



**UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
TIRANË**

PROGRAMI I STUDIMIT TË DOKTORATURËS

**PERI-IMPLANTITET, INCIDENCA, SHKAKTARËT
DHE EFIKASITETI I MJEKIMIT NË KOSOVË**

UDHËHEQËS SHKENCOR

PROF. DR. OSMAN SEJFIJA

KANDIDATI

FISNIK MEKAJ

TIRANË, 2016

PARATHËNIE

Ashtu siç ndodh në botë edhe në Kosovë ndërkohë që numri i njerzve që zgjedhin implantet dentare për zëvendësimin e dhëmbëve kundrejt mënyrës konvencionale është gjithnjë në rritje, është e pritshme që edhe numri i pacientëve me komplikime të implanteve të jetë në rritje. Si rrjedhojë rëndësia e trajtimit të sëmundjeve të tilla si peri-implantiti është shumë e madhe.

Faktorët e riskut dhe faktorët etiologjik për këtë sëmundje janë identifikuar në një numër të madh studimesh eksperimentale dhe studimesh klinike në vitet e fundit.

Fillimisht studiuesit ishin më të interesuar për incidentet mekanike që mund të shpien në humbje të implantit se sa tek shkaqet biologjike. Ditët e sotme ne jemi deshmitarë të kujdesit më të madh që po tregohet për shëndetin e indeve peri-implantare për të rritur jetëgjatësinë e implantit.

Ashtu si për sëmundjen parodontale, mukoziti peri-implantar dhe peri-implantiti njihen si sëmundje inflamatore me origjinë bakteriale që mund të shpien deri në humbje të kockës që mbeshjtjell implantin.

Duke qënë se përdorimi i implanteve në Kosovë është relativisht i ri, eksperianca për vendosjen si dhe menaxhimin e komplikimeve të implanteve është e vogël. Prandaj është shumë e rëndësishme të diagnostifikohet herët si dhe të aplikohet terapia e duhur.

Metodat e diagnostifikimit janë huazuar nga parodontologjia dhe janë përshtatur për karakteristikat e implanteve.

Për më tepër metoda të reja kirurgjikale dhe rigjenerative janë të disponueshme për trajtimin e peri-implantitit.

Zhvillimi i vazhdueshëm i teknikave të reja diagnostifikuese dhe terapeutike nëpër bote ka bërë të mundur parandalimin e përkeqësimit të sëmundjes në shumicën e rasteve dhe i jep pacientëve një prespektive më të sigurtë për ngjitjen e implantit me kockën. Menaxhimi i sukseshëm i peri-implantitit kërkon një njohje të mirë të faktorëve mjekësore dhe dentar të përfshirë në kompleksitetin e sëmundjes.

Për mjekët që dëshirojnë të evitojnë mukozitin peri-implantar dhe peri-implantitin, diagnoza e hershme me sondim dhe vlerësimi i shëndetit të indeve rreth implantit është thelbësor.

Diagnoza e hershme lejon ndërhyrjen efektive në ndalimin e sëmundjes. Nëse shenjat fillestare anashkalohen, mundësitë e trajtimit bëhen edhe më të komplikuar edhe më të paparashikueshme.

PËRMBAJTJA

<i>PARATHËNIE</i>	II
PËRMBAJTJA.....	III
LISTA E SHKURTESAVE.....	V
LISTA E FIGURAVE	VI
LISTA E DIAGRAMEVE.....	VIII
1. HYRJE	1
1.1. Histologjia	2
1.2. Patogjeneza.....	3
1.3. Diagnoza.....	4
1.3.1. Ekzaminimi klinik	4
1.3.2. Ekzaminimi radiologjik	7
1.3.3. Ekzaminimi laboratorik	10
1.4. Diagnoza diferenciale.....	11
1.5. Prezantimi klinik	11
1.6. Prevalenca	14
1.7. Faktorët e rrezikut	14
2. HIPOTEZA DHE QËLLIMI I PUNIMIT	16
3 MATERIALE DHE METODA	18
3.1 MATERIALE.....	18
3.2 METODA.....	19
4 REZULTATE	23
5 DISKUTIMI.....	54
6 KONKLUSIONE.....	60
7 REKOMANDIME	61

8 BIBLIOGRAFIA	62
9 MATERIALE SHOQËRUESE	69
8.1 Formulari për grumbullimin e të dhënave	69
8.2 Pamja e Programit për grumbullimin e të dhënave:	71
8.3 Formulari i miratimit të informuar për kirurgji parodontale	71

LISTA E SHKURTESAVE

ADN	= Acidi dezoksiribonukleirik
BOP	= Hemorragji gjatë sondimit (bleeding on probing)
CBCT	= Tomografi e kompjuterizuar (Cone Beam Computed Tomography)
CI 95%	= Intervali i konfidencës (besueshmërisë) 95%
Coeff.	= Koefiçenti
IDC	= Klasifikimi Internacional i Sëmundjeve (International Disease Classification)
KNS Rev 10	= Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve, Revizioni 10
OR	= Odds Ratio (raporti kryqëzues)
PI	= Peri-implantit
PPD	= Matja e thellësisë së xhepave peri-implantar me sondë (Probing Pocked Depth)
SD	= Devijimi standard (Standard Deviation)
SE	= Gabimi standard (Standard Error)

LISTA E FIGURAVE

Figura 1.1.1:Ilustrim i indeve të shëndosha rreth dhëmbit dhe implantit	2
Figura 1.1.2:Ilustrim i infiltrateve inflamatore rreth dhëmbit (te parodontiti) dhe implantiti. Infiltratet inflamatore rreth implantit, në dallim nga parodontiti, janë në kontakt me kockën.....	3
Figura 1.1.3:Ilustrim i qelizave inflamatore si përgjigje e organizmit në prani të bakterieve dhe komponenteve bakteriale	3
Figura 1.3.1.1:Vlerësimi i mukozës peri-implantare. Prania e skuqjes dhe edemës (Peri-implantit).....	5
Figura 1.3.1.2:Hemorragjia nga xhepi rreth implantit	6
Figura 1.3.1.3: Matja e thellësisë së xhepit me sondë titani	6
Figura 1.3.1.4:Matja e thellësisë së xhepit me sondë titani	6
Figura 1.3.2.1:Ilustrim i pesë defekteve morfologjike themelore të kockës rreth një implanti me peri-implantit:A) defekt i katër mureve; B) defekti i tre mureve; C) defet i dy mureve; D) defect me nje mur; E) dehishencë	8
Figura 1.3.2.2:Ekzaminimi radiografik. Peri-implantit në dhembët 36, 47.....	9
Figura 1.3.2.3:Ekzaminimi radiografik. Pamje me CBCT	9
Figura 1.3.2.4:Ekzaminimi radiografik. Pamje me CBCT	9
Figura 1.3.2.5:Ekzaminimi radiografik. Pamje me CBCT	10
Figura 1.3.3.1:Ekzaminimi mikrobiologjik. Kampionët për analiza mikrobiologjike të marra me “paper points”	10
Figura 1.5.1: Prezantimi klinik. Resorbimi i kockes tek peri-implantiti - 4 mure	12
Figura 1.5.2:Prezantimi radiografik. Resorbimi i kockes tek peri-implantiti- 4 mure	12
Figura 1.5.3: Prezantim radiografik	13
Figura 1.5.4: Prezantim radiografik	13
Figura 3.2.1:Kampionët për analiza mikrobiologjike të marra me kone letre (paper points)	20
Figura 3.2.2:Kampionët për analiza mikrobiologjike të marra me kone letre (paper points)	20
Figura 3.2.3:Kampionët për analiza mikrobiologjike	20
Figura 3.2.4:Kampionët për analiza mikrobiologjike	21
Figura 3.2.5:Kampionët për analiza mikrobiologjike	21
Figura 3.2.6:Analiza mikrobiologjike e kulturave të kampionëve dhe antibiogrami, të kryera në Laboratorin Mikrobiologjik “Mikrobiologjia”, në Prishtinë	21
Figura 4.3 A) B):Vendosja e membranës resorbitive Bio Guide	42
Figura 4.4:Pas hapjes se lembos, kyretimit, dezinfektimit	42
Figura 4.5: Vendosja e kockes artificiale, Easy graft	43
Figura 4.6: Suturimi	43
Figura 4.7: Gjendja 3 muaj pas trajtimit	43

LISTA E TABELAVE

Tabela 1.4.1 Ndryshimet ndërmjetmukozitit peri-implantardhe peri-implantitit	11
Tabela1.7.1 Faktorët e rrezikut për peri-implantit, në dallim nga parodontiti	15
Tabela 4.1: Karakteristikat demografike të pacientëve të përfshirë në studim (n=230).....	23
Tabela 4.2: Mosha mesatare e pacientëve të përfshirë në studim sipas seksit	25
Tabela 4.3: Karakteristikat demografike të pacientëve me peri-implantit (n=140).....	25
Tabela 4.4: Mosha mesatare e pacientëve me peri-implantit sipas seksit	27
Tabela 4.5: Faktorët e përgjithshëm të rrezikut për peri-implantit	27
Tabela 4.6 Faktorët lokalë të rrezikut për peri-implantit	30
Tabela 4.7: Incidenca e peri-implantitit në nivelin e pacientëve dhe në nivelin e implanteve të vendosur	36
Tabela 4.8: Incidenca e peri-implantitit sipas numrit të implanteve të vendosura te pacientët.....	37
Tabela 4.9: Incidenca e peri-implantitit sipas sistemit të implanteve.....	38
Tabela 4.10: Incidenca e peri-implantitit sipas kohëzgjatjes së funksionit të implanteve.....	39
Tabela 4.11: Incidenca e peri-implantitit sipas karakteristikave të vendosjes së implanteve.....	41
Tabela 4.12: Incidenca e peri-implantitit sipas faktorëve të rrezikut	44
Tabela 4.13: Incidenca e peri-implantitit sipas agjentëve mikrobiologjikë....	50
Tabela 4.14: Analiza logjike e regresionit. Shkalla e rrezikut për paraqitjen e peri-implantitit sipas faktorëve të rrezikut	51
Tabela 4.15: Analiza logjike e regresionit. Modeli për parashikimin e ndikimit të variablave në suksesin e trajtimit të peri-implantitit.....	53
Tabela 5.1: Rezultatet e autorëve të tjerë përkitazi me prevalencën e peri-implantitit, si në nivelin e pacientëve, ashtu edhe në nivelin e implanteve të aplikuara.....	55

LISTA E DIAGRAMEVE

Diagrami 4.1: Pacientët e përfshirë në studim sipas seksit.....	23
Diagrami 4.2: Pacientët e përfshirë në studim sipas grup-moshave.....	24
Diagrami 4.3: Moshë mesatare e pacientëve të përfshirë në studim sipas seksit	24
Diagrami 4.4: Struktura e pacientëve me peri-implantit sipas seksit	25
Diagrami 4.5: Struktura e pacientëve me peri-implantit sipas grup-moshave.....	26
Diagrami 4.6: Moshë mesatare e pacientëve me peri-implantit sipas seksit ..	26
Diagrami 4.7: Struktura e pirjes së duhanit: A) pacientët e përfshirë në studim (n=230); B) pacientët me peri-implantit (n=140)	28
Diagrami 4.8 Struktura e pacientëve sipas sëmundjeve të tjera kronike: A) për pacientët e përfshirë në studim (n=230); B) për pacientët me peri-implantit (n=140).....	29
Diagrami 4.9: Përqindja e pacientëve sipas arsyes së humbjes së dhëmbëve	31
Diagrami 4.10: Përqindja e pacientëve sipas mbajtjes së higjienës orale	31
Diagrami 4.11: Përqindja e pacientëve sipas thellësisë së xhepave parodontal	32
Diagrami 4.12 Përqindja e pacientëve sipas biotipit të gingivës	33
Diagrami 4.13 Përqindja e pacientëve sipas vizitave sistematike të rregullta	33
Diagrami 4.14 Përqindja e pacientëve sipas mbingarkesës së suprastrukturës së vendosur në implante.....	34
Diagrami 4.15 Struktura e pacientëve sipas suprastrukturës së vendosur në implante.....	35
Diagrami 4.16 Përqindja e pacientëve sipas lejjimit të higjenes në protezën mbi implantet	35
Diagrami 4.17: Incidenca e peri-implantitit në nivel të pacientëve dhe në nivel të implanteve të vendosur	36
Diagrami 4.18: Incidenca e peri-implantitit sipas numrit total të implanteve të pacientët	38
Diagrami 4.19: Incidenca e peri-implantitit sipas sistemit të implanteve.....	39
Diagrami 4.20: Incidenca e peri-implantitit sipas kohëzgjatjes së funksionit të implanteve (vjet)	40
Diagrami 4.21: Struktura e përdorimit të augmentimit me kockë artificiale apo autogjene, përdorimit të çarjes së kockës, ngritje sinusi apo kondensimin e kockës gjatë vendosjes së implanteve dhe struktura e dehishencës së plagës .	41
Diagrami 4.22: Incidenca e peri-implantitit sipas abuzimit të substancave nga pacienti të tilla si: alkooli apo duhani	45
Diagrami 4.23: Incidenca e peri-implantitit sipas pranisë së sëmundjeve kronike të pacientët	46
Diagrami 4.24: Incidenca e peri-implantitit sipas shkakut të humbjes së dhëmbëve	46
Diagrami 4.25: Incidenca e peri-implantitit sipas nivelit të higjienës orale të pacientëve	47
Diagrami 4.26: Incidenca e peri-implantitit sipas gjendjes së shëndetit parodontal aktual të pacientëve.....	47
Diagrami 4.28: Incidenca e peri-implantitit sipas suprastrukturës së vendosur	48
Diagrami 4.29: Incidenca e peri-implantitit kur suprastrukturës e ka lejuar ose jo pastrimin e implanteve.....	49

Diagrami 4.30: Incidenca e peri-implantitit sipas biotipit të gingivës së pacientëve	49
Diagrami 4.31: Incidenca e peri-implantitit sipas vizitave sistematike.....	50
Diagrami 4.32: Analiza logjike e regresionit. Shkalla e rrezikut për paraqitjen e peri-implantitit sipas faktorëve të rrezikut	52
Diagrami 4.33: Analiza logjike e regresionit. Modeli për parashikimin e ndikimit të variablave në suksesin e trajtimit të peri-implantitit.	53

1. HYRJE

Implantet dentare janë paisje metalike artificiale, zakonisht të ndërtuara nga titani të cilat vendosen në kockë, në mënyrë që të zëvendësojnë një ose më shumë dhëmbë që mungojnë.

Konceptet e para të osteointegrimit u përmendën nga Branemark, të cilat çuan në zhvillimin e implanteve intrakockore, që ishin një hap i madh në implantologjinë stomatologjike (1). Sipas Branemarkut osteointegrimi i referohet ndryshimeve të drejtpërdrejta strukturale dhe funksionale të kockës ndaj kontaktit me implantin (2). Për të arritur osteointegrimin, në radhë të parë, nevojitet stabiliteti parësor (primar), që arrihet me lidhjen e krijuar ndërmjet kockës së mineralizuar të pacientit dhe sipërfaqes së implantit. Osteointegrimi i suksesshëm në vetvete përmbledh një sërë procesesh biologjike, duke përfshirë nekrozën dhe absorbimin e kockës së traumatizuar, të shoqëruar me formimin e kockës së re (3).

Në Konferencën e 1 Evropiane të Parodontologjisë, në vitin 1993 (4), peri-implantiti është përkufizuar si një reaksion inflamator shkatërrues i pakthyeshëm rreth implanteve në funksion, pas arritjes së osteointegrimit. Në Konferencën e 6 Evropiane të Parodontologjisë, në vitin 2008, paraqitet përkufizimi i modifikuar për sëmundjen peri-implantare, duke klasifikuar mukozitin peri-implantar dhe peri-implantitin. Për peri-implantitin principet kanë mbetur të njëjta, sepse karakterizohet me humbjen progresive të mbështetjes kockore dhe me thellimin e xhepave rreth implanteve(5).

Sipas raportit më të ri peri-implantiti është një inflamacion i indeve rreth implanteve i induktuar nga bakteret, duke çuar në shkatërim të pakthyeshëm të kockës (6).

Shumica e autorëve përshkruajnë humbjen e kockës në vlerat 1 deri 1.5mm gjatë periudhës së homeostazës së indeve, si rezultat i procesit të rimodelimit dhe i pranojnë si normale këto vlera (4, 7, 8, 9, 10).

Megjithatë në literaturë egzistojnë kritere shumë heterogjene për përcaktimin e sëmundjes. Disa bazohen në kriteret klinike (11, 12, 13), disa në kriteret radiologjike (14, 15), disa në kombinimin e kriterëve radiologjike me hemorragjinë gjatë sondimit (BoP) (16, 17), kurse të tjerët në kombinimin e hemorragjisë gjatë sondimit, thellësisë e xhepave dhe humbjes marginale të kockës, të detektuar me radiografi (18-27).

Gjatë njëzetë viteve të fundit implantet dentare janë bërë alternativa më e shpeshtë e terapisë konvencionale të protezave të lëvizshme dhe fikse. Shkalla shumë e lartë e jetëgjatësisë së implanteve, e raportuar në 10 vitet e fundit, në shumë studime, gjatë perjudhës follow-up,ka bërë që përdorimi i implanteve të pranohet si përdorim i gjerë.

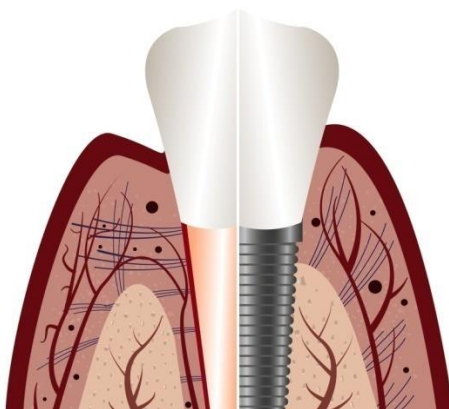
Në hulumtimet e para autorët janë fokusuar kryesisht në analizën e shkallës së pranimit fizik të implanteve. Në hulumtimet e mëvonshme ka qenë me interes analiza e ndikimit të gjëndjes së indeve peri-implantare në mbijetesën e implanteve.

Te sëmundjet parodontale, mukositi peri-implantar dhe peri-implantiti, si sëmundje inflamatore me origjinë infektive çojnë deri te humbja e mbështetjes kockore të implantit. Prandaj sot mbajtja nën kontroll i kësaj gjendjeje është esenciale për të gjithë klinikistët që dëshirojnë të arrijnë rezultate positive afatgjata me implante.

1.1. Histologjia

Mukoza peri-implantare është epitel oral i mirë keratinizuar. Fijet kolagjene janë paralele me sipërfaqen e implantit, me fillim nga zgjatimi intraalveolar i kockës (28).

Figura 1.1.1: Ilustrim i indeve të shëndosha rreth dhëmbit dhe implantit



Mukoza rreth implantit vazhdon me një barrierë të hollë epiteliale të pa keratinizuar, e ngjashme me epitelin ngjitës që vesh sipërfaqen e dhëmbit. Indet e buta te dhëmbët, sikurse edhe te implantet, përfaqësojnë një barrierë të epelit ngjitës të gjatë rreth 2 mm në drejtimin apiko-kortical dhe një zonë të indit lidhor suprakrestal të bashkangjitur >1 mm, që e ndan shtresën epiteliale nga kreshta kockore (29).

Reaksionet e indeve të buta dhe e indeve të forta, si pasojë e proceseve mikrobiale rreth dhëmbëve dhe implanteve janë të ngjashme në shumë aspekte.

Në modelet eksperimentale lezionet janë të lokalizuara në pjesën marginale të indit të butë, ndërmjet epelit oral të keratinizuar dhe epelit ngjitës (30).

Infiltratet inflamatore përmbajnë qeliza si: limfocite, makrofagë dhe shumë polimorfonuklearë. Infiltratet inflamatore te peri-implantiti janë në kontakt të drejtpërdrejtë me kockën e alveolare dhe shtrihen në sipërfaqe të ngushtë, që e dallon

nga lezionet parodontale, ku infiltratet inflamatorë janë të ndara nga kocka me 1 mm indit lidhor të inflamuar (31).

Figura 1.1.2: Ilustrim i infiltrateve inflamatorë rreth dhëmbit (te parodontiti) dhe implantit. Infiltratet inflamatorë rreth implantit, në dallim nga parodontiti, janë në kontakt me kockën.

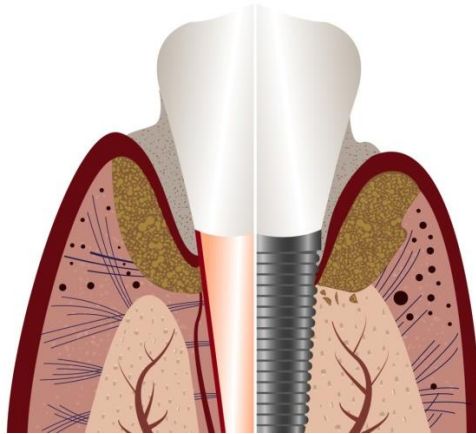
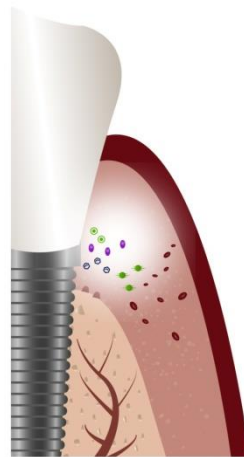


Figura 1.1.3: Ilustrim i qelizave inflamatorë si përgjigje e organizmit në prani të bakterieve dhe komponenteve bakteriale



1.2. Patogjeneza

Pas aplikimit të implanteve dentare, në periudhë të shkurtër kohore, glikoproteinat nga pështyma aderohet në sipërfaqen e ekspozuar të titanit, shtresë e cila kolonizohet me mikroorganizma oralë. Këta mikroorganizma janë esenciale për zhvillimin e infeksioneve rreth implanteve dentare (32-35).

Mikroorganizmat subgingival zakonisht dominohen nga: *Peptostreptococcus micros*, *Fusobacterium nucleatum* dhe *Prevotella intermedia* (33). Mikroorganizmat

patogjenë më të shpeshtë parodontalë janë të përfaqësuar nga: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia* dhe *Treponema denticola* të cilët janë gjetur edhe te peri-implantiti (36). Ka studime që kanë gjetur edhe *Staphylococcus aureus* dhe *enterococce*(37, 38). Kjo tregon se dhëmbi me parodont të infektuar mund të shërbejë si rezervuar për mikroorganizmat patogjenë (39, 40).

Mukoziti në mënyrë të ngjashme me gingivitin, paraqet inflamacionin e indit të butë që e rrethon implantin dentar, pa shenja të humbjes së mbështetjes kockore. Peri-implantiti, në mënyrë të ngjashme me parodontitin, është një sëmundje infektive, që karakterizohet me leziona inflamatore në mukozë dhe humbje të kockës rreth implantit dentar (5).

Sipas disa autorëve humbja marginale e kockës rreth qafës së implanteve duhet të konsiderohet si fenomen i rimodelimit. Prandaj shpesh humbja e vazhdueshme e kockës është konsideruar më shumë si proces i normal i rimodelimit sesa si proces patologjik (9). Studimet epidemiologjike kanë treguar për humbjen e ngadalshme të vazhdueshme të kockës rreth dhëmbit mesatarisht me 0.1mm në vit (41). Një humbje e ngjashme ose edhe më e madhe e kockës rreth implanteve dentare konsiderohet si krejtësisht normale (9).

1.3. Diagnoza

Për të vlerësuar gjendjen klinike të indeve përreth implanteve mund të përdoren metodat e njëjta diagnostikuese konvencionale që përdoren në parodontologji. Këto metoda diagnostikuese përfshijnë:

- ekzaminimin klinik
- ekzaminimin radiologjik
- ekzaminimin laboratorik

1.3.1. Ekzaminimi klinik

Ekzaminimi klinik zakonisht fokusohet në vlerësimin e mukozës peri-implantare. Me observim detektohet prania e edemës, hiperplazia ose reçesioni. Reçesioni që zhvillohet gjatë 6 muajve të parë mund të jetë rezultat i rimodelimit fiziologjik të indeve të buta dhe mund të mos ndikojë në rezultatet përfundimtare afatgjata (42).

Figura 1.3.1.1: Vlerësimi i mukozës peri-implantare. Prania e skuqjes dhe edemës (Peri-implantit)



Prania e qelbit tregon për praninë e infeksionit dhe peri-implantitit, me leziona aktive në thellësi (43). Shfrytëzimi i provës parodontale mundëson vlerësimin e statusit klinik, thellësinë e xhepave peri-implantarë, si dhe shkallën e kreshtës margjinale të mukozës. Gjatë ekzaminimit shënohet a ka pasur hemorragji ose supuracion. Për ekzaminim mund të përdoren sondat metalike normale për diagnostikimin e thellësisë së xhepave rreth dhëmbit, por janë prodhuar edhe sonda speciale titani për vlerësimin e xhepave rreth implantit. Gjithashtu për të parandaluar dëmtimet e sipërfaqes së implantit janë prodhuar edhe sonda të buta plastike për vlerësimin e thellësisë rreth implantit. Gjatë sondimit manipulimi me forcë të lehtë nuk shkaton dëmtime të qëndrueshme të indeve të buta rreth implanteve (44, 45, 46). Ekzaminimi me sondë duhet të bëhet sa më parë pas ngjitjes së komponenteve supragingivale, e cila është e nevojshme për vlerësimin e progredimit të sëmundjes. Rritja e thellësisë së depërtimit të sondës me kohë shoqërohet me absorbim të kockës (46).

Hemorragjia gjatë vlerësimit me sondë është parametër thelbësor për diagnostikimin e indit të sëmurë dhe të shëndoshë rreth implanteve. Hemorragjia gjatë vlerësimit me sondë tregon për praninë e inflamacionit në mukozën rreth implantit (peri-implantit), që mund të përdoret edhe si tregues për përkeqësimin e sëmundjes (46).

