

تدبير الانحسار اللثوي من الصنف II لميلر بتطبيق تقنيتي الطعم اللثوي المركب (بشروي + ضام) والطعم اللثوي الحر: دراسة سريرية مقارنة

طالب الدراسات العليا: جهاد أحمد الراشد

قسم علم النسيج حول السنية - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق

الأستاذ المشرف: الأستاذ المساعد الدكتور طارق الشويكي

الملخص:

الهدف من البحث: لمقارنة فعالية الطعم اللثوي المركب الذي يتألف من طعم بشروي وطعم ضام ككتلة واحدة مترابطة على كل من مقدار الكسب في اللثة الملتصقة، مقدار التغطية الجذرية، مقدار تغير النمط الحيوي للثة.

المواد والطرائق: دراسة سريرية مقارنة مضبوطة معشاة بطريقة الفم المشطور Randomized Controlled Clinical Trial with Split Mouth Technique تتضمن موقعي اختبار، الموقع الأول الطعم اللثوي المركب، والموقع الثاني الطعم اللثوي الحر. تضمنت عينة البحث 10 مرضى من المراجعين لقسم علم النسيج حول السنية في كلية طب الأسنان جامعة دمشق ممن يعانون من انحسار لثوي صنف II لميلر وتتراوح أعمارهم بين 18 - 55 عاماً وذلك بعد أخذ موافقتهم المستتيرة لتضمينهم في عينة البحث. وتمت دراسة المشعرات التالية: (1) مشعر عمق السبر، (2) مشعر الانحسار اللثوي، (3) مشعر عرض اللثة الملتصقة، (4) مشعر الثخانة اللثوية.

النتائج: لم يلاحظ وجود فرق جوهري في قيم كل من مجموعة الطعم اللثوي المركب والطعم اللثوي الحر من ناحية عمق السبر، حيث كانت قيمة مستوى الدلالة تساوي

تدبير الانحسار اللثوي من الصنف II لميلر بتطبيق تقنيتي الطعم اللثوي المركب (بشروي + ضام)
والطعم اللثوي الحر: دراسة سريرية مقارنة

(0.818)، وكذلك لم يوجد فرق جوهري في قيمة الانحسار اللثوي (0.068). بينما وجد فرق جوهري في قيمة كل من عرض اللثة الملتنقة، وقيمة الثخانة اللثوية، حيث كانت قيمة مستوى الدلالة لعرض اللثة الملتنقة (0.014)، وقيمة مستوى الدلالة لثخانة اللثة (0.044). ويلاحظ تفوق قيم الطعم اللثوي المركب في كل من مجموعة عرض اللثة الملتنقة، والثخانة اللثوية.

الاستنتاجات: يقدم الطعم اللثوي المركب نموذجاً جديداً في تصحيح الانحسارات اللثوية المعقدة، وبينت الدراسة تفوق هذه التقنية على الطعم اللثوي الحر الذي يعد المعيار الذهبي في تصحيح الانحسارات اللثوية، حيث أمنت تقنية الطعم اللثوي المركب عرض لثة وثخانة لثوية أكبر بشكل جوهري من الطعم اللثوي الحر، وكذلك تفوقت في تخفيض عمق السير وتقليل الانحسار اللثوي ولكن لم تكن هذه القيم ذات فرق جوهري.

الكلمات المفتاحية: الطعم اللثوي الحر - الانحسار اللثوي - الثخانة اللثوية.

Management of gingival recession of Miller's class II using two techniques: Combined Gingival Graft (FGG + CTG) and Free Gingival Graft: a comparative clinical study

Abstract

Aim of the research: To compare the effectiveness of a combined gingival graft and the free gingival graft on the amount of attached gingival tissue, root coverage, and the change of gingival biotype.

Materials and methods: A Randomized Controlled Clinical Trial with Split Mouth Technique includes two sites; the first site is a combined gingival graft and the second site is a free gingival graft. The research sample included 10 patients from patients who referred to the department of periodontology at the Faculty of Dentistry, University of Damascus, suffering from Miller's class II recession, and their ages are between 18 - 55 years, after taking their informed consent to be included in the research sample. The following indices were studied: 1) the probing depth, 2) the gingival recession, 3) the attached gingival width, and 4) the gingival thickness.

Results: No significant difference was observed in the values of the combined gingival graft and free gingival graft in terms of probing depth, P-value was (0.818), and also, no significant difference in the value of gingival recession (0.068). While a significant difference was found in the value of each of the width of the attached gingiva and the value of the gingival thickness, where the P-value of the width of the attached gingiva was (0.014), and the value of the gingival thickness (0.044). The combined gingival graft values were superior to both the attached gingiva and gingival thickness.

Conclusion: The combined gingival graft provides a new model in correcting complex gingival recessions, and the study showed the superiority of this technique over the free gingival graft, which is

تدبير الانحسار اللثوي من الصنف II لميلر بتطبيق تقنيتي الطعم اللثوي المركب (بشروي + ضام)
والطعم اللثوي الحر: دراسة سريرية مقارنة

the golden standard in correcting gingival recessions, as the combined gingival graft technique secured gingival width and gingival thickness significantly larger than free gingival graft, as well as superior In lowering the sounding depth and reducing gingival recession, however, these values were not of significant difference.

