

Adtok a danetio difficilis néhány kérdéséhez

Írta: Gyenes Vilmos dr.—Tóth István dr. orvosalezredes—Sárkány Tibor dr. orvosalezredes

A dentitio difficilis igen gyakori kórforma a fogsebészetben, különösen a katonaköteles korban találkozunk sokszor ezzel a betegséggel. Beteganyagunkon szerzett tapasztalatainkat kívánjuk az alábbiakban ismertetni.

*Dentitio difficilis*en a bölcsességfog kóros áttörésével kapcsolatos tünetcsoportot értjük. Ez sokszor súlyos komplikációkat idézhet elő, amelyek megszüntetése a fogorvos elsőrendű feladata.

Az alsó bölcsességfog anatómiai helyzete több szempontból kedvezőtlen. Ilyen kedvezőtlen körülmény, hogy a fog mélyen a csontszövetben fekszik, gyakran impaktált. A bölcsességfog gyökércsúcsa az állkapocscsatornához közel helyezkedik el, a m. mylohyoideus eredése alatt. Tudvalevő ugyanis, hogy a m. mylohyoideus alá húzódó gennyes folyamatok sokkal veszélyesebbek, mint az izom szintje feletti, mivel közvetlen összeköttetésben állnak a mély nyaki-kötőszöveti részekkel.

A betegség okozója az a térszűke, amely az áttörést megnehezíti vagy lehetlenné teszi.

Az impaktálódás anatómiai oka az, hogy az állkapocs vízszintes ága a fogív hosszához viszonyítva rövid és így a fog distalis csücskei már a felhágó ág mellső szélei alá esnek. A mellső csücskök áttörnek a nyálkahártyán, a fog további előtörését azonban akadályozza a felhágó ág. Gyakran azonban nem is töri át a vastag csontot.

Az állcsontok súlyosabb dentális eredetű betegségei túlnyomó részben a megbetegedett alsó bölcsességfog szövödményeiből indulnak ki. Ezek a szövödmények részben pulpoapicalis, részben parodontalis eredetűek.

Az odontogen infectio által okozott kórkép kialakulását elsősorban az anatómiai viszonyok befolyásolják, másodsorban a kórokozók virulentiája, valamint a szervezetnek a baktérium-invázióval szemben tanúsított védekező képessége.

Az előtörő alsó bölcsességfoggal kapcsolatos szövödményeket két nagy csoportban tárgyalhatjuk:

1. A normális helyzetben levő 8-asok előtörése kapcsán létrejövő lágyrész-gyulladások, pericoronaritis, periostitis stb.

2. Impaktált és retineált bölcsességfog okozta szövödmények.

Azért tartjuk célszerűnek a szövödmények e két csoportban való tárgyalását, mert ténykedésünket lényegesen befolyásolja a bölcsességfog helyzete.

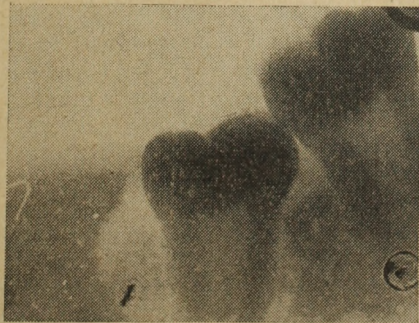
A bölcsességfog előtörésekor általában három fő típust különböztetünk meg:

a) az előtörőben levő fogat különböző vastagságú csont fedi (1. ábra);

b) a fogat már csak lágyrész takarja (2. ábra);



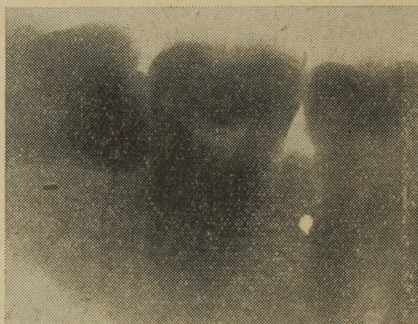
1. sz. ábra



2. sz. ábra

c) egy vagy több csücsök áttört a nyálkahártyán, de még a fog koronai részének kisebb-nagyobb szakasza lágyrésszel fedett (3. ábra).

