DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Israel Edition

PUBLISHED IN ISRAEL

02/2017 VOL. 14, NO. 1

איגודים מקצועיים
◂ עמ׳ 1-4

סיבוכים ביולוגיים בשיקום נתמך שתלים
פרופ׳ קרלוס נמקובסקי
◂ עמ׳ 6

פרימוקוזיטיס? פריאימפלנטיטיס? סרטן?
פרופ. חיים טל
◂ עמ׳ 10

מה רופאי שיניים לא יודעים (וגם לא למדו מעולם....)?
ד״ר רפי רומנו
◂ עמ׳ 12

הכנס המדעי - לאומי של הר״ש לשנת 2016

״כולם בשביל אחד - אחד בשביל כולם״ 7-9.12.2016

בתחילת חודש דצמבר האחרון נערך במלון הילטון בתל אביב הכנס המדעי-לאומי של ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל לשנת 2016. הכנס עמד בסימן ״כולם בשביל אחד-אחד בשביל כולם״.

חברי הועדה המדעית של הכנס היו פרופ׳ גבי צ׳אושו, פרופ׳ יוסי ניסן וד״ר מאיר אדוט.

חברי הועדה המארגנת היו: ד״ר יצחק חן (יו״ר הכנס ויו״ר הר״ש), ד״ר מנדל סגל, ד״ר מאיר אדוט, ד״ר אבי אהרונוביץ׳, ד״ר טטיאנה אפשטיין, ד״ר דוד בן-אלעזר, ד״ר מיכאל גלר, ד״ר אלכס דימנשטיין, ד״ר נורברט הרשקו, ד״ר ליליה יורש, ד״ר אלכס מאכינסון, ד״ר חיים נוימן, ד״ר אריאל סלוצקי, ד״ר צבי ספיבק, ד״ר נתן פורמן, ד״ר אלכס קורן, ד״ר ליאור קצפ, ד״ר ברנט רוטנברג, ד״ר פיטר ריידר, ד״ר מיכאל רסובסקי וד״ר אליעזר שולומון.

לכנס קדם יום מיוחד בו לראשונה בכנסי הר״ש נערכו ניתוחים, האחד בבלגיה על ידי ד״ר טומי ון דה ולדה, והשני בישראל על ידי ד״ר אדריאן קהן, אשר שודרו בשידור ישיר לאולם הכנסים.

בימי הכנס ניתנו הרצאות במגוון נושאים רב על ידי מרצים מהארץ ומחו״ל בתשעה מושבים בסך הכל. יום הקדם-כנס נערך בחסות חברת ״דיבידנט״.

המרצים מישראל היו (לפי סדר הופעתם): פרופ׳ ק. נמקובסקי, פרופ׳א.מרזל,ד״ר י.צוברי,ד״ר ר.קולרמן, ד״ר א. ברנע, ד״ר י. טייב, ד״ר נ. פרומקין, ד״ר ר. דקר, ד״ר א. סלוצקי,ד״ר ח. סלוצקי, ד״ר מ. סולומונוב, ד״ר ר. שריג, ד״ר ג. הר-ציון, ד״ר ד. רוזן, ד״ר ד. אלון, ד״ר א. ריינר, ד״ר ע. אלון, ד״ר ג. אלמוזנינו, ד״ר א. זלוטוגורסקי, ד״ר ש. ניסן, ד״ר א. בן עמי, ד״ר ח. בצר וד״ר צ. פוס. המרצים האורחים מחו״ל היו פרופ׳ א. נובאס ופרופ׳ ס. חבייר מברזיל ופרופ׳ ה. מאייר וד״ר ר. ון דיונן מהולנד.

פרופ׳ ישראל קפה

פרופ׳ ארוין וייס

ד״ר יצחק חן

ד״ר אליעזר שולומון

המשלחת מיוון

השרה סופה לנדוור

בכנס השתתפה גם משלחת ההסתדרות לרפואת שיניים ביוון. בפתיחת הכנס נשאו דברים ד״ר יצחק חן, יו״ר הר״ש, פרופ׳ ארוין וייס, ראש ביה״ס לרפואת שיניים באוניברסיטת תל אביב, פרופ׳ ישראל קפה, יו״ר המועצה המדעית, ד״ר מריה מננקו, סגנית נשיא ההסתדרות ההלנית לרפואת שיניים (יוון) ופרופ׳ גבי צ׳אושו, בשם הועדה המדעית של הכנס.

בכנס השתתפו כ-1,500 רופאים, וכרגיל היו בו רופאי שיניים כלליים ורופאים מומחים בכל התחומים. אולם ההרצאות היה מלא בכל המושבים. תודה על שיתוף הפעולה רב השנים לחברות אשר נתנו חסות: קולגייט, מרס, דיבידנט ובנק לאומי. בטקס הפתיחה הוענקו תעודות חברי כבוד לשמונה מבכירי עולם רפואת השיניים: פרופ׳ עמוס בוכנר, פרופ׳ שלמה טייכר, פרופ׳ דב לאופר, פרופ׳ מרק ליטנר, פרופ׳ אלכסנדר מרזל, פרופ׳ מוטי סלע, פרופ׳ אדם שטבהולץ, פרופ׳ אריה שטייר - על פועלם במוסדות הר״ש ותרומתם לקידום רפואת השיניים בישראל .

בערבו של היום הראשון לכנס, נערך טקס חגיגי לקבלת תואר ״יקיר הר״ש״. השנה זכו בתואר הפרופ׳ מיכה פלד, המנהל לשעבר של המחלקה לכירורגית פה ולסת במרכז הרפואי רמב״ם בחיפה, על הישגיו בתחום האקדמי והוראת הדור הבא של כירורגיית פה ולסת בישראל והד״ר טטיאנה אפשטיין על תרומתה ארוכת השנים לחיזוק הר״ש. אורחי הכבוד בטקס היו שרת הקליטה, הגב׳ סופה לנדוור וחברי ההסתדרות הרפואית בישראל (הר״י), ד״ר ליאוניד אידלמן (יו״ר הר״י) ועו״ד לאה ווסנר (מזכ״ירת הר״י), וכן עו״ד רועי כהן (יו״ר ״ל.ה.ב.״, ארגון העצמאים בישראל). את הטקס הנחה ד״ר אליעזר שולומון, יו״ר סניף חיפה של הר״ש. במעמד זה הודיעה השרה הגב׳ לנדוור כי תוגש הצעת חוק על ידי חבר הכנסת עודד פורר להשוואת אפשרויות ההתקשרות של מרפאות השיניים הפרטיות בישראל לאלו של מרפאות בבעלות קופות החולים השונות. בדבריה סיפרה הגב׳ לנדוור על עלייתה לארץ והזכירה בהתרגשות את הקשר המיוחד שלה עם רפואת השיניים בישראל: בעלה המנוח ד״ר אוסקר לנדוור היה רופא שיניים.

הקהל ממלא את האולם

ד״ר טטיאנה אפשטיין מקבלת תואר יקיר הר״ש

פרופ׳ מיכה פלד מקבל תואר יקיר הר״ש

תודה לבנות הר״ש, בראשותה של יפה, שעבדו במסירות חודשים לפני הכנס: שפרה, חנה, טליה, ורד, פנינה ולבנות מחוז חיפה וירושלים שתגברו במהלך הכנס: רחל, קלודין, נופר ואתי מהמכון ללימודי המשך בחיפה.

לצד הכנס נערכה תערוכה דנטלית מקיפה בה השתתפו חברות רבות אשר הציגו את חידושיהן. התערוכה זכתה להתעניינות רבה מצד המשתתפים ותרמה להצלחת הכנס. ■

הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לאנדודונטיה, לרגל פרישתו של פרופ' אדם שטבהולץ לגמלאות

ד"ר בועז שי

יו"ר האיגוד לאנדודונטיה

בסוף חודש נובמבר 2016, נערך במלון קראון-פלאזה בירושלים הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לאנדודונטיה. הכנס הוקדש לפרופ' אדם שטבהולץ שפרש אחרונה לגמלאות משירות של כ-40 שנה בבית הספר לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית בירושלים. הכינוס נערך בשיתוף פעולה של האיגוד הישראלי לאנדודונטיה, הפקולטה לרפואת שיניים ואחוות אלפא אומגה. קרוב ל-300 רופאי שיניים מכל הארץ הגיעו לחלוק כבוד לחתן השמחה, שכיהן שנים רבות כמנהל של המחלקה לאנדודונטיה וגם שירת 14 שנה כדיקן של הפקולטה. בתפקידו כדיקן השקיע פרופ' שטבהולץ זמן ומאמץ רב להרחבת שטחים ופיתוח של הפקולטה ולהידוק קשרים בקהילת רופאי השיניים הבינלאומית. כמו כן, הוביל פרוייקטים ייחודים במסגרת תפקידיו בפקולטה ובמחלקה לאנדודונטיה .

בתחילת הכנס נשאו דברי ברכה דיקן הפקולטה פרופ' אהרון פלמון, ד"ר יצחק חן -יו"ר ההסתדרות לרפואת שיניים וד"ר בועז שי -יו"ר האיגוד הישראלי לאנדודונטיה. לחתן השמחה הוענקו תעודת הערכה מפוארת מהפקולטה לרפואת שיניים, תואר כבוד מהר"ש וחברות כבוד באיגוד הישראלי לאנדודונטיה.

את ההרצאה הראשונה נשא פרופ' נח שטרן שסיכם באמצעות מצגת את פועלו של חתן השמחה בתפקידו כדיקן בית הספר. בתוכנית המדעית של הכנס נשאו דברים מנהלי המחלקות השונות של הפקולטה: הפרופסורים יהושוע מושונוב, נרדי כספי, ליאור שפירא, יעל חורי חדד, סטלה צ'אושו וד"ר יובל וינד. כמו-כן התארח בכנס פרופ' ברטרנד חייט, מרצה בעל שם עולמי אשר דיבר על תחום הכירורגיה הפרי-אפיקלית. כל אחד מהמרצים סיפר על הקשר המיוחד שלו והחוויות המשותפות לו עם פרופ' שטבהולץ. בקהל נכחו במיוחד חברי האיגוד הישראלי לאנדודונטיה וגם רופאי שיניים מכל הדיסיפלינות האחרות, אשר נהנו מטקס ההוקרה ומהרצאות המרתקות בכל תחומי רפואת השיניים העדכנית.

