

Матовска Љ.

РЕТРЕТМАНОТ И ЕНДОДОНТСКАТА ХИРУРГИЈА КАКО АЛТЕРНАТИВИ НА НЕУСПЕШНАТА ЕНДОДОНЦИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за болести на забите и ендодонтот

Алтернативните методи на ендодонската терапија, ретретманот и ендодонската хирургија, како модалитети на повторената ендодонција, треба да бидат акцентирани, преферирани и прогласени за неопходни, само ако се исклучат сите можности за фокална инфекција.

Литературните прикази зборуваат за позитивна процентуална застапеност од 25% до 90%, односно 50%, што претставува респектабилен податок.

*Прифаќајќи го терминот **корективна хирургија** во истиот смисла, и покрај постоенето на поларизирани мислења и несогласувања, ендодонската хирургија сејак се развива како дефинитивна потреба. Освен интенцирани: коренска ампутација, хемисекција и бикутидализација, како методи на анастомски редизајн на забот при добро евалуирани индикации, постојат и други, одамна добро познати (инцизија, дренажа, тринација, дијагностичка хирургија, периапикална киреџа итн.) хируршки ендивитети кои се користат како дел од методиката на терапијата.*

Ретретманот, пак, низ призмата на усешна или неусешна ендодонска терапија, со добро евалуирано индикационо подрачје, секогаш треба да биде првата алтернатива.

За усешна примена на ендодонската хирургија и ретретманот од особено значење се користенето на ултрасоничниот унит и оперативниот микроскоп, кои треба да станат иднина.

Клучни зборови: ендодонција; заб; хирургија, орална

Макед Стоматол Прегл 1996; 20(1-4):55-9.

Хуманата димензија на ендодонската терапија уште од почетокот наложува отстранување на болното искуство што пациентот го носи, а кое е производ на нешто што се случило во тек на некоја претходна канална терапија. Иницијалниот оптимизам на ендодонтот ќе исчезне кога потоа ќе уследи и сознанието дека забот треба да се екстрахира, а дилемата на пациентот ќе стане уште поголема. Честопати, во тие случаи, прашањето на пациентот може да биде: Зошто ендодонска терапија кога никогаш не сум имал болка на забот? Одговорот треба да биде убедлив, особено во случаите кога е потребна ревизија на каналното полнење - ретретман, хируршка ендодонција или екстракција.

Повторената интервенција варира во многу аспекти од примарниот ендодонтски третман. Ретретманските модалитети во тој однос клинички се сигнификантни и зависат од многу објективни и субјективни ефекти. Притоа, болката и заболувањето, патолошка состојба, можат да бидат независни. Повторената ендодонција во секој случај се акцептира, преферира и се прогласува за неопходна ако се исклучат сите опасности од фокална инфекција. Но, во некои случаи, следејќи ги клиничките и радиографските критериуми, со посебен респект на специфичните и строго индивидуални биолошки карактеристики на пациентот, се наметнува можноста за индицирање на некој од методите на ендодонската хирургија.

Токму затоа и целта на овој труд е да ги изнесе и дискутира селектираните критериуми за ендодонтски ретретман или ендодонска хирургија, низ призмата на специфичната техника за тоа и со посебна нагласка на новите ултрасонични техники на ретропрепарација, кои ги користат ендодонската хирургија кај веќе третирани заби. Во таа смисла, ендодонската хирургија (ЕХ) не претставува иновација од нов датум. Инцизијата и дренажата се одамна познати методи за намалување на болката и едемот, додека дефинитивните техники почна-

ле да се внесуваат во 19. век (6, 10). Во таа област на неконтролирана канална терапија, кога радиографијата била скоро недостижна, крајната хирургија станала неопходна секвела на ендодонтската терапија.

Но, временската димензија направила ЕХ да биде употребена како корективна техника на примарната ендодонтска терапија. Тоа предизвикало и поларизирање на мислењата и несогласувањата, што не ја спречило ЕХ да се развива како нивна потреба и важност. Со текот на годините и со внимателна клиничко-рентгенолошка евалуација, паралелно со матурацијата на полето на ендодонцијата, дотогаш често изговараните термини: *никогаш хирургија* или *секогаш хирургија*, на двете сосема конфликтни школи, станале подносливи во практиката и теоријата. Хирургијата не е секогаш неопходен чекор за ендодонтски успех, но таа е интегрален аспект на ендодонтската терапија. Во таа смисла е неопходна корекција на ставот кој ја гледа конзервативната ендодонција како опонент на хируршката ендодонција. Импресијата е секако дека хирургијата се сфаќа како радикална процедура во својот основен поим, иако понекогаш хируршката процедура станува конзервативен обид за избегнување на радикалната скевела - екстракција на забот. Можеби курсот на третманот може подобро да се дефинира како хируршки или нехируршки. Во тој случај, хируршката ендодонтска процедура би се гледала како целосно излекување или како извинување за лошата ендодонтска техника. Без оглед на целата филозофија на овие зборови, преточени во реална интервенција, низ литературата сè повеќе се презентира променетата улога на хирургијата во ендодонтската практика. Така, John West изнесува дека класичната дефиниција за ретретманот е изменета, а со тоа и ставот и индикациите за ЕХ се приближуваат до она што се нарекува биолошка солучија, од која понатаму произлегува и можноста за фиксна санација, алтернатива, која за пациентот секако претставува избор без дилема (11).

