

الأكياس الفموية

Cysts

جي. جي. مارلي
سي. جي. كوان

والمرضى المعرضين للخطر، وكذلك للأكياس المصابة بالإنتان والقريبة من البنى التشريحية المهمة.

المعرفة المفترضة

يجدر بك في هذه المرحلة أن يكون لديك المعرفة العلمية، والكفاءة العملية في المجالات التالية:

- تشريح الوجه والفكين.
- تصنيف منظمة الصحة العالمية للأورام سنية المنشأ والأكياس.
- التوصيف المرضى والإشعاعي للأكياس والآفات الفموية الأخرى.
- ممارسة الجراحة اللبية بما في ذلك قطع الذروة (انظر الفصل ٦).
- إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق فننصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل، أو الاستعانة بمراجع مناسبة عند الحاجة إلى ذلك.

- تنشأ العديد من الأكياس في منطقة الفم والوجه، وتلاحظ غالباً للوهلة الأولى في عيادات الأسنان.
- تصنف الأكياس على أنها إما سنية وإما لا سنية المنشأ، وتظهر في الأنسجة الرخوة والأنسجة الصلبة لمناطق الرأس والرقبة.
- تتشابه الأكياس مع آفات أخرى حميدة وخبيثة في المعالم السريرية والشعاعية (انظر الفصل ٨)، ولذلك يتحتم ضرورة الفحص النسيجي للوصول إلى التشخيص السليم.
- تعالج الأكياس إما بأسلوب الفصع (enucleation) وهو استئصال الكيس كاملاً في مرحلة واحدة وإما بأسلوب التوخيف / التكوية (marsupialization) الذي يعتمد على تخفيف الضغط داخل الكيسة وتحويلها إلى ما يشبه الجراب.
- يفضل علاج الأكياس الصغيرة بأسلوب الفصع البسيط.
- يعد أسلوب التوخيف الأسلوب الأمثل لعلاج الأكياس الكبيرة، وخصوصاً في كبار السن

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك الآتي:

- ١- تمييز الأكياس من حيث العلامات والأعراض السريرية ومن مواقعها التشريحية ومعالمها الشعاعية.
- ٢- ترتيب التشخيص التفريقي بناء على الصفات السريرية والشعاعية والموقع التشريحي.
- ٣- المعرفة بأساسيات العلاج الجراحي لكلا الأسلوبين: الفصع والتوخيف.
- ٤- اقتراح العلاج المناسب بناء على التشخيص المحتمل والعلاقة مع البنى التشريحية الأخرى، وكذلك حجم الكيس.
- ٥- تقييم الخبرة الذاتية المطلوبة للقيام بالجراحة، وتحويل الحالات التي تستدعي الاستعانة بخبرات أخرى.
- ٦- تقديم النصيحة للمريض بشأن طبيعة المرض، وتأثيراته، وأسلوب معالجته، ونظام المتابعة لاحقاً، والاستعانة بالاختصاصيين إذا لزم الأمر ذلك.

نظرة عامة

لا يعد انتشار الأكياس في منطقة الوجه والفكين أمراً نادراً إذ تظهر الأكياس بأنواعها، وتنشأ الغالبية منها داخل العظم من بقايا أنسجة الأسنان، وسوف نتطرق في هذا الفصل من هذا الكتاب إلى هذه الفئة من الأكياس، إضافة إلى عرض مبسط عن أكياس النسيج الرخوة، مثل الكيسة الجلدية (dermoid cyst) والكيسة الخيشومية (branchial cyst).

وتعرف الأكياس الحقيقية إجمالاً بأنها إما نهائية وإما تفاعلية، ويزداد حجمها عادة بازدياد السائل في داخلها، وتتخذ في العموم الصفة الحميدة، شأنها في ذلك شأن الأورام الحميدة في امتصاص العظم المجاور وإزاحة البنى

التشريحية القريبة من الحزم العصبية والوعائية وغيرها بفعل الضغط المستمر. وهناك أكياس تنشأ بفعل تكاثر الخلايا، مثل الأكياس المتقرنة سنية المنشأ (odontogenic keratocyst) ذات الطبيعة العدوانية والقابلة للنكس، والتي صنف من قبل فيلبسون في عام ٢٠٠٥م، على أنها ورم قابل للانتشار الموضعي ولكن بعكس بقية الأورام، حيث يمكن علاجها بالاستئصال الجزئي (انظر لاحقاً في أسلوب التوخيف). بل إن هناك بعض الأورام ذات الانتشار الموضعي، وكذلك الأورام الخبيثة التي تبدو كأكياس، ومن ذلك الورم الأرومي المينائي والسرطانة الغدانية الكيسية (adenoid cystic carcinoma) وبعض أنواع السركومة. ولقد وصف بعض الباحثين التحولات السرطانية في الأكياس إلا أن مثل هذه التحولات نادرة جداً. وبما أن علامات وأعراض الأكياس تشابه مع بعضها على الرغم من اختلافها، فإن العلاج يعتمد في الأساس على سلوك المرض المتوقع من خلال دراسة نتائج الفحص النسيجي، وسوف يتم في هذا الفصل استعراض التشخيص السريري وأساسيات العلاج للأكياس شائعة الانتشار في الفم والفكين.

التعريف

يعتبر الكيس تجويفاً مرضياً مبطناً بالخلايا الظهارية ويحتوي على سائل رقيق أو سائل غليظ ولزج، ولا ترتبط نشأته بأية تجمعات صديدية.

التشخيص

العلامات والأعراض

تظل الأكياس داخل العظم لسنوات عدة دون أعراض، ولا تكتشف إلا بمحض الصدفة عن طريق



الشكل (٩, ٢). كيسة جراحية مرتبطة بالرحى الثالثة السفلية المطمورة في الفك السفلي. لاحظ ارتباط الكيس بالموصل المينائي الملاطي.

الموقع

تميل بعض الأكياس للظهور في أماكن خاصة وقد ذكر كاوسون وزملاؤه في عام ٢٠٠١م أن حوالي ٧٥٪ من الأكياس المتقرنة سنية المنشأ تظهر في زاوية الفك السفلي (الشكل ٩, ٣) بينما تشاهد ٨٨٪ من الأكياس الغدية سنية المنشأ (glandular odontogenic cyst) في مقدمة الفك السفلي. وقد تتخذ بعض الأكياس أماكن محددة في ظهورها مثل كيسة القناة الأنفية الحنكية (nasopalatine cyst) والتي تنشأ من الأنسجة داخل النفق القاطعي (incisive canal)، وكيسة دواعم السن (Paradental cyst) المرتبطة بالرحى الثالثة المنطمرة في الفك السفلي. وهناك مجموعة أخرى من الأكياس تظهر بشكل روتيني في اللثة، وترتبط بجذور الأسنان أكثر من ارتباطها بتاج السن، ومنها على سبيل المثال كيسة دواعم السن الالتهابية (inflammatory periodontal

فحص الأسنان الالتهابية والشعاعية (الشكل ٩, ١)، وقد تبدو الأكياس بأشكال مختلفة كما سوف يظهر ذلك لاحقاً.



