

Rehabilitacja implantoprotetyczna pacjentów dotkniętych chorobą przyzębia — obserwacje pięcioletnie

Implant — prosthetic rehabilitation of patients affected by parodontal disease

Tomasz A. Grotowski

Zdaniem autora, zastosowanie stałych uzupełnień protetycznych, z biologicznego punktu widzenia jest korzystniejsze od zastosowania uzupełnień ruchomych, dlatego niedopuszczalne są pochopne decyzje dotyczące ekstrakcji już ruchomych, czy też resztkowych elementów uzębienia.

Celem osiągnięcia zadowalających wyników leczenia niezbędne jest postępowanie interdyscyplinarne, z jednoczesnym współudziałem pacjenta. Wydaje się, że współczesna literatura zbyt jednostronnie zaleca rehabilitację pacjentów dotkniętych chorobą przyzębia w oparciu o bezkrytyczne stosowanie jednego tylko systemu wszczepów, tj. „Ad modum Bränemark”.

Intencją autora jest natomiast zwrócenie uwagi, że osiągnięcie zadowalających wyników jest również możliwe przy zastosowaniu innych technik implantacyjnych, adekwatnych do realnych potrzeb leczonych pacjentów.

HASŁA INDEKSOWE:

utrata zębów, prewencja, leczenie kompleksowe, implantoterapia

Liczne czynniki prowadzące do bezzębienia jak i jego wpływ na narząd żucia są dziś stosunkowo dobrze poznane i udokumentowane (4, 5, 13, 19).

Studio Dentistico „Salus Oris”, P. zza L. Sturzo 14, 90-139 Palermo — Italia.

As fixed prostheses are preferable to removable ones, rash decision to extract teeth are to be avoided. The interdisciplinary nature of today's dentistry together with the co-operation of the patient are of prime importance. Bränemark implants have a long history of success, yet such studies should not overlook the involvement of the patient nor the quality of the alveolar bone process. Other types of implants are now at the implantologist's disposal and may successfully be used.

KEY WORDS:

loss of teeth, prevention, interdisciplinary treatment, patient's involvement

Teoretycznie wybór pomiędzy protezą fizjologiczną (tj. stałą) a ruchomą zależy jest od ilości i rozmieszczenia elementów filarów. Często pochopne decyzje ekstrakcji z I lub II stopniem ruchomości determinują typ rozwiązania protezy, zmuszając pacjentów do posługiwania się protezami ruchomymi (2, 7, 15).

