

FACTORII BIO- SI SOCIOECONOMICI IMPLICAȚI ÎN ALEGEREA SOLUȚIILOR DE TRATAMENT LA SENIORI

BIO-FACTORS AND SOCIOECONOMIC INVOLVED IN CHOOSING TREATMENT SOLUTIONS TO SENIORS

As.univ.dr. Alina Gabriela Filipescu,

șef lucr.dr. Anca Iuliana Popescu, conf.univ. dr. Despa GabrielaElna

Facultatea Titu Maiorescu, București

Autor corespondent: Alina Gabriela Filipescu, e-mail: alinafilipescu@yahoo.com

Abstract:

A proper prosthetic treatment plan has its starting point in the knowledge of the biological factors as well as of the component materials. The doctor should always take into account patients wished and to combine them with the biological, the socio-economical and psychological factors. The aim of this article is to underline the necessity of the correlation between the structure of a prosthetic treatment plan and the bio-psiho-social economy

Key-words: Bioeconomy, socioeconomy, prosthetic treatment

1. Introducere

Tratamentul protetic poate fi influențat atât de factorul biologic, cât și de cel socio-economic. Atunci când vorbim de dezideratul bioeconomic în protetica dentară ne putem referi la valorile câmpului protetic, la aspectele anatomoclinice ale acestuia, la biomaterialele pe care le utilizăm în scop curativ, la biomecanică dar și la evaluarea costurilor finale raportate la rezistența lucrărilor în timp. Opțiunile unui plan de tratament corect în edentația parțială includ aspecte precum clasa de edentație, întinderea breșelor, valoarea protetică a dinților restanți (stâlpi), precum și topografia acestora pe arcadă, factorii clinico-biologici reprezentați de suportul muco-osos și dento-parodontal.

Integrarea biologică a pieselor protetice adjuncte trebuie să fie în armonie cu aparatul dento-maxilar.

Prin pierderea unităților morfologice apar disfuncții masticatorii, estetice și fonetice, astfel apar probleme și la nivelul integrării sociale. Reintegrarea socială a pacienților este redată prin reabilitarea aparatului dento-maxilar.[3]

S-a realizat un studiu în urma căruia s-a demonstrat că pacienții cu o stare de edentație avansată au probleme de adaptare, acestea ducând la o degradare a calității vieții.[4,6]

Starea de edentație parțială poate avea efecte negative și asupra sănătății generale, producând un dezechilibru atât biologic cât și socio-economic.

Astfel factorul biologic și economic se reflectă în statutul social al omului.

Componentele biologice referitoare la calitatea vieții se referă la maleabilitatea organismului uman de a se acomoda în sfera socio-economică și în mediul înconjurător.

În protetica dentară bioeconomia se poate reflecta în biodiversitatea țesuturilor dar și în materialele de elecție, alese pentru viitoarele tratamente protetice.

Pentru diagnosticarea și tratarea corectă din punct de vedere protetic, trebuie să ținem cont de leziunile carioase sau necarioase, ce necesită tratament protetic, de breșele edentate neprotezate, ce pot provoca modificări grave ale ocluziei dentare, de boala parodontală, afecțiuni sistemice și de factorii economici.[7]

2. Material si metoda

S-au studiat două cazuri reprezentative, atât din punct de vedere al edentației protetice cât și din punct de vedere al factorilor biologici, sociali și economici.

Pentru fiecare caz s-au ales diferite tipuri de materiale datorită factorilor bio- și socioeconomi.

Caz I

Pacientul F.O. de sex masculin în vârstă de 68 de ani s-a prezentat în cabinetul de medicină dentară fiind nemulțumit de aspectul fiziomic cât și de funcția masticatorie.

Pacientul prezenta la nivelul maxilarului superior o lucrare fixă semifizionomică incorect adaptată care prezenta mobilitate.



Lucrarea protetică a fost realizată în urmă cu doi ani jumătate iar pacientul reclama că mobilitatea a apărut de la început.

Lucrarea protetică a fost realizată în ocluzie labiodontă deoarece pacientul prezenta o ocluzie inversă.

Radiologic pacientul prezenta o edentație de clasa a III-a cu 2 modificări, cu dinți stâlpi pe 11,12,16 și 17 în cadranul I și 21, 25 și 27 în cadranul al II-lea.

