

تحلیل تهاجمی سرویکال

تحلیل مودیانه طوق دندان



شکل ۱: نابالغی که دچار شده است. فضای خالی ساخت اطراف اپکس در رادیوگرافی قابل ملاحظه است.

شکل ۲: موقعیت دندان اصلاح و برای دو هفته اسپلیت شده است.

شکل ۳: دریگیری شش ماه بعد نشانه خوبی از پلک اپکس می بینیم و با ساخته در جایگزینی در بالب نرم می شود.

شکل ۴: انکلوزو جایگزینی تحلیل ریشه در حالی که ساختار ریشه از دست رفته و با استخوان جایگزین شده است. توجه شود که هیچ فضای از وجود PDL دیده نمی شود.

شکل ۵: تحلیل التهابی ریشه ناشی از نکروز و عفونت در فضای بالب بعد از اولین دندان. اگر به موضع تشخیص داده می شد، این امکان وجود داشت که تحلیل ریشه منوفک و دندان خلط شود.

تحلیل یافت سخت دندان شامل دنتین و سمنتوم بدنیال فعالیت سلول های clastic باعث بروز مشکلات عدیده ای برای کلینیسین و بیمار شده، پروگنو درمان را نیز می تواند تحت تأثیر قرار دهد. تحلیل دندان یسته به محل آن به دو دسته کلی داخلی internal و خارجی external تقسیم بندی شده است. تحلیل خارجی سطح ریشه نیز بنا به انواع التهابی، جایگزینی، تهاجمی سرویکال تفکیک شده است. محل بروز این تحلیل زیراچ منت اپیتلیالی و در طبقه سرویکال بوده و ماهیتی التهابی دارد. اگر که تحلیل التهابی سطح ریشه منشا در بالب نکروتیک و عفونی دارد این نوع تحلیل اکثر در بالب سالم و زنده دیده می شود.

جالب اینکه یافت گرانولوماتوز درون حفره به سمت بالب پیش رفته و لی در مواجهه با لایه پره دنتین predentin از نفوذ به درون بالب باز می ماند. سپس این یافت گرانولوماتوز بدور کانال چرخیده و به سمت اپیکال - کرونال گسترش پیدا می کند.

تهاجمی سرویکال مورد قبول همگان است ولی اکثر کلینیسین ها ترجیح می دهند در انواع تب های دو تا چهار ابتداد دندان را روت کانال تراپی کنند.

آجنه دکتر *Heithersay* به عنوان بروانکل درمان این موارد تثبیت کرد شامل کورتاژ تمامی بافت نیمه سخت توسط اسکاواتور و یا فرزوند با دور آهسه نه پس از لند کردن فلب بود. هم چنین او استفاده از محلول *trichloro-acetic acid* ۹۰% برای حذف بقاوی ای بافت خورنده دندان از طریق نکروزانعقادی را پیشنهاد کرد. بعد ها دکتر *Stropko* محلول *Monsel* را که حاوی سولفات فربیک و اسید سولفوریک با غلظت ۷۲% هست توصیه نمود.^(۱)

سوال اساسی این خواهد بود که پس از زدودن بافت تهاجمی حفره را با چه ماده ای می توان ترمیم کرد؟

انواع مواد از جمله امالگام، کامبوزیت، گلاس اینیوم، MTA و مشابه برای ترمیم حفره ها استفاده شده اند ولی مشکل در اینجاست که امکان برقراری *epithelial attachment* بر روی این ترمیم ها وجود نداشته و نهایتاً پاکت تشکیل خواهد شد.

در مورد MTA نیز احتمال شسته شدن در برابر مطرح خواهد بود.

عمیق به داخل دنتین، گسترش در بافت تاجی و هم چنین یک سوم کرونال ریشه

در نمای هیستولوژیک، یافت مملو از سلول های دفاعی تک سلولی و البته که سلول های ادنتوکلاست در مجاورت یافت دندانی دیده می شوند. جالب

تحلیل بدون هرگونه علائم تا پر خون و گرانولوماتوز قیریزوز معابنات رادیوگرافی بطور اتفاقی کشف می شوند، و چه بسا که با یوسیدیگی دندان به اشتیاه گرفته شوند یکی از جالش های کلینیکی برای دندان پرتشک محسوب می شوند.