Keywords: Free gingival graft – gingival recession – gingival thickness.

مقدمة:

يشير مصطلح انحسار اللثة (GR) إلى تعرض سطح الجذر للوسط الفموي بسبب توضع حافة اللثة ذروباً بالنسبة إلى الملتقى المينائي الملاطي (CEJ) (1، 2)، وهو من أكثر الاضطرابات اللثوية شيوعاً ويعد من الحالات غير المرغوب بها، كما يزداد انتشاره بشكل شائع مع تقدم العمر (3).

يمكن تصنيف انحسار اللثة إلى موضعي أو معمم، ويعد واحداً من السمات السريرية لأمراض النسيج حول السنوية وغالباً ما يرتبط مع مشاكل سريرية مثل فرط حساسية سطح الجذر، نخور جذرية، سحل عنق الجذر، التآكل، ثبات اللويحة و مشاكل تجميلية (4).

أما المسببات فهي متعددة العوامل وتشمل تفرش الأسنان المفرط أو غير المناسب، أمراض النسيج حول سنوية، سوء توضع الأسنان، امتصاص العظم السنخي، الارتباط العضلي المرتفع، شد اللجام الشاذ، الرض الإطباقي علاجي المنشأ (مثل تقويم الأسنان، أو العلاج التعويضي) والتدخين (5).

من المتفق عليه وبشكل واسع أن وجود لثة ملتصقة بعرض 2 ملم أو أقل هو عامل خطر لحدوث الانحسار اللثوي (6)، وتعتبر الطعوم اللثوية الحرة الطريقة الأكثر شيوعاً لزيادة عرض اللثة الملتصقة (Carnio et al 2015)، من ناحية أخرى يقود الانحسار اللثوي إلى كشف جزء من جذر السن أو الأسنان في المنطقة المصابة، مما يخلق مشكلة تجميلية لدى المريض بالإضافة إلى احتمال معاناته من الحساسية السنوية، وهنا يأتي دور إجراءات الجراحة اللثوية المخاطية لتغطية الانكشاف وعلى رأسها الطعم الضام الذي يعتبر المعيار الذهبي في تغطية الانكشاف عند مقارنته مع بقية الإجراءات (6).

يعتمد تدبير الانحسار وتبعاته على التقييم الدقيق للعوامل الإراضية ودرجة تأثيره على الأنسجة. ومن البديهي أن هذا التداخل العلاجي سينقوض تدريجياً على المدى الطويل في حال عدم إزالة سبب المشكلة. عند معرفة سبب الحالة والتوجه لعلاجها يجب إنجاز

خطة معالجة لإيقاف أو عكس حالة الانحسار المتواجدة. الجزء الأولي من معالجة مريض انحسار اللثة يجب أن يكون وقائياً ويجب متابعة درجة انحسار اللثة لأي اشارات تطور. في طب الأسنان الحديث يجب التركيز على العلاج المحافظ، حيث يجب أن يكون أول خط دفاعي ضد انحسار اللثة هو العلاج الوقائي على شكل حمية صحية وتعليمات الصحة الفموية. يمكن تحسين الوقاية باستخدام التقليل والتسوية وصقل الأسنان بتدخلات مناسبة تبعاً لعوامل الإصابة المتعلقة بالمريض. تعد الجراحات آخر خطة للعلاج بسبب طبيعتهم الجائحة، ويجب أن يتم استخدامهم عند المرضى الذين يعانون من انحسار كبير وأو حساسية مفرطة ومشاكل تجميلية. تعد التغطية الجراحية للجذور جراحة ذات فائدة متوقعة عندما تكون الحاجة التجميلية هي الأهم والصحة حول السنية في حالة جيدة. يعد الاختيار الصحيح للحالة والتدبير الجراحي أمران ضروريان لتحقيق نتيجة ناجحة. (6)

أهم عوامل نجاح معالجة الانحسار اللثوي هي التعرف على العوامل المسببة (الإراضية) والغائها، وتقييم درجة تأثر النسج وأخيراً، الاختيار الدقيق للتدخل الجراحي المطلوب لتحقيق تغطية جذرية مثالية، وتحسين الناحية التجميلية وتقليل الحساسية. يتأثر اختيار التقنية الجراحية ببعض العوامل الهامة تتعلق بتشريح منطقة العيب مثل امتداد الإصابة، عرض اللثة المتقرنة ذروي الانحسار، سماكة الشريحة، مستوى الحليمة بين السنية والعظم السنخي، عمق التروية وتوضع اللجام الشفوي. (6، 7)

عند وجود انحسار لثوي من النمط الثاني لميلر، تعتمد الطريقة التقليدية في العلاج على إجراء طعم لثوي حر في المنطقة لزيادة عرض اللثة الملتصقة، وبعد تعافي المنطقة بشكل تام يخضع المريض إلى إجراء جراحي تالٍ يهدف إلى تغطية الانحسار اللثوي بواسطة طعم ضام مترافق مع شريحة مزاحة تاجياً. (8)

تقدم هذه الدراسة نموذجاً جديداً للطعوم وهو الطعم اللثوي المركب (قطف طعم بشروي وطعم ضام من قبة حنك المريض ككتلة مترابطة وتدرس فاعليته في زيادة عرض اللثة الملتصقة وتغطية الانكشاف الجذري الحاصل نتيجة نقص اللثة الملتصقة من خلال الجزء

الضام من الطعم، بالمقارنة مع تقنية الطعم اللثوي الحر، وذلك ضمن إجراء جراحي واحد، مما يوفر على المريض الخضوع إلى إجراء جراحي ثانٍ.

