

המועצה המדעית, ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל



ועדת הסכמה: קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים

נייר עמדה 2006

חוברת מס' 5 - פברואר 2006

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 2006

עמית/ה יקר/ה

הנדון: ועדת הסכמה בנושא קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים

אני שמח להגיש לך חוברת ובה עמדת ועדת ההסכמה בנושא קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים. אנו מקווים כי חוברת זו תהיה לך לעזר להבנת הנושא, לקביעת עמדתך המקצועית בנושא וכלי עזר שימושי בהסברת הנושא למטופליך.

אני מבקש להודות לפרופ' איילה שטבהולץ, יו"ר הוועדה, וליתר חברי ועדת ההסכמה על העבודה הרבה שהושקעה בהכנת המסמך החשוב המוגש לך בזאת.

המועצה המדעית תמשיך ותשקוד, לטפל בנושאים השנויים במחלוקת או בטכנולוגיות חדישות, שניתן ליישמן ברפואת השיניים.

אשמח לקבל הערותיכם לחוברת זו ו/או רעיונות נוספים לברור נושאים היכולים להתאים לאחת מוועדות ההסכמה הבאות.

בברכה

פרופ' אדם שטבהולץ

יו"ר המועצה המדעית.

מטרת הועדה

מטרת ועדת ההסכמה לנושא "קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים" הייתה להציג בפני הקהילה הרפואית את הקריטריונים המקובלים הנדרשים לטיפול בחולים עם מחלות חניכיים. הקונצנזוס שהושג לאחר דיון אינטנסיבי בנושאים שהועלו מייצג את המסקנות אליהן הגיעו בהסכמה רחבה כל חברי הוועדה לאחר שדנו בכובד ראש הן בפרטי הנושאים והן בניסוחם. אנו משוכנעים שיתכנו גישות שונות של חברים שלא נטלו חלק בוועדה אך כידוע, טבעה של הסכמה הינה לייצג את המרכז והמשותף, ולא את האקסצנטרי והשנוי במחלוקת. אעפ"כ, נראה לחברי הוועדה כי נייר זה מייצג נכונה את הגישות הטיפוליות הרווחות בקרב הקהילה המדעית והקלינית, והוא ניסמך בעיקר על הספרות המקצועית הרלוונטית, על נייר העמדה האחרון של ה-AAP ועל ניסיונם הרב של חברי הוועדה שנבחרו על פי קריטריונים מנחים.

אנו מקווים שהקווים המנחים הללו ישמשו 'אבני דרך' בפני רופאי השיניים בבואם לטפל (בעצמם או עם רופאי החניכיים) במתפראים עם מחלה פרודונטלית.

קווים מנחים אלה, לאחר שאומצו על ידי המועצה המדעית, יקבעו את אמות המידה לטיפולים (standard of care) שעל פיהם יתפקד ויתנהג המקצוע בשנים הקרובות לנוחות הרופאים, וחשוב מכל, לרווחת המטופלים.

הנושאים המובאים:

- הרקע להתפתחות מחלות חניכיים.
- גורמי סיכון למחלות חניכיים.
- אמצעים לבדיקה ואבחון מחלות חניכיים וחשיבותם.
- סיווג עדכני של מחלות החניכיים.
- מטרות, דרכי מניעה והטיפול במחלות חניכיים.
- דרכים להערכת הצלחת הטיפול במחלות חניכיים.
- נגעים מוקוג'ינג'יבאליים.

משתתפים

- בוועדת ההסכמה השתתפו 10 חברים מומחים בפרודונטיה החברים בוועדה המקצועית לפרודונטיה של המועצה המדעית של הר"ש וחברי ועד האיגוד המקצועי לפרודונטיה ואוסטואינטגרציה:
- פרופ' איילה שטבהולץ – יו"ר הוועדה
 - ד"ר משה גולדשטיין
 - ד"ר שלמה זיה
 - ד"ר איל ונציה
 - ד"ר דוריאן חטואל
 - פרופ' אלי מכטיי
 - פרופ' קרלוס נמקובסקי
 - פרופ' אוברי סוסקולני
 - ד"ר אביטל קוזלובסקי
 - פרופ' ליאור שפירא

