

המועצה המדעית, ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל



ועדת הסכמה: טיפול שורש במשן הקבוע

נייר עמדה 2005

חוברת מס' 4 - פברואר 2005

ועדות ההסכמה של המועצה המדעית

מטרת ועדות ההסכמה של המועצה המדעית היא לאסוף מידע מדעי על מנת להעריך בטיחות ויעילות של סוגיות הקשורות לטכנולוגיה ביו-רפואית.

כוונת הועדות לקדם את ההבנה של הטכנולוגיה או נושאים השנויים במחלוקת שחשובים למקצוע הרפואי ולציבור.

ועדות ההסכמה מאוישות על ידי הרכב של מומחים בתחום הנושא הנדון, והן בוחנות את הסוגיה הנבדקת באופן הבא:

1. עדויות של מומחים בתחום המוזמנים להעיד בפני הועדה.
2. עדויות של גורמים מעוניינים.
3. שאלות המופנות אל הועדה על ידי הציבור הרחב או נקלטות מפרסומים בתקשורת.
4. דיון סגור וענייני של חברי ועדת ההסכמה בנושא הרלבנטי, לקביעת נייר עמדה, המבטא את עמדת המקצוע, המיועד לציבור העוסקים במקצועות הרפואה ולציבור הרחב.

פברואר 2005

עמית/ה יקר/ה

הנדון: ועדת הסכמה בנושא "הלבנת שיניים"

אני שמח להגיש לך חוברת ובה עמדת ועדת ההסכמה בנושא הלבנת שיניים. אנו מקווים כי חוברת זו תהיה לך לעזר להבנת הנושא, לקביעת עמדתך המקצועית בנושא וכלי עזר שימושי בהסברת הנושא למטופליך. אני מבקש להודות לפרופ' אריאל בן-עמר, יו"ר הוועדה, וליתר חברי ועדת ההסכמה על העבודה הרבה שהושקעה בהכנת המסמך החשוב והרציני המוגש לך בזאת. המועצה המדעית תמשיך ותשקוד לקיים מעת לעת ועדות הסכמה בנושאים נוספים ובטכנולוגיות חדישות שניתן ליישמן ברפואת השיניים. בימים אלה פועלות מספר ועדות הסכמה נוספות בנושאים הבאים: התוויות לביצוע טיפולי שורש, רנטגן, וקודים אחידים ברפואת שיניים. אשמח לקבל הערותיכם לחוברת ו/או הצעות לנושאים, היכולים להתאים לאחת מועדות ההסכמה הבאות.

בברכה

פרופ' מ. ליטנר

יו"ר המועצה המדעית

מטרות

מטרת ועדת ההסכמה לנושא "טיפול שורש במשנן הקבוע" הן להביא בפני רופאי השיניים והציבור הרחב מידע עדכני בארבעה נושאים חשובים בתחום האנדודונטיה, כפי שיפורטו להלן:

1. התויות לבצוע טיפול שורש במשנן הקבוע.
2. התויות לבצוע טיפול שורש חוזר.
3. הצלחה ואי-הצלחה בטיפול שורש.
4. התויה לבצוע יתד במסגרת הכנת התווך.

משתתפים

בועדת ההסכמה השתתפו 3 חברים, מדענים מומחים בתחום האנדודונטיה. חברי הועדה בדקו את המידע שהובא בפניהם, נערכה סקירה מקיפה באמצעות ה-MEDLINE למציאת הספרות הרלבנטית לנושא "טיפול שורש במשנן הקבוע". מומחים הכינו תקצירים בנושא התמחותם.

רקע

אחד התחומים החשובים ברפואת השיניים הוא תחום האנדודונטיה, המאפשר הצלת המשנן הטבעי ושיקומו. למרות הקידמה וריבוי השימוש בשתלים – טיפולי השורש עדין משמשים, וישמשו גם בעתיד, אחד הטיפולים החשובים והנחוצים. עובדה ידועה היא כי דרושים ידע, נסיון ומיומנות רבים על מנת לבצע טיפולי שורש באיכות קלינית גבוהה. אי הצלחה בבצוע טיפול שורש מהווה לעתים קרובות עילה לתביעות רשלנות, המוגשות כנגד רופא השיניים. על כן, קיימת חשיבות רבה לרענון הידע בתחום האנדודונטיה ולבדיקת החידושים בשטח זה.

