

LEZIUNI INTERRADICULARE — ABORDĂRI DE TRATAMENT COMPLEX

Rezumat

Studiul a fost efectuat pe 9 pacienți cu PMC, leziuni interradiculare de gradul III după Hamp și Linde. A fost utilizată metoda chirurgicală — operație cu lambou și tunelizarea spațiului interradicular. Toți pacienții au fost supuși tratamentului complex, în rezultatul căruia sa reușit păstrarea dinților cu leziuni interradiculare în arcada dentară, asigurând astfel funcționalitatea lor pe o perioadă îndelungată.

Cuvinte-cheie: leziuni interradiculare, tunelizare, tratament complex.

Summary

INTERRADICULAR LESIONS AND ITS COMPLEX TREATMENT ABORDATION

Study was performed on 9 patients with periodontal disease, with the 3rd degree of interradicular lesions according to Hamp and Linde classification. We used the surgical, flap surgical and interradicular space tunnelization methods. All patients were also complexly treated, so in the end this teeth were not extracted they remained in the dental arch, and their functionality was maintained for a long time.

Key-words: Interradicular lesions, tunnelization, complex treatment.

Introducere.

Parodontitele marginale cronice în variate forme morfo-clinice în stadii incipiente sau avansate, reprezintă una din cauzele principale de disfuncție a aparatului dento-maxilar. Concluziile studiilor epidemiologice efectuate în plan mondial, sub egida OMS, au precizat următoarele [1]:

- de afecțiunile parodontiului sunt afectați copiii în proporție de 80%, iar adulții după 30—45 ani în proporție de 100%;
- după 30 ani, numărul dinților extrași din cauza afecțiunilor parodontiului marginal depășește numărul dinților extrași în urma complicațiilor cariei dentare;
- există o corelație strânsă între afectarea parodontiului marginal și prezența depozitelor de placă și tartru;
- placa bacteriană este factorul etiologic determinant al îmbolnăvirii parodontale [2]

Patologiile parodontiului marginal pot induce leziuni osoase, inclusiv și a osului interradicular, cu denudarea completă a zonei de furcație, pe orizontală, precum urmează după Hamp (1975) [3]:

1. pungă parodontală în zona rădăcii meziale, însă fără implicarea furcației;
2. sonda parodontală pătrunde în zona furcației în plan orizontal până la 3 mm;
3. furcația poate fi sondată în plan orizontal peste 3 mm;
4. defect tunelar în zona furcației, în plan orizontal.

Nu mai puțin informativ acest fenomen este descris și în clasificarea după Linde (1983), din punct de vedere a aplicării în clinică este și mai simplă:

1. pierderea de țesut osos interradicular mai puțin de 1/3 în plan orizontal;
2. pierderea de țesut osos interradicular mai mult de 1/3, însă nu este tunelară;
3. pierderea în totalitate a țesutului osos interradicular, cu formarea tunelului

Procesele patologice în zona furcațiilor, nu se limitează doar cu leziuni în plan orizontal, dar sunt soldate și cu punji parodontale, care de fapt și sunt obiectivele principale în planificarea volumului a intervenției chirurgicale. Aceste defecte verticale (punji parodontale în zona furcațiilor), le apreciem în raport cu clasificarea lor după Goldman și Cohen (1980) [3], în funcție de pereții alveolari afectați:

Tipul I — defect osos cu trei pereți, cel mai favorabil în viziunea rezultatului pozitiv;

Tipul II — defect osos cu doi pereți, ca pronostic ar fi 50:50;

Tipul III — defect osos cu un perete, rezultatul pozitiv, este rezervat;

Tipul IV — defect osos combinat, sau sub formă de crater, aplicând metoda de tunelare, se pot obține rezultate satisfăcătoare.

Ciobanu Sergiu,
d. ș. m. conf. universitar,
catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„N. Testemițanu“

Tratamentul parodontitei marginale cronice până în prezent este o problemă în stomatologie, ce a trecut multe etape de succes și eșecuri. Vindecarea afecțiunilor parodontale este strâns legată de faza în care boala este depistată. Astfel o gingivită cronică simplă de etiologie microbială poate fi vindecată printr-un tratament antimicrobian instituit precoce în proporție de 100% din cazuri. Parodontita marginală cronică forma ușoară cunoaște ameliorări importante după tratamentul antimicrobian, și chiar o vindecare morfologică și funcțională, dacă se institue un tratament de biostimulare și o dispensarizare riguroasă. În parodontita marginală cronică medie și gravă, stadiul avansat al leziunilor parodontale și osoase sunt de cele mai multe ori cu un caracter ireversibil. Acest motiv impune ca tratamentul parodontitei marginale cronice să fie complex și cuprinde proceduri medicamentoase (conservative), chirurgicale și de echilibrare ocluzală.

