دراسة سريرية حول دور الكلندراميسين في جراحة الأرحاء الثالثة المنطمرة

هيثم بحاح*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: ما يزال وصف مضادات الخمج في جراحة الأرحاء الثالثة موضع جدال وخلاف. حيث كثر إدراج هذه الأدوية في الوصفات الطبية خلال الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة. ولما كانت الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة تعدُّ الإجراء الجراحي الأكثر تكراراً في جراحة الفم والفكين. فإننا نهدف من دراستنا إلى تقييم وجود حاجة إلى استعمال الكلندامايسين الفموي وقائياً أو عدم حاجته خلال الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة المنطمرة اللاعرضية.

مواد البحث وطرائقه: أجريت الدراسة على 90 رحى ثالثة منطمرة أزيلت جراحياً عند 50 مريضاً من مراجعي مشفى جراحة الفم والوجه والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق، وكان متوسط أعمارهم 30.1 سنة خلال 13 شهراً. لم يتناول المرضى مضادات الخمج منذ شهر قبل العمل الجراحي وجميعهم كانوا من المرضى السليمين صحياً وفموياً. حيث تم تقسيم المرضى إلى 3 مجموعات. المجموعة الأولى تناولوا الكلندامايسين قبل ساعة من العمل الجراحي. والمجموعة الثانية تناولوا الكلندامايسين كل 6 ساعات مدة 5 أيام بعد العمل الجراحي. أما المجموعة الثالثة، المجموعة الشاهدة، فلم يتناولوا أية مضاد خمج. كان الإجراء الجراحي واحداً في جميع الحالات. وقد تم اعتبار كل من الألم والفتحة الفموية والأعراض الخمجية وأعراض التهاب السنخ الجاف والتأثيرات الجانبية كمقاييس للمقارنة بين المجموعات الثلاث خلال فترات المراقبة.

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

النتائج: لم يلاحظ وجود فروقات واضحة بين المجموعات الثلاث من حيث وجود أعراض الخمج الموضعي أو فتحة الفم أو الألم، وذلك سواء أكان المريض من المدخنين أو من غير المدخنين. بينما ظهرت حالات من التهاب السنخ الجاف لدى بعض المرضى بنسب متساوية تقريباً بين المجموعات الثلاث وجميعها كانت عند المرضى المدخنين. كما لوحظ وجود اختلافات واضحة من حيث التأثيرات الجانبية التالية للعمل الجراحي في المجموعات الثلاث.

الاستنتاج: بناء على النتائج التي حصلنا عليها فإننا لا ننصح بالاستعمال الروتيني للكلندامايسين الفموي خلال الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة المنطمرة ولاسيَّما إذا ما نظرنا إلى ما يسببه هذا الدواء من تأثيرات جانبية مرافقة لاستعماله. ونتفق في ذلك مع Poeschl *et al*.

الكلمات الافتتاحية: الكلندامايسين والأرحاء الثالثة المنطمرة.

The Role of Clinamycin in The Surgical Removal of Impacted Third Molars Clinical Study

Haytham Bahhah*

Abstract

Background and Objective : Antibiotic prescribing in third molar surgery remains controversial. The surgical removal of third molars is one of the most frequently performed procedures in oral and maxillofacial surgery. We evaluated the need for prophylactic oral Clindamycin treatment in the removal of asymptomatic impacted third molars.

Materials & methods : In a prospective study of 13 months, a total of 90 impacted third molars were surgically removed in 50 patients. Three groups were established. In the first group, Clindamycin treatment as an oral medication was used for 1 hour preoperatively. In the second group, was Clindamycin used for 5 days postoperatively. In the third group, the patients received no antibiotic treatment. The surgical technique was the same in all cases, and the follow-up period was 4 weeks. Parameters that were evaluated were pain, differences in mouth opening, infection, the occurrence of dry socket, and adverse postoperative side effects.

