

الشكل ١: صورة بانورامية مقطعية فموية للحالة المدروسة.

S. Arroyo Boté
J. Martínez Osorio

المعالجة المحافظة لحالة إرتشاف خارجي لقمة الجذردلى مريض عالي الإختطار

الحالة السريرية

جاء مريض عمره سبعين سنة للفحص الطبي السنوي العام إلى عيادتنا مبدياً الرغبة في تصحيح وضع الربعية الثالثة. وكان هذا المريض عالي الإختطار، ويخضع للمعالجة بسبب ورم سرطاني في القولون. وقد تبين في الفحص السنوي وجود ترميمات مختلفة سابقة لدى المريض منها تيجان تامة في الربعية الأولى والثانية والثالثة إلى جانب تخرب كبير في السن ٣٦. ولم يكن هناك أي أفات نخرية نشطة أو حركية زائدة للأسنان أو جروح في الأغشية المخاطية. وقد أجرينا للتحقق من حالة المريض تصوير مقطعي بانورامي (الصورة ١). وقد اظهر هذا الفحص معالجات تعويضية سابقة دون وجود أمراض حالية، ومعالجات جذرية في الأسنان ١٣ و ١٦ دون وجود أفات جذرية منقذة للأشعة، أو أفات في محيط الذروة، وكذلك أظهرت الصور وجود

يمكن أن يبدأ المرض بإرتشاف خارجي عنقي. وتظهر الإرتشافات من النوع الأول دون عوارض وتكون في لحظة التشخيص في مراحل تخريب مختلفة جداً. وتكون المحافظة على السن أحياناً غير ممكنة، ولكن يمكن إيقاف مسار الإرتشاف على أي حال وإعادة ترميم السن. وفي الحالة المعروضة هنا كان من الممكن إثبات استعداد شخصي بيولوجي لإرتشاف الجذر، ربما نتيجة الأهبة الوراثية. وقد توصل Harris et al. إلى إستنتاج قابلية الإنتقال بالوراثة بمعدل ٧٠٪ في دراسات قاموا بها على مجموعة من التوائم، ولم يتوصلوا إلى إثبات إختلافات متعلقة بالجنس أو العمر. عدى ذلك أجريت معالجات وقائية بالهورمونات والمضادات الحيوية والأدوية المثبطة للإلتهاب في المعالجات التقويمية لدى المرضى الحساسين وتم تحقيق نتائج جيدة في الوقاية من هذا المرض.

إرتشاف الجذر مرض يصيب اللب ومحيط ذروة الجذر. وقد يرجع المرض إلى أسباب مختلفة وقد يكون نتيجة النشاط الخلوي لأنسجة مختلفة، سواءً من داخل اللب (إرتشاف داخلي) أو من الخارج في أسمنت الجذر (إرتشاف خارجي) نتيجة نشاط الخلايا الناقضة للعظم. وقد تكون الإرتشافات ذات طبيعة عابرة، يكون مسار المرض فيها محدوداً ذاتياً ولا يمكن كشفه بالصور الشعاعية تقريباً، أو ذات طبيعة متقدمة، مما يؤدي في كثير من الحالات لفقدان السن. وقد ترتبط الإرتشافات الخارجية بمشاكل سريرية متنوعة: أورام وأكياس الفك، التحكم الناقص بقوى التقويم السنوي، الرضوح السنية، أمراض دواعم السن، أمراض اللب، شقوق في السن، أمراض مجموعة، وفي بعض الأحيان أمراض مجهولة المنشأ. ويرافق الإرتشافات في معظم الأحيان تراكم في النسيج العظمية يستبدل الجذر المرتشف. وفي حالات أخرى

SUMMARY

CONSERVATIVE TREATMENT OF APICAL EXTERNAL RESORPTION IN A HIGH-RISK PATIENT

This report details the case of a male patient who was diagnosed with resorption of the distal root on tooth 36 by means of an x-ray examination. Root

treatment was carried out on this tooth 20 years ago and, since then, the patient has not suffered any symptoms. Following assessment of this resorption type, the

activity of the process and the options available for a repeat endodontic intervention and reconstruction, a conservative treatment approach was opted for.

