

Alveoliti në praktikën stomatologjike

Vjosa Hamiti-Krasniqi

Autor

Vjosa Hamiti-Krasniqi

Klinika e Kirurgjisë Orale, Qendra Klinike Stomatologjike Universitare e Kosovës, Prishtinë, Kosovë.

Për korrespondencë

Vjosa Hamiti-Krasniqi

vjosa.hamiti@gmail.com

ABSTRACT

Alveolitis is the most frequent, unpleasant and painful complication after tooth extraction. Dental science has not yet managed to explain the pathogenesis of alveolitis. A large number of researches have been done in order to find an effective and safe method for its prevention and treatment. About this issue, debates continue in the professional literature at the world level, in which two dominant theories are observed: Birn's fibrinolytic theory and the bacterial theory. In this literature review, a complete analysis of contemporary literature has been made that includes all aspects of alveolitis: epidemiology, clinic, diagnosis, prognosis and treatment.

ABSTRAKTI

Alveoliti është komplikimi më i shpeshtë, më i pakëndshëm dhe më i dhimbshëm pas nxjerrjes së dhëmbit. Shkenca stomatologjike nuk ka arritur akoma të shpjegojë patogjenezën e alveolitit. Një numër i madh i hulumtimeve janë bërë me qëllim të gjetjes së një metode efektive dhe të sigurt për parandalimin dhe trajtimin e tij. Rreth kësaj çështje vazhdojnë debatet në literaturën profesionale në nivel botëror, në të cilat vërehen dy teori dominuese: teo-

ria fibronolitike e Birn-it dhe teoria bakteriale. Në këtë shqyrtim literature është bërë një analizë e plotë e literaturës bashkëkohore që përfshin të gjitha aspektet e alveolitit: epidemiologjinë, klinikën, diagnozën, prognozën dhe trajtimin. Në këtë shqyrtim, është bërë një analizë e plotë e literaturës bashkëkohore që përfshin të gjitha aspektet e alveolitit: epidemiologjinë, klinikën, diagnozën, prognozën dhe trajtimin.

Fjalët kyçe: alveoliti, koaguli, plaga.

Zhvillimi i alveolitit

Nxerrja e dhëmbit është intervenim traumatik, ku dhëmbi nxirret nga alveola, me ç'rast vjen deri te shkëputja e fijeve periodontale në nivele të ndryshme, prej kockës alveolare deri te rrënja e dhëmbit. Me këtë rast formohet një zonë me trashësi jo të njëjtë, me rëndësi të madhe në proliferimin e elementeve qelizore gjatë procesit të shërimit të plagës [1]. Plaga, që formohet pas nxjerrjes së dhëmbit, gjatë procesit të shërimit kalon nëpër disa faza:

- formimi i koagulit të gjakut,
- organizimi i koagulit të gjakut me ndihmën e proliferimit të indit granular,

- zëvendësimi i indit granular me ind lidhor, epitelizimi dhe mbyllja e plagës dhe
- formimi i kockës së re.

Menjëherë pas nxerrjes së dhëmbit, reaksioni i parë i organizmit është gjakderdhja dhe formimi i koagulit. Ky koagul formohet varësisht nga madhësia dhe forma e alveolës, ndërsa faktorët prezentë ndikojnë në formimin e tij në drejtim pozitiv apo negativ. Koaguli ka formë koni me majë të kthyer kah kocka, ndërsa me bazë kah kaviteti oral. Sipërfaqja orale është e pambrojtur dhe i nënshtrohet ndikimit të drejtpërdrejtë të pështymës dhe përbërësve të saj, baktereve të florës orale, lëvizjeve mekanike të gjuhës dhe faqes, si dhe ndikimit mekanik dhe kimik të ushqimit. Sipërfaqet tjera të koagulit janë në kontakt direkt me indin vital, enët e gjakut dhe fijet nervore të gingivës dhe kockës.

