

En kommentar

Stort sett leser jeg Tidendes fagartikler med beundring, av og til dog kun med undring. Ovenstående artikkel (1) vekker det siste. Den omhandler lukking av en tannluke ved hjelp av en implantatunderstøttet single krone. Under veis oppstår det komplikasjoner. Hensikten er i følge forfatterne, som alle har særlig kompetanse i periodonti, «å presentere kunnskap om tidleg mislukka implantatbehandling, diskutera årsaksmekanismer og visa døme på eit behandlingssalternativ». Artikkelen kan sees som et innlegg i en viktig diskusjon: Implantat vs. konvensjonell behandling.

Ett kasus, en 45 år gammel mann, synes etter beskrivelse og røntgenbilder i utgangspunktet å ha et negligjert tannsett med rotrester 36, 46 og 14, de siste angis å ha apikal periodontitt.

Etter ekstraksjon av røtter 14 og tilheling, detaljer her er ukjente, settes det inn et implantat 14. Så langt det synes å fremgå av røntgenbildene, har 16 og 15 preoperativt store defekter med behov for omfattende restorativ behandling, mens 13 synes mindre skadet (Figur 1- figurangivelser her viser til artikkelens figurer). Etter en tilhelsingsperiode, under innprøving av kronen, viste røntgenbilde at det var stort bentap ved implantatet (Figur 3), men implantatet var stabilt. Behandlingsalternativet som velges, tar sikte på å oppnå benregenerasjon etter delvis mislykket osseointegrering av implantatet. Granulasjonsvev og et stort bukalt bensekvestrum fjernes. Implantatet rengjøres og antibiotikaterapi institueres på grunnlag av bakterieanalyse. Defekten fylles med autogent ben som dekkes med membran. Etter tegn til benoppfylling monteres kronen og systemet belastes. Røntgen tatt to år postoperativt indikerte at en generell benregenerasjon har funnet sted, men det synes uklart fra røntgenbildet i hvilken

grad det er oppnådd økning av implantatetoverflatens integrasjon (Figur 6).

Forfatterne anfører, tilsynelatende på grunnlag av kun én røntgenkontroll etter 2 år, at det er oppnådd «stabile kliniske og røntgenologiske tilhøve», men lengre observasjonstid anses nødvendig for å kunne si noe om i hvilken grad regenerasjonsbehandlingen var vellykket.

I artikkelens diskusjon leser vi: «I ettertid er det naturlig å spørja seg om implantatbehandling var det beste protetiske valet for denne pasienten. Gevinsten med å spara tannsubstans på nabotenner, må sjåast opp mot historia med oppstått komplikasjon, eitt ekstra kirurgisk inngrep og usikker langtidsprognose for implantatet. Med restaureringar på nabotenner framstår ei konvensjonell tannforankra bru som eit betre behandlingssalternativ». I ettertid er dette ingen oppsiktsvekkende vurdering.

Som overtannlege i daværende Rikstrykdeverket kunne vi oppleve at indikasjonene for implantatbehandling kunne bli strukket svært langt. Begrunnelsen ble ofte gitt i engstelse for å fjerne tannsubstans. Ofte kom det inn søknader om trygderefusjon der implantatbehandling ble fremstilt som nærmest atraumatisk, vevskonserverende, risikofri og med evigvarende gunstig prognose. Inn kom for eksempel søknader om implantatbehandling på unge pasienter som manglet lateralene i overkjeven på grunn av agenesi. Prospektiv levetid kunne være 60–70 år. Forholdene kunne etter vår vurdering ligge langt bedre til rette for å føre hjørnetennene kjeveortopedisk inn mot centralene for deretter å gi hjørnetennene lateral-form ved enkel, ofte reversibel restorativ behandling. I slike tilfeller ville det ikke engang være nødvendig å fjerne tannsubstans utover kanskje en forsiktig sliping på hjørnetannstippen. Langtidsprognozen for slik

konservativ kjeveortopedisk/restorativ kombinasjonsbehandling burde være implantatbehandling fullstendig overlegen. Av og til kom det inn søknader om omfattende implantatbehandling på alvorlig syke pasienter, til og med pasienter i terminalfasen.