פרופ' שטבהולץ מקבל תעודת חבר כבוד בהר"ש. משמאל: *פרופ' אדם שטבהולץ, ד"ר מנדי סגל, ד"ר יצחק חן (יו"ר הרש) וד"ר ליאור קצפ.*

מימין לשמאל: *ד"ר דניאל מורינוס, ד"ר ג'ו בן יצחק, ד"ר בועז שי, פרופ' אדם שטבהולץ, פרופ' ברטרנד חייט, ד"ר עמיר ויסמן וד"ר טל קורן.*

בכנס הוענקו שני מענקי מחקר מקרן בנדר של האיגוד הישראלי לאנדודונטיה לעבודות מחקר נבחרות בתחום האנדודונטיה: לד"ר שלמה אלבאחארי ולסטודנטית אוראל עודי.

ברחבה שלפני אולם ההרצאה התקיימה תערוכה דנטלית נרחבת על ידי חברות מסחריות בישראל. המארגנים הביעו את תודתם במיוחד לחברת ORAL-B על חסות הזהב לכנס, ולחברת MIS-DIVIDENT ו PREMIER על חסות הכסף.

בסוף הכנס התקיים קוקטייל חברתי חגיגי, ובערב נערכה ארוחת ערב לכבודם של פרופ' שטבהולץ ורעייתו בה נכחו כל מנהלי המחלקות בפקולטה לרפואת שיניים באוניברסיטה העברית וראשי מעבדות המחקר במכון לרפואת שיניים שבפקולטה. ■

הכנס החצי שנתי של האיגוד הישראלי לשיקום הפה

דילמות טיפוליות בשיקומי פה מורכבים - תל אביב, 23.12.2016

בחודש דצמבר נערך במלון דן פנורמה הכנס החצי שנתי של האיגוד הישראלי לשיקום הפה. הכנס עסק הפעם בדילמות טיפוליות בשיקומי פה מורכבים, נושא חשוב המשותף לכל העוסקים בשיקום הפה, מומחים ולא מומחים כאחד.

הכנס, שהיה מאורגן בצורה יוצאת מן הכלל על ידי ד"ר איתן מיזריצקי, יו"ר הכנס וגזבר האיגוד לשיקום הפה, זכה לקהל משתתפים רב, בהם מומחים בשיקום הפה, רופאים כלליים העוסקים בשיקום הפה ומומחים מדיסציפלינות משיקות כגון כירורגיית פה ולסת ופריודונטיה.

הרצאות הכנס היו מגוונות לפי מיטב המסורת. בין המרצים נמנו מומחים מהארץ ומחו"ל. ד"ר גיל אספרנה הציג מקרה מורכב של שיקום פה מלא בעקבות הרס כל המשנן, אבדן מוחלט של תמיכה סגרית ומימד אנכי. פאנל מומחים שכלל את פרופ' ניצן ביצ'צ'ו, ד"ר שפרה לברטובסקי וד"ר טלי שקרצ'י דן במקרה וכל אחד מחברי הפאנל הציג את זווית הראייה שלו והדגשים שיש לתת במקרה כזה. התקיים דיון ער בהשתתפות הקהל שהציג שאלות ותובנות שונות. פרופ' קרלוס נמקובסקי הרצה על פרי-אימפלנטיטיס, אטיולוגיה, מניעה וטיפול. בהמשך, הציג ד"ר מרק פו מספר מקרים בהם גבולות המקובל לשיקום הפה נמתחו ופרופ' עמי שמידט הרצה על היבטים ושיקולים בתהליך לקיחת החלטות טיפוליות באזור קדמת הפה.

ראשון המרצים מחו"ל היה ד"ר טל מור מפלורידה, שהרצה על טיפול במטופל מתבגר עם חוסר חלקי של שיניים ובהמשך הציג את רעיונותיו בתכנון טיפול מורכב באמצעות מספר מקרים. פרופ' סרדר יאלצ'ין מתורכיה, נשיא האיגוד התורכי לאימפלנטולוגיה אורלית, הרצה על אימפלנטולוגיה דיגיטלית ותכנון טיפול עכשווי לתוצאות פרותטיות אופטימליות. סיים את הכנס ד"ר ריקרדו מיטרני מאוניברסיטת וושינגטון והאוניברסיטה הלאומית של מקסיקו, שנתן מפת דרכים לשרידות גבוהה של טיפול וסקר אפשרויות, עדיפויות וסיכון.

לצד הכנס נערכה תערוכה דנטלית גדולה בה הוצגו חידושים בחומרים, עזרי ראייה ועוד. ראוי לציין, כי יותר מ-40 חברות נתנו חסותן לכנס, תבוא עליהן הברכה על תמיכתן בחיזוק הידע הקליני של רופאי השיניים.

חברי ועד האיגוד, יו"ר האיגוד ד"ר מקס סקסטין, הגזבר ד"ר איתן מיזריצקי, ד"ר איל תגרי, ד"ר ארבל שרן, ד"ר יוסי גלייטמן ופרופ' דוד כוכבי מצפים לראות את הקהילה הדנטלית בישראל גם בכנס הבא!. ■

DENTAL TRIBUNE ISRAEL

EDITOR-IN-CHIEF:
Prof. Benjamin Peretz
bperetz@post.tau.ac.il

PROJECT MANAGER:
Adv. Yaffa Zagdon

GENERAL SECRETARY:
Dr. Tanya Katzap

PUBLISHED BY THE ISRAEL Dental Association
www.ida.org.il
Tel: +972-3-6283707
Fax: +972-3-5287751

EDITORIAL BOARD:
Dr. Meir Adut
Prof. Nitzan Bichacho
Prof. Gabi Chaushu
Prof. Nardi Caspi
Dr. Nathan Fuhrmann
Prof. Haim Tal
Prof. Israel Kaffe
Prof. Yossi Nissan
Prof. Aharon Palmon
Prof. Micha Peled
Prof. Moti Sela
Prof. Adam Stabholz
Prof. Ervin Weiss

LINGUISTIC EDITOR:
Miri Lavie

DESIGNER:
Michal Hirsh

PRODUCTION:
New York New York (Israel) Ltd.

PUBLISHER:
Torsten OEMUS

GROUP EDITOR:
Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
Tel.: +44 161 223 1830

CLINICAL EDITOR:
Magda Wojtkiewicz
Nathalie Schüller

ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER:
Claudia DUSCHEK

EDITORS:
Kristin Hübner
Yvonne Bachmann

ASSISTANT EDITORS:
Julia Michel

MANAGING EDITOR & HEAD OF DTI COMMUNICATION SERVICES:
Marc Chalupsky

JUNIOR PR EDITORS:
Brendan Day
Julia Maciejek

COPY EDITORS:
Hans Motschmann
Sabrina Raaff

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO
Torsten R. Oemus

CHIEF FINANCIAL OFFICER
Dan Wunderlich

CHIEF TECHNOLOGY OFFICER
Serban Veres

BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek

PROJECT MANAGER ONLINE
Tom Carvalho

JUNIOR PROJECT MANAGER ONLINE
Hannes Kuschick

E-LEARNING MANAGER
Lars Hoffmann

EDUCATION DIRECTOR TRIBUNE CME
Christiane Ferret

EVENT SERVICES/PROJECT MANAGER
Sarah Schubert

TRIBUNE CME & CROIXTURE
Marketing Services
Nadine Dehmel

SALES SERVICES
Nicole Andrä

ACCOUNTING SERVICES
Anja Maywald
Karen Hamatschek
Manuela Hunger

MEDIA SALES MANAGERS
Antje Kahnt (International)
Barbora Solarova (Eastern Europe)
Hélène Carpentier (Western Europe)
Maria Kaiser (North America)
Matthias Diessner (Key Accounts)
Melissa Brown (International)
Peter Witteczek (Asia Pacific)
Weridiana Mageswki (Latin America)

EXECUTIVE PRODUCER
Gernot Meyer

ADVERTISING DISPOSITION
Marius Mezger

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL
Holbeinstr. 29, 04229
Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302
Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan,
Kowloon, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500,
New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181
Fax: +1 212 244 7185

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · United Kingdom Edition

All rights reserved. Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

אורתו-פדו ביחד ולחוד: הכנס השנתי המשותף של האיגוד הישראלי לרפואת שיניים ושל האגודה האורתודונטית בישראל.

ד"ר הדס כץ שגיא*
ד"ר יוסי עבד**

* מומחית ברפואת שיניים לילדים ונוער, יו"ר האיגוד לרפואת שיניים לילדים

** מומחה לאורתודונטיה (יישור שיניים ולסתות), יו"ר האגודה האורתודונטית בישראל

בדצמבר השנה, נערך במרכז הכנסים "לאגו" בראשון לציון, הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לרפואת שיניים לילדים והאגודה האורתודונטית בישראל. נושא הכנס, "אורתו פדו ביחד ולחוד - היבטים קליניים של הטיפול המשולב", אורגן על ידי ועדי האיגודים. המחשבה הייתה, כי החיבור הטבעי בין שתי האגודות, יכול לבוא לידי ביטוי בצורה נפלאה בכנס שנתי גדול אחד.

בכנס נכחו כ-400 רופאי שיניים, סייעות ושיננויות וכן מרצים מהארץ ומחו"ל.

במקום הוצגה תערוכה דנטלית גדולה ומגוונת עם מציגים ותיקים וחדשים. חסות מיוחדת ניתנה על ידי חברת אורמקו, חברת אינטרטק וחברת דרורת ובאה לביטוי בהזמנת מיטב המרצים בתחום המקצועי. ההרצאות בכנס המשותף התקיימו בשני מושבים מקבילים עם אפשרות למעבר חופשי בין האולמות. מבחינה מקצועית, זכו באי הכנס להיחשף להרצאות מאת מיטב המרצים מהארץ ומחו"ל בנושאים שהם בקדמת החזית, כמו גם נושאים להם רק "נגיעה" מקצועית המאפשרים למשתתפים מגוון אפשרויות בחירה והעשרה.

באולם האיגוד לרפואת שיניים לילדים, ה- KEYNOTE SPEAKER היה ד"ר פיטר ספאלדינג מארה"ב, פדודונט ואורתודונט מומחה אשר במשך יומיים נתן מספר הרצאות שעסקו בטיפול אורתודונטי מוקדם גם בילדים צעירים. ד"ר דורון רוזן, מומחה בכירורגיית פה ולסתות ומנהל היחידה לכירורגיית פה ולסתות מהמרכז הרפואי מאיר בכפר סבא, הציג את הגישה של עקירה מניעתית של שיני בינה. ד"ר נעמה שחר, יו"ר האיגוד לקלינאיות תקשורת בישראל, הציגה את שיתוף הפעולה ההכרחי בין הקלינאיות לשאר הדיסציפלינות. ד"ר תמיר לאון, אנתרופולוג יישומי, שפך אור על התנהלות ילדים ונוער בני זמננו. ד"ר ענת בולר שרון, מומחית לשיקום פנים ולסתות, שיתפה אותנו בעבודתה המרתקת של שחזור שיניים ואיברים נוספים בפנים. ד"ר רווית בירנבוים וילנסקי וד"ר גלעד הר ציון חשפו טכניקה של אנקילוזה מכוונת של ניבים נשירים כחלק מטיפול אורתודנטי וד"ר ג'יזלה ברנשטיין אייזמן הציגה מקרים של חבלות לשיניים בהם הפדודונט חייב לעבוד בשיתוף עם דיסציפלינות אחרות.

