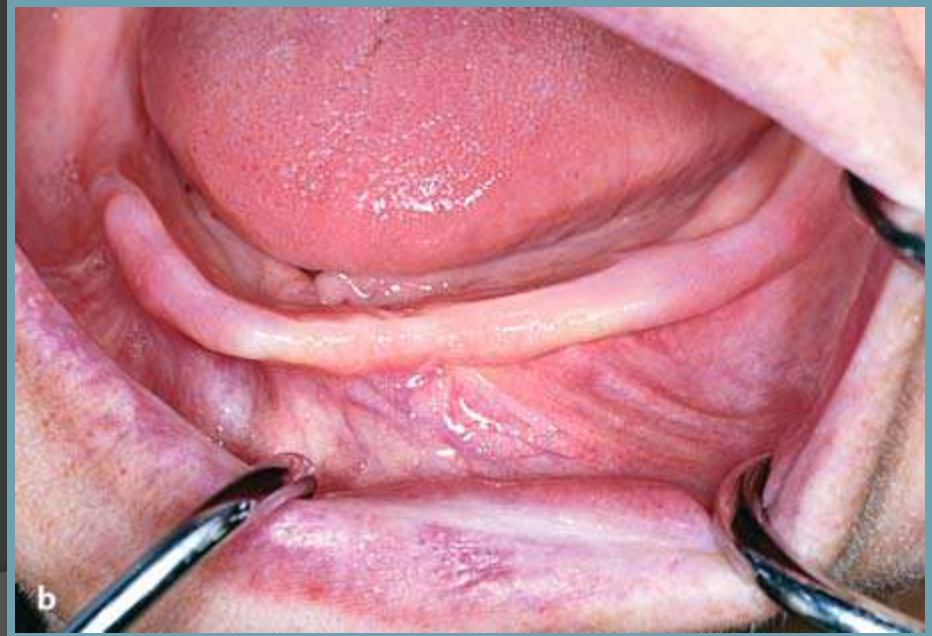


تنعيم السطوح العظمية باستخدام
السنابل

الحالة بعد إجراء
الخيطة



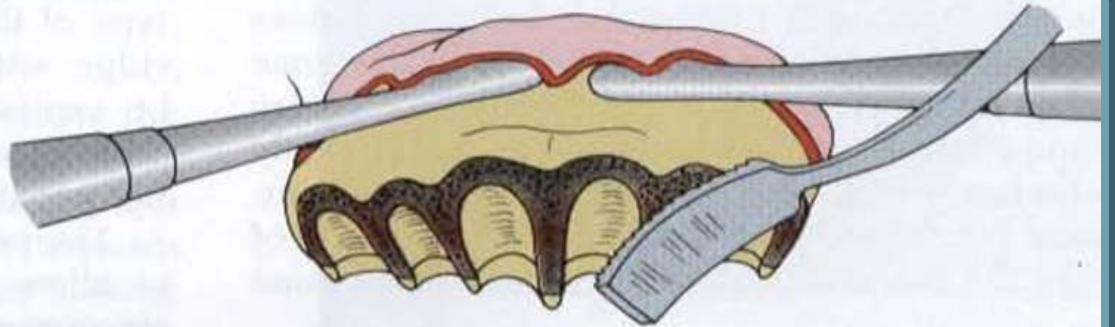
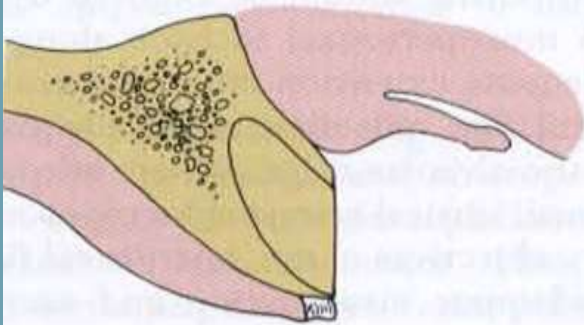
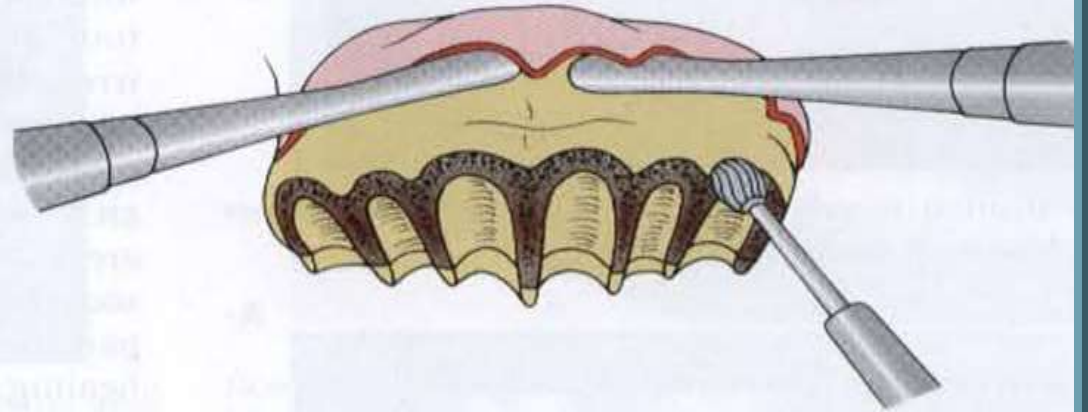
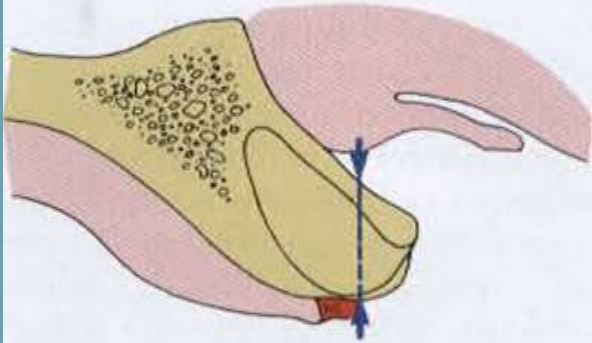
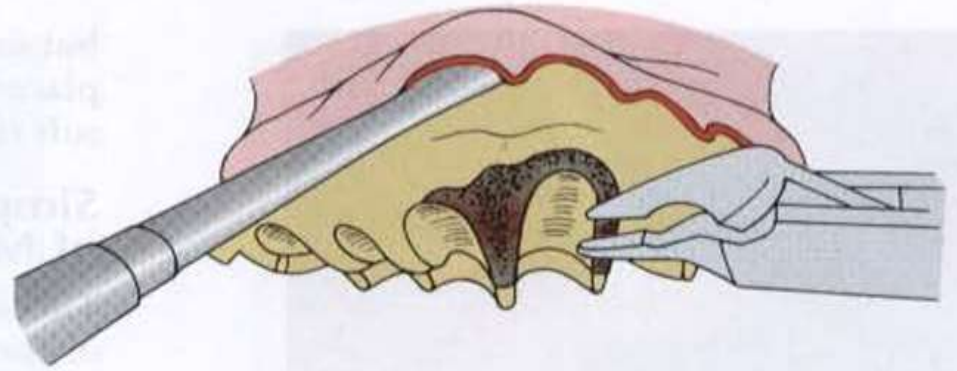
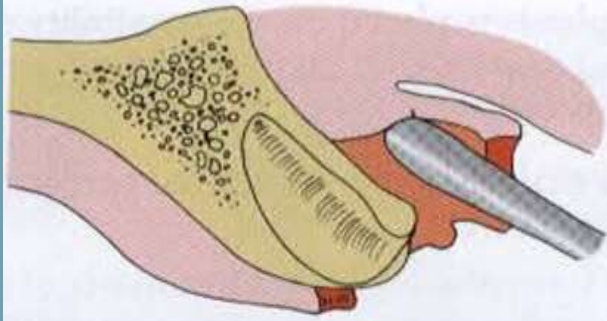
الحالة بعد شهر
من العمل



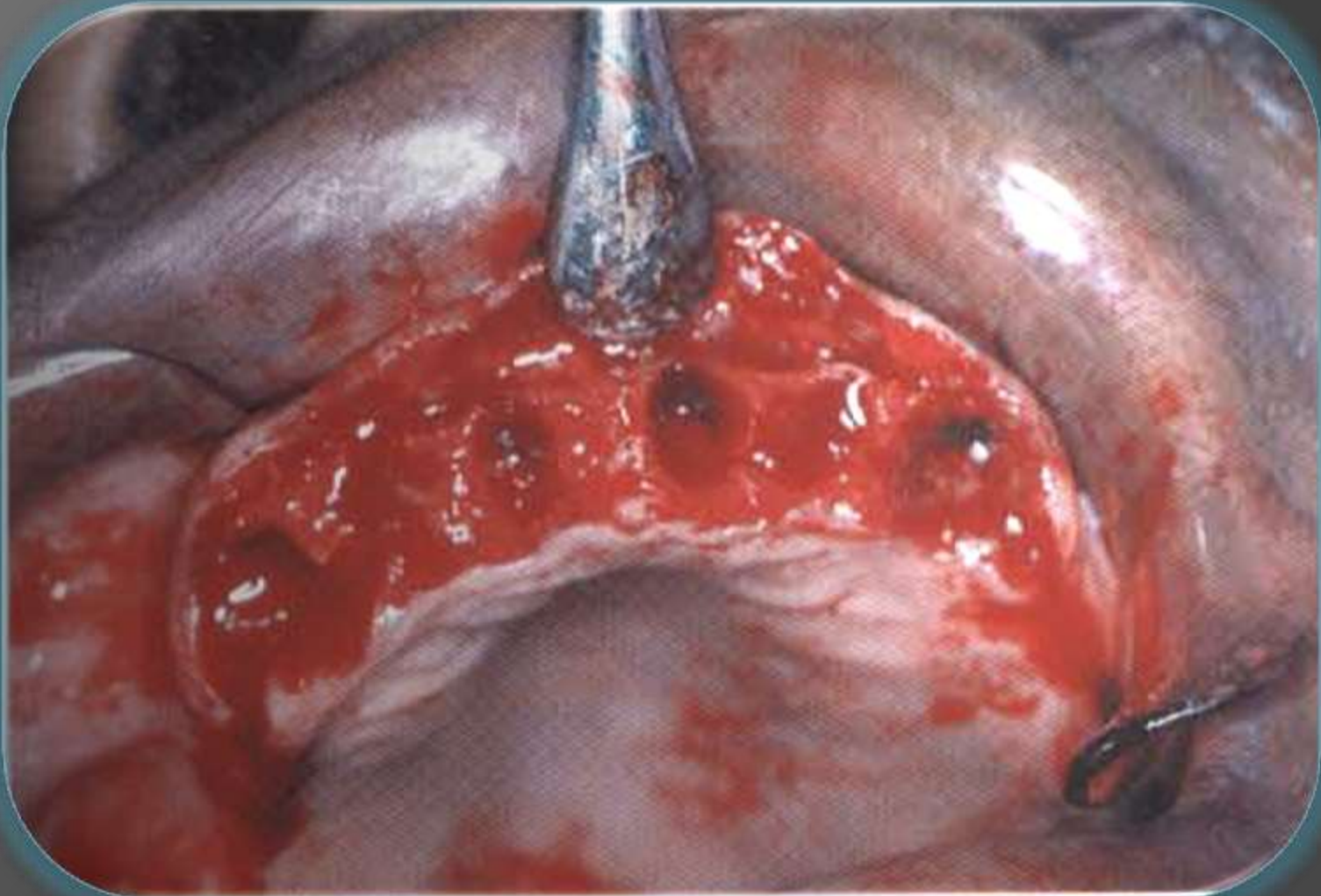
تشذيب الصفيحة القشرية الدهليزية

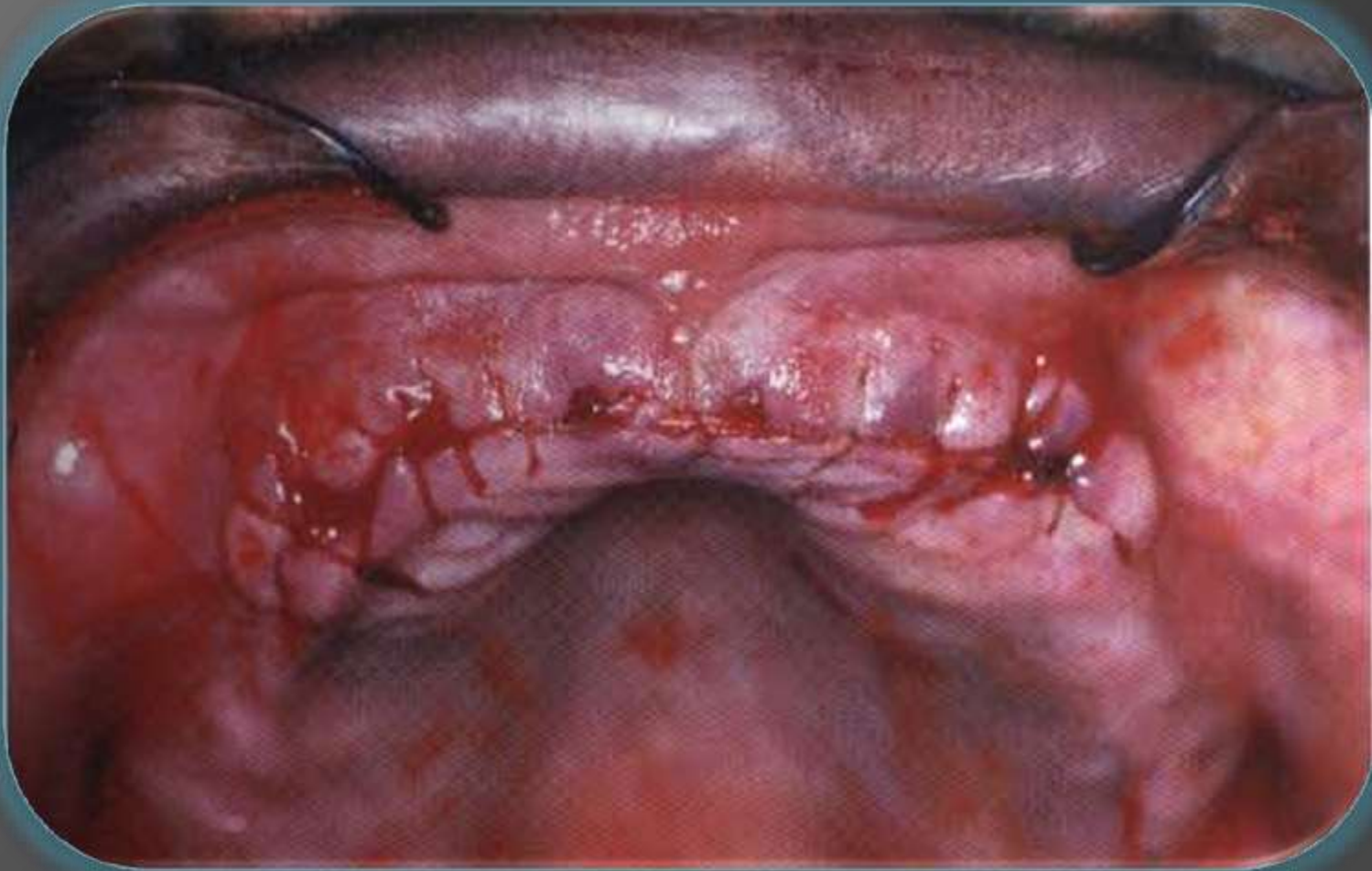
Labial or buccal cortical alveoplasty:

- هي الشكل الأقدم والأكثر شعبية وكان يستخدم لسنوات عديدة بشكل جذري أو جائر منتجا ارتفاعا سنخيا صغير وضيق .
- وهذا الإجراء بسيط يتضمن إجراء شق ورفع شريحة مخاطية سماقية ممتدة على الأقل بمقدار سن في كل من طرفي منطقة العمل ، ثم يستخدم مقراض العظم بوضع أحد فكيه تحت حافة الارتفاع السنخي و الآخر فوقه وبإغلاقه تتم إزالة أجزاء من العظم السنخي ويمكن استخدام المبرد و السنابل لتنعيم سطوح العظم ، ثم يستخدم المقص لإزالة النسيج اللثوية الزائدة ويغلق مكان العمل بإجراء الخياطة التي تتوضع فوق الحواجز بين السنية .









○ طريقة القطع العظمي (alveolotomy) :

يمكن أن نصفها بأنها عملية تخفيض السنخ التي ينحصر فيها القطع العظمي في مناطق الإمتداد الزائد للصفائح الشفوية و الخدية و المترافقة مع إزالة أقل كمية ممكنة من العظم في الحواجز بين السنية و بين الجذرية .

○ القطع العظمي داخل الحاجزي (Intraseptal alveolotomy)

هي عبارة عن تخفيض السنخ عن طريق مفصلة الصفيحة القشرية الدهليزية التي تم كسرها أفقيا مع إبقائها على إتصال بالطبقة المخاطية السمحاقية المغطية لها و ضغطها باتجاه الجدران اللسانية أو الحنكية للأسناخ بعد استئصال الحواجز بين السنية .

* لكل من التقنيتين الأخيرتين محاسنها و مساوئها و لكل منهما مؤيدوها و مناهضوها ، و فيما يلي شرح مفصل لكل من التقنيتين و طريقة إنجازها

القطع العظمي (ALVEOLOECTOMY)

○ **تستطب** هذه الطريقة في الحالات التالية :

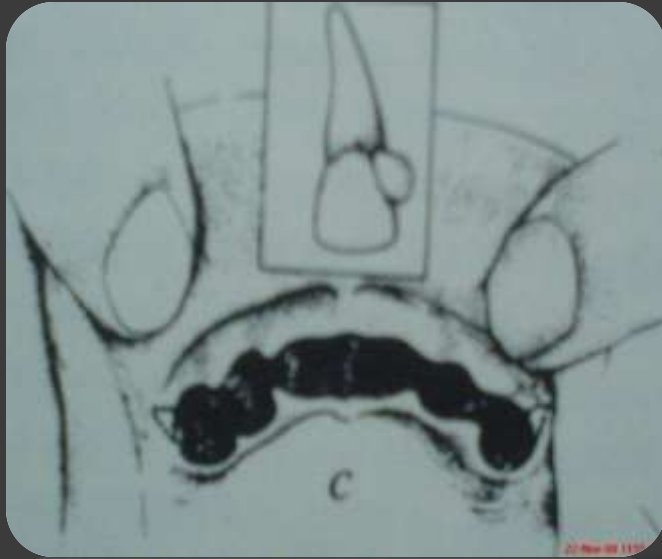
- ١- المرضى ذوي العظم الكثيف .
- ٢- وجود آفة مرضية داخل عظمية .
- ٣- المرضى الذين يصعب قلع أسنانهم بالكلابات .

○ **سيئة** هذه الطريقة أنها كثيرا ما تنفذ بشكل خاطئ إذا لم تتخذ الحيطة والحذر و الخطأ الشائع الحدوث خاصة عند الأطباء غير المتدربين بشكل كاف هو **القطع العظمي المفرط و إنقاص عمق الميزاب الدهليزي** ، لذلك يجب أن لا يقطع إلا العظم الذي يعيق التوضع الصحيح للجهاز السني على الأنسجة الداعمة له ، و يقيم القطع العظمي بالنظر إلى كمية العظم المتبقي و ليس إلى كمية العظم الذي تمت إزالته ، و إن الشكل النموذجي للارتفاع السنخي هو شكل حرف U وليس شكل حرف V

• رفع الشريحة : دائما يجب المحافظة على الحليمات بين السنية إذا كان ذلك ممكنا لأنها تشكل الأساس لوجود غطاء تخين قوي للعظم السنخي يلعب دور بطانة للجهاز السني ، لكن في بعض أمراض النسيج حول السنية يجب أن نستأصل الحليمات لتقليل النسيج الحبيبية الملتهبة. و يجب أن نتخذ القرار بإزالة الحليمات أو الحفاظ عليها في كل حالة على حدا تبعا للصورة السريرية .

✦ عندما نقرر الإبقاء على الحليمات السنية نجري شقا حول أعناق الأسنان كالمعتاد.

✦ عندما نتخذ القرار بإزالة الحليّات بين السنية نقوم بعمل شق دهليزي أفقي مستقيم على طول الحواف العنقية و ذلك قبل قلع الأسنان ، والحليّات المقصودة تخرج مع الأسنان المقلوعة ، وإن هذه التقنية تسمح بالحفاظ على النسيج الرخوة أكثر من تلك التقنيات التي تتضمن قطع حواف شريحة مخاطية سمحاقية مرفوعة مسبقا



❖ بعد ذلك تعمل شقوق عمودية محررة في الطبقة المخاطية السحاقية (اللثة الملتصقة) دون أن تصل إلى الغشاء المخاطي الفموي وإن رفع الشريحة يجب أن يكون مقتصرًا على المقدار الذي يسمح بكشف العظم المحيط بأعناق الأسنان فقط لأن الرفع الزائد للشريحة يزيد من الانتباج و عدم الارتياح الذي يعقب العمل الجراحي ، كما أنه قد يسبب نقصًا في عمق الميزاب الدهليزي.

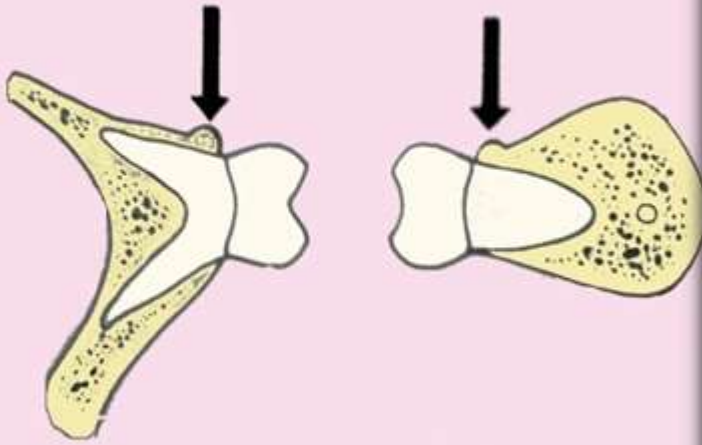
• الخطوة التالية هي اتخاذ القرار بقطع العظم قبل قلع الأسنان أو قلع الأسنان أولاً :

• إن قطع العظم قبل القلع يحقق الفوائد التالية :

١- يمكننا من التحكم بكمية العظم المقطوعة بشكل أكبر .

