

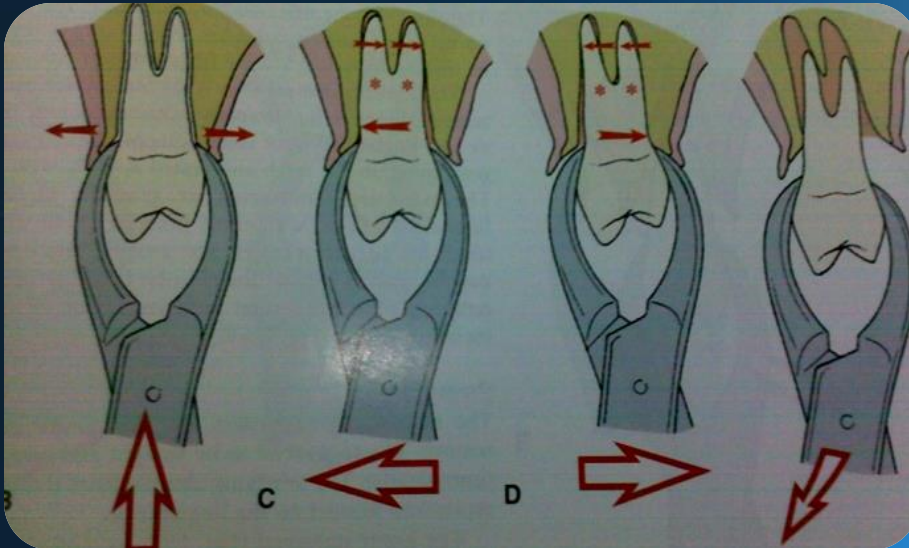
اختلاطات هامة أثناء قلم الأسنان وتدبيرها

الأستاذ الدكتور محمد سبع العرب

كسور الحافة السنخية

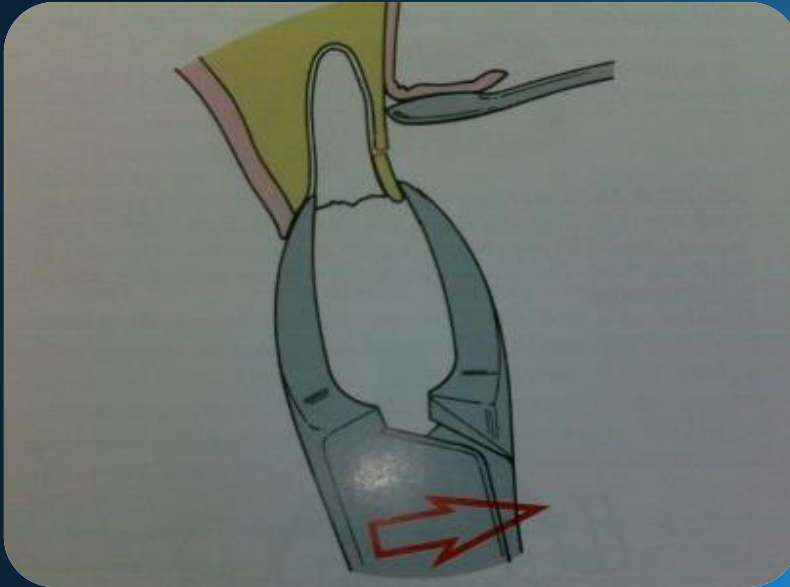
fracture of the alveolar process

يتطلب قلع الاسنان تحريك السن بعد مسكه بواسطة الكلابة نحو الدهليزي واللساني أو الحنكي وكذلك فتلّه إذا كان وحيد الجذر وذلك لتوسيع السنخ قليلاً لتسهيل عملية القلع . مع ذلك تحدث كسور للحواف السنخية .



العوامل المؤهبة والمسببة :

- استخدام القوة المفرطة أثناء القلع.
- سماكة القشرة العظمية الدهليزية.
- إنزال فكي الكلابة إلى ما بعد عنق السن.



العوامل المؤهبة والمسببة :

شكل جذور السن



العوامل المؤهبة والمسببة :

✦ عمر المريض حيث تحدث الكسور السخية بكثرة عند المسنين بينما هي أقل عند اليافعين والشباب بسبب مرونة العظم

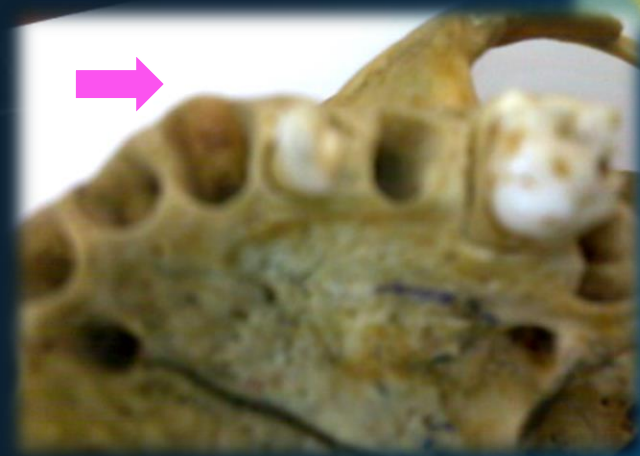
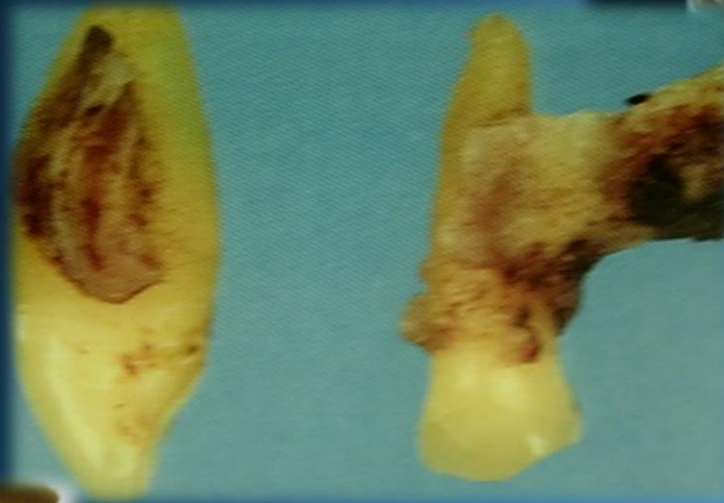


العوامل المؤهبة والمسببة :

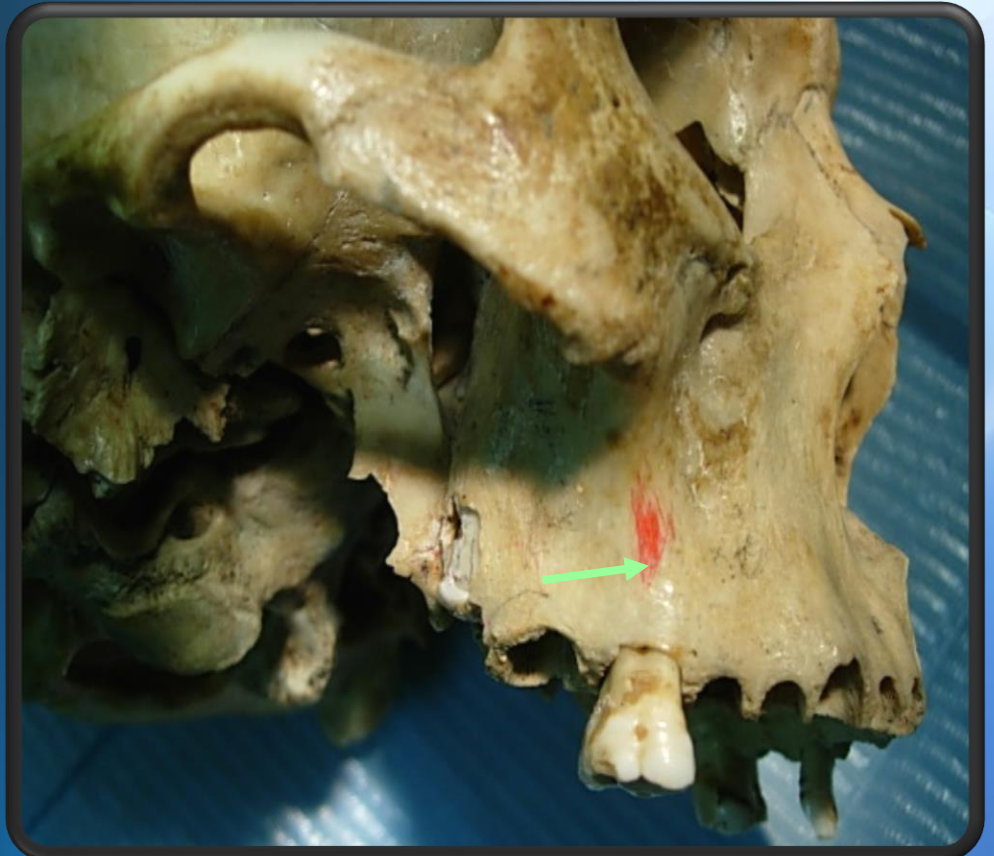
■ أكثر المناطق إصابة (منطقة الناب العلوي- منطقة الأرحاء العلوية وخصوصاً الرحى الأولى- منطقة الحذبة الفكّية- منطقة القواطع السفلية) وكذلك الصفيحة العظمية اللسانية عند قلع الأرحاء الثالثة السفلية.



منطقة الناب العلوي



منطقة الرحى الأولى العلوية



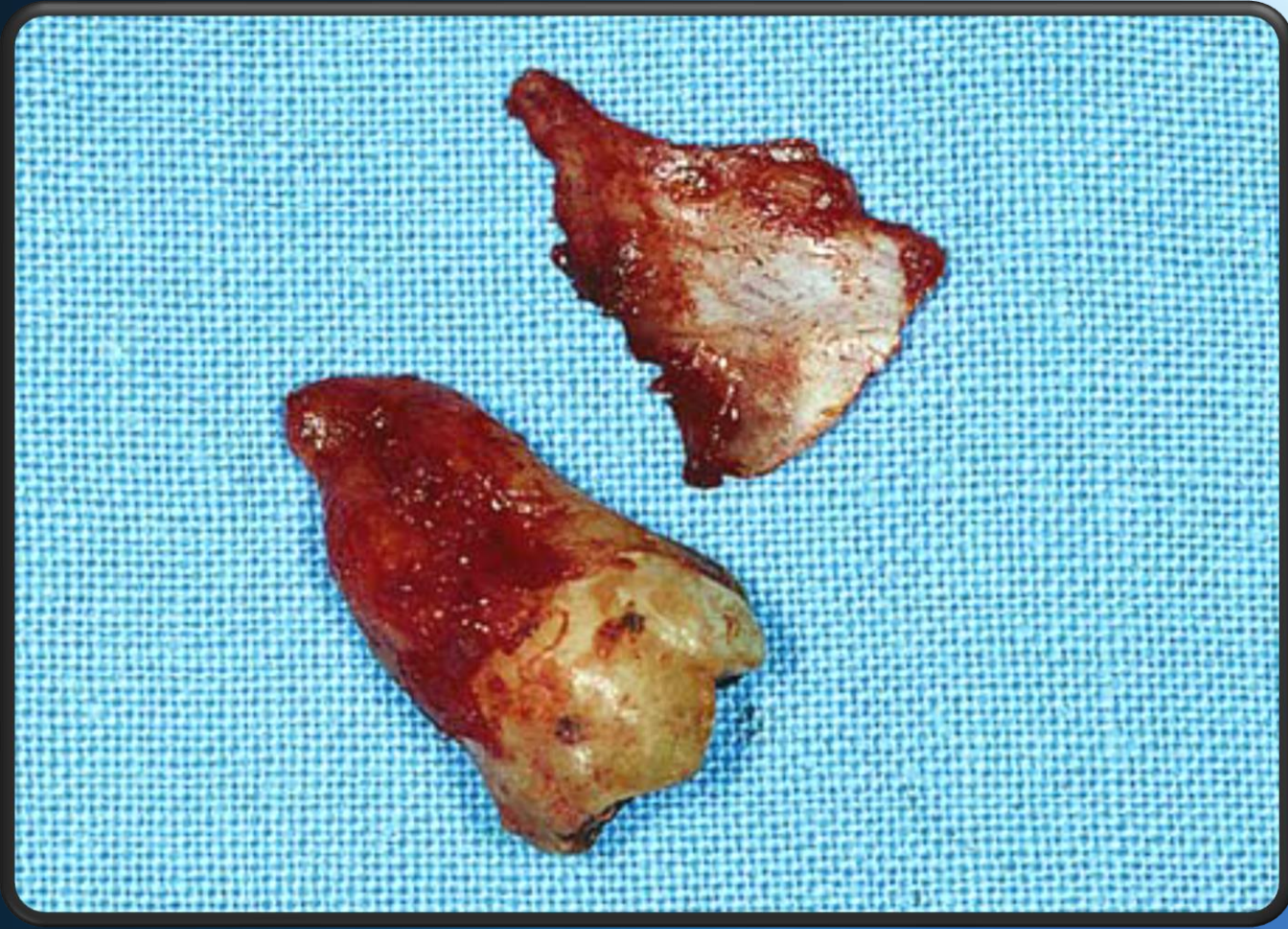
منطقة الحذبة الفكية



منطقة القواطع السفلية



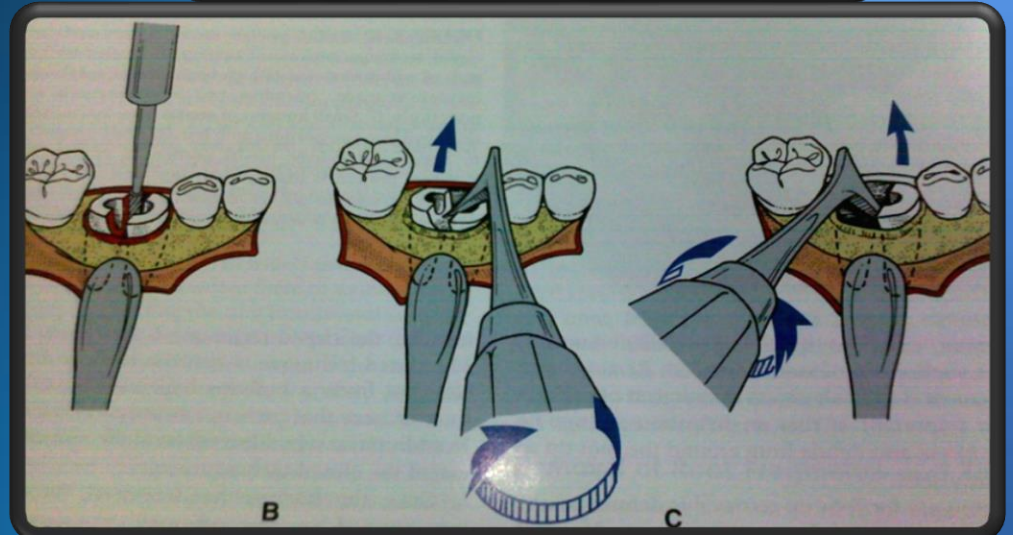
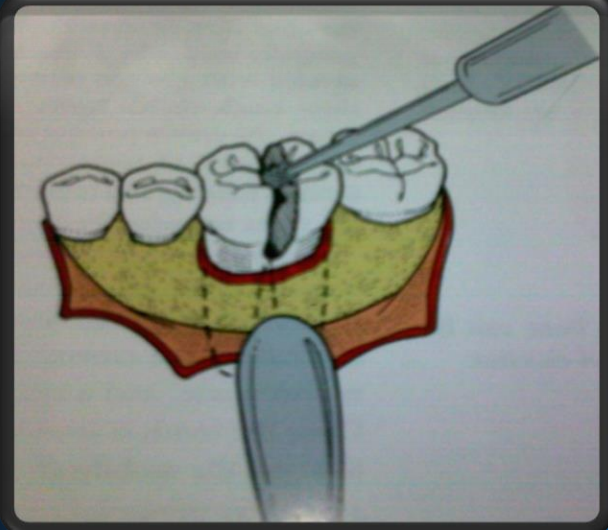
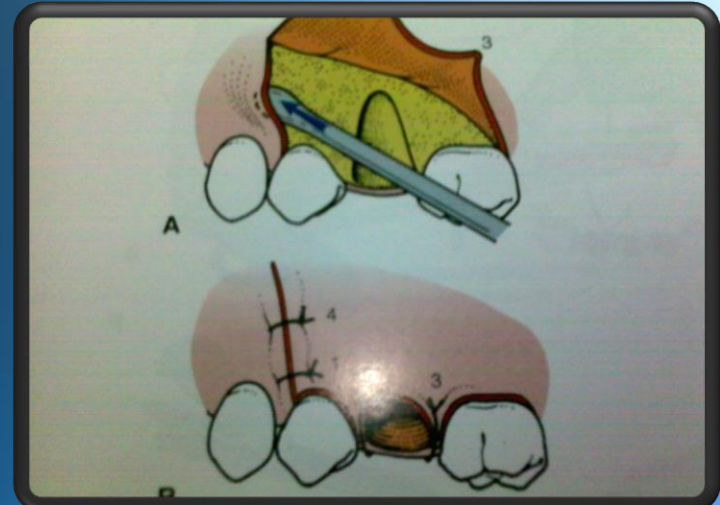
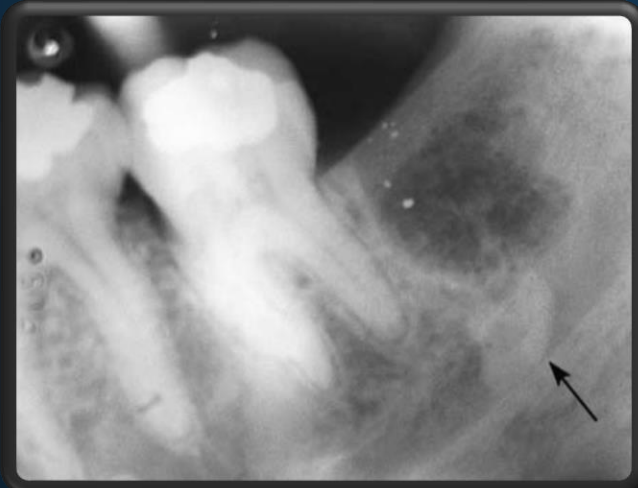
الصفحة العظمية اللسانية عند قلع الرحى الثالثة السفلية



Fracture of lingual plate during extraction of an impacted mandibular third molar

❖ إجراء تصوير شعاعي مسبق
❖ فصل الجذور في بعض الحالات
❖ إجراء قلع جراحي بعمل شريحة أحياناً

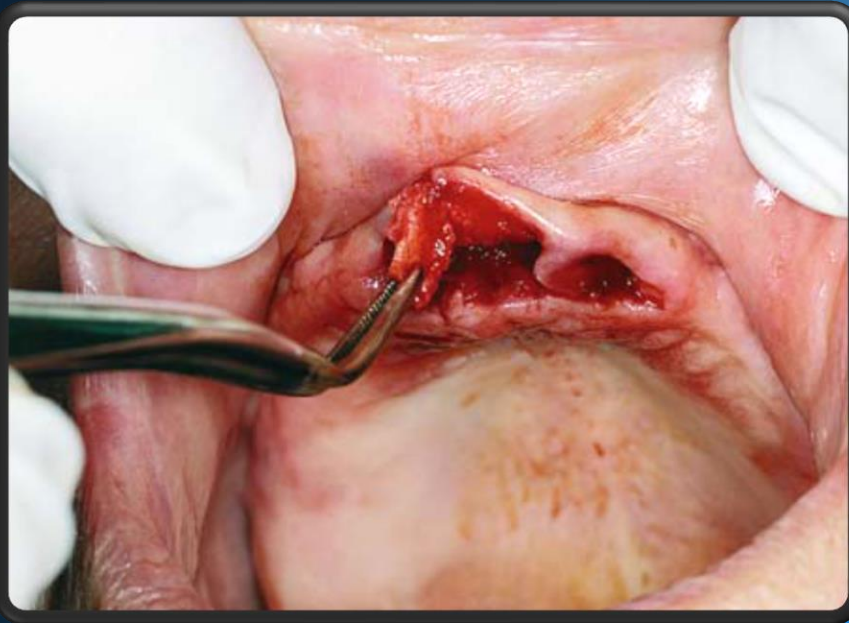
الوقاية:



المعالجة :

■ إزالة الجزء المكسور إذا كان منفصل عن الغشاء المخاطي وإجراء تنعيم للحواف السنخية الشدّة ثم ضب السنخ والغشاء المخاطي.

■ إزالة الجزء المكسور إذا كان منفصل عن الغشاء المخاطي وإجراء تسليخ بسيط للغشاء المخاطي ثم خياطة



Removal of a small part of the fractured alveolar process, which has been reflected from the periosteum during extraction of a maxillary anterior tooth, using forceps

المعالجة :

■ ترك القطعة المكسورة إذا كانت ملتصقة على الغشاء المخاطي مع أو بدون خياطة.

■ إذا كانت القطعة كبيرة فيفضل إرجاعها إلى مكانها وتثبيتها بالوسائل المعروفة (خياطة عظمية -میزابة إلخ).

■ يمكن وضع طعوم عظمية طبيعية وتركيبية ومواد مألئة (Bio-oss مثلا) في المنطقة وإجراء خياطة عند فقد قطعة كبيرة.

كسور الحذبة الفكّية

fracture of the maxillary tuberosity

- إن كسور الحذبة الفكّية أمر شائع أثناء قلع الأرحاء الثالثة العلوية وأحياناً الثانية إذا كان آخر سن على القوس السنية.
- وتعد الحذبة الفكّية عنصراً هاماً لتثبيت الجهاز الكامل فيما بعد إضافة إلى إمكانية انفتاح الجيب الفكّي عند كسر الحذبة الفكّية.

أهم الأسباب:

- القلع العنيف.
- فقد المرونة العظمية عند الكهول خصوصاً.
- تطبيق الرافعة العلوية بحشرها بين 7 و8 والدفع خلفاً.
- أثناء قلع براعم الأرحاء الثالثة المنطمرة.

المعالجة :

❏ **رد الكسر بالإصبع** إذا كانت **الحدبة غير متحركة** كثيراً وإعطاء تعليمات للمريض وإجراء خياطة للغشاء المخاطي .

