

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSISË TIRANË

Fakulteti Mjekësisë Dentare



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

Frekuenca, vlerësimi klinik, rendgenologjik dhe
kirurgjikal i impakcionit të molarët e tretë të poshtëm

Disertacioni i paraqitur për marrjen e gradës shkencore

Doktor

Udheheqës Shkencor:

Prof.Dr.Ramazan Isufi

Kandidati:

Seha Mustafai

Tiranë, 2020

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Dr Seha Mustafai

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

D O K T O R

Specialiteti: Kirurgjia Orale

Frekuenca, vlerësimi klinik, rendgenologjik dhe kirurgjikal i impakcionit te molarët e tretë të poshtëm

MBROHET MË DATË: ___ / ___ 2020 PARA JURISË

1. _____ KRYETAR
2. _____ ANËTAR (OPONENT)
3. _____ ANËTAR (OPONENT)
4. _____ ANËTAR
5. _____ ANËTAR

F A L E N D E R I M E

Me sinqeritet të veçant ju falenderohem të gjithë atyre të cilët më mundësuan në regjistrimin e studimeve të doktoraturës, dhanë përkrahje, ndihmë morale, shkencore, profesionale dhe teknike në realizimin e disertacionit.

Falenderime të veçanta dhe të sinqerta dua ti shprehi Dekaneshës së nderuar të fakultetit të mjekësisë dentare Prof. Dr Edit Xhajanka për kontributin e saj pa rezerv për ndihmën morale, shkencore, profesionale në realizimin e disertacionit.

Në mënyrë të veçant e falenderoj udhëheqësin tim shkencor Prof. Dr. Ramazan Isufi për përkrahjen intelektuale dhe morale gjatë tërë kohës së përgaditjes së këtij disertacioni.

Në mënyrë të sinqert e falenderoj Prof.Dr. Ruzhdie Qafmolla, Prof. Dr. Nazmi Koçi, prof. Dr. Rozarka Budina.... dhe të gjithë stafin pedagogjik për përkrahjen intelektuale, morale dhe vëllazërore të ofruar gjat tërë kohës së përgaditjes së këtij disertacioni.

Dedikim të veçant kam bashkëshortit – Kreshnik-ut

Prindërve- Ametit dhe Gjyneles dhe

Mustafës dhe Nexhmijes

vëllaut- Armendit

Si dhe femijëve te mi- Borës dhe Diellit

Përmbajtja

I.HYRJE	7
II. INFORMATA TË PËRGJITHSHME	8
1. ETIOLOGJIA E IMPAKCIONIT	9
2 KLASIFIKIMI I MOLARËVE TE TRETË MANDIBULARE	12
3. TEKNIKAT E RO GRAFIVE TË DHËMBËVE TË IMPAKTUAR	14
3.1 Metodat radiologjike intraorale:	14
3.2 Metoda radiografike ekstraorale	16
4 KOMPLIKIMET TË SHKAKTUARA NGA MOLARËT E TRETË MANDIBULLAR.....	20
4.1.Pericoronitis.....	20
4.2. Dhimbja	21
4.3. Formimi i kistave	21
4.4. Formimi i tumorit odontogjenik: ..	22
4.5. Formimi i resorpcionit	23
4.6. Frakturat e nofullave	23
4.7.Grumbullimi te incizivët	24
4.8. Iritimi i protezës	24
4.9. Sëmundje periodontale në dhëmbin fqinj	25
4.10.Karies në dhëmbin fqinj	25
4.11. Komplikime të tjera	25
5. TRAJTIMI I MOLARËVE TË TRETË MANDIBULAR	26
5.1. Enucleation	28
5.2. Operculektomi.....	30
5.3. Heqja e plotë kirurgjikale.....	33
5.4 .Transplantimi	34
5.5.Koronektomia	38
6. KOMPLIKACIONET E HEQJES SË MOLARIT TË TRETË TË MANDIBULËS	455
6.1 Osteitis i lokalizuar alveolar (alveolitis).....	46
6.2 Infeksionet postoperative	47

6.3 Dhimbja	47
6.4 Edema	48
6.5-Trizmus.....	48
6.6- Gjakderdhje postoperative.....	49
6.7- Dëmtimi i nervit.....	49
6.8 –Fraktura e nofullës.....	50
6.9. – Depërtimi i dhëmbit të impaktuar në regjionet fqinjë	51
6.10. Disfukcion i artikulacionit temporomandibulare	51
6.11- Shfaqja e sëmundjes periodontal te dhëmbi fqinj	51
III. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT	52
IV.MATERIALET DHE METODAT	53
REZULTATET	55
DISKUTIMI	67
PËRFUNDIMI	81
REKOMANDIMI.....	82
LITERATURA	Error! Bookmark not defined.
CV.....	96

HYRJE

Me evoluimin dhe zhvillimin e qytetërimit njerëzor bashkë me ndryshimet në mënyrën e të ushqyerit, nofullat zvogëlohen ndërsa molarët e tretë mandibular e humbin funksionin e tyre dhe ngelin të impaktuar (të përmbajtur). Dhëmbët të cilët ju vinë koha e eruptimit por për shkak të faktorëve lokal ose sistemik nuk mund të pozicionohen në harkun dentar quhen dhëmbë të impaktuar. Molarët e tretë mandibular për shkak të lokalizimit anatomik dhe se janë dhëmbë të fundit që eruptojnë në shumicën e rasteve ngelin të impaktuar. Ekzistojnë shumë indikacione terapeutike dhe profilaktike për ekstraksionin e molarëve të tretë të impaktuar për shkak të problemeve të shumta që mund të shkaktojnë.

Operacione më të shpeshta në praktikën e kirurgjisë orale e maksilofaciale janë ekstraksioni i molarëve të tretë të impaktuar. Në popullata të ndryshme përqindja e molarëve të tretë mandibular që ngelin të impaktuar tregon një variatet nga 9.5% deri në 39%¹. Shfaqja klinike dhe radiologjike si dhe patologjitë e shkaktuara dhe komplikacionet postoperative të impakcioneve të molarëve të tretë mandibular kanë tërëqur vëmendjen e shumë studiuesve dhe janë bërë temë e shumë publikimeve.

Në këtë studim, do të bëjmë vlerësimin radiologjik, klasifikimin, indikacionet e ekstraksionit, patologjitë e shkaktuara dhe ankesat në fazën postoperative të pacientëve.

2. INFORMATA TË PËRGJITHSHME

Sipas raportit të Wesley D. Smith.², mjeku i lashtë grek Hippokrates (460-370 p.e.s) në librin e quajtur Corpus Hippocraticum ka cekur anomalitë e pozicionimit të dhëmbëve, komplikacionet e erupsionit të dhëmbëve të pjekurisë, llojet e dhimbjeve të dhëmbit, abseset alveolare dhe aftat (ulceret, stomatiti) te të rinjtë. Më vonë, mjeku i lashtë romak Galinos nga Bergama(Pergamon) (131-200 p.e.s)ka bërë punime të shumtë për anatominë dhëmbëve e nofullavedhe dhëmbët i ka klasifikuar ne tre grupe si prerës, kaninë dhe dhëmballë. Saktë e ka definuar numrin e rrënjëve dhe formën e dhëmbëve dhe ka diskutuar arsyet e eruptimit të vonshëm të molarëve të tretë.

Paralelisht me zhvillimet në evolucionin njerëzor, me kalimin e kohës si pasojë e tkurrjes dimensionale të maksillës dhe mandibulës dhëmbët e pjekurisë ngelin të impaktuar³. Njeriu modern me ndrimin e zakoneve të të gatuarit dhe ushqyerit, më së tepërmi ka filluar të ushqehet me ushqime të buta e të ëmbla⁴. Së bashku me këta shkaqet si mungesa e hapsirës, renditja e denticionit në anën distale, ndalja e rritjes skeletore, kahja vertikale e rritjes kondilare, rritja e madhësisë së kurorës të dhëmbit të impaktuar dhe eruptimi i dhëmballëve të tretë si të fundit në gojë janë arsye që këta dhëmbë mbeten të impaktuar^{5,6}.

Edhe pse deri në ditët e sotme janë bërë përkufizime të shumta për impakcionet, në përgjithësi një dhëmb quhet i impaktuar nëse ka ardhur koha e eruptimit e nuk erupton dhe sipas vlerësimit klinik e radiologjik eruptimi është i pamundur⁷.

Sipas vendndodhjes anatomike dhëmbët e impaktuar studijohen në grupe si:



- Dhëmb i rrethuar në të gjitha anët me kockë ose njëra pjesë e mbuluar me kocke e tjetra me gingivë ose
- Dhëmbi i cili pjesërisht është i eruptuar në gojë dihet si dhëmb gjysëm i impaktuar^{8,9}.

Për shkak se molari i tretëeshtë dhëmbi më i shpeshtë i impaktuar pasi që i fundit mer pozicionin final në harkun dental dhe për shkak të komplikimeve të shumtë që shkaktojnë para dhe pas intervenimit kirurgjikal kanë qenë subjekt i botimeve të shumta^{10,11}.

2.1. ETIOLOGJIA E IMPAKCIONIT

Waite ¹¹shkakun e impaktimit të dhëmbëve i shpjegon me tre teoritë:

- Teoria ortodontike:

Frymëmarja me gojë, humbja e hershme e dhëmbëve dhe faktorë të tjerë që ndalojnë zhvillimin normal të nofullave janë shkak që dhëmbët ngelen të impaktuar.

- Teoria filogjenetike:

Me avancimin e qytetërimit njerëzor kanë ndryshuar shprehitë e të ushqyerit dhe është reduktuar forca që shfrytëzohet për të bluar ushqimin dhe si rezultat i kësaj nofullat janë zvogëluar. Është vështirësuar mundësia e gjetjes së hapsirës për erupctimin e molarëve të tretë dhe si pasojë këta dhëmbë mbeten të impaktuar. Sipas kësaj teorie këta dhëmbë që ngelen të impaktuar, në të ardhmen si rezultat i evoluimit filogjenetik, mendohet se do të zhduken.

- Teoria Mendeliane:

Njerëzit nëse prej njërit prind marin strukturën e nofullës së vogël dhe prej tjetrit tiparin e dhëmbit të madh, dhëmbët nuk mund të gjejnë vend për të eruptuar në harkun dentar dhe ngelin të impaktuar.

Dhëmbët më shpesh mbeten të impaktuar për shkak të mospërputhjes së gjatësisë të harkut dentar dhe gjatësisë së kreshtës alveolar të tkurrur. Nëse gjatësia e kreshtës është më e vogël se gjatësia e harkut të dhëmbëve, dhëmbët që eruptojnë të fundit dhe nuk kanë hapësirë të mjaftueshme për shpërthim mbeten të impaktuar. Përçindja më e lartë e dhëmbëve të impaktuar shfaqen në popullsinë prej 25-29 vjet dhe zvogëlohet me rritjen emoshës së pacientëve ¹².

Dhëmbët mund të jenë të impaktuar në suazat e sëmundjeve të ndryshme dhe çregullimeve të metabolizmit të tilla si sindromi i Gardner-it, sindromi i Down-it, kleidocranialdysostoyis, dhe në suazat e çregullimeve hormonale hipotireoidoza, hipopituitarizmidhe hypoparathyroidism¹³. (fig1).



Gardner's Syndrome Sapna Panjwani, Anjana Bagewadi,¹ Vaishali Keluskar,¹ and Saurabh Arora²
Journal ListJ Clin Imaging Sciv.1; 2011PMC327969

Mosha mesatare për eruptimin e dhëmbit të pjekurisë mandibulare është 20 vjeç, ndërsa në disa pacientë procesi i eruptimit mund të zgjasë deri në 25 vjet.Gjatë zhvillimit normal,dhëmbi i pjekurisë mandibulare është në pozicionin horizontal drejtmolarit të dytë dhe gjatë zhvillimit të dhëmbëve dheme rritjen e nofullës, dhëmbi i pjekurisë rrotullohet në drejtim vertikal. Impakcioni ka shumë të ngjarë të ndodhë nëse nuk ndodh rotacioni vertikal i dhëmbit



(fig.2). Arsyeja tjetër për impakcionin e dhëmbit të pjekurisë mandibular është mungesa e hapësirës në kreshtën alveolare në krahasim me përmasat meziodistale të molarit të tretë mandibular¹⁴.

Pengesat që e mundësojnë impaktimin e dhëmbëve të pjekurisë mandibulare radhiten si vijojnë:¹⁵

A. Shkaqet lokale të impakcionit

- 1) Dendësia e madhe e kockës rreth dhëmbit
- 2) Rritja e dendësisë së membranës së mukozës, si rezultat i inflamacionit kronik
- 3) Hapsirë e pamjaftueshme në nofulla me zhvillim të papërfunduar
- 4) Mbetja e dhëmbëve të qumshtit kohë të gjatë në gojë
- 5) Humbja e hershme e dhëmbëve të qumshtit
- 6) Nekroza të shkaktuara nga infeksionet ose abseset
- 7) Ndryshime inflamatore kockore si rezultat i sëmundjeve febrile te fëmijët
- 8) Anomalitë e zhvillimit ose vendi joadekuat ifolikulit të dhëmbit.
- 9) Pengesë gjatë eruptimit të dhëmbit.

B. Shkaqet sistemike të impakcionit:

1. Faktorët prenatal

- a) Trashëgueshmëria
- b) Fëmijë të prindërve nga popuj të ndryshëm (hibridizim)
- c) Nëna me tuberkulozë
- d) Ushqimi jo i rregullt i nënës.

2. Faktorët postnatal:

- a) Rahitisi
- b) Anemi
- c) Sifilisi kongjenital
- d) Tuberkulozi
- e) çregullime endokrine
- f) Ushqimi jo i rregullt

- g) Sëmundje me ekzantemë
- h) Sëmundjet e nofullës dhe indeve përreth
- i) Trauma
- j) Mungesa e hapsirës në nofulla të pazhvilluara.

3. Faktorët të tjerë të rralla (në kuadër të sindromave kranio-maxilo-faciale) :

- a) Cleidocranial dysostosis
- b) Oxycephaly
- c) Progeria
- d) Achondroplasia
- e) Palatoschisa.

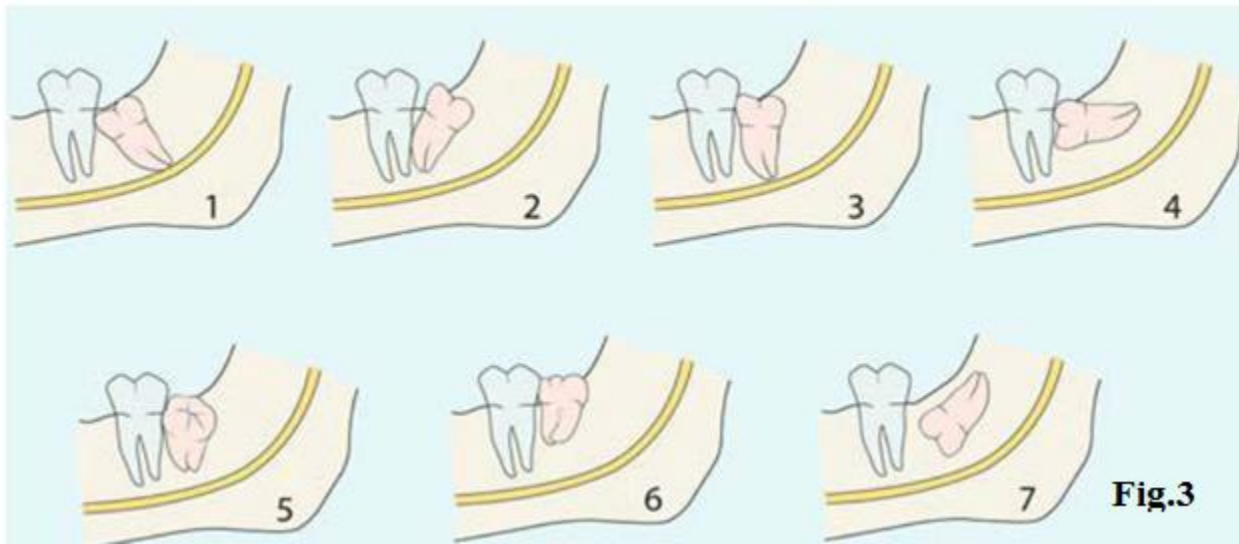
2.2 KLASIFIKIMI I MOLARËVE TË TRETË TË MANDIBULËS

Faktori kryesor është fusha operative, e cila varet nga shkalla e ekspozimit të dhëmbit, rruga e daljes së dhëmbit dhe krijimi i një pikëmbështetje natyrale. Shumica e klasifikimeve bazohen nga analizat radiografike.

Angulimi

Sistemi i klasifikimit përdor angulimin e boshtit gjatësor të dhëmbëve të retinuar, lidhur me boshtin gjatësor të molarit të dytë. Një nga klasifikimet më të pranuar është dhënë nga Winter-i në vitin 1926¹⁶. Pothuajse klasifikim identik parashtron Archer (1975) dhe Kruger³ (1984). Klasifikimin e molarëve të tretë sipas boshtit të gjatë të tyre ndaj molarëve të dytë dhe ajo

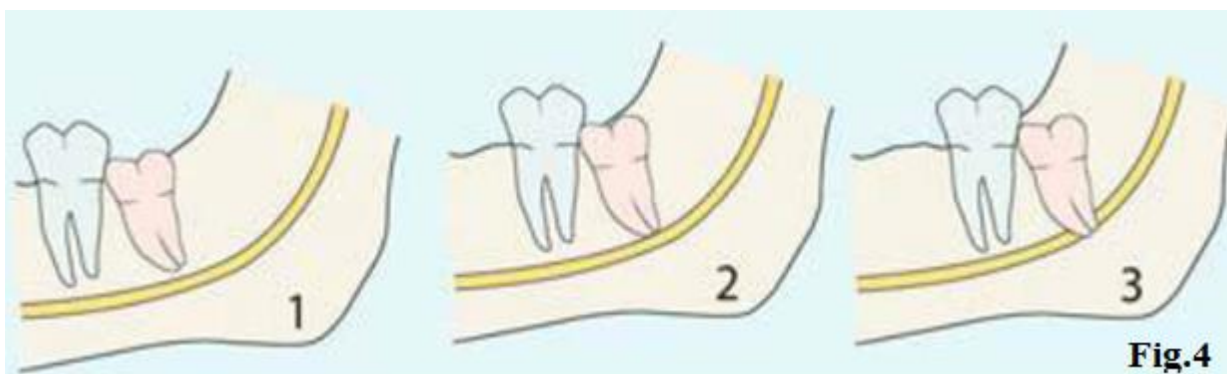
jepet në Fig 3:



1. Pozita mezoangulare 3. Pozita vertikale 5. Pozita bukoangulare 7. Pozita inverse.
2. Pozita distoangulare 4. Pozita horizontale 6. Pozita lingvoangulare

Në vitin 1942 Pell dhe Gregory¹⁷ kanë bërë klasifikim në bazë të hapsirës mes ramusit të mandibulës dhe molarit të dytë. Ky jepet në : Fig 4

- Klasa I: Ka hapsirë të mjaftueshme në mes të molarit të dytë dhe ramusit mandibular për eruptimin e molarit të tretë.
- Klasa II: hapsira mes teht distal të molarit të dytë dhe ramusit të mandibullës është më e vogël se madhësia mesiodistale e molarit të tretë - dhëmbi është vendosur në mënyrë që rreth gjysma është e mbuluar nga ramusi.
- Klasa III: nuk ka aspak hapsirë mes teht distal të molarit të dytë dhe ramusit për eruptimin e molarit të tretë -kur dhëmbi ndodhet plotësisht në ramus.

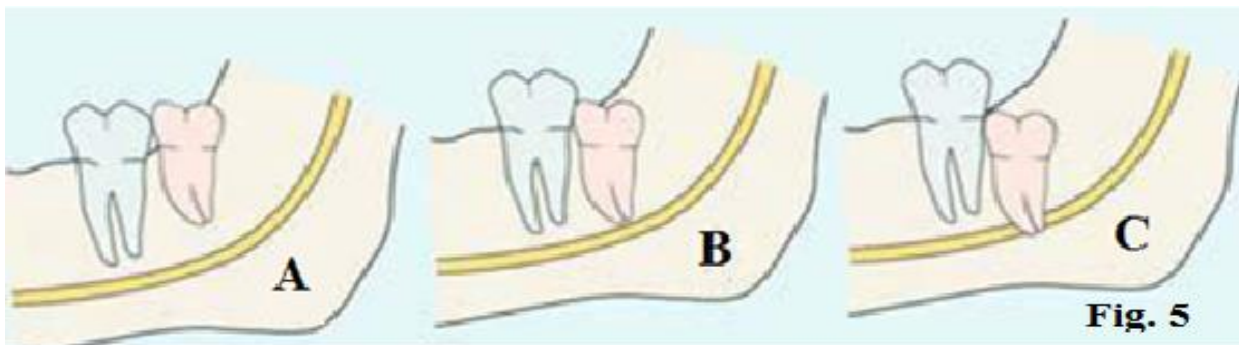


Raportet lidhur me planin okluzal

Thellësia e dhëmbit të retinuar, krahasuar me lartësinë e molarit të dytë fqinjë përbën një tjetër sistem klasifikimi që përcakton shkallën e vështirësisë së heqjes së dhëmbit të retinuar fig. 5.

Klasifikimi A, B dhe C i Pell dhe Gregory-it.¹⁷

- Klasa A quhet kur sipërfaqja okluzale e dhëmbit të retinuar është në nivelin e planit okluzal të molarit të dytë.
- Klasa B quhet kur plani okluzal i dhëmbit të retinuar është mes planit okluzal dhe vijës cervikale të molarit të dytë.
- Klasa C quhet kur sipërfaqja okluzale e dhëmbit të retinuar është nën vijën cervikale të molarit të dytë.



2.3. TEKNIKAT E RO GRAFIVE TË DHËMBËVE TË IMPAKTUAR

Teknikat e përdorura për këtë qëllim shqyrtohen në dy grupe:
5,18,19

2.3.1 Metodat radiologjike intraorale:

- a) Radiografi periapike fig.6 merren për të vlerësuar zonën periapikale të dhëmbit dhe kockave përreth. Për radiografitë periapikale, filmi ose receptori digjital duhet të vendosen vertikalisht, paralelisht me gjatësinë eplotë të dhëmbëve të

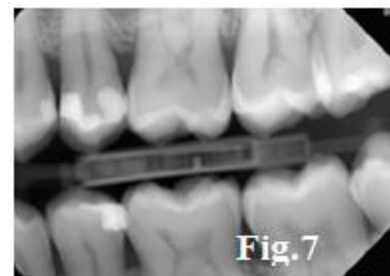


Grafia periapikale tregon dy dhëmbë të impaktuar (paradhëmballë dhe hiperdoncioni - microdont)

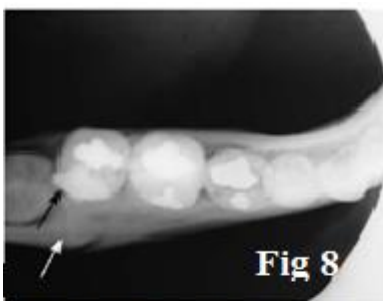
impaktuar. Indikacionet kryesore për radiografinë periapikale janë:

- Për të parë lezionet periapikale/ infeksion apikal duke përfshirë ndryshimet cistike para / pas operacionit .
- Për të vlerësuar ndonjë cistë të lidhur me dhëmbin.
- Për të parë ndonjë rrënjë pas ekstraksionit.
- Për të vlerësuar anomalitë e nyjeve.
- Raportet me dhëmbin fqinj apo kanalin mandibular.

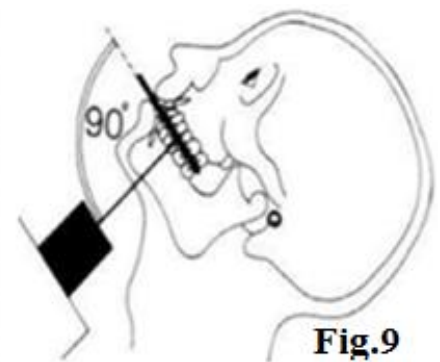
b) **Grafia retroalveolare *Bite-wing***:Grafia ku vërehen kurorat e dhëmbëve antagoniste në kafshim(fig.7). Në këtë grafi nuk shihen rrënjët e dhëmbëve , por shumë mirë shihen ndryshimet në kurorat e dhëmbëve. Për këtë arsye, kjo teknikë përdoret zakonisht për diagnostifikimin e kariesit që ndodhet në sipërfaqet aproksimale, veçanërisht në pikat e kontaktit.



c) **Grafia okluzale** përdoret për sqarimin e mundshëm të pozitës distopike të dhëmbëve të retinuar – impaktuar, si plotësim i grafisë retroalveolare si dhe pozicionin vestibulo-oral të dhëmbit:Fig.8,9.



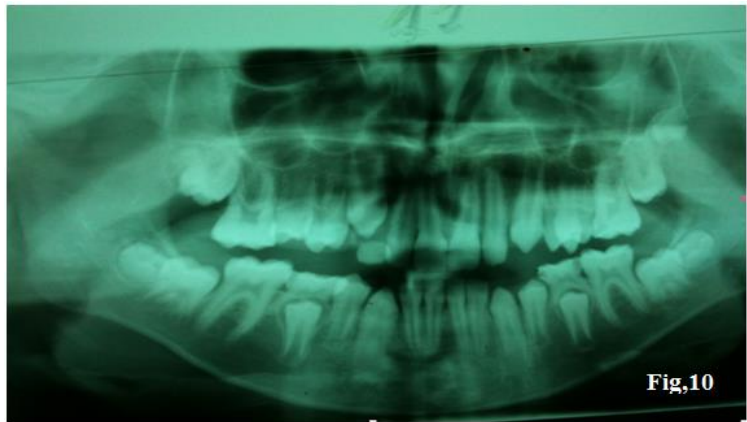
Grafia okluzale të së njejtës zonë tregon pozitën bucale të paradhëmballës së retinu dhe hiperdoncionin-microdont mes dhëmbit të retinuar dhe kurorës së molarit të dytë.



2.3.2 Metoda radiografike ekstraorale

- a) Metoda panoramike (Panorex, Status X),
- b) Grafite posteroanteriorë të kokës nën kënd të drejtë
- c) Tomografite kompjuterike
- d) Dentaskaneri - CBCT (Cone Beam Computer Tomography)
- e) Imazhe të rezonancës magnetike (MRI).

Megjithatë, për evidentimin e pranisë së dhëmbëve të impaktuar, metodat ekstraorale janë më të përhapur se ato intraorale. Që nga fundi i viteve 1950, metoda më e përdorur në stomatologji janë inçizimet ro panoramike.^{20,21,22.}



Përparësitë e filmave panoramike janë:

- Shihet pozita e dhëmbit të impaktuar, thellësia e kockës dhe marrëdhëniet me formacionet anatomike fig 10.
- Në një film të vetëm shihen kockat e maksilës dhe mandibulës së bashku me të gjitha dhëmbët.
- Mundësia e mosvendosjes të një aparati në goje. Ofron komoditet të madh për pacientët me ndjenjën e vjelljes, fëmijët që frigohen, dhe pacientët me anomali të lëvizjes të mandibulës.
- Në krahasim me grafite në seri të teknikave intraorale është më e lehtë, në interval kohor më të shkurtër dhe radiografia mund të fitohet me rrezatim më të paktë dhe mund të shihet në ekranin kompjuterik si digjitale .

Megjithatë, pajisja është e shtrejtë, nuk duken detajet e kockave, vështirë të diagnostifikohet kariesi, përmasat janë më të mëdhaja se ato reale, pamundësia për vlerësim të saktë të pamjes

bukolinguale të molarit të tretë mandibular dhe kanalit mandibular dhe fotografi dydimensionale janë disavantazhe^{20,21,22}.

Mungesat e ortopantomografisë janë: Në protruzionet e shprehura dhëmbët e regjionit frontal nuk mund të tregohen optimale në të njëjtën madhësi. Largësia fokusi -objekti dhe objekti – bartës i filmit nuk është i njëjtë në çdo vend, që rezulton me faktor të ndryshëm të rritjes.

Nuk është e mundshme matja e saktë. Gjysma e



jashtme e shtresës mbulose të strukturës përbërse të grafisë së nofullës mbulohen ndryshimet patologjike të dhëmbëve superpozohenveçanërisht paramolarët fig 11.

Tomografia kompjuterike fig 12²⁵ është një metodë diagnostifikimi, gjithnjë e më tepër përdoret për diagnostifikim të lezioneve në kocka dhe për vlerësimin e marëdhënieve ndërmjet strukturave të afërta. Tomografia kompjuterike është metoda më e saktë dhe më e mirë për ti treguar kufijtë anatomike të kanalit mandibular.^{20,21,22}

Tomografia kompjuterike jep mundësinë që kirurgu para procesit operativ ti shohë qartë kufijtë e lezionit patologjik. Përparësitë janë caktimi i lokalizimit të dhëmbëve të impaktuar në plane të ndryshme, tregimi objektiv i madhësive të rasteve patologjike si resorbimi i jashtëm i rrënjës dhe vlerësimi tredimensional i marëdhënieve me dhëmbët fqinje, hapsirave anatomike dhe organeve përreth.



Disavantazhet janë doza e lartë e rrezatimit, shkaktimi i artefakteve nëse në gojë ekzistojnë rasturime metalike dhe është një metodë e shtrejtë^{20,21,22}.

Filmat cefalometrikë, radiografitë posterior-anteriore të kokës, tomografitë, rezonanca magnetike dhe metoda të tjera të ndryshme në krahasim me filmat periapikale dhe panoramike përdoren shumë rrallë në vlerësimin e molarëve të tretë të impaktuar ²².

Dentaskaneri - CBCT (Cone Beam Computer Tomography)

Sot përdoret me sukses dhe është bërë standart dentaskaneri CBCT (Cone Beam Computer Tomography) fig. 13²⁵.

Tomografia e Computer Cone Beam bazohet në rrezet konike, të cilat janë të përqëndruara në një zonë të ngushtë interesi, dhe kështu kanë një dozë rrezatimi efektivisht të reduktuar në krahasim me tomografinë kompjuterike konvencionale, rezolucion të detajuar të lartë, vlera të sakta sasiore dhe cilësore, kosto-efektivitet dhe përdorimi i lehtësuar²³. Kjo na lejon të vizualizojmë

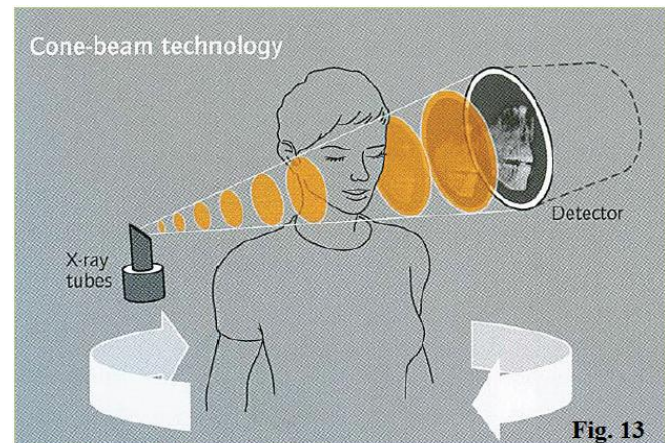


Fig. 13
Cone beam skeneri emitonjë rrezet jonizuese pulsative, me çka pacienti ekspozohet sasisë së ulët të rrezatimit (marur nga 28)

pamjet sipas shtresave dhe seksionit kryq në të tre dimensionet. Aipërdoret posaçërisht për të krijuar informacione tre-dimensionale të skeletit maksilofacial si dhe imazhe tre-dimensionale të dhëmbëve dhe strukturave përreth tyre²⁴. Me rrezet e drejtuara konike të rendgenit, CBCT mbulon të gjithë rajonin e dëshiruar dhe një rotacion i vetëm rrethor më pak se 30 sekonda është i mjaftueshëm për të mbledhur të dhëna për të krijuar një imazh tre-dimensionale²⁵.

