

61. Burcogh-O'ral A., Erkan D., Asherson R.A., *Treatment of catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS) with defibrotide – a proposed vascular endothelial cell modulated*. J. Rheum, 2002;29:2006-11.

62. Veno S., Asherson R.A., Erkan D., *Catastrophic Antiphospholipid Syndrome*. J. Int. Care Med., 2006;21:144-59.

Rezumat

Sindromul antifosfolipidic catastrofal Asherson se dezvoltă rapid la persoanele pozitive pentru anticorpii antifosfolipidici, ca urmare a unui factor declanșator identificabil (infecție, traumatism, coagulare inadecvată, patologie obstetricală). Cel mai frecvent este întâlnit la persoanele cu sindrom antifosfolipidic primar sau *lupus eritematos sistemic* (LES) ori afecțiuni „lupus-like” (LLD).

Clinic, se manifestă prin tromboze ale vaselor mici, afectând diverse organe (inimă, creier, tract gastro-intestinal, rinichi, suprarenale). În 1/3 din cazuri apar ocluzii de vase mari, ca manifestări ale sindromului de răspuns inflamator sistemic (SRIS) sau sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA).

Cu toată terapia, precoce și intensivă, ce constă în administrarea de anticoagulante, corticoizi, antibiotice, imunoglobuline intravenos, plasmafereză, mortalitatea rămâne crescută, ridicându-se la aproximativ 50% din cazuri.

Summary

The syndrome of Asherson antiphospholipidic disorders is developing rapidly to the patients with positive antiphospholipidic antibodies, as a result of releaser factor like (infection, trauma, inadequate coagulation, obstetrical pathology). Most frequently are found at the persons with primary antiphospholipidic syndrome or *lupus erythematosus systemic* (LES), or affection “lupus like” (LLD).

Clinical pictures are manifest by thrombosis of small vessels, affected different organs (heart, brain, gastrointestinal tract, kidney, adrenal gland). In 1/3 of cases appear obstructions of big vessels, as a manifestation of this syndrome of systemic inflammatory response (SSIR) or syndrome of acute respiratory detretion (SARD).

With all therapy, precocious and intensive, which is consisting of administration of anticoagulants, corticoids, antibiotics, intravenous immunoglobulin, plasmapheresis; the mortality remaining to be high, rises for about 50% of cases.

ELEVAȚIA PLANȘULUI SINUSULUI MAXILAR (SM) PRIN ABORD CRESTAL CU INSTALAREA SIMULTANĂ A IMPLANTELOR DENTARE ENDOOSOASE

Valentin Topalo, dr. h. în medicină, prof.univ., **Fahim Atamni**, dr. în medicină,
postdoctorand, **Dumitru Sîrbu**, asist. univ., **Aureliu Gumeniuc**, asist. univ.,

Oleg Dobrovolschi, doctorand, **Ilie Suharschi**, medic rezident,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență

Odată cu descoperirea, în 1969, de către P. I. Bränemark [1] a fenomenului de osteointegrare a implantelor dentare din titan, implantologia orală a început să se dezvolte vertiginos, obținând succese remarcabile, și astăzi a devenit o parte componentă indispensabilă a stomatologiei moderne. Destinația principală a implantologiei orale este de a contribui la reabilitarea cât mai aproape de fiziologic a persoanelor edentate.

Particularitățile anatomice ale sectoarelor posterioare ale maxilei (vecinătatea imediată a SM), os cu densitate mică (D3,D4), precum și micșorarea în volum a osului drept rezultat al pierderii dinților și pneumatizării (expansiunii) SM, în special în edentațiile învechite, provoacă mari dificultăți în restabilirea integrității arcadei dentare cu proteze fixe cu sprijin implantar [2]. Această problemă poate fi rezolvată prin grefarea planșului SM pentru a obține un volum suficient de os. Accesul pentru grefare se poate realiza prin apofiza alveolară, numită sinus lift închis, intern sau transcristal, sau printr-o fereastră creată în peretele lateral, al SM numită sinus lift deschis sau sinus lift lateral.