רקע

הגורם העיקרי לאובדן שיניים במבוגרים מעל גיל 40 בעולם המערבי הוא מחלת חניכיים.¹ הטיפול במחלת חניכיים הינו מרכיב חשוב ביותר במרפאת השיניים הכללית ומהווה בסיס לכל טיפולי השיניים. בהיעדר שליטה במחלת החניכיים, כל שאר הטיפולים בפה נדונים לכישלון. רוב מחלות החניכיים הן כרוניות ואינן מלוות בדרך-כלל בכאב או באי נוחות שתעורר במתופא את הצורך לבקש טיפול מיידי. על כן, באחריות רופא השיניים להפנות את תשומת לב המתופא להמצאות מחלת חניכיים. הצלחת טיפול החניכיים או כשלון בו תלויה במידה רבה במחויבות ההדדית ארוכת הטווח של המטופל והמטפל. העדר טיפול במחלת חניכיים עלול להביא לאבדן שיניים ולליקוי תפקודי ואסתטי של מערכת הלעיסה. לאחרונה, מתרבים הדיווחים אודות השפעת נוכחות מחלת חניכיים על התפתחות או התקדמות מחלות סיסטמיות מסכנות חיים כגון מחלות קרדיוסקולאריות, שבץ חומרים-פעילי-שטח, סוכרת, מחלות ריאה, וסיבוכי הריון. בנוסף, בשנים האחרונות, אחת הסיבות העיקריות לתביעות של רשלנות רפואית היא חוסר אבחנה וטיפול במחלות חניכיים. מטרת נייר עמדה זה הינה להעלות את רמת בריאות החניכיים בקרב הציבור בארץ והתוויית קווים מנחים לרופאי השיניים בטיפול במחלות החניכיים השונות.

מחקרים מדעיים הראו כי:

- א. הגורם העיקרי להתפתחות דלקת חניכיים (Gingivitis) הינו הרובד הדנטאלי.²
- ב. ל-80% עד 90% מאוכלוסיית המתבגרים בארה"ב, ולאחוז גבוה מזה באזורים אחרים בעולם, יש סימני דלקת חניכיים ודימום חניכי.³⁻⁶
- ג. אחד מכל שלושה מבוגרים בארה"ב סובל ממחלת חניכיים.⁷
- ד. למעלה מ-50% מהשיניים שאובדות בקרב מבוגרים מעל גיל 40 הן תוצאה של מחלות חניכיים.¹

מחקרים אשר בוצעו בארץ הראו שכיחות מחלות חניכיים גבוהה ביותר: בקרב 97.6% מהמתבגרים בגילאי 13-14 נמצא דימום חניכי,⁸ ולמעלה מ-50% מעובדי בית חולים בירושלים ואנשי צבא קבע סבלו ממחלת חניכיים.⁹⁻¹⁰

מחלת חניכיים אינה תוקפת את כל השיניים באופן זהה וקצב התקדמותה שונה באנשים ובאתרים מסוימים. מאחר ואין ביכולתנו לאבחן או לנבא אלו אתרים המראים כיום סימני דלקת חניכיים יתקדמו לשלב של אובדן עצם תומכת (פריודונטיטיס), יש לטפל בכל מקרה בו מאובחנת דלקת חניכיים, ויתרה מכך, יש לדאוג למניעת הופעתה.

גורמי סיכון למחלות חניכיים:

הגורמים למחלות חניכיים מתמיינים לשניים:

א. גורמי סיכון הניתנים לשליטה:

1. חיידקים ספציפיים שמצליחים להתרבות בסביבת כיס החניכיים.¹¹
2. עישון.¹²⁻²¹
3. גורמי סיכון מקומיים המעודדים הצטברות רובד (שחזורים לקויים וכד').
4. מחלות סיסטמיות אשר ניתנות לשליטה כגון סוכרת.²²⁻²⁴
5. מצבי דחק, מצוקה נפשית וקשיי התמודדות.^{25, 26}
6. שימוש בתרופות שמשפיעות על מצב החניכיים (חוסמי תעלות סידן מהדור הישן²⁷, תרופות אנטי-אפילפטיות²⁸ וציקלוספורין²⁹).

ב. גורמי סיכון אשר אינם ניתנים לשליטה:

1. גנטיקה.³⁰⁻³²
2. מחלות סיסטמיות אשר אינן ניתנות לשליטה מלאה ונוכחותן עלולה להאיץ את מהלך מחלת החניכיים או להחמיר מחלת חניכיים קיימת (אוסטיאופורוזיס, פגיעה בנויטרופילים ועוד).^{33, 34}

חשיבות האבחון והטיפול

מעבר לסכנה של אובדן שיניים וכשלון טיפולים משקמים למיניהם, מהוות מחלות חניכיים לא מטופלות גורם סיכון לכישלון שתלים דנטאלים עקב התפשטות זיהום מהשיניים הנגועות לשתלים.³⁷

35

כיוון שיש כיום חשד לקשר בין מחלת חניכיים לבין התקדמות מחלות סיסטמיות מסוימות (מחלות קרדיווסקולאריות וצרברוואסקולאריות³⁸⁻⁴⁰, סוכרת⁴¹⁻⁴², דלקת ריאות⁴³ ולידה מתקדמת⁴⁴⁻⁴⁵), יש לדאוג שחלל הפה יהיה חופשי מזיהום ודלקת, והחשוב מכל הוא בריאות החניכיים ועליה יש לשים דגש.