În urma ablației s-a constatat că dinții restanți 11,12 și 21 prezentau carii complicate în urma cărora aceștia au devenit resturi radiculare irecuperabile. La nivelul bonturilor 16 și 17 am constatat de asemenea leziuni carioase complicate, dinții însă putând fi recuperați prin reconstrucții coronoradiculare.



Aspectul câmpului protetic maxilar după ablație

Mandibular pacientul prezenta o edentație de clasa a II-a cu 1 modificare protezată cu lucrări conjuncte semifizionomice, corect adaptate, realizate în urmă cu 4 ani.

Caz II

Pacientul I.C. de sex masculin în vârstă de

66 de ani s-a prezentat pentru o consultație reclamând dificultatea în masticație. Pacientul prezenta două proteze parțiale acrilice care nu mai erau corespunzătoare cu câmpul protetic actual. Pacientul prezenta o ocluzie inversă.

La maxilar constatăm o edentație de clasa a II-a cu 2 modificări, dinții restanți fiind 17, 13,12,11,21,23 și 27 iar mandibular o edentație subtotală cu dinți restanți 33.



Aspectul inițial al pacientului

3. Rezultate și discuții

Caz I

Resturile radiculare 11,12 și 21 au fost extrase iar timpul de vindecare pentru noul plan de tratament a fost de o lună și jumătate.

În acest timp s-au realizat tratamentele de canal ale dinților 16, 17 și 27. 16 și 17 au fost reconstituiți coronoradicular cu ajutorul pivoților de fibră de sticlă.



Câmpul protetic după extracții și tratamente endodontice

Pentru reabilitarea protetică fixă pacientul a ales coroane nefizionomice metalice Cr-Co din motive economice.

S-a realizat un sablon de ocluzie pentru determinarea DVO și stabilirea ocluziei și s-au preparat dinții stâlpi. Astfel dinții 16 și 17 au

fost acoperiți individual cu coroane turnate iar în cadranul al II-lea am realizat o lucrare de pe 15-17.



Cimentarea lucrărilor protetice metalice

Din motive economice pacientul a optat pentru o proteză parțială acrilică cu croșete din sârmă de Viplă.



Aplicarea protezei parțial acrilice maxilare

Caz II

În scop protetic, am realizat extirpări vitale la nivelul tuturor dinților restanți.

La maxilar s-au preparat dinții sub formă de bonturi dentare pentru realizarea lucrărilor protetice conjuncte mixte total fiziologice în zona frontală și coroane metalice turnate pentru molarii de 12 ani. Apoi am realizat o lucrare protetică conjunctă de pe 13 pe 23 metalo-ceramică cu sisteme speciale de ancoraj –patrice cu capse și două coroane turnate individuale pe 17 și 27.



Proba scheletului metalic fix



Aspectul final al lucrării conjuncte metalo-ceramică

Pentru breșele edentate lateral am realizat o lucrare amovibilă scheletată cu matrice și croșete Ackers pe zona distală.

La mandibulă s-a realizat amputația coronară a caninului și refacerea acestuia cu un sistem de ancoraj corono-radicular cu capsă și cu o supraproteză.



Proteza parțială acrilică ancorată prin capsă

Lucrările protetice au fost montate în ocluzie cap la cap, pentru a îmbunătăți aspectul fiziologic și funcția masticatorie.



Aspectul final protezat



Aspectul final al lucrărilor protetice

Reabilitarea protetică trebuie realizată în urma unei examinări clinice riguroase, în care să se poată observa modificări de adaptare ce pot să apară la nivelul țesutului aparatului dento-maxilar.[2,5]

În urma confruntării bioeconomice și socioeconomice ambii pacienți doreau restaurarea funcțiilor atât fizionomice, funcționale cât și fonetice prin lucrări protetice.

Integrarea biologică a sistemelor de protezare în ambele cazuri au ținut cont de situația economică și socială a fiecărui pacient.

Integrarea lucrărilor protetice mobilizabile în cazul pacienților cu edentații parțiale întinse, ține cont de un amalgam de noțiuni despre biomaterialele componentelor protetice și implicarea lor asupra țesuturilor adiacente. Fiecare pacient trebuie să fie analizat din punct de vedere al particularităților lui.[8]

În primul caz pacientul a suferit o traumă psihologică și astfel una socială, din cauza iatrogeniei lucrării protetice precedente. El a ajuns de la o protezare conjunctă totală la o variantă mixtă de protezare cu proteză parțial acrilică și coroane metalice, neputând opta pentru varianta implanto-protetică din motive economice.

