



PËRPARËSITË DHE RISQET NË TRAJTIMIN IMPLANTAR ME NJË SEANCË NË RASTET ME PATOLOGJI KISTIKE

Aldo Vangjeli*, Enkelejda Elbasani*

*Fakulteti i Mjekësisë Dentare, Departamenti i Kirurgjisë OMF dhe Paraklinike, Albanian University, Tiranë, Shqipëri

Adresë kontakti: aldo.vangjeli@yahoo.it.

Përmbledhje

Patologjitë kistike përfaqësojnë një gamë të gjerë diskutimesh, por fokusi ynë në këtë studim, janë pasojat në dhëmbë të humbur e kockë të dëmtuar. Riparimi i defektit dhe rikthimi i funksionit dhe estetikës janë çështjet kryesore. Përparësitë dhe risqet sipas gjendjes së pacientit, do të jenë përcaktuese në vendimin klinik, për një apo më shumë seanca në trajtimin me implante. Trajtimi me implante me një seancë, në këto raste, është një mundësi të cilën do ta diskutojmë në këtë artikull.

Qëllimi: Bazuar në përvojën klinike të rasteve të trajtuara, qëllimi i këtij punimi është të tregojë që vendosja e implanteve është më mire të kryhet në po atë seancë që realizohet edhe ekstraksioni i dhëmbëve apo eliminimi i patologjisë kronike, pavarësisht dëmtimit kockor që evidentohet. Por parësore mbetet realizimi i fiksimit primar të implantit, pasi në rastet kur kjo është e pamundur, atëherë duhet të kalojmë në trajtimin me disa faza. Përjashtoj këtu ngarkesën imediate të implanteve si dy koncepte krejtësisht të ndryshme.

Materiali e metoda: Në këtë punim, i referohemi plotësisht eksperiencës klinike dhe teorike të trajtimeve kirurgjikale. Rastet e paraqitura janë përzgjedhur pikërisht në mbështetje të temës së paraqitur për diskutim. Një nga sfidat me të cilat përballemi në punën tonë si mjekë, nuk është thjesht dhe vetëm rivendosja e funksionit dhe estetikës, por kjo duhet të ndodhë edhe sa më shpejt që të jetë e mundur. Vendimi klinik pa diskutim merret në varësi të specifikave të shëndetit dhe rastit klinik në diskutim.^(1,3,)

Rezultatet: Vendimmarrja e vazhdimit të procesit të implantimit në rastet me patologji kistike mundet të vendoset edhe në mënyrë aktive gjatë ndërhyrjes kirurgjikale, por është mirë që kjo ndërhyrje të cilësohet si parësore nga mjeku në momentin e planifikimit të ndërhyrjes. Përpunimi i gjakut të pacientit, diferencimi i elementeve të pasuruara pavarësisht kohës së centrifugimit dhe

emërtimit të tyre, është një faktor shumë pozitiv që na dhuron një përqindje të lartë suksesi, ndaj aplikimi i saj si procedurë standarde është një arsye më shumë për t'i qëndruar idesë për një ndërhyrje të vetme.

Përfundimet: Rastet me patologji kistike në regjionin oral tek pacientët që kanë nevojë për ndërhyrje kirurgjikale implantare janë panoramë e së njëjtës fushë operatore, ndaj t'i ndash ato nga njëra-tjetra, është shumë e vështirë. Megjithatë standardet e ndërhyrjes në secilën prej tyre mbeten të pandryshuara. E veçanta qëndron në vendosjen e implantit ose implanteve në stadin e parë, ku patjetër duhet siguruar fiksion dhe stabilitet primar shumë të mirë, pasi ky stabilitet vetëm mund të përmirësohet me vendosjen e grafitit kockor^(9, 10, 11) me ose pa përdorimin e A-PRF-së, por në asnjë mënyrë nuk janë ato që e sigurojnë këtë qëndrueshmëri.

Fjalë çelës: *implantim imediat, patologji kistike, destruksioni kockor.*

POSITIVE ASPECTS OF IMPLANT TREATMENT WITH A ONE SESSION IN CYSTIC PATHOLOGY CASES

Abstract

The chosen term of chronic pathologies is extremely wide, but most of our concern is bone destruction that it represents. The implant treatment with a single session despite the chronic pathology meet, by the physician is clearly an open and problematic problem, and it is for solution. At this point the physician should choose in his assessment of positivity but also the risk of implant treatment with one or more patient sessions.