الشكل (٩, ١). صورة شعاعية إطباقية لكيسة جذرية (سنية) تعود إلى القاطع الجانبي العلوي عديم الحيوية، وتتميز بمحيط ضبابي للأشعة.

الارتباط بالأسنان

ترتبط الأكياس الجذرية (radicular cyst) الأكثر انتشاراً بجذور الأسنان عديمة الحيوية بينما يعود نشوء الأكياس الجراحية (dentigerous) في الأساس إلى الأسنان المطمورة والمنبوذة (الشكل ٩, ٢)، وقد تشاهد هذه الأسنان في أماكن بعيدة بمعية الأكياس المتقرنة سنية المنشأ. وهناك العديد من الآفات الفموية التي تبدو كأكياس، ومنها على سبيل المثال الورم الأرومي المينائي (انظر الفصل ٨).

جسها، والذي قد يبدو مزرق اللون (الشكل ٩، ٤).
(انظر الفصل السابع لوصف مصطلح التموج).

أنماط النمو والموقع التشريحي

يتحكم معدل نمو الكيسة وموقعها التشريحي في مدى سرعة ظهور الانتفاخ وكبر حجمه، فتظهر الأكياس مبكراً في المنطقة الأمامية من الفك السفلي مقارنة بالمناطق الخلفية؛ وذلك لسرعة انتشارها في العظم الإسفنجي واختراقها للصفائح الرقيقة، وقد يتأخر ظهورها بالمقابل في المنطقة الخلفية من الفك السفلي والعلوي؛ نظراً لتمددتها على طول الفك السفلي وفي داخل الجيب الفكي على حد سواء مما يجعل اكتشافها يبدو متأخراً نسبياً. وتأتي أهمية التشخيص المبكر والمعالجة الآتية والمتابعة لمثل هذه الحالات، وخصوصاً إذا كانت نتائج الفحص تنبئ عن وجود كيسة متقرنة قابلة للانتكاس. وتشكل الأكياس الناشئة عموماً من تجمع السوائل وازدياد الضغط الداخلي داخل الكيسة لتأخذ بذلك شكلها الكروي، وقد يتمدد بعضها داخل العظم الإسفنجي مثل الأكياس الالتهابية، والكيسة الجرابية. أما الكيسة المتقرنة سنية المنشأ فتتوحد بفعل التكاثر الخلوي لأنسجة بطانتها، وتتمدد داخل العظم الإسفنجي ببطء وتتخذ تمددها بعداً أمامياً وخلفياً في الصور الشعاعية.



الشكل (٩، ٤). انتفاخ مزرق مرتبط بكيسة ناجية على الرحى الأولى السفلية.

cyst) والتي تشبه إلى حد ما الكيسة الالتهابية، وكيسة دواعم السن الجانبية، والكيسة المتقرنة الطرفية سنية المنشأ (peripheral odontogenic keratocyst) والكيسة اللثوية في الكبار (gingival cyst)، ويتحتم النظر إلى موقع الأكياس بأهمية بالغة في التشخيص، وخصوصاً في حالة أكياس الأنسجة الرخوة، مثل الكيسة الجلدية النائية، والكيسة الأنفية الشفوية (nasolabial cyst)، وكذلك الكيسة الدرقية اللسانية (thyroglossal duct cyst) (انظر لاحقاً).



الشكل (٩، ٣). كيسة متقرنة سنية المنشأ في زاوية الفك السفلي.

الانتفاخ

يعتبر الانتفاخ أحد أسباب الشكوى الرئيسة ويؤدي في الغالب إلى فقدان التناظر داخل الفم وخارجه، وخصوصاً إذا كانت الكيسة كبيرة الحجم، وتبدو هذه الانتفاخات عادة منعزلة ويحدود فاصلة، ويكون ملمسها صلباً ومرناً إلا أن امتصاص العظم بالكامل نتيجة تمدد الكيسة أحد أسباب الإحساس بالتموج عند

الآلم

ينبئ الألم بحقيقة الالتهاب الحاد، ويلاحظ مع أي من الأكياس وعلى الأرجح مع الأكياس الجذرية الالتهابية، وقد تؤدي أكياس الفك السفلي الكبرى إذا ما تعرضت إلى الإنتان إلى الشعور بعسر اللمس في منطقة انتشار العصب السنخي السفلي. أما تعرض أكياس الفك العلوي للالتهاب الحاد فيؤدي حتماً إلى التهاب الجيوب الفكية.

التفصيص

يُستدل من ظهور الفصوص في الصور الشعاعية (الشكل ٩, ٣) على وجود كيسة متقرنة تنمو عن طريق تمدد البطانة الظهارية داخل فراغات العظم النسيجي لتترك خلفها برزخاً من العظم.

العلامات والأعراض الأخرى

يمتد تأثير الأكياس إلى ما هو أبعد من امتصاص العظم المجاور، إذ قد يصل إلى البنى التشريحية المحيطة كالأسنان والحزم العصبية الرعائية، وقد تفقد الأسنان ثباتها وتزاح من أماكنها، بل قد تكون أحياناً سبباً في اضطراب التطابق. إضافة إلى هذا، فقد يعيق تشوه شكل عظام السنخ ثبات التعويضات الصناعية، وقد ينتج كذلك عن الأكياس الكبيرة والملتهبة أحياناً امتصاص جذور الأسنان، وفي بعض الحالات يصاب الفك بالكسر المرضي (الشكل ٩, ٥).

الفحوص الخاصة

يعتبر الفحص الشعاعي الركن الأساسي لعملية تشخيص الأكياس وتحديد مدى علاقتها بالبنى التشريحية المجاورة، وتتجلى أهمية هذا في وضع خطط المعالجة وإصدار موافقة المريض على العلاج المقترح. ولعل الصور الشعاعية الاعتيادية، مثل الصور البانورامية

والإطباقية، وصور ما حول الذروة كافية لعرض معظم معالم الأكياس إلا أن تمددها إلى النسيج الرخوة بما في ذلك قاع الفم والجيب الفكوي والمناطق الجناحية (pterygoid regions) يتطلب تقنيات أكثر تقدماً، مثل التصوير الشعاعي المقطعي، وقد تتطلب بعض أكياس الأنسجة الرخوة، مثل الكيسة الخيشومية، والجلدانية والدرقية اللسانية تصويراً خاصاً بالرنين المغناطيسي إضافة إلى التصوير الشعاعي المقطعي.

الصفات السريرية لأكياس الفك

- غياب أي من العلامات السريرية في أغلب الأحيان، ولا تكشف إلا من خلال الفحص الشعاعي.
- ظهور الانتفاخ العظمي أولاً ليظهر أmlس ثم بعد ذلك يبدو ناعماً ومزرق اللون، وتظهر عليه مؤشرات التمرجات.
- إزاحة الأسنان.
- ازدياد انعدام ثبات الأسنان.
- بروز بعض المسببات كغياب بعض الأسنان، أو فقدان حيويتها، أو ظهور علامات الإنتان السنية.
- كسور الفك المرضي أحياناً.