❏ إذا كانت **الحدبة متحركة حركة كبيرة** فهناك عدة خيارات:

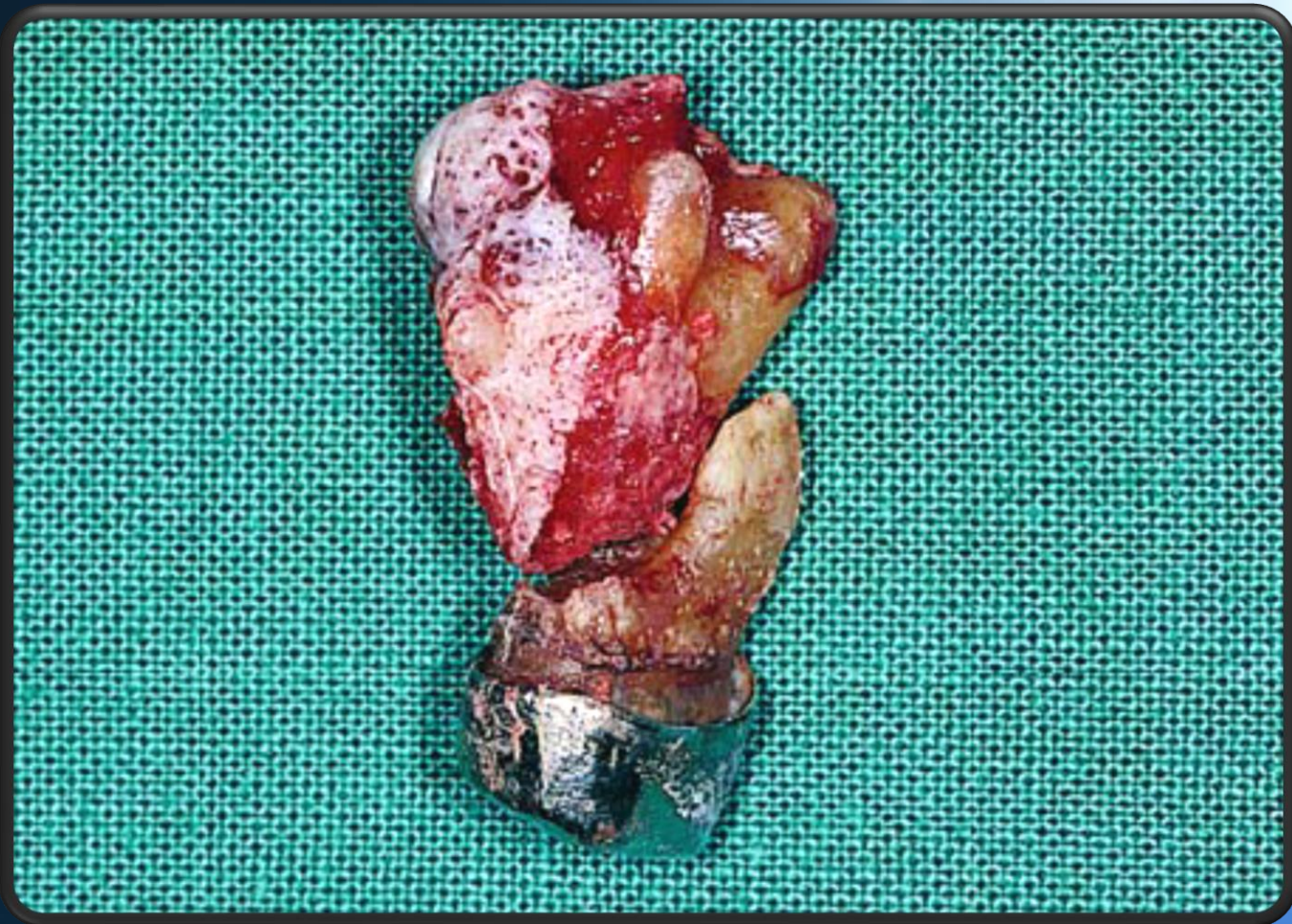
(1) عمل جبيرة مع الأسنان المجاورة وتأجيل القلع للرحى من 6-8 أسابيع (زمن الشفاء اللازم) وتقلع الرحى فيما بعد قلعاً جراحياً بواسطة شريحة.

(2) أو يتم إجراء فصل تاج الرحى ثم إجراء خياطة وتأجيل قلع الجذور من 6-8 أسابيع (زمن الشفاء اللازم ثم تقلع الجذور جراحياً)

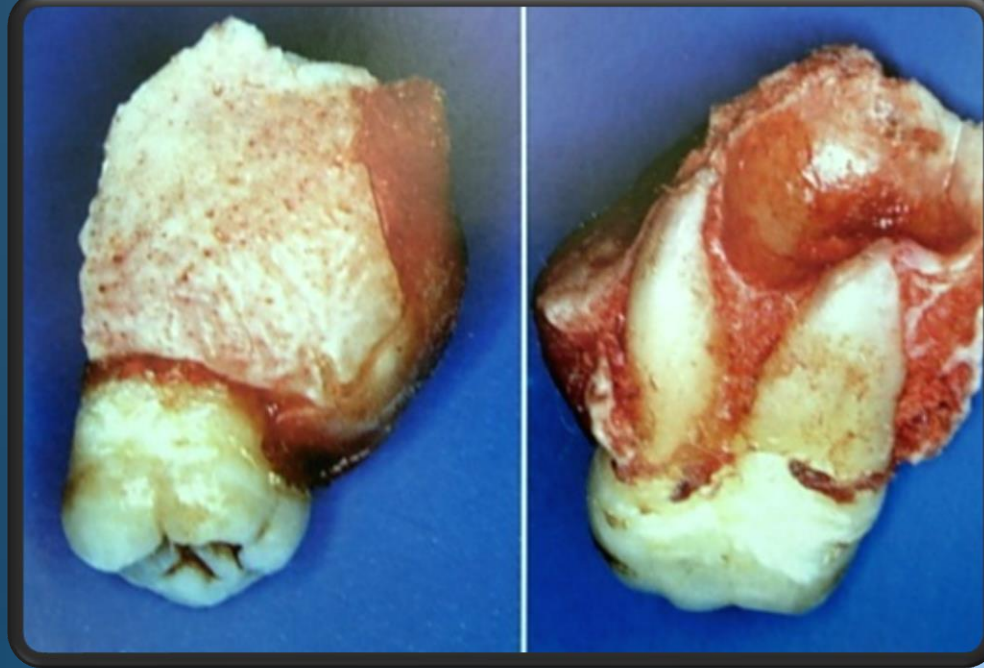
المعالجة :

(3) في حال وجود إنتان مسبق والحدبة مفصولة تماماً عن الغشاء المخاطي والرحى فيتم إجراء **تنضير وغسل للمنطقة وإعادة الحدبة إلى مكانها** وإجراء خياطة للنسج الرخوة وذلك بعد إجراء تثبيت للحدبة.

ويجب الانتباه: إلى احتمال وجود انفتاح للجيب الفكي لذلك يجب دائماً عمل إغلاق جيد وكتيم للنسج الرخوة في المنطقة.

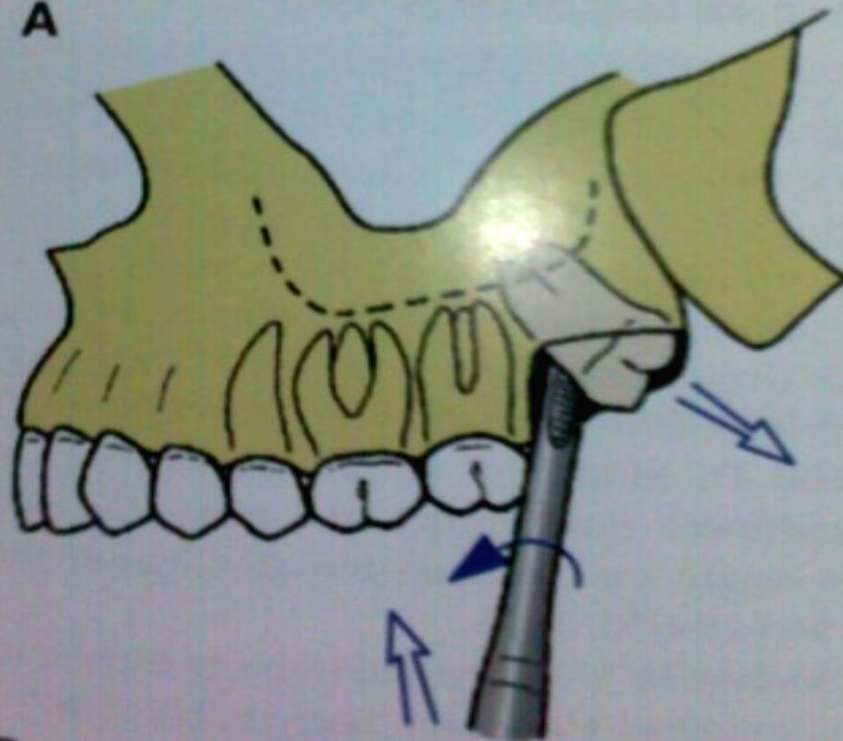


Fracture of the maxillary tuberosity, during extraction of an ankylosed maxillary molar





A



B

رضوض الأعصاب في مناطق القلع

injury to regional nerves

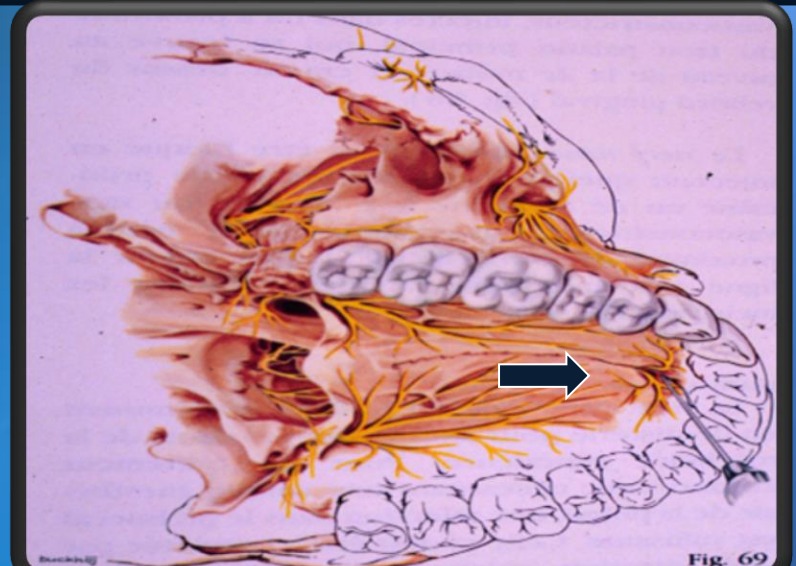
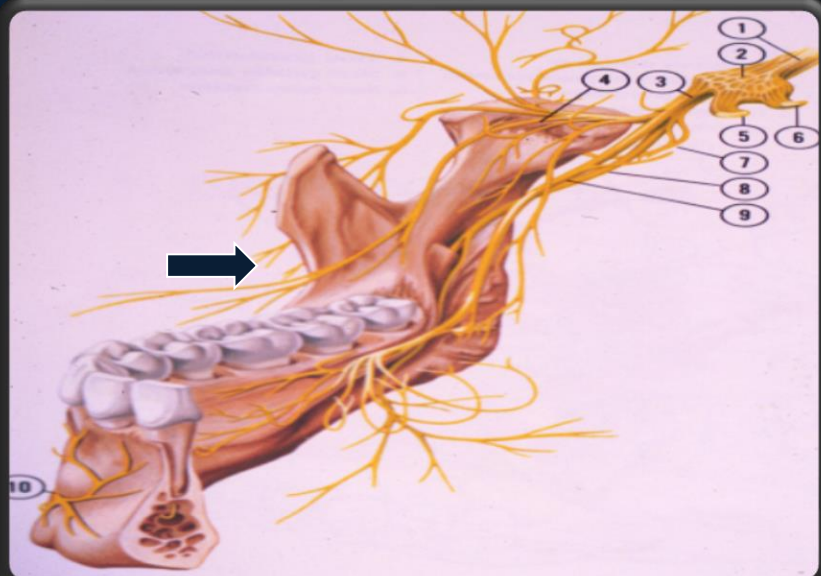
تتعرض فروع العصب مثلث التوائم للرض أثناء قلع الأسنان وهذه الفروع هي:

- ✓ العصب الذقني
- ✓ العصب اللساني
- ✓ العصب السنخي (السنّي) السفلي
- ✓ العصب الأنفي الحنكي
- ✓ العصب الفموي (المبوقي)
- ✓ العصب الحنكي الكبير

العصب الأنفي الحنكي والعصب الفموي

① يتم قطعهما ورضهما بكثرة أثناء عمل قلع جراحي وإجراء شرايح لكشف الأسنان عند قلع الأسنان الأمامية العلوية وقلع الأرحاء السفلية.

② إن هذين العصبين الحسيين يعصبان مناطق صغيرة نسبياً وإعادة التعصيب تتم بسهولة بعد الإصابة ولا يترك رضهما عقابيل طويلة الأمد كذلك إنزعاج المريض ليس كثيراً.



العصب الذقني

❶ يمكن أن يتم رضه عند قلع الضواحك السفلية وجذورها أو في حالة الضواحك المنطمرة أو عند إجراء جراحة ذروية على الضواحك السفلية عند منطقة الثقبه الذقنية.

❷ وإذا تم رض العصب فإن المريض يشعر بتشوش أو بفقدان الحس في الشفة والذقن في الجهة الموافقة .

❸ ويمكن أن يعود الحس إذا كان هناك عدم انقطاع للعصب بسبب عمل شريحة لكشف المنطقة ويستغرق ذلك بضعة أيام وأحياناً عدة أسابيع

العصب الذقني:-

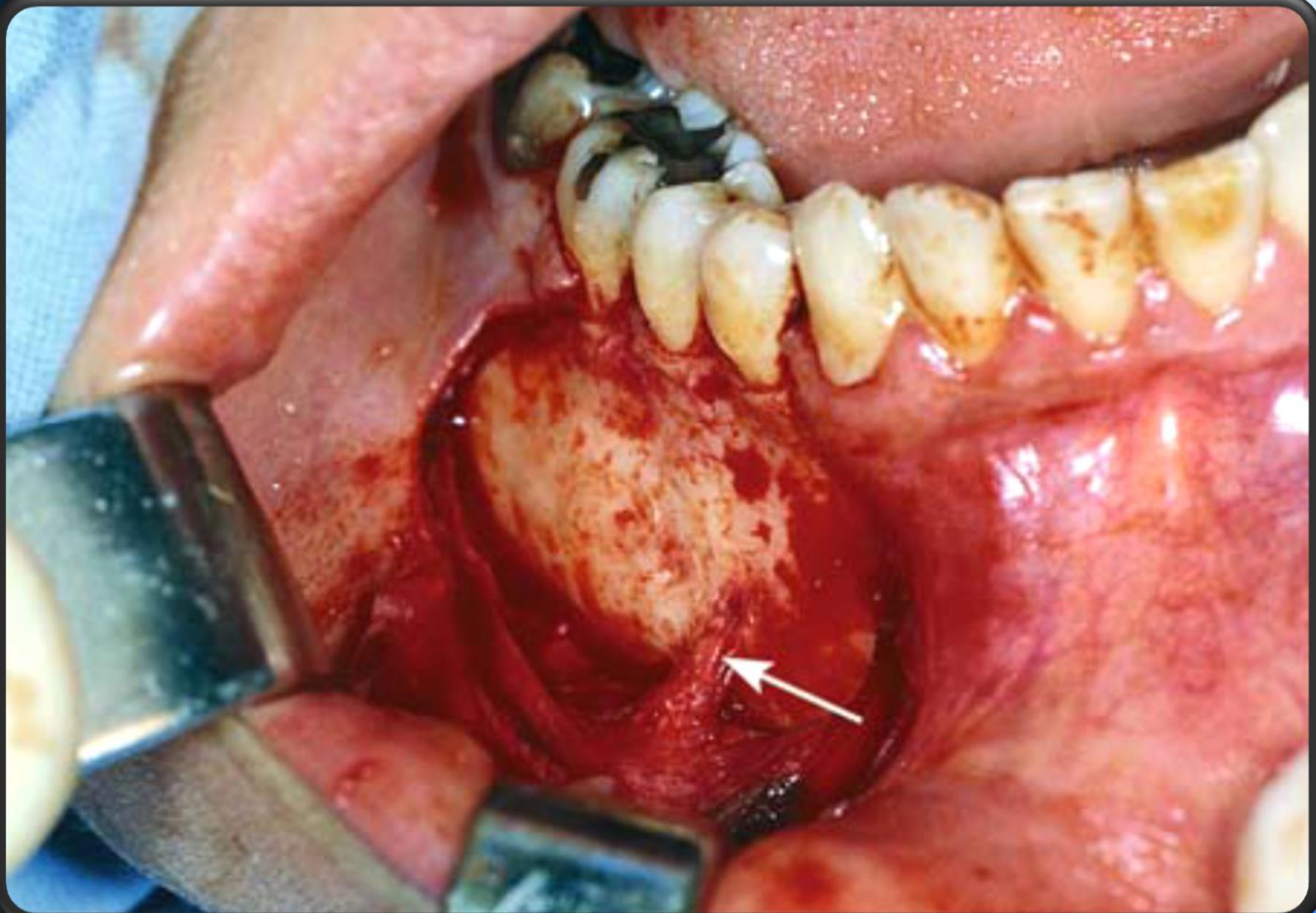
❶ أما إذا انقطع العصب عند الثقبّة الذقنية فإنّ الحس لن يعود أبداً ويشعر المريض بخدر دائم في الشفة والذقن في الجهة الموافقة.

❷ لذلك يجب الحذر عند العمل في تلك المنطقة وأن يلم الطبيب بالتشريح بشكل جيد وتجنب شق وتسليخ السمحاق هناك كما يجب على طبيب الأسنان إحالة المريض إلى أخصائي جراحة الفم والفكين والذي له خبرة في معالجة هذه الحالات.





Close relationship of impacted mandibular premolars with the mental foramen could lead to injury of the mental nerve during the surgical procedure



Risk of injury of the mental nerve, after exposure, if excessive force is used with the retractors holding the flap

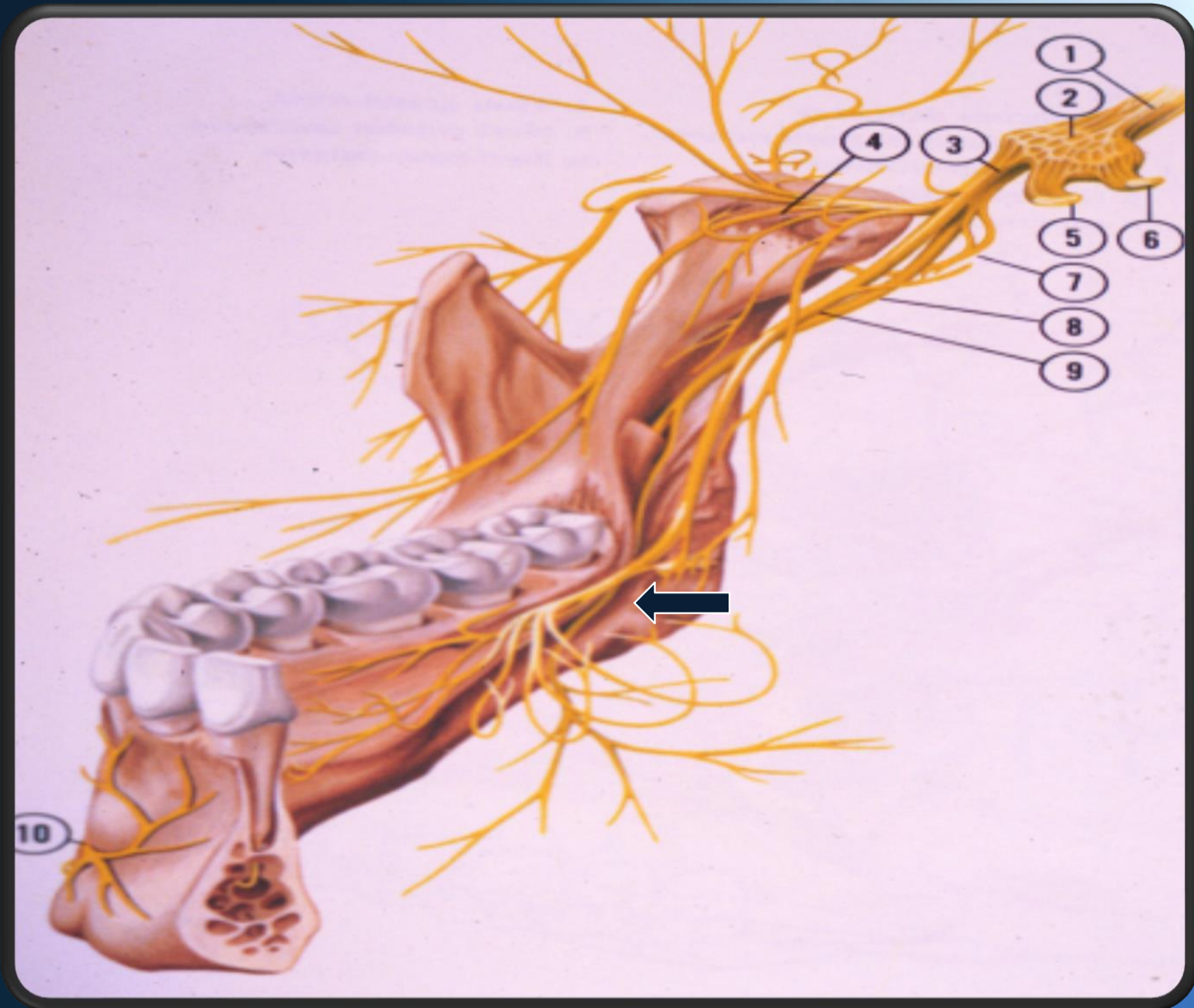


العصب اللساني

• يتوضع لسانياً في منطقة المثلث خلف الرحوي وأحياناً يمكن أن يدخل إلى منطقة المثلث نفسها .

