فعالية اللاصق النسيجي في التخفيف من الاختلاطات التالية للقلع الجراحي للأرحاء السفلية المنطمرة (دراسة سريرية معشّاة)

محمد حسّان جعفو* **باسل براد****

الملخّص

خلفيّة البحث وهدفه: إنَّ إغلاق الشقّ الجراحيّ هو أهمّ خطوات العمل الجراحي إذْ إنَّ نجاح الجراحة يعتمد اعتماداً كبيراً على الإغلاق الجيد للشق الجراحي. ولا تزال الخياطة تحتل المرتبة الأولى في إغلاق الشقوق الجراحية بمختلف أشكالها، إن استخدام اللاصق النسيجي كطريقة بديلة للخياطة في إغلاق الجرح لقي مساحة واسعة من الاهتمام وما يتصدر مجموعة اللواصق النسيجية هو السيانوأكريلات Cyanoacrylates التي لها مجال استخدام واسع في الجراحة، ويفترض أن تقدم بعض الميزات مثل سهولة تطبيقها وفعاليتها المضادة للإنتان، والتصاقها السريع بالنسج الرخوة والصلبة .

تقييم فعالية اللاصق النسيجي في التخفيف من الاختلاطات التالية للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة بالمقارنة بالخياطة التقليدية.

مواد البحث وطرائقه: شملت هذه الدراسة 25 مريضاً لديهم أرحاء ثالثة سفلية منطمرة ثنائية الجانب ومتناظرة التوضع، إذْ طبقت عليهم دراسة تطلعية معشاة بطريقة الفم المجزأ، حيث تم القلع وإغلاق الجرح عن طريق الخياطة (خيط حرير0-3) في أحد الجانبين عشوائياً، في حين تم القلع في الجانب المقابل بعد أربعة أسابيع من الأول، وإغلاق الجرح عن طريق اللاصق النسيجي، وأجري التقييم عن طريق مختص في جراحة الوجه والفكين، إذْ قيم انفتاح الجرح وإنتان الجرح؛ وذلك في مدتين زمنيتين مختلفتين بعد أسبوع واحد وبعد أربعة أسابيع من العمل الجراحي كل على حدة.

النتائج: طبق اختبار كاي مربع لدراسة الفروق بين المجموعتين، وقد أظهرت النّتائج أنَّ كلّاً من انفتاح الجرح وإنتان الجرح بعد القلع الجراحي كان متماثلاً في مجموعة اللاصق النسيجي ومجموعة الخياطة؛ وذلك في كل من المدتين الزمنيتين (بعد أسبوع ، بعد أربعة أسابيع) من العمل الجراحي على حدة في عينة البحث ($p<0.05$) .

الاستنتاج: إن استخدام اللاصق النسيجي من زمرة في إغلاق الجرح بعد القلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة لا يخفف من انفتاح الجرح وإنتان الجرح بعد للقلع الجراحي.

كلمات مفتاحيّة: الأرحاء الثالثة المنطمرة، القلع الجراحي، اللاصق النسيجي، السيانوأكريلات، الخياطة.

* أستاذ مساعد– قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة دمشق.

** أستاذ مساعد– قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة دمشق.

Effectiveness of adhesive tissue in reducing the complications after surgical removal of impacted mandibular third molar (Randomized Clinical Study)

Mohammad Hassan Jafoo* **Basel Brad****

Abstract

Background: The success of surgery depends greatly on good closing of the surgical wound . The most common method used in closing of the different forms of surgical wounds is Suturing . The use of tissue adhesives as an alternative to sutures in wound closure has long been an area of interest A group of these tissue adhesives are Cyanoacrylates which have a wide range of applications in surgery and are supposed to offer some advantages such as: ease of application, bacteriostatic properties and rapid adhesion to hard and soft tissues .

Purpose : Evaluation of the effectiveness of the adhesive tissue in reducing the complication after surgical removal of mandibular impacted third molar compared with conventional suturing .

Materials and methods : Twenty five patients with bilateral and symmetrically oriented mandibular impacted third molars were treated with prospective, randomized, split-mouth study, who were surgically treated using a silk suture in wound closure (Group A) on one random side of the lower jaw and an adhesive tissue (Group B) on the contralateral side after 4 weeks . Primary outcome parameters were the comparison of the wound infection and wound dehiscence evaluation has been done by a specialist in 1 week and 4 weeks post-surgery.

