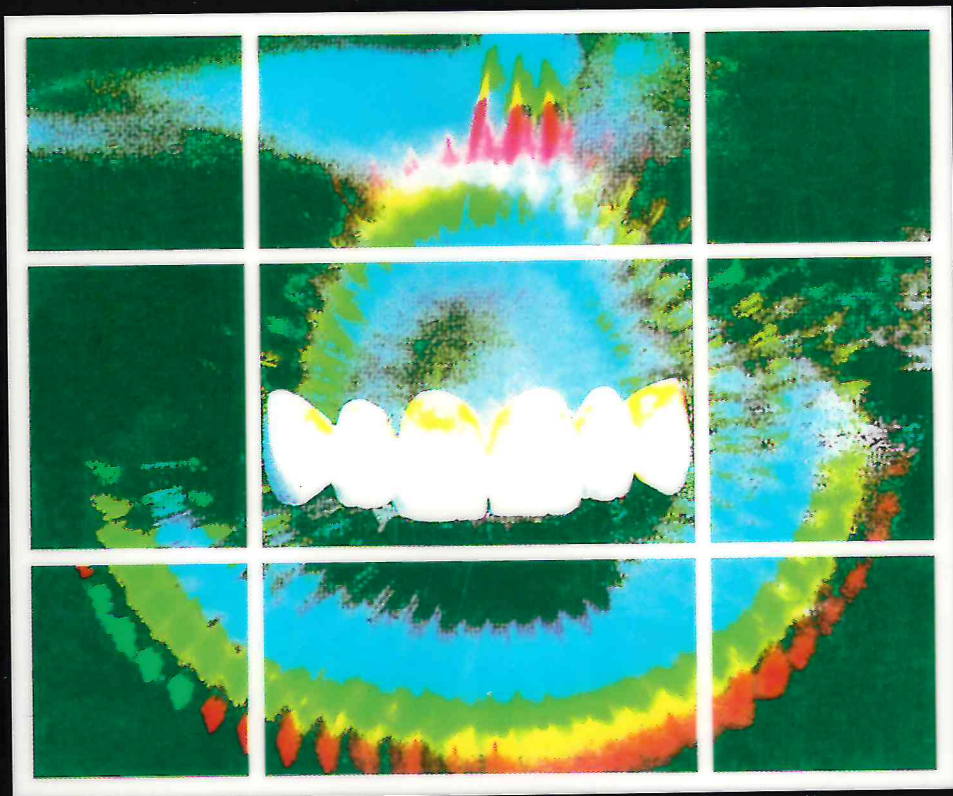


הבטאון הישראלי לטכנולוגיה דנטלית

כותרת עליונה



כרך ג' • מס' 3 • פברואר • 1994

בטאון אגודת טכנאי השיניים בישראל

רח' טרומפלדור 31, תל אביב, מיקוד 63425, טל' 03-5280810, טלפקס 03-297881

פרופיל הפנים כגורם בבחירת סוג השיקום על שתלים

מאת: ד"ר יצחק לנדסברג*

ד"ר קובי לנדסברג**

הקדמה

לאבדן שיניים ישנן כידוע השלכות פונקציונליות, נפשיות, ואסתטיות.

אחד התפקידים מני רבים של השיניים הינו התמיכה בשרירי הפנים ובעיקר בשפתיים: לפיכך, אבדן תמיכה זו כתוצאה מאובדן השיניים גורם לשינוי משמעותי במראה והבעת הפנים.

שיקום הפה באמצעות תותבת שלמה מהווה שיחזור מלאכותי של הרקמות הקשות (דהיינו השיניים והרכס האלבאולרי) ומאפשר בין היתר החזרת התמיכה ברקמות הרכות של הפנים. מבחינה זו אין כל הבדל בין תותבת שלמה רגילה לתותבת נשלפת הנתמכת

על שתלים. עם זאת ידוע שרוב המתרפאים מעוניינים בשיקום קבוע על גבי שתלים. לשיקום קבוע ישנן כמובן יתרונות רבים, אך אחד מחסרונותיו הבולטים (בעיקר במקרים של ספיגת רכס מתקדמת) בכך שאין באפשרותו לתמוך כראוי ברקמות הרכות של הפנים. בעיה זו מודגשת בעיקר אצל אנשים מבוגרים אצלם טונוס שרירי הפנים נחלש במידה ניכרת. לפרופיל הפנים במקרים כאלו ישנה לפעמים השפעה מכרעת בבחירת סוג השיקום על גבי שתלים כפי שמודגם בשני המקרים המתוארים לעיל.