Tatum H. a fost primul clinician care în 1977 a efectuat grefarea SM cu os autogen prin acces

crestal, publicând acest procedeu chirurgical tocmai în 1986 [3]. Accesul crestal, propus de H. Tatum, constă în fracturarea în „lemn verde” a corticalei planșeului SM prin „nealveola”, creată pentru instalarea implantului, și elevația fragmentelor de os la 2-3 mm. Înainte de a insera implantul în plaga osoasă, se introduc diverse materiale osteoplastice. Acest procedeu a fost modificat de unii autori [4, 5, 6]. La utilizarea lui o importanță majoră o are înălțimea osului rezidual, recomandată de unii autori [7,8] ca înălțimea minimală să fie de 3 mm, de alții [9] de 6 mm. Summers R. [10] consideră că pentru grefarea SM prin acces crestal și instalarea simultană a implantelor este necesar ca osul rezidual să aibă o înălțime nu mai mică de 5mm.

În ultimii ani în literatura de specialitate intens este discutată viabilitatea tehnicii propuse de R. Summers [4] prin condensarea osului rezidual și elevația planșeului SM cu osteotoame speciale. Levine R. și colab. [11] relatează că din 45 de implante instalate conform acestei tehnici 5 (11,1 %) au fost pierdute în perioada osteointegrării, adică până a începe să funcționeze. Drouhet G. și Missika P. [12] au constatat 7 (6,5%) implante pierdute din 108, care de asemenea au eșuat în perioada de integrare. La descoperirea implantelor (a doua etapă) autorii au depistat o resorbție osoasă în jurul coletului acestora în medie de 1,85 mm.

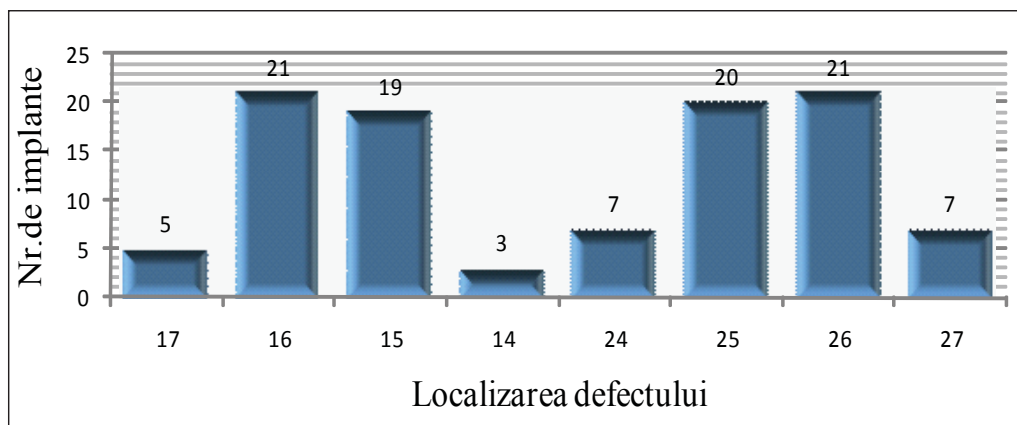
De menționat faptul că până la momentul actual toți autorii care practică grefarea SM cu diverse materiale osteoplastice prin abord crestal pun în evidență apofiza alveolară prin crearea lambourilor mucoperiostale, decolându-le de la osul subiacent.

Scopul studiului. Evaluarea osteointegrării implantelor dentare endoosoase instalate prin acces crestal concomitent cu elevația planșeului SM fără utilizarea materialelor osteoplastice și crearea lambourilor mucoperiostale.