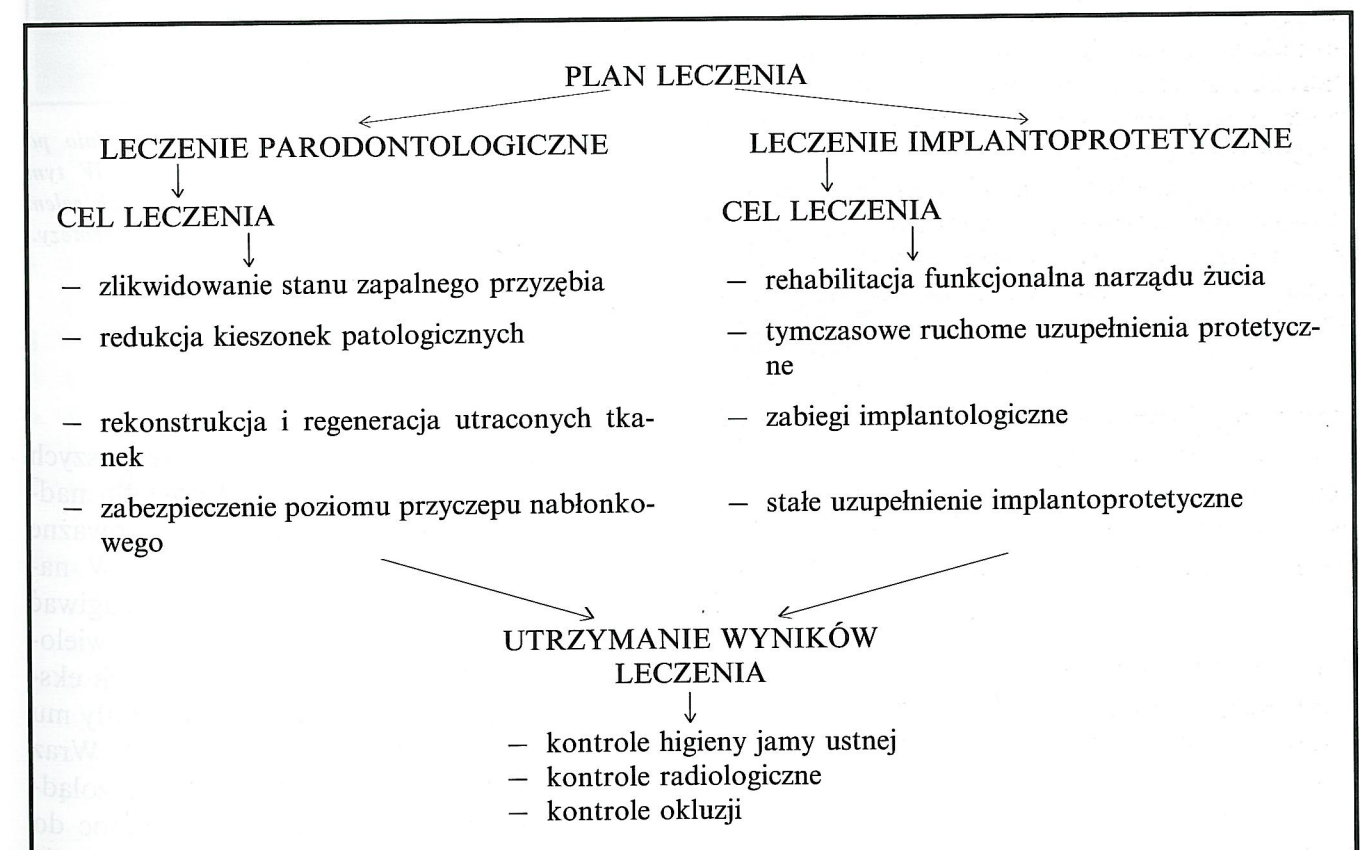
Znany jest również ścisły związek pomiędzy typem rozwiązania protetycznego, a funkcją jamy ustnej oraz wydolnością żucia i trawieniem (17). Problemy te nasilają się z wiekiem pacjentów, u których doszło do całkowitej utraty zębów, dlatego zapobieganie ich utracie jest pierwszoplanowym zadaniem stomatologa.

Od wielu lat paradontolodzy zajmują się problemem leczenia zębów dotkniętych zaawansowaną chorobą przyzębia, objawiającą się zanikiem kości i znaczną ruchomością zębów, stosując różne metody chirurgii przyzębia czy też blokując rozchowane zęby, by dać im pewną stabilność. Właściwy plan leczenia musi mieć charakter interdyscyplinarny (10, 16) i obejmować postępowanie chirurgiczne, parodontologiczne, motywację pacjenta (3) i ścisłą z nim współpracę oraz leczenie zachowawcze, ortodontyczne, endodontyczne i protetyczne, którego celem jest utrwalenie wcześniej już osiągniętych wyników rehabilitujących całość układu stomatognatycznego. Moim zdaniem fizjologiczna rehabilitacja protetyczna powinna być przeprowa-

dzona w oparciu o stałe uzupełniania protetyczne. Wynika stąd konieczność stosowania terapii alternatywnej w stosunku do istniejących metod tradycyjnych.

W przypadku niewystarczającej liczby filarów uzębienia naturalnego taką alternatywę stanowią implanty (2). Zastosowanie wszczepów stworzyło nowe możliwości w leczeniu pacjentów dotkniętych chorobą przyzębia (1, 11, 12). Implantoterapia może i powinna być stosowana u pacjentów z resztkowymi elementami uzębienia, czyniąc przyszłe stałe uzupełnienia protetyczne konstrukcją mieszaną (11).