מקרה 1

מתרפאה בת 64 התעניינה בשיקום קבוע על שתלים במנדיבולה. בבדיקה קלינית ורנטגנית התברר שניתן להתקין 5 שתלים בסגמנט הקדמי של הלסת. בצילום צפלומטרי (תמונה 1) נמצא שקימת מיקרוגנטיה יחסית של המנדיבולה. כמו כן נמצא שהרכס השאירתי צר ומשופע בתחילתו לכיוון לינגואלי. הוחלט להתקין 5 שתלים (מסוג Branemark) ולשקם על ידי גשר וניר קבוע מתברג עם קנטיליבר בשני הצדדים. בעת הכירורגיה, על מנת להתקין את השתלים כראוי, הונמך גובה הרכס במספר מילימטרים עד שהתקבל מישור אופקי ברוחב של כ-6 מ"מ. הנמכת הרכס המכתשי גרמה ל"הזזת" מרכז הרכס לכיוון לינגואלי. הותקנו 5 שתלים (תמונה 2) ולאחר תקופת ריפוי של כ-4 חודשים בוצעה חשיפתם הכירורגית וחיבורם לחלקי ביניים טרנסמוקוזליים (תמונה 3).

תמונה 1:

צילום רנטגן צפלומטרי.
ניתן להבחין במיקרוגנטיה מנדיבולרית. פסגת הרכס השאירתי נראית צרה ומשופעת לכיוון לינגואלי.



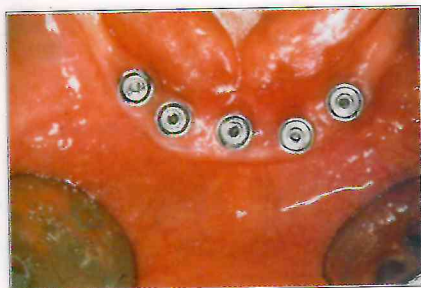
תמונה 2:

לאחר הנמכת והשטחת הרכס הותקנו 5 שתלים בסגמנט הקדמי.



תמונה 3:

חלקי ביניים טרנסמוקוזליים מחוברים לשתלים על-ידי הברגה.



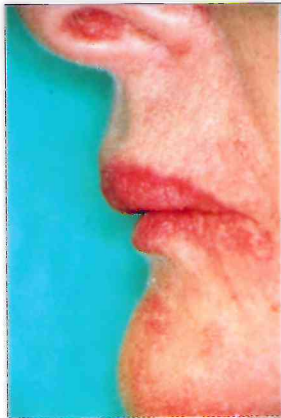
* מומחה לשיקום הפה, מרפאה פרטית.

** מומחה לפריודונטיה, דיפלומט של האקדמיה האמריקאית לפריודונטיה, מנכ"ל בסקציה לפריודונטיה, ביה"ס לרפואת שיניים ע"ש מוריס וגבריאלה גולדשלגר, אוניברסיטת ת"א ומרפאה פרטית.



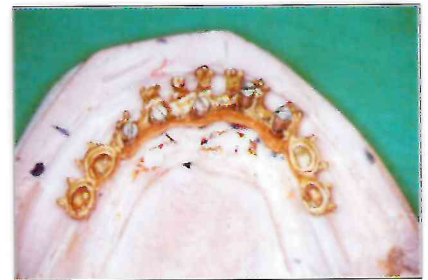
תמונה 4:

מבט צידי בשלב
המעבדתי. ניתן להבחין
בהדגשתו של הסגר
העובר האופקי
(Over-jet)



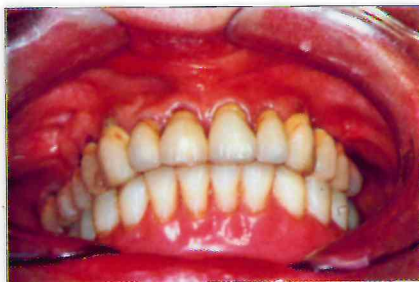
תמונה 7:

פרופיל המתרפאה לאחר
הרכבת הגשר בפה. ניתן
להבחין "בצניחת" השפה
התחתונה.



