

STUDIUL COMPARATIV AL INSTALĂRII IMPLANTELOR DENTARE ENDOOSOASE IMEDIAT POSTEXTRAȚIONAL CU AUGUMENTARE OSOASĂ ȘI FĂRĂ

Nicolae Chele, dr. în medicină, conf. univ., Catedra de chirurgie OMF,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Implantarea dentară constituie o parte componentă a chirurgiei plastice buco-maxilo-faciale, deoarece prin inocularea implantelor endoosoase se creează posibilul reabilitării ocluzale, cu construcții protetice fixe ce restituie fiziologic masticăția, fonetica, confortul oral și estetica feței decât alte construcții.

În ultimii ani s-a majorat interesul către implantologia dentară (1; 5; 7). A doua jumătate a secolului al XX-lea se poate caracteriza ca un timp plin de contradicții și dezbateri între savanți și cliniciști legată de reacțiile tisulare, în timpul inserției implantului dentar endoosos și determinarea timpului cât mai optimal al încărcăturii funcționale.

Încărcătura funcțională în implantarea endoosoasă este actuală, deoarece ambele metode de inserare a implantului și cea întârziată au avantajele și dezavantajele sale.

Este cunoscut faptul că majoritatea sistemelor de implantare sunt bazate pe concepția ultimilor treizeci ani și dau prioritate metodei întârziate de inserție a implantelor endoosoase, socotindu-o mai avantajoasă și cu un pronostic mai bun (2;3;6;10). De aceea mulți dintre cliniciști dau prioritatea metodei amânate de implatare, cunoscând bine faptul că au condamnat pacientul la un discomfort îndelungat și un control medical și radiologic permanent.

Așa că, timpul lung de așteptare, de la extracția dintelui și începutul intervenției de inserare a implantului este unicul neajuns al metodei de implantare amânate.

La moment există două păreri în ceea ce privește încărcătura funcțională cât mai precoce a sistemului implant – țesut osos. După părerea unor autori, încărcătura funcțională precoce a implantului servește ca un activator în osteogeneza reparatorie (15, 6, 9, 11). Alți autori sunt de părerea că încărcătura funcțională precoce a implantului induce la formarea țesutului conjunctiv între implant și țesutul osos (3, 6, 8, 9).

În literatura de specialitate am citit lucrări științifice, unde se spune că în regiunea dinților rezstanți este posibilă dezvoltarea hipoxiei tisulare (1, 4, 7, 9) Consecințele grave, în urma hipoxiei tisulare, este dereglarea metabolismului energetic și celular știut fapt că activitatea celulară în țesutul paradontal este determinat de încărcătura funcțională.

Atrofia procesului alveolar, în urma extracției dentare, care complică inserarea implantelor endoosoase la moment este cea mai actuală problemă (3). Sunt cunoscute lucrări științifice unde s-a studiat aptitudinea țesutului osos de a suporta încărcătura funcțională în regiunea implantului (2;7;9). Doar în aceste lucrări, studiul a fost efectuat după încheierea procesului de osteointegrare, însă nu în perioada precoce după funcționarea construcției ortopedice.

După părerea noastră, inserarea implantelor cât mai precoce în alveola postextrațională va duce la menținerea înălțimii procesului alveolar, reabilitarea precoce a pacienților cu edentații parțiale și totale, restabilirea funcției de masticăție, glutiție, fonetica și nu în ultimul rând, reabilitarea estetică a pacienților atât de necesară pentru încadrarea în societate.

Scopul. Reabilitarea precoce a pacienților cu edentații, prin inserția implantelor dentare endoosoase imediat postextrațional.

Materiale și metode. În studiu au fost incluse 50 persoane (154 implante)– 28 bărbați și 22 femei cu vârsta între 35 și 65 ani. Au fost utilizate implante dentare „Alpha-BIO”. În urma examenului clinic – radiologic tradițional acceptat în implantologia dentară au fost stabilite indicațiile și posibilitățile reabilitării protetice a pacienților cu utilizarea implantelor dentare endoosoase imediat postextrațional. În dependență de tipul edentației și alți parametri numărul de implante inserate unui pacient varia de la 1 până la 21.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi: lotul întâi 30 pacienți (109 implante), la care inocularea

