

Pristupanje liječenju dentalnih traumi u mliječnoj denticiji

Lidija Bagić¹, Lea Budak²,
prof. dr. sc. Dubravka Negovetić Vranić³

[1] studentica 5. godine, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

[2] studentica 6. godine, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

[3] Zavod za dječju i preventivnu dentalnu medicinu,
Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Uvod

Dentalne traume zahvaćaju mliječnu denticiju u čak 22.7% slučajeva. Zbog dobi djeteta i postojanja trajnog zametka u neposrednoj blizini mliječnog zuba, traume mliječne denticije predstavljaju izazov u stomatološkoj praksi. Dijete može biti nesuradljivo za oralni pregled i radiološko snimanje, pa i za terapijske postupke prilikom liječenja dentalne traume. Važno je napraviti opsežan inicijalni pregled kako bi se dijagnosticirale moguće pridružene koštane ozljede i ozljede mekih tkiva. Zrelost djeteta i njegova mogućnost da se nosi s hitnom situacijom može značajno utjecati na ishode terapije dentalne traume mliječne denticije (1,2). Iz tog razloga je iznimno važno smanjiti strah i anksioznost djeteta i roditelja.

Ishodi

Mogući su različiti povoljni i nepovoljni ishodi liječenja traumi mliječnih zuba. Ishodi se odnose na stanje pulpe i paradontnog tkiva oko zahvaćenog zuba. Važno je nakon svakog dentalnog traumatskog događaja educirati roditelje o negativnim ishodima terapije kako bi ih mogli pravovremeno prepoznati i dovesti dijete stomatologu u što kraćem roku.

Nepovoljni ishodi uključuju znakove diskoloracije i nekroze, nastanak sinus trakta ili fistule te povećana mobilnost traumatiziranog zuba. Također, stomatolog je dužan pratiti razvoj korijena mladog zuba i adekvatno reagirati kada se razvoj korijena ne nastavi (2,3).

Frakture cakline

Fraktura cakline mliječnog zuba ne zahtijeva kliničko ili radiološko praćenje. Potrebno je zagladiti oštre rubove na zubu i educirati roditelje o oralnoj higijeni i prevenciji budućih traumatskih događaja (2).

Nekomplicirana fraktura krune

Fraktura zahvaća i caklinu i dentin te je potrebno pokriti eksponirani dentin kompozitom ili stakleno ionomernim cementom. Izgubljena struktura zuba može se nadoknaditi kompozitom i u narednim posjetama. Važno je obratiti pozornost na lokaciju odlomljenog fragmenta zbog moguće aspiracije, gutanja ili utisnuća fragmenta u obraz, jezik ili usnice. Ako postoji sumnja da je nedostajući fragment utisnut u meka tkiva usne šupljine potrebno je napraviti kontrolno radiološko snimanje (2).

Komplicirana fraktura krune

Liječenje endodontskog prostora mliječnih zuba je invazivno i kao takvo može izazvati dentalnu anksioznost u djeteta. Potrebno je raspraviti opcije liječenja s roditeljima, te prilagoditi terapiju dobi i zrelosti djeteta. Cilj terapije je očuvati vitalitet pulpe parcijalnom pulpotomijom ili cervikalnom pulpotomijom ako je površina eksponirane pulpe velika. Roditelji trebaju biti upućeni prepoznati moguće nepovoljne ishode liječenja te dovesti dijete na stomatološki pregled u što kraćem roku (2).



Slika 1. Komplicirana fraktura krune mliječnog zuba.

Frakture krune i korijena

Pri frakturama krune i korijena pulpa može, ali i ne mora biti eksponirana. Treba napraviti rendgensku snimku zuba zahvaćenog traumom za potrebe dijagnostike i dokumentacije početne situacije. Slobodni fragment se odstrani te se zatim procjenjuje mogućnost restauracije krune zuba. Ako nije moguće restaurirati krunu frakturiranog zuba potrebno je izvaditi slobodne fragmente pritom pazeći na integritet trajnog zametka (2).

