

616—089.87

CHIRURGICKÉ EXTRAKCE

Mjr. MUDr. Tibor NÉMETH

Pod tímto pojmem rozumíme takovou extrakci, kdy ošetřující lékař musí odklopit mukoperiostální lalok a ve většině případů také odstranit kostěnou tkáň.

I když jde někdy o tak zvaný „malý chirurgický výkon“, musí se lékař na tento zákrok řádně připravit. Operační úvaha lékaře musí být v podstatě stejná jak u malých, tak u velkých operativních výkonů. Též pacient musí být na zákrok řádně vyšetřen a připraven.

Vyšetření pacienta začneme řádnou anamnézou, kde se zaměřujeme hlavně na celkové choroby (hypertenze, arterioskleróza, angina pectoris, nefropatie, hepatopatie, diabetes mellitus, stav po infarktu myokardu). Zjišťujeme též, zda pacient není alergický na některý lék, žen se ptáme na graviditu. Tyto stavy by nám mohly i jednoduchý chirurgický výkon zbytečně zkomplikovat. Provedeme si základní laboratorní vyšetření (i krvácivost a srážlivost) a dobrý hodnotitelný rtg snímek intraorální, a je-li to nutné, i extraorální.

Po pečlivém klinickém vyšetření pacienta, po vyhodnocení rtg snímků a výsledků laboratorních vyšetření si ujasníme operační postup, který má být podle zásad fyziologického operování co nejšetrnější.

Uvážíme, jakou pooperační péči bude nutno pacientovi po provedeném výkonu věnovat, a zda budeme aplikovat antibiotika. Zde bych upozornil na správné dávkování antibiotik a na dostatečně dlouhou dobu jejich podávání. Máme špatné zkušenosti s podáváním antibiotik v ambulantní složce, kde nesou vinu hlavně nedisciplinovaní pacienti. Podle Antalovské jsou antibiotika indikována u operací, při nichž vzniká v kosti defekt, což je u chirurgických extrakcí pravidlem.

Po vyšetření pak dospějeme k závěru, zda budeme chirurgickou extrakci podezřelého zubu provádět na svém pracovišti sami, či zda pacienta odešleme na stomatochirurgické oddělení.

Při chirurgické extrakci postupujeme stejně jako u jiného chirurgického výkonu. Pracujeme za aseptických kautel, pacienta rouškujeme, používáme sterilní rukavice a nástroje.

Nejčastěji provádíme chirurgické extrakce

- retinovaných a semiretinovaných zubů,
- zalomených kořenů,
- zubů, kde nemůžeme provést extrakci jednoduchou,
- zubů z linie lomu při zlomeninách čelistí.

Chirurgické extrakce retinovaných zubů

Při retenci zůstává vyvinutý zub skryt v čelisti. Nejčastěji zůstávají retinovány horní špičáky, horní a dolní zuby moudrosti, dolní premoláry a zuby přespočetné.

Indikace k chirurgické extrakci jsou tyto: zánež v okolí retinovaného zubu, folikulární cysta, resorpce kořene sousedního zubu, brání-li retinovaný zub svým uložením prořezávání jiných zubů. Někteří autoři nedoporučují extrakci každého retinovaného zubu, jiní zase naopak.

Retinované zuby odstraňujeme zpravidla v místní a svodné anestézii, po náležitém zhodnocení rtg snímků (lokalizace zubu). Výkon, pokud je jednoduchý, můžeme provést i ambulantně. Při extrakci retinovaných zubů v horní čelisti musíme myslet na možné komplikace. Při výkonu můžeme otevřít čelistní nebo nosní dutinu. Podle toho musíme vést řez měkkými tkáněmi, abychom měli dostatek materiálu na eventuální krytí perforace.

Operační postup při extrakci retinovaných horních špičáků závisí na uložení zubu. Je-li zub uložen vestibulárně, odstraňujeme ho z vestibulárního řezu běžně užívaného při resekci kořenového hrotu. Odpreparujeme mukoperiost v místě předpokládaného zubu a sneseme vestibulární kostěnou lamelu dlátkem nebo rotačním nástrojem. Postupně za stálé kontroly okolních tkání odstraňujeme kostěný kryt nad zubem, který potom luxujeme do rány a extrahujeme. Po ukončené extrakci provedeme důkladnou revizi operační rány, zahladíme ostré okraje lůžka frézou a vybavíme perikoronární vak. Toto po-extrakční ošetření platí v zásadě pro všechny chirurgické výkony v oblasti dentoalveolární chirurgie. Ránu pak sešijeme silonem a můžeme ji i drénovat, pokud byl přítomen zánět.

