

STOMATOLOGJI

NJË RAST I RRALLË I RETINIMIT TË DHËMBALLËS SË TRETË TË NOFULLËS SË POSHTME

— THIMI KOÇI — TURTULL IBRAHIMI —

(Poliklinika Stomatologjike — Berat)

Një anomali e shpeshtë e dhëmbëve të përhershëm është edhe mosdalja e tyre në afatet e duhura. Kështu, këta dhëmbë mbeten në kockën e nofullës dhe quhen dhëmbë të retinuar (2,5,6). Zakonisht dhëmbët e retinuar janë të zhvilluar normalisht, por ndodh edhe që të jenë pjesërisht të zhvilluar (1,8). Ata mund të jenë të vendosur në pozicione, thellësi e largësi të ndryshme nga vendi i zakonshëm ku duhej të vendoseshin.

Më shpesh retinimi i dhëmbëve takohet tek dhëmballa e tretë të nofullës së poshtme (2,6,9,11,13,14,15,16,17). Janë përshkruar raste të rralla të vendosjes së dhëmbëve të retinuar në zgavrën e hajmorit, në orbitë, në bulbin e syrit, në kockat e hundës, në këndin e jashtëm të nofullës së poshtme, në degën ngjitëse të nofullës, si në procesin muskular, ashtu edhe në atë artikular, në procesin pterigoid të kokës sfenoidale etj. (1,3,5,8,12,18). Zakonisht dhëmbët e retinuar kanë një ecuri klinike të heshtur, e cila mund të zbulohet shpesh herë fare rastësisht (1,15), por nuk janë të rralla dhe rastet kur ata mund të shkaktojnë edhe ndërlikime serioze (4,7,9,10,14). Etiologjia e retinimit të dhëmbëve nuk është sqaruar përfundimisht (1,15).

Një rast mjaft të rrallë të retinimit të dhëmballës së tretë të nofullës së poshtme kemi takuar edhe ne.

Paraqitja e rastit

E sëmura K.N., 41 vjeç, me profesion bujkeshë u shtrua urgjent në spital në datën 22.1.1985 me kartelë nr. 266 dhe me diagnozë: *g flegmon semifacial* i djathtë dhe absces peritonsilar. Ajo ankohej për dhimbje të fytyrës, grykës, nofullës, kokës, për temperaturë, si edhe pamundësi për t'u ushqyer normalisht. Sëmundja i ka filluar para 4-5 ditëve me dhimbje dhe enjtje. Mjeku i fshatit i ka dhënë ilaçe, prej të cilave nuk pati përmirësim. Një ditë më parë në vizitën e përsëritur iu dha edhe bipenicilinë. Në gjendjen që ndodhej, u mendua që e sëmura të shtrohej në spital. E sëmura vuan edhe nga zemra, nuk ka kaluar sëmundje të tjera, veçse këto vitet e fundit disa herë është enjtur në nofull e fytyrë, si edhe i dilte një puçër në fundin e fronit të dhëmbëve, për të cilën edhe është operuar. Në familje nuk ka të sëmurë.

E sëmura paraqitej me puls të mbushur mesatarisht 108/min. TA 100/60. Frymëmarrje vezikulare. Barku i butë, i trajtueshëm, mëlçia në

kufi të normës. Lozhat e veshkës të lira, pasternacki i dyanshëm negativ. Qafa dhe anësitë të lira. Temperatura 39.8°C. Në fytyrë paraqiste asimetri, si pasojë e edemës në gjysmën e djathtë të fytyrës. Edema ishte e fortë dhe shtrihej nga palpebra e poshtme e syrit të djathtë deri nën nofullën e poshtme. Lëkura mbi të ishte e tendosur dhe e skuqur, në prekje e dhimbshme, por pa fluktuacion. Goja hapej mesatarisht dhe nuk kishte dhëmbë dhe rrënjë të mbetur në procesion alveolar. Ka enjtje në regjionin bukal, peritonsilar, ku u vu re edhe fluktuacion.

Menjëherë, në poliklinikë, i bëmë prerje të gjerë brenda gojës në regjionin retromolar dhe bukal, nga doli shumë qelb, me erë të keqe, i cili u muar për antibiogramë. Veç mjekimit lokal, në spital ajo u trajtua edhe me bipericilinë 800000 U.I. x 3, streptomycinë 0.5x2, analgezik, rikonstituent, vitaminoterapi dhe kardiotonikë. Iu bë analiza e gjakut: eritrocite 4.370000, leukocite 12.000, eritrosedimenti 60 mm/orë. Në skopi mushkëritë rezultuan normale. U konsultuam edhe me otoljatr, kirurgun, neurologun, infeksionistin, e kardiologun, të cilët pothuajse nuk e ndryshuan terapinë e vendosur.

