

Περιεμφυτευματίτιδα σε εμφύτευμα ακίνητης προσθετικής εργασίας με πρόβολο γεφύρωμα.

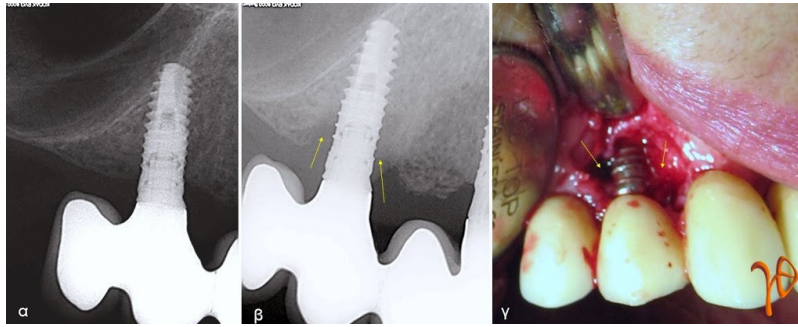


Η περιεμφυτευματική νόσος είναι μια φλεγμονώδης εξεργασία που μπορεί να προσβάλλει τον μαλακό ιστό(βλεννογόνο) ή και τον σκληρό ιστό(οστόν) γύρω από ένα οστεοενσωματωμένο και λειτουργικό οδοντικό εμφύτευμα. Η εμφάνισή της μπορεί να σχετίζεται με τοπικούς παράγοντες όπως η μορφολογία των περιεμφυτευματικών ιστών που επηρεάζει την μικροβιακή διείσδυση, αλλά και με γενικούς συστηματικούς παράγοντες όπως ο μη ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης, η μακροχρόνια λήψη κορτικοειδών, η ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, η κακή στοματική υγιεινή και το κάπνισμα...

Επίσης η άσκηση υπερβολικής μηχανικής πίεσης στο εμφύτευμα, η προβληματική εφαρμογή της επιεμφυτευματικής αποκατάστασης, η χαλάρωση των προσθετικών εξαρτημάτων ή ακόμη και τα υπολείμματα των κονιών που χρησιμοποιούνται μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνισή της. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι περιεμφυτευματική νόσος συνοδευόμενη με απώλεια οστού(περιεμφυτευματίτιδα) μπορεί να προσβάλλει τα οδοντικά εμφυτεύματα σε ποσοστό από 0 μέχρι 14,4% σε βάθος 5ετίας από την τοποθέτηση και φόρτισή τους.

Η υπέρμετρη μηχανική πίεση μπορεί να οφείλεται σε βρουξισμό ή στην παρουσία φυσικών δοντιών στο αντίθετο τόξο. Επίσης μπορεί να οφείλεται σε τοποθέτηση ανεπαρκούς αριθμού εμφυτευμάτων ή σε κακό σχεδιασμό διευθέτησής τους στην ακρολοφία σε σχέση με την κατανομή των πιέσεων. Και επίσης να συνδέεται με την σχέση μήκους εμφυτεύματος-στεφάνης ή με καθαρά προσθετικούς παράγοντες όπως η μη παθητική εφαρμογή της πρόσθεσης και η χρησιμοποίηση προβόλων σε κινητές ή ακίνητες αποκαταστάσεις.

Μια σχετική περίπτωση απεικονίζεται στην παρακάτω φωτογραφία, όπου παρατηρούμε την εξέλιξη της νόσου στο οδοντικό εμφύτευμα #14 που στηρίζει πρόβολο #15 σε συγκολλούμενη ακίνητη προσθετική εργασία. Το μόνο σύμπτωμα του ασθενή ήταν η αίσθηση πόνου κατά την ψηλάφηση της παρειακής επιφάνειας του βλεννογόνου αντίστοιχα με το εμφύτευμα. Η κλινική εξέταση έδειξε παρειακό αιμορραγικό θύλακα βάθους 7mm και άπω υπέρωιο βάθους 6mm. Ακτινογραφικά υπήρχε γωνιώδης οστεολυσία κυρίως άπω, αλλά και εγγύς του εμφυτεύματος.