Ezek a fő típusok kívül átmeneti állapotok is előfordulhatnak. Az első esetben nem szokott panaszt okozni az impaktált vagy retineált fog. A második esetben gyulladásos tünetek akkor jelentkezhetnek, ha a 7-es fog mögötti gingiva nem tapad a fognyakon és ezen a helyen fertőződik az előtört 8-as fogzacsckója, vagy pedig az antagonista felső fog csücske harapáskor usurálja a bölcsességfogat fedő nyálkahártyát. A panaszok zömét a harmadik típusba tartozó fogak okozzák. Az előtört csücsök mellett igen könnyen mélybe hatolhat a fertőzés. (Pangó ételmaradékból, amely jó táptalaj a baktériumok számára.) A gyulladás először a fogkoronát környező szövetekre lokalizálódik, ezt nevezük pericoronaritisnek; ha a folyamat tovább terjed, a periostitis típusos képe



3. sz. ábra

alakul ki, mely rendszerint a linea obliqua mentén kúszik előre. Ez a szerencsésebben lezajló folyamat. Előfordul azonban az, hogy az ellenállóképesség csökkenése vagy a baktériumok nagyfokú virulentiája következtében a folyamat a környező lágyrészekre is ráterjed, retromandibularisan, perimandibularisan, peritonsillarisan és parapharyngealisan kúszhat tova, ennek következtében különböző abscedáló vagy phlegmonosus folyamatok léphetnek fel.

A dentitio difficilis lefolyásában a következő három fokozatot különböztethetjük meg: 1. A fogat borító nyálkahártya duzzadt, a tasakból nyomásra genny ürül, a beteg állkapocsszöglet tájékára lokalizálódó, lüktető, tompa jellegű fájdalomról panaszkodik. A szájzár ebben a stádiumban a legtöbbször még csak enyhe. A pericoronaritishez szövődményként gingivitis is csatlakozhat, más esetekben recidiváló tasakgyulladás formájában zajlik le a folyamat. A submandibularis nyirokcsomók a legtöbbször duzzadtak és fájdalmasak. 2. Ha a folyamat nem gyógyul meg, akkor a fájdalom és a szájzár fokozódik. A gyulladásos oedema ráterjedhet a környezetre, nyeléskor fájdalom jelentkezik. Differential-diagnosztikai szempontból ilyenkor legfontosabb a peritonsillaris tályogtól való elkülönítés. Utóbbira jellemző, hogy ennél szájzár általában nem szokott kifejlődni. A hőmérséklet elérheti a 38–39 C°-ot. Gyakran látjuk, hogy a fog már kopogtatásra érzékeny, a gyulladás nem áll meg a fognyaknál, periodontitis léphet fel. Előfordulnak esetek, ahol egyidejűleg pulpitis súlyosbítja a folyamatot az apicalis fertőzés lehetősége által. A linea obliqua mentén tályogok képződnek, gyakori a tasakból kiinduló fekélyes folyamat is. Máskor fekélyes szájgyulladás váltja ki a tasak gyulladását, ez azonban a ritkább eset.

