

20. I. 2011. Având drept reper cazul clinic respectiv, ne-am consultat cu specialiștii în neurologie de la catedra respectivă, care au explicat această situație prin faptul că termențiunile de la C₁ - C₂ fac anastomoze ca ramul trigemen, de aici și iradierea durerilor din regiunea feței în regiunea cervicală, a omoplatului și a umărului.

În concluzii, insistăm să menționăm următoarele:

1. Cazul clinic descris anterior este unul neordinar, înregistrat pentru prima oară în practica personală stomatologică.
2. Acest caz clinic prezintă interes pentru studenți, rezidenți, medici, deoarece are o simptomatologie individuală, dificil de prognosticat și de diagnosticat. Pacienta a solicitat inițial, consultația neurologului și nu cea a stomatologului.
3. În cazurile clinice, însoțite de simptome similare, este recomandabil consultul care, în mod obligatoriu, trebuie să includă următorii specialiști în medicină: neurologul, stomatologul, ORL-istul.

Considerăm descrierea cazului clinic respectiv o diversificare, o experiență benefică și o lecție în practica medicală, inclusiv cea stomatologică ulterioară din Republica Moldova.

MOLARUL DE MINTE: ATITUDINE ȘI CONDUITĂ

Dumitru Sîrbu, Taisia Glinschi, Mihaela Nagnibeda, Alexandru Mighic

Catedra Stomatologie Ortopedică, Chirurgie oro-maxilo-facială și Implantologie Orală,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Third molar: attitude and conduct

Pathology of the third molar is a current topic of stomatology because it causes frequent complications and contradictions regarding the treatment conduct. The study material consisted of a group of 486 patients treated in the Department of Oro-maxillo-facial Surgery of the National Scientific and Practical Center of Emergency Medicine in Chisinau, within 2001-2010. The obtained data help the specialists in the field in establishing the treatment tactics in the patients with M3 pathology.

Keywords: third molar, inflammatory process, extraction, complications.

Rezumat

Patologia molarului de minte (M3) rămîne o temă actuală a stomatologiei din cauza complicațiilor frecvente pe care le provoacă și a contradicțiilor în privința conduitei de tratament. Materialul de studiu a fost constituit dintr-un lot de 486 pacienți tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială a Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență (CNȘPMU) din or. Chișinău, în perioada anilor 2011-2012. Datele obținute orientează specialiștii în domeniu la stabilirea tacticii de tratament al pacienților cu patologia M3.

Cuvinte cheie: molarul de minte, proces inflamator, extracție, complicații.

Actualitatea

Patologia M3 este o temă actuală în cadrul chirurgiei oro-maxilo-faciale și a stomatologiei generale din cauza multiplelor complicații [1,2,7]. Conform cercetărilor lui A.V.Canopkene (2004), din 785 de pacienți în vîrstă de 16-90 de ani cu diverse procese inflamatorii în regiunea oro-maxilo-facială, în 48,2% din cazuri cauza procesului inflamator a servit M3.

Întrebarea despre conduita de tratament produce un șir de dezbateri și contradicții în literatura de specialitate și în rândurile medicilor [1,6]. Acest fapt este condiționat de un șir de circumstanțe obiective:

- Considerarea M3 ca a unor structuri rudimentare [10]. Adepții acestei păreri sunt nu numai stomatologii practicieni, dar și reprezentanții renumiți ai științei stomatologice autohtone și străine [19].
- Dificultăți tehnice mari în tratamentul cariei și a complicațiilor ei la M3 în comparație cu alți dinți [3,7].
- Un rol neînsemnat în efectuarea funcției de masticăție, arcadele dentare fiind intacte. Deci, N.I.Agapov nu lua în considerație aportul M3 la masticăție.
- Posibilitatea influenței negative a M3 asupra formării aparatului dentomaxilar (dezvoltarea anomaliilor de ocluzie, deformația arcadelor dentare) [8].
- Apariția unui șir de maladii, legate patogenetic de patologia M3: pericoronarita, periostita, osteomielița, limfadenita, abcesul, flegmonul, procesul carios la molarul II, chist folicular și pararadicular, ameloblastomul [2,3,4,5,9].

Totalitatea acestor poziții deseori servește ca o justificare pentru refuzul la tratamentul cariei simple și complicate și pentru lărgirea indicațiilor pentru înlăturarea M3 intactă cu scopul de a preîntâmpina diverse complicații. Cît este de argumentată această abordare? Pentru a răspunde la această întrebare, este importantă nu numai o analiză multilaterală a situației concrete la fiecare pacient, dar și o estimare a veridicității fiecărei dintre pozițiile enumerate mai sus, folosite ca argumente în favoarea lărgirii indicațiilor pentru extracția M3.