התויות לטיפול שורש במשנן הקבוע

הערה מקדמית: נושא זה מתייחס למשנן הקבוע בלבד ולא למשנן הנשיר.

1. מטרת טיפול השורש היא:

- א. לטפל בשיניים בהן נפגע מוך השן.
- ב. למנוע או לטפל בדלקת בסב השורש, שמקורה במוך השן.

2. התויות

- א. שיניים עם פגיעה בלתי הפיכה במוך, כגון: דלקת מוך (חריפה או כרונית), מוך חסר חיות (גנגרנה נקרוזיס) כולל שיניים בהן יש פגיעה בסב השורש.
 - ב. פריצה למוך השן כתוצאה מסילוק עששת עמוקה או השחזת השן לשם ביצוע כתר.
 - ג. סדק או שבר בכותרת השן הממשיך אל תוך השורש עם או בלי סימפטומים ממוך השן.
 - ד. שיניים עם מוך תקין אשר לפי הערכת המטפל תהיה פגיעה בלתי הפיכה במוך כתוצאה מביצוע טיפולים אחרים בשן.
 - ה. מקרים של דיסלוקציה או AVULSION כתוצאה מחבלה כריפה.
 - ו. במקרי ספיגה פנימית ובחלק מהמקרים של ספיגה חיצונית.
1. עקירת שורש או חציית שן לשיניים מסיבות פריודונטליות. טיפול השורש חייב להתבצע קודם לפרוצדורה זו.
 2. ניתוח חוד השורש (Apicoectomy). נסיון לבצע טיפול שורש, או טיפול שורש חוזר צריך להתבצע קודם לכן.
 3. שן המשמשת מאחזת לתותבת על (Overdenture).

3. ההחלטה לגבי הצורך לביצוע טיפול שורש

בשן מסויימת נעשית לאחר בדיקה כללית של המתרפא, בדיקה קלינית ורנטגנית של השן הנדונה ואבחנה אנדודונטית של השן הכוללת אבחנה של המוך והרקמות התומכות.

תכנית הטיפול, וההחלטה לביצוע טיפול שורש בשן תלויה במספר גורמים:

- א. גורם שיקומי (פרותטי) – האם השן ניתנת לשיקום.
- ב. גורם פריודונטלי – האם קיימת מחלה פריודונטלית אשר בעטייה השן עם פרוגנוזה נמוכה להישרדות.
- ג. גורמים נוספים – מידת הקושי לביצוע הטיפול (או טיפול שורש חוזר) אשר לפי הערכת הרופא יקטינו משמעותית את סיכויי הצלחת הטיפול, כלומר: הפרוגנוזה של טיפול השורש עצמו.

4. טיפול שורש אלקטיבי לפני שיקום כותרתי מלא אינו מומלץ מהסיבות הבאות:

1. טיפול שורש אלקטיבי לפני ביצוע כתר יגרום לאיבוד התחושה בשן ויאבד מנגנון ההתראה כנגד פגיעה עששתית.
2. המנעות מביצוע גורף של טיפול שורש בכל השיניים המיועדות להשחזה מאפשרת להקטין סיבוכים עתידיים כגון: ניקובים, סטיות, חסימות, זהום בתעלה וכו'.

מומלץ לנקוט בשיטות עדכניות המאפשרות טיפול יעיל בדנטין החשוף ושיש ביכולתן לשמור על מוך בריא מתחת לשחזור כותרתי קבוע.

לאחר השחזה, במקרים של חשש לפגיעה במוך, מומלץ להדביק את הכתר הקבוע זמנית ולבצע מעקב קצר, הדבר יאפשר לבצע טיפול שורש, במידת הצורך, לפני ההדבקה הקבועה.

במקרים של התפתחות סימנים ו/או סימפטומים קליניים או רנטגניים המעידים על פגיעה במוך לאחר הדבקה קבועה של כתרים, ניתן לבצע בדרך כלל טיפולי שורש יעילים דרך הכתר בעזרת מכשור מתקדם.

הצלחה ואי הצלחה בטיפול שורש

מהי הצלחה?

במקרים בהם אנו מבצעים טיפול בשן בעלת מוך חי, הצלחה מוגדרת כמניעת חדירת חיידקים למערכת תעלות השורש ובעקבות זאת מניעת חדירת חיידקים אלה עד לאזור סב השורש (האזור הפרידיקולרי). במקרים בהם קיים נמק של רקמת המוך וקיומה של הצללה סב שורשית, הצלחה תהא עדות להעלמות החיידקים או הקטנת אוכלוסייתם בצורה משמעותית ובעקבות זאת ריפוי, דבר שהתבטא בהעלמות או הקטנה של הצללה כפי שנראה בצילום.

