



Piotr Kosior



Aleksandra Gabren-Syller

Powikłania wczesne po implantacji u pacjentów z neuralgią trójdzielną - opis przypadku.

Early complications after implantation in patients with trigeminal neuralgia - case report.

Słowa kluczowe:

implantacja, neuralgia trójdzielną, parestezje

Key words:

Implantation, trigeminal neuralgia, paresthesia

dr n. med. Piotr Kosior, Dyplomate ICOI
Centrum Stomatologii P.Kosior
ul. Czerniawska 2a/2
50-576 Wrocław
+48 71/7920400
www.dr-kosior.com

lek. stom. Aleksandra Gabren-Syller
Centrum Stomatologiczne Adentis
ul. Surowieckiego 8
02-785 Warszawa
www.adentis.pl

Wstęp

Zaburzenia neurologiczne o różnym nasileniu i obszarze występowania są jednym z wielu powikłań występującym po zabiegu implantacji [1,2,3]. Pomimo prawidłowego po-zycjonowania implantów uwzględniającego położenie i przebieg kanału żuchwy może dojść do czasowych zaburzeń czucia i parestezji [4,5,6]. Ich występowanie jest uwarun-kowane dość często pojawiającą się zmiennością przebiegu drobnych odgałęzień ner-wowych w trzonie żuchwy, znajdujących się poza głównym światłem kanału [7,8]. Specy-ficzną budową charakteryzuje się także okolica otworu bródkowego, gdzie uwarunkowa-nia anatomiczne bywa-ją szczególnie nieregularne [9,10]. W diagnostyce bólu pozabie-gowego i zaburzeń czucia w rejonie języka, okolicy bródkowej i policzka ważne jest także uwzględnienie powstawania dole-gliwości związanych z: pozabiegową kompresją tkan-kową przy zwiększonym obrzęku, możliwością uszkodzenia zakończeń ner-

Streszczenie

Neuralgia trójdzielną (NT) i przewlekły idiopatyczny ból twarzy (PIFP) są schorzeniami, które mogą znacząco ograniczyć możliwość przeprowadzenia zabiegów w rejonie jamy ustnej. Ich leczenie jest długotrwałe i często problematyczne ze względu na złożoną etiologię i specyfikę dolegliwości. Uzyskanie nawet stałej remisji nie gwarantuje braku występowania bólu o tym charakterze w przyszłości. Do powrotu i eskalacji objawów neuralgii czy idiopatycznego bólu twarzy dochodzi najczęściej w wyniku stymulacji mechanicznej zakończeń nerwowych. Każda interwencja chirurgiczna w obszarze dotkniętym schorzeniem może indukować powrót dolegliwości bólowych. Opisany przypadek przedstawia występowanie zaburzeń czucia o zmiennym charakterze w rejonie skóry policzka i ust po implantacji w rejonie zęba 46.

Abstract

Trigeminal Neuralgia (NT) and Persistent Idiopathic Facial Pain (PIFP) are conditions that can significantly reduce the possibility of performing oral surgery. Their treatment is long-lasting and often problematic due to the complex etiology and specificity of the ailments. Obtaining even a permanent remission does not guarantee that this type of pain will not occur in the future. The return and escalation of the symptoms of neuralgia or idiopathic facial pain is most often the result of mechanical stimulation of nerve endings. Any surgical intervention in the affected area may induce back pain. The described case presents the occurrence of sensory disturbances of variable character in the region of the skin of the cheek and lips after implantation in the region of the tooth 46.



ryc. 1

wowych znajdujących się w preparowanym płacie, przemieszczeniem się augmentatu w okolicy otworu bródkowego i wielu innych.

Osobne zagadnienie stanowi możliwość wystąpienia dolegliwości neurologicznych związanych z nawrotowym napadem neuralgii trójdzielnej. Ich aktywacja może mieć miejsce praktycznie po każdej interwencji chirurgicznej w obrębie twarzoczaszki i należy ją zdecydowanie różnicować z innymi przyczynami [11,12,13]. W diagnostyce różnicowej, która warunkuje późniejszy schemat postępowania duże znaczenie ma właściwie przeprowadzony wywiad pozwalający na precyzyjne określenie dolegliwości, ich charakteru, nasilenia, częstotliwości i okoliczności wpływających na ich zmienność [14,15].

