

Rehabilitacja protetyczna pacjentów bezzębnych

***Barbara Burzyńska, Elżbieta Mierzińska-Nastalska**

Katedra Protetyki Stomatologicznej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzińska-Nastalska

PROSTHETIC REHABILITATION OF EDENTULOUS PATIENTS

Summary

Complete dentures have been for long the only prosthodontic treatment option for edentulous patients. Whereas most of patients are satisfied with denture usage, there is a group of patients who are unable to adapt. Osseointegrated dental implants have significantly extended therapeutic possibilities for edentulous patients, especially for maladaptive. While a two- or one-implant overdenture is increasingly regarded as a standard of medical care for edentate patients, it is important to remember, that for many of them, this treatment option is impossible to appliance for economic reason or because of anatomic borders. Epidemiological data report, that the rate of edentulism is falling, but because of accompanying effect of ageing population, the problem of edentulism will be still common and the number of people in need of complete dentures will not decrease.

Key words: edentulism, complete dentures, quality of life

„Bezzębie” definiowane jest jako stan po utracie wszystkich stałych zębów i jest ono wynikiem złożonych procesów zarówno biologicznych, jak również niebiologicznych, związanych z opieką stomatologiczną. Wśród pierwszych należy wziąć pod uwagę próchnicę zębów, choroby miążgi, periodontopatie, urazy zębów, nowotwory części twarzowej czaszki. Potencjalnie silnie mogą wpłynąć na decyzję o usunięciu lub leczeniu pozostałych zębów: system ochrony zdrowia, dostępność usług medycznych, świadomość pacjentów, tradycja kulturalna, edukacja, preferencje pacjenta, cena usług, możliwości finansowe pacjentów i inne czynniki natury psychologicznej (1, 2). Według doniesień Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) próchnica zębów jest nadal szeroko rozpowszechnionym zjawiskiem, z frekwencją sięgającą w niektórych krajach nawet 100%. Wskaźnik występowania chorób przyzębia szacowany jest na 5-20% populacji, natomiast bezzębie sięga 7-69% populacji światowej (3).

Zróznicowany wskaźnik bezzębia wynika z zależności od regionu i kraju, a także wieku pacjentów. Dotyka najczęściej osób w wieku powyżej 65 lat, z przewagą różnej płci w zależności od kraju (4). Dane statystyczne z lat 1985-2000 wskazują na różnice sięgające od 0% do 71,7% (5). Znaczącym wnioskiem z analizy tych danych był brak zależności między wskaźnikiem bezzębia a poziomem rozwoju ekonomicznego kraju oraz liczbą lekarzy dentyków przypadających na jednego mieszkańca. Jednakże zaobserwowano wpływ różnic etnicznych na ogólny wskaźnik utraty zębów w różnych częściach świata.

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci obserwuje się spadek wskaźnika bezzębia we wszystkich grupach wiekowych na poziomie ok. 10% w ciągu dekady (6). Nowe stwierdzane przypadki pacjentów bezzębnych w skali roku wahają się na poziomie 0-2% (5). Fakt ten mógłby sugerować odpowiadającą temu zjawisku redukcję zapotrzebowania pacjentów na leczenie z zastosowaniem protez całkowitych. Odwrotne wnioski zostały wyciągnięte na podstawie badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, sugerujących, iż po uwzględnieniu zarówno wskaźników epidemiologicznych, jak i demograficznych, liczba osób z bezzębem w szczęce/żuchwie lub w szczęce i żuchwie wzrosła z poziomu 34 milionów w 1991 roku do poziomu 38 milionów w 2020 roku (6). Uzasadnieniem dla tego rodzaju przewidywań jest wzrastający wskaźnik starzenia się społeczeństwa i zwiększająca się liczba osób starszych, co przeciwdziała ogólnemu spadkowi poziomu bezzębia (5).

