الانحسار اللثوي

gingival recession

أسباب-تصنيف-و طرق العلاج

د محمد تقي

التعريف

- يطلق على الانحسار في كثير من الأحيان مصطلح gingival recession
- الانحسار اللثوي وهو توضع الحواف اللثوية ذروياً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي
- في حين يسميه البعض soft tissue recession انحسار الأنسجة الرخوة
- ويسميه البعض الآخر marginal tissue recession وهو توضع الأنسجة الحفافية ذروياً بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي ويبدو هذا المصطلح أكثر قبولاً كون الإصابة بالانحسار لا تعني فقط خسارة الأنسجة اللثوية بل خسارة للثة و العظم و الرباط ولاحقاً قد تحدث خسارة في مادة الملاط أيضاً

- يتم حساب قيمة الانحسار اللثوي بقياس المسافة من الملتقى الميناائي-الملاطي إلى الحافة اللثوية الحرة.

و هنا نميز بين حالتين

١-**الانحسار الحقيقي:** وهو تراجع مستوى الارتباط البشري ذروياً بالنسبة للملتقى الميناائي الملاطي و ينجم عن ذلك انكشاف الملاط ، ويجب النظر إلى الانحسار اللثوي كعيب في النسج الرخوة و الصلبة معاً

٢-**الانحسار الخفي:** عندما لا يحدث تراجع في اللثة الحرة الحفافية بشكلٍ تالٍ لتراجع الارتباط البشري و نميز في هذه الحالة تشكل الجيب حول السني

.

Classification التصنيف

- تصنيف Atkins & Sullivan ١٩٦٨:

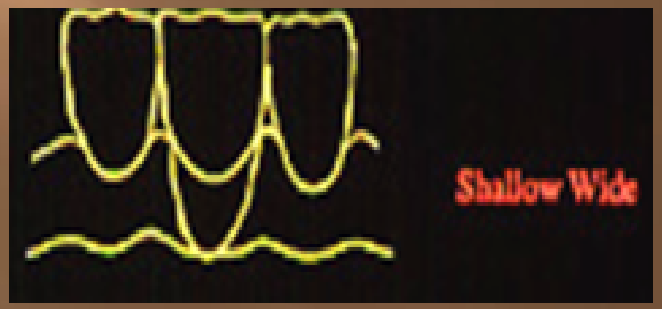
١- انحسارات ضحلة- ضيقة= إمكانية تغطية تامة

٢- انحسارات ضحلة- عريضة= إمكانية تغطية غير تامة

٣- انحسارات عميقة- ضيقة= تغطية تامة

٤- انحسارات عميقة- عريضة= تغطية جزئية على مستوى المنطقة الذروية من الانحسار.

١



٢

٣

٤

- تصنيف Zubeat & Kleber ١٩٨٣:

١- الصنف ١: الحليمات اللثوية المجاورة في مكانها الطبيعي= نسبة النجاح مرتفعة.

٢- الصنف ٢: إحدى الحلمتين الإنسية أو الوحشية متراجعة= نسبة النجاح أقل

٣- الصنف ٣: كلتا الحلمتين اللثويتين متراجعة= المعالجة مضاد استطباب

٤- الصنف ٤: كلتا الحلمتين اللثويتين متراجعتين بشكل شديد= المعالجة مضاد استطباب.

تصنيف Miller (١٩٨٥):

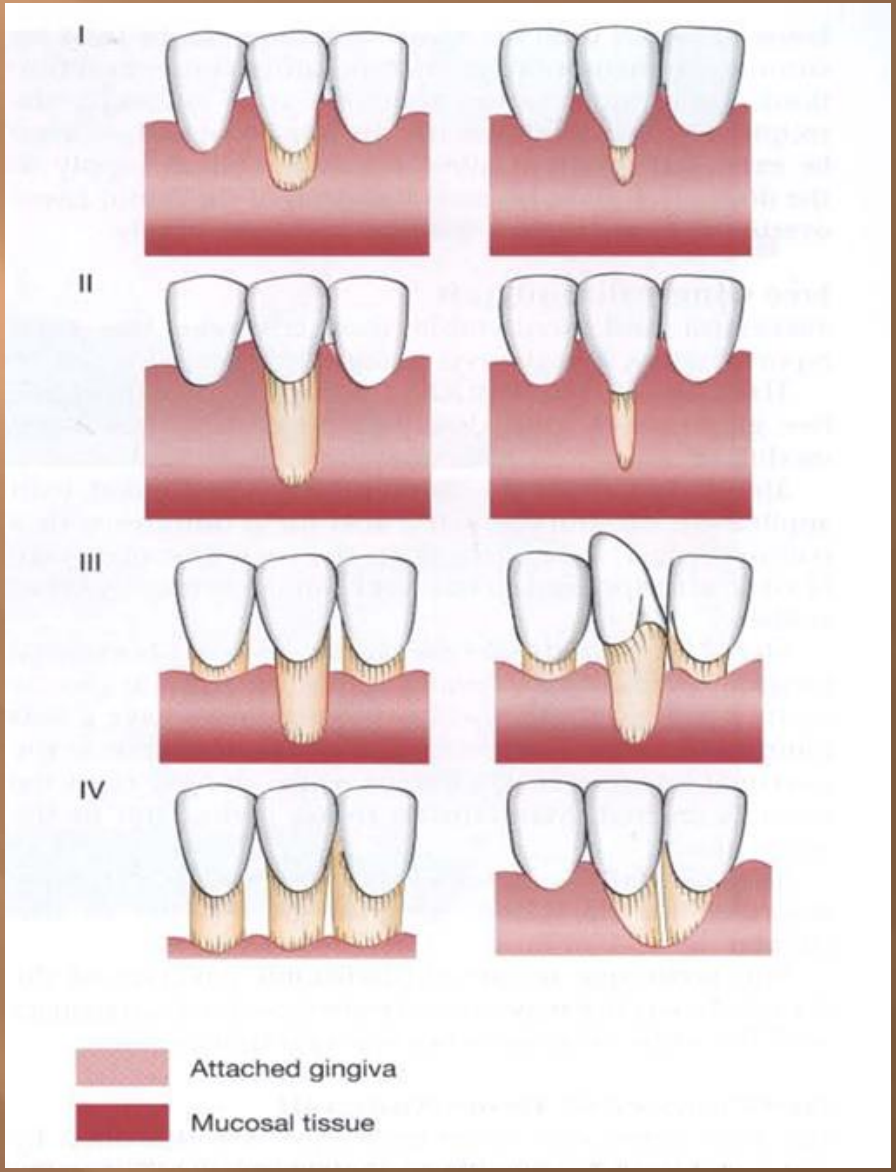
يصنف الانحسارات اللثوية إلى أربعة أقسام أساسية:

١ ـ **الصنف الأول:** انحسار في النسيج اللثوي الحفافي دون أن يصل إلى الملتقى المخاطي اللثوي، مع عدم وجود ضياع في العظم السنخي أو النسيج الرخو في المسافة بين السنية.

٢ ـ **الصنف الثاني:** انحسار في النسيج اللثوي الحفافي يصل إلى الملتقى المخاطي اللثوي أو يتجاوزه مع عدم وجود ضياع في العظم أو النسيج الرخو في المنطقة بين السنية.

٣ـ **الصنف الثالث:** انحسار في النسيج اللثوي الحفافي يصل إلى الملتقى المخاطي اللثوي أو يتجاوزه مع وجود ضياع في العظم أو النسيج الرخو في المنطقة بين السنية، أو سوء توضع في الأسنان. (ولكن مستوى ضياع الارتباط على مستوى السطح الملاصق أقل منه على مستوى السطح الدهليزي).

٤ ـ **الصنف الرابع:** انحسار في النسيج اللثوي الحفافي يصل إلى الملتقى المخاطي اللثوي أو يتجاوزه، مع ضياع شديد في العظم والنسيج الرخو في المناطق بين السنية (مستوى الارتباط متماثل في المناطق الملاصقة والدهليزية) مع سوء توضع سني شديد.



تصنيف Miller

الانتشار Epidimiology

- ☜ الانحسار اللثوي واسع الانتشار يشاهد في جميع الأعمار
- ☜ يصبح أكثر انتشاراً مع تقدم العمر
- ☜ لا علاقة له بالجنس
- ☜ افترضت الدراسات وجود استعداد فردي و سني لتطور الانحسارات اللثوية .

Epidimiology الأسباب

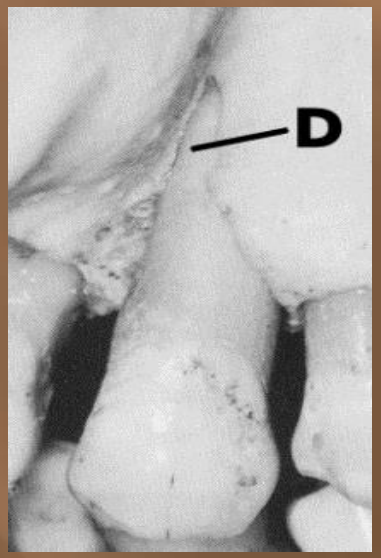
١-العمر age

يشاهد الانحسار اللثوي عادةً عند الكهول و يزداد معدل ظهوره مع العمر أما ظهوره عند الأطفال فهو أمر نادر الحدوث

٢ـ عوامل تشريحية

أـ ثخانة العظم السنخي: الصفيحة العظمية الدهليزية خاصة في منطقة الأنياب أرق من تلك التي تغطي السطوح الحنكية واللسانية وخاصة في منطقة الأرحاء حيث يكون العظم أكثر ثخانة

ب- وضع السن داخل التجويف العظمي السنخي: يؤثر وضع السن إذا كان باتجاه دهليزي أو لساني على وضع اللثة الملتصقة



ج-العيوب العظمية bone dehiscences

يرتبط الانحسار اللثوي الدهليزي دائماً بالعيوب العظمية في العظم السنخي و هناك علاقة مباشرة بين الامتداد الطولي (بالملم) للعيب العظمي الدهليزي و الانحسار الدهليزي الموازي

د- حجم وشكل الجذر:

الأسنان البارزة كالأنياب والضواحك تحاط بصفيحة عظمية رقيقة ولثة رقيقة وضعيفة.