The aim: By clinical cases treated in our clinic I would like to point out that implanted surgical interventions despite diagnosed and documented cystic pathology are best done with a single session. Except the immediate implant load as two entirely different concepts.

Methods and materials: For this paper I have used my personal theoretical-practical experience in the surgical treatment of patients who have been exposed and have go through surgical interventions and not only. In this paper I will present various clinical cases in the service of the topic elaboration not only as an idea but as a concept that is being implemented by implantologist surgeon doctors.

Results: The decision to continue the implantation process in cases of cystic pathology may be actively established during surgical intervention, but it is good that this intervention be considered

as primary by the physician at the time of intervention planning. Patient blood processing differentiating the enriched elements no matter of the time of centrifugation and their naming is a very positive factor that gives us a high percentage of success to its application as a standard procedure is one more reason to stay the idea for an intervention only.

Conclusion: Cases with cystic pathology in the oral region in patients who need implanted surgical interventions are a panorama of the same operator field to separate them from one another is very difficult.

However, the standards of intervention in each of them remain unchanged. Particularly lies in implant placement or implant placement at the first stage where it is absolutely necessary to provide very good fixation and stability, as this stability can only be improved by inserting the bone graft with or without the use of A.prf but in no way are they that provide this durability.

Keywords: *the implant treatment, cystic pathology, bone destruction.*

Zbulimi i një situate problematike, siç është edhe një kist i heshtur, ndodh pasi bëhet një grafi panoramike për të kontrolluar gjendjen e regjionit oral. Mos kapja në kohë e tyre vjen edhe për shkak të mosfrekuentimit periodik të kabinetit të mjekut stomatolog nga pacienti. Patologji të kistike u referohemi në rastet kur nuk kemi inflamacione dytësore të mbivendosura, pra jemi në kushtet e një patologjie kronike e cila ka shkaktuar destruksion të kockës në atë regjion ku është vendosur.

Duke qenë se kemi të bëjmë me leziona pothuajse gjithmonë asimptomatike, në disa raste këto patologji mund të shoqërohen me deformimet e fytyrës, rezorbim të dhëmbëve dhe nekrozë të tyre. Me tej, prania e tyre në përmasa të mëdha mund të sjellë prishje të okluzionit, kjo në rastet më të ndërlikuara.

Përpos tyre, në rastet kur patologjia paraqitet në stadi të përparuar, pacientët paraqiten edhe me dhimbjet e karakterit neuralgjik, ndaj është nevojshme që të kryejmë jo vetëm një anamnezë të saktë e të kujdesshme, por edhe të realizojmë ekzaminimet shtesë radiologjike dy ose tre dimensionale, tepër të nevojshme për të parë jo vetëm gjendjen e kockës, por edhe për të eliminuar çdo recidivë paraprake apo dështim të panevojshëm gjatë ndërhyrjes kirurgjikale me synim implantimin imediat².

Të gjitha anomalitë e mundshme të harkut dentar duhen diagnostikuar me seriozitet pa i nënvlerësuar përpara ndërhyrjes¹, duke ia referuar pacientit pasi jo vetëm kryejmë detyrën duke respektuar vizitën si procedurë, por edhe shmangim çdo referencë simptomatike të mëvonshme e cila nuk ka

lidhje me ndërhyrjen tonë¹.

Implantimi mund të jetë tri llojesh.

Implantim imediat, i cili kryhet menjëherë pas ekstraksionit të dhëmbit ose dhëmbëve, pasi ashtu siç do ta shikojmë edhe me shembuj klinikë, mundet të kemi edhe raste kur kryejmë ndërhyrje në të gjithë nofullën e sipërme ose të poshtme ^(2, 4, 6). *Është mirë që midis dy arkadave të krijohet një hapësirë disa ditore pasi vihet re lodhje e pacientit.*

Implantim i vonshëm, i cili realizohet pas 2 – 4 javësh pas ekstraksionit. Në këtë rast përgjithësisht ekstraksionet e dhëmbëve kryhen më parë nga mjeku stomatolog si një etapë pararendëse, por nga ana jonë nuk ndryshon asgjë në trajtimin kirurgjikal të pacientit përveç faktit që kyretimi i alveolës duhet bërë me më shumë kujdes.⁽¹⁾

Implantim normal, i cili realizohet pas 6 muajsh, por dua të theksoj që në këtë periudhë rigjenerimi kockor mund të jetë i pamjaftueshëm, ndaj shumë herë përfundojmë duke kryer implantim imediat të vonshëm. Për këtë arsye, në rastet kur duam të ndërhyjmë në kohë normale të rigjenerimiti kockor, kjo periudhë duhet të jetë më e gjatë.