Opis przypadku

U Pacjentki lat 40 znajdującej się w trakcie leczenia ortodontycznego, zgodnie z założeniami kompleksowego planu rehabilitacji zwarcia zaplanowano zabiegi implantologiczne polegające na augmentacji atroficznych obszarów wyrostka zębodołowego w rejonie 36,37,46 i wszczepieniu implantów w pozycjach 15,36,37,46 (ryc.1,2,3,4). Realizując jego założenia, w pierwszej kolejności wykonano ekstrakcję zęba 15 wraz z augmentacją. Konieczność jej przeprowadzenia wynikała z obecności zmian okółowierzchołkowych, dających okresowe dolegliwości bólowe pomimo przeprowadzenia ponownego leczenia endodontycznego. Po upływie 4 miesięcy wszczepiono implant w pozycji 15 oraz przeprowadzono augmentację wyrostka w rejonie 46 (ryc.5,6).

Uzyskano znaczną poprawę wymiarów pionowych i poprzecznych wyrostka w wyżej wymienionym miejscu bez wystąpienia istotniejszych dolegliwości pozabiegowych. Do implantacji 46 przystąpiono po 6 miesiącach od przeprowadzonej augmentacji. Po analizie kontrolnego obrazu CBCT (ryc.7,8) ustalono optymalne wymiary implantu tj.: 4,5 x 10mm (Osstem) i jego pozycję, uwzględniając 2 milimetry bezpieczny dystans od stropu kanału żuchwy i krawędzi otworu bródkowego. Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym artykainą 4% (Ubistesin - 3M/ESPE). Po wszczepieniu implantu wykonano nieznaczną, uzupełniającą augmentację materiałem ksenogennym oraz pogrubienie dość cienkiej w tym miejscu śluzówki preparatami na bazie osoczka własnego i-PRF, A-PRF. W tym celu konieczna była znaczna mobilizacja płata śluzówkowo-okostnowego. Po zabiegu wykonano kontrolne zdjęcie RTG, potwierdzając prawidłową pozycję umieszczonego implantu zgodną z zaplanowaną wcześniej pozycją (ryc.9).

Pacjentka, pozostając w stałym kontakcie z gabinetem w okresie pierwszych dwóch dni po przeprowadzonym zabiegu, nie zgłaszała oprócz delikatnych dolegliwości bólowych żadnych innych uwag. Czucie w zakresie dolnej wargi powróciło w niezmiennym wymiarze bezpośrednio po ustąpieniu działania środków znieczulenia miejscowego. Po 3 dniach zauważyła pojawiające się pieczenie skóry, początkowo w rejonie prawego policzka, a następnie także prawego kącika ust. Pieczenie nawracająco przechodziło w pewien rodzaj zaburzeń o charakterze mrowienia, przemieszczając się w okolice prawej połowy twarzy. Zaniepokojona pacjentka skontaktowała się z gabinetem, niezwłocznie



