

CHIRURGIA OMF, STOMATOLOGIE ORTOPEDICĂ, PROTETICĂ DENTARĂ

STUDIUL INSTALĂRII IMPLANTELOR DENTARE ENDOOSOASE IMEDIAT POSTEXTRAȚIONAL

Nicolae Chele, Valentin Topalo, Oleg Dobrovolschii, Ion Dabija
Catedra Chirurgie OMF USMF „Nicolae Testimițanu”

Summary

Study of immediate dental implantation after tooth extraction

Clinico-radiologically was studied the regeneration of the periimplantation tissue at dental endo-osseous implant installation postextractional with immediate and conventionally loaded using different implantology methods. It was proved that inserting the implants precociously in the postextractional socket brings to maintenance of the height of the socket process, precocious rehabilee of the bite with partial and total endentations, also recovery of the masticatory functions, of the swallow, of the phonetics and of course the rehabilee of the patient's esthetics that is very important for framing in the normal life.

Rezumat

A fost studiată clinico-radiologic regenerarea țesuturilor perimplantare la instalarea implantelor dentare endoosoase imediat postextrațional cu încărcătură imediată și amânată utilizând diferite tehnici chirurgicale de implantare. A fost dovedit că încărcarea implantelor cât mai precoce duce la menținerea înălțimii procesului alveolar, restabilirea funcției de masticație, glutiție, fonetica și nu în ultimul rând reabilitarea estetică a pacienților.

Introducere

În ultimii ani s-a majorat interesul către implantologia dentară (1; 5;). A doua jumătate a secolului XX se poate caracteriza ca un timp de contradicții și debateri între savanți și cliniciști legată de reacțiile tisulare în timpul inserției implantului dentar endoosos și determinarea timpului cât mai optimal a încărcăturii funcționale.

Încărcătura funcțională pe implant în implantarea endoosoasă este actuală, deoarece ambele metode de înserare a implantului și cea întârziată și ce cu încărcarea imediată au avantajele și dezavantajele sale.

Este cunoscut faptul că majoritatea sisteme de implantare sunt bazate pe concepția ultimilor treizeci ani și dau prioritatea metodei întârziate de inserție a implantelor endoosoase socotindu-l mai avantajos și cu un prognostic mai bun (2;3;6;). De aceea mulți dintre cliniști dau prioritatea metodei amânate de implantare, cunoscând bine faptul că au condamnat pacientul la un discomfort îndelungat și un control medical și radiologic permanent.

Așa că timpul lung de așteptare, de la extracția dintelui și începutul intervenției de înserare a implantului este unicul neajuns a metodei de implantare amânate.

La moment există două păreri în cea ce privește încărcarea funcțională cât mai precoce a sistemului implant – țesut osos. După părerea unor autori încărcătura funcțională precoce a implantului servește ca un activator în osteogeneza reparatorie (15;6;9;11). Alți autori sunt de părerea că încărcătura funcțională precoce a implantului induce la formarea țesutului conjunctiv între implant și țesutul osos (3;6;8;9).

În literatura de specialitate am întâlnit lucrări științifice unde se spune că în rejiunea dinților restanți este posibil dezvoltarea hipoxiei tisulare (1;4;5) Consecințele grave în urma hipoxiei tisulare este dereglarea metabolismului energetic și celular știut fapt că activitatea celulară în țesutul paradontal este determinat de încărcătura funcțională.

- Atrofia procesului alveolar în urma extracției dentare, care complica înserarea implantelor endoosoase la moment este cea mai actuală problemă practica implantării(3). Sunt cunoscute lucrări științifice unde sa studiat aptitudinea țesutului osos de a suporta încărcătura funcțională în regiunea implantului (2;7;9). Doar în aceste lucrări studiul a fost efectuat după închierea procesului de osteointegrare, însă nu în perioada precoce după funcționarea construcției ortopedice.

