



Maciej Marcinowski

14. CEIA dr n.med. Maciej Marcinowski

14. edycja CEIA, tym roku odbywała się pod przewodnim hasłem „Peri-implantitis”.

Jak zwykle ciekawy program, a być może także prawie letnia aura sprawiły, że pociągi przynajmniej z Poznania w kierunku Krakowa miały pełne obłożenie i trzeba było, by dotrzeć na czas, wyruszyć samochodem. 5 godzin później „latający reporter” był już na miejscu.

W czwartek, w przeddzień kongresu, organizatorzy przygotowali warsztaty perioprotetyczne, które poprowadził profesor Gulio Rasperini.

Warsztaty praktyczne przeprowadzone były z użyciem materiałów zwierzęcych oraz z zastosowaniem innowacyjnych technik pracy przydatnych stomatologom pracującym z pacjentami implantologicznymi.

Wraz z wprowadzeniem nowych biomateriałów o różnych właściwościach fizycznych i biologicznych, odpowiednio uległy zmianie techniki chirurgiczne. Na warsztatach przedstawiono i wyjaśniono biologiczne koncepcje stosowania różnych biomateriałów dla konkretnych sytuacji klinicznych. Wszystkie procedury periodontologiczno-regeneracyjne opierały się na podejściu minimalnie inwazyjnym, metodzie pojedynczego płata i technice Soft Tissue Wall (technika bariery z tkanek miękkich).

Na szczególną uwagę zasługują badania kliniczne, które zaprezentował profesor Gulio, przedstawiające obiecujące wyniki leczenia recesji z użyciem preparatu, stworzonego na bazie zwierzęcej amelogeniny, która w naturalny sposób jest produkowana przez organizm ludzki w okresie płodowym. Zmieszanie jej z biomateriałem potrafi indukować regenerację w obrębie pionowych ubytków kości wokół zębów.

W piątkowy poranek powitał uczestników przybyłych do Krakowa dr hab. n.med. Piotr Majewski, który, jak co roku, piastował funkcję patrona naukowego konferencji. Po krótkim przedstawieniu programu, docent Majewski wygłosił wykład wprowadzający nas w zagadnienia dotyczące wpływu powierzchni implantu na krótko- i długoterminowe powodzenie implantacji i rozwój periim-

plantitis. Była to rzetelnie przygotowana retrospektywna analiza publikacji.

Z następną prezentacją wystąpił dr Fabio Bernadello, który mówił o różnicach w statystycznym przeżyciu implantów o powierzchni maszynowej oraz powierzchni trawionej - szorstkiej. Implanty szorstkie wydają się wykazywać lepszą i szybszą osseointegrację, szczególnie przy augmentacjach, podczas gdy implanty maszynowe niosą mniejsze ryzyko niepowodzenia długoterminowego i rozwoju periimplantitis. Uwzględniając powyższe – implanty hybrydowe wydają się korzystnym rozwiązaniem. Szorstka powierzchnia dwoierzchołkowa daje dobrą i szybką osseointegrację także przy augmentacji, a jednocześnie powierzchnia maszynowa do-koronowo zmniejsza ryzyko powstania i rozwoju periimplantitis.

Profesor Marzena Dominiak przedstawiła w swoim wystąpieniu wyniki obserwacji periimplantitis na przestrzeni ostatnich lat. Mówiła, jak ważne jest odróżnienie periimplantitis od remodelingu kości, który naturalnie występuje w zależności od rodzaju użytego implantu. Statystyki wskazują, że każdy pacjent w przeciągu najbliższych lat będzie wymagał leczenia implantologicznego z użyciem co najmniej jednego implantu. Obiecujące były także przedstawione doniesienia o możliwości dekontaminacji powierzchni implantu za pomocą laserów erbowo yagowych. Z kolei laser neodymowo-yagowy, powodował znaczącą redukcję bakterii oraz grzybów. Trzeba uważać tylko na przekazywanie tempera-





tury na powierzchnie implantów i pamiętać, że im implant jest grubszy, tym mniejszy będzie przyrost temperatury.

Istotny jest też skład implantu. Warto także pamiętać, że nie możemy także przekraczać mocy 2 Wat przez 30 sekund. Laser erbowy yagowy może nam znacznie pomóc w leczeniu periimplantitis. Pojawili się ponadto wzmianki o konieczności leczenia chrapania, bezdechu sennego i bruksizmu z uwagi na wysoce prawdopodobne indukowanie przez te jednostki chorobowe powstawania periimplantitis.

Następnie na podium wszedł znany i lubiany profesor Stephen J. Chu, główna gwiazda tegorocznego kongresu, który z wykształcenia jest zarówno protetykiem, jak i technikiem dentystycznym i niewątpliwym uosobieniem perfekcjonisty. Warto wspomnieć, że praktykę swoją prowadzi wspólnie z prof. Denisem Tarnowem oraz kilkoma innymi współnikami na 32 piętrze nowojorskiego wieżowca zlokalizowanego na Manhattanie w okolicy stacji metra Lexington Avenue.