Fiksimi i sigurt dhe i qëndrueshëm i kokës së pacientit është jashtëzakonisht i rëndësishëm pasi zvogëlon ose eliminon artifaktet në imazhet²³. Sensori digjital regjistron një numër të madh të imazheve të cilat më pas grumbullohen në një imazh të vetëm 3D. Pacientët detyrimisht duhet të mbrohen nga rrezatimi me platforma mbrojtëse, veçanërisht gjëndrat tiroide, dhe të sigurojmë stabilizimin e kokës sepse cilësia e figurës zvogëlohet nëse pacienti nuk është i palëvizshëm. Para inspektimit, është e nevojshme të hiqen bizhuteritë metalike, të cilat mund të ndikojnë në cilësinë e figurës. Në stomatologji, CBCT përdoret gjerësisht në planifikimin e terapisë dhe diagnostikimin e kushteve të ndryshme patologjike²³. CBCT është në gjendje të pasqyrojë me precizione milimetrike - strukturat anatomike të rajonit orofacial, e cila është veçanërisht e rëndësishme në kirurgjinë orale dhe veçanërisht për lokalizimin e saktë të kanalit

të mandibulës, sinuseve maksilare dhe strukturave të tjera anatomike. Njohja e hapësirës tre-dimensionale e bën më të lehtë planifikimin në kirurgjinë dento-alveolare.²⁹.

Në skanimin dentar mund të përshkruhet vlerësimi para nxjerrjes së dhëmbëve të pjekurisë mandibulare kur është afërsia e dyshuar e kanalit mandibular që shihet në rrezet fillestare të rtg (panorama dentare dhe / ose retroalveolare ose negative okluzale). Kjo mund të çojë në një kirurgji më të ndërlikuar. Skanimi i dhëmbëve ndihmon klinikistin për të lokalizuar në mënyrë perfekte dhëmbin në harkun dentar, së bashku me pozicionin e saj dhe në lidhje me dhëmbët e ngjitur. Ai udhëzon qasjen kirurgjikale duke treguar pozicionin vestibular ose lingual të dhëmbit ose i embrionit. Ai jep pozicionin e saktë të kanalit mandibular në lidhje me apeksin e cila mund të jetë në ndonjë distancë, në kontakt në pozicionin lingual ose vestibular, ose edhe në kanal in mandibular²⁹(Fig.14).



Dhëmb i pjekurisë i impaktuar apeksi i të cilit është rreth kanalit mandibular.

Skeneri mund të vizualizojë përfshirjen e mundshme të komplikimeve të tilla si kista perikoronale, kista margjinale posteriore, dhe kista folikulare. Më në fund gjatë komplikimeve të ekstraksionit, prania e një trupi të huaj (sequestrimi i kockave) që çon në infeksione në indet e buta mund të shihet me ndihmën e një skanimi të dhëmbëve. Në rastin e parestezisë pas anestezionit të operacionit, ajo tregon vendndodhjen dhe madhësinë e saktë të defektit të kanalit mandibular³⁰.

Skanimi i dhëmbëve është modaliteti më i mirë për lokalizimin dhe vlerësimin para terapeutik të dhëmbëve të retinuar dhe embrionëve. Ai udhëzon kirurgun për qasje: në situata e dhëmbit vestibular ose palatal (ose lingual) në lidhje me harkun, në pozicionin e saktë, lartësinë dhe thellësinë, në lidhje me kreshtën e kockave³¹. Ai jep një lidhje të saktë anatomike me strukturat ngjitura: rrënjët e dhëmbëve të ngjitur, kanal in mandibular, foramen mentale, kanal

palatinal, kanal incisor, sinusit maksilar, zgavrën e hundës... Zbulon praninë e një pengese të mundshme (kist, odontoma, dhëmbë mbinumerik) ose një ndërlikim (kist folikulare). Përveç skanimit të dhëmbëve, skanimi tre dimensional mund të ndihmojë për të vlerësuar më mirë lokalizimin e dhëmbit³².

2.4 KOMPLIKIMET TË SHKAKTUARA NGA MOLARËT E TRETË MANDIBULLAR

Molarët e tretë të impaktuar për shkak të hapsirës dhe indit folikular që ndodhet përreth kanë potencial për ndryshim patologjik. Shkakui pozicionit të ndërlikuar për pozicionim të drejtë dhe adekuat në harkun dentar pacientëve mund tju shkaktojë shqetsim. Dhëmbët e impaktuar edhe në rastet asimptomatike ndoshta edhe kanë potencial të shkaktojnë probleme serioze.^{7,33,34,35}. Mund të paraqesin fokus për sëmundje sistemike sepse konsiderohet si lokus minoris rezistens⁷.

Komplikimet e shkaktuara nga molarët e tretë të impaktuar mund të përmbidhen si më poshtë:

2.4.1 Perikoronitis- është infeksion i shkaktuar nga akumulimi i mbeturinave të ushqimit dhe mikroorganizmave nën indin e butë mbi dhëmbin gjysëm të impaktuar^{34,35,36}. Molari i tretë mandibular është shkaktari më i shpeshtë i perikoronitit fig.15,16²⁴. Në krahasim me dhëmbët e impaktuar, perikoronit më shpesh paraqitet te dhëmbët gjysëm të impaktuar dhe kjo është indikacioni më i shpeshtë për ekstraksionin e molarëve të tretë mandibular. Florën normale të perikoronitit prej mikrobeve më së tepërmi përbëjnë: streptokokët, stafilokoket dhe bacilet vincent^{34,35,36,37,38}.



Sipas deklaratës së Song-ut ³⁹perikoroniti është komplikim i eruptimit të dhëmbëve të pjekurisë dhe më së shpeshti haset te dhëmbët gjysëm të impaktuar dhe kjo është njëri ndër faktorët kryesor të ekstraksionit të dhëmbëve gjysëm të impaktuar me 72.9 % .



Fig. 16

Oral Surgery Fragiskos D. Fragiskos,

Simptomat klinike janë: dhimbja, trizmusi, disfagia,cellulitis dhe limfadenitis.Perikoroniti vërehet te të dy gjinitë në nivel të njëjtë. Mund të haset në të gjitha moshat por më e shpeshtë është mes moshës 20-25 vjeçare. Në literaturë ka raporte që deklarohense perikoroniti që nuk trajtohet mund të shkaktojë obstrukcione të frymëmarrjes, infeksione në zgavrat e fytyrës, anginë Ludwig dhe mediastinit^{7,34,35,36}.

2.4.2 Dhimbja- molarët e tretë mandibular të impaktuar mund të shkaktojnë dhimbje në regjionin e kokës e të qafës. Ndonjëherë pacientët në klinikë paraqiten me ankesa të dhimbjes në regjionin retromolar, vesh, regjioni postaurikullar, temporal, qafë, ana e pasme e qafës ose rajoni klavikular.Në këto raste duhet të kemi parasysh mundësinë e pranisë të sindromit të dhimbjes miofaciale ose probleme në artikulationin temporomandibular. Nëse pasi i elimonojmë këto mundësi dhe pacienti ende ka dhimbje, duhet të kemi parasysh se burimi i kësaj ankese është dhëmbi i impaktuar ³³.

2.4.3. Formimi i kistave- (figura 17) dhëmbët e impaktuar mund të shkaktojnë kista radikulare dhe folikulare. Faktori kryesor në këtë është degjenerimi kistik folikular të formacionit të kurorës^{34,38,41}.Sipas Tetsch dhe Wagner⁴², infeksionet dhe degjenerimet kistike ndodhin në raste kur shpejtësia e eruptimit të dhëmbit është e vogël. Kistat mund të rriten në nofullën e poshtme dhe në ramus pa treguar asnjë



Fig. 17

simptom dhe zbulohet rastësisht në radiografi. Në shoqëri, në çdo 100 vetë me dhëmbë të paeruptuar incidenca e paraqitjes së kistës dentigeroze është 1.44 %. Një dhëmb i impaktuar mund të shkaktojë kist por edhe kista mund të shkaktojë impakcion të dhëmbit ^{43,44}.

Në studimin e bërë nga A. T. Vigneswaran me b.p⁴⁵ në numrin e përgjithshëm të rasteve të ekzaminuar 2778 pacientë nga të cilët 70 raste raportuan patologji të shoqëruara me molarët e tretë të impaktuar. Në mesin e 70 rasteve 61.4% janë raportuar si kista dhe tumore dhe 38.6% e rasteve kishin reaksion inflamator kronik, përfshirë dy raste me folikul dhëmbësh normal. Incidenca e lartë e patologjisë e shoqëruar me molarin e tretë ka ndodhur midis grupmoshave 20 dhe 30 vjeç, grupmoshat më të vjetra treguan incidencë shumë më të ulët. Vendi më i zakonshëm i impaksionit u gjet se ishte në anën e majtë të mandibulës dhe pozicionet ishin impakcione vertikale dhe distoangulare. Shkaku i impaksionit më të shpesht në anën e majtë të molarit të tretë mandibular është për shkak të furnizimit më të pakët me gjak⁷. Santosh Patil me b.p⁴⁶, në studimin e bërë kishte 134 kista (2.24%) dhe 63 tumore (1.16%) të zbuluara se shoqëroheshin me molarë të tretë të impaktuar, nga të cilët 3 ishin malinje (0.05%). 143 pacientë kishin simptoma të tilla si ënjtje ose dhimbje për shkak të lezioneve kistike ose neoplastike. 54 pacientët e tjerë nuk kishin simptoma sugjeruese të patologjisë. Në studimin e bërë nga Al-Khateeb dhe bashkpunëtorët⁴⁷, në 2432 molarë të tretë mandibular të impaktuar, incidenca e paraqitjes së kistës është 1.2% dhe është raportuar se kista odontogene kanë hasur në 0.8% të rasteve. Keratoksitat odontogjenike mund të jenë relevant me molarët e tretë të impaktuar dhe mund të ngatërohen me kistet odontogjene⁴⁸.

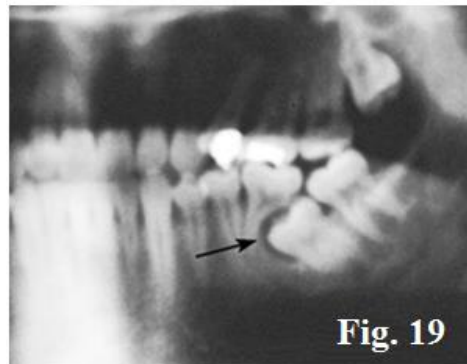
2.4.4. Formimi i tumorit odontogjenik: (figura 18) një komplikim tjetër me prejardhje nga molarët e tretë të impaktuar janë edhe tumorët odontogjen. Kistat të padiagnostifikuara me metoda klinike dhe radiologjike mund të shkaktojnë karcinome epidermoide, karcinome odontogjene, ameloblastome po edhe fibrome ameloblastike. Në studimin e bërë nga Al-Khateeb me b.p⁴⁷, në 2432 molarë të tretë mandibular të impaktuar, incidenca e paraqitjes së tumorëve është 0.5% dhe është raportuar se më relevante është ameloblastoma me 0.2%.



Fig. 18

Incidencë e paraqitjes së tumorëve maligne rreth molarëve të tretë mandibular të impaktuar është shumë e ulët ^{45,49,50}.

2.4.5 Formimi resorpcionit (figura 19) në sipërfaqen e rrënjës së molarit të dytë fqinj shpesh haset resorpcion në rrënjët e molarit të dytë fqinj si rezultat i presionit të formuar nga molarët e tretë të impaktuar që kanë tendencë të eruptojnë në pozitë të papërshtatshme ^{5,43,46,49,55}.



Sipas Waite ¹¹, paraqitja e resorpcionit është në lidhshmëri me moshën e pacientit dhe pozitën mesioangulare të dhëmbit dhe në 2.4% te rasteve në dhëmbin fqinj mund të paraqitet resorpcion. Në fazën fillestare dëmtohet vetëm sipërfaqja e rrënjës, por me kalimin e kohës mund të resorbohet edhe pulpa e dhëmbit. Ende nuk është i qartë shkaku i vërtetë i resorpcionit të rrënjës ⁵¹. Një nga faktorët kryesor të shfaqjes të këtij problem është presioni i ushtuar në sipërfaqen e rrënjës të molari i dytë nga molari i impaktuar me ç'rast vjen deri te resorpcioni ⁴³. Janë bërë studime të ndryshme për shkallën e paraqitjes së resorpcionit në rrënjët e dhëmbit fqinj. Sipas Peterson ³³ shkalla e paraqitjes së resorpcionit te rrënjët e molarëve të dytë mandibular në ndikim të molarëve të tretë të impaktuar mandibular shprehet si 7%. Në studimin e bërë nga Al-Khateeb et al ⁴⁷, në 2432 molarët e tretë të impaktuar paraqitja e resorpcionit në rrënjën e molarëve të dytë fqinj paraqitet si 0.3%. Për shkak të ekstraksionit të hershëm të molarëve të tretë, shumë vështirë është për të gjetur incidencën e resorpcionit te sipërfaqja e rrënjës te dhëmbi fqinj.

Për shkak të paraqitjes së artifakteve në radiografi diagnostifikimi është mjaft i vështirë. Sidoqoft, për të përcaktuar resorpcionin në rrënjën e molarit të dytë bëhet TK ose pas ekstraksionit të dhëmbit filmat periapikale mund të jenë të dobishme ^{36,39,44}.

2.4.6. Frakturat e nofullave-(figura 20)-sipas Ramazan Isuf-it me bp fraktura e mandibulës me prejardhje patologjike haset vetëm 0,5% ⁵². Në literaturë hasim se në Botë çdo vit gjenden rreth 11.5 raste të frakturës mandibulare në 100000 njerëz ⁵³. Është e njohur se dhëmbi i pjekurisë në mandibulë për shkak të pozites në ramusmandibulae është shkaktar i prishjes së vazhdimsisë së



International Journal of Medical Sciences 08: 0547 image No. 03

kockës dhe mendohet se si rrjedhojë e kësaj shkakton dobësi dhe rit mundësinë e frakturimit të mandibulës⁵³, veçanërisht kur shoqërohet me leziona patologjike⁷. Sipas literaturës pacientët me molar të tretë mandibular të impaktuar kanë rrezik të frakturimit 2-3 herë

më të madh sesa pacientët pa molar mandibular të impaktuar. Sidomos te pacientët e rij me interval moshe 20-30 vjeçare me molar të impaktuar rreziku i frakturimit të mandibulës është më i madh sesa te pacientët më të moshuar⁵³.

Sidomos dhëmbët e impaktuar thellë në mandibulë e zvogëlojnë rezistencën e kockës dhe si pasojë e kësaj nuk janë të ralla frakturat edhe në traumat më të vogla⁵³.

Në literaturë ka studime që tregojnë, se sidomos dhëmbët në pozitën klas I, klas II dhe mesioangular e vertikal e risin mundësinë e krijimit të thyerjes angulare⁵³.

2.4.7.Grumbullimi te incisive e poshtëm (fig 21)- me kalimin e kohës te individët me ngjeshuri të lehtë vërehet se grumbullimi bëhet më i shprehur. Molarët e tretë të impaktuar mundohen ta marrin vendin e tyre në vargun e dhëmbëve me ç'rast iu ushtrojnë presion dhëmbëve fqinje dhe si rezultat i kësaj vjen deri te grumbullimi i dhëmbëve^{26,55}.



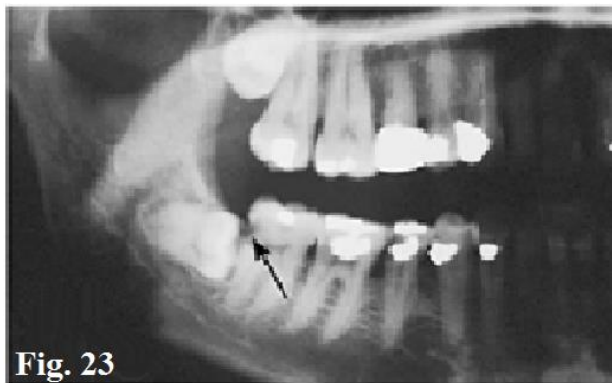
2.4.8.Iritim i protezës- (fig 22) pas ekstraksionit të dhëmbëve vazhdon resorptimi në alveolë dhe resorbohet indri kockor mbi dhëmbin e impaktuar. Me presionin e ushtruar nga protezat



parciale ose protezat totale, mund ta nxitë mekanizmin e eruptimit të dhëmbit dhe në këtë zonë mund të hasen ulcera ose infeksione odontogjene ⁵⁶.

2.4.9. Sëmundje periodontale në dhëmbin fqinj- dhëmbi i impaktuar i pjekurisë në mandibulë mund të shkaktojë resorbim të kockës marginale të dhëmbit fqinj ⁵⁶.

2.4.10. Karies në dhëmbin fqinj- molarët e tretë të impaktuar nuk eruptojnë në pozitë vertikale dhe për shkak të sipërfaqes së madhe të kontaktit të molarit të dytë fqinj paraqet rrezik për karies (figura 23). Molarët e tretë mandibular në pozitën mezioangulare ose horizontale janë rrezik i veçantë^{30,52}. Sipas studimit të bërë nga Al-Khateeb me b.p⁴⁷, në 2432 molar të tretë të impaktuar përqindja e paraqitjes së kariesit në dhëmbin fqinj raportohet si 7.9%.



2.4.11. Komplikime të tjera-incidenca e komplikimeve të tjera të dhëmbët e impaktuar është tepër e vogël dhe mund të radhiten si vijon ⁵⁴:

- 1) Komplikime që përfshijnë kanalin mandibular,
 - Parestezi,
- 2) Komplikimet e veshit:
 - Dhimbje në vesh dhe
 - Otitis.
- 3) stomatit odontojodik
- 4) absese dhe flegmona.

2.5. TRAJTIMI I MOLARËVE TË TRETË MANDIBULAR

Metoda më e shpeshtë në trajtimin e molarëve të tretë të impaktuar mandibular është ekstraksioni kirurgjikal. Vendim i përbashkët është që molarët e tretë që nuk kanë eruptuar duhet të ekstrahohen para se pacienti të mbushë 25 vjet^{59, 63,64,65,66}. Në mbledhjen e bërë të Institutit ndërkombëtar të shëndetësisë në vitin 1979 u vendos për indikacionet e heqjes së dhëmbit të impaktuar në mandibulë:

- Ekstraksioni i dhëmbëve që shkaktojnë kiste, tumore destruktive në dhëmbin fqinj ose kockën përreth dhe dhëmbët që kanë karies që mund të kurohen,
- Dhëmbët që mund të shkaktojnë patologji të ekstrahohen në moshën e hershme pasi që të rinjtë kanë morbiditet postoperativ më të rallë^{60,62}.

Ka shumë debate rreth ekstraksionit të dhëmbëve të impaktuar me simptoma si dhimbja ose me patologji të ndryshme. Megjithatë, nuk ka një konsensus për dhëmbët asimptomatik të impaktuar. Gjatë konkludimit për ekstraksion të një dhëmbi të impaktuar mjeku duhet të ketë parasysh varietetet e ndryshme si:

- Moshë e pacientit,
- Gjendja shëndetësore,
- Statusi dental,
- Planifikimi i terapisë,
- Higjiena orale e pacientit
- Mundësia për ndikim patologjik.
- Komplikimet e heqjes (ekstraksionit)⁷.

Kirurgët oral vendimin për ekstraksionin e molarit të tretë marrin pas vlerësimit të avantazheve dhe disavantazheve postekstraksionale. Nëse dhëmbi lihet në vend derisa të paraqiten probleme, në hapësirën përreth vënë deri te dëmtimi i strukturave vitale, humbje të indeve e kockës përreth. Përveç kësaj, një ndërhyrje kirurgjikale shtyrë mund të shkaktojë shumë komplikime dhe shumë rreziqe me shfaqjen e papritur të ndonjë sëmundjeje sistematike. Te pacientët në moshë të re për shkak të restaurimit të shpejt të kockës dhe potencialit të lartë të

shërimit periodontal, procedura kirurgjikale pritet të tolerohet më mire por edhe më pak ndikojnë në jetën e përditshme të pacientit^{40,45,58,60,63,64,65}.

Ekstraksioni i dhëmbit të pjekurisë është një ndërhyrje kirurgjikale që kërkon vendim të drejtë dhe aftësi teknike, përdorimracional të antibiotikut, anestezi, terapi dhe ushqim të ekuilibruar. Ka shumë kriteret të pranuar për nxjerjen edhëmbëve të impaktuar. Ekstraksioni kirurgjikal është kufizuar në pacientët me shenjat e proceseve patologjike.

Indikacione për ekstraksion të molarëve të tretë të impaktuar janë^{7,46,59,60,62,65} :

- Infeksionet,
- kariesi,
- periodontiti
- resorptimi i rrënjës së dhëmbit fqinj,
- dhimbje idiopatike,
- formimi i kistës ose tumorit,
- ngjeshja e dhëmbëve frontale,
- mospërputhja e harkut dental me harkun alveolar,
- pengesë në pajisjet protetike,
- mungesa e funksionit të nofullës dhe indeve perreth,
- vendndodhja e molarit të tretë mandibular në vijën e frakturës.
- për arsye ortodontike
- kur bëhet shkak për dhimbje neuralgjike
- kur dyshohet për fokus dentar
- profilaktike nga frakturat e angulusit mandibular⁷

Kontraindikacionet e ekstraksionit të molarit të tretë mandibular janë^{9,11,23}:

1. Individët me ndonjë sëmundje sistemike që mund të jetë kontraindikacion për ndërhyrje kirurgjikale.
2. Pacientët e moshuar me dhëmb të impaktuar asimptomik.
3. Në raste ku gjatë ndërhyrjes mund të shkaktohet dëmtim nervor ose frakturë në strukturat anatomike fqinje.
4. Dhëmbët që mund të shfrytëzohen për transplantim ose trajtim ortodontik.

Sipas raportit të White RP Jr.,⁶⁵, procedurat e intervenimit në molarin e tretë mandibular të impaktuar janë :

- Enucleation –germektomia
- Operculotomy
- Ekstraksion kirurgjikal (*Alveotomija*)
- Transplantim.
- Koronektomija⁶²

2.5.1. Enucleation (germectomia) Molari i tretë zhvillohet i fundit në harkun dentar. Radiologjikisht, embrioni i molarit të tretë fillon të shihet pas molarit të dytë në moshën 8-9 vjeçare. Në moshën 14 vjeçare, plotësisht është e dukshme kurora e formuar e dhëmbit. Zhvillimi i rrënjëve përfundon rreth moshës 20-21 vjeçare. Ekstraksioni kirurgjikal molarit të tretë është procedura më e shpeshtë e kryer në fushën e kirurgjisë orale. Ajo është shpesh e mbuluar në nofullë plotësisht eimpaktuar(*impactio-retentio totalis*) ose pjesërisht (*impactio- retentio partialis*)^{66,67}.Germectomy-a është një procedurë që përfshin heqjen e një dhëmbi në fazën e folikulit. Ndërhyrja e hershme kirurgjikale në molarin e tretë në zhvillim shpesh zvogëlon rrezikun e⁶⁶:

- shpërthimit të vështirë (*dentitio difcilis*) të molarit të tretë dhe ndërlikimeve të shoqëruara infektive,
- resorbimi ose kariesi i sipërfaqes distale të molarëve të dytë,
- dëmtimin e nervit alveolar inferior dhe lingual,
- grumbullimi i dhëmbëve frontal në mandibulë (megjithëse këtu mendimet e shumë autorëve janë të ndarë),
- inklinim bukal ose lingual i molarëve të dytë

Anatomia e ndërlikuar e molarëve të tretë dhe vendndodhja në nofullat si dhe përbërja histologjike e mandibulës është shkaku i shumë komplikimeve peri-operative që më së shpeshti përfshijnë nofullën. Pas heqjes kirurgjikale të dhëmbit të pjekurisë, mund të shkaktohet^{66,67}:

- gjakderdhje,
- alveolitis,

- dëmtimi i nervit alveolaris inferior dhe/ ose lingual,
- shërimi i vonuar
- xhep periodontal,
- komplikime infektive.

Kjo procedurë duhet të kryhet në mënyrë ideale deri në moshën 25 vjeçare, e cila shoqërohet me densitet adekuat të kockave. Me moshën, ajo rritet rreth dhëmbëve të impaktuar, gjë që rrit rrezikun e komplikimeve dhe vështirësive në kryerjen e operacionit.

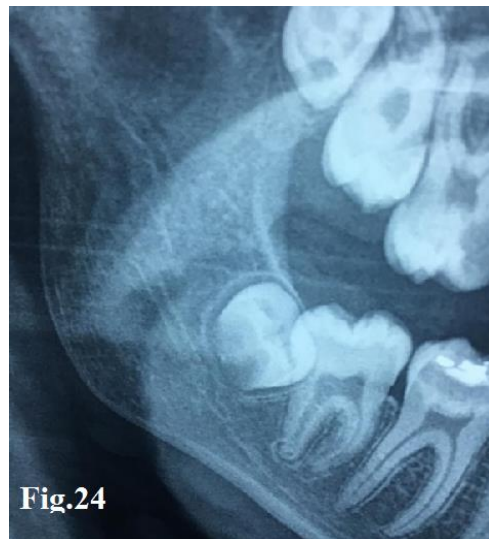
• **Indikacionet për germektominë**

Indikacionet për heqjen e dhëmbëve të pjekurisë janë profilaktike dhe terapeutike. Sa i përket kësaj të fundit, nuk ka asnjë dyshim. Në të kundërt, nxjerrjet parandaluese kanë mbështetës dhe kundërshtarët e tyre. Qëllimi i tyre është të zvogëlojnë rrezikun e mundshëm që lidhet me patologjitë e mundshme në procesin e shpërthimit të molarit të tretë ose për të parandaluar shfaqjen e tyre. Ato kryhen para ose pas trajtimit ortodontik për të ruajtur efektin e tij dhe për të eliminuar dhëmbët funksionalisht të padobishëm. Nxjerrjet parandaluese mbështeten nga fakti se vetëm në 5 përqind të rasteve dhëmbët e tetë kanë kushte për shpërthim të duhur në harkun dentar⁶⁸.

Procedura e germektomisë sëembrionit të molarit të tretë në mandibulë kryhet në moshën 9-14 vjeçare. Dhëmbët e tetë karakterizohen nga ndryshueshmëria më e madhe në anatomicën, kohën e zhvillimit të rrënjës dhe shpërthimit. Prandaj, kualifikimi për heqjen kirurgjikale të embrionit duhet të përfshijë një vlerësim të shkallës së zhvillimit në bazë të një ortopantomogramisë^{60,70,71}.

Germektomia mund të kryhet si⁶⁸:

- 1.kyretazh në fazën fillestare të zhvillimit të embrionit të dhëmbit,
- 2. heqja operative në një fazë të tillë të zhvillimit të embriomit, kur është e mundur të parashikohet drejtimi dhe sasia e hapësirës për dhëmbin e pjekurisë fig 24.



Sakusi i molarit të tretë në mandibulë është e vendosur afër sipërfaqes së sipërme të rajonit alveolar. Kjo e bën procedurën shumë më të lehtë dhe të shoqëruar me një rrezik më të ulët të komplikimeve peri-operative sesa heqja kirurgjikale e një dhëmbit të impaktuar të pjekurisë⁷². Procedura kryhet nën anestezi lokale. Lamboja muko-periostale me trashësi të plotë largohet me prerje përgjatë ramusit të mandibulës dhe vestibulës së gojës. Pastaj, me një frezë të rrumbullakët, bëhet një vrimë osteotomie rreth 10 mm në dimension mesial-distal dhe rreth 8 mm në dimensionin vestibulo-oral. Pas heqjes së shtresës kockore, duke mos harruar të mbahet distancë prej 2 mm të kockave që ndan vrimën dhe molarin e dytë. Falë kësaj, statusi periodontologjik i molarit të dytë nuk rrezikohet. Embrioni i dhëmbit të molarit të tretë ndahet në dy ose tre pjesë, dhe pastaj hiqet së bashku me sakusin dentar, atëherë plaga suturohet⁷³.

2.5.2. Operculektomia (fig.25)

Operculum (kapuçi⁷) është një masë e indeve të buta që gjendet në dhëmbë gjysëm të eruptuar. Zakonisht shoqërohet te dhëmbët e pjekurisë në mandibulë, edhe pse operkulumi i mbulon në disa raste molarët dhe disa dhëmbë qumështi. Operkulumi vërehet lehtësisht kur dhëmbët fillojnë të rriten dhe zhvishen nga indi gingival i dhëmbëve. Në kushte normale, indi i gingivës tërhiqet kur dhëmbët fillojnë të rriten dhe zhvendosen në pozicionin e duhur. Dhëmbët që janë rritur plotësisht nuk kanë më pjesë gingivale në sipërfaqen e përdorur për përtypje⁷³. Në rastin e dhëmbëve të pjekurisë mandibulare, zakonisht vendi është shumë i vogël ose nuk ka vend që të rritet në të vërtetë dhe të dalë nga sipërfaqja gingivale. Kështu që, operkulumi nuk tërhiqet plotësisht dhe mund të mbulojë dhëmbin përgjithmonë. Prania e këtij operkulumi mund të shkaktojë probleme shëndetësore në gojë. Kjo rrit mundësinë e kafshimit nga indi lidhës i faqes ose nga vetë antagonisti. Përveç kësaj, ekziston mundësia e prishjes së dhëmbëve sepse është e vështirë të pastrohet nën mishrat e dhëmbëve. Kjo gjendje mund të zhvillohet edhe nëse praktika e higjienës orale nuk bëhet siç duhet. Molarët e sipërm gjithashtu mund të shtypin në fund dhe të



shkaktojnë dhimbje. Kjo mund të ndikojë në cilësinë e jetës së pacientëve, sepse aktiviteti i përtypjes së ushqimit do të jetë i dhimbshëm⁷³.

Pacientët që vuajnë nga perikoroniti ose operkuliti akut janë kandidatë të regullt për operkuloektominë. Kjo gjendje karakterizohet nga inflamacioni që shfaqet papritur në gingivë, duke shkaktuar dhimbje dhe parehati. Simptomat e perikoronitit akut përfshijnë ënjtje të mishrave të dhëmbëve, ethe dhe grumbullim purulent në zonën e prekur. Nëse lihet e pakontrolluar, kjo sëmundje mund të shkaktojë komplikime sistemike siç janë nyjet limfatike të fryera dhe dobësie përgjithshme. Dhimbja mund të përhapet edhe në pjesët e tjera të fytyrës si veshët, nofullat, dyshemenë e gojës dhe fytyrën⁷⁴. Në raste shumë të rënda, kjo gjendje mund të ndikojë në dinamikën e të ngrënit sepse pacienti ka vështirësi në përtypje dhe madje edhe të hapë gojën.