לשם השגת מטרה זו יש תחילה להעריך את הפרוגנוזה של הטיפול שתבסס על הערכה אנדודונטית, שיקומית ופריודונטלית.

גורם משמעותי להצלחת הטיפול הינו נוכחות הצללה סב שורשית לפני תחילת הטיפול, ידוע שנוכחותה של הצללה סב שורשית תוריד את סיכויי הצלחת הטיפול. שני גורמים נוספים המשפיעים על הצלחת הטיפול הינם איכות האטימה של סתימת השורש ואיכות האיטום הכותרתי לאחר סיום הטיפול (שחזור, מבנה או מבנה וכתר).

קריטריונים להצלחת הטיפול

א. מעקב רנטגני

1. אם לאחר 6 חדשי מעקב, במידה וקיימת עדיין הצללה סב שורשית אך נראה שקטנה במימדיה, ניתן להניח שתהליך הריפוי החל ויש להמשיך ולבצע צילומי מעקב מידי 6 חודשים. ככל שהצללה הסב שורשית בתחילת הטיפול גדולה יותר, תהליך הריפוי עשוי להיות ממושך יותר.
2. לאחר שנה, בטיפול שבו הצללה הסב שורשית לא קטנה במימדיה יחסית לתחילת הטיפול או אף גדלה וזאת על סמך צילום פריאפיקלי בעל ערך דיאגנוסטי, ניתן להגדיר את המצב כחסר ריפוי.

2. מדדים קליניים

1. השן הנדונה הינה ללא כאבים או נפיחות מסביבה.
2. היעלמות sinus tract במידה והיה קיים לפני הטיפול.
3. אין כל עדות להרס רקמתי כולל הימצאותם של כיסים פריודונטליים.

לסיכום:

הצלחה – אי קיומה של הצללה סב-שורשית, כלומר במידה והיתה הצללה סב-שורשית לפני או בזמן הטיפול, לא תהיה עדות לקיומה או הקטנת הצללה זו בצורה משמעותית בזמן המעקב שלאחר הטיפול. **חוסר ריפוי** – נוכחות הצללה סב-שורשית או התפתחותה לאחר הטיפול כלומר, במידה ולא הייתה הצללה לפני הטיפול והתפתחה לאחר מכן או שהיתה קיימת או גדלה במימדיה בתקופת המעקב. במידה ולא חל שינוי במימדי הנגע עלול הדבר להיחשב כחוסר ריפוי.

התוויות לטיפול שורש חוזר

1. טיפול שורש חוזר

טיפול המתבצע בעקבות גילוי דלקת סב שורשית שנתגלתה לאחר טיפול שורש קודם, או שגדלה בהשוואה לטיפול השורש הקודם. המחלה מתרחשת בגלל כמה גורמים וניתן לטפל בה במגוון טיפולים שאחד מהם הוא טיפול שורש חוזר.

2. נגע סב שורשי

נגע סב שורשי שנגלה לאחר טיפול שורש ברוב המקרים הינו ביטוי לזיהום שמקורו בתעלת השורש. נגע כזה מוגדר כמחלה (דלקת סב שורשית שלאחר טיפול) וכך יש להתייחס אליו מבחינה טיפולית. המחלה נגרמת בגלל הישרדות מיקרואורגניזמים בתעלת השורש או כתוצאה מחדירתם מבעד דלף של שיחזור כותרתי אל תעלות השורש וקיום תנאים להמשך התרבותם.

הסיבות העיקריות לדלקת סב שורשית שלאחר טיפול הן:

- א. חוסר הכנה וניקיון מספקים של מערכת תעלות השורש.
- ב. סתימת שורש שאינה אוטמת בצורה מספקת את תעלות השורש.
- ג. זיהום חוזר של מערכת תעלות השורש כתוצאה משחזור כותרתי דולף.
- ד. הישרדות מיקרואורגניזמים בתעלות השורש או באזור הסב שורשי.
- ה. צירוף מכלול הגורמים הנ"ל או חלקם.
- ו. גורמים נוספים שאינם בשליטת הרופא ובהם חוסר איזון בין גורמי המחלה לכושר החיסון של המתרפא.