Pavarësisht nga përmirësimi, gjendja e saj mbetej serioze. Temperatura vazhdonte të ishte në shifra të larta — mbi 38.5 C. Kishte gjithashtu dhimbje beli dhe një dobësi të përgjithshme. Lokalisht sekrecionet e qelbit u pakësuan, por nuk u zhdukën. Për të gjetur shkakun e kësaj gjendjeje, u mendua të bëheshin radiografitë e nofullës jo vetëm brenda gojës, por edhe jashtë saj në disa pozicione. Në to u vu re qartë dhëmbi i retinuar në nivel të procesit artikular të djathtë. Situata iu shpjegua të sëmurës dhe më 7.2.1985, kur gjendja u përmirësua edhe më tepër, u bë ndërhyrja për të hequr dhëmbin e retinuar.

Teknika operative

Premedikacion iu bë me një ampulë atropinë dhe një ampulë analginë. Ndërhyrja u krye nën efektin e anestezisë mandibulare dhe infiltrative, e cila u arrit me tretësirën 1% të lidokainës rreth 10cc. Pastaj u bë një prerje gjatësore 6-8 cm, që niste nga regjioni retromolar dhe zgjatej në drejtim prapa e sipër drejt *tuber maxillae*. Nisëm të preparojmë me kujdes, zbuluam kockën, por nuk vumë re asgjë. U detyruam të bënim një zgjerim të fushës operative, duke preparuar më thellë në hapësirën pterigo mandibulare dhe ecnim lart, duke lënë poshtë foramen mandibulare. Kur u zbulua prerja gjysmëhënore, si dhe pothuaj procesi artikular, u vu re qeska kistoze që mbulonte dhëmbin, e cila kishte prishur kockën në pjesën më të prapme të prerjes gjysmëhënore. Nga këtu niste rrugën një kanal në sipërfaqe të kockës, që shkonte poshtë (mendojmë se ky jepte fistulat në regjionin e dhëmballës së tretë poshtë djathtas). Qeska kistoze ishte e shkatërruar, kështu që ne vumë re shpejt dhëmbin në qendër të saj. Kjo na bëri të mendonim se, me anën e kyretimit, ne do të mundnim të hiqnim jo vetëm qeskën, por edhe vetë dhëmbin. Kjo nuk u arrit. Dhëmbi iu zbulua korona dhe pjesërisht trupi, ai shihej me vështirësi, sepse shtrihej prapa e lart drejt qafës së procesit artikular, i mbuluar pjesërisht me kockë. Na u desh të hiqnim me kujdes pjesë kocke dhe, me lëvizje të lehta, dhëmbi nisi të dilte. Ai ishte i vendosur kokëposhtë në një kënd 45 gradë, i zhvilluar dhe në madhësi të zakonshme me tri rrënjë të bashkuara

e paksa të përkulura në fund. Bëmë kyretim shumë të kujdesshëm të qeskës kistoze, lëmin të buzëve të zgavrës kockore që u krijua aty, si edhe pastrim të mbeturinave kockore, vendosëm tampon garzi jodiform dhe bëmë qepjen e plagës. E sëmura vazhdoi të trajtohej me antibiotikë. Tamponin nisëm ta heqim ditën e dytë. Qepjet iu hoqën ditën e shtatë. E sëmura doli e shëruar nga spitali në datën 16.2.1985.



Foto 1



Foto 2

Diskutim

Këtë rast retinimi të dhëmballës së tretë të nofullës së poshtme, që njihet si e rrallë, ne e menduam që ta përshkruajmë e ta paraqesim për disa arsye:

Deri në ditën e përpunimit të këtij materiali, në poliklinikën tonë nuk është takuar rast tjetër retinimi i kësaj dhëmballe, si edhe ektopi e saj e ngjashme me këtë rast. Edhe në shtypin tonë mjekësor nuk janë përshkruar raste të tilla.

Na duket se për klinikistin gjithmonë paraqesin interes të veçantë variantet e retinimit të dhëmbëve kur ata janë vendosur larg vendit të tyre të zakonshëm, çka mund të bëhet shkak edhe për gabime diagnostike, siç ndodhi edhe me këtë rast. Në rastin që po përshkruajmë, mjekët ranë në gabim, sepse nuk ishin thelluar në ekzaminimin e të sëmurës dhe nuk kishin kërkuar ndihmën e plotë të ekzaminimit radiologjik, duke u mjaftuar me radiografi dentare retroalveolare dhe vetëm me një radiografi jashtë gojës. Për më tepër, këto radiografi ishin pa cilësi. Zhvillimi i proceseve inflamatore akute në këndin e nofullës ngandongëherë është i vështirë për t'u shpjeguar, kur në gojë nuk ka dhëmbë të prishur për t'i akuzuar si fajtorë shkak i këtyre inflamacioneve shpejt përcaktohet se është një dhëmb i retinuar, i cili zbulohet me radiografi (18), sidomos me ato jashtë gojës dhe në disa pozicione.