Mistrz rozpoczął swój wykład od przypomnienia zasad jakimi powinniśmy się kierować przy implantacji. Przytoczone zostały także badania Thomasa Linkeviciusa, z których wynika, że aby utrzymać stabilność tkanki kostnej wokół implantów powinniśmy mieć powyżej 3 mm grubości tkanek miękkich. Profesor Chu zgodnie z badaniami Linkeviciusa zaobserwował, że grubość tkanek miękkich wpływała na remodeling kości. Połączenie implantu z koroną, jak się okazuje, może mieć drugoplanowe znaczenie. Ważniejszy okazuje się być wymiar i jakość tkanek miękkich. Planując implantację w przypadku 2 mm grubości tkanek miękkich trzeba implant pograć 1 mm poniżej poziomu kości, gdyż w ten sposób dojdzie do remodelingu kości i będziemy mieli przyrost tkanek miękkich o 1 mm.

Następnie zobaczyliśmy badania na temat postrzegania przez pacjentów estetyki białej czerwonej. Dowiedzieliśmy się między innymi, czy pacjentom bardziej podobają się czarne trójkąty między koronami, czy też długie punkty kontaktu. Większość pacjen-

tów wybierała widok zębów z brodawkami aniżeli bez brodawek z czarnymi trójkątami. W drugim badaniu pacjenci wybrali szerokie punkty kontaktu w szerokich i przekonturowanych zębach niż czarne trójkąty. W kolejnym badaniu respondenci wybrali dziąsło odbudowane z różowej porcelany aniżeli szerokie punkty kontaktu. Prof. Chu przypomniał technikę socket shield, która jest bardzo wrażliwą techniką i wymaga bardzo dużego doświadczenia ze strony operatora.

Jak wynika z badań dra Salamy 1/5 pacjentów, u których zastosowano tą technikę miała komplikacje. Do techniki socket shield nadają się przede wszystkim zęby w ankylozie

Novum. Warto zwrócić też uwagę na fakt, że kiedyś dr Chu augmentował przestrzeń między implantem a blaszka policzkową, a teraz augmentuje również punkty styeczne. Dla osób stosujących tzw. Icecone technic, cenną wskazówką będzie zapewne to, by uważać na to aby zastosowana membrana nie wchodziła w strefę dziąsła.

Dr Peter Van der Schoor rozpoczął swój wykład od mowy motywacyjnej. Radził, cytując słowa Alberta Einsteina, aby na początek, starać się poznać zasady, jakimi rządzi się dane zjawisko, by potem z lepszym skutkiem zająć się jego leczeniem. Na wyjątkowo czytelnym rycinach zostały przedstawione etapy powstawania chorób przyzębia oraz Peri-implantitis. Dr Van der Schoor przypomniał, jak na podstawie Periodontal Screening Recording kwalifikować pacjentów do leczenia periodontologicznego.

Z kolei sformułowanie terminu Periodontal Inflamed Surface Area daje pacjentowi możliwość wyobrażenia sobie jaki rozległy może być zapalny w obrębie jamy ustnej, który stanowi otwarte wrota dla zakażenia. Zaawansowany proces może obejmować obszar wielkości ludzkiej dłoni. Ważne jest także zrozumienie, że w przypadku kieszeni przy implancie o głębokości 4mm i zdrowym przyzębiu, nie ma mowy o patologii. Podczas aktywnego procesu zapalnego z przyzębia, do śliny przenikają biomarkery, będące produktami rozpadu bakterii. Są to głównie metalo-proteiny⁸. Interesująca jest także możliwość określenia ryzyka nawrotu choroby przyzębia. W przypadku osób z cukrzycą, należy ich zaliczyć do grupy pacjentów kompromisowych/ kompleksowych.

Badania dr Schoora, które przeprowadza na swoich pacjentach od 2015 roku, pokazują, że 75% osób objętych chorobą przyzębia, cały czas pozostaje w tej samej grupie zagrożenia, a u 25% osób stan się pogarsza. Z tego powodu dla swojej praktyki dr Schoor poszukiwał możliwości przeciwdziałania rozwojowi choroby. Wprowadzenie Perio Testu dało możliwość rozwoju pionu prewencyjnego gabinetu, co wpływa na lepsze zarządzanie oceną narażenia pacjenta na choroby przyzębia, ale również wpłynęło na przychody praktyki.





Prosty do wykonania test z użyciem śliny pacjenta określa ilość metaloproteinazy⁸, a tym samym, poziom zagrożenia.

Intensywny dzień szkoleniowy dobiegał końca i goście kongresu udali się na CEIA Evening Party, które odbywało się w restauracji Cargo.

Galę rozpoczęła Pani Prezes Lucyna Wasio, która powitała gorąco wykładowców i zaproszonych gości. Padły także słowa zapewnienia o innowacjach, jakie są przygotowywane na przyszłoroczną CEIA oraz w obrębie samej firmy Dental Depot Wasio obchodzącej 80 urodziny.

Doskonałe jedzenie oraz open bar sprawiły, że ten miły wieczór zdawał się trwać bez końca. Rozmowom nie tylko implantologicznym nie było końca.

Profesor Gulio Rasperini był prelegentem drugiego tegorocznego CEIA.

