

REABILITAREA PROTETICĂ PE IMPLANTE ENDOOSOASE A PACIENŢILOR CU TUMORI ALE SINUSURILOR PARANAZALE.

**Viorel Ureche doctorand, Ilie Suharschi d.ş.m., Adrian Clipca d.ş.m.,
Gheorghe Țîbîrnă academician.**

IMSP Institutul Oncologic, laboratorul Ştiinţific Tumori Cap şi Gât.

Academia de Ştiinţe al Republicii Moldova

tel. +373 79037976 viorelureche@hotmail.com

Rezumat. Tumoriile capului şi gâtului, conform datelor statistice, ocupă locul 8-9 în structura cancerelor de diverse localizări. Se dezvoltă, de regulă, pe fundalul unor stări cronice pre-tumorale, preponderent la bărbaţi cu vârsta 50-60-70 ani [1]. Divizarea cancerului organelor cavităţii bucale în forme anatomice are ca scop determinarea caracterului creşterii tumorii şi alegerea unei metode de tratament cât mai adecvate. Tumoriile maligne ale cavităţii nazale şi sinusurilor paranazale constituie cca 0,5% din toate cancerurile cunoscute şi 80% dintre ele sunt canceruri pavimentoase, melanoamele fiind foarte rare [3]. Analiza datelor din literatura de specialitate a arătat, că rezultate favorabile în canceruri răspândite stadiu III se pot obţine prin operaţii largite cu aplicarea electrobisturului (I.D Langdon et al. 1977).

Operaţiile largite sunt extrem de traumatice, mutilante, rezultă defecte extinse şi necesită reabilitare plastică, protetică, psihică şi socială. Reabilitarea protetică pe implanturi endoosoase a pacienţilor oncologici după rezecţia totală a maxilarului superior permite restabilirea funcţiilor vitale ale organismului pacientului (respiraţia, masticăţia, deglutiţia, fonaţia), în rezultat creşte calitatea vieţii pacientului.

Cuvinte chei: *proteza, implant, tumora, sinus paranasal*

”Implanto-prosthetic rehabilitation of patients with paranasal sinus tumors.”

Summary. Tumors of the head and neck region, according to statistical data, occupy the 8th-9th place in the cancers structure of various localizations. It usually develops against the background of chronic pre-tumoral states, predominantly in men aged 50-60-70 years [1]. Division of oral cancer into anatomical forms aims to determine the nature of tumor growth and to choose the most appropriate method of treatment. Malignant tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses account for about 0.5% of all known cancers, and 80% of these are pavementous cancers, melanomas being very rare [3]. The analysis of literature data showed that favorable outcomes in stage III spread cancers can be achieved by widening the application of electrosurgery (I.D Langdon et al., 1977). Implanto-prosthetic rehabilitation of oncological patients after total resection of the upper jaw allows restoration of vital functions of the patient's organs (breath, mastication, swallowing, phonation), resulting in a higher quality of life for the patient.

Key words: *prosthesis, implant, tumor, paranasal sinuses*

„Протезирование на имплантатах пациентов с опухолями околоносовых пазух.”

Резюме. Опухоли области головы и шеи, согласно статистическим данным, занимают 8-е - 9-е место, как структуры различных локализаций. Обычно развивается на фоне хронических предраковых состояний, преимущественно у мужчин в возрасте 50-60-70 лет [1]. Разделение рака полости рта на анатомические формы направлено на определение характера роста опухоли и выбор наиболее подходящего метода лечения. Злокачественные опухоли придаточных пазух носа и носовой полости диагностируются примерно 0,5% от всех известных видов рака, и 80% из них это плоскоклеточный рак, меланома будучи очень редко [3]. Анализ литературы показал, что благоприятные результаты на III стадии рака, распространения может быть достигнуто за счет расширения применения электрохирургии (Лэнгдон и др., 1977).

Расширенные операции чрезвычайно травматичны, приводят к большим дефектам и требуют пластической, протезной и социальной реабилитации. Протезирование на имплантатах в реабилитации онкологических больных после тотальной резекции верхней челюсти позволяет восстановление жизненно важных функций органов пациента (дыхание, жевание, глотание, речь), что приводит к более высокому качеству жизни пациента.

Ключевые слова, *опухоль, имплантат, протез*

Introducere. Tumoriile capului şi gâtului, conform datelor statistice, ocupă locul 8-9 în structura cancerelor de diverse localizări. Se dezvoltă, de regulă, pe fondul unor stări cronice pretumorale, preponderent la bărbaţi cu vârsta 50-60-70 ani şi mai mult [1].

Tumoriile maligne ale cavităţii nazale şi sinusuri-

lor paranazale constituie cca 0,5% din toate cancerurile cunoscute şi 80% din ele sunt canceruri pavimentoase, melanoamele fiind foarte rare[3].