Në ditët e sotme implementohet gjerësisht plazma e pasuruar duke na dhuruar mundësi suksesi tepër të mëdha ,ndaj lehtësisht po prek si temë atë çka ajo përfaqëson.^(7, 13)

Në qendër të këtij mekanizmi janë trombocitet, që në fakt nuk janë qeliza (nuk ka qeliza pa bërthamë), por fragmente citoplazmatike të veshura me membranë plazmatike, të shkëputura nga megakariocitet trombogjen në Palcën e Kuqe të Kockave (PKK). Mekanizmi i veprimit konsiston në zhvillimin e aktivitetit specifik të trombociteve dhe lirimimin e faktorëve koagulativ që së bashku me faktorët plazmatik zhvillojnë fibrogenezën.

Funksioni kryesor lidhet me hemostazën (hemostazën primare),por ato luajnë rol dhe në përgjigjen inflamatore. Kanë rol fagocitar që mund të eliminojnë pjesëza të vogla dhe baktere.

A-PRF (Advanced Platelet Rich Fibrin) është një plazmë e pasur me trombocitet e marrë nga gjaku i pacientit dhe e përpunuar në ambientet e klinikës dentare. ^(7, 13)

Plasma përmban faktorë të lartë të rritjes së trombociteve të PRF, të cilat promovojnë përhapjen dhe diferencimin e qelizave, kemotaksinë, proceset esenciale në osteogjenezën (stimulimi i kockave).

Centrifugimi mundëson rikuperimin pa antigjenin e fibrinës që përmbajnë trombocitet, ndërsa faktorët e tjerë janë të paprekur, këtu ndër të tjera përmendim PDGF (faktori i rritjes së trombociteve), TGF-Beta (faktori i rritjes transformuese beta) dhe VEGF (faktori i rritjes endoteliale vaskulare).

Mund të themi që histologjikisht A-PRF-ja ndikon në rigjenerimin e kockës dhe indeve të buta nëpërmjet pranisë së monociteve/makrofagëve dhe faktorëve të tyre të rritjes.

Në këto faza ajo përmban tri deri pesë herë më shumë përqendrimin e faktorëve të rritjes krahasuar me gjakun normal. Ajo çka neve na intereson si qëllim përfundimtar është sigurimi i qëndrueshmërisë afatgjatë të implanteve nëpërmjet një rigjenerimi kockor të suksesshëm dhe të parashikueshëm me sa më pak ndërlikime dhe etapa kirurgjikale.

Dua të theksoj se synimi është që pas aplikimit të membranës ose formës likide të realizohet rigjenerimi i indeve të forta e të buta ‘Guided Tissue Regeneration’ (GTR at GBR). Si pasojë e zhvillimit të faktorëve të rritjes TGF, PDGF (Platelet derivate growth factor).^(7, 12, 13)

Duke iu referuar temës, po mundohem të përmbledh aspektet pozitive të implantimit imediat kryesisht post ekstraktiv.

Ato sipas arsytimit dhe përvojës sonë mund të veçojmë si në vijim.

Zvogëlimi i intervalit kohor për vendosjen e suprastrukturës ndalon rezorbimin e kockës alveolare në gjerësi dhe lartësi, pasi pas ekstraksionit të dhëmbit gjatë vitit të parë kemi 15 – 25% humbje në gjerësi dhe 2 – 4 mm në lartësi të kockës së nofullës, përdoret pjesërisht aksi i dhëmbit, ul kohën e shërimit dhe mund të shtojmë koston e reduktuar të pacientit.^(2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10) Disa autorë mendojnë se implantimi imediat ka shumë përparësi në krahasim me atë normal, sepse sipas tyre, kjo metodë është më pak traumatike, drejtimi i vendosjes së implantit është më i mirë nga se kemi aksin e rrënjës, humbja e kohës është më e vogël, implanti vendoset me më shumë gjatësi.

Të tjerë japin të dhëna se sukseset e implantit imediat në pesë vite janë 94,1%.

Mossuksesit silltet në përqindje diku rreth 2 – 7% te rastet me implantim imediat, çka mendoj që është më se e saktë, madje ndoshta edhe më pak.

