

## NOI PUNCTE DE VEDERE IN CONFECTIONAREA PROTEZELOR TOTALE INFERIOARE EXTINSE CU ACȚIUNIE DE VID

A. Csögör

Edenția totală este însoțită de alterarea generală a organismului. Căderea dinților este un proces inevitabil care survine o dată cu apariția senilității. Unii autori consideră că acest fenomen este fiziologic, la fel ca și celelalte fenomene de involuție ale bătrâneții. Fără îndoială că foarte mulți oameni au la bătrânețe o edenție, fie totală, fie parțială. Atrofia crestei alveolare este urmată de căderea dinților indemni și de anumite tulburări de masticație și de fonație, precum și de unul dintre cele mai desfigurante fenomene ale bătrâneții: înfundarea buzelor. Ca urmare a acestui fapt, nasul pare mai mare, mentonul devine proeminent, prin ieșirea lui în afară. Dacă edenția totală survine în perioada de presenilitate, bolnavul își pierde pofta de viață, spiritul de inițiativă, manifestind o capacitate de muncă mai redusă, deoarece are sentimentul penibil că munca sa este subapreciată. El răspunde prin reacții mai sensibile la acțiunile mediului extern, în timpul bolilor arată o mai mică încredere în vindecare și după cum observă *Simon*, o schimbare de caracter este destul de frecventă. Tocmai de aceea cunoștințele referitoare la edenție și rezultatele obținute în confecționarea protezelor prezintă interes și pentru celelalte specialități medicale.

Prin proteze se completează lipsa dinților și o parte din parodontiul atrofiat. Protezele nu ar putea înlătura tulburările de fonație și masticație, dacă forțele de fixare nu le-ar asigura o stabilitate corespunzătoare. Pentru elucidarea noțiunilor de bază, e bine să examinăm modul în care se produc forțele care mențin proteza pe mandibulă și regiunile învecinate. În trecut se spunea că adeziunea (aderența) este asigurată prin stratul subțire de salivă dintre palatul dur și placa de proteză aplicată pe ele, la fel ca și în cazul a două plăci de sticlă ude care se suprapun. Posibilitatea aceasta este însă numai teoretică. Practic, grosimea stratului de salivă dintre palat și placă (proteză) împiedică manifestarea acestor forțe. Astăzi știm că diferența de presiune atmosferică are un rol hotărâtor. Aceasta rezultă din diferența dintre spațiul cu aer rarefiat de sub placa protezei și presiunea atmosferică externă. Cum se poate realiza această rarefiere, acest strat de aer rarefiat? Dacă aplicăm

un pahar în jurul gurii și scoatem aerul încet din el, marginile paharului se infundă în părțile moi și astfel se creează condițiile necesare rarefierii. Marginile protezei trebuie să se infunde în același fel în părțile moi din jurul mandibulei, producând o închidere perfectă, inaccesibilă aerului.

În marea parte a cazurilor de edentație totală superioară, părțile moi din jurul maxilarului sînt potrivite pentru a realiza o astfel de închidere; se știe că protezele superioare cu acțiune de vid pot fi confecționate destul de ușor. Evident că este nevoie de un anumit timp de adaptare, pînă cînd mușchii mimicii bolnavului se acomodează noii situații, efectuînd în mod reflex mișcările de sugere care întăresc stabilitatea protezei.

O situație incomparabil mai puțin favorabilă găsim în mandibulă și regiunile învecinate. Proteza se așează foarte greu pe o creastă alveolară care de multe ori are numai grosimea unui creion, sau este chiar mai subțire. Toemai de aceea în cazul bolnavilor cu edentație totală inferioară numărul eșecurilor este destul de mare. Bazîndu-mă pe datele din literatura de specialitate și pe observații personale, după multe încercări, am reușit să confecționez o proteză inferioară de tip nou. Forța necesară pentru deplasarea acestei proteze depășește 3.000 grame.\*

În cele ce urmează voi relata noile puncte de vedere în legătură cu proteza inferioară totală. Ceea ce asigură în ultimă instanță, valoarea practică a fiecărei proteze și succesul tratamentului este stabilitatea funcțională a protezei. În practica de fiecare zi întîlnim deseori cazuri cînd creasta alveolară și mandibula prezintă o atrofie avansată și cînd lățimea vestibulo-orală a bazei protezei ce se extinde pînă la membrana mobilă, nu depășește 0,5 cm.