هـ - وضع الألجمة:

- ارتباط الألجمة تاجياً بقرب اللثة الحليمية يجعلها أكثر عرضة للشد والتوتر مما يسبب رضاً وسحباً للحافة اللثوية ذروياً.
- إذا لم يكن اللجام فعالاً فغالباً لا توجد حاجة لاستئصاله جراحياً لكن عندما يصل حتى اللثة الحرة فإنه يمكن:

-أن يعيق إزالة اللويحة الجرثومية مما يزيد من سرعة تقدم الانحسار ويسبب نكس للحالة بعد المعالجة

-كما أن الشد الناتج عنه يمكن أن يؤدي إلى فتح الميزاب اللثوي أي تشكيل الجيب وحدوث الانحسار

و- البروزات الميائية و الملاطية

ز- كمية اللثة الملتصقة:

- اعتبر بعض الباحثين أن كمية اللثة الملتصقة تؤثر في حدوث التراجع اللثوي
- لكن بالنسبة لآخرين فإن كمية اللثة الملتصقة ليس لها أي دور.
- لم يعرف العرض المناسب للثة الملتصقة الضروري للحفاظ على الصحة اللثوية حيث يمكن للشخص الذي يتقن العناية بالصحة الفموية أن يحافظ على سلامة الفم بدون وجود لثة ملتصقة

العلاقة بين الانحسار و وجود اللثة الملتصقة

٠فحص كل من Lindhe – Nyman 1980 تبدل موضع الحواف اللثوية بعد المعالجة اللثوية عند ٤٣ مريض لديهم إصابة متقدمة في الجهاز الداعم مع قلة أو فقدان للثة الملتصقة . حيث جرت مراقبة الحالات ١٠ – ١١ سنة بعد المعالجة الجراحية من حيث بعد الحواف اللثوية عن CEJالملتقى الميناني الملاطي.

وكانت النتيجة

لم يشاهد حدوث أي انحسار خلال فترة المراقبة.

٠قام Dorfman 1982 بدراسة على ٢٢ مريض كل منهم لديه إصابة متناظرة لوجود الانحسار لثوي و فقد في اللثة الملتصقة حيث عولجت الإصابة في إحدى الجوانب معالجة محافظة مع زيادة كمية اللثة الملتصقة جراحياً بينما عولجت الجهة الشاهدة معالجة محافظة فقط وتمت المراقبة لمدة ٤ سنوات

و كانت النتيجة

أنه لا يوجد انحسار إضافي أو فقد في الارتباط في الطرف الشاهد (بدون معالجة جراحية)

إذاً

وبشكل مخالف لما كان يعتقد سابقاً أثبتت الدراسات الحديثة أن عرض اللثة ليس هو العامل الحاسم لحدوث الانحسار اللثوي لكن الانحسار هو الذي يسبب نقص في عرض اللثة .

٣ـ عوامل رضية:

أـ التهابية: تسبب الالتهابات اللثوية المتكررة البسيطة أو الغير محسوسة سريرياً المترافقة مع كمية بسيطة من اللويحة الجرثومية تؤدي إلى هجرة الارتباط البشري

- يعد الالتهاب الناتج عن اللويحة الجرثومية سبب أساسي لحدوث الانحسار اللثوي حيث أن انتشار العملية الالتهابية و وصولها إلى النسيج الضام اللثوي يؤدي إلى تلاشي هذا النسيج (في حال كونه رقيقاً) لتتجلى هذه العملية سريرياً بحدوث الانحسار اللثوي
- غالباً ما يشمل الانحسار الناتج عن الالتهاب اللثوي السطوح الملاصقة و السطح اللساني بالإضافة للسطح الدهليزي

ب- القلح: يعتقد أن القلح نتيجة وليس سبباً لبدء الانحسار
حيث يكون الجذر المكشوف أقل قابلية للتنظيف الغريزي من السطح المغطى مما يسبب تراكم القلح ليصبح القلح عندها عاملاً مساعداً في زيادة تخرب الحواف اللثوية وتقدم الانحسار

ج- ميكانيكية: التفريش السيئ الرضي بالاتجاه الذروي يؤهب لهجرة اللثة ذروياً وكذلك باستعمال الفراشي القاسية. أو العادات السيئة

د- الرض الإطباقي: لم يثبت بشكل قطعي إلى أن الرض الإطباقي المرافق لامتصاص العظم في أمراض النسج حول السنية احد العوامل المسببة للانحسار اللثوي.

التفريش الراض truma by vigorous toothbrushing

كما لوحظ أن الانحسار اللثوي يتعلق باستخدام الفراشي القاسية .
يعد الرض الناتج عن التفريش الشديد أو الراض السبب الرئيسي لتطور الانحسار و خصوصاً عند المرضى الشباب

الاضطرابات الإطباقية Occlusal Discrepancies

هناك خلاف ما بين نتائج أبحاث العلماء فيما إذا كان الرض الإطباقي يشارك أو يسبب الانحسار اللثوي

- أقترح في الأدب الطبي أن القوى الإطباقية الشديدة يمكن أن تكون عامل مسبب للانحسار اللثوي و من الدراسات التي أكدت ذلك :

- صرح Stillman ١٩٢٥أن الرض الإطباقي يسبب بشكل مبدئي كل الأمراض حول السنية بما فيها الانحسار اللثوي .