W wielu rozwiniętych krajach odsetek pacjentów bezzębnych sukcesywnie maleje, potwierdzając w najlepszy sposób ogólną poprawę zdrowia jamy ustnej wśród populacji dorosłych (5). Bardzo szybki spadek liczby osób bezzębnych obserwowany był na przestrzeni ostatnich trzech dekad w niektórych krajach europejskich, m.in. w Szwecji (55% bezzębnych kobiet w wieku 70 lat w 1971 roku i 7% w 2001 roku) (7). Jednak przy oszacowywaniu przyszłości leczenia z zastosowaniem protez całkowitych w rehabilitacji bezzębnej jamy ustnej nie można przeoczyć również faktu starzenia się popu-

lacji, który skutecznie przeciwdziała zmniejszaniu się rangi problemu bezzębia w skali globalnej (5).

Bezzębie oraz inne choroby przewlekłe jamy ustnej stanowią poważny problem, często lekceważony zarówno w rozwiniętych, jak i rozwijających się krajach świata. Opierając się na Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 roku, bezzębie, uniemożliwiające prawidłowe gryzienie, żucie, mowę, można uznać za rodzaj niepełnosprawności. Ze względu na istniejący związek z występowaniem chorób ogólnych, takich jak choroba wieńcowa, udar, nowotwory (2), powinno się zwracać większą uwagę na zapobieganie, leczenie oraz walkę ze skutkami, jakie niesie bezzębie. Różnice anatomiczne, psychologiczne, współistnienie wielu chorób dodatkowych powodują, iż diagnostyka, planowanie i leczenie bezzębia stanowi wyzwanie dla lekarzy i samych pacjentów.

Konwencjonalne protezy całkowite były od dawna jedyną metodą leczenia pacjentów bezzębnych i nadal pozostają podstawową formą rehabilitacji. Na przestrzeni minionego wieku miał miejsce postęp w leczeniu tej grupy pacjentów. W pierwszej połowie XX wieku, główny nurt rozwoju edukacji i praktyki protetycznej dotyczył technik konstruowania protez całkowitych (8). Kolejne lata przyniosły wiele innowacji w protetyce stomatologicznej zarówno w zakresie metod leczenia, materiałoznawstwa, jak i wykonawstwa uzupełnień protetycznych (uzupełnienia ceramiczne, wszczepy stomatologiczne, technologie CAD-CAM czy użycie lasera w medycynie). Udoskonalenia te w większości nie rozwiązywały jednak problemu leczenia bezzębia. Technologie dotyczące leczenia pacjentów bezzębnych, z wyjątkiem nielicznych innowacji w dziedzinie materiałoznawstwa, pozostają niezmiennie (8, 9).

Dla znacznej większości pacjentów jedyną możliwą opcją leczenia pozostają nadal protezy całkowite. Przeważająca grupa bezzębnych pacjentów dobrze adaptuje się do nowo wykonanych, konwencjonalnych uzupełnień protetycznych i jest zadowolona z ich użytkowania (10). Prawidłowo wykonane protezy całkowite, na modelach uzyskanych z wycisków czynnościowych, z obustronnie zbalansowaną okluzją, spełniają oczekiwania pacjenta odnośnie przydatności funkcjonalnej protez. Z badań opublikowanych na przestrzeni ostatniej dekady wynika, iż 65-90% pacjentów jest zadowolonych z użytkowania protez całkowitych (11).

Leczenie protetyczne pacjentów bezzębnych z zastosowaniem konwencjonalnych protez całkowitych w wielu przypadkach nie przynosi jednak oczekiwanych rezultatów. Zła stabilizacja protez na podłożu może być przyczyną dyskomfortu oraz pewnego stopnia upośledzenia funkcjonalnego i psycho-socjalnego. Pomimo faktu, iż protezy spełniają wszystkie kryteria poprawności wykonania, nie wszyscy ich użytkownicy są zdolni do ich zaakceptowania. Szczególnie w przypadku protezy dolnej, w związku z mniejszym, niejednokrotnie w dużym stopniu zanikłym podłożem, często nie jest moż-

