

الجيب الفكّي

The Maxillary Antrum

كي. إتش. تيلور

- تشريح الجيب الفكّي والأسنان العلوية والأعصاب ذات العلاقة، والتركيب التشريحي للجيب الفكّي في الصور الشعاعية.
 - الصفات السريرية والدلائل التشخيصية للألم سني المنشأ.
 - أساسيات قلع الأسنان الاعتيادي والجراحي (انظر الفصل ٤).
- إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق فننصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل، أو الاستعانة بمراجع مناسبة عند الحاجة إلى ذلك.

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك التالي:

- ١- تمييز علامات وأعراض أمراض الجيب الفكّي من علامات وأعراض الأمراض سنية المنشأ، ومعرفة الفحوصات الشائعة والأساليب الجراحية المتبعة لعلاج أمراض الجيب الفكّي ومعرفة استطباتها.
- ٢- معرفة الظروف التي قد تسمح بحدوث اتصال فموي جيبي بعد قلع الأسنان، أو تسمح بنزوح الأسنان أو بعض من أجزائها إلى الجيب الفكّي.

- يقع الجيب الفكّي بالقرب من جذور الضواحك والأرحاء العلوية، ويظهر جلياً في الصور الشعاعية الفموية والوجهية وتشابه علامات وأعراض أمراضه مع أمراض الأسنان والعكس صحيح.
- تسبب جراحة الأسنان في مناطق الضواحك والأرحاء العلوية أحياناً إلى نشوء اتصال فموي جيبي، وقد تراح الأسنان بكاملها أو أجزاء منها أو أي أجسام غريبة أخرى إلى داخل الجيب الفكّي، وقد تتعرض جدران الجيب الفكّي أو حلبة الفك العلوي للكسر.
- تسبب أمراض الجيب الفكّي آلام الوجه وقد تتعرض أسطح الجيب للكسر نتيجة الإصابات الرضية الوجهية.
- يكتشف سرطان الجيب الفكّي في أغلب الأحيان متأخراً، وقد يلاحظ لأول مرة عن طريق العلامات والأعراض الفموية.

المعرفة المفترضة

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

لا انتشار الإنتان من المناطق حول الذروية إلى الجيب وبالعكس، إضافة إلى احتمال إصابة الجيب بالضرر خلال معالجة الأسنان أحياناً. ويعتقد أن القدرة على التفريق بين أعراض مشاكل الأسنان من تلك الناجمة من الجيب الفكي كفيلة بوضع الخطط المناسبة للعلاج أو بتحويل المريض إما إلى اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة وإما إلى جراح الوجه والفكين.



(أ)



(ب)

الشكل (١، ١٥). (أ) جيب فكي صغير لا يلامس ذروة الضاحك الثاني، (ب) جيب فكي كبير في علاقة مباشرة مع ذروة القاطع الجانبي.

تشاهد تفاصيل الجيب الفكي في الصور الشعاعية الوجهية بما فيها الصور الفموية حول الذروية للأسنان الخلفية العلوية (periapical view) والصور البانورامية

٣- معرفة طرق إصلاح الاتصال الفموي الجيبي عند حدوثه، وإزالة الأجسام الغريبة من الجيب، وتفادي خطر هذه المضاعفات.

٤- التنبؤ بكسر حذبة الفك العلوي قبل قلع الأسنان والعمل على تفاديها وعلاجها إن حدثت.

٥- تمييز صفات الأمراض السرطانية الناشئة داخل الجيب الفكي.

٦- تمييز حالات الجيب الفكي التي يمكن علاجها في عيادات الأسنان العامة من الحالات التي تستدعي الإحالة إلى طبيب مختص.

أهمية الجيب الفكي في

جراحة الأسنان

يعرف الجيب الفكي كذلك بالغار الفكي العلوي ويحتل أهمية لدى أطباء الأسنان كونه على مقربة من الأسنان العلوية ابتداء من الضواحك وحتى الرحي الثالثة، وتختلف علاقة الجيب الفكي بالأسنان العلوية من شخص لآخر (الشكل ١، ١٥)، ويميل حجم الجيب إلى الاتساع مع التقدم في العمر، ويلاحظ هذا بوضوح بعد قلع الأسنان، وبعد فقد عظم السنخ نتيجة أمراض حول الذروية، الأمر الذي يؤدي إلى تلاشي العظم الفاصل بين الجيب الفكي والأسنان، وبالتالي يمتد حجم الجيب على حساب عظم السنخ.

ولعل لهذه العلاقة التشريحية دوراً بارزاً في صعوبة تشخيص بعض الأمراض الجيبية أو الفموية على حد سواء، حيث إن كليهما يشتركان في أعصاب متفرعة من عصب الفك العلوي (maxillary nerve) والمنحدر أصلاً من العصب ثلاثي التوائم (trigeminal nerve). وقد تشكل هذه العلاقة كذلك معبراً آمناً

تمييز علامات وأعراض أمراض الأسنان

من التهاب الجيوب

تتكرر إصابة الجيوب الفكية بالالتهاب؛ ولذلك يتوجب على طبيب الأسنان تمييز أعراض هذه المضاعفات من أمراض الأسنان، حيث يبدو التهاب الجيب في بدايته التهاباً حاداً، ولا يبرح أن يتطور إلى التهابات مزمنة، وقد يستمر الالتهاب أو يظهر بين فترة وأخرى نتيجة إعاقة التصريف الطبيعي للجيب إلى داخل الأنف، أو عند انسداد فتحة الجيب بوجود أجسام غريبة. وقد يصيب الالتهاب الحاد أياً من الجيوب المجاورة للأنف، وقد يقتصر على واحد منها في المرة الواحدة، ويعد في أغلبيته التهاباً بكتيرياً يظهر في الغالب بعد التهاب الجهاز التنفسي العلوي الفيروسي، ومن أهم الجراثيم المسببة البكتيريا المستدمية (*Haemophilus*) والمكورة الرئوية (*Pneumococcus*) والعقدية (*Streptococcus*) والعنقودية (*Staphylococcus*) والبكتيريا اللاهوائية (anaerobes)، ويرتبط سوء تصريف الجيوب الأنفية في الغالب بالعوامل التالية:

١- انسداد فوهة الجيب الأنفية (maxillary ostium)

بسبب التالي:

أ) الوذمة الالتهابية المخاطية لأغشية الأنف خلال فترة الرشح.

ب) السليمة الغربالية (ethmoid polyp).

ج) انحراف الحاجز الأنفي.