Material și metode. În perioada septembrie 2005 – aprilie 2008 la 76 de pacienți (28 de bărbați și 47 de femei), cu vârsta între 21 – 67 de ani, la maxilă au fost instalate 103 implante dentare endoosoase filetate (sistemul Alpha – Bio - 90, Adin - 10 și Miss - 3). 18 implante (17,48%) au fost instalate prin metoda standard – crearea lambourilor mucoperiostale și augmentare de material aloplast sau compozit, celelalte - prin metoda Summers [4], modificată de autori. Implantele, conform localizării, lungimii și diametrului, sunt prezentate în *diagramele 1, 2*. Înălțimea osului rezidual a fost determinată pe ortpantomogramă (OPG) cu ajutorul șublerului electronic. Lungimea implantelor era apreciată în funcție de osul rezidual cu condiția că ele vor penetra în SM nu mai mult de 3-4 mm. Au fost selectate implante cu diametrul maximal posibil, care permitea lățimea apofizei alveolare. Implante cu diametrul mai mic de 3,75 mm n-au fost utilizate. În majoritatea cazurilor (82,52%) inserarea implantelor a fost efectuată fără crearea lambourilor mucoperiostale - transgingival.

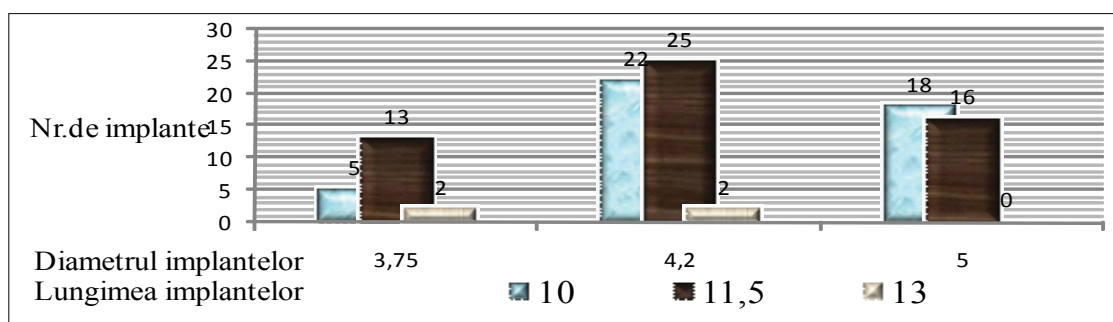
Repartizarea implantelor după localizare

Diagrama 1



Repartizarea implantelor după diametru și lungime

Diagrama 2



După aprecierea locului instalării implantelor cu freza triunghiulară conică (freza pilot) prin gingia fixă, era forat osul și determinată densitatea lui (clasificarea Lechholm and Zarb) [13]. În continuare locașul implantului era preparat cu frezele sistemului respectiv. În funcție de densitatea osului și de diametrul implantului preconizat forarea era finalizată cu o freză cu diametrul de 0,5 – 1,0 mm mai mic decât cel al implantului. Forarea era făcută la turații mici (600 - 800 rpm) până la apariția senzației de vibrație, ceea ce arăta că freza este în contact cu corticala fundului SM. Apoi cu osteotomul selectat cu diametrul mai mic decât diametrul implantului cu ajutorul ciocanului prin lovituri dozate era fracturat planșeul SM, fapt apreciat după atenuarea sunetului emis la ciocănire. Integritatea membranei sinusale era verificată prin procedeul Valsava. După umplerea spontană a neoalveolei cu sânge, intervenția era finalizată cu instalarea implantelor, luându-se în considerație rezistența întâlnită la înfiletarea lor. În toate cazurile era efectuată OPG de control. Peste 4-6 luni, înainte de a doua etapă chirurgicală și anual după protezare era repetată OPG, efectuată radiograma retroalveolară. La a doua etapă chirurgicală implantele (76) au fost descoperite cu mucotomul circular prin excizionarea cerculețului de gingie. După instalarea conformatoarelor de gingie, la 21 de implantate cu ajutorul aparatului „Periotest - Siemens” (Germania) a fost apreciată stabilitatea lor. Implantele erau considerate osteointegrate dacă în jurul lor nu era radiotransparență, fără semne de inflamație, iar valorile periotestului erau negative.

