



źródło: archiwum prywatne (15)

Lek med., lek. dent. Tomasz Sypień,
Stomatologia Sypień w Bielsku-Białej

W najbliższych numerach zaprezentujemy przegląd **przypadków rekonstrukcji implantologicznej siekaczy górnych w zależności od warunków kostnych w miejscu braku**. W przedstawionym poniżej celu implantacji natychmiastowej było w pierwszej linii zabezpieczenie wyrostka zębodołowego przed zanikiem oraz utrzymanie tkanek miękkich wokół zęba.

Brak którejś z blaszek po ekstrakcyjnego zębodołu kostnego stanowi problem przy wykonywaniu uzupełnień protetycznych, szczególnie w strefie o dużym znaczeniu estetycznym, zarówno w przypadku implantacji, jak i mostów opartych na zębach. Decydujące znaczenie ma tutaj przyczyna, dla której ząb musi zostać usunięty, wcześniejszy sposób leczenia zachowawczo-protetycznego, powikłania endodontyczne oraz leczenie chirurgiczne w postaci resekcji korzenia lub na przykład wydłużania korony klinicznej. Jeśli

zmiany w obszarze tkanek twardych i miękkich są niewielkie, wówczas umieszczenie implantu oraz w razie konieczności zabiegi augmentacyjne mogą być wykonywane podczas tej samej wizyty, co ekstrakcja danego zęba.

Przywrócenie stanu pierwotnego w przypadku większych braków kostnych wiąże się z koniecznością przeprowadzenia długotrwałego, przemyślnego leczenia. Zazwyczaj zmiany kształtu kości po ekstrakcji są niekorzystne. Resorpcji kostnej zapobiec może dobrze przemyślana strategia i odpowiedni sposób leczenia. Na tej zasadzie opierają się metody mające na celu zachowanie i regenerację tkanki twardej oraz optymalne ustawienie implantów z uzyskaniem lepszych efektów estetycznych. Nie mniej ważny jest także harmonijny układ z uzębieniem resztkowym i otaczającą tkanką miękką. Zróżnicowane zabiegi chirurgiczne i protetyczne pozwalają osiągnąć zamierzony cel. Jednak poszczególne fazy leczenia wymagają odpowiedniej synchronizacji czasowej. Ponieważ każda utrata struktury anatomicznej ma konsekwencje biologiczne, również ekstrakcja zęba powoduje często deficyt tkanki miękkiej i twardej. Proces ten

należy powstrzymać, aby podłoże kostne uległo możliwie najmniejszej zmianie. Jednak w rzeczywistości niejednokrotnie

trudno osiągnąć cel. Lekarz dentysta musi uwzględnić wiele możliwości przemyślnego leczenia obejmującego postępowanie

wieloletowe, niejednokrotnie z rozległymi augmentacjami połączonymi z przeszczepami kości autogenej. ■

Implantacja natychmiastowa siekacza górnego

Zabiegi implantologiczne w strefie estetycznej wymagają podjęcia decyzji dotyczących czasu, rodzaju użytego implantu oraz zastosowanych technik chirurgicznych w zależności od uwarunkowań anatomicznych

Opis przypadku

Charakterystyka pacjentki

Pacjentka, lat 43, skierowana do kliniki w celu ponownego leczenia endodontycznego zęba 11 oraz wykonania licówek. W wywiadzie uskarża się na dolegliwości bólowe utrzymujące się przez kilka tygodni. W badaniu klinicznym widoczny obrzęk i zaczerwienienie dziąsła brzęznego, brak przetoki, dodatnia reakcja na opuk. Sondą periodontologiczną stwierdzono głęboką na 3 mm kieszonkę dziąsłową od strony wargowej oraz zachowaną przedścionkową blaszkę kostną. Wykonane zdjęcie przylegające RTG wykazało pęknięcie zęba, liczne nieszczelne wypełnienia, metalowy wkład korzeniowy (fot. 1).

Przygotowanie do implantacji

W tej sytuacji zaproponowano ekstrakcję z następczą implantacją wykonanymi na jednej wizycie, z zastrzeżeniem, że warunki kostne po ekstrakcji będą to umożliwiały. Ząb 11 usunięto ze szczególną ostrożnością za pomocą periostomu bez zbytniego traumatyzowania tkanek miękkich, z jak najmniejszym uszkodzeniem zębodołu. Blaszka przedścionkowa została zachowana w nienaruszonym stanie. Sprawdzone jej stan za pomocą zgłębnika periodontologicznego. Na zdjęciu widoczny usunięty ząb z poprzecznym złamaniem (fot. 2). Po pozytywnej weryfikacji podjęto ostateczną decyzję o wykonaniu implantacji (techniką bezpłatową).

