

Tehnike kirurških ekstrakcij

Aleš Vesnaver

KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo

Klinični center Ljubljana

Uvod

Z razvojem implantološke nadomestitve manjkajočih zob so se spremenile tudi tehnike ekstrakcij, tako navadnih kot tudi kirurških. Bolj kot kdajkoli prej je v ospredju poskus ohranitve višine in širine alveolarnega grebena. Pri obeh vrstah ekstrakcij se zato prej odločamo za različne vrste separacij zoba, da bi bila poškodba alveolarne kosti čim manjša. Poleg tega želimo, da ostane poseg pacientu v čim manj neprijetnem spominu, kar zahteva primerno pripravo pacienta, ustrezno aplikacijo lokalne anestezije in po potrebi sedacijo, kakor tudi zadostno poekstrakcijsko analgezijo.

Priprava na poseg

Pacientu moramo od prvega stika dalje pomirjujoče vlivati zaupanje in mu ves čas dajati občutek, da popolnoma obvladamo situacijo. Načrtovani poseg mu tudi razložimo, seveda v čim blažji luči, saj je človeka manj strah, če vé, kaj se z njim dogaja. Ponudimo lahko tudi možnost predoperacijske sedacije.

Sedacija

Ambulantno se največ uporablja benzodiazepin midazolam, ki ima poleg sedativnega in hipnotičnega tudi miorelaksantni učinek. Razen tega povzroči kratkotrajno anterogradno amnezijo, kar tudi koristi, saj se pacienti posega kasneje zelo nejasno spomnijo. Kot vsi benzodiazepini je zelo varno zdravilo s širokim terapevtskim delovanjem, učinek nastopi hitro, v približno pol ure, preko jeter pa se tudi hitro izloči.

Pacientu damo 7,5 do 15 mg midazolama (1 – 2 tableti) 30 do 60 minut pred posegom. Dobro je, če lahko ta čas leži ali pa sedi v udobnem stolu, saj sčasoma postane zelo zaspan.

Po posegu pacient zaradi zaužitja midazolama še ves dan ne sme samostojno upravljati vozil.

Lokalna anestezija

Lokalni anestetiki motijo prevajanje po živcih in zaradi tega anesteziranega mesta ne čutimo. S topično in terminalno infiltracijsko anestezijo tako preprečimo prevajanje končnih živčnih končičev. S prevodno oz. regionalno anestezijo pa preprečimo prevajanje po živcu, ki pokriva večje področje. Po navadi je aplikacija prevodne anestezije manj boleča, saj potrebujemo dosti manj anestetika in ga ne vbrizgavamo v razboleno področje, ampak na drugo mesto. Prevodno anestezijo lahko apliciramo tudi v primerih, ko je terminalna infiltracijska anestezija zaradi infekcije kontraindicirana. Za učinkovito apliciranje prevodne anestezije je potrebno dobro poznati potek senzibilnih živcev in njihova področja inervacije.

Če lokalna anestezija ne prime, jo je potrebno ponoviti. To se pogosteje dogaja pri aplikaciji prevodne anestezije, predvsem mandibularnega bloka. Po literaturi je okoli 15% mandibularnih blokov neuspešnih, saj ga dajemo »na slepo« in zaradi tega pogosto zgrešimo pravo mesto. Nič hudega ni, če injiciranje anestetika ponovimo – dosti huje je, če injiciranja anestetika ne ponovimo in pacienta med posegom boli!

Ravnanje s tkivi

Je zelo pomembno, saj bistveno vpliva na celjenje in bolečine po operaciji.

Mehka tkiva

Na začetku posega je marginalno dlesen najbolje odluščiti z ekskavatorjem. Ekskavator je dosti bolj nežen in natančen inštrument kot Beinov vzvod, s katerim lahko dlesen pri luščenju hitreje strgamo. Tudi psihološki učinek ekskavatorja je boljši, saj je za pacienta manj grozljiv inštrument kot Beinov vzvod. Ko pacient ugotovi, da dejansko nič ne čuti, se sprostí.

Ko je zob že omajan in ga primemo s kleščami, pazimo, da res primemo samo zob in ne zatrgamo dlesni.