אמצעים לבדיקה ואבחון מחלת חניכיים

- בנוסף לאנמנזה בריאותית ודנטאלית מפורטת, יש לבצע בכל בדיקה איסוף נתונים מפורט הכולל:
- בדיקה אקסטרא-אוראלית.
 - בדיקת הרקמות האינטרא-אוראליות.
 - בדיקת הרקמות הפריודונטאליות הרכות, כולל רקמות סביב שתלים דנטאלים וסימני דלקת (אודם, נפיחות, דימום וכו').
 - מדידת עומק כיסים, הערכת נסיגת חניכיים וניידות שיניים.
 - בדיקת נוכחות ופיזור הרובד החיידקי.
 - בדיקת השיניים והשחזורים הקיימים.
 - ביצוע צילומי רנטגן מקבילים והערכת רמת התמיכה הגרמית.
 - בדיקת נוכחות, מיקום וחומרת מעורבות מסעפי השורשים (פורקציות).
 - במידת הצורך יש להיעזר בשיטות אבחון נוספות כגון תבניות לימוד ובדיקת סגר, בדיקות מעבדה ועוד.

בהתאם לסיכום ממצאי הבדיקות תיקבע האבחנה וממנה תיגזר תוכנית הטיפול שאותה יש להציג למטופל. יש להסביר למטופל את מהלך המחלה, את אפשרויות הטיפול, סיבוכים אפשריים, תוצאות רצופות וכן את תפקידו ואחריותו בטיפול. כמו כן יש להסביר למטופל מה יהיו השלכות העדר טיפול.

מחלות חניכיים והטיפול בהן

בשנת 1999 פורסם סיווג מחלות ומצבים פריודונטאלים מעודכן מטעם האקדמיה האמריקאית לפריודונטיה (APP).⁴⁶ בהתייחס לסיווג זה מובא מגוון הטיפולים המקובלים כיום, מטרותיהם, שיטות הטיפול, והגדרת הצלחת הטיפול.⁴⁷

1. דלקת חניכיים (Gingivitis)

הגדרה: דלקת של הרקמות הרכות של החניכיים ללא אובדן תאחיזה קלינית ועצם תומכת.

סימנים קליניים: בצקת, אודם ודימום של החניכיים בעת החדרת מודד כיסים (פרוב פריודונטאלי). לעתים רחוקות תתלווה תלונה על כאב.

מטרות הטיפול: השגת חניכיים ללא סימנים קליניים של דלקת ומניעת התקדמות המחלה לפריודונטיטיס.

שיטות טיפול:

- הדרכת המתרפא לשמירה על היגיינה ובריאות הפה.
- הסרת רובד ואבנית על ותת-חניכית.
- ניתן לגבות את הטיפול המכאני לעיל בשימוש זמני בתכשירים בעלי פעילות אנטי-בקטריאלית במטרה לשפר את תוצאות הטיפול.
- הסרת גורמים צוברי רובד על-ידי תיקון שחזורים לקויים, סילוק מוקדי עששת וגורמי סיכון הניתנים לשליטה (ראה סעיף גורמי סיכון למחלות חניכיים עמ' 3).

הערכת הצלחת הטיפול:

- א. **בטוח הקצר:** הצלחה תתבטא בהעלמות סימניה הקליניים של הדלקת וירידה ברמת הרובד החיידקי.
- ב. **בטוח הארוך:** שמירה על מצב הבריאות אשר הושג (הדבר מחייב טיפול תומך לאורך זמן והיגיינה אוראלית טובה של המתרפא).

2. פריודונטיטיס כרונית (Chronic Periodontitis)

הגדרה: דלקת חניכיים המלווה באובדן תאחיזה קלינית Clinical attachment loss (הגדלת המרווח בין צוואר השן לעומק הכיס הנמדד), בנוכחות כיסים פריודונטאלים וספיגת עצם אלבאולרית. מקובל לסווג פריודונטיטיס כרונית על בסיס היקפה (מקומית או ממושטת) ועל בסיס חומרת המחלה (מידת אובדן תאחיזה קלינית, עומק כיסים ואובדן עצם רנטגני).

סימנים קליניים:

- א. נוכחות כיסים פריודונטאלים (עומק 5 מ"מ ומעלה).
- ב. עדות רנטגנית לספיגת עצם אלבאולרית.

יתכנו גם:

- א. דימום ו/או הפרשה מכיס החניכיים בעת החדרת מודד כיסים (פרוב פריודונטאלי).
- ב. ניידות שיניים.
- ג. סימני דלקת חניכיים סביב השן (אודם ובצקת).