באולם האגודה האורתודונטית התנהל הכנס באנגלית וניתנה במה לשלושה מרצים מחו"ל שכל אחד קיבל Session בן 3 שעות. Dr. Hisham Badawi דיבר על מודל חדשני מדעי מחקרי שפיתח לסימולציית כוחות במערכות אורתודונטיות שונות תוך הדגשת יתרון שיטת ה Passive self-ligating עפ"י המודל. Dr. Straty Righellis דיבר בצורה רהוטה ומסודרת על שיטות האורתודונטיה הקלאסיות ויתרון השימוש בהם תוך הצגת מקרים מרשימה. Dr. Luis Carriere קינח בשיטה קלינית חדשה ומבטיחה אשר הציגה יכולות עם תוצאות מדהימות שריתקו קהל של כ 280 איש שישבו פעורי פה באולם עד שעה 12:00 ביום שישי.

מבחינה חברתית, במהלך ימי הכנס הייתה "חגיגת" אינטראקציה של קולגות וחברים בהפסקות המשותפות.

בסוף שני ימי הכינוס נהנינו כולנו, כולל בני/בנות הזוג, ממופע סטנד אפ של אדיר מילר.

מן התגובות הנלהבות הרבות שהתקבלו לכנס, הסתבר ששביעות הרצון מתוכן הכנס והתצורה החדשנית הייתה מעל ומעבר למצופה וכל זה מעבר ל"הצבעה ברגליים" שדיברה בעד עצמה, כאשר בסיום הכנס בשעה 14:00 ביום שישי נכחו במתחם הכנס כ 500 אנשים.

בימים אלה מתכונן האיגוד הישראלי לרפואת שיניים לילדים לכנס האביב אשר יערך ב-31/3/2017 ויכלול נושאים מגוונים הנוגעים לטיפול בילדים.

ועד האגודה האורתודונטית עמל על פעילות חברתית, סמי מקצועית ומקצועית למשעי המתוכננת לחצי הראשון של 2017, כמו גם על כנס פורום המומחים שיערך בספטמבר 2017 והכנס השנתי ייערך ב 23-24/11/2017.

אנו בטוחים, כי הכנס המשותף היה רק צעד הפתיחה לקראת שיתוף פעולה רחב הרבה יותר בעתיד בין האיגודים וחבריהם. ■

הכנס הבינלאומי של האיגוד הישראלי לרפואת הפה 2016
No Pain-Your Gain

ד"ר גלית אלמוזנינו*
ד"ר יהודה צדיק**

* יו"ר האיגוד הישראלי לרפואת הפה
** יו"ר יוצא האיגוד הישראלי לרפואת הפה.

השנה התקיים הכנס הבינלאומי השנתי של האיגוד הישראלי לרפואת הפה בתאריכים 29-30.12.16 במלון דן פנורמה בתל אביב. הכנס יוחד לתחום הכאב והציג גישות מדעיות חדשניות לשליטה בכאב לרופאי שיניים כלליים ומומחים. נדונו אספקטים של מנגנוני שליטה בכאב, כאב והפרעות שינה, החלטות טיפוליות בתחום הכאב, כאב אונקולוגי ועדכונים בתחום הפרעות תפקודיות במערכת הלעיסה.

הכנס הוקדש לכבודו של פרופ' יאיר שרב בהגיעו לגבורות. במסגרת הכנס הוענק לפרופ' שרב תואר "חבר כבוד של האיגוד הישראלי לרפואת הפה". פרופ' שרב ייסד את תחום כאבי פנים ולסתות במדינת ישראל ועד היום הינו ממובילי התחום בעולם ובעקבותיו תלמידיו הרבים. פרופ' שרב עמד בראש המחלקה לאבחון, רפואת הפה ורדיולוגיה בבית הספר לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה במשך 26 שנים, כיהן כדיקן הפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, לימד וחנך דורות רבים של רופאי שיניים ומומחים לרפואת הפה והינו מעמודי התווך של תחום רפואת הפה בישראל.

בכנס השתתפו מרצים מובילים מהארץ ומחו"ל בעלי שם עולמי בתחום כאבי פנים ולסתות: פרופ' אלי אליאב- דיקן בית ספר לרפואת שיניים באוניברסיטת רוצ'סטר בניו יורק, פרופ' רפי בן אוליאל- סגן דיקן למחקר באוניברסיטת RUTGERS בניו-ג'רסי, ד"ר סילביו בריל- מנהל המרכז לכאב במרכז הרפואי איכילוב ויו"ר האגודה הישראלית לכאב ופרופ' מיכאל טל- מנהל המרכז לחקר הכאב באוניברסיטה העברית ולשעבר יו"ר האגודה הישראלית לכאב. פרופ' בן אוליאל ופרופ' שרב הינם מחברי הספר בתחום הכאב האורופציאלי: OROFACIAL PAIN AND HEADACHE. ספר זה יצא בשתי מהדורות: ב-2008 וב-2015 וזכה להימנות כאחד מעשרת הספרים המומלצים ברפואה ובנוירולוגיה על ידי ה- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

במסגרת הכנס, צוין גם האיחוד של האיגוד הישראלי לרפואת הפה עם האיגוד הישראלי לכאבי פנים ולסתות. האיחוד בין האיגודים התבקש בעקבות כך שתחום כאב פנים הינו חלק אינטגרלי ממומחיות רפואת הפה ובעקבות שיתוף פעולה פורה רב שנים בין שני האיגודים. בעקבות האיחוד, הוקמה וועדה מיוחדת לכאבי פנים והפרעות שינה בתוך האיגוד הישראלי לרפואת הפה אשר תמשיך ותקדם את העשייה בתחום חשוב זה.

הכנס כלל גם תערוכת פוסטרים אשר כללה כ-40 פוסטרים, אשר הציגו הצגות מקרה ועבודות מחקר. בין המציגים הן בהרצאות והן בתערוכת הפוסטרים היו גם מומחים מדיסציפלינות נוספות כגון אנדודנטיה, כירורגיה, פה ולסת ועוד. במסגרת תחרות בין מציגי הפוסטרים זכו שתי עבודות בפרס: "עבודת המחקר המצטיינת מטעם האיגוד הישראלי לרפואת הפה". בפרסים זכו ד"ר מרינה אולמנסקי וחבריה מהפקולטה לרפואת שיניים בהדסה ופרופ' אילנה קפלן וחבריה מהמחלקה לרפואת הפה באוניברסיטת ת"א.

בנוסף, התקיימו בכנס בחירות לוועד האיגוד הישראלי לרפואת הפה. ד"ר גלית אלמוזנינו נבחרה לתפקיד יו"ר האיגוד הישראלי לרפואת הפה. בשנתיים האחרונות כיהנה ד"ר גלית אלמוזנינו כגזברית האיגוד והיא מחליפה כעת את ד"ר יהודה צדיק, שכיהן כי"ר האיגוד משנת 2014. לתפקיד גזברית האיגוד נבחרה ד"ר אנה פיקובסקי ולתפקיד מזכירת האיגוד נבחרה ד"ר שרון עקריש.

הכנס היה פורה, מוצלח ומלמד ואנו מקווים להמשיך במסורת גם בשנים הבאות. ■

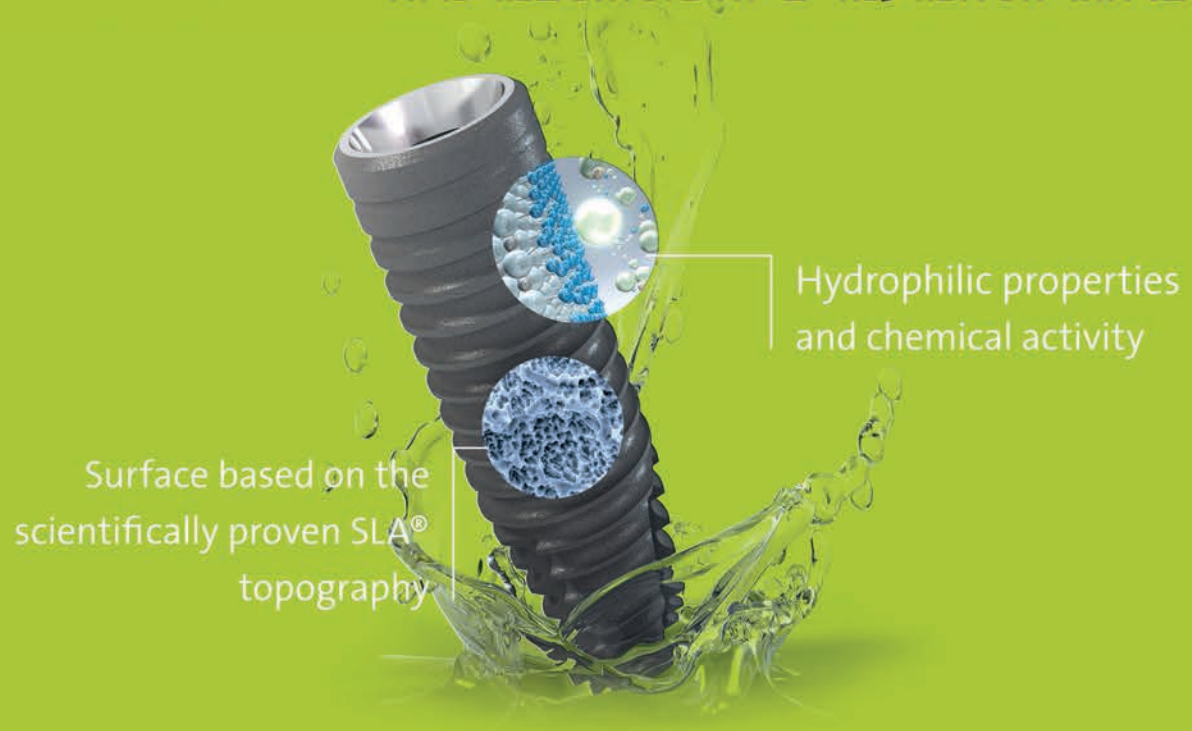
HA Professionals for Professionals

straumann
simply doing more

Straumann® SLActive®

SLActive® הינה טכנולוגיה פורצת דרך לטיפול פני שטח השתל המעניקה הצלחה קלינית מוכחת:

- שיפור וקיצור זמן הטיפול לטווח של 3-4 שבועות בכל האינדיקציות
- פרדיקטביליות גבוהה במקרים מאתגרים והעמסות מיידיות
- לא רק מטופלים בריאים: הגדלת המועמדים להשתלות במרפאה



ITI World Symposium Basel May 4-6 2017

מיטב ההרצאות ממיטב המרצים!