3. Ha a beteg nem részesül kezelésben vagy orvosa túlzottan konzervatív módon kezeli, még tovább terjedhet a gyulladásos folyamat, kifejlődik a dentitio difficilis harmadik fokozata. Helyes kezelés mellett a kórokozók nagyfokú virulenciája vagy a szervezet csökkent ellenállóképessége miatt juthat a beteg ebbe az állapotba. Már arckifejezése is komoly beteg benyomását kelti. Az eddig lokalizált folyamat tovább kúszik buccalisan a linea obliqua mentén, linguálisan pedig a szájfenéken keresztül a parapharyngealis térbe. A perimandibularis infiltratum többnyire kemény tapintatú. A tályogok mélyen a fascia-rések között fekszenek és a felettük levő szövetek erősen beszűrődöttek. Ezért a fluctuatio csak ritkán mutatható ki. Fontos, hogy erre gondoljunk, mert a hiányzó fluctuatio már sok esetben a beavatkozás elhalasztásához vezetett és emiatt súlyos szövődmények jöttek létre. A feltárás időpontjához útmutatást ad a hőmérséklet hirtelen kiugrása (ez antibiotikum adása esetén elmaradhat) és egy körülírt hely nyomásérzékenysége, ahol a beteg szűrő fájdalomról panaszkodik. Ha nehéz az incisio időpontját meghatározni, akkor inkább előbb avatkozunk be, mint később.

Miután kezelési tervünket elkészítettük, döntenünk kell az érzéstelenítés módja felől is. Egyesek még ma is alkalmazzák a központi érzéstelenítést (rauscht) dentitio difficilisben, szájzár esetében. Szájterpesztővel erőszakosan szüntetik meg az izomkontrakciót. Ezt az erőszakos eljárást lehetőleg el kell kerülni, mert nem veszélytelen.

A fogorvos szempontjából az általános érzéstelenítés a helyi érzéstelenítéssel semmiképpen sem veheti fel a versenyt.

A narcosis mindig súlyosabb psychés trauma a betegre nézve, mint a helyi érzéstelenítés. E körülmények indokolják, hogy narcosist, vagy bódítást csak akkor végezzünk, ha a helyi érzéstelenítésnek valamely abszolút vagy relatív ellenjavallata van.

Meg kell említenünk azonban az intratrachealis narcosist is, ennek mind szélesebbkörű bevezetése óta a narcosis kérdésében is változás állott be. Azokban az intézetekben, ahol intratrachealis narcosishoz alkalmas gép áll rendelkezésre, minden súlyosabb phlegmone műtéti megoldásánál ezt az érzéstelenítési formát helyezik előnybe. Mély narcosist hoznak létre, az izmok elernyednek és a szájnyitás könnyen, erőszak nélkül végezhető el. Feltétlenül előnyed, hogy a munkában nem zavarja az operatórt, mivel a tubus orron át is bevezethető. A bódítással ellentétben nem sürget az idő rövidsége, félrenyelés, aspiratio nem következhet be és a sebészeti beavatkozás teljesen fájdalommentesen végezhető el.

Az utóbbi években, főleg az antibiotikumok bevezetése óta, az a vélemény alakult ki, hogy helyi érzéstelenítés gyulladásos szövetekben is végezhető.

Balogh az 1952. évi Árkövy-kongresszuson számolt be a gyulladásos szövetek érzéstelenítésével kapcsolatos kísérletes vizsgálatairól, amelyek eredményeképpen közli, hogy a gyulladásos szövetek érzéstelenítésekor inoculatio fertőzés nem történt és az ép szövetekbe nem sikerült kimutatható kórokozót átpréselni.

Simon, Frankl, Kirschner, Usadel, Huhnemann, Finsterer, Kuhlenkampff, Köhler, Hofer és Rosenthal véleményével megegyezően, a helyi érzéstelenítés hívei vagyunk, még abban az esetben is, ha a tüt gyulladásos szöveten kell keresztülvezetni. Sok esetben végeztük ezen érzéstelenítési eljárást hosszú éveken keresztül, de egyetlen alkalommal sem észleltünk olyan szövődményt, amely az érzéstelenítés rovására lett volna írható. Mindenesetre ha mód van rá, akkor a helyi érzéstelenítést úgy végezzük el, hogy tünket gyulladásmen-

tes területen vezetjük keresztül és az érzéstelenítő folyadékot gyulladásmentes területre fecskendezzük be.

