Български медицински журнал
IX, 2015, № 2

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ
CASE REPORT

АПИКАЛНА ОСТЕОТОМИЯ НА МНОГОКОРЕНОВ ЗЪБ – ДОКЛАД НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Ц. Цветанов

*Катедра по орална хирургия, Факултет по дентална медицина,
Медицински университет – Пловдив*

APICOECTOMY OF MULTI-ROOTED TOOTH – CASE REPORT

Ts. Tsvetanov

*Department of Oral Surgery, Faculty of Dental Medicine,
Medical university – Plovdiv*

***Резюме**. В исторически аспект, методът е създаден от C. Partsch през 1897 г. Според него, за да бъде премахнато възпалителното огнище в периапикалната област, е наложително да се премахнат заболелият апекс на зъба и променените тъкани около него. Целта на публикацията е да се представи клиничен случай на лечение на апикален периодонтит на многокоренов зъб чрез ендодонтско-хирургично лечение, като в протокола на ендодонтското лечение се застъпва ортоградното корено-канално лечение, а хирургичният протокол включва резекцията на кореновия апекс и кюртаж на периапикалните тъкани.*

***Ключови думи**: апикална остеотомия, лечение*

***Адрес за кореспонденция**: Д-р Цветан Цветанов, дм, специалист по орална хирургия, асистент, Катедра по орална хирургия, Факултет по дентална медицина, Медицински университет, бул. „Христо Ботев“ 3, 4000 Пловдив, тел.: 0898325332*

Summary. In the historical aspect this method is created by C. Partsch during the 1897 year according to removal of inflammatory process in the periapical area is necessary to be removed apex trouble of a tooth's root and nearby tissue changes. The aim of this publication is to present the clinical case of periapical periodontitis treatment of multi-rooted tooth with endodontic surgical procedure, such as in endodontic therapy protocol advance orthograde root canal treatment and surgical protocol includes an apical root resection and an apical curettage.

Key words: apicoectomy, treatment

Address for correspondence: Assit. Prof. Tsvetan Tsvetanov, PhD, DDS, Department of Oral Surgery, Faculty of Dental Medicine, Medical University, 3 Hristo Botev Bvd., Bg – 4000 Plovdiv, tel.: 0898-32-53-32

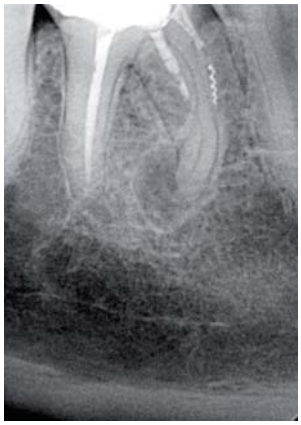
УВОД

В исторически аспект, методът е създаден през 1897 г. от C. Partsch, според когото, за да бъде премахнато възпалителното огнище в периапикалната област, е наложително премахването на заболелия апекс на зъба и променените тъкани около него [1]. Разновидност на апикотомията е грануломектомията – оперативен метод, с който се цели да се премахнат формираните периапикални или интрадикуларни грануломи, изпълнявайки оперативния протокол на апикалната остеотомия с тази разлика, че не се извършва резекция на апексите [2].

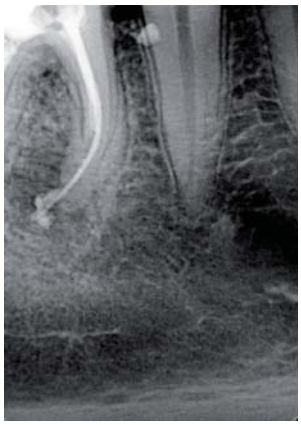
ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧНИЯ СЛУЧАЙ

Пациент (Д. К.) на 53 години посети Катедрата по орална хирургия с клинични оплаквания от постоянна болка на зъб 46 с проведено ендодонтско лечение. Клиничното изследване и образната ди-

