

الجيب الفكّي على التهوية بإرذاز أنفي، وبسبب حساسية المريضة ضد البنسلين تم معالجتها بالصاد الحيوي كليندامايسين ٣٠٠ مغ وذلك حتى نزع الخياطة الجراحية.

تم إجراء غسيل الجيب الفكّي كل ثلاثة أيام حتى أصبح السائل الجيبي الخارج من الأنف رائقاً تماماً، تم بعدها إجراء إغلاق جراحي بطبقة واحدة بشريحة شبه منحرفة الشكل حسب Rehrmann حيث أن الحالة كانت انفتاحاً صغيراً ومرتفعاً للجيب الفكّي، بعد التخدير الموضعي بالارتشاح (٤٪ / 1:100000 Articaïn) تم تنضير أولي للنسج الحبيبية من السنخ ١٦ وتنضير حواف الجرح وإزالة الطبقة البشرية منها (الأشكال ٣-٥)، ثم تحضير شريحة مخاطية سمحاقية وبشكل شبه منحرف (الشكل ٦)، تم تنعيم الحواف العظمية بسنبلة كروية (الشكل ٧)، وأجري قبل الإغلاق غسل الشريحة والسنخ بمحلول فيزيولوجي ملحي، ولإغلاق الشريحة دون توتر تم إجراء شق سمحاقى عند قاعدة الشريحة (الشكل ٨)، تم إغلاق الشريحة بعد ردها من الناحية الحنكية بخياطة وسادية أفقية بالإضافة إلى قطب بسيطة مفردة (الشكل ٩ و ١٠) وأما من الناحية الدهليزية فيتم الإغلاق بقطب مفردة، وكمسكن يمكن اختيار Paracetamol 500 مغ أو Ipprofen 400 مغ، تم توجيه المريضة بتنظيف الأسنان بحذر وبفرشاة ناعمة مع استعمال غسول كلورهكسيدين مرتين يومياً، كما نصحت بتناول الأطعمة الطرية والامتناع عن العطس والاستئثار لمدة أسبوعين.

تمت المراقبة بعد أربعة أيام وكانت المريضة بحالة عامة حسنة ودون شكاوى، بعد ١٠ أيام من الجراحة تم إزالة القطب (الشكل ١١ و ١٢) بعد أسبوعين كانت الحالة قد شفيت دون أي مضاعفات (الشكل ١٣).

الإغلاق التجميلي لانسور جيبي فموي

تعتبر تغطية الانفتاح الجيبي الفموي عملية روتينية لدى طبيب الأسنان الجراح، وأكثر ما تحدث لدى قلع الأرحاء والضواك العلوية. ونسبة حدوثها تتراوح بين ٠,٣ و ١,٣٪، وهناك تقنيات مختلفة معروفة وموصوفة في الأدب الطبي، وتعتبر الشريحة الدهليزية حسب Rehrmann واحدة من أكثرها شيوعاً، وهناك خيارات أخرى للإغلاق الجراحي بالنسج الرخوة الذاتية كالشريحة الحنكية المزاحة حسب Pichler والشريحة التجميلية حسب Pichat، وفي الأدب الطبي يتم الحديث أيضاً عن الطعوم العظمية الذاتية autogen والمغايرة allogene والأجنبية xenogene والصناعية synthetic في عمليات التغطية.

تقرير الحالة السيرة

حضرت المريضة البالغة ٦٣ عاماً من العمر إلى اسعاف عيادة جراحة الفم في مركز طب الأسنان لجامعة زيوريخ، كانت تشكو من آلام في الفك العلوي الأيمن وذلك بعد أسبوعين من عملية قلع سني في عيادة أخرى، بالفحص السريري لم يكن هناك أي تغيرات خارج الفم. أما داخل الفم فقد لوحظ احمرار في منطقة السنخ ١٦، كما وجد انسور جيبي فموي قابل للسبر.