מטרות הטיפול:

- א. עצירת התקדמות אבדן תאחיזה.
- ב. מניעת חזרת המחלה.
- ג. היעלמות סימני דלקת.
- ד. במקרים מסוימים יש לשאוף לשחזור מערכת התאחיזה.

שיטות טיפול:

- א. **טיפול אנטי-זיהומי הכולל:**
 1. הדרכה לבקרת רובד על-ידי המטופל, סילוק אבנית על ותת-חניכית והקצעת שורשים באזורי הכיסים הפריודונטאלים.
 2. עקירת שיניים אבודות במקרים קיצוניים.
 3. גיבוי הטיפול המכאני באמצעות טיפול בחומרים ותכשירים אנטי-בקטריאליים. התכשירים הנמצאים כיום בשימוש כוללים שטיפות פה (לבקרת רובד על חניכי) ותכשירים המוחדרים לסביבת הכיס הפריודונטאלי (לבקרת רובד תת חניכי) ופועלים ברובם בשיטת השחרור המושהה של החומר האנטי-בקטריאלי הפעיל. החומרים הפעילים בתכשירים השונים המשמשים אותנו כיום לבקרת הרובד החיידקי מתחלקים לחומרים אנטיספטיים (כלורהקסידין או תרכובות יוד) ולחומרים אנטיביוטיים (טטראציקלין לסוגיו ומטרונידזול).
- אין התוויה לשימוש באנטיביוטיקה סיסטמית כטיפול נוסף בפריודונטיטיס כרונית.
4. סילוק גורמים מקומיים התורמים לפריודונטיטיס כרונית:
 - החלפה או תיקון שחזורים לקויים (שוליים ו/או מתאר בולטים, נקודות מגע פתוחות וכו').
 - סילוק עששת וביצוע שחזורים.
 - טיפול בטרואמה סיגרית.
- ב. **שליטה בגורמי הסיכון הנוספים למחלות החניכיים:**

הפסקת עישון, ניטור ואיזון מחלות סיסטמיות ועוד.

הערכת הצלחת הטיפול האנטי-זיהומי

הערכת תוצאות הטיפול האנטי-זיהומי תבוצע לאחר כ-2-3 חודשים מכיוון שזה פרק הזמן המתאים להערכת ריפוי והיעלמות סימני דלקת. הערכה כזו תכלול בדיקה פריודונטאלית והשוואת ממצאי לממצאי הבדיקה הראשונית.

תוצאות הטיפול המצופות הן:

1. הפחתה בעומק כיסים.
2. היעלמות סימנים קליניים של דלקת חניכיים.
3. שיפור או יציבות תאחיזה קלינית.
4. עדות רנטגנית לשיפור או ליציבות הנגעים הגרמיים.
5. ירידה או יציבות בניידות שיניים.
6. ירידה ברמת רובד בקטריאלי שתאפשר קבלת חניכיים בריאות.

* מכיוון שכל סוגי הפריודונטיטיס הינן מחלות כרוניות שעלולות לחזור יש לנטר את תוצאות הטיפול לאורך כל חיי המטופל.

במידה והטיפול האנטי-זיהוי מוביל להטבה במצב החניכיים, על הרופא לקבוע תוכנית תחזוקה במרווחי זמן מתאימים. אם לא מתקבל ריפוי, יש צורך בטיפול נוסף: המשך הטיפול האנטי-זיהומי או החלת הטיפול הכירורגי. חישוב להבין כי לא כל המטופלים או האתרים יגיבו לטיפול בצורה שווה או רצויה. טיפול נוסף יותאם בצורה פרטנית לכל מקרה, תוך התחשבות בגורמים הקשורים במטופל, באזור הזקוק לטיפול ובתנאים האנטומיים.

ג. כירורגיה פריודונטאלית

יש לשקול טיפול פריודונטאלי כירורגי במטרה להביא לריפוי ו/או לתיקון פגמים אנטומיים. **טיפול פריודונטאלי כירורגי יבוצע אך ורק במטופלים בעלי בקרת רובד טובה.** לשיטות הכירורגיות המומלצות במקרים השונים מטרות שונות ויש להתאים את סוג הכירורגיה לכל מקרה: ניקוי השורשים והנגעים הפריודונטאליים בשיטת הראייה הישירה, צמצום כיסים פריודונטאליים, בנייה מחדש של מערכת התאחיזה אשר אבדה על-ידי שימוש באמצעים רגנרטיביים שונים על פי שיקולי הרופא ועוד.

ד. תחזוקה פריודונטאלית.

