

ژنژیویت زخمي نكروزه (NUG)



نشانه ها:

- فرورفتگی آتشفشانی شکل قله پایلای بین دندانی
- غشاء کاذب خاکستری که از مابقی لثه توسط اریتم خطی مشخصی جدا می شود.
- خونریزی خود به خود یا به دنبال تحریک مختصر
- بوی بد دهان
- افزایش جریان بزاق



سمیتومها:

- حساسیت زیاد ضایعات به لمس
- درد منتشر و تشدید یابنده در اثر غذاهای تند و داغ و عمل جویدن
- احساس طعم فلزی
- آگاهی از فراوانی و غلظت بزاق

نشانه ها و سمپتومهاي خارج دهاني و سيستميك:

مراحل خفيف تا متوسط بيماري:

- لنفادنوپاتي موضعي و افزايش مختصر دماي بدن

موارد شديد بيماري:

- تب بالا

- افزايش ضربان نبض

- لکوسيتوز

- بي اشتهايي

- ضعف عمومي

سير باليني:

- مرحلة 1: نكروز قلة پاپيلاي بين دنداني
- مرحلة 2: نكروز كامل پاپيلا
- مرحلة 3: گسترش نكروز به لثة مارجينال
- مرحلة 4: گسترش نكروز به لثة چسبنده
- مرحلة 5: گسترش نكروز به مخاط باكال يا لبيبال
- مرحلة 6: عريان شدن استخوان آلويولار
- مرحلة 7: سوراخ شدن پوست گونه





نواحی میکروسکوپیکی بافت‌های مبتلا:

ناحیه ۱: ناحیه باکتریایی - وجود باکتریهای مختلف از جمله اسپیروکتها

ناحیه ۲: ناحیه سرشار از نوتروفیل - وجود لکوسیت‌های فراوان همراه با باکتریها

ناحیه ۳: ناحیه نکروتیک - شامل سلولهای مضمحل شده، مواد رشته ای، بقایای الیاف کلاژن و تعداد زیادی از اسپیروکتها با تعداد کمی از سایر ارگانیسما

ناحیه ۴: ناحیه ارتشاح اسپیروکتی - شامل اسپیروکت‌های ارتشاح یافته در بافت‌های تخریب شده و فقدان ارگانیسماهای دیگر

تشخیص افتراقی:

- ژنژیواستوماتیت هرپسی
- ژنژیواستوماتیت استرپتوکوکی
- ژنژیواستوماتیت گنوکوکی
- ژنژیویت دسکووماتیو
- آنژین ونسان
- درماتوزها
- کاندیدیازیس

- پریودونتیت مزمن
- استوماتیت آفتی
- آگرانولوسیتوز
- ضایعات دیفتریایی
- ضایعات سلی
- ضایعات سیفلیسی
- استوماتیت تماسی

بیماری تخریبی مزمن پریدوننتال

متنوع بودن اسمیر باکتریایی

درگیری لثهٔ مارجینال

سیر مزمن

معمولاً بدون درد

فقدان تفلس و احتمال ترشحات
چرکی

عدم نکروز

عموماً ابتلاء بزرگسالان و بعضاً
کودکان

وجود بو اما نه لزوماً بوی بد

ژنژیویت دسکواماتیو

کم بودن باکتریها در اسمیر

درگیری منتشر لثهٔ مارجینال و
چسبنده و مخاط دهان

سیر مزمن

دردناک یا بدون درد

تفلس لکه ای اپی تلیوم لثه

عدم نکروز

ابتلاء بزرگسالان و غالباً زنان

فقدان بو

ژنژیویت زخمی نکروزه

کمپلکس فوزواسپیروکتی در
اسمیر

درگیری لثهٔ مارجینال

سیر حاد

دردناک

غشاء کاذب

نکروز پاپیلا و مارجین

ابتلاء بزرگسالان هر دو جنس و
بعضاً کودکان

بوی بد به طور شاخص

اتیولوژی:

- باکتری: اسپیروکتها، باسیلهای *P.intermedia, fusifom*
- عوامل مستعد کننده موضعی: ژنریویت قبلی، دخانیات
- سوء تغذیه
- بیماریهای تضعیف کننده: سیفلیس، سرطان، اختلالات شدید گوارشی، دیسکرازیهای خونی، ایدز
- عوامل روان - تنی: موقعیتهای تنش زا، اختلالات روانی، افزایش ترشح آدرنو - کورتیکال