агностика потвърдиха диагнозата хроничен периапикален периодонтит (фиг. 1). Планът на лечение включваше ортоградно ендодонтско лечение на 46, последвано от апикална хирургия. Пациентът подписа информирано съгласие относно процедурата. След изработване на ендодонтския кавитет с кръгъл диамантен борер, беше определена с апекслокатор работната дължина и беше осигурена проходимост на кореновия канал с К-пила № 15. Почистването и оформянето на кореновия канал беше извършено с ръчни инструменти със step-back техника до № 40 ISO с промивка на 3% NaOCl, 0.9% NaCl и 2% хлорхексидин за финална ирригация. Калциевохидроксидна паста беше апликирана за интраканална медикация за 1 седмица. На пациента беше назначен 300 mg Dalacin C за 5 дена. Седмица по-късно при липса на симптоматика кореновият канал беше обтуриран с фосфат цимент и гутаперчов щифт. Клиничното изследване показа наличие на персистираща фистула в областта на зъб 46. Проведеното рентгеново изследване установи периапикално просветление и екструдирано каналопълнежно средство в периапикалните тъкани (фиг. 2).



Фиг. 1. Преди ендодонтското лечение



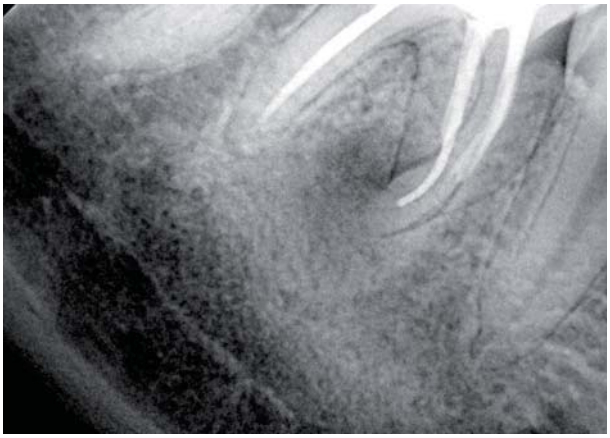
Фиг. 2. След ендодонтското лечение



Фиг. 3. Мукопериостално ламбо и костен прозорец



Фиг. 4. Адаптация на ламбото и шев



Фиг. 5. Контролна Rö-графия след 6 месеца

Лечебният план, заложен в хирургичния протокол, беше последван от изпълнение на процедурата. Оперативната интервенция беше извършена с поставяне на мандибуларен нервен блок с 4% Articaine и 1:100 000 Adrenaline. Трапецовидно мукопериостално ламбо беше отпрепарирано със скалпел № 15. Мукопериосталното ламбо в пълна дебелина бе отделено от мезиално на десен долен втори премолар до дисталната повърхност на долен втори молар. След ретракция на ламбото не се установи перфорация на букалната кортикална пластина вследствие на лезията. Локализацията на апекса на мезиалния корен беше визуализирана клинично и рентгенологично и костта беше отстранена със стерилна кръгла фреза под непрекъсната ирригация със стерилен физиологичен разтвор (фиг. 3). Мекотъканната лезия обхващаше мезиалния корен на зъб 46. Лезията бе отделена

от костната крипта и зъба. По време на оперативната интервенция се извърши резекция на кореновия апекс. С помощта на кюрета гранулационната тъкан в апикалната коренова повърхност и екструдираният гутаперчов щифт през периапекса бяха отстранени. Разкритите тъкани бяха иригирани със стерилен физиологичен разтвор по време на хирургичната процедура с цел избягване дехидратация на костта и меките тъкани. След репозиция на мукопериосталното ламбо се поставиха единични прекъснати шевове (фиг. 4). Конците бяха отстранени на 7-ия постоперативен ден. След заздравителен процес на меките тъкани пациентът се обърна към частна дентална клиника с оглед протетично възстановяване на зъб 46. Шест месеца след ендодонтско-хирургичното лечение пациентът не съобщи за симптоматика, ние наблюдавахме на рентгенография липса на просветление в зоната на резецирания апекс и наличие на периапикално костно възстановяване (фиг. 5).

