

rezistența Staphylococc-ului aureus la Cefalexin și a Streptococc-ului pyogenes la Benzilpenicilină (Penicilina G) a crescut.

3. După suprapunerea datelor despre ponderea microbilor în supurațiile cervico-faciale și evoluția rezistenței lor la diferite antibiotice putem afirma că riscul de a administra Cefalexin fără efect în furuncule și carbuncule este foarte mare, la fel Benzilpenicilina în plăgile suprainfectate, atât Cefalexin cât și Benzilpenicilina în sinuzita acută. Deși mai mic, riscul administrării ineficiente a Benzilpenicilinei în flegmoane, chisturi suprainfectate, abcese, osteomielite, hematoame suprainfectate, există. Încă mai scăzut este la administrarea Cefalexin-ului în limfadenita supurată, abcese, flegmoane, osteomielite.

Bibliografie

1. Victor Ghicavii, Nicolae Bacinschii, Ludmila Bumacov. Farmacologie clinică, Chișinău: CEP „Medicina”, 2009.
2. Galie N., A. Bucur, C. Marica, A. Didilescu, V. Grigorie, O. Dincă. Consideratii clinico-terapeutice în mediastinitele acute de cauză dentară, *Chirurgia*, 104 (3): 317-321,
3. Paul W. Poeschl, Ludwig Spusta, Guenter Russmueller, Rudolf Seemann, Alexander Hirschl, Ellen Poeschl, Clemens Klug, Rolf Ewers. Antibiotic susceptibility and resistance of the odontogenic microbiological spectrum and its clinical impact on severe deep space head and neck infections. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Volume 110, Issue 2, August 2010, Pages 151–156.*
4. Thomas R. Flynn. Antimicrobial Treatment of Head and Neck Infections, *Current Therapy In Oral and Maxillofacial Surgery, 2012, Pages 1068-1079.*
5. Kunin CM., Resistance to antimicrobial drugs--a worldwide calamity, *Ann Intern Med.* 1993 Apr 1;118(7):557-61.
6. Fernando González-Candelas, Iñaki Comas, José Luis Martínez, Juan Carlos Galán, Fernando Baquero, The Evolution of Antibiotic Resistance, *Genetics and Evolution of Infectious Disease, 2011, Pages 305-337.*
7. Ignacio Velasco M., Reinaldo Soto N., Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad, *Chilena de Cirugía. Vol 64 - N° 6, Diciembre 2012; pág. 586-598.*

ABCESUL ȘANȚULUI MANDIBULO-LINGUAL. ASPECTE TERAPEUTICE ȘI CHIRURGICALE

Dumitru Sîrbu, Valentin Topalo, Ghenadie Cucu, Olga Bogdan, Alexandru Ghețiu
Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială “Arsenie Guțan”, USMF “Nicolae Testemițanu”

SUMMARY: The abscess of the mandibulo-lingual trench. therapeutic and surgical aspects

The abscess of the mandibulo-lingual trench is an often inflammatory pathology of the oro-maxillo-facial region. The odontogenic factor is the most commonly incriminated, where the 3rd molar diseases prevail. In this study were 207 patients. It was demonstrated the priority of the surgical method with endooral approach- being minimally invasive. The spreading inflammatory process in the border-lodges led us to carry out the tegument approach, which, although unsightly provide superior drainage of the first method. Both methods have therapeutic value, each can be applied depending on the clinical situation.

Rezumat

Abcesul șanțului mandibulo-lingual este o patologie inflamatorie frecventă a regiunii oro-maxilo-faciale (OMF). Sursa de infecție cea mai des implicată este odontogenă, prevalând afecțiunile molarului 3. În studiu au fost 207 pacienți. A fost demonstrată prioritatea metodei

chirurgicale de tratament prin acces endooral fiind una miniinvazivă. Răspîndirea complicațiilor inflamatorii în lojele învecinate ne-au determinat să utilizăm și abordul exooral, care, cu toate că lasă cicatrici inestetice, asigură drenaj superior primei metode. Astfel, ambele metode au valoare terapeutică, fiecare dintre ele pot fi aplicate în dependență de situația clinică.