For en gammel protetiker, frigjort fra klinikk og implantatprotetiske tvangstanker, fremstår valg av implantatbehandling i dette aktuelle tilfelle som klart kontraindisert, selv om den skulle vise seg å forløpe komplikasjonsfritt. Det samme synet gir faktisk forfatterne selv uttrykk for når de anfører: «Med restaureringar på nabotenner framstår ei konvensjonell tannforankra bru som eit betre behandlingssalternativ». Tilstrekkelig informasjonen var tilgjengelig pre-operativt for å komme frem til denne erkjennelsen. Komplikasjonene som oppsto førte til betydelige iatrogene skader. Når man mot denne bakgrunnen fortsatte med ytterligere og mer omfattende kirurgisk behandling, framstår dette for meg som uforståelig. Vi må ikke tape av syne hva behandlingsbehovet besto i: Ønske om å lukke tannluke etter tapt 14! Med sterkt svekkede 16 og 15, tenner som det synes å fremgå ble behandlet med omfattende fyllingsterapi (Figur 1, 2 A og B), ligger den for meg klare behandlingsplanen i dagen: En 3-ledds ekstensjonsbro 16,15 -, vel tilpasset i okklusjon og artikulasjon, kostnad i protetisk spesialistpraksis ca. kr 17 500. En fast bro 15–13 kunne selvsagt også komme på tale fremfor implantat, avhengig av forhold som hjørnetannens tilstand, lukebredde, belastningsforhold og estetikk.

Jeg ber forfatterne svare på følgende spørsmål:

* Ble behandlingsopplegget vurdert av protetiker?

* Operatørene har presumptivt valgt implantatforankret krone 14 som den beste behandling for pasienten. Kan de begrunne hvorfor slik behandling

i utgangspunktet (forutsatt uten komplikasjoner) ble antatt å være mindre traumatisk, mindre risikofylt og prognostisk fordelaktig vs. konvensjonell broterapi?

* Tenner 16 og 15 hadde tilsynelatende stort behov for restorativ behandling. Fullkroner ville sannsynligvis ikke svekke, men forsterke disse tennene. Hvilken tannsubstans var det da man vegret seg for å avvirke ved konvensjonell broterapi?

* Vurderte forfatterne hvilke medisinsk-odontologiske tilleggs-totalbelastninger (operasjon med bentransplantrasjon, medikamenter, smerter osv.) pasienten kunne vært spart for dersom implantatet var blitt fjernet og konvensjonell protetik hadde blitt valgt i stedet for ytterligere kirurgiske inngrep?

* Hvilken økonomisk totalbelastning ble pasienten utsatt for, og hva beløp

trygderefusjonen seg til ved den utførte behandlingen, inklusive restaurering av 16 og 15 (vær vennlig å gi et detaljert honoraroverslag)?

* I artikkelens engelske sammendrag heter det: «Alternative prosthetic treatments to oral implants should sometimes be reconsidered in the presence of local or systemic factors (mine understrekninger – TR)». Gir dette et klart uttrykk for forfatterens standpunkt?

Min undring ved lesing av denne artikkelen grunner seg på at vi i diskusjonen implantat vs. konvensjonell behandling tilsynelatende er kommet til et punkt der behandling uten implantat ses som mindreverdige. Eller: Implantat for enhver pris.

Størst mulig intra-odontologisk enighet ved valg av behandling er viktig i enhver sammenheng. Dersom en sak som dette skulle gå til Pasientklagenemnda eller til rettsvesenet, ville

odontologiske spesialister bli trukket inn som rådgivere. Det er da særlig viktig med høyest mulig konsensus om valg av terapi. Jeg håper dette innlegget kan dra i gang en diskusjon.

De synspunkter som fremsettes i denne kommentaren bygger alene på min tolkning av de opplysninger som gis i artikkelen, uten direkte kontakt med pasienten. Nødvendige forbehold tas på dette grunnlaget.

*Tore Ramstad
toreramstad@gmail.com*

Referanse:

1. Sægrov AH, Klepp M, Bunæs DF, Leknes KN. Tidleg mislukka implantatbehandling. Ein kasuistikk. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 828–32.