

التكوية : كطريقة محافظة لعلاج الأكياس التاجية عند الأطفال في مرحلة الإطباق المختلط (حالة سريرية).

* د. سهيل الزين * ** أ. م. د محمد سبع العرب

(الإيداع: 30 آيار 2021 ، القبول: 27 حزيران 2021)

الملخص :

الكيس التاجي من أشيع الأكياس سنية المنشأ وكثيراً ما يصادف في الحياة العملية في مجال طب أسنان الأطفال . تتراوح معالجته بين الاستئصال الكامل مع السن أو التكوية حسب علاقة الكيس بالمجاورات التشريحية . و بما أن الكيس التاجي محيط ببراعم الأسنان الدائمة عند الأطفال فالتكوية هي الحل الأمثل لكي لا يفقد الطفل هذه الأسنان خلال الاستئصال الكامل للكيس .
هذه الحالة السريرية تصف إجراء تكوية لعلاج كيس تاجي لطفلة بعمر تسع سنوات حيث عملت نافذة لتصريف محتوى الكيس عبر قلع الرحتين المؤقتتين الموجودتين في منطقة الكيس . بعد فترة مراقبة ستة أشهر تم بزوغ الضاحكين الدائمين الأول والثاني في الحفرة الفموية و حصل الشفاء العظمي بشكل كامل على الصورة البانورامية.

الكلمات المفتاحية : الكيس التاجي ، الاستئصال ، التكوية ، الإطباق المختلط .

*طالب دكتوراه - قسم جراحة الفم والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة حماة

** أستاذ مساعد في جراحة الفم والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة حماة

Marsupialization: A conservative approach for treating dentigerous cyst in children in the mixed dentition (Case Report).

Dr . Sohael Alzain* Asst.Prof.Dr Mohamed Sabe Alarab**

(Received: 30 May 2021, Accepted: 27 June 2021)

Abstract

Dentigerous cysts are the most common developmental odontogenic cysts of the jaw and are usually encountered in the practice of pediatric dentistry. The treatment modalities range from marsupialization to enucleation of the lesion and are based on the involvement of the lesion with the adjacent structures. However, loss of a permanent tooth in the management of a dentigerous cyst can be devastating to a child marsupialization is the prefer modality for treatment . This case describes the technique of marsupialization in which we extracted the deciduous first and second molars and created a window through the extracted socket to decompress the lesion. After 6 months the first and second premolars erupt in the oral cavity and bone healed completely on panoramic radiograph .

Keywords : Dentigerous cyst, enucleation, marsupialization, mixed dentition .

* Doctorate Student in Oral And Maxillofacial Surgery – Faculty of Dentistry – hama university .

** D.D.S., PhD., Oral and Maxillofacial Surgery Department .

1- المقدمة Introduction :

- الكيس التاجي من أشيع الأكياس سنية المنشأ التي يواجهها جراح الفم والفكين حيث تتراوح نسبة تواجدها 20-24 % من أكياس الفكين . تتطور هذه الأكياس حول تاج السن غير البازغ حيث يتوسع جراب السن المحيط بالتاج بتجمع السوائل داخله. (1)

- هذا النوع من الأكياس دائما ما يرتبط بسن غير بازغ أو براعم الأسنان الدائمة عند الأطفال و أكثر ما يلاحظ حول تاج الرحي الثالثة السفلية ثم حول تاج الناب العلوي الدائم ثم حول تاج الرحي الثالثة العلوية وبشكل نادر حول تاج القواطع المركزية العلوية . (2)

- نسيجيا : يتكون الكيس التاجي من جدار ليفي مبطن بظهارة حرشفية مطبقة غير متقرنة non-keratinized stratified squamous epithelium يحتوي على نسيج مخاطية و بقايا سنية و نادرا خلايا دهنية . (4)

- شعاعيا : يظهر الكيس على شكل آفة شافة على الأشعة محيطية بتاج سن غير بازغ وحيدة الحجرة يحيط بها حواف عظمية ظليلة على الأشعة إذا لم يوجد انتان في الكيس و تزول هذه الحواف الظليلة في حال حدوث انتان للكيس . يمكن أن يزداد حجم الكيس التاجي فيتمدد إلى رُاد الفك السفلي أو الجيب الفكي . (11)

- العلاج : يمكن أن يكون بالاستئصال التقليدي الكامل مع خطر حدوث أذية في براعم الأسنان الدائمة أو المجاورات التشريحية أو يمكن أن يكون العلاج بالتكوية . (6)

- اذا لم يعالج هذا الكيس يمكن أن يحدث كسر مرضي في الفك اذا ما أصبح حجم الكيس كبيرا" أو يمكن أن يسبب انطمارا" للأسنان التي ينشأ على حسابها خاصة براعم الأسنان الدائمة أو يمكن أن يسبب تشوها" في شكل الفك لدى المريض كما يمكن أن يتشكل على حسابه أميلوبلاستوما Ameloblastoma أو سرطان شائك الخلايا Squamous cell carcinoma . (5)

- في هذه الحالة السريرية استخدمت التكوية كمرحلة علاجية عند طفلة في مرحلة الاطباق المختلط لتقييم فعالية هذه الطريقة في علاج الأكياس التاجية في هذه المرحلة .