Results : We could not find any significant difference between the 3 groups regarding the evaluated parameters :(pain , infection of the wound region , mouth opening). some cases of dry socket are found in patients who smoking in the 3 groups. We could find significant difference between the 3 groups regarding the evaluated adverse postoperative side effects.

Conclusion: we cannot recommend routine oral prophylactic Clindamycin administration in the surgical removal of impacted third molars. especially because of adverse postoperative side effects of Clindamycin. we agree with Poeschl et al.

Key words : Clindamycin and impacted third molars

* Prof. Dept.of Arab-surgery, Faculty of dental medicine, Damascus university.

المقدمة:

ما يزال وصف المضادات الحيوية في جراحة الأرحاء الثالثة موضع جدل وخلاف. إن معدل حدوث خمج الجرح بعد الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة هو أعلى من معدل حدوثه بعد القلع التقليدي الروتيني [1].

لا يزال الخلاف موجوداً حول استخدام المضادات الحيوية الاتقائية وفوائد ذلك في جراحة الأرحاء الثالثة، إذْ لا توجد حتى الآن نصائح واضحة حول استخدام المضادات الحيوية الاتقائية. ولعل ذلك يعود بشكل رئيسي للتفاعلات الضارة المرافقة لاستعمال المضادات الحيوية ومنها: السمية المتعلقة بالمادة الدوائية نفسها، وردود الفعل التأقية، والأخماج الثانوية وتطور المقاومة الجرثومية تجاه المضادات الحيوية..هذا ويعدُّ التهاب القولون الغشائي الكاذب من التفاعلات الضارة الشائعة عند استعمال الكلنداميسين.

فالخلافات حول استخدام المضادات الحيوية الاتقائية كثيرة، وهي تتضمن دورها في إزالة الأنسجة الرخوة والأرحاء الثالثة المنطمرة بشكل كامل أو جزئية الانطمار والوقت المثالي للتطبيق والجرعة المثالية ومدو التطبيق وطريقته.

يعدُّ منع حدوث المضاعفات الخمجية الدافع الأساسي للجراح كي يقوم بوصف المضادات الحيوية الاتقائية بشكل روتيني، مع الأخذ بالحسبان المبادئ التي وضعها *Peterson* في وصفها [2] وهي :

أولاً : أن يظهر الإجراء الجراحي خطراً خمجياً واضحاً.

ثانياً : الاختيار الدقيق للمضاد الحيوي المناسب للإجراء الجراحي.

ثالثاً : ينبغي أن يكون مستوى المضاد الحيوي عالياً.

رابعاً : إعطاء المضادات الحيوية في الوقت المناسب.

خامساً : ينبغي أن يكون التعرض لتأثير المضاد الحيوي أقصر ما يمكن.

تحدد المبادئ من 2 إلى 5 ل *Peterson* البروتوكول الدقيق لوصف المضادات الحيوية في حين ينفرد المبدأ الأول فقط في تحديد وجود حاجة إلى استعمال معالجة كهذه أو عدم وجودها. ينبغي أن يكون المضاد الحيوي المعد للتطبيق السريري العملي غير سام وسهل الوصف والتطبيق، ولديه طيف تأثير ضيق بقدر ما هو ضروري للحد من إمكانية حدوث الأجماج.

وتتضمن المضاعفات الخمجية التالية للعمل الجراحي العظم المتموت المكشوف، ووذمة الأنسجة الرخوة والحمامى، وناسور التصريف القيحي باتجاه داخل أو/و خارج الفموية، والاعتلال العقدي اللمفي الموضعي والجهازي. يوجد الخمج عادةً مترافقاً مع السنخ الجاف، ويمكن أن يترافق بشكل أقل شيوعاً مع إصابة شديدة في المسافات الوجهية.[3]