NUG :

- در تمام سنین رخ می دهد اما در فاصله ۱۵ تا ۳۰ سالگی بروز بیشتری دارد.
- در کودکان با سطح اجتماعی - اقتصادی پایین جوامع توسعه نیافته بیشتر از کودکان کشورهای پیشرفته دیده می شود.
- در کودکان مبتلا به سندرم داون شایعتر از سایر کودکان عقب مانده است.
- به خودی خود مسری نیست و ابتلا به آن در کنار حضور عوامل باکتریایی به وجود عوامل مستعد کننده میزبان نیز نیاز دارد.

درمان:

۱- تسکین التهاب حاد همراه با درمان بیماری مزمن

۲- تسکین سمپتومهای توکسیک عمومی نظیر تب

۳- تصحیح شرایط سیستمیک دخیل در آغاز و پیشرفت بیماری

مراحل درمان - جلسه اول:

- برداشت غشاء کاذب با گلوله پنبه
- برداشت جرمهای سطحی ترجیحاً با وسایل اولتراسونیک
- به تعویق انداختن درمانهای غیر اورژانس تا ۴ هفته پس از رفع سمپتومها
- تجویز آنتی بیوتیک در صورت شدت بیماری و وجود علائم سیستمیک
- آموزش بیمار درباره استفاده از دهانشویه (به ویژه پراکسید هیدروژن) و سایر مراقبتهای بهداشتی

مراحل درمان - جلسه دوم:

- جرمگیری در صورت رفع حساسیت و تکرار آموزشهای قبلی

مراحل درمان - جلسه سوم:

- ادامه جرمگیری

- توقف استفاده از دهانشویه پراکسید هیدروژن و استفاده از کلرهگزیدین
برای ۲ تا ۳ هفته

مراحل درمان - جلسات بعدی:

- درمان بیماریهای مزمن لثه و پریودونتال

- تجویز مکملهای غذایی (مانند ویتامینهای B و C) تا ۲ ماه در صورت لزوم





ژنژیواستوماتیت هرپسی اولیه:

– غالباً در کودکان زیر ۶ سال بروز می کند.

– شیوع جنسی برابر دارد.

– در بیشتر افراد بدون سمپتوم است.

علايم باليني:

- اريتم منتشر لته و مخاط مجاور با درجات مختلفي از ادم و خونريزي لته
- وجود وزيكولهاي خاكستري مجزا و كروي در مراحل آغازين
- پارگي وزيكولها و ايجاد زخمهاي كوچك دردناك با حاشيه قرمز برجسته و مركز سفيد مايل به زرد يا خاكستري فرورفته
- طي شدن دوره بيماري پس از ۷ تا ۱۰ روز بدون بر جاي گذاشتن اسكار
- وجود نواحي دردناك و حساس به تحريكات
- ايجاد تب، آدنيت و بي حالي



تشخيص افتراقي:

- اريتم مولتي فرم

- سندرم *Stevens-Johnson*

- ليكن پلان بولوز

- ژنژيويت دسكواماتيو

- استوماتيت آفتي عودكننده

ژنژیویت زخمی نکروزه

همکنش میزبان و باکتریها (فوزواسپیروکتها)