Result : Chi square test was applied to study the differences between the two groups, the results did not show statistically significant differences in the wound infection and wound dehiscence were similar in the two groups ($p<0.05$) between two groups in the 1 week and 4 weeks after surgery .

Conclusion : Using of adhesive tissue in wound closure after removal of impacted mandibular third molar does not reduce wound infection and wound dehiscence after surgery .

Keywords : impacted third molar , surgical extraction , adhesive tissue , cyanoacrylate , suture .

*Professor at Oral and Maxillofacial Surgery Department of Faculty of Dentistry–Damascus University.
**Professor at Oral and Maxillofacial Surgery Department of Faculty of Dentistry–Damascus University.

المقدمة:

تعرّف الأسنان المنطمرة بأنَّها الأسنان التي تخفق في البزوغ إلى القوس السنية خلال الوقت المتوقع لبزوغها وتعدُّ الأرحاء الثالثة السفليَّة أكثر الأسنان المنطمرة مصادفة، تليها الأرحاء الثالثة العلويَّة، ثم الأنياب العلويَّة، فالضواحك السفليَّة، وتليها الضواحك العلويَّة [1].

يعدُّ الشق الجراحي الخطوة الرئيسة في أي عمل جراحي، كما أنَّ الإغلاق الملائم والعناية المثلى بساحة العمل الجراحي هي العوامل الأكثر أهمية التي تؤثر في شفاء الجرح ونجاح الجراحة [2].

يمكن القول: إنَّ العمل الجراحي الأكثر شيوعاً في العيادة السنية هو قلع الأرحاء الثالثة المنطمرة [3].

وقد استخدمت الخياطة منذ 4000 عام إذْ أظهرت التسجيلات الأثرية للمصريين القدماء استخدام المصريين للكتان وأوتار عضلات الحيوانات لإغلاق الجروح [4].

لا تزال الطريقة التقليدية وهي الخياطة تحتل المرتبة الأولى في إغلاق الشقوق الجراحية بمختلف أشكالها إلاَّ أنَّ هذه الطريقة التقليدية في إغلاق الجرح تسبب رضاً في أثناء اختراق الإبرة للأنسجة، وهذا ما يجعلها كمنفذ عبور للجراثيم التي يمكن أن تدخل مجدداً إلى داخل الأنسجة المبطنة[2,5]، من ناحية أخرى، فقد تم إثبات أن مادة الخيط بحد ذاتها تزيد من التأهب لحدوث الإنتان، كما أنَّها تؤدي أيضاً إلى اختلاطات أخرى مثل الخراجات والأكياس وتقود لتشكل ندبات أكثر[6].

إن استخدام اللاصق النسيجي كطريقة بديلة للخياطة في إغلاق الجرح لقي مساحة واسعة من الاهتمام وما يتصدر مجموعة اللواصق النسيجية هو السيانوأكريلات Cyanoacrylates التي لها مجال استخدام واسع في الجراحة ويفترض أن تقدم بعض الميزات مثل سهولة التطبيق، وفعالية مضادة للإنتان[7] والتصاق سريع بالأنسجة الصلبة والرخوة.

كما تتمتع السيانوأكريلات بمجال استخدام واسع في الجراحة مثل إصلاح الأعضاء والأوعية الدموية والجلد وطعوم المخاطية وإغلاق التقرحات والشقوق الجراحية وكذلك ضمادات بعد القلع، وحتى في تثبيت كسور الفك السفلي[8].

صنعت السيانوأكريلات أول مرة من قبل "Ardis" [9] عام 1949، إلاَّ أنَّه في عام 1959 اكتشف Coover [10] خصائصها في الإلصاق واقترح امكانية استخدامها كلاصق نسيجي ، ومنذ ذلك الحين وضعت لواصق نسيجية متنوعة تحت التجربة في الجراحة وتدرجت في تطورها حتى حققت السيانوأكريلات قبولاً واسعاً ونتائج جيدة، إذْ أنَّ اللاصق متعدد التماثر Polymer يستخدم منذ حوالي 50 سنة في الممارسات الطبية والسنية.