هناك من يؤيد بقوة استخدام المضادات الحيوية الاتقائية لمنع حدوث الخمج التالي لجراحة الأرحاء الثالثة.[4]هناك مقالات أخرى لا تتفق مع هذه من حيث نسبة حدوث الخمج ولكنها تدعم استخدام المضادات الحيوية على أساس إنقاص المضاعفات التالية للعمل الجراحي.[5] ساعدت النتائج التي تم الحصول عليها بعد تطبيق المضادات الحيوية من نقص في حدوث الضزز ونقص في الألم وفي الوذمة وتحسن في الشفاء على نجاح فكرة استخدامها. هذا وقد نصح العديد من الباحثين باستخدام المضادات الحيوية الاتقائية بعد القلع، متضمناً جراحة الأرحاء الثالثة، فقط عند وجود خمج فعال وفي وقت الجراحة نفسه. [6،7]

توصف المضادات الحيوية عادةً بعد الجراحة بالجرعات الفموية وهي تصل إلى مستوياتها المصلية العالية بعد عدة ساعات من الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة؛ مع العلم أن هناك أدلة على أن وصفها قبل العمل الجراحي لديه تأثير واضح في إنقاص حدوث خمج الجرح بعد العمل الجراحي [8]. دراسة أخرى أظهرت أن حدوث أخماج الجروح كانت أقل في المرضى الذين تناولوا المضادات الحيوية قبل العمل الجراحي،

بينما كانت نسبة حدوث الخمج واحدة في المرضى الذين تناولوها بعد ساعة إلى 4 ساعات من بداية الجراحة والمرضى الذين لم يتناولوا أيّ مضاد حيوي بعد الجراحة [9]. أظهرت دراسة أجريت على المرضى الذين خضعوا لجراحة نظيفة غير ملوثة حدوث زيادة في معدلات الخمج التالي للجراحة في المرضى الذين تناولوا المضادات الحيوية بعد أكثر من 3 ساعات من بداية العمل الجراحي بالمقارنة مع الذين تناولوها خلال ساعتين من بداية العمل الجراحي [10]. في دراسة كبيرة على قلع الأرحاء الثالثة لوحظ نقص واضح في معدلات الخمج التالي للعمل الجراحي في المرضى الذين تناولوا المضادات الحيوية الاتقائية بعد الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة المنطمرة بالعظم بشكل كامل أو بشكل جزئي في حين لم تظهر لها فائدة كبيرة عندما تكون الإزالة العظمية غير ضرورية [11].

في دراسة تضمنت 3 مجموعات من المرضى الذين يحتاجون إلى إزالة الأرحاء الثالثة، تناول المرضى في المجموعة الأولى amoxicillin/cavulanic acid فموياً مدة 5 أيام بعد العمل الجراحي، في حين تناول المرضى في المجموعة الثانية clindamycin. أما المجموعة الثالثة فلم يتناول فيها المرضى أي مضاد حيوي، لم يلاحظ حدوث شفاء أفضل للجرح أو حدوث ألم أقل أو زيادة في فتحة الفم في المجموعتين اللتين تناول فيهما المرضى مضادات حيوية، كما لم يمنع تناولها حدوث المشاكل الالتهابية بعد الجراحة، ومن ثَمَّ لا ينصح باستخدام المضادات الحيوية الاتقائية الروتينية بعد العمل الجراحي [12].

حديثاً، وعلى الرغم من العديد من الدراسات، يعدُّ وصف المضادات الحيوية الاتقائية في جراحة الأرحاء الثالثة موضع جدل وخلاف[13]. وقد كان استخدامها في الطب الشغل الشاغل في العقود الأخيرة. وقد كان هناك إجماع عام على التقليل من استخدامها ما أمكن ذلك [14]، وذلك بهدف التقليل من إمكانية حدوث المقاومة الجرثومية والتقليل من التفاعلات الضارة المرافقة لاستعمالها.

من كل ما سبق نجد أن البحث لا يزال مستمراً حول ضرورة استعمال المضادات الحيوية الاتقائية بعد جراحة الأرحاء الثالثة المنطمرة أو عدم ضرورتها. وسنركز في دراستنا عن دور الكلنداميسين في الوقاية من الخمج التالي للجراحة.

