

Bibliografie

1. Bucur A, sub redacția: Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, vol.I și II editura Med Publishing 2009, p. 687 – 713.
2. Burlibașa C. et col. Chirurgie Orala și Maxilofacială. Editura Medicală, București, 2001; p. 1169-1211.
3. Michot J.-B., V. Compère, H. Hardy, B. Dureuil, Luxation mandibulaire survenant à l'ablation d'un masque laryngé, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation Volume 29, Issue 10, October 2010, p. 738-739.
4. Nusrath M.A., Adams J.R., Farr D.R., Bryant D.G., TMJ dislocation. Br Dent J. 2008; 204: p. 170–171
5. Sia S.L., Chang Y.L., Lee T.M., Lai Y.Y., Temporomandibular joint dislocation after laryngeal mask airway insertion. Acta Anaesthesiol Taiwan. 2008;46: p. 82–85.
6. Thangarajah T, McCulloch N, Thangarajah S, Stocker J., Bilateral temporomandibular joint dislocation in a 29-year-old man: a case report. Thangarajah et al. Journal of Medical Case Reports 2010, 4:263.
7. Young A.L., Khan J., Thomas D.C., Quek S.Y.P., Use of masseteric and deep temporal nerve blocks for reduction of mandibular dislocation. Anesth Prog. 2009;56: p. 9–13.
8. Бернадский Ю. И., Основы челюстно - лицевой хирургии и хирургической стоматологии ; учеб. Пособие - 3-е изд., перераб доп. - Москва : Медицинская литература, 2003. p. 57, 90 – 95.
9. Робустова Т. Г., Хирургическая стоматология, 3 - изд., перераб. и доп. - Москва : Медицина, 2003. p. 41 – 42, 351 – 353.
10. ШАРГОРОДСКИЙ А.Г., Травмы мягких тканей и костей лица РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ, Москва Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД» 2004. p. 101 – 103.

PARTICULARITĂȚILE APICOTOMIEI ÎN TRATAMENTUL PROCESELOR PERIAPICALE

Valentina Racu, Dumitru Hîțu, Anatolie Pancenco, Vasile Vlas, Constantin Bicer, Afanasie Hâțu, Tatiana Strelțova
Centrul Stomatologic Municipal Chișinău

Summary

The apicotomy particularities in the periapical processes treatment

Whenever periapical pathology remains under endodontic treatment considered to be correct by surgical endodontics – in this case the apical resection, it can remove the apical and periapical pathological focus, thereby creating the conditions for healing periapical pathological processes, tissue restructuring being complete; avoid tooth extraction, leaving a situation as favorable for future prosthetic devices.

Rezumat

Ori de câte ori patologia periapicală se menține în condițiile unui tratament endodontic considerat ca fiind corect, prin chirurgie endodontică – în cazul rezecției apicale – se poate îndepărta focarul patologic apical și periapical, creându-se astfel condițiile pentru vindecarea proceselor patologice periapicale, pentru restructurarea tisulară completă; rezecția apicală evită extracția dintelui cauzal, păstrând o situație cât mai favorabilă viitoarelor lucrări protetice.

Actualitatea

Raționalizarea și perfecționarea metodelor de tratament al formelor cronice ale parodontitelor apicale distructive focare de hipersensibilizare microbiană a organismului uman, constituie una din cele mai actuale probleme ale stomatologiei.

Rezeecția apicală presupune îndepărtarea apexului radicular și a procesului patologic periapical, concomitentă sau precedată de tratamentul endodontic corect și obturația ideală a canalului radicular.

Respectând indicația corectă și tehnica de lucru, evoluția postoperatorie este favorabilă, iar procesul de vindecare rapid. Rezeecția apicală se realizează în special la dinții monoradiculari, dar această intervenție se poate aplica și la molari, deși morfologia și topografia acestora îngreunează intervenția chirurgicală. Atitudinea rezervată față de procesele acute se datorează faptului că intervenția în această fază este riscantă din cauza modificărilor metabolice ale țesuturilor, cu schimbări de pH la nivelul leziunii, ceea ce ar întârzia vindecarea postoperatorie.

Ori de câte ori patologia periapicală se menține în condițiile unui tratament endodontic considerat ca fiind corect, prin chirurgie endodontică – în cazul rezeecției apicale, se poate îndepărta focarul patologic apical și pereapical, creându-se astfel condițiile pentru vindecarea proceselor patologice periapicale, pentru restructurarea tisulară completă; rezeecția apicală evită extracția dintelui cauzal.