liwe uzyskanie zadawalającej retencji i stabilizacji (12). Jednakże na podstawie przeprowadzonych badań, nie wykazano korelacji pomiędzy satysfakcją pacjentów z protez a jakością ich wykonania oraz cechami podłoża protetycznego (8, 10). Stwierdzony brak korelacji pomiędzy satysfakcją pacjenta z protez a jakością ich wykonania jest zaskakujący, gdyż do tej pory techniczną perfekcją uważano za warunek podstawowy uzyskania satysfakcjonujących wyników leczenia protetycznego. Podobnie nie zaobserwowano zależności pomiędzy stanem tkanek będących podłożem przyszłej protezy a pomyślnymi wynikami leczenia (5). Poza czysto protetycznymi aspektami (mechaniczne, termiczne, biologiczne, alergiczne) wpływającymi na brak zależności, również czynniki psychologiczne i kulturowe mogą być niezwykle ważne. Zwrócono uwagę na fakt, iż obecność prawidłowej i zgodnej relacji pacjent-lekarz jest bardzo istotna dla powodzenia terapii (10).

Rozwój implantoprotezy stomatologicznej i wykorzystanie zębowych wszczepów śródkostnych pozwoliły na rozszerzenie metod leczenia protetycznego pacjentów bezzębnych. Od 1980 r. śródkostne wszczepy stomatologiczne znacząco poprawiły możliwości terapeutyczne, zwłaszcza u źle adaptujących się pacjentów. Uciążliwe problemy z adaptacją do protez stały się głównym wskazaniem do zastosowania wszczepów stomatologicznych i oparciu na nich stałych lub ruchomych uzupełnień protetycznych. Na podstawie wieloletnich badań naukowych i obserwacji klinicznych dowiedziano dużej skuteczności tej metody leczenia. Stwierdzono wysoki wskaźnik integracji kostnej implantów (> 90%) (13) oraz znaczny spadek tempa zaniku kości po wprowadzeniu wszczepów (14). Podobnie, wiele badań wskazuje na znaczny wzrost satysfakcji i jakości życia pacjentów użytkujących protezy wsparte na wszczepach w porównaniu z konwencjonalnymi protezami całkowitymi (5, 14) głównie dzięki istotnej poprawie retencji i stabilizacji, lepszej adaptacji do tego typu uzupełnień (9, 16) oraz większej wydolności żucia i wzrostowi aktywności społecznej (16, 17).

Metoda implantacji w żuchwie w przypadku bezzębia jest coraz częściej zalecaną formą leczenia u pacjentów użytkujących protezy całkowite. Znacząco poprawia stabilizację i retencję protezy, a w konsekwencji wydolność żucia oraz jakość życia pacjentów. Wsparcie protezy dolnej typu *overdenture* o dwa implanty zaopatrzone w elementy retencyjne jest metodą z wyboru w przypadku trudnych warunków bezzębnego podłoża protetycznego w żuchwie (14, 18, 19). Obecnie dąży się do uznania za standard pomocy lekarskiej zaopatrzenie bezzębnego pacjenta w konwencjonalną całkowitą protezę górną oraz dolną protezę typu *overdenture* wspartą o dwa wszczepy śródkostne (9).

Pomimo oczywistej przewagi leczenia pacjentów bezzębnych z zastosowaniem metod implantoprotezy, istnieje wiele przeszkód uniemożliwiających pacjentom wykorzystanie takiej opcji leczenia. Dostępne są badania, które wskazują, że duża liczba pacjentów (36%) ma wiele obaw odnośnie procedury wszcze-

piania implantów. Najczęstsze przyczyny odmowy tego rodzaju leczenia to strach przed zabiegiem chirurgicznym, zła jakość podłoża kostnego i przyzwyczajenie do dotychczas użytkowanych protez (20, 21). Pewnego stopnia barierą w szerokim rozpowszechnieniu leczenia z zastosowaniem śródkostnych wszczepów zębowych są dla wielu pacjentów jego koszty. Z tych też powodów konwencjonalne protezy całkowite będą nadal stosowane w rehabilitacji bezzębnych pacjentów, a program nauczania protetyki stomatologicznej powinien także koncentrować się na propagowaniu wiedzy dotyczącej konwencjonalnych metod leczenia pacjentów bezzębnych. □