يمكن القول: إنَّ أحد أكبر العقبات في اللواصق الأولى هي التوافق النسيجي ورد فعل الالتهابي الواسع، لذلك سعت البحوث العلمية إلى تغيير السلسلة الجزيئية في المركب إلى سلسلة جزيئية أطول، إذْ تم تقليل السمية النسيجية وإلغاؤها عملياً، وفي عام 1964 طورت أطول سلسلة جزيئية للسيانوأكريلات.

إن نظرية فعل اللاصق تجري من خلال تحفيز التماثر الناشر للحرارة عبر وجود كميات من الأساس الضعيف مثل الماء، ويعتقد أن التماثر الشاردي هو من يزود بخاصية الإلصاق حيث تلتصق السيانوأكريلات بالنسيج عن طريق قوى ثانوية داخل جزيئية مثل الالتصاق الهيدروجيني المدعوم عن طريق التشابك الميكانيكي بين السطوح المسامية وغير المنتظمة، ويتحقق أفضل التصاق عندما تكون ثخانة اللاصق أقل من 1 ملم ويمكن أن يلتصق بأي مادة حيوية أو مصنعة لكنه لا يملك مقاومة شد كافية لإلصاق الأنسجة التي تخضع لقوى شد كبيرة ، ومع ذلك فهو يملك مقاومة شد أكبر مقارنة بالخياطة[2].

يتم تميز السيانوأكريلات تبعاً لطول سلسلة الكربون المرتبطة معها، إذْ يمكن أن تكون على سبيل المثال:

(methyl-,ethyl-, butyl-, and octyl-) [11]

إن الجيل الأول للسيانوأكريلات ذي السلسلة القصيرة ثبت أنه سام للأنسجة وسببَ ردَّ فعلٍ واضحاً للجسم تجاه جسم أجنبي. وهذا ما أوقف استخدامه في الممارسة السريرية، ولكن مع زيادة طول السلسلة فإن قوة السمية والإلصاق تنقص وتزداد المرونة وزمن التماثر إذْ وجد أن السلسة الطويلة للجيل الثاني هي أكثر تقبلاً حيوياً [12].

ويمكن تلخيص تطور السيانو أكريلات بالجدول الآتي:

جدول رقم (1) تطور السيانوأكريلات

first generation
methyl-cyanoacrylate
second generation:
ethyl-2-cyanoacrylate: Epiglu®
n-butyl-2-cyanoacrylate: Histoacryl®
2-octyl-cyanoacrylate: Dermabond®
isobutyl-cyanoacrylate: Indermil®
ethyl-2-cyanoacrylate + butyl acrylate + methacryloxysulpholane: Glubran®
n-butyl-2-cyanoacrylate+ methacryloxysulpholane: Glubran 2®

إن N-butyl Cyanoacrylate (NBC) هو لاصق نسيجي متقبل حيوياً؛ ولهذا السبب يستخدم لإغلاق الجروح[13].

ومن أحدث منتجات السيانوأكريلات Glubran 2® الذي صنع منذ عدة سنوات في إيطاليا، وطرح للاستخدام الجراحي الداخلي وحاز على علامة CE.

وهو يختلف عن المنتجات السابقة بكونه comonomer أكثر من كونه monomer بسيطاً وهذا ما أسهم بعملية تبلمر ناشرة للحرارة بحدود 45 درجة، وكذلك أسهم بتسريع هذه العملية وتخفيض السمية النسيجية [14] .

فقد وجد أن للسيانوأكريلات تأثيرات مضادة للجراثيم، إذْ أنَّ butyl-2-cyanoacrylate له تأثير مثبط جرثومي للجراثيم إيجابية الغرام لكنه غير فعال للجراثيم سلبية الغرام [15].

وقد استخدم هذا المنتج في جراحة الوجه والفكين[16] والجراحة الفموية[17] على نطاق محدود، إذْ استخدم في إغلاق الشق الجراحي بعد عملية قطع الذروة [18]، وفي معالجة قرحات اللسان[19]، وفي إغلاق النواسير الجيبية الفموية[20]. وكذلك في إغلاق الشق الجراحي بعد الأرحاء الثالثة المنطمرة .

يجب الحذر في أثناء الإلصاق لحماية القفازات والأدوات من التلوث باللاصق وإلا ستلتصق بالأنسجة، ويمكن إزالة اللاصق من الأدوات عن طريق الأسيتون.