Swój wykład zaczął od obalenia tezy, jakoby periodontolog spędzał mnóstwo czasu na cięciu tkanek skalpelem, a tymczasem

prof. Rasperini najwięcej czasu spędza na sondowaniu kieszeni przyzębnych oraz na kontroli kalką okluzji.

Etiologia chorób przyzębia wskazuje bowiem na dwa podstawowe czynniki wywołujące problem. W pierwszej kolejności są to bakterie, a zaraz za nimi czynniki zgryzowe, czyli po prostu przeciążenia. Ważną wskazówką może być obserwacja, która pokazuje, że agresywne zapalenie przyzębia, które zostanie wyleczone, postawi stabilny profil biologiczny przyzębia przez lata. Z kolei przewlekłe procesy są bardzo trudne do wyleczenia i rokowanie jest znacznie gorsze. Ciekawą radą dla wszystkich, zwłaszcza tych początkujących wykładowców było, aby pokazywać pacjentów ze złą higieną oraz płytką, ale tylko na pierwszym zdjęciu, z pierwszej wizyty, ale już nigdy później. Pacjent musi być od drugiej wizyty zmotywowany, wyczyszczony i prowadzony przez dobrze wyedukowaną higienistkę stomatologiczną. W dalszej części wykładu widzieliśmy przypadek, w którym zęby w bocznym odcinku zostały zablokowane drutem ortodontycznym i dopiero wtedy dostosowane do prawidłowej okluzji. Aby można było użyć skalpela, musimy mieć ważny powód do tego i przede wszystkim wiedzieć,



jaki cel chcemy osiągnąć.

Jeśli wyeliminujemy zapalenie z jamy ustnej u pacjenta z dużym zagrożeniem paradontopatią, to możemy w ten sposób przejść do stabilnej sytuacji z małym ryzykiem. Jeśli zęby mają mikroruchomość powinniśmy je zablokować, tak jak to wspomniane było wcześniej. W procedurach regeneracji kości meta analizy pokazują nam, że najlepszym rozwiązaniem jest połączenie amelogenu (np. endogain) oraz biomateriału. Ważnym i nieodłącznym elementem naszej pracy powinny być także lupy. Prof. Giulio Rasperini do codziennej pracy używa lup o powiększeniu 2,5 a do mikrochirurgii 5. Jeśli mówimy natomiast o podstawowym narzędziu każdego periodontologa, czyli sondzie perio, to wg profesora jej średnica powinna wynosić 0,44mm (North Carolina nr 15). Ciekawostką, którą przytoczył prof. Rasperini był fakt, że higienistka profesora aktualnie organizuje więcej kursów niż sam profesor. Podobny trend możemy obserwować także w Polsce, gdzie pojawia się coraz więcej kursów np. zakresu higienizacji pod mikroskopem, co z pewnością przenosi zabieg higienizacji na wyższy poziom. W dalszej części wykładu dowiedzieliśmy się, że leczenie kanałowe zęba robimy wtedy, kiedy chcemy usunąć bakterie z okolicy przywierzchołkowej przy współistniejącym zaniku pionowym. Oznacza to, że defekt jest głęboki i dochodzi do wierzchołka. Przy zabiegach regeneracyjnych musi pamiętać o oczyszczaniu powierzchni korzenia z użyciem EDTA. Z kolei, gdy widzimy osad z chlorheksydyny to powinniśmy go czym prędzej usunąć, bo jest szorstki i będzie indukował postanie mikrofilmu. Kolejną ciekawostką było omówienie przyczep typu epithelium, który może się utworzyć nawet na wypolerowanym kamieniu nazębnym. Pacjent, który ma złą historię i przechodził leczenie w kierunku paradontopatii jest narażony na utratę implantów. Profesor Rasperini wspólnie z innym lekarzem stworzyli sondę perio, która po przyłożeniu większej siły niż 14 gr otwiera się.

Na zakończenie drugiego dnia kongresu wykład zaprezentował profesor Dario Castellani, który omówił zalety i wady zarówno uzupełnień przykręcanych oraz cementowanych. Zaletą prac przykręcanych jest możliwość demontażu suprastruktury oraz możliwość oceny klinicznej implantów oraz tkanek miękkich. W przypadku wystąpienia powikłań, przykręcana praca umożliwia lepszy dostęp. Uzupełnienia cementowane zaczęto szeroko stosować ze względu na możliwość stworzenia rekonstrukcji bardziej estetycznych. Dogłębne zrozumienie biomechaniki implantu pozwala na optymalizację planowania leczenia i zmniejszenia ryzyka komplikacji funkcjonalnych i niepowodzeń leczenia. Zastosowanie wiedzy inżynierskiej w stomatologii pozwoliło zrozumieć aspekty biomechaniczne związane z implantologią, w szczególności te, które dotyczą połączenia implantu.

Sobotnie popołudnie, które nadeszło niepostrzeżenie oznaczało, że czas porzucić już peri-implantitis i udać się do domów, wolnych chociaż w części od chorób przyzębia.

Kolejna 15 CEIA odbędzie się znowu jesienią! Do zobaczenia w grodzie Kraką!

dr n. med. Maciej Marciniowski