На тој начин, со современите технички можности се решаваат како биолошките, така и структурните, функционалните и естетските вредности, како услови за хармонија во стрес-релацијата на забот, што претставува сигурност за неговата иднина.

Литературата на секторот за ЕХ прикажува успех кој осцилира од 25% до 90%. Во една ретроспективна студија, направена од 4 ендодонти за период од 20 години, прикажана е 50% успешна ЕХ, оценета врз база на радиографска интерпретација, со посебна нагласка на карактеристиките на случајот (12).

Особено потенцирана е потребата од алтернативни методи во случаите на вертикална фрактура на коронка, корен или коронка - ко-

рен во сите етиолошки варијанти. Вертикалните фрактури на корените кај ендодонтски третираните заби претставуваат фрустрирачки феномен и за терапевтот и за пациентот, бидејќи кај нив тешко се поставува коректна дијагноза, додека актуелната терапија е единствено ендодонтска хирургија или екстракција (14).

Изменетата улога на хирургијата во еден свој домен, како што е ендодонцијата, и типот на хируршките ентитети се веќе добро селектирани и дефинирани и околу тоа не постои дилема кај оние што ги користат. Дискусијата, пак, се води околу критериумите кон кои треба да се придржуваме при селектирањето и тие би требало добро да се обработат и апсолвираат во сите нивни значајни димензии пред дефинитивно да се применат.

Simon и Frank, како дојдени во ендодонтската хирургија, изнесуваат значајни промени во концепцијата и филозофијата низ изминатите години, што според нив има за последица ревизија на многу од минатите индикации за радикална хируршка интервенција (7).

Класификацијата за автоматски индикации за ендодонтска хирургија е дадена на следната страна.

Правејќи го овој осврт, неминовно се наметнува потребата од набројување на хируршките ентитети, односно т.н. итна хирургија, од кои некои и ендодонтите ги користат спорадично или како дел од својата ендодонтска методика. Тоа се:

- инцизија и дренажа (методи на избор при ед-носансното лекување на периапикалните процеси);
- трепанација;
- дијагностичка хирургија;
- периапикална хирургија (која опфаќа периапикална киретажа, апикална ресекција, ретрополнење, анатомски редицајн).

Анатомскиот редицајн, со техниките што ги содржи, е дефиниран со следниве интервенции и термини:

- коренска ампутиација - отстранување на корен од повеќекоренски заб, оставајќи го коронарниот дел интактен);
- хемисекција - отстранување на корен со дел од коронката кај повеќекоренски заб);
- бикуспидализација - сепарација на повеќекоренски заб со вертикално сечење низ бифуркацијата на забот.


Индикациони размислувања

Меѓу индикационите размислувања, би ги наброиле следниве:

- внимателна евалуација на екстензивноста на периапикалното заболување и, посебно, на

КЛАСИФИКАЦИЈА ЗА АВТОМАТСКИ ИНДИКАЦИИ ЗА ЕНДОДОНТСКА ХИРУРГИЈА

**КОРЕКТИВНА ХИРУРГИЈА
или
АНАТОМСКИ РЕДИЗАЈН**

- ✓ Фрактуриран инструмент во каналот
- ✓ Перфорација со ротирачки интраканални инструменти
- ✓ Девијација на каналите
- ✓ Кога нехируршката интервенција е завршена а пациентот има  зголемување на процесот болка периапикална осетливост
- ✓ Лошо канално полнење (посебно со сребрени штифтови)
- ✓ Развој на периапикални патози по апликација на дефинитивно полнење
- ✓ Преполнет канал ако доаѓа до иритација
- ✓ Кога терапијата не може да ја елиминира периапикалната болка

ПАТОЛОШКИ ИНДИКАЦИИ

- ✓ Облитерација на каналот со калцифициран, депозит, болка и перзистирачка периапикална патоза
- ✓ Хоризонтална фрактура во апикалната третина и патоза што оневозможува отстранување на фрагментот
- ✓ Болка

АНАТОМСКИ ИНДИКАЦИИ

- ✓ Dens in dente
- ✓ Кога апексот не може од коронарен правец да се обработи
- ✓ Палпаторна непријатност во периапикалниот простор по терапијата

околната коскена структура на забот што е предмет на размислување и индикација за ендодонтска хирургија;

- терапевтот мора со крајна одговорност да ги познава и да ги оцени анатомските фактори; доколку степенот на оштетување на тие белези може да резултира во хазардни секвели, тој треба да одлучи да ја модифицира или контраиндицира хируршката интервенција;
- ресторативни и оклузални фактори.