بالمقابل

- قرر Enerjee ١٩٦٨ أن موقع السن و تشريح العظم الداعم هي الأسباب الرئيسية لحدوث الانحسار و لم يؤيد فكرة أن القوة الإطباقية تسبب الانحسار اللثوي

- بينما كانت نتيجة دراسة Marthae , Stephenk , Harrellالتي نشرت عام ٢٠٠٣ أنه لا توجد علاقة هامة و واضحة بين الاضطرابات الإطباقية و عرض اللثة و أن المعالجة الإطباقية ليس لها دور في معالجة الانحسار

هـ- المعالجات الجراحية وخاصة شريحة وايدمان المعدلة والمعالجات حول السنية قد تؤدي إلى حدوث الانحسار اللثوي

المعالجة التقويمية orthodontic treatment

- بشكل عام معظم المعالجات التقويمية غير ضارة بالنسبة للأنسجة حول السنية .
- لكن يمكن في بعض الحالات (عند إجراء حركة أمامية للقواطع أو حركات جانبية للأسنان الخلفية مع كمية قليلة من الثة الملتصقة) أن يحدث الانحسار اللثوي

معالجة تقويمية تؤدي لعيوب عظمية = انحسار لثوي

كما يعتقد أن وجود العيوب العظمية (قبل المعالجة أو ناتجة عنها) على الأسنان التي يتم تحريكها سوف يؤدي لحدوث انحسار لثوي

النتيجة :

فيما يتعلق بالمعالجة التقويمية فإن تحريك الأسنان ضمن العظم السنخي فقط لا يؤدي لحدوث انحسار لثوي بينما يؤدي دفع الأسنان الشفوي غير المضبوط خلال الصفيحة القشرية لحدوث الانحسار

بالمقابل .

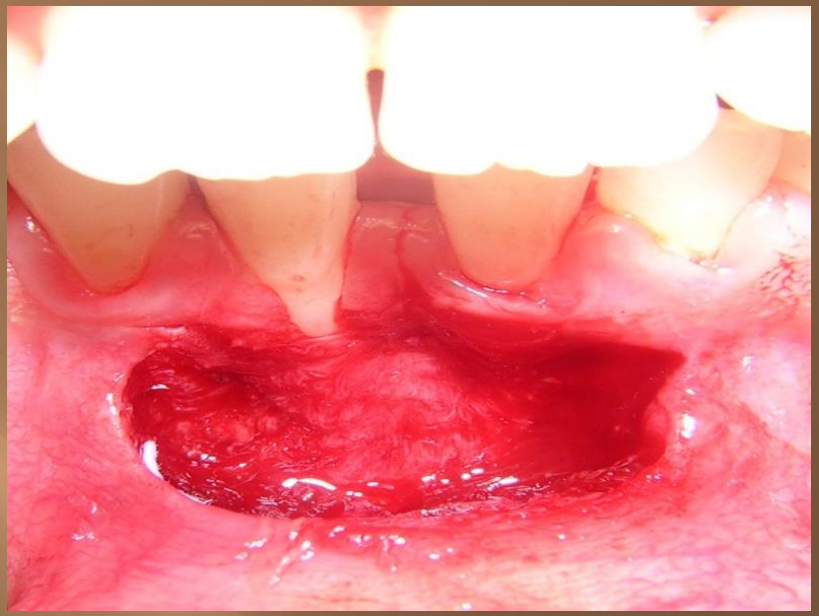
يشاهد تراجع للانحسار اللثوي على الأسنان البارزة و التي يتم تحريكها للموقع الصحيح تماماً ضمن العظم السنخي مع حدوث ترميم عظمي .

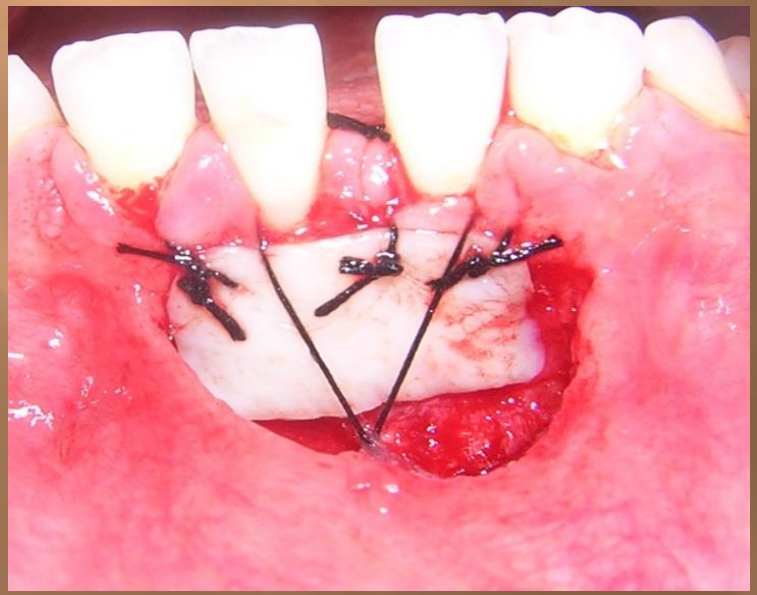
إذاً

يرتبط حدوث الانحسار اللثوي خلال المعالجة التقويمية باتجاه حركة الأسنان حيث تؤدي الحركة الدهليزية إلى إنقاص عرض اللثة الدهليزية بينما تشاهد زيادة في العرض عند إجراء الحركة اللسانية

أخيراً إن هدف المعالجة الجراحية قبل إجراء العلاج التقويمي

هو تقليل خطر تطور الانحسار و تهدف المعالجة إلى زيادة سماكة الأنسجة المغطية (مثل الطعوم) و ليس زيادة عرض (التاجي الذروي) للثة





الخلاصة

قبل إجراء أي نوع من المعالجة التقويمية يجب فحص الثخانة الدهليزية اللسانية للعظم و الأنسجة الرخوة في جانب الضغط المطبق على السن المعالج وإذا كانت الأنسجة رقيقة فيجب إعطاء تعليمات السيطرة على اللويحة الجرثومية قبل وخلال المعالجة و بعد إزالة الجهاز الثابت و ذلك لتقليل خطر تطور الانحسار اللثوي الدهليزي

