



Stig Karlsson:

Etikk och implantatprotetik

Nedanstående inlägg baseras i mycket på svenska förhållanden och egna erfarenheter, men har sin giltighet också i Norge. Många tankar och åsikter kan uppfattas som personligt präglade, vilket de också är i vissa delar och ett inlägg i debatten. De flesta meningar vilar dock på vetenskaplig grund, där så är möjligt.

Behandling med orala titanimplantat enligt biologiska principer har nu varit en klinisk verklighet i snart 40 år och vetenskapligt är titan i litteraturen redovisat som ett biokompatibelt och lämpligt material för orala och andra implantat (1, 2). Professor Per Ingvar Brånemark är föregångaren inom området, och utan hans omfattande vetenskapliga dokumentation hade sannolikt behandlingen med orala implantat inte fått det internationella genomslag som kan ses i dag. Brånemarks koncept för osseointegration har också fått sin tillämpning inom andra områden vid ersättning av andra kroppsdelar.

I begynnelsen genomfördes implantatbehandlingen enligt mycket strikta kriterier och följde ett bestämt protokoll. Behandlingen utfördes av specialister i protetik/oral kirurgi och patienterna selekterades mycket noggrant efter omfattande undersökningar.

Dessa innefattade oralt status, allmänsjukdomar, psykiskt status och så vidare. Till en början genomfördes behandlingen enbart av helt tandlösa underkäkar och den vetenskapliga dokumentationen var omfattande. Behandlingspanoramat utökades successivt till att omfatta även enstaka implantat och delbroar, med eller utan koppling till egna tänder.

Eftervart fick behandlingsmetoden allt större spridning, men för att omfattas av den Allmänna tandvårdsförsäringen i Sverige krävdes, att behandlingen utfördes av specialist i oral kirurgi/parodontologi och oral protetik. Senare kunde allmäntandläkare genomgå en fem veckors utbildning och erhöj då tillstånd att utföra det protetiska arbetet. Detta krav fanns kvar ända fram till 1999, då både kirurgisk och protetisk behandling utan restriktioner kunde utföras av allmäntandläkare. I Norge ställer myndigheterna krav på specialistkompetens för att erhålla refusion från folketrygden. Motsvarande krav finns således icke längre i Sverige.

Indikationer för behandling med orala implantat

Efter många diskussioner om indikationerna för orala implantat sammankallade

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (Sverige) till en konferens om detta spörsmål i början av 2003. Vid mötet deltog de vetenskapliga råden i oral protetik och andra experter inom ämnesområdet. Mötet resulterade i en skriftlig rapport (3) om indikationer för behandling med orala implantat och refereras i korthet nedan:

Indikationer för implantat i helt tandlösa käkar

- Förbättra tuggfunktion och estetik hos individer som saknar tänder i den ena eller båda käkarna.
- Förbättra den sociala situationen för individer som bär avtagbara proteser i den ena eller bägge käkarna.

Indikationer för singelimplantat respektive delimplantat i restbett

- I fall då luckor i ett restbett behöver fyllas ut av funktionella och/eller estetiska skäl och stödtänder för en bro saknas helt eller delvis.
- När det föreligger behov att förlänga tandbågen av funktionella och/eller estetiska skäl och naturliga tänder saknas bakom restbettet.
- När en enstaka/mindre tandlucka behöver fyllas ut av estetiska skäl och angränsande tänder är intakta eller nästan intakta.

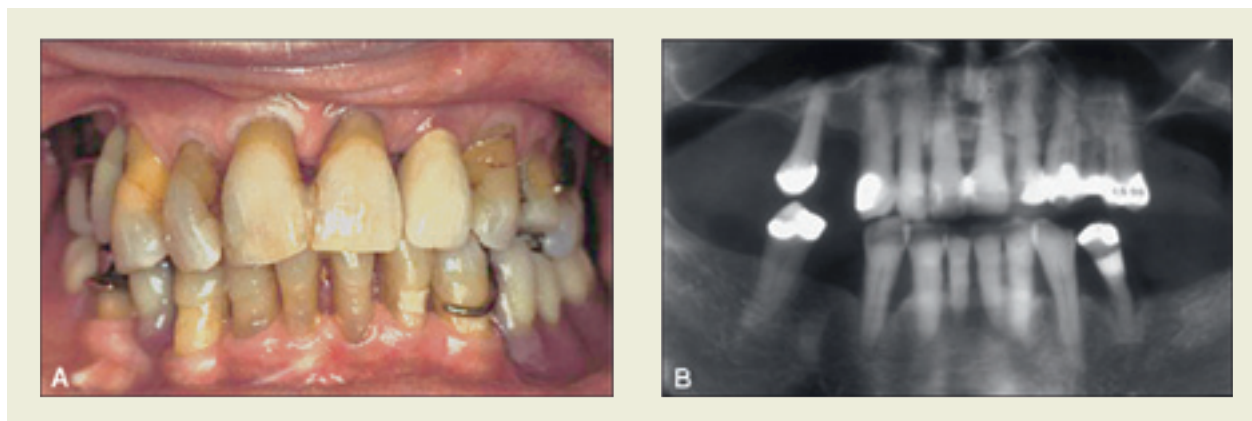


Fig. 1. Klinisk bild (A) och röntgenbild (B) av 73-årig patient der det planerades extraktion av samtliga tänder i över- och underkäke för att ersätta dem med implantat.