În asemenea condiții proteza confecționată prin utilizarea metodelor curente nu poate fi corespunzătoare. De aceea, numeroși autori încearcă de cîteva decenii ca, utilizînd teritoriile din afara limitei mucoasei fixe să asigure condiții de stabilitate pentru proteza inferioară. Astfel *Bowen, Szabó, Neil, Fisch, Loos, Trebitsch, Steck, Kemény* și alți autori au extins marginile protezei deasupra și între mușchii în activitate.

Dacă extindem marginile protezei asupra teritoriului sublingual, asigurînd în același timp o închidere vestibulară, se produce acțiunea de vid. Această acțiune a fost realizată pentru prima oară cu ajutorul procedurii de amprentare, elaborat de *Hromatka* și *Stack*. Acțiunea de vid nu este însă elementul caracteristic permanent al tuturor protezelor extinse. Întrucît, dintre forțele care mențin stabilitatea bazei protezei în timpul funcționării, cea mai mare importanță revine fără îndoială acțiunii de vid, considerăm că este necesar să ne ocupăm amănunțit de modul în care se realizează acesta.

### Acțiunea de vid

Dacă între cavitatea bucală și suprafața nelustruită a protezei așezate pe mandibulă, circulația de aer este suprîmată ca urmare a unei închideri perfecte, apare o acțiune de vid. Potrivit observațiilor mele, pentru sistemele de proteză care funcționează pe baza principiului de vid, nu este suficientă închiderea ermetică (inaccesibilă aerului) circumscrisă pe un teritoriu mic (pe teritoriul sublingual). Confecționarea protezelor inferioare cu acțiune de vid se poate realiza numai prin închiderea teritoriilor situate față în față. Această regulă trebuie aplicată în permanență și intenționat, deoarece cunoașterea ei modifică, atît procedeele utilizate în cursul confecționării protezelor cît și cerințele cărora trebuie să le corespundă suprafața șlefuită a protezelor.

#### *Teritorii contralaterale potrivite pentru închiderea marginală.*

Pentru închiderea marginală perfectă a protezei utilizăm 3 perechi de teritorii situate față în față. Dacă mandibula se compară cu litera U, trebuie să

\* Mulțumesc iov. asistent Filep Gy. de la institutul de fizică, pentru controlul autenticității măsurătorilor.

procedăm în așa fel încît să realizăm o închidere marginală ermetică pe teritoriul ramurii horizontale a mandibulei, adică pe teritoriul lingual și vestibular al crestei frontale, de partea dreaptă și stîngă, în direcție vestibulară, corespunzător mușchiului buccinator și lingual, pe porțiunea anterioară a teritoriului paralingual. În felul acesta corespunzător marginilor protezei inferioare, cele 3 teritorii așezate unul în fața celuilalt, asigură închiderea marginală. Să examinăm acum situația clinică și anatomică a teritoriilor contralaterale din jurul mandibulei și posibilitățile care asigură o închidere marginală inaccesibilă pentru aer. Baza medicală a activității noastre protetice este astăzi anatomia clinică.

În cartea lui *Kemény Imre*, găsim nu numai date referitoare la mandibula atrofiată și a teritoriilor învecinate, ci și interpretarea clinică a formașilor anatomice. Această dublă activitate oferă stomatologului perspectiva unei orientări mai ample și a utilizării unor noi posibilități.

Inchiderea marginilor protezei o începem în regiunea sublinguală. Aceasta este partea din fundul gurii care se întinde între șanțul alveolo-lingual și plica sublinguală de la canin la canin. Aici întîlnim, înaintînd profund în direcție verticală sub dublura mucoasei, conductele glandelor sublinguale și submandibulare, mușchiul milohioidean, mușchiul genioglosean și mușchiul geniohioidean. Pe acest teritoriu se află două locuri potrivite pentru închiderea perfectă a marginilor protezei :

1. plica sublinguală — ventilul posterior
2. șanțul alveolingual, ventilul anterior.