Je-li retinovaný špičák uložen palatinálně, operujeme odtud. Vedeme okrajový řez paralelně s dásňovým okrajem v takovém rozsahu, abychom měli dostatečný přehled v operačním poli. Mukoperiost raspatoriem oddělíme od kostěného podkladu a připojíme závěsný steh. Pak obnažíme zub natolik, aby se dal lehce luxovat a pak extrahovat. Hrozí-li při extrakci poškození okolních zubů, nebo neumožňují-li anatomické poměry hladkou extrakci, přistoupíme k rozdělení zubu a zub odstraňujeme po částech. Chtěl bych důrazně připomenout, že při práci s rotačními nástroji (vrtáčky) musíme operační pole chladit fyziologickým roztokem, abychom nepoškodili okolní tkáň tepelnou nekrózou. Chlazení provádí asistent stříkačkou s fyziologickým roztokem, kterým zavlažuje operační pole.

Pokud je špičák uložen v čelisti příčně, musíme někdy operovat z obou stran. Po chirurgickém ošetření rány provedeme suturu. Na patrový lalok můžeme přiložit obvaz. Jde o patrovou ploténku s Repinem nebo o mastný tampón, který ponecháme v ústech dva dny. Mastný tampón je fixován k okolním zubům hedvábnými stehy (ligaturami). Tím bráníme vzniku hematomu,

vytvoření transalveolární komunikace a urychlujeme hojení.

Chirurgická extrakce zalomených kořenů

V zásadě máme odstranit zalomený kořen hned po nedokončené extrakci. Relativní kontraindikací může být celková komplikace, těžký stav pacienta a nedokonalé vybavení ordinace. Vždy si zhotovíme rtg snímek. Extrakci provádíme po odklopení mukoperiostu. K obnažení kořene je popisováno více slizničních řezů. Je třeba si uvědomit, že operační pole musí být dostatečně přehledné, řez musí probíhat tak, aby se mohl rozšířit, aby byla zajištěna výživa laloku a aby bylo možno překrýt eventuální otevření čelistní nebo nosní dutiny.

Nejčastěji užíváme dva mírně rozbíhavé řezy do vestibula, v jednodušších případech stačí jeden řez do vestibula s připojeným okrajovým řezem. Po odklopení mukoperiostu odstraňujeme vestibulární kostěnou lamelu. Jen někdy vystačíme s pouhým odklopením mukoperiostu a použitím páky nebo kořenových kleští extrahujeme zalomený radix. Po odstranění krycí kostěné lamely nad kořenem provedeme jeho extrakci pomocí páky nebo srpku, nebo jiným vhodným nástrojem. Po vybavení kořene ostrou lžičkou exkochleujeme granulační tkáň, provedeme toaletu rány, nezapomeneme prohlédnout spodinu mukoperiostálního laloku, kde se nachází kostěná drť. Pak provedeme suturu. Steh musí pronikat celou tloušťkou mukoperiostu.

Všechny kořeny odstraňujeme z vestibulární strany. Při extrakcích horních premolárů a prvního moláru dáváme pozor, abychom neprošli do čelistní dutiny. Nikdy neodstraňujeme palatinální a linguální kostní lamelu, abychom nezměnili výšku alveolárního hřebene.

V krátkosti se zmíním o otázce, kdy je možno ponechat v ráně zbytek kořene. V zásadě platí, že extrakce zubu je ukončena tehdy, je-li zub vybaven celý.

Z této zásady jsou možné určité výjimky. Má-li zub nekrotickou dřev, ať již s periapikálním ložiskem či bez něho, je naší povinností zbytek kořene odstranit. Takový kořen je zdrojem bezprostředních komplikací. Má-li kořen vitální dřev, nehrozí akutní nebezpečí zánětlivých komplikací a můžeme uvažovat o extrakci apexů po určitém období. To se týká především apexů vitálních kořenů třetích molárů, byla-li extrakce prováděna pro dentitio difficilis.

Chirurgická extrakce retinovaného dolního třetího moláru

Závažnost tohoto výkonu spočívá v možnosti pooperačních komplikací v okolních měkkých tkáních zvláště na straně linguální, a pak v kosti samé.

Retinovaný zub bývá uložen ve dvou postaveních. Dlouhá osa zubu je normálně postavena, ale zub je různě hluboko v kosti, nebo je dlouhá

osa zubu skloněna k druhému moláru. Terminální variantou tohoto postavení je horizontálně uložený zub. Jsou i jiné možnosti, které vidíme vzácněji.

Rtg snímek nás informuje o vztahu korunky ke druhému moláru, o délce a tvaru kořenů, o vztahu okolní kosti k retinovanému zubu a o vztahu kořenů k mandibulárnímu kanálu.

Řez na retinovanou dolní osmu musíme vést tak, aby poskytl dobrý přehled operačního pole. Vedeme jej poblíž distálního okraje druhého moláru a současně poblíž lingválního okraje alveolárního výběžku asi dva centimetry, načež jej stočíme na zevní hranu větve dolní čelisti. Kdybychom nestočili řez na zevní hranu větve dolní čelisti, ale pokračovali v původním směru, dostali bychom se do paratonzilárního prostoru bohatě zásobeného cévami a vazivem. Mohlo by vzniknout nežádoucí krvácení při výkonu i po něm a obtíže polykací. Druhý řez vedeme v mezialní třetině krčkové dásně druhého moláru mezialně dolů.