Εικόνα: (α) Η περιοχή κατά την αρχική φόρτιση, (β) Μετά από 5 χρόνια με οστεολυσία (βέλη), (γ) Χειρουργική προσπέλαση που δείχνει το μέγεθος της οστικής απώλειας(βέλη)

Η χειρουργική αποκάλυψη της βλάβης επιβεβαίωσε τα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα. Η μεγαλύτερη οστική απώλεια εντοπιζόταν άνω του εμφυτεύματος. Η περιοχή καθαρίστηκε από τους μαλακούς ιστούς, εκπλύθηκε με χλωρεξιδίνη και φυσιολογικό ορό και συμπληρώθηκε με αλλοπλαστικό υλικό και απορροφήσιμη μεμβράνη.

Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας(Aglietta M. κ.σ., 2009) για τα ποσοστά διατήρησης και βιολογικών επιπλοκών των εμφυτευμάτων που στηρίζουν ακίνητες προσθετικές εργασίες με πρόβολα γεφυρώματα(ICFDPs: implant-supported cantilever fixed dental prostheses) και χρόνο παρακολούθησης τουλάχιστον τα 5 χρόνια προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: Στα 5 χρόνια παρουσιάστηκε περιεμφυτευματίτιδα στο 9,4%(3,3-25,4%) και στα 10 χρόνια στο 17,9%(6,4-44,3%) από αυτά. Ωστόσο απώλεια του εμφυτεύματος σημειώθηκε μόνο για το 5,7%(0-10,5%) στα 5 χρόνια και για το 11,1%(0-19,9%) στα 10 χρόνια. Σε άλλη εργασία που εξετάστηκε η πρόγνωση εμφυτευμάτων σε ICFDPs ανάλογα με την έκταση του προβόλου δεν τεκμηριώθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην εμφάνιση περιεμφυτευματίτιδας(14,3-18,6%) και στο μήκος του γεφυρώματος($\leq 10\text{mm}$, $>10\text{mm}$).

Αν και λείπουν από την βιβλιογραφία επαρκείς προοπτικές μελέτες για την αντιμετώπιση της περιεμφυτευματίτιδας υπάρχουν οι ενδείξεις ότι τα καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν έχει σημειωθεί σημαντική απώλεια οστού, μπορούν να προκύπτουν με την χειρουργική προσπέλαση της βλάβης, τον καθαρισμό και την απολύμανση της περιοχής και της αποκαλυμμένης επιφάνειας του εμφυτεύματος και εν συνεχεία με την καθοδηγούμενη ιστική αναγέννηση(κυρίως αυτομόσχευμα ή υποκατάστατο οστού με ή χωρίς μεμβράνη).

Ωστόσο παρά την πρόοδο των μεθόδων ιστικής αναγέννησης η αντιμετώπιση των οστικών βλαβών της περιεμφυτευματίτιδας δεν μπορεί να είναι προβλέψιμη. Σε σχετική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τον Dr. Elangovan κατά την οποία μελετήθηκαν 17 εργασίες(173 εμφυτεύματα) με εύρος παρακολούθησης 5-36 μηνών, προέκυψε ότι μόνο το 10,4% των εμφυτευμάτων είχαν πλήρη οστική κάλυψη ενώ το 85,5% παρουσίασε μερική οστική αναπλήρωση. Το δε υπόλοιπο 4% δεν παρουσίασε καμία οστική ανάπλαση.

Από αυτή τη σύντομη παρουσίαση ως κρατήσουμε δύο πράγματα: **(1)** Ότι η περιεμφυτευματική νόσος και ειδικότερα η περιεμφυτευματίτιδα παρά την σαφή εμπλοκή του μικροβιακού και του μηχανικού παράγοντα είναι μια πολυπαραγοντική νοσολογική οντότητα και **(2)** Ότι στα αρχικά στάδια η τοπική συντηρητική και φαρμακευτική αντιμετώπιση μπορεί να δώσει ανάλογα αποτελέσματα με τη χειρουργική θεραπεία ενώ στα πιο προχωρημένα στάδια η ανοικτή χειρουργική θεραπεία μπορεί να δώσει καλά αλλά όχι προβλέψιμα αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

Berglundh T et al. *A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years.* J Clin Periodontol 2002; 29:197-212.

Aglietta M, Siciliano VI, Zwahlen M, Brägger U, Pjetursson BE, Lang NP, Salvi GE. *A systematic review of the*

survival and complication rates of implant supported fixed dental prostheses with cantilever extensions after an observation period of at least 5 years. Clin Oral Implants Res. 2009 May;20(5):441-51.

Elangovan S. *Complete regeneration of peri-implantitis-induced bony defects using guided bone regeneration is unpredictable.* J Am Dent Assoc. 2013 Jul;144(7):823-4.

Δ. Τρικεριώτης ([Follow on Twitter](#))