٢- إعاقة تصريف السوائل المخاطية للأسباب

التالية:

أ) سوء وظيفة الأهداب (ciliary action) نتيجة الالتهابات المزمنة للأغشية المخاطية، والتهابات الرشح الفيروسية وكتيجة لأضرار العمليات الجراحية

(orthopantomogram- OPT) والصور القذالية الذقنية (occipitontal view)، ويتحتم الإلمام بمعرفة شكل الجيب الفكي الطبيعي حتى يمكن تمييز أمراضه من الأمراض سنية المنشأ. ومن الجدير بالذكر أن غالبية أمراض الجيب الفكي تكتشف بمحض الصدفة خلال معاينة طبيب الأسنان للصور الشعاعية، ومع ذلك لا يندرج علاج مشاكل الجيب الفكي التقليدية ضمن مسؤولية طبيب الأسنان إلا إذا استدعت الضرورة كما هو الحال مع الجراحة السنخية أو مع إصلاح الاتصال القموي الجيبي (oroantral communication-OAC). إن معرفة طبيعة الجيب الفكي أمر ذو أهمية قصوى، وخصوصاً عند الرغبة في استرجاع الأجسام الغريبة المندفعة إلى داخل الجيب خلال جراحة الأسنان، وعندما تستدعي الحاجة إلى إبلاغ المريض بأهداف التداخلات الجراحية المطلوبة للمريض، وكذلك لعمل التوصيات العلاجية الأخرى كرفع قاع الجيب الفكي (sinus lift) مثلاً وإعادة بناء الحافة السنخية قبل وضع الغرس السني ذي الالتحام العظمي.

ملخص أهمية الجيب الفكي لجراحة الأسنان

- تشابه أعراض أمراض الأسنان مع أمراض الجيب الفكي نظراً لقرب الأخير من جذور الضواحك والأرحاء واشترائها في مجموعة أعصاب واحدة.
- تضاعف مصاعب المعالجة السنية بحدوث مضاعفات الجيب الفكي، كشوء الاتصال القموي الجيبي مثلاً، وإزاحة الأجسام الغريبة التي داخل الجيب الفكي.
- تكتشف أمراض الجيب الفكي غالباً بالصدفة من خلال الصور الشعاعية للأسنان.

كفيلة بتخفيف الاحتقان، ومن ثم الألم بسبب انفتاح الفوهة مجدداً وتراجع الضغط داخل الجيب. وبما أن الألم يقتصر دائماً على الجيب المصاب إلا أن انتشاره إلى الجيب الجبهي وخلف الحجاج أمر وارد.

العلامات السريرية للالتهاب الجيبي

- ظهور علامات التهاب الجهاز التنفسي العلوي كسيلان الأنف (rhinorrhoea) واحمرار الأنف وجفافه وتقشره.
- الإحساس بالألم فوق الخد، وخصوصاً تحت الحجاج وفوق الحفرة النابية.
- الإحساس بألم الأسنان في الجانب المصاب عند قرع الأسنان أو الضغط عليها.
- الشعور بالألم والمضض عند جس السطح الأمامي للجيب من داخل الفم.
- انتفاخ والتهاب الخد، علماً أن هذا نادراً ما يلاحظ مع الالتهاب الجيبي.

استقصاء أمراض الجيوب الفكية

يستدل على تشخيص الالتهاب الجيبي الفكي من التاريخ المرضي والفحوص السريرية، ولذلك يتوجب فحص الأسنان والبنى التشريحية المجاورة الأخرى، ويجب إعطاء أهمية كبرى لاحتمال أن يكون سبب الالتهاب الجيبي هو أمراض الأسنان. ويمتاز فحص الجيب الفكي باستخدام الضوء (transillumination) من داخل الفم بسهولة في كشف احتقان الجيب إلا أن استخدام الجهاز الضوئي (torch shone) في الكشف عن الأورام غير مجدٍ في معظم الحالات. ويتضاءل دور الصور الشعاعية في الكشف عن الالتهاب الجيبي،

الأنفية، وفي حالات نادرة بسبب خلل حركة الأهداب الأولى (primary ciliary dyskinesia).

ب) ازدياد لزوجة المخاط غير الاعتيادي كما يحدث في التليف الكيسي (cystic fibrosis).

ويؤدي تراكم الإفرازات داخل الجيب الفكي إلى تعرضها للتلوث ومن ثم تكون القيح، وقد تنشأ التهابات الجيوب نتيجة أمراض الأسنان المختلفة كأمراض حول الذروة، والأكياس السنية المصابة بالانتان، وأمراض الأربطة الداعمة، وتلوث الجيب الفكي بالأجسام الغريبة، وكنتيجة لتأثير الإصابات الرضحية، ونشوء الأكياس سنية المنشأ، والأورام الخبيثة.

علامات وأعراض التهاب الجيوب

تظهر أعراض التهاب الجيبي بعد أيام قليلة من اختفاء أعراض الرشح، وتشمل هذه الأعراض الآلام والصداع، وانسداد الأنف، وتسرب السوائل الأنفية المتقيحة خارج الفم وكذلك إلى البلعوم (post-nasal drip)، بالإضافة إلى احتمال ارتفاع درجة حرارة المريض، والشعور بالتعب والوهن (malaise). ويتصف الألم غالباً بكونه ألماً فاتراً ولكنه عميق، وقد يبدو أحياناً نابضاً، ويشعر به فوق منطقة الخد وعلى مقربة من الأسنان العلوية، ويتشابه الألم إلى حد ما مع ألم الأسنان إلا أنه لا يتأثر بالبارد أو الحار، أو بتناول المأكولات والمشروبات المحلاة. ويزداد الشعور بالألم عند المضغ، وقد تصبح الأسنان الخلفية جميعها مؤلمة وخصوصاً عند قرعها على الرغم من عدم وجود أي أسباب سنية، وتتضاعف حدة الألم مع انحناء الرأس إلى الأمام نتيجة ازدياد الاحتقان الوريدي (venous congestion) وتراكم الإفرازات وانسداد الفوهة، ومن ثم زيادة الضغط داخل الجيب. ولذلك يعتقد أن إمالة الرأس إلى الخلف

يتسبب قلع الأنياب الدائمة بذلك من حين لآخر وخصوصاً إذا كانت تقع على مقربة من الجيب. ويتكرر حدوث هذه المضاعفات أثناء القلع الجراحي للأسنان المطمورة جزئياً أو بالكامل من الفك العلوي. أما قلع الأسنان اللبنية فلا يشكل خطراً على الجيب الفكّي، كونه في هذه المرحلة العمرية لا يزال صغيراً جداً، ولأن الأسنان الدائمة لا تزال في طور النمو.

إن تقييم حجم ومدى قرب الجيب الفكّي من الأسنان الخلفية قبل الشروع في قلع الأسنان أو القيام بالجراحة حول الذروية مهم جداً لمنع الاختلاطات المتوقعة ومعالجتها إبان حدوثها مباشرة، ولذلك يجب أخذ العوامل التالية في عين الاعتبار خلال الفحص السريري والشعاعي من أجل استباق حدوث المضاعفات ومنعها:

- حجم الجيب الفكّي وعلاقته بالأسنان.
- حجم الأسنان وشكل جذورها ووجود آفات حول الذروة.
- عمر المريض.
- تاريخ علاج الأسنان السابق.
- وتتلخص الاختلاطات التالية مع قلع الأسنان الخلفية العلوية بسبب قربها من الجيب الفكّي:
- نشوء الاتصال الفموي الجيبي.
- إزاحة الجذور أو الأسنان إلى الجيب الفكّي.
- كسر حذبة الفك العلوي.

إن الإشارة من خلال التاريخ الطبي إلى حدوث اتصال فموي جيبي سابق بعد قلع الأسنان جدير بتوقع حدوث مضاعفات مشابهة للمرة الثانية بعد قلع الأسنان المجاورة، وكذلك الأسنان في الجانب الآخر، كما أن خطر كسر أحذوبة الفك قد يتضاعف إذا ما

إذ عادة ما يبنى التشخيص على معطيات الفحص السريري، وفي أغلب الأحيان يقتصر دور الفحص الشعاعي في الكشف عن أمراض الجيب الفكّي واستكشاف امتداد الإصابة الرضحية.