الشكل (٩, ٥). كيسة كبيرة مصاحبة لكسر بالفك السفلي.

الصفات الشعاعية

- تبدو الآفة شفيفة الأشعة ومحاطة بحافة قشرية.
- تتخذ إما شكل وحيدة الحجرة، أو متعدد الحجرات أو الفصوص.
- ترتبط مباشرة بالأسنان، مثل الأكياس السنية والأكياس الجرابية، وكذلك القرنية، وتسبب في إزاحة الأسنان أو امتصاصها.
- يتسبب قربها من البنى التشريحية مثلاً في إزاحة القناة السنخية السفلى، أو في تمددها داخل الجيب الفكي.
- تتشابه صفاتها الشعاعية مع آفات أخرى مثل الورم الأرومي المينائي (الفصل الثامن).

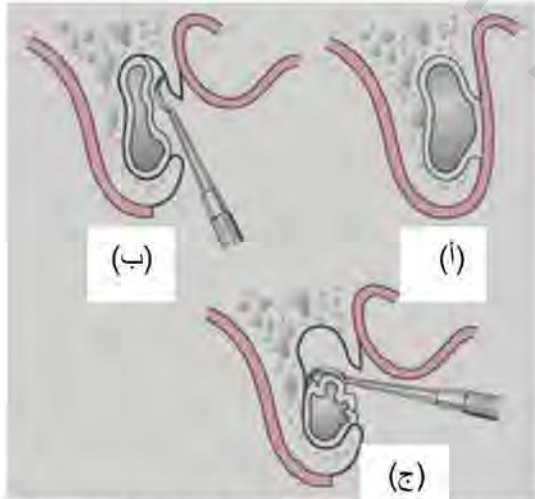
التشخيص التفريقي للآفات شفيفة الأشعة

- الأكياس: محددة الأطراف وبحواف قشرية وتكون إما وحيدة الحجرة، أو متعددة الحجرات والفصوص، وتؤدي إلى إزاحة البنى التشريحية القرنية.
- الورم الحبيبي ذو الخلايا العملاقة: محدد الأطراف دون حواف قشرية.
- الورم الأرومي المينائي: وحيد الحجرة أو متعدد الحجرات بأطراف محددة أو متشعبة ويزيح دائماً البنى التشريحية القرنية وربما يؤدي إلى امتصاص الجذور والأسنان القرنية.
- الورم الليفي المعظم: متشعب الحدود وتمتزج فيه شفافية الأشعة مع عتامتها.
- الورم المخاطي: يأخذ شكل فقائيع الصابون.
- ورم نقوي متعدد: آفات متعددة دائرية الشكل وبأطراف متقطعة وبدون حواف قشرية.

وتتلخص عملية التشخيص في ملاحظة مساحات شفيفة للأشعة ومحددة بالحواف القشرية، ويؤخذ الموقع التشريحي، والشكل العام، والعلاقة بالأسنان المجاورة، وظهور التفصص خاصة في عين الاعتبار، ومع ذلك ينصح القارئ بالرجوع إلى كتب أشعة الوجه والفكين لدراسة الخواص الشعاعية للأكياس بالتفصيل إذا تطلب الأمر ذلك. ونظراً لتعدد الأكياس واختلاف نزعتها الانتكاسية وتشابهها مع أمراض أخرى فإن التشخيص النهائي ذو أهمية بالغة؛ ولذلك يتحتم إرسال الأكياس والعينات للفحص النسيجي (انظر الفصل الثامن)، إما على هيئة خزعة استئصالية بعد إزالة الكيسة بأكملها ليقترن في هذه الحالة التشخيص النسيجي بالمعالجة وإلا أقطع جزء منها على هيئة الاختزاع الاقتطاعي للوصول إلى التشخيص أولاً، وترتيب المعالجة الجراحية بناءً على ذلك، وخصوصاً إذا كانت الكيسة كبيرة الحجم. وقد يشكل وجود الجيب الفكي صعوبة في تشخيص الأكياس الواقعة في منطقة الضواحك والأرحاء العلوية؛ ولذا يعتمد بعض الممارسين إلى أسلوب الرشف لتأكيد وجود الكيسة، وذلك عن طريق دفع إبرة بثقب عريض من خلال شق في المخاطية أو نفق عظمي، ويدل غياب الرشف على عدم وجود أكياس حقيقية بينما يؤثر رشف السائل المخاطي إلى وجود كيس مخاطية جيبيّة (antral mucosal cyst)، ويدل السائل ذو اللون القشي (-straw coloured fluid) والمحتوى على بلورات الكلوستيرول على وجود الأكياس السنية. أما ظهور الصديد مع الرشافة فيدل على إصابة الأكياس أو الجيب الفكي بالإنتان، ولا يعني غياب الرشف عدم وجود أكياس، ولكن قد يكون محتوى الكيس لزجاً يصعب رشفه، وربما تكون كذلك دلالة على وجود كتلة ورمية.

مبادئ العلاج

حدوث هذه المضاعفة مع الأكياس المصابة بالالتهابات الحادة، والتي يجب علاجها قبل الشروع في الجراحة. أما إذا كانت الأكياس مصابة بالالتهابات المزمنة فإنها تعالج بالمضادات الحيوية والعناية الفائقة بالجروح بعد الجراحة، أو باستخدام أسلوب التوكيف أو التكوية. يهدف أسلوب الفصع إلى فصل بطانة الكيسة من الأنسجة المحيطة، ويتطلب ذلك عناية فائقة وحذر بالغ حتى يتسنى إزالة الكيسة قطعة واحدة، ويعتمد النجاح في هذا على الوصول المباشر من خلال المخاطية السمحاقية والعظم. وينصح بتصميم الشقوق الجراحية بعيداً عن أطراف الآفة حتى يمكن للشريحة بعد إكمال الجراحة الارتكاز على عظام سليمة.



الشكل (٦، ٩). (أ-ج) فصع الكيسة باستخدام مشذب ميتشل. لاحظ تجاه تحذب المشذب ناحية الكيسة وحرقة الحاد ملامساً للعظم.