Gjithsesi, kjo lloj ndërhyrje kërkon më shumë përvojë nga mjeku, njohje shumë të mirë të anatomisë së nofullave, pasje në dispozicion të një banke të furnizuar mirë të implanteve me të cilat do të punohet, material të pasur ndihmës, si: graft kockor autolog ose jo, membranë të fabrikuar ose setin e përpunimit të gjakut, duke qenë i aftë për ta përdorur, mjeku duhet të jetë në gjendje të zgjidhë çdo ndërlikim të mundshëm, i cili është derivat i këtij manipulimi.

Rasti i parë klinik: Pacienti Sh. A. 38 vjeç i seksit mashkull paraqitet pranë klinikës sonë me lëvizshmëri të të gjithë dhëmbëve si në harkatën e sipërme, ashtu edhe në atë të poshtme. Grafia panoramike jep këtë pamje (Figura 1).

Figura 1. Pamje radiologjike



Pamja klinike e pacientit është kjo (Figura 2). Pas konsultimit të rastit, u vendos që pacienti të kryejë ndërhyrjen: 'Implantim total imediat postekstraktiv'.

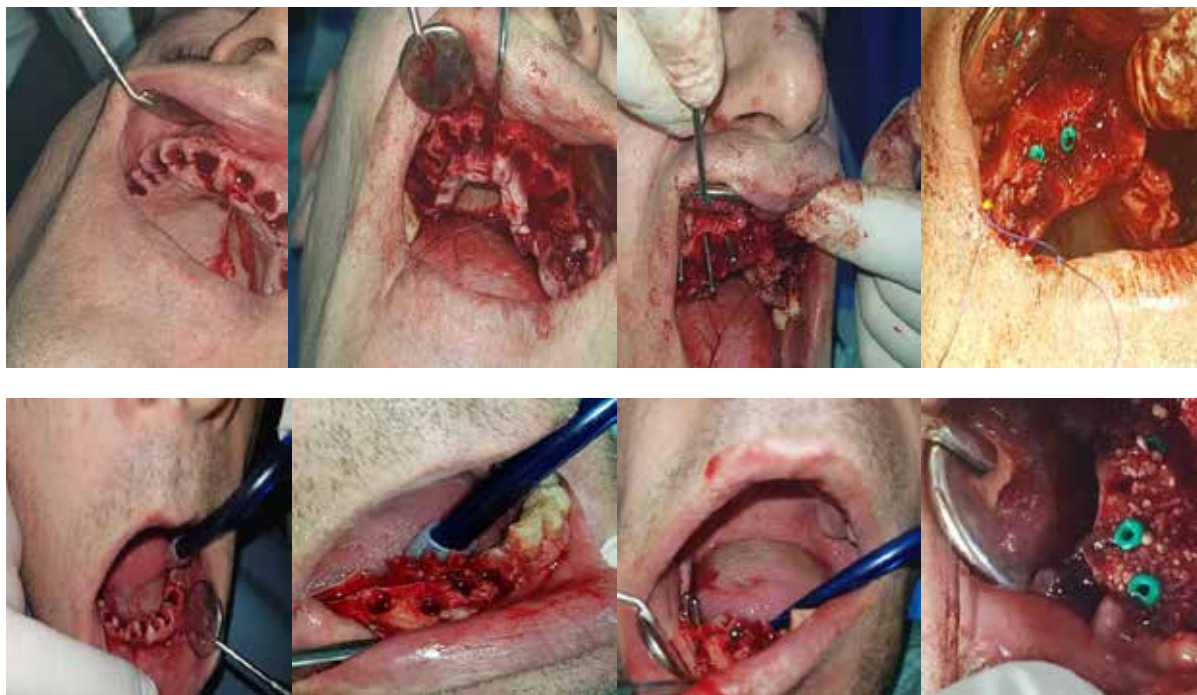
Pacientit i merren katër flakonë gjak dhe pas përpunimit u përfitua plazma e pasuruar (Figura 2).

Figura 2. Pamja klinike e pacientit dhe përfitimi i plazmës së pasuruar



Pacientit i kryhet ekstraksioni total i dhëmbëve në fillim në nofullën e sipërme. Pas hapjes së lembos, në këtë rast në formë zarfi u vendosën gjashtë implante menjëherë pas heqjes. Gjatë vendosjes së implanteve u përdor graft kockor i përgatitur edhe me Aprf të lëngët (Figura 3).

Figura 3. Gjatë vendosjes së implanteve



Gjendja post operatore është e mirë, pacienti u trajtua me antibioterapi dhe analgjezikë. Pas pesë ditësh u intervenua edhe në nofullën e poshtme. Plagët u shëruan për primum pa fenomene inflamatore sekondare. Grafia e kontrollit na jep këtë pamje (Figura 4).