وحتى اليوم لا توجد دراسات كافية تظهر أفضلية استخدام السيانوأكريلات في الجراحة داخل الفموية، وهذا ما دعانا إلى إجراء دراسة تقارن بين اللاصق النسيجي (Glubran ®2) والخياطة (حرير 0-3) في إغلاق الجرح بعد القلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة، وتقييم دور كلتا الطريقتين في الحد من الاختلاطات التالية للعمل الجراحي.

المواد والطرائق:

عينة البحث: شملت عينة البحث 50 حالة قلع جراحي لأرحاء ثالثة سفلية منطمرة لدى 25 مريضاً (8 ذكور – 17 أنثى، راوحت أعمارهم بين 17–30 سنة) من مراجعي قسم جراحة الفم والفكين في جامعة دمشق، إذْ أجري القلع الجراحي لكل جهة على حدة بفاصل زمني قدره أربعة أسابيع، ومن ثَمَّ كانت عينة البحث مقسمة إلى مجموعتين:

– المجموعة الأولى (المجموعة الشاهدة): حيث أجري القلع الجراحي، وبعده أغلق الجرح بواسطة الخياطة التقليدية بخيط حرير 0-3 .

– المجموعة الثانية (مجموعة الدراسة): حيث أجري القلع الجراحي وبعده أغلق الجرح بواسطة اللاصق النسيجي.

اختير الجهة التي سيجرى القلع فيها إغلاق الجرح بواسطة اللاصق، وكذلك اختيرت الجهة التي سيتم البدء بها عشوائياً.

اختير المرضى من مراجعي قسم جراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان في جامعة دمشق ممن يحققون المعايير الآتية:

- وجود أرحاء ثالثة سفلية منطمرة انطماراً أنسياً متوسطة العمق .
- عمر المريض بين 19–30.
- المريض لا يعاني من أي أمراض عامة.
- المرضى غير مدخنيين ولا كحوليين.
- النساء غير حوامل.

قبل المرضى الراغبون بقلع الأرحاء الثالثة السفلية ممن توافرت فيهم معايير الدراسة.

استُخدمت الأدوات و المواد الجراحية الفموية الصغرى المعتادة بالإضافة إلى عبوة اللاصق النسيجي وسيرنغ أنسولين 0.5 ملم

الشكل رقم (1) عبوة اللاصق النسيجي المستخدم

الشكل رقم (2) خيط الحرير المستخدم

طرائق الدراسة:

مرحلة قبل العمل الجراحي:

بعد استجواب المريض والتأكد من موافقته لشروط عينة البحث، يتم اختيار الجهة التي سيتم البدء بها، وكذلك الطريقة المتبعة في القلع، وذلك عن طريق القرعة باستخدام قطعة نقود.

الشكل رقم (3) الصورة البانورامية لأحد أفراد العينة

مرحلة العمل الجراحي:

أجري العمل الجراحي للجانبين الأيمن والأيسر بالتقنية الجراحية نفسها ومن قبل الجراح نفسه وكان الاختلاف في طريقة إغلاق الجرح بعد القلع فقط، حيث أغلق الجرح في المجموعة الشاهدة باستخدام الخيط الجراحي حرير 0-3؛ وذلك بعمل خياطة متقطعة، في حين تم إغلاق الجرح في مجموعة الدراسة باستخدام اللاصق النسيجي Glubran 2®.

أجري القلع الجراحي كما يأتي:

1– إجراء مضمضة فموية بالبوفيدون.

2– إجراء التخدير الناحي للعصب السنخي السفلي (IAN) والعصب المبوقي؛ وذلك باستخدام محلول الليدوكائين 2% مع الأدرينالين بتركيز 1/80000.

3– إجراء الشريحة كاملة الثخانة من الحافة الأمامية للرأد، وحتى إنسي الرحى الأولى.

4– إجراء التفريغ العظمي.

5– قلع الرحى باستخدام الروافع المناسبة.

6– إغلاق الجرح:

- المجموعة الشاهدة: باستخدام خيط حرير 0-3.
- مجموعة الدراسة: باستخدام اللاصق النسيجي.