وتعد الصور القذالية الأسلوب الأمثل للكشف عن أمراض الجيب الفكّي، حيث يشير مستوى السائل (fluid level) إلى وجود تكوينات قيحية أو تجمعات دموية، ويلاحظ التجمع الدموي غالباً بمعية الإصابة الرضحية وكسور الجيب الفكّي. أما عتامة الجيب الشعاعية فتشير في الغالب إلى وجود سلائل أو أكياس جيبيّة أو كنتيجة لساكة الغشاء المبطن للجيب، وكذلك مع وجود الأجسام الغريبة داخل تجويف الجيب الفكّي. أما الصور الشعاعية الأخرى فتشمل التالي:

- الصور البانورامية للكشف عن وجود الأجسام الغريبة والاتصال الفموي الجيبي وحجم الجيب وعلاقته بالأسنان العلوية.
- الصور حول الذروية لكشف العلاقة بين جذور الأسنان والجيب الفكّي.
- التصوير المقطعي الحاسوبي لاستكشاف الأورام، وكسور الحجاج، والوجنة وخصوصاً الكسور المتفتتة.

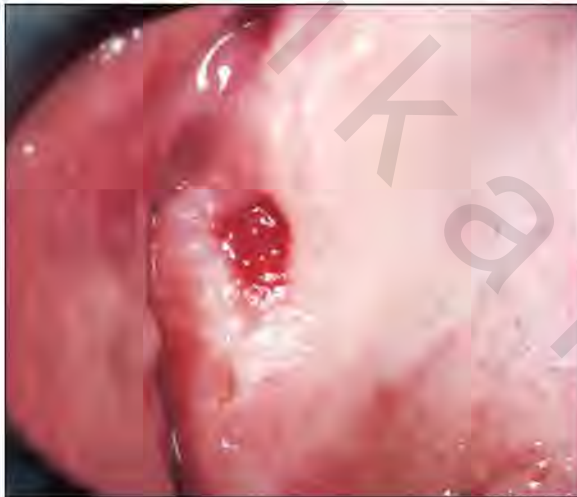
ويوفر الفحص بالتنظير الداخلي (endoscopy) الكثير من المعلومات المفيدة، ويتطلب هذا خبرة جيدة في تنظير هذه المنطقة كخبرة جراح الأنف والأذن والحنجرة على سبيل المثال.

قلع الأسنان والجيب الفكّي

يؤدي قلع الضواحك والأرحاء العلوية أحياناً إلى إصابة الجيب الفكّي بالضرر، ورغم ذلك فقد

(الشكل ١٥, ٣). وتؤشر العلامات التالية إلى احتمال نشوء الاتصال الفموي الجيبي:

- ظهور عيوب وتجاويف عظمية بين جوف الفم والجيب الفكي.
- التصاق جزء من السنخ بجذور الأسنان المقلوعة، ويبدو العظم المكسور دائماً أملس ومقعرأ لكونه جزءاً من قاع الجيب الفكي.



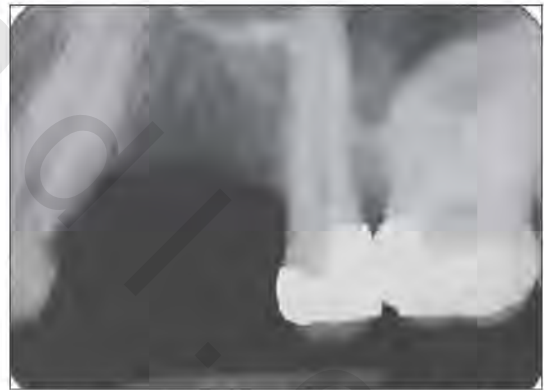
الشكل (١٥, ٣). ناسور فموي جيبي في منطقة الرحى الأولى ويلاحظ تكاثر الأنسجة حول الناسور.

استقصاء الاشتباه بالاتصال الفموي الجيبي يساهم الفحص السريري الدقيق تحت الإضاءة الجيدة وباستخدام مرآة الفم في تأكيد وجود الاتصال الفموي الجيبي. ومع أن الرؤية قد تعاق من النزف الموضعي، إلا أنه يمكن رؤية تجويف الجيب بوضوح، كما يمكن على أقل تقدير مشاهدة التشوه العظمي المبطن بالغشاء المخاطي. وقد لا يبدو التشوه أكبر من شق صغير أو ثقب دبوس إلا أنه في حقيقة الأمر قد يخفي تهتكاً كبيراً في الأجزاء الداخلية من السنخ، وقد

أشار التاريخ الطبي إلى صعوبة قلع الأسنان بسبب فرط الملاط (hypercementosis) أو لازدياد كثافة العظم.

الاتصال الفموي الجيبي والناسور

يستخدم مصطلح الاتصال الفموي الجيبي (OAC) بالتناوب مع الناسور الفموي الجيبي (oroantral fistula-OAF) في وصف الاتصال غير الاعتيادي ما بين جوف الفم والجيب الفكي، ويبطن هذا الاتصال بالنسج الظهارية. ويحدث غالباً بعد قلع الأسنان العلوية القريبة من قاع الجيب الفكي، وخصوصاً الرحى العلوية الأولى الملاصقة لأدنى مستوى من قاع الجيب (الشكل ١٥, ٢).



الشكل (١٥, ٢). الرحى العلوية في علاقة مباشرة مع الجيب الفكي.

ورغم ذلك فقد تنشأ هذه المضاعفة بعد قلع الضواحك والأرحاء الأخرى، وكذلك بعد كسر السنخ الممتد إلى قاع الجيب أو كنتيجة حتمية للإصابات الرضحية بعد استخدام مبرد الحفر أو إزميل قطع العظم. ويؤدي تجاهل معالجة هذه المضاعفة إلى استمرار بقاء الاتصال ونحوه فيما بعد إلى ناسور مزمن

- ارتجاع السوائل والغذاء إلى جوف الأنف عن طريق الفم، وكذلك الدخان لدى المدخنين.
- تسرب الهواء إلى الفم عند النفخ والأنف مغلق.
- معاودة الالتهاب المزمن للجيوب الفكية المصابة.
- الصعوبة في تدخين السجائر، أو اللعب بالأدوات الموسيقية الهوائية.

- تكاثر الأنسجة الرخوة حول الناسور.

وتعد الصور الشعاعية مثل الصور القذالية الذقنية والصور البانورمية وحول الذروية ذات أهمية في تأكيد تشخيص الاتصال الفموي الجيبي الحديث أو الناسور المزمن، وكذلك في تقييم حجم الخلل على الرغم أن بعض العيوب العظمية لا يمكن ملاحظتها شعاعياً.

منع حدوث الاتصال الفموي الجيبي

تمهت دراسة الحالة بعناية إلى التنبؤ بإمكانية حدوث اتصال فموي جيبي، ويتوجب مع هذا إبلاغ المريض بذلك قبل الشروع في العلاج والعمل ما أمكن على منع حدوثه. وبما أن استخدام أسلوب القلع الجراحي للأسنان يقلل من حدوث هذه المضاعفة مقارنة باستخدام الكلابة، فالأول يتيح التحكم في قطع العظم وتجزئة السن، وبذلك يسهل إزالة كل جذر على حدة بعيداً عن قاع الجيب الرفيع. كما أن رفع الشريحة المخاطية السمحاقية مسبقاً التصميم كفيلة بتغطية وإصلاح العيوب عند الضرورة.

