

4. Daley TD., Wysocki GP, Pringle GA (1994) Relative incidence of odontogenic tumours and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 77, 276- 280 .
5. de Souza LB, Gordón-Núñez MA, Nonaka CF, de Medeiros MC, Torres TF, Emiliano GB. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15:e583-90.
6. Forouzandeh A. Cysts of oral cavity, Odontogenic cysts, Non Odontogenic cysts. *J Dent Tehran Univ Med Scien* 1999;4:41-51.
7. Ledesma-Montes C, Hernandez-Guerrero JC, Garces-Ortiz M. Clinicopathologic study of odontogenic cysts in a Mexican sample population. *Arch Med Res.* 2000; 31:373-76.
8. Lin HP, Chen HM, Yu CH et al. Clinicopathological study of 252 jaw bone periapical lesions from a private pathology laboratory. *J Formos Med Assoc* 2010; 109 (11):810-818.
9. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. *J Oral Pathol Med* 2006;35:500 .
10. Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnop P, Bertrand JC.. Odontogenic cysts: A clinical study of 695 cases. *J Oral Sci* 2006;48:59-62.
11. Peters E, Lau M. Histopathologic examination to confirm diagnosis of periapical lesions: a review. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(9):598-600.
12. Shear M, Speight PM. Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions. 4th ed. Australia: Blackwell; 2007. p. 59-76.
13. Vier F.V. and Figueiredo J.A.P. (2002) Prevalence of different periapical lesions associated with human teeth and their correlation with the presence and extension of apical external root resorption. *International Endodontic Journal* 35, 710-719.
14. Галецкий Дмитрий Владиславович. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения одонтогенных кист челюстей 2003.

Data prezentării: 12.04.2017.

Recenzent: Oleg Solomon

TRATAMENTUL COMPLEX AL PACIENȚILOR CU PERICORONARITE ACUTE

Oleg Zănoagă,
conferențiar universitar
Catedra de chirurgie
oro-maxilo-facială și
implantologie orală
„Arsenie Guțan“, IP
USMF „N. Testemițanu“

Tatiana Croitor,
student anul V
Facultatea de
Stomatologie, IP USMF
„Nicolae Testemițanu“

Andrei Mostovei,
conferențiar universitar

Gabriela Motelica,
asistent universitar

Nicolae Chele,
conferențiar universitar

Catedra de chirurgie
oro-maxilo-facială și
implantologie orală
„Arsenie Guțan“, IP
USMF „N. Testemițanu“

Rezumat

Scopul studiului a fost de a ameliora eficacitatea asistenței medicale pacienților cu pericoronarite acute prin optimizarea metodelor de tratament. În studiu au fost incluși 16 pacienți cu pericoronarită acută, care au fost tratați în 2 etape. În faza acută a procesului inflamator a fost administrat un tratament medicamentos complex (antimicrobian, antiinflamator), apoi la a 2-a, a 3-a zi de tratament (la retrocedarea fenomenelor inflamatorii) — extracția dintelui cauzal. Analiza eficacității tratamentului medicamentos la pacienții cu pericoronarite acute a constatat o ameliorare evidentă a fenomenelor inflamatorii (micșorarea edemului și a hiperemiei mucoasei retromolare) fără efectuarea unor intervenții suplimentare. Extracția la „rece“ a molarilor de minte comportă în sine un grad înalt de siguranță, manifestată prin micșorarea riscului de apariție a complicațiilor inflamatorii postextracționale. Algoritmul de tratament al pacienților cu pericoronarite acute orientează medicii practicieni spre selectarea metodei optime de tratament.

Cuvinte cheie: pericoronarită, tratament, profilaxie.

Summary

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PERICORONITIS

The purpose of the study was to improve the effectiveness of healthcare to patients with acute pericoronitis by optimizing the treatment methods. The study included 16 patients with acute pericoronitis treated in 2 steps. In the acute phase of the inflammatory process the anti-microbial and anti-inflammatory treatment was administered, then the causative tooth was extracted on the 2nd and 3rd day of treatment. It was shown that preoperative administration of the medicamentous treatment helps to ameliorate inflammatory phenomena. „Cold“ extraction of the third molars involves a high degree of safety, determining the decrease of the risk of inflammatory complications. Treatment plan of patients with acute pericoronitis guides medical practitioners towards optimal method of treatment.

Key words: pericoronitis, treatment, prophylaxis.