Under the Patronage of
H. H. Sheikh Hamdan Bin Rashid Al Maktoum
Deputy Ruler of Dubai, Minister of Finance
President of the Dubai Health Authority

تحت رعاية
سمو الشيخ حمدان بن راشد آل مكتوم
نائب حاكم دبي، وزير المالية
رئيس هيئة الصحة بدبي



مؤتمر الإمارات الدولي لطب الأسنان ومعرض طب الأسنان العربي UAE INTERNATIONAL DENTAL CONFERENCE & ARAB DENTAL EXHIBITION

إيكد AEEEDC DUBAI

17 - 19 February, 2015

مركز دبي الدولي للمؤتمرات والمعارض
Dubai International Convention & Exhibition Centre

www.aeedc.com

Organised by



In Cooperation with



Strategic Partner



Supported by



INDEX® Conferences & Exhibitions Organisation Est.

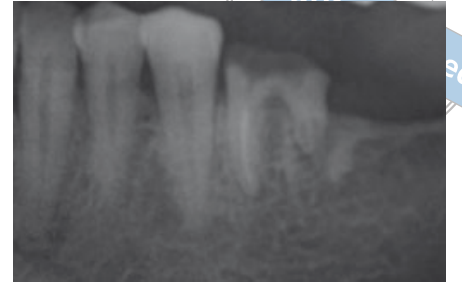
Dubai Healthcare City, Ibn Sina Medical Complex #27, Block B, Office 203 | P.O. Box: 13636, Dubai, United Arab Emirates
Tel: +971 4 3624717, Fax: +971 4 3624718 | E-mail: info@aeedc.com, Website: www.index.ae

تدوير بقدر ٣٠٠ دورة في الدقيقة وعزم دوران بقيمة ٣٠ نيوتن مم. وبدأت المعالجة السريرية بإزالة مادة الحشوة من الأقنية بمثاقب Gates-Glidden مع تحديد طول العمل بمبارد K (رقم ٢٠). واستعمل محلول NaOCl بتركيز ٢,٥٪ للغسل. وتمت المداخلة بالأدوات من الجهة الذرية الإكليلية (Crown-Down) بواسطة مبارد ذات شكل مخروطي ٠٦ و ٠٤ و ISO 40 و ٣٥ و ٣٠ و ٢٥. وتم تكرار هذه الخطوة حتى التوصل إلى طول العمل الصحيح. وأستعمل مبرد رئيسي ISO 30 في الأقنية الإنسية و ISO 40 في الوحشية.

وتم غسل الأقنية بشكل مستمر بمحلول هيبوكلوريت الصوديوم بتركيز ٢,٥٪. وجففت الأقنية بعد الغسل الأخير ثم أجري الحشو بمادة الختم AH plus (Dentsply DeTrey) ورؤوس الغوتابيرشا مع التكتيف الجانبي (الصورة ٥). وملئ التاج حتى موعد الترميم



الشكل ٣: صورة إطباقية للسن ٣٦.



الشكل ٢: صورة شعاعية تشخيصية.



الشكل ٥: مراقبة شعاعية مباشرة.



الشكل ٤: صورة دهليزية للسن ٣٦.



النهائي بإسمنت مؤقت (الصورة ٦). وتمت إعادة الترميم التاجي في جلسة ثانية بعد التأكد من غياب أي عوارض سريرية. وأختير نظام Rebilida Post System (VOCO) لبناء الجذمة (الصورة ٧) وثبتت وتد من الألياف الزجاجية بقطر تاجي بقيمة ١,٢ مم في الجذر الأنسي (الصورة ٨).

بعد تنظيف الحفرة وعزلها (الصورة ٩) تمت إزالة مادة الحشو للأقنية الأنسية اللسانية من أجل تثبيت الوتد (الصورة ١٠). من ثم تم إختبار وضع الوتد في التحضير داخل الجذر (الصورة ١١)، وتركيب مسند مستدير AutoMatrix (Dentsply DeTrey) وتقصير الوتد

وإعادة بناء للسن مع وتد من الألياف الزجاج مع التغطية التعويضية.

أظهر التصوير الشعاعي لمحيط الذروة (الصورة ٢) امتلاء زائد للقنوات الإنسية وتخرّب شديد للجذر الوحشي. ولم يتم تبين وجود بقايا للأسمنت والغوتابيرشا خارج الأقنية. وأظهرت الصورة السريرية (الصور ٣ و ٤) تاج السن المتخرب مع قنوات الجذر المفتوحة بإتجاه فتحة الفم.