Ata që vuajnë nga perikoroniti kronik do t'ju këshillohet që të kryejnë operkuloektomi për të parandaluar që simptomat të përkeqësohen dhe të shmangin dhimbjen. Perikoroniti kronik karakterizohet me inflamacion që vazhdon të përsëritet. Në disa raste, pacientët mund të mos ndiejnë simptoma. Sidoqoftë, ata akoma do të ndiejnë dhimbje dhe ënjtje të mishrave të dhëmbëve. Shfaqja e bakterjeve në këtë kohë kronike mund të shkaktojë halitozë ose frymë të keqe (factor ex oris). Në disa raste, perikoroniti kronik mund të jetë një shkas për kistat parodontale⁷⁴.

Operkulektomia është mjaft e thjeshtë dhe relativisht e sigurt me një shkallë të mirë suksesi. Pacientët zakonisht ndiejnë drejtëpërdrejtë efektet e lehtësimit të dhimbjes dhe shqetësimit. Përveç kësaj, kjo gjithashtu parandalon akumulimin e bakterjeve. Pacientët gjithashtu do të jenë më të lehtë për të ruajtur higjienën e dhëmbëve. Nëse dhëmbi nuk pëson ndikim, heqja e operculumit do të inkurajojë dhëmbin të rritet plotësisht.

Pacientët këshillohen që të pushojnë për disa ditë pas operacionit, dhe të ushqehen me ushqime me një strukturë të butë derisa të shërohen indet e buta.

Zhvillimi i operkulrktomisë⁷⁵: Para kryerjes së procesit të operkulektomisë duhet të kryhet vlerësimi klinik i xhepit. Në rast se xhepi është gingival kryhet operkuloektomia, kurse në rast se xhepi është kockor vjen në konsiderim ekstraksioni⁷. Pacientit do t'i jepet anestezion

lokal para operacionit. Bëhen një ose më shumë prerje në operkulum, dhe do të mënjanoen palosjet gingivale mbi dhëmbin e impktuar. Plaga sipas nevojës mbyllet më pas me suturim, dhe lihet të shërohet. Operkuloektomia gjithashtu mund të bëhet me anë të elektrokauterit. Një sondë e vogël vendoset në zonën që do të disektohet, një rrymë elektrike e dobët do të transferohet në rrjet. Nxehtësia e krijuar nga këto rryma do të largojë operkulin e indeve të buta. Plagët e pacientit nuk kanë nevojë të mbyllen me suturim. Gjithashtu për këtë qëllim mund të përdorin dioda lazeri për të hequr operkulim e inflamuar në perikoronitit. Lloji i lazerit që përdoret më shpesh në këtë procedurë është një lazeri dioksidit të karbonit. Pasi pacientit t'i jepet anestezion lokal, pajisja lazer do të afrohet në zonën e synuar. Pastaj, ablacioni i indeve të synuara do të bëhet me një rreze lazer. Mjeku do të sigurojë që zmalti i dhëmbit mos të jetë i ekspozuar ndaj rrezes lazer, kështu që nuk dëmtohet. Pasi të humbet i gjithë indi i operacionit dhe të arrihet hemostaza, pajisja lazer do të zhvendoset nga afër zonës së synuar. Plaga lihet e hapur dhe do të shërohet pa suturë.

Një teknikë tjetër për trajtimin e perikoronitit është përdorimi i lëngjeve kaustike si acidi trikloroacetik dhe kriokirurgjia. Lëngu kaustik vendoset nën operkulin për të lëshuar në indin e butë në një mënyrë të kontrolluar. Kriokirurgjia përfshin temperatura shumë të ftohta për të shkaktuar nekrozë. Pastaj, dentisti përdor një bisturi për të hequr indin e nekrotizuar.

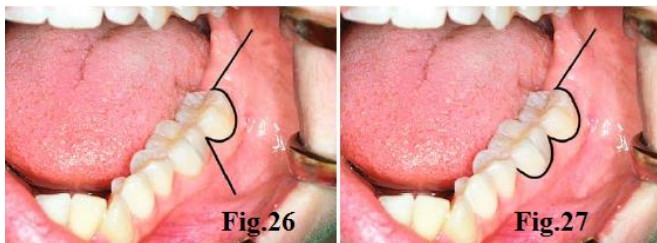
Komplikimet e mundshme dhe rreziqet e operkulektomisë⁷⁵

Rreziku më i madh i operacionit shoqërohet me mundësinë e dëmtimit të nervit lingual, me të cilin shkaktohet ndryshim në ndjesi të gjuhës. Dëmtimet mund t'i bëjnë pacientët të paafte të shijojnë kur hanë ose pinë. Në disa raste, ka ndodhur edhe mpirje e gjuhës. Këto komplikime mund të humbasin ose të mbeten të përhershëm.

Ekziston edhe mundësia e gjakderdhjes dhe infeksionit. Infeksioni mund të përhapet në rrjedhën e gjakut duke shkaktuar në ndonjë rast gjendje septike. Kjo ka potencialin të jetë një ndërlikim serioz, sepse zona kirurgjikale është afër trurit. Për më tepër, operkulumi mund të rritet përsëri dhe të infektohet përsëri. Kështu që pacienti duhet t'i nënshtrohet procedurave shtesë.

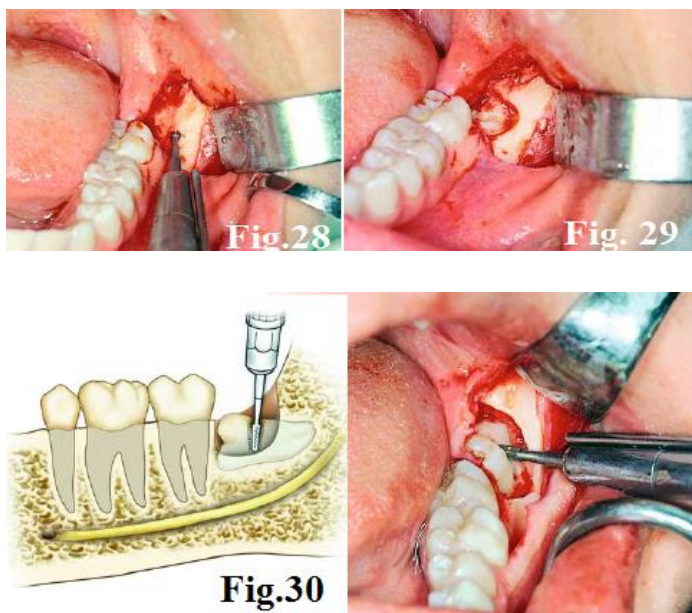
2.5.3. Heqja e plotë kirurgjikale: Gjatë procesit të heqjes së dhëmbit të impaktuar me zhvillim të plotë të kurorës dhe rrënjës, fusha operative është e vështirë për intervenim dhe dukshmëria është e dobët. Salivacioni i madh dhe gjakosja për shkak të vaskularizimit të mirë të regjionit e vështirësojnë edhe më shumë intervenimin.

Për të siguruar shikueshmëri optimale dhe qasje në dhëmbin e impaktuar, është e nevojshme anestezimi i duhur i zonës⁷⁶, të bëhet prerje dhe të çkolitet lamboja mukoperiostale.



Ekzistojnë lloje të ndryshme të prerjeve, dhe zgjedhja varet nga pozita dhe thellësia e dhëmbit të pjekurisë të impaktuar⁷⁷(fig.26,27)²⁴. Prerja duhet të jetë me madhësi të mjaftueshme për të lejuar shikueshmëri të mirë në fushën operative. Skajet e lambosë duhet të jenë parashikuar në një sipërfaqe të fortë kockore, lamboja nuk duhet të jetë nën tension dhe duhet të ushqehet mirë. Pas çkolitjes të lambos, vërehet kocka që e mbulon dhëmbin.

Me mikromotor dhe me ftohje adekuate të solucionit fiziologjik, hiqet aq kockë sa është e nevojshme për të hequr dhëmbin me sa më pak traumatizëm indesh. Hiqet pjesa e kockave që parandalon rrotullimin dhe nxjerrjen e dhëmbit të pjekurisë në një drejtim të favorshëm (Fig. 28,29)²⁴. Kjo varet nga forma e kurorës si dhe forma dhe devijimi i rrënjëve të dhëmbit të pjekurisë²⁴. Shumë shpesh, për të shmangur heqjen e pjesëve të mëdha të kockave, e presim atë pjesë të dhëmbit të pjekurisë që pengon në heqjen e tij. Pas alveotomisë, pritet një pjesë e kurorës së dhëmbit ose dhëmbi në zonën e qafës dhe ndahet në pjesën koronare dhe radikulare(Fig.30)²⁴. Plaga suturohet dhe suturat hiqen pas një jave⁷⁸.



2.5.4. Transplantim: Transplantimi autogjen i dhëmbëve është transferimi kirurgjikal i dhëmbëve nga një alveolë në një tjetër në të njëjtin person⁷⁹. Autotransplantimi i suksesshëm i parë është realizuar nga Millerinë fillimin e viteve 50⁸⁰. Sot autotransplantimi është një procedurë e zakonshme për zëvendësimin e dhëmbëve kur ka një dhëmb dhurues përkatës (fig.31) dhe veçanërisht molari i tretë mandibular⁸¹. Duke zhvilluar teknika kirurgjikale dhe caktimin e indikacionit të saktë, suksesi i transplantimit autogjen arrin mbi 75%⁸². Ka një rëndësi të veçantë tek fëmijët dhe adoleshentët memungesa të dhëmbëve për shkak të kariesit, traumës ose hipodoncisë, kur implantet dentare dhe terapia protetike është e kundëriindikuar⁸¹. Autotransplantimi i suksesshëm lejon përmirësimin e estetikës, zhvillimin e nofullës, formimin e harkut dentar, funksionin e përthypjes dhe të folurit. Gjithashtu ruan vëlliminkockor të alveolave, hapësirën natyrore dhe morfologjinë e kreshtës alveolare⁷⁹.

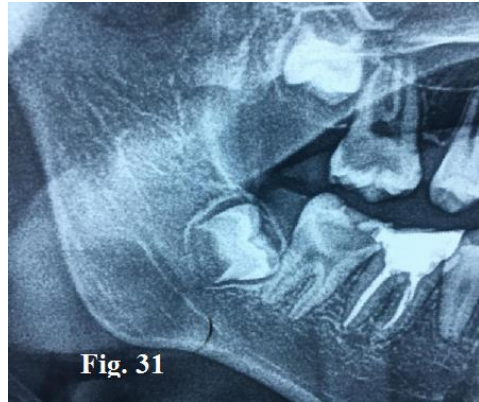


Fig. 31

Indikacionet:

-Humbja e dhëmbëve si rezultat i kariesit është indikacioni më i zakonshëm për autotransplantim^{83,84}. Në numrin më të madh të rasteve janë molarët e parë mandibular që eruptojnë herët në gojë dhe është i zakonshëm restaurimi radikal⁸⁵. Në këtë situatë, (figura 31) ortopantomogrami tregon dhëmbin 46 të shkatërruar me karies. Donatori dhëmbi 48 është në fillimin e zhvillimit të rrënjës—indikacion tjetër për transplantim është mungesa e dhëmbëve për arsye kongjenitale, mungesë e dhëmbëve të shkaktuar si pasojë e traumatizimit ose dhëmbë ekotopike, resorbim ose fraktura të mëdhaja të rrënjëve, leziona endodontike, dhëmbë me prognozë të dobët dhe patologji të tjera^{79,86,87}. Suksesi i autotransplantimit varet nga zgjedhja e dhëmbit të dhuruesit dhe vendet e transplantimit⁸⁷.

Zgjedhja e dhëmbëve donator : Kriteret e zgjedhjes së donatorëve janë morfologjia dhe vendosja e dhëmbit si dhe faza e zhvillimit të tij. Morfologjia jonormale e rrënjës së dhëmbit që parandalon nxjerrjen atraumatike si dhe pozicionin e dhëmbit që kërkon shumë manipulime të indit rrethues janë kundëriindikacione për autotransplantim⁸⁷. Duke marrë parasysh shkallën e zhvillimit të dhëmbit, transplantimi autogjen mund të ndahet në transplantim të embrionit të

dhëmbit dhe transplantim të dhëmbëve të formuar (dhëmbë merritje dhe zhvillim të rrënjës të përfunduar)⁸⁷. Embrionet dentare të transplantuara kanë një prognozë më të mirë sesa dhëmbët me rrënjët e formuara⁸².



Figura 32 në ortopantomogram vërehet dhëmbi karioz 37. Dhëmbi donator 48 është në fazën e zhvillimit⁸⁶

Rezultatet më të mira janë arritur me dhëmbët rrënjët e të cilave arrijnë prej 1/2 deri tek 3/4 me gjatësi totale (fig.32)^{86,87}. Manipulimi kirurgjikal i dhëmbëve me rrënjë më pak se 1/2 mund të rrezikojë zhvillimin e mëtejshëm të rrënjëve. Në rastin e një transplantimi dhëmbi me rrënjë të zhvilluara më shumë se 3/4 gjatësia e parashikuar, gjatësia e rritur e rrënjës mund të shkaktojë rezikim të strukturave vitalesiq është sinusi maxilar ose n. alveolaris inferior⁸⁷. Gjithashtu me rritjen e shkallës së zhvillimit të rrënjëve rritet rrezikui resorbimit⁷⁹. Kur transplantohet një dhëmbembrioni është thelbësor për të ruajtur mbështjellsin e Hertwig-ut, përndryshe rritja dhe zhvillimi janë të kompromituar. Me një dhëmb që ka arritur gjatësinë e tij të plotë gjerësia e foramen apikale luan një rol të rëndësishëm. Diametri i foramenit apikal më i madh se 1 mm zvogëlon rrezikun e nekrozës së pulpës sepserritet mundësia e revaskularizimit të suksesshëm të pulpës^{79,86}. Në rastin e një transplantimi të dhëmbit të formuar me zhvillim të plotë rrënjordhe foramen apikal të mbyllur, trajtimi endodontik 2 javë pas operacionit është pjesë e protokollit standard të autotransplantit^{80,82}. Zgjedhja e vendit të implantimit një faktor i rëndësishëm për autotransplantim të suksesshëm është mbështetje e përshtatshme e kockavenë vendin e implantimit të dhëmbëve⁸⁷, e nevojshme është gjerësia e mjaftueshme alveolare e kockave në të gjithadimensionet me keratinizim adekuatindet e bashkangjites për stabilizimin e duhur të dhëmbit të transplantuar⁸⁶. Edhe vendi i implantimit duhet të jetë i lirë nga infeksionet akute dhe inflamacionet kronike⁸⁷.

Procedura kirurgjikale Autotransplantimi kryhet nën anestezion lokal ose të përgjithshëm^{86,87}. Një orë para fillimit të operacionit fillohet me profilaksi antibiotike nga Amoxicillini të cilën pacienti vazhdon për një javë me terapi⁸⁶.

Dhëmbi në vend të implantimit nxirret së pari (fig. 33) ose, në rastin e mungesës së

dhëmbit,alveola

modelohet me
frezë karbidi
ose me frezë
diamanti duke
bërë ftohjen me
solucion

fiziologjike⁷⁹.

Atëherë bëhet



Fig.33 alveola e shprazur pas ekstrahimit të dhëmbit 37



Fig.34 ekstrahimi i embrionit të dhëmbit 48

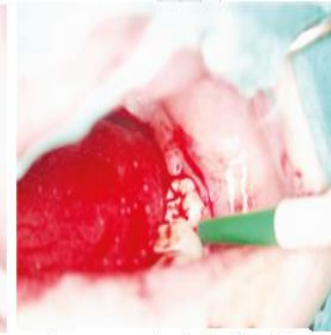


Fig.35 transplantimi i dhëmbit 48 në alveolën e dhëmbit 37

ekstraksioni i dhëmbit – molarit të tretë mandibular me sa të jetë e mundur me më pak trauma për të maksimizuar ruajtjen e ligamentit periodontal të paprekur (Figura34). Në rast të dëmtimit të mbulesës së Hertwig-ut transplanti do të jetë i kufizuar ose e penguarritja dhe zhvillimi i mëtejshëm i rrënjës, në varësi tëmadhësisë së traumës^{79,86}. Koha e manipulimit të dhëmbit të dhuruesit duhet të jetë sa më i shkurtër që të jetë e mundur, kirurgu duhet të shmang kontaktin me rrënjën e dhëmbit. Dhëmbi vendoset më pas në një alveolë të re (Fig. 35) i cili duhet të jetë 1-2 mm më i gjerë dhe më të thellë se dhëmbët dhurues për të ruajtur ligamentin periodontal⁸⁸. Kjo arrin dhe kontaktin optimal të dhëmbit me murin kockor për furnizim më të mirë të gjakut. Nëse është i nevojshëm formimi i alveolit shtesë, transplantati mund të ruhet në alveolat origjinale, ose në solucion fiziologjik derisa rregullimi të ketë përfunduar⁸². Dhëmbi duhet të jetë në infra-okluzion në mënyrë që të lejohet tërritet paralelisht me zhvillimin e rrënjëve gjatë muajve të ardhshëm⁸⁷. Nëse është i nevojshëm për pozicionim më të mirë në harkun e dhëmbëve, dhëmbi gjithashtu mund të rrotullohet⁸⁶. Me qepje transplanti stabilizohet, kurse me shina adekuate bëhen fiksime shtesë.

Shërimi periodontal: Shërimi i suksesshëm i ligamentit periodontal (LPD) është çelësi i suksesit të autotransplantimit. Për këtë arsye, është koha minimale e manipulimit të dhëmbëve gjatë operacionit, thelbësore për mbajtjen jetësore të LPD. Lidhja LPD e dhëmbit të transplantuar dhe muri kockor i alveolës ndodh 2 javë pas transplantimit.. Shërimi i plotëpritet pas 8 javësh⁷⁹. Lloji i shërimit varet nga zona e dëmtimit të rrënjës. Nëse zona e dëmtuar është e vogël, shërimi mund të arrihet duke mbushur cementin. Nëse sipërfaqja e dëmtuar është e madhe, resorbimi i rrënjës ndodh pasuar nga ankiloza e kockave pasuese. Qelizat LPD mund të diferencohen në fibroblaste, çimentoblastet dhe osteoblastet⁸⁹. Në raste ideale, qelizat LPD e

rrënjëve të dhëmbit të transplantuar diferencohen në çimentoblaste dhe shkaktajnë formimin e dentinës, dhe qelizat LPD të murit kockor të alveolës diferencohen në osteoblastet dhe krijojnë kockë. Nuk duhet të lihet pas dore kontributi i ekzistencës së qelizave progressive LPD në alveolat e ekstraksionit të freskët që ndikojnë në suksesin më të lartë të transplantit me ekstraksionin e njëkohëshëm mbi transplantimin e dhëmbit në alveolat e krijuara artificialisht⁹⁰. Për të arritur gjerësinë ideale biologjike, 1-2 mm LPD e dhëmbit të transplantuar duhet të mbetet mbi nivelin e kockave. Në rastin e vendosjes së thellë e dhëmbit ndodh migrimi apikal të epitelit me pasojë me resorbim vertikal të kockave. Nëse vendoset transplantimi shumë cekët, rezulton me paraqitjen e një shtojce të gjatë të indit lidhor⁷⁹.

Protokol pas operacionit:

Pacienti këshillohet të konsumojë ushqim të lëngshëm për disa ditë pas operacionit dhe të shmangë përtypjen në anën e dhëmbit të transplantuar⁹⁰. Mundësisht, duke ruajtur higjienën optimale orale, shpërlarja e gojës me betadine 1% ose klorheksidin për 7 ditë^{83,90}. Një javë pas autotransplantimit hiqen suturat⁸³. Nëse dhëmbi i transplantuar ka përfunduar me zhvillimin e rrënjës dhe foramen

apikale është mbyllur, 2 javë pas operacionit duhet të fillohet trajtimi endodontik me hidroksid të kalciumit^{80,83}. Në varësi të llojit të imobilizimit, splinti hiqet pas 1-6 javësh⁸³.

Kontrollet në muajin e

parë kryhen çdo javë, pastaj pas 3 dhe 6 muajsh, dhe pas një viti një herë në vit⁸³. Në çdo kontroll është e nevojshme monitorimi i gjetjes radiologjike, vitaliteti, pozita dhe lëvizshmëria e dhëmbit, tingulli i perkusionit, gjendja e gingivës dhe thellësia e xhepave (Figura 36)⁸⁶.



Fig. 36 gjetje radiologjike pas 8 muajve dhëmbi i transplantuar me rrënjë të zhvilluar

Arsyet e dështimit të autotransplantimit

Konsiderohet autotransplantimi i suksesshëm nëse ka:

- 1) vitaliteti pozitiv, (ligamenti periodontal) LPD normale dhe zhvillimi normal i rrënjës,
- 2) dhëmb i trajtuar endodontik, normal LPD dhe zhvillimi normal i rrënjës ose
- 3) vitalitet pozitiv, LPD normale dhe e shkurtuar zhvillimi i rrënjës⁹¹.

Konsiderohet si dështim nekroza e pulpës, resorbimi i rrënjës dhe ankiloza⁷⁹. Nekroza e pulpës mund të zbulohet 2 muaj pas operacionit⁹². Në zhvillim e nekrozës ndikon madhësia e foramenit apikal dhe koha e manipulimit të transplantit^{79,86}. Me rënie të diametrit të foramenit apikal në më pak se 1 mm zvogëlohet mundësia e revaskularizimit të suksesshëm të pulpës e cila rrit mundësinë e nekrozës⁸⁶. Po ashtu kohën që kalon dhëmbi i dhuruesit jashtë alveoleve gjatë transplantimit ka një efekt negativ në rikthimin mikrocirkulacionit. Resorbimi i rrënjës ndodh më shpesh tek dhëmbët e transplantuar me rrënjët e kryer sesa në dhëmbë të transplantuar me embrion. Në mënyrë radiologjike mund të detektohet brenda 6 muajve⁸⁶. Resorbimi inflamativ shkaktohet nga ndotja bakteriale e pulpës dhe tubulave të dentinës⁷⁹. Kjo vërehet brenda një muaji dhe mund të parandalohet me trajtimin endodontik të dhëmbëve me hidroksid kalciumi.^{79,86,92}. Shërimi i LPD konsiderohet i suksesshëm nëse dhëmbi i transplantuar radiologjikisht vërehet i rrethuar plotësisht nga LPD I formuar rishtas me gjerësi normale^{79,92}. Mungesa e hapësirës LPD të krijuar rishtazi tregon ankilozën. Shkaqet e ankilozës mund të jenë dëmtim i LPD gjatë transplantimit për shkak të prekjes së rrënjës të transplantitose splint shumë të fortë. Splinti duhet të mundësojë lëvizjen funksionale të dhëmbit duke shkaktuar kështu stimulim periodontal, shërimin dhe riparimin e kockave⁷⁹. Ankiloza klinikisht detektohet nga tingulli metalik i dhëmbit në perkusion. Një dhëmb i ankilozuar nuk rritet, por vepron si një implant dentar nga parimi i osteointegrimit⁹². Ankiloza konstatohet me Ro-grafi 4 muaj deri një vit pas operacionit⁷⁹. Në raste të rralla mund të ndodhë resorbimi i kreshtës alveolare nëse vendi i implantimit nuk ka kockë të mjaftueshëm bukopalatinal ose bukolingual⁷⁹.

2.5.5.Koronektomi - Dëmtimi i nervit alveolaris inferior për shkak të nxjerrjes së dhëmbëve të pjekurisë mandibulare është pasojë e lidhjes së ngushtë midis nervit dhe rrënjës së dhëmbit, i cili shpesh zbulohet radiografikisht, veçanërisht nga imazhet panoramike të nofullës (ortopantomogram, OPG). Tomografia e kompjuterizuar (engl. *computed tomography*, CT) është e

dobishme kur duhet konstatuar raporti i rrënjës dhe nervit në dimensionin e tretë (dentaskaner). Kombinimi i këtyre teknikave të imazhit mund të përcaktojë qartë se cili dhëmb rrezikon të dëmtojë nervin alveolaris inferior pas alveotomisë. Më shpesh është molari i tretë, por ndonjëherë molari i dytë dhe madje edhe molari i parë mund të tregojë një lidhje të ngushtë me nervin alveolaris inferior. Prandaj, diagnostikimi i mirë para operacionit ka një rëndësi më të madhe për të parashikuar dhe eliminuar problemin në kohën e duhur⁹³.

Ka shumë teknika alternative të përshkruara në literaturë për të minimizuar rrezikun e dëmtimit nervor. Midis tyre është koronektomia, e përshkruar për herë të parë nga Ecuyer dhe Debien në 1984⁹⁴. Koronektomia ose odontoektomia e pjesshme është heqja kirurgjikale e një pjese të dhëmbit, zakonisht kurorës, dhe njëkohësisht largimi nga rrënja e dhëmbit, i cili është në kontakt të ngushtë me nervin, paprekur në kockë, për të zvogëluar mundësinë e dëmtimit të nervit⁹⁵. Kurora e dhëmbit edhe pjesa e rrënjës gjithashtu duhet të hiqet gjatë koronektomisë, deri në nivelin e kockës linguale dhe bukale, në mënyrë që kocka e re të mund të formohet rreth rrënjëve të mbetura dhe kështu të shërohet plaga pa probleme. Gjithashtu jashtëzakonisht është e rëndësishme të mos mobilizohet rrënja sepse nëqoftëse ndodh, mund të dëmtohet nervi dhe më pas mund të sillet si trup i huaj i lëvizshëm⁹⁶.

Koronektomia është një teknikë relativisht e re që është akoma në fazat e hulumtimit dhe përcjelljes, por për një operacion të suksesshëm është e nevojshme të përcaktohen indikacionet dhe kundërindikimet që nga fillimi.

Indikacionet për koronektominë

Tek pacientët me shenja rendgenologjike me rrezik të lartë të dëmtimit të nervit alveolaris inferior. Në rast të planifikimit të heqjes së dhëmbit të pjekurisë, te personat humbja e ndjesisë në zonën e buzës së poshtme do të ishte një problem i veçantë në kuptimin profesional (sidomos për muzikantët që fryejnë instrumente, këngëtarë, aktorë, etj.). Rekomandohet një alternativë për heqjen e dhëmbit –me koronektomi⁹⁷.

Indikacioni kryesor për koronektomi saktësisht është parandalimi i dëmtimit të nervit alveolaris inferior gjatë ekstraksionit të molarëve të tretë⁹⁸. Sidoqoftë, ka disa gjëra për tu kujdesur ; vetëm dhëmbët vital konsiderohen për këtë procedurë, kurora duhet të jetë në gjendje të hiqet plotësisht dhe pjesët e zmallit nuk duhet të lihen pas. Nëse rrënja mobilizohet gjatë

procedurës, ajo gjithashtu duhet të hiqet kurse pulpa e hapur preferohet të mos preket dhe nuk kërkon trajtim të veçantë (mbyllja e pastër e plagës është e mjaftueshme)⁹⁹.

Koronektomia mund të bëhet në dhëmbët e impaktuar të pozicionuar vertikalisht, të inklinuar distalisht ose meziale ndërsa për pozicionin horizontal të dhëmbit të pjekurisë diskutohet nga autorë të ndryshëm⁹⁸.

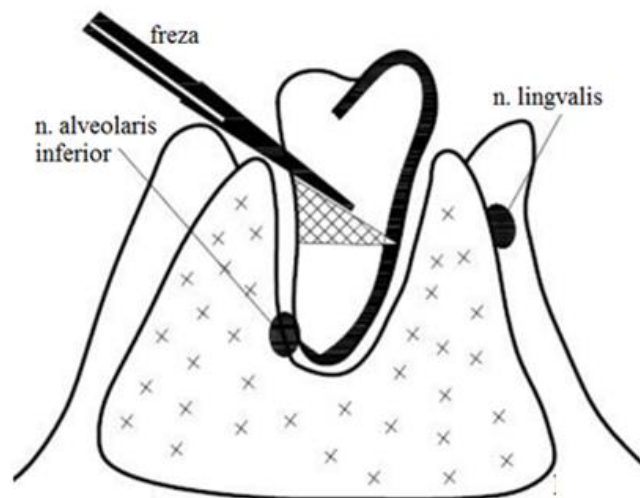
Kundërindikimet për koronektominë: Suksesi i një koronektomie varet nga mbijetesa e fragmenteve të rrënjës së dhëmbit të impaktuar dhe aftësia për të formuar cement dhe kockë të re rreth atyre rrënjëve. Në rastet kur ka karies aktiv të dhëmbit ose një proces inflamator periapikal rreth dhëmbit, koronektomia është kundërindikacion. Kundërindikohet gjithashtu në dhëmbët e pjekurisë me inklinim horizontal dhe dhëmbët rreth të cilëve janë vendosur formacionet e tumorit ose zgavrat kistike⁹⁸.

Disa besojnë se dhëmbët e pjekurisë me inklinim horizontal kanë potencialin të dëmtojnë nervin alveolaris inferior⁹⁸, ndërsa të tjerët thonë të kundërtën. Në studim të monitorimit që përfshinte studime retrospektive për heqjen e dhëmbëve të pjekurisë në mënyrë kirurgjikale, nuk u gjet asnjë ndryshim statistikor i rëndësishëm për forma të ndryshme të pozitës së dhëmbëve, siç janë dhëmbët horizontale, me inklinime distale, meziale ose me impaktim të thellë për incidencën e dëmtimit të nervit alveolaris inferior. Dhëmbët avital të trajtuar endodontikisht janë gjithashtu kundërindikacion¹⁰⁰.

Përveç këtyre faktorëve lokalë në të cilët koronektomia është kundërindikuar, ekzistojnë disa kushte sistemike që kufizojnë performancën e procedurës së koronektomisë. Këta janë pacientë të imunokompromizuar (pacientë me kimioterapi, terapi imunomodulator, pacientë me rrezatim, pacientë me HIV pozitiv), pacientë që vuajnë nga diabeti i pakontrolluar (shërimi i plagëve të vështira) dhe pacientë në bisfosfonate, denosumab ose bevacizumab (barna që mund të shkaktojnë osteonekrozë të nofullës)⁹⁸.