Teljes vagy olyan nagyfokú szájjár esetén, amikor intraoralis vezetéses érzéstelenítés nem végezhető le, a szájjár oldására Szász eljárását vagy Szokolóczy extraoralis érzéstelenítési módszerét szoktuk alkalmazni.

Mint már az előzőekben említettük, pericoronaritiseknél, ha rövidesen várható a fog előtörése, megkísérélhető a fog megtartása mellett a lágýrészek gyulladásának megszüntetése. Ennek módja a következő: érzéstelenítés után a fogat fedő nyálkahártyát kimetszük, ezáltal a fog koronai része kiszabadul. A műtéti terület helyére 2—3 napon keresztül Chlumsky-oldatos v. vazelines csíkot helyezünk. A gyulladással általában 2—3 nap alatt lezajlanak. Amennyiben az állapot rosszabbodása következik be, úgy antibiotikumok adása mellett a fogat el kell távolítani.

Tapasztalatunk megegyezik Rounds véleményével, hogy a tasak kimetszése után még a kedvező helyzetben lévő fog előtörése is csak akkor várható biztosan, ha a fog gyökere még nincs teljesen kifejlődve, tehát 15—16 éves korban.

Osztályunkon a legtöbb pericoronaritises 8-as fogat együlésben eltávolítjuk. A panaszok 2—3 napon belül megszűnnek.

Ha a röntgenfelvétel szerint a fog elhelyezkedése vagy a gyökér alakja miatt az extrakció előreláthatóan komoly nehézségeket okozna, nem is kísérletezünk az extractióval, hanem rögtön sebészi feltárással távolítjuk el a fogat. Amennyiben ilyen esetekben nagy szájjár kíséretében phlegmonosus gyulladás áll fent, a fog eltávolítását a súlyos tünetek lezajlása utáni időre halasztjuk el. Ebben az állapotban szükség esetén külső vagy belső incisiót végzünk és a folyamat javulását fizioterápiával, antibiotikumokkal, pára-kötéssel gyorsítjuk.

Ezek után ismertetjük a Honvéd Központi Kórház Szájsebészeti Osztályának fentiekre vonatkozó 10 éves anyagát.

10 év alatt összesen 1825 beteg jelentkezett dent. diff. megbetegedéssel.

A beteganyag feldolgozásánál mellőztük a nem- és korszerinti beosztást, mivel az osztály speciális beteganyaga miatt más statisztikákkal reális összehasonlító képet nem nyújtott volna.

Az 1825 betegből fekvő osztályra került	465
ambuláns kezelésben részesült	1360
konzervatív kezeltünk	115 beteget.

Az alkalmazott kezelés módját az 1. számú táblázatban tüntettük fel. A szövődményekre vonatkozó adatok a 2. sz. táblázatban láthatók.

1. TÁBLÁZAT

A DENT DIFF. KEZELÉSI MÓDJA.

KONZERVATIV ELJÁRÁS	SEBÉSZI			ÖSSZESEN
	TASAK KIMETSZÉS	EXTRACTIO	VÉGÉS	
115	65	1430	215	1825

Tasakkimetszést, amint a táblázatban is látható, 65 esetben végeztünk. Ezek közül 15 esetben a kezelés eredménytelen volt, úgyhogy a fogat később el kellett távolítanunk.

Osztályunkon a dent. diff. betegek átlagos ápolási ideje 7,86 nap.

A fog eltávolításánál igyekeztünk mindig kíméletesen eljárni, nem erőltettük a mindenáron való extractiót, inkább a praeventív feltárást alkalmaztuk, ennek köszöhető, hogy nagy anyagunkban művi állkapocstörés nem fordult elő.