La stadii iniţiale clinica este, aproape, în exclusivitate asimptomatică. Doar la câteva luni după declanşarea cancerului pot apărea simptome ca dificultăţi în respiraţie (unilateral), edem al feţei, eli-

minări purulente din nas, dureri, deplasarea globului ocular, ultimul simptom fiind caracteristic mai mult cancerului sinusului etmoid. Respirația dificilă mai frecvent se dezvoltă în caz de tumori localizate în sinusul etmoidal și în meatul nazal mediu. În tumori ale sinusului paranasal respirația dificilă apare atunci când tumoarea prin peretele interior al sinusului invadează meaturile nazale. Înainte de a apărea respirația dificilă în cancerul sinusului maxilar se observă eliminări abundente din cavitatea nazală, la început seroase, mai târziu sanguino-purulente. Doar la apariția acestui simptom pacientul se adresează pentru consult. Tumorile sinusurilor maxilare se pot extinde către peretele anterior și invadează obrazul sau posterior către fosa pterigopalatină și spațiul masticator (fosa infratemporală), cauzând trismus, iar de aici către fosa cerebrală mijlocie. Inferior se extinde către planșeul maxilei, poate provoca pierderea dinților arcadei alveolare superioare sau o fistulă oro-antrală. În tumorile sinusurilor paranasale chirurgia radicală și radioterapia reprezintă tratamentul de elecție în prezent. Chirurgia și radioterapia obțin o supraviețuire la 5 ani de 50% în carcinoamele scuamoase maxilare, 60% pentru adenocarcinoamele etmoidale, 75% pentru neuroblastoamele olfactive și 30% în cazul melanoamelor sinusale [1,3,4].

Diagnosticul pozitiv se bazează pe examenul clinic cât și pe explorările paraclinice, ce cuprind radiografia a sinusurilor anterioare ale feței, tomografia computerizată, RMN. Diagnosticul de certitudine nu se poate obține însă fără biopsie și analiza anatomo-patologică a fragmentului de țesut.

Material și metode. Laringologul suedez Ohngren a descris câteva grupuri de simptome în funcție de localizare concretă a tumorii și a elaborat o schemă

foarte importantă și necesară în plan de diagnostic curativ și de prognostic (fig. 1).

Printr-un plan oblic, care trece prin punctele de la rădăcina nasului pînă la unghiul mandibulei, sinusul maxilar se împarte în două segmente: antero-inferior și postero-superior. Alt plan sagital, ce trece prin centrul sinusului maxilar, la rândul său împarte fiecare din aceste segmente în două părți: medială și laterală. Tumorile, localizate în unul din aceste 4 segmente își au simptomatologia lor. Debutul bolii este asimptomatic în toate segmentele, pentru că, o tumoare de dimensiuni mici, apărută pe mucoasa sinusului este un excitant slab și nu provoacă nici un fel de senzații.

Schema Ohngren ne ajută să concretizăm cu precizie localizarea tumorii și selectarea unui tratament corespunzător. Tumorile localizate în regiunea anterioară sunt accesibile diagnosticului și tratamentului la stadii mai puțin avansate și rezultatele tardive fiind mai favorabile [3,4].

Invazia tumorii în țesutul osos duce la tulburări în circulația limfei, iar în rezultat se dezvoltă edemul în plica vestibulului oral. Invazia în osul palatinal duce la aplatizarea boltei palatine. La invazia crestei alveolare, aceasta devine moale și mobilă la palpare, se distruge ligamentul dento-alveolar și apare mobilitatea progresantă a dinților. În scurt timp se asociază infecția secundară, tumoarea intră în proces de putrefacție, apare un miros fetid din cavitatea bucală și eliminări seroase și sanguinolente.

Radiografia este una din metodele radioimagistice importante în diagnosticul cancerului osului maxilar și a sinusurilor paranasale. Ea ne permite depistarea tumorii, determinarea formei tumorii, localizarea, gradul de răspândire, invazia în structurile învecinate.

Tabloul roentghenologic al osului maxilar depinde totalmente de localizarea concretă a tumorii (în cavitatea sinusului maxilar, pe creasta alveolară sau palatul dur).

Un alt semn îl constituie distrucția osului – pereții sinusului și marginea infraorbitală a osului maxilar. În stadii avansate se observă opacitatea ce reprezintă umbra tumorii, de diverse forme și dimensiuni cu sectoare de densitate neomogenă. Cel mai important și precoce semn al cancerului sinusului maxilar este opacitatea parțială sau totală a sinusului maxilar.