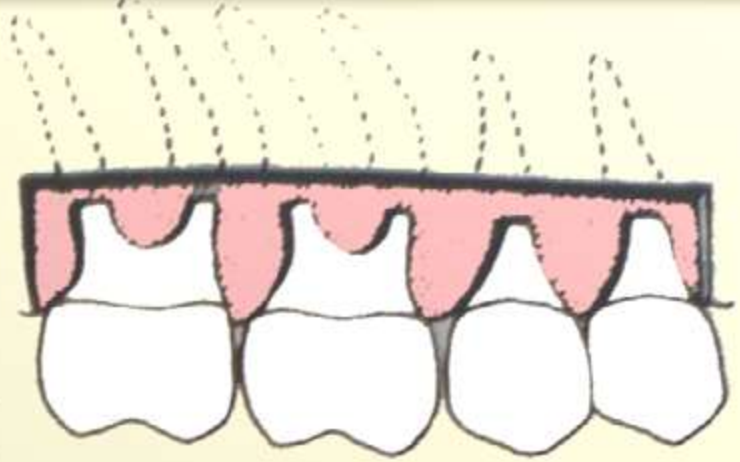
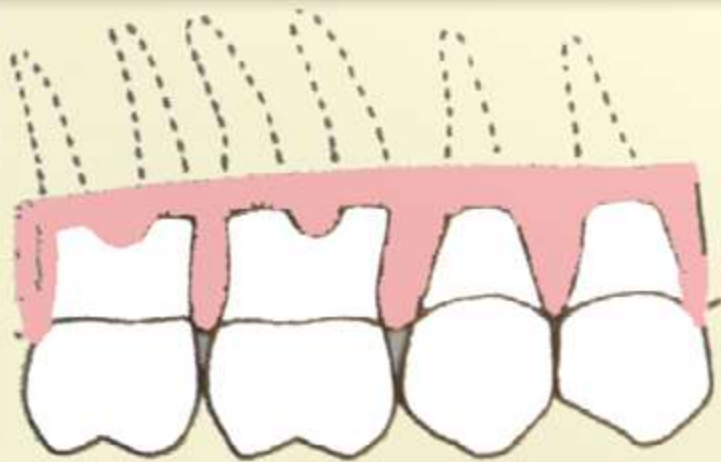
٢- يضمن إزالة الأسنان و الجذور و الآفات المرضية المرتبطة بها بشكل كامل .

وتظهر أهمية ذلك عندما تكون الأسنان صعبة القلع أو ذات حافة عظمية مكورة حول أعناقها.



في الحالات التي نقرر فيها إزالة العظم قبل قلع الأسنان
نقوم بتفريغ العظم الدهليزي حول كل سن بمقدار الثلث
التاجي بحيث نضمن كشف الجذور بأكبر أبعاد ممكنة، وإذا
لم نحقق ذلك قد نتسبب في كسر الحواجز بين السنية أثناء
قلع الأسنان من أسناخها

أيضا إذا كان العظم السنخي هشاً أو كانت الحواجز بين
السنية رقيقة (كما نلاحظ في منطقة الأسنان الأمامية
السفلية) فإنها قد تلتصق إلى جذر السن و تنكسر أثناء
قلعه و بالتالي يحدث تشوه في شكل الارتفاع السنخي



● حالما ننهي تفريغ العظم نبدأ بقلع الأسنان باستخدام الكلابات والروافع .

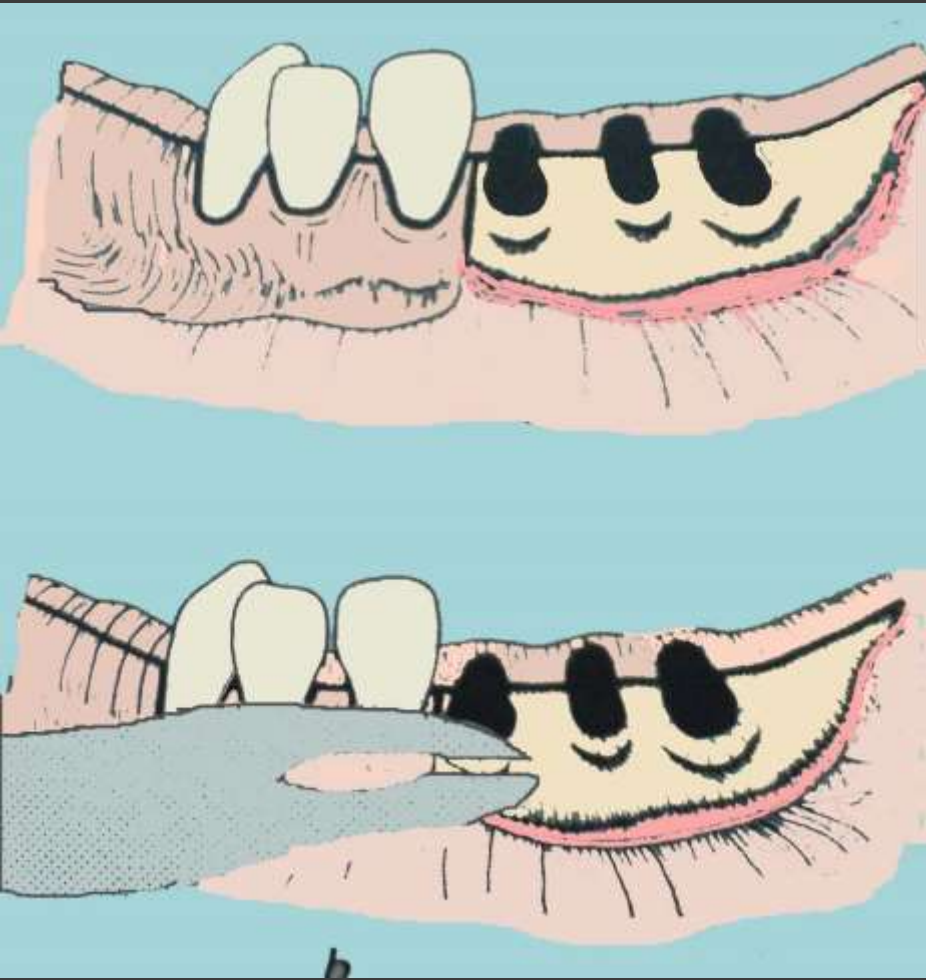
ملاحظة :

يفضل في هذه الطريقة قلع الناب قبل قلع الأسنان المجاورة له بعكس ما تم اقتراحه في الطرق السابقة لأن قلع الرباعية و الضاحك أولاً سوف يضعف الصفيحة الشفوية التي تم تفريغ أجزاء منها سابقاً مما يعرضها للانكسار أثناء قلع الناب .

● عندما ينتهي قلع الأسنان تشذب الحواف العظمية الشئذة والنهايات الحادة باستخدام مقراض العظم ثم تنعم بمبرد العظم .

ملاحظة:

في منطقة القواطع و الأنياب السفلية لا يفضل إنجاز القطع العظمي قبل القلع، وفي حال وجود حافة عظمية مكورة حول أعناق الأسنان يمكن في هذه الحالات قطع تلك الحواف باستخدام مقراض العظم بمسكه بشكل أفقي مع وضع أحد فكيه تحت الحافة العظمية و الآخر فوقها و بمجرد إغلاق المقراض تزال الحافة و نكرر هذا الإجراء على طول الحواف العنقية .



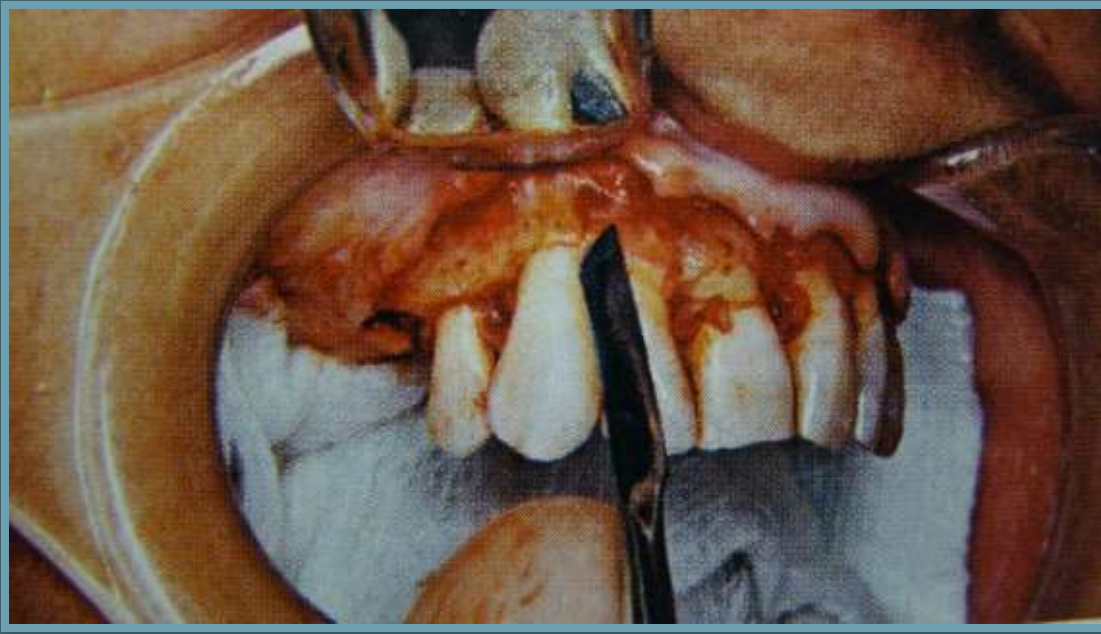
- وأحيانا قد نحتاج لقطع كمية أكبر من العظم في منطقة الناب و ذلك لتخفيف المناطق المثبتة ، وكذلك نزيل أي نتوءات شئذة في الحواجز بين السنية ثم تنعم الحواف المقطوعة من العظم باستخدام المبرد

■ و في جميع الحالات يجب أن لا نوفر جهدا في المحافظة على الحواجز العظمية بين السنية لأنها تشكل الهيكل الأساسي للارتفاع السنخي مستقبلا ولتجنب الحصول على ارتفاع سنخي ذو مقطع بشكل حرف V.

● بعد ذلك ترد النسيج الرخوة و يغطى بها العظم و تجس السطوح العظمية من خلال النسيج الرخوة لتحري وجود أي زوائد أو حواف شئذة متبقية .

● ثم ترفع النسيج الرخوة اللسانية بشكل طفيف يسمح بتشذيب الحواف العظمية فقط ، ومع أن التشذيب العظمي من الناحية اللسانية يجب أن يكون بحدوده الدنيا لكنه مطلوب أحيانا خاصة في منطقة الأرحاء السفلية .

● أخيرا نقوم بإغلاق الجرح و خياطة الشرائح باستخدام إحدى الطرق التي سنأتي على ذكرها لاحقا .



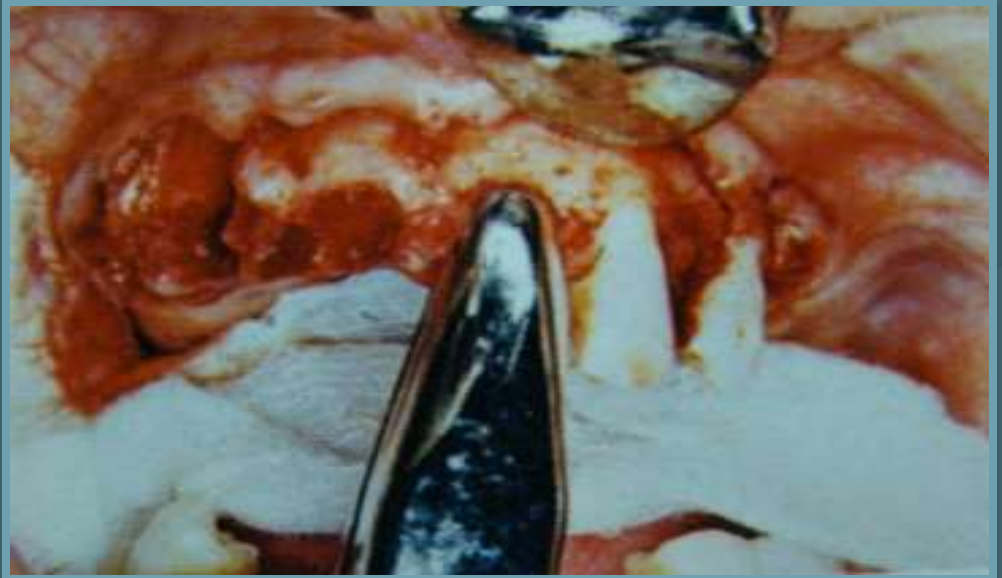
إزالة العظم
القشري الدهليزي
لتسهيل قلقة
الناب دون كسر جزء
كبير من العظم



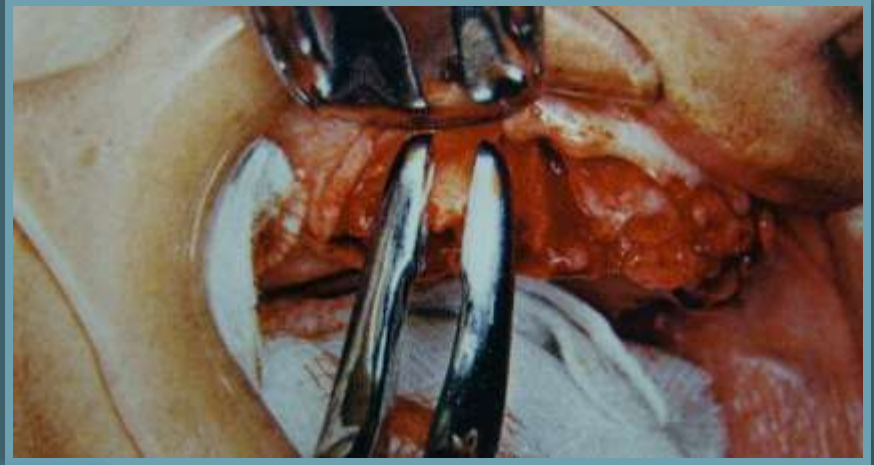


قلع الضاحك العلوي

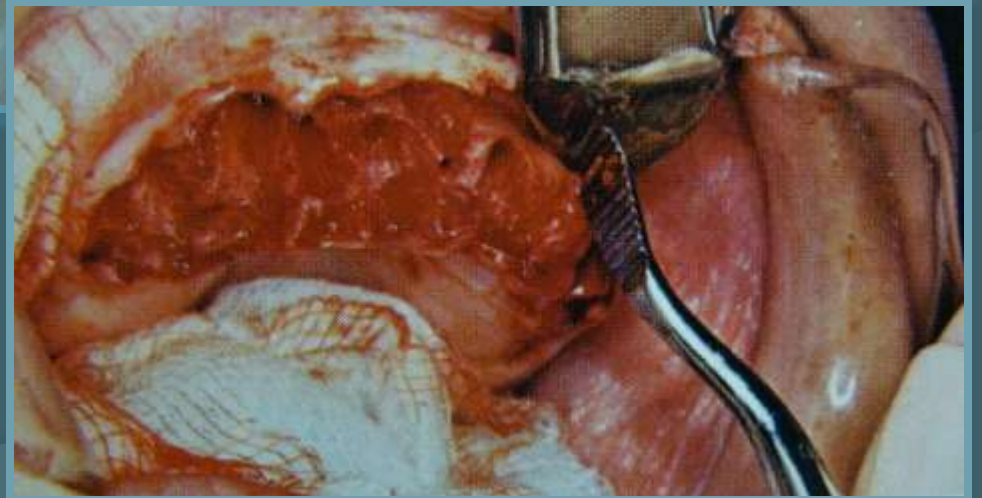
قلع القواطع
الأمامية العلوية

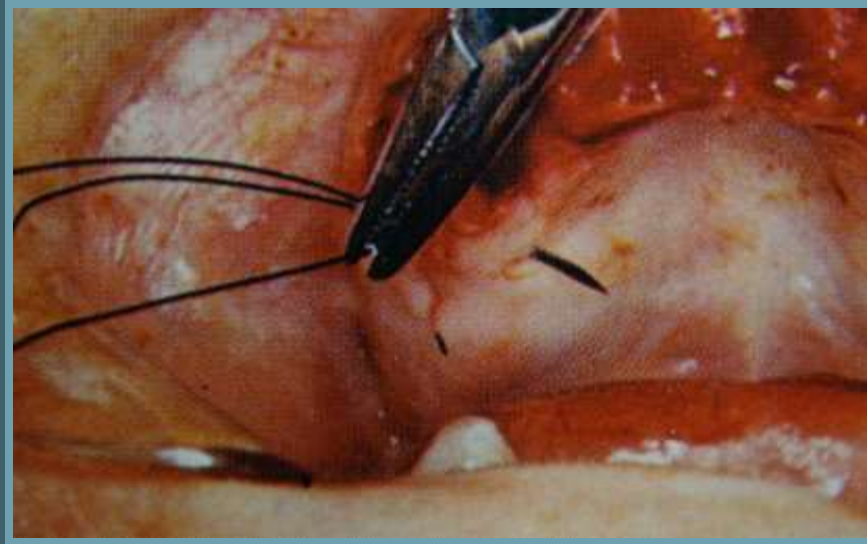


استخدام مقراض العظم في إزالة مناطق التثبيت

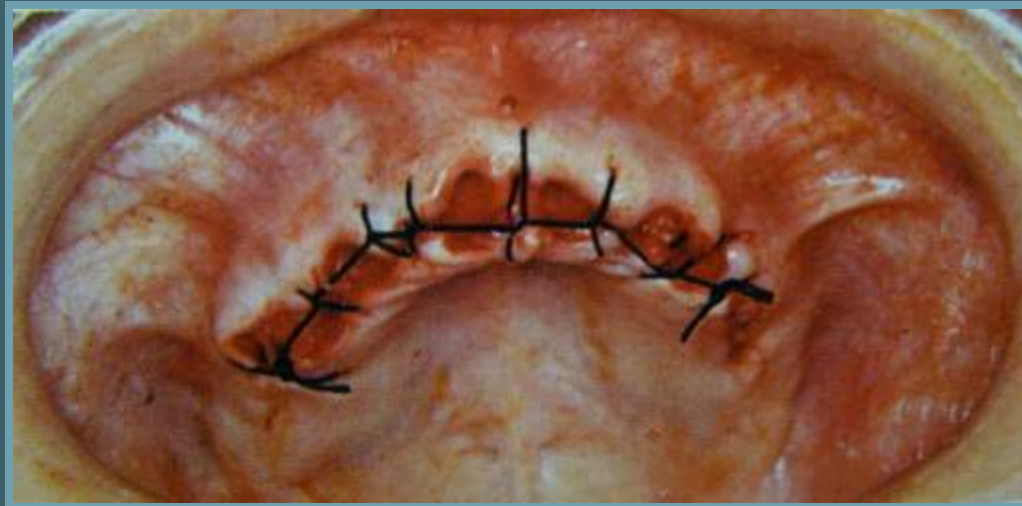
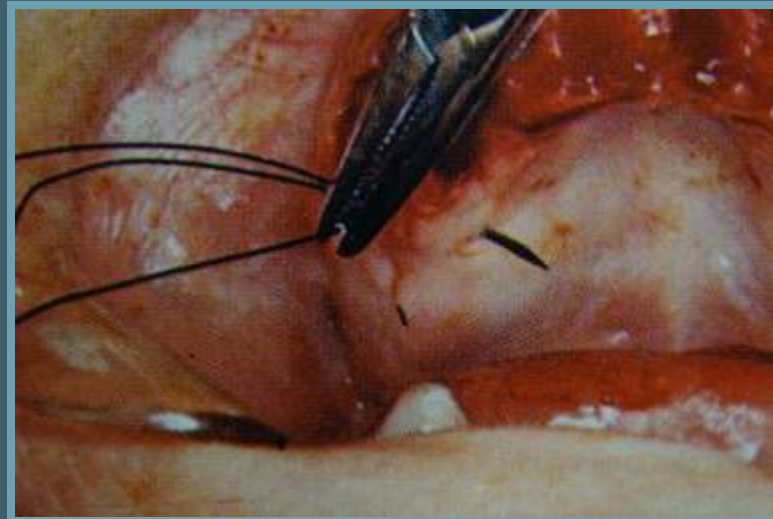


إزالة النتوءات العظمية إما
باستخدام مبرد العظم أو
باستخدام السنبله





استخدام مجرفة صغيرة
بحيث تصل المنطقة
الذروية للأجواف
السنخية لإزالة البقايا
مثل الفتات العظمية و
أجزاء الحشوات
المكسورة وإزالة الأورام
الحبيبية



القطع العظمي داخل الحاجزي

INTERSEPTAL ALVEOLOTOMY

- قدم **DEAN** هذه الطريقة كطريقة ناجحة لتحضير الارتفاع السنخي من أجل استقبال الأجهزة و أطلق عليها مصطلح **INTRASEPTAL ALVEOLOTOMY** ، و استخدم **THOMA** عام ١٩٦٩ مصطلح **INTERCORTICAL** أي بين الصفيحتين القشريتين ليعبر بمصطلحه عن إزالة الحواجز العظمية بين السنية ، يستخدم كتاب آخرون مصطلح **CRUSH** أي تقنية السحق .
- إذا كان من الضروري قطع الحليمات بين السنية تجري الشق الأفقي على طول الحواف العنقية كما ذكر في الطريقة السابقة ، ثم تقلع الأسنان قلعا نظيفا بالكلابات . ويفضل هنا أيضا قلع الناب أولا ثم الرباعية ثم الثانية في محاولة للحفاظ على سلامة الصفيحة القشرية الدهليزية .

● بما أن مبدأ هذه الطريقة هو تحريك الصفيحة الدهليزية باتجاه الصفيحة الحنكية و التي تشكل قوسا من دائرة أصغر قطرا فلا بد من تصغير الطول الأمامي الخلفي للصفيحة الدهليزية ، و لتحقيق ذلك نقوم باستئصال قطعتين مثلثتي الشكل من العظم القشري الدهليزي و النسيج السمحاقية المخاطية المغطية له عند كل من النهايتين الخلفيتين لمنطقة العمل ، و بذلك نكون قد حصلنا على شريحة عظمية محررة من ثلاث جوانب و يكون الضغط بالأصابع كافيا لكسر الصفيحة الدهليزية باتجاه الصفيحة الحنكية .