Figura 1.3.1.2:Hemorragjia nga xhepi rreth implantit



Figura 1.3.1.3: Matja e thellësisë së xhepit me sondë titani



Figura 1.3.1.4:Matja e thellësisë së xhepit me sondë titani



1.3.2. Ekzaminimi radiologjik

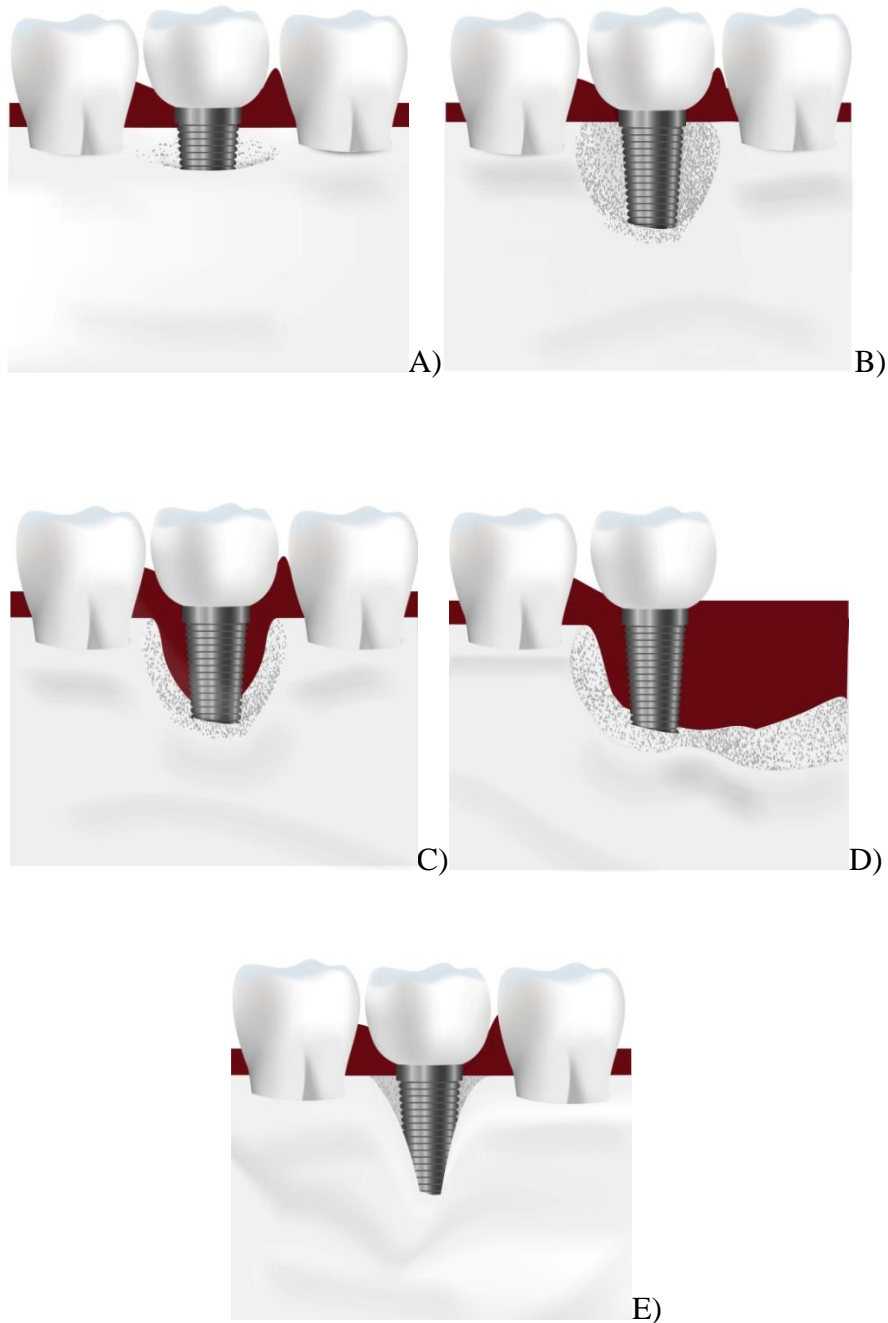
Ekzaminimi radiologjik përdoret për të diagnostikuar ndryshimet në kockën rreth implanteve. Mungesa e osteointegrimit në radiografi tregohet me një sipërfaqe radiolucente rreth implantit. Ekzaminimi konvencional radiografik nuk është i mjaftueshëm për të zbuluar humbjen e kockës, sidomos kur defekti kockor dhe/ose dehishenca është e lokalizuar në sipërfaqen bucale ose linguale të implanteve. Kjo mund të detektohet vetëm në mënyrë kirurgjike dhe me CTCB (46).

Defektet kockore që paraqitet si rrjedhje e peri-implantit mund të klasifikohen si:

1. Defekte cirkumferenciale të ngjashme me kraterin (defekte të katër mureve)
2. Defekte të tre-mureve
3. Defekte të dy-mureve
4. Defekte me një mur
5. Defekte të dehishencës.

Defektet e katër mureve karakterizohen me resorbim të kockës në cirkumferencë 360° rreth implantit. Nëse gjerësia e procesit alveolar është e kufizuar dhe mungon muri kockor bukal ose lingual, defekti përkufizohet si defekt i tre-mureve, që përfshin cirkumferencën prej 270° rreth implantit. Nëse egzistojnë vetëm dy nga katër muret e alveolës defekti karakterizohet si defekt i dy-mureve. Më shpesh mungon muri bukal dhe lingual. Te prania e implantit distal nga dhëmbi, muri kockor mund të mbetet në pjesën distal të dhëmbit, që rezulton me defekt me një-mur. Nëse implanti ka lëvizshmëri (mobilitet) kjo tregon për mungesën e plotë të osteointegrimit, prandaj këto implante duhet të hiqen (46).

Figura 1.3.2.1: Ilustrim i pesë defekteve morfologjike themelore të kockës rreth një implanti me peri-implantit: A) defekt i katër mureve; B) defekti i tre mureve; C) defekt i dy mureve; D) defekt me një mur; E) dehishencë



Resorbimi i kockës sipas radiografi mbi 2 mm krahasuar me vlerën fillestare në kombinim me hemorragjinë dhe/ose qelbin gjatë vlerësimit me sondë çojnë deri te vendosja e diagnozës së peri-implantitit (47).

Figura 1.3.2.2:Ekzaminimi radiografik. Peri-implantit në dhembët 36, 47



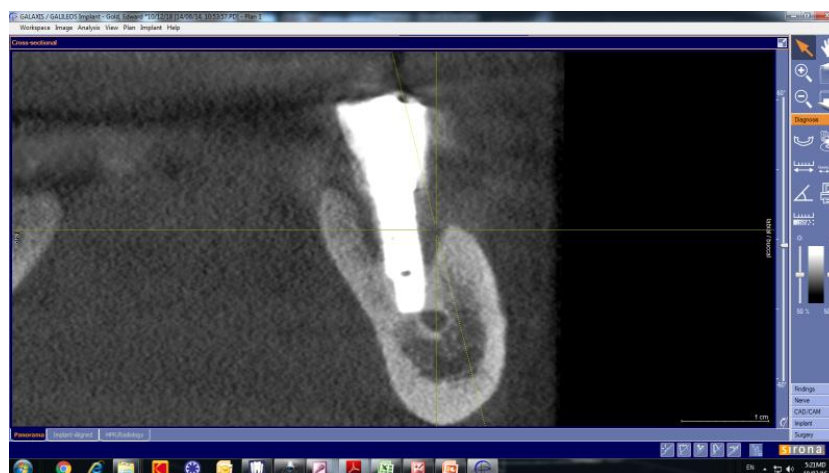
Figura 1.3.2.3:Ekzaminimi radiografik. Pamje me CBCT



Figura 1.3.2.4:Ekzaminimi radiografik. Pamje me CBCT



Figura 1.3.2.5:Ekzaminimi radiografik. Pamje me CBCT



1.3.3. Ekzaminimi laboratorik

Kampionët mikrobiologjikë nga peri-implanti mund të shërbejnë si metodë plotësuese të ekzaminimit klinik. Kulturat bakteriale dhe teknikat e analizës së ADN-së përdoren për të identifikuar florën subgingivale. Kampionët analizohen në laboratorë speciale për këtë analizë (45). Prania e mikroorganizmave është thelbësore për zhvillimin e infeksioneve rreth implantit, e cila zakonisht ndodh brenda pak javësh pas vendosjes së implanteve të titanit në kavitetin oral (48). Janë kryer edhe hulumtime të cilat dëshmojnë lidhjen ndërmjet lezioneve peri-implantare dhe patogjenëve specifikë. Në aspekti klinik është e rëndësishme që implantet të vendosen në ambient oral të shëndetshëm. Çfardo sëmundje parodontale duhet të trajtohet deri në rigjenerim të plotë, për të reduktuar rrezikun për përhapjen e mikroorganizmave patogjenë nga lezionet parodontale në vendet e implantimit (48).

Figura 1.3.3.1:Ekzaminimi mikrobiologjik. Kampionët për analiza mikrobiologjike të marra me “paper points”



1.4. Diagnoza diferenciale

Në diagnozën diferenciale duhet pasur në konsideratë dallimi ndërmjet incidenteve biomekanike nga infeksioneve. Incidentet biomekanike si fraktura e implantit ose e komponentëve të tij mund të çojnë në dështimin e osteointegrimit. Diagnoza diferenciale në paraqitjen radiografike ndërmjet frakturës së implantit dhe peri-implantitit nuk është e qartë, por diagnoza mund të konfirmohet pas largimit të suprastrukturës. Paraqitja e humbjes së oseointegrimit për shkak të traumës okluzale shpjegohet me praninë e mikrofrakturave në pjesën kockë-implant. Humbja e osteointegrimit në aspektin klinik shfaqet me munges stabiliteti të implantit ose me lëvizje të implantit. Ky fenomen, i cili është i pakthyeshem, mund të jetë asimptomatik për pacientin sidomos kur janë prezente punime protetike të mbështetura në implante. Mungesa e osteointegrimit çon deri në fibrozë progresive në ambientin kockë-implant.

Prandaj, diagnoza diferenciale ndërmjet humbjes së osteointegrimit dhe peri-implantitit terminal nuk është gjithmonë e qartë. Në raste të tilla ekzaminimet radiologjike janë ato që konfirmojnë diagnozën.

Në rastin e peri-implantitit me intensitetit të lartë, që shpesh është në stad shumë të avancuar, humbja e mbështetjes kockore mund të shkaktojë mobilitetin (levizjen) e suprastrukturës, që rezulton me resorbimin e kockës në pjesën e mbetur të implantit të osteointegruar. Në stadet e avacuara të peri-implantit, forcat okluzale mund të veprojnë si faktor komplikues. Megjithatë, peri-implantiti nuk ka filluar nga forcat statike (49).

Tabela 1.4.1 Ndryshimet ndërmjet mukozitit peri-implantar dhe peri-implantitit

Parametri klinik	Mukoziti Peri-implantar	Peri-implantiti
BOP	+	+
Rritje thellësisë së xhepave (PPD)	+/-	+
Supuracion (qelbëzim)	+/-	+
Mobiliteti	-	+/-
Humbja e kockës e diagnostikuar radiologjikisht	-	+

1.5. Prezantimi klinik

Peri-implantiti paraqet infeksion akut me shkatërrim të kockës, që shoqërohet me hemorragji gjatë ekzaminimit me sondë, me supuracion dhe dhimbje intensive.

Megjithatë, shkatërrimi i kockës rreth implantit mund të jetë edhe asimptomatik, dhe në shumicën e rasteve peri-implantiti paraqitet si proces kronik me shkallë të ndryshme të resorbimit së kockës gjatë viteve. Infeksioni rreth implantit mund të jetë në formë agresive, me destruksion të lartë kockor, në dallim prej formave kronike, me progresion të ngadalshëm (50).

Figura 1.5.1: Prezantimi klinik. Resorbimi i kockes tek peri-implantiti - 4 mure

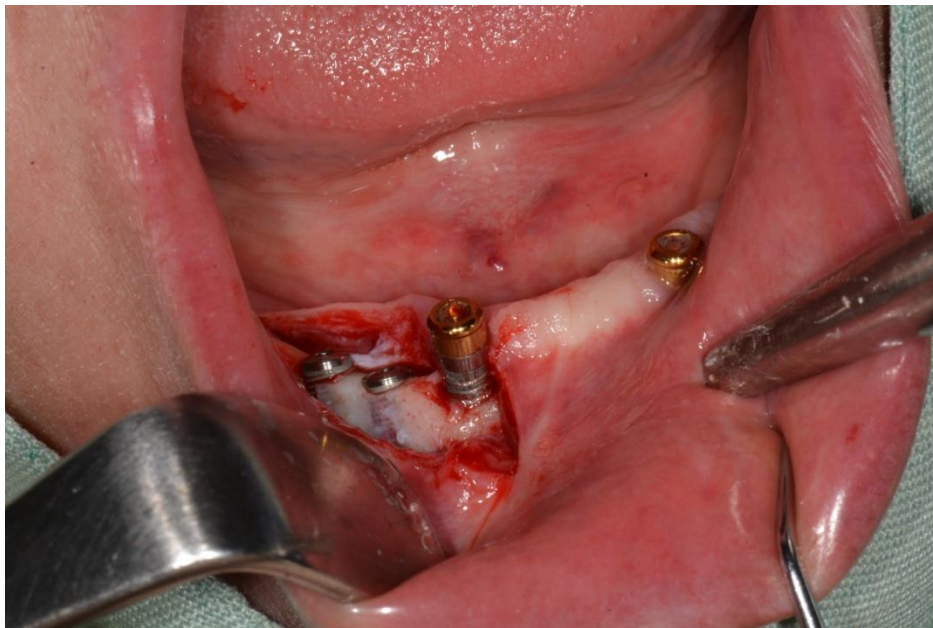


Figura 1.5.2:Prezantimi radiografik. Resorbimi i kockes tek peri-implantiti- 4 mure

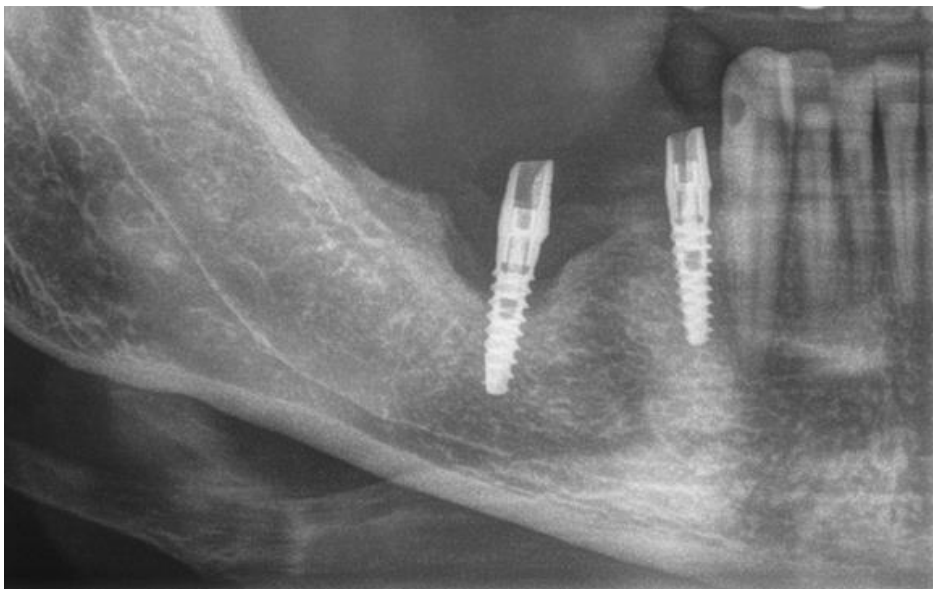


Figura 1.5.3: Prezantim radiografik

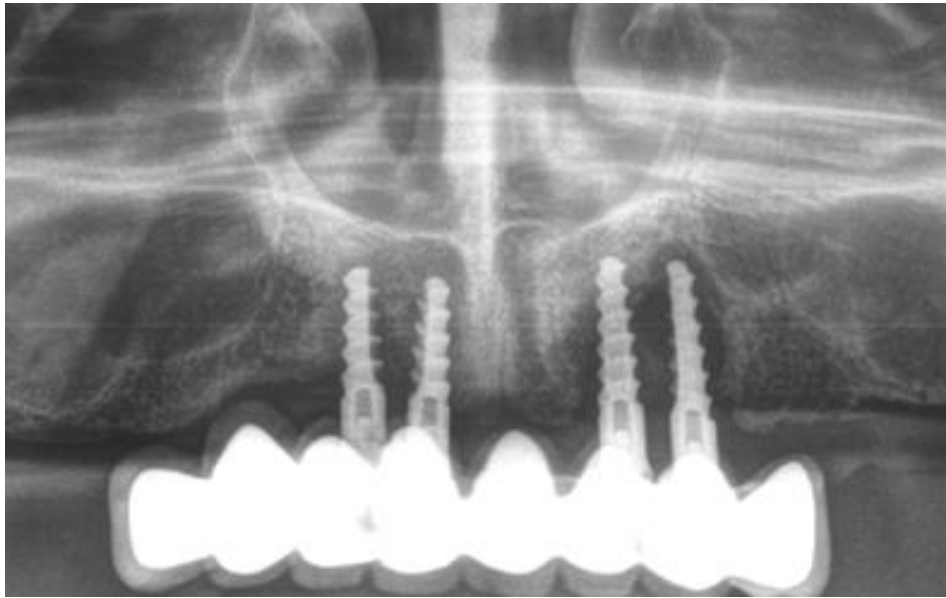


Figura 1.5.4: Prezantim radiografik



1.6. Prevalenca

Në meta analizën e studimeve prospective me periudhën follow-up ≥ 5 vjet autorët raportojnë shkallë relativisht të vogël të peri-implantiteve prej 6% te pacientët me proteza parciale fikse (51).

Sipas Berglundh me bashkp. (51) prevalenca e peri-implantitit në 7 studimet për grupin e pacientëve me proteza, është 0.66%, në 6 studime për grupin ku implantet mbajnë protezat totale prevalenca është 0.71%, në 5 studime për grupin ku implantet mbajnë protezat parciale prevalence është 6.47%, kurse në 8 studime për implantet që zëvendësojnë dhëmbëve individualë prevalenca është 0.31% (51).

Disa studime longitudinale që kanë analizuar humbjen e kockës afër implanteve tregojnë prevalencë më të madhe të peri-implantitit nga 11% deri në 28% (51, 52, 53, 54).

Prevalenca e peri-implantitit raportohet në rangun prej 28% deri në 56% të pacientëve (55). Koldslan me bashkp. (56) kanë raportuar një variancë të prevalencës së peri-implantitit prej 11.3% deri në 47.1% të rasteve, varësisht nga percaktimi i pragut radiologjik në 3 mm ose vetëm i detektueshëm. Në vështrimin sistematik më të ri (57) prevalenca e peri-implantitit raportohet të jetë në 10% të implanteve dhe 20% të pacientëve gjatë 5-10 vjetëve të funksionit të implanteve.

1.7. Faktorët e rrezikut

Peri-implantiti, sikurse parodontiti, ka etiologji multifaktoriale, me predispozitë më të madhe të disa individë krahasuar me individët tjerë. Ndjeshmëria specifike individuale mund të rrisë rrezikun për peri-implantit dhe humbje të implantit. Kushtet që shoqërohen me zhvillimin e sëmundjes konsiderohen si faktorë rreziku.

Faktorët e rrezikut për paraqitjen e peri-implantitit mund të jenë lokalë dhe të përgjithshëm. Faktorët lokalë të rrezikut ndikojnë në përbërjen bakteriale dhe mbjelljen e bakterieve në vendet e implantit, kurse faktorët e përgjithshëm ndikojnë në ndjeshmërinë e pacientëve nga infeksioni.

Si faktor lokal zakonisht konsiderohen: higjiena orale, trupat e huaj, shëndeti parodontal, gjendja e indeve të buta, thellësia e xhepave peri-implantarë, ashpërsia e pjesës transmucosale, lidhja e implantit me protezën.

Si faktorë të përgjithshëm të rrezikut për peri-implantit konsiderohen: historia positive për parodontite, faktorët gjenetikë, diabeti, faktorët ambiental (duhanpirja, stresi, përdorimi i alkoolit).

Suprastrukturat protetike duhet të projektohen në mënyrë që pacientit t'i mundësojnë mbajtjen e mirë të higjienës orale. Pacientët duhet të informohen për rëndësinë e higjienës së mirë orale për prognozën e mirë afat-gjatë(58).

Pacientët me histori positive për sëmundje parodontale si dhe humbje të dhëmbëve për shkak të sëmundjes parodontale kanë rrezik më të madh për peri-implantit. Cilado sëmundje parodontale duhet të mjekohet para terapisë me implante (59-63).

Duhanpirësit konsiderohen si pacientë me rrezik për sëmundjet peri-implantare dhe humbjen e implantit. Prandaj atyre u duhet këshilluar programi për lënien e duhanit për të zvogëluar rrezikun për peri-implantit. Duhanpirësit duhet të monitorohen më shpesh për të diagnostikuar ndryshimet në indet përreth implantit (43, 64).

Tabela1.7.1 Faktorët e rrezikut për peri-implantit, në dallim nga parodontiti

Faktorët e rrezikut	Periodontit	Peri-implantit
Historia e parodontitit	+	+
Higjiena e dobët orale	+	+
Mikroorganizmat	+	+
Duhanpirja	+	+
Diabeti melit	+	+
Tiparet gjenetike	(+)	(+)
Konsumimi i alkoolit	(+)	(+)
Mungesa e indit të keratinizuar	(+)	(+)
Pozicioni në hark	-	+
Modeli i implantit	-	(+)
Sipërfaqja e implantit	-	(+)
Cementi residual	-	+

- : korrelacion negative
 (+) : korrelacion i dobët
 + : korrelacion i fortë

2. HIPOTEZA DHE QËLLIMI I PUNIMIT

Si qëllim të punimit kemi pasur të studiojmë peri-implantitin, incidencën dhe efikasitetin e mjekimit të tij në Kosovë.

Objektivat

- Analizojmë incidencën e peri-implantitit te pacientët e trajtuar në klinikën tonë.
- Analizojmë karakteristikat demografike dhe klinike të pacientëve me peri-implantit.
- Vlerësojmë ndikimin e faktorëve të rrezikut për paraqitjen e peri-implantiti te pacientët tanë.
- Vlerësojmë ndikimit të sistemit të implanteve të përdorur dhe suprastrukturave të vendosura, sipas materialit të punimit dhe dizajnit së tyre.
- Analizojmë strukturën e rasteve me peri-implantit sipas shkaktarëve mikrobiologjikë të gjetur në ekzaminimet mikrobiologjike.
- Analizojmë efikasitetin e trajtimit të pacientëve me peri-implantit.

Për vërtetimin e objektivave të studimit kemi përcaktuar pesë hipotezat alternative dhe hipotezat zero të studimit, të cilat i kemi formuluar në këtë formë:

- Hipoteza 1: Faktor të përgjithshëm rreziku për paraqitje të peri-implantitit janë pirja e duhanit, abuzimi i alkoolit dhe prania e sëmundjeve të tjera shoqëruese.
Ho: Pirja e duhanit, abuzimi i alkoolit dhe prania e sëmundjeve shoqëruese nuk kanë ndikim sinjifikant për paraqitjet e peri-implantitit.
- Hipoteza 2: Faktor lokalë të rrezikut për paraqitje të peri-implantitit janë: higjiena orale, shëndeti parodontal, biotipi i gingivës, vizitat sistematike te stomatologu, lloji i suprastrukturës së vendosur, suprastruktura lejon pastrimin e implantit.
Ho: Higjiena orale, shëndeti parodontal, biotipi i gingivës, vizitat sistematike te stomatologu, lloji i suprastrukturës së vendosur, suprastruktura lejon

pastrimin e implantit nuk kanë ndikim sinjifikant për paraqitjet e peri-implantitit.

- Hipoteza 3: Lloji i sistemit të implanteve të përdorura ka ndikim të rëndësishëm në suksesin e trajtimit.
Ho: Në suksesin e trajtimit nuk ndikon lloji i sistemit të implanteve të përdorura.
- Hipoteza 4: Shkaktarët më të shpeshtë mikrobiologjikë të gjetur te peri-implantiti janë bakteret gram pozitive.
Ho: Bakteret gram pozitive dhe gram negative gjenden në shpeshtësi të njëjtë të peri-implantitet.
- Hipoteza 5: Moshë, pirja e duhanit, rritja e numrit të implanteve të vendosura dhe trajtimi jo kirurgjik, e zvogëlojnë mundësinë për trajtim të suksesshëm të peri-implantiteve. Intensiteti i lehtë i sëmundjes, si dhe implanti me aplikim të kombinuar të antibiotikëve e rrit gjasën për trajtim të suksesshëm.
Ho: Moshë, pirja e duhanit, rritja e numrit të implanteve të vendosura, trajtimi jo kirurgjik, intensiteti i sëmundjes dhe aplikimi i kombinuar i antibiotikëve nuk ka ndikim të rëndësishëm në suksesin e trajtimit të peri-implantitet.

3 MATERIALE DHE METODA

3.1 MATERIALE

Në mënyrë prospektive kemi analizuar parametrat për të sëmurët me peri-implantit (PI), të trajtuar në Klinikën “Advanced Medical Center” në Prishtinë dhe në Klinikën Stomatologjike të Spitalit të Përgjithshëm “Rezonanca” në Prishtinë, gjatë periudhës 2008-2015.

Në studim janë përfshirë gjithsej 230 pacientë tek të cilët janë vendosur gjithsej 996 implante.

Prej numrit total të pacienteve 140 prej tyre janë diagnostifikuar me peri-implantit. Nga numri i përgjithshëm i implanteve të vendosura 378 prej tyre kanë shenja të peri-implantitit.

Në studim kemi analizuar vetëm rastet me diagnozë peri-implantiti (KNS, Rev. 10, kodi M27.62).

Në studim kemi përfshirë rastet me peri-implantit të diagnostikuar sipas këtyre kriterëve unike:

- Rastet që kanë infeksion akut me shkatërrim të kockës,
- Raste të verifikuara me radiografi (humbja e kockës \geq 2mm krahasuar me vlerën fillestare),
- Raste të kombinuara me hemorragji gjatë ekzaminimit me sondë për të përcaktuar thellësinë e xhepave (PPD)X5 mm, dhe/ose qelbëzim.
- Raste me procese kronik me shkallë të ndryshme të destruksionit të kockave gjatë disa viteve.

Si kriteret për mospërfshirje të subjekteve në hulumtim kemi përcaktuar:

- praninë e sëmundjeve kronike orale, sidomos ato që shoqërohen me zvogëlim të prodhimit të përshtymës, leukoplaki, stomatit, ulceracione aftoze, kiste etj...
- trajtimin e njëkohshëm ortodontik
- praninë e sëmundjeve autoimune
- prania e osteoporozës tek pacientët
- pranina e sëmundjeve të tjera sistemike si: Sindroma Sjogren, lupus eritematoz sistematik (LES), liken planus, çrregullime imunologjike, sindromë të malabsorbimit.
- prania e sëmundjeve lokale që ndikojnë në sistemin imunologjik
- prania e hepatitit
- prania e HIV, AIDS
- rastet me kimioterapi ose në terapi immunosupresive
- shtatëzania
- gratë në periudhën e laktacionit

Si kritere për përjashtim nga studimi kemi përcaktuar:

- mungesën e bashkëpunimit
- paraqitjen e në kohën e studimit të ndonjë prej kritereve për mospërfshirje
- paraqitjes së nevojës për ndërhyrje të tjera kirurgjikale
- paraqitja e sëmundjeve sistemike që ndikojnë në sistemin imunologjik të pacientit
- paraqitja e sëmundjeve infektive.

3.2 METODA

Hulumtimin e kemi disajnuar si studim prospektiv të tipit të rasteve (case study) me grupin e të sëmurëve me peri-implantit, të diagnostikuar sipas kritereve paraprakisht të përcaktuara.

Të sëmurët i kemi ekzaminuar në mënyrë klinike, duke zbatuar aplikimin e sondave të titanit për matjen e thellësisë së xhepave rreth implanteve. Për secilin pacient është plotësuar formulari për grumbullimin e të dhënave, i dizajnuar enkas për këtë qëllim. Këto të dhëna janë regjistruar në programin e punuar për grumbullimin e të dhënave. Formularin dhe interfejsin e programit për grumbullimin e të dhënave e kemi paraqitur në pjesën e materialeve shoqëruese të disertacionit.

Të sëmurët i kemi ekzaminuar edhe në mënyrë radiologjike. Radiografia e parë orientuese është bërë në ditën pas aplikimit të implantit. Ekzaminimet radiologjike i kemi bërë te të gjithë pacientët me qëllim të vlerësimit e statusit parodontal dhe peri-implantar.

Prania e qelbit dhe/ose hemorragjisë gjatë sondimit me PPD_X7 mm në së paku një aspekt të implantit është karakterizuar si peri-implantit i rëndë. Humbja marginale e kockës me 4/3 e gjatësisë së implantit pas një viti të funksionimit të implantit e kemi konsideruar si pikën cut-off për peri-implantitin e rëndë. Rastet e tjera me prag më të ulët i kemi shënuar si peri-implantit mesatar.