ایجاد نکروز

خوردگی مارجین لثه و ایجاد غشای کاذب

درگیری عمده مارجین و ابتلاء نادر سایر نواحی

ناشایع در کودکان

فقدان دوره مشخص

عدم ایجاد مصونیت

قطعی نبودن سرایت

ژنژیواستوماتیت هرپسی اولیه

اتیولوژی ویروسی مشخص

اریتم منتشر و تشکیل وزیکول

پارگی وزیکول و ایجاد زخم

درگیری منتشر لثه و نیز مخاط گونه و لبها

شایعتر در کودکان

دوره ۷ تا ۱۰ روزه

ایجاد درجاتی از مصونیت

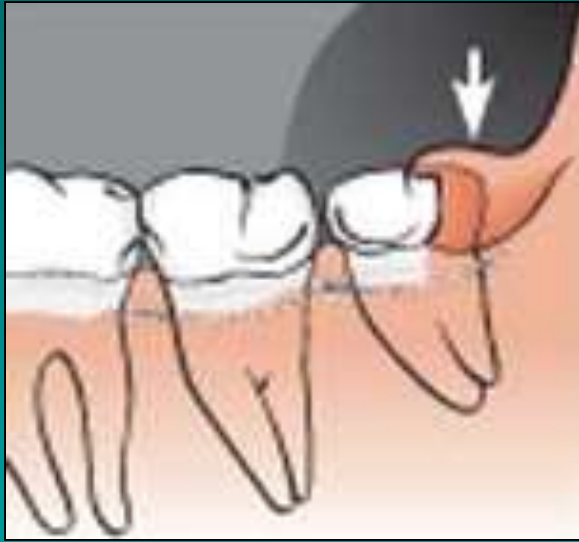
مسری

درمان:

– عارضه بدون درمان خاصی نیز بهبود می یابد.

– استفاده از داروهای ضد ویروس (مانند آسیکلوویر) جهت پیشگیری و کاهش شدت عفونت هرپسی متعاقب درمانهای دندانپزشکی مؤثر است.

– در صورت وجود درد می توان از محلول بیحسی موضعی یا داروهای ضد درد استفاده کرد.

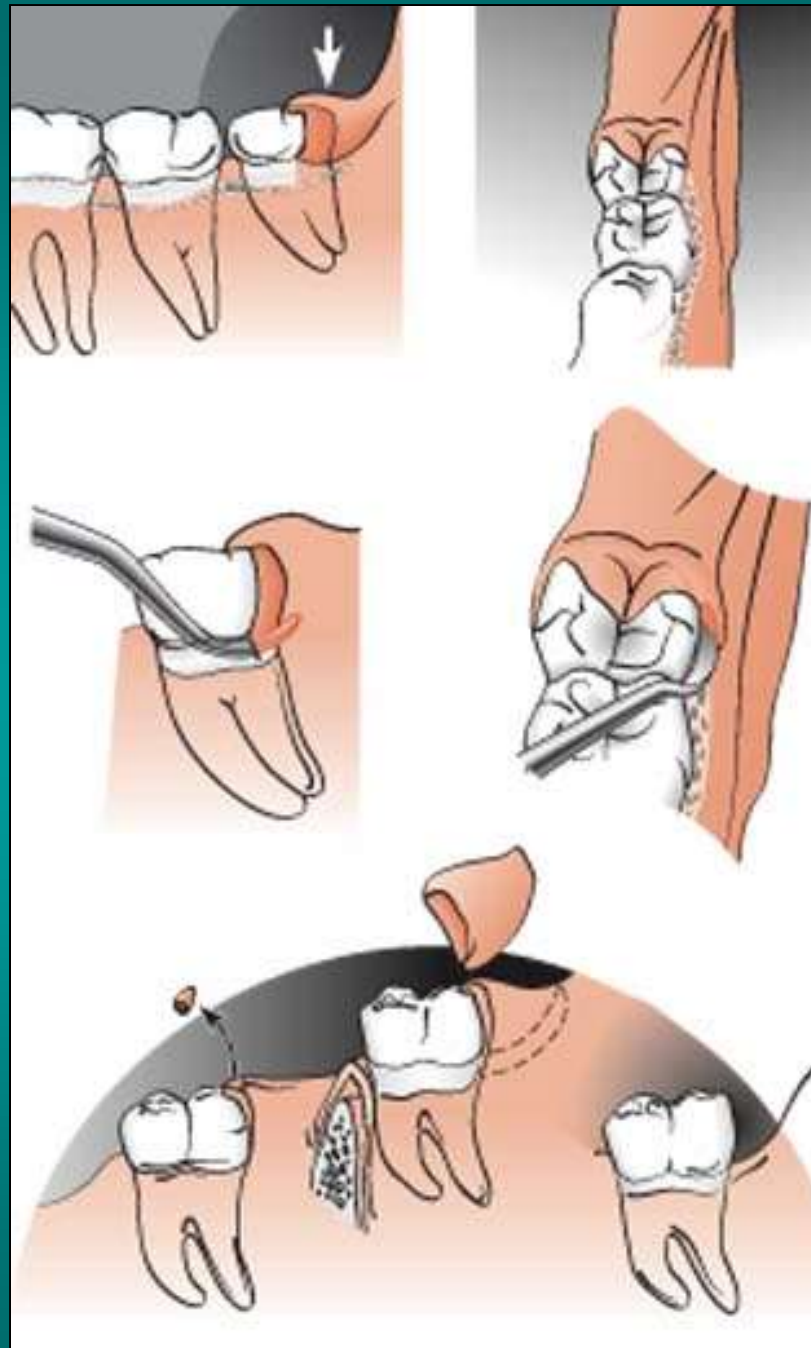


پري کورونیت:

- قرمزی، تورم و ترشح چرک از ضایعه
- درد انتشار یابنده به گوش، مجرای تنفسی و کف دهان
- ناراحتی بیمار در بستن دهان
- تورم گونه در ناحیه زاویه فک و لنفادنیت
- وجود علائم سیستمیک مانند تب، لکوسیتوز و بی حالی

درمان:

- ۱- شستشوی ملایم ناحیه با آب گرم جهت خروج دبریه‌ها و اگسودا
- ۲- بلندکردن بافت و تمیز کردن داخل آن و شستشوی مجدد
- ۳- تجویز آنتی بیوتیک در موارد شدید
- ۴- ایجاد یک برش قدامی - خلفی جهت درناژ در صورت متموج بودن ضایعه
- ۵- خارج کردن دندان در صورت عدم امکان رویش کامل
- ۶- (در صورت حفظ دندان) خارج کردن بافت موجود در سطح اکلوزال و دیستال دندان به طور کامل



آبسه های لثه

و

پریودونشیتوم



آبسه لثه ای:

- تورم قرمز با سطح صاف و براق در مراحل اولیه
- متموج شدن ضایعه همراه با یک منفذ خروج چرک پس از ۲۴ تا ۴۸ ساعت
- پارگی خود به خودی ضایعه در مراحل پیشرفته

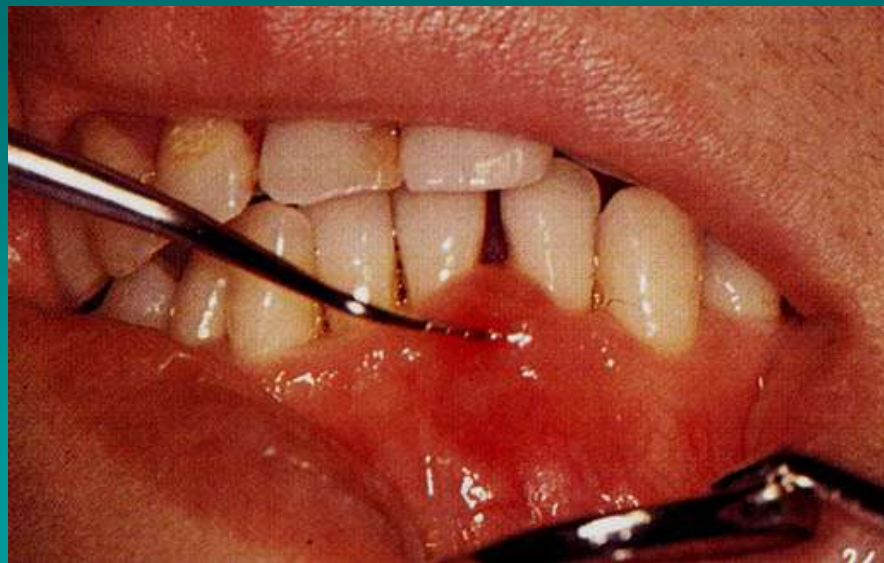
آبسهٔ پریودونتال (طرفی):

۱- محصور در بافتهای نگهدارندهٔ دندان:

تشکیل مجرای خروج در استخوان به سمت سطح خارجی

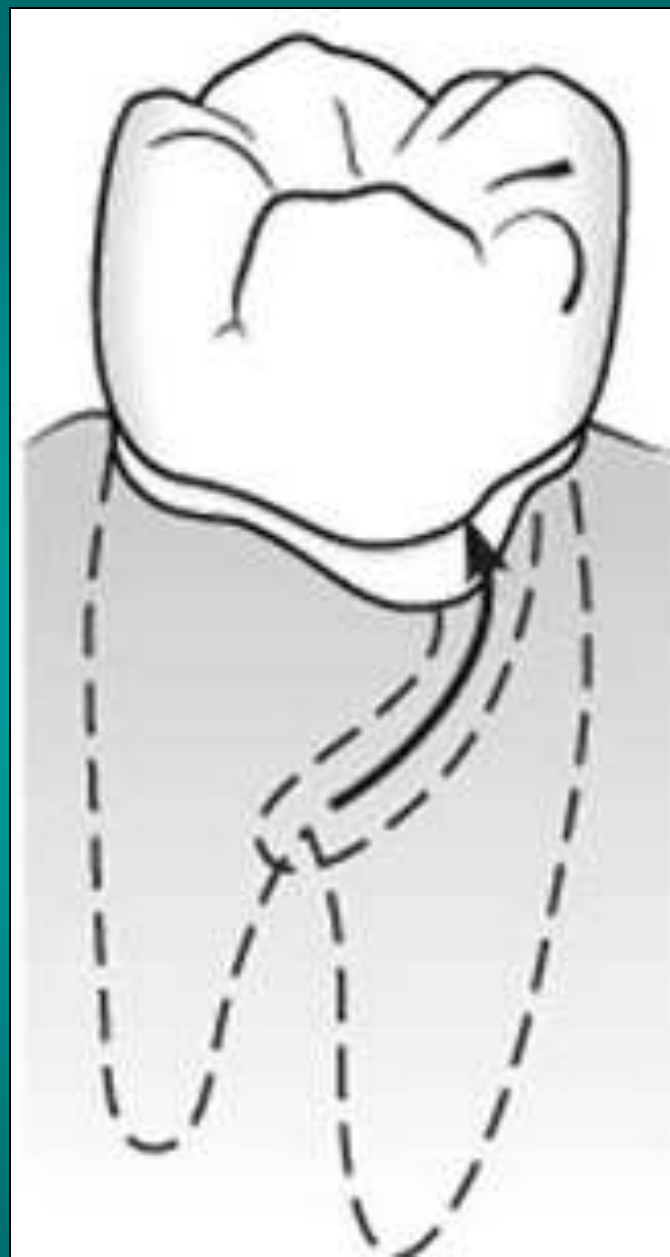
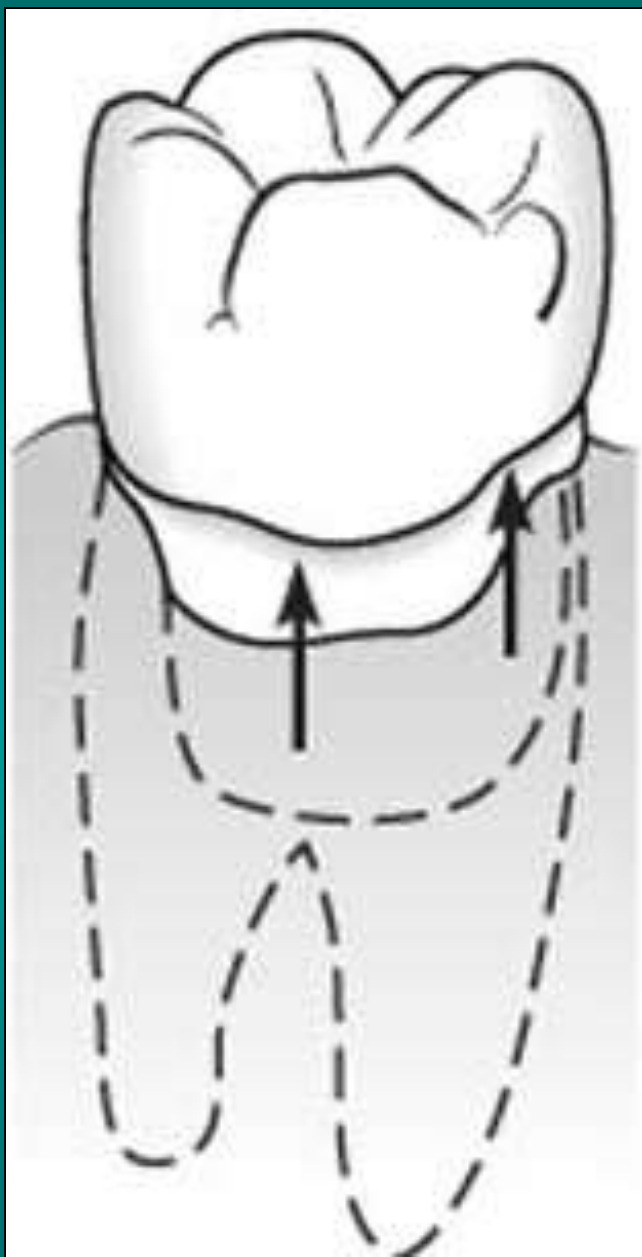
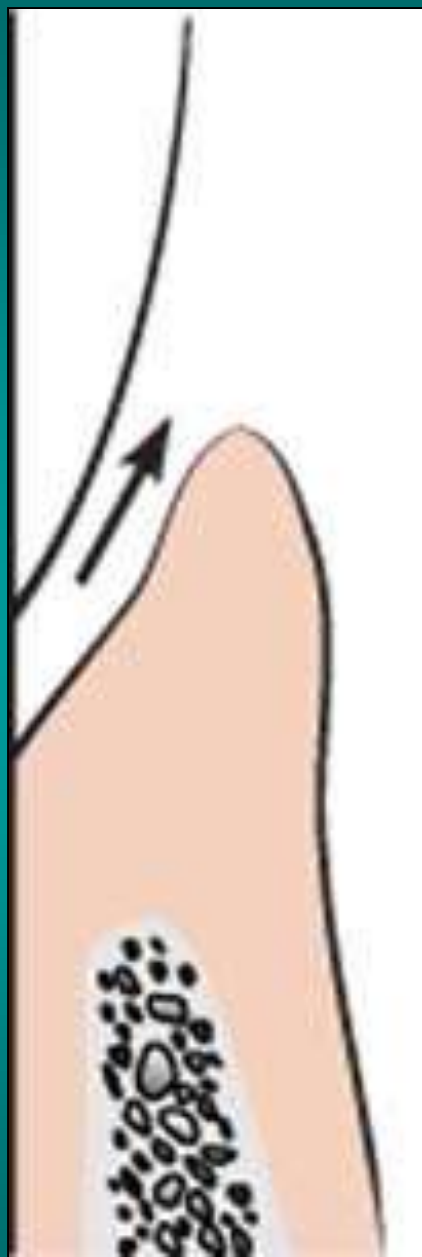
۲- محصور در بافت نرم دیوارهٔ پاکت پریودونتال عمیق:

تخلیه از دهانهٔ پاکت یا سطح خارجی



علل ایجاد آبسهٔ پریودونتال:

- ۱- گسترش عمقی عفونت از پاکت پریودونتال به بافت‌های نگهدارندهٔ دندان
- ۲- گسترش طرفی عفونت از سطح داخلی پاکت پریودونتال به بافت همبند دیوارهٔ پاکت
- ۳- محصور شدن عفونت در بخش‌های انتهایی پاکت‌های مارپیچ
- ۴- مسدود شدن مجرای پاکت پریودونتال به دنبال جرم‌گیری ناقص
- ۵- ایجاد آبسه به دنبال تروما یا پرفوریشن ریشه در جریان درمان اندو



آبسه پالپی

مرتبط با یک پوسیدگی یا ترمیم عمیق
پالپ احتمالاً مرده است

تورم موضعی و غالباً همراه با فیستول که
ممکن است دور از دندان درگیر باز شود
درد شدید و نبض دار که یکی از سمپتومهای
حاد دندانی است.

بیمار ممکن است قادر به مشخص کردن
دندان مبتلا نباشد

درد شدید در اثر حرکت دندان یا دق

آبسه پریودونتال

مرتبط با یک پاکت پریودونتال قبلی
پالپ می تواند زنده باشد

تورم منتشر در اطراف دندان و لثه مبتلا
و ندرتاً همراه با فیستول
درد گنگ، مداوم و با شدت کمتر نسبت
به آبسه پری آپیکال

بیمار می تواند دندان مبتلا را مشخص کند
شدت درد در اثر حرکت یا دق به اندازه
آبسه پالپی نیست

درمان:

- تسکین درد

- جلوگیری از انتشار عفونت

- تخلیه ضایعه (از طریق پاکت یا برشی در سطح خارجی)

تخلیه از طریق برش خارجی:

- ایجاد یک برش عمودی از متموج ترین قسمت ضایعه تا آپیکال آن
- بلند کردن ملایم بافت جهت تخلیه
- کورتاژ بافت جوانه ای داخل ضایعه
- شستشوی مکرر با آب نمک گرم توسط بیمار
- تجویز آنتی بیوتیک در صورت وجود علائم سیستمیک
- توصیه به خودداری از فعالیت زیاد و مصرف فراوان مایعات

