

التهابات اللثة

و

النسج الداعمة عند الأطفال

الدكتور فائق بدر

خصوصية أمراض اللثة والنسج الداعمة

لتدبير امراض النسج الداعمة لابد من معرفة :

1- تشريح اللثة والنسج الداعمة .

2- التشخيص الدقيق لأمراض هذه النسج .  معرفة الأعراض
+ العلامات  الحالة الطبيعية عن المرضية .

3- تصنيف أمراض اللثة والنسج الداعمة .  التشخيص **Diagnosis** .

خصوصية أمراض اللثة والنسج الداعمة :

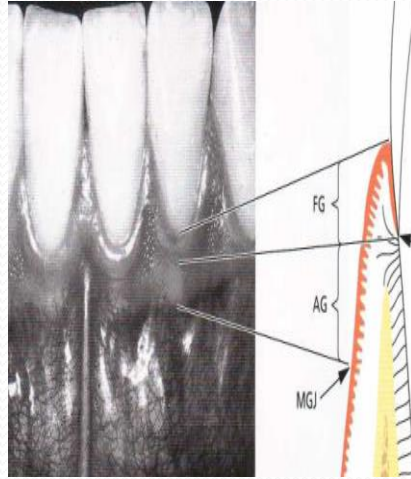
4- التشخيص التفريقي Differential Diagnoses

5- وضع خطة المعالجة TREATMENT PLANGNING

6- النتيجة RESUTE

7- الإنذار Prognosis

البنية النسيجية للنسج الداعمة الطبيعية:



تتألف النسيج الداعمة من :

● اللثة : (G) the gingiva .

تتألف اللثة من : حرة (حليمية + ملتصقة) + ملتصقة .

● الرباط السنّي - السنخي : (PL) the periodontal ligament

● الملاط : (RC) the Root Cementum

● العظم السنخي : (AB) the alveolar Bone

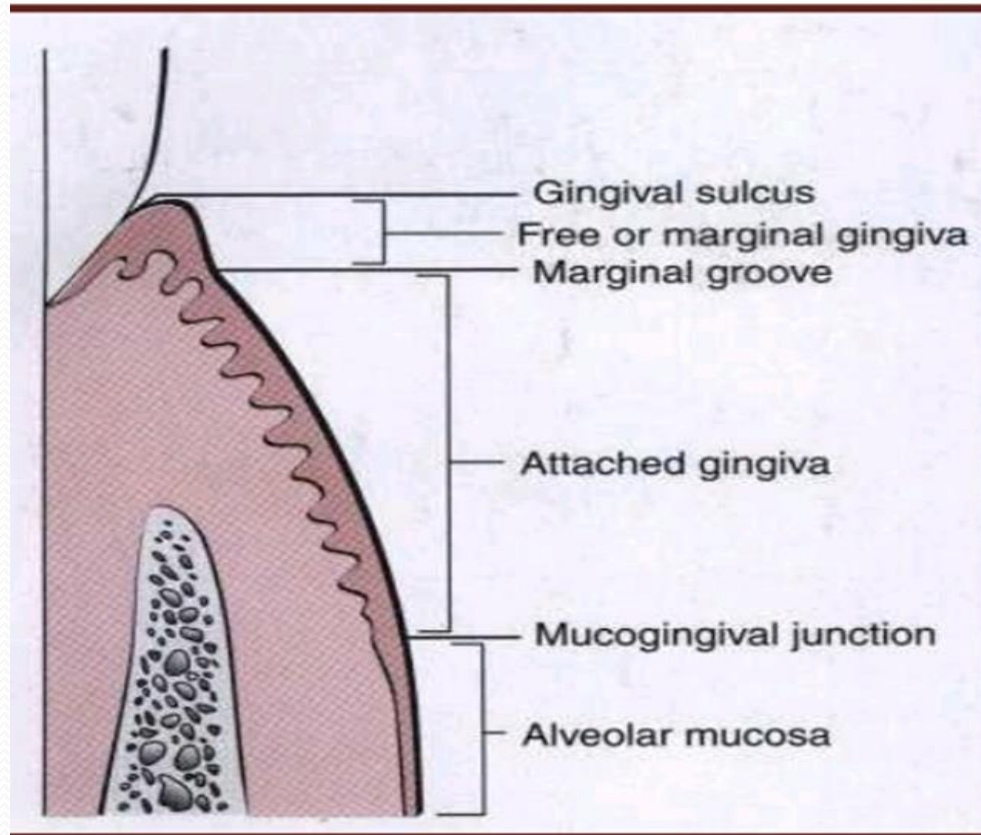
يتألف العظم السنخي من :

● النتوء السنخي : the Alveolar Process

● العظم السنخي بالخاصة : (ABP) the Alveolar Bone proper وهو

مستمر مع النتوء السنخي ويشكّل الصفيحة العظميّة التي تبطنّ السنخ السنّي.

تشرح اللثة و الأنسجة الداعمة :



تشريح اللثة و الأنسجة الداعمة :

اللثة هي : الجزء من الغشاء المخاطي الفموي الذي يغطي النتوءات السنخية والأجزاء العنقية للأسنان **وتقسم الى :**

- 1- اللثة الحرة(الحفافية): **Free gingival** النسيج الممتد تاجيا الى أسفل الميزاب اللثوي.
- 2- اللثة الملتصقة : **Attached gingival** تلي اللثة الحرة , و تغطي النتوءات السنخية . تمتد ذرويا من ميزاب اللثة الحرة الى الميزاب المخاطي اللثوي.
- تبدو اللثة الطبيعية بلون زهري فاتح . يرتبط اللون بعدد من العوامل:
- - الشخص (لون البشرة) .
- - ثخانة النسيج .
- - درجة التقرن .

صفات النسيج اللثوي الطبيعي عند الأطفال:

children gingiva





adult



child



adult



child

صفات اللثة عند الأطفال:

- لونها زهري فاتح.
- يمكن أن يكون لونها عند الأطفال الصغار أكثر احمراراً من البالغين بسبب **التروية الدموية الأكبر + قلة ثخانة البشرة**.
- يبدو سطح اللثة عند الأطفال **أنعم ومرقّط** أكثر من البالغ.
- تكون اللثة عند الأطفال خلال **البزوغ ذات حواف مدوّرة**



مظهر اللثة عند الأطفال

بسبب هجرة وضيق المنطقة العنقيّة للأسنان اللبنيّة , أما عند البالغين فتكون الحافة اللثوية حادّة مثل طرف السكين.

● يكون عرض اللثة الملتصقة في **الفك السفلي** أقل منه في **الفك العلوي** .

يزداد هذا العرض مع بزوغ الأسنان الدائمة.

● العظم السنخي حول الأسنان المؤقتة **أقل تحديباً وتكلساً** والمسافات النقيويّة أكبر.

● عمق السبر حول الأسنان المؤقتة عادة **2 ملم** . ويكون في المناطق الدهليزيّة واللسانيّة أقل عمقاً من المناطق الملاصقة.

● المسافة الرباطية عند الأطفال **أعرض** من البالغين.

● الميزاب اللثوي عند الأطفال **أعمق** من البالغين.

● الحليمات بين السنيّة عند الأطفال **أقصر** من التي عند البالغين.

المظهر الشعاعي للنسج الداعمة عند الأطفال:

يتميز المظهر الشعاعي للنسج الداعمة عند الأطفال بالصفات التالية:

- رقة في الصفيحة القاسية (Laminadura).

- زيادة عرض منطقة الرباط السنخي السني.

- وسعة المسافات النقية.

- وقلة عدد الحجب العظمية.

- ورقة طبقة الملاط.

- قمة العظم السنخي أكثر تسطحاً.



تعريف المرض حول السني :

هو المرض أو مجموعة الأمراض التي تصيب النسيج حول السنيه , وتسبب : فقدان الارتباط البشري , تخرب العظم السنخي , وبالتالي فقدان الأسنان .

وبكلام آخر:

(الالتهاب اللثوي هو تفاعل التهابي غيرنوعي ناتج عن تراكم اللويحة الجرثومية بشكل مجاور للنسيج اللثوي دون حدوث تخرب للارتباط البشري) .

تعرف الصحة حول السنية **Periodontal Health** : بأنها الحالة الطبيعية التي يغيب فيها : **النزف عند السبر, وانعدام فقدان البنى حول السنية .**



صفات الالتهاب اللثوي :

يمكن أن نجمل صفات الالتهاب اللثوي بما يلي :

1- النزف عند السبر .

2- زيادة عمق الميزاب اللثوي الطبيعي حول السن .

3- التغير في ارتفاع أو مستوى قمة النتوء السنخي أو العظم السنخي .

يمكن أن يكون الالتهاب اللثوي موضعاً أو معمماً .



تصنيف أمراض النسيج حول السنية :

عُقدت عام 2017 م ورشة عمل في **الولايات المتحدة الأمريكية** تحت رعاية الأكاديمية الأمريكية لعلم النسيج حول السنية

The American Academy Of Periodontology (AAP)

والمنظمة الأوروبية لعلم النسيج حول السنية

The European Federation Of Periodontology (E F P)

عدلت هذه الورشة تصنيف الأمراض اللثوية وحول السنية .

إن معرفة التصنيف تتطلب معرفة أقسام وتشريح (اللثة - النسيج الداعمة) .

اللثة = لثة حلليميه + لثة حرة + لثة ملتصقة .

النسيج الداعمة = عظم سنخي + ملاط + رباط .

التهاب اللثة عند الأطفال Gingivitis

- هو التهاب يتضمن فقط النسيج اللثوية المجاورة للسن, **يتم تمييزه:**
- **سريريا:** احمرار اللثة وانتباجها وقد يشمل اللثة الحفافية او الحليمية .
- **مجهريا:** نتحة التهابية + وذمة + تخرب في الألياف الكولاجينية + تقرح وتكاثر الظهارة المقابلة للسن التي تربط اللثة الى السن.
- **التهاب اللثة الشديد غير شائع لدى الأطفال:**
- العوامل المسببة الرئيسية المترافقة مع أمراض اللثة والنسج الداعمة الأكثر نوعية هي طبقة البلاك(اللويحة)المتكلسة وغير المتكلسة .
- **تكون هذه العوامل مرتبطة بالصحة الفموية السيئه أو بوجود عوامل مخرشه:**
 - تنفس فموي - تراكم لويحة جرثومية - قلع فوق او تحت لثوي - تراكب او ازدحام الأسنان- حالات النخور السنية نتيجة اندخال فضلات الطعام - وجود ترميمات سيئة تسبب التخريش.

أسباب الالتهابات اللثوية عند الأطفال :

- 1- الجراثيم .
- 2- العوامل المؤهبة .
- 3- المعالجات السيئة .
- 4- الوراثة .
- 5- العادات الضاغطة .
- 6- بعض الأمراض والتناذرات .
- 7- الفطور .
- 8- الأدوية .
- 9- الفيروسات .
- 10- الاضطرابات المناعية .
- 11- بزوغ الأسنان .
- 12- العوامل الموضعية والخارجية .

1- الأسباب الجرثومية :

- تأتي في مقدمة الأسباب المباشرة للالتهابات اللثوية عند الكبار , ولكن يخف تأثيرها عند الصغار.
- تشكل الجراثيم المتجمعة على السطوح السنية ما يعرف : **باللويحة الجرثومية** , وهي ترسبات رخوة معقدة التركيب , مرتبطة بشكل متماسك . تكون ذات بنية منتظمة ومتناسقة , **تحتوي على** : **جراثيم + خلايا بشرية + كريات بيضاء + بالعات كبيرة + قالب بين خلوي + ماء.**
- يتكون **القالب بين الخلوي** من بروتينات اللعاب التي يعتقد بأنها مسؤولة عن تماسك وارتباط جراثيم اللويحة وبذلك تحافظ على التصاقها.

- تتوضع اللويحة الجرثومية فوق ما يسمى **بالقشيرة المكتسبة** .
- تشكل الزمر الجرثومية المكونات الرئيسية للويحة .
- تبدأ اللويحة عادة بالزمر الجرثومية الطبيعية التي تختلف من شخص إلى آخر، وتتميز بوجود **توازن** فيما بينها غير مترافق مع تغيرات التهابية في النسيج .
- إذا حدث خلل بالتوازن الجرثومي تبدأ علامات التخرب النسيجي الالتهابية بالظهور.

● أهم الزمر الجرثومية المسببة لأمراض النسيج حول السنية:

- 1 - المكورات الايجابية الغرام مثل العنقودية والعقدية.
 - 2 - العصيات الايجابية الغرام مثل العصيات اللبنية والفطر الشعاعي .
 - 3 - العصيات السلبية الغرام مثل أشباه البكتريا (bacteroids) المشبهة بالبكتريا اللثوية (B . Gingivalis) والمغزليات.
 - 4 - اللولبيات أو الملتويات .
- من أمثلتها:

● تعد بيئة الميزاب اللثوي مثالية لنمو الجراثيم وذلك بسبب :

- شكله التشريحي الذي يجعله مقاوماً لعملية الغسل والتنظيف :

الغريزي بواسطة اللعاب .

الميكانيكي بواسطة التفريش , أو الشفاه والخد واللسان أثناء البلع والمضغ

- تأمينه للغذاء المناسب لجراثيم اللويحة عن طريق السائل اللثوي .

الجراثيم في الحفرة الفموية :

يوجد أكثر من 300 نوع جرثومي في الميزاب اللثوي . تتواجد أغلب هذه الجراثيم في اللويحة تحت اللثوية .

تكون هذه الجراثيم في البداية هوائية ايجابية الغرام تتحول بالتدرج إلى لا هوائية سلبية الغرام .

تستهلك الجراثيم الهوائية ايجابية الغرام الأوكسجين في عمق الجيب حول السني مما يؤدي إلى سرعة انخفاض الأكسدة مهياًً الوضع لنمو الجراثيم اللاهوائية سلبية الغرام (الأكثر امراضية من الأولى).

2- العوامل المؤهبة **predisposing factors**:

+ المادة البيضاء:

وهي ترسبات طرية مرئية . تتواجد على اللثة في الأفواه المهملة تتكون من :
كريات بيضاء + بروتينات لعابية + خلايا متوسفه + وبقايا طعاميه تتجمع على سطوح
الأسنان .

+ فضلات الطعام:

المتبقية في الحفرة الفموية, وبين الأسنان خاصةً عند وجود نقاط تماس مفتوحة.

2- العوامل المؤهبة; predisposing factors;

+ قوام الطعام:

تلتصق الأطعمة اللصاقة بسهولة وقوة على سطح السن ميسرة بذلك تراكم اللويحة. يعد تناول السكاكر والأطعمة اللصاقة بشكل متكرر من الأمور المؤذية.

+ النخر السني:

وهو تخرب موضعي للنسج السنية الصلبة , مما يوجد وسطاً ملائماً لتراكم وانحباس اللويحة السنية خاصة نخور الصنف الثاني .

+ العناية الفموية السيئة:

قلة أو انعدام الاهتمام بالصحة الفموية (التفريش , المضامض , الخيوط بين السنية) .

3- المعالجات السنية السيئة مثل :

- حواف زائدة للترميمات.
- عدم تأمين نقاط التماس للحشوات.
- نقص حواف الترميمات.
- نوعية المواد المرممة .
- وجود الأجهزة التقويمية الثابتة .



4- العادات الضاغطة :

- + وضع الأجسام الغريبة في الفم . العض على أقلام الرصاص .
- + قضم الأظافر .
- + دفع اللسان .
- + التنفس الفموي : الذي ينجم عن الإغلاق غير الكامل للشفاة , أو وجود العوائق و انسدادات التهابية مما يعيق التنفس الطبيعي عن طريق الأنف .



5- الوراثة Heredity:

- لوحظ وجود استعداد عائلي للإصابة ببعض الحالات المتقدمة من التهاب النسيج حول السنينة .
- إن الاستعداد الوراثي يبدو واضحاً في الإصابة بالتهاب النسيج حول السنينة الشبابي الموضع .
- هناك أمراض خلقية معروفة لها تظاهرات حول سنينة نذكر منها :

تليف اللثة الوراثي :

- نادر الحدوث .
- ينتقل كصفة سائدة .
- يحدث فيه ضخامة لثوية التهابية كاستجابة لتراكم اللويحة.

6- التناذرات و الأمراض العامة :

● تناذر داون :

يمكن أن يترافق بزيادة حدة التهاب اللثة والنسج حول السنية في الإطباقين اللبني والدائم, وربما يكون ذلك بسبب :

تغيرات استقلابية في النسيج الضام + شذوذات بوظيفة العدلات والبالعات الكبيرة.

● تناذر بابلون لوفيفر .

● نقص الفوسفاتاز القاعدية .

● نقص قدرة الكريات البيض على الالتصاق .

● تناذر شيدياك هيغاشي: أمراض نادرة تورث كصفات جسمية متنحية وتترافق بتخريب سريع للنسج حول السنية المحرض باللويحة في الإطباقين اللبني والدائم .

● الملائكية .

تناذر بابيلون لوفيفر



تناذر داون



Fig. 156 Dental status in Down syndrome.



الملائكية :





Fig. 157 Premature eruption of permanent teeth in a 4-year-old with hypophosphatasia.

التهاب اللثة عند مريض يعاني من نقص الفوسفاتاز القاعدية



التهاب اللثة عند مريض يعاني من نقص المحببات

7-العوامل الفطرية :

- فطور المبيضات البيض : تسكن الفم بشكل طبيعي. يمكن أن تتكاثر بسرعة وتسبب حالة مرضية عندما تنخفض مقاومة النسج.
 - الأطفال الصغار يتطور عندهم السلاق **Thrush** عند المعالجة الموضعية بالصادات الحيوية التي تسمح للفطور بالتكاثر والنمو.
- تظهر الآفات الفطرية الفموية كبقع بيضاء مرتفعة فروية, تزال بسهولة لتترك تحتها سطحاً نازفاً .

7-العوامل الفطرية :

تنتقل الاصابات الفطرية للرضع حديثي الولادة من الأم أثناء الولادة .
تظهر هذه الفطور في فم الوليد خلال الأسبوعين الأوليين من عمره.
تكون الإصابة بالالتهاب الفطري عادة عند المرضى المثبطين مناعياً.

أهم الأدوية المضادة للفطور المستخدمة عند الرضع والأطفال الصغار جداً
(1ملم) كمعلق . يقطر في الفم أربع مرات يومياً.
هذا الدواء ليس مخرّشاً أو ساماً.



السلاق عند الأطفال

8-الأدوية Drugs:

تسبب بعض الأدوية مثل :

● **ديلانتين الصوديوم** (دواء لمعالجة الصرع) .