După părerea noastră înserarea implantelor cât mai precoce în alveola postextractională va duce la menținerea înălțimii procesului alveolar, reabilitarea precoce a pacienților cu edentații parțiale și totale, restabilirea funcției de masticație, glutiție, fonetica și nu în ultimul rând reabilitarea estetică a pacienților atât de necesară pentru încadrarea în societate.

Scopul

Reabilitarea precoce a pacienților cu edentații prin inserția implantelor dentare endoosoase imediat postextractional.

Materiale și metode

În studiu au fost incluse 50 persoane (154 implante)– 28 bărbați și 22 femei cu vârsta între 35 și 65 ani. Au fost utilizate implante dentare „Alpha-BIO”. În urma examenului clinic – radiologic tradițional acceptat în implantologia dentară au fost stabilite indicațiile și posibilitățile reabilitării protetice a pacienților cu utilizarea implantelor dentare endoosoase imediat postextractional. În dependență de tipul edentației și alți parametri numărul de implante inserate unui pacient varia de la 1 până la 21.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi: lotul întâi 30 pacienți (109 implante) la care inocularea implantelor endoosoase sa efectuat imediat postextractional fără augmentare de os. După efectuarea anesteziei loco-regionale sau extras dinții cu procese patologice periapicale, churetajul alveolei, prelucrarea alveolei cu soluții antiseptice apoi cu freza triunghiulară (freza pilot, sau bisturiu de os) la 800 – 1000 turații pe minut am forat neoalveola la adâncimea respectivă apreciată în timpul planificării implantării. Pe traiectul „canalului” creat în continuare cu frezele sistemului de implante utilizat luând în considerație densitatea osului a fost preparată „neoalveola” cu diametrul și lungimea necesară pentru implantul respectiv. Inserarea era finisată cu cheia dinamometrică cu un efort de 30 – 35 Ncm. După instalarea implantelor în treimea superioara a implantului spațiul liber între peretele neoalveolei și implant sa împlut cu chiag de sânge. Acest chiag slujește ca substrat de regenerare a tesutului osos și trebuie protejat în perioada postoperatorie (administrarea în primele 3-5 zile a tratamentului antiinflamator și clătitori a cavității bucale, alimentarea cu produse lichide etc). Apoi era efectuată radiografia de control (ortopantomografia, radioviziografia retroalveolară). Implantsle au fost instalate în așa mod ca ultima spirală să fie situată la 1-2 mm sub corticala apofizei alveolare, a fost aplicat șurubul de vidcare și plaga postoperatorie sa închis prin suturi cu fir atraumatic. A doua etapă chirurgicală la mandibulă a fost efectuată peste 3-4, la maxilă – peste 4-5 luni. La ambele maxilare cu bisturiul circular a fost efectuată punerea în evidență a implantelor prin excizionarea cerculețelor de gingie care le acoperea.

Lotul doi 20 pacienți la care inserția implantelor endoosoase s-a efectuat imediat postextractional cu augmentare de os și încărcarea imediată a implantului. La acești pacienți după forarea neoalveolei și inocularea implantului spațiul liber între peretele neoalveolei și implant era augment cu material biocompozit Kolapol KP-3, aplicarea imediată a abutmentului și aplicarea a două suturi de contur distal și medial de implant pe fibromucoasa gingivală, amprentarea, la a 7-8 zi cimentarea lucrării protetice.