3. איכות סתימת השורש, שאינה מספקת

לעיתים בגלל סיבות שיקומיות ו/או צורך בביצוע יתד, רצוי לבצע טיפול שורש חוזר גם במקרים בהם לא קיימת דלקת סב שורשית, אך איכות סתימת השורש, שאינה מספקת, מעידה על אפשרות של התפתחות דלקת בעתיד.

4. לשקול את מכלול הגורמים

לפני ביצוע טיפול שורש חוזר יש לשקול את מכלול הגורמים שסייעו או יקשו על הצלחת הטיפול ועל פיהם להחליט על צורת הטיפול הרצויה מכלל הטיפולים האפשריים.

5. מטרת טיפול השורש החוזר

מטרת טיפול השורש החוזר בדומה למטרות טיפול השורש הראשוני היא איטום מערכת תעלות השורש כדי שלא תשמש כמקור להתפתחות גורמי גירוי למנגנון התמיכה של השיניים ולהתפתחות דלקת סב שורשית. בנוסף לכך, הכנתה לקראת החזרתה לפעילות מלאה ללא תחושות של אי-נוחות או כאב מצד המתרפא.

הביטוי הקליני והרנטגני לתהליך הריפוי שמתרחש בעקבות טפול שורש חוזר זהה לאילו שצוינו בהגדרת טיפול השורש הראשוני.

6. גורמים המשפיעים על החלטת הטיפול

א. טיפול שורש קודם שאיכותו אינה בהתאם לקריטריונים המקובלים

האנדודונטיה המודרנית עברה בשנים האחרונות תהפוכות בשיטות ההכנה ובחומרים המשמשים היום לביצוע סתימת שורש. קיימים טיפולים שבוצעו בעבר ועל פי מראם הרנטגני אינם עונים על הקריטריונים המקובלים כיום. במידה ושיניים אילו אינן סימפטומטיות ובעלות איטום כותרתי מספק, מתפקדות בפה כרגיל, וללא נגעים סב-שורשיים – מומלץ בשלב זה לבצע בהן מעקב רנטגני וקליני, ולא מומלץ לבצע טיפול שורש חוזר. במקרים בהם שיניים כאילו חייבות לעבור שיקום פרוטתי ותשמנה כמאחזות לשיקום נרחב (תח"ק) – מומלץ לשקול ביצוע טפול שורש חוזר.

ב. אפשרויות השיקום

יש לבדוק לפני תחילת טיפול שורש חוזר את חשיבות השן הנדונה במערכת הכללית של המשן ואת האפשרויות החליפיות לטיפול שורש חוזר. כן יש לברר את אפשרויות שיקום השן בסיום הטיפול האנדודונטי על מנת שניתן יהיה להבטיח איטום כותרתי יעיל ושמירת האסטטיות. במקרים שהשן תזדקק להארכת כותרת קלינית בכדי להשיג את ה"רוחב הביולוגי" יש לידע את המתרפא על כך בטרם תחילת הטיפול כחלק ממערכת שיקוליו לקביעת תכנית הטיפול.

ג. המצב הפריודנטלי

יש לוודא תקינות המצב הפריודנטלי, למדוד נידודת ועומק כיסים ולהעריך את יחס ה"כותרת-שורש". במקרים של מחלה פריודנטלית מתקדמת יש להיעזר ולהיעזר בפריודונט לקבלת החלטה בדבר כדאיות הטיפול.

ד. תחזית הצלחת הטיפול (Prognosis)

טיפול שורש חוזר הוא טיפול מורכב ועלול להסתבך במהלך ביצועו. גורמים בלתי ידועים כמו נוכחות סדק שלא ניתן היה לאבחנו לפני הטיפול, ניקובים שלא אובחנו, הסתיידויות של תעלת השורש, "מדרגות", מכשירים שבורים, סתימת שורש קודמת או יתד שאינה ניתנת לפינוי, כל אלה מהווים שיקולים לבחירת הטיפול העדיף ממגוון הטיפולים האפשריים. במידה ובמהלך הבדיקה והאבחנה נראה כי קיימת סבירות גבוהה להופעת או נוכחות אחד מהגורמים הנ"ל, דבר שעלול להקטין מראש או במידה ניכרת את סיכויי ההצלחה, יש לשקול ואף להעדיף טיפול חלופי – כירורגי.

