

POGOVOR:

DR. MATIJA GORJANC, SPECIALIST MAKSILOFACIALNE KIRURGIJE

Zobni vsadki tudi za popolnoma brezzoba usta

MOJCA ŠIMENC



»V bistvu gre pri vsadkih za evolucijsko ekstenzijo protetike, pa ne samo zobne,« pojasnjuje asist. Matija Gorjanc, dr. med, dr. dent. med, ustanovitelj prvega specializiranega implantološkega centra pri nas.

Kaj so pravzaprav zobni vsadki?

»Zelo enostavno povedano so zobni vsadki vijaki ali cilindrični elementi, najpogosteje narejeni iz titana, ki v grobem spominjajo na zobno korenino in imajo v oralni in maksilofacialni implantologiji tudi njeno funkcijo. Vsadek izgleda na prvi pogled zelo preprosto. Če pa njegovo površino pogledamo pod večjimi povečavami, vidimo, da gre za zelo posebno in premišljeno pripravljeno površino, na katero se mlade, izhodiščne kostne celice po vstavitvi v človeško kost prilepijo in se potem po njej razrastejo. Ta proces strokovno imenujemo osteointegracija. Najkasneje po nekaj mesecih se vsadek izjemno močno vraste v kost in ga lahko izkoriščamo za pričvrstitev različnih protetičnih nadomestkov. V bistvu gre za evolucijsko ekstenzijo protetike, pa ne samo ustne. Na podoben način se vraščajo tudi drugi vsadki, na primer titanijeve ploščice in vijaki za učvrstitev zlomljenih kosti, ali pa proteze za nadomeščanje sklepov. Gre za fenomen, ki je bil prvič znanstveno opisan pred skoraj 40 leti in ki ga v medicini izkoriščamo na različnih področjih, verjetno pa ima res najširšo uporabo pri zobni protetiki. Vsadki niso samo alternativa protezam. Z njimi lahko nadomestimo posamični izgubljeni zob, pri popolnoma brezzobih čeljustih pa načeloma tudi vse zobe.«

Torej so kandidati za zobni vsadek vsi, ki jim manjkajo zobje, ne glede na število manjkajočih zob.

»Po konvencionalni metodi je bilo potrebno takrat, ko je manjkal tudi en sam zob, dva sosednja zoba obrusiti in zobno vrzel rešiti z mostičkom. Če sta zoba, in pri mlajših je to zaradi dobre preventive v otroštvu pravilo, brez plomb ali kariesa, pomeni takšno brušenje odnašanje zdrave zobne substance in skrajševanje življenjske dobe zob. Z zobnim vsadkom ta problem popolnoma zaobidemo. Druga pogosta skupina naših pacientov so ljudje, ki imajo skrajšane zobne vrste: zobe imajo v sprednjem delu čeljusti, v zadnjem pa ne. Ti ljudje v dobi pred implantologijo niso imeli več alternative z mostičkom, ampak je za njih prišla v poštev le delna proteza. Takšnemu pacientu lahko v nekaterih situacijah že z enim samim vsadkom v zadnjem delu čeljusti omogočimo mostiček in mu tako zelo izboljšamo kakovost življenja. Pri uporabnikih totalnih zobnih protez se vsadki lahko vstavijo z namenom stabilizacije proteze. Ta sicer ostane snemljiva, a se več ne dviguje in izpada, ni je potrebno lepiti. Iz higienskega in estetskega vidika so takšne rešitve pogosto celo boljše kot »nesnemljive.«

Ali pri zobnih vsadkih obstajajo kontraindikacije in ali na poseg vpliva čas od izgube zoba?

»Najbolje je vsadek načrtovati že takrat, ko je zob, ki je nepopravljivo obolel ali poškodovan, še v ustih, kajti v tem primeru imamo možnost, da zob ob sami odstranitvi nadomestimo z vsadkom. To je idealna situacija, ki jo strokovno imenujemo takojšnja implantacija. Več časa kot mine po odstranitvi zoba, slabši so kostni pogoji za vsadek. Kontraindikacije pri zobnih vsadkih delimo v dve veliki skupini. Prva so lokalni dejavniki, pri katerih gre praviloma za stanje kosti in sluznic v ustni votlini: v prvi vrsti za vprašanje zadostnega volumna in zadostne kakovosti kosti oziroma ali se kost nahaja tam, kjer jo potrebujemo. Če temu ni tako, smo v kirurgiji razvili vrsto postopkov, s katerimi lahko istočasno z implantacijo ali pred njo dogradimo kost in jo pripravimo za vsadek. Brez tega pravzaprav implantologije danes ni. Naše lastne raziskave kažejo, da je pri 80 do 90 odstotkih pacientov potreben vsaj minimalni postopek dograditve čeljustne kostnine, da lahko vsadke vstavimo funkcionalno, estetsko in z dolgoročnim uspehom. Z drugimi besedami: lokalne kontraindikacije lahko pri skoraj vseh pacientih na določen način odpravimo.