Te pacientët kemi marrë kampionët për analizë mikrobiologjike, për të identifikuar patogenët shoqërues, si dhe antibiogramin për të zgjedhur regjimin me antibiotikun më efektiv për çdo rast. Sigurimi i informacioneve të mjaftueshme klinike e mikrobiologjike na ka mundësuar përcjelljen e rasteve me peri-implantit, vlerësimin e rezultateve përfundimtare të trajtimit (endpoint), si dhe të përcaktojmë ndërhyrjet terapeutike shoqëruese.

Kampionët për analizë mikrobiologjike i kemi marrë nëpërmjet tamponëve të pambukut, të cilat i kemi futur në thellësi të xhepit rreth implantit, ku kanë qëndruar për 15 sekonda. Pastaj i kemi transferuar në flakonët aseptik me përmbajtje 3.3 ml VMGA III dhe i kemi dërguar në Laboratorin Mikrobiologjik “Mikrobiologjia”, në Prishtinë, ku janë analizuar kulturat.

Figura 3.2.1:Kampionët për analiza mikrobiologjike të marra me kone letre (paper points)



Figura 3.2.2:Kampionët për analiza mikrobiologjike të marra me kone letre (paper points)



Figura 3.2.3:Kampionët për analiza mikrobiologjike



Figura 3.2.4:Kampionët për analiza mikrobiologjike

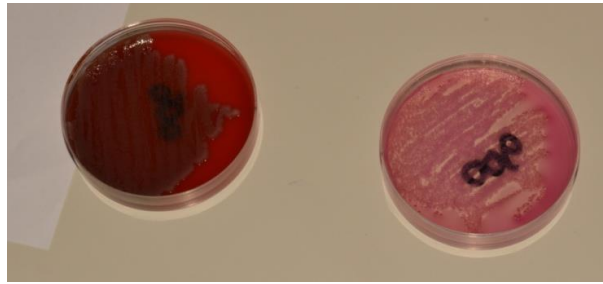


Figura 3.2.5:Kampionët për analiza mikrobiologjike



Figura 3.2.6:Analiza mikrobiologjike e kulturave të kampionëve dhe antibiogrami, të kryera në Laboratorin Mikrobiologjik “Mikrobiologjia”, në Prishtinë

MIKROBIOLOGJIA
 Prishtinë, Bulevardi Bill Clinton
 Tel. 045/402-477; 038/544-326
 www.mikrobiologjia.com

ANALIZË MIKROBIOLOGJIKE

N.N.

Emri e mbiemri

Lloji i mostrës : strisho e palges II

Udhëzuar prej:

Rezultati:

1. Streptococcus grupa viridans

2.

* rezistenca mund te zhvillohet gjate kohes se terapise
 **vetem te mostrat urogjenitale

Preparati mikroskopik

LE , KOKE GR+

Antibiogrami

Antibiotikët	Mikroorganizmi	
	1	2
Amoxicillin *	S	
Penicillin	S	
Amoxiclav	S	
Azythromycin	S	
Erythromycin*	S	
Clindamycin *	S	
Cefotaxime	S	
Ceftriaxone	S	
Cefuroxime	S	
Gentamicin	S	
Ciprofloxacilin	S	
Ofloxacin	S	
Nitrofurantoin**	S	
Vancomycin	S	

S-sensitiv I-intermediar R-rezistent
 Interpretimi i rezultateve bazohet ne EUCAST

Prishtinë, 17/10/ 2015 prof.dr. Gjysë Mulliqi-Osmani

Si zhvillim të hershëm të sëmundjes e kemi konsideruar nëse peri-implantiti është paraqitur te implantet e vendosur në funksion për < 1 vit, kurse si zhvillim të vonshëm të sëmundjes e kemi konsideruar nëse peri-implantiti është paraqitur te implantet e vendosur në funksion për > 6 vjet.

Me numrin total të implanteve kemi nënkuptuar numrin e implanteve të vendosura te secili pacient në të dy nofullat, të cilat kanë qenë në funksion në kohën e regjistrimit tanë bazik.

Trajtimin e peri-implantitit e kemi konsideruar si të suksesshëm nëse kemi pasur mungesë të hemorragjive të përsëritura gjatë sondimit dhe/ose qebëzim të shoqëruar me PPD_o 5mm; në aspektin radiologjik ngritja e kockës ose niveli i kockave marginale stabile krahasuar me radiografinë periapikale bazike.

Analizën përshkruese statistikore si dhe analizën statistikore e kemi bërë nëpërmjet SPSS Inc. 20.0 Chicago, IL, USA, and SIGMAStat 11.0. Variablat i kemi paraqitur si frekuenca absolute dhe relative (%).

Prej parametrave statistikorë kemi përdorur mesataren aritmetike, devijimin standard, gabimin standard, intervalin e besueshmërisë 95% (95% CI) si dhe indeksin e strukturës. Hi katror testin (Chi-square test) e kemi përdorur për të studiuar distribuimin e frekuencave për variablat jo parametrike. Testimin e dallimit për të dhënat parametrike e kemi bërë nëpërmjet t-testit të mesatareve aritmetike.

Për të analizuar ndikimin e faktorëve të rrezikut për paraqitje të peri-implantiti si dhe efikasitetin e trajtimit kemi përdorur analizën multiple logjike të regresionit, me konstruktin të modelit final. Vlerat i kemi paraqitur me OR me 95% CI.

Rezultatet i kemi konsideruar statistikisht të rëndësishme në pragun minimal të vlerës p 0.05.

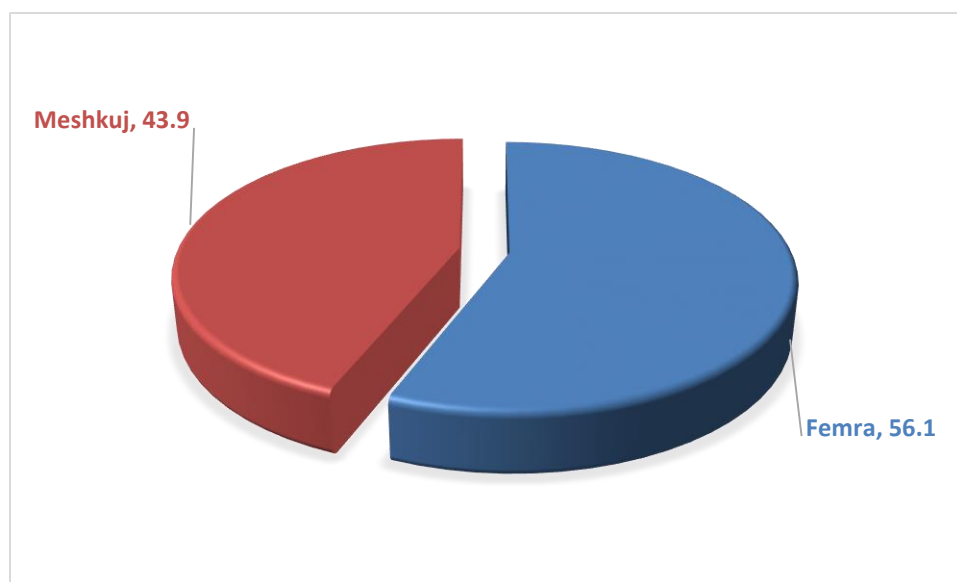
4 REZULTATE

Mbi gjysma e të sëmurëve të përfshirë në studim kanë qenë të seksit femër (56.1% vs. 43.9%, chi-test=3.41, p=0.065) (Tabela 4.1 dhe Diagrami 4.1).

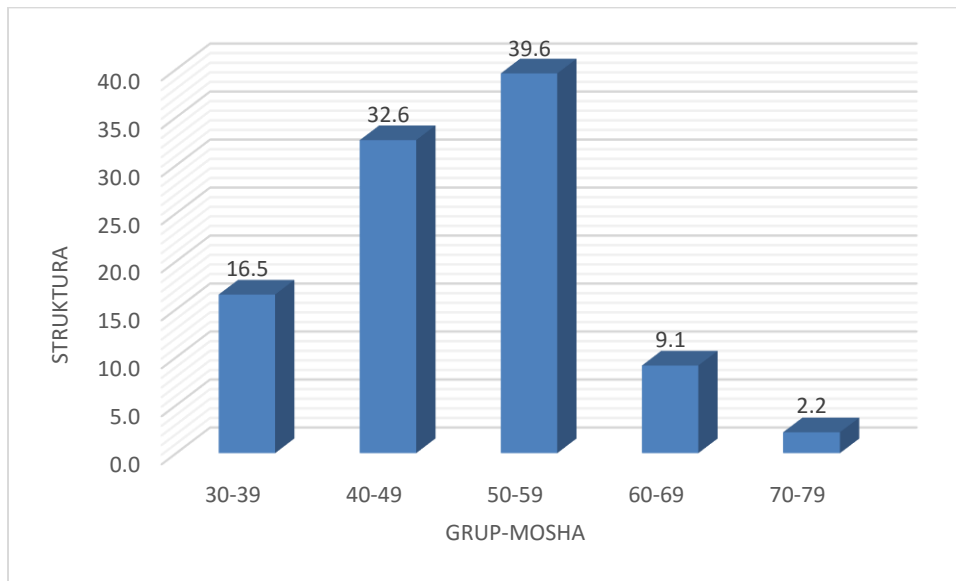
Tabela 4.1: Karakteristikat demografike të pacientëve të përfshirë në studim (n=230)

Variabla	Nënkategoria	Nr	%	Testi	p
Seksi	Femra	129	56.1	Chi-test=3.41	0.065
	Meshkuj	101	43.9		
Moshë	30-39	38	16.5	Chi-test=113.8	<0.0001
	40-49	75	32.6		
	50-59	91	39.6		
	60-69	21	9.1		
	70-79	5	2.2		
	Mesatare, (SD)	49.18	8.8		
Rangu (min, max)	33	78			

Diagrami 4.1: Pacientët e përfshirë në studim sipas seksit



Diagrami 4.2: Pacientët e përfshirë në studim sipas grup-moshave



Diagrami 4.3: Moshë mesatare e pacientëve të përfshirë në studim sipas seksit

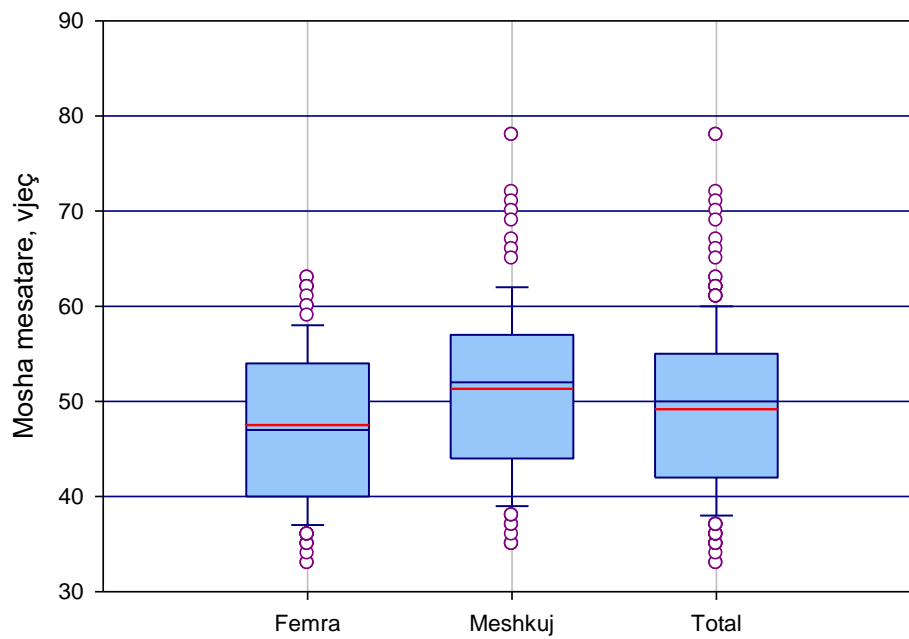


Tabela 4.2: Moshë mesatare e pacientëve të përfshirë në studim sipas seksit

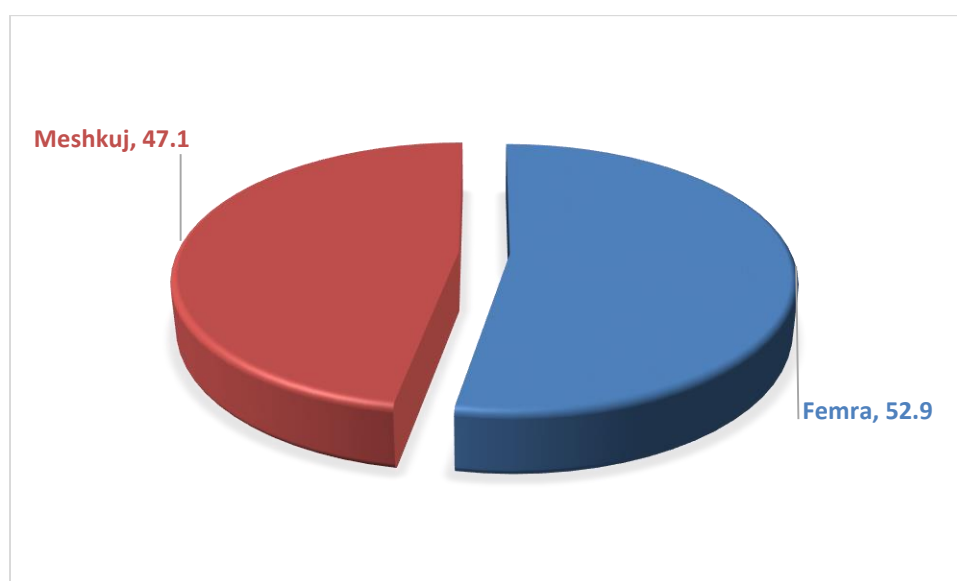
Emri i Grupit	N	Mesatarja	Devijimi standard	Gabimi standard		
Femra	129	47.5	7.94	0.70		
Meshkuj	101	51.3	9.42	0.94		
Difference	-3.8					
t = -3.32, shkalla e lirisë 228 (P = 0.001)						
95 % IC për diferencën e mesatareve: -6.061 to -1.549						

Mbi gjysma e të sëmurëve me peri-implantit kanë qenë të seksit femër (52.9% vs. 47.1%, chi-test=0.46, p=0.499) (Tabela 4.3 dhe Diagrami 4.4).

Tabela 4.3: Karakteristikat demografike të pacientëve me peri-implantit (n=140)

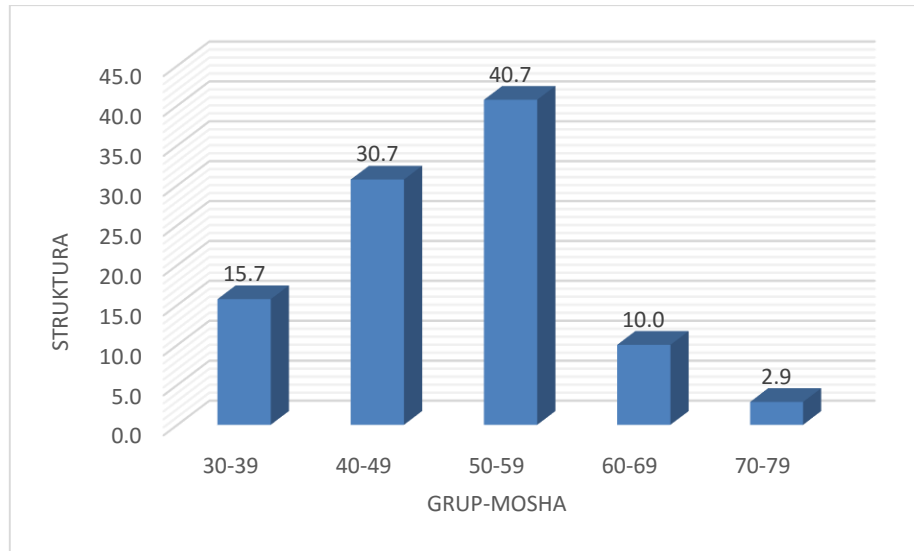
Variabla	Nënkategoria	Nr	%	Testi	P
Seksi	Femra	74	52.9	Chi-test=0.46	0.499
	Meshkuj	66	47.1		
Moshë	30-39	22	15.7	Chi-test=66.93	<0.0001
	40-49	43	30.7		
	50-59	57	40.7		
	60-69	14	10.0		
	70-79	4	2.9		
	Mesatare, (SD)	49.76	(9.1)		
	Rangu (min, max)	(33)	(78)		

Diagrami 4.4: Struktura e pacientëve me peri-implantit sipas seksit



Numri më i madh i të sëmurëve kanë qenë të moshës 50-59 dhe 40-49 vjeç (40.7%, përkatësisht 30.7%), kurse numri më i vogël kanë qenë të moshës 70-79 vjeç (2.9%) (Tabela 4.3 dhe Diagrami 4.5).

Diagrami 4.5: Struktura e pacientëve me peri-implantit sipas grup-moshave



Mosha mesatare e të sëmurëve ka qenë 49.76 ± 9.1 vjeç, kurse sipas seksit mosha mesatare ka qënë më e madhe te meshkujt (52.1 ± 9.5 vs. 47.6 ± 8.3 , t-testi=2.997, $p=0.003$) (Tabela 4.3 dhe Diagrami 4.6).

Diagrami 4.6: Mosha mesatare e pacientëve me peri-implantit sipas seksit

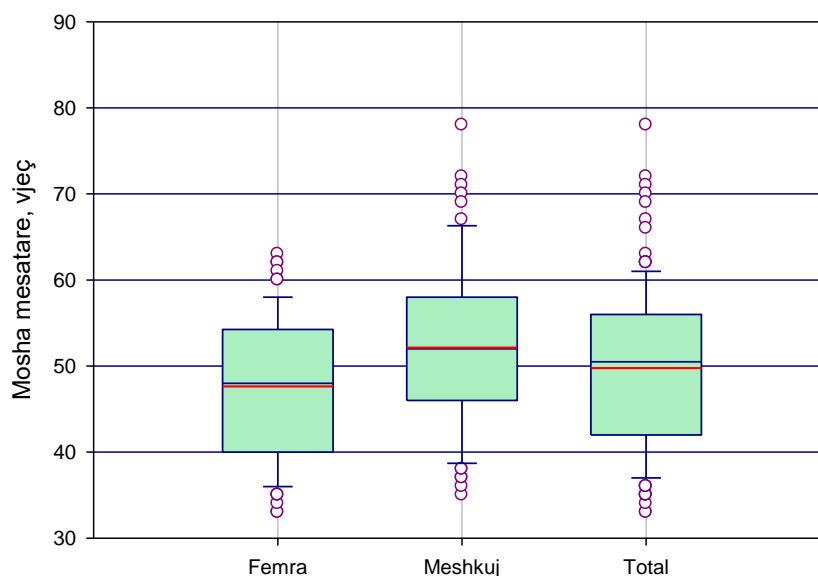


Tabela 4.4: Mosha mesatare e pacientëve me peri-implantit sipas seksit

Grupi	N	Mesatarja	Devijimi stand	Gabimi stand (SE)		
Femra	74	47.6	8.3	0.96		
Meshkuj	66	52.1	9.5	1.171		
Diferenca	-4.5					
t = -2.997 , shkalla e lirisë 138 (P = 0.003)						
95 % ICpër diferencën në mesatare: -7.471 to -1.532						

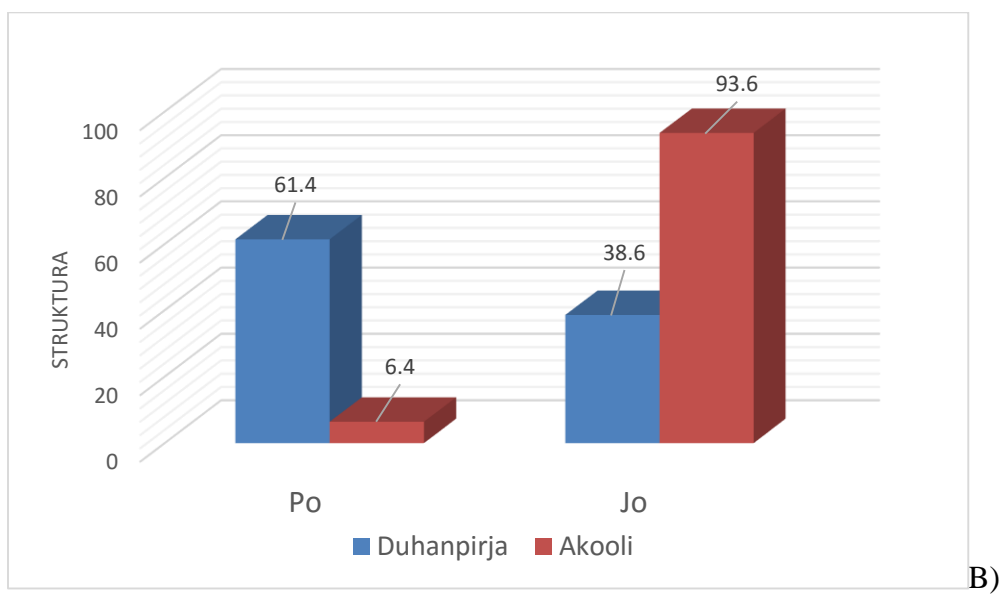
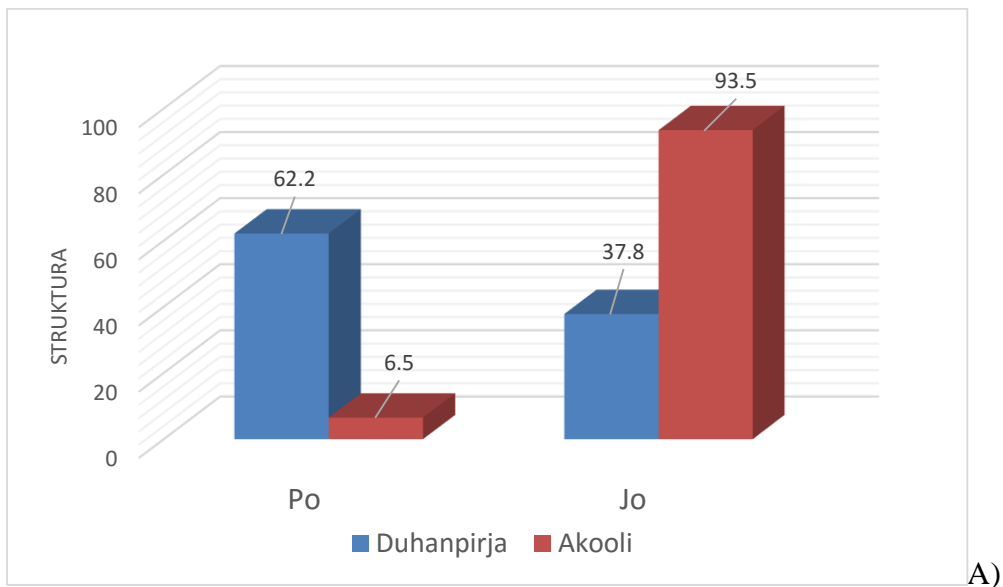
Ndër pacientët e përfshirë në studim në 62.2% e rasteve kanë qenë duhapirës, kurse vetëm 6.5% përdorues të alkoolit. Me diabet melit kanë qenë 12.2% të rasteve, kurse me hipertension arterial kanë qenë 4.3% të rasteve. Numri më i madh i rasteve (83.5%) nuk kanë pasur sëmundje të tjera kronike (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.6 A, B).

Strukturë të ngjashme të shpërndarjes kemi pasur edhe te pacientët me peri-implantit, ku 61.4% të rasteve kanë qenë duhapirës, kurse vetëm 6.4% përdorues të alkoolit. Me diabet melit kanë qenë 12.9% të rasteve, kurse me hipertension arterial kanë qenë 5% të rasteve. Numri më i madh i rasteve (82.1%) nuk kanë pasur sëmundje të tjera kronike (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.7 A, B).