ה. רצון המתרפא

יש להסביר למתרפא את כל האפשרויות הטיפוליות, עלותן, הזמן הכרוך בהשלמת הטיפול וסיכויי הצלחת הטיפול בכל אחת מהאפשרויות. יש לנתב את המתרפא לבחירה באפשרות בה סיכויי הצלחת הטיפול הם הטובים ביותר. בכל מקרה החלטת הטיפול הסופית היא בידי המתרפא בהתאם לטעמו ויכולתו.

ו. עלויות הטיפול

עלויות טיפול שורש חוזר מחושבות על פי קושי הטיפול והזמן שיידרש להשלמתו וכן הזמן שיידרש לשם הסרת השיקום הקודם (מבנה, כתר). במערכת השיקולים יש לשקול את כלל עלויות הטיפול הנ"ל לעומת טיפולים חלופיים. לעיתים מוצעות למתרפא תוכניות טיפול חלופיות לטיפול שורש חוזר, אך יש להאיר את עיני המתרפא למשמעות הבריאותית והכלכלית הנובעת מכל תוכנית.

7. אפשרויות טיפוליות במקרים של צורך בטיפול שורש חוזר

- א. טיפול שורש חוזר.
- ב. טיפול כירורגי (בדרך כלל כירורגיה סב-שורשית).
- ג. שילוב של א. ו-ב.
- ד. עקירה.
- ה. במקרים מסוימים עקירת השן והשתלתה מחדש לאחר ביצוע טיפול מחוץ לפה (ראימפלנטציה מכוונת).
- ו. מעקב.

8. יתרונות טפול שורש חוזר

יתרונות טפול שורש חוזר על פני כירורגיה סב-שורשית היא במידה וקיימת סבירות שאפשר לטפל בשן ולהחזירה לתפקוד. הטיפול הראשוני שיש להעדיפו ממכלול האפשרויות הטיפוליות הוא טפול השורש החוזר שאינו כירורגי.
יתרונותיו:

א. אפשרויות טובות לבריור הסיבות להתהוות הנגע כמו:

- בדיקת אפשרות קיום דלף כותרתי כסיבה לנגע
- בדיקת אפשרות נוכחות סדק או שבר אנכי
- מציאת תעלות שלא טופלו ולא נאטמו.
- איתור ניקובים ואטימתם

ב. אפשרויות לשפר את אטימות סתימת השורש לכל אורכה

9. מעקב

תהליך ריפוי נגע סב שורשי לאחר סיום ביצוע טפול שורש עשוי להמשך על פני תקופה של עד כחמש שנים. לכן מעקב קליני ורנטגני תקופתי חייב להתבצע אחת לששה חודשים וזאת עד לקבלת עדות קלינית ורנטגנית לריפוי הנגע.
במקרים בהם קיים נגע סב שורשי שאינו סימפטומטי ואשר רופא השיניים והמטופל סיכמו לא לבצע בשן טפול חוזר, יש לבצע מעקב קליני ורנטגני בדומה לאמור לעיל כדי לוודא שהנגע לא גדל ומתפשט.
יש כמובן לתעד את תוצאות המעקב בתיק המתרפא.

התויות לביצוע יתד במסגרת הכנת התוון

הקדמה

כדי למנוע שבר של שן שעברה טפול שורש – יש לשחזרה. מטרת השחזור הינה החזרת השן לתפקוד ולמניעת דלף של נוזלי הפה מכותרת השן לסתימת השורש. דלף כותרתי נחשב כיום כאחת מהאיתולוגיות העיקריות למניעת ריפוי ולהתפתחות מחלה בסב השורש. חוסר ניכר בחומר השן גורם לירידה ביכולת השן להתנגד לכוחות המופעלים עליה בחלל הפה. החוסר בחומר שן נגרם עוד לפני שלב טפול השורש כתוצאה מעששת, שחזורים גדולים קודמים, חבלה וכו'.
במהלך ביצוע טפול השורש נגרע חומר שן נוסף בשלב חלל הגישה וכן בשלב הכנת התעלה לקבלת סתימת שורש. חוסר חומר שן מצד אחד והתחושה ששן לאחר טפול שורש מאבדת נוזלים והדנטין שלה נראה יותר שביר, עמדה בעבר ביסוד ההנחה שיתד תוך שורשית דרושה לאחר טפול שורש על מנת:

1. לחזק את השן בפני כוחות הלעיסה;
2. לתת אחיזה לתוון (core) המשמש תחליף לחלק הכותרתי החסר.