Tumorile maligne cu origine în sinusul maxilar, în funcție de gradul de invazie tumorală, pot necesita rezecție parțială sau totală a maxilarului superior cu sau fără exenterarea orbitei. (fig.2)

Prin secțiunea apofizei frontonazale a apofizei zigomatice, a suturii pterigomaxilare, a masivului incisiv și a palatului dur pînă la vîlul palatin, se înlătură în bloc cu fragmentul al maxilei, ulterior în osul zigo-

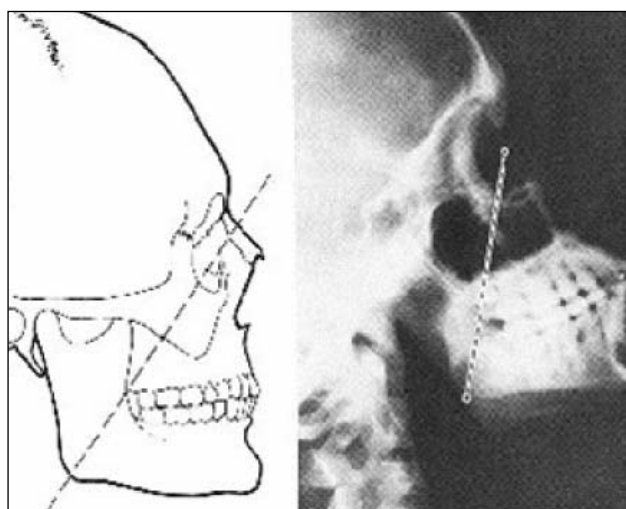


Fig. 1. Linia Ohngren împarte sinusul maxilar în două segmente: segmentul postero-superior și antero-inferior.

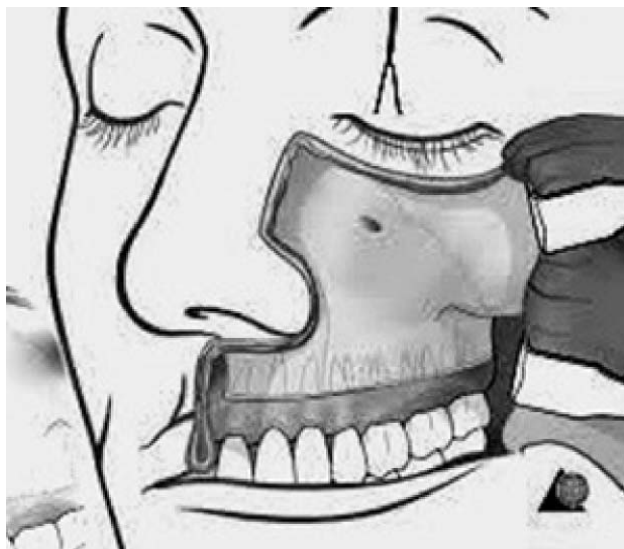


Fig.2 Acces transfacial la maxilarul superior după Weber-Ferguson.

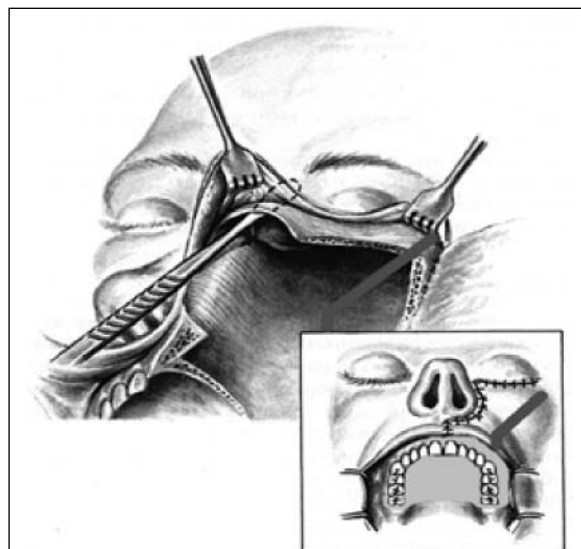


Fig.3. Înșurubarea implantului în osul zigomatic. Fixarea protezei obturatoare.

matic se înfiletează un implant lung ca suport pentru endoproteză, după care se fixează o proteză obturatorie temporară pe arcada dentară, ce va izola defectul format de cavitatea bucală [4] (fig. 3).

Dereglările funcționale împiedică reabilitarea acestor pacienți. Masticția este o parte importantă a acestui proces și poate să sufere grav în urma ablației tumorii. Starea pacientului de după operația largită trebuie să fie considerată ca o prioritate în planificarea unei lungi și complicate reconstrucții. Abordarea chirurgicală la pacienții din secția cap și gât trebuie să fie îndreptată spre funcționalitatea aparatului oro-maxilo-facial (masticție, fonație, deglutiție, vorbire, respirație) și spre detaliile estetice.