● **السيكلوسبورين** (دواء مثبط للمناعة , يؤخذ بعد عمليات زرع الأعضاء لتجنب رفض الجسم لها) .

● **النيفيديين** (دواء لمعالجة أمراض القلب) .

ضخامة لثوية غير التهابية تعزى بشكل رئيسي إلى حدوث فرط تنسج (زيادة في عدد الخلايا اللثوية) .

يمكن لهذه الضخامة أن تتفاقم بوجود اللويحة السنية والالتهاب المرافق .

الضخامة الناتجة عن تناول السيكلوسبورين Acyclosporin Gingival Hyperplasia

يُعطى هذا الدواء للمرضى بعد زرع الأعضاء (الكلية - القلب - الكبد) للتخفيف من رفض الجسم للأعضاء المزروعة .

● المعالجة :

- الاعتناء بالصحة الفموية .
 - إعطاء غسولات كلورهيكسيدين (0,2-0,12 %).
 - الجراحة في الحالات المتقدمة .
- الحالة قابلة للنكس مادام المريض يتناول الدواء .

الضخامة اللثوية الناتجة عن ديلانتين الصوديوم :

يعطى ديلانتين الصوديوم لمرضى الصرع .
حدوث فرط تنسج لثوي (ضخامة) .
يؤدي استعماله الطويل إلى

تختلف الإصابة من مريض لآخر .

+ دلت الأبحاث أن حوالي 50% يصابون بالضخامة اللثوية .

قد تكون الإصابة شديدة أو متوسطة .

+ أول ما تحدث الضخامة في منطقة الحليمات بين السنية ثم المسافة بين السنية و المنطقة الشفوية و الدهليزية .

تكون الإصابة خفيفة في بعض المناطق و شديدة في مناطق أخرى .

يكون شكل اللثة **مجعد - خشن - نازف** ، (ناتج عن تكاثر في النسيج الضام الليفي الغني بمصورات الليف)

المعالجة:

(1) الصحة الفموية الجيدة.

(2) في الحالات المتقدمة جراحياً .

تكون الحالة ناكسة مادام الدواء مستمراً .



الضخامة الناتجة عن ديلانتين الصوديوم



الضخامة الناتجة عن السيكلوسبورين



الضخامة الناتجة عن الفينيتوين

9- العوامل الفيروسية :

تسبب بعض الفيروسات التهاباً لثوياً فيروسياً . أهم الفيروسات :

• فيروس العقبول البسيط .

يمكن لهذا المرض أن يحدث بعد إصابة انتانية حادة مثل :

داء وحيدات النوى الإنتاني , ذات الرئة , انتانات عقبولية , زكام .

تظهر الإصابة :

- خلال فترات انخفاض مقاومة الجسم .
- القلق أو الانفعال .
- الإرهاق .
- نتيجة الرض خلال المعالجات السنية .

10- العوامل المناعية:

يؤدي نقص المناعة عند الأطفال إلى الإصابة بالتهابات اللثة والنسج الداعمة .
مثل القلاع .



Sever Herps labial in a child with a congenital T cells immune defect

Teeth Eruption 11- بزوغ الأسنان

يسبب بزوغ الأسنان (المؤقتة أو الدائمة) ما يعرف بالتهاب اللثة البزوعي يؤدي دخول تاج السن في المخاطية الفموية خلال طور البزوغ الفيزيولوجي للأسنان إلى تغيرات في اللثة إذ تصبح :

حمراء ومتوذمة .

11- بزوغ الأسنان Teeth Eruption

يفسر التهاب اللثة المشاهد اثناء البزوغ بعدة نظريات :

1- تكون اللثة في طور البزوغ غير محمية بمحيط عنقي محدد .

تكون الأسنان بمستويات مختلفة مما يؤهب لتراكم البقايا الطعامية بسبب غياب نقاط التماس الصحيحة.

2- يكون تفريش الأسنان مؤلماً في طور البزوغ لذلك تقل السيطرة على اللويحة .

12 - العوامل الموضعية :

بعض العوامل الموضعية المشاهدة في طب أسنان الأطفال يمكن أن تؤدي الى زيادة حالة التهاب اللثة عند الطفل مثل :

+ النخور السنية + سوء توضع الأسنان + سوء ارتكاز الألجمة + سوء توضع الأسنان... إلخ



13- العوامل الخارجية :

قد تكون بعض الإجراءات الترميمية التي تتم على الأسنان المؤقتة مؤذية للثة كونها تشكل مكاناً مناسباً لتراكم اللويحة الجرثومية ومن هذه الإجراءات :

- النحت , والتلميع غير الكافي للحشوات .
- الحشوات الملاصقة الزائدة أو نقاط التماس السيئة .
- غياب الارتفاع الحفافي .
- التيجان المؤقتة او الدائمة سيئة التكييف الحفافي .
- التنفس الفموي .
- العلاج التقويمي .

امراض النسج الداعمة لدى الاطفال

Periodontal diseases in children



الأمراض التي تصيب اللثة والنسج الداعمة عند الأطفال:

يعد التهاب اللثة شائعاً عند الأطفال , حيث يشاهد بنسب مختلفة حسب العمر, والعناية بالصحة الفموية .

* 36% عند الأطفال بعمر 3 سنوات .

* 64% عند الأطفال بعمر 5 سنوات .

* 97% عند الأطفال بعمر 10 سنوات .

* 74% عند الأطفال بعمر 15 سنة .

الأمراض التي تصيب اللثة والنسج الداعمة عند الأطفال :

يفسر ارتفاع انتشار الالتهاب بعمر 10 سنوات

بتغير الحالة اللثوية المرافق لتبديل الأسنان .

يفسر انخفاض انتشار الالتهاب بعمر 15 سنة

بزيادة اهتمام الأشخاص بالصحة الفموية بهذا العمر لأسباب اجتماعية.

ملاحظة :

التهاب اللثة شائع عند الأطفال .

التهاب النسج الداعمة نادر عندهم .

وذلك لعدم وصول الالتهاب اللثوي إلى النسج الداعمة , وانحصاره على مستوى اللثة .

وهو ردود في معظم الحالات , وله درجات متفاوتة.

Periodontal diseases in children

يتميز التهاب اللثة والنسج حول السنية بما يلي :

- تحول الميزاب اللثوي إلى جيب نتيجة هجرة الارتباط البشري ذروباً .
- تخرب العظمي السنخي الداعم .
- يمكن تحديد الضياع العظمي لدى الاطفال بالصور الشعاعية المجنحة بمقارنة ارتفاع العظم السنخي الداعم مع الملتقى المينائي - الملاطي . تعد المسافات التي تتراوح بين 2-3ملم ضياعاً عظمياً مثيراً للشك . المسافات الأكبر من 3ملم فتشير لفقدان عظمي صريح .
- يكون الضياع العظمي عادة بين الارحاء الاولى والثانية .

مقاييس الالتهابات اللثوية عند الأطفال:

* مقياس PMA

- P الحليلة اللثوية
- M حافة الحليلة
- A اللثة المتصقة

** قيم المقياس:

- القيمة 0 : اللثة طبيعية ولا يوجد التهاب.
- القيمة 1 : التهاب الحليلة اللثوية مع احتقان متوقع في الحليلة أو الحافة اللثوية.
- القيمة 2: التهاب الحليلة اللثوية ويمتد إلى الحافة اللثوية , تنزف اللثة بالضغط
- القيمة 3: ضخامة لثوية مع تغير لون اللثة , واللثة نازفة وهو على عدة أسنان
- القيمة 4: ضخامة لثوية , و نزف و احمرار لثوي معمم على عدة أسنان .

أنواع التهابات اللثة عند الأطفال :

1) التهابات اللثة البسيطة مثل :

- التهاب اللثة البزوعي .
- التهاب اللثة المرافق لسوء الصحة الفموية .
- التهاب اللثة والحساسية .

2) التهابات اللثة الحادة مثل :

- التهاب الفم واللثة العقبولي الحاد .
- التهاب اللثة التقرحي التموتي الحاد .
- الاصابة بالمبيضات البيض .
- قرحات القلاع الناكس (التهاب اللثة والفم القلاعي الناكس) .
- الانتانات الجرثومية الحادة (الخراج اللثوي الحاد - الخراج حول التاج) .

أنواع التهابات اللثة عند الأطفال :

(3) التهابات اللثة المزمنة مثل :

- التهاب لثة مزمن محرض باللويحة مر افق للتنفس الفموي .
- التهاب لثة مر افق لعوز فيتامين C .

(4) الضخامة اللثوية المشروطة مثل :

- ضخامة لثوية مر افقة لابيضاض الدم .
- ضخامة لثوية بلوغية .
- الضخامة اللثوية الليفية .
- الضخامة اللثوية المحرصة بالفينوتئين (الديلاننتين) .

1- التهابات اللثة البسيطة واسبابها :

وهي الحالة الالتهابية الأكثر مشاهدة من الناحية السريرية .

تعد الإرتكاس الدفاعي الأول ضد المخرشات الموضعية (جراثيم اللويحة السنية) .

● الأسباب الموضعية :

يمكن أن تكون واحدا أو أكثر من الأسباب الموضعية التي سبق ذكرها .

يلاحظ ازدياد نسبة الالتهاب اللثوي عند الأطفال اللذين لديهم :

عضات عميقة , أسنان متراكبة , تشوهات أنفية , وعادات تنفس فموي .

تعد مشاكل المخاطية اللثوية التي تبدأ في الإطباق المؤقت نتيجة للإنحرافات السنية
البزوغية.

● الأسباب العامة :

هرمونية أو غذائية أو دوائية.

المظاهر السريرية لالتهاب اللثة البسيط :

- 1- اللون : يتراوح من الوردى إلى الأحمر الخفيف .
- 2- المحيط : يلاحظ تورم خفيف في اللثة بين السنية (الحليمية) والحفافية .
- 3- سطح اللثة : يلاحظ نقص التنقيط .
- 4- قوام اللثة : رخو إسفنجي .
- 5- قابلية النزف : تزداد قابلية النزف للثة للنزف المثار.
- 6- الألم : يكون عادة غير مؤلم .

- التهاب اللثة البزوعي :

- يرتبط بزوغ الأسنان .
- يطلق عليه مصطلح **التهاب اللثة البزوعي** , وهو كثير الحدوث .
- يشاهد بشكل مؤقت عند الأطفال الصغار خلال بزوغ الأسنان اللبنية .
- لا يسبب بزوغ الأسنان بحد ذاته التهاب اللثة إنما ينتج الالتهاب عن تراكم اللويحة حول الأسنان البازغة والتي يمكن اعتبارها عامل مفاقم للالتهاب .
- يتراجع هذا الالتهاب بعد بزوغ السن في التجويف الفموي .



– التهاب اللثة البزوعي :

- أظهرت دراسة Weddel , Klein التي اجريت على 233 طفلاً أن التهاب اللثة البزوعي يحدث عند :
- 13% عند الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 6-17 شهر.
- 34% من الأطفال الذين تراوحت أعمارهم من 18-23 شهرا
- 39% عند الأطفال الذين تراوحت أعمارهم 24-36 شهرا
- أكثر الأماكن إصابةً بالتهاب اللثة البزوعي هي :
 - مكان بزوغ الثنايا العلوية والارحاء الأولى والثانية الدائمة .
 - قد تكون الحالة شديدة بحيث يتشكل جيب لثوي .
 - إذا لم تعالج الحالة يحدث التهاب نسيج داعمة أو تواج يستلزم اعطاء الأدوية .

اسباب التهاب اللثة البزوعي :

- تحدث الزيادة في الالتهاب اللثوي بين 6-7 سنوات بشكل واضح بسبب :
 - عدم حماية الحافة اللثوية من قبل الحواف التاجية للسن أثناء المراحل المبكرة من البزوغ الفعال . مما يؤدي إلى الاحتكاك المستمر للطعام مع اللثة مسبباً الالتهاب .
 - تتجمع البقايا الطعامية واللويحة الجرثومية حول وتحت اللثة الحرة مغطية بشكل جزئي تاج السن البازغ مسببة تطور العملية الالتهابية (المترافقة مع بزوغ الأرحاء الأولى و الثانية الدائمة) .
 - يمكن للحالة ان تكون مؤلمة وقد تتطور الى تواج او خراج حول تاجي .

المعالجة :

- لا يتطلب التهاب اللثة البزوعي البسيط معالجة محددة و انما يكفي تأمين صحة فموية مناسبة
- في حال التواج المؤلم تغسل المنطقة ببعض المواد مثل (Peroxy)
- يعالج التواج المترافق مع انتباج والتهاب العقد المفاوية بالصادات الحيوية.

التهاب لثة بزوعي :



- التهاب اللثة عند الأطفال المرافق لسوء الصحة الفموية :

● توجد علاقة بين درجة العناية بالصحة الفموية وصحة النسيج اللثوية عند الأطفال حيث تبين وجود انخفاض واضح في مستوى الالتهاب اللثوي عند الأطفال بعد تطبيق برامج العناية الفموية وإزالة اللويحة الجرثومية .

لذلك يجب التأكيد على اتباع تعليمات الوقاية الفموية الجيدة وتعليم المريض كيفية تفريش أسنانه بشكل صحيح واستعمال الخيوط بين السنية .

يصنف الالتهاب اللثوي الناتج عن الإهمال إلى :

مبكر - متوسط - معمم .



القلح (Calculus) :

- يعد القلح (فوق او تحت لثوي) عاملاً مسبباً لأمراض اللثة والنسج الداعمة .
 - ينتج عن اهمال الصحة الفموية , الذي يؤدي إلى تكلس اللويحة الجرثومية وتحولها إلى قلح .
- ففي دراسة لحوالي 1700 طفل وطفله . تراوحت اعمارهم بين 9-14 سنة .
وجد ان 56-85% من كلا الجنسين , والذين ينتمون الى مجموعات عمرية
مختلفة أو مجموعات عرقية مختلفة لديهم قلح فوق لثوي.



- التهاب اللثة والحساسية :

- يحدث التهاب اللثة التحسسي عن فرط الحساسية التأقية استجابة لعوامل محسسه خاصة .
 - تظهر ارتكاسات متنوعة وبدرجات مختلفة الشدة تجاه بعض الأطعمة والأدوية .
 - قد تظهر بعض التظاهرات الفموية كجزء من الاستجابة التحسسية الجهازية .
 - يمكن أن يكون الارتكاس الالتهابي ذو طبيعة موضعية ينتج عن معاجين الأسنان أو المضامض الفموية أو لمواد العلاجية الأخرى .
 - تثير مولدات الضد الارتكاس الالتهابي التأقي التحسسي الذي يتظاهر ب: **احمرار, تموت , توذم , ظهور تقرحات مع إمكانية حدوث تشكلات حويصلية**
- تستمر هذه الأعراض مادام العامل المسبب موجودا (جهازيا أو موضعيا) وبزواله يحدث تحسن الحالة وشفائها تماما.

2- التهابات اللثة الحادة :

تتمثل التهابات اللثة الحادة عند الأطفال في الإصابات التالية :

1- التهاب اللثة التقرحي التموطي الحاد.

2- التهاب الفم واللثة العقبولي الأولي الحاد.

3- الخراج اللثوي الحاد.

4- الخراج حول التاجي.



1-"التهاب اللثة التقرحي التموتي الحاد ANUG:

إنتان التهابي حاد . تكون الأنسجة متموته مع احتقان , الم وحليمات نازفة . ينتشر ليشمل كافة حواف اللثة مع رائحة فم نتنة . يظهر كغشاء كاذب رمادي يغطي حواف اللثة الحرة .

- يلاحظ عند أطفال المناطق الفقيرة حيث التغذية فيها سيئة .
- يلاحظ عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون .
- يصيب الحليمات بين السنية .

يشمل :

1- تموت النسج اللثوية .

2- تموت النسج حول السنية .

الأسباب :

1- الجراثيم . 2- الفيروسات . 3- سوء التغذية . 4- الضغوط النفسية . 5- التبغ والكحول . 6- الأمراض الجهازية .

تؤدي الحالات الشديدة من التهاب اللثة التقرحي التموطي الحاد إلى :

- تضخم الغدد اللعابية تحت الفكوية .
 - صداع .
 - توعك عام .
 - صعوبة في تناول الطعام بسبب الألم والنزف .
- قد ينتشر الورم حتى يشمل شراع الحنك ومنطقة اللوزتين ويسمى عندئذ
بخناق فنسنت .

الأسباب الموضعية :

غير معروفة لكن تشير الدلائل إلى أن هذا المرض يحدث نتيجة اشتراك عوامل جرثومية
ونفسية وجهازية .

الخصائص السريرية :

قد تكون الإصابة موضعه (سن أو مجموعة أسنان) أو معممة على كامل الفم .

له ثلاثة أشكال : خفيف - معتدل - شديد .

1" - الشكل الخفيف :

+ تموت وتقرح ذرى الحليمات اللثوية .

+ نزف دموي لثوي عند الضغط .

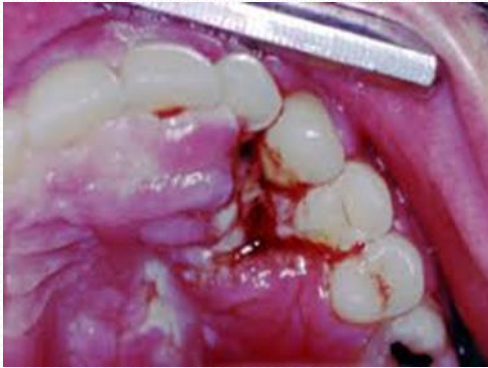
+ وجود الألم ليس ضروريا .



الخصائص السريرية :

"2- الشكل المعتدل :

- + الألم الشديد .
- + الشعور بطعم معدني .
- + رائحة كريهة .
- + هجمة مفاجئة .
- + نزف دموي .
- + زيادة إفراز اللعاب .
- + خشكيشة رمادية مائلة للابيضاض على اللثة الحفافية تدعى **الغشاء الكاذب** .
- + إصابة اللثة الحفافية الدهليزية واللسانية حيث تبدو حمراء لامعة نازفة .
- + تأثر اللثة الملتصقة .
- + التخرب التقرحي للحليمة اللثوية .



الخصائص السريرية :

3- الشكل الشديد :

- + انتفاخ و انتباج العقد اللمفاوية الناحية .
- + إصابة بلعوميه مر افقة .
- + تقرحات في اللسان والشفاه .
- + تخرب متقدم يشمل اللثة الملتصقة .
- + تشكل عيون بركانية بين سنية بسبب تخرب الحليمة اللثوية .
- + حمى وتوعك .

العلاج :

معرفة القصة المرضية للطفل.

تأكيد التشخيص يتطلب فحص اللطاخة الجرثومية.