Rezultate

În timpul instalării implantelor la pacienții din grupa unu după metoda standard fără augmentare, au fost depistate unele momente nefavorabile care ulterior au afectat într-o orecare măsură starea lor generală și vindecarea plăgii. Pe coama crestei alveolare gingivo-periostul este

intim aderat cu patul osos și decolarea lamboului adesea a fost dificilă producându-se lacerării, sfiștecări ce a compromis vindecarea primară a plăgii. Acest procedeu deseori este însoțit de hemoragii și hematoame postoperatorii. Din 30 pacienți din această grupă la 4 pacienți au fost depistate hematoame în lojile învecinate. La a doua zi după operație la toți pacienții s-a dezvoltat un edem vădit a gingiei și a țesuturilor moi adiacente. El era în creștere devenind maximal la a 2-3 care treptat dispărea către a 7-8zi. Primile zile după operație pacienții acuzau la disconfort și dureri pronunțate care ușor erau suprimate cu antidoloranți. Suprimarea suturilor a fost făcută la a 7-9 zi după intervenție. În 2 cazuri a avut loc dehiscența parțială a plăgii cu vindecare per secundam către a 10 zi. La etapa a doua gingia acoperea implantele și nu se deosebea de cea învecinată. Radiologic la 16 implante a fost depistată o resorbție a osului cortical în mijlociu de 1,2 mm (minimal - 1mm, maximal - 2mm). La 2 pacienți 4 implate nu sau integrat, au fost suprimate și înlocuite prin alte imlante cu diametru mai mare și încărcătură imediată. Despre acest fenomen menționează și alți autori (2, 4).

În grupul doi de studiu reacția gingiei și țesuturilor adiacente vădit se deosebea de cea din grupa întâi. În toate cazurile la inserarea implantelor sângerare din gingie n-a avut loc. Imediat postoperator plaga gingivală era cu marginile iregulate care în unele locuri contacta cu marginea implantului. Acest contact era evident când corpul implantului umplea în întregime alveola. Profunzimea inserării implantului era apreciată prin plagă cu un ac bont prin determinarea prezenței sau absenței treptei între os și implant. A doua zi după operație pe marginile plagii gingivale se aprecia chiagul sanguin în retracție. Edemul postoperator era în limita gingiei. La a 3-4 zi edemul a dispărut iar miniplaga era în curs de epitelizeze. Epitelizarea definitivă a avut loc în diferiți termeni – de la 5 până la 10 zile. Ea depindea de diametrul implantului și de extracția dentară atraumatică. Durata medie necesară pentru instalarea unui implant și aplicarea coroniței pe el utilizând metoda respectivă a fost de 7-10 zile. Examenul radiologic a demonstrat că din 45 implante la 32 de implante semne de resorbție pe verticală a corticalei lipseau iar la 13 erau în mijlociu de 0,8 mm (minimal - 0,6mm, maximal - 1,4mm). Valorile periotestului din ambele grupe nu se deosebeau și variau între -2 și -5 la maxilă și între -4 și -8 la mandibulă. Acasta ne mărturisește despre faptul că la instalarea implantelor prin tehnici diferite se obține o osteointegrare a implantelor la fel.

La implimentarea în practică a acestei metode ne-am condus de fenomenul epitelizării plăgilor după extracțiile dentare. Este bine știut că extracția dintelui cu traumă minimală a țesuturilor înconjurătoare și chiagul sanguin, care umple alveola imediat postextracțional, favorizează epitelizarea plăgii într-un timp scurt (7-10 zile). De rînd cu alți factori un rol important în osteointegrarea implantelor cit și în remodelarea osului pereimplantar pe parcursul funcționării implantelor îl are vascularizarea sanguină (6). Este dovedit (3) că peste 70% din alimentare osul cortical al maxilarelor o primește din periost. Studiile recente (4) demonstrează că traumatizarea periostului, mai cu seamă la maxilă, provoacă o resorbție vădită a corticalei. Se poate afirma că decolarea lambourilor mucoperiostale dereglează nutriția osului și, probabil că restabilirea ei completă nu mai are loc, ce și contribuie la resorbția corticalei. La pacienții din prima grupa cărora la instalarea implantelor de către noi a fost folosită tehnica cu lambou în extracția multiplă a avut loc o resorbție mai pronunțată a osului cortical în comparație cu rezultatele din grupa doi. Despre acesta relatează și alți autori (3, 1). În același timp menționăm că tehnica de instalare a implantelor dentare endosoase imediat postextracțional este mai dificilă și poate fi utilizată de medicii cu experiența respectivă în implantologia orală. O condiție obligatorie pentru utilizarea acestei metode este prezența integrității pereților alveolari și dintele extras să nu depășiască diametru de 4-4,5 mm.