עסקת חבילה מיוחדת לרגל השקה מחודשת של שטראומן בישראל!

לפרטים: אוריאל 03-6138777

סיבוכים ביולוגיים בשיקום נתמך שתלים

פרופ' קרלוס נמקובסקי

המחלקה לפריודונטיה והשתלות דנטליות, ביה"ס לרפואת שיניים ע"ש מוריס וגבריאלה גולדשלגר, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

מחלות סביב שתלים (peri-implant diseases), יכולות להשפיע על הרקמות הקשות והרקמות הרכות הסובבות. מוקוזיטיס סביב השתל הוא תהליך דלקתי הפיך ברקמה הרכה סובבת השתל שמקורו בחיידקים המלווה באודם, נפיחות ודימום בהכנסת מחדר פריודונטי. להבדיל מפרי-אימפלנטיטיס שהינו תהליך דלקתי של הרקמות סביב השתל, הן הרכות והן הקשות, הקשורות באבדן בדרגות שונות של חומרה של עצם התמיכה של השתל לאחר הפאזה האדפטיבית העוקבת העמסה פרותטית (1).

מחלות סביב שתלים מתרחשות כתוצאה של הפרת איזון בין תגובת המאכסן ובין העמסה חיידקית ובמיוחד מיקרופלורה אנאארובית גרם-שלילית. מוקוזיטיס לא בהכרח יוביל לפרי-אימפלנטיטיס אך ככל הנראה, לכל מקרי פרי-אימפלנטיטיס קדמה מוקוזיטיס (2-7).

סיבוכים ביולוגיים סביב השתלים הם שכיחים מאד, דווחה היארעות מוקוזיטיס של כ-80% ושל פרי-אימפלנטיטיס בין 56%-28% (8). לאחר 10 שנים של תפקוד, 10% עד 50% מהשתלים הדנטליים הראו סימני פרי-אימפלנטיטיס (9). מחקר מטא-אנליטי שנערך לאחרונה דיווח על שכיחות פרי-אימפלנטיטיס ממוצעת של 22% (טווח של 30%-14%) (10). מחקר רוחבי ארוך טווח אחר מן העת האחרונה, הראה שרידות השתלים של 91%, בעוד שפרי-אימפלנטיטיס נמצאה בשכיחות של 33% מהשתלים וב- 48% מהמטופלים. מעקב ארוך טווח הראה הימצאות של פרי-אימפלנטיטיס ב- 16% מהשתלים וב- 26% מהמטופלים. משמעות הדבר היא שלאחר 11 שנים, במטופל אחד מתוך ארבעה ובשתל אחד מתוך שישה תמצא פרי-אימפלנטיטיס (11). עם זאת, למרות שזיהום חיידקי עקב הצטברות רובד הוא הגורם האטיולוגי העיקרי (10), אין הוא הסיבה היחידה למחלה. גורמים הקשורים במטופל, בהליך הכירורגי ובשיקום, תורמים להתפתחותה ולחומרתה (12 - 15).

גורמי סיכון סביבתיים, התנהגותיים או ביולוגיים באם קיימים, מעלים את הסיכוי למחלה, במידה ואינם קיימים או מסולקים, הסיכוי יורד. גורמים בודדים אינם מספיקים בדרך כלל ליצור מחלה ועל פי רוב ישנם מספר גורמים מעורבים. גורמי סיכון יכולים להיות מקומיים או כלליים (7, 16). גורמים מקומיים משפיעים על הרכב רובד החיידקים וכמותם, בעוד שגורמים כלליים קשורים לאינדיבידואל ויכולים להשפיע על מידת הפגיעות של המטופל לזיהום. בין גורמי הסיכון הכלליים, ניתן למנות מחלה פריודונטית עכשווית או עברית, היגיינה אורלית ירודה, פאראפונקציות, פרה-דיספוזיציה גנטית, היסטוריה של כישלון שתל אחד או יותר, עישון, סוכרת, דיכוי חיסוני, מחלות קרדיו-וסקולריות ותחזוקה לקויה. בין גורמי הסיכון המקומיים שתוארו כבעלי השפעה על התפתחות המחלה, ניתן למנות חוסר היגיינה אורלית, מאפיינים של רקמה רכה (רקמה מקורנת), סיבות איאטרוגניות (שאריות צמנט, מיקום לא נכון של השתל, פעולה כירורגית), חספוס פני שטח השתל, פעולות אוגמנטציה של עצם ומספר רב של שתלים.

טיפול פריודונטי מוצלח לפני הנחת שתלים מקטין את הסיכוי לפרי-אימפלנטיטיס. כיסים שאריים (PPD>5mm) בסוף טיפול פריודונטי אקטיבי מייצגים סיכון מוגבר משמעותי לפרי-אימפלנטיטיס ולאבדן שתלים. מטופלים פריודונטליים הראו רגישות גבוהה יותר (OR 4.1) לפרי-אימפלנטיטיס (17). גם במטופלים בהם נצפה פריודונטיטיס חוזר נמצא סיכון גבוה יותר בצורה משמעותית לפתח פרי-אימפלנטיטיס ואבדן שתלים (18 - 20). במספר מחקרים נטען כי במטופלים מחוסרי שיניים חלקית, פתוגניים פריודונטיים יכולים להיות מועברים משיניים נגועות מבחינה פריודונטית אל שתלים חדשים שהותקנו. משמעות הדבר היא כי כיסים פריודונטיים מהווים מאגר של מושבות חיידקים (21 - 27). על החשיבות בטיפול פריודונטי מקיף טרם התקנתם של שתלים דווח בהרחבה (27 - 29).

במספר מחקרים קליניים נמצא קשר בין פרי-אימפלנטיטיס ובין היסטוריה של מחלה פריודונטית. למרות שחיידקים מחוללים את הזיהום, הפגיעה ברקמה נגרמת בעיקר עקב תגובת המאכסן. אנשים שהם "מועדים" גנטית לייצר ציטוקינים פרו-דלקתיים ביתר, עלולים להראות הרס רקמתי מוגבר. מטופלים שסבלו בעבר מפריודונטיטיס (במיוחד פריודונטיטיס אגרסיבי) הינם בסיכון גבוה לפתח פרי-אימפלנטיטיס ואבדן שתלים (7, 18, 30). שרידות ארוכת טווח והצלחה הם נמוכים במטופלים בעלי היסטוריה של מחלה פריודונטית, גם אם מבצעים טיפולי תחזוקה נאותים (20).

מאחר והרובד הוא הגורם האטיולוגי העיקרי, קיים כנראה קשר הדוק בין אבדן עצם סביב השתל ובין היגיינה אורלית ירודה. כך, במטופלים עם היגיינה אורלית ירודה או ללא נגישות (או נגישות מוגבלת) לאמצעי היגיינה אורלית נאותה, נראה סיכון גבוה פי 14 לפתח פרי-אימפלנטיטיס (8). במחקר עוקבה (cohort) על 23 מטופלים עם 109 שתלים, נראה כי רק 4% מהשתלים במטופלים עם היגיינה אורלית אופטימלית הראו פרי-אימפלנטיטיס בעוד ש-48% מהשתלים בהם נראה פרי-אימפלנטיטיס היו ללא היגיינה אורלית נאותה (10, 31).

בקרב מעשנים הוכח כי נפגעת התגובה החיסונית. ניקוטין עלול לפגום בריפוי פצע, במיוחד לאור העובדה שריכוזי הניקוטין בנוזל חריץ החניכיים הוא בערך פי 300 מאשר בפלזמה. למרות שזרימת הדם וזרימת נוזל הכיס עולים כבר 3-5 ימים לאחר הפסקת העישון, העלייה בפגיעות בקרב מטופלים מעשנים מתבטאת בעלייה בסיכון לפרי-אימפלנטיטיס, אבדן עצם וכישלון שתלים, במיוחד בלסת העליונה (7, 32 - 44). שתלים המונחים קרוב אחד מדי לשני, עמוק מדי או בעמדה בוקלית מדי עלולים להביא לאבדן עצם. סיכויי הישרדות גבוהים (OR = 2) נצפו בשתלים בלסת התחתונה, וכן כאשר המרחק משולי השחזור הפרותטי לעצם היה בתחילה 1.5 מ"מ או פחות (17) (OR = 2.3). עודף בצמנט נמצא כגורם סיכון חשוב: 81% מהשתלים עם שאריות צמנט הראו פרי-אימפלנטיטיס. בין המקרים הנ"ל, ב- 74% מהשתלים, סילוק עודפי הצמנט הביא להעדר סימנים קליניים לדלקת ועצירת אובדן התמיכה הגרמית סביב השתלים. כל השתלים עם שאריות צמנט במטופלים עם היסטוריה של פריודונטיטיס פיתחו פרי-אימפלנטיטיס (45 - 48). מטופלים עם 4 שתלים או יותר הראו עליה (OR = 15.1) בסיכון לפרי-אימפלנטיטיס (17). שתלים מתוצרת מסוימת ושתלים שעברו טיפול פני השטח היו יותר מועדים לפתח מחלה מאשר אחרים (17). תכנית תחזוקה הכוללת אמצעים אנטי זיהומיים לרוב הובילו לשרידות ארוכת טווח ולאחוזי הצלחה גדולים של שתלים דנטליים והשחזורים שמעליהם. יש להביא בחשבון טיפול במוקוזיטיס סביב השתלים כאמצעי למניעת פרי-אימפלנטיטיס. הכללת מטופלים בתכנית תחזוקה סדירה יכולה להוריד את הסיכון לפרי-אימפלנטיטיס מ 43.9% ל- 18% ברמת המטופל (49, 50). היענות המטופלים לתכניות כאלו יכולה לבטא גורם מרכזי במניעת פרי-אימפלנטיטיס (51).