Noțiunea de abces al șanțului mandibulo-lingual apare în literatura rusă de specialitate ca fiind o colecție supurată limitată în porțiunea posterioară a spațiului submandibular, plasată distal de mușchiul milohioidian și despărțită de cavitatea orală doar prin mucoasa planșeului oral [6;9]. Exact aceeași noțiune poate fi găsită și în literatura română, doar sub denumirea de abces submandibular cu dezvoltare ” în recessus” [2].

Din motivul incidenței scăzute a acestei patologii peste hotarele țării, frecvența ei nu este relevată în studiile de specialitate. La noi în țară această patologie se întâlnește frecvent ceea ce ne provoacă la un studiu mai amplu.

Flora microbiană incriminată în etiologia abcesului de șanț mandibulo-lingual este aceeași ca și ale tuturor proceselor inflamatorii ale sferei OMF. În 52,4% de cazuri se determină stafilococ în monocultură sau în asociere cu alte microorganisme (41,4%- St. staphilococ, 32%- St. epidermidis), în 23,8 % au fost obținute culturi de streptococ(62,2%- Str. b-haemolyticus), în 24,6 % de cazuri- bacili Gram-negativi, iar în 18,9%-exsudatul a fost steril [1;8]. De asemenea, la 74% dintre pacienți cu patologii inflamatorii de etiologie odontogenă, la studierea bacteriologică a exsudatului , au fost găsite microorganisme anaerobe, iar în 29,5% dintre culturi au fost dezvăluite bacterii hemolitice [4]. Aceste date au o importanță deosebită la determinarea tacticii de tratament medicamentos.

Fiind o patologie inflamatorie caracteristică regiunii maxilo-faciale, sursele de infecție ale acestei patologii sînt tipice: molarii inferiori afectați, erupția dificilă a molarilor de minte inferiori, plăgile infectate ale mucoasei planșeului oral, precum și sialoadenitele calculoase sau necalculoase [6]. Totuși, infecțiile dento-parodontale ale molarilor inferiori rămân a fi cu predilecție cauza cea mai frecventă, predominând afecțiunile molarului trei (M3).

Referitor la tratamentul chirurgical s-au efectuat diferite studii, obiectivul cărora a fost compararea abordului extern cu cel intraoral pentru deschiderea colecției purulente [5]. Conform acestor studii, calea de acces intraorală este prioritară deoarece oferă rezultate cosmetice superioare. În țara noastră totuși, ținînd cont de igiena individuală nesatisfăcătoare a pacienților, de educația sanitară deficitară, precum și de incidența crescută a patologiilor de ordin general, tehnicile miniinvazive sunt compromise și în foarte multe cazuri necesită completarea tratamentului cu intervenție chirurgicală radicală, prin abord exooral.

Abcesul șanțului mandibulo-lingual este o patologie care se află la interferența dintre maladiile de mică dificultate și cele cu consecințe grave [6]. Este necesar de menționat că colecțiile supurate ale aceluiași spațiu, indiferent de localizarea anatomo-topografică absolut identică, la diverși pacienți poate decurge absolut diferit, aceasta se află în interdependență cu reactivitatea individuală a fiecărui pacient.[10]. Acest fapt cauzează ezitări în abordarea problemei la justa ei valoare (tratîndu-se superficial în cazul aprecierii ei ca o patologie de mică dificultate) care, în consecință, poate avea urmări grave. În aceste situații medicii de ambulator, cît și cei de staționar întîmpină dificultăți la alegerea tacticii de tratament. De asemenea, discuțiile cu argumente pro- și contra aduse de către specialiști în studiile sale [9], referitor la accesul endooral, exooral sau mixt, demonstrează că obiectul abordat este actual și nedefinit pînă la capăt, ceea ce servește ca subiect de studiu în lucrarea dată.

Scopul lucrării

Studierea particularităților abcesului de șanț mandibulo-lingual, metodelor de tratament chirurgical și elaborarea conduitei de tratament.

