

Osica Piotr, Stelmach Rafal, Janas-Naze Anna. A tooth that could be saved. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(8):984-992. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.996360>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4882>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation, Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.08.2017. Revised: 10.08.2017. Accepted: 31.08.2017.

Ząb, który można było uratować

A tooth that could be saved

Piotr Osica, Rafał Stelmach, Anna Janas-Naze

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Janas-Naze

Adres do korespondencji:

Piotr Osica

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

92-213 Łódź, ul. Pomorska 251

e-mail: piotr.osica@umed.lodz.pl

tel. 42 675 75 29

dr n. med. Piotr Osica, lek. dent. Rafał Stelmach, dr hab. n. med. Anna Janas-Naze

Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w ramach działalności statutowej nr 503/2-163-01/503-01

Streszczenie : W pracy przedstawiono opis przypadku 25 letniej kobiety, u której z przyczyn ekonomicznych podjęto decyzję o usunięciu zęba 47, zakwalifikowanego pierwotnie do leczenia kanałowego z powodu rozległych zmian zapalnych. Jednocześnie usunięto zatrzymany częściowo ząb 48, będący przyczyną przewlekłych stanów zapalnych błony śluzowej tej okolicy.

Hasła indeksowe: torbiel korzeniowa, zmiany zapalne, ząb zatrzymany

Abstract: The article presents a case of a 25 year old woman who for economic reasons decided to remove a tooth 47, initially qualified for root canal treatment due to extensive inflammatory lesions. At one time, partially impacted tooth 48 was removed, which is the cause of chronic inflammation of this region.

Key words: radicular cyst, inflammatory lesions, impacted tooth

Wstęp

W świetle dzisiejszych możliwości leczenia przewlekłych stanów zapalnych miazgi zęba, torbieli oraz zmian okołowierzchołkowych wydaje się, że chirurgia stomatologiczna i zabiegi ekstrakcji zęba z przyczyn braku możliwości leczenia są nieaktualne. Pozostaje jednak problem, który dotyczy wielu pacjentów, a co bardziej bolesne-młodych ludzi. Na pierwszy plan wysuwa się bowiem aspekt ekonomiczny leczenia endodontycznego zębów trzonowych. Takie leczenie nie jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co niejednokrotnie determinuje decyzję pacjentów odnośnie tego, czy ząb pozostaje w jamie ustnej.

Cel pracy

Celem pracy był opis przypadku pacjentki, u której wykonano jednoczasową ekstrakcję zęba 47 wraz z wyłuszczeniem zmian zębopochodnych oraz ekstrakcję częściowo zatrzymanego zęba 48 pomimo możliwości leczenia chirurgiczno-endodontycznego.

Opis przypadku

25 letnia kobieta zgłosiła się do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej celem ekstrakcji zatrzymanego częściowo zęba 48, będącego przyczyną przewlekłych stanów zapalnych tej okolicy. Pierwszy incydent stanu zapalnego miał miejsce 2 lata wcześniej, wówczas aplikacja leków przeciwzapalnych i antybiotykoterapia spowodowała poprawę stanu miejscowego. Przez ten czas okresowo zgłaszała się do swojego stomatologa celem leczenia zachowawczego. Ponieważ pacjentka dysponowała zdjęciem pantomograficznym sprzed 2 lat, wydano skierowanie do Zakładu Radiologii celem wykonania aktualnego badania obrazowego. Na zdjęciu stwierdzono rozległą zmianę zapalną okolicy wierzchołków korzeni zęba 47 oraz poziomo zatrzymany ząb 48.

W badaniu zewnątrzustnym nie stwierdzono zmian patologicznych, węzły chłonne podżuchwowe obustronnie nie były powiększone. Badaniem stwierdzono rozległe

wypełnienie zęba 47, brak reakcji na chlorek etylu, reakcja na opukiwane pionowe i poziome była ujemna. Ponadto stwierdzono zaczerwienienie oraz rozpulchnienie błony śluzowej okolicy zęba 48.

Na zdjęciu wykonanym 2 lata wcześniej stan zapalny okolicy przywierzchołkowej zęba 47 był już widoczny, jednak lekarz prowadzący nie poinformował pacjentki o tym fakcie. Na tej podstawie postawiono wstępne rozpoznanie iż jest to ziarniniak okołowierzchołkowy. Brak poprzedniego badania radiologicznego mógłby sugerować torbiel zawiązkową związaną z częściowo zatrzymanym zębem 48.