Aceste dubluri ale mucoasei se apleacă asupra marginilor protezei scufundate, închizîndu-le ermetic ca un ventil. La luarea amprenteii întrebuițăm diferite sub-stante termoplastice.

De la caninii bilaterali, în direcția distală, se întinde partea anterioară a teritoriului paralingual, care potrivit cercetărilor lui *Kemény*, constituie unul din teritoriile cele mai importante pentru închiderea marginală, deoarece are particularități asemănătoare cu cele ale regiunii sublinguale. Acest teritoriu, împreună cu cel bucal drept și stîng, realizează o închidere marginală contralaterală, care este absolut necesară pentru obținerea acțiunii de vid. Subliniez faptul că numai închiderea linguală nu este suficientă. În lipsa unei închideri vestibulare corespunzătoare este cu neputință să ne imaginăm că va apărea un teritoriu cu aer rarefiat între șanțul alveolo-lingual și placa sublinguală, în așa fel încît acesta să rămînă inaccesibil aerului care vine din vestibulul neînchis. De asemenea nu se poate concepe nici faptul că fără o închidere vestibulară să se producă o rarifiere de aer pe orice suprafață a crestei alveolare.

Cunoscînd importanța închiderii vestibulare, mergem mai departe și studiem posibilitatea realizării acesteia. Anatomia clinică ne furnizează următoarele indicații: vestibulul este o fisură (breșă) virtuală; pe de o parte, ea este delimitată de suprafața acoperită cu mucoasă a obrazilor și a buzelor, iar pe de altă parte de dinți și de suprafața facială a crestei alveolare. Baza vestibulului, fornixul, este formată de baza crestei alveolare și de mucoasa care se mișcă între baza crestei alveolare și buze respectiv obraji. Pe maxilarul superior sub mucoasa fornixului se găsește fundamentul format din părți moi de o mobilitate pasivă. Spre deosebire de aceasta, fundamentul fornixului mandibular este format în toate părțile de o suprafață osoasă. În timpul funcțiunii, mucoasa aflată pe teritoriul fornixului urmează pasiv mișcările mușchului orbicular, ale mușchilor incisivi și ale mușchiului patrat al buzei inferioare, ale mușchului bărbiei, și ale mușchiului triunghiular.

Ce posibilități se deschid în vederea utilizării vestibulului ca teritoriu participant la închiderea marginală a protezei ? Pe acest teritoriu baza osoasă constituie un obstacol ca marginile protezei să se înfunde printre țesuturi. De aceea o închi-

dere perfectă este realizabilă numai prin utilizarea bazei protezei și a suprafeței interioare a buzei inferioare. Din moment ce cunoaștem activitatea mușchilor din jurul vestibulului, trebuie să tindem sistematic la exploatarea acestui fapt. La deschiderea gurii se poate observa că, exceptând suprafața vestibulară a molarilor mari, buza inferioară, la fel ca și obraji, se întind pe suprafața vestibulară a crestei alveolare. Cauza acestui fapt rezidă în activitatea a doi mușchi: 1. mușchiul triunghiular pornește de la baza mandibulei și fibrele lui dispuse median față de această bază iradiază în regiunea angulară a gurii, trecînd transversal peste vestibul. La deschiderea gurii, dacă diametrul longitudinal al fisurii bucale ajunge într-o poziție verticală, fibrele ei se lungesc, îngustînd vestibulul în așa măsură încît acesta ajunge în direcția vecinătate a crestei mandibulare, sau în cazul nostru, a suprafeței lustruite a protezei. Astfel se asigură o închidere perfectă în teritoriul premolarilor II. Includerea vestibulară a protezei o continuăm pe teritoriul celor 6 dinți din față, utilizînd mușchiul orbicular. În prezența arcadelor dentare închise, buza inferioară, fiind așezată pe suprafața vestibulară a dinților superiori, asigură un spațiu pe suprafața frontală a vestibulului. Se constată însă că odată cu starea de repaus sau chiar la o deschidere moderată a gurii mușchiul orbicular împinge ușor buza inferioară spre suprafața vestibulară a protezei. Prin urmare rezultă de aici că teritoriul buzei inferioare și a regiunii angulare a gurii pînă unde începe mușchiul buccinator aderă fără vreo intervenție instrumentală de suprafața vestibulară a protezei. Acest fenomen trebuie însă intenționat accentuat odată cu confecționarea protezei, pentru ca ea să realizeze o legătură cît mai strînsă de acest teritoriu, fără ca deschiderea gurii să stingherească stabilitatea protezei. Așadar, pe teritoriul crestei frontale, asigurînd două închideri perfecte, situate față în față, realizăm teritoriul cu aer rarefiat și prin acest fapt proteza devine cu acțiune de vid. Această acțiune se manifestă mai ales față de forțele care tind să ridice proteza de la bază. Dar ea nu poate să reziste balansării care survine în faza a III-a a mișcării de masticatie a lui *Gysi*. Pentru a împiedica acest fapt am încercat să utilizez surplusul de mucoasă care acoperă suprafața interioară a mușchiului buccinator. În cazuri favorabile, acesta se bombează în direcția crestei, iar dacă confecționarea este corectă aderă perfect de suprafața sfluită a protezei.