Deși pacientul a optat pentru varianta mai economică, reprezentată prin lucrări protetice conjuncte metalice în zona posterioară, efectul fizionomic nu a fost afectat. Coroanele metalice turnate din Cr-Co au o rezistență crescută, iar biocompatibilitatea acestora cu țesuturile cu care vin în contact este indubitabilă, prețul de cost fiind redus.

Proteza parțial acrilică prezintă avantaje și dezavantaje. Din punct de vedere al biocompatibilității proteza parțial acrilică este viabilă atâta timp cât pacientul nu prezintă reacții alergice la coloranții din acrilat. Ea refacă integritatea arcadei dentare la costuri reduse. Dezavantajele acestui tip de protezare este disconfortul pacientului, aceasta acoperind în întregime bolta palatină, reducând senzațiile gustative și termice. Rezistența acestei lucrări protetice amobile este scăzută în comparație cu proteza scheletată. Timpul de acomodare al pacientului cu acest timp de protezare este mai lung decât cel cu proteza parțială scheletată.

În cazul 1 pacientul a fost reabilitat atât din punct de vedere psihologic, cât și social, la un preț de cost redus.

În cazul 2 pacientul a optat pentru o protezare mixtă, conjunctă și adjunctă, prin lucrări metaloceramice și proteză parțială scheletată în favoarea opțiunii implanto-protetice. Aceasta lucrare mixtă are de asemenea avantaje și dezavantaje. Avantajele sunt prezentate de o calitate estetică și o rezistență superioară. De asemenea acomodarea cu acest tip de proteză este mai rapidă, datorită conectorilor principali ce traversează bolta palatină unind șeile protezei printr-o bandă subțire și îngusta metalică. Dezavantajul este perceput prin prețul de cost mai ridicat și refacerea lucrării protetice în totalitate în cazul unor modificări majore ale câmpului protetic.

Din punct de vedere biologic și social această proteză este tratamentul de elecție în protezarea edentațiilor parțiale, însă din punct de vedere economic acesta este aleasă mai rar.

Variatatea biomaterialelor ce fac parte din structura protezelor parțial mobile, dictată de structura fiecărui tip de mucoasă conduce la derularea unor studii ținute.

4 Concluzii

Restaurările protetice trebuie să fie concepute în ideea unei reabilitări

biocompatibile, biomecanice și individualizate. Tratatamentul protetic trebuie să fie adaptat pentru indicii clinico-biologice ai fiecărui câmp protetic.[1]

Succesul planurilor de tratament în ambele cazuri prezentate mai sus a fost reprezentat prin reabilitarea arcadelor dentare atât din punct de vedere fizionomic, masticator cât și fonetic. Funcția bio-psiho-socială fiind redată ambilor pacienți prin planuri de tratament cu variabilitate economică.

Mulțumiri: Această lucrare a fost cofinanțată din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 - 2013 în cadrul Proiectului POS DRU / CPP 107 / DMI 1.5 / S / 77082 "Burse doctorale de pregătire ecoeconomică și bioeconomică complexă pentru siguranța și securitatea alimentelor și furajelor din ecosisteme antropice.

Bibliografie

1. Burlui V., Forna N–Clinica și Terapia Edentației parțial întinse, Ed. Apollonia, Iași, 2004.
2. Despa Gabriela, Mihai Cristina Nicoleta- Tipuri de tratamente protetice în edentația parțială, Ed.Printech, București 2011.
3. Graham R, Mihaylov S, Jepson N, Allen PF, Bond S. Determining Hong Kong Dent J Vol 6 No 1 June 2009 45 "need" for a removable partial denture: a qualitative study of factors that influence dentist provision and patient use. Br Dent J,2006.
4. Hassel AJ, Koke U, Schmitter M, Rammelsberg P. Factors associated with oral health-related quality of life in institutionalized elderly. Acta Odontol Scand, 2006.
5. Idowu AT, Al-Shamrani SM. Pattern of tooth loss in a selected population at King Saud University, College of Dentistry, Riyadh KSA The Saudi Dental Journal, 1995.
6. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol, 2004.
7. Mack F, Schwahn C, Feine JS, et al. The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania (SHIP-O). Int J Prosthodont, 2005.
8. Mares M., Leitoiu B., Iosipescu shear test as applied to some composite materials, Bul. I.P. Iasi, tom L (LIV), fasc. 6B, 2004.