Tabela 4.5: Faktorët e përgjithshëm të rrezikut për peri-implantit

Variabla	Nënkategoria	Pacientët e përfshirë në studim (n=230)		Pacientët me PI (n=140)	
		Nr	%	Nr	%
Duhanpirja	Po	143	62.2	86	61.4
	Jo	87	37.8	54	38.6
Akooli	Po	15	6.5	9	6.4
	Jo	215	93.5	131	93.6
Sëmundje të tjera kronike	Diabet melit	28	12.2	18	12.9
	Hipertension arterial	10	4.3	7	5.0
	JO	192	83.5	115	82.1

Diagrami 4.7: Struktura e pirjes së duhanit: A) pacientët e përfshirë në studim (n=230); B) pacientët me peri-implantit (n=140)



Diagrami 4.8 Struktura e pacientëve sipas sëmundjeve të tjera kronike: A) për pacientët e përfshirë në studim (n=230); B) për pacientët me peri-implantit (n=140)

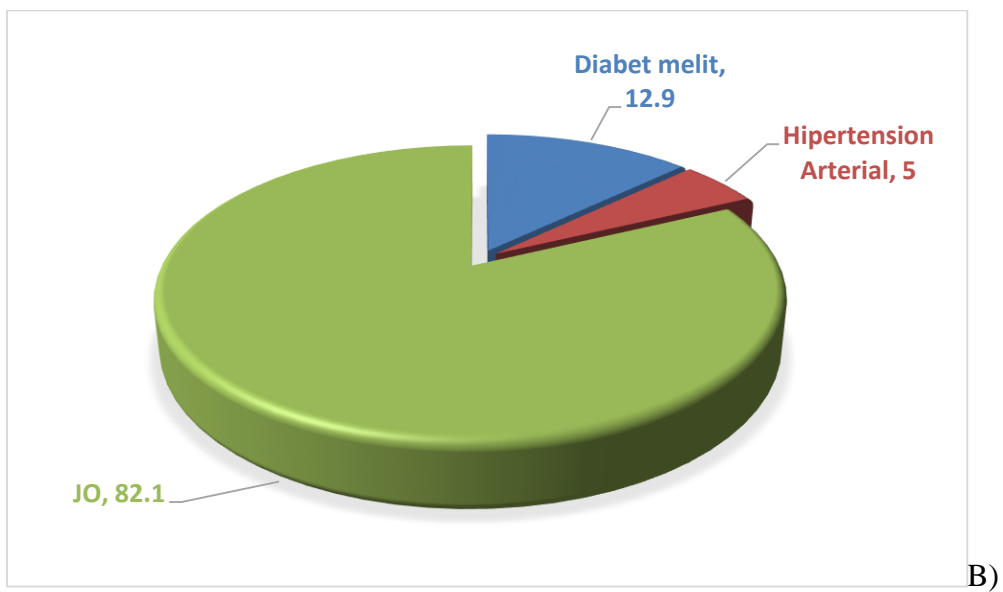
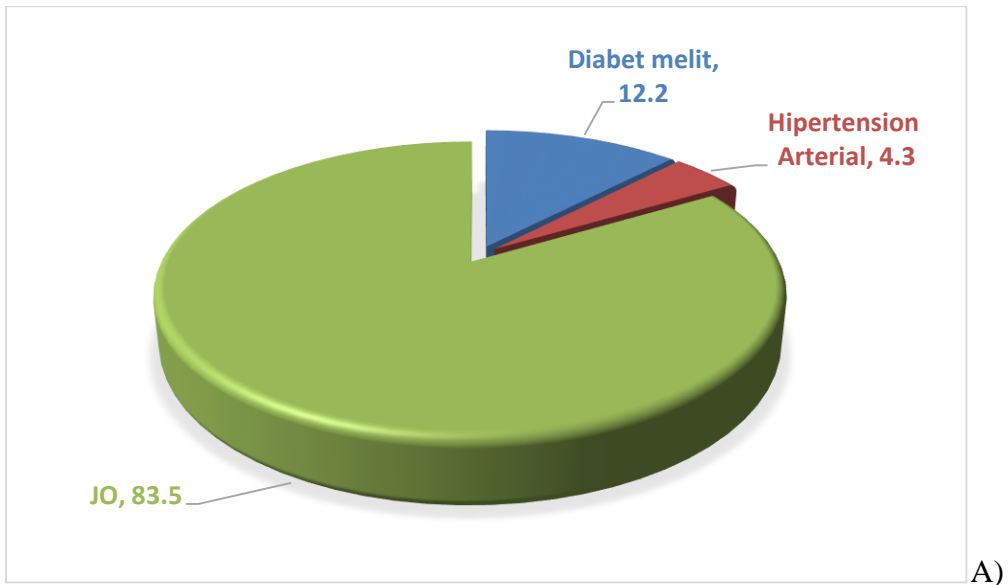


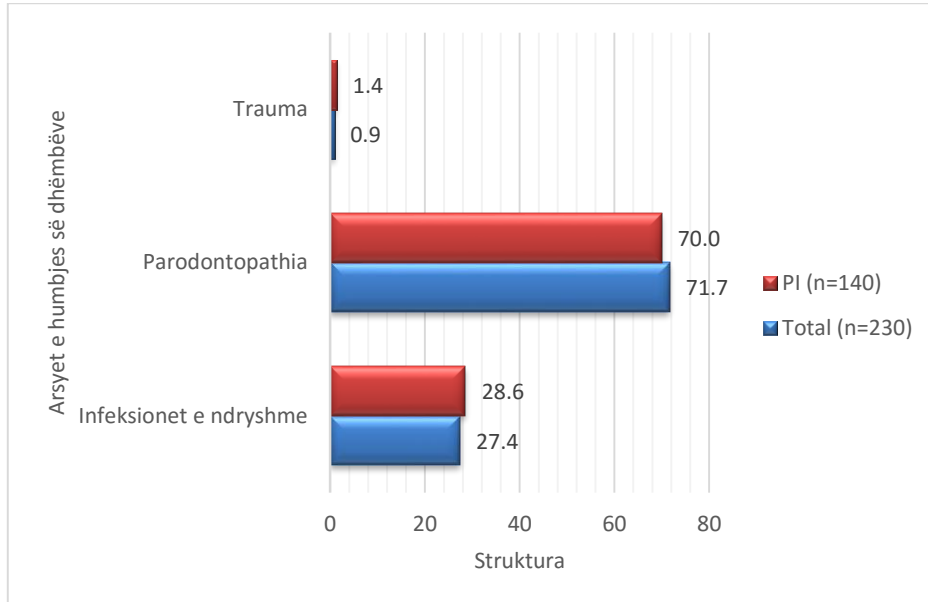
Tabela 4.6 Faktorët lokalë të rrezikut për peri-implantit

Variabla	Nënkategoria	Pacientët e përfshirë në studim (n=230)		Pacientët me PI (n=140)	
		Nr	%	Nr	%
Arsyet e humbjes së dhëmbëve	Infeksionet e ndryshme	63	27.4	40	28.6
	Parodontopatia	165	71.7	98	70.0
	Trauma	2	0.9	2	1.4
Higjiena orale	E varfër	84	36.5	75	53.6
	E mirë	114	49.6	61	43.6
	Shumë e mirë	32	13.9	4	2.9
Shëndeti parodontal aktual	Nuk ka shenja të gingivitit	94	40.9	4	2.9
	Parodontopati, gingivit, xhepa parodontal	136	59.1	136	97.1
Thellësia e xhepit	2	59	25.7	0	0.0
	3	70	30.4	46	32.9
	4	59	25.7	58	41.4
	5	23	10.0	21	15.0
	6	6	2.6	5	3.6
	7	5	2.2	4	2.9
	8	8	3.5	6	4.3
	Biotipi i gingivës	Biotip itrashë	173	75.2	104
Biotip ihollë		57	24.8	36	25.7
Vizitat sistematike të rregullta	JO	194	84.3	120	85.7
	PO	36	15.7	20	14.3
Mbingarkesa e suprastrukturës së vendosur në implante	E mbingarkuar në okluzion	11	4.8	10	7.1
	E pa mbingarkuar në okluzion	219	95.2	130	92.9
Suprastruktura e vendosur	Kurorë e vetme	37	16.1	17	12.1
	Protezë mobile	4	1.7	2	1.4
	Urë fikse	189	82.2	121	86.4
Suprastruktura ka lejuar pastrimin e implanteve	Po	193	83.9	122	87.1
	Jo	37	16.1	18	12.9

Te pacientët e përfshirë në studim, arsyeja më e shpeshtë për humbjen e dhëmbëve ka qenë parodontopatia (71.7%), kurse infeksionet tjera në 27.4% të rasteve. Shpërndarje të ngjashme kemi pasur edhe te grupi i pacientëve me peri-implantit, ku

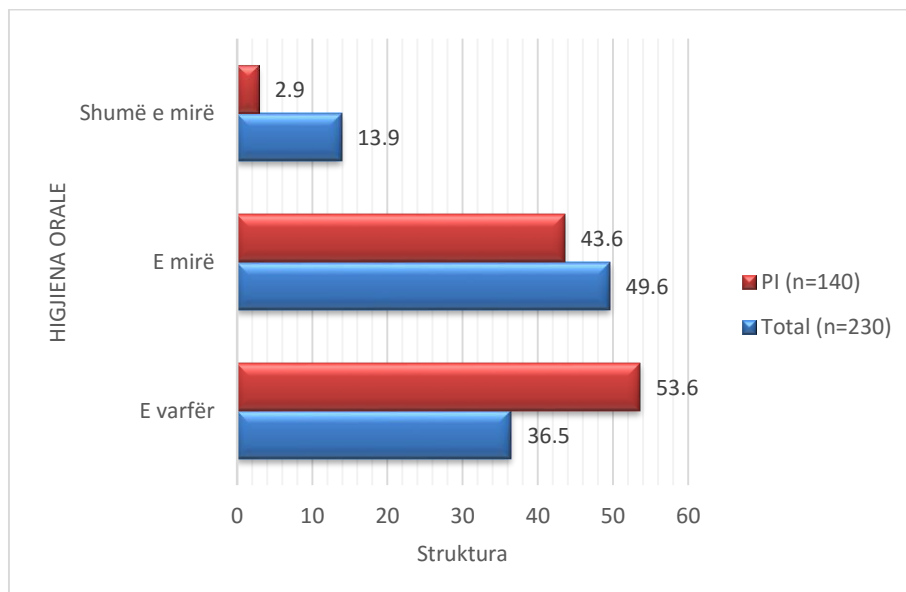
arsyeja më e shpeshtë për humbjen e dhëmbëve ka qenë parodontopatia (70%), kurse infeksionet tjera në 28.6% të rasteve (Tabela 4.6 dhe Diagrami 4.9).

Diagrami 4.9: Përqindja e pacientëve sipas arsyes së humbjes së dhëmbëve



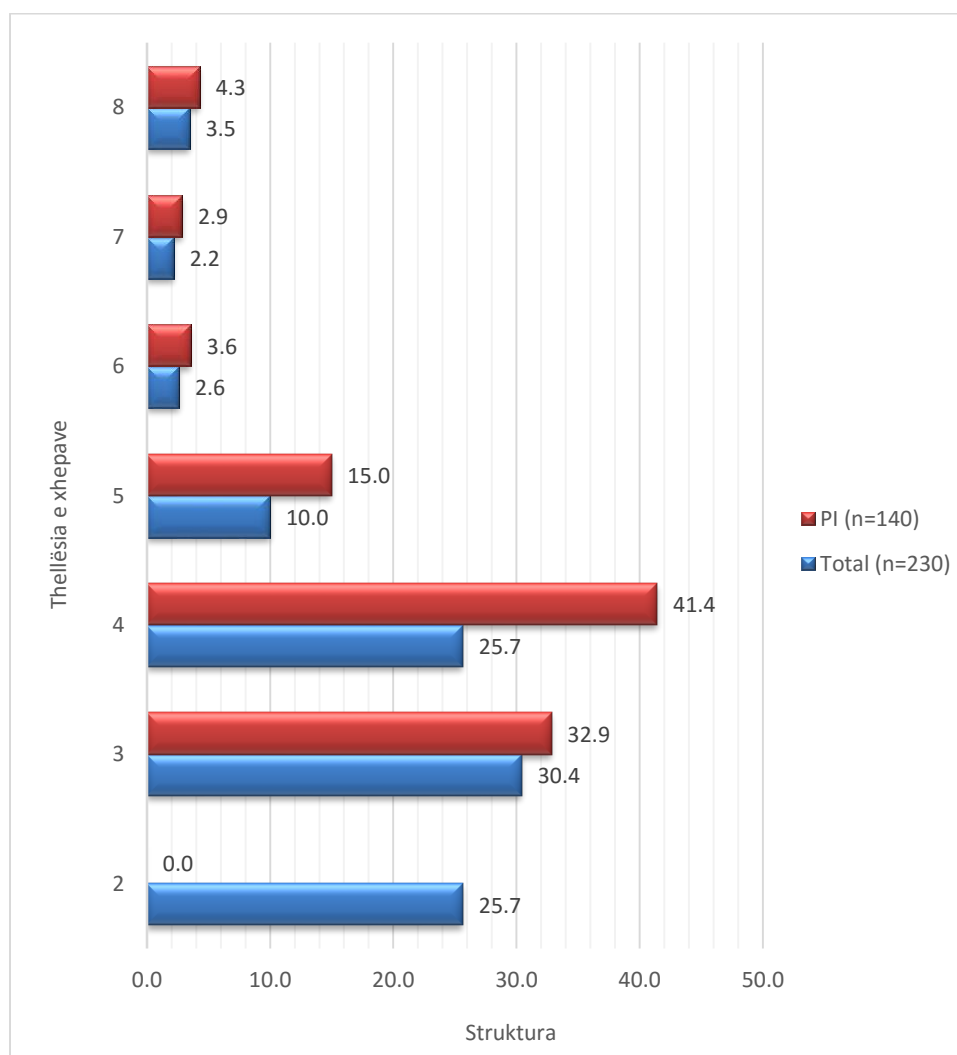
Higjienë orale të dobët kanë pasur 36.5% të rasteve, kurse higjienë shumë të mirë vetëm 13.9% të rasteve. Te grupi i pacientëve me peri-implantit struktura e rasteve me higjienë orale të varfër ka qenë më e lartë (53.6%), kurse higjienë shumë të mirë orale kanë pasur vetëm 2.9% të rasteve (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.10).

Diagrami 4.10: Përqindja e pacientëve sipas mbajtjes së higjienës orale



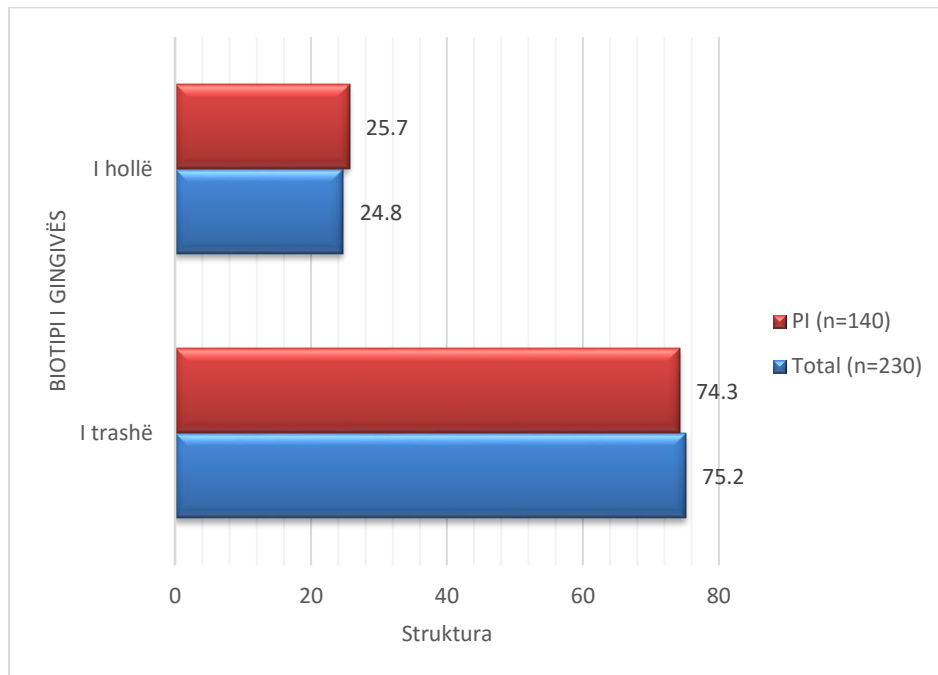
Numri më i madh i rasteve kanë pasur xhepa me thellësi 3 mm (30.4%), kurse numri i rasteve me thellësi të xhepave 2 mm dhe 4 mm ka qenë i barabartë (25.7%). Me thellësi të xhepave 5 mm, 6 mm, 7 mm përkatësisht 8 mm kanë qenë 10%, 2.6%, 2.2%, përkatësisht 3.5% të rasteve. Te grupi i pacientëve me peri-implantit numri më i madh i rasteve kanë pasur xhepa me thellësi 4 mm, përkatësisht 3 mm (41.4%, përkatësisht 32.9%). Me thellësi të xhepave 6 mm, 7 mm përkatësisht 8 mm kanë qenë 3.6%, 2.9%, përkatësisht 4.3% të rasteve (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.11).

Diagrami 4.11: Përqindja e pacientëve sipas thellësisë së xhepave parodontal



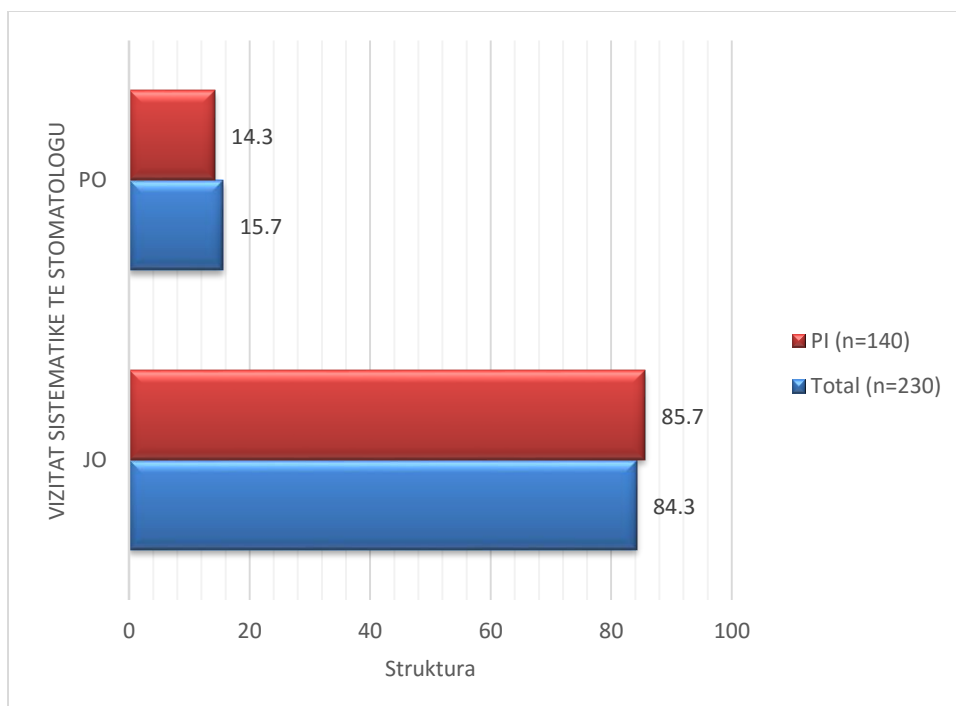
Me biotip të trashë të gingivës kanë qenë 75.2% të rasteve, kurse me biotip të hollë vetëm 24.8% të rasteve. Shpërndarje të ngjashme kemi pasur edhe te grupi i pacientëve me peri-implantit, ku me biotip të trashë të gingivës kanë qenë 74.3% të rasteve, kurse me biotip të hollë vetëm 25.7% të rasteve (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.12).

Diagrami 4.12 Përqindja e pacientëve sipas biotipit të gingivës



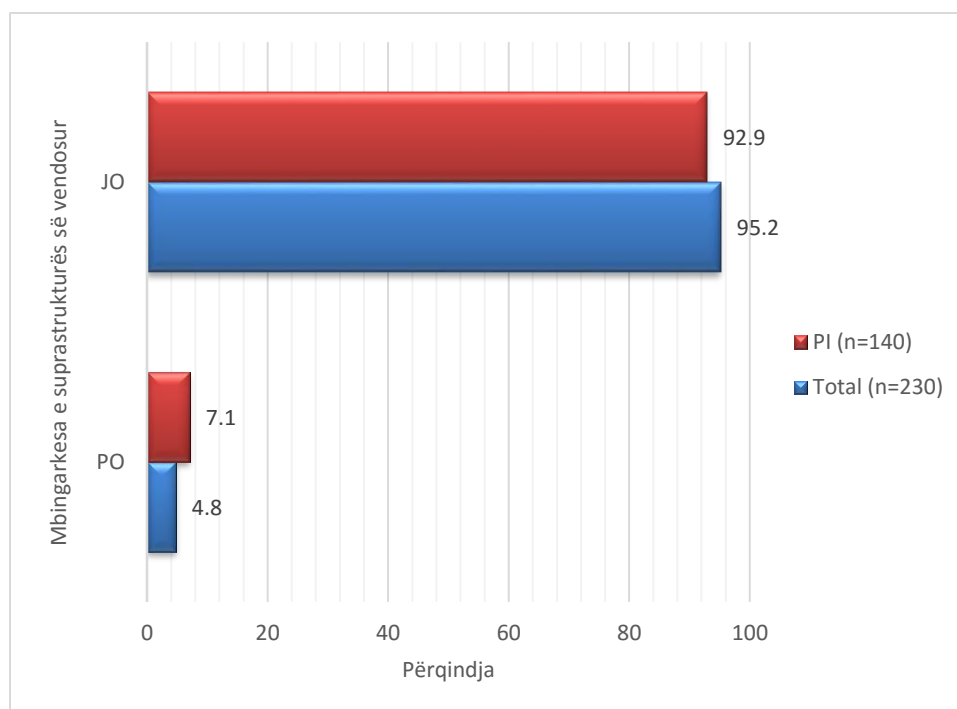
Në shumicën e rasteve pacientët nuk kanë kryer vizita sistematike të rregullta të stomatologu (84.3% vs. 15.7%). Te grupi i pacientëve me peri-implantit përqindja e rasteve pa vizita sistematike ka qenë edhe më e madhe (85.7% vs. 14.3%) (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.13).

Diagrami 4.13 Përqindja e pacientëve sipas vizitave sistematike të rregullta



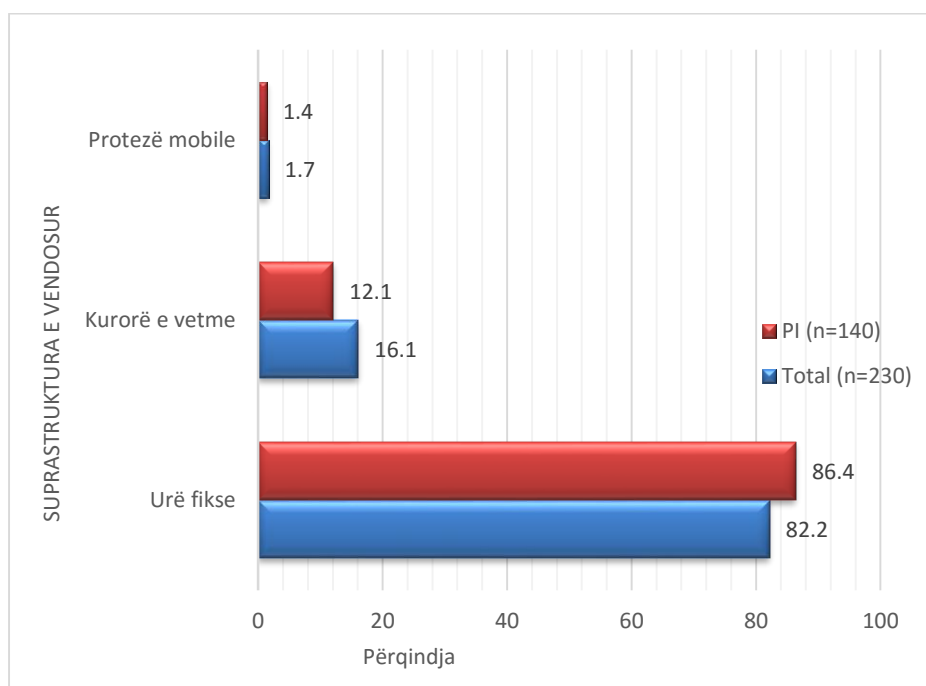
Suprastrukturat e vendosura në implante kanë qenë pa mbingarkesë në okluzion në 95.2% të rasteve, kurse te grupi i pacientëve me peri-implantit kjo ka qenë në përqindje më të vogël (92.9%) (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.14).

Diagrami 4.14 Përqindja e pacientëve sipas mbingarkesës së suprastrukturës së vendosur në implante



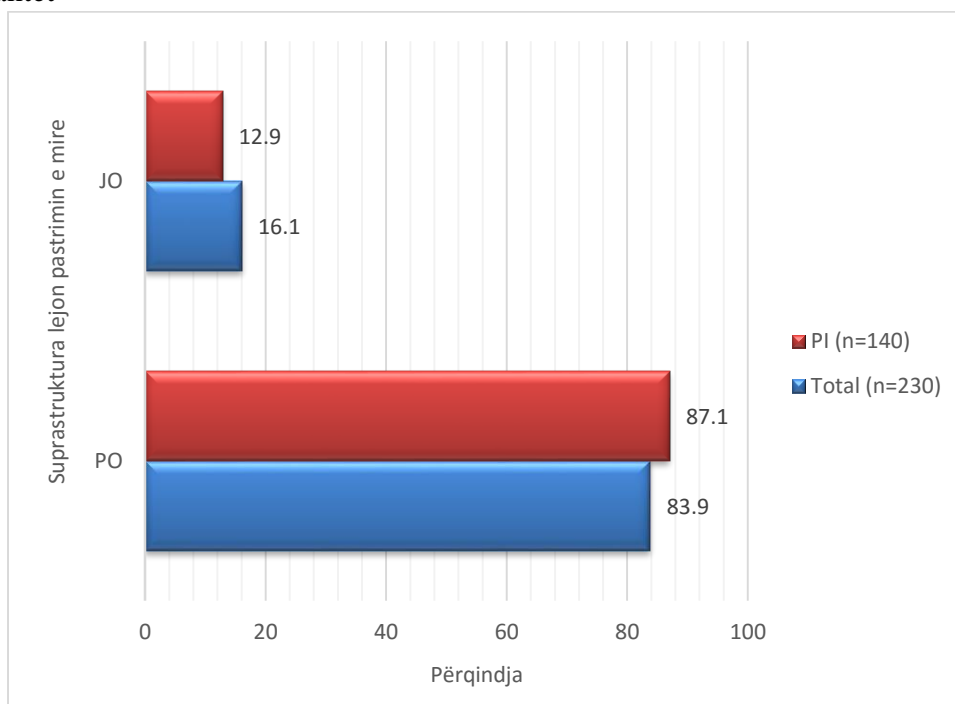
Suprastrukturat më të shpeshta të vendosura në implante kanë qenë urat fikse (82.2%), pastaj kurorat e veçanta (16.1%), kurse më rrallë protezat e lëvizshme (1.7%). Shpërndarje të ngjashme kemi pasur edhe te grupi i pacientëve me peri-implantit, me dallim se struktura e urave fikse ka qenë pak më e lartë (86.4%), kurorat kanë qenë të vendosura në 12.1% të rasteve, kurse protezat e lëvizshme në 1.4% të rasteve (Tabale 4.5 dhe Diagrami 4.15).

Diagrami 4.15 Struktura e pacientëve sipas suprastrukturës së vendosur në implante



Suprastruktura e vendosur ka lejuar pastrimin në 83.9% të rasteve, kurse nuk kanë mundësuar pastrimin vetëm në 16.1% të rasteve. Shpërndarje të ngjashme kemi pasur edhe te grupi i pacientëve me peri-implantit, ku suprastruktura e vendosur ka lejuar pastrimin në 87.1% të rasteve, ndërsa që nuk kanë mundësuar pastrimin kanë qënë vetëm në 12.9% të rasteve (Tabela 4.5 dhe Diagrami 4.16).

Diagrami 4.16 Përqindja e pacientëve sipas lejitimit të higjenes në protezën mbi implantet

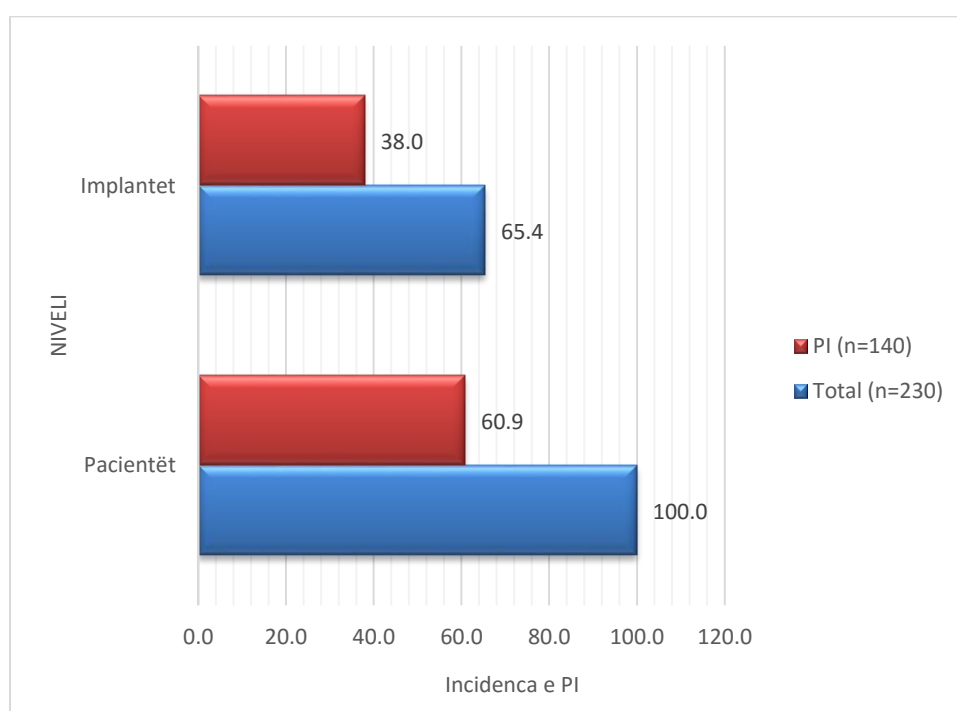


Te numri i përgjithshëm i pacientëve (n=230), Incidenca e peri-implantiteve në nivel të pacientëve ka qenë 60.9%, kurse në nivel të implanteve ka qenë 38%. Te grupi i pacientëve me peri-implantit, Incidenca e peri-implantitit sipas numrit të implanteve të vendosur te pacientët ka qenë 65.4% (Tabela 4.7 dhe Diagr. 4.17).