ويتحقق الوصول للكيسة مبدئياً من خلال فوهة صغيرة بعد إزالة العظم بمكشطة صغيرة إذا كان العظم رقيقاً، ويمكن تحديد المستوى التشريحي للكيسة باستخدام رافعة سمحاقية تدفع من خلال

تعالج الأكياس الصغيرة للعديد من المرضى في عيادات الأسنان تحت التخدير الموضعي فقط، أو بمصاحبة التهذئة الواعية، ويعتمد اختيار الأسلوب في هذا على خبرة الطبيب المعالج. أما الحالات الكبيرة التي تتطلب عمليات كبرى فيستحسن القيام بها تحت التخدير العام مع الإقامة في المستشفى، وفي كلتا الحالتين يتحتم إرسال العينة المستأصلة للفحص النسيجي لتأكيد التشخيص السريري ومعرفة ما إذا كانت الكيسة آيلة للانتكاس. وتعتمد الحاجة لقلع الأسنان المرتبطة بالكيسة في الأصل على ماهية التشخيص، حيث تبدو ضرورة للأسنان المزاحة بعيداً عن أماكنها وكذلك الأسنان الممتصة والأسنان القابعة داخل الأكياس، وكذلك في حالة إعاقة الوصول لاستئصال الكيسة كاملة. وعلى النقيض، فإن الأولى المحافظة على الأسنان المرتبطة بالأكياس الجذرية، والتي سبق معالجتها بالمداواة اللبية بنجاح ويرجى بقاؤها لفترات طويلة بعد الجراحة نظراً لسلامة أربطة دواعمها وأهليتها للعلاج. وتتوفر طريقتان لاثالثة لهما لمعالجة الأكياس، وهما أسلوب الفصع، وأسلوب التوكيف أو التكوية.

الفصع

يعني الفصع (enucleation) إزالة الكيسة بكامل بطانتها (الشكل ٦، ٩) ويستحسن استخدام هذا الأسلوب للأكياس الصغيرة والمتوسطة الحجم ويعتمد نجاحه في الأساس على تكون الخثرة الدموية داخل التجويف العظمي وتحولها إلى أنسجة حبيبية يتم إحلالها فيها بعد بالعظم، وبعد حجم التجويف العظمي عاملاً مهماً في اختيار أسلوب العلاج إذ إن الخثرة الكبيرة قد تكون عرضة للإنتان ومن ثم انهيار الجرح، ويمكن

تنعم الحواف العظمية. ونظراً لأهمية إيقاف النزف، ومنع تجمعه تحت الشريحة، ولتفادي الانتفاخات والكدمات، ونشوء العدوى يتحتم البحث عن مصدر النزف سواء في الأنسجة الرخوة أو في التجويف العظمي، ويمكن استخدام الإنفاذ الحراري لإيقاف نزف الأنسجة الرخوة، ويتطلب هذا مراعاة عدم الاقتراب من الأعصاب وإلا استخدمت الحشوات الضاغطة لمدة ٥ - ١٠ دقائق. أما نزيف العظم فيوقف باستخدام الشمع العظمي، ويمكن كذلك استخدام المواد المرقنة القابلة للامتصاص أو حشوة من الشاش المشبع بطلاء وايت هيد أو أي مادة مطهرة أخرى لإيقاف النزف العظمي المستمر.

تغلق الجروح فوق المواد المرقنة، وقد يؤدي هذا إلى تعريض المريض للمرضى للألم والانتفاخ والعدوى والشعور بعسر اللمس في موقع الجراحة. أما استخدام الضمادات غير الممتصة في علاج الأكياس فيحيل المعالجة إلى عدة مراحل كما هو الحال مع أسلوب التكوية (انظر لاحقاً)، وقد يصاحب إزالة الحشوة مبكراً من التجويف العظمي آلام شديدة وخصوصاً في حالة عدم اكتمال انتشار النسيج الظهارية نتيجة التصاق الحشوة بالعظم المكشوف في وجود التجمعات الدموية، إلا أن هذا لا يعد مشكلة في حال نشوء طبقة من الأنسجة الظهارية وعندها يراعى تغير الضماد كما هو المتبع مع أسلوب التكوية ليغدو الالتئام سريعاً جداً بعد ذلك وقد تتطلب الأكياس الكبيرة ضماداً خارجياً ضاغطاً يثبت إلى الجلد لمدة ١٢ ساعة من أجل تخفيف التجمع الدموي والانتفاخ.

الرعاية المساندة

توصف المضادات الحيوية لمساندة الجسم ضد إنبهار التئام الجروح، وقد لا يتطلب الأمر أكثر من جرعة واحدة قبل العملية، وأخرى بعد ١٢ ساعة للأكياس

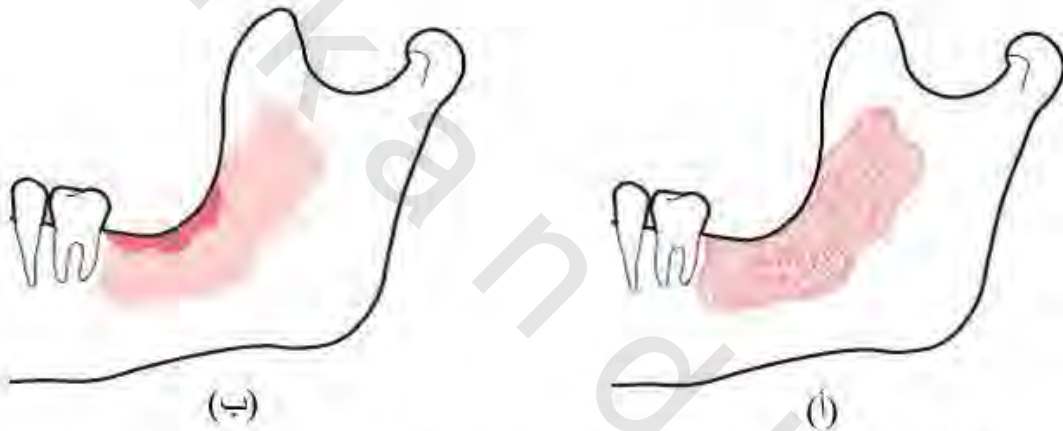
الفوهة حول جدارها الخارجي، ويساهم توسيع الفوهة بمقراض العظم إلى كشف الكيسة إلى الخارج. أما إذا كان العظم سميكاً فيقطع على شكل دائري غير نافذ إلى الكيسة بمثاقب الحفر الدائرية، ويكتفى برفع العظم المتبقى بالرافعة السمحاقية أو رافعة وريك جيمس السنية. ولا ينصح باستخدام مقارض العظم في هذه المرحلة حتى لا تتعرض الصفيحة العظمية للكسر. ومن المهم التقيد بالتسليخ الكليل عند إزالة العظم وكشف الكيسة من أجل تفادي تمزقها، ويمكن استخدام مجرافة، مثل مشذب ميتشل (Mitchell's trimmer) أو مقلحة كومين (Cumine scaler) لفصل بطانة الكيسة من العظم المجاور، ويتحتم مع هذا إبقاء الحافة الحادة للأداة ملاصقة للعظم بشكل مستمر. وقد يصعب إزالة الأكياس الملتهبة والمنعدية نظراً لالتصاق بطانة هذه الأكياس بالعظام المجاورة وكذلك الغشاء المخاطي السمحاقى، وخصوصاً في منطقة الحنك، ومن الضروري في هذه الحالة الوصول إلى المستوى التشريحي الصحيح عن طريق التسليخ الكليل والحاد لفصل الكيسة من الأنسجة المجاورة (انظر الفصل ٨).