Pacjentce przedstawiono dwie możliwości leczenia. Pierwsza propozycja: endodontyczno-chirurgiczna, obejmowała leczenie kanałowe zęba 47 oraz resekcję wierzchołków korzeni tego zęba z jednoczasowym wyłuszczeniem zmian zapalnych oraz ekstrakcją zęba 48. Pacjentka została również poinformowana przez endodontę iż istnieje duże prawdopodobieństwo, że zmiany okołowierzchołkowe cofną się całkowicie po wyleczeniu kanałowym zęba 47. Druga propozycja to jednoczasowe usunięcie zęba 47 oraz 48 z jednoczasowym wyłuszczeniem zmian zapalnych. Ze względów ekonomicznych pacjentka zdecydowała o usunięciu zęba 47 oraz 48.

W dogodnym dla pacjentki terminie i po uzyskaniu pisemnej zgody przystąpiono do zabiegu. W znieczuleniu przewodowym i nasiękowym 2% lignokainą z noradrenaliną (3 amp.) usunięto przy pomocy średnich kleszczy Meissnera ząb 47 (ryc.1). Następnie wykonano cięcie kątowe na wysokości rozwidlenia korzeni zęba 46 i po odwarstwieniu płata śluzówkowo- okostnowego wyłuszczone zmiany zapalne. Materiał przesłano do badania histopatologicznego celem potwierdzenia wstępnej diagnozy (ryc.2). Następnie wiertłem różyczkowym na turbinę zdjęto blaszkę kostną i uwidoczniło ząb 48, który usunięto używając dźwigni bocznych i prostej Beina (ryc. 3). Ranę płukano 0,02% ChX, zaopatrzone Spongostanem oraz szwami Safil 2,0 (ryc. 4). Włączono antybiotykoterapię w postaci Dalacin C 0,3, 1 caps. co 6 godzin oraz leczenie przeciwzapalne w postaci Butapirazolu doodbytniczo 1 czopek co 12 godzin.

W pierwszej dobie po zabiegu stwierdzono obrzęk okolicy operowanej, ale pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Po 14 dniach zdjęto szwy. Rana zagoiła się prawidłowo.

Omówienie:

Przewlekłe zapalenie tkanek okołowierzchołkowych jest częstym problemem klinicznym. Dobrze udokumentowany jest destrukcyjny wpływ bakterii i toksyn bakteryjnych obecnych w kanale korzeniowym na tkanki okołowierzchołkowe oraz ich rola w powstawaniu

ziarniniaków okołowierzchołkowych, a w konsekwencji torbieli zapalnych (1, 2). Wielu autorów podkreśla, że ziarnina okołowierzchołkowa jest z reguły jałowa (3). Niezakażone zmiany zapalne mogą nie dawać objawów, dopóki nie powodują ucisku na struktury anatomiczne. W przypadku zakażenia z kolei pojawiają się objawy towarzyszące zapaleniom takie jak m.in. ból i gorączka.

Torbiel korzeniowa (*cystis radicularis*) jest jedną z najczęściej występujących zmian patologicznych części twarzowej czaszki występującą w obrębie tkanki kostnej szczęki lub żuchwy. Według Pawlak i wsp. (4) stanowi ona 63 % rozpoznań torbieli kości szczęk.