● عدل MACKAY عام ١٩٦٤ تقنية DEAN بكسر الصفيحة القشرية باتجاه الخارج قبل ضغطها حنكيا ، وهذا التعديل يضمن الحصول على شريحة عظمية مكسورة متحركة بحرية و خالية من الشد .

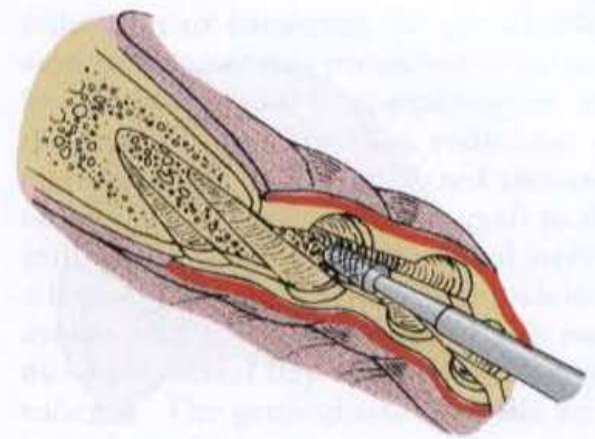
● يمكن تحقيق الكسر الأفقي للصفحة الدهليزية بوضع مقراض العظم داخل السنخ و دفعه إلى أعماق ما يمكن بحيث يوضع أحد فكيه في سنخ الناب و الآخر في سنخ الرباعية المجاورة ، و يوضع السطح المستوي للفكين أقرب ما يمكن من الجدار السنخي الشفوي ، و حالما يغلق المقراض ينفصل الحاجز بين السني عن الصفحة الشفوية ، و عندها تقوم بقتل الأداة باتجاه الخارج وهذا يسبب كسرا أفقيا في الصفحة الشفوية مع بقاء القطعة المكسورة مرتبطة بالنسج المخاطية السحاقية المغطية لها .

• ثم تقطع النهايات الشفوية لبقية الحواجز بين السنية وتستخدم الكلابات بعد عكسها لفصل الارتباطات الحنكية أيضا للحواجز بين السنية و هكذا تنفصل هذه الحواجز وتسقط خارج السنخ

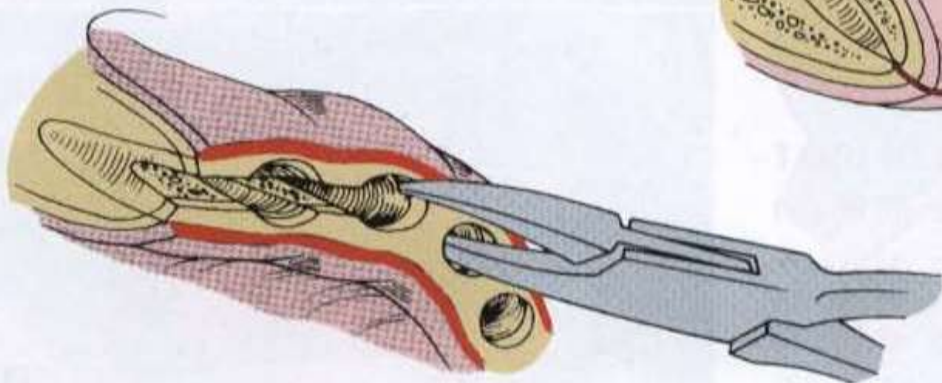
• بعد ذلك يقوالب الارتفاع السنخي إلى شكله الجديد من خلال ضغطه بين أصابع الممارس و إبهامه و يفضل هنا أن يقف الممارس فوق و خلف المريض .



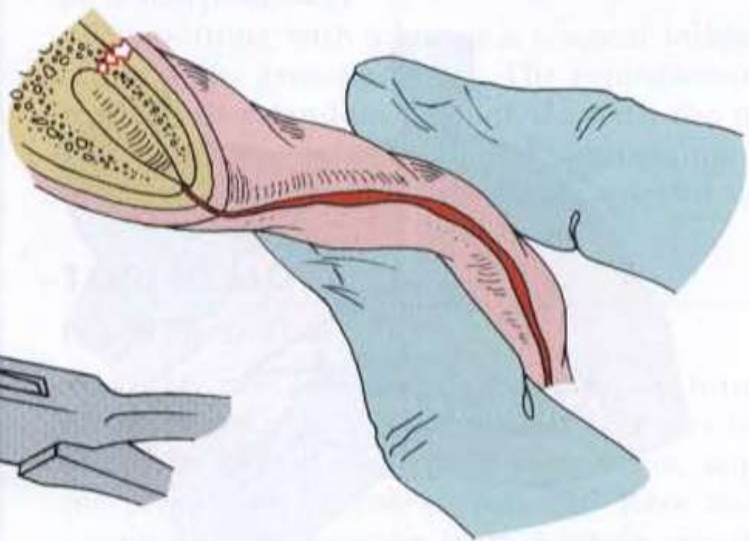
A



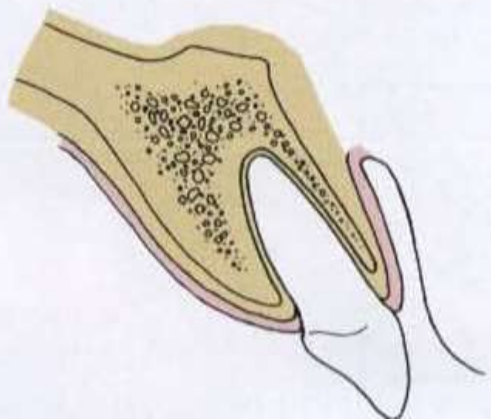
B



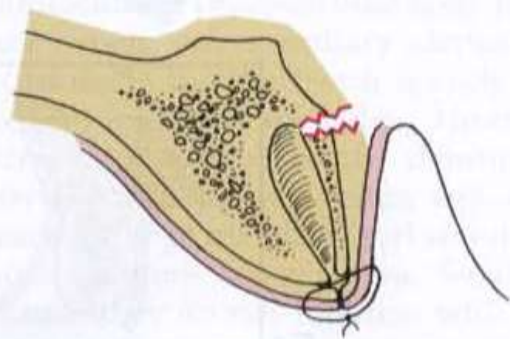
C



D



E

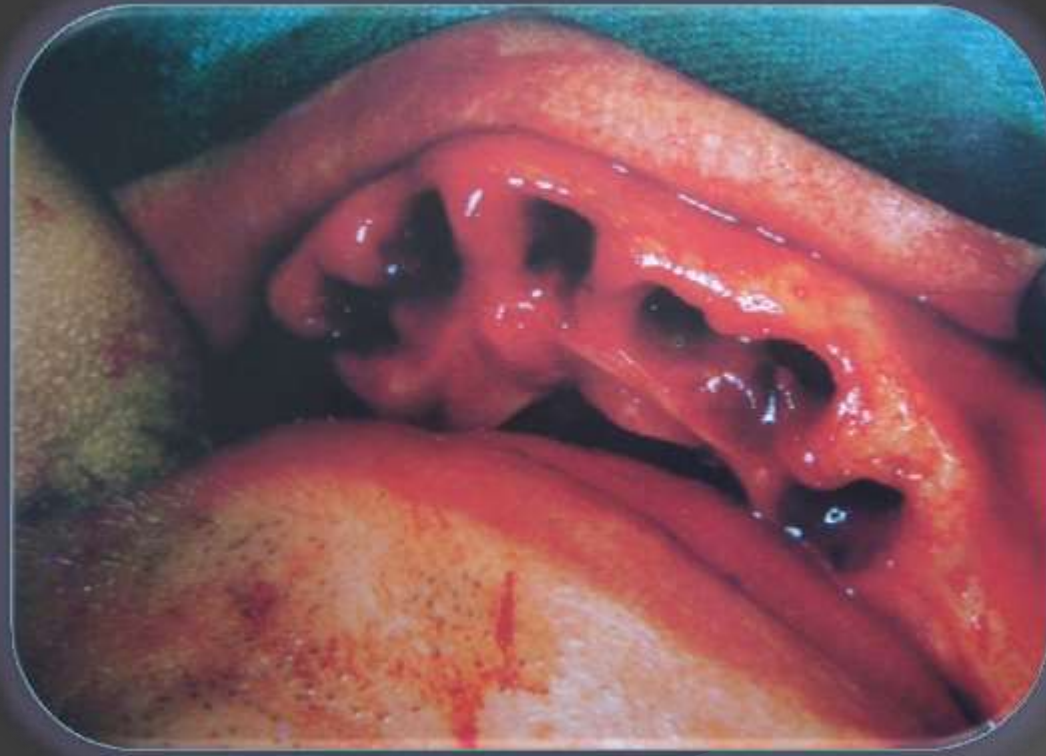


F



تظهر هذه الصورة البروز الدهليزي
للأسنان الأمامية العلوية والمناطق
المثبتة المحتملة بعد قلع الأسنان .

الحالة بعد قلع الأسنان الأمامية ، نلاحظ أن مناطق التثبيت الموجودة حول الناب والضاحك و مقدمة الفك العلوي البارزة يمكن أن تسبب مصاعب في عملية التعويض ، وإن استخدام **طريقة dean** تقلل من المناطق المثبتة و تحرض الشفاء المبكر من دون خسارة في ارتفاع النتوء السنخي .



استخدام مقراض العظم في فصل الحواجز بين السنية عن
الصفحتين الدهليزية و الحنكية



لتسهيل تحريك الصفيحة الشفوية يقص من جدار سنخ أحد الأسنان عادة
النايب جزء وتدي الشكل مؤلف من العظم و المخاطية المغطية له .



بعد رفع الأجزاء الوتدية يمكن كسر الصفيحة الدهليزية باستخدام أداة كرافعة السمحاق مثلا بفعل عتلي ، و هنا يصبح من الممكن الوصول إلى عمق التجويف السنخي وإزالة أي بقايا ناتئة من الحواجز بين السنية و إذا كان مقررا تحريك الصفيحة الحنكية أيضا يمكن الآن قطع قاعدتها بالإزميل أو السنابل



إزالة النسيج الحبيبية الالتهابية من التجاويف السنخية باستخدام المقص



يكفي تطبيق ضغط خفيف بين الأصابع و الإبهام لتكثيف الصفيحة
الدهليزية بعد أن تم كسر قاعدتها ، و إن الفراغات الوتدية تغلق بمجرد
تحريك الصفيحة الشفوية حنكيا



إجراء خياطة متقطعة تثبت الصفائح العظمية إلى بعضها البعض



الحالة بعد أسبوع من العمل الجراحي نلاحظ أن سير الشفاء جيد
كما نلاحظ غياب المناطق المثبتة





إذا كان سيوضع للمريض جهاز فوري بعد القلع مباشرة ، يجب أن تتوافر صفيحة إكريلية شفافة مصنوعة مسبقا توضع في فم المريض و تضغط حتى تأخذ مكانها وتفحص جيدا فإذا لاحظنا أي نقاط ابيضاض في النسيج تحت الصفيحة دل ذلك على وجود منطقة انضغاط يجب تخفيفها ، و في هذه الحالة يفضل أن يكون التخفيف من باطن الجهاز ، و إذا لم يكن ذلك ممكنا لا بد من تخفيف النسيج ، وبعد إزالة جميع نقاط الانضغاط تخاط النسيج الرخوة و يوضع الجهاز .

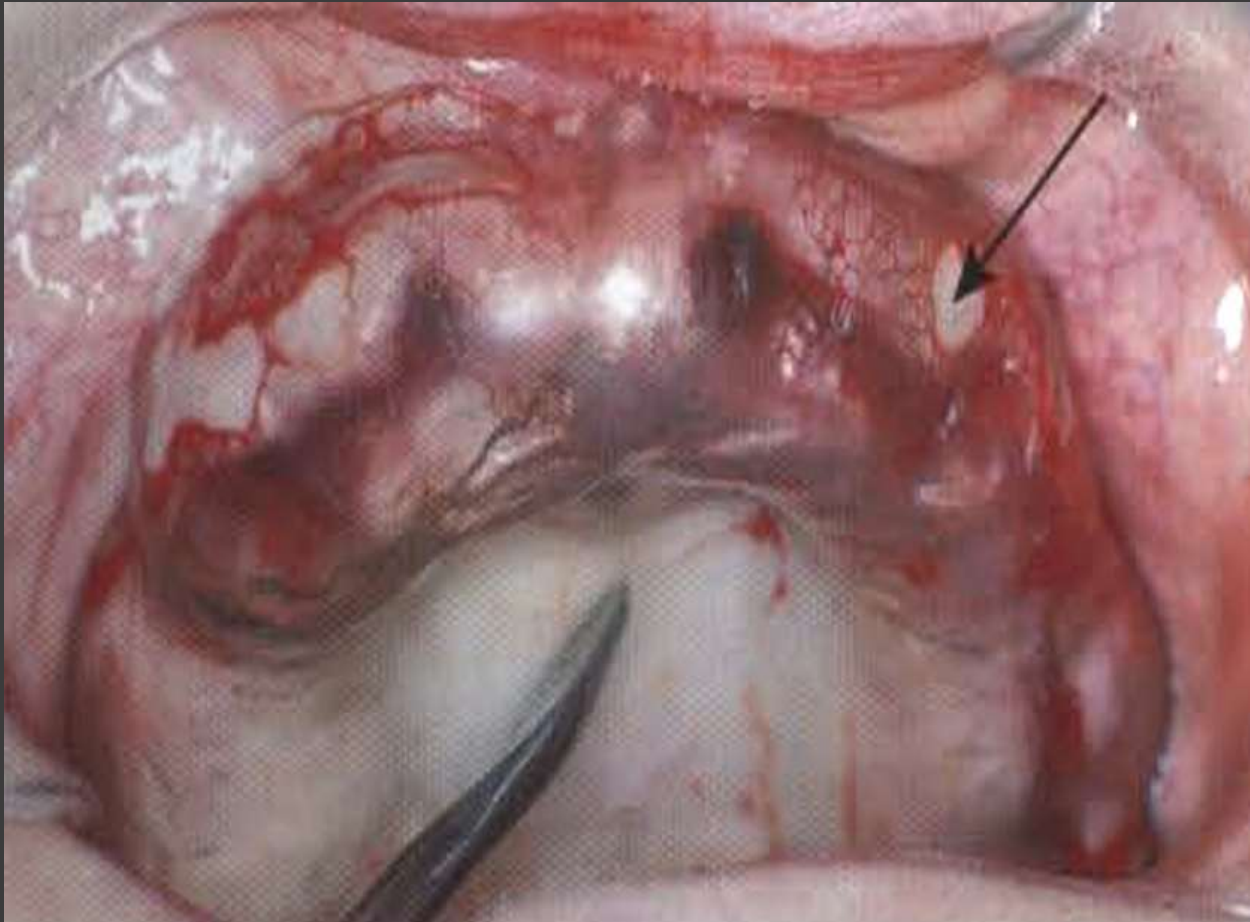
كسر الأسنان على
المثال الجبسي

مثال قبل قلع
الأسنان



صنع الصفيحة الشفافة





مميزات هذه الطريقة :

- ١- يدعي مؤيدوا هذه الطريقة أن الميزة الأساسية لها هي **الحفاظ على العظم الكثيف** الذي سيكون أقل استجابة للامتصاص عند استخدام الأجهزة من العظم الإسفنجي الذي يبقى بعد استخدام الطريقة الأولى ، بالإضافة إلى إنتاج ارتفاع سنخي أفضل و أعرض من الأولى .
- ٢- تعتبر طريقة **سهلة و بسيطة** يمكن إنجازها من قبل الممارس الذي تنقصه الخبرة و المهارة لاستخدام طريقة القطع العظمي .
- ٣- بما أن هذه التقنية لا تتضمن رفعا لشريحة مخاطية سماقية و السمحاق يبقى بتماس العظم و الارتباطات العضلية لا تحرك من مكانها فإن **الانتباج و الألم و الامتصاص العظمي بعد العمل الجراحي** سيكون بحده الأدنى .

سيئة هذه الطريقة : لا يمكن استخدامها إلا في الحالات التي يكون فيها قلع الأسنان بالكلابات مع الحد الأدنى من الاضطراب في العظم السنخي ممكنا .

مضادات استطباب هذه الطريقة :

- ١-المرضى الذين يصعب قلع أسنانهم بالكلابات .
- ٢-المرضى ذوي العظم السنخي الكثيف جدا و الذي يجعل تحقيق الكسر الأفقي أمرا صعبا للغاية .
- ٣-الحالات التي تتضمن إزالة جذور أو آفات مرضية داخل العظم لأن هذه التقنية توفر مدخلا محدودا .

○ وفي كل هذه الحالات يفضل استخدام طريقة القطع العظمي
.ALVEOLOECTOMY

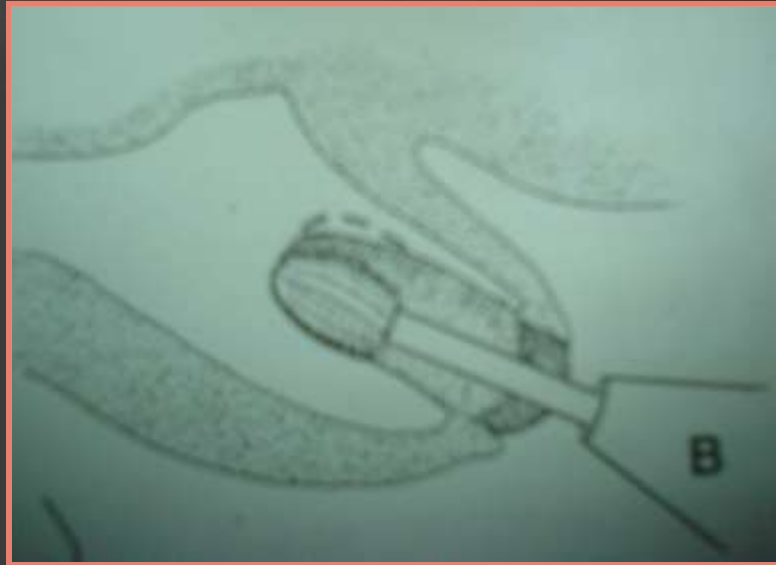
○ استخدم **DEAN** هذه الطريقة في المنطقة الخلفية كما في المنطقة الأمامية مع إجراء القطع مثلثي الشكل عند سنخ السن الأكثر خلفية

○ **ملاحظة :** إن العرض الضيق لأسناخ الأسنان الأمامية السفلية وصعوبة الوصول إلى أسناخ الأسنان الخلفية يحد من استخدام هذه التقنية في تلك المناطق ، بينما تستخدم بالشكل الأمثل في المنطقة الأمامية من الفك العلوي .

طريقة OBWEGESER : ○

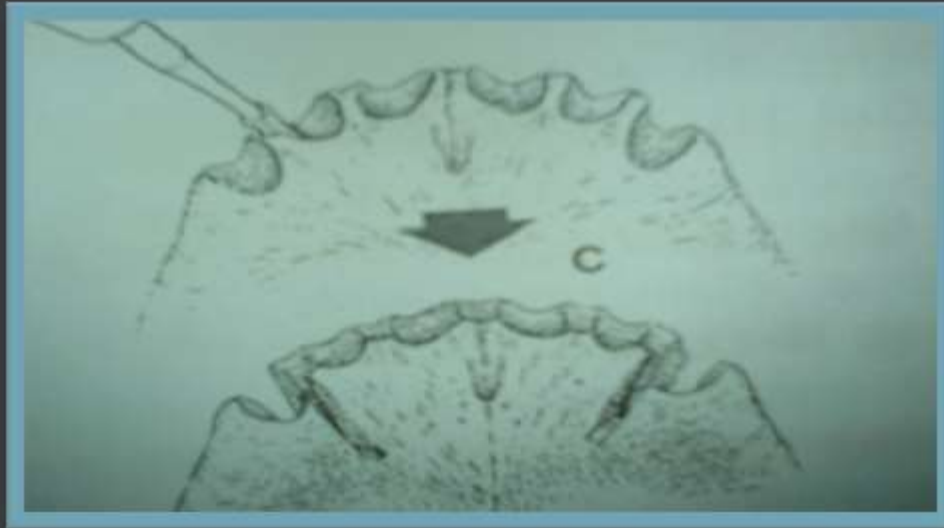
اقترح **OBWEGESER** عام ١٩٦٦ تعديلات على طريقة DEAN لاستخدامها في حالات البروز الشديد لمقدمة الفك العلوي ، حيث قام بكسر الصفيحتين القشريتين الدهليزية و الحنكية كما يلي :



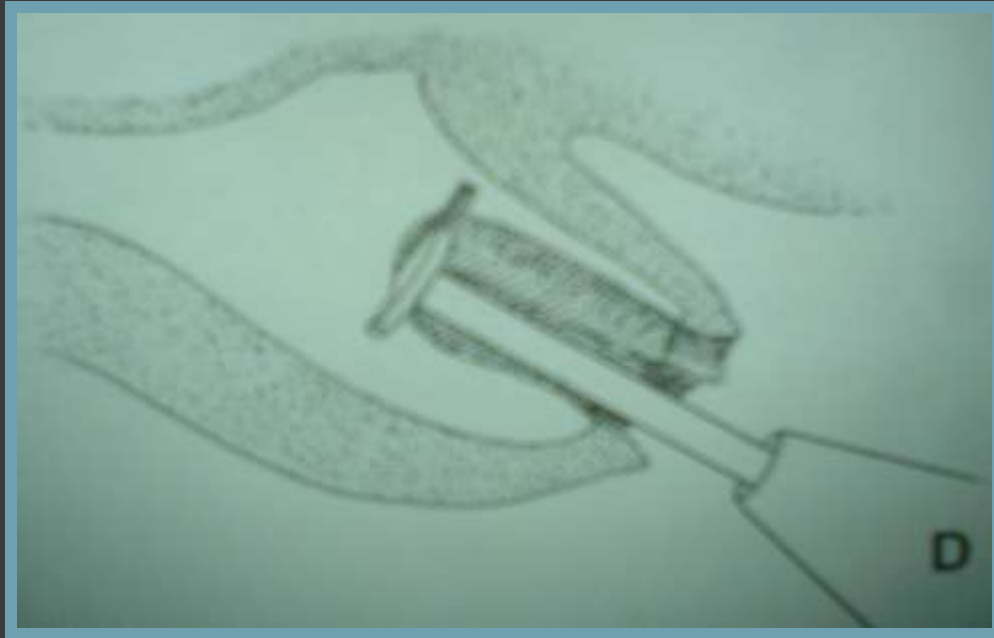


- ١- تقلع الأسنان كالمعتاد .
- ٢- يتم وصل الأسناخ فيما بينها بإزالة الحواجز بين السنية باستخدام المقراض أو السنابل .
- ٣- توسع الأسناخ باستخدام سنبله كبيرة مدورة أو كثرية الشكل .