الهدف من البحث:

تقييم فعالية الطعم اللثوي المركب الذي يتألف من طعم بشروي وطعم ضام ككتلة واحدة مترابطة على كل من مقدار الكسب في اللثة الملتصقة، مقدار التغطية الجذرية، مقدار تغير النمط الحيوي للثة، وبالتالي توفير المرحلة الجراحية الثانية على المريض.

المواد والطرائق:

تصميم الدراسة:

دراسة سريرية مقارنة مضبوطة معشاة بطريقة الفم المشطور Randomized Controlled Clinical Trial with Split Mouth Technique تتضمن موقعي اختبار، الموقع الأول الطعم اللثوي المركب، والموقع الثاني الطعم اللثوي الحر.

عينة البحث:

تضمنت عينة البحث 10 مرضى من المراجعين لقسم علم النسيج حول السنية في كلية طب الأسنان جامعة دمشق ممن يعانون من انحسار لثوي صنف II لميلر وتتراوح أعمارهم بين 18 - 55 عاماً وذلك بعد أخذ موافقتهم المستتيرة لتضمينهم في عينة البحث، وشملت معايير التضمين كلاً مما يلي:

- 1- سلامة المريض جهازياً من الأمراض العامة المؤثرة على شفاء الجروح.
- 2- عدم الإصابة بالتهاب النسيج حول السنية.
- 3- مستوى عناية فموية جيد مع غياب أعراض التهاب اللثة.
- 4- المرضى غير المدخنين.

5- انحسار لثوي ثنائي الجانب صنف II حسب تصنيف Miller 1985.

تم استخدام المشعرات التالية لمقارنة الطعم اللثوي المركب مع الطعم اللثوي الحر، حيث تم استخدام (1) مشعر عمق السبر: يعرف عمق السبر بأنه المسافة ما بين الحافة اللثوية وقاع الميزاب اللثوي أو الجيب حول السني ويقاس بالملم حيث سيتم استخدام مسبر ويليمز، (2) مشعر الانحسار اللثوي: تم قياسه من الملتقى المينائي الملاطي إلى الحافة اللثوية الحرة عند منتصف السطح الدهليزي، (3) مشعر عرض اللثة الملتصقة: تم قياسه بواسطة مسبر حول سني بالطريقة غير المباشرة. (4) مشعر الثخانة اللثوية: تم قياسها سريراً عبر السبر المباشر للثة.

الإجراءات السريرية:

1- المرحلة قبل الجراحية: بعد التأكد من مطابقة شروط التضمنين على المريض يتم أخذ موافقته على الدخول ضمن عينة البحث بعد الشرح الكامل والوافي للإجراء الجراحي المتبع. تم تحضير المريض قبل 10-14 يوم من العمل الجراحي من خلال التقليل الآلي وتوعيته لرفع مستوى إجراءات العناية الفموية والسيطرة على اللويحة. إجراء طبعة للفك المستهدف في الدراسة لتحضير جبيرة دلالة إكربيلية لمنع أي اختلاف في طريقة قياس مشعر عمق السبر ومستوى الارتباط السريري وعمق الانحسار. (9)

2- تحضير السرير وخطاطة الطعم المركب: بعد التخدير الموضعي، سيتم إجراء شق باتجاه السماح نزوي الملتقى المخاطي اللثوي ب 2-3 ملم ويمتد لمسافة سن واحد وحشي وأنسي منطقة الانحسار، وبعد إجراء شطبين محررين للشق نزويًا سيتم رفع شريحة كاملة الثخانة لتأمين مسكن الطعم البشروي. سيتم إجراء شق ميزابي يتضمن الأسنان المصابة بالانحسار ثم المتابعة بشفرة tunnel لرفع شريحة جزئية الثخانة بدءاً من قعر الميزاب اللثوي وصولاً إلى الشق الأولي

المجرى لتحضير السرير البشري، وبذلك يتحرر القسم المخاطي اللثوي فوق الشق الأولي بشكل كامل ليتم دك الجزء الضام تحته، التسليخ جزئي الثخانة سيتمد سناً واحداً أنسي ووحشي منطقة الانحسار مع تحرير جزئي للحليمات اللثوية بحيث تبقى مرتبطة. بعد دك الطعم الضام ستتم خياطته بحيث يغطي الانحسار بشكل كامل، ثم خياطة القسم اللثوي المخاطي المتحرر بعد إزاحته تاجياً وثنيته بواسطة الكومبوزت دهليزي الأسنان المصابة. سيتم تثبيت الطعم البشري من خلال اللاصق النسيجي على الزوايا السفلية فقط للطعم. (9، 10)

3- **تحضير سرير وخياطة الطعم اللثوي الحر:** بعد التخدير الموضعي سيتم إجراء شق باتجاه السماح عند الملتقى المخاطي اللثوي ويمتد لمسافة سن واحد وحشي وأنسي منطقة الانحسار، وبعد إجراء شطبين محررين للشق ذروباً سيتم رفع شريحة كاملة الثخانة لتأمين مسكن الطعم البشري. سيتم تثبيت الطعم في مكانه بواسطة اللاصق النسيجي. (10)