Implantacja

Następnie dokonano wszczepienia implantu AB I: 2, D: 3,75, L: 16 (fot. 3). Wprowadzono implant dłuższy niż korzeń zęba, nieco dopodniebiennie w stosunku do ułożenia korzenia – pozwoliło to na maksymalizację stabilizacji pierwotnej. W czasie tej samej wizyty na łącznik metalowy zacementowano koronę tymczasową niefunkcjonalną z ukształtowaniem powierzchni stycznych w taki sposób, aby zachować brodawki międzyzębowe, a jednocześnie kształtować brzeg dziąsłowy od strony wargowej (fot. 4, 5, 6, 7, 8). Zarządzanie profilem wylania i ochrona brodawki międzyzębowej w strefie estetycznej są czynnikami krytycznymi sukcesu. Korona została wykonana metodą bezpośrednią materiałem kompozytowym Gradia A3 przy użyciu kształtki poliestrowej. Poprzez kalkę artkulacyjną upewniono się, że na koronie tymczasowej nie występują żadne kontakty okluzyjne. Przepisano klindamycynę 300 mg. Po siedmiu dniach podczas wizyty kontrolnej badanie oraz zdjęcie kontrolne wykazały prawidłowe gojenie rany oraz zachowanie tkanek miękkich jako optymalne (fot. 9). W trakcie kolejnych wizyt kontrolnych oceniano: głębokość kieszonek dziąsłowych, krwawienie na zgłębnikowanie, stan higieny. Na podstawie RVG oceniano poziom kości brzęznej. Nie zaobserwowano jakichkolwiek odchyłań od normy. Po okresie osteointegracji (trzy miesiące) dokonano ponownej oceny wszystkich istotnych parametrów. Po okresie gojenia pobrano wycisk polieterową masą Impregnum Penta metodą tyżki otwartej. Na następnej wizycie zacementowano na stałe koronę cyrkonową (fot. 10, 11, 12, 13).

Kontrola

Po ośmiu miesiącach wykazała na zdjęciu RTG szczelność, osteointegrację oraz odpowiednie podparcie kostne. Badanie potwierdziło stabilność warunków, jak również integrację korony ostatecznej z uśmiechem pacjenta (fot. 14).

Nauka

Yerba mate nie taka zdrowa

Yerba mate to popularny napój znany na całym świecie, a szczególnie często pity w Ameryce Południowej i na Bliskim Wschodzie. Wysuszone liście ostrokrzewu paragwajskiego są zaparzone i pite na zimno lub gorąco. Napój zawiera kofeinę i działa pobudzająco. Organizacje promujące ten wywar twierdzą, że yerba mate jest bogatym źródłem antyoksydantów i tym samym ma działanie zapobiegające nowotworom oraz działanie przeciwzapalne. Z drugiej strony, przeprowadzone badania wskazują na to, że spożywanie tego napoju może wyraźnie zwiększać ryzyko zachorowania na nowotwory jamy ustnej oraz nowotwory ustnej części gardła. Istnieją także dowody na większą zachorowalność na raka przełyku u osób pijących yerba mate. Tak rozbieżne dane skłoniły naukowców do opracowania badania w nurcie *Evidence Based Medicine*, które miałyby sprawdzić, czy osoby spożywające yerba mate są bardziej narażone na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W celu znalezienia odpowiedniego materiału badawczego przeszukano bazy artykułów w poszukiwaniu prac na temat związków między pićciem yerba mate a występowaniem nowotworów. Po analizie i odrzuceniu badań o niskiej wiarygodności włączono do pracy cztery artykuły, które pochodziły z krajów Ameryki Po-



fot. Magdalena Żurawska/Fotolia.com

dniowej (dwa z Brazylii i dwa z Urugwaju). Wyniki tych prac zostały skonsolidowane i na

nowo zanalizowane. W sumie brano pod uwagę informacje o 879 pacjentach pijących yerba mate i 1128 niepijących lub pijących nieznaczne ilości. Obliczono współczynnik *odds ratio*, czyli tzw. iloraz szansy wystąpienia określonego stanu klinicznego (nowotworu) w grupie ekspozowanej na dany czynnik (picie yerba mate). Wynik tego współczynnika na poziomie 2,11 oznacza, że w grupie miłośników tego napoju ryzyko wystąpienia nowotworu jest ponaddwukrotnie wyższe niż u pozostałych osób.