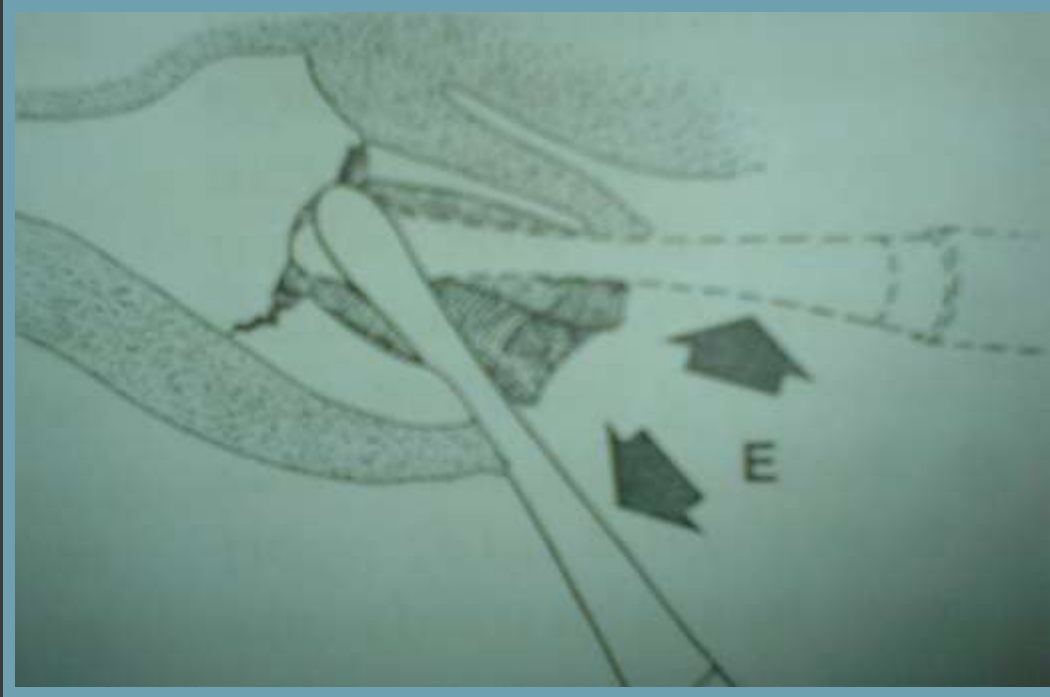
٤- تقطع كلتا الصفيحتين الدهليزية و الحنكية في منطقة الضواحك باستخدام السنابل لتشكيل الشرائح العظمية ثلاثية الأضلاع كما في الطريقة السابقة في كل من الصفيحتين القشريتين.



٥- يدخل قرص صغير مركب على حامل إلى الأسناخ و يعمل شق أو ميزاب أفقي في كل من الصفحتين على طول خط الكسر المفترض ، و بما أن الصفحة الدهليزية تكون غالبا قليلة الثخانة ورقيقة لا حاجة عادة لاستخدام القرص إلا في الصفحة الحنكية .

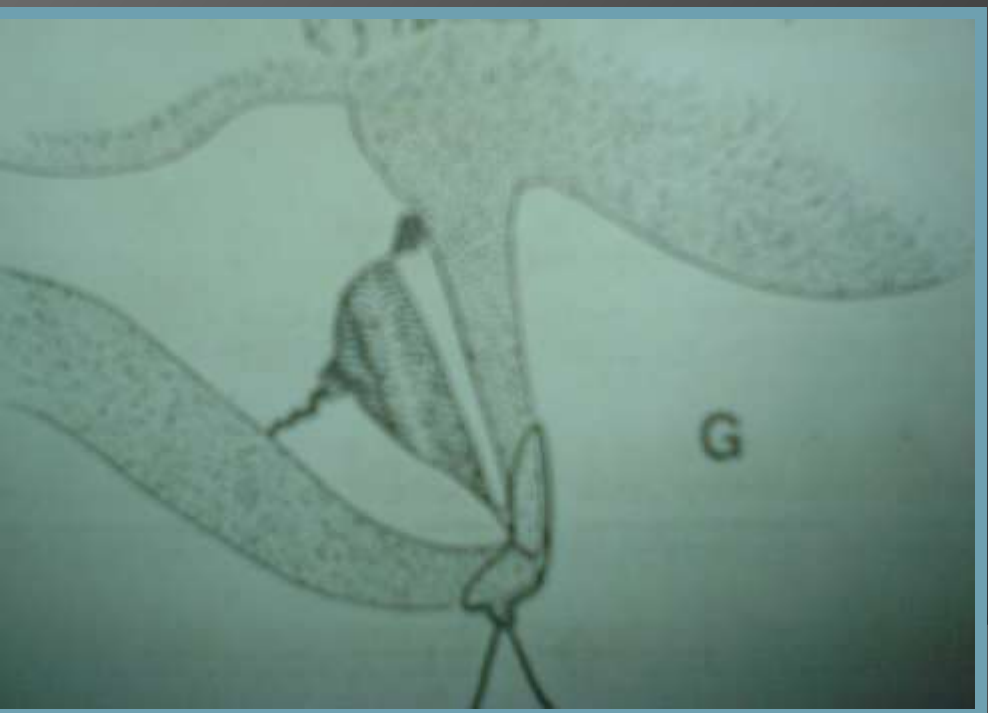


٦ - يدخل زوج من الروافع العريضة المستوية إلى الأسناخ
ويستخدم لكسر الصفيحة الشفوية شفويا و الصفيحة الحنكية
حنكيا





٧- ثم يستخدم ضغط الإصبع
لإعطاء الارتفاع السنخي الشكل
المرغوب فيه ثم تستخدم
الخيطة لإغلاق الجرح
والمساعدة في تثبيت العظم
المكسور في مكانه



٨- يستخدم جهاز مصنوع مسبقا أو جبيرة لتثبيت النتوء السنخي المكسور والذي يشفى خلال ٤-٦ أسابيع .
إن ميزة هذه الطريقة هي إمكانية إعادة تشكيل السطح الدهليزي و اللساني للارتفاع السنخي الأمامي، والذي تظهر أهميته في حالات البروز الشديد لمقدمة الفك العلوي.
يجب أن ينجز مثل هذا العمل على أمثلة الدراسة الجبسية أولاً وصنع جهاز أو جبيرة قبل البدء بالعمل في فم المريض .



اختيار الطريقة :

● تتدخل العديد من العوامل في اختيار الطريقة الملائمة لتهيئة السنخ من أجل استقبال الأجهزة التعويضية ، ففي كل حالة يتم فيها قلع كل الأسنان المتبقية و ما لم يقرر ترك المريض أدر لعدة أشهر وبدون جهاز سني لا بد من درجة ما من التشذيب السنخي ، وإن نموذج و كمية الجراحة اللازمة يجب أن تقيم في كل حالة على حدا كما يجب أن يقيم المريض و استعداده للجراحة بدقة ، وإن لكل من الطرق السابقة قيمتها وأهميتها عندما تستخدم في الاستطباب المناسب ، ومن الهام جدا أن تكيف الطريقة المستخدمة مع الحالة الحاضرة ، أي يجب أن تتناسب الطريقة المستخدمة مع حالة المريض وليس العكس.

● في عام ١٩٧٦ درس Michael و Barsoum كمية و ديمومة الامتصاص العظمي بعد العمل الجراحي و تغيرات محيط الارتفاع السنخي لدى مرضى تلقوا تعويضا فوريا بعد استخدام أحد التقنيات الجراحية التالية :

- ١- قلع بسيط من دون أي جراحة .
- ٢- قلع مع تشذيب للصفحة القشرية الدهليزية.
- ٣- قلع مع استخدام طريقة Dean (intraseptal alveoloectomy) .

• و استخدموا في دراستهم صوراً فوتوغرافية لأمثلة الدراسة وصوراً سيفالومترية متتالية للمرضى ، و أظهروا أن الامتصاص العظمي الناتج عن كل من الطرق الثلاثة كان متساوياً تقريباً في نهاية الشهر الثالث

• و لكن بعد ذلك بدأت الفروقات بالظهور ، حيث أظهر القلع غير الجراحي بعد ٦ أشهر و ١٢ شهراً أقل كمية من الامتصاص العظمي مع تباطؤ ملحوظ في معدل الامتصاص خلال ٦ أشهر بينما ترافقت كل من تقنيتي التشذيب السنخي مع امتصاص مستمر و سجلت تقنية تشذيب الصفيحة القشرية الدهليزية معدل الامتصاص الأكثر كما و سرعة .

الحفاظ على الارتفاع السنخي من أجل التعويض بالزرعات :

- مع ازدياد شعبية الزرعات السنية و احتلالها دورا أساسيا في حقل التعويضات السنية تناقست الحاجة إلى تقنيات تهيئة السنخ السابقة المستخدمة في عمليات القلع المتعدد ، و تميل وجهات النظر الحالية إلى الحفاظ على العظم السنخي والسحاق الذي يغطيه و يمدّه بالتوعية الدموية .
- نشأت بدائل لطرائق تشذيب العظم السنخي التقليدية كان الهدف منها الحفاظ قدر الإمكان على ارتفاع و عرض النتوء السنخي ليلائم وضع الزرعات السنية من أجل تأمين قاعدة مناسبة ومستقرة للأجهزة التعويضية .

○ تتضمن هذه البدائل عدة تقنيات منها :

- قلع الأسنان بعد جرّها تقويميا
- القلع المحافظة للمحافظة على استمرارية السنخ
- التطعيم الفوري لمكان القلع
- التخلص من المناطق المثبتة باستخدام الطعوم العظمية وطعوم الهيدروكسي أباتيت
- أخيرا إعادة توليد العظم الموجه .

○ وفي الحالات التي تتضمن شذوذات كبيرة ومناطق مثبتة ملفتة للانتباه يمكن اللجوء إلى تشذيب سنخي انتقائي .

■ وإن التطورات التي طرأت على تقنيات الزرع السني أعطت أهمية كبيرة لمثل هذه التقنيات المحافظة ، لذلك يجب دائماً أخذها بعين الاعتبار أثناء وضع خطة المعالجة لعملية القلع المتعدد وهنا تظهر أهمية اتصال الجراح مع أخصائي التعويض عند وضع خطة المعالجة .

■ بصرف النظر عن سبب قلع الأسنان (آفات لبية ، آفات أنسجة داعمة ، رضوض ...) يجب عدم توفير أي جهد في المحافظة على العظم السنخي و بشكل خاص الجدران الدهليزية و اللسانية . على أية حال حتى مع المحافظة على العظم السنخي قد يحدث امتصاص عظمي غير متوقع خلال فترة زمنية قصيرة ، كما أن قلع أسنان عديدة متجاورة قد يساهم في حدوث امتصاص عظمي شديد يحول دون وضع زرعات سنية .

التطعيم العظمي المباشر :

• وصفت هذه الطريقة من قبل **sclar** كمحاولة للمحافظة وربما كسب أكبر كمية ممكنة من العظم في منطقة القلع ، فعندما تكون عدة أسنان غير قابلة للترميم و تقرر قلعها فإن الإجراءات الإضافية للمحافظة على السنخ باستخدام مواد التطعيم العظمي المختلفة يمكن أن تساعد في المحافظة على ارتفاع و عرض السنخ . استخدم العديد من المواد العظمية في المحافظة على البناء العظمي و تقليل نسبة الامتصاص في العظم الطبيعي المجاور .

من الضروري أن يكون قلع الأسنان غير رضي مع المحافظة على الجدران القشرية الدهليزية و اللسانية من أجل الوصول إلى النتائج المرجوة ، و بعد قلع الأسنان تجرف المنطقة وتغسل بشكل جيد ، ثم توضع مادة الطعم العظمي في مكان القلع و تضغط إلى مستوى ذروة السنخ ولا تغلق منطقة القلع عادة بشكل كامل

وفي معظم الحالات تغطي مادة التطعيم بإحدى المواد الكولاجينية و التي تثبت في مكانها بالخياطة القابلة للامتصاص لمنع تسرب مادة الطعم خارج السنخ خاصة في الفك العلوي ، وإن استخدام غشاء قابل للامتصاص يتطلب رفع النسيج الرخوة المجاورة قليلا لوضع الغشاء تحت اللثة الملتصقة .

• في بعض الحالات الخاصة يمكن وضع الزرعات مباشرة
بالمشاركة مع مواد التطعيم .

• إذا وجد التهاب حول سني بعد القلع قد يفيد استخدام الصادات
الحيوية مثل بودرة التتراسكلين ممزوجة مع مادة الطعم العظمي .

• من المواد المستخدمة والتي أعطت نتائج إيجابية الطعوم العظمية
منزوعة البروتين المأخوذة من مصدر بقري و الطعوم العظمية
البشرية المعالجة .

• تحدث عودة تشكل الظهارة المخاطية فوق المنطقة المطعمة خلال
أسابيع قليلة .

• و يجرى الزرع في المنطقة عادة بعد فترة تتراوح من ٢-٦ أشهر .

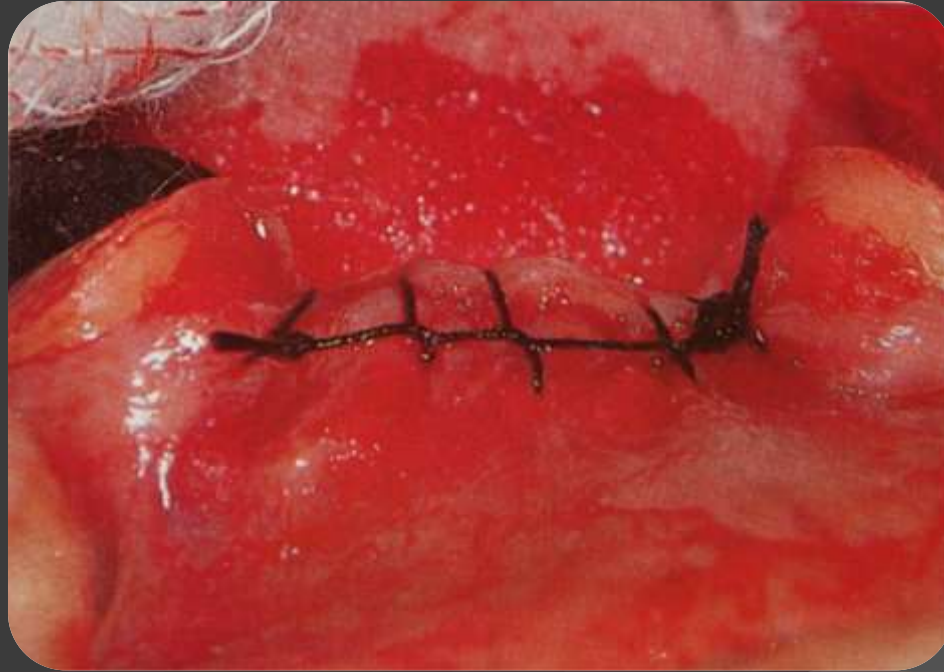


الخيطة :

بعد الانتهاء من تهيئة السنخ يجب أن نقوم بخيطة النسج الرخوة، و قبل الخيطة يجب أن تفحص النسج الرخوة لتحري وجود أي مناطق تنسج حبيبي و إزالتها أو وجود نسج لثوية متضخمة فإذا كان السبب الأساسي لقلع الأسنان التهاب لثوي شديد مترافق مع امتصاص عظمي كبير من الممكن أن تتراكم الشرائح مع بعضها و هنا لابد من تشذيب النسج اللثوية قبل الخيطة . و إذا لم يكن الوضع على هذا النحو يجب على الجراح أن لا يحاول كسب إغلاق أولي فوق مكان القلع بشد الشرائح إلى بعضها البعض لأن ذلك سينقص عمق الميزاب الدهليزي و يضر باستقرار الأجهزة مستقبلا .

- يمكن أن يلجأ الجراح إلى جذب الشرائح إلى بعضها بعضا بشكل جيد فقط في حالة الحاجة إلى إنقاص عمق الميزاب .
- يجب أن تكون الخياطة رخوة قليلا لأن الخياطة المشدودة بشكل زائد بالإضافة إلى أنها تنقص عمق الميزاب الدهليزي قد تؤدي إلى تمزق الشرائح بسبب الوذمة الحاصلة بعد العمل الجراحي .
- لقد اختلف الجراحون في أشكال الخياطة المستخدمة بعد القلع المتعدد ، ومن الطرق المستخدمة :

١- طريقة قص الحافة اللثوية الليفية ثم خياطة اللثة حدا حدا بعد أن أصبحت مستقيمة ، وهذه الطريقة غير مفضلة لأنها تفقد المريض أفضل مستند للصفحة و هو الحافة اللثوية الليفية بالإضافة إلى تقليل عمق الميزاب الدهليزي بمقدار ماقص من اللثة .



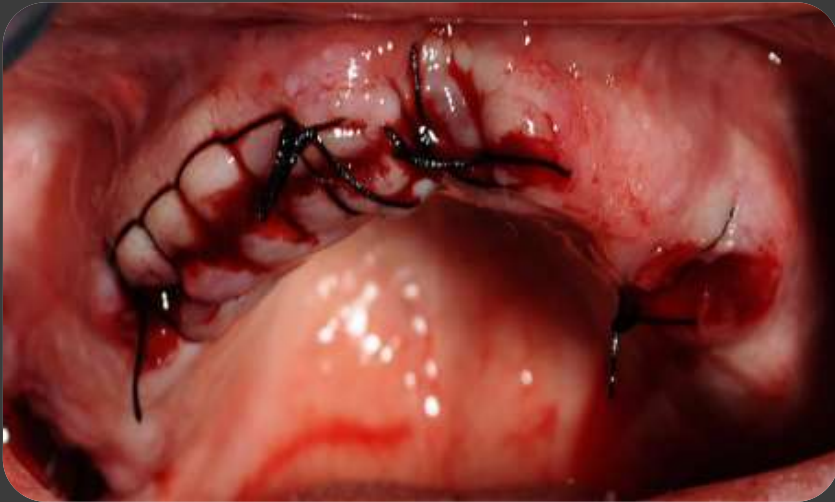
٢- طريقة الخياطة لسينة إلى لسينة ، وهذا يترك مكان إحاطة اللثة
بالأسنان مفتوحا فإذا حاولنا خياطته سيصبح الشق مشوها و متطاولا



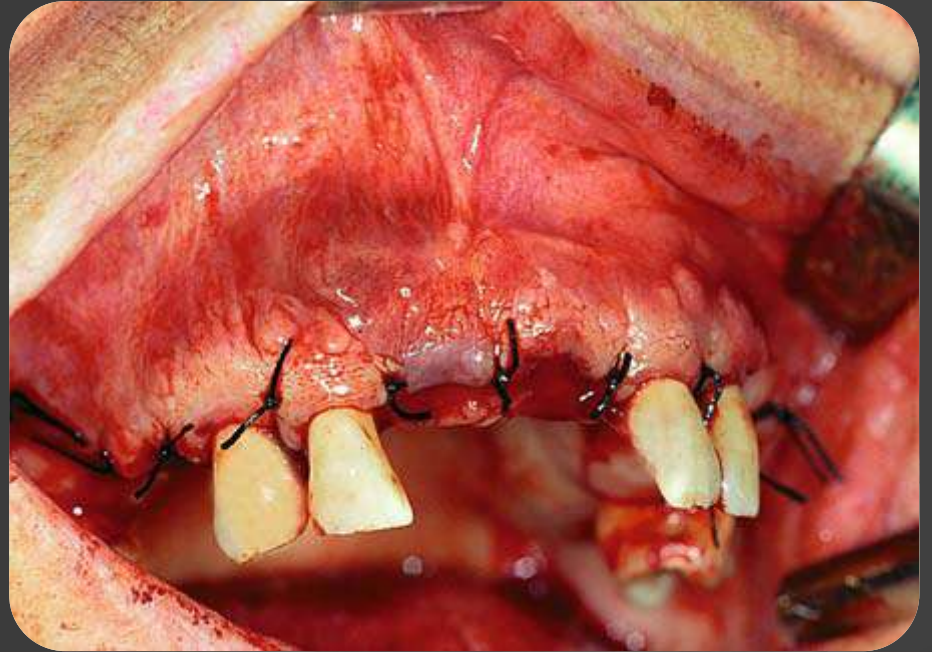
٣- طريقة خياطة اللسينة إلى الوهدة بالتناوب ، و هذه الطريقة مفضلة لأنها بالإضافة إلى حفاظها على كل نسج اللثة تعطينا خطا متماسكا و جميل التندب، و نقوم في هذه الطريقة باستخدام خياطة مستمرة ، فنبدأ من طرف الفك بحبك الخيط عند كل عقدة واستمرار بالخياطة دون قطعه .



● وتكون الخياطة إما متقطعة أو مستمرة:



خياطة مستمرة



خيطة متقطعة

فوائد القلع المتعدد

- أهم فوائد القلع المتعدد هي توفير الوقت والجهد لكل من الطبيب و المريض بالإضافة إلى الحصول على ارتفاعات سنخية قابلة للتعويض بجهاز فوري أو شبه فوري مما يريح المريض من فترة درد طويلة و ما ينتج عنها من اضطراب في البنى الفموية الوجهية و فقدان في البعد العمودي وغير ذلك من المشاكل .