اغلب موارد بیمار دردی احساس تکرده و گاهی حساسیت به تغیرات دمایی را عنوان می کنند. در موارد پیشرفت رنگ قرمز بافت گرانولوماتوز از زیر انانمل ترانسلوست در طبقه دندان مشهود است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

در این موارد مگر در کیس های پیشرفته، بالب در گیر نبوده و نیازی به روت کانال تراپی نخواهد بود. چه بسا که واکنش به تست های حیاتی از قبیل بالب شوند یکی از جالش های کلینیکی برای دندان پرتشک محسوب می شوند.

در پیش از نقصان طبیعی در پوشش سمنتوم، محرك فیزیکی موضعی، میکروارگانیسم خاص و ... در میان لیست طبل حدسیات دیده می شوند.

ظاهرا وجود یک نقصان طبیعی در پوشش سمنتوم است. در پیش از نقصان طبیعی در پوشش سمنتوم، محرك فیزیکی موضعی، میکروارگانیسم خاص و ... در میان لیست طبل حدسیات دیده می شوند.

هم چنین سایقه درمان intra-coronal bleaching در دندان های درمان روت کانال شده از دیگر عوامل مورد اتهام محسوب می شود.

البته تکنیک walking bleach کمتر تهاجمی محسوب شده و انکشت اتهام بسیو استفاده از حرارت بعلاوه H₂O₂ با غلظت ۳% تیز نشانه رفته است.

از آنجایی که اغلب موارد این

ضایعه تحلیل سرویکال

عمده مطالعات در مورد تحلیل تهاجمی سرویکال را مدیون مطالعات دندان پزشک استرالیا dr Geoffrey Heithersay

تحلیل بدون هرگونه علائم تا پر خون و گرانولوماتوز درون حفره به اتفاقی مملو از سلول های دفاعی تک سلولی و البته که سلول های ادنتوکلاست در مجاورت یافت دندانی دیده می شوند. جالب

اینکه در بسیاری موارد مجرای باریکی مملو از سلول التهابی بین بافت التهابی و PDL دیده شده که از میان دنتین در نواحی پایین دستی غبور کرده است.

دو تا چهار

هستیم، به همین دلیل تقسیم بندی ایشان مورده تایید اکثریت منابع بوده است.

در موارد پیشرفت رنگ قرمز بافت گرانولوماتوز از زیر انانمل ترانسلوست در طبقه دندان مشهود است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

پوتکل درمان سنته به سایز ضایعه و درجه تخریب بافت دندان، محل ضایعه و قابل دسترس بودن آن، مقدار تخریب استخوان آلوتلار عرض لئه چسبنده و قابل ترمیم بودن تاج دندان متغیر خواهد بود. قدر مسلم اینکه هرچه زودتر تحلیل تشخیص گذاشته شده و درمان شود به همان نسبت پروگنو

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

بهتر خواهد بود.

هرچه ضایعه کوچک در ناحیه طوق دندان با پیشروی اندک به داخل دنتین

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

موقیت درمان ایشان و قابل

هستیم به همین دلیل تقسیم بندی ایشان و گسترش یافت

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

یاد آوری این نکته خالی از لطف بافت تحلیل برندگه سایز واقعی این

ضایعه تحلیل برندگه با پیشروی به داخل دنتین و گسترش

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

استخوان آلوتلار عرض لئه چسبنده و قابل ترمیم بودن در نمای رادیوگرافیک بوده و اغلب مواد ترمیمی یک شده به داخل حفره بسیار بزرگتر از نمای اولیه تحلیل خواهد بود.

تیپ سه:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

با توجه به کوتاهی ریشه پروگنو

تیپ چهار:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

این ترمیم ایشان و قابل

تیپ پنجم:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

مشکل اینکه هرچه زودتر

تیپ ششم:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

مشکل اینکه هرچه زودتر

تیپ هفتم:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

مشکل اینکه هرچه زودتر

تیپ هشتم:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

مشکل اینکه هرچه زودتر

تیپ نهم:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

مشکل اینکه هرچه زودتر

تیپ دهم:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.

مشکل اینکه هرچه زودتر

تیپ یازدهم:

تحلیل تهاجمی سرویکال اغلب با پوشش سمنتوم است. در معاینه کلینیکی با اینسترومانت برخلاف یوسیدیگی بافت سخت و مینیالریه احساس می شود. در نمای رادیو گرافی تیز باریکه ای رادیوایک مایبن کانال و حفره لوست دیده شده و لبه های حفره تیزو قابل رویت دیده می شوند.



دکتر شهرام علیعی
متخصص اندودنیکس
shahramdds@endoglobe.com