În ultimele decenii tomografia computerizată a găsit o aplicare largă în diagnosticul tumorilor cerebrale, după care s-a implementat în alte localizări, inclusiv și în diagnosticul tumorilor regiunii capului și gâtului. Tomografia computerizată permite obținerea imaginii tumorii ca atare și a structurilor adiacente, astfel obținându-se informație despre răspândirea tumorii în direcția orbitei sau în fosele pterigoidă și temporală sau în cutia craniană, țesuturile moi.

Tomografia computerizată ne ajută la planificarea intervenției chirurgicale, reabilitarea implanto-protețică a pacienților cu defecte ale maxilei în urma cancerului sinusurilor paranazale [2] (fig.4).

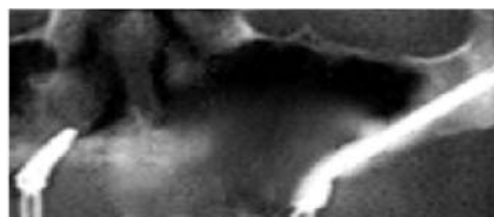
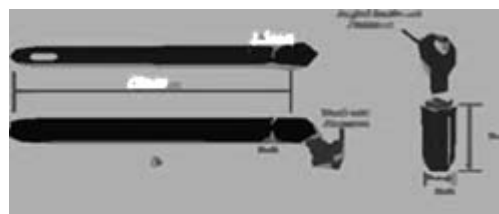
Tratamentul optim presupune plasarea implante-

Fig.4



Tomografia computerizată, cancer sinus maxilar stâng stadiul IV

Designul implantului zigomatic



Tomografia computerizată cu implantul în osul zigomatic



Fig.5, 6. Cancer rebord alveolar drept (stânga). Reabilitarea implanto – protetică (dreapta).

lor endosoase în grefa osoasă (osul zigomatic, procesul alveolar restant), ce ajută la ancorarea protezei, implantele reduc, de asemenea, resorbția osoasă și redau un confort maxim pacientului.

Defectele palatului dur sînt cel mai bine reabilitate cu ajutorul obturatoarelor. Salvarea cît mai mult a țesuturilor maxilei, fără a compromite rezecția tumorii este foarte importantă. În reabilitarea protetică la maxilă obturatorul este plasat imediat după intervenția chirurgicală [4,6,7]. Proteza ajută la izolarea zonei rezectate, contribuie în actul de deglutiție, vorbire, respirație și nu în ultimul rînd în confortul și stabilitatea psihologică a pacientului. Tratamentul chirurgical, pentru a fi eficient, trebuie să se înscrie în cadrul principiilor oncologice, ceea ce presupune rezecții osoase largi, dincolo de limitele clinice, decelabile ale tumorii. Cu cît stadiul tumorii este mai puțin avansat, cu atît rezultatele tratamentului chirurgical și, bineînțeles asociat, sunt mai bune (fig.5,6).

Concluzii. Putem constata ce defecte majore de țesut apar în urma acestor intervenții chirurgicale. Acești pacienți, traumați din punctul de vedere funcțional și psihologic, necesită o reabilitare deosebit de dificilă prin utilizarea metodelor complexe de protezare. Calitatea vieții acestor pacienți depinde și de locul și natura maladiei și tratamentul acesteia. Vorbirea, masticția, deglutiția, respirația și aspectele faciale sunt grav afectate, ca urmare, favorizând un impact socio-psihologic negativ. În cazurile în care

pacientul suportă operații largite, combinate pentru înlăturarea tumorilor maligne din regiunea oro-maxilo-facială se recurge la confecționarea protezelor faciale. Și anume folosirea osului zigomatic ca bază osoasă pentru înșurubarea implantului endosoos, ca urmare fixarea protezei de acest implant.

Bibliografie

1. Țîbîrnă Gh. A Ghid clinic de oncologie. Editura "Universul", 2003
2. Сухарский И. И. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук «Оптимизация хирургического этапа дентальной имплантации на основании компьютерного моделирования».
3. Cojocaru C. "Tumorile cranioorbitale, aspecte contemporane de diagnostic și tratament chirurgical" Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, "Științe Medicale" N4 (13), 2007, p.143-147.
4. Ureche V. „Tehnologii noi în tratamentul chirurgical cu fixarea protezei la maxilarul superior, la pacienți oncologici, cu defect osos al maxilei” Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, "Științe Medicale" N3(48) 2015, p.277-281.
5. Shaker KT. A simplified technique for construction of an interim obturator for a bilateral total maxillectomy defect. Int J Prosthodont. 2000;13 2:166–168
6. Dilek OC, Tezulas E, Dincel M. A mini dental implant-supported obturator application in a patient with partial maxillectomy due to tumor: case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;103 3:e6–e10