אסטרטגיות מניעה

לאור העובדה שקיים חוסר בהנחיות מבוססות עובדות לגבי יעילות הטיפול בפרי-אימפלנטיטיס, אסטרטגיות מניעה הן חשובות ביותר. מניעת מחלות סביב השתלים מתחילה בהערכה יסודית של גורמי הסיכון האינדיבידואליים, בהבאה לתנאים אופטימליים ברקמה הרכה וברקמה הקשה, בתכנון נכון של השיקום ע"ג השתלים מלווה בגישה אטראומטית ככל האפשר ובבדיקות סדירות ותחזוקה (16). יש להביא לידיעת המטופלים ששתלים רגישים יותר למחלות הקשורות ברובד מאשר השיניים הטבעיות (19, 52). הטיפול בשתלים אינו יכול להיות מוגבל להנחת השתלים והשיקום שמעליהם, אלא חייב לכלול יישום "תחזוקה פרי-אימפלנטית" למניעת סיבוכים ביולוגיים פוטנציאלים וכמובן לצורך שיפור ההצלחה בטווח הארוך. תכנית התחזוקה הפרי-אימפלנטית צריכה להיות מותאמת לפרופיל הסיכון של המטופל, עם מקסימום מרווח מועדי ביקורות של 6-5 חודשים (53). עם זאת, חשוב להדגיש שגם בהשמה של תכנית תחזוקה סדירה, סיבוכים ביולוגיים עלולים להופיע (54). במטופלים בעלי פרופיל של סיכון גבוה, סילוק רובד מכאני מקצועי כאלמנט מניעתי יחיד אינו מספיק ויש לשקול שימוש באמצעים כימיים לבקרת הביופילם, כתוספת לפרוטוקול סילוק מכאני של הרובד.

גישות טיפוליות

תוצאות ארוכות טווח של טיפול בפרי-אימפלנטיטיס הוכחו כבלתי ניתנות לחיזוי, כאשר נגעים מתקדמים דורשים בדרך כלל הוצאתם של השתלים במלואם. זאת ועוד, מרבית הפרוטוקולים לטיפול כוללים התערבות כירורגית המביאה לרצסיה משמעותית בגבול החניכיים המלווה בפגיעה אסתטית ותפקודית ניכרת. אין בנמצא כל הוכחה אמינה לגבי סוג ההתערבות האפקטיבית בטיפול בפרי-אימפלנטיטיס. סקירות שיטתיות לא מצאו הוכחה לכך שטיפולים מורכבים ויקרים הביאו לתוצאות טובות יותר מאשר שיטות לא-כירורגיות, אשר התבססו על דברידמנט תת-חניכי מכאני עם או ללא טיפול אנטי-זיהומי מסוים. מעקב של למעלה משנה הראה חזרה של פרי-אימפלנטיטיס של עד 100% מהמקרים המטופלים עבור חלק משיטות ההתערבות, דבר שגרר טיפול מחודש. יש צורך כמובן במחקרים מבוקרים כפולי סמיות לפרקי זמן שמעל שנה (55).

שיטות מניעה/טיפול שונות הוצעו. אחת השיטות הראשונות שהוצעו היא Cumulative Interceptive Supportive Therapy (CIST) שהוצעה על ידי פרופ' קלאוס לאנג בשנת 2000 (56). CIST הינה שיטה מצטברת מיטיבה, הכוללת ארבעה צעדים שיש לנקוט בהם כסדרה עוקבת של פעולות טיפוליות עם פוטנציאל אנטי חיידקי עולה, כתלות בחומרת הנגע ובגודלו. לפיכך לאבחנה חשיבות רבה בתכנית תחזוקה זו.

כלורהקסדין בשטיפות או בצורת ג'ל לא נמצא יותר אפקטיבי מאשר פלצבו בטיפול במוקוזיטיס סביב שתלים ולא נמצאו הבדלים משמעותיים סטטיסטית בין קבוצה שקיבלה כלורהקסדין וקבוצת ביקורת (57). כלורהקסדין בטיפול מקומי בשטיפות או בצורת ג'ל נמצא כבעל אפקט אנטי-מיקרוביאלי מוגבל בטיפול בנגעים פרי-אימפלנטיים (58, 59, 60). מחקר קליני עדכני הראה השפעה מוגבלת גם של אנטיביוטיקה סיסטמית (61). הנחה של תכשירים אנטיביוטיים המשתחררים לאט (slow release), הנמצאים באתר הפעולה לפחות 7 - 10 ימים בריכוז גבוה דיו לחדור את הביופילם שמתחת למוקוזה נמצאה כשיטה יעילה. בכל מקרה, השלב הראשון בטיפול הינו הורדת עוצמת התגובה הדלקתית בהצלחה, להשגת רקמות סביב השתל ללא הפרשה ועם נפיחות מופחתת. רק לאחר מכן הגיוני לדון בגישות טיפוליות אשר יוכלו לשחזר את התמיכה הגרמית של השתל באמצעים רגנרטיביים, או לעצב מחדש את הרקמה הרכה שסביב השתל ו/או ארכיטקטורת העצם באמצעות טכניקות כירורגיות, כתלות בשיקולים האסטטיים ובמאפיינים המורפולוגיים של הנגע. עם זאת, גם אם ניתן להשיג מילוי עצם בנגעים פרי-אימפלנטיים תוך שימוש בעקרונות ביולוגיים של רגנרציית רקמה (62, 63), אוסאואינטגרציה חוזרת לפני שטח שתל אשר זוהם לפני כן אינה מתרחשת בדרך כלל (64).

ניתן לטפל בנגעים עמוקים, היקפיים ותוך גרמיים באמצעות דברידמנט יסודי, סילוק הזיהום (decontamination) מפני שטח השתל ושחזור אזור הנגע, כאשר נגעים ללא קירות מוגדרים ניתנים לטיפול על ידי דברידמנט יסודי עם מיקום אפיקלי של המוקוזה המרגינלית (65). למרות שעצם חדשה ו/או שתל עצם יכול למלא את הנגע הגרמי כפי שניתן לראות בדחיסות העצם בתצלום רנטגן, במרבית המקרים זהו כנראה תהליך פשוט של ריפוי, בו החומר הרדיו-אופקי לא ממש מחובר לפני שטח השתל. מטא-אנליזה שנערכה לאחרונה הראתה כי למרות השיפור החשוב, פתרון מושלם למחלה אינו צפוי באף

תמונה 01

תמונה 02

תמונה 03

תמונה 06

תמונה 05

תמונה 04

תמונה 01: *סימנים קליניים לדלקת מודגשים ברירית הבוקאלית הסמוכה לשיקום ע"ג שתל באזור שן 14;* ***תמונה 02:*** *דימום ניכר בבדיקה עם מחדר, עומק כיס 7-5 מ"מ;* ***תמונה 03:*** *לאחר ניקוי האזור עם מכשיר אולטרה-סוני ומכשירי יד, מבוצע ניקוי שטח פני השתל והמבנה הסמוך בעזרת מברשת עשויה סיבים נספגים (LABRIDA) וזאת תוך השמה על חומר על בסיס היפו-כלוריט (PERISOLV) או מי חמצן 3%. יש לחזור על הפעולה מספר פעמים (לפחות 3). מדובר בשלבים של התראה ודקונטמינציה בפרוטוקול שהוצג Debridement & Decontamination.* ***תמונה 04:*** *לאחר השלבים שתוארו ולאחר הפסקת הדימום מתבצעת השמה תת-רירית של מיקרו גרגרי של מינוציקלין (ARESTIN) באמצעות מזרק ייעודי.* ***תמונה 05:*** *מספר שבועות לאחר הטיפול ניתן להתרשם מהפחתה ניכרת בעצמתם של הסימנים הקליניים לדלקת ברירית מלווה בנסיגה מינימאלית בגבול הרירית.* ***תמונה 06:*** *ירידה ניכרת בעומק הכיס סביב השיקום ע"ג השתל והעדר דימום בזמן הבדיקה עם המחדר.*

אחד מהפרוטוקולים שנבחנו (66). יתר על כן, לאחר טיפול כירורגי, הריפוי בדרך כלל מביא לנסיגת חניכיים אשר מעמידה בסימן שאלה את התוצאה האסטטית ואת תפקוד השחזור (66). כאשר לא ניתן לשלוט על סימנים קליניים לדלקת באמצעות אף אחת מהשיטות, או במידה ושתל איבד את מרבית תמיכת העצם ו/או נהיה נייד, הוצאת השתל הינה הכרחית (56).

טיפול לא כירורגי

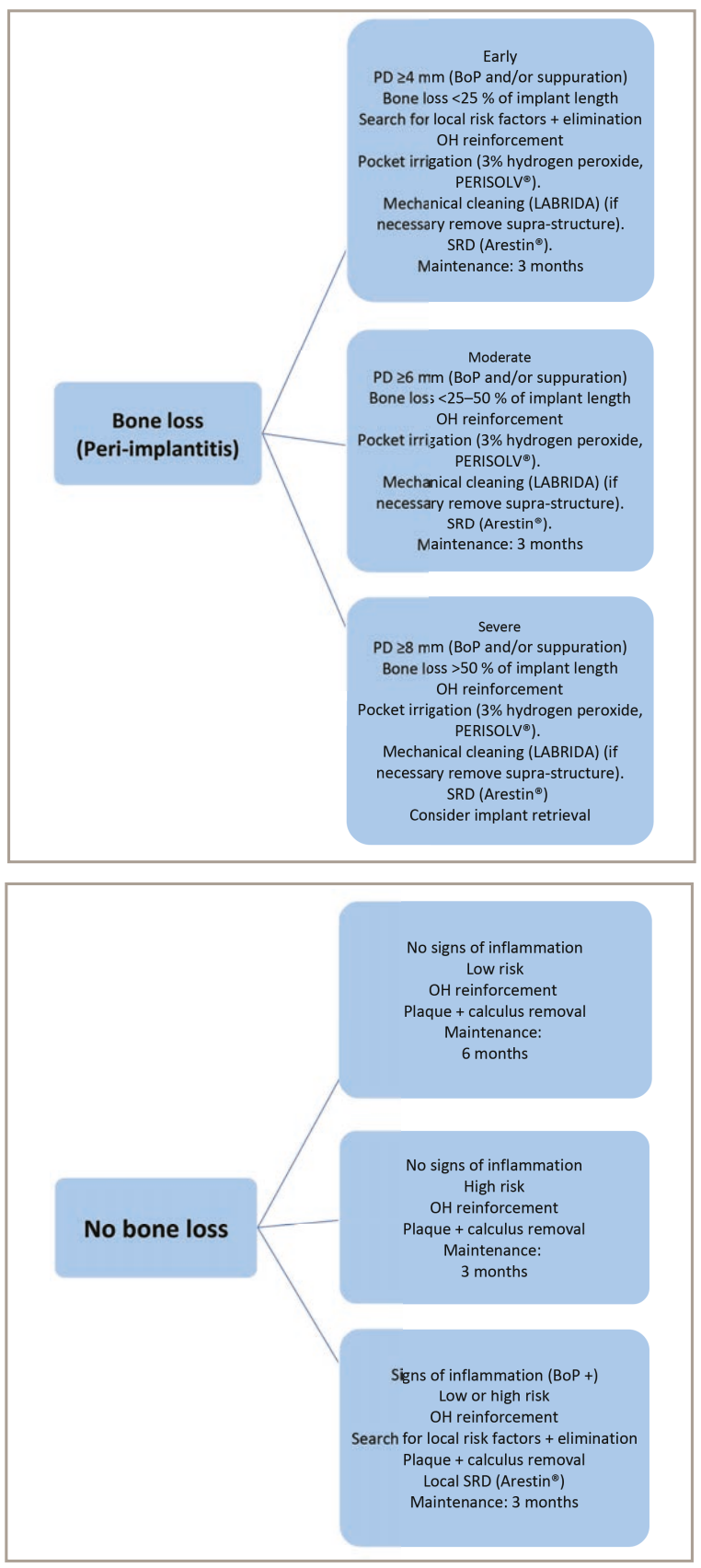
המטרה העיקרית של טיפול כירורגי בפרי-אימפלנטיטיס היא דברידמנט וסילוק הזיהום מפני שטח השתל, שיביאו כמקווה, לפתרון לנגע הדלקתי. עקב תופעות הלוואי של התערבויות כירורגיות, חלופות טיפול לא-כירורגי הן מועדפות ורצוי תמיד להתחיל בהם בטרם יבוצע הטיפול הכירורגי (8, 61). חוקרים רבים ממליצים על התערבויות כירורגיות רק כאשר טיפול לא-כירורגי נכשל. על המטופל לדעת כי עקב רצסיית חניכיים הצפויה לאחריה, פעולה כירורגית עלולה לפגום בתוצאה האסטטית של השחזור ולהביא להפרעה תפקודית (65). לפיכך, הנטייה העכשווית היא לנסות ולטפל בנגעים סביב שתלים מוקדמים או בינוניים באמצעות החלופות הלא-כירורגיות. מתן מינוציקלין תת-חניכי כתוספת לטיפול לא-כירורגי הראה השפעה טובה יותר וארוכה יותר בצורה משמעותית בהשוואה לאותו טיפול ללא התוספת של החומר הזה בהקטנת עומק כיסים, בהשפעה על אבדן תאחיזה קלינית, על סימנים קליניים לדלקת ועל רמות interleukin-1 beta (67), זאת יחד עם ירידה גדולה יותר בכמות הכוללת והיחסית של חיידקים מה red complex (68).