ويرتبط استئصال الأكياس الملاصقة للجيب الفكي بصعوبة بالغة، ويعود ذلك لاستحالة التفريق بين ماهو امتداد للجيب وما هو امتداد للأكياس سنية المنشأ، فكلاهما يظهران شعاعياً متشابهين على الرغم من أن الخطوط الشعاعية المعتمدة (radio-opaque lines) تشاهد عند اتصال الكيس بالجيب، بينما يواصل

يصدر صوتاً مميزاً للفراغ إذا أدخلت أنبوبة الشفط إلى داخل التشوة السنخي. إن الرغبة في إثبات حدوث الاتصال من عدمه بواسطة سبر السنخ أو غسل المكان حتى يتسنى مرور السوائل من خلال الجيب إلى الأنف تحمل في حد ذاتها خطر نشوء التهاب الجيب عن طريق نقل النبيت الجرثومي الفموي (oral flora)، أو بقايا العظم الملوث أو أي أجسام غريبة أخرى إلى داخل الجيب الفكي، ولذلك يجب أن تقاوم هذه الرغبة قدر المستطاع. إن محاولة سبر السنخ مثلاً حتى وإن كانت لطيفة تحمل خطر تمزق الغشاء المبطن للجيب، وبالتالي تساهم في نشوء الاتصال الفموي الجيبي، إضافة إلى أن هذا الفعل قد يؤدي كذلك إلى ازدياد حجم الاتصال، وبذلك تتضاءل إمكانية اختفائه التلقائي، وتزداد على ضوء ذلك الحاجة إلى الترميم الجراحي المستقبلي.

إن الأسلوب الأمثل لاستقصاء اشتباه الاتصال الفموي الجيبي هو الطلب من المريض أن ينفخ ومنخاره مقلان، وبهذا يندفع الهواء إلى تجاه الفم عن طريق الاتصال بين جوف الفم والجيب الفكي بدلاً من الهروب عن طريق الأنف المقل. وتبدو العلامة الفارقة لوقوع الاتصال مع هذا الأسلوب خروج فقاعات من الدم أو اللعاب. وقد يكشف هذا الأسلوب كذلك عن وجود التهاب جيبي وخصوصاً عند خروج القيح أو الإفرازات الأخرى تلقائياً إلى جوف الفم. ويغلب على التاريخ الطبي للمرضى الذين يعانون من اتصال فموي جيبي مزمن أو لم يسبق لهم علاجه الإشارة إلى قلع بعض أسنانهم كالضواحك أو الأرحاء، وتطور معاناتهم غالباً كالآتي:

- خروج إفراز أو تذوق طعم ملحي وانبعاث رائحة كريهة من الفم.

ولما للرغبة في تأجيل التدخل الجراحي، وعندها تأتي الحاجة إلى تغطية الاتصال وحماية علة الدم بالصفائح الأكريلية أو بشرط من الشاش المشبع بورنيش وايت هيد فوق السنخ وليس من خلاله. وتتضاعف أهمية هذا الأسلوب مع الأشخاص المدخنين من أجل حماية علة الدم من التهتك والانحلال الناتج عن اختلال الضغط داخل الفم والمرتبطة غالباً بعادة التدخين. ويجب عند أخذ الطبقات الحرس على عدم دفع أي من مواد طب الأسنان المستخدمة إلى داخل الجيب من خلال سنخ السن، وذلك عن طريق تغطية الأسناخ بالشاش المعقم مباشرة قبيل أخذ الطبقات.

أما إذا توفرت الأنسجة الرخوة فإن الأولى إغلاق الاتصال بضم الأنسجة من كلتا الناحيتين الخدية والحنكية مع بعضهما، وتعزيز ثبات الأنسجة بأسلوب خياطة المرتبة (mattress sutures) مستخدماً في ذلك خيوط قوية وغير ممتصة كخيوط الحرير الأسود مثلاً ذات المقاس ٣/٠، ومن أجل تحقيق الالتئام التام ترك الغرز في مكانها لمدة تتراوح ما بين ١٠ - ١٤ يوم قبل إزالتها. وتبرز أهمية تقليص ارتفاع السنخ على جانبي الاتصال عندما تكون الأنسجة الرخوة غير كافية لتغطية السنخ، ولذلك يلجأ إلى قطع جزء من العظم بمبارد الحفر الجراحية وتحرير الشرائح من تحت أطرافها ليتمكن تقريبها من بعض. ويرتبط هذا الأسلوب البسيط بغياب الدعم العظمي للشريحة مما يجعلها عرضة للتفزر، ولذلك ينصح باستخدام الشرائح المخاطية السمحاقية المنقولة من الجهة الخدية لتغطية العيوب السنخية. وبما أن هذا الأسلوب هو الأكثر صعوبة فعليه ألا يقوم به طبيب الأسنان إلا إذا كان لديه خبرة كافية ومعرفة في هذا المجال.

الجيب امتداده فيما بعد ذلك في كل أنحاء الجيب الفكي الرئيسي. ولكون الجيب الفكي يحتوي على الهواء فقط فإن أسلوب الشفط بإبرة واسعة من محقنة كبيرة تدفع من خلال ثقب في الجدار العظمي إلى داخل الجيب كفيلة بالتفريق بين ما هو طبيعي أو مرضي، فشفط الهواء مثلاً دلالة على خلل الجيب من الأكياس، أما شفط السوائل فيدل على وجود أكياس، ولسوء الحظ فإن هذه الطريقة ليست ناجحة في حال وجود تجمع صديدي في الجيب أو عندما تكون محتويات الكيس كثيفة لا يمكن شفطها، وفي كلتا الحالتين تبقى النتائج بالضرورة ليست صحيحة.

علاج الاتصال الفموي الجيبي والناصور

يهدف الإصلاح الفموي للاتصال الفموي الجيبي إلى منع استمرار بقاء الاتصال وما يترتب عليه من التهابات جيبيه مزمنة، وتتطلب العيوب الكبيرة الإصلاح الجراحي بعكس الصغيرة منها، وخصوصاً تلك التي لا يتعدى قطرها أكبر من ٤ ملم، حيث يمكن شفاؤها تلقائياً. إن من الطبيعي أن أعداداً كبيرة من هذه العيوب تشفى قبل أن تكتشف، ومع ذلك ينصح بالتدخل الجراحي السريع؛ وذلك لصعوبة التنبؤ بحقيقة الالتئام التلقائي ومدى فاعليته في مختلف الظروف.

