

# Traduzione e terminologia dei testi medici. Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia: chirurgia orale

---

Galić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:032115>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-24**



Sveučilište u Zadru  
Universitas Studiorum  
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru  
Odjel za talijanistiku  
Sveučilišni diplomski studij



**Ana Galić**

**Traduzione e terminologia dei testi  
medici. Raccomandazioni cliniche  
in odontostomatologia: chirurgia orale**

**Diplomski rad**

Zadar, 2020.

Sveučilište u Zadru  
Odjel za talijanistiku  
Sveučilišni diplomski studij  
Prevoditeljski studij talijanistike

Traduzione e terminologia dei testi medici. Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia:  
chirurgia orale

Diplomski rad

Student/ica:  
Ana Galić

Mentor/ica:  
Doc.dr.sc.Sandra Milanko

Zadar, 2020.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Ana Galić**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom Traduzione e terminologia dei testi medici.Raccomandazioni cliniche inodontostomatologia: chirurgia orale rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 2020.

## Sadržaj

1. INTRODUZIONE .....	1
2. METODOLOGIA .....	2
3. IL LINGUAGGIO MEDICO .....	3
3.1 TRADURRE IL LINGUAGGIO MEDICO.....	4
4.SCHEDE TERMINILOGICHE .....	6
5. KLINIČKE PREPORUKE ZA DENTALNU MEDICINU .....	68
6. CONCLUSIONE.....	91
7. RIASSUNTO .....	92
8. RACCOMANDAZIONI CLINICHE IN ODONTOSTOMATOLOGIA .....	93
<b>9. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>118</b>
10. SITOGRAFIA.....	119
11. SAŽETAK.....	122
12. ABSTRACT .....	123

## 1. INTRODUZIONE

Questa tesi di laurea si concentrerà sulla terminologia del linguaggio tecnico- scientifico del dominio di medicina. Il tema e l'obiettivo della tesi di laurea è creare le schede terminologiche e tradurre il capitolo *Chirurgia orale* del documento intitolato *Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia* e pubblicato dal Ministero della salute italiano. La prima e la seconda parte di questa tesi di laurea saranno la metodologia e il linguaggio medico. In queste parti della tesi descriverò l'uso della terminologia medica e le differenze tra il linguaggio settoriale e il linguaggio comune. Le schede terminologiche della mia tesi raccolgono tutti i dati dei concetti scelti, sia in italiano che in croato. Nel settore medico esistono tanti termini specialistici che persone che non si occupano di quel settore non capiscono. Le schede terminologiche sono utili per i traduttori che, traducendo un testo specialistico, possono trovare tutte le informazioni necessarie per sapere come tradurre un termine. Dopo l'introduzione seguono le schede terminologiche con i termini in italiano e in croato, scelti dal testo sopra menzionato. L'ultima parte contiene il capitolo estratto dalle *Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia* e la sua traduzione.

## 2. METODOLOGIA

Prima di tradurre il testo o di creare le schede terminologiche, bisogna trovare molti testi di riferimento per i termini. Per poter tradurre un testo specialistico bisogna capire in fondo ogni termine. Trovare i testi di riferimento per la terminologia italiana non era difficile poiché esistono molti manuali e testi medico-scientifici che parlano della chirurgia orale quali *Dizionario Odontoiatrico*, *Antonio Delfino Editoreo Manuale di chirurgia orale*, *M. Chiapasco*, *M. Zaniboni*. Tuttavia, cercando i testi di riferimento per la terminologia croata non ho trovato tanti testi affidabili perché autori non sono medici o specialisti del campo di medicina, ma si tratta di giornalisti che hanno tradotto i testi da altre lingue, principalmente dall'inglese. Comunque, per verificare la terminologia, mi sono servita della banca dati terminologica *Struna*,

*Hrvatsko stomatološko nazivlje* (“Terminologia stomatologica croata”) o *MSD priručnik dijagnostike i terapije* (*Il manuale Merck di diagnosi e terapia*).

Nella scheda terminologica ho riempito i campi della categoria morfosintattica, il dominio, la definizione, l'iperonimo/l'iponimo, l'antonimo/il sinonimo, le collocazioni, il contesto, l'equivalente traduttivo e l'affidabilità. Le fonti più affidabili per la terminologia italiana di cui mi sono servita per riempire i campi di termine, definizione, l'iperonimo/l'iponimo, l'antonimo/il sinonimo sono il sito Treccani, il Dizionario Odontoiatrico, L'Enciclopedia Italiana Treccani. Per gli stessi campi delle schede dei termini croati mi sono servita della banca dati terminologica *Struna*, *Hrvatsko stomatološko nazivlje* o *MSD priručnik dijagnostike i terapije*. Per il campo di contesto e di collocazioni ho usato il software *Sketch engine* che permettedi trovare tutte le collocazioni di un termine usate sull'Internet. Questo software estrae tutti i contesti di un termine, però ci sono termini che hanno diversi significati secondo il settore, quindi bisogna far attenzione e leggere contesto dal principio fino alla fine.

### 3. IL LINGUAGGIO MEDICO

Il linguaggio medico è un linguaggio usato per la comunicazione tra gli specialisti della scienza medica, in questo caso di odontostomatologia. Il linguaggio settoriale medico si distingue dalle altre lingue tecnico-settoriali per la determinata scelta lessicologica e morfosintattica. Il ricevente di un messaggio in cui c'è la presenza di questo linguaggio ha l'impressione che si tratti di un'informazione. Quando una persona, ricevente del messaggio, che non sa niente di medicina, ascolta un medico o una qualsiasi persona parlare di un prodotto usando i termini tecnico-scientifici, il ricevente del messaggio accetta tutte le informazioni non dubitando la veridicità di quanto viene detto semplicemente perché la persona che parla di questo prodotto usa termini scientifici e il ricevente non conosce il soggetto del messaggio.

Il lessico del linguaggio specialistico si distingue notevolmente dalla lingua comune. La lingua comune comprende tutte le parole con tutti i suoi significati, il significato di ogni parola della lingua comune dipende dal contesto e quindi esiste la parola *chiave* il cui primo significato è: "Strumento di metallo per aprire e chiudere le serrature". Poi c'è un altro significato che dice che "una chiave è segno convenzionale posto all'inizio del rigo musicale per indicare l'altezza delle note che seguono"<sup>1</sup>. Quando parliamo dei linguaggi settoriali, come il linguaggio di medicina, c'è sempre bisogno di nascita di una terminologia che sia internazionale cioè una terminologia che realizzi il massimo grado di economia dei termini. Un vocabolo tecnico e/o scientifico dovrebbe essere in grado di determinare ciò che significa più precisamente in modo univoco, non può essere ambiguo, deve avere un legame molto stretto con gli altri vocaboli che fanno parte dello stesso vocabolario. I termini fanno parte di una classificazione gerarchica, quindi, idealmente, un termine non può essere sostituito da un sinonimo perché non esiste un altro termine con lo stesso significato.

Nel vocabolario medico nascono gli internazionalismi: termini con lo stesso significato e forma quasi identica in diverse lingue. Si tratta di termini in generale di origine latina o greca che si adattano al sistema lessico, alle norme del linguaggio di

---

<sup>1</sup> R. Mari, Dizionario italiano di base, 2015., pg. 163



tipo morfologico, fonologico, semantico e ortografico ad esempio *angiopatia* – *angio(vaso)* + *patia (malattia)*. Tradurre internazionalismi di lessico medico sembra essere facile poiché sul piano semantico i termini sono uguali con qualche cambiamento sul piano ortografico e fonologico. Il linguaggio medico ha piuttosto la funzione descrittiva. Le informazioni mediche sempre si scambiano con lo scopo di progresso. Per esempio, gli articoli o manuali il cui scopo è trasmettere un'ampia gamma d'informazioni per un pubblico più vasto. Questi articoli e manuali sono ricchi di termini descritti in modo obiettivo e univoco. Oltre alla funzione descrittiva, il linguaggio medico ha una funzione istruttiva poiché usando tale linguaggio, si danno consigli e raccomandazioni. In questo caso spesso vanno usate le forme sintattiche come *è consigliabile, si raccomanda etc.* Spesso si usa anche l'imperativo però non sempre come ordine o obbligo, ma come consiglio. Esiste anche la funzione direttiva che dice cosa dobbiamo rispettare o cosa non dobbiamo fare. C'è anche la funzione metalinguistica che spiega l'uso di alcuni termini e il loro significato. Si tratta dei vocaboli nel vocabolario. Per esempio, nell'enciclopedia ci sono i termini il cui significato è precisamente descritto.<sup>2</sup>

### 3.1 TRADURRE IL LINGUAGGIO MEDICO

Quello che distingue il linguaggio specialistico dal linguaggio generale sono i differenti elementi lessicali. Nel linguaggio generale gli elementi lessicali sono le parole, mentre nel linguaggio specifico si tratta dei termini. Le parole fanno parte del vocabolario, invece i termini con referenza speciale fanno parte della terminologia. I termini fanno parte di un certo dominio e hanno un significato più stretto della parola, tendono all'univocità, e non possono allargare il loro significato dipendentemente dal contesto. Le parole del linguaggio generale, dall'altra parte, dipendono dal contesto e possono cambiare il loro significato quando si trovano nei contesti diversi. Alcuni termini dal linguaggio medico possono essere trovati nei diversi domini come la chimica, la farmacia o la fisica. Perciò i traduttori devono far attenzione al significato del termine perché anche se i termini tendono all'univocità, la stessa non è sempre possibile e quindi il termine può in un segmento cambiare il

---

<sup>2</sup> Cfr. Marella Magris La traduzione del linguaggio medico: analisi contrastiva di testi in lingua italiana, inglese e tedesca, 1992., pg. 16.

significato. Il traduttore deve anche conoscere altri domini per poter evidenziare chesi tratti per esempio di chimica e non di medicina.

I termini scelti per le schede sono: neoformazione, cistostomia, splintaggio, marsupializzazione, fistola, curettage, formalina, dente incluso, esame istologico, OPT, germectomia, trisma, alveolite, frenulotomia, esostosi, pulpite, sinusite, comunicazione oro-entrante, lussazione laterale, scialoadenite.

#### 4.SCHEDE TERMINOLOGICHE

1.

<b>Termine</b>	Neoformazione
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f, sg
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Medicina
<b>Sottodomini(o)</b>	Patologia
<b>Definizione (+fonte)</b>	Formazione, spesso patologica, di nuovi tessuti.  ( <a href="https://www.treccani.it/enciclopedia/neoformazione_%28Dizionario-di-Medicina%29/">https://www.treccani.it/enciclopedia/neoformazione_%28Dizionario-di-Medicina%29/</a> )
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Formazione
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	Neoformazione benigna o maligna
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	Tumore, neoplasia
<b>Collocazioni</b>	asportazione di neoformazioni enucleazione di neoformazioni dissezione della neoformazione escissione di neoformazioni rimozione di neoformazioni neoformazioni superficiali
<b>Contesto/i + fonte</b>	L'esecuzione di una dissezione al di sopra del periostio (che peraltro può essere indicata in alcune circostanze, per esempio negli interventi di chirurgia parodontalee preprotetica o nell'asportazione di neoformazioni contenute nei

	tessuti molli) non è preclusa, ma deve essere fatta tenendo bene a mente la presenza di vasi e rami nervosi a questo livello. Manuale di chirurgia orale, M. Chiapasco, M. Zaniboni;
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Neoformacija
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Neoformacija
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, ž. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicina
<b>Podrazredba</b>	Patologija
<b>Definicija (+izvor)</b>	Novotvorina nastala nesuvislim množenjem stanica. <a href="http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search_by_id&amp;id=eF5kWhA%253D">http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search_by_id&amp;id=eF5kWhA%253D</a> (2.10.2020.)
<b>Nadređeni naziv</b>	Formacija
<b>Podređeni naziv</b>	benigna i maligna neoformacija
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	Tumor, neoplazija, novotvorina

<b>Kolokacije</b>	Uklanjenje neoformacije  Kolateralne neoformacije  Manifestacija neoformacije
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Tromboza portalne vene je relativno rijetka u općoj populaciji, ali je češća kod bolesnika s cirozom jetre i predstavlja "prekretnicu" u prirodnom razvoju bolesti jetre. Važnu ulogu u njezinoj patogenezi imaju lokalni ili sustavni pro-trombotski faktori, a posljedične promjene jetrene i splahične hemodinamike odgovorne su za razvitak komplikacija kao i posrednih učinaka na druge trbušne organe, uzrokujući crijevnu ishemiju i infarkt, ili stvaranje predispozicije za razvoj vaskularnih neoformacija i krvarenja iz probavnog sustava.  ( <a href="https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A75/datastream/PDF/view">https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A75/datastream/PDF/view</a> )
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Neoformazione
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

2.

<b>Termin</b>	Cistotomia
<b>Terminološka kategorija</b>	Sostantivo, f.

<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Medicina dentale
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	<p>Intervento chirurgico conservativo che prevede <i>l'apertura della cisti</i> mediante l'asportazione di una delle sue parti trasformandola in una cavita accessoria del cavo orale che viene lasciata guarire per seconda intenzione.</p> <p><a href="https://www.yumpu.com/it/document/read/15270330/cisti-e-cistotomia-in-odontoiatria-studio-dentistico-brogia">https://www.yumpu.com/it/document/read/15270330/cisti-e-cistotomia-in-odontoiatria-studio-dentistico-brogia</a> (2.10.2020.)</p>
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Intervento chirurgico
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	<p>indicazione della cistotomia</p> <p>nuovo metodo di cistotomia</p> <p>procedere a una cistotomia</p> <p>operazioni di cistotomia</p>
<b>Contesto/i + fonte</b>	<p>La cistostomia, come trattamento per cisti di ampie dimensioni, rappresenta un approccio terapeutico non invasivo per le radici dentali ed i nervi adiacenti. La mucosa e l'osso vengono aperti sopra alla cisti. Lungo l'apertura dell'osso viene creata una finestra nella cisti, la cosiddetta parete cistica rimane nell'osso.</p> <p><a href="https://www.medeco.de/it/odontostomatologia/trattamento-chirurgico-delle-cisti/cistostomia/">(https://www.medeco.de/it/odontostomatologia/trattamento-chirurgico-delle-cisti/cistostomia/)</a></p>

<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche</b> (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)	/
<b>Equivalente/i</b> <b>traduttivo/i</b>	Cistostomija
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+</b> <b>fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Cistostomija
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, ž. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	Konzrvativni operacijski zahvat koji uključuje <i>otvaranje ciste</i> uklanjanjem jednog dijela te iste ciste čime se ona pretvara u pomoćnu šupljinu usne šupljine te seostavlja da zacijeli <i>per secundam</i> . <sup>3</sup>
<b>Nadredeni naziv</b>	Operacijski zahvat
<b>Podredeni naziv</b>	/

<sup>3</sup> Definizione tradotta dall'italiano poiché non esiste in croato, consultata con dottore

<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Primjeniti cistotomiju Cistotomija zuba
<b>Kontekst (+izvor)</b>	U većini slučajeva liječenje ciste u usnoj šupljini moguće je samo uz pomoć kirurške intervencije (cistektomija, hemisekcija ili cistotomija), jer se pacijentima žuri liječnik samo s izraženim simptomima. Operativni način uklanjanja ove formacije moguć je ako su ispunjeni sljedeći uvjeti: kvalitetno punjenje kanala ne manje od $\frac{2}{3}$ duljine zuba; promjer veći od 8 mm; prisutnost igle unutar korijenskog kanala; krune na zubima. <a href="https://hr.emmedmedical.com/kistana-shheke-vo-rtu.php">https://hr.emmedmedical.com/kistana-shheke-vo-rtu.php</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Cistotomia
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

3.

<b>Termine</b>	Splintaggio
----------------	-------------



<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, m, singolare
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Protetica dentale
<b>Definizione (+fonte)</b>	<p>è una tecnica che permette di stabilizzare la posizione dei denti a conclusione di una cura ortodontica.</p> <p><a href="https://www.centromedicovesalio.it/blog/utilizzi_splintaggio_denti/">https://www.centromedicovesalio.it/blog/utilizzi_splintaggio_denti/</a> (2.10.2020.)</p>
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Tecnica ortodontica
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	<p>Splintaggio ortodontico</p> <p>Splintaggio post-ortodontico</p> <p>Splintaggio parodontale</p> <p>Splintaggio intracoronale</p>
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	<p>splintaggio dentale</p> <p>tipi di splintaggio</p> <p>specialisti in splintaggio</p> <p>distacco dello splintaggio</p>

<b>Contesto/i + fonte</b>	<p>Solitamente il mantenimento dello splintaggio è consigliato per 1-2 anni dalla fine del trattamento ortodontico. I tempi di utilizzo vengono dettati in funzione sia dell'entità dei movimenti dentari effettuati per mezzo della terapia, sia dell'età del paziente.</p> <p><a href="https://studiodentisticosantevassallo.it/splintaggio-dentale/">(https://studiodentisticosantevassallo.it/splintaggio-dentale/)</a></p>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalente/i traduttivo/i</b>	Splint
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Splint
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Protetika dentalne medicine

<b>Definicija (+izvor)</b>	tehnika koja stabilizira položaj zubiju na kraju orodontskog liječenja. <sup>4</sup>
<b>Nadređeni naziv</b>	Ortodontska tehnika
<b>Podređeni naziv</b>	Parodontalni splint (non esiste piu in croato)
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Fleksibilni splint Vrsta splinta Ugradnja splinta Izrada splinta Nošenje splinta Postavljen splint
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Imobilizacija zuba postupak je povezivanja mobilnog zuba zajedno s ostalim zubima u čeljusti u fiksnu jedinicu koju nazivamo splint. Fiksacija splintom, koja omogućuje fiziološko pomicanje zuba tijekom cijeljenja te koja se ostavlja kroz minimalan period, rezultira smanjenom incidencijom ankiloze. <a href="https://repositorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A109/datastream/PDF/view">https://repositorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A109/datastream/PDF/view</a> )
<b>Izvedenice</b>	/

<sup>4</sup> La definizione tradotta dall'italiano e consultata con un stomatologo perché non esiste in croato.

<b>Napomene</b> (jezične, uporabne, enciklopedi jske)	/
<b>Istovrijedni ca</b>	Splintaggio
<b>Ilustracija</b> (+izvor)	/

4.

<b>Termine</b>	Fistola
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Medicina
<b>Sottodomini(o)</b>	Odontostomatologia
<b>Definizione (+fonte)</b>	Orifizio o condotto anomalo che mette in comunicazione due superfici corporee, organi o una cavità interna, normale o patologica, con la superficie. Può essere rivestita da epitelio. (Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	Fistola artero-venosa Fistola branchiale

	<p>Fistola del labbro</p> <p>Fistola oro-antrale</p> <p>Fistola oro-facciale</p> <p>Fistola oro-nasale</p> <p>Fistola oro-sinusale</p> <p>Fistola salivare</p>
<b>Relazioni tra i termini:</b>	
<b>antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	Fistula
<b>Collocazioni</b>	<p>Accesso alla fistola</p> <p>sintomi della fistola</p> <p>formazione della fistola</p>
<b>Contesto/i + fonte</b>	<p>Le principali manifestazioni cliniche della carie rapidamente distruttrice sono il dolore, la presenza di ascessi e fistole, cui si associa una frequente compromissione dello stato di salute generale con possibile conseguente malnutrizione.</p> <p><a href="http://blog.dentaljournal.it/prevenzione-patologia-cariosa-decidui-e-permanenti">http://blog.dentaljournal.it/prevenzione-patologia-cariosa-decidui-e-permanenti</a></p>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Fistula

<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Fistula
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicina
<b>Podrazredba</b>	Stomatologija
<b>Definicija (+izvor)</b>	Abnormalna komunikacija između dvaju šupljih organa ili između šupljega organa i površine tijela.  ( <a href="http://termin.net/upload/iblock/a9b/stomatolog_ia_slovník_m_khal_v_ch.pdf">http://termin.net/upload/iblock/a9b/stomatolog_ia_slovník_m_khal_v_ch.pdf</a> )
<b>Nadređeni naziv</b>	/
<b>Podređeni naziv</b>	Arteriovenska fistula Branhijalna fistula Usna fistula Oroantralna fistula Orofacijalna fistula Oronazalna fistula Oromaksilarna fistula Fistula žlijezde slinovnice

<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Nastanak fistule Uzrok fistule Gnojna fistula
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Kronična periapikalna infekcija može prouzročiti asimptomatični sinusni trakt koji obično rezultira vestibularnom fistulom u blizini zahvaćenog zuba. Ponekad se fistula vidi i na licu, što uglavnom ovisi o hvatištu mišića lica i okolnih tkiva u odnosu prema fokusu infekcije. Fistule se pojavljuju na licu ako je fokus infekcije superiorno od hvatišta mišića u maksili, odnosno inferiorno od hvatišta mišića u mandibuli.  (Kavitarani Bhimappa Rudagi, Bhimappa Mallappa Rudagi; Kožna fistula odontogenog podrijetla – pogrešno dijagnosticirana lezija: Prikaz dvaju slučajeva)
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	Fistula može biti urođena ili nastati kao posljedica upale i oštećenja, zloćudnih tumora ili operacije. Fistula se također može pojaviti na usnoj sluznici kao posljedica periapikalne upale.
<b>Istovrijednica</b>	Fistola
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

<b>Termine</b>	Formalina
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Scienze mediche
<b>Sottodomini(o)</b>	Farmacologia
<b>Definizione (+fonte)</b>	Soluzione acquosa al 35-40% di aldeide formica, contenente quantità variabili (dall'8 al 15%) di alcole metilico; è un liquido limpido, caustico, incolore, di odore pungente che, riscaldato, sviluppa vapori di aldeide formica, per cui è usato come disinfettante e deodorante di oggetti e locali, e come conservante di pezzi anatomici o d'altro materiale organico.  ( <a href="https://www.treccani.it/vocabolario/formalina/">https://www.treccani.it/vocabolario/formalina/</a> )
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Soluzione acquosa
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	fissare in formalina conservare in formalina prelevare in formalina esposizione alla formalina



<b>Contesto/i + fonte</b>	Per prevenire la trasmissione, bisogna porre cautela nella manipolazione dei liquidi e degli altri materiali di pazienti con sospetta malattia di Creutzfeldt-Jakob. I metodi standard di sterilizzazione, come l'esposizione alla formalina, sono inefficaci per l'inattivazione di agenti trasmissibili.  ( <a href="http://www.msdi-italia.it/altre/manuale/sez13/1621400.html">http://www.msdi-italia.it/altre/manuale/sez13/1621400.html</a> )
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalente/i traduttivo/i</b>	Formalin
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Formalin
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicinske znanosti
<b>Podrazredba</b>	Farmakologija

<b>Definicija</b> (+izvor)	40-postotna otopina formaldehida koja služi kao dezinficijens kojim se uništavaju mikroorganizmi uokolini i na predmetima.  ( <a href="http://termin.net/upload/iblock/a9b/stomatolog_za_slovník_m_khal_v_ch.pdf">http://termin.net/upload/iblock/a9b/stomatolog_za_slovník_m_khal_v_ch.pdf</a> )
<b>Nadređeni naziv</b>	Otopina
<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	otopina formaldehida
<b>Kolokacije</b>	infuzija formalinom  natopiti u formalin  konzervirati u formalin  fiksirati u formalin
<b>Kontekst</b> (+izvor)	Formalin (otopina formaldehida) koristi se za fiksiranje tkiva. Formaldehid je kao fiksativ prvi put korišten krajem 1800. godine kada ga je Ferdinand Blum upotrijebio u mikrobiologiji i patohistologiji. Pravilno fiksirano tkivo je neoštećeno pa se nakon obrade može izraditi kvalitetan patohistološki preparat.  ( <a href="https://zir.nsk.hr/islandora/object/pharma:233/preview">https://zir.nsk.hr/islandora/object/pharma:233/preview</a> )
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene</b> (jezične, uporabne,	/

<b>enciclopedijske)</b>	
<b>Istovrijednica</b>	Formalina
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

6.