Teknikë specifike e koronektomisë

Para operacionit, të gjithë pacientët marrin profilaksinë e duhur me antibiotikë. Teknika kirurgjikale (fig.37) e përshkruar nga Pogrel et al⁹⁶ fillon me heqjen e pjesës bucale të gingivës me një prerje të lirshme dhe fiksimin e gingivës me një retraktor të Minesotës. Atëherë pjesa linguale e gingivë hiqet dhe indi lingual është i fiksuar me një tërheqës lingualspecifik i Walter-it¹⁰¹, për të mbrojtur nervin lingual. Pastaj, duke



Është e përgatitur bazuar në përshkrimin e Pogrel-it me bashkëpunëtorët **Fig 37**

përdorur një frezë fisurë të diamantit, kurora edhëmbit pritët me afërsisht 45 °. Pjesa e frezës përdoret derisa kurora të jetë plotësisht e ndarë prej rrënjës dhe më pas kurora hiqet me një instrument të përshtatshëm fig.38,39. Kjo parandalon mobilizimin e rrënjëve të mbetura. Me

rëndësi të madhe këtu është tërheqësi lingual që ruan nervin lingual. Gjatë përgatitjes, kocka e pjesës linguale mund të shpohet pa dashje, e cila



Fig. 38

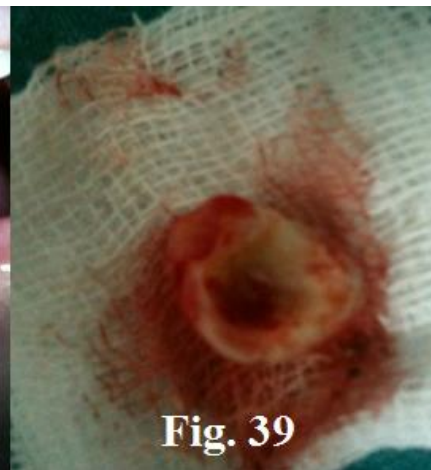


Fig. 39

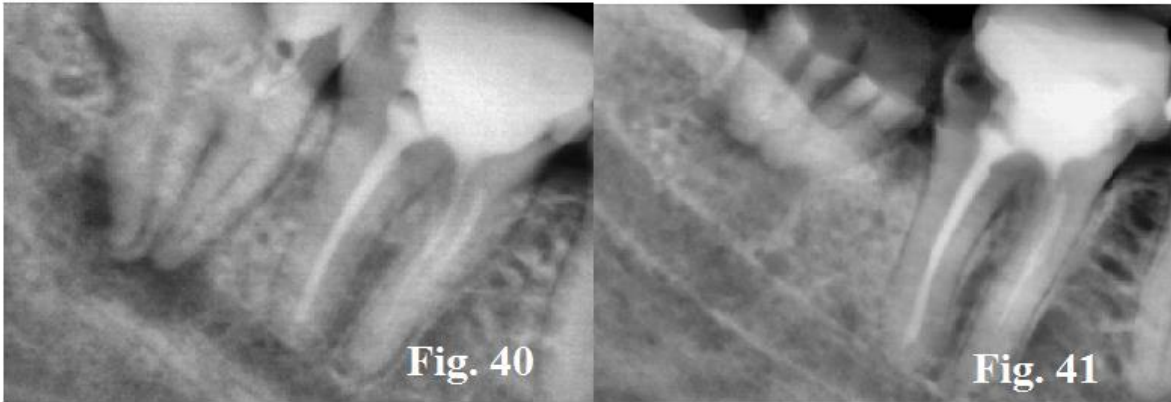
mund të rrezikojë nervin lingual dhe të shkaktojë dëmtim. Pas separimit të kurorës së dhëmbit, freza fisure përdoret gjithashtu për të hequr një pjesë të rrënjës së dhëmbit. Rrënjët duhet të jenë së paku 3 mm nën nivelin e kockave për të lejuar shërimin e duhur të plagës dhe kockave⁹⁶. Një tjetër mundësi është të përdoret një frezë të rrumbullakët të diamantit. Me frezën e rrumbullakët i afrohet dhëmbit nga sipërfaqja okluzale (si me frezën fisure) dhe heq tërë kurorën dhe një pjesë të rrënjës. Kjo qasje minimizon rrezikun e dëmtimit të nervit lingual⁹⁶. Më në fund, plaga shpërllahet me solucion fiziologjik (steril) dhe, pa pasur nevojë për trajtim endodontik, plagambyllet nëpërmjet suturave⁹⁶.

Vetëm Sencimen me b.p.¹⁰² analizuan ndikimin e trajtimit endodontik në rrënjën e dhëmbit gjatë koronektomisë. Ata krahasuan vetëm procedurën e koronektomisë me dhe pa trajtim endodontik, pas së cilës ata trajtuan në mënyrë endodontike kanalet e rrënjës dhe më në fund i mbushën me agregat trioksid mineral (Mineral Trioksid Agregati, MTA). Ata arritën në përfundimin se trajtimi endodontik gjatë koronektomisë nuk ishte i nevojshëm sepse rrit mundësinë e ndërlikimeve dhe infeksioneve që kërkojnë ndërhyrje shtesë¹⁰². Për më tepër, kur hiqnin dhëmbët që shkaktuan komplikime pas koronektomisë, ata zbuluan se ata që i ishin nënshtruar trajtimit endodontik nuk migruan drejt okluzalit, krahasuar me grupin e kontrollit të dhëmbëve të patrajtuar endodontikisht. Prandaj, dëmtimi i nervit alveolar inferior mund të ndodhë gjatë procedurës së dytë (heqja e rrënjëve simptomatike)¹⁰². Bazuar në këtë studim, dhe megjithëse ka shumë pak shembuj (vetëm 16 dhëmbë të pjekurisë mandibular), nuk ka prova mjekësore që të mbështesin nevojën për trajtim endodontik në rrënjët pas koronektomisë⁹³.

Komplikimet e koronektomisë

Komplikimet e vërejtura deri në një vit pas koronektomisë janë: infeksioni periapikal, shërimi i vonuar i plagëve, alveolitis sicca dolorosa, dhimbja, dëmtimi i strukturave të ngjitura, dëmtimi i nervit alveolaris inferior, dëmtimi i nervit lingualis, ekspozimi i rrënjës dhe migrimi i rrënjës. Dhimbja nuk i referohet dhimbjeve pas operacionit, por më tepër dhimbjes që u shfaqet pasi simptomat fillestare të dhimbjes u qetësuan dhe nuk iu përgjigjën analgjezikëve. Lëndimi nervor (n. alveolaris inferior ose lingualis) u vlerësua në bazë të simptomave të pacientëve dhe me ndihmën e një testi statik me prekje të lehtë.

Migrimi i rrënjëve u vlerësua duke krahasuar imazhin radiologjik pas operacionit dhe imazhin radiologjik 12 muaj pas koronektomisë¹⁰³ fig. 40,41.



Një fenomen interesant në koronektominë është migrimi i rrënjës së mbetur në drejtimin koronar^{99,100}. Migrimi ndodh veçanërisht në 12 muajt e parë dhe duket se është i plotë 24 muaj pas ndërhyrjes¹⁰⁰. Migrimi mesatar i rrënjës në 2 vjet është afërsisht 3 mm dhe, për këtë arsye, nëse kërkohet nxjerrja e rrënjës, rreziku i mundshëm i dëmtimit të nervit alveolaris inferior zvogëlohet ndjeshëm⁹³. Në studimet e tyre mbi shembullin e 43 koronektomive, autorët e Monaco dhe b.p.¹⁰⁴ konfirmuan se nëse migrimi i rrënjës matet 6 muaj dhe 12 muaj pas koronektomisë, nuk ka migrim shtesë të rrënjës në matjen e dytë (12 muaj pas operacionit)¹⁰⁴. Në studimin e tyre, Goto et al¹⁰⁵, në 101 pacientë, arritën në përfundimin se migrimi i rrënjëve ishte më i lartë te gratë, në grupmoshën më të re se 20 vjet¹⁰⁵.

Ekziston një ndërlikim tjetër që është raportuar në vetëm disa studime, dhe kjo ka rezultuar në dëmtim periodontal të molarit të dytë të poshtëm pas koronektomisë. Në studimin e tyre, Monaco dhe kolegët arritën në përfundimin se, pothuajse në të gjitha rastet e tyre, migracioni i rrënjëve përcaktoi rigjenerimin e kockave dhe shërimin e një defekti kockor distal në molarin e dytë, i ngjashëm me migracionin e marrë nga nxjerrja e dhëmbëve ortodontik¹⁰⁴. Nga ana tjetër, Goto et al¹⁰⁵ monitoruan vetëm indet e buta për një vit dhe arritën në përfundimin se në 99.2% të rasteve, gjendja periodontale distale me molarin e dytë ishte e shëndetshme dhe nuk tregoi shenja të inflamacionit. Sidoqoftë, në studimin e tanishëm, ata nuk krahasuan as statusin periodontal, as indin kockor me gjetjet para operacionit¹⁰⁵.

Dëmtimi i nervit alveolaris inferior nuk përjashtohet plotësisht edhe me koronektominë, siç dëshmohet nga studimi i 612 dhëmbëve të impaktuar në 458 pacientë¹⁰⁶. Në këtë studim, një pacient pësoi dëmtim të përkohshëm nervor. Për më tepër, në 14 nga 612 raste (2.3%), pjesa tjetër e rrënjës duhej të hiqej në një operacion shtesë, kryesisht për shkak se kishte ekspozim të

pjesës tjetër të rrënjës dhe kishte dhimbje. Në përgjithësi, rreziku i dëmtimit të nervit alveolar inferior gjatë koronektomisë është statistikisht dukshëm më i ulët sesa gjatë heqjes konvencionale të dhëmbëve të pjekurisë në nofullën e poshtme¹⁰⁷.

Renton et al⁹⁷ nuk trajtoi pacientët të cilët treguan shenja të alveolitit ose infeksionit të vazhdueshëm të rrënjës së mbetur, por nxorën rrënjët me intervenim të dytë kirurgjikal. Ata arritën në përfundimin se nëse një infeksion ka ndodhur, do të ishte më mirë të hiqet rrënja si burim të infeksionit sa më shpejt që të jetë e mundur sesa t'i trajtohen ato. Përfundimi i tyre buron nga dy raste në të cilat neuriti i përkohshëm i nervit alveolar inferior ka ndodhur pas infektimit të rrënjëve të koronektomizuar (brenda 6 javësh pas koronektomisë). Ka nevojë për shumë studime dhe hulumtime më afatgjata për të çmuar dhe vlerësuar më mirë të gjitha komplikimet pas koronektomisë¹⁰⁸.

2.6. KOMPLIKACIONET E HEQJES SË MOLARIT TË TRETË MANDIBULAR DHE KOMPLIKACIONET E MUNDSHME

Ndërhyrja kirurgjikale te molarët e tretë mandibular të impaktuar është procedura më e shpeshtë te kirurgjia orale dhe për këtë arsye më së tepërmi hasim në komplikime në këtë lloj të intervenimit. Faktorët më të rrëndësishëm në shfaqjen e komplikimeve janë pozicionimi i dhëmbit si dhe manipulimi i mjekut. Komplikimet e hershme të tilla si dhimbja, enjtja dhe trizmusi i shkaktuar nga inflamacioni traumatik aseptik, pas nxjerrjes kirurgjikale të molarëve të tretë të impaktuar janë mjaft të zakonshme ^{7,25,,35,55,56,109,110 ,111,112,113,114,115,116.}

Penarrocha et al¹⁰⁹, raportuan se dhimbjet postoperative te molarët e tretë të impaktuar si enjtje dhe trizmus më shpesh hasen te pacientët me higjenë të dobët orale.

Përpos dhimbjes, enjtjes dhe trizmusit,pas ekstraksionit të molarit të tretë mandibular të impaktuar, gjithashtu mund të zhvillohen edhe komplikime të tjera të përhershme ose të përkohshme, ndër të cilët më të shpeshta janë hemoragjia, osteit alveolar dhe dëmtimi n. alveolaris inferior ^{7,25,54,109,111,117.}

Traumëtë dhëmbit fqinj, formimi i xhepit periodontal distaltë molarit të dytë, infeksione postoperative, parestezion n. lingualis dhe fraktura e nofullës janë komplikime më të ralla^{51,74,75}.

Edhe pse rrallë, ne literaturë hasen raste si osteomyelit, obstrukcion i rrugëve të frymëmarjes, infeksioni i regjionit pterigomandibular dhe submandibular , septicemia, meningiti, abscesi i trurit, tromboza sinusit kavernoze, emfizema mediastinale anteriore, mediastinit, infeksion me metastazë të largët, embolus subdurale dhe sindroma herpes zoster është raportuar se mund të zhvillohen^{60,76,111}.

Faktorët lokal që mund të shkaktojnë komplikime postoperative janë trauma kirurgjikale, infeksionet preoperative ose postoperative në hapsirën e operimit dhe rritja e aktivitetit fibrinolitik në plagë. Faktorët tjerë që inicojnë zhvillimin e komplikimeve përfshijnë ushqimin joadekuat, moshën e përparuar, përdorimi i duhanit ose kontraceptivëve oral, sëmundjet sistemike dhe barnat e shfrytëzuara, mosrespektimi i porosive të mjekut²¹.

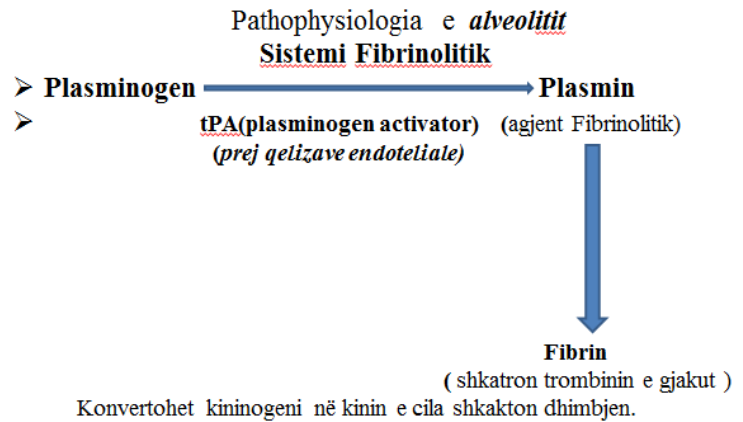
2.6.1 Osteitis i lokalizuar alveolar (alveolitis)

Në ditën e 3.-5. postoperative fillon dhimbje e cila është një komplikim i karakterizuar me halitosis dhe largimi i koagullimit nga alveola, e cila është mundur të shpjegohet me teori të ndryshme, se etiologjin e ka nga faktorët vaskular, bakteriale, traumatike, toksike, enzimatiqe dhe metabolike¹¹⁸.

Mekanizmi biologjik i osteoitit alveolar është- lirimi i aktivatorëve indor si rezultat i inflamacionit të pulpës së kockës nga infeksionet dhe trauma. Këta aktivatorë konvertojnë plasminogjenin në plasmin dhe agjenti fibrinolitik duke shkatëruar koagulumin paraqitet kinina e cila është në përmbajtjen e koagulumit dhe është shkaku i dhimbjes së madhe. Shkalla e dhimbjes mund të rritet në varësi të moshës së pacientëve, përdorimi i duhanit, operacione të zgjatura, mungesa e eksperiencës së kirurgut ose shfrytëzuesit të kontraceptivëve^{49,119,120,121}. Hipotensioni i gjakut gjithashtu ceket si njeri prej shkaqeve të alveolitit¹¹⁹.

Incidenca e ostetiteve alveolare pas nxjerrjes së dhëmbëve sipas Hedner¹²¹ varion nga 10-30 % dhe më së shpeshti paraqitet pas ekstraksionit të molarit të tretë mandibular. Sipas POOR dhe bashkpunëtorët e tij¹²², kjo normë varion midis 5-10 %. Në studimin e tyre Al Khateeb et al¹²³, pas

ekstraksionit të molarit të tretë raportuan një normë prej 21.9% në grupin terapeutik dhe 7.1% në grupin profilaktik. Është sugjeruar se qasja maksimale e lehtë në inde, hemostaza e mirë dhe shpëlarja e indit kockor me solucio fiziologjike (steril) do të zvogëlojnë mundësinë e shfaqjes së osteitit alveolar e cila më së tepërmi haset në mandibulë^{123,124}.



Teoria fibrinolitike
Sipas BIRN-it në 1963-1977.

2.6.2 Infeksionet postoperative

Ka një numër faktorësh që çojnë deri në zhvillimin e infeksionit postoperativ, e ato janë ^{7, 125}:

- Përhapja e infeksionit preoperativ për shkak të manipulimit kirurgjikal,
- Depozitimi i mbetjeve të ushqimit në vendin e operimit pavarësisht nga sutura,
- Ushqyerja e papërshtatshme e indeve në zonën e plagës për shkak të rrjedhjes së pamjaftueshme të gjakut,
- Invazioni i mikroorganizmave oportuniste për shkak të mungesës së imunitetit sistematik ose lokal,
- Shfaqja e ndodhive si hematoma ose edemës që mund të shpiejnë deri te formimi i hapsirave të vdekura në inde,
- Zhvillimi i superinfektimit si rezultat i përdorimit të panevojshëm ose të gabuar të antibiotikëve.

Bakteret që shkaktojnë infeksione janë kryesisht bakteret endogjene që gjenden në florën orale në momentin që shkatërohet mbrojtja imunitetit lokal ose sistematik fiton patogjenitet dhe shkakton paraqitjen e infeksioneve postoperative në zona si maseterike, sublinguale, submandibulare, pterigomandibulare, temporal, bukale dhe hapsirën faringeale⁹. Përveç këtyre, mund të zhvillohen edhe komplikime të padëshirueshme si osteomyelit, obstruksion i rrugëve të frymëmarrjes, septikemi, meningjiti, absesi i trurit, tromboza e sinusit kavernozy, mediastinit dhe infeksione metastatike në distancë^{65,69,122}. Sipas raportit të Ramchandini¹²⁶, incidenca e infeksioneve pas ekstraksionit të molarit të tretë mandibular varion midis 1.2- 14.8 %.

2.6.3 Dhimbja

Dhimbja është një ndjenjë e pakëndshme, subjektive, e cila interpretohet nga personi i perceptuar nga reagimet mekanike, termike, elektrike dhe kimike përmes mekanizmit nervor dhe humoral. Impuls i formuar në çdo pikë të përfundimeve nervore shqisore vlerësohet si dhimbje në sistemin qendror ^{127,128}.

Mendohet se edema dhe shtypja e indeve të posaformuara pas ekstraksionit të molarit të tretë të impaktuar kanë një vend të rëndësishëm në shfaqjen e dhimbjes, përveç kësaj edhe aciditeti i pH të eksudatit, akumulimi i joneve K⁺, mediatorët si bradikinin dhe 5-hydroxytryptamin janë ndër faktorë që e ndihmojnë dhimbjen¹²⁸.

Pas ekstraksionit të molarit të tretë të impaktuar, me humbjen e efektit të anestezionit, fillon të shfaqet dhimbja dhe maksimumin e arin për 6-12 orë^{82,83}. Dhimbja që kërkon përdorimin e analgetikëve mund të zgjas për 24 orë dhe dhimbja e rezultuar varet nga pozicioni i dhëmbit të impaktuar, mënyrën e ekstraksionit të dhëmbit, shkallën e trizmusit, kohëzgjatja e intervenimit dhe eksperiencia e mjekut^{44,128}.

2.6.4 Edema

Ënjtja dhe edema e formuar pas operacionit të dhëmbët e impaktuar janë komplikime të padëshiruara estetike dhe funksionale të hasura shpesh pas intervenimeve traumatike dhe të zgjatura^{44,120}.

Edema është ndodhi e shpeshtë pas intervenimit kirurgjikal te molarët të tretë mandibular të impaktuar dhe nivelin maksimal e arin pas 48 deri 72orëve,pas ditës së tretë dhe të katërt nisën të pakësohet dhe në fund të javës së parë zhduket plotësisht. Ashpërsia e edemës mund të ndryshojë varësisht nga kohëzgjatja e intervenimit, ashpërsia e traumës kirurgjikale, moshës së pacientit, statusi sistematik dhe barnat e përdodura në periudhën postoperative^{130,131,132,133}.

2.6.5-Trizmus

Trizmus është komplikim i shpeshtë postoperativ i molarëve të tretë të impaktuar dhe paraqet kufizim të lëvizshmërisë së mandibulës dhe kufizimin e hapjes fiziologjike të gojës^{85,88}. Simptoma më e rëndësishme e humbjes së funksionit të shkaktuar nga trauma kirurgjikale në nofullën dhe fytyrën është trizmusi.Trizmus zhvillohet si rrezultat i spazmit të muskujve maseterike si rrjedhojë e traumës kirurgjikale, infeksionit, lëndët anestetike, edema dhe hematoma. Shkalla e trizmusit lidhet me inflamacionin përreth. Trizmusi mund të shkaktohet nga arsyet fiziologjike por edhe nga ato psikologjike. Ekziston një korelacion pozitiv mes

shkallës së trizmusit dhe dhimbjes e edemës. Pas intervenimit kirurgjikal të ekstraksionit të molarit të tretë mandibular të impaktuar, në fund të ditës së dytë trizmusi arin nivelin maksimal dhe mund të vazhdojë 7-10 ditë^{133,134}.

2.6.6- Gjakderdhje postoperative

Gjakosja e shfaqur disa orë pas intervenimit kirurgjikal shpjegohet me humbjen e efektit të substancave vazokonstruktove të anestetikut lokal. Ndërsa gjakosjet e shfaqura 1-2 ditë pas intervenimit kirurgjikal shfaqen si rezultat i humbjes së trombusit që e mbyllën lumenin e enëve të gjakut në ndikim të infeksionit ose traumës¹³⁰. Gjakosja e paraqitur pas ekstraksionit të molarit të tretë mandibular si zakonisht kontrollohet me metoda klasike të hemostazës. Megjithatë Morghadam et al.¹³⁰ raportuan një rast me gjakderdhje të rrezikshme për jetë pas operacionit të ekstraksionit të molarit të tretë mandibular.

2.6.7- Dëmtimi i nervit

2.6.7.1- Dëmtimi i n.alveolaris inferior

Në raste kur rrënja e molarit të tretë të impaktuar ndodhet pranë kanalit mandibular, ekziston mundësia e dëmtimit postoperativ të n. alveolaris inferior^{3,9,11,12,21,115}. Mundësia e dëmtimit të n. alveolaris inferior pas intervenimit kirurgjikal të molarit të tretë mandibular të impaktuar mund të vlerësohet nëpërmjet vlerësimit klinik dhe radiologjik²⁰. Në literaturë, ka studime që raportojnë se incidenca e lëndimit të n. alveolaris inferior mund të variojë nga 0.4% dhe 8.4%^{7,18,135,,136}.

Gjatë intervenimit nëse vjen deri te perforimi i kanalit mandibular, për arsye se mund të shkaktohet dëmtim jatrogjen: kirurgjikal ose kimik në nervin, më e arsyeshme është të shfrytëzohet tamponim me gazë për hemostazë dhe mbrojtje prej dëmtimit¹³⁷.

2.6.7.2 Dëmtimi i n. lingualis

Gjatë intervenimeve kirurgjikale orale si impakcioni i molarit të tretë mandibular mund të dëmtohet n. lingualis por kjo mund të dëmtohet edhe nga anestezioni lokal.

Sipas Pogrel⁸⁸, ky komplikim mund të shfaqet në raste si- gjatë kontaktit me nervin duke aplikuar anesteziolokal, dëmtim i nervit në incisionin fillestar, lëndim i nervit nga tërhiqja e pakujdesshme e nervit, fraktura e kockës lingual dhe formimi i teheve kockore, kyretimi i afërsisë me instrumente të mprehta dentare, gjatë frezimit të kockës, suturimit të hapsirës së intervenuar ose të alveolitit. Këtë komplikim mund ta anashkalojmë vetëm nëse gjatë interevenimit e mbrojmë n. lingualis me ekartor ose ekstraksionet e rezikshme kryhen me Korenektomi -Coronectomy. Në literaturë në studime të ndryshme incidence e shfaqjes së këtij komplikimi varion nga 0.6% dhe 23%^{136,138,139,140}.

Klinikisht, ndryshimi në ndjejshmërinë nervore mund të haset si hyperesthesia, hypostasia, anestezia ose disesthesia. Dëmtimi nervor mund të jetë i përhershëm ose i përkohshëm. Për të vlerësuar ndjejshmërinë nervore pas intervenimit kirurgjikal mund të shfrytëzohen teste si- të dritës, testi i prekjes ose me brushë që mund të kryhen në intervale të caktuara mujore.

Në të shumtën e rasteve, funksioni i n. lingualis gradualisht mund të kthehet brenda 6 muajve, por në 0.5-2% të rasteve ky dëmtim ka mundësi të ngelet edhe si i përhershëm^{137,138,140}.

2.6.8 –Fraktura e nofullës

Gjatë ekstraksionit të dhëmbit, forca e tepërt dhe pakujdesshmëria gjatë intervenimit kirurgjikal ose në fazën postoperative mund të shkaktoje frakturë në kockën mandibulare, përveç kësaj disa sëmundje sistemike ose lokale mund të shpiejnë deri në dobësimin kockor në zonën përkatëse dhe mund të shkaktojë frakturë në mandibulë. Në literaturë ekzistojnë studime që raportohen raste ku hasen fraktura të mandibulës gjatë ekstraksionit kirurgjikal të molarëve të tretë të impaktuar më thellë në kockë ose te pacientët pa dhëmbë me kocka të resorbuara^{140,141,142}.

Përshkak të rritjes së densitetit të kockave dhe humbjes së elasticitetit të kockave tek pacientët e moshuar, probabiliteti i shkakimit të frakturës është më i lartë se në pacientët e rinj. Frakturat postoperative të nofullës zakonisht ndodhin midis ditës së 13. dhe 21. dhe faktori më i rëndësishëm që shpie te kjo është forca e mastikacionit^{140,141,024}.

Nuk ka të dhëna të qarta proporcionale për këto fraktura sepse është shumë e rrallë në periudhën postoperative^{140,141}. Megjithatë, në një studim retrospektiv të 150 kirurgëve oralë, Libersa et al.¹⁴², raportuan frakturë në 37 pacientë gjatë ose pasintervenimeve kirurgjikale të 750,000 molarëve të tretë mandibular.

2.6.9. – Depërtimi i dhëmbit të impaktuar në regjionin fqinjë

Molari i tretë mandibular i impaktuar gjatë intervenimit me një pakujdesi të vogël të mjekut mund të kalojë në hapsirën fqinje për shkak të kontaktit të ngushtë me hapsirat anatomike. Dhëmbët e depërtuar në hapsirat fqinje nuk shkaktojnë komplikime por duhet të merret parasysh mundësia e formimit të reaksionit të trupit të huaj. Edhe pse rrallë, në literaturë hasen raste ku dhëmbët e impaktuar të depërtojnë në hapsirën submaxilare, fosën infratemporale, hapsirën sublinguale më shpesh në hapsirën pterigomandibulare¹⁴².

2.6.10. Disfunzion i artikulacionit temporomandibulare

Çrregullime të përkohshme ose afatgjate të njësve temporomandibulare mund të vërehet te pacientët për shkak të forces së tepruar të ushtruar te pacienti ose koha e gjatë e intervenimit ku goja mbetet hapur për një kohë të gjatë. Në veçanti, problem të këtij lloji me nyjen temporomandibulare haset më së tepërmi pas ekstraksionit kirurgjikal të molarit të tretë mandibular³⁴.

2.6.11- Shfaqja e sëmundjes periodontale të dhëmbit fqinj

Sipas Dodson⁷⁵, në studime të ndryshme ka raportuar defekte periodontale në anën distale të molarit të dytë fqinj pas ekstraksionit kirurgjikal të molarit të tretë mandibular. Faktorët që risin resorbimin e kockave pas ekstraksionit të molarit të tretë mandibular janë mosha e përparuar, defektet preoperative të kockave dhe resorptimi i sipërfaqes së rrënjës së molarit të dytë.

PJESA SPECIALE

3. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

Qëllimi kryesor–Vënja e diagnozës së saktë dhe hartimi i planit të trajtimit të molarëve të tretë të impaktuar mandibular.

Objektivat specifike :

- Të paraqitet frekuenca e molarit të tretë mandibular të impaktuar
- Të paraqitet vlerësimi klinik i molarëve të tretë të impaktuar
- Të paraqitet vlerësimi radiologjik (sipas klasifikimeve tuaja të preferuara)
- Të paraqitet trajtimi kirurgjikal i molarëve të tretë mandibular të impaktuar
- Të paraqiten komplikacionet gjatë dhe pas ekstraksionit të molarit të tretë mandibular të impaktuar
- Follow up të sëmurëve.

4.MATERIALET DHE METODAT

Për realizimin e këtij studimi kemi shqyrtuar 600 molar të impaktuar mandibular në 458 pacient në repartin e Kirurgjisë orale – Tetovë, në intervalin kohor nga 1.1.2012 deri më 31.12.2016. Intervenimet e kryer janë dokumentuar në kartela personale dhe regjistra përkatës.

Pëpunimi statistikor i rezultateve u realizua nga prof Lazim Kamberi:

- Testimin e dallimeve signifikante në mes të dy dhe më shumë mjediseve aritmetike, gjegjësisht proporcioni është bërë me t-testin Student.

Për realizimin e këtij studimi ne kemi hartuar përveç dokumentacionit të përgjithshëm edhe një kartel TIP .

PYETSORI PËR EGZAMINIM		
Emri mbiemri-	Data e pranimit	N=
Vendi i banimit :	Gjinia	Mosha
Numri i dh.		
Gjys i impaktuar / Impaktuar	Retenimi kokor ka ; nuk ka	
Klasifikim i Winter-it(Angulim) <ul style="list-style-type: none"> • Mezioangular • Distoangular • Horizontal • Lingobukal • Bukolingual 	Pell dhe Gregory-it (hapsirës mes ramusit të mandibullës dhe molarit të dytë): <ul style="list-style-type: none"> • Klasa I • Klasa II • Klasa III 	Pell dhe Gregory-it(Thehtësia e dhëmbit të retinuar sipas kursorës së molarit të dytë): <ul style="list-style-type: none"> • Klasa A • Klasa B • Klasa C
Ankesatz e pacientit:	Egzaminim radiografik:	Egzaminim klinik:
Gjendja klinike e molarit të II-të	Indikacioni i ekstraksionit:	Metoda e intervenimit
Komplikimet intraoperative :	Komplikimet postoperative	Trajtimi i komplikimit

Periudha e mbikqyrjes të pacientëve me shërim të plotë kryhet në fazën e dytë pas një jave me heqjen e suturës, ndërsa te pacientët me ankesa të natyrave të ndryshme periudha e mbikqyrjes vazhdon deri në shërim të plotë. Pyetësori përbëhej nga pyetje të përgatitura nga Shugars dhe



Figura 43: Lokalizimi i zonës së prekur mund të përdoret për të ndjekur zhvillimin e parestezionit.



Figura 44: Mund të përdoret një gjilpërë për të vlerësuar perceptimin e pacientit për stimuj të dhimbshëm.