4- **قطف وتحضير الطعم المركب:** سيتم قطف طعم لثوي كامل الثخانة من قبة الحنك تعادل مساحته مجموع المساحة المطلوبة لتغطية الانحسار كاملاً والمساحة المطلوبة لزيادة عرض اللثة الملتصقة وتعميق الميزاب. المساحة المطلوبة لتغطية الانحسار سيتم إزالة الطبقة البشرية عنها deepithelialise بواسطة شفرة 15c بحيث نحصل على اسفين ضام ، القسم الآخر من الطعم ستتم إزالة النسيج الضام عنه باستخدام نفس الشفرة بحيث نحصل على طعم لثوي حر مرتبط بإسفين ضام. سيتم أخذ قيم المشعرات المدروسة قبل العمل الجراحي وبعد شهر وبعد 3 أشهر من العمل الجراحي. (10)

تدبير الانحسار اللثوي من الصنف II لميلر بتطبيق تقنيتي الطعم اللثوي المركب (بشروي + ضام)
والطعم اللثوي الحر: دراسة سريرية مقارنة

الدراسة الإحصائية:

بعد جمع البيانات وترتيبها ضمن جداول تم استخدام البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 24 لتحليل البيانات وصفاً واستدلالياً وإجراء المقارنة بين المجموعات.

مراحل العمل الجراحي والإجراءات السريرية للطعم اللثوي المركب

	
<p>الصورة رقم 2: البدء بالعمل الجراحي، توضح الصورة الشق الجراحي الأول للقيام بالطعم اللثوي المركب.</p>	<p>الصورة رقم 1: إحدى الحالات السريرية قبل البدء بالعمل الجراحي، تبين الصورة الانحسار في كل من الطرفين الأيمن والأيسر عند الانتياب.</p>
	
<p>الصورة رقم 4: توضح العمل الجراحي في كل من الطرفين، الأيسر الطعم اللثوي المركب، والأيمن الطعم اللثوي الحر التقليدي.</p>	<p>الصورة رقم 3: أبعاد الطعم اللثوي المركب في كل من الاتجاهين الطولي والعرضي.</p>

<p>الصورة رقم 6: الشفاء في جهة الطعم اللثوي المركب بعد شهر</p>	<p>الصورة رقم 5: الشفاء بعد 14 يوم من العمل الجراحي.</p>
<p>الصورة رقم 8: الشفاء بعد 3 أشهر من العمل الجراحي، ويظهر تغطية الانحسار بشكل كامل في طرف الطعم اللثوي المركب.</p>	<p>الصورة رقم 7: الشفاء في جهة الطعم اللثوي الحر بعد شهر</p>

النتائج:

شملت عينة البحث (10) مرضى من مراجعي قسم علم النسيج حول السننية في كلية طب الأسنان - جامعة دمشق، وكان عدد الذكور الموافقين لمعايير القبول في الدراسة (4) 40% من العينة، وعدد الإناث (6) 60% من العينة. تراوح العمر للعينة المقبولة في الدراسة بين (21 سنة) حتى (41 سنة)، وكان متوسط العمر لعينة الدراسة (32) والانحراف المعياري (7.69). تم إجراء عمليتين جراحيين لكل مريض، حيث تم اتباع

تدبير الانحسار اللثوي من الصنف II لميلر بتطبيق تقنيتي الطعم اللثوي المركب (بشروي + ضام)
والطعم اللثوي الحر: دراسة سريرية مقارنة

تصميم الفم المشطور، تم إجراء (10) عمليات جراحية بتقنية الطعم اللثوي المركب (CGG)، و(10) عمليات جراحية بتقنية الطعم اللثوي الحر (FGG).

يلخص الجدول رقم 1 التحليل الوصفي لكل من مشعرات البحث خلال أزمنا القياس، ولكل من مجموعة الطعم اللثوي المركب والطعم اللثوي الحر. حيث كانت قيمة عمق السبر عند البدء لمجموع الطعم اللثوي المركب (1.63 ملم) وبعد 3 أشهر (1.53 ملم)، بينما في مجموعة الطعم اللثوي الحر كانت القيم (1.7، 1.74 ملم) على الترتيب.

أما عرض اللثة الملتنقة فكانت قيمته (0) لكل من المجموعتين عند البدء، وبعد 3 أشهر كانت قيمة اللثة الملتنقة في مجموعة الطعم اللثوي المركب (5.2 ملم)، وفي مجموعة الطعم اللثوي الحر (3.9 ملم).

انخفض الانحسار اللثوي في مجموعة الطعم اللثوي المركب بشكل أكبر من الطعم اللثوي الحر، حيث كانت قيمة الانحسار اللثوي عند البدء وبعد 3 أشهر (7.9، 6.2 ملم) على الترتيب في مجموعة الطعم اللثوي المركب، بينما كانت القيم (6.6، 6.45 ملم) على الترتيب في مجموعة الطعم اللثوي الحر.

أما عن الثخانة اللثوية فكانت قيمتها عند البدء (0.6 ملم) في مجموعة الطعم اللثوي المركب و(1.22 ملم) بعد 3 أشهر، وفي مجموعة الطعم اللثوي الحر (0.55 ملم) عند البدء و(0.9 ملم) بعد 3 أشهر.