Una din aceste poziții reprezintă dezvoltarea diverselor complicații, patogenetic legate într-o măsură sau în alta de patologia M3. Noi considerăm că este necesar de a conștientiza posibilitatea apariției acestor complicații în cadrul abordării unei anumite tactici de tratament în privința M3.

Actualitatea acestui compartiment al chirurgiei oro-maxilo-faciale este demonstrată și de faptul ca este elucidat pe larg în literatura de specialitate. Un număr semnificativ de publicații autohtone și străine se referă atît la procesele de formare și erupție a M3, cît și la complicațiile provocate de erupția dificilă sau retenția acestuia.

Conform datelor diferitor autori, anomaliile de dezvoltare și erupție ale M3 induc așa complicații ca formarea pungilor osoase patologice, distrucția țesuturilor dure ale dintelui vecin, formarea chisturilor foliculare, dureri nevralgice, periostite, osteomielite, abcese, flegmoane, complicații septice loco-regionale și generale etc. (D.Wray, D.Stenhouse, 2003, S.M.Balaji, 2009, A.Bucur, 2010, Т.Г. Робыстова, 1990). Datele literaturii de specialitate mărturisesc, că complicațiile cu caracter inflamator de diverse grade de gravitate, care însoțesc erupția dificilă, retenția sau distopia M3 pot apărea la aproape 75% din posesorii lor (А.Т. Руденко, 1981).

După A.V.Canopkine (1996), printre 500 de pacienți cu diferite complicații ale erupției M3 inferioare, pericoronaritele au fost marcate la 54,4% din ei, periostitele – la 22,6%, flegmoanele – la 8% etc. După cum menționează А.Н.Фокина, aproximativ 18% de bolnavi cu erupția dificilă a M3 se internează în spitale.

Toate aceste date ne demonstrează că problema M3 continuă să fie actuală. Astfel, am considerat importantă abordarea temei date, cauzele principale fiind: frecvența înaltă a complicațiilor cauzate de M3; existența unui număr impunător de bolnavi cu patologia dată care nu se micșorează pe parcursul anilor; contradicțiile în privința conduitei de tratament.

Scopul: ameliorarea reabilitării pacienților cu patologia M3 prin stabilirea atitudinii și conduitei de tratament în dependență de evoluție și complicațiile asociate.

Obiectivele

- 1) Efectuarea unei analize clinico-epidemiologice a morbidității pacienților cu complicațiile cauzate de M3 conform datelor Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență pe parcursul anilor 2010-2011.

- 2) Stabilirea atitudinii și conduitei de tratament în dependență de evoluție și complicații;
- 3) Elaborarea unor recomandări pentru medicii practicieni cu scopul sporirii eficacității de diagnostic și tratament al pacienților cu patologia M3.

Material și metode

Studiul de față cuprinde un lot de 486 pacienți cu complicațiile provocate de M3 tratați în Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență (CNȘPMU) din or. Chișinău, internați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială. Datele lor au fost selectate în arhiva CNȘPMU pe parcursul anilor 2010-2011. Datele au fost extrase din fișele pacienților și prelucrate statistic cu ajutorul programului Microsoft Excel. S-a efectuat tratamentul și supravegherea a 34 pacienți cu complicațiile cauzate de M3.

Rezultatele studiului reprezintă date retrospective, ce țin de caracteristica lotului de studiu, frecvența și incidența patologiei studiate, dintele causal, maladiile concomitente, selectarea tacticii de tratament și alți indici. Reieșind din criteriile selectate, am studiat:

- frecvența complicațiilor inflamatorii și tumorale provocate de M3 raportate la totalitatea complicațiilor date ale regiunii OMF;
- frecvența complicațiilor provocate de M3 în funcție de sex, vîrstă, forma clinică, regiune, dintele causal, tratamentul efectuat;
- frecvența incluziei M3 la bolnavii cu complicațiile cauzate de M3.

Rezultate și discuții

Analiza statistică a datelor pacienților cu patologia M3 tratați în CNȘPMU pe parcursul anilor 2010-2011 a arătat că patologia dată a fost înregistrată la 486 de pacienți, 240 în anul 2010 și 246 în 2011. Observăm că numărul de pacienți înregistrați este aproape același în ambii ani, deci nu vedem tendința de scădere a numărului lor. Din 486 de pacienți, 436 (89,7%) au avut complicații inflamatorii. Ei au constituit 30,0% din numărul total de pacienți cu procese inflamatorii ale regiunii oro-maxilo-faciale, internați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială în anii 2010-2011 (1453 bolnavi).