Fig. 2. Bilder fra en 92-årig kvinna med en tidigare helprotes i överkäken och en partiell protes med metallskelett i underkäken (A-C). Fem fixturer installeras i underkäken och seks i överkäken (D, E). Fullbroar framställs i över- och underkäke (F). (Foto: tandläkare Gert Oxby).

Dessa indikationer kan tjäna som vägledning inför behandling, men kan icke ses som allmängiltiga regler.

Extrahera tänder och ersätta dessa med implantat?

När reformen, så kallad 65+, genomfördes i Sverige för några år sedan uppstod en mycket speciell situation. I korthet innebär reformen, att för personer äldre än 65 år, ersätter den Allmänna Tandvårdsförsäkring huvudparten av all oralprotetisk behandling. Patienten betalar som mest 7 700 SEK med tillägg för eventuell materialkostnad. För övrig terapi såsom kariologisk, endodontisk och parodontologisk behandling betalar patienten normal taxa.

Konsekvensen av detta har blivit, att konventionell behandling av en fullt betandad individ, med diverse odontologiska problem, blir avsevärt mera kostsam för patienten jämfört med

totalextraktion och implantatretinerade broar i över- och underkäke. Vid den senare behandlingen blir tandläkarens intäkter per tidsenhet också betydligt högre jämfört med all annan behandling.

I Sverige har detta medfört konflikter på flera nivåer. En ekonomisk konflikt för staten och en etisk för tandläkaren. Reformen kostar enorma belopp för skattebetalarna, för 2004 ca fem gånger mer än av staten kalkylerad kostnad. De svenska myndigheterna har nu uppmärksammat detta och genomfört begränsningar i broarnas utsträckning; protetik bakom premolarer ersätts icke av försäkringen.

Effekten av denna reform har också blivit, att tandläkaren frestas att extrahera friska och intakta tänder med syfte att, positivt tolkat, minska kostnaderna för patienten och extrahera bort karies och parodontit. Detta sker många gånger på patientens begäran och/eller

tandläkarens påverkan av patienten. Men, är detta etiskt korrekt och har det sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet, faglig försvarlighet?

När tandläkaren önskar det

Några fall från den svenska verkligheten belyser detta etiska problem närmare. På en 73-årig patient planerades extraktion av samtliga tänder i över- och underkäke för att ersätta dem med implantat (Fig. 1. A-B). Indikationen uppgavs vara, att undvika framtida karies och parodontit och den behandlande tandläkaren avsåg att lösa patientens parodontala, kariologiska och endodontiska problem med totalextraktion och implantat. Rätt eller fel?

Diagnoser saknades helt. Detta behandlingsförslag godkändes icke och patienten behandlades slutligen med en krona på 22 och partialproteser i båda käkar. Han blev helt tillfreds med detta och är så fortsatt. Det mest skräm-

mande i detta fall är, och från etisk synpunkt mest klandervärda, att patienten ej var informerad om att en totalextraktion planerades eller vilka andra behandlingsalternativ som fanns tillgängliga.

I detta sammanhang är det viktigt att notera, att patienter med tidigare parodontal sjukdom är en riskgrupp och uppvisar sämre lyckandefrekvens efter behandling med implantat (4, 5).

När patienten önskar det

Finns det en övre åldersgräns för behandling med orala implantat? Egentligen inte, men skall vi tillåta att patienten styr vårt val av terapi i de fall vi anser, att funktion och estetik är fullgoda? Skall vi extrahera tänder på patientens begäran?

Nedanstående fall kan kanske leda till eftertanke. Patienten är en 92-årig kvinna med en tidigare helprotes i överkäken och en partiell protes med metallskelett i underkäken (Fig. 2. A–B). Båda proteserna är av gammalt datum och har fungerat i många år. I underkäkens front kvarstår 6 tänder som icke uppvisar parodontal eller annan sjukdom (Fig. 2. C). I överkäken kvarstår en molar.

Tänderna i underkäken extraheras och fem fixturer installeras i samband med detta (Fig. 2. D). Överkäken erhåller sex fixturer efter extraktion av molaren. Fullbroar framställs i över- och underkäke och i detta skede kan behandlingen uppfattas som framgångsrik (Fig. 2. E–F).