Rezultate și discuții. Din 103 implantate 42 (40,78%) au fost inserate la nivelul primilor molari, 39 (37,86%) la nivelul premolarilor secunzi, 12 (11,65%) la nivelul molarilor secunzi și 10 (9,71%) la nivelul primilor premolari. Osul rezidual a variat între 5 și 10 mm. Densitatea (D) osului rezidual în majoritatea cazurilor (98,65%) a fost D3, în 1,35% - D2. După inserarea implantelor, conform metodei descrise mai sus, miniplaga din gingie spontan se umplea cu chiag de sânge, care slugea ca substrat pentru epitelizarea defectului gingival, analogic ca după extracția dentară. Plaga complet se cicatriza la a 5 – 7 zi după operație. Edemul postoperator (comparativ cu metoda standard) era nesemnificativ și se aprecia numai în jurul miniplăgii gingivale, lipsind pe versantele apofizei alveolare. Sindromul algic postoperator de asemenea era nesemnificativ, fiind ușor suprimat cu analgezice și, ca regulă, dispărea a doua zi după operație, pe când în metoda standard el se menținea 3-4 zile. Aceasta se poate explica prin modificările metodei propuse de autori.

Lungimea segmentului implantului care a penetrat în sinus varia între 1 - 5 mm. În jurul lui postoperator se apreciau fragmente (eschile) de os de diferite dimensiuni. Peste 6-12 luni după punerea în funcție (protezare) a implantelor aceste fragmente erau consolidate între ele, iar spirele implantelor din apropierea osului rezidual erau înglobate în os (*fig. 1A, 1B, 1C*).

Așadar, formarea osului nou în jurul implantului fără augmentare suplimentară de material osteoplastic a avut loc pe baza substratului constituit din fragmentele de os ale corticalei planșeului SM și chiagului sangvin situat în jurul segmentului implantului penetrat în SM. La a 4-6 lună după operație la creasta apofizei alveolare în jurul implantelor instalate fără lambou, radiologic nici într-un caz n-a fost determinată resorbție de os.

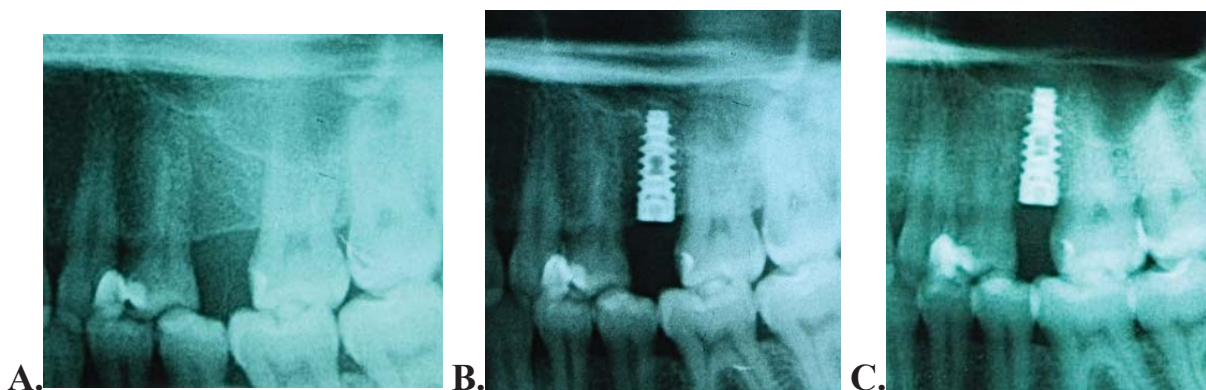


Fig.1. A) Radiografia anteoperatorie a pacientului X; B) radiografia imediat postoperatorie; C) radiografia postoperatorie după 6 luni