Materiale și metode

În perioada 2010-2012 au fost examinați, tratați și supravegheați 207 pacienți cu abces al șanțului mandibulo-lingual, în cadrul secției de Chirurgie OMF al Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă(CNȘPMU). S-au utilizat metode clinice și paraclinice: examen radiologic, examenul general și biochimic al sîngelui, examenul general al urinei, etc.

Vîrsta medie a pacienților este 34,76 ani, iar în conformitate cu sexul raportul este de 113 femei la 94 bărbați

Toți pacienții au fost supuși examenului clinic standard care a relevat: simetrie facială; tegumentele acoperitoare- congestionate, hiperemiate; fluctuență la palpate; ganglionii limfatici regionali măriți în dimensiuni și dureroși la palpate; deschiderea cavității orale- 1,5- 2,5 cm. Mucoasa orală la nivelul șanțului mandibulo- lingual edemațiată, hiperemiată și congestionată; relieful șanțului mandibulo- lingual aplatisat; palpator se decelează infiltrat dureros cu prezența fluctuației pe centrul colecției supurate. Manifestări generale: febră- 37- 38,5 °C; tahipnee; semne inflamatorii- leucocitoză cu devierea formulei leucocitare spre stînga, proteina C reactivă sau procalcitonina- depășesc valoarea normală, scăderea perfuziei tisulare.

În conformitate cu aceste date, tuturor pacienților le-a fost aplicat același tratament complex: medicamentos și chirurgical. Tratamentul medicamentos a inclus: antibioticoterapia, antiinflamatorii, antimicotice, hiposensibilizante, analgice, dezintoxicante.

În dependență de abordul chirurgical utilizat, toți cei 207 pacienți au fost repartizați în 3 loturi de studiu (fig. 1):

1. Abordul endooral s-a utilizat la 183 pacienți. Parametrii operatori: Incizie plasată la nivelul șanțului mandibulo- lingual interesat de aproximativ 3,5 cm; disecție bontă; evacuarea colecției purulente; lavaj cu soluții slab antiseptice; aplicarea unei lame de dren.
2. Abordul endooral completat de cel exooral s-a utilizat la 22 pacienți. Parametrii operatori: incizie plasată submandibular, la 2 lățimi de deget de la marginea inferioară a corpului mandibulei; secționarea fasciei superficiale a gîtului (fascia colli superficialis) și a mușchiului platysma; control hemostază; secționarea lamei superficiale a fasciei proprii a gîtului (lamina superficialis fasciae colli propriae); în mod bont s-a pătruns la colecția purulentă, evacuarea acesteia; aplicarea a 2-3 tuburi de dren; lavaj cu soluții slab antiseptice; control hemostază; pansament aseptice.
3. Abordul exooral s-a utilizat la 2 pacienți- tratamentul chirurgical a inclus deschiderea și drenarea abcesului prin abord exooral, parametrii operatori fiind identici cu metoda accesului exooral utilizată la pacienții lotului II.

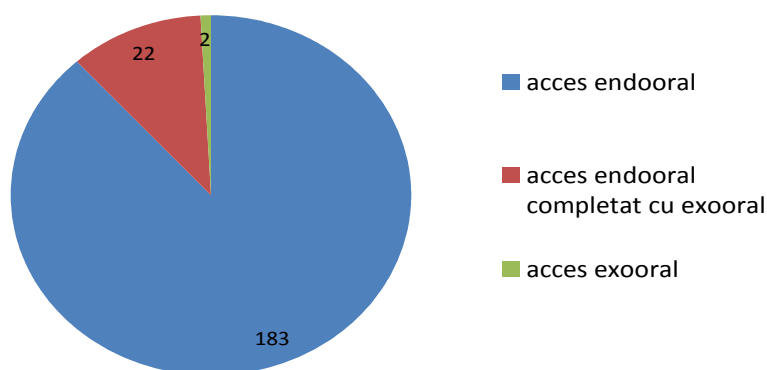


Fig. 1. Repartizarea pacienților în dependență de abordul chirurgical utilizat

Rezultate și discuții

În studiul efectuat am observat că această patologie are o frecvență destul de înaltă, în perioada 2010-2012 fiind spitalizați în secția Chirurgie OMF a CNȘPMU 207 bolnavi, ceea ce reprezintă 5,6% din rata pacienților care au suferit de maladii inflamatorii.