الهدف من الدراسة :

1. تقييم النتائج التي حصلنا عليها من جراء استعمال 600 ملغ فموياً من الكلنداميسين الفموي قبل الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة بساعة.
2. تقييم النتائج التي حصلنا عليها من جراء استعمال 150 ملغ فموياً من الكلنداميسين الفموي كل6 ساعات مدة 5 أيام بعد الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة.
3. مقارنة النتائج التي حصلنا عليها مع نتائج عدم استعمال أي مضاد حيوي في الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة.

مواد البحث وطرائقه:

أجريت الدراسة على 90 رحى ثالثة أزيلت جراحياً عند 50 مريضاً من مراجعي مشفى جراحة الفم والوجه والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق، وكان متوسط أعمارهم 30.1سنة (تتراوح أعمارهم بين 22 و 44 سنة) خلال 13 شهراً. لم يتناول المرضى مضادات حيوية منذ شهر قبل العمل الجراحي وجميعهم كانوا من المرضى السليمين صحياً وفموياً.

كان هناك ثلاث مجموعات من المرضى.

المجموعة الأولى (A) تناولوا 600 ملغ فموياً من الكلنداميسين قبل الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة بساعة.

في المجموعة الثانية (B) تناول المرضى 150 ملغ فموياً من الكلنداميسين الفموي مباشرة بعد العمل الجراحي كل 6 ساعات مدة 5 أيام بعد الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة.

أما المجموعة الثالثة (C) فلم يتناولوا أي مضاد حيوي قبل العمل الجراحي أو بعده وتم استخدامها كمجموعة شاهدة.

سجلت العوامل السريرية والشعاعية للمريض قبل العمل الجراحي حيث كان للأرحاء المنطمرة درجة البزوغ نفسها في كل مجموعة وليس هناك فروق واضحة. فحص كل

المرضى في اليوم الثاني بعد العمل الجراحي وفي اليوم العاشر وبعد 4 أسابيع. كان إجمالي عدد المرضى الذين لم يرجعوا خلال أيام المراجعة 6، ومن ثَمَّ تم استبعدوا من الدراسة.

المقاييس التي تم تقصيها في الدراسة هي:

1. اختلاف الفتحة الفموية المقيسة بين القواطع العلوية والسفلية قبل العمل الجراحي وبعده.
2. خمج منطقة الجرح: من خلال تحري الوذمة الموضعية والحمامى ووجود القيح والألم الموضعي في منطقة ماحول الخياطة.
3. السنخ الجاف: من خلال تحري غياب الخثرة الدموية وانكشاف العظم والألم الشديد.
4. قياس الألم حسب مقياس الألم المضاهي.
5. تحري الأعراض الجانبية:

جدول يظهر التفاعلات الضارة الحاصلة عند المرضى بعد العمل الجراحي في المجموعات الثلاث

التفاعل الضار	في مجموعة الكلنداميسين 600 ملغ قبل ساعة من العمل الجراحي	في مجموعة الكلنداميسين 150ملغ كل 6 ساعات بعد العمل الجراحي مدة 5 أيام	في المجموعة الشاهدة
الصداع	12	12	13
الانتبار	–	–	2
الغثيان	3	7	1
الحمى	–	–	–
الإسهال	–	1	–
الأرق	–	–	–
الرعاش (الرجفان اللإرادي)	–	–	–
الإمساك	–	–	–
التهاب القولون الغشائي الكاذب	–	2	–
إجمالي النتائج	15	20	16

كان الإجراء الجراحي واحداً في كل الحالات وتتضمن المراحل الآتية:

1. استجواب المريض قبل البدء بالعمل الجراحي وفقاً لبطاقة تعدُّ مسبقاً.
2. الغسول الفموي بالكلورهيكسدين 2% مدة دقيقة واحدة قبل العمل الجراحي.
3. استخدام *lidocaine hcl 2% with epinephrine inj (1:80.000)* في التخدير.
4. استخدام السيروم الملحي العقيم في الإرواء خلال العمل الجراحي.
5. استخدام خيط الحرير 4-0 في إغلاق الجروح، وتتم إزالة الخياطة بعد 10 أيام من العمل الجراحي.
6. تزويد المريض بالتعليمات التالية للعمل الجراحي مكتوبة على ورقة ليقوم باتباعها.