<b>Termine</b>	Ortopantomografia
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Scienze mediche
<b>Sottodomini(o)</b>	Radiologia
<b>Definizione (+fonte)</b>	Una radiografia che consente la visualizzazione dell'intera dentizione, dell'osso alveolare e delle altre strutture contigue su una singola lastra.  (Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Radiografia
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	Panoramica dentale
<b>Collocazioni</b>	Specialisti in ortopantomografia

<b>Contesto/i + fonte</b>	<p>Esistono poi tomografie a movimento semplice o lineare (questa è quasi sempre la regola per l'esame delle grandi parti del corpo) e tomografie a movimenti complessi, circolare o spiroidale per esempio, o rotatorio, come l'ortopantomografia. In queste varianti, al prezzo di una maggiore complessità tecnica e costo degli apparecchi, si ottiene un migliore dettaglio delle immagini con elevata eliminazione delle ombre di trasporto.</p> <p><a href="http://blog.dentaljournal.it/blog/diagnostica-per-immagini-tecniche-stratigrafiche">http://blog.dentaljournal.it/blog/diagnostica-per-immagini-tecniche-stratigrafiche</a></p>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	OPT- diminutivo
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Ortopantomografija
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Ortopantomografija
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, ž. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicinske znanosti
<b>Podrazredba</b>	Radiologija

<b>Definicija</b> (+izvor)	Tehnika snimanja slikovnog zapisa gornje i donje čeljusti prolaskom rendgenskih ili gama-zraka kroz tijelo, koje djeluju na specifično osjetljiv film.  ( <a href="http://struna.ihjj.hr/naziv/ortopantomografija/17409/">http://struna.ihjj.hr/naziv/ortopantomografija/17409/</a> )
<b>Nadređeni naziv</b>	Radiografija
<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	Panoramska radiografija
<b>Kolokacije</b>	Snimiti ortopantomografiju
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Panoramska radiografija, ortopantomografija, ortopantomogram ili najkraće i najčešće „ortopan“ je dijagnostički osnovna i najvažnija snimka u stomatologiji koja se najčešće izrađuje kao orijentacijska snimka pri prvom pregledu.  ( <a href="https://www.poliklinikabagatin.hr/blog/sto-je-ortopan/">https://www.poliklinikabagatin.hr/blog/sto-je-ortopan/</a> )
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene</b> (jezične, uporabne, enciklopedijske)	/
<b>Istovrijednica</b>	Ortopantomografia
<b>Ilustracija</b> (+izvor)	/

7.

<b>Termine</b>	Germectomia
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	Asportazione chirurgica del germe di un dente permanente (ottavi).  ( <a href="https://www.easydent.com/il-vocabolario-del-dentista-glossario-di-odontoiatria/">https://www.easydent.com/il-vocabolario-del-dentista-glossario-di-odontoiatria/</a> )
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Tecnica chirurgica
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	Intervento di germectomia Approccio alla germectomia
<b>Contesto/i + fonte</b>	Nel caso dei terzi molari l'indicazione alla germectomia è essenzialmente di natura ortodontica, quando dall'analisi della crescita si evidenzi una carenza di spazio per l'arcata dentale. È un intervento chirurgico che viene eseguito in anestesia locale e durante il quale si crea una breccia ossea per esporre il germe

	dentale e procedere quindi all'estrazione. <a href="http://www.dentistagalassini.it/glossario">http://www.dentistagalassini.it/glossario</a>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Germektomija
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Germektomija
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, ž. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicina
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	Germektomija je kirurško uklanjanje zametka zuba i najčešća je kod trećeg molara. (Vjesnik dentalne medicine, 2015., hrvatska komora dentalne medicine Zagreb)
<b>Nadređeni naziv</b>	kirurška tehnika

<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Provesti germektomiju Indikacija za germektomiju
<b>Kontekst (+izvor)</b>	U 59 pacijenata u dobi od 12 do 19 godina proveli su germektomije umnjaka s tek formiranim krunama. Pacijenti su bili podijeljeni u dvije skupine: u prvoj je bilo 32 pacijenta, koji su 1 sat prije zahvata peroralno uzeli 2 g amoksicilina, a u kontrolnoj skupini od 27 pacijenata nije primijenjen antibiotik. <a href="https://repositorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A247/datastream/PDF/view">https://repositorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A247/datastream/PDF/view</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Germectomia
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

8.

<b>Termine</b>	Trisma
----------------	--------



<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, m.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Condizione medica
<b>Definizione (+fonte)</b>	Spasmo dei muscoli della masticazione con incapacità ad aprire la bocca; spesso è sintomatico di pericoronite. (Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Spasmo
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	cura del trisma provocare il trisma la comparsa di un trisma
<b>Contesto/i + fonte</b>	La deglutizione provoca intenso dolore; il paziente è febbrile e intossicato, tiene la testa piegata dal lato dell'ascesso e presenta forte trisma. La tonsilla appare spostata medialmente a causa della cellulite e dell'ascesso peritonsillare, il palato molle si presenta eritematoso ed edematoso e l'ugola è anch'essa edematosa e spostata verso il lato opposto.  <a href="http://www.msdi.it/altre/manuale/sez07/0870744b.html">http://www.msdi-italia.it/altre/manuale/sez07/0870744b.html</a>
<b>Derivati</b>	/

<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	Trisma si riscontra nel tetano, nella tetania, nelle meningiti per sofferenza dei centri o delle vie nervose, in particolari processi flogistici del cavo orale (carie dentarie, ferite ecc.), per meccanismo riflesso da irritazione delle fibre terminali della seconda e terza branca del trigemino (trisma irritativo). La cura è causale.
<b>Equivalente/i traduttivo/i</b>	Trizam
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Trizam
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Bolesti
<b>Definicija (+izvor)</b>	Grč žvačne muskulature prouzročen općim ili lokalnim čimbenicima. <a href="http://struna.ihjj.hr/naziv/trizam/13424/">(http://struna.ihjj.hr/naziv/trizam/13424/)</a>
<b>Nadređeni naziv</b>	grč
<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Posljedica trizma Uzroci trizma Liječenje trizma

<b>Kontekst (+izvor)</b>	<p>Nakon prvog tjedna života, upravo koliko je potrebno za inkubaciju, kao uzrok smrti se počinje javljati novorođenački tetanus (zli grč) kojeg prepoznajemo u dijagnozama thrismus/trismus i spasmus (spazam, tj. grč). Trizma je jedan od najkarakterističnijih simptoma i manifestira se ukočenom čeljusti. Pojava ove bolesti vezana je uz loše higijenske uvjete u kojima se porod odvijao.</p> <p>(Kad i od čega se umiralo u 19. stoljeću; str. 39; Maja Šunjić Ministarstvo kulture - Konzervatorski odjel u Dubrovniku Restićeva 7)</p>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	Tipična je pojava u tetanusu, ali može nastati i u epilepsiji, distoniji, lokalnim bolestima čeljusnoga zgloba te psihogeno.
<b>Istovrijednica</b>	Trisma
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

9.

<b>Termine</b>	Alveolite
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria

<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	Infezione dell'alveolo dentale che si può manifestare con sintomatologia dolorosa a seguito dell'estrazione di un dente. ( <a href="https://www.easydent.com/il-vocabolario-del-dentista-glossario-di-odontoiatria/">https://www.easydent.com/il-vocabolario-del-dentista-glossario-di-odontoiatria/</a> )
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Infezione
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	Alveolite post-estrattiva o secca
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	sintomi dell'alveolite alveolite dentale incidenza dell'alveolite diagnosi dell'alveolite guarigione dell'alveolite dolore dell'alveolite cause dell'alveolite
<b>Contesto/i + fonte</b>	I pazienti affetti da alveolite accusano dolore intenso, costante e persistente, concentrato soprattutto nella ferita causata dell'estrazione. Questi sintomi possono essere accompagnati da febbre alta, gonfiore gengivale, alitosi. Nei casi più gravi possono manifestarsi anche linfadenopatia, tumefazione facciale e iperestesia cutanea.

	<a href="https://studiodentisticogennaro.com/2017/08/22/alveolite/">https://studiodentisticogennaro.com/2017/08/22/alveolite/</a>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalente/i traduttivo/i</b>	Alveolitis
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Alveolitis
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	upala alveole zubnoga ležišta čeljusti <a href="http://struna.ihjj.hr/naziv/alveolitis/16649/#naziv">http://struna.ihjj.hr/naziv/alveolitis/16649/#naziv</a>
<b>Nadređeni naziv</b>	Upala
<b>Podređeni naziv</b>	Postekstrakcijski alveolitis
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/

<b>Kolokacije</b>	Klinička slika alveolitisa Simptomi alveolitisa Uzrok alveolitisa
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Prije nego se pristupi bilo kakvoj intervenciji u usnoj šupljini u nastojanju da se izliječi <b>alveolitis</b> , potrebno je aplicirati lokalnu anesteziju jer je područje koje je zahvatio alveolitis iznimno bolno. Ujedno, u slučaju pojave alveolitisa rana se može tretirati i lijekovima koji ublažavaju bol i stimuliraju zarastanje rane. <a href="https://galekovic-dental.eu/blog/alveolitis-suhara-vadenje-zuba-88/">(https://galekovic-dental.eu/blog/alveolitis-suhara-vadenje-zuba-88/)</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Alveolite
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

## 10.

<b>Termine</b>	Frenulotomia
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale

<b>Definizione</b> (+fonte)	Procedura che ha la finalità di disseccare il frenulo labiale o quello linguale.  ( <a href="https://www.treccani.it/enciclopedia/frenulotomia_%28Dizionario-di-Medicina%29/">https://www.treccani.it/enciclopedia/frenulotomia_%28Dizionario-di-Medicina%29/</a> )
<b>Relazioni tra termini:</b> <b>iperonimo</b>	Tecnica chirurgica
<b>Relazioni tra termini:</b> <b>iponimo</b>	Frenulotomia linguale Frenulotomia labiale
<b>Relazioni tra termini:</b> <b>antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	intervento di frenulotomia Specialisti in frenulotomia tecnica chirurgica di frenulotomia indicazioni per frenulotomia
<b>Contesto/i + fonte</b>	In linea generale, nel piccolo paziente se il frenulo linguale non è anatomicamente corto, un apparecchio ortodontico funzionale che modifichi la postura abituale della lingua può essere sufficiente a risolvere il problema e migliorare la crescita dei mascellari; qualora il frenulo sia anatomicamente troppo corto, sarà necessario procedere anche alla frenulotomia o frenulectomia linguale associata alla rieducazione funzionale attiva con esercizi e/o passiva con apparecchi ortodontici specifici.  ( <a href="http://www.prontodentista.it/esperto-risponde/domande-risposte/altro/41">http://www.prontodentista.it/esperto-risponde/domande-risposte/altro/41</a> )
<b>Derivati</b>	/

<b>Note tecniche</b> (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)	/
<b>Equivalente/i</b> <b>traduttivo/i</b>	Frenulotomija
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/</b> <b>i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Frenulotomija
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, ž. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	Kirurški postupak koji obuhvaća rasijecanje lingvalnog ili labijalnog frenuluma. <sup>5</sup>
<b>Nadređeni naziv</b>	Kirurški postupak
<b>Podređeni naziv</b>	Frenulotomija jezika Frenulotomija usne
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/

<sup>5</sup> La definizione tradotta dall'italiano e consultata con il dottore di medicina dentale



<b>Kolokacije</b>	Indicirati frenulotomiju Učiniti frenulotomiju
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Sve operacijske tehnike za uklanjanje abnormalno razvijenog frenuluma svode se na tri osnovna načina: frenulotomije, frenulektomije i frenuloplastike, odnosno incizijske tehnike, ekscizijske tehnike i tehnike transpozicije tkiva. Svaka operacijska metoda treba zadovoljiti kriterije tehničke jednostavnosti, brzine i sigurnosti postupka i dobrog poslijeoperacijskog rezultata.  <a href="https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:213997">https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:213997</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Frenulotomia
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

## 11.

<b>Termine</b>	Esostosi
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, m.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale

<b>Definizione (+fonte)</b>	Un accrescimento osseo che si proietta da una superficie ossea. (Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Accrescimento osseo
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	tori mandibolari tori palatini
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	Esostosi multipla Esostosi ossea rimozione di un'esostosi
<b>Contesto/i + fonte</b>	Per motivi ancora poco chiari, alcune ossa, tra cui mandibola e mascella, sono più colpite dalle <b>esostosi</b> rispetto ad altre; complice anche la loro localizzazione essendo maggiormente esposte a traumi. <a href="https://marianiumberto.it/esostosi/">(https://marianiumberto.it/esostosi/)</a>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Egzostoza
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Egzostoza
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, ž. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	koštana izraslina na površini kosti koja se na čeljusti obično nalazi na zubnome grebenu s predvorne strane nakon vađenja zuba. <a href="http://struna.ihj.hr/naziv/kostani-trn/13579/">(http://struna.ihj.hr/naziv/kostani-trn/13579/)</a>
<b>Nadređeni naziv</b>	Koštana izraslina
<b>Podređeni naziv</b>	torus palatinus torus mandibularis
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	Koštani trn
<b>Kolokacije</b>	Prirođena egzostoza Koštana egzostoza Multipla egzostoza Odstranjivanje egzostoze Ekscizija egzostoze
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Osteomatoza se najčešće javlja u sklopu Gardnerova sindroma, fibrozna displazija kao dio Albrightova sindroma, dok se torusi većinom pojavljuju kao samostalne lezije uz koje se mogu pojaviti egzostoze. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničkog, radiološkog i histološkog nalaza. Terapijski zahvat indiciran je kada lezije onemogućuju izradu proteza, ograničavaju funkciju usne šupljine, uzrokuju deformacije ili

	narušavaju estetiku. <a href="https://repozitorij.sfg.unizg.hr/islandora/object/sfg%3A488/datastream/PDF/view">https://repozitorij.sfg.unizg.hr/islandora/object/sfg%3A488/datastream/PDF/view</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Esostosi
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

12.

<b>Termine</b>	Pulpite
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Medicina
<b>Sottodomini(o)</b>	Odontoiatria
<b>Definizione (+fonte)</b>	Infiammazione del tessuto pulpare di un dente. (Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Infiammazione
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	Pulpite reversibile Pulpite irreversibile

	<p>Pulpite cronica è di diversi tipi: fibrosa, ipertrofica, gangrenosa e retrograda</p> <p>Pulpite acuta è divisa in focale e diffusa</p>
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	<p>Sintomi di pulpite</p> <p>Causa di pulpite</p> <p>Pulpite dentale</p>
<b>Contesto/i + fonte</b>	<p>Tra le più frequenti patologie, a carico dei denti decidui, si ritrova una particolare forma di malattia cariosa che può avere un'evoluzione molto rapida in pulpite e che può presentarsi senza dolore. La prevenzione si attua informando i pazienti sui requisiti di una dieta corretta, eseguendo applicazioni di fluoro o provvedendo ad effettuare la sigillatura dei solchi e spiegando le manovre essenziali da svolgere per ottenere una corretta igiene orale.</p> <p><a href="http://www.studiodentisticodonizetti.it/pedodonzia-milano.html">http://www.studiodentisticodonizetti.it/pedodonzia-milano.html</a></p>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Pulpitis
<b>Affidabilità</b>	***

<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/
----------------------------------	---

<b>Naziv</b>	Pulpitis
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicina
<b>Podrazredba</b>	Dentalna medicina
<b>Definicija (+izvor)</b>	upala zubne pulpe do koje dolazi zbog neliječenog karijesa, traume ili višestrukih popravaka. ( <a href="http://www.msdprirucnici.placebo.hr/msdprirucnik/bolesti-uha-grla-nosa-i-zubi/ceste-stomatoloske-bolesti/pulpitis">http://www.msdprirucnici.placebo.hr/msdprirucnik/bolesti-uha-grla-nosa-i-zubi/ceste-stomatoloske-bolesti/pulpitis</a> )
<b>Nadređeni naziv</b>	Upala
<b>Podređeni naziv</b>	Reverzibilni pulpitis Ireverzibilni pulpitis Akutni pulpitis Kronični pulpitis
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Simptomi pulpitisa Liječenje pulpitisa Saniranje pulpitisa
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Zbog dubokog karijesa ili traume zuba može doći do pulpitisa odnosno do upale zubnog živca koji se manifestira

	<p>kao jaka bol. Razmnožavanjem bakterija dolazi do upale koja uzrokuje raspadanje mekanih tkiva u zubnom kanalu. Slabija upala može dovesti do periapeksnih promjena (granuloma) dokće jača upala dovesti do razaranja kosti uz vrlo jake bolove, a u konačnici i do gubitka zuba.</p> <p><a href="http://poliklinika-galekovic.hr/usluge/konzervativna.aspx">http://poliklinika-galekovic.hr/usluge/konzervativna.aspx</a></p>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Pulpite
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

13.

<b>Termine</b>	Dente incluso
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, m, + aggettivo, m. singolare
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	Una condizione in qui dente non erotto o erotto solo parzialmente si trova posizionato contro un altro dente contro dell'osso o del tessuto molle in modo che la sua eruzione completa risulta improbabile.

	(Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Dente
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	Dente incluso permanentemente Dente incluso temporaneamente Dente incluso in tutte le sue parti Dente incluso parzialmente
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	Cavare dente incluso Asportare dente incluso Estrazione di dente incluso
<b>Contesto/i + fonte</b>	Lembo di accesso si conteggia in aggiunta alle voci Estrazione semplice di dente o radice ed Estrazione indaginosa di dente o radice anche nel caso di estrazione di dente incluso che non sia il terzo molare, per il quale sono invece previste voci specifiche, data la peculiarità dell'intervento. <a href="http://www.odontocentro.it/tariffario-andi">http://www.odontocentro.it/tariffario-andi</a>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Impaktirani zub
<b>Affidabilità</b>	***



<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/
----------------------------------	---

<b>Naziv</b>	Impaktirani zub
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina + pridjev m. rod; jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	zub koji nije izniknuo zbog mehaničke zapreke. (Hrvatsko stomatološko nazivlje, Institut za hrvatski jezik i jezikoslovlje Zagreb, 2015., str. 210)
<b>Nadređeni naziv</b>	zub
<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Uzrok impaktiranog zuba Vađenje impaktiranog zuba Ekstrakcija impaktiranog zuba kortikotomija impaktiranih zubi
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Trodimenzionalne snimke su nužne u dijagnostici različitih oboljenja zuba, čeljusti i okolnih struktura te u planiranju složenih zahvata kao što su ugradnja implantata, vađenje umnjaka, operacija cista i tumora, kortikotomija impaktiranih zubi . Svaka ordinacija opremljena je digitalnom radiovizijografijom (RVG). Digitalna radiovizijografija omogućuje brzo i

	kvalitetno snimanje pojedinačnih pozicija zubi, bez potrebe da pacijent napušta ordinaciju.  ( <a href="http://www.rident.hr/porec/hr/djelatnosti/radiologija/">http://www.rident.hr/porec/hr/djelatnosti/radiologija/</a> )
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	dente incluso
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

14.

<b>Termine</b>	Esame istologico
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, m. + aggettivo m, singolare
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	Tecnica diagnostica che consiste nell'osservazione al microscopio di un campione di tessuto, prelevato chirurgicamente o tramite biopsia dal tessuto in cui si sospetta la presenza di un tumore. Oltre alla presenza di un tumore, consente di identificarne il tipo e lo stadio.  ( <a href="https://www.paginemediche.it/glossario/esame-istologico">https://www.paginemediche.it/glossario/esame-istologico</a> )

<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Esame
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	Esame istopatologico
<b>Collocazioni</b>	Eeguire esame istologico Effettuare esame Esame istologico evidenzia Esame istologico conferma Esame istologico rileva
<b>Contesto/i + fonte</b>	L'esame istologico si effettua in un laboratorio analisi su un campione biologico prelevato dal paziente, al fine di individuarne eventuali cellule anomale (ad esempio cancerose), e stabilirne il tipo. Le cellule del nostro corpo, infatti, ad eccezione dei globuli rossi del sangue, sono tutte dotate di nucleo e di DNA, analizzabili in laboratorio grazie ad un esame specifico chiamato citogenetico.  <a href="https://www.dovecomemicuro.it/notizie/aggiornamenti/esame-istologico">https://www.dovecomemicuro.it/notizie/aggiornamenti/esame-istologico</a>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche,</b>	/

<b>enciclopediche)</b>	
<b>Equivalente/i traduttivo/i</b>	Histološki pregled
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Histološki pregled
<b>Jezična odrednica</b>	pridjev m. rod; jednina + imenica m. rod, jednine
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Dentalna medicina
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	Dijagnostička tehnika koja se sastoji od promatranja mikroskopom uzorka tkiva uzetog kirurški ili biopsijom iz tkiva u kojem se sumnja na prisutnost tumora. Osim prisutnosti tumora, omogućuje vam prepoznavanje njegove vrste i stadija. <sup>6</sup>
<b>Nadređeni naziv</b>	Pregled
<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/

<sup>6</sup> Definizione consultata con il dottore di medicina dentale

<b>Kolokacije</b>	Obaviti histološki pregled Histološki pregled potvrđuje Histološki pregled dokazuje
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Intraoperacijska biopsija – histološki pregled tkivnog uzorka u toku kirurške operacije. Tkivo se zamrzne na temperaturu oko –20C i reže na tanke rezove pogodne za mikroskopski pregled. Nalaz patologa određuje daljnji tijek operacijskog zahvata. Postupak od prijema tkiva do javljanja nalaza u kiruršku salu traje do 15 minuta.  <a href="http://kbd.hr/odjeli/klinicki-zavod-za-patologiju/informacije-za-pacijente/">http://kbd.hr/odjeli/klinicki-zavod-za-patologiju/informacije-za-pacijente/</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Esame istologico
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

15.