ОБСЪЖДАНЕ

Ендодонтската хирургия е хирургична процедура, която се състои в ексцизия на патологична тъкан в периапикалната област. Индикациите за апикален кюртаж са персистенция на симптомите и наличие на костна лезия. Основната цел на апикалната остеотомия е превенция на бактериалното просмукване от корено-каналната система в периадикуларните тъкани чрез плътно обтуриране на кореновия канал до апекса и последваща коренова резекция [9]. Ограничен брой публикации съобщават, че резекцията на кореновия апекс ще намали кореновата дължина, разпределението на силите и ретенцията, както и стабилността на зъба в алвеолата. Конвенционална алтернатива ще бъде зъбната екстракция [8]. S. Kim, S. Kratchman [3] съобщават, че при апикалната хирургия по-важно е запечатването на корено-каналната система, а не отстраняването на кореновия връх.

D. P. Leonardi et al. [4] докладват, че няколко фактора могат да влияят на успеха на апикалната остеотомия, като: в коя област се извършва апикоектомията; използване на конвенционални ротационни инструменти или лазер; под какъв ъгъл се резецира кореновият апекс. Анатомични вариации като истмуси и аксесорни канали са среда за акумулиране на бактерии и некротична пулпа, което може да бъде причина за лечебен неуспех. След апикоектомия е необходимо да се проследи материалът за обтуриране на кореновите канали с помощта на микроскоп.

За поставяне на диагноза и подпомагане на лечението е необходимо прилагането на пре- и постоперативна рентгенография. Компютърната томография е най-доброто средство за откриване на периапикални лезии [5], за оценка на корено-каналната система [6], за планиране на ендодонтска хирургия в сравнение с използването на конвенционална рентгенография. Недостатъците на конвенционалната рентгенография са припокриване на образите и геометрична дисторзия [7]. След шестмесечен период се установи липса на фистула, болкова симптоматика и периапикално костно заместване, факти в потвърждение на успеха на процедурата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Познаването на метода апикална остеотомия е важно за клиницистите. Тенденцията апикален периодонтит да персистира след ендодонтско лечение е един от основните показатели за това дали да се проведе апикална хирургия (за елиминиране на кореновия връх и апикалната лезия) или зъбна екстракция.

Описаният клиничен случай илюстрира успешно лечение на периапикална лезия около зъб 46 с проведено ендодонтско лечение и последваща периапикална хирургия. Хирургичната техника, приложена в описания случай, е подходяща. Това е доказано с клиничните резултати и постоперативната рентгенография.

Библиография

1. Бакърджиев, А. Апикална остеотомия в стоматологичната практика. Полиграфия АД, Пловдив, 2001, 9-10.
2. Бакърджиев, А. Орална хирургия в денталната медицина. Основни принципи, методи и оперативни протоколи, 2011, 94.
3. Kim, S. et S. Kratchman. Modern endodontic surgery concepts and practice: a review. – J. Endod., **32**, 2006, № 7, 601-623.
4. Leonardi, D. P. et al. Cirurgia parendodôntica: avaliação de diferentes técnicas para a realização da apicectomia. – RSBO, **3**, 2006, № 2, 15-19.
5. Lofthag-Hansen, S. et al. Limited cone-beam CT and intraoral radiography for the diagnosis of periapical pathology. – Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod., **103**, 2007, 114-9.
6. Matherne, R. P. et al. Use of cone-beam computed tomography to identify root canal systems in vitro. – J Endod, **34**, 2008, 87-9.
7. Patel, S. New dimensions in endodontic imaging: part 2 – cone beam computed tomography. – Int Endod J., **42**, 2009, 463-75.
8. Salcedo, M. E. H. et al. Apical curettage and retrograde obturation without apicoectomy. Clinical case presentation. – Revista Odontológica Mexicana, **19**, 2015, № 1, 48-50.
9. von Arh, T. Apical surgery: A review of current techniques and outcome. – Saudi Dent. J., **23**, 2011, № 1, 9-15.