• قد يتعرض أحياناً إلى **رض** عند إجراء شقوق في تلك المنطقة والتسليخ باتجاه اللساني لكشف الأرحاء المنطمرة ويشعر المريض **بخدر وتشوش** في الحس في الثلثين الأماميين من نصف اللسان الموافق مع خدر في الغشاء المخاطي اللساني الموافق.

• وكذلك **انزلاق للروافع أو الكلابية** باتجاه العصب اللساني أثناء قلع الرحى الثالثة والثانية قد يقطع الحزمة الوعائية العصبية ونتعرض لمشكلتين مشكلة نزفية وفقدان الحس.



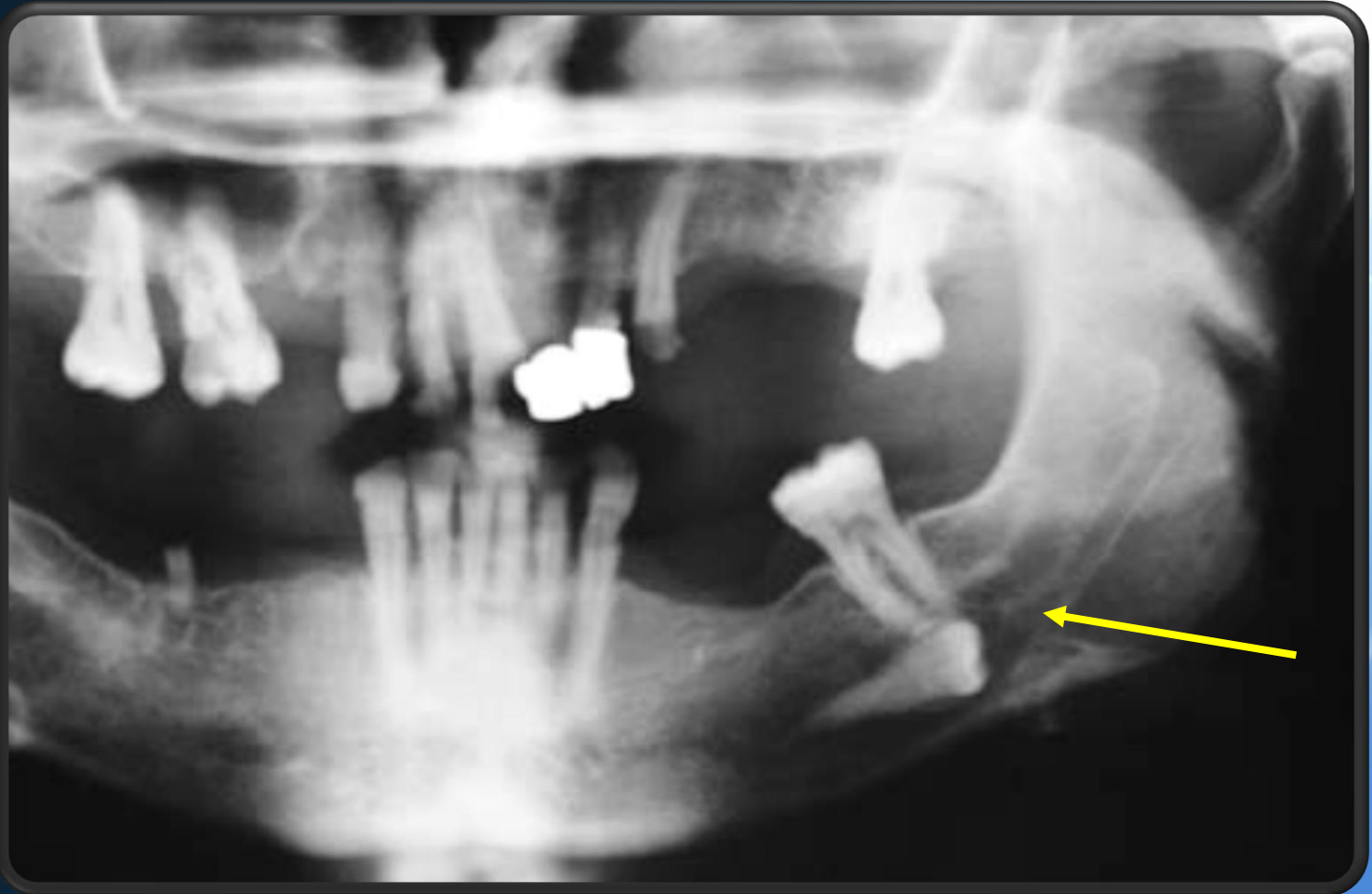
العصب السنخي السفلي

● كثيراً ما ينتقب سقف القناة أو يتمزق أو تتدخل قطعة من الجذر فيها عندئذ يجب أن نتوقف عن القلع ونرسل المريض إلى أخصائي جراحة الفكين مع إجراء صورة شعاعية .

● وإن **رض العصب السنخي السفلي** قد يحدث خدرا مؤقتا أو دائما في منطقة الشفة السفلية والذقن الموافقة .

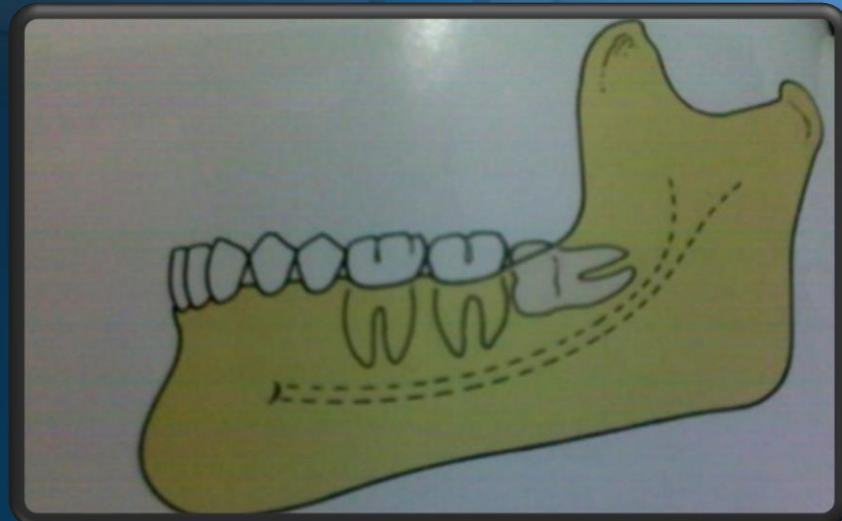
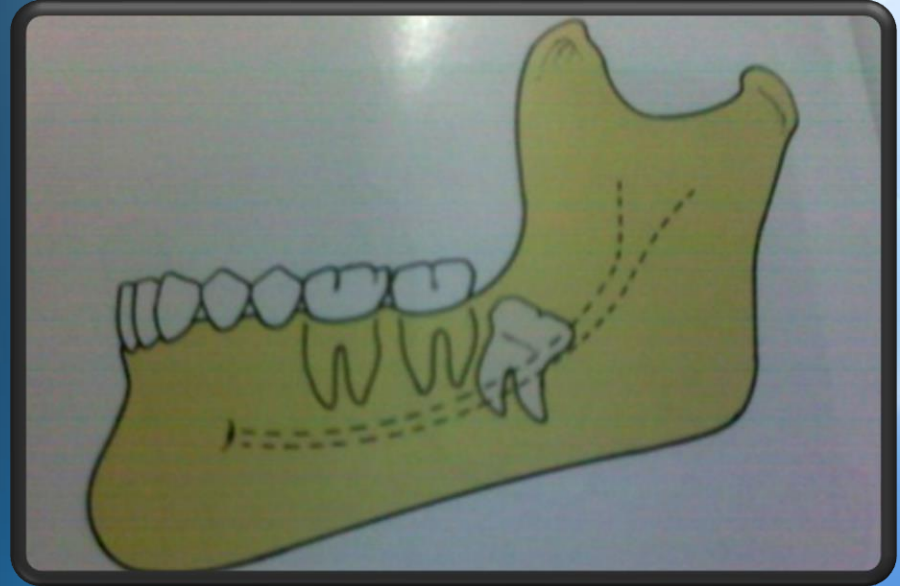
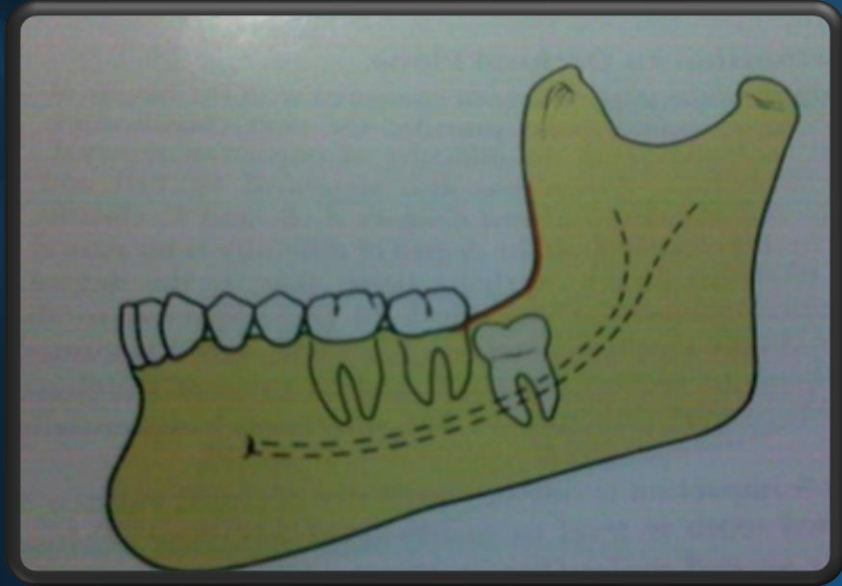
● لذلك من المهم إعلام المريض قبل العمل الجراحي عن إمكانية رض العصب وحدوث خدر طويل أو قصير المدة بعد إجراء القلع .

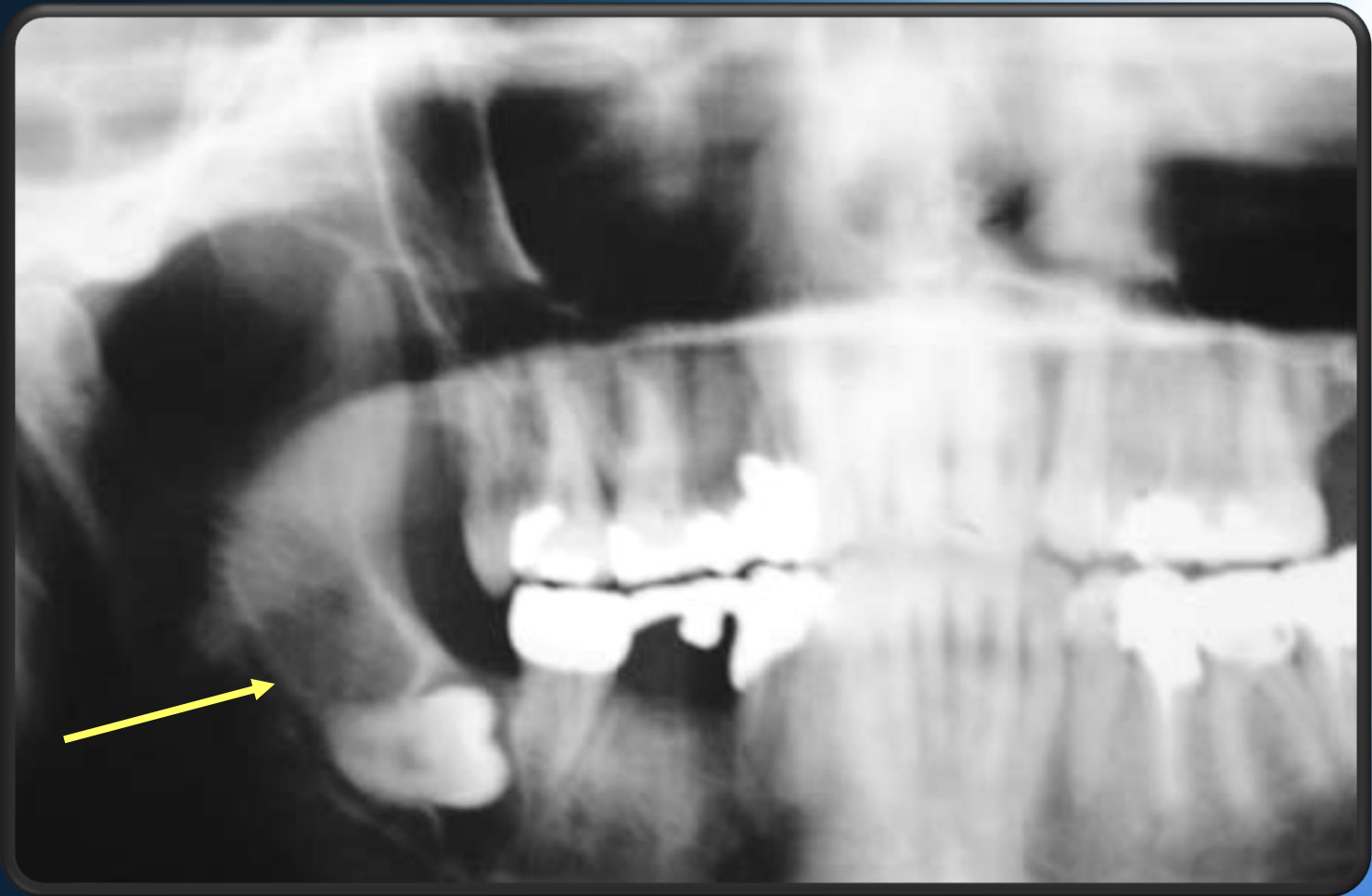
ويجب في هذه الحالة إجراء **تقييم شعاعي مقطعي** عند الشك بوجود علاقة حميمة بين القناة السنخية السفلية والرحى المنطمرة



Increased risk of injury of the inferior alveolar nerve during surgical extraction of an impacted ectopic premolar that is in direct contact with the mandibular canal

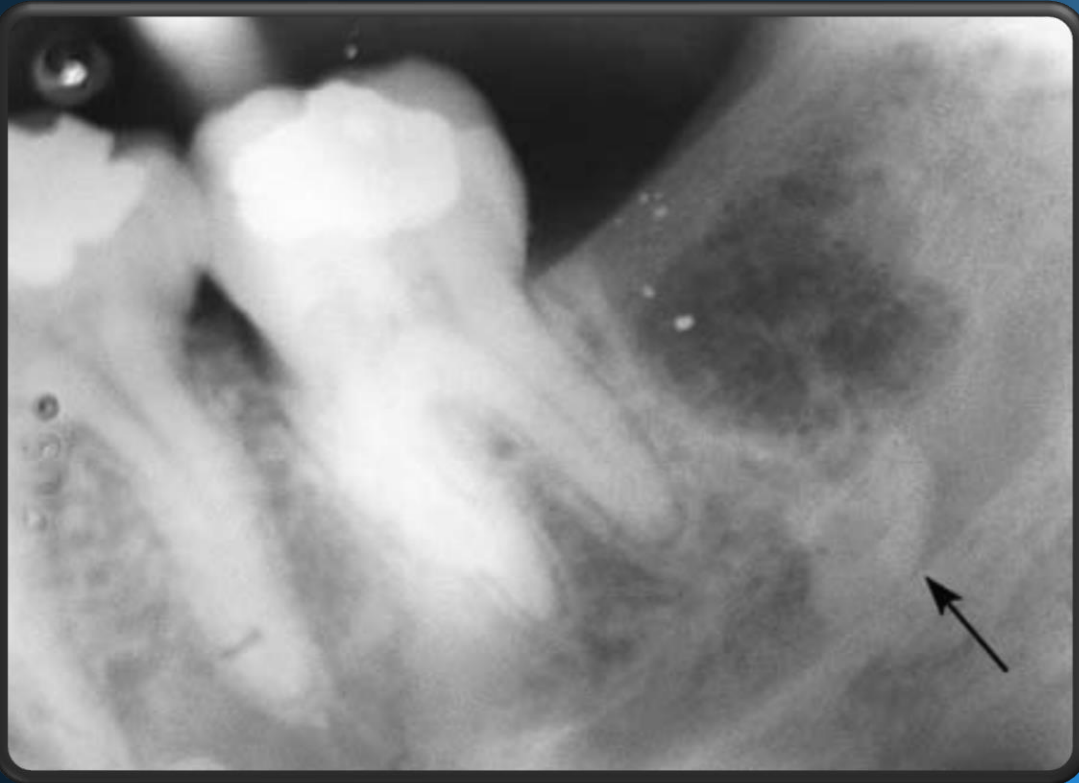






Close relationship of an impacted third molar with the mandibular canal. Potential risk of injury of the inferior alveolar nerve during the surgical procedure

+دخول قسم من الجذر في القناة السنخية السفلية :
يجب التفطش عن ذلك الجذر واستئصاله مباشرة إما بتوسيع الفوهة السنخية مكان القلع أو باستخدام الطريق الدهليزي الموسع .

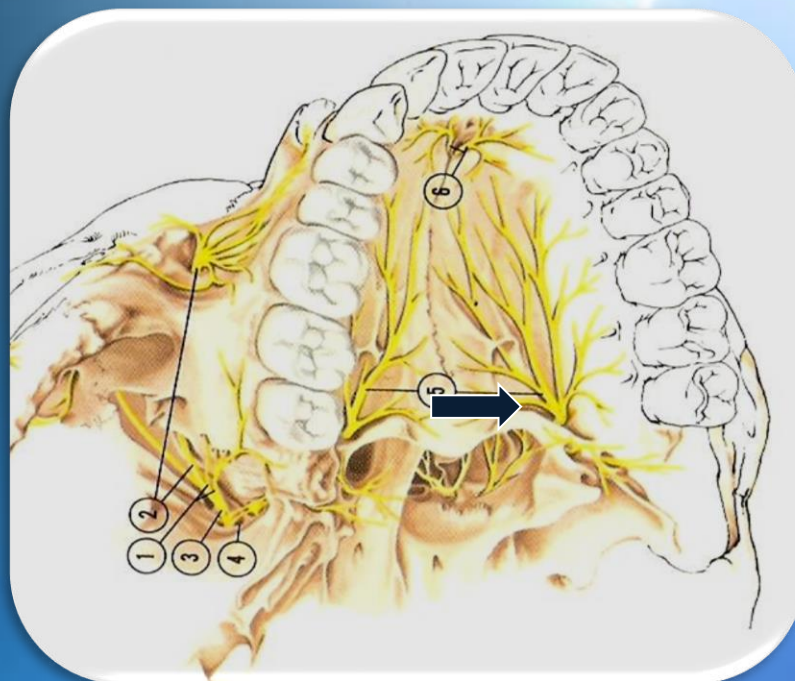


Displacement of the root tip of the third molar into the mandibular canal during an extraction attempt

العصب الحنكي الكبير

وهنا يجب الانتباه الى منطقة الثقبه الحنكية الخلفية القريبة من ذروة الجذر الحنكي للرحى الثانية العلوية التي يخرج منها العصب الحنكي الكبير والأوعية المرافقة حيث يمكن **رضها** أثناء قلع الرحى الثانية والثالثة و**احداث خدر** من منطقة الناب العلوي إلى منطقة الرحى الثالثة حنكياً في الجهة الموافقة .

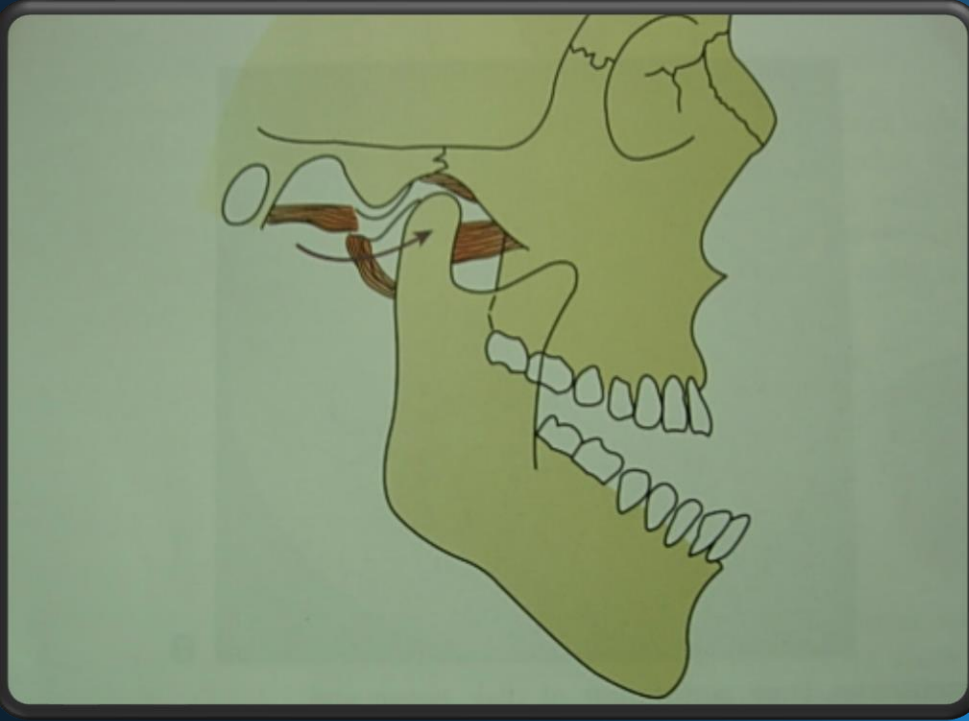
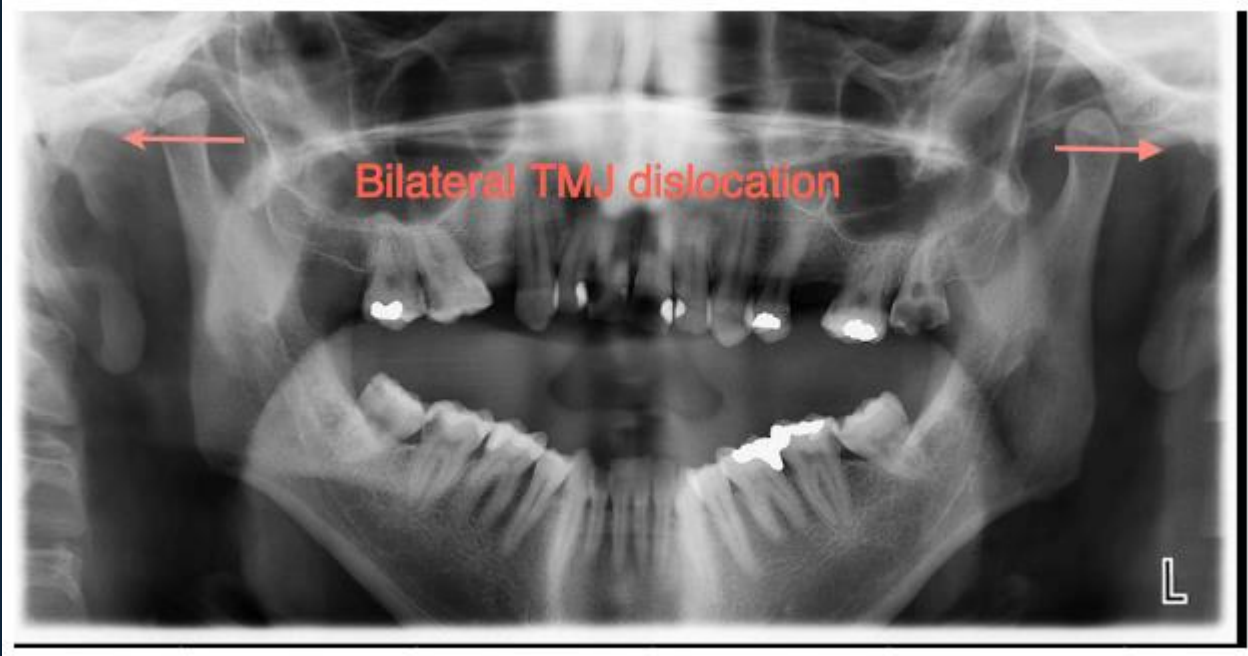
العصب الحنكي الكبير:



رض المفصل الفكي الصدغي

injury of the temporomandibular joint

■ وهو من الاختلاطات الكبرى أثناء قلع الأسنان وخصوصاً قلع الأرحاء السفلية ويحدث ذلك عند عدم حماية الفك أثناء تطبيق القوة لقلع السن وذلك **بمسك الفك السفلي باليد اليسرى** وكذلك عند إجراء التخدير العام و أعمال التنبيب واستعمال فاتح الفم وخصوصاً الاسترخاء العضلي الحادث يمكن أن يحدث رض للمفصل والقرص المفصلي والأريطة إضافة إلى خلع للقمة نحو الأمام أحياناً. ويعاني المريض من **ألم شديد** بعد القلع وأثناءه.