תמונה 5:

הלחמת זיזים
(חיצים) לתמיכה
באקריל.



תמונה 8:

מבט חזיתי
אינטראורלי.
הגשר הקבוע
הוחלף לתותבת-
על.



תמונה 6:

מבט חזיתי
אינטראורלי. הגשר
הקבוע ניתמך על
השתלים ומותאם היטב
מבחינה סגרית.



תמונה 9:

פרופיל המתרפאה
לאחר הרכבת תותבת-
על. תמיכת התותבת
בשפה התחתונה
משפרת במידה ניכרת
את פרופיל המתרפאה.

מקרה 2

מתרפא בן 58 המשווק בפיו על-ידי שתי תותבות שלמות התעניין בשיקום קבוע על שתלים במנדיבולה. בבדיקה אקסטרואורלית נמצאה פרוגנוסיה יחסית של המנדיבולה (תמונה 10). בבדיקה אינטראורלית נמצאו תותבות שלמות ביחס סגרי צלבי (CL III) (תמונה 11).

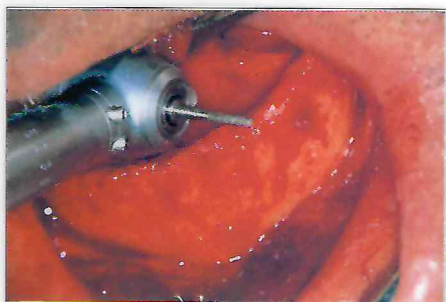
כמו כן נמצא רכס שאריתי מקסילרי מוקטן ביחס לרכס המנדיבולרי (תמונה 12). בנוסף, הרכס המנדיבולרי היה צר ומשופע לכיוון לינגואלי (תמונה 13). הוחלט לבצע גשר וניר קבוע

בשלבי ההכנה המעבדתיים ניתן היה להבחין בהגדלת הסגר העובר האופקי (Overjet) (תמונה 4). על מנת לשחזר הדרכה קדמית (Incisal guidance) ועל-מנת להבטיח תמיכה לשפה התחתונה הולחנו זיזים לשלד המתכתי (תמונה 5). הגשר צופה באקריל (תמונה 6). תוצאות הטיפול הפרוטטי היו משביעות רצון מבחינה פונקציונלית, פונטית, ואסתטית, למעט כישלון השיחזור לתמוך, כראוי בשפה התחתונה של המתרפאה (תמונה 7). בעיה זו נפתרה בלית ברירה על-ידי החלפת השיחזור לתותבת-על (תמונות 8, 9).



תמונה 10:

פרופיל המתרפא לפני הטיפול. ניתן להבחין בבליטה יחסית של השפה התחתונה לעומת השפה העליונה.



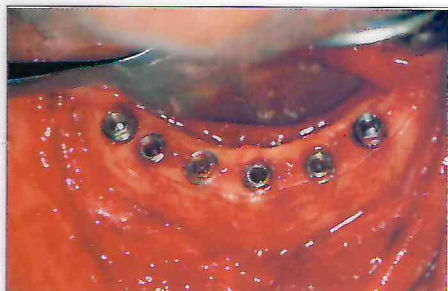
תמונה 14:

הנמכת והשטחת העצם.



תמונה 11:

מבט אינטראורלי חזיתי. התותבות נמצאות בסגר עובר אנכי צלבי (CL III).



תמונה 15:

לאחר קבלת משטח אופקי רחב הותקנו 6 שתלים בין פתחי היציאה הלסתיים של העצבים המנטליים.