Obecnie istnieje duża liczba doniesień z wielu ośrodków zalecających zastosowanie wszczepów wg systemu Bränemarka (1, 11, 12), w tym również w przypadkach rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami przyzębia. Jest to z pewnością system bardzo dobrze zbadany i udokumentowany. Przeprowadzając plan leczenia z wykorzystaniem implantów nie należy jednak kierować się bezkrytycznie (10) stereotypowym schematem myślowym, tj. ograniczać się do stosowania jed-



Ryc. 1. Schemat w oparciu o który przeprowadzono leczenie kompleksowe pacjentów.

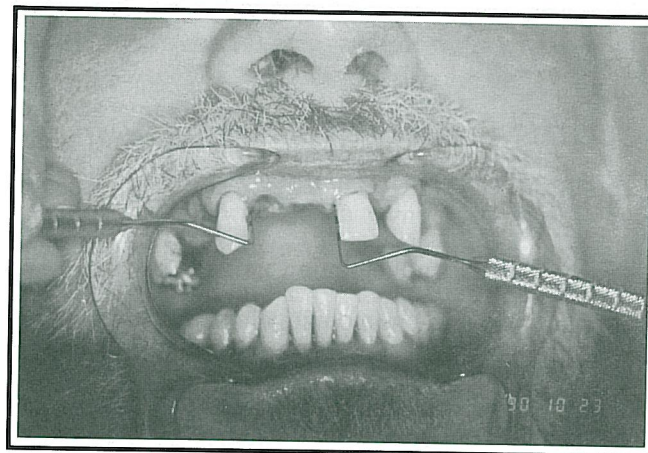
nego tylko typu wszczepu. Trzeba pamiętać, że wybór określonego rodzaju wszczepu uzależniony jest od stwierdzonych warunków u danego pacjenta (8, 9).

Praktyczną ilustracją przytoczonych tu rozważań są dwa wybrane z własnej praktyki przypadki pacjentów z parodontopatią, u których w realizacji leczenia kompleksowego uwzględniono (ryc. 1) różne metody współczesnej implantologii stomatologicznej, stosując dwa różne systemy implantologiczne.

Przypadek I

Pacjent N.S. lat 50, ponad 15 lat posługiwał się protezą częściową ruchomą. Wielokrotne naprawy w miarę ubywania zębów uniemożliwiły pacjentowi dalsze posługiwanie się protezą.

Badanie radiologiczno-kliniczne wykazało obecność kieszonek kostnych i dziąsłowych resztkowego uzębienia w szczęce górnej oraz w odniesieniu do większości zębów w żuchwie (ryc. 2).

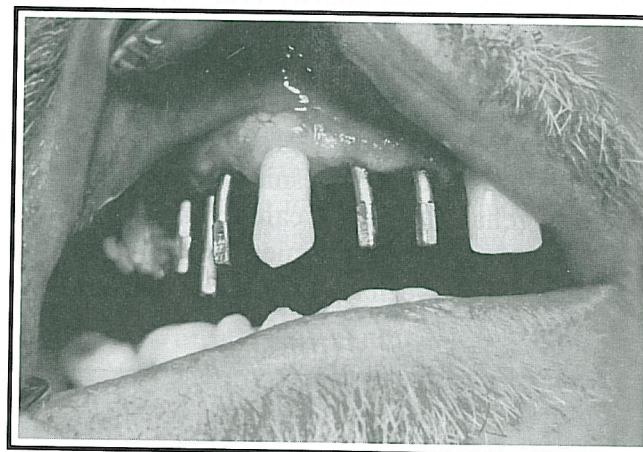


Ryc. 2. Pacjent N.S. podczas pomiaru głębokości kieszonek patologicznych.