وعند إثبات المرض تكون المعالجة على النحو التالي :

- إعطاء المضادات الحيوية (المشاركة بين السبيراميسين والميترونيدازول) .
- في حال وجود حرارة + انتفاخ وضحامة عقد لمفاوية نعطي أيضا :
 - مسكنات الألم .
 - مضادات الالتهاب غير الستيرويدية.

العلاج :

- تعليمات الصحة الفموية حيث تستخدم فرشاة الأسنان الطرية .
- ينصح باستخدام مضامض فموية (الماء الأوكسجيني 3%) .
- يملأ نصف الكأس بالماء الاوكسجيني والنصف الأخر بماء ساخن.
- تمرر المضمضة بين الأسنان لتنظيف الزمر الجرثومية المسؤولة عن الالتهاب وتكرر كل (2 - 3) ساعات .
- بعد يومين يمكن استخدامها 3 مرات في اليوم بعد وجبات الطعام .
- التخفيف من العوامل المؤهبة مثل التوتر والعادات السيئة.
- تحسين النظام الغذائي .
- اعطاء الفيتامينات.

النوما NOMA :

- هي غنغرينا سريعة الانتشار تصيب نسيج الوجه والفم .
- تظهر على شكل قرحة صغيرة على مخاطية اللثة ، مؤلمة وحرارة 38 .
- تمتد بسرعة لتشمل النسيج المحيطة بالفكين – الشفاه والخدين .
- أكثر ما تتوضع حول التعويضات الفموية (تاج – جسر) .
- يكون الجلد المغطى لها ملتهبا ومتورما , متموتا.

غالباً ما تصيب الأشخاص :

- ذوي التغذية السيئة .
- الأطفال بعمر 2-5 سنة يشكل رئيسي .
- الكهول الضعفاء سيئ التغذية .

النوما NOMA :

- تترافق مع الأمراض الانتانية (الحصبة - الدفتيريا - الزهري - السل - فقر الدم)
- تعد النوما اختلاط ثانوي لمرض جهازى .
- تبدو النوما كإنتان نوعى حدث بوساطة عضويات فنان مع ظهور التهاب الفم واللثة التقرحى الفموى الحاد فوراً بسبب الغزو الثانوى للعديد من العضويات الأخرى ك :
العقديات - العصيات الدفترية - والعنقوديات .
- إن انسلاخ الجلد و صدور الرائحة الكريهة من الفم تدل على بداية النوما .



NOMA النوما

داء اليد والقدم والفم : \HFMD\ Hand Foot Mouth Disease

- * مرض حموي ذو شكل متميز.
- * العامل المسبب هو حمات الكوكساي .
- * يصيب الأطفال الصغار ما بين عمر 5-6 سنوات .

2 - التهاب اللثة العقبولى الأولى الحاد :

إنتان فيروسي يصيب الغشاء المخاطي الفموي.

يمكن أن يلتبس تشخيصه مع :

- التهاب اللثة التمثوي التقرحي الحاد .

- التهاب اللثة التوسفي .

- التقرحات القلاعية.

الأسباب الامراضية :

العامل المسبب هو فيروس العقبول البسيط .

يمكن لهذا المرض أن يحدث مباشرة بعد إصابة انتانية حادة مثل :

داء الوحيدات الإنتاني , ذات الرئة , انتانات عقبوليه , زكام .

غالبا ما تظهر الإصابة بسبب : **نقص المناعة , القلق , الانفصال , الإرهاق .**

كما يمكن أن تحدث بشكل موضعي نتيجة رض خلال المعالجات السنية.



التهاب اللثة العقبولي الأولي الحاد



الخصائص السريرية :

- . هجمة مفاجئة تستمر من 7-10 أيام .
- تصيب عادة الرضع والأطفال من عمر 6 إلى 10 أشهر كما يمكن أن تصيب اليافعين والبالغين .
- . يشعر الطفل بالألم والانزعاج عند تناول الطعام وتفريش الأسنان .
- . تبدأ الإصابة بتشكيل **حويصلات** في الحفرة الفموية تتمزق خلال 24 ساعة لتعطي تقرحات سطحية مؤلمة **مغطاة بغشاء رمادي** .
- تتميز هذه الحويصلات باختلاف حجمها , وبمكان توضعها .

الخصائص السريرية :

.يمكن أن تظهر هذه الحويصلات على :

الحنك الرخو, اللسان ,اللوزتين , البلعوم , الشفاه والجلد وتسمى ببثرات الحمى (تقبيله
السخونة) أو تقرحات البرد.

.يمكن أن تشمل الإصابة اللثة فتصبح : ملتهبة ومتوذمة ولامعه ونازفة باللمس.. تترافق

الإصابة **بإفراز لعابي زائد** (يكون ملوثا بالفيروس) لذا يمكن **نقل العدوى** إلى الجلد أو العين أو

الأغشية التناسلية , الجهاز العصبي المركزي مسببا التهاب الدماغ الفيروسي وهو مميت غالبا.

.**ضخامة عقد** لمفاوية عنقية.

.وهن وضعف عام.

العلامات الشعاعية:

لا توجد غالبا لأن الإصابة مقصورة على النسيج الرخوة للحفرة الفموية.

المعالجة :

- إجراء **تقليح سطحي** بالأمواج فوق الصوتية. لإزالة الترسبات القلحية والسيطرة على اللويحة السنية.
- ينصح باستخدام **المضادات الحيوية** للسيطرة على الإنتان الثانوي.
- ينصح باستخدام **المضامض الفموية** مثل (الكلورهيكسيدين) .
- يمكن **للمسكنات الجهازية** أن تكون فعالة في تسكين الألم.
- ينصح **بتناول السوائل** لتجنب التجفاف.

المعالجة :

.لا ينصح باستخدام المضامض الفموية الأوكسيجينية بسبب تخريشها للأنسجة.

.توصف الأدوية المضادة للفيروس جهازيا.

.يوجد علاج آخر للالتهاب الحلئي البسيط يتضمّن استخدام الحمض الأميني **lysine**.

.تناول طعام غني بالأرجينين (مكسّرات ,حبوب ,شوكولا) يزيد من معدّل ال **arginine** مما يؤدّي إلى إصابة بالحلاّ.

.تناول الطعام الغني باللايسين مثل المنتجات التي تحوي الخميرة يعيق الإصابة بفيروس الحلاّ

3 - الخراج اللثوي الحاد :

- ارتكاس التهابي موضعي حاد في اللثة .
- يصيب الأطفال والبالغين .
- يتطور كاستجابة للتخريش بمواد أجنبية كأشعار الفرشاة وعيدان الأسنان .
- قد يتطور نتيجة انحباس الطعام أو التطبيق الخاطئ لوسائل العناية بالصحة الفموية .
- معالجات سنية راضه أو إنتان لثوي موضعي .

الخراج اللثوي الحاد :

سريريا :

- يبدو الخراج في مرحلته الأولية بشكل تورم موضعي ذي سطح أحمر لامع أملس ومع تقدم الآفة يصبح الخراج ذا رأس نقطي (مؤنف).
- يمكن للنتحة أن تعبر السطح من خلال مجرى الناسور.
- تقتصر هذه الخراجات عادة على اللثة الحفافية أو الحليلية.

العلاج:

- بإجراء شق للتفجير.
- تطبيق المعالجة الدوائية الجهازية والموضعية السابقة .

الإندار هنا جيد جدا.

4: الخراج حول التاجي (التواج) :

هو التهاب يصيب اللثة والنسج حول السنية المحيطة بتاج السن البازغ بشكل كلي أو جزئي . يحدث غالبا حول الأرحاء الثالثة أو الثانية السفلية عندما تكون السن الأكثر وحشية في القوس السنية .



الخراج حول التاجي الحاد

يمكن أن يظهر الخراج حول التاج بشكل حاد أو مزمن وذلك وفقا للخصائص السريرية التالية:

1- يغطي السطح الإطباقى للسن الكاملة البزوغ أو البازغة جزئيا شريحة من النسيج اللثوي تدعى اللثة المغطية (القلنسوة اللثوية).

2- تورم واحمرار اللثة المغطية .

3- زيادة قابلية النزف .

4- رض وتقرح سطح اللثة المغطية.

5- وجود نتحه قيحية في المنطقة.

6- تكون المنطقة المحيطة حساسة ومؤلمة , وقد ينتشر الألم إلى الأذن والحنجرة

7- ضرز.

8- طعم سيئ , رائحة فم كريهة.

9- اعتلال عقدي لمفاوي.

10- حمى وتوعك .

العلامات الشعاعية :

في الحالات المبكرة نسبيا تتأثر النسيج الرخوة فقط لذلك لا تظهر أية تغيرات شعاعية. لكن في حال حدوث اختلاطات أو ترك الآفة دون علاج فيمكن للإنتان أن ينتشر للنسج حول السنينة وتظهر بذلك الإصابة شعاعيا.

المعالجة:

الجلسة الأولى :

- 1- يتم الحصول على السيرة المرضية لحالة الطفل .
- 2- فحص الأعراض والتأكد من التشخيص وتحديد امتداد الإصابة .
- 3- التنظيف اللطيف للمنطقة بمصل فيزيولوجي أو ماء أكسجيني 3%.
- 4- إذا كان إجراء التفجير ضروريا فيمكن إجراء شق للتصريف أو وضع قطعة شاش مبللة بمحلول مطهر تحت اللثة المغطية.
- 5- المعالجة الجهازية بالمضادات الحيوية (المشاركة بين السبيراميسين والميترونيدازول) بالإضافة إلى مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية .
- 6- العناية الفموية المنزلية واستعمال مضامض الكلورهيكسيدين أو مضامض الماء الدافئ مع الملح.
- 7- يمكن وصف المسكنات تبعا لمدى الألم والانزعاج لدى المريض.

الجلسة الثانية :

بعد 24 - 48 ساعة من الجلسة الأولى :

- التنظيف عدة مرات لإزالة الفضلات ب (المصل الفيزيولوجي - الماء الأوكسجيني) والغسولات الفموية.

الجلسة الثالثة :

بعد 24 - 48 ساعة من الجلسة الثانية :

- يتم التأكد من خمود الإنتان ثم يتم اتخاذ القرار بشأن قلع السن أو إبقائه .
- في حال عدم قلع السن غالبا ما تكون الجراحة حول السنية ضرورية لإزالة القلنسوة وإيجاد بيئة لثوية سنية ملائمة للصحة الفموية .

التهابات اللثة المزمنة عند الأطفال :

تقسم إلى :

● محرضة باللويحة السنية :

(مرافق للتنفس الفموي).

● غير محرضة باللويحة :

(التهاب لثة مرافق لعوز فيتامين C ومرافق لايبيضاض الدم ومرافق للبلوغ).

1" :التهاب اللثة المزمن المحرض باللويحة المرافق للتنفس الفموي :

العوامل المسببة :

صعوبة التنفس الأنفي بسبب :

- الانسداد بسبب :

نمو أنفي غير طبيعي , تضخم القرنيات , انحراف وتيرة , أذية رضوية , الناميات

- التحسس .

- العادات الضاغطة .

- تراكم الأسنان الأمامية أو بروزها مما يمنع الانغلاق الطبيعي ويهيئ للتنفس الفموي .

- أوضاع النوم غير الصحيحة .

إن الآلية الدقيقة التي يؤثر بها التنفس الفموي على التهاب اللثة غير واضحة تماما ولكن يمكن

ان يعزى هذا التأثير إلى الجفاف الزائد للنسج اللثوية .

(في منطقة الأسنان الأمامية غالبا) المرافق للتنفس الفموي مما يزيد من سرعة تراكم اللويحة وشدة

التصاقها عند الحواف اللثوية وبالتالي صعوبة السيطرة عليها .

الخصائص السريرية :

- 1- يختلف لون اللثة من الأحمر إلى الأحمر المائل للزرقة .
- 2- محيط اللثة وحوافها مدورة .
- 3- تكون اللثة بين السنية قليلة بسبب الضخامة في المناطق المعرضة للهواء والأكثر عرضة لهذه التغيرات .
- 4- يختلف قوام اللثة حسب مدة الإصابة من رخو إسفنجي إلى متماسك ليفي

المعالجة :

إزالة السبب المعيق للتنفس الأنفي + المعالجة اللثوية عن طريق :

- 1- تأمين سلامة المجرى الأنفي .
- 2- تصحيح أوضاع النوم الخاطئة .
- 3- دهن اللثة الأمامية بالفازلين قبل النوم لتجنب جفافها.
- 4- استعمال ستارة الفم خلال النوم والتي تجبر الطفل على التنفس من انفه
- 5- السيطرة الفعالة على اللويحة عن تطبيق وسائل الصحة الفموية المنزلية .
- 6- تطبيق المعالجة الدوائية لالتهاب اللثة .
- 7- التلقيح لإزالة الترسبات فوق وتحت اللثة .
- 8- تصنيع اللثة أوقطعها جراحيا في حالة الضخامة واللثوية الليفية للتنفس الفموي .

2- التهاب اللثة المرافق لعوز فيتامين C عند الأطفال :

ينتج عن العوز الشديد لفيتامين C (داء الإسقربوط). يتظاهر ب:

- وجود اللويحة السنية .
- إصابة الحليمات اللثوية واللثة الحفافية فقط .
- زيادة القابلية للنزف اللثوي .
- انحلال الألياف الغرائية .
- وذمة في النسيج الضام .



التهاب اللثة المترافق مع عوز فيتامين C

الخواص السريرية :

- 1- لون اللثة : **أحمر مائل للزرقة** .
- 2- محيط اللثة : **ضخم** خاصة في الحواف اللثوية .
- 3- قوام اللثة : يكون **هشاً اسفنجياً** مع سطح لامع .
- 4- تموت في سطح اللثة مع تشكل أغشية كاذبة .
- 5- قابلية النزف : **زيادة في النزف** العفوي أو عند استعمال الأدوات .
- 6- عمق الجيب : تحدث **زيادة كاذبة في عمق الجيب** اللثوي نتيجة الضخامة اللثوية .

المعالجة :

- إزالة العوامل الموضوعية المخرشة.
- إعطاء فيتامين C بمعدل 250 – 500 ملغ / يومياً .

الضخامة اللثوية المشروطة :

ضخامة لثوية مرافقة لابيضان الدم :



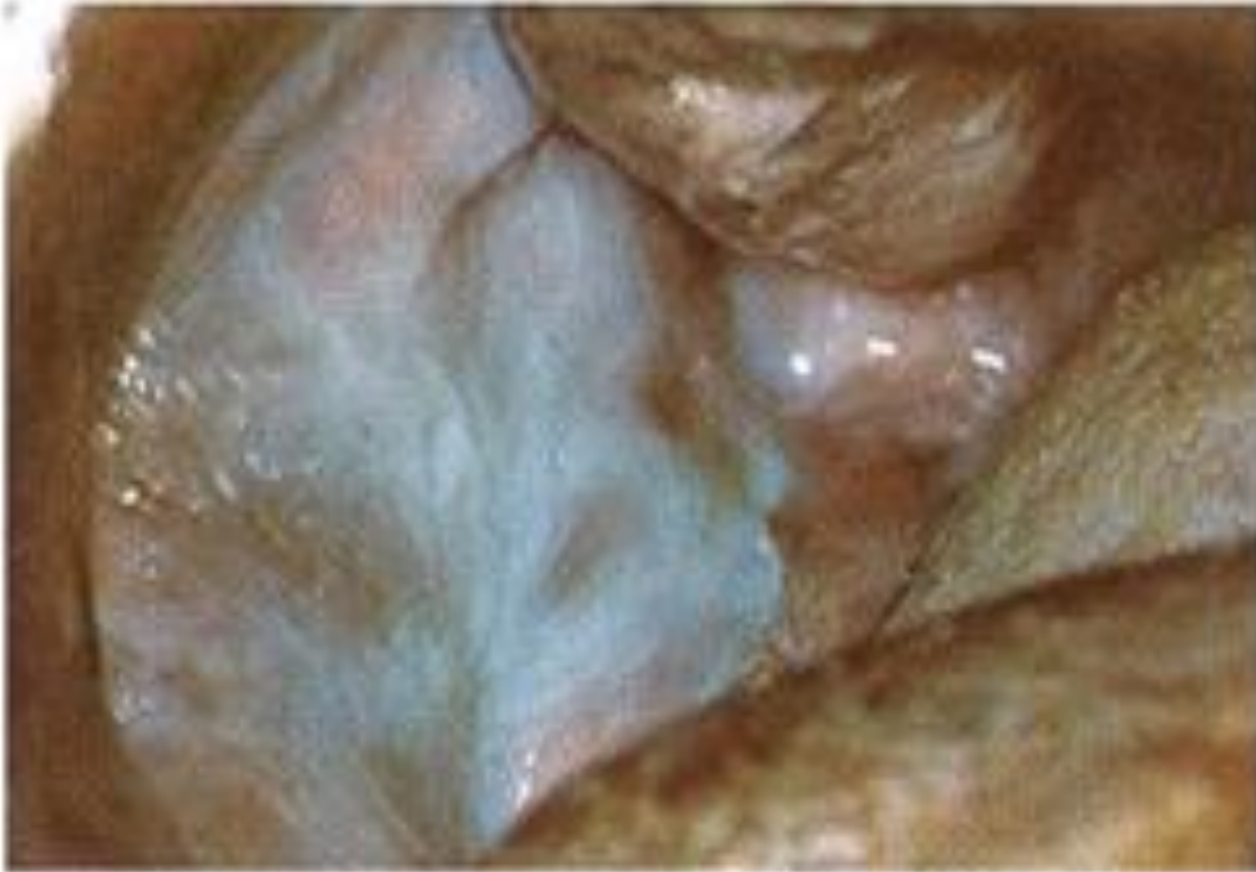


Fig 12

ابيضاض الدم :

مرض يصيب الأنسجة المشكلة للدم .

يتصف ب :

- إنتاج أعداد زائدة من كريات الدم البيضاء غير الناضجة .
- ارتشاح اللثة بكريات الدم غير الناضجة يؤدي إلى تشكل (خثرات واحتشاءات) في الأوعية الشعرية للثة .
- حدوث تقرحات لثوية وفموية .

الخصائص السريرية :

- 1- لون اللثة : أزرق بنفسجي بسبب ركودة الدم في الأنسجة اللثوية .
- 2- محيط اللثة : ضخامة لثوية , لثة حفافية مدورة , لثة بين سنية تظهر بشكل كتل شبيه بالأورام .
- 3- قوام اللثة : تبدو اللثة متماسكة نوعا ما مع ميل للهشاشة .
- 4- سطح اللثة لماع .
- 5- حدوث التقرح , مع تشكل غشاء كاذب عليها.
- 4- قابلية النزف : زيادة قابلية النزف العفوي أو المثار .

