



Viti i VII-të i Botimit, Nr.2,
Dhjetor 2016

PROTEZIMI MBI IMPLANTE/ PREZANTIM RASTI KLINIK

Ilmi Kryeziu*, Majlinda Kryeziu*, Erda Qorri**

*Klinika Dentare VitaDent- Fushë Kosovë

**Fakulteti i Shkencave Mjekësore “Albanian University”

Adresë kontakti: erda79@yahoo.com

Përmbledhje

Në këtë punim, ku kemi përshkruar një rast klinik të mbiprotezimit mbi implante, kemi dashur të tregojmë një metodologji të re në protezimin e moshave geriartrike, e cila ka si avantazh jo vetëm anën estetike, por atë funksionale të këta pacientë. Falë atrofisë të theksuara të kreshtave kockore, protezimi i tyre bëhet i vështirë. Mbiprotezimi mbi implante ndihmon stabilitetin e protezave dhe rrit efikasitetin e përtypjes.

Fjalë çelës: *implant, mbiprotezim, rezorbim, funksionalitet.*

Abstract

In this clinical presentation we have describe how the overdenture on implants help the ancient patient with atrophic crests to have a good stability of the prosthesis increased efficiency of mastication.

Key words: *implant, overdenture, resorbable, functionality.*

Hyrje

Mbiprotezimi i ankoruar në implante mund të përkufizohet si kompensim i gjendjeve edentuloze kur resorbimi kockor është i madh dhe retencioni i protezës së lëvizshme është i kompromentuar. Meqenëse me humbjen e dhëmbëve të pacientët në vazhdimësi humbet edhe ndjeshmëria proprioceptive, në mënyrë progresive humb kocka, të gjitha forcat okluzale mbarten nga dhëmbët e protezës e mbështetur në mukozën orale, dhe si pasojë e destabilitetit të protezës, humb edhe vetëbesimi i pacientit. Mbiprotezimi me implante ngadalëson procesin e resorbimit, pastaj e përmirëson formimin e kreshtës dhe rrit efikasitetin e përtypjes.¹

Mbiprotezimi është padyshim një nga alternativat më të mira në krahasim me një protezë të plotë të lëvizshme, e cila ka mjaftë mangësi. Mbiprotezimi është një nga masat terapeutike më praktike të përdorura në stomatologjinë preventive.²⁻⁴

Një ndër deklaratat e arta të autorit Devan thotë se: “Ruajtja e vazhdueshme e asaj që mbetet është më e rëndësishme se zëvendësimi i përpiktë i asaj që mungon”.⁵

Fakti se njeriu i humb të gjithë dhëmbët e tij, mund të jetë shumë shqetësues për të. Kjo ndikon në gjendjen e tij shpirtërore dhe e bën të ndihet indirekt si i varur nga të tjerët për shkak se e humb edhe ndjenjën taktile dhe proprioceptive. Prandaj mbiprotezimi mbi implante është si opsion i rehabilitimit protetik shumë i favorshëm dhe duhet të jepet si modalitet në praktikën tonë të

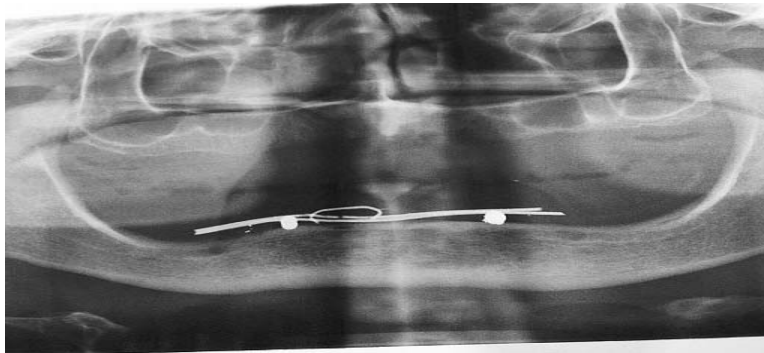
përditshme dentare për shkak të avantazheve të tij të panumërta.