טיפול בעזרת תרופות המיועדות לשינוי תגובת המאכסן

במצבים בהם הטיפול המקובל לא הביא לתוצאה הקלינית הרצויה ובמקרים בהם למטופלים גורמי סיכון רבים למחלות חניכיים, יש יתרון לשילוב תרופות המשפיעות על תגובת המאכסן עם הטיפול הקונבנציונאלי. עם זאת, דרוש מחקר נוסף על מנת לבחון את התוצאות לטווח הארוך ואת תופעות הלוואי על מנת לבסס תפיסה טיפולית זו.⁴⁸

3. מורסה פריודונטאלית (Periodontal Abscess)

הגדרה: זיהום מוגלתי מקומי בתוך רקמת החניכיים הגובלת בכיס פריודונטאלי העלול להוביל להרס מהיר של רקמות התמיכה של השן (ליגמנט פריודונטאלי ועצם אלבולרית).

סימנים קליניים:

- א. נפיחות מקומית חלקה ובוהקת המוגבלת בדרך-כלל לאזורי חניכיים מקורנות ליד מסעף השורשים או כיסים עמוקים.
- ב. תפליט מוגלתי שפורץ מפתח הכיס הפריודונטאלי בתגובה ללחץ.
- ג. יתכנו כאב, רגישות לניקוש, ניידות שיניים ואובדן עצם אלבולרית רנטגני.

מטרות הטיפול: סילוק הסימנים והסימפטומים החריפים במהירות האפשרית.

שיטות טיפול: ניקוז כירורגי מידי של הכיס הפריודונטאלי וניקויון על-ידי הסרת הרובד, האבנית וגורמי גירוי נוספים במידה וקיימים. **אין התוויה לשימוש באנטיביוטיקה סיסטמית.**
הערכת הצלחת הטיפול: הצלחה תתבטא בהעלמת הסימנים והסימפטומים של הנגע.

4. נגעים משולבים פריודונטאליים-אנדודונטאליים **(Combined periodontal-endodontic Lesions)**

הגדרה: נגע המשלב פתולוגיות של רקמות התאחיזה ומוך השן גם יחד. התהליך יכול לנבוע מזיהום ראשוני ממקור רקמת מוך השן החודר דרך הליגמנט הפריודונטאלי או דרך העצם האלבאלורית אל חלל הפה, או לחילופין זיהום ראשוני ממקור הכיס הפריודונטאלי החודר דרך תעלות לטרליות ואקססוריות, טובולוי הדנטין והפורמן האפיקלי, וגורם לשינויים דלקתיים במוך השן.

סימנים קליניים הכרחיים: אובדן תאחיזה או כיס עמוק המלווה בנגע אנדודונטאלי כמו זיהום ודלקת או נמק של מוך השן או בנגע סב-שורשי.

סימנים קליניים אפשריים:

- א. נפיחות חלקה ובוהקת של החניכיים או הרירית.
- ב. כאב, רגישות למגע באזור הנפיחות ו/או הפרשה מוגלתית.
- ג. רגישות לניקוש או נידת השן.
- ד. התפתחות Sinus tract.
- ה. אובדן מהיר של תאחיזה פריודונטאלית סביב השורש.
- ו. צלוליטיס.

מטרות הטיפול: ריפוי הנגע והיעלמות הסימנים והסימפטומים.

שיטות טיפול: טיפול משולב הכולל טיפול אנדודונטאלי פריודונטאלי לפי הצורך. כשהמקור לנגע הינו אנדודונטאלי, טיפול שורש יכול להביא לריפוי הנגע.

הערכת הצלחת הטיפול: הצלחת הטיפול תתבטא בריפוי הנגע ובהיעלמות הסימנים והסימפטומים.

5. פריודונטיטיס אגרסיבית (Aggressive Periodontitis)

הגדרה: קבוצת מחלות חניכיים ייחודיות המאופיינת בקצב התקדמות מואץ ובעלת מאפיינים תורשתיים.

סימנים קליניים: ראה סימנים קליניים של פריודונטיטיס כרונית ובנוסף:

- א. קצב אובדן עצם ותאחיזה מהיר (על סמך בדיקות עוקבות רנטגניות וקליניות).
- ב. חומרת מחלה שאינה תואמת לגיל המטופל.
- ג. מרכיב תורשתי.

מאפיינים נוספים אפשריים:

- א. כמות הרובד אינה תואמת את חומרת הרס הרקמות הפריודונטאליות.
 - ב. פלורה חיידקית ייחודית.
 - ג. לסוג מחלה זה שני סיווגים:
 1. מקומית (Localized) – הפגיעה ממוקדת לחותכות וטוחנות קבועות וצורת נגעים רנטגניים אופיינית.
 2. ממושטת (Generalized) – אובדן תאחיזה ממושט הכולל שיניים נוספות לחותכות וטוחנות קבועות ואינו מראה צורת נגעים רנטגניים אופיינית.
- לא כל המאפיינים חייבים להופיע על מנת לאבחן את המחלה או לסווגה. האבחנה יכולה להתבסס על נתונים קליניים, רנטגניים והיסטוריים.