النتائج :

لم يلاحظ حدوث أية مضاعفات خطرة كالخراجات المسافية أو التهاب العظم والنقي في أي مجموعة من المجموعات الثلاث.

حالتان حدث فيهما التهاب قولون غشائي كاذب.

أولاً: اختلاف الفتحة الفموية بالمليمتر: يوضح الجدول الآتي المتوسط الحسابي لاختلاف الفتحة الفموية عند مرضى المجموعات الثلاث خلال فترات المراقبة:

المجموعة / اليوم	A	B	C	
في اليوم الثاني	32	33	32.3	ملم
في اليوم العاشر	35.3	35.23	34.1	ملم
بعد 4 أسابيع	39	39	39	ملم
الفتحة الطبيعية	39	39	39	ملم

ثانياً: أعراض الالتهاب الموضعي: يوضح الجدول الآتي الحالات التي ظهرت فيها أعراض الالتهاب الموضعي في المجموعات الثلاث خلال فترات المراقبة:

اليوم / الأعراض الخمجية	في اليوم الثاني			في اليوم العاشر			بعد 4 أسابيع		
	A	*B*	*C*	*A*	*B*	*C*	*A*	*B*	*C*
الوذمة الموضعية	18	17	20	-	-	-	-	-	-
الحمامى	-	-	-	-	-	-	-	-	-
وجود القيح	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الألم المخاطي في منطقة ما حول الخياطة	30	30	30	22	22	25	-	-	-

ثالثاً: السنخ الجاف: يوضح الجدول الآتي الحالات التي ظهرت فيها أعراض السنخ الجاف في المجموعات الثلاث خلال فترات المراقبة :

	في اليوم الثاني			في اليوم العاشر			بعد 4 أسابيع		
	A	*B*	*C*	*A*	*B*	*C*	*A*	*B*	*C*
غياب الخثرة الدموية	–	–	2	1	1	2	–	–	–
انكشاف العظم	–	–	2	1	1	2	–	–	–
الألم الشديد	–	–	2	1	1	2	–	–	–

رابعاً:الألم حسب مقياس الألم المضاهئ: توضح الجداول الآتية المتوسطات الحسابية للألم عند المرضى في المجموعات الثلاث خلال فترات المراقبة:

أولاً: في اليوم الثاني :

المقياس / المجموعة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	المتوسط الحسابي
A	–	3	2	10	14	1	–	–	–	–	–	3.27
B	–	3	4	9	13	1	–	–	–	–	–	3.17
C	–	1	4	10	13	2	–	–	–	–	–	3.37

ثانياً : في اليوم العاشر :

المقياس / المجموعة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	المتوسط الحسابي
A	**22**	**6**	**1**	**1**	–	–	–	–	–	–	–	**0.36**
B	**24**	**4**	**1**	**1**	–	–	–	–	–	–	–	**0.3**
C	**20**	**7**	**2**	**1**	–	–	–	–	–	–	–	**0.4**

ثالثاً : بعد 4 أسابيع :

المقياس / المجموعة	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	المتوسط الحسابي
A	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
B	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
C	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0

لم يلاحظ وجود فروقات واضحة بين المجموعات الثلاث من حيث وجود أعراض الخمج الموضعي أو فتحة الفم أو الألم؛ وذلك سواء أكان المريض من المدخنين أو من غير المدخنين. بينما ظهرت حالات من السنخ الجاف لدى بعض المرضى بنسب متساوية تقريباً بين المجموعات الثلاث وجميعها كانت عند المرضى المدخنين. كما لوحظ وجود اختلافات واضحة من حيث التفاعلات الضارة التالية للعمل الجراحي في المجموعات الثلاثة.

