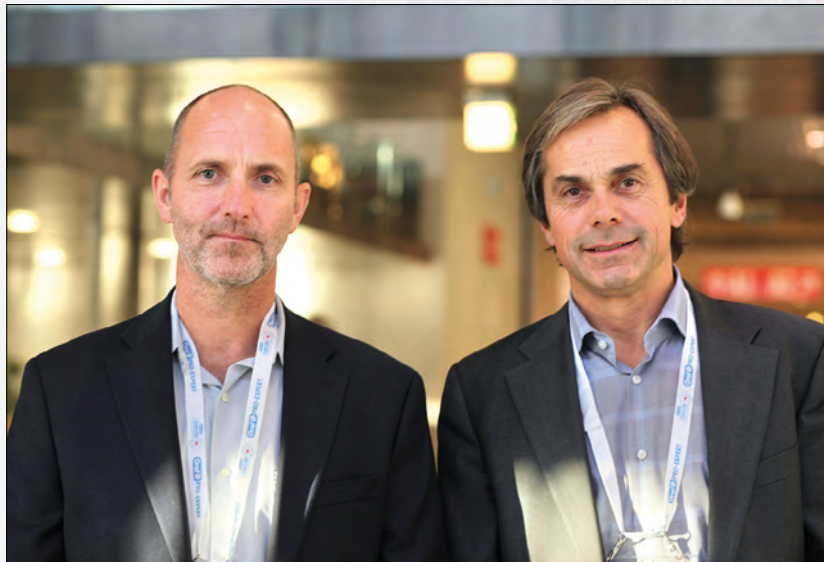


# En gjennomtenkt behandlingsplan

**H**ans Jacob Rønold og Jan Eirik Ellingsen spilte ballen godt i mellom seg i en grundig og tankevekkende gjennomgang av behandlingsplanleggingen før implantatbehandling. Ellingsen åpnet forelesningen med å beskrive pasienten med manglende tenner og ønske om protetisk erstatning. Det ble understreket at alle behandlingsalternativer skal vurderes, presenteres for pasienten, og journalføres. I tilfeller der implantatbaserte protetiske erstatninger er hensiktsmessig og ønskelig for pasienten, er det nødvendig med en gjennomtenkt behandlingsplan for et langvarig godt funksjonelt og estetisk resultat. Rønhold beskrev behandlingsplanleggingen delt inn i følgende faser; systematisk-, forberedende-, korrektiv-, restaurerende-, og vedlikeholdsfase. Hvorfor kommer pasienten? Hvilke forventninger, realistiske som urealistiske, har pasienten til sluttresultatet, utseende, faste tenner og ikke minst kostnadene? Ellingsen understreker her betydningen av personkjemien mellom pasient og behandler.

Systematisk innsamling av nødvendig informasjon starter med grundig anamnese, ekstra- og intraoral undersøkelse, røntgenologisk undersøkelse, samt studiemodeller. Forhold som er viktige med tanke på et godt estetisk sluttresultat inkluderer hvordan tennene til pasienten så ut tidligere, hvilke tenner mangler pasienten?, viser pasienten tenner og eventuelt gingiva? Informasjon innhentet blir grunnlaget for fastsetting av diagnoser.

Rønold spør salen om hvem som trenger implantatbehandling. Pasientene med periodontitt utgjør den største gruppen, foran agenesi og traume. Men implantologien utvikler seg kontinuerlig, det er derfor flere forhold som gjør det nødvendig å vurdere hvorvidt vi kan utsette den aktuelle behandlingen og søke andre behandlingsalternativer.



Hans Jacob Rønold og Jan Eirik Ellingsen sendte med noen 'take home messages' som kan komme til god nytte. Foto: Kristin Aksnes.

Rønhold tar oss med videre med fokus på pasientinformasjon og henviser til lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell. Hva er risikoen ved behandlingen? Av 473 saker som har gitt vedtak hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er 50 prosent av sakene relatert til odontologi. Av denne gruppen er 30 prosent knyttet til implantatbehandling. Rønhold presiserer flere forhold i uttalelsene fra NPE i disse sakene, men dveler ekstra ved at NPE sjelden finner informasjon som viser til forhold som vanskeliggjør behandlingen i journalen. Det kan med det være vanskelig for NPE og pasienten å se hvorfor behandlingen til slutt blir feilslått.

Ellingsen overtar og leder oss videre i behandlingsplanleggingen. Planlegg behandlingen etter pasientens muligheter for vedlikehold. Ved implantatkirurgi gjelder generelle kirurgiske kontraindikasjoner og oppmerksomhet mot risikopasienter. Det er ingen spesiell risiko utover dette ved implantatkirurgi.

Hvilke regioner er egnet som implantatsete for den aktuelle pasienten? Kirurgen som skal sette inn implantatet, bør få trekke de aktuelle tenner, hvis det er nødvendig. Men protetikeren, vedkommende som skal utføre protetisk arbeid, skal bestemme hvor implantatet skal stå. En kirurgisk guide, stent, må fremstilles for å optimalisere kommunikasjonen mellom protetiker og kirurg. Stent kan påføres barium og guttaperka kan inkluderes i skinnen for å vise forventet akseretning på erstatningene. Sistnevnte er nyttig ved CBCT/CT scan som videre kan overføres til softwareprogrammer for videre behandlingsplanlegging. Avslutningsvis oppsummerer Rønhold og Ellingsen med strek under følgende «take home messages»; Grundig planlegging gir forutsigbart resultat. Utnytt de mulighetene for preoperativ evaluering som finnes. Benytt alltid stent. Protetikeren bestemmer hvor implantatet skal stå. Benytt kun veldokumenterte implantatsystemer.