Vârsta medie de 34,76 ani a pacienților în studiu corespunde perioadei în care ei au activități profesionale, spitalizarea îndelungată cu incapacitate temporară de muncă, aduc daune materiale atât individuale cât și la nivel de stat.

Raportul pe sexe este distribuit aproximativ egal, ceea ce demonstrează că sexul pacienților nu prezintă relevanță în etiopatogenia acestei maladii.

În dependență de evoluția etiopatogenică a abcesului, la 148 de pacienți acesta a evoluat în urma unei periodontite acute sau cronice exacerbate, la 58 de bolnavi- în urma extracției dentare, un bolnav- în urma unei operații de implantare dentară, iar un pacient s-a îmbolnăvit posttraumatic. Sursa de infecție a fost în 41% de cazuri- molarul 3, în 35,26%- molarul 2, în 22,7%- molarul 1, iar în 0,04% au fost implicați alți factori etiopatogenici (fig. 2). Aceste date confirmă cifrele statistice din literatura de specialitate, care oferă informație asemănătoare [6].

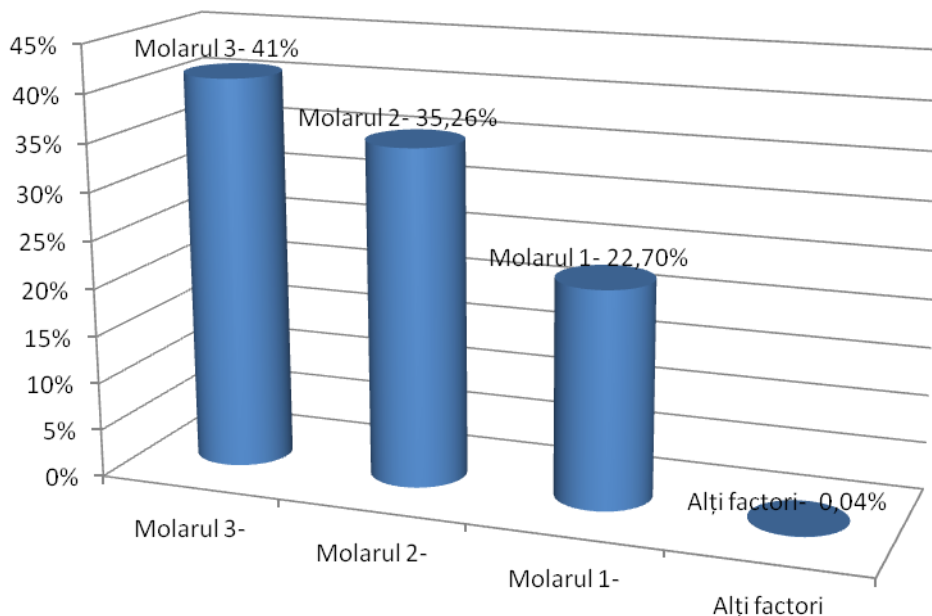


Fig. 2. Sursele de infecție implicate în dezvoltarea abcesului de șanț mandibulo-lingual

Rezultatele obținute în loturile de studiu după abordul chirurgical au evidențiat unele caracteristici. Tratamentul aplicat pacienților din primul lot a dus la o însănătoșire evidentă, abordul endooral utilizându-se în 88,4%. Această metodă de tratament prezintă următoarele particularități pe care noi le-am observat în cercetarea curentă: durerea este minoră, în majoritatea cazurilor cedează fără utilizarea analgicelor; edemul posttraumatic este moderat, fiind mai pronunțat endooral, iar exooral tumefacția lipsește în majoritatea cazurilor- nu compromite aspectul facial al pacientului pe parcursul însănătoșirii; accesul endooral nu lasă cicatrici vizibile, de asemenea necesită doar incizia mucoasei- traumă operatorie minimală ; timpul necesar intervenției chirurgicale și pregătirii preoperatorii este scurt; instrumentarul utilizat este tipic, prezent în orice cabinet stomatologic; se utilizează anestezia locală, intervenția poate fi efectuată și în afara sălii de operații; evoluția postoperatorie scurtă presupune economie materială, precum și utilizarea ergonomică a timpului de către medic.