المعطيات الشعاعية

بالتصوير الطبقي الرقمي (DVT) تظهر ظلالية قاعدية في الجيب الفكّي الأيمن (الشكل ١)، ويظهر بوضوح الانفتاح الجيبي الفموي في منطقة ١٦ (الشكل ٢)، ولا مؤشرات لوجود جذر متبقٍ.

المعالجة

بعد التوعية المناسبة للمريضة، تم إجراء غسل للجيب الفكّي عبر السنخ، وخرجت سوائل طبيعية عكرة عبر الأنف تمت مساعدة



الشكل ١: صورة شعاعية ثلثية الأبعاد DVT قبل العمل الجراحي

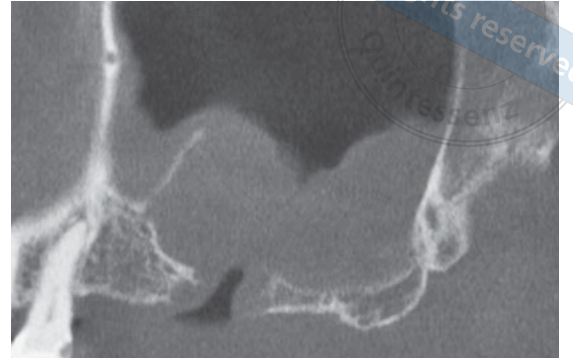
SUMMARY

PLASTIC SURGICAL CLOSURE OF AN OROANTRAL FISTULA

Oroantral communication occurs especially when upper posterior teeth are extracted. Provided there is no infection, immediate plastic surgical closure of the recently opened maxillary sinus is possible, observ-

ing a time window of 24 hours. When the sinus opening has been present longer, this is called an oroantral fistula, primary treatment of which is conservative. Secondary management consists of local revision and

plastic surgical closure. This case report describes covering of a sinus opening in the right maxilla of a 63-year old patient by a Rehrmann flap in a two-stage procedure.



الشكل ٢: توضيح الناسور الجببي الفموي وظلالية الجيب الفكي الأيمن (طبقة تاجية من صورة DVT)

مناقشة

إن طريقة الشريحة التجميلية المتبعة حسب Rehrmann هي الطريقة المعتادة لتغطية الفتحة الجيبية الفموية ونسبة نجاحها تتجاوز ٩٠٪ إلا أنها لا تقدم كمية كافية من اللثة الملتصقة أو تتعلق بالنسج الأورد الممتص، ويمكن كبديل اللجوء إلى الشريحة الجسرية حسب Kazanjian أو Schuchardt (وذلك حسب التحريك الأنسي أو الوحشي) كما يمكن اللجوء للشريحة الحنكية المتأرجحة حسب Pichler، والشرائح الحنكية تصلح لتغطية الفتحات التي تتجاوز ١٠ مم قطراً ويعتمد نجاح الشرائح الأكثر تعقيداً على النسبة المثالية بين طول وعرض الشريحة، والناحية السلبية لهذه الشرائح الحرة هي انكشاف العظم وتشكل بروز في منطقة التفاف الشريحة كما أن هناك خطر النزف بسبب وجود الشريان الحنكي ضمن الشريحة المزاحة، ولا بد هنا من وضع صفيحة ضمام لحماية العظم المنكشف الذي سيكتسي بالنسيج البشري.

هناك تقنية شريحة أخرى حسب Bichat حيث يتعلق الأمر بكتلة شحمية مفصصة ومتوضعة بين العضلة المبوقة والعضلة الماضغة، ونصل إليها عبر شق عمودي للسماح في منطقة العرف الوجني حيث تظهر الكتلة الشحمية وتحرر بسهولة وتثبت إلى الغشاء المخاطي الحنكي بخيوط قابلة للامتصاص (الشكل ١٥) وتتحوّل خلال ١٤ يوماً إلى نسيج حبيبي، وتتميز كتلة بيشا الشحمية بتوعيتها الجيدة حيث تتلقى التروية الدموية من الفروع الدهليزية والصدغية العميقة للشريان الفكي العلوي، والشعب المعترضة والوجهية للشريان الصدغي السطحي وشعب الشريان الوجهي، وتصل نسبة النجاح عند التغطية بكتلة بيشا الشحمية إلى ٩٨٪، وتعتبر الطريقة الأكثر ثقة في تغطية الجيب الفكي إلا أنها جراحياً أكثر تطلباً من طريقة Rehrmann، ومن مساوئها الناحية الجمالية وخاصة عندما تؤخذ كمية كبيرة من الكتلة الشحمية مما يخلف عدم تناظر في شكل الخدين.