מטרות הטיפול:

- א. עצירת התקדמות אובדן התאחיזה.
- ב. העלמות סימני הדלקת.
- ג. מניעת חזרת המחלה.
- ד. במקרים מסוימים יש לשאוף לשחזור מערכת התאחיזה.

שיטת טיפול: הכרחי לבצע טיפול אנטי זיהומי בדומה לטיפול בפריודונטיטיס כרוני (ראה עמוד 7), ובנוסף לטיפול המתואר יש להתייחס לנקודות הבאות:

- א. טיפול אנטיביוטי סיסטמי כהשלמה לטיפול המכאני על פי פרוטוקולים מקובלים.
- ב. יש לבצע הערכה רפואית כללית כדי לבדוק קיום מחלה סיסטמית בילדים ובמתבגרים המציגים מצב של פריודונטיטיס אגרסיבית, בעיקר כאשר המחלה אינה מגיבה לטיפול.
- ג. בשל נטייה תורשתית לפריודונטיטיס אגרסיבית, מומלץ לבצע הערכה פריודונטאלית ולספק ייעוץ והדרכה אודות המחלה ליתר בני המשפחה.
- ד. תוצאות הטיפול לטווח ארוך תלויות בהיענות המתרפא ובמתן טיפול תחזוקתי במרווחי זמן נכונים. אם קיימת מעורבות שיניים נשירות יש לנטר את בקיעת השיניים הקבועות בכדי לאתר אבדן תאחיזה אפשרי.
- ה. קיים פוטנציאל טוב להצלחת טיפול רגנרטיבי במתרפאים עם פריודונטיטיס אגרסיבית.

הערכת הצלחת הטיפול:

הצלחה תתבטא ב:

- א. הפחתה בעומק כיסים.
- ב. היעלמות סימנים קליניים של דלקת חניכיים.
- ג. שיפור או יציבות תאחיזה קלינית.
- ד. עדות רנטגנית לשיפור או ליציבות הנגעים הגרמיים.
- ה. ירידה או יציבות בניידות שיניים.
- ו. שיפור ברמת הרובד הבקטריאלי שתאפשר קבלת בריאות חניכיים.

הואיל וכל סוגי הפריודונטיטיס הינן מחלות כרוניות שעלולות לחזור יש לנטר את תוצאות הטיפול לאורך כל חיי המטופל.

מעבר למחלות שפורטו לעיל קיימים מצבים פריודונטאליים נוספים הדורשים טיפולים מורכבים וייחודיים אשר לא יפורטו במסגרת נייר עמדה זה. בין מחלות ומצבים אלו ניתן למצוא מחלת חניכיים רפרקטורית (אשר אינה מגיבה לטיפול מקובל), מחלות חניכיים נמקיות (Necrotizing ulcerative gingivitis/periodontitis), נגעים ויראליים ועוד.

6. נגעים מוקוג'ינג'יבאליים

הגדרה: סטייה מהיחסים האנטומיים הנורמאליים שבין גבול החניכיים החופשיות וצוואר השן ובין הרירית לחניכיים המקורנות (Mucogingiva junction).

סימנים קליניים:

- א. נסיגת חניכיים וחשיפת שורשים (רצסיה).
- ב. חסר ברקמה מקורנת (Keratinized tissue).
- ג. עומק כיסים המגיע מעבר לחיבור שבין הרירית לחניכיים המקורנות (Mucogingival junction). שונות אנטומיות כגון מיקום אקסצנטרי של השן, חיבור פרנום גבוה ווסטיבולום רדוד עלולים להקשות על הטיפול במצבים אלו ודורשים לכן התייחסות.

מטרת הטיפול:

- א. עזרה בשמירת המשנן במצב של בריאות, תפקוד ואסתטיקה.
- ב. הקטנת הסיכון להחמרת נסיגת החניכיים.

שיטות טיפול:

- א. שליטה בגורמים האטיולוגיים – רובד חיידקי וצחצוח אגרסיבי.
- ב. כיסוי שורשים חשופים בשיטות כירורגיות.
- ג. הרחבת או עיבוי רקמת החניכיים המקורנת בשיטות כירורגיות.
- ד. ניתוק הפרנום במקרים של משיכת החניכיים המקורנות על-ידי פרנום במנח לא רצוי (פרנקטומי).
- ה. תנועות אורתודונטיות לשיפור מתאר החניכיים.
- ו. העמקת הווסטיבולום במידת הצורך.