Пред одлуката мастикаторните сили мора да бидат евалуирани.

Во тек на интервенцијата на долната вилица императив е фиксирање со лигатура. Престанатиот дел од коронарната порција на ампутираниот корен физиолошки ќе биде континуиран и доволен за периодонтално одржување.

Ако во претходното образложение е наведен терминот индикационо размислување, **контраиндикациите** се јасни и недвосмислено одредени:

- системски заболувања;
- анатомски контраиндикации;

- емоционална траума (конечно, по целокупното објаснување на пациентот за текот на интервенцијата, за можните компликации, за текот на оздравувањето, тој ја донесува конечната одлука).

Другата (прва) алтернатива на неуспешната ендодонтска терапија е ретретманот (Р): *рејрејман или не, рејрејман или ендодонтска хирургија, хирургија или не!?*

Во секој случај, основната индикација за ретретман од кој било вид е претходно постоење на третиран зав со сите негови посуптилни варијации. Но, сепак, идејата од која потоа треба да произлезе и одлуката наметнува и одредени прашања:

- дали е корисно отстранување на успешната коронарна реставрација и неизвесниот пад кон каналниот систем на забот;
- ако одлуката за ендодонтски ретретман е рендгенолошки индицирана, која е шансата за подобрување на полнењето;
- како да му се објасни на пациентот одлуката за повторување на терапијата (ова само во случај на отсутна субјективна симптоматологија).

Овие три основни дилеми кои ја опфаќаат субјективната интерпретација на информациите треба да претставуваат базична селекција на случаите на ендодонтскиот ретретман имајќи го притоа предвид и фактот дека тој, сепак, има редуциран степен на успех. Критериумите за селекција треба да произлезат пред сè од една солидна клиничка и радиографска евалуација на примарниот ендодонтски третман и, во согласност со акцептираните критериуми и диференцијалната дијагноза, да се дијагностицираат како **успешна** или **неуспешна** ендодонтска терапија. Во таа смисла би можело да биде презентирано следново индикационо подрачје за ендодонтскиот ретретман:

- недополнет канал - преполнет канал - нехомогено полнење;
- фрактура на каналниот инструмент;
- состојба на периапикалното ткиво;
- фрактура на коронка - корен;
- погрешен пат;
- болка;
- протетичка индикација.

Сигурно е, исто така, дека ендодонтскиот ретретман треба да биде проследен со примена на модифицирани техники во зависност од природата и инциденцијата на техниките во примарниот ендодонтски третман, за што ќе одлучи клиничката и рендгенолошката евалуација во моментот на одлука.

Постоењето одредена симптоматологија од страна на периодонциумот, анатомоморфолошките соодноси на каналниот систем, како и потребата од превентивен ендодонтски ретретман се појдовни параметри во проценката на природата на случајот, потенцијалот за оздравување (здравствениот потенцијал), патогенезата и ургентноста на ретретманот. На пример:

- претходна пулпектомија упатува на можноста за постоење на калцификати;
- претходен ретретман или апикален хируршки зафат сугерираат сигурна потреба за размислување околу ретретманот;
- препознавајќи ги, пак, стандардите на работата на претходниот терапевт, си пружаат помош во диференцирањето на лошата терапија и терапијата на компромис како производ на клинички објективниот лимит (2).

Посебен аспект на ретретманот и ендодонтската хирургија претставуваат техничките можности и инструментацијата проследени со одредено искуство. Одговорноста на терапевтот во овој случај правилно да го евалуира својот капацитет и способност за исведување ретретман во согласност со најсовремените технички можности треба да биде на завидно ниво (4,5,8,9).

Во таа смисла, најновата техничка можност што ни стои на располагање е неосонич-

ниот ултрасоничен унит (Amadent, Chery Hill, New Jersey), кој лесно може да ги отстрани сребрениот штифт, коронката и другите канални полнења. Има додатоци на микрохируршки врвови за ултрасонична канална препарација и ретропрепарација, со постојано присуство на осцилирачка вода. Neosonic унитот, со пиезоелектричните сили, симултано го чисти и препарира каналот и посебно апикалниот дел.

Микрохируршките врвови на ротирачките инструменти се така конфигурирани, да одговораат на ендодонтските димензии на апикалната анатомија. Тие имаат пет вида грацилни специфично конфигурирани делови кои работат со мултифункционален кварцен пиезоелектричен систем со наполно самостоен коленик.

