

כישלון שתלים דנטליים: אבחון, הסרה והישרדות של השתלה מחדש

שתלים דנטליים מהווים, לעתים קרובות, חלק בלתי נפרד מהשחזור הפרותטי. ההערכה היא כי הם משמשים ב-15 עד 20 אחוזים משחזורי השיניים. בשנת 2010 הונחו במתראים בארצות הברית בין מיליון לשני מיליון שתלים, וההערכה היא כי עד שנת 2020 יוצבו שם בין שני מיליון לארבעה מיליון שתלים בשנה. שימוש רב יותר בשתלים יהיה קשור לעלייה במספר הסיבוכים והכישלונות של טיפולים אלה. כתוצאה מכך, חלק רב יותר של הפרקטיקה הקלינית יוקצה לטיפול בשתלים פגומים ולהחלפתם.

מטרה

מחברי המאמר ערכו סקירת ספרות של ממצאים הרלוונטיים לכישלון של שתלים. במאמר זה הם מתייחסים להיבטים השונים של שתלים פגומים ונכשלים, להישרדות השתל, אבחון, קריטריונים להחלטה על הסרת שתל, טכניקות להוצאת שתלים והישרדות של השתלה מחדש באתרים מהם אבדו השתלים הראשוניים. עניין אחרון זה הוא חשוב במיוחד, משום שכאשר שתל נכשל, מתראים רבים מעדיפים לקבל שוב טיפול באמצעות שתל על מנת להקל על בניית שחזורי שיניים קבועים, או תותבת נשלפת, הנתמכות או מחוזקות על ידי שתלים.

מאמרי ביקורת שפורסמו בשנתיים האחרונות, מדווחים על שיעורי הישרדות ממוצעים של שתלים דנטליים אשר הוצבו בהתאם לנהלים שונים על פני תקופות שונות: מיקום מיידי (94 אחוזים לאחר שנתיים), ברכסים אטרופיים (בין 86.5 אחוזים ל-98.2 אחוזים, עם מעקב של עד חמש שנים), שתלים קצרים (99.1 אחוזים מעל 3.1 שנים), במתראים שטופלו בשל מחלות חניכיים אגרסיביות (בין 83.3 אחוזים ל-96 אחוזים, עם ניטור של יותר מחמש שנים) ושתלים תומכי שחזור דיסטלי תלוי

(95 אחוזים, עם תקופת מעקב של 7.3 שנים). מחקרים מסוימים ציינו, כי שניים עד שלושה אחוזים מהשתלים אבדו, לעתים קרובות, לפני העמסת התותבת. כמו כן, שניים עד שלושה אחוזים נוספים של שתלים התומכים בתותבות חלקיות קבועות, נכשלו במשך תקופת תצפית של חמש שנים.

לדעת מחברי המאמר, למרות שבספרות מדווח על שיעורי הישרדות גבוהים לטווח קצר, הרי תמיד יהיו שתלים שייכשלו בטווח הקצר. יתר על כן, עם חלוף הזמן צוות יותר בעיות בתחומים ביולוגיים וטכניים, וכתוצאה מכך אובד מספר גדול יותר של שתלים, דבר המחייב השתלה מחדש.

משתתפי כנס "קונצנזוס" שנערך בשנת 2007 דנו בהצלחה, בהישרדות ובכישלון של שתלים ופיתחו סולם של איכות הבריאות בעבור שתלים. שיטת הערכה זו מבחינה בין ארבעה מצבים קליניים הקשורים לבריאות שתלים:

קבוצה 1: הצלחה – ללא כאב, ניידות או תפליט. פחות משני מילימטרים של איבוד מסת עצם רדיוגרפית.

קבוצה 2: הישרדות משביעה רצון – ללא כאב, ניידות או תפליט. קיום של שניים עד ארבעה מילימטרים של איבוד מסת עצם רדיוגרפית.

קבוצה 3 : הישרדות מתפשרת – ללא ניידות. איבוד מסת עצם רדיוגרפית של יותר מארבעה מילימטרים (פחות ממחצית אורכו של גוף השתל), עומק כיס שנמדד באמצעות מחדר : יותר משבעה מילימטרים.

קבוצה 4 : כישלון – כאב בעת תפקוד, ניידות. אובדן עצם רדיוגרפית של יותר ממחצית אורכו של גוף השתל ותפליט בלתי מבוקר.

חברי פאנל הכנס הציעו, כי יש להסיר שתלים המפגינים את תנאי קבוצה 4. עם זאת, לדברי המחברים, ייתכן גם מצב בו יהיו כתר או משענת רופפים העשויים לגרום לכאב בעת תפקוד כתוצאה מקיום רקמות סב שתל פגועות. לכן, ייתכן שכאב בעת תפקוד לא בהכרח מצביע על מצב המחייב הסרת השתל. ההחלטה אם לטפל או להסיר שתל פגוע נמצאת בידי הקלינאי המטפל. הספרות מדווחת על שיעורי ההישרדות לאחר ראימפלנטציה ראשונה ושנייה הנעים בין 71 אחוזים ל-100 אחוזים, ובין 50 אחוזים ל-100 אחוזים, בהתאמה. יש לציין כי ממצאי מאת האחוזים מתבססים על קבוצות קטנות של שתלים, וכי קיימים נתונים מעטים ביחס להישרדות שתלים לאחר ראימפלנטציה שנייה.

מסקנות מחברי המאמר הן, כי ההחלטה אם להסיר את השתל צריכה להיות מבוססת על בדיקות קליניות, הערכות רדיוגרפיות, או שתיהן גם יחד. כאשר השתל נחשב חסר-תקווה, ישנם מכשירים המאפשרים את הסרתו. יתר על כן, ניתן לבצע השתלות מחדש בהצלחה, אולם שיעור ההישרדות שלהן נחשב נמוך יותר מזה של שתלים הממוקמים באתרים שמהם לא אבדו שתלים בעבר.