<b>Termine</b>	Sinusite
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f. singolare
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Scienze mediche

<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	<p>affezione infiammatoria dei seni paranasali che può essere dovuta alla propagazione di affezioni nasali da germi o da virus, con fenomeni infiammatorî attenuati e transitorî o accentuati.</p> <p><a href="https://www.treccani.it/vocabolario/sinusite/">https://www.treccani.it/vocabolario/sinusite/</a></p>
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	affezione infiammatoria
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	<p>Acuta</p> <p>Subacuta</p> <p>Cronica</p> <p>Ricorrente</p> <p>Secondo il tipo del seno infetto:</p> <p>Sinusite mascellare</p> <p>Sinusite frontale</p> <p>Sinusite etmoidale</p> <p>Sinusite sfenoidale</p>
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	<p>Diagnosticare sinusite</p> <p>Sospettare sinusite</p> <p>Curare sinusite</p> <p>Prevenire sinusite</p> <p>Trattare sinusite</p> <p>Causare sinusite</p>
<b>Contesto/i + fonte</b>	<p>La complicanza principale della sinusite è la diffusione di un'infezione batterica.</p> <p>Un'infezione può diffondersi ai tessuti</p>

	<p>intorno agli occhi (vedere Introduzione ai disturbi della cavità oculare) e causare alterazioni della vista e gonfiore intorno agli occhi. Più raramente l'infezione si diffonde fino a coinvolgere l'occhio stesso, rendendolo dolente e disturbando la vista.</p> <p><a href="https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-orecchie,-naso-e-gola/patologie-del-naso-e-dei-seni-paranasali/sinusite">https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-orecchie,-naso-e-gola/patologie-del-naso-e-dei-seni-paranasali/sinusite</a></p>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche</b> (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Sinusitis
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Sinusitis
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicinske znanosti
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija

<b>Definicija (+izvor)</b>	<p>upala paranazalnih sinusa izazvana virusnim, bakterijskim ili gljivičnim infekcijama ili alergijskim reakcijama.</p> <p>(<a href="http://www.msdprirucnici.placebo.hr/msdprirucnik/bolesti-uha-grla-nosa-i-zubi/bolesti-nosa-i-paranazalnih-sinusa/sinusitis">http://www.msdprirucnici.placebo.hr/msdprirucnik/bolesti-uha-grla-nosa-i-zubi/bolesti-nosa-i-paranazalnih-sinusa/sinusitis</a>)</p>
<b>Nadređeni naziv</b>	Upala
<b>Podređeni naziv</b>	<p>Akutni sinusitis</p> <p>Kronični sinusitis</p> <p>Subakutni sinusitis</p> <p>Recidivirajući sinusitis</p> <p>Vrsta sinusitisa prema mjestu nastanka upale:</p> <p>maksilarni sinusitis</p> <p>etmoidalni sinusitis</p> <p>frontalni sinusitis</p> <p>sfenoidalni sinusitis</p>
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	Upala sinusa
<b>Kolokacije</b>	<p>Dijagnoza sinusitisa</p> <p>Liječenje sinusitisa</p> <p>Terapije sinusitisa</p> <p>Simptomi sinusitisa</p>
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Sinusitis može nalikovati odontogenoj boli, te je potrebno isključiti odontogenu infekciju. Zbog primjene dekongestiva i disanja na usta moguća je suhoća usta i razvoj gingivitisa, a zbog primjene



	antibiotika u sinusitisu moguć je razvoj kandidijaze ili otpornosti na antibiotike. ( <a href="http://struna.ihjj.hr/naziv/sinusitis/15083/">http://struna.ihjj.hr/naziv/sinusitis/15083/</a> )
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Sinusite
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

16.

<b>Termine</b>	Comunicazione oro-antrale
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f. singolare + aggettivo composto
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Scienze mediche
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	È una condizione patologica caratterizzata dalla presenza di una soluzione di continuità a carico dei tessuti duri e molli che separano la cavità orale (di norma colonizzata da batteri) dal seno mascellare (di norma sterile). (Chiapasco M, Zaniboni M. Complicanze più comuni in chirurgia orale: prevenzione e trattamento. In: Chiapasco M. Manuale illustrato di chirurgia

	orale, ed. 3. Milano: Elsevier Masson, 2013: 475 – 509)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Comunicazione
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	Cause di comunicazione oro- antrale Formazione di comunicazione oro- antrale Dimensione della comunicazione oro-antrale Guarigione di una comunicazione oro-antrale Trattamento di una comunicazione oro-antrale Creazione di una comunicazione oro-antrale
<b>Contesto/i + fonte</b>	Altre cause di comunicazioni oro- antrali possono essere le cisti mascellari (10-15%), le patologie neoplastiche (5%) e i traumi maxillo-facciali (2-5%). Il primo e il secondo molare superiore sono le sedi più spesso coinvolte nella formazione di comunicazioni oro- antrali, considerata la stretta relazione anatomica fra la loro radice dentale e il pavimento osseo

	<p>mascellare, che in questa regione presenta uno spessore minimo compreso fra 1 e 7 mm.</p> <p>(Fistole oro-antrali: approccio terapeutico combinato fra chirurgo orale e otorinolaringoiatra; G. Padoan, T. Testori, F. Galli, M. Turri-Zanoni, S. Gallo P. Castelnuovo, pagina 249.)</p>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Oroantralna komunikacija
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Oroantralna komunikacija
<b>Jezična odrednica</b>	Pridjev ž.rod jednina + imenica ž.rod jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicinske znanosti
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	<p>patološka komunikacija između maksilarnog sinusa i usne šupljine.</p> <p><a href="https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:127:254358">https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:127:254358</a></p>

<b>Nadređeni naziv</b>	Patološka komunikacija
<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Nastanak oroantralne komunikacije Liječenje oroantralne komunikacije Terapije oroantralne komunikacije Komplikacije oroantralne komunikacije
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Dvije najčešće komplikacije su postoperativni maksilarni odontogeni sinusitis i kronična oroantralna fistula. Najčešće se oroantralna komunikacija dijagnosticira pomoću Valsalvina testa. Postoje različite tehnike terapije koje se koriste za zatvaranje oroantralne komunikacije. <a href="https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:679721">https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:679721</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Comunicazione oro-antrale
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

17.

<b>Termine</b>	Marsupializzazione
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f. singolare
<b>Status</b>	/

<b>Dominio</b>	Scienze mediche
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	Apertura di una cisti per stabilire una comunicazione con l'ambiente esterno quando non è possibile la sua rimozione, come nelle cisti pancreatiche o pilonidali. In anestesia la cisti viene aperta e svuotata. I suoi margini vengono suturati ai tessuti adiacenti e un drenaggio viene lasciato in situ. In un periodo di diversi mesi le secrezioni diminuiranno e spazio fino a risultare completamente riempito da tessuto di granulazione. (Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	procedura chirurgica
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	Operazione di Partsch
<b>Collocazioni</b>	Marsupializzazione della cisti Intervento di marsupializzazione tecnica di marsupializzazione risultati della marsupializzazione
<b>Contesto/i + fonte</b>	La cisti di Tornwaldt è situata superficialmente al muscolo costrittore superiore faringeo ed è rivestita dalla mucosa rinofaringea. Se infetta può causare la persistente fuoriuscita di liquido purulento con sapore e odore fetidi,

	ostruzione delle tube di Eustachio e faringodinia. All'apertura della cisti si può osservare la fuoriuscita dell'essudato purulento. Il trattamento consiste nella marsupializzazione o nell'exeresi. <a href="http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez07/0870743b.html">http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez07/0870743b.html</a>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Marsupijalizacija
<b>Affidabilità</b>	/
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Marsupijalizacija
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, ž.rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Medicinske znanosti
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	kirurški postupak otvaranja cista kojim se uspostavlja komunikacijas vanjskom sredinom. (Lapter, V. Stomatološki leksikon. Zagreb: Globus, 1990., 256)
<b>Nadređeni naziv</b>	Kirurški postupak

<b>Podređeni naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	Metoda Partsch I
<b>Kolokacije</b>	Marsupijalizacija ciste Metoda marsupijalizacije Postupak marsupijalizacije
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Spajanjem cistične šupljine s usnom šupljinom u postupku marsupijalizacije očekivalo se da će se tvorba smanjiti zbog toga što čahura više nije bila stimulirana cističnom tekućinom. To je pretpostavljalo i novo stvaranje kosti na mjestu cističnog defekta.  (Ana Kotarac Knežević , Goran Knežević , Berislav Perić , Jakša Grgurević, STRUČNI RAD Marsupijalizacija u liječenju čeljusnih cista)
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Marsupializzazione
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

18.

<b>Termine</b>	Curettage
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f. singolare

<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	Atto di raschiare o pulire con una curette.  (Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	Curettage apicale Curettage delle tasche infraossee Curettage gengivale Curettage gengivale chiuso Curettage radicolare Curettage sottogengivale
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	Curettage chirurgico Curettage dentale Intervento di curettage Passaggi del curettage Trattamento di curettage
<b>Contesto/i + fonte</b>	Il costo del trattamento di curettage viene definito a seconda del tipo di intervento da svolgere, ma è importante considerare che si tratta di un intervento altamente efficace in grado di prevenire le conseguenze anche gravi delle malattie parodontali.  <a href="https://www.hdental.it/odontoiatria/igiene-orale/curettage/">(https://www.hdental.it/odontoiatria/igiene-orale/curettage/)</a>



<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalente/i traduttivo/i</b>	Struganje
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Struganje
<b>Jezična odrednica</b>	imenica, s.rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Stomatologija
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	terapijski postupak pri kojemu se odgovarajućim instrumentom stružu i čiste zubi i gingivoparodontni džepovi ili odstranjuje granulacijsko tkivo. <a href="http://struna.ihjj.hr/naziv/struganje/13354/">(http://struna.ihjj.hr/naziv/struganje/13354/)</a>
<b>Nadređeni naziv</b>	Terapijski postupak
<b>Podređeni naziv</b>	apikalno struganje struganje džepova gingivno struganje zatvoreno gingivno struganje struganje korijena subgingivalno struganje
<b>Antonim</b>	/

<b>Sinonim</b>	Kiretaža
<b>Kolokacije</b>	Mehaničko struganje Postupak struganje Posljedica struganja Tehnika struganja
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Kod svih oblika parodontitisa prva faza liječenja se sastoji od pomnog struganja i obrade korjenova (odnosno, odstranjenja bolesnog ili toksinom zahvaćenog dentina nakon čega slijedi zaglađivanje korijena) kako bi se odstranilo plakove i naslage kamenca. Nužno je pažljivo provođenje higijene zuba kod kuće. Bolesnika se kontrolira nakon 2 tj. i nakon 3 mj. Ako su džepovi plići od 4 mm, u tom trenutku je jedino potrebno redovito čišćenje.  <a href="http://www.msđ-prirucnici.placebo.hr/msđ-prirucnik/bolesti-uha-grla-nosa-i-zubi/ceste-stomatoloske-bolesti/parodontitis-periodontitis_">http://www.msđ-prirucnici.placebo.hr/msđ-prirucnik/bolesti-uha-grla-nosa-i-zubi/ceste-stomatoloske-bolesti/parodontitis-periodontitis_</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Curettage
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/

19.

<b>Termine</b>	Lussazione laterale
----------------	---------------------

<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f. singolare + aggettivo f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale
<b>Definizione (+fonte)</b>	Dislocazione del dente in una direzione diversa da quella assiale; è spesso presente una frattura comminuta dall'alveolo.  (Manuale illustrato di chirurgia orale, Matteo Chiapasco, 2013., Edra Masson Milano, pg. 397)
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Lussazione
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	/
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	<i>luxatio lateralis</i>
<b>Collocazioni</b>	Procedere alla lussazione laterale Sintomi della lussazione laterale Cause della lussazione laterale
<b>Contesto/i + fonte</b>	La lussazione laterale rappresenta uno degli eventi traumatici maggiormente frequenti nell'ambito dentale, con una prevalenza che, a seconda degli studi epidemiologici considerati, coprirebbe tra uno e due terzi dell'intera categoria.  <a href="https://www.ildentistamoderno.com/lussazione-laterale-del-dente-permanente-approccio-clinico-con-aspetti-prognostici/">(https://www.ildentistamoderno.com/lussazione-laterale-del-dente-permanente-approccio-clinico-con-aspetti-prognostici/)</a>

<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche</b> (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)	/
<b>Equivalente/i</b> <b>traduttivo/i</b>	Lateralna luksacija
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Lateralna luksacija
<b>Jezična</b> <b>odrednica</b>	Pridjev ž.rod, j. + imenica, ž.rod, j.
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Stomatologija
<b>Podrazred</b> <b>ba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija</b> <b>(+izvor)</b>	pomak je zuba u svim smjerovima osim u aksijalnom (vertikalnom). <a href="https://repositorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A622/datastream/PDF/view">https://repositorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A622/datastream/PDF/view</a>
<b>Nadređeni</b> <b>naziv</b>	Luksacija
<b>Podređeni</b> <b>naziv</b>	/
<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	Bočno iščašenje, lateralno iščašenje

<b>Kolokacije</b>	Liječenje lateralne luksacije Nastanak lateralne luksacije
<b>Kontekst</b> (+izvor)	<p>Lateralna luksacija ili bočni pomak zuba kompliciranija je ozljeda jer za sobom većinom povlači i ozljedu stijenke alveole pa je oporavak dugotrajniji. Ova vrsta ozlijede je zahtjevnija za dijagnosticiranje jer ju je lako zamijeniti za puknuće korijena zuba pa je u dijagnostički proces potrebno uključiti rendgensko snimanje. Zub se pažljivo repositionira i fiksira splintom do četiri tjedna kako bi sva tkiva pravilno zarasla.</p> <p><a href="https://poliklinika-galekovic.hr/blog/ozljeda-zuba-lijecenje-65/">(https://poliklinika-galekovic.hr/blog/ozljeda-zuba-lijecenje-65/)</a></p>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene</b> (jezične, uporabne, enciklopedijske)	
<b>Istovrijednica</b>	Lussazione laterale
<b>Ilustracija</b> (+izvor)	/

20.

<b>Termine</b>	Scialoadenite
<b>Categoria morfosintattica</b>	Sostantivo, f.
<b>Status</b>	/
<b>Dominio</b>	Odontoiatria
<b>Sottodomini(o)</b>	Chirurgia orale

<b>Definizione (+fonte)</b>	<p>Infiammazione delle ghiandole salivari, soprattutto delle principali, di origine traumatica, infettiva o chirurgica.</p> <p>(Dizionario Odontoiatrico, Antonio Delfino Editore, Roma 2013)</p>
<b>Relazioni tra i termini: iperonimo</b>	Infiammazione
<b>Relazioni tra i termini: iponimo</b>	<p>Scialoadenite batterica</p> <p>Scialoadenite virale</p> <p>Scialoadenite allergica</p> <p>scialoadenite postirradiazione</p>
<b>Relazioni tra i termini: antonimo</b>	/
<b>Sinonimo</b>	/
<b>Collocazioni</b>	<p>Cause di scialoadenite</p> <p>Affetto da scialoadenite</p> <p>Sintomi di scialoadenite</p> <p>Trattamenti per la scialoadenite</p>
<b>Contesto/i + fonte</b>	<p>L'infiammazione della ghiandola parotide può anche svilupparsi nei pazienti che hanno avuto una radioterapia alla cavità orale o con iodio radioattivo per cancro alla tiroide (1, 2, 3). Sebbene talvolta descritta come scialoadenite, questa infiammazione è raramente un'infezione batterica, in particolare in assenza di febbre.</p>

	<a href="https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-di-orecchio,-naso-e-gola/disturbi-della-cavit%C3%A0-orale-e-della-faringe/scialoadenite">https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-di-orecchio,-naso-e-gola/disturbi-della-cavit%C3%A0-orale-e-della-faringe/scialoadenite</a>
<b>Derivati</b>	/
<b>Note tecniche (linguistiche, pragmatiche, enciclopediche)</b>	/
<b>Equivalenti/i traduttivo/i</b>	Sijalodeintis
<b>Affidabilità</b>	***
<b>Illustrazione/i (+ fonte)</b>	/

<b>Naziv</b>	Sijaladenitis
<b>Jezična odrednica</b>	Imenica, m. rod, jednina
<b>Status</b>	/
<b>Razredba</b>	Stomatologija
<b>Podrazredba</b>	Oralna kirurgija
<b>Definicija (+izvor)</b>	upala žlijezda slinovnica koja dovodi do njihova povećanja. <a href="http://struna.ihj.hr/naziv/sijaladenitis/14902/">http://struna.ihj.hr/naziv/sijaladenitis/14902/</a>
<b>Nadređeni naziv</b>	Upala
<b>Podređeni naziv</b>	virusni sijaladenitis bakterijski sijaladenitis alergijski sijaladenitis

<b>Antonim</b>	/
<b>Sinonim</b>	/
<b>Kolokacije</b>	Liječenje sijaloadenitisa Simptomi sijaloadenitisa Nastanak sijaloadenitisa Gnojni sijaloadenitis Pojava sijaloadenitisa
<b>Kontekst (+izvor)</b>	Sijaloadenitis mogu prouzročiti ožiljno tkivo, strano tijelo ili tumor, koji mogu suziti i začepiti izvodni kanal žlijezde. Virusne upale (uzrokovane paramiksovirusom, virusom influence A, Epstein-Barrovim virusom) obično zahvaćaju sve žlijezde slinovnice. Kronični sijaloadenitis može se javiti i u sklopu nekih autoimunih bolesti te tuberkuloze, sarkoidoze ili gljivičnih bolesti. Liječenje ovisi o uzroku. <a href="https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=55898">https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=55898</a>
<b>Izvedenice</b>	/
<b>Napomene (jezične, uporabne, enciklopedijske)</b>	/
<b>Istovrijednica</b>	Scialoadenite
<b>Ilustracija (+izvor)</b>	/



## **5. KLINIČKE PREPORUKE ZA DENTALNU MEDICINU**

### **MINISTARSTVO ZDRAVSTVA**

#### **Odjel za javno zdravstvo i inovacije**

### **KLINIČKE PREPORUKE ZA DENTALNU MEDICINU**

#### **Oralna kirurgija**

Oralna kirurgija je grana dentalne medicine koja se bavi dijagnostikom i određenim kirurškim liječenjima bolesti koje mogu zahvatiti meka ili tvrda tkiva usne šupljine te zubima. Tu također spadaju i liječenja koja se smatraju potrebnima/nužnima iz preventivnih ili estetskih razloga.

#### **Dijagnoza**

Medicinska anamneza omogućuje utvrđivanje bilo kakvog sistemskog stanja koje bina neki način moglo utjecati na ili uvjetovatidijagnozu te daljnje kirurško liječenje. Važno je sakupiti informacije o prijašnjim hospitalizacijama i/ili kirurškim zahvatima, traumama te kroničnim oboljenjima, o većim ili manjim sistemskim bolestima, alergijama, korištenju lijekova, lošim navikama (dim cigarete, alkohol ...). Stomatološka anamneza ranijih bolesti nastoji otkriti prethodna stomatološka postupanja; anamneza trenutne bolesti usmjerena je na znanje simptomatologije na temelju koje se zahtijeva određeno liječenje, utvrđivanje ukoliko postoji, njegova trajanja, zahvaćenog područja, periodičnosti, čimbenika odgovornih za pogoršanjei/ili smirenje.

Glavni cilj kliničkog pregleda je iznijeti točnu dijagnozu kako bi odredili primjerene nužnosti i načine liječenja pacijenta.

Pregled pacijenta mora biti ekstra ili intraoralni te mu se može nadopuniti kliničkim i/ili laboratorijskim pretragama. Kod ekstra-oralnog pregleda kirurg mora ukazati namoguće asimetrije, prisutnost i veličinu otekline na glavi ili vratu, limfadenopatiju i prisutnost mogućih asimetrija temporomandibularnog zgloba. Kod intraoralnog pregleda kirurg mora utvrditi razinu higijene usne šupljine stanje sluznice, prisutnostoteklina, fistula ili drugih lezija, trenutačno stanje zubi, parodontalnu situaciju, kvalitetu rekonstrukcija, ukoliko ih ima.

Kako bi dijagnoza bila što preciznija, u oralnoj se kirurgiji koriste određene instrumentalne pretrage poput endoralne radiografije, ortopantomografije (OPG), računalne tomografije (CT), magnetne rezonance (MR) i ekografije.

Intraoralne rendgenske snimke prikazuju strukturu zuba, broj korijena i njihovu anatomiju; moguće je, između ostaloga, proučavati prisutnost osteolize na periapexu/ili uzduž korijena zuba; korisne su i na post-operacijskim pregledima.

OPG osnovna je pretraga u oralnoj kirurgiji jer omogućuje pregled kostiju gornje i donje čeljusti, svih zubiju te bitnih anatomskih struktura poput mandibularnog kanala, mentalnog otvora, maksilarnog sinusa.

Ako radiografska slika nije dovoljno indikativna i precizna, moguće je napraviti CT pretragu koja će dati preciznije informacije o tvrdim tkivima.

Međutim, pri proučavanju mekih tkiva korisni su MR i ekografija, valjani uređaji koji služe za detaljnije pretrage temporomandibularnog zgloba, žlijezda slinovnica i limfnih čvorova. Navedena radiološka ispitivanja su nezaobilazna prema kriteriju opravdanosti i optimizacije.

Kako bi odredili eventualne sistemske promjene u slučaju da je potrebna intervencija oralne kirurgije, korisne su hematokemijski testovi. Prije operacije te prema informacijama prikupljenima iz anamneze, može se odraditi standardna pretraga krvi odnosno kompletna krvna slika, SE, azotemija, razina glukoze, protrombinska aktivnost, INR, parcijalno tromboplastinsko vrijeme te urin.

### **Indikacije i kontraindikacije za kirurški postupak**

Oralna je kirurgija zadužena za:

- Jednostavno vađenje zubi
- Kompleksno vađenje zubi
- Vađenje impaktiranog zuba
- Germektomija
- Odontogene patologije sinusa
- Presađivanje i transplantacija zuba
- Apikotomiju s retrogradnim punjenjem
- Biopsiju mekog i tvrdog tkiva
- Odstranjivanje izraslina na mekim i tvrdim tkivima

- Odstranjivanje patološkog frenuluma
- Uklanjanje kamena u žlijezdi slinovnici

Kontraindikacije za kirurško liječenje u osnovi se mogu pripisati zdravstvenom stanju pacijenta. U pravilu, kao u svim medicinskim disciplinama, kontraindicirano je izvoditi oralni kirurški zahvat kada je rizik veći od koristi same operacije, kao u slučaju kada pacijent ne daje svoj pristanak za operaciju. Pacijent mora biti informiran o dijagnozama, liječenju, mogućim ishodima i o mogućim alternativnim načinima liječenja.

**- Ekstrakcije moraju biti ograničene na zube koji su znatno zahvaćeni karijesom, traumama, paradentozom te iz endodontskih razloga.**

**- Očuvanje krestalne kosti jako je važno prilikom odluke o odstranjivanju, također je važno i prilikom razmatranja o implantoprotetskim nadomjescima izvađenog zuba te oralno estetskim zahtjevima pacijenata.**

**- Prije bilo kakvog odstranjivanja potrebno je obaviti prije-operacijsku procjenu pomoću anamneze, kliničkog pregleda, radiografskih ispitivanja, te krvnih pretraga, ukoliko su potrebne.**

**- Vađenje zubi koji su potpuno eruptirali iz vilice preporuča se pod uvjetima da se zub više ne može popraviti u restaurativnom, endodontskom, paradontalnom ili ortodontskom smislu.**

Konkretnije, vađenje zubi potrebno je u sljedećim uvjetima: zub je paradontološki ugrožen zbog visoke mobilnosti zuba u horizontalnom i vertikalnom smjeru te je nepopravljiv, zub s karioznom lezijom koji je nemoguće liječiti konzervativnim metodama, u slučaju eksterne ili interne radikularne resorpcije koja se ne može liječiti, traume od nepopravljivog puknuća zuba, zubi se nalazi na slomljenoj kosti, zubi povezani s lezijama kosti ili mekih tkiva. Indikacije za vađenje su također: ortodontski razlozi te medicinska ili kirurška stanja koja zahtijevaju vađenje zubi kao profilaksa (transplantacija organa, kemoterapija, terapija zračenjem, pozicioniranje srčanog zaliska, početak terapije s bifosfonatima...), pacijent odbija konzervativno liječenje, ektopično eruptirani zub.