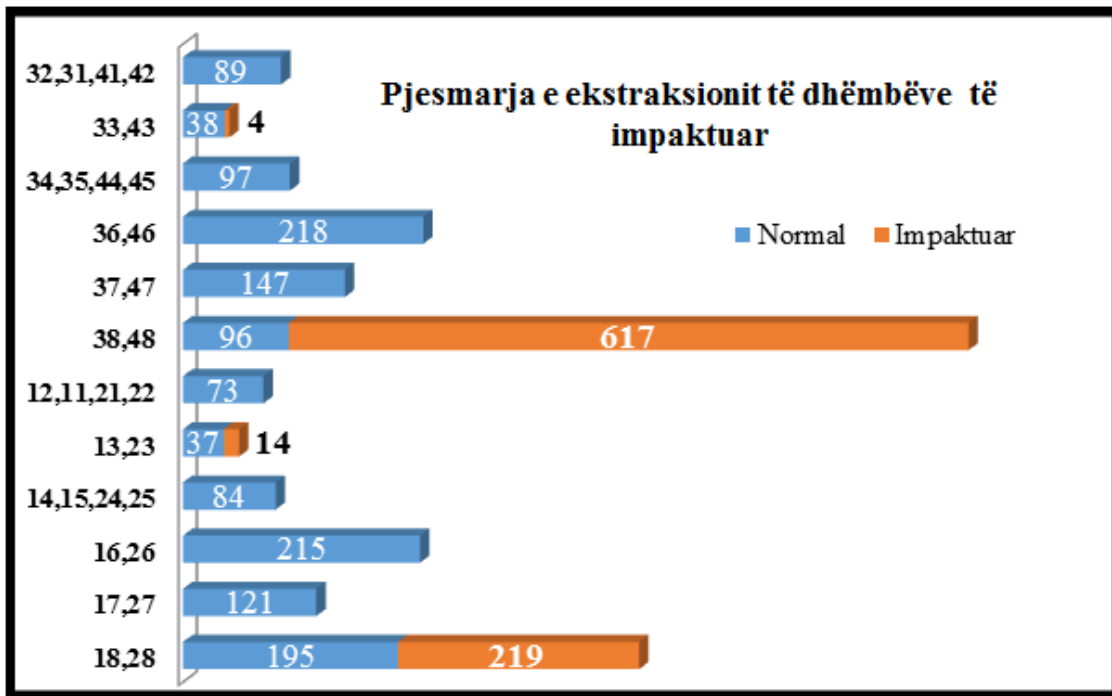


Figura 45: Mund të përdoret një furçë e butë për të vlerësuar aftësinë e pacientit për të zbuluar drejtimin e lëvizjes.

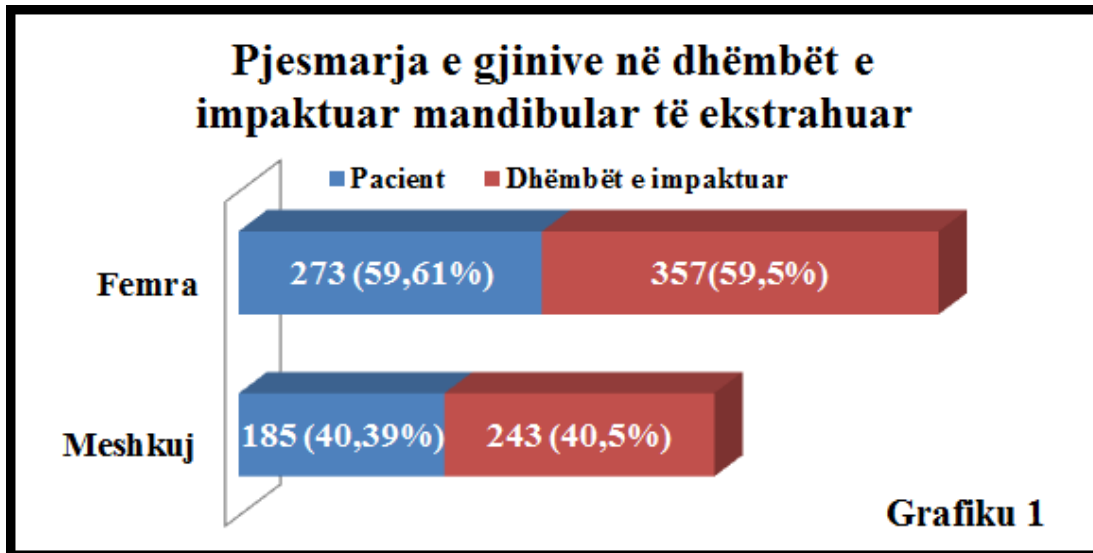
bashkpuntorët¹⁴⁴ për intervenime kirurgjikale të pëdorura për dhëmbët e impaktuar të pjekurisë. Pas operacionit, në formular u përpunuan informatat lidhur me operacionin, komplikimet dhe trajtimet intraoperative. Përveç kesaj u regjistruan edhe të dhënat si gjendja e dhëmbit, situata e kockës dhe e mukozës. Pacientët me parestezion u përcolën me kontrolime për parestezionin për një, tre, gjashtë, nëntë dhe 12 muaj sipas nevojës (figura 43,44,45)¹³⁹.

REZULTATET

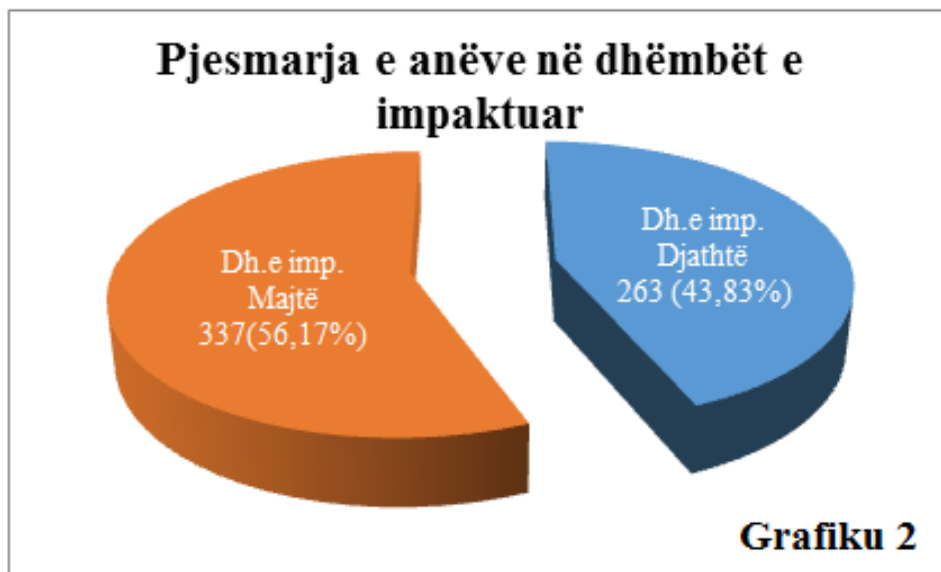
Në periudhën 2012 – 2016 në Repartin e kirurgjisë orale në Tetovë janë kryer 2264 ekstraksione, prej të cilëve 854 (37,72%) ishin dhëmbë të impaktuar. Nga këto dhëmbë të impaktuar 18 ishin kanin, 219 dhëmbë ishin molar i tretë maksilar dhe 617 i takonin molarëve të tretë të impaktuar mandibular.



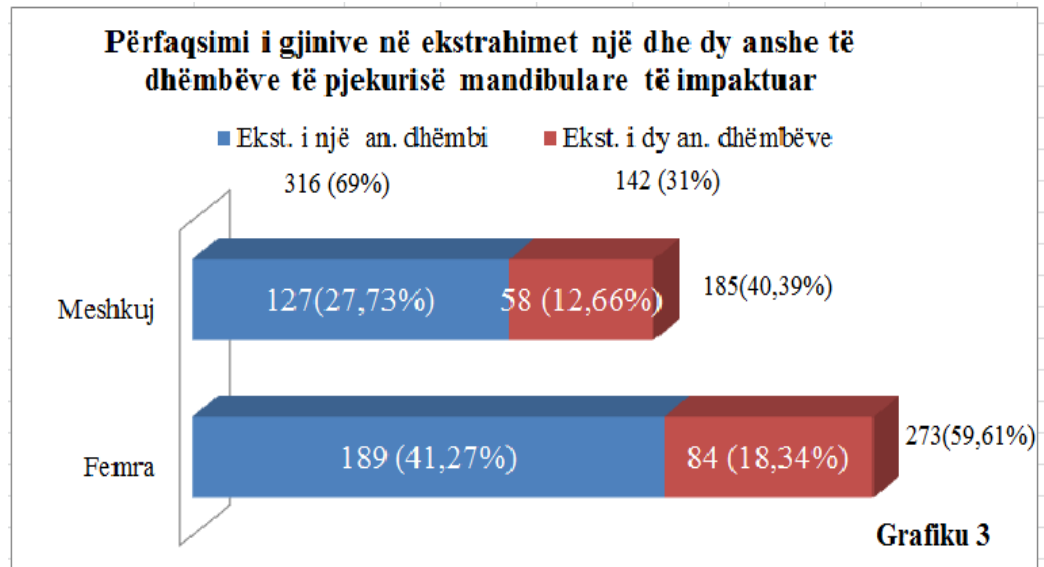
Studimi ynë është kryer në 600 molar të tretë të impaktuar në gjithsej 458 pacientë nga të cilët 273 ishin femra dhe 185 meshkuj.



Nga 600 dhëmbët e vlerësuar, 357 (59.5%) ishin te pacientët femra ndërsa , 243 (40.5 %) te meshkujt (grafiku.1),mesatarisht te femrat është nxjerë nga 1,30 dhëmbë për person, te meshkujt 1,31 dhëmbë. Incidenca e nxjerjes së dhëmbëve të pjekuris të impaktuar sipas gjinisë është gjetur se është statikisht i rëndësëshëm (p <0.05). Nga këto dhëmbët e impaktuar 337 dhëmbë (56.17%) ishin në anën e majtë, ndërsa, 263 gjegjësisht (43.83%) në anën e djathtë.

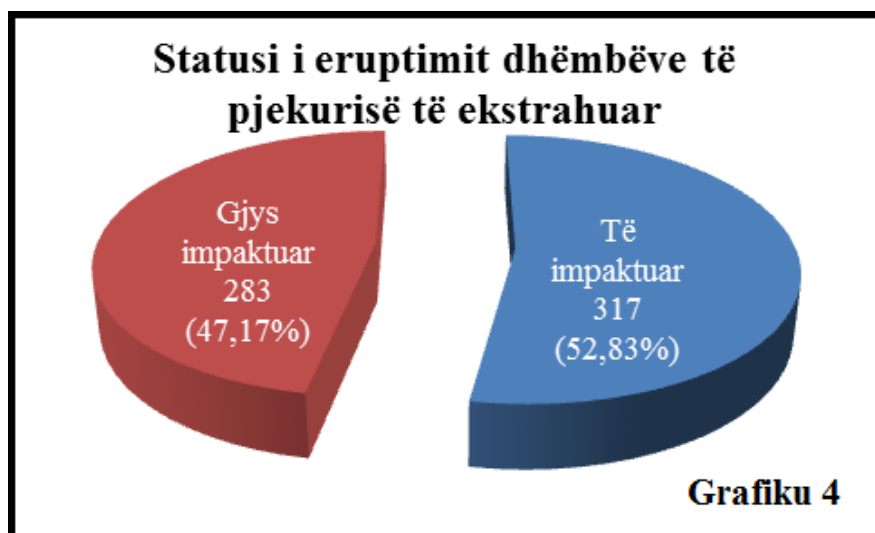


Në 316 pacientë është hasur në impaktion të njëanshëm ndërsa në 142 pacientë është hasur në impaktion të dyanshëm. 84 nga pacientët femra të përfshira

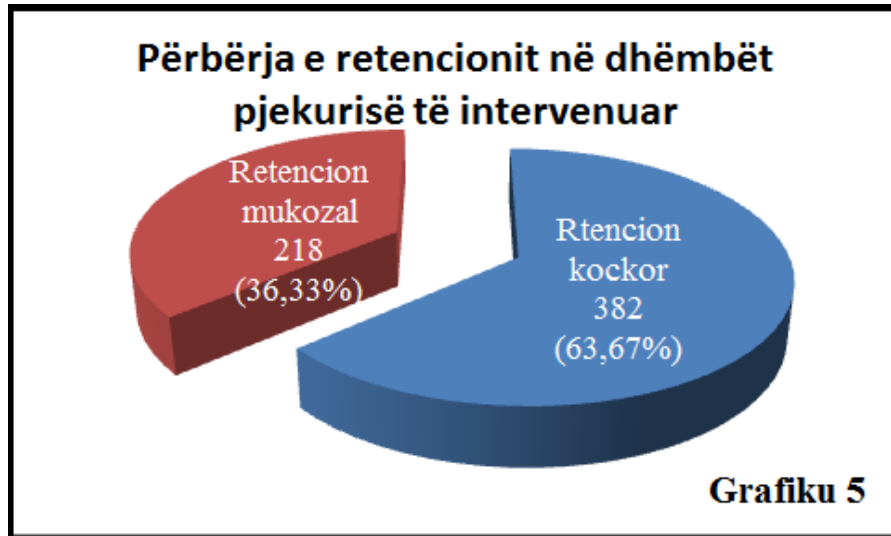


në studim impaktion të dyanshëm hasëm te 84 (18.34%) pacientë ndërsa të njëanshëm 189 (41.26%). Te pacientët meshkuj impactione të dyanshme hasëm te 58 (12.66%) pacientë dhe impaktion të njëanshëm tek 127 pacient (27.73%) grafiku 3.

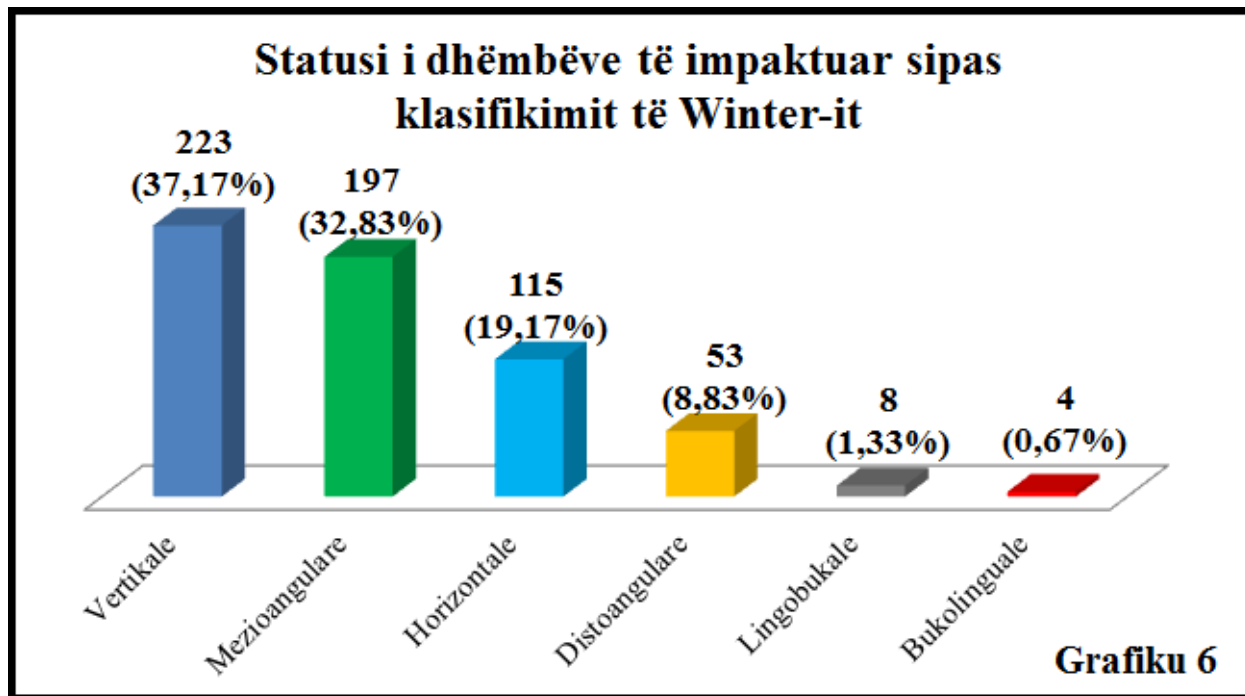
U konstatua se nga 600 dhëmbët e ekzaminuar 317 (52,83%) ishin të impaktuar plotësisht, ndërsa 283dhëmbë (47,17%) ishin gjysmë të impaktuar(grafiku 4).



Nga dhëmbët e vlerësuar klinikisht, radiologjikisht dhe gjatë operacionit kirurgjikal të 600 dhëmbëve 382 dhëmbë (63,67%) hasëm në retencion kockor ndërsa në 218 (36.33%) në retencion të mukozës (grafiku 5).



Sipas sistemit të klasifikimit të Winter-it që fitohet nga këndi që formon dhëmbi i impaktuar me boshtin longitudinal të dhëmbit fqinj është vlerësuar se 223 (37,17%) dhëmb ishin në pozitën vertikale, 197 (32,83%) të dhëmbëve në pozitën mezioangulare, 115 (19,17%) dhëmbë në pozitën horizontale, 53 (8,83%) dhëmbë në pozitën distoangulare, 8 (1,33%) në pozitën lingobukale dhe 4 (0,67 %) dhëmbë në pozitën bukolinguale. Sipas këtij klasifikimi më së tepërmi dhëmbët përfshihen në pozitën vertikale me 37,17% (grafiku6).



Gjatë vlerësimit në bazë të hapsirës mes ramusit të mandibulës dhe molarit të dytë, kundrejt

madhësisë

mesiodistale të molarit

të tretë, përfituam këto

rezultate: 94 (15,67%)

pacientë i përkisnin

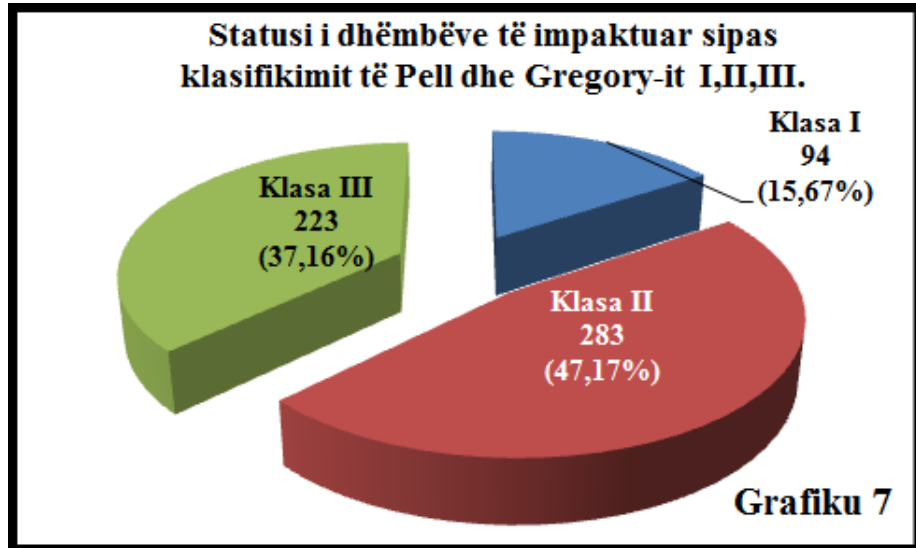
klasës së I, 283

(47,17%) pacient

klasës së II, ndërsa

223 (37,16%) klasës

së III. (grafiku 7.)



Sipas vlerësimit të bërë duke e marrë parasysh nivelin e kurorës së molarit të tretë të impaktuar

në krahasim me molarin e dytë fqinj është vërtetuar se , 238 (39,67%) dhëmbë janë në pozitën

A, 217 (36,17%)

dhëmbë janë në

pozitën B ndërsa

145(24,16%)

dhëmbë janë në

pozitën C. Sipas

këtij vlerësimi

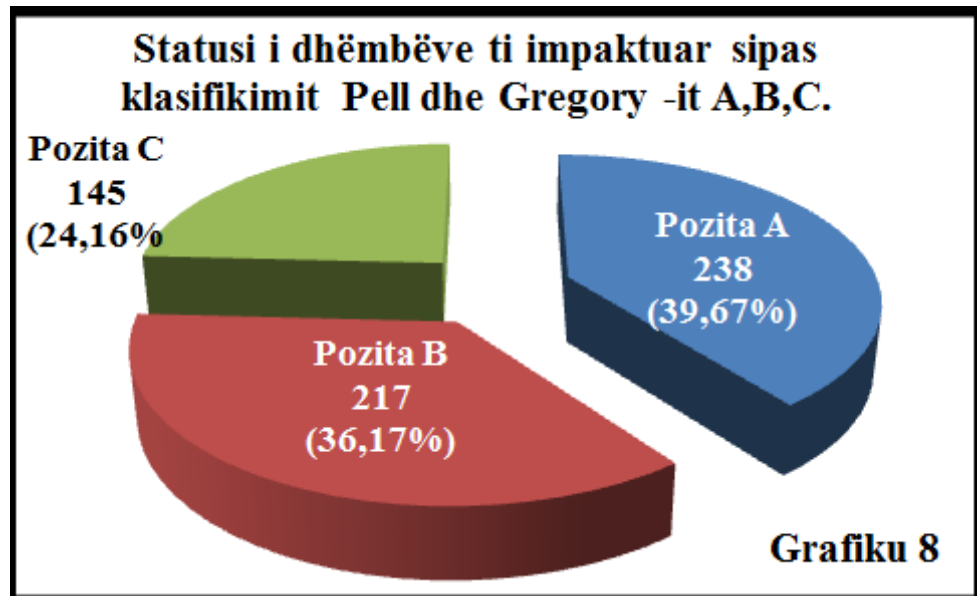
dhëmbët më së

tepërmi janë hasur

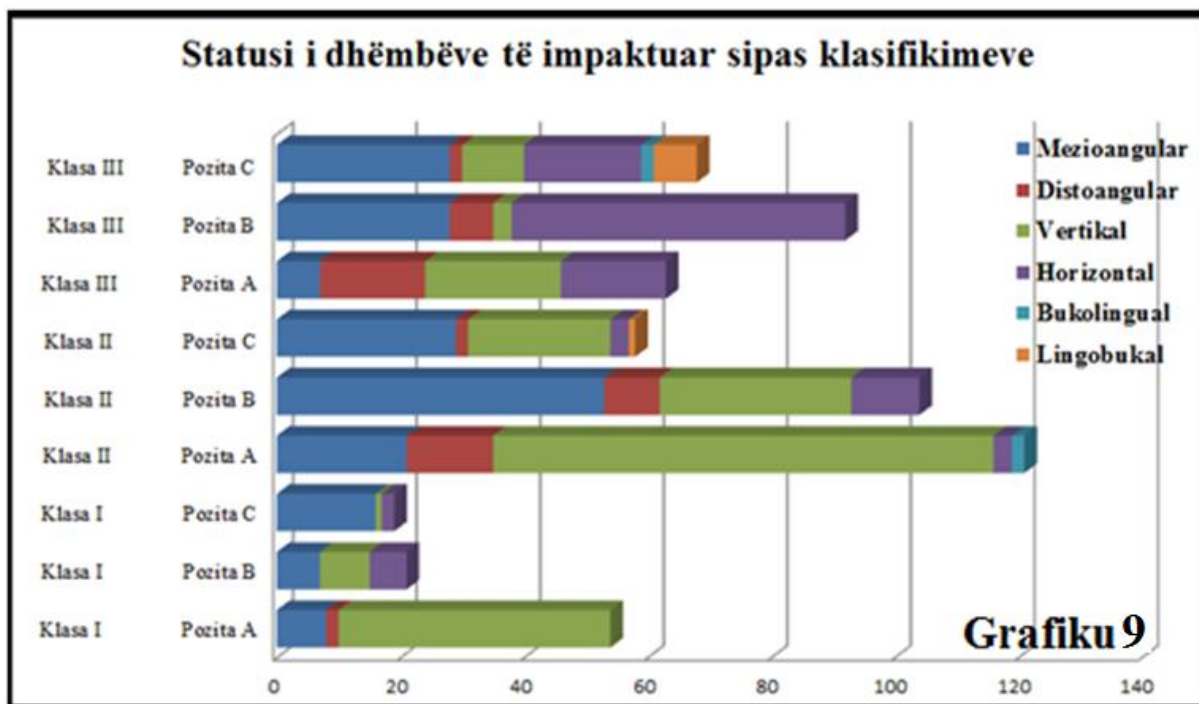
në pozitën A me

39.66 % . (grafiku

8).



		Mezioangular	Distoangular	Vertikal	Horizontal	Bukolingual	Lingobukal	TOTAL
Klasa I	Pozita A	8	2	44				54
Klasa I	Pozita B	7		8	6			21
Klasa I	Pozita C	16		1	2			19
Klasa II	Pozita A	21	14	81	3	2		121
Klasa II	Pozita B	53	9	31	11			104
Klasa II	Pozita C	29	2	23	3		1	58
Klasa III	Pozita A	7	17	22	17			63
Klasa III	Pozita B	28	7	3	54			92
Klasa III	Pozita C	28	2	10	19	2	7	68
TOTAL		197	53	223	115	4	8	600



Sipas vlerësimit duke përdorur të tre klasifikimet së bashku (grafiku 9), pozicioni më i hasur është klasa II, vertikale, pozita A në 81 dhëmbë me 13.5%.

Klasa III, horizontal, pozita B haset te 54 dhëmbë me një përqindje prej 9%.

Klasa II, mezioangulare, pozita B haset te 53 dhëmbë gjegjësisht 8.83%.

Klasa I, vertikal pozita A haset te 44 dhëmbë gjegjësisht 7,33%.

Klasa II, vertikale, pozita B të 31 dhëmbë gjegjësisht 5.17%.

Klasa II, mezioangulare, pozita C haset te 29 dhëmbë me 7.5 %.

Klasa III, pozita B dhe C mezioangulare, hasen te 28 dhëmbë me pjesëmarje prej 4.66%.

Klasa II, pozita C me 23 dhëmbë me 3.83 % në pozitën vertikale.

Klasa III, vertikale, pozita A haste te 22 dhëmbë gjegjësisht 3.67 %

Klasa III, horizontale, pozita C haset te 19 dhëmbë me pjesëmarje 3.16%.

Klasa III, distoangulare, pozita A haset te 17 dhëmbë gjegjësisht te 2,83 %.

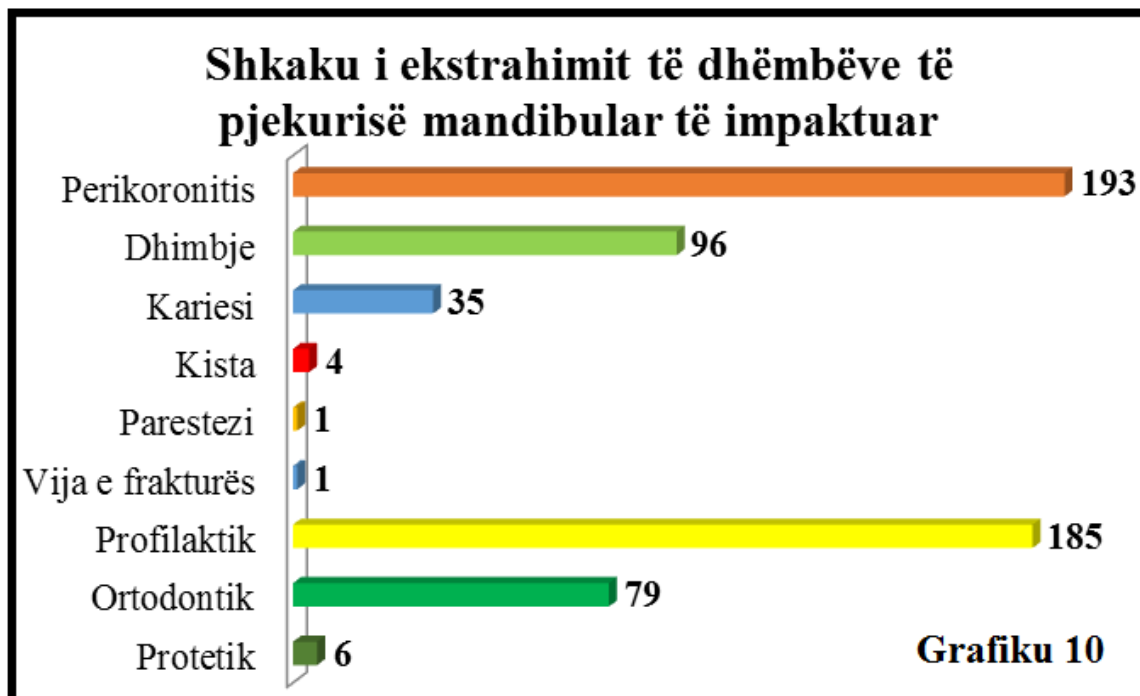
Klasa III, vertikale, pozita C te 10 dhëmbë gjegjësisht 1.66 %.

Klasa III, lingvobukol, pozita C haset te 7 dhëmbë gjegjësisht 1.17 %.

Klasa III, pozita C 68 dhëmbë gjegjësisht 11,33%.

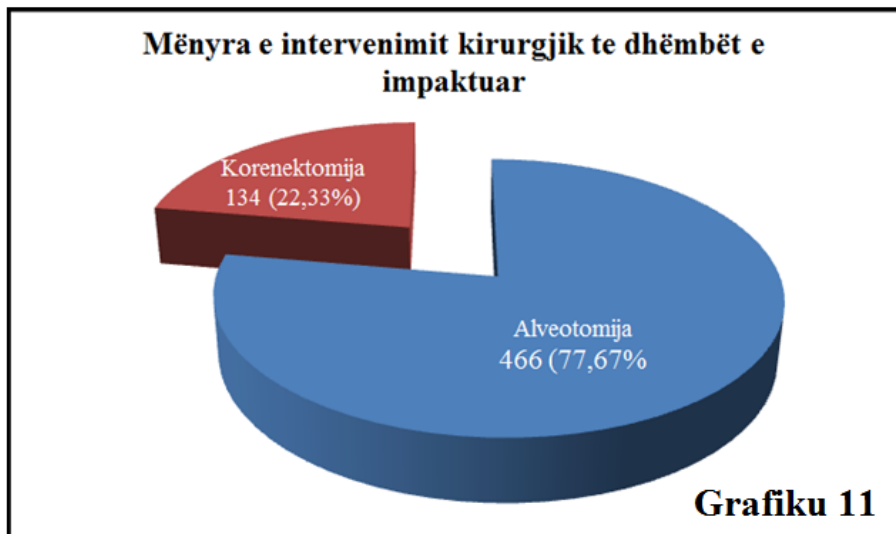
Klasa II, pozita A haset 121 dhëmbë 20.17%.