Roli i koagulit është i shumëfishtë. Para se gjithash, ai bënë shtypje në enët e gjakut përreth, si dhe siguron hemostazën. Në këtë mënyrë vjen deri te transporti aktiv i materieve, ku sigurohet ushqyeshmëria, vitaliteti dhe mundësohet organizimi natyral i koagulit. Në periudhën prej formimit të koagulit e deri tek organizimi i plotë, koaguli kalon nëpër ndryshime kualitative dhe kuantitative. Në ditën e parë pas nxerrjes së dhëmbit, qelizat e gjakut në koagul, të lokalizuara në mes të rrjetës së fijeve fibrine, janë në proporcion të njëjtë me ato në qarkullimin e përgjithshëm të gjakut. Koaguli ka ngjyrë të kuqe të mbyllët, është elastik dhe në shtypje me pincetë, shkëputet. Fibrina e koagulit është struktura e parë që lidh skajet e plagës. Në koagul mund të vërehet zona e kontraksionit dhe formimi i seromës, e cila njëherit është mjedis i përshtatshëm për zhvillim të infeksionit. Me nxerrjen e dhëmbit, përveç ndërprerjes së enëve të gjakut, shkëputen edhe fijet nervore të dhëmbit. Mbaresat nervore tregojnë shenja të degjenerimit traumatik qysh në 24 orët e para pas nxerrjes së dhëmbit [2]. Në 2-3 ditët e para formohet edhe ind granular në periferi të plagës nga nxerrja e dhëmbit. Sipërfaqja orale e koagulit, për shkak të ndikimit të pështymës, merr ngjyrë të bardhë, sepse vjen deri te shpërlarja e eritrociteve nga sipërfaqja e saj dhe tani është e mbuluar me shtresë të trashë të fibrinës e cila në mënyrë ideale e mbron plagën. Në këtë fazë paraqiten edhe faktorët e rritjes, të cilët aktivizojnë dhe stimulojnë procesin e shërimit të plagës. Në fillim të javës së parë fillon aktiviteti mitotik i qelizave epiteliale. Fibroblastet proliferojnë prej qelizave të indit lidhor të mbjetjeve të membranës periodontale, dhe përfshijnë koagulin prej periferisë kah qendra. Në ditën e 3-4 fillon edhe formimi i kapilarëve të vegjël, të cilët zhvillohen prej enëve të gjakut, të ndërprera gjatë nxerrjes së dhëmbit, e të cilat degëzohen kah alveola [3]. Në fillim të javës së dytë, koaguli është i organizuar mirë dhe plaga është dukshëm e zvogëluar. Në këtë fazë vjen deri te regjenerimi i aksoneve, me formim të aksoplazmës në sipër-

faqe. Në ditën e 10-të paraqiten edhe she-njat e para të kalcifikimit të kockës përgjatë mureve të jashtme të alveolës, kurse më vonë, edhe përgjatë mureve të brendshme. Në fund të javës së dytë skajet e alveolës janë të mbuluara me epitel dhe alveola është e mbushur me enë më të mëdha të gjakut dhe mund të shihen edhe shenjat e formimit të kockës në qendër të alveolës. Në ditën e 30-të, 2/3 e alveolës mbushen me kockë, ndërsa në tërësi alveola mbushet me kockë pas 4-6 muajve [2].

Patogjeneza e alveolitit nuk dihet, por mbizotërojnë dy teori që përpiqen ta shpjegojnë atë - teoria fibrinolitike e Birn-it dhe teoria bakterore. Sipas teorisë fibrinolitike, pas nxjerrjes së dhëmbit fillon një proces inflamator, i cili ndikon në formimin dhe ruajtjen e koagulit [4].

Teoria e dytë, bakterore, tregon praninë e rritur të baktereve para dhe pas ndërhyrjes kirurgjike përreth dhëmbit të nxjerrur te pacientët me alveolit. Mikroorganizmat anaerobë më së shumti hasen tek alveoliti, që shpjegon edhe paraqitjen e dhimbjes për shkak të efektit të toksineve bakterore në mbaresat nervore në alveolë. Kjo, po ashtu mund të lidhet me faktin se alveoliti paraqitet më shpesh te pacientët me higjienë të dobët orale [5], prania e perikoronitit të mëhershëm apo te sëmundjet periodontale [6]. Këto teori për etiopatogenezën e alveolitit nuk janë të pranuar gjerësisht, sepse nuk ka të dhëna bindëse që t'i pranojë apo përjashtojë ato.

Faktorët predispozues të shfaqjes së alveolitit

Në mënyrë të gjeneralizuar është pranuar fakti, se alveoliti ka origjinë multifaktoriale, pasi që shkaktarët e vërtetë të alveolitit nuk dihen. Studimet e shumta epidemiologjike kanë zbuluar një numër faktorësh predispozues, siç janë: shkalla e vështirësisë së nxjerrjes së dhëmbit, mungesa e përvojës së kirurgut, shpërlarja intraoperative joadekuate, përdorimi i kontrceptivëve oralë, moshë e shtyrë, gjinia femërore, duhani, rënia e imunitetit dhe trauma kirurgjike [3, 7-10]. Duhet t'i dallojmë alveolitet që paraqiten te pacientët me sëmundje hipovaskulare në kockë (çrregullimet vaskulare ose hematologjike, osteoradionekroza, osteoporozë, sëmundja e Paget-it, etj) dhe tek ata të shëndoshë.

Klinika

Në literaturën anglosaksone për alveolitit përdoret termi *dry socket*. Ky term është përdorur për herë të parë në vitin 1896 nga Crawford [11].