Tabelul 1

Partea procentuală a diferitor forme de complicații cauzate de M3 raportate la aceleași forme nozologice ale totalității integrale la pacienții internați în secția chirurgie OMF a CNȘPMU în anii 2010-2011

Forma nozologică	Nr. total de pacienți	Nr. de pacienți cu maladia dată ca complicația patologiei M3	Partea procentuală %
Abces	844	319	37,8%
Abces odontogen	799		39,9%
Flegmon	165	49	29,7%
Flegmon odontogen	154		32,8%
Limfadenită	164	27	16,5%
Limfadenită odontogenă	57		47,4%
Osteomielită	195	6	3,1%
Osteomielită odontogenă	49		12,2%
Chist	207	15	7,2%
Chist odontogen	161		9,3%
Total	2795	416	14,9%

Notăm că abcesele, flegmoanele și limfadenitele odontogene dezvoltate ca urmare a patologiei M3 ocupă cea mai mare parte din numărul total al acestor procese inflamatorii ale regiunii oro-maxilo-faciale în comparație cu alte forme nozologice, ceea ce ne vorbește despre

faptul că procesul inflamator cu punct de plecare în regiunea M3 antrenează în primul rând țesuturile moi perimaxilare.

La fel, este de menționat că, conform datelor, aproape jumătate din toate limfadenitele odontogene sunt cauzate de M3, ceea ce ne vorbește despre faptul că ganglionii limfatici reacționează preponderent la procesul inflamator cu punct de plecare în regiunea M3.

Toți bolnavii cu complicațiile cauzate de M3 luați în studiu au prezentat un diapazon de vîrstă între 16 și 83 de ani. Pentru a analiza frecvența acestei patologii în dependență de vîrsta pacienților, ei au fost repartizați pe grupe de vîrstă pe 4 ani. Observăm că cea mai mare incidență a complicațiilor cauzate de M3 este prezentă la vîrsta de 20-27 ani, constituind 43% din toate cazurile, comparativ cu vîrsta pînă la 20 de ani – 4%. Datele obținute corespund datelor literaturii de specialitate, unde găsim menționată vîrsta cuprinsă între 19 și 26 de ani [5,9]. Complicațiile patologiei M3 se întîlnesc mai frecvent anume în această perioadă a vieții, deoarece ea este asociată erupției acestor dinți [6,9]. Conform cercetărilor lui Sung-Kiang Chuang, complicațiile intra- și postoperatorii ale extracției M3 sunt cu 46% mai frecvente la pacienții în vîrstă de peste 25 de ani, comparativ cu pacienții pînă la 25 de ani. Deci, extracția M3 la pacienții cu vîrsta mai înaintată este asociată cu un risc mărit de dezvoltare a complicațiilor. Conform cercetărilor lui Martin Kunkel [7], din 100 de pacienți primiți cu complicațiile provocate de M3, 73% de pacienți au suferit de complicații inflamatorii (29%) și cele în urma extracției terapeutice (44%), complicațiile în urma extracției profilactice constituind numai 27%. Toate aceste date evidențiază avantajele extracției profilactice precoce a M3. Considerăm că este necesar de luat în vedere aceste date statistice în luarea deciziei despre atitudinea terapeutică față de M3.

Analizînd frecvența complicațiilor cauzate de M3 în funcție de dintele cauzal, am obținut următoarele date: complicațiile cauzate de dintele 38 – 217 cazuri (44,8%), dintele 48 – 214 (44,2%), dintele 28 – 27 (5,6%), dintele 18 – 18 (3,7%), doi sau mai mulți M3 concomitent – 8 (1,7%). Deci, rezultatele noastre demonstrează că M3 inferiori sunt cei mai problematici, provocînd complicații în marea majoritate a cazurilor (89%). Aceasta poate fi explicată de faptul că M3 inferiori au o incidență mărită de erupție dificilă din cauza condițiilor embriologice și filogenetice în care se dezvoltă (insuficiența de spațiu retromolar datorată tendinței filogenetice de reducere a dimensiunii maxilarelor, care nu se corelează cu tendința de reducere a dimensiunii și numărului dinților; poziția oblică a M3 produsă de creșterea mandibulei etc).