Este bine cunoscut faptul, că parodontita cronică apicală netratată etiopatogenetic va avansa în gradul de distrugere a țesuturilor adiacente, evoluând de la o formă la alta, frecvent finalizându-se cu extracții dentare și măsuri ulterioare de prevenție terțiară – intervenții protetice sau de implantologie, ambele destul de costisitoare .

În stabilirea indicației de rezeecție apicală se ține seama și de factorul vârstei pacientului, care poate reprezenta o deosebită importanță, rezeecția apicală fiind indicată în condițiile unui echilibru funcțional dinte-paradonțiu, când activitatea biologică a întregului organism este în deplină desfășurare.

Scopul

Scopul studiului nostru a fost evoluarea tratamentului proceselor periapicale utilizând metode complexe de tratament. Repartizarea pacienților în dependență de dintele cauzal, amplasarea topografică, conform diagnosticului stabilit și tipului de tratament.

Material și metode

Pentru atingerea scopului scontat s-au studiat 39 pacienți care au fost supuși rezeecției apicale în perioada 2010-2011, în incinta clinicii IMPS Centul Stomatologic Municipal. Un set de radiografii intraorale retro-dento-alveolare ale pacienților îndreptați la chirurg dento-alveolar pentru rezeecție apicală.

Direcțiile cercetării au urmărit evaluarea incidenței de rezeecție apicală în raport cu:

- patologia care recomandă rezeecția apicală
- tipul de dinte
- tipul de incizie

Rezultate și discuții

În studiul nostru, am încercat să evaluăm ponderea diverselor diagnostice în cadrul indicațiilor de rezeecție apicală. Din analiza intervențiilor practicate, reiese cât se poate de clar că diagnosticul care reprezintă majoritatea covârșitoare a indicațiilor de rezeecție apicală îl reprezintă periodontita cronică 32 % . Acest diagnostic este urmat la mare distanță de granuloame și chisturi, ca patologie odontală, granulomul periapical 16 %, chistul periapical 26 % . Celelalte diagnostice sunt un număr foarte redus constituind practic excepții: gangrenă complicată 12 %, eșec al tratamentului endodontic 14 %.

Cu ajutorul aplicațiilor informatice am încercat să evaluăm repartitia grupelor dentare în cadrul indicațiilor de rezeecție apicală: maxilar 76% și mandibular 24%. Astfel, la nivelul maxilei,

analiza bazei de date ne-a relevat următoarea repartitie: incisivii centrali 43 %, incisivii laterali 24 %, canini 21 %, premolarul I 8 %, premolarul II – 4 %. La nivelul mandibulei: incisivii centrali 42 %, incisivii laterali 27 %, canini 21 %, premolarul I 10 %.

După cum se poate observa, ponderea cea mai mare atât la maxilar, cât și la mandibulă, o dețin intervențiile la nivelul incisivilor centrali, urmați de cei laterali și canini. Rezecția apicală se practică mai frecvent la premolarii maxilarului superior decât la cei mandibulari, la molari, indiferent de arcadă, procedura este foarte rar indicată.

În ceea ce privește tipul de incizie, știm bine că de ea depinde foarte mult operația ca atare (vizibilitatea în câmpul operator, sângerarea, posibilitățile de sutură, plaga mucoasei). Este precizat faptul că tipul de incizie trebuie să fie adecvat dintelui de operat și situației clinice respective. Am constatat o preferință pentru tipul de incizie Pichler (47%), urmată îndeaproape de incizia trapezoidală (31%). Prezența unui proces osteitic sever, care a afectat corticala osoasă, impune o atenție sporită la îndepărtarea țesutului de granulație și a altor formațiuni patologice; erodarea tăbliei vestibulare ar putea însemna prezența în aceeași stare a peretelui sinuzal de exemplu. Pe de altă parte, prezența unei tăblii osoase vestibulare integre pune problema trepanării, care trebuie executată după procedura descrisă anterior, pentru a nu provoca necroze osoase și a da posibilitatea dezvoltării unei flore patogene. Deasemeni, de starea corticalei osoase trebuie să ținem cont la măsurile pe care le vom lua postoperator. Un proces cronic, cu activitate redusă, poate fi erodat mecanic; un proces activ, care a distrus corticala osoasă, poate necesita instituirea unei terapii antibiotice pentru prevenirea complicațiilor septice. Radiotransparențele periapicale, decelate înainte sau după completarea terapiei endodontice, sunt situațiile cele mai frecvente de indicare a chirurgiei periapicale și sunt reprezentate în majoritate de către granulomul și chistul periapical. În majoritatea cazurilor însă, prezența unei zone radiotransparente este un indiciu al unui tratament endodontic de proastă calitate. Am constatat însă o prevalență deosebit de mare a periodontitei cronice granulomatoase, în aceste cazuri, nici nu se mai tentează terapia endodontică, fie din comoditate, fie din rațiuni financiare (materialele și substanțele medicamentoase care ar putea trata pe cale endodontică această afecțiune fiind costisitoare), și se trece direct la indicația de rezecție apicală. În studiul nostru, bazat pe examinarea radiografică, au fost considerate ca fiind indicații reale pentru chirurgia periapicală 40-65% dintre cazuri, celelalte putând fi rezolvate fără tratament chirurgical.