المعالجة :

تتم المعالجة اللثوية بعد استشارة (أخصائي أمراض الدم) لتحديد الاحتياطات الطبية اللازمة والمرافقة للمعالجة .

تتضمن المعالجة :

- إزالة جميع الخثرات الموضعية بمصادرها المختلفة .
- تطبيق الإجراءات الصارمة الخاصة بالصحة الفموية .
- المتابعة الدورية لمنع النكس .

الأمراض اللثوية المترافقة مع الجهاز الغدي

Gingival diseases associated with the endocrine system

التهاب اللثة البلوغي :

نمط مميز من التهاب اللثة .

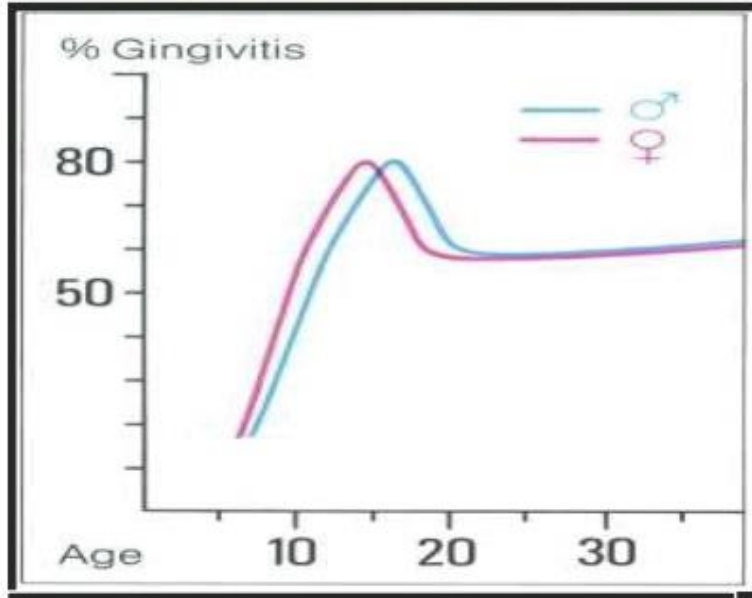
يتطور لدى الاطفال في مرحلة البلوغ وما قبلها.

يحدث فيه تضخم في اللثة الحفافية .

يمكن تمييزه بوساطة الحليمات بين السنية البصلية البارزة لدرجة اكبر من التضخم اللثوي المترافق مع العوامل الموضعية.

يقتصر التضخم في النسيج اللثوية على القطاع الأمامي وقد يكون موجود في قوس واحدة في حين تبقى النسيج اللثوية اللسانية سليمة .

التهاب اللثة البلوغي :



دراسة لحدوث التهاب اللثة عند 1000 شخص
لاحظ أن الذروة كانت عند سن البلوغ تقريباً



الخصائص السريرية :

- 1- لون اللثة : يتراوح بين **الأحمر إلى الأحمر المزرق**.
- 2- محيط اللثة : **ضخامة** في اللثة الحليمية و الحفافية على السطوح الدهليزية للأسنان , وهو غير مؤلم .
- 3- قوام اللثة : تبدو اللثة بين السنية **رخوة اسفنجية متوذمة** ملساء ولامعة
- 4- قابلية النزف : **زيادة في قابلية النزف**
- 5- نسبة حدوثه : يصيب كلا الجنسين بالتساوي.
- 6- امتداد الإصابة يمكن أن تمتد لتشمل النسيج الداعمة حول السنية.

المعالجة :

- السيطرة على اللويحة السنية (ميكانيكياً - كيمياوياً) .
- تثقيف الطفل , وأهله .
- تقليم الأسنان .
- إزالة الترميمات الخاطئة .
- اجراء المعالجة التقويمية لتصحيح وضع الأسنان .
- زيارات دورية للتأكيد على الصحة الفموية .
- الجراحة .

الضخامة اللثوية الليفية fibromatosis

ضخامة لثوية سليمة تتطور ببطء .

تنتج عن الأدوية والعوامل الوراثية .

من أكثر الضخامات شيوعاً الضخامة الليفية الوراثية HGF .

تكون اللثة طبيعية عند الولادة, تبدأ بالتضخم مع بزوغ الأسنان المؤقتة وغالبا ما تستمر بالنمو والتضخم مع بزوغ الاسنان الدائمة وذلك حتى تغطي كامل التاج السريري تقريبا .
تدفع النسيج الليفية الكثيفة الأسنان مما يؤثر على توضعها وسوء اطباق .

غير مترافقة مع الألم إلا في الحالات التي تمتد باتجاه السطوح الإطباقية حيث تتعرض للرضوض أثناء المضغ ويحدث الألم .

المعالجة :

تفضل **الإزالة الجراحية** للنسج اللثوية المتضخمة لتأمين الناحية الجمالية .
قد يحدث **النكس** خلال عدة أشهر .

يفضل تأجيل المعالجة حتى بعد مرحلة البزوغ الجنسي .

غالباً ما يترافق **الإجراء الجراحي** مع **نزف دموي غزير** .

ينصح بتقسيم الجراحة إلى أربعة مراحل في كل مرحلة يتم إزالة النسج المتضخمة في نصف فك .

من الطرق الحديثة في المعالجة استخدام **ليزر CO₂**

الضخامة اللثوية المحرّضة بالفينوتئين (الديلانتين)

Dialantin Gingival Hyperplasia

يؤدي الاستعمال للمديد الديلانتين عند مرضى الصرع إلى حدوث فرط تنسج لثوي .
تختلف الإصابة من مريض لآخر.

قد تحدث بعض الأدوية الأخرى فرطاً في التنسج اللثوي مثل :

- السايكلوسبورينات (مثبطات مناعية) .
- حاصرات اقنية الكالسيوم والبتواسيوم التي يتناولها مرضى الضغط. يحدث تآزر بين أدوية الضغط و هذه الحاصرات مما يسبب الضخامة اللثوية , خاصة إذا كان المريض مهملًا للصحة الفموية .

الضخامة اللثوية المحرّضة بالفينوتئين (الديلانتين) Dialantin Gingival Hyperplasia

دلت الأبحاث أن حوالي 50% من متناولي مضادات الصرع يصابون بالضخامة وكحد أدنى 3-6% وكحد أعلى 62% .

قد تكون الإصابة بسيطة , متوسطة , أو شديدة . يمكن للإصابة أن تكون بسيطة في مكان وشديدة في آخر .

أول ما تبدأ في منطقة الحليمات السنية ثم تمتد للمسافة بين السنية والمنطقة الشفوية و الدهليزية .

شكل اللثة **مجعد - خشن - نازف** ، ناتج عن تكاثر في النسيج الضام الليفي الغني بمصورات الليف .

الضخامة اللثوية المحرّضة بالفينوتئين (الديلانتين) Dialantin Gingival Hyperplasia

ذكر بعض المؤلفين وجود علاقة ايجابية بين :

مستوى الفينوتئين بالمصل واللعب وشدة فرط النمو اللثوي , في حين ينكر بعضهم الاخر وجود اي ترابط بينهما حيث لم يلاحظ اي ارتباط بين :

- عمر المريض .
- جرعة الفينوتئين اليومية او الكلية .
- مدة المعالجة .
- مستوى الدواء في المصل .

العلاج :

- (1) الصحة الفموية الجيدة .
- (2) في الحالات المتقدمة جراحياً .

الحالة ناكسة مادام أخذ الدواء مستمراً

تصنيف التهابات النسيج ما حول السنية عند الأطفال :

صنفت الأكاديمية الأمريكية لأمراض النسيج حول السنية كما يلي :

تذكر الأكاديمية الأمريكية لأمراض النسيج حول السنية APP أنواعاً مميزة لأمراض النسيج حول السنية التي تصيب الأطفال والمراهقين :

- التهاب النسيج ما حول السنية المزمن .
- الالتهاب المبكر للنسيج ما حول السنية .
- التهاب النسيج ما حول السنية قبل البلوغ .
- التهاب النسيج الداعمة الشبابي **Juvenile Periodontitis** .
- التهاب النسيج حول السنية المتزامن مع أمراض جهازية .

التهاب النسيج ما حول السنية المزمن :

هو النمط الأكثر شيوعاً من التهابات النسيج ما حول السنية.

يزداد حدوث الإزمان من الطفولة إلى المراهقة . تكون قمة الحدوث بعمر 11 - 13 سنة عند مستوى 80% , وسبب هذا هو الجراثيم التي كشفت بواسطة الدراسات التجريبية التي قام بها العالمان (LEE,COWORK)

على الرغم من ذلك فإن الأمراض المرتبطة بوجود اللويحة لم تنجح حتى الوقت الحاضر في الربط بينها وبين نوع محدد من العضويات الدقيقة .
يتظاهر التهاب اللثة بالتهاب اللثة الحفافية دون خسارة واضحة في العظم السنخي والنسيج الضام .

يمكن أن تكون اللثة الحفافية حمراء متورمة وتصبح نازفة بسهولة عند السبر .

نسيجيا":

يتظاهر التهاب اللثة ب :

- تقرح بشرة الميزاب .
- ارتشاح الخلايا الالتهابية تحت خط الارتباط البشري الضام .
- تسيطر على منطقة التهاب اللثة عند الأطفال الخلايا للمفاوية التائية **T**.
- على عكس التهاب اللثة عند البالغين حيث تسيطر الخلايا للمفاوية **B** .

نسيجيا":

- في حالة الإزمان يضعف الارتباط البشري سامحا بهجرته ذروياً , وهجرة مماثلة للويحة الجرثومية .
- إن مفتاح مقاومة البكتريا المسببة لهذه الأمراض هو الارتباط البشري الذي يجب أن يبقى عند الملتقى المينائي - الملاطي . وبذلك يمنع هجرة العوامل الإمراضية (اللوحة الجرثومية) نحو الذروة والعظم السنخي مما يفاقم العملية الامراضية .

نسيجياً:

- يختلف التهاب اللثة المزمن بشكل كبير عن التهاب النسيج حول السنية المزمن. حيث تكون التغيرات الإمبراضيه كبيرة , وغير قابلة للعكس .
- في حالة الإنسان المختلط عندما تكون الأسنان الدائمة قيد البزوغ عند طفل يعاني ا من التهاب لثة مزمن من الطبيعي أن نقوم بالسبر لعمق 4-6 ملم عمقا في الجيب وهذا قد يكون طبيعياً بدون وجود العوامل الإمبراضيه , ومن المهم القيام بتعيين مستوى الارتباط وعلاقته مع الارتباط في كل من الإنسانين اللبني والدائم.

نسيجيا":

- في الحالات المزمنة هناك **جيوب كاذبة**, والتي تشفى بشكل كامل عند اكتمال البزوغ للأسنان الدائمة , وبعد السيطرة الكاملة على اللويحة .
- إن تقدير كمية العظم السنخي التي سوف تفتقد خلال الإسنان الأولي, يختلف بوجود التهاب اللثة أو التهاب النسيج الداعمة حول السنية والتي يمكن أن تسبب تحديا للممارسين السريرين.

ملاحظة :

يمكن لالتهاب اللثة المزمن أن يبقى ساكناً لسنوات , أو يمكن أن يتطور إلى التهاب نسيج داعمة حول سنية مزمن .

لا يوجد أية إشارات أو علامات يمكن الوثوق بها للتمييز بين التهاب اللثة المزمن المستقر أو الذي سيتطور إلى التهاب نسيج داعمة حول سنية .

لذلك يجب أن يكون التشخيص المبكر والمعالجة شائعاً عند أطباء الأسنان العامين - أطباء أسنان الأطفال أو أطباء التقويم وخصوصاً أن المعالجة التقويمية تنجز غالباً في الفترة الأكثر شيوعاً لالتهاب النسيج حول السنية ((الفترة بين 11-13)) سنة .

الالتهاب المبكر للنسج ما حول السنية: **early onset periodontites(eop)**

تمّ وضع هذا المصطلح و استعماله بشكل رسمي عام 1989 في ورشة العمل العالمية لتصف أمراض النسج حول السنية التي تصيب الأسنان الدائمة عند اليافعين في مرحلة البلوغ وذلك من دون أي أسباب جهازية تقف وراء الإصابة .

يقسم التهاب اللثة عند الأحداث إلى :

1- التهاب اللثة المبكر الموضع :

localized juvenile periodontitis(ljp)

2- التهاب اللثة المبكر المعمم أو المنتشر :

generalized juvenile periodontites(gjp)

الالتهاب المبكر للنسج ما حول السنية : **early onset periodontites(eop)**

3- التهاب النسج الداعمة المتطور بسرعة :

rapidly progressive periodontitis(RPP)

أول من وصف التهاب النسج الداعمة المبكر عند المراهقين العالم **GOTTLIEP** في عام 1923 بعد فحصه لعينه تشريحية و عرفه بأنه :

((**ضمور منتشر للعظم السنخي**)) مشيرا إلى عملية انحلال وبعد خمس سنوات في عام 1928 شعر بأن المشكلة مرتبطة بالملاط ووجد بأن الملاط يتصرف كجسم أجنبي والذي يجب إزالته من قبل العضوية عبر تقشير أو تنضير السن.

- في بداية السبعينيات قام العالم **pier** بوصفه بشكل جزئي بأنه مرضا يحدث بشكل مختلف عند الشباب ويتظاهر بفقد متطور في العظم السنخي حول سن مفرد أو أكثر من سن في الأسنان الدائمة
- قسم **pier** هذا النوع إلى قسمين ;
 - موضع ومعمم .
 - الشكل الموضع : يصيب أولا الأرحاء والقواطع.
 - الشكل المعمم : يصيب كل الأسنان.

أحد المفاتيح المميزة لهذا المرض الشكل الموضع المتعارض بين كمية النسيج حول السننية المتخرجة والواضحة سريريا وكمية الالتهاب. في السبعينيات من القرن الماضي كانت فكرة وقوف اللويحة الجرثومية وراء أمراض النسيج حول السننية

- إن عملية التحليل للويحة تحت اللثوية المأخوذة من مريض يعاني من **GP** قادت إلى عزل جراثيم لا هوائية سلبية الغرام تم تحديدها فيما بعد. وهذا من المفترض أنه من أكثر الأسباب الإمرضية المترافقة مع النوع الموضع
- دراسات أخرى تشير إلى أن **نوع البلازما B** هو الأكثر شيوعا منه عند بقية أنواع البلازما المعروفة.

التهاب النسيج ما حول السنية قبل البلوغي :

يعتمد على ظهور و طبيعة الأسنان اللبنية عند الأطفال من سن 4 سنوات و ما فوق .

يمكن أن يكون هناك أشكال موضعه و معممة للمرض :

في الشكل الموضع :

تحدث التأثيرات الوظيفية إما في الخلايا متعددة النوى أو في الكريات البيضاء الوحيدة

في الشكل المعمم :

يمكن أن تتأثر كلا نوعي الخلايا ويمكن حدوث التهاب في الأذن و الجلد و أمراض

الجهاز التنفسي بشكل عام .



العلاج :

- السيطرة على اللويحة .

- التقليل الشامل .

- استخدام المضادات الحيوية الجهازية . يجب عدم استخدام التتراسكلين في المراحل المبكرة لتفادي حدوث التلون السني .

التهاب النسيج الداعمة الشبابي : Juvenile Periodontitis:

هذا المرض غير معروف و مسبباته غير معروفة :

- يصيب الأطفال بعمر المراهقة أي من سن 11 و ما فوق .

- له علاقة مباشرة بوجود جيوب سنية عميقة .

- يبين التصوير الشعاعي حدوث نقص في العظم السنخي .

- تقدمه سريع نسبياً .

- ليس هناك أي تأثير على الأسنان الأولية .

التهاب النسج الداعمة الشبابي : Juvenile Periodontitis

- تذكر معظم التقارير أن عدد الإصابات عند الإناث أكثر منها عند الذكور $1/3$.
- ذو نهج انحلالي . يتطور دون التهاب بسبب النقص الواضح في اللويحة .
- يمكن حدوث المرض بالوراثة . شائع عند حاملي الزمر الدمويه A,B أكثر من O .
- هذا الشكل شائع جداً عند الإناث و المتقدمين بالعمر , و من المحتمل أن يبدأ هذا المرض بشكل موضعي و يتطور ليصبح أكثر تعميماً .

- تحدث تغيرات متعددة في وظيفة الكريات البيضاء عند المرضى . يتضمن نقصاً في الانجذاب الكيميائي للعدلات الذي يمكن تغيره بعوامل المصل و البكتيريا .
- يسبب هذا المرض عدة كائنات دقيقة من أهمها :

المكورات العصوية سلبية الغرام **Actinobaccillus**
Actiomycetemcoitans

حيث يلاحظ ازدياد عدد الكائنات الدقيقة في المصل و اللعاب و السائل اللثوي و يوجد نوع آخر من الكائنات الدقيقة هو **Capnocytophage Gingivalis**

هناك عوامل مخربة تنتجها الكائنات الدقيقة و تشمل سموماً متعددة حيث تسبب :
تلف النسج - امتصاص العظم .

معالجة التهاب النسيج الداعمة الشبائي :

- السيطرة على اللويحة .
- العمل الجراحي لمعالجة بقايا جيوب الأنسجة الرخوة و أضرار العظم .
- الجراحة العظمية و تشمل التطعيم الحرقفي لنقي العظام ذاتي المنشأ و زرع الأسنان
- استخدام المضادات الحيوية للقضاء على الكائنات الدقيقة مثل التتراسكلين 250ملغ أربع مرات في اليوم و يستمر العلاج بنفس الجرعة لمدة 2-3 أسابيع على الأقل .
- بعد الانتهاء من المعالجة من الضروري الانتباه إلى ضرورة العناية الفموية .
- عندما يكون نقص العظم شديداً في التهاب يكون القلع هو العلاج المقبول .



التهاب نسيج داعمة شبابي

الأمراض العامة والجهازية المترافقة مع أمراض النسيج ما حول السنينة عند الأطفال

فقر الدم Fanconis :

هو نمط نادر من فقر الدم اللاتصنعي . وراثي . يظهر في العقود الأولى من الحياة .

العامل المسبب بشكل مباشر:

- اضطرابات في نقي العظام .
- التعرض للأشعة السينية أو مواد كيميائية سامة قد يسبب حدوث مثل هذا الاضطراب

الأعراض السريرية :

- تصبغات جلدية بلون بني .
- نقص في تصنع الكلية و الطحال .
- نقص في تصنع أو غياب الإبهام .
- نقص في تصنع في عظم الكعبرة .
- تخلف عقلي .
- ضمور جنسي .

الأعراض السريرية :

إصابات ما حول السنية تتضمن :

- جيوب ما حول سنية تصل حتى /10 ملم/.