După evaluarea frecvenței diferitor forme nozologice ca complicații ale patologiei M3, am obținut următoarele date: bolnavii cu abcese s-au adresat cel mai frecvent – au fost înregistrate 284 cazuri (58,4%), după care urmează flegmoanele – 49 cazuri (10,9%), periostitele – 37 (7,6%), limfadenitele – 27 (5,6%), chisturile – 15 (3,0%), pericoronaritele – 7 (1,4%), osteomielitele – 6 (1,2%). La 12 pacienți (2,5%) flegmonul cauzat de M3 s-a complicat cu starea septică gravă (fig.1).

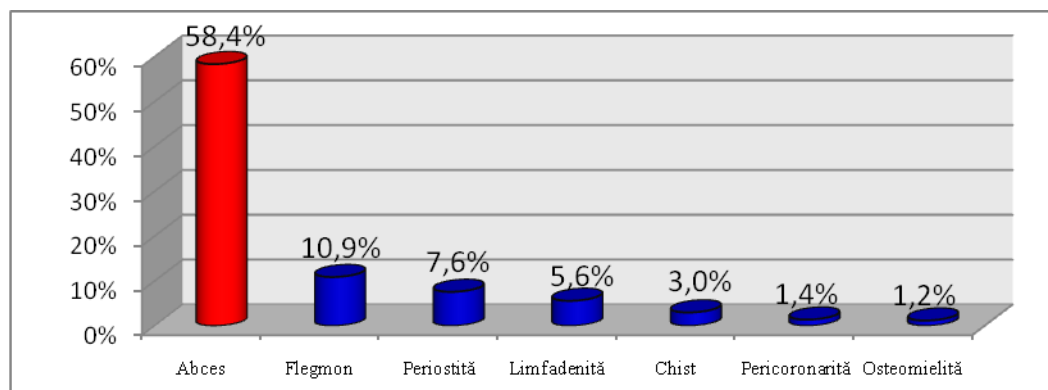


Fig. 1. Frecvența diferitor forme nozologice ca complicații provocate de M3 la bolnavii internați în secția chirurgie OMF a CNȘPMU în anii 2010-2011.

Pacienții care s-au adresat cu complicații inflamatorii ca urmare a extracției M3 au constituit 17,7% (86 pacienți). Datele examenului clinic subiectiv al pacienților adresați cu complicațiile inflamatorii postextracționale au arătat că extracția M3 la acești pacienți a fost efectuată în faza acută a procesului inflamator aproape în toate cazurile (97,6%). Aceste date argumentează necesitatea extracției M3 după cuparea fazei acute a procesului inflamator (“la rece”) pentru a diminua frecvența complicațiilor sus-numite.

Evaluând frecvența complicațiilor cauzate de M3 în funcție de numărul de zile trecute de la apariția primelor semne ale bolii pînă la momentul adresării, am observat că 45,4% din numărul total de pacienți s-au adresat la III-a (72 pacienți) și a IV-a zi (37 pacienți) de la debutul bolii. La fel, odată cu creșterea numărului de zile, a crescut frecvența flegmoanelor: la pacienții adresați în prima zi nu s-au determinat flegmoane; în a II-a zi – 11,1%; a III-a zi – 13,9%; a IV-a zi – 16,2%; a V-a zi – 36,8% etc (fig.2).

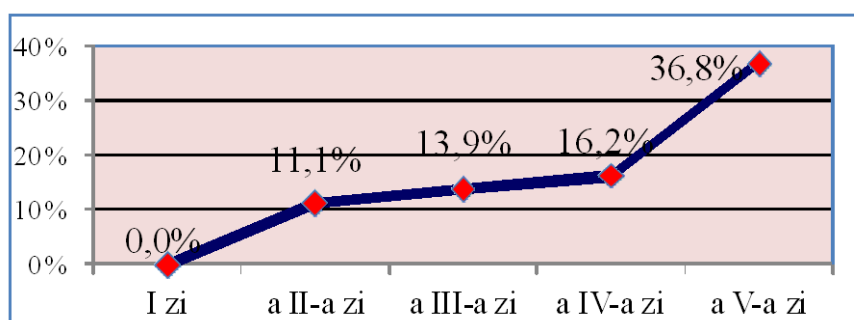


Fig.2. Creșterea frecvenței flegmoanelor cauzate de M3 în funcție de timpul adresării pacienților în secția chirurgie OMF a CNȘPMU în anii 2010-2011.