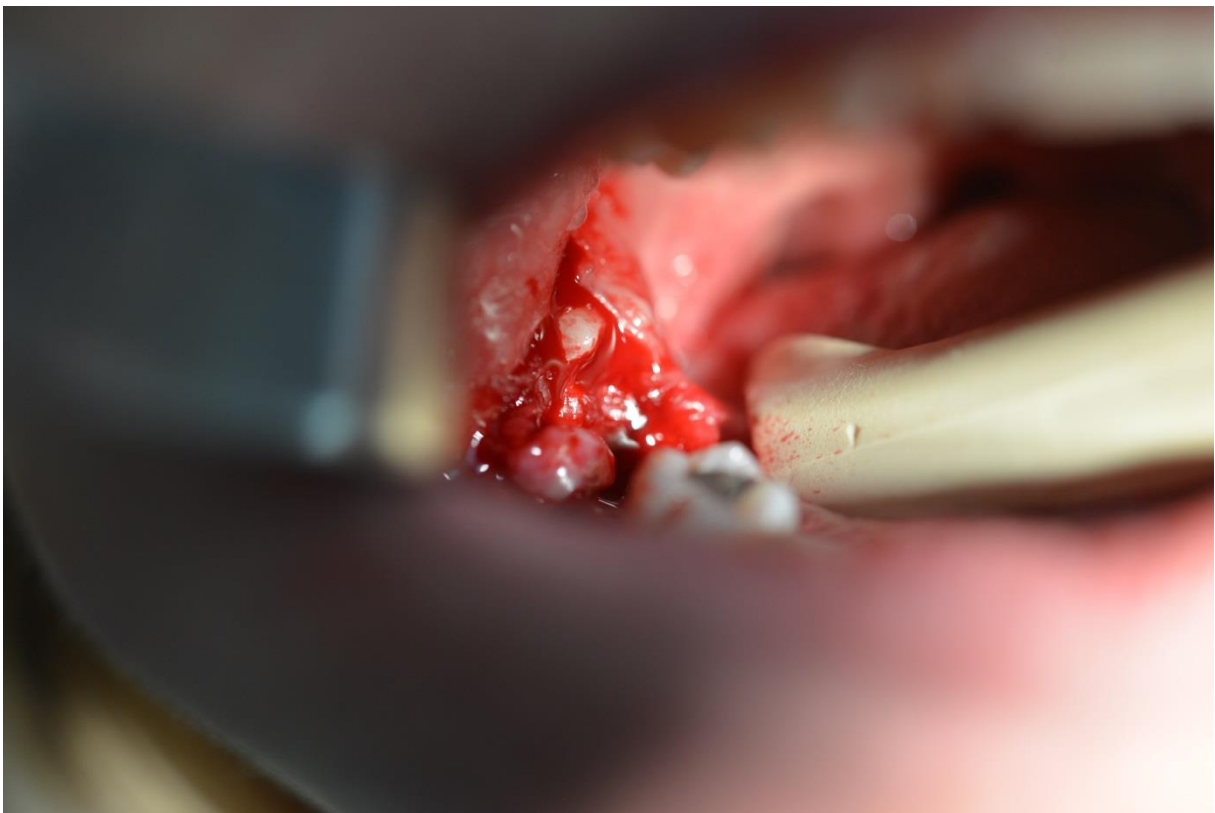
Powstaje z komórek Mallasseza pobudzanych do rozrostu przez obecność zapalenia będącego wynikiem obecności martwiczych resztek miazgi oraz bakterii rozwijających się w tkance ziarninowej. Tkanka ziarninowa powstaje zazwyczaj na skutek przewlekłego zapalenia tkanek okołowierzchołkowych zębów (5). Rozwój torbieli początkowo przebiega bezobjawowo i według wielu autorów jest często wykrywany przypadkowo podczas badania radiologicznego, tak było w opisywanym przez nas przypadku (6, 7). Rozpoznanie torbieli korzeniowej ustala się na podstawie analizy zdjęć radiologicznych oraz badania przedmiotowego i histopatologicznego. Zależnie od jej rozmiarów, korzystne jest wykonanie zdjęcia RTG pantomograficznego lub zębowego wewnątrzustnego. Na zdjęciu RTG torbiel korzeniowa widoczna jest jako jednolite przejaśnienie wyraźnie odgraniczone od otoczenia kostnego (8). W szczęce przybiera ona kształt kulisty, w żuchwie zaś owalnie spłaszczony.

Torbielom korzeniowym i ziarniniakom okołowierzchołkowym towarzyszy podobny obraz RTG. Tym co je odróżnia jest wyraźny zarys i otoczka osteosklerotyczna (7). W badaniu histologicznym torbieli zapalnej znajdują się komórki śluzowe, złogi cholesterolu, a w badaniach immunohistochemicznych - ekspresję fibronektyny i tenascyny (9).