حالة سريرية ١



إن التقنية الأساسية تحتاج لبعض التعديل إذا كانت بعض الأسنان
مقلوعة سابقا كما هي الحال في هذه الحالة إذ نلاحظ أن الثنية اليمنى
قد قلعت سابقا و حدث الامتصاص العظمي



بعد قلع الأسنان تبين أن الارتباط المنخفض للجام الشفوي سيسبب مشاكل أثناء التعويض لذلك تقرر قطعه



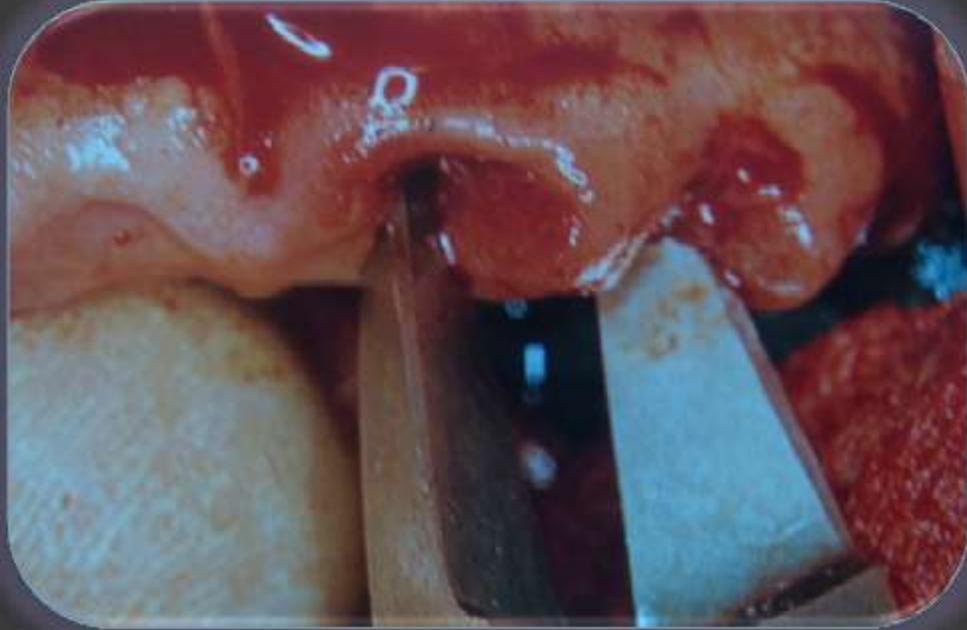
أجري شق بيضوي ضيق في منطقة اللجام الشفوي و أدخل مقص
كليل تحت كل جانب من اللجام حتى شوك الأنف لفصل الارتباط
الليفى العضلي عن النسيج المجاورة



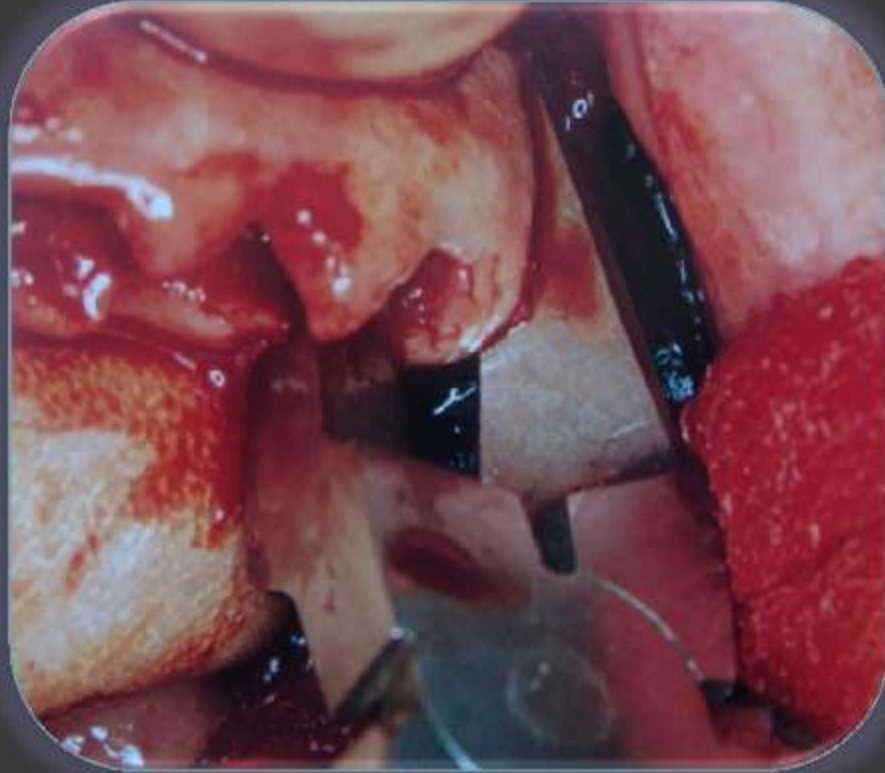
شوك الأنف الأمامي غير مغطى بعد قطع الارتباط الليفي العضلي



تثبت المخاطية إلى سمحاق شوك الأنف بالخياطة لإعادة تشكيل الميزاب



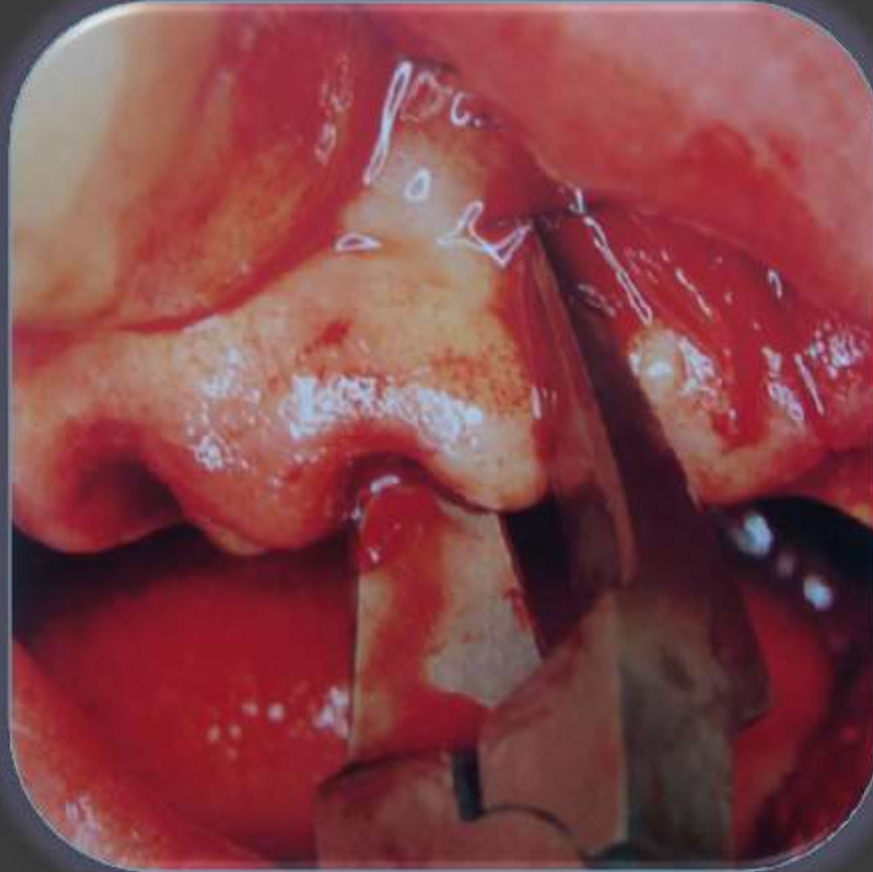
أدخل مقراض العظم ذو الحواف القاطعة إلى الأسناخ لإزالة
الحواجز بين السنية



اقتطاع جزء من العظم و المخاطية بشكل حرف V متطاولة عند
النهاية الخلفية للمناطق المثبتة



الجزء الوتدي المستأصل من العظم و المخاطية المغطية له



لتخفيف المناطق المثبتة الناتجة عن الناب الأيمن و الرباعية اليمنى
تكسر الصفيحة الشفوية بمقراض العظم



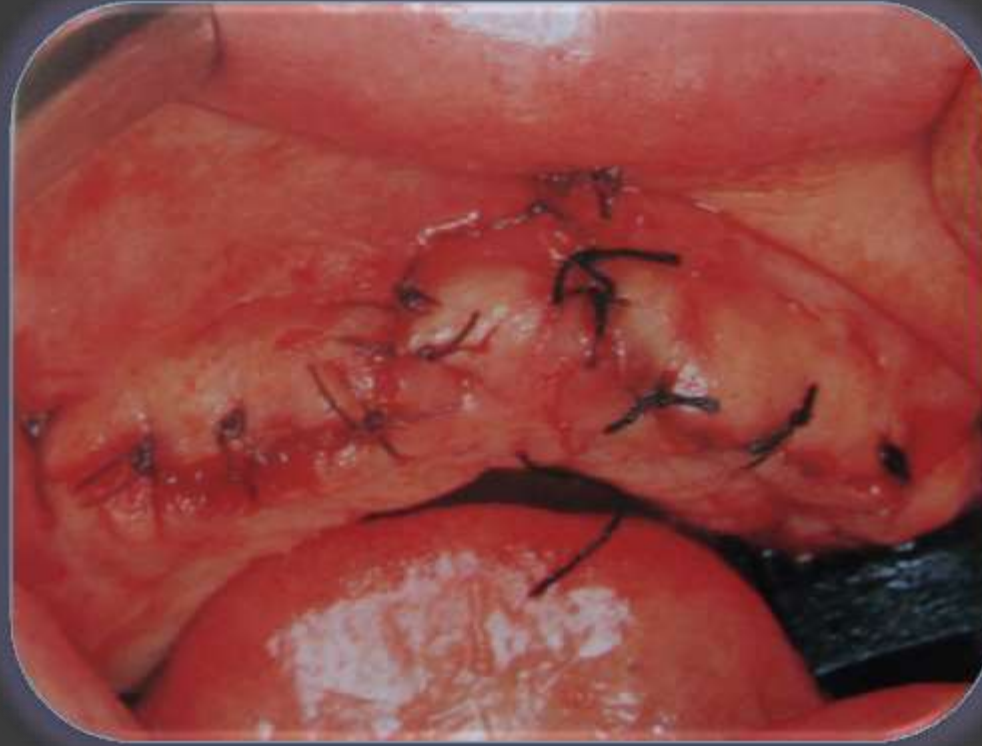
قطع جزء وتدي الشكل من الحذبة النابية



تم كسر الصفيحة الشفوية باتجاه الخارج باستخدام رافعة السمحاق
وتتم إزالة العظم الحاجزي الناتئ



بعد كسر الصفيحة السنخية اليسرى يتم إزالة النسيج الحبيبية اللثوية
بالمقص



بعد ضغط الصفائح العظمية بين الأصابع و الإبهام تمت خياطة الجرح

الحالة بعد أسبوع





الحالة بعد أسبوع نلاحظ عمق جيد للميزاب و شفاء جيد
للارتفاع السنخي

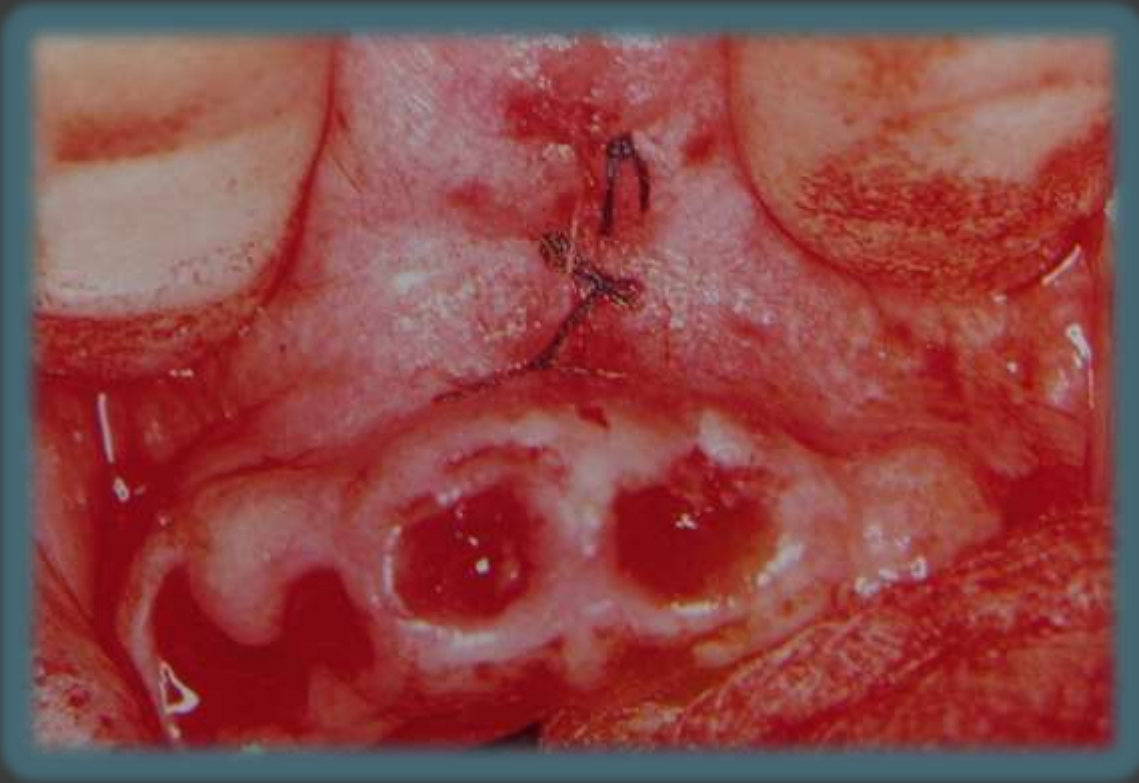


الحالة بعد ٦ أسابيع نلاحظ مناطق التثبيت في الفك السفلي بينما الفك العلوي قد أخذ شكلا مقنعا

حالة سريرية ٢



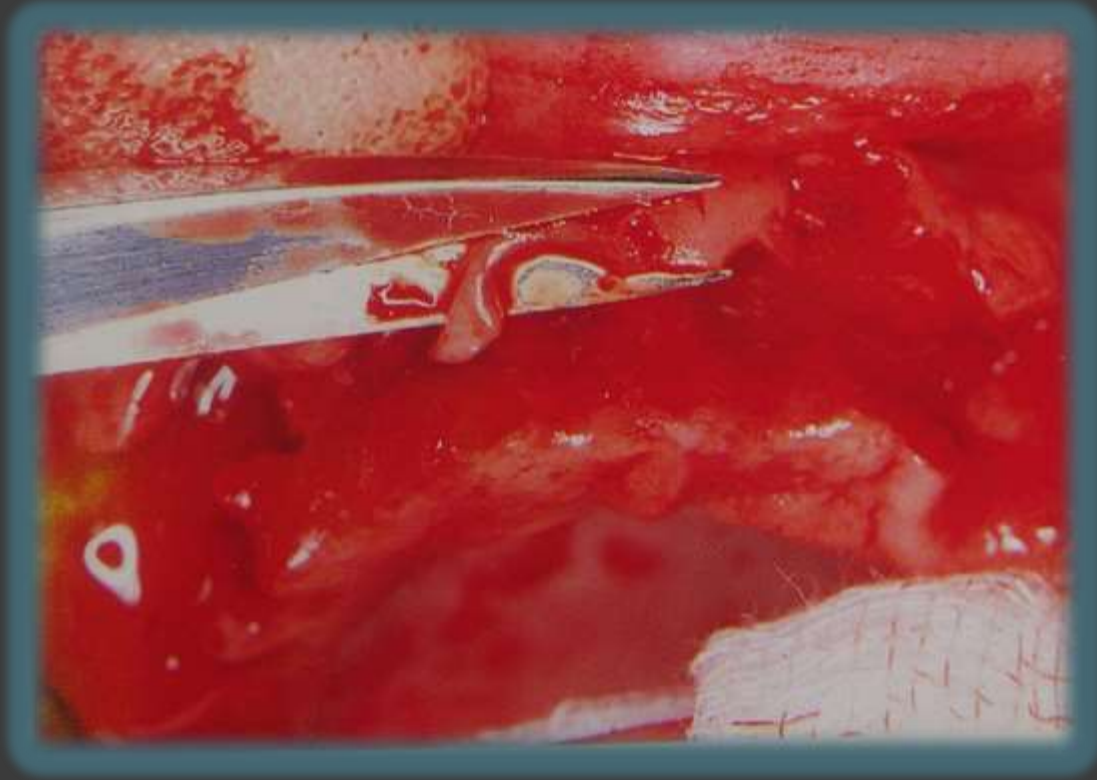
نلاحظ بروز مقدمة الفك العلوي و الارتباط المنخفض للجام الشفوي



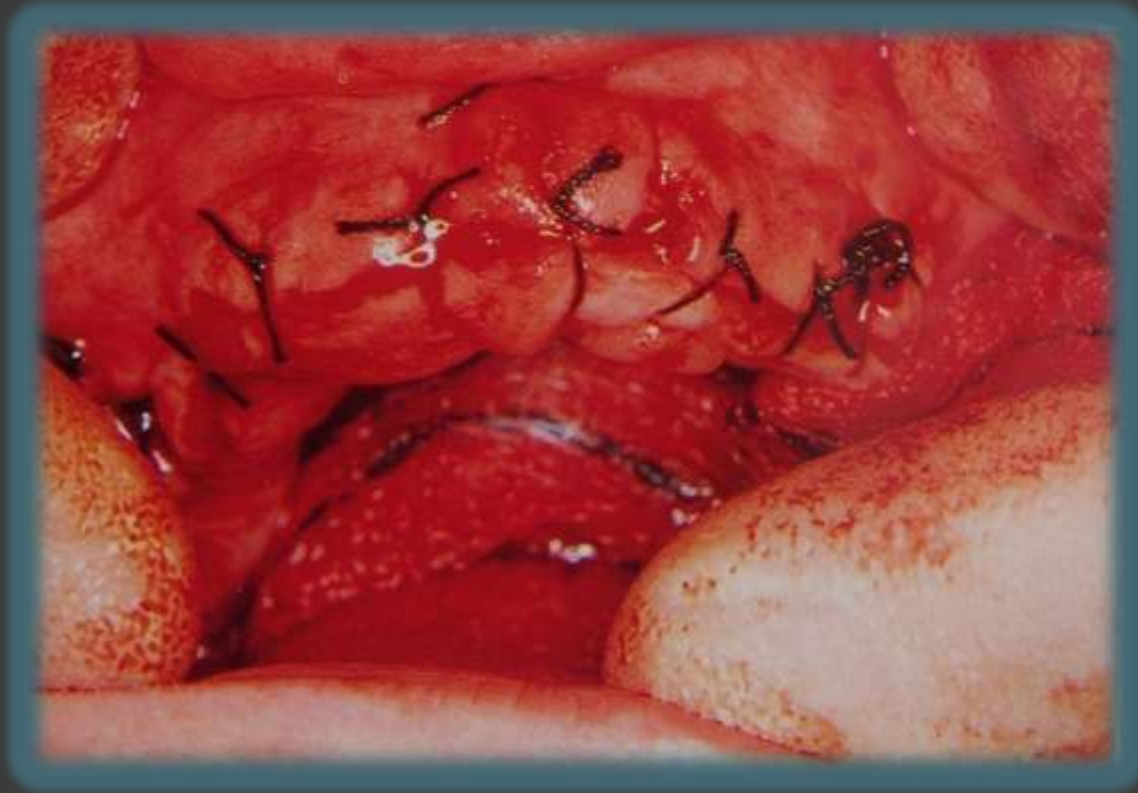
نفس الحالة بعد قطع اللجام الشفوي



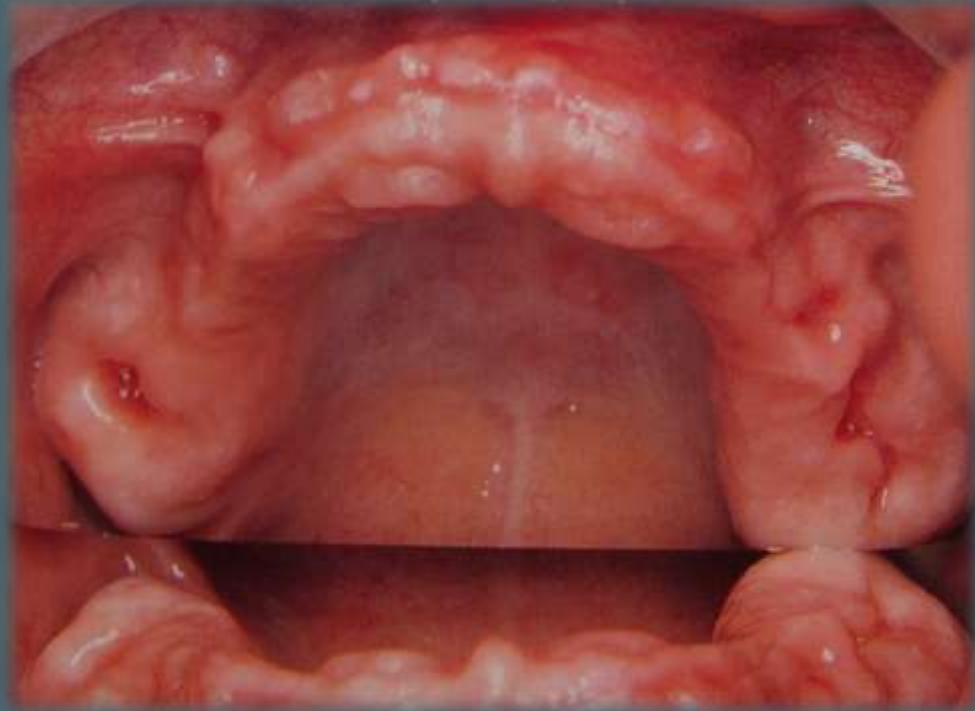
تم قطع الحواجز بين السنية و قطع أجزاء وتدية الشكل من النهاية الخلفية لكل من سنخي الناين ثم كسر الصفيحة الشفوية و رفعها باتجاه الخارج .