Ponadto stwierdzono obecność kamienia i płytki nazębnej, krwawienia przy próbie sondowania kieszonek dziąsłowych, ruchomość II stopnia zębów: 32, 31, 41, 42. Po przeprowadzeniu instrukcji z zakresu higieny jamy ustnej sporządzony został następujący plan leczenia:

1. Antybiogram i antybiotykoterapia.

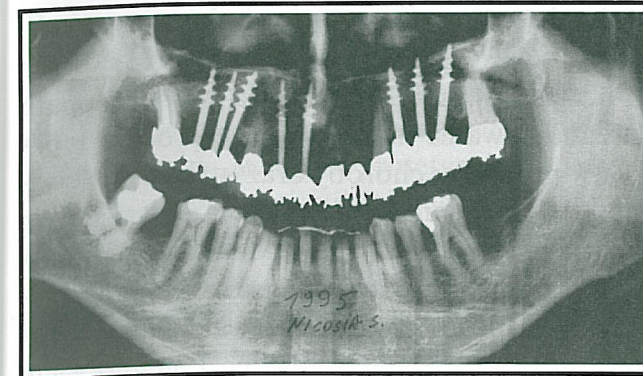
2. Higiena jamy ustnej.
3. Czasowa ruchoma proteza górna.
4. Zblokowanie za pomocą compositu i drutu nadmiernie ruchomych zębów 32, 31, 41, 42.
5. Kontrola higieny jamy ustnej.
6. Zabiegi z zakresu chirurgii przyzębia zębów: 17, 13, 21, 23, 27 oraz 43, 42, 41, 31, 32, 33.
7. Zabieg implantologiczny z umieszczeniem wszczepów (8 śrub bikortkalnych) wraz z natychmiastową stałą protezą czasową (ryc. 3).
8. Implanto-proteza stała, definitywna (złoto – isosit).
9. Utrzymanie wyników leczenia (ryc. 4, 5).



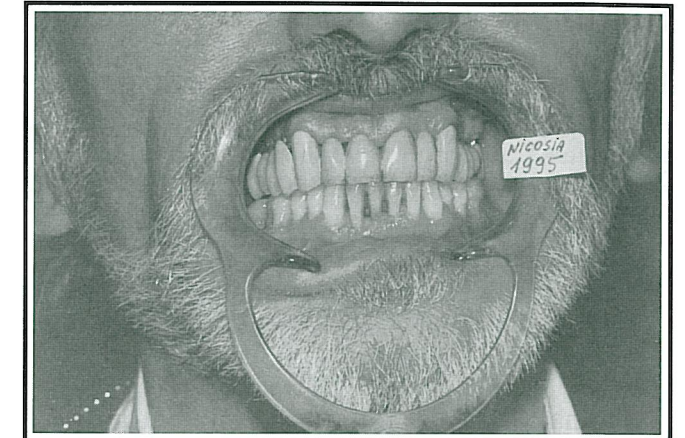
Ryc. 3. Zdjęcie wewnątrzustne pacjenta bezpośrednio po wprowadzeniu wszczepów (śrub bikortkalnych). W tym przypadku zaplanowano szlifowanie zębów własnych celem włączenia ich jako filarowe w konstrukcję implantoprotezy.

Przypadek II

Pacjent P.S. lat 58, płci męskiej. Po pierwszych ekstrakcjach około 20 lat temu, z powodu nadmiernej ruchomości zębów, wystąpiły poważne trudności w przyjmowaniu pokarmów. W następstwie tego pacjent zmuszony był posługiwać się protezami częściowymi, ruchomymi, wielokrotnie reperowanymi na skutek kolejnych ekstrakcji. Od około 7 lat protezy te utrudniały mu wymowę i ograniczały żucie pokarmów. Wraz z wystąpieniem pierwszych dolegliwości żołądkowych (2 lata temu) zwrócił się o pomoc do gastrologa, pod którego stałą opieką znajduje się do dnia dzisiejszego. Badanie radiologiczno-kli-



Ryc. 4. 5. Ten sam przypadek podczas kontrolnego badania radiologiczno-klinicznego po pięciu latach. Stan kliniczny bardzo dobry, pacjent nie zgłasza żadnych dolegliwości.