Постојат Neosonic T™ фиксиран и Neosonic™ портабл, кои можат да бидат интегрирани во денталниот унит со адаптер. Водата и воздушниот притисок се контролираат на вообичаен начин, со активација на реостат на денталниот унит. Овој апарат има способност и за ретроградна и за ортоградна ултрасонична канална препарација со употреба, дури, и на конвенционалните игли. На унитот може да се монтираат додатоци за кондензација на амалгам, кондензација на гутаперка, отстранување на протези и др. (5).

Со употреба на лупи со големо зголемување и влакнеста оптичка илуминација, грешењето или лугањето низ коренската канална анатомија, особено латералната, аксесорната и исмусната врска, се избегнуваат и се овозможува ефектно ретрополнење.

Софистицираната екипираност и нејзината инкорпорација во техниката на алтернативните методи на погрешната ендодонција е револуционерна и извонредно корисна, како за хируршката така и за хируршката ендодонција, и може да биде гласник на ерата на стопроцентна успешна терапија кај соодветните индикации (3,8).

Другата револуционерна можност за алтернативна ендодонција е користењето на оперативниот микроскоп кој, со илуминацијата и зголемувањето на објектот, ги пружа сите услови за успешна терапија (13).

Заклучни забелешки

Примарната цел на ендодонцијата е отстранување на интраканалниот извор на иританси, како заштита на периапикалната околина. За да имаме долготраен успех, каналот мора да биде затворен, исполнет. Прогнозата во тој случај ќе биде производ на имплементарните објективни терапевски зафати. Ако тие се објективно задоволувачки, биолошката репа-

рација до состојба на функционално здравје ќе биде присутна кај индицираните случаи за ретретман или ендодонтска хирургија.

Во секој случај, изборот ќе даде предност на ретретманот, со услов за максимална редуција на иритансите и контаминентите, со што треба да биде отстранета резидуалната патоза, остатоците од полнењето, за да се постигне биолошкиот императив на ендодонтската терапија (8).

Во другите несоодветни случаи, за ретретман се индицира ендодонтската хирургија со примарна директива, за да се минимизира несаканата траума на околните ткива, со олеснување на евентуални рапидни несакани процеси на заздравување.

Со новоприказаните техники на спроведување на алтернативните ендодонтски методи, не само што е овозможена санација на патолошкиот процес, туку се овозможува и анатомски дизајн кој со подоцнежните терапевски постапки ќе овозможи и комплетна рехабилитација на орофацијалниот комплекс.

Користењето на ретретманот и ендодонтската хирургија, во согласност со комплетното информирање на пациентот за текот на интервенцијата и можните компликации, обезбедува негова комплетна соработка, а со тоа и дефинитвна елиминација на предизвикувачот на патолошкиот фокус и неговиот континуиран циклус без остатоци од комплетниот ендодонтски анатомски систем на забот.

Литература

1. CASTELLUCI A. Endodonzia. Edzioni Odontoiatriche II Tridente. Prato 1993: p1.

2. CASTELLUCI A. La rimozione dei coni d'argento e degli strumenti rotti nei ritrattamento non chirurgici. *Attualita' Dentale* 1995; (17): 6-22.
3. CAAR G. Comuni errori in endodonzia chirurgica. *Attualita' Dentale* 1995; (17): 34-41.
4. GROSSMAN L. *Endodontic practice*, Lea Fabiger 1981.
5. GROSSMAN G. Ultrasonic retropreparation. *Surgical Endodontics* 2001. *Oral Health* 1992; 15.
6. JENIFER M. The future is now: Five steps for making it happen. *FDI World* 1995; 17: march-april.
7. FRANK A, SIMON J. *Clinical and surgical endodontics: Concepts in practice*. JB Lipincott, Philadelphia, 1983: pp114-24.
8. FRANK A, GLICK D, PATTERSON S, WEINE F. Long term evaluation of surgically placed amalgam fillings. *J Endod* 1992; 18: 391.
9. SMITH J, SURVEY A. Controversies in endodontic treatment and retreatment. *J Endod* 1981; 7(10): 477-83.
10. SHIMON F. Endodontic retreatment: Case selection and technique. Part 1: Criteria for case selection. *J Endod* 1986; 12(1): 38-33.
11. RUDDLE C. Trattamento di una perforazione endodontica con l'aiuto del microscopio operatore. *Attualita' Dentale* 1995; (16): 6-17.
12. TAMSE A. Etiology, diagnosis and radiographic features of vertical root fractures. *G It End* 1995; (1): 10-8.
13. WEST I. Principi base per i ritrattamenti endodontici a cambiate la defrinizione. *Attualita' Dentale* 1995; (15): 8-50.