المناقشة:

سنلقي نظرة عامة وشاملة على ما توصلنا إليه في دراستنا من نتائج عند التدقيق على المقاييس التي اعتمدناها في الدراسة:

أولاً: اختلاف الفتحة الفموية بالمليمتر: حيث لاحظنا حدوث الضزز متوسط الشدة بعد العمل الجراحي مباشرة في مجموعات الدراسة الثلاث، ثم يبدأ بالتراجع تدريجياً مع مرور الوقت حتى تعود الفتحة الفموية إلى وضعها الطبيعي. وقد كانت قيم المتوسطات الحسابية لاختلاف الفتحة الفموية خلال فترات المراقبة متقاربة في

المجموعات الثلاث. حيث لم يضفِ استخدام الكلنداميسين في المجموعتين الأولى والثانية أيَّ تحسن ملحوظ في الفتحة الفموية بالمقارنة مع المجموعة الشاهدة.

ثانياً: أعراض الالتهاب الموضعي: تترافق الأعمال الجراحية السنخية عادةً بظهور الوذمة في منطقة العمل الجراحي والتي تبدأ بالتراجع بدءاً من اليوم الثالث وبشكل تدريجي إلى أن تختفي. وهذا أمر طبيعي قياساً للرض الحاصل في منطقة الجراحة. وفي دراستنا كان عدد الحالات التي ظهرت فيها الوذمة الموضعية في الفترة الأولى من المراقبة متقارباً في المجموعات الثلاث ثم اختفت تماماً خلال الفترتين التاليتين. أما فيما يتعلق بالألم في منطقة ما حول الخياطة فقد ظهر لدى جميع المرضى تقريباً في الفترتين الأولى والثانية من المراقبة واختفى في الفترة الثالثة. ولم نسجل أية دلائل على حدوث الحمامى أو وجود القيح في المجموعات الثلاث خلال فترات المراقبة الثلاث. ومن ثَمَّ نجد عدم وجود فروقات واضحة بين استعمال الكلنداميسين خلال الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة بالمقارنة مع عدم استعماله من حيث أعراض الالتهاب الموضعي.

ثالثاً: السنخ الجاف: لاحظنا ظهور بعض أعراض السنخ الجاف (غياب الخثرة الدموية، انكشاف العظم، الألم الشديد) بنسبة بسيطة في مجموعات الدراسة الثلاث خلال فترات المراقبة، ولم تخلق هذه النسبة أية فروقات واضحة. مما يعطي دليلاً واضحاً على أنه لا فائدة ترجى من استعمال الكلنداميسين في منع حدوث السنخ الجاف التالي للإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة بالمقارنة مع اتباع المبادئ الجراحية السليمة (قبل – خلال – بعد) العمل الجراحي.

رابعاً: الألم حسب مقياس الألم المضاهئ: بالنظر إلى الجداول التي حصلنا عليها خلال الدراسة نجد أن :

1. تراوح المتوسط الحسابي للألم عند مرضى المجموعات الثلاث في اليوم الثاني التالي للجراحة بين 3.17 و 3.37.

2. تراوح المتوسط الحسابي للألم عند مرضى المجموعات الثلاث في اليوم العاشر التالي للجراحة بين 0.3 و 0.4.

3. اختفاء الألم تماماً بعد أربعة أسابيع من الجراحة.

4. تناقص الألم تدريجياً مع مرور الوقت.

5. عدم وجود اختلاف بين المجموعات الثلاث خلال فترات المراقبة.

ونستنتج عدم وجود فائدة من استعمال الكلنداميسين في تخفيف الألم التالي للعمل الجراحي أو في التقليل من وقوعه.