العلاج الفموي للاتصال الجيبي الفموي الحديث

من أهداف العلاج الفموي للاتصال الجيبي الفموي الحديث حماية الجرح والجيب الفكي من العدوى عن طريق حماية علة الدم القابعة في سنخ الأسنان، ولتسنى لاحقاً على ضوء هذا تحفيز نشوء عظم جديد بين الفم والجيب الفكي. وقد لا يتاح الإصلاح الفموي في بعض الحالات إما لعدم استطباه

خيارات العلاج الأخرى

من المتوقع ألا يتحقق إصلاح العيوب الكبيرة باستخدام أساليب الإصلاح الفورية للاتصال الفموي الجيبي، ولهذا يتطلب إغلاقها بالضرورة بأساليب أخرى، وقد يستخدم في هذا السياق شرائح موضعية (local flaps) كالشريح الخدية المتقدمة (advanced flaps) إضافة إلى الشرائح البعيدة (distant flaps) مثل الشريحة اللسانية، ويعتمد اختيار الطريقة على حجم وموقع الاتصال الفموي الجيبي.

الشريحة الخدية المتقدمة/ شريحة ريمان (الشكل ٤، ١٥) ثلاثم الشريحة الخدية المتقدمة (buccal advancement flap) أو ما يسمى أحياناً بشريحة ريمان (Rehmann's flap) إصلاح الاتصال الفموي الجيبي الحديث والناصور القديم على حد سواء، وأهم ما يميز هذا الأسلوب سهولته، وقبوله من المرضى، وارتفاع نسبة نجاحه إضافة إلى إمكان إجرائه تحت التخدير الموضعي في عيادة طبيب الأسنان، ويشترط أن يكون لدى طبيب الأسنان الخبرة الكافية في هذا المجال. ومع هذا، فقد يؤخذ على هذا الأسلوب دوره في تقلص عمق الميزاب إلا أن هذا لا يعد إلا مسألة وقتية، وتتلخص خطواته العملية في التالي:

١- محاولة استكشاف أطراف الجوانب العظمية للاتصال بواسطة مسبار. وقد يتضح من هذه المحاولة أن العيب العظمي في حقيقته يبدو أكبر مما يُرى من خلال الأنسجة الرخوة وخصوصاً إذا كان الناصور مزمنًا.

٢- استئصال النسيج الظهارية من مسلك الناصور وكذلك حروف الاتصال الرخوة بالمبضع رقم ١١، وترك حوالي ٢-٣ ملم من حواف العظم عارية من أجل دعم خياطة أطراف الشريحة لاحقاً، وكخيار آخر تُشق

الأنسجة حول الاتصال بشكل دائري وبمسافة تقدر بحوالي ٢-٣ ملم، وترفع الأنسجة حتى يمكن دفع الناصور داخل نفسه باتجاه الجيب، وذلك لملء الفراغ بالأنسجة الضامة التي تعتمد عليها الشريحة فيما بعد.

٣- استخدام الشرائح المخاطية السمحاقية الخدية ثلاثية الأطراف ذات القاعدة العريضة، والممتدة بعمق الميزاب الخدي.

٤- بضع الغشاء السمحاقي للشريحة من الناحية الداخلية وبالقرب من قاعدتها، وعلى امتداد عرضها بشكل أفقي حتى يتسنى تحريك الشريحة بحرية إلى الاتجاه الحنكي دون الحاجة إلى شدها، ويجب هنا الحذر من تشوهات العروة (button-hole) والتي قد تعيق التروية الدموية للشريحة، حيث تبدو الشريحة دائماً رفيعة جداً، ولمنع هذه المضاعفات ينصح باستخدام الجهة الكليّة من الموضع لقطع السمحاق بمحاولات متكررة حتى يكتمل تحرير الغشاء السمحاقي.

٥- رفع الحواف الحنكية قليلاً من تحت المخاطية الحنكية في الجهة المقابلة وتثبيت الشريحة إليها، وينصح المؤلف باستخدام أسلوب خياطة المرتبة المضربة بخيوط حرير سوداء بسماكة ٣/٠ أو بخيوط بطيئة الامتصاص وألا تزال الخيوط من مكانها إلا بعد انقضاء مدة تتراوح ما بين ١٠-١٤ يوم.

وبما أن إصلاح الناصور الفموي الجيبي ذي الحجم الكبير أو النواصير المزمنة التي سبق علاجها جراحياً يرتبط بدرجة من الصعوبة وتراجع في معدل النجاح، فقد أضحى استخدام الشريحة الخدية المتقدمة بمعية الوسادة الدهنية الخدية (buccal fat pad-BFP) أحد الأساليب الناجحة، ويتحقق هذا برفع شريحة مخاطية سمحاقية ثلاثية الأطراف وبقاعدة عريضة، ويحرر بعد

بواسطة ملقط الشرايين، وتستخدم هذه الأنسجة الشحمية في تغطية العيب العظمي. وليغطي موقع الجراحة بعد ذلك بالشريحة المخاطية السمحاقية التي تثبت إلى الناحية الخدية بخيوط غير ممتصة.

ذلك الغشاء السمحاقى بالطريقة الأنفة الذكر (الشكل ١٥, ٤). تكشف بعد ذلك الوسادة الدهنية الخدية عن طريق شق جراحي دهليزي في منطقة الرحى الأولى العلوية، وتحرر الأنسجة الدهنية بالتسليخ الكليل



الشكل (١٥, ٤). إغلاق الناسور القموي الجيبى باستخدام الشريحة الخدية المتقدمة: (أ) مخطط الشقوق الجراحية على الناحية الخدية والإطباقية. (ب) يحمر الغشاء السمحاقى فقط بعد رفع الشريحة من الدهليز في مستوى عال عند قاعدتها. (ج) تمط الشريحة بعد تحريرها من السمحاق. (د) تخط الشريحة إلى الأنسجة الحنكية بأسلوب خياطة المرتبة المضربة المتعامد (الشكل الخارجى للشريحة من الجانب الإطباقى).

الالتئام، ويعود ذلك لجودة التروية الدموية. ومن محاسن هذا الأسلوب غياب تأثيره السلبي على عمق الميزاب إلا أن هذه الشريحة بطبيعتها غير مطاطية، ويصعب رفعها وتحريكها بحرية، ولا يمكن تحديد طول الشريحة المطلوبة

الشريحة الحنكية التدويرية (الشكل ١٥, ٥)

تستخدم الشريحة الحنكية التدويرية (palatal rotation flap) بمعدل أقل من استخدام الشريحة الخدية المتقدمة، ولكنها توفر إصلاحاً ثابتاً ومتناسكاً، وسرعة في

وصف المضادات الحيوية، ومزيل احتقان الأنف؛ لمنع نشوء الإنتان، ولتحفيز تصريف الاحتقان الجيبي.

استئصال حواف الناسور



(ب)



الشكل (١٥,٥). إغلاق الناسور الفموي الجيبي باستخدام الشريحة الحنكية التدويرية: (أ) مخطط الشق الجراحي. (ب) الشريحة بعد رفعها وتدويرها فوق منطقة الاتصال وثبيتها بالخياطة.

الأجسام الغريبة في الجيوب الفكية

يتكرر نزوح الأسنان والجذور الملاصقة للجيب الفكي عند محاولة قلعها إلى داخل الجيب الفكي وترتبط هذه المضاعفات دائماً بنشوء الاتصال الفموي الجيبي، وتعد جذور الضواحك العلوية والأرحاء الأجسام الأكثر نزوحاً، علماً أن جميع الأسنان عرضة لمثل هذه المضاعفات،

لتغطية الخلل بدقة، ويصعب كذلك إجراؤها تحت التخدير الموضعي لاختلافها عن الشريحة الخدية المتقدمة إضافة إلى أنها تترك جزءاً من الحنك العظمي مكشوفاً. وعلى الرغم من إمكانية إجرائها تحت التخدير الموضعي إلا أنها عادة لا تنفذ إلا بيد اختصاصي تحت التخدير العام، وتتلخص خطوات العملية في التالي:

١- استئصال الأنسجة الظهارية من الناسور إن وجدت بواسطة الموضع رقم ١١ (الشكل ١٥,٥).