בשנים האחרונות מחקרים עדכניים מראים ש:

1. איבוד הלחות בשן לאחר טפול שורש, הגורמת לשן להיות יותר שבירה איננו משמעותי.
2. היתד התוך שורשית אינה מחזקת את השורש, אלא מחלישה אותו.
3. הגורם המשמעותי ביותר בעמידות שורש השן כנגד שבר היא כמות הדנטין השארי (remaining dentin thickness) לאחר ביצוע הפרוצדורות התוך תעלתיות.
אי לכך, ביצוע יתד תוך שורשית כחלק מהשלמת כותרת השן יבוצע רק במקרים שיש התויה ברורה לכך.

עקרונות הביצוע של יתד תוך שורשית במסגרת הכנת התוון

1. ההתוייה לשימוש ביתד היא כרטנציה לתווך (core) ולא למטרות אחרות.
2. השן מחוסרת סימנים או סימפטומים פתולוגיים קליניים.
3. סתימת השורש באיכות טובה מבחינת אורכה ודחיסותה. צילום רנטגן פריאפיקלי עדכני ולפעמים בדיקה קלינית צריכים להעיד על טיב סתימת השורש.
4. במידת הצורך יש לחזור על טיפול השורש אם הוא אינו עונה על הדרישות או שיש הוכחה שהנגע הפרי-דיקולרי לא עבר ריפוי.
5. פינוי זהיר של סתימת השורש מאותו חלק הנחוץ לשם ההכנה ליתד.
6. הסרה מינימלית של קירות הדנטין בשורש לשם סיום ההכנה ליתד.
7. השארת מינימום של 4 מ"מ חודיים של חומר סתימת שורש סמי סולידי (כגון גוטה פרקה) בשליש החודי.
8. הדבקה פסיבית או אקטיבית של היתד במלט או חומר קישור ללא השארת רווח בין קצה היתד לבין שארית סתימת השורש.
9. מיקום היתד בשורש רק באותו החלק הנתמך על ידי עצם ובתוך חלל תעלת השורש ללא סטיות או ניקובים.
10. כדי לשמור על שלמות השן במצב של צורך בהמתנה לשם מעקב אנדודונטי מומלץ לבצע את היתד מיד לאחר ביצוע סתימת השורש.

רשימת ספרות ל: התויות לבצוע טיפול שורש במשן קבוע

1. H. H. Messer (2002), Permanent Restorations and the dental pulp. In K.M. Hargreaves & H.E. Goodis, Seltzer & Bender's Dental pulp, Quintessence Publishing Co. Inc., 1st ed, Pp 345-370.
2. G.S. Christiansen (2002), Avoiding pulp death during fixed prosthodontic procedures. J.Am Dent. Assoc. 133; 1563-1564.
3. C.R. Jackson, AE Skidmore & R. Ted Rice (1992), pulpal evaluation of teeth restored with fixed prostheses. J. Prosthet. Dent. 67:323-325.
4. American Association of Endodontics Appropriateness of care and quality assurance guidelines 3rd ed, 1998, American Association of Endodontics, Pp 19-23.

רשימת ספרות ל: הצלחה ואי הצלחה בטיפול שורש

1. S. Friedman (2002), Considerations and Concepts of case selection in management endodontic disease. Endodontic Topics, 1, 54-78.
2. A. Sigurdsson (2002), Evaluation of success and failure in R.E Walton, M. Torabinejad: Principles and Practice of Endodontics 3rd ed, W. B. Saunders Co. Pp. 331-344.

רשימת ספרות ל: התויות לבצוע טיפול שורש חוזר

1. S. Friedman (2002), Considerations and Concepts in the Management of Post Endodontic disease. (Treatment failure) Endodontic Topics, 1, 54-78.
2. C. Ruddle (2002), Non Surgical endodontic retreatment in S. Cohen & R.C. Burns. Pathways of the Pulp, eight ed, Pp 875-881.
3. S. Friedman (1998), Treatment outcome and prognosis of endodontic therapy, In D. Orstavik & T.R. Pitt Ford, essential endodontology, Blackwell Science Ltd., 1st ed, Pp 367-391.