Frakture korijena

Fraktura korijena mliječnog zuba može biti s i bez pomaka te o tome ovisi i izbor terapije. Terapija nije potrebna ako fragment zuba nije pomaknut ili ako je pomaknut, ali ne pretjerano pomičan jer se očekuje spontana repozicija. Ako postoji značajna okluzijska interferenca i pretjerana pomičnost fragmenta se slobodni fragment može ekstrahirati ili reponirati. Repozicija se može dodatno stabilizirati fleksibilnim

splintom na 4 tjedna ako je to potrebno (2,4).

Frakture alveolarne kosti

Repozicija pomičnog segmenta alveolarnog grebena nužna je uz stabilizaciju fleksibilnim splintom u trajanju od 4 tjedna (5). Važno je splintom obuhvatiti i neozlijeđene nepomične susjedne zube. Ovu je traumu potrebno radiološki pratiti nakon 4 tjedna i godinu dana nakon traumatskog događaja kako bi se procijenilo stanje zametaka trajnih nasljednika (2).

Potres zuba i sublukcija

Potres zuba je najlakša luksacijska ozljeda bez dodatne pomičnosti mliječnog zuba, dok je zub zahvaćen sublukcijom osjetljiv na dodir te je njegova mobilnost povećana. Kod ovih traumi se s obzirom na to da zub nije pomaknut terapija zasniva na praćenju i edukaciji djeteta i roditelja (2).

Ekstruzija

Ekstrudirani mliječni zub je naizgled duži i može predstavljati okluzijsku interferencu i biti pretjerano pomičan. Odabir liječenja ovisi o težini dentalne traume i zrelosti djeteta. Moguća je spontana repozicija zuba, no ako je zub ekstrudirani više od 3 mm ga je potrebno ekstrahirati (2).

Lateralna luksacija

Kao i kod ekstruzije, moguća je spontana repozicija luksiranog mliječnog zuba. No, ako postoji opasnost od aspiracije ili ingestije tog zuba se on ekstrahira. Zub se može i nježnim pritiskom repozicionirati i stabilizirati fleksibilnim splintom na 4 tjedna (2,4).

Intruzija

Neovisno o smjeru pomaka se intrudirani mliječni zub pušta da se spontano repozicionira. Repozicija se očekuje unutar 6 mjeseci od traumatskog događaja, no može trajati i do godinu dana. U dobi od 6 godina indicirano je daljnje praćenje ozbiljnijih intruzijskih ozljeda kako bi se nadziralo nicanje trajnog nasljednika (2).