يعتمد التئام الجروح على تكون الخثرة الدموية وتحولها في النهاية إلى عظم جديد، ولعل للعناية بالجروح أهميته البالغة خلال وبعد العملية الجراحية ويشمل هذا إزالة كل بقايا بطانة الكيسة والأجزاء العظمية المتناثرة داخل التجويف العظمي وخصوصاً في حالة الأكياس المنعدية، إضافة إلى تنعم الحواف العظمية الحادة بعد ذلك بمبارد العظم أو بمثاقب الحفر حتى لا تصاب الأنسجة الرخوة بالضرر، علماً أن الترشيح في إزالة العظم هو الأحوط؛ ولذلك ينصح بتحسس الحروف العظمية الحادة بعد إعادة الشريحة إلى مكانها وقبل أن

التخفيف / التكوية

يعرف أسلوب التخفيف / التكوية (marsupialization) باستئصال الجزء الخارجي من بطانة الكيس لتتحول بعد ذلك إلى ما يشبه الجراب (الشكل ٩,٧) اعتماداً بأن الأكياس المنكمشة يسهل معالجتها بعد التفريغ، وقد تحتوي بعض الأكياس بالكامل دون اللجوء إلى أية إجراءات أخرى إلا أن بعضها قد يتطلب جراحة ثانية لإزالة الأغشية المتبقية.

الصغيرة بينما تتطلب الأكياس الكبيرة وكذلك المتعدية تغطية مضاد حيوي لمدة ٥ أيام. وتوصف كذلك مسكنات الألم، ويعتمد اختيارها كما هو الحال مع المضادات الحيوية على ملاءمة المريض الطبية لنوع الدواء. ومن الملاحظ ازدياد الإحساس بالألم مع الحشوات الضاغطة، ويبدو ذلك نتيجة تقلص المساحة المتاحة لانتفاخ الأنسجة، ويستحسن تخفيف حدة الألم بإزالة جزء من الحشوة، وليس هناك مبررات لإزالة الحشوة بالكامل.



الشكل (٩,٧). (أ) يملأ التجويف العظمي بحشوة بعد تخفيف الكيس. (ب) يتضاءل حجم الكيس في غضون أشهر وتصبح عملية فصع الكيسة الصغيرة سهلة وميسرة.

الاستعدادات

الفك السفلي أو كيسة ملاصقة لنهاية جذور الأسنان على سبيل المثال مدعاة لإصابة العصب بالضرر. ومن محاسن هذا الأسلوب ملامته علاج الأكياس الكبيرة تحت التخدير الموضعي، وخصوصاً في المرضى كبار السن والمرضى المعرضين للخطر الذين لا يمكنهم الخضوع للتخدير العام. إن لأسلوب التخفيف ميزة في الوصول إلى التشخيص عن طريق فحص العينات المستأصلة نسيجياً قبل البدء في العلاج الفعلي؛ وبهذا يساهم في تفادي علاج الآفات الخطرة بأسلوب الفصع

يعد هذا الأسلوب المثالي من نوعه لعلاج الأكياس كبيرة الحجم، والتي قد ينتج عن علاجها بالفصع عيوب كبيرة لا يمكن التتاماها بالمقصد الأولي (primary intention) وقد تحتاج جراح ذلك إلى طعوم عظمية، وكذلك لعلاج الأكياس المتعدية التي يحظر بصفة قطعية إغلاق جروحها. ويساهم هذا الأسلوب في منع الإصابات المحتملة للبنى التشريحية المهمة، مثل العصب السنخي السفلي. إن فصع كيسة كبيرة في زاوية

ما بين ٣ - ١٢ شهراً بناءً على حجم الكيسة. وتبرز مع هذا الأسلوب أهمية المتابعة المنتظمة وتغيير الحشوات كل أسبوعين أو ثلاثة على الأقل، ويشترط أن تحافظ هذه الحشوات على بقاء الجيب مفتوحاً، ولكنها في الوقت ذاته لا تعيق عملية الالتئام المطلوبة.

وتتوقف الحاجة من الحشوات عند ارتفاع منسوب الجيب ومع نزوح الحشوة إلى الخارج، وتتضاعف الحاجة إلى غسل التجويف وخصوصاً بعد الأكل، وقد يفضل بعض الجراحين استخدام سداة أكثريليكية (الشكل ٩،٩) أو سداة تصنع من ضمادات كمادة دواعم الأسنان مثلاً. ولعل الحاجة إلى عملية ثانية تأتي بناءً على نوع الكيسة وسرعة التئامها، ومع ذلك فقد يعتمد بعض الجراحين إلى استئصال الجزء المتبقي بعد عملية الترخيف للأكياس القابلة للنكس، مثل الكيس القرنية، والأكياس التي لا تختفي في مدة ١٢ شهراً بأسلوب الفصع.

كما هو المتوقع مع الأورام الأرومية المينائية. ويؤخذ على هذا الأسلوب رغم سهولته طول فترة المتابعة والحاجة إلى تغيير الحشوات والضمادات بشكل متكرر.

تبدأ الخطوة الأولى لهذا الأسلوب برفع شريحة مخاطية سمحاقية تكفي لكشف الآفة أو العظم الذي يعلوها من أجل تأسيس فتحة مناسبة في الكيسة ولتبقى واسعة حتى بعد التئام الجرح وبعد تقلص حجم الآفة (الشكل ٨، ٩). وبما أن الفتحة الصغيرة عرضة للانسداد فقد تؤدي إلى عودة الكيسة مرة أخرى، وقد تسبب كذلك صعوبة في إدخال الحشوات الدوائية إلى داخل التجويف، وقد يكون هذا مدعاة لإصابة بالعدوى، ولذلك يتحتم تأسيس فوهة ذات حجم مناسب منذ البدء تسمح بتفريغ محتوى الكيسة وحشوها بعد ذلك بشريط من الشاش المشبع بطلاء وايت هيد أو بعجينة بزموت يودوفورم الشمعي (BIPP)، ويمكن أحياناً تعديل الأطقم الصناعية كبديل لتشكيل سداة مؤقتة.

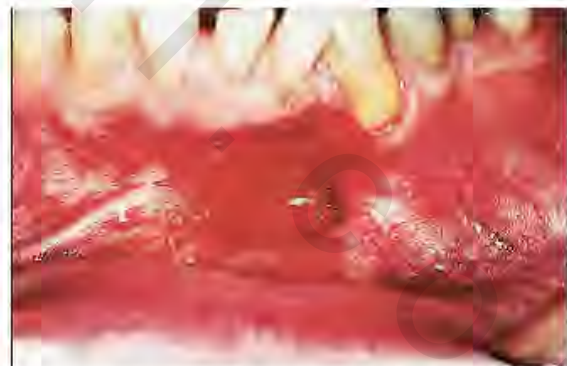
علاج أكياس الفك

أسلوب الفصع

- يساهم في استئصال كامل الكيسة في عملية واحدة.
- يناسب الأكياس الصغيرة ومتوسطة الحجم.
- يرتبط باحتمال إصابة البنى التشريحية المجاورة.
- ينتج عنه غالباً عيوب كبيرة قابلة للعدوى.