2- الحالة السريرية Clinical case :

حولت طفلة بعمر 9 سنوات إلى قسم جراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان - جامعة حماة من قبل طبيب أسنان عام حيث اكتشف وجود كيس في الفك السفلي صدفة عند اجراء صورة شعاعية بانورامية للطفلة بهدف معالجة أسنانها المنخورة. عند فحص الطفلة تبين أنها سليمة صحيا لا تعاني من أي أمراض جهازية . كانت تشكو من ألم متقطع في أسنانها منذ سنة تقريبا . بالفحص خارج الفموي لوحظ وجود عدم تناظر بسيط في المنطقة السفلية اليمنى من الوجه دون وجود أي ناسور أو علامات نزح للقيح على الوجه . كانت العقد اللمفية تحت الفك السفلي مجسوسة متضخمة مؤلمة ومتحركة ما يشير إلى انتان مزمن سببه الأسنان المنخورة . بالفحص داخل الفموي لوحظ وجود تورم بسيط قاس في منطقة الرحتين الأولى والثانية السفليتين اليمين . (الشكل رقم 1)



الشكل رقم (1): منظر داخل فموي

لوحظ بالفحص الشعاعي على صورة البانوراما الرقمية لوحظ وجود آفة شافة على الأشعة مدورة الشكل وحيدة الحجرة محيطة بتاج برعم الضاحك الدائم السفلي الثاني اليمين . يحيط بالآفة حواف ظليلة على الأشعة . مع وجود امتصاص في جذور الأرحاء المؤقتة و حركة بسيطة على الفحص السريري . (الشكل رقم 2)



الشكل رقم (2): صورة بانورامية تظهر مكان تواجد الكيس التاجي وحدوده

أجري اختبار الرشف لمحتوى الكيس حيث كان السائل المستخرج منه مؤلف من مزيج دموي مخاطي و أرسل للتشريح المرضي الذي أظهر وجود خلايا دموية حمراء ومواد مخاطية وكمية كبيرة من البالعات وخلاياظهارية سليمة . أدت العلامات السابقة إلى تشخيص كيس تاجي . و اتخذ قرار باجراء توكية كعلاج للكيس للحفاظ على براعم الأسنان الدائمة . تم قلع الأرحاء المؤقتة تحت التخدير الموضعي بعد أخذ الموافقة المعلنة من أهل الطفلة على العمل الجراحي وترك السنخ الفارغ كنافذة لتصريف محتويات الكيس (الشكل رقم 3).



الشكل رقم (3): قلع الأرحاء المؤقتة وترك السنخ الفارغ كنافذة لتصريف محتويات الكيس ووضعت دكة من الشاش المعقم المشبع باليودوفورم مع الغليسرين داخل التجويف لثلاثة أيام بعد العمل الجراحي . و أعطيت الطفلة وأهلها تعليمات العناية الفموية وإجراء الغسولات الفموية بالكلورهيكسيدين 0,12% بشكل منتظم . راجعت المريضة بعد 6 أشهر من العمل الجراحي حيث أجريت صورة بانورامية ثانية أظهرت تشكل العظم بشكل كامل مكان تجويف الكيس ويزوغ الأسنان وتشكل جذورها كان ضمن المجال الطبيعي . أظهر الفحص السريري بزوغ الضاحكين الدائمين بشكل طبيعي . (الشكل رقم 4)



الشكل رقم (4): صورة بانورامية بعد 6 أشهر من العمل الجراحي

3- المناقشة Discussion :

يميل الكيس التاجي للحدوث عند الذكور أكثر من الإناث وفي العقدين الثاني والثالث بشكل أكبر من باقي الأعمار . (12) معظم الأكياس التاجية لا عرضية وغير مؤلمة وتكتشف مصادفة لذلك غالبا ما تصل إلى أحجام كبيرة وتسبب تمدد للصفائح القشرية . (13)

ذكرت الأدبيات نوعين للأكياس التاجية : تطوري والتهابي . يتكون النوع التطوري حول تاج سن غير بازغ عبر دخول السوائل من خارج جراب السن إلى المسافة بين البشرة المينائية الضامرة Reduced Enamel Epithelium والميناء أو بين طبقات عضو الميناء . (7)

النظرية الثانية لنشوء الكيس التاجي والأكثر قبولاً هي تموت خلايا جراب السن عندما تحدث إعاقة لبزوغ السن المرتبط به وبالتالي تزيد نواتج تموت الخلايا الضغط التناضحي Osmotic Tension و هذا ما يؤدي إلى تشكل الكيس . (8) و يعتقد أن النوع الالتهابي للكيس التاجي يتطور بسبب السن المؤقت المتموت المرتبط بالكيس التاجي المتشكل . حيث ينتشر الانتان الحاصل في السن المتموت إلى جراب السن الدائم وبالتالي تؤدي العملية الالتهابية الحاصلة إلى تشكل الكيس التاجي . (9) .

