

Hirurško-protetsko lečenje velikih cista donje vilice

Ljubiša Džambas*, Asen Džolev†

Medicinski fakultet, *Klinika za stomatologiju, †Klinika za maksilofacijalnu hirurgiju†, Novi Sad

U ovom radu prikazan je kombinovan, hirurško-protetski zahvat u rekonstrukciji defekta kosti donje vilice nastao enukleacijom ciste donje vilice (Cystektomia Partsch II) kod bolesnika starog 53 godine. Nakon sveobuhvatne dijagnostike pristupilo se planiranju hirurškog zahvata sa posebnim osvrtom na: prirodu bolesti, zdravstveno stanje bolesnika, veličinu i prostranost ciste, gubitak tkiva, a potom i na mogućnost stomatološko-protetske sanacije koštanog defekta donje vilice parcijalnom postresekcionom zubnom protezom. Svakako iz ovoga proizilazi imperativ timskog rada maksilofacijalnog hirurga i specijaliste protetičara. Ovakvim radom se može postići veoma efikasno i manje rizična regeneracija mekih tkiva, kao i koštanog tkiva (osteogeneza). Bolesnik se vrlo brzo oporavlja, vraća svakodnevnim životnim i radnim aktivnostima, a da mu se po pitanju kvaliteta života nakon hirurškog i protetskog lečenja nisu desile značajnije promene.

K l j u č n e r e č i : vilice, ciste; mandibula; hirurgija, oralna, procedure; zuba proteza, parcijalna; lečenje, ishod.

Uvod

Ciste predstavljaju patološke šupljine iznutra obložene epitelom i ispunjene cističnim sadržajem. Prvi skromni opisi koštanih cista se pojavljuju oko 1654. godine u zapisima Jochanes Skultetusa. Opisi cista u radovima Pierr Faucharda, John Huntera, Virchowa, Dupuytrenia se proširuju, dopunjuju i osavremenjuju (1).

Međutim, tek na prelazu dva veka, devetnaestog u dvadeseti, otkrićem Röntgenovih X zraka, snimanjem viličnih kostiju i zuba, postavlja se novi pristup u dijagnostici i lečenju viličnih cista.

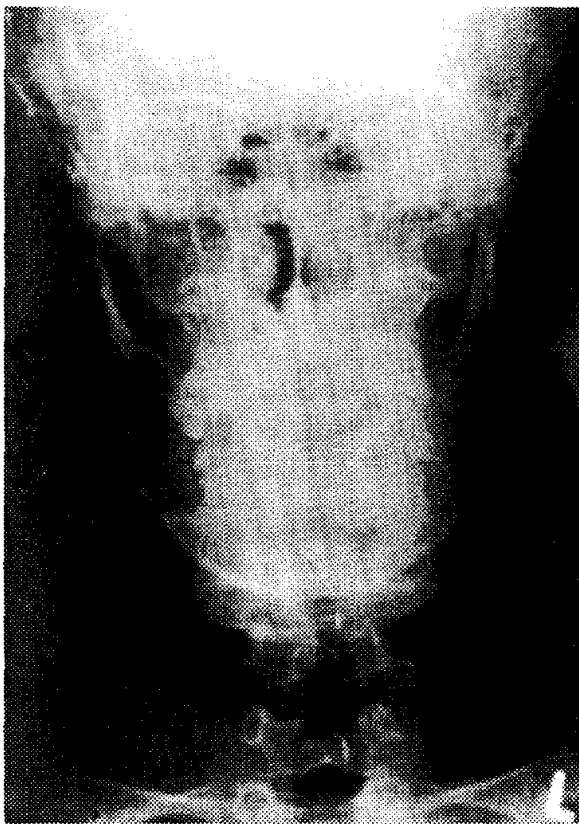
Istraživanja Karla Partscha, istaknutog nemačkog hirurga i profesora Univerziteta u Breslauu, dala su neprocenjivu vrednost u opisima radikularnih i periodontalnih cista. Daje detaljne opise patogeneze, kao i terapijske pristupe prvenstveno operativne u lečenju viličnih cista (marsupijalizacija ciste cistostomija, *Partsch I*, enukleacija ciste-cistektomija, *Partsch II*) (1-5). I danas, na pragu dvadeset i prvog veka, u eri savremene medicine i stomatologije njegovi radovi predstavljaju glavne principe u terapiji operativnih pristupa lečenja viličnih cista, poštujući jedinstvene, savremene pristupe u dijagnostici i terapiji ovoga područja.