Nakon primjene lokalne anestezije (pleksusne ili regionalne), počinje se korištenjem ravnih ili kutnih poluga. Nakon što se napravio plan cijepanja, mogu se koristiti poluge za ekstrakciju za potpunu dislokaciju zubi, zatim se pincetom prikladnom za određeni zub nastavlja proces uklanjanja.

U nekim slučajevima višekorjenskog zuba preporučuje se prije svega provođenje koronektomije kako bi se izbjegao lom korijena. Pri ekstrakciji zuba u luku, ponekada je potrebno odignuti mukoperiostalni režanj kako bi se poboljšala vidljivost i pristup mogućim odlomljenim fragmentima korijena; u tom slučaju režanj mora biti dovoljno velik kako bi kirurg imao dobru preglednost.

**- U slučaju da zub ima i kompleksnu koronarnu ili radikularnu anatomiju kojanosi sa sobom tehničke poteškoće, prije provođenja ekstrakcije potrebno je izvršiti detaljne radiografske pretrage i uklanjanje pristupnog režnja.** U tim slučajevima nije dovoljno pažljivo procijeniti samo radikularnu anatomsku konformaciju zuba koji je potrebno izvaditi, već i anatomske veze koje mogu proizaći iz važnih struktura poput mandibularnog kanala, mentalnog foramena i maksilarnog sinusa.

Kirurška tehnika ekstrakcije zubi koji imaju kompleksnu koronarnu ili/i radikularnu anatomiju može biti manje ili više invazivna, ovisno o položaju zuba, o količini zaostalog zubnog tkiva te njegove povezanosti s ostalim anatomske strukturama. U predoperativnoj fazi obično je potrebno pripremiti pristupni režanj mjesta operativnog polja te lokalnu anesteziju infiltracijom (pleksusna ili tronkularna).

Opseg odvajanja režnja ovisi o poteškoći pri vađenju zuba. U nekim slučajevima potrebna je resekcija kosti kako bi olakšali moguću odontomiju i stvorili povoljne točke odstranjivanja za dislokaciju samog zuba. Za resekciju kosti koriste se brusilice od volfram karbida uz stalno ispiranje. Prije nego li se nastavi s procesom ekstrakcije zuba, zub mora biti dobro dislociran uz pomoć sindesmotoma (varijacija bajnove poluge) ili/i poluge, zatim se izvodi avulzija s odgovarajućim pincetama. Nakon ekstrakcije rana se zašije.

- **Indikacije za uklanjanje trećeg molara koji je potpuno ili parcijalno impaktiran mogu biti različite, ovisno o povezanosti zuba s naznakama ili simptomima.**

Ukoliko je treći molar simptomatski, kliničke indikacije koje ukazuju na ekstrakciju su perikronitis, zub koji se ne može popraviti zbog karijesa, puknuća, parodontalne ili endodontske lezije koje se ne mogu liječiti, akutne ili kronične infekcije (apsces i celulitis), anomalije oblika i veličine zuba koje bi mogle izazvati kvarove i zubne praznine koji uzrokuju nelagodu.

Ukoliko nema simptoma, indikacije za ekstrakciju su sljedeće: Preveniranje oštećenja parodonta drugog molara, olakšavanje parodontalne terapije, olakšavanje protetske rehabilitacije, olakšavanje ortodontskih zahvata, zubi se nalaze na slomljenoj kosti, zub koji se nalazi u zoni neoplastične ekscelije, zub smeta za izvođenje ortognatske i/ili rekonstruktivne operacije, preventivno ili profilatičko uklanjanje kod pacijenata s većim zdravstvenim poteškoćama ili određenim operativnim zahvatima ili terapijskim liječenjem, pacijent svjesno odbija postupak koji nije operativan, osobe koje treniraju sport i imaju visoku vjerojatnost od traume (boks, skijanje, rugby itd.), osobe koje imaju manje od 25 godina kako bi se smanjila vjerojatnost od parodontalnog oštećenja drugog kutnjaka povezanih s kasnim uklanjanjem.

Kao i uvijek, prije ekstrakcije obvezna je pažljiva pre-operativna procjena koja se bazira na anamnezi, kliničkim pretragama za ekstraoralnu procjenu (prisutnost satelitskog limfadenitisa, na licu ili u usnoj šupljini) te intraoralnu procjenu (prisutnost edema, otekline te stanje sluznice). Štoviše, potrebno je istaknuti moguću prisutnost karioznih lezija na zubu koji strši u luku. Dob pacijenta također može uvjetovati indikacije ekstrakcije: sve dok se ne napuni 30 godina, parcijalna erupcija na dobroj poziciji s dovoljno prostora i bez ikakve patologije može zapravo prethoditi potpunoj erupciji. Štoviše, jako su važni radiografski nalazi jer određuju točnu poziciju zuba te njegovu povezanost s anatomskim susjednim strukturama.

Osnovni radiografski pregled sastoji se od OPG-a; također se mogu obaviti endoralni rentgenski zapisi (RTG) te ukoliko su potrebne detaljnije informacije može se uraditi CT ili tridimenzionalne rentgenske zrake konusnog snopa.

U slučaju ekstrakcije donjeg trećeg molara daje se lokalno-regionalna anestezija u donji alveolarni živac te pleksusna i/ili tronkularna u obraz. Za ekstrakciju trećeg gornjeg molara daje se pleksusna anestezija. Ako je zub potpuno eruptirao, izvode se iste operative faze koje se koriste i kod jednostavnih ekstrakcija. Ukoliko je zub djelomično eruptirao ili potpuno impaktiran, provodi se mukoperiostalna incizija tako da se odvoji pristupni režanj. Zatim se obavlja resekcija kosti pomoću bušilice pilot svrdlom ili uz pomoć okruglog svrdla na mikromotoru ili kirurškoj turbini, uz stalno ispiranje. Nakon toga se obavlja odontotomija pomoću bušilice s utorima postavljen na mikromotor ili kiruršku turbinu te se uz pomoć poluga nastavlja procesuklanjanja zuba. Nakon ekstrakcije provodi se pregled alveola uz pomoć kohlee, zatim ispiranje fiziološkom otopinom te se na kraju zašije rana.

- **Indikacije za germektomiju trećih molara odnose se na uklanjanje impaktiranih trećih molara u vrlo mladoj dobi.**

Germektomija se definira kao uklanjanje zuba koji se još nije u potpunosti formirao uključujući i njegov folikul. Zametak je poput impaktiranog zuba kada je prognoza o nepostojećoj ili nezavršenoj erupciji za vrijeme 30. godina života pouzdana.

Prognoza je pouzdana kad je nedostatak prostora jako izražen, ali ne i kad je dostupan prostor za treći molar ograničen, čak i s obzirom na godine i razvoj pacijenta.

Operativni zahvat uključuje uklanjanje režnja pune debljine, osteotomiju, odontomiju, te šivanje rane.

- **Potrebno je stvoriti odgovarajući dogovor kako bi se spriječile dodatne komplikacije koje mogu nastati nakon ekstraktivne operacije i otpuštanja pacijenta, ili poduzeti odgovarajuće mjere za njihovo sprječavanje u slučaju da nastanu.**

Prisustvo boli ukazuje na to da je potrebna odgovarajuća terapija lijekovima koja uključuje analgetike koji djeluje periferno ili centralno, nesteroidne protuupalne lijekove (NSAID), opioide te farmakološka udruženja. Poželjno je da se primjena navedene terapije učini prije kraja djelovanja lokalne anestezije te se terapija nastavlja određeni broj dana ovisno o veličini zahvata, po mogućnosti u kombinaciji s gastroprotektivima.

Prevenција postoperativnog edema uključuje usvajanje minimalno invazivnih procedura, neznatno odvajanje tkiva, pažljivo povlačenje mekih tkiva tijekom otvaranja, ograničavanje periostalnih rezova. Na kraju operacije dobro je ispirati tretirano područje. Ako se radi o više invazivnoj operaciji indicira se liječenje NSAID lijekovima i kortizolima. Međutim, u slučaju edema, liječenje nalaže da se u prvih 24 sata na tretiranom području koristi led u intervalima od 20 minuta eventualno u kombinaciji s enzimskim protuupalnim lijekovima.

Trizam se može prevenirati smanjenjem kirurškog vremena i ograničavanjem odvajanja mekog tkiva. Terapija također uključuje meku i/ili polutekuću hranu, fizioterapiju žvačnih mišića i temporomandibularnog zgloba te protuupalne i mišićnerelaksanse.

Usvajanje minimalno invazivnih kirurških tehnika, ukoliko su moguće, omogućuje prevenciju stvaranja modrica, međutim, u slučaju nastanka, preporučljivo je čekati spontano nestajanje za sporu resorpciju.

Krvarenja se mogu spriječiti subperiostalnim odvajanjem mekih tkiva, zaštitom mekih tkiva od ručnih i rotirajućih instrumenata te otpustom pacijenta poslije kontrole nakon izvršene hemostaze. Preporučuje se post-operativno komprimiranje gazom tretiranog područja 10 minuta nakon intervencije, prije nego pacijent bude otpušten, potrebno je provjeriti izvršenu hemostazu. Osim toga, pacijentu treba dati odgovarajuće post-operativne upute. U slučaju krvarenja, terapija se sastoji od dvadesetminutnog komprimiranja zahvaćenog područja gazom koja može biti natopljena antihemoragikom, nakon čega se izvrši provjera pristupnog režnja, a u slučaju da se radi o trajnom krvarenju potrebno je ponovno zašiti ranu. Ukoliko krvarenje ne staje ni nakon što su navedene mjere provedene, pacijenta je potrebno poslati u najbližu bolnicu.

Prevenција hematoma moguća je subperiostealnim odvajanjem mekog tkiva te uz pažljivu kontrolu hemostaze prije nego pacijent bude otpušten. Zaštita mekih tkiva se preporuča kad postoji opasnost od prodora rotirajućih ili reznih instrumenata. Ako se hematomi pojave, oni se mogu spontano i apsorbirati, međutim, ako uzrokuju začepljenje dišnih puteva, pacijent mora biti hospitaliziran te je potreban hitan kirurški zahvat kojim će se ukloniti hematoma i uzrok krvarenja.

Ako se pojavi akutna infekcija i upala, potrebno je izbjegavati dogovorenu terapiju. Preporuča se poštivanje pravila asepsa i sterilizacije, predoperativne antibiotske profilakse kad je određena te korištenje medicinskih sredstava za ispiranje kako bi spriječili moguće infekcije. Ukoliko nastanu, potrebno je izvršiti odgovarajuću terapiju antibioticima u kombinaciji s protuupalnim lijekovima i drenažom apscesa. Hospitalizacija se nalaže ukoliko se radi o infekcijama koje su prodrle površno te ispod površine i/ili lože i cerviko-facijalnog područja te koje bi mogle prouzročiti opstrukciju dišnih puteva.

Prevenција alveolitisa moguća je pre-operativnim oralnim higijenskim zahvatima, izbjegavanjem dima cigarete prije i poslije operacije, minimalnom primjenom vazokonstriktora. Također je prikladno u preventivne svrhe na kraju intervencije liječiti i koristiti ispiranje fiziološkom otopinom, kontrolirati stvaranje ugrušaka prije otpuštanja pacijenta i propisati oralne antiseptike u postoperativnom razdoblju.

Liječenje alveolitisa pod anestezijom obuhvaća struganje s ispiranjem alveole zajedno s unosom antiseptičkih tvari, odnosno jodoform gaze.

Planiranje kirurškog zahvata s odgovarajućim radiološkim snimkama, ispravne incizijske linije te subperiostealno odvajanje omogućuju prevenciju lezije živčanih stanica. Ukoliko se pojave, liječenje ovisi o kliničkoj slici. Obično se preporučuje liječenje kortizonom u kombinaciji s vitaminskim preparatima B skupine.

- **Prisutnost apscesa zahtjeva brzo medicinsko i/ili kirurško liječenje.**

Apsces je akutni (ili kronični) infektivni proces karakteriziran gnojnom nakupinom koja se nalazi u novoformiranoj šupljini. Akutni oblik ima jaku simptomatologiju popraćenu intenzivnom lokaliziranom boli koja se ponekad širi u različita područja. Često se drenira kroz okolna meka tkiva, kožu i sluznicu, kreirajući tako fistulu koja se otvara najčešće u usnoj šupljini, no, može izbiti i na koži lica ili vrata gdje, nakon što je izlječena, ponekad ostaju ožiljci. Ukoliko sama medicinska terapija nije dovoljna, apscesi se trebaju liječiti kirurški kako bi se poboljšalo izljevanje gnoja patakoma i dekomprimiranje zahvaćenog područja s otklanjanjem boli i povećanjem lokalne cirkulacije. Drenaža apscesa dobiva se naizmjeničnim rezanjem površnih slojeva kože i sluznice s ekstrakcijom zuba, endodontskim liječenjem (također kirurškim) ili pak parodontalnim liječenjem zuba uzročnika. Rezanje apscesa unutar



usne šupljine uključuje, nakon anestezije za hlađenje, sitnu inciziju na sluznici na najuzdignutijem dijelu otekline, što pomaže otjecanju gnoja, pa tako pogoduje i ručnom istiskivanju. Nakon što se iscijedi, može se izvršiti pregled novoformirane šupljine te ispiranje antiseptičkim materijalom. Stoga se može umetnuti ljekovita gaza ili druga vrsta opreme kako bi se zajamčio kontinuitet drenaže i izbjeglo zatvaranje kirurški napravljenog otvora. Sve dok gnojni materijal ne prestane istjecati iz rane. Provodi se antimikrobna terapija u početku empirijska, a zatim se, ukoliko nema poboljšanja, prelazi na antibiotsku terapiju koja se temelji na antibiogramu.

- **U slučaju akutnog ili kroničnog odontogenog sinusitisa, potrebno je istražiti uzrok i primijeniti odgovarajuće medicinsko i/ili kirurško liječenje.**

Maksilarni sinus može poremetiti normalan odnos korijena određenih zubi što se najčešće događa s prvim molarom, trećim molarom, drugim molarom, drugim premolarom, prvim premolarom i očnjakom. Zbog ovakve situacije zub može biti uzročnik nastanka infektivne i/ili upalne patologije sinusa. Međutim, upala i/ili infekcija maksilarnog sinusa može se javiti čak i nakon ekstrakcije zuba, nepravilne endodoncije, implantacijske operacije te zbog superinfekcija koje su posljedica patoloških procesa zubnog porijekla. Upale koje zahvaćaju maksilarni sinus mogu biti akutne ili kronične, a njihovo liječenje zahtjeva odgovarajuću procjenu anamneze (radi otkrivanja apikalnog paradontitisa na zahvaćenom području, prethodne ekstrakcije zuba, liječenja kanala korijena ili kirurškog pozicioniranja zubnih implantata). Kliničkim pregledom istražuje se prisutnost nekrotičnog zuba u latero-posteriornoj regiji, mjesto prethodne ekstrakcije, jednostrana rinoreja te pogoršanje boli prilikom kompresivne palpacije očnjaka. Uz anamnezu potrebno je izvršiti određene dodatne pretrage, poput ortopantomografije (OPT), radiografije nosnih i paranazalnih sinusa, kompjutorizirane aksijalne tomografije (CT) .

Liječenje akutnih oblika uglavnom je medicinsko te se bazira na korištenju antibiotika 7 do 10 dana, protuupalnih lijekova, kortizona i/ili ENT aerosolnom terapijom. Liječenje kroničnih oblika koji ne zahtijevaju kirurške zahvate bazira se na korištenju antibiotika, imunostimulansa, antihistaminika, topikalnih kortikosteroidnih sprejeva, ispiranju nosa fiziološkom otopinom, inhalacijskoj terapiji lijekovima ili termalnim vodama. Odontogeni akutni i subakutni sinusitis

kojeg medicinsko liječenje ne ublažava te kronične komplikacije sinusitisa s polipima liječe se endoskopskim zahvatima unutar nosnih šupljina uz pomoć optičkih instrumenata ili pak vanjskim pristupom prednjem zidu maksilarnog sinusa (Caldwell Luc metoda). Liječenje maksilarnog sinusa odvija se u kombinaciji s etiološkom terapijom koja se sastoji od liječenja uzročnika koji je uzrokovao sinusitis (vanjska strana tijela, apikalna parodontalna bolest, superinfekcija odontogenih patologija s endosinusnim razvojem, jatrogeni uzroci...)

- **Pojava oroantralne komunikacije zahtijeva liječenje u roku od 24 do 72 sata.**

Oroantralna komunikacija je patološki otvor između usne šupljine i maksilarnog sinusa različite etiologije kod koje, ukoliko se ne liječi, dolazi do razvitka oroantralne fistule čija veza potpuno ili djelomično epitelizira, a često se povezuje s upalom sluznice sinusa. Komunikacije između maksilarnog sinusa i usne šupljine može se tretirati osteoplastikom, pričvršćivanjem tkiva i šivanjem. Dok se u slučaju oroantralne fistule, prije i poslije kirurškog zahvata liječi antibioticima, protuupalnim lijekovima i mukolitikima, takvo liječenje može biti sistematsko ili topikalno u obliku aerosola. Kirurško liječenje nalaže korištenje odgovarajućih režnjeva ovisno o veličini i poziciji fistule. Najčešće korišteni režnjevi su trapezoidni s vestibularnim pristupom ili rotacijski nepčani rezanj; oba režnja omogućuju uklanjanje epitelizirane fistule te zatvaranje koje smanjuje mogućnost ponovnog stvaranja otvora. Ukoliko seradi o kroničnom ili subakutnom sinusitisu ukorijenjene fistule, nalaže se kirurška revizija maksilarnog sinusa zajedno s odgovarajućim medicinskom terapijom, budući da u ovakvim slučajevima svaka metoda koja ide samo prema zatvaranju fistule neće biti uspješna. Liječenje također može nalagati istovremenu upotrebu resorbirajuće membrane ili presađivanje autologne kosti.

- **U oralnoj kirurgiji nužno je uzimati u obzir sve faktore koji mogu negativno utjecati na oporavak tkiva.**

Procesi oporavka i zacjeljenja tijela koje je pretrpjelo kirurške ili slučajne povrede sastoji se od formacije novog vezivnog tkiva, razvoju granulacijskog tkiva u ožiljnotkivo. Postoji nekoliko čimbenika koji mogu negativno utjecati na procese ozdravljenja: opći čimbenici kao što su sistemske infekcije, iscrpljujuće bolesti, maligni tumori, terapije steroidnim lijekovima, promijenjeni imunološki odgovor i

lokalni čimbenici poput stranih tvari, nekrotičnog tkiva, napetosti i ishemija režnja te infekcija.

- **Šav mora imati idealne biomehaničke karakteristike, u skladu s rukovanjem, biokompatibilnošću i sposobnošću održavanja otpora napetosti u određenom vremenu. Za šivanje se koriste atraumatske igle.**

Šav ovisi o vrsti rane (kirurške oralne rane mogu biti rezovi, posjekotine i razderotine, sa i bez gubitka tvari), no za svaki je uobičajeno čišćenje i dezinfekcija rane antisepticima i hemostaza ukoliko dođe do arterijskog krvarenja. Kod porezne rane preferira se korištenje neprekinutog šava koja počinje od sredine te se proteže nadvije strane kako bi se na kraju rubovi rane potpuno ispunili. Međutim, kod posjekotina i razderotina bez gubitka tvari važno je regulirati rubove kako bi se mogli obraditi tijekom rekonstrukcije zahvaćene zone kako bi se što više mogla vratiti u prvobitan oblik. Kod razderotina s gubitkom tvari poželjno je, što je bolje moguće, šavom ograničiti područje zarastanja te rana cijeli *per secundam*.

**Impaktirani zub koji ne može eruptirati ili ima poteškoće prilikom spontane erupcije zbog nepovoljnog položaja korijena liječi se tako da se nakon provedenog kirurškog tretmana zub usmjerava prema luku.**

Preporuča se obaviti radiografski pregled prije operacijskog zahvata. Radiografski pregledi su nezaobilazni prilikom određivanja položaja impaktiranog zuba i lokalnih komplikacija (ciste, resorpcija korijena...). Provode se na temelju kliničkih nalaza te prilagođeno prema rastućem nizu dijagnostičkih studija: intraoralna snimka zuba, OPG, kraniogram latero-lateralne projekcije, intraoralna okluzalna snimka, trodimenzionalni CT. Cilj kirurškog zahvata je otvoriti zubnu kunicu radi usidravanja potrebnog za ortodontsko izvlačenje. Postoje dvije tehnike: tehnika erupcije s otvorenim nebom i tehnika erupcije sa zatvorenim nebom. Kod prve se oralno otkriva zub te se premošćuje sluznica i/ili kost koji ga prekrivaju. Može se odraditi pomoću: 1) otvaranje operkuluma, korisno za zube površno pozicionirane u palatalnom području pripojne gingive, koristi se kada je impaktirani zub na površini i udaljen od linije sluznice gingive; 2) apikalno pomaknuti režanj je metoda koja se koristi za zube smještene u vestibularnom položaju blizu linije sluznice gingive koja osigurava prikrivanje pripojne gingive.

S tehnikom erupcije s otvorenim nebom, nakon otvaranja i smještanja sprave za izvlačenje, meka tkiva se vraćaju u prvotni položaj te se šivaju. Sredstvo za izvlačenje izlazi iz reza, a pomicanja zubi koja se ne mogu klinički procijeniti moraju biti radiografski praćeni. Zub izlazi u luk preko pripojne gingive kao što se događa tijekom normalnih erupcija.

Obje metode zahtijevaju anesteziju infiltracijom, ovisno o položaju zuba daje sepleksusna ili tronkularna anestezija.

Ovisno o dislokaciji vrha zuba te o snopu živaca ektopija zuba može zahtijevati poneku promjenu tijekom davanja anestezije. Izgled pristupnog režnja ovisi o odabranoj kirurškoj tehnici te o lokalizaciji zuba. Nakon odvajanja režnja određenih dimenzija kako bi imali pod kontrolom operacijsko polje, izolira se kruna koja može biti u inkluziji u submukoznom tkivu ili kosti; u prvom slučaju, nakon incizije odvajase tkivo koje otvara krunu. Ukoliko se radi o inkluziji u kosti, lokalizira se zubna kruna nakon čega se, uz pomoć rotirajućih ili ručnih instrumenata, pomiče kost koja ju prekriva. Dobro je krenuti od površine, bez oštećenja cakline te pazeći na okolne elemente. Izloženost krunice ne smije oštetiti zubnu folikulu, a da se pri tom ne proširi više od cervikalne linije, kako bi se tijekom erupcije mogao spojiti s epitelom oralne sluznice. Nakon postavljanja sredstva za izvlačenje te pred kraj intervencije šav se odrađuje u skladu s pozicioniranjem režnja te kako bi se omogućilo da linija povlačenja prođe bez ozljeda na tkivima. Kod tehnike zatvorenog neba koristi se *sling* šav koji omogućuje ispravno poravnavanje vestibularnog režnja. Za šivanje nepčanog režnja preporučuje se korištenje neprekinutog šava. Apikalno pomaknuti režanj se apikalno prišiva za ortodontski nastavak koristeći resorbirajuće periostalne šavove.