implantelor endoosoase s-a efectuat imediat postextractional fără augmentare de os. După efectuarea anesteziei loco-regionale s-au extras dinții cu procese patologice periapicale, churetajul alveolei, prelucrarea alveolei cu soluții antiseptice apoi cu freza triunghiulară (freza pilot sau bisturiu de os) la 800 – 1000 turații pe minut am forat neoalveola la adâncimea respectivă apreciată în timpul planificării implantării. Pe traiectul „canalului” creat în continuare cu frezele sistemului de implante utilizat, luând în considerație densitatea osului, a fost preparată „neoalveola” cu diametrul și lungimea necesară, pentru implantul respectiv. Inserarea era finisată cu cheia dinamometrică cu un efort de 30 – 35 Ncm. După instalarea implantelor în treimea superioară a implantului, spațiul liber între peretele neoalveolei și implant s-a împlut cu cheag de sânge. Acest cheag slujește ca substrat de regenerare a țesutului osos și trebuie protejat în perioada postoperatorie (administrarea în primele 3-5 zile ale tratamentului antiinflamator și clătitori a cavității bucale, alimentarea cu produse lichide etc.). Apoi era efectuată radiografia de control (ortopantomografia, radioviziografia retroalveolară). Implantsle au fost instalate în așa mod ca ultima spirală să fie situată la 1-2 mm sub corticala apofizei alveolare, a fost aplicat șurubul de vindecare și plaga postoperatorie s-a închis prin șuturi cu fir atraumatic. A doua etapă chirurgicală la mandibulă a fost efectuată peste 3-4, la maxilă – peste 4-5 luni. La ambele maxilare cu bisturiul circular a fost efectuată punerea în evidență a implantelor, prin excizionarea cerculețelor de gingie care le acoperea.

Lotul doi – 20 pacienți la care inserția implantelor endoosoase s-a efectuat imediat postextractional cu augmentare de os și încărcarea imediată a implantului. La acești pacienți, după forarea neoalveolei și inocularea implantului spațiul liber, între peretele neoalveolei și implant era augment cu material biocompozit Kolapol KP-3, aplicarea imediată a abutmentului și aplicarea a două suturi de contur distal și medial de implant pe fibromucoasa gingivală, amprentarea, la a 7-8 zi cimentarea lucrării protetice.

Rezultate. În timpul instalării implantelor la pacienții din grupa unu, după metoda standard fără augmentare, au fost depistate unele momente nefavorabile care ulterior au afectat, într-o oarecare măsură, starea lor generală și vindecarea plăgii. Pe coama crestei alveolare gingivo-periostul este intim aderat cu patul osos și decolarea lamboului adesea a fost dificilă producându-se laceratii, sfârtecări ce au compromis vindecarea primară a plăgii. Acest procedeu deseori este însoțit de hemoragii și hematoame postoperatorii. Din 30 pacienți, din această grupă la 4 pacienți au fost depistate hematoame în lojile învecinate. La a doua zi după operație la toți pacienții s-a dezvoltat un edem vădit al gingiei și a țesuturilor moi adiacente. El era în creștere, devenind maximal la a 2-3 care treptat dispărea către a 7-8 zi. Primele zile după operație, pacienții acuzau un disconfort și dureri pronunțate care ușor erau suprimate cu antidoloranți. Suprimarea suturilor a fost făcută la a 7-9 zi după intervenție. În 2 cazuri a avut loc dehiscenta parțială a plăgii cu vindecare per secundam către a 10 zi. La etapa a doua, gingia acoperea implantele și nu se deosebea de cea învecinată. Radiologic, la 16 implante a fost depistată o resorbție a osului cortical în mijlociu de 1,2 mm (minimal - 1mm, maximal - 2mm). La 2 pacienți 4 implante nu s-au integrat, au fost suprimate și înlocuite prin alte implante cu diametrul mai mare și încărcătură imediată. Despre acest fenomen semnaleză și alți autori (2, 4).

Caz clinic 1. Pacientul C. Diagnosticul: Parodontită marginală cronică generalizată forma gravă. Edentație parțială terminală la maxilarul superior și intercalată la mandibulă.