Kur dhëmbët e përfshirë në studim u ekzaminuan në aspektin e patologjive që i shkaktojnë, u vërtetua se 193 dhëmbë gjegjësisht (32.16%) shkaktojnë perikoronitis. Përveç kësaj, 96 dhëmbë (16%) ishin shkaktar të dhimbjes në nofullat ose në zonat perimetrare të shkallëve të ndryshme, dhe 1 dhëmb (0.16%) shkakton parestezion. U vërtetua gjithashtu se 4 dhëmbë (0.66%) inicojnë formimin e kistave dhe 35 dhëmbë gjegjësisht (5.83%) shkaktojnë



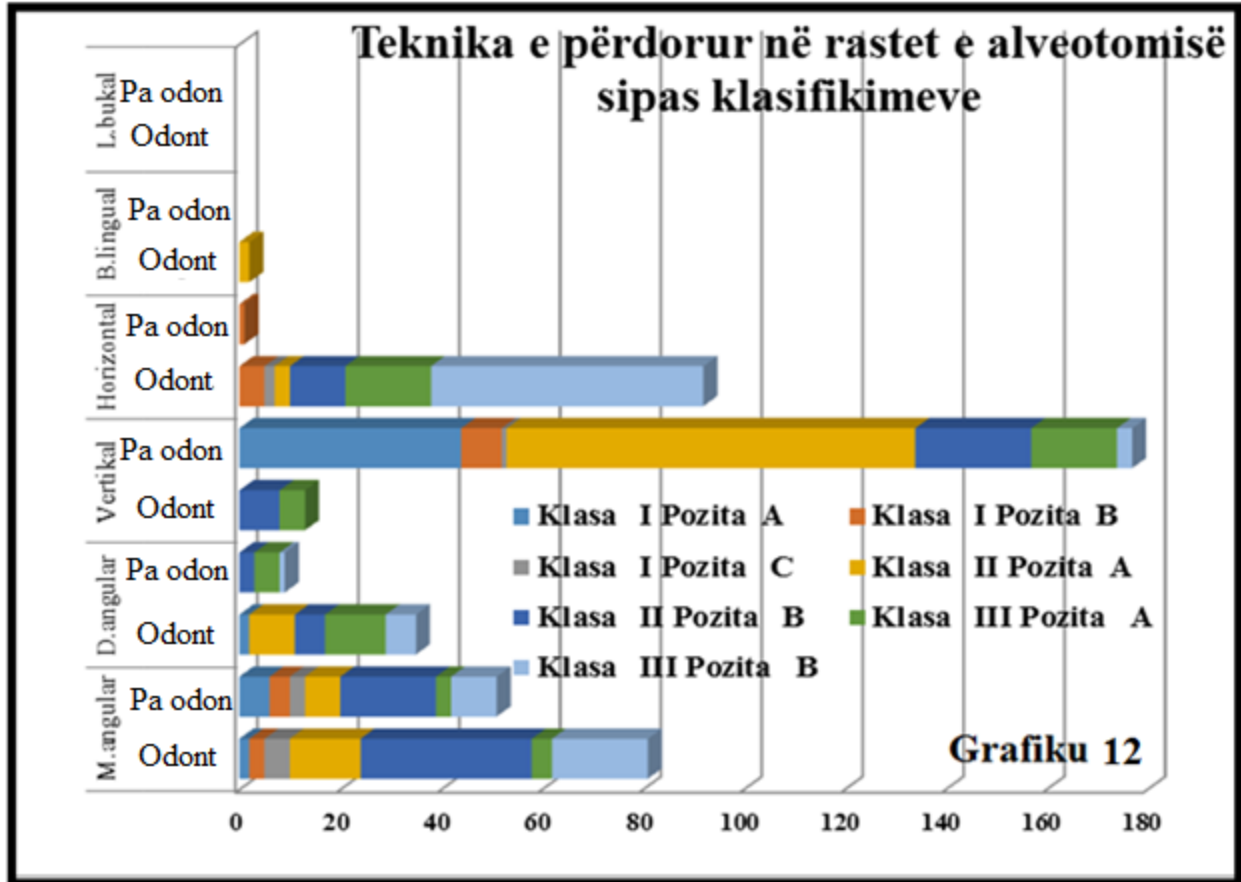
karies në dhëmbët fqinj. 185 (30,84%) dhëmbë të impaktuar u ekstrahuan për shkaqe profilaktike, 79 dhëmbë (13,17%) për shkaqe ortodontike, 6 dhëmbë (1%) për shkaqe protetike. (grafiku10).

Dhëmbët e impaktuar pas ekzaminimit detal klinik dhe klasifikimit sipas metodave të përmendura u planifikuan intervenimet kirurgjikale me alveotomi ose korenektomi në bazë të rezikut për lëndimin e n.alveolaris inferior dhe n. lingualis. Prej 600 dhëmbëve të ekzaminuar alveotomija u krye në 466 (77,67%) dhëmbë duke kryer ekstraksion të plotë të dhëmbit me intervenim kirurgjikal, kurse korenektomi u krye në 134 dhëmbë që takonin klasës së III, pozita C 68 dhëmbë gjegjësisht 11,33% , klasa e II , pozita C 58 dhëmbë dhe 8 dhëmbë prej klasës së parë pozita C (graf.11).

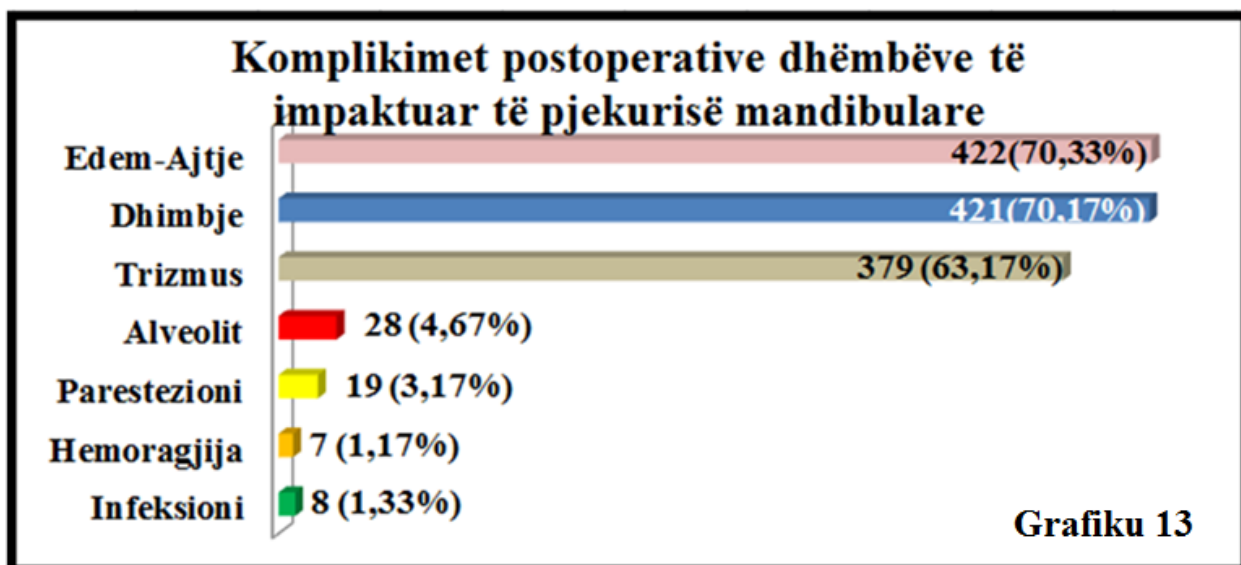


Prej 600 dhëmbëve të ekzaminuar alveotomija u krye në 466 (77,67%) dhëmbë duke kryer ekstraksion të plotë të dhëmbit me intervenim kirurgjikal. Në këto raste të intervenimit ekstraksioni u krye në mënyrë klasike me lambo nëpër papila me prerje relaksimi kah vestibulum. Dhëmbët u ekstraksionuan sipas rastit, të tërë ose me separate.

		M.angular		D.angular		Vertikal		Horizontal		B.lingual		L.bukal		Total
		Odont	Pa Odo	Odont	Pa Odo	Odont	Pa Odo	Odont	Pa Odo	Odont	Pa Odo	Odont	Pa Odo	
Klasa I	Pozita A	2	6	2			44							54
Klasa I	Pozita B	3	4				8	5	1					21
Klasa I	Pozita C	5	3				1	2						11
Klasa II	Pozita A	14	7	9	5		81	3		2				121
Klasa II	Pozita B	34	19	6	3	8	23	11						104
Klasa III	Pozita A	4	3	12	5	5	17	17						63
Klasa III	Pozita B	19	9	6	1		3	54						92
Total		81	51	35	14	13	177	92	1	2	0	0	0	466



Prej 466 dhëmbëve të ekstraksionuar me alveotomi, në 223 (47, 85%) raste intervenimet u kryen me odontomi të dhëmbëve. Në 243 (52,15%) të rasteve u ekstraksionuan dhëmbët pa odontomi (graf.12).

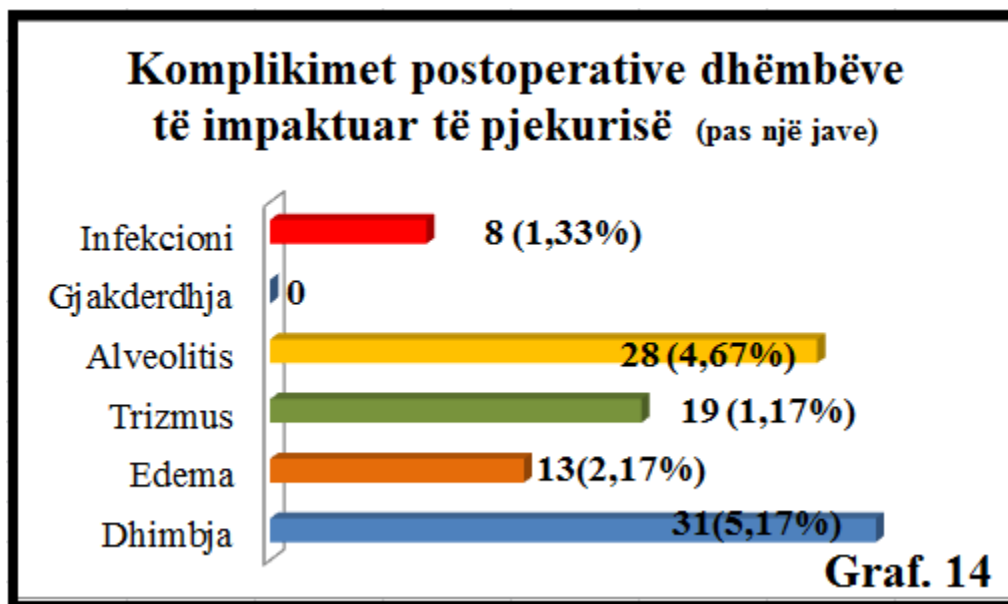


Në ndejekjen rutinore (grafiku 13) 24 - 48 orë pas operacionit kirurgjikal, në vlerësimet e bëra nga pacientët për komplikimet : 422 pacient (70.33%) me enjtje, 421 pacient (70.16%) me dhimbje, 379 pacient (63,17%) trizmus, 28 pacient (4.67%) alveolitis, 19 pacient (3.16%) kishin parestezion.

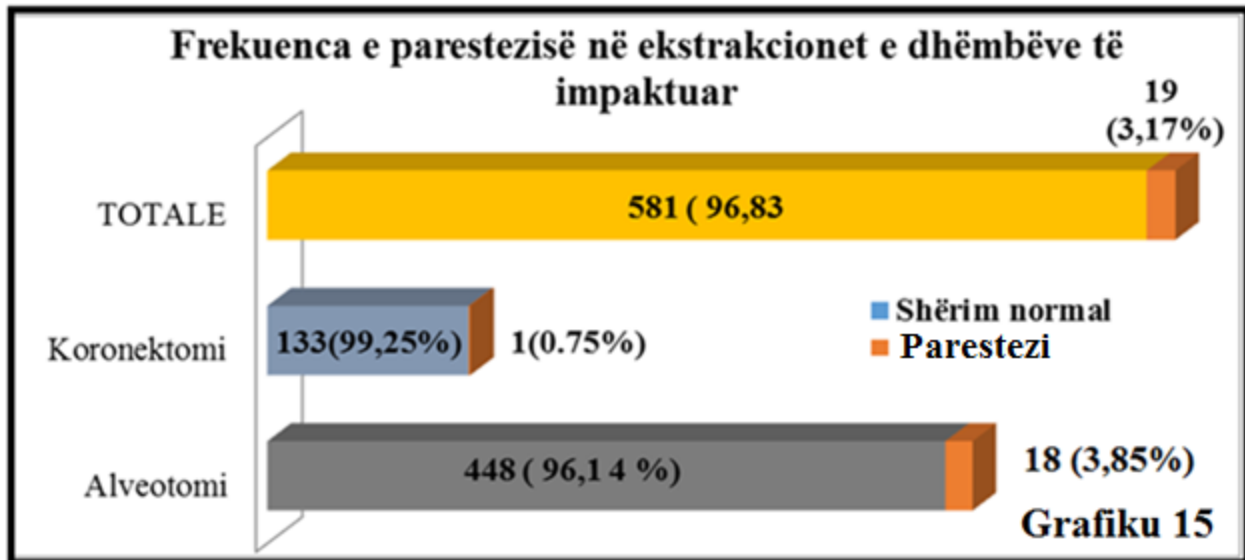
Te 7 pacientë me (1.17%) në interval të ditës së 2. dhe 4. është shfaqur gjakderdhja. Në katër nga pacientët që kishin gjakderdhje nën anestezion lokal u vendos gelastip dhe u suturua përsëri, ndërsa njërit iu bë vetëm tamponim me presion dhe u kontrollua gjakderdhja.

Në tetë pacientë (1,33 %), infeksioni ndodhi në periudhën postoperative 1-6 javore. Në dy pacientë, reaksioni i trupit të huaj u zhvillua për shkak të fragmenteve të kockës. Dy pacientë të tjerë iu ordinuan antibiotikë oral dhe kavitetet u rihapën dhe u kiretuan.

Kurse pas një jave komplikimet pësojnë në rënije të theksuar, dhimbja, trizmusi dhe veçanërisht edema (grafiku 14).



Nga 19 parestezionet të hasura pas intervenimit kirurgjikal, 18 (3,85%) prej tyre kanë ndodhur pas alveotomisë, kurse vetëm 1(0,75%) pas koronektomisë edhe atë gjatë aplikimit të anestezionit. Shkalla më e lartë e parastezioneve u gjet në grupin e intervenimeve kirurgjikale me alveotomi me dallim të madh ndaj grupit tjetër të kryer me koronektomi dhe ky proporcion paraqitet me rëndësi sinjifikante $p < 0.05$ (grafiku 15).



Nga këto 19 pacientë 4 (0.66%) pacientë kishin parestezion në n. lingualis, e 15 (2.5%) me parestezion në n. alveolaris inferior, në 4 pacientët me parestezion në n. lingualis sipas pozicionimit të dhëmbëve, distancën M 3, këndin që e formon me molarin e dytë dhe raportin me nivelin e kurorës së molarit të dytë u vërtetua se ky raport i dhëmbëve është-

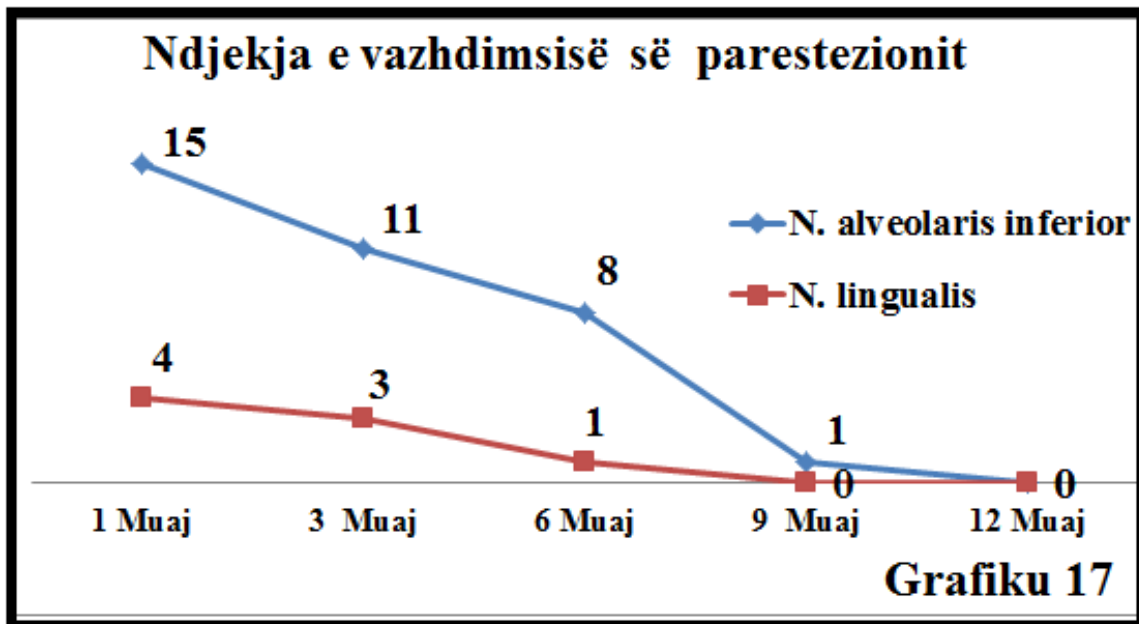
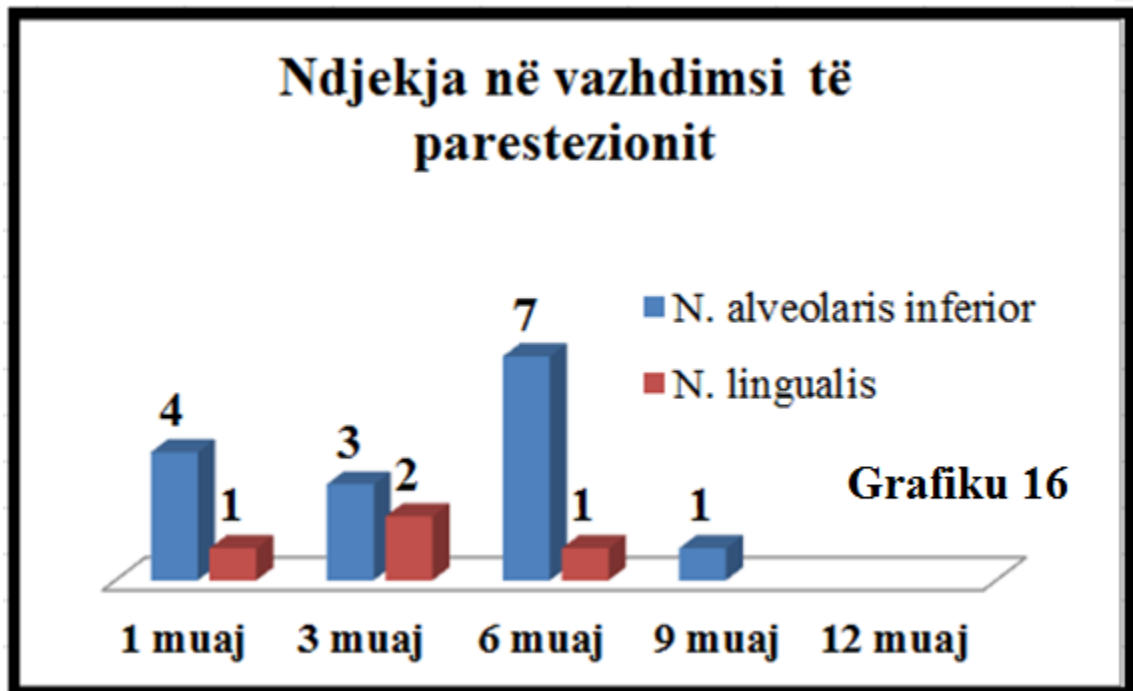
- 1 pacient Klasa III- vertikal – pozita A
- 1 pacient Klasa III- distoangular- pozita A
- 1 pacient klasa II- vertikal- pozita B
- 1 pacient klasa I- distoangulare- pozita A.

Në të gjithë pacientët tonë, parestezioni i n. lingualis u shërua prej 3 javë deri 6 muaj. Pozicioni i dhëmbëve të pacientëve me parestezion të n. alveolaris inferior sipas distancës M 3, këndit të formuar me molarin e dytë dhe raportit të nivelit me kurorën e molarit të dytë janë-

- 4 pacientë me Klas III- horizontal- pozita A
- 2 pacientë Klas III- vertikal- pozita B
- 1 pacient Klas III- lingobukkal- pozita B
- 1 pacient Klas III- horizontal pozita B
- 1 pacient Klas III- distoangular- pozita A
- 2 pacientë Klas II- vertikal- pozita B
- 1 pacient Klas II-horizontal- pozita B
- 1pacient Klas II- mezioangular- pozita B

1 pacient Klas II- vertikal- pozita A dhe

1 pacient Klas II- mezioangular- pozita A.



Të gjithë pacientëve me parestezion iu rekomndua vitamina B. Parestezioni i n. alveolaris inferior te 14 pacientë kaloi në periudhën prej 2 javë deri më 6 muaj, ndërsa vetëm te njëri pacient pas 8 muajve nga operacioni kishte filluar ndjesia.

DISKUTIMI

Një nga problemet më të rëndësishme në kirurgjinë orale përbëjnë dhëmbët e impaktuar dhe veçanërisht molarët e tretë mandibular. Në varësi të kësaj, nxjerrja- ekstraksioni i dhëmbëve të impaktuar është metoda më shpesh e praktikuar⁶¹. Për shkak të faktorëve lokal dhe të përgjithshëm, dhëmbët mund të mbeten të impaktuar dhe mund të shkaktojnë patologji të ndryshme si periodontitis, resorpcion në rrënjën e dhëmbit fqinj, karies në dhëmbin fqinj, dhimbje në nofullën dhe në indet përreth, probleme ortodontike dhe protetike, infeksione, kista dhe tumore⁵. Studiuesit bien dakord që molari i tretë është dhëmbi më së shpeshti i impaktuar në krahasim me dhëmbët e tjerë në kavitetin oral¹⁴⁵. Në studimin tonë molari i tretë mandibular i impaktuar mer pjesë me 72,25% të ekstraksionit të dhëmbëve të impaktuar. Ndërsa në studimin e vetë Bui¹⁴⁵ me b.p. për impakcionin e molarit të tretë mandibular në Europë deklaroi se kjo paraqitet te 73 % kurse në Nigeri kjo përqindje është më e ulët.

Ne vlerësuam dhëmbët e tretë molar mandibular në studimin tonë sepse shkalla e komplikacioneve para dhe pas intervenimeve ishte më e lartë se dhëmbët e tjerë dhe nxjerrja e këtyre dhëmbëve ishte një nga procedurat më të shpeshta dhe të komplikuar në kirurgjinë orale.

Ka shumë metoda intraorale dhe ekstraorale për vlerësimin radiologjik të molarëve të tretë mandibular. Më të zakonshmet e këtyre metodave të imazheve janë filmat panoramikë dhe periapikale^{5,18}. Ne në intervenimet tona kirurgjikale në të gjitha rastet kemi bazuar në imazhet panoramike kjo dhe për mungesë të dentaskanerit.

Kohët e fundit janë përdorur teknika të avancuara siç janë tomografia e kompjuterizuar (CT), por filmat panoramikë janë treguar më të preferuara për shkak se nuk e tregojnë gjerësisht hapsirën dhe në krahasim me tomografinë e kompjuterizuar CT janë më ekonomike.^{9,18, 21,133,145}. Në studimin tonë, ne përdorëm filma panoramikë për të përcaktuar pozicionin e molarit të tretë të impaktuar, për të përcaktuar lidhjen e saj me strukturat anatomike dhe për të vlerësuar patologjitë rreth tij.

Klasifikimet më shpesh të përdorura për të treguar pozicionin e molarit të tretë të impaktuar janë- këndi i formur nga dhëmbi i impaktuar me molarin e dytë fqinj, distanca në mes të tehut distal të molarit të dytë mandibular dhe ramusit të mandibulës M3, përmasat meziodistale të molarit të impaktuar si dhe vlerësimi i marëdhënies së molarit të tretë të impaktuar me kurorën, rrënjët dhe qafën e molarit të dytë fqinj^{16,17,94,112}. Në studimin tonë si dhe në klinikën tonë, klasifikimin e molarit të tretë të impaktuar e kemi kryer sipas hapsirës M3, këndit të formuar me molarin e dytë mandibular, dhe sipas kontaktit të formuar me molarin e dytë mandibular . Sipas sistemit të klasifikimit të Winter-it që fitohet nga këndi që formon dhëmbi i impaktuar me boshtin longitudinal të dhëmbit fqinj është vlerësuar se 223 (37,17%) dhëmbë ishin në pozitën vertikale, 197 (32.83%) të dhëmbëve në pozitën mezioangulare, 115 (19.17%) dhëmbë në pozitën horizontale, 53 (8.83%) dhëmbë në pozitën distoangulare, 8 (1.33%) në pozitën lingobukale dhe 4(0.67 %) dhëmbë në pozitën bukolinguale.Sandhu et al¹¹⁹ në studimin e tyre kanë vërtetuar se pozita mezioangulare përfshihet me 49 % ndërsa pozita vertikale me 42 %. Sipas këtyre autorëve dhëmbët në pozitën distoangulare janë vetëm 9 %.Në studimin e tyre Quek et al¹¹⁰ kanë vërtetuar se pozita më e shpeshtë ku molarët e tretë ngelin të impaktuar është pozita mezioangulare me frekuencë prej 59% , ndërsa pozita më e shpeshtë e dyta është ajo horizontale me 17.6 %. Bamgbose et al¹¹⁰ në studimin e tyre kanë vërtetuar se 50% e të gjithë dhëmbëve të impaktuar janë në pozitën mezioangulare. Në këtë studim pozita e dytë më e hasur është pozicioni distoangular me një normë prej 21%

Gjatë vlerësimit në bazë të hapsirës mes ramusit të mandibulës dhe molarit të dytë,kundrejt madhësisë mesiodistale të molarit të tretë, përfituam këto rezultate:94 (15,67%) pacientë i përkisnin klasës së I, 283 (47.17%) pacient klasës së II, ndërsa 223 (37,16%) klasës së III.

Sipas vlerësimit të bërë duke e marrë parasysh nivelin e kurorës së molarit të tretë të impaktuar në krahasim me molarin e dytë fqinj është vërtetuar se , 238 (39,67%) dhëmbë janë në pozitën A, 217 (36,17%) dhëmbë janë në pozitën B ndërsa 145(24,16%) dhëmbë janë në pozitën C. Sipas këtij vlerësimi dhëmbët më së tepërmi janë hasur në pozitën A me 39.66 %

Në përgjithësi, struktura e nofullës së femrave në krahasim me meshkujt është më e vogël- e imët si dhe faktori hormonal, si rrjedhojë e kësaj impacionet janë më shpesh të hasura

te femrat ¹⁴⁶. Një numër i madh studiuesish, në punimet e tyre kanë raportuar se dhëmbët e impaktuar janë më shpesh të hasura te femrat në krahasim me meshkujt^{21,140,146}. Sipas punimit tonë nga 600 dhëmbët e vlerësuar, 357 (59.5%) ishin te pacientët femra ndërsa , 243 (40.5 %) te meshkujt. Prej Quek S.L me bp ¹⁴⁷ u shqyrtuan njëmijë ortopantomogramë (OPG) të pacientëve të moshës 20-40 vjeç të popullit kinez me frekuencë shumë më të lartë (P <0,05) në femra (56%) sesa meshkujt (44%). Githashtu nga Yuasa H me bp¹¹⁶,raporton për pesëdhjetë e katër (35%) nga 153 ekstraksione i kryen në meshkuj dhe 99 (65%) në femra. Në studimin tonë, në përputhshmëri me literaturën shpërndarja gjinore e paraqitjes së impacionit ishte 59.61% femra dhe 40.39 % te meshkujt. Ka studime të ndryshme për impacionin e plotë të dhëmbëve të pjekurisë dhe për ata gjysmë të impaktuar. Në studimin e bërë nga Gulicher et al¹³⁹ u vërtetua se frekuenca e dhëmbëve plotësisht të impaktuar është 61.4%, ndërsa frekuenca e dhëmbëve gjysmë të impaktuar është 38.6 %.Sipas të dhënave të raportuara nga Halmos R¹⁴⁸, frekuenca e dhëmbëve gjysmë të impaktuar është 57.9%, ndërsa frekuenca e atyre të impaktuar plotësisht është 41.7% , Edamatsu et al⁴¹ frekuencën e dhëmbëve gjysmë të impaktuar e paraqesin si 54% ndërsa dhëmbët plotësisht të impaktuar me 46%. Frekuenca ishte pak më e lartë vetëm te Benediktsdottir²¹ ku dhëmbët gjysmë të impaktuar ishin me pjesëmarje 79.2% ndërsa ato plotësisht të impaktuar me 20.3%. Rezultatet tona janë të përafërta me literaturën, ku dhëmbët gjysmë të impaktuar u vlerësuan me 47,17% ndërsa ato plotësisht të impaktuar ishin me frekuencë 52,83%. Mendojmë se kryesisht kjo ndodh për arsye të mungesës së hapsirës për të eruptuar dhe si dhe pozicionit anormal të dhëmballëve të pjekurisë.

Studimet e bëra mbi praninë e molarëve të tretë mandibular të impaktuar në anën e djathtë ose të majtë të nofullës tregojnë se këto dhëmbë janë pothuajse të barabartë të shpërndara në të dy anët. Në studimin e bërë nga Benediktsdottir²¹ka vërtetuar se 51% e dhëmbëve të impaktuar ishin të pranishëm në të majtë, 49% në të djathtë, Gulicher dhe bp¹³⁹ raportuan se frekuenca e dhëmbëve të impaktuar në anën e majtë është 50.2%, ndërsa dhëmbët e impaktuar në anën e djathtë paraqet 49.8%, Bui¹⁴⁵raporton se në anën e majtë frekuenca është 51.3%,ndërsa në të djathtë ajo arin 49.3% ndërsa te Susarla ¹⁴⁶në anën e majtë paraqet 52% e të djathtë 48%. Diçka të ngjajshme shpreh edhe Kruger³ku impacioni në anën e majtë është 47.8 e në të djathtë 52.2%. Në studimin tonë, nga 600 dhëmbët e impaktuar 337 dhëmbë (56.17%) ishin në anën e majtë, ndërsa, 263 gjegjësisht (43.83%) në anën e djathtë, u konstatua se shkalla e shpërndarjes së dhëmbëve të impaktuar në nofullën e poshtme në anën e djathtë e të majtë ishin në përputhje

me literaturën. Frekuenca më e madhe në anën e majtë mendohet se ka të bëjë me furnizimin me gjak gjatë zhvillimit embrional të qelizave neurale.

Në studimin e bërë nga Susarla¹⁴⁶ është vërtetuar se te dhëmbët e impaktuar mbulesa kockore ishte te 74.2% ndërsa mbulesa e mukozës ishte 25.8%, Gulicher et al¹³⁹ dhëmbët e mbuluara me kockë i paraqet me 94.7 % e ato me retencion në mukozë me 5.8%. Në studimin tonë dhëmbët me retencion kockor paraqesin 63.67% ndërsa ato me retencion të mukozës janë 36.33 %, ku të dhënat tona janë të përafërta me ato të Susarla¹⁴⁶ dhe Gulicher¹³⁹.

Në literaturë, rezultate të ndryshme janë marrë në studimet për vlerësimin e molarëve të poshtëm të impaktuar sipas distancës M3, megjithëse shumica e studimeve tregojnë se molarët e tretë mandibular janë të impaktuar përgjithësisht në pozicionet e klasës II dhe të klasës III.

Sipas studimit të Bui¹⁴⁵ dhe Halmos¹⁴⁸, ato raportuan se molari i tretë mandibular i impaktuar më së tepërmi hasen në pozitën klas I. Sipas studimit të kryer nga Quek et al¹¹⁰ molarët e tretë mandibular të impaktuar më së tepërmi gjenden në pozitën klas II me 85%, klas III me 9 % dhe klas I me 6 %, ndërsa sipas Susarla et al¹⁴⁶ më së tepërmi dhëmbët e impaktuar gjenden në pozitën klas II me 75 %, 18 % në klas I dhe pozicionin klas III me 7%. Sipas studimit të kryer nga Yuasa et al¹¹⁶ dhëmbët mandibular të impaktuar më së tepërmi gjenden në pozitën klasa II me 72%, 15 % në klasën I dhe 13 % në pozitën klasa III . Sipas shkencëtarëve si Santamaria dhe Arteagoitia¹⁴⁹ si dhe Gulicher et al¹³⁹ molarët e tretë mandibular të impaktuar më së tepërmi ndodhen në pozitë klasa II dhe klasa III.