דברידמנט תת חניכי בתוספת אנטיביוטיקה בהשמה מקומית הוכח כיעיל בטיפול בפרי-אימפלנטיטיס (69). תוצאות קליניות לאחר הנחה של minocycline microspheres כתוספת לטיפול מכאני בזיהומים פרי-אימפלנטיים התחלתיים בהשוואה לתוספת של הנחת ג'ל כלורהקסדין 1% נבדקו. השילוב של טיפול מכאני/אנטימיקרוביאלי בקבוצת הכלורהקסדין לא הראה כל ירידה בעומק כיסים והראה ירידה מסוימת במדדי הדימום. תוספת ה minocycline microspheres (ARESTIN®) הראתה שיפור הן בעומק הכיסים והן במדדי הדימום (58, 59, 70, 71). בין הטיפולים הלא-כירורגיים שנבדקו, במיוחד בפרי-אימפלנטיטיס התחלתי/בינוני, דברידמנט בתוספת minocycline microspheres בצורת תכשיר שחרור מושהה (ARESTIN®) השיג את התוספת הרבה ביותר בהקטנת עומק כיסים, אינדקס דימום וכמות Porphyromonas gingivalis ו- Tannerella forsythia (59,60,70,71) במטה אנליזה, ARESTIN® הראה תוצאות טובות גם בהשוואה לטבליות לשחרור מושהה של כלורהקסדין להשמה תת-חניכית (72).

בנוסף לאפקט האנטי-חיידקי, ל- minocycline microspheres (ARESTIN®) גם פעולה אנטי-דלקתית. הנחה מקומית של החומר מורידה מקומית רמות ציטוקינים (למשל interleukin 1beta), ובשילוב עם דברידמנט מביאה לירידה בכולסטרול, C-reactive protein ורמות Interleukin (74,73,67). יש לזכור כי האפקט הטיפולי הוא בשיאו במהלך חודש-חודשיים לאחר ההנחה ויורד עם הזמן. המשמעות היא עליית סיכון לזיהום חדש. על כן יש לחזור על טיפול אנטי-חיידקי/אנטי-דלקתי זה באופן קבוע (59, 70, 71, 75). חשוב לזכור גם כי מניעה היא תמיד הטיפול הטוב ביותר.

פרוטוקול תחזוקה וטיפול

בהתבסס על הערכת סיכון אישית לכל מטופל, הימצאות סימנים קליניים של דלקת ואובדן תמיכת עצם לשתל, מוצע פרוטוקול לתחזוקה וטיפול המסתמך על שלוש פעולות משולבות: דברידמנט (debridement), סילוק הזיהום (decontamination), וטיפול אנטי-זיהומי/אנטי-דלקתי (Anti-infective/anti-inflammatory) או DDA. דברידמנט בדרך כלל נעשה באמצעות סקיילר אולטרה-סוני וקיורטות, כאשר הפעולה הטיפולית היא בעיקר ניקוי ושטיפה של האזור התת מוקוזאלי, ומאפשר גישה לתכשירי סילוק הזיהום. אבנית אינה נצמדת בחוזקה לפני שטח טיטניום, לכן מומלץ רק מגע קל עם פני שטח המתכת של השתל וזאת על מנת למנוע שחרור של חלקיקי טיטניום אל תוך הרקמה הרכה, דבר העלול לגרום לתגובה דלקתית ואפילו הרס גרמי (76). סילוק הגורמים המזהמים יכול להתבצע באמצעות פעולה משולבת של ג'ל סודיום היפוכלוריט על מתווך משפעל (PERISOLV®), (77,78) וניקוי תת-מוקוזאלי עם מברשת קיטוזן (LABRIDA™). גם שטיפה וסילוק רובד באמצעות מי חמצן 3% הראתה תוצאות קליניות טובות (79, 80). כאשר פוסק הדימום, השלב השלישי הוא הנחה תת-מוקוזאלית של minocycline microspheres (ARESTIN®) שהוא אנטי-זיהומי/אנטי-דלקתי.



בתמונה: *תרשים זרימה של גישת הטיפול המוצעת לתרחישים הקליניים.*

References

1. Canullo L, Schlee M, Wagner W, Covani U; Montegrotto Group for the Study of Peri-implant Disease. International Brainstorming Meeting on Etiologic and Risk Factors of Peri-implantitis, Montegrotto (Padua, Italy), August 2014. Int J Oral Maxillofac Implants. 2015 Sep-Oct;30(5):1093-104.