Orientările moderne de tratament a parodontitelor marginale prevăd următoarele direcții principale:

1. Tratamentul de urgență (la necesitate);
2. Tratamentul microbial (obligatoriu);
3. Tratamentul chirurgical — fiind metoda radicală de desființare a pungilor parodontale cu tot conținutul lor patologic;
4. Tratamentul de echilibrare ocluzală;
5. Bioterapie de reactivare (biostimularea țesuturilor parodontale prin administrarea remediilor stimulatoare: BioR, Girovital, Vit. B1, ozonului, etc.).
6. Profilaxia recidivelor [1,4,5].

În această lucrare intenționăm să punem accentul pe componenta chirurgicală a tratamentului complex al parodontitelor marginale cronice, și în special a leziunilor interradiculare (pungile parodontale interradiculare), dar nu fără pregătirea preoperatorie (tratamentul conservator, atât local, cât și general)

Unul dintre cele mai importante obiective în tratamentul parodontitelor marginale, este suprimarea pungilor parodontale în sensul evacuării conținutului lor patologic până la țesut sănătos, ceea ce nu se reușește prin tratamentul conservativ. Deaceia în ajutor vine chirurgia parodontală. Tratamentul formelor medii (profundimea pungilor parodontale de 4-6 mm) și grave (profundimea pungilor parodontale de peste 6 mm) de parodontită marginală cu inflamații pronunțate și defecte osoase profunde, inclusiv și leziunile interradiculare (orizontale și verticale), fără a interveni chirurgical este practic imposibil.

Rezultatele investigațiilor clinico-radiologice permit de a conchide că procedurile chirurgicale, asigură o stabilă micșorare a profundității pungilor parodontale, atât clinic, cât și radiologic în comparație cu metodele conservative. Tehnologiile moderne în chirurgia parodontală, cum ar fi utilizarea diverselor materiale osteoplastice pe bază de hidroxiapatită având ca formulă $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)(\text{OH})_2$, cu proprietăți osteoinductive și osteoconductive (LitAr, Bio-oss, Bio-Gide, Resor-Pin, CapSet, Bii-PoreTM, Peri-Oss) asigură stoparea procesului de lezare a aparatului de susținere a dinților, refacerea lui și regenerarea elementelor structurale pierdute [2].

Scopul lucrării.

Menținerea dinților (molarilor) inferiori cu leziuni interradiculare de gradul III după Hamp și Linde, ca parte componentă a parodontitei marginale cronice cu prelungirea funcționalității lor, prin aplicarea metodei de tunelizare, în cadrul tratamentului complex.

Material și Metode.

În studiu sau aflat 9 (6 bărbați și 3 femei) pacienți cu vârsta 21—62 ani, având ca diagnostic: parodontită marginală cronică generalizată, forma medie (4 pacienți — 3 bărbați și 1 femeie) și gravă (5 pacienți — 3 bărbați și 2 femei). Leziuni interradiculare de clasa III după Hamp și Linde. Mobilitate dentară de gradul II-III, repartizarea pacienților este redată în tabelului 1.

Tabelul 1

Frecvența	Femei	Bărbați	Leziunea interradiculară, gr. III după Hamp și Linde
PMC — medie	1	3	4
PMC — gravă	2	3	5
Total	3	6	9

Repartizarea pacienților

A fost aplicată terapia parodontală complexă, care a constituit din cele patru componente de bază ale tratamentului complex: tratamentul conservativ, chirurgical, protetic — echilibrare ocluzală (șlefuirea selectivă, șinarea definitivă și tratamentul de menținere — vizite de control cu reevaluări periodice, pentru menținerea rezultatului)