كما وحدت الوصفة الدوائية للمرضى جميعهم، إذْ أعطي المريض صاداً حيوياً clamoxe 1غ مرتين يومياً مدة خمسة

أيام فضلاً عن لـ flam-k بعد الطعام عند الضرورة. كما أعطيت تعليمات بعد العمل الجراحي نفسها للمرضى جميعهم: وضع كمادات ثلجية مدة 20 دقيقة، وإزالتها مدة 20 دقيقة، غذاء بارد وطري في اليوم الأول للعمل الجراحي، مضامض فموية لأسبوعين، كما زود المرضى برقم الباحث من أجل الاتصال عند وجود أي ضرورة، والمراجعة بعد أسبوع من أجل إزالة القطب الجراحية، ومادة اللاصق المتبقية، وكذلك بعد أربعة أسابيع.

الشكل رقم (4) إجراء الشق الجراحي

الشكل رقم (5) رفع الشريحة والتفريغ العظمي

الشكل رقم 6 القلع وجوف السنخ بعد القلع

مرحلة ما بعد العمل الجراحي:

أجريت متابعة المرضى في كلتا المجموعتين بالطريقة نفسها؛ وذلك في مدتين زمنيتين مختلفتين بعد أسبوع واحد، وبعد أربعة أسابيع من العمل الجراحي، حيث قيِّم انفتاح الجرح و إنتان الجرح عن طريق مراقب خارجي مختص في جراحة الوجه والفكين.

الشكل رقم (8) إغلاق الجرح بعد القلع بواسطة اللاصق

الشكل رقم (9) المتابعة بعد أسبوع

الشكل رقم (10) المتابعة بعد أربعة أسابيع

الشكل رقم (11) حالة من البحث يظهر فيها انفتاح الجرح بعد أسبوع من إغلاقه باللاصق النسيجي

الشكل رقم (12) حالة من البحث يظهر فيها وجود إنتان في الجرح بعد أسبوع من إغلاقه عن طريق الخياطة

النتائج والدراسة الإحصائية التحليلية:

وصف العينة:

إحصاءات وصفية:

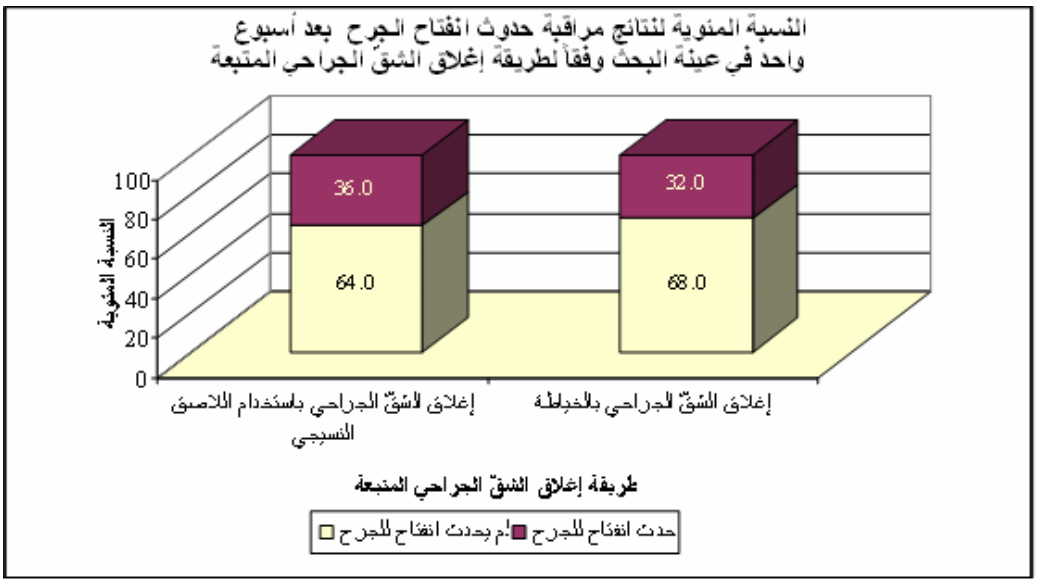
تألفت عينة البحث من 50 حالة قلع جراحي لرحى ثالثة سفلية منطمرة، أُجريت لـ 25 مريضاً ومريضةً، راوحت أعمارهم بين 17 و29 عاماً، إذ كان لدى كلّ منهم رحتان ثالثان سفليتان منطمرتان اثنتان متناظرتان بحاجة إلى القلع وكانت الشقوق الجراحية في عينة البحث مقسمةً إلى مجموعتين رئيستين اثنتين متساويتين وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة (إغلاق الشقّ الجراحي باستخدام اللاصق النسيجي، إغلاق الشقّ الجراحي بالخياطة).