٢- تصميم شريحة مستطيلة كاملة السماكة ومتوافقة مع امتداد الشريان الحنكي الكبير (greater palatine artery)، وتمتد مقدمتها الحرة بشكل كاف إلى ما قبل الاتصال الفموي الجيبي. ترفع الشريحة بحذر، ويجب تجنب ثنيها بشدة عند تدويرها حتى لا يتضرر الشريان.

٣- تثبت الشريحة فوق الاتصال الفموي الجيبي (الشكل ١٥,٥ ب) ونحاط بأسلوب خياطة المرتبة المضربة، كما هو الحال مع الشريحة الخدية المتقدمة. أما العظم الحنكي المكشوف فيغطى بشريط من الشاش المعالج بورنيش وايت هيد، ويعزز ثباته فوق موقع الجراحة بغرز ثابتة أو باستخدام مواد دواعم السن (periodontal dressing) أو الصفائح الأكريلية، وينصح بإبقاء الضماد لمدة لا تقل عن ١٠ - ١٤ يوماً.

تتطلب جميع الطرق المستخدمة لإصلاح الاتصال الفموي الجيبي أو الناسور إبلاغ المريض بتجنب نفخ الأنف خلال الأيام العشرة الأولى بعد المعالجة لئلا يؤدي ذلك إلى ارتفاع الضغط داخل الجيب الفكي، ومن ثم انهيار الأنسجة الملتزمة، ويعتقد أن اتباع المريض للتعليمات الجراحية يعتمد على مدى معرفته تفاصيل العملية مسبقاً، ويفضل بعض الجراحين

الإزالة جراحياً في حالة ظهور الأعراض. أما الجذور فتزاح في الغالب إلى أي من الأماكن التالية:

- داخل الجيب الفكي.
- تحت المخاطية الخدية أو المخاطية الخنكية.
- داخل تجويف الفم.
- خارج الفم: إما بفقدانه في أنبوبة الشفط أو في ملابس المريض، أو حتى على الأرض في محيط العيادة.

إن فقدان الجذور بعد قلع الأسنان يستدعي البحث عنها، وإحصائها تلافياً لعدم استنشاقها وما يترتب عليه من خطورة الإصابة بالإنتان، ولذلك يتحتم أولاً البحث عنها في جوف الفم وفي سنخ الأسنان وتحت الأنسجة المحيطة، وبعد ذلك تفحص المناطق المجاورة خارج الفم مع أخذ الصور الشعاعية إذا تطلب الأمر ذلك. وتعد الصور حول الذروة (الشكل ٦، ١٥) والصور الإطباقية المائلة والصور البانورامية الصور الأكثر استخداماً لمعرفة ما إذا كانت الجذور في الجيب الفكي أم خارجه، وقد يستدل أحياناً من شكل القناة في الجسم المعتم شعاعياً على أنها بقايا جذور أسنان داخل الجيب الفكي.



الشكل (٦، ١٥). تشير الأسهم السوداء إلى جذر تمت إزاحته إلى داخل الجيب الفكي.

وهناك أجسام أخرى قد تدفع بالخطأ إلى داخل تجويف الجيوب كالمواد المستخدمة في المعالجة اللبية وبرايم القطن وطبقات الأسنان بالإضافة إلى بقايا الأطعمة، وتعلل إزاحة جذور الأسنان إلى داخل الجيوب بالأسباب التالية:

- عدم ملاحظة حجم الجيب الفكي ومدى قربه من الجذور، وكذلك ازدياد ضائكة سمك قاع الجيب العظمي أو فقدانه أحياناً.

- استخدام طرق قلع الأسنان غير الملائمة وانعدام الاهتمام بعملية إزالة جذور الأسنان.

يزداد احتمال دفع الجذور من خلال قاع الجيب الفكي الرفيع حتى مع استخدام الضغط الخفيف، يتوجب عندها تجنب استخدام الضغط تجاه الجيب وعلى أن تكون القوة المستخدمة مع روافع الأسنان قوة متوازنة، تنحى باتجاه الفم وليس باتجاه الجيب الفكي. كما أن الخطورة تزداد كذلك مع استخدام جراحة السنخ، فإن استخدام الكلابية يتطلب حتماً رؤية الجانب الخنكي والخندي من الجذر. إن احتمال دفع الأسنان كاملة إلى داخل الجيب الفكي أمر وارد، ويزداد هذا عند محاولة إزالة الأسنان المطمورة أو البازغة جزئياً، وخصوصاً ذوات الجذور المخروطية الشكل، مثل الرحى العلوية الثالثة، والضواحك، والأنياب المحصورة. أما نهايات الجذور المكسورة الصغيرة، والتي لا يزيد طولها عن ٣ ملم وتعود لجذور سليمة فتعطى اعتبارات خاصة، حيث إن تركها في أماكنها أولى من أن تزاح عنوة إلى داخل الجيب عند محاولة إزالتها. ويتطلب اتخاذ قرار ترك بقايا الجذور في أماكنها إبلاغ المريض بهذه الخطوة وشرح أبعادها وتوثيقها في ملف المريض الطبي من خلال تحديد حجم وموقع الجذر المتبقي بالصور الشعاعية، على أن تتابع حالة الجذور المتبقية فيما بعد بصفة دورية والقبول بخيار

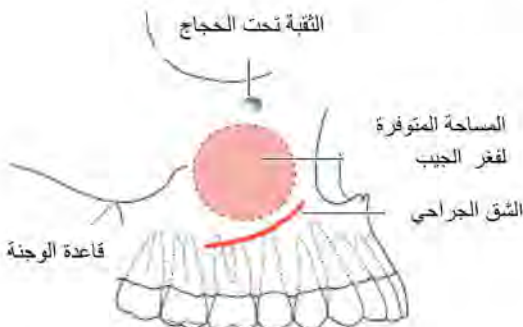
والأسنان والأجسام الغريبة الأخرى، وتتم غالباً في المستشفى تحت التخدير العام، وتتلخص خطواتها في التالي:

١- تصميم شريحة مخاطية سمحاقية من الأنسجة الخدية تمتد على امتداد عمق الدهليز ابتداءً من القاطع العلوي الجانبي وحتى الرحى العلوية الأولى بحيث تتيح كشف وثقب الجدار الأمامي للجيب في منطقة الحفرة النابية (canine fossa) بواسطة مبرد الحفر أو الأزميل، وتأخذ الشريحة الخدية في الفك الأدرد شكلاً أشبه بالشريحة ذات الطرفين ويشق مفرج أمامي واحد.

٢- يحدد موقع الجذر داخل الجيب تحت إضاءة جيدة بعد شفط السوائل وتسترد الجذور بإمساكها إما بملقط شرياني (artery forceps) أو بملقط فيكلنج (Fickling forceps).