ryc. 1



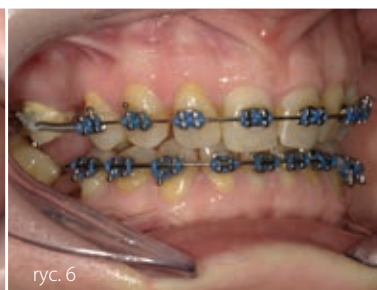
ryc. 2



ryc. 4



ryc. 5

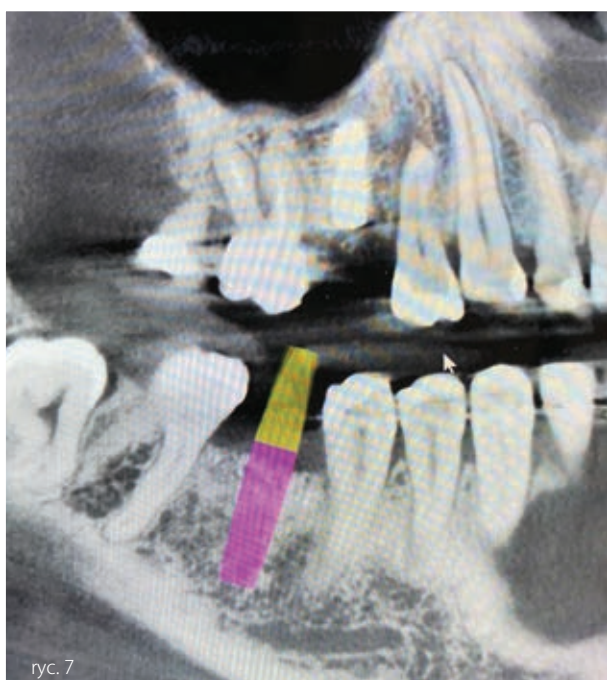


ryc. 6

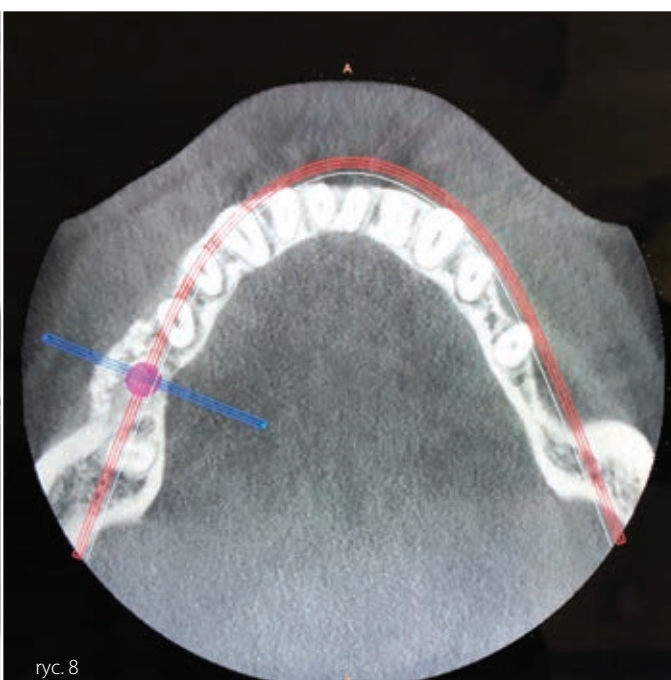
przekazu-jąc swoje spostrzeżenia. W badaniach kontrolnych wykonanych 3 i 5 dni po zabiegu nie stwierdzono stanu zapalnego w obrębie śluzówki, szwy były prawidłowo umiejscowione, obrzęk praktycznie nie występował (ryc.10). Zalecono przyjmowanie preparatu Witaminy B complex 3x dziennie przez okres 2 miesięcy i kontynuację płukanki z zawartością chloro-heksydyny.

Podsumowanie

NT i PIFP są schorzeniami rzadko występującymi i mało jest badań epidemiologicznych dotyczących tej problematyki. Analiza kilku z nich sugeruje, że występowanie TN w ogólnej populacji może wynosić pomiędzy 0.01% a 0.3%, zaś stosunek zachorowalności



ryc. 7



ryc. 8

Dolegliwości w postaci zmiennych zaburzeń czucia prawego policzka i okolicy bródkowej ustąpiły całkowicie po okresie 3 tygodni od wykonania zabiegu implantacji 46.

kobiet do mężczyzn wynosi blisko 2:1. NT może inicjalnie wystąpić w każdym wieku, ale u ponad 90% pacjentów choroba po raz pierwszy pojawia się po 40 roku życia [16,17]. Diagnostyka różnicowa tych schorzeń z pozabiegowymi dolegliwościami neurologicznymi w chirurgii stomatologicznej jest szczególnie istotna



ryc. 9



ryc. 10

i może być często problematyczna. Po-wstawiania nawrotowych napadów NT i PIFP po zabiegach implantologicznych jest spo-radyczne, a podstawą diagnostyczną w ich ocenie, jest zebranie do-kładnego wywiadu co do okresu pojawienia się dolegliwości, ich trwania i charakterystyki. Mechaniczne uszko-dzenia zakończeń

nerwowych nerwu zębodołowego dolnego czy odgałęzień ner-wu twa-rzowego, do których może dojść podczas zabiegu chirur-gicznego, dają dla porównania trwale lub długotrwałe zaburzenia czucia o jednoznacznym charakterze pojawiające się natychmiast po jego przeprowadzeniu.

