

Niklas Karl Oskar Angelus

## Avtakbare underkjeveproteser: Er en protese støttet på to implantater alltid det beste behandlingsalternativet?

**M**cGill-konsensus om dekkproteser er en uttalelse om behandlingsalternativer som ble utarbeidet i et ekspertmøte ved McGill University i Montreal, Canada i 2002 (1). Blant annet ble det anbefalt at primærbehandlingen burde være dekkprotese støttet på to implantater ved tannløshet i underkjeven.

Et interessant budskap fra årskurset i European Association for Osseointegration (EAO) i København i 2012 var at det ikke lenger er full enighet om McGill-konsensus. Dette er en oppfatningen som ble illustrert av et pasientkasus i egen praksis.

Når en pasient har egne tenner i underkjeven før behandlingen, og disse tennene må fjernes før behandlingen, vil pasienten med stor sannsynlighet ikke være fornøyd med en avtakbar protese festet i to implantater, slik McGill-konsensus beskriver (1). En implantatstøttet bru vil kunne være et bedre alternativ. Er pasienten tannløs i underkjeven og har en hel underkjeveprotese før behandlingen, da vil en implantatstøttet protese på to implantater sannsynligvis være akseptabelt for pasienten. Disse to situasjonene bør være grunnlag for behandlingsvalg.

Den aktuelle pasienten var en 66 år gammel kvinne som røykte. Hun var frisk bortsett fra hjerteflimmer, og hun brukte blodfortynnende medikamenter. Det forelå alvorlig marginal periodontitt, og hun opplyste at noen tenner hadde falt ut av seg selv (figur 1).

Pasienten ble informert om følgende behandlingsalternativer: a) Hel over- og hel underkjeveprotese; b) hel overkjeveprotese og en implantatstøttet protese på to implantater i underkjeven og c) hel overkjeveprotese og implantatstøttet bru i underkjeven.

### Forfatter

Niklas Karl Oskar Angelus, privatpraktiserende tannlege, godkjent for implantatprotetikk med trygdestønad. Namsos  
Kasus er tidligere publisert i *Inspyred: The alternative EAO voice*. 2014; 2: 2. Oversatt av forfatteren og gjengitt med tillatelse.



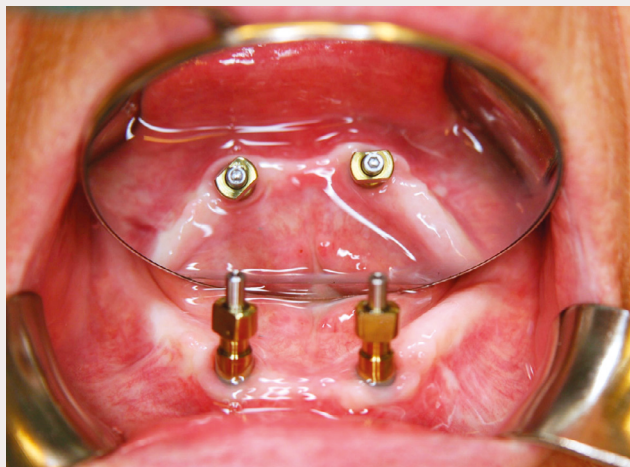
Figur 1. Status før behandlingen.



Figur 2. To implantater in situ.

Etter gjennomgang av disse alternativene bestemte pasienten seg for hel overkjeveprotese og implantatstøttet protese i underkjeven. Alle tenner ble fjernet, pasienten fikk en hel overkjeveprotese og en imediatprotese i underkjeven. Etter en tilhelingstid på 8 uker ble to implantater (Nobel Replace 4,3x13 mm) satt inn i regio 32 og 42 (figur 2). Etter en tilhelingstid på 3 måneder (2) ble imediatprotesen i underkjeven gjort om til implantatstøttet protese på to kulefester (figur 3, 4). Det ble valgt å ikke bruke «locator-abutment» fordi pasienten opplyste om dårlig fingerferdighet, og protese med kulefester ble ansett som lettere håndterlig enn en som var «locator-abutment»-støttet.

Etter at pasienten i starten av behandlingen var fornøyd med sin implantatstøttede protese klaget hun etterhvert over redusert retensjon. Problemet ble korrigert ved å aktivere



Figur 3. Avtrykkstopper in situ.



Figur 4. Overdenture i henhold til McGill-konsensus.

kulefestene. Pasienten var fornøyd i noen uker, men henvendte seg så og uttrykte at kulefestene og protesen ikke lenger passet sammen. Etter å ha diskutert problematikken med tanntekniker, ble det bestemt å rebasere protesen. Under denne prosessen vurderte jeg om forklaringen kunne være at implantatene hadde vandret i kjevebeinet (informasjon fra professor S. Eitner, EAOs årskurs 2011, Athen), men kunne ikke finne noen tegn til dette.

Den rebaserte protesen løste problemet en stund, men pasienten var fortsatt misfornøyd. Andre faktorer bidro til problematikken, blant annet dårlig munnhygiene som resulterte i tannstein rundt kulefestene. Hver gang pasienten kom til oppfølging, gjorde vi oppmerksom på dette. Likevel, uavhengig av dårlig munnhygiene hadde pasienten en underliggende generell misnøye med sin implantatstøttede protese. I litteraturen er det beskrevet at en implantatstøttet protese kan kreve noe ekstra behandlingstid (3), men i dette kasuset gikk det svært lang tid.

### Drøfting

På grunnlag av pasientens historikk med røyking og alvorlig marginal periodontitt, var konklusjonen at den valgte behandlingen med implantatstøttet protese ville være et bedre alternativ enn en implantatstøttet bru, siden den valgte protetiske løsningen er enklere å holde ren. Likevel er et argument mot dette alternativet pasientens alder, som kan ha gjort det vanskelig for pasienten å venne seg til avtakbare proteser.

En annen faktor som kan ha bidratt til pasientens misnøye, er en manglende forståelse for at en implantatstøttet protese ikke er

det samme som «faste tenner». Selv om vi alltid presiserer dette, har pasientene problemer med å forstå dette siden implantatene selv er «faste tenner». Dette understreker viktigheten av å gi god informasjon og å diskutere behandlingsalternativene detaljert, forståelig og nøyaktig.

I etterpåklokskapens lys ville et bedre alternativ ha vært en implantatforankret bro i underkjeven i dette tilfellet. Hvis noen av disse implantatene med tiden skulle løsne, kan de resterende implantatene brukes som pilarer i en attachment-retinert protese. Dette gir pasienten som regel den foretrukne behandlingen med «faste tenner», følelsen av å ha «egne tenner» og muligens økt livskvalitet.

### Referanser

1. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S & al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first-choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology*. 2002; 19 (1): 3–4.
2. Nært I, Vandamme K, Duyck J, Weber HP, Jokstad A. Loading protocols and clinical outcomes In: Jokstad A: *Osseointegration and dental implants*. 2008 Wiley Blackwell; pp 311–32.
3. Thomason JM, Feine JS, Wismeijer D. Patient focus on function and quality of life and future implementation. In Jokstad A: *Osseointegration and dental implants*. 2008 Wiley Blackwell; pp 361–71.

Adresse: Niklas Karl Oskar Angelus, Abel Margrethe Meyers gate 8, 7800 Namsos

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.