٣- تشفط التجمعات الدموية من داخل الجيب الفكي وتزال الأنسجة الحبيبية والسلائل بعناية فائقة ويراعى الحذر في عدم إلحاق الضرر ببطانة الجيب ما أمكن ذلك لتجنب نشوء الالتهابات الجيبية المزمنة.

٤- يُغسل تجويف الجيب الفكي بالمحلول الفيزيولوجي ويغلق الشق الجراحي بخيوط الحرير السوداء بأسلوب الخياطة المتقطعة.



الشكل (١٥، ٧). عملية كولوديل لوك.

ينصح دائماً بإزالة الجذور من الجيب بأسرع ما يمكن لمنع نشوء الناسور الفموي الجيبي والتهاب الجيب المزمن. كذلك، فإن بقاء الجذور لفترة طويلة داخل الجيب يعرضها للانطمار في النسيج الحبيبية أو السلائل أو الألياف، وقد يتكون حولها حصاة جيبية (antrolith)، تطرد أحياناً كجسم غريب من خلال الناسور الفموي الجيبي إلى داخل الفم وأحياناً إلى الأنف عن طريق فوهة الجيب، وقد تستنشق أحياناً هذه الحصوات، أو تelfظ إلى الخارج عن طريق العطس.

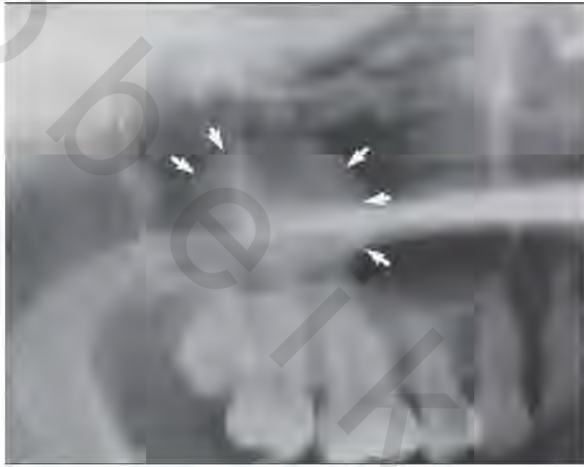
أما العلاج الفوري للجذور المزاحة إلى داخل الجيب في عيادة طب الأسنان فيقتصر على إصلاح الاتصال الفموي الجيبي (انظر سابقاً)، وإبلاغ المريض بالحادثة، ثم العمل على تسويق التحويل السريع إلى جراح وجه وفكين، حيث تزال بقايا الجذور في أغلب الأحوال من خلال جراحة سنخ السن على الرغم من أن استكشاف الجيوب الفكية أسهل بكثير عن طريق الجدار الأمامي مستخدماً ما يسمى بالثقب الإفراغي أو عملية كولوديل لوك (Caldwell-Luc)، وكخيار آخر يمكن إزالة الجذور الصغيرة بواسطة التنظير الداخلي للجيب الفكي.

إزالة الجذور من خلال سنخ الأسنان المقلوبة تزال الجذور من قاع الجيب الفكي والتقريب من تجويف السنخ السني غالباً بعد رفع شريحة خدية، يوسع بعدها التجويف العظمي وصولاً للجيب الفكي بإزالة الجدار الخارجي للسنخ. ويحدد موقع الجذر بسهولة في أغلب الحالات بعد غسل الجيب بالمحلول الفيزيولوجي وشفط السوائل، ويمكن على إثر ذلك استرداد الجذور، وعلى أن يغطى النشوء الناتج من الجراحة لاحقاً باستخدام الشريحة الخدية المتقدمة.

عملية كولوديل لوك (الشكل ١٥، ٧)

تتيح هذه العملية الوصول إلى جوف الجيب الفكي عن طريق الفم، وتوصف غالباً لإزالة الجذور

أهمية بالغة؛ وذلك لحاجة الأكياس السننية إلى التدخل الجراحي.



الشكل (٨، ١٥). يكتشف الكيس المخاطي الجيبى الحميد (الأسهم) عادة بمحض الصدفة خلال الفحص الشعاعى للأسنان.

وتنشأ الأورام الحميدة، مثل الورم الحليمي (papilloma)، والورم العظمي (osteoma) داخل الجيب الفكى، ونادراً ما تسبب أيأ من الأعراض إلا أنها قد تعيق تصريف الجيب نتيجة انسداد الفوهة، وربما تتسلل بعض الأورام إلى تجويف الفم عبر الاتصال الفموي الجيبى.

تكتشف معظم هذه الأورام عادة بمحض الصدفة من خلال الصور الشعاعية. أما الأورام الخبيثة داخل الجيب الفكى وعلى الرغم من انخفاض معدلها فإنها ترتبط بنهاية حتمية سيئة (poor prognosis) نظراً لاكتشافها في مراحل متأخرة وقد يعود السبب في ذلك إلى نشوئها في أماكن مغلقة بالإضافة إلى غياب الأعراض الأولية، وربما يعتقد بعض الممارسين في أحيان كثيرة خطأ أنها لا تعدو إلا أن تكون التهابات جيبية اعتيادية. وبما أن المرضى عادة يلجؤون إلى طبيب الأسنان عند الإحساس بالأعراض

ملخص قلع الأسنان والجيب الفكى

- يرتبط قلع الأسنان العلوية بنشوء الاتصال الفموي الجيبى، أو بنزوح الأسنان أو الأجسام الغريبة إلى داخل الجيب، أو بكسر أحدوية الفك العلوي.
- تزداد نسبة حدوث المضاعفات بازدياد حجم الجيب الفكى وقربه من الأسنان.
- يتحتم على طبيب الأسنان التنبؤ بحدوث المشاكل، وتفاديها قبل وقوعها، ومعالجتها إن حدثت، وتحديد الحالات التي تستدعي الإحالة إلى طبيب اختصاصي.

كسور الوجه والجيب الفكى

تمتد الإصابة إلى الجيب الفكى مع معظم كسور الوجه بما فيها كسر الوجنة، وكسور لي فورت المختلفة، وكسر الحجاج الانفجاري، وكسور السنخ (انظر الفصل ١٣)، ولا تتعارض كسور الجيب الفكى مع قلع الضواحك والأرحاء العلوية وخصوصاً إذا استخدم أسلوب القلع الجراحي، ومع ذلك يحذر استخدام الكلابية في قلع الأسنان خلال الستة الأسابيع الأولى بعد الإصابة الرضية للجيب الفكى.

أكياس الجيب الفكى والأورام

تكتشف الأكياس المخاطية (mucosal cyst) عادة بمحض الصدفة عند فحص الصور الشعاعية السننية (الشكل ٨، ١٥)، وتبدو دائماً عديمة الأعراض وليس لها أهمية على المدى البعيد، إلا أن تمييزها من الأكياس ذات المنشأ السننى، مثل الأكياس حول الذروية، والأكياس الجرابية، والأكياس المتقرنة يعد ذا

الجيب من السوائل، وتساهم مسكنات الألم كالبراسيتامول والإيبوبروفين في تخفيف الألم في الحالات الحادة .

ملخص علامات وأعراض الأورام الخبيثة في الجيب الفكّي اعتماداً على اتجاه انتشار الورم

• جميع الاتجاهات

فشل استجابة أعراض التهاب الجيوب للعلاج
كاستمرار ألم الفك العلوي وانسداد الأنف أحادي الجانب، وظهور إفرازات الأنف المتقيحة.