Piśmiennictwo

- [1] KIM JS, CHOI SM, YOON JH, LEE EJ, YOON J, KWON SH, YEO CD, RYU JS, LEE JH, YOU YS, KIM SG, LEE MH, HAN BH. What Affects Postoperative Sinusitis and Im-plant Failure after Dental Implant: A Meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019 Feb 19;194599819829747.
- [2] CAMARGO IB1, VAN SICKELS JE2. Surgical complications after im-plant placement. *Dent Clin North Am.* 2015 Jan;59(1):57-72. doi: 10.1016/j.cden.2014.08.003. Epub 2014 Sep 16.
- [3] LUTZ R, SCHMITT C, BUCHBENDER M, NEUKAM FW. Diagnosis, avoid-ance and management of complications of implant-based treatments. *Eur J Oral Implantol.* 2018;11 Suppl 1:S21-S25.
- [4] LIN CS, WU SY, HUANG HY, LAI YL. Systematic Review and Meta-Analysis on Inci-dence of Altered Sensation of Mandibular Implant Surgery. *PLoS One.* 2016 Apr 21;11(4):e0154082.
- [5] GALLI M, BARAUSSE C, MASI I, FALISI G, BAFFONE M, TUCI L, FELICE P. Inferior alveolar nerve laceration after implant site preparation: A case re-port. *Eur J Oral Implantol.* 2015 Autumn;8(3):293-6.
- [6] HARTMANN A, WELTE-JZYK C, SEILER M, DAUBLÄNDER M. Neuro-physiological changes associated with implant placement. *Clin Oral Implants Res.* 2017 May;28(5):576-581.
- [7] TOURÉ G, TRAN DE FREMICOURT MK, RANDRIAMANANTENA T, VLAVONOU S, PRIANO V, VACHER C. Vascular and Nerve Relations of the Marginal Mandibular Nerve of the Face: Anatomy and Clinical Relevance. *Plast Reconstr Surg.* 2019 Mar;143(3):888-899
- [8] LASEMI E, MOTAMEDI MHK, TALAEIPOUR AR, SHAFAEIFARD S, FARD MJK, NAVI F, LASEMI R, ZARDI Z, ALIPANAH F. Panoramic Radiographic Re-lationship of the Man-dibular Foramen to the Anterior Border of the Ramus and Occlusal Plane as an Aid in Inferior Alveolar Nerve Block. *Anesth Prog.* 2019 Spring;66(1):20-23.
- [9] VELASCO-TORRES M1, PADIAL-MOLINA M, AVILA-ORTIZ G, GARCÍA-DELGADO R, CATENA A, GALINDO-MORENO P. Inferior alveolar nerve trajectory, mental foramen lo-cation and incidence of mental nerve an-terior loop. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017 Sep 1;22(5):e630-e635. doi: 10.4317/medoral.21905.
- [10] DIREK F, UYSAL II, KIVRAK AS, FAZLIOGULLARI Z, UNVER DOGAN N, KARABU-LUT AK. Mental foramen and lingual vascular canals of mandible on MDCT images: ana-tomical study and review of the literature. *Anat Sci Int.* 2018 Mar;93(2):244-253. doi: 10.1007/s12565-017-0402-1. Epub 2017 Apr 13.
- [11] ROOS C. MIGRAINE, TRIGEMINAL NEURALGIA AND CLUSTER HEAD-ACHE]. *Rev Prat.* 2018 Nov;68(9):e339-e350. PMID: 30869370
- [12] MAJEED MH, AROOJ S, KHOKHAR MA, MIRZA T, ALI AA, BAJWA ZH. Trigeminal Neuralgia: A Clinical Review for the General Physician. *Cureus.* 2018 Dec 18;10(12):e3750.
- [13] WEBER K. Neuromodulation and Devices in Trigeminal Neuralgia. *Head-ache.* 2017 Nov;57(10):1648-1653. doi: 10.1111/head.13166. Epub 2017 Sep 14. Review.
- [14] MAARBJERG S, DI STEFANO G, BENDTSEN L, CRUCCU G. Trigeminal neuralgia - diagnosis and treatment. *Cephalalgia.* 2017 Jun;37(7):648-657. doi: 10.1177/0333102416687280. Epub 2017 Jan 11.
- [15] BAŠIĆ KES V, ZADRO MATOVINA L. Accommodation to Diagnosis of Trigeminal Neuralgia *Acta Clin Croat.* 2017 Mar;56(1):157-161. doi: 10.20471/acc.2017.56.01.21.
- [16] SAKURAI Y, FUJII A, KATO F. Persistent Idiopathic Facial Pain Associated with So-matoform Disorder in an 11-Year-Old Boy. *Case Rep Psychiatry.* 2019 Feb 7;2019:4627850. doi: 10.1155/2019/4627850. eCollection 2019.
- [17] CRUCCU G. Trigeminal Neuralgia. *Continuum (Minneap Minn).* 2017 Apr;23(2, Se-lected Topics in Outpatient Neurology):396-420. doi: 10.1212/CON.0000000000000451.