وقد وجد Nezevati وفريقه في دراستهم أن شرائح التغطية حسب Bichat و Rehrmann هي الأكثر نجاحاً بين كل الشرائح، ويرى مؤلفون آخرون أن طريقة بيشا هي الخيار الأكثر موثوقية عندما لا يمكن الحصول على نتائج مقبولة بالشرائح الأخرى أو عندما يكون الانفتاح الجببي معقداً حيث يحتاج للترميم ثلاثي الطبقات، وهنا يمكن إجراء



Bone Cutter H255A أدوات جراحية



أداة قص عظام مخروطية للتحضير الفعال للنسج العظمية والأسنان. القطر النحيل بقياس ١,٢ مم فقط يحمي البنية من خلال قصها بشكل دقيق جداً. تصميم الحد القاطع يضمن الدوران السريع للأداة مع تحقيق أكبر قدرة قص ممكنة. هذه الميزة للأداة تضمن أكبر حماية ممكنة لبنية العظم المطلوب تحضيره خلال العمل الجراحي.

الإستطبابات:

تعرية ونزع أضراس العقل المنحشرة، استئصال قمة الجذر، تحضير البنات العظمية والحواف العظمية، فصل الأسنان وجذورها.

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



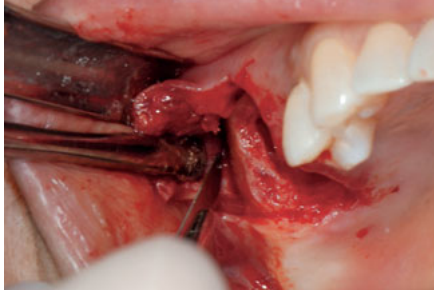
الشكل ٥: الحالة بعد إزالة النسيج الحبيبية وتنضير حواف الجرح



الشكل ٤: إزالة النسيج الحبيبية



الشكل ٣: الحالة الأولية بالفك العلوي الأيمن قي منطقة ١٦ (صورة مرآة)



الشكل ٨: شق السمحاق عند قاعدة الشريحة



الشكل ٧: الحصول على الشريحة المخاطية السمحاقية وتنعيم الحواف العظمية



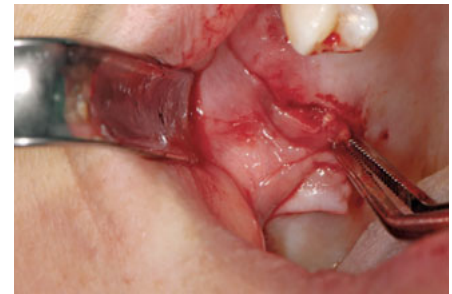
الشكل ٦: شق يشكل شله منحرف (شريحة Rehmann)



الشكل ١١: الحالة قبل نزع الخياطة (صورة مرآة)



الشكل ١٠: الحالة بعد تقليص الشريحة بما ينسجم مع إغلاق الجرح (صورة مرآة)



الشكل ٩: اختبار تغطية الشريحة للانقباض دون توتر



الشكل ١٤: شق السمحاق عمودياً قي منطقة العرف الوجني



الشكل ١٣: مراقبة الحالة بعد اسبوعين من العمل الجراحي



الشكل ١٢: الحالة بعد نزع الخياطة (صورة مرآة)

القابلة للامتصاص في حالات مختارة لإغلاق الانفتاح، ولهذا سيئة تتجلى في الحاجة لعملية ثانية لإزالة الغشاء، ويجب الإشارة إلى أن استعمال مواد غريبة قد يحمل خطر الإنتان أو اندخال المادة الغريبة في الجيب الفكي. تتجلى سيئة شريحة Rehmann التي نحصل