La pacienții la care implantele au fost instalate prin metoda standard (cu decolarea lambourilor) a fost determinată resorbție osoasă în jur de 1,6 mm. Despre acest fenomen relatează și alți autori. Drouhet G. și Missika P. au depistat o resorbție osoasă în jurul coletului implantelor în medie de 1,85 mm. [12]. În cazul elevației SM cu instalarea simultană a implantelor endoosoase prin abord crestal, după cum a fost menționat mai sus, o însemnătate primordială o are înălțimea osului rezidual, înălțimea minimală fiind apreciată de unii autori de la 3 până la 6 mm [7,8,9,10]. Deci resorbția osului în jurul coletului implantului se răsfrânge negativ asupra integrării lui. Se știe că la maxilă vascularizarea apofizei alveolare în 90 % are loc din periost și vasele sangvine extraosale [14]. Decolarea lambourilor mucoperiostale care este o parte componentă a metodei standard, duce la o dereglare severă a vascularizării ce inevitabil va influența resorbția corticalei. Prin aceasta poate fi explicată resorbția în cazul implantării cu decolarea lambourilor mucoperiostale. Despre aceasta confirmă lipsa resorbției la pacienții cărora implantele le-au fost instalate conform modificării propuse de noi, adică fără decolarea lambourilor mucoperiostale.

Valorile periotestului la toate implantele au fost negative și au variat între -7 și -2, ceea ce a confirmat osteointegrarea lor. Cele 76 de implantate, care au fost descoperite la a doua etapă chirurgicală, au devenit osteointegrate.

Concluzii

1. Instalarea implantelor dentare endoosoase prin metoda sinus lifting transcristal prin acces transgingival („flapless”- fără lambou mucoperiostal) este simplă și ușor suportată de pacient.
2. Prin metoda sus-descrișă poate fi evitată perforarea membranei SM, fiind posibilă instalarea implantelor cu lungime mai mare.
3. Formarea osului la fundul SM în jurul segmentului implantului, penetrat în sinus nu mai mult de 4 mm, are loc fără augumentare cu material osteoplastic, sub influența fragmentelor de os deplasate prin osteotomie și a cheagului sangvin.
4. Implantele instalate prin metoda menționată au o integrare perfectă, demonstrată clinic, radiologic și prin valorile periotestului.

Bibliografie selectivă

1. Bränemark P. I., Breine U., Adell R., Hanson B. O. et al., *Intra-osseous anchorage of dental protheses. Experimental studies.* Scand. J. Plast. Reconstr. Surg., 1969 ; 3:81-100.
2. Balshi T., Wolfingger G., *Management of the posterior maxilla in the compromised patient: historical, current, and future perspectives.* J. Periodontology, 2003; 33: 67-81.
3. Tatum H., *Maxillary and sinus implant reconstructions.* Dent. Clin. North. Am., 1986; 30: 207-229.
4. Summers R.B., *A new concept in maxillary implant surgery. The osteotome technique.* Compend. Contin. Educ. Dent., 1994; 15: 152-160.
5. Toffler M., *Osteotome mediated sinus floor elevation: A clinical report.* Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2004; 19: 266-273.
6. Jason M. Yamada, Hyoung-Jin Parc., *Internal Sinus Manipulation (ISM) Procedure: A Tehnical Report.* Clinical Implant Dentistry and Related Research., 2007; 3: 128-135.