Jak dowodzą badania Kruczyka z 2010 roku aż 7 % spośród 8000 badanych zrezygnowało z leczenia endodontycznego ze względów ekonomicznych. Oznacza to, że 14 zębów zostało usuniętych okaleczając pacjentów bezpowrotnie. Wydaje się to niewielki odsetek pacjentów, ale jeśli zauważymy że ponad 16 % pacjentów w ogóle nie leczy zębów, obraz tej epidemii staje się wyraźniejszy. Stoimy na stanowisku że warto rozważyć możliwość refundacji leczenia kanałowego zębów trzonowych oraz resekcji wierzchołków korzeni zębów w ramach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Piśmiennictwo

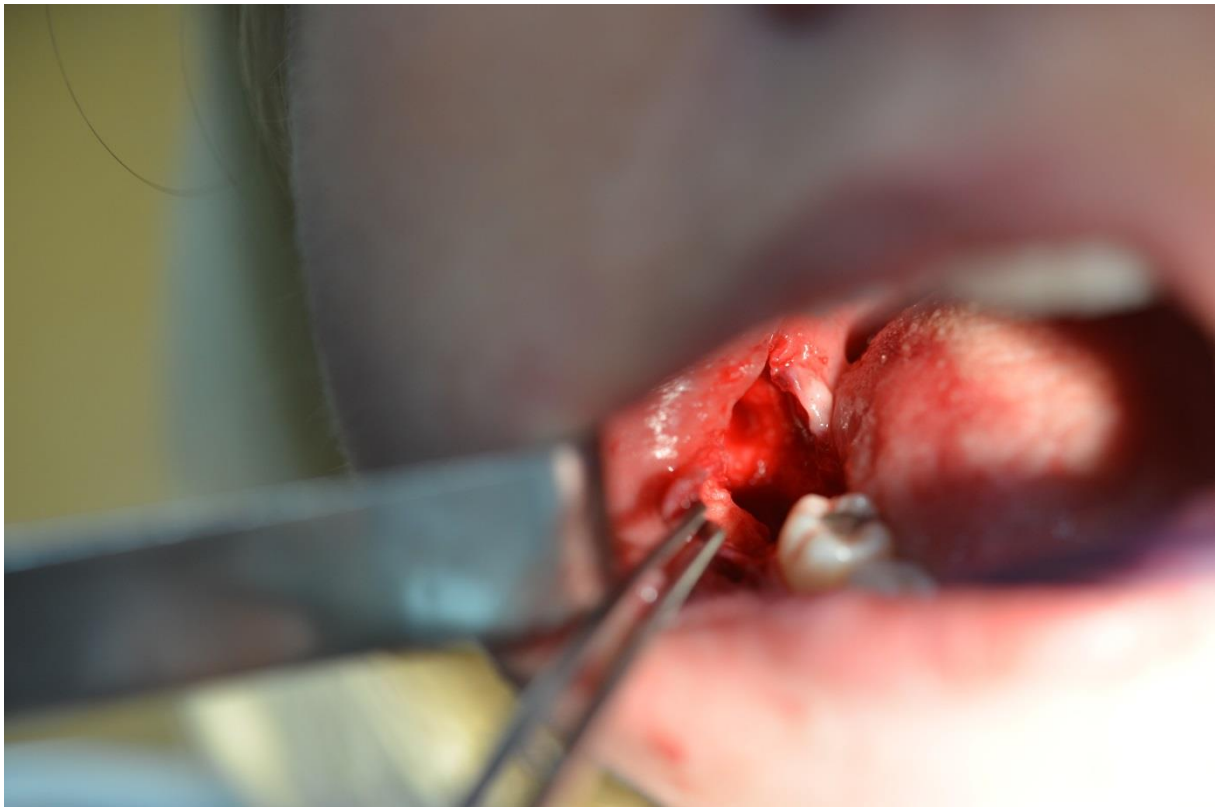
1. Jankowska-Antczak E., Wojtowicz A.: Aktualne poglądy na temat patogenezы zapalenia tkanek okołowierzchołkowych. *Nowa Stomat.*, 2005,2,94-97.
2. Nair P.N.R.: Light and electron microscopic studies on flora and periapical lesions. *J. Endodont.* 1987, 13, 29-39.
3. Abou-Rass M., Bogen G.: Microorganisms in closed periapical lesions. *Int. Endod J.* 1998,31,33-42.
4. Pawlak W., Kubasiewicz-Ross P, Pałka Ł., Zarzycki R.: Torbiele kości szczęk leczone w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2004-2007. *Dent. Med. Probl.* 2009, 46, 49-53.
5. Kozarzewska M., Popowski W., Wojtowicz A.: Częstość występowania torbieli zębopochodnych w materiale zakładu chirurgii stomatologicznej IS AM w Warszawie w latach 1996-1999. *Borgis – Nowa Stom.*, 2001, 2, 15-18.
6. Pawlak W., Kubasiewicz-Ross P, Pałka Ł., Zarzycki R.: Torbiele kości szczęk leczone w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2004-2007. *Dent. Med. Probl.* 2009, 46, 49-53.
7. Kryst L.: Postępowanie z torbielami w gabinetach stomatologicznych., *Mag. Stom.*, 2001, 5, 66-67.
8. Drozdowska B., Czulak-Cyskowska J., Stolecka D., Krywult A.: Torbiele zębopochodne w aspekcie kliniczno-patologicznym. *Stom. Wsp.*, 2009, 6, 33- 37.
9. Grodecka J. i wsp.: *Ocena ekspresji białek podścieliska-tenscyny i fibronektyny - w torbielach i nowotworach zębopochodnych części twarzowej czaszki.*, *Wsp. Onko.*, 2009, 13 (1), s. 22-27.