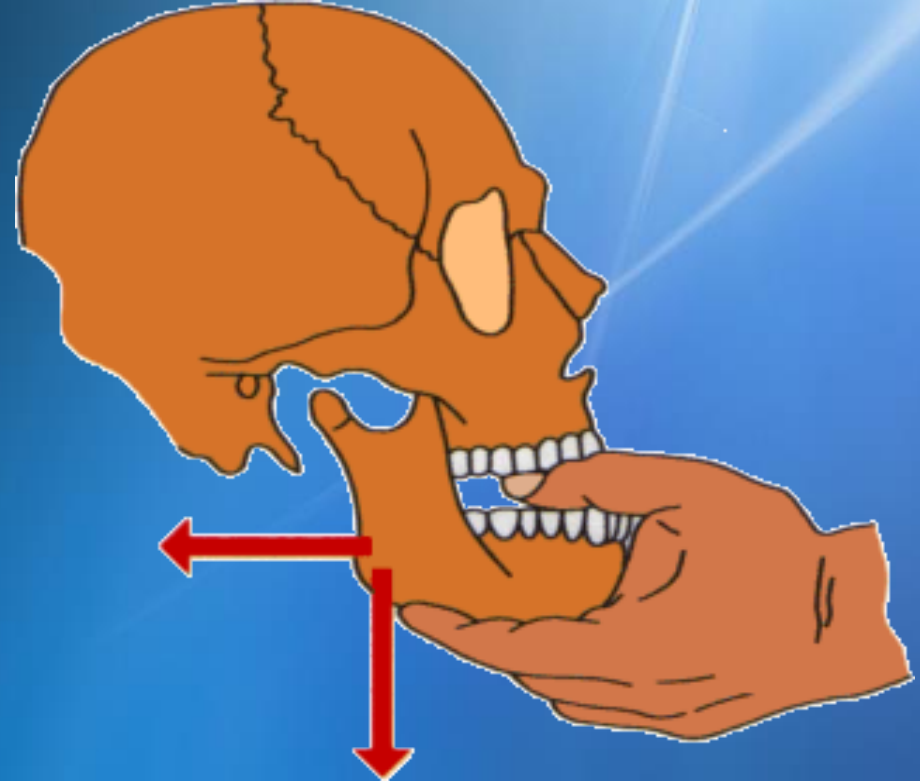
**Unilateral dislocation of the
temporomandibular joint, due to
excessive opening of the mouth
during extraction**



وهذا الخلع في الغالب ردود تلقائياً ولكن أحياناً يجب رده

بإحدى الطرق **كطريقة NELATON**

(حيث يضع الطبيب الإبهام في كلتا اليدين على السطوح الطاحنة للأرجاء السفلية وبقية الأصابع على الحافة السفلية لل فك السفلي قرب الزاوية ويطبق عملية ضغط باتجاه الأسفل وأحياناً إلى الأسفل والخلف قليلاً) .





طريقة وضع سماكة اسطوانية بين
الأرجاء العلوية والسفلية

طريقة NELATON



❖ وهذا الحادث يتجلى غالبا بعد العمل الجراحي **بألم عضلي** مفصلي أحادي الجانب أو ثنائي الجانب.

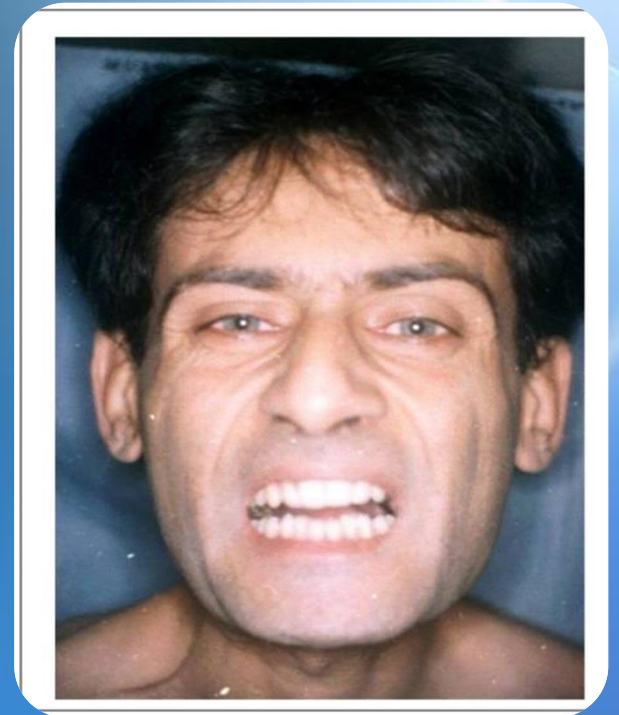
وأحيانا مع درجة نسبية من **الضزز TRISMUS**

❖ وهذه الأعراض تتوقف تلقائيا خلال بضعة أيام ولكن تتطلب أحيانا اللجوء إلى **المرخيات العضلية** muscle relaxants وإلى **المسكنات** analgesics المضادة للالتهاب وإلى وضع المفصل بوضع الراحة وذلك بتطبيق حمية غذائية نصف سائلة

Shifaflex* :chlorzoxazone 300 mg- Paracetamol 250 mg
Cetafen* : paracetamol-ibuprofen

مرخيات عضلية

(Trismus)



🔴 هذا الحادث قد يكشف (التناذر الألمي – سوء الوظيفي)

SYNDROME ALGO- DYSFONCTIONNEL

للمفصل الذي بقي حتى لحظة الخلع بدون أعراض وظيفية
والذي يتطور بسبب سوء إطباق MALOCCLUSION مسبق
على الغالب

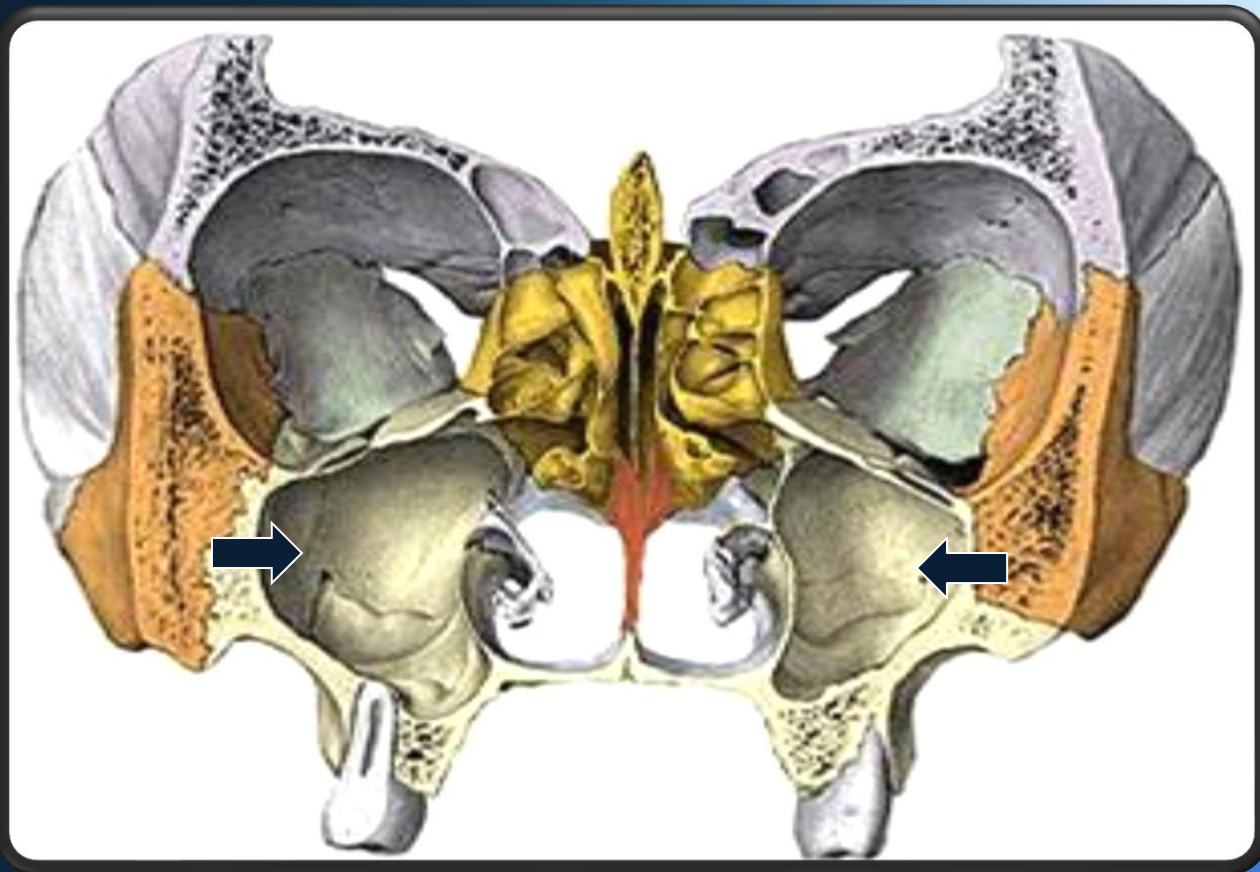
الاتصالات الفموية الجيبية

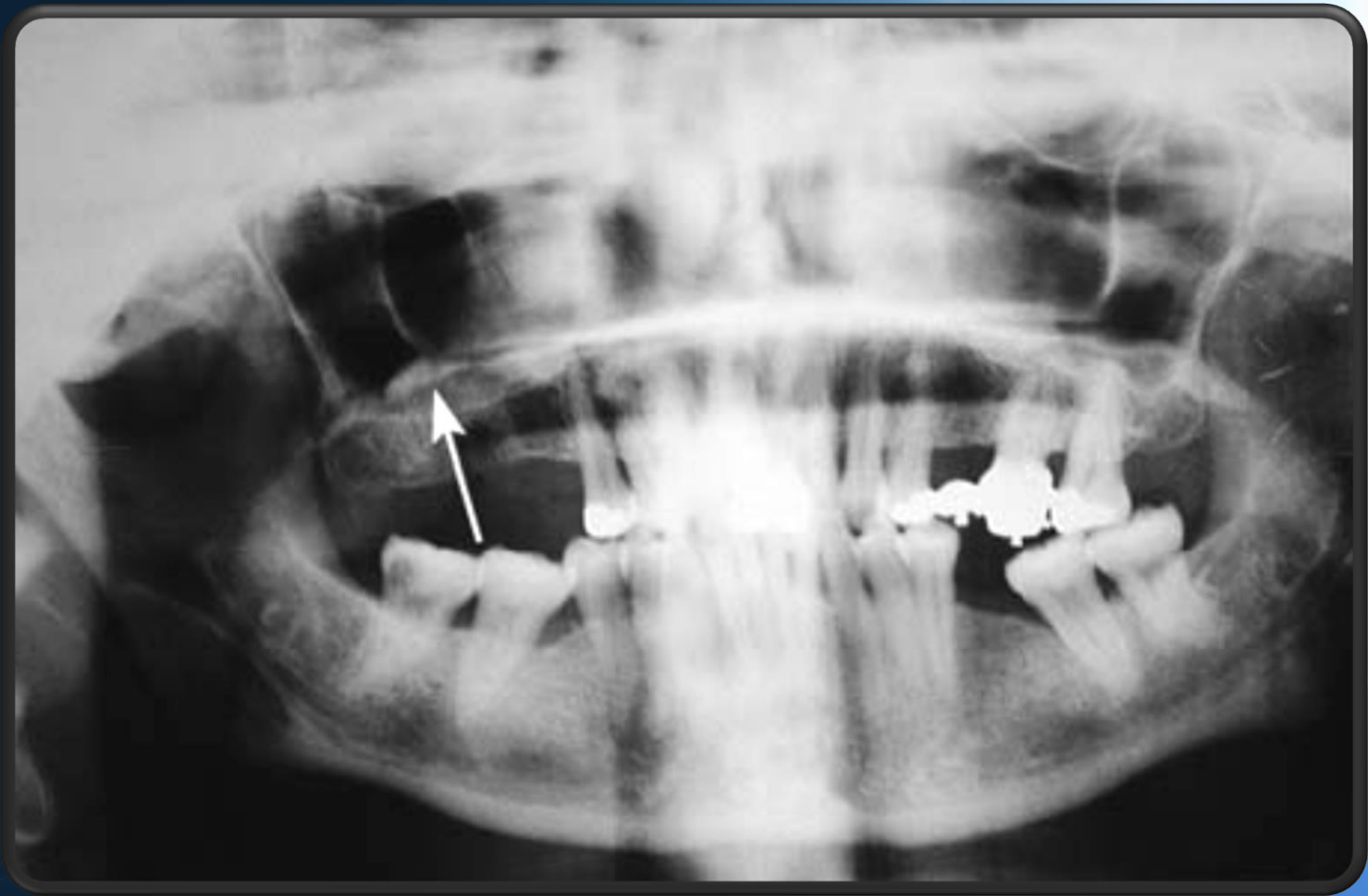
Oroantral Communications

النواسير أو الاتصالات الفموية الجيبية – الفموية الأنفية:

الاتصال الفموي الجيبية:

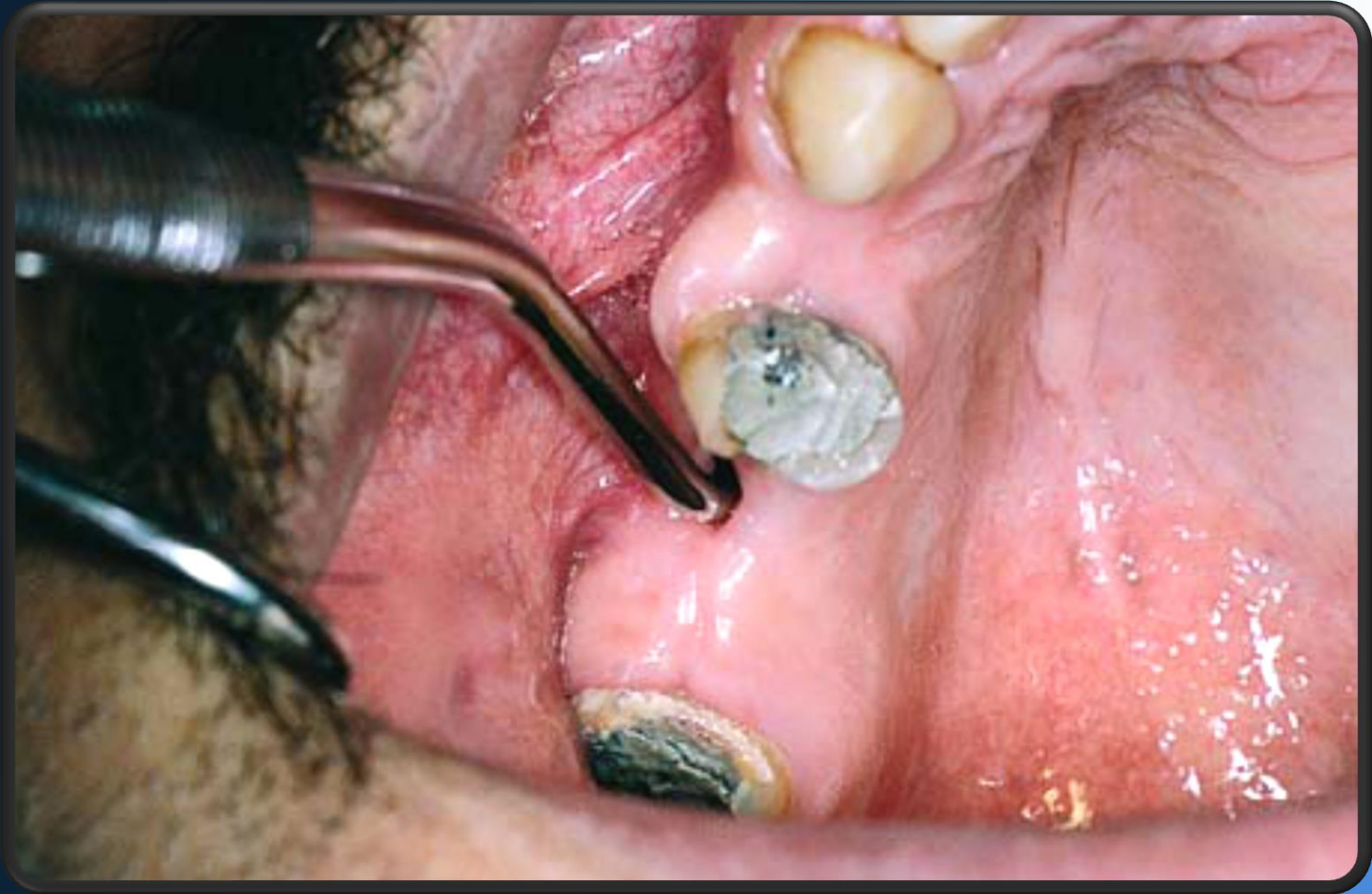
يمكن أن يشاهد عند قلع الأسنان القريبة من الجيب الفكي خصوصاً الأرحاء والضواحك العلوية لذلك يجب اجراء صورة شعاعية مسبقة عندما نريد اجراء قلع لهذه الأسنان ويجب كذلك إعلام المريض بذلك .





Panoramic radiograph showing the root of a molar in the maxillary sinus

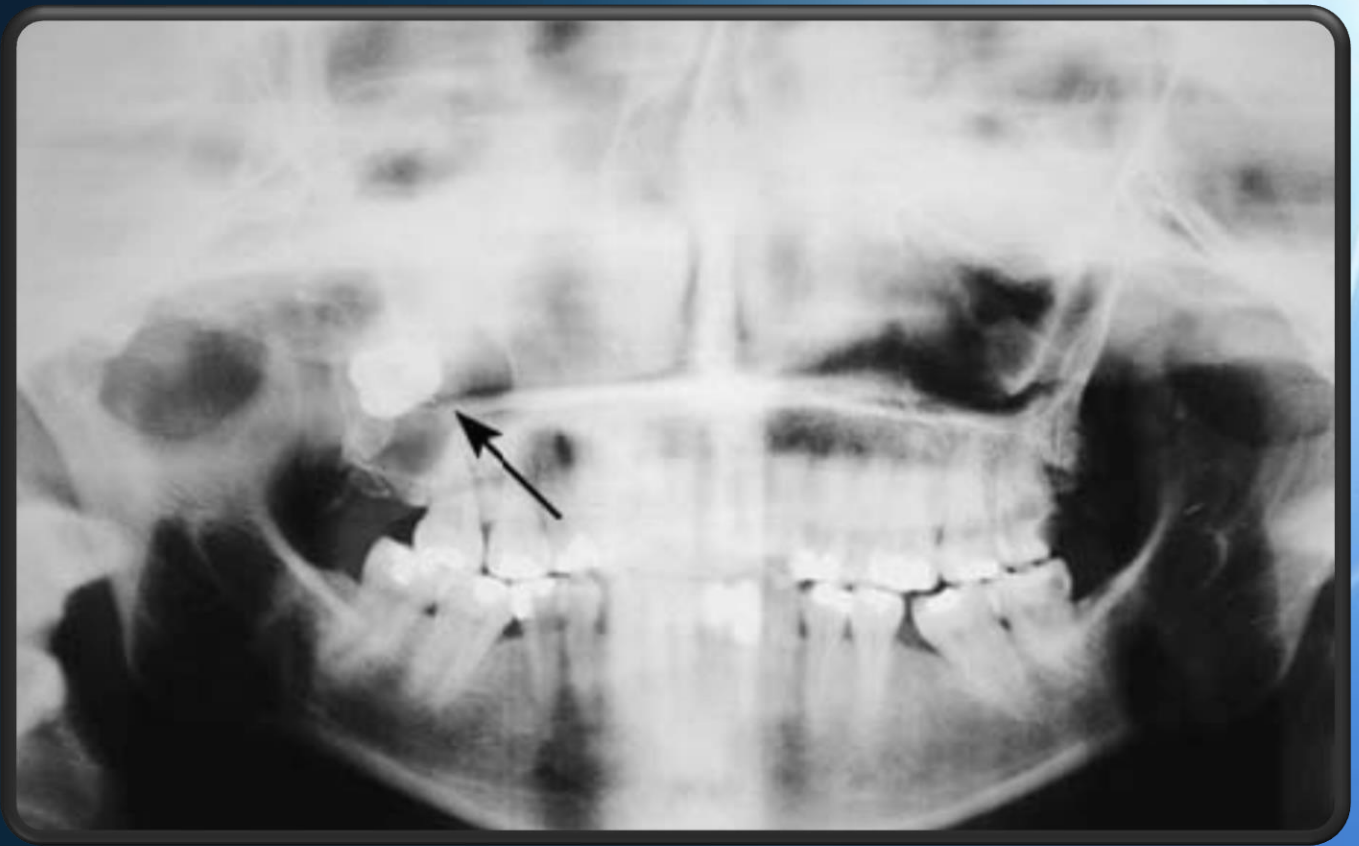




Oroantral communication after extraction of the root of the first molar. The periapical curette enters the alveolus at a greater depth than normal (as far as the angle of the first curvature)







العلامات السريرية:

- مرور السوائل والطعام أحياناً عبر الناسور إلى الجيب والأنف
- رعاف وذلك بسبب تسرب الدم إلى داخل الحفرة الأنفية عبر فوهة الجيب.
- تغير في لحن الصوت .
- ألم في المنطقة.