7. Deporter D., Todescan R., Caudry S., *Simplifying management of the posterior maxilla using short, porous-surfaced dental implants and simultaneous indirect sinus elevation*. Int. J. Periodontics Restorative Dent., 2000; 20: 476-485.
8. Rosen P.S., Summers R., Mellado J.R. et al., *The bone-aded osteotome sinus floor elevation technique: Multicenter retrospective report of consecutively treated patients*. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 1999; 14: 853-858.
9. Zitzmann N., Schaerer P., *Sinus elevation procedures in the resorbed posterior maxilla. Comparison of the crestal and lateral approaches*. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., 1998; 85: 8-17.
10. Summers R.B., *The osteotome technique: part 3 – Less invasive methods of elevating the sinus floor*. Compendium, 1994; 15: 698, 700, 702-704 passim.
11. Levine R., Ganeles J., Jaffin R., Clem D. et al., *Multicenter Retrospective Analysis of Wide-Neck Dental Implants for Single Molar Replacement*. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2007; 5: 736-742.
12. Drouhet G., Missika P., *Pose immédiate d'implant dans le maxillaire postérieur par élévation du plancher sous-sinusal par abord crestal*. Étude rétrospective sur 8 ans. Implant. Chirurgie-Prothèse, 2008; v.14, 1: 17-34.
13. Lekholm U., Zarb G. *Patient Selection and Preperation*. In Bränemark P. I. et al.. In "Tissue integrated prostheses. Osseointegration in clinical dentistry", Chicago, Quintessence, 1985, p. 199-209.
14. Chanavaz M., *Anatomy and histophysiology of the periosteum: Classification of the periosteal blood supply to the adjacent bone with 8552 and gamma spectrometry*. J. Oral Implantol., 1995; 21 (3); 214-219.

Rezumat

A fost propusă metoda de elevație a planșeului SM prin abord crestal cu instalarea simultană a implantelor dentare endosoase. La 76 de pacienți au fost instalate 103 implante dentare endosoase filetate (sistemul Alpha-Bio, Adin, Miss). În 82,52% cazuri inserarea implantelor s-a efectuat transgingival, fără decolarea lambourilor mucoperiostale și augumentare cu material osteoplastic. S-a demonstrat că formarea osului la fundul SM în jurul segmentului implantului penetrat în sinus nu mai mult de 4 mm are loc fără augumentare cu material osteoplastic sub influența fragmentelor de os deplasate prin osteotomie și a cheagului sangvin. Complicații intra- și postoperatorii nu s-au determinat. Metoda propusă permite instalarea implantelor cu lungime mai mare, este simplă și ușor suportată de pacienți.

Summary

It was proposed a method of elevation of the maxillary sinus floor through chrestal approach with simultaneous insertion of endosseous dental implants. At 76 patients there were instaled 103 endosseos dental implants (systems Alpha-Bio, Adin, Miss). In 82,52% cases insertion of the implants was done through transgingival approach, without decolation of mucoperiostal flap and without augumentation with osteoplastic materials. It was proved that formation of the bone at maxillary sinus floor, around implant segment, which is pentrated into the sinus, no more than 4 mm, is formed with out augumentation under the influence of bone fragments dislocated through osteotomy and sanguin tromb. Intra- and postoperative complications were not determined. The method wich was proposed permits insertion of implants with more lentgh, it is simple and it is easy supported by the patients.

COMPLICAȚIILE HEMORAGICE DUPĂ INTERVENȚII CHIRURGICALE STOMATOLOGICE LA PACIENȚII CU MEDICAȚIE ANTITROMBOTICĂ

Oleg Zănoagă, doctorand, **Valentin Topală**, dr.h. în medicină, prof. univ.,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență

În ultimii ani numărul de persoane purtătoare de valve cardiace artificiale și proteze vasculare, cu stenocardie, infarct miocardic, dereglări de ritm cardiac este în creștere [1,3,4]. Acestor persoane li se prescrie tratament antitrombotic. În același timp, ele adeseori necesită o asanare a cavității bucale, inclusiv prin intervenții chirurgicale, care pot duce la complicații hemoragice, chiar până la sfârșit letal [3,4]. Pentru a preveni această complicație pacienților temporar li se anulează administrarea acestor preparate. Acest procedeu expune pacienții la un risc major de complicații tromboembolice, uneori letale.