الجدول رقم 1 - التحليل الوصفي لمتغيرات البحث							
متغيرات البحث		CGG			FGG		
		العدد	المتوسط	انحراف معياري	العدد	المتوسط	انحراف معياري
عمق السبر	عند البدء	10	1.63	.43	10	1.70	.57
	بعد 14 يوم	10	.	.	10	2.13	.57
	بعد شهر	10	1.71	.50	10	1.75	.59
	بعد 3 أشهر	10	1.58	.40	10	1.74	.58
عرض اللثة الملتنقة	عند البدء	10	.00	.00	10	.00	.00
	بعد 14 يوم	10	.	.	10	5.33	.82
	بعد شهر	10	5.50	1.56	10	4.25	.72

	بعد 3 أشهر	10	5.20	1.55	10	3.90	.88
الانحسار اللثوي	عند البدء	10	7.90	2.42	10	6.60	1.35
	بعد 14 يوم	10	5.15	1.83	10	6.40	1.07
	بعد شهر	10	5.90	1.84	10	6.45	1.12
	بعد 3 أشهر	10	6.20	1.90	10	6.45	1.30
الثخانة اللثوية	عند البدء	10	.60	.21	10	.55	.16
	بعد 14 يوم	10	.	.	10	.	.
	بعد شهر	10	1.45	.37	10	.92	.29
	بعد 3 أشهر	10	1.22	.31	10	.90	.32

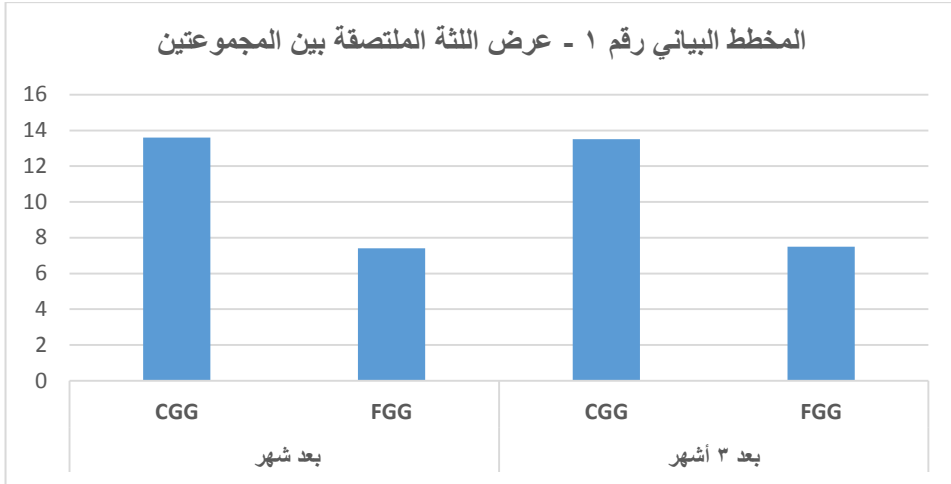
تم إجراء اختبار **Mann-Whitney U** لدراسة وجود فرق جوهري بين كل من الطعم اللثوي المركب والطعم اللثوي الحر من ناحية متغيرات البحث المدروسة، ويلخص الجدول رقم 2 نتيجة هذا الاختبار.

لم يلاحظ وجود فرق جوهري في قيم كل من مجموعة الطعم اللثوي المركب والطعم اللثوي الحر من ناحية عمق السبر، حيث كانت قيمة مستوى الدلالة تساوي (0.818)، وكذلك لم يوجد فرق جوهري في قيمة الانحسار اللثوي (0.068).

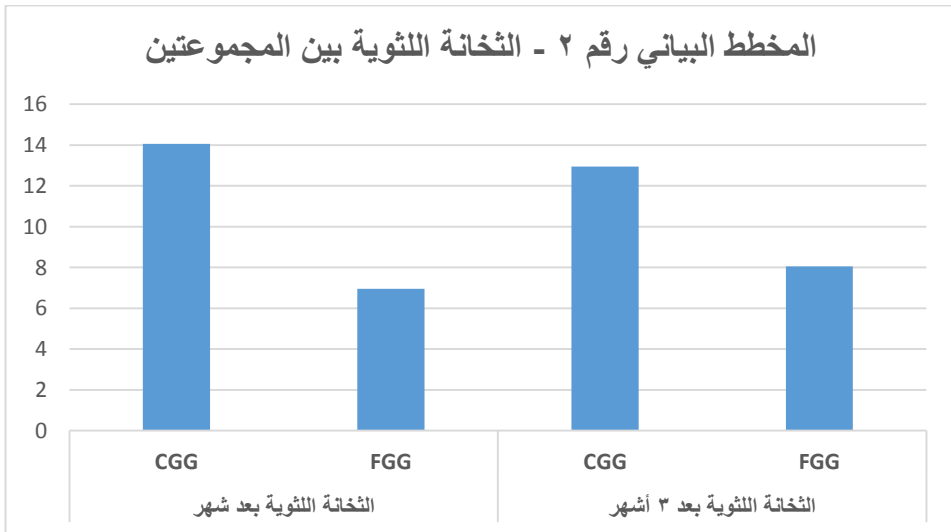
بينما وجد فرق جوهري في قيمة كل من عرض اللثة الملتصقة، وقيمة الثخانة اللثوية، حيث كانت قيمة مستوى الدلالة لعرض اللثة الملتصقة (0.014)، وقيمة مستوى الدلالة لثخانة اللثة (0.044). ويلاحظ تفوق قيم الطعم اللثوي المركب في كل من مجموعة عرض اللثة الملتصقة، والثخانة اللثوية.