الاختبارات السريرية:

- طريقة **Valsalva** بدفع الهواء عبر فتحتي الأنف بعد سدهما وإبقاء الفم مفتوح حيث نرى خروج فقاعات الهواء عبر سنخ السن المقلوع وأحياناً سائل مدمى .
- ادخال مسبر معدني أو مجرفة دقيقة عبر الفتحة للتأكد من وجود الاتصال.
- وضع ماصة قرب مكان الانفتاح يصدر صوتاً مشابهاً لصوت النفخ في زجاجة فارغة.
- تسرب السوائل من الأنف خلال المضمضة.

الاتصال الفموي الأنفي:

يحدث عند قلع القواطع الأمامية العلوية كما أنه يمكن أن يحدث عند قلع الأنياب المنطمرة في قبة الحنك.



Oronasal communication. Complication occurred during extraction of an impacted maxillary canine

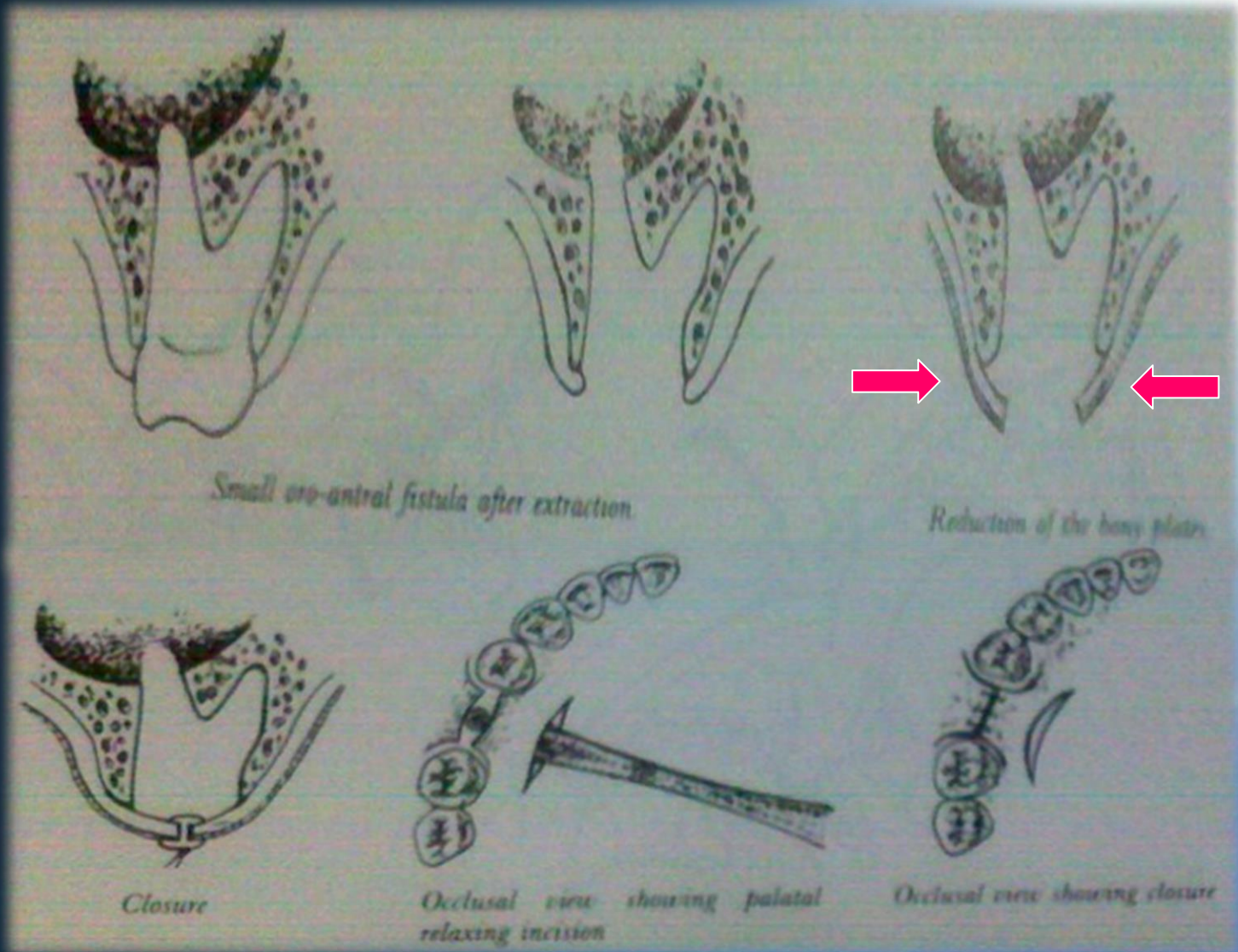
معالجة الانفتاح أو الاتصال الفموي الجيبي

1- الاغلاق الفوري:

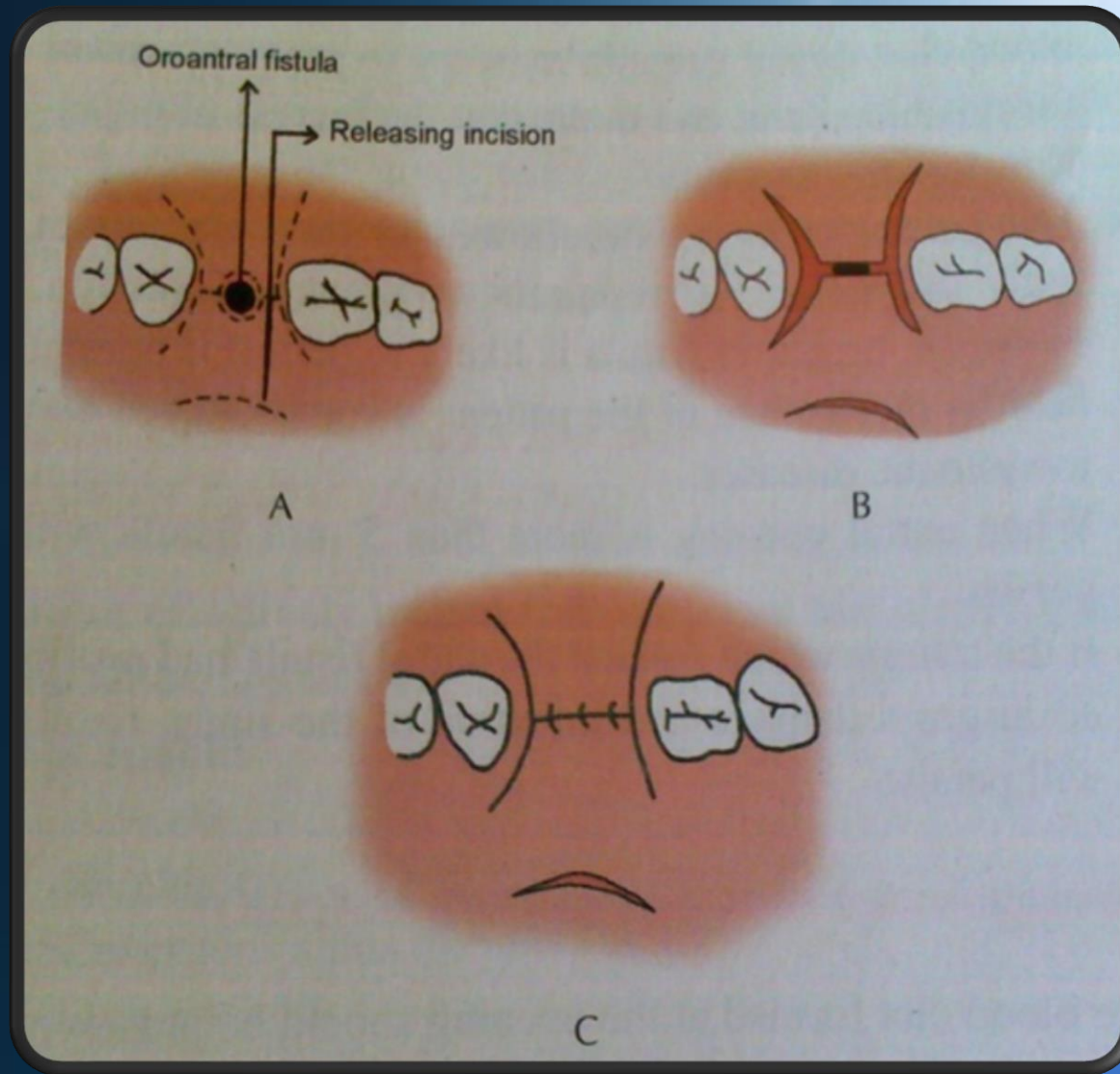
يكون عادة بإجراء برد لحواف الارتفاع السنخي من الناحية الدهليزية والحنكية وخياطة الغشاء المخاطي الدهليزي مع الحنكي ويتم ذلك عندما يكون الجيب سليماً ولم يندخل أي جزء من السن ضمنه.



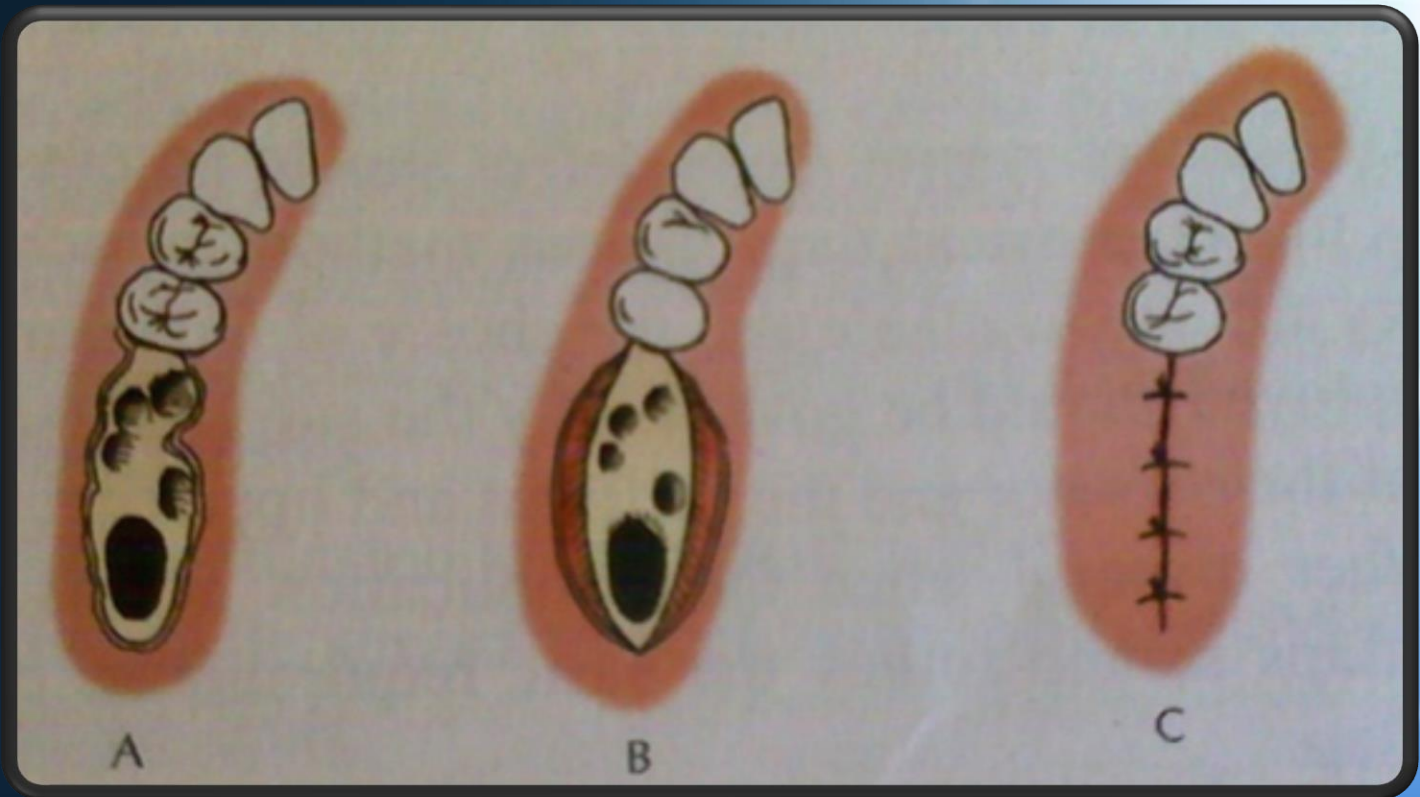
ناسور بعد قلع الرحى الأولى العلوية اليسرى



اغلق الانفتاح الصغير بواسطة شق على الغشاء المخاطي
الحنكي وخطاطته مع الغشاء المخاطي الدهليزي بعد برد
الحافة السنخية الحنكية و الدهليزية



إغلاق مباشر للانفتاح الجيبي الفموي



اغلق مباشر لانفتاح كبير في الجيب الفكي بعد قلع
الاسنان في المنطقة الخلفية

بعض المؤلفين لهم رؤية علاجية تجاه الانفتاح أثناء القلع وذلك
حسب قطر الانفتاح :

1- الانفتاح 2 ملم أو أصغر:

❁ ليس هناك ضرورة لمعالجة جراحية لأن العلكة الدموية تملأ الفوهة مع
إعطاء تعليمات للمريض بعدم:

■ دفع الهواء من الأنف

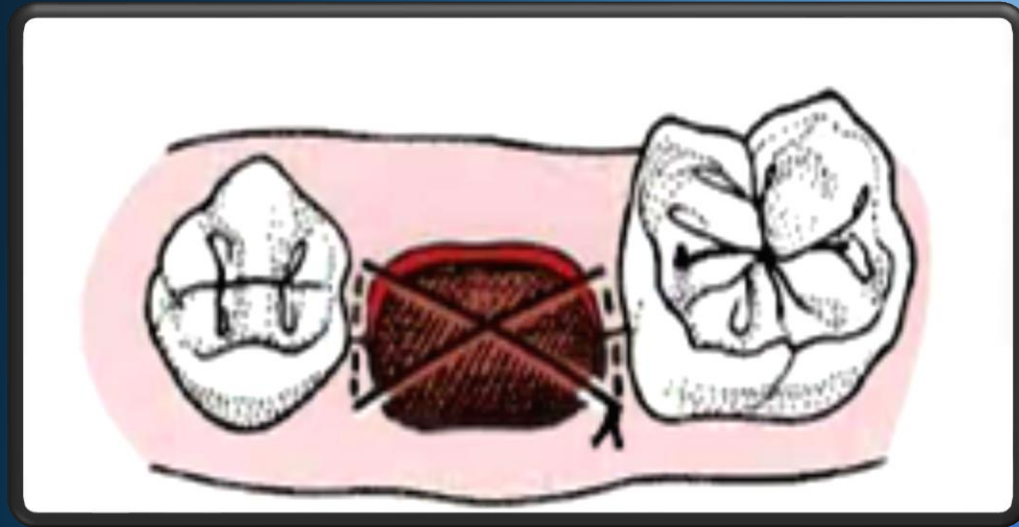
■ تجنب العطاس

■ عدم المص بالشيليمون والغليون والسجائر (إيقاف التدخين)

❁ كما يجب عدم إدخال مسبراً أو أية أداة في التجويف السنخي باتجاه
الجيب حتى لا يؤدي ذلك إلى أذى الغشاء المخاطي ودفع مواد غريبة
وجراثيم إلى داخل الجيب.

2- الانفتاح (2-6 ملم):

■ يجب الحفاظ على العلكة داخل السنخ وعمل خياطة لحواف الغشاء المخاطي وبعض الجراحين يضعون مواد مرقئة مثل (اسفنجات الجيلفوم أو شرائط الأوكسي سيللوز) داخل التجويف السنخي وإجراء خياطة كما في السابق.



استخدام اسفنجيات مرقئة للنزف لإغلاق الانفتاح الجيبي مع خياطة



Figure 12 : Fermeture de la CBS avec des gazes hémostatiques (Gacic et al.) (21)

■ إعطاء المريض التعليمات المذكورة سابقاً مع أدوية تشمل
صادات حيوية لمدة 5 أيام (أموكسيسيلين-سيفالوكسين-
كلينداميسين)

مضاد احتقان عن طريق الفم أو عن طريق الأنف موضعياً

Clarinate* tab

Pseudoephedrine*

Rhinoxyl* nasal drops

Vibrocil* spray-gel

3- إذا كان مكان الانفتاح 7 ملم فما فوق:

يجب إجراء شريحة إغلاق ويجب أن يحول المريض إلى أخصائي جراحة الفم والفكين والذي يقوم بالإغلاق حسب تجربته الخاصة وبطرق متعددة.

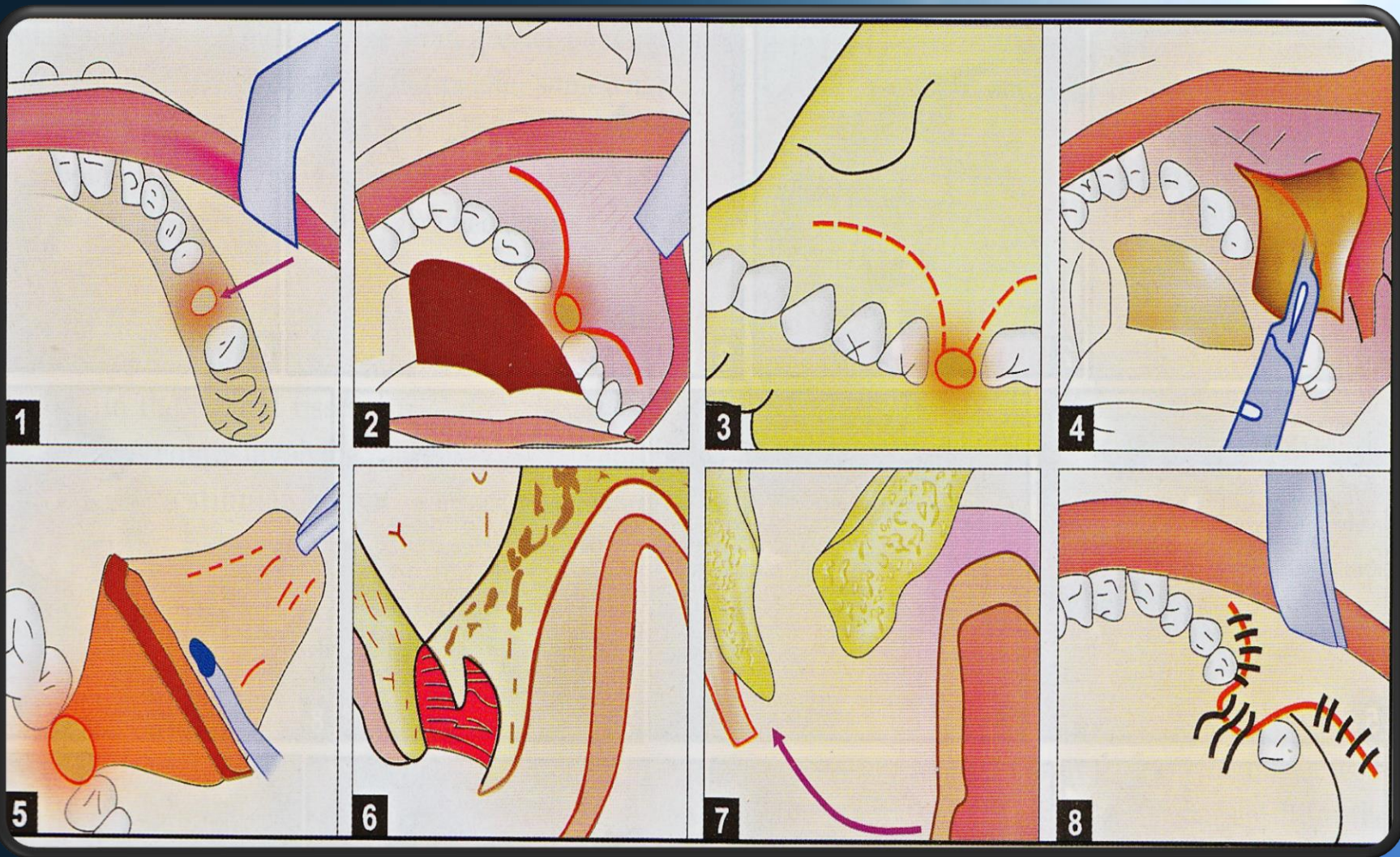
2- الشريحة الدهليزية المزاحة :

يمكن استخدامها لإغلاق الناسور الفموي الجببي وذلك بعمل شقين أنسي ووحشي فوهة الانكشاف باتجاه الميزاب الدهليزي بشكل شبه منحرف وبعد تسليخ الغشاء المخاطي يتم قرص العظم السنخي من الناحية الدهليزية والحنكية إضافة إلى تشطيب السمحاق من باطن الشريحة مما يعطي مرونة أكبر لها عند ردها