Përkundër kostos së lartë të kirurgjisë dentare implantare, rezultati final dhe përmirësimi i cilësisë së jetesës së pacientit është indikacion i mirëfilltë që i shtyn pacientët në një intervenim të tillë. Kjo procedurë kërkon parashikim klinik dhe procedurë mundësisht sa më të qëndrueshme. Pasi për osteointegrimit janë thelbësore stabiliteti primar dhe mikrolëvizjet minimale, shpesh ndiqet procedura me dy stadi.^{6,7} Klinikisti pret 3-6 muaj pas vendosjes së implantit para se të fillojë stadin e dytë kirurgjikal dhe ngarkimin e implantit me protezë të ankoruar në atashmente. Respektimi i protokolleve gjithmonë jep rezultate të qëndrueshme e afatgjata, edhe pse ekziston presioni që të shpejtohen procedurat kohore.⁸

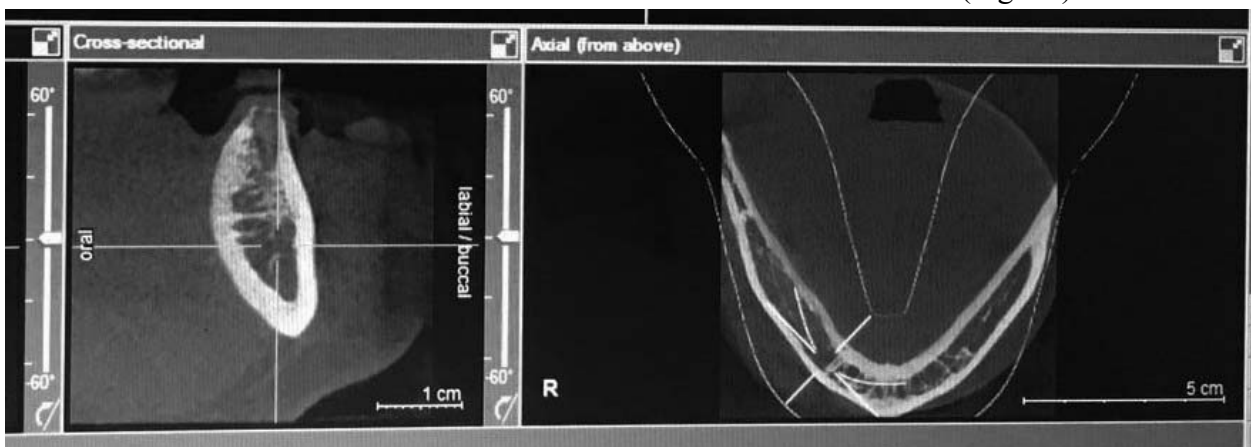
Qëllimi është që me rehabilitimin e funksioneve të humbura dhe rikthimin e estetikës, të shtohet vetëbesimi dhe të përmirësohet cilësia e jetës së pacientit.

Metoda

- Fillimisht, gjatë trajtimit të këtij rasti klinik që po paraqesim, pas anamnezës dhe grumbullimit të të dhënave anagrafike, bëhet dhe vlerësimi radiografive si panoramex dhe 3D Digital X-Ray– si një lloj guide implantare (Fig 1.0) dhe (Fig 1.1).
- Në bazë të planifikimit implantar me softuer të përshtatshëm, është përcaktuar guida për pacientin. Guida implantare përmban të gjitha informatat, si p.sh.: dimensionet e implantit, vendi se ku do të vendoset implanti, shkalla e vendosjes së implantit etj.
- Në rastin në fjalë, kemi vendosur dy implante Ø 4.2 - L10, duke respektuar protokollat kirurgjikale.



(Fig 1.0)



(Fig 1.1)

- Pas anestezimit, është bërë hapja e lembos mukoperiostale përgjatë kreshtës në regjionin frontal të nofullës së poshtme (Fig 1.2).



(Fig 1.2)

- Bëhet piketimi me frezë pilot, pastaj hapet kortikalja me frezë të kortikales, fillohet me frezë 2.0 dhe bëhet zgjerimi dhe thellësia që përkon me dimensionin e lartpërmendur, pas frezës 2.0 e përdorim frezën 2.8, 3.2 dhe në fund frezën 4.0.
- Realizojmë vendosjen e implantit 1 mm nën kockë (switch platform), (Fig 1.3).