خامساً : التفاعلات الضارة بعد العمل الجراحي : يترافق استعمال الأدوية عادة بجملة من التفاعلات الضارة المرافقة لاستعمالها. والكلنداميسين كباقي الأدوية له تفاعلات ضارة متعددة مرافقة لاستعماله.ومن التفاعلات الضارة المرافقة لاستعماله الجدول-1-:

1. الانتبار:لا توجد فروقات بين مجموعات الدراسة الثلاث.

2. الصداع:لا توجد فروقات بين مجموعات الدراسة الثلاث

3. الغثيان : يزيد استعمال الكلنداميسين قبل العمل الجراحي أو بعده من احتمال حدوث الغثيان. إلا أن استعماله بعد العمل الجراحي وبالجرعات المتكررة يزيد من احتمال حدوث الغثيان بنسبة الضعف بالمقارنة مع استعماله بجرعة وحيدة قبل العمل الجراحي.

4. الإسهال : قد يحدث الإسهال بشكل مرافق لاستعمال الكلنداميسين وقد يكون عرضاً لالتهاب القولون الغشائي الكاذب.

5. التهاب القولون الغشائي الكاذب : سجل حدوثه بشكل مترافق مع الاستعمال المتكرر للكلنداميسين بعد العمل الجراحي في حين لم يظهر في المجوعتين الأخريتين.

ومن ثَمَّ نجد اختلافاً واضحاً بين المجموعات الثلاث من حيث التفاعلات الضارة التالية للعمل الجراحي.

عليه فإننا لم نلاحظ وجود فروقات واضحة بين المجموعات الثلاث من حيث وجود أعراض الخمج الموضعي أو فتحة الفم أو الألم، وذلك سواء أكان المريض من المدخنين أو من غير المدخنين. بينما ظهرت حالات من السنخ الجاف لدى بعض المرضى بنسب متساوية تقريباً بين المجموعات الثلاث وجميعها كانت عند المرضى المدخنين ومرافقة لإزالة الأرحاء الثالثة السفلية، مما يدل على أن الأمر لا يتعلق باستعمال الكلنداميسين أو عدمه وإنما بالتدخين وبمكان الرحى الثالثة. كما لوحظ وجود اختلافات واضحة من حيث التفاعلات الضارة التالية للعمل الجراحي في المجموعة الثانية بالمقارنة مع الأولى والثالثة حيث ظهرت حالتان من التهاب القولون الغشائي الكاذب في المجموعة التي تناولت الكلنداميسين خلال 5 أيام بعد العمل الجراحي.

فلا توجد حاجة لاستعمال الكلنداميسين اتقائياً في جراحة الأرحاء الثالثة المنطمرة، ونحن نتفق في ذلك مع *Poeschl* والذي لم يلاحظ حدوث شفاء أفضل للجرح أو حدوث ألم أقل أو زيادة في فتحة الفم عند استعمال الكلنداميسين بعد العمل الجراحي، كما لم يمنع استعماله من حدوث المشاكل الالتهابية بعد الجراحة ومن ثَمَّ لا ينصح باستخدام الكلنداميسين الاتقائي بعد العمل الجراحي [12].

ونحن نتفق مع ما جاء في*Words R. Dental notes* حيث أكد التقليل من استخدام المضادات الحيوية ما أمكن ذلك [14]، وذلك بهدف التقليل من إمكانية حدوث المقاومة الجرثومية والتقليل من التفاعلات الضارة المرافقة لاستعمالها. إذ يظهر أن الفوائد المراد الحصول عليها بالمقارنة مع التفاعلات الضارة للمضادات الحيوية عموماً و للكلنداميسين خصوصاً تعدُّ ضئيلة، لذلك فلا ضرورة لاستعمالها بشكل اتقائي بل تستعمل عند الضرورة.

ونحن نختلف في نتائجنا مع *Polk HC Jr* و *Stone HH* [8، 9]، وقد يعود السبب في ذلك إلى استعمالهم للمضادات الحيوية بشكل واسع في حين ركزنا في دراستنا على استعمال الكلنداميسين.