Ndërkohë rasti paraqiste disa veçori lidhur me manipulimin kirurgjikal. Na u desh, së pari, të zgjidhnim rrugën për të hyrë deri tek dhëmbi i retinuar. Rekomandohet rruga kirurgjikale nga jashtë gojës (1,3), por ka autorë (5) që kanë zbatuar edhe atë brenda gojës. Ne zgjodhëm rrugën brenda gojës, sepse në radiografinë ballore (të përparme — të pasme) vumë re se dhëmbi nga ana linguale me qeskën kistoze të tij e kishte shkatërruar kockën dhe binte në kontakt me indet e buta. Kjo na bëri të mendonim se do të kishim më të lehtë heqjen e dhëmballës nëpërmjet kësaj rruge, kur në anën e jashtme kocka radiologjikut paraqiste një shtresë kortikale të paprekur e të shëndoshë.

Duhet të themi se edhe rruga brenda gojës pati vështirësitë e saj, për shkak të fushës së vogël operatore, si edhe vendosjes së dhëmbit mjaft ters në qafën e procesit artikular. Rruga deri atje kishte vështirësi, sepse do të kalohej në disa formacione delikate me mjaft enë gjaku dhe degëzime nervore, që kërkonin të bënim kujdes për mos t'i dëmtuar. Dëmtimi i kockës deri në thyerje të saj ishte gjithnjë i mundshëm jo vetëm si rezultat i veprimit tonë, por edhe sepse kocka e nofullës së të sëmurës paraqitej me një atrofi.

Së fundi, këtë rast ne menduam ta publikojmë edhe si pikë referimi për studiuesit në të ardhmen.

Ka kaluar më shumë se një vit nga koha kur e sëmura është operuar. Ajo ka ardhur tri herë për kontroll, e ndien veten fare mirë. Në kontrollet që i kemi bërë, nuk kemi konstatuar asgjë.

Përvoja jonë lidhur me rastin që paraqitëm është: nuk duhet lënë në harresë mundësia e zhvillimit të proceseve inflamatore me prejardhje nga dhëmbët e retinuar dhe ekzaminimi i të sëmurve duhet bërë me shumë kujdes, i ndihmuar gjithnjë nga radiografitë si brenda, ashtu edhe jashtë gojës.

Dorëzuar në redaksi më 7.1.1987

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bernadski J.**: Osnovi hirurģikeskoj stomatologii. Kiev, 1970, 132.
- 2) **Bilali A.**: Shtegëtimi i dhëmbëve të retinuar, ndërlikimet dhe mjekimi i tyre. Buletini i UT «Enver Hoxha» — Seria shkencat mjekësore, 1978, 2, 77.
- 3) **Ginestet G., Eriheres H.**: Atlas de technique operateire chirurgie stomatologique et maxillo-faciale. Paris, 1963, 1.
- 4) **Gjini S.**: Patologjia e dhëmballëve të pjekurisë. Tiranë, 1978, 1.
- 5) **Kapriellov G.**: Atipignij slučaj reten cii i distopii nizhnego zuba mudrosti. Stomatologija, 1961, 2, 89.
- 6) **Kapshlica R.**: Dhëmbët e retinuar dhe çrregullimet në sistemin maksilo-facial. Revista mjekësore, 1984, 4, 130.
- 7) **Kasapi I.**: Proceset inflamatore akute odondogjene në regjionin e gojës, nofullave dhe fytyrës. Tiranë, 1983, 23.
- 8) **Kirshita S., Vasilveskaja Z.**: Leçenie zubo — celjushej deformacii. Kiev, 1982, 65.
- 9) **Koçi TH, Ibrahim T., Karabina LI, Lika R.**: Disa konsiderata mbi dhëmballët e treta të përmbajtura. Referat i mbajtur në sesionin shkencor të stomatologjisë, Berat, 1984.
- 10) **Koçi Th.**: Disa konsiderata mbi ndërlikimet me prejardhje nga dhëmballa e tretë në nofullën e poshtme. Revista mjekësore, 1985, 2, 92.
- 11) **Lira Dh.**: Ortodontia, Tiranë, 1972, 295.
- 12) **Michelis B.**: Trattato di clinica odontostomatologica, Torino, 1981, 125.
- 13) **Mela B.**: Manuale di stomatologia. Torino, 1969, 259.
- 14) **Messina G., Pappalardo G., Caradonna D.**: Patologia dei terzi molari. Riv. ital. stomat. 1965, 811.
- 15) **Pojani Dh., Qano G., Gjini S., Kasapi I.**: Kirurgjia stomatologjike, Tiranë, 1971, 100.
- 16) **Pojani Dh., Gjini S., Kasapi I., Qano G., Shametaj A.**: Operacionet stomatologjike ambulatorie, Tiranë, 1978, 40.
- 17) **Qirko Zh.**: Mjekimi kirurgjikal i dhëmbëve të retinuar. Punime stomatologjike, 1984, III, 31.
- 18) **Verloocki A.**: Hirurģikeskaja stomatologija. Moskva, 1960, 102.