Në studimin tonë qartë shihet se molarët e tretë mandibular të impaktuar më së tepërmi hasen në pozitën klasa II 283 raste 47,17% dhe klasa III 223 raste 37,17% , kurse klasa I 94 raste 15,67%. Në përputhshmëri me literaturën, këta rezultate vërtetojnë se hapsira e vogël ka një rëndësi të veçantë në impaksionin e molarit të tretë mandibular. Pozita C klasa I është pozita më rrallë e hasur me frekuencë prej 19 raste 3.17 %.

Gjatë shqyrtimit në literaturë, sipas këndit të formuar nga molari i tretë i impaktuar me molarin e dytë fqinj pozicioni më shpesh i hasur është pozicioni vertikal dhe ai mezioangular^{15,21,47,115,148}. Në studimin e kryer nga Benediktsdottir et al²¹ kanë vërtetuar se frekuenca e dhëmbëve të impaktuar në pozitën vertikale është 43% ndërsa 32 % në pozitën mezioangulare.

Në studimin e njëjtë dolën rezultate si 17.5 % pozita horizontale dhe 7 % përfshin pozita distoangulare.

Sandhu et al¹¹⁹ në studimin e tyre kanë vërtetuar se pozita mezioangulare përfshihet me 49 % ndërsa pozita vertikale me 42 %. Sipas këtyre autorëve dhëmbët në pozitën distoangulare janë vetëm 9 %. Ka një numër të madh studimesh që tregojnë se molarët e tretë mandibular të impaktuar më shpesh janë në pozitën vertikale dhe mezioangulare^{15,47,63}.

Në studimin e tyre Quek et al¹¹⁰ kanë vërtetuar se pozita më e shpeshtë ku molarët e tretë ngelin të impaktuar është pozita mezioangulare me frekuencë prej 59% , ndërsa pozita më e shpeshtë e dyta është ajo horizontale me 17.6 %. Bamgbose et al¹¹⁰ në studimin e tyre kanë vërtetuar se 50 % e të gjithë dhëmbëve të impaktuar janë në pozitën mezioangulare. Në këtë studim pozita e dytë më e hasur është pozicioni distoangular me një normë prej 21%. Sipas përfundimeve të këtyre studimeve, pozita vertikale është pozita më pak e hasur te impakcionet.

Nëse i shikojmë studimet ku bëhet shqyrtimi për pozitat e molarit të tretë mandibular të impaktuar do të fitojmë një normë prej 8.6% deri 24 % për dhëmbët në pozitën horizontale. Rrezultate të ngjajshme fitojmë edhe për pozitën distoangulare me normë prej 7% deri 21%^{15,63,47,113}. Pozitat përveç këtyre 4 pozitave më të zakonshme ku dhëmbët mbeten të impaktuar janë tejet të rralla.^{21,73,120}

Në studimin tonë rrezultatet e fituara në bazë të sistemit të klasifikimit të Winter-it që fitohet nga këndi që formon dhëmbi i impaktuar me boshtin longitudinal të dhëmbit fqinj është vlerësuar se 223 (37,17%) dhëmbë ishin në pozitën vertikale, 197 (32.83%) të dhëmbëve në pozitën mezioangulare, 115 (19.17%) dhëmbë në pozitën horizontale, 53 (8.83%) dhëmbë në pozitën distoangulare, 8 (1.33%) në pozitën lingobukale dhe 4 (0.67 %) dhëmbë në pozitën bukologuale. Sipas këtij klasifikimi më së tepërmi dhëmbët përfshihen në pozitën vertikale me 37.17%.Gjatë klasifikimit sipas nivelit të kurorës së molarit të tretë mandibular të impaktuar në krahasim me molarin e dytë mandibular fqinj fitojmë vlerat si- pozita A, pozita B dhe pozita C.

Kur e shqyrtojmë literaturën në këtë perspektivë,nëpër studime fitohen të dhëna të ndryshme. Ma'iata et al.⁶⁷ vërteton se 49.3 % të molarëve të tretë të impaktuar janë në pozitën A, 39.4% janë në pozitën B dhe 11.3 % janë në pozitën C, ndërsa sipas Susarla et al.¹⁴⁶ 48.1% të

dhëmbëve të impaktuar janë në pozitën B, 36.9 % janë në pozitën A, dhe 15 % janë në pozitën C. Sipas Bui et al ¹⁴⁵, dhëmbët e impaktuar në 55.6% të rasteve janë në pozitën B, 33.5% janë në pozitën A ndërsa në 10.9% të rasteve janë në pozitën C. Sipas Quek et al. ¹¹⁰ 85 % të dhëmbëve të impaktuar janë në pozitën B, 9 % të impakcioneve janë në pozitën C ndërsa vetëm 6 % janë në pozitën A. Gulicher et al.¹³⁹ kanë rezultate shumë të përafërta. Sipas këtyre dy studimeve frekuenca e pozitës B është 42.1%, pozita C përfshihet me 29.6 %. Nga ana tjetër, sipas Halmos et al. ¹⁴⁸ pozita A përfshin 63% të rasteve. Venta et al.¹⁴ paraqet të dhëna si 62.6 % pozita A, 27% pozita B ndërsa pozita C 10.4%. Rezultatet tona mund të vlerësohen në mesin e të dhënave të ndryshme në literaturë. Sipas vlerësimit të bërë duke e marrë parasysh nivelin e kurorës së molarit të tretë të impaktuar në krahasim me molarin e dytë fqinj është vërtetuar se , 238(39,67%) dhëmbë janë në pozitën A, 217 (36,17%) dhëmbë janë në pozitën B ndërsa 145 (24,16%) dhëmbë janë në pozitën C.

Për sa i përket ekstraksionit të molarëve të tretë mandibularë të impaktuar ende ekzistojnë polemika për nxjerjen e molarëve të tretë të impaktuar si në literaturë ashtu edhe në vendin tonë. Kohët e fundit në pacientët tonë kemi konstatuar prirjen për rritjen e përqindjes së ekstraksioneve profilaktike dhe për arsye ortodontike. Mendimi ynë për këtë problem është të caktohen drejtë indikacionet dhe kundërindikacionet duke peshuar përfitimet dhe dëmet që mund të shkaktohen pacientit. Në disa raste për të vepruar në bazë të argumenteve të mësipërm kemi pasur pengesa dhe nga udhëzimet e sistemit shëndetësor.

Në studimin e kryer nga Liedholm et al⁶¹ kanë raportuar se vetëm 9.7 % të molarëve të tretë të impaktuar bëhet ekstraksioni profilaktik. Në studimin e kryer për molarët e impaktuar nga Dunne et al ²⁵ në vitet 1995 dhe 2002 kanë raportuar se në vitin 1995 heqje profilaktike të molarëve të tretë mandibular të impaktuar kanë bërë te 19 % të rasteve , ndërsa në vitin 2002 kjo përqindje ka rënë në 5 %. Në studimin u konstatua se heqja profilaktike e molarëve të tretë të impaktuar u bë brenda kufijve të raportuar nga Liedholm et al⁶¹. Sipas studimit tonë nga molarët e tretë mandibular të impaktuar 185 (30,84%) dhëmbë të impaktuar u ekstraksionuan për shkaqe profilaktike.

Sipas Garcia et al¹¹² në studimin e kryer në 105 molarë të tretë mandibular të ekstraksionuara ditën e parë dhimbje raportojnë te 89.1% të rasteve ndërsa në ditën e 8. dhimbja

është hasur në 8.3% të rasteve. Në studimit tonë sipas anamnezës postoperative ditën e parë dhimbje kishin 70.17% ndërsa në ditën e 8. dhimbja paraqitet te 31 (5.17%) raste që është e përafërt me literaturën.

Sipas Reyneke P.J, me b.p¹⁵⁰ prania e një molari të tretë mandibular të paeruptuar në zonën kirurgjikale gjatë osteotomisë split sagitale mund të çojë në një frakturë në segmentet distale dhe proksimale, duke ulur shkallën e suksesit të procedurës ¹⁵⁰. Godfrey⁶²raportoi se edhe pse janë bërë shumë studime që kohësh nëse forca eruptike e molarit të tretë të impaktuar ka lidhshmëri me grumbullimin e incizivëve por nuk ka ndonjë rrezultat të qartë në këtë drejtim. Nga ana tjetër , Schersten E ⁴⁴ raportoi se 4% e 41 molarëve të tretë mandibular të impaktuar shkaktojnë grumbullimin të incizivëve, ndërsa Yuasa et al¹¹⁶ raporton se nga 153 molar mandibular të impaktuar vetëm 5% të dhëmbëve ekstraksionohen për shkaqe ortodontike.Në studimin tonë u konstatua se 78 molarë mandibular të impaktuar u ekstraksionuan me një normë me 13% për shkaqe ortodontike, ku shihet qartë se ekstraksioni i molarit të tretë të impaktuar është një indikacion i rëndësishëm për grumbullimin e incizivëve dhe paramolarit të dytë për shkak të eruptimit më të vonshëm.

Dhëmbët gjysëm të impaktuar, sidomos ata në pozitën mezioangulare dhe horizontale mund të shkaktojnë karies në pjesën cervikale distale të molarit të dytë fqinj McArdle⁵⁷ në studime të shumta raportoi se kariesi i shkaktuar në pjesën cervikale të molarit të dytë nga ana e dhëmbit të impaktuar nuk është edhe aq i shprehur cili nuk arin as 5% dhe ekstraksioni i molarit të tretë bëhet për arsye profilaktike.

Pratt et al¹²⁵ në studimin e tyre të kryer në 454 paciente kanë vërtetuar se shkalla eshfaqjes së resorbimit të rrënjës së dhëmbit fqinjë dhe paraqitjes së kariesit është 1.5%. Në studimin tonë në 35 molarë të dytë 5.83% hasëm në karies të rezultuar nga molari i tretë dhe pozita e tyre më e shpeshtë në përputhshmëri me literaturën ishin në pozitën mezioangulare dhe horizontale.

Te nofullat që ka dhëmbë ose te ata ku janë të ekstraksionuar të gjithë dhëmbët, molarët e tretë mandibular të impaktuar në disa raste mund të pengojnë protezën, mund ta dëmtoje atë ose me forcën e shkaktuar nga proteza mobile mund të vijë deri te eruptimi i dhëmbit të impaktuar. Këshilla e përgjithshme është edhe te pacientët asimptomatik ku molari i tretë mandibular është i

impaktuar plotësisht, i mbuluar plotësisht në kockë, para se të vendoset proteza, është e nevojshme të bëhet ekstraksioni i dhëmbit të impaktuar^{20,33,34}. Për shkak të numrit të vogël të ekstraksioneve profilaktike të molarit të tretë të impaktuar, shumica e studiuesve indikacionin e heqjes së molarit të tretë të impaktuar nuk regjistrohet si një indikacion special dhe nuk ka të dhëna apostafate në këtë drejtim. Në studimin tonë 6 molarë të tretë të impaktuar u ekstraksionuan për shkaqe protetike që paraqet 1% të rasteve. Edhe këto raste janë kryer si pasojë e rekomandimeve të dhëna nga protezisti.

Folikuli dentar që është një pjesë e germinit dental, zhvillohet nga ektomezenhimi odontologjik dhe ndonjëherë ngelin rreth kurrorës së dhëmbit të impaktuar. Në Ro grafi folikuli dentar është më pak nga 3 mm, shifet si radiolucet në formë të gjysmëhënës. Kistat dentigeroze zhvillohen si rezultat i akumulimit të lëngjeve midis kurorave dentare dhe komponenteve epiteliale dhe formohet si pasojë e zgjerimit të folikulit dentar⁴³. Radiografikisht, nëse radiolucenca perikoronale është më pak se 3 mm, nuk pranohet si patologjike⁴¹. Në studimin e kryer nga Ko K me b.p⁴³ kanë konstatuar se në 50 % të rasteve folikuli dentar i molarit të tretë mandibular pëson ndryshim kistik.

Colgan et al¹¹³ kanë konstatuar se te molarët e tretë mandibular 30% nga 60 kista odontogjene ose lezioneve të ngjajshme janë kista dentigjeroze por nuk kanë ofruar ndonjë informacion rreth incidencës së tyre. Peterson⁴³ në studimin retrospektive te molarët e tretë mandibular të impaktuar raporton një incidencë të vogël të ekstraksionit të tyre si pasojë e paraqitjes së kistave ose tumoreve dhe është 1% deri në 2%. Sipas studimit të kryer nga Pratt et al¹²⁵ incidenca e heqjes së molarit të tretë mandibular si pasojë e formimit të ndryshimeve kistike është 1.5% ndërsa sipas Güven et al⁵⁰ incidenca është 1.56%. Studimi ynë në përgjithësi ishte në përputhje me literaturën, ku u bë ekstraksioni i 4 molarëve mandibular të impaktuar si shkaktar të kistës dentigeroze dhe paraqet te 0.66% të rasteve.

Rrënjët e molarit të tretë mandibular të impaktuar mund të jenë në kanalin mandibular. Si rrjedhojë e kësaj, për shkak të presionit të shkaktuar nga rrënjët e dhëmbit mund të ushtrojnë shtypje në n. alveolaris inferior dhe mund të shkaktojë parestezi²⁵. Në studimin tonë kishim vetëm 1 rast të parestezisë së buzës së poshtme si pasojë e shtypjes së shkaktuar në kanalin mandibular, ku 1 muaj pas koronektomisë të dhëmbit u zhduk simptomi fig.25,26.

Enjtja dhe edema e shkaktuar pas operacioneve të ekstraksionit të molarit të tretë të impaktuar është një komplikim i pritur postoperativ më së shpeshti te ato traumatike dhe është një situatë e padëshirueshme estetike, funksionale dhe psikologjike^{20,21, 127}.

Pas ekstraksionit të molarit të tretë mandibular të impaktuar, dhimbja e shkaktuar shpreh një parehati për pacientët dhe bëhen orvatje të ndryshme për të zvogëluar dhimbjen postoperative. Sasia e dhimbjes së shkaktuar pas procedurave të heqjes së molarit të tretë të impaktuar mvaret nga pozita e dhëmbit të impaktuar, retencionit të kockës ose mukozës, mënyrës së heqjes së dhëmbit të impaktuar, irigacioni, trizmusi, ejnjtja, kohëzgjatja e intervenimit, përvoja e mjekut dhe nëse mbyllja e plagës është primare ose sekundare^{26,33,80,33,124}

Në studimin e kryer sipas Garcia me bp.⁶⁵, te 105 pacientët e intervenuar dhimbje kanë ndjerë: në ditën e parë në 46,7% , në ditën e pestë 8,3% të pacientëve, në pacientë në ekstraksion me alveotomi në ditë e parë 89,1% kurse në ditën e 5-të 57, 1% të pacientëve, në ekstraksion me alveotomi dhe odontomi të dhëmbëve, në ditën e parë 85,7%, dhe 5. tën ditë 13,3% të pacientëve janë ankuar për dhimbje. Në studimin tonë, shumicën e intervenimeve u kryen alveotomi dhe në ditën e dytë pacientët kanë deklaruar për dhimbje në 421 pacient (70.16%) , kurse pas një jave për dhimbje janë ankuar 31 ose 5,17%.

Trizmusi është kufizimi i mundësisë së hapjes së gojës. Kjo është një situatë e pritur dhe normale pas intervenimit kirurgjikal te molarët e tretë të impaktuar. Shkaku kryesor është trauma gjatë intervenimit kirurgjikal. Trizmusi mund të shkaktohet edhe nga injektimi i tepërt ose intramuskular i anestetikut lokal. Nivelin maksimal trizmusi e arrin në ditën e dytë ndërsa në fund të javës së parë zhduket plotësisht^{23, 86}. Kim et al.¹²⁵, në studimin e kryer te molarët e tretë mandibular të impaktuar kanë vërtetuar se trizmus postoperativ në ditën e parë kanë pasur 78.9% të pacientëve. Bamgbose et al¹¹⁰ në studimin e kryer te 100 molarë të tretë të impaktuar, kanë vërtetuar se trizmus postoperativ në ditën e parë është hasur te 75.2% ndërsa ditën e dytë ajo është 74.1%. Në studimin e Bouloux GF¹²², ka raportuar për trizmus të konsiderueshëm në ditët e 2. dhe të 7. në grupet e kontrollit dhe të punës. Carriches et al¹³¹ në studimin ku përdorën methylprednisolone dhe diclofenac për të zvogëluar paraqitjen e trizmus si komplikim postoperativ pas impacionit të molarit të tretë mandibular, te të dy grupet në ditën e 7. hasën limit të hapjes së gojës ku te grupi që përdorën methylprednisolone numri i trizmuseve ishte i

reduktuar. Në studimin tonë në fazën postoperative në ditën e dytë, trizmus në shkallë tëndryshme kemi hasur në 379 pacient (63,17%), ndërsa pas një jave ka rezultuar 1.17% rasteve dhe kjo është në përputhje me literaturën.

Osteiti alveolar ose dry socket (soket i thatë), alveolitis, është një dhimbje e moderuar ose e fortë, pa u shfaqur ethet, enjtje ose eritemë, pa shenja sistemike të infeksionit. Incidenca e alveoliteve në literaturë, pas ekstraksioneve rutine të dhëmbëve në përgjithësi haset në 3-5% të rasteve. Është raportuar se pas ekstraksionit kirurgjikal të molarit të tretë të impaktuar, osteiti alveolar mund të haset në 1% deri në 65% të rasteve^{33,34}. Këto incidenca me variacione të mëdha të alveoliteve në masë të madhe i dedikohet kriteriumeve diagnostike dhe metodave të vlersimeve të ndryshme. Sipas Archer WH¹²⁴, alveoliti gjegjësisht dhimbja postekstraksionale paraqitet prej 2-5% të rasteve. Në studimin e kryer të molarit të tretë mandibular të impaktuar nga Herdner et al¹⁵¹ osteitit alveolar kanë hasur në 7%, Holmes me bp.⁴⁹ në 4.3% ndërsa Benediksdottir me bp.²¹ hasin 5.9%, e Waite dhe Cherala¹⁵² kanë hasur në normë prej 8.7% të osteitit alveolar. Në studimin tonë, niveli i osteitit alveolar është afër me autorët që përmendëm 28 pacient (4.67%) alveolitis, kurse rezultatet e Peterson¹⁵ janë më të larta. Kjo vjen si rrjedhojë e pozitës së dhëmbëve të impaktuar, në të cilat është intervenuar si edhe gjendjes klinike lokale, inflamimit dhe gjendjes së përgjithshme të pacientit.

Gjakosja postoperative është komplikim tejet i shpeshtë si rrjedhojë e përgjakjes së tepërt të gojës, ngelja hapur e sipërfaqes së plagës pas ekstraksionit të dhëmbit, presioni i pamjaftueshëm i suturës për të gjeneruar, lëvizjet përreth gojës dhe ndryshime të shkakuar nga gjuha^{33,130}. Me planifikim të mirë dhe operacion kirurgjikal atraumatik, një kirurg i mirë mund ta parandalojë gjakosjen postoperative, megjithatë të dhëmbët që rrënjët i kanë në marrëdhënie të ngusht me kanalën mandibular ose pas punës së pakujdeshme mund të vije deri te dëmtimi i përbërjes së kanalit, por mund të kontrollohet me presion lokal. Bui et al¹⁴⁵ në studimin e kryer të të gjithë dhëmbët e impaktuar në maksillë e në mandibulë, përqindja e hasjes së gjakosjes postoperative është 0.06%. Në studimin e kryer në 153 molarë mandibular të impaktuar, Yuasa et al¹¹⁶ gjakosjen e shfaqur pas intervenimit (ekstraksionit) e paraqesin me normë 0,06%. Në studimin tonë hasëm në rezultate diçka më të larta se në studimet e Yuasa¹¹⁶ dhe Bui¹⁴⁵, gjakosje postoperative hasëm te 7 pacientë me (1.17%) në interval të ditës së 2. dhe 4. Njërit nga pacientët

tonë i bëmë kompresion me tampon, ndërsa 6 të tjerëve u rivendosën sutura për të ndalur gjakosjen postoperative. E rëndësishme në hemostazë është të zbulohet burimi i gjakderdhjes.

Problemi që të gjitha në kirurgët oral ja kanë frikën është të mos vijë deri te lëndimi i nervave, i cili mund të jetë një pasojë e përkohshme ose e përhershme. Këtu, mendohet kryesisht për nervin alveolaris inferior dhe lingual ku dëmtimi mund të çojë në shqetësime shqisore dhe humbje të ndjeshmërisë së zonës së prekur ose humbje të ndjesisë së shijes për shkak të lëndimit nervit lingual¹⁰¹.

Dëmtimi i nervit alveolaris inferior për shkak të nxjerrjes së dhëmbit të pjekurisë mandibulare është rezultat i një lidhjeje të ngushtë midis nervit dhe rrënjës së dhëmbëve, i cili shpesh zbulohet nga radiografia, veçanërisht panoramike. Tomografia e kompjuterizuar (CT) dentaskaneri është e dobishme kur vërehen rrënjët dhe marrëdhëniet nervore në rikonstrukcion 3D. Kombinimi i këtyre teknikave të imazheve mund të identifikojë qartë se cili dhëmb paraqet rrezikun e dëmtimit të nervit alveolaris inferior pas alveotomisë. Më së shpeshti, është molari i tretë, por nganjëherë molari i dytë, madje edhe molari i parë, mund të tregojë një lidhje të ngushtë me nervin alveolaris inferior. Prandaj, diagnoza e mirë preoperative është me rëndësi të madhe për të parashikuar dhe për t'iu përgjigjur problemit në kohën e duhur¹²⁰. Njëri ndër faktorët kryesor që mund të shpiejë deri te dëmtimi i n. alveolaris inferior është impaktimi i plotë i molarit të tretë mandibular. Në përgjithësi, 3% të lëndimeve të n. lingualis dhe n. alveolaris inferiore gjatë intervenimeve konsiderohen të jenë normale. Dëmtimet nervore zakonisht shërohen në mënyrë spontane në javën e 6-8 pas dëmtimit. Pas dëmtimeve nervore, në 96% të dëmtimeve të n. alveolaris inferior vinë deri te shërimi ndërsa norma e shërimit të dëmtimet e n. lingualis është 87%. Përmirsimi i të gjithë ndjesive pas muajit të 9. rrallë haset ndërsa pas 2 vjetësh mundësia e shërimit është tepër e vogël^{34,136,139}. Sipas studimeve të Batanineh et al¹⁵⁵ shkallën e parestezisë të n. alveolaris inferior e shprehin si 3.9% ndërsa parestezinë e n. lingualis 2,6%, Benediktsdottir et al²¹ parestezisë e n. alveolaris inferior dhe n. lingualis e paraqet me 0.51%, Gulicher et al¹³⁹ normën e parestezisë të n. alveolarie inferior e paraqet me 3,9% ndërsa atë të n. lingualis me 2,1%. Bui et al¹⁴⁵ shkallën e parestezisë të n. alveolaris inferior e paraqet me 0.4% ndërsa Castellon¹⁵³ et al shkallën e parestezisë të n. alveolaris inferior e raporton si 1,3%.

Në studimin e kryer nga Gomes et al¹⁵⁴ ata raportuan se te pacientët me tërheqje(ekartim) të indeve të buta në anën linguale vjen deri në ndryshim të ndjeshmërisë të n. alveolaris inferior që ndodh në 9.1% të rasteve. Hill et al¹¹⁷ në studimin e kryer mbi ndryshimin e ndjesive të pacientëve të nënshtruar anestezionit lokal dhe anestezionit të përgjithshëm, në ekstraksionet e kryera te 634 molarëve të tretë mandibular te 5 % të rasteve vjen deri te ndryshimi i ndjesisë së n. lingualis por nuk ka raste të hasura ajo te jetë ireverzibile.

Në studimin tonë norma e paraqitjes së parestezisë postoperative është 19(3.17%) dhe kjo është në përputhje me normat në literaturë. Pacientëve me parestezi iu është rekomanduar vitamina B kompleks dhe janë ndjekur në vazhdimësi. Parestezia e n. lingualis te të gjithë pacientët tanë u shërua në interval kohor nga 3 javë-6 muaj. Parestezia e n. alveolaris inferior te 14 pacientët u shërua në interval prej 2 javë – 6 muaj ndërsa vetem 1 pacient pas 8 muajsh filloi të fitojë ndjeshmërinë. Duhet ditur se dëmtimi i nervit lingual në ndryshim të nervit alveolar inferior i sjell invaliditet pacientit.

Për t'ju shmangur rezikut të lëndimit të n.alveolaris inferior dhe n.lingualis jemi shërbyer me koronektomi e cila së pari është përmendur nga Ecuyer dhe Debien në 1984 si një teknikë alternative për heqjen e dhëmbit të impaktuar⁹⁴. Me korenektomi në studimin tonë kemi kryer në 134 dhëmbë që takonin klasës së 3, pozita C 68 dhëmbë gjegjësisht 11,33% , klasa e 2 , pozita C 58 dhëmbë dhe 8 dhëmbë prej klasës së parë pozita C dhe në këtë rastë kemi pasur vetëm një parestezion 1(0,75%) edhe atë gjatë aplikimit të anestezionit. Shkalla më e lartë e parastezive u gjet në grupin e intervenimeve kirurgjikale me alveotomi me dallim të madh ndaj grupit tjetër të kryer me koronektomi dhe kjo diferencë paraqitet me rëndësi sinjifikante $p<0.05$ (grafiku 12).

Në literaturë hasim shumë studime në këtë drejtim: Në studimin e Renton dhe bp.¹⁰⁸ me katër pacientë (8%) në imazhet radiografike, dy vjet pas operacionit, ishte rrënja e dukshme migrimi për kurorën e cila na tregon se nëse operacioni i dytë është e nevojshme, rreziku i lëndimit nervave mbetet ulur ndjeshëm.

Long dhebp⁹³ krahasuan intensitetin e komplikimeve pas koronektomisë dhe pas dhëmbëve me alveotomi dhe arritën në përfundimin se dëmtimi i nervit alveolarisë inferior ishte

dukshëm më e ulët në grupin e koronektomisë. Intensiteti i alveolitit dhe dhimbjes postoperative ishte shumë i ngjajshëm në të dy grupet e testimit.

Goto me bp.¹⁰ kanë arritur në përfundimin se koronektomija është teknika plotësisht e sigurt me shumë pak komplikacione post-operative, dhe me plagë të shëruar normale. Në një tjetër studim të ardhshëm, Leung dhe bp¹⁰⁶ pas tre viteve postoperative arritën në përfundimse koronektomija të dhëmbët e pjekurisë mandibulare paraqesin teknikë operative të sigurtë, dhe nuk kërkon operacion të dytë.

Infeksionet e rralla që mund të hasen gjatë flapit të indeve të buta ose kockore mund të jenë arsyeja më e rëndësishme për vonesën e mbylljes së plagës^{33, 143}. Sipas Peterson³⁴ infeksionet postoperative mund të paraqiten në 1.7% deri më 2.7% të rasteve, sipas Moghadam H¹³⁰ incidenca e paraqitjes së infeksioneve mund të variojë nga 0,06% deri në 4.3%, në studimin e kryer nga Haug et al¹³³ raporton se infeksionet postoperative paraqiten në 0.8% të rasteve, Fiquiredo et al¹⁰⁸ paraqesin normë prej 2.5%, ndërsa Bui et al¹⁴⁵ si 0.5%. Në studimin tonë infeksione postoperative paraqiten në tetë pacientë (1,33 %), infeksioni ndodhi në periudhën postoperative 1-6 javore që është në përputhje me literaturën. Infeksionet postoperative më së shpeshti ndodhin për shkak mungesës së higjienës orale .

Faktorët si Forca e pakontrolluar e ushtruar gjatë ekstraksionit të dhëmbit, lokalizimii thellë i dhëmbit në nofull dhe mosha e avancuar e pacientit edhe pse në raste të rralla mund të shkaktojnë frakturë të nofullës së poshtme^{43,113,131,132}.

Sipas të dhënave nga literatura, incidenca e paraqitjes së frakturës pas ekstraksionit të molarit të tretë të impaktuar mund të ndryshojë nga 0.0046% deri më 0.0049%^{43,129}.

Sipas literaturës, fraktura e mandibulës më shpesh haset te pacientët të grup moshës mbi 40 vjet, te molarët e tretë mandibular plotësisht të impaktuar dhe lokalizim të thellë dhe të ankilozuar^{14,62,111,113,129,140,14}.

Sipas të dhënave në literaturë pas frakturave të paraqitura postekstraksionale, në bazë të pozitës së frakturës dhe këndit të saj mund të aplikohet miniplake, osteosentezë me tel ose fiksimi intermaksilar^{28,57,61,66,72}. Molarë të tretë mandibular më të thellë janë rastet kur kirurgët oral dhe maxillofacial shpesh ndeshen në klinikë në kushtet para operimit të pacientit. Studimi

ynë sugjeron që këto raste janë operacione që kërkojnë një qasje shumë serioze dhe të kujdesshme dhe se dhëmbët e pjekurisë mund të shkaktojnë shqetsime të rëndësishme para dhe pas operacionit.

PËRFUNDIMI

- Nga studimi ynë rezulton se molarët e tretë mandibular janë dhëmbët më të shpeshtë të impaktuar te kaviteti oral dhe më shumë shfaqen te seksi femër.
- Panoramiksi digjital është një teknikë e rëndësishme për diagnostifikimin e impacionit dhe vendosjen e teknikës së intervenimit.
- Dhëmbët e impaktuar janë hequr kryesisht për shkaqe profilaktike dhe ortodontike.
- Për sa i përket teknikës kirurgjikale më shumë është aplikuar alveolotomia.
- Pas ekstraksionit janë konstatuar se përqindja më e madhe e pacientëve kishin edemë dhe dhimbje.
- Koronoektomia në indikacione të caktuara eviton komplikime të mundshme veçanërisht ato të n. alveolaris inferior.
- Shkaqet kryesore të retensionit të molarëve të tretë mandibular janë mungesa e vendit për të dalë dhe pozicioni anomal i dhëmbit.

REKOMANDIMI

- Për ekstraksionin e molarëve të tretë mandibular të impaktuar duhet përcaktuar drejt indikacionet dhe kundërindikacionet e tyre.
- Për diagnozën dhe planin e trajtimit në të ardhmen duhet futur dentaskaneri dhe piezokirurgjia
- Njohja dhe zbatimi i parimeve kirurgjikale do të ulë ndjeshëm komplikacionete mundshme gjatë dhe pas heqjes së tyre.