Tabela 4.7: Incidenca e peri-implantitit në nivelin e pacientëve dhe në nivelin e implanteve të vendosur

Niveli	Pacientat Total			Grupi me PI		
	Nr.	Me PI	Incidenca	Nr.	Me PI	Incidenca
Pacientët	230	140	60.9	140	140	100.0
Implantet	996	378	38.0	578	378	65.4

Diagrami 4.17: Incidenca e peri-implantitit në nivel të pacientëve dhe në nivel të implanteve të vendosur



Incidenca e peri-implantiteve te numri i përgjithshëm i pacientëve të përfshirë në studim (n=230) ka treguar lëvizje të ndryshueshme, me tendencë të përgjithshme në rënie me rritjen e numrit të implanteve. Incidenca më e lartë ka qenë te pacientët me nga 7 implante të vendosura (80%), kurse Incidenca e peri-implantitit nga 1 deri në 6 implante të vendosura është zvogëluar në mënyrë të vazhdueshme, nga 75% deri në

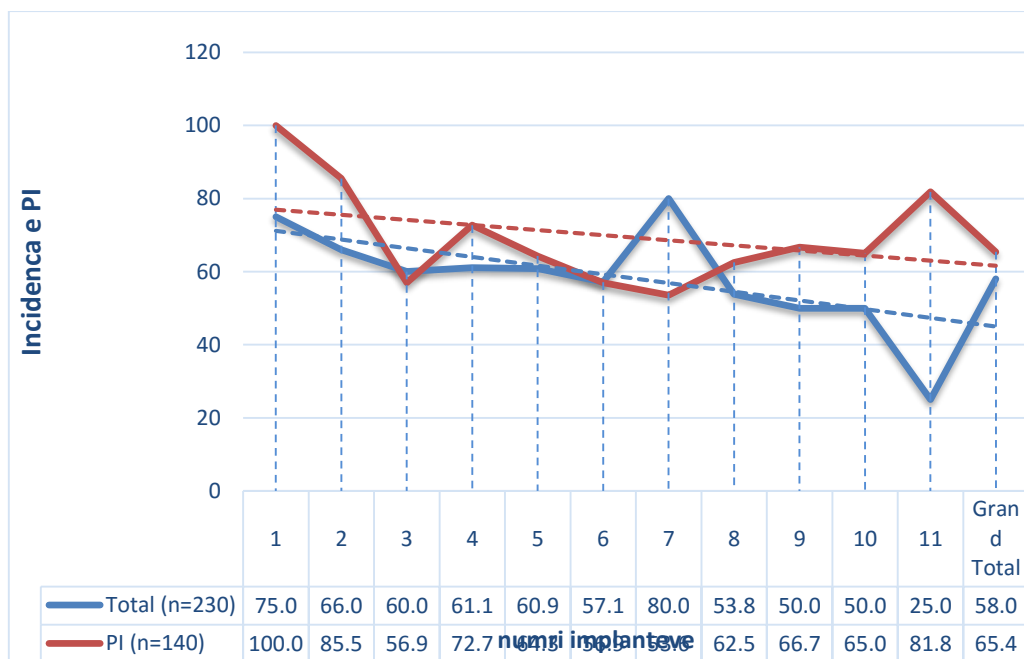
57.1%. Incidenca ka vazhduar me zvogëlim të vazhdueshëm edhe te pacientët nga 8 deri në 11 implante të vendosura, nga vlera 53.8% deri në 25%.

Incidenca e peri-implantitit te grupi i pacientëve që kanë pasur peri-implantit (n=140), Incidenca sipas numrit të implanteve të vendosur gjithashtu ka treguar lëvizje variabile, me tendencë të përgjithshme në rënie me rritjen e numrit të implanteve. Sigurisht që në këtë grup të gjitha rastet me një implant të vendosur kanë pasur peri-implantit (100%), incidencë kjo që ka pësuar rënie deri në grupi i pacientëve me 7 implante (prej 85.5% deri në 53.6%, me një rritje te grupi me 4 implante ku ishte 72.7%). Te ky grup i pacientëve, me rritjen e numrit të implanteve nga 8 deri në 11 incidenca e peri-implantitit është shoqëruar me rritje nga 62.5% deri në 81.8% (Tabela 4.8 dhe Diagrami 4.18)

Tabela 4.8: Incidenca e peri-implantitit sipas numrit të implanteve të vendosura te pacientët

Nr.implanteve	Pacientat Total(n=230)			Pacientat me Peri-implantit (PI) (n=140)		
	Total implante	Me PI	Incidenca	Total implante	Me PI	Incidenca
1	12	9	75.0	9	9	100.0
2	94	62	66.0	62	53	85.5
3	120	72	60.0	72	41	56.9
4	144	88	61.1	88	64	72.7
5	115	70	60.9	70	45	64.3
6	252	144	57.1	144	82	56.9
7	35	28	80.0	28	15	53.6
8	104	56	53.8	56	35	62.5
9	36	18	50.0	18	12	66.7
10	40	20	50.0	20	13	65.0
11	44	11	25.0	11	9	81.8
Total	996	378	38.0	578	378	65.4

Diagrami 4.18: Incidenca e peri-implantitit sipas numrit total të implanteve te pacientët

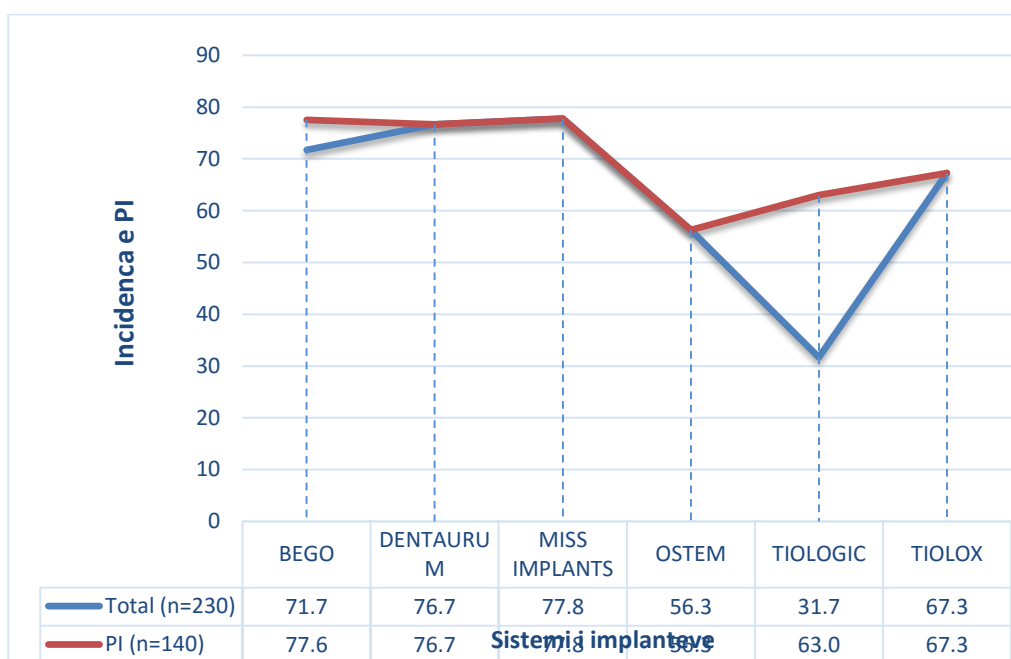


Incidenca e peri-implantitit ka treguar të jetë e ndryshme sipas sistemit të implanteve të përdorura. Incidenca më e vogël ka qenë te sistemi i implanteve Tiologic (31.7%) dhe Ostem (56.3%), kurse Incidencë më e lartë ka qenë te sistemi i implanteve Miss implants (77.8%). Kurse të grupi i pacientëve me peri-implantit, incidencë më e vogël ka qenë te sistemi i implanteve Ostem (56.3%), pastaj Tiologic (63%) dhe incidenca më e lartë ka qenë gjithashtu te sistemi i implanteve Miss implants (77.8%) (Tabela 4.9 dhe Diagrami 4.19).

Tabela 4.9: Incidenca e peri-implantitit sipas sistemit të implanteve

Sistemi i implanteve	Pacientët Total (n=230)			Pacientët me PI (n=140)		
	Total implante	Me PI	Incidenca	Total implante	Nr	Incidenca
BEGO	53	38	71.7	49	38	77.6
DENTAURUM	30	23	76.7	30	23	76.7
MISS IMPLANTS	9	7	77.8	9	7	77.8
OSTEM	16	9	56.3	16	9	56.3
TIOLOGIC	833	264	31.7	419	264	63.0
TIOLOX	55	37	67.3	55	37	67.3
Total	996	378	38.0	578	378	65.4

Diagrami 4.19: Incidenca e peri-implantit sipas sistemit të implanteve

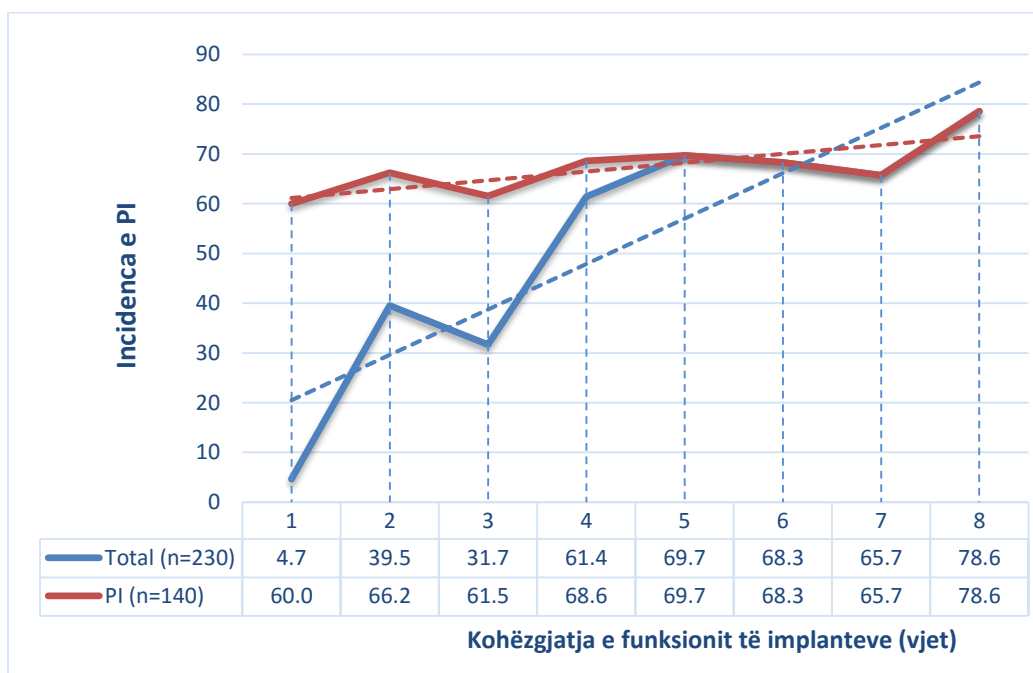


Incidenca e peri-implantiteve ka treguar rritje me rritjen e kohëzgjatjes së funksionit të implanteve. Derisa te kohëzgjatja e implanteve prej 1 viti incidenca ka qenë 4.7%, te implantet me funksion prej 8 vjet Incidenca e peri-implantiteve ka qenë 78.6%. Te grupi i pacientëve me peri-implantit, me funksion të implanteve prej 1 viti incidenca ka qenë 60%, me rritje graduale me rritje të funksionit deri në 8 vjet, ku kjo incidencë arrin në vlerën maksimale 78.6% (Tabela 4.10 dhe Diagrami 4.20).

Tabela 4.10: Incidenca e peri-implantit sipas kohëzgjatjes së funksionit të implanteve

Kohëzgjatja funksionit (vjet)	Pacientët Total (n=230)			Pacientët me PI (n=140)		
	Total implante	Me PI	Incidenca	Total implante	Me PI	Incidenca
1	128	6	4.7	10	6	60.0
2	243	96	39.5	145	96	66.2
3	404	128	31.7	208	128	61.5
4	57	35	61.4	51	35	68.6
5	33	23	69.7	33	23	69.7
6	82	56	68.3	82	56	68.3
7	35	23	65.7	35	23	65.7
8	14	11	78.6	14	11	78.6
Total	996	378	38.0	578	378	65.4

Diagrami 4.20: Incidenca e peri-implantit sipas kohëzgjatjes së funksionit të implanteve (vjet)



Nga numri i përgjithshëm i implanteve, gjatë vendosjes kemi përdorur shtim kocke artificiale apo autogjene në 17.9%, kurse te grupi i pacientëve me peri-implantit, nga numri i përgjithshëm i implanteve, shtim kocke artificiale apo autogjene gjatë vendosjes është përdorur në 20.9% të rasteve.

Nga numri i përgjithshëm i implanteve, gjatë vendosjes kemi përdorur çarjen e kockës, ngritje sinusi apo kondensim të kockës në 7.2%, kurse te grupi i pacientëve me peri-implantit, nga numri i përgjithshëm i implanteve, çarjen e kockës, ngritje sinusi apo kondensimin të kockës e kemi përdorur në 7.6% të rasteve.

Dehishencë të plagës kemi pasur në 3.1% të rasteve të implanteve të vendosura, kurse te grupi me peri-implantit në 5.4% të rasteve (Tabela 4.11 dhe Diagrami 4.21)

Tabela 4.11: Incidenca e peri-implantitit sipas karakteristikave të vendosjes së implanteve

Variabla	Total implante (n=996)		Implante me PI (n=578)	
	Nr.implanteve	%	Nr.implanteve	%
Gjatë vendosjes është përdorur augmentim me kockë artificiale apo autogjene				
JO	818	82.1	457	79.1
PO	178	17.9	121	20.9
Gjatë vendosjes është përdorur çarja e kockës, ngritja e sinusit apo kondensim i kockës				
JO	924	92.8	534	92.4
PO	72	7.2	44	7.6
Komplikimet gjatë shërimit				
Dehishencë të plagës	31	3.1	31	5.4
JO	965	96.9	547	94.6

Diagrami 4.21: Struktura e përdorimit të augmentimit me kockë artificiale apo autogjene, përdorimit të çarjes së kockës, ngritje sinusi apo kondensimin e kockës gjatë vendosjes së implanteve dhe struktura e dehishencës së plagës

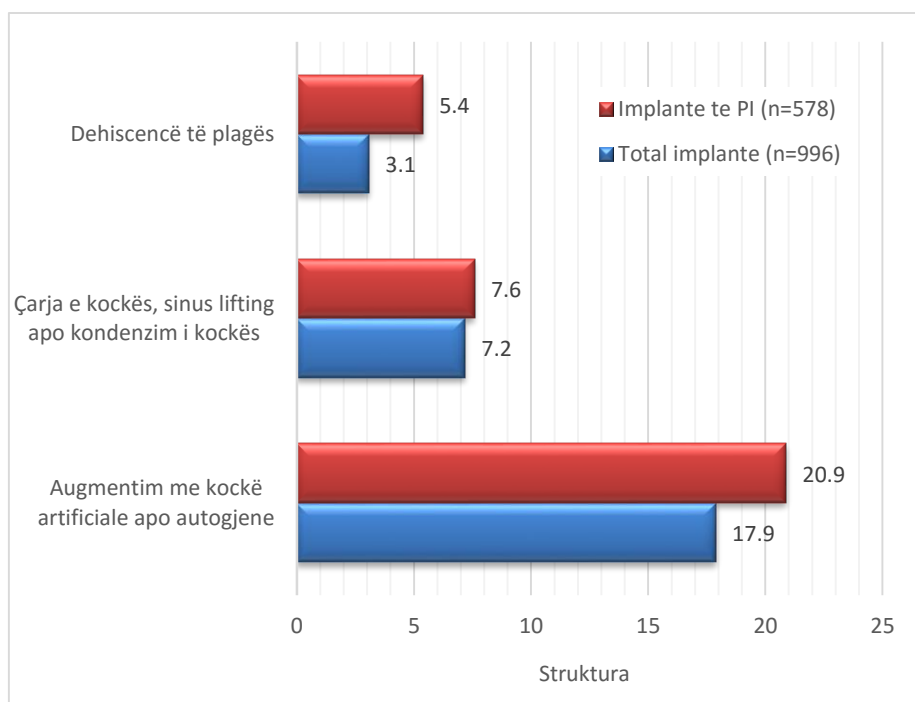


Figura 4.2 A) B): *Pas pastrimit, dezinfektimit, kryerja e augmentimit me kockë artificiale (BIO OSS)*

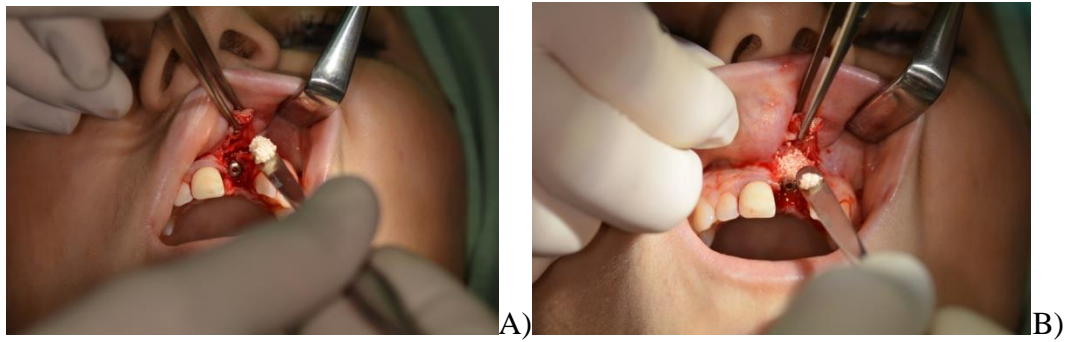


Figura 4.3 A) B): *Vendosja e membranës resorbitive Bio Guide*

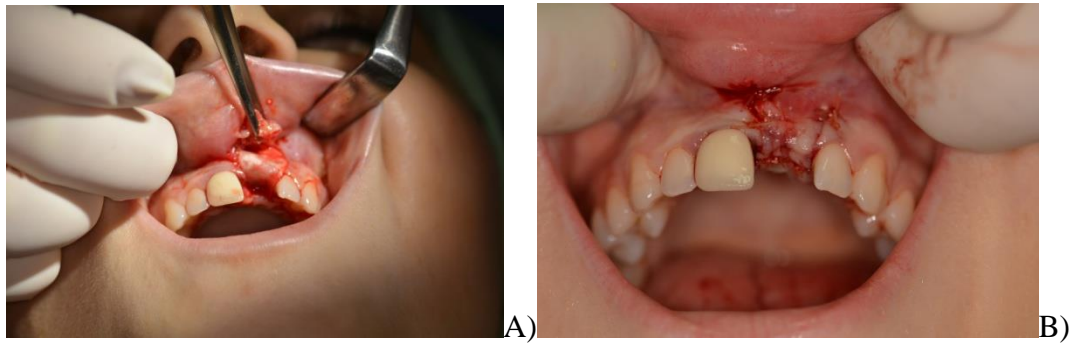


Figura 4.4: *Pas hapjes se lembos, kyretimit, dezinfektimit*

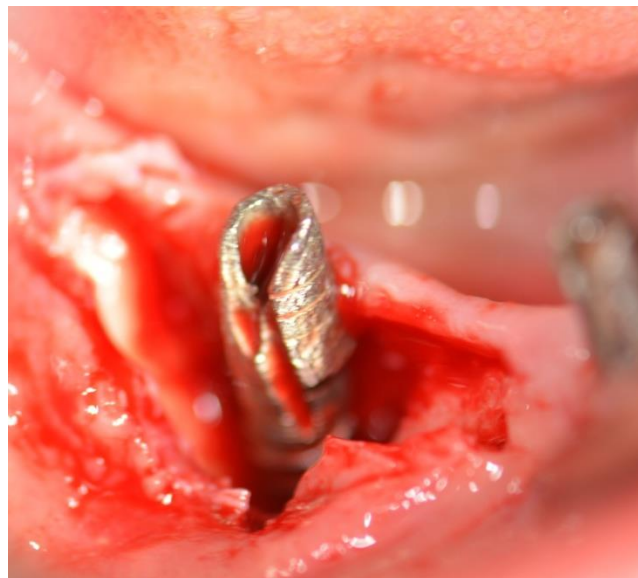


Figura 4.5: Vendosja e kockes artificiale, Easy graft

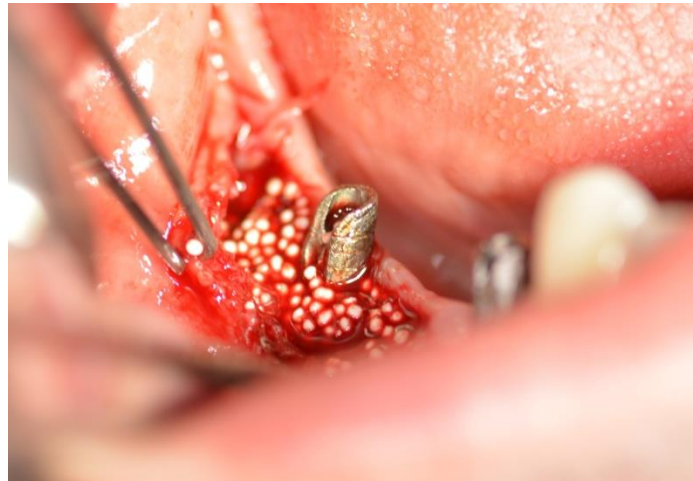


Figura 4.6: Suturimi



Figura 4.7: Gjendja 3 muaj pas trajtimit



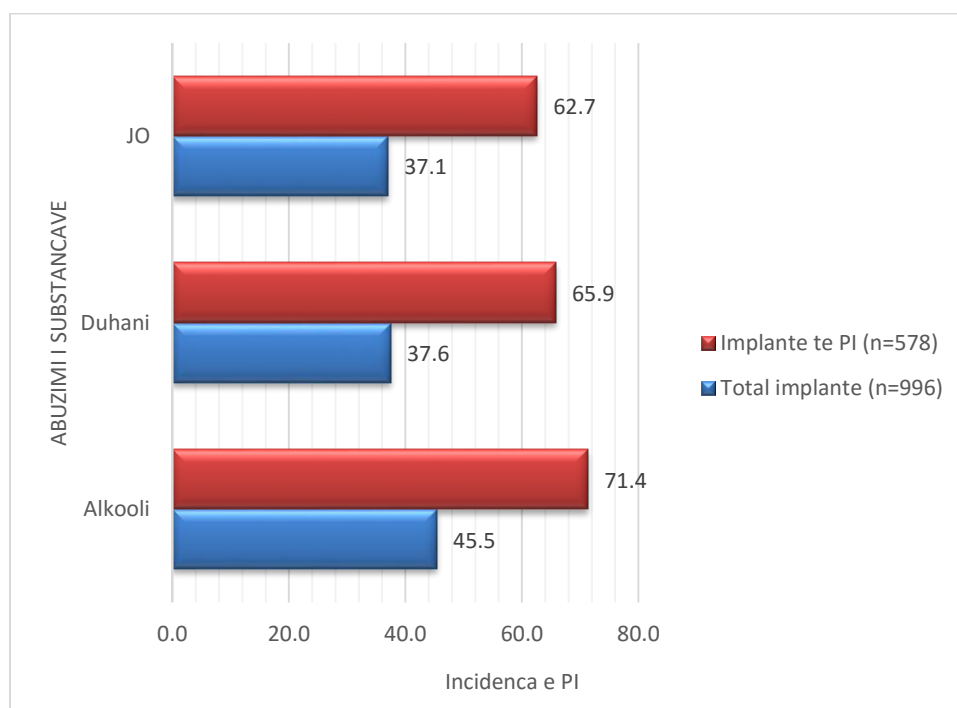
Te duhanpirësit incidenca e peri-implantitit ka qenë më e lartë (65.9% vs. 62.7%). Te përdoruesit e alkoolit incidenca ka qenë 71.4%, te Diabeti melit 65.5%. Te pacientët me higjenë të varfër orale incidenca e peri-implantitit ka qenë 66.4%, kurse te higjena orale e mirë, përkatësisht shumë e mirë incidenca është zvogëluar (64.6%, përkatësisht 50%). Incidenca e peri-implantitit ka qenë më e madhe te pacientët me parodontopati aktive (65.8%). Te pacientët me mbingarkesë të suprastrukturës në okluzion Incidenca e peri-implantitit ka qenë më e madhe (80.8% vs. 64.7%). Te pacientët me protezë të lëvizshme si suprastrukturë incidenca e peri-implantitit ka qenë 100%, te pacientët me kurora të veçanta 73.7%, kurse incidenca më e vogël ka qenë te pacientët me ura fikse 64.4%. Incidenca e peri-implantitit ka qenë më e madhe te rastet kur suprastruktura nuk ka lejuar pastrimin (65.8% vs. 65.3%). Te biotipi i hollë i gingivës incidenca e peri-implantitit ka qenë më e madhe (70.6% vs. 63.8%). Incidenca e peri-implantiteve, gjithashtu ka qenë më e madhe në rastet kur nuk kanë kryer vizitat sistematike te stomatologu (65.5% vs. 64.4%) (Tabela 4.12).