يمكن اللجوء للتغطية بالشريحة اللسانية. كما تم وصف الطعم العظمي الذاتي كخيار للتغطية، وقد استخدم Watzak وفريقه العظم خلف الرحوي بنجاح لإغلاق الانفتاح الجيب الفموي بطريقة Press-fit-Technic بالتكامل مع شريحة Rehmann. كما أنه يمكن استعمال الأغشية غير

تنضير دائري وطي حواف الجرح للاتجاه الجببي وخباطتها بشكل كيس التبغ لتحضير الطبقة الأولى وتكون الطبقة الثانية بتحرير شريحة Bichat وتثبيتها وكطبقة ثالثة نلجأ لشريحة Rehmann مما يضمن إغلاقاً آمناً (الشكل ١٦) وفي حال فشل الشرائح الموضعية

Bien Air
Dental

OPTIMA

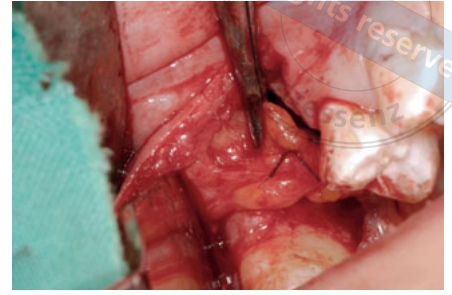
BRUSHLESS MICROMOTOR
TECHNOLOGY FOR EVERYONE.



SWISS  MADE

Bien-Air Dental SA
Länggasse 60 Case postale 2500 Bienne 6 Switzerland
Tél. +41 (0)32 344 64 64 dental@bienair.com www.bienair.com

الشكل ١٥: تحرير
وقلب شريحة
Bichat فوق الآفة
وتثبيتها بالخيوط
القابلة للامتصاص
على الغشاء
المخاطي الحنكي



الشكل ١٦: إغلاق
الجرح بطبقتين
بواسطة شريحة
Rehrmann (صورة
مرأة)



عليها عبر تحرير وتحريك اللثة الملتصقة بأنه عندما يخطط للزرع أو للتعويض الصناعي الجزئي والكامل لاحقاً فإننا نصل إلى علاقة مخاطية غير مناسبة، وعندها نحتاج عندما نقرر إجراء الزرع لإجراء شريحة منقولة مع تطعيم مخاطي حر.

في الانفتاحات النقطية أو الصغيرة جداً أو المرتفعة وكذلك في الانفتاحات غير الأكيدة للجيب الفكي يمكن مناقشة استعمال الكولاجين العرضي النسيج ، إلا أن المؤلفين ينظرون بحذر لهذا بسبب ادخال عنصر غريب وينصحون أكثر بإجراء إغلاق كاف. أما فيما يتعلق بالمضادات الحيوية في حالة الناسور الجيبى الفموي فإنه يمكن القول أنه لا حاجة لها في حالة الانفتاح الناتج عن القلع إذا لم يمض عليه أكثر من ٢٤ ساعة، لأنه في أغلب الحالات فإن الغشاء المخاطي للجيب الفكي ما يزال عقيماً ولم يتعرض للإنتان ، وينبغي إجراء الإغلاق مباشرة لأننا يجب أن نتوقع حدوث التلوث خلال ٤٨ ساعة وعندها لا بد من الغسل الفيزيولوجي الإضافي وإعطاء المضادات الحيوية.

خاتمة

على ضوء الحالة المعروضة والمراجع الحالية يمكن القول إن الشرائح التجميلية حسب Rehrmann أو Bichat هي الأنسب لإغلاق الناسور الجيبى الفموي حيث أنها بالمقارنة مع الطرق الأخرى تعطي أعلى نسب النجاح.

Dr. med. dent. Johanna Jauernik
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Stadlinger
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Martin Rücker
Dr. med. dent. Georg Damerau

Klinik für Oralchirurgie
Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich
Plattenstrasse 11
8032 Zurich - Switzerland
E-Mail: johanna.jauernik@zzm.uzh.ch