الجدول رقم 2 - دراسة وجود فرق جوهري بين نوعي الطعم المستخدم باستخدام اختبار Mann-Whitney U						
المتغيرات	نوع العمل الجراحي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة P	معنوية الاختبار
عمق السبر	CGG	10	10.20	102.00	.818	لا يوجد فرق جوهري
	FGG	10	10.80	108.00		
عرض اللثة الملتصقة	CGG	10	10.50	105.00	.014	يوجد فرق جوهري
	FGG	10	10.50	105.00		
الانحسار اللثوي	CGG	10	12.10	121.00	0.068	لا يوجد فرق جوهري
	FGG	10	8.90	89.00		
ثخانة اللثة	CGG	10	11.00	110.00	.044	يوجد فرق جوهري
	FGG	10	10.00	100.00		

يبين المخطط البياني رقم 1 كل من قيمة عرض اللثة الملتنفة بين كل من مجموعة الطعم اللثوي المركب والطعم اللثوي الحر، حيث يبين المخطط تفوق مجموعة الطعم اللثوي المركب على نظيره.



يبين المخطط البياني رقم 2 قيمة الثخانة اللثوية، حيث يلاحظ تفوق قيم مجموعة الطعم اللثوي المركب على مجموعة الطعم اللثوي الحر



المناقشة:

يعتمد تدبير الانحسار وتبعاته على التقييم الدقيق للعوامل الإمبراضية ودرجة تأثيره على الأنسجة. ومن البديهي أن هذا التداخل العلاجي سينقوض تدريجياً على المدى الطويل في حال عدم إزالة سبب المشكلة. عند معرفة سبب الحالة والتوجه لعلاجها يجب انجاز خطة معالجة لايقاف أو عكس حالة الانحسار المتواجدة. الجزء الأولي من معالجة مريض انحسار اللثة يجب أن يكون وقائياً ويجب متابعة درجة انحسار اللثة لأي اشارات تطور. التركيز على العلاج المحافظ في طب الأسنان الحديث، حيث يجب أن يكون أول خط دفاعي ضد انحسار اللثة هو العلاج الوقائي على شكل حمية صحية وتعليمات الصحة الفموية. يمكن تحسين الوقاية باستخدام التقليل والتسوية وصلل الأسنان بتدخلات مناسبة تبعاً لعوامل الإصابة المتعلقة بالمريض. تعد الجراحات آخر خطة للعلاج بسبب طبيعتهم الجائحة، ويجب أن يتم استخدامهم عند المرضى الذين يعانون من انحسار كبير وأو حساسية مفرطة ومشاكل تجميلية. تعد التغطية الجراحية للجزور جراحة ذات فائدة متوقعة عندما تكون الحاجة التجميلية هي الأهم والصحة حول السنية في حالة جيدة. يعد الاختيار الصحيح للحالة والتدبير الجراحي أمران ضروريان لتحقيق نتيجة ناجحة.(11)،

(12)

أهم عوامل نجاح معالجة الانحسار اللثوي هي التعرف على العوامل المسببة (الإمبراضية) وإلغائها، وتقييم درجة تأثر النسج وأخيراً، الاختيار الدقيق للتداخل الجراحي المطلوب لتحقيق تغطية جذرية مثالية، وتحسين الناحية التجميلية وتقليل الحساسية. (13)

يتأثر اختيار التقنية الجراحية ببعض العوامل الهامة تتعلق بتشريح منطقة العيب مثل امتداد الإصابة، عرض اللثة المنقرنة ذروي الانحسار، سماكة الشريحة، مستوى الحليمة بين السنية والعظم السنخي، عمق التروية وتوضع اللجام الشفوي. (14)

منذ 1960 تم اقتراح مجال كبير من التقنيات الجراحية لعلاج الانحسار اللثوي مثل: الطعم اللثوي المتقرن الحر (Sullivan 1968) أو الطعم اللثوي الحر جزئي التقرن (Stimmelmayer 2011)، الشرائح المعنقة مثل الشريحة مضاعفة الحليمة الدورانية (15) (16)، الشريحة المزاحة جانبياً (Grupe 1956) (Zucchelli 2004)، الشريحة المزاحة تاجياً (Liu 1980)(Allen 1989)(Bernimoulin1975) الطعم الضام تحت البشروي (Raetzke 1985) (أو التقنية الظرفية) وتعديلاته (Langer 1985) (Da Silva 2004). جمع مؤلفون آخرون أيضاً بعض التقنيات المذكورة أعلاه، خاصة الشريحة المزاحة تاجياً، مع مشتق القلب المينائي (McGuire 2003) (Modica 2000)، الأغشية غير الممتصة (Pini 1992)(Trombelli 1994)، الأغشية الممتصة (Roccuzzo 1996)(Tatakis 2000)، طعم القلب الجلدي اللاخوي (Harris 2000) قالب الكولاجين المغاير (Cardaropoli 2012) (McGuire 2010) البلازما الغنية بالصفائح (Cheung 2004)(Huang 2005). (17)

كما تم اقتراح أساليب حديثة والتي تتضمن مزيجاً من الشريحة المزاحة تاجياً مع طعم القلب الجلدي اللاخوي، أو مشتق قالب الميناء، أو الفيبرين الغني بالصفائح، أو غشاء كولاجيني.

