

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL AFECȚIUNILOR PERIAPICALE CRONICE

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.

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 depend on the size of the incision and the volume of pathological process.

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 întotdeauna 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).

Dupa cum a fost menționat metodele conservative de tratament al proceselor inflamatorii periapicale nu întotdeauna permit de a lichida complet focarul de infecție odontogenă, analizând rezultatele metodelor conservative de tratament, constatăm, că acțiunile terapeutice își ating scopul numai în 51,1% cazuri. Din datele literaturii contemporane din ultimii doi ani, se afirmă, că prin metode conservatorii de tratament în primele 4—8 luni, focarul patologic a fost lichidat numai în 22% cazuri, iar pe parcursul a 1—2 ani s-au vindecat 68% cazuri din pacienți tratați [14]. Rezultatele pozitive în tratamentul periodontitelor apicale cronice depind de calitatea prelucrării canalelor radiculare de obturarea lor și apoi de metoda chirurgicală efectuată. Dupa cum indică mulți autori, obturarea calitativă a rădăcinilor dinților maxilarului superior constituie 39% ale mandibulei — 29%. Una din cauzele procentului atât de mic este obliterarea canalelor radiculare. Ea se depistează mai des în canalele meziale ale molarilor inferiori și în canalele vestibulare ale molarilor superiori, precum și în ambele canale ale primului premolar superior. Dupa cum s-a menționat anterior, 60-70% din maladii revin dinților pluriradiculari.

Metoda de bază în tratamentul acestor formațiuni este înlăturarea factorului distructiv și rezecția apicală a dintelui cauzal.

Insuficiența acestei intervenții este micșorarea funcțională a dintelui rezecat, posibilitatea de reinfecție a microcanalelor rezectate și în afară de aceasta după înlăturarea formațiunilor tumorale rămân cavități osoase, care micșorează rezistența oaselor maxilare și pot duce la apariția diferitor schimbări funcționale și estetice (Ефимов Ю).

Conf. univ., Nicolae Chele
Catedra de chirurgie
OMF Universitatea
de Stat de Medicina
și Farmacie „Nicolae
Testimianu”

Ana Nazar
studentă

În ultimii ani în tratamentul acestor formațiuni au apărut noi corecții în tratament, pentru preîntâmpinarea complicațiilor sus menționate, după înlăturarea lor s-a propus obturația cavității osoase cu materiale biocompozite. Este argumentat prin faptul că după intervențiile standarde are loc formarea cheagului sangvin care des se infectează și duce la diferite complicații inflamatorii postoperatorii. Иванов С.Ю., Панасюк А.Ф., Асина С.

Obturația cavității osoase cu materiale biocompozite sunt îndreptate spre:

- Evitarea infectării cheagului sangvin și inflamația secundară a plăgii.
- Stimularea regenerării țesutului osos în regiunea defectului și reabilitarea formei anatomice și funcției fiziologice a maxilarelor.
- Este de a preîntâmpina micșorarea funcțională a dintelui rezectat.

Scopul lucrării

Reabilitarea precoce a pacienților cu afecțiuni periapicale cronice distructive prin utilizarea metodelor de tratament chirurgical cu folosirea materialului de augmentare.

Material și metode

În studiu au fost incluși 40 de pacienți — 22 bărbați și 18 femei cu vârsta cuprinsă între 25 și 45 de ani. Pentru rezolvarea problemei noi am folosit materialul biocompozit rusesc de la firma Полистом, Kolapol KP-3. Acest material este biocompatibil, osteoinductiv și osteoconductiv îndeplinind întocmai toate cerințele unui material de augmentare osoasă. În urma examenului clinico-radiologic tradițional acceptat în chirurgia orală, au fost stabilite indicațiile și posibilitățile tratamentului chirurgical în dependență de tipul afecțiunilor periapicale odontogene.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi: lotul de referință 20 de pacienți la care sa efectuat tratament chirurgical și medicamentos obișnuit fără augmentare de os. După efectuarea anesteziei loco-regionale am efectuat incizia muco-periostului, decolarea lamboului muco-periostal, expunând bine osul maxilar în proiecția dintelui cauzal. Cu o freză sferică la 800-1000 turații pe minut am trepanat osul ajungând în regiunea periapicală a dintelui afectat și l-am rezectat, apoi cu ajutorul lingurii de chiuretaj am înlăturat țesutul patologic împreună cu apexul dintelui, am prelucrat cu soluții antiseptice, cavitatea s-a umplut cu cheag de sânge și sau aplicat suturile. Acest cheag slujește ca substrat de regenerare a țesutului osos și trebuie protejat în perioada postoperatorie (administrarea în primele 3—5 zile a tratamentului antiinflamator, clătiri bucale, alimentarea cu produse lichide și începând cu a doua zi periajul igienic minuțios a dinților etc). Apoi era efectuată radiografia de control (ortopantomografia, radioviziografia retroalveolară). Am determinat desitometria osului în regiunea intervenției. La a 8-10 zi am suprimat suturile.

Lotul de studiu 20 pacienți la care intervenția sa finisat cu augmentarea cavității osoase cu material

biocompozit. Examenul radiologic și determinarea densității osului la ambele loturi a fost efectuată imediat postoperator, la a 7—8 zi și în dinamica peste 30 zile cu ajutorul radioviziografului digital francez firma Trofi.