הערכת הצלחת הטיפול:

הצלחה תתבטא ב:

- א. מתאר מוקוג'נג'יבאלי בריא.
- ב. עצירת התקדמות נסיגת החניכיים.
- ג. חניכיים ללא סימני דלקת קלינית.
- ד. חזרה לתפקוד במצב של בריאות ונוחות.

7. תחזוקה פריודונטאלית

תחזוקה פריודונטאלית הינה השלב הטיפולי הבא לאחר כל טיפול דנטלי בכלל וטיפול חניכיים בפרט, טיפול זה אמור להימשך לכל אורך חיי המשנן. בשלב זה מבוצע ניטור תקופתי של מחלת החניכיים וטיפול בהתאם. שלב זה הוא שלב עצמאי, אך בלתי נפרד מהטיפול הפעיל. המטופל אשר נמצא בטיפול תחזוקתי עלול לשוב לטיפול פעיל במידה והמחלה תישנה. יש לזכור שמתרפאים אשר סבלו בעבר ממחלת חניכיים נמצאים בסיכון גבוה לחזור ולפתח מחלת חניכיים.

מטרות הטיפול התחזוקתי:

- א. הקטנת ההסתברות להישנות מחלת החניכיים במתרפאים שטופלו בעבר בעקבות דלקת חניכיים או פריודונטיטיס.
- ב. הקטנת הסיכון לאובדן שיניים.
- ג. הגדלת ההסתברות לאיתור מוקדם של מחלות או נגעים אחרים בחלל הפה וטיפול בהתאם.

טיפול התחזוקה הפריודונטאלית כולל:

עדכון ההיסטוריה הבריאותית והדנטאלית, בדיקת רקמות אקסטרא ואינטרא-אוראליות, בדיקה דנטאלית/פריודונטאלית קלינית ורנטגנית, הערכת בקרת הרובד. בהתאם לממצאים יינתן הטיפול שיכלול חיזוק בקרת רובד, הסרת רובד ואבנית וטיפול תרופתי מקומי בהתאם לצורך. טיפולי התחזוקה מבוצעים בפרקי זמן הנקבעים על-ידי המטפל במטרה לסייע למתרפא לשמור על בריאות האוראלית.

במסגרת התחזוקה יבוצע:

- א. חיזוקים או שינויים התנהגותיים:
 1. הוראות לחיזוק היגיינת הפה.
 2. שיפור היענות המטופל לתחזוקה פריודונטאלית במרווחי הזמן הנבחרים.
 3. הסבר בדבר מחלת החניכיים וגורמי הסיכון (חשיבות הפסקת עישון וכדו').
 - ב. הסרת אבנית ורובד דנטאלי על ו-תת-חניכיים.
 - ג. שימוש בתכשירים אנטי-מיקרוביאליים לפי הצורך.
- במהלך התחזוקה יש חשיבות לגיבוי הטיפול המכאני באמצעות טיפול תרופתי מקומי. בעקבות טיפול חניכיים פעיל, נשארים במקרים רבים כיסים פריודונטאליים שלא ניתן היה לבטל. הטיפול התרופתי המקומי יכול לשפר את יעילות התחזוקה באתרים שבהם נותרו כיסים עמוקים.

* במצב של הישנות מחלות החניכיים יש לחזור לטיפול פריודונטאלי פעיל.

כיצד יש לתכנן את תדירות הטיפול התחזוקתי:

תדירות טיפול התחזוקה תיקבע בהתאם לממצאי הבדיקה בתום הטיפול הפעיל והערכת איכות בקרת הרובד.

מחקרים מראים כי טיפולי תחזוקה אחת ל-3 חודשים במתרפאים בעלי היסטוריה של מחלת חניכיים, נמצאו כמועילים בשמירה על בריאות החניכיים לאורך זמן.

הערכת הצלחת הטיפול התחזוקתי:

הצלחה תתבטא במניעת הישנות מחלת החניכיים ומניעת התקדמות אובדן התאחיזה.

יש לזכור שנתח קטן של האוכלוסייה הסובלת ממחלת חניכיים יראה התדרדרות למרות טיפול תחזוקתי נאות והיענות טובה של המתרפא. מצב זה יתבטא בהחמרה והישנות של מחלת החניכיים, ועל כן במתרפאים כאלו יש לשקול מתן טיפול נוסף.