- **Ako nastane frenulum potrebno je ispitati indikacije za kirurški zahvat bilo ortodontski, paradontalni, protetski ili estetski.**

Frenulum je nabor mekog tkiva koji povezuje obraze, usne ili jezik s alveolarnom sluznicom. Postoje dva frenuluma usne (gornji i donji), četiri obrazna frenuluma urazini premolara (dva gornja i dva donja) te jedan lingvalni.

Za frenulum gornje usne se kaže da ima anomaliju kada ima papilarni pripoj (smješten na vestibularnoj strani interincizivne strane papile) te kada ima

transpapilarni pripoj (frenulum prolazi kroz interincezivnu papilu te se smješta na nepčanu stranu). Kirurški zahvati koji se provode su frenulotomija (resekcija frenuluma) ili frenktomija (uklanjanje frenuluma). Kirurška tehnika izvodi se tako da se naprave dva reza sve do insercije. Neprekinuti šav na gornjem dijelu rane omogućuje zatvaranje režnja alveolarne sluznice, dok se dio rane na pripojnoj gingivikoji nije zašiven ostavlja da cijeli *per secundam*.

Frenulum donje usne sluzav je nabor koji se proteže od unutarnje površine usne pasve do alveolarnog grebena s insercijom interincezivne papile. Ukoliko postoje indikacije za operaciju, bilo paradontalne ili protetske, najčešće korištena kirurška metoda je frenulotomija s incizijom u skladu s alveolarnom stranom frenuluma te liječenjem *per secundam*.

Lingvalni frenulum je patološki kada se njegova insercija nalazi u blizini vrha jezika i tako smanjuje njegovu pokretljivost. Indikacije za zahvat mogu biti ortodontske, fonijatrijske, protetske ili paradontalne. Kirurški zahvat uključuje uklanjanje frenuluma pazeći pritom na brojne anatomske strukture koje se nalaze na podu usta (Whartonov kanal, kanal Bartolinijeve žlijezde, sublingvalna karunkula, sublingvalni pleksus). Nakon ubrizgivanja lokalne anestezije u pod usne šupljine, frenulum je nategnut pomoću hemostatskih kliješta te se obavlja horizontalna perpendikularna incizija na samom frenulumu. Oštrica kirurškog noža dodiruje hemostatska kliješta i prolazi preko sublingvalnog nabora. Škarama s tupim vrhom seciraju se submukozna vlakna, zatim se, koristeći ketgut i napravi neprekinuti šav. Uspješnost zahvata se provjerava mobilnošću jezika.

**- Zubne se traume uvijek moraju smatrati hitnim slučajevima te se odmah moraju liječiti kako bi se ublažila bol, smanjila dislokacija zubi, a prognoza bila što bolja.**

U dentoalveolarne traume često su uključena i meka tkiva kože i sluznice (usne, gingivalna sluznica, frenulum, rjeđe jezik). Može doći do nastanka kontuzije, ogrebotine, posjekotine, prodorne lezije. Traume tvrdih zubnih tkiva (prema SZO) uključuju prijelome krunice (nastanak mikrofrakture ili linije prijeloma), jednostavneprijelome krunice (uključuje samo caklinu kao na rubovima sjekutića), nekomplicirane prijelome krunice (zahvaćena je caklina i dentin, bez izlaganja pulpe), složene prelome krunice (uključuje izlaganje pulpe), nekomplicirani prijelom

korijena i krunice (trauma uključuje bilo krunicu bilo korijen, bez izlaganja pulpe), složene prijelome korijena i krunice (trauma uključuje krunicu i korijen te postoji izloženost pulpe), prijelom korijena (uključuje korijen zuba s prijelomom apikalne trećine, središnje trećine i koronarne trećine korijena).

Traume potpornih (paradontnih) tkiva zuba su sljedeće: potres, subluskacija, ekstruzijska luksacija, lateralna luksacija, intruzijska luksacija, izbijanje (avulzija). Kod potresa i subluskacije postoji lagana pomičnost, s bolnom reakcijom na perkusiju ili pritisak. Kod intruzijske luksacije zub se pomiče u alveolarnu kost lomeći je. Kod ekstruzijska luksacija dolazi do djelomičnog pomaka zuba iz alveole. Lateralna luksacija slična je kao aksijalna luksacija, međutim pomak zuba je u smjeru različitom od aksijalnog. Kod izbijanja (avulzije) dolazi kada se zub pomakne iz alveole.

Lezije koštanog tkiva uključuju složeni prijelom alveole (lomljenje alveolarna kosti kompresijom, što se povezuje s lateralnom i intruzivnom luksacijom); lom alveolarnog pregrada (ograničen na vestibularni i jezičnu pregradu); lom alveolarne kosti (koja može i ne mora zahvaćati alveolu); lom mandibule i maksile (zahvaća područje mandibule i maksile, često i alveolarnu kost; lom može i ne mora zahvaćati alveolu).

Dijagnostika gore navedenih stanja zahtjeva klinički pregled koji uključuje procjenu i palpaciju bolesnih tkiva, pretragu stranih tijela u usnoj šupljini, sagitalnu i vertikalnu kontrolu dentalne mobilnosti, pretragu abnormalnosti u okluziji. Izvode setestovi vitalnosti i reakcije zuba: poslije traume može doći do privremenog gubitka vitalnosti koji nastane zbog post traumatskog šoka snopa živaca; potrebno je povremeno ponoviti test jer nakon 5-6 mjeseci može biti pozitivan. Nadalje, bitno je odraditi radiografski uz pomoć intraoralnog okluzalnog RTG-a, juksta-gingivna snimke ili ortopantomografije. Uvijek se preporučuju dvije radiografske snimke.

*Cone Beam* kompjutorizirana tomografija omogućava pregled linije prijeloma alveolarne kosti u području interdentalnog septuma koje su inače nevidljive na tradicionalnim rendgenskim snimkama. Ako postoji sumnja na udisanje stranog tijela, preporučuje se RTG pluća.

Liječenje rane oralne sluznice nalaže čišćenje fiziološkom otopinom, dezinfekciju, pretragu stranih tijela, dijelova kosti te njihovo uklanjanje, kontrola krvarenja te

šivanje mekih tkiva. Potrebno je, također, provjeriti prisutnost tetanusa. Ukoliko nastane jednostavni prijelom krunice potrebno je odraditi brušenje zahvaćenog područja; međutim, kod prijeloma krunice popravak se radi s estetskim materijalom ili eventualnim spajanjem odlomljenog fragmenta nakon rehidracije; ukoliko se ne radi o složenom prijelomu dentin je zaštićen kalcijevim hidroksidom, ako je složeni prijelom, provodi se endodonska terapija. Terapija za jednostavne prijelome krunice i korijena zuba ista je kao i za jednostavne prijelome krunice; složeni prijelomi krunice i korijena se liječe na isti način kao i prijelomi korijena; kod prijeloma korijena bez nekroze fiksiraju se zubni fragmenti u trajanju od 3 tjedna do 2 mjeseca; kad imamo prijelom korijena s nekrozom prakticira se terapija liječenja korijena zuba.

Budući da trauma često ne bude prepoznata, kod prisutnosti potresa ne prakticira se nikakvo liječenje; kod subluksacije, kada postoji parodontalna lezija koja utječe na pomičnost zubi potrebno je odraditi devitalizaciju zuba; kod intruzijske luksacije zub često spontano reeruptira u luku, u protivnom potreban je ortodontski nadomjestak. Kada imamo slučaj ekstruzijske luksacije, zub se repositionira u alveolu unutar 48 sati od traume te nastavlja splintom u trajanju od 2-4 tjedna, ukoliko dođe do resorpcije korijena ili gubitka vitalnosti potrebno je liječiti kanal korijena; kod avulzije prakticira se tehnika replantiranja ukoliko je moguća.

U kliničkim slučajevima s traumama koje zahvaćaju kosti alveolarna struktura i zub koji se u njoj nalaze su ručno premješteni u ispravan niz uz pomoć tehnike splinta u trajanju od 4-8 tjedana; gubitak marginalnog pričvrstka kao i prijelom pregrade alveolarne kosti može zahtijevati operaciju presađivanja.

- **Kod nekih pacijenata je indicirana predprotetska kirurgija kako bi se kreirala ispravna morfologija kosti i sluznice ili odgovarajuća strukturalna potpora za uspješno pozicioniranje mobilne proteze.**

Kod višestrukih vađenja zubi zahvaćeno područje grebena zuba se mora regulirati. Ako se reguliranje mjesta ekstrakcije odvija u različitim periodima u odnosu na samu ekstrakciju zubi, nakon ubrizgivanja lokalne anestezije vrši se mukoperiostalni rez na vrhu bezubog grebena s pristupnim režnjem otvorenim pomoću rasteretnog reza.

Reguliranje koštanog tkiva posebnim svrdlom uz obilno hlađenje fiziološkom

otopinom koje omogućuje pristup grebenu. Režanj se zašiva pojedinačnim ili produžnim šavom.

Ako se pojavi koštana izraslina (egzostoza, torus) daje se lokalna anestezija na okolnom području operacijskog polja. Mukoperiostalni se rez pravi na udaljenosti od koštane izbočine. Ako operacijsko polje nije dobro vidljivo, potrebno je izvesti dva rasteretna reza. Ako se radi o koštanoj izbočini malih dimenzija, može se odraditi okoštavanje uz pomoć freze za kosti ili rašpe; međutim, ako je koštana izbočina većih dimenzija, koriste se rotirajući instrumenti pod obilnim navodnjavanjem.

Nakon okoštavanja potrebno je obaviti palpaciju kako bi uvidjeli da nema površnih nepravilnosti. Ako nastane višak pokrivaćeg mekog tkiva, potrebno ga je djelomično odstraniti. Režanj se zašiva pojedinačnim ili produžnim šavom.

Ako dođe do hipertrofije sluznice koju ne podupire kost, nakon ubrizgavanja lokalne anestezije obavlja se kirurško odstranjivanje pokretnog tkiva te se pravi neprekinuti i produžni šav. Kirurški zahvat se također indicira za uklanjanje fibrozne hiperplazije. Lezije malih dimenzija se liječe *per secundam*. U slučaju kad se obavlja ekscizija većih dimenzija, potrebno je izloženo područje zatvoriti presatkom sluznice ili kože. Preporuča se odraditi histološku analizu kako bi isključili prisutnost neoplastičnih stanica u tkivu.

Ukoliko alveolarna kost reapsorbira sa superficializacijom koštanog umetka, nalaže se produbljenje forniksa. Nakon lokalne anestezije pravi se rez na sluznici na mjestu spoja između pripojne i nepripojne gingive bez periosta. Supraperiostalna disekcija provodi se pomoću skalpela odvajajući mišićna vlakna od periosta. Disekcija se dovršava fiksiranjem mekih tkiva na periost u apikalnom dijelu uz pomoć resorbirajućih šavova. Područje krvarenja se cijeli *per secundam* ili se može zatvoriti presatkom sluznice.

- **Nalaz koji pokazuje cističnu leziju u gornjoj čeljusti zahtjeva pažljivo odrađenu dijagnozu i procjenu za definiranje ispravnog kirurškog liječenja.**

Ciste gorenje čeljusti endosne su neformacije maksile i mandibule koje pretežno sadrže tečan sadržaj, a sastoje se od stijenke vezivne ovojnice unutar koje se nalazi višeslojni epitel. Ciste su različitog podrijetla, a nakon što su pronađene potrebno je izvršiti poman klinički pregled kako bi se mogli ustanoviti uvjeti sluznice i zubi koje



je zahvatila lezija. U slučaju odontogene ciste mora se evidentirati karijes, pulpitis ili zahvaćeni zub. Potrebno je odraditi test vitalnosti pulpe zubi koji su zahvaćeni.

Točna se dijagnoza cističnih lezija utvrđuje na osnovi radiografskih pretraga. OPG daje sliku cijele lezije; njezinu lokalizaciju i podatke vezane za odnose s drugim važnim anatomskim strukturama. Za detaljniju sliku, npr. slika koje prikazuje podatke o istrošenosti mandibularnog konteksta, potrebno je odraditi *dentascan* CT *icone beam* CT.

Nakon što je dijagnoza uspostavljena, liječenje sa sastoji od cistektomije odnosno liječenja metodom Partsch II koja nalaže enukleaciju cistične stijenke, cistostomije ili metode Partsch I odnosno marsupijalizacije kojom se otvara cistična šupljina u usnoj šupljini, tako cistična šupljina postaje akcesorna šupljina u usnoj šupljini.

Cistektomija se izvodi kod bilo kojeg tipa cističnih lezije u nedostatku lokoregionalnih uvjeta koji ne zahtijevaju cistotomiju. Međutim, cistotomija se preferira kod mliječne i trajne denticije kada su zahvaćeni pupoljci trajnih zubi ili kada se, u prisutnosti folikularne ciste, odluči na popravak odgovornog zuba, kod jako starih pacijenata ili onih kojima propadaju zubi, kada nije potrebno obaviti odstranjivanje te kada zbog velikih dimenzija cistične lezije postoji rizik od puknuća mandibule tijekom ili poslije operacije te se također koristi kao preliminarni korak zacistektomiju.

Cilj terapije cistektomijom je enukleacija cijele cistične stijenke, što je najbolja moguća rehabilitacija funkcionalnosti i/ili morfologije operirane regije koja cijeli organizacijom i stvaranjem ugruška oko kojeg se formira nova kost unutar rezidualne šupljine. Zahvat se vrši pod lokalnom anestezijom određenog trajanja, ili općom, ovisno o opsegu cistične lezije, zahtjevnosti zahvata, riziku od intraoperativnih komplikacija, te suglasnosti pacijenta. Zubi koje je lezija zahvatila liječe se endodontskom preventivnom metodom. Zatim se pod odgovarajućim antibioticima nastavlja enukleacija cijele cistične stijenke pazeći na cjelovitost susjedskih struktura (sluznice koja oblaže nosne šupljine i maksilarni sinus, živčane stanice i žile). Gdje je potrebno, odrađuje se apikotomija zahvaćenih zubi i onog odgovornog (ako smeta za enukleaciju ciste) s intraoperacijskim endodontskim zatvaranjem odgovornog zuba i retrogradnom opturacijom ili se pristupa ekstrakciji zahvaćenih zubi koji se nemogu spasiti zbog manjka koštane potpore koja je nastala prije ili nakon operacije.

Uklonjena cistična stijenka stavlja se u 10%-tnu formalin otopinu za histološki pregled. Zahvat se završava potpunim zatvaranjem operacijskog područja. Prognostički aspekti nakon izvršene cistektomije su zacjeljivanje šupljine nakon enukleacije ciste, s minimalnim preostalim oštećenjem kostiju, većim u slučaju velikih cističnih lezija koje su zahvatile i vestibularni i oralni korteks; održavanje vitalnosti i stabilnosti zahvaćenih zuba, koji nisu endodontski liječeni u prije operativnoj fazi te su bili stabilni prije operacije; praćenje do potpune normalizacijekliničko-radiografske slike.

- **Kod prisutnosti neoformacija u usnoj šupljini, odlučujući faktori koji mogu utjecati na njihovo uklanjanje su: vrsta neoformacije (u odnosu na histološke i epidemiološke karakteristike s obzirom na postotak recidiva nakon konzervativnog liječenja), lokalizacija, dimenzije, zahvaćenost susjednih struktura (npr. vaskularni snopovi, maksilarni sinusi, nosne šupljine) te vrsta razvoja (središnji ili periferni).**

Dobročudne neoformacije mekih tkiva volumetrijska su širenja hiperplastične/hipertrofične prirode ili dobroćudni tumor (spor i neograničen rast, bez metastaze limfnih čvorova ili udaljenih metastaza, bez infiltracije krvnih žila ili živaca, diskretna periferna ograničenja) koji zahvaća sluznicu ili/i submukozu (mišićna, masna, žljezdana tkiva te ona koja čine vaskularne i živčane strukture).

Dobročudne neoformacije maksilarne kosti volumetrijska su širenja hiperplastične/hipertrofične, displastične prirode (spor i neograničen rast, bez metastaze limfnih čvorova ili udaljenih metastaza, bez infiltracije krvnih žila ili živaca, diskretna periferna ograničenja) koje zahvaćaju koštano tkivo maksilarne i mandibularne kosti s pretežito/isključivo izvankoštanom manifestacijom (periferni razvoj) ili pretežito/isključivo unutar-koštanom manifestacijom (središnji razvoj) ili pak imaju jednaku manifestaciju izvan i unutar kosti. Porijeklo neoformacija tumora nalazi se u kosti, krvnim žilama, živcima ili je najčešće odontogenog porijekla, ili pak nastaje u embrionalnom tkivu zuba. U potonjem slučaju mogu biti mezenhimske,ektodermalni ili miješane prirode, mogu i ne moraju sadržavati mineralizirani materijal različite morfologije te manifestiraju različit stupanj infiltracije zdrave zonekoštanog tkiva.

Kirurško liječenje gore navedenih neoplazija nalaže enukleaciju i/ili struganje koje uključuje uklanjanje neoplazija mekih i tvrdih tkiva uz potpuno očuvanje klinički zdravih susjednih tkiva i/ili eventualnim uklanjanjem 1-2 mm perilezionalnog tkiva; ekscizija odnosno uklanjanje neoplazija mekih tkiva obuhvaća i varijabilnu količinu klinički zdravog susjednog tkiva; resekcija ili uklanjanje neoplazija maksilarne i mandibularne kosti sa središnjim razvojem, obuhvaća varijabilan stupanj susjednog koštanog tkiva koje je klinički zdravo (0,5-1cm).

Kada govorimo o resekciji, možemo razlikovati marginalnu resekciju pomoću koje se odstranjuje lezija bez prekida kontinuiteta zahvaćenog segmenta kosti; parcijalnu resekciju koja omogućuje uklanjanje lezije s prekidom kontinuiteta zahvaćenog segmenta kosti (u mandibuli, od malog oštećenja kosti do hemimandibulektomijom); na posljeticu, potpunu resekciju s uklanjanjem lezija zajedno s cijelom zahvaćenom kosti (maksilektomija, mandibulektomija).

Navedenim kirurškim tehnikama cilj je eradikacija neoplazija, cijeljenje rane *per primam*, kada je moguće, potpuno prikrivanje kirurškog područja s pokrovnim epitelom i pripremom operacijskog područja za najbolju moguću funkcionalnu i estetsku rehabilitaciju.

Enukleacija se nalaže za maksilarne ciste i neoplazije mekih tkiva (npr. za lipome, mukokele/retencijske ciste, pleomorfni adenom manjih žlijezda slinovnica smješteni u nepripojnu sluznicu).

Kirurški postupak nalaže:

1. Perilezijsku anesteziju s vazokonstriktorima;
2. Uzdužni rez sluznice koja prekriva neoplaziju;
3. Uklanjanje neoplazija tehnikom disekcije tkiva prstima ili određenim instrumentom;
4. Reguliranje viška sluznice;
5. Šivanje;
6. Učvršćivanje dijela prije uzetog iz 10 %-tne fiziološke otopine formalina.
7. Sastavljanje detaljnog informativnog popisa za patologa.

Enukleacija struganjem indicirana je za odontogene nerecidivne tumore ili odontogene tumore s malom mogućnošću od unicističkih recidiva (npr. keratocistični odontogeni, složeni ili kombinirani odontomi, cementoblastom, odontogeni fibrom i ostali tumori koji omogućuju konzervativni kirurški pristup). Indikacije za ovakvu vrstu liječenja mogu se također odnositi na tumore koji su zahvatili kosti poput cemento-osificirajućeg fibroma, osteom, granulom s velikimstanicama, endoossealni hemangiom i eozinofilni granulom.

Kirurški postupak nalaže:

1. Preventivno endodontsko liječenje zahvaćenih zubi, koji se žele i/ili se mogu sačuvati.
2. Lokalna anestezija odgovarajućeg produženja i trajanja, ili opća, ovisno o proširenju neoformacije, operacijskog zahvata, rizika od komplikacija tijekom operacije te o pristanku pacijenta;
3. Antibiotску profilaksu;
4. Potpuno uklanjanje neoformacija, uz, koliko je moguće, očuvanje integriteta okolnih susjednih struktura (sluznica koja oblaže nosne šupljine i maksilarni sinus, živčane stanice i žile)
5. Eventualnu apikotomiju ili ekstrakciju zahvaćenih zubi kada ih nije moguće sačuvati zbog prije ili poslije operacijskog manjka koštane potpore;
6. Fiksiranje operiranog dijela u 10%-tnu fiziološku otopinu formalina;
7. Rekonstrukciju koštanog kontinuiteta u slušaju da bude prekinut;
8. Potpuno zatvaranje operacijskog polja;
9. Sastavljanje detaljnog informativnog popisa za patologa.

Ekscizija je indicirana za zahvate uklanjanje fibroma, papiloma/izrasline, hemangioma mekih tkiva, upalne i traumatične hiperplazije/hipertrofija. Ostale suindikacije su ameloblastom, miksom, recidiv ostalih neoformacija prije obrađene konzervativnim metodama. Kod ovakvih slučajeva resekcija se obavlja pomoću djelomične ili marginalne resekcije.

Kirurški postupak nalaže:

1. Perilezijsku anesteziju s vazokonstriktorima;
2. Orijentaciju dijela kojeg treba podići;
3. Stabilizaciju operacijskog područja;
4. Klinastu inciziju oralne sluznice eliptičnog oblika: na maloj osi te sa svake strane lezije, produžetak od oko 2-3 mm na klinički zdravom tkivu, sa sličnim produžetkom u dubinu, ispod lezije; na velikoj osi produžetak od 2 do 3 puta veličine male osi, ovisno šavu;
5. Šav s odvojenim slojevima u slučaju da zahvati submukozno područje ili/i iz estetskih/funkcionalnih motiva; nije potrebno u slučaju pripojne gingive (liječenje *per secundam* s kirurškim oblogom ili/i zaštitnom maskom)
6. Fiksiranje ranije odignutog dijela u 10%-tnoj fiziološkoj otopini formalina;
7. Sastavljanje detaljnog informativnog popisa za patologa.

Prognostički faktori za neoplazije mekih tkiva su nedostatak infiltracije marginalnih rubova klinički zdravih mekih tkiva; dobro zarastanje kirurške rane s minimalnim estetskim/funkcionalnim oštećenjima; kontinuirano kliničko praćenje ipomoćne pretrage (CT i MR) u razmaku od 6 mjeseci.

