

Terapija individualnim nadogradnjama u protetskom preoblikovanju abradiranih zuba

dr. sc. Većeslav Bergman¹, prof. dr. sc. Adnan Čatović²

¹Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

²Zavod za stomatološku protetiku, Stomatološki fakultet i Klinika za stomatologiju KBC-a Zagreb

Zubi tijekom života mijenjaju boju, ali i oblik, što se najčešće može primijetiti po nepravilnim formama kliničke krune kao posljedicama trošenja ili abrazije površine. Abrazija je čest fiksno-protetski problem u kliničkoj praksi, koji se viđa u svim dobnim skupinama, ali je češće zastupljena kod osoba starije dobi. Najčešće je posljedica dijelom dugotrajnog fiziološkog, ali i patološkog trošenja tvrdih zubnih tkiva. Smanjenje prvotnog volumena i oblika zuba ima za posljedicu trajne posljedice na preostale zube i temporomandibularni zglob. Uzroci i stupnjevi abrazije su višestruko uzrokovani, a najčešće su povezani s duljinom trajanja i godinama starosti, te spolom. Gubitak i abrazija preostalih zubi bitno utječu na poremećaj okluzijskih odnosa. Fiksno-protetska terapija abrazije je kompleksna i ovisna o stupnju oštećenosti kliničkih kruna zuba i promjenama u temporomandibularnom zglobu

Zubi čovjeka, osim što služe u svakodnevnom životu kao dio stomatognatog sustava u hranjenju i govoru, imaju i izrazito socijalnu funkciju. Predstavljaju sastavni dio lica, tj. glave i posjeduju ukrasno obilježje za svakog pojedinca stapajući se s njegovom fizionomijom u karakterističan i individualan izgled. Zubi tijekom života mijenjaju boju, ali i oblik, što se najčešće može primijetiti po nepravilnim formama kliničke krune kao posljedicama trošenja ili abrazije površine. Spomenuti proces najčešće je postupan i dugotrajan, pa se nalaz u starijih ljudi smatra i fiziološkim, ukoliko pacijent ne navodi simptome koji ga dovode u ordinaciju. Prema uzroku razlikuje se više oblika abrazije, i to su:

- profesionalna
- abrazija zbog četkanja
- abrazija zbog loših navika
- iatrogena abrazija
- ritualna abrazija.

Profesionalna abrazija često se zapaža kod muzičara koji sviraju duhaće instrumente, ali i kod radnika koji se bave teškim fizičkim poslovima, primjerice kamenorezača i staklopuhača. Loše navike vezane su također jednim dijelom uz poslove tijekom kojih radnici oštećuju zube, koji im služe kao pomagalo – postolarima da drže čavle, a krojačima šivaće igle. Grickanje lula i nokata se također ubraja u nepodesne navike i oštećuje kliničku krunu zuba, posebice prednjih. Iatrogene abrazije nastaju štetnim trenjem i/ili preranim kontaktima neusklađenih fiksnih protetskih radova s antagonističkim zubima. Ovakve promjene mogu biti i posljedica primjene materijala različitih tvrdoća u izradi fiksnih protetskih radova.

Ritualne abrazije odnose se na urezivanje zubi kao dio obreda u nekih afričkih plemena.¹

Neki pacijenti dolaze u ordinaciju s estetskim problemom, posebice u prednjem dijelu zubala, gdje su kliničke krune znatno istrošene i/ili ne postoje, nego su vidljivi samo korijenski dijelovi zuba² (Slika 1).

Abrazija često nije odraz starenja i po postupnosti u takvim slučajevima nastanka ne govori se o sporoj ili fiziološkoj abraziji,

nego o patološkoj abraziji. Simptomi zuba, koji su nerijetko s otvorenim pulpom ili bolovima u temporomandibularnom zglobu, dovode pacijenta u ordinaciju, gdje mu se po brzini i veličini gubitka tvrdih zubnih tkiva pri kliničkom pregledu dijagnosticira ekscesivna ili patološka abrazija (Slika 2).

Abrazija kao fiksno-protetski problem

Abrazija je čest fiksno-protetski problem u kliničkoj praksi kod osoba starije dobi kao posljedica dijelom dugotrajnog fiziološkog, ali i patološkog trošenja tvrdih zubnih tkiva. Smanjenje prvotnog volumena i oblika zuba ima za posljedicu trajne posljedice na preostale zube i temporomandibularni zglob.³ Uzroci i stupnjevi abrazije su višestruko uzrokovani, a najčešće su povezani s duljinom trajanja i godinama starosti, te spolom (češća u muškarac). Gubitak i abrazija preostalih zubi bitno utječu na poremećaj okluzijskih odnosa.