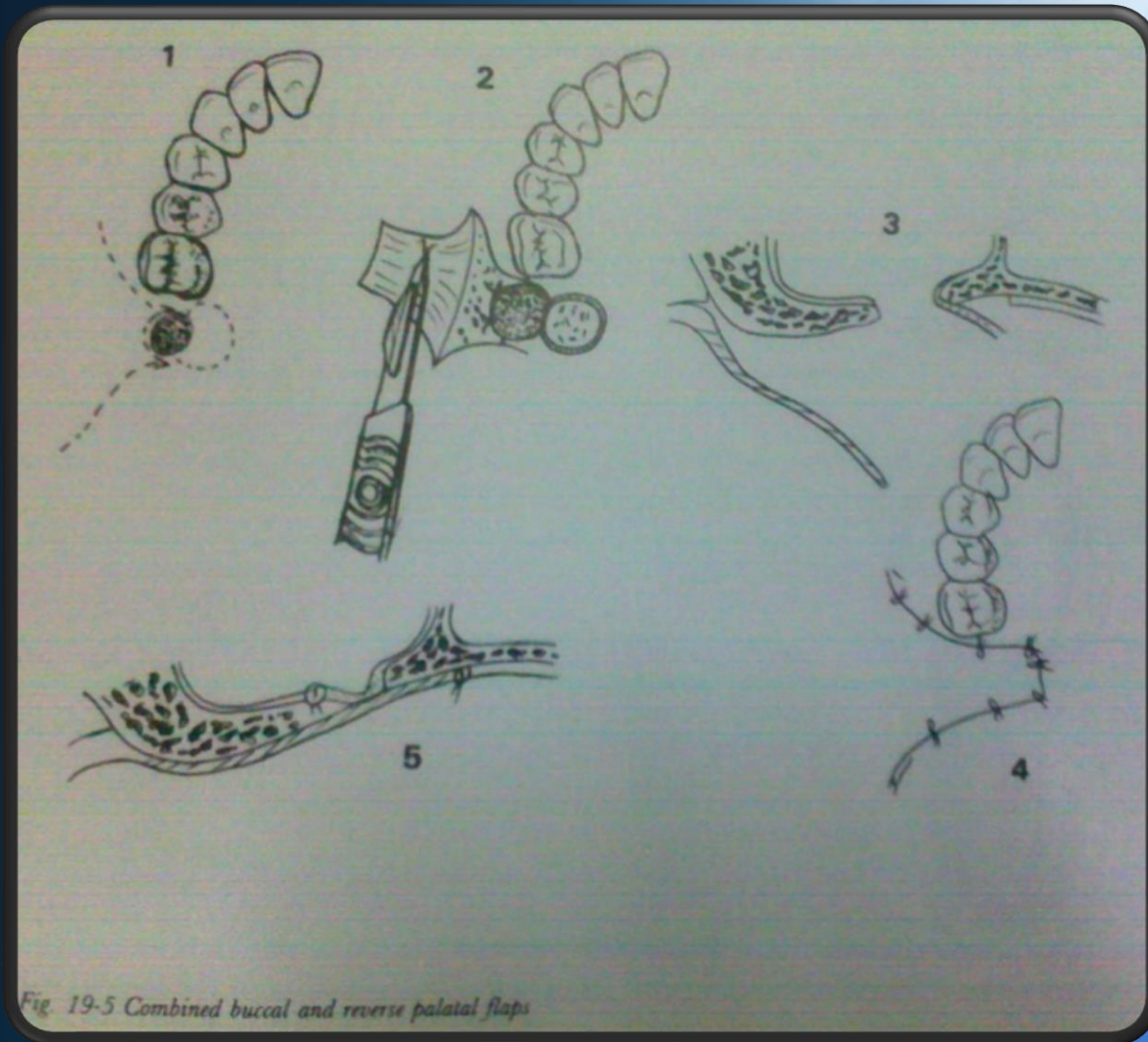
من مساوئ هذه الشريحة:

حدوث نقصان في عمق الميزاب الدهليزي

إن أفضل الشرائح الدهليزية هي **شريحة refrmann** التي
تعتمد على مبدأ الشرائح المضاعفة بحيث يدخل رأس
الشريحة الدهليزية تحت الشريحة الحنكية بعد إزالة البشرة
عنها بحيث تلتحم الشريحتان بشكل جيد.



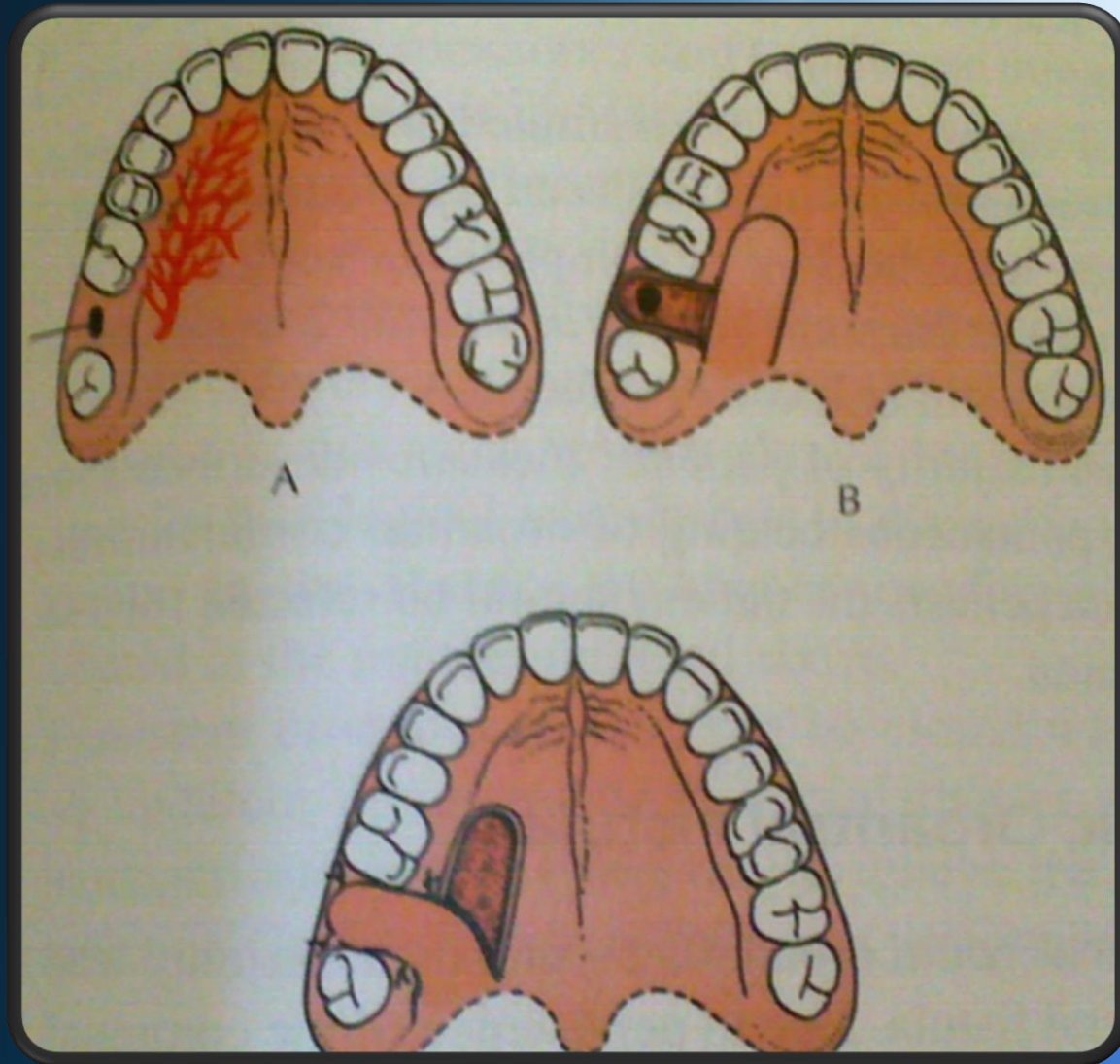
شريحة دهليزية منزاحة حنكياً لإغلاق الناسور



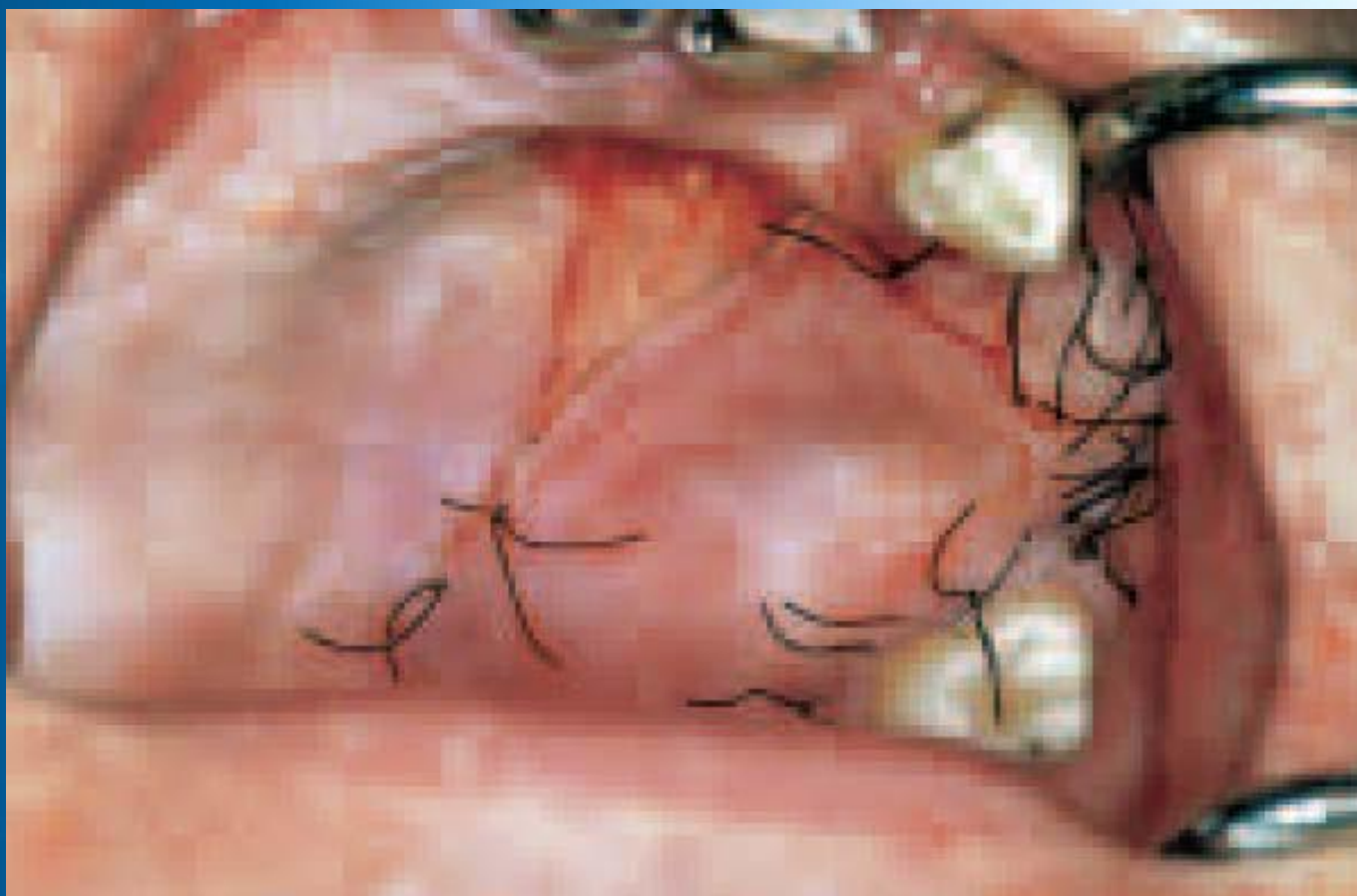
شريحة دهليزية مع شريحة حنكية مقلوبة

3- الشريحة الحنكية:

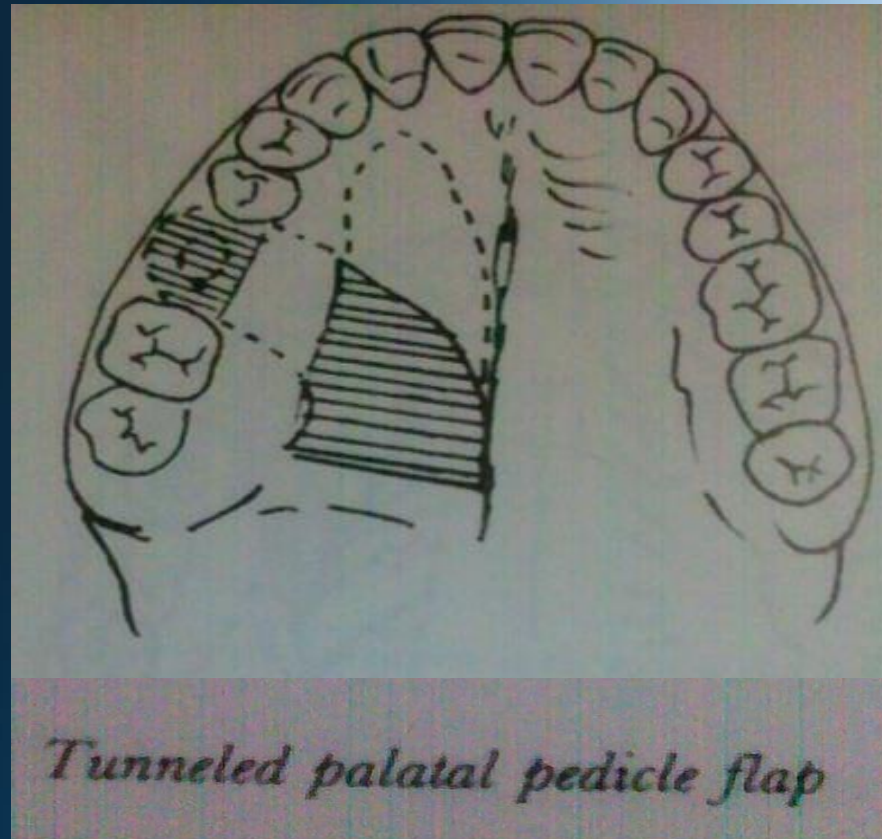
تستخدم غالباً في حالات **النواسير المزمنة** ويتم في البداية عمل شق حول فوهة الناسور وخياطة حواف هذا الشق بعد تسليخها ثم نقوم بعمل شريحة حنكية محمولة على الشريان الحنكي الأمامي ومن ثم نقوم بتدويرها باتجاه فوهة الناسور وذلك بعد إزالة النسيج البشري من الغشاء المخاطي الحنكي الواقع تحتها .



الشريحة الحنكية المزاحة دهليزياً



الشريحة الحنكية المزاحة دهليزياً



شريحة حنكية معدلة تدخل بنفق تحت الغشاء الحنكي

4- شريحة الوسادة الدهليزية الشحمية المعنقة (كتلة Bichat):

نقوم بإجراء قطع دائري حول الناسور وإزالة النسيج البشروي ثم نعمل شقين عموديين متشعبين الأول على الناحية الأنسية والثاني على الناحية الوحشية للناسور ونرفع شريحة دهليزية شبه منحرفة عن العظم السنخي إلى عمق الميزاب الدهليزي ثم نقوم بإجراء شق عمودي بطول 1سم على الوجه الخلفي لمنطقة النتوء الوجني حيث تظهر الوسادة الشحمية التي تشد إلى منطقة الناسور وتخاط مع النسيج الحنكية بدون توتر ثم تخاط الشريحة الدهليزية فوقها.

شريحة الوسادة الدهليزية الشحمية المعنقة (Bichat):

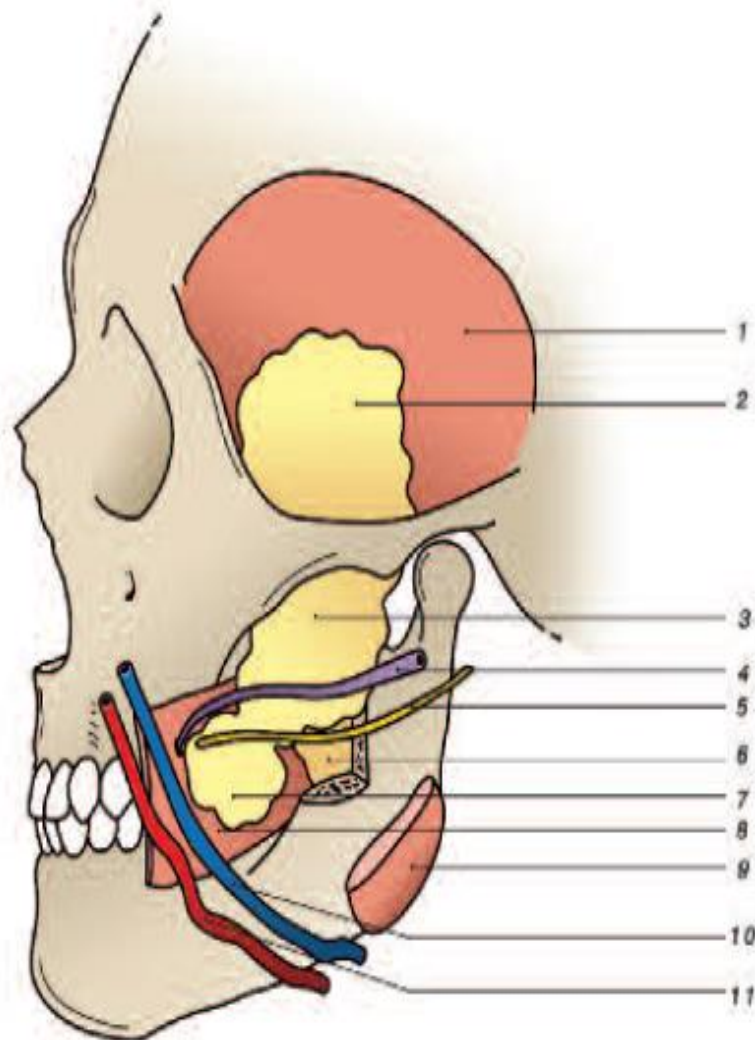


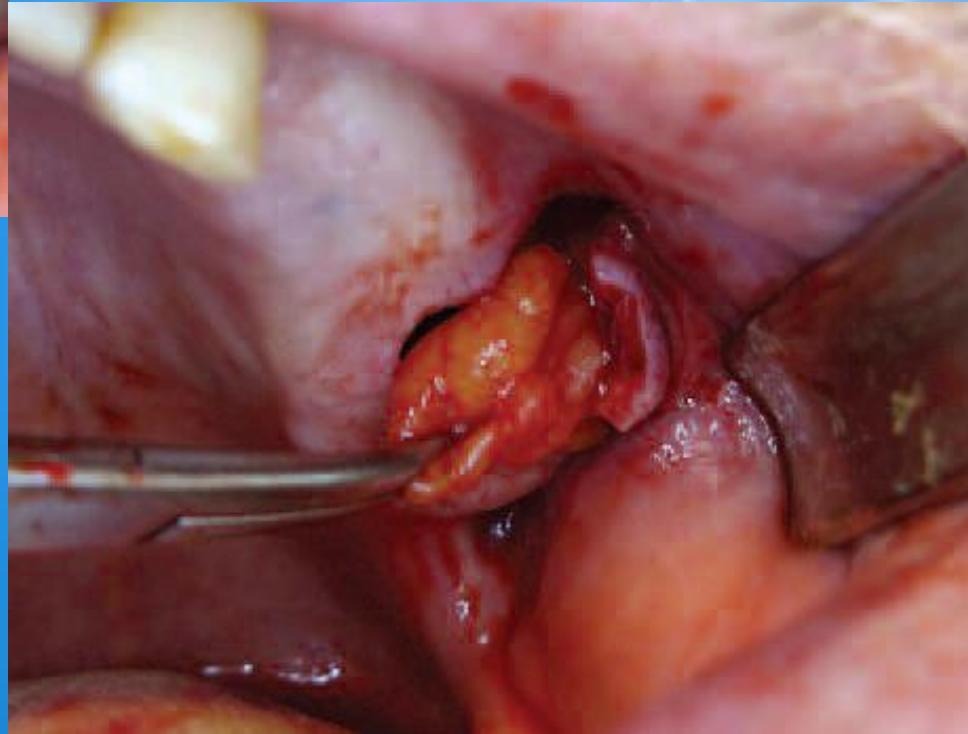
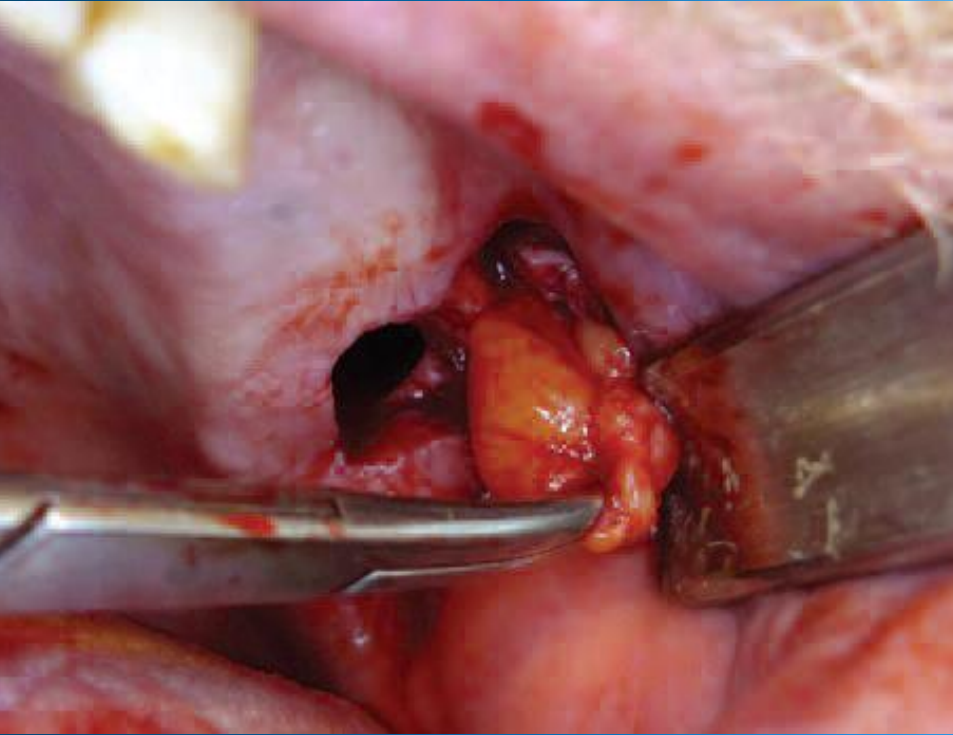
Fig. 1. Anatomie du corps adipeux de la joue.
Anatomy of the buccal fat pad.