Concluzii și discuții

În studiul efectuat sa demonstrat că prin metodele de implantare postextracțional (cu și fără augmentare) și încărcare imediată a implantelor dentare endosoase obținem:

1. Micșorarea perioadei de tratament a pacientului și a discomfortului oral;
2. Reabilitarea precoce a funcțiilor de masticăție și fonație;

3. Reabilitarea estetică precoce a pacienților necesară pentru încadrarea în societate;
4. Preîntâmpinarea atrofiei postextractionale a apofizei alveolare.

Bibliografie

1. Becker W., Goldstein M., Becker B. e., Sennerby L. Minimale invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2005; 7 Suppl 1:S 21-7.
2. Becker W., Wikesjö U.M., Sennerby L., et al. Evaluation of implants following flapless and flapped surgery: a study in canines. J. Periodontol., 2006; 77(10):1717-1722.
3. Chanavaz M., Anatomy and histophysiology of the periosteum: Quantification of the periosteal blood supply to the adjacent bone with ⁸⁵Sr and gamma spectrometry. J. Oral Implantol., 1995; 21: 214-219.
4. Fortin T., Bosson J. L., Isidori M., Blanchet E. Effect of flapless surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2006; 21 (2): 23-29.
5. Gănuță N. Tratat de implantologie orală. Editura Național. București. 1998.
6. Mancez P. Chirurgie sans lambeau et temporisation immédiate en secteur antérieur. Implant., 2008; v.43, n.2: 87-95.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL AFECȚIUNILOR PERIAPICALE CRONICE

Nicolae Chele, Ana Nazar

Catedra Chirurgie orală și maxilo facială USMF „Nicolae Testemițanu”, SRL „Masterdent”

Summary

Surgical treatment of periapical chronic affections

Clinical evaluation of bone regeneration was clinically and radiologically studied. Biocomposite material Kolapol KP-3 was used in the periapical odontogenic affections. It was proved that it is possible to avoid appearance of esthetical defects after augmentation of bone defects. Dynamics in healing period depends on the size of the incision and the volume of pathological process.

Rezumat

Clinico-radiologic a fost studiată manifestarea clinică a materialului biocompozit Kolapol KP-3 asupra regenerării țesutului osos în urma afecțiunilor periapicale odontogene. A fost dovedit că e posibil de evitat apariția defectelor estetice în urma augmentării defectelor osoase. Dinamica și timpul vindecării e în plină dependență de mărimea inciziei și volumul procesului patologic distructiv.

Introducere

Tratamentul afecțiunilor periapicale constituie una din problemele de bază ale stomatologiei contemporane, la care au fost propuse metode și remedii noi de tratament. Însă aceste metode nu totdeauna asigură efectul scontat, deoarece afecțiunile periapicale pot decurge timp îndelungat în țesutul osos fără manifestări subiective, deși procesul patologic progresează. Multiplele metode de tratament, uneori contradictorii, provoacă dificultăți în selectarea remediei curative optime al patologiei sus-nominalizate. Printre întrebările nerezolvate figurează determinarea indicațiilor către tratamentul conservativ și chirurgical al afecțiunilor periapicale cronice. În caz de tratament neadecvat, sau necalitativ, al bolnavilor cu acest gen de afecțiuni pot apărea diferite procese odontogene (V. Topalo - 1981, 1995; D. Șcerbatiuc - 1986, 1987).

După cum a fost menționat, metodele conservative de tratament al proceselor inflamatorii periapicale nu totdeauna permit de a lichida complet focarul de infecție odontogenă, analizând rezultatele metodelor conservative de tratament, constatăm, că acțiunile terapeutice își ating