- تخرب في العظم السنخي .

- اللثة حمراء لامعة نازفة عند السبر وقد يحدث نز قيجي .

- خسارة الأسنان .

نقص خميرة الكاتالاز: Hypokatalases

يحدث نقص هذا الأنزيم في عدة خلايا وبشكل خاص في الكريات الحمراء و البيضاء , مما يؤدي إلى حدوث نقص اكسجة , وتنخر في النسيج اللثوية وتخرّب في النسيج ما حول السنية بشكل عام .

نقص خميرة الفوسفاتاز Hypophosphates

مرض وراثي يؤثر على الهيكل العظمي .

يتظاهر سريراً :

- الكساح .

- ضعف في تشكل عظام القحف مع وجود آفات عظمية في القحف 0

يكون لدى المريض مستوى منخفض من **Alkaline Phosphatase**

ويلاحظ ارتفاع نسبة حمض البول و **Phosphoethandamine** ضمن المصل

نقص خميرة الفوسفاتاز Hypophosphates

العرض الأكثر أهمية :

- فقدان الأسنان المؤقتة بشكل مبكر حيث تتم خسارة الأسنان دون وجود أي دلائل للالتهاب اللثوي .

- تراجع في تشكل الملاط في هذه الأسنان .

يكون فقدان الأسنان المؤقتة المبكر هو العرض الوحيد لمرضى الاضطراب الطفيف في العظم.

عند البالغين :

يتظاهر بالتهاب أنسجة داعمة شبابي .

عوز الغلوبولينات deficiency Globulin

يترجم عوز الغلوبولينات الفا عن وجود خلل في وظيفة اللمفاويات B مع بقاء وظيفة اللمفاويات T طبيعية .

ممکن أن يكون هذا الاضطراب وراثي مرتبط بالصبغي X يتميز هذا المرض بحدوث انتانات ناكسة بما فيها :

//التهاب أنسجة داعمة عند الأطفال //

الداء السكري عند الأطفال :

السكري عند الأطفال يكون معتمد على الأنسولين /السكر الشبابي/ نمط I 0
يعدُّ مريض السكري عرضة بشكل كبير للإصابة بالانتانات / بغض النظر عن طبيعة هذا
الانتانات /.

تشكل الأمراض ما حول السنية قسماً من هذه الإنتانات .

يحدث ذلك بسبب التعثر في وظيفة الكريات البيض **حيث يلاحظ :**

- تعطل الانجذاب الكيميائي .

- تعطل في عملية البلعمة .

- تعطل في الالتصاق .

- اضطراب استقلاب ألياف الكولاجين . حيث يؤثر على :

توليد ألياف الكولاجين + درجة نضجها + فترة بقاءها .

- يحدث تبدل نوعي في اللويحة الجرثومية :

حيث أن احتواء اللويحة الجرثومية على **Capnocy to phaga** عضويات لا هوائية
اشباه الجراثيم .

المتلازمات المترافقة بوجود التهاب أنسجة داعمة عند الأطفال

متلازمة ; Papillon lefever

متلازمة وراثية نادرة الحدوث . تنتقل على صبغي جسدي .

تصيب الذكور و الإناث بنفس النسبة .

تتميز بحدوث :

- تبرز الأسنان المؤقتة في وقتها الطبيعي , مع ميل اللثة للنزف .
- تخرب شديد في النسيج الداعم ما حول السني , وتشكل جيوب لثوية .
- في بعض الحالات تحدث تكلسا في السحايا .
- تظهر الأعراض الجلدية و ما حول السنية **قبل عمر //4سنوات //** .

المتلازمات المترافقة بوجود التهاب أنسجة داعمة عند الأطفال ;

متلازمة Papillon lefever

تتضمن هذه المتلازمة فرط تقرن راحي - أخمصي (آفات جلديه) + اصابات حول سنه : الإصابات الجلدية :

- فرط تقرن - وجود حراشف في مناطق موضعه على : راحة اليدين - اسفل القدمين -الكوع الإصابات ما حول السنه :

- عدم ارتياح المريض - حدوث التهابات أنسجة داعمة بأعمار مبكرة ينجم عنها تخرب عظمي وفقدان الأسنان بعمر /3-4 سنوات / و بالتالي بزوغ تلقائي للأسنان الدائمة وتفقد الأسنان الدائمة بعمر /15سنة/ .

لم يتبين وجود تغيرات مرضية في اللمفاويات أو العدلات .

متلازمة Down;

مرض وراثي سببه تثلث الصبغي 21/. يتميز بحدوث :

- تخلف عقلي - تأخر في النمو - أمراض ما حول السنية

التظاهرات الفموية :

- دياستيما Diastima - ازدحام أسنان - ارتكاز لجام مرتفع .

- سوء إطباق - إصابات ما حول سنية - وجود جيوب عميقة .

تكون الإصابة معممة إلا أنها أكثر شدة في المنطقة الأمامية السفلية .

- حدوث انحسار لثوي بسبب اللجام المرتفع .

يتقدم المرض بصورة سريعة مع ملاحظة وجود أفات تنخرية حادة

العوامل التي تفسر شدة التخرب في النسيج ما حول السنية لدى المصابين بمتلازمة Down

-الدوران الضعيف خاصة في الأوعية الانتهائية في اللثة .

-وجود خلل في اللمفاويات T .

-خلل في الانجذاب الكيميائي لعديدات النوى .



– متلازمة كثرة التنسجات **histoysisx**

تشمل مجموعة من الاضطرابات :

1-الشكل الموضع :

- الورم الحبيبي الحامضي .
- التهاب أنسجة داعمة موضع .
- تخرب العظم السنخي واستبداله بنسج ليفية .
- تأخر الشفاء بعد قلع الأسنان .
- فقدان مبكر للأسنان .

– متلازمة كثرة التنسجات **histoysisx**

● 2- الشكل المنتشر الحاد **chistion –Hand schuller** ويتميز:

- عدم تناظر وجهي .
- التهاب فم معمم .
- تقرح المخاطية الفموية .
- نزوف لثوية .
- تخرب العظم السنخي .
- فقدان مبكر للأسنان .

● 3- الشكل المنتشر المزمن **Letter-Swie** ويتميز:

- تقرح المخاطية الفموية .
- فقدان مبكر للأسنان .
- رائحة فموية كريهة .
- تخرب منتشر في العظم السنخي .

متلازمة Ehler-Danlos

هي اضطراب وراثي بالدرجة الأولى تنتقل كصفة سائدة .
تؤثر على المفاصل والجلد .

تتضمن شذوذات في الكولاجين نمط 1-3 .

وبحسب الأعراض السريرية و النموذج الوراثي تم تقسيمها إلى عشرة نماذج .

النموذج الثامن :

- يتضمن إصابات ما حول سنية .
- فقدان مبكر للأسنان .
- تندب شاذ وعيوب جلدية .

إصابات الغشاء المخاطي عند الأطفال :

تقسم اصابات الغشاء المخاطي عند الأطفال تبعاً للأسباب المرضية إلى :

- 1- العيوب التطورية .
- 2- الأمراض الفيروسية .
- 3- الأمراض الجرثومية .
- 4- الأمراض الفطرية .
- 5- الأمراض الالتهابية .

أولاً - عيوب الأغشية المخاطية التطورية :

1- بقع (حبيبات) فوراديس : **Fordyce Spots**

و هي عبارة عن تجمعات لغدد دهنية متبدلة التوضع تحت الغشاء المخاطي .
تتواجد عند حوالي 80% من البشر .

تتوضع هذه التجمعات على المخاطية الدهليزية في كلا الجانبين , و تبدو على شكل حبيبات
صفراء منفصلة عن بعضها , و تجتمع أحياناً لتشكّل لويحة ضخمة .

نسيجياً :

تشبه هذه الحبيبات الغدد الدهنية على الجلد . إلا أنها لا تتداخل مع الأجرية الشعرية .

لا تحتاج أية معالجة.



بقع فوراديس

2- اللسان الدرقي Lingual Thyroid :

يمكن في بعض الأحيان أن تتواجد نسيج درقية شاذة داخل بنية اللسان و نادراً على سطحه .
تعطي شكل عقيدة لسانية درقية مرتفعة تتوضع حول الثقبه العوراء .
تكون ملساء و بلون طبيعي مع أن بعضها يأخذ شكل وعائي .



اللسان الدرقي

3 - التهاب اللسان المعيني المتوسط : Median Rhomboid Glossitis

كان يعتقد أن التهاب اللسان المعيني المتوسط يحدث نتيجة فشل التئام جزأي اللسان خلال التطور الجنيني , لكن معظم الباحثين اليوم ينظرون له على أنه التهاب مزمن بالمبيضات البيض بالرغم من الاعتقاد بوجود بقايا مرضية .

يبدو التهاب اللسان المعيني المتوسط كرقعة معينة الشكل خالية من الحليمات على ظهر اللسان إلى الأمام من الثقبه العوراء.

نسيجياً :

يلاحظ على ظهر اللسان درجات مختلفة من فرط التقرن و التي يمكن أن يظهر فيها خيوط فطرية + زوال بالحليمات الخيطية .

و بالرغم من عدم معرفة طبيعة التهاب اللسان المعيني فإنه غير مؤذ المعالجة :

تشفى بعض الآفات تلقائياً , و بعضها الآخر يستجيب لمضادات الفطور .

4 - شقوق الشفة وزوايا الفم : Congenital Labial & commissural Pits

تظهر هذه الشقوق منذ الولادة و بنسب متساوية عند كلا الجنسين و غالباً ما ترافق شق الشفة أو شق قبة الحنك .

تنجم هذه الشقوق عن فشل الالتحام الجنيني للأجزاء المكونة للشفة و قبة الحنك.
سريراً :

تظهر الشقوق على شكل انخفاضات موضعية غالباً ثنائية الجانب على الشفة العلوية أو الحافة القرمزية للشفة السفلية أو على شكل نواسير مع قلة الإفراز المخاطي , وفي بعض الأحيان تصبح الشفة متوذمة و كبيرة.

المعالجة :

تعالج هذه الشقوق جراحياً لتصحيح العيب الجمالي , أو عندما تصاب بالإنتان .

5- اللسان المتشق : Fissured Tonuge

هو سوء تشكّل أو تكوّن في اللسان .

يتظاهر سريريّاً بشقوق و أثلام أو ميازيب أو أخاديد تكون عميقة قصيرة متعددة و متوزعة على ظهر اللسان تشبه تلافيف الدماغ لها عدة نماذج :

- 1- قد تكون متشعبة من الميزاب المركزي باتجاه الخارج على طول الخط المتوسط .
- 2- قد تكون ممتدة بصورة مستقلة عن الخط المتوسط باتجاه أمامي خلفي .
- 3- قد تكون منحنية متفرعة تصل حتى حواف اللسان .

تعود هذه الإصابة إلى تاريخ عائلي غالباً , تشاهد عند المنغوليين أيضاً .

تزداد مع تقدم العمر بسبب احتمال تدخل بعض العوامل الرضية المزمنة أو العوزالفتياميني وخاصة عوز فيتامين B المركب .

إن تجمع الأطعمة في الأخاديد أو الميازيب على اللسان قد يؤدي إلى التخريش و الالتهاب و تهيج اللسان و قد يرافق ذلك حدوث ألم في اللسان.

المعالجة :

تتركز **المعالجة** على الناحية الوقائية و ذلك :

بتنظيف اللسان من الفضلات الطعامية, و المواد المتخمرة , و ذلك بكشطها بفرشاة أسنان أو بقطع الشاش المبللة بالماء الأوكسجيني 3% .
في حال وجود عوز فيتاميني تعطى الفيتامينات .



لسان متشقق

6- التصاق اللسان الجزئي : Partial Ankyloglossia

يعزى التصاق اللسان الجزئي إلى قصر لجام اللسان و ارتباطه بذروة اللسان و يعرف باللسان المربوط أو عقدة اللسان .

العقدة هي عبارة عن ربطة من النسج المخاطي التي تمتد من ذروة اللسان حتي المخاطية اللسانية اللثوية .

تلاحظ هذه الحالة منذ الولادة عند الرضيع عندما لا يستطيع تحريك لسانه بحرية و ميل ذروة اللسان نحو الأسفل .

سريراً :

- 1- صعوبة في حركة اللسان .
- 2- صعوبة في النطق و خاصة الأحرف الصوتية الساكنة .
- 3- تقوس اللسان على الخط المتوسط لظهره عند محاولة المريض إبراز لسانه .
- 4- لا يستطيع المصاب تقديم أو إبراز لسانه لأكثر من الحدود القاطعة للقواطع السفلية .
- 5- قد يؤدي إلى تباعد القواطع السفلية أو انحسار لثوي .
- 6 - صعوبة في البلع .

المعالجة :

غالباً جراحية بشكل خاص في الحالات الشديدة و التي تترافق بصعوبة النطق و تحريك اللسان , وذلك من أجل تحرير اللسان ليعود لوضعه الطبيعي .



لسان مربوط

ثانياً- الأمراض الفيروسية التي تصيب الغشاء المخاطي الفموي :

1- حمى الحلا البسيط : Herpes Simplex Virus

يسبب فيروس الحلا البسيط أكثر الانتانات الحادة شيوعاً عند الإنسان .

يُعد المسؤول عن أكثر الانتانات الفموية البلعومية (التهاب الفم و اللثة الحلئي الحاد) .

يشاهد هذا المرض عند اليافعين و البالغين و لكن أكثر ما يحدث عند الرضع و الأطفال دون الست سنوات و يصيب كلا الجنسين بشكل متساوي .

بعد الإصابة البدئية ينتقل الفيروس من خلال الأعصاب إلى العقد العصبية حيث يبقى هاجعاً حتى يستثار من جديد بواسطة التنبهات المختلفة مثل :

الرض - التعرض لأشعة الشمس أو الأشعة فوق البنفسجية - الحرارة - الشدة - التعب - الطمث - الحمل - انتان الطرق التنفسية العلوية - الحساسية تالية لاضطرابات الهضم .

يحدث الانتان البدئي عادة عند الأطفال دون عمر 6 سنوات الذين لم يكن لديهم تماس مع فيروس
الحلأ البسيط النمط الأول (HSV-1) و الذين لديهم أجسام ضدية معادلة .
يعتقد بأن 99% من الانتانات هي من النمط تحت السريري . فقد يحدث الانتان عند البالغين الذين
ليس لديهم انتان بدئي .

معظم انتانات الحلأ البدئي غير عرضية , لكن في بعض الحالات يمكن أن تتظاهر ب :
التهاب فموي لثوي حاد يتصف بأعراض جهازية .

قد يتصف الانتان البدئي في أطفال ما قبل المدرسة بواحد أو اثنين من العلامات على الغشاء المخاطي
الفموي و قد يشكل ذلك مصدر قلق للطفل , و قد تمر الحالة بدون ملاحظة الوالدين .

حمى الحلاّ البسيط :

قد يتظاهر الانتان البدئي عند الأطفال الآخرين بأعراض حادة (التهاب لثوي حليّ بسيط)
تحدث الأعراض الفعلية للمرض الحاد عند الأطفال ذو الأفواه النظيفة و النسيج الفموية
السليمة .

يتظاهر الانتان بأعراض عامة مثل :

- حمى - تعب - ألم رأس - هيجان - عسرة بلع - ضخامة العقد اللمفاوية .

تأثير الآفة على الحفرة الفموية وما حولها :

-الشفاه - اللسان - المخاطية الدهليزية - اللثة - الحنك - اللوزات و البلعوم . تتطور أعراض
المرض فجأة فيحدث :

لثة حمراء نارية , توعك , ألم الرأس , ألم اثناء تناول الأطعمة و السوائل ذات المحتوى الحمضي

المظاهر الفموية الأساسية للمرض البدئي الحاد هي :

وجود حويصلات مملوءة بسائل أبيض أو أصفر.

تنفجر الحويصلات خلال عدة أيام و تشكل قرحات مؤلمة بقطر 1-3 ملم تتغطى بغطاء رمادي إلى الأبيض .

تكون منطقة الالتهاب محدودة , و قد يلاحظ في أي منطقة من الغشاء المخاطي ك : المخاطية الدهليزية - اللسان - الشفاه - قبة الحنك الرخوة و الصلبة - مناطق اللوزات .

من المحتمل ملاحظة الآفات القرحية الواسعة على النسيج اللثوي - قبة الحنك - في الطبقة الدهليزية .

من المعايير التشخيصية أن تكون الآفة المتقرحة إيجابية HSV-1 .

يتميز التهاب اللثة في البداية بأنه :

منتشر و حمامي ذو مظهر لماع يسبق ظهور الحويصلات.

تختلف الحويصلات في الحجم , و عادة ما تكون منفصلة عن بعضها البعض و تبدو بشكل أجواف مدورة قد تتمزق لتخلف قرحات مؤلمة مغطاة بغشاء رمادي و محاطة بهالة مرتفعة و محمرة .

تدوم هذه القرحات من 7-10 أيام و تشفى عفويًا بدون ترك ندبات.

التشخيص :

تحده القصة المرضية + العلامات و الأعراض السريرية .

يتم تأكيد التشخيص بالزرع المخبري لفيروس الحلأ البسيط .

يمكن للآفات القلاعية أن تختلط مع هذه الآفة بالتشخيص , و لكن تختلف عنها ب :

- غياب الحمامة المنتشرة للثة .

- غياب الأعراض الجهازية السمية الحادة .

- زرع فيروس الحلأ البسيط يكون سلبياً .

المعالجة :

يجب معالجة التهابات اللثة الحادة الحلئية عند الأطفال لمدة 10-14 يوم , حتى زوال الأعراض الحادة .

تشمل المعالجة :

- المحافظة على تناول الأغذية الطرية , و السوائل .
- تطبيق التخدير(تسكين) مثل هيدروكلوريد ديكلونين(0.5%) , قبل الطعام لإراحة المريض من الألم قبل أخذ وجبة طرية .
- يمكن استعمال الليدوكائين بإعطاء الطفل ملعقة شاي من المخدر توضع في الفم لمدة 2-3 دقائق و بعدها يبصق المحلول .

تشمل المعالجة :

- أوصى Schaaf بأن أفضل مزيج للمخدر هي مزج أجزاء متساوية من (بينادريل دي الفينيدرامين) مع Elixir و Kaopectate . تحضر هذه المواد من قبل الصيدلي أو يمكن مزجه من قبل الآباء .
- يعمل الديفينيدرامين كمسكن متوسط وله خواص مضادة لالتهابات .

يشارفي خطة المعالجة إلى :

- إعطاء الفيتامينات + الراحة + العزل عن الأطفال الآخرين .
- و قد وجد أن إعطاء الحد الأدنى من مضاد للهيستامين غالباً ما يجعل الطفل أكثر راحة و قد يسبب نعاس معزراً للراحة .