Etapele rezecției apicale:

- prelucrarea pelii cu alcool;
- izolarea câmpului operator;
- prelucrarea cavității bucale cu soluții antiseptice;
- efectuarea anesteziei;
- incizia mucoasei (în dependență de tipul de incizie ales);
- decolarea lamboului muco – periostal;
- fenestrarea corticalei;
- înlăturarea procesului pathologic;
- rezecția apicală;
- chiuretajul și revizia cavității;
- umplerea cavității cu cheag sanguine;
- aplicarea suturilor;
- renghen control ;

Accidente intraoperatorii :

1. Sîngerarea mai abundentă a plăgii osoase.
2. Perforarea planșeului foselor nazale.
3. Deschiderea sinusului maxilar.
4. Lezarea pachetului vasculo – nervos mentonier .
5. Deschiderea canalului alveolar inferior în cursul rezecției apicale a molarilor inferiori.

Concluzii

1. Mai frecvent dinții uniradiculari sunt supuși rezecției apicale.
2. În majoritatea cazurilor apicotomia se efectuează la dinții cu procese inflamatorii periapicale în faza ‘rece’.
3. Rezecția apicală evită extracția dintelui cauzal, păstrând o situație cât mai favorabilă viitoarelor lucrări protetice.
4. Apicotomia îndepărtarea apexului radicular și a procesului patologic periapical, concomitentă sau precedată de tratamentul endodontic corect și obturația ideală a canalului radicular.
5. Examenul radiologic se efectuează în mod obligatoriu după tratamentul endodontic și chirurgical.

Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală, București, 2003, p.653-697.
2. Burlacu V. și coautorii. Combaterea rațională a proceselor inflamatorii parodontale. Probleme actuale de stomatologie. Congresul XII al ASRM, Chișinău, 2003, pag. 10-12.
3. Rud J, Andreasen JO, Moller Jensen JE – Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery. Int. Journ. of Oral Surgery, 1: 195–214, 2002
4. Wilson TG, Kornman KS – Fundamentals of periodontics. Quintessence Publishing Comp., Chicago, Boston, 2002.
5. Murray CA, Saunders WP – Root canal treatment and general: a review of the literature. Int. Endodontic Journ., 37: 1-18, 2000.
6. Burlacu V. Fală V. Secretele endodontologiei clinice. Ghid practic. Chișinău, 2007, pag. 5
7. Gartner AH – Advances in endodontic surg. Dent. Clin. North. Am. 36.
8. Fală V.- teză de doctor în medicină ‘Tratament rațional, complex al periodontitelor cronice distructive la dinți cu defecte parțiale și totale de coroană’
9. Stoica I., Ababii S., Procesele inflamatorii ale regiunii OMF, aspecte statistice. Analele științifice. USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2004, pag. 696-704.
- Timoșca G., Burlibașa C.//Chirurgie Buce-Maxilo-Facială//Chișinău, 1991, pag. 167-179.
10. Ursu E. Tratamentul rațional endodontic al parodontitelor apicale cronice. Disertația de d.ș.m., Chișinău, 2000, pag. 107.
11. Șcerbatiuc D.Organizarea ajutorului medical chirurgical oro-maxilo-facial. Probleme actuale de stomatologie. Congresul XII al ASRM, Chișinău,2003,pag.4-6.
12. Dumitriu HP –Parodontologie. Edit. Viața Medicală Românească, București, 1997357, 1998. 2003.p.124

METODELE DE IMOBILIZARE ÎN TRATAMENTUL BOLNAVULUI CU TRAUMATISM ASOCIAT AL COMPLEXULUI ZIGOMATIC

Dumitru Hîțu, Dumitru Șcerbatiuc, Valentin Topalo, Olga Procopenco, M. Cebotari, S. Calderari

Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și Protetică dentară, FPM, USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Immobilization methods in the treatment of the patient with zygomatic complex associated trauma

Aeschylus fracture of the zygomatic complex in the clinic of Oral and Maxillofacial Surgery from Chisinau often is fixed via osteosynthesis methods as one of the safest methods and more perfect. Immobilization with Kirschner brooches are used in exceptional cases (single