Avulzija

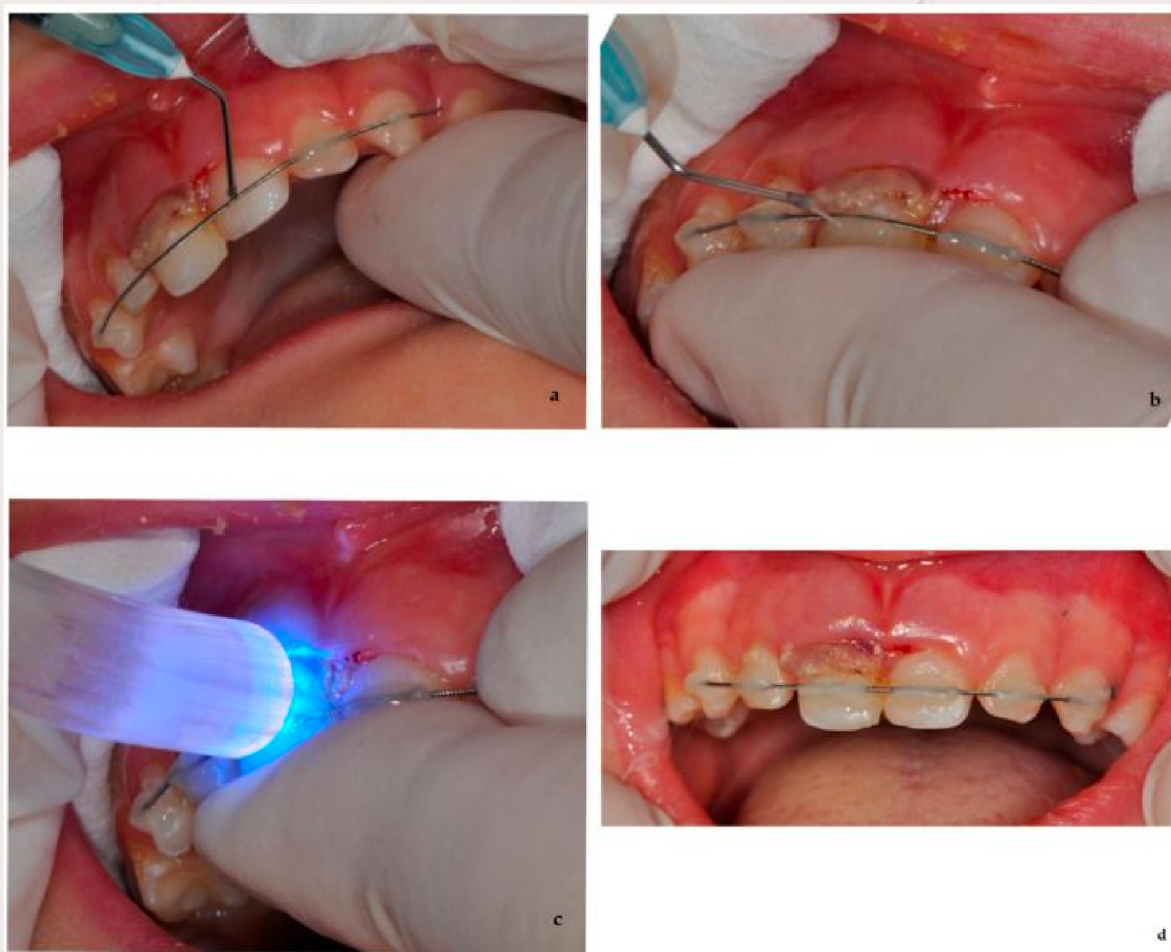
Izbijeni mliječni zub se nikada ne replantira zbog mogućnosti oštećivanja ili negativnog utjecaja na nicanje trajnog nasljednika (5). Avulzirani je zub važno locirati kako bi se spriječila njegova ingestija ili aspiracija, te kako bi se dijagnosticirala moguća utisnuća zuba u meka tkiva usne šupljine (2).



Slika 2. Fraktura korijena mliječnog zuba. (Preuzeto iz 6)

Zaključak

Traumatske ozljede u mliječnoj denticiji traže potpuno drugačiji pristup doktora dentalne medicine u usporedbi s traumama u trajnoj denticiji. Kada je to moguće, skrb dentalnih traumi u male djece bi trebao pružati specijalizirani tim liječnika koji imaju iskustvo i stručnost u liječenju dječjih dentalnih traumi. Dentalne traume u ranoj dječjoj dobi imaju veliki psihogeni faktor u razvoju dentalne anksioznosti i fobije u kasnijoj dobi. Pristup doktora dentalne medicine može pozitivno utjecati na suradljivost djeteta i roditelja u stresnim situacijama poput dentalnih traumatskih događaja.



Slika 3. Postupak splintiranja mliječnog zuba. (Preuzeto iz 6)

Literatura:

1. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dental Traumatology*. 2020 Jun 22;36(4).
2. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology*. 2012 May 14;28(3):174–82.
3. Zaleckiene V, Peciuliene V, Brukiene V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatologija [Internet]*. 2014;16(1):7–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24824054/>
4. We C, Oh N, Ms K, Hs L, Sc C. A Retrospective Study of Traumatic Dental Injuries in Primary Dentition: Treatment Outcomes of Splinting [Internet]. *Acta odontologica Scandinavica*. 2018. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29228861/>
5. Flores MT, Onetto JE. How does orofacial trauma in children affect the developing dentition? Long-term treatment and associated complications. *Dental Traumatology*. 2019 Oct 21;35(6):312–23.
6. Di Giorgio G, Zumbo G, Saccucci M, Luzzi V, Ierardo G, Biagi R, et al. Root Fracture and Extrusive Luxation in Primary Teeth and Their Management: A Case Report. *Dentistry Journal*. 2021 Sep 11;9(9):107.