أسلوب الترخيف (التكوية)

- تعدد مراحل هذه العملية.
- تعد العملية في حد ذاتها محدودة الحجم.
- تطول مدة فترة الالتئام.
- تحافظ على حيوية الأسنان وسلامة الأعصاب.
- يزداد احتمال الحاجة لعملية أخرى لإزالة بطانة الكيس المتبقية.



الشكل (٨، ٩). التجويف المتبقي في الميزاب بعد ستين من تخفيف كيسة بقطر ١٠ سم.

يسمح التئام بطانة الكيس مع المخاطية القموية المجاورة بنشوء ما يشبه الجراب أو الجيب، والذي بدوره يبدأ في الانكماش، وقد يستغرق هذا فترة من الزمن تمتد

عملية الفصع ولتبدل الحشوات بعد عملية التوخيف على التوالي. وقد يتطلب الأمر أحياناً فتح الجرح بعد عملية الفصع، ومن ثم حشوه ليعود على شاكلة التوخيف إذا فشل الجرح في الالتئام. وتختلف وجهات النظر في تحديد جدول زمني معين للمتابعة بعد علاج الأكياس الصغيرة إلا أن الكبيرة منها يتطلب حتماً معاينة المريض بعد ٦ أشهر من الجراحة حتى يتسنى معرفة مدى تقدم البناء العظمي. وتأتي أهمية المتابعة طويلة المدى للأكياس القابلة للنعكس وبالأخص الأكياس المتقرنة سنوية المنشأ، إذ قد تمتد المتابعة السريرية لهذه الأكياس لأكثر من ستة أشهر، وينصح بمعاودة الفحص الشعاعي كل سنة مع استمرار متابعة المرضى لمدة لا تقل عن ٥ سنوات. أما الأكياس المتعددة كما يحدث مع متلازمة غورلين غولتز (Gorlin Goltz syndrome) فتتطلب المتابعة مدى الحياة بالإضافة إلى فحص كل أفراد العائلة لتحري ظهور الآفات في أي منهم.

أنواع الأكياس الخاصة

الأكياس الالتهابية الجذرية والمتبقية

تعد غالبية أكياس الفك إما أكياس التهابية جذرية (inflammatory/radicular cysts) أو متبقية (residual) وتعالج الأكياس الجذرية باستئصال الآفة واجتثاث العوامل المسببة، ومنها على سبيل المثال إزالة لب السن التالف ومداواته، وقد يمتد طيف المعالجة ما بين المداواة اللبية للأسنان المصابة والجراحة، أو قلع الأسنان أثناء عملية الفصع. ويبرز الخيار الأول بناء على تقييم عوامل عدة، منها حالة الأسنان المصابة، ودواعيها اللثوية المحيطة، وأهمية المحافظة عليها، ورغبة المريض في ذلك، بالإضافة إلى حجم الكيسة



الشكل (٩، ٩). سلة مصنوعة من الأكريل تغفل فتحة كيسة تم توخيفها مسبقاً.

الأكياس والجيب الفكي

يتحدد اختيار العلاج للأكياس المعتدة إلى داخل الجيب الفكي بناء على حجم الكيسة، وما إذا كانت منعدية أم لا، وتعالج الأكياس الصغيرة بأسلوب الفصع وإغلاق الجرح بشرط ألا تكون بطانة الجيب قد ثقتبت. أما الأكياس الكبيرة المتوغلة داخل الجيب، والتي تشغل كامل حيزه فتعالج بالتوخيف إلى داخل الجيب وليس باتجاه التجويف الفموي، إذ لا يمكن لها الشفاء بالمقصد الأولي عند ذلك كما هي الأكياس الصغيرة. ويتم هذا باستئصال الجزء المحاذي للجيب الفكي بعناية فائقة، وقد يتطلب هذا أحياناً إزالة القشرة العظمية المحيطة بالكيس ليمتد الجيب إلى حيز الكيسة، ويجب هنا الحرص على عدم الإضرار بقاع الحجاج أو العصب تحت الحجاج، وتتطلب هذه العملية عادة فغر الجيب عبر الأنف (intranasal antrostomy) لضمان تفريغه ولتفادي نشوء العدوى في التجاويف المغلقة.

المتابعة

يتطلب علاج الأكياس متابعة منتظمة، وتبدأ غالباً بعد الجراحة مباشرة للتأكد من التئام الجروح بعد

واستفحال العدوى، وبالمقابل تعالج جميع الأكياس المتبقية بأسلوب الفصع.

الأكياس الجرابية والحاوية على السن

تأتي أهمية الأكياس الجرابية و الأكياس الحاوية (follicular cysts) إلى كونها آفات ترتبط بأسنان منطمرة؛ ولذا يحتمل التباسها مع آفات أخرى، مثل الكيسة المتقرنة سنية المنشأ، والورم الأرومي المينائي، وإلى الحاجة أحياناً إلى المحافظة على السن المنطمرة وإعطائها الفرصة للبروز في وضع وظيفي مقبول. ويشترط لهذا أن يكون المريض وكذلك السن المطمور في طور النمو، إضافة إلى توفر جميع العوامل الإيجابية للنجاح سواء المرتبطة بالسن نفسه أو الأسنان الأخرى. وتلاحظ هذه الأكياس في الغالب مرتبطة بأضراس العقل والضواحك الثانية والأنياب، وليس من المتبع استبقاء الرحي الثالثة إلا إذا كان المريض يعاني من قلة الأسنان (oligodontia) أو يعاني من فقدان الأسنان المبكر. أما الأسنان الأخرى فمن الجدوى إدراج خيار بقائها ضمن خطة علاج مشتركة مع تخصص تقويم الأسنان (انظر الفصل ١٢). وقد يساهم علاج الأكياس الكبيرة بأسلوب التوخيف في بزوغ السن في موقعه الفعلي، حيث يمكن أن تلتحم بطانة الكيسة بالموصل المينائي الملاطي، وما قلع السن أحياناً إلا سبب في تهتك الجزء الأكبر من بطانة الكيسة.

الأكياس المتقرنة سنية المنشأ

تظهر الأكياس المتقرنة سنية المنشأ (odontogenic keratocysts) غالباً في زاوية الفك السفلي، وتأخذ شكلاً وحيد الحجر، أو متعدد الحجرات والفصوص (الشكل ٩، ٣)، وترتبط في أغلب الأحيان بالأسنان غير البازغة في وضع يشبه إلى حد ما الأكياس الجرابية، ويشكل نمط

نموها وقابليتها للنكس مشكلة في العلاج حيث يعتقد أن هذه الأكياس تنشأ بفعل تكاثر الخلايا، وليس بسبب تجمع السوائل داخل الكيسة. ويتخذ النمو داخل حيز العظم النسيجي بعداً طويلاً في تمدده الأمامي والخلفي، ولا يحدث الانتشار إلى الداخل أو إلى الخارج إلا في مراحل متأخرة من النمو. أما ظاهرة النكس فتعود إلى وجود جزر صغيرة من الخلايا خارج الكيسة الأصلية، تدعى بنيات الأكياس (daughter cysts)، والتي يصعب استئصالها خصوصاً إذا كان العظم المجاور ممتصاً أو ربيعاً. وهناك اعتقاد آخر في أن نشوء هذه الأكياس ينحدر من بقايا أنسجة البراعم البدئية (dental lamina rests) والتي تتواجد غالباً في منطقة أضراس العقل، وتستمر مدى الحياة.