Summary

A RARE CASE OF RETENTION OF A THIRD LOWER MOLAR TOOTH

A rare case is described of retention of a third molar tooth of the right lower jaw. It was located on *processus articularis* and caused periodical inflammation of the adjacent tissues. After careful clinical and radiologic examination, the tooth was removed by intraoral surgery. The paper discusses in detail the problems connected with these and other similar cases.

Résumé

UN CAS RARE DE RETENTION DE LA TROISIEME MOLAIRE
INFERIEURE

Les auteurs présentent un cas rare de rétention de la troisième molaire à la machoire inférieure. La dent se situait dans l'apophyse articulaire droite de la machoire inférieure causant périodiquement de l'inflammation.

Après avoir bien examiné le cas (par radiographies aussi), les auteurs ont fait l'extraction dentaire par voie intrabuccale.

ATROPHIA GYRATA CHORIOIDEAE ET RETINA E SHOQËRUAR
ME ZVETËNIM TË «NJOLLËS SË VERDHËS»

— Doc. GJERGJI CEPA —

(Klinika okulistike, Spitali klinik nr. 1 — Tiranë)

Në grupin e zvetnimeve tapeto-retinale bën pjesë edhe *Atrophia gyrata chorioideae et retinae*, e cilësuar kështu më 1896 nga Fuchs E. Kjo patologji e fundit të syrit ishte përshkruar edhe dy herë të tjera më parë nga Jakobson dhe Cutler si *Retinitis pigmentosa atypica* (5). Etiologjia e sëmundjes është ende e papërcaktuar. Ajo ndeshet si zvetënim i lindur, më shumë si trashëgimi recesive, por edhe mbizotëruese e çrregullt. Në 40% të rasteve, ajo ka të bëjë me lidhje gjaku midis prindërve (Waardenburg e Klein, 1961 — cituar nga 5).

Ndryshime në fundin e syrit fillojnë në periferi në formën e vatrave të rrumbullakta, ovale ose pak më të çrregullta me ngjyrë të çelur. Në këto zona atrofike ndodh shkatërrim i eitelit të pigmentuar, gjë që bën të duket shtrati koriodal. Me kohë këto vatra atrofike zgjerohen. Dëmtimi përparues i neuroepitelit sjell ngushtim përparues të fushës së pamjes dhe të sëmurët vuajnë nga hemoralopia. Krahës vatrave të mësipërme, në retinë vërehen depozitime pigmenti me ngjyrë të zezë me formën e «qelizave kockore», pak më të trasha se ato që jemi mësuar të shohim në *Retinopathia pigmentosa* (1,3,4,5).

Me kohë ndodh ngushtim i enëve retinale të gjakut, ndërsa papila e nervit të pamjes, fillimisht normale, zbehet. Në të shumtën e rasteve, zona e «njollës së verdhë» ruhet, por ajo mund të pësojë ndryshime zvetënuese, siç vëmë re te një e sëmura jonë. Ndryshime të njëjta mund të vërehen edhe në *Dystrophia retinae pigmentosa* (1,3), por edhe në *Retinopathia punctata albescens*, që ka lidhje të ngushta me të parën (Jaeger, 1975 — cituar nga 6). Në shumicën e rasteve, sëmundja takohet e shoqëruar me miopi (5). Në fillim ajo mund të ngatërrohet me një *Chorioretinitis disseminata* të kaluar (7). E R G fillimisht nuk jep ndryshime, kurse në fund ajo shuhet plotësisht (Biatti, 1962 — cituar nga 5).

Meqenëse te ne kjo sëmundje nuk është përshkruar menduam të paraqitim një rast, të cilit i kemi kryer edhe ekzaminimin fluroiceinangiografik të fundit të syrit.

E sëmura 32 vjeç, punëtore, që para 17 vjetësh ka pasur ankese hemeralopie, krahas vështirësisë në shikimin larg. Fillimisht u pajis me syze, që i korrigjonin miopinë e vënë re dhe u mjekua pa rezultat me vitaminë A nga goja. Në anamnezë nuk ka të dhëna trashëgimie, ndërsa