(Fig 1.3)

Pasi kemi vendosur dy implante, bëhet suturimi i lembos, dhe implantet duhet të qëndrojnë në kocke tre muaj, e nevojshme për osteointegrimin (Fig 1.4).



(Fig 1.4)

- Pas vendosjes së implanteve, bëhet grafia kontrollit (panoramex) (Fig 1.5).



(Fig 1.5)

- Pas tre muajve kemi bërë ekspozimin e implanteve, kemi larguar vidat tap dhe kemi vendosur vidat shëruese (2.0 sepse aq ishte trashësia e spesorit të gingivës). Vidat shëruese qëndrojnë 28 ditë (Fig 2.0).



(Fig 2.0)

- Pas 28 ditësh mund të vërehet kondicionimin e gingivës, e cila favorizon vazhdimin e etapave protetike (Fig 2.1).

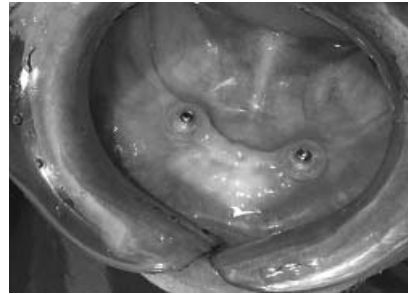


(Fig 2.1)

- Pas heqjes së vidave shëruese, vendosen ball atachment (Fig 2.2) dhe (Fig 2.3).



(Fig 2.2)



(Fig 2.3)

- Vendorsja e kapakëve mbi ball – atachment.
- Përgatitja e rezinës, e cila vendoset në protezën totale në vendet ku do të fiksohen kapakët e ball atashmeneve (Fig 2.4).



(Fig 2.4)

- Ndërsa në protezë kemi vendosur kapakët e atashmenteve dhe i kemi fiksuar me rezinën e përgatitur (Fig 2.5).
- Proteza totale në këtë rast është punuar para vendosjes së implanteve.
- Në vijim janë përshkruar:
- Marrja e masës dhe realizimi protezës, e cila do të mbështetet në atashmetet e tipit toph (Ball).



(Fig 2.5)

- Dhe në fund është prezantuar dorëzimi i protezës mbi implante në nofullën e poshtme dhe në nofullën e sipërme proteza totale e lëvizshme (Fig 3.0).
- Pacienti këshillohet për mirëmbajtjen e higjienës orale dhe për mirëmbajtjen e punimit për t'ia shtuar jetëgjatësinë.



(Fig 3.0)

Diskutim

Në përditshmërinë tonë, trajtimi me implante është bërë domosdoshmëri, prandaj edhe mbiprotezimi i mbështetur në dhëmbë natyralë ka mbetur në hije, në raport me mundësitë dhe komercializimin konkurrues të implanteve.⁹ Suksesi i mbiprotezimit varet nga zgjedhja e duhur e atashmenteve për raste individuale. Në përzgjedhjen e atashmenteve ndikojnë faktorë të ndryshëm, të cilët përfshijnë hapësirën bukolinguale dhe ndërnofullore, pastaj sasia e kockës mbështetëse e cila korrespondon me antagonistët dentar, përvojat klinike, preferencat personale, problemet e mirëmbajtjes, kostoja, dhe faktori më i rëndësishëm: motivimi i pacientit. Prandaj një përzgjedhje e kujdesshme dhe e planifikuar e atashmenteve është e rëndësishme. Për këtë arsye, zgjedhja e pacientit është kritike për suksesin e trajtimit.

