

שתלים דנטאליים – האם הם הפתרון לכל בעיותינו, או שמא עלינו לשאוף להציל שיניים?

תורגם על ידי ד"ר קובי אקשטיין ופרופ' ליאור שפירא (ברשות המחברים)

בעשורים האחרונים הפכו השתלים הדנטליים לאופציה הטיפולית הראשונה במקרים בהם נדרשת השלמה של שן שנעקרה עקב מחלה, שבר או במקרים של חסר מולד (Adell et al. 1990). הטיפול באמצעות שתלים דנטליים הפך לטיפול שגרתי. זמינותו הגבוהה הביאה לעלייה בבריאות הפה של מטופלינו באמצעות שיפור בתפקוד, באסתטיקה ובפונטיקה.

גיליון ינואר 2016 של ה-Journal of Dental Research, דן בממצאים עדכניים הנוגעים לסיבוכים הביולוגיים סביב שתלים דנטליים ובאתגר הגדול הטמון בביצוע טיפול על ידי שתלים לטווח ארוך. הסיבוכים הנוצרים בעקבות טיפולי שתלים: סיבוכים פרוטטיים-טכניים מחד וסיבוכים ביולוגיים מאידך, נמצאים במוקד הדיונים של קבוצות העוסקות בפריודונטיה, שיקום הפה וכירורגיית פה ולסת. מחקר מסוג systematic review שפורסם לאחרונה מצא, כי השכיחות של דלקת ברקמות סביב שתלים - peri-implant mucositis ושל אובדן רקמות תומכות סביב שתלים - peri-implantitis, נעה בין 19-65 אחוזים (Derks and Tomsai 2015). תוצאות מחקר גדול שבוצע בשבדיה לאחרונה, מצביעות על כך ש-peri-mucositis ו-peri-implantitis הם סיבוכים ביולוגיים בעלי שכיחות גבוהה, העלולים לסכן את שרידות הטיפול לאורך זמן ומביאים בסופו של דבר לאובדן השתל ואובדן השיקום אותו הוא מחזיק (Derks et al. 2016).

העלייה בשכיחות ביצוען של השתלות דנטליות, בין אם על ידי רופאים כלליים או רופאים מומחים, הייתה מלווה במקביל בהתקדמות רבה בתחום השתלים הדנטליים, תוך שינויים רבים בעיצוב הגאומטרי ובטיפול בפני השטח של השתלים (Tarnow, 2016). מחקרים רבים שפורסמו בעת האחרונה, מאשרים את התחושה הקלינית של רבים מאיתנו, על פיה, הטיפולים הכירורגיים לטיפול ולתיקון נזקי פרי אימפלנטיס אינם פרדיקטיביים (מנבאים)

(Jepsen et al. 2016; Carcuac et al. 2016; Khoshkam et al. 2013). העלייה התלולה בביצוע שתלים דנטליים בעשורים האחרונים, הביאה במקביל לירידה במאמצים לשמר ולטפל בשיניים עם מחלה פריודונטלית. אין ספק, כיום רופאי השיניים עוסקים פחות ב"הצלת שיניים" ויותר בהחלפתן. מחקרים מראים, כי רופאי שיניים בעלי הכשרה פחותה בתחום הפריודונטיה והשתלים הדנטליים, משקיעים מאמצים פחותים בשמירה על שיניים מעורבות פריודונטלית (Lang-Hua et al. 2014). רופאים בעלי הכשרה פחותה בתחום הפריודונטיה, נוטים להמליץ יותר על עקירת שן ולא על שימורה. עקב כך, שיניים רבות נידונות לעקירה על פי התפיסה: 'עדיף להחליף שן חולה בשתל'. לא נדיר לראות רופאים הממליצים על עקירת שן עם מחלה בר-טיפול כגון עששת, צורך בטיפול שורש או מעורבות פריודונטלית. ישנם מקרים רבים בהם מטופלים מקבלים המלצה לעקור את השן החולה ולקבל תחתיה שתל חדש וטוב. מאמצים רבים צריכים להיעשות על מנת

לשכנע ולחנך את ציבור הרופאים לאפשר שמירה על שיניים עם מעורבות מחלה, כאשר מחקרים אורכיים רבים מוכיחים את ההצלחה הרבה שיש לטיפולים פריודונטליים בשמירה על שיניים מתפקדות, ולאורך זמן (Axelsson and Lindhe 1981; Lindhe and Pacey 2014).

ברור כי ישנם מצבים בהם המחלה בשן מאד מתקדמת והיא אינה ברת-שימור, ואז האופציה הטיפולית של עקירה ושיקום החסר באמצעות שיקום נתמך שתלים, היא דרך טיפולית נכונה. עדיין, חשוב לדעת ולהכיר בכך כי כל מערכות השתלים הקיימות חשופות לסיבוכים ביולוגיים הקשורים לשתלים (Derks et al. 2015). מחלות סביב שתלים מחייבות הפעלה של מגוון טיפולים, החל מטיפולים שמרניים, תרופתיים, כירורגיים רסקטיביים ורגנרטיביים ועד הוצאת השתל הנגוע, כאשר כל הטיפולים הללו אינם מבטיחים את שרידותו של השתל. מחקרים השוואתיים ומסוג systematic reviews מוכיחים בצורה ברורה, כי האמונה כי שתלים חדשים ובריאים יתנו פרוגנוזה טובה יותר וארוכת-טווח יותר לשיקום דנטלי בהשוואה לשיניים או לשיקום נתמך שיניים, אינה נכונה. שיניים, אפילו כאלו שנפגעו ממחלה פריודונטלית ואיבדו תאחיזה, או שיניים עם מחלה אנדודונטלית מטופלת, מראות שרידות גבוהה יותר בצורה משמעותית ולאורך זמן, בהשוואה לאורך החיים הממוצע של שתל דנטלי (Carnevale et al. 1998; Hardt et al. 2002; Lang and Zitzmann 2012; Salvi et al. 2014; Klinge et al. 2015).