Prikaz bolesnika

Bolesnik, muškarac star 53 godine, radnik, javlja se na Kliniku za maksilofacijalnu hirurgiju zbog asimetrije lica i otoka u predelu donje vilice sa desne strane. Na osnovu anamnestičkih podataka saznajemo da se bolesnik prvo javio svom ordinirajućem lekaru, koji mu prepisuje i savetuje upotrebu antibiotika. Nakon izvesnog vremena promena se uvećava, pa se bolesnik sada obraća za pomoć specijalisti oralnom hirurgu, koji dijagnostikuje prisustvo velike ciste u telu donje vilice sa desne strane i upućuje bolesnika na Kliniku za maksilofacijalnu hirurgiju - Medicinskog fakulteta u Novom Sadu.

Dopunskom dijagnostikom i RTG snimkom (slika 1) uočava se promena u korpusu i ramusu donje vilice sa desne strane, što bi odgovaralo cističnoj promeni promera 7 x 4 cm. Nakon pripreme bolesnika pristupilo se u opštoj anesteziji hirurškom lečenju ciste (enukleacija ciste, cistektomija Partsch II) (slika 2). Incizija je načinjena po alveolnom grebenu više lingvalno, te je odignut mukoperiostni režanj ka bukalno. Cistični sakus je u celosti odstranjen kada je konstatovana velika destrukcija koštanog tkiva tela donje vilice. Koštane ivice zaravnate su frezom, a mukoperiostni režanj

postavljen na dno koštanog defekta, prema mandibularnom kanalu (5–9). Nakon završetka operativnog zahvata koštani defekt je istamponiran jodoform štrajfom, koja je u toku tri nedelje menjana svaka tri dana. Posle epitelizacije površine koštanog defekta pristupilo se stomatološko-protetskoj sanaciji sa parcijalnom donjoviličnom postresekcionom protezom.



Sl. 1 – Rtg snimak velike koštane ciste mandibule sa desne strane



Sl. 2 – Koštani defekt nakon enukleacije ciste

Na Klinici za stomatologiju stomatolog-protetičar je na osnovu kliničkog ektra i intraoralnog pregleda bolesnika, analize RTG snimka načinio plan stomatološko-protetske rehabilitacije. U prvoj fazi jednim aktom uzet je anatomski otisak rezidualnog alveolnog grebena donje vilice, preostalih zuba, kao i velikog koštanog defekta donje vilice. Otisak je uzet standardnom kašikom i alginatnim materijalom. Na osnovu ovog otiska u zubnoj laboratoriji je izliven anatomski model u gipsu.

Ovaj model je postavljen u paralelometar gde je isplaniran izgled buduće parcijalne postresekcionne zubne proteze, sistem retencije, put unošenja, a zatim su ucrtane i granice budućeg opturacionog dela, koji će biti postavljen u koštani defekt. Da bi se u sledećoj fazi mogao uzeti precizan funkcionalni otisak, u laboratoriji je načinjena akrilatna individualna kašika za uzimanje funkcionalnog otiska.

Posebnost uzimanja funkcionalnog otiska u slučaju velikih koštanih defekata je u materijalu kojim se otisak uzima (elastomeri) i pažljivom rukovanju individualnom kašikom, prilikom unošenja u usnu duplju. U ovom slučaju sve ovo je determinisano brojem, rasporedom, preostalim zuba i položajem koštanog defekta na donjoj vilici. Posebna pažnja u ovakvim slučajevima se ogleda u količini manualnog pritiska prilikom uzimanja funkcionalnog otiska operativne regije, jer je koštana šupljina bila velika, a ostatak koštanog tkiva na dnu defekta nije te debljine da bi u ovom trenutku mogao da podnese uobičajene prenose fiziološkog pritiska žvakanja.