1. Tratamentul conservativ (local și general)

a. În cadrul terapiei locale a fost realizată eliminarea plăcii bacteriene (biofilmului) și a tartrului dentar supra- și subgingival cu ultrasunetul, irigații abundente, periajul profesional cu instruirea pacienților în igienizarea corectă a cavității bucale, după care a urmat instilații cu soluție de 0,05% Izofural pentru 3-4 ore. În plus sa injectat pe pliul de trecere sol. 0,5% de BioR, timp de 5 zile, în fiecare zi (o perioadă mai îndelungată, de regulă, pacienții abandonează tratamentul, motiv pentru care a fost simplificată schema). Este important de menționat că la toți pacienții a fost constituit controlul asupra plăcii bacteriene (utilizând indicile de placă).

b. În tratamentul conservativ general a fost utilizate scheme de tratament anitibacterian prin combinarea unui antibiotic din rândul tetraciclinei cu metronidazol după cum urmează: metronidazol 0,5, 1 pastilă × 2 zi timp de 8 — 10 zile, doxiciclyne 0,1 (dozaj minim) 1 capsulă × 1 zi — 8 zile, mycosyst 150 mg — 1 capsulă la 7 zile (suficient pentru întregul curs). În cazurile avansate cursul este de 14 zile. Imporant este de menționat că pacienții, care au probleme cu ficatul, schema se modifică — doxaciclina v-a fi înlocuită cu amoxiciclină 0,37 × 3 zi. La finisarea tratamentului conservativ, pacienții au fost supuși examenului clinico-radiologic, cu evaluarea stării de sănătate parodontală și planificarea următoarei etape, care poate fi: etapa chirurgicală sau repetarea cursului conservativ cu o pauză de 1—2 săptămâni, în funcție de rezultatul obținut.

2. Tratamentul chirurgical a leziunilor interradiculare, are ca scop prepararea tunelului interradicular, cu înlăturarea țesutului de granulație, lichidarea punțiilor parodontale (în caz de leziune și pe verticală), la necesitate — osteoplastia. La pacienții aflați în studiu, sa utilizat tehnica operației cu lambou. Sa realizat două incizii verticale mezial și distal de dintele cu pricina și o incizie intrasulculară, decolarea lamboului mucoperiostal spre apical. După care a urmat înlăturarea țesutului de granulație și a cimentului radicular infectat și ramolit cu ciurețele Grecy, lavajul câmplui operator, osteoplastia cu o freză sferică, sub răcire cu ser fiziologic. La această etapă este important de devizat tactica operatorie, în funcție de nivelul și forma lizei țesutului osos alveolar. În cazul când liza țesutului osos în zona furcației pe verticală este de 1—3 mm (clasa I după Tarnow și Fletcher), sau de până 4—6 mm (clasa II după Tarnow și Fletcher), am re poziționat lamboul spre coronar, aplicând suturile interdenatre, suturarea inciziilor verticale și o sutură interradiculară (prin zona tunelului preparat intraoperearotiu), această tactică a fost utilizată la 7 pacienți. În zona tunelului nou format sa aplicat meșa de tifon îmbibată cu iodoform, pentru menținerea tunelului pe perioada cicatrizării. Situație, în care avem leziune interradiculară, pe verticală de 7 mm și mai mult (clasa III după Tarnow și Fletcher), în combinație cu tipul I (defect osos cu 3 pereți) și II (defect osos cu 2 pereți) de resorbție verticală după Goldman și Cohen (prezentă la 2 pacienți din lotul de studiu), tactica operatorie a fost modificată și completată cu aplicarea materialelor de adiție, și a membranelor de acoperire (tehnica RTG). Această modificare a constat în următoarele: după chiuretajul deschis a pungilor parodontale în zona furcațiilor, sa realizat osteoplastia, gravajul suprafețelor radiculare cu soluție de 1% — acid citric (pH-1), spălarea cu ser fiziologic, aplicarea materialului de adiție — LitAr în zona defectului osos (în pungă), în proporție de 70%, aplicarea membranei resorbabile — Parodoncol (modelată preventiv conform formei defectului) și re poziționarea spre coronar a lamboului mucoperiostal cu suturarea lui interdental, a inciziilor verticale, o sutură intreradiculară, aplicarea meșei de tifon îmbibată cu iodoform. În ultima etapă a fost aplicat pansamentul cu pastă dentară adezivă cu solcoseril, care protejează plaga postoperatorie 4—5 ore, cu efect alab analgezic și de stimulare a regenerării. Recomandări pacientului, prescripțiile medicale, vizitele ulterioare la pansament și înlăturarea suturilor la 8—10 zi posoperator. După înlăturarea suturilor toți pacienții au fost instruiți în viziunea igienizării zonei respective (instruirea de igienizare a cavității bucale sa realizat la etapa de tratament conservativ).