أما معالجة الانتان البدئي فتكون فقط بالمحافظة على الفم نظيفاً وإزالة اللويحة .

يعد **Acyclovir** مضاد جرثومي لذلك يوصى به لمعالجة النمط الفيروسي للحلأ البسيط النمط 2 (HSV-2), والذي يدعى الحلأ الوراثي .
بينما يعد اعطاء هذا العقار في حالة النمط الأول من الحلأ ذو آثار ضارة إذ يتداخل مع بولميرات DNA لفيروس الحلأ البسيط .
يعالج بإعطاء 2000 ملغ/ اليوم لمدة عشرة أيام . يقسم هذا العقار إلى خمس وحدات أي 400 ملغ كل ثلاث ساعات .
قد تستمر الآفات 7-16 يوم .
لوحظ طرح هذا الفيروس مع اللعاب .
يسبب الإطارح البسيط انتشار الانتان للآخرين.

المعالجة :

بعد بدء النوبة الأولية أثناء الطفولة المبكرة يبقى فيروس الحلاّ البسيط نشيطاً لفترة من الزمن و يتركز نشاطه في اللثة الحساسة و سيظهر مؤخراً كألم على القسم الخارجي من الشفاه , و يشار إليه على أنه الحلاّ الشفوي المعاود (RHL) بنوبات معاودة من الآلام تظهر في نفس المنطقة و بشكل أساسي على الشفاه .

للشكل المعاود من الحلاّ علاقة ب :

- الجهود العاطفية.
- مقاومة النسيج المنخفضة الناتجة عن أنماط مختلفة من المرض .
- التعرض الزائد لأشعة الشمس عندها تظهر آفات حلثية معاودة على الشفاه .
- التخريش بمادة الحاجز المطاطي أو حتى بعد الاجراءات الروتينية العادية .

تتضمن المعالجة :

استعمال كريمات أو مراهم ملطفة مرطبة .

يُعد استعمال Idoxuridine و Herplex مثار جدل .

ينصح باستخدام مرهم 5% Acyclovir(Zovirax) لمعالجة الحلا الوراثي البسيط

استعمال الليزين المناعي . تعتمد المعالجة الفموية على العامل المضاد Lysine المؤثر بالحمض الأميني الأرجينين .

تجنب تناول الأطعمة المرتفعة الأرجينية كالشوكولا و النوكا

تناول الأطعمة المحتوية على الليزين التي لا تشجع نشاط الانتان الحلبي كالمنتجات اللبنية و الزبدة .

أشار العلماء إلى أن هذا قد يفسر الحدوث المنخفض للحلا في الأجنة قبل أن يفطموا عن وجبة الحليب الغني بالليزين و الذي يعتبر مفيداً إذا استعمل بتراكيز ملائمة على شكل مصول .



الحال البسيط

2- الحماق النطاقي (جدري الماء) : **Varicella-Zoster Virus**

العامل المسبب هو فيروس الحماق النطاقي الذي ينتمي إلى فئة الفيروسات الحلئية .
يُعد جدري الماء هو الإصابة الأولية , و الحماق النطاقي هو الذي يثير فيروس الجدري الكامن .
يحدث جدري الماء (الحماق) بشكل أولي عند الأطفال , و تنتقل العدوى عن طريق الازداز و التماس الجلدي المباشر أو الأدوات الملوثة .

الأعراض :

تظهر الأعراض المتقدمة لدى البالغين لدى بعد فترة حضانة 15-18 يوم .
يعد الطفح الجلدي هو العلامة الأولى التي تظهر عند الأطفال .

يبدأ الطفح الجلدي على شكل حطاطات بقعية تتحول إلى حويصلات و بثرات . **تنفجر البثرات الجلدية** فيما بعد أو تجف من السائل المتواجد بداخلها (المصل) و تشكل وسوفاً .
تتمزق الحويصلات داخل الفم (الحنك أو اللثة أو مخاطية الخد) بسرعة و تشكل قرحات صغيرة .

لوحظ حدوث التهاب في الغدة النكفية بسبب فيروس الحماق .

و بمتابعة بدء حدوث جدري الماء :

يلاحظ أن الفيروس قد يتواجد بشكل دائم في الأعصاب الحسية أو عقد جذور الأعصاب .
يمكن أن تحدث إثارة لهذا الانتان الكامن , و حدوث طفح جلدي عادة وحيد الجانب , يظهر
على مسير العصب الموافق .

المعالجة :

تُعد المعالجة بالغلوبيولينات المناعية أو Acyclovir (zovirax) الدواء المختار لمعالجة
الحلأ النطاقي.



الحلأ النطاقي أو جدري الماء

3 - فيروس ابشتاين بار: Epstein-Barr Virus

و هو فيروس من النمط الحلئي .

يحدث هذا الانتان بشكل واسع على مستوى العالم . شوهد عند الأطفال و البالغين الشباب .

يسبب هذا الفيروس :

- السرطان الأنفي البلعومي .

- ورم بوركيت اللمفاوي .

- إنتانات كثرة وحيدات النوى في الدم .

يتراجع المرض تلقائياً .

يتظاهر:

بحدوث توعك - ألم في الحنجرة - اعتلال العقد اللمفاوية - نزوف نمشية - أغشية نتحية, و

يمكن وجود تقرح في حفرة الفم .

التشخيص :

يعتمد التشخيص على المظاهر السريرية و الفحص الدموي للخلايا اللمفاوية و وحيدات النوى و تحري تزايد الألفة الكيماوية للدم , و تواجد الأجسام المضادة لفيروس إبشتاين بار.

المعالجة :

معالجة إنتانات كثرة وحيدات النوى غير المختلطة :
تكون عرضية (معالجة الأعراض) و داعمة فقط .

4 - الإصابة بفيروسات كوكساي : **Coxsackie Viruses**

يمكن تمييز انتانين يترافقان مع الإنتان بفيروس كوكساي A و لهما مظاهر فموية هما :

أ- **داء اليد و الفم و القدم : Hand Foot Mouth Disease**

يسبب هذه المتلازمة عدة أنماط من فيروس كوكساي a في المصل و بصورة خاصة النمط (16) , و هو الإنتان الفيروسي الشائع في الفم بين الأطفال .

وجدت آفات جلدية (طفح جلدي حويصلي) على اليدين و القدمين و الأرداف مع أعراض جهازية خفيفة .

تظهر الآفات في البداية على شكل بقع تتطور تدريجياً إلى حويصلات و قرحات .

نادراً ما تشاهد الحويصلات داخل الفموية و السبب أنها سرعان ما تتمزق و تتحول إلى قرحات سطحية .



داء اليد و الفم و القدم

ب - الخناق الحلبي : Herpangina

سببه فيروس كوكساكي A وبشكل خاص النمط 2-4-5-6-8-10.
المرض شائع عند الأطفال و يتصف ب :

- بداية مفاجئة للحمى .

- قلة الشهية .

- ألم بالحنجرة .

- عسر بلع .

سرعان ما تتمزق الحويصلات و تتحول إلى قرحات تشاهد على جدار البلعوم و قبة الحنك و السويقة الأمامية .

المعالجة لفيروسات كوكساكي :

ليس هناك داعي للمعالجة حيث تشفى تلقائياً.

5- النكاف : Mumps Virus

فيروس النكاف هو من جنس الفيروسات نظيرة المخاطية .

النكاف هو مرض الطفولة السائد و يسبق ظهوره :

حدوث حمى , صداع , و حساسية في الحنجرة.

عندما تلتهم الغدة النكفية يحدث :

- انتباج .

- انزعاج .

- ألم عند ضغط زاوية الفك.

يمكن أن تنتج فوهة قناة ستنون في الفم و تصبح مؤلمة.

إن 25-40% من الحالات من انتانات النكاف تكون لا عرضية .

اختلاطات النكاف :

التهاب الخصية - التهاب السحايا - التهاب البنكرياس .

التشخيص :

يعتمد التشخيص على العلامات السريرية .

وفي حالة غياب التهاب الغدة النكفية يتم قياس الأجسام الضدية و الزرع للفيروس لتأكد من التشخيص .

المعالجة :

عرضية و تتضمن :

- تناول السوائل بكثرة .
- المسكنات .
- خافضات الحرارة .



حمى النكاف

ثالثاً - الأمراض الجرثومية للغشاء المخاطي الفموي :

1- انتان فنان : Vincent's Infection

عرف التهاب اللثة التقرحي التموتي منذ قرون بعدة أسماء تشمل فم الخندق Trench Mouth , و انتان فنان .

يستخدم مصطلح **التهاب اللثة التقرحي التموتي الحاد** لوصف البدء السريري للمرض و يجب ألا يستخدم كتصنيف تشخيصي حيث أن بعض أشكاله يمكن أن تكون مزمنة .
نادر الحدوث عند أطفال قبل المدرسة .

قد يحدث بعمر 6-12 سنة , لكنه شائع في البالغين الصغار .

شوهدت لولبيات فنان و العصيات المغزلية الشكل السلبية الغرام في اللطاخة .

المعالجة :

باستخدام البنسلين , الماء الأوكسيجيني , حيث يسيطر على الحالة بعد 36 ساعة .

التشخيص :

يمكن تشخيص انتان فنان بسهولة لتوضعه في الحليمة بين السنية و وجود أغشية كاذبة متموتة تغطي النسيج الحفافي .

إن وجود اثنين من العضويات الدقيقة (بوريلات فنان والعصيات المغزلية) يؤكد الإصابة .

المظاهر السريرية :

- تورم .
 - ألم .
 - نزف لثوي .
 - شهية ضعيفة .
 - حرارة أكثر من 40 درجة .
 - توعك عام .
 - نفس كريه الرائحة .
- أهم ما يميزه قرحات مثل فوهة البركان مغطاة بغشاء أصفر مخضر .
عادة ما يبدأ فجأة مع ألم لثوي شديد يحض المريض لزيارة الطبيب .

العلامات السريرية :

- تموت حليمي يعطي مظهر متقشر للحليمات اللثوية .
- نرف لثوي مثار بشكل بسيط أو عفوي .

هناك بعض الأعراض الأخرى ك :

- الحمى .
- التعب .
- ضخامة العقد اللمفاوية .
- الطعم المعدني .
- رائحة الفم .

تعتبر ردود الفعل الجهازية للANUG الأكثر خطورة عند الأطفال . يمكن أن يحدث تخرب شديد للنسيج الضام ولكن عند فقدان الارتباط يمكن اعتبار الحالة التهاب نسيج داعمة تقرحي تموتي .

و بالرغم من أن هذه الآفة يمكن أن تؤثر على أي شخص بأي عمر, لكن يمكن اعتبارها مرض الشباب في المناطق الصناعية في الدول الصناعية , و الدول النامية وأطفال العائلات الفقيرة .
إن بدء ANUG عند الأطفال يترافق مع غذاء غير كافي و فقير بالبروتين و أيضاً الانتانات كالحصبة .

بالرغم من أن ANUG يحدث بشكل جائح فإنه يعتبر غير معدي .

المعالجة :

يستجيب المرض ظاهرياً خلال 24-48 ساعة من التقليل تحت اللثوي و إزالة البقايا و استعمال محاليل مؤكسدة معتدلة . إن إجراء التقليل بالأمواج فوق الصوتية مع ضخ الماء يكون فعالاً أكثر مع انزعاج أقل للمريض .

إذا كانت النسج اللثوية متوذمة بشدة , و لأول مرة يراجع المريض يشار: باستعمال المضادات الحيوية و تحسين الصحة الفموية و استعمال الغسولات الفموية ذات الأكسدة المعتدلة بعد كل وجبة طعام مما يساعد على التغلب على الانتان .



التهاب اللثة التقرحي التموتي الحاد

2- السل : Tuberculosis

انتان مزمن , تسببه عصية مقاومة للحمض وهي :
المتفطرة السلية , و نادراً العصية السلية البقرية .
نادراً ما يبدأ داء السل في النسج الفموية لكنه يحدث بشكل تالي للإصابة الرئوية.

تتظاهر الآفة الفموية النموذجية ب :

تقرحات مؤلمة غير منتظمة الشكل مع حواف ناتئة على اللسان غالباً .
قد ينجم هذا المرض عن التهاب العقد اللمفية السلي في الرقبة .

التشخيص :

يعتمد التشخيص على :

- إجراء خزعة للآفة و التي تكشف عن وجود رد فعل ورمي حبيبي نموذجي .
- اختبار السلين ضروري من أجل تأكيد التشخيص .

المعالجة :

الآفات الفموية لا تحتاج لمعالجة موضعية , لأنها تزول بسرعة عند تقديم المعالجة الجهازية للإنتان الرئوي (ستربتومايسين).



التهاب لسان سلي

3 - الزهري : Syphilis

ينجم الزهري عن الانتان بزمرة البريميات التي تدعى باللولبيات الشاحبة .

ينتقل عن طريق الاتصالات الجنسية .

إذا ترك المريض دون المعالجة يتطور إلى 3 مراحل :

أولية - ثانية - ثالثة.

الزهري الولادي :

ينجم عن انتقال اللولبيات من دم الأم إلى دم الجنين عبر الأوعية الدموية للمشيمة .

المعالجة :

إن معالجة الأم بشكل كاف قبل الأسبوع السادس عشر للحمل يمكن أن يمنع ظهور

المرض عند الوليد .

الزهري الولادي :

يتظاهر الزهري الولادي في فترة بعد الولادة :

- ظهور طفح على شكل حويصلات فصيصية .
- ضخامة كبد و طحال .
- فقر دم , و قلة الصفيحات الدموية .
- التهاب الغضروف و العظم .
- يمكن أن تحدث الإصابة في العصب القحفي الثامن .
- التهاب قرنية .
- جبهة محدبة .
- أنف سرجي .

التظاهرات الفموية للزهري الولادي :

- لويحات مخاطية .
- تشققات جلدية .
- سوء تكون بالقواطع و الأرحاء (قواطع هوتشنسون , و أرحاء توتية) .
- قبة حنك عالية مقببة .



التظاهرات الفموية للزهري

4- الفطر الشعاعي: Actinomyces

انتان مزمن, سببه بكتريا لا هوائية . يتصف بتشكل خراجات تنتشر للجوار مع جيوب تتليف فيما بعد .

السبب الأساسي لهذا الانتان هو:

الفطر الشعاعي الأسرائيلي .

الفطر الشعاعي النيوزلاندي .

الفطر الشعاعي الفسكوزي .

الفطر الشعاعي الحال للأسنان .

يظهر هذا المرض في الوجه و العنق على شكل انتباج مزمن في النسيج الرخوة حول زاوية الفك .
يمكن أن يسبب إصابة أسناخ الأرحاء السفلية .

إذا تم فحص القيح المتصرف يلاحظ فيه العصيات الكولونية .

تشفى الآفات تاركة ندبات و تجعدات على الجلد .

التشخيص :

يحتاج للزرع الجرثومي و لطاخة .

النكس :

المرض شديد النكس لذلك يجب أن تكون المعالجة طويلة الأمد .

المعالجة :

- بالبنسلين الفموي 2 غ كل يوم لمدة 4-6 أسابيع أو أكثر .

أو

بإعطاء المريض :

التتراسكلين أو إريترميسين , لينكومييسين , كلينداميسين في حال التحسس للبنسلين .



داء الفطر الشعاعي

5- الحمى القرمزية : Scarlet Fever

انتان سببه المكورات العقدية بيتا الحالة للدم التي تفرز «محمّر» (مولد الكريات الحمراء) .
تسود عند الأطفال خلال أشهر الشتاء .

تشبه هذه الحمى التهاب اللوزات بالمكورات العقدية بالإضافة إلى خاصية انتشار الطفح الجلدي القرمزي الرائق .

يبدأ المرض بشكل مفاجئ .

يشكو المريض من :

صداع - حمى - اقياء - توعك - التهاب بلعوم شديد - التهاب مفاصل - احتقان المخاطية -
اللسان مغطى بطبقة حمراء و الحليمات بارزة (اللسان القرمزي) أو حليمات بوجية حمراء فاتحة
منتبجة (اللسان الأرجواني).

المعالجة :

قبل تقديم أية معالجة بمضادات الجراثيم , يجب أخذ كشاطات من أجل زرعها و استنباتها .
يمكن أن تختلط هذه الأفة مع الحمى الرثوية .

• رابعاً - أمراض الأغشية المخاطية الفطرية :

داء المبيضات البيض : *Candidia Albican*

سببه خمائر فطرية أكثرها شيوعاً المبيضات البيض , بالرغم من وجود أشكال أخرى من الفطور متورطة بالإصابة , و هي كائنات حية رمية (تعيش على المواد المتفسخة)

عندما تنخفض مقاومة المضيف تتحول هذه العضويات المتعايشة إلى عضويات ممرضة تسبب اضطرابات جهازية للمضيف و اضطرابات بعيدة عن مراكز تواجدها.

لا يوجد مريض طبيعي لديه مبيضات بيض , و لكن من المؤكد انه يوجد مرض وراء ذلك (دموي - مرض مناعي ذاتي - نقص العدلات الدوري).



يصنف داء المبيضات إلى زميرين رئيسيتين :

1- داء المبيضات البيض الجلدي المخاطي :

هو جزء من متلازمات نادرة الحدوث , تتصف بحدوث عدة اضطرابات في الخلايا اللمفاوية التائية.

2- داء المبيضات الجهازية :

يصيب هذا الانتان كل من الأعضاء :

العين , الكلية , الرئة , غشاء الجنب , العظم , الكبد , القلب .

وظائف

داء المبيضات الفموي :

يتظاهر بأشكال سريرية مختلفة :

أ - داء المبيضات الغشائي الكاذب الحاد(سلاقي) :

و هو الأكثر شيوعاً. يصيب الأطفال الرضع .

قد تنقل الفطور إلى الوليد أثناء مروره بالمهبل وهذا يسمى بالانتقال العمودي .

تتصف الحالة ب :

تشكل أغشية كاذبة طرية على شكل رقع أو مساحات مجتمعة تغطي اللسان و الخد و قبة الحنك الرخوة . رفع هذه الأغشية الكاذبة يترك سطحاً حمامياً .

كما يسبب الوهن لدى المريض .

تكون الأعراض تكون خفيفة , و الألم نادر.

ب - داء المبيضات الضموري الحاد : **Acute Atrophic Candidiasis**
هذا الشكل من داء المبيضات له علاقة بالمعالجة المديدة بالصادات الحيوية . حيث تكون
المخاطية :

حمراء , متوذمه , مؤلمة .

يكشف الفحص الدقيق عن مناطق بيضاء صغيرة من السلاق في المحيط.