تتعدد خيارات العلاج المتاحة للأكياس المتقرنة ولكنها جميعاً تهدف إلى منع مشكلة النكس، حيث يرى بعض الجراحين أن العلاج الجراحي الأنجع هو الفصع ومعالجة التجويف بمحلول كرنويز (Carnoy's solution) الذي يقضي على الخلايا المتبقية داخل الفراغات العظمية، بينما يعتمد آخرون إلى استئصال الأنسجة المخاطية التي تغطي الكيسة، وذلك كأسلوب احترازي من بقايا الأنسجة البدئية للبراعم السنية، ويرى فريق آخر ضرورة استخدام أسلوب التوخيف حتى يمكن استئصال الكيسة فيما بعد إذا أصبح حجمها صغيراً ومحصوراً داخل العظم. وتتضاءل الحاجة إلى الأساليب الجائرة في العلاج إذ إن هناك دلائل على تحول بطانة الكيس إلى مخاطية فموية بعد عدة شهور من علاج الأكياس بأسلوب التوخيف. ونظراً لأن البعض يصنف الأكياس المتقرنة ضمن قائمة الأورام ذات الانتشار الموضعي إضافة إلى قابليتها للنكس،

الاعتيادية للفك العلوي، وبعد ذلك تأتي ضرورة إحالة المريض لتخصص الوراثة السريرية وطب الجلد.

كيسة القناة الأنفية الحنكية

تنشأ كيسة القناة الأنفية الحنكية (nasopalatine duct cyst) النادرة من الخلايا الظهارية لقناة النفق القاطعي وتشاهد بنسبة أكبر في الرجال مقارنة بالنساء بما يعادل ١:٤ وتكتشف في الغالب إما بمحض الصدفة أو بظهور انتفاخ وسطي على الحليمة القاطعية (incisive papilla). وينشأ عن كيسة القناة الأنفية الحنكية إذا تعرضت للإلتان أعراض مزمنة ولكن بدرجة خفيفة، كخروج قيح أو سوائل مالحة، وقد تؤدي أحياناً إلى مشاكل مزمنة في الأنف. بل قد تسبب الأكياس الكبيرة منها انتفاخاً في الميزاب الشفوي (labial sulcus) وقد تبدو الشفة منتفخة خصوصاً إذا كان التمدد إلى الأمام لتظهر شعاعياً بما يشبه شكل القلب نتيجة تطابق ظل الكيسة مع شوكة الأنف (nasal spine)، ولعل هذه إحدى العلامات الفارقة لهذه الكيسة. ومع ذلك، فقد يصعب أحياناً تمييز الأكياس الصغيرة من الثقبه القاطعية (incisive foramen) إلا أن الطريقة المجربة (rule of thumb) تنفي عدم احتمال اتساع قطر الثقبه القاطعية بأكثر من ٦ ملم. ولأهمية التشخيص التفريقي، فإن موقع الكيسة في خط المنتصف وثبوت حيوية لب الأسنان المجاورة وسلامة القشرة الصلبة حول الجذور تؤكد جميعها صحة تشخيص الكيسة الأنفية الحنكية من بقية الأكياس الأخرى بما فيها الكيسة الجذرية.

تعالج كيسة القناة الأنفية الحنكية بالفصع ويحمل هذا الأسلوب درجة من الخطر على الحزمة العصبية الوعائية، الأمر الذي ينتج عنه فقدان الإحساس في مقدمة الحنك، ولذا يجب إبلاغ المريض بمثل هذه

فإن التشخيص قبل العلاج بالغ الأهمية، وقد يتطلب هذا التصوير الطبقي الشعاعي لتقييم مدى حجم الآفة، وخصوصاً إذا امتدت إلى الناحية اللسانية من الفك السفلي أو إلى المناطق الجناحية والجيب الفكّي، حيث يصعب عندئذ استئصال كامل الكيسة من هذه المناطق. تستدعي الحاجة إلى التشخيص النسيجي القيام بالاختراع الاقتطاعي لتأكيد التشخيص وتقرير العلاج، حيث إن من المعروف أن معدل النكس في الأكياس سوائية التقرن (orthokeratosis) أقل مما يمكن ملاحظته مع نظير التقرن (parakeratosis).

الأكياس المتقرنة التعددية سنية المنشأ

تظهر الأكياس المتقرنة التعددية السنية المنشأ (multiple odontogenic keratocyst) كإحدى صفات متلازمة وحة الخلايا القاعدية (basal cell navous syndrome) أو ما يسمى بمتلازمة غورلين غولتز، وعلى الرغم من كون هذه المتلازمة ذات طفرة جينية سائدة (anatomical dominant trait) إلا أنها متغيرة في ظهورها، وتشمل صفاتها التالي، ويمكن العودة لأي من الكتب التي تشير بالتفصيل إلى هذه المتلازمة:

- الأكياس المتقرنة التعددية سنية المنشأ.
- سرطانة وحة الخلايا القاعدية المتعددة.
- تشوه الأضلاع.
- الملامح الوجهية الخاصة، مثل بروز الجبهة (frontal bossing) وفرط التباعد (hypertelorism) وتقدم الفك السفلي (الفقم) (prognathism).
- تكلس الجافية ومنجل المخ (flax cerebri).

إن الاشتباه بوجود هذه الصفات يتطلب فحص عظام الوجه بالتصوير الطبقي الشعاعي لاكتشاف الأكياس التي يصعب تمييزها في الصور الشعاعية

اللبنية، أو الأرحاء الدائمة في طور البزوغ. ومع أنها ذاتية التوقف عن النمو إلا أنه ينصح بعلاجها بأسلوب التخيف إذا استمرت المعاناة لفترات طويلة. وتعد الأكياس اللثوية في الأطفال كعقيدات بون (Bohn's nodules) أو ثألي إيبشتاين (Epstein's pearls) أورام نائية في حد ذاتها وذاتية التوقف عن النمو، وتنشأ من بقايا البرعم السني.