3. Tratamentul protetic. În cadrul tratamentului complex al PMC, inclusiv și a leziunilor interradiculare (furcațiilor), tratamentul protetic, î-și are semnificația și importanța sa deosebită, prin faptul că contribuie la consolidarea și menținerea rezultatului obținut în urma aplicării etapelor precedente de tratament. De fapt această etapă începe cu mult înainte (încă la etapa de tratament inițial), prin obținerea

modelelor de studii, aprecierea ocluzogramei, urmată de șlefuirea selectivă și precedează etapa chirurgicală prin confecționarea elementului protetic de șină provizorie acrilică, care se aplică imediat după intervenția chirurgicală (în cazurile când nu sa folosit un alt tip de șină — atelă). Însă elementul de bază în această etapă constă în realizarea unei sinări de durară (definitive), prin confecționarea unei proteze fixe, fie fizionmice, semifizionomice, întreg turnată, important să fie cu baza întreg turnată, pentru a obține efectul de șinare scontat pe o perioadă cât mai îndelungată. Prin aceasta realizăm echilibrarea ocluzală cu toate componentele ei (morfo-funcționalitatea, componenta fizionomică și nu în ultimul rând componenta psihoemoțională a pacientului, adică integrarea lui în societate). Pacienților aflați în studiu, li sa realizat sină provizorie din acrilat, iar etapa definitivă, construcții protetice fizionmice (6 pacienți) și întreg turnate (3 pacienți), cu modelarea zonei tunelului nou format, pentru igienizarea suficientă și coreactă de către pacienți. Fixarea protezei cu recomandările de rigoare.

4. În cadrul tratamentului de menținere pacienții se află la evidență dispanserică, cu vizite de control și reevaluări, îndeosebi sezonier (primăvară—toamnă).

Rezultate.

După perioada de remisie sa obținut o stopare a procesului inflamator, o stabilitate a stării de sănătate parodontală, condiții optime de igienizare a zonei respective prin realizarea unui tunel interradicular, posibilitatea de a menține controlul asupra plăcii bacteriene. Nu în ultimul rând, dar cel mai important succes, îl considerăm, păstrarea și menținerea funcțională a dinților (molarilor inferiori) în arcadă dentară, care de altfel erau considerați compromiși. La toți pacienții am obținut un rezultat pozitiv, în viziunea creării unui tunel artificial interradicular, funcționabil în igienizarea zonei date, totodată de importanță majoră este păstrarea dinților în arcada dentară.

Discuți.

Rezolvarea problemei leziunilor interradiculare, ca parte componentă a parodontitei marginale cronice, necesită o abordare complexă, în cea ce privește tratamentul lor. Urmărind ca scop păstrarea și menținerea morfo-funcționalității a acestor dinți pe o perioadă cât mai îndelungată, e necesar de a pune în aplicație toate posibilitățile metodologice, ce ne stau la dispoziție (începând cu etapa de diagnostic și finisând cu tratamentele de menținere, în cadrul evidenței dispanserice). Desigur, această abordarea este foarte migăloasă, în primul rând în raport cu timpul necesar tratamentului, tehnicile și metodele aplicate, dar nu mai puțin important este conlucrarea dintre medic și pacient (dorința și conștientizarea necsității de a păstra acești dinți).