المقترحات والتوصيات:

أولاً: بناءً على نتائج دراستنا فإننا لا ننصح بالاستعمال الروتيني للكلنداميسين عند الإزالة الجراحية للأرحاء الثالثة مع الأخذ بالحسبان إلى ضرورة تحقق الشروط الآتية:

1. أن يكون المريض سليماً وخالياً من الأمراض المؤهبة للخمج.
2. أن يكون المريض سليمًا من الناحية الفموية.
3. أن تكون ظروف العمل الجراحي مثالية دون أيّ كسر مهما كان صغيراً في حلقة التعقيم.
4. أن تراعى المبادئ الجراحية الدقيقة خلال العمل الجراحي.
5. أن تكون الخياطة الجراحية دقيقة ومحكمة.
6. عدم وجود أي مصدر خمجي مجاور.
7. التأكد من اتباع المريض للتعليمات ما بعد العمل الجراحي بدقة.

ثانياً: بينما ننصح باستعماله عند عدم تحقق الشروط السابقة مع ضرورة الانتباه إلى التفاعلات الضارة المرافقة لاستعماله.

ثالثاً: نفضل في حال رغب الطبيب باستعمال الكلنداميسين اتقائياً أن يعطي للمريض جرعة واحدة فقط تقدر ب 600 ملغ فموياً قبل العمل الجراحي بساعة. مع عدم وجود ضرورة لمتابعة استعماله بعد الجراحة.

رابعاً: يوصى المريض ولاسيَّما مرضى الأرحاء الثالثة السفلية بضرورة الابتعاد عن التدخين خلال فترة الشفاء ولاسيَّما خلال ال 24 ساعة الأولى بعد الجراحة.

المراجع

1. Loukota RA. The incidence of infection after third molar removal. Br J Oral Maxillofac Surg 1991;29:336.
2. Peterson LJ. Antibiotic prophylaxis against wound infections in oral and maxillofacial surgery. J Oral Maxillofac Surg 1990;48:617.
3. MacGregor AJ. Aetiology of dry socket. Br J Oral Surg 1968; 6: 49−58
4. Mitchell DA. A controlled clinical trial of prophylactic tinidazole for chemoprophylaxis in third molar surgery. Br Dent J 1986; 160: 284.
5. Nordenram A, Sydnes G & Odegaard J. Neomycin-bacitracin cones in impacted third molar sockets. Int J Oral Surg 1973; 2: 279.
6. Marciani R. Antibiotics for head and neck infections. In Peterson L J (ed)Principles of Oral and Maxillofacial Surgery pp 206−207 Philadelphia: Lippincott 1992;
7. Alling CA. Impacted teeth. In Hardin J (ed)Clark's clinical dentistry pp 11 Philadelphia: Lippincott 1993
8. Polk HC Jr, Lopez-Mayor JF. Postoperative wound infection: A prospective study of determinant factors and prevention. Surgery 1969;66:97.
9. Stone HH, Hooper CA, Kolb LD, et al. Antibiotic prophylaxis in gastric, biliary and colonic surgery. Ann Surg 1976;184:443.
10. Classen DC, Evans RS, Pestotnik SL, et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. N Engl J Med 1992;326:281.
11. Piecuch JF, Arzadon J, Lieblich SE. Prophylactic antibiotics for third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg 1995;53:53.
12. Poeschl P, Eckel D, Poeschl E. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery–a necessity? J Oral Maxillofac Sur 2004;62:3-8; discussion 9.
13. Martin MV, Kanatas AN, Hardy P. Antibiotic prophylaxis and third molar surgery. Br Dent J 2005;198:327-330.
14. Woods R. Dental notes: antibiotics for surgical prophylaxis. Aust Prescriber 2005;28:41.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2008/1/26.
تاريخ قبوله للنشر:2008/10/26.