المعالجة الترميمية

restorative treatment

إن توضع حواف الترميم تحت اللثة يؤدي إلى حدوث تخريش ورض للأنسجة كما أنه يسبب أيضاً تجمع اللويحة تحت اللثوية مما يسبب التهاب اللثة المجاورة و انحسار للحواف اللثوية

- لذلك يبدو أن وضع حواف الترميم تحت اللثة يؤدي لحدوث انحسار لثوي مع الزمن .
- كما أن ثخانة اللثة الحفافية (وليس عرض اللثة) يؤثر في مقدار الانحسار الحاصل نتيجة :
- الرض الميكانيكي خلال التحضير
- و تجمع اللويحة الجرثومية

الكحول

alcohol

سجلت العديد من الدراسات في الأدب الطبي عن العلاقة بين الكحول و التهاب الأنسجة الداعمة .

- وجد Vovacek ١٩٩٥و زملاؤه أن أمراض الأنسجة الداعمة عند المدمنين على الكحول تترافق مع سوء العناية بالصحة الفموية و السنية

- بينما وجد Harris ١٩٩٧ و زملاؤه أن اختلال التغذية عند المرضى المدمنين على الكحول هو المسؤول عن التهاب الأنسجة الداعمة

- حديثاً وجد Tezol ٢٠٠١ و زملاؤه أن تعاطي الكحول يترافق مع ارتفاع في نسبة أمراض الأنسجة الداعمة و زيادة في مستوى جراثيم BF – PG عند المرضى المفرطي الشرب

- كذلك يؤدي الكحول إلى زيادة الحساسية للويحة الجرثومية pluque-sensitized حيث تزيد البالعات الكبير من إنتاج TNF-a الذي يلعب دوراً كبيراً في تحطيم الجهاز الداعم و حدوث الانحسار

التدخين

smoking

- حديثاً يقترح العديد من المؤلفين أن التدخين يمكن أن يكون عامل خطورة في حدوث الانحسار اللثوي
- بالإضافة إلى ضعف الاستجابة للمعالجة عند المدخنين
- لا يبدو أن للتدخين دور في بدء حدوث الانحسار لكن يمكن أن يكون له دور في تسريع تطوره
- لابد من دراسات أخرى لتحديد دور التدخين في حدوث الانحسار

المعالجة treatment

- للوقاية من حدوث الانحسار يجب إزالة العوامل المسببة و كذلك المساعدة على حدوثه
- في حال وجود انحسار فإن المعالجة تعتمد على إيقاف تطوره و استمراره من خلال الإجراءات التالية

١-إزالة العوامل المسببة للانحسار و المساعدة على استمراره

٢-رفع مستوى السيطرة على اللويحة بأقل رض ممكن و يفضل هنا استخدام تقنية ستيلمان المعدلة أثناء التفريش

- إذا توقف الانحسار من خلال هذه الاجراءات لا نلجأ إلى الجراحة
- أما في حال استمرار الانحسار و تطوره نلجأ إلى المعالجة الجراحية

أهداف المعالجة الجراحية :

١-تغطية سطوح الجذور المكشوفة و إنقاص الحساسية

٢-تأمين المتطلبات التجميلية

٣-تدبير نخور الجذور و انسحالها

٤-إنقاص المناطق المثبتة للويحة الجرثومية

معايير التغطية الجذرية التامة

- يجب ان تكون الحافة اللثوية بمستوى الملتقى الميناني الملاطي
- ارتباط سريري على سطح الجذر
- عمق سبر طبيعي (٢ملم) او أقل
- لايوجد نزف عند السبر
- تامين الناحية الجمالية للمريض

التقنيات الجراحية المستخدمة في تغطية الجذور

تقسم التقنيات الجراحية المستخدمة في تغطية الجذور وفقاً لما يلي :

١-الشرائح المعنقة

٢-الطعوم الحرة

٣-التجدد النسيجي الموجه و التقنيات الحديثة الأخرى

أولاً-الشرائح المعنقة

الشريحة المزاحة جانبياً Laterally positioned flap

الاستطباب:

تستطب لمعالجة الانحسارات اللثوية الموضعة الضيقة عند توفر الشروط التالية :

١-سلامة النسج حول السنية

٢-وجود ارتفاع وثخانة كافية من النسج اللثوية الملتصقة والمتقرنة

٣-وجود ميزاب دهليزي جيد العمق خالي من الارتباطات العضلية والألجمة

مضادات الاستطباب:

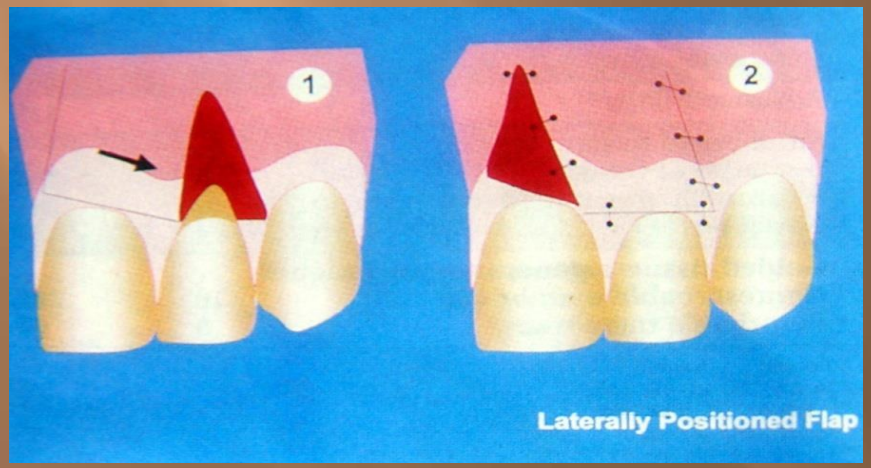
١-عدم توفر الشروط السابقة

٢- منطقة انحسار عريضة

٣-وجود شقوق ونوافذ عظمية على مستوى المنطقة المعطية

٤-وجود ضياع عظمي ملاصق

٥-البروز الزائد لأسنان المنطقة المعطية



المزايا:

- تؤمن زيادة في كمية اللثة الملتصقة في المنطقة المستقبلة

- تأمين الناحية الجمالية

- مكان جراحي واحد

- تامين تروية دموية كافية.

المساوئ:

-محدودية الاستطباب (عدم إمكانية استخدامها في الانحسارات العريضة أو المتعددة

-إمكانية حدوث انحسار على مستوى المنطقة المعطية

-تغطية جذرية غير تامة

أسباب الفشل:

- توتر قاعدة الشريحة

- عدم كفاية عرض الشريحة

- الحركة الزائدة بسبب ضعف التثبيت

- امتصاص عظمي على مستوى المنطقة المعطية

الشريحة مضاعفة الحليمة double papilla flap

صممت هذه الشريحة بهدف:

١- تأمين لثة ملتصقة متقرنة

٢- تغطية الانحسار

تستطب لتغطية الانحسار عندما تكون الحليمات المجاورة سليمة وذات عرض كاف

مضادات الاستطباب :

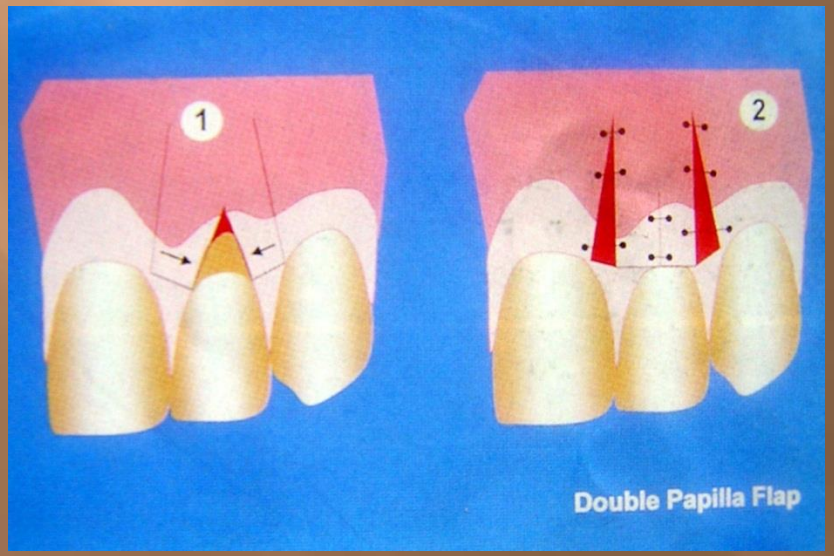
١- الضيق النسبي للحليمة

٢- وجود ثلم لثوي على مستوى الحليمة

٣- وجود جيوب حول سنية ملاصقة

المزايا :

خطر فقدان العظم السنخي في الحدود الدنيا لان العظم بين السني أكثر مقاومة من العظم الدهليزي



أسباب الفشل:

- انفصال الحليمتين
- تشكل نوافذ وشقوق عظمية
- وجود نسيج متقرن غير ملائم لتغطية الجذر
- حركة الشريحة
- ضيق الحليمات

-الشريحة المزاحة تاجياً Coronally advanced flap

الاستطباب:

-الانحسارات اللثوية الضحلة وأحياناً المعتدلة (٣-٥ملم)