Epub 2012 Apr 8.
48.Korsch M, Robra BP, Walther W. Cement-associated signs of inflammation: retrospective analysis of the effect of excess cement on peri-implant tissue. Int J Prosthodont. 2015 Jan-Feb;28(1):11-8. doi: 10.11607/ijp.4043.
49.Costa FO, Takenaka-Martinez S, Cota LO, Ferreira SD, Silva GL, Costa JE. 2012. Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. J Clin Periodontol. 39(2):173–181.
50.Aguirre-Zorzano LA, Estefanía-Fresco R, Telletxea O, Bravo M. Prevalence of peri-implant inflammatory disease in patients with a history of periodontal disease who receive supportive periodontal therapy. Clin Oral Implants Res. 2015 Nov;26(11):1338-44. doi: 10.1111/clr.12462. Epub 2014 Aug 12.
51.Frisch E, Ziebolz D, Vach K, Ratka-Krüger P. Supportive post-implant therapy: patient compliance rates and impacting factors: 3-year follow-up. J Clin Periodontol 2014; 41: 1007–1014.
52.Fardal Ø, Grytten J. A comparison of teeth and implants during maintenance therapy in terms of the number of disease-free years and costs an in vivo internal control study. J Clin Periodontol 2013; 40: 645–651.
53.Tonetti MS, Chapple ILC, Jepsen S, Sanz M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases–Introduction to, and objectives of the 11th European workshop on periodontology consensus conference. J Clin Periodontol 2015; 42 (Suppl. 16): S1–S4.
54.Monje, L. Aranda, K.T. Diaz, M.A. Alarcón, R.A. Bagramian, H.L. Wang, and A. Catena. Impact of Maintenance Therapy for the Prevention of Peri-implant Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. J Dent Res. 2015 Dec 23. pii: 0022034515622432. [Epub ahead of print].
55.Esposito M, Grusovin MG, Worthington HV Treatment of peri-implantitis: what interventions are effective? A Cochrane systematic review. Eur J Oral Implantol. 2012;5 Suppl:S21-41.
56.Lang NP, Wilson TG, Corbet EF. Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. Clin Oral Impl Res 2000: 11 (Suppl.): 146–155.
57.Menezes KM, Fernandes-Costa AN, Neto RD, Calderon PS, Gurgel BC. Efficacy of 0.12% Chlorhexidine Gluconate for Non-Surgical Treatment of Peri-Implant Mucositis. J Periodontol. 2016 Jul 8:1-15. [Epub ahead of print].
58.Porras R, Anderson GB, Caffesse R, Narendran S, Trejo PM. Clinical response to 2 different therapeutic regimens to treat peri-implant mucositis. J Periodontol. 2002 Oct;73(10):1118-25.
59.Renvert S, Lessem J, Dahlén Sato T, Okuda K, Yoshie H. Smoking cessation increases gingival blood flow and gingival crevicular fluid. J Clin Periodontol. 2004 Apr;31(4):267-72.
38.Graswinckel JE, van der Velden U, van Winkelhoff AJ, Hoek FJ, Loos BG. Plasma antibody levels in periodontitis patients and controls. J Clin Periodontol. 2004 Jul;31(7):562-8.
39.Apatzidou DA, Riggio MP, Kinane DF. Impact of smoking on the clinical, microbiological and immunological parameters of adult patients with periodontitis. J Clin Periodontol. 2005 Sep;32(9):973-83.
40.César-Neto JB, Benatti BB, Sallum EA, Casati MZ, Nociti FH Jr. The influence of cigarette smoke inhalation and its cessation on the tooth-supporting alveolar bone: a histometric study in rats. J Periodontal Res. 2006 Apr;41(2):118-23.
41.Tran DT, Gay IC, Diaz-Rodriguez J, Parthasarathy K, Weltman R, Friedman L. Survival of Dental Implants Placed in Grafted and Nongrafted Bone: A Retrospective Study in a University Setting. Int J Oral Maxillofac Implants. 2016 Mar-Apr;31(2):310-7. doi: 10.11607/jomi.4681.
42.Rokn A, Aslroosta H, Akbari S, Najafi H, Zayeri F, Hashemi K. Prevalence of peri-implantitis in patients not participating in well-designed supportive periodontal treatments: a cross-sectional study. Clin Oral Implants Res. 2016 Feb 26. doi: 10.1111/clr.12800. [Epub ahead of print].
43.Veitz-Keenan A. Marginal bone loss and dental implant failure may be increased in smokers. Evid Based Dent. 2016 Mar;17(1):6-7. doi: 10.1038/sj.ebd.6401145.
44.Keenan JR, Veitz-Keenan A. The impact of smoking on failure rates, postoperative infection and marginal bone loss of dental implants. Evid Based Dent. 2016 Mar;17(1):4-5. doi: 10.1038/sj.ebd.6401144.
45.Wilson TG Jr. The positive relationship between excess cement and peri-implant disease: a prospective clinical endoscopic study. J Periodontol. 2009 Sep;80(9):1388-92. doi: 10.1902/jop.2009.090115.
46.Linkevicius T, Puisys A, Vindasiute E, Linkeviciene L, Apse P. Does residual cement around implant-supported restorations cause peri-implant disease? A retrospective case analysis. Clin Oral Implants Res. 2013 Nov;24(11):1179-84. doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02570.x. Epub 2012 Aug 8.
47.Linkevicius T, Vindasiute E, Puisys A, Linkeviciene L, Maslova N, Puriene A. The influence of the cementation margin position on the amount of undetected cement. A prospective clinical study. Clin Oral Implants Res. 2013 Jan;24(1):71-6. doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02453.x.
25.Kohavi D. Complications in the tissue integrated prostheses components: clinical and mechanical evaluation. J Oral Rehabil. 1993 Jul;20(4):413-22.
26.Koka S, Razzoog ME, Bloem TJ, Syed S. Microbial colonization of dental implants in partially edentulous subjects. J Prosthet Dent. 1993 Aug;70(2):141-4.
27.Mombelli A, Marxer M, Gaberthüel T, Grunder U, Lang NP. The microbiota of osseointegrated implants in patients with a history of periodontal disease. J Clin Periodontol. 1995 Feb;22(2):124-30.
28.Mombelli A, van Oosten MA, Schurch E Jr, Land NP. The microbiota associated with successful or failing osseointegrated titanium implants. Oral Microbiol Immunol. 1987 Dec;2(4):145-51.
29.Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis vs. peri-implantitis. Periodontol 2000. 2010 Jun;53:167-81. doi: 10.1111/j.1600-0757.2010.00348.x.
30.Safii SH, Palmer RM, Wilson RF. Risk of implant failure and marginal bone loss in subjects with a history of periodontitis: a systematic review and meta-analysis. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Sep;12(3):165-74. doi: 10.1111/j.1708-8208.2009.00162.x. Epub 2009 May 7.
31.Serino G, Ström C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. Clin Oral Implants Res. 2009 Feb;20(2):169-74. doi: 10.1111/j.1600-0501.2008.01627.x. Epub 2008 Dec 1.
32.Tipton DA, Dabbous MK. Effects of nicotine on proliferation and extracellular matrix production of human gingival fibroblasts in vitro. J Periodontol. 1995 Dec;66(12):1056-64.
33.Ryder MI, Fujitaki R, Lebus S, Mahboub M, Faia B, Muhaimin D, Hamada M, Hyun W. Alterations of neutrophil L-selectin and CD18 expression by tobacco smoke: implications for periodontal diseases. J Periodontal Res. 1998 Aug;33(6):359-68.
34.Ryder MI, Fujitaki R, Johnson G, Hyun W. Alterations of neutrophil oxidative burst by in vitro smoke exposure: implications for oral and systemic diseases. Ann Periodontol. 1998 Jul;3(1):76-87.
35. Tanur E, McQuade MJ, McPherson JC, Al-Hashimi IH, Rivera-Hidalgo F. Effects of nicotine on the strength of attachment of gingival fibroblasts to glass and non-diseased human root surfaces. J Periodontol. 2000 May;71(5):717-22.
36.Gamal AY, Bayomy MM. Effect of cigarette smoking on human PDL fibroblasts attachment to periodontally involved root surfaces in vitro. J Clin Periodontol. 2002 Aug;29(8):763-70.
37.Morozumi T, Kubota T,
13.Albrektsson T, Buser D, Sennerby L. Crestal bone loss and oral implants. Clin Implant Dent Relat Res. 2012 Dec;14(6):783-91. doi: 10.1111/cid.12013. Epub 2012 Nov 30.
14.Konstantinidis IK, Kotsakis GA, Gerdes S, Walter MH. Cross-sectional study on the prevalence and risk indicators of peri-implant diseases. Eur J Oral Implantol. 2015 Spring;8(1):75-88.
15.Carcuac O, Berglundh T. 2014. Composition of human peri-implantitis and periodontitis lesions. J Dent Res. 93(11): 1083–1088.
16.Smeets R, Henningsen A, Jung O, Heiland M, Hammächer C, Stein JM. Definition, etiology, prevention and treatment of peri-implantitis--a review. Head Face Med. 2014 Sep 3;10:34;
17. Derks J, Schaller D, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Berglundh T. Effectiveness of Implant Therapy Analyzed in a Swedish Population: Prevalence of Peri-implantitis. Journal of Dental Research 2016, Vol. 95(1) 43–49.
18.Ong CT, Ivanovski S, Needleman IG, Retzepi M, Moles DR, Tonetti MS, Donos N. Systematic review of implant outcomes in treated periodontitis subjects. J Clin Periodontol. 2008 May;35(5):438-62. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01207.x.
19.Pjetursson BE, Helbling C, Weber H-P, Matuliene G, Salvi GE, Brägger U, Schmidlin K, Zwahlen M, Lang NP. Periimplantitis susceptibility as it relates to periodontal therapy and supportive care. Clin. Oral Impl. Res. 23, 2012; 888–894.
20.Salvi GE, Zitzmann NU. The effects of anti-infective preventive measures on the occurrence of biologic implant complications and implant loss: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014;29 Suppl:292-307. doi: 10.11607/jomi.2014suppl.g5.1.
21.Brägger U, Bürgin WB, Hämmerle CH, Lang NP. Associations between clinical parameters assessed around implants and teeth. Clin Oral Implants Res. 1997 Oct;8(5):412-21.
22.Apse P, Ellen RP, Overall CM, Zarb GA. Microbiota and crevicular fluid collagenase activity in the osseointegrated dental implant sulcus: a comparison of sites in edentulous and partially edentulous patients. J Periodontal Res. 1989 Mar;24(2):96-105.
23.Quirynen M, Listgarten MA. Distribution of bacterial morphotypes around natural teeth and titanium implants ad modum Brånemark. Clin Oral Implants Res. 1990 Dec;1(1):8-12.
24.Leonhardt A, Berglundh T, Ericsson I, Dahlén G. Putative periodontal pathogens on titanium implants and teeth in experimental gingivitis and periodontitis in beagle dogs. Clin Oral Implants Res. 1992 Sep;3(3):112-9.
2. Lindhe J, Berglundh T, Ericsson I, Liljenberg B, Marinello C. Experimental breakdown of peri-implant and periodontal tissues. A study in the beagle dog. Clin Oral Implants Res. 1992 Mar;3(1):9-16.
3. Ericsson I, Berglundh T, Marinello C, Liljenberg B, Lindhe J. Long-standing plaque and gingivitis at implants and teeth in the dog. Clin Oral Implants Res. 1992 Sep;3(3):99-103.
4. Leonhardt A, Adolfsson B, Lekholm U, Wikström M, Dahlén G. A longitudinal microbiological study on osseointegrated titanium implants in partially edentulous patients. Clin Oral Implants Res. 1993 Sep;4(3):113-20.
5. Pontoriero R, Tonelli MP, Carnevale G, Mombelli A, Nyman SR, Lang NP. Experimentally induced peri-implant mucositis. A clinical study in humans. Clin Oral Implants Res. 1994 Dec;5(4):254-9.
6. Salvi GE, Aglietta M, Eick S, Sculean A, Lang NP, Ramseier CA. Reversibility of experimental peri-implant mucositis compared with experimental gingivitis in humans. Clin Oral Implants Res. 2012 Feb;23(2):182-90. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02220.x. Epub 2011 Aug 2.
7. Renvert S, Quirynen M Risk indicators for peri-implantitis. A narrative review. Clin Oral Implants Res. 2015 Sep;26 Suppl 11:15-44. doi: 10.1111/clr.12636.
8. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: consensus report of the sixth European workshop on periodontology. J Clin Periodontol. 2008;35:282–285.
9. Roos-Jansåker A-M, Renvert H, Lindahl C, Renvert S. Surgical treatment of peri-implantitis using a bone substitute with or without a resorbable membrane: a prospective cohort study. J Clin Periodontol. 2007;34:625–632.
10.Jepsen S, Berglundh T, Genco R, Aass AM, Demirel K, Derks J, Figuero E, Giovannoli JL, Goldstein M, Lambert F, Ortiz-Vigon A, Polyzois I, Salvi GE,Schwarz F, Serino G, Tomasi C, Zitzmann NU. Primary prevention of peri-implantitis: managing peri-implant mucositis. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S152-7. doi: 10.1111/jcpe.12369.
11.Daubert DM, Weinstein BF, Bordin S, Leroux BG, Flemming TF. Prevalence and predictive factors for peri-implant disease and implant failure: a cross-sectional analysis. J Periodontol. 2015 Mar;86(3):337-47. doi: 10.1902/jop.2014.140438. Epub 2014 Nov 21.
12.Albrektsson T, Buser D, Chen ST, Cochran D, DeBruyn H, Jemt T, Koka S, Nevins M, Sennerby L, Simion M, Taylor TD, Wennerberg A. Statements from the Estepona consensus meeting on peri-implantitis, February 2-4, 2012. Clin Implant Dent Relat Res. 2012 Dec;14(6):781-2. doi: 10.1111/cid.12017.

[Epub ahead of print].
78.Jurczyk K, Nietzsche S, Ender C, Sculean A, Eick S. In-vitro activity of sodium-hypochlorite gel on bacteria associated with periodontitis. Clin Oral Investig. 2016 Jan 12. [Epub ahead of print].
79.Jepsen K, Jepsen S, Laine ML, Anssari Moin D, Pilloni A, Zeza B, Sanz M, Ortiz-Vigon A, Roos-Jansåker AM, Renvert S. Reconstruction of Peri-implant Osseous Defects: A Multicenter Randomized Trial. J Dent Res. 2016 Jan;95(1):58-66. doi: 10.1177/0022034515610056. Epub 2015 Oct 8.
80.Suarez F, Monje A, Galindo-Moreno P, Wang HL. Implant surface detoxification: a comprehensive review. Implant Dent. 2013 Oct;22(5):465-73. doi: 10.1097/ID.0b013e3182a2b8f4.