Aceste date ne vorbesc despre faptul că majoritatea pacienților cu patologia M3 se adresează la medic foarte târziu, atunci cînd procesul inflamator inițiat în regiunea M3 antrenează țesuturile moi perimaxilare și evoluează spre abcese și flegmoane. Credem că aceste date statistice trebuie să ne servească ca imbold pentru diagnosticul și tratamentul proceselor inflamatoare cauzate de M3 în stadiile cît mai precoce – la primele semne de pericoronarită. Este de menționat cazul cînd o pacientă s-a adresat la CNȘPMU cu un flegmon în regiunea submandibulară și submentonieră de la dintele 38 la XVIII-a zi de la debutul durerii, ea fiind tratată conservator la policlinica de la locul de trai. Cazul dat este o manifestare a tendinței generale a medicilor stomatologi generaliști de a trata conservator patologia M3, ceea ce a dus la consecințe grave. Considerăm că atenționarea acestor medici despre problema în cauză poate contribui la diminuarea frecvenței complicațiilor cauzate de M3. De asemenea, nu trebuie neglijat faptul că tratamentul chirurgical al flegmoanelor impune efectuarea unor incizii largi (fig.3), care deseori lasă după sine cicatrici mutilante, ceea ce afectează ulterior nivelul vieții pacienților, mai ales a celor tineri.



Fig. 3. Imagine intraoperatorie a pacientei X. Deschiderea flegmonului submandibular odontogen de la dintele 38.

Astfel, datele menționate iarăși scot în evidență avantajul extracției profilactice a M3 cu scopul de a preîntîmpina complicațiile grave.

La pacienții cu complicațiile cauzate de M3, în 334 cazuri (68,7%) dintele dat se afla în poziție anatomică normală și în 152 cazuri (31,3%) – în retenție (inclus).

În concluzie, putem menționa că complicațiile patologiei M3 constituie o parte componentă importantă din totalitatea afecțiunilor regiunii OMF, deci această patologie trebuie să fie supusă în continuare noilor cercetări.

Concluzii

1. Complicațiile inflamatorii provocate de M3 au o frecvență semnificativă, fapt ce poate argumenta lărgirea indicațiilor către extracție;
2. Reducerea frecvenței complicațiilor inflamatorii grave (abcesul, flegmonul) poate fi obținută prin efectuarea extracției M3 numai după cuparea fazei acute a procesului inflamator provocat de acest dinte;
3. Extracția M3 inferiori “la rece”, la o vîrstă pînă la 25 de ani, sub protecția de antibiotici micșorează considerabil complicațiile postoperatorii, scurtînd perioada de reabilitare a pacienților;
4. Perioada asociată erupției M3 este perioada de risc mărit al apariției complicațiilor; adresarea tîrzie a pacienților sporește severitatea lor; deci este necesară instruirea pacienților tineri pentru adresarea cît mai timpurie la medic;
5. La diminuarea frecvenței complicațiilor poate contribui atenționarea medicilor stomatologi generaliști despre problema în cauză, care au tendința de a trata conservator M3, ignorînd indicația către extracție.

Bibliografie

1. Constantin M., Vorneanu M. Patologia molarului de minte în practica chirurgicală dento-alveolară. Iași, 2005. p. 239-251.
2. Nastas L., Popovici T., Pălărie A. Tratamentul complicațiilor erupției molarilor de minte inferiori. Anale științifice, 2005. p. 582-587.
3. Popovici T. Accidentele și complicațiile extracției molarilor de minte. Stomatologia în Moldova, nr.2, 2004. p. 12.
4. Șcerbatiuc D., Bicer C. Extracția atipică a dintelui de minte inferior în cazul accidentelor de erupție. Anale științifice, 2007, p. 10.
5. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgia buco-maxilo-facială. Chișinău, universitas. 1998. p. 243-257.
6. Anthony R., Silvesri Jr., Iqbal S. The unresolved problem of the third molar. Would people be better off without it? JADA, vol.134, 2003. p. 450-455.
7. 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, vol. 65, issue 9, 2007. p. 1700-1706.
8. Коротких Н.Г.б Шалаев О.Ю. Сравнительная оценка результатов клинического обследования пациентов с затрудненным прорезыванием зуба мудрости. Российский стоматологический журнал, № 1, 2007. с. 36-45.
9. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев: 000 «Червона Рута-Туре», 2002. с. 241-249.
10. Чернышев В. В. Затрудненное прорезывание третьих моляров с мезиоангулярным наклоном в кости. Стоматолог. X.: Фармитэк, 2010, N 5. с. 36-37.