Tabela 4.12: Incidenca e peri-implantitit sipas faktorëve të rrezikut

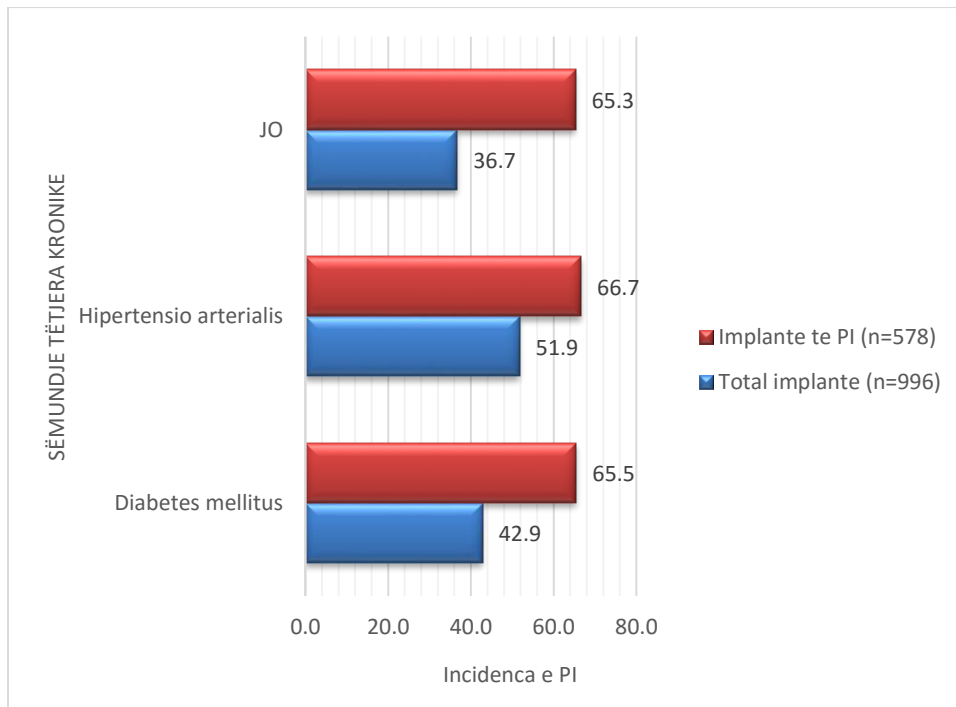
Variabla	Nënkategoria	Total implante (n=996)			Implante te PI (n=578)		
		Total impl.	Me PI	Incid.	Total impl.	Me PI	Incid.
Abuzimi i substancave	Alkooli	66	30	45.5	42	30	71.4
	Duhani	663	249	37.6	378	249	65.9
	JO	267	99	37.1	158	99	62.7
Sëmundje tjera kronike	Diabet Melit	133	57	42.9	87	57	65.5
	Hipertension arterial	27	14	51.9	21	14	66.7
	JO	836	307	36.7	470	307	65.3
Arsyeja e humbjes së dhëmbëve	Infeksionet e ndryshme	190	85	44.7	123	85	69.1
	Parodontopati	796	287	36.1	445	287	64.5
	Trauma	10	6	60.0	10	6	60.0
Higjienë orale	E varfër	368	217	59.0	327	217	66.4
	E mirë	486	157	32.3	243	157	64.6
	Shumë e mirë	142	4	2.8	8	4	50.0
Shëndeti parodontal	Nuk ka shenja të gingivitit	443	14	3.2	25	14	56.0
	Parodontopati, gingivit, xhepa parodontal	553	364	65.8	553	364	65.8
Mbingarkesa e suprastrukturës së vendosur mbi	E mbingarkuar në okluzion	28	21	75.0	26	21	80.8

implante	E pa mbingarkuar në okluzion	968	357	36.9	552	357	64.7
Suprastruktura e vendosur	Kurorë e vetme	101	28	27.7	38	28	73.7
	Protezë e lëvizshme	12	6	50.0	6	6	100.0
	Urë fikse	883	344	39.0	534	344	64.4
Suprastruktura ka lejuar pastrimin e implanteve	Po	836	330	39.5	505	330	65.3
	Jo	160	48	30.0	73	48	65.8
Biotipi i gingivës	Biotip i trashë	773	282	36.5	442	282	63.8
	Biotip i hollë	223	96	43.0	136	96	70.6
Vizitat sistematike të rregullta	JO	878	340	38.7	519	340	65.5
	PO	118	38	32.2	59	38	64.4

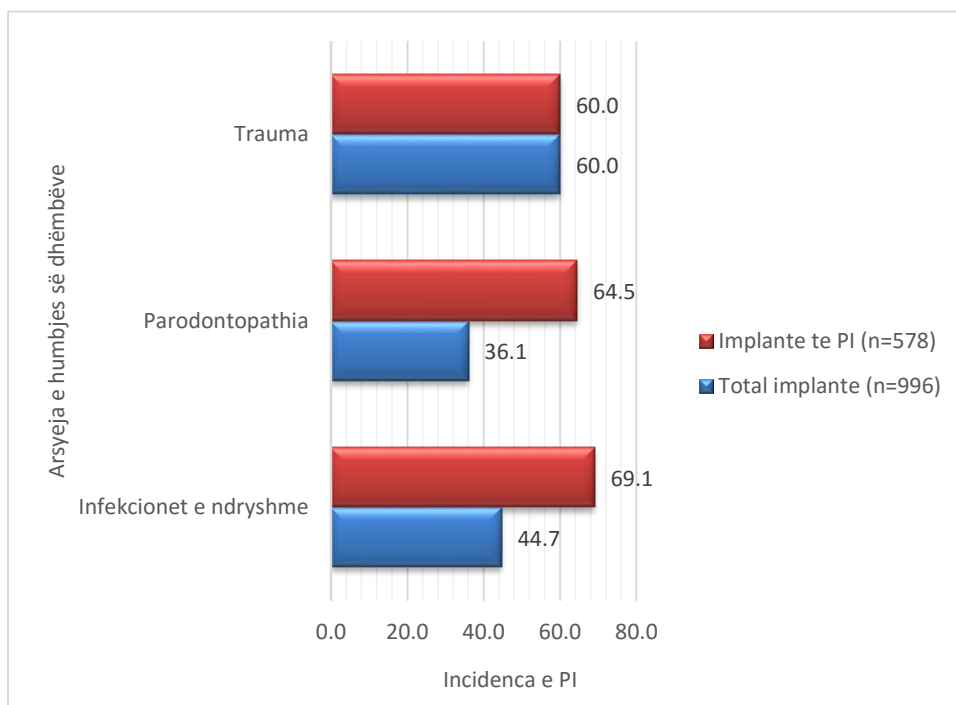
Diagrami 4.22: Incidenca e peri-implantit sipas abuzimit të substancave nga pacienti të tilla si: alkooli apo duhani



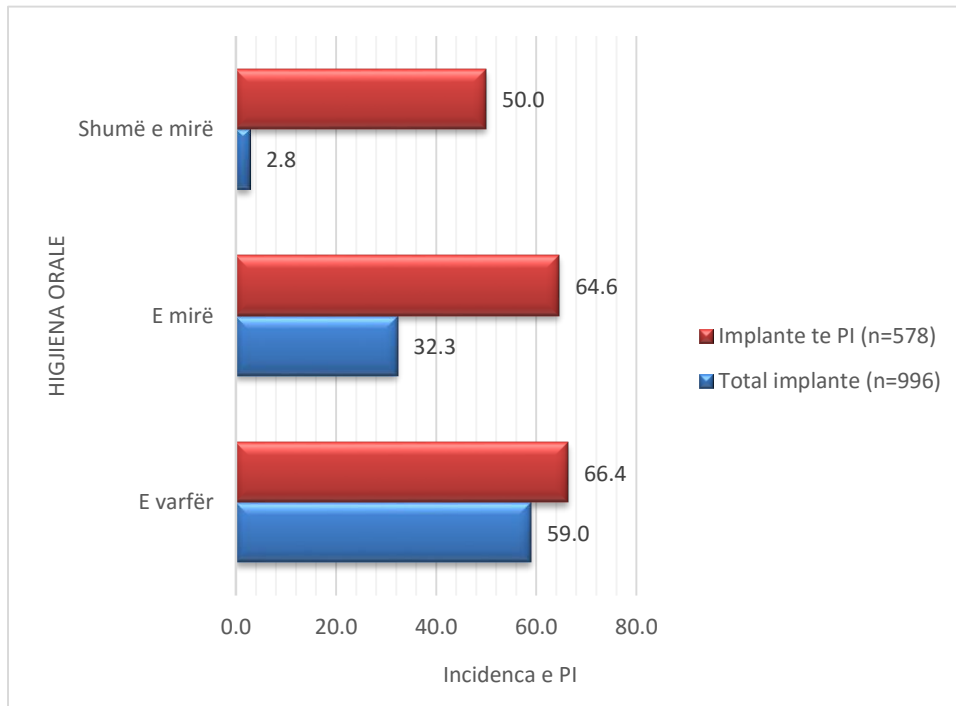
Diagrami 4.23: Incidenca e peri-implantitit sipas pranisë së sëmundjeve kronike te pacientët



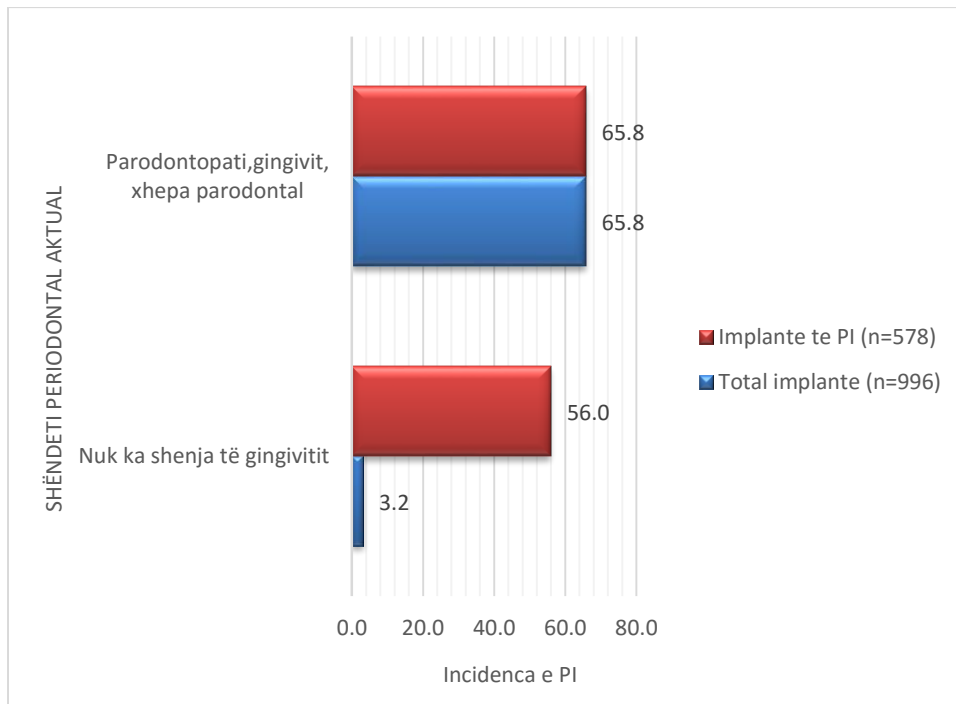
Diagrami 4.24: Incidenca e peri-implantitit sipas shkakut të humbjes së dhëmbëve



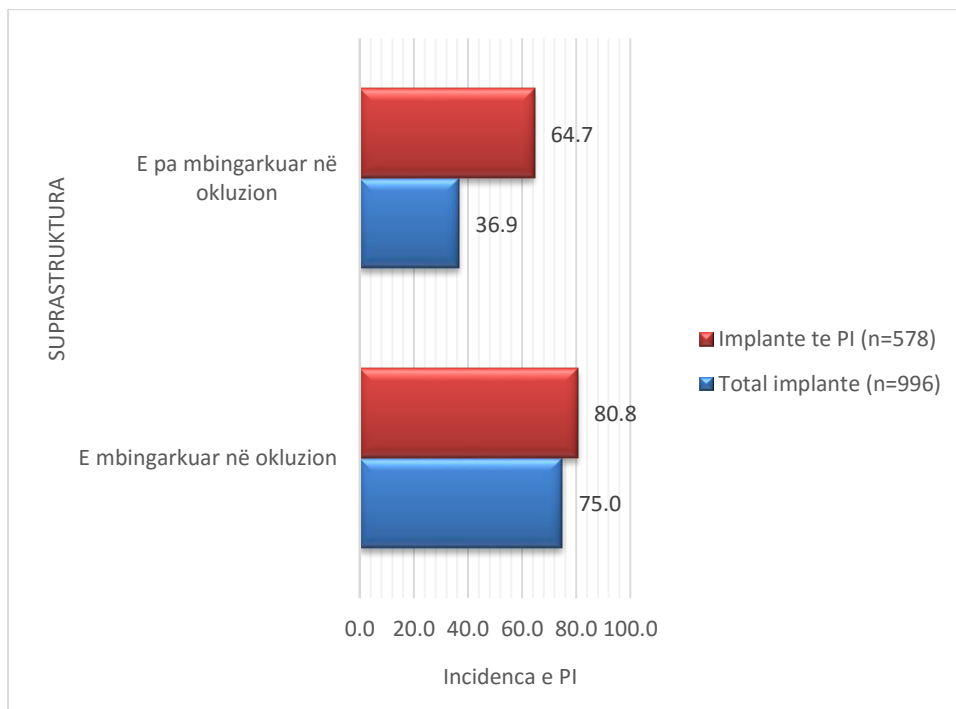
Diagrami 4.25: Incidenca e peri-implantitit sipas nivelit të higjienës orale të pacientëve



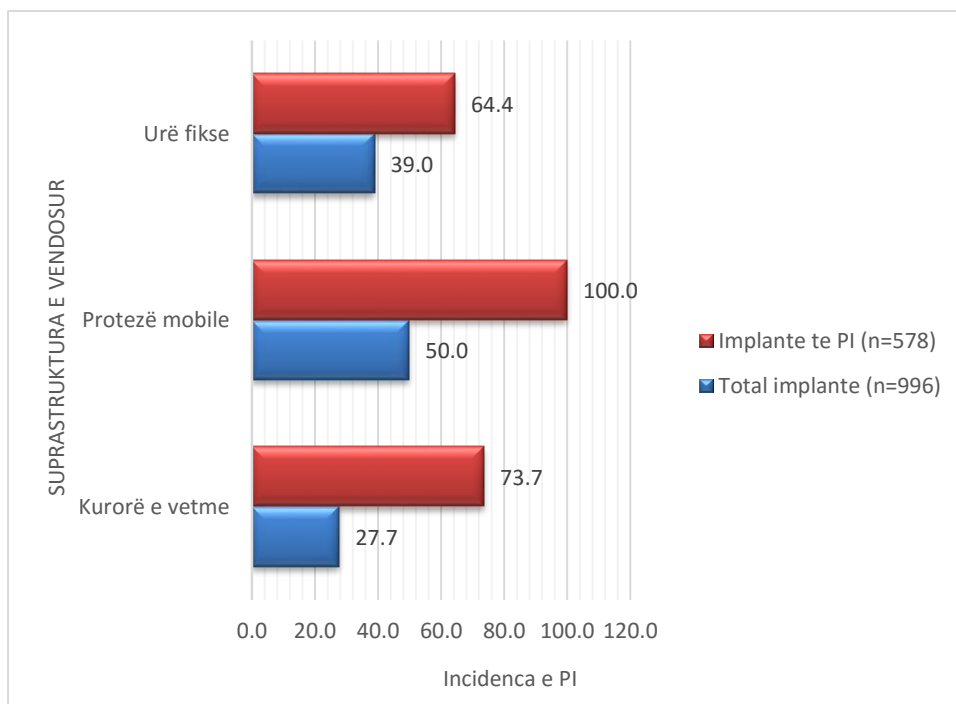
Diagrami 4.26: Incidenca e peri-implantitit sipas gjendjes së shëndetit parodontal aktual të pacientëve



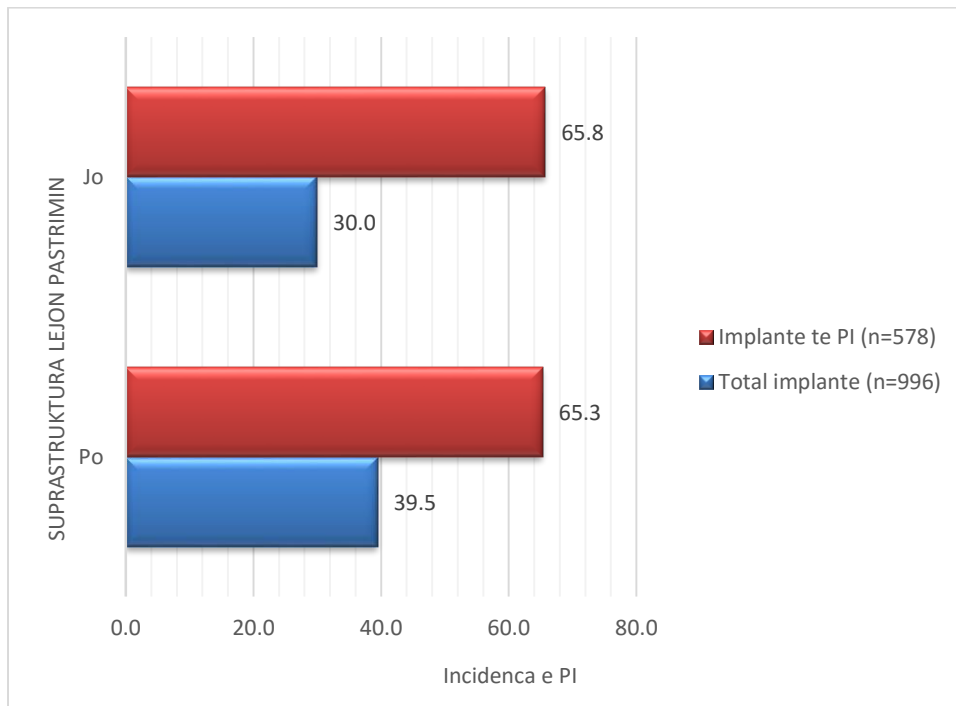
Diagrami 4.27: Incidenca e peri-implantitit sipas mbingarkesës së suprastrukturës së vendosur mbi implant



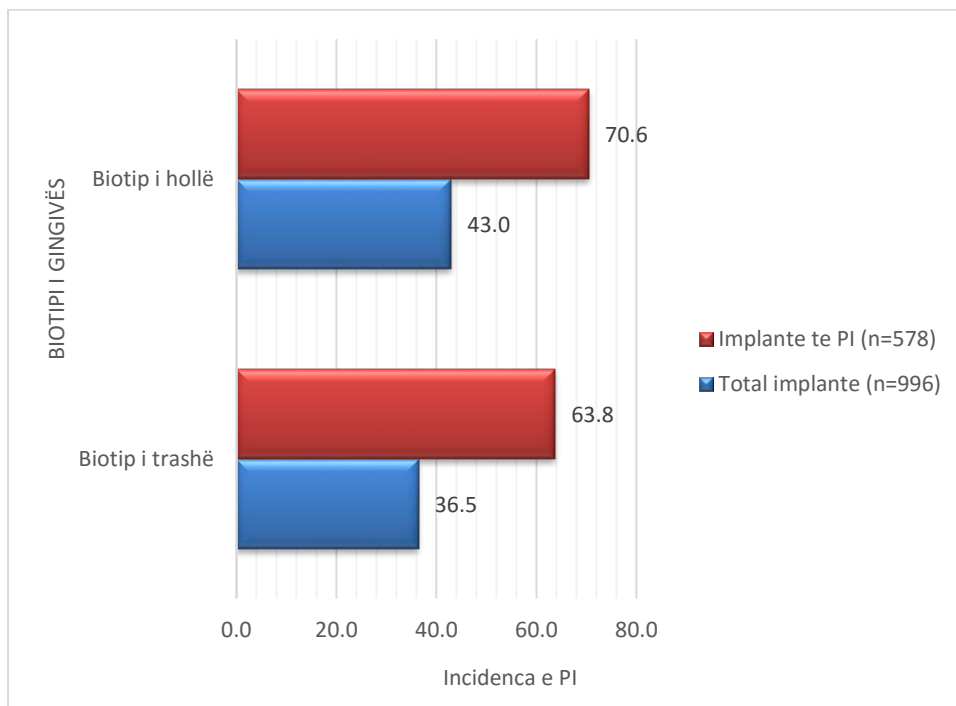
Diagrami 4.28: Incidenca e peri-implantitit sipas suprastrukturës së vendosur



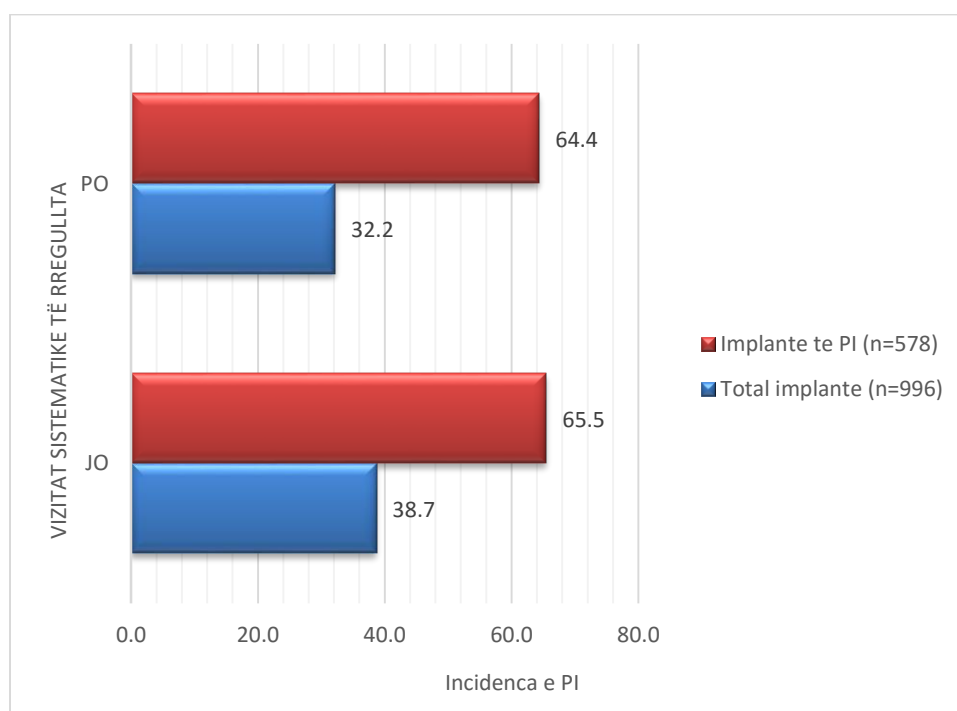
Diagrami 4.29: Incidenca e peri-implantitit kur suprastruktura e ka lejuar ose jo pastrimin e implanteve



Diagrami 4.30: Incidenca e peri-implantitit sipas biotipit të gingivës së pacientëve



Diagrami 4.31: Incidenca e peri-implantitit sipas vizitave sistematike



Sipas shkaktarit mikrobiologjik incidenca më e madhe e peri-implantitit ka qenë te infeksionet me *Enterococcus faecalis* (80%), *Streptococcus viridans* (79.3%), *Streptococcus pneumoniae* (74.1%) dhe *Treponema denticola*, përkatësisht *Tannerella forsythia* (70.8%, përkatësisht 70.7%). Prej numrit të përgjithshëm të rasteve, bakteret e izoluara në 42.9% kanë qenë baktere gram-negative anaerobe (Tabela 4.13).

Tabela 4.13: Incidenca e peri-implantitit sipas agjentëve mikrobiologjikë

Agjenti mikrobiologjik	Nr	%	Nr. implanteve	Nr.impl. me Peri-implantit	Incidenca
<i>Actinomyces species</i>	20	14.3	66	42	63.6
<i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i>	10	7.1	48	26	54.2
<i>Enterococcus faecalis</i>	1	0.7	5	4	80.0
<i>Enterococcus spp.</i>	7	5.0	30	18	60.0
<i>Escherichia Coli</i>	4	2.9	16	11	68.8
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	11	7.9	39	25	64.1
<i>Peptostreptococcus micros</i>	13	9.3	44	29	65.9
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	8	5.7	36	22	61.1
<i>Prevotella intermedia</i>	13	9.3	59	34	57.6

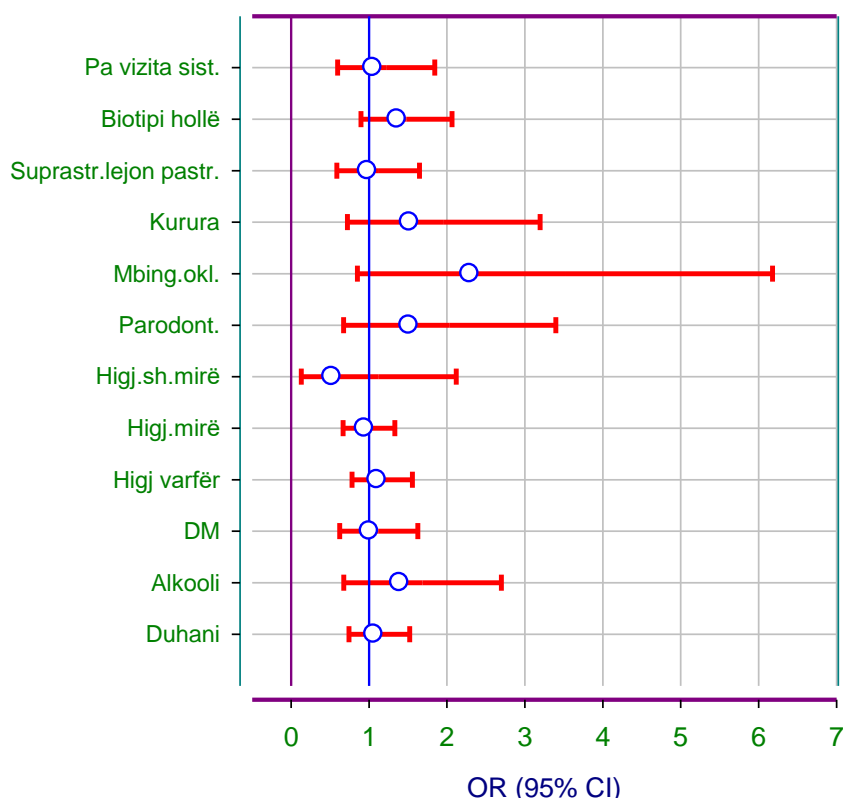
<i>Staphylococcus aureus</i>	8	5.7	42	27	64.3
<i>Streptococcus B-hemolyticus gr.A</i>	5	3.6	19	11	57.9
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	4	2.9	27	20	74.1
<i>Streptococcus viridans</i>	11	7.9	58	46	79.3
<i>Tannerella forsythia</i>	12	8.6	41	29	70.7
<i>Treponema denticola</i>	13	9.3	48	34	70.8

Tabela 4.14: Analiza logjike e regresionit. Shkalla e rrezikut për paraqitjen e peri-implantit sipas faktorëve të rrezikut

Variabla	Koef.	Pikprerja (Intercept)	Gabimi standard (SE)	P	OR	95% CI	
						Vlera ulët (Low)	Vlera lartë (High)
Duhani Po	0.0605	0.5971	0.1833	0.7413	1.06	0.74	1.52
Alkooli Po	0.3005	0.6158	0.3534	0.395	1.40	0.68	2.70
DM Po	0.0062	0.6356	0.2447	0.9797	1.01	0.62	1.63
Higjienë orale e varfër	0.0978	0.5816	0.1761	0.5786	1.10	0.78	1.56
Higjienë orale e mirë	-0.0601	0.662	0.1769	0.7342	0.94	0.67	1.33
Higjienë orale shumë e mirë	-0.6461	0.6461	0.7126	0.3645	0.52	0.13	2.12
Parodontopati aktive	0.4142	0.2412	0.4128	0.3156	1.51	0.67	3.40
Mbingarkesë në okluzion	0.8303	0.6047	0.5055	0.1005	2.29	0.85	6.18
Suprastruktura-kurorë	0.4187	0.6109	0.3793	0.2696	1.52	0.72	3.20
Suprastruktura lejon pastrimin	-0.018	0.6523	0.2638	0.9455	0.98	0.59	1.65
Biotip i hollë	0.3087	0.5667	0.2126	0.1465	1.36	0.90	2.07
Pa vizita sistematike	0.0485	0.5931	0.2872	0.8659	1.05	0.60	1.84

Sipas analizë logjike të regresionit si faktorë të rrezikut me ndikimin më të madh në paraqitjen e peri-implantit ka qenë: mbingarkesa e implantit në okluzion (OR=2.29, 95% CI 0.85 deri 6.18), kur si suprastrukturë ka qenë kurora (OR=1.52, 95% CI 0.72 deri 3.2) si dhe gjendja e parodontit (OR=1.51, 95% CI 0.67 deri 3.4). Si faktorë parandalues kanë ndikuar: higjena shumë e mirë orale (OR=0.52, 95% CI 0.13-2.12) dhe nëse suprastruktura e vendosur ka lejuar mbajtjen e mirë të higjenës orale (OR=0.98, 95CI 0.59-1.65) (Tabela 4.14 dhe Diagrami 4.32).