פרופ' קרלוס נמקובסקי

implantitis. J Clin Periodontol 2014; 41: 1015 1025.
73.D'Aiuto F, Nibali L, Parkar M, Suvan J, Tonetti MS. Short term effects of intensive periodontal therapy on serum inflammatory markers and cholesterol. J Dent Res. 2005 Mar;84(3):269-73.
74.Persson GR, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Antimicrobial therapy using a local drug delivery system (Arestin) in the treatment of peri-implantitis. I: Microbiological outcomes. Clin Oral Implants Res. 2006 Aug;17(4):386-93.
75.Bonito AJ, Lux L, Lohr KN. Impact of local adjuncts to scaling and root planing in periodontal disease therapy: a systematic review. J Periodontol. 2005 Aug;76(8):1227-36.
76.Eger M, Sterer N, Liron T, Kohavi D, Gabet Y. Scaling of titanium implants entrains inflammation-induced osteolysis. Sci Rep. 2017 Jan 6;7:39612. doi: 10.1038/srep39612.
77.Roos-Jansåker AM, Almhöjd US, Jansson H. Treatment of peri-implantitis: clinical outcome of chloramine as an adjunctive to non-surgical therapy, a randomized clinical trial. Clin Oral Implants Res. 2015 May 26. doi: 10.1111/clr.12612.
Otomo-Corgel J, Doherty F, Comiskey JL. Association of antimicrobial and clinical efficacy: periodontitis therapy with minocycline microspheres. J Int Acad Periodontol. 2010 Jan;12(1):11-9.
69.Faggion CM Jr, Schmitter M. Using the best available evidence to support clinical decisions in implant dentistry. Int J Oral Maxillofac Implants. 2010 Sep-Oct;25(5):960-9.
70.Salvi GE, Persson GR, Heitz-Mayfield LJ, Frei M, Lang NP. Adjunctive local antibiotic therapy in the treatment of peri-implantitis II: clinical and radiographic outcomes. Clin Oral Implants Res. 2007 Jun;18(3):281-5. Epub 2007 Mar 12.
71.Bassetti M, Schär D, Wicki B, Eick S, Ramseier CA, Arweiler NB, Sculean A, Salvi GE. Anti-infective therapy of peri-implantitis with adjunctive local drug delivery or photodynamic therapy: 12-month outcomes of a randomized controlled clinical trial. Clin Oral Implants Res. 2014 Mar;25(3):279-87. doi: 10.1111/clr.12155. Epub 2013 Apr 8.
72.Faggion CM Jr, Listl S, Frühauf N, Chang H-J, Tu Y-K. A systematic review and Bayesian network meta-analysis of randomized clinical trials on non-surgical treatments for peri-
63.Persson LG, Ericsson I, Berglundh T, Lindhe J. Guided bone regeneration in the treatment of periimplantitis. Clin Oral Implants Res. 1996 Dec;7(4):366-72.
64.Wetzel AC, Vlassis J, Caffesse RG, Hämmerle CH, Lang NP. Attempts to obtain re-osseointegration following experimental peri-implantitis in dogs. Clin Oral Implants Res. 1999 Apr;10(2):111-9.
65.Figuero E, Graziani F, Sanz I, Herrera D, Sanz M. Management of peri-implant mucositis and peri-implantitis. Periodontol 2000. 2014 Oct;66(1):255-73. doi: 10.1111/prd.12049.
66.Schwarz F, Becker K, Sager M. Efficacy of professionally administered plaque removal with or without adjunctive measures for the treatmentof peri-implant mucositis. A systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S202-13. doi: 10.1111/jcpe.12349.
67.Lu HK, Chei CJ. Efficacy of subgingivally applied minocycline in the treatment of chronic periodontitis. J Periodontal Res. 2005 Feb;40(1):20-7.
68.Bland PS, Goodson JM, Gunsolley JC, Grossi SG,
G, Lindahl C, Svensson M. Topical minocycline microspheres versus topical chlorhexidine gel as an adjunct to mechanical debridement of incipient peri-implant infections: a randomized clinical trial. J Clin Periodontol. 2006 May;33(5):362-9.
60.Carcuac O, Abrahamsson I, Charalampakis G, Berglundh T. The effect of the local use of chlorhexidine in surgical treatment of experimental peri-implantitis in dogs. J Clin Periodontol. 2015 Feb;42(2):196-203. doi: 10.1111/jcpe.12332. Epub 2015 Jan 20.
61.Lindhe J, Meyle J; Berglundh T, Claffey N, De Bruyn H, Heitz-Mayfield N, Karoussis I, Könönen E, Mombelli A, Renvert S, van Winkelhoff A,Winkel E, Zitzmann N. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J Clin Periodontol. 2008 Sep;35(8 Suppl):282-5. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01283.x.
62.Hämmerle CH, Fourmousis I, Winkler JR, Weigel C, Brägger U, Lang NP. Successful bone fill in late peri-implant defects using guided tissue regeneration. A short communication. J Periodontol. 1995 Apr;66(4):303-8.

IDS International Dental Studies

מרכז IDS שמח להזמינכם לקורסים חדשניים בהנחיית פרופ' הראל סימון, ארה"ב:

כל מה שרציתם לדעת על Passive Fit בשתלים

הסוד מאחורי הצלחה ארוכת טווח של שחזורים אסתטיים

חשיבות ההתאמה הפאסיבית של שחזורים על גבי שתלים נדונה בספרות במשך עשרות שנים. ההנחה הינה ששחזורים שאינם מתאימים פאסיבית עלולים לגרום לסיבוכים ביולוגים ומכנים לשתלים, למבנים ולחומרי השחזור. יחד עם זאת המחקרים מראים שתמיד יהיה קיים מרווח מיקרוסקופי בין רכיבי השחזור והשתלים. לפיכך, מתבקשת השאלה איזה רמת מרווח מתקבלת על הדעת מבחינה קלינית וכיצד לבדוק את התאמת השחזור כדי להחליט באם הוא ראוי למסירה בפה המתרפא. הקורס ידון בסוגיות הנ"ל ויציע שיטות מעשיות ואובייקטיביות לפתרון הבעיה.

בין נושאי הקורס:

- הרצאה עיונית: הכל אודות Passive fit, שיטות וטכניקות לבדיקת התאמה, מסירת שחזור למתרפא ועוד.
- סדנת תרגול מעשי: המשתתפים יקבלו מודלים עם שלדי גשרים טוטלים נתמכים על גבי שתלים לצורך בדיקת התאמה פאסיבית. הסדנה תעבור על השיטות השונות בצורה מפורטת ותאפשר למידה ותרגול של בדיקת התאמה של שלדי מתכת, וזירקוניה נתמכים על גבי שתלים. הסדנה תאפשר צבירת נסיון נרחב במגוון סיטואציות קליניות תוך שימוש בשחזורי CAD/CAM אמיתיים. שליטה בטכניקות הנ"ל תפשט את התהליך השיקומי ותעלה את רמת ההצלחה של השיקום.

הקורס מיועד לרופאי שיניים כלליים, מומחים לשיקום, פריודונטים, כירורגים וטכנאים.

משך הקורס: 2 מפגשים

תאריך פתיחה: 11.06.17

"קורס מעולה מאד. נהדר!!!"
ד"ר ולדימיר מרקוס

"נהדר, מסיים המון"
ד"ר יואב ירון

"קורס מעבדה, מדהים, הניתן בדקויות שכולן צריכים. תודה למרצה על ההשרות המעבדות"
ד"ר אפרת בוב

שיקום פה אסתטי על גבי שתלים

תקשורת מעבדתית אידאלית להשגת תוצאה שיקומית אופטימלית

שיקום פה: איפה הקצר בתקשורת?

שיקום פה מלא על גבי שתלים דורש עבודת צוות מגובשת, אך עבודה משותפת של רופא טוב ומעבדה טובה מניבה לעיתים תוצאה שאינה מספקת, למרות שכל אחד מהצדדים השתדל ככל יכולתו... הסיבה לרוב נעוצה בתקשורת לקוייה.

הסוד להצלחה אסתטית ופונקציונלית מירבית גלום בתקשורת נכונה של כל הצדדים המעורבים: מתרפא - רופא - טכנאי. החלק העיקרי של תקשורת זו צריך להתבצע לא רק בצורה מילולית אלא באמצעות המחשה תלת מימדית של התוצאה הרצויה בפה ועל גבי ארטיקולטור שמשמש למעשה כסימולטור של הפה והפנים מבחינה אסתטית ופונקציונלית.

הקורס ימחיש את אמצעי התקשורת השונים של הרופא עם המעבדה תוך דגש על שימוש בארטיקולטור, קשת פנים, וטכניקות שונות להעמדה בארטיקולטור כולל טכניקת ה-cross-mounting, שימוש במפתחות סיליקון ועוד.

בין נושאי הקורס:

- שלבי הטיפול בשיקום אסתטי על גבי שתלים במתרפאים מחוסרי שיניים
- יצירת שחזור זמני מדוייק תוך בקרה על אסתטיקה ופונטיקה אופטימלית
- העתקת השחזור הזמני למעבדה לצורך יצירת שחזור קבוע
- שימוש בארטיקולטור, קשת פנים וכלים שיקומיים נוספים, ועוד...

הקורס מיועד לרופאי שיניים כלליים, מומחים לשיקום וטכנאים.

משך הקורס: 2 מפגשים

תאריך פתיחה: 18.06.17

"מקום מיוחד לרישום יחס בין ליסתי. מומלץ לאחר תקלות בשלבים הראשונים ובכך למנוע מהמתקנות לעיתים שיעות שעד כה ניתן היה לטעות רק באיומור.
קורס מעניין שעשוי למנוע שעמת נפש בהמשך... תודה רבה".
ד"ר רוני צוקרמן

"תודה! הלומד עם פרופ' סימון מלמד ושפוש, שופע ניסיון ותן מקצועי ואישי. בן מענאים ציפיתי ביותר לאור ההתפתחויות והחידושים".
ד"ר בני הופמן

מספר המקומות מוגבל!!

חברי הר"ש:
בואו להשתלם ב-IDS וקבלו ניקוד במסגרת תכנית 'רופא שיניים מעודכן'

הרשמו עוד היום: 03-7979600/3