Utilizînd teritoriile buccinatoare nu am dorit să găsim un suport muscular, ci să creez o închidere ventiliformă necesară pentru acțiunea de vid. În acest scop am ținut seama de observația potrivit căreia dintre mușchii din jurul mandibulei tocmai buccinatorul este acela care își schimbă poziția mai puțin. De aceea folosind suprafața interioară lobată a mușchiului buccinator și suprafața protezei orientată spre buccinator am reușit să asigur o închidere ventiliformă. Corespunzător acestui lucru suprafețele protezei situate în punga buccinatorului le-am transformat în așa fel încît acestea să rămînă și în repaus sau în timpul mișcărilor fiziologice ale mandibulei într-o strînsă legătură cu mucoasa aderentă de ele. Dacă după luarea unei amprente corecte utilizăm în mod just teritoriul sublingual și vestibular precum și teritoriul bilateral al mușchiului buccinator la fel ca și partea anterioară a teritoriului paralingual situat contralateral, atunci marginile protezei inferioare totale, pe care am obținut-o în felul acesta, închid ca niște ventile situate în trei perechi față în față. Acțiunea de vid astfel asigurată de proteză se opune eficient forțelor care încearcă să altereze stabilitatea protezei în timpul vorbirii și masticatiei. Vestibular, pe teritoriul bilateral al mușchiului buccinator ca și pe teritoriul corespunzător al buzei inferioare închiderea perfectă este asigurată de părțile moi care aderă de suprafața protezei. Atît sublingual cît și în partea anterioară a teritoriului paralingual, marginea protezei, exploatarea situația anatomică, se înfundă printre țesuturi asigurînd astfel acțiunea de vid.

Confecționarea protezelor extinse, cu acțiune de vid, necesită o aparatură și materiale corespunzătoare. Trebuie să știm că și prin amprenta luată pe suprafața

mandibulei se urmărește scopul de a se confecționa o proteză stabilă bazată pe acțiunea de vid. Fără îndoială că în teritoriul mandibular condițiile sînt incomparabil mai vitrege, dar cu toate acestea scopul poate fi obținut de la caz la caz. *Peuthsch, Länger și Kemény* susțin că un fund al gurii consistent la palpare constituie în 60—70% a cazurilor o contraindicație pentru aplicarea acestui procedeu. Dar din numărul redus al indicațiilor (30—40%), nu trebuie să tragem concluzii nejudicioase în legătură cu valoarea acestei metode. Această metodă poate fi aplicată cu succes mai ales atunci cînd procedeele clasice au rămas ineficace sau cînd ne găsim în fața unei mandibule intens atrofiate. Luînd în considerare numărul persoanelor suferind de edentație totală, însușindu-ne teoretic și practic acest procedeu putem să aplicăm un tratament eficace în cazul a mii și mii de bolnavi.

*Sosit la redacție : 14 februarie 1962.*