Fig. 1. Radiografia panoramică



Fig. 2. Extracția multiplă a dinților



Fig. 3. Instalarea implantelor

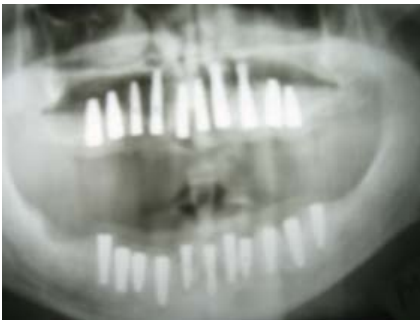


Fig. 4. Radiografia de control la a 2-a zi



Fig. 5. Radiografia de control la 4 luni



Fig. 6. Aplicarea abutmentelor peste 4,5 luni

În grupul doi de studiu reacția gingiei și țesuturilor adiacente, vădit se deosebea de cea din grupa întâi. În toate cazurile, la inserarea implantelor, sângerare din gingie n-a fost. Imediat, postoperator plaga gingivală era cu marginile iregulate care în unele locuri contacta cu marginea implantului. Acest contact era evident când corpul implantului umplea în întregime alveola.

Caz clinic 2. Pacientul E. Diagnosticul: Parodontită apicală cronică.



Fig. 1. Parodontită apicală cronică



Fig. 2. Odontectomia și chiuretajul



Fig. 3. Augumentarea alveolei



Fig. 4. Instalarea implantului



Fig. 5. Aplicarea abutmentului



Fig. 6. Încărcătura imediată

Profunzimea inserării implantului era apreciată prin plagă cu un ac bont, prin determinarea prezenței sau absenței treptei între os și implant. A doua zi după operație pe marginile plăgii gingivale se aprecia cheagul sanguin în retracție. 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 diferiți termeni – de la 5 până la 10 zile. Ea depindea de diametrul implantului și de extracția dentară atraumatică. Durata medie necesară, pentru instalarea unui implant și aplicarea coroniței pe el utilizând metoda respectivă, a fost de 7-10 zile. Examenul radiologic a demonstrat că din 45 implante la 32 de implante semne de resorbție pe verticală a corticalei lipseau iar la 13 erau în mijlociu de 0,8 mm (minimal - 0,6mm, maximal - 1,4mm). Valorile periotestului din ambele grupe nu se deosebeau și variaua între -2 și -5 la maxilă și între -4 și -8 la mandibulă. Aceasta ne mărturisește despre faptul că la instalarea implantelor, prin tehnici diferite, se obține o osteointegrare a implantelor la fel.

La implementarea în practică a acestei metode ne-am condus de fenomenul epitelizării plăgilor după extracțiile dentare. Este bine știut că extracția dintelui cu traumă minimală a țesuturilor înconjurătoare și cheagul sanguin, care umple alveola imediat postextractional, favorizează epitelizarea plăgii într-un timp scurt (7-10 zile).

De rând cu alți factori, un rol important în osteointegrarea implantelor cât și în remodelarea osului pereimplantar pe parcursul funcționării implantelor îl are vascularizarea sanguină (6). Este dovedit (3) că peste 70% din alimentare osul cortical al maxilarelor o primește din periost. Studiile recente (7) demonstrează că traumatizarea periostului, mai cu seamă la maxilă, provoacă o resorbție vădită a corticalei. Se poate afirma că decolarea lambourilor mucoperiostale dereglează nutriția osului și, probabil că restabilirea ei completă nu mai are loc, ceea ce și contribuie la resorbția corticalei. La pacienții din prima grupă, cărora la instalarea implantelor de către noi, le-a fost folosită tehnica prin lambou, în extracția multiplă a avut loc o resorbție mai pronunțată a osului cortical, în comparație cu rezultatele din grupa doi. Despre aceasta relatează și alți autori (3, 1).

În același timp, menționăm că tehnica de instalare a implantelor dentare endoosoase imediat postextractional este mai dificilă și poate fi utilizată de medicii cu experiența respectivă în implantologia orală. O condiție obligatorie, pentru utilizarea acestei metode, este prezența integrității pereților alveolari și dintele extras să nu depășească diametrul de 4-4,5 mm.

Concluzii și discuții. În studiul efectuat s-a demonstrat că prin metodele de implantare postextractional (cu și fără augmentare) și încărcare imediată a implantelor dentare endoosoase obținem:

1. Micșorarea perioadei de tratament a pacientului și a disconfortului oral;
2. Reabilitarea precoce a funcțiilor de masticație și fonație;
3. Reabilitarea estetică precoce a pacienților necesară pentru încadrarea în societate;
4. Preîntâmpinarea atrofiei postextractionale a apofizei alveolare.