Autorët Crum dhe Rooney, në hulumtimin e tyre 5-vjeçar, nëpërmjet radiografisë cefalometrike kanë demonstruar grafikisht një humbje mesatare vertikale të kockës prej 0.6 mm në pjesën e përparme të mandibulës te pacientët me mbiprotezim, në krahasim me 5.2 mm humbje të kockës te pacientët me proteza të plota të lëvizshme. Autori Miller në studimin e tij arriti në përfundimin se resorbimi kockor alveolar varet nga tri variable, të cilat janë:

1. Struktura kockore;
2. Shëndeti i individit;
3. Sasisë së traumave të cilave i nënshtrohen kockat.

Mbiprotezimi ndihmon në reduktimin e resorbimit të kockës përreth dhe zvogëlon presionin në kreshtën alveolare.¹⁰

Në rastet e mbiprotezimit mirëmbahen edhe receptorët proprioceptivë¹¹ meqenëse kemi prezent senzitivitetin direkt, pastaj pengohet edhe reduktimi dimensional, si dhe në rastin e dhëmbëve të mbetur prezent, ata reagojnë edhe me sensibilitet taktil.¹² Është gjetur se mesatarisht sensitiviteti është 10 herë më i madh se te pacientët edentuloz. Rissin et al. ka bërë krahasimin e performancës mastikatorë te pacientët me denticion natyral, me proteza të plota dhe me mbiprotezim. Ata gjetën se pacientët me mbiprotezim kishin një efikasitet të përtypjes tri herë më të lartë se pacientët me protezë të plotë.¹³

Ngarkesat okluzale te pacientët bartës të mbiprotezave shpërndahen në mënyrë të njëtrajtshme në tegmentin e bazës së protezës. Mbiprotezimi me atashmen mund të riorientojë forcën okluzale nga abutmentet mbështetës të dobët në indin e butë, ose e kundërta, t'i riorientojë forcat okluzale në drejtim të abutmentëve më të fortë, duke arritur kështu retencion plotësues.¹⁴

Përfundimi

Me dorëzimin e protezës së mbështetur në implante, pacienti shumë më shpejt adaptohet në punim dhe dukshëm, mundësitë janë më të mëdha që të ofrohet estetika e dëshiruar, si dhe funksioni efektiv klinik.

Referencat

1. James H. Doundoulakis, Steven E. Eckcert, Clarence C. Lindquist, Marjorie K. Jeffcoat. The implant–supporet d overdenture as an alternative to the complete mandibular denture, JADA, 2003, volume 134, pg 1455-1458.
2. Renner RP, Gomes BC, Shakun ML, Baer PN, Davis RK, Camp P. Four-year longitudinal study of the periodontal health status of overdenture patients. J Prosthet Dent 1984; 51:593-8.
3. Brewer AA, Morrow RM. Overdentures Made Easy. 2nd ed. St. Louis: The C. V. Mosby Co.; 1980.
4. Patel PB. Narrow-diameter implants: a minimally invasive solution for overdenture treatment. Dental Learning. 2012; 1(7):1-21.
5. Dhir RC. Clinical assessment of overdenture therapy. J Indian Prosthodont Soc 2005; 5:187-92.
6. Garg AK, Reiche OJ: Principles for the placement of endosteal implants in the patients, Implant Soc 3(1): 6-8,1992.
7. Kalipidis CD, Setayesh RM: Hemorrhaging associated ëith endosseous implants, J Am Dent Assoc 135 (2): 168-172,2004. Review.
8. Jackson BJ: Occlusal principles and clinical applications for endosseous implants, Jurnal of Oral Implantology 29(5): 230-

- 234, 2003.
9. Williamson RT. Retentive bar overdenture fabrication with preformed castable components: A case report. *Quintessence Int* 1994; 25:389-94.
 10. Carl Misch. *Dental Implant Prosthetics*, 2nd Edition, pg. 2014, 600-614.
 11. Liedberg B, Stoltze K, Owall B The masticatory handicap of wearing removable dentures in elderly men. *Gerodontology*. 2005 Mar; 22(1):10-6.
 12. Caetano CR, Mesquita MF, Consani RL, Correr-Sobrinho L, Dos Santos MB Overdenture retaining bar stress distribution: a finite-element analysis. *Acta Odontol Scand*. 2015 May; 73(4):274-9.
 13. Rissin L, House JE, Manly RS, Kapur KK. Clinical comparison of masticatory performance and electromyographic activity of patients with complete dentures, overdentures, and natural teeth. *J Prosthet Dent* 1978; 39: 508-11.
 14. Bambara GE. The attachment-retained overdenture. *N Y State Dent J* 2004; 70:30-3.