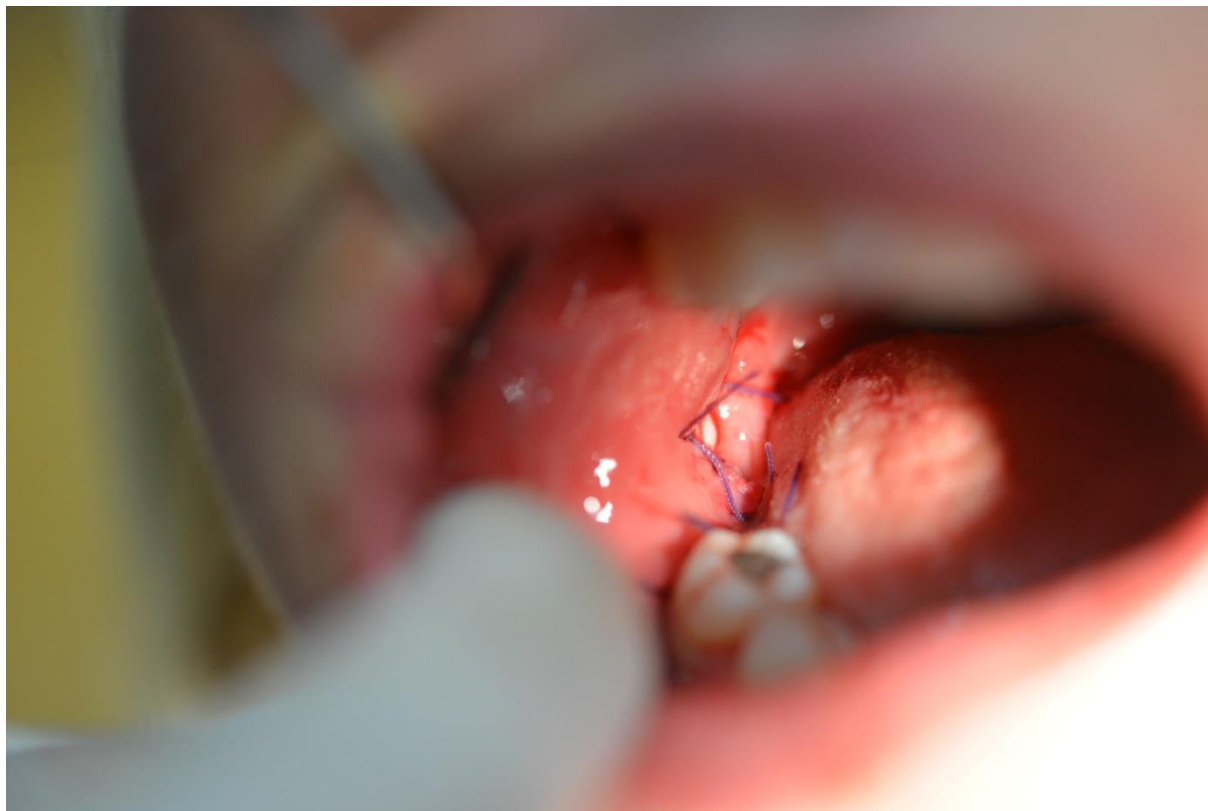
Ryc. 1. Stan po usunięciu zęba 47.



Ryc. 2. Materiał przesłano do badania histopatologicznego.



Ryc. 3. Stan po usunięciu zęba 48.



Ryc. 4. Ranę zaopatrzono szwami chirurgicznymi.