În acest lanț de manopere, după înlăturarea plăcii bacteriene (biofilmului) și a tartrului dentar prin detartraj și periaj profesional, o atenție deosebită trebuie de acordat tratamentului conservativ — general (antiinflamator) prin administrarea antibioticelor în combinație cu preparate antiprozoice (metronidazolul), care la rândul său acționează asupra microflo-

rei anaerobie, care de fapt si domină în pungile parodontale. Administrat periodic timp de o săptămână, produce ameliorări durabile (până la 6 luni) a stării de sănătate parodontală (V. Ghicavii, S. Sirbu, N. Bacinschii, D. Scerbatiuc, 2002) [6]. Combinația dintre metronidazol cu unul din derivatele tetraciclinei, are un efect sporit, care se lămurește prin farmacocinetica acestor preparate, care permite acumularea lor în fluidul gingival și pe suprafața radiculară a dinților, în concentrație de 2-4 ori mai mare decât în serul sanguin, după care lent se eliberează în formă activă în fluidul gingival (И. Безрукова, 2004) [3]. Prin urmare obținem o concentrație maximă și stabilă, care și distruge microflora anaerobă (A.a) de la acest nivel.

Nicidecum nu trebuie să minimalizăm și importanța celorlalte etape de tratament (chirurgicală, protetică și de menținere), deoarece după cum a fost menționat anterior, numai prin tratament conservativ nu obținem un rezultat, calitativ și de durată. Aici î-și exprimă importanța tehnicile chirurgicale, care permit de a crea accesul spre pungile parodontale (F. Lemetr, 2004) profunde (de peste 4 mm.), pentru lichidarea lor cu tot conținutul lor patologic. Pentru fixarea și menținerea rezultatului obținut (pe cale chirurgicală), vine etapa

protetică, fie prin șinare provizorie sau permanentă și desigur tratamentul de menținere, periodic — sezonier.

Concluzii

1. Leziunile interradiculare, ca parte componentă a parodontitelor marginale cronice, necesită aceiași abordare — a tratamentului complex;
2. Metoda de tunelizare, în cadrul tratamentului chirurgical parodontal, este o metodă eficientă în tratamentul leziunilor interradiculare de gradul III după Hamp și Linde.
3. Utilizarea metodei de tunelizare permite păstrarea dinților (molarilor inferiori) pe arcada dentară, realizând și o echilibrare ocluzală de durată.

Bibliografie

1. Severineanu V. Parodontologie clinică și terapeutică. Ed. Academiei Române, București, 1994, 39-46.
2. Mattout P. et Mattout C. Les Therapeutiques Parodontales et Implantaires. Quintessence International, 2003, 61-70.
3. Безрукова И.В. Быстро прогрессирующий пародонтит. Медицинская книга, Москва, 2004, 11-24, 81-85
4. Ciobanu S. F. Modificări structurale gingivale în parodontopatii. Teza de doctor în medicină, Iași, 1997, 4-5.
5. Vataman R. Parodontologie. Litografia USMF Iași, 1992, 143-152.
6. V. Ghicavii, S. Sirbu, N. Bacinschii, D. Scerbatiuc. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice. Chișinău, 2008, 295-296

ПРОСТОЕ НАНЕСЕНИЕ СЛОЕВ ЭСТЕТИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ — ВОПРЕКИ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ УПРОЩЕННОЙ ЦВЕТОВОЙ ПАЛИТРЫ?

Проф. д-р
Клаус-Петер Эрнст
Клиника
университета
Йоганна
Гуттенберга, г.
Майни, Германия

Резюме

На стоматологическом рынке уже есть эстетические композитные системы с ограниченной цветовой палитрой, сравнительно новой среди которых является Amaris. Эту композитную систему, состоящую всего из одного цвета, критически тестировал на повседневную пригодность профессор, доктор Клаус-Петер Эрнст. С помощью пяти различных степеней сходства и трех различных эмалевых масс материала удалось справиться с различными показаниями также на участке передних зубов, при условии, что стоматологу известны определенные приемы и профессиональные «трюки» использования композитов, которые автор подробно описывает в следующих клинических случаях. Статья включает также данные о продукте.

Summary

THE SIMPLE APPLICATION OF LAYERS DURING AESTHETIC RESTORATIONS OF THE ANTERIOR TEETH

Is this in spite of or as a result of the simplified color palette? Aesthetic composite systems with a limited color palette there are already present on the dental market. Among them there is the relatively new Amaris. This composite system consisted of just one color was critically tested for its daily usefulness by professor, doctor Claus Peter Ernst. By means of 5 different degrees of similarity and three different enamel masses of the material one can manage to handle different indications also in the area of anterior teeth, under the condition that the dentist knows specific techniques and professional „tricks“ during the use of the composites that the author describes in the following clinical cases. The article also includes the information about the product.