1. Muscle temporal/Temporal muscle.
2. Extension temporale/Temporal extension.
3. Corps central/Central body.
4. Conduit parotidien/Parotid duct.
5. Rameaux buccaux du nerf facial/Buccal branches of the facial nerve.
6. Extension ptérygo-maxillaire/Pterygomaxillary extension.
7. Extension buccale/Oral extension.
8. Muscle buccinateur/Buccinator muscle.
9. Muscle masséter/Masseter muscle.
10. Veine faciale/Facial vein.
11. Artère faciale/Facial artery.

شريحة الوسادة الدهليزية الشحمية المعنقة (كتلة Bichat):



شريحة الوسادة الدهليزية الشحمية المعنقة (كتلة Bichat):



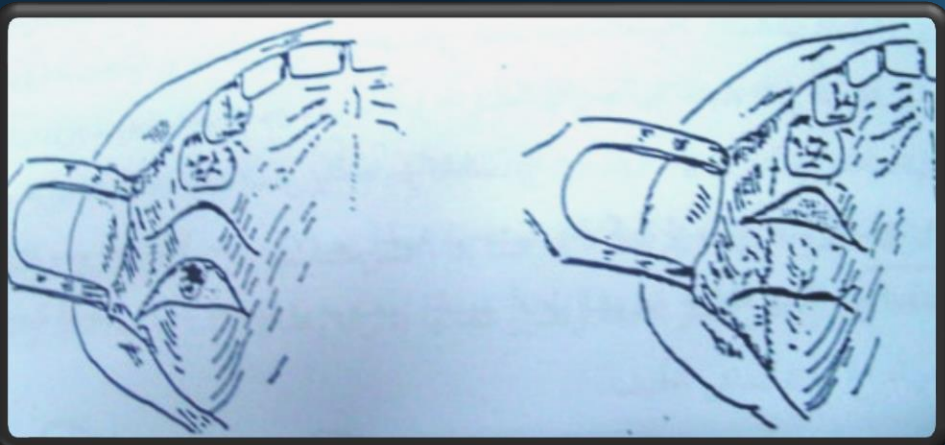
شريحة الوسادة الدهليزية الشحمية المعنقة (كتلة Bichat):



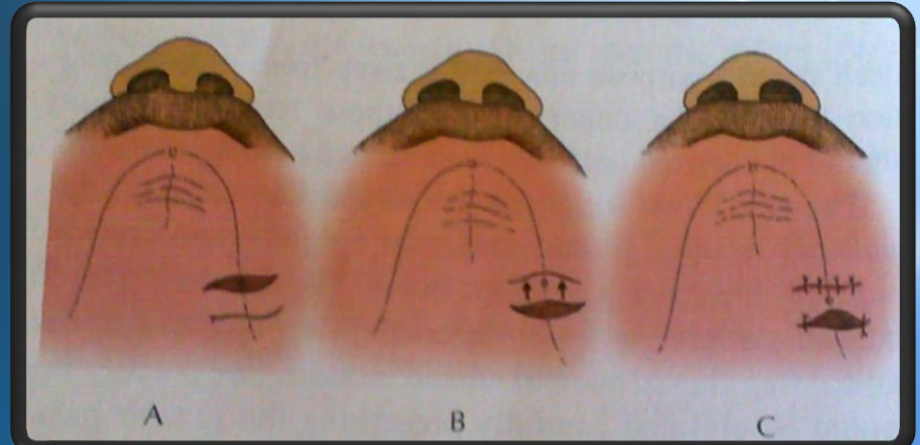
5- الشرائح الجسرية:

تستخدم **عند الأدر** فبعد قطع وإزالة النسيج البشري المبطن لمسار الناسور نقوم بعمل قطع معترض على النتوء السنخي من الدهليزي إلى الحنكي فإما أن تكون الشريحة أنسية وتزاح وحشياً أو تكون وحشية وتزاح أنسياً.

الشريحة الأنسية المزاحة وحشياً



الشريحة الوحشية المزاحة أنسياً



إغلاق الناسور في حال وجود درد في المنطقة



ناسور جيبي فموي عند مريض أدر د

6- طرق أخرى:

شرائح اللسان- الرقائق الذهبية – شبكة حمض البولي
غليكو ليك أو الفيكريل – غضروف الأذن- فوسفات ثلاثية
الكالسيوم000الخ

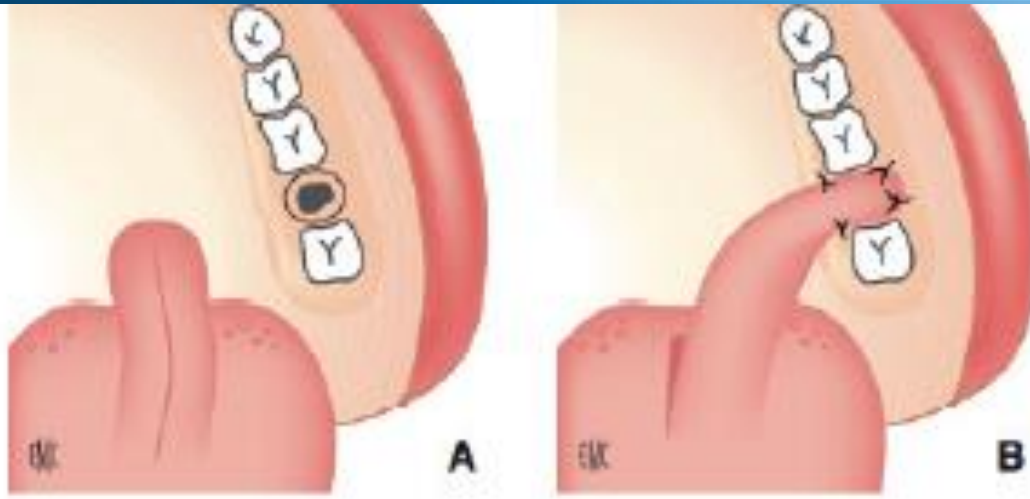


Figure 7. Lambeau lingual (EMC, J. Lerat 2010) (36)

- A. Lambeau lingual antérieur disséqué jusqu'aux papilles
- B. Sutures au niveau de la fistule

شريحة من جانب اللسان

شريحة من مقدمة اللسان

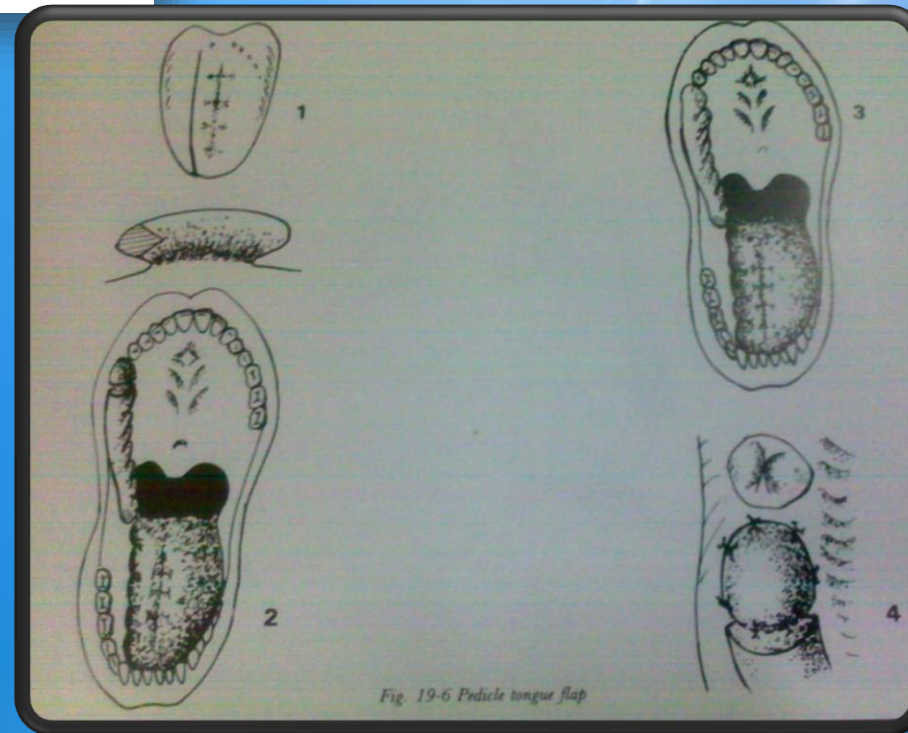


Fig. 19-6 Pedicle tongue flap

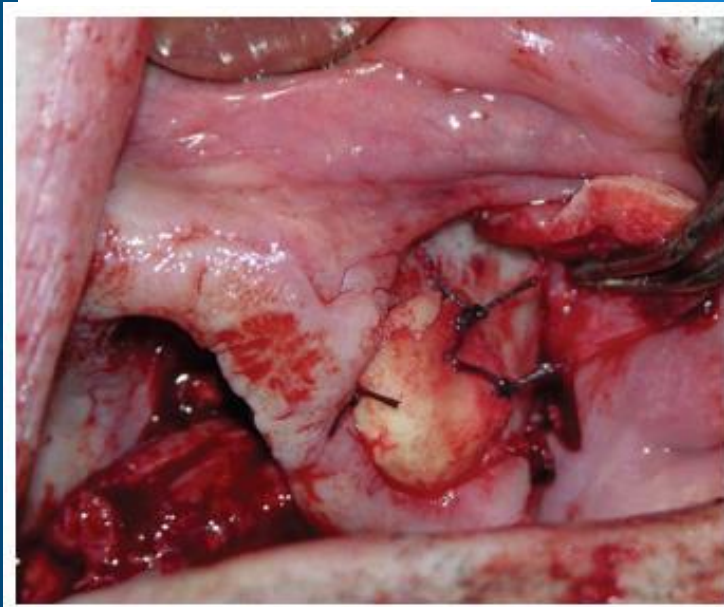
طعم من غضروف الأذن



a Présentation de la fistule



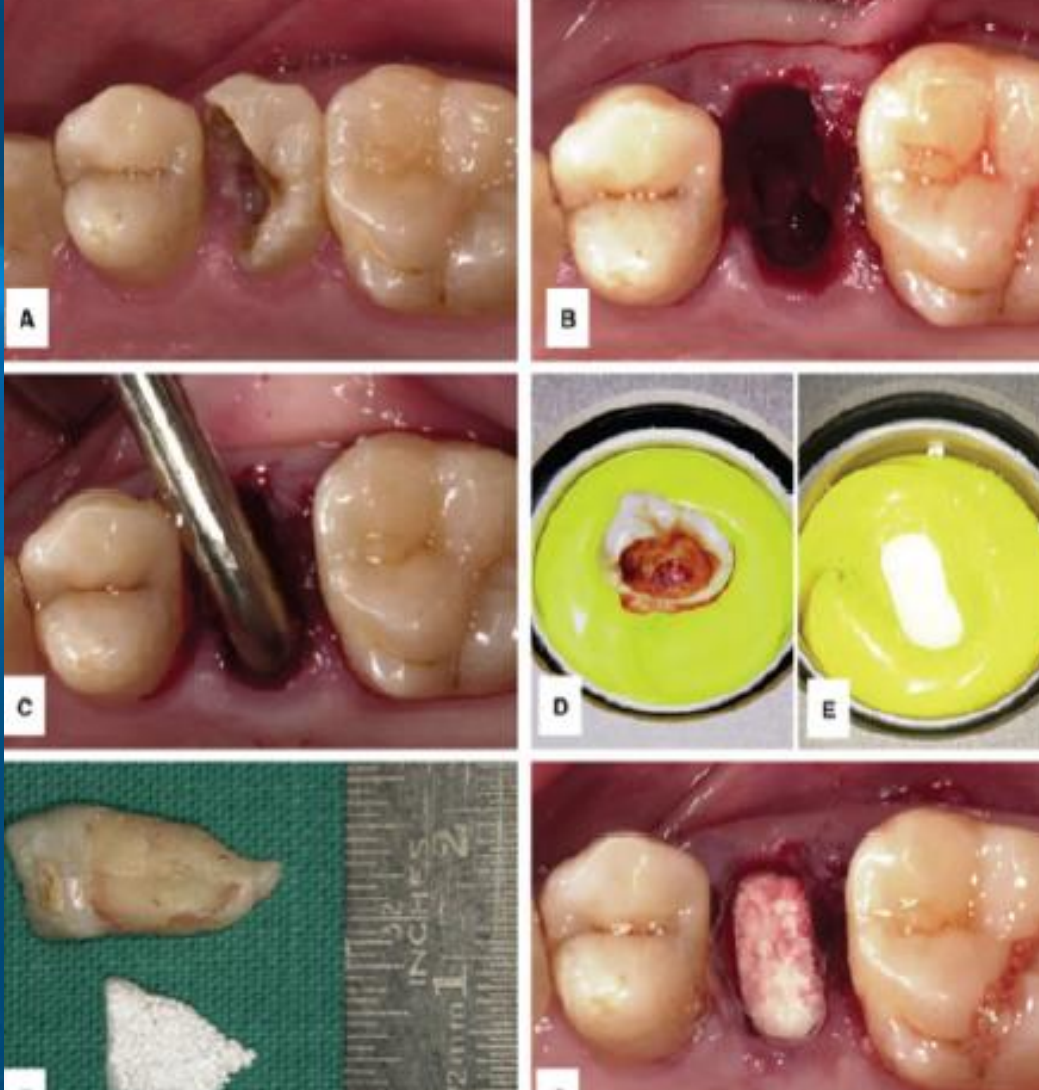
b Prélèvement du cartilage auriculaire



c Stabilisation de la greffe



d Cicatrisation après deux mois



استخدام فوسفات ثلاثية
الكالسيوم على شكل جذر
السن المقلوع

Figure 13 : Lésion carieuse importante sur 25 nécessitant l'extraction (A). Alvéole avec communication bucco-sinusienne après l'extraction (B). La sonde révèle une perforation supérieure à 3mm de diamètre (C). Empreinte de la racine extraite (D) sa réplique (E) dans le moule. La racine analogue est la réplique exacte de la racine extraite (F) et se positionne parfaitement dans l'alvéole (G). *Thoma et al. (30)*

التعليمات التي تعطى للمرضى بعد إغلاق الناسور

تجنب العطاس والفم مغلق.

تجنب التمخييط العنيف (النف) وعدم النفخ .

تجنب شرب السوائل بواسطة الشلمون.

تجنب المضامض العنيفة والمتكررة.

التقيد بالوصفة الطبية.

عملية كالدويل لوك Caldwell-luc

الاستطابات:

1. إزالة الأسنان أو جزء منها أو أجسام أجنبية من الجيب الفكي.
2. علاج التهاب الجيب المزمن والبوليبات.
3. إغلاق الناسور الفموي الجيبي مع التداخل على الجيب الفكي.
4. استئصال الأكياس و الأورام الحميدة من الجيب الفكي.
5. تدبير الورم الدموي أو النزف في الجيب الفكي.
6. تدبير كسور قاع الحجاج.

عملية كالدويل لوك Caldwell-luc

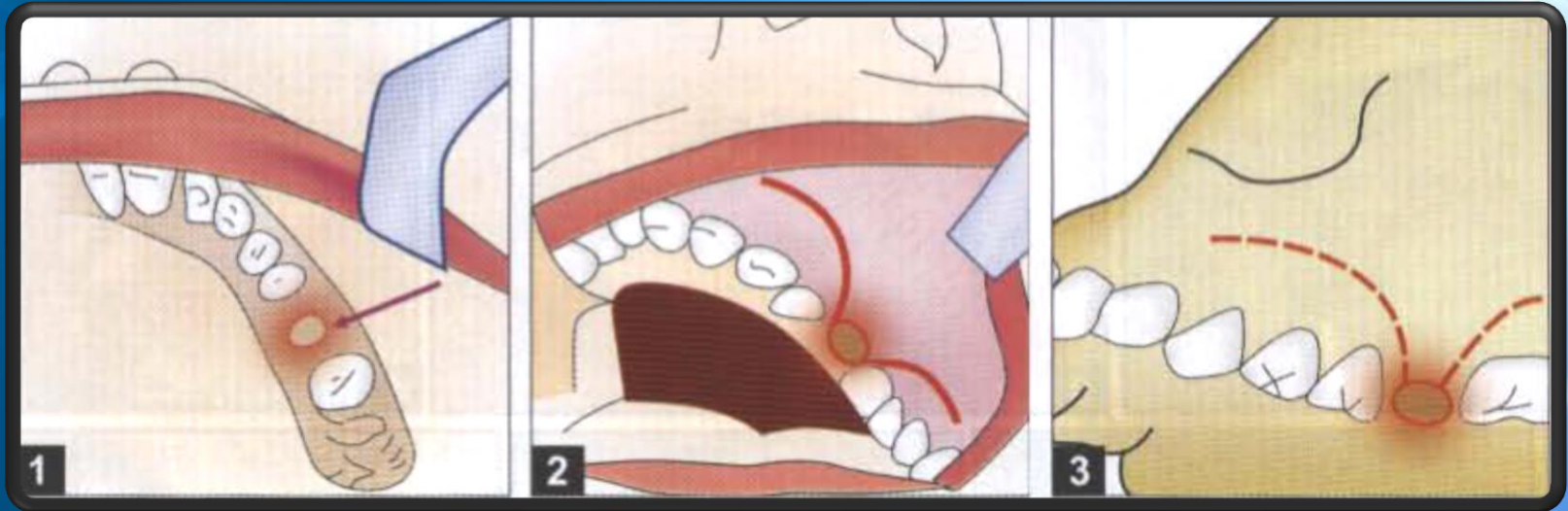
الطريقة:

■ مبدأ هذه الطريقة هو عمل مدخل على الجيب الفكي في **الحفرة النابية** وعمل **فتح معاكس** في الصماخ السفلي تحت القرين السفلي وتنفذ هذه العملية إما بالتخدير العام أو الموضعي.

■ الشق يمتد من الرباعية العلوية إلى الرحي الثانية العلوية في عمق الميزاب الدهليزي أو من قاعدة الفتحة الكمثرية الأنفية نحو الخلف بشكل موازي لأعناق الأسنان لينتهي عند الدعامة الفكية الوجنية وتسلخ شريحة مخاطية سمحاقية باتجاه الأعلى حتى الثقبه تحت الحجاج حيث تتم معاينة العصب تحت الحجاج وحمايته.

ملاحظة:

(تعدل هذه الشريحة عند وجود انفتاح قموي جيبى بحيث يبدأ الشق من الرباعية ويسير باتجاه الأسفل والخلف إلى أنسى منطقة الانفتاح ثم يسير محاذياً لمنطقة الانفتاح إلى وحشيتها ويصعد باتجاه الخلف والأعلى).



عملية كالدويل لوك المعدلة

■ يبدأ ثقب العظم في مركز الحفرة النابية بواسطة سنبلّة دائرية جراحية ونوسع بواسطة مقراض العظم أو ملقط citelli أو ملقط kerrison لتصبح بحجم كافى لدخول المجارف والألياف البصرية.

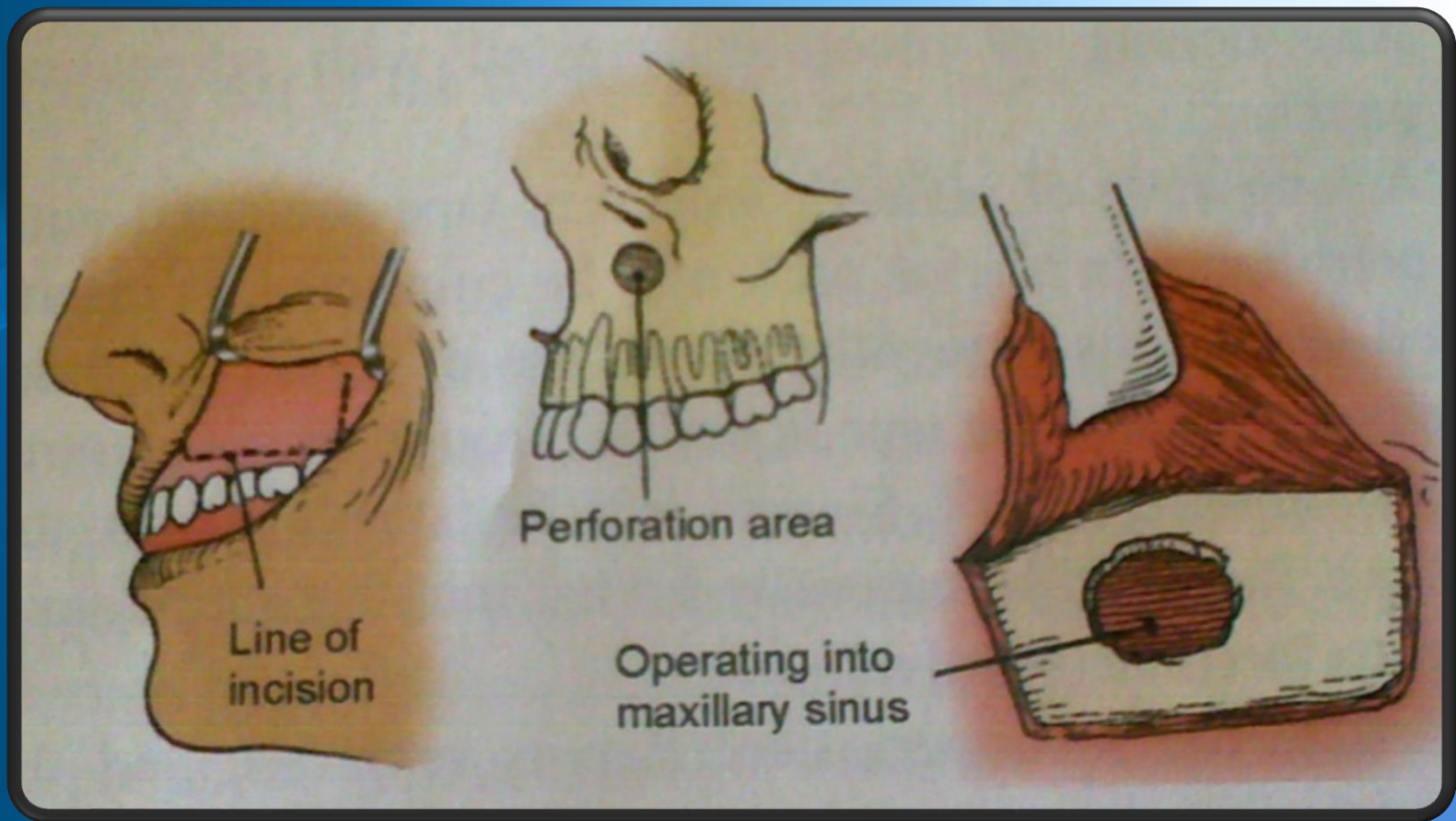


■ من المفضل عندما نحتاج إلى نافذة واسعة للدخول عمل قطع عظمي مع الاحتفاظ بالقطعة العظمية ملتصقة بالسحق.