Figura 4. Grafia panoramike



Pacienti është në ndjekje.

Rasti i dytë: Pacienti F. D. 30 vjeç i seksit mashkull paraqitet në klinikën tonë me frakturë të 11 dhe 21. Grafia panoramike na jep këtë pamje (Figura 5).

Figura 5. Grafia panoramike



Pas vizitës pacientit i propozohet ndërhyrja me implante me një seancë.

Pasi hiqet rrënja e mbetur dhe pastrohet regjioni përkatës, vendosen dy implante duke rimodeluar edhe kockën në regjionin frontal. Pas fiksimit primar mbyllet plaga duke realizuar edhe grafinë e kontrollit. Pas katër muaj vendoset suprastruktura duke realizuar edhe punimin protetik (Figura 6).

Figura 6. Gjatë vendosjes së implanteve



Rasti i tretë: Pacienti J. Dh. 55 vjeç i seksit mashkull paraqitet në klinikë për vizitë me ankesën kryesore lëvizshmëri të dhëmbëve në të dy harkatat dentare. Pacienti referon që është diabetik dhe është në mjekim. Grafia panoramike jep këtë pamje (Figura 7). Pacientit i rekomandohet ekstraksioni i dhëmbëve dhe implantim total. Pas trajtimit me antibioterapi pacientit i nënshtrohet ndërhyrjes në fillim në harkatën e sipërme e më pas në atë të poshtmen. Ashtu si në rastin e parë, ekstraksionet dhe implantimi u krye në një seancë. Pas disa ditësh u krye ndërhyrja edhe në nofullën e poshtme. Gjendja post operatore e pacientit është e mirë, plagët u shëruan për primum (Figura 8). Pas 5 muajsh pacienti paraqitet për vendosjen e suprastrukturës (Figura 8). Grafia panoramike jep këtë pamje (Figura 7).

Figura 7. Grafia panoramike



Figura 8. Gjatë vendosjes së implanteve



Referenca

1. Tecniche rigenerative e ricostruttive in chirurgia implantare Danilo Alessio Di Stefano, Aurelio Cazzaniga.
2. Immediate implant placement postextraction without flap elevation. ST Chen, IB Darby, EC Reynolds, 2009.
3. Factors influencing ridge alterations following immediate implant placement into extraction sockets. J Ferrus, D Cecchinato, EB Pjetursson... - Clinical oral implants ..., 2010.
4. Immediate mandibular rehabilitation with endosseous implants: simultaneous extraction, implant placement, and loading. LF Cooper, A Rahman, J Moriarty Implants, 2002.
5. Early and immediate restoration and loading of implants in completely edentulous patients. Int J Oral Maxillofac Implants 2004 (76-91) Chiapasco M.
6. Immediate function with fixed implant-supported maxillary dentures. Tealdo T. Bevilacqua M, J Prosthet Dent 2008.
7. The effect of platelet-rich fibrin on biologic characteristics of osteoblasts. Sun XL, Zhou YM, Zhao JH, ZhengL, Yang TT. Shanghai Kou Qiang Yi Xue. **2015** Feb; 24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858372>
8. A pilot study of complete edentulous rehabilitation with immediate function using a new implant design 2008. Malo, Petersson U.
9. A clinical study of changes in the volume of bone grafts in the atrophic maxilla. Johansson B, Grepe A, Wannfors K, Hirsch JM. Dentomaxillofac Radiol 2001; 30:157–161.
10. Sbordone C, Toti P, Guidetti F, Califano L, Santoro A, Sbordone L. Volume changes of iliac crest autogenous bone grafts after vertical and horizontal alveolar ridge augmentation of atrophic maxillas and mandibles: A 6-year computerized tomographic follow-up. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70:2559–2565.
11. Survival analysis of endosseous implants in grafted and nongrafted edentulous maxillae. Becktor JP, Isaksson S, Sennerby L Int J Oral Maxillofac Implants. 2004 Jan-Feb; 19(1):107-15.
12. Vertical ridge augmentation using guided bone regeneration (GBR) in three clinical scenarios prior to implant placement: a retrospective study of 35 patients 12 to 72 months after loading. Int J Oral Maxillofac Implants 2009; Urban IA, Jovanovic SA, Lozada JL. 24:502. Verardi S, Simion M. Management of the exposure of e-PTFE membranes in guided bone regeneration. Pract Proced Aesthet Dent 2007; 19:111.