Introducere

Prima și cea mai importantă complicație septică determinată de erupția molarului de minte inferior este pericoronarita, care reprezintă punctul de plecare al altor complicații septice în părțile moi perimaxilare, în os, în ganglioni și la distanță [1,2,3].

Accidentele legate de molarul de minte inferior se întâlnesc mai frecvent la pacienții cu vârsta cuprinsă între 17 și 25 de ani [2,8,17,18], cu toate că ele pot fi semnalate la orice vârstă [2]. Conform unor estimări [8], frecvența patologiei molarului de minte este semnificativă, constituind 56%. În 17,7% cazuri molarul de minte este cauza principală a diferitor procese inflamatorii din teritoriul oro-maxilo-facial [7], iar conform altor opinii [8] — în 23,64% de cazuri. Mai mult ca atât, incidența complicațiilor septice grave cu punct de plecare de la molarul de minte constituie 2,5% [7]. Prin urmare, tratamentul său și perioada îndelungată de reabilitare, au impact negativ și asupra sferei psiho-emoționale a pacienților [14].

Frecvența mare a accidentelor și complicațiilor determinate de erupția molarului de minte inferior este explicată în mod diferit de diverși autori [4]. Astfel, conform unor studii autohtone [7], molarii de minte inferiori provoacă mai frecvent (în 89% de cazuri) complicații inflamatorii comparativ cu cei superiori. Acest fapt se explică prin incidența mărită de erupție dificilă a molarului de minte inferior din cauza condițiilor filogenetice, ontogenetice (embriologice) și anatomice în care se dezvoltă (insuficiența spațiului retromolar datorită tendinței filogenetice de reducere a dimensiunii maxilarelor, care nu se corelează cu tendința de reducere a dimensiunii și a numărului de dinți; poziția oblică a molarului de minte inferior produsă de creșterea mandibulei etc).

Infectarea sacului folicular se poate produce sub acțiunea factorilor locali (topografia locului de erupție, morfologia molarului inclus, starea capușonului de mucoasă etc) sau generali (endogeni, în special în cursul bolilor ce scad pragul imunitar). Majoritatea autorilor sunt unanimi în opinia că cel mai frecvent rol în apariția pericoronaritelor le revine factorilor locali, mai rar — celor generali [1,2,3].

În ultimii ani, în literatura de specialitate se observă un deosebit interes față de studierea metodelor de tratament și a complicațiilor provocate de erupția dificilă, retenția sau distopia molarului de minte [5,6,7,8]. Acest fapt se explică prin creșterea numărului de pacienți cu procese inflamatorii de la dinții de minte, lipsa unui algoritm de conduită al acestor pacienți. Așadar, necesitatea unui studiu, vizând posibilitățile metodelor de tratament al pacienților cu patologia molarului de minte este actuală.

Scopul studiului — de a ameliora eficacitatea asistenței medicale pacienților cu pericoronarite acute prin optimizarea metodelor de tratament.

Material și metode

În studiu au fost incluși 16 pacienți (6 bărbați și 10 femei) cu pericoronarită acută, vârsta cărora a fost

cuprinsă între 18 și 35 de ani. După examenul clinic și paraclinic (ortopantomografic) a fost întocmit planul de tratament, efectuat în 2 etape. La I etapă (în faza acută a procesului inflamator) a fost administrat un tratament medicamentos complex: antimicrobian (Tab. Augmentin 1,0; câte 1 p. de 2 ori/zi); antiinflamator (Tab. Aksen Fort 550 mg N.10, câte 1 p. de 2 ori/zi); hiposensibilizant (Tab. Citerizină 10 mg; câte 1 pastilă/zi); antifungic (Tab. Fluconazol 150 mg Nr.1). La a 2-a, a 3-a zi de tratament medicamentos (la retrocedarea fenomenelor inflamatorii) urma a II-a etapă: tratamentul radical (extracția dintelui cauzal). Protocolul chirurgical aplicat în toate cazurile a vizat minimalizarea traumatismului operator, atât asupra suportului osos, cât și asupra țesuturilor moi.

Pentru colectarea datelor au fost create fișiere de tip „bază de date”, în care au fost introduși toți parametrii luați în considerare pentru a fi studiați. Pentru stocarea, analiza și redarea datelor s-a utilizat componentele Word, Excel și Power Point a pachetului de programare Microsoft Office 2010 Professional.

Rezultate și discuții

Pericoronarita acută seroasă a fost diagnosticată la 10 pacienți (în 62% de cazuri), iar cea purulentă la 6 pacienți (38% de cazuri) (figura 1).