التشذيب اللثوي



تكيف الصفيحة الشفوية و الخياطة



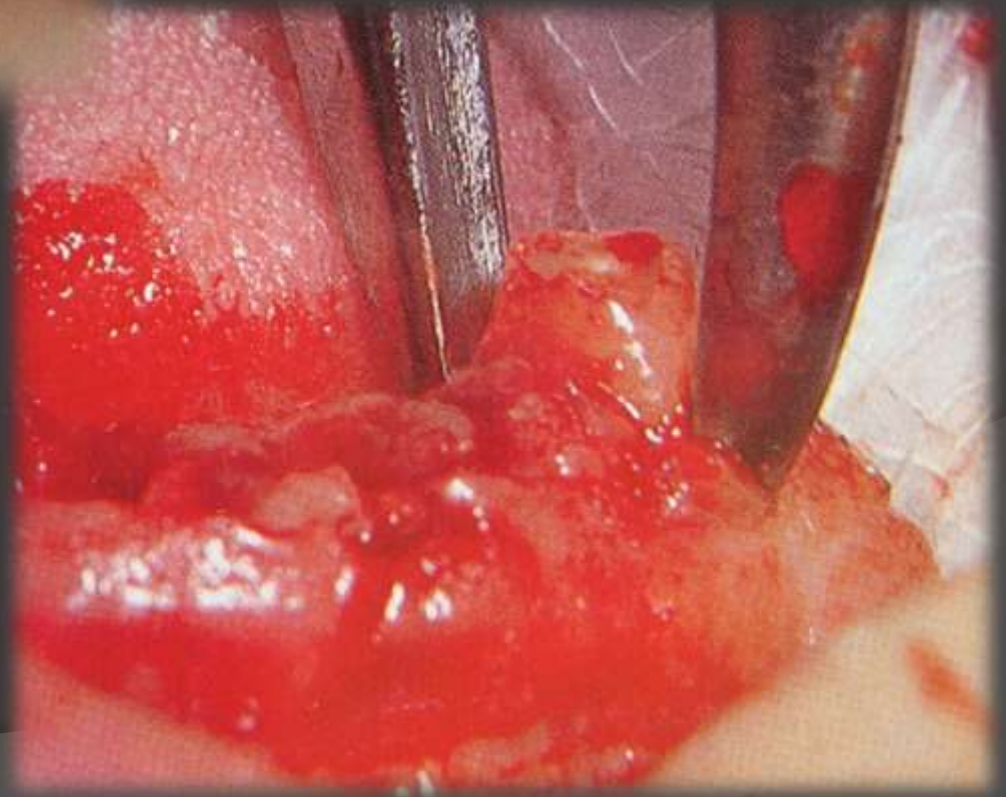
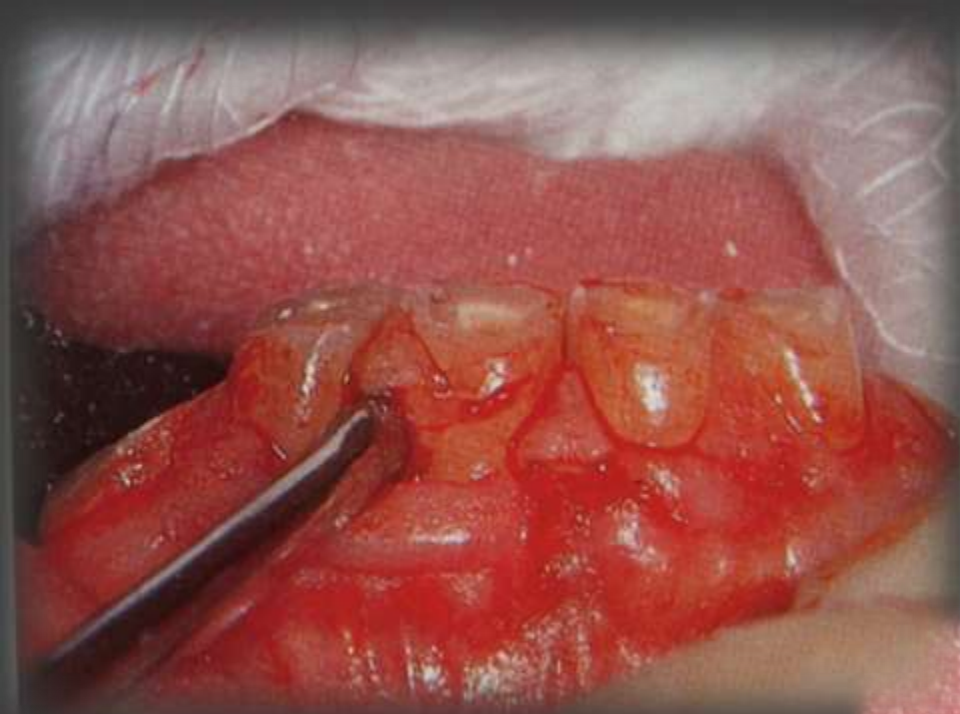
الفك العلوي بعد ٣ أسابيع من العمل الجراحي

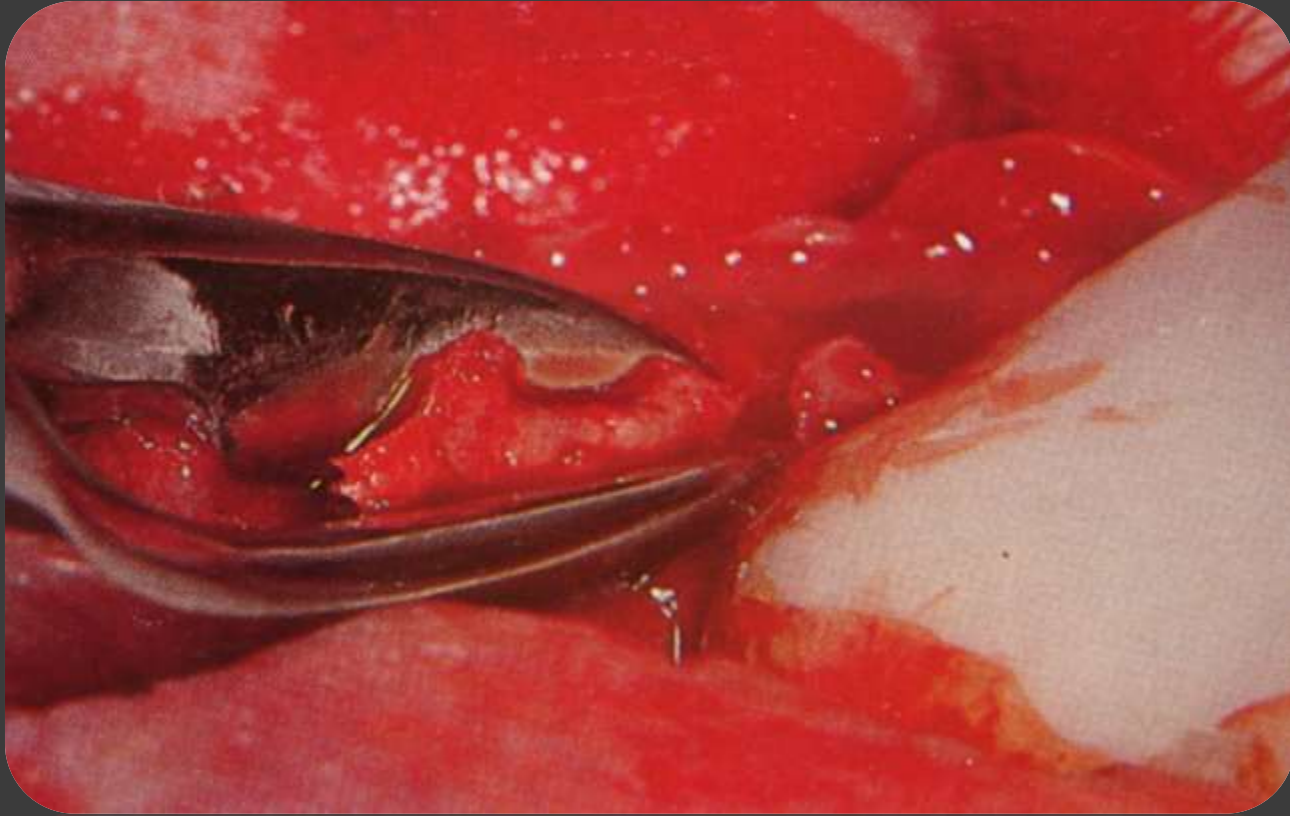
حالة سريرية ٣



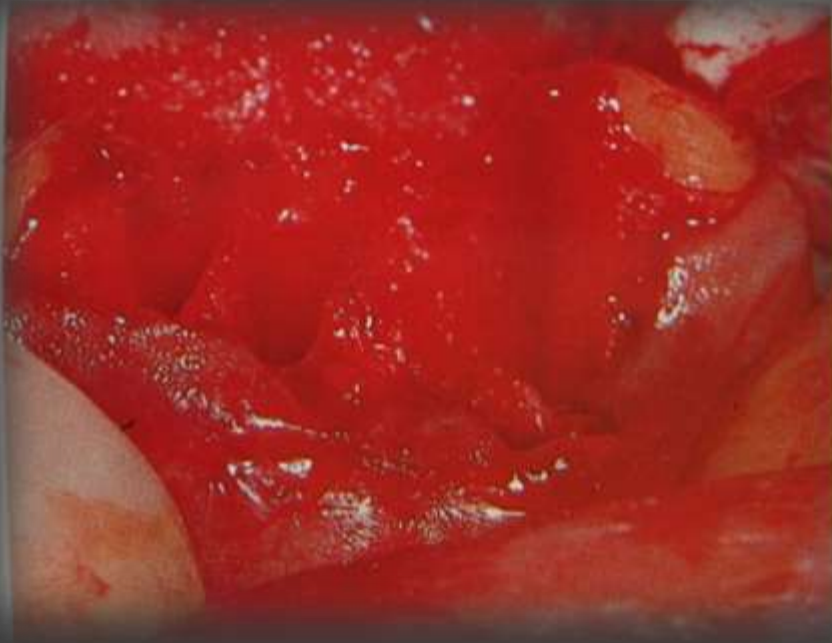
إزالة الحليمات بين السنية بإجراء شق أفقي دهليزي و شق لساني مماثل

قلقلة الأسنان وقلعها

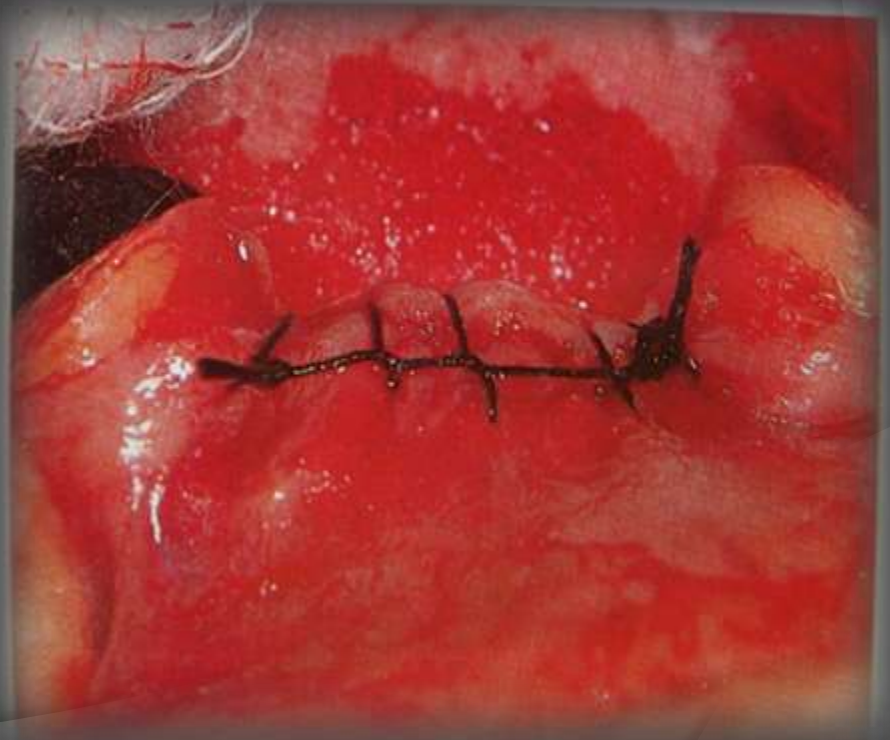




تشذيب العظم بشكل انتقائي باستخدام المقراض و المبرد و السنابل



إغلاق الجرح بخياطة مستمرة
مغلقة





الحالة بعد ٥ أيام

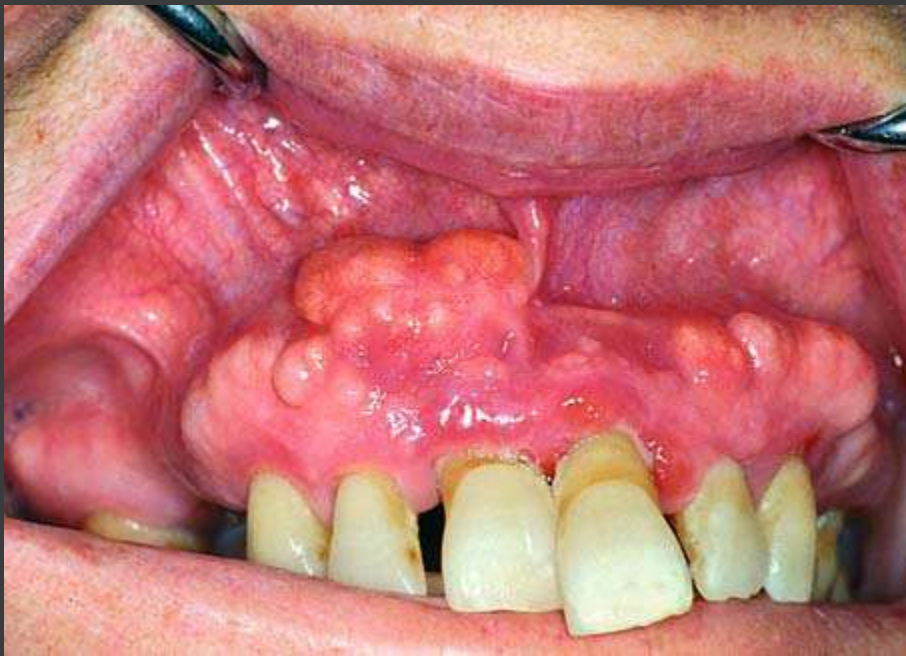
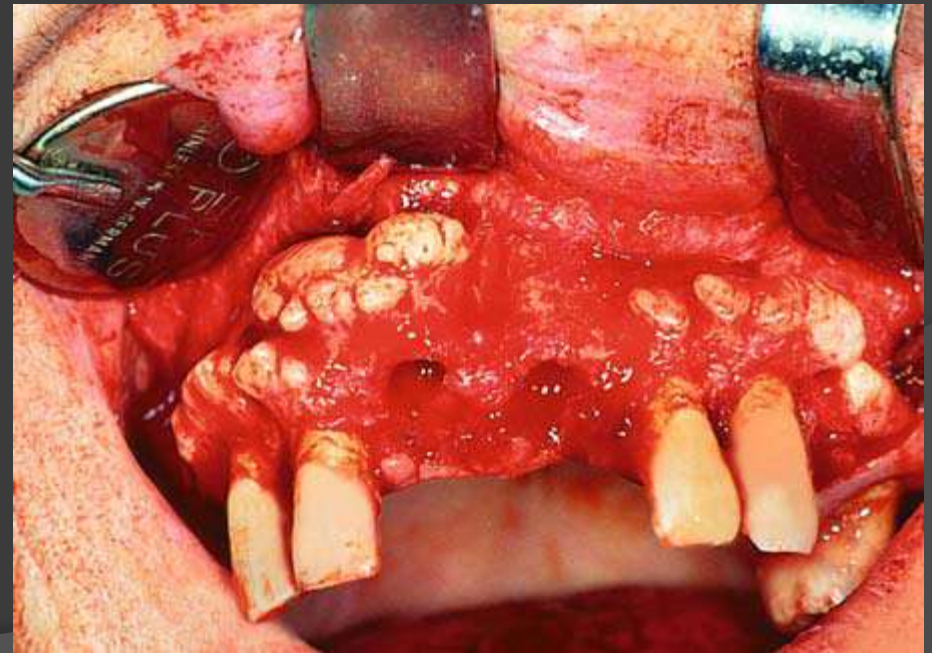