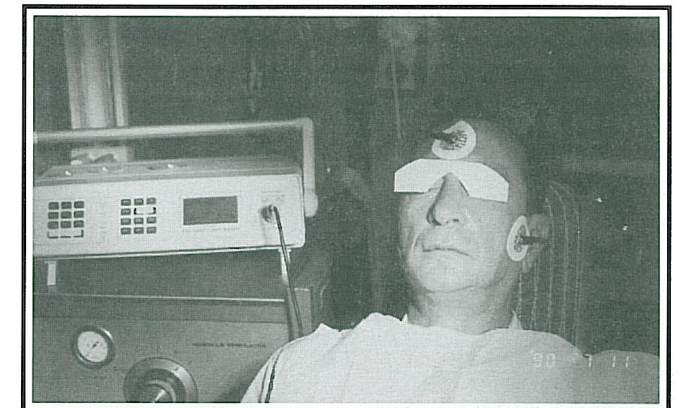
niczne ujawniło: całkowity brak higieny jamy ustnej, obecność kieszonek kostnych i dziąsłowych w zakresie wszystkich pozostałych zębów górnych i dolnych, krwawienie z kieszonek dziąsłowych przy próbie sondowania. W przypadku zębów górnych stwierdzono ruchomość I° i II°, zaś w stosunku do zęba 25 ruchomość III°. Odnosnie zębów 47, 46, 33 ruchomość I° oraz w przypadku zębów 48, 45, 43 stwierdzono ruchomość III°. W tym przypadku plan leczenia obejmował:

Etap I

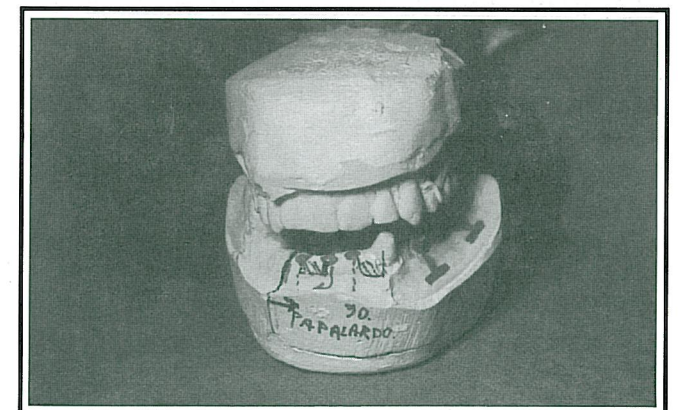
1. Edukacja z zakresu higieny jamy ustnej.
2. Antybiogram i antybiotykoterapia.
3. Higiena jamy ustnej przy użyciu ultradźwięków.
4. Motywacja i utrzymanie wyników leczenia.
5. Leczenie endodontyczne zębów 22 i 23.
6. Zblokowanie wszystkich pozostałych zębów górnych.
7. Ekstrakcja zębów: 25, 48, 45, 43.

Etap II (ryc. 6, 7)

1. Rehabilitacja okluzji poprzez wykonanie dwóch protez częściowych ruchomych.
2. Utrzymanie higieny jamy ustnej z maksymalnym zaangażowaniem pacjenta.
3. Zabiegi z zakresu chirurgii przyzębia w stosunku do resztkowego uzębienia szczęki górnej i dolnej (z zastosowaniem hydroksyapatytu i membrany typ Gore-Tex).
4. Umieszczenie dwóch ostrzy Linkowa.



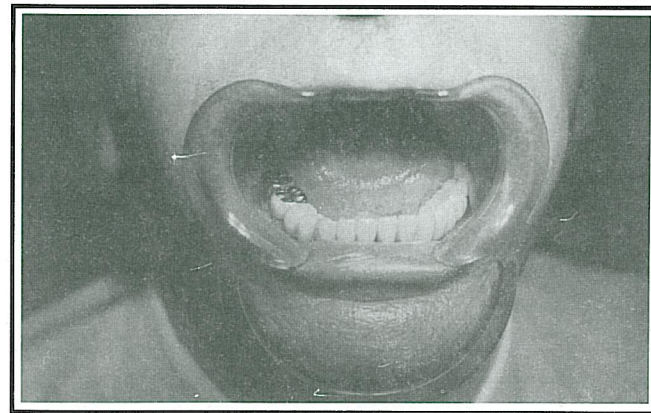
Ryc. 6. Drugi przypadek. Pacjent P.S. podczas badania przy użyciu aparatu MIO-TENS w celu określenia prawidłowych wartości okluzyjnych.