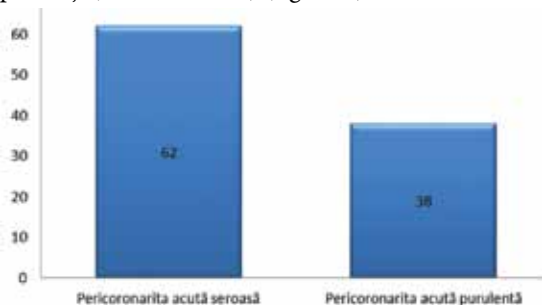


Fig. 1. Frecvența pacienților cu pericoronarită acută (%)

La analiza clinică a relației molarului de minte cu planul ocluzal după Pell și Gregory (figura 2) s-a constatat că Clasa C (în 38% de cazuri) este mai frecventă comparativ cu clasele A și B care s-au întâlnit în mod egal (în 31% de cazuri).

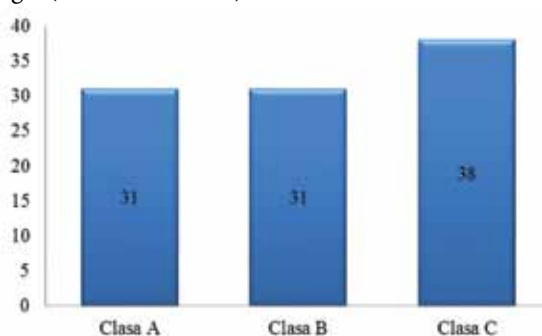


Fig. 2. Frecvența poziției molarului de minte inclus față de ramul ascendent mandibular conform claselor după Pell și Gregory (studiu clinic)

Studiul paraclinic al relațiilor molarului de minte față de ramul ascendent mandibular după Pell și Gregory (figura 3) a identificat faptul că cel mai frecvent

a fost înregistrată Clasa 2 (53%), urmată de Clasa 1 (41%) și respectiv Clasa 3 (6%).

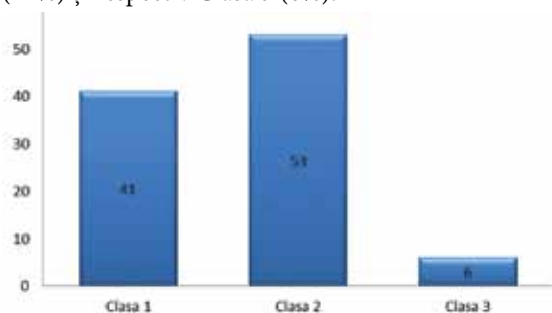


Fig. 3. Frecvența poziției molarului de minte inclus față de ramul ascendent mandibular conform claselor după Pell și Gregory (studiul paraclinic)

În urma tratamentului medicamentos administrat perioada postoperatorie a decurs fără complicații inflamatorii. Mai mult ca atât, la a 2-a, a 3-a zi de tratament s-a constatat o retrocedare a fenomenelor inflamatorii. Astfel, în aceste condiții, extracția molarilor de minte a fost efectuată la „rece”. Prin acest procedeu s-a micșorat riscul de apariție a complicațiilor septice postextractionale sau de extindere a procesului inflamator în spațiile anatomice loco-regionale.

Este necesar de remarcat că alegerea metodei optime de tratament a pacienților cu patologia molarului de minte continuă și astăzi să constituie subiectul multiplelor dezbateri științifice [7,8,11]. Astfel, conform unor opinii [11], extracția dintelui în retenție care nu a provocat careva schimbări patologice locale sau generale nu trebuie să fie efectuată. Alți autori [citat din 8], menționează faptul că extracția dintelui reținut este indicată, dacă nu există contraindicații, deoarece cu înaintarea în vârstă aceste extracții devin mai complicate. M. Kunkel și coaut. (2007) [15] recomandă efectuarea extracțiilor profilactice ale molarilor de minte, deoarece, conform studiilor efectuate, complicațiile în urma extracțiilor profilactice constituie doar 27%.

În această ordine de idei, considerăm binevenită efectuarea extracțiilor la „rece” a molarului 3 la pacienții cu pericoronarită acută, ceea ce va contribui la micșorarea riscului de apariție a complicațiilor septice. În același timp menționăm că pentru a reduce intensitatea sindromului algic și gradul de răspândire a edemului postoperator recomandăm efectuarea extracțiilor atipice a molarilor de minte prin tehnici minimal invazive.