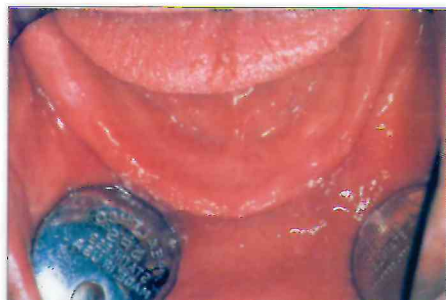
תמונה 12:

הרכס המקסילרי מוקטן ביחס לרכס המנדיבולרי.



תמונה 16:

הגשר האבחתי בשלבים מעבדתיים. נסיגת המנדיבולה לכיוון לינגואלי "תיקנה" את היחס הבין ליסתי.



תמונה 13:

הרכס המנדיבולרי צר ומשופע לכיוון לינגואלי.



תמונה 17:

גשר ויניר מסבט אפיקלי.

תמונה 19:
גשר וניר מותקן
בפה המתרפא.
התותבת
השלמה
העליונה
הוחלפה
בתותבת חדשה.



תמונה 18:
גשר וניר ממבט
לשוני-סגרי.



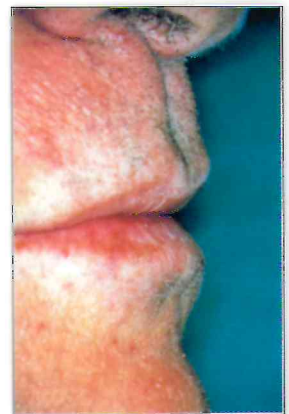
סיכום

הוצגו שני מקרים בהם הומחשה השפעת פרופיל הפנים הרצוי של המתרפא על בחירת סוג השיקום על שתלים. בשני המקרים עקב צרות הרכס השאריתי ושיפועו לכיוון לינגואלי "הוזזו" הרכסים בעת הכירורגיה לכיוון לינגואלי. באופן זה הודגשה המיקרוגנטיה היחסית המנדיבולרית במקרה הראשון, כך שרק תותבת-על יכולה היתה לשקם את הרקמות החסרות ולתמוך כראוי בשפה הרפואה. לעומת זאת, במקרה השני "נסיגת" המנדיבולה לכיוון לינגואלי אף היתה רצויה, הן מבחינה סגרייתית ותיפקודית והן מבחינת האפקט החיובי על פרופיל הפנים של המתרפא. המקרים שתוארו מדגישים את הצורך בשיתוף פעולה הדוק בין הרופא המשקם, הפריודונט/כירורג וטכנאי השיניים בכל שלבי הטיפול.

המחברים מודים למר יהודה דוידוביץ, מעבדת שיניים נובילדנט נובילקרם בע"מ ת"א, על ביצוע העבודות הפרוטטיות ועזרה בעריכת המאמר.

תמונה 20:

הירידה הקלה בתמיכת
השפה התחתונה שיפרה את
פרופיל הפנים של המתרפא.



מתברג עם קנטיליבר בכל צד. בעת הכירורגיה התגלה רכס צר שהונמך בכ-1/2 ס"מ עד שהתקבל מישור אופקי ברוחב של כ-6 מ"מ. מרכז הרכס "הוזז" באופן משמעותי לכיוון לינגואלי והותקנו 6 שתלים (מסוג Branemark) בין פתחי היציאה מהלסת של העצבים המנטלים (תמונות 14, 15). לפני ביצוע גשר קבוע הוכן במעבדה גשר אבחנתי לבדיקת אספקטים סגריים ואסתטיים. כיוון שחזית המנדיבולה "הוזזה" לכיוון לינגואלי, נבדקה גם מידת התמיכה של הגשר בשפה התחתונה. מאחר והגשר האבחנתי ענה על כל הדרישות בוצע גשר וניר באותה מתכונת (תמונות 17, 18, 19). עקב "נסיגת" המנדיבולה לכיוון לינגואלי השתפר היחס הבין סגרי (תמונה 19). כמו כן ירדה במעט התמיכה בשפה התחתונה וחל שיפור רב בפרופיל החלק התחתון של הפנים (תמונה 20).