الدراسة الإحصائية التحليلية:

- أجريت مراقبة كل من انفتاح الجرح وإنتان الجرح في مدتين زمنية مختلفتين (بعد أسبوع وبعد أربعة أسابيع) لكل شقّ من الشقوق الجراحية المدروسة في عينة البحث، وسجلت النتائج ثم أجري اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات حدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد في عينة البحث، وذلك وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة؛ وكذلك الأمر بالنسبة إلى إنتان الجرح، في حين لم تسجل أي حالة انفتاح جرح أو إنتان جرح في مجموعتي الدراسة بعد أربعة أسابيع.

جدول رقم (2) يبيّن نتائج مراقبة حدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة.

طريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة	عدد الشقوق الجراحية			النسبة المئوية		
	لم يحدث انفتاح للجرح	حدث انفتاح للجرح	المجموع	لم يحدث انفتاح للجرح	حدث انفتاح للجرح	المجموع
إغلاق الشقّ الجراحي باستخدام اللاصق النسيجي	16	9	25	64.0	36.0	100
إغلاق الشقّ الجراحي بالخياطة	17	8	25	68.0	32.0	100



مخطط رقم (2) يمثل النسبة المئوية لحدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة.

دراسة تأثير طريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة في حدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد في عينة البحث:

- أجري اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات حدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد بين مجموعة اللاصق النسيجي ومجموعة الخياطة في عينة البحث كما يأتي:

جدول رقم (3) يبيّن نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات حدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد بين مجموعة إغلاق الشقّ الجراحي باستخدام اللاصق النسيجي ومجموعة إغلاق الشقّ الجراحي بالخياطة في عينة البحث.

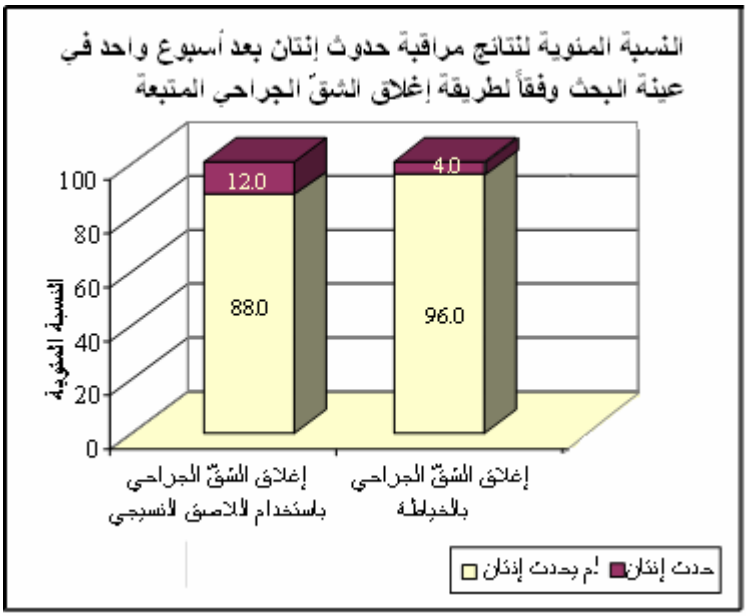
المتغيران المدروسان = حدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد × طريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة				
عدد الشقوق الجراحية	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
50	0.089	1	0.765	لا توجد فروق دالة

يُلحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05، أي إنَّه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات حدوث انفتاح الجرح بعد أسبوع واحد بين مجموعتي الدراسة في عينة البحث.

دراسة حدوث الإنتان بعد أسبوع واحد:

جدول رقم (4) يبيّن نتائج مراقبة حدوث الإنتان بعد أسبوع واحد وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة .

طريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة	عدد الشقوق الجراحية			النسبة المئوية		
	لم يحدث إنتان	حدث إنتان	المجموع	لم يحدث إنتان	حدث إنتان	المجموع
إغلاق الشقّ الجراحي باستخدام اللاصق النسيجي	22	3	25	88.0	12.0	100
إغلاق الشقّ الجراحي بالخياطة	24	1	25	96.0	4.0	100



مخطط رقم (2) يمثل النسبة المئوية لحدوث الإنتان بعد أسبوع واحد وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة.