تم تطبيق الطعم اللثوي الحر بشكل واسع منذ أن وصف لأول مرة من قبل Bjom عام 1963 ، تهدف الطعوم اللثوية الحرة بشكل أساسي إلى زيادة أبعاد النسيج اللثوية ، بالإضافة إلى منع أو وقف تقدم الانحسار اللثوي ، تسهيل السيطرة على اللوحة ، تحسين الناحية الجمالية ، إنقاص أو التخلص من الحساسية الجذرية الطعوم اللثوية الحرة هي طعوم ذاتية مأخوذة من قبة الحنك تعوض عن اللثة المتقرنة المفقودة و تؤدي إلى كسب حقيقي باللثة المتقرنة. (11)

أفاد العديد من الباحثين (1، 18) بأن نجاح الطعوم اللثوية الحرة في تغطية الجذر أقل بالمقارنة مع الإجراءات الجراحية الأخرى. تبين أن متوسط تغطية الجذر التي تم

تحقيقها باستخدام الطعم البشري الحر يتراوح بين 9-87 %، وتختلف تغطية الجذر الكاملة بين 9-72 % من المواقع. (19)

بعد تطبيق الطعم اللثوي الحر قد ينقص عمق الميزاب الدهليزي في الموقع المستقبل نتيجة تقلص الجرح و عودة اندخال الألياف العضلية بالفترة التالية للجراحة و خاصة إذا كان الموقع المستقبل يتوضع عميقا باتجاه الارتباطات العضلية و بالتالي تحدث تغيرات بأبعاد النسخ بما فيها الطعم المنقول و نحصل بالنتيجة على نسخ متقرنة أقل من المتوقع. (20).

بينما يعتبر الطعم الضام الخيار الأمثل في عمليات التطعيم اللثوي وعمليات إعادة بناء الحافة السنخية وفي معالجة الانحسارات اللثوية، وذلك لما له من مميزات تجعله يتفوق على الطعم البشري الحر الذي يظهر كرقعة على المخاطية اللثوية. (2)

إن الطعم الضام هو إجراء ثنائي الطبقات مصمم لزيادة التروية الدموية للطعم من السمحاق واللثة. يتم وضع الطعم الضام الذي يتم أخذه عادةً من الحنك فوق منطقة الانحسار، بينما يتم الحصول على التروية الدموية والمغذيات من السيرير المتلقي والحليمات بين الأسنان والشريحة المغطية، هذه الطريقة مناسبة لتغطية حالات الانحسار لكل من الأسنان الفردية والمتعددة المتجاورة، وتستطب بشكل خاص عندما يكون المطلب الجمالي هو الاعتبار الأساسي. بالإضافة إلى توفير تغطية الجذر، يمكن أيضاً استخدام الطعم الضام لزيادة سماكة اللثة في مناطق انحسار اللثة لتقليل خطر حدوث مزيد من الانحسار في المستقبل. (3، 21)

نظرا لعدم وجود أي دراسة أو ورقة علمية تتحدث عن دمج تقنيتي الطعم اللثوي الحر والطعم الضام كإجراء جراحي واحد كان من الصعب مقارنة النتائج التي حصلنا عليها في هذه الدراسة مع نتائج الدراسات الأخرى، ولكن تمت المقارنة من خلال تقنية الفم

المشطور مع الطعم اللثوي الحر الذي يعد المعيار الذهبي في تصحيح الانحسارات اللثوية. (2)

في الختام، تمثل الانحسارات اللثوية تحدياً في أمراض الأنسجة الرخوة، مع مسببات متعددة وانتشار مرتفع يزيد مع تقدم العمر. يرتبط علاجها الجراحي الناجح ارتباطاً وثيقاً بتحديد العوامل المسببة له والقضاء عليها، والاختيار الدقيق للتقنية الجراحية وتنفيذها الصحيح لأن التقنية حساسة للغاية. تم اقتراح مجموعة واسعة من التقنيات الجراحية لعلاج انحسار اللثة، لكل منها مزاياها وعيوبها. لتأمين نتائج طويلة المدى ويمكن التنبؤ بها، من المهم أن يتم اختيار التقنية الجراحية بشكل فردي اعتماداً على الآفة، مع الأخذ بعين الاعتبار العديد من العوامل الحاسمة مثل حجم الآفة، وعرض الشريحة.

سادساً: الاستنتاجات:

يقدم الطعم اللثوي المركب نموذجاً جديداً في تصحيح الانحسارات اللثوية المعقدة، وبينت الدراسة تفوق هذه التقنية على الطعم اللثوي الحر الذي يعد المعيار الذهبي في تصحيح الانحسارات اللثوية، حيث أمنت تقنية الطعم اللثوي المركب عرض لثة وثخانة لثوية أكبر بشكل جوهري من الطعم اللثوي الحر، وكذلك تفوقت في تخفيض عمق السبر وتقليل الانحسار اللثوي ولكن لم تكن هذه القيم ذات فرق جوهري.