من خلال ما سبق يمكن أن يكون الكيس المتشكل في الحالة السريرية المعروضة من النوع الالتهابي حيث أنه قد تكون الرحي الثانية المؤقتة المتموتة متهمه في حدوث هذا الكيس .

يمكن أن يدخل ضمن التشخيص التفريقي للكيس التاجي : الكيس الجذري - الكيس المتقرن سني المنشأ odontogenic keratocyst - ورم خلايا العرطلة المركزي central giant-cell granuloma - الأميلوبلاستوما وحيدة المسكن unicystic ameloblastoma .

لا يمكن للصورة الشعاعية أن تساعدنا في التفريق بين الآفات السابقة الذكر خاصة مع وجود اتصال للكيس بجذر الرحي الثانية المتموتة . (9) و يعتمد التشخيص النهائي على الفحص النسيجي لمحتويات الكيس وبطاناته . (10) تمتلك الخلايا الظهارية المبطنه للكيس التاجي قدرة تحول ورمية كبيرة ففي بعض حالات الأكياس التاجية غير المعالجة تحول الكيس إلى أميلوبلاستوما أو سرطان شائك الخلايا . (10)

تشير التكوية أو طريقة بارتش Partsch operation إلى إجراء نافذة جراحية في جدار الكيس تمنع تجمع السوائل ضمن تجويف الكيس (تخفيف الضغط) وبالتالي ينكمش ويصغر حجمه . أختيرت هذه الطريقة في العلاج للحفاظ على براعم الأسنان الدائمة (طريقة محافظة) .

يجب أن نتذكر دائماً أن الشفاء العظمي بعد العمل الجراحي عند الأطفال سريع و هذا ما لوحظ في هذه الحالة السريرية .

4- الخلاصة Conclusion:

اختيار طريقة العلاج المناسبة لكل حالة يؤدي إلى النتائج المطلوبة. تستخدم التكوية كطريقة لعلاج الأكياس عند الأطفال (لها الأفضلية بسبب وجود براعم الأسنان الدائمة) أكثر من البالغين (وفق استطبابات محددة) . هذه الطريقة فعالة وجيدة في علاج مثل هذا النوع من الأكياس عند الأطفال .

5- المراجع References :

1. Ikeshima A, Tamura Y. Differential diagnosis between dentigerous cyst and benign tumour with an embedded tooth. J Oral Sci 2002;44:13-7.
2. Ziccardi VB, Eggleston TE, Schnider RE. Using fenestration technique to treat a large dentigerous cyst. J Am Dent Assoc 1997;128:201-5.
3. Bodner L, Woldenberg Y, Bar-Ziv J. Radiographic features of large cysts lesion of jaws in children. Pediatr Radiol 2003;33:3-6.
4. Tuzum MS. Marsupialization of a cyst lesion to allow tooth eruption: A case report. Quintessence Int 1997;28:283-4.
5. Chakraborty A, Sarkar S, Dutta BB. Localized disturbances associated with primary teeth eruption. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1994;12:25-8.

6. O'Neil DW, Mosby EL, Love JW. Bilateral mandibular dentigerous cyst in a five year old child: Report of 3 cases. ASDC J Dent Child 1989;56:382–4.
7. Main DM. The enlargement of epithelial jaw cyst. Odontol Revy1970;21:21–9.
8. Toller PA. The osmolarity of fluid from the cyst of jaw. Br Dent J 1970;129:275–8.
9. Bloch JK. Dentigerous cyst. Dent Cosmet 1928;70:708–11.
10. Sloomweg DJ. Carcinoma arising from reduced enamel epithelium. J Oral Pathol 1987;16:479–82.
11. Chakraborty A, Sarkar S, Dutta BB. Localized disturbances associated with primary teeth eruption. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1994;12:25–28.
12. Shear M. Cysts of the oral regions (3rd ed). Bristol: Wright1992:36–75.
13. Shear M. Dentigerous (follicular) cyst. In: Wright (ed). Cysts of the oral regions (3rd ed). Oxford: Pergamon Press 1992:75–98.