دراسة حدوث الإنتان بعد أسبوع واحد في عينة البحث وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة أجري اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات حدوث الإنتان بعد أسبوع واحد في عينة البحث، وذلك وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة كما يأتي:

جدول رقم (5) يبيّن نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات حدوث الإنتان بعد أسبوع واحد في عينة البحث، وذلك وفقاً لطريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة.

طريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة	عدد الشقوق الجراحية	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
إغلاق الشقّ الجراحي باستخدام اللاصق النسيجي	50	1.087	1	0.297	لا توجد فروق دالة
إغلاق الشقّ الجراحي بالخياطة	50	1.020	1	0.312	لا توجد فروق دالة

يُلحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05 مهما كانت طريقة إغلاق الشقّ الجراحي المتبعة، أي إنَّه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات حدوث الإنتان بعد أسبوع واحد، وذلك في كل من مجموعة إغلاق الشقّ الجراحي باستخدام اللاصق النسيجي ومجموعة إغلاق الشقّ الجراحي بالخياطة على حدة في عينة البحث.

المناقشة:

من خلال الدراسة الإحصائية نجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات حدوث كل من انفتاح الجرح و إنتان الجرح بعد أسبوع واحد بين مجموعة إغلاق الشقّ الجراحي باستخدام اللاصق النسيجي ومجموعة إغلاق الشقّ الجراحي بالخياطة في عينة البحث، وهذا يعني أن كلتا الطريقتين المستخدمتين في إغلاق الشق الجراحي داخل الفم لها نسبة اختلاطات متقاربة، وليس هناك أفضلية لإحداها على الأخرى، وبذلك اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (Manzur 2011)[21] وكذلك مع دراسة (Mohammad Elshall 2012)[22] ونستطيع القول: إنه بغض النظر عن طريقة إغلاق الجرح بعد القلع الجراحي للأرحاء الثالثة المنطمرة فإن إغلاق الجرح بعد قلع الرحى الثالثة السفلية

المنطمرة يجري فوق فراغ عظمي، وهذا ما يؤهب لحدوث انفتاح الجرح، إذْ قيِّم الانفتاح بابتعاد حافتي الجرح عن بعضهما أكثر من 2 ملم؛ وهذا ما يفسر وجود حالات انفتاح الجرح بعد قلع الأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة ولكن لا يعني أن كل انفتاح في الجرح سيتحول إلى إنتان، فالعناية الفموية والالتزام بتناول الصادات حسب الوصفة الطبية كفيلة بمنع حدوث إنتان في الجرح بعد القلع الجراحي، في حين يعزى وجود حالات الإنتان إلى دخول جسم أجنبي إلى داخل الجرح (دخول بقايا طعامية بعد انفتاح الجرح، أو دخول قطرات من اللاصق تحت حافتي الجرح في أثناء التطبيق).

كذلك نجد اختفاء حالات انفتاح الجرح وإنتان الجرح في مجموعتي الدراسة بعد أربعة أسابيع مهما كانت طريقة الإغلاق، حيث تم تدبير حالات الإنتان في مجموعتي الدراسة عن طريق غسل الجرح بالسيروم الملحي، وتأكيد العناية الفموية والمضمضة بالغسولات الفموية مدة 5 أيام، ويمكن أن نعلل اختفاء حالات انفتاح الجرح وإنتان الجرح في مجموعتي الدراسة بعد أربعة أسابيع بأن الجرح قد انتقل إلى مرحلة إعادة البناء خلال هذه المدة، وهي المرحلة الأخيرة في شفاء الجروح.

الخلاصة والتوصيات:

من خلال هذه الدراسة نجد أن استخدام اللاصق النسيجي كبديل عن الخياطة بعد القلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة لا يقدم فائدة إضافية في تقليل الاختلاطات التالية للقلع الجراحي، مثل انفتاح الجرح وإنتان الجرح.