Z badania wnioskuje się, że istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy spożyciem napoju yerba mate a częstością zachorowań na nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego. Dodatkowo dwa spośród tych czterech badań wykazały efekt synergii w przypadku występowania dodatkowego nałogu palenia tytoniu. Próbowano także znaleźć związek pomiędzy temperaturą, w jakiej był pity napój, a zachorowalnością, ale okazało się, że domniemana przyczyna kancerogenności napoju nie potwierdziła się. Stwierdzono, że ważniejsza od temperatury jest

raczej ilość i częstota spożywania napoju.

Autorzy zwracają uwagę, że prace mają pewne ograniczenia metodologiczne. Możliwe, że populacja zamieszkująca kraje Ameryki Łacińskiej jest bardziej narażona na zachorowanie. Potrzebne są kolejne randomizowane badania na innych kontynentach.

Mechanizm rakotwórczości yerba mate nie jest dokładnie poznany. Uważa się, że głównymi czynnikami są urazy termiczne oraz skład chemiczny napoju. Wysoka temperatura płynu może uszkadzać błonę śluzową jamy ustnej i narażać ją na działania substancji rakotwórczych znajdujących się w tytoniu oraz alkoholu czy w samej yerba mate (wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, takie jak benzopireny).

Opisane badanie ma znaczenie w zakresie zdrowia publicznego, gdyż sygnalizuje, że napój, który staje się popularny w wielu krajach jako środek przynoszący poprawę zdrowia, może powodować odwrotny efekt. ■

Al-Dakkak I i wsp. *Evid Based Dent*; 2012; 13: 18-9.

Złe towarzystwo *Treponema denticola*

Zwiększony poziom ilości bakterii *Treponema denticolaw* jamie ustnej jest podawany jako jeden z głównych czynników powodujących choroby przyzębia. Szczep ten ma duże zdolności proteolityczne i odpowiada za zniszczenie struktur przyzębia. Nowe badanie opublikowane w czasopiśmie „Microbiology” pokazuje, że aby ta bakteria mogła zacząć wywoływać patologiczne zmiany w kieszeni dziąsłowej, musi znaleźć się w odpowiednim towarzystwie.

Naukowcy z Bristolu w Wielkiej Brytanii odkryli cząsteczkę CTLP znajdującą się na powierzchni bakterii *Treponema denticola*. Cząsteczka CTLP umożliwia temu mikrobowi przyczepianie się do kolonii innych bakterii tworzących nazębną płytkę bakteryjną. Ta interakcja między różnymi gatunkami bakterii znajdujących się w jamie ustnej może wywołać zapalenie dziąsła i przyzębia poprzez hamowanie krzepnięcia krwi i destrukcję przyczepu nabłonkowego.

Odkrycie jest o tyle istotne, że daje nadzieję na znalezienie substancji blokującej CTLP, nad którym obecnie pracuje ten zespół



badawczy. Pozbawienie bakterii możliwości przyczepiania się do innych patogenów może zahamować lub przynajmniej spowolnić procesy destrukcyjne w obrębie aparatu zawieszeniowego zęba. Wynalezienie leku blokującego CTLP mogłoby pomóc osobom z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na *periodontitis*.

Autorzy podkreślają, że nawet najlepszy lek, który będzie inhibitorem CTLP, nie zastąpi mechanicznego oczyszczania zębów i utrzymywania wysokiego poziomu higieny. ■

Cogoni V i wsp. *Microbiology*; 2012; 158: 759-70.

Iniekcje antykoncepcyjne mogą zwiększyć ryzyko choroby przyzębia

Iniekcje antykoncepcyjne typu depo, czyli głębokie wstrzyknięcia domięśniowe progestagenów podawane co osiem lub 12 tygodni, są jedną z opcji zapobiegania ciąży coraz częściej wybieraną przez kobiety. W nowym badaniu opublikowanym w „*Journal of Periodontology*” sprawdzono, czy przyjmowanie „zastrzyków antykoncepcyjnych” zwiększa ryzyko chorób przyzębia.

Podjeżdża się, że progestageny mogą wywoływać stan zapalny oraz stymulować syntezę prostaglandyn, co jest łączone z podwyższonym ryzykiem *periodontopatii*.