לאחר עשורים של שימוש בשתלים דנטליים, ההבנה הברורה (הנתמכת במחקר מעודכן) מראה בבירור, כי סביב שתלים קיימת שכיחות גבוהה של סיבוכים הדורשים טיפולים מורכבים עם פרדקטביליות לא ברורה. מנגד, מחקרים אורכיים קלאסיים מוכיחים בבירור כי שרידות שיניים עם מחלה פריודונטלית הינה גבוהה יותר מזו של השתל הממוצע. כל זאת צריך לעורר בקהילה הדנטלית דיאלוג וקריאה לפעולה. נדרשת פעולה שתבטיח את השמירה על המשנן ולא העדפה להחלפתו בשיקום נתמך שתלים דנטליים. הקהילה הדנטלית, הנוטה להחליף שיניים בשתלים, עושה שירות רע למטופליה ולעצמה כאשר אינה שוקלת היטב את המידע המדעי הקיים בידינו כיום ואינה מדגישה בפני עצמה ובפני המטופל את האפשרות ואת היתרונות המצויים בשמירה על משנן טבעי. רופאי השיניים, מאז ומתמיד, הוכשרו לטפל ולשמר שיניים. עלינו לדבוק במטרה זאת, גם בעידן שבו קיימים שתלים. כאשר אנו בוחרים בגישה של עקירת שיניים חולות הניתנות לטיפול ולשימור, מקצוע רפואת השיניים מאבד את היכולות והידע שלו בשמירה על משנן פונקציונאלי לחיים.

References

1. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Brånemark PI, Jemt T. 1990. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 5(4):347-359
2. Axelsson P, Lindhe J. 1981. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 8(4):281-294

- Carcuac O, Derks J, Charalampakis G, Abrahamsson I, Wennström J, Berglundh T. 2016. Adjunctive systemic and local antimicrobial therapy in the surgical treatment of peri-implantitis: A randomized controlled clinical trial. *J Dent Res.* 95(1):50-57 .3
- Carnevale G, Pontoriero R, di Febo G.1998. Long-term effects of root-resective therapy in furcation-involved molars: A 10-year longitudinal study. *J Clin Periodontol.* 25:209-214 .4
- Derks J, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Larsson M, Berglundh T. 2015. Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: Early and late implant loss. *J Dent Res.* 94(3 Suppl):44S-51S .5
- Derks J, Shaller D, Håkansson J, Wennström J, Tomasi C, Berglundh T. 2016. Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: Prevalence of peri-implantitis. *J Dent Res.* 95(1):43-49 .6
- Derks J, Tomasi C. 2015. Peri-implant health and disease: A systematic review of current epidemiology. *J Clin Periodontol.* 42(Suppl)16:S158 - S171 .7
- Hardt CR, Gröndahl K, Lekholm U, Wennström JL. 2002. Outcome of implant therapy in relation to experienced loss of periodontal bone support: A retrospective 5-year study. *Clin Oral Implants Res.* 13(5):488-494 .8
- Jepsen K, Jepsen S, Laine M, Ansarri M, Pilloni A, Zeza B, Sanz M, Ortiz-Vigon A, Roos-Jansaker A-M, Renvert S. 2016. Reconstruction of peri-implant osseous defects: A multicenter randomized trial. *J Dent Res.* 95(1):58-66 .9
- Klinge B, Flemming T, Cosyn J, De Bruyn H, Eisner BM, Hultin M, Isidor F, Lang NP, Lund B, Meyle J, et al. 2015. The patient undergoing implant therapy: Summary and consensus statements. The 4th EAO Consensus Conference 2015. *Clin Oral Implants Res.* 26(Suppl 11):64-67 .10
- Khoshkam V, Chan HL, Lin GH, MacEachern MP, Monje A, Suarez F, Giannobile WV, Wang HL. 2013. Reconstructive procedures for .11

treating peri-implantitis: A systematic review. J Dent Res. 92(12
.Suppl):131S-138S

Lang NP, Zitzmann NU; Working Group 3 of the VIII European .12
Workshop on Periodontology. 2012. Clinical research in implant
dentistry: Evaluation of implant-supported restorations, aesthetic and
.patient-reported outcomes. J Clin Periodontol. 39(Suppl 12):133-138

Lang-Hua BH, McGrath CP, Lo EC, Lang NP. 2014. Factors .13
influencing treatment decision-making for maintaining or extracting
.compromised teeth. Clin Oral Implants Res. 25(1):59-66

Lindhe J, Pacey L. 2014. There is an overuse of implants in the .14
world and an underuse of teeth as targets for treatment. Br Dent J.
.217(8):396-397

Salvi GE, Mischler DC, Schmidlin K, Matuliene G, Pjetursson BE, .15
Brägger U, Lang NP. 2014. Risk factors associated with the longevity of
multi-rooted teeth. Long-term outcomes after active and supportive
.periodontal therapy. J Clin Periodontol. 41(7):701-707

Tarnow D. 2016. Increasing prevalence of peri-implantitis: How .16
.will we manage? J Dent Res. 95(1):7-8

Giannobile WV¹, Lang NP². Are dental implants a panacea or should we
better strive to save teeth? J Dent Res 95: 5-6, January 2016

Department of Periodontics and Oral Medicine, University of Michigan ¹
School of Dentistry, Ann Arbor, USA

Department of Periodontology, University of Zurich, Center for Dental ²
Medicine, Switzerland