Za neoplazije maksilarne kosti prognostički su faktori zacjeljivanje šupljine nastale odstranjivanjem neoplazija sa zaostalim oštećenjem kosti koje može biti veće u slučaju zahvaćanja i korteksa, vestibulara i oralnog dijela obje kosti; održavanje vitalnosti i stabilnosti zahvaćenih zubi koji nisu endodontski liječeni prije operacije i stabilnost prije zahvata; semestralno praćenje do potpune normalizacije kliničko-radiografske slike te svako dvije godine u slučaju nastanka lezija koje mogu uzrokovati recidive.

Prisutnost kamenca žlijezda slinovnica u prednje dvije trećine kanala (ispred prvog molar donje čeljusti u slučaju submandibularne žlijezde), bez većeg oštećenja žljezdanog parenhima nalaže konzervativni kirurški pristup. Međutim, ako je žljezdani parenhim oštećen potrebno je odraditi odstranjivanje cijele zahvaćene žlijezde slinovnice ekstraoralnim putem (transkutanim).

Kamenci žlijezda slinovnica su konkreције sastavljene od kalcijevog klorida i organskih spojeva, najčešće lokalizirani u duktalnom sustavu velikih žlijezda

slinovnica, naročito u submandibularnoj i rijetko u parotidnoj. Klinička slika najčešće prikazuje grč u žlijezdi slinovnici koji se primarno manifestira kroz akutnu bol lokaliziranu u nadraženoj žlijezdi koja izgleda natečeno; grč (kolika) nastaje zbog spastične kontrakcije izazvane intraluminalnom opstrukcijom, obično na početku obroka kada je povećana funkcionalna potreba. Pojava intraduktalnih kamenaca može uzrokovati sialoadentis odnosno upalu, najčešće kroničnu no ponekada akutnu, žlijezda slinovnica zbog infekcije žljezdanog parenhima ascendentnim putem.

Cilj kirurškog liječenja kamenca u žlijezdi slinovnici bez zahvaćanja parenhima je potpuno odstranjivanje svih intraduktalnih formacija kamenca, sprečavanje pomicanja kamenca i njegovih fragmenata unutar kanala, stvaranje neostoma u skladu s kirurškim rezom izvedenim u razini sluznice i kanala sluznice, te održavanje prohodnosti neostoma kroz vrijeme. Kirurška intervencija zahtjeva dijagnostičku procjenu koja se zasniva na anamnezi koja pokazuje pred-prandijalne grčeve sluznice; na kliničkom pregledu palpacijom kamenca uz kombinaciju ekstra i intra- oralnih manevra; rendgenskom pregledu (u slučaju kamenca u submandibularnoj žlijezdi) s okluzijskom snimkom donje zubne arkade pomoću mekanih zraka te uz 50-75% manju vremensku izloženost od standardne (kao alternativa ili dodatni pregled uz ultrazvuk) i ultrazvuk kada je potrebno vizualizirati žljezdanu parenhimu i prisutnost konkreција unutar žlijezda te stražnje trećine kanala.

Uklanjanje kamenaca žlijezde slinovnice uvijek se obavlja kirurškim putem, osim ako se radi o konkreциjama od kamenca dijametra 1-2 mm koje se ponekada mogu ukloniti sialogogima, a povezanima s prisilnim širenjem duktalne papile za kanulaciju retrogradnim putem.

Zahvat nalaže:

1. Lokalnu anesteziju s vazokonstriktorima;
2. Postavljanje šava sa stražnje strane kamenca tako da se napravi stenoza koja ne sužava kanal i kako bi spriječilo pomicanje kamenca u natrag tijekom narednih operativnih faza;
3. Rez na oralnoj sluznici i na stijenkama kanala sukladno s kamencem;
4. Odstranjivanje svih konkreција kamenca;

5. Kombinirano bimanualno stiskanje žljezdanog tijela nakon uklanjanja prethodno stavljenog šava;
6. Šivanje režnja na kojem se nalazi rez na žlijezdi, sukladno s režnjem na kojem se nalazi rez kanala;
7. Umetanje i šav (2-3 dana) na mjestu medicinske tampon gaze, otprilike 1 cm unutar dijela kanala sa stražnje strane neostoma (4%).

Prognostički faktori su nestanak simptoma, istjecanje sline kroz neostomu, godišnjepraćenje prohodnosti neostome.

## 6. CONCLUSIONE

Il tema e l'obiettivo di questa tesi di laurea non è semplicemente creare le schede terminologiche e tradurre il capitolo *Chirurgia orale* del testo *Raccomandazione cliniche in odontostomatologia*, ma anche mostrare l'importanza della terminologia nel lavoro di un traduttore. Il linguaggio tecnico-scientifico si distingue dal linguaggio comune e richiede uno studio profondo sui temi diversi. Per poter tradurre correttamente bisogna sapere non solo l'equivalente di una parola, ma anche il contesto, la definizione, i sinonimi, talvolta l'origine, bisogna sapere il vero significato e il significante di un concetto. I termini scelti per le schede sono: neoformazione, cistostomia, splintaggio, marsupializzazione, fistola, curettage, formalina, dente incluso, esame istologico, OPT, germectomia, trisma, alveolite, frenulotomia, esostosi, pulpite, sinusite, comunicazione oro-entrante, lussazione laterale, scialoadenite.

Traducendo il testo ho usato i termini specializzati perché si tratta di un testo destinato ai dottori. Anche se possono esistere più equivalenti di un termine, scelgo il termine più appropriato per il pubblico. Le schede terminologiche mi hanno aiutato a tradurre il testo più rapidamente poiché leggendo molti articoli su un termine capisco il testo in profondità. Durante la creazione delle schede il problema più grande era di trovare la definizione giusta per i termini croati poiché anche se i termini sono menzionati nei manuali, i manuali consultati non offrono la definizione. Dopo la consultazione con alcuni odontostomatologi sono venuta a sapere che i dottori usano i termini in inglese quando non ci sono dei termini tradotti in croato, la maggior parte dei manuali che devono usare sono semplicemente tradotti dall'inglese (in generale). La terminologia odontostomatologica dovrebbe essere aggiornata regolarmente. La medicina come la tecnologia ogni giorno sviluppa quindi è necessario creare i nuovi termini che possono essere facilmente capiti in ogni lingua. Alcuni termini del linguaggio medico possono essere trovati nei diversi domini come chimica o biologia, quindi bisogna far attenzione all'inizio del processo della traduzione fino alla fine. È necessario di aggiornare la terminologia non solo per facilitare la comunicazione tra gli specialisti o per offrire la terminologia ai traduttori, ma anche per arricchire l'offerta linguistica.



## 7. RIASSUNTO

Il tema di questa tesi è la traduzione e l'estrazione dei termini dal capitolo *Chirurgia orale* del testo *Raccomandazione cliniche in odontostomatologia*. Nell'introduzione ho scritto sull'obiettivo della mia tesi, cioè sull'importanza del linguaggio scientifico e delle schede terminologiche che aiutano i traduttori non solo a tradurre, ma anche a capire la profondità del testo. Nella seconda parte dedicata alla metodologia ho scritto sui metodi che ho usato nel processo della traduzione e sulla creazione delle schede terminologiche. La terza parte tratta il linguaggio medico, la traduzione dei termini medici, la loro nascita e composizione. La maggior parte dei termini provengono dal greco o latino. Nella quarta parte sono stati elaborati dei termini tramite i campi dei loro equivalenti, definizioni, contesti, sinonimi, antonimi, collocazioni, dominio, sottodominio, iperonimi e iponimi. La quinta parte consiste del prototesto *Chirurgia orale*, facente parte del documento *Raccomandazione cliniche in odontostomatologia* e la sesta parte è la traduzione del testo in questione. Nell'ultima parte, cioè nella conclusione si fa riferimento ai punti principali e all'obiettivo della tesi.

Parole chiavi: terminologia, scheda terminologica, traduzione, medicina, odontostomatologia.

## **8. RACCOMANDAZIONI CLINICHE IN ODONTOSTOMATOLOGIA**

Il documento è disponibile sul sito :

[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1505](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1505)

MINISTERO DELLA SALUTE

**Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione**

### **RACCOMANDAZIONI CLINICHE IN ODONTOSTOMATOLOGIA**

#### **Chirurgia orale**

La chirurgia orale è la branca dell'odontostomatologia che si occupa della diagnosi e relativo trattamento chirurgico delle patologie che possono coinvolgere i tessuti molli e duri della cavità orale e gli elementi dentari. Sono di competenza, altresì, anche quei trattamenti ritenuti necessari per motivi preventivi e di ordine estetico.

#### **Diagnosi**

L'anamnesi medica è volta ad evidenziare qualsiasi condizione sistemica che possa interferire o condizionare, in qualche modo, la diagnosi ed anche il successivo trattamento chirurgico. È indispensabile indagare su precedenti ospedalizzazioni e/o interventi chirurgici, traumi e malattie croniche, patologie sistemiche maggiori o minori, presenza di allergie, utilizzo di farmaci, abitudini viziate (fumo di sigaretta, alcool, ..). L'anamnesi odontoiatrica remota è finalizzata ad individuare precedenti trattamenti odontoiatrici; quella prossima è, invece, orientata alla conoscenza della sintomatologia per la quale viene richiesto il trattamento, accertandone, qualora presente, la durata, l'area interessata, la periodicità, i fattori responsabili di esacerbazione e/o attenuazione.

L'obiettivo principale dell'esame clinico è formulare una corretta diagnosi al fine di individuare le necessità e le modalità terapeutiche più appropriate per il singolo paziente.

L'esame del paziente deve essere sia extra che intra-orale e può essere integrato con esami clinici e/o di laboratorio. Nell'esame extra orale l'operatore deve evidenziare eventuali asimmetrie, la presenza e l'estensione di tumefazioni della testa e del collo, linfadenopatie e la presenza di eventuali asimmetrie a carico dell'articolazione temporo-mandibolare.

Con l'esame intraorale l'operatore deve accertare il livello di igiene orale, le condizioni delle mucose orali, la presenza di tumefazioni, fistole o altre lesioni, le condizioni dei denti presenti, la situazione parodontale, la qualità dei restauri, eventualmente presenti.

Al fine di una diagnosi più puntuale, sono un ausilio valido, in chirurgia orale, alcuni esami strumentali quali le radiografie endorali, l'ortopantomografia (OPT), la tomografia computerizzata (TC), la risonanza magnetica (RMN) e l'ecografia.

Le Rx endorali permettono di evidenziare la struttura dentaria, il numero di radici e la loro anatomia; è possibile, inoltre, studiare la presenza di aree di osteolisi del periapice e/o lungo la radice dell'elemento dentario; risultano valide anche nei controlli post-operatori.

L'OPT costituisce l'esame di base in chirurgia orale perché permette di avere una visione di insieme dell'osso mascellare superiore ed inferiore, tutti gli elementi dentari e strutture anatomiche importanti come il canale mandibolare, il forame mentoniero, il seno mascellare.

Qualora l'immagine radiografica non sia sufficientemente indicativa e precisa è possibile effettuare una TC che consente di avere informazioni più puntuali dei tessuti duri. Per lo studio dei tessuti molli, invece, sono di ausilio la RMN e l'ecografia, che rappresentano validi strumenti per indagini più approfondite sull'articolazione temporo-mandibolare, sulle ghiandole salivari e sulle stazioni linfonodali. Gli esami radiografici indicati sono indispensabili secondo i criteri di giustificazione e appropriatezza.

Al fine di valutare eventuali alterazioni sistemiche, in occasione di interventi di chirurgia orale, sono utili gli esami ematochimici. Pre-operatoriamente, secondo le indicazioni fornite dall'anamnesi, si possono effettuare, infatti, esami ematici standard quali emocromo completo, VES, azotemia, glicemia, attività protrombinica, INR, tempo di tromboplastina parziale attivata e urine standard.

## **Indicazioni e controindicazioni al trattamento chirurgico**

Sono di competenza della chirurgia orale:

- estrazioni dentarie semplici;
- estrazioni dentarie complesse;
- estrazioni di elementi dentari in inclusione;
- germectomie;
- patologie sinusali odontogene;
- reimpianto e trapianto dentale;
- apicectomia con otturazione retrograda;
- esami biotici di tessuti molli e duri;
- asportazione di neoformazioni di tessuti molli e duri;
- asportazione di frenuli patologici;
- rimozione di calcoli salivari.

Le controindicazioni al trattamento chirurgico sono essenzialmente riconducibili allo stato di salute del paziente. In linea generale, come in tutte le discipline mediche, è controindicato effettuare interventi di chirurgia orale quando i benefici dell'intervento sono inferiori ai rischi dello stesso e, ovviamente, in tutti i pazienti che non forniscono il proprio consenso al trattamento.

Il paziente deve essere informato della diagnosi, della terapia, della presumibile prognosi e di eventuali trattamenti alternativi.

**- Le estrazioni devono essere limitate agli elementi dentari gravemente compromessi per carie, traumi, parodontopatie e cause endodontiche.**

**- La conservazione dell'osso crestale è dirimente nella decisione di effettuare un'estrazione, anche in considerazione della possibilità della sostituzione implantoprotesica dell'elemento dentario estratto e dell'importanza crescentedelle richieste estetiche orali dei pazienti.**

**- Prima di ogni estrazione è necessaria un'attenta valutazione preoperatoria da eseguirsi con anamnesi, esame clinico, esami radiografici e, ove necessario, esami ematochimici.**

**- L'estrazione di elementi dentari erotti completamente in arcata è raccomandata in tutte quelle condizioni in cui il dente non sia recuperabile in termini restaurativi, endodontici, parodontali ed ortodontici.**

Nello specifico, l'estrazione dentaria è indicata nelle seguenti condizioni: dente parodontalmente compromesso con mobilità elevata orizzontale e verticale e non recuperabile, dente con lesione cariosa non trattabile con metodi conservativi, riassorbimento radicolare esterno o interno non trattabile, trauma con frattura dell'elemento dentario non recuperabile, denti in rima di frattura ossea, denti associati a lesioni ossee o dei tessuti molli. Sono altresì indicazioni all'estrazione: motivi ortodontici e condizioni mediche o chirurgiche per cui si richieda l'estrazione come profilassi (trapianti d'organi, chemioterapia, terapia radiante, posizionamento di valvola cardiaca, inizio di terapia con bifosfonati...), rifiuto del paziente alla terapia conservativa, dente ectopico erotto.

Dopo somministrazione di anestesia locale (plessica o regionale), si inizia utilizzando dei sindesmotomi dritti o angolati. Una volta creato un piano di clivaggio si possono usare leve da estrazione per la completa lussazione dell'elemento dentario e, quindi, con la pinza più adatta all'elemento dentario in questione, si procede alla sua asportazione.

A volte, nel caso di un dente pluriradicolato, al fine di evitare fratture delle radici, è consigliata per prima cosa l'esecuzione della coronotomia. Nelle estrazioni dei denti in arcata, talora, si rende necessario elevare un lembo mucoperiosteico per migliorare la visibilità e l'accesso ad eventuali frammenti radicolari fratturati; in tal caso il lembo dovrà essere tanto ampio da consentire un adeguato accesso ed una giusta visibilità all'operatore.

— **In presenza di un elemento dentario con anatomia coronale e/o radicolare complessa che comporti particolari difficoltà tecniche sono necessari più approfonditi esami radiografici e l'esecuzione di un lembo d'accesso, prima di procedere a terapia estrattiva.** In questi casi, infatti, va attentamente valutata non solo la conformazione anatomica radicolare dell'elemento dentario da

estrarre ma anche i rapporti anatomici che possono intercorrere con strutture importanti quali il canale mandibolare, il forame mentoniero ed il seno mascellare.

La tecnica chirurgica per le estrazioni di denti con anatomia coronale e/o radicolare complessa può essere più o meno invasiva in base alla posizione del dente, alla quantità di tessuto dentario residuo ed ai suoi rapporti con le strutture anatomiche circostanti. È necessaria, solitamente, la programmazione, in fase preoperatoria, di un lembo di accesso all'area chirurgica e di un'anestesia locale per infiltrazione (plessica o tronculare). L'entità dello scollamento del lembo dipende dal tipo di difficoltà dell'estrazione del dente. In taluni casi, serve fare resezione ossea per facilitare un'eventuale odontotomia e per creare punti di leva favorevoli per la lussazione del dente stesso. Per la resezione ossea si utilizzano frese al carburo di tungsteno sotto costante irrigazione. Prima di procedere con l'estrazione, il dente deve essere ben lussato tramite sindesmotomi e/o leve, quindi, si procede all'avulsione usando pinze adatte. A fine estrazione verrà praticata la sutura.

**— Le indicazioni all'asportazione di un terzo molare in inclusione totale o parziale sono diverse a seconda che il dente sia o meno associato a segni o sintomi.**

Nel caso in cui il terzo molare sia sintomatico, le indicazioni cliniche all'estrazione sono rappresentate da pericoroniti, dente non recuperabile per carie, frattura, lesioni parodontali o endodontiche non trattabili, infezioni acute o croniche (ascessi e celluliti), anomalie della forma e della grandezza del dente tali da provocare delle malfunzioni e malposizione che provoca disagio.

In assenza di sintomatologia, le indicazioni all'estrazione sono: prevenzione di un danno parodontale sul secondo molare, facilitare una terapia parodontale, facilitare una riabilitazione protesica, facilitare movimenti ortodontici, presenza di un dente che si trova in una rima di frattura ossea, dente che si trova coinvolto in una zona di escissione neoplastica, interferenza del dente con chirurgia ortognatica e/o ricostruttiva, rimozione preventiva e/o profilattica in pazienti con problematiche

mediche maggiori o particolari condizioni chirurgiche o trattamenti terapeutici, rifiuto consapevole del paziente di un trattamento non chirurgico, nei soggetti che praticano sport con elevate probabilità di traumi (es. pugilato, sci, rugby, etc.), nei soggetti con meno di 25 anni di età per ridurre le probabilità di danno parodontale del secondo molare associate all'asportazione tardiva.

Come sempre, prima dell'estrazione è doverosa un'attenta valutazione pre-operatoria basata su un'anamnesi, un esame clinico per la valutazione extraorale (presenza di linfadenite satellite, tipo facciale ed apertura della bocca) ed una valutazione intraorale (presenza di edema, tumefazione e stato delle mucose). Inoltre, va evidenziata l'eventuale presenza di lesioni cariose sul dente che aggetta in arcata.

L'età del paziente può condizionare le indicazioni all'estrazione: fino al compimento della terza decade di età, un'eruzione parziale in buona posizione, con spazio sufficiente e senza patologia associata può, infatti, preludere ad un'eruzione completa. Importanti ed imprescindibili sono, inoltre, gli esami radiografici perché definiscono l'esatta posizione dell'elemento dentario ed i suoi rapporti di continuità con le strutture anatomiche adiacenti. L'esame radiografico di base è rappresentato dall'OPT; possono essere anche effettuate Rx endorali e, qualora fosse necessario avere informazioni più precise, la TC o la Rx tridimensionale a fascio conico.

In caso di estrazione del terzo molare inferiore, si esegue anestesia loco-regionale al nervo alveolare inferiore e la plessica e/o tronculare al buccinatore. Per l'estrazione del terzo molare superiore si esegue anestesia plessica. Se il dente è totalmente eretto si eseguono le stesse fasi operative che si utilizzano per le estrazioni semplici. Nel caso in cui l'elemento dentario sia parzialmente eretto o completamente incluso si esegue un'incisione mucoperiosteale con scollamento di lembo di accesso. Si effettua, quindi, una resezione ossea mediante una fresa a fessura o a pallina montata su micromotore o turbina chirurgica, sotto costante irrigazione. Successivamente, si esegue un'odontotomia mediante fresa a fessura montata su micromotore o turbina chirurgica e, per mezzo di leve, si procede alla lussazione dell'elemento dentario. Ad estrazione avvenuta si pratica una revisione dell'alveolo con un cucchiaio alveolare, irrigazione con soluzione fisiologica e si esegue la sutura.

**- Le indicazioni alla germectomia dei terzi molari sono quelle per l'asportazione dei terzi molari inclusi in giovanissima età.**

Si definisce germectomia l'asportazione di un dente non ancora completamente formato compreso il suo follicolo. Il germe è assimilabile al dente incluso quando i risultati attendibili la previsione di mancata o incompleta eruzione entro la terza decade di vita. La previsione è attendibile quando la mancanza di spazio è molto marcata, ma non quando lo spazio disponibile per il terzo molare è semplicemente limitato, anche in rapporto all'età o allo stato di sviluppo del paziente.

La procedura chirurgica comporta l'esecuzione di un lembo muco periosteale, l'osteotomia, l'odontotomia e la sutura.

- **È opportuno mettere in atto accorgimenti particolari per prevenire eventuali complicanze che possono insorgere dopo un intervento di chirurgia estrattiva e le dimissioni del paziente o adottare misure idonee per contrastarle in caso di loro isorrenza.**

La presenza di dolore presuppone la prescrizione di un'adeguata terapia farmacologica con antidolorifici ad azione periferica e/o ad azione centrale, FANS, oppioidi ed associazioni farmacologiche. È preferibile che l'assunzione avvenga prima della fine dell'effetto dell'anestesia locale e la terapia prosegua per un congruo numero di giorni in relazione all'entità dell'intervento, possibilmente in associazione ad un farmaco gastro-protettore.

La prevenzione dell'edema post-operatorio comporta l'adozione di procedure poco invasive, un minore scollamento dei tessuti, una delicata trazione dei tessuti molli durante la divaricazione, una limitazione delle incisioni periostali. È buona norma eseguire irrigazioni della parte trattata alla fine dell'intervento. Il trattamento con FANS e cortisonici è indicato nei casi di una chirurgia più invasiva. In presenza di edema, invece, il trattamento prevede l'utilizzo di impacchi con ghiaccio nelle prime 24 ore nella zona operata, applicati ad intervalli di 20 minuti associati all'eventuale somministrazione di antinfiammatori enzimatici.

La prevenzione del trisma si può ottenere con la riduzione dei tempi chirurgici ed una limitazione dello scollamento dei tessuti molli. Il trattamento, invece, prevede una dieta morbida e/o semiliquida, la fisioterapia dei muscoli masticatori e dell'ATM e farmaci antiflogistici e miorilassanti.



L'adozione di tecniche chirurgiche minimamente invasive, ove possibile, consente la prevenzione delle ecchimosi, mentre in caso di loro comparsa, è buona norma attendere la risoluzione spontanea per lento riassorbimento.

Le emorragie possono essere prevenute con lo scollamento sottoperiostale dei tessuti molli, la protezione dei tessuti molli dall'uso di strumenti manuali e rotanti e la dimissione del paziente dopo controllo dell'avvenuta emostasi. E' buona norma effettuare una compressione post-operatoria del sito trattato con garza, per 10 minuti dopo l'intervento e, prima della dimissione del paziente, verificare l'avvenuta emostasi. Inoltre, al paziente vanno date adeguate istruzioni post-operatorie. In caso di emorragie, il trattamento consiste nella compressione dell'area interessata con garze eventualmente imbevute di antiemorragico per 20 minuti, la verifica della stabilità del lembo d'accesso, mentre in caso di sanguinamento perdurante è opportuna una nuova sutura. Nell'ipotesi che il sanguinamento non possa essere controllato con le misure indicate il paziente va inviato alla più vicina struttura sanitaria ospedaliera.