وأجريت المعالجة الجديدة في جلسة واحدة بواسطة مزيج من التقنية اليدوية وتقنية التدوير بمبارد K3 (SybronEndo) واستعمل المحرك TCM Endo III (Nouvag AG) بسرعة

معالجة جذرية في السن ٣٦ مع نتيجة شعاعية طفيفة في الجذر الأنسي وإرتشاف ذروي في الجذر الوحشي مع تجمع عظمي تعويضي.

وبعد الكشف الشعاعي لإرتشاف الجذر في السن ٣٦ أجري تقصي سريري. وقد أخبر المريض بأن هذا السن قد تعرض قبل أكثر من عشرين سنة لمعالجة جذرية مع إعادة الترميم. ولكن السن تكسر فيما بعد بشكل زائد دون أن يؤدي ذلك لآلام أو إلتهابات. نتيجة هذا الوضع السريري (نتيجة الوضع الطبي العام للمريض لم يكن من الملائم إجراء ترميم لغرسة السن) ولكون الأمر يتعلق بالطاحن الأخير من الربعية الثالثة، قررنا القيام بمداخلة لبية جديدة،

الشكل ٧: نظام البناء Rebilida Post System.



Z-Cut Diamond Instruments نتائج مثالية وسريعة



الدعائم المصنوعة من الزيركون هي الحل المثالي لكل التركيبات التحتية من الخزف الكلي.

الآن يمكن تشكيل هذه الدعائم باستعمال الأدوات الماسية الجديدة Z-Cut. حجم الحبيبات الخاص من شركة NTI الأصغر من ٨٠ ميكرون يحمي الزيركون من الأذى. كما يتم تجنب تشكل الشقوق وتكسر بلورات الزيركون.

الثبات العالي للحبيبات الخاصة يعني العمر الطويل للأدوات. والتماسك الجديد يمنع حبيبات الماس من التكسر ليصبح بتحقيق أداء لامثيل له.



Made in Germany

NTI-Kahla GmbH • Rotary Dental Instruments
Im Camisch 3, D-07768 Kahla/Germany
Tel. +49-36424-573-0 • e-mail: nti@nti.de • www.nti.de

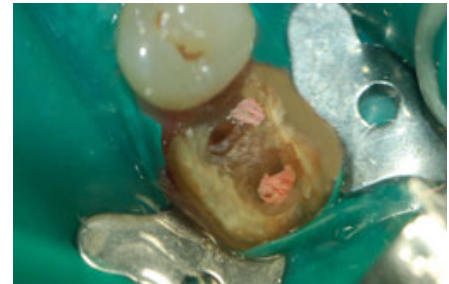
الشكل ٨: المثاقب المستخدمة لتركيب وتد الألياف الزجاجية.



الشكل ٩: تنظيف الحفرة وعزل السن ٣٦.



الشكل ١٠: تحضير القناة الإنسية اللسانية.



إلى الإرتفاع الملائم وتثبيتته (الصورة ١٢). وتم تبليل الودت قبل تثبيته بمادة (VOCO) Ceramic Bond، لتحسين التماسك.

واستعمل (VOCO) Rebuilda DC dentine بالإشتراك مع اللاصق المضاعف التصلب الذاتي التخريش Futurabond DC SingleDose (VOCO) كمادة تثبيت للودت وبناء الجذمة. وتم طلاء Rebuilda DC dentine طبقة فوق طبقة لبناء الجذمة، وتصليب كل طبقة مع ضمان التصليب في المناطق التي يصعب الوصول إليها بفضل التصليب الكيماوي لمادة Rebuilda DC. وأبعدت المسندة (الصورة ١٣) وتم التصليب الضوئي من جديد للبناء. في الخطوة اللاحقة أزيل العزل وتم تقصير الجذمة وصقلها (الصورة ١٤). ويمكن فحص الوضع الصحيح للودت وحواف التصحيح في الصورة الشعاعية لمحيط الذروة (الصورة ١٥).

في جلسة سريرية لاحقة تم تحضير الجذمة (الصورة ١٦) والتشكيل بإستعمال السيليكون (VOCO) Fit Test C&B لتصنيع تاج تام، يتم تركيبه فيما بعد وتثبيتته بمادة (VOCO) Bifix SE. نظام التثبيت الذاتي اللاصق المضاعف التصلب على أساس من الكومبوزيت، بحيث يتم إستعادة الأداء الوظيفي التام للسن ٣٦ (الصورة ١٧). ولم تظهر لدى المريض بعد المعالجة أي عوارض. وبعد مرور ثلاث اشهر



الشكل ١٣: حشو الحفرة.