أكياس الأنسجة الرخوة

يضاف إلى السلائل المخاطية (mucocoeles)، (انظر الفصل ١٤)، والأكياس الجلدية (dermoid cyst) وأكياس البشرة (epidermoid cyst) المنشقة من الجلد عدد ضئيل من أكياس الأنسجة الرخوة النائية المشتملة على الكيسة الأنفية الشفوية (nasolabial cyst) والكيسة الجلدية في قاع الفم والخيشومية والدرقية اللسانية، وجميعها تنشأ من الخلايا المضغية الجنينية والظهارية (embryonic epithelium) وتظهر كانتفاخات تحت المخاطية، وكذلك تحت الجلد في مواقع اندماج التتوات المضغية/الجنينية (embryonic process)، وتشكل هذه الأكياس صعوبة في التشخيص والعلاج وعلى وجه الخصوص الأكياس الخيشومية والدرقية اللسانية، ولذلك يتوجب تحويل المريض إلى طبيب متخصص، وللمزيد من الاطلاع في هذا الموضوع ينصح القارئ باللجوء إلى الكتب الجراحية المتخصصة.

الآفات المشابهة للأكياس غير المبطنة بالأنسجة الظهارية (الأكياس العظمية أمدمية الشكل والعظمية الرضحية) تعد هذه الآفات النادرة أكياساً غير حقيقية، ولا تتشابه مع بقية الأكياس سوى في الصور الشعاعية، ومع ذلك فقد أدرجت في هذا الفصل، ولعل الكيسة العظمية أمدمية الشكل (aneurismal bone cyst) هي الأكثر أهمية لاحتمال ظهورها مجدداً بعد العلاج وقابليتها للتلف

المضاعفات، والتي قد تغدو دائمة. وتتم المعالجة غالباً عن طريق شريحة حنكية إلا أن الأكياس الكبيرة تتطلب شريحة إضافية كالشريحة الشفوية. ولصعوبة تسليخ الحزمة العصبية في كثير من الأحيان فقد يلجأ إلى بترها حال خروجها من القناة العظمية.

الأكياس الناشئة في أسناخ الفك

تتضاءل المعالم الشعاعية لبعض الأكياس كالكيسة اللثوية في البالغين (gingival cyst of adult) وعلى النقيض فقد تبدو بعضها بمعالم شعاعية كأن تكون يضاوية الشكل وبأطراف محددة وشفيفة للأشعة، أمثال كيسة دواعم السن الجانبية، والأكياس المتقرنة المحيطة ذات المنشأ السني، والأكياس الالتهابية الناشئة من القناة اللبية الجانبية أو من جيبية دواعم السن (periodontal pocket). وللتفريق بين هذه الأكياس الالتهابية ولتأكيد التشخيص السريري يتوجب فحص حيوية لب الأسنان، علماً أن جميع هذه الأكياس تعالج بأسلوب الفصع. وهناك أكياس أخرى تظهر في هذه المنطقة، مثل الأكياس الغدية السنية المنشأ (glandular odontogenic cyst) والأكياس العنقودية (botryoid cyst)، والتي تعالج كذلك بأسلوب الفصع ولكنها قابلة للنكس نظراً لطبيعة نموها، ومكان نشأتها، والصعوبة في الوصول إليها، ولذلك ينصح بفحص التجاويف العظيمة بعناية وكشطها بواسطة مثاقب حفر جراحية، أو مثاقب تشذيب إكربلية صغيرة لإزالة كل بقايا الأنسجة الظهارية، ويحتمل ازدياد معدل نسبة النكس مع الأكياس متعددة الحجرات، وقد يتطلب الأمر قطع العظم المجاور أحياناً بالإضافة إلى استئصال الكيسة.

الأكياس البزوغية واللثوية في الأطفال

تعتبر الأكياس البزوغية (eruption cyst) أكياس جرابية أو أكياس حاوية سطحية، وترتبط دائماً بالأرحاء

ذات اللب السليم، وتظهر فقط في الفك السفلي، ولا تؤدي إلى إزاحة الحزم العصبية الوعية بل تلتف حولها لتبدو هذه البنى التشريحية مخترقة للتجويف العظمي مما يعرضها للإصابة خلال المداخلات الجراحية، ولا تتطلب هذه الآفات أي تدخل جراحي خاص إذ إن هذه التجاويف فارغة وتلتئم حال فتحها.

أثناء الجراحة على الرغم من عدم وجود تجويف دموي حقيقي بمعالم بارزة. تعالج هذه الآفات غالباً بالكشط والمتابعة المنتظمة. أما غالبية الأكياس العظمية الرضية (traumatic cyst) فهي عديمة الأعراض وتكتشف بمحض الصدفة في اليافعين كآفات شفيفة للأشعة، ويحدود غير واضحة، ومتشابكة مع الجذور القريبة

قراءات إضافية

Philipsen H. P. (2005) Keratocystic odontogenic tumour. In L. Barnes (ed.) *Pathology and genetics of head and neck tumours*. IARC Press, Lyon, France, pp. 306-307.
Shear M. (1992) *Cysts of the oral regions*, 3rd edn. Wright, Oxford, UK.
Shear M. (1994) Development of odontogenic cysts, an update. *Journal of Oral Pathology and Medicine* 23: 1.
Waites E. (2002) *Essentials of dental radiography and radiology*, 3rd edn. Harcourt Health Sciences, Edinburgh.

Cawson R. A., Binnie W. H., Barrett A. W., Wright J. M. (2001) *Oral disease clinical and pathological correlations*, 3rd edn. Mosby, St Louis, MO, Ch. 5.
Donoff B. (1998) *Manual of oral and maxillofacial surgery*, 3rd edn. Mosby, St Louis, MO, Ch. 15, pp. 345-352.
Kramer I. R. H., Pindborg J. J., Shear M. (1992) *Histological typing of odontogenic tumours*. Springer Verlag, Heidelberg, Germany.
Peterson L. J., Ellis E., Hupp J. R., Tucker M. R. (eds.) (1997) *Contemporary oral and maxillofacial surgery*, 3rd edn. Mosby, St Louis, MO, Ch. 23, pp. 534-545.

التقييم الذاتي

د) اذكر العلاج المناسب لكل حالة على حدة وما هي مضاعفات العلاج المحتملة.
٣- ما الصفات السريرية للانتفاخات المرتبطة بأكياس الفك والتي تميزها عن غيرها؟
٤- ما الصفات السريرية الأخرى إضافة إلى الانتفاخات وعلامات الإنتان التي يستدل منها على وجود الأكياس؟
٥- بماذا يجب إبلاغ المريض في حالة اختيار أسلوب التوخيخ لعلاج كيسة تمتد ما بين الرحي الثالثة في الفك السفلي من كلا الجانبين؟
الإجابة في الملحق ب.

١- يعاني مريض من كيسة حول النهاية القمية للقطاع الجانبي العلوي:
أ) اذكر العلامات والأعراض المحتملة لهذه الآفة.
ب) ما الفحوص المطلوبة وما هو المتوقع من النتائج؟
ج) اذكر أساليب العلاج المتوفرة واستطببات كل منها.
٢- أ) اذكر كيستين يمكن أن تسببا انتفاخاً في الحنك.
ب) ما الأعراض المتوقع حدوثها من هاتين الكيستين؟
ج) ما الفحوص المطلوبة لتأكيد سلامة التشخيص؟