Tyvärr inträffar det, att efter kortare eller längre tid så uppstår i en del fall komplikationer och fixturer och brokonstruktioner går förlorade. Vi kan inte heller ge patienten en garanti att behandlingen lyckas till 100 procent (6). Om i ovanstående fall behandlingen av underkäken skulle misslyckas, så har patienten försatts i en mycket svår situation. Tandlöshet och efterföljande adaptation till en helprotes är mycket svår vid denna höga ålder, i synnerhet när det gäller underkäken.

Jag är därför personligen mycket tveksam till totalextraktion på äldre individer i de fall detta icke är helt nödvändigt av terapeutiska skäl.

När är det etiskt försvarbart att extrahera tänder för implantat?

Vi ställs dagligen inför många etiskt komplicerade situationer i vår kliniska

vardag. När en tand är bortom all räddning på grund av parodontit eller karies, och/eller det krävs extraordinära insatser för att rädda den, kan extraktion och implantat- eller annan protetisk behandling vara den bästa lösningen. Detta med syftet att uppnå god tuggfunktion och estetik. I enstaka fall kan det vara motiverat, att avlägsna en enstaka tand för att med detta uppnå ett gott behandlingsresultat med implantat i en totalrehabilitering. Därmed inte sagt, att tänder ohämmt skall extraheras. Behandlingen skall ske som följd av genomförd terapiplanering, indikationer och ställda diagnoser och implantatbehandlingen må icke ses som en solitär insats. Noggranna överväganden och ställningstaganden måste alltid föregå ett beslut om extraktion av tänder i samband med implantatbehandling. Extraktion motiveras ibland med argumentet, att ge plats för ett eller flera implantat, men hur bemöta den situation då implantatet icke integrerar? Detta är en problemställning som måste vara klargjord före behandlingens början.

Vid en totalextraktion och utebliven osseointegration kan förlusten av tänderna innebära en funktionell och social katastrof för patienten. Prognosen och risken för komplikationer i samband med implantatbehandling antyder, att denna behandlingsform inte kan anses ha alltför stora fördelar jämfört med tandburen protetik. Det kan vara värt att påpeka, att de goda lyckandefrekvenser och långtidsprognoser som finns redovisade i litteraturen i de flesta fall kan relateras till en behandling som är utförd av specialister på ett kontrollerat urval av patienter (2).

I diskussionen om etik, i samband med extraktion och ersättning med implantat, har framförts argumentet, att totalextraktion utan diagnoser också tidigare genomfördes för att undvika framtida kariologiska och andra orala problem. Detta betraktar jag som ett historiskt argument och irrelevant i sammanhanget. Vid den tiden, 30–40 år sedan och ännu längre tillbaka i tiden, blev ersättningen en helprotes och det var ofta bristen på närliggande tandvård, i framför allt de nordliga landsdelarna, som var orsaken till denna terapi och behandling.

Glöm inte, att i normalfallet har den egna, naturliga tanden en väldokumen-

terad och självupplevd god prognos som omfattar 50–60 år. Så långt har vi ännu inte kommit med uppföljning av implantatretinerad protetik.

Avslutningsvis

Behandling med orala implantat är en av de stora landvinningarna inom odontologin under de senaste decennierna, och ett utmärkt komplement inom oral protetik när andra metoder icke kan tillämpas, men:

Ett implantat skall ersätta en förlorad (tapt) tand. Det betyder, att en i stort felfri tand icke skall extraheras för att göra en implantatbehandling möjlig. Detta är en allmän regel och det finns självfallet undantag.

Det är du som måste fatta beslutet om varför implantatretinerad protetik i det enskilda fallet är ett bättre val än tandstödd eller avtagbar protetik.

Referanser

1. Brånemark P-I, Breine U, Adell R, Hansson BO, Lindström J, Ohlsson A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1969; 3: 81–100.
2. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Brånemark PI, Jemt T. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990; 5: 347–59.
3. Socialstyrelsen. Indikationer för dentala implantat. ISBN: 91-7201-810-0. Stockholm 2003. (<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1694/2003-110-13.htm>)
4. Hardt CR, Gröndahl K, Lekholm U, Wennström JL. Outcome of implant therapy in relation to experienced loss of periodontal bone support. *Clin Oral Impl Res* 2002; 13: 488–94.
5. Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Bragger U, Hammerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis; a 10 year prospective cohort study of ITI Dental Implant System. *Clin Oral Impl Res* 2003; 14: 329–37.
6. Esposito M. On biological failures of osseointegrated oral implants. (Doktoravhandling). Göteborg: Göteborgs universitet; 1999.

Adress: NIOM, postboks 70, N-1305 Haslum