

RENDGENOLOŠKI PRIKAZ ALVEOLITA

Mr. sc. dr S. Radonjić, dr I. Paović i dr Z. Martinović

U radu je, na vlastitom materijalu, dat prikaz 100 slučajeva alveolita koji su evidentirani rendgenološki. Retroalveolarni snimci rana, u kojima se razvio alveolit, pokazuju da je 69% slučajeva bila prisutna zadebljala lamina dura, čija je širina veća od 1 mm, uz zgusnutu građu spongioze alveolne kosti. Ovakav nalaz našli smo kako u donjoj tako i u gornjoj vilici.

Vrlo je moguće da zadebljala lamina dura uz kompaktnu perialveolarnd kost predstavlja barijeru krvnim sudovima za adekvatnu vaskularizaciju alveolarne rane (krvnog koaguluma), usled čega se rana slabije ishranjuje, što za posledicu ima produžen tok zarastanja ekstrakcione rane odnosno stvaranje alveolita.

Na bazi našeg nalaza može se, najverovatnije, konstatovati da je anatomska građa vilice, alveole, jedan od posebno važnih lokalnih faktora koji ima uticaj na nastanak alveolita.

U patologiji usne duplje alveolit ima veoma značajno mesto. Za mnoge autore: Birn¹, Shafer, Hine, Levy², Škokljević³, Adkisson, Haris⁴ i drugi, ovo oboljenje predstavlja najčešću ili jednu od najčešćih postekstrakcionih komplikacija. S toga je razumljivo što su se razni stručnjaci bavili, i bave, ovom problematikom sa raznih aspektata: etiološkog, patogenetskog, bakteriološkog, histološkog, hematološkog, terapijskog itd. Alveolit je takođe tretirani i rendgenološki.

Tako Rombison i Seldin⁵ navode da se mnogi istraživači slažu da formiranje dry socket često može da se nagovijesti iz rendgenskog siimka kosti vilice. Kompaktna kost i hipercemencem toza vrha korijena vode ovoj pojavi.

Lehner⁶ je alveolita tretirao rendgenološki i našao u 33,33% slučajeva kompaktnu laminu duru iz sklerotičnu periradikularnu kost.

Orban⁷, Commissionat⁸ i drugi, dali su takođe svoj doprinos rendgenologiji alveolita.

Cilj rada

Na vlastitom materijalu daćemo rendgenološki prikaz alveolita.

Metod rada

U 100 slučajeva, kada smo klinički konstatovali alveolit, radili smo retroalveolarni rendgenogram oboljele regije. Pacijenti su bili između 20 i 50 godina. U donjoj vilici urađeno je 68 a u gornjoj 32 rendgenograma.

Rezultati

Retroalveolarni snimci rana u kojima se razvio alveolit, pokazuju u 68 slučajeva (ili 69%) zadebljalu laminu duru, čija je širina veća od 1 mm, uz zgusnutu građu spongioze alveolne kosti. Zgusnuta spongioza bila je nešto izraženija kod višekorenih zuba, i to obično interradičularno, nego u alveolarnoj kosti zuba sa jednim korijenom. Ovakav nalaz zapazili smo kako u donjoj (sl.

1) tako i u gornjoj vilici (sl. 2).



Sl. 1: Retroalveolarni snimak u donjoj vilici



Sl. 2: Retroalveolarni snimak u gornjoj vilici

U izvjesnom broju slučajeva radili smo ekstrakcije istoimenog ili istoimenih zuba sa obje strane vilice. Kad nam se alveolit javio samo na jednoj strani, komparacije radi, uradili smo rendgenogram obje strane vilice. U ovim slučajevima, postojala je vidna razlika u anatomskoj gradnji vilice gdje se razvila ova postekstrakciona komplikacija (proširena lamina dura, zgusnuta građa spongioze alveolne kosti), u odnosu na isti region suprotne strane, u kome je bio normalan postekstrakcioni tok, gdje nam rendgenogram nije pokazivao izraženiju kompaktnost u građi alveole, odnosno perialveolne kosti.

(Navodimo zanimljiv slučaj pacijentkinje I. B., stare 42 godine, kod koje je urađena ekstrakcija 4 3 i 3 4 u dvije seanse, sa intervalom od 48 sati. Alveolit se razvio samo na desnoj strani (sl. 3), gdje je očita zadebljala lamina dura, za razliku od lijeve strane (sl. 4), sa normalnim postekstrakcionim tokom, uz odsustvo jasno izražene, proširene, lamine dure.