References

.1Khanuja A PM. Surgical Management of Impacted teeth Oral and Maxillofacial Surgery, 1st ed, WB 2000:245-67.
.2Raj ea. Comparative evaluation of n- butyl cyanoacrylate and silk sutures in intra oral wound closure-A clinical study. Journal of Advanced Dental Research 2010;I.
.3Dym H OO. Atlas of minor oral surgery. Philadelphia: Saunders; 2001.;p. 87-8.
.4Ben Abdessalem S, Debbabi F, Jedda H, Elmarzougui S, Mokhtar S. Tensile and Knot Performance of Polyester Braided Sutures. Textile Research Journal.52-79:247؛2009
.5Bruns TB, Simon HK, McLario DJ, Sullivan KM, Wood RJ, Anand KJ. Laceration repair using a tissue adhesive in a children's emergency department. Pediatrics 1996;98:673-5.
.6Edlich RF, Panek PH, Rodeheaver GT, Turnbull VG, Kurtz LD, Edgerton MT. Physical and chemical configuration of sutures in the development of surgical infection. Annals of surgery 1973;177:679-88.
.7Eiferman RA, Snyder JW. Antibacterial Effect of Cyanoacrylate Glue. Archives of Ophthalmology Archives of Ophthalmology 1983;101:958-60.
.8Eklund M, Kent J. The use of isobutyl 2-cyanoacrylate as a postextraction dressing in humans. Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965) 1974;32:264.
.9Ardis AE. Preparation of monomeric alkyl alpha-cyano-acrylates .Google Patents; 1949.
.10Coover H, Joyner F, Shearer N, Wicker T. Chemistry and performance of cyanoacrylate adhesives. Special Technical Papers 1959;5:413-7.
.11Saltz R TM. Tissue glues in cosmetic surgery. StLouis, MO: QMP Inc; 2004; p. 38, 53-4.
.12Leggat PA, Smith DR, Kedjarune U. Surgical applications of cyanoacrylate adhesives: a review of toxicity. ANZ journal of surgery 2007;77:209-13.
.13Schneider G. Tissue adhesives in otorhinolaryngology. GMS current topics in otorhinolaryngology, head and neck surgery 2009;8:Doc01.
.14Leonardi M, Barbara C, Simonetti L, et al. Glubran 2: a new acrylic glue for neuroradiological endovascular use. Experimental study on animals. Interventional neuroradiology : journal of peritherapeutic neuroradiology, surgical procedures and related neurosciences 2002;8:245-50.
.15Eiferman RA, Snyder JW. Antibacterial effect of cyanoacrylate glue. Arch Ophthalmol 1983;101:958-60.
.16Soni A, Narula R, Kumar A, Parmar M, Sahore M, Chandel M. Comparing cyanoacrylate tissue adhesive and conventional subcuticular skin sutures for maxillofacial incisions--a prospective randomized trial considering closure time, wound morbidity, and cosmetic outcome. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons 2013;71:2152 e1-8.
.17SametInal ea. Biochemical and histopathological findings of N-Butyl-2-
Cyanoacrylate in oral surgery . ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY Turkey an experimental studyOral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod 2006;102:e14-e17.
.18Kumar MS ea. Comparison between Silk Sutures and Cyanoacrylate Adhesive in Human Mucosa- A Clinical and Histological Study. J Int Oral Health 2013.
.19Massoud G. Kazzi MaMS, MD. PEDIATRIC TONGUE LACERATION REPAIR USING 2-OCTYL CYANOACRYLATE. Department of Emergency Medicine, State University of New York_DownstateThe , Journal of Emergency Medicine 2013: pp. 1-3.
.20Burić N et al. Use of N-butyl cyanoacrylate with metacryloxisulfolane (glubran 2) surgical glue for flapless closure of oroantral communication . Medical School, Stomatology, University of Niš, Niš, Serbia 2013; Jun;22(3):238-43. doi.:
.21Manzur ea. A comparative study betweenadhesive technique with Tisuacryl® and suture technique with Silk 3.0 in third lower molar surgery Oral y Universidad de Valparaiso, Chiledoi: 2011;10.1016/j.ijom.2011.07.403.
.22Mohammad Elshall ea. CLOSURE OF INTRA-ORAL SURGICAL INCISIONS : A COMPARISON BETWEEN SUTURING AND TISSUE ADHESION. College of Dentistry , King saud University 2012.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2016/05/25.
تاريخ قبوله 2017/01/08.