La prevenzione degli ematomi è possibile con lo scollamento sottoperiostale dei tessuti molli e l'attento controllo dell'emostasi prima della dimissione del paziente. E' raccomandata la protezione dei tessuti molli quando vi sia il rischio di penetrazione con strumenti rotanti o taglienti. In caso di insorgenza di ematomi questi possono riassorbirsi spontaneamente mentre, qualora provochino ostruzione delle vie aeree, si rende necessaria l'ospedalizzazione del paziente ed un trattamento chirurgico d'urgenza di rimozione dell'ematoma e della causa dell'emorragia.

In presenza d'infezione acuta ed infiammazione è necessario evitare di iniziare un intervento di elezione. E' buona norma il rispetto delle norme di asepsi e sterilizzazione, profilassi antibiotica pre-operatoria quando indicata e l'uso di irriganti medicamentosi per prevenire eventuali infezioni. Nell'ipotesi di loro insorgenza, è necessaria un'adeguata terapia antibiotica associata a terapia antinfiammatoria e drenaggio dell'eventuale ascesso. L'ospedalizzazione è indicata nel caso d'infezioni che hanno invaso i piani superficiali e profondi e/o le logge e gli spazi cervico-facciali e che potrebbero provocare ostruzione delle vie aeree.

La prevenzione dell'alveolite è possibile mediante sedute d'igiene orale pre- operatorie, astensione dal fumo di sigaretta nel pre e post-operatorio, utilizzo minimo

di vasocostrittore. È opportuno, inoltre, sempre a fini preventivi, curettare e utilizzare irrigazioni con fisiologica alla fine dell'intervento, controllare la formazione del coagulo prima della dimissione del paziente e prescrivere antisettici orali nel periodopost-operatorio. Il trattamento dell'alveolite prevede, in anestesia, il curettage con irrigazione dell'alveolo assieme all'immissione nello stesso di sostanze antisettiche, garza iodoformica.

La pianificazione del trattamento chirurgico con adeguato imaging radiologico, l'esecuzione di corrette linee d'incisione e lo scollamento sottoperiostale consentono la prevenzione delle lesioni dei tronchi nervosi. In caso di loro insorgenza, il trattamento è variabile in base al quadro clinico. In generale, è consigliata terapia cortisonica associata a preparati vitaminici del gruppo B.

- **La presenza di una formazione ascessuale impone un pronto trattamento medico e/o chirurgico.**

L'ascesso è un processo infettivo acuto (o cronico) caratterizzato da una raccolta purulenta localizzata in una cavità neoformata. La forma acuta presenta una sintomatologia imponente con dolore intenso localizzato, che talvolta si irradia ad aree differenti. Tende a drenare attraverso i tessuti molli circostanti, cute o mucosa, creando un tramite fistoloso che si apre più frequentemente nel cavo orale, ma che può anche raggiungere la cute del viso e del collo dando origine poi, a guarigione avvenuta, a cicatrici talvolta deturpanti. Qualora la sola terapia medica non sia sufficiente, gli ascessi devono essere trattati chirurgicamente, così da favorire la fuoriuscita del materiale purulento e, quindi, la decompressione dell'area interessata, con conseguente eliminazione del dolore ed incremento della circolazione locale. Il drenaggio dell'ascesso si ottiene alternativamente con l'incisione dei piani superficiali cutanei o mucosi, con l'estrazione dentale, la terapia endodontica (anche chirurgica) o il trattamento parodontale del dente responsabile. L'incisione di un ascesso all'interno del cavo orale prevede, dopo un'anestesia per perfrigerazione, un'incisione minimale della mucosa, nella porzione più declive della tumefazione, che consenta la fuoriuscita del pus, successivamente favorita da una spremitura manuale di tipo centripeto. Ottenuto lo svuotamento, potranno essere eseguiti una revisione della cavità neoformata e lavaggi con materiale antisettico. Potrà, quindi,

essere inserito e lasciato in situ uno zaffo di garza medicata o un altro tipo di device al fine di garantire la continuità del drenaggio ed evitare la chiusura del tramite aperto chirurgicamente. Ciò, fintanto, che dalla ferita non fuoriuscirà più materiale purulento. Si esegue una terapia antibiotica inizialmente empirica e successivamente, se non c'è adeguata risposta, si effettua antibiotico terapia sulla base dell'antibiogramma.

- **In caso di sinusite odontogene, acute o croniche, va ricercata la causa e effettuata opportuna terapia medica e/o chirurgica.**

Il seno mascellare può contrarre rapporti di continuità con le radici di alcuni elementi dentari che per frequenza sono il primo molare, il terzo molare, il secondo molare, il secondo premolare, il primo premolare e il canino. Questa situazione rende possibile il verificarsi di una patologia sinusale infettiva e/o infiammatoria a partenza dentaria. L'interessamento flogistico e/o infettivo del seno mascellare può tuttavia avvenire anche in seguito ad estrazioni dentarie, ad endodonzia incongrua, a chirurgia implantare ed a superinfezione di altri processi patologici di origine dentaria. I quadriflogistici che coinvolgono il seno mascellare possono essere acuti o cronici ed il loro trattamento presuppone un'adeguata valutazione anamnestica (per rilevare la presenza di una paradentite apicale nella zona di interesse o una pregressa estrazione dentaria o un pregresso trattamento canalare o un trattamento chirurgico di posizionamento di impianti dentali). Con l'esame clinico va ricercata la presenza di un elemento dentario necrotico in corrispondenza della regione latero-posteriore, la sede di una pregressa estrazione, una rinorrea monolaterale e l'esacerbazione del dolore alla palpazione compressiva della fossa canina. L'anamnesi deve essere accompagnata da alcuni esami strumentali. Questi possono essere Rx ortopantomografia (OPT), radiografia dei seni nasali e paranasali, tomografia assiale computerizzata (TC).

La terapia delle forme acute è prevalentemente medica e si basa sull'utilizzo di antibiotici per 7-10 giorni, di antiinfiammatori, di cortisone e/o terapia aerosolica di tipo otorinolaringoiatrica. La terapia delle forme croniche, che non necessitano di una soluzione chirurgica, si basa sull'utilizzo di antibiotici, immunostimolanti, antistaminici, spray di corticosteroidi ad uso topico, lavaggi nasali con soluzioni

idrosaline, terapie inalatorie con farmaci o acque termali. Le sinusiti odontogene acute e subacute resistenti alla terapia medica e le complicanze delle sinusiti croniche con poliposi intrasinusale vanno trattate con interventi che possono essere eseguiti per via endoscopica, all'interno delle fosse nasali, con l'utilizzo di strumenti a fibre ottiche, oppure con accesso esterno dalla parete anteriore del seno mascellare (intervento di Caldwell Luc).

La terapia sul seno mascellare va associata a terapia etiologica che consiste nel trattamento della causa che ha determinato la sinusite (corpi estranei endosinusal, parodontopatia apicale, sovra infezioni di patologie odontogene a sviluppo endosinusale, cause iatrogene ..... ).

- **La presenza di una comunicazione oro-antrale impone il trattamento nell'arco di 24-72 ore.**

La comunicazione oro-antrale è un'apertura patologica tra cavità orale e seno mascellare a eziologia varia che, se non trattata, porta alla formazione di una fistola oro-antrale, costituita da un tramite parzialmente o totalmente epitelizzato, frequentemente associato ad una flogosi della mucosa sinusale. La comunicazione fra il seno mascellare ed il cavo orale può essere trattata mediante un'eventuale osteoplastica, apposizione di tessuti e sutura. In caso, invece, di fistola oro-antrale, il trattamento chirurgico è preceduto e seguito da un trattamento antibiotico, antiinfiammatorio e mucolitico che può essere sia sistemico, sia topico tramite aerosol. La terapia chirurgica prevede l'utilizzo di appositi lembi a seconda della grandezza e della posizione della fistola. I lembi più comunemente usati sono quelli trapezoidali a scorrimento vestibolare o quelli a rotazione dal palato; entrambi prevedono la rimozione del tragitto fistoloso epitelizzato e una chiusura in eccesso che riduca le probabilità di riapertura. Quando è presente una sinusite cronica o subacuta per fistole inveterate si impone la revisione chirurgica del seno mascellare con opportuna terapia medica di supporto, in quanto in questi casi, qualsiasi tecnica tendente alla sola chiusura della fistola non riuscirebbe ad essere risolutiva. Può essere previsto anche l'utilizzo contemporaneo di membrane riassorbibili o innesti di osso autologo.

- **In chirurgia orale è necessario tenere in considerazione i fattori che possono influenzare negativamente la guarigione dei tessuti.**

I processi riparativi o di cicatrizzazione messi in atto dall'organismo in presenza di ferite chirurgiche o accidentali consistono nella formazione di nuovo tessuto connettivo, risultato dell'evoluzione di tessuto di granulazione in tessuto cicatriziale. Diversi sono i fattori che possono influenzare negativamente i processi di guarigione: fattori generali come le infezioni sistemiche, le malattie debilitanti, i tumori maligni, le terapie con farmaci steroidei, un'alterata risposta immunitaria e fattori locali come materiale estraneo, tessuto necrotico, tensione ed ischemia del lembo, infezione.

- **Il filo di sutura deve avere caratteristiche biomeccaniche ideali, in relazione alla maneggevolezza, alla biocompatibilità ed alla capacità di ritenere nel tempo la resistenza alla tensione. Gli aghi da utilizzare sono quelli atraumatici.**

La sutura prevede alcune differenze a seconda del tipo di ferita (le ferite chirurgiche orali possono essere da taglio, da lacerazione e lacero-contuse, con e senza perdita di sostanza), ma in tutte è di prassi la detersione e disinfezione della ferita con soluzioni antisettiche e l'emostasi quando presente un gemizio arteriolare. Nella ferita da taglio è da preferire una sutura a punti staccati che cominci dal centro e si estenda poi ai due lati fino ad un completo affrontamento dei margini. Nella ferita da lacerazione o lacero-contusa senza perdita di sostanza è, invece, importante regolarizzare i margini in modo che possano essere affrontati ricostruendo quanto più è possibile l'originale architettura della zona. Nelle ferite lacerocontuse con perdita di sostanza è auspicabile il tentativo di limitare quanto più è possibile, con la sutura, l'area di guarigione per seconda intenzione.

- **In presenza di un elemento dentario incluso, privo di potenziale eruttivo o con difficoltà di eruzione spontanea per posizione sfavorevole della radice, il trattamento elettivo è quello di guidare l'elemento dentario in arcata, previa esposizione chirurgica.**

Prima di dare seguito al procedimento chirurgico, è buona norma un'attenta valutazione preoperatoria con esami radiografici. Sono indispensabili per definire la posizione del dente incluso e la presenza di complicanze locali (cisti, riassorbimenti radicolari ...).

Vanno effettuati in base ai rilievi clinici e in modo personalizzato in ordine crescente di approfondimento diagnostico: Rx endorale, OPT, Rx cranio in proiezione latero-laterale, Rx endorale oclusale, TC con ricostruzione

tridimensionale. Obiettivo della procedura chirurgica è di esporre la corona per applicare il mezzo di ancoraggio necessario alla trazione ortodontica. Due sono le tecniche: la tecnica di eruzione a cielo aperto e la tecnica di eruzione a cielo coperto. Con la prima si espone il dente all'ambiente orale con rimozione della mucosa o/e dell'osso che lo ricoprono. Può essere eseguita con: 1) opercolizzazione, utile in denti posizionati superficialmente in sede palatina ricca di gengiva aderente, nei casi in cui l'elemento incluso sia superficiale e distante dalla linea muco gengivale; 2) lembo a posizionamento apicale, metodica indicata negli elementi posizionati vestibolarmente, in prossimità della linea mucogengivale, che assicura una corretta copertura di gengiva aderente. Con la tecnica di eruzione a cielo coperto, dopo l'esposizione e il posizionamento del dispositivo di trazione, i tessuti molli vengono riposizionati in sede iniziale e suturati. Il mezzo di trazione emerge dall'incisione e i movimenti dentali, non valutabili clinicamente, debbono essere monitorati radiograficamente. Il dente è guidato in arcata attraverso un'area di gengiva aderente come nelle normali eruzioni.

Ambedue le tecniche richiedono un'anestesia per infiltrazione che, in base alla posizione dell'elemento, può essere plessica o tronculare. L'ectopia dentaria può richiedere qualche modifica della tecnica anestesiológica in considerazione della dislocazione dell'apice dentario e secondariamente del fascio vascolo nervoso.

Il disegno del lembo di accesso sarà in relazione alla tecnica chirurgica scelta e alla localizzazione del dente. Dopo lo scollamento del lembo, di dimensioni adeguate al controllo del campo operatorio, si individua la corona che può essere in inclusione sottomucosa o ossea; nel primo caso, dopo l'incisione, si effettua lo scollamento esponendo la corona. Se, invece, l'inclusione è ossea, si localizza la corona dentaria, si prosegue con la rimozione dell'osso che la ricopre con strumenti rotanti o manuali. È bene cominciare dalla porzione più superficiale, senza danneggiare lo smalto e nel rispetto delle strutture adiacenti. L'esposizione della corona deve rispettare il follicolo dentario senza estendersi oltre alla giunzione amelo-cementizia, affinché questo, durante l'eruzione, si unisca all'epitelio di rivestimento della mucosa orale. Dopo applicazione del mezzo di trazione ortodontica e al termine dell'intervento, la sutura deve essere eseguita per posizionare il lembo e consentire al filo di trazione di passare senza traumatizzare i tessuti. Nella tecnica a cielo coperto la sutura sospesa consente un corretto adattamento del lembo vestibolare. Per il lembo palatino si

consigliano punti staccati. Il lembo a posizionamento apicale viene suturato apicalmente all'attacco ortodontico con punti periostali riassorbibili.

- **In presenza di frenulo, vanno valutate le indicazioni all'intervento chirurgico che possono essere ortodontiche, parodontali, protesiche, ed estetiche.**

E' definito frenulo una plica fibro-mucosa che collega le guance, le labbra o la lingua alla mucosa alveolare. Si distinguono due frenuli mediani (sup. e inf.), quattro vestibolari laterali localizzati al livello dei premolari (due superiori e due inferiori) e uno linguale.

Il frenulo mediano superiore è considerato anomalo quando ha un attacco papillare (è inserito sul lato vestibolare della papilla interincisiva) e quando ha un attacco trans papillare (il frenulo attraversa la papilla interincisiva e si inserisce sul versante palatino). L'intervento chirurgico può essere una frenulotomia (resezione del frenulo) o una frenulectomia (rimozione completa del frenulo). La tecnica chirurgica prevede l'esecuzione di due incisioni in corrispondenza delle basi di inserzione. La sutura a punti staccati della sola porzione superiore prevede la chiusura del lembo in mucosa alveolare, mentre la porzione della ferita in gengiva aderente non suturata viene lasciata guarire per seconda intenzione.

Il frenulo mediano inferiore è una piega mucosa a partenza dalla superficie interna del labbro fino al processo alveolare inferiore con inserzione alla papilla interincisiva. In caso di indicazioni alla chirurgia, che possono essere parodontali e protesiche, la tecnica chirurgica più utilizzata è la frenulotomia con incisione in corrispondenza del versante alveolare del frenulo e guarigione per seconda intenzione.

Il frenulo linguale si definisce patologico quando la sua inserzione è situata in prossimità dell'apice della lingua, sì da ridurre la mobilità. Le indicazioni all'intervento sono ortodontiche, foniatriche, protesiche, parodontali. La tecnica chirurgica prevede l'asportazione del frenulo con particolare attenzione al rispetto delle numerose strutture anatomiche presenti sul pavimento della bocca, (dotti di Wharton, dotti di Bartolini, caruncole sublinguali, plesso venoso sublinguale).

Dopo infiltrazione di anestetico locale in sede paramediana nel pavimento orale, il frenulo viene clampato con pinza emostatica e viene praticata un'incisione

orizzontale perpendicolare al frenulo stesso. La lama del bisturi è mantenuta a contatto con la pinza emostatica e viene fatta scorrere fino alla plica sublinguale. Conforbici smusse si procede alla dissezione delle fibre sottomucose, si suturano, quindi, i margini della ferita con filo riassorbibile e punti staccati. Gli effetti dell'intervento si valutano con la mobilità della lingua.

- **I traumi dentari devono essere sempre considerati una condizione di emergenza ed essere trattati immediatamente al fine di alleviare il dolore, facilitare la riduzione dei denti dislocati, migliorare la prognosi.**

Spesso in caso di traumi dento-alveolari vi è il coinvolgimento dei tessuti molli cutanei e mucosi (labbra, mucosa gengivale, frenuli, più raramente lingua). Si possono avere contusioni, abrasioni, lacerazioni, lesioni penetranti.

I traumi ai tessuti duri dentali (secondo OMS) consistono in infrazioni coronali (presenza di microfratture o linee di frattura), fratture coronali semplici (è interessato solo lo smalto come nei bordi degli incisivi), fratture coronali non complicate (quando vi è interessamento dello smalto e dentina senza avere esposizione pulpare), fratture coronali complicate (quando si ha esposizione della polpa), fratture corono- radicolari non complicate (il trauma interessa sia la corona che la radice senza esposizione pulpare), fratture corono-radicolari complicate (il trauma interessa la corona e la radice e si ha interessamento pulpare), fratture radicolari (il trauma interessa la radice del dente con frattura del terzo apicale, del terzo medio e del terzo coronale).

I traumi dei tessuti di sostegno sono: concussione, sublussazione, lussazioni estrusive, lussazioni laterali, lussazioni intrusive, avulsioni traumatiche. Nella concussione e sublussazione è presente una leggera mobilità, a volte dolore alla percussione o alla semplice pressione. Nella lussazione intrusiva il dente risale all'interno del processo alveolare fratturandolo. Nella lussazione estrusiva si ha fuoriuscita parziale di un elemento dal suo alveolo. Le lussazioni laterali sono similiali lussazioni verticali, ma allo spostamento verticale si abbina uno spostamento laterale. Nell'avulsione l'elemento si allontana dall'alveolo naturale.

Le lesioni che coinvolgono il tessuto osseo possono consistere in una frattura comminuta dell'alveolo (frantumazione con compressione dell'osso alveolare; questa situazione si trova associata con la lussazione laterale e la lussazione intrusiva); frattura della parete dell'alveolo (limitata alla parete vestibolare o linguale); frattura



del processo alveolare (che può coinvolgere o meno l'alveolo); frattura della mandibola o del mascellare (interessa la base della mandibola o del mascellare spesso i processi alveolari; la frattura può interessare o no l'alveolo).

La diagnostica delle sopra esposte condizioni prevede un esame clinico che consiste nella valutazione e palpazione dei tessuti traumatizzati, nel controllo del cavo orale con ricerca di corpi estranei, nel controllo dell'eventuale mobilità dentale in senso sagittale e verticale, nel rilievo di anomalie nell'occlusione. Vanno associati test di vitalità e reazione dentale: dopo il trauma può verificarsi un'assenza temporanea della vitalità dovuta allo shock post traumatico del fascio vascolo nervoso; occorre ripetere la prova periodicamente che potrebbe ritornare positiva anche dopo 5-6 mesi. Importante, poi, è la valutazione radiografica attraverso l'uso di Rx endorali, occlusali o iuxtagengivali o l'ortopantomografia. Si raccomandano sempre 2 proiezioni radiografiche. La TC cone beam permette di evidenziare linee di frattura sull'osso alveolare nelle zone del setto interdentale altrimenti non evidenziabili con Rx tradizionali. Nell'ipotesi che si sospetti inalazione di corpo estraneo è consigliata l'esecuzione di una RX torace.

La terapia prevede la detersione con soluzione fisiologica delle ferite della mucosa orale traumatizzata, disinfezione, revisione alla ricerca di eventuali corpi estranei e frammenti ossei e loro rimozione, controllo del sanguinamento e sutura dei tessuti molli. Occorre, inoltre, verificare la presenza o meno di copertura antitetanica.

La presenza di fratture coronali semplici prevede la levigatura e l'arrotondamento dell'area interessata; in caso di fratture coronali, invece, si procede alla ricostruzione con materiali estetici o all'eventuale riattacco del frammento fratturato dopo reidratazione; se la frattura non è complicata si protegge la dentina con idrossido di calcio, se è complicata occorre la terapia endodontica. In presenza di fratture corono-radicolari non complicate il trattamento è uguale a quello delle fratture coronali non complicate; le fratture corono-radicolari complicate si trattano come le fratture radicolari; nelle fratture radicolari senza necrosi si fissano i frammenti dentari per 3 settimane fino a 2 mesi; in caso di fratture radicolari con necrosi si esegue la terapia canalare dell'elemento dentario.

In presenza di concussione non si esegue alcuna terapia, spesso il trauma resta misconosciuto; nelle sublussazioni quando abbiamo una lesione parodontale con mobilità dentaria, si deve devitalizzare il dente; nelle lussazioni intrusive frequentemente l'elemento dentario erompe di nuovo spontaneamente in arcata, in

alternativa è necessaria una guida ortodontica. In caso di lussazioni estrusive si riposiziona il dente nell'alveolo preferibilmente entro le 48 ore dal trauma, si procede con splintaggio per 2-4 settimane, eventuale terapia canalare se c'è riassorbimento radicolare o perdita di vitalità; le avulsioni traumatiche prevedono tecniche di reimpianto, ove possibile.

In casi clinici con traumi che prevedono un interessamento osseo, la struttura alveolare ed i denti in essa contenuti vanno riposizionati manualmente in corretto allineamento con splintaggio, che va mantenuto 4-8 settimane; la perdita di supporto di osso marginale, situazione comune in caso di frattura della parete ossea alveolare, può rendere necessaria una chirurgia con innesti.

- **In alcuni pazienti, al fine di creare una corretta morfologia osteo-mucosa ed un adeguato supporto strutturale per il successivo posizionamento di una protesi mobile, è indicata la chirurgia preprotetica.**

In caso di estrazioni dentarie multiple, l'area crestale interessata deve essere regolarizzata. Se la regolarizzazione delle sedi estrattive è effettuata in tempi diversi rispetto alle estrazioni stesse, dopo anestesia locale della zona interessata, si esegue un'incisione mucoperiosteale sull'apice della cresta edentula con apertura di un lembo di accesso, eventualmente disegnato con incisioni rilascianti. L'accesso alla cresta consente la regolarizzazione del tessuto osseo con apposite frese sotto abbondante irrigazione. Il lembo viene, quindi, suturato con punti singoli o con sutura continua.

In caso di protuberanze ossee (esostosi, tori) viene praticata anestesia locale nell'area circostante la zona di intervento. L'incisione mucoperiosteale deve essere eseguita a distanza dalla protuberanza ossea. Se l'area d'intervento non è ben visualizzata devono essere praticate due incisioni di rilascio. Quando la protuberanza ossea è di piccole dimensioni il rimodellamento può essere effettuato con lime da osso o raspe; quando, invece, la protuberanza ossea è di dimensioni maggiori è possibile l'utilizzo di strumenti rotanti sotto abbondante irrigazione. Dopo avere effettuato il rimodellamento osseo deve essere praticata una palpazione per valutare che non persistano irregolarità superficiali. In caso sia presente un eccesso dei tessuti molli sovrastanti è necessaria una loro parziale asportazione. Il lembo è suturato con punti singoli o con sutura continua.