Piśmiennictwo

1. Academy of Prosthodontics: Glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent* 1998; 94(1): 34. 2. Felton D: Edentulism and Comorbid Factors. *J Prosthodont* 2009; 18(2): 88-96. 3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H et al.: The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83(9): 661-9. 4. Osterberg T, Carlsson GE, Sundh V: Trends and prognoses of dental status in the Swedish population: analysis based on interviews in 1975 to 1997 by Statistics Sweden. *Acta Odontol Scand* 2000; 58(4): 177-82. 5. Carlsson G, Omar R: The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil* 2010; 37, 143-156. 6. Douglass CW, Shih A, Ostry L: Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? *J Prosthet Dent* 2002; 87(1): 5-8. 7. Osterberg T, Carlsson GE: Dental state, prosthodontic treatment and chewing ability – a study of five cohorts of 70-year-old subjects. *J Oral Rehabil* 2007; 34(8): 553-9. 8. Frencz L: Facing the Future of Edentulism. *J Prosthodont* 2009; 18, 86-87. 9. Esfandiari S, Lund J, Penrod J et al.: Implant overdentures for edentulous elders: study of patient preference. *Gerodontology* 2009; 26, 3-10. 10. Marachlioglou C, Dos Santos J, Cunha V, Marchini L: Expectations and final evaluation of complete dentures by patients, dentist and dental technician. *J Oral Rehabil* 2010; 37, 518-524. 11. Carlsson GE: Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent* 1998; 79(1): 17-23. 12. Palmquist S, Owall B, Schou S: A prospective randomized clinical study comparing implant supported fixed prostheses and overdentures in the edentulous mandible: proshodontic production time and costs. *Int J Prosthodont* 2004; 17, 2, 231-235. 13. Pjetursson BE, Lang NP: Prosthetic treatment planning on the basis of scientific evidence. *J Oral Rehabil* 2008; 35, 1, 72-90. 14. Attard NJ, Zarb GA, Laporte A: Long term treatment costs associated with implant-supported mandibular prostheses in edentulous patients. *Int J Prosthodont* 2005; 28, 2, 117-123. 15. Assunção WG, Barão VA, Delben JA et al.: A comparison of patient satisfaction between treatment with conventional complete dentures and overdentures in the elderly: a literature review. *Gerodontology* 2010; 27(2): 154-62. Epub 2009; 6. 16. Awad MA, Lund JP, Shapiro SH et al.: Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont* 2003; 16(4): 390-6. 17. Morais JA, Hezdecke G, Pawliuk J et al.: The effects of mandibular two-implant overdentures on nutrition in elderly edentulous individuals. *J Dent Res* 2003; 82, 1, 53-58. 18. Takanashi Y, Penrod JR, Lund P, Feine JS: A cost comparison of mandibular two-implant overdentures and conventional denture treatment. *Int J Prosthodont* 2004; 17, 2, 181-186. 19. Zitzman NU, Sendi, Marinello CP: An economic evaluation of implant treatment in edentulous patients – preliminary results. *Int J Prosthodont* 2005; 18, 1, 20-27. 20. Walton JN, MacEntee MI: Choosing or refusing oral implants: a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. *Int J Prosthodont* 2005; 18(6): 483-8. 21. MacEntee M: A look at the (near) future based on the (recent) past – how our patients have changed and how they will change. *J Can Dent Assoc* 2005; 71(5): 331.

nadesłano: 25.10.2011

zaakceptowano do druku: 15.11.2011

Adres do korespondencji:

*Barbara Burzyńska

Katedra Protetyki Stomatologicznej IS WUM

ul. Nowogrodzka 59, 02-006 Warszawa

tel.: (22) 502 18 86

e-mail: katedraprotetyki@wum.edu.pl