Druga skupina kontraindikacij so sistemske. Gre za splošne kirurške kontraindikacije, na primer stanje po svežem miokardnem infarktu, uporabo zdravil, ki preprečujejo strjevanje krvi, stanja z imunsko pomanjkljivostjo. Poznamo pa v tej skupini tudi kontraindikacije zaradi motenj procesa osteointegracije: gre za nekatere hormonske motnje, hudo osteoporozo, stanje po obsevanju zaradi raka glave in vratu ali za zdravljenje z določenimi zdravili. Na tem mestu velja – morda malo paradokсно - izpostaviti predvsem dolgotrajno zdravljenje z nekaterimi zdravili za osteoporozo. Imenujejo se bisfosfonati, ki sicer dolgoročno izboljšajo kostno gostoto, a ker proces ni povsem uravnotežen, lahko kirurški poseg v takšni kosti (ne samo implantacija) slednjo ogrozi. V skrajnem primeru pride do delnega odmrtja kosti. Ta fenomen poznamo šele zadnjih pet let, v prihodnosti pa bo še zelo aktualen. S splošnim staranjem populacije bo potreba po vsadkih vse večja, hkrati pa bo tudi populacija, ki uživa bisfosfonate, vse večja. Pogosto se bo šele na osnovi posveta med maksilofacialnim kirurgom in endokrinologom mogoče odločiti, kaj je za pacienta pomembnejše in primernejše: da dolgotrajno uživa bisfosfonate, če je res preveč ogrožen zaradi patoloških zlomov zaradi osteoporoze, ali pa da ima zobne vsadke. Tega

problema se morda premalo zavedajo nekateri zdravniki, ki pacientu zdravilo predpišejo brez zadostnega upoštevanja prav vseh okoliščin in posledic.«

Kaj pa starost?

»Starost pri zobnih vsadkih ni kontraindikacija. Naš najstarejši pacient je sedaj star 93 let, vsadke pa ima tri leta.«

Kako tehnično poteka poseg?

»Postopek vstavljanja zobnih vsadkov lahko skoraj vedno poteka v lokalni anesteziji. Po pregledu, ko izključimo kontraindikacije, se operativni postopek prične z anesteziranjem predela, kjer želimo vsadek vstaviti. Dlesen oziroma sluznico in pokostnico odmaknemo od kosti in ležišče bodočega vsadka ustrezno pripravimo. Potem implantat ali vsadek privijemo v kost, ki jo po potrebi še dogradimo, in dlesen zašijemo nazaj. Enostavna implantacija traja 20 minut do pol ure. Načeloma je v lokalni anesteziji možno vstaviti tudi do osem vsadkov v eni seji. Bolečine po posegu po približno dnevu do dveh izzzvenijo, oteklina sledi nekaj kasneje in je največja po treh dneh, odvisna je od obsega operacije. Po enem tednu odstranimo šive. Če sledimo standardnemu postopku, pustimo vsadek pokrit pod sluznico tri mesece, potem pa ga z minimalnim kirurškim postopkom, ki mu rečemo odprtje vsadka, opremimo z elementom, ki že gleda v ustno votlino. Dva do tri tedne kasneje lahko pričnemo z izdelavo načrtovanega protetičnega nadomestka. Pri pospešenih protokolih, ki jih vse pogosteje uporabljamo, pa je možno vsadek na dan vstavitve tudi že obremeniti. Najbolj neugodno obdobje za obremenjevanje je med 4 in 6 tedni. Če se torej odločimo za takojšnje ali zgodnje obremenjevanje, naredimo to takoj ali do tri tedne po implantaciji, sicer pa raje počakamo tri mesece.«

Na kaj mora biti pacient pozoren po operaciji?

»Če pacient ni oskrbljen po postopku takojšnje obremenitve, potem živi po vstavitvi vsadka popolnoma enako, kot je živel do operacije. Še največja ovira za socialne aktivnosti je pravzaprav oteklina, ki pa po petih do sedmih dneh izgine. Prvi teden po operaciji so nezaželene le ekstremne fizične obremenitve, na primer maraton, potapljanje, resne planinske ture. Pri takojšnjem obremenjevanju vsadkov, je nekaj tednov potrebno uživanje mehkejših hrane.«

Kako pa je z vstavljanjem zobnih vsadkov pri otrocih?