Metoda de abord endooral nu este lipsită de neajunsuri, uneori necesită completarea deschiderii supurației și prin abord extern. Astfel la 22 de pacienți din lotul II maladia s-a

agravat spre abces submandibular după deschiderea colecției purulente prin abord endooral, ceea ce constituie 10,62% din totalul de pacienți. La 2 pacienți a fost necesar transferul în secția reanimare, fiind diagnosticați cu mediastinită anterioară. Accesul exooral a fost executat în majoritatea cazurilor la a doua- a treia zi după abordul endooral. La 20 pacienți abordul suplimentar exooral a fost favorabil, ceea ce s-a soldat cu însănătoșirea. Într-un singur caz deschiderea și drenarea abcesului pe cale exoorală a fost efectuată la a șasea zi, din acest motiv pacientul a suferit o complicație severă ca mediastinita și a necesitat tratamentul complex în secția de reanimare. Aceasta demonstrează că experiența clinică a medicului determină individualizarea tacticii și strategiei de tratament.

Metoda exoorală de tratament a abcesului de șanț mandibulo-lingual prezintă unele particularități observate de noi: durerea este accentuată, în toate cazurile fiind utilizate analgeticele; edemul posttraumatic este pronunțat și compromite aspectul facial al pacientului pe parcursul însănătoșirii; plaga postoperator lasă cicatrici vizibile, de asemenea necesită incizia tegumentului și țesuturilor subiacente; timpul necesar intervenției chirurgicale și pregătirii preoperatorii este îndelungat; instrumentarul utilizat este specific, prezent doar în sălile de operații sau cabinetele cu profil chirurgical special amenajate; se utilizează anestezia locală cu potențiere intravenoasă, ce necesită folosirea aparatelor de susținere respiratorie și cardiacă, de aceea intervenția poate fi efectuată doar în condițiile sălii de operație; evoluția postoperatorie de lungă durată presupune cheltuieli materiale suplimentare.

Pacienții lotului III- 0,98%, au fost tratați chirurgical prin abord exooral primar. În aceste cazuri, această tactică a fost aleasă din mai multe motive: momentul adresării la medic a fost tardiv, starea generală a pacienților deficitară, precum și igiena individuală precară. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în ambele cazuri.

Conform particularităților menționate ale metodelor de tratament chirurgical, se relevă câteva avantaje și dezavantaje pentru fiecare dintre ele. Durerea provocată de abordul exooral, cu utilizarea repetată a analgeticelor este mult mai pronunțată decât durerea care poate ceda spontan în cazul abordului endooral; edemul posttraumatic care se dezvoltă postoperator în tehnica exoorală de tratament și care lipsește în tehnica endoorală, compromite aspectul facial al pacientului pe parcursul însănătoșirii, provoacă durere suplimentară prin compresarea terminațiilor nervoase, precum și necesită tratament medicamentos antiinflamator; accesul endooral nu prezintă incizii tegumentare, această metodă fiind preferențială deoarece nu lasă cicatrici vizibile; incizia mucoasei în cazul abordului endooral este mininvazivă în comparație cu incizia tegumentară efectuată în abordul exooral, care expune riscurilor de lezare intraoperatorie a vaselor și ramurilor nervoase și necesită sutura per secundam; timpul necesar intervenției chirurgicale și pregătirii preoperatorii în cazul accesului endooral este scurt, nu este necesară internarea obligatorie a pacientului și pregătirea medicamentoasă către operație, în accesul exooral timpii operatori fiind mai îndelungați; instrumentarul utilizat în ambele cazuri este diferit, variind de la instrumente tipice utilizate în abordul endooral la instrumentar specific, prezent doar în sălile de operații sau cabinetele cu profil chirurgical special amenajate, necesar în abordul exooral, metoda endoorală fiind mai accesibilă chiar și în condiții de ambulator; metoda de anestezie utilizată în cazul abordului exooral și evoluția postoperatorie de lungă durată presupun cheltuieli materiale suplimentare, precum și restabilirea capacităților de muncă în timp prolongat.