Sl. 3: Izražena Lamina dura u regiji 4, 3 (alveolita)



Sl. 4: Suprotna regija istog pacijenta

Takođe navodimo primjer jedne multipne ekstrakcije, istini za volju takvih slučajeva imali smo samo nekoliko, gdje smo radili ekstrakciju dva poslednja molara u donjoj vilici desno, jednog pacijenta, dakle u slučaju gdje je prisutna ista bakterijska flora, isto zapaljenje, ekstrakcija podjednako lako izvedena, dispozicija za krvavljenje identična — rezultat je bio različit. Naime, u jednoj rani se javio alveolit, a u drugoj je bio normalan postekstrakcioni tok. Rendgenogram (sl. 5) jasno pokazuje da je u predjelu donjeg drugog molara, gdje se razvio alveolit, znatno izraženija lamina dura uz zgusnutu građu spongioze alveolne kosti, za razliku od slabije izražene lamine dure u trećeg molara, gdje je bio normalan postekstrakcioni tok).



Sl. 5: Alveolit u predelu 7. U predelu 8 normalan postekstrakcioni ton.

Diskusija

Analizirajući retroalveolarne rendgenograme u naših 100 slučajeva alveolita, uočljiv je nalaz anatomske građe kosti koja je u visokom procentu (69%) u oboljeloj regiji imala kompaktnu

laminu duru, širu od 1 mm, uz zgustutu građu spongioze alveolne kosti. Ovakav nalaz od vrlo važnih lokalnih činilaca, koji vjerovatno, ima posebno značajnog udjela u kompleksnoj problematici etiologije alveolita. Najverojatnije je, da zadebljala lamina dura, uz kompaktu periradikularnu kost prestavlja barijeru krvnim sudovima što svakako remeti adekvatnu ishranu alveolarne rane (krvnog koaguluma) usled čega se rana slabije vaskularizuje, što za posledicu ima produžen tok zarašćavanja ekstrakcione rane, odnosno stvaranje alveolita.

Rendgenogrami ostalih 31 slučaj ukazuju da je u većine njih nalaz dosta sličan nalazu pomenutih 69 slučajeva, istina u nešto slabijoj (20 slučajeva ili 20%) do znatno slabijoj (11 slučajeva ili 11%) formi.

Zaključak

1. Razmatrali smo rendgenograme 100 slučajeva alveolita.
2. Retroalveolarni rendgenogrami pokazuju u 69% slučajeva zadebljalu laminu duru uz zgusnutu građu spongioze alveolarne kosti. Ovakvo karakterističan rendgenološki nalaz bio je nešto (20%) do znatno (11%) slabije izražen u ostalih 31 slučaj.
3. Ovakav rendgenološki nalaz ukazuje da je anatomska građe vilice, alveole, jedan od posebno važnih lokalnih faktora koji ima uticaja na nastanak alveolita.

Short summary

The work shows 100 cases of Alveolite that were evidenced and X-rayed. Retroalveol X-rays of the wounds in which Alveolite developed, showed that in 69% of the cases thickening of the lamina dura was present, with width more than 1 mm and condensed structure of spongioze alveole bone. This was found in the lower as well as in the upper jaw.

It is quite possible that thickening of the lamina dura along with perialveolar bone presents a barrier to blood vessels for adequate vascularization of an alveolar wound (blood coagulum). Because of this wound is poorly nourished and the consequence is a prolonged time of healing of the extraction wound, that if forming of dry socket.

On the basis of our finding, it can be most probably concluded the anatomic structure of the jaw, alveole, is one of the important local factors that has influence on the forming of dry socket.

Literatura

1. Birn H.: Fibrinolytic activity in Dry socket, Acta odontol. Scandinav, 28 : 37 march 1970.
2. Shafer W., Nine M., Levy B.: Textbook of Oral Pathology W. B. Saunders Company, Philadelphia—London—Toronto, 1974.

3. Škokjev A., Perović B.: Komplikacije pri ekstrakciji zuba, San. tehničar, Prilog, Vojnosanitetski pregled. 4, 1961.
4. Adkisson R., Haris F.: A statistical study of alveolar osteites, Armed Forces Medical Journal, Vol. 7 Dec 1956.
5. Robinson B., Seldin R.: The dry socket pathology-Academy of General Dentistry Journal, Vol. 19, march 1971.
6. Lhner T.: Analysis of one hundred cases of dry socket, Dental Pract. 8 : 275, May 1958.
7. Orban B., and Archer E.: Dynamics of wound healing following elimination of gingival pockets. AmJ. Orthod. Oral Surg., 31 : 40, 1945.
8. Commissionat Y.: 1964. Quelques considerations sur la pathogeni des alveolites. Actualites odontostomato. 18 : 203