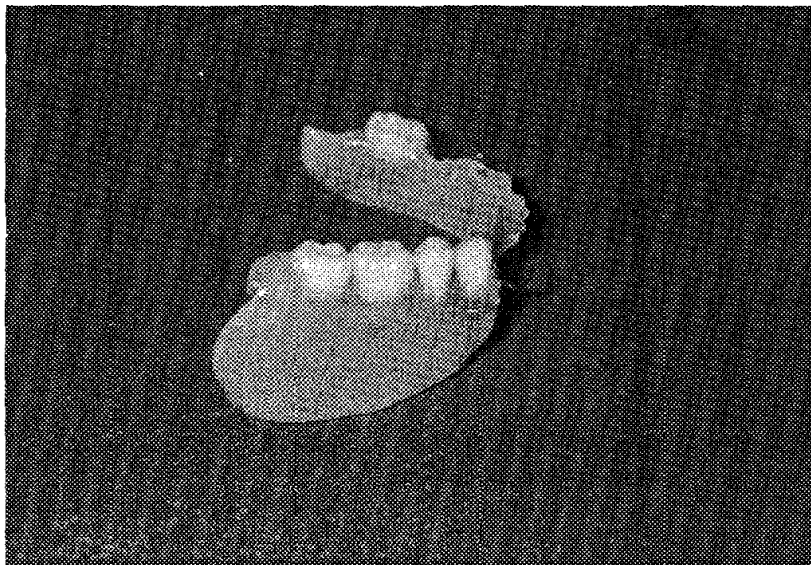
Izrada voštanih modela, njihov prenos u artikator, proba postavljenih zuba su standardne faze pri izradi parcijalnih postresekcionnih proteza. Sve ove faze, od anatomske otiska, pa do predaje gotovog protetičkog rada odvijale su se unutar 72 časa, što znači da je bolesnik zbrinut po svim pravilima hirurškoprotetskog lečenja (10).

Bolesniku su data detaljna uputstva o načinu korištenja postresekcionne proteze (slika 3), kao i o načinu održavanja higijene proteze, koštane šupljine i preostalim zuba. Skrenuta je posebna pažnja pacijentu da je potrebno da dolazi na Klinikum za stomatologiju svakih sedam dana zbog korekcije opturacionog dela postresekcionne parcijalne proteze, da bi se defekt koštane šupljine mogao što ravnomernije i brže popunjavati.

Diskusija

Vilične ciste su patološke šupljine ovalnog ili okruglog oblika, čija je unutrašnjost obložena epitelom i ispunjena cističnim sadržajem (1, 2, 8). Iziskuju radikalno hirurško lečenje, tj. potpuno odstranjenje cističnog sakusa, nakon čega dolazi do postepene regeneracije mekog i koštanog tkiva. Pored postepene regeneracije koštanog tkiva (osteogeneza), postoji mo-

gućnost nivelacije (3, 6) koštanog defekta primenom veštačke kosti (Biooss, Biogate, Bioplant HTR synthetic bone). Takođe, za nadoknadu koštanih defekata može se koristiti koštani transplantat, najčešće autotransplantat. Ove metode iziskuju nabavku biomaterijala, kao i vremenski dužu hiruršku intervenciju, ako se vrši osteoplastika.



Sl. 3 – Parcijalna postresekciona zubna proteza za donju vilicu

Dobru morfološku i kvalitetnu funkcionalnu rekonstrukciju defekta koštanog tkiva možemo postići totalnim uklanjanjem patološkog tkiva ciste i njenog sadržaja. Moramo paziti da hirurškim zahvatom ne dovedemo do većeg traumatizma lokalnog tkiva i bliskih anatomsko-morfoloških struktura i prostora (mandibularni kanal). Primenom operativnih zahvata velikih cista kostiju vilice, primenjuje se otvorena tehnika.