Diagrami 4.32: Analiza logjike e regresionit. Shkalla e rrezikut për paraqitjen e peri-implantit sipas faktorëve të rrezikut

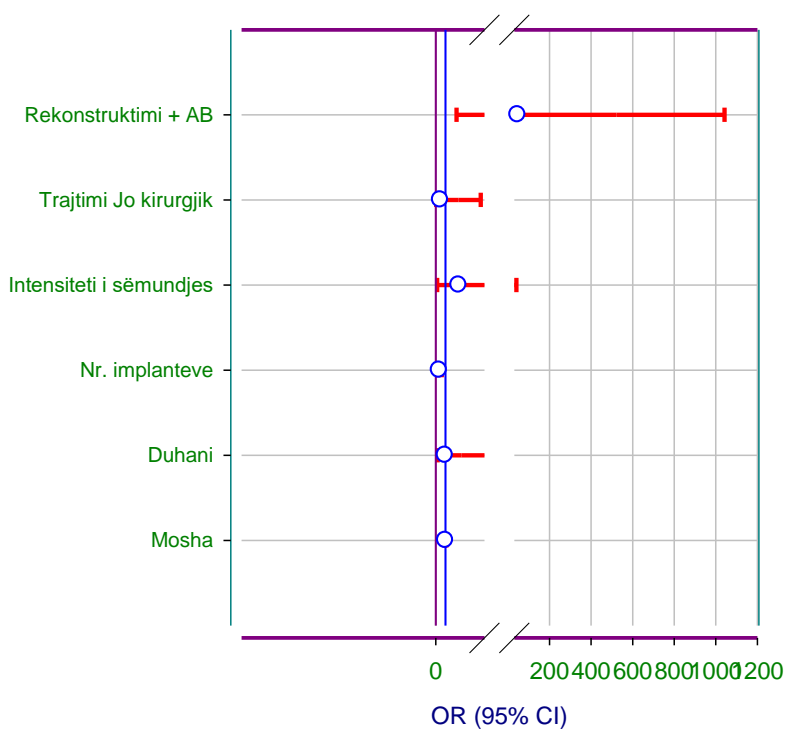


Sipas analizës logjike të regresionit rritja e moshës, pirja i duhanit, rritja e numrit të implanteve të vendosura dhe trajtimi jo kirurgjik, e kanë zvogëluar mundësinë për trajtim të suksesshëm (OR=0.999, 0.96, 0.348, përkatësisht 0.474). Intensiteti i lehtë i sëmundjes, si dhe implanti me aplikim të kombinuar të antibiotikëve e ka rritur gjasën për trajtim të suksesshëm (OR=2.364, 95% CI 0.138-40.396, përkatësisht OR=47.126, 95CI 2.131-1041.986) (Tabela 4.15 dhe Diagrami 4.33).

Tabela 4.15: Analiza logjike e regresionit. Modeli për parashikimin e ndikimit të variablave në suksesin e trajtimit të peri-implantitit

Variabla	Koef.	Gabimi standard (SE)	P	OR	95% CI	
					Vlera ulët (Low)	Vlera lartë (High)
Mosha	-0.002	0.05	0.9746	0.999	0.913	1.092
Duhani	-0.041	0.85	0.9616	0.960	0.180	5.107
Nr. implanteve	-1.057	0.28	0.0002	0.348	0.200	0.606
Intensiteti i lehtë i sëmundjes	0.860	1.45	0.5525	2.364	0.138	40.396
Trajtimi Jo kirurgjik	-0.746	1.16	0.5211	0.474	0.049	4.627
Implanti + Anibiot.	3.853	1.58	0.0147	47.126	2.131	1041.986
Pikprerje (Intercept)	6.505	2.82	0.0213			

Diagrami 4.33: Analiza logjike e regresionit. Modeli për parashikimin e ndikimit të variablave në suksesin e trajtimit të peri-implantitit.



5 DISKUTIMI

Prevalenca e peri-implantitit raportohet në rangun prej 28% deri në 56% të pacientëve (55). Koldslan me bashkp. (56) kanë raportuar një shpeshësi të prevalencës së peri-implantitit prej 11.3% deri në 47.1% të rasteve, varësisht nga determinimi i pragut radiologjik në 3 mm. Në vështrimin sistematik më të ri (57) prevalenca e peri-implantitit raportohet të jetë në 10% të implanteve dhe 20% të pacientëve, gjatë 5-10 vjetëve të funksionit të implanteve. Variacionet në prevalencën e peri-implantitit në studimet e autorëve të tjerë mund të shpjegohen me ndikimin e protokolleve të ndryshme të trajtimit, si dhe të përkufizimeve të ndryshme të shfrytëzuara për peri-implantitin. Sa i përket përkufizimit të peri-implantitit në literaturë nuk ka qëndrueshmëri. Në Konferencën e 6 Evropiane të Parodontologjisë, në vitin 2008, paraqitet përkufizimi i modifikuar për peri-implantitin, sipas së cilit peri-implantiti karakterizohet me humbjen progresive të mbështetjes kockore dhe thellimin e xhepave rreth implanteve (5). Sipas raportit më të ri peri-implantiti është një inflamacion i indeve rreth implanteve i induktuar nga bakteret, duke çuar në shkatërrim të pakthyeshëm të kockës (6).

Shumica e autorëve humbjen e kockës në vlerat 1 deri 1.5mm gjatë periudhës së homeostazës së indeve, si rezultat i procesit të rimodelimit, i pranojnë si vlera normale (4, 7, 8, 9, 10). Procesi i rimodelimit është proces fiziologjik, i cili mund të vazhdojë deri në një vit dhe nuk mund të konsiderohet si proces patologjik.

Humbja e kockës ≥ 2 mm krahasuar me vlerën fillestare, e verifikuar radiologjikisht, në kombinim me hemorragji gjatë ekzaminimit me sondë për të përcaktuar thellësinë e xhepave (PPD) ≥ 5 mm, dhe/ose qelbëzim, konsiderohen si kritere themelore për diagnostikimin e peri-implantitit. Pacientët mund të kenë edhe proces kronik me shkallë të ndryshme të destruksionit të kockave gjatë disa viteve.

Megjithatë në literaturë egzistojnë kritere shumë heterogjene për përcaktimin e sëmundjes. Disa bazohen në kriteret klinike (11, 12, 13), disa në kriteret radiologjike (14, 15), disa në kombinimin e kriterëve radiologjike me hemorragjinë gjatë sondimit (BoP) (16, 17), kurse të tjerët në kombinimin e hemorragjisë gjatë sondimit, thellësisë së xhepave dhe humbjes marginale të kockës, të verifikuar me radiografi (18-27).

Gjatë këtyre fazave të studimit, mundësitë për gabime gjatë matjeve janë të mëdha, që konsiderohen si bazë themelore e ndryshimit të rezultateve ndërmjet autorëve të ndryshëm. Në rastet kur përdoret protokoll i ngarkimit të menjëhershëm, radiografia e bërë një vit pas vendosjes mund të jetë e përshtatshme si ekzaminim bazik, me të cilën do të krahasohen radiografite e mëvonshme.

Tabela 5.1: Rezultatet e autorëve të tjerë përkritazi me prevalencën e peri-implantitit, si në nivelin e pacientëve, ashtu edhe në nivelin e implanteve të aplikuara

Autorët	Nr.pacientëve dhe implanteve	Përkufizimi i peri-implantitit	Periudha evlerësimit	Rezultatet përfundimtare: % e pacientëve dhe implanteve me peri-implantit
Fransson et al (3)	662 pacientë dhe 3413 implante	BOP* dhe/ose qelbi ≥ 1.8 mm humbje të kockës ≥ 0.1 mm humbje të kockës pas vitit të parë të funksionit	> 5 vjet Koha mesatare e funksionit: 8.6 vj.	P: 28%
Roos-Jansaker et al (1)	218 pacientë dhe 999 implante	BOP dhe/ose qelbi ≥ 1.8 mm humbje të kockës	≥ 9 vjet Koha mesatare e funksionit: 11 vj.	P: 16% I: 7%
Koldslund et al (4)	107 pacientë dhe 351 implante	A) BOP dhe PD** ≥ 4 mm Humbje e kockës ≥ 2 mm B) BOP dhe PD ≥ 6 mm Humbje e kockës ≥ 3 mm	≥ 1 vit Koha mesatare e funksionit: 7.4 vj.	A) P: 25% I: 20% B) P: 13% I: 11%
Rinke et al (5)	89 pacientë dhe 340 implante	PD ≥ 5 mm BOP Humbje progresive e kockës	≥ 2 vjet Koha mesatare e funksionit: 5.7 vj.	P: 11.2%
*BOP, hemorragji gjatë sondimit (bleeding on probing); **PD, thellësia e xhepit (probing depth)				

Në studimin e Fransson me bashkp (8) pacientët mesatarisht ishin me 6 implante, ku mbi 60% të pacientëve kishin mbi 1.8 mm resorbim të kockës në një ose më shumë implante, kurse 20% ishin me katër implante të prekura.

Si faktorë rreziku për paraqitje e peri-implantitit merren faktorët e përgjithshëm dhe faktorët lokalë. Si faktorë të përgjithshëm rrezikut për peri-implantitit konsiderohen: historia positive për parodontite, faktorët gjenetikë, diabeti, faktorët ambiental (duhanpirja, stresi, përdorimi i alkoolit). Duhani konsiderohen si pacientë me rrezik për sëmundjet peri-implantare dhe humbjen e implantit. Prandaj, këtyre pacientëve i duhet këshilluar një program për lënien e duhanit për të zvogëluar rrezikun për peri-implantit. Duhani duhet të monitorohen më shpesh për të diagnostikuar ndryshimet në indet përreth implantit (43, 64). Në studimin tonë

pacientët me peri-implantit janë duhanpirës në 61.4% të rasteve, kurse abuzues të alkoolit në 6.4% të rasteve.

Duhanpirja është identifikuar si faktor rëndues për higjenën e dobët orale dhe shoqërimin e rëndësishëm të humbjes margjinale të kockës rreth implantit (65). Lidhja e peri-implantitit me duhanpirjen është gjetur në 6 studime, me OR në rang nga 3.6 deri 4.6 (66-71).

Të dhënat për sa i përkasin ndikimit të konsumit të alkoolit si faktor rreziku për peri-implantit janë të limituara. Autori Galindo-Moreno me bashkp (72) në studimin e tij prospektiv 3 vjeçar ka raportuar që konsumi i alkoolit në sasi > 10 g në ditë rezultoi me humbje të rëndësishme të kockës rreth implantit. Ndikimi i konsumimit të alkoolit si faktor rreziku për peri-implantit është vërtetuar edhe në studimin me raste-kontroll të Alissa dhe Oliver (73).

Sipas rezultateve të një studimi në Brazil (74) është konstatuar një rritje e rrezikut për peri-implantit te joduhanpirësit me kontroll të dobët të metabolizmit. Marrone me bashkp, në studimin e tyre kanë gjetur peri-implantit në 42.9% të pacientëve me diabet melit (75).

Me Diabet melit janë 12.9%, kurse pjesa më e madhe e tyre nuk kanë pasur sëmundje të tjera kronike.

Parodontiti aktiv është faktor rreziku për paraqitje e peri-implantitit, por kjo çështje nuk është diskutuar, sepse çdo aplikim i implanteve në prani të parodontitit konsiderohet si praktikë e gabuar. Parodonti i shëndetshëm është kusht për terapinë me implante. 9 vështrime sistematike kanë analizuar historinë positive të periodontitit si indikator rreziku për rezultatet përfundimtare të implanteve (76-84). Gjashtë studime, prej të cilave dy prospektivë (15, 85) dhe 4 retrospektive (86, 87, 74, 71) kanë gjetur lidhje të rëndësishme ndërmjet historisë positive për parodontit me peri-implantit (OR në rangun nga 3.1 deri 4.7).

Si faktorë lokalë zakonisht konsiderohen: higjiena orale, gjendja e shëndetit parodontal, gjendja e indeve të buta, thellësia e xhepave peri-implantarë, lidhja e implantit me protezën, etj...

Egzistojnë prova të sigurta që mbështesin lidhjen ndërmjet higjenës së dobët orale dhe peri-implantitit. Një studim prospektiv i hershëm raporton për lidhjen ndërmjet higjenës së dobët orale dhe humbjes së kockës rreth implantit, sidomos te duhanpirësit, pas 10 viteve(65). Lidhja e pllakes dentare >30% dhe paraqitjen e peri-implantitit është treguar edhe në dy studime të tjera (74, 75).

Sipas rezultateve në studimin tonë higjiena e varfër orale e ka rritur incidencën e peri-implantiteve, krahasuar me rastet kur higjiena orale ka qenë e mirë ose shumë e mirë

(66.4% kundrejt 64.6%, përkatësisht 50%). Sipas rezultateve tona, sëmundja parodontale e rrit incidencën e peri-implantitit (65.8% kundrejt. 56%). Pacientët me histori pozitive për sëmundje parodontale si dhe humbje të dhëmbëve për shkak të sëmundjes parodontale kanë rrezik më të madh për peri-implantit. Cilado sëmundje parodontale duhet të mjekohet para terapisë me implante (59-63). Rezultatet të ngjashme kemi fituar edhe në studimin tonë, ku humbja e dhëmbëve për shkak të infeksioneve të ndryshme ose parodontopatitë e ka rritur incidencën e peri-implantiteve (69.1%, përkatësisht 64.5%).

Suprastrukturat protetike duhet të projektohen në mënyrë që ti lejojnë pacientit mbajtjen e mirë të higjenes orale. Pacientët duhet të informohen për rëndësinë e higjenes orale për të pasur rezultate të mira përfundimtare (58). Nga rezultatet e studimit tonë kemi vënë re se nëse suprastruktura e vendosur në implante ka shkaktuar mbingarkim në okluzion e rrit edhe incidencën e peri-implantitit (80.8% vs. 64.7%). Gjithashtu, incidenca e peri-implantitit rritet kur suprastruktura nuk lejon pastrimin e mirë (65.8% vs. 65.3%).

Në meta analizën e studimeve prospektive me periudhën follow-up \geq 5 vjet autorët raportojnë shkallë relativisht të vogël të peri-implantiteve prej 6% te pacientët me proteza parciales fikse (51). Sipas Berglundh me bashkp. (51) prevalenca e peri-implantitit në grupin e pacientëve me proteza është 0.66%, në grupin ku implantet mbështesin protezat totale prevalenca është 0.71%, në grupin ku implantet mbështesin proteza parciales prevalenca është 6.47%, kurse te implantet që zëvendësojnë dhëmbët individualë prevalenca është 0.31% (51). Disa studime longitudinale që kanë analizuar humbjen e kockave afër implanteve tregojnë prevalencë më të madhe të peri-implantitit, nga 11% deri në 28% (51-54).

Proçesi inflamator te mukoziti peri-implantar është shumë i ngjashëm me gingivitin rreth dhëmbëve natyralë. Pas aplikimit të implanteve dentare, në periudhë të shkurtër kohore, glikoproteinat nga pështyma aderojnë në sipërfaqen e ekspozuar të titanit, dhe kjo shtresë kolonizohet nga mikroorganizmat oralë. Formimi i biofilmit luan një rol të rëndësishëm për fillimin e sëmundjeve rreth implanteve dhe është thelbësorë për zhvillimin e infeksioneve rreth implanteve dentare (32-35). Sëmundjet peri-implantare janë të shoqëruara me baktere gram-negative anaerobe, të ngjashme me ato të gjetura rreth dhëmbëve natyralë me parodontit kronik intensiv (88-90).

Në përgjithësi, pranohet që mukoziti peri-implantar është paraardhës i peri-implantitit, sikurse gingiviti është paraardhës i parodontitit. Në mënyrë të ngjashme si është lidhja kauzale ndërmjet gingivitit dhe parodontitit, mukoziti peri-implantar nuk do të thotë të përparon me çdo kusht në peri-implantit. Rigjenerimi epitelial rreth implantit, në funksion, është i ngjashëm me atë rreth dhëmbit normal (91).

Në shumë studime të kryera si në periudha më të hershme (92), ashtu edhe hulumtimet më të reja kanë treguar se zona e gjerë e mukozës së keratinizuar ka ndikim për të siguruar stabilitetin e indeve të buta dhe të forta (93). Ka edhe rezultate që tregojnë se prania e mukozës së keratinizuar nuk është garanci për mungesë të lezioneve të peri-implantitit (71).

Sipas dy vështrimeve sistematike është inkurajuar rritja e dimensioneve të mukozës së keratinizuar (mukozë ngjitëse) në vendet ku shtresa e mukozës është e pakkeratinizuar (mukozë e levizshme), të cilat e pengojnë pastaj mbajtjen optimale të higjienës orale (94, 95).

Tashme mikroorganizmat njihen si faktor rreziku për peri-implantit, përderisa sëmundja është e induktuar nga bakteret. Roli i bakteve në patogjenizim e sëmundjes është nënvlerësuar, sepse nuk është gjetur ndonjë bakter specifik dhe implikuar në migrimin apikal të barrierës epiteliare të implantit, ekuivalente me epitelin ngjitës rreth dhëmbëve.

Prania e bakteve anaerobe në xhepat parodontale përbën një kërcënim të mundshëm për infeksione rreth implanteve dentare (96). Xhepat rreth dhëmbëve paraqesin vende të përshtatshme ekologjike që favorizojnë rritjen e patogjenëve oportuniste, bakteret të cilat ndikojnë në rezultatet afatgjata të implanteve. Bakteret në ambiente të tilla patologjike janë faktor rreziku për peri-implantit.

Rezultatet përfundimtare nga studimet tek kafshët (97) dhe nga studimet te njeriu (98) tregojnë se bakteret e shoqëruara me parodontit dhe peri-implantit janë të ngjashme, zakonisht ato janë bakteret gram negative anaerobe. *Staphylococcus aureus* mund të jetë patogjen i rëndësishëm për paraqitjen e peri-implantitit (98). Në studimin tonë *Staphylococcus aureus* është gjetur në 5.7% të rasteve, me incidencë të peri-implantitit te ky grup prej 64.3%. Nga numri i përgjithshëm i bakteve, 42.9% prej tyre janë gram-negative anaerobe, me shpeshësinë më të madhe të *Prevotella intermedia* 9.3%, përkatësisht *Treponema denticola* 9.3% dhe *Tannerella forsythia* 8.6%.

Fazat themelore të trajtimit të peri-implantitit janë të ngjashme me terapinë parodontale. Terapia përfshin: kontrollin e infeksionit, terapinë korrigjuese jo-kirurgjike dhe kirurgjike, terapinë rigjeneruese, nëse është e përshtatshme dhe terapinë mbështetëse (supportive) (99, 100). Terapia jokirurgjike gjithnjë aplikohet para terapisë kirurgjike. Indi granulomatoz duhet të hiqet. Pastrimi mekanik i sipërfaqes bëhet me instrumente titani. Dekontaminimi kimik i sipërfaqeve të implantit me 3% peroksid hidrogjeni ndjek pastrimin mekanik. Te zonat estetike, në rast të defekteve kockorë rekomandohet përjasje rigjenerative. Për mbushje të defektit mund të përdoret kockë autogjene ose kockë artificiale. Rezultatet përfundimtare të trajtimit mund të mbahen nëse pacienti i zbaton instruksionet lidhur

me higjenën orale. Riosteointegrimi mund të zbatohet sipas qasjes regjenerative. Nëse defekti nuk është kockor, për të reduktuar thellësinë e xhepit, rekomandohet pozicionim apical i mukozës. Sipas rezultateve të hulumtimit tonë, rritja e moshës, pirja e duhanit, rritja e numrit të implanteve të vendosura dhe trajtimi jo kirurgjik, e zvogëlojnë mundësinë për trajtim të suksesshëm (OR=0.99, 0.96, 0.35, përkatësisht 0.47). Intensiteti i lehtë i sëmundjes, si dhe terapia me aplikim të kombinuar të antibiotikëve e rrisin gjasën për trajtim të suksesshëm (OR=2.36, përkatësisht OR=47.13).

6 KONKLUZIONE

1. Incidenca e peri-implantiteve ndaj numrit të përgjithshëm të implanteve të aplikuara ka qenë 38.0%. Rreth 53% të rasteve me peri-implantit kanë qenë të seksit femër.
2. Incidenca e peri-implantitit ndaj numrit të përgjithshëm të implanteve të aplikuara ka treguar rritje me rritjen e kohëzgjatjes së funksionit të implanteve. Te implantet me funksion prej 1 viti incidenca ka qenë 60%, kurse te kohëzgjatja e funksionit prej 8 vjet incidenca e peri-implantiteve është rritur në 78.6%.
3. Moshë mesatare e të sëmurëve me peri-implantit ka qenë 49.76±9.1 vjeç, kurse sipas seksit moshë mesatare ka qenë më e madhe te meshkujt (52.1±9.5 vs. 47.6±8.3, p=0.003).
4. Si faktorë më të rëndësishëm të rrezikut për paraqitjen e peri-implantitit kanë qenë: mbingarkesa e implantit në okluzion (OR=2.29), kur si suprastrukturë janë aplikuar kurorat (OR=1.52) si dhe gjendja e parodontit (OR=1.51). Pacientët me histori pozitive për sëmundje parodontale si dhe pacientët me humbje të dhëmbëve për shkak të sëmundjes parodontale, kanë rrezik të shtuar për peri-implantit. Cilado sëmundje parodontale, gjithsesi, duhet të mjekohet para terapisë me implante.
5. Pirja e duhanit dhe e alkoolit konsiderohen si faktor rreziku për paraqitje të peri-implantitit dhe humbje të implantit (OR=1.06, përkatësisht OR=1.40).
6. Biotipi i hollë i gingivës konsiderohet si faktor rreziku për paraqitje të peri-implantitit dhe humbje të implantit (OR=1.36).
7. Si faktorë parandalues për paraqitjen e peri-implantitit konsiderohet higjiena shumë e mirë orale (OR=0.52) dhe nëse suprastruktura e vendosur lejon mbajtjen e mirë të higjienës orale (OR=0.98).
8. Sipas shkaktarit mikrobiologjik, në 42.9% të peri-implantiteve janë izoluar baktere gram-negative anaerobe. Incidenca më e madhe e peri-implantitit ka qenë te infeksionet me *Enterococcus faecalis* (80%), *Streptococcus viridans* (79.3%), *Streptococcus pneumoniae* (74.1%) dhe *Treponema denticola* (70.8%), përkatësisht *Tannerella forsythia* (70.7%).
9. Rritja e moshës, pirja e duhanit, rritja e numrit të implanteve të vendosura dhe trajtimi jo kirurgjik, e zvogëlojnë gjasën për trajtim të suksesshëm (OR=0.99, 0.96, 0.35, përkatësisht 0.47). Intensiteti i lehtë i sëmundjes, si dhe implanti me aplikim të kombinuar të antibiotikëve e rritë gjasën për trajtim të suksesshëm (OR=2.36, përkatësisht OR=47.13).

7 REKOMANDIME

1. Mbajtja e mirë e higjenës orale rrit mundësinë e suksesit të implanteve dhe parandalon shfaqjen apo përkeqesimin e sëmundjes së peri-implantitit.
2. Suprastruktura mbi implant duhet të projektohet në mënyrë që të lejojë mbajtjen e një higjene të mirë orale nga ana e pacientit pa shumë mundim.
3. Suprastruktura mbi implant nuk duhet të jetë e mbi ngarkuar në okluzion (kafshim).
4. Lënia e duhanit favorizon jetëgjatësinë e implantit, si dhe redukton riskun për inflamacion peri-implantar.
5. Kontrollat e rregullta duhen bërë sipas këshillës së mjekut
6. Higjena profesionale duhet bërë sipas këshillës së mjekut
7. Mbajtja nën kontroll e sëmundjes parodontale të dhëmbët natyral favorizon jetëgjatësinë e implantit dhe parandalon shfaqjen e peri-implantitit.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Branemark PI, BO Hansson, R Adell, U Breine, J Lindstrom, O Hallen, A Ohman. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from 1 10-years period. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl* 1977, 16, 1-132.
2. Branemark PI. Introduction to osseointegration. In Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T, eds: *Tissue-integrated prostheses: osseointegration in clinical dentistry*. Chicago: Quintessence Publ. Co. Inc, 1985, pp. 350.
3. Berglundh T, I Abrahamsson, NP Lang, J Lindhe. De novo alveolar bone formation adjacent to endosseous implants. *Clin Oral Implants Res* 2003, 14: 251-62.
4. Albrektsson TIF. Consensus Report: Implant Therapy. In *Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology, 1994*; 365-69. Berlin: Quintessence.
5. Lindhe J, J Mayle. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008; 35:282-5.
6. Lang NP, T Berglundh. Periimplant diseases: where are we now?—Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2011; 38 Suppl 11, 178-81.
7. Albrektsson T, G Zarb, P Worthington, AR Eriksson. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986; 1: 11-25.
8. Fransson C, U Lekholm, T Jemt, T Berglundh. Prevalence of subjects with progressive bone loss at implants. *Clin Oral Implants Res* 2005; 16: 440-6.
9. Jemt T, T Albrektsson. Do long-term followed Branemark implants commonly show evidence of pathological bone breakdown? A review based on recently published data. *Periodontol* 2008; 47: 133-42.
10. Roos-Jansaker AM, C Lindahl, H Renvert, S Renvert. Nine-to fourteen year follow-up of implant treatment. Part I: implant loss and associations to various factors. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 283-9.
11. Bragger U, S Aeschlimann, W Burgin, CH Hammerle, NP Lang. Biological and technical complications and failures with fixed partial dentures (FPD) on implants and teeth after four to five years of function. *Clin Oral Implants Res* 2001; 12: 26-34.
12. Bragger U, I Karoussis, R Persson, B Pjetursson, G Salvi, N Lang. Technical and biological complications/failures with single crowns and fixed partial dentures on implants: a 10-year prospective cohort study. *Clin Oral Implant Res* 2005; 16: 326-34.
13. Corbella S, M Del Fabbro, S Taschieri, F De Siena. L Francetti. Clinical evaluation of an implant maintenance protocol for the prevention of peri-implant diseases in patients treated with immediately loaded full-arch rehabilitations. *Int J Dent Hyg* 2011; 9: 216-22.
14. Cury PR, VV Horewicz, DS Ferrari, R Brito Jr, WR Sendyk, PM Duarte, JA Shibli. Evaluation of the effect of tumor necrosis factor-alpha gene polymorphism on the risk of peri-implantitis: a case-control study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24: 1101-5.