ج - داء المبيضات الجلدي المخاطي : **Mucocutaneous Candidiasis**
يتصف هذا الشكل بإنتان مزمن يصيب : (الجلد , فروة الرأس , الأظافر , الأغشية المخاطية).
يمكن أن تكون الإصابة بالمبيضات البيض سبباً لكثير من الأمراض الأخرى , لهذا يجب القيام
بعدة تحريات لكشف المرض.

العوامل المؤهبة لداء المبيضات البيض :

- 1- المعالجة واسعة الطيف , والطويلة الأمد بالمضادات الحيوية .
- 2- عوز الحديد .
- 3- الداء السكري .
- 4- أمراض أخرى تترافق مع نقص المناعة مثل متلازمة عوز المناعة المكتسب AIDS.

المعالجة :

يجب أولاً معالجة العوامل المؤهبة الموضعية و العامة .

تتم السيطرة على الانتان الفموي بمضادات الفطور النموذجية مثل النيساتين (100 ألف وحدة)، أو (أمفوتيريسين b) 10 ملغ. التي تترك في الفم من أجل أن تنحل ببطء 4 مرات في اليوم .

الأطفال الرضع :

نستخدم معلق النيساتين أو الأمفوتيريسين B .
حالياً يستعمل الكيتوكونازول و الكلوتريمازول .

الأطفال الأكبر :

يستخدم أقراص كلوتريمازول او اقراص النيساتين .

يتم وصف فلوكونازول (100ملغ مضغوطات) ضمن كورس علاجي يمتد ل14 يوم من اجل المرضى اللذين لم يستجب الانتان لديهم للعوامل المضادة للفطور الموضعية.



التهاب الفم داء المبيضات الضموري

الالتهابات الجرثومية الحادة

Acute bacterial infections

الالتهاب اللثوي الحاد بالعقديات:

تكون اللثة حمراء مؤلمة , متشققة , نازفة بسهولة , تضخم الحليمات وخراجات لثوية.

• الزرع الجرثومي يظهر سيطرة العقديات الحالة للدم .

• سير المرض سريع و يترافق مع :

التهابات البلعوم , الحنجرة , الأنفلونزا الحادة والكريب العادي , ارتفاع درجه الحرارة .

• تكون التهابات اللثة واضحة على النسيج المخاطي و اللثوي وعلى الصحة العامة .

بشكل عام تستجيب الحالة مباشرةً للمعالجة بالمضادات الحيوية واسعه الطيف مثل الاوغمانتين .

المعالجة:

● اعطاء الصادات الحيوية واسعة الطيف بالطريق العام :

إذا ما أعتقد أن الإنتان ذو منشأ جرثومي .

● المعالجة الموضعية:

اجراء التقليل , التنضير اللثوي , وتحسين الصحة الفموية . و استخدام مضامض كلور هكسيدين .



التهاب اللثة المزمن غير النوعي

Chronic nonspecific gingivitis

- يشاهد بشكل شائع خلال سنوات المراهقة أو ما قبلها .
- قد يكون هذا الالتهاب موضعاً في المنطقة الامامية , او قد يكون معمماً.
- التظاهرات السريرية :
 - احمرار اللثة .
 - الحليمات اللثوية الدهليزية تكون سليمة .
 - لكن يمكن أن تصاب إذا كان هناك مخرشات موضعية.

الأسباب:

- الاضطراب الهرموني : وهذا يفسر انتشار المرض في سن البلوغ عند الإناث. المقاطع النسيجية واستخدام الملونات الخاصة يثبت وجود الإنتان الجرثومي.
- اهمال الصحة الفموية : طبقة البليك الجرثومية هي السبب الرئيسي لهذا النوع المزمن من الالتهاب اللثوي
- العوز الفيتاميني : قد يكون عامل مؤهب هام.
- سوء الإطباق : تراكم الأسنان يجعل الصحة الفموية وإزالة طبقة البليك صعبة وهي عوامل مؤهبة هامة.



الأسباب:

- الآفات النخرية + الحواف الحادة المخرشة + الترميمات السيئة.
- المخرشات الموضعية : كالتنفس الفموي الناتج عن سبب عضوي مثل :
(ناميات ضخامة لوزات وجود قرينات) .
- عن عدم انطباق الشفتين(قصر الشفة العلوية) مما يؤدي لجفاف اللثة والتهابها ,
وضخامة بالحليمات بين السنية , و اللثة الحفافية .

خامساً - أمراض الأغشية المخاطية اللانثانية

1 - التهاب الفم القلاعي الناكس : Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS)

مرض شائع يصيب المخاطية الفموية .

يتصف بظهور قرحات مؤلمة , ناكسة , لها قاعدة تشبه فوهة البركان مدورة الى بيضوية , حوافها محمرة ومرتفعة , ومؤلمة .

تشفى القرحات الصغيرة تلقائياً ونادراً ما تترك ندبات .

اما **القرحات الكبيرة المترافقة** مع امراض جهازية مثل : **داء كراون او بهجت**

اما القرحات في المناطق العينية او التناسلية ممكن ان تشفى لكن :

تحتاج لفترة اطول , و يكون تعدادها اكبر وغالبا تترك ندبة.



العوامل الإِمرَاضية :

. الوراثة .

. العوز الغذائي .

(وجد لدى 20% من الأشخاص المصابين بقرحات قلاعية عوز حديد و عوز فيتامين B12 وحمض الفوليك)

. التحسس .

. الاضطرابات المعدي المعوي .

. الاضطرابات الهرمونية .

. العوامل النفسية .

. الانتان .

الرضوض الموضعية وهي عوامل مؤهبة شائعة تفسر حوالي 75% من الحوادث (عض الخد والتخريش الوجهي الثانوي)

العوامل الإراضية :

- . انقطاع التدخين .
- . رد فعل مناعي ذاتي .
- . نقص الفيتامينات .
- . تقليل الأسنان .
- . الحساسية تجاه معجون الأسنان .
- . اسباب محتملة اخرى :
- . فيروس الحلا البسيط .
- . فيروس الحلا البشري نمط 6 .
- . الحمى المضخمة للخلايا .
- . فيروس ابشتاين بار .

سريراً :

يمكن أن نميز 3 أشكال سريرية من التهاب الفم القلاعي الناكس :

أ - القرحة القلاعية الثانوية. minor.

ب - القرحة القلاعية الرئيسية. major.

ج - القرحة القلاعية الحلئية الشكل. Herpetiform.

تدوم الآفات لمدة 10 الى 12 يوم .

أ- القرحات القلاعية الثانوية :

تشكل 80% من القرحات .

تشاهد بعمر بين 10 و 40 سنة .

تبدو القرحات مجتمعة بقرحتين أو ثلاثة , قطر كل قرحة أقل من 10 ملم .
تشفى الآفات خلال أسبوعين لكنها تميل للنكس في كل مرة .

ب - القرحات القلاعية الرئيسية :

أقل شيوعاً , كبيرة الحجم , و تتصف بالإزمان و التندب .

ج - القرحات القلاعية الحلئية الشكل :

أقل مصادفة .

تشاهد بشكل أكبر عند الإناث .

تبدأ الآفات على شكل مجموعات قرحيه عديدة بحجم رأس الدبوس ,
يمكن أن تتصل مع بعضها و تشكل قرحات كبيرة تشفى خلال أسبوعين .

قد تترافق قرحة القلاع الناكس مع امراض جهازية اخرى :

- الحمى الدورية .
- التهاب الفم القلاعي .
- التهاب البلعوم .
- التهاب الغدة .
- داء Bechet .
- مرض crohn .
- التهاب القولون التقرحي .
- قلة العدلات .
- متلازمات نقص المناعة .
- متلازمة Reiter .

المعالجة :

- تحديد العامل المسبب .
 - التطبيق الموضعي للنتراسكلين على القرحة .
 - مضامض الكلورهيكسيدين , أو مزيج من التتراسكلين و النيسستاتين (دون بلعها) .
 - استخدام مضادات الالتهاب .
 - استخدام الأدوية المسكنة .
 - استخدام معدلات المناعة الجهازية و مثبطات المناعة (عوامل موضعية كريمة و مرهم) .
 - تطبيق الكورتيكوستيروئيدات الموضعية :
- (Triamcinolone 0,025% أو Clobetasol 0,5% مع لاصق مخاطي مثل orabase) مع الانتباه الى عدم فرش هذا المستحضر مثل المرهم وانما فقط على القرحة القلاعية دون اي دهن او تحريك ويجب أن تكون المخاطية جافة تماما .

يركز العلاج على :

تعزيز شفاء القرحة وتقليل مدتها , تخفيف ألم المريض , المحافظة على تغذيته , كل ذلك حد أو قلل من تواتر نكس المرض.



القرحة القلاعية الرئيسية



القرحة القلاعية الثانوية



القرحة القلاعية الحلئية

2- اللسان الجغرافي : Geographic Tongue

حالة مرضية .

مجهولة السبب .

تصيب مخاطية اللسان .

يحدث عند 1-2% من الناس .

له ميل عائلي (وراثي) .

لوحظ أن الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بأمراض التهابية حادة (ربو , التهاب الأنف).

تتصف الحالة :

ظهور مناطق حمراء وغير حمراء , غير منتظمة منتشرة على اللسان قد تكون حدودها محاطة بخط أبيض رفيع أو أصفر شاحب.

تكون الحالة لا عرضية لكن بعض المرضى يشتكون من **حس حرقة وألم في اللسان**.



اللسان الجغرافي

3 - الآفات الرضية :

يمكن أن تنجم الأذيات الحادة لنسج الفم الرخوة عن :

- الرضوض الميكانيكية أو الفيزيائية كالسقوط .

- عض نسج الفم الرخوة (خد , شفة , لسان) بعد استخدام التخدير الموضعي في الإجراءات السنية
يسبب تقرحات لها حواف مشرشرة , وهي معروفة بشكل جيداً من قبل أطباء الأسنان .

يمكن أن يصاب الأطفال بآفات حفافية حادة غير نوعية موضعية نتيجة :

تفريش الأسنان الخاطئ .

انحصار الأجسام الأجنبية بين الأسنان .

3 - الآفات الرضية :

تكون الآفة موضوعة في منطقة واحدة مغطاة بغشاء مخضر أو مصفر رقيق . يشكو المريض من ألم في منطقة الإصابة .

لا تترافق مع تنخر الحليمات كما في التهاب اللثة التمثوي التقرحي الحاد . أو مع الحويصلات الموجودة في التهاب الفم و اللثة الحلئي .

العلاج :

تنظيف الأسنان بيد أختصاصي و ينصح بإيقاف التفريش لمدة عشرة أيام و في هذه الأثناء يغسل الفم مرتين يومياً بمحلول مثل كلور الهكسيداتين 0,12% .

- التهاب اللثة المحدث :

شكل غير عادي من الرض الميكانيكي يشاهد عند الأطفال الذين يخرشون بأظافرهم أو بأداة مستدقة كالقلم مناطق منتقاة على المخاطية الفموية , والحافة اللثوية .
تنجم هذا العادة عن عوامل تخريش موضعية أو عوامل اجتماعية نفسية محيطة بالطفل.

- مرض ريغا فيديه:

و هو تقرح السطح السفلي للسان .
ينجم عن القواطع المؤقتة السفلية أثناء الرضاعة .
يمكن أن يحدث كمضاعفة للبزوغ المبكر(اسنان ولادية) أو عند الأطفال ما قبل الفطام .
في حال عدم معالجة هذه الآفة فإنها تتطور إلى ورم حبيبي قرحي مزمن .

- متلازمة ليش - نيهان :

- هي داء استقلابي نادر الحدوث .
- يتصف بتأخر عقلي و إيذاء للنفس (الجدع) .
- ينتقل بالوراثة على الصبغي الجنسي X بصفة متنحية .
- النقرس .
- فقر الدم الضخم الأرومات .
- يسبب إصابة الشفاه و الأصابع نتيجة العض .
- في هذه المتلازمة قد يكون الرض شديداً لذلك نضطر لقلع الأسنان .



قرحة رضوية على اللسان

4 - حروق الأغشية المخاطية :

أ - الحروق الكهربائية والحرارية :

إن تناول الطعام الساخن جداً يمكن أن يسبب :

أذيه حرارية تظهر على شكل تقرح عابر .

الخطر الأكبر هو الحروق الكهربائية (الفموية , اللسانية , الشفوية) التي تحدث عادة عندما يضع الأطفال الأسلاك الكهربائية للأجهزة في أفواههم خاصة إذا كانت الأجهزة من النمط المتوهج .

يحدث عادة بعمر أقل من 3 سنوات .

4 - حروق الأغشية المخاطية :

أ - الحروق الكهربائية والحرارية :

يترك شفاء الآفة ندبة و تقلصاً في البنى , لذلك يحتاج طبيب أسنان الأطفال إلى مساعدة طبيب جراح في معالجة هذه الأذيات و ذلك لصنع الجبائر .

لقد وصفت الأجهزة داخل و خارج الفموية و الاختيار يعتمد على الاستفادة من الأسنان المؤقتة البازغة لتثبيت الجهاز .

لقد وجد أنه إذا احتفظت الجبائر بجودتها ل 6-12 شهر أو أطول ولم يحدث الشفاء فإن الحاجة للجراحة التصحيحية المجهرية للفم تنقص الندبة بشكل كبير .

ب - الحروق الكيميائية :

يمكن أن تتأذى المخاطية الفموية ب :

- التناول غير مقصود للسوائل الكاوية .

- التطبيق غير الملائم للدواء على المخاطية. كالتطبيق الخاطئ من قبل طبيب الأسنان

للفورموكريزول الذي يستعمل بشكل واسع في بتر الأسنان المؤقتة .

أو من قبل المريض **كوضع حبة الأسبرين** على المخاطية الفموية المجاورة للأسنان في محاولة

لتسكين الألم اللبي , حيث يمكن أن تسبب حرقاً كيميائياً منسلخاً أبيضاً نموذجياً .

5- الورم الحبيبي المقيح : Pyogenic Granuloma

يحدث نتيجة لرد فعل النسيج الناجم عن المثيرات و المخرشات .
له ميل للحدوث عند النساء الحوامل , و أحياناً يُعرف بالورم الحملي الحبيبي .

- الورم الحبيبي المقيح في الفم :

أكثر ما يشاهد على اللثة .
يكون له سويقة أو ليس له عنق مع سطح متقرح أو ثؤلوي .
النزف هو العرض الأكثر شيوعاً .

5 - الورم الحبيبي المقيح : Pyogenic Granuloma

- الورم الحبيبي المقيح في الفم :

نسيجياً :

تتكون الآفة من نسيج وعائية حبيبية كثيرة مع ارتشاح شديد للخلايا الإلتهابية .
الآفات التقرحية تأخذ مظهراً أكثر تليفاً و تختلف عن البثعة الليفية .

المعالجة :

بالقطع الجراحي .

النكس :

تنكس آفة عند القطع غير الكافي لها أو فشل إزالة العوامل المؤهبة .



الورم المقيح الحبيبي المقيح الفموي

سادساً - الأمراض الفموية المرافقة للوراثة :

1 - الوحمة الاسفنجية البيضاء : White Sponge Nevus

و هي آفة غير شائعة تنتقل بالسمات الجسمية السائدة .

لا ينجم عنها أي عرض .

تمتد إلى مساحة واسعة مسببة تجعداً في ثخانة المخاطية الفموية .

أكثر ما تصيب المخاطية الدهليزية .

نسيجياً :

تأخذ مظهر البشرة مفرطة التقرن مع وذمة داخل خلوية في الطبقة الشائكة هذه الحالة ليست مؤذية .

لا تحتاج أية معالجة بعد تشخيصها التفريقي الصحيح .

2- الورم العصبي الليفي "داء ريكلنغهاوس" Neurofibromatosis

و هو حالة وراثية شائعة ذات سمة جسمية سائدة .

تتصف ب :

تشكل مجموعة من العقيدات من نسيج عصبية تتوزع في كل مناطق الجسم .

تتراوح ضخامة النسيج العصبية من تضخمات صغيرة ملساء منفصلة عن بعضها إلى كتل

مرجلية ضخمة مرتشحة و التي تسمى ب :

الورم الليفي العصبي ضفيري الشكل و غالباً ما نجد اضطرابات على الجلد بلون قهوة بحليب

أو بلون قتاميني .

تترافق 7% من الأورام العصبية الليفية مع آفات في النسيج الفموية الرخوة أو في عظام الفكين .

3- أمراض اللثة المرافقة للوراثة :

Gingival Disease Associated with Heredity

إن الضخامة الليفية غير الالتهابية الحميدة للثة الفك العلوي أو السفلي المترافقة مع أمراض وراثية عائلية أطلق عليها بعض المصطلحات : الفيلية Gingivomatosis
Elephantiasis

داء الفيل العائلي Familial Elephantiasis

الداء الليفي الوراثي العائلي Conigental Familial Fibromatosis

و الداء الليفي الذاتي Idiopatit Fibromatosis

الداء الليفي اللثوي الوراثي :

يظهر بشكل ضخامة لثوية متقدمة بشكل بطيء يبدأ بالتطور المباشر بعد بزوغ الأسنان الدائمة .

يمكن للضخامة اللثوية أن تحدث في الأسنان اللبنية و الدائمة .

إن التليف في منطقة الأرحاء عادة ما يكون متناظر .

تكون الآفة موضعية أو معممة و تغطي في النهاية السطوح الاطباقية للأسنان

تكون اللثة المتضخمة قاسية و غير نازفة و لكن يمكن أن تغطى بالتهاب لثوي يزيد الضخامة .

إن هذا الداء يمكن أن ينتقل كصفة وراثية بسيطة في بعض الاضطرابات الصباغية .

يمكن تخفيف هذه الآفة بعمليات إعادة التصنيع اللثوية الجراحية .

الإنحلال الجلدي الفقاعي : Epidermolysis Bullosoa

مرض غير شائع يحدث فيه فقاعات أو حويصلات بشكل تلقائي أو بعد رض ثانوي على الجلد أو الغشاء المخاطي (متضمنة المعالجة السنية التقليدية) .
تم تمييز عدة أصناف لهذا الداء كل صنف يختلف عن الآخر في المظاهر و النمط الوراثي .

الإنحلال الجلدي الفقاعي البسيط :

ينتقل على المورثات الجسمية بصورة سائدة .
نشاهده عند الأطفال الرضع أو في مرحلة الطفولة .
تتحسن الآفة مع تقدم العمر و نادراً ما تصيب الغشاء المخاطي .

الإنحلال الجلدي الفقاعي الحثلي (الناجم عن سوء التغذية):

تتنقل الإصابة بشكل وراثي محمول على صبغيات جسمية سائدة أو متنحية . تترك الإصابة به ندبات بعد الشفاء .

يتصف بإصابته للغشاء المخاطي لاسيما العين .

يترافق مع تخلف عقلي و اضطرابات جهازية أخرى و غالباً ما ينتهي بالموت في عمر مبكر .
تصاب فيه المخاطية الفموية بعد الولادة مباشرة .

الإنحلال الجلدي الفقاعي المميت :

الشكل الشديد من النمط الحثلي المتنحي .

يظهر هذا المرض عند الولادة و لا يستمر المريض بالحياة .

المعالجة :

تعتمد المعالجة الأساسية في جميع الأنماط على :

تسكين - تخفيف الألم - الوقاية من الرض و معالجة إنتانات الفقاعات .

- **الشكل البسيط** : يتطلب أحياناً المعالجة.

- **الشكل الحثلي** : السيتروئيدات القشرية من دون أية آثار جانبية . ولم يساعد فيتامين E في تخفيف الإصابات الفقاعية

ومن وجهة نظر طب الأسنان :

تبين عدم القدرة على معالجة الأسنان لأن رض اللثة يحدث لمجرد تفريش الأسنان كما يحدث توسف متقدم في المخاطية .

التخدير يسبب مشاكل و يحتاج لدقة شديدة .

إذا وافق المريض فمن الضروري قلع جميع أسنانه لأنها تفقد وظيفتها في أداء المضغ .

تفيد المضادات الحيوية في مثل هذه الحالة في السيطرة على الانتانات الثانوية

معالجة أمراض النسيج الداعمة عند الأطفال:

يعتمد خط المعالجة الأول في معالجة أمراض النسيج الداعمة عند الأطفال على:

- السيطرة على اللويحة الجرثومية سواء عن طريق تعليم الطفل طريقة العناية الجيدة بنظافة الفم وتفريش الأسنان وتطبيق المضامض الفموية (الكلورهيكسيدين).
- تنبيه الأهل على أهمية منع تراكم اللويحة الجرثومية على أسنان الطفل منذ بزوغ أول سن لبني , وذلك بمسح سطح الأسنان بمنديل أو بقطعة شاش نظيفة.
- التركيز على الزيارة الدورية لطبيب الأسنان من أجل كشف أي عرض التهابي عند الطفل.

علاقة الخراجات حول السنية والآفات اللبية باللثة والنسج الداعمة :

تعرف الخراجات حول السنية بأنها آفات حاده .

تتميز بتجمع القيح في مكان موضع ضمن الجدار اللثوي للميزاب اللثوي أو الجيب حول السني بحيث تحدث تخریباً سريعاً للنسج .



علاقة الخراجات حول السنية والآفات اللبية باللثة والنسج الداعمة :

العلامات :

- الانتباج مقابل جذر السن المصاب .
- النزف .
- الألم .
- خروج القيح .
- حركة السن .



ملاحظات :

ملاحظة 1 :

قد يحدث الخراج نتيجة دخول جسم غريب في اللثة .

ملاحظة 2 :

في الآفات اللبية تنتقل الجراثيم من اللب إلى ما حول الجذرمما يؤدي إلى آفة حادة أو مزمنة .

علاقة الاطباق بأمراض اللثة والنسج الداعمة :

هناك مفهومين هامين في هذا المجال :

- الاطباق الرضي .
- الرض الاطباقي .



عضة معكوسة سببت التهاب لثة رضي .



عضه مغلقة سببت التهاب لثة رضي .

علاقة الاطباق بأمراض اللثة والنسج الداعمة :

أولاً: الاطباق الرضي :

سوء اطباق يؤدي إلى :

تحميل قوى اطباقيه زائدة على الأسنان .

تنتقل هذه القوى إلى اللثة والنسج الداعمة فتسبب مشاكل مرضية .

ثانياً: الرض الإطباقي :

رض أو قوة زائدة على سن واحدة أو مجموعة أسنان ينتقل إلى النسج الداعمة

مما يسبب تغيرات مرضية على مستوى هذه النسج .

يمكن أن يكون هذا الرض أولياً أو ثانوياً .

علاقة السن بحد ذاتها بأمراض اللثة والنسج الداعمة :

يسبب :

- شكل الأسنان .
- تشريحها .
- اضطرابات تطورها .
- كسور جذورها .
- انفتالها .
- ازدحامها .



تراكم اللويحة على هذه الأسنان .

صعوبة التنظيف .

مما يؤثر على اللثة والنسج الداعمة و التهابها .

علاقة اللثة والنسج الداعمة بالتعويضات الثابتة والمتحركة :

تسبب :

- الحواف الطويلة للأجهزة المتحركة الجزئية أو الكاملة تخريشاً, و احداثاً للقرحات الرضية .
- الأجهزة الواسعة والمتحركة في احداث الطيات النسيجية .
- تؤدي الحواف الطويلة للتيجان إلى هجرة الارتباط البشري وتكوين الجيوب اللثوية .
- الدمى في الجسور قد تكون ضاغطة أو بعيدة عن اللثة مما يترك أثراً سلبيةً على اللثة والنسج الداعمة .
- الأجهزة التقويمية الثابتة تحتجز الفضلات واللويحة مما يسبب التهاباً لثوياً.

لاحظ تأثير الأجهزة المتحركة والتقويمية :



ملاحظات :

● التهاب اللثة المبكر :

التهاب ردود.

يعالج بالوقاية الجيدة (التفريش واستخدام الخيوط السنية المحافظة على السن خاليةً من اللويحة الجرثومية).

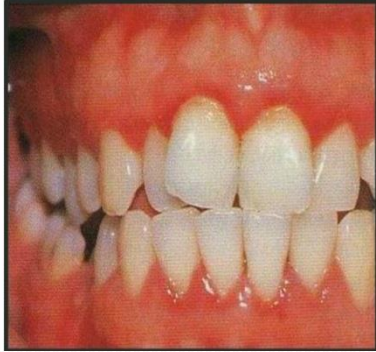
● المعالجة :

- إزالة المخرشات الموضعية .

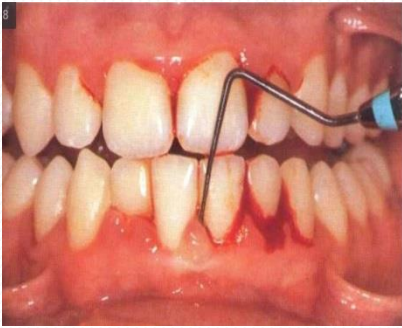
- معالجة تراكم وازدحام الأسنان .

- اصلاح الترميمات السنية ذات الحواف السيئة.

● التهاب اللثة عادة ما يكون اقل شدة عند الاطفال منه عند البالغين حتى مع كميات مماثلة من اللويحة.



التهاب اللثة المتوسط :



● يتميز ب :

- احمرار .
- وذمة .
- فقدان المظهر المنقط للثة .
- نزف من الميزاب اللثوي عند السبر .
- لا يترافق مع الجيوب الثوية أو تخرب الارتباط البشري .
- قد لا يشمل القوسين السنيتين , و قد يتوضع في قطاع (أمامي أو خلفي) حسب العامل المسبب , أو على اللثة الدهليزية دون اللسانية .
- قد يكون موضع أو معمم .

التهاب اللثة المتوسط :

- يشاهد في الأسنان الأمامية للفكين وخاصة السفلي .
- يتميز ب :
 - احمرار .
 - تضخم لثة .
 - وذمة .
 - لمعان
 - حدوث النزف من الميزاب اللثوي عند السبر

ملاحظات :

- التهاب اللثة سواء أكان مبكراً أو متوسطاً أو متقدماً لا يلاحظ فيه أي تغييرات شعاعية لأن الإصابة تكون محصورة بالنسج الرخوة (اللثة) .
- يكون العظم السنخي كاملاً ولا يوجد امتصاص أو تخرب في العظم الحاجزي السني .
- على الصور الشعاعية المجنحة تكون قمة العظم السنخي سليمةً و تصل إلى الملتقى المينائي - الملاطي .
- إذا وجد أكثر من 2,5 ملم امتصاص في العظم نكون أمام حالة من التهاب النسج الداعمة .

التهاب اللثة المتقدم :

● يتميز ب :

- احمرار شديد .

- تقرح .

- تراجع لثوي .

- وذمة والنزف الشديد عند السبر .

- الحليمات اللثوية تكون محمرة , منتبجة , جيوب لثوية كاذبة

● شعاعياً :

لا يوجد تخرب بالعظم الحاجزي بين السني حتى لو وصلت

درجة التهاب اللثة إلى المتقدم .

لكن يوجد نزف عند السبر .



طبيب الأسنان والحلأ الشفوي الناكس :

قد يتعرض طبيب الاسنان لل HSV1 حيث يقع جزء من الفيروس .

لتفادي العجز المهني المرافق لانتان HSV1 في الاصبع او العين يتوجب :

- استخدام حواجز وقائية فعالة .

- يفضل عدم المعالجة اذا لم تكون الحالة اسعافية .

- تجنب معالجة المريض خاصة في مرحلة تشكل الحويصلات لان انفجار الحويصلات المليئة بالفيروسات و تتطايرها مع الرذاذ واللعب على وجه المرض

والطبيب ويديه وعينيه لذلك يجب اتخاذ اجراءات

وقائية (كمامة كفوف نظارات واقية) .



المراجع

1- محاضرات في طب أسنان الأطفال ل : أ. د فائق بدر- أ. د بسام سلمان

- أ. د عبد الوهاب نورالله - جامعة تشرين 2008م

2- أمراض اللثة والأنسجة الداعمة أ.د محمد مازن قباني - جامعة حلب 2009م

3- طب أسنان الأطفال أ.د نجاح طنوس- جامعة حلب 2006م

4.. Hand book of pediatric dentistry by A Cameron& R widmir.

5.. Color atlas of oral diseases in children and a dolescents

By Crispian scully& Richard wellbury.

6.. Journal of dentistry vol25 (great Britain) 1997\children, adolescents and periodontal diseases

اسنان عائمة بدون دعم عظمي :

تشاهد في بعض الحالات المرضية , أو التناذرات مثل :

- سوء التنسج .
- الملائكية .



التهاب نسيج داعمة شبابي معمم generalized juvenile periodontitis

● المظاهر المميزة :

يبيد الاشخاص المصابين به التهاب نسيج داعمة مميز مع تراكم كبير من القلح واللويحة.



التهاب لثة شبابي معمم لاحظ وجود
تراكمات كبيرة من القلح واللويحة

المعالجة:

- استخدام المضادات الحيوية.
- الاعداد لبيئة خالية من الانتان .
- المعالجة الجراحية واستخدام التتراسكلين (واحيانا بالمشاركة مع الميترونيدازول) حيث ان عضويات ال Aa تخترق ظهارة الجيب اللثوي .
- إن اعطاء الدوكسي سايكلين لمدة اسبوعين قد ينقص من تعداد تلك العضويات.
- الاستئصال الجراحي للنسج المؤفة وتسوية سطوح الجذر .
- **المعالجة الموضعية تتضمن :**
 - التقليل .
 - تسوية الجذر , مع ارواء متزامن بمحاليل ملحية غير عضوية مشبعة , 1% من الكلورامين .
 - استخدام التتراسكلين الجهازى (1 غ كل يوم) لمدة 14 يوم.

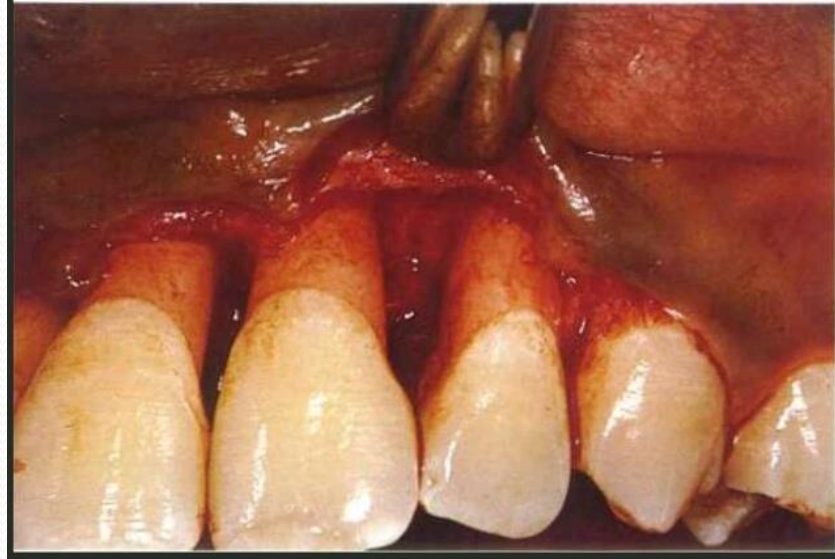
ملاحظة:

في التهابات النسيج الداعمة قبل البلوغ (بعمر 4 سنوات) يجب الانتباه ان منعكس البلع عند الاطفال فلا ينضج قبل 6 سنوات لذلك يمنع اعطاء المضامض الفموية قبل هذا العمر و يستعاض عن المضمضة بمس النسيج اللثوية بالكلور هكسيدين باشراف الطبيب .

- العناية المنزلية للمريض :

تطبيق يومي لمعجون من بيكربونات الصوديوم و3% هيدروجين البيروكسيد (الماء الأوكسجيني).

صورة لشريحة لثوية أمامية :



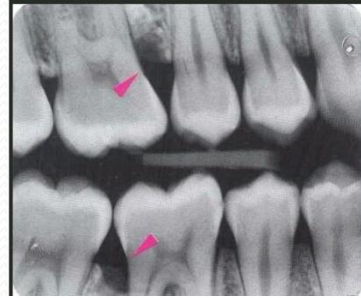
التهاب النسيج الداعمة الشبابي الموضع LOCALIZED JUVENILE PERIODONTITIS

● المظاهر المميزة

- يحدث لدى الأطفال الأصحاء والبالغين دون دليل سريري على مرض جهازى.
- يتم تمييزه بفقدان العظمى السنخى بشكل سريع وشديد حول أكثر من سن دائمة وعادة حول الأرحاء الأولى والقواطع وتكون الإصابة متناظرة .
- فقدان العظم حول الأسنان المؤقتة يمكن أن يكون من المعطيات المبكرة لهذا المرض.

صورة شعاعية لمريض التهاب نسيج داعمة شبابي موضع

تخرب عظمي انسي للرحى الاولى العلوية ووحشي الرحي الاولى السفلية



صورة لمريضة بعمر 15 سنة مصابة بالتهاب نسيج داعمة شبابي تظهر صحة فموية ممتازة ومع ذلك يوجد
نزف عند السبر



عموميات :

- - تطبيق المخدرات الموضعية المسكنة مثل Dyclonine hydrochloride(0.5%) قبل وقت الوجبة مما يريح بشكل مؤقت من الألم ويسمح له بتناول الأطعمة الطرية .



الأدوية المضادة للفيروسات :

- إن الدعامة الأساسية في المعالجة المحددة هي جرعات منتظمة من الأدوية المضادة الفيروسية الجهازية النوعية مترافقة مع مسكنات جهازية ASETAMINOPHEN أو ايبوبروفين .
- الأدوية المضادة للفيروسات المتوافرة حالياً :



Valacyclovir - Famciclovir

Acyclovir

- تثبط هذه الأدوية الاستنساخ في الخلايا المؤوفة بالفيروس.
- يعطى الأطفال (acyclovir (zovirax) بشكل كبسولات أو معلق على خمس جرعات بما يعادل 1000 ملغ

- acyclovir للمراهقين : كورس المعالجة أيضا 10 أيام لكن الجرعات اليومية أقل تواتراً .



التهاب اللثة عند المدخنين



التهاب اللثة عند مرضى السكري



التهاب اللثة عند مريض التصلب اللويحي



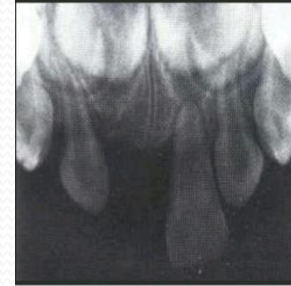
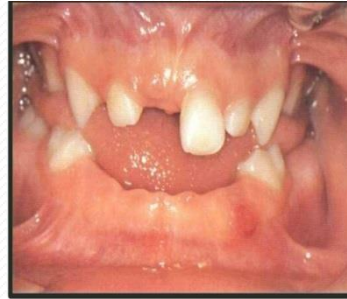
التهاب اللثة عند مريض السرطان

- صور شعاعية وسريية لالتهاب اللثة التقرحي التموتي الحاد . يلاحظ تخرب الحليمات مكان السهم الاسود , ولا توجد علامات على تخرب الحاجز العظمي بين السني .



● صورة سريرية لطفل عمره سنتين يلاحظ فيها:

1. سقوط الاسنان الامامية العلوية والثنية العلوية عفويا
2. التهاب لثة خفيف
3. افة شبيهة بالقلع في المنطقة السفلية اليسرى .



الصورة الشعاعية تظهر غياب الارتباط البشري والحجرة اللبية اكبر من المعتاد

صورة البانوراما تظهر ارتباط بشروي غير منتظم وخسارة شديدة في الارتباط على جميع الاسنان اللبنية

- الارحاء السفلية المؤقتة تبدو وكأنها متأثرة بشكل خفيف





- يعتبر استخدام المضامض المضادة للجراثيم والمعالجة بالمضادات الحيوية فعالا في إزالة امراضيات النسيج الداعمة .
- يمكن استخدام اموكسيسيلين - او غمانتين للأطفال 250 ملغ ثلاث مرات في اليوم لمدة عشر أيام
- استخدام التتراسكلين 250 ملغ مرتين باليوم لمدة عشرة ايام .

تمييز التهاب اللثة التفرحي التموثي الحاد عن التهاب اللثة الحلثي الحاد

التهاب اللثة الحلثي الحاد	التهاب اللثة التفرحي التموثي الحاد ANUG
لا تؤدي إجراءات الوقاية العلاجية والتنظيف لأي استجابة مرغوبة.	إجراءات الوقاية العلاجية والتنظيف ستؤدي لاستجابة مرغوبة في حالات ANUG.
لا تؤثر المضادات الحيوية عليه كونه إنتان فيروسي.	المحاولات العلاجية بالمضادات الحيوية ستنقص من الأعراض الحادة في ANUG.
غالباً ما يشاهد لدى أطفال ما قبل المدرسة وفي الأفواه التي يوجد فيها مخرشات وصحة فموية ضعيفة.	نادراً ما يحدث لدى أطفال ما قبل المدرسة ويتطور عبر فترة أطول.
القرحات مع الهالات الحمراء على الشفاه والخدود هي خصائص مميزة لالتهاب اللثة الحلثي الحاد.	_____

Thank you