سابعاً: التوصيات والمقترحات:

في حدود هذه الدراسة نوصي بما يلي:

- 1- القيام بمزيد من الدراسات السريرية على عينة أكبر من المرضى ولفترات مراقبة أكبر لتقييم التغيرات التي تحدث على الطعم اللثوي المركب خلال الزمن.
- 2- اعتماد تقنية الطعم اللثوي المركب في تصحيح الانحسارات المعقدة، وعند الحاجة إلى اكتساب ثخانة لثوية، وعرض لثة ملتصقة أكبر.

- 3- القيام بدراسات سريرية تقارن فاعلية الطعم اللثوي المركب مع الطعم اللثوي الحر المتبوع بإجراء جراحي تالٍ يتضمن شريحة مزاحة تاجياً مع أو بدون طعم ضام.
- 4- القيام بمزيد من الدراسات السريرية لتحديد نمط البشرة المغطية للجزء المخاطي المغطي للإسفين الضام المرتبط بالجزء البشري من الطعم اللثوي المركب.

المراجع

Uncategorized References

- .1 Wennstrom JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. J Clin Periodontol. 1996;23(8):770-7.
- .2 Agrawal E, Chopra R, Sharma N. Treatment of lingual gingival recession on mandibular lateral incisor using minimally invasive full-thickness tunneling technique and subepithelial palatal connective tissue graft. J Indian Soc Periodontol. 2021;25(1):78-82.
- .3 Ashfaq M, Sadiq A, Sukhia RH, Fida M. Association of hard and soft tissue factors with gingival recession in orthodontically treated patients: A retrospective study. Int Orthod. 2021;19(1):60-6.
- .4 Chambrone LA, Chambrone L. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession-type defects. J Periodontol. 2006;77(5):909-16.
- .5 Kundapur PP, Bhat KM, Bhat GS. Association of trauma from occlusion with localized gingival recession in mandibular anterior teeth. Dent Res J (Isfahan). 2009;6(2):71-4.
- .6 Ajay M. Mahajan's Modification of the Miller's Classification for Gingival Recession. Dental Hypotheses. 2010;1:45-50.
- .7 Alan E. Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinised gingiva. Journal of Clinical Periodontology. 1974;1:96-185:
- .8 Dias JJ, Panwar M, Kosala M. Management of inadequate keratinized gingiva and millers class III or IV gingival recession using two-stage free gingival graft procedure. J Indian Soc Periodontol. 2020;24(6):554-9.
- .9 Patel M, P. J. N, M. F. W.-Y .C. Gingival recession: part 1. Aetiology and non-surgical management. British Dental Journal. 2011;211:251-4 American

Academy of Periodontology. Parameters of care. J Periodontol 2000; 71: 847–883.

.10 Tozum TF, Keceli HG, Guncu GN, Hatipoglu H, Sengun D .Treatment of gingival recession: comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. J Periodontol. 2005;76(11):1842-8.

.11 Oh SL, Chung MK. Creeping attachment following free gingival grafts around dental implants exhibiting mucosal recession with a lack of keratinised mucosa: A case series. Int J Oral Implantol (Berl). 2020;13(4):401-9.

.12 Luiz Armando C, Leandro C. Subepithelial Connective Tissue Grafts in the Treatment of Multiple Recession-Type Defects. Journal of Periodontology . 16-77:909;2006

.13 Stoner JE, Mazdyasna S. Gingival recession in the lower incisor region of 15-year-old subjects. J Periodontol. 1980;51(2):74-6.

.14 Paul B, Charlotte S. The Aetiology of Gingival Recession. Dental Update. 2002;29:59-62 Hall. Critical decisions in periodontology – 4th edition.

.15 MOAWIA M. K, ROBERT E. C. The etiology and prevalence of gingival recession. The Journal of the American Dental Association. 2003;134:220-5
Bhoomika Khosya, Devaraj CG. Etiology and severity of different grades of gingival recession in adult population. Natl J Med Res 2014; 4(3):189-192.

.16 Smukler H, Landsberg J. The toothbrush and gingival traumatic injury. J Periodontol. 1984;55(12):713-9.

.17 Cristiano S, Alex N. H, Rui V. O, Ola H, Jasim M. A. Gingival Recession: Epidemiology and Risk Indicators in a Representative Urban Brazilian Population. Journal of Periodontology. 2004;75:1377-86.

.18 Jan W, Jan L, Sture N. The role of keratinized gingiva in plaque-associated gingivitis in dogs. Journal of Clinical Periodontology. 1982;9:75-85.

.19 Jan L. W, Giovanni Z. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures?. A 2-year prospective clinical study. Journal of Clinical Periodontology. 1996;23:770-7 Kleber BM, Schenk HJ. Etiology of gingival recessions. Dtsch Zahnarztl Z 1989; 44(11): 845-8.

.20 Hangorsky U, Bissada NF. Clinical assessment of free gingival graft effectiveness on the maintenance of periodontal health. J Periodontol. 1980;51(5):274-8.

.21 Goyal L, Chawla K. Efficacy of microsurgery in treatment of localized or multiple gingival recession: A systematic review. J Oral Biol Craniofac Res. 2021;11(2):237-44.