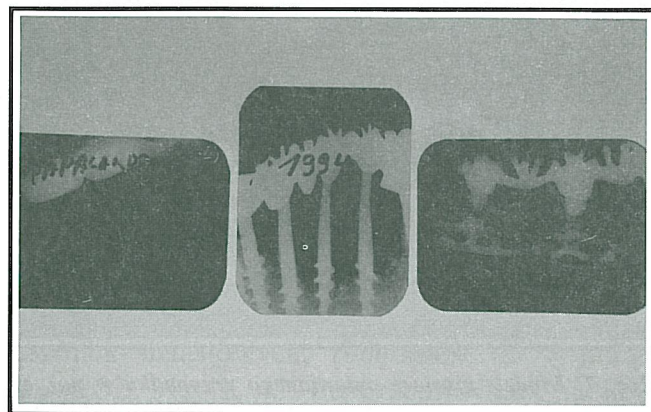
Ryc. 7. Modele gipsowe omawianego przypadku w pozycji zarejestrowanego zwarcia konstrukcyjnego. W oparciu o badanie kliniczne, radiologiczne i analizę modeli gipsowych pacjenta została wybrana liczba, typ i rozmieszczenie wszczepów.

Etap III

1. Wykonanie lanego wkładu koronowo-korzeniowego na zębie 33.
2. Przeprowadzenie drugiego zabiegu z zakresu implantologii z umieszczeniem 6 wszczepów (śrub bikortykalnych).
3. Wykonanie prowizorycznej, dolnej implantoprotezy w akrylu.
4. Dolna stała, definitywna implantoproteza (złoto-isosit) (ryc. 8).
5. Wizyty kontrolne w celu utrzymania dotychczasowych wyników leczenia (ryc. 9, 10).



Ryc. 8. Zdjęcie wewnątrzustne po leczeniu. Proteza stała od 37 do 47 (most lany licowany złoto-isosit) po zacemowaniu na wszczepach i zębach własnych pacjenta.



Ryc. 9, 10. Wewnątrzustne małoobrazkowe zdjęcia radiologiczne (1994 r.) oraz ortopantomogram (1995), wykonane podczas wizyt kontrolnych omawianego przypadku. Po pięciu latach nie stwierdza się osteolizy okółowszczepowej, stan kliniczny również bardzo dobry.

Dyskusja

Podstawowym celem leczenia parodontopatii jest zahamowanie destrukcyjnego procesu zapalenia w przebiegu choroby oraz utrzymanie osiągniętych już wyników leczenia, z jednoczesnym przywróceniem funkcji narządu żucia. W ciągu ostatnich 20 lat zostały rozwinięte i przyswojone różne techniki (rekonstrukcji i regeneracji tkanek) w chirurgii przyzębia. Pomimo wielu osiągnięć współczesnej stomatologii w dalszym ciągu niemożliwe jest przeprowadzenie pełnej „restitutio ad integrum” tj. regeneracji całkowitej, tak z punktu widzenia jakości jak i ilości utraconych tkanek przyzębia. Konsekwencją tego pozostaje ciągle aktualny problem prewencji chorób przyzębia. Opierając się na badaniach statystycznych przeprowadzonych w USA, stwierdza się, że 40% pacjentów po 65 roku życia to pacjenci bezzębni (13) a tylko 2% w tej samej grupie wiekowej to pacjenci z pełnymi łukami zębowymi (18). Koszt rehabilitacji tych pacjentów jest niewspółmiernie wyższy od kosztu prewencji. Właściwie przeprowadzone kompleksowe leczenie może przynieść pozytywne rezultaty tylko w oparciu o maksymalną współpracę z pacjentem. Umiejętnie przeprowadzona edukacja z zakresu higieny powinna być kontynuowana podczas kolejnych wizyt, tak w formie kontroli higieny jamy ustnej jak i stałym podtrzymywaniu motywacji pacjenta.