W badaniu uwzględniono dane z dużego badania stanu zdrowia Amerykanów z lat 1999-2004 (NHANES). Sprawdzono wyniki 4460 kobiet w wieku 15-44 lata, spośród których 4 proc. używało obecnie tej formy antykoncepcji, a 12 proc. używało jej w przeszłości. Okazało się, że jest istotna różnica w występowaniu objawów choroby przyzębia (wskaźniki krwawienia dziąseł i utraty przyzęcza łąkotkankowego) pomiędzy kobietami przyjmującymi iniekcję a grupą kontrolną. Występowanie zapalenia dziąseł stwierdzono u 54 proc. kobiet używających iniekcji antykoncepcyjnych, a tylko u 46 proc. w grupie kontrolnej. Analizując wyniki, uwzględniono takie czynniki modyfikujące poziom ryzyka, jak wiek, rasę, wykształcenie oraz inne czynniki społeczne i bytowe. Dlatego autorzy wnioskują, że ta forma zapobiegania ciąży zwiększa ryzyko zmian zapalnych w tkankach przyzębia w całej populacji.

Warto także zauważyć, że w badanej populacji tę formę antykoncepcji stosuje większy odsetek kobiet o niższym statusie socjalno-ekonomicznym, co także jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia zapalenia przyzębia. W związku z tym lekarze przepisujący tego typu leki powinni brać pod uwagę, że zaordynowanie jej może zwiększyć ryzyko choroby przyzębia. Powinno się rozważyć ewentualnie alternatywne metody. Z drugiej strony, lekarze dentyści pacjentek stosujących tę metodę antykoncepcji powinni zachęcać je do starszej higieny i okresowych kontroli *periodontologicznych*. ■

Taichman LS i wsp. *J Periodontol*; 2012; publikacja elektroniczna przed wydaniem papierowym.

Otyłe dzieci szybciej wymieniają uzębienie

Występowanie otyłości u dzieci ma charakter epidemiczny. Otyłość jest obecnie najczęstszą chorobą cywilizacyjną. W krajach Europy Zachodniej częstość występowania otyłości u dzieci szacuje się na 10-15 proc., a w USA aż 25 proc. Polska niestety goni zachodnie tendencje i według różnych

szacunków odsetek otyłych dzieci w Polsce wynosi między 2,5 a 12 proc, a tendencja jest wzrostowa. W nowym badaniu opublikowanym w czasopiśmie „*Obesity*” pokazano, jaką rolę odgrywa ten trend w pracy lekarza dentystry leczonego młodych pacjentów.

W pracy badano związek pomiędzy otyłością a wyrzynaniem zębów stałych. Pod uwagę wzięto dane blisko 5,5 tys. dzieci. Do kwalifikacji otyłości lub nadwagi zastosowano siatki centylowe dla wskaźnika masy ciała. Osoby powyżej 95. centyla uznano za otyłe, a pomiędzy 85. a 95. centylem to osoby z nadwagą. Wyniki były także analizowane pod względem modyfikacji w zależności od wieku, płci oraz rasy.

Okazało się, że u otyłych dzieci proces wymiany uzębienia następuje wcześniej niż w reszcie populacji. Otyłe dzieci w wieku 5-14 lat mają średnio 1,44 więcej zębów stałych w porównaniu do nieotyłych rówieśników. Jeśli zawęzi się obserwację do dziesięcio- i jedenastoletków, liczba wyrzniętych zębów stałych będzie większa aż o 2,7 zęba. W przypadku osób z nadwagą także obserwowano szybszą wymianę, ale wynik był

niższy i wynosił około 0,5 więcej wyrzniętych zębów stałych.

Wyniki są ważne z klinicznego punktu widzenia, gdyż rzutują na ocenę ryzyka próchnicy zębów stałych (przez ich szybsze pojawienie się w jamie ustnej) oraz zwiększone prawdopodobieństwo powstawania wad zgryzu. Badacze tłumaczą opisane zjawisko tym, że obecność zwiększonej ilości tkanki tłuszczowej wzmacnia procesy wzrostowe w całym organizmie. U otyłych dzieci obserwuje się również szybsze wejście w okres dojrzewania płciowego i szybszy wzrost kości żuchwy.

Klinicyści, mając więc na fotelu otyłe dziecko, powinni w zaleceniach odnośnie do profilaktyki próchnicy i wad zgryzu skorygować termin wdrażanych działań leczniczych i zapobiegawczych, dostosowując go do przyspieszonej wymiany zębów mlecznych na stałe.

Badanie jest ważne nie tylko dla lekarzy dentystry. Jest także dodatkowym argumentem podtrzymującym tezę, że otyłość jest poważnym zagrożeniem zdrowia dzieci. ■

Must A i wsp. *Obesity*; 2012; publikacja elektroniczna przed wydaniem papierowym.