Rezultate și discuții

În timpul intervenției chirurgicale la pacienții cu procese periapicale, din grupa de referință după metoda standard au fost depistate unele momente nefavorabile care ulterior într-o oarecare măsură au afectat starea generală și vindecarea plăgii. Pe partea vestibulară a crestei alveolare după intervenție apare o adâncitură cu un defect estetic pronunțat din cauza aderării intime a gingio-periostul cu patul osos de pe fundul plăgii. 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 3-a zi și treptat către a 6-a zi dispărea. Edemul era pronunțat când intervenția era efectuată la dinții frontali superiori. Primele 4—5 zile după operație pacienții aveau disconfort și dureri pronunțate care ușor erau suprimate de antidoloranți, la 2 pacienți am fost nevoiți după înlăturarea dintelui să prelucrăm cu soluții antiseptice, la un bolnav am suprimat două suturi la a 6-a zi și am fost nevoiți să aplicăm drenajul repetat, la 1 pacient la a 5-a zi am extras dintele din cauza mobilității. În această perioadă de timp unii pacienți nu-și puteau îndeplini obligații iunile de serviciu. Suprimarea suturilor a fost făcută după 8-10 zile după intervenție.

Radiologic la toate etapele de examinare în dinamică se depista o tumefacție în regiunea dintelui operat fiind considerată de alți colegi ca recidivă, propunându-i pacientului o intervenție repetată. Despre acest fenomen menționează și alți autori (2,4).

În grupa de studiu retractia gingiei și țesuturilor adiacente vădit se deosebea de cea din grupa de referință. În majoritatea cazurilor operate sîngerarea din plaga n-a avut loc. Postoperator la acești pacienți plaga nu s-a drenat. Edemul postoperator era în limita gingiei. La a 3—4 zi edemul a dispărut iar miniplaga era în curs de epitelizare. Epitelizarea definitivă a avut loc în termeni diferiți -de la 6 pînă la 8 zile. Ea depindea de lungimea inciziei, de localizarea și de mărimea procesului patologic. Când procesul distructiv era localizat doar la un singur dinte epitelizarea se finisa la a 5—6 zi, iar când cuprindea 2 sau mai mulți dinți la 7—8 zile. În grupa de studiu sindromul algic și disconfortul au fost numai în ziua intervenției și au dispărut a doua zi, pacienții fiind apti de muncă. Examenul radiologic a demonstrat că din 20 de cazuri imediat postoperator dispărea tumefacția în zona operată. Pe partea vestibulară a crestei alveolare după intervenție nu apărea adâncitura cu defect estetic din cauza augmentării defectului și formării reliefului osos cu material biocompozit. De rînd cu alți factori un rol important în procesul de osteogeneza cît și în epitelizarea plăgii îl are vascularizarea sanguină (6). Este dovedit (3) că peste 70% din alimentare osul cor-

tical al maxilarelor o primește din periost. Studiile recente (7) demonstrează că traumatizarea periostului , duce la o epitelizare mai lentă a plăgii. Se poate afirma că decolarea minimă a lambourilor mucoperiostale nu dereglează nutriția osului și duce la o vindecare mai timpurie. La pacienții din grupa de referință care rora defectul osos postoperator na fost augmentat de-reglările estetice si funcționale erau mai pronunțate. Despre aceasta relatează și alți autori (3,1).

Concluzii și considerații finale

Conform rezultatelor clinico-radiologice efectuate în dinamică ne permitem să facem următoarele concluzii:

- Prin utilizarea metodei de augmentare evităm infectarea cheagului sanguin și inflamația secundară a plăgii.
- Stimulăm regenerarea țesutului osos în regiunea defectului.
- Restabilim forma anatomică și fiziologică a maxilarelor.
- Sporim functionalitatea dintelui rezectat.

Bibliografie

1. Șerbatiuc D. Probleme actuale în organizarea ajutorului medical chirurgical oromaxilofacial. Probleme actuale de stomatologie, Congresul XI al ASRM, Chișinău, 9-10.10.2001, pag. 5-7;
2. Fala V. Tratatment rational, complex al periodontitelor cronice distructive la dinti cu defecte parțiale și totale de corană. Teza de doctor in medicină, Chișinău 2006;
3. Borovski E. Stomatologia terapeutica, Chișinău 1990, p. 200-233;
4. Burlibașa C. Chirurgia orală si maxilofacială, București 2005 p.197-233;
5. Ganuță N., Bucur A., Ștefanescu L., Marinescu R., Gănta A., Botnar H. Chirurgia oromaxilofacială, București 1998, p.199-237;
6. Безруков В.М.; Григорьянц Л.А., Зуев В.П., Панкратов А.С., Оперативное лечение кист с использованием гидроксиапатина ультравысокой дисперстности, Стоматология, 1998, стр. 31;
7. Боровский Е.В., Мылзенова Л.Ю., Оценка обоснованности диагноза и надежности пломбирования корневых каналов при эндодонтическом лечении, Журнал: Клиническая стоматология, 2000, N 3, стр. 46-49;
8. August M., Bast., Jackson M., Perrott D. Use of the fixed mandibular implant in oral cancer patients: retrospective study, J.Oral & Maxillofacial Surgery, 1998, — 56(3), — p.297-301;
9. Black G.V. Amputation of roots. A work on specia dental pathology, Chicago, Medico-Dental Publishing Co., 1915, — p. 205-206.