• تجاه الفم

فقدان ثبات الأسنان وغموض الأسباب إضافة الى النزف الشديد، أو تسلسل الورم من خلال السنخ بعد قلع الأسنان، وظهور الانتفاخ في الدهليز الخدي أو في منطقة الحنك وتأثيره السلبي على استقرار طقم الأسنان العلوي، وإصابة الفم بالقرحات.

• تجاه الأنف

الشكوى من الرعاف (epistaxis) وخصوصاً في المرضى الذين تزيد أعمارهم عن ٤٠ سنة دون وجود تفسيرات منطقية للنزف الأنفي وأحياناً الشعور بانسداد الأنف وزيادة إفرازاته.

• تجاه الخد

انتفاخ واحمرار الجلد فوق الفك العلوي والإحساس بخدر المنطقة المعصبة بالعصب تحت الحجاج، وقد تكون هذه دلالة على طبيعة الورم الخبيث.

• تجاه الحجاج

الشكوى من ازدواج الرؤية، وارتفاع مستوى الخدقة، وجحوظ العين في الناحية المصابة.

• تجاه الحفرة تحت الصدغ

تقييد حركة الفك السفلي (الضزز)، واختراق الورم لعضلات المضغ.

اعتقاداً منهم أنها نتيجة أمراض الأسنان، فإن للطبيب دوراً مهماً يبرز من خلال معرفته لعلامات وأعراض الأورام الخبيثة الناشئة في الجيب الفكّي. وقد تختلف هذه الأعراض باختلاف اتجاه انتشار الورم (انظر الملخص المرفق)، وقد لا تظهر علامات الأورام الخبيثة في مراحلها المبكرة في الصور الشعاعية للجيب الفكّي، ولكنها تبدو أحياناً بأشكال معتمة وبحدود غير منتظمة، وقد لا يظهر التآكل في جدار الجيب الفكّي إلا في مراحل المرض المتأخرة، ولذلك يتحتم عند الاشتباه في وجود أورام خبيثة تحويل المريض إلى اختصاصي جراحة الوجه والفكين، وإبلاغه مسبقاً عن الحالة بواسطة الفاكس أو الهاتف.

الجيب الفكّي والألم الوجهي

تسبب التهابات الجيب الفكّي وأورام الجيب الخبيثة ألم الوجه، وقد لا تظهر أسباب الألم بشكل واضح؛ ولذلك يتحتم إدراج هذه الحالات ضمن التشخيص التفريقي لآلام الوجه المختلفة. (انظر ما تم عرضه سابقاً من علامات وأعراض الأورام الخبيثة، وسوف يستعرض موضوع الألم الوجهي في الفصل ١٦).

العلاج الدوائي لأمراض

الجيب الفكّي

توصف المضادات الحيوية ومزيل احتقان الأنف واستنشاق البخار (steam inhalation) للوقاية من التهاب الجيوب بعد نشوء الاتصال الفموي الجيبي، وتعد المضادات الحيوية واسعة الطيف ذات فعالية جيدة في علاج التهاب الجيب الحاد على الرغم من كونها ليست بديلة عن تصريف محتويات الجيب الصديدية. أما وصف مزيل الاحتقان واستنشاق البخار فيساعد على فعالية تصريف

المضادات الحيوية

يعد وصف مضاد أموكسيسيلين أو إيثروميسين الخيار الأفضل لعلاج التهابات الجيوب الفكية.

مزيل الاحتقان

تساعد أدوية ومركبات محاكي الودي، مثل الإيفيدرين ٥, ٠٪ (ephedrine) في هيئة قطار للأنف على زيادة كفاءة الفوهة الأنفية وتنشيط تصريف محتوى الجيب، وذلك من خلال تأثيره على الأوعية الدموية، وبالتالي تقليل احتقان مخاطية الأنف (decongestants). ومع ذلك يحذر استخدام مركب الإيفيدرين لأكثر من ٧ أيام متتالية، وذلك تفادياً لتوسع الأوعية العكسي المرتبط بالاستخدام لفترات طويلة، والذي قد يتسبب في

احتقانات أخرى. ولا يجب إعطاء هذا الدواء للمرضى الذين يتناولون مثبطات أكسيد الأمين الأحادي (monoamine oxidase inhibitor)، ويوصى باستبداله بأحد مركبات الإيفيدرين الكاذبة.

استنشاق البخار

يساعد استنشاق البخار (steam inhalations) على تقليل لزوجة المخاط حتى يسهل تصريفه خارج الجيب، ويكفي لهذا استخدام الماء الدافئ، ولا ينصح باستخدام الماء في درجة الغليان تفادياً لإصابات الحروق، ويمكن إضافة مركب المنثول (menthol) ومادة يوكالبتوس (eucalyptus) إلى الماء الدافئ لجعله أكثر قبولا ولزيادة طواعية المريض على الرغم من عدم ثبوت فعالية هذه المواد طيباً.

قراءات إضافية

maxillary sinus and its dental implications. Wright, Bristol, UK.

Awang M. N. (1988) Closure of oroantral fistula. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. McGowan D. A., Baxter P.W., James J. (1993) The

التقييم الذاتي

٢- عند محاولتك قلع الرحى العلوية الثالثة اليسرى (الشكل ٩، ١٥) أحسست بحركة غير طبيعية لجزء كبير من السنخ المحيط بالضرر.



الشكل (٩، ١٥). انظر السؤال الثاني.

١- لوحظ بعد قلع الرحى العلوية الأولى التصاق نهاية الجذر الحنكي بجزء أملس ومقر من العظم، وأظهرت الصور الشعاعية ملاصقة الجيب الفكي للأسنان المجاورة.

(أ) ماذا حدث؟ وكيف يمكن التأكد من ذلك؟

(ب) ماذا يجب القيام به؟

(ج) ما التعليمات الواجب مراعاتها بعد الجراحة، وما هي خطوات العلاج المطلوبة؟

(د) ما الأسنان الأخرى التي قد تسبب مثل هذه

المضاعفة؟

أ) ماذا حدث ؟

ب) ماذا يجب فعله ؟

ج) ما العلامات الشعاعية التي تدل على حدوث

مثل هذه المضاعفة؟

٣- عند محاولة إزالة الجذر الحنكي للرحى

العلوية الأولى برافعة الأسنان اختفى الجذر من المكان

فجأة:

أ) ما المواقع المحتملة لاختفاء الجذر؟

ب) ما السبل لإيجاد الجذر المختفي وما هي أهمية

البحث في الأماكن المتوقعة بالتسلسل؟

ج) ما الاحتياطات الواجب مراعاتها قبل وأثناء

إزالة الجذر؟

٤- اذكر الأعراض والعلامات التقليدية

والصفات الشعاعية لالتهاب الجيب الفكي الحاد. وما

هي أوجه الاختلاف من تلك المرتبطة بالتهاب الجيوب

المزمن؟

٥- صف الأعراض والعلامات المتوقعة

للاشتباه بورم الجيب الخبيث. وماذا يجب فعله عند

اكتشاف هذه الأعراض والعلامات؟

الإجابة في الملحق ب.