Concluzii

1. Analiza eficacității tratamentului medicamentos la pacienții cu pericoronarite acute a constatat o ameliorare evidentă a fenomenelor inflamatorii (micșorarea edemului și a hiperemiei mucoasei retromolare) fără efectuarea unor intervenții suplimentare.
2. Extracția la „rece” a molarilor de minte comportă în sine un grad înalt de siguranță, ma-

nifestată prin micșorarea riscului de apariție a complicațiilor inflamatorii postextractionale.

3. Algoritmul de tratament al pacienților cu pericoronarite acute orientează medicii practicieni spre selectarea metodei optime de tratament.

Bibliografie

1. Bucur A. Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială. București: Tipografia Art Group. 2009. Vol. 1, p. 122-158.
2. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilo-facială. București: Editura Medicală. 2007. p. 242-257.
3. Gănuță N. Chirurgie orală. București: Editura Didactică și Pedagogică. 1998. p.157-172.
4. Gănuță N., Bucur A., Ștefănescu L., Marinescu R., Gănuță A., Bodnar H. Chirurgie Oro-Maxilo-Facială — Chirurgie Orală Vol. II. Editura Național, 1998, p. 315-332.
5. Nastas L., Popovici T. Pericoronarita-complicație a patologiei de erupție a molarului de minte. Chișinău, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2005. Vol. IV, ediția a VI-a, p. 677-679.
6. Nastas L., Susarencu D. Pericoronarita acută. Etiologia, tabloul clinic, diagnostic, metodele de tratament. Chișinău, Anale Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2013. Vol. IV, ediția a XIV-a, p. 501-504.
7. Sirbu D., Glinschi T., Naghibeda M., Mighic A. Molarul de minte: atitudine și conduită. Chișinău, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2012. Vol. 4, ediția a XIII-a, p.454-459.
8. Sirbu D., Glinschi V., Naghibeda M., Mighic A. Molarul de minte: considerații și discrepanțe în practica de ambulator. Chișinău, Medicina Stomatologică, 2012. Nr. 3 (24), p. 86-89.
9. Sirbu D., Topalo V., Cucu Gh., Bogdan O., Ghețiu A. Abcesul șanțului mandibulo lingual. Aspecte terapeutice și chirurgicale. Chișinău, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2013. Vol. 4, ediția a XIV-a, p. 540-545.
10. Stoica I., Ababii S., Covalciuc N. Procesele inflamatorii odontogene ale regiunii OMF, aspecte statistice. Chișinău, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2003. Vol. III, ediția a IV-a, p. 376-380.
11. Șcerbatiuc D., Bicer C. Extracția atipică a dintelui de minte inferior în cazul accidentelor de erupție. Chișinău, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2007. Vol. III, p. 10.
12. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie Buco-Maxilo-Facială. Chișinău: Universitas. 1992. p. 219-225.
13. Zănoagă O., Climenco S. Pericoronaritele acute. Aspecte Clínico-epidemiologice și de tratament. Chișinău, Medicina Stomatologică 2015. Nr. 1 (34) p.33-35.
14. Zănoagă O., Chele N., Dabija I., Procesele inflamatorii ale teritoriului oro-maxilo-facial. Date statistice, Chișinău, Medicina stomatologică 2015. Nr. 3(36) / ISSN 1857—1328.
15. Kunkel M., Kleis W., Morbach T., Wagner W. Severe Third Molar Complications Including Death — Lessons from 100 Cases Requiring Hospitalization. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2007. Vol. 65.
16. Nitzan D.W., Tal O., Sela M.N., Shteyer A. Pericoronitis: a reappraisal of its clinical microbiologic aspects. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1985, 43 (4): p. 510-516.
17. Sixou J.L., Magaud C., Gourgeon A.J., Cormier M., Mallet M.B. Evaluation of the Mandibular Third Molar Pericoronitis Flora and Its Susceptibility to Different Antibiotics Prescribed in France. Journal of Clinical Microbiology, Dec 2003, Vol. 41, No. 12, p. 5794-5797.
18. Русу Н. Курс лекций по воспалительным процессам, локализованным в челюстно-лицевой области Кишинэу: Издательско-полиграфический центр Medicina. 2012. с. 17-23.
19. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев: 000 „Червона Рута-Турп”. 2002. с. 244-248.

Data prezentării: 15.05.2017.

Recenzent: Valeriu Burlacu