-صنف اول ميللر

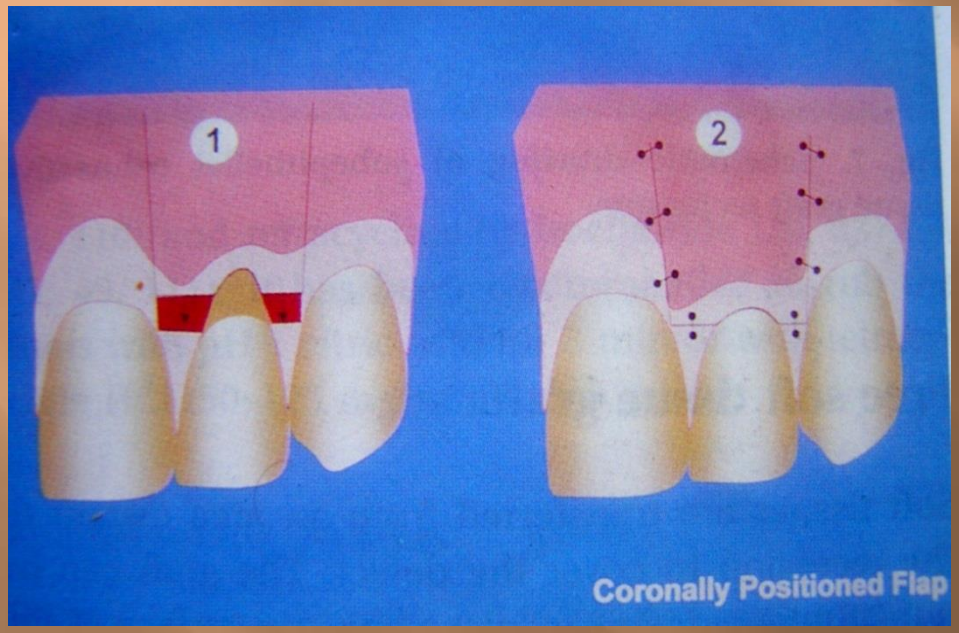
-عمق ميزاب كاف

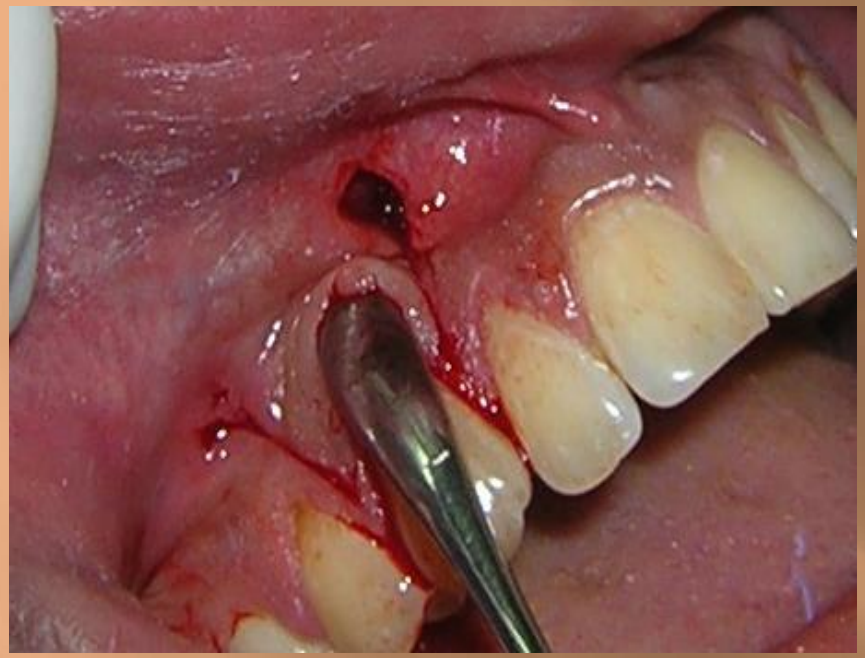
المزايا :

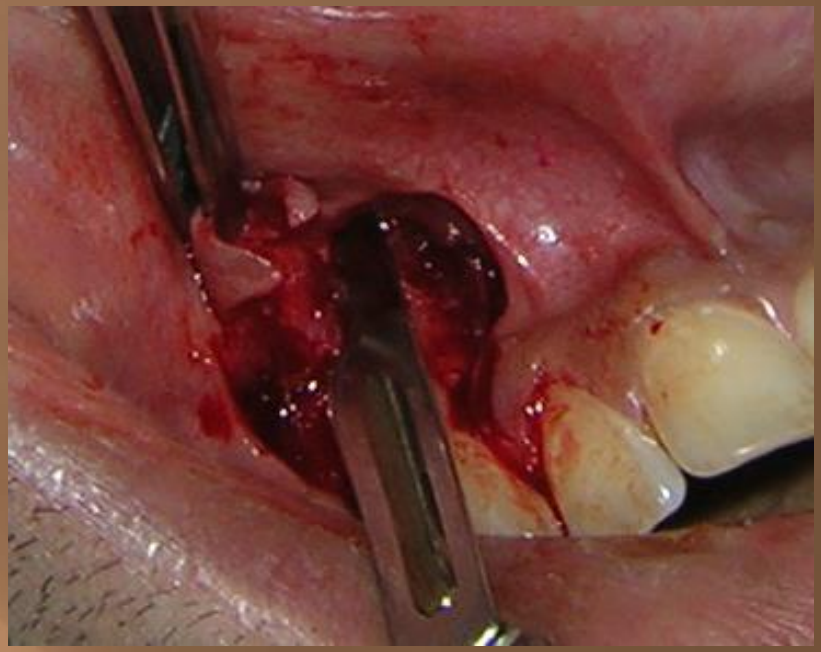
- معالجة الانحسارات المتعددة
- منطقة جراحية واحدة
- نتيجة تجميلية ممتازة من ناحية التجانس اللوني لا تفوقها أي تقنية أخرى

المساوئ:

ضعف قابلية التنبؤ بنتائجها







ثانيا": الطعوم الحرة :Free grafts

الطعم الضام اللثوي : Connective tissue graft
الطعم اللثوي الحر: Free gingival graft

الطعم الضام اللثوي : Connective tissue graft

الاستطباب:

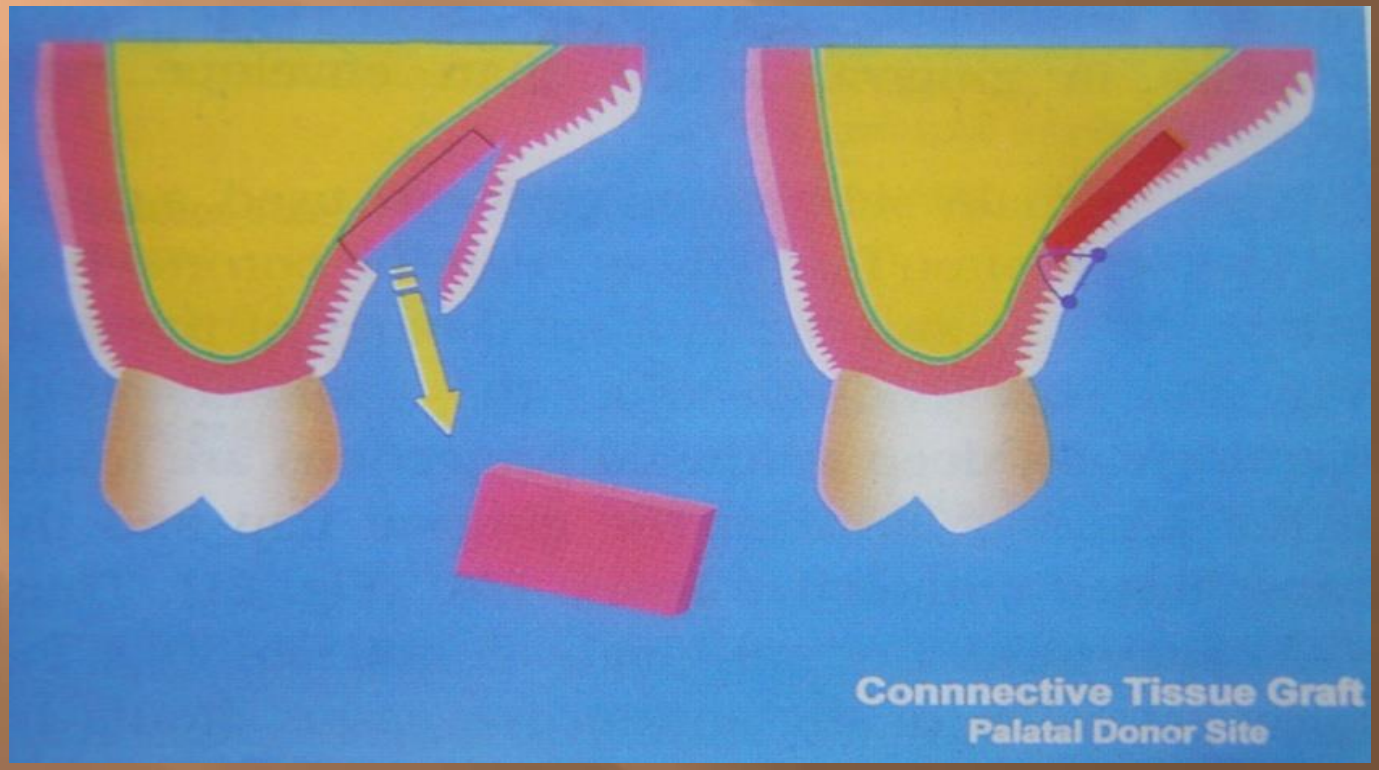
-الانحسارات العميقة(أكثر من ٥ملم) والعريضة وحيدة أو متعددة
- عدم كفاية اللثة المجاورة
- إعادة بناء النسيج اللثوي
- لمعالجة غياب الحليمات
- الآفات العنقية غير النخرية
- وحديثاَ لتغطية النخور الجذرية
- لمعالجة تشوهات الحافة السنخية

المزايا:

-شفاء المنطقة المعطية بالمقصد الأول
-ناحية جمالية جيدة
-ارتفاع معدل التغطية وتحسنه بمرور الزمن
-لم تلاحظ حالات نكس
--تروية دموية مزدوجة من السرير والشريحة المغطية

المساوئ

- وجود مكانين جراحيين
- قد تحدث زيادة في الثخانة النسيجية تكون مفرطة أحياناً



الطعم اللثوي الحر: Free gingival graft

يمكن تطبيقها لتغطية الانحسار بمرحلة واحدة او بمرحلتين

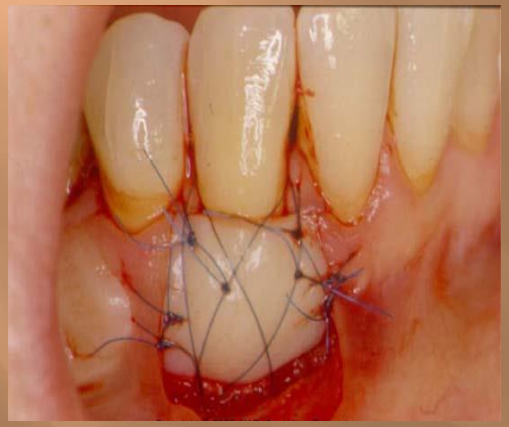
تستطب مع الانحسارات المترافقة مع ضياع اللثة الملتصقة

المزايا:

- لا تتعلق بكمية اللثة الملتصقة المجاورة
- الميزاب الضحل لا يشكل عقبة
- معالجة الانحسارات المتعددة

أهم أسباب الفشل:

-التصنيف غير الصحيح للانحسار
-التسوية غير الصحيحة
-التصميم غير الصحيح للسرير المستقبل
- حجم غير كاف للحليمات بين السنية
- حجم الطعم وسماكته غير مناسبين
- جفاف الطعم
- تلاؤم غير مناسب مع السرير
- فشل في تثبيت الطعم والضغط الزائد
- عدم تخفيف الالتهاب قبل التطعيم
- رض الطعم قبل الشفاء الأولي
- التدخين المفرط



1,3x

1,2x

شكرً لحضوركم