الحالة بعد أسبوعين

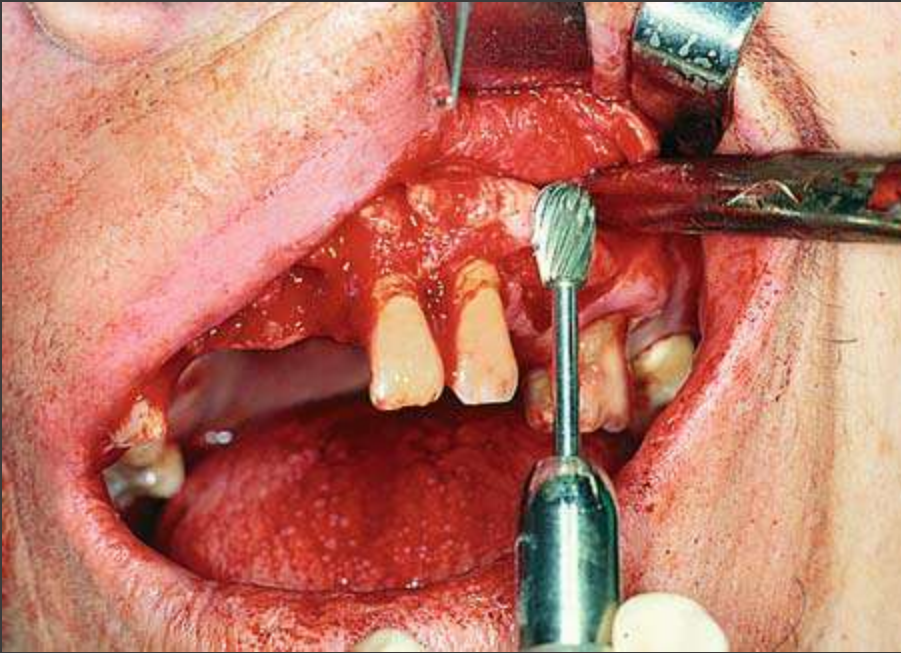
حالة سريرية ٤

نلاحظ وجود بروزات
عظمية متعددة و ذات
أشكال شاذة

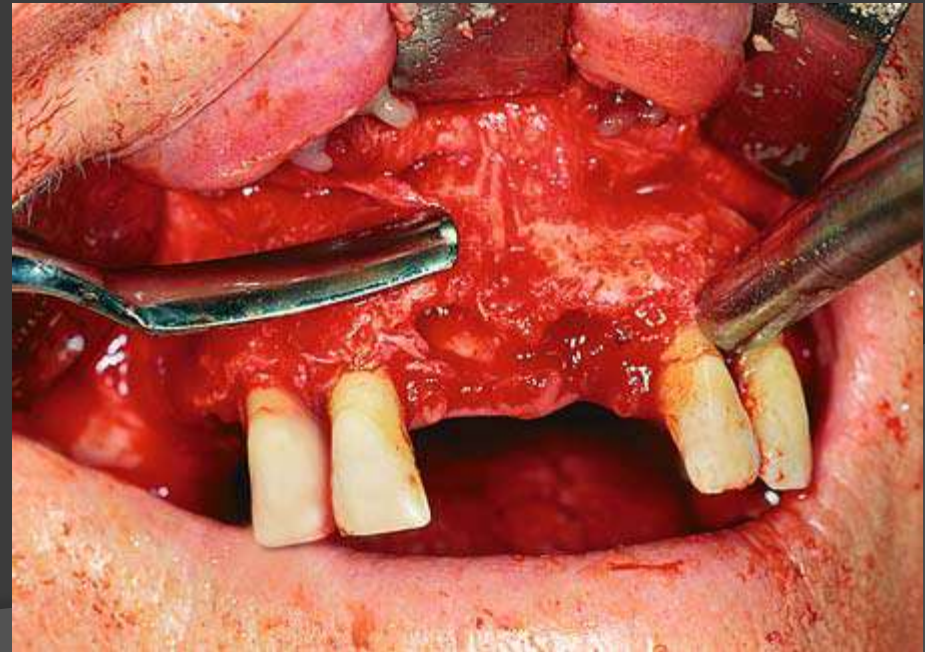
الحالة بعد قلع
الأسنان و كشف
الشدوذات

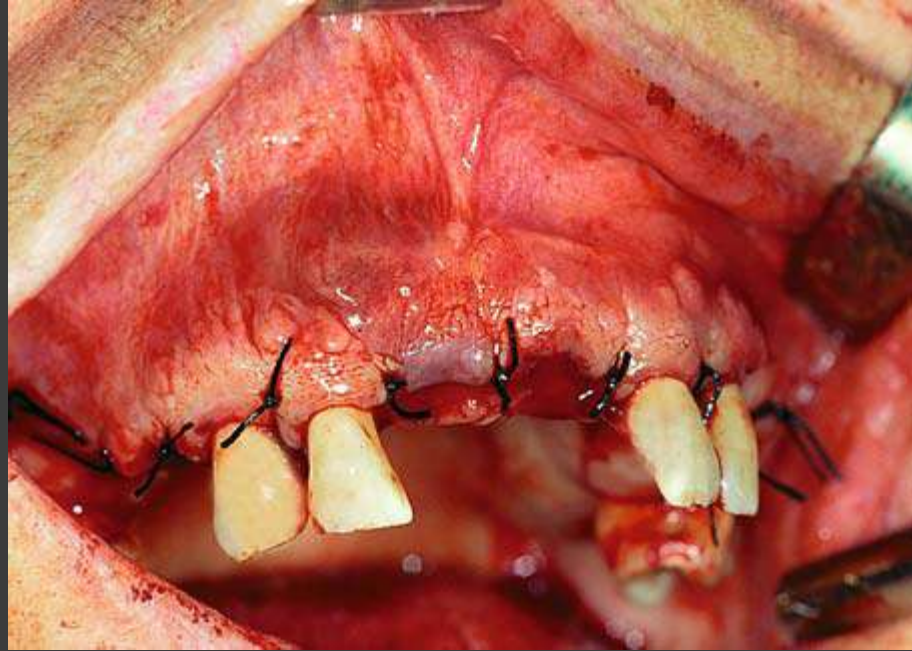


إزالة البروزات السنبلية



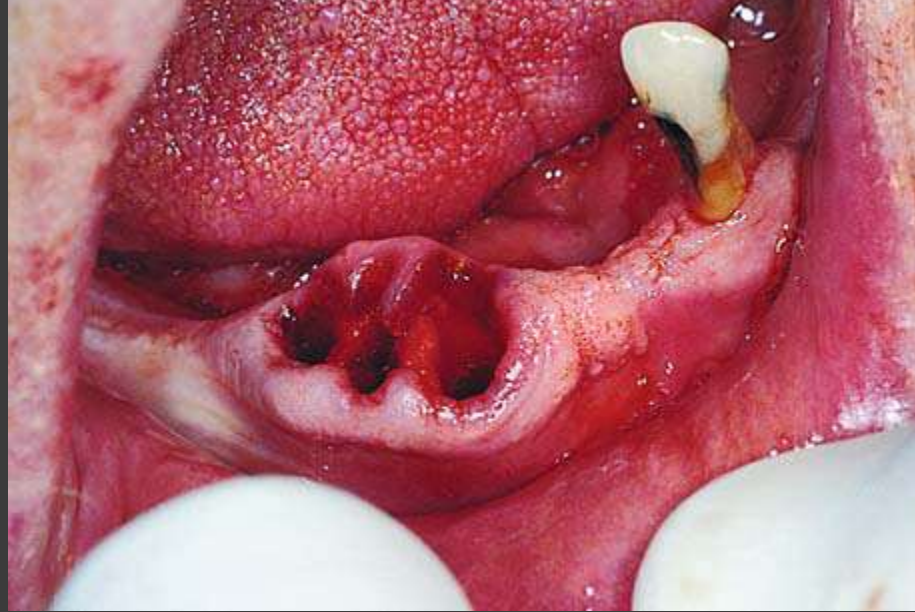
تنعيم سطوح العظم بالمبرد

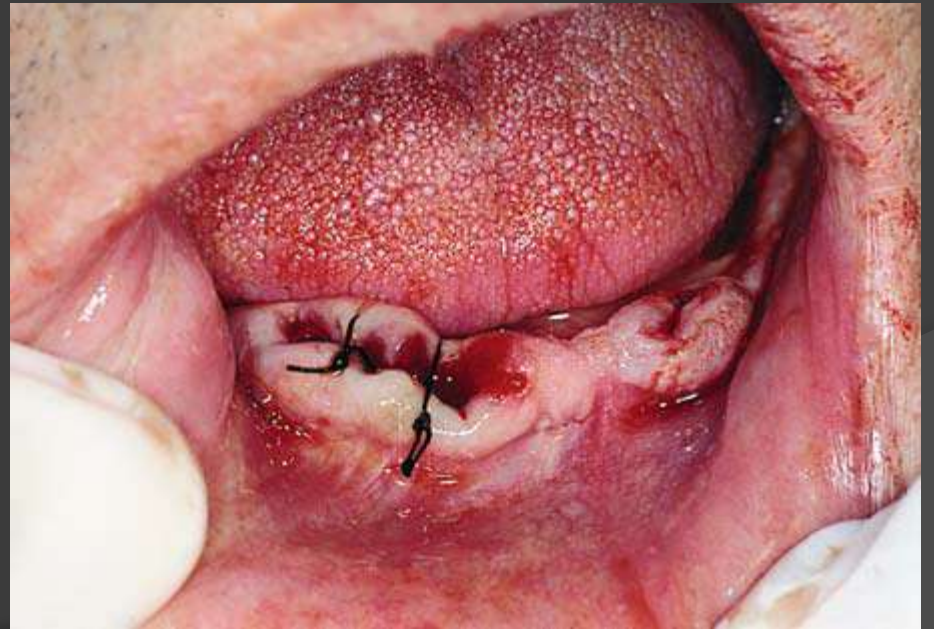
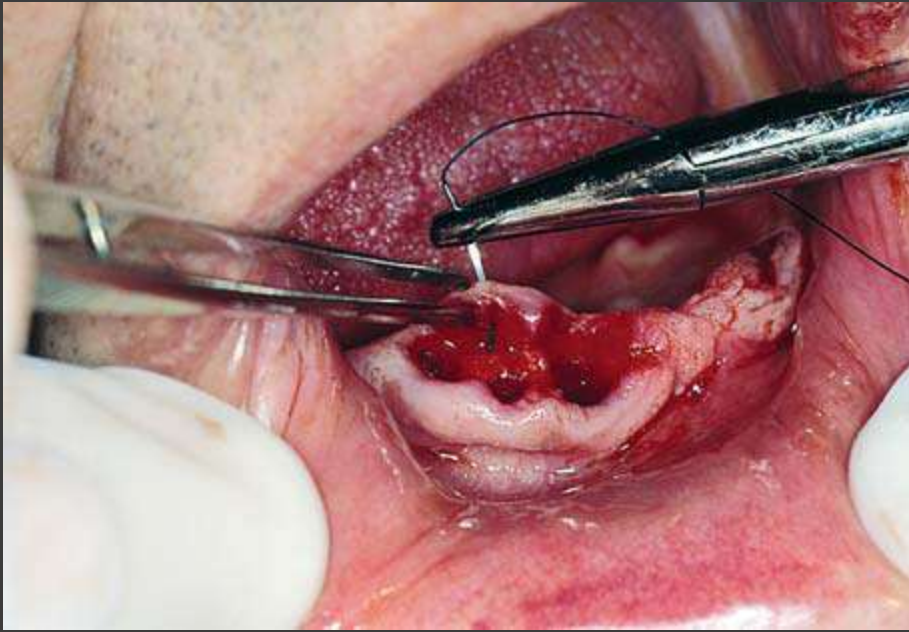




الحالة بعد إجراء
الخيطة

حالة سريرية ه





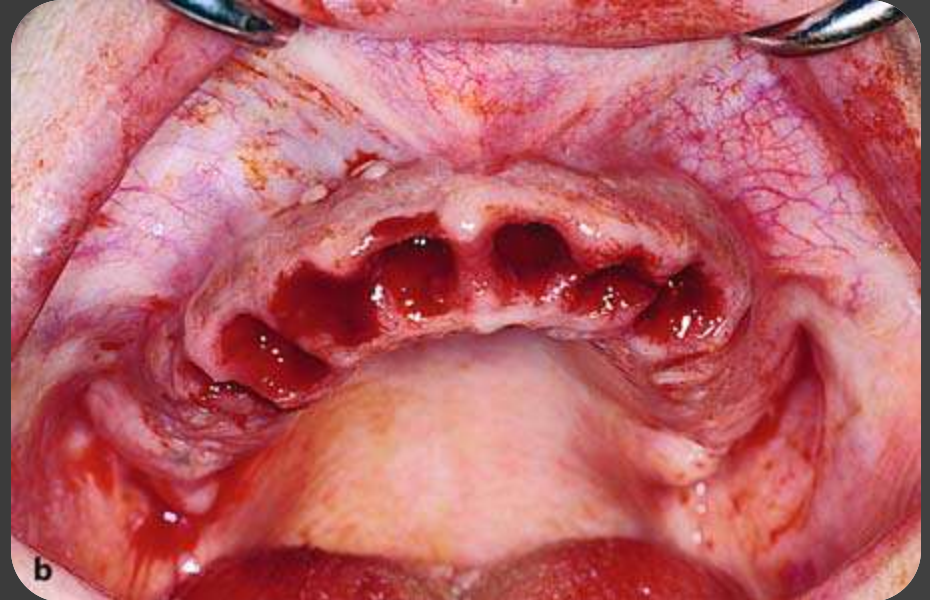
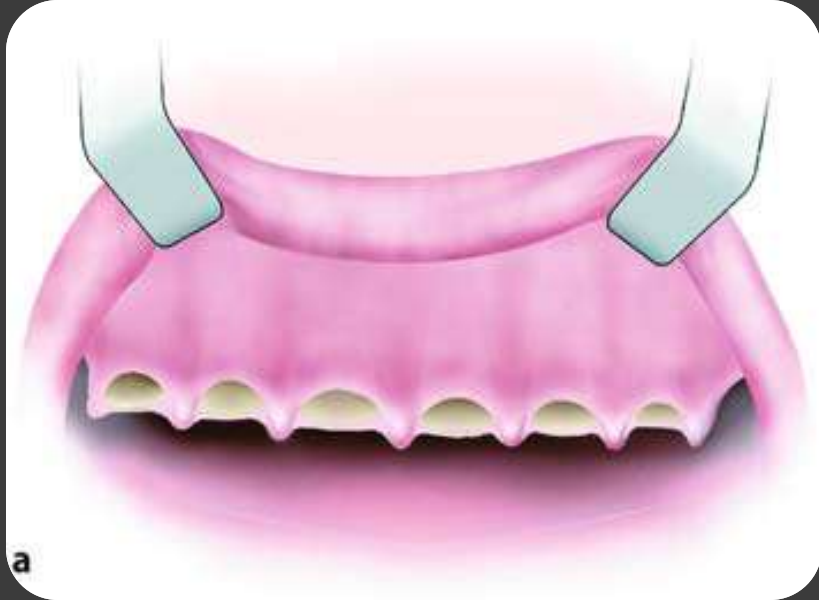
حالة سريرية ٦



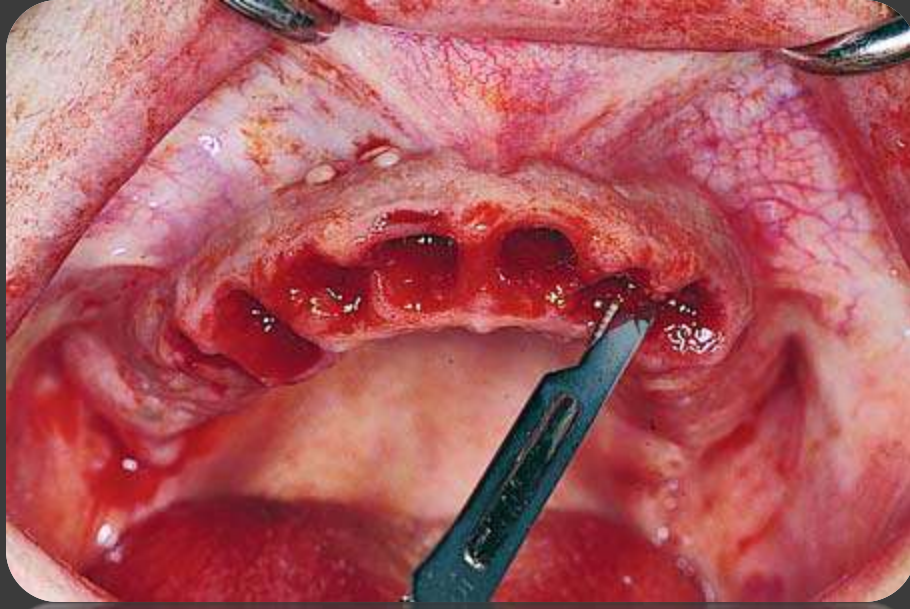
الفحص
الشعاعي

قلع الأسنان



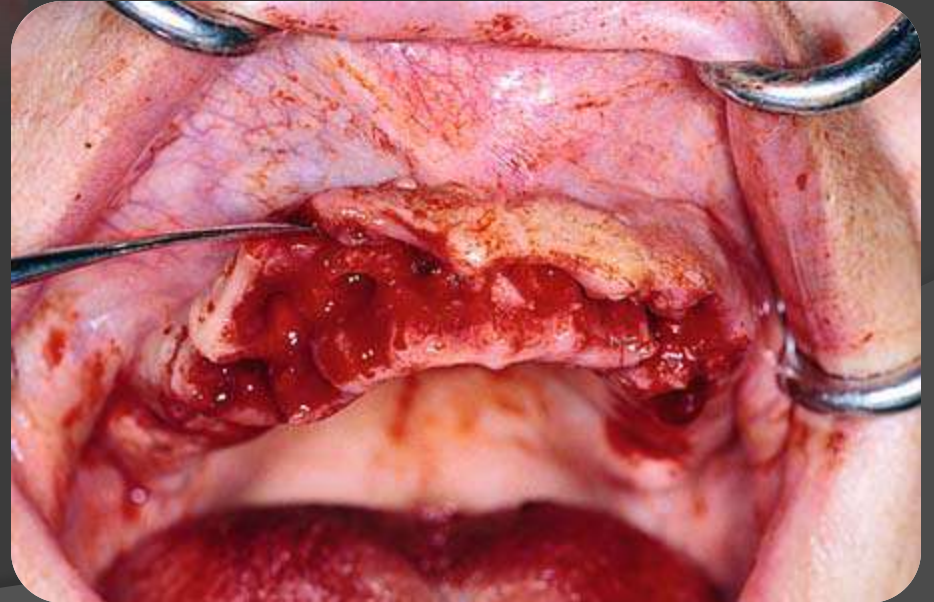


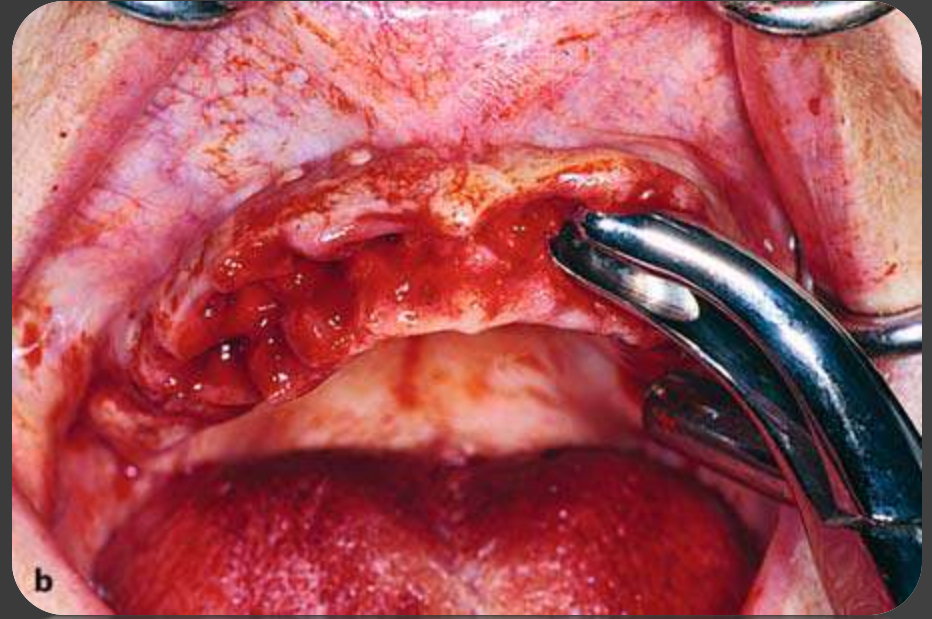
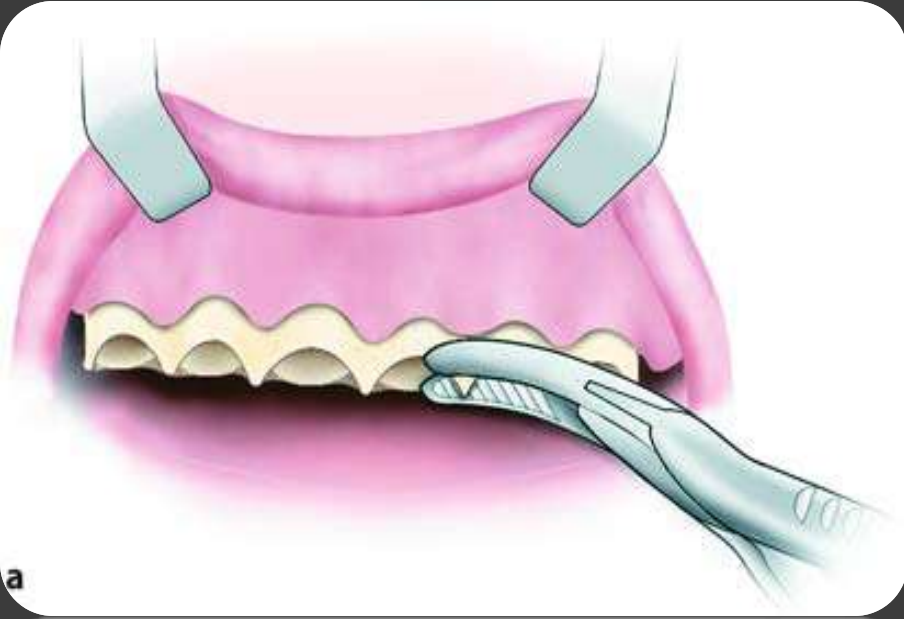
المظهر بعد قلع الأسنان تظهر عدم الانتظام
في الارتفاع السنخي



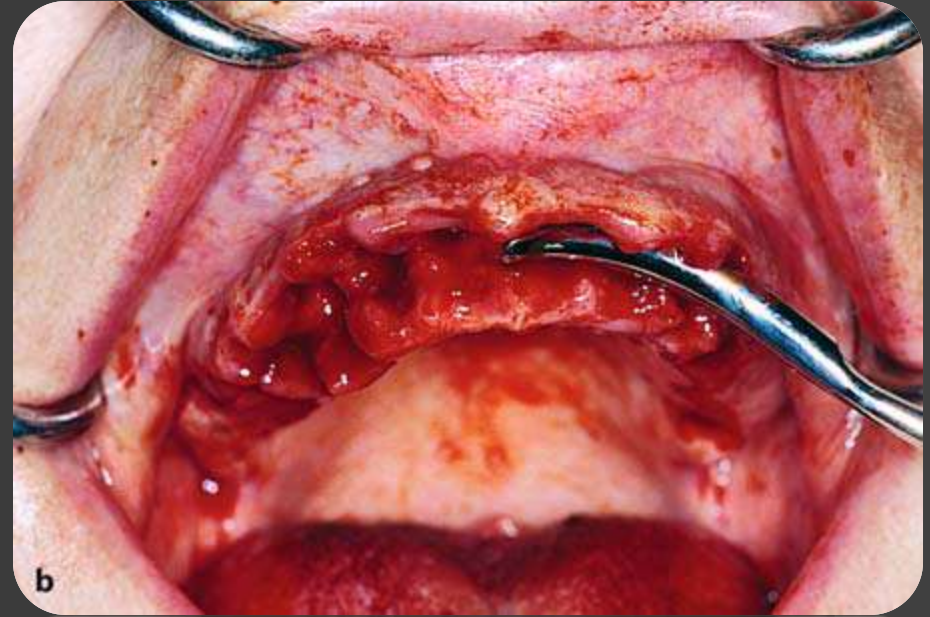
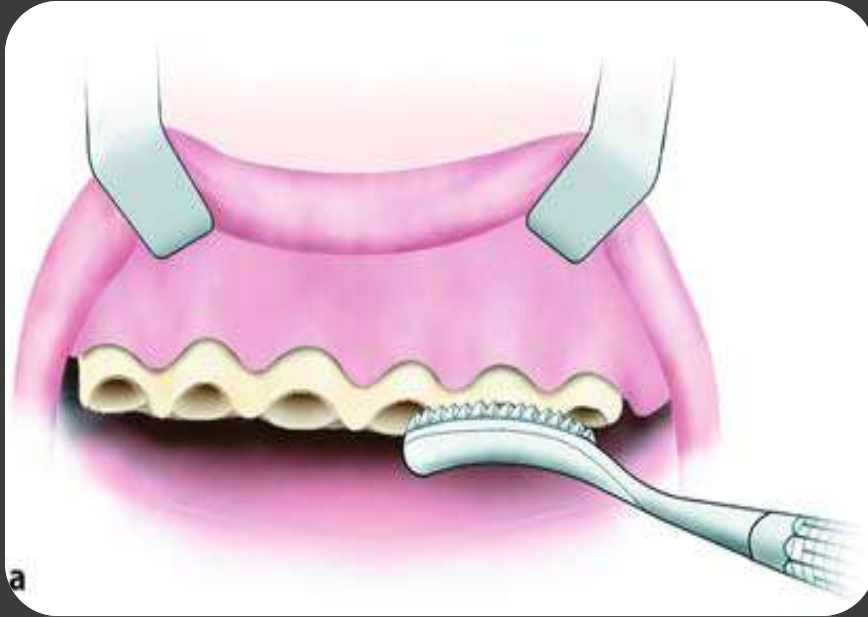
شق على طول
الارتفاع السنخي
لقطع الحليمات
اللثوية بين السنية

رفع شريحة مخاطية
لثوية من أجل كشف
الشذوذات السنخية

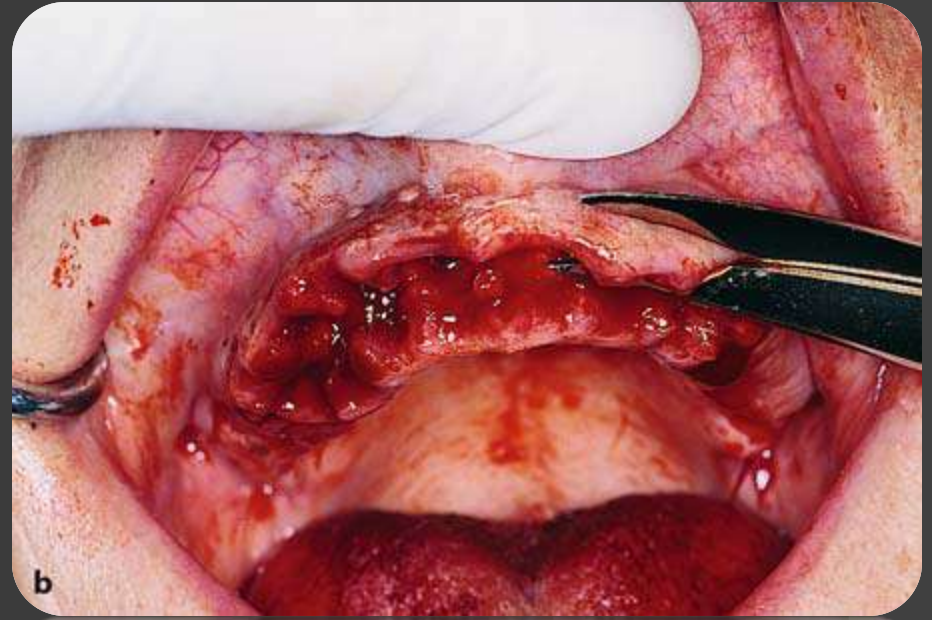
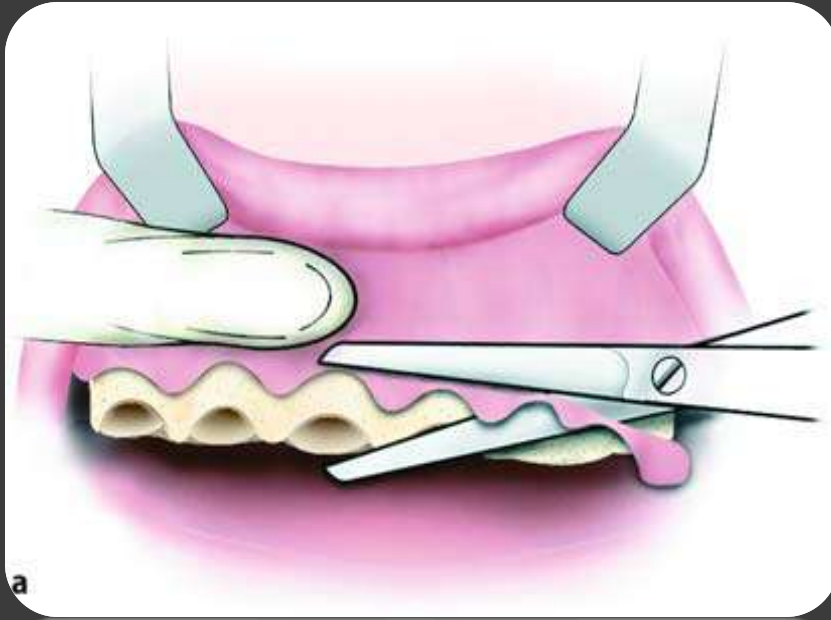