Podsumowanie

Wydaje się, iż nieodwracalnie nastąpiła nowa era w stomatologii, związana z zastosowaniem wszczepów w leczeniu protetycznym. Miejsce konwencjonalnych i нефизjologicznych rozwiązań protetycznych, dzięki wprowadzeniu implantów zostało zastąpione implantoprotezami. Te zaś na stałe osadzone, tak na filarach własnych pacjenta jak i na wszczepach, są w stanie umożliwić zadowalającą rehabilitację układu stomatognatycznego. Pięcioletnia obserwacja przedstawionych przypadków wskazuje, że powodzenie leczenia nie zależy od określonej techniki implantologicznej, lecz od właściwie przeprowadzonego leczenia kompleksowego i pozabiegowego prowadzenia pacjenta po zakończeniu leczenia (higiena, wizyty kontrolne).

Piśmiennictwo

1. Balshi T.I.: Trattamento di pazienti con denti parodontalmente compromessi mediante protesi a osteointegrazione. Int. J. Periodont. Dent. 1988, 2, (9), 20.
2. Balshi T.I. at al: Patient attitudes before and after dental implant rehabilitation. Implant Dentistry 1994, 2, 106–109.
3. Black G.V.: Diseases of the periodontal ligament in text. The American system of dentistry. Lea Brothers and Co., Philadelphia, 1986.
4. Bras I.: Mandibular atrophy and metabolic bone loss. Int. Dental J.: 1990, 40, 298–302.
5. Carlsson G.E., Person G.: Morphological changes of the mandible after extraction and wearing of dentures. A longitudinal, clinical and X-ray cephalometric study covering 5 years. Odontol. Rev. 1987, 18, 27.
6. Chiarenza A.R.: Retrospective observations on the influence of bone type in determining the nature of

bone implant interface, Int. J. Oral Implant., 1989, 6, (1), 4. — 7. Grassi R., De Sanctis M.: Riabilitazione protesica nei casi parodontali. Dental Cadmos. 1991, 2, 30. — 8. Grotowski T.: Quando un implanto a valido. Esigenza di nuovo approccio. Dental Cadmos. 1990, 17, 81–89. — 9. Grotowski T.: Atlas Wszczepów Dentystycznych. Bellona, Warszawa 1992. — 10. Grotowski T.: Functional implant-prosthetic rehabilitation of patients affected by parodontal disease. Referat wygłoszony na 81 Kongresie FDI 31 IX 1993, Göteborg, Szwecja.

11. Langer B., Sullivan D.Y.: Osteointegrazione: impatto con le interrelazioni fra parodontologia e odontoiatria restaurativa. Parte I. Int. 3, Periodont. Rest. Dent. 1989, 9, (2), 85. — 12. Langer B., Sullivan D.Y.: Osteointegrazione: suo impatto con le interrelazioni fra parodontologia e odontoiatria ricostruttiva. Parte III ridefinizione della protesi parodontale. Int. 3, Periodont. Rest. Dent. 1989, 9, (4), 241. — 13. Loe H.: Teeth for life: oral disease prevention in research and practice. Int. Dental. 3. 1990, 40, 74–78. — 14. Misch C.E.: Density of bone: effect on treatment plans, surgical approach, healing and progressive bone loading. Int. 3, Oral implant. 1990, 6, (2), 23. — 15. Misch L.D., Misch C.E.: Denture satisfaction a patient perspective. Int. 3, Oral implant 1991, 7, (2), 24. — 16. Rieder C.: An implant consultation for to improve communication between surgeon and restorative dentist. J. Calif. Dent. Assoc. 1990, 18, (4), 29–33. — 17. Steen B.: Nutrition in the elderly implications for oral health care. Geriatric Dentistry 1986 Copenhagen, Munksgaard pp. 172. — 18. Shigeru O. et al: Patient demographics and implant survival at uncovering: dental implant clinical research group interim report N° 6. Implant Dentistry 1994, (3), 4, 247.

Otrzymano: 15.III.1995 r.