Në pasqyrën klinike tek alveoliti është karakteristike se nuk kemi shenja të infeksionit (temperatura, edema dhe eritema). Dhimbja rëndom paraqitet ditën e tretë pas nxerrjes së dhëmbit. Ka të dhëna se dhimbja mund të paraqitet edhe menjëherë pas kalimit të anestezionit ose tregon intensitet më të lartë në ditën e 2-të, 4-t dhe 5-të. Sipas autorit Birn, dhimbja paraqitet brenda 4 ditëve 95-100% dhe zgjatë deri në 7 ditë[12]. Dhimbja mund të shkaktohet për shkak të lirimit të kininës, si dhe ekspozimit direkt të mbaresave nervore ndaj noksave, ndërsa liza paraqitet si rezultat i aktivitetit fibrinolitic. Çështje intriguese tek alveoliti është mungesa e edemës dhe skuqjes, që janë shenjat kryesore të inflamacionit. Në fillim të zhvillimit të alveolitit, pacientët ndiejnë dhimbje të lehtë. Dhimbja rritet ngadalë deri në atë shkallë sa nuk mund të kontrollohet as me analgjetikë. Dhimbja përshkruhet si pulsative, intensive dhe e fuqishme, që rritet gjatë përtypjes [3]. Nuk është i rrallë edhe reflektimi i dhimbjes kah veshi dhe ana e njëjtë e kokës. Kjo dhimbje zakonisht zgjat 7–15 ditë.

Përveç dhimbjes, karakteristikë për alveolitit është mungesa e koagulit vital dhe të shëndoshë të gjakut. Alveola është e mbushur me koagul të gjakut të shpërbërë pjesërisht apo në tërësi dhe ka ngjyrë hiri të mbyllët, me erë të keqe dhe lehtë shkëputet me pincetë (*alveolitis exudativa*), por që alveola mund të jetë edhe në tërësi e zbrazët (*alveolitis sicca*). Mendohet se arsyeja e paraqitjes së dhimbjes është kinina, e cila lirohet lokalisht, e sidomos në rastet kur është punuar për kohë të gjatë me freza në zonën gjegjëse. Alveola e pambrojtur dhe nervat e saj senzitivë, për shkak të mungesës së koagulit të gjakut, po ashtu mund të jenë një prej shkaqeve të paraqitjes së dhimbjes. Për alveolite janë karakteristike edhe të dhënat radiografike. Në alveolën e cila është përfshirë me alveolit, mund të shihet qartë, se *lamina dura* është e trashur, gjë që e pamundëson vaskularizimin e mjaftueshëm të alveolës [3].

Trajtimi

Me trajtim të alveolitit, synohet vetëm kontrolli i dhimbjes gjatë periudhës së paraqitjes, që arrihet kryesisht me metoda paliative. Pas anesteziës lokale në zonën ku është shfaqur alveoliti, hapi i parë që duhet të bëhet është largimi i suturës, e cila nuk ka rol të madh në shërimin e plagës. Alveola duhet të irrigohet me tretje fiziologjike, me temperaturë trupore dhe në të njëjtën kohë bëhet aspirimi i debrisit që del nga alveola. Disa autorë nuk preferojnë kiretim të alveolës me qëllim të nxitjes së gjakut të freskët, e me këtë edhe të formimit të koagulit të shëndoshë. Duhet të përshkruhen analgjetikë të fortë, me ç'rast pacienti udhëzohet që gjatë shërimit shtëpiak të bëjë shpëlarjen e alveolës me tretje fiziologjike, disa herë në ditë.

Disa autorë preferojnë vendosjen e paketimeve me bazë eugenoli, paketime me antibiotikë ose analgjetikë, të cilat ndikojnë në lehtësimin e shqetësimeve. Edhe pse vendosja e paketimeve medikamentoze e qetëson dhimbjen, është e ditur se ato e zgjasin procesin e shërimit të plagës.

Literatura

- [1] Colby RC. The general practitioner's perspective of the etiology, prevention, and treatment of dry socket. *Gen Dent* 1997; 9: 461–467.
- [2] Rozanis J, Schofield IDF, Warren BA. Is dry socket preventable? *J Can Dent Assoc* 1977; 43: 223-236
- [3] Blum IR. Contemporary view on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31:309-17.
- [4] Birn H. Bacterial and fibrinolytic activity in "dry socket". *Acta Odontol Scand* 1970; 28:773-83.
- [5] Rud J. Removal of impacted lower third molar with acute periodontitis and necrotising gingivitis. *Br J Oral Surg* 1970; 7:153-60
- [6] Larsen PE. The effect of a chlorhexidine rinse on the incidence of alveolar osteitis following the surgical removal of impacted mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49:932-7. 15
- [7] Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:393-7.
- [8] Alexander RE. Dental Extraction wound management. A case against medicating postextraction sockets. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58:538-51.
- [9] Tsirlis AT, Lakovidis DP, Parissis NA. Dry socket: frequency of occurrence after intraligamentary anesthesia. *Quint Int* 1992; 23:575-7.
- [10] Garcia M.MJ, Penarrocha D.M. Alveolitis seca: Revisión de la literatura y metaanálisis. *Rev Act Odontostomatol Esp* 1994; 44:25-34.
- [11] Crawford JY. Dry socket. *Dent Cosmos* 1896; 38:929.
- [12] Birn H. Kinins and pain in dry socket. *Int J oral Surg* 1972a:1:34-427