רשימת ספרות:

1. Phipps KR, Stevens VJ. Relative contribution of caries and periodontal disease in adult tooth loss for HMO dental population. *J Public Health Dent* 1995;55:250-252.
2. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965;36:177-178.
3. Albandar JM, Kingman A, Brown LJ, Loe H. Gingival inflammation and subgingival calculus as determinants of disease progression in early-onset Periodontitis. *J Clin Periodontol* 1998;25:231-237.
4. Albandar JM. Periodontal diseases in North America. *Periodontol* 2000 2002;29:3169.
5. Gjermo P, Rosing CK, Susin C, Oppermann R. Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontol* 2000 2002;29:70-78.
6. Petersen PE, Kaka M. Oral health status of children and adults in the Republic of Niger, Africa. *Int Dent J* 1999;49:159-164.
7. Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. Destructive periodontal disease in adult 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol* 1999;70:13-29.
8. Bimstein E, Shanzer Y, Sgan-Cohen HD. Prevalence and severity of gingivitis in children aged 13-14 years in Jerusalem. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:331-332.
9. Sgan-Cohen HD, Donchin M, Goultschin J, Soskolne A, Brayer L. Periodontal treatment needs, by CPITN, among employees of a Jerusalem hospital. *Int Dent J* 1992;42:92-96.
10. Katz J, Peretz B, Sgan-Cohen HD, Horev T, Eldad A. Periodontal status by CPITN, and associated variables in an Israeli permanent force military population. *J Clin Periodontol* 2000;27:319-324.
11. Socransky (SS), Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol* 1998;25:134-144.
12. Bergstrom J. Cigarette smoking as risk factor in chronic periodontal disease. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:245-247.
13. Haber J. Smoking is a major risk factor for periodontitis. *Curr Opin Periodontol* 1994;12-18.
14. Horning GM, Hatch CL, Cohen ME. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. *J Periodontol* 1992;63:297-302.
15. Machtei EE, Dunford R, Hausmann E, Grossi SG, Powell J, Cummins D Zambon JJ, Genco RJ. Longitudinal study of prognostic factors in established periodontitis patients. *J Clin Periodontol* 1997;24:102-109.
16. Preber H, Bergstrom J. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following surgical therapy. *J. Clin Periodontol* 1990;17:324-328.

17. Haffajee AD, Socransky SS. Relationship of cigarette smoking to attachment level profiles.
J Clin Periodontol 2001;28:283-295.
18. Salvi GE, Lawrence HP, Offenbacher S, Beck JD. Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. Periodontol 2000 1997;14:173-201.
19. Haber J, Wattles J, Crowley M, Mandell R, Joshipura K, Kent RL. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. J Periodontol 1993;64:16-23.
20. Stoltenberg JL, Osborn JB, Pihlstrom BL, Herzberg MC, Aeppli DM, Wolff LF, Fishcer GE. Association between cigarette smoking, bacterial pathogens, and periodontal status. J Periodontol 1993;64:1225-1230.
21. Grossi SG, Zambon J, Machtei EE, Schifferle R, Andreana S, Genco RJ, Cummins D, Harrap G. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. J Am Dent Assoc 1997;128:599-607.
22. Emrich LJ, Shlossman M, Genco RJ. Periodontal disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. J Periodontol 1991;62:123-131.
23. Seppala B, Ainamo J. A site-by-site follow-up study on the effect of controlled versus poorly controlled insulin-dependent diabetes mellitus. J Clin Periodontol 1994;21:161-165.
24. Grossi SG, Skrepcinski FB, DeCaro T, Zamon JJ, Cummins D, Genco RJ. Response to periodontal therapy in diabetics and smokers. J Periodontol 1996;67:1094-1102.
25. Moss ME, Beck JD, Kaplan BH, Offenbacher S, Weintraub JA, Koch GG, Genco RJ, Machtei EE, Tedesco LA. Exploratory case-control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. J Periodontol 1996;67:1060-1069.
26. Vettore MV, Leao AT, Monteiro Da Silva AM, Quintanilha RS, Lamarca GA. The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. J Clin Periodontol 2003;30:394-402.
27. Hassell TM, Hefti AF. Drug-induced gingival overgrowth: old problem, new problem. Crit Rev Oral Biol Med 1991;2:103-107.
28. Klar LA. Gingival hyperplasia during dilantin therapy: A survey of 312 patients. J Public Health Dent 1973;33:180-185.
29. Rostock MH, Fry HR, Turner JE. Severe gingival overgrowth associated with cyclosporine therapy. J Periodontol 1986;57:294-299.
30. Michalowicz BS, Aeppli D, Virag JG, Klump DG, Hinrichs JE, Segal NL, Bouchard TJ Jr, Pihlstrom BL. Periodontal findings in adult twins. J Periodontol 1991;62:293-299.
31. Michalowicz BS. Genetic and heritable risk factors in periodontal disease. J Periodontol 1994;65:479-488.
32. Marazita ML, Burmeister JA, Gunsolley JC, Koertge TE, Lake k, Schenkein HA. Evidence for autosomal dominant inheritance and race-specific heterogeneity in early-onset periodontitis. J. Periodontol 1994;65:623-630.

הערה:

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