In presenza di ipertrofie mucose non sostenute da osso, dopo aver effettuato l'anestesia locale, si eseguono l'escissione chirurgica del tessuto mobile e una sutura a punti staccati o continua. L'intervento chirurgico è indicato anche per l'eliminazione di iperplasie fibrose. Le lesioni di dimensioni limitate guariscono per seconda intenzione. Nel caso di escissioni tissutali di grandi dimensioni è necessario ricoprire l'area esposta con innesti mucosi o cutanei. E' consigliato effettuare un'analisi istologica per escludere la presenza di tessuto neoplastico.

Nel caso in cui il processo alveolare sia riassorbito con conseguente superficializzazione delle inserzioni muscolari è indicato l'intervento di approfondimento di fornice. Dopo anestesia locale, si effettua un'incisione mucosa al livello della giunzione tra la mucosa aderente e quella non aderente, senza coinvolgere il periostio. Si effettua una dissezione sopraperiosteale mediante una lama di bisturi, distaccando le fibre muscolari dal periostio. La dissezione è completata mediante la fissazione dei tessuti molli al periostio, in una porzione più apicale, con punti di sutura riassorbibili. L'area cruentata può essere lasciata guarire per seconda intenzione o può essere ricoperta da un innesto mucoso.

- **Il reperto di una lesione cistica nelle ossa mascellari impone un'attenta diagnosi e un'attenta valutazione in merito al tipo di trattamento chirurgico da seguire.**

Le cisti dei mascellari sono neoformazioni prevalentemente endosse delle ossa mascellari e della mandibola, a contenuto prevalentemente fluido, costituite da una parete fibroconnettivale rivestita all'interno da un epitelio pluristratificato. Hanno origini diverse e, una volta repertate, è necessario un attento esame clinico volto ad evidenziare la condizione delle mucose e degli elementi dentari che si trovano in concomitanza della lesione. Nel caso di cisti odontogene è necessario evidenziare carie o pulpiti oppure elementi dentari compromessi. Dovrebbero essere praticati i test di vitalità pulpare degli elementi dentari coinvolti. La diagnosi puntuale delle lesioni cistiche viene effettuata sulla base di esami radiografici. L'OPT permette di evidenziare la lesione nel suo insieme; fornisce la localizzazione e le informazioni circa i rapporti con strutture anatomiche importanti. Per maggiori dettagli, quali, ad

esempio, la puntuale verifica di usura delle corticali mandibolari è consigliato effettuare la TC dentaScan o la TC cone beam.

Una volta posta diagnosi, il trattamento consiste nella cistectomia o intervento di Partsch II che prevede l'enucleazione dell'intera parete cistica o nella cistotomia o intervento di Partsch I o marsupializzazione che comporta l'apertura della cavità cistica nel cavo orale, ovvero la cavità cistica diventa una cavità accessoria del cavo orale.

La cistectomia è eseguita in tutte le lesioni cistiche in assenza di condizioni loco- regionali che non indichino la cistotomia. Quest'ultima, invece, è da preferirsi in dentizione decidua o mista, quando siano coinvolte le gemme dei denti permanenti o quando, in presenza di una cisti follicolare, si decida il recupero dell'elemento dentario responsabile o in pazienti molto anziani o defedati, in cui non è indicato un intervento demolitivo o quando, per le dimensioni eccezionali della lesione cistica, vi sia il rischio reale di frattura mandibolare intra o postoperatoria e come step preliminare di una successiva cistectomia.

Con la cistectomia l'obiettivo terapeutico è l'enucleazione dell'intera parete cistica, la migliore riabilitazione possibile della funzionalità e/o morfologia della regione sottoposta ad intervento con la guarigione per organizzazione ed ossificazione del coagulo all'interno della cavità residua. L'intervento è preceduto da un'anestesia locale di estensione e durata adeguate, o generale, in relazione all'estensione della lesione cistica, all'impegno operatorio, ai rischi di complicanze intra-operatorie e all'acompliance del paziente. In presenza di elementi dentari coinvolti nella lesione questi vanno trattati endodonticamente in maniera preventiva. Quindi, sotto adeguata copertura antibiotica, si procede alla completa enucleazione della parete cistica con mantenimento dell'integrità delle strutture limitrofe (mucose di rivestimento delle fosse nasali e del seno mascellare, tronchi nervosi e vasi). Ove necessario, si esegue l'apicectomia dei denti coinvolti e di quello responsabile (se di ostacolo all'enucleazione della cisti) con chiusura endodontica intra-operatoria di quest'ultimo ed otturazione retrograda o si procede alla estrazione dei denti coinvolti che non possono essere conservati per deficit di supporto osseo pre-operatorio o conseguente all'intervento. La parete cistica rimossa viene fissata in formalina al 10% per l'esame istologico. L'intervento si conclude con la completa ricopertura

dell'area chirurgica. Gli aspetti prognostici della cistectomia sono la guarigione della cavità conseguente all'enucleazione della cisti, con minimo difetto dell'osseo residuo, più ampio in caso di vaste lesioni cistiche che abbiano coinvolto entrambe le corticali sia vestibolari che orali; il mantenimento della vitalità e della stabilità dei denti coinvolti, non trattati endodonticamente in fase pre-operatoria e stabili prima dell'intervento; il follow-up fino alla completa normalizzazione del quadro clinico- radiografico.

- **In presenza di neoformazioni del cavo orale, i fattori decisionali che possono influenzarne l'asportazione sono: il tipo di neoformazione (in relazione alle sue caratteristiche istologiche ed epidemiologiche per quanto concerne la percentuale di recidiva dopo trattamento conservativo), la localizzazione, le dimensioni, il coinvolgimento di strutture adiacenti (per es. fasci vasculonervosi, seni mascellari, fosse nasali) ed il tipo di sviluppo (centrale vs periferico).**

Le neoformazioni benigne dei tessuti molli sono aumenti volumetrici di natura iperplastica/ipertrofica o tumorale benigna (crescita lenta e illimitata, assenza di metastasi linfonodali ed a distanza, assenza di infiltrazione vascolare e nervosa, discreta delimitazione periferica) che interessano la mucosa o/e la sottomucosa (tessuti muscolare, adiposo, ghiandolare e quelli costituenti le strutture vascolari e nervose).

Le neoformazioni benigne delle ossa mascellari sono aumenti volumetrici di natura iperplastica/ipertrofica, displastica (crescita autolimitante, assenza di delimitazione periferica) o tumorale benigna (crescita lenta e illimitata, assenza di metastasi linfonodali e a distanza, assenza di infiltrazione vascolare e nervosa, discreta delimitazione periferica) che interessano il tessuto osseo delle ossa mascellari e della mandibola, con estrinsecazione prevalentemente/esclusivamente extraossea (sviluppo periferico) o prevalentemente/esclusivamente endossea (sviluppo centrale) o con equivalente coinvolgimento extra ed endosseo. L'origine delle neoformazioni di natura tumorale è ossea, vascolare, nervosa o più frequentemente odontogenica, ossia a partenza dai tessuti embrionali del dente. In quest'ultimo caso possono essere di natura mesenchimale, ectodermica o mista, possono o meno contenere materiale

mineralizzato più o meno morfodifferenziato e manifestano un variabile grado di infiltrazione del tessuto osseo sano contiguo.

Il trattamento chirurgico delle neoformazioni sopra menzionate prevede l'enucleazione e/o curettage che consiste nell'asportazione della neoformazione dei tessuti molli o duri con totale preservazione dei tessuti limitrofi clinicamente sani e/o con eventuale successiva asportazione di 1-2 mm di tessuto peri-lesionale; l'escissione ovvero l'asportazione della neoformazione dei tessuti molli comprendente una quantità variabile di tessuto limitrofo clinicamente sano; la resezione ovvero l'asportazione di neoformazione delle ossa mascellari o della mandibola, a sviluppo centrale, periferico o misto, comprendente un variabile grado di tessuto osseo limitrofo clinicamente sano (0,5-1 cm).

Nell'ambito della resezione, possiamo distinguere una resezione marginale che consiste nell'asportazione della lesione senza interruzione della continuità del segmento osseo interessato; la resezione parziale che prevede l'asportazione della lesione con interruzione della continuità del segmento osseo interessato (nella mandibola, da un piccolo difetto osseo residuo ad un'emi-mandibolectomia); infine, la resezione totale con l'asportazione della lesione insieme con l'intero osso interessato (maxillectomia, mandibolectomia).

Le tecniche chirurgiche indicate hanno come obiettivi l'eradicazione della neoformazione, la guarigione per prima intenzione, quando possibile, mediante completa ricopertura dell'area chirurgica con tessuti di rivestimento e la predisposizione dell'area d'intervento alla migliore riabilitazione funzionale ed estetica.

L'intervento di enucleazione è indicato per cisti mascellari e neoformazioni dei tessuti molli (per es. lipomi, mucoceli/cisti da ritenzione, adenomi pleomorfi delle ghiandole salivari minori localizzati in mucosa non aderente).

La tecnica chirurgica prevede:

1. anestesia peri-lesionale con vasocostrittore;
2. incisione longitudinale della mucosa sovrastante la neoformazione;
3. asportazione della neoformazione per via smussa;
4. regolarizzazione della mucosa in eccesso;

5. sutura;
6. fissazione del pezzo prelevato in formalina tamponata al 10%;
7. compilazione di una dettagliata scheda informativa per il patologo.

L'intervento di enucleazione con curettage è indicato per tumori odontogeni non recidivanti o tumori odontogeni a basso rischio di recidiva unicistici (es. tumore cheratocistico odontogenico, odontomi complessi o composti, cementoblastoma, fibroma odontogenico, ed ogni altro tumore che consentano in prima istanza un approccio chirurgico conservativo). Le indicazioni a questo tipo di trattamento possono riguardare anche tumori ad interessamento osseo di tipo non odontogeni come il fibroma cemento-ossificante, l'osteoma, il granuloma a cellule giganti, gliemangiomi endossei e il granuloma eosinofilo.

La tecnica chirurgica prevede:

1. 1.trattamento endodontico preventivo degli elementi dentari coinvolti, che si vogliano o/e si possano conservare;
2. anestesia locale, di estensione e durata adeguate, o generale, in relazione all'estensione della neoformazione, all'impegno operatorio, ai rischi di complicanze intra-operatorie e alla compliance del paziente;
3. profilassi antibiotica;
4. completa asportazione della neoformazione, se possibile con mantenimento dell'integrità delle strutture limitrofe (muose di rivestimento delle fosse nasali e del seno mascellare, tronchi nervosi e vasi);
5. eventuale apicectomia o estrazione dei denti coinvolti, quando non mantenibili per deficit di supporto osseo pre-operatorio o conseguente all'intervento;
6. fissazione del reperto operatorio in formalina al 10% per l'esame istologico;
7. ricostituzione della continuità del segmento osseo nel caso questa sia stata interrotta;
8. completa ricopertura dell'area chirurgica;
9. compilazione di una dettagliata scheda informativa per il patologo.

L'intervento di escissione è indicato per interventi di asportazione di fibromi, papillomi/verruche, emangiomi dei tessuti molli, iperplasie/ipertrofie infiammatorie e

traumatiche. Altre indicazioni cliniche sono rappresentate da ameloblastoma, mixoma e recidive di altre neoformazioni trattate precedentemente con tecniche conservative. In questi casi, quindi, l'intervento escissionale è rappresentato da una resezione parziale o marginale.

La tecnica chirurgica prevede:

1. anestesia peri-lesionale con vasocostrittore;
2. orientamento del pezzo da sottoporre a prelievo;
3. stabilizzazione della zona d'intervento;
4. incisione della mucosa orale a superficie ellittica e sezione cuneiforme: sull'asse minore e su ciascun lato della lesione, estensione di circa 2-3 mm in tessuto clinicamente sano, con analoga estensione in profondità, al di sotto della lesione; sull'asse maggiore estensione da 2 a 3 volte quella del minore, in relazione alle necessità della sutura;
5. sutura per piani separati, in caso di interessamento della sottomucosa o/e per motivi estetico/funzionali; non necessaria in gengiva aderente (guarigione per seconda intenzione con impacco chirurgico o/e mascherina di protezione);
6. fissazione del pezzo prelevato in formalina tamponata al 10%;
7. compilazione di una dettagliata scheda informativa per il patologo.

Fattori prognostici per le neoformazioni dei tessuti molli sono l'assenza di infiltrazione dei margini periferici di tessuto clinicamente sano; la buona guarigione della ferita chirurgica con minimi difetti estetici o/e funzionali; il follow-up clinico continuo ed esami sussidiari (TC, RMN) a distanza di 6 mesi.

Per le neoformazioni delle ossa mascellari sono fattori prognostici una guarigione della cavità conseguente all'asportazione della neoformazione con difetto osseo residuo, più ampio nel caso di coinvolgimento di entrambe le corticali, vestibolare ed orale; il mantenimento della vitalità e della stabilità dei denti coinvolti, non trattati endodonticamente in fase pre-operatoria e stabili prima dell'intervento; il follow-up semestrale fino alla completa normalizzazione del quadro clinico-radiografico e biennale, in seguito, nel caso di lesioni a rischio di recidiva.

- **La presenza di calcoli salivari nei due terzi anteriori del dotto (davanti al primo molare inferiore nel caso della ghiandola sottomandibolare), in assenza di una grave compromissione del parenchima ghiandolare,**



**prevede un approccio chirurgico di tipo conservativo. Invece, in presenza di compromissione parenchimale è necessaria l'exeresi transcutanea dell'intera ghiandola interessata.**

I calcoli salivari (sialoliti) sono concrezioni costituite da sali di calcio e sostanze organiche, localizzate più frequentemente nel sistema duttale delle ghiandole salivari maggiori, in particolare delle ghiandole sottomandibolari e raramente delle parotidi. Il quadro clinico più frequentemente associato alla presenza di calcoli salivari è quello della colica salivare che si manifesta essenzialmente con un dolore acuto localizzato alla ghiandola interessata, che appare anche tumefatta; la colica è dovuta alla contrazione spastica indotta dall'ostruzione intraluminale, usualmente ad inizio pre-prandiale, in occasione di un'aumentata richiesta funzionale. Per la presenza di calcoli intraduttali, può manifestarsi una scialoadenite ovvero un'infezione, più spesso cronica, talvolta acuta, della ghiandola salivare conseguente all'infezione ascendente del parenchima ghiandolare.

Obiettivi del trattamento chirurgico della calcolosi salivare in assenza di compromissione parenchimale sono l'asportazione completa di tutte le formazioni calcolotiche intraduttali presenti, impedire la dislocazione posteriore del calcolo o dei suoi frammenti all'interno del dotto, la creazione di un neostoma in corrispondenza dell'incisione chirurgica eseguita a livello della mucosa e del dotto salivare ed il mantenimento nel tempo della pervietà del neostoma.

L'intervento chirurgico presuppone una valutazione diagnostica basata su un'anamnesi positiva per coliche salivari pre-prandiali; un esame clinico con palpazione del calcolo tramite manovra combinata extra ed endorale; un'indagine radiografica (nel caso di calcoli della ghiandola sottomandibolare) con rx occlusale inferiore eseguita con raggi molli e tempi di esposizione del 50-75% inferiori a quello standard, con scialografia della ghiandola interessata (in alternativa o come esame integrativo a quello ecografico) e con ecografia quando è necessario visualizzare il parenchima ghiandolare e la presenza di concrezioni intraghiandolari e del terzo posteriore del dotto.

L'asportazione dei calcoli salivari è sempre chirurgica, salvo nel caso di concrezioni calcolotiche di 1-2 mm di diametro che possono, talvolta, essere rimosse con l'impiego di sostanze scialogoghe associate alla dilatazione forzata della papilla

duttale per incannulazione retrograda.

L'intervento prevede:

1. anestesia locale con vasocostrittore;
2. applicazione di un filo da sutura posteriormente al calcolo, in modo da determinare una stenosi non costrittiva del dotto ed impedire la dislocazione posteriore del calcolo durante le successive fasi operatorie;
3. incisione della mucosa orale e della sottostante parete duttale in corrispondenza del calcolo;
4. asportazione di tutte le concrezioni calcolotiche presenti;
5. spremitura bimanuale combinata del corpo ghiandolare dopo rimozione del filo di sutura precedentemente apposto;
6. sutura dei lembi dell'incisione mucosa ai corrispondenti lembi dell'incisione duttale;
7. inserimento e sutura in sede (per 2 – 3 giorni) di uno zaffo di garza medicata, per circa 1 cm all'interno della porzione di dotto posteriore al neostoma (4,%).

Fattori prognostici sono la scomparsa della sintomatologia, la fuoriuscita di saliva dal neostoma, un follow-up annuale, per verificare nel tempo la pervietà del neostoma.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Borić Ratka et al. Hrvatsko stomatološko nazivlje. Institut za hrvatski jezik i jezikoslovlje Zagreb, 2015
2. Bučan Josip, *Vjesnik dentalne medicine*. Hrvatska komora dentalne medicine Zagreb, 2015.
3. Chiapasco, Matteo e Zaniboni, Marco *Manuale di chirurgia orale*. Milano: Edra Masson, 2013.
4. Fraulini, Nino, *Dizionario Odontoiatrico*. Roma: Antonio Delfino Editore, 2013.
5. Kavitarani Bhimappa Rudagi, Bhimappa Mallappa Rudagi, *Kožna fistula odontogenog podrijetla – pogrešno dijagnosticirana lezija: Prikaz dvaju slučajeva* in *Acta stomatologica Croatica*, 2012., 46(4):317-322
6. Kotarac Knežević, Ana et al. *Marsupijalizacija u liječenju čeljusnih cista* in *Acta Stomatol Croat*. 2010;44(1):53-60
7. Magris, Marella, *La traduzione del linguaggio medico: analisi contrastiva di testi in lingua italiana, inglese e tedesca*, 1992., pg. 16.
8. Ministero della Salute, Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione: *Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia*, 2014.
9. Padoan G. et al. *Fistole oro-antrali: approccio terapeutico combinato fra chirurgo orale e otorinolaringoiatra* in *ITALIAN ORAL SURGERY* 2012;11(5)(S1):S248-S254
10. Lapter, Vladimir. *Stomatološki leksikon*. Zagreb: Globus, 1990.
11. Šunjić, Maja *Kad i od čega se umiralo u 19. stoljeću*. Ministarstvo kulture - Konzervatorski odjel u Dubrovniku, 2018.

## 10. SITOGRAFIA

1. Centro medico Veselio

[https://www.centromedicovesalio.it/blog/utilizzi\\_splintaggio\\_denti/](https://www.centromedicovesalio.it/blog/utilizzi_splintaggio_denti/)

2. Centro Odontoiatrico del dottor Pietro Floris

<https://www.odontocentro.it/tariffario-andi>

3. Cisti e cistotomia in odontoiatria studio dentistico Broglia

<https://www.yumpu.com/it/document/read/15270330/cisti-e-cistotomia-in-odontoiatria-studio-dentistico-brogli>

4. Dental journal

<http://blog.dentaljournal.it/prevenzione-patologia-cariosa-decidui-e-permanenti>

5. Dentalna poliklinika Vinica Galeković

<https://galekovic-dental.eu/>

6. Dott. Umberto Mariani

<https://marianiumberto.it/>

7. Doveecomemicuro

<https://www.doveecomemicuro.it/>

8. Easy dent

<https://www.easydent.com/il-vocabolario-del-dentista-glossario-di-odontoiatria/>

9. Enciklopedija.hr

<https://www.enciklopedija.hr/>

10. Emmedical.com

<https://hr.emmedmedical.com/>

11. Hdental

<https://www.hdental.it/>

12. Klinička bolnica Dubrava

<http://kbd.hr/#>

13. Medeco.de

<https://www.medeco.de/it/odontostomatologia/trattamento-chirurgico-delle-cisti/cistostomia/>

14. Msd priručnici

<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-uha-grla-nosa-i-zubi/ceste-stomatoloske-bolesti/pulpitis>

15. Msd manuali

<https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-di-orecchio,-naso-e-gola/disturbi-della-cavit%C3%A0-orale-e-della-faringe/scialoadenite>

16. Pagine mediche

<https://www.easydent.com/il-vocabolario-del-dentista-glossario-di-odontoatria/>

17. Prontodentista.it

<http://prontodentista.it/>

18. Poliklinika Bagatin

<https://www.poliklinikabagatin.hr/blog/>

19. Repozitorij

<https://repozitorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A622/datastream/PDF/view>

<https://repozitorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg:428>

20. Struna

<http://struna.ihjj.hr/>

21. Studio Dentistico dott. Glassini

<https://dentistagalassini.it/glossario/>

22. Studio Dentistico dr. Francesco Gennaro

<https://studiodentisticogennaro.com/2017/08/22/alveolite/>

23. Studio Dentistico Santo Vassallo

<https://studiodentisticosantevassallo.it/>

24. Treccani

<https://www.treccani.it/>

## 11. SAŽETAK

Prijevod i terminologija medicinskih tekstova: Kliničke preporuke u stomatologiji: oralna kirurgija

Tema ovog diplomskog rada je prijevod i terminologija teksta *Kliničke preporuke za dentalnu medicinu*. U uvodu sam pisala o cilju samog diplomskog rada, odnosno o važnosti stručnog jezika i terminoloških kartica koje pomažu prevoditeljima ne samopri prevođenju već u shvaćanju same srži teksta. Drugi dio diplomskog rada opisuje metodologiju koju sam koristila pri prevođenju i elaboraciji terminoloških kartica. U trećem dijelu opisan je sam medicinski jezik, njegov nastanak i sastavni dijelovi termina. Većina medicinskih termina dolazi iz grčkog i latinskog jezika. Četvrti dio sadrži sve terminološke kartice, sve ekvivalente, definicije, kontekste, sinonime, antonime, kolokacije, razredbu, podrazredbu, nadređeni naziv, podređeni naziv. Peti dio je tekst *Raccomandazione cliniche in odontostomatologia*, a šesti dio prijevod istog teksta. U zaključku su opisane glavne točke i cilj samog diplomskog rada.

Ključne riječi: terminologija, terminološka kartica, prijevod, medicina, stomatologija.

## 12. ABSTRACT

Translation and Terminology of Medical Texts: Clinical Recommendations in Odontostomatology: Oral Surgery

This master thesis deals with translation and terminology of the chapter *Oral Chirurgy* of the document entitled *Clinical Recommendations in Odontostomatology*. In the introduction I wrote about the objective of the master thesis: the importance of the technical language and of data banks which help translators not only to translate but to understand the depth of the text. The second part is dedicated to methodology in which I wrote about the methods I used in the process of translating and creating the data banks. Third part talks about medical language, the translation of medical terms, their origin and composition. Most of the terms come from the Greek or Latin. In the fourth part terms are elaborated, their equivalents, definitions, contexts, synonyms, antonyms, collocations, domain, subdomain, hyperonyms and hyponyms are defined. The fifth part is dedicated to the chapter *Oral Chirurgy* of the text *Clinical Recommendation in odontostomatology* in Italian and the sixth part is the translation of the same text into Croatian. In the last part, ie the conclusion, reference is made to the main points of the thesis.

Key words: terminology, data banks, translation, medicine, odontostomatology