»Pri otrocih so implantanti zaradi nedokončane rasti obraznega skeleta kontraindicirani. Rast skeleta ima svoj specifični vzorec. Zobje se namreč skupaj s čeljustnim zobnim odrastkom med rastjo pomikajo navzpred in navzdol, medtem pa vsadek in okolna kost ne rasteta več. To pomeni, da če bi 12 ali 14-letnemu otroku vstavili implantant, bi slednji v starosti 18 do 20 let, ko je rast obraznega skeleta končana, končal na skrajno neugodnem položaju, kar je navadno zelo neestetsko in tudi problematizira nadaljnjo protetično oskrbo.«

Kdo vse lahko opravi poseg?

Za kirurški del posega so najbolj kvalificirani oralni in maksilofacialni kirurgi, ki pa morajo že pri svojem delu razmišljati tudi o končnem cilju - protetiki. Enostavno implantacijo sicer lahko opravi tudi zobozdravnik ali specialist druge dentalnomedicinske usmeritve, ki pa mora imeti precej dodatnega kirurškega znanja. Vse je odvisno od obsega dela in nivoja storitve. Vrhunskost je možna samo z ozko specializacijo in načeloma se uveljavlja vzorec, da kirurg opravi kirurški del posega, zobozdravnik pa izgotovi protetiko. Na proces osteointegracije in na dolgoročno preživetje vsadka zelo vpliva, ali je kirurški del pravilno in brezhibno opravljen. Najbolj pomembna je faza vraščanja. Če tukaj pride do majhne motnje, ima ta lahko za posledico nestabilnost vsadka in posledično vnetje, zaradi katerega se vsadek izloči iz kosti. V tem primeru govorimo o neintegraciji vsadka. Do tega po naši statistiki, narejeni na več tisoč implantantih, pride v odstotku in pol, kar je tudi v svetovnem merilu vrhunski rezultat. Če je vsadek enkrat integriran in pravilno protetično oskrbljen, se njegova življenjska doba ne razlikuje od življenjske dobe zob. Po integraciji vsadke ogrožajo enaki dejavniki kot zobe: pomanjkljiva higiena, neredne zobozdravniške kontrole, kajenje.«

Življenjska doba vsadka se torej ne razlikuje od življenjske dobe zoba?

»Potrebno je ločiti dvoje. Eno je življenjska doba vsadka samega, drugo pa življenjska doba protetike na njem. Protetika na vsadku se obnaša enako kot protetika na zobeh: po 10 do 20 letih jo je pogosto iz estetskih razlogov potrebno zamenjati. Vsadkov ni treba menjati in v kosti lahko ostanejo do konca življenja. Zelo zavajajoče so v tej luči garancije za obrabo vsadkov. Obraba titanijevih vsadkov namreč ne obstaja.«

Ali zobozdravniki v osnovnem zdravstvu paciente usmerjajo v implantologijo ali »standard« še vedno ostajata mostiček in proteza?

»Nekdo, tudi zobozdravnik, ki ni bil deležen zadostnega izobraževanja v implantologiji, bo težko spoznal njene prednosti. Zato se trudimo čimbolj izobraziti zobozdravnike in demistificirati implantologijo tudi po profesionalni plati. Če je implantologija narejena slabo in uspehi niso 98, 99 odstotni, če se zaradi premalo izkušenj pojavljajo nepotrebni zapleti, se ustvarja popolnoma napačen vtis, da gre za nekaj eksperimentalnega, škodljivega in za pacienta skrajno zoprnega. Naš interes je, da znanja s področja implantologije osvoji čim več zobozdravnikov. Seveda je kakovost dela, kot vedno, na koncu odvisna od posameznika: njegove natančnosti, izkušenosti, spretnosti, posvetitve bolniku. Tu ne pomagajo nobene službe in projekti za kakovost v zdravstvu. Kirurgija je kot šport - pomemben je trening: če jo izvajaš vsak dan, če opraviš veliko posegov in si v njej stoodstotno »z glavo«, si dober. Če pa posege izvajaš nekontinuirano, brez kritične mase storitev in raztreseno, potem na napredek v lastni spretnosti in znanju ne moreš računati.«

Če je vsadek enkrat integriran in pravilno protetično oskrbljen, se njegova življenjska doba ne razlikuje od življenjske dobe .