Na poremećeno stanje okluzije osim gubitka zuba utječe i poremećena funkcija žvačnih mišića i parafunkcije, posebice bruksizam. Gastrointestinalni poremećaji i konzumacija određenih pića, utjecaj okoline i stanje salivacije (primjerice kserostomija, gdje nema podmazivanja jer su usta suha) pogoduju ovisno o dominaciji i jačini utjecajnih čimbenika određenim stupnjevima abrazije.^{3,4}

Na abrazijske promjene zbog promjena u visini međučeljusnih odnosa i funkcije žvakanja zbog preoblikovanja zubnih ploha, posebice incizalnih bridova i okluzijskih ploha, dolazi i do promjena u temporomandibularnom zglobu. Kao mogući etiološki čimbenici disfunkcije temporomandibularnog zgloba navode se: osteoartriza, ekstremna žvačna funkcija, nedostatak premolara/molara, bruksizam, anatomska građa zgloba, naslijede, godine, stupanj adaptacije, pomak kondila i ligamenata, okluzijska disharmonija, akutna i kronična trauma, mišićna hiperaktivnost, okluzijska disharmonija, emocionalni stres i reumatoidni artritis.⁵

Prikaz slučaja

Pacijent K. B., u dobi od 65 godina, po zanimanju građevinar, javio se u Zavod za stomatološku protetiku radi protetske terapije. Pri pregledu je vidljiva abrazija u obje čeljusti. U donjoj čeljusti utvrđen



Slika 1. Izgled abradiranog zubala u frontalnom segmentu čeljusti u 18-godišnjaka



Slika 2. Izgled pacijenta K. B. U dobi od 65 godina, s patološkom abrazijom zuba u gornjoj čeljusti



Slika 3. Opskrba gornjih zuba individualnim nadogradnjama modeliranim u akrilatu



Slika 4. Cementirane izlivenne nadogradnje iz paladij-srebrne legure



Slika 5. Izgled mostova privremeno učvršćenih u gornjoj čeljusti

je neravnomjerni manjak tvrdih zubnih tkiva zbog istrošenosti u visini 1-2 milimetra vestibularne plohe kliničkih kruna zuba, dok su u gornjoj čeljusti utvrđeni manji kliničke krune u potpunosti, pa se moglo postaviti dijagnozu patološke abrazije. Pacijent ne osjeća smetnje u zglobo i nema pulpitičnih bolova od istrošenih zuba. Pregledom i rendgenskom dijagnostikom utvrđeno je da je došlo do retrahiranja pulpne komore u abradiranim zubima i postavljena je indikacija za njihovu devitalizaciju i punjenje korijenskih kanala. Palpacijom zglobova osjetila se krepitacija u oba TM zglobova. Pacijentu je indicirana gornja udloga na tri mjeseca, uz obvezne kontrole kako bi se utvrdila tolerancija zglobova na povišenje okluzije, koju je i napravljena izradom nadogradnje (slike 3 i 4). Nakon preparacije korijenskih kanala za nadogradnje, modelacije u vosku i lijevanja istih u paladij-srebrnoj leguri, uzeti su otisci za mostove u gornjoj čeljusti. Na slici 5 prikazan je izgled privremeno učvršćenih mostova u gornjoj čeljusti pacijenta. Mostovi su načinjeni u artikulatoru iz platinsko-zlatne legure s estetskom oblogom.

Zaključak

Fiksno protetska terapija abrazije je kompleksna i ovisi u prvom redu o stupnju oštećenosti kliničkih kruna zuba i promjenama u temporomandibularnom zglobo. Često zbog gubitka tvrdih zubnih tkiva treba devitalizirati zube nosače kako bi se izradila nadogradnja iz metala i rekonstruirala retencijska površina zuba za krunicu ili most. Ukoliko je potrebno promijeniti visinu zagriža ona treba biti postupna. Prije definitivnog fiksnoprotetskog rada treba napraviti probni iz privremenog materijala ili nagriznu udlogu, kojom će se testirati tolerancija oštećenog temporomandibularnog zglobova na promjene visine zagriža. Pritom ne treba zanemariti starost pacijenta i fiziološke promjene u zglobo uvjetovane starošću. **M**

LITERATURA

1. Šegović S. Bolesti zuba i endodonta u starijih osoba u Čatović A. i sur. Odabrana poglavlja iz gerontostomatologije, 139-141, Skripta, Stomatološki fakultet, Zagreb, 2004.
2. Karlsson S, Nilner K, Dahl B. A Textbook of Fixed Prosthodontics, Malmö: Gothia, 2000.
3. Torbjörner A, Karlsson S, Odman P. Survival rate and failure characteristics for two post designs. J Prosthet Dent 1995; 73:439-44.
4. Čatović A. i sur. Klinička fiksna protetika, Ispitno štivo, Stomatološki fakultet, Zagreb, 1999.
5. Anusavice K. Decision analysis in restorative dentistry. J Dent Educ 1992; 56:812-22.