LITERATURA

1. Avinash Gohilota, Tejashri Pradhan Effects of first premolar extraction on maxillary and mandibular third molar angulation after orthodontic Journal of Oral Biology and Craniofacial Research 2012 May-August Volume 2, Number 2; pp. 97-104
2. Wesley D. Smith. [Hippocrates](#). Free full-text article from Encyclopædia Britannica Online. Last accessed 19 Sep. 2008.
3. Kruger G. Textbook of Oral And Maxillofacial Surgery. The C.V.Mosby Company.5. Ed. St Louis,Toronto,London. 1979
4. Bell G.W. Use of dental panoramic tomographs to predict to relation between mandibular third molar teeth and the inferior nerve radiological and surgical findings, and clinical outcome. Br.J.Oral Maxillofac.Surg.2004;42:21-27
5. [VK Prajapati](#)¹, [Ruchi Mitra](#)¹, [KM Vinayak](#)² **Pattern of mandibular third molar impaction and its association to caries in mandibular second molar: A clinical variant** Journal is indexed with **PubMed** ; : 2017 ;| **Volume** : 14 : 137-142
6. [Sumeet Sandhu](#), [Tejinder Kaur](#),Radiographic Study of the Positional Changes and Eruption of Impacted Third Molars in Young Adults of an Asian Indian Population –Oral and Maxillofacial Surgery [August 2008](#)Volume 66, Issue 8, Pages 1617–1624
7. Ramazan Isufi, Andis Qendro, Esat Bardhoshi – Kirurgjia orale dhe maksilo-faciale Tirane 2010.**115**
8. Adeyemo W. Do Pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal ? A Critical review of literature. . Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod. 2006 ;103:448-452.
9. Laskin D. Oral and Maxillofacial surgery. St.Louis: Mosby Year Book, Inc, 2009

10. Baranović M, Macan D. Alveotomija umnjaka: indikacije i kontraindikacije u teoriji i praksi. *Acta Stomatol Croat* 2004;38:297
11. Waite J.E. Textbook of Practical Oral surgery. Leo and Febiger, 2.Ed. Philadelphia,1978
12. Jung YH, Cho BH. Prevalence of missing and impacted third molars in adults aged 25 years and above. *Imaging Sci Dent* 2013;43(4):219-25.
13. Bhatia V, Jain N, Bhatia G, Garg. A 25 year old man with 50 teeth: Astonishing but true! *J Nat Sci Biol Med.* 2013;4(2):472-475.
14. [Igor Batista Camargo](#),¹ [João Batista Sobrinho](#),² [Emanuel Sávio de Souza Andrade](#) Correlational study of impacted and non-functional lower third molar position with occurrence of pathologies [Prog Orthod.](#) 2016; 17: 26
15. Peterson L. J Oral And Maxillofacial Surgery. 4. Edition. USA, Mosby Comp, 2003: s.
16. Winter GB..Principles of exodontia as applied to the impacted third molar.St.Louis: American Medical Books,1926.
17. Pell GJ, Gregory TG. Report on a ten-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am.J.Orhod.* 1942;28:660-666
18. Maegawa H, Sano K, Kitagawa Y, Ogasawara T. Preoperative assessment of the relationship between the mandibular third molar and the mandibular canal by axial computed tomography with coronal and sagittal reconstruction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 ;96:639-646
19. Gupta A, Devi P, Srivastava R, Jyoti B (2014). "Intra oral periapical radiography - basics yet intrigue: A review". *Bangladesh Journal of Dental Research & Education.* 4 (2): 83–7. [doi:10.3329/bjdre.v4i2.20255](https://doi.org/10.3329/bjdre.v4i2.20255)
20. Albert D,Gomes A,Vascöncelos B,Silva E.Comparision of orthopantomographs and conventional tomography images for assessing the relationship between impacted lower third molars and the mandibular canal. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2006 ;64: 1040-1047
21. Benediktsdottir IS, Wenzel A. Accuracy of digital panoramic images displayed on monitor, glossy paper, and film for assessment of mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 ;98:217-222
22. Bohm B, Hirschfelder U. Localization of lower molars in a panoramic radiographs, lateral cephalogram and dental CT. *J.Orofac.Ortho.*2000;61:237-245.
23. Lauc T. 3D diagnostic in orofacial medicine. *Medical Sciences.* 2012;38:127-52.

24. Fragiskos D. Fragiskos, DDS, PhD. Oral Surgery 2007. Berlin: Springer .
25. Medojević D, Granić M, Katanec D. Cone Beam kompjutorizirana tomografija. Sonda. 2010;11(20):66-8.
26. Aguiar CM, Donida AF, Câmara CA, Frazão M. Cone Beam Computed Tomography: a Tool to Evaluate Root Canal Preparation. Acta Stomatol Croat. 2012;46(4):273-9.
27. Songa VM, Jampani ND, Babu Venkateshwara, Buggapati L, Mittapally S. Accuracy of Cone Beam Computed Tomography in Diagnosis and Treatment Planning of periodontal Bone Defects: A Case Report. J Clin Diagn Res. 2014;8(12):ZD23-ZD25.
28. Scarfe WC, Farman AG, Sukovic P. Clinical Applications of Cone-Beam Computed Tomography in Dental Practice. J Can Dent Assoc. 2006;72(1):75-80.
29. BOHM B., HIRSCHFELDER U. Localisation of lower right molars in a panoramic radiograph, lateral cephalogram and dental CT. *J Orofac Orthop* 2000;61(4):237-245.
30. CONNOR S.E.J, CHAVDAS.V., PAHOR A.L. Computed tomography evidence of dental restoration as aetiological factor for maxillary sinusitis. *J Lary n g* 2000;114(7):510-513.
31. Emilie TREHEUX -COMMUNICATION ODONTOLOGISTE-RADIOLOGISTE EN MEURTHE ET MOSELLE Sciences du Vivant [q-bio]. 2005.
32. PARKS E.D. Computed tomography applications for dentistry. *Dent Clin N Amer* 2000;44:371-394.
33. Peterson L, Ellis, Hupp, Tucker. Contemporary oral and maxillofacial surgery. St.Louis: Mosby Year Book, Inc, 2003.
34. Peterson L.J, Indresano A.T, Marciani R.D, Roser S.M. Oral and Maxillofacial Surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven . 2004 2- edition
35. Amet Demiri: „Nxjerrja e molarit të tretë mandibular të impaktuar dhe komplikimet postoperative”. Konferencën e XVI^{të} Kombëtare e dentistëve Shqiptarë, 29-30 Tetor 2010, libri i apstrakteve 68.
36. Laskin D. Oral and Maxillofacial surgery. St.Louis: Mosby Year Book, Inc, 2001
37. Ohshima A, Ariji T, Goto M. Anatomical considerations for the spread of odontogenic infection originating from the pericoronitis of impacted mandibular third molar: computed tomographic analyses. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004 ;98:589-597
38. Ramazan Isufi, Esat Bardhoshi, Andis Qendro. Tumoret kistike problematike që hasen në nofullën e poshtme. Revista Stomatologjike Shqiptare Vëll. 5, Nr. 1 Mars 2007;37-39

39. Song F, Glenny A.M, Sheldon T.A. Prophylactic removal of impacted third molars: an assessment of published reviews. *Br .Dent.J.*2004;182:339-346
40. Jansma J¹, Schoen PJ, Raghoobar GM, Vissink A. Dentoalveolar surgery for the dentist: removal of third molar *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2004 Apr;111(4):133-40.
41. Edamatsu M, Kumamoto H, Ooya K. Apoptosis- related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. *Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod.* 2005 ;99:17-23
42. Pièrre P.Pourmand Guido R. Sigron The most common complications after wisdom-tooth removal. *SWISS DENTAL JOURNAL SSO* 124: 1047–1051 (2014)
43. Hécio Henrique Araújo de MORAIS¹. Bilateral mandibular dentigerous cysts: a case report 2014 [www.scielo.br > pdf > rgo > 0103-6971-rgo-62-03-00299](http://www.scielo.br/pdf/rgo/0103-6971-rgo-62-03-00299)
44. Sujata Byahatti¹ and Mohammed S. H. IngafouPrevalence of eruption status of third molars in Libyan students*Dent Res J (Isfahan).* 2012 Mar-Apr; 9(2): 152–157
45. Vigneswaran AT¹, Shilpa S¹ The incidence of cysts and tumors associated with impacted third molars. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015 Apr;7(Suppl 1):S251-4. doi: 10.4103/0975-7406.155940
46. Santosh Patil,a,* Vishal Halgatti,b Suneet Khandelwal,c B.S. Santosh,e and Sneha MaheshwariPrevalence of cysts and tumors around the retained and unerupted third molars in the Indian population *J Oral Biol Craniofac Res.* 2014 May-Aug; 4(2): 82–87
47. Al-Khateeb T, Bataineb A.Pathology associated with impacted mandibular third molars in a group of jordanians. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2006 ;64: 1598-1602
48. Tsukamoto G, Makino T, Kikuchi T. A comparative study of odontogenic keratocysts associated with and not associated with an impacted mandibular third molar. *Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod.* 2002 ;94:272-275
49. Adeyemo W. Do Pathologies associated with impacted lower third molars justify propylactic removal ? A Critical review of literature. . *Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod.* 2006 ;103:448-452.
50. Güven O, Keskin A, Akal U. The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. *Int. J.Oral Maxillofac .Surg.* 2000;29:131-135.
51. Dalia Smailienė,^{1,*} Giedrė Trakinienė., Relationship between the Position of Impacted Third Molars and External Root Resorption of Adjacent Second Molars: A Retrospective CBCT Study *Medicina (Kaunas).* 2019 Jun; 55(6): 305

52. Ramazan Isufi, Ledia Gaxho, Kujtim Bilali. Trajtimi I frakturave të nofullave në shërbimin e Kirurgjisë Oro- Maxilo-Faciale –Revista Stomatologjike Shqiptare Vëll.III.Nr8, 2004;528-33
53. Meisami T, Sojat A, Sandor B. Impacted third molars and risk of angle fracture. Int. J.Oral Maxillofac .Surg. 2002;31:140-144
54. Holmes D, Klapow J. The necessity of routine clinic follow–up visits after third molar removal. J.Oral Maxillofac .Surg.2005 ;63: 1288-1282
55. Çeliana Toti, Xhina Mulo. Molari I tretë në këndvështrimin e ortodontit.Revista Stomatologjike Shqiptare vëll. IV, Nr 2 2005 42-44
56. Penerracha M, Sanchis J.M, Saez U. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod. 2001 ;92:260-264
57. McArdle L.W, Renton T.F. Distal cervical caries in the second molar:an indication for the prophylactic removal of the third molar?. Br. J.Oral Maxillofac.Surg.2006;44:42-45
58. Chuang S. Age as a risk factor for overall complications following third molar removal.AAOMS Oral abstrack session 3.2006
59. Lars Andersson, Karl-Erik Kahnberg, M. Anthony Oral and Maxillofacial Surgery - Pogrel - 2012 - Medical Page 256
60. Hill M. Removal of asymptomatic third molars: an opposing view.J.Oral Maxillofac .Surg.2006 ;64: 1816-1202
61. Patel S¹,Mansuri S²,Shaikh F²,Impacted Mandibular Third Molars: A Retrospective Study of 1198 Cases to Assess Indications for Surgical Removal, and Correlation with Age, Sex and Type of Impaction-A Single Institutional Experience. Journal of Maxillofacial and Oral Surgery, 10 Jun 2016, 16(1):79-84
62. Godfrey K, Kaen K. Prophylactic removal of asymptomatic third molars: a review. January 2000 [Australian Dental Journal](#) 44(4):233-7
63. Kaminishi M, Lam P, Kaminishi K, Marshall M, Hochwald D. A 10 Year comparative study of the incidence of third molar removal in the aging population. J.Oral Maxillofac .Surg.2006 ;64: 173-174
64. Suneel Kumar Punjabi, Noor Ahmed Khoso,Third Molar Impaction: Evaluation of the Symptoms and Pattern of Impaction of Mandibular Third Molar Teeth Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences · January 2013
65. White RP Jr., Shugars DA, Shafer DM, Laskin DM, Buckley MJ, Phillips C: Recovery After Third Molar Surgery: Clinical and Health-Related Quality of Life Outcomes. J Oral Maxillofac Surg 61:535-544, 2003

66. <http://www.maxilofacialchile.cl/web/sitio/images/stories/guias/13.pdf> (dostęp 03.09.2016)
67. Szarmach J, Waszkiewicz D, Marczuk-Kolada G. Wpływ położenia zatrzymanych w szczękach kłów na przebieg i czas sprowadzania ich do łuku zębowego. *Czas Stomat* 2006;LIX:1,47-55
68. Szczepkowska A, Lipczyńska M, Osica P, Janas-Naze A. Najczęstsze powikłania po zabiegach chirurgicznej ekstrakcji trzecich zębów trzonowych żuchwy w materiale Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(5):412-23
69. Soares C et al. Evaluation of third molar development in the estimation of chronological age. *Forsenic Science International* 2015;254:13-7
70. Szczepkowska A, Lipczyńska M, Osica P, Janas-Naze A. Najczęstsze powikłania po zabiegach chirurgicznej ekstrakcji trzecich zębów trzonowych żuchwy w materiale Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(5):412-23
71. Solari AC, Abramovitch K. The Accuracy and Precision of Third Molar Development as an Indicator of Chronological Age in Hispanics. *J Forensic Sci* 2002;47(3):531-5
72. Asanami S, Kazasaki Y. Expert third molar extractions. *Quintessence* Oct 20, 2014 90-4
73. Keys D and Bartold M. 2000. Periodontal conditions of relevance to the Australian Defence Force. *Australian Defence Force Health*
74. Hupp J, Ellis E, Tucker H, 2008. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery* 5th edition. St. Louis Missouri. Mosby Elsevier.
75. Dodson T. Management of mandibular third molar extraction sites to prevent periodontal defects. *J.Oral Maxillofac.Surg.*2004;62:1233-1244.
76. Ahmad-Reza Noroozi, Modern concepts in understanding and management of the “dry socket” syndrome: comprehensive review of the literature *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 107(1):30-5 · September 2008
77. SR Mthethwa¹; BF Mabhoza Trends in the seasonal variation of dry socket at Medunsa Oral Health Centre *S. Afr. dent. j.* vol.71 n.10 Johannesburg Nov. 2016
78. American Association of Oral and Maxillofacial Surgery. *The Management of Impacted Third Molar Teeth* Sixth Edition 2017

79. Mendes PA, Rocha G. Mandibular third molar autotransplantation: Literature review with clinical cases. J Can Dent Assoc [Internet]. 2004 December [cited 2012 March 12];70(11):[about 6 p]. Available from: <http://www.jcda.ca/>.
80. Teixeira CS, Pasternal Jr B, Vansan LP, Sousa-Neto MD. Autogenous transplantation of teeth with complete root formation: two case reports. Int Endod J. 2006;39:977-85.
81. Lima JPM, Neto JJSM, Beltrao HCP, Borges FMC, Nogueira RLM, Lima ADMA. Esthetic considerations for reshaping of autotransplanted premolars replacing maxillary central incisors: a case report. Dent Traumatol. 2009;25:631-5.
82. Mauro Henrique Chagas e Silva Mariane Floriano Lopes Santos Lacerda. Autotransplantation of a Mandibular Third Molar: A Case Report with 5 Years of Follow-up **Braz. Dent. J.** vol.24 no.3 Ribeirão Preto 2013
83. Cho SY, Lee CK. Autotransplantation of a supplemental premolar: A case report. J Can Dent Assoc [Internet]. 2007 June [cited 2012 March 12];73(5):[about 5p]. Available from: <http://www.jcda.ca/>.
84. Quanmei Yan, Xing Long, Immediate autotransplantation of mandibular third molar in China: O. Surgery, O. Medicine, O. Pathology, O. Radiology, and Endodontology **October 2010** Volume 110, Issue 4, Pages 436–440
85. Clokie CML, Yau D, Chano L. Autogenous tooth transplantation: An alternative to dental implant placement?. J Can Dent Assoc. 2001;67:92-6.
86. Bertil Mejåre, Karin Wannfors, A prospective study on transplantation of third molars with complete root formation February 2004 Volume 97, Issue 2, Pages 231–238 O. Surgery, O. Medicine, O. Pathology, O. Radiology, and Endodontology
87. Clokie CML, Yau D, Chano L. Autogenous tooth transplantation: An alternative to dental implant placement?. J Can Dent Assoc. 2001;67:92-6.
88. Lon LFS, Cerni BB, Baboni FB, Maruo H, Guariza-Filho O, Tanaka OM. Root formation of an autotransplanted tooth. Dent Traumatol. 2009;25:341-5.
89. Lai LS. Autotransplantation of an unerupted wisdom tooth germ without its follicle immediately after removal of an impacted mandibular second molar: A case report. J Can Dent Assoc [Internet]. 2009 April [cited 2012 March 12];75(3):[about 4 p]. Available from: <http://www.jcda.ca/>.

90. Marques-Ferreira M, Rabaca-Botelho MF, Carvalho L, Oliveiros B, Palmeirao-Carrilho EV. Autogenous tooth transplantation: Evaluation of pulp tissue regeneration. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(7):984-9.
91. Kvint S, Lindsten R, Magnusson A, Nilsson P, Bjerklin K. Autotransplantation of teeth in 215 patients. *Angle Orthod*. 2010;80(3):446-51.
92. [Hans Ulrik Paulsen](#) Autotransplantation of teeth in orthodontic treatment *Am J Dentofacial Orthop* 2001;119:336-7.
93. Long H, Zhou Y, Liao L, Pyakurel U, Wang Y, Lai W. Coronectomy vs. total removal for third molar extraction: a systematic review. *J Dent Res*. 2012;91(7):659-65.
94. Fabio-Abreu Alves, Marianna-Sampaio Serpa Coronectomy - An alternative approach to remove impacted teeth in oncological patients *J Clin Exp Dent*. 2018;10(10):e992-5.
95. Novaković A, Granić M. Ekstrakcija umnjaka – indikacije, komplikacije i kontraindikacije. *Sonda*. 2017;18(33):35-7.
96. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: A technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62(12):1447-52.
97. Renton T, Hankins M, Sproate C, McGurk M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2005;43(1):7-12.
98. Gady J, Fletcher MC. Coronectomy: indications, outcomes, and description of technique. *Atlas Oral Maxillofac Surg*. 2013;21(2):221-6.
99. Renton T. Oral surgery: part 4. Minimising and managing nerve injuries and other complications. *Br Dent J*. 2013;215(8):393-9.
100. Leung YY, Cheung LK. Risk factors of neurosensory deficits in lower third molar surgery: an literature review of prospective studies. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011;40(1):1-10.
101. Roberto Pippi, Andrea Spota, Marcello Santoro, * Prevention of Lingual Nerve Injury in Third Molar Surgery: Literature Review *Oral and Maxillofacial Surgeons* May 2017 Issus 5, Page 890-900
102. Sencimen M, Ortakoglu K, Aydin C, Aydintug YS, Ozyigit A, Ozen T, et al. Is endodontic treatment necessary during coronectomy procedure? *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68(10):2385-90.

103. Agbaje JO, Hejisters G, Salem AS, Van Slycke S, Schepers S, Politis C, et al. Coronectomy of deeply impacted lower third molar: Incidence of outcomes and complications after one year follow-up. *J Oral Maxillofac Res.* 2015;6(2):e1
104. Monaco G, de Santis G, Gatto MR, Corinaldesi G, Marchetti C. Coronectomy: a surgical option for impacted third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(4):363-9.
105. Goto S, Kurita K, Kuroiwa Y, Hatano Y, Kohara K, Izumi M, et al. Clinical and dental computed tomographic evaluation 1 year after coronectomy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(5):1023-9.
106. Leung YY. Long-term morbidities of coronectomy on lower third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016;121(1):5-11.
107. Vicente MJ, Mussano SR, Salas CE, Roig MA, Salas JE, Lopez LJ. Coronectomy versus surgical removal of the lower third molars with a high risk of injury to the inferior alveolar nerve. A bibliographical review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015;20(4):e508-17.
108. Renton T. Prevention of iatrogenic inferior alveolar nerve injuries in relation to dental procedures. *Dent Update.* 2010;37(6):350-60.
109. Penerracha M, Sanchis J.M, Saez U. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. *Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod.* 2001 ;92:260-264
110. Bamgbose B, Akinwande J, Adeyemo W. Effects of co-administered dexamethasone and diclofenac potassium on pain, swelling and trismus. [Head Face Med.](#) 2005; 1: 11
111. Bruno Ribeiro Guimarães* Rogério Bonfante Moraes** Subcutaneous emphysema during removal of third molars – aspects of interest to the dental surgeon RFO, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 165-170, maio/ago. 2010
112. Garcia A, Sampedro F, Gandara J. Trismus and pain after removal of impacted lower third molars. *J.Oral Maxillofac.Surg.*1997;55:1243-1246 following third molar surgery. *Head&Face Medicine.*2005;11:1-6
113. Colgan C.M, Henry J, Napier S.S. Parodontal cysts: a role for food impaction in the pathogenesis? a review of cases from northern Ireland. *Br. J.Oral Maxillofac.Surg.*2002;40:163-168
114. Philips C, White R, Shugars D. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. *J.Oral Maxillofac.Surg.*2003;61:1436-1448

115. Roza L, Carneiro M, Lavrador M. Influence of flap design on periodontal healing of second molars after extraction of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 ;93:404-407
116. Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. *Br. J.Oral Maxillofac.Surg.*2004;42:209-214
117. Hill C.M, Mostafa P. Nerve morbidity following wisdom tooth removal under local and general anaesthesia. *Br. J.Oral Maxillofac.Surg.*2001;39:419-422
118. Rehlicki I. „Kirursko-konzervativne metode ljecjenja alveolitisa siccae" Zagreb 2001
119. Amet Demiri Seha Demiri (Mustafai)Hipotensioni njëri prej faktorëve të rëndësishëm për paraqitjen e alveoliteve- *Revista Stomatologjike Shqiptare; Vëllimi 17, Nr.2 (59) Tetor, 2018 Tiranë 72-79*
120. Ivo Mishe. *Oralna kirurgija.* Zagreb: Jumena, 1983: 175-7.
121. Lara El Hayderi, Laurent Raty -Severe herpes simplex virus type-I infections after dental procedures *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Jan 1;16 (1):e15-8.
122. Poor M, Hall E, Poor A. Reduction in the incidence of alveoler osteoitis in patients treated with the salicept patch, containing acemannan hydroge. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2002 ;60: 374-379
123. Al-Khateeb T, Bataineb A.Pathology associated with impacted mandibular third molars in a group of jordanians. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2006 ;64: 1598-1602
124. Ruchi Mitra¹ , V K Prajapati² , Vinayak KM³ , Sonia Nath¹ , Nitesh Sharma¹ :
Prevalence of Mandibular Third Molar Impaction - *International Journal of Contemporary Medical Research* Volume 3 | Issue 9 | September 2016 | ICV: 50.43 |
125. L.G.Vijayaalakshmi Complications of Third Molar Surgery-Review Article *International Journal of Current Pharmaceutical Review and Research* 2014, 5(2), 59-64
126. Ramchandani P.L, Sabesan T, Peters W.J.N. Subdural empyema and herpes zoster syndrome (hunt syndrome) complicating removal of third molars. *Br. J.Oral Maxillofac.Surg.*2004;42:55-57
127. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2007; 19: 117-128

128. Penerracha M, Sanchis J.M, Saez U. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. *Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod.* 2001 ;92:260-264
129. Abu –Serriah M, Critchlow H, Whitters C,J. Removal of partially erupted third molars using an erbium(er) YAG laser: a randomised controlled clinical trial. *Br. J.Oral Maxillofac.Surg.*2004;42:203-208
130. Moghadam H, Caminiti M. Life–threatening hemorrhage after extraction of third molars: case report and management protocol. *J.Can.Dent.Assoc.*2002;68(11):670-674
131. Carriches C, Gonzales M, Rodriguez M. The use of methtIprednisolone versus diclofenac in the treatment of inflammation and trismus after surgical removal of lower third molars. *Med.Oral Patol.Oral* 2006 Aug 1;11(5):E440-5.
132. Mehlisch D. Evaluation of trismus, bite force and pressure algometry after third molar surgery: a placebo–controlled study of ibuprofen. *J.Oral Maxillofac .Surg.*1998 ;56: 427-429
Cir.Bucal. 2006;11:440-445
133. Bataineh B. Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2001 ;59: 1022-1027.
134. Robinson P.P, Loescher A.R.,Yateş J.M, Smith K.G. Current management of damage to the Inferior alveoler and lingual nerves as a result of removal of third molars. *Br. J.Oral Maxillofac.Surg.*2004;42:285-292
135. Joshi A, Rood J. External neurolysis of the lingual nerve. *Int.J.Oral Maxillofac .Surg.* 2002;31:40-43
136. F.W. HölzleK.-D. Wolff - Anatomic position of the lingual nerve in the mandibular third molar region with special consideration of an atrophied mandibular crest: an anatomical study *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, August 2001 Volume 30 ; 333–338
137. Pawelzik J, Cohnen M, Willers R, Becker J. A comparison of conventional panoramic radiographs with volumetric computed tomography images in the preoperative assessment of impacted mandibular third molars. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2002 ;60:979-984
138. Vascöncelos B, Nogueira R, Maurette P. Facial nerve paralysis after lower third molar surgery: a literature review and case report. *Med.Oral Patol.Oral Cir.Bucal.* 2006;11:175-178
139. Gulicher D, Gerlach L. Sensory impairment of the lingual and inferior alveoler nerves following removal of impacted mandibular third molars.*Int. J.Oral Maxillofac .Surg.* 2001;30:306-312

140. Slade G, Foy S, Shugars D. The impacted of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2004 ;62: 1139-1145.
141. Micheal K, Reinert S. Mandibular fracture after third molar removal.*J.Oral Maxillofac .Surg.*2000 ;58: 1131-1134
142. Ethunandan, M., Shanahan, D. & Patel, M. Iatrogenic mandibular fractures following removal of impacted third molars: an analysis of 130 cases. *Br Dent J* **212**, 179–184
143. Fiquiredo R, Castellon V, Aytes B. Incidence and clinical features of delayed-onset infections after extraction of lower third molars. *Oral Surg.Oral Med.Oral Pathol.Oral Radiol. Endod.* 2005 Mar;99(3):265-9.
144. Raymond P. White, Recovery after third-molar surgery *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, September 2004, Volume 126, Page 289.
145. Bui C, Seldin E, Dodson B. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2003 ;61:1379-1389
146. Susarla M, Dodson T. Risk factors for third molar extraction difficulty. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2004 ;62: 1363-13
147. Quek S.L, Tay C.K, Toh S.L, Lim K.C. Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey. *Int. J.Oral Maxillofac.Surg.*2003;32:548-552
148. Halmos R, Ellis E, Dodson B. Mandibular third molars and Angle Fractures. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2004;62: 1086-1091
149. Ribes Lainez, Natalia Sanchis González, José Carlos Importance of a preoperative radiographic scale for evaluating surgical difficulty of impacted mandibular third molar extraction *Journal of Oral science -Rehabilitation* March 22, 2017 /
150. Reyneke P.J, Tsakaris P, Becker P. Age as a factor in the complication rate after removal unerupted/impacted third molars at the time of mandibular sagittal split osteotomy. *J.Oral Maxillofac .Surg.*2002 ;60:654-659
151. Hedner E, Vahlne A, Kahnberg K.E. reactivated herpes simplex virus infection as a possible cause of dry socket after tooth extraction. *J.Oral Maxillofac.Surg.*1993;51:370-376

152. Waite P, Cherala S. Surgical outcomes for suture –less surgery in 366 impacted third molar patients . J.Oral Maxillofac .Surg.2006 ;64: 669-673
153. Castellon E, Aytes L. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1138 surgical extractions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001 ;92:377-383
154. Gomes A, Vascöncelos B. Lingual nerve damage after mandibular third molar surgery: a randomized clinical trial. J.Oral Maxillofac.Surg.2005;63:1443-1446.
155. Bataineh B. Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. J.Oral Maxillofac .Surg.2001 ;59: 1022-1027

Adresa për kontakt
Dr. Seha Mustafai , Rr. K. J. Pitu N=88 1200 Tetovë
Tel:389(044)353-635
Cel.071-319-397
e-mail: dr.sehamustafai@gmail.com



Curriculum Vitae

Dr. Seha Demiri- Mustafai e lindur ne Tetovë Maqedoni më 27.11.1986, me banim te përhershëm ne Tetovë rruga “K.J. Pitu 88”.

SHKOLLIMI

1993-2001 Shkollën fillore në Tetovë

2001-2005 Shkollën e mesme- gjimnazin në Tetovë

STUDIMET

2005-2010 Fakulteti I stomatologjisë- Shkup

Kam diplomuar më 16.06.2010

Prej vitit 2011 jam e punësuar në Qendrën Medicinale në Tetovë në repartin e Kirurgjisë Orale.

Jam autor I me tepër se 10 punimeve shkencore dhe profesionale poashtu edhe koautor i dhjetra punimeve shkencore dhe profesionale të cilat janë prezentuar dhe referuar në Kongrese, Simpoziume dhe konferenca kombëtare dhe ndërkombëtare.

Kam disa punime të botuara në revistat shkencore dhe profesionale stomatologjike.

Jam në studime të doktoraturës në Universitetin e Mjekësisë Tiranë

Fakulteti I Mjekësisë dentare Tiranë.

Dr. Seha Mustafai

ABSTRAKT

Qëllimi kryesor: –Vënja e diagnozës së saktë dhe hartimi I planit të trajtimit të molarëve të tretë të impaktuar mandibular.

Materiali dhe metoda e punës:- Për realizimin e këtij studimi kemi shqyrtuar 600 molar të impaktuar mandibular në 458 pacient në repartin e Kirurgjisë orale – Tetovë. Alveotomija u krye në 466 (77,67%) dhëmbë duke kryer ekstraksion të plotë të dhëmbit me intervenim kirurgjikal, kurse koronektomi u krye në 134 dhëmbë ..

Rezultatet: Incidenca e nxjerjes së dhëmbëve të pjekuris të impaktuar sipas gjinisë është gjetur se nuk është statikisht i rëndësishëm ($p > 0.05$).

Nga 19 parestezionet të hasura pas intervenimit kirurgjikal, 18 (3,85%) prej tyre kanë ndodhur pas alveotomisë, kurse vetëm 1(0,75%) pas koronektomisë. Shkalla më e lartë e parastezioneve u gjet në grupin e intervenimeve kirurgjikale me alveotomi me dallim të madh ndaj grupit tjetër të kryer me koronektomi dhe ky proporcion paraqitet me randësi sinjifikante $p < 0.05$.

Përfundimi: Nga studimi ynë rezulton se molarët e tretë mandibular janë dhëmbët më të shpeshtë të impaktuar te kaviteti oral dhe më shumë shfaqen te seksi femër.Koronektomia në indikacione të caktuara eviton komplikime të mundshme veçanërisht ato të n. alveolaris inferior.

Fjalë kyçe: Molarët e tretë mandibular të impaktuar, alveolotomia, koronektomia, parestezioni i nervit alveolaris inferior.

ABSTRACT

The main goal: - Giving the correct diagnosis and drafting the treatment plan of the third impacted mandibular molars

Material and working method: - For the realization of this study we examined 600 impacted mandibular molars in 458 patients in the department of Oral Surgery - Tetova. Alveotomy was performed on 466 (77.67%) teeth by performing complete tooth extraction with surgical intervention, while coronotomy was performed on 134 teeth.

Results: The incidence of extraction of wisdom teeth according sex has been found to be not statically significant ($p > 0.05$).

In the 19 cases where was encountered paresthesaa after surgery, 18 (3.85%) of them occurred after alveotomy, and only 1 (0.75%) after coronotomy. The highest degree of protection was found in the group of surgical interventions with alveotomy with a large difference compared to the other group performed with coronotomy and this proportion is presented with statistically significant $p < 0.05$.

Conclusion: Our study shows that the third mandibular molars are the most common impacted teeth in the oral cavity and are more common in females. Coronotomy in certain indications avoids possible complications, especially those of n. alveolaris inferior.

Keywords: Third impacted mandibular molars, alveolotomia, coronoectomy, paresthesia of inferior alveolar nerve.