2. TÁBLÁZAT

A DENT DIFF SZÖVŐDMÉNYEI

A FOG ELTÁVOLÍTÁSA ELŐTT	PERICORONARITIS	1145
	TELJES SZÁJZÁR	24
	RESZLEGES SZÁJZÁR	70
	PERIOSTITIS	59
	PHLEGMONE	12
A FOG ELTÁVOLÍTÁSA UTÁN	STOMATITIS ULCEROSA	29
	DOLOR P EXTRACTIONEM	46
	OSTITIS ALVEOLARIS	32
	TELJES SZÁJZÁR	36
	RESZLEGES SZÁJZÁR	124
	PHLEGMONE	6

A phlegmonosus esetek megoldásánál 12 esetben végeztünk külső incisiót és 23 esetben belső incisiót periostitis miatt.

Tapasztalataink szerint tehát a bölcsességfogak nehéz áttörésénél egyes kivételes esetektől eltekintve, radikális sebészi eljárás indokolt. A gyulladt lágyrészek injectiós érzéstelenítése megfelelő technika mellett veszélytelen.

A nagyfokú szájjárral, duzzanattal, magas lázzal járól phlegmonosus esetek kezelése feltétlenül a kórházi szájbébszeti osztályok feladata.

Összefoglalás

A szerzők, nagy beteganyagon szerzett tapasztalataik alapján ismertetik az alsó bölcsességfog nehéz áttörésével kapcsolatos kóros folyamatokat. Állást-foglalnak a befecskendezés helyi érzéstelenítés alkalmazása mellett. Véleményük szerint a kezelésnél a radikális sebészi eljárás indokolt.

IRODALOM:

1. Adám L. Emlékkönyv. 1947. — 2. Balogh—Skaloud—Varga: Szájsebészet, 1955.
- 3. Fodor Gy.: Fogorvosi Szle. 1951. 266. — 4. Frankl Z.: Fogorvosi Szle. 1951. 138.
- 5. Gergely E.: Fogorvosi Szle. 1952. 325. — 6. Jevdokimov, Lukomszkij, Sztarobinszkij: Sebészeti Sztomatológia. — 7. Láng P.: Fogorvosi Szle. 1950. 10. 322. — 8. László J.: Fogorvosi Szle. 1951. 1. 14. — 9. Moldoványi G.: Fogorvosi Szle. 1954. 358.
- 10. Munz, F. R.: D. Z. Z. 1950. 5. 245. — 11. Pál I.—Sárkány T.: Fogorvosi Szle. 1960. 175. — 12. Schweigl F.: Fogorvosi Szle. 1961. 9. 262. — 13. Schaefer, H.: D. Z. Z. 1951. 1041. — 14. Sejnberg, V. M.: Fogorvosi Szle. 1953. 242. — 15. Simon B.: Fogeltávolítás műtéttana. 1934. — 16. Szász K.: Fogorvosi Szle. 1952. 11. 331. — 17. Szokolóczy Sz. B.: Fogorvosi Szle. 1954. 170. — 18. Szüle Z.: Fogorvosi Szle. 1951. 277. — 19. Winter: The Impacted Mandibular Third Molar. 1926.

Д-р В. Дьенеш, подполковник м/сл д-р И. Тот, подполковник м/сл д-р Шаркань:

ДАнные К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ

На основе богатого опыта, полученного на большом материале авторы излагают патологические процессы связанные с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости. Подчеркивают правильность применения местной анестезии путем впрыскивания. По их мнению в терапии указанных случаев показано радикальное хирургическое лечение.

Dr. V. Gyenes, Dr. I. Tóth, Oberstl. d. Med. D., Dr. T. Sárkány, Oberstl. d. Med. D.:

BEITRÄGE ZU EINIGEN FRAGEN DER DENTITIO DIFFICILIS

Auf Grund eigener Erfahrungen auf grossem Krankengut erörtern Verfasser die pathologischen Vorgänge in Zusammenhang mit dem schweren Durchbruch des unteren Weisheitszahnes. Sie nehmen Stellung um die Anwendung der Ortbetäubung durch Injektion. Nach ihrer Ansicht ist bei der Behandlung ein radikales chirurgisches Verfahren anzuwenden.