Bibliografie selectivă

1. Becker W., Goldstein M., Becker B. e., Sennerby L. Minimale invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2005; 7 Suppl 1:S 21-7.
2. Becker W., Wikesjö U.M., Sennerby L., et al. Evaluation of implants following flapless and flapped surgery: a study in canines. J. Periodontol., 2006; 77(10):1717-1722.
3. Chanavaz M., Anatomy and histophysiology of the periosteum: Quantification of the periosteal blood supply to the adjacent bone with 85 Sr and gamma spectrometry. J. Oral Implantol., 1995; 21: 214-219.
4. Fortin T., Bosson J. L., Isidori M., Blanchet E. Effect of flapless surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2006; 21 (2): 23-29.
5. Gănuță N., Tratat de implantologie orală. Editura Național. București. 1998.
6. Mancez P. Chirurgie sans lambeau et temporisation immédiate en secteur antérieur. Implant., 2008; v.43, n.2: 87-95.
7. Misch C. E., Contemporary Implant Dentistry. Second Edition. St. Louis, Mosby Year book, Inc. 1999.
8. Nosaka Y., Kitano S., Wada K., Komori T., Endosseous implants in horizontal alveolar ridge distraction osteogenesis. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2002; 17: 846-853.
9. Rocci A., Martignoni M., Gottlow J. Immediate loading in the maxilla flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2003; 5 (suppl 1):29:36.
10. Rompen E. Vers une simplification des protocoles pour une efficacité a court terme et une fiabilité a long terme. Implant., 2007; v.13, n.3: 185-190.
11. Параскевич В. Л. Дентальная имплантология. Минск ООО «Юнипресс» 2002.

Rezumat

Clinico-radiologic a fost studiată regenerarea țesuturilor perimplantare la instalarea implantelor dentare endoosoase imediat postextractional în două etape cu încărcătură imediată și amânată, utilizând diferite tehnici chirurgicale de implantare. A fost dovedit că inserarea implantelor cât mai precoce în alveola postextractională duce la menținerea înălțimii procesului alveolar, reabilitarea precoce a pacienților cu edentații parțiale și totale, restabilirea funcției de masticație, glutiție, fonetică și nu în ultimul rând reabilitarea estetică a pacienților atât de necesară pentru încadrarea în societate. Dinamica vindecării gingiei e în dependență de diametrul implan-

tului și profunzimea inserării lui. Gradul de resorbție a corticalei perimplantare în tehnica cu augumentare este mai mic decât în tehnica fără augumentare, respectiv de la 0,6 mm - 1,4 mm.

Summary

Clinico-radiologically was studied the regeneration of the periimplantation tissue at dental endo-osseous implant installation postextractional with immediate and conventionally loaded using different implantology methods. It was proved that inserting the implants precociously in the postextractional socket brings to maintenance of the height of the socket process, precocious rehabilitee of the bite with partial and total endentations, also recovery of the masticatory functions, of the swallow, of the phonetics and of course the rehabilitee of the patient's esthetics that is very important for framing in the normal life.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL AFECȚIUNILOR PERIAPICALE CRONICE CU FOLOSIREA MATERIALULUI BIOCUMPOZIT KOLAPOL KP-3

Nicolae Chele¹, dr. în medicină, conf. univ., **Daniela Racovița²**, manager, **Leonid Buraga³**, manager, **Ion Dabija¹**, asistent univ., Catedra de chirurgie orală și maxilofacială, USMF „Nicolae Testemițanu”¹, SRL „Masterdent”², „Fesburgdent”³

Introducere. Cele mai frecvente schimbări distructive ale oaselor sunt localizate în oasele maxilare și în marea lor majoritate se localizează în regiunea periapicală a dinților. Dezvoltarea acestor focare periapicale sunt strâns legate de procesele carioase ale dinților și în deosebi a complicațiilor ce pot parveni pe parcurs (Рябухина Н.)

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 totdeauna 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 problemele nerezolvate figurează determinarea indicațiilor pentru 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).

După cum a fost menționat, metodele conservative de tratament al proceselor inflamatorii periapicale nu totdeauna 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 conservatoare 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% din pacienții tratați [14]. Rezultatele pozitive, în tratamentul parodontitelor apicale cronice, depind de calitatea prelucrării canalelor radiculare de obturarea lor și apoi de metoda de tratament chirurgicală efectuată. După cum indică mulți dintre 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. După cum s-a menționat anterior, 60-70% din maladii revin dinților pluriradiculari.

Scopul principal, în tratamentul chirurgical al periodontitelor granulomatoase, chistogranulomelor și chisturilor odontogene este de a păstra dintele cauzal ce este situat în zona afectată și restabilirea lui funcțională.

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