إزالة النتوءات العظمية الشئذة
باستخدام مقراض العظم



تنعيم العظم باستخدام مبرد العظم



إزالة الفائض من النسيج الرخوة
باستخدام المقص



مكان العمل بعد
الخيطة

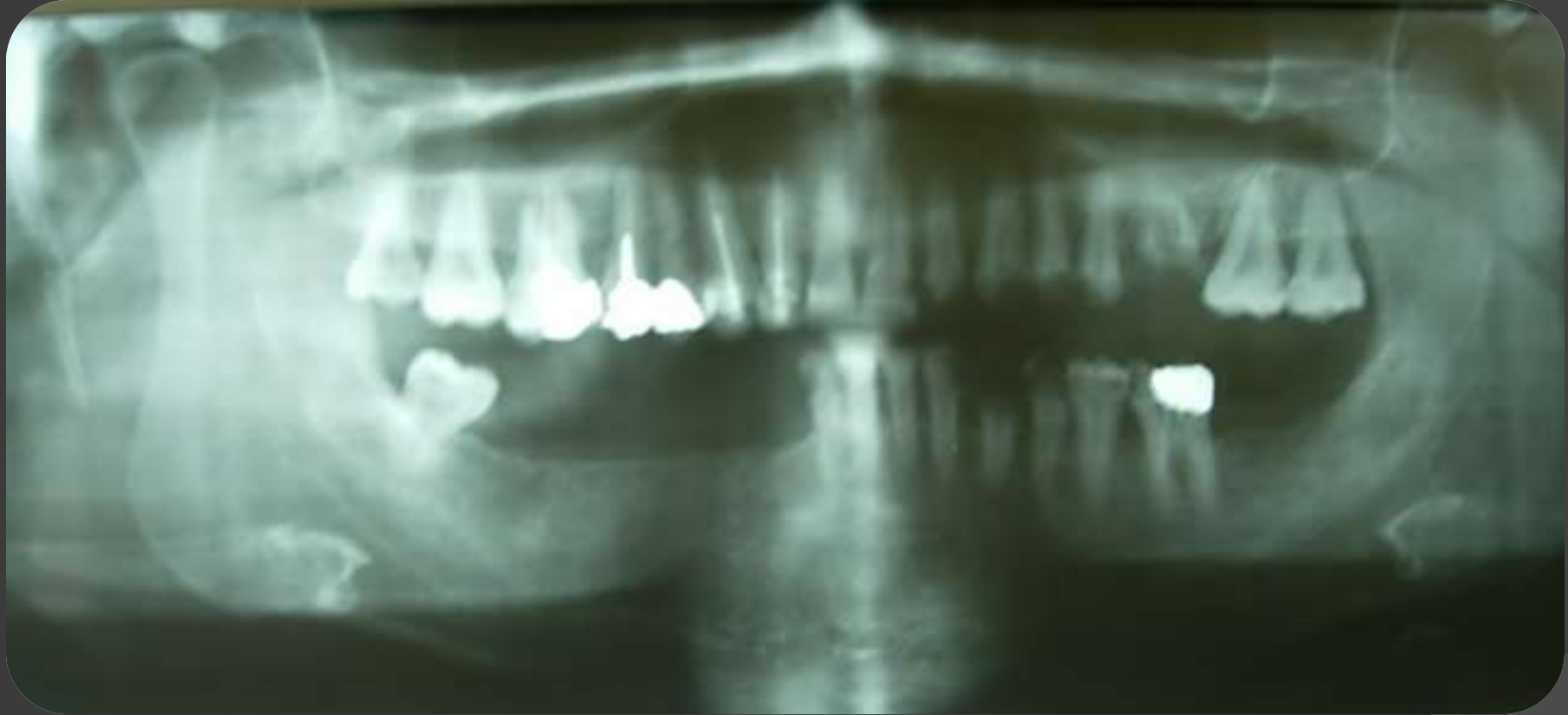
مكان العمل بعد
شهرين من العمل
الجراحي



حالة سريرية ٧



21.12.2008 15:55





21.12.2008 15:59





21.12.2008 16:03



21.12.2008 16:07



21.12.2008 16:12



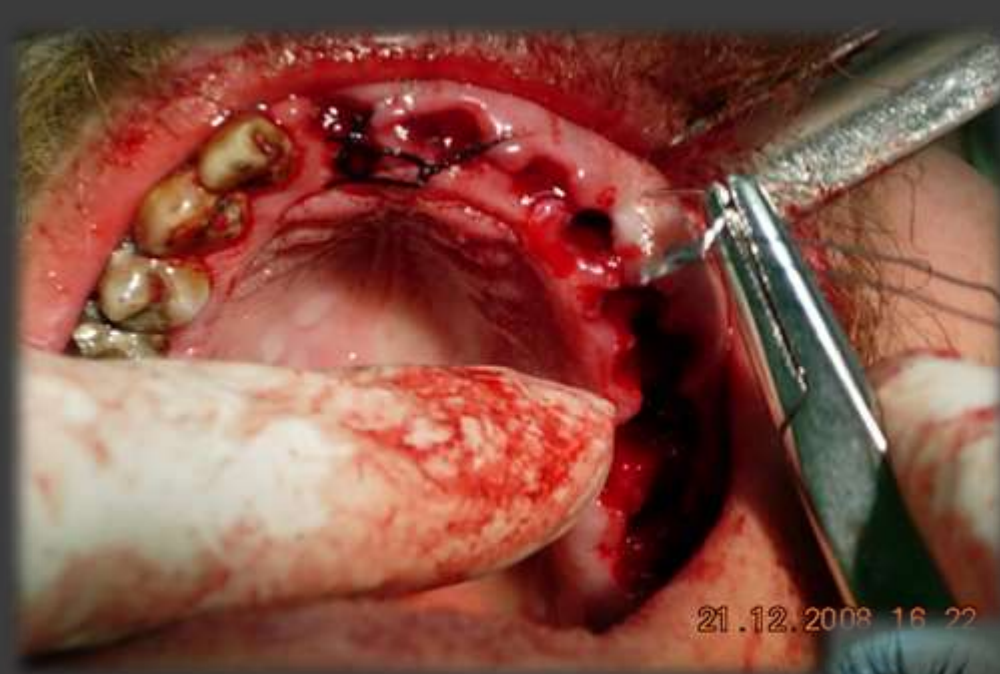
21.12.2008 16:12



21.12.2008 16:13



21.12.2008 16:17





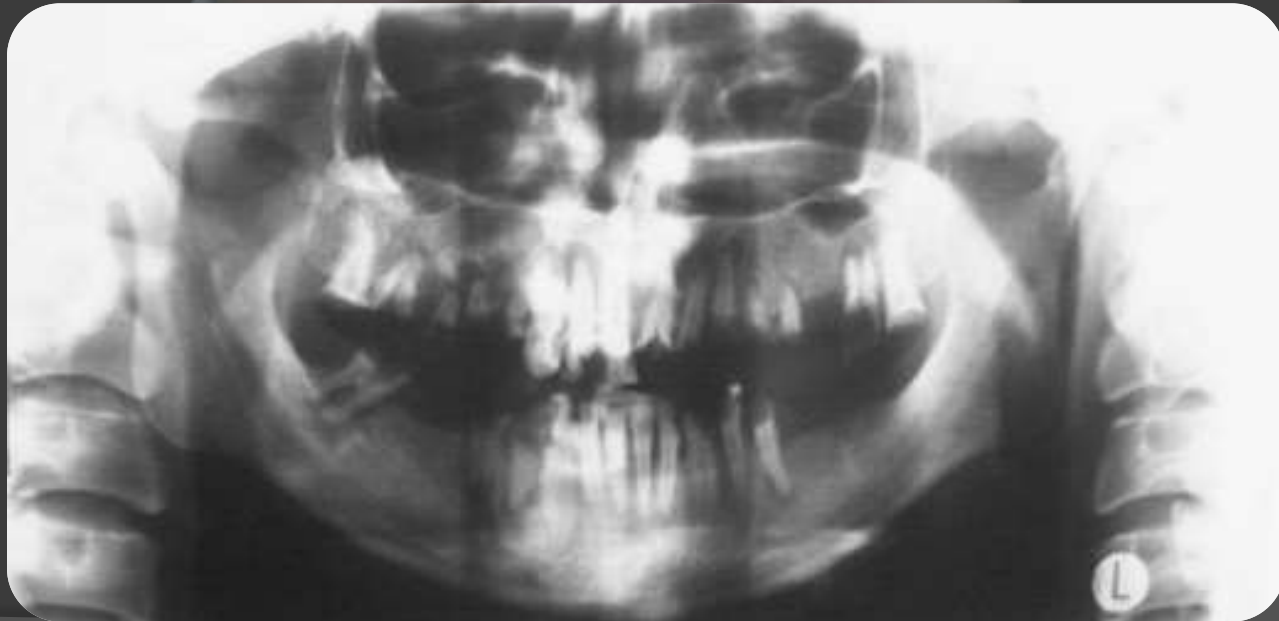


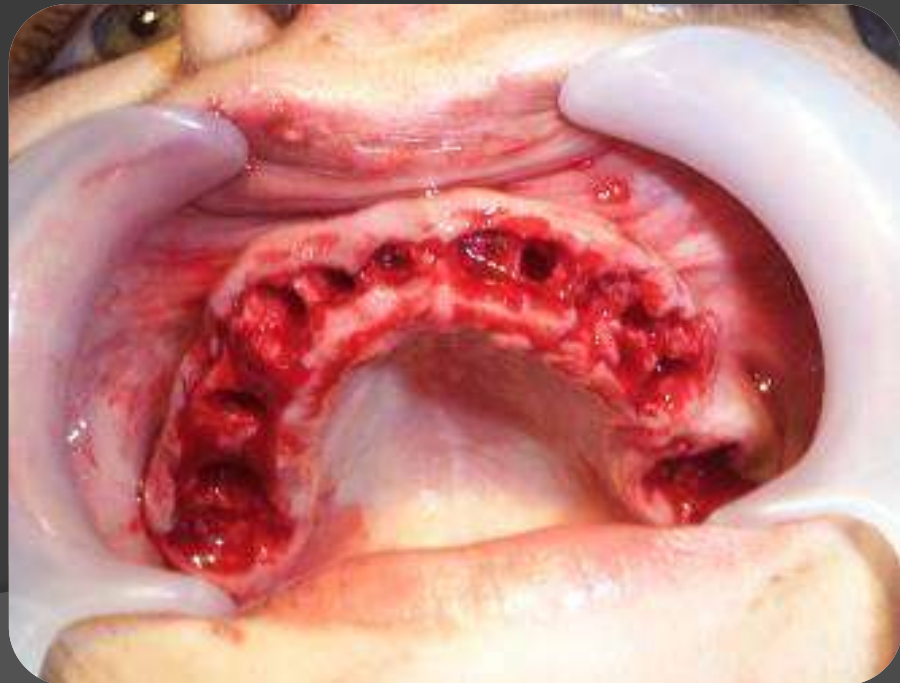
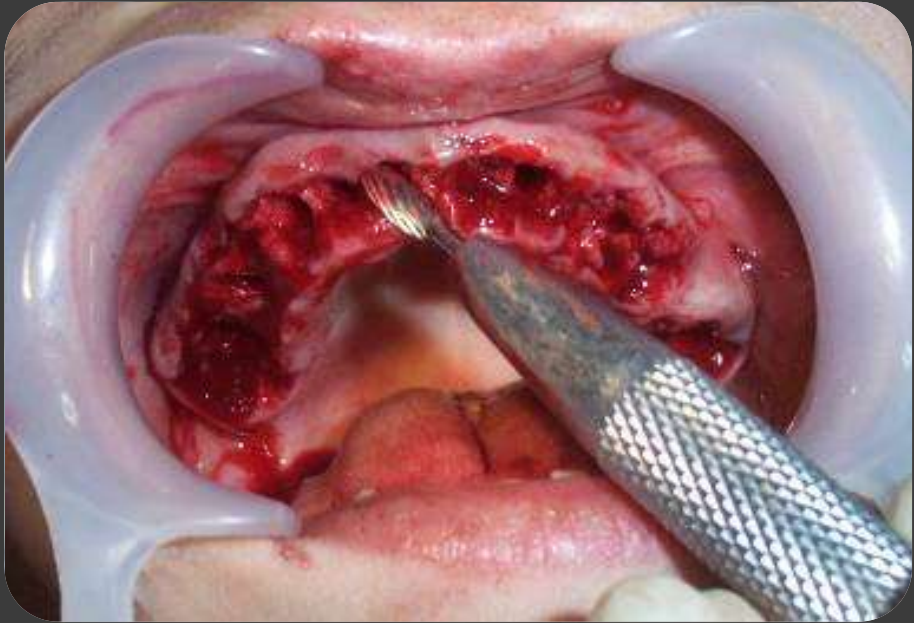
21.12.2008 16:27

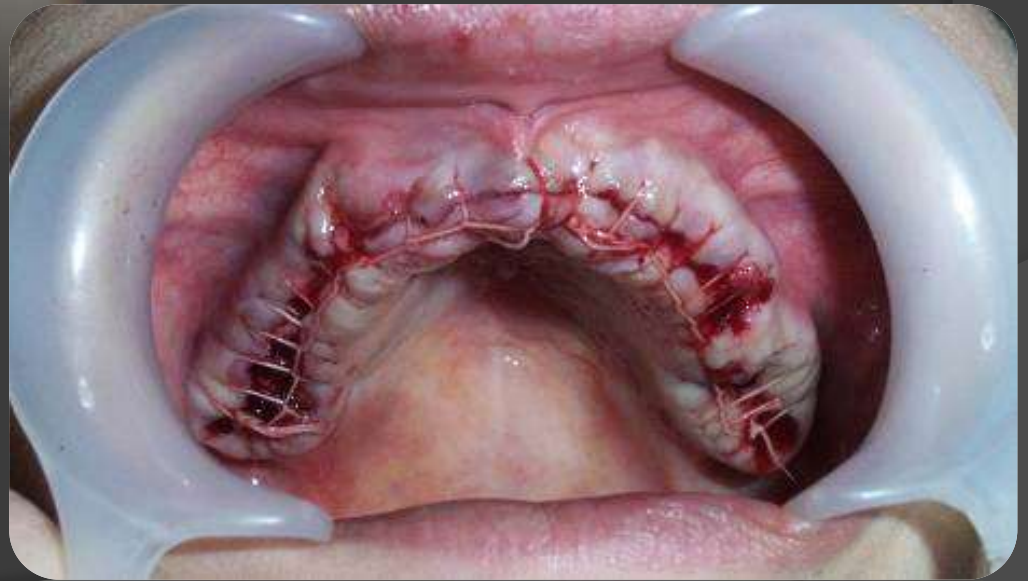
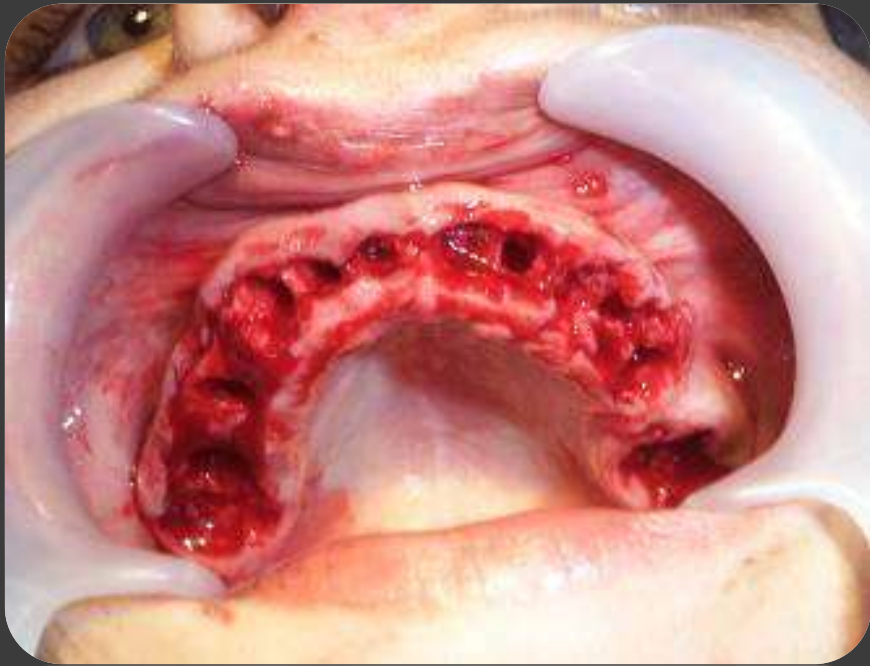


21.12.2008 16:35

حالة سريرية ٨ (مع جهاز فوري)



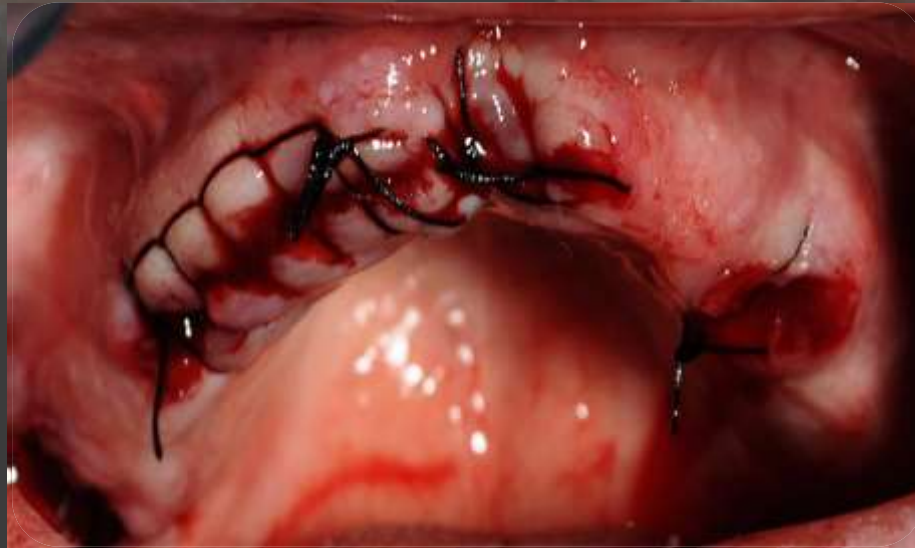
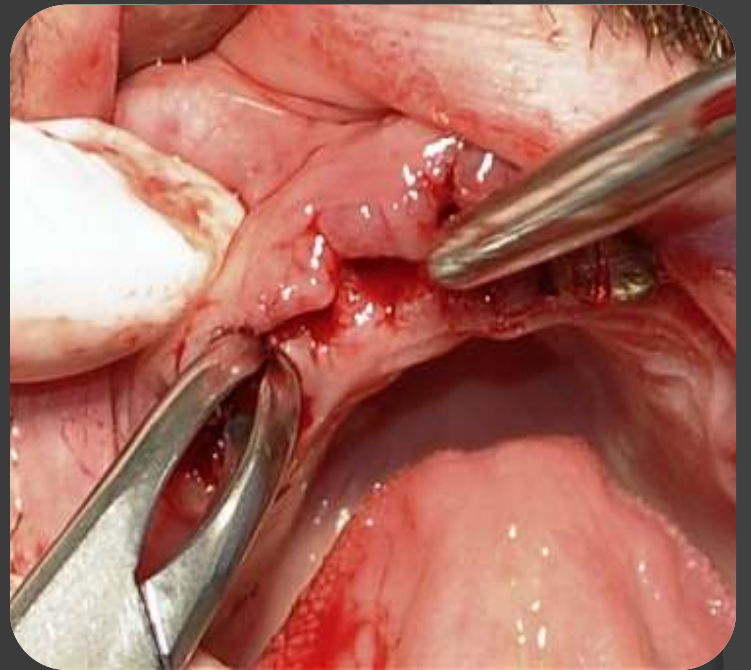
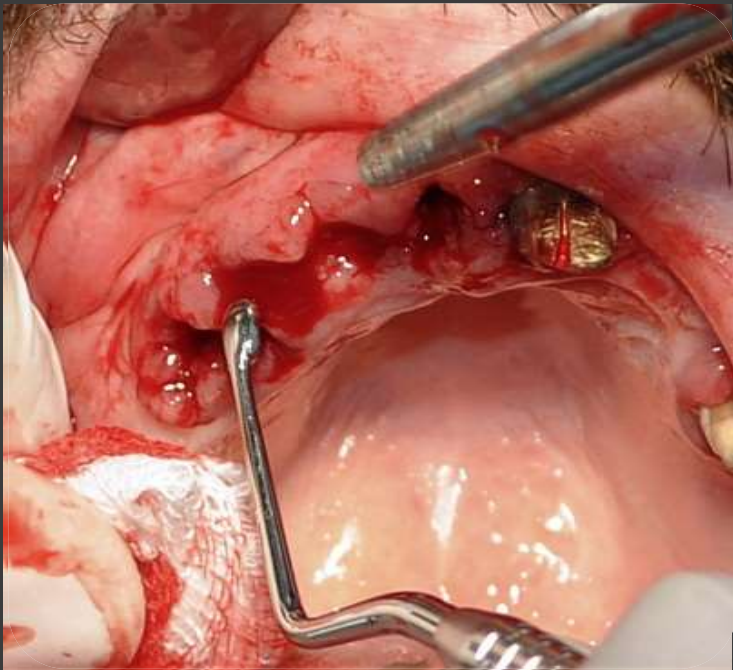






حالة سريرية ٩







شكراً لحسن
استماعكم