Ona se primenjuje kada veličina cistične promene, odnosno koštanog defekta, ne garantuje mirnu stabilizaciju krvnog koaguluma u njemu. Treba ukloniti sve podminirane delove koštanog tkiva radi što korektnijeg učvršćivanja mukoperiostnog režnja. Mukoperiostni režanj će biti čvrsto fiksiran u koštanom defektu samo ako se napravi solidna tamponada jodoformom štrajfnom ili gazom. U toku tri nedelje jodoform gaza ili štrajfna se menja svaka tri dana, kada se može reći da se mukoperiostni režanj učvrstio.

Bolesniku se tada može uzeti otisak za izradu postresekcionne opturacione proteze. Opturacioni deo treba da naleže što intimnije na dno i strane koštanog defekta. Kontrolišući popunjavanje koštanog defekta u određenim vremenskim intervalima, neophodno je skraćivati ili istanjivati opturacioni deo postresekcionne proteze. Skraćivanje, odnosno istanjivanje opturacionog dela u toku prve dve nedelje, vršeno je svakog trećeg dana. Nakon toga isti postupci su ponavljani u dužini od tri nedelje svaki sedmi dan. Zatim je zakazivana kontrola jednom mesečno.

Zaključak

Iz svega proizilazi da samo timskim radom, hirurško-protetskom intervencijom, odnosno lečenjem mogu se postići zadovoljavajući rezultati, bolesnik se brzo oporavlja i vraća svakodnevnim životnim i radnim aktivnostima

Tri nedelje nakon odstvanjenja ciste mora se pristupiti stomatološko-protetskoj sanaciji.

Stomatološko-protetska sanacija postresekcionom zubnom protezom mora biti započeta i završena u toku 72 časa.

LITERATURA

1. Petrović V, Gavrić M. Jaw, face and neck cysts. 1st ed. Beograd: Nauka; 1994. p. 15–49. (in Serbian)
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p. 103–9.
3. Kafedžiska-Vračar V. Healing of the jaw bone deffects. Stomatol Glas Srb 1996; 43(1): 21–3. (in Serbian)
4. Bhaskar SN. Synopsis of oral pathology. 7th ed. St Louis: Mosby; 1986. p. 226–59.
5. Gil KM. Cysts of the jaws, their diagnosis and surgical treatment. Available at URL: http://www.uni-wh.de/de/zahni/postgraduate/chirurgie_en.htm.
6. Murray VK. Anterior ridge preservation and augmentation using a synthetic osseous replacement graft. Compend Contin Educ Dent 1998; 19(1): 69–74, 76–7.
7. Hall AM, Orth D. The solitary bone cyst. Report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 42(2): 164–8.
8. Shear M. Cysts of oral regions. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd; 1992. p. 65–90.
9. Liposky RB. Decortication and bone replacement technique for the treatment of a large mandibular cyst. J Oral Surg 1980; 38(1): 42–5.
10. Vujošević LJ, Stamenković D, Pavlović G, Popović G, Obradović-Đuričić K. Dental materials. Beograd: Medicinska knjiga: Medicinske komunikacije; 1997. p. 15–120. Rad je primljen 20. XI 2002. god.

Abstract

Džambas Lj, Džolev A. Vojnosanit Pregl 2003; 60(3): 365–368.

SURGICAL-PROSTHETIC TREATMENT OF LARGE MANDIBULAR CYSTS

This paper presents a combined surgical-prosthetic procedure of reconstructing mandibular bone defect in a 53 year old patient, following enucleation of a mandibular cyst (Cystectomy Partsch II). After a thorough diagnostic evaluation, a surgical procedure was planned with the particular attention to the nature of the disease, patient's condition, size and extension of the cyst, tissue loss, and the possibilities of prosthetic management of a mandibular bone defect with partial postresection dental prosthesis. *It is of great importance to point to the significance of teamwork of a maxillofacial surgeon and a specialist in prosthodontics.* This kind of cooperation provided very effective and less risky soft tissue, as well as bone tissue regeneration (osteogenesis). The patient's recovery was fast, and he could return to his daily activities and work without significant changes regarding quality of life after surgery and prosthetic treatment.

Key words : jaw cysts; mandible; oral surgical procedures; denture, partial; treatment outcome.