Po odklopení mukoperiostu podle potřeby odstraníme kryjící kostěnou lamelu a zub luxujeme do operační rány. Je-li korunka osmy zaklíněna pod korunkou druhého moláru, provedeme separaci části korunky. Po extrakci pečlivě revidujeme operační ránu a odstraňujeme zbytky perikoronárního vaku. Jeho ponechání má nepříznivý vliv na hojení rány; může též vzniknout folikulární cysta.

U hluboko zalomených kořenů je nutný dokonalý přehled operačního pole a dobré osvětlení, abychom nepoškodili nervově cévní svazek, n perforovali lingvální lamelu a nevtlačili radixy do okolních tkání.

Preventivně chirurgické extrakce

U zubů se zahnutými kořeny, s hypercementózou radixů, při přespočetných kořenech, u zubů poloretinovaných a krytých korunkami sousedních zubů, u srostlic, mesiodentů, odontoidů, u zubů distopických, transponovaných apod. postupujeme takto: po upřesnění diagnózy provedeme preventivně chirurgickou extrakci a nesnažíme se provést extrakci za každou cenu bez odklopení mukoperiostu. Extrakce se nám nezdaří, zbytečně provedeme velkou devastaci okolních tkání a přispějeme ke vzniku nežádoucích komplikací. Řez vedeme podle toho, o který zub jde, a postupujeme v zásadě stejně, jak již bylo řečeno.

Chirurgická extrakce zubu z linie lomu

Názory, zda ponechat nebo neponechat zub v linii lomu, jsou protichůdné. U zlomenin v ozubené části čelisti prochází linie lomu skoro vždy

alveolem některého zubu. Postupujeme v podstatě takto: zuby gangrenózní, luxované a poškozené traumatem odstraňujeme.

Vícekořenné zuby ponecháváme v distálním úseku, protože jsou dobrým pilířem pro zakotvení fixačních dlah a udržují správný mezičelistní vztah. Impaktované dolní třetí moláry, které leží v linii lomu a jejichž slizniční kryt není porušen, můžeme ponechat. V těchto případech vždy podáváme antibiotika a kontrolujeme pevnost fixace. Pokud je perikoronární vak spojen s ústní dutinou, je nutno zub odstranit, i když je tu nebezpečí větší dislokace. Zde chirurgickou extrakci doplňujeme osteosuturou.

Závěr

Chirurgické extrakce některých zubů se mohou provádět i ambulantně při dostatečné erudici ošetřujícího lékaře a při dobrém materiálním vybavení ordinace. Závažný je nejenom výkon samotný, ale i správné doléčení pacienta.

Pacientům doporučujeme po chirurgickém zákroku v ústní dutině kašovitou dietu, výplachy heřmánkem a podle potřeby ordinujeme analgetika. Proti vzniku edému doporučujeme studené obklady. S přihlédnutím k výkonu, věku a stavu pacienta volíme antibiotika.

Pacienty zveme na kontroly zpravidla druhý den po výkonu, pak obden. Podle závažnosti výkonu doporučujeme pacientům z civilního sektoru pracovní neschopnost a domácí léčení na 5—7 dnů po výkonu. Stehy odstraňujeme za 7—10 dnů po operaci.

Vojákům z povolání doporučujeme domácí léčení, u vojáků v základní službě doporučíme hlavnímu lékaři udělit pacientovi klid u roty, nebo léčení na ošetřovně útvaru.

Chirurgickou extrakcí a doléčením nesmí končit naše péče o tyto pacienty. Při tomto výkonu vzniká defekt v zubním oblouku, který, abychom zachovali artikulační rovnováhu chrupu, musíme proteticky ošetřit.

Literatura

1. Bílý: Které stomatologické zákroky lze provádět v terénní praxi ambulantně. *Prakt. zub. lék.*, 1960, 6: 187.
2. Fišer: Kdy odstraňujeme retinované zuby. *Prakt. zub. lék.*, 1967, 2: 36.
3. Jachno: Několik poznámek k přespočetným zubům. *Čsl. stomat.*, 1964, 3: 224.
4. Kostečka, F.: *Nauka o nemocech zubních a ústních*. J. Tožička, Praha, 1948.
5. Mayer: K otázce termoterapie v stomatologii. *Prakt. zub. lék.*, 1964, 4: 136.
6. Muška: Základní připomínky k provádění apikoektomie. *Prakt. zub. lék.*, 1963, 4: 113.
7. Toman, J.: *Stomatologická chirurgie*, SZN, Praha 1967.
8. Urban, Sazama: *Úrazy obličejových kostí*, SZN, Praha, 1967.
9. Velgos, Š.: *Extrakcia zubov*, SAV, Bratislava, 1955.