Vedno pazimo, da so rezi mukoperiosta gladki in dovolj dolgi, da tkiv nato ni treba prekomerno nategovati, saj tako nategovanje povzroča več poškodb tkiva in pooperacijskih bolečin kot pa pol centimetra daljši rez. Poleg tega se lahko mehka tkiva ob prekomernem nategovanju zatrgajo.

Vedno spoštujmo periost! Prerežemo ga gladko in natančno odluščimo od kosti ter ga nikoli ne ceframo. Periost je bogato oživčen, zato razcefran povzroča pooperacijske bolečine, nekrotično razcefrano tkivo pa se slabše celi in je ugodnejše za razvoj dehiscence in infekta. Poleg tega daje zaščit periost rani potrebno trdnost, ki je samo šiv nežne sluznice ne zagotavlja.

Tkiva čim manj prijemamo s pinceto, uporabljamo pa raje bolj nežne, s tanjšo prijemalno konico, ki manj mečka tkivo.

Ob koncu posega moramo kirurške rane zašiti. Čiste, nevnete rane zašijemo tesno. Nečiste, vnete rane pa zašijemo netesno, po potrebi vložimo še drenažni trakec.

Trda tkiva

Pri trdih tkivih ni natančno delo nič manj pomembno. Paziti je treba na več stvari.

Prvič, tkiva se ne smejo pregrevati. To dosežemo s pravilno hitrostjo rotacije, vodnim hlajenjem in pravilno izbiro konice. Če se kostnina pregreje, nekrotizira, kar postane očitno šele kasneje, ko pride do sekvestracij in infekcij.

Drugič, odstraniti moramo čim manj kostnine. Zato se pri večkoreninskih zobeh prej odločimo za vertikalne separacije in odstranitve vsake korenine posebej.

Mnenja glede različnih preparatov, ki jih vstavimo v alveolo neposredno po ekstrakciji in ki naj bi preprečila poekstrakcijski kolaps alveole, so zaenkrat še deljena.

Postopki po posegu

Po posegih v ustni votlini, pri katerih tkiva ranimo, pričakujemo po prenehanju učinka lokalnega anestetika določeno stopnjo bolečine, zato pacientu predpišemo analgetik in mu naročimo, naj prvo tableto vzame takoj, še pred prenehanjem omrtvičenja. Na ta način preprečimo, da bi se bolečina sploh razvila. Predpišemo nesteroidne analgetike: diklofenak, ketoprofen, naproksen, ibuprofen... Pacientu naročimo, naj tablete redno jemlje 2 do 3 dni, nato pa naj čez dan tablet ne jemlje in opazuje, če se bolečina spet pojavi. Če je temu tako, naj z analgetiki nadaljuje, sicer pa ni potrebno. V vsakem primeru pa svetujemo analgetik pred spanjem še dodaten dan ali dva, da se bolečina ne bi pojavila ponoči.

Pacientu svetujemo, naj si prvi dan na kožo nad operiranim področjem polaga hladne obkladke. Svetujemo tudi nekajdnevno uživanje mehke in hladne hrane ter večkrat dnevno izpiranje ust s hladno vodo. Odsvetujemo propolis, razna razkužila, ustne vodice, alkohol in kajenje.

Če smo delali poseg v inficiranem področju, npr. kirurško odstranili zob z abscedentnim perikoronitisom ali pa izpulili zob s periapikalnim abscesom, potem lahko ob analgetiku predpišemo še antibiotik, najbolje že pol ure pred posegom. Antibiotik prvega izbora je amoksisicilin s klavulonsko kislino, nato klindamicin, makrolidi so šele na tretjem mestu. Rano

seveda temeljito očistimo in izperemo s fiziološko raztopino, po potrebi vstavimo dren ter je nikoli ne zašijemo tesno! Takšnega pacienta si naslednji dan naročimo na kontrolo.

LITERATURA

1. Peterson LJ. Principles of uncomplicated exodontia. In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR eds. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1998: 129-78.
2. Peterson LJ. Postoperative patient management. In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR eds. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1998: 249-56.
3. Peterson LJ. Prevention and management of surgical complications. In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR eds. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1998: 257-75.
4. Zide BM, Swift R. How to block and tackle the face. Plast Reconst Surg 1997; 101:840-51.
5. McKay W, Morris R, Mushlin P. Sodium bicarbonate attenuates pain on skin infiltration with lidocain, with or without epinephrine. Anest Analg 1987; 66:572-4.