15. Rocuzzo M, N De Angelis, L Bonino, M Aglietta. Ten-year results of a three-arm prospective cohort study on implants in periodontally compromised patients. Part 1: implant loss and radiographic bone loss. *Clin Oral Implant Res* 2010; 21: 490-6.
16. Dierens M, S Vandeweghe, J Kisch, K Nilner, H De Bruyn. Long-term follow-up of turned single implants placed in periodontally healthy patients after 16-22 years: radiographic and peri-implant outcome. *Clin Oral Implant Res* 2012; 23: 197-204.
17. Ravald N, S Dahlgren, A Teiwik, K Grondahl. Long-term evaluation of Astra Tech and Branemark implants in patients treated with full-arch bridges. Results after 12-15 years. *Clin Oral Implants Res* 2012; 10.1111
18. Charalampakis G, A Leonhardt, P Rabe, G Dahlen. Clinical and microbiological characteristics of peri-implantitis cases: a retrospective multicenter study. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23: 1045-54.
19. Dvorak G, C Arnhart, S Heuberer, CD Huber, G Watzek, R Gruber. Peri-implantitis and late implant failures in postmenopausal women: a cross-sectional study. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 950-5.
20. Koldsalnd OC, AA Scheie, AM Aass. The association between selected risk indicators and severity of peri-implantitis using mixed analyses. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 285-92.
21. Rinke A, S Ohl, D Ziebolz, K Lange, P Eickholz. Prevalence of periimplant disease in partially edentulous patients: a practice-based cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res* 2011; 22: 826-33.
22. Rocuzzo M, F Bonino, M Aglietta, P Dalmasso. Ten-year results of a three arms prospective cohort study on implants in periodontally compromised patients. Part 2: clinical results. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23: 389-95.
23. Rodrigo D, C Martin, M Sanz. Biological complications and peri-implant clinical and radiographic changes at immediately placed dental implants. A prospective 5-year cohort study. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23: 1224-31.
24. Schmidlin K, N Schnell, S Steiner, GE Salvi, B Pjetursson, G Matuliene, M Zqahlen, U Bragger, NP Lang. Complication and failure rates in patients treated for chronic periodontitis and restored with single crowns on teeth and/or implants. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21: 550-7.
25. Simonis P, T Dufour, H Tenenbaum. Long-term implant survival and success: a 10-16-year follow-up of non-submerged dental implants. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21: 772-7.
26. Wahlstrom M, GB Sagulin, LE Jansson. Clinical follow-up of unilateral, fixed dental prosthesis on maxillary implants. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21: 1294-300.
27. Zetterqvist L, S Feldman, B Rotter, G Vincenzi, JL Wennstrom, A Chierico, RM Stach, JN Kenealy. A prospective, multicenter, randomized-controlled 5-year study of hybrid and fully etched implants for the incidence of peri-implantitis. *J Periodontol* 2010; 81: 493-501.
28. Pontoriero R, Tonetti MP, Carnevale G, Mombelli A, Nyman SR, Lang NP. Experimentally induced peri-implant mucositis. A clinical study in humans. *Clin Oral Implants Res* 1994; 5: 254-259.

29. Berglundh T, J Lindhe, I Ericsson, CP Marinello, B Liljenberg, P Thomsen. The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Implants Res* 1991; 2: 81-90.
30. Berglundh T, Ericsson I, Dahlen G, Leonardt A. Putative periodontal pathogens on titanium implants and teeth in experimental gingivitis and periodontitis in beagle dogs. *Clin Oral Implants Res* 1992; 3: 112-119.
31. Lindhe J, Berglundh T, Ericsson I, Liljenberg B, Marinello C. Experimental breakdown of peri-implant and periodontal tissues. A study in the beagle dog. *Clin Oral Implants Res* 1992; 3: 9-16.
32. Quirynen M, Vogels R, Peeters W, van Steenberghe D, Naert I, Haffajee A. Dynamics of initial subgingival colonization of pristine peri-implant pockets. *Clin Oral Implants Res* 2006; 17: 25-37.
33. Van Winkelhof AJ, Goene RJ, Benschop C, Folmer T. Early colonization of dental implants by putative periodontal pathogens in partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11: 511-552.
34. Furst M, Salvi GE, Lang NP, Persson GR. Bacterial colonization immediately after installation on oral titanium implants. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 501-508.
35. Salvi GE, Furst MM, Lang NP, Persson GR. One year bacterial colonization patterns of *Staphylococcus aureus* and other bacteria at implants and adjacent teeth. *Clin Oral Implants Res* 2008; 19: 242-248.
36. Hultim M, Gastafsson A, Hallstrom H, Johansson LA, Ekfeldt A, Klinge B. Microbiological findings and host response in patients with peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res* 2002; 13: 349-358.
37. Leonhard A, Renvers S, Dahlen G. Microbial findings at failing implants. *Clin Oral Implants Res* 1999; 10: 339-345.
38. Renvert S, Roos-Jansaker AM, Lindahl C, Renvert H, Persson GR. Infections at titanium implants with or without a clinical diagnosis of inflammation. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 509-516.
39. Quirynen M, De Soete M, van Steenberghe D. Infections risks for oral implants: A review of the literature. *Clin Oral Implants Res* 2002; 13: 1-19.
40. Leonhard A, Adolfsson B, Lekholm U, Wikstrom M, Dahlen G. A longitudinal microbiological study on osseointegrated titanium implants in partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res* 1993; 4: 113-120.
41. Hugoson A, L Laurell. A prospective longitudinal study on periodontal bone height changes in a Swedish population. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 665-74.
42. Bengazi F, Wennstrom JL, Lekholm U. Recession of the softs tissue margin at oral implants. *Clin Oral Implants Res* 1996; 7: 303-310.
43. Roos-Jansaker AM, Renvert H, Lindahl C, Renvert S. Nine-to fourteen-year follow-up of implant treatment. Part III: Factor associated with peri-implant lesions. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 296-301.
44. Etter TH, Hakanson I, Lang NP, Trejo PM, Caffesse RG. Healing after standardized clinical probing of the periimplant soft tissue seal: A histomorphometric study in dogs. *Clin Oral Implants Res* 2002; 13: 571-580.
45. Schou S, Holmstrup P, Stoltye K, Hjorting-Hansen E, Fiehn NE, Skovgaard LT. Probing around implants and teeth with healthy or inflamed peri-implant mucosa/gingiva. A histologic

comparison in cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*). *Clin Oral Implants Res* 2002; 13: 113-126.

46. Lutbacher S, Mayfield L, Bragger U, Lang NP. Diagnostic characteristics of clinical and microbiological tests for monitoring periodontal and peri-implant mucosal tissue conditions during supportive periodontal therapy. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11: 521-529.

47. Pikner SS, Grondahl K. Radiographic analysis of “advanced” marginal bone loss around Branemark dental implants. *Clin Oral Implants Res* 2009; 11: 120-133.

48. Van Assche N, Jacobs R, Coucke W, van Steenberghe D, Quirynen M. Radiographic detection of artificial intra-bony defects in the edentulous area. *Clin Oral Implants Res* 2009; 20: 273-279.

49. Gotfredsen K, Berglundh T, Lindhe J. Bone reactions adjacent to titanium implants subjected to static load. A study in the dog (I). *Clin Oral Implants Res* 2001;12:1-8.

50. Albrektsson T, Zarb C, Worthington D, Eriksson R. The long-term efficacy of currently used dental implants. A review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986; 1: 11-25.

51. Berglundh T, Persson L, Klinge B. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years. *J Clin Periodontol* 2002; 29 (suppl 3): 197-212; discussion 232-233.

52. Roos-Jansaker AM, Lindahl C, Renvert H, Renvert S. Nine-to fourteen-year follow-up of implant treatment. Part II: Presence of peri-implant lesions. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 290-295.

53. Fransson C, Lekholm U, Jemt T, Berglundh T. Prevalence of subjects with progressive bone loss at implants. *Clin Oral Implants Res* 2005; 16: 440-446.

54. Rinke S, Ohl S, Ziebolz D, Lange K, Eickholz P. Prevalence of peri-implant disease in partially edentulous patients: A practice-based cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res* 2011; 22: 826-833.

55. Zitzmann NU, T Berglundh. Definition and prevalence of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 286-91.

56. Koldslund OC, AA Scheie, AM Aass. Prevalence of peri-implantitis related to severity of the disease with different degrees of bone loss. *J Periodontol* 2010; 81: 231-8.

57. Mombelli A, N Muller, N Cionca. The epidemiology of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23: Suppl 6, 67-76.

58. Serino G, Strom C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: Association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res* 2009; 20: 169-174.

59. Van der Weijden GA, van Bommel KM, Renvert S. Implant therapy in partially edentulous, periodontally compromised patients: A review. *Clin Oral Implants Res* 2005; 32: 506-511.

60. Schou S, Holmstrup P, Worthington HV, Esposito M. Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis. *Clin Oral Implants Res* 2006; 17 (suppl 2): 104-123.

61. Karoussis IK, Kotsovilis S, Fourmoussis I. A comprehensive and clinical review of dental implant prognosis in periodontally compromised partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 669-679.

62. Quirynen M, Abarca M, Van Assche N, Nevins M, Van Steenberghe D. Impact of supportive periodontal therapy and implant surface roughness on implant outcome in patients with a history of periodontitis. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 805-815.
63. Renvert S, Persson GR. Periodontitis as a potential risk factor for peri-implantitis. *J Clin Periodontol* 2009; 36 (suppl 10): 9-14.
64. Heitz-Mayfield LJ. Peri-implant diseases: Diagnosis and risk indicators. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (suppl 8): 292-304.
65. Lindquist LW, GE Carlsson, T Jemt. Association between marginal bone loss around osseointegrated mandibular implants and smoking habits: a 10-year follow-up study. *J Dent Res* 1997; 76: 1667-74.
66. Gruica B, HY Wang, NP Lang, D Buser. Impact of IL-1 genotype and smoking status on the prognosis of osseointegrated implants. *Clin Oral Implants Res* 2004; 15: 393-400.
67. Haas R, W Haimbock, G Mailath, G Watzek. The relationship of smoking on peri-implant tissue: a retrospective study. *J Prosthet Dent* 1996; 76: 592-6.
68. Laine ML, A Leonhardt, AM Roos-Jansaker, AS Pena, AJ van Winkelhoff, EG Winkel, S Renvert. IL-1RN gene polymorphism is associated with peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res* 2006; 17: 380-5.
69. McDermott NE, SK Chuang, VV Woo, TB Dodson. Complications of dental implants: identification, frequency, and associated risk factors. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 848-55.
70. Rodriguez-Argueta OF, R Figueiredo, E Valmaseda-Castellon, C Gay-Escoda. Postoperative complications in smoking patients treated with implants: a retrospective study. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69: 2152-7.
71. Roos-Jansaker AM, H Renvert, C Lindahl, S Renvert. Nine to fourteen-year follow-up of implant treatment. Part III: factors associated with peri-implant lesions. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 296-301.
72. Galindo-Moreno P, M Fauri, G Avila-Ortiz, JE Fernandez-Barbero, A Cabrera-Leon, E Sanchez-Fernandez. Influence of alcohol and tobacco habits on peri-implant marginal bone loss: a prospective study. *Clin Oral Implants Res* 2005; 16: 579-86.
73. Alissa R, RJ Oliver. Influence of prognostic risk indicators on osseointegrated dental implant failure: a matched case-control analysis. *J Oral Implants Res* 2012; 38: 51-61.
74. Ferreira SD, GL Silva, JR Cortelli, JE Costa, FO Costa. Prevalence and risk variables for peri-implant disease in Brazilian subjects. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 929-35.
75. Marrone A, J Lasserre, P Bercy, MC Brex. Prevalence and risk factors for peri-implant disease in Belgian adults. *Clin Oral Implants Res* 2012; doi:10.1111/j.1600-0501.2012.02476.x.
76. Al-Zahrani MS. Implant therapy in aggressive periodontitis patients: a systematic review and clinical implications. *Quintessence Int* 2008; 39: 211-5
77. Karoussis IK, S Kotsovilis, I Fourmousis. A comprehensive and critical review of dental implant prognosis in periodontally compromised partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 669-79.

78. Klokkevold PR, TJ Han. How do smoking, diabetes, and periodontitis affect outcomes of implant treatment? *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007; 22 Suppl: 173-202.
79. Ong OT, S Ivanovski, IG Needleman, M Retzepi, DR Moles, MS Tonetti, N Donos. Systematic review of implant outcomes in treated periodontitis subjects. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 438-62.
80. Quirynen M, M Abarca, N Van Assche, M Nevins, D van Steenberghe. Impact of supportive periodontal therapy and implant surface roughness on implant outcome in patients with a history of periodontitis. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 805-15.
81. Renvert S, AM Roos-Jansaker, C Lindahl, H Renvert, G Rutger Persson. Infection at titanium implants with or without a clinical diagnosis of inflammation. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 509-16.
82. Schou S. Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review. *J Oral Rehabil* 2008; 35 Suppl 1: 9-22.
83. Schou S, Holmstrup, HV Worthington, M Esposito. Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis. *Clin Oral Implants Res* 2006; 17 Suppl 2: 104-23.
84. Van der Weijden GA, KM van Bommel, S Renvert. Implant therapy in partially edentulous periodontally compromised patients: a review. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 506-11.
85. Karoussis IK, GE Salvi, LJ Heitz-Mayfield, U Bragger, CH Hammerle, NP Lang. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14: 329-39.
86. Aloufi F, N Bissada, A Ficara, F Faddoul, MS Al-Zahrani. Clinical assessment of peri-implant tissues in patients with varying severity of chronic periodontitis. *Clin Implant Dent Relat Res* 2009; 11: 37-40.
87. Carcuac O, L Jansson. Peri-implantitis in a specialist clinic of periodontology. *Clinica*; features and risk indicators. *Swed Dent J* 2010; 34: 53-61.
88. Mombelli A, Lang NP. The diagnosis and treatment of peri-implantitis. *Periodontol* 2000 1998;17:63-76.
89. Pontoriero R, Tonetti MP, Carnevale G, Mombelli A, Nyman SR, Lang NP. Experimentally induced periimplantmucositis. A clinical study in humans. *Clin Oral Implants Res* 1994;5:254-259.
90. Salvi GE, Aglietta M, Eick S, Sculean A, Lang NP, Ramseier CA. Reversibility of experimental peri-implantmucositis compared with experimental gingivitis in humans. *Clin Oral Implants Res* 2012;23:182-190.
91. Gould TR, Westbury L, Brunette DM. Ultrastructural study of the attachment of human gingiva to titanium in vivo. *J Prosthet Dent* 1984;52:418-420.
92. Block MS, D Gardiner, JN Kent, DJ Misiak, IM Finger, L Guerra. Hydroxyapatite-coated cylindrical implants in the posterior mandible: 10-year observations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1996; 11: 626-33.
93. Schrott AR, M Jimenez, JW Hwang, J Fiorellini, HP Weber. Five-year evaluation of the influence of keratinized mucosa on peri-implant soft-tissue health and stability

around implants supporting full-arch mandibular fixed prostheses. *Clin Oral Implants Res* 2009; 20: 1170-7.

94. Mehta P, LP Lim. The width of the attached gingiva—much ado about nothing? *J Dent* 2010; 38: 517-25.

95. Wennstrom JL, J Derks. Is there a need for keratinized mucosa around implants to maintain health and tissue stability? *Clin Oral Implants Res* 2012; 23 Suppl 6: 136-46.

96. Cho-Lee J, N Mattheos, KC Nixon, S Ivanovski. Residual periodontal pockets are a risk indicator for peri-implantitis in patients treated for periodontitis. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23: 325-33.

97. Nociti Junior FH, Cesco De Toledo R, Machado MA, Stefani CM, Line SR, Goncalves RB. Clinical and microbiological evaluation of ligature-induced periimplantitis and periodontitis in dogs. *Clin Oral Implants Res* 2001;12:295-300.

98. Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis vs. peri-implantitis. *Periodontol* 2000 2010;53:167-181.

99. Renvert S, Roos-Jansaker AM, Claffey N. Non-surgical treatment of peri-implant mucositis and peri-implantitis: A literature review. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (suppl 8):305-315

100. Claffey N, Clarke E, Polyzois I, Renvert S. Surgical treatment of peri-implantitis. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (suppl 8):316-332.

9 MATERIALE SHOQËRUESE

8.1 Formulari për grumbullimin e të dhënave

Mosha e pacientit: _____

Gjinia: M / F

Vendbanimi: _____

Profesioni: _____

1. Arsyeja e humbjes së dhëmbëve:

- a) Parodontopatia
- b) Trauma
- c) Infeksionet e ndryshme (Kistet, proceset periapikale, tumoret etj.)

2. Sa kohë ka që janë vendosur implantet dentare: _____

3. Saimplante janë vendosur: _____

4. Sa implante janë me peri-implantit: _____

3. Gjatë vendosjes është përdorur shtim me kockë artificiale apo autogjene:

- a) PO
- b) JO

4. Gjatë vendosjes është përdorur çarje e kockës, ngritje sinusi apo kondensim i kockës:

- a) PO
- b) JO

5. Pas vendosjes së implanteve pacienti ka pasur ndonjë komplikim gjatë shërimit:

- a) Infeksion të plagës
- b) Dehishencë të plagës
- c) Perforim të kavitetit të sinusit apo të dyshemesë së hundës

6. Pacienti tani ka:

- a) Parodontopati, gingivit, xhepa parodontal
- b) Nuk ka

7. Higjiena orale e pacientit pas vendosjes së suprastruktures ka qenë :

- a) Shumë e mirë
- b) E mirë
- c) E varfër

8. Suprastruktura e vendosur në implante:

- a) Ka qenë e mbingarkuar në okluzion,
- b) Nuk ka qenë e mbingarkuar në okluzion

9. Cili sistem Implantesh është përdorur: _____

10. Pacienti ka ndonjë sëmundje kronike:

- a) Diabet melit
- b) Artrit reumatoid
- c) _____

11. Pacienti konsumon:

- a) Duhanin
- b) Alkoolin

12. Suprastruktura e vendosur është:

- a) Kurorë e vetme
- b) Urë fikse
- c) Protezë e lëvizshme

13. Pacienti është i rregullt në vizitat sistematike:

- a) PO
- b) JO

14. Suprastruktura e vendosur në implante:

- a) Ka lejuar pastrimin e implanteve
- b) Nuk ka lejuar pastrimin e Implanteve

15. Biotipi i gingivës te pacienti është:

- a) Biotip i hollë
- b) Biotip i trashë

8.2 Pamja e Programit për grumbullimin e të dhënave:

The screenshot shows a web-based data entry form for dental implants. The form is titled "T_Pacientat - Access (Product Activation Failed)". It contains various fields for patient information, dental history, and implant details. A "STOP" sign icon is visible in the top right corner. The form is displayed in a "Form View" window.

ID Numri	2
Mosha	63
Gjinia	Femer
Proesioni	Pensionist
Arsyeja e humbjes se dhembeve	Parodontopathia
Qe sa kohë janë vendosur implantet dentare:	4
Gjatë vendosjes është përdorur augmentim me kockë artificiale apo autogjene:	JO
Gjatë vendosjes është përdorur #5arja e kockës, sinus lifting apo kondenzim i kockës:	JO
Pas vendosjes së implanteve pacienti ka pasur ndonjë komplikim gjatë shërimit :	Dehiscencë të plagës
Pacienti tani ka:	Parodontopati,gingivit, xhepa parodontal
Higjena orale e pacientit:	E mirë
Suprastruktura e vendosur në implante:	Ka qenë e mbingarkuar në okluzion
Gjakëderdhje prej xhepit të implantit	PO
Thellësia e xhepit:	>5
Me cilin sistem të implanteve është punuar:	Bego
Pacienti ka ndonjë sëmundje kronike:	JO
Pacienti e konsumon:	Duhanin
Suprastruktura e vendosur është:	Urë fikse
Pacienti ka qenë i rregullt në vizitat sistematike:	PO
Suprastruktura e vendosur në implante:	Ka lejuar pastrimin e implanteve
Biotipi i gingivës te pacienti është:	Biotip I trashë
Rezultati i Analizës Mikrobiologjike	Streptococcus pneumoniae
Numri i Implanteve te vendosura:	4
Numri i Implanteve me peri-implantit	4

8.3 Formulari i miratimit të informuar për kirurgji parodontale

Kirurgji kockore: trajtim që përfshin prerje të gingivave dhe ngritjen e saj për të ekspozuar rrënjët e dhëmbëve, implantin apo kockën nën të. Gingiva e sëmurë hiqet dhe pastrohen rrënjët ose implanti, Kocka mund të rikonstruktohet, mund të tentohet rigjenerimi dhe më pas vendosen suturat (qepet). Kjo procedure bëhet me anestezi lokale. Qëllimi është të krijohet një arkitekturë e shëndetshme e indeve parodontale dhe peri-implantare, e cila lejon mbajtjen e higjenës së mirë dhe mirëmbajtjen e indeve. Për më tepër duke përmirësuar indet peri-implantare dhe parodontale ne mund të reduktojmë rrezikun për irritim të gingivës, përkeqësimin e sëmundjes dhe infeksionin e indeve. Kjo mund të ndihmojë në ruajtjen e dhëmbëve, implanteve dhe kockës për një kohë më të gjatë

Transplant kockor: Qëllimi i transplantit të kockës është të krijojë një ambient që të favorizojë depozitimin e kockës natyrale në një zonë specifike. Kjo ndihmon në krijimin e mbështetjes për dhëmbin apo për implantin. Materialet për transplantin e

kockës mund të merren nga shumë burime. Alternativat janë kocke: gjedhi, sintetike, njeriu (kadavra) ose autologe (nga trupi i pacientit). Opsionet janë diskutuar më parë me mjekun dhe unë kam zgjedhur të preferuarin tim.

Rigjenerimi i drejtuar i indeve: Qëllimi është të përdori një membranë që drejton rritjen qelizore në zonën kirurgjike. Membranat e përdorura në klinikën tonë përthithen vetvetiu dhe nuk është nevoja për heqjen e tyre të mëvonshme. Membranat mund të vinë nga derri apo burime sintetike. Opsionet janë diskutuar më parë me mjekun dhe unë kam zgjedhur të preferuarin tim.

Të gjitha trajtimet dentare kanë rrisht rrisht që i shoqëron. Ndërhyrja parodontale e çfarëdo lloji mund të shkaktojë: hemoragji, enjtje, hematoma, dhimbje, infeksion, inflamacion të nofullës, shkitje kurorash apo mbushjesh, reëesion, ndjeshmëri ndaj ndryshimit të temperaturave, ekspozim kariesi, lëvizshmëri, mpirje, nevojë për heqje dhëmbi apo implanti, frakturë dhëmbi. Unë e kuptoj që secili i përgjigjet trjtimit në mënyrë të ndryshme. Prandaj është e pamundur që doktori të parashikojë se sa do të zgjasë perjudha e shërimit, apo sa kohë do të duhet për të dalë nga rutina.

Unë e kuptoj që duhani mund të ndërhyjë në mënyrë të rëndësishme me sherimin dhe mund të shkaktojë rishfaqje të sëmundjes.

Këshillat pas operacionit i kam parë dhe më është dhënë një kopje për ta marrë me vete.

Unë e kuptoj që çdo përpjekje e mundshme do të bëhet për tu siguruar që sëmundja ime të trajtohet në mënyrën e duhur, megjithatë nuk është e mundur të garantohen rezultate perfekte apo mos ripërsëritja e sëmundjes.

Unë e kuptoj që nëse nuk bëhet asnjë trajtim ose nëse trajtimi ndërpritet, gjëndja ime parodontale ka shumë mundësi të përkeqësohet. Kjo mund të sjellë dhimbje, enjtje, hemoragji, infeksion, reëesion, lëvizshmëri, karies, humbje kockore, humbje dhëmbi apo implanti.

Sëmundja parodontale e pa trajtuar mund të ndikojë gjithashtu në shëndetin e gjithë organizmit tim. Studimet kanë treguar se mund të ndikojë në sëmundje kardiovaskulare, diabet apo sëmundjet e aparatit të frymëmarrjes. Sëmundja parodontale gjithashtu është shoqëruar me rrisht më të madh për kancer të pankreasit. Gratë shtatëzëna kanë rrisht të shtuar për lindje të parakohshme apo lindje të fëmijës nën peshë.

Unë e kuptoj që rezultati i trajtimit tim, materiale apo foto të mbledhura gjatë trajtimit mund të përdoren për studim shkencor nga ana e mjekut duke ruajtur fshehtësinë e të dhënave personale.

Emri i pacientit: _____

Data: _____

Dr: _____

Më janë këshilluar të gjitha alternativat për këtë trajtim dhe e kuptoj gjithçka që më është shpjeguar.

Këshillat mund të përfshijnë pastrim parodontal çdo _____ muaj.

Të gjitha pyetjet që kam pasur kanë marrë përgjigje nga mjeku

Trajtimi i propozuar :

Emri i pacientit

Data

Firma e prindit (Përgjegjësi ligjor)

Emri i dëshmitarit

Firma e dëshmitarit

ABSTRAKTI

Te sëmundjet parodontale, mucositi peri-implantar dhe peri-implantiti, si sëmundje inflamatore me origjinë infektive mund të çojnë deri te humbja e mbështetjes kockore të implantit. Mbajtja në kontroll e kësaj gjëndjeje është thelbësore për të gjithë klinikistët që dëshirojnë të arrijnë rezultate positive afatgjata me implantet.

Në këtë punim kemi pasur qëllim të analizojmë incidencën, karakteristikat demografike, karakteristikat klinike, faktorët e rrezikut si dhe efikasitetin e trajtimit të peri-implantit.

Në mënyrë prospektive kemi analizuar të sëmurët me peri-implantit (KNS, Rev. 10, kodi M27.62), të trajtuar në Klinikën “Advanced Medical Center” në Prishtinë dhe në Klinikën Stomatologjike të Spitalit Të Përgjithshëm “Rezonanca” në Prishtinë, gjatë periudhës 2008-2015.

Incidenca e peri-implantiteve ndaj numrit të përgjithshëm të implanteve të aplikuara ka qenë 38%. Rreth 53% të rasteve me peri-implantit kanë qenë të seksit femër. Si faktorë më të rëndësishëm të rrezikut për paraqitjen e peri-implantitit kanë qenë: mbingarkesa e implantit në kafshim (okluzion) (OR=2.29), kur janë aplikuar kurorat si suprastrukturë (OR=1.52) si dhe gjendja parodontit (parodonciumit) (OR=1.51). Si faktor parandalues për paraqitjen e peri-implantitit konsiderohet higjiena shumë e mirë orale (OR=0.52) dhe nëse suprastruktura e vendosur lejon mbajtjen e mirë të higjienës orale (OR=0.98. Në 42.9% të peri-implantiteve janë izoluar baktere gram-negative anaerobe. Rritja e moshës, pirja e duhanit, rritja e numrit të implanteve të vendosura dhe trajtimi jo kirurgjik, e zvogëlojnë mundësinë për trajtim të suksesshëm (OR=0.99, 0.96, 0.35, përkatësisht 0.47). Intensiteti i lehtë i sëmundjes, si dhe rekonstruktimi me aplikim të kombinuar të antibiotikëve e rritë gjasën për trajtim të suksesshëm (OR=2.36, përkatësisht OR=47.13). Cilado sëmundje parodontale, gjithsesi, duhet të mjekohet para terapisë me implante.

Fusha: Implantologji

Fjalë kyçe: peri-implantit, prevalencë, faktorë rreziku, trajtimi

ABSTRACT

As with parodontale diseases, peri-implant mucositis and periimplantitis are recognized as inflammatory diseases of infectious origin, ultimately leading to loss of bone supporting the implant. The control of these diseases is essential for all clinicians who desire to obtain long-term positive results with implants.

The aim of this study was to analyze the incidence of peri-implantitit, demographic and clinical characteristics, risk factors for peri-implant and effectiveness of treatment.

Prospectively was analyzed patients with peri-implant (IDC, Rev. 10, M27.62 code), treated in the Clinic "Advanced Medical Center" in Pristina and Dental Clinic of General Hospital "Resonance" in Pristina, during the period 2008-2015.

The incidence of peri-implantiteve to the total number of implants was 38%. About 53% of peri-implant cases were female. The most important risk factors for peri-implantiti were: overload the implant in occlusion (OR = 2.29), applied crowns as suprastructure (OR = 1:52) and parodoncium condition (OR = 1:51). As preventive factors considered very good oral hygiene (OR = 12:52) and if suprastructures allows maintenance of good oral hygiene (OR = 0.98). In 42.9% was isolated gram-negative anaerobic bacteria. Increasing age, the abuse of tobacco, increasing the number of implants placed and non-surgery treatment, reduce the likelihood of successful treatment (OR = 0.99, 0.96, 0:35, or 0:47). The severity of disease, and reconstruction with combined antibiotic use increases the probability of successful treatment (OR = 2:36, respectively OR = 47.13). Any parodontale disease, however, must be treated before treatment with implants.

Field: Implantology

Key words: peri-implantitis, prevalence, risk factors, treatment