Sumând rezultatele obținute, putem propune drept conduită de orientare în tratamentul chirurgical al abcesului de șanț mandibulo-lingual tehnica de abord endooral, utilizată în condiții de ambulator sau staționar și completată de tratamentul medicamentos respectiv. Operația va fi urmată de supravegherea în dinamică a pacienților, care va contura două direcții evolutive: însănătoșire sau răspîndirea procesului inflamator în spațiile învecinate. Agravarea maladiei va necesita suplimentarea abordului endooral cu tehnica chirurgicală de abord exooral. Abordul exooral primar este indicat în cazurile grave menționate anterior. Această metodă este prioritară

în cazul respectiv prin drenarea suficientă a colecției supurative și frecvența redusă de progresare a fenomenelor inflamatorii.

Concluzii

1. Abcesul șanțului mandibulo-lingual este o patologie inflamatorie cu incidență ridicată printre maladiile oro-maxilo-faciale, prevalând etiologia odontogenă, mai cu seamă afecțiunile molarului 3 în 41%.
2. Tactica selectivă de tratament chirurgical al abcesului de șanț mandibulo-lingual este abordul endooral, deoarece rata reușitei este crescută- 88,4%, traumatismul postoperator este minim, nu prezintă consecințe cicatriceale inestetice, este o metodă ergonomică atât pentru pacient cât și pentru medic.
3. În cazuri complicate tratamentul chirurgical abordat poate fi calea exoorală, această metodă fiind utilizată în conformitate cu apariția complicațiilor inflamatorii precoce, starea generală alterată a pacientului, momentul tardiv al adresării la medic, precum și igiena individuală precară.

Bibliografie

1. Alexandru Rotaru, Grigore Băciuț, Horațiu Rotaru. Chirurgie maxilo-facială, volumul 1. Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2003.
2. Bucur A., Carlos Navarro Vila, John Lowry, Julio Acero. Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială. Tipografia Art Group, București, 2009: 242-289.
3. G. Timoșca, C. Burlibașa. Chirurgie buco-maxilo-facială. Chișinău, Universitas, 1992.
4. Michael Miloro, G. E. Ghali, Peter E. Larsen, Peter D. Waite. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. BC Decker Inc Hamilton, London, 2004.
5. Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22267495>
6. А.Г. Шаргородского Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи (руководство для врачей) под ред., М: Медицина, 1985.
7. И. Н. Муковозов Дифференциальная Диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области Ленинград „МЕДИЦИНА" Ленинградское отделение 1982.
8. Козлов В А Неотложная стационарная стоматологическая помощь. Л.: изд-во, 1988.
9. М.М. Соловьев, О.П. Большаков Абсцессы, флегмоны головы и шеи Москва Издательство «МЕДпресс» 2001.
10. Ю. И. Бернадский. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Витебск Издательство Белмедкнига, 1998.

APLICAȚIILE TERAPIEI FOTODINAMICE ÎN PREVENIREA CARIEI DENTARE LA COPIII CU DIZABILITĂȚI SEVERE

Aurelia Spinei

Catedra Chirurgie O.M.F. Pediatrică, Pedodontie și Ortodontie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Applications of photodynamic therapy in preventing tooth decay in children with severe disabilities

This paper aims to evaluate the effectiveness of applying photodynamic therapy (PDT) in preventing dental caries in children with severe disabilities. This study was conducted on a sample of 284 children with severe neuromotor disabilities, with severe and profound mental disabilities and related affections. The results of the study demonstrated the effect of applying PDT. It was observed a reduction in the number and the activity of cariogenic strains of oral