רשימת ספרות ל: התויות לבצוע יתד במסגרת הכנת מבנה

1. American Association of Endodontics: Restoring endodontically treated teeth Fall/Winter 1995.
2. American Association of Endodontics Appropriateness of care and quality assurance guidelines, 3rd ed, 1998, American Association of Endodontics Pp 51-53.
3. J. Ingle et.al. (1994), Restoration and endodontically treated teeth and preparation for overdentures. In J. I. Ingle and L.K. Bakland – Endodontics 4th ed, Williams & Wilkins, Pp 876-920.

שאלות ותשובות

שאלה: האם אי הצלחה בטיפול שורש יכולה להיחשב כרשלנות מקצועית?
תשובה: אם אי הצלחה בטיפול השורש נבעה מטיפול לקוי, שלא נעשה לפי הסטנדרטים המקובלים במדינת ישראל, יכול הדבר להחשב כרשלנות מקצועית.

שאלה: מהי שכיחות שבר אורכי והאם שבר אורכי שמופיע לאחר סיום השחזור נחשב כרשלנות מקצועית?

תשובה: השכיחות של שבר אורכי בשיניים לאחר סיום טיפול השורש ושיקום נעה בין 5%–11% במקרים בהם מאובחנים קלינית ורנטגנית כתקינים הטיפולים שבוצעו בשן, ומכיון שלשבר אורכי בשורש יש גורמים סיבתיים שחלקם אין לרופא השיניים שליטה עליהם (גורמים מקדימים), במקרים אלה אין לומר שמדובר ברשלנות מקצועית.

שאלה: בשן שבוצע בה בעבר טיפול שורש טוב בהתאם לקריטריונים המקובלים, וקיימת דלקת בחוד השורש, האם יש לעקור את השן?

תשובה: בודאי שאין צורך לעקור את השן. ראשית, ברוב המקרים אפשר היום לחזור על טיפול השורש ולרפא את הדלקת.
במקרים שאין אפשרות לטפל בשורש דרך כותרת השן או שאין ריפוי לאחר טיפול השורש החוזר – אפשר לבצע טיפול שורש כירורגי דרך קצה השורש.
בשיטות הכירורגיות המודרניות אפשר היום לקבל הצלחה בטיפול מסוג זה של עד 90% מהמקרים.

שאלה: כאשר מכשיר לטיפול שורש נשבר בתעלת השורש האם פרושו של דבר עקירת השן?

תשובה: כאשר מבצעים טיפולי שורש, קורה שהמכשיר המתכתי איתו עובד הרופא לניקוי תעלת השורש משאריות רקמה וחיידקים – נשבר. אפשר להתגבר על תקלה זו בחלק גדול מהמקרים אם על ידי הוצאת המכשיר השבור מהתעלה, או עקיפתו בתעלה (ולאחר מכן, בכל המקרים הללו, סיום הטיפול וסתימת השורש), או ביצוע סתימת שורש עד מקום השבר.
ברור, אם כן, שאין צורך לעקור את השן עקב שבירת מכשיר בתעלת השורש גם אם התוצאה הסופית תהיה פחות טובה ממה שהרופא ציפה. בכל מקרה הרופא יבחר בין שקום מייד של השן, או ביצוע מעקב אחר השן עם שקום זמני לפחות במשך 6 חודשים או לבצע טיפול נוסף כירורגי (Apicoectomy). ככלל, אין שבירת הפוצר מהווה רשלנות מקצועית, אך על הרופא ליידע את המתרפא ולרשום את הארוע בתיקו.

הודעה לציבור

האפשרות להציל שיניים על ידי טיפול שורש בהתאם לקריטריונים המקובלים עומדת היום על ממוצע של 95% מהמקרים. על ידי בחירתך לבצע טיפול שורש בשן ואחר כך לשקמה, בחרת לשמור את השן הטבעית כבסיס בריא להמשך תפקודה לעוד שנים רבות.

חברי ועדת ההסכמה בנושא: טיפולי שורש במשנן הקבוע

פרופ' אביעד טמשה – יו"ר הועדה.
פרופ' מן המנין, ראש המחלקה לאנדודונטולוגיה בבית-הספר לרפואת שיניים על-שם גולדשלגר, אוניברסיטת תל-אביב.

פרופ' אריה קאופמן, פרופ' חבר, המחלקה לאנדודונטולוגיה בבית-הספר לרפואת שיניים על-שם גולדשלגר, אוניברסיטת תל-אביב.

ד"ר יהושע מושנוב, מרצה בכיר, המחלקה לאנדודונטולוגיה, הפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

הערה:

ניירות העמדה של המועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל נכונים למועד פרסומם