الشكل ١٢: تقصير وتثبيت وتد الألياف الزجاجية.



الشكل ١١: فحص ثبات وتد الألياف الزجاجية.



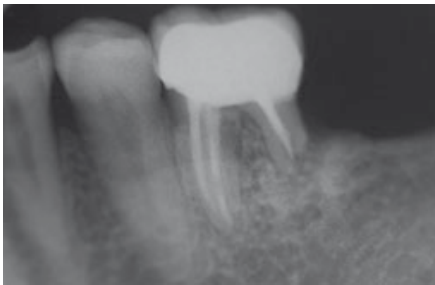
الشكل ١٦: صورة دهليزية لجذمة السن المحضرة.



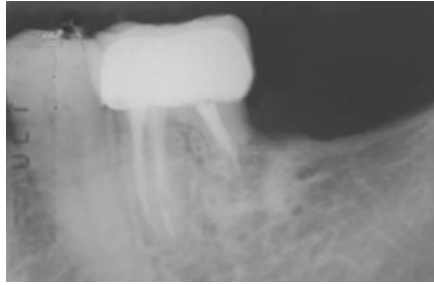
الشكل ١٥: صورة شعاعية محيطية ذروية لتثبيت الوتد وسد الحواف.



الشكل ١٤: إزالة العزل.



الشكل ١٩: مراقبة شعاعية بعد سنة.



الشكل ١٨: مراقبة شعاعية بعد ثلاثة أشهر.



الشكل ١٧: صورة وضع التاج التعويضي.

الإستنتاج

يتم تشخيص إرتشافات الجذر في كثير من الحالات من خلال الصور الشعاعية أو من خلال وجود صور مرضية مع تقدم في الحالة المرضية، التي قد تؤدي لفقدان السن. نتيجة هذه الحالة المرضية التي ترجع لأسباب مختلفة يستحسن اعتماد إمكانية إيقاف مسار المرض وإعادة ترميم السن كخيار أولي في المعالجة.

المؤلفون

Dr. Sebastiana Arroyo Boté

20506sab@comb.cat

Dr. Javier Martínez Osorio

جامعة برشلونة، إسبانيا

16486jma@comb.es

متقدماً لحد كبير. وتم التشخيص بالأشعة. أما في الحالات التي يكون الإرتشاف فيها قد توقف والتي يمكن فيها إزالة النسيج المنخورة، فيمكن اللجوء إلى مواد وتقنيات مختلفة. وفي بعض الحالات يكون من الضروري القيام بالمداخلات اللبية. ويؤدي ذلك في عدد كبير من الحالات إلى النجاح السريري. ومن المهم في إختيار أسلوب المعالجة المحافظة تقييم وضع النسيج المحيطة بالسن واحتمالات إعادة ترميم السن. وقد قررنا في الحالة المذكورة هنا نتيجة الوضع الصحي للمريض لإجراء المعالجة الترميمية. وكانت المعالجة المختارة مستطبة أيضاً بالنظر لكون الإرتشاف هنا ذروي خارجي مع تراكم نسيج عظمية، وبالتالي لم يؤدي ذلك لحركة زائدة في السن. بالإضافة لذلك توفر في هذه الحالة ما يكفي من مادة السن فوق اللثة، مما يضمن توفر القاعدة اللازمة للمعالجة التعويضية.

(الصورة ١٨) وكذلك سنة (الصورة ١٩) من إنتهاء المعالجة أجريت فحوص شعاعية لم تظهر وجود أي دلائل على وجود إلتهاب حول الذروة.

مناقشة

الكشف المبكر هو أفضل إجراء علاجي يقوم به الطبيب. ويمكن لذلك استعمال صور شعاعية داخل فموية بمساقط مختلفة وكذلك المساحات الضوئية. وتقدم المساحات الضوئية معلومات تشخيصية أفضل، خاصة في المرحلة الأولية. ولتجنب إرتشافات الجذر الذروية الناجمة عن المعالجات التقويمية يقترح بعض المؤلفين إجراء الصور الشعاعية كل ثلاث أو ستة أشهر بعد بدء المعالجة. كذلك يمكن تجنب الإرتشاف من خلال تناول الأدوية المضادة للإلتهاب. في الحالة المعروضة هنا كان الإرتشاف