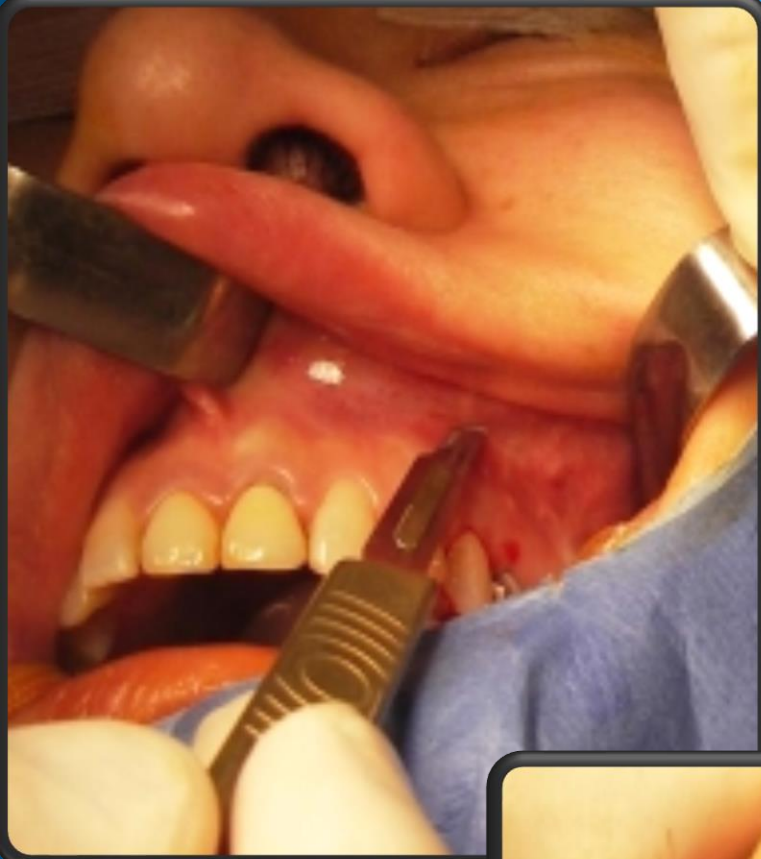
■ يتم بعد ذلك فحص الحفرة الجيبية وإزالة السن أو الجسم الأجنبي ونقرر الاحتفاظ بالغشاء المخاطي الجيبى أو لا (غشاء سميك – متموت – مغطى بالمفرزات القيحية يجرف غالباً)

■ يتم عمل **فتح معاكس** في نهاية العمل الجراحي في منطقة الصماخ السفلي بواسطة مثقب منحنى أو بواسطة بنس معوج مرقى للنزف.

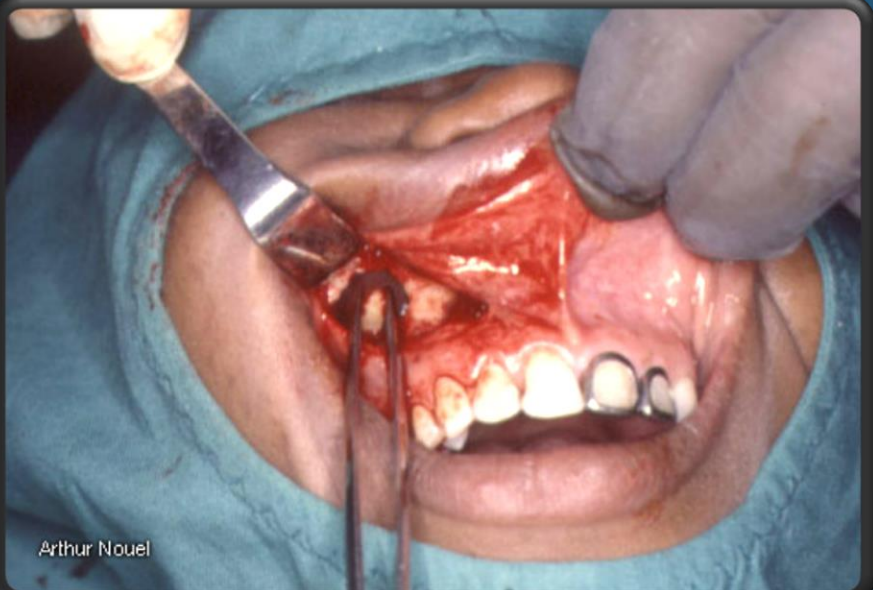
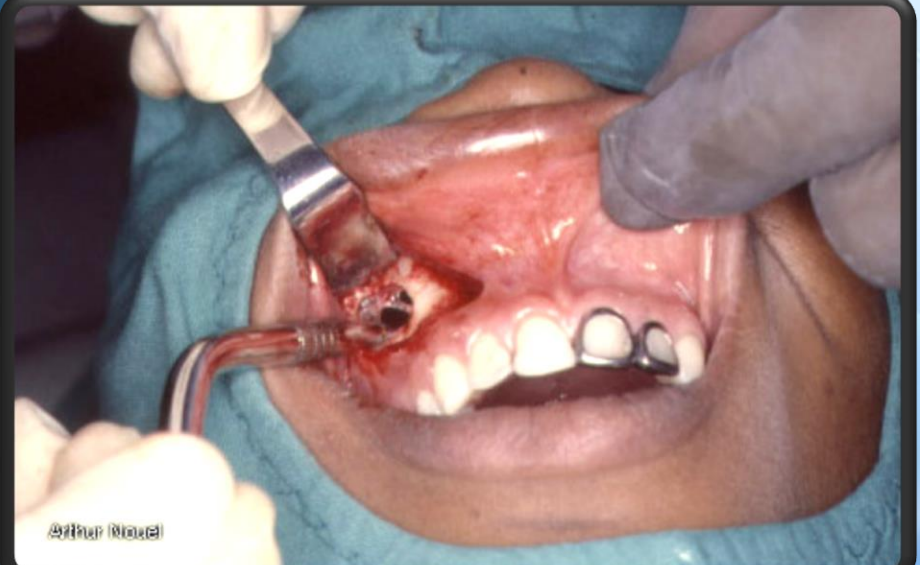
■ يتم **وضع قثطرة** (مفجر) من داخل الجيب لتخرج عبر هذه الفتحة إلى الأنف ثم خارج الفتحة الأنفية وتغلق بعد ذلك الشريحة الخدية. وبعد 2- 3 أيام تتم إزالتها.

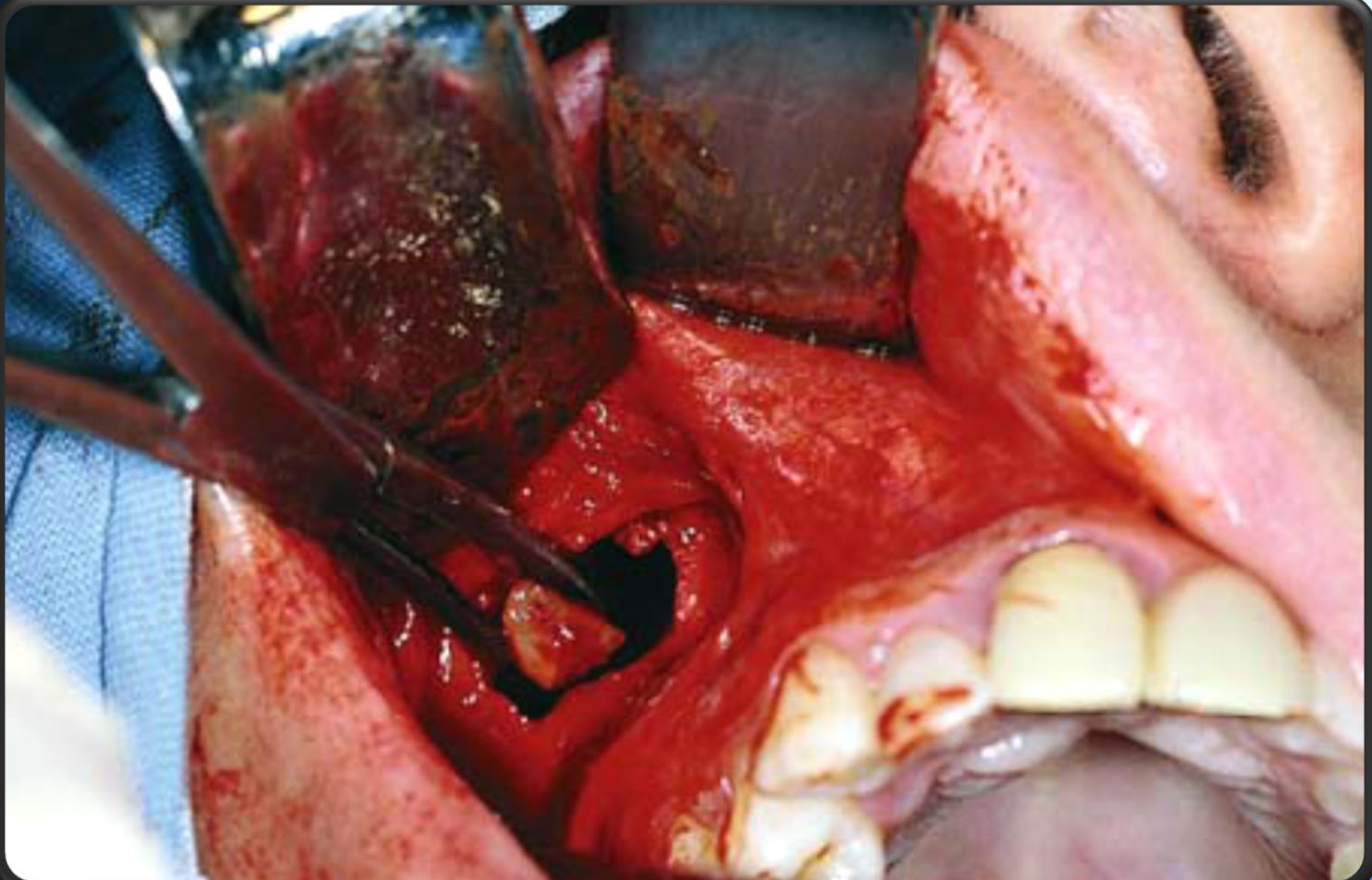


عملية كالدويل لوك



عملية كالدويل لوك لاستخراج جذر مندفع ضمن الجيب الفكي





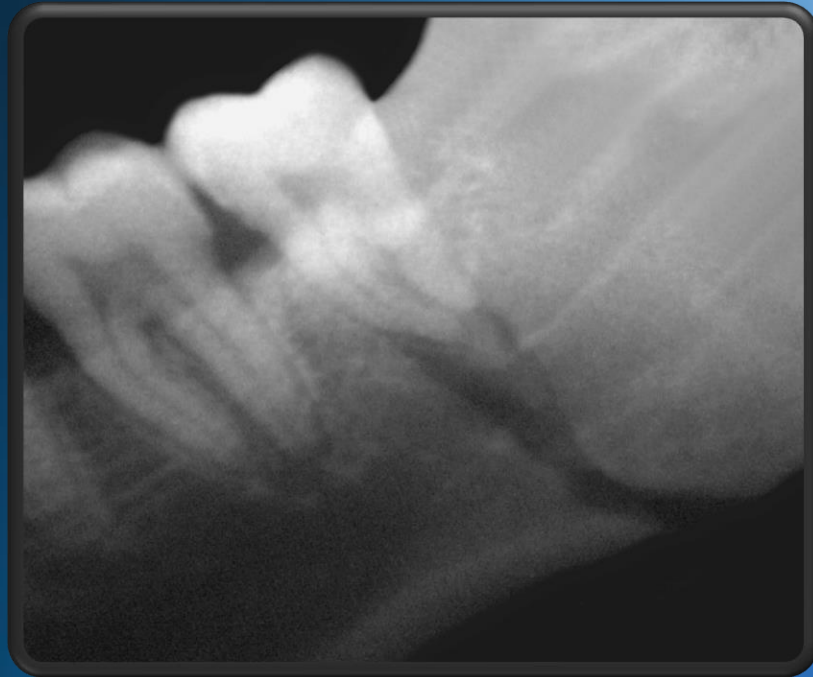
Removal of a root from the maxillary sinus using the Caldwell–Luc surgical technique

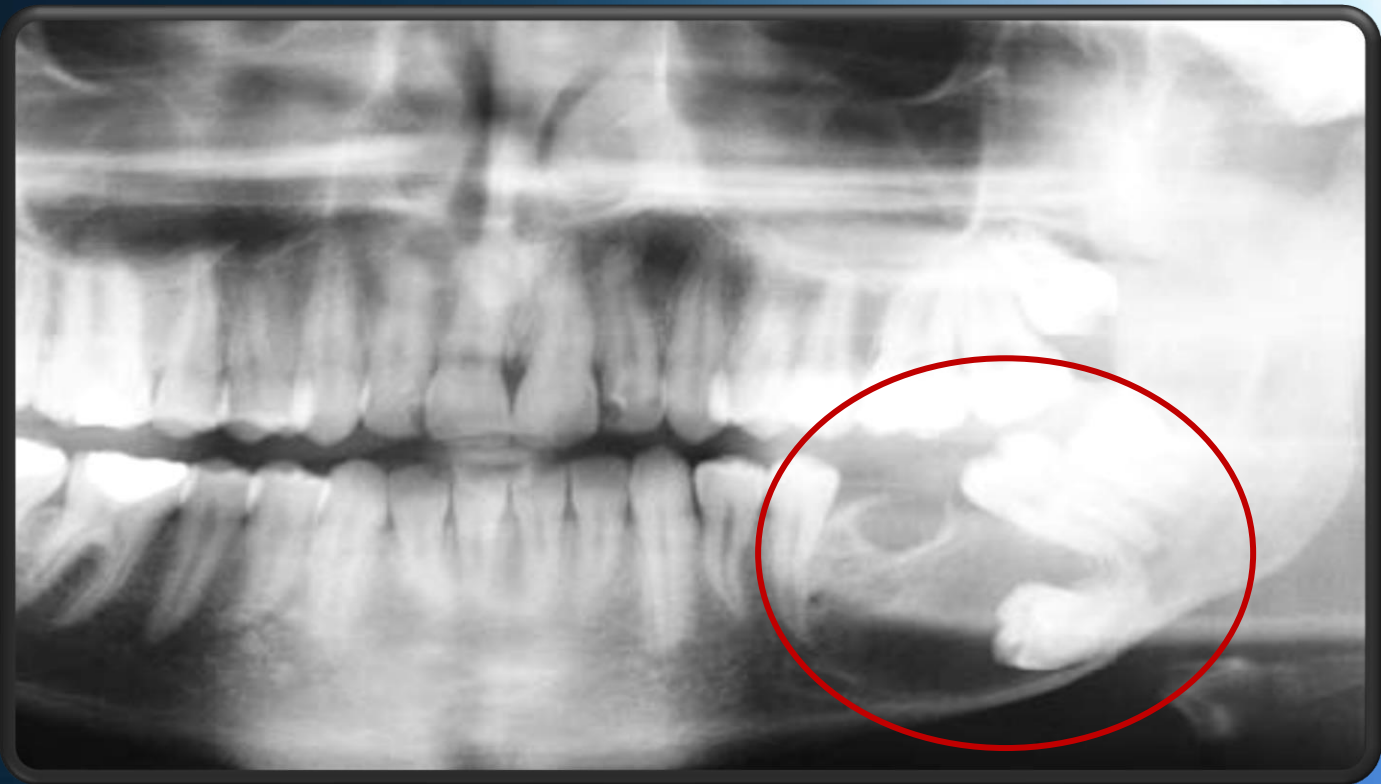
كسور الفك السفلي

كسور زاوية الفك ويحدث عند تطبيق قوة كبيرة ويدخل ضمن إطار الأخطاء الفنية ويمكن أن يحدث الكسر في بعض الشروط الخاصة :

- عند البزوغ المتأخر للرحى الثالثة السفلية عند الشخص الأدر والكهل حيث نجد هناك انحلال عظمي فيزيولوجي كبير .
- تبدلات في الهندسة العظمية في حال وجود التهاب عظمي أو بسبب وجود كيس كبير في المنطقة .
- تخلخل عظمي OSTEOPOROSE بسبب المعالجة الطويلة بالكورتيزون أو مشتقاته .

• فعند حدوث الكسر نجد أن فرقة عظمية تحدث ويتبعها
نزف وحركة غير طبيعية لأجزاء الفك السفلي .
• عند ذلك يجب إجراء صورة شعاعية مباشرة لإثبات نمط
واتجاه خط الكسر.





وعند حدوث الكسر يجب إيقاف عملية القلع مع إجراء رد
للكسر وتثبيت (وسائل مختلفة) وذلك حسب الشروط
الموضعية وموقع خط الكسر :

- فمن الممكن **تثبيت تجبيري** عند الشخص الغير أدرء في حال
الكسر المستقر .

- ويمكن إجراء **خيطة عظمية** OSTEOSYNTHESES في
الحالات الأخرى (أسلاك - صفائح وبراغى)

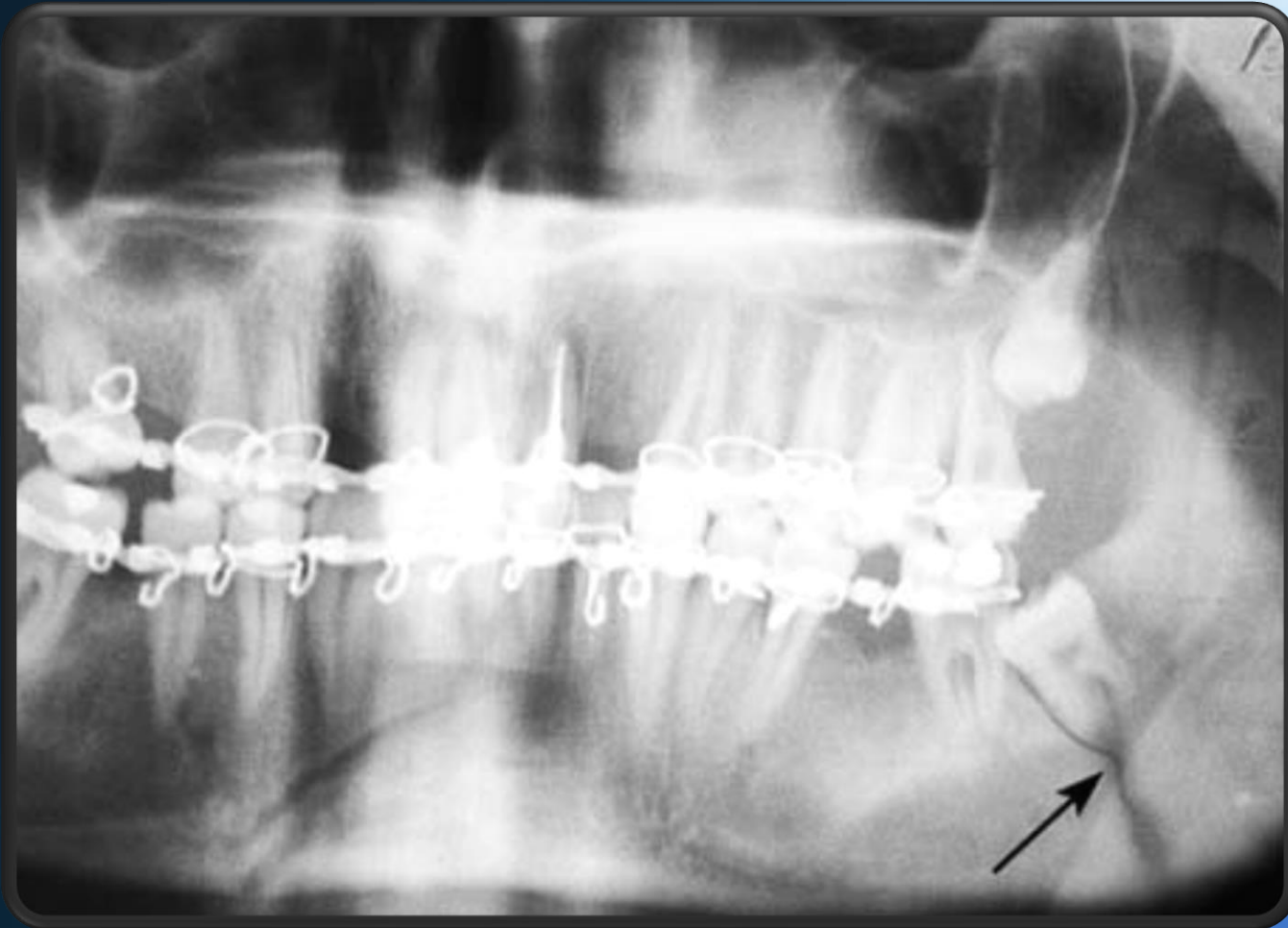
أقواس أيريك وحلقات مطاطية



أقواس أيريك وأربطة سلكية



أقواس أيريك



Fracture of the angle of the mandible, as a result of excessive force during the luxation attempt of an impacted third molar. Not enough surrounding bone had been